

依存性薬物情報シリーズ No. 1

大 麻

(CANNABIS)

昭和62年3月

依存性薬物情報研究班

大 麻

(CANNABIS)

依存性薬物情報研究班

1.



2.



3.



1. 大麻草の雄花

2. 大麻草の雌花

3. 大麻草の自然群生

発行に際して

近年薬物乱用は世界的に深刻の度を深めており、先進国・発展途上国の別を問わず、拡がりを見せている。この中で最も広く乱用されているのが大麻である。

我が国では昭和40年代に入るまで、大麻の乱用問題はほとんど社会的に注目されることはなかったが、昭和42～43年頃から大麻事犯が急激に増え始め、昭和60年代に入ってもなお漸増傾向にある。

本小冊子のはかつて昭和43年及び昭和51年に編集された小冊子「大麻」をもとに厚生省の委託による依存性薬物情報研究班が見直し、再編集したものである。

本冊子が行政機関及び医療機関の関係者にとって参考になれば幸いである。

本冊子の編集にあたられた依存性薬物情報研究班の先生方に謝意を表する次第である。

昭和62年3月

厚生省薬務局麻薬課

目 次

I はじめに	1
II 大麻とは	3
1. 大麻の由来など	3
2. 大麻草の形状	5
3. 大麻の種類	8
4. 大麻の成分	8
5. 大麻の密造と不正使用	12
1) マリファナ	12
2) 大麻樹脂	13
3) 液体大麻	15
III 大麻の鑑定法	23
1. 大麻取締法における大麻の定義	23
2. 大麻の同定	24
1) 植物学的試験	24
(1) 形態の比較	24
(2) 顕微鏡試験(検鏡)	24
① 顕微鏡標本の作成	25
② 植物内部構造の特徴	25
③ 大麻と類似する植物との差異	27
2) 大麻成分の確認試験法	28
(1) 呈色試験法	29
(2) 薄層クロマトグラフ法(TLC)	30
(3) ガスクロマトグラフ法(GC)	33
(4) ガスクロマトグラフ・質量分析法(GC-MS)	35

3. 鑑定物件	35
1) 原植物又は植物片	38
2) 大麻樹脂	40
3) 液体大麻	40
4) その他	40

N 大麻の薬理作用 43

1. 動物における作用	43
1) 中枢神経作用	43
2) 代謝	53
3) 毒性	53
4) 耐性に関する実験	55
5) 禁断症状の発現	56
6) その他の残遺症状	56
2. ヒトにおける作用	59
1) 身体に及ぼす作用	59
2) 精神機能に及ぼす作用	60
(1) 使用方法と作用	60
(2) 心理的状況の要因と作用	60
(3) 摂取量と作用	60
(4) 精神作用（特に急性効果）の特徴	61

V 大麻乱用の臨床 67

1. 総説	67
2. 人に及ぼす影響	69
1) 長期乱用による身体的慢性障害	69
(1) 大麻の化学と代謝について	69
(2) 肺に及ぼす影響	70

(3) 生殖機能に及ぼす影響	70
(4) 心臓、血管に及ぼす影響	71
(5) 大麻と免疫反応	72
(6) 染色体異常	72
(7) 細胞内代謝における変化	72
(8) 脳障害に関する研究	73
2) 大麻による慢性精神作用	73
(1) 大麻精神病	73
(2) 知的機能におよぼす影響	74
3) 耐性及び依存性	75
4) 治療上の側面	75
(1) 癌の化学療法における鎮吐効果	76
(2) 緑内障	76
(3) その他の治療上の用途	76
3. 大麻精神病の臨床	77
1) 発病にいたる施用期間、施用状況、発症要因等	81
(1) 施用の態様	81
(2) 施用期間	81
(3) 発症の要因	81
2) 精神症状	82
3) 慢性人格障害	90

M 大麻の乱用 95

1. 各国における状況	95
1) アジア・極東諸国	95
2) 中近東諸国	95
3) ヨーロッパ諸国	96
4) 北米諸国	96
5) 中南米諸国	97

6) アフリカ諸国	98
7) オセアニア諸国	98
2. わが国における状況	103
 VII 大麻の法規制	125
1. 大麻の国際的規制	125
2. わが国における大麻取締りの変遷	127
3. 大麻取締法の骨子	128
 VIII まとめ	131
 参考資料1. 大麻取締法	135
参考資料2. わが国の大麻栽培状況	142

I はじめに

わが国では、今次大戦直後に覚せい剤の乱用が猖獗をきわめ、昭和30年代後半にヘロインが、40年代前半から青少年に有機溶剤が、その後再び覚せい剤乱用が増加し、今日に至っている。

薬物の乱用は使用者自身の身体・精神両面の健康破綻を招来するばかりでなく、学校、職場、隣人、など地域社会に予知予測できない惨禍をひきおこし、ひいては所属社会や国家の衰運を招来する。乱用による社会的影響は世界各国とも同様であり、その対策はグローバルとなりつつある。乱用に関する医学的対応は、他疾患でも共通な医学的一般原則通りに、予防的措置を講ずるのがもっとも効果的である。予防的措置のうち、直ちに着手できるのは情報の収集と知識の普及である。第1の依存性薬物に関する情報の収集と分析は世界保健機構(WHO)が積極的に推進しており、すでに米国では実施中である。わが国では、依存性薬物情報研究班が国内における協力施設と連繋して、依存性薬物とその乱用実態についての情報を収集し、その結果を適時にフィード・バックすることを目指して検討作業がすすめられている。第2の知識の普及では、依存性薬物に関する基礎的・臨床的知識を関係者に提供し、乱用実態の正しい認識を深め、乱用防止に役立てることが重要課題である。このため本研究班は「依存性薬物情報シリーズ」を企画し、その嚆矢として本書「大麻」の刊行にいたった。大麻は後述のように諸外国では浸透度が高く、海外交流が激増している昨今では、わが国にも伝播する危険性が極めて高いからである。

同名書は昭和43年に厚生省薬務局麻薬課から初版が、昭和51年には改訂版が発行されている。今回は、改訂より10年間の進歩をとりいれ、最新の臨床知見を補完して内容の一新と充実とを期すことにした。旧両版の対象は取締関係職員であったが、今回はそれに加えて診療関係者も含めた。しかし、紙数の関係もあり、より詳細な専門知識を求める時には

末尾に掲げた文献を参考にして頂きたい。

本書がいささかでも大麻の知識をひろめ、乱用防止に活用されるならば、本研究班として幸甚の至りである。

最後ではあるが、ご多忙にもかかわらず執筆下さった各位に厚くお礼申しあげる次第である。
(鈴木 淳 , 小沼 杏坪)

Ⅱ 大 麻 と は

1. 大麻の由来など

「大麻」は、わが国ではアサの別名として用いられてきた。この大麻はいわゆる三草四木（三草；アサ、紅花、藍。四木；桑、うるし、茶、こうぞ。）に数えられる程、昔から人々の実生活に密接な繋がりをもってきた草木植物のひとつである。千葉県の菅生遺跡の発掘で出土した縄文時代の土器と共に大麻の種子の化石が発見され、山口県で発掘された弥生時代の出土品に麻布の押模様がかったことなどから⁵⁾、室町時代に渡ってきたといわれるケンと異り、原史・古代から人々の生活と共にあり利用されてきたことが窺われる。時代が下り短歌（万葉集）にも詠まれ、また今日なお各地に麻にちなんだ地名が残っている。ちなみに神式儀式ではお祓いに幣（ぬさ）を用いるが、この幣という言葉はそもそもは麻布のことを云ったものである。旅をするときは小さく切った麻布片を身につけて歩き、行く先々の神々に手向ける風習があった。茎の皮を取り去った芯を乾燥したものは軽質中空管状で「おがら」といい、お盆会の前後にこれを焚いて迎え火、送り火としたし、竹ひごなどと共に子供の玩具にもなった¹¹⁾。

大麻の茎の皮をはぐして得られる繊維でつくった糸やこれで織った麻布は耐水性、耐久性、通風性に優れ、木綿のなかった古代の人々にとっては獣皮と共に生活必需品のひとつであった。奈良時代に至り絹布が使われはじめた後も麻布は税として貢納され、江戸時代になって木綿が普及しはじめた後も麻布の特性は見失なわれることなく、公卿の隨身装具、武士の礼服麻上下や庶民の衣類として、さらに畳糸、蚊帳、紐や網漁業用網の原料として民家で栽培され続けてきた⁷⁾。

大麻の栽培は、木綿工業が隆盛すると共に押されぎみとなり、1950年代になってナイロン、ビニロンといった化学繊維の急速な開発普及と同

時に激減してしまった。

現在では、栃木、長野、福島各県でわずかに栽培されるだけとなり、栃木県は国内産の90%を占めるものの、弓用の弦、幣、玉串といった神事用や結納に添える「共白髪」など化学繊維では代替できない持ち味を必要とする物品に使用されている⁶⁾。今なお需要のある夏期用衣類の原料は全て輸入でまかなわれている。

この大麻の薬理作用は第Ⅳ章に詳説されるが、わが国では農家で畑作業中「麻酔」といわれる作用のあることは知られていたものの、昨今見られる悪用乱用は歴史上皆無であり、第二次世界大戦後も基地周辺に限られていたのであって、乱用が社会問題化したのは1960年以降のことである。

諸外国についてみると、大麻は中央アジアが原産地と考えられ、そこでは繊維や種子を得るための原料植物として栽培され、人々の移動と共に各地に広がっていった。大麻に酩酊をもたらす作用があることも古くから知られていたらしく、イランに伝わるゾロアスター教経典アヴェスタ(BC6~7)やインドに伝わるバラモン教聖典ヴェーダ(BC5)に既に関連内容の記載がある⁸⁾。また、英語の assassin(刺客)という言葉は“十字軍時代(AD 11~13)のアラビア語の hashshashin(drinkers of hashish)に由来する”とあり、大麻の作用が狂信的行動を強いることに利用されていたと推量される。その後、18世紀のナポレオンの遠征の頃にはこの作用が欧州にあまねく知れ渡った。北アメリカでは17世紀ごろから開拓者が繊維原作物として栽培して来たが、吸煙という悪習は20世紀になってメキシコから伝わり、20年程の短期間に全域に蔓延してしまったといわれる。

大麻そのものは、現在でも繊維用として栽培されており、ソ連邦、東ヨーロッパ諸国、インド等が主産地で、なかでもソ連邦は世界の生産量の80%以上を占めている¹⁾。

現在繊維用に栽培されている地域を挙げたが、インド、コンゴ、あるいはザンベジ河流域では樹脂の採取を目的とした栽培も行われている。

2. 大麻草の形状

大麻草はくわ科(Moraceae)の植物で、学名をCannabis sativa Linneといい^{注)}、雌雄異株の双子葉植物で、1年生草本である³⁾。

茎は緑色で鈍い角状を呈し、表面には浅い縦溝を有し、ほぼ直立に生育し高さ2~3mに達し、その直径は2~3cmである。成長期には日に10cmも伸びることがある(図Ⅱ-1, 図Ⅱ-2)。

葉は3~9枚の小葉が集まって掌状を成し、各小葉は狭披針形で先端は鋭角、辺縁は鋸歯状を呈する。葉は茎の下部では対生、上部では互生しており、小葉には多くの毛茸すなわち腺毛と剛毛が散生する。毛茸は包、托葉など殆ど全ての部分に存在し、発芽した直後の2枚の子葉の上面および辺縁にも認める。

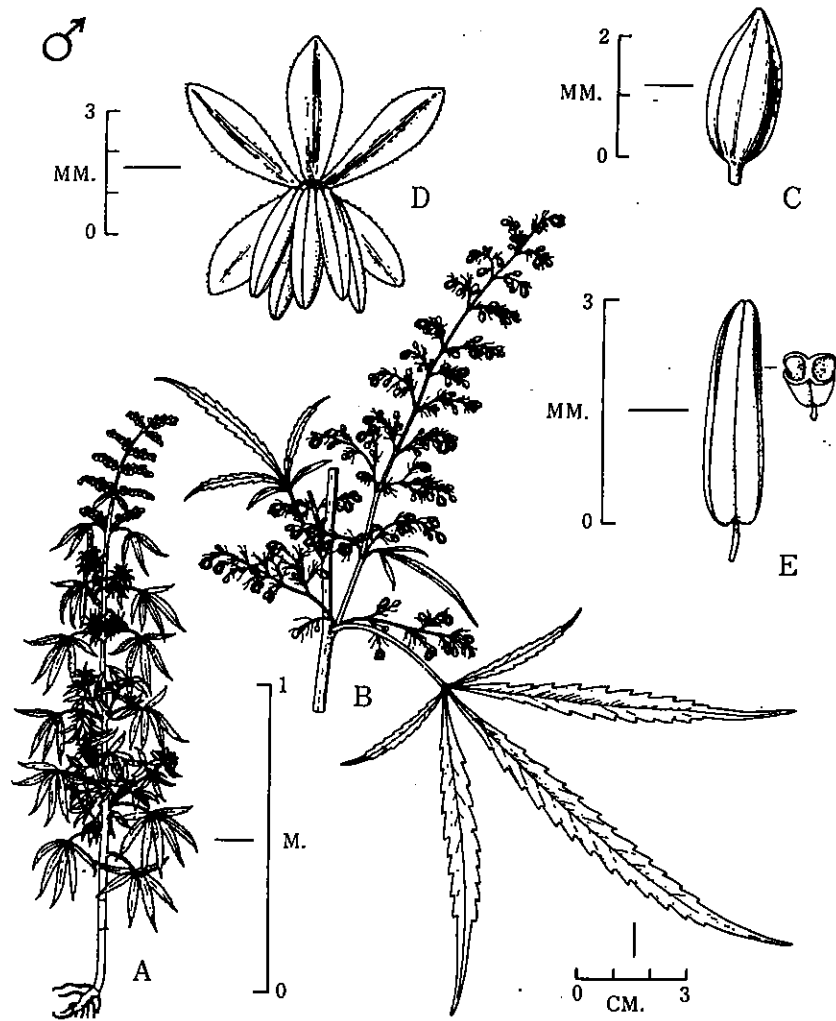
花期は夏で、雌花は緑色を呈し葉腋に密生し、花弁は無く、柱頭は2つに分れるが子房は1つである。雄花穂は円錐形、雄花は淡黄緑色の5弁で5本の雄蕊があり、葯は黄色で懸垂し、黄白色の花粉を多量につける風媒花である。花序は穂状をなし、そのため花穂と呼ばれ、雌花の柱頭のまわりに樹脂を分布する。

種子は小卵形で斑紋があり、麻の実または苧実と呼ばれ、約30%の油²⁾(ステアリン酸、パルミチン酸、リノール酸などのグリセリド)、約20%のたん白質を含み、鳥用飼料、製油原料などの他、七味とうがらし用に用いられる。

大麻草自体は生育について環境への抵抗力が強く、遺伝的にも柔軟性を有し、肥沃、不毛の区別なく成長し、砂地でも背丈は大きくならないものの十分に成長する¹⁾。

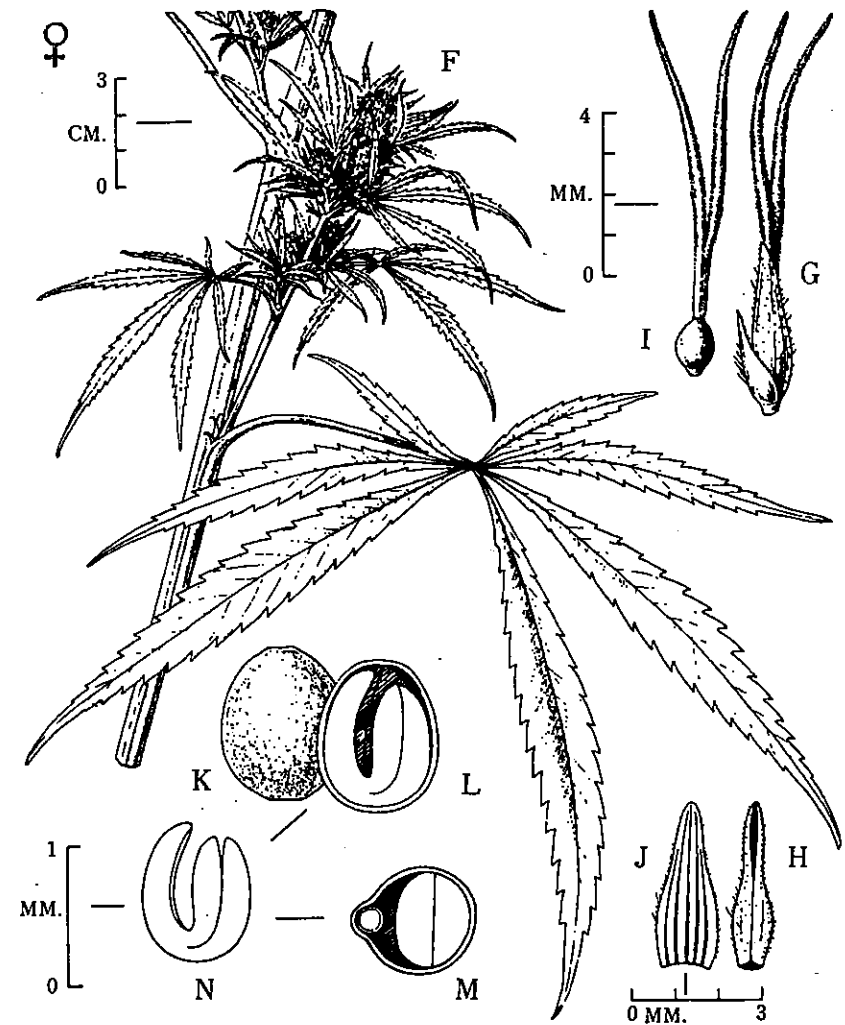
注) Cannabisは管のこと、sativaは有用なという意味である。なお、近年あさ科に属するという説が有力となりつつある。

図Ⅱ-1 大麻草の雄株



- (注) A : 成長株
B : 雄花の花序
C : 閉花
D : 萼片と雄しべのついた開花
E : 花粉を含んだ葯

図Ⅱ-2 大麻草の雌株



- (注) F : 雌花の花序
G : 雌花
H, J : 苞葉と子房を含む花の萼
I : 柱頭
K, L : 実
M, N : 子葉と胚

野性大麻も世界各地に分布しており、コーカサス山脈からカスピ海沿岸、イランからインド、中国とほぼアジア大陸全域で繁茂している。北米、中央アメリカおよび南米ブラジルでも野生大麻は多い。

3. 大麻の種類

世界各地に広く栽培されまたは自生している大麻を比較してみると、植物形態学からみて殆ど差異はみられず、*Cannabis sativa* Linne のみ、すなわち一属一種である。

ただ生育地の気候等の環境要因により樹脂の分泌量や成分組成に差がみられるのみで、インド産の大麻 (*Cannabis sativa* Linne var. *indica* LAMARCK) は樹脂の分泌量が多いにもかかわらず、これを温帯で継代栽培していくと次第に樹脂量が減少していくことから代謝系のみを異にする生理的変種であると理解されている⁴⁾。

4. 大麻の成分

古くから酩酊等の薬理作用のあることが知られていた大麻の成分に関する研究は、1800年代末にイギリスの Pivey, Wood により始められ、さらに Cahn, Todd により引継がれた。

1940年代になってアメリカの Adams 等により Cannabinol (CBN) の構造決定がなされ、続いて Cannabidiol (CBD), Tetrahydrocannabinol (THC) の構造が発表され、この THC が幻覚作用の本体であることが知られた。さらに、THC の類似化合物も数多く合成され、それらの薬理作用についても多くの研究がなされた。

1950年代に入り、チェコスロバキアの Santavy 等が広く抗菌性物質を探索している際に、大麻から Cannabidiolic Acid (CBDA) を発見、単離した。この頃より各種クロマトグラフ等の機器分析の発達に伴う分離技術の向上によって大麻成分の研究が活発となり、多くの化合物が単離されそれ等の構造も明らかになった^{4), 11)}。

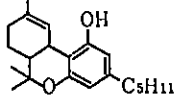
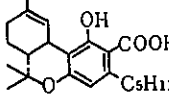
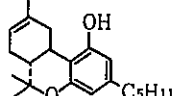
そして、これら炭素、水素、酸素のみから成り窒素を含まない THC 関連化合物はカンナビノイド (Cannabinoid) と総称されるようになった。イスラエル・ヘブライ大学の教授 Mechoulam は 1964 年になってそれ迄の Adams らによる構造式を訂正し、さらに、Cannabinolic Acid Methyl Ester 等を単離し、その結果に基づき新たな生合成仮説を提唱した。THC は分子中に不斉炭素を 2 個も有し、特殊な位置に二重結合が存在することからその合成は極めて困難とされて来たが、1965 年 Mechoulam, Gaoni により、翌年 Toylor, Shvo により、 Δ^9 -THC が全合成された。

ところで、上述 THC, CBD は生草中ではどちらも酸の形すなわち THCA, CBDA で存在する。また、大麻によって THCA のみあるいは CBDA のみしか含まない株のあることも解った。九大西岡教授等は放射性同位元素を用いた一連の研究の結果、THCA は大麻草中で CBDA を経て生成され、CBDA しかなかった株は CBDA から THCA への生成酵素系が欠如しているためで、しかもこの欠如は遺伝的には劣性であり、2 つの大麻草を近接して栽培すると全て THCA を含む優性形質に支配されてしまうことを明らかにした⁴⁾。

大麻にはカンナビノイド以外の成分も多く知られており、現在までに判明している成分の名称及び構造式をカンナビノイド、アルカロイド、ステロイド及びトリテルペンに分類して表 II-1 に示した。

表 II-1 大 麻 の 成 分

1. カンナビノイド

成分の名称	構 造 式	成分の名称	構 造 式
Δ^9 -テトラヒドロカンナビノール (Δ^9 -THC)		Δ^9 -テトラヒドロカンナビノール酸 (Δ^9 -THCA)	
Δ^8 -テトラヒドロカンナビノール (Δ^8 -THC)			

成分の名称	構造式	成分の名称	構造式
カンナビジオール (CBD)		カンナビジオール酸 (CBDA)	
カンナビノール (CBN)		カンナビノール酸 (CBNA)	
カンナビゲロール (CBG)		カンナビゲロール酸 (CBGA)	
カンナビシクロール (CBL)		カンナビシクロール酸 (CBLA)	
カンナビクロメン (CBC)		カンナビクロメン酸 (CBCA)	
カンナビジバリン (CBDV)		カンナビジバリン酸 (CBDVA)	
テトラヒドロカンナ ビバリン (THCV)		テトラヒドロカンナ ビバリン酸 (THCVA)	
カンナビバリン (CBV)		カンナビゲロール酸 モノメチルエステル (CBGAM)	

成分の名称	構造式	成分の名称	構造式
Δ^9 -テトラヒドロカ ンナビノール酸-B (THCA-B)		カンナビゲロールモ ノメチルエステル (CBGM)	
カンナビイルソイッ ク酸-A (CBEA-A)		カンナビジオールモ ノメチルエステル (CBDM)	
カンナビジオール酸 とテトラヒドロカン ナビトリオールのエ ステル			

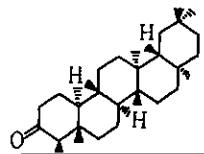
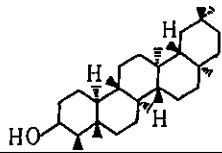
2. アルカロイド

成分の名称	構造式
N-(P-ヒドロキシ- β -フェ ニルエチル)-P-ヒドロキシ トランス-シンナミド	

3. ステロイド

成分の名称	構造式
カムベステロール	
β -シトステロール	

4. トリテルペン

成分の名称	構造式
フリーデリン	
エビフリーデラノール	

5. 大麻の密造と不正使用¹¹⁾

大麻草は温帯から熱帯にかけて広く分布し、栽培されあるいは野生している。また、現在殆どの国で大麻の不正使用例が報告されているが、この不正使用に供されるのは南北両アメリカ、カリブ海沿岸、アフリカ、東南アジアで大規模に不正栽培されたものである。

これら的大麻草は大きく分けて(Ⅰ)花穂部や葉をそのまま乾燥して軽く加工したもの—マリファナ (Marihuana)、(Ⅱ)大麻草の分泌する樹脂を集めて成型したもの—大麻樹脂 (Hashish)、あるいは(Ⅲ)溶媒を用いて抽出したうえオイル状としたもの—液体大麻 (Hashish oil)の3種であり、不正なルートに流されている。

これらに関し、国連麻薬部はまとめたものを以下のように記載している¹⁰⁾。

1) マリファナ

大麻草の花穂部や葉に酩酊作用をもたらす成分が存在することは古くから知られていた。

花穂や葉は草本から摘みとって乾燥する。また、葉の最下部から茎ご

と切り取り、逆にして乾燥させ茎や小枝を除去して集める方法もとられる。西アフリカやカリブ海沿岸では乾燥した葉部をプレスしてブロック状にしたものが多く、中央・南アフリカではプレス加工せずにさらさらした葉片として流通している。

大麻成分の含有量の多いものが要求されるときは葉を含めない花穂部分のみをもとし、細糸でまき込んで棒状としたもの(このうち東南アジア産のものはブダスティックといわれる。)や、竹製芯を有するものもあるが、これらは平均して1本当たりほぼ2グラム、8センチメートルで、20本を束として取引されている。南アフリカでは、褐色の紙で小さなロール状に包まれたものもあるが、これは0.5グラム程であり、種子は含まれていない。

また、篩を用い、種子や小枝を除いて成分含量を高める方法もとられる。こうして集めた花穂部分から成るものは見掛けは葉片を細かく切りぎざんだものに似ている。北アフリカではこれを“kif”と呼んでいる。こうしたものは樹脂分も当然多く、これを加工して板状としたものは同地域で大麻樹脂として板状に加工されたものと見掛けは同一である。

この花穂や葉の製品であって且つ成分含有量の多いもうひとつの例はアメリカで密造された“Sinsemilla” (=without seeds)と呼ばれるものである。これは密栽培中に雄株のみを抜き去って雌株を残し、受粉できないようにした大麻草から得られるもので、種子は無く成分は種子を持つものより濃いといわれる。この方法はインドでより成分の多いガンジャを得るためにもとられている。

興味あるのは、完全に雄株を除いても種子を有する雌株が僅かだが発見されているから、大麻草の中には雌雄同株のものも存在するのであらうと思われる。

2) 大麻樹脂

現在、大麻樹脂密造の中心は2ヶ所あるといわれている。ひとつは地

中海沿岸の南と東に位置する地域であり、もうひとつはインド亜大陸である。それぞれの地域内での製造方法や製品成分の様子は共通点が多い。

(1) 地中海地域

ここでは、大麻草を壁などにたたきつけて成分の多い部分とそれ以外とを分離している。すなわち、花穂や葉の小粒化したものと種子や繊維の多い部分とに分けるのである。見掛け上はもう葉片が存在するようには見えず、これを板状に加圧するのであるが、東部では加圧する前に布製バッグにつめ、北アフリカではセロファン紙で覆う。東北部では粉状のまま闇取引される例もある。

(2) インド亜大陸

この地域の大麻草は極めて分泌樹脂分が多く、花穂は触れてみると棒のようであり、手で強く握ると樹脂は手の平にベツトリ残る。よって、地中海地域のようにたたきつけるといった方法をとらず、こすり合せるとか揉むとかで樹脂分を集めている。その他にも多種類の方法がある。いずれにせよ、手のひらに厚くこびりついたものを集めた後の植物は大体すてられるが、茶のように煎じて用いるための“2級品”としてまわされることもある。

手のひらからボールに移し、ある量になると、地方によって板状、塊状、棒状に成形される。手のひらの代りにゴムシートにこすりつけて集める方法もあるが、変わったところでは、ゴムシートや皮革製シートをかぶって栽培中の大麻草の間をぬい歩き、シートにこびりついた樹脂分を掻き取る集め方もある。

花穂だけをつみ取り集め、乾燥した後に手でもみつぶして粗片とし、さらに篩を用いて細粉を集めることもある。この細粉としたものの見掛けは地中海産と似ていて緑色である。また、これを皮革製の袋に入れ4～5ヶ月間貯蔵した後にとり出して樹脂が軟くなる程度に陽に当て、木の棒などでこねると、樹脂が表面に滲み出てく

る。これを板状に成形するものもある。大麻草の頂上部分を集めて熱湯で煮て樹脂分を溶出させ、湯を冷やした後表面に浮いて固化する樹脂を集め加工する方法もあるが、どうしても水分を含むので、ある時間が経つとかびが生えてくる。

3) 液体大麻

液体大麻は葉身または樹脂から抽出した液状またはオイル状のものであって、酩酊、あるいは幻覚成分を濃縮しようとするものである。葉身や樹脂と異り包装はいか様にもできるから、取締りの目からのがれることも多い。勿論密封できるので、匂いで発見されることも少ない。

抽出法はコーヒーのパーコレーターと同じ原理によるもので、エタノール、メタノール、アセトンあるいは石油エーテルを用いて還流する。ある程度の抽出が終了すると、葉身または樹脂を新しく替えて同じ操作を施して濃度を増す。この後、溶媒を留去するのであるが、処によっては、これに用いる有機溶媒が高価なので、回収して再使用する。この液体大麻は、原料の如何にかかわらず、粘稠なオイルのような密度を有している。

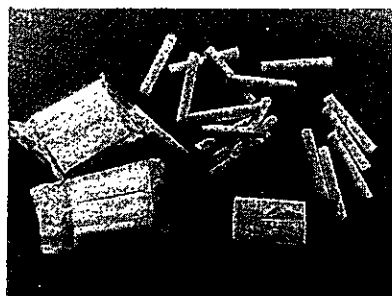
マリファナ、大麻樹脂、液体大麻は、同一物でも世界各地でそれぞれの呼称があり、国連のリストには267も載っている⁹⁾。これらのうち主なものを使用法をも含めて表Ⅱ-2に示した。

また、THCの含量はマリファナ0.5～5%、大麻樹脂2～10%、液体大麻10～30%である。
(武田 元)

密造大麻の形態



大麻草花穂（左：雄株・右：雌株）



大麻シガレット



ブダスティック



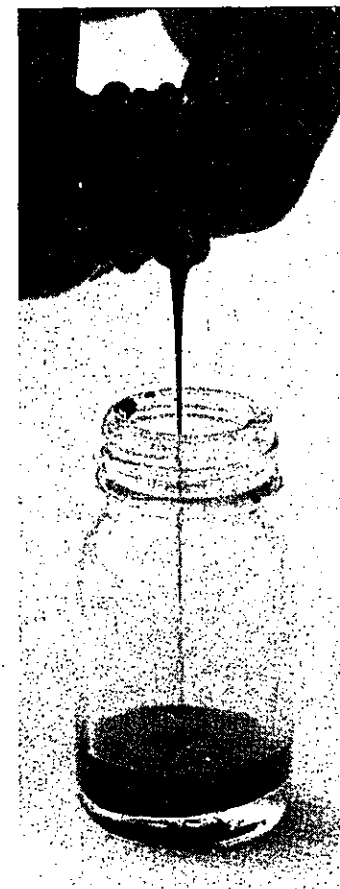
バンダ



ハシシュ



ハシシュ



ハシシュオイル

撮影、剣持加津夫

表Ⅱ-2 各国における大麻の名称

国名	名称	組成	製法	使用方法
インド 中央アジア	Bhang	乾燥し、成熟した葉・花穂	乾燥、粉碎する。香料を混ぜて種々な形で食用とする。	食
	Sawi	乾燥し、成熟した葉		吸煙
	Ganja	花穂及び結実部	樹脂性渗出物を花穂及び結実部とともに固める。平板状、円筒状、ボロボロの塊状等形態は多様	吸食
	Charas	樹脂	主として雌性大麻草の植物上部及び葉から抽出して棒状とする。	吸食
	Dawamesk	樹脂	charas と同様、棒状とし、香料を混ぜる。	吸食
アラビア イラン	Kannabis, Cannabis	全草		吸煙
アラビア、 イラン	Hashish	樹脂、花穂	乾燥、粉碎する	吸煙
	Kafour	花穂、葉	碎いて棒状にしたHashishにあへんを加えて作ったもので香料が加味されたもの	吸煙
	Banji	全草、主として葉	粉末とする	吸煙
イスラエル	Shesha	全草	粉末とする	吸煙
トルコ	Esrar	樹脂、花穂	Hashish のアルコール漬けに、シロップ、ジャム、ジャスミン又はオレンジの花を加えて混ぜたもの	吸飲
	Kobak, Asarath, Nasha	全草		
シリア	Magoun Madiun	花穂	Hashish に香料や催淫剤と一諸に、ハチミツを加え、これにアラビアゴムを混ぜて小さな球にまるめ、硬いペーストにしたもの	吸食
レバノン	Hashish el Keif	全草		

国名	名称	組成	製法	使用方法
エジプト	Hashish, Chira	樹脂、花穂	乾燥、粉碎する	吸煙
	Kamonga	全草	乾燥、粉碎する	
モロッコ、 アルジェリア、 北アフリカ 沿岸	Kif	葉と花が混った樹脂	乾燥、粉碎する。タバコに混ぜることもある	吸煙
チュニジア	Takrouri	花穂	Kif に同じ	吸煙
アフリカ西海 岸	Dimba	花穂		
コンゴ、 中央アフリカ	Suma, Dacha	花穂		
南・南西ア フリカ	Dagga, Diamba	全草、主として葉及び花穂	乾燥、粉碎する	吸煙
西アフリカ	Njemu	全草		
ズールー、 スワヒリ	Lebake	全草		
マダガスカル	Vongony	全草		
モザンビーク	Bangue, Suruma	全草		
ギリシャ	Mávron	全草	粉末にする	
ソビエト (南部)	Anascha	葉と混った樹脂及び花穂		
西インド諸島、 メキシコ等の 中央アメリカ、 北アメリカ、 イギリス	Marihuana, Marijuana, Mariguana, Rosa marihuana, Hemp, Muggles, Reefers, Indian hay	全草 特に花穂及び葉	乾燥、粉碎する タバコに混ぜることもある	吸煙

国名	名称	組成	製法	使用方法
ブラジル	Diamba, Djamba, Liamba, Riamba, Machona, Meconha	全草	粉末にする	吸煙
ドイツ	Hanf	全草		
モーリシャス	Gandia	全草	粉末にする	吸煙
ジャマイカ	Ganga	全草	粉末にする	吸煙

(参考) その他のHashishの名称・調整法

名称	調製法	使用方法
Anassa	砕いて粉末にしたHashishにヒヨス ^(注1) 、又はグツラ ^(注2) を加えて作ったもので香料が加味されている	吸煙
Bers	Hashishのアルコール漬けにアニス ^(注3) を加えたもの	吸飲
Manzul	Hashishにごま油、ココア、チョコレート等を加えて混ぜ、香料を加味する	吸食
Garawish	粉末にしたHashishにシロップ、けし及びグツラを混ぜ、エッセンスや香料を加味し、火で料理し、大理石板の上に注いで作る。菓子として食べる	食
Stuffed Dates	なつめやしのビット(核)の代りに、Hashish、アーモンド、ピスタチオ ^(注4) の実及び砂糖から作ったペースを加えたもの	吸食

注1：ヒヨス…ナス科植物。主成分ヒヨスチアミン(アルカロイド)。応用：鎮静・鎮痛作用。

注2：グツラ…ナス科植物。別名マングラゲ葉、チョウセンアサガオ。

注3：アニス…セリ科植物。ウイキョウと同類植物。芳香剤として使用する。

注4：ピスタチオ…南欧、アジア産の小木。核の中の多肉の子葉が食用になる。

参考文献

- 1) 朝比奈晴世：麻薬(南江堂)
- 2) 第五改正日本薬局方
- 3) 刈米達夫：最近生薬学(広川書店)
- 4) 西岡五夫：生薬学雑誌 35, 159, 1981.
- 5) 日本大百科全書(小学館)
- 6) 世取山守、沼尾公道：衛生科学, 25, 166, 1978.
- 7) 高島大典：農業および園芸, 50, 214, 1975.
栃木県農業試験報, 28, 47, 1982.
- 8) 懸田克躬他編：現代精神医学体系, 15A. 薬物依存と中毒 I
(中山書店)
- 9) United Nations: Report of Commission on Narcotic Drugs, 1973 ~ 1976.
- 10) United Nations: Recommended Methods for Testing CANNBIS, 1987.
- 11) 麻薬課編：「大麻」

Ⅲ 大麻の鑑定法

大麻事犯の取締では、他の乱用薬物事犯と同様に、押収物件である大麻の鑑定が極めて重要な地位を占める。大麻の鑑定は、

1. 鑑定物件の形態上の比較

2. 大麻成分の確認 等の

試験を行ってからなされるが、鑑定結果は大麻取締法に明記された大麻の定義に合致するものでなければならない。

1. 大麻取締法における大麻の定義

大麻取締法第一条に大麻の定義として、「大麻草（カンナビス・サティバ・エル）及びその製品をいう。但し、大麻草の成熟した茎及びその製品（樹脂を除く）を除く」と規定されている。

法にいう大麻草とは、植物「カンナビス・サティバ・エル」のことで、全草が法の対象となる。大麻草から得られたもの、例えば乾燥葉、花穂部、樹脂等は大麻草の製品と定義される。十分に成育した大麻草の茎からは、繊維やおがらが収穫される。成熟した茎及びその製品（樹脂を除く）は規制対象から除外されており、これらを生産するために、正規栽培が行われている。ところで、大麻草の成熟した茎とは、上述の製品を得るのに適した状態に達した形状になった場合と解釈される¹⁸⁾。従って、成熟した茎を除けば小枝も含め大麻に該当するものと見なすことが出来る。故に、鑑定物件中の茎が、小枝か主たる幹の茎であるのかを区別する必要が生ずるが、これには、茎の表皮に強い靱皮繊維が出来ているか否かを確認し、成熟した茎であるか否かを判定する。この靱皮繊維の形成が明らかに確認できるのは、一般に、茎の径が3～5 mm程度に成長した部分からである。

2. 大麻の同定

大麻が植物体またはその製品であることから、形態の比較や検鏡等の植物学的試験により、ある程度また時には的確に大麻の同定をすることが出来る。

また、大麻植物には、他の植物からは検出されないカンナビノイドという一群の特異成分が存在する。故に、この大麻特有の成分であるカンナビノイドを確認することは、大麻であるという証明になる。

一方、大麻取締法にいう大麻であるか否かの判定は、植物形態学的比較においてのみ可能であるから、司法鑑定においては、より適確な判定をうるために、上述の植物学的試験と大麻成分の確認試験を合わせ行うのが一般的である。

1) 植物学的試験

(1) 形態の比較

大麻草そのものの鑑定では、特に形態の比較検討が重要な試験である。大麻草の植物学的形態は、葉及び茎（場合によっては花穂）等の形状を、前章に記述されている大麻草の特徴について観察し比較検討する。

(2) 顕微鏡試験（検鏡）

顕微鏡下での観察は、主として表皮上の樹脂状物、剛毛の形状及び状況並びに腺毛等の観察確認を行う。剛毛や腺毛は、双子葉植物では一般に見られるものであり、これらは植物間で差が見られ、更に大麻の剛毛は特有な形をしてはいるが、大麻同定の決定的な要因とはいえない。しかし、剛毛や腺毛が確認されることは、鑑定物件が植物体または植物体から得られたものであるということ強く支持し、大麻取締法第一条にいう大麻の定義に合致することを証明することになるから、検鏡は鑑定上重要な試験方法といえる。

なお、剛毛を有する植物は数多く存在しても、剛毛と多量の樹

脂が同時に存在する植物は少ない。故に、検鏡では、これらを観察できるように標本の作り方を選択する。

① 顕微鏡標本の作成

イ. 水酸化ナトリウム法

検体を熱湯中5～10分間加熱し原形に復させた後、10%水酸化ナトリウム溶液に浸し約20分間煮沸する。葉緑素及び樹脂の除去確認後、希塩酸中和、熱湯洗浄を行ってから、スライドガラス上に置きカバーガラスをつけ標本とする。

この標本では、剛毛の全体像及び成育状況を観察できる。

ロ. 抱水クロラル法

検体を数分間熱湯に浸し柔軟にした後に、ミクロトームを用いて細断する。細断片をスライドガラス上に置き、抱水クロラル水（抱水クロラル：水＝5：1）1滴を加え、カバーガラスで押さえ標本とする。

この標本は検体の内部構造を把握できる。

ハ. その他

検体をスライドガラス上に置き、実体顕微鏡（立体顕微鏡）下直接観察する。場合によっては、メタノールで検体表皮上の樹脂を溶出し、再び検鏡する。

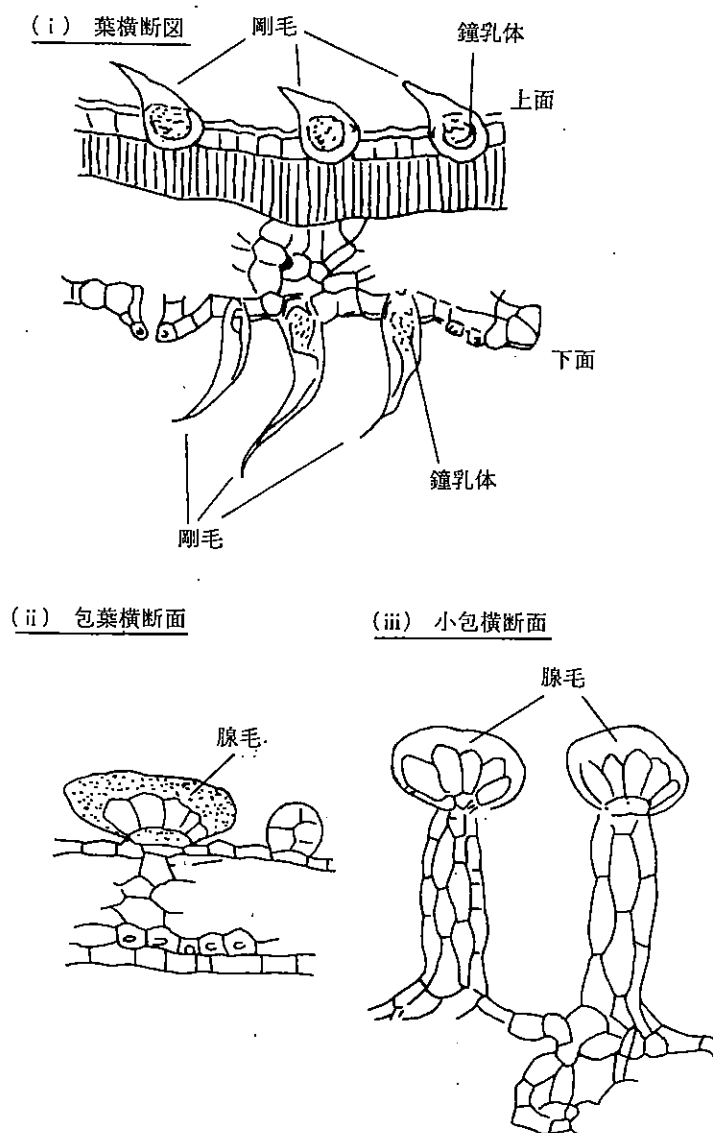
この方法によって、樹脂の状況及び剛毛の全体像を観察することが出来る。

② 植物内部構造の特徴

大麻樹脂は特に葉、包葉、小包等から分泌されるが、これらの顕微鏡検査を行うと、樹脂を分泌する腺毛の存在をはじめ、特徴的な毛茸を認めることが出来る。

なお、大麻を検鏡すると多数の剛毛及び腺毛が認められる。特に、大麻草の剛毛の基部には炭酸カルシウムの鍾乳体があり、腺毛は樹脂及び精油を含んでいる。

図Ⅲ-1 大麻草の顕微鏡観察図



イ. 剛毛

葉の上面表皮、下面表皮に多数存在する単細胞性の毛で、基部が大きく膨らみ円錐形を呈した剛毛と、細長い剛毛がある。前者は上面表皮に多く、太く短い剛毛(長さ80~100 μ)や強大な剛毛(長さ150~350 μ)等多様である。基部は普通葉肉内に喰い込み、一方、先端は鋭く尖っている。内部には上壁から下垂したブドウ状の炭酸カルシウムからなる鍾乳体がある。一方細長い剛毛(長さ150~200 μ)は下面表皮に多く、基礎は葉肉内に喰い込まない。内部には炭酸カルシウムを含む液か、あるいは鍾乳体をみるが、その発達は顕著ではない。

ロ. 腺毛・腺りん

腺毛、腺りんは下面表皮に多く、特に主脈上に集まっている。腺毛頭部は二つの半円形の細胞からなる径16~25 μ の球状で、樹脂、精油を含む。腺りん(腺毛の一種で頭部細胞が数個に分裂したもの)頭部は通例8個以上の細胞が放射状にならんだ径40~60 μ の球状で、更に頭部の中央下部に、径10~27 μ の半円形、褐色内容物を含む二個の細胞がある。腺毛、腺りんは、柄が無い(花期)のものもあるが、多くは細胞性の長柄(長さ200 μ)を有して(結実期)いる。

③ 大麻と類似する植物との差異

大麻は煙草と混ぜ吸煙されることが多い。

この煙草に加え、植物分類学上の大麻と近縁の植物は、大麻と植物学的によく煮た内部構造を持つものも見受けられることから、これらの植物の特徴をつかんでおくことが必要である。

イ. タバコ *Nicotiana tabacum* L. (solanaceae)

葉の上皮及び下皮に腺毛があるが、大麻のような単細胞の剛毛はなく、大麻と煙草との区別は容易である。

ロ. ホップ *Humulus lupulus* L. (cannabinaceae)

上皮に大麻によく似た剛毛、下皮には短い棘様突起が一面

に見られる。大麻にはこの棘が無いので容易に区別できる。

ハ. カラハナソウ *Humulus lupulus* L. var *cordifolius* (cannabinaceae)

上皮に大麻にあるような剛毛、下皮には細長い剛毛が見られるが、その数は大麻の場合より少なく、また、上皮の剛毛の基部に鍾乳体が見られない。剛毛はいずれも単細胞である。

ニ. カナムグラ *Humulus Japonicus* Sieb. et Zucc (cannabinaceae)

上皮に大麻にあるような剛毛、下皮には、先端が曲がった剛毛と真っすぐにとがり、基部の膨らんだ剛毛の二種が見られる。また腺毛もある。下皮に二種類の剛毛があることで大麻と区別することが出来る。

ホ. クワ *Morus bombycis* Koizumi (moraceae)

上皮の剛毛は大麻の場合と全く異なった形態を示し、また下皮には剛毛が無い。

ヘ. チャ *Thea sinensis* L. (theaceae)

上皮、下皮ともに剛毛が認められない。

2) 大麻成分の確認試験法

大麻成分の確認試験法としては、

(1)呈色試験法、(2)薄層クロマトグラフ法、(3)ガスクロマトグラフ法、(4)ガスクロマトグラフ・質量分析法、(5)液体クロマトグラフ法等が適用されている。これら以外の方法としては、ガスクロマトグラフ・フーリエ変換赤外線吸収スペクトル法があるが、この方法は未だ普及するに至っていない。なお、赤外線吸収スペクトル法や核磁気共鳴吸収スペクトル法等の方法は、大麻成分の分離精製が必要であるから、実際の鑑定に適用されることは殆ど無い。

ここでは、現在鑑定上最も繁用されている(1)～(4)の方法について概説

する。

(1) 呈色試験法

呈色反応は特異性には欠けるが、短時間内に結果が得られることから、大麻取締法違反被疑事件の捜索現場における簡易試験として応用されている。この簡易試験に適用される呈色反応は、①ファースト・ブルーB 塩試験、②デュケノア試験、③ガムロイ試験、④ビーム試験等である。これらの呈色反応中、反応そのものの信頼性は、①～③とも同程度であるが、③に比較し①及び②は、操作がより容易であることから、捜索現場における簡易試験として重宝されている。

① ファースト・ブルーB 塩試験

ファースト・ブルーB 塩は、水溶液中アルカリと反応しジアゾニウム塩を生じる。このジアゾニウム塩がフェノール性化合物であるカンナビノイドとカップリング反応を起こし着色生成物を与える。生成した有色物質はクロロホルム等の有機溶媒に溶けるため、溶転させ色調を確認することが出来る。この反応は室温で進行し、試薬そのものもかなり安定であるから、現場試験として繁用され、携帯に便利なキットも実用化されている²²⁾。

この試験方法は、検体少量とファースト・ブルーB 塩 2～3 mg、1N水酸化ナトリウム溶液 1 ml 及びクロロホルム 1～2 ml を試験管にいれ、1～2 分間攪拌後静置し、下層のクロロホルム層の色調を確認する（赤紫色を陽性とする）。

② デュケノア試験

検体少量とデュケノア試薬 2 ml を試験管にいれ振り混ぜる。これに塩酸 2 ml を加え攪拌すると青色を呈する。色調は青色から濃青色となり、更に、紫色、濃紫色と変化する。この溶液にクロロホルム 1～2 ml を加え振り混ぜると、下層のクロロホルム

ム層が紫～青紫色を呈する。

この反応も、操作が容易なことと、試薬がかなり安定である（ファースト・ブルーB 塩よりは安定度は悪い）ことから、現場試験に広く用いられている。

デュケノア試薬：アセトアルデヒド6滴，ワニリン0.4gを95%エタノール20mlに溶かす（冷暗所保存）。

③ ガムロイ反応

大麻抽出物を蒸発皿にとり、ガムロイ試液数滴を加え水浴上1分間加温すると、赤褐色を呈する。放冷すると赤紫色に変色するが、これに水を加えると青色（僅かに紫色を帯びる）になる。

この反応は、加熱操作が加わるため、現場における簡易試験として用いられることは稀である。

ガムロイ試液：p-ジメチルアミノベンツアルデヒド1gを硫酸5ml及び水1mlに溶かす。

④ ビーム試験

大麻抽出物を蒸発皿にとり、ビーム試液を加えると鮮紫色を呈する。

この反応の適用は、極めて稀である。

ビーム試液：5%水酸化カリウム-エタノール溶液。

(2) 薄層クロマトグラフ法 (TLC)

大麻のTLC分析で対象となる大麻成分はCBD, THC, CBN, CBC, CBG, CBGM, THCV及びこれらの相応する酸類であるが、これらの中特にCBD, THC, CBN, CBC, THCV及びTHCAが、大麻の分析上重要な成分である。TLC分析では、これらの成分は色調の異なったスポットを与え、更に半定量的な結果も得られるため、検体について色々な情報が得られ易い。

大麻成分のTLC分析で重要な点は、試料溶液の調製と展開溶媒

の選択である。特に、試料溶液は最も重要なTHCの濃度が、0.1～1mg/ml程度となるように調製する。不正大麻は、その形態により植物片、樹脂及び液体大麻と大別することが出来る。これらのもののTHCの含有量は、

植物片	0.5～5%
大麻樹脂	2～10%
液体大麻	10～30%

であるから¹⁶⁾、この含有量を目安として試料溶液の調製を行う。

① 展開溶媒

展開溶媒として常用されているのは

S-1. benzene:n-hexane:diethylamine(25:10:1)

S-2. n-hexane:ethyl acetate(1:1)

S-3. benzene

等である。溶媒系S-1及びS-3は、カンナビノイドの脱カルボン酸体の分離に適し、溶媒系S-2は相応するカンナビノイドのカルボン酸体の分離確認に適する。

各溶媒系におけるカンナビノイドのRf値を表Ⅲ-1に示す¹³⁾。

② TLCプレート

担体として一般にシリカゲルが用いられている。このシリカゲルで十分に成分を分離することが出来るから、他の担体例えばアルミナ等は、殆ど用いられない。

③ 発色試薬及び検出限界

ファースト・ブルーB 塩、ジアゾ化ベンチジン、ジアゾ化スルファニール酸及びデュケノア試薬等が、発色剤として用いられる。これらの試薬中、前二者は、後二者に比べ検出感度が良く成分スポット間の色調差が大きい。特に、ファースト・ブルーB 塩は試液が最も作り易いから、発色剤として広く使用されている。上述の試薬について主要カンナビノイドの検出限界と色調を表Ⅲ-2に示す¹⁾。

表Ⅲ-1. カンナビノイドのRf値

溶媒系	Rf値		
	S-1	S-2	S-3
CBD	0.45		0.60
CBDA		0.67	
THC	0.35		0.57
THCA		0.59	
CBG			0.37
CBGA		0.67	
CBGM			0.82
CBGAM		0.59	
CBC			0.44
CBCA		0.24	
CBN	0.25		0.53
CBNA		0.20	
THCV			0.57
THCVA		0.35	

ジアゾ化ベンチジン溶液：ベンチジン溶液（ベンチジン5gを濃塩酸14mlに溶かし水を加え1ℓとしたもの）10mlと10%亜硝酸ナトリウム溶液10mlを混合する。用時調製する。

ジアゾ化スルファニール酸溶液：ジアゾ化スルファニール酸10mgを5%炭酸ナトリウム溶液20mlに溶解する。用時調製する。

ファースト・ブルーB 塩溶液：ファースト・ブルーB 塩40mgを水又は水-メタノール（1:1）20mlに溶かす。
冷暗所では数週間保存できる。

表Ⅲ-2 大麻成分の呈色及び検出限界

	CBD	THC	CBN
ジアゾ化ベンチジン	黄 橙 (0.1μg)	赤 橙 (0.1μg)	赤 褐 (0.1μg)
ジアゾ化スルホン酸	淡 黄 (0.3μg)	鮮 黄 (0.1μg)	黄 (0.1μg)
ファースト・ブルーB	黄 紅 (0.1μg)	紫 紅 (0.1μg)	紫 赤 (0.1μg)
デュケノア試薬	青 (5μg)	紫 青 (3μg)	紫 青 (5μg)

(3) ガスクロマトグラフ法 (GC)

GC分析は、大麻成分中のカンナビノイドについて行われる。TLC分析で用いられる試料溶液をGC分析でも使用可能であるが、GC分析では、n-ヘキサン等の溶媒を用い調製した試料溶液が、より一定したRt値を与える。

GC分析の測定条件としてのカラム温度は充填剤及びカラムの長さにより異なるが、一般に 180～250℃に設定され、測定が行われる。

用いられるカラム充填剤は、

SE系 : SE-30²⁾, SE-52¹²⁾

OV系 : OV-1¹⁾, OV-7^{14), 23)}, OV-17⁹⁾, OV-210⁸⁾,
OV-225⁸⁾

その他: Apiezon L⁵⁾, Carbowax 20M⁷⁾, XE-60³⁾,
QF-1⁶⁾, QF-1+OV-1+OV-17¹⁹⁾

等である。これらの充填剤中、繁用されているのは、1.5% ~ 3% OV-17、1 ~ 2 m カラムである。充填剤として OV-17を用いた場合の大麻成分の相対保持時間を表Ⅲ-3に示す²⁰⁾。

表Ⅲ-3から明らかなようにCBDとCBC、 Δ^9 -THCと Δ^8 -THCは、通常のGC分析では分離出来ないが、アルキルやシリル等の誘導体とすれば分離可能となる。例えば、N, O-bis(trimethylsilyl) acetamideでシリル化すれば、 Δ^9 -THCと Δ^8 -THCの分離が可能となる⁴⁾。

GC分析では、THCA や CBDA等のカンナビノイドのカルボン酸体は、高温のため脱炭酸されTHCやCBD等のカンナビノイドの脱カルボン酸体となり測定される。故にカンナビノイドのカルボン酸体の定性及び定量分析を行う場合には、ジアゾメタンによるメチル化反応¹¹⁾、シリル化剤によるシリル化反応⁴⁾等を行って、カルボキシル基を保護しておかなければならない。

表Ⅲ-3 大麻成分の相対保持時間 (R Rt)

大 麻 成 分	R Rt
Cannabidiol (BDV)	0.18
Cannabicyclol (CBL)	0.26
Δ^9 -THCV	0.26
Cannabichromene (CBC)	0.34
Cannabivarin (CBV)	0.34
CBD	0.34
CBGM	0.38
Δ^8 -THC	0.44
Cannabielsoin	0.48
Δ^9 -THC	0.49
Cannabigerol (CBG)	0.57
CBN	0.63
Androst-4-ene-3,17-dione	1.00

測定条件：充填剤 ; 2% OV-17
カラム温度 ; 210°C

(4) ガスクロマトグラフ・質量分析法 (GC-MS)

赤外線吸収スペクトル法、核磁気共鳴吸収スペクトル法及び質量分析等は、分離精製を必要とするから大麻成分の確認法として、大麻の鑑定に適用することは实际的ではない。しかし、GC-MS法は、大麻成分の分離精製と質量分析の測定が、同時に行われるため有用な鑑定方法と考えられている。

大麻成分の GC-MS 測定は、主として THC を測定するが、CBD や CBN 等も測定される。場合によっては CBC や THCV 等の測定の必要性もみられる。特に、CBD 又は CBC の測定が必要な場合には、CBD と CBC は GC では分離しないから TLC 法でこれらの成分を確認する。TLC でこれらの成分が確認されたら、前項で述べたようにメチル化等を行い GC-MS の測定を行う。

GC-MS の測定条件としては、先ずガスクロマトグラフ部に前項の「ガスクロマトグラフィー」の測定条件を適用する。次に、質量分析部では、電子衝撃イオン化 (EI) 法を適用する場合には、イオン化エネルギーの設定を70~100eV 程度とする。この条件では、THC、CBD 及び CBN 等の成分の GC-MS スペクトルから、分子イオンピークや、一、二の開裂様式を確認することが出来る。

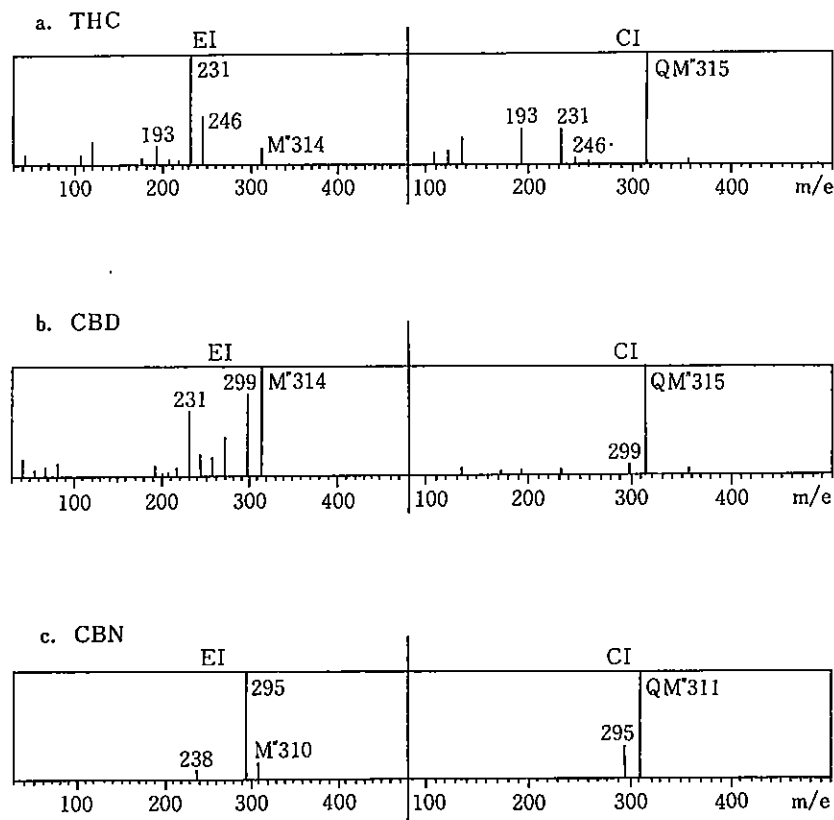
GC-MS の実例として、大麻の主要成分である THC、CBD および CBN の GC-MS スペクトルを図Ⅲ-2に示す¹⁵⁾。これらのスペクトルから、相応する成分の開裂様式は、図Ⅲ-3と考えられている。

3. 鑑定物件

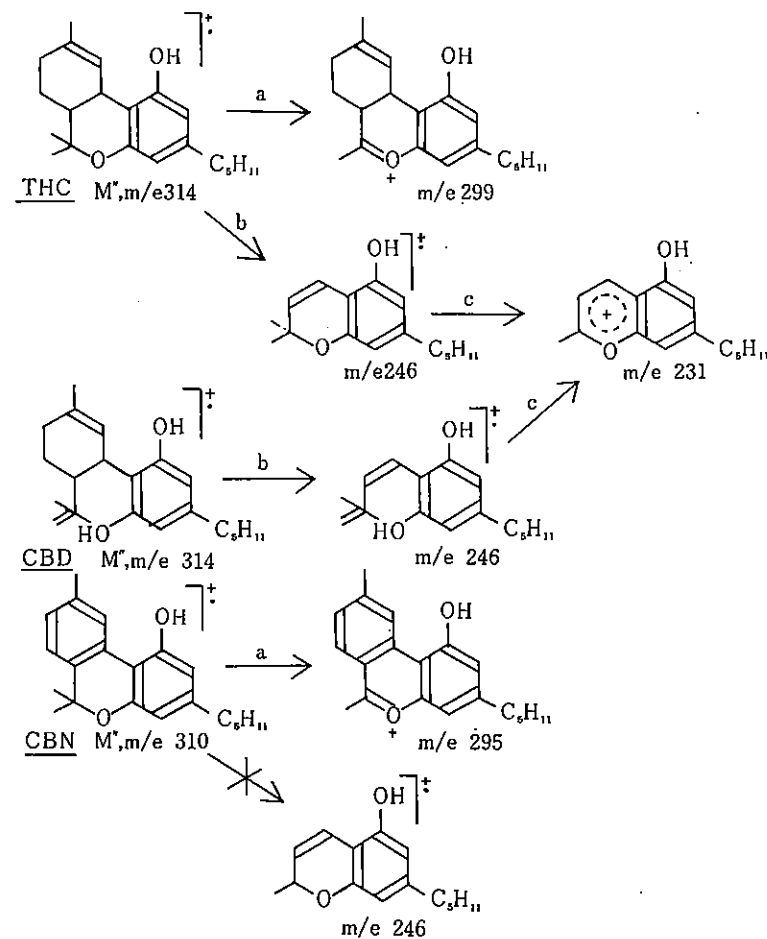
鑑定嘱託される物件を分類すると、

1) 原植物又は植物片、2) 樹脂 (大麻樹脂)、3) 液状物質 (液体大麻)、4) その他、に大別出来る。これらの実例と鑑定上の指針とを概説する。

図Ⅲ-2 主要大麻成分のGC-MSスペクトル



図Ⅲ-3 大麻成分の開裂様式



注 ; a : 脱メチル, b : 逆ディール
スアルダー開裂, c : 逆ディール
スアルダー開裂後脱メチル

1) 原植物又は植物片

原植物又は植物片であるということが明瞭な鑑定物件には、(1)原植物、(2)幼植物、(3)乾燥植物葉片、(4)小枝、(5)花穂部、(6)葉柄、(7)苞葉、(8)大麻タバコ等に分ける事が出来る。

(1) 原植物

屋内での密栽培で押収される場合が多い。この種の物件は、植物体であるから形態の比較が極めて重要である。葉部、茎部、花穂部について大麻の特徴点を確認する。これらの形態確認に合わせ数枚の葉をとり、顕微鏡試験と抽出溶液についてカンナビノイドの確認試験等を行う。原植物では、カンナビノイドは相応するカンナビノイドのカルボン酸体として存在しているから、抽出溶液を30分程度加熱し脱炭酸反応を誘発させ、生じたカンナビノイドの脱カルボン酸体を確認する。

(2) 幼植物（大麻草幼苗）

大麻の密栽培事犯で、発芽して間もない植物が押収されることがある。大麻種子の発芽後現れた子葉にも、検鏡によれば剛毛が存在する（図Ⅲ-1）¹⁷⁾。子葉の段階ではカンナビノイドは検出されないが、本葉である第一葉が現れると、CBCAを主成分として、THCAやCBDA等のカンナビノイドが検出されるから¹⁰⁾、これらの確認により鑑定を行うことが出来る。しかし、子葉の段階であれば鑑定は困難である。

(3) 乾燥植物葉片

葉の原形が保持されている例は極めて稀である。顕微鏡試験と大麻成分の確認試験を行う。顕微鏡試験では、葉片上における樹脂の確認並びに葉片の表裏の比較もおこなう。

(4) 小枝

大麻草の成長点近傍の小枝のみを集めた事例が時折見受けられ

る。場合によっては小枝に花や託葉等が見られる。小枝の表皮に、強い韌皮繊維が形成されているか否かの確認も合わせ行う。又、小枝には相当量のカンナビノイドが存在しているから、葉片と同様に成分の確認試験を行うことが出来る。なお、吸煙するため小枝を細断している事例もある。この場合は顕微鏡試験と成分の確認を行う。

(5) 花穂部

大麻草の花穂部には特に多量の樹脂が分泌している。鑑定物件としては、樹脂と花穂部を固めたガンジャ、花穂部を棒状としたブダスティック及び樹脂があまりついていない花穂部等がある。

植物学的試験では、花穂部一花、果実、小葉、苞等の形態の比較に加え、顕微鏡試験を行う。

花穂部は樹脂量が多いから、成分確認のための試料溶液の調製時には、植物体としてではなく樹脂として考慮し作製する。

(6) 葉柄

葉柄のみを集め吸煙する事例がある。葉柄は葉の一部であり茎ではないから、大麻取締法にいう大麻に該当する。葉柄と茎とを混合した事例もある。葉柄は柔軟であるが茎は固いため、これらの区別は容易である。成分確認では葉柄を葉片と同様に取り扱い試料溶液を調製する。

(7) 苞葉

外見上大麻であるか否かの判断が困難な事例であるが、大麻特有の剛毛が存在し、更に多量の大麻成分の含有が認められることから、葉片と同様に試験を行う。

(8) 大麻タバコ

大麻タバコには、①乾燥大麻葉片のみを用いたもの、②乾燥大麻葉片とタバコとを混合したもの、③タバコに大麻成分を適量塗

布したもの等がある。①の事例は乾燥大麻と全く同様に試験を行う。②の事例は、実体顕微鏡（立体顕微鏡）下、大麻葉細片とタバコの混合物であることを確認後、大麻葉と同様に試験を行う。③は、大麻の鑑定物件中最も鑑定が困難な事例である。この事例は、特に実体顕微鏡下での検体の状況を詳細に観察しなければならない。タバコ自体にも樹脂は付着しているから、局所的に大量の樹脂が付着している所を追究し、大麻の剛毛が混入していないかを調べる（大麻樹脂を塗布した場合は、大麻の剛毛を見付けることが可能である）。剛毛が存在しない場合は、THC、CBD、CBN等の主要カンナビノイドの定量試験、並びにこれら以外のカンナビノイドの確認を行い、総合的に判断を下すべきである。

2) 大麻樹脂

大麻樹脂は、大麻草の樹脂部のみを集めたものであるが、この樹脂中には植物細片が多量含まれている。樹脂部を除いた残渣について顕微鏡試験を行い、樹脂部については成分の確認試験をする。

3) 液体大麻

大麻の油状物を抽出したもので極めて粘稠な液体であるが、長期間経ると固化し樹脂となる。この液体大麻には植物細片は含まれないが、剛毛片が必ず含まれる。故に、有機溶媒の可溶物から大麻成分の確認を行い、不溶物から大麻の剛毛を確認する。

4) その他

大麻の乱用形態は、その殆どが吸煙であるため、乱用の証拠品として、大麻タバコの吸殻、吸煙器具、灰及び灰皿等が押収され鑑定嘱託される。大麻タバコの吸殻は、大麻タバコと同様に取り扱う。吸煙器具、

灰及び灰皿等には、大麻成分が付着しているので、その成分の確認を行う。又、大麻の燃えかすからは、顕微鏡下剛毛を確認することが出来る。灰にも剛毛が残存する。なお、吸煙器具の火皿には、大麻の不燃焼物が残存することが多い。
(永吉 剛)

参考文献

- 1) 荒巻繁一郎：大麻草成分の裁判化学的研究（九州大学，1968年）
- 2) Aramaki, H. et al : Forensic chemical study on marihuana. I. A detection method of the principal constituents by thin-layer and GLC, Chem. Pharm. Bull., 16 : 822-826, 1968.
- 3) Caddy, B., Fish, F. : J. Chromatogr., 31 : 584-587, 1967.
- 4) Davis, K. H. et al : Lloydia, 33 : 453-460, 1970.
- 5) El-Darawy, Z. I. et al : Qual. Plant. Mater. Veg., 21 : 311-325, 1972.
- 6) 藤田, 下村, 栗山等 : 薬学雑誌, 21:57, 1967.
- 7) Heaysman, L. T., Walker, E. A., Lewis, D. T. : Analyst, 92 : 450-455, 1967.
- 8) Hoffman, N. E., Yang, R. K. : Anal. Lett., 5 : 7-11, 1972.
- 9) Lerner, M., Ziffert, J. T. : Determination of tetrahydrocannabinol isomers in marijuana and hashish, Bull. Narcot., 20 (2) : 53-54, 1968.
- 10) 犬塚茂子：大麻草幼苗の鑑定法確立に関する研究—科学的方法（厚生省），1982.
- 11) Mechoulam, R. : Marihuana chemistry, Science, 168:1159-1166, 1970.
- 12) Merkus, F. W. H. M. : Nature, 232 : 579-580, 1968.
- 13) 正山征洋：大麻に関する生薬学的研究（九州大学）
- 14) Small, E. : Common cannabinoid phenotypes in 350 stocks of cannabis, Lloydia, 36 : 144-165, 1973.
- 15) 鈴木真一, 井上堯子, 岸徹：薬毒物の質量スペクトル 3. 大麻中のカンナビノイド, 科学警察研究所報告法科学編, 36(4) : 235-237, 1983.

- 16) The United Nations : Recommended method for testing CANNABIS, ST/NAR/8, 1987.
- 17) 渡嘉敷美智子：大麻草幼苗の鑑定法確立に関する研究—形態学的方法（厚生省），1982.
- 18) 東京高等裁判所第一刑事部判決，昭和59年3月21日.
- 19) Turk, R. F. et al: The identification, isolation and preservation of Δ^9 -tetrahydrocannabinol. J. Pharm. Pharmac., 23: 190, 1970.
- 20) Turner, C. E., Hadley, K. : J. Pharm. Sci., 62 : 251-256, 1978.
- 21) Vree, T. B., Breimer, D. D., Gianeken, L. A., van Rossum, J. M. : J. Chromatogr., 74 : 209-224, 1972.
- 22) 渡辺敬三：現場における大麻の簡易鑑別法，衛生化学，16(2): 1970.
- 23) Willinsky, M., Di Simone, L. : A rapid simultaneous determination of the cannabinoids, Il Farmaco Ed. Prat., 28: 441-448, 1973.

IV 大麻の薬理作用

1. 動物における作用

大麻の薬理作用についての動物実験は，古くから数多く行われている。大麻はウサギで角膜反射の消失，イヌで運動失調，悪心，嘔吐をおこすことが報告されており，しかもこれらの作用はきわめて再現性がよいので，これをbioassayに利用し，大麻成分中の Δ^9 -tetrahydrocannabinol(THC)がその作用の本体であることが明かにされた¹⁶⁾。とくに諸種の動物に共通してみられるのがカタレプシー作用や体温下降作用である。その他，THCは鎮静作用を有するが音や接触などの外来刺激に対する著明な被刺激性増大が発現すること，また鎮痛，呼吸運動抑制，瞳孔散大などの作用もみられる¹⁴⁾。さらにTHCは循環系にも作用し，麻醉イヌにTHC(0.1—0.5mg/kg)を少量投与するとそれ自体影響を及ぼすことはないが，エビネフリンの血圧上昇作用は増強される。

THC 1—10mg/kgの大量投与するとそれだけでも血圧下降作用，徐脈がみられる⁵⁾。

1) 中枢神経作用

THCがヒトの精神機能におよぼす影響は，個体差が大きく喫煙経験の多少，喫煙者の性格，使用時の雰囲気，使用時の期待度によって大きく変化する。このような大麻の精神作用を動物で証明することは非常に困難なことであった。しかし近年，動物の行動を指標にした行動薬理学のめざましい発展に伴い大麻の中枢神経作用機構が明かになりつつある。

大麻がマウスの自発運動量を抑制することやTHCはhexobarbital睡眠の増強を起こす一方，逆にamphetamineによる運動興奮をも増強させるような相互作用もある^{6), 22)}。

また、記憶に関してはサルに THC を投与すると、複雑な行動遂行能力の低下がみられること²¹⁾、ハトに THC 1.8mg/kg を投与すると用量依存的に抑制すること、ラットでは迷路学習の遂行時間が延長することなど報告されている。

筆者らは¹¹⁾、THC 6 mg/kg の投与量でラットは 8 方向放射状迷路学習の障害、すなわち空間認知の障害をおこすことを見いだした。

なお、攻撃行動などの情動過多に関しては、長期隔離飼育によって誘発されるマウスの攻撃行動を、大麻が抑制する²⁰⁾。電撃ショック法によるラットやマウスの闘争行動は大麻の少量 (0.25-0.5mg/kg) 投与によって増強されるが、大量 (1 mg/kg) では逆に抑制される¹⁾。さらに迷路学習や REM 睡眠の遮断などによるストレス条件下のラットに大麻を投与すると攻撃行動が発現する²¹⁾。

以上のように、THC の作用は動物種、実験条件および THC の投与量および投与時間によって大いに異なる。

ここでは、ラット、マウスの行動に及ぼす THC の作用について、筆者らの研究結果を述べる^{10), 25)}。

実験には、九州大学薬学部生薬学教室 (主任：西岡五夫教授，正山征洋助教授) において、大麻草より分離精製された Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) を 1%-Tween 80 に乳化して使用した。

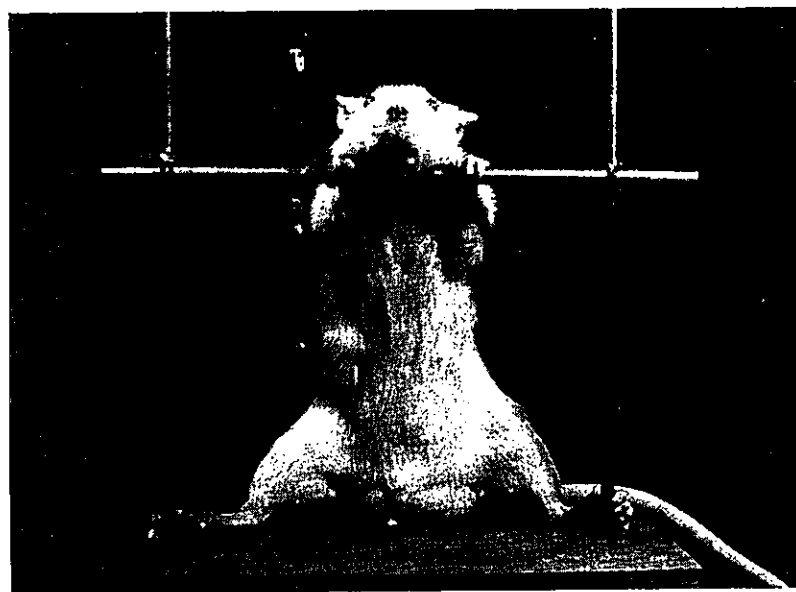
〔THC によるラットの行動変化²⁵⁾〕

THC をラットの腹腔内に投与してその行動を観察すると、2-4mg/kg では自発運動の亢進がみられ、8-10mg/kg では逆に自発運動は抑制され腹部を床につけたままゆっくり歩き回ったり、あるいは首を丸めてうずくまるようになる。またこの用量では激しく物を嗅ぎまわる常同行動や、体に触ったり、息を吹きかけるような刺激を加えると激しく鳴き声を発するなど、被刺激性の著明な増大がみられる。さらに、後ずさりして歩いたり (walking back) や後肢を軸にして方向転換する (pivot) など、正常ラットでは決してみられないような異常行動も発現した。このような異常行動の発現は幻覚薬に共通してみられる現象であるが、

THC の投与では LSD-25 やメスカリンの投与による首振り運動 (head twitches) の発現はみられない。このことは同じ幻覚剤でもその脳内作用機構が異なることを示唆している。THC による walking back や pivot などの異常行動の発現の程度は 30 日間の慢性投与しても増強することなく、逆に耐性がおこることもなかった。しかも、THC の慢性投与を中止することにより直ちに正常の行動に復した。

〔カタレプシー惹起作用²⁶⁾〕

THC を動物に投与した場合、最も少量で発現するのがカタレプシー作用 (写真Ⅳ-1) である。



写真Ⅳ-1 カタレプシーの発現

背伸びをした不自然な姿勢をいつまでも続けるようになる。

THC によるカタレプシーは抗精神病薬の大量投与によって起こるものとは異なり、音、光あるいは接触などの外来刺激に対して過敏となるため、しばしばカタレプシーそのものを測定することが困難であるが、一旦、カタレプシー状態に入れば刺激を加えない限り、いつまでも不自然な姿勢を保持する。THC のカタレプシー惹起作用の ED50 はラットでは 0.1 (0.06-0.17)mg/kg 静注 (i.v.) , 1.4 (0.7-2.8) mg/kg 腹腔内注射 (i.p.) およびマウスでは 3.8 (1.6-7.6)mg/kg i.v. , 18.0 (9.5-34.2) mg/kg i.p. であり、マウスよりラットの方が THC に対する感受性が高かった。なお、THC によるカタレプシーの特性ならびに発現機序を検討したところ、黒質一線条体系以外のカテコールアミン神経が関与していることが判った。

〔THCによって発現する攻撃行動^{(12), (13), (24)}〕

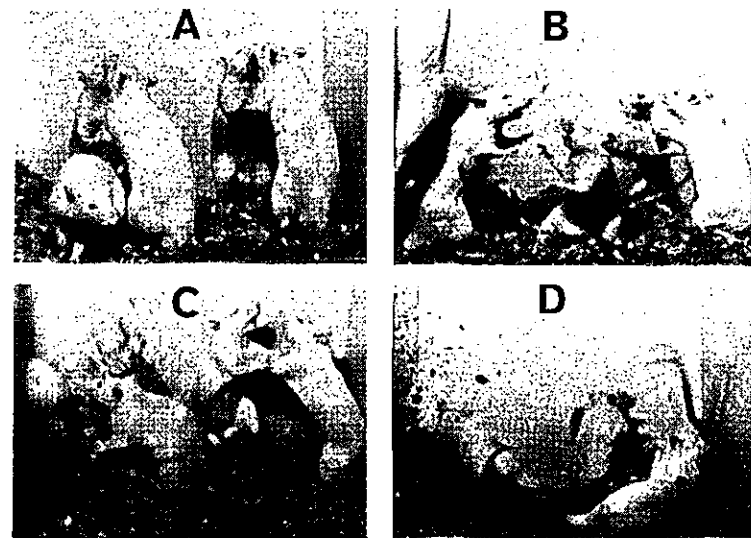
THC による行動変化のうち、実験条件によって最も影響を受けやすいのが情動行動の変化である。そこで、ラットの飼育条件 (単独隔離飼育群と集団飼育群) および摂食条件 (1日に2時間だけ餌を与える絶食群と自由に与える群) の条件を組み合わせた各群のラットに毎日1回 THC 6 mg/kg を30日間腹腔内投与を続け情動行動の変化を観察した⁽²⁴⁾。

THC 6 mg/kg を腹腔内投与すると軽度の鎮静, walking back および catalepsy が発現する。さらに THC を慢性投与すると17日後には情動反応が著しく変化し、仲間同志の闘争行動、差し出した棒に咬みついたり (rod attack)、外から刺激を加えると激しい鳴き声を発するなどの被刺激性の増大とマウスを咬み殺す (mouse-killing behavior, ムリサイド) などのきわめて特異な攻撃行動が発現するようになる (写真 N-2, N-3, N-4)。



写真Ⅳ-2 棒に対する攻撃行動の発現

鼻先に差し出した棒に咬みつき口からはなそうとしない。



写真Ⅳ-3 被刺激性の増大を伴う攻撃行動の発現

ラット同士の体が触れると激しい鳴き声を発してお互いに立ち上がりケージの中を暴れ回る。

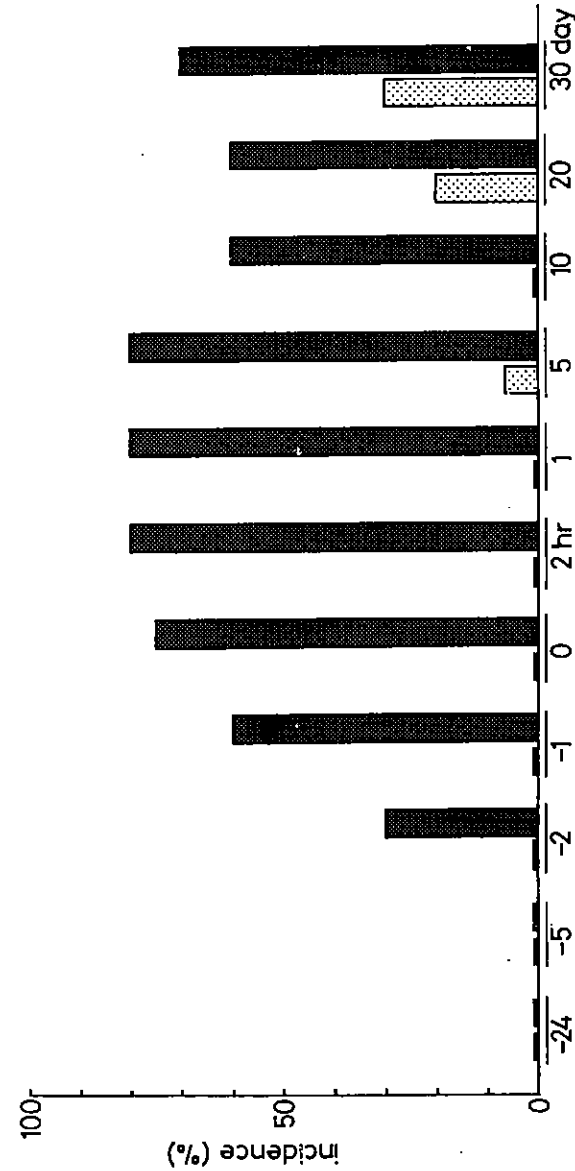


写真Ⅳ－４ マウス殺し行動（ムリサイド）の発現

マウスを咬み殺すだけでなく死んだ後でもなお咬み続け、これを喰ってしまう。

中でも THC によって発現するムリサイドは、マウスが死んだ後でもなお咬みつづけ、これを喰ってしまうことである。その他チョークや木片など目前にあるものは何でも咬みつづけるという極めて異常な行動を発現する。

一方、単独隔離飼育したラットに THC を投与すると、直ちに棒に対する激しい攻撃性やムリサイドが発現した。絶食条件を加えることによってその程度や発現率が更に著明となった。さらに著者らはラットの単独隔離飼育期間と THC によるムリサイド発現との相関について検討したところ、集団飼育ラットに THC を投与した1時間後に、あるいは THC 投与と同時に単独隔離しても同様にムリサイドが発現した（図Ⅳ－1）。



図Ⅳ－1 単独隔離飼育の期間とTHCによるムリサイド発現との関係

縦軸：ムリサイド発現率

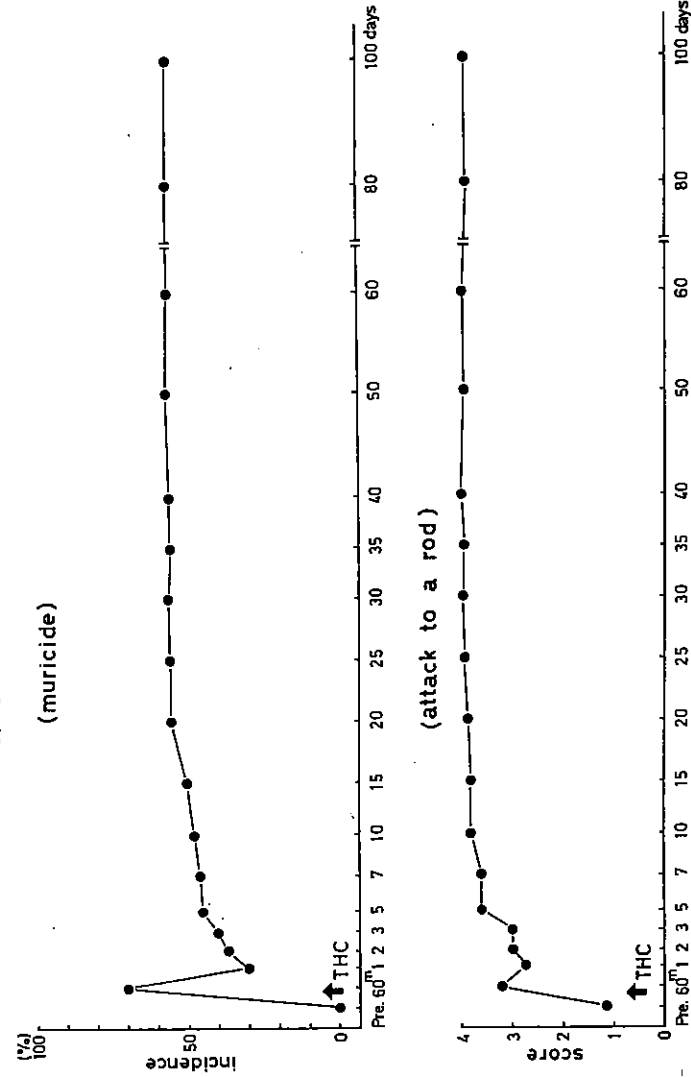
横軸：THC 投与前の隔離期間

黒柱：THC 投与群， 灰柱：THC 非投与群

このことは THC によるムリサイドの発現は単独隔離の期間の長さには関係なく、THC の作用が持続している間にラットが隔離された状態にあることが重要な条件であることが判った。つぎに、THC の1回投与によって発現した攻撃性は、THC の作用そのものが消失した後はどうなるかについて検討した¹³⁾。1日だけ隔離し22時間絶食したラットに THC 6 mg/kg i.p. を1回投与すると、50匹中35匹 (70%) のラットがムリサイドを発現した。これは翌日30%に減少するが、その後ムリサイドは徐々に増加し、56%のラットが100日間一定したムリサイドを持続した (図Ⅳ-2)。棒に対する攻撃性も同様であるが、10日後には50匹中48匹のラットが激しく棒に咬みつく (score 4) ようになり、これが100日間の観察期間中続いた。そこで THC 投与によってムリサイドを発現したラットを隔離から集団飼育に切り換えると、30分後には棒に対する攻撃性は全て消失してしまうが、ムリサイドは集団飼育によって消失する群と消失しない群に分かれ、そのまま2週間の集団飼育期間中変わらず持続した。これを再び隔離飼育に切り換えると、翌日には全てのラットが再び棒に対する攻撃性およびムリサイドを示すようになった (図Ⅳ-3)。すなわち、THC によって誘発されるラットの棒に対する攻撃性は飼育条件に強く依存し、ムリサイドは飼育条件によって変化するもの (可逆性ムリサイド) と不変のもの (不可逆性ムリサイド) にわかれることが判った。

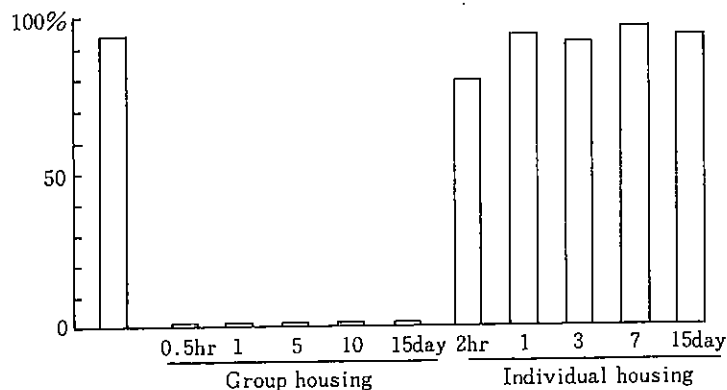
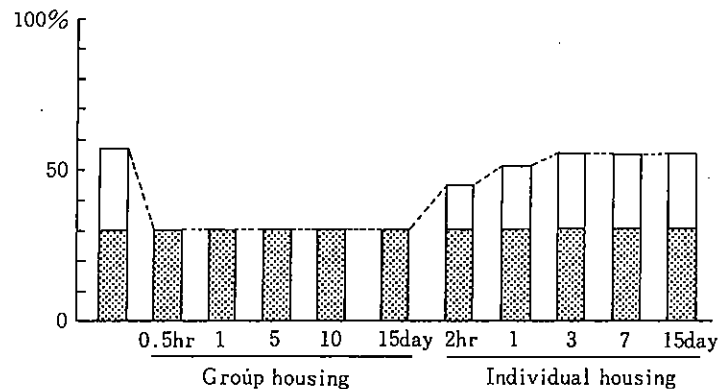
なお、慢性電極を植え込んだウサギの脳内各部位の脳波に対する THC の作用を調べた実験では、ウサギは THC 投与によって著明な眼球突出がみられ、外来刺激に対して過敏な反応を示すにも拘らず、脳波は傾眠時にみられるような高電圧徐波となり、動物の行動と脳波パターンの解離現象がおこる。また海馬脳波の電圧が著明に低下する点も特徴であった⁹⁾。

EFFECT OF THC 6mg/kg i.p. IN ISOLATED FEMALE RATS (N=50)



図Ⅳ-2 THC 1回投与によって発現する攻撃性

上図：ムリサイド発現率 下図：棒に対する攻撃反応のスコア



図IV-3 攻撃行動発現に及ぼす飼育条件の影響

上図：ムリサイド

下図：棒に対する攻撃行動（スコア4以上を示すラットの発現率）

2) 代謝

大麻作用の本体とされている Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) は植物中では Δ^9 -tetrahydrocannabinolic acid (THCA) として存在し、これ自体は薬理活性はなく、アサを採取して調製保存中かあるいは吸煙時に熱による変化で脱炭酸をうけ活性のある THC に変化する。THC はさらに酸化をうけて11-hydroxy THC が生成される²⁷⁾。

11-hydroxy THC は THC より5-6倍も薬理活性が強く³⁾、皮下脂肪層に長期間残留する²⁸⁾ことが知られている。これはさらに8,11-dihydroxycannabinolまで酸化されて不活性となり尿や糞中に排泄される(図IV-4)。

3) 毒性

マウスを用いて大麻抽出物の毒性を調べた実験^{7), 14)}では、50%致死量(LD50)は、経口投与(p.o.)で21.6g/kg、皮下注射(s.c.)では11.0g/kg、腹腔内投与(i.p.)では1.5g/kg、静脈内投与(i.v.)では0.18g/kgとなっている。大麻の活性成分の Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) のLD50は、ラットでは、666mg/kg p.o., 373mg/kg i.p., 28.6mg/kg i.v.であり、マウスでは482mg/kg p.o., 455mg/kg i.p., 42.5mg/kg i.v.である。THCの作用は動物種あるいは投与方法によって大いに異なり経口投与ではマウスの方がラットに比べて約1.5倍感受性が高く、静脈内投与ではむしろラットの方が約2.0倍感受性が高かった。また、経口投与や皮下投与によるLD50は、静脈内注射に比べて10-20倍の用量であり、この場合動物は10-36時間後に死亡している。これらの動物が死に至るまでの徴候を観察すると運動失調、けいれん性異常興奮、鎮静、正向反射の消失、呼吸困難、振戦、流涙、下痢、体温下降などがみられる。つぎにTHC 50-500mg/kgを3ヶ月間ラットに慢性投与すると、初期の5-10日間では鎮静、振戦、運動興奮の他にラット同士が互いに傷つけあうような攻撃行動がみられる。その後3週間後には、間代性及び強直性けいれんがみられ高用量の場合は3ヶ月後に死に

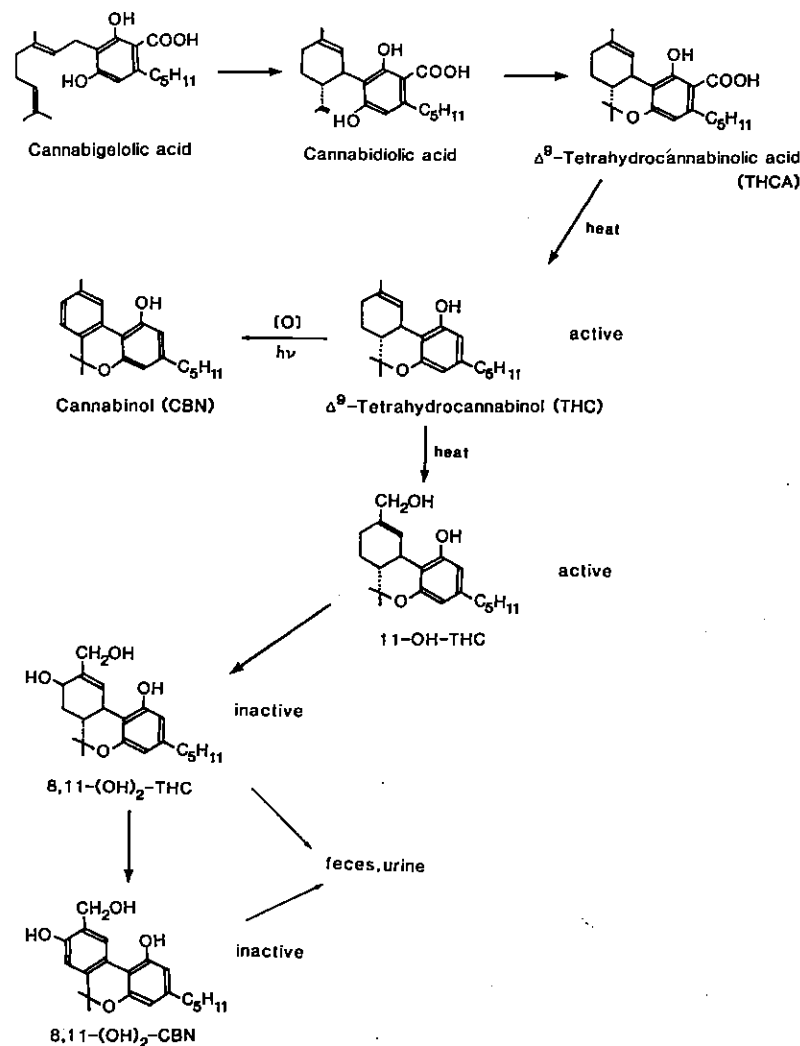


図 IV - 4 THC の生合成と代謝

至る例がみられている。サルにおいては250mg/kgの大量投与において攻撃性の低下や幻覚様症状がみられる。またこれを大量投与すると黄体ホルモン、卵胞刺激ホルモンの濃度の低下や排卵周期の延長がみられる。これは耐性によって起こったものと考えられる。そのほか、精子の減少がおこる。このことはラットでも同様にみられ、大麻エキスを慢性投与すると繁殖力の低下がみられることや、ヒトやラットの血漿中のテストステロン量が減少することなどが報告されている。

催奇性についての実験では、妊娠1-6日後のラットに大麻樹脂 4.2 mg/kgを投与すると仔ラットの体重や体長の減少の他に合指症、脳ヘルニア、アザラン肢体症、四肢欠損症の発生があったという報告がある⁸⁾。これはマウス、ハムスター、ウサギでも同様に奇形の発生がみられている¹⁷⁾。また、奇形は認められなかったものの新生仔の死亡率が高かったという報告もある¹⁹⁾。一方、THCの大量投与では奇形を発生することがないことからTHC以外的大麻樹脂成分が奇形の発生に関与していることが推測されている¹⁵⁾。

4) 耐性に関する実験

大麻あるいはTHCの中樞作用が急速に耐性を生じることが知られているが、すべての作用に起こるわけでもなく、その報告もまちまちである。ハトの学習行動(multiple fixed ratio)をTHC 1.8mg/kgの筋注が抑制するが、THCを慢性投与することによって1週間後から次第に抑制効果は減少し、1ヶ月には180mg/kgの大量を要するようになっていく。THC (2.5mg/kg)をラットに投与すると初期は立ち上がり動作や毛づくろいが減少するが、これを毎日22日間投与すると耐性が生じ、これらの行動が正常レベルまで回復するとしている¹⁸⁾。しかし筆者らの実験ではTHC 6 mg/kgの慢性投与によってwalking backやpivotの異常行動あるいはカタレプシー作用に耐性がみられなかった。その他、ネコ、イヌの実験でも耐性の発現が認められた報告もある。

5) 禁断症状の発現

従来、大麻には服用中止による禁断症状がないといわれている。しかしながら、サルの実験で禁断症状の発現が報告されている。THCを慢性投与した後、投与を中止したところ、全てのサルに欠伸、食欲不振、立毛、過敏状態、引っかけ行動、咬みつき、指なめ、髪の毛の引っ張り、振戦、けいれんなどの症状が報告されている⁴⁾。

6) その他の残遺症状

大麻エキスを3ヶ月以上慢性投与し、その後1ヶ月間投与を中止したラットは迷路テストの学習獲得が低下することが知られている²³⁾。筆者らの研究においても、THC投与中止後にもなお行動の変化が存続する残遺症状がみられた¹³⁾。THC 6 mg/kgをラットに慢性投与すると棒に対する攻撃行動やムリサイドが発現するがその後、THCの投与を中止しても数匹のラットにムリサイドだけが存続した。さらに単独隔離飼育したラットにTHCを1回投与して発現する攻撃行動はTHCそれ自体の作用が消失しているにもかかわらず、単独飼育を続ける限り100日以上も存続したことである。また、THCによってムリサイドなどの攻撃行動が発現したラットを集団飼育に換えると攻撃行動が消失し正常時のラットと同様に取り扱いも容易となる。しかし、これを再び単独飼育にもどすと驚くべきことには直ちに攻撃行動が発現することである。これは、ヒトにおける履歴現象あるいはflash backに類似した現象のように考えられた。

(藤原 道弘, 植木 昭和)

参考文献

- 1) Carder, B. and Olson, J.: Marihuana and shock induced aggression in rats. *Physiol. Behav.*, 8:599-602, 1972.
- 2) Carlini, E. A. and Kramer, C.: Effects of cannabis sativa (marihuana) on maze performance of the rats. *Psychopharmacologia*, 7:175-181, 1965.
- 3) Christensen, H. D., Freudenthal, R. I., Gidley, J. T. et al.: Activity of Δ^8 - and Δ^9 -tetrahydrocannabinol and related compounds in the mouse. *Science*, 172:165-167, 1971.
- 4) Deneau, G. A. and Kaymakçalan, S.: Physiological and psychological dependence to synthetic Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) in rhesus monkey. *Pharmacologist*, 13:246, 1971.
- 5) Dewey, W. L., Harris, L. S., Howes, J. F. et al.: Pharmacology of some marijuana constituents and two heterocyclic analogues. *Nature*, 226:1265-1267, 1970.
- 6) Fernandes, M., Schubareck, A., Coper, H. et al.: Modification of Δ^9 -tetrahydrocannabinol actions by cannabidiol and cannabidiol in the rat. *Psychopharmacologia*, 38:329-338, 1974.
- 7) Forney, R. B.: Toxicology of marihuana. *Pharmacological Reviews*, 23:279-284, 1971.
- 8) Fournier, E., Rosenberg, E., Hardy, N. et al.: Teratologic effects of cannabis extracts in rabbits: A preliminary study. *Marihuana: Chemistry, Biochemistry and Cellular Effects*, ed by Nahas, G. G., Springer-Verlag New York Inc. p457-468, 1976.
- 9) 藤原道弘, 渡辺繁紀, 植木昭和: 大麻成分の薬理学的研究—THCの脳波作用—. *日本薬理学雑誌*, 66:3288, 1972.
- 10) 藤原道弘: Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) の行動薬理学的研究 (九州大学修士論文, 1976)
- 11) Fujiwara, M., Matsumoto, Y., Iwasaki, K. et al.: THC impairs the spatial learning of rats in the radial arm maze task. *Japan. J. Pharmacol.*, 43: suppl. p79, 1987.
- 12) Fujiwara, M. and Ueki, S.: Muricide induced by single injection of Δ^9 -tetrahydrocannabinol. *Physiol. Behav.*, 2:581-585, 1978.

- 13) Fujiwara, M. and Ueki, S. : The course of aggressive behavior induced by a single injection of Δ^9 -tetrahydrocannabinol and its characteristics. *Physiol. Behav.*, 22:535-539, 1979.
- 14) Harris, L.S. : General and behavioral pharmacology. *Pharmacol. Review*, 23:285-294, 1971.
- 15) Idanpaan-Heikkila, J., Fritchie, G.E., Englert, L.F., et al : Placental transfer of tritiated- Δ^9 -tetrahydrocannabinol. *New Eng. J. Med.*, 281:330, 1969.
- 16) Loewe, S. : Studies on pharmacology and acute toxicity of compounds with marihuana activity. *J. Pharmacol. Exp. Ther.*, 88:154-161, 1946.
- 17) Manfilla-Plata, B., Clewe, G.L. and Harbison, R.D. : Teratogenic and mutagenic studies of delta-9-tetrahydrocannabinol in mice. *Fed. Proc.*, 32:745 abs, 1965.
- 18) McMillan, D.E., Harris, L.S., Frankenheim et al : 1- Δ^9 -trans-tetrahydrocannabinol in pigeon: tolerance to the behavioral effects. *Science*, 169:501-503, 1970.
- 19) Pace, H.B., Davis, W.M. and Borgen, L.S. : Teratogenesis and marijuana. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 191:123-131, 1971.
- 20) Santos, M., Sanpaio, M.R.P., Fernandes, N.S. et al : Effects of cannabis sativa (marihuana) on the fighting behavior of mice. *Psychopharmacologia*, 8:437-444, 1966.
- 21) Scheckel, C.L., Boff, E., Dahlem, P. et al : Behavioral effects in monkey of race-mates of two biologically active marijuana constituents. *Science*, 160:1467-1469, 1968.
- 22) Sofia, R.D. and Barry, H. : Depressant effect of Δ^9 -tetrahydrocannabinol enhanced by inhibition of its metabolism. *European J. Pharmacol.*, 13:134-137, 1970.
- 23) Stiglick, A. and Kalant, H. : Learning impairment in the radial-arm maze following prolonged cannabis treatment in rats. *Psychopharmacology*, 77:117-123, 1982.
- 24) Ueki, S., Ogawa, N. and Fujiwara M. : Mouse-killking behavior (muricide) induced by Δ^9 -tetrahydrocannabinol in the rats. *Physiol. Behav.*, 9:585-587, 1972.
- 25) 植木昭和, 藤原道弘 : 大麻の精神毒性に関する研究, 臨床精神医

学, 5:813-822, 1976.

- 26) Ueki, S. : Abnormal behavior induced by Δ^9 -tetrahydrocannabinol and its pharmacological characteristics. *Trends Pharmacological Sci.*, 1:126-129, 1980.
- 27) Wall, M.E., Brine, D.R., Brine, G.A., et al : Isolation, structure and biological activity of several metabolites of Δ^9 -tetrahydrocannabinol. *J. Amer. Chem. Soc.*, 92:3466-3468, 1970.
- 28) Wahlgvist, M., Nilsson, I.M., Sandberg, F., et al : Binding of Δ^9 -tetrahydrocannabinol to human plasma proteins. *Biochem. Pharmacol.*, 19:2579-2589, 1970.

2. ヒトにおける作用

大麻の急性効果

大麻の作用の本体は Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) という物質で, LSD やメスカリンなどと同様, 精神異常発現物質であり, いわゆる幻覚剤に分類される物質である。したがって大麻摂取により発現する精神症状は LSD に非常に類似のものである。

1) 身体に及ぼす作用

大麻は精神機能には著明な変化をもたらすが, それに比べて生理機能におよぼす影響は非常に弱い。

大麻摂取により急性症状として共通に認められるものは先ず心拍数の増加である。これは用量依存的であり, ピーク時における主観的症状の強さと並行する。眼球結膜の充血も共通してみられるが, これは煙の刺激によるものではない。四肢血流量の増加も一般に認められる。

その他に筋力の低下, 口渇, めまい, 悪心, 嘔吐, 頻尿, 平衡感覚の障害がみられる。しかし, 呼吸, 血圧, 体温, 瞳孔, 反射機能にはほと

んど著変はみられない。これは、血圧上昇、体温上昇、立毛、振戦、瞳孔散大、反射亢進など著明な交感神経興奮症状をおこす LSD の作用とはかなり異なる¹⁾。

大麻常習者は食欲が亢進し、味覚もかわり、何んでもおいしく食べられるという。甘い物が欲しくなり、一般に体重増加を伴う。

急性中毒状態においては総合的運動機能の障害が認められる。

2) 精神機能におよぼす作用

(1) 使用方法と作用

大麻は内服よりも吸煙の方が精神作用の発現は早く、効力も3～4倍強い。しかし作用の持続は吸煙の方が短い。

吸煙した場合は経験をつんだ者では精神症状が数分以内に出現し、持続時間は3～4時間であるが、内服した場合は作用発現は30分から1時間と遅いが、持続時間は8時間と長い²⁾。

(2) 心理的状況の要因と作用

大麻摂取時の精神作用は個体差が大きく、その人の性格、生活歴、摂取時の環境や気分、大麻に対する期待感などの条件によって大きく異なるのが特徴であり、LSD の場合とよく似ている。

同一個人でも摂取時の環境によっては陶酔的な快感を伴う体験 (Good Trip) を得ることもあれば、不安、恐怖感、抑うつ的な不快な体験 (Bad Trip) を持つこともある。

また常用者の方が初体験者よりも速みやかに、かつ容易によりよい効果を得ることができるという。これは逆耐性現象と関係があるかもしれない。

(3) 摂取量と作用

Isbellらはヒトによる THC の作用を、摂取方法と摂取量により調べた結果を次のように報告している^{3), 4)}。

① 吸煙で $50 \mu\text{g}/\text{kg}$ (体重60kgのヒトで3mgに相当)、経口投与で $120 \mu\text{g}/\text{kg}$ (7.2mg相当) の量で陶酔感を覚える状態となる。

② 吸煙で $100 \mu\text{g}/\text{kg}$ (6mg相当)、経口投与で $240 \mu\text{g}/\text{kg}$ (14.4mg相当) で知覚、感覚の変化を生じる。

③ 吸煙で $200 \sim 300 \mu\text{g}/\text{kg}$ (12～18mg相当)、経口投与で $300 \sim 480 \mu\text{g}/\text{kg}$ (18～28.8mg相当) の量で顕著な感覚の変化、離人感、現実遊離感、幻視、幻聴があらわれる。

(注. マリファナタバコ1本約0.5grを吸えば、1%程度のTHCを含むとして、吸い方により異なるが、2～3mgのTHCが体内に入ると考えられる。)

以上の結果は、大麻による精神作用は摂取者のおかれた条件により効果に差はあるが、急性効果では摂取量が大きく影響をおよぼすことを示している。

初期の体験者が誤って大量の大麻を、とくにハシシュを摂取した場合、パニック反応、不安恐慌反応、時にはせん妄など意識障害を伴う中毒性精神病状態を呈することもある⁵⁾。

(4) 精神作用 (特に急性効果) の特徴

大麻摂取による精神機能に及ぼす変化の主なものは、

①気分・情動の変化、②感覚・知覚の変化、③思考の変化などであって、乱用者はその変化を通して、日常の自分とは異った主観的な体験をするのである (Trip)。そこに大麻摂取の目的がある。

一般には被暗示性がたかまり、人の暗示に支配され易いことが特徴である。

以下に精神機能の変化の特徴を列記する。

① 気分・情動の変化

情動面の変化はとくに個人により、またその時の気分や環境によって左右されやすいことが特徴である。

陶酔感：精神的緊張は除かれ、ゆったりとした気分になり、
夢想的陶酔感にひたる。

幸福感：なんとも言えない幸福感、多幸感、恍惚感を感じる
が、それは陶酔感に通じるものである。ある乱用者
は回を重ねて仏の雰囲気を感じたと表現している。

ユーモアのある高揚感：陽気になり、はしゃぎ、多弁になる
ことが多い。

哄笑：ごくありふれた物事がこっけいに見え、笑いたくて
おさえることが出来ない。笑い出すと止らない。

人間的理解の増強：人間がなんとなくよくわかる、仲間と一
緒にいと人間の本性までよくみえる、相手の気持
がツーカーでよく通じるなどと個々の人間同士の意
志の疎通性・交流があたかもたかまったように感じ
る。

のっている気分：話したり、歌ったり、楽器を弾いたりする
と非常にうまくのっていると感じる。

上記の状態は当然のことながら摂取していない人からみると、本物ではなく、しらけたものと感じるともいう。

摂取者が1人だけの場合はむしろ眠気がおこり、他の仲間と一緒にいる場合には笑いや多弁などの幸福感が最も共通しており、気分の変化が周囲の環境によって大いに左右される点が大麻の作用の特徴である⁶⁾。

大麻では陽気になることが多いが、状況によっては抑うつ状態、不安、恐怖感、感情不安定、happyにならないで細かいことを一杯気にする状態も出現しうる。

② 感覚・知覚の変化

視覚、聴覚、味覚、体感等が鋭敏化するが、単なる感覚入力
のたかまりでなく、意味体験、有情化体験などの知覚異常に結
びつくことが特徴であり、問題でもある。したがって、大量に
摂取することにより錯覚、幻覚も出現する。

視覚イメージの増強：視覚は鋭敏となり、色彩が明瞭、鮮や
かになり、景色の色や形が鮮明になる。生き生きと
きれいに見える。

視覚的空間的認知の変化：ふだん見ているものが全く違った
外形に見えたり、色がドンドン変化したり、現実で
ないような色まで見える。物の形は歪んで見える。

聴覚の鋭敏化：聴覚は鋭敏となり、周囲が騒がしくなる。音
楽を聞くと全身で感じる。音楽が体の中にピンピン
入ってきて感動的である。

聴覚的体験の変化：音楽が実に美しく感じられるが、その美
しさが見えるように感じる。音がそのまま絵になっ
てあらわれ、音が聞えるのではなく、実に美しく見
える。

体感覚の変化：体感覚の異常がおこり、手足が非常に軽くな
り、体がフワフワと宙に浮に浮かぶような身体浮遊
感をおぼえる。人によっては鳥になって空を泳いで
いるという体験を語ることもある。

その他に体がねじられるような、あるいは圧迫され
るような体験もある。

味覚の変化：味覚がかわり、どんなものでも非常に美味に感
じ、特に甘い物がおいしく感じられる。

時間・空間体験の異常：空間および時間の感覚も狂う。距離
感につかめず、時間の経過は一般には遅く長く感じ
るという。

たった4～5分の間が2～3時間にも感じる。時の

流れを全身で感じる。

時間の長短の感覚は麻痺する。

遠近感を感じなくなることもある。

解離現象：自分の体から別の自分が抜け出して、外から自分を眺めているというような、いわゆる解離現象も報告されている。もう一人の自分がベラベラしゃべり出すと表現する乱用者もいた。

性感に関しては意見が一致しないが、所謂、催淫効果はなく、性能力亢進感と時間・空間感覚が狂うのでオルガスムスが長く強いように錯覚するのではないかとの報告もある。

③ 思考の変化

注意の集中：注意の集中力が増し、種々の事柄に思い巡らす頭がクリアーになり冴えてくる。考えの選択がはっきりする。

注意の散乱：一般には注意の集中は困難になり、一つのことに集中し続けることはできなくなる。頭がボーッとして考えがまとまらない。どうどうめぐりになる。

連想の乱れ：連想は乱れ、何の関連もない考えが次々に浮んでは消え、消えては現われる。過去、現在、未来の関連性はなくなり、大量では全く支離滅裂になってしまう。

観念奔逸：様々な考え、イメージが次々と浮かび、思考の展開が急激にすすむ。

特異な認識と連想：考えは幻想的・非論理的となり、観念は混乱し、現実遊離感、離人感もみられる。

人々の考えがわかる（思考察知）：人の考えがドンドン入ってくる（思考吹入）、自分の考えが人にとられる（思考奪取）などの体験もある。その他にも精神病でなければ体験できない病的体験も出現することもしばしばである。

3) まとめ

大麻は身体機能におよぼす影響は非常に弱い、精神機能には著明な変化をもたらす。しかし、薬効による精神的・主観的体験はかならずしも一定していない。

被暗示性、被影響性が顕著であり効果を左右したり、条件・状況により同一個体に同時または経過的に相反する効果があらわれることがある。その臨床像はLSDなどの幻覚剤に極めて類似している。著明な精神作用があらわれても、有機溶剤、睡眠薬やアルコールの場合のように意識障害までおこすことがないので、大麻摂取による体験を明確に認識、記憶することができ、現実の世界にいながら非現実的な別世界で遊ぶ体験を楽しむことができるという⁷⁾。

しかし、これはあくまで、THCなど精神異常発現物質が中枢神経系に作用して引きおこす中毒性の変化であり、薬効が高度になるにしたがって意識障害を伴う急性中毒性精神病状態にいたるものと考えられる。

(福井 進)

参考文献

- 1) 植木昭和：大麻、教育と医学、24：3、1976.
- 2) 厚生省薬務局麻薬課：大麻、厚生省、1976.
- 3) Isbell, H. : Effects of $(-)\Delta^9\text{trans-tetrahydrocannabinol}$ in man. *Psychopharmacologia*, 11:184, 1967.
- 4) Hollister, L.E. : Marijuana in man ; Three years later, *Science*, 172:21-28, 1971.
- 5) Talbott, L.A. and Teague, T.W. : Marijuana Psychosis, *J. A.M.A.*, 210:299, 1969.
- 6) 藤原道弘、植木昭和：大麻（マリファナ）の薬理と臨床、アルコール・薬物依存（大原・田所編）金原出版、1984.
- 7) Grinspon, L. : Marijuana. *Sci. Amer.*, 221:17, 1967.

V 大麻乱用の臨床

1. 総 説

大麻は既に紀元前2737年、中国の古書に記載されているように、酩酊をもたらす物質として使用されてきた歴史は古く、使用の目的も次第に、その精神作動性効果を享受する嗜好、享乐的乱用形態を常とするに及んで世界各地に蔓延した。その精神毒性について、1843年、O'Shaughnessy が急性緊張病様反応を記載し、翌年 J. Moreauが幻覚症状を指摘して以来、摂取時の急性効果として、急性精神病状態 (Adverse reaction) を生ずる場合のあることが明らかとなった。このような大麻の急性効果の態様は既に知見として確定しているが、長期乱用による慢性障害については、発生の有無を議論された経過がある。これを概観すると、大麻精神病等の慢性障害を肯定する報告は、1894年、Walsch, J. H. T.²⁶⁾の「マニア、不機嫌なメランコリア状態、あるいは痴呆に似た激烈な中毒状態を呈するが、比較的短期間で回復する」という記載に始まり、その後枚挙にいとまないほどの報告がある。しかし、一方では慢性障害を否定する論述があり、未だその主張は完全には終熄していない。その代表的なものとして、Freedman, H. L.らの報告⁵⁾や、Silver, J. F.らのパナマにおける調査²²⁾、ジャマイカ、コスタリカ、ギリシャにおける調査^{3), 18)}等があり、大麻精神病や脳器質性障害、依存および離脱症候群を否定する所見となっている。また1980年、アメリカで精神障害の診断基準として編纂された DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition) においても、大麻中毒 (Cannabis Intoxication. 305.20) は急性効果に相当するもので、大麻性妄想障害 (Cannabis Delusional Disorder. 292.11) も不安恐慌反応 (Adverse reaction) に属する範囲で記述されており、大麻乱用 (Cannabis Abuse. 305.2X) 大麻依存 (Cannabis dependence. 304.3X)

は慢性使用を規定しているが、大麻性妄想障害のエピソードがあることを指摘するに止まり、慢性大麻精神病に関する記述はない。大麻の有害性、殊に慢性障害に対するこのような知見、見解の相違を生ずる理由としては、以下のような事情があげられる。

もともと大麻は、有効成分である THC含有量の少ないものを低頻度で使用する限り、精神毒性は顕著でなく、そのような慢性使用では、耐性の上昇によって、かえって激越な精神症状を発現しにくくなる⁷⁾。

THC 含有量は摂取される地方、気候により著しく異なり、使用状況も様々である¹⁸⁾。

古くから使用している地方では、使用する階層、年齢層と、その地方の社会文化的背景との関係で、障害が存在しても社会的に露呈しにくい状況がある¹⁸⁾。

多剤乱用と結びつき易い¹²⁾。

等で、

施用歴の古い国、地方では以前から慢性障害の発生が報告されていながら、大麻の直接的な影響を測る上で条件的に一定しない点があり、調査研究の技術上の問題ともなっており、しばしば異なる知見を生じ、公衆衛生的、医学的見解が確定しない結果をもたらしていると考えられる。

しかし、最近にいたり、研究の進展とともに諸種の有害性は確定しつつある。米国においては、1975年当時、THC含有量が1%以下であったものが、1979年には5%含有が一般的となり、施用年代の若年化と施用人口の爆発的増加をみるにいたり、1977年の調査では4300万人のアメリカ人が使用経験をもつとされた。このような経過のなかで1972年、大麻及び薬物乱用に関する全米委員会が大統領及び議会に対し、大麻の部分的禁止策を勧告して以来、急速に研究活動が広がった。

1980年、アメリカ合衆国保健教育福祉長官による連邦議会に対する第8次年報として“マリファナと健康”¹⁸⁾が報告されたが、この報告は1979年末までに報告された大麻に関する論文の知見を集約したもので、公的な総括的見解を意味している。このなかで述べられているのは、アメリカにおけるマリファナ使用の経験はまだ短期間であり、かなりの人

数が毎日のように効果の強い大麻を使うようになったのは比較的最近のことで、大麻による障害について、アメリカでの見解はまだ一定していないとしながらも、総じて、マリファナが人体及び精神に有害であるとの見地に立っている。

また、最近の概説的記述^{2), 3), 7), 9), 18)}にはいずれも慢性障害の知見が記述され、なかでも Hart, R.H.⁷⁾は、DSM-IIIが大麻精神病、離脱症候群、耐性、痴呆等の記載を欠いている点を厳しく指摘している等もみられる。

以上の経過を集約する上で、“マリファナと健康”は控え目な論述となつてはいるが、公的且つ公約数的な意義をもつところから、その要点を以下に紹介する。尚、急性効果については前項の解説があるので省略する。

2. 人に及ぼす影響

1) 長期乱用による身体的慢性障害

(1) 大麻の化学と代謝について

各単一のカンナビノイドの作用及び相互作用についてはまだ十分説明されていないが、精神活動成分である Δ^9 THCが有効な指標となる。カンナビノイドは時間の経過や貯蔵の状態に影響を受ける。従来、アメリカ合衆国における野性の大麻草のTHC含有率は1%を超えるものはほとんどないが、現在使用されるマリファナは、僅か数年前からTHC含有量が高くなっており、1974年に分析されたメキシコのレンガ状マリファナ(Mexican brick)では平均0.2%、1979年に分析された同じものでは平均2%、同年分析されたコロンビア産大麻は平均4%を超えるものであった。また数年来、入手可能となったハシシュ、オイル(濃縮された液状の抽出物)ではほぼ11%から25%に達し、このような高濃度のものはおそらく有害な結果を引き起こし得ると思われる。

マリファナの成分と代謝で生ずる物質の合成が可能となり、研

究の進展が期待できるようになった。

(2) 肺に及ぼす影響

略々一致した知見は、動物、人間のいずれの場合も、大麻はタバコと比較して肺機能を損なうことが大きいということである。大麻の煙には、発癌性物質の一つであるベンツピレンがタバコの煙より70%も多く含まれているとされる。大麻の残滓を実験動物の皮膚に塗布すれば腫瘍の生じることも明らかにされているうえ、肺機能に対して、繊毛の機能が低下し、抗バクテリア機能が弱化することも証明されている。

ねずみの実験では、毎日大麻を吸引する人のカンナビノイドの血中濃度と同程度のカンナビノイド血中濃度を、ねずみの平均寿命の16分の1に相当する期間与えると、タバコの煙にさらした場合とよく似ているがそれより広範囲の肺の炎症と変質がみられている。人においても慢性的な使用者には喉頭炎、慢性気管支炎、枯声、細胞変化が現れるという報告がある。

(3) 生殖機能に及ぼす影響

生殖機能に関連した器官や生理過程、ホルモン濃度に及ぼすマリファナの影響を詳細に明らかにした動物実験は数多くある。

通常の使用量よりも多量を投与した場合、生殖機能や乳汁分泌に關与するホルモン濃度を換え、精巣や卵巣などの器官の重量を減少させる。

ヒトの男性の場合、慢性使用で血清中テストステロン濃度が永続的に抑制されるかどうか明らかでないが、大麻使用による一時的なテストステロン濃度の低下がみられる。男性の精液に関しては、精子数及びその運動性、精子の構造的特徴に異常がみられる報告がある。以上の所見の臨床的意味はまだ十分明らかではなく、1979年末までには、大麻使用の父親から異常な子供が生まれたという報告は見当たらないが、子供や青年に対する生殖機能へ

の影響は懸念すべきであろう。

女性の生殖器官に対する影響もまだ確定的とは云えないが、多くの知見が報告されている。アメリカ合衆国における大麻の重度使用に等しい量のTHCを雌のアカゲザルに与えた場合、受胎不能の生じる率は対象群の4倍であり、その内容は胎児の死亡、流産、胎児の再吸収等である。この実験結果から、人間の女性が普通使用の程度の量を使用すると受胎不能の危険性を伴う恐れがあると指摘している。町の女性使用者(female "street users"つまり効力の不明な女性大麻使用者)では、1週間に3回以上の頻度で6ヶ月以上使用した20歳台の26人の女性に、月経周期が異常となる頻度が高くなり、排卵がないか月経周期における黄体期が短くなることが明らかになった。またプロラクチンの濃度低下がみられ、出産後に大麻を使用する女性は、授乳機能が損なわれる可能性が大きい。

放射性の標識THCによる実験によれば、THCは母親ザルの乳汁の中に現れ、且つ母親ザルにTHCが与えられているときに生まれた子ザルの体内にも現れる。更にTHC及びその他のカンナビノイドは、胎盤を通過して胎児の脂肪組織(脳を含む)中に蓄積する傾向が明らかとなっている。従って妊娠中の大麻使用が胎児の成長に異常を与える危険がある。生殖機能に関して、動物実験では副腎機能や精巣及び卵巣のホルモン製造機能に対する影響から、一定範囲の影響が報告されている。人においても、大麻の重度使用者及び常用者に、男性の授精能力及び女性の受胎能力の悪影響が指摘されている。このことは特に、成長期にあるものへの懸念が大きい。

(4) 心臓、血管に及ぼす影響

広範な調査研究があるが、研究対象が健康な青年男子のボランティアに限られており、期間も限定されているので、顕著な障害は認められていない。但し、短期間効果では、吸煙後の心拍数の

増加がみられ、既に心臓機能に障害のある患者が大麻を使用すれば、胸痛即ち狭心症に陥り易くなり、この効果はタバコよりも強い。従って、年齢層の高いものの使用、及び若年者が中高年にいたるまで大麻を使用した場合には、重大な意味をもちうるものが想定される。少なくとも、心臓病及び心臓機能障害をもつものの大麻使用は危険を伴うというべきであろう。

(5) 大麻と免疫反応

免疫反応が大麻の吸煙によって損なわれるという報告がある。それと異なる知見の報告もあるが、動物実験では免疫反応を抑制することが確実とされている。人間の場合、臨床的にはまだ明確でないが、重要な問題であり、今後の究明が待たれる。

(6) 染色体異常

かつて大麻摂取の影響により、人間の培養細胞に染色体破損や異常が増加したという報告があったが、被検対象者の選択や調査方法に条件的不備が指摘されるなどして確認にいたらなかった。しかし、その後も実験室で培養される人間の肺細胞に、異常な数の染色体を含む細胞の増加があり、またある研究者は、大麻吸煙者では染色体の数が減少している細胞がかなり高い割合を占めるとし、最近においても、培養した人の白血球に Δ^9 THCを加えると、異常に染色体の数が低い細胞の発生率が増加することも報告されている。しかし集約的にみれば、未だ臨床的に重要な染色体の損傷が起こるという証明は確認されていない。

(7) 細胞内代謝における変化

培養細胞の実験では、 Δ^9 THCを加えると、DNA合成（デオキシリボ核酸）RNA合成（リボ核酸）及びタンパク質合成が抑制されるという知見がある。

(8) 脳障害に関する研究

1971年、Campbellらが10例の長期乱用者に気脳写を行い、脳萎縮を起こすことを報告したが、対象患者の全てにマリファナ以外の他の薬物使用があった等の理由で、大麻使用との因果関係に疑問がもたれ、ギリシャにおける慢性使用者の超音波脳検査では脳萎縮を否定された。その後ミズリー州とマサチューセッツ州でも重度使用の経験者にCT（コンピュータ断層法）による検査を行ったが、脳萎縮は証明されなかった。しかしいずれの研究でも、大麻の重度且つ断続的使用の結果、微細且つ永続的な脳機能の変化が起こる可能性を除外しておらず、肉眼的検査では明らかにできないにしても、毒性その他の理由から脳機能障害が生じ得るという示唆となっている。サルに脳に電極を挿入した実験では、慢性的なマリファナ使用に関連して起こる脳の持続的な変化が見出され、更に、アカゲザルに毎日マリファナタバコ1本を、1週間あたり5日間吸わせることを6ヶ月間続けた場合、その結果として、脳細胞構造に持続的な極微の変化が現れたことも報告されている。

2) 大麻による慢性精神作用

(1) 大麻精神病

ジャマイカ、ギリシャ、コスタリカで行われた研究では大麻精神病が見出されなかったが、その理由は、対象者の範囲が狭く、精神病の頻度が稀であることによって発見できなかったものと思われる。インドにおける研究では長期にわたる大麻使用の過程で起きる妄想精神病（Paranoid Psychosis）の特徴を、妄想型精神分裂病（Paranoid schizophrenia）と比較し、大麻精神病と診断されたものには、奇異な行動、粗暴性、落着きのなさ、精神分裂病的思考障害の欠如、自己の病気に対する強い自覚等の認められることを挙げている。

また精神分裂病の確実な4症例について、精神病状態が少なく

とも部分的に軽快していた患者が、マリファナの使用により、症状の悪化を確認され、精神分裂病への悪影響を指摘した研究もある。ある研究者は、頻度は少ないがマリファナによる精神病反応が起り得ることを肯定し、その精神病的症状は一般に考えられている以上に継続して起こるとしている。マリファナによるフラッシュバック現象——つまり薬物そのものによって引き起こされたものと類似の感情及び知覚の自然再現——はかねてから報告されており、大麻の使用頻度にかかわらず発生し、必ずしも過去におけるLSD使用歴の有無とは関係しないことが明らかとなった。

(2) 知的機能におよぼす影響

総じてこの分野での研究の大半は、長期のマリファナ使用による知的機能の障害を指摘しているが、現在のところ確認にいたっていない。

ジャマイカ、ギリシャ、コスタリカの調査では、重度使用者にこの点が証明できなかったものの、調査対象の数、大麻の使用法の差異等に疑問を残している。エジプトでは大麻使用経験をもつ刑務所での適応的研究があるが、850人のマリファナの慢性的使用者群と、839人の非使用者群との比較で、前者は精神運動作業が比較的鈍く、視覚の調整や図形の記憶力に障害のあることが報告された。この研究は調査対象のとり方や精神測定学上の欠陥を批判され、研究者は研究結果を強く擁護して意見が対立した。

北インドにおける慢性的大麻使用者の研究は、知能テストで大麻使用者は非使用者に比べてI.Q.が9～11低く、記憶測定テスト、幾何学的図形についての記憶再生作業、複式認識精神運動速度テスト、時間認識テスト等について、大麻使用者は非使用者に比べ相当劣るという結果が得られた。しかしこれらの知見に対しても、対象者の選別上の問題（無差別であるかどうか）や検査の結果得られた諸機能の障害と大麻の使用との因果関係等で、尚不

確定要素を指摘されている。

アメリカで大学生について調べた研究では、使用者の知能減退を証明する知見はほとんどなかったが、大学生の学習意欲が比較的高いことや、大麻の使用が控え目であり、大麻の使用によって行動能力に障害の起きたものは早期に大学生活から脱落した可能性がある等の事情が考えられ、一定の解釈は成り立たなかった。

3) 耐性及び依存性

大麻使用による耐性の形成、即ち、一定量の大麻を反復して与えた場合、大麻に対する反応が減退することは、いくつかの詳細な研究の結果明らかとなっている。94日間、閉鎖された実験病棟で、30人の対象者に施行された調査では、心拍数に及ぼす影響と主観的な酔いに対する効果から、頻繁に大麻を使うものは、経験の少ない大麻使用者と比較して、一定量の大麻を継続して使用した場合、著しい生理的变化や心理的变化を経験することが少ないというものである。

依存性の問題は、精神、身体依存の両面があるが、後者について研究室での極重度使用という条件では、禁断症状が起こるという実験的証明がある。その症状は、いらいら、落着きのなさ、食欲の減退、不眠、発汗、震え、吐き気、嘔吐、下痢等であるが、臨床的には唯一の公的調査報告がみられるに止っている。

4) 治療上の側面

大麻は有史以来、世界各地で医療品として用いられた歴史があるが、マリファナの薬効は極めて不安定で一定の効果が期待できないというのが従来の評価である。過去10年間のマリファナ研究は、副次的にマリファナを治療薬として使う可能性について新たな関心を生じているが、尚、研究すべきことが多く残されているという状況にある。

(1) 癌の化学療法における鎮吐効果

癌の化学療法の一般的な副作用である吐き気や嘔吐に対して、二重盲検法やプロクロルペラジン投与との比較で有効な有効性を示した。但し、効果は必ずしも一定しないので他の薬剤より常に優れているとは云えないが、他の薬剤が余り有効でない場合には適用を試みる意味はある。

(2) 緑内障

THC が実験的に眼圧を下げる作用のあるところから研究され、緑内障で他の標準的な眼圧緩和剤の補助薬として使用した場合、及び高血圧を併発している緑内障では極めて有効という結果が得られている。しかし、緑内障患者にマリファナを慢性的に使用した場合の安全性や有効性、視力の維持について明らかでないため、今後の研究を必要としている。

(3) その他の治療上の用途

ぜんそく、てんかん、筋肉痙攣、疼痛、抑うつ状態等の治療に試みられた例はあるが、いずれも効果が一定せず、且つ長期使用の弊害と関連して、使用は不適切と考えられる。

以上の報告は、大麻を長期に乱用した場合、諸種の重大な慢性障害を生じる可能性を提示したもので、その有害性について、継続的な研究、調査の必要性を指摘している。

ところで、我が国では大麻乱用の歴史が浅く、早くから法的規制下におかれたため諸外国に比べて乱用者の数も極端に多くはない。

しかし、最近では、覚醒剤乱用問題にみられるように、次第に依存性薬物の乱用が国民の間に拡大する風潮のなかで大麻使用者も増加しており、数10万人に達すると云われる。このような経過から、過去、慢性障害としての大麻精神病の発生も報告例を含めて10数例に過ぎず、植木、藤原らの勝れた基礎研究を除いては臨床的にも系統的な調査研究はみら

れない。乱用者の増加、用いる大麻の THC濃度の飛躍的増大、大麻精神病発生の増加傾向等から、調査研究体制を含めた早急な対応策が急がれる。

3. 大麻精神病の臨床

従来、慢性大麻精神病の発現を疑問視する意見があり、概念の確立と疾病分類上の位置付けを保留されてきた経過があるが、大麻の長期乱用が諸種の慢性障害を生じることが最早否定できない。国内症例においても、大麻使用前に何等の精神障害の既往がなく、その他の原因が見出せないのに、大麻乱用に後続して、既に報告されている病態と共通する臨床症状と経過を示している点から発症は疑いないものと云える。

大麻による精神障害の分類は極めて少ないが、代表的なものとして W. Keup¹²⁾ (1970) と Stringaris, M.G.²³⁾ (1972) の分類をあげると、次のようである。

〔Keupの分類〕

A. 急性中毒

1. (第1度)

- a. 意気揚々、幸福感、感覚の過敏など
- b. 不安 (初心者に顕著)
—パニック状態

2. (第2度)

- a. 誤解、錯覚、幻覚
- b. 偏執性、攻撃性、暴行

3. (第3度)

作用の遷延は多量の場合

- a. 嗜眠、眠気—睡眠
- b. 2日酔

4. 後続うつ状態

B. 中毒の遷延

1. 急性中毒の第1度、第2度の間を変動し、容易に第3度に移行する。
2. 心理的依存状態に陥る？

C. 反響反応

自動的あるいは薬物による幻覚性（第2度）挿間の再発

D. 精神病的発展

1. 真性カンナビス精神病

カンナビスに起因すると思われる恐らく器質性精神障害としての中毒精神病

2. カンナビスに誘発された精神病

潜伏期にあったものがカンナビス使用によって発病を促進されたと考えられる精神病

3. カンナビスによって増悪した精神病

カンナビス使用に先立って明らかに存在していた精神分裂病性の病態が使用によって増悪したもの

E. カンナビス離脱精神病

F. 持続性精神衰弱と性格変化

1. 社会性の減退

興味関心の範囲の限定、動因の欠落、弛緩

2. 器質性精神障害（脳障害？）の症状（軽微）

3. 知的退行（？）

退廃型（慢性酒精中毒に類似）：興味関心の減退、性格変化

〔Stringarisの分類〕

1. 急性酩酊
2. 遷延性酩酊
3. 慢性中毒（カンナビス嗜癖）
4. カンナビス精神病

a. 挿間性錯乱状態

談話中または歩行中に突発することが多い。たいていは長期のカンナビス乱用者において、主観的にも客観的にも酩酊とは異なる直接の薬物作用とは思えない精神病状態が起きるものであり、意識変容の状態下に昏迷—緊張病様状態か、または夢幻—幻覚状態が起る。

この場合、興奮を伴ったせん妄状態あるいはもうろう状態が起り、多くは数時間あるいは数日で終熄するが、場合によってはまったく薬物を中止してからも数週にわたって続く。この場合、情動発散および感情の動揺の著明なのが特徴的である。

b. 遷延性カンナビス精神病

慢性の大麻乱用者において数ヶ月～1年にもわたる持続的な経過をたどる場合をいう。初期においては、いわゆる外因反応型を示すけれども、のちには分裂病類似の病像を示して欠陥を残さず、治療に赴く。病者は当初は遷延性酩酊のような状態から周囲に対する妄想的構え、誇大あるいは被害妄想を生じ、攻撃的、暴力的となるのが普通である。

妄覚に関しては、活発な幻聴、幻視、幻嗅などの共存する場面的幻覚などが特徴的である。

c. カンナビス痴呆

確認されていないが、非可逆性器質性変化もあり得る。

d. 内因精神病とカンナビス精神病的併発

また、慢性大麻精神病の臨床症状、状態像を文献的に要約すると以下のようである。

妄想様観念、妄想、視聴覚性の錯覚、幻覚等の精神分裂病様状態、しかし具体的には分裂病にみられる接触障害がなく、多くは自己の病状が大麻乱用によることを認知しており、分裂病性の思考障害が認められない。

不機嫌、抑うつあるいは落着きのなさ、不安、易刺激性、気分昂揚等感情、気分の変化、

躁うつ病様または非定型精神病様病像、失見当識、意識水準の変動を伴う意識変容状態、パニック、

暴行、破壊的行動等の攻撃性、

無動機症候群、離人症 等である。

精神病像の発症は一般に急性で、多くは一週間から3ヶ月程度の経過であるが、なかには2～5年以上、分裂病様状態あるいは躁うつ病様の状態を持続した症例の報告¹¹⁾もある。また精神病像の終熄するまでの間に、しばしば自然再燃として症状の再現 (flash back, spontaneous recurrence) が繰り返される例も多い^{11), 12)}。

無動機症候群 (amotivational syndrome)^{15), 16), 17)}は、感情の平板化、関心、自発性の減退、言語、思考能力の低下、行動の遅延化等の不活性な人格状態を示すもので、発生率は長期乱用者の16%⁸⁾で低いと云われるが、大麻に特異的な症状である。この症状は単独あるいは他の精神病症状の発症時からみられるが、精神病症状の消褪後も比較的長期に残遺するのが通例で、1～2ヶ月から1年以上持続する場合もある^{16), 17)}。

大麻は精神分裂病等の精神病を誘発あるいは増悪させる作用^{12), 18), 23)}があり、また一旦、大麻精神病を経過すれば、再施用によって容易に症状を再燃する^{7), 24)}。以上は、大麻精神病の臨床症状と経過の概略であるが、我が国ではその発症例数は未だ少なく、今回知見を収集し得た症例の最も古いものが昭和38年のS保養院の1例であり、報告例の最初は昭和49年の加藤¹⁰⁾によるもので、以後の散発的な発生^{8), 19), 21), 25)}を加えても、計13例に過ぎない(尚、長期大量飲酒、有機溶剤、麻薬等多剤乱用歴のある5例は本症例から除外した)。

しかし我が国においては依存性薬物に対する法的規制が厳しく、乱用を社会的に許容されていないだけに、発症の態様を比較的識別し易い側面もあり、病態の検討は意義深いと考えられる。以下の記述はその意味で国内症例を集約したものである。

1) 発病にいたる施用期間、施用状況、発症要因等

(1) 施用の態様

全例に、毎日の連続使用時期があり、そのほとんどはアメリカあるいは東南アジア諸国に滞在時、もしくは国内のみの使用者は何れも自家栽培によっている。

連続使用期間内の使用量はタバコにして1日1～2本から10本程度であるが、使用頻度の少ないものは粘土様のハンシュやハンシュ・オイルを使用しており、概してTHC含有量が多い。

また、全例について連続使用の前に、相当期間、断続的な使用をしているのが常である。

(2) 施用期間

全例について、初回吸煙から発病または入院にいたる期間は11ヶ月から8年であるが、ほとんどは1年以上数年の間で著しい個人差がある。

(3) 発症の要因

薬物の慢性中毒性障害は、一般に有効成分の摂取量、施用の頻度、期間、個人の体質等が関与する。大麻においても例外ではないが、なかでも個人の感受性、心理的状況、他剤の誘因 (booster 効果) の関与が特徴的である。

たとえば施用歴11ヶ月という比較的短期間で発症した例⁸⁾では高校2年で中退して米国の高校に入学したが、心理的、適応的負担から大麻吸煙を始め、帰国、再渡米、大麻の再施用、発症という経過を取っている。思春期の精神的不安定、家族からの離別、異文化との接触等の影響が大きいと考えられる。

S保養院の1例は警察に逮捕されて1ヶ月後に発症している。急性効果における心理、状況的要因 (Set, Setting) は既に指摘されているところであるが、慢性障害においても同様の影響があるものと云える。

摂取直後でない発症は、Bernhardson G.ら¹¹⁾は中止後1～2週間後の発症があるとし、加藤¹⁰⁾の例も中止後約1週間を経ている等がある。カンナビノイドが脂肪嗜好性をもつために脳内にも長期に貯留して作用するところに理由が求められる^{7), 18)}。

加藤の例はL.S.D. 1錠を服用した後発病し、S保養院の2例はヘロイン等の一時的使用が発病を促進している印象がある。Keup¹²⁾はマリファナ精神病が寛解後、他剤の使用で再燃した症例をbooster効果としているが、大麻の他剤との相互効果や交叉耐性の問題と関連して検討を要すると思われる。

個人の感受性も重要で、S保養院の1例（今回の大麻症例からは除外）は、11年間にわたる大麻常用（国内ではハンシユ使用）のほかに、コカイン計50グラム余、ヘロイン計85グラム、L.S.D.計シール30枚、その他鎮静、催眠剤服用で何等精神病状態を生じていない。

結局発病の要因は重度使用をベースとするが、それに多様な因子の関わることに著しい個人差のみられる理由があるのであろう。

2) 精神症状

国内症例も病型としてはStringaris, Keupらの分類の何れかに該当する。しかし症状の内容や状態像は文献的に未だ整理されていない。そこで主な症状、状態像等を事例と対比しながら記述することとした。従って実際の症例は、これらの症状、状態像を同時または経過的に複合している。

(1) 妄想気分

病初期に、明らかな病的体験の出現に先行して、あるいは病的体験と併存して、「周りが普通の人でない感じで人の話が不自然」、「人が信用できない感じ」、「周りの人が自分と全く心の

触れ合うことのできない人ばかり」等、周囲に対する疎隔、違和、異質、変容感に始まり、続いて被害的な体験を発現あるいは同時にアメンチアに移行した例、続発した妄想状態を2週間程度経過した後、アメンチアを発症した例、更に異質、変容感から「世紀末的な感じ、天変地異とか戦争などが起こりそうな不安、恐怖感」といった世界没落感、破局感と呼ばれる体験を2～3日経過した後、錯乱状態を呈した例などの例がある。このような妄想気分は、経過的にみると大麻精神病の前駆的または病初期の一過程であり、独立して長期に持続するものではない。

(2) 幻覚

13例中、9例に体験されているが、うち2例は意識変容の状態で一過性に体験されたものである。多くは幻聴で、内容は「メシを食うな」、「大麻を捨てろ」等、終日自己の行動を干渉する指示、命令であったり、「殺す」、「悪口を云う」等の中傷、脅迫的な内容、あるいは大勢の人の声、助けを求める声等である。なかには「神々が見えたりする」、「誰かが自分の体を触っているのを感じることもある」等の幻視、幻触を体験するものもある。幻覚の持続期間は病勢の消長と併行しており、最も長いもので6ヶ月余が1例あるが、多くは2～3週間以内に消褪している。体験の態様は中毒性の特徴をもち、鮮明で言語化し得る内容をもっている。

(3) 妄想

10例に妄想の記載がある。多くは被注察、関係、被害、追跡といった迫害妄想で、時に罪業、微小妄想や、これと対極的な誇大妄想もみられる。体験の態様は状況的で切迫性をもち、分裂病性のそれより覚醒剤中毒等の中毒性の特徴に近い。ほとんどは体系化したものではなく、妄想着想、妄想知覚の直接的な体験範囲にあるが、稀には病的体験を解釈した妄想形成もある。例示すると

「声が聞こえるのは電波技術の実験か何かじゃないですか、国際電電が1億いくらかで作った。アメリカ、フランス、なんかと一緒にになって作り、そこから実験している」の如きものである。

(4) 被影響体験

「周りの人に操られる」、「何を考えても周りの人につつぬけになる」、「人の考えを押しこまれる、ドンドン自分の中に入ってくる」、「人に考えを読み取られる」等、作為体験、思考伝播、思考吹入、思考奪取等の被影響体験を訴えたものが5例ある。その消長は他の幻覚妄想等と併行する。

(5) 意識変容

状態像としては、夢幻様状態、アメンチア、錯乱状態等の外因反応型を呈する。明確に意識変容のエピソードを示したものは5例で、他に意識水準低下を想定される例が2例ある。発症は急性または亜急性であり、数日以内に終熄するものや、2週間以上、意識水準が動揺しながら続くものもある。この間の様子は著しい注意集中困難、思考散乱、困惑状を呈し、ほとんど会話ができないうで寡動茫然とした状態から、不安、恐怖感、病的体験を背景に、断裂した行動や刺激興奮性等を表出する例もある。記憶は概して脱落しており、断片的島状の記憶残存を示す。しかし、このような状態でも、強い指示で、挺舌、挙手など簡単な動作に応じ、診察室から病室へ行くことを促されると自ら、自分の手荷物をもって行く、摂食、用便等の自用ができる等、尚、対人的疎通性や周囲の認知を完全には失ってはならず、ある範囲の合理的行動が可能である点が分裂病性の昏迷状態とは異なる。

(6) 無動機症候群

無動機症候群は長期乱用者の16%と低い発生率とされるが、大麻精神病の発病者では極めて高い。国内症例13例中、後遺症を残

さず回復が1例、1例は記載がないが、その他の11例は2～3ヶ月から1年以上に及ぶ無動機症候群の持続を指摘されている。この状態は症例によって軽重はあるものの、場合によっては永続的にある程度の持続を示唆する所見もみられる（後述、慢性人格障害の項）

(7) 知的退行

少し複雑な会話になると困惑するような理解力の低下、まるで小学校1～2年位と親が思う程幼稚な思考、書く手紙も殆どがカナで漢字の使用ができない等、顕著な知的退行を示した2例がある。この状態は病盛期に著しく、症状の推移と併行して回復したが、場合によっては回復しきれない障害が長期に残遺する可能性がある。

男子患者（29才、デザイン学校2年中退）の書いた手紙の一部

月 日	たいまわくすりとはえはきつて、けこして、ぼくか
	いちにんえにふたごをみせたりです
	もうこれいじょうしんはごとはかけられせん。
	はやくみんなのわらったかみだみたいです。
	どうかみすてないでください。おねがひします。
	はやくおうちにかえりたいます。
	けいさつ おねがひ につかまることは せつたいにします。
	ほんとうにごめんなさい。

(8) 観念湧出、注意集中困難、思考散乱

意識変容と関係なく、むしろ主たる症状として観念の湧出と思考の散乱を呈した1例がある。確たる目的もなく、電車に乗って途中思いつくまま降車して徘徊し、募金箱に現金と印鑑の入った

財布をそのまま入れる等行動のまとまりを欠き、会話中もしばしば蛇足、唐突な着想が挿入されて一貫性を欠き、つかみどころがない印象を受ける。それを指摘すると、「フッと考えが頭に浮かび、自分でもどうしてよいか判らなくなる。考えがバラけるので自分でも困る」と云う。この症例は特異的であるが、その他の症例にも意識変容状態以外に、状況的に何等の関連もなく、契機の有無に関わらず考えと逆の観念が現れたり、幻覚妄想が挿間的に体験される例がある。またある例は「考えがフッと起こってくる。右か左か、上か下か、白か黒か、行った方がいいか行かない方がいいか、いつも迷っている。自問自答する閃めきみたいなもの」と云う。大麻の急性効果では「考えやイメージが次々と湧く」という体験がしばしばあるが、慢性障害でも、挿間的か持続的かの二つの態様をもって十分統覚されない観念あるいは体験が湧出する特徴的な症状がある。

(9) 被暗示性

急性効果の反応が、Set Setting とよばれる心理、状況的要因に著しい影響を受けることはよく知られているが、慢性精神病においても同様である。その一つは大麻精神病の発症の誘因となったと思われる不安や怖れで、友人が大麻施用で警察に逮捕され、自分も捕まるのではないかという心配から追跡、関係的過感状態を生じあるいは逮捕拘留を契機として大麻精神病にいたったものが4例あり、滯米時の環境的適応不全が1例ある。他の一つは病的体験の誘起と体験内容の心理的関連である。「父の車に乗って大麻を採集に行った。探されると車のナンバーで判ると思って車を乗り捨て路上にあった人の車を盗んで運転した。すると車の持ち主がそこにいないのに、大麻を捨てろと命令してきた」、「麻薬取締官に追われている、電車の中でもつけられる、隣りにも張り込んでいて大麻はどこだと聞かれる」等である。

(10) 暴力的、破壊的行動と挿間的衝動的行動

文献上は暴力、破壊的行動を大麻精神病の主要症状の一つとして記述しているものが多い。国内症例の1例は、軽い無動機症候群、不機嫌状態が続くなかで、突然親戚の人に殴りかかり、翌月仕事先の監督を殴ろうとし、3ヶ月後、街中で昼休みに建物から出てきた女子社員を次々と3人殴った。更に4ヶ月後アルバイト先の主人の顔面を殴り、これを契機に入院した。本人は「何故殴ったのか自分でも説明できない。殴る理由は何もなかった。何か判らないがカッとして殴った」と云う。他に自殺企図の3例がある。うち1例は、被害的な不安を背景としているが、2例は、自信がない、つまらない、迷惑をかけた等一応の理由を云うものの、前後に持続的な抑うつその他の切迫した病的状態はなく、まったく深刻味もなかった。また入院治療により回復過程にあった2例は、短期間一過性に些細な理由から攻撃的な口調をもって興奮し、1例は面接中の応答に攻撃性がかい間みられたものがある。このようなところから、大麻の慢性障害における破壊行為には、状態像によるもの（前記とは別に意識変容下1例、不機嫌状態2例がある）以外に挿間性に生起し、時として無意味な衝動異常の発生によるものがあると思われる。

(11) 気分、情動の変化

意識障害や精神病状態に伴う気分情動の動揺は当然認められるが、「先のことばかりクヨクヨ考える。良くない方へ考えてしまう。気分が落ち込む、言葉がスラスラ出ない」等抑うつ症状を積極的に訴えたのは1例にすぎない。また軽い不機嫌、抑うつ状となったものが2例あるが、何れも無動機症候群と複合してみられた。反対に気楽、ひょうひょうとして、会話は次々と話題が流れ、過度に笑うという躁状態に類似した1例があったが、躁状態にみられる緊張した昂揚感、生氣的興奮に乏しい印象があった。総じて独立した気分情動の変化を主要症状として生起するものは

比較的少なく、多くは他の病態を基盤としている。

(12) 病態の持続

治療以前、即ち大麻施用を廃絶しない状態における精神病症状は、無動機症候群を除いて、1ヶ月から1年程度出沒あるいは持続しているが、治療開始後には、意識変容は数日以内、幻覚妄想等の体験は1週間から3～4ヶ月以内に回復している。

(13) 自然再現現象（フラッシュバック）

大麻精神病ではフラッシュバックの起こる頻度は高い。治療過程での精神病像は一方方向性に回復するというより、病像が動揺しながら改善する経過がみられる。明らかに回復した後、病像の再燃したのは6例あり、その病像は回復後2週間から1ヶ月後に幻覚が短時間出沒するものから激しい錯乱状態を呈するものまであり、持続は2～3日から最長20日間であった。

(14) 依存形成

“マリファナと健康”によれば、身体依存つまり施用中絶時の離脱症候群を呈した実験的な報告が記述されている。症例のなかに断続施用の過程で、不眠、食欲不振、不機嫌を繰り返したものが少数例あり、離脱症候群である可能性があるが、精神病像との関係で識別し難い点もあり、少なくとも臨床上の明確な病態としては現れ難いと云うべきであろう。

精神依存については大方の意見が肯定的である。国内症例をみても、ほとんどの例が3年から9年の長期間使用しており、その間、精神病歴や逮捕歴も多くみられるところから、容易に廃絶できるとは云えず、精神依存は形成され则认为られる。

(15) 耐性、逆耐性

症例でみる限り、次第により多くの量、より高濃度の大麻を要

求する態様はみられない。しかし“マリファナと健康”では感受性の低下を指標に耐性上昇を認定しており、使用者の常用THC濃度が上昇しているのに直接的な臨床的効果の増強が報告されないとか、摂取時体験が必ずしもハイ（high）にならなくてもリラックス効果は与えられることによって重度使用が維持される等の報告⁷⁾もある等から耐性上昇は確実であろう。従って薬効の感受性増強の意味では逆耐性は否定されるのであるが、一旦精神病を発症すると、その後において短期間または少数回の施用で、精神病状態を再燃するという現象は明らかであり、慢性薬物中毒精神病一般にみられる再燃に対する抵抗力の低下は大麻においても同様に認められる。

(16) 心理検査所見

S保養院6例の入院中、回復過程におけるロールシャッハ・スコアの形成分析から、その特徴を要約すると次のようである。

① 反応数(R)が低く、反応拒否(Rej.)もみられ、一方良形態反応($\Sigma F+$ %)の比率が高いこと、更に全体反応(W)対人間運動反応(M)の比率で前者が圧倒的に高いこと、動物運動反応(FM)の低値、内向傾向をもつ両貧型の体験型($M: \Sigma C, FM+ m: Fc + c + C', VII + K + X/R\%$)が認められる。このプロトコールによって示される人格特徴は、自らおかれた現実環境に積極的、自発的にかかわり、それを変化させたり課題を作り解決しようとしなない点にある。従って、すべからく受動的でしかも Vitality に乏しく、極めて制限された体験しかし得ない。自己の行為に不全感、不確実感を抱きやすく、現実世界では常に自信のなさがつきまとう。更に、反応内容での、死や自分が駄目になってしまうことへの不安によって示されているように、悪化し崩れ朽ちていくような自己像を有しているようである。

② 1例を除いて、カラーカードでの初発反応時間 R1T(CC)が

遅く、カラーカードの反応数 $VII + R + X/R$ が低く、色彩反応 (C) に乏しい。これにより示される特徴は、いきいきと自由に体験するための情緒が生起しにくく、これは事物、出来事、人との交流を浅薄なものにしているものと考えられる。

- ③ Rの低値と共に黒色カードへの反応が良くなく (C') 抑うつ傾向を示し、抑制的な状態にある。

3) 慢性人格障害

大麻の長期乱用が持続的な人格障害を生ずるという指摘は多いが、現在の段階では必ずしも確定していない。指摘される障害の概要は、不関、興味の狭小、不活発、軽度から重度の判断、集中、記憶の障害、自己像の歪曲、社会的衰退^{41)・12)}等で16才時 IQ 125の男子が簡単な計算や数学の暗唱すら間違えるようになったというカンナビス痴呆の例の報告⁷⁾もある。

我が国では大麻乱用の歴史も浅く、乱用者の数も諸外国と比べて少ない点もあって、未だ慢性人格障害の報告はされていないが、今回の国内症例からその危険性のあることを提示しておきたい。

(1) 無動機症候群

無動機症候群は本来、器質的、不可逆的な概念とはされていないが、軽重はあるにしても極めて長期に持続する事例がある。初回吸煙から数年以上、10年近く経過している5例についてみると、この間、アルバイト等で短期間就労する事はあっても定職につかず、はつらつとしない、ハリがない、内向的で暗い性格になったと家族から云われる如く、寡言、対人接触乏、意欲低下等が持続しており、なかの1例は表面的に明るいが廃業3年後、尚意欲減退し、生活できないとしばしば入院を希望して来院する。

(2) 思考の障害

思考内容が単調、貧困化し、緻密で論理的な思考がみられない。会話は日常的レベルを出ず、周到な将来的展望、自己内省、職業、社会的事象等に対する一貫した思想性、批判性を示さない例がほとんどである。

廃業後3年以上経過の1例は意欲減退とともに尚、集中困難、思考散乱を訴えている。

(3) 興味、関心の低下

興味、関心の範囲が狭少卑近で乏しく、社会的事象、対人関係等に対する多様性、積極性、広がり認められない。

(4) 生活の退嬰化

社会的、職業的定位に向かおうとせず、その場しのぎの生活態度で安易さを求める。ある症例(大学卒)はアルバイトしながら夏はサーフィン冬はスキーをして暮らすのが自分の生活と云う。

(5) 精神病状態の遷延固定

大麻精神病の診断で入院し、退院時、幻覚妄想状態は消褪していたが、無動機症候群に相当する状態は軽度に残遺していた。約1年後、不眠、食思欠乏、幻覚症をもって他病院に入院し1年半経過しているが、尚、無気力、昏迷気味で時々滅裂な演説をする。日常、身の周りも不良で寝たり起きたりの生活を続けているという。この例は、他病院入院前1日清酒3～4合の飲酒があったが、臨床像、経過から酒精依存のみでは理解し難く、大麻精神病の遷延固定の可能性を示唆する。

以上のような永続的な慢性障害の可能性は文献上^{7)・12)・13)}も記銘力障害、思考障害、意識減退、興味範囲限定、自己像認識の歪曲、社会的衰退、life style の変化等を指摘した多くの臨床的記述があり、植木、

藤原らの脳器質性障害を想定すべき実験的研究の結果からみても根拠のないことではない。
(徳井 達司)

参考文献

- 1) Bernhardson, G. and Gunne, L.M. : Forty-Six Cases of Psychosis in Abusers. *Internat. J. Addict.*, 7 : 9-16, 1972.
- 2) Cannabis Psychosis. *British medical. J.*, Vol.2, No.6044 ; 1092~3, 1976.
- 3) Fink, M. : Chronic cannabis use : Conference Summary. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 282 : 427-430, 1976.
- 4) Forest M.A.J., Tennant S. : *Arch. Gen. Psychiat.*, 27 : 133-136, 1972.
- 5) Freedom, H.L.S., Rockmore, M.J. : Marihuana, factor in maladjustment. *J. Clin. Psychopathol.*, 7 : 765, 1946.
- 6) Halikas J.A., Goodruin, D.W., Guze, S.B. : Marihuana effect : a survey of regular users. *J.A.M.A.*, 217 : 6922-694, 1971
- 7) Hart, R.H. : On Psychiatric Syndromes Associated with Cannabis. *Alabama Med.*, 54 (2) : 34-36, 1984.
- 8) 人見一彦, 川村博司 : カンナビス中毒の1例. *近代医誌*, 第3号 : 337-342, 1983.
- 9) Jones, R.T. : Human Effect : An Overview. *Natl. Inst. Drug Abuse. Res. Monogr. Ser.*, 31 : 54-80, 1980.
- 10) 加藤伸勝, 佐藤能史, 葉賀弘, 浮田義一郎 : マリファナ精神病の臨床例. *精神医学* 17 (3) : 261-268, 1975.
- 11) Keelar, M.H., Reifler C.B., Liptzin, M.B. : Spontaneous recurrence of marihuana effect. *Am. J. Psychiatry*, 125 : 384-386, 1968.
- 12) Keup, W : Psychotric Symptoms due to Cannabis Abuse. *Dis. nerve. syst.*, 31 : 119-126, 1927.
- 13) Kolansky, H. and Moore, W.T. : Effects of marihuana on Adolescents and Adults. *J.A.M.A.*, 216 : 486-492, 1971.
- 14) Kolansky, H. and Moore, W.T. : Toxic Effects of Chronic Marihuana use. *J.A.M.A.*, 222 : 35-41, 1972.
- 15) Mcglathlin, W.H., West L.J. : The marihuana problem ; an overview. *Am. J. Psychiatry*, 125 : 370-378, 1968.
- 16) Maugh, T.H. : Marihuana ; the glass may no longer be greener. *Sci.*, 185 : 683-685, 1974.
- 17) Maugh, T.H. : Marihuana (II) ; does it damage the brain? *Sci.*, 185 : 775-776, 1974.
- 18) マリファナと健康 — アメリカ合衆国保健教育福祉長官による連邦議会に対する第8次年報(1980年) : 龍賢太郎訳
警察学論集, 第33巻第10号
- 19) 宮里勝政, 鈴木康夫, 大原健士郎 : 遷延性マリファナ精神病の1例. 第115回東海精神神経学会.
- 20) 西願寺弘通, 慢性妄想状態をきたした大麻精神病の1例. *臨床精神病理*, 2 : 83-99, 1981.
- 21) 桜ヶ丘保養院(東京都)症例(発表予定)
- 22) Silver, J.F. et al. : Marihuana smoking in Panama. *The Military Surgeon*, 73 : 269, 1933.
- 23) Stringaris, M.G. : *Die Haschisch Sucht*. 2 Aufl. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1972.
- 24) Thacore, V.R., Shukla, S.R.P. ; Cannabis psychosis and paranoid schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 33 : 383-386, 1976.
- 25) 津村哲彦, 谷矢雄二, 工藤行夫, 花田照久, 押尾雅友 : マリファナ精神病の1臨床例. *精神医学*, 27 (10) : 1143-1152, 1985.
- 26) Walsch, J.H.T. : Hemp drug and insanity. *J. Sci.*, 40 : 21, 1894.
- 27) 渡辺登, 諸治隆嗣, 多田幸司 : 無動機症候群を呈した長期マリファナ重症使用者の1症例. *精神医学*, 26 (3) : 291-296, 1984.

VI 大麻の乱用

「Ⅱ．大麻とは」の項でも述べたように、大麻の乱用は古くから見受けられていたが、世界的に問題となってきたのは1900年代に入ってからである。大麻の乱用には地域的特性がみられる。即ちアジア・アフリカ地域においては、貧困、宗教的信仰により各年代に亘って使用され、乱用に至っているのに対し、先進国のヨーロッパ・アメリカ地域においては、裕福さ、教育、価値感に対する反発、社会的規制に反抗する手段として大麻を使用しており、若者に多く乱用が見受けられる。

1983年のWHOの統計によれば¹⁾、大麻の乱用者は世界中で約 3,000 万人と推定されている。今日では、それ以上の相当数の大麻常用者がいると思われる。

以下、各国の乱用状況について述べる。

1. 各国における状況

1) アジア・極東諸国

1985年にはマレーシアで1,584人、フィリピンで1,906人の乱用者が登録されたことが国連に報告されている。

インドでは、古くからバング、チャラス、ガンジャ等の大麻製品及びそれらから作られる飲み物、食物、煙草等が、宗教的秘事或いは慣行として使用されてきた。現在は主として工場や農場の低賃金労働者の間で乱用されているが、裕福な家庭の子弟の一部にも乱用が見られる。

2) 中近東諸国

エジプトでは、大麻は古くから使用され、現在でも使われている。

1987年の国連麻薬委員会の報告によれば²⁾、最近その乱用は減少の徴候を示しているものの、乱用者は、あらゆる社会階層にひろがっている。

同報告によると、ヨルダンでは大麻の乱用が17歳～40歳の年齢層に増加している。

クウェートやカタールでは、大麻と他の薬物との併用が増加する傾向にある。

3) ヨーロッパ諸国

1987年の国連麻薬委員会の報告によれば²⁾、ヨーロッパにおいても大麻は最も広く乱用されている薬物である(1985年の調査結果)。

デンマークでは、14歳～18歳の年齢層の若者のうち、大麻使用の経験のある者は25%に達する。

イタリアの乱用者は50万人に達すると推定されている。

西独では、大麻の乱用は鎮静の様相を呈しているものの、20歳前後の者を中心に約2万人の乱用者が存在する。

スウェーデンには、15歳～35歳の年齢層に12,500人の乱用者が存在すると推定されており、そのうち約半数がアンフェタミンやあへんと大麻を併用している(1984年の調査結果)。

4) 北米諸国

米国では、大麻は開拓時代より繊維作物として栽培されていた。1800年代に一部乱用があったようであるが、乱用の発端は1910年代のことである。当初テキサスやルイジアナにおける貧乏な黒人やメキシコ人労働者達が使っていたが、これは、ニューオーリンズがメキシコからの大麻密輸入港であるためであった。また、密輸された大麻はここから各地に運ばれていったといわれる。ここに住むジャズ音楽家達にも好んで使用されていた。1930年になると全国各地で大麻は容易に入手出来る状態になり、流行し始めたのである。それと共に新聞等でこの大麻の乱用を撲

滅すべきであるとのキャンペーンが盛んに行われていた。1931年に“大麻税法”(Marihuana Tax Act)が制定されている。

現在、米国においては非常に多く的大麻常用者がいるといわれている。特に若年齢層への浸透が著しい。現在その勢いは、やや鎮静化の方向に向かっているものの、依然として高い汚染率を示している。

米国国立薬物乱用研究所(NIDA)の調査によれば、1985年には、高校生の25.7%が“過去30日間以内に”大麻を吸煙したと答えている。この値は1978年の38%に比較して低いといえるが、依然として高水準を保っている。また、同じ調査ではコカインが6.7%、ヘロインが0.3%等の結果が出ており、これらと比較して大麻の使用は圧倒的に多い。

カナダにおいても大麻は最も広く使用されている薬物である。その主な供給源はコロンビア等の南米である。国連統計によれば、1977年における大麻乱用者は約3万人で、これは薬物乱用者総数の約7割を占めている。

5) 中南米諸国

1987年の国連麻薬委員会の報告によると²⁾、この地域における1985年の薬物乱用の実態は次のとおりである。

ジャマイカでは乱用者の殆どは男性で、他の薬物(コカイン等)との併用の増加が目立っている。

ボリビアでは、大麻は通常コカペースト、有機溶剤、またはアルコールと共に喫煙されており、特に若者の間での乱用が急増している。同国の乱用者の男女比は6対1である。

ニカラグア、パナマ、トリニダード・トバコ等の中米諸国においては、社会の全階層において男女を問わず大麻の乱用が蔓延している。

パナマでは16歳～35歳の年齢層の失業者、学生に乱用が広がっており、これに起因する犯罪、交通事故、失業及び家庭崩壊が社会問題となっている。

ウルグアイでは16歳～25歳の年齢層の乱用が顕著で、乱用者の男女比

は5対1と報告されている。

6) アフリカ諸国

アフリカでは、都市部と農村部の両方で、大麻の乱用が進行している。1987年の国連麻薬委員会の報告によれば²⁾、1985年にはナイジェリアでは大麻はアルコール、コカイン、又はヘロインと併用されることが多く、その乱用は地方及び都市部のあらゆる社会階層に広がっている。

モーリシャスでは、17歳～30歳の年齢層を中心とする4,000人～5,000人の乱用者が存在することが推定されている。

7) オセアニア諸国

オーストラリアでは、大麻の乱用が特に15歳～30歳の年齢層に広がっている。1985年の調査では乱用者の約40%が女性である。

ニュージーランドでも15歳～19歳の若年層を中心に乱用者が増加しており、1985年には乱用により1名が死亡したとされている。

なお参考までに、世界各国における大麻及び大麻調整品の押収量を次に掲げる。
(厚生省薬務局麻薬課)

表VI-1-1 国別大麻押収量

国名	調整品	1981年	1982年	1983年	1984年	1985年
インド	C	25,861	21,760	21,685	21,208	66,314
	R	898	1,640	6,072	4,368	10,312
	L	8	13	1	—	S.Q.
	P	200,809	1,426	117,258	279,439	1,023,339
インドネシア	C	3,674	1,450	2,344	453	99
	R	N.S.	N.S.	—	4	15
	L	16	S.Q.	—	3	N.R.
	P	6,346	138,812	182,126	136,096	57,614
マレーシア	C	668	481	386	1,506	637
	P	4,600	82	—	(260kg)	—
パキスタン	C	3,585	2,345	26,948	1,337	1,135
	R	53,173	49,746	31,566	50,816	132,667
	L	102	9	—	—	10
	P	7,707	—	73	2,972	2,588
スリランカ	C	4,339	11,532	70,548	7,396	3,932
	R	126	28	3	19	1
	L	N.R.	N.R.	147	—	S.Q.
	P	12,417,294	383,129	(61,827kg)	665,356	(38,911kg)
タイ	C	43,077	87,124	81,299	112,444	378,423
	L	1	2	—	4	1
	P	—	—	(179,682kg)	(2,351,830kg)	(1,090,741kg)
韓国	C	N.S.	N.S.	94	81	290
	P	64,040	(1,877kg)	—	141	1,405
日本	C	65	74	195	73	99
	R	6	3	2	13	16
	P	2,217	3,645	2,259	2,708	3,881
エジプト	R	68,672	42,479	65,822	84,478	50,174
	L	N.S.	N.S.	—	(3ℓ)	—
	P	63,829	45,405	21,014	4,710	121,994

国名	調整品	1981年	1982年	1983年	1984年	1985年
ヨルダン	C	178	—	—	N.R.	416
	R	N.R.	386	875	305	N.R.
	L	N.S.	N.S.	—	N.R.	43
イラン	R	5,268	1,641	446	7,157	916
イラク	R	2	S.Q.	S.Q.	S.Q.	S.Q.
イスラエル	C	N.S.	N.S.	1	1	1
	R	4,169	5,176	5,225	6,389	4,921
レバノン	R	446	761	5,835	2,600	4,364
	L	14	95	39	25	4
オーストリア	C	—	667	499	168	60
	R	916	130	75	78	330
	L	1	2	2	S.Q.	1
	P	(475kg)	(600kg)	(300kg)	(3,114kg)	10,034
デンマーク	C	32	30	26	75	79
	R	1,249	910	1,741	658	510
	L	4	1	8	S.Q.	S.Q.
	P	4,081	1,567	7,937	(271kg)	(1,149kg)
フランス	C	3,569	18,819	12,521	9,042	2,726
	R	7,330	7,073	10,942	22,381	5,508
	L	43	24	25	54	14
	P	18,913	11,745	7,611	8,011	4,586
西独	C	6,670	748	1,256	2,922	2,347
	R	—	2,407	3,327	2,709	9,151
	L	26	34	23	14	5
	P	4,107	10,994	24,746	16,187	42,840
イタリア	C	668	964	1,015	852	374
	R	10,410	3,901	4,131	5,177	1,060
	L	26	34	23	14	8
	P	22,583	1,241,512	34,289	26,419	32,123
オランダ	C	4,397	3,013	3,780	18,896	20,789
	R	13,872	11,536	25,300	11,376	14,112
	L	—	—	19	5	1

国名	調整品	1981年	1982年	1983年	1984年	1985年
スウェーデン	C	—	—	1,188	464	770
	R	410	483	151	—	330
	L	12	1	—	S.Q.	S.Q.
	P	(29kg)	(25kg)	(250kg)	1,752	1,851
英国	C	16,874	12,995	13,736	17,723	13,607
	R	7,818	4,413	6,818	11,296	7,317
	L	82	34	43	54	N.R.
	P	21,314	18,111	15,741	43,233	N.R.
ソビエト	C	15	23	26	38	13
米	C	877,810	1,276,787	814,609	1,319,700	854,051
	R	13,682	1,400	14,215	933	570
	L	—	(29ℓ)	S.Q.	—	—
カナダ	C	7,147	17,887	23,361	5,604	3,765
	R	13,952	3,421	3,467	5,532	18,973
	L	583	262	185	208	211
	P	24,576	21,615	N.S.	N.S.	N.S.
ジャマイカ	C	4,109	61,810	104,415	204,807	85,749
	R	3	—	14	6	—
	L	—	S.Q.	N.S.	N.S.	N.S.
	P	—	268,500	9,645,300	909,090	386
メキシコ	C	156,881	71,174	68,052	8,560,018	173,449
	R	N.S.	N.S.	—	—	1
	L	N.S.	N.S.	—	5	—
ボリビア	C	N.S.	N.S.	23	103	—
ブラジル	C	232,587	363,394	1,037,097	2,650,776	27
	R	1	1	5	N.R.	S.Q.
	P	—	60	9,200	N.R.	(1kg)
アルジェリア	C	14	1	N.S.	N.S.	N.R.
	R	134	566	578	2,150	N.R.
	P	5,571	524	N.S.	N.S.	N.R.

国名	調整品	1981年	1982年	1983年	1984年	1985年
ガナ	C	N.R.	22	842	4,477	25,590
	P	N.R.	(13kg)	(88kg)	(520kg)	(13,349kg)
ケニア	C	7,688	5,234	2,514	4,477	25,590
	R	14	5	N.S.	N.S.	N.S.
	P	N.S.	N.S.	—	—	2,279
マダガスカル	C	1,228	1,117	806	1,347	3,830
	P	4,888	2,896	960	9,635	8,314
モロッコ	C	N.S.	N.S.	—	—	37,071
	R	47,050	47,299	47,547	35,368	8,851
	L	36	8	20	(9ℓ)	(24ℓ)
	P	(1,500kg)	(710kg)	—	843,086	864,000
南アフリカ	C	S.Q.	123,563	N.S.	N.S.	N.S.
	P	(83,000kg)	222,024	(655,470kg)	(1,669,976kg)	(738,258kg)
オーストラリア	C	7,878	6,224	1,665	3,732	615
	R	217	79	—	3,451	2,484
	L	1	16	60	90	S.Q.
	P	199,000	725,631	(65kg)	—	—
ニュージーランド	C	154	480	316	487	339
	R	6	1	8	14	24
	L	S.Q.	S.Q.	5	1	—
	P	41,091	46,959	47,778	112,212	143,131

第31回及び32回国連麻薬委員会報告資料(United Nation:Report of Commission on Narcotic Drugs, 1985, 1987) ³⁾に基づき作成したものである。

(注) 1. 「調整品」欄 C:大麻、大麻タバコ R:大麻樹脂 L:液体大麻
P:大麻草

2. 押収量単位 C、R、Lはkg、Pは本、()内はそれ以外の単位の場合

3. 「N.R.」は報告なし、「S.Q.」は少量、「N.S.」は報告あるも記述なし

参考文献

- 1) WHO: World Health Statistics Quarterly, Vol.36, Nos.3/4, 1983.
- 2) 第32回国連麻薬委員会報告資料「薬物乱用及び不正取引の現状と傾向」(United Nation:Report of Commission on Narcotic Drugs, Situation and Trends in Drug Abuse and the Illicit Traffic.), 1987.
- 3) 第31回及び32回国連麻薬委員会報告資料「麻薬及び向精神剤の不正取引に関するデータ」(United Nation:Report of Commission on Narcotic Drugs, Data on the Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances.), 1985および1987.

2. わが国における状況

1) 一般状況

大麻草は繊維用植物として古くから栽培され、下駄緒、釣糸、畳経糸、綱、魚網、蚊帳、帆布、テント、衣類等に広く使用されてきた。大麻草は繊維用として用いられる他に、その実は七味唐辛子の材料や鳥の飼料や緩下剤として摩子仁丸の主薬とされ、また種子から搾取した麻実油はワニス原料、灯火用、食用に利用されてきた。

麻の生葉を食すると毒性のあることは「麻酔い」として栽培者などには知られていたが、わが国において大麻を吸煙、吸食する風習はなく、大麻の乱用は第二次大戦以前には存在しなかった。

わが国における大麻の乱用は戦後、外国軍隊の駐留に伴い基地周辺で散発するようになったが、当初はそのほとんどが外国人に限られていた。昭和30年代の終わりには、わずかではあるが日本人の間でも吸煙がみられ、その後、学生、外国人船員、飲食関係者、ベトナム帰休兵、海

外旅行者等によって事犯が顕著となり、世界的な退廃的風潮と相俟って、わが国においても次第に乱用が拡大されるとともに、一般人特に若者層に浸透していった。

わが国の大麻乱用の状況を厚生省薬務局発行の「麻薬・覚せい剤行政の概況⁴⁾」(昭和36～60年)に掲載されている資料によって検討すると、大麻事犯の検挙人員は昭和37年までは二桁以下の人数であったが、昭和38年に100名を超えた後、昭和45年まで漸増傾向を示した。昭和45以後昭和49年までの間に事犯は700名台で推移しほぼ横ばい状態にあったが、昭和50年以後再び増加の傾向を示し、昭和55年には1,400名台に達した。その後事犯は現在まで漸減、漸増を示しながら推移しており、わが国における麻薬事犯の主流を占めている(表Ⅳ-2-1)。大麻の品目別押収量の推移は表Ⅳ-2-2に示した。大麻事犯数は覚せい剤事犯に比べ少数ではあるが、大麻は普通吸煙という方法で用いられるものであり、その使用法が容易であることなどを考慮すると、その潜在的乱用者はかなりの数にのぼるものとみられる。さらに、近年の海外旅行ブームを背景として海外で大麻吸煙を経験して来る者が多く、また外国において大麻の入手が比較的容易な状況にあるところから、今後の大麻乱用の増加が懸念されている。また、最近では、大麻の不正取引等に暴力団が関与している事例も見受けられるなど、厳重な警戒を要する状況にある。

2) 大麻事犯の態様別

大麻事犯を態様別にみると(表Ⅳ-2-1)、昭和42年までは不正栽培による検挙者が主で、密輸入(出)、所持、譲受、譲渡など不正取引等の検挙人員合計を大きく上回っていた。大麻の栽培に都道府県知事の免許を受ける必要のあることが当時周知徹底していなかったため、農業従事者などが大麻取締法違反と知らずに、繊維や種子採集の目的や、それ以外にも茅葺屋根のふき替えの際茅の押え棒として利用したり、北海道では砂糖大根(ビート)の風よけとして利用するなどの目的で栽培をし検挙されたもので、そのほとんどが不起訴処分になっていた。大麻不正裁

培事犯はその後減少し、昭和40年代後半には大麻事犯の10%弱を占め、最近の数年间は5%以下となっている。

一方、不正取引等の大麻乱用と関連する事犯は、大麻事犯の増加と共に増し、昭和50年以後大麻事犯検挙者の約95%程度を占め、最近の2年間では約97%を占めている。その内容を様態別にみると、所持事犯が最も多く、年代別の平均では、昭和50年代前半には大麻事犯の58.3%、昭和50年代後半には52.7%、昭和60及び61年には58.5%を占めている。次いで譲受・譲渡事犯が多く、昭和50年代前半には大麻事犯の26.2%、昭和50年代後半には25.8%、昭和60年及び61年には22.4%を占めている。密輸入(出)事犯は昭和50年代前半には大麻事犯の10.8%を占めていたが、昭和50年代後半には16.9%、昭和60年及び61年には16.3%を占め、若干増加している。

検挙された事犯例から大麻の主な仕出地をみるとタイ、インド、アメリカ、フィリピン、ネパール、中近東などがあげられる。海外においては大麻は安価にかつ比較的容易に入手できるところから今後とも密輸入事犯の多発が懸念されている。

3) 国籍別、性別

法知識の欠如による大麻不正栽培事犯の多かった昭和30年代後半までは、大麻事犯検挙者中に日本人の占める割合が圧倒的に高かった(表Ⅳ-2-3)。

その後、外国人の比率が増加し、不正取引等の事犯数が増加し始めた。昭和43年以後昭和51年までの間は、昭和46年を除いて外国人が検挙者中45%以上を占めていた。大麻事犯検挙者中に外国人の占める比率は、昭和52年以後57年までの間30%～40%台を保ち、昭和58年以後はその比率が低下し、昭和59年16.7%、昭和60年19.9%、昭和61年15.4%であり、最近では日本人の占める割合が急激に増加している。

外国人の中で米国人の占める比率をみると、昭和44年から47年までの間は70%台、昭和48年から56年までの間はほぼ85%以上を占め、昭和57

年、58年も70%台で圧倒的に多かったが、昭和60年代に入り40%台に減少しており、その他の国籍のものの比率が増加している。

一方性別についてみると、大麻乱用が増加しはじめた昭和43年以後、大麻事犯検挙者中に男性の占める比率は女性の占める比率の4.0倍から10.7倍の間の値である。ちなみに、Bejerot⁷⁾は薬物乱用を、①単独型、②流行病型、③風土病型に分類しているが、男女比から大麻乱用が覚せい剤乱用、有機溶剤乱用と同様に流行病型薬物乱用の特徴を有している。

4) 年齢階層別

大麻事犯検挙者の年齢階層別の構成をみると(表Ⅱ-2-4)、昭和42年以前は41歳以上の年齢層の占める比率が高く、その値は昭和38年68.7%、昭和39年64.7%、昭和42年59.4%であり、法知識の欠如による大麻不正栽培事犯者が41歳以上の年齢層であったことを示している。大麻乱用が増加し始めた昭和43年以後は20歳台の占める比率が圧倒的に高い。とくに、昭和45年以後は、昭和59年にわずかに満たなかったのを除き、全検挙者の60%以上が20歳台で、第1位の高比率を継続的に保っている。

大麻事犯検挙人員が700人を超えた昭和45年以後に注目して、第2位の高比率を示す年齢階層をみると、昭和54年までは20歳以下の年齢層が占め、昭和55年以後この年齢層の比率は第3位になり、かわって31歳から40歳までの年齢層が第2位の高比率を示す。31歳から40歳までの年齢層の比率は、日本人の事犯者の急増し始めた昭和58年には19.8%であり、昭和59年24.4%、昭和60年22.6%、昭和61年25.9%と増加傾向にある。

5) 職業別

資料とした「麻薬・覚せい剤行政の概況⁴⁾」による職業区分は年度によって異なるため、共通の職業区分で扱われている期間をまとめて、大

麻事犯者の職業別構成を検討する(表Ⅱ-2-5-1,-2,-3,-4,-5)。

不正栽培事犯が多くみられた昭和42,3年頃までは農水産業・農漁業従事者あるいは農漁業・農林漁業関係者の大麻事犯検挙者中に占める比率が第1位であったが、昭和45年以後減少して7.5%以下であり、昭和50年以後は3%以下の低値である。

昭和36年から39年までの間に散発的にみられた船員の事犯は、昭和42年頃より大麻事犯者中に占める比率を増し、昭和42年、43年には第2位となり、昭和44年には22.8%で第1位となった。その後も昭和46年までに10%以上を占めていたが、以後減少し、昭和51年以後は比率が1%台となり、昭和54年以後は1%以下に減少した。

ベトナム戦争当時及び昭和47年ベトナム和平協定調印以後の数年間は、米軍帰休兵や米国青年の大麻乱用が日本及び米国本土で話題となった。軍人・軍属の職業項目は昭和49年の統計から掲載され始め、同年以後昭和53年までの間、大麻事犯者中に占める軍人・軍属の比率は第1位を占め、20%以上の高値を示した。その比率は、昭和54年に著明に減少、以後漸減し、昭和59年以後は5%を下まわっている(表Ⅱ-2-5-4,-5)。

昭和54年以後、最近の大麻事犯者の職業別構成をみると、無職、学生、生徒、飲食業関係者の比率が高く、昭和60年には風俗営業関係者、芸能関係者の比率が増加している。昭和54年以後継続してその他の職業が30%台で第1位を占めているが、大麻乱用に関する事犯の一般化傾向を示すものとみられる(表Ⅱ-2-5-5)。

6) 地域別

大麻事犯を都道府県別にみると、汚染地域と未汚染地域とに明確に分かれている。このような地域境界性の存在は大麻乱用が流行病型薬物乱用(Bejerot⁷⁾)の特性を有していることを示している(表Ⅱ-2-6)。

大麻事犯者の多い地域を昭和46年から昭和60年までの検挙者の合計の多い順に示すと、①東京都 ②神奈川県 ③沖縄県 ④大阪府 ⑤北海

道 ⑥山口県 ⑦青森県 ⑧千葉県 ⑨兵庫県 ⑩愛知県 ⑪京都府 ⑫栃木県 ⑬長崎県 ⑭静岡県 ⑮福岡県となる。これら都道府県に比較的共通した特徴としては、①主要な在日米軍基地（千歳、三沢、立川、横田、厚木、横浜、横須賀、岩国、佐世保、嘉手納など）の存在、②主要な貿易港（横浜、神戸、東京、名古屋、成田、大阪、千葉、川崎、清水など）、③大都市（東京、横浜、大阪、名古屋、札幌、京都、神戸、福岡、川崎、北九州など）を含むことなどがあげられ、それらが大麻事犯の多い条件とみられる。栃木県は上記特徴をもたないが、全国の96%を産する大麻栽培地である。

昭和59年以後、大麻事犯者中に占める外国人の比率が10%台に減少し、日本人の占める比率が急激に増加しているが、大麻事犯者は大都市を含む都府県で多く、大麻乱用が都市のもつ病理現象の一つとしてクローズアップされてきている。また、外国籍の大麻事犯者中に占めるアメリカ国籍の比率が昭和59年以後急激に減少したが、在日米軍基地を有することが大麻事犯の多い主要条件とみられた青森県、山口県、沖縄県での検挙人員が同じ頃から減少している。

以上は厚生省薬務局発行の「大麻・覚せい剤行政の概況⁴¹⁾」（昭和36～60年）に掲載の資料を参考に、わが国の大麻事犯についての分析をこころみたものである。

7) 少年鑑別所の乱用事例

小田(1971)は大麻取締法違反のため少年鑑別所に収容された非行少年13名（うち女子4名）を有機溶剤酩酊の経験を有する非行少年35例（うち女子3例）と比較検討し、その結果を報告している⁵⁾。当時の大麻乱用者の状況をよく現わしていると思われるので、事例概要を引用し示す（表Ⅵ-2-7）。小田によると⁵⁾、大麻取締法違反群（以下大麻群と称する）は19歳5名、18歳5名、17歳3名であり有機溶剤群（以下溶剤群と称する）に比し年少者がいない。刺青、頭部外傷歴、精神病質者、同傾向者の数等は非行少年的特徴をもっているが、溶剤群よりもその特徴が

強いとはいえない。知能に関しては、溶剤群に軽愚が8.6%含まれるが、大麻群には精神薄弱は含まれない。しかし正常～優秀知は溶剤群より大麻群が有意に多いともいえない。溶剤群では全例が日本国籍を有しているのに対し、大麻群では米国籍1、中国籍1を含み、民族的には日米混血（白人－日本人）2名を含む。さらに出身地沖縄4例（30.6%）を含むのが特徴である。職業上でも大麻群の大部分（84.6%）は、ジャズ、ニューロック等のバンドマン、ゴーゴー・ガール、ジャズ歌手、地下演劇従事者と外人の情婦などであって、いわゆるヒッピー族あるいはフーテン族、およびこれらの副次文化と関係をもっているものである。大麻群の過半数（66.7%）は何らかの形で外国人と接触をもっており、現在のところ、大麻の使用は地理的にも文化的にも、日米両国文化の接点において見られる習俗であるとしている。

8) 薬物乱用に関連した新聞記事数の推移

昭和45年から昭和61年までの薬物乱用に関連した事犯などの新聞記事を毎日新聞縮刷版から見出し、その数を集計すると（表Ⅵ-2-8）、大麻乱用に関する記事は昭和52、53年と昭和58年以後に多くみられる。

昭和52年には芸能界の有名人が相次いで大麻取締法で摘発され、大麻の個人的使用の是非についてのマリファナ論争がなされた。

昭和58年以後大麻事犯者に日本人の占める比率が急激に増加しているが、新聞記事の数もそれに符合して増加し、覚せい剤乱用に関する記事数にせまっている。

9) わが国で大麻乱用が欧米と比較して、軽微に経過してきた理由

日本では大麻草が古くから麻の繊維をとるために栽培されてきたにもかかわらず、中近東やインド、東南アジアから大麻吸煙の風習が伝わらなかったのは、小林³⁾も指摘するように、鎖国があったとはいえむしろ不思議である。また、わが国の第二次大戦後の薬物乱用の歴史をみて

も、LSD-25 やマリファナのような幻覚作用を主とする薬物の乱用は日米の文化的接触の境界線から大きく広がる傾向のみられないことは薬物疫学的にみて興味深いことである。その理由については、笠松²⁾、小田⁶⁾、逸見¹⁾、小林³⁾らの意見を総合すると、次の通りである。

- ① わが国の宗教的行事には、薬物を使って恍惚状態に入ることを求める習慣が少なかった。
- ② 日本人は他国人に比べて現実承認的で、現実の世界から幻想の世界へ脱出することをポジティブに考えるような習慣がなかった。
- ③ 島国の地理的隔離性や言語的隔離性が他国の習慣を持ち込むことを阻んできた。
- ④ もっとも手っとり早く陶酔感がえられるのは酒であるが、各地に銘酒が多い。
- ⑤ 狩猟民族と農耕民族との差異、飢えにさらされる砂漠の風土と緑したたる豊かな土地との違いなどによって、血なまぐさい屠殺や外敵の恐怖を忘れるための麻酔薬がほしいという欲求度が異なる。
- ⑥ 酒とは違った陶酔感が存在するという事実が見逃された。
- ⑦ 島国のため取締り体制が行き届きやすい。 などの理由があげられているが、いずれにしても実証されておらず、むしろ今後の研究がまたれている。

わが国では昭和42、43年以来現在まで有機溶剤が青少年の間で広く乱用されているが、有機溶剤吸引の効果を臨床的にみれば酩酊と幻覚形成が中心問題である。竹山⁸⁾の指摘するように有機溶剤の乱用をもって日本における幻覚剤乱用の始まりとされるので、わが国民が幻覚作用をもつ薬物に親和性がないとは言えぬ状況にある。

1970年代になってから、海外との交流が多くなり、文書による知識も大衆レベルに十分広まるようになってから、日本人も海外の流行を取り込むのをためらわなくなり、吸煙という容易な使用法からも、最近では実数にのぼらぬ大麻乱用者の増加が危惧されている。(小沼 杏坪)

表VI-2-1 大麻事犯の件数、人員及び違反態様別人員の推移

年次	件 数	人 員						
23	不 明	不 明						
24	不 明	不 明						
25	不 明	不 明						
26	18	24						
27	39	51						
28	8	9						
29	16	17						
30	42	52						
31	27	33						
32	25	29						
33	7	13						
34	28	30	不正栽培	不正取引	所持	譲受譲渡	その他	
35	9	10	3	7	0	3	4	0
36	22	24	17	7	0	4	3	0
37	34	34	0	0	0	0	0	0
38	144	147	132	15	0	13	0	2
39	158	164	133	31	0	16	15	0
40	255	259	207	52	5	32	11	4
41	157	158	101	57	9	35	12	1
42	301	298	196	102	35	55	12	0
43	392	410	166	244	80	126	37	1
44	426	413	81	332	83	200	48	1
45	707	733	85	648	81	480	87	0
46	831	717	61	656	57	444	155	0
47	853	726	60	666	61	445	154	6
48	779	761	42	719	65	486	166	2
49	781	720	58	662	50	459	150	3
50	971	909	31	878	74	642	162	0
51	1,064	960	46	914	83	579	247	5
52	1,225	1,096	55	1,041	84	624	327	6
53	1,711	1,253	68	1,185	160	683	340	2
54	1,573	1,314	50	1,264	195	697	371	1
55	1,745	1,433	72	1,361	235	813	312	1
56	1,696	1,346	56	1,290	254	690	346	0
57	1,550	1,244	54	1,190	191	681	318	0
58	1,593	1,231	64	1,167	221	605	337	4
59	1,715	1,391	54	1,337	220	716	401	0
60	1,597	1,273	35	1,238	205	746	283	4
61	1,624	1,337	31	1,306	220	780	302	4

本表は、厚生省薬務局発行「麻薬・覚せい剤行政の概況（事犯統計は厚生省・警察庁・海上保安庁の資料を集計したもの）」に基づき作成した。

表VI-2-2 大麻の品目別押収量の推移

年次	大麻樹脂	ハッシッシュ・オイル	乾燥大麻 (大麻たばこ含む)	大麻草
昭和36年	—	—	0本 189.02 gr	6,225本
37	—	—	0	18,275本
38	—	—	1,840.02 本	451,723本
39	—	—	59本 151.8903	107,264本
40	—	—	2,536 gr	280,800本
41	—	—	1,094	27,200本
42	226.035gr	—	14本 3,661.06 gr	139,413本
43	3,313.804	—	40本 11,038.013	200,221本
44	8,738.202	—	16,987.953	69,267本
45	6,612.808	—	117束 35,673.157	2,970.000gr 153,120本 210株
46	10,910.122	—	64,510.511	24,900.0gr 21,928本 97株
47	19,204.7	—	30本 65,423.933	10,774本
48	4,383.209	—	65,613.163	68,457本
49	6,114.651	—	81,801.578	17,698本
50	2,224.992	—	35本 65,770.275	282,360本
51	18,469.164	—	39本 136,727.295	6,225本
52	1,605.775	—	101本 123,839.711	15,129本
53	8,139.318	—	51本 84,058.048	14,504本
54	3,150.055	2.300ml 0.352gr	2本 106,516	64,810gr 10,604本
55	4,152.747	27.000ml 0.145gr	70,546.035	17,838.214gr 71,466本
56	6,452.808	2.115gr	64,642.745	11,807.150gr 2,217本
57	3,051.078	0	73,843.179	7,155.379gr 3,628本 17株
58	2,296.651	13.000gr	140,178.622	194,507.868gr 2,259本
59	13,079.524	36.000gr	73,445.120	476,669.306gr 2,708本
60	16,102.620	0.852gr	98,629.839	9,688.545gr 3,881本

本表は、厚生省薬務局発行「麻薬・覚せい剤行政の概況（事犯統計は厚生省・警察庁・海上保安庁の資料を集計したもの）」に基づき作成した。

表VI-2-3 大麻事犯の性別、国籍別構成の推移

年次	検挙 人員	性 別		国 籍 別					外国人 の比率
		男	女	日 本	韓 国 (朝鮮)	中 国	米 国	その他	
38	147	117	30	137	0	5		5	6.8%
39	164	103	61	158	3	1		2	3.7
40	259	不 明		不 明				18	不明
41	158	不 明		127	0	3		28	19.6
42	298	233	65	225	0	0		73	24.5
43	410	333	77	213	1	0		196	48.0
44	413	330	83	210	2	1	156	44	49.2
45	733	604	129	361	0	5	291	76	50.8
46	717	617	100	463	4	5	185	60	35.4
47	726	633	93	389	10	0	253	74	46.4
48	761	669	92	367	2	0	349	43	51.8
49	720	643	77	355	6	4	312	43	50.7
50	909	831	78	308	9	1	531	60	66.1
51	960	844	116	474	9	4	409	64	50.6
52	1,096	949	147	759	17	4	289	27	30.7
53	1,253	1,067	186	784	24	5	408	32	37.4
54	1,314	1,168	146	802	27	4	441	40	30.9
55	1,433	1,281	152	836	28	4	526	39	41.7
56	1,346	1,170	176	794	29	3	473	47	41.0
57	1,244	1,061	183	855	32	3	303	51	31.3
58	1,231	1,099	132	941	38	5	214	33	23.6
59	1,391	1,148	243	1,159	47	4	127	54	16.7
60	1,273	1,068	205	1,020	46	0	117	90	19.9
61	1,337	1,149	188	1,131	34	4	93	75	15.4

(註) 昭和40、41年は資料がないために不明箇所あり。

本表は、厚生省薬務局発行「麻薬・覚せい剤行政の概況（事犯統計は厚生省・警察庁・海上保安庁の資料を集計したもの）」に基づき作成した。

表VI-2-4 大麻事犯の年齢階層別構成比の推移

年次	年齢 20歳以下	21—30	31—40	41—50	51—60	61以上	合計	
38	0.7%	8.8%	21.8%	17.7%	22.4%	28.6%	147人	
39	0.0	17.1	18.3	22.6	17.7	24.4	164	
40	不明	不明	不明	不明	不明	不明	259	
41	不明	不明	不明	不明	不明	不明	158	
年次	年齢 19歳以下	20—24	25—29	31—39	40—49	50以上	不明	合計
42	5.7%	18.1%	16.8%	24.2%	35.2%	0.0%		298人
43	11.7	39.0	9.3	15.9	23.9	0.2		410
44	10.7	55.9	10.7	9.2	13.3	0.2		413
45	17.3	62.8	7.4	4.2	7.8	0.5		733
46	19.7	66.8	5.9	1.8	5.9	0.0		717
47	21.3	63.1	6.7	2.3	6.2	0.3		726
48	24.2	62.7	6.8	2.4	3.8	0.1		761
49	21.7	63.3	7.4	2.8	4.7	0.1		720
50	22.2	68.2	4.8	2.4	2.3	0.1		909
51	21.0	67.3	7.8	2.0	1.9	0.0		960
52	16.8	47.1	22.2	9.2	2.6	2.1	0.1	1,096
53	16.7	46.6	21.4	10.1	2.9	2.3	0.0	1,253
54	14.9	50.4	21.4	8.6	2.4	2.2	0.0	1,314
55	12.4	49.7	20.4	12.6	1.8	3.1	0.0	1,433
56	8.5	46.9	25.0	15.7	2.3	1.6	0.0	1,346
57	9.8	42.7	24.2	17.9	3.5	1.9	0.0	1,244
58	8.1	40.3	26.7	19.8	3.8	1.3	0.0	1,231
59	7.5	36.0	23.8	24.4	5.9	1.3	1.1	1,391
60	6.0	33.1	31.8	22.6	4.5	1.9	0.1	1,273
61	6.9	32.7	28.2	25.9	4.6	1.7	0.0	1,337

(註) 昭和40、41年は資料がないため不明である。

本表は、厚生省薬務局発行「麻薬・覚せい剤行政の概況（事犯統計は厚生省・警察庁・海上保安庁の資料を集計したもの）」に基づき作成した。

表VI-2-5-1 大麻事犯検挙者の職業別構成比の推移

職業	36年	37年	38年	39年
俸給生活者	0.0%	0.0%	4.1%	1.8%
労務者	0.0	0.0	0.7	0.0
商人	0.0	2.9	2.0	0.0
運転手	0.0	0.0	0.0	0.0
飲食業	0.0	0.0	0.7	1.2
遊戯場関係者	0.0	0.0	0.0	0.0
貸席業	0.0	0.0	0.0	0.0
接客婦	0.0	0.0	0.0	0.6
医療関係者	0.0	0.0	0.0	0.0
職人	0.0	0.0	0.7	1.8
農水産業従事者	—	—	—	68.9
船員	4.2	0.0	4.8	1.2
その他	83.3	91.2	85.7	11.6
無職	12.5	5.9	1.4	12.8
合計 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
検挙人員数 (人)	24	34	147	164

(註) 昭和36、37、38年の農水産業従事者はその他に含まれている。

本表は、厚生省薬務局発行「麻薬・覚せい剤行政の概況（事犯統計は厚生省・警察庁・海上保安庁の資料を集計したもの）」に基づき作成した。

表VI-2-5-2 大麻事犯検挙者の職業別構成比の推移

職 業	42年	43年	44年	45年	46年
俸給生活者	3.4%	1.7%	7.7%	10.1%	7.7%
労 務 者	1.3	0.0	0.0	0.5	2.9
小 売 商	0.7	0.5	0.7	1.0	0.1
運 転 手	0.0	0.2	0.0	0.7	1.3
飲食業関係者	2.0	2.4	6.3	5.0	7.1
遊戯場関係者	0.0	0.2	0.0	2.0	0.1
旅館業関係者	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3
接客婦(含売春婦)	0.3	2.4	6.3	4.5	3.9
医療薬業関係者	1.0	0.0	0.0	0.5	0.3
職 人	0.3	0.0	0.2	0.8	1.1
学 生	1.7	4.4	4.6	7.5	16.0
農漁業従事者	51.7	31.7	14.0	7.5	4.2
船 員	15.1	21.0	22.8	17.6	13.8
そ の 他	12.4	24.9	20.8	32.5	23.2
不 明	—	—	6.1	—	—
無 職	10.0	10.5	10.4	9.5	18.0
合 計 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
検挙人員数(人)	298	410	413	733	717

本表は、厚生省薬務局発行「麻薬・覚せい剤行政の概況（事犯統計は厚生省・警察庁・海上保安庁の資料を集計したもの）」に基づき作成した。

表VI-2-5-3 大麻事犯検挙者の職業別構成比の推移

職 業	46年	47年	48年
俸給生活者	7.7%	11.6%	11.6%
労 務 者	2.9	2.8	1.3
小 売 商	0.1	0.2	0.3
交通運輸業関係者	1.3	3.7	4.1
飲食業関係者	7.1	4.5	3.9
旅館業関係者	0.3	0.1	0.0
風俗営業関係者	4.0	4.1	2.8
医療薬業関係者	0.3	0.0	0.4
職 人	1.1	1.2	0.3
学 生	16.0	13.9	17.1
農漁業関係者	4.2	5.4	3.7
船 員	13.8	6.2	4.3
そ の 他	23.2	29.6	38.5
無 職	18.0	16.5	11.8
合 計 (%)	100.0	100.0	100.0
検 挙 人 員 数 (人)	717	726	761

本表は、厚生省薬務局発行「麻薬・覚せい剤行政の概況（事犯統計は厚生省・警察庁・海上保安庁の資料を集計したもの）」に基づき作成した。

表VI-2-5-4 大麻事犯検挙者の職業別構成比の推移

職 業	49年	50年	51年	52年
建 設 業	0.0%	0.3%	0.0%	0.4%
小 売 商	0.4	0.9	0.7	1.2
露 店 ・ 行 商	0.0	0.1	0.4	0.6
職 人	1.4	1.1	0.7	0.5
工 員	1.1	0.9	1.6	2.4
船 員	5.4	3.3	1.7	1.6
俸 給 生 ・ 活 者	4.7	8.9	12.4	19.1
労 務 者	2.2	0.9	1.0	1.1
風 俗 営 業 関 係 者	3.6	1.1	3.8	3.3
飲 食 業 関 係 者	3.3	1.7	4.7	8.6
旅 館 業 関 係 者	0.0	0.0	0.3	0.1
交 通 運 輸 業 関 係 者	2.8	2.1	1.6	1.6
土 木 建 築 業 関 係 者	0.8	0.3	0.5	1.4
農 漁 業 関 係 者	5.3	2.1	2.0	1.9
医 療 薬 業 関 係 者	0.0	0.0	0.0	0.1
軍 人 ・ 軍 属	41.0	52.7	34.8	23.8
そ の 他	5.6	4.8	6.4	7.3
学 生	11.4	7.5	11.9	8.1
無 職	11.0	11.3	15.6	17.1
合 計 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0
検 挙 人 員 数 (人)	720	909	960	1,096

本表は、厚生省薬務局発行「麻薬・覚せい剤行政の概況（事犯統計は厚生省・警察庁・海上保安庁の資料を集計したもの）」に基づき作成した。

表VI-2-5-5 大麻事犯検挙者の職業別構成比の推移

職 業	52年	53年	54年	55年	56年	57年	58年	59年	60年
無 職	16.4%	12.2%	10.7%	10.6%	13.6%	16.1%	18.3%	19.7%	22.8%
軍 人 ・ 軍 属	23.8	30.6	13.3	12.6	11.9	7.7	6.3	2.7	3.1
学 生 ・ 生 徒	8.1	10.6	9.2	8.6	5.1	6.5	8.0	7.5	6.8
農 林 漁 業 関 係 者	1.9	3.0	1.8	2.6	1.6	1.3	1.0	1.0	1.1
工 員	2.4	2.2	4.9	2.9	1.8	2.0	2.4	2.2	2.0
飲 食 業 関 係 者	8.6	5.3	4.8	4.7	6.5	9.7	9.3	10.1	7.8
店 員	3.7	3.2	4.2	4.0	3.5	2.6	4.3	5.5	3.7
交 通 運 輸 業 関 係 者	1.6	2.1	3.8	3.1	3.0	3.6	2.6	2.9	2.7
主 婦	0.6	1.0	1.4	0.6	1.3	0.8	0.7	1.3	1.4
芸 能 関 係 者	2.5	1.6	2.9	3.6	3.9	2.3	2.7	3.0	4.6
土 木 建 築 業 関 係 者	1.7	1.6	2.0	1.9	2.7	3.9	3.7	3.4	3.6
風 俗 営 業 関 係 者	3.3	3.4	2.0	2.3	2.9	1.0	5.0	4.4	5.2
会 社 事 務 員	4.5	4.5	1.3	2.4	2.6	3.0	2.4	4.0	3.5
船 員	1.6	1.7	0.2	0.3	0.1	0.5	0.4	0.2	0.3
そ の 他	19.3	17.2	37.7	39.7	39.5	38.9	33.1	32.0	31.3
合 計 (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
検 挙 人 員 数 (人)	1,096	1,253	1,314	1,433	1,346	1,244	1,231	1,391	1,273

本表は、厚生省薬務局発行「麻薬・覚せい剤行政の概況（事犯統計は厚生省・警察庁・海上保安庁の資料を集計したもの）」に基づき作成した。

表VI-2-6 大麻事犯の都道府県別検挙人員の推移

年次	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	合計
府県名																
北海道	112	84	72	82	35	73	79	53	38	64	41	57	62	59	34	945
青森	27	30	94	35	29	39	43	69	38	46	40	23	38	24	10	585
岩手	10	15	10	17	9	1	6	11	6	1	2	3	2	19	5	117
宮城	31	5	1	0	2	1	6	5	5	10	7	2	6	25	111	
秋田	3	0	0	0	0	3	1	8	0	0	0	0	0	2	2	19
山形	1	4	1	2	0	0	0	2	3	1	1	0	0	1	3	19
福島	6	1	3	2	0	2	4	4	1	0	0	8	2	12	2	47
茨城	0	0	0	1	0	0	2	1	4	3	20	3	2	22	2	60
栃木	10	27	13	11	45	33	22	6	15	18	20	17	9	65	11	322
群馬	0	0	0	10	1	2	1	0	0	0	9	3	14	7	6	53
埼玉	0	0	0	1	2	6	0	3	6	12	4	12	9	12	15	83
千葉	0	7	5	11	0	22	25	13	22	30	22	64	91	67	78	457
東京	201	132	158	122	213	297	211	269	251	243	258	248	236	377	366	3,582
神奈川	104	112	126	117	154	167	156	183	356	306	296	287	244	180	210	2,998
山梨	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	4	1	1	2	13
長野	1	2	13	5	4	1	2	8	9	0	11	2	1	2	16	77
新潟	1	0	2	5	0	4	1	0	2	0	10	8	2	9	1	45
静岡	22	0	3	14	5	1	18	9	23	2	17	10	44	11	181	
愛知	33	54	13	14	8	12	11	14	10	29	19	23	42	74	60	416
三重	6	0	0	0	0	1	0	3	10	3	7	1	1	6	38	
富山	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	6	3	5	0	20	
石川	0	0	0	0	0	0	30	0	1	2	5	0	0	0	38	
福井	2	14	0	0	0	0	6	1	0	0	0	7	5	1	36	
滋賀	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	4	9
京都	1	1	7	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	4	19
大阪	13	27	11	14	3	11	48	88	12	36	25	17	7	22	48	382
奈良	12	9	11	4	5	33	98	110	152	156	118	176	202	200	169	1,455
和歌山	444	26	37	28	24	9	53	35	31	24	15	14	47	32	29	448
鳥取	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	16	2	6	20	54
島根	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	5
岡山	4	1	2	0	0	0	2	2	10	4	3	1	0	0	2	31
広島	0	3	3	0	1	3	5	18	0	19	5	0	0	0	0	57
山口	2	2	0	2	3	3	0	17	23	20	8	5	3	13	1	102
徳島	10	2	5	11	5	4	3	0	1	7	2	2	0	1	9	62
香川	9	10	11	54	176	50	11	59	28	40	65	37	27	22	2	601
愛媛	0	0	1	0	0	0	3	64	0	1	1	1	7	3	0	81
高知	1	0	0	7	1	0	0	0	15	3	17	2	10	16	2	74
福岡	1	2	0	0	0	0	0	0	2	0	4	1	3	0	0	13
佐賀	2	21	3	15	5	5	2	12	1	1	1	1	2	1	4	76
長崎	22	12	2	19	10	15	4	12	12	7	15	7	14	7	22	180
熊本	0	0	0	13	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	18
大分	23	25	24	18	0	18	61	0	0	4	4	5	13	2	6	203
宮崎	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	2	5	11
鹿児島	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3
沖縄	1	7	4	0	0	0	0	0	0	0	11	1	0	2	1	27
計	2	3	7	0	0	3	2	1	1	0	1	0	0	0	18	38
合計	717	87	116	87	152	145	176	169	234	330	265	156	121	65	60	2,163
合計	717	726	761	720	909	960	1096	1253	1314	1433	1346	1244	1231	1391	1273	16,374

本表は、厚生省薬務局発行「麻薬・覚せい剤行政の概況（事犯統計は厚生省・警察庁・海上保安庁の資料を集計したもの）」に基づき作成した。

表VI-2-7 事例概要（小田山による）

事例	年齢	性別	出身地	職業	使用回数	他の薬物乱用	同時使用	薬の提供者	酷訂時体験	他の非行歴
1. K.K.	19	男	日米混血	モデ	2-3回	シンナー 1-2回	(-)	米	幻覚(-) 気分変化(±) ねむ気、不快 空腹感(+) 幻覚(-) 不明	被害 (通精配酐) (-) 窃盗 公務執行妨害 少年院歴(+) 窃盗
2. P.J.	17	女	米	ジャズ歌手 志望	6回	睡眠薬	(-)	米	幻覚(+) 恐怖感 (+)持続、遷延 気分変化、性感高 揚、多幸 頭痛、不快	(-) 窃盗
3. J.O.	19	男	日米混血 (沖縄)	フーテン	不詳	睡眠薬	(-)	米	多幸、色感異常 幻覚、いわゆるtrip 再現症状 頭がなくなる 不快	(-) 窃盗
4. M.T.	19	男	沖	フーテン	不詳	睡眠薬	(-)	米	時空間体感変化 嘔気、想像力亢進 浮揚感、時空間体 験変化、trip 空腹、口渇、有精化 体験、想像力豊富化	(-) 窃盗
5. T.T.	18	女	日本本土	ゴーゴー・ ガール	2回	シンナー ・ ポンド	ポンド	米	幻覚(+) 恐怖感 (+)持続、遷延 気分変化、性感高 揚、多幸 頭痛、不快	(-) 窃盗
6. P.H.	17	女	日本本土	無職	約10回	(-)	(-)	オーストリ ア人	多幸、色感異常 幻覚、いわゆるtrip 再現症状 頭がなくなる 不快	(-) 窃盗
7. A.Y.	19	男	沖	フーテン (人共等)	1回	(-)	(-)	米	時空間体感変化 嘔気、想像力亢進 浮揚感、時空間体 験変化、trip 空腹、口渇、有精化 体験、想像力豊富化	(-) 窃盗
8. Y.A.	18	男	沖	バンドマン	数10回 (1年半位)	L.S.D シンナー ・ ポンド	LSD	米	時空間体感変化 嘔気、想像力亢進 浮揚感、時空間体 験変化、trip 空腹、口渇、有精化 体験、想像力豊富化	(-) 窃盗
9. T.Y.	19	男	日本本土	廃品回収業	2-3回	(-)	(-)	日本 (自採)	時空間体感変化 嘔気、想像力亢進 浮揚感、時空間体 験変化、trip 空腹、口渇、有精化 体験、想像力豊富化	(道交法) (道交法)
10. S.K.	18	男	日本本土	工員	2-3回	(-)	(-)	日本 (自採)	時空間体感変化 嘔気、想像力亢進 浮揚感、時空間体 験変化、trip 空腹、口渇、有精化 体験、想像力豊富化	(道交法) (道交法)
11. T.K.	18	男	日本本土	バンドマン	数10回	睡眠薬	(-)	日本 (自採)	時空間体感変化 嘔気、想像力亢進 浮揚感、時空間体 験変化、trip 空腹、口渇、有精化 体験、想像力豊富化	(道交法) (道交法)
12. M.Y.	19	男	日本本土	バンドマン	約10回	ポンド	(-)	外人 おおよび 日本 人	時空間体感変化 嘔気、想像力亢進 浮揚感、時空間体 験変化、trip 空腹、口渇、有精化 体験、想像力豊富化	(道交法) (道交法)
13. K.H.	17	女	中国	無職	30回	(-)	(-)	米	時空間体感変化 嘔気、想像力亢進 浮揚感、時空間体 験変化、trip 空腹、口渇、有精化 体験、想像力豊富化	(道交法) (道交法)

(事例は入所順によって配列した)

表VI-2-8 薬物乱用に関連した記事数の推移（毎日新聞）

年次 薬物	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
覚せい剤	8	25	21	47	25	22	28	65	81	67	44	99	78	42	69	47	44
有機溶剤	9	11	12	3	6	7	18	6	11	6	14	8	12	15	6	6	9
大麻	21	6	4	4	2	4	11	46	21	15	18	22	16	53	47	31	26
コカイン	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	4	2	0	3
LSD、アヘン系麻薬など	19	2	6	10	9	5	2	9	21	2	10	2	1	3	12	18	8
その他	0	0	5	0	0	0	0	0	1	2	0	0	7	0	0	0	1

参考文献

- 1) 逸見武光：麻薬—薬物依存の生態と心理，日本経済新聞社，1975.
- 2) 笠松 章：序．薬物乱用の臨床疫学，（笠松 章，逸見武光，滝沢和盛編），医歯薬出版，1971.
- 3) 小林 司：心にはたらく薬たち—精神治療薬と精神世界を広げる薬，筑摩書房，1985.
- 4) 厚生省薬務局：昭和36年～昭和60年における麻薬・覚せい剤行政の概況，1962～1986.
- 5) 小田 晋：大麻取締法違反事件非行少年の精神医学的研究，精神医学，13；1083-1090，1971.
- 6) 小田 晋：麻薬依存の治療と予防，麻薬と人間（細谷英吉，大村裕編）；199-232，時事通信社，1974.
- 7) 小田 晋：社会病理現象としての薬物乱用，現代精神医学大系第23巻A，社会精神医学と精神衛生I（佐藤孝三，宮本忠雄編）；181-199，中山書店，1980.
- 8) 竹山恒寿：有機溶剤，現代精神医学大系第15巻A，薬物依存と中毒I（加藤正明，栗原雅直編）；369-384，中山書店，1977.

Ⅶ 大麻の法規制

1. 大麻の国際的規制

大麻の国際的規制の歴史は、1912年ヘーグで開催された第1回国際あへん会議において、アメリカからインド大麻草(Indian Hemp)の問題が提案され、これを討議した結果「今後、その乱用の規制を前提として、統計的及び科学的見地から、インド大麻草問題の研究がなされることが望ましいと考える」との決議が行われたことに始まる。

1924年、あへん及びその他の危険薬品に関する国連諮問委員会は、南アフリカ連邦の「1912年条約(国際阿片条約)加盟国は、大麻を習慣性医薬品のリストに加えるべきである」との提案を検討し、国際連盟に勧告した。国際連盟総会は、この勧告に基づいて事務総長に対する決議を採択し、条約加盟国に対し、大麻の生産、取引、消費に関する資料を提出させた。

翌1925年、ジュネーヴで行われた第2回国際あへん会議において、エジプト代表が自国の大麻の乱用による窮状を訴え、「大麻を国際的規制による統制されるべき危険薬品のリストに加えるべきである」と提案した。これに基づき同問題に関する小委員会が構成され問題を検討した。エジプトと同様自国で大麻の乱用がみられる南アフリカ連邦、ブラジル、トルコ等は勿論当時乱用がみられなかったイギリス、フランス、そしてわが国はエジプトの提案に賛成したものの、大麻の使用が昔から行われていたアフリカやアジアの国々はこの提案には消極的であった。しかし、1925年、第二阿片会議条約の締結に伴い、同条約に「インド大麻」として、インド大麻製剤(エキス、チンキ)の医療及び学術目的のみの使用制限、輸出入の許可制、不正取引に対する取締等に関する規定が設けられ、ここに初めて大麻の国際的規制が行われることとなった。

1954年、WHO依存性薬物専門家委員会の「大麻及び大麻製剤の医療

への使用は正当性がなく、この使用が身体的、精神的及び社会的のいずれの観点からみても危険である」との勧告に基づき、国連経済社会理事会はこの勧告を採択した。当時既に大麻は国際薬局方からも、また多くの国の薬局方からも除かれており、わが国も昭和26年3月に公布された第六改正日本薬局方から削除された。

国連麻薬委員会でも1948年以来、大麻問題に関する独立した議題を設けて検討を重ねる一方、WHOに対して大麻の身体的、精神的影響について研究依頼を行った。

1957年の第12回国連麻薬委員会において、いまだ医療及び科学目的以外の使用を認めている国に対し、合理的期間内にこれを破棄するよう決議がなされ、また、1959年の第14回同委員会では、エジプト、ギリシャ、ドミニカ、パキスタン、アメリカ等世界24か国の大麻事情が報告されている。

1961年に、国際阿片条約をはじめあへん等麻薬に関する既存の九条約を一本化するための「1961年の麻薬に関する単一条約」が締結された。このとき、国連麻薬委員会から大麻をこの条約に加えることとする勧告もあり、大麻はこの条約で規制対象品目となった。

その後、1967年、東京において開催された第36回国際刑事警察機構総会及び1968年ジュネーヴでの第22回国連麻薬委員会並びにニューヨークにおける第44回国連経済社会理事会において、大麻の取締りの強化並びに研究の促進に関する決議が行われている。

また、1975年の第26回国連麻薬委員会においても大麻問題について討議され、大麻の有害性は疑いのないところであるとの決議が行われた。

更に、1984年の第8回特別会期国連麻薬委員会において、同委員会は、国連経済社会理事会がすべての国に対して大麻の乱用を撲滅するために国際的及び国内的な力を結集するよう勧告する決議を採択するよう理事会に勧告した。

2. わが国における大麻取締りの変遷

わが国において大麻草は「大麻」又は「麻」と呼ばれ千年以上の歴史があるが、主に衣服原料等の繊維作物として使用され、大麻の吸煙、吸食の風習はみられなかった。

大麻の国際的規制は1925年（大正14年）の第二阿片会議条約の締結により開始されたが、わが国においても同条約の発効に伴い昭和5年に制定された「麻薬取締規則」（昭和5年5月19日内務省令第17号）によって麻薬に指定されたことにはじまる。同規則により印度大麻草、その樹脂及びこれを含有する物は麻薬に指定され、その製造は内務大臣への届出を必要とするほか、輸出入・譲渡手続、容器被包の記載事項等について規定が設けられた。

その後、昭和18年、麻薬取締規則等を整理統合して「（旧々）薬事法」（昭和18年3月12日法律第48号）が制定されたが、大麻もモルヒネ、ヘロイン等とともに麻薬として麻薬取締規則同様の規制を受けた。

戦後、連合軍総司令部（GHQ）は、麻薬規制に関して極めて厳格な姿勢で臨み、昭和20年10月12日、政府に対して「日本における麻薬の生産及び記録の統制に関する覚書」をはじめとする各種の麻薬規制に関する覚書を発し、大麻を含む麻薬の製造、栽培、輸出を全面的に禁止するとともに国内に現存する麻薬製品の凍結等の方針を打ち出した。

これらの命令を実施するため、「ポツダム宣言の受諾に伴い発する命令に関する件」（昭和20年9月20日勅令第542号）に基づき麻薬に関する省令、いわゆる「ポツダム省令」が相次いで制定された。

そのうちの「麻薬原料植物ノ栽培、麻薬ノ製造、輸入及輸出等禁止ニ関スル件」（昭和20年11月24日厚生省令第46号）により、大麻草をはじめ、麻薬原料植物の栽培及び麻薬の輸出が全面的に禁止されるとともに、大麻草を含む麻薬の製造、輸入を原則として禁止し、更に麻薬及び麻薬に関する図書と記録の移動、破棄、使用、販売も制限され、大麻草は他のあへん、コカイン、ヘロイン等と同一の規制を受けた。

続いて制定された「麻薬取締規則」（昭和21年6月19日厚生省令第25

号)により、麻薬の製造以外の製剤、小分以下の段階について必要な規定が定められ、厚生大臣の免許を受けた取扱者以外の者の大麻をはじめとする麻薬の製剤、小分、販売、授与、使用、所有、所持が禁止された。

以上の如く、終戦直後は大麻草はあへん、ヘロイン等と同様に厳しく規制されていたが、当時わが国において大麻草は繊維原料としては勿論、魚網や下駄の鼻緒等、その需要は多く、その栽培は不可欠であった。このため、GHQに対して交渉した結果、同じくポツダム省令として「大麻取締規則」(昭和22年4月23日、厚生・農林省令第1号)が制定され、繊維及び種子の採取若しくは研究目的の場合にかぎり、大麻草の栽培が認められた。

翌昭和23年、麻薬に関するポツダム省令を集大成して「(旧)麻薬取締法」(昭和23年7月10日法律第123号)が制定されたが、大麻については大麻草の栽培者が概ね農業従事者であり、麻薬取締法の取締りの対象である医師等の医療従事者とは職業の分野が甚だしく異なっていることから、別個の法律として同日付で「大麻取締法」(昭和23年7月10日法律第124号)が制定され大麻取締規則は廃止された。

同法は昭和25年の第一次改正以降、今日に至るまで9回にわたり改正が行われているが、主な改正点は、昭和28年の第三次改正において大麻の種子及びその製品が規制対象から除外されたこと及び大麻取扱者の免許権者が厚生大臣から都道府県知事に改められたこと並びに昭和38年の第五次改正において、罰則の引き上げが行われたこと等である。

3. 大麻取締法の骨子

現行大麻取締法では、大麻草及びその製品を取締りの対象としているが、大麻の成熟した茎やその製品である繊維、おがら、及び種子は規制対象から除外されている。

法の骨子は、

- 1) 大麻の取扱いを繊維・種子の採取及び学術研究目的のみに限定したこと

- 2) 大麻の不正取引、不正使用を禁止するため、大麻の取扱者を都道府県知事の免許制とし、免許を受けた者以外の大麻の取扱いを禁止したこと

- 3) 大麻から製造された医薬品の施用、受施用を全面的に禁止したこと

である。

(厚生省薬務局麻薬課)

VIII ま と め

わが国における薬物の不正使用の現況では、覚せい剤及び有機溶剤の乱用、依存が大きい社会問題となっているが、今般、ここに編集された大麻の乱用、依存は当面の取締り対象としては、前二者に比し少ない。しかし、Ⅱ章で武田が記載しているように、大麻は、世界各国でその不正使用の報告例が相次いでいる。特に南北両アメリカ、カリブ海沿岸、アフリカや東南アジアでの不正栽培とマリファナ、ハシシュ等の密造は跡を絶たず、国際交流の増大に伴い、それらの密輸、不正取引の増加が、当然わが国でも社会問題化することは予測されるところである。

昭和61年度版「麻薬・覚せい剤行政の概況」（厚生省薬務局）によれば、大麻取締法違反検挙者と乾燥大麻の押収量は、前年度に比し、確実に増加している。このことは、「大麻」が覚せい剤の密輸での資金調達に翳りの見えてきた暴力団にとって、第二、第三の資金源となりつつあることを示している。また、海外旅行者が入手しやすさもあって、興味本位で持ち帰ることから、乱用者の増加を来していることも手伝っている。

大麻乱用の起る理由には、大麻のもつ中枢神経への作用が関係するが、Ⅴ章で徳井が指摘しているように、大麻の精神作動効果による享樂的使用の蔓延化と密接な関連がある。

大麻の急性効果として、急性精神病状態が生じることは古くから知られているが、徳井によれば、慢性使用による精神病状態の持続や後遺症としての性格変化などには、否定的見解を示す学者がないではない。現にわが国でも、その立場をとる学者や評論家が少数ながら存在する。しかし、そうした無害論に対し、1980年のアメリカ合衆国保健教育福祉局長官の第8次年報によれば、1970年代の乱用の実態の結論として、「総じて、マリファナが人体及び精神に有害である」との見解が示された。

大麻乱用が、ヒトの心身の健康にとって、重大な有害物質であること

は、今や明らかとなってきた。

大麻の中核効果は、成分中の Δ^9 -テトラヒドロカンナビノール (THC) によることは、Ⅳ章1項の藤原らの記載にある通りである。藤原らによれば、 Δ^9 -THC は植物中では薬理学的には不活性の形で存在するが、熱などによって活性型となり、さらに11-ヒドロキシ THC になるが、これが THC の数倍の強力な作用を発揮するという。

THC の動物の行動への影響は著しいものがあり、単独隔離飼育下で、これを投与すると、ラットでは、直ちに情動行動の変化が起こり、棒に咬みつく行動やマウスを咬み殺す行動 (ムリサイド) が出現するという。また、動物における限りでは、耐性・依存形成が明らかに証明される。

しかし、動物実験の結果を直ちにヒトに当てはめることには慎重でなければならない。Ⅳ章2項で、福井が記載しているように、大麻のヒトへの影響のうち、身体作用は比較的弱く、主として精神作用が問題となるが、個体差が大きいという。大麻無害論者が示す乱用実態調査では、この個体差への考慮が不足していることや厳密な医学的判定が欠けていることが結論を歪めている。

大麻のヒトへの精神作用は、一般には LSD などに類似の精神異常発現作用、また幻覚惹起作用とされている。使用時の陶酔感が精神依存を生ぜしめるが、長期乱用による依存形成は精神依存にとどまり、離脱症状はないとされているが、身体依存形成を認める立場の報告もある。

大麻吸煙の急性効果については、福井の詳細な記載のとおりであるが、慢性使用による精神的変化が、急性効果の重積の上に成り立つかどうかは問われるところである。

Ⅴ章において、徳井がこの疑問に明瞭に答えている。その「大麻精神病の臨床」の項で、大麻の長期乱用が諸種の慢性障害を生じていることを自らの臨床例を含めて示している。その記載に見られるように、大麻乱用の結果生じる精神病像は、一見精神分裂病に似るが、それとは異なり、覚せい剤精神病の病像とより類似するという。また、フラッシュ・バックの起る頻度の高いこと、慢性の人格障害として、無動機症候群の

長期にわたる残存など、その特徴を明示している。

わが国での大麻精神病の報告例は、たかだか13例に過ぎないが、だからといって、大麻吸煙の有害論に水をさす論調は許されない。

Ⅵ章2項で、小沼はわが国における乱用の状況に触れているが、第2次大戦後外国軍隊の基地周辺で、大麻乱用が散発するに至るまで、吸煙、吸食の風習はなかったとしている。最近の乱用者の増加は、正にⅥ章1項にある海外諸国における乱用のわが国への波及効果に他ならない。特に大麻取締法違反者の多くが、若年層である点は今後に大きい問題を残すものである。

Ⅶ章では、大麻取締りの状況に触れているが、大麻の国際規制に関しては、1925年の第二阿片会議条約に始まるが、1961年の麻薬に関する単一条約の規定 (国連麻薬委員会) に大麻が加えられ、わが国もこの条約を1964年に批准している。しかし、現行の大麻取締法では大麻草及びその医薬製品を取締りの対象としているが、大麻の茎やその製品の繊維等は規制対象外となっている。これは農業従事者への配慮に他ならない。

麻薬・大麻の乱用は戦前のわが国では、その文化的風土に馴染まないと思われ、戦後もしばらくそう解釈されてきた。しかし、戦争を知らない若者達が国民の半数を占める時代となり、わが国と海外諸国、特にアメリカとの文化的接触度の高まりは、それらの薬物乱用の歴史に新しい汚点のページを残さないとは限らない。取締りの徹底と水際作戦に加え、Ⅲ章の永吉による科学的な大麻同定作業等の重要性は日増しに増大してきている。今や覚せい剤や有機溶剤乱用に加えて、新たにコカイン乱用が、また、大麻や鎮咳剤乱用が社会問題化する兆しが現われ始めた。

冒頭に、鈴木らが指摘しているように、薬物乱用は使用者個人の心身の健康障害だけでなく、所属社会や国家の衰運にもつながることであり、行政・医療に携わる全ての人にとって、等閑視できない重大課題である。

今回、厚生省薬務局麻薬課の肝いりで結成された「依存性薬物情報研究班」が、「依存性薬物情報シリーズ」を発刊するに当り、その嚆矢として、ここに「大麻」を編集した。同名書は昭和51年5月に取締官を対

象に編纂されたが、今般、その対象を関係行政官にとどまらず、医療関係者にも拡大した内容として再編成を試みたのが本書である。

本書は、次に来るべき危険な薬物乱用への警鐘の意図の下につくられた。本書がその自的とする行政・医療関係者への「薬物乱用対策ガイド・ブック」として役立つことを期待してやまない。（加藤 伸勝）

参考資料 1. 大麻取締法 [昭和23年7月10日 法律第124号]
(大蔵・厚生・農林大臣署名)

第1章 総 則

〔大麻の定義〕

第1条 この法律で「大麻」とは、大麻草（カンナビス、サテイバ、エル）及びその製品をいう。但し、大麻草の成熟した茎及びその製品（樹脂を除く。）を除く。

〔大麻取扱者等の定義〕

第2条 この法律で「大麻取扱者」とは、大麻栽培者及び大麻研究者をいう。

2. この法律で「大麻栽培者」とは、都道府県知事の免許を受けて、繊維若しくは種子を採取する目的で、大麻草を栽培する者をいう。

3. この法律で「大麻研究者」とは、都道府県知事の免許を受けて、大麻を研究する目的で大麻草を栽培し、又は大麻を使用する者をいう。

〔所持等の禁止及び制限〕

第3条 大麻取扱者でなければ大麻を所持し、栽培し、譲り受け、譲り渡し、又は研究のため使用してはならない。

2. この法律の規定により大麻を所持することができる者は、大麻をその所持する目的以外の目的に使用してはならない。

〔禁止行為〕

第4条 何人も左に掲げる行為をしてはならない。但し、大麻研究者が、厚生大臣の許可を受けて、大麻を輸入し、又は輸出する場合は、この限りでない。

1. 大麻を輸入し、又は輸出すること

2. 大麻から製造された医薬品を施用し、又は施用のため交付すること

3. 大麻から製造された医薬品の施用を受けること

第2章 免許

〔免許〕

第5条 大麻取扱者になろうとする者は、省令の定めるところにより、都道府県知事の免許を受けなければならない。

2. 左の各号の一に該当する者には、大麻取扱者免許を与えない。

1. 麻薬、大麻又はあへんの中毒者
2. 禁錮以上の刑に処せられた者
3. 禁治産者、準禁治産者又は未成年者

〔大麻取扱者名簿〕

第6条 都道府県に大麻取扱者名簿を備え、大麻取扱者免許に関する事項を登録する。

2. 前項の規定により登録すべき事項は、省令でこれを定める。

〔大麻取扱者免許証〕

第7条 都道府県知事は、大麻取扱者免許を与えるときは、大麻取扱者名簿に登録し、大麻取扱者免許証を交付する。

2. 前項の免許証は、これを譲り渡し、又は貸与してはならない。

〔免許の有効期間〕

第8条 大麻取扱者免許の有効期間は、免許の日からその年の12月31日までとする。

〔免許申請手数料〕

第9条 大麻取扱者免許を申請する者は、実費を勘案して政令で定める

額の手数料を都道府県に納めなければならない。

〔免許の取消申請等〕

第10条 大麻取扱者は、免許の取消を受けようとするときは、省令の定めるところにより、都道府県知事に申請しなければならない。

2. 大麻取扱者が死亡又は解散したときは、相続人（相続人のあることが明らかでないときは、相続財産の管理人。以下同じ。）又は清算人は、省令の定めるところにより、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

3. 都道府県知事は、第一項の申請又は前項の届出があつたときは、大麻取扱者名簿の登録をまつ消する。

4. 大麻取扱者は、大麻取扱者免許が第18条〔免許の取消〕の規定により取り消され、その他その効力を失つたときは、大麻取扱者免許証を都道府県知事に返納しなければならない。

5. 大麻取扱者は、大麻取扱者名簿の登録事項に変更を生じたときは、15日以内に、都道府県知事に届け出なければならない。

6. 大麻取扱者は、免許証をき損し、又は亡失したときは、15日以内に、その事由を記載し、且つ、き損した場合にはその免許証を添えて、都道府県知事に免許証の再交付を申請しなければならない。

7. 大麻取扱者は、前項の規定により免許証の再交付を受けた後、亡失した免許証を発見したときは、15日以内に、都道府県知事にその免許証を返納しなければならない。

〔登録変更等の手数料〕

第11条 大麻取扱者名簿の登録の変更又は大麻取扱者免許証の再交付を申請する者は、実費を勘案して政令で定める額の手数料を都道府県に納めなければならない。

第3章 大麻取扱者

第12条 削除〔昭和28年3月法律第15号〕

〔譲渡の制限〕

第13条 大麻栽培者は、大麻を大麻取扱者以外の者に譲り渡してはならない。

〔持出の禁止〕

第14条 大麻栽培者は、大麻をその栽培地外へ持ち出してはならない。
但し、都道府県知事の許可を受けたときは、この限りでない。

〔大麻栽培者の報告〕

第15条 大麻栽培者は、毎年1月30日までに、左に掲げる事項を都道府県知事に報告しなければならない。

1. 前年中の大麻草の作付面積
2. 前年中に採取した大麻草の繊維の数量

〔大麻研究者の譲渡禁止〕

第16条 大麻研究者は、大麻を他人に譲り渡してはならない。

〔大麻研究者の報告〕

第17条 大麻研究者は、毎年1月30日までに、左に掲げる事項を都道府県知事に報告しなければならない。

1. 前年の初めに所持した大麻の品名及び数量
2. 前年中の大麻草の作付面積
3. 前年中に採取し、又は譲り受けた大麻の品名及び数量
4. 前年中に研究のため使用した大麻の品名及び数量並びに研究の結果生じた大麻の品名及び数量
5. 前年の末に所持した大麻の品名及び数量

第4章 監督

〔免許の取消〕

第18条 大麻取扱者がその業務に関し犯罪又は不正の行為をしたときは、都道府県知事は大麻取扱者免許を取り消すことができる。

第19条 削除〔昭和28年3月法律第15号〕

〔国庫に帰属した大麻の処分〕

第20条 厚生大臣は、法令の規定により国庫に帰属した大麻について必要な処分をすることができる。

〔立入検査等〕

第21条 厚生大臣又は都道府県知事は、大麻取締のため特に必要があるときは、麻薬取締官又は麻薬取締員その他の吏員に、栽培地、倉庫、研究室その他大麻に関係ある場所に立ち入り、業務の状況若しくは帳簿書類その他の物件を検査させ、又は試験のため必要な最小分量に限り大麻を無償で収去させることができる。

2. 麻薬取締官又は麻薬取締員その他の吏員が前項の規定により立入検査又は収去をする場合には、その身分を証明する証票を携帯し、関係人の請求があるときは、これを呈示しなければならない。

第5章 雑則

〔都道府県の支弁〕

第22条 都道府県は、この法律に基き都道府県知事が行う免許その他大麻取締に要する費用を支弁しなければならない。

〔省令への委任〕

第23条 この法律に定めるものを除き、この法律を施行するため必要な事項は、省令でこれを定める。

第6章 罰 則

第24条 次の各号の一に該当する者は、これを7年以下の懲役に処する。

1. 第3条〔所持等の禁止及び制限〕第1項の規定に違反して、大麻を栽培した者
2. 第4条〔禁止行為〕の規定に違反して、大麻を輸入し、又は輸出した者

第24条の2 次の各号の一に該当する者は、これを5年以下の懲役に処する。

1. 第3条〔所持等の禁止及び制限〕第1項の規定に違反して、大麻を所持し、譲り受け、譲り渡し、又は使用した者
2. 第3条第2項、第13条〔譲渡の制限〕、第14条〔持出の禁止〕又は第16条〔大麻研究者の譲渡禁止〕の規定に違反した者
3. 第4条〔禁止行為〕の規定に違反して、大麻から製造された医薬品を施用し、若しくは交付し、又はその施用を受けた者

第25条 左の各号の一に該当する者は、これを1年以下の懲役又は3万円以下の罰金に処する。

1. 第7条〔大麻取扱者免許証〕第2項の規定に違反した者
2. 第15条〔大麻栽培者の報告〕又は第17条〔大麻研究者の報告〕の規定による報告をせず、若しくは虚偽の報告をした者
2. 前項の刑は、情状によりこれを併科することができる。

第26条 左の各号の一に該当する者は、これを1万円以下の罰金に処する。

1. 第10条〔免許の取消申請等〕第2項の規定による届出をしなかつた者
2. 第10条第4項又は第7項の規定に違反した者
3. 第21条〔立入検査等〕第1項の規定による立入、検査又は収去を拒み、妨げ、又は忌避した者

〔両罰規定〕

第27条 法人の代表者又は法人若しくは人の代理人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して前2条の違反行為をしたときは、行為者を罰する外、その法人又は人に対しても各本条の罰金刑を科する。

〔以下略〕

参考資料 2. わが国の大麻栽培状況

わが国では戦前、戦中において、大麻の栽培が奨励された時代もあったが、今日ではもっぱら神事仏事で使用する綱等や下駄の鼻緒、茶道での“袱紗”，タコあげの糸及び種子を採取する目的で栽培され、繊維のためにはほとんど栽培されておらず、この目的では輸入品を使っている。栽培地は、栃木県、大分県、長野県、愛媛県等の一部で許可栽培されているに過ぎない。その栽培面積、栽培量も年々減少している状況にある（右表）。

表 わが国における大麻栽培状況

年次	栽培者数	栽培面積 (ha)		
		繊維採取用 面積	種子採取用 面積	計
昭和23年	23,902	3,488.9	371.9	3,860.8
24	24,788	3,439.3	329.3	3,768.6
25	25,118	3,670.4	378.8	4,049.2
26	26,238	3,603.0	393.7	3,996.7
27	27,341	4,426.1	490.9	4,917.0
28	27,095	4,230.7	441.3	4,672.0
29	37,313	2,900.8	208.3	3,109.1
30	24,729	2,129.3	236.0	2,365.3
31	22,296	2,168.9	170.6	2,339.5
32	20,431	2,144.1	151.7	2,295.8
33	18,655	1,485.6	108.1	1,593.7
34	13,633	1,218.8	124.0	1,342.8
35	12,281	1,796.0	109.1	1,905.1
36	12,165	1,528.3	93.2	1,621.5
37	10,341	1,057.2	995.2	1,152.4
38	8,625	857.9	74.4	932.3
39	7,042	644.6	62.5	707.1
40	6,285	577.2	68.4	645.6
41	5,608	511.7	60.5	572.2
42	5,102	513.7	50.6	564.3
43	4,409	414.4	45.7	460.1
44	2,609	165.2	16.2	181.4
45	1,811	174.2	6.2	180.4
46	1,637	155.2	13.9	169.1
47	1,540	170.5	13.9	184.4
48	1,554	208.5	17.6	226.1
49	1,378	182.1	14.1	196.2
50	1,037	111.2	9.5	120.7
51	748	71.9	7.7	79.6
52	609	58.3	5.7	64.0
53	564	56.6	5.9	62.4
54	482	50.6	5.3	55.8
55	468	56.3	5.5	61.8
56	446	56.6	5.2	61.8
57	414	56.8	5.5	62.3
58	390	50.6	9.1	59.7
59	314	37.6	3.9	41.5
60	253	27.7	3.0	30.7
61	251	29.1	3.4	32.5

「大 麻」 執 筆 者

植 木 昭 和	九州大学薬学部薬理学教室
加 藤 伸 勝	東京都立松沢病院
小 沼 杏 坪	国立下総療養所
鈴 木 淳	国立下総療養所
武 田 元	関東信越地区麻薬取締官事務所
徳 井 達 司	桜が丘保養院
永 吉 剛	近畿地区麻薬取締官事務所
福 井 進	精神保健研究所薬物依存研究部
藤 原 道 弘	福岡大学薬学部応用薬理研究室

(50音順)

依存性薬物情報研究班

班 長	加 藤 伸 勝	東京都立松沢病院
	福 井 進	国立精神・神経センター 精神保健研究所
事務局	鈴 木 淳	国立下総療養所
	小 沼 杏 坪	国立下総療養所

依存性薬物情報シリーズ No. 1

大 麻

編集 依存性薬物情報研究班

(班長 加 藤 伸 勝)

昭和62年3月31日発行

印刷 京 文 社 印 刷

大麻乱用による健康障害

(Health Problems due to Cannabis Abuse)

平成10年12月

依存性薬物情報研究班

大麻乱用による健康障害

(Health Problems due to Cannabis Abuse)

依存性薬物情報研究班

発行に際して

我が国における薬物乱用の状況は、世界的に見れば欧米諸国の乱用状況に達していないものの、国内的に見れば、その検挙者数は決して少なくありません。

現在、世界で最も多くの人口に乱用されている薬物は大麻並びに大麻樹脂であり、その乱用は世界的規模で拡がりを見せています。特に青少年の乱用者が増え、犯罪が若年化していることは、各国共通の悩みであります。

また、我が国では、大麻の押収量は年によって若干の変動はあるものの、高い水準を保っていて、相当数の大麻乱用者が潜在すると考えられます。しかも、海外では大麻成分THCの含有量が非常に高い大麻が登場しているとの情報もあり、十分注意を要します。

本冊子は「マリファナと健康―連邦議会に対する第8次年報(1980)―」、「大麻によって発現する動物の異常行動」、「大麻性精神病」、及び「大麻無害論は成立するか」の4編からなっております。

「マリファナと健康―連邦議会に対する第8次年報(1980)―」及び「大麻性精神病」に関しては、それぞれ、1980年、1987年とやや古い時期において発表されたものですが、現時点においても内容の妥当性は変わらないものであり、この度、発行することとしたものです。

本冊子が、行政機関や医療機関の関係者にとって、また、予防啓発活動において、参考になれば幸いです。

最後になりましたが、本冊子の編集にあたられた依存性薬物情報研究班の先生方に謝意を表する次第です。

平成10年12月

厚生省医薬安全局麻薬課

目 次

I はじめに	1	10) 脳障害に関する研究	38
II マリファナと健康 —アメリカ合衆国保健教育福祉長官による 連邦議会に対する第8次年報(1980) —	3	11) 精神病理学	39
1. 本報告の要旨	5	12) マリファナの慢性的使用による知的機能に及ぼす影響	44
1) マリファナ使用の性格とその程度	5	13) 耐性及び依存症	48
2) マリファナの化学	6	5. 治療上の側面	50
3) マリファナの急性効果	6	1) ガンの化学療法における鎮吐効果	50
4) マリファナの長期的効果	6	2) 緑内障	52
5) 精神病理学上の影響	8	3) その他の治療上の用途	53
6) 治療上の大麻の用途	8	6. アルコール及びその他の薬物と併用した場合のマリファナの効果	56
2. 序文	10	7. 他の遊び的薬物と対比したマリファナの危険性	61
3. アメリカ合衆国におけるマリファナの使用の性格とその程度について	12	8. 将来への指針	63
1) 要 旨—マリファナ使用の性格とその程度	17	III 大麻によって発現する動物の異常行動	67
2) マリファナについての現在の態度と考え方	17	1. はじめに	67
4. マリファナの人間に及ぼす影響	20	2. 構造, 生合成および代謝経路	68
1) 大麻の化学と代謝について	20	3. 大麻によって発現する動物の異常行動	70
2) マリファナの急性効果	23	1) ラットの行動変化	70
3) マリファナによる急性陶酔と自動車運転及び飛行操縦に おける複雑な精神運動作業	25	2) カタレプシー惹起作用	70
4) 肺に及ぼす影響	27	3) 攻撃行動の発現	73
5) 生殖機能に及ぼす影響	30	4) Labor division を用いた社会行動の変化	78
6) 心臓血管に及ぼす影響	34	5) 学習・記憶障害の特性	78
7) マリファナと免疫反応	35	4. 内因性リガンド, アナンダミド	80
8) 染色体異常	35	5. おわりに	80
9) 細胞内代謝	37	IV 大麻性精神病—大麻の精神作用とその影響—	83
		1. 大麻の急性効果	84
		1) 精神機能に及ぼす影響	84
		2) 作用の特異性	93
		3) 作用点	94
		4) 総括	96

2. 慢性中毒として的大麻精神病	98
1) 施用状態, 期間	98
2) 病像	99
3) その他の問題	103
3. 慢性人格障害	108
1) 無動機症候群	108
2) 思考の障害	109
3) 興味関心の低下	109
4) 生活の退嬰化	109
V 大麻無害論は成立するか	113
1. はじめに	113
2. 大麻解禁論の論点と政策	114
3. 法的禁絶政策は失敗か	118
1) 犯罪者の特徴	119
2) 犯罪者を刑罰モデルで処分することによる影響	119
3) 処罰手続きの相違	120
4. 大麻は無害か	123
5. 大麻は「踏み石」である	125
6. おわりに	126
VI まとめ	131

I はじめに

このところ、大麻取締法による検挙者数は連続して減少する傾向を示しています。しかし、本書の編集を立案した平成7年当時の薬物事犯検挙者の年次別推移をみると、覚せい剤取締法による検挙者数は年間1万五千人前後で推移しており、毒物及び劇物取締法による有機溶剤関連の送致人員も、学校教育の中で行われ始めた薬物乱用防止教育の成果の表われのためか、急速に減少する傾向が見られていました。ところが、大麻については、検挙者の数は前2者に比べて一桁少ないものの、着実に増加の傾向を示していました。

また、われわれの薬物依存の臨床に携わる現場からみても、大麻による中毒性精神病の事例が稀ではなくなりつつあったし、更に大麻に含まれるその有効成分THCの濃度が以前に比べて飛躍的に増加しているという麻薬取締官からの情報などを加味すると、大麻乱用による個人および社会に対する影響はこれまでの常識的範囲には納まりそうにないという危機意識を持ったのです。

そこで、われわれは大麻の依存性やその乱用による身体面、精神面、並びに社会面での健康障害について、もう一度確認しておく必要に迫られたことが本書の編集の動機となったのです。

依存性薬物情報研究班の主な業務はご承知のように、薬物依存の事例を比較的多く経験している協力施設から依存性薬物に関する情報を収集・検討し、各施設にフィード・バックすることです。協力施設からの報告事例の集計結果からみると、大麻依存の事例は有機溶剤や覚せい剤の事例に比べ、比較的高学歴の者が多く、大学生のほか、サーフィン、音楽バンド活動などとの関連が深く、受診した事例の80%程度が幻覚・妄想など中毒性精神病の症状を有しています。

米国の報告書にも触れられているように、多くの若者が比較的低濃度

のTHCを機会的に吸煙した歴史はすでに経験していますが、高濃度のTHCを含有する大麻を比較的高頻度に吸煙する歴史をわれわれは未経験であり、従って大麻乱用によって若者に引き起こされる問題の全貌は未だすべて出尽くしているわけではありません。従って、今後も特に若者への影響については、一層の知見の集積が必要と思われます。

本書が今後、協力施設の先生方の日常の診療に、また大麻乱用防止のために活用されるならば、本研究班のメンバーとして嬉しいことであります。

末筆ですが、若者たちが身体的・精神的並びに社会的に健やかに育っていくことを心から願うと共に、ご多忙にもかかわらずご執筆して下さいました方々に感謝します。

また、本書の完成に手間取り、大変にご迷惑を掛けたことを心よりお詫びいたします。

(小沼杏坪, 平井慎二, 大塚俊男)

Ⅱ マリファナと健康

——アメリカ合衆国保健教育福祉長官による
連邦議会に対する第8次年報(1980年)——

翻 訳 者 法務省刑事局付検事 瀧 賢太郎

(現、瀧 賢太郎法律事務所)

警察学論集 第33巻 第10号115—140頁

警察学論集 第33巻 第11号120—139頁

(上記雑誌に掲載の論文を翻訳者のご好意により使用させて頂いた。)

■はじめに

この資料は、アメリカ合衆国保健教育福祉長官から連邦議会に対し、人間の健康に及ぼすマリファナの影響に関する資料として報告された「マリファナと健康」第8次年報の翻訳である。

同国においては、1972年に大麻及び薬物乱用に関する全米委員会が、大統領及び議会に対し、個人的使用目的の大麻所持（公の場における所持を除く。）や、少量の大麻の偶発的譲渡を犯罪とするべきでないとする大麻の部分的禁止策を勧告し、これを契機として大麻の有害性に関する論議が高まったのであるが、その後においても同国では大麻の有害性に関する研究が続けられており、本報告書は、1979年末までに公表されたマリファナに関するすべての研究報告を前提とし、当時の最新の情報に基づいてマリファナの使用がもたらす健康上の問題に対して答え得る限りの回答を示したものである。中でも生殖機能に関する大麻の有害性などは、従来の議論では明かにされていなかったものであるだけに内容的に斬新なものがあり、総じて大麻は有害であるとする立場に立つものである。

我が国においては、アメリカ合衆国において右の1972年勧告が行われて以来、その内容が誤って理解されたためか、大麻無害論が今なお一部の者によって主張されているのであるが、右のように最新の研究結果に基づいて大麻の有害性を肯定している本報告書は、これら無害論を排斥する資料として、我が国における大麻取締法の厳正な運用に役立つものと思われる。

なお、翻訳に当たっては、厚生省薬務局麻薬課吉田篤夫氏（現、WHO）から有益な御助言を賜った。ここに謝意を表する次第である。

（瀧 賢太郎）

■謝 辞

「マリファナと健康」第8次報告の発刊準備に当たっては、学界のメンバーによる予備報告及びその他の情報に依拠するところが大きかった。その助力に対して、多大の感謝の意を表する。また、次に掲げる研究者からは、それぞれ本報告の基礎となっている専門的再調査の提供を受けた。

シドニー・コーエン博士……治療上の側面

ダグラス・P・フェラーロ博士

……人間の記憶及び認識に及ぼすマリファナの急性効果

ジャック・ハークルロード博士

……生殖及び発育に及ぼすマリファナの効果

リーゼ・ジョーンズ博士

……人間に及ぼす大麻の影響その概説

アルバート・J・シーメンズ博士

……エタノール及びその他の薬物と併用した場合の大麻の影響

キャロル・グレース・スミス博士

……神経内分泌系機能 (Neuroendocrine Function) に及ぼす
マリファナの効果

カールトン・E・ターナー博士

……化学と代謝

更に、薬物乱用研究所のメンバーであるモニック・ブローデ、メイヤー・グランツ、トム・グリーン、ダン・レティエリ、ウィリアム・ポリン、ステファン・ザーラ、ロバート・ウィレット各博士からは、本報告の内容についての検討と、多くの有益な助言の提供を受けた。

最後に、本報告の執筆者で、その全般的な作成についての主任責任者は、上研究所のロバート・C・ピーターセン博士である。

1. 本報告の要旨

「マリファナと健康」第8次年報では、1979年末までに得られた、マリファナが人間の健康に対してどのような意味をもつかに関する科学的探求を要約するとともに、最近におけるいくつかのマリファナ研究の発展に焦点をあわせている。

1) マリファナ使用の性格とその程度

10年前と比較すると、マリファナの使用開始時年齢の低下がみられるとともに、その使用頻度も、試験的な使用 (experimental use) の程度よりも多くなっている。1977年の薬物使用に関する全米調査において最も顕著な増加がみられたのは、12歳から17歳の少年によるマリファナの使用であり、最近の資料においても一般に同様の結果が認められている。例えば、マリファナを毎日使用する高校生の数は、1975年度のクラスと比較すると1978年度及び1979年度のクラスでは倍増している (すなわち、1975年度のクラスでは、5.8%であったのが、1978年度のクラスでは、10.7%、1979年度のクラスでは10.3%となっている)。更に、これらの高校生について、第9学年 (日本の中学3年) までにマリファナの使用を開始した者の数についても、倍増している (すなわち、1975年度のクラスでは16.9%であったのが、1979年度のクラスでは、30.4%となっている)。しかし、このように使用の程度が増加しているにもかかわらず、調査の対象となったすべての年齢層の大半の者は、依然として、マリファナの規則的な使用に反対しており、引き続きこれを禁止するように主張している。

2) マリファナの化学

巷間のマリファナ (street marijuana) は過去5年間のうちに、その効力 (THC含有量) を著しく増加してきた。1975年に押収したマリファナでは、1%のTHC含有量を超えるものはほとんどなかったが、1979年までには、5%のTHC含有量をもつマリファナが一般的になった。“ハシッシュ・オイル” は、10年前には手に入らなかったマリファナの抽出物であり、最高28%のTHC含有量のものが発見されているが、ミシシッピ大学の化学者により分析された代表的なマリファナのサンプルでは、15%から20%のTHC含有量が認められた。

体液検査の方法により、マリファナの使用の有無を検査する簡単な実験技術の開発が、相当進歩している。現在、マリファナの影響下で自動車運転をしている者を発見するのに使用できる技術の実地研究が行われており、おそらく1980年半ばまでに商業的に利用できるようになる。

3) マリファナの急性効果

本年度の報告のために行われた、マリファナの知的機能に及ぼす急性効果についての再調査によれば、その結果は一般的に一貫したものとなっており、マリファナによる陶酔は、学生使用者の学校における授業の障害となり、即座に記憶することや幅広い知的作業を妨げるという結果が明かにされている。その他に、マリファナは、自動車運転技能の障害となり、異常運転の場合の主要な要因となっている。

4) マリファナの長期的効果

マリファナの慢性使用による効果については、まだ研究すべきことが多く残されているが、肺に及ぼすマリファナの影響を証明したものは、そのすべてが共通した結果になっている。動物実験の場合でも、

また、人間による実験の場合でも、マリファナはタバコと比較すると肺機能を損う程度が大きいことが指摘されている。マリファナの使用が肺ガンと因果関係をもつことを直接指摘したものは、いまだないけれども、タバコの煙の副産物と同じように、マリファナ煙のタールを、実験動物の皮膚に塗布すると、腫瘍を発生させることが知られている。マリファナの煙には、発ガン性物質の一つであるベンツピレンがタバコの煙の場合より70%も多く含まれていることが報告された。肺をマリファナ煙にさらすと、細菌の侵入に対する肺の防御機能がそこなわれることが明らかにされている。

確実に証明されたものではないが、動物及び人間についてのいくつかの研究によれば、マリファナの重度使用 (heavy marijuana use) を行うと、生殖機能がそこなわれるおそれがあることが指摘されている。このような生殖機能障害には、男性の精子数の減少や、精子の運動性の減退、更には、女性の受胎機能の障害のおそれなどが含まれている。マリファナが、胎児の発育に対しどのような影響を及ぼすかについては、まだわからないことが多いとしても、マリファナを妊娠中に使用することは今後も引き続き、強くこれを阻止し続けるべきである。

その他の考えられるマリファナの効果についての問題点は、なお、未解決のままである。病気に対する身体の主要な抵抗力や免疫反応に対するマリファナの影響等についての証明結果には、なお対立したものがある。人間による実験室での研究によれば、これらの問題に関し、マリファナが障害となることを証明したものもあれば、障害となることを証明できなかったものもあり、また、障害となることを証明したものについても、その臨床的意義には、なお疑問がある。マリファナの利用者は、同じような生活をしている非利用者と比べて、伝染病やその他の病気にかかる程度が大きいかどうかを決定するための大規模な疫学的研究は、まだ行われていない。

マリファナの染色体に及ぼす影響に関する証明も対立したものとなっており、かつ、その臨床上の意義にも疑問がある。

5) 精神病理学上の影響

この分野における研究の新しい展開は、少なかった。マリファナの使用、特に、予期しないで強いマリファナを使った場合の心理学的悪反応として最も一般的なものは、急性不安反応である。多くの臨床医は、過去に重大な心理上の問題をもっていた者、若しくは過去に薬物を原因とする情緒障害(emotional disturbances, いわゆる bad trips)を経験したことがある者は、マリファナを使用してはならないと警告している。マリファナ使用の長い伝統ある国では、大麻に関連した精神病(a cannabis-related psychosis)のような重大な精神病上の問題が報告されているが、このようなマリファナ反応はアメリカ合衆国では、一般的な問題ではない。しかし、過去に比べて、効力の強いいろいろな種類の大麻が利用できるようになったために、更に重大な問題が生じるのではないかということについての関心は、生まれてきている。

外国では、マリファナの慢性的使用が知的機能に及ぼす影響に関して多くの研究が行われており、いずれも、ある程度の知的機能障害が生じることを報告しているが、このような研究の性質は極めて多様なものであり、問題点もなお疑問があるままの状態になっている。

アメリカにおける大麻使用者に関する研究では、一般にはそのような障害が生じることは報告されていない。もっとも、アメリカにおける大麻使用経験者についての研究は、比較的学习意欲の強い大学生が、比較的短期間に少量の大麻を使用した場合に限定されたものであった。合衆国における大麻使用者は、外国の大麻使用者に比べて一般に年齢が低いために、若い大麻使用者に対する影響の問題は今後も研究されるべき重要問題である。

6) 治療上の大麻の用途

特にマリファナ、THC及びその関連薬物は、ガンの化学療法に伴う

吐き気や嘔吐の治療にはっきりした効果が現れることが明かにされた。

今までのところ、これらの薬物が他の医療品よりも間違いなく優れているということはまだ証明されていないが、これらの薬物は、他の薬物ではあまり効果のない患者に対しては、有効なものであると思われる。

広く知られている第2の治療上の大麻の応用は、開放隅角緑内障の場合の視力障害となる眼圧を減少させるのにTHC若しくはマリファナを使うことである。緑内障患者についてTHCを経口使用させた最初の試用では、その成功の程度はさまざまなものであったが、THCをその他の標準的薬物と併用した場合には、更に良好な結果が得られた。点眼剤も開発されたが、人間にこれを初めて試用した結果によれば、この医薬品は眼に対する刺激があつて必ずしも有効なものではなかった。この点についての研究は現在も続けられている。

マリファナ、THC及びこれに関連する薬物には、治療上の効果があることが明かにされたが、なお多くの研究が残されていること、及び新たに開発された薬剤は、天然のマリファナと化学構造上類似していても同一のものではないということは、今一度強調される必要がある。このような化合物は、悪い面の影響を最小限にして、治療上の良い効果を生むように選別されたものであろう。しかし、他の新しい薬剤の場合と同様に、化学構造上類似している物質は、その毒性と治療上の有効性について慎重にテストされなければならない。

2. 序 文

「マリファナと健康」第8次年報は、公法91号296第5編の定める保健教育福祉長官による連邦議会及びアメリカ国民に対する年次報告シリーズの第八にあたる。1977年度版の第7次年報では、同年までの利用可能な研究成果を前提としているが、これは、昨年公表された。当第8次年報は、実際に公表された日付についての混乱を避けるために、1980年度版として公表されている。研究報告については、可能な限り新しいものとするため、事実上1979年末までに報告されたものを含めることにした。マリファナの使用がもたらす多くの健康上の問題点に対する我々の回答が断定的なものとなるには、なおむずかしいものがあるが、この報告書は、現時点において答えうる限りの範囲内で、「マリファナの使用はアメリカ人の健康に対し、どのような意味をもつか。」という中心的問題に対して再び回答するものである。

我々は、誰しもこの分野の研究が、ますます確実な内容となることを望んでいるものの、それはまだむずかしいことである。アメリカにおけるマリファナ使用の経験は、まだ短期間のものであり、かなりの数の個人が、毎日のように効力の強い大麻を使うようになったのは、比較的最近のことである。我々が、タバコや酒の使用の場合に経験したように、マリファナの長期的効果が明らかとなるには、多くの人々による多年にわたるマリファナの使用という事実が必要なのである。大麻の使用が伝統的に多年にわたって行われてきたような文化もあるが、マリファナの使用のしかたが異なるうえに、伝統的な方法の使用者の中には、女性や年少者がほとんどいないのである。我々の社会で一番気がかりな事態は、18歳以下の青少年使用者が急激に増加したことである。マリファナの使用年齢がますます低年齢化するとともに、マリファナが毎日のように使用されるようになったのである。人格が完全に健康な成人が時折りマ

リファナを使う程度では、重大な公衆衛生上の問題は、起こらないであろうという人でさえ、子供や青少年が特に頻繁にマリファナを使えば、重大な破壊的効果をもたらすであろうと言っているのである。

第7次年報が昨年公表された後の研究成果には、生殖作用及び肺機能に及ぼしうる影響に関する新しい情報も含まれている。我々の知識はますます増加するけれども、マリファナの慢性的使用の影響の問題に関しては、まだまだ多くのことを学ばなければならない段階にある。不幸にして、現在の我々の限られた知識の示すところは、マリファナは安全なものであると指摘するものと考えられがちである。更に正確にいうならば、我々には、マリファナの危険性の媒介指数が不明な分野がまだ多くあるのである。マリファナを急激に使うと、自動車運転やその他の複雑な行動に障害をもたらす、「酔い」の(high)の状態にある間は記憶及び知的機能を確実に妨げるという事実は、我々もよく知っている。青少年や老人までがマリファナを使用することになると、我々としては、現在における大麻使用の程度及び将来予想される大麻使用の程度がもたらす公衆の健康上の危険性の種類と程度を正確に特定しなければならず、そのことがますます重要になってくるのである。現在における我々のマリファナに関する知識を要約しているこの報告書は、マリファナが公衆の健康に対してどのような意味をもつのかをよく理解するための一つのステップなのである。

3. アメリカ合衆国におけるマリファナの使用の性格とその程度について

前回の1977年の薬物乱用に関する全米調査以後における、マリファナ使用についての広範囲にわたる最新の全国傾向がどうなっているかは、1979年の調査結果が1980年半ばに一覧表にして分析されるまで分からないが、過去数年間の傾向を回顧し、かつ、ごく最近の調査結果をあわせて考えてみると、一般に、マリファナ使用の傾向としては一貫して増加していることがうかがわれ、年少者（18歳未満）による使用の増加が最も大きいことを指摘できる。例えば、1976年の全米調査と比較した1977年の全米調査の結果の中で、最も顕著とみられる変化は、過去にマリファナ使用の経験のある12歳から17歳の少年総数が25%増加したこと、及び同年齢層グループの少年のうち、現在マリファナを使用している少年（すなわち、調査の直前の1カ月間にマリファナを使用をしていた者）の数が、ほぼ30%増加したことであった。18歳を超える現在使用者の数の増加は、それほど大きいものではなかった。1977年においては、12歳から17歳の少年につき、10人中ほぼ3人（28.2%）が、過去のある時期にマリファナを使用しており、6人中ほぼ1人（16.1%）は現在も使用を続けていると報告されていた。

18歳から25歳までの青年期（young adulthood）が、マリファナ使用の最多時期である。最新の全米調査によれば、この青年期のうち5人中3人が、マリファナ使用の経験をもつことが報告されているが、1977年においては、青年期の青年のうち、4人中1人以上の者（27.7%）が当時も使用を続けているとされていた。依然としてマリファナの使用の程度は年齢と相関関係にあることが認められる。過去にマリファナ使用の経験をもつ者についても、また、現在マリファナを使用している者についても、その数は、年齢と相関関係にある。例えば、過去にマリファナ使用の経験をもつものは、12歳及び13歳の子供についていえば8%である

が、14歳及び15歳の少年では29%となり、16歳および17歳の少年では47%となっている。22歳から25歳の青年層が、マリファナ使用経験者の最多層であり、62%の者が過去にマリファナ使用の経験をもち、26歳から34歳の年齢層では44%、35歳以上の年齢層ではわずか7%が、同様の経験をもっている。

同様の傾向は、現在使用している者（すなわち、調査直前の1カ月間における使用者）の数についてもみられる。すなわち、1977年の全米調査によれば、調査当時マリファナを使用している者の割合は、12歳と13歳の子供については4%であり、18歳から21歳の年齢層が最多年齢層で10人中3人（31%）である。

マリファナ使用の経験をもつか、若しくは現在マリファナを使用している女性の割合は、現在までの5回にわたる全米調査を通じて増加の傾向を示してきたけれども、女性によるマリファナの使用は、男性のそれに比べると遅れている傾向が認められた。興味あることは、12歳から17歳までの年齢層について、過去にマリファナ使用の経験のある少年及び少女の割合は、1971年、1972年、1974年に行われた3回の調査の結果ではほぼ同数であったが、1976年には、同年齢層の少年につき、過去にマリファナ使用の経験を持つ男性の割合が、女性のそれより相当大きくなった（男性26%、女性19%）。1977年には、大麻を使用した経験をもつ男性及び女性の各割合の差は、12歳から17歳の年齢層ではますます大きくなった（男性の33%が大麻の使用を経験しているが、女性の経験者は23%である）。このように12歳から17歳までの年齢層における男性の大麻使用者は、1976年から1977年までの間に相当増加したが、女性の大麻使用者については、それほど増加しなかった。これと対比して、18歳以上の者については、5回の全米調査の各年における大麻使用の男性への浸透度は、一貫して女性への浸透度より高くなっており、各浸透度の差が小さくなった1977年の調査時までには、男性の使用率は女性の使用率のほぼ倍であった。1977年の調査結果では、18歳以上の男性の30%がマリファナ使用の経験をもっていたのに対し、同年齢層の女性のマリファナ経験者は19%であった。しかし、1976年から1977年にかけてのマリファナ使用の経験

者についての統計上の増加の割合をみると、18歳以上の女性の場合は相当増加したものの、同年齢層の男性については増加しなかった。現在大麻を使用している者について調査すると、一般的にはこれと同様の傾向が現れており、18歳以上の年齢層では男性の現在使用者が女性の現在使用者に比べて2対1の割合で多数を占めているのに対し、12歳から17歳の年齢層では、その差はもっと小さくなり、同年齢層の女性の1.5倍以上の男性が1977年現在において大麻を使用しており、これは1976年の調査以来変化していない。

統計上、白人とその他の人種という広い二つのカテゴリーに分類して比較すると、それ以上細かい分析はできなくなるけれども、人種によるマリファナの使用頻度のちがいは興味深いものが認められる。12歳から17歳の年齢層でみると、過去5回にわたる調査に現れた白人によるマリファナ使用の頻度は、過去に大麻使用の経験をもつ者あるいは現在使用者のいかに問わず、白人以外の人種による大麻の使用の頻度よりわずかに多かった。1977年では、同年齢層の白人によるマリファナの使用の割合は、使用経験者についても、また現在使用者についても、相当の増加を示している（使用経験者については、22%から29%に、また、現在使用者については12%から17%に増加している）。18歳以上の年齢層でみると、1977年度の使用経験者の割合は、白人の場合でもそれ以外の人種の場合でもほぼ同じ（白人の使用経験者は24%であるのに対し、それ以外の人種の使用経験者は27%である）であったが、それ以前の年では、同年齢層についての白人以外の人種の使用経験者は、白人の使用経験者より多かった。現在使用者の割合は、白人若しくはそれ以外の人種を問わず、1977年の調査を含む過去5回の調査年において常にほぼ同数であった（最近の調査では、各人種につき8%である）。

初期の全米調査によれば、大学卒の成人の場合は、高校卒にとどまる成人に比べて、マリファナの使用の程度が相当高くなっている。ただ、その差は最近では小さくなってきている。例えば、1977年の調査では、マリファナ使用経験をもつ大学卒業者の割合は28%であるのに対し、高校卒業者の割合は26%であった。

全米調査が分割して行われる四つの地域（北東部、北部中央、南部及び西部）を比較すると、統計上1976年から1977年にかけてマリファナ使用者が相当程度増加したのは、北東部であった。そこでは、12歳から17歳の年齢層のマリファナ使用経験者の急増が認められた。1977年の調査では、北東部のマリファナ使用者の割合は、それ以前の年の調査結果と異なり、西部におけるマリファナ使用者の割合とほぼ同数になっている。この点は、大麻の使用経験者についても、また、現在使用者についてもあてはまることであった。我が国の他の地域では、マリファナ使用の程度は低くなっている。

1977年の調査で明かにされた大麻使用者の割合に基づき、全国人口に対する外挿法を行うと（extrapolate）、同年の春季には、4,300万人のアメリカ人がマリファナの使用経験をもっていることになり、1,600万人の者が、同年調査の前月にマリファナを吸煙したことになる。

最近における総人口についての全米統計はまだ得られていないが、成人に成長する重要な時期（すなわち、高校時代）にあるアメリカ青年のマリファナに対する態度や行動に関する追加資料はある。1975年以来、全米的規模で高校生の対象者に対する質問が行われてきた。この調査は、莫大な数の高校生を対象者としているために、高校生のマリファナの使用傾向に関する情報源としては、特に信頼を置けるもので、わずかな変化をも敏感に反映しているものである。この調査は、同時にマリファナに対する学生の態度と考え方に関する情報源でもあり、将来におけるマリファナ使用の傾向を予想する上で役立つものである。1978年までの毎年、統計的に重要なマリファナ使用者の増加（すなわち、調査の人為的な要因によるものでなく、実際の高校生の行動の変化を反映する増加）が記録されていたが、1979年の高校生クラスの資料では、マリファナ使用の程度は、かなり高いが、横ばい状態となっている。1975年度から1979年度にかけての5年間の各高校生クラスにおけるマリファナ使用経験者の割合は、1975年度では47.3%、1979年度では、60.4%と着実に増加している。実に、1979年度におけるマリファナ使用経験をもつ高校生の割合は、全米調査の最高使用年齢層である18歳から25歳の年齢層の使用経

験者の割合と等しくなっている。1978年度のクラスから1979年度のクラスにかけてのマリファナ使用者数の増加は、現在までの年間増としては最小のものとなっており、1%以下であった。

1975年度の6%から1977年度の9.1%に上昇したマリファナの毎日使用者の割合は、1978年度のクラスでは10.7%という最高のレベルに達したが、1979年度のクラスでは10.3%となった。各調査前30日間における高校生のマリファナ使用者の割合は、1975年度のクラスの四分の一強から、1978年度のクラスの37.1%に上昇したけれども、1979年度の高校生クラスでは、36.5%と横ばい状態になった。このように、この研究では、マリファナを使用する高校生の割合が過去2年間安定してきたことを示している。

まぎらわしい傾向がみられるのは、若年期における最初のマリファナ使用時期についての傾向である。1976年度、1977年度及び1978年度の各クラスにおいて第10学年になるまでにマリファナ使用を経験した者の割合は、それぞれ22.3%、25.2%、及び28.2%であった。ごく最近における高校生クラス、すなわち1979年度クラスの調査では、30.4%の者が、第10学年になるまでにマリファナの使用経験をもっていた。このように、第9学年（日本の中学3年）若しくはそれ以前の時期に初めてマリファナを使用した高校生の割合は、過去5年間で、ほぼ倍になっている。

全体的にみると、アルコールとタバコの使用の程度は、マリファナの使用の程度を超え続けているけれども、例えば、1978年度クラスの高校生について、マリファナの毎日使用者の割合（10.7%）は、アルコールのそれ（毎日使用者5.7%）のほぼ倍となっており、ただ毎日タバコを吸う者の割合（27.5%）だけは、マリファナの毎日使用者の割合をしのいでいる。マリファナの毎日使用者について男性と女性を比較すれば、男性の数は女性の倍となっている。しかしながら、マリファナの毎日使用者ではなく、使用頻度の少ないレベルの男女を比較すると、さほどの違いを示していない。

全米統計は、いろいろな地域の特色を不明なものにしているものと思われる。例えば、1978年にマリファナ調査が行われたメリーランド州と

メイン州では、マリファナの毎日使用者若しくはほぼ毎日使用する者の割合が、全国的な高校生の割合（全国平均10.7%）よりも高いことが明かにされている。メリーランド州では、マリファナの毎日使用者若しくは週あたり数回使用する者の割合は、第12学年（日本の高校3年）の1/4（25.3%）であった。メイン州では高校生の6人中ほぼ1人がマリファナの毎日使用者であることが報告されているが、これはアルコールの毎日使用者（4%）の4倍の数となっている。

1) 要 旨—マリファナ使用の性格とその程度

現時点ではまだ1977年以降の総人口についての全米資料は得られないが、注目すべきいくつかの傾向が認められる。高校生によるマリファナ使用は、その割合がかなり高くなっているけれども平均化されており、最近では、高校生のうち1/3以上の者が調査の前1ヶ月間においてマリファナの使用をしていることが報告されている。1979年度の高校生のクラスでは、10人に1人がマリファナを毎日使用していることが報告された。第10学年（日本の高校1年）になるまでにマリファナの使用を始めた高校生の割合は、1975年以来、着実に増加しており、過去5年間にほぼ倍になっている。

2) マリファナについての現在の態度と考え方

全米調査の場合も、高校生調査の場合も、対象者の行動に関する質問のほかに、薬物についての対象者の態度や考え方についての質問が含まれる。そのような対象者の態度や考え方は、当然新しい情報に応じて変化するものであり、必ずしも客観的な現実を反映するものではない。それにもかかわらず、対象者は我々に対し、マリファナ使用者の臆測 (assumptions) や現在の行動をよりよく理解させることに相当関心をもっており、これによりある程度将来の行動が予想できるものである。

我々の社会にはマリファナが広く受け入れられているという仮設は、一般的に信じられているものであるけれども、少年 (youth, 12歳ないし17歳)、青年 (young adults) (18歳ないし25歳) 及びそれ以上の年齢層 (older adults groups, 26歳以上) のすべてについて、マリファナの使用は違法とすべきことを維持すべきであるという意見、若しくは、現行法はもっと厳格化されるべきであるとする意見を主張する者が、相当の割合を占めている。少年の74%と26歳以上の年齢層の79%が、このような考えをもっている。マリファナ使用の割合が最も高い年齢層である18歳から25歳の年齢層でさえ、その40%の者が、マリファナの使用は違法とすべきことを維持すべきであるという立場 (同年齢層の20%)、若しくは、理念的には法律をもっと厳格にすべきであるという立場 (同年齢層の20%) に立っているのである。同様に、高校生の2/3の者は、マリファナの規則的な使用に反対している。

全米調査では、その対象者に対し、各種薬物のうちで嗜癖性 (addictive, すなわち、規則的に使用した者が、身体依存及び精神依存を起こし、それなくしては暮らせなくなる) があるものがあるのか、という質問を行った。アルコール及びヘロインについては、上のいずれの年齢層に属する対象者についても、5人中4人以上の者が嗜癖性があるものに分類している。タバコについても嗜癖性があるものの典型であるという分類がなされているが、年齢別による割合では、年齢が高くなるに従い、嗜癖性があるとする者の割合が高くなっている (すなわち、少年では62.4%、青少年では78.6%、成人では83.1%)。これに対し、マリファナの場合は、少年 (12歳ないし17歳) 及び青年 (18歳ないし25歳) については、嗜癖性があるとしたものは、半数以下 (それぞれ47.3%と43.7%) であったが、26歳以上の成人については、5人中3人以上 (63.6%) の者が、嗜癖性があるものに分類している。

規則的なマリファナの使用に反対する意見をもつ高校生の割合は、1975年度から1978年度までの高校生のクラスでは、ほぼ一貫して2/3を少し上回る程度にとどまっていた (1975年度71.9%、1976年度69.5%、

1977年度65.5%、1978年度67.5%)。規則的なマリファナ使用に反対する者の割合と同じ割合の者が毎日1杯ないし2杯のアルコール飲料を飲むこと及び毎日一箱ないし二箱のタバコを喫煙することに反対している。1976年度から1979年度の高校生クラスでは、半数よりやや少ない者が、マリファナを時々使うことに反対しており、約1/3の者は、マリファナを試しに吸煙することに対してさえ、反対している。高校生の約半数若しくはそれ以上の者が、マリファナを時々使用すること (occasional marijuana use) に対してさえ反対したけれども、使用すれば大きな危険を伴うことは考えていなかった。しかし、マリファナを規則的に使用するだけでも、ある種の害が生じる危険性が大きいと考える者の割合は、着実に増加してきた。1975年度の高校生クラスの43.3%の者は、マリファナの規則的な使用は危険であるとしていたが、1978年度のクラスの中で、同様の考えをとる者の数は、34.9%に減少した。マリファナを1度か2度試してみることに大きな危険を感じた者は、1975年度のクラスではわずか15%にすぎず、しかも、これは1978年度のクラスでは、ほぼこの半数 (8.1%) に減少した。1975年度から1978年度のクラスでは、高校生の5人中3人の者が、一貫して公衆の場でマリファナを吸煙することは、法的に禁止されるべきであるという考えをもっており、また、マリファナの個人的使用は、法的に禁じられるべきでないと考える者の割合は、着実に減少している (1975年度のクラスでは1/3であったのが、1978年度のクラスでは、1/4になっている)。これに対し1977年度から1978年度の高校生について、公衆の場におけるタバコの喫煙を法的に禁止すべきであるとの意見を持つものは、5人中2人の割合であるが、マリファナを個人的に吸煙することは、違法とすべきであるとする者は、わずか1/4にすぎない。

4. マリファナの人間に及ぼす影響

1) 大麻の化学と代謝について

マリファナの化学と代謝（すなわち、体内でマリファナが分解され、化学的に変化する過程）は、専門的な問題であって、日常用語で簡単に表現できるものでないが、重要な問題である。例えば、一般には知られていないことであるが、大麻草は、少なくとも 419 の別個の化合物を含有する極めて複雑なものである。大麻草中に認められる 61 の化合物質、すなわち、カンナビノイドは、大麻に特有のものである。カンナビノイドのうち、10 種のものは、大麻であるかどうかを確認するために、今や日常的に定量されている。大麻を吸煙した場合には、大麻に含まれる化学物質の中のあるものは、燃焼（熱分解 - pyrolysis）により更に別の化合物に変わる。

大麻草は、種類によって含有される主要な精神活性成分 delta-9-tetrahydrocannabinol（すなわち、THC）の量が、その他の化学物質の割合とともに大きく異なっている。デルタ-9-THC 以外のカンナビノイドの作用については、研究されてきたが、各単一のカンナビノイドの作用及びカンナビノイドの相互作用については、まだ学ぶことが多く残されている。多くの実験上の目的のためには、デルタ-9-THC の含有率が、マリファナ試料の精神活性度を示す有効な指標になるが、その他の化学成分は、結局、それ自身のもつ身体への作用とともに、THC のもつ作用を変える点で重要なものとなるものと思われる。THC に関しては、多くの貴重な基礎的研究が行われてきたが、THC は、天然のマリファナの成分の一つにすぎないことを強調しておかなければならない。したがって、THC に関する研究の中には、植物である大麻草そのものの効果については、単に部分的に関連するにすぎないも

のもあるわけである。更には、大麻に含まれる種々のカンナビノイドは、時の経過や貯蔵の状態に応じて変わるものである。精神活性作用を得ることを目的として特別に栽培された大麻草は、繊維を採るために育てられた大麻草よりもデルタ-9-THC の含有量が多い。アメリカ合衆国で育つ野生の大麻草のほとんどは、もともと薬物成分よりも繊維を採るために栽培されていた大麻草に由来するものであるから、ロープその他の非薬物生産品を製造するのに用いられてきた。だから、合衆国における野生の大麻草の THC 含有量は、1 % を超えるものはほとんどない。

マリファナの成分が次第に変化してきたことを、違法なマリファナの無作為抽出によって正確に証明することはできなかったが、現在売られているマリファナは、わずかに数年前からその THC 含有量が相当高くなっていることは明らかである。

数年の間に没収された大麻草のサンプルの分析を行ってきたミシシッピー大学の化学者たちは、1974 年以来、大麻草の効力がほぼ 10 倍にも増加したことを明らかにした。1974 年に分析されたメキシコのれんが状マリファナ（Mexican “brick”）（すなわち、マリファナ 1 キログラムを圧縮したもの）のデルタ-9-THC 含有量は、平均 0.2 % であった。1979 年分析された同じ物の THC 含有量は、平均約 2 % であった。同じ年に分析された、コロンビア産と思われる大麻草は、平均 4 % を超える THC 含有量のものであった。ハシッシュ・オイル - 数年前までは街頭で入手できなかった濃縮された液状のマリファナの抽出物 - では、その THC 含有量は、ほぼ 11 % から 28 % に属するものであった。このような強力な試料では、おそらくかなり高度な酔いの状態に達するものであり、有害な結果をひき起こしうるものである。

大麻の化学と代謝についての知識が増え、かつ、種々の代謝物質の役割が重要になるに従い、これらの物質を合成して供給する必要性も増してきた。これらの物質を研究用として利用できるようになると、我々は、代謝物の効果とマリファナの他の成分の効果を区別できるようになる。これまでに、代謝により生じた物質を合成するためのいく

つかのすすんだ方法が開発されている。マリファナの成分と代謝で生じる物質とを研究室で合成することが可能となったため、マリファナの代謝の研究ができるようになるとともに、体液中のマリファナの検出の研究が、ますます発展させられることになった。放射能によって、標識された化合物を用いることにより、それが身体中を通過する過程を追跡することが可能になる。

最近、マリファナの煙の化学的物質が、相当な注目を引いている。煙そのものの中に、150種もの化合物があることが明かにされた。その一つであるベンツピレン (benzopyrene) は、発ガン性物質として知られているが、マリファナの煙中には、タバコの煙よりこれが70%も多く含まれているのである。更には、タール分の多いタバコよりもマリファナタバコの中のタール分の方が多いことも証明されている。

マリファナの代謝については、わずか部分的なことしか分かっていない。デルタ-9-THCの35以上の代謝物が、その他のマリファナの成分の多数の代謝物とともに明かにされてきた。身体中にあるこれらの化学物質を特定し、身体中の移動経路を追跡できれば、どのようにしてこれらの化学物質が身体に蓄積され、最終的に体外に排泄されるかについての重要な情報を得ることができる。この情報は、マリファナの長期的効果に対する作用部位を決定するのに役立つものである。

体液中にあるカンナビノイドとその代謝物を発見し定量することは、重要な問題である。複雑高度な実験技術を利用することにより、血液及びその他の生体試料中にあるカンナビノイドの濃度を正確に測定することができる。最近では、おきまりの手続きによる簡単な技術が開発され、現在実地試験が行われているところである。この技術が完成されて一般に利用できるようになると(おそらく1980年代中ころまで)、自動車のマリファナによる酩酊運転を実験室で簡単に発見し、あるいは治療の過程で、現在マリファナを用いている者をより分けることなどに用いられることになろう。それまでのより精巧な技術は、短時間で行える簡便な技術による結果を評価するために必要な基準を提供するとともに、研究目的にとって重要なものであった。

マリファナの化学と代謝についての研究は、好調のうちに開始された。その結果、研究者たちはマリファナの成分が胎盤関門を通過し、結果的に胎児の発育に悪影響を及ぼす可能性があることを明かにした。母乳中のカンナビノイドも、マリファナを使用する母親が、その子供に与える害についての問題を提起した。マリファナの化学についての理解が深まるに従い、大麻の含有成分若しくは化学的に修飾された形で大麻の合成成分のいくつかは、治療上有効なものとなる可能性があることも提起された(治療上の側面参照)。最後に、マリファナの化学物質としての複雑さや、デルタ-9-THC以外の成分がマリファナの効果を変えるしくみについての我々の知識が増えると、マリファナは、必ずしもTHC含有量に関係なく、その種類により異なった効果をもつという一般の常識が改めて見直されることであろう。

2) マリファナの急性効果

マリファナの長期的、慢性的効果に対する関心が、最近とみに高まっているが、マリファナの知的活動及び精神運動に及ぼす急性効果が、實際上重要なものであることを認識する必要がある。この点は、授業を受けている学生がマリファナを使用した場合に、学習能力がそこなわれるおそれがあることや、自動車運転その他の複雑な精神活動に及ぼす悪影響の問題も含んでいるのである。

マリファナの酔い (high) が、さまざまな精神運動に及ぼす影響については、早くも1930年に組織的に研究されており、マリファナの効果について主観的に説明したものは、なお化学的表現に至らないものであるが、既に存在しているのである。これらの初期の臨床上の説明は、その後の組織的な研究調査によって一般的に実証されてきた。

最初に発見されたのが、知的活動に対する広範囲の障害であり、この知的活動の中には、数字記号代入 (digit symbol substitution time) (限られた時間内に一連の記号を数字に代入する作業)、選択反応時間 (choice-reaction time, 反応時間を見る作業であり、その反応は、選

択事項をいかに早く区別するかにかかっている), 連続した数字を番号順及びその逆順に並べる能力及び反復計算を暗算で続ける能力などが含まれていた。概念形成, 読解力, 弁論などを含むその他の作業も多かれ少なかれ, 障害をうけることが明らかになった。

一般的に言えば, このような知的活動に対する障害の程度は, マリファナの服用量や, 刺激の強さ, 個人のマリファナに対する耐性, 行う作業の複雑さや慣れ等のいくつかの変数に関連していることが明かにされた。作業が慣れたものであり, 努力の必要が乏しいものであればあるほど, 新しい要素や困難な要素のある作業よりも障害を受ける程度が弱くなる。機能障害に関する共通事項は, 短期間の記憶に及ぼすマリファナの影響という点である。マリファナは, ある事項についての即時的な記憶を長期間の記憶保持に変化させることを妨げるようである。

マリファナを吸煙する場合, 酔いの状態にある時に覚えた事項を思い出す能力が特に損なわれる。これは, 記憶した事柄が文字に書かれたものである場合のみならず, 口頭で表現されたものである場合も同様に広く起こることである。現在までに集められた主要な研究上の証明によれば, マリファナによる陶酔は記憶作用に有害な影響を与えるものであり, マリファナを吸煙していない状態で学んだ事項を思い出すよりもマリファナ吸煙による酔いの状態にある時に覚えた事項を思い出す方が, かなり難しい。これは, 作業が学習した事項を単に認知する場合よりも, それを想起する場合について特に言えることである。これに関する実験研究は, 既に行われたものが多数あり, いずれについてもほぼ同様の結論となっている。記憶機能と認知機能に及ぼすマリファナの急性効果は, その作業の内容とマリファナの投与量によって異なるけれど, ほとんどの場合有害な結果をもたらすという点では, 共通している。

マリファナによる陶酔が教室での学習に及ぼす影響を直接的に扱った研究はないが, 既に行われた実験室での実験がこれに類似したものであり, この実験によって, マリファナは教室での学習行動を妨げる

ものであることが実質的に明らかにされている。相当数の高校生が, 学校の授業がある日にマリファナを使っているということは今や明らかなことであるので, おそらくマリファナの使用は, 高校生の教室における授業や知識の習得に対して有害な影響を及ぼすものと思われる。

3) マリファナによる急性陶酔と自動車運転及び飛行操縦における複雑な精神運動作業

典型的な社会的レベルでのマリファナの使用は, 確実に自動車運転能力及びこれに関連する技術を損なうものであるということについては十分な証明が行われている。マリファナの使用が自動車運転技術を損なうことを示す研究には, 研究室における自動車運転関連技術の評価, 自動車運転模擬装置による研究, テストコースにおける運転, 実際の路上における運転行動, 及び過去に報告されたものであるが, 全米の高速道路における交通安全のために行われた, 致死事故を含む自動車運転者に関する研究等が含まれている。

マリファナの使用がますます一般化して社会的にも受け入れられるようになり, かつ単純所持により逮捕されるおそれが減少すると, マリファナによる陶酔中に自動車運転の危険をおかすマリファナ使用者の数がますます多くなる。限られた調査の結果では, 質問対象者であるマリファナ使用者のうち, 60%ないし80%の者が, マリファナによる陶酔中に自動車運転をすることが時々あることを明らかにしている。マリファナがアルコールと同時に使用されることは, ほぼ一般的なことであると言ってよく, この二つの薬物を併用することによる危険性の程度は, それぞれを単独に使う場合よりおそらく大きいものになるであろう。

ボストン地区における致死事故を含む自動車運転者の研究は, ボストン大学交通事故調査班によって行われた。その結果によれば, マリファナ吸煙者は, 取締りを受けた同じ年齢及び性別の非使用者に比べて, 高速道路における致死事故を起こすケースが多いことが明らかにされた。

カリフォルニア州司法省により行われた最近の研究によれば、酩酊運転により逮捕された運転者から採取した 1,800 の血液サンプルのうち、16% のものが、マリファナに対し陽性反応を示したことが明らかにされている。アルコールが検出されなかった血液サンプル（約10%）からマリファナが検出される場合は、24% にのぼっている。自動車運転者にみられるマリファナの使用に関連する障害についての追加研究が現在行われている。したがって、マリファナによる陶酔中における運転技能についての自己評価、運転に関連した行動の測定、実際の高速道路における致死事故についての研究などの結果は、いずれも、マリファナの影響下にあるときには、自動車運転技能が障害を受けるという点では一致している。

平均的な自動車運転者が、マリファナの使用量に応じてどの程度に機能障害を受けるのか、その媒介変数（parameters）はまだ十分に特定できない段階にある。危険なものとなるおそれのある自動車運転をやめさせるためには、何が大麻の影響下における自動車運転を危険なものにするのか、についての信頼できる基準を確立することが大切である。現在においては、マリファナによる陶酔状態下における自動車運転をやめさせるとともに、運転者に対し、マリファナによる陶酔状態下における自動車の運転が重大な危険を伴うものであることを知らしめることが極めて望ましいことといえる。最近の研究はないが、過去の研究結果によれば、マリファナによる陶酔状態下における模擬飛行テストでは、経験豊富なパイロットでも顕著な行動力の低下を体験したことが指摘されている。このように、マリファナによる陶酔中の飛行操縦が危険なものであることは明らかである。

自動車運転及び飛行操縦の両者に共通している危険の継続性とは、マリファナの使用に起因する知覚行動能力及びその他の行動能力の減退が、主観的に酔いを感じるという期間を超えて、ある程度の時間（おそらく数時間）持続するということである。そのような状態にある時には、自動車運転者や飛行操縦者は、自覚の上ではもはや酔っていないと思っていながら、実際には運転能力若しくは操縦能力の障害がな

お続いております、それを知らずに運転し、あるいは操縦することになるのである。

4) 肺に及ぼす影響

マリファナは、一般的には吸煙という方法により摂取されるものであるから、マリファナの吸煙が肺及び肺機能に悪影響を及ぼすものかどうかという問題は、長い間我が国においても、また海外においても大きな関心事であった。大麻の使用は人間の健康及び社会に対してどのような意味をもつか、を明かにする最も初期の試みの一つである、「1893年から1894年における大麻草（Indian Hemp）薬物委員会報告」によれば、現代における調査結果に驚くほど類似した、肺への影響に関する調査結果が報告されている。例えば、この報告書には、マリファナには肺機能抑制効果があるために、ぜんそくの治療に有効であることが触れられているのである。しかしながら、この報告書は、更に、長期間継続してマリファナを吸煙すると、必ず肺細胞中に細分された炭素物質が沈澱し、マリファナの煙の中にあるその他の刺激性物質が気管支の粘膜を局所的に刺激して分泌物の増加をもたらす、その結果、ガンジャ（Ganja、これはインドの用語であり、マリファナとハシッシュの中間位の効力をもつ吸煙用大麻製品である）を吸煙する者は慢性的な気管支炎となる、とまで言っているのである。この報告書は、更に、現在におけるマリファナ使用を驚異的な確かさで予言するような調査をしている。すなわち、「ガンジャの吸煙中には、吸気活動がかなり活発化し、かつ持続するために、タバコの吸煙の場合より大量の煙が肺に入る」としているのである。このようにマリファナは深く吸煙されるために、タバコの吸煙の場合より通常少ない量を吸煙するだけで足りている。この点の指摘は、マリファナの吸煙とタバコの喫煙とを比較した研究にも認められ、それによれば1日当たり1本以下のマリファナタバコを吸煙するだけで、肺活量、すなわち、肺が深呼吸により排出できる空気量が減るが、タバコを吸煙してこのような結

果をもたらすには、1日当たり16本のタバコが必要であることを明らかにしている。この研究によって明らかにされた肺活量に影響を及ぼすマリファナの吸煙量については、更に幅広い研究により確認される必要があるが、この研究は、マリファナには特有の吸煙方法や使用方法があるために、最近のタバコと比較した場合、マリファナの吸煙が肺機能に及ぼす悪影響は、格別大きなものになるだろうと指摘している。このようなマリファナとタバコの違いがもたらされる理由の1つは、最近のタバコにはフィルターが付けられており、また、そのタール分が以前よりも相当程度に低くなっているのに対し、マリファナタバコには、フィルターがないので、実質的にそのすべてが吸い尽くされていることによると思われる。更に、マリファナが容易に入手できる状態のもとでは、マリファナの消費量はタバコの消費量（すなわち、1日当たり10本）に近づくおそれがあることを示す証明もある。

現在のところ、マリファナの吸煙が肺ガンと関係があることを明らかにした証明はない。アメリカにおけるマリファナ使用の経験は、この問題についてのもっともな結論を出すには短すぎるのである。しかし、数十年にわたってマリファナを多量に使用すれば、肺ガンが発生するおそれがあるということには十分注意する必要がある。タバコの煙の残滓すなわち、いわゆるタールの場合と同様に、大麻の残滓は、実験動物の皮膚に塗布すると腫瘍が生じることが明らかにされた。また、マリファナの煙には、比較的多量の発ガン性炭化水素が含まれていることが分析結果により明かにされた。たとえば、タバコの煙の中にみられる、よく知られた発ガン性物質であるベンツピレンは、マリファナの煙の中には、タバコの煙の場合よりも70%も多量に含まれることが報告されている。吸引されたゴミその他の異質の微粒子を肺から除去するのに役立つ繊毛は、マリファナの煙によって悪影響を受けることが明かにされている。また、肺がマリファナの煙にさらされると、肺における抗バクテリア機能が黄色ブドウ球菌—重い肺炎をひき起こす—に対しては弱くなることが明かにされた。これと同様の影響が人間の場合にもあるかどうかはまだ明かにされてはいないが、

人間の場合にはそのような影響を受けないということはおそらくないだろうし、その影響の程度は使用量に関係してくると思うられる。服用量や使用回数が増えれば増えるほど、肺やその他の機能が悪化する可能性は増大するのである。

毎日マリファナを吸煙する人のカンナビノイドの血中濃度と同程度のカンナビノイドの血中濃度をねずみに生じさせるに足る量のマリファナ煙にねずみをさらしてみると、その肺に重大な悪影響が生じることが明かにされている。ねずみは平均寿命の1/16に相当する期間の間、毎日定期的に特別製の器具によりマリファナの煙を吸わされた。その結果は、タバコの煙にさらした場合とよく似ているが、これより更にひどい広範囲における肺の炎症と変性が見られた。この研究の著者は、煙の刺激効果のほかにマリファナに特有の化学物質であるカンナビノイドが、肺機能に対して直接的な、望ましくない影響をもたらすのであろうという結論を下している。既に人間についてのいくつかの臨床的研究も行われているが、これらによれば、慢性的なマリファナやハシッシュの吸煙者には、タバコのヘビースモーカーにみられるような、喉頭炎、嘔声、気管支炎、細胞変化といった症状が現れることを報告している。これらの研究の一つにヨーロッパに駐留するアメリカ兵に関する研究があるが、それによれば、上のような症状は慢性的なハシッシュ使用者に特にひどく現れており、医学的治療が必要であったということである。他方、ジャマイカ、ギリシャ及びコスタ・リカにおける少数の大麻常用者についての研究によれば、これら的大麻常用者の肺に病気があるという証拠は見出せなかったが、これは、これらの国において伝統的な方法でマリファナを吸煙する場合、アメリカ人使用者がしているように、大麻の煙を深く吸い込み、肺の中にしばらくとどめておくということをしないためであろうと思われる。

今日までに集められた临床上及び実験上の証明を総合すると、マリファナを毎日使用すれば、タバコの重度使用によって生じるものと同様の肺に対する障害がもたらされるおそれがあると認められる。マリファナ使用者は、マリファナの他にタバコもあわせて吸煙する場合が

多いので、この二つをあわせた影響に関する研究が更に必要であると思われる。

5) 生殖機能に及ぼす影響

最も初期の大麻委員会による化学報告書である1894年のインド大麻薬物委員会の報告書までさかのぼると、マリファナは生殖機能にも影響を及ぼしたことが報告されている。この報告書は、アルコールによる性的刺激効果に類似したマリファナによる性的刺激効果について説明しているが、そのほかに、インドでは禁欲主義者 (ascetics) が性欲を減退させるということを表向きの目的として大麻を使用していることを報告している。生殖機能に及ぼすマリファナの心理的影響力は別として、生殖機能に関連した器官や生理過程、ホルモン濃度に及ぼすマリファナの影響を詳細に明かにした動物実験は数多くある。これらの実験の結果は、人間が使う服用量よりも多い大麻を服用した場合、大麻は生殖機能や乳汁分泌に関与する種々のホルモン濃度を変えると同時に、精巣や卵巣のような器官の重量を減らすという点で一貫している。最近の研究では、人間の場合のマリファナの重度使用に匹敵する量のマリファナを投与した場合についての動物に及ぼす影響を調査したものがある。また、人間の生殖に及ぼす影響を直接研究しようと試みた実験もいくつかある。

人間の男性の場合、血清中のテストステロンの濃度が、マリファナの使用程度が重度になるに比例して減少した例もあるが、そうでなかったものもあった。このように、実験による結果に明かな食い違いが出ているが、この点についての説明の一つとして、一時的に抑制されていたテストステロンの濃度は、マリファナの吸煙後には、急速に通常濃度に回復することがあげられる。血液試料の採取が行われる時間によっては、マリファナの効果をとらえ損なうことがある。また、テストステロンの減少が見出された場合ですら、その濃度が正常範囲内にあることもあった。マリファナを継続的、かつ慢性的に使用すれば、

血清中のテストステロン濃度が永久的に抑制されることになるかどうかは、現在では明らかでない。

マリファナを慢性的に使用する男性の精液に関する二つの研究によれば、精子数及びその運動性ならびに被検査精子の構造的特徴にそれぞれ異常が見られた。上の二つの研究のうちの一つは、管理された状況下でマリファナを吸煙する16人の健康な若い男性の精液についての研究であった。

これらの男性によるマリファナの使用程度は、一日当たり8本ないし20本であって、一般の重度使用者によるマリファナの使用程度に匹敵するものであった。その結果によれば、精子数と精子の運動性の減退がみられるとともに、使用者の精子の構造上の異常性が認められた。上の研究のうちその二の、ギリシャにおけるマリファナの慢性的使用者についての研究によっても、マリファナを重度使用した場合には、精子の構造上の異常性が伴うことが認められた。以上の動物及び人間に関する実験結果が、どのような臨床的意味をもつのかについてはまだ明かではないが、特に既に授精能力 (fertility) が限界に近づいている人々の場合は、おそらくマリファナの使用により授精能力の減退が生じることになる。

更に管理された研究室での研究によれば、マリファナの使用の継続をやめると、生殖機能が正常の機能に漸次回復していくことが明かにされた。現在 (1979年末) までには、マリファナを使用している父親から、マリファナの使用のために異常な子供が生まれたという報告をしている出版物は見当たらない。現在では、生殖機能の変化が成長期にある子供や青年に対し、重大な意味を持つかどうかはまだ分からないが、若い使用者は成人よりもマリファナの被害を受けやすいので、この点の一つの関心事である。

女性の生殖器官に対するマリファナの影響という問題についていえば、最近、実際の人間社会におけるマリファナの服用量に匹敵する服用量を投与した動物実験が行われ、その結果として悪い影響が生じる可能性があることが指摘されている。しかし、現在までの結果では、

まだ、確定的なものとは言えない。

アメリカ合衆国におけるマリファナの重度使用の場合にほぼ等しい量のTHCを用いた研究によれば、THC処理を受けた雌のアカゲザルについて受胎不能 (reproductive loss) が生じる率は、THCの処理を受けていないサル約4倍の率であった。これらの受胎不能の大部分は、胎児の死亡、流産、胎児の吸収 (resorptions) 等であった。胎児の死をもたらす異常性には、一定のパターンがあることは、必ずしも明かではなかった。この研究の著者は、結論として、この実験結果から考えると、人間の女性が普通使用の程度の量のマリファナを使うと、受胎不能の危険性が伴うおそれ大きいと結んでいる。

町の女性使用者 (female "street users") —すなわち、効力のわからないマリファナを使う女性—に関する研究が行われたことにより、さらに女性の生殖機能に及ぼし得る大麻の影響についての問題が提起された。この研究では、1週間当たり3回以上の割合で6ヶ月以上の間、マリファナを使用した20歳代の女性26人と、同年代の非使用グループの女性との比較が行われた。実験対象グループの女性は、月経周期が異常となる頻度が高くなり、その場合には、排卵 (すなわち、成熟卵の生産) がないか、若しくは受胎可能の期間が短くなる、つまり、月経周期における黄体期が短くなることが明かになった。また、このグループの女性にはプロラクチン—すなわち、出産後に十分な乳汁を分泌するのに重要なホルモンの濃度の低下が見受けられ、出産後にマリファナを使う女性は、授乳機能が損なわれることになると思われる。このような発見は、相当興味あることではあるが、なお予備的なものといわねばならない。マリファナを使う女性は、マリファナを使わない対照群の女性よりも多量のアルコールを飲んでおり、これが結果に影響を与えたものと思われるうえ、彼女たちには、実験結果に影響を及ぼすような生活様式の違いがあったのかも知れないのである。それにもかかわらず、マリファナの重度使用者は、その使用の結果として、明らかにその受胎能力が損なわれるおそれがあるという問題が、動物と人間についての研究データによって提起されたのである。伝統

的に大麻が使われてきた国で行われた研究もあるが、これは上の問題を明確にするにはその価値が乏しい。何故なら、これらの国では伝統的な方法による大麻の使用者の中では、男性の使用者が圧倒的に多数を占めているからである。

放射性の標識THCによる実験 (THCの身体中の移動過程の追跡を可能にする) によれば、THCは子供を育てている母親ザルの乳汁の中に現れており、しかも、母親ザルにTHCが施用されている時に生まれた子ザルの体中にも現れることが明かにされている。更に、THC及びその他のカンナビノイドは、胎盤を通過して子宮内で成長している胎児に到達し、そこで、胎児の脂肪組織 (脳を含む) 中に蓄積する傾向を有することが、明かにされている。母親によるマリファナの使用が、その子どもに対し生前及び出生後に影響を及ぼすことについては、動物の場合には、通常、マリファナを多量に投与した場合のみ見受けられ、人間の場合には、まだこの点に関する報告はないが、妊娠中にマリファナを使用すれば、胎児の異常成長をもたらすおそれがあることは明かであるから、妊娠中におけるマリファナの使用は決して賢明なものではない。

生殖機能に及ぼすマリファナの影響については、まだ研究すべきことが多く残されているが、既に明らかになっていることもいくつかある。すなわち、マリファナを多量に投与した場合には、動物の生殖機能に関して、一定の範囲で影響を及ぼすという点である。このような一定の範囲の生殖機能に影響が生じるのは、副腎機能並びに精巣及び卵巢のホルモン製造機能に及ぼすマリファナの影響を含む、いろいろなメカニズムの結果と思われる。また、ごく最近では、マリファナの重度使用者及び常用者 (regular user) が使う服用量の程度で、男性の授精能力及び女性の受胎能力が悪影響を受ける可能性があることが明かにされている。このような影響は、生殖機能が限界に達している場合や成熟した健康な成人よりも成長期にある青年に対する場合の方が、重大なものとなる。最後に、マリファナが人間の胎児に及ぼす影響については不明なことが多いとしても、妊娠中にマリファナを使用

することは特に思いとどまらせるべきである。

6) 心臓血管に及ぼす影響

マリファナの心臓血管に及ぼす影響については、広範囲の調査研究が行われてきたものの、この研究の対象となる人は、健康な青年男性のボランティアに限定されており、このような人の場合には、マリファナによる影響の存続する期間が限定されるとともにその影響の程度は、通常穏やかなものである。これらの研究の一つには、21歳の男性のマリファナ経験者を94日間入院させて、マリファナの重度使用をさせた研究があり、この研究では、参加した21歳の男性のマリファナ経験者に、1本ないし3本のマリファナタバコを吸煙させたことによる短期的効果を調べた。これによれば、マリファナの服用量との関連については、過去の検査結果ほど明かなものではなかったものの、マリファナ吸煙後の心拍数が、かなり増加することが明らかにされた。この研究者の説明によれば、服用量との明確な関連が認められないのは、マリファナの慢性的使用の結果として、マリファナの心臓血管に及ぼす影響に対する耐性が上昇するためであるとしている。この研究者が心臓機能に見出した変化は、一時的な心拍数の増加による副次的な効果であり、悪い結果を生じさせるものではなかった。しかし、この報告書の前年度版でも強調したように、既に心臓機能に障害のある患者がマリファナを使用すれば、胸痛すなわち、狭心症に陥りやすくなり、かつタバコの吸煙の場合より簡単に狭心症が起きようになる。このように、心臓病患者に対するマリファナの影響力が特に強いことは、若しマリファナの使用が高齢層にまで広がったり、現在の若い成人使用者が、中年になるまでマリファナの使用を続けた場合には、實際上、重大な意味をもつことになるだろう。今回までの証明は限られたものにすぎないが、心臓病患者及び心臓機能障害を持つ者は、マリファナを使用するべきはないという警告は、正当なものとして維持されるべきものである。

7) マリファナと免疫反応

人間の健康を維持する上において、人体の病気に対する自然の抵抗力、特に免疫反応は重要なものであるが、それゆえに、この重要な免疫反応という機能がマリファナの吸煙によって損なわれるという報告があることは、慎重に考えるべき問題である。マリファナが人間の免疫反応を損なうものであるかどうかについては、相反する報告がなされてきた。一般にかなり多量の投与量を使った動物実験によるデータでは、マリファナが動物の免疫反応を抑制することは確実であることが示された。

人間の場合、たとえ、免疫反応の減退が認められた場合でも、それはすべてのマリファナ使用者に認められたというわけではなく、その臨床的意義にも疑問がある。マリファナの吸煙者は、同様の生活様式を送っているマリファナを使わない人と比べて、伝染病やその他の病気にかかる割合が大きいかどうかを決定するための疫学上の研究は、今までのところ行われていない。現在では、この重要な問題は未解決であるといわなければならない、また、この問題についての証明もはっきりしたものとは言えない。

8) 染色体異常

この分野では、新しい証明はない。かつては、マリファナの影響により人間の培養細胞に染色体の損傷や異常が増加したという事実が報告されたが、最近の研究結果によれば、この点も確定的なものでなくなった。既に報告されている人間に関する三つの実証的研究の場合には、一定の制約があることが明かにされた。すなわち、すべてが後ろ向き（retrospective）研究、つまり、マリファナを既に使用している者を、マリファナの新使用者と比較した研究であった。また、これらの実証的研究の場合には、マリファナ経験者の生活様式のちがいが、過去にウィルス性伝染病にかかったかどうか、また、染色体の完全性

に影響を及ぼすことが知られている他の薬物を使ったかどうか、等の違いが、大麻の染色体に及ぼす影響を評価する上において、どのような意味を持つのかという点を正しく評価することができていなかった。これらの研究のうち二つでは、大麻使用者のごく一部の者に染色体の異変 (aberrations) が認められたにすぎなかった。既に報告されているもので、前向きに (prospectively) 行われた研究、すなわち、マリファナ使用の前後を比較した研究が三つある。これらの研究は、いずれも大麻が染色体に影響を及ぼすことを否定したものであるが、その結果については、すべての対象者が過去に少なくともある程度マリファナ使用経験を持っていたという事実により、左右され得るものであった。染色体の欠損の有無を見るための最低基準線が、過去にその人がたまたまマリファナを使ったことがあるという事実によって、高められたおそれがあり、このように過去にマリファナの使用の経験を持っていたことが、マリファナによる影響を不明なものにしてしまうのである。

実験室で培養される人間の肺細胞に対するマリファナの影響を研究しているチームは、異常な染色体を含む細胞の数が増えることを発見した。また、ある研究者は、かつて、マリファナ吸煙者の場合には、染色体の数が減少している細胞がかなり高い割合を占めていることを報告したが、最近においても、培養中の人間の白血球にデルタ-9-THC (マリファナの主要な精神活性成分) を加えると、異常に染色体の数が低い細胞の発生率が増加する結果となることを報告している。しかし、これらの発見がどのような意味を持つのかは、なお明かではない。

結局、マリファナの使用によって臨床的に重要な染色体の損傷が生じることを確認する証明は、なお、存在しないということである。しかし、本年度の場合は、今日までの研究には制約があったために確定的な結論を導けなかったということが、少なくとも強調されなければならない。

9) 細胞内代謝

DNA (デオキシリボ核酸) 合成, RNA (リボ核酸) 合成及びタンパク質合成 (いずれも基本的には細胞の増殖と代謝に関係している) の抑制 (inhibition) に関する実験室での研究結果がどのような意味を持つのかは、なお不明である。人間及び動物のいろいろな型の培養細胞にデルタ-9-THCを加えてみると、DNA合成、RNA合成及びタンパク質合成をそれぞれ抑制することが認められた。

デルタ-9-THCを加えることにより、細胞内への前駆物質の取り込みは半減したが、DNAの修復合成 (repair synthesis) に対する影響は認められなかった。

過去に報告された研究により、大麻若しくはその化学成分のいくつか、動物における細胞の代謝及びガン細胞の増殖にいろいろな影響を及ぼす可能性があるという問題が提起されていた。このような影響を生ぜしめているメカニズムの一面が、正常な細胞中には見られず、異常な細胞中に見られるDNA代謝の抑制である。このように、大麻もしくはその化学成分のいくつかは、動物の腫瘍におけるDNA合成を特に抑制しているが、このような事態が人間の場合にも起きるとすれば、マリファナは、発ガン抑制薬物としての価値が認められることになるだろう。しかし、現在までのところ、大麻もしくは化学的に合成されたその成分又は天然大麻成分のいずれについても、人間のガン細胞の増殖を抑制するのに役立つことが証明されたものはない、ということを確認しておかねばならない。動物の場合、細胞の代謝にも関係のある細胞の免疫反応が大麻によって抑制されるが、これが人間の場合にも起こることが実証されれば、大麻やその合成物若しくは化学的に類似した薬物は、人間の臓器移植手術における臓器拒否反応 (organ rejection) の防止に役立つことになるかも知れない。

10) 脳障害に関する研究

イギリスの研究報告の中で、1971年に最初に発表された報告によれば、若い男性グループに生じた脳萎縮は、大麻の使用が原因であるとされている。この最初の研究では、3年ないし、11年のマリファナ使用の経験を持つ10人の患者が、総合的な脳の変化の発見に用いられる神経学上の技術である気脳写による検査を受けた。この研究者たちは、この研究の結果からすれば、大麻の常用を続けると脳萎縮を起こすことになるだろうと結論づけている。しかし、この研究については、すべての患者は、マリファナ以外の薬物をも使っていたので、右の結果とマリファナの使用との因果関係に疑問があること、比較グループの適性及び診断技術に疑問があったこと等の理由で非難された。しかし、この最初のイギリスの調査の重要性にかんがみ、これに関連して引き続き行われたその後の研究を簡単に回顧してみるのも必要なことである。

ギリシャにおけるマリファナの慢性的使用者に関する研究では、別の技術すなわち、超音波検査法が、マリファナの重度使用者に脳萎縮が起こっているかどうかを確認するために用いられた。このギリシャの研究の結果は、これを否定するものであった。すなわち、マリファナ使用者と非使用者との間には、脳全体の病理学上の証明の点で差はなかった。

その後ミズーリ州とマサチューセッツ州において二つの研究が行われた。この研究では、大麻の重度使用の経験を持つ若い男性の脳をCT（コンピューター断層撮影法）、つまり、脳の解剖学的構造を視覚化するための脳走査技術により検査した。この二つの研究のCTによる脳の走査結果は、対象者には大麻の使用経験があることを知らされていない、経験豊かな神経放射線学者によって解釈された。いずれの研究の場合も、大脳萎縮は証明されなかった。しかし、昨年度も強調したように、そのほかに強調しなければならない点がいくつかある。すなわち、いずれの研究の場合も、マリファナの重度かつ断続的使用の結

果として、微妙かつ永続的な脳機能の変化が起きる可能性を除外していないこと、及び、生存中の生物の脳についての肉眼的検査では明かにできないことであるが、毒性その他の理由により脳機能の障害が生じることは、十分あり得るという点である。しかし、今日（1979年末）までに完了した研究の中には、実験により研究される程度マリファナの服用量で、神経心理学的テストでの人間行動が慢性的な障害を受けることを証明したものはない。

ある研究者は、伝統的な頭皮記録技術（scalp recording techniques）のかわりに、サルの脳の中に電極を深く挿入する方法により研究したが、その結果、慢性的なマリファナの使用に関連して、脳に持続的な変化が起きることが発見された。この研究の行ったもう一つの実験では、アカゲザルに毎日マリファナタバコ1本を1週間あたり5日間吸わせることを6ヶ月間続けた場合、その結果として脳細胞構造に持続的な極微の変化が現れたことが報告されている。この二つの実験は、いずれも動物にマリファナを吸煙させた結果として、脳機能若しくは脳構造に微妙な変化が生じる可能性があること示すものであるが、このようなマリファナ吸煙による脳機能若しくは脳構造の変化が、人間若しくは動物にどのような行動をもたらすのかについては、現在のところ不明である。脳の電気的活動を測定するため、脳波（EEG）を使用した別の研究では、マリファナを急激に使用すれば、一時的に脳波に変化が生じることが認められたが、慢性的な大麻の使用に関連して、持続的な脳波異常が生じることは認められなかった。

11) 精神病理学

この問題については、本報告の前年度版でも触れられたとおり、それ以後この問題に関する新しい証明はほとんど行われていないのであるが、既に判明していることを繰り返すだけでもこの問題のことをよく知らない人にとっては有益なことと思われる。マリファナ使用による最も一般的な精神病理学的反応は、通常マリファナ反応が誇張さ

れてしまうことであり、その場合、人はマリファナの吸煙によって、釣合いのとれた物の見方（すなわち、現在体験していることは、マリファナの吸煙によって引き起こされた一時的な現実のゆがみであるということの認識）を失ってしまい、急性の精神不安を引き起こす。このような反応は、比較的経験の乏しいマリファナ使用者によく起こるようであるが、経験豊富な使用者の場合でも、予期せずに、多量のマリファナ（例えば、THC含有量の多いマリファナ）を使用した場合には、このような反応が起こるものである。この症状は一般に、厳然たる口調で安心感を与えると改善され、マリファナによる急性の陶酔による直接的影響が弱まるに従い、数時間で消失する。

一時的な軽度の妄想気分が起こることは、マリファナ使用者に共通することであり、妄想的防衛機制の強い人は、その他の悪性の急性反応を経験することも少ないといわれてきた。マリファナ使用者の反応は、マリファナ使用のセット（set）とセッティング（setting）により大きく左右されるものであることは、繰り返し強調されてきたことである。セットとは、個人がマリファナの使用に関しあらかじめ抱いている期待をさす。また、セッティングとは、マリファナを使用している間の物理的環境を意味する。一般にマリファナの使用者が、あらかじめマリファナの吸煙という体験について不安を感じており、かつ（若しくは）、マリファナを使用する環境が不安を感じさせるものである場合、その使用者には不安と軽微な妄想的反応が起こりやすいことが認められている。臨床的にみた場合のこのような印象が正しいことを支持する他の研究は、マリファナによる悪性の急性反応を測定するための質問紙を用いた実地調査にもある。この研究についての予備調査の結果によれば、大学生の中で、心気症の傾向の強い者、及び自己の生活に対する統制力が弱く外的事象に左右される者は、マリファナやその他の精神作用薬物に対する悪性反応を起こしやすいことが、明らかにされた。

大麻による陶酔に伴い意識混濁、見当識喪失、錯乱、顕著な記憶障害等の特徴を含む、急性脳症候群（acute brain syndrome）が生じる

ことが報告されている。このような症候群は、マリファナの服用量に関連する（異常に多量の服用量では顕著に関連する）ものであり、生来の人格よりも服用量により決定されるものと考えられている。この一連の急性症候群は、アメリカ合衆国ではあまり報告されたことがないが、これは、おそらく合衆国ではごく最近までは、強力な大麻が諸外国の場合にくらべて容易に手に入らなかったからであろう。急性脳症候群は、マリファナの有害作用が消失するに従い減退する。

特殊な大麻精神病についての描写は、主に大麻が一般的に合衆国よりも頻繁に使用され、かつ、その服用量も多い文明のもとで生まれた東洋の文学の中に見られる。しかし、このような精神病の症状の報告を正しく理解することは、現在でもなお困難である。なぜなら、精神病の診断は、ある程度、社会文化的要因に依存しているからである。更には、その病像は、マリファナ以外の薬物を使用していることや、必ずしも薬物使用に伴って生じたものではない精神病に以前罹患した経験があることにより、しばしば複雑なものになる。アメリカ合衆国の援助の下に、ジャマイカ、ギリシャ、コスタ・リカで行われた海外の研究では、マリファナ使用により、このような悪い結果が生じることは見出されなかったが、研究対象者であるマリファナ使用者の範囲が小さかったために、病気が極めてまれなものであったこととあいまって、このような精神病の発見が出来なかったものと思われる。

インドにおける一つの臨床研究では、長期にわたる大麻使用の過程において起きる妄想性精神病（paranoid psychosis）の特徴を、妄想型精神分裂病（paranoid schizophrenia）の特徴と比較した研究が行われている。この研究では、それぞれ診断に基づき、継続的に収容されている25人の患者についての比較が行われた。この報告によれば、大麻使用者は、漸次、大麻の服用量をふやして1日あたり数グラムまでの大麻を5年以上使用してきたものであった。この研究者は、大麻精神病に罹患していると診断された者の特徴として、奇異な行動（bizarre behavior）、粗暴性、狼狽、精神分裂病的思考方法の欠如、自己の病気に対する強い自覚等を挙げていた。大麻に関係した不調を

訴えた患者は病院へ収容され、メジャーランキライザーにより治療を受けることにより、急速に回復した。この臨床研究及びその他の臨床研究においては、マリファナに関連する精神病状態が生じた場合、それを生じさせる上において大麻が果たす役割を、その個人がもっている心理的問題やその他の環境により蓄積形成されたもの (environmental precipitants) が果たす役割と区別することは困難である。大麻の重度使用者は、大麻の使用を始める前に感情面の問題をもっていた者であることが多い。

上のごとき指摘は、十分に実証された精神分裂病の4症例に関する報告書中に、詳細な内容で報告されており、それによれば、マリファナを使用する前には、その精神異常状態が少なくとも部分的に寛解していた患者が、マリファナを使用することにより、その精神病症状が悪化したことが確認されている。上の報告の研究者は、結論として、「マリファナは、これを使用しても何ら異常をきたさない人も多くいるが、これは、精神分裂病患者に関してはあてはまることではない」と報告している。更にこの研究者は、丁度、精神分裂病以外の患者に対して、その使用する薬物が、その病気に対して危険な相互作用を生じさせる可能性があることを常々警告しているのと同様に、精神分裂病患者がマリファナを使用すれば、特別の危険が生じることを精神分裂病患者に対して警告すべきである、と主張している。

大麻と粗暴性の関連について詳細に調査した研究によれば、マリファナは、その大半の使用者を粗暴な行動に陥らせるものではないが、刺激に対する制御能力が乏しく、あるいは生来の人格に伴って特別のストレスが生じる状況下にある人には、マリファナの使用はすすめられない、と結論づけている。しかし、この研究者も指摘しているように、粗暴性を発揮させるという望ましからざる効果をもつものが、はたしてマリファナであるのか、それとも、アルコールを含むいろいろな種類の他の薬物であるのかは明らかでない。

ある研究者は多くの青少年が集まって催した祭りの際に、医療責任者として働いたときに扱った約5,000人の薬物関連の精神異常者につい

ての体験に基づき、マリファナ使用者の臨床経験を含むその臨床経験をまとめている。彼の経験では、マリファナによる重大な悪性反応はまれであったが、マリファナが広範囲に、かつ、無差別に使用されることには、懸念が抱かれるとしており、これに関するいくつかの資料を示している。特に、この研究者は、予期しないで効力の強い (THC含有量の多い) いくつかの大麻製品を使うと、効力の弱い大麻に慣れている人々には、危険が生じると考えている。また、この研究者は希有のことであるけれども、マリファナにより精神異常反応が起きることもあり得ると考えている。また、彼は、薬物による精神異常を経験したあとにも、精神病的症状が継続して起こることは、一般に考えられている以上に多いことを確認しており、追跡調査ができた症例のうち、5%ないし10%の者が精神病的症状を継続して訴えていることが認められた。いわゆるフラッシュバック (flashbacks) を訴える患者の中には、マリファナ以外の薬物によって、初めての bad trip を経験したものもいるが、これらの者が初めてフラッシュバックにより情緒障害の再発を体験する場合は、アルコール若しくはマリファナを使用したあとに引き続いて起こることが多かった。この研究者は結論として、「過去に感情障害、特に bad trip (すなわち、過去に使った薬物により引き起こされた情緒障害) の経験をもつ者は、アルコール及びマリファナを含む麻酔作用のある薬物 (intoxicants) の使用を避けるべきである。」と忠告している。最後にこの研究者は、現在の病院における救急室や精神病院における処置を、もっと判断の入る余地の少ないもの (less judgmental) に、また、患者を驚かしたり、強制したりすることの少ないものに環境を整えて、家庭的な安心できる、温情的かつ若者に受け入れられるようなものに変えるべきであると忠告している。

マリファナのフラッシュバック効果一つまり、薬物そのものによって引き起こされたものと類似の感情及び知覚変化の自然再発は一は、かねてから報告されている。アメリカ合衆国軍隊の大麻使用者についての調査では、フラッシュバックは大麻を頻繁に使用する者についても、

また、あまり頻繁に使わない者についても発生しており、必ずしも過去におけるLSD使用歴の有無とは関係していないことが明らかにされた。このようなフラッシュバックの体験が現れる形態は幅広いものであり、薬物関連の体験そのものが如実に再現される場合もあれば、過去の体験が緩和された形で喚起される場合もある。このような体験が起きる原因は明かではないが、このような体験を経験したものは、通常治療を受けたがらないし、拒否する場合もある。

マリファナを含む薬物に対する悪性反応に関する情報源の一つが、連邦政府の後援による薬物濫用警告網 (Drug Abuse Warning Network-DAWN) である。これは、全米的な情報組織であり、患者が病院の救急室のような施設に運ばれる際に得られる各種の使用薬物について、どの程度頻繁に使われているかの情報を提供しているものである。

1976年5月から1977年4月までの1年間に使われた薬物をみると、薬物関係の救急室における患者との接触で判明した使用薬物のうち、マリファナの順位は、13位であった。完全な資料が得られた年のうち、一番新しい年である1978年の1年間では、マリファナの順位は、6位に上昇している。このようなマリファナの順位の上昇をどのように解釈するかは必ずしも容易なことではないが、少なくともマリファナは、個人が救急を求める際の一般的な要因となっていること、また、マリファナ使用者が増加していることや、悪性反応を生じさせやすい効力の強いマリファナが以前にも増して容易に入手できるようになったことから、マリファナの重要性が増大していることなどの事実は、この順位の上昇から十分うかがえることである。

12) マリファナの慢性的使用による知的機能に及ぼす影響

マリファナの慢性的使用の結果として、記憶その他の知的機能の面に持続的な影響 (enduring effects) が生じるか否かの問題は、回答し難い問題である。ジャマイカ、ギリシャ及びコスタ・リカの3ヶ国において、慎重に管理された、マリファナの重度使用者についての三

つの研究では、この点を証明することはできなかったものの、これらの研究にはいくつかの但し書き (caveats) があつたことを触れておかなければならない。すなわち、研究の対象となったマリファナの重度使用者の数が少なかったこと、研究対象となった人口についての調査手続きは、仮にその人口が薬物を誘因として減少したとしてもそれを何ら反映するものではなかったこと、また、マリファナの使用方法が、アメリカにおける使用方法と異なるものであつたことなどという点である。総じて、この分野についての研究の大半は、マリファナの使用により知的機能の障害が起きることを指摘してきた。しかし、不幸にして、この分野における研究の性格は、満足するにはほど遠いものである。したがって、この問題は、特にアメリカの大麻使用者に関して、なお、相当な疑問が残る状況にある。

エジプトでは、大麻使用経験をもつ刑務所人口に関する遡及的研究があるが、この研究では、心理学的機能を検査する多数のテストを利用して、850人のマリファナの慢性的使用者群と839人の非使用者群とを比較した。この研究によれば、大麻使用者は、その精神運動作業 (psychomotor performance) が比較的鈍く、視覚の調整 (visual coordination) や図形の記憶力 (memory for designs) に障害が生じることが報告された。このような行動上の欠陥が生じるのは、農業地域出身の年輩の無学のマリファナ使用者よりも、都会出身の若い教育を受けたマリファナ使用者の場合に多く見受けられた。この研究は、その用いる対象例のとり方に問題があり、また精神測定学 (psychometric) 上の欠陥があるとして、強い批判を受けてきたが、同時にその研究者自身は、強硬にこれを擁護してきた。多くの問題点に関して、明かな意見の対立があるものの、この研究を繰り返し行い、更に原資料の分析をすすめることが望ましいという点での合意は得られた。

最初のエジプトの研究は、いくつかの方法論上の欠陥はあるが、莫大な数の実例を使用しているがゆえに、小規模な研究では見過ごしがちなマリファナの吸煙者群の間の小さな相違点をも十分に反映するこ

とになる。この研究に反対するいくつかの批判を考慮に入れた上で、この研究に使われたデータを入念に分析するならば、現在において利用できる情報だけでは、この研究の結果が妥当なものかどうかのついての結論を下すことはできない。

既に公表されている北部インドにおける慢性的大麻使用者の研究は、主に11人の男性使用者群(139人の長期大麻使用者の中から順次選ばれた23人の対象者群のうちの11人)と年齢、職業、既婚未婚の別等の点において一致する11人の男性非使用者群との比較対象に基づいて行われたものであった。研究対象となった大麻の使用者は、皆、一日当たりTHC約50mgに等しい大麻(THC含有量が1ないし2%の大麻タバコ5本ないし10本に匹敵する)を5年間以上使用していた。これらの大麻使用者に対しては、胸部レントゲン、心電図(electrocardiogram, EKG)、脳波(electroencephalogram, EEG)のみならず、各種の血液及び尿検査などを含む身体検査が施行された。

これらの対象者に対する心理テストとしては、知能や記憶についての心理テストのほかに、脳損傷の場合に障害を生じることのある知的機能についての幅広い心理テストも施行された。これらのすべての身体検査(但し、血液中の尿酸濃度を検査する実験室でのテストを除く。このテスト結果では、血液中の尿酸濃度は、大麻使用者の場合には、幾分か上昇することが認められた)の結果は、大麻使用者についても、また、非使用者についても正常なものであった。しかし、各種の心理テストすなわち、2つの知能テスト(大麻使用者の場合は、非使用者に比べて知能指数が9ないし11ポイント低い)、記憶測定テスト、幾何学的図形についての記憶再生作業、複式認識精神運動速度テスト(a test of combined cognitive psychomotor speed)、時間認識テスト(a test of time perception)等については、大麻使用者は非使用者に比べて、相当劣るという結果が出た。

残念ながら、このような結果に対して影響を及ぼしたと考えられる方法論上のいくつかの問題点は、この報告からは明らかでない。139人の長期にわたる大麻の重度使用者の中から23人が選ばれ、これらに対

しより慎重な検査が施行された上、このうち、11人のみが11人の非使用者群と対比された。最初の23人の選出方法は、無差別なものであったのか、それとも、容易に対象者として利用できる者とか、それ以上の検査を受ける意志のある者とか、参加を申し込むのに何らかの動機が必要である者等といった、無差別性の乏しい基準に基づいていたものであったのかは、明かではない。この研究の研究者自身は、大麻使用者についてみられた諸機能の障害は、大麻の使用によって引き起こされたものであったのか、それとも、このような障害は、大麻の使用の前からあったものかという点が問題であるとしている。そして、更に、大麻に関する機能障害の問題を最終的に解決するためには、展望的研究を行うことが望ましいと主張している。なお、粗食(inadequate diet)等の生活様式の側面が果たす役割については、大麻使用者の行動が非使用者のそれより劣ったものになる上での、一つの要素として見過ごされてはならないものである。大麻の使用者は、社会における貧困な階層に属するものであるから、大麻を購入する費用がかかるために、食物を購入する費用を相当程度減らすことになるであろう。現在においては、これらの研究結果は、学界を刺激するものとみなされねばならず、更に慎重に精査されるべきである。

大学生の大麻使用者と非使用者とを比較して、大麻の使用に伴い知的行動が減退するかどうかを調べたアメリカの研究には、少なくとも、大学生の行動を調査する限りでは、大麻の使用に伴って知的行動の減退が生じることを証明したものはほとんどなかった。過去の報告の中でも指摘されていたことはあるが、諸外国と比較した場合、アメリカの学校で学習してる学生の意欲が比較的高いことや、大麻の使用の程度がむしろ控え目であること、そして、大麻の使用によって行動能力に障害の起きた者は、早期に大学生活から脱落していった可能性があること等の事情があるために、このような限定された調査結果について広い解釈をすることができないのである。

13) 耐性及び依存症

大麻に対する耐性—すなわち、一定量の大麻を反復して与えた場合、大麻に対する反応が減退すること—は、今や十分に実証されたものといえる。外国の大麻使用者は、比較的少量の大麻にしか慣れていないアメリカ合衆国大麻使用者には有害となるほどの大量の大麻を使用することが出来たことから、耐性の形成ということがあるのではないだろうか、と初期のころから考えられていた。しかし、大麻の使用量、若しくはTHC含有量が明かなものについての研究を慎重に行うことにより、大麻の使用が長びくに従い耐性が形成されるということについての疑問は少なくなってきた。

動物と人間の行動や生理に及ぼすマリファナの影響に対する耐性の形成に関しては、既にいくつかの詳細な調査結果が公表されている。94日間閉鎖された実験病棟という環境の中で、30人の若い成人対象者の耐性形成を詳しく調査した報告書も公表されているが、この報告では、心拍数に及ぼす影響と主観的な酔いに対する耐性の問題が中心に扱われている。この研究のもつ実際上の意義は、経験豊富な頻繁に大麻を使う者は、経験の乏しい大麻使用者と比較して、一定量の大麻を継続して使用することに対して、著しい生理的変化や心理的変化を経験することが少ない、という点にある。この点は、大麻使用者は「逆耐性 (reverse tolerance) —すなわち、大麻の使用を繰り返せば、大麻に対する感受性が高まること—」をもつという初期の考えと対照的である。逆耐性という考え方は、おそらく初期のころに行われたいくつかの調査の特徴とされていた、比較的少ない服用量や使用頻度の少なさということから導かれた結論であろう。このような条件のもとでは、初心者 (neophyte users) は、大麻を使用すればどのような状態になるのかを学んでいく結果として、使用を繰り返しているうちに、マリファナによる主観的な効果を次第によく理解するようになり、マリファナの効果が強くなったと主観的に信じてしまうのである。マリファナが代謝される結果として生じる代謝物は、身体の脂肪中に維持

されるので、少量の大麻の服用を繰り返すことにより、身体の脂肪中に蓄積されていた物質の一部が排出されて、マリファナによる効果が強くなった、という可能性もあり得るのである。このような初期のころの考え方をどのように説明するとしても、マリファナの規則的な重度使用という条件の下では、耐性が生じることは今や明かになったものと思われる。

大麻の依存性の問題に移ると、この「大麻の依存性」という用語は、その意味が不正確に用いられており、大麻を使用できるならその使用を継続したい、というあいまいな欲求から、大麻の使用をやめることによって生じる身体的な禁断症状の発現まで幅広い意味で用いられている。

依存性という用語を、薬物使用をやめたときから明白な身体症状を経験することである、と定義すれば、現在においても、少なくともアメリカ合衆国におけるマリファナの社会的な使用形態とは異なる、研究室での大麻の極重度施用という条件の下では、上のような症状は起こり得るという実験による証明がある。このような実験室における条件の下で、大麻の使用をやめたあとに現れる変化には、次のごとき症状、すなわち、いらいら、落ち着きのなさ、食欲の減退、不眠、発汗、震え、吐き気、嘔吐、下痢等のいくつかが含まれている。マリファナの服用量を自分で選んで喫煙する大麻使用者について、上と同様の調査をした研究もあるが、この研究においても、大麻使用者の上のごとき症状の一部が経験されたと報告されている。このような、離脱症候群 (withdrawal syndrome) は、今までのところ、臨床的にはただ一つの公的調査報告で報告されているにすぎない。

5. 治療上の側面

過去10年間続けられたマリファナ研究によって得られた周辺の恩恵 (fringe benefit) は、マリファナを治療薬として使う可能性についての新たな関心が生じたことであった。これらの研究報告の過去の年度版で指摘されていたように、大麻は非常に広い範囲の人間の病気に対する治療に用いられてきたという古代からの歴史を有しているのである。ほぼ歴史が始まって以来、大麻は、世界各地において、医薬品として用いられてきた。1937年ころでも、なお、大麻のチンキ剤は、合衆国の薬局方 (United States Pharmacopoeia) に掲載されており、合衆国で治療目的に使われていたものと思われる。このように、大麻が初期のころ医薬品として用いられていたことについての一つの限界は、大麻の薬物としての効力が極端に多様なものであったことであり、活性がないか若しくはほとんどないに等しいものから、予想できないほど効力の高いものまであった。

大麻若しくはそれに近い合成薬物のもつ薬剤としての潜在的な有効性について、新たな関心が起こったことにより、広範囲の症状や病気に対してこれらの薬物を用いる実験が行われた。しかし、これらの薬物を治療薬として適用する場合、中には成功の見込みのあるものもあったが、最も有望な適用についてさえ、なお研究すべきことが多く残されているのである。

1) ガンの化学療法における鎮吐効果

ガンの化学療法に伴う極端な吐き気と嘔吐の治療にマリファナや THC 若しくはこれに関連する薬物を用いることが、これらの薬物の最も有望な使用方法としては、おそらく唯一のものであろう。これらの

薬物は、鎮吐剤としては必ずしも常に効果を発揮するものではないが、他の標準的な鎮吐剤が有効でない場合には時として役立つことがある。1970年に行われた初期の研究の一つでは、ガンの化学療法を受けた患者に対し THC を用いると、食欲の増進や体重減少の程度が少なくなる等の結果が認められた。その後、ボストンで行われた研究では、患者も医者もどの薬物が使われたのかを知らないという二重盲検法を行ったが、プラセボ (偽薬) と比較した場合、THC の方では、10人の患者のうち7人に鎮吐効果が現れた。これに対し、プラセボを使用した患者については、何らの効果も現れなかった。骨髄ガンの治療としてメトトレキセートの投薬を受けた15人の患者について最近行われた研究では、THC 若しくはプラセボのいずれかが無作為に投与された。THC の使用により、15人の患者のうち、14人に効果を示した。吐き気及び嘔吐の軽減する程度は、THC の投与量に密接に関連している。患者が、吐き気や嘔吐を経験した割合は、最高用量の THC を用いた治療期間ではその6%であったが、THC 投与量を半分にして用いた期間では、その44%であった。また、薬理学上活性のないプラセボを用いた期間では、その72%に上のような副作用が発現した。同一の実験の第二段階では、第一段階においてすぐれた治療効果を示した4人の患者について、再度、THC による治療を施したところ、今度は良い結果が得られなかった。其の理由は明らかではないが、この研究者たちは、実験の第一段階の間に、THC の効果に対する患者の耐性が上昇した可能性があるのではないかと、言っている。他の研究では、マリファナに関連した薬物とその他の標準的な鎮吐剤との相対的な効果を明らかにするため、両者を比較しようとしたものがある。113人の患者のガンの化学療法の際に、化学的にマリファナの成分に似た薬物であるナビロンと、標準的な鎮吐剤であるプロクロルペラジンとの比較が行われた。その結果、ナビロンに反応を示した者が80%であったのに対し、プロクロルペラジンに対して反応を示した者は32%であった。しかし、この治療薬であるナビロンの使用は、これが犬に毒性作用を示すことが明らかになったために、それ以来、中止されている。

各患者にプロクロルペラジンとTHCを用いた治験が行われたが、各薬物の投与を受けた200人の患者のうち、最初の66人が出した回答を部分的に分析してみると、それぞれの薬物がすぐれているとしたものが、それぞれ25人ずつであり、いずれの薬物に対しても中立の立場をとったものが12人であり、残りの4人は回答を示さなかった。最も一般的な副作用 (side effect) としては、どちらの薬物も眠けがあることであった。

結局、マリファナ、THC及びこれに関連する薬物は、ガンの化学療法の一般的な副作用である吐き気や嘔吐を治療する上において、有効なものであることが認められる。現在までのところでは、THC及びマリファナは、他の薬剤より常にすぐれているというわけではないが、他の薬物が比較的有效でない患者に対しては、有効なものとなるであろう。

2) 緑内障

マスコミで広く宣伝されているTHCの第2の治療上の使用法は、開放隅角緑内障で視力障害の原因となる眼内圧を緩和することである。この使用法は、正常な若い男性と実験動物のいずれの場合にも、眼内圧の低下が起こったことを明らかにした最初の研究が見出したものである。最初に行われたTHCのみを経口投与した場合では、その結果の良否はまちまちであったが、THCを他の標準的な眼圧緩和剤の補助薬として用いた場合には、極めて良好な結果が得られた。副作用を少なくしたより便利な剤型を開発する必要性から、点眼剤を作りこれを試みたところ、うさぎを使用したテストでは眼圧を緩和する見通しが得られたものの、人間に一度試したところ、眼に対する刺激があつて、効果は認められなかった。人間についてのテストの継続が、現在計画中である。

8人が高血圧であり、残りの8人はそうでない合計16人の緑内障患者について、マリファナを吸煙させる方法を使った最近の研究によれ

ば、正常な血圧の患者と比較すると高血圧の患者の場合には、眼内圧の低下は極めて高いことが認められた。

現在では、マリファナに関連する薬物は、単独で用いられた場合にも、また、普通の緑内障治療薬と併用した場合にも、緑内障の患者の眼内圧を低下させることが明かにされている。しかし、緑内障患者に対し、マリファナに関連する薬物を慢性的に使用した場合の長期的安全性と有効性については、明かにされておらず、また、これらの薬物が緑内障患者の視力を実際に維持させるものであるかどうかを明かにしようとする、長期間にわたるコントロールされた研究によっても、この点に関するデータは何も示されていない。

他の臨床上の適用例と同じように、天然の大麻に見られるような副作用の少ない合成物が、結局のところはより有効なものであろう。最も有効な効果を生むためには、どのような他の薬物と併用するのがいいかを明かにするための臨床試験を継続することは望ましいことであろう。

3) その他の治療上の用途

マリファナの治療用途については、その他にもいろいろな用途が指摘され、あるいは実験が行われてきた。マリファナが気道を拡張させることにより、ぜんそくの治療に有効であると考えられてきたが、マリファナには肺を刺激する性質があるために、かえってその有用性が減殺されているものと思われる。マリファナの噴霧式吸入剤が、幾分有効であることが明かにされたが、これも肺を刺激するので、商業的には有用なものではないであろう。上のような問題はあるけれども、マリファナの関連薬物は、伝統的な薬物とは違った薬理活性機構をもつために、他の薬物では効果を現さない患者に対して有効となる場合があるので、今なお、一定限度での有用性をもつものといえるであろう。THC及びマリファナには、けいれん発作を起こす作用と同時にこれを抑える作用があるというパラドックスのゆえに、一方では、マリ

ファナをてんかん患者の治療に使うのは有意義であるという関心があり、また他方ではマリファナには発作を抑制する効果があるのだろうかという疑問もあるのである。動物実験の結果では、これらの薬物は発作を少なくする場合もあれば、逆に増やす場合もあったわけで、その結果は、実験のやり方いかんによって決まるものである。緑内障の治療の場合と同様に、マリファナのいくつかの成分は、標準的な発作抑制剤を併用すれば有効なものになる可能性はあるが、その有用性は、現時点では限定されたものにすぎないようである。若いてんかん患者について小規模な調査を行ったものがあるが、これによれば、患者の発作に対して大麻が特別な効果をもつかどうかは明かにできなかった。この点についての現在の我々の知識は限られたものであり、マリファナがてんかん患者に対し悪い影響を及ぼす可能性があることからすれば、てんかん患者に対するマリファナの使用に対しては警告を発すべきものと思われる。マリファナが対麻痺の際の筋肉痙縮や多発性硬化症の患者の筋肉痙縮を緩和するという臨床報告はいくつかあるが、この研究は現在まだ初期の段階にあり、体系的な研究に基づく有用性は、まだ確認されていない。マリファナを抑うつ状態や痛みの治療、またアルコール中毒や薬物依存の治療の使うという、その他の応用が有効なものかどうかについては、様々な考え方がとられてきた。マリファナのこのような用途については、まだ十分な研究が行われていないが、現時点では、有効であるという証明はほとんどない。

マリファナ及び（又は）その合成成分は、治療薬としてある程度有効であることが明らかにされたが、このような薬剤は、その応用が限定されるにしても、標準的な薬剤として一般的に認められるようになるまでには、更に研究を続けることが必要であることを強調しておかなければならない。

若しマリファナについての一貫して有効な医学上の使用方法が発見されるとすれば、そのために使われる成分は、天然のマリファナの成分に化学的に関連するものではあるが、同一のものではないであろう。

大麻、その合成成分の一つ若しくは化学的に類似する合成物が、も

う一度、現代の医薬品としての地位を占めるかどうかは、いくつかの問題をどう考えるかにかかっている。その一つの問題は、薬学的に好ましい効果は、慢性病に対しては、必ずしも常に有効なものではないということである。天然の大麻が有する多くの効果に対して耐性が生ずることは、既に明かなことであるが、この点は、新しい類似の化学合成物についてもいえることである。他の新薬の場合と同様に、化学的に類似する物質は、その毒性と治療上の効果の両者を慎重にテストされる必要があるのである。このテストの過程には時間がかかり、当初においては有効な効果を示していた新薬であっても、結局は当初予想されなかった使用上の障害や限界が明らかになったために捨てられたものが多数あるのである。

6. アルコール及びその他の薬物と併用した場合のマリファナの効果

マリファナは、一般にアルコール及びその他の薬物と併用されるのが普通であるから、これらの薬物の複合した作用は、重要な意味をもっている。

薬物の服用量の幅とその相互作用の幅が極端に広範囲のものであるとすれば、マリファナが他の薬物と併用された場合の効果についての現在の我々の知識が、今なお限られたものでしかないということは、驚くに足らないことである。このように我々の知識が限られたものでしかないということは、アルコールとマリファナという最も一般的な併用形態の場合についてもいえることである。

これに関連する問題は、若しアルコールとマリファナが同じ程度に利用できるものであった場合、マリファナの使用がどの程度アルコールの使用に代わるかという問題である。1960年代のマリファナ使用者の中には観念的にアルコールの使用に反対するものがいたけれど、現在では、マリファナとアルコールの併用が一般に増加しているようである。アルコールとマリファナがそれぞれ均等に利用できる条件のもとでは、どのような結果が生じるかを明かにすることはできないけれども、10代の者や若い成人の間でマリファナの使用が増加した結果、アルコールの使用が減ったという徴候もない。研究者の中には、実際にマリファナの重度使用とアルコールの重度使用の間には、明かな相関関係があると指摘したものがいる。すなわち、マリファナの重度使用をする者は、マリファナを使用しない者若しくは使用頻度の少ない者と比べて、アルコールを飲む傾向が強いということである。小学校から高等学校までの子供に関して行った大規模かつ長期間にわたる調査の結果によれば、マリファナの使用を早くから始めているか、若しくはマリファナの使用を規則的か

つ重度に行っている子供は、一般にアルコール（及びタバコ）の使用も早くから始めている場合が多いことが明らかにされた。閉鎖された実験病棟内で、若い男性に対して行われたマリファナ使用の研究結果によれば、マリファナを吸煙する場合は、アルコールが容易に入手できるかどうかに関係なく増加したのに対し、逆に、アルコールを使用する割合は、マリファナを利用できる時には減少したことが認められた。このように、アメリカの文明社会では、マリファナが自由に手に入るなら、どのような事態が生じるかという大問題は、容易に結論を出せるものではないのである。おそらく、マリファナ使用者の間で形成される日常の社会生活の態度や抑制力いかにによって、決まることであろう。

動物にアルコールと大麻（若しくは、THC）を併用させた場合の行動上の影響に関する研究によれば、一般に、各薬物が単独に使われた場合よりも併用された場合の影響の方が大きいことが明らかにされた。例えば、アルコールによる睡眠時間をネズミで実験したところ、アルコールを与える前にマリファナの抽出物若しくはTHCを与えた場合には、アルコールだけを与えた場合に比べてその睡眠時間は3倍に増加した。通常、動くベルトの上にとどまる動物の能力の障害とはならない程度の量のTHCを動物に与えた上、更にアルコールを与えると、アルコールによる動物の行動上の障害の程度が大きくなることが認められた。動物にアルコールとTHCを同時に投与すると、条件回避（conditioned avoidance）、つまり学習により有害な刺激を避けること、一般的な活動能力、心拍数、体温などは、それぞれの薬物を単独で与えた場合よりも強い影響を受けることが認められた。

今日までの人間についての研究の結果は限られたものではあるものの、それは一般的には動物実験の結果と一致している。社会的に一般に飲まれている程度のアルコール量を使用した実験では、マリファナと併用した場合の人間の行動力の低下の程度は、それぞれの薬物を単独で使用情况よりも大きいことが明らかにされた。このような人間の行動力の減退は、推論（reasoning）、手の器用さ、起立時静止力（standing steadiness）などの点に見られた。マリファナとアルコールを併せ使用

した40分後の時点における影響の程度は、それぞれの薬物を単独で使用した場合の影響よりも大きかったが、2時間40分後における影響の程度は、THCを単独で使用した場合よりも少なかった。このように、状況によって明かに拮抗的な作用が生じるのは、アルコールとマリファナという薬物が身体から代謝される率が異なることによるものであろう。ごく最近の研究によれば、アルコールをTHC投与の1時間後に与えた場合、二つの薬物の効果は、明かに相加性 (additive) なものであることが認められ、二つの薬物を併用した場合には、それぞれを単独に使用した場合よりも、反応時間、認識行動、起立時静止力、精神運動の総合能力が減退する傾向が強いことが認められた。

眩視からの回復—強い光にさらした後、光に順応するまでにかかる時間—の測定については、それぞれの薬物を単独で使用した場合より、併用した場合の方がわずかに大きいことが認められた。

アルコールとマリファナの副作用を扱った研究があるが、この研究者は、この二つの薬物を同時に使用することは、心臓病をもつ人には危険であると警告している。20歳から29歳までの7人の健康な男性について行った研究によれば、適度の量のアルコールを飲んだ後、マリファナタバコを吸煙すると、強い吐き気や嘔吐を起こした者が7人中4人いたことが認められた。この研究の対象者が飲んだアルコールの量 (体重1キログラムあたり1グラムのエタノール若しくは、154ポンドの平均人に対し約57ccの純粋アルコール) はそれぞれ90度のアルコール飲料1.50オンス三杯分に等しいものであった。4人の男性は、誰しもその悪影響の程度が最も激しい間は、顕著な無能力状態になったが、3、4時間経つと回復した。7人の対象者が必ずしも同様の影響を受けなかったという事実は、個人によって大きな反応上の差異があることを示すものである。例えば、一人の対象者は、マリファナとアルコールの影響下にあるときには顕著な心拍数の低下—1分あたり150から36の低下—を経験している。最初に使ったアルコールの量の半分の量を使用して、同じ実験を繰り返した場合、悪影響は何ら生じなかった。これらの対象者は、薬物を遊び的に (recreationally) 用いた場合に上と同じような悪い結果が生

じたことがあったことを認めている。

動物及び人間について行われた研究を総合すれば、アルコールとマリファナを同時に使った場合には、それぞれを単独に使った場合よりもその効果が大きいものであった。しかし、その効果の程度と持続時間は、使われたアルコールとマリファナの服用量、測定した効果の種類及びこれらの薬物の投与間隔等によって、いろいろ変化するものと思われる。アルコール又はマリファナを単独で使用する場合と同様に、両者を併用する場合にもこれらの薬物に対する個人的な反応の差異があることは確かである。

動物実験の結果、アルコールとマリファナの間には交差耐性 (cross tolerance) があるのではないかという問題が生じた。交差耐性というのは、一つの薬物を規則的に使うと、別の薬物を使用しなくても、その薬物に対する反応が弱くなることを意味する。ネズミを使って行われた最近の研究では、アルコールとTHCの両者をネズミに使用した場合には、アルコールだけを使用した場合に比べて、アルコールに対する耐性の形成が極めて早いことが明らかにされた。人間の場合には、この交差耐性の問題は、まだ解決されていない。男性の重度マリファナ使用者が、100度のアルコールを4ないし5オンス飲んだ場合、マリファナの非使用者が同量のアルコールを飲んだ場合と比べて、その行動に対する影響の程度が弱いことを証明した研究はあるが、それと同様の条件の下で行われた人間の行動についての研究によれば、上の傾向は、統計的には重要なものではないことが明かになった。(すなわち、マリファナ使用者であるか否かによって、上のような結果の違いが生じたのは、過去においてマリファナを使用したことに基づくものというより、むしろ、偶然の結果であらうということが明かにされた)。

アルコール以外の薬物とマリファナとを併用した場合の人についての相互効果に関して行われた研究は少ない。しかし、限られたものではあるが、このような相互効果は重大なものであることを指摘する証明もある。若い男性成人に対して、THCをかなり多量に服用させた場合の研究では、マリファナの慢性的使用は、体中のパルビツレート吸収率と

もに、その体中での残留時間に影響を及ぼすことが指摘されている。アンフェタミン類とアルコールを人体に併用した研究については、極めて限られたものがこれまでに行われている。その一つの研究によれば、この2つの薬物を同時に使用した場合には、それぞれを単独使用した場合よりも、主観的な酔いの強さが大きくなるとともに、その残留時間が長くなることが明らかにされている。

マリファナを使用することによって、一般の治療薬の吸収、分散、代謝などが変化する可能性があるという問題が提起されている。ネズミによる実験では、アスピリンは、血液中のTHC濃度を増加させるとともに、血液におけるTHCの消失率を減少させることが明かにされた。使用形態や服用量がいろいろ異なって用いられる多くの治療薬が広く使用されている現状においては、解決されるべき問題がまだまだ多く残されているといえる。

7. 他の遊び的薬物と対比したマリファナの危険性

しばしば提起される一つの問題は、マリファナは、アルコールやタバコと比べた場合、どの程度危険なものであるかということである。このような比較をすることは、興味を起すものであると同時に、いろいろな理由から誤解を招くものでもある。アルコールやタバコの使用とマリファナの使用とを比較することは、社会的な受容性や使用されてきた期間、利用できる程度などの点において大きな相違がある薬物を比較することになる。アルコール及びタバコの危険性については十分よく知られており、また、これらのものに関する社会保険及び公衆衛生上の費用も高くついている。例えば、アルコール使用者のうち、優に10%の者は、アルコール問題をかかえているといわれており、合衆国における自動車による致死事件の半数は、アルコールが原因である。肝硬変、精神病、犯罪及び業務上の事故等の問題の場合に、アルコールがもたらす保健上の経費がどれ位であるかは書類上明かであるし、タバコについても同様の分析はできる。これに対し、マリファナが大衆的な物質となったのはつい最近のことであり、また、これは現在なお違法な薬物とされているし、その使用態様のほとんどは、常習的なものではないのである。更には、健康上の危険性を十分に特定できるタバコやアルコールと違って、マリファナの使用による健康上の危険性は、十分知られていない。薬物がもたらす危険性を考えるに当たっては、その現在における使用態様のみならず、将来予想される使用態様をも考慮に入れておかなければならない。現在において、薬物がもたらす危険性を考えるにあたり考慮すべきこととしては、我々の社会において様々な使用態様をしているいろいろなグループに対する危険性の媒介変数、使用の際のふさわしい環境、使用者の身体の諸機能に及ぼす影響や、より重度の使用パターンへの動機付け、使用についての規制の程度、他の薬物との併用問題等のような

計り知れない問題が含まれているのである。アルコールが伝来した時の歴史が物語るように、薬物が一定の社会にもたらす問題をあらかじめ予想することは大変むずかしい。このように、現在における使用のレベルのマリファナが及ぼす健康上の影響を、アルコールやタバコのそれと比較すれば、必ずマリファナの危険性を過少評価することになる。しかし、現在におけるマリファナの使用のレベルとして予想されるものによって、上の比較ををするとしても、それは、しよせん疑問のある多くの仮定に基づくことになるし、最悪の場合には、危険な誤解を招くことにもなりかねない。したがって、このような比較をすることは、マリファナのもたらす危険性の媒介変数が、現在より以上に詳しく明かにできる時期がくるまでは無益なことであり、また、望ましくないこともある。

8. 将来への指針

過去10年間ににおいては、連邦政府によるマリファナの研究が優先的に重視されてきたために、大麻とその効果に関する我々の知識の増加は著しいものがあつた。マリファナに関する基礎的な化学知識、身体内におけるマリファナの作用の態様、マリファナの急性効果及び慢性的効果等の問題についての我々の理解は、急速に拡大されることになった。しかしながら、今なお、我々の知識が簡素なものでしかない分野が数多くある。例えば、マリファナの使用が少女や成人女性の健康とその子孫の両者に対してどのような意味をもつのかについては、我々はわずかなことしか分かっていない。アメリカにおける大麻使用者のほぼ半数は、子供を出産する年齢の女性であるから、この点は、将来の研究にとって重要な分野である。

マリファナの使用が、年少少年にも及んできた—10年前には、マリファナの使用は、ほとんど若い成人に限定されていたが、今では相当な数のマリファナ使用者が、10代初めに属する者となっている—ので、この10代初めの年代の少年たちが、マリファナを使用すればどうなるのかを理解する必要性は、避けることのできない問題となった。残念ながらマリファナ以外の薬物の効果やマリファナの使用以外の生活様式の効果と区別して、マリファナの効果そのものをとり出すことは、必ずしも容易なことではない。どの年代の人であろうとも、マリファナの重度使用者の場合は、非使用者や軽度使用者の場合よりも、マリファナに併せて他の薬物をも摂取することが多いのである。これまでみてきたように、巷間のマリファナは、その効力において活性がないか、若しくは、ほとんど活性がないのに等しいものから、精神作用の強い多量のTHCを含有するものまで幅広いものとなっているのである。

慎重に管理された動物実験—そこでは、遺伝及び学習歴のように全く

異なる諸要素が、特定されうる一は、非常に有効なものであるが、動物と人間との間には重要な差異がある。例えば、マリファナはたいていの動物の心臓の活動を低下させるが、人間の場合には、これを活発化させる。また、特別な器具によって、動物がマリファナを吸煙するようにしむけることが出来るようになったが、人間がマリファナを使用する場合の特有の条件を動物にまねさせることは容易でない。

マリファナ研究についての中心的な責任機関となっている保健教育福祉省の下部組織である国立薬物乱用研究所 (NIDA) は、研究の新しい方針についての決定に参加するコンサルタントとして、民間の化学者を繰り返し起用している。考えられてきた中心課題の1つは、タバコの吸煙の効果を決定するために行われてきたものと同じような、大規模かつ長期間の疫学研究を行う必要性についてである。しかし、アメリカにおけるマリファナの使用程度は、マリファナ使用者人口の大半にとっては、ひかえめなものであること、そしてアメリカで使用されるマリファナの効力は、多様なものであること等の事実のために、このような研究方法を行うとしても、その莫大な費用にみあうほどの結果をうみ出すものとはいえないであろう。このような研究方法のかわりに、この研究者が行ってきたことは、マリファナの使用が危険性の高いグループの人に対してどのような意味をもつかを調査するとともに、既に確認されているいくつかのマリファナの特別の効果に焦点をあわせた、いろいろな種類の比較的小さな研究を援助することであった。

この研究所は、そのコンサルタントの勧めに従い、特に、人間の感受性が最も高い時期におけるマリファナの使用がどのような意味をもつかについての研究に関心を寄せている。この感受性が最も高い時期といわれるものには、幼年時代、青年期、胎児成長期などが含まれている。子供や青年、若年成人らに対し、マリファナがどのような影響を及ぼすかを明らかにするための大規模な研究を行うに当たり、費用の面でも有効な手段は何かを決定するために、標準化された健康管理を受けているグループに関する研究が現在行われている。

いろいろな材料から効果的にデータを集めることを可能にする、標準

化されたデータ集計方法の開発も、現在追求されている。これによれば、単一の研究で利用できる範囲より広い範囲の実例を使って、マリファナの使用がもたらす意味についての調査を行うことが可能になる。更に、このような標準化された方法を用いると、他の資料によるデータとの比較が可能になる。

薬物併用のパターンが次第に重要なものになってきたことから、このような使用形態がどのような意味をもつかという問題も研究されつつある。アルコールとマリファナの同時使用が最も一般的な併用の形態であるけれども、マリファナをアルコール以外の合法的な薬物あるいは違法な薬物と併用する使用者も多くなっている。このような使用形態とそのもたらす意義についても研究されなければならない。

一つの研究方法だけで十分であるというようなものは、ありそうにない。マリファナの成分が細胞膜での代謝にどのような影響を及ぼすかに関する研究の場合と同じように、マリファナの使用形態の変化についての社会心理学的研究の方法は多様なものであるが、そのすべてがマリファナの使用のもたらす意味についての全体像を一層明らかにしていく上で、重要なものである。また、単一の研究だけで、マリファナの効果についての我々の関心に対して確実的な回答をもたらしてくれるということもありそうにない。他の薬物の場合もそうであるように、我々の理解の範囲は次第に増加するものであり、また、マリファナの効果は、均一のものではなく、使用者の年齢や精神状態及び健康状態並びにマリファナの影響に対する感受性についての個人差などにより、相当な違いが生じるものである。

最後に、子供や青少年層におけるマリファナの使用が増加している傾向があるとすれば、我々としてはマリファナの使用を思いとどまらせるために、更に効果的な方法を開発することが重要なことになってくる。この分野では、ある程度の進歩が遂げられてきたけれども、マリファナの重度使用者となる危険性の高い個人やグループについては、研究すべきことがまだ多く残されている。マリファナが個人的な害を及ぼすに当たり、どのような要素がその役割を果たしているのかについての理解が

すすめば、我々は、一般的なマリファナ使用者に対する予防策よりも、むしろ、マリファナによって最も重大な悪い影響を受け易い人々に対する予防策を目標にできるようになると思われる。保健教育福祉省の後援によって、1980年に行われる予定のマリファナに関する独立した再調査は、大麻の使用のもたらす意味を探究し、それに対処するための最良策は何かを探究する過程を前進させる上においての重要なステップとなる。この調査によって、現在の我々のマリファナに関する知識についての新たな見直しがなされて、将来に対する研究の方針が明かにされると思われる。また、この再調査には、恐らく、マリファナの使用による生理的効果についての研究のほかに、青年が友人の誘惑に抵抗する時に役立つ介入戦略のような、マリファナ使用の関連問題に対する行動研究なども含まれるであろう。この再調査結果の報告は、ほぼ一年以内に行われるものと期待されている。

(完)

Ⅲ 大麻によって発現する 動物の異常行動

福岡大学薬学部応用薬理学教室
教授 藤原道弘

1. はじめに

大麻 (cannabis, marihuana, hashish) は古来より酩酊をもたらす物質として知られ、宗教、占術、戦争に用いられた。また、医薬の目的で用いられたこともあり、日本では、1886-1951年までの薬局方に、印度大麻 (草, エキス, チンキ) として収載され、鎮痛、麻酔薬として扱われてきた。その使用の目的も次第に精神効果を求めるようになり、嗜好、享乐的乱用に変豹し、20世紀から世界的問題として広がっていった。

大麻は一般には、その作用によっては耐性の形成はあるが、身体的依存をおこさず、精神的依存だけをおこす薬物とされている。米国における大麻乱用調査でも使用期間の大部分が2年以内であり、毎日何回でも使用を続ける重症例も少なく、アルコールほど大きな問題はないとされていた。しかし、マリファナ乱用者の殆どはコカイン、LSD-25、ヘロインなど、さらに強力な薬物に移行しやすい 'stepping stone' 的役割をすることが問題である。

大麻の精神作用の本体は Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) であり、大麻あるいはTHCの摂取は、ヒトの精神機能に著明な変化をもたらすが、生理機能への影響は非常に弱い。大麻摂取による身体の急性症状は、まず心拍数の増加、眼球結膜の充血、四肢血流の増加が認められる。その他、筋力の低下、口喝、めまい、悪心、嘔吐、頻尿、平衡感覚の障害がみられる。大麻常習者は、食欲が亢進し、甘い物が欲しくなり体重増加を伴う。THCによる精神作用は、知覚機能、思考過程、情動および気分などの異常が現れる¹⁾。その作用は喫煙者の性格、生活歴、摂取時の環境や気分、あるいは期待感によって大いに左右される点が特徴であり、他の乱用薬物の作用とは全く異なっている。その精神作用は、視覚・聴覚の異常、時間・空間的認知の異常、思考過程の異常、被暗示性の増大、感情の平板化、自発性の低下、思考能力の低下および記憶障害を起こす。大麻の長期乱用による慢性人格障害として無動機症候群 (amotivational syndrome)、失見当識や意識変容、

パニック、妄想状態がみられ、これらの精神病症状は乱用をやめた後でも遅延固定する。一方、動物に対しても角膜反射の消失、体温下降などの生理作用の他に、少量では興奮作用、中等量以上では鎮静作用がみられ、amphetamineの増強作用と睡眠増強作用の両面の作用を併せもつ booster 的役割を有するなど複雑な中枢作用を有している。従って、ラットの行動に及ぼす大麻の作用は、実験条件、飼育条件によって著明に影響されることが容易に予測できる。また、THCを動物に連用しても依存や耐性が発現することもないことから、大麻の乱用は依存性の面からみるとほとんど問題にならないと言える。この点、麻薬や覚せい剤とは大いに異なる点であるが、むしろ問題はTHCの精神作用そのものであると考えなければならない。そこで、THCの精神毒性について詳細に研究する必要がある。ここではラットの行動を指標にしたTHCの中枢作用に関する我々の研究について述べる。

2. 構造、生合成および代謝経路

THC (図1) は、植物中では Δ^9 -tetrahydrocannabinolic acid (THCA) として存在し、これ自体には薬理作用がないが、アサを採取して調整保存中かあるいは吸煙時に熱による変化で脱炭酸をうけ、活性のあるTHCに変化する(図2)。さらに、THCは酸化をうけて、THCより5~6倍の活性をもつ11-hydroxy THCが生成される。この

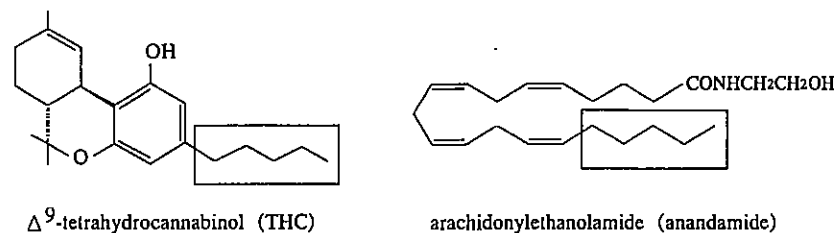


図1 Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) と arachidonylethanolamide (anandamide) の構造式。

11-hydroxy THCは皮下脂肪層に長期間残留することが知られている。

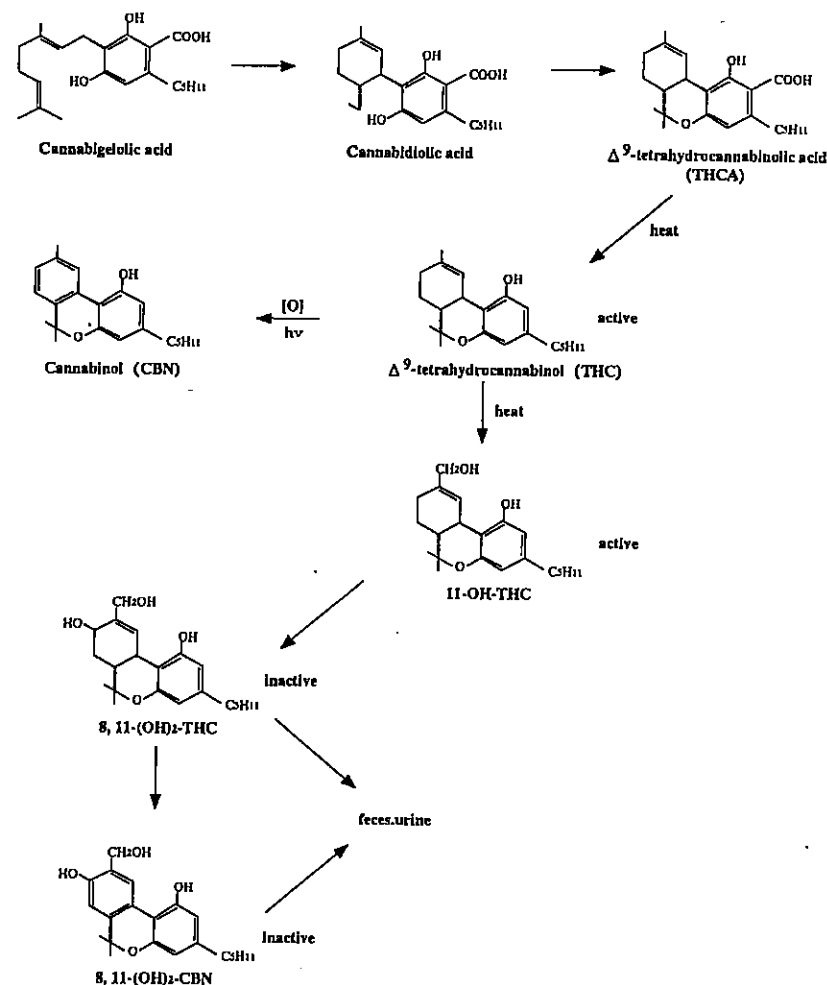


図2 THCの生合成と代謝

3. 大麻によって発現する動物の異常行動

1) ラットの行動変化²⁾

THCは用量によって様々な行動変化を示す。2-4mg/kgを腹腔内投与すると、自発運動の亢進がみられ、8-10mg/kgを腹腔内投与すると、逆に自発運動は低下し、腹部を床につけたままゆっくりと歩き回ったり、あるいは首を丸めてうずくまるようになる。またこの用量では激しく物を嗅ぎ回る常同行動や、体に触れたり、息を吹きかけるような刺激を加えると激しく鳴き声を発するなどの被刺激性の増大が観察される。さらに、後ずさり (walking back) や後肢を軸にして方向転換する (pivot) など、正常ラットでは決して見られないような異常行動が発現する。このような異常行動はLSD-25やmescalineなどの幻覚剤に共通してみられる現象であるが、首振り運動 (head twitch) の発現はみられないことから、他の幻覚剤とは脳内作用機構が異なる。THCによるwalking backやpivotの発現頻度は30日間慢性投与しても同程度であった。すなわち、THCによる異常行動は慢性投与しても耐性も逆耐性も示さなかった。また、THCの投与を中止すると直ちに異常行動は消失した。

2) カタレプシー惹起作用^{3, 4, 5)}

THC投与によって通常、ラットは前述したように音や接触などの刺激によって大きな鳴き声を出すなど被刺激性の増大がみられるが、光や音など外来刺激のない暗室で行動観察を行うとTHCの投与によってカタレプシー様不動状態が発現する (写真1, 2)。しかし、このカタレプシー様不動状態は音、光、接触あるいは軽く息を吹きかけただけで、直ちに消失する。一方、抗精神病薬の大量投与によっても著明なカタレプシーを発現するが、これは錐体外路系障害のため正常姿勢にもどすことは不可能である。そこで、THCによるカタレプシー様不動状態の特性について、抗精神病薬のハロペリドールのそれと比較検討してみる (図3)。THCおよびハロペリドールによるカタレプシー様

不動状態はいずれも中枢性抗コリン薬である atropine や biperiden, 抗うつ薬の imipramine によって抑制される。THCによるカタレプシー様不動状態は、カテコールアミン agonist の amantadine やセロトニン (5-HT) agonist の L-5-HTP や 5-Me ODMT によって著明に改善される。一方、ハロペリドールによるカタレプシーに対して amantadine

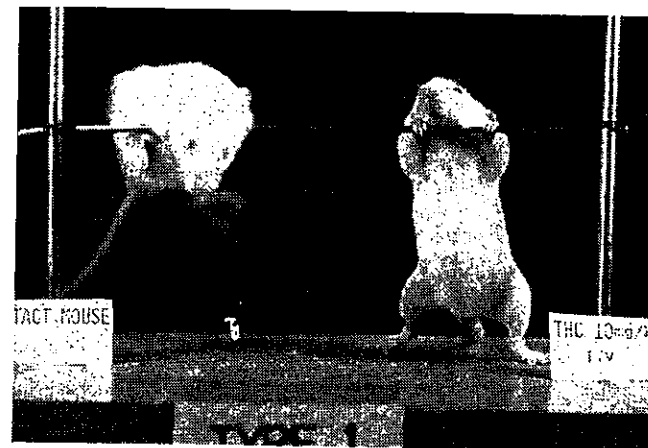


写真1

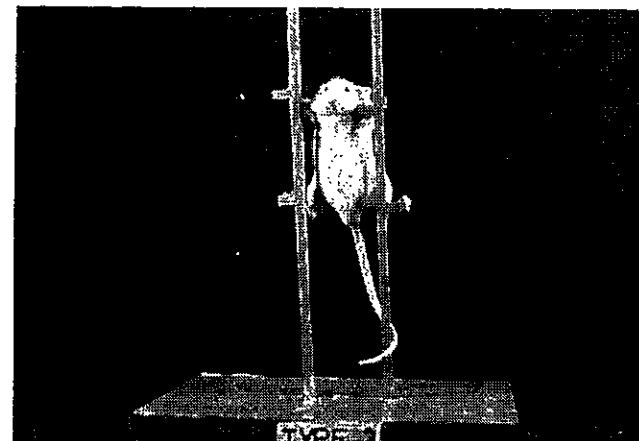


写真2

drugs	catalepsy		regions	catalepsy	
	THC	HPD		THC	HPD
chlorpromazine	↑	↑	<lesion sites>		
physostigmine	↑↑	↑↑	nucleus accumbens	↓↓↓	—
atropine	↓↓↓	↓↓	caudate putamen	—	↓↓↓
biperiden	↓↓↓	↓↓↓	substantia nigra	—	↓↓
L-DOPA	↓	(↓)	lateral hypothalamus	↓↓	—
amantadine	↓↓↓	↓	ventromedial hypothalamus	↓↓	—
L-threo-DOPS	↓	—	central amygdala	↓↓↓	↓↓↓
imipramine	↓↓	↓↓	<microinjection>		
L-5HTP	↓	—	nucleus accumbens	↑↑↑	
5-McODMT	↓↓↓	—	lateral hypothalamus	↑↑	
			ventromedial hypothalamus	↑↑	

↑ : potentiation, ↓ : decrease, — : no change

図3 THCによるカタレプシー様不動状態の特性

が改善作用を示すが約40倍量を要し、5-HT agonist では改善作用が認められなかった。次に、THCの脳作用部位についてラットの脳内局部破壊実験を行った結果、側坐核 (Nucleus Accumbens: NAc) や扁桃体中心核 (Central amygdaloid nucleus: ACE) の破壊によってTHCによるカタレプシー様不動状態の発現は著明に抑制されたが、haloperidol によるカタレプシー発現に重要な脳部位である尾状核-被殻 (Caudate Putamen: CP) の破壊では何ら影響を示さなかった。このように、THCによるカタレプシー様不動状態の発現は運動機能に關与する錐体外路系の障害によるのではなく、意欲や情動に關与する側坐核や扁桃体の障害によるものである。しかも、これらの部位のカテコールアミン神経や5-HT神経の機能低下が密接に關与している。またTHC投与によるラットのカタレプシー様不動状態は意識改善薬によっても著明に改善されることから無動機症候群に相当すると考えられる。さらに、THCによるカタレプシー様不動状態はTHCを21日間慢性投与によって発現頻度が増加することなく耐性を示すこともなかった。しかし、テスト試行回数に比例して不動状態に陥りやすかつ

た。

3) 攻撃行動の発現 (5, 6, 7)

THCによる行動変化のうち、実験条件に最も影響を受けやすいのが情動行動の変化である。我々は、THCを投与したラットのうち鎮静を示すものと攻撃行動を発現するものがあり、特に攻撃行動の発現はストレスと關連することが推測された。そこで、ラットを単独隔離飼育することによって実験的に心理的ストレス状態を作り出し、この飼育条件下におけるTHCの作用の変化について調べた (図4)。ラットを長期単独隔離だけでも10日後から差し出した棒に激しく攻撃したり、侵入したマウスを噛み殺す (muricide) などの攻撃行動が発現することはよく知られている (図4上段)。しかもこの攻撃は自然の動物界で見られるところの侵入者に対する攻撃であるため、侵入したマウスを

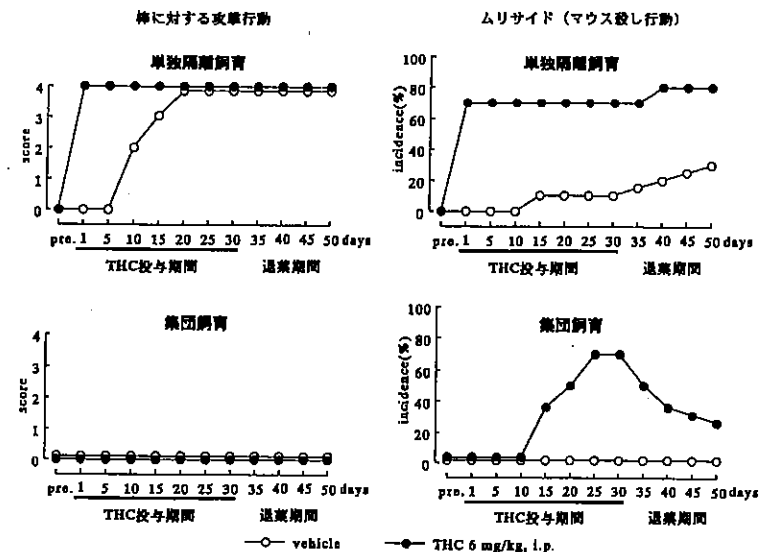


図4 THCの30日間連続投与によって発現する棒に対する攻撃行動およびムリサイド (マウス殺し行動)
上段: 単独隔離飼育ラットにTHC 6 mg/kgを腹腔内に30日間連続投与すると初回から著明な棒に対する攻撃行動およびムリサイドが発現した。これは退養後も同様にムリサイドがみられた。
下段: 集団飼育ラットにTHC 6 mg/kgを腹腔内に30日間連続投与すると約2週間までは正常時とかわらないが、15日目に著明なムリサイドの発現がみられた。また、被刺激性を伴う攻撃行動が発現した (写真3)。

噛み殺すと、それ以上は攻撃することもなく、食べることもなく、また、チョークや木片に対する攻撃もなかった。これに対して単独隔離したラットにTHC6mg/kgを腹腔内投与すると、その60分後には棒に対する攻撃行動やmuricideなどの攻撃行動が発現した。THC投与によって発現した muricide は、マウスが死んでもなお噛みつけ、ついにはこれを喰ってしまったたり、チョークや木片など目の前にあるものは何にでも噛みつき砕いてしまうなど極めて異常な攻撃行動が発現することが特徴であった(図4上段左右の黒丸印)。さらに、THCによる muricide の発現頻度は、THC 1日1回の30日間の慢性投与によって、減少することも増加することもなく、muricideを示すラットとそうでないラットは観察期間中変わることなく認められた。この攻撃行動は、慢性投与を中止した後でも存続した。一方、通常的生活環境である1ケージ4匹の集団飼育したラットでは、THCを1回投与しても仲間同士がうずくまるなどの鎮静状態を現すだけで攻撃行動は全く出現しない。しかし、THCを慢性投与していくと、その15日後には仲間同士の体が触れあっただけで、激しい鳴き声を発し、ケージの中を暴れまわったり、ラット同士が向き合い boxing posture を示すようになった。すなわち、irritable aggressionが発現した(写真3)。この中にマウスを侵入させると、体に触れたマウスだけを激しい鳴き声とともに反射的に噛み殺すところの muricide であり、噛みつけることは決してなかった。また、棒に対する攻撃はまったく発現しなかった(図4の左下段の黒丸印)。このように muricide の様相が全く異なることが示唆された。さらに、単独隔離というストレス条件下のラットにみられるTHCの攻撃行動は、PCPA(p-chlorophenylalanine)と併用で増強されることから、脳内セロトニンの著明な減少と密接に関連しており、THCの慢性投与による irritable aggression の発現は、6 OHDAの前投与によって増強されることから、ドパミン受容体の supersensitivity と密接に関連していることが判った。つぎに、単独隔離の期間が muricide の発現に如何なる影響を及ぼすかを検討した。その結果、ラットを単独隔離の8時間あるいは4時間前に予めTHCを投与し

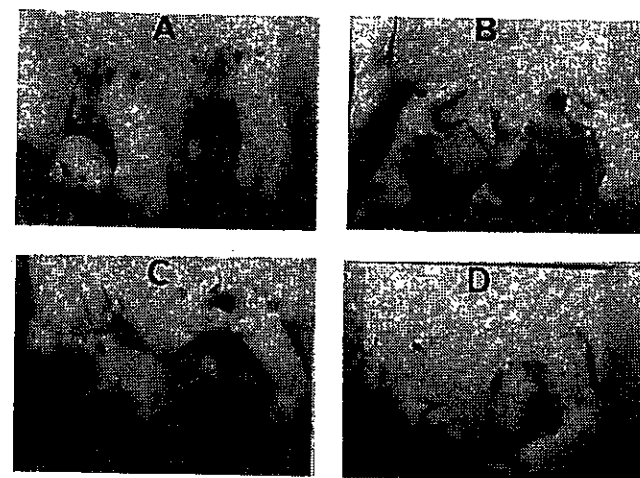


写真3

ておくと、muricideが発現することはなかった。これはラットを単独隔離する時点ではすでにTHCの作用が消失していたためである。しかし、ラットを単独隔離の1時間前あるいは隔離すると同時にTHCを投与すると著明な muricide が発現した。また、単独隔離後の2-10日目にTHCを投与してもその発現頻度は同じであった。すなわち、THCによる攻撃行動の発現は単独隔離飼育期間の長さに関係なく、THCの作用が拮抗している時に、ラットが隔離された状態にあることが重要であることが判った(図5)。

つぎに隔離飼育したラットにTHCを1回投与して発現した muricide をその後の100日間にわたって調べた。その結果、THCの1回投与によって棒に対する攻撃行動や muricide が約70%誘発された。この攻撃行動は、THC自体が体内からすでに排泄されているにも拘らず、単独隔離を続ける限り変わらず100日以上も存続した。このようにTHCは残遺症状を有することが判った。そこで、THC 1回投与によって攻撃行動を示したラットを50日間の単独隔離から集団飼育に切りかえると、図6のようにこれまで激しく棒に攻撃していたラットは、集団飼育に

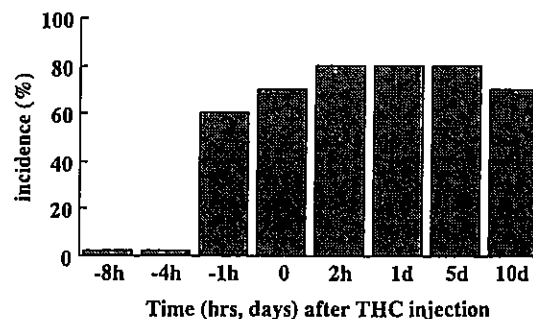


図5 単独隔離飼育の期間とTHCによる ムリサイド発現との関係

単独飼育の1, 4, 8時間前にTHC 6 mg/kgを腹腔内投与, THC投与と同時に単独隔離および単独隔離の2時間, 1, 5, 10日後にTHCを投与した。

切りかえるとその30分後には全てのラットが非常におとなしくなり、棒への攻撃性もなく、しかも容易に手で捕獲できるようになった。また、muricideの発現は、集団飼育への切りかえによって50%まで減少した。しかし、残りの50%のラットは集団飼育期間中、決して消失することではなく存続した。そこで、2週間の集団飼育から再び単独隔離の飼育に切り換えると、その120分後にはTHCを投与していないにも拘わらず、あたかもTHCを投与されたかのようにそれぞれのラットがTHC投与時の攻撃行動の状態に戻った。以上、THCによって発現したmuricideは、集団飼育下では直ちに消失するラットといかなる飼育条件でも減少することなく存続するラットに分かれた。なお、このような攻撃行動の発現の程度はラットの種差によって異なることから遺伝的素因が考えられる。しかし、同じ系統であっても、前述したようにその反応に個体差が著しいことから生後の生活環境も関係しているようである。さらに雄ラットよりも雌ラットの方が発現しやすいことからTHCの作用は、女性ホルモンとの関与が考えられる。このようにTHCによる攻撃性は、その発現に際してだけでなく発現した後でも飼育条件によって強く左右されており、集団飼育によって外見は正常に

復しているようであっても、単独隔離という飼育条件の変化だけでたちまち激しい攻撃性を示すことである(図6)。これはヒトの再燃現象にも似た行動であり、THCの作用の秘められた不気味さを改めて感じさせる現象でもある。さらに、THCを投与したラットはマウスだけでなく、新生児ラットをも噛み殺すなど同種族攻撃をも示すなどの異常

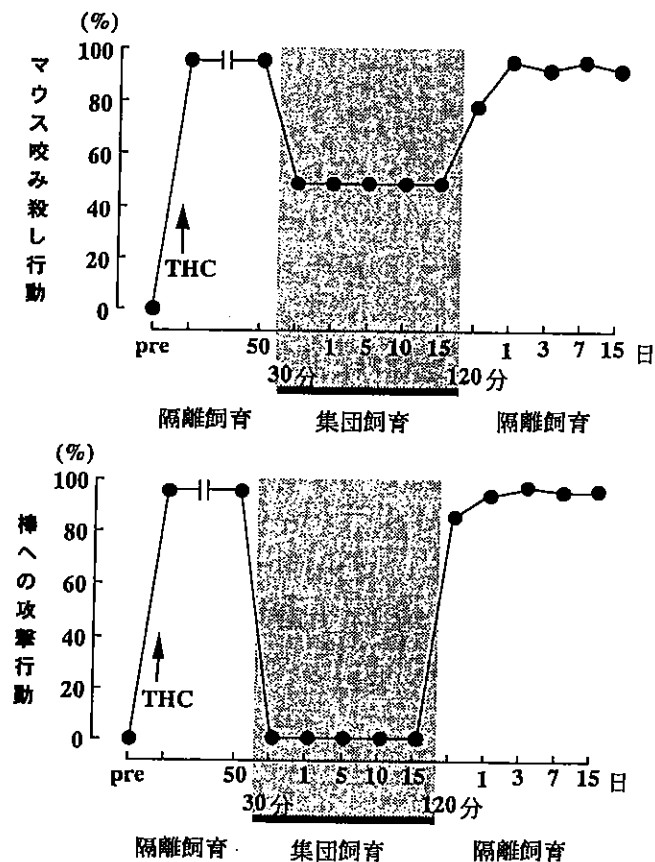


図6 THCによって誘発された棒に対する攻撃行動および ムリサイド (マウス殺し行動) に及ぼす飼育条件の影響

性の発現がみられた。

4) Labor division を用いた社会行動の変化

THCの社会行動に及ぼす影響をオペラント装置を用いて調べた。一方の壁にペダルが、もう一方の反対側の壁に餌箱を装着したオペラント装置を用いて、動物が1回ペダルを押すと1個餌が獲得できるように訓練する。訓練が完成した動物を2匹同時に装置内にいれると、必ず一方が働き手 (worker) となり、片一方が餌を盗む役 (parasite) にわかれる。このように、worker を支配的、parasite を服従的とする支配-服従関係が成立し、対にした動物の約4割にこの関係が観察される。これらの動物を用いて、THCや向精神薬の作用を調べてみると、worker にTHC 5 mg/kgを投与した時のみに、支配-服従関係が逆転した。つまり、worker であった動物が怠け者の parasite になり、今まで parasite であった動物が worker となる。このようにTHCは支配-服従関係の社会行動を逆転させ、今まで働き手であったものを怠け者にさせる作用、いわゆる臨床でいう無動機症候群 (amotivational syndrome) のような症状が観察された。

5) 学習・記憶障害の特性^{8, 9, 10)}

THCは、受動的回避反応課題において、抗コリン薬である scopolamine と同様に課題の獲得と想起の過程を著明に障害し、保持には影響を与えなかった。THC 6 mg/kgをラットの腹腔内に投与すると、scopolamine と同様に8方向放射状迷路課題での空間認知記憶を著明に障害する (図7) が、水迷路課題での空間認知記憶には全く影響を及ぼさなかった。また、図形弁別課題では8方向放射状迷路課題での空間認知記憶障害を発現した 6mg/kgの用量では何らの影響を及ぼさなかった。さらに、長期記憶に相当する参照記憶と短期記憶に相当する作業記憶の両記憶系から成る8方向放射状迷路課題において、THCは scopolamine よりも選択的に作業記憶が障害された。これらのことから、THCによる8方向放射状迷路課題での空間認知障害は、視

覚機能の障害や場所の方向を認知する能力の低下に基づくものではなく、作業記憶の障害であることが示唆された。これは、THCを海馬や視床背内側核に微量注入することによっても同様に発現した。また、THCによる空間認知記憶障害は、アセチルコリン (ACh) agonist だけでなくノルアドレナリン (NE) や5-HT agonist によっても改善される。特に、5-HT agonist による改善作用が著明であった。また、これらの薬物は scopolamine による空間認知記憶障害も改善作用を有するが、THCによる空間認知記憶障害モデルに対する改善作用の方が強い。THCによって誘発される空間認知記憶障害ラットでは、背側海馬 (DH)、腹側海馬 (VH) および前頭葉皮質 (FC) からのACh遊離量の著明な低下の他に、FCからのNE遊離量の著明な低下と5-HT

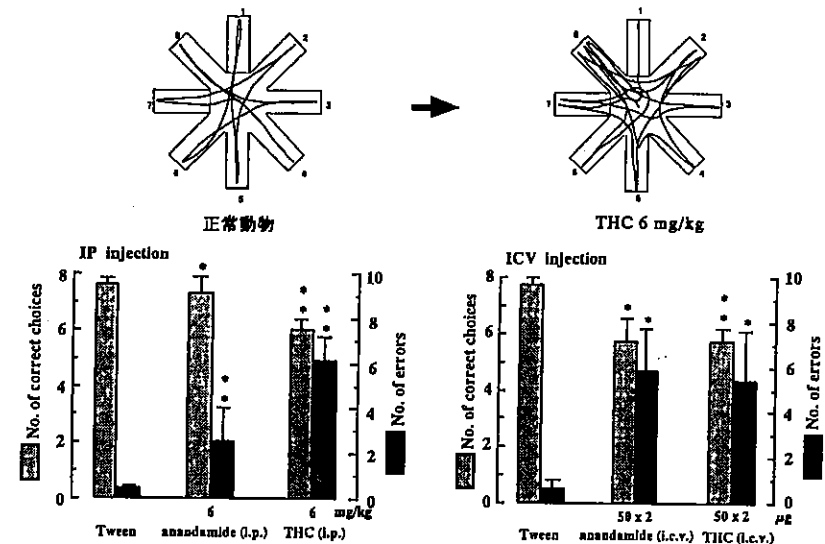


図7 空間認知記憶に及ぼすanandamideおよびTHCの腹腔内および脳室内投与の影響

軌跡図に示すような8方向放射状迷路課題を用いると、ラットの空間認知記憶が測定できる (左上段が空間認知記憶を完成した動物、この動物にTHCを投与すると右上段のように空間認知記憶が障害される)。この空間認知記憶に対する影響を腹腔内および脳室内に投与し、それぞれ30分および10分後の課題を行い、その成績を下のグラフに示す。

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$ vs Tween

□ : 正選択数, ■ : 誤選択数

遊離量の減少傾向がみられた。THCは脳内の海馬に存在するカンナビノイド受容体に結合することが知られている¹¹⁾。この受容体はACh神経などの神経終末部に存在しており、伝達物質の遊離機構を調節していると考えられている。このことから、THCの作用はカンナビノイド受容体を介した神経末端における伝達物質遊離の阻害効果によるものであり、これが空間認知記憶障害を招来するものと考えられる。

4. 内因性リガンド、アナンダミド

Devane¹²⁾らは、脳内CB受容体の内因性リガンドを牛脳より精製、同定し、N-アラキドニルエタノールアミン (arachidonyl ethanol amide) であることを示し、アナンダミド (anandamide) と命名した。THCとは側鎖の部分で共通な構造を有するが、基本骨格は全く異なった構造をしている (図1)。アナンダミドはTHCの中樞での精神作用の本体であると考えられている。そこで我々は、アナンダミドの中樞作用をTHCと比較した結果、アナンダミドはTHCよりも弱く空間認知障害も軽度で (図7)、脳室内に大量注入してもカタレプシー様不動状態は認められなかった。また、THCのカタレプシー様不動状態の発現部位である側坐核 (Nucleus Accumbens: NAc) や視床下部腹内側核 (ventromedial hypothalamus: VMH) に注入してもカタレプシー様不動状態は発現しなかった。このように、アナンダミドは、THCとは異なる作用を有することが考えられるため、アナンダミドの作用については今後の研究が待たれる。

5. おわりに

以上、これまで述べてきた私共の研究の結果は、大麻の作用本体であるTHCが、ラットにおいて様々の異常行動を誘発し、その中でもマウスを噛み殺して喰ってしまうという異常行動は、いったん発現すると100日間も変わりなく存続したことである。THCが引き金となって

異常行動を発現したラットはもはや完全な正常とは言えず、その後の飼育環境の要因によって大きく変化を受けやすい準備状態にある。これはヒトの残遺症状や再燃現象をも思わせる現象であるが、現段階では直接的な証明は困難である。しかし、たとえラットについての実験であるとはいえ、THCが少なくとも異常性を誘発することは確かであり、まして、ヒトの場合は性格、生活歴、摂取時の精神状態など極めて多様の要因によってTHCの作用は大いに变化しうる。ある人には大麻は無害であるかもしれないが、一方では予期せぬ害毒が発生し、社会に迷惑を及ぼすような行動の発現の可能性は充分考えられる。このことが人間にとっても重大な意味をもつものと思われる。また、たとえ無害をとらえても、THCの吸煙中は少なくとも知覚や精神の異常が起こっていることは事実であり、大麻が stepping stone としての役割をもっていることも重大な意味をもつ。現在のところ、人類はまだ大麻などの幻覚剤をコントロールできるだけの強い精神力を残念ながら持ち合わせていない。我々はこのような薬物に頼るのではなく、自己コントロールできるように訓練する行為が必要であろう。

文 献

- 1) Isbell, H., Gorodetzsky, C. W., Jasinski, D., Claussen, U., Spulak, F. V. and Korte, F.: Effects of (-) Δ^9 -trans-tetrahydrocannabinol in man. *Psychopharmacologia (Berl.)*, 11:184-188, 1967.
- 2) 植木昭和, 藤原道弘: 大麻の精神毒性に関する研究. *臨床精神医学*, 5: 813-822, 1976.
- 3) Ueki, S.: Abnormal behavior induced by Δ^9 -tetrahydrocannabinol and its pharmacological characteristics. *Trends Pharmacol. Sci.*, 1:126-129, 1980.
- 4) Kataoka, Y., Ohta, H., Fujiwara, M., Oishi, R. and Ueki, S.: Noradrenergic involvement in catalepsy induced by Δ^9 -tetrahydrocannabinol. *Neuropharmacology*, 26:55-60, 1987.
- 5) 藤原道弘, 植木昭和: 大麻(マリファナ)の薬理と臨床. *アルコール・薬物*

依存—基礎と臨床—(大原健士郎, 田所作太郎編), p 459-470, 金原出版, 東京, 1984.

6) 藤原道弘: 大麻依存. 薬物依存(佐藤光源, 福井進編), p209-218, 世界保健通信社, 大阪, 1993.

7) 藤原道弘, 三原健一: 幻覚剤(LSDと大麻). 最新の伝達物質—受容体の分子機構と関連神経疾患(高倉公明, 宮本忠雄編), p 122-133, メジカルビュー社, 東京, 1996.

8) 藤原道弘, 三原健一: 8方向放射状迷路実験. 生体の化学, 45:510-511, 1994.

9) Iwasaki, K., Matsumoto, Y. and Fujiwara, M.: Effect of Nebracetam on the disruption of spatial cognition in rats. Japan J. Pharmacol., 58:117-126, 1992.

10) 藤原道弘: 痴呆の実験モデルと neurotransmitter. 痴呆解明への新しい展開(高倉公明, 宮本忠雄編), p 61-80, メジカルビュー社, 東京, 1996.

11) Herkenham, M., Lynn, A. B., Johnson, M. R., Melvin, L. S., Costa, B. R. and Rice, K. C.: Characterization and localization of cannabinoid receptors in rat brain: a quantitative in vitro autoradiographic study. J. Neurosci. 11:563-583, 1991.

12) Devane, W. A., Hanus, L., Breuer, A., Pertwee, R. G., Stevenson, L. A., Griffin, G., Gibson, D., Mandelbaum, A., Etinger, A. and Mechoulam, R.: Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. Science, 258:1946-1949, 1992.

講演 IV 大麻性精神病

——大麻の精神作用とその影響——

桜花庄保養院 副院長 徳井 達司
(現、徳井クリニック院長)

第一回依存性薬物情報研究会における講演を収録

座長: 依存性薬物情報研究班 班長 加藤 伸勝

昭和62年3月13日(金)

於薬業年金会館(大阪市)

(加藤)今日はわざわざ東京の桜ヶ丘保養院の徳井副院長においでいただいております。今日の話題の依存性薬物情報システムにおきまして、従来我々が見ておりますのは、覚せい剤であるとか、シンナーであるとか、そういうのが多いわけですが、最近少しずつマリファナが入り込んできているという話を聞きます。私も先ほどクラックの話をしました。クラックまでいかないかもしれませんが、マリファナについては何年か前から多少なりとも日本で乱用されてきておりますし、それらのことにつきまして、直接マリファナ精神病といえますか、そういうご経験をお持ちである徳井先生に、その特徴とか、どういう状況でこういう依存者ができ、精神病がでてきたかについてのお話を伺いたいと思っておりまして、お忙しいところをおいでいただいたわけですから、先生、よろしくお願いいたします。

(徳井)加藤先生からご紹介いただきました桜ヶ丘保養院の徳井と申します。実は昨年の関東信越地区の麻薬鑑定医のブロック会議で、マリファナの自験例についてちょっと発言したことがおそらく契機になって、あれに話させようと今日のことになったかと思います。その意味で諸先輩をさしおいて大変光榮に存じておりますが、時間の都合がございますので、今日は特に臨床面についてだけお話をしようと考えております。

今日お話申し上げるのは、大きく分けまして、大麻の急性の効果、急性酩酊。大麻がどういう作用を持っているかとか、そういう作用の特徴とか、あるいは長期の乱用をした場合の精神病の状態がどんなものか、その病状がどういうことかということと、これについてもマリファナ無害論がございまして、そんなものあるかという話がないこともないんですが、慢性の人格障害というものが果たして残るのかどうかということとは、学問的には確定していないんですね。けれども自験例を含めて、そういうものを少し考えてみたいということでございます。

たぶん全部申し上げること難しいと思うんで、雑駁になることをご了承いただきたいんですが……。

1. 大麻の急性効果

1) 精神機能に及ぼす影響 (スライドー1)

お酒でも何でもそうですけれど、即時効果といいますか、それを用いたときにある種の効果が出ます。これはある意味ではマリファナを用いるときの心得みたいなものですね。つまり飲んだり吸ったり食べたりという方法があるわけですが、例えばたばこを吸うようにプカブカやるんじゃないくて、あれはぐうと吸い込んで、「うっ」とある時間我慢していると、それで吸収するというようなやりかたをするようです。そこで吸った方が飲むより早く効くけれども、早く消えるというのが、まあこれは当たり前の話です。ここに日常の自分とは主観的に違った体験をするんだと書きました。これはマリファナの特徴だと思いますが、酒を飲んで異常酩酊でなくて普通の酩酊でありますと、それがにぎやかになったとはいっても、それはその人の普段の人柄が出たようなもので、日常の自分と違って、違った自分という意識はないわけですね。ところがマリファナの場合には、別次元の自分というものを認識するということに特徴がありまして、それを大麻仲間はトリップといっているわけです。このトリップというのは「旅」ということなんでしょうけども、しかもそのトリップの状態は非常に心理的な影響を受けやすい。これも非常な特徴でございまして、それをセット、セッティングと言っているようです。このセットと申しますのは、用いる人の心構え、心理状態を言ってるわけで、これには外国の文献でもそうですけど、その人の人格の偏り、あるいは精神状態、特に精神病なんかがあったら余計不安恐慌反応とか、パニックみたいな悪性の反応が出やすい。その反対は良い、グッドトリップと言いますが、連中の言葉ですとハイになるとかハッピーとか言うわけですけど、一番いい

状態をストーンなんて石のようになるのか知りませんが使っておるようです。けれどもこういう本人にとって主観的にいい体験と悪い体験があつて、これの行方は急性中毒性精神病ということになります。

タルボットという人の論文がありまして、ベトナム戦争で12例の初回吸煙の精神病状態というのを報告しておりますけど、これなんか見てもやっぱりベトナム戦争ということになると、明日をも知れない命ということで、精神的には非常に緊張した状態を裏書きしているわけで、そういう時にはとにかく悪いものがでやすいことになろうかと思うんです。

(スライド1)

I. 急性効果

- 内服より吸引の方が3～4倍強い
吸煙——数分以内、持続時間3～4時間
内服——30分～1時間後、持続時間8時間位
- 感覚、知覚、気分、思考、自我体験などの上で日常の自分とは異なった主観的な体験をする。——Trip
- 心理的状況的要因に左右される (Set, Setting)
Good Trip——陶酔的な快感を伴う体験
Bad Trip——不安、恐怖感、抑うつ
不安恐慌反応
パニック反応

II. 感覚・知覚の変化 (スライド2)

そこで実際にマリファナ吸うと、例えば、音楽がすばらしいとか周りの景色がきれいだという風なことは一般的に言われるわけです。感覚、知覚の変化というものが当然出てくるわけですけども、この特徴も一つには、言ってみれば量的な感度の増減ではないわけですね。覚せい剤でも非常に覚醒水準が上がってすっきりするとか、疲れがと

れるということになるわけですが、マリファナの場合はこの体験の内容が意味体験とか有情化体験とかというふうなものに結びついているということです。

(スライド2)

イ. 感覚、知覚の変化

視、聴、味覚、体感等が鋭敏化するが、単なる感覚入力の高まりではなく、意味体験、有情化体験などの知覚異常に結びつく。場合により錯覚、幻覚も現われる。

(スライド3)

ご覧になりにくいかもしれませんが、これは実際に患者さんたちが訴えた酩酊時の体験なんです。上の方が聴覚—全身で音楽を感じるとか、音の幅がグーンと広くなるとか、あるいは楽団のトランペットとか、楽器の一つずつがはっきり聞こえるとか、そういうもの。それから次は視覚的なものですね。鮮やかとか、きれいに見えるとか。これはまあ普通ですけれども、それがだんだん全く違った外形に見えたり、どんどん変化したり、現実でないような色がでてみたり、それから一旦見たものを目を離してまた見るとそれが動いているような感じ、これは錯覚に相当する。それから神社の神々まで浮かぶ、これは幻覚に相当するかと思うんですね。

その次は味覚の問題で、食べ物おいしいという訴えが非常に多いんですが、特に甘いものおいしいという訴えが非常に多いです。ここは体感異常、体がねじられるようなとか、圧迫されるとか、叩かれるとかいろんなこと言っているわけですが、訴えとして非常に多いのは体の浮揚感、体が浮いていくとか、高いところへ持っていられるというふうな感じを受けることが多い。その段階を越えてしましますと、音楽を聴きながら作曲家の意図が判る、演奏家の気持ちがわかるとか、音楽によっては考え方の形が皆作られていくという、いわ

ゆる意味体験の方がでてくる。ほこりにまみれた花も生きていて、花もそれを感じている、こういうのを「有情化体験」と言います。

(スライド3)

- 全身で音楽を感じる。体の中へビンビン入ってくる。感動的。
- 音楽が実に美しく感じられる。見える。
- 音の巾がグーンと広くなる。無限の広がりをもつ。
- 一つ一つの音がハッキリ聞こえる。各パートが異様なほどハッキリ聞こえる。
- 生き生きダイナミックに感ずる。
- 色彩が明瞭、鮮やか、景色の色や形が鮮明。
- 生き生きして何でもキレイに見える。
- ふだん見ているものがまったく違った外形に見えたり、色がドンドン変化したり、現実でないような色まで見える。
- 壁を見ていると動く、一度視線をそらして再び見ると位置が変わって見える。
- 神社の神々まで浮かぶこともある。
- 食物が非常に美味、甘いものおいしい。
- 体がねじられるような、あるいは圧迫されるような感じ。
- 体を叩かれたような痛みが起こることがある。背骨が真直ぐになっていないような感じ、体に触れられる感じ。
- 体が宙に浮く、フワフワして空を飛べそうな感じ、だんだん高い所へ連れていかれる感じ。
- 作曲家の意図がよく判る。
- 演奏家の気持ちが判る。
- 音楽から神というより宇宙全体を包む一定のリズムを感じる。
- 思想が次々と引き出されてきて、夢と平和という観念が中心になり、それが音楽と結びつくという状態になる。
- 外界の対象はそれまでよりもリアルに見えた。形は実に鮮やかで、その本質が見えるように思えた。直線は直線らしく、直線そのものに見えた。公園である親子を見て情愛の深さを感じこれこそ本当の親子と思った。
- 路傍の埃にまみれた花も生きており、花もそれを感じているように思った。

ロ. 気分、情動の変化 (スライド4)

気分情動の問題ですけれど、これはやはり多幸感とか幸福感とかあります。非常に多いのはやっぱり穏やかな気分になるとか、気分がリラックスするというようなものが多いですね。それから笑い出すと止まらない、これは愉快でしょうがないというのではなく、訴えの説明を聞きますと、自然に笑いがでてしまうという感じを受けます。性欲の問題を3つ挙げておいたんですが、性欲そのものを問題として挙げたというよりはマリファナ体験の一つの特徴的な問題を感じるからです。

これは言ってみれば、一つには多幸性の気分が背景にあるということがひとつ、もう一つ非常に重要なのは、現実の自分というものから脱却した別次元の、非常に素直な何にもこだわらない自分というものを感ずるという背景が、ここにはあるんですね。これもある種の自我の状態の影響だと思うんです。もう一つの要素は、マリファナの場合には自分がそれを意識した、あるいは対象化したものについて、集中してその効果が増強するという特徴がありますから、そういうことが裏側にあると感じられます。

これはバッドトリップになれば、不安、焦燥、恐怖感というものになるということです。

(スライド4)

ロ. 気分、情動の変化

- 何とも言えない幸福感、多幸、恍惚、まるで天国、回を重ねると仏の雰囲気を感じた。
- 穏やか、リラックスした気分、状況によってはエキサイトする時がある。
- 笑い出すと止まらない。哄笑。
- 性欲が亢進し初めて性的満足を感じた。
- SEXは集中できるが性感が特に勝れているわけではない。
- 自意識にとらわれずに素直にSEXができる。

- 不安、焦燥、恐怖感、感情不安定、抑うつ、HAPPYにならないで、細かいことを一杯気にする。

ハ. 思考の変化 (スライド5)

思考の変化ですけれども、これは大体3つあるように思うんです。一つは集中度の問題ですね。これは非常に頭がクリアになって物事をはっきりわかるとか、集中できるとかいうものと、逆に考えが全然まとまらないという集中度の増減の問題が一つ。もう一つは観念の奔逸、これもどんどんイメージが湧いてくるとか、考えがどんどん浮かんでくるといような訴えなんです、これはまあ一般的に躁鬱病の躁状態でそういうことが見られますね。ロールシャッハで反応数が非常に増えてるという事例もありますから、あるいはそれと同種類のものもあるのかもしれませんが、それだけではないように思います。というのは精神運動興奮も何もなく、時々考えがフッと浮かんでくるとい訴えがある。もう一つは、一つのことにに対して相反する違う考えが浮かんでしまう。例えばご飯を食べたいと思う、そうするとご飯を食べたくないという気持ちが、これは両価性に相当する体験でもありますけれども、実際には患者さんは茶碗を持ってしばらくぼけっとしてて、食べないでおいてしまうというような状態がみられます。

(スライド5)

ハ. 思考の変化

注意の集中と散乱

- 集中力が増し種々の事柄に思い巡らす。
- 頭がクリアーになる。冴えてくる。
- 考えの選択がハッキリする。

○頭がボーッとする。

- 考えがまとまらない。どうどうめぐりになる。傍に誰がいるかも判らなくなる。

観念奔逸、湧出

- 様々な考え、イメージが次々と浮かび思考の展開が急速に進む。

- 一つのことにに対して幾通りも考えが浮かび選択ができない。
- 良くない方へ考え込んでしまい、自問自答を続ける。

二. 時間空間体験の異常 (スライド6)

それから時間空間体験の異常の問題。これは圧倒的に多いのは時間を長く感ずる。1曲のレコードを聴くのに、何時間も聴いているような感じがするという訴えが非常に多い。中には、これは1例しかなかったんですが、早く進むという。それから空間的なものも、広がり、あるいは奥行きというものを感じて、それがだんだん無限の空間につながるという体験の仕方。これが高度になりますと、時間とか空間という認識そのものが、曖昧になってしまう。自分は何だ、どこにいる、そういうことは一切判らない状態になるようです。

(スライド6)

二. 時間空間体験の異常

- たった4～5分の曲が2～3時間にも感じる。時の流れを全身で感じている。
- 時間の長短の感覚は麻痺している。ふと気がつくとかかなり長時間、同じ姿勢でいたり、どの位時間がたったかという感覚がないし、それ自体意味のないものに思えてくる。時間の観念はまったくなくなる。
- 遠近感を感じなくなることもある。
- 時間が早く進む。

ホ. 自我状態の変化と意味体験 (スライド7)

これは今まで感覚、知覚とか情動とか思考とかというものに対してある種の普通の感度の増減だけではなくて、自我状態の変化がどうも裏付けにあるようだと申し上げたつもりなんです。ここでは割合狭義の自我の変化に相当するだろうと思うものを挙げてみたわけです。これは自我というのは、非常に簡単にいってしまえば、自分が自分であることを意識するような意識ですけれども、そのことが非常に増進するあるいは高揚する、あるいは場合によっては自我境界が非常に鮮明化するという体験に相当します。それから自我境界が非常に不分明

になってしまう、広がってしまうという体験も非常に多い、これはつまり、そうなればまわりの人あるいは草や木、山川草木といった自然と、自分というものが、隔たりがなくなる、一体化してしまうという体験様式を持って、しまいには宇宙と一体になる、こういう体験を述べる人もかなりございます。ここには「白鳥と話す」と書いてありますけれども、これは白鳥の言葉が解するというのとは違うんで、つまり白鳥と自分が同質になってしまう、隔てがなくなってしまうということ、通じ合う感じを持ってしまうということのように思います。

その次に、自我の解離、分裂。要するに自我というものが別れて、もう一人の自分がべらべらしゃべるとか、もう一人の自分が自分を見ているとか、加藤先生の症例にもあるわけですが、要するに、一つの状態をもう一つの自分が見ている、これは急性精神病の悪い状態に行ってもなおかつそれを見て、どうにもならないというふうな自我の分裂の状態。それからこれなどは分裂病に非常に多い、覚せい剤にもありますけれども、人の考えがわかるとか、その考えが入ってくるとか、あるいはとられる、要するに吸っているところへ別の人が入ってくると、自分の考えが皆その人にとられてしまうような気がするという体験。それから妄想気分、世界没落感、破局感。妄想気分というのはどうも周りが変化した、あるいは何となく変だというような、変化感を持つわけで、これはある意味で自我の解体と言いますか、危機的な状況を外界に投影した感覚だと思えますけれども、そういうものもやっぱり出てきます。この世紀末的な感じ、それから、天変地異が起こりそう、これは具体的な症例はどういうことかといいますと、例えば友だちが「東京はどうも都市として限界だな」と話をする、すると、歩いている人皆がロボットみたいに見えてしまう、車が通るけれども、人の生活を見ても、皆それが不自然に見えて、これはもう世の中終わりかと、戦争が何かでも起こってくるんじゃないかといった症例です。

ホ、自我状態の変化と意味体験

- ①自我の高揚, 自我意識の増進
 - 何でもできる, すべて自分の自由になる感じ。
 - 何もかもよく判る。たとえば曇りガラスが透き通って見えるように判る感じ。
 - 生きることの勇氣と自然の勇氣を感じるができる。
 - YES, NOがハッキリ言える。本当の自分が判る。自分自身が分かり新しい感覚でみることができる。興味のあるものとないものが区別できる。
- ②自我境界の不明, 拡張
 - 自意識, 自我をつきぬけて自由開放的な気分になる。
 - 自分というものがズボットと抜け落ちて, しかも残っている自分(これ自分か?)が空気や木など何の差もなく流れ合っているようになる。
 - 自然と対話する。白鳥と話す。
 - 自分も含めて人間も自然だなあと感ずる。すべての人が友達のように感ずる。通じ合える。周りと一体感を持つ。
——ジョイント
 - 宇宙と一体になることを知った。体得した。
- ③自我の解離, 分裂
 - もう一人の自分がベラベラしゃべり出す。
 - 一人の私がいて, それを見ている私との距離が5 cmのズレがある。
 - 眠っている自分と起きている自分が分裂している。
 - 意識の上で自分が分裂しており, 行動している自分を自分の心の中で客観的に意識の外から眺めている。
- ④思考察知, 思考吹入, 思考奪取
 - 人の考えが判る。相手の思っていることが判る。
 - 人の考えがドンドン入ってくる。
 - 喫っているところへ別の人が入ってくると自分の考えがすべてその人に取られてしまう。
- ⑤妄想気分, 世界没落感, 破局感
 - 言葉では言い表せないが, 周り全体の感じが変わる。
 - 吸っている間は, 別の空間になったような感じがする。
 - 世紀末的な感じ。
 - 天変地異とか戦争とか何か起きてどうにかなるような感じ。

2) 作用の特異性 (スライド8)

以上のようないろいろな症状がでるわけですが、マリファナの効果には特徴的なものがあると思うんですね。その一つは被暗示性、被影響性が顕著であって、例えばお酒を飲めばお酒に酔っぱらうというふうな一様性、あるいは規定性というものがないで、効果そのものが変化してしまう、左右されるという特性がある。それから先ほど申しましたように、変化した自分を片一方の自分が見ている。これは psychedelic state の状態ではあるわけで、つまり LSD 等を含めて幻覚発現剤といわれるものの急性効果の特徴でもあるわけです。それから効果に可変性がある、つまり酩酊してある状態になったものが変化しうる。例えば bad trip になった人に対して適正な指示を与えると、それが消滅するとかという、効果そのものが左右される特性を持っている。それから先ほどもふれましたように意識化したものが増強する。これは歯が痛いと思えば、それが非常に激痛になってしまう。歯から意識をそらすとその激痛が去る、こういったようなものです。

効果に二面性、二相性がある。これは同時に起こるし、条件によって相反するものがある、というものです。同時に起こるのは、一方で恐怖感を持ちながら一方で恍惚感を持っている状態が、同時に起こってしまうということ。多くの人と一緒に吸っていれば、非常にリラックスして多幸性になって大笑いしたりするけれども、一人で吸っていると、眠くなってしまうという逆の効果。それから動物に対してバルビツレートみたいなのを前処置してマリファナをやりますと、バルビツレートの催眠効果が増強されます。同時にアンフェタミンを前処置してマリファナをやると、今度はアンフェタミンの効果が増強される。これは反対の効果のはずだけれど、両方とも増強してしまうという、効果に特異性を持っている。

(スライド8)

2. マリファナ効果の特異性

- イ. 被暗示性, 被影響性が顕著で効果を左右する。
- ロ. 変化した自己の状態を一方で客観視する。(Psychedilic state)
- ハ. 効果に可変性がある。
- ニ. 志向, 対象化されたもののみを意識化, 増強されて体験する。
- ホ. 効果に二面性がある。
- 条件, 状況により, 同一個体に同時または経過的に相反する効果が現われる。

3) 作用点 (スライド9)

次は, これは難しい問題なんで臨床例から判断して一応書いてみたんですが, マリファナの酩酊状態を見ますと, 意識水準が動揺する, あるいは意識が変容している状態がある。それから高次の皮質の精神活動に対する統合, 統覚ですね, あるいは平衡といったものが影響を受けている。それから今の作用の特異性で一定の規定性を持っているとは言えないで, それが可変性を持っていると。それから動因形成の低下があると, こういうのをおしなべて臨床的にみると, 大脳辺縁系に作用の主座があるんじゃないかなろうかという想定をします。

(スライド9)

3. 作用点

- イ. 意識水準の調節, 統合を司る脳機能への影響がある。——意識水準の動揺, 変容
- ロ. 高次精神活動に対する統覚, 平衡機能に影響を与えている。——皮質機能への影響
- ハ. 薬効による精神的・主観的体験は一定の規定性をもっているとは言えず, 心理的志向性, 可変性, 二面性などの変動性をもつ。
- ニ. 動因形成の低下がみられる。

これらの臨床像からは大脳辺縁系に作用の主座が想定される。

(スライド10)

これは先ほど申しました, psychedelic state ということなんですが, これになると, マリファナ体験の急性酩酊の状態はこういう状態だなおわかりだと思うんですね。イスベルという人は10人のボランティアにマリファナとLSDを両方服用してもらったんですね。その中の2人はデータから除外したらしいですけど, 8人の体験では, 主観的にはLSDと全く区別が付かないといっている論文があるんですけど, そういう風にマリファナの体験はいわゆる psychedelic state になるんだろうと思います。

(スライド10)

PSYCHEDELIC STATE:

感覚入力が高まった感じ, 頭がハッキリした感じ, 体験されたものをコントロールする力が弱まる。自我の一部が分裂して観察者になり, 残りの自我が異常な感覚を体験する等の統合体験。周囲は小説の世界のように美しく調和をもって感じられる。注意は自己の内界に向けられ, 思考力が驚異的に高まった, 頭が冴えたと感じる。僅かな感覚でも深い意味があるように感じる。心理だと感じるの方が心理より意味があると思う。一つのものとの境界, 自分と環境との境界を区別できなくなる。それは人類ないし宇宙への合体という感じを引き起こす。——Mind expanding

(スライド11)

これはLudwigという人が意識変容ということについてこういう風に分類したということなんですが, 意識変容と言ってもいろいろあるわけですけども, その一つの分類の形です。これをご覧になるとおわかりのように, 注意の集中だとか, 時間感覚とか, あるいは情動だとか, 身体像の変化は大体自我障害に相当するもので, 自己と外界の境界の消失感, 更には意識拡張, 宇宙との一体感, そういったようなものを非常に被暗示性も強い, それからある種の本当の自分が解ったとか, 新しい勇気を持ったとか, そういう回春感みたいなものに至るまで, マリファナの体験の陳述は一致しているということです。

(スライド11)

意識変容

Ludwig, A. M. (1966)

1. 精神集中, 注意, 記憶, 判断の主観的な障害のほか, 原初的思考様式, 現実吟味障害, 因果認識低下, 両価性, 内省的意識の低下が認められる。
2. 時間感覚の障害
時間体験の変容 (無時間, 永続時間, 加速または減退)
3. 制御喪失
現実把握と自己制御の喪失感
4. 情動表現の変化
強烈な原初的情動, 忘我, 躁妄から極度の恐怖, 抑うつ
5. 身体像の変化
身体像のさまざまな変化のほか, 離人感, 心身の分離感, 自己と他者, 自己と下界の境界の消失感, 更には意識拡張, 宇宙との一体感, 宗教的, 神秘的体験
6. 知覚の歪み
幻視, 仮性幻視, 心像過剰, 知覚過敏, 共感覚等
7. 意味づけの変化
洞察力, 啓示の増強感をも含む
8. 口舌に尽くしがたいものの感覚
主観的体験が, 伝達不可能な印象
9. 回春感
希望, 回春, 新生の感覚
10. 被暗示性亢進

4) 総 括 (スライド12)

結局マリファナの急性酩酊というのは, 健常な精神機能の平衡と同質性が変化をきたしている。そのことは意識変容状態に相当するのではなかろうかと。そういうそのものの作用の主座は, 主として大脳辺縁系がもとになってはいないだろうかと思います。今申し上げたようにLSDなどの幻覚発現薬ときわめて類似している。これが通常の酩酊レベルですと, ある程度の覚醒水準があるために, 酩酊したときの状態を記憶しているわけですね。それで, 快感を伴う自己, および自己・

外界の変容感が記憶されていて, あたかも日常的に輻輳した現存在から離脱し, 開放された別次元の自分, あるいはその新しい自身の自己存在感を自覚してこれを trip といっている。しかしこれはあくまで精神作働薬の作用であってマリファナの愛好者がいうようなものとは違いますよと, それがひどくなったときにはアメンチアとか, 錯乱状態という意識障害に結びつくと考えます。

(スライド12)

4. 総 括

マリファナの急性薬効は, 健常な精神機能の平衡 (Perspective) と同質性 (精神的連続性) の変化, 崩壊に相当し, 意識変容状態を引き起こすものと言える。また, 作用は主として大脳辺縁系に影響を与えるものと想定される。

その臨床像は, LSD等の幻覚発現薬に極めて類似しており, 通常の酩酊レベルでは, ある程度の覚醒水準が維持されるため, 快感を伴う自己, および自己, 外界の変容感が記憶され, あたかも日常的に複綜した現存在から離脱した, 開放された別次元の自己, あるいは新しい真の自己存在感が自覚され, これを Trip と称しているが, これはあくまで, 精神異常発現薬としての化学物質が, 中枢神経系に作用して引き起こされた中毒性の機能的変化であり, 薬効が高度となるに従って, 意識混濁を伴う夢幻様状態, アメンチア, 錯乱状態にいたるものと考えられる。

2. 慢性中毒としての大麻精神病 (スライド13)

これは長期使用の場合の大麻精神病, カンナビス精神病, カンナビスサイコシス, こういう名前があります。

これは時間の都合で説明は省きますけれども, 自験例は全例精神病状態を出したケースですから, 年月もTHCの濃度もかなり濃いものばかりで, 機会的な施用者とは言えない人ばかりです。ご覧になるように精神病の状態というのは比較的繰り返しているというものと, 人格障害を無視しにくいという, これはあとで説明しますが, 詳しくは時間が足りませんので・・・。

(スライド13)

2. 慢性中毒としての大麻精神病

大麻精神病
カンナビス精神病
Cannabis Psychosis
Bhang Psychosis
Marihuana Intoxication
Marihuana Abuse

1) 施用状態, 期間 (スライド14)

この長期使用した事例について自験例だけでみたんですが, 初回吸煙から発病までが1年から8年まで, これはむしろTHCの含有量だとか, 使用の頻度とかいったものが強く影響しているだろうと思います。それから施用の態様ですけど, ほとんどの症例に連続大量吸煙の期間があるということでもあります。つまり, 1週間に1本とか2本とかを

ずっとやっていたんじゃないくて, 時には, ある限り朝から晩まで非常に連続的に大量に使用している例がほとんどです。それからTHCの含有量の多いものを吸煙していると, これは6例の中の1, 3, 6という事例は自家栽培をやっている, 2, 4, 5という事例はアメリカ, 東南アジアなんかでの吸煙の時期があるということなんです。どちらも大量の濃度の高いものをやっている。

この中の1例は, 親に聞くと, うちの息子は時々3, 4日間山が好きで山歩きをする, と言うんです。山梨に行ったり静岡に行ったり方々に行く, それで帰ってくるというんですが, 実はあとで私の方で聞いてみたら, 例えば八ヶ岳の山麓に植えてるんですね。方々の山に植えているんです。それを回ってその間は吸いっぱなしで, それで採って帰ってくるという事例です。

(スライド14)

1) 施用状況, 期間

- イ. 初回喫煙から発病までの期間
1～8年
個人の体質, THC含有量, 施用状態によると思われる。
- ロ. 施用の態様
殆どの症例に連続大量吸煙の時間がある。
発病直前にそれがみられる。
- ハ. THC含有量の多いものを吸煙している。
自家栽培 (症例1, 3, 6.)
ハッシッシを使用 (症例2, 4, 6.)
アメリカ, 東南アジアで吸煙したものがある
(症例2, 4, 5.)

2) 病 像 (スライド15)

病像ですが, 大麻精神病の病像は何か, マリファナの長期使用による症状は何かと言われると, あくまで自験例の範囲にすぎない

んですけど、精神病の状態、幻覚妄想状態みたいなものですね、それからアメンチアとか錯乱状態みたいな意識障害、それから無動機症候群といわれるもの、それから知的退行、私はここまでを言いたいです。

イ. 精神病状態

幻覚妄想というのは一般的な見られているとか、つけられているとか、おとしめられているとか、あまり他の薬物とはかわらないと思います。体験の態様そのものが、やはり中毒性に特徴的な切迫性とか状況性みたいなものがあると思います。誇大妄想というのは、自分が神と対等になったというようなことを言っています。幻聴なんか行動をいちいち干渉してくると、例えば、ご飯を食べようと思ったら飯を食うなとか、これは大工さんの手伝いなんです、板を切っても、ちょっと曲がっているぞとか、いちいち言ってくると、そういう体験を言っておりました。

ロ. アメンチア、錯乱状態

アメンチア、錯乱状態はひとことで言えば、亜昏迷状態と言いますか、ぼけっとして 何を聞いても要領を得ない、あるいは困惑状態になるというもの。それと多くはですね、精神病状態がかぶっています。

ハ. 無動機症候群

無動機症候群と言われるものは、ご承知のように感情が平板になるとか、自発性が減退する、あるいは興味関心が減退する、はつらつとしたところがない、暗い、内向的だというものが多いわけですが、要するにぼけっとしてしまう。これは先ほどどなたかが仰ったように、覚せい剤なんかの長期使用による人格障害と非常によく似ていると言えるかと思います。話をしてみると普通に話ができるけれども、何ら積極的な意図を持とうとしない、病棟の中でごろごろしているだけという事例は私共にも何例かございます。そういうものが最初の段階では精神病状態がかぶって出るか、あるいは挿入されるか、というよう

なものです。

(スライド15)

2) 病 像

イ. 精神病状態——全例に病的体験

幻覚妄想状態——症例1.2.5.6.計4例

妄想状態——症例3.4.計2例

体験内容は

幻聴(被害関係的)を伴うもの——症例1.2.5.6.計4例

迫害妄想(被注察、関係、被害、追跡)——症例1.2.4.5.6.計5例

罪業、微小妄想——症例3.4.5.計3例

妄想気分、世界没落感、破局感——症例2.3.4.計3例

誇大妄想——症例3.計1例

被影響体験(考察知、吹入、作為体験)——症例2.3.6.計3例

ロ. アメンチア、錯乱状態のみられたもの症例——1.2.4.5.6.計5例

ハ. 無動機症候群——全例

ニ. 知的退行——症例4.5.6.計3例

ホ. 病的体験の心理的、状況的影響(被暗示性)——全例

ヘ. 行動異常

易怒、刺激性——症例1.6.

暴行(衝動性)——症例6.

窃盗——症例1.5.6.

自殺企図——症例3.5.

浮浪、浪費、行動不續——症例3.

錯乱——症例2

ト. 病態(陽性症状)の持続

全経過40日～9ヶ月

入院後(再燃を含む)1週間～3ヶ月

二. 知的退行 (スライド16)

それから、知的退行についてですが、これはある人が入院後書いたものですが、「たいまやくすりとはえんをきって、けっこんしてぼくがいちにんまえになったことをみせたいです。もうこれいじょうしんばいごと

(スライド16)

[illegible]

16
 A 口 たいまかくすりとは 交はさる、(合)いして、まかくか
 いちはん、まへに したること せたりです
 じつに いじぶんしくばりとは かげられきせん。
 はやく みんたのから しかあかみ たいです。
 どうか みてないで せさい。 なねか、いしす。
 はやく おうちにかえりたいたす。
 さいさつ ~~おと~~に つかさることは じつにたいへん
 ほんとうに こんなんざい。

イ. フラッシュバック

その他の問題として、フラッシュバックの問題はいろいろな論文に出ておりますが、我々の症例では幻覚妄想みたいなものは、治療を加えると、比較的早くすつとなくなるんですね。しかしそれでいいかと思っていると、ある日突然みたいにあつと変な状態が出てくる。その変な状態というのは、ある症例は錯乱状態を起こしたり、ある症例は幻覚妄想状態、つまり、デイルームで皆と一緒に居ますね、ところがみんなが見る、怖い、だからいられないから部屋へ引っ込んでしまう、という状態が再燃した。錯乱状態と思われる人はがたがた震えてベッドの下へもぐり込んで、これは幻覚妄想があるわけですけど、そうかと思うと自分の両手で首を絞めて変な声をあげて走って、真っ裸になって、それから看護室へきて窓へ足をかけて変な格好をしてみたり、四つん這いになって「うおー、うおー」となってみたり、そういう状態がある期間続く。それは比較的短期間で治まるんですが、そういうものが4例に見られました。

口. 飲酒の影響

— 102 —

とその時のことを忘れている、多分マリファナのせいかもしれないなと自分で述懐したのです。

ハ. 依存形成

依存の形成の問題ですけど、結論的には私は精神依存は形成されるだろうと思っております。これは多くの論文でもそうなっているようです。どうしてかという、初回吸煙から入院までの期間が3年から9年かかっている。それから入院までに精神病の状態を経験したものが5例ある。それから過去に大麻取締法による逮捕歴を有するものが3例ある。つまりこういうことがあっても、なおかつ止めてない。挙げ句の果ては精神病の状態になって我々の病院に入院したということです。ですから、やはり精神依存というものは、避けられない。それから聞いてみますと、もう吸わないと口先で言っても、でもそこにあれば吸うかもしれないとか、アメリカ行くとまた吸うかもしれないとか、そういうふうにはぼろが出るというか、そういう言い方の人がかかなり多いわけです。それから身体依存はおそらく形成されないんじゃないかと思えます。離脱症候群があるんだという論文も実際にあるんですけども、自験例ではそういう明確なのはなかったということです。

ニ. 耐性と逆耐性

それから耐性の上昇は臨床的には目立たない。これはアメリカの「マリファナと健康」という議会に対する報告では、マリファナに対する効果が鈍くなる。マリファナをやることによって同じ量を使っても反応が違ってくるということで、耐性上昇は明確にあるだろうと一応は書いてあります。ただし臨床的にはあまり目立ちません。逆耐性の問題は、これはやはり覚せい剤、その他の薬物と同じように比較的短期間で精神病の状態は再燃するので、形成されると考えます。

ホ. 踏み石理論

それから踏み石理論というもののはっきりしませんが、マリファ

ナそのものが他の薬物をどんどん使うようになっていく主たる原因であるというのですが、自験例ではあまり感じられなかったということです。

(スライド17)

3) その他の問題

イ. Flash Back

入院後、病状が一旦改善したあと、入院中に病状の再燃したものが4例ある。4例とも病状改善後1ヶ月で再燃、持続は2～3日から20日間——症例1. 2. 3. 4.

ロ. 飲酒の影響

飲酒時異常酩酊（錯乱状態）——症例1.

飲酒後無動機症候群を発現——症例4.

飲酒時の記憶欠落——症例5.

ハ. 依存形成

精神依存は形成される。

○初回吸煙から入院までの期間3～9年

○入院までに過去精神病状態を経過したもの——5例

○過去に大麻取締法による逮捕歴を有するもの——3例
身体依存は恐らく形成されない。

○顕著な禁断症状を認めない。

ニ. 耐性と逆耐性

○耐性の上昇は臨床目立たない。

経過的により多量または高濃度を必要とする（効かない）印象はもてない。

○逆耐性はあり得る。

一旦精神病状態を発現した後、比較的短期間、または少数回の使用によって精神病状態の再燃がみられる。

（2～6ヵ月）

ホ. 踏み石理論

LSD, ヘロイン, マジック・マッシュルームの機会的使用が2例, 酒精乱用2例。

直接的なマリファナによるブースターというより、アノミクナ人格状態という印象。

(スライド18)

これは Keup という人の分類を参考までに挙げただけで、後でお読みください。こういうものがフラッシュバックに相当するんだろうと思いますし、これが大麻精神病に相当するんだろうと思います。

(スライド18)

大麻による精神障害の分類 Keup, W. (1970)

- A. 急性中毒
 - 1. (第1度)
 - a. 意気揚々、幸福感、感覚の過敏など
 - b. 不安 (初心者に顕著)——パニック状態
 - 2. (第2度)
 - a. 誤解、錯覚、幻覚
 - b. 偏執性、攻撃性、暴行
 - 3. (第3度)
 - a. 嗜眠、眠気——睡眠
 - b. 二日酔い
 - 4. 後続うつ状態
- B. 中毒の遷延
 - 1. 急性中毒の第1度、第2度の間を変動し、容易に第3度に移行する。
 - 2. 心理的依存状態に陥る？
- C. 反響反応
自動的あるいは薬物誘発による幻覚性 (第2度) 挿間の再発
- D. 精神病的発展
 - 1. 真性カンナビス精神病
カンナビスに起因すると思われる恐らく器質性精神障害としての中毒精神病
 - 2. カンナビスに誘発された精神病
潜伏期にあったと思われるものがカンナビス使用によって発病を促進されたと考えられる精神病
 - 3. カンナビスによって増悪した精神病
カンナビス使用に先立って明らかに存在していた精神分裂病性の病態が使用によって増悪したもの
- E. カンナビス離脱精神病
- F. 持続性精神衰弱と性格変化
 - 1. 社会性の減退
興味関心の範囲の限定、動因の欠落、弛緩
 - 2. 器質性精神障害 (脳障害?) の症状 (軽微)
 - 3. 知的退行 (?)
退廃性 (慢性酒精中毒に類似): 興味関心の減退、性格変化

(スライド19)

これも Stringaris という人の分類ですね。実際の症例というのは我々の症例もアメンチアなんかを挿間した状態、それを幻覚妄想状態とかぶって出てきたと、というものをみると比較的似ていると思います。

(スライド19)

大麻による精神障害の分類 Stringaris, M. G. (1972)

- 1. 急性酩酊
- 2. 遷延性酩酊
- 3. 慢性中毒 (カンナビス嗜癖)
- 4. カンナビス精神病
 - a. 挿間性錯乱状態
談話中または歩行中に突発することが多い。大抵は長期のカンナビス乱用者において、主観的にも客観的にも酩酊とは異なる、直接の薬物作用とは思えない精神病様状態が起きるものであり、意識変容の状態下に昏迷—緊張病様状態かまたは夢幻—幻覚状態の起きてくるものである。
この場合、興奮を伴ったせん妄状態あるいはもうろう状態が起きるのであるが、多くは数時間あるいは数日で終熄するが、場合によってはまったく薬物を中止してからも数週にわたって続く。この場合、情動発散および感情の動揺の著明なのが特徴的である。
 - b. 遷延性カンナビス精神病
慢性の大麻乱用者において数ヵ月～1年にもわたる持続的な経過をたどる場合をいう。初期においては、いわゆる外因反応型を示すけれども、のちには分裂病類似の病像を示して欠陥を残さず治癒に赴く。病者は当初は遷延性酩酊のような状態から周囲に対する妄想的構え、誇大あるいは被害妄想を生じ、攻撃的、暴力的となるのが普通である。妄覚に関しては、活発な幻聴、幻視、幻嗅などの共存する場面的幻覚などが特徴的である。
 - c. カンナビス痴呆
確認されていないが非可逆性器質性変化もあり得る。
 - d. 内因精神病とカンナビス精神病的併発

3. 慢性人格障害 (スライド20)

1) 無動機症候群

慢性人格障害ですが、無動機症候群というものがどこまで遷延するかという問題です。ある人によると24ヶ月も続いたんだという症例を報告されておりますけれども、実際に我々の症例では6例の中の2例は大麻取締法による措置だったものですから、1ヶ月で退院しております。退院する時点では元気があまりない状態で、完全に回復しておりませんでした。あとの2例が3ヶ月くらいでしょうか。その時もやはり同じ状態。それから1例についてみますと、これは症例1なんですけれど、3ヶ月後に退院しまして、それから1年半経ったあと、北海道の病院から照会を受けたんですね。北海道の病院ではアル中ということで入院中なんだけれども、どうだったんだろうかという照会を受けました。ところがその状態は非常に好轉的で普段ほとんど何もしない、ごろごろしている、時々食堂などへ出てとんでもない突飛な演説をうつということなんですね。ですから何もしない状態というのは依然として続いてたと。アル中と言われましても大体毎日2、3合と書いてありましたね。ですから酒精依存そのものの影響とはちょっと考えにくいということです。それからこの症例には出しませんでしたけれども、我々のもう一つの症例が現在入院されてますけれども、アル中ということで入院されたんですね。これは酔っぱらって新宿の駅で喧嘩してその人を突き飛ばして、突き飛ばされた人が線路に落ちて両側下肢の切断という状態があった事例。この症例がお酒はすぐさめますけれども、その後「あなたこれからどうするんだ」と言っても「ええー」なんていうような。それから「もう変な症状もないんだから、ひとつ早く開放病棟へでて退院を考えたらどうだ」というと「ええー」

なんて言ってるだけ。それが延々と何ヶ月も続くんですね。それでどうということだろうと思ってよくよく聞いてみるとI J P Cというんですか、イランの石油プラントがありますね、そこへ2年間行っていてその間ずっとマリファナをやっていたというんですね。だからこういうものは残るのではなかろうかと感じられます。表面上接触はいいんだけれども、やっぱりフラフラしてて、一向に職業に定着しないし、意欲もない、というのがこの症例3なんですね。で、この症例3も、いまだにしょっちゅう電話かけてきて、入院させてくれと言うんですね。入院したってしょうがないじゃないか、悪いところないんだからという、それでも働けないんだから入院させると。そのやりとりをして、用もないのに病院にふらっと遊びに来て、そのへんに座ってて、顔を見るとニヤニヤしているという人なんです。これは既に3年経過して

2) 思考の障害

それから思考の障害、思考が単調になるとか、将来の展望をあまり持たないとか、これは一連のものだと思いますけど、これが北海道から照会があったという事例です。

3) 興味関心の低下

どうも意欲がない、職業的な定着性がない、それから社会的な事象とか文化的な、あるいは年齢相応の思考の内容がない、というものが大体共通しているように思うんですね。

4) 生活の退嬰化

症例4は私どもの病院に最初にきてから3年あまり経っているわけですけど、この人が3回目、3年後に退院するときに、これからどう

(スライド20)

3. 慢性人格障害

1. 無動機症候群（自発性、意欲気力の減退等）
 - イ. はつらつ、生き生きしたハリがなく、弛緩、内向的、寡言、暗い——症例2. 4. 5. 6.
 - ロ. 接触良好で明るい、意欲、集中持続性を欠く——症例1. 3.
2. 思考の障害
 - イ. 思考内容の単調、貧困化
ち密、論理的思考の欠如（退行、幼稚）——症例2. 4. 5. 6.
 - ロ. 思考の散乱
集中困難、観念湧出症例——3.
3. 興味、関心の低下——精神的視野の狭小
社会的事象、人間関係、自己内省、将来の展望等に確たる認識がもてない。
4. 生活の退嬰化
社会的、職業的定位に向かない、非生産的、自己中心的、気まま、怠惰な生活態度——全症例
5. 精神的状态の遷延固定
症例1. 退院後1年半後、他病院に入院中、無為、好癖、身辺不整の状態を続け、言動にまとまりがなく唐突

するんだと言っても、冬はスキー場に行って切符のもぎりのアルバイトしながらスキーやるんだと、夏はアルバイトしながらサーフィンをやる、これは大学出ですから、そういう生活の退嬰化と言いますか、定形のなさがやっぱり残っていると感じられます。

スライドはこれで終わりなんですけど、要するに無害論というのがいまだにあって、昨年もあるマリファナ裁判に参考人として呼ばれて話をしたんですけど、無害論、アメリカやなんかでは1980年以前はTHCの濃度が1%以下と厚生省のパンフレットにも書いてあります。ところがその後は平均5%となっておりますし、それからハッシュシュオイルになると、20~65%の濃度を持っているとなっております。つまり濃度が飛躍的に増えてきているということがあって、こういう自

験例を見ても決して無害ということはいえない。

長期的に見ると、覚せい剤その他の薬物と同じような障害を残すに違いないだろうとしか、実務家のレベルではいえない。特にアメリカなどでは、1977年頃の報告では経験者が4,300万人もいて、現実に行っている人が1,600万人くらいいるだろうという数字が出ておりますし、なによりも懸念されているのはどんどん施用者の年齢層が下がってきている、高校生で1979年にアメリカでは60.4%という数字を出しております。こうなると常用量でさしあたり精神毒性というものがそれほど目立たないと言うことがあって、無害論というもののやなんかがいまだに横行するんだと思うんですけど、しかしこの乱用についてはよほど注意をしないと歯止めがきかなくなるんじゃないかと考えます。それで、「マリファナナウ」という例のマリファナ吸って何が悪いんだという本がありますが、あの中にも、どういう調査か全然解りませんが、2千何百人かのアンケートに対して65%くらいですか、吸った経験があるというアンケート、それから95%は吸ってみたいというアンケートを出しております。こういう事情から見ると、特に行政官の方をお願いしたいんですが、今の段階で何とか歯止めをかけていただかないと、これはとんでもないことになるんじゃないかなという懸念を持っております。

時間の都合で、非常にはしょって雑駁な話に終わってしまったんですけど、これで終わりたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

(加藤) 徳井先生どうもありがとうございました。自験例6例ばかりでなく、大麻精神病に関する文献等につきましてもご紹介をいただきまして、最後には先生ご自身が仰いましたように、この薬自体としては精神毒性はそう強くはないかもしれませんが、やはり長期に乱用されることによって歯止めが利かなくなってしまう心配があるということでございます。おそらく我が国におきましても大麻乱用について今後とも十分監視体制をとっておかないと、取り返しのつかないような問題が起こるかもしれないというご指摘もあったわけでございます。

(質疑応答は省略)

徳井先生から特に先生の自験例というか、それをお示しいただいてその中で私もびっくりしたんですけど、患者さんが自分で山へ行って自家栽培している例があるんだそうでして、ご承知のように北海道あたりには自生している大麻がありまして、それをもってきてそして製剤というカタバコにしてのんでいると言うケースもあると伺うわけですが、芸能人なんか外国から持ってきて自分のうちでそれを栽培している人がいるという話も聞かない訳じゃないんですけども。そういう形で今後増えていく可能性が全くないとは言えませんが、今回このお話を伺って是非またそういったケースがあり得るであろうということで、情報を寄せていただくことができれば非常に幸いだと思っているわけでありまして。どうもありがとうございました。

V 大麻無害論は成立するか

小田 晋 (国際医療福祉大学医学教育センター 教授)

妹尾 栄一 (東京都精神医学総合研究所 副参事)

村上千鶴子 (国際科学振興財団研究員)

(筑波大学大学院法学研究科)

1. はじめに

大麻及びマリファナの合法化の問題は、世界的にみて議論が喧しいところであり、とりわけオランダのマリファナ合法化以来、マリファナは、処罰に値しないという論が我が国でも紹介されるようになった。今日、薬物対策の一つの原点として、それは論争の的になっており、それについての討論を検討しておくことが必要な状況になっているといえるであろう。

マリファナの安全性や合法化をめぐる論争は、科学的で客観的な知見が十分に得られていないため、時に感情的な応酬に終始しがちである。例えば疫学研究のデータに関して、その非合法性ゆえに回答の信憑性に影響を与えること、流行の若年化を反映して乱用のパターンが変化しつつあることなど、相反する結果が導かれる要因が存在する。

マリファナの長期間使用の影響を評価する際に、当該社会の文化でマリファナの使用が伝統に則しているかが重要な要因となる。マリファナが宗教や儀礼的行事に使用される場合、神聖視されることがある。そうした価値規範が前提となる場合には、使用に確たる規制の役割を果たす¹⁾。

一般に依存性薬物および嗜好品は、酒でも麻薬でも、コーヒーでも、煙草でも、①当初は「聖なるもの」として認識され、②ついで医薬であると考えられ、③それが社会的、文化的意味をもつものと考えられるようになり、④単なる愉しみに変じ、⑤悪徳、又は罪の契機と考えられるようになり、⑥最後に病気であると考えられるようになった、という共通の経過をたどっていて、それは賭博とも似たところがある²⁾。しかし、大麻に関して言えば、むしろ逆流が起きてもいるのである。

Stimson, G. ³⁾ らは次のように述べる。

嗜癖に対して1960年代の「病人」として理解する立場と、1980年代の「問題のある薬物使用者」という理解との間には大きな隔たりがある。

1960年代の薬物嗜癖担当関係省庁連絡会での問題把握としては、「嗜

癖は社会的に伝染性の問題である。嗜癖者は病める人であり、嗜癖は共同体を危機にさらすかもしれない疾病であるという、基本的な認識に立脚する。」

一転して1982年の薬物不正使用問題諮問委員会の報告によれば、「多様な領域の専門家の大半は、薬物問題を有するすべての個人が、薬物依存という病気に苛まれているわけではない、と認識している。一方で、多数の薬物乱用者が医学的な問題を抱えているのに比して、ある者は問題なく過ごしている。」

ただし、こうした変化は単に概念の修正にとどまらず、薬物乱用の問題の規模が英国国内で拡大したことで、この問題への対応策が国家レベルでも地方レベルでも発展してきたことに由来する。1980年代を通じて英国の薬物政策は、抜本的な修正への途上にあるというのである。

大別すれば、1960年代ならびに1970年代はいわば「医学中心」的アプローチの時代であったのに比して、1980年代には「問題のある薬物使用者」の呼称に代表されるより複雑化した理解に変化し、そのなかで医療の果たす役割は縮小しつつある。中央政府は薬物問題への対応に熱心であり、その力点は法律による取締り強化や、司法・刑事的な観点からの統制に置いている。つまり、薬物対策が一概に「脱犯罪化 (decriminalization)」の方向にあるとすることはできないのである。この現状を整理するために、まず、大麻解禁論と、その実施の現況について紹介する。

2. 大麻解禁論の論点と政策

大麻の法的統制を緩和、あるいは修正しようという論者の基本的主張は次のように集約されるであろう。

- 1) 適度の大麻使用は健康に対する脅威がほとんどない。
- 2) アルコールとタバコの方がはるかに危険な薬物で、合法的に入手できるにも拘らず、大麻をなぜ合法化しないのであろうか。

3) 法律は薬物にもまして害悪である。

4) 限定的に処罰を緩和しても使用の率や程度の上昇には結びつきにくい。

5) 英国の多数の人々が大麻を使用しており、大衆の感情も同薬物を好意的に捉えており、法律はもはや機能していない。

世界各国でのインターネットのめざましい普及は、一連の(広義の)麻薬解禁論争にも大きな影響を与えており、賛否双方のグループがホームページ上でのオピニオン形成につとめている。例えば、薬物乱用防止キャンペーンとして周知の「Just Say No」プログラムを嘲笑する「Just Say Know」のロゴマークを表示するなど。ごく最近の提起されている新たな議論として「マリファナの医学的使用」をめぐる論戦があり、(賛成側の)趣旨は慢性の疼痛症や(消耗状態にある)AIDS患者の食欲増進に、主治医の指示のもとで治療の見地からマリファナの処方合法化すべきであるとの主張である。その際、既に実施された乱用の疫学調査で疼痛や不安の緩和を目的として、AIDS患者の相当数がマリファナの使用を行っている実態や、今世紀前半にマリファナが非合法化される以前に蓄積された医学的使用の実績が論拠とされている。

マリファナの合法化を主張する側が、しばしばその論拠とするのは、かつて合衆国で施行された禁酒法によるアルコール飲料の取締りが、完全に破綻したのみならず、マフィアに代表される非合法組織の密造酒製造や勢力拡大をまねいてしまったことへの反省が挙げられる。

確かに1960年代以来の論争の中で、大麻は「安全」な薬物であると主張されてきた。O'Driscoll, P.⁴⁾のように、大麻はワインやシャンパンの一杯ほどにも有害でないという説もあるにはあったし、Weil, A.⁵⁾の研究もよく引用された。Weilの説は、その背景に当時の対抗文化運動、ベトナム反戦運動があったことは彼自身の行動の軌跡をみてもわかるのであり、“Alcohol is their drug, Marijuana is ours!”(酒は大人たちの薬、大麻はおれたちのもの)という形でヒッピー族、ビート族の自己主張がなされ、一部の精神科医、心理学者、

薬理学者はむしろその主張をバックアップする形で研究を公にしたのである⁶⁾。

政策的には、1980年代初期、Lasagna, A.⁷⁾らはマリファナ全面禁止政策は「神話」であって、部分的統制政策の方が望ましく、「過度の」使用を避けるという政策の方が望ましいと主張した。

近年、欧州で積極的に採用されているハームリダクション政策も、広義の解釈では麻薬解禁論の一貫に位置づけられ、当初から薬物使用の法的取締りよりも(AIDS感染予防を最優先課題として)より清潔な使用を、公的機関自ら励行するプログラムである。中でもオランダ政府はこの政策を歓迎しており、政府が開示している情報によれば、国内の嗜癖者人口は、人口あたりでは合衆国よりも少なく、高齢化しつつあり、拡大傾向は認められない。大都市圏で薬物を静脈摂取している嗜癖者の中のHIV感染率は3年前から20%を下回っている。

* 急進的な注射針交換政策

政府の保健政策の十分な支援を受けつつ、オランダ国内の40の市で注射針交換プログラムを施行している。アムステルダム市単独でも、ほぼ100万本近くの注射器を診療所や市内を移動する運搬車などを經由して交換している。移動(車)方式は、通院におびえる患者や、近隣に麻薬治療機関が常設されることをかたくなに反対する市民感情を緩和することに役立つ。ロッテルダム市では使用済みの注射器を投入すると、包装された新品の注射器と交換される自動交換機を設置し、診療所が休診中に利用させている。

リバプール市内では、自治体が出資して注射針交換が開始され、使用済みの注射針を入れた専用バッグを、密売人と交換し始めた。重症の嗜癖者に対してはプラスチック製の入れ物を用意して頒布し、彼らが数ダースもの不潔な注射器を診療所に持ち込み、それ以上の新品の注射針を持ち帰ることが可能とされる。

リバプール市内で診療所を開設する医師の証言によれば、伝統的には断薬を決意した患者のみを治療の対象としていたが、AIDSの蔓延を

予防するために、乱用を持続したい患者も対象とせざるを得なくなり、彼らのライフスタイルをもとに関係する治療方針も変更された。治療スタッフが街頭に繰り出して、薬物使用者を捜し、清潔な針との交換やコンドームを手渡すのみならず、より安全な注射方法を教示している。

事態はさらに錯綜しているようで、医療機関のみならずジャンキー組合(union)に対しても公的な資金を援助し、前述のハームリダクション・プログラムへの協力団体として活動を期待している。この場合のジャンキー組合は、(長期間の断薬を達成した)回復者がリーダーとして活躍するある種の自助グループで、彼らにとっても断薬に限定した治療活動のみならず、より感染の危険度を減らす薬物使用キャンペーンへの支援を余儀なくされている。さらに、ある牧師は教会地下に設置された広々とした便所を、薬物注射のたまり場として提供しており、その際の論拠としては「秘密の場所で不潔な回し打ちを行うよりは、管理された環境で使用することが弊害を減少させる」と主張している。この教会で採用された方法は、欧州の一部自治体で採用されている「needle park」とよばれる、公認の麻薬使用地帯と類似の保健政策である。こういう政策は、欧米先進国では乱用者の「自主性」と「人権」に対応した大麻解禁政策が取られていたという印象を与えがちであるけれども、実はそれは「大麻乱用者が多すぎて処罰に手が回らない」という現実に対する二次的合理化にすぎないかも知れない。つまり、薬害がより明瞭である麻薬や覚せい剤に対してもそれが取り締まれないため、ハームリダクション政策を採らざるを得なくなる。必ずしも大麻が無害だからとの政策が採られているわけではない。

オランダ・アムステルダムでのマリファナ使用の現状について見ると、次の如くである。

一般人口全体でのマリファナ使用率は29%で、この種の調査が開始されて以後、最高の比率を記録している。生涯での使用率と、過去一年間及び過去一ヶ月間での使用率を比較することにより、「世代効果」の影響の有無を検討することができる。1960年代から1970年代にかけ

て爆発的な薬物の流行を記録しているので、全人口での「生涯使用率」を増加させる傾向にある。対照的に過去一年間と過去一ヶ月間の使用率は、薬物乱用の流行が現在進行形で続いているか否かを反映している。統計から示唆されるのは、マリファナとエクスタシーの流行は、最近になって増加傾向が認められる点である。

使用開始の平均年齢と、生涯使用率では男女差を認めない。ただし、最近の使用頻度では男性の方が女性を上回っており、相対的には女性の方が一過性の使用にとどまっている。

学歴との相関を検討したところ、学歴の向上と正に相関してマリファナの使用率も上昇している。最も使用率の高い学歴人口が、マリファナ使用の好発年齢であることを留意すべきである。但し、使用したか否かでは学歴と正に相関するが、最近での使用率に焦点を絞った場合、逆に小学校卒や職業学校卒などの学歴群で頻度が高くなっている。

つまり、上述のオランダ政府の見解は、現実の二次的合理化で、その政策の帰結を過小評価していることが判る。つまり、大麻使用が高年齢化しており、放っておいても大した事にはならないという推定には、根拠がないのである。

1990年に欧州各都市からの代表がフランクフルトに会して、非合法薬の使用に由来する種々の問題にどう対処すべきかを討論した。その結果を「フランクフルト解決策」として発表しており、それによると、法的な禁絶政策は失敗であったと分析しているけれども、それは、要するに現状の合理化なのである。

3. 法的禁絶政策は失敗か

これについても結局、マリファナを征圧し得なかったのは禁絶政策の失敗なのか、その時の社会的要因なのかが立証された上で、解禁政策が樹てられたわけでもないようである。

Ericksonら^{8,9)}の大麻使用者の犯罪歴の調査によれば、対象は大麻所持容疑者の1974年と1981年の時点での属性の比較をおこない、

- 1) 逮捕された犯罪者・容疑者の特徴に変化があるか、
- 2) 犯罪者を処罰することがどの様な変化を生じさせたか、
- 3) 政府や裁判所は大麻犯罪の取締り手続きや施策を変更したのか、などの諸点を比較した。

1) 犯罪者の特徴

人口統計学的な特徴と薬物使用のパターンは、両時点とも類似している。若干、独身の男性で大麻を常用している有職者の割合が低下し、両親と自宅に同居している者の割合は増加している。犯罪歴に関しても、両者に大きな隔たりは認めない。対象のほとんどすべてが有罪であり、大麻の所持量はわずか（4分の3では14グラムまたはそれ以下）であった。わずか一回程度の大麻所持で告発されたものの割合は、増加していた。主要な相違点として、犯罪者の65%は弁護士を代理人として擁立しておらず、1974年の41%よりも増加していた。その背景として、1981年の方がより日常化した、より刑罰的でない治療方針が反映しているかもしれない。

2) 犯罪者を刑罰モデルで処分することによる影響

焦点は、犯歴の記録が残ることによって生じる、資格の剥奪やハンディキャップよりもむしろ、刑罰を受けることで社会的に伝達される影響にある。つまり、こうした影響は部分的には、犯罪者の周囲の使用者や非使用者によって抱かれる、大麻に対する態度や信念などによって決定される。犯罪としての自己認知や犯罪者としての他者からの認識などに焦点をあてて、自己同一性に対するスティグマの影響を調査した。両時点で、対象者のうち数名に判決が下された時点で、犯罪者としての自己認識を抱いていた。友人たちが自分のことを「犯罪者と見なすであろう」と、認識していたのは前回わずか5%で、今回は皆無であった。大麻に絡んだ犯罪で咎められたことで、自分自身への認識や他者からどう認識されているかに関して、ある種の「スティグマ」を負っていると感じた者は、両時点ともにわず

かであった。

3) 処罰手続きの相違

両時点で最も相違が認められたのは、刑事裁判機構の犯罪者に対する処分手続きの変化である。大半の犯罪者が警察署へ同行されているものの、1981年時点では92%が指紋押捺や写真撮影なしに、告発された上で裁判に出廷すべき日程を指示される。対照的に1974年当時は38%であった。裁判経過もより迅速化されており、後の調査時点では、対象の81%は一回のみの出頭で、15%は二回出頭し、残りが三回の出頭であった。1974年時点では、逮捕から裁判所の判決が下されるまでの期間も短縮している。

以上の結果を総括すると、過去におけるマリファナ乱用の予防教育のプログラムは、検証に耐えるだけの成果を上げておらず、新たな技法を進展させなければならないほど、欠点が多かった。乱用が開始される以前にそれを予防することは望ましい。薬物の使用を禁止する措置が乱用の発生をほとんど抑制しないことは明らかである。全米規模での疫学調査の結果から、マリファナの乱用はほとんどの場合、年齢特異的であり、青年期や若年人口で限定して流行している。

このデータ自身は結論を引き出す上で、必要な条件を満たしているとは思えない。要するに全米でその間に進行した警察力の低下と軽罪化、矯正施設の過剰収容化の傾向を示しているだけである。確かに、Grapendaal, M.¹⁰⁾ のいうように、オランダの矯正施設では、刑務所内での大麻の使用が見のがされているということでもあり、大麻の獄中での解禁まで主張されるようになれば、確かに法的の禁止は無効である。しかし、オランダでの解禁論はそういう状況を背景にして唱えられているのであることを忘れてはならない。大麻解禁論の1つの論拠は、Gettman, J.¹¹⁾ のいう、大麻を合法化して税収をより hard な薬物の、つまりヘロインの乱用防止にあてようというものである。つまり煙草の広告禁止や節煙政策は止めにして税収を癌対策に当てようとい

うに近い議論なのである。

それでは、大麻の吸煙は今後広がる一方でこれは防げないという議論は正しいだろうか。確かに、最近の米国では薬物乱用の再燃現象が見られるようである。

1995年の調査結果によれば、第8学年での何らかの非合法薬物の使用は、1991年と比較して2倍に増加している(11%から22%)。なかでもマリファナの使用率は、1990年代初期から認められた再燃傾向が著しい。各学年別の増加傾向は、第8学年では6%(1991年)から16%(1995年)へ、同様に第10学年では15%(1992年に記録した最低)から29%へ、第12学年では22%(1992年に記録した最低)から35%へと上昇している。

ミシガン大学の Johnston の論文引用文献は1990年代以降の薬物乱用再燃現象の背景要因として幾つか列挙している。まず第一に、近年の若者集団が、かつての薬物の弊害を熟知していた若者集団と交代しつつあること、第二にかつての親は現在の親達よりもマリファナの使用や弊害について、真剣に語りかけていたことを挙げている。後者に関しては、現在の親達自身がかつて10代の頃にマリファナを喫煙していたことが影響している。その他の要因として、メディアを通じて若者に届くメッセージがかえってマリファナの使用を鼓舞しかねない内容であること(ラップミュージックに代表される)や、マリファナの合法化を目指す公衆団体がその弊害を極力過小評価することなどのため、実質的に若者に対する警告が薄まっていることなどが挙げられている。薬物乱用に関する全国家族調査の結果は次のようなことを示す。

非合法薬物全般の流行の動向

調査の時期に薬物を使用した者の一般人口中に占める割合は、1979年をピークにしており(13.7%)、それ以後は1992年までは漸減傾向にあり、その後は変化を認めない。12歳から17歳までの若年人口では、1979年のピーク時から1992年までは減少してきたが、1993年から再び増加しつつある(6.6%から9.5%)。

1994年の過去一ヶ月間の薬物使用者のうち、35歳以上の占める比率

は29%で、この比率は1979年以後持続的に上昇している。薬物使用者の平均年齢は1979年の24歳から1994年の29歳まで高齢化しており、薬物乱用人口の年齢構成比が変化していることを示唆する。

こうした傾向を生じた背景に、1970年代の重症の薬物乱用者コホートが、最近の35歳以上の年齢人口になった以後も、観察されたデータによる限り、使用量を減少させることなく続いている可能性がある。別の疫学データの DAWN によれば、薬物関連問題で救急医療施設を受診した患者のうち、35歳以上の割合が上昇しつつある。例えば、「1979年の35歳以上の占める割合が12%程度で、1993年には38%にも上昇している。」ということなのであり、これは①そのこと自体、大麻解禁論の結果である。②1970年代の時代による影響がひきずられているということを示すのである。

Bachman, J.¹²⁾によると、米国の高校上級生世代では、大麻吸煙率は低下しつつある。この理由としては、第一に身体的健康への関心が高まったこと。ジョギング、散歩、ダイエット、アルコールやタバコの摂取を控える傾向などは、すべて国民的な関心の高まりを反映している。健康問題の潮流がマリファナに反対する方向で作用しているのは明らかであり、タバコを喫煙したくない人でマリファナの煙は吸引したい人が何名いるであろうか。

第二に1980年代には、家族の価値の再評価の動きに代表されるように社会的、政治的な潮流が保守化へとむかいつつあるというようなことに帰するのである。つまり①大麻の方が「手がかけられないから解禁する」という議論は成立しない。②大麻解禁論と他の非合法薬物一般の合法化の間に質的な差はないことを示すだけである。③大麻が他の薬物と比較して、とりわけ絶滅困難であるという根拠はないのである。

4. 大麻は無害か

「大麻無害論」は解禁論の最も有力な根拠の一つになっているようである。しかし、大麻が中毒性精神病の原因となりうることについては、これを否定することはもはやできない。大麻は意識障害を伴う急性精神病をひきおこす^{13), 14)}、それは躁病や精神病の病像を呈することが多く、往々、遷延して典型的な分裂病像に近い病像をとる¹⁵⁾。精神分裂病や躁病の病歴をもつ病者は、大麻に誘発されて精神病の急性発症を来す^{16), 17)}、既存の分裂病を増悪させることも知られている¹⁸⁾。

大麻無害論が唱えられるようになってからも、実は大麻による中毒性精神病の報告は絶えたことはない。Onyango, R.¹⁹⁾の報告、Teggin, A.²⁰⁾による急性の躁病の誘発例、Tunving, K.²¹⁾によるスウェーデンでの大麻精神病の報告例など、枚挙にいとまがない。

大麻の連続使用はテストステロン値の低下を来し、性欲の減退、女性化乳房を来すこと¹⁷⁾も報告されている。

さらに動因喪失症候群＝無動機症候群(amotivational syndrome)を来し、無気力、怠慢となる反面、逆に、無目的な攻撃性や暴力行動を示すものもあることがしばしば報告される。動物実験ではTHC (Δ -9 Tetrahydrocannabinol, 大麻の有効成分)を投与されたラットはストレス状況下で攻撃性を増すのである^{22), 23), 24)}。Creason, C.ら²⁵⁾も大麻による動因喪失症候群、つまり使用者の活動水準およびなにかを成就する意志を低下させる使用について55例の高校生年齢の若者について調査し、大量使用者群と大量使用歴を有する群は、非使用者、非大量使用者群に比して有意差をもってやる気(motivation)が低下していることを立証した。近年の研究を検索してみても、ドイツの Winterer, G.²⁶⁾らは、大麻の長期乱用を行った28歳の男性について脳波及び精神病理についての追跡調査を行い、抑うつ、不関状態となって入院し、2日後に一旦症状は消失したが、数日後に顕著な衝動性を呈し、脳波も覚醒度の障害を呈し、その後徐々に改善した症例を報告し

ている。大麻には、社会的危険性がないとはいえないのである。

中毒性精神病例が報告されていない煙草が、嫌悪運動の集中攻撃を受けている状況を考えるとき、大麻についての無害説や解禁論がこれほど声高に（特に外国で）唱えられることについては、そこに何らかの世界観的バイアスの存在を指摘せざるを得ないのである。従って、大麻の解禁について、Stimson³¹⁾は政策論的に次のように述べている。

英国保守党の大麻政策は、「若者に対して誤った知識を与えることになる。大麻所持に関わる罰金刑の最高額を引き上げた。個人的には政策をより柔軟な方向に変えようとしつつあり、弊害の減少に重きを置いた教育的なアプローチを指向する政治家もいる。メージャー首相率いる現保守党政権はいかなる薬物に対しても合法化することに反対している。主として国連での会議で脱犯罪化は不可能とされているためである。政府は大麻の医学的治療を目的とした使用にも、充分な研究が行われていないことを理由に反対するというものであり、労働党もまた大麻の解禁には反対を表明している。今後は、欧州共同体へ向け予防的介入の観点からマリファナ使用は少なくとも重要な対策の一つである」と述べる。また、マリファナが容易に入手できる環境（例えば、そうした仲間の影響が確認されること）が、社会心理的、行動的パターンとして予防の目標とされるべきであるとしている。

大麻無害論の一変種として、自己統制モデル (self-regulation model) というのがある。つまり、marijuanaの使用は、他の精神障害または精神的不安定に対する自己統制として機能していると言うのである。これについては、最近議論の的になっているが、Brunette, M.²⁷⁾らは、172例の精神分裂病と薬物乱用の併発例について調査した結果、薬物乱用は自己統御に役立っているという証拠はなく、かえって入院率を高めているとする。これらの専門的研究は、書店の店頭に出まわっている大麻解禁論者の著書では、単に無視されて紹介されないだけである。

5. 大麻は「踏み石」である

大麻解禁論者は、大麻禁止はまるで米国の禁酒法のようなもので、実行不可能であり、禁止を法的に定めるのは愚行であるとする。これに対して、Goldは次のように反論する。禁酒法が施行されるまでの現状は、アルコールは合法の飲料として国内に広く浸透していたのであり、対照的にマリファナの合法化は現状のマリファナ使用をより促進する方向へと変更することになる。マリファナが安全な薬物であるとの主張をより強化することにつながるのは明かであり、いわば政府による「お墨付き (seal of approval)」を付与することに等しい。

現在タバコに関して、危険性や弊害を指摘する様々な予防教育が普及し、公的な場面での喫煙は相当程度、制限されている。Goldはマリファナに関しても、道徳的な論争としてではなく、健康増進の視点を強調しつつ啓蒙的なキャンペーンを長期間繰り返すことで、国民の間に正しい認識を得ることができると指摘している。

さらに、大麻（マリファナ、ハシシュ）の使用が麻薬のような他のより重大な薬理作用をもつ依存性薬物の乱用への入り口になるという説は、「踏み石説 (stepping-stone theory)」と呼ばれている。大麻解禁のいわば、お膝元であるオランダからも、Neeteson, K.²⁸⁾が文献的考察と自験例から、ヘロイン乱用に先立って、大麻がその踏み石となっているという仮説は支持できると述べている。

踏み石説は別名「入り口説 (Gateway Concept)」とも言われ、多くの文献^{29), 30), 31)}ではヘロイン、コカイン等のより“重い”薬物の使用は、殆ど常にマリファナの使用がそれに先駆けているとしている。Goldは、実際には殆どの場合、ヘロイン、コカインの乱用に不可欠の先駆 (necessary precursor) となると述べている。

この踏み石説や入り口説については、その因果関係が証明されているのか、という疑問はあるかも知れないが、O'Donnell³²⁾らは、踏み石説の再検討を行って、疫学上、因果関係を立証しうるに足る次の4条件は満足されているとする。すなわち、①問題の2変数が統計的に

相関があり、②原因であると仮定された変数が時間的に結果と仮定される変数に先んじており、③両者に先行する変動要因が除外されても両者の相関が存在し、④両者の相関は僅少であると考えられないの4点であり、疫学的には、大麻とヘロインの間の因果的相関は少なくとも、煙草と肺癌のそれよりもより強固であるとするのである。

6. おわりに

Ghodse, H.³³⁾ は次のように指摘している。特定の薬物の相対的な重要度は、地域によって異なっており、関連する問題も多様ではあるが、基底では共通した部分もあり、各国の共同性を引き出している。各国で協調が成立した背景には、異なる薬物乱用の形態が各国に拡散し、薬物の搬送経路も拡張し、組織犯罪集団の勢力も隆盛化したためである。

つまり、欧米の一部の国が大麻に対する寛容政策を打ち出したからと言って、我が国には我が国の薬物文化があり、これに無思慮に追随すべきではないが、それでも、とりわけ本邦の場合、欧米諸国での政策変更には敏感であるという仮説は存在した。しかし、上記のごとく大麻解禁論の諸論点について検討してみても、大麻解禁論、無害論はいずれも十分な根拠を有しているとは思えない。

大麻を解禁すれば black market が消失するから、密売者がいなくなるという議論は、そうすることが安価に入手可能な大麻が大量に青少年の手に入り、密売者はより危険な薬物の密売に転業するのみであることから到底成立しない。今日までのところ、

- 1) 大麻は許容的で、不誠実で、伝統価値への挑戦である。
- 2) 1インチでも大麻使用に関して譲歩すれば、薬物一般へ使用に関する誤ったメッセージも伝わってしまう。
- 3) 大麻の使用はヘロイン使用へと進展しやすい。
- 4) 大麻は多岐にわたる社会的、医学的に不都合な影響をもたらす。

暴力犯罪や、社会参加能力の低下、癌、脳損傷、胎児異常などが生

じうる。

という解禁反対論の議論¹⁾は解禁論によって効果的に反駁されているとは考えられない。かつて筆者³⁴⁾は、マサチューセッツ州最高裁 Tauro, G 判事の判例(1967)³⁵⁾における次の諸点を引いて、解禁論はこれを説得的に打破しているとは言えないと記した。

判例は次のような点については、一般の間に合意があるとする。

- (1) マリファナは精神作用を有し、時に多幸的な中毒状態をもたらす薬物である。
- (2) その中毒状態を目的に使用されるのが常である。
- (3) その際、協同運動失調、時・空間認知の障害をもたらすが、筋力は低下しないこと。
- (4) 以前から障害のある人格では、心理的依存をきたす可能性があること。
- (5) この場合、症状の憎悪、人格特徴の尖鋭化をきたすこと(したがって、反社会的行為の可能性があること)。
- (6) 医学上、大麻は現在、特に必要な薬物ではないこと。
- (7) 西欧文化圏の宗教の教義とは無縁であること。
- (8) 現在、多くの青少年を引きつけはじめていること。
- (9) マリファナを持続的に乱用した場合、身体に恒久的な障害をきたさないという保障はないこと。

Tauro 判決は、この(1)～(9)の9項目に基づいて、大麻はなお使用者個人にも社会にも危険性があり、これに対する法的規制は正当であるとした。

その後の時日の経過にかかわらず、そして、その間になされた多くの議論や研究を展望し、検討してみても、一部の解禁論者の議論は、たとえ社会の表面に躍っているようにみえても、なお十分な根拠をもったものではなく、却って解禁論への反証の方が立証されつつあるのである。

文 献

- 1) Gold, M. : Marijuana. Plenum, New York/London, 1989.
- 2) 小田 晋:ギャンブルの行動学・人間学に向けて. アルコール依存とアドレクション, 13(2):90-97, 1996.
- 3) Stimson, G. V. : British drug policies in the 1980s: a preliminary analysis and suggestions for research. Brit. J. Addict., 82:477-488, 1987.
- 4) O'Driscoll, P. : Marijuana users still test the law. USA Today, Jul. 30:A1-A2, 1987.
- 5) Weil, A. et al. : Clinical and psychological effects of marijuana in man. Science, 762:1234, 1968.
- 6) Smith, D. (ed.) : The New Social Drug; Clinical Psychological, Medical and Legal Perspectives on Marijuana. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1970.
- 7) Lasagna, A., Lindzey, G. : Marijuana policy and mythology. Society, 2012:67-78, 1983.
- 8) Erickson, P. : Cannabis criminalis: The Social Effect of Punishment on Drug Users. Addiction Research Foundation, Toronto, 1980.
- 9) Erickson, P. et al. : Cannabis criminalis revisited. Brit. J. Addiction, 81(1), 81-85, 1986.
- 10) Grapendaal, T. M. et al. : Drugs in defentie. Justitiele Verkenningen, 13(3):54-64, 1987.
- 11) Gettman, J. : Decriminalizing marijuana. American Behavioral Scientist, 32(3):243-298, 1989.
- 12) Bachman, J. : Explaining the recent decline of marijuana use. MI Journal of Health and Social Behavior, 29(1)92-112, 1988.
- 13) Knight, F. : Role of cannabis in psychiatric disturbance. Ann. NY Acad. Sci., 282:64-71, 1976.
- 14) Rottanburg, D., Robins, A. Ben-Arie, O, et al. : Cannabis-associated psychosis with hypomanic features. Lancet, :1364-1366, 1982.
- 15) Tennant, E. et al. : Psychiatric effects of hashish. Arch Gen Psychiatry, 27:133-136, 1977.
- 16) Brill, H., Nahas, G. : Cannabis intoxication and mental illness, in Nahas, G. (ed.) : Marijuana in Science and Medicine, Raven, New York, 1984.
- 17) Estroff, T. (ed.) : Psychiatric presentations of marijuana abuse. Psych. Ann, 16:221-224, 1984.
- 18) Negrete, J. et al. : Cannabis affects the severity of schizophrenic symptoms. Psychological Medicine, 16:515-520, 1986.
- 19) Onyango, R. : Cannabis psychoses in young psychiatric inpatients. Brit. J. Addictions, 81(3):419-423, 1986.
- 20) Teggin, A. : Cannabis psychosis. South African Journal of Criminal Law and Criminology, 7(3):290-293, 1983.
- 21) Tunving, K. : Psychiatric effects of cannabis use. Acta Psychiatrica Scandinavica, 72(3):209-217, 1985.
- 22) Fujiwara, M., Ueki, S. et al. : Effects of psychotropic drugs on delta-9-tetrahydrocannabinol long-lasting muricide, Psychopharmacology, 67:7-13, 1980.
- 23) Carlini, E. et al. : Effect of serotonergic drugs on the aggressiveness induced by delta-9-tetrahydrocannabinol in REM-sleep deprived rats. Braz-J. Med. Biol. Res., 15:281-283, 1982.
- 24) Carlini, E. et al. : Factors influencing the aggressiveness induced by delta-9-tetrahydrocannabinol in food-deprived rats. Br. J. Pharmacol., 44:794-804, 1972.
- 25) Creason, C., Goldman, M. : Varying levels of marijuana use by adolescents and the amotivational syndrome. Psychological Reports, 48(2):447-454, 1981.
- 26) Winterer, G., Schmidt, L., Frick, K., Ulrich, G. "Neuroadaptation" im langdauerendes Cannabis missbrauch. Nervenarzt, 65(9) : 635-637, 1994.

- 27) Brunette, M., Mueser, K., Xie, H., Drake, R. : Relationships between symptoms of schizophrenia and substance abuse. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 185(1):13-20, 1997.
- 28) Neeteson, K. : Cannabis en de steppingstone theorie. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en Andere Psychotrope Stoffen*, 11 (4) : 160-167, 1985.
- 29) McDonald, D. : Patterns of alcohol and drug abuse among adolescents. *Pediatr. Clin. North Am.* 34(2):275-288, 1987.
- 30) Kanor, D., Logan, J. : Patterns of drug use from adolescence to young adulthood(1). *Am. J. Public Health*, 74:660-666, 1984.
- 31) Johnston, L. et al. : Use of licit and illicit drugs by American's high school students; 1975-1984. National Institute on Drug Abuse, Rockville, 1985.
- 32) O'Donnell, J., Clayton, R. : The stepstone hypothesis: a reappraisal [abstract], in Glantz, M. (ed.) : *Correlate and Consequences of Marijuana Use*, National Institute on Drug Abuse, Rockville, 1984.
- 33) Ghodse, H., Pittman, D. : Drugs, alcohol, society. *Current Opinion in Psychiatry*, 9:209-211, 1996.
- 34) 小田 晋 : カンナビス, 現代精神医学大系, 15巻 A, 薬物依存と中毒 I, 中山書店, 1977.
- 35) Tauro, G. J. : *Commonwealth v. Joseph D. Leis and Ivan Weiss, Findings and Order on Defendant's Motion to Dismiss*, Boston : Superior Court of Commonwealth of Massachusetts(1967) - cited from Smith, D. (ed.) : *The New Social Drug*. P.6~7, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1970.

VI ま と め

当依存性薬物情報シリーズでは、既にその第1集として「大麻(Cannabis)」(昭和62年3月)を発刊しているが、大麻取締法違反の検挙人員は次第に増え、平成6年には年間2,000名を越え、乱用者の増加の傾向は確かであり、大麻乱用について、ここで再びこの問題を取り上げることは意義あることと思われ、「大麻乱用による健康障害」を特集することとした。

内容は、当研究班が主催する依存性薬物情報研究会での特別講演1題とアメリカ合衆国保健教育福祉長官による連邦議会に対する第8次年報、それに2編の書き下ろしの論文の4編から成っている。

第II章の「マリファナと健康」はアメリカ合衆国保健教育福祉長官による連邦議会に対する第8次年報である。1980年のものでやや古いが、内容は現在でも十分参考になりうるものである。

前文に「マリファナの使用はアメリカ人の健康に対し、どのような意味をもつか」という問題提起を揚げ、アメリカにおけるマリファナの使用の実態を先ず示すことから始めている。年齢的には18歳から25歳までの青年期(young adulthood)がマリファナ使用の最多時期であり、その使用経験をもつものは、16歳及び17歳の少年では47%と高率になっている。1975年度から1979年度にかけての5年間の各クラスにおけるマリファナ使用経験者の割合は、1975年度で47.3%、1979年度では60.4%と増加しているという。1979年度の高校生のクラスでは10人に1人がマリファナを使用していると報告されている。マリファナに嗜癖性(addictive)があるかないかを少年及び青年に問うた結果では、嗜癖性ありとしたものは半数以下であったが、26歳以上の成人の場合は5人中3人以上(63.6%)が嗜癖性ありとしているという。

マリファナ使用に対する危険性の認識は乏しく、高校生でマリファナ

を個人的に吸煙することは、違法とすべきであると考える者は、わずか1/4に過ぎないともいう。

「マリファナと健康」の第8次年報は、アメリカにおける1980年までのマリファナ使用の実態を述べてから、その身体に及ぼす影響について、急性効果、急性酩酊、肺に及ぼす影響（タバコの重度使用によって生じるものと同様の障害がもたらされる恐れがある。）、生殖機能に及ぼす影響、心臓血管に及ぼす影響（心機能に障害のある患者では狭心症に陥りやすくなる。）、免疫反応の変化（動物の免疫反応を抑制する。）、脳障害（慢性使用でアカゲザル脳細胞構造の持続的な極微の変化が生じる。）などを述べている。

また、精神病理学的反応として、軽度な妄想的感情が起こること、心気症の傾向の強い者などでは、悪性反応を起こしやすいこと、特に分裂病の精神症状の憎悪の危険性があると警告している。なお、マリファナの重度使用という条件では、耐性が生じること、しかし、身体依存については、ただ1つの公的調査報告書があるに過ぎないと記しているにとどまる。

この報告の最後に治療上の用途が述べられているが、標準的な薬剤として一般的に認められるようになるまでには、更に研究を続けることが必要であるとしている。総じて、この報告では、「マリファナの子供や青年層における使用については、顕著な傾向があるとすれば、我々としては、その使用を思いとどませるために、更に効果的な方法を開発することが重要となってくる。」という表現で結んでおり、アメリカでは、無害論では無いにしても、極端な有害論は展開されていないことを示している。

第Ⅲ章は、藤原道弘教授の「大麻によって発現する動物の異常行動」で、THCについての一連の研究成果に加え、THCの内因性リガントとおもわれるアナンドアミドに関する最新情報まで盛り込まれている。大麻が覚せい剤や鎮痛剤のような依存性薬物とは全く違ったタイプの薬であることを動物実験で明らかにしたものである。

この論文では、大麻の主成分である tetrahydrocannabinol (THC)

をラットに kg 当たり 4 mg を投与するとカタレプシーの起こること、このカタレプシーはハロペリドールで惹起されるそれとは作用点が異なることを先ず示し、次いでラットを単独隔離というストレス状態にして大麻を投与すると、60分後には非常に狂暴になり、ケージの中にマウスを入れると、これを噛み殺してしまう異常な攻撃性が現れることが述べられている。ただし、このラットの隔離を解くと70%は凶暴性が無くなるという環境状況による変化が見られるということも示した。また、THCの学習・記憶に及ぼす影響も調べられているが、いずれも障害を起こすという結果が示されている。

この実験結果から直に人の大麻依存の臨床症状との類似性を見いだすには至らないが、THCが脳内神経伝達系のうち、海馬のアセチルコリンの機能低下を起こすことなどは、記憶障害の一因とも関連し、これは人にも起こり得ることかも知れない。

第Ⅳ章の徳井達司先生の講演は、大麻の急性効果から大麻依存に至る臨床の特徴、ことに大麻精神病の自験例を述べられた貴重な報告で、教えられる所の多いものであった。徳井によれば、急性効果としては、感覚・知覚の変化、気分・情動の変化、思考の変化、時間・空間全体の異常、自我状態の変化等多種多様の精神面の変化が起こることが指摘され、大麻（マリファナ）の効果の特異性について、二面性、二相性があり、条件によって相反することあるが、多くの人が一緒に吸っていれば、リラックスして多幸性になるが、一人では、眠くなるという逆の効果があるなどが述べられている。これは動物での環境による効果の二面性に通じるものがある。マリファナの急性効果は psychedelic state といわれる状態で、LSD体験との類似性があるという。意識変容があり、知覚の歪みや被暗示性昂進などが現れる。

徳井は、マリファナの急性効果は異常な精神の平衡 (perspective) と同質性（精神連続性）の変化、崩壊に相当し、意識変容状態を引き起こし、作用は主として大脳辺縁系に影響を与えるものと想定されると総括している。慢性中毒として的大麻精神病について徳井は、自験例にもとづいて述べているが、初回吸煙から1～8年の吸煙で精神病状態が見ら

れ、幻覚妄想状態のもの、妄想状態のものがあり、幻覚は幻聴で、妄想は迫害、罪業、微小妄想などで、全例に意欲減退を伴う無動機症候群が見られるとしている。また、中にはフラッシュバック現象を呈する者もあるという。

精神病状態は40日～9ヵ月位持続するが、更に遷延する例もある。慢性の思考の貧困化、関心の低下、生活の退嬰化などを伴う人格障害を呈する者もあるとされる。徳井の指摘にあるが、マリファナは精神毒性の面ではそれほど強いものではないが、慢性使用による有毒性は決して無視できないものである。

第V章は「大麻無害論は成立するか」と題する小田 晋教授らの書き下ろし原稿である。わが国でも一部の学者が大麻吸煙は処罰に値しないと主張している現状に対して、オランダなどでの大麻解禁論の論点と政策に触れながら、「大麻は無害か」と問いかけている。

しかし、大麻が中毒性精神病の原因となり得ることについては、これを否定することは最早できないようであると述べ、大麻大量使用による動因喪失症候群（無動機症候群）の症例報告などから、大麻には社会的危険性がないとは言えないとしている。

大麻解禁論者は、「大麻禁止はまるで米国の禁酒法のようなもので、実行不可能であり、禁止を法的に定めるのは愚行である」としているが、大麻の使用が麻薬のような他のより重大な薬理作用をもつ依存性薬物の乱用への入り口となる〔所謂“踏み石”説 (stepping-stone theory)〕という仮説は支持されることを指摘している。最後に「欧米の一部の国が大麻に関する寛容政策を打ち出したからと言って、わが国にはわが国の薬物文化があり、これに無思慮に追従すべきではないが、それでも、とりわけ本邦の場合、欧米諸国での政策変更には敏感である」という仮説は存在した。しかし、上記のごとく大麻解禁論の諸論点について検討してみても、「大麻解禁論、無害論はいずれも十分な根拠を有しているとは思えない。」と結んでいる。

4編を通覧して、大麻（マリファナ）が、動物実験では明らかに異常行動を誘発するし、人に対する影響も決して無害とは言えず、欧米では

精神障害惹起の報告が乏しいが、徳井の指摘のように、わが国では大麻精神病とされる症例が明らかに示されており、かつ、慢性の人格障害と見られる無動機症候群のような残遺症状すら認められている点からしても、大麻の精神に及ぼす影響は決して過小評価はできない。しかし、米国での大麻吸煙の是非論では、無害論でないにしても、有害であるとする結論は引き出されておらず、歯切れの悪い結果に終わっている。オランダのように大麻解禁政策をとっている国もあるが、わが国のようにその乱用による心身への影響、特に青少年の健康障害の懸念がもたれている限り、有害論の立場に立って取締りの対象とすることは、正当化されるところである。

（加藤 伸勝）

「大麻乱用による健康障害」執筆者

大塚俊男	精神医学研究所附属東京武蔵野病院
小田晋	国際医療福祉大学
加藤伸勝	老人保健施設ヒルトップロマン
小沼杏坪	国立下総療養所
妹尾栄一	東京都精神医学総合研究所
瀧賢太郎	瀧賢太郎法律事務所
徳井達司	徳井クリニック
平井慎二	国立下総療養所
藤原道弘	福岡大学薬学部
村上千鶴子	国際科学振興財団

依存性薬物情報研究班

班長	加藤伸勝	老人保健施設ヒルトップロマン
	福井進	医療法人光洋会 三芳病院
事務局	大塚俊男	精神医学研究所附属東京武蔵野病院
	小沼杏坪	国立下総療養所
	平井慎二	国立下総療養所

依存性薬物情報シリーズ No. 9

大麻乱用による健康障害

編集 依存性薬物情報研究班

(班長 加藤伸勝)

平成10年12月18日発行

印刷 京文社印刷

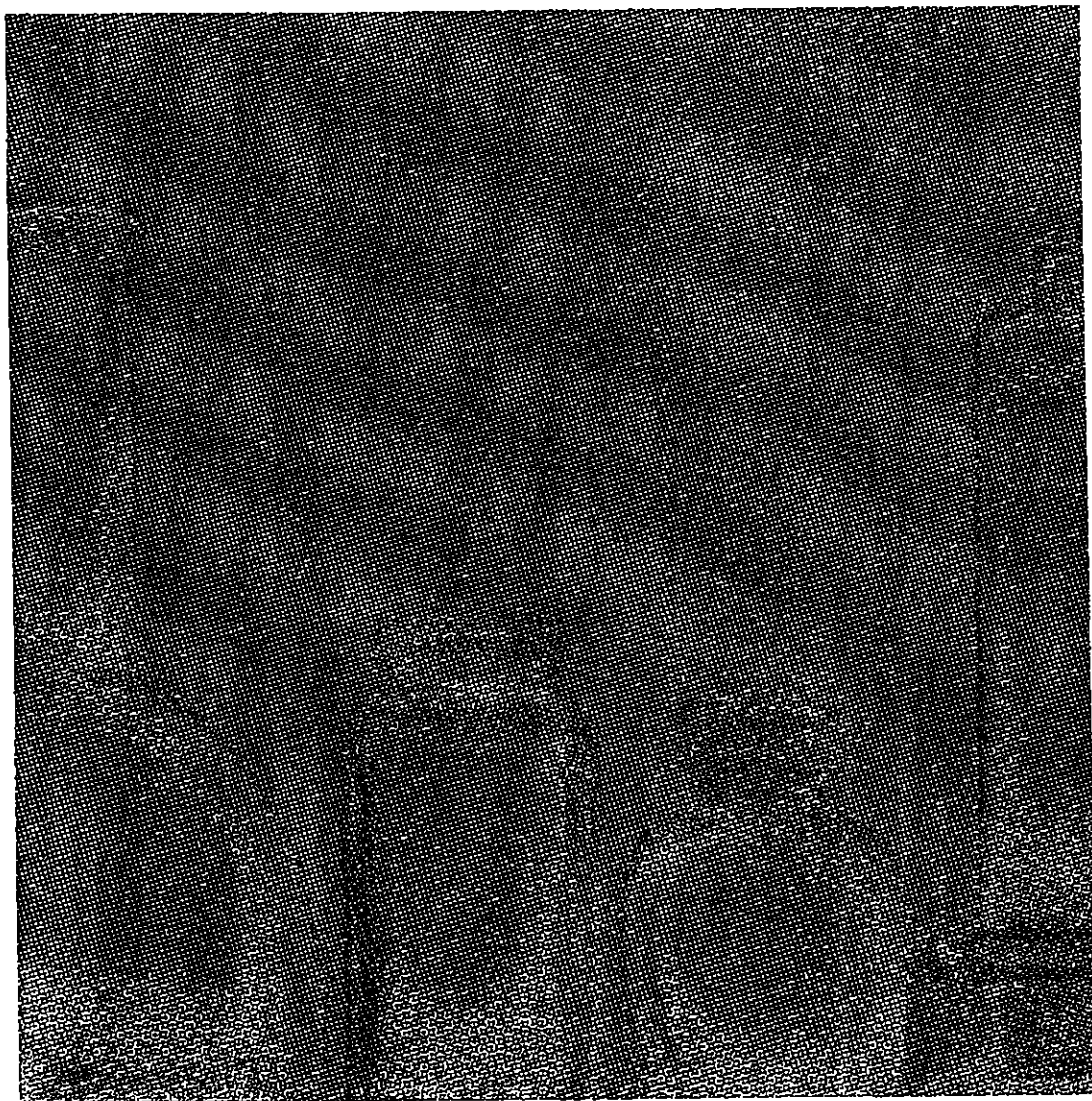


目でみる精神医学シリーズ—5

大原健士郎 松下正明 田代信雄 監修

薬物依存

佐藤光源 福井 進 編著



世界保健通信社

第13章

大麻依存

n.

is

:

:

nd

e-

ry.

a-

d.

け

ン,

:

コ

物

性

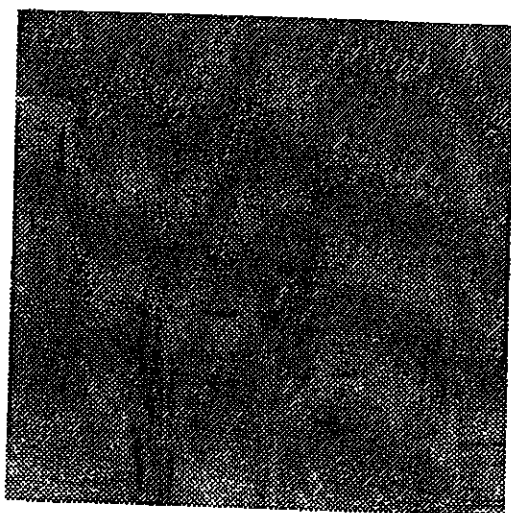
情

呈

!!

列.

53.



I. 大麻の基礎薬理

はじめに

大麻 *Cannabis sativa* はくわ科植物アサで雌雄異株の一年生草木である(図13-1)。最古の繊維植物で世界各地に広く分布するが、原産地は中央アジアといわれる。大麻の鎮痛、鎮静、催眠作用と独特な陶醉作用は紀元前の大昔から知られていて医術だけでなく占術、宗教、戦争などの目的にも利用されてきたが、現代では快楽を求めた乱用が社会的にも重要な問題になっている。ふつう、大麻の葉や未熟果穂部分を乾燥したものをマリファナ *marihuana*、樹脂を集めたものをハシシユ *hashish* と呼び、オイル状にした液体大麻 *hashish oil* もある。大麻はヒトの精神機能に著明な変化を起こし、知覚認知の異常、時間や空間感覚の歪曲、見当識障害、注意力、集中力の欠如などがみられ、大量では幻覚を発現し思考過程も障害される^{1,2}。感情はきわめて不安定となり、陽気な哄笑から、逆に不安、

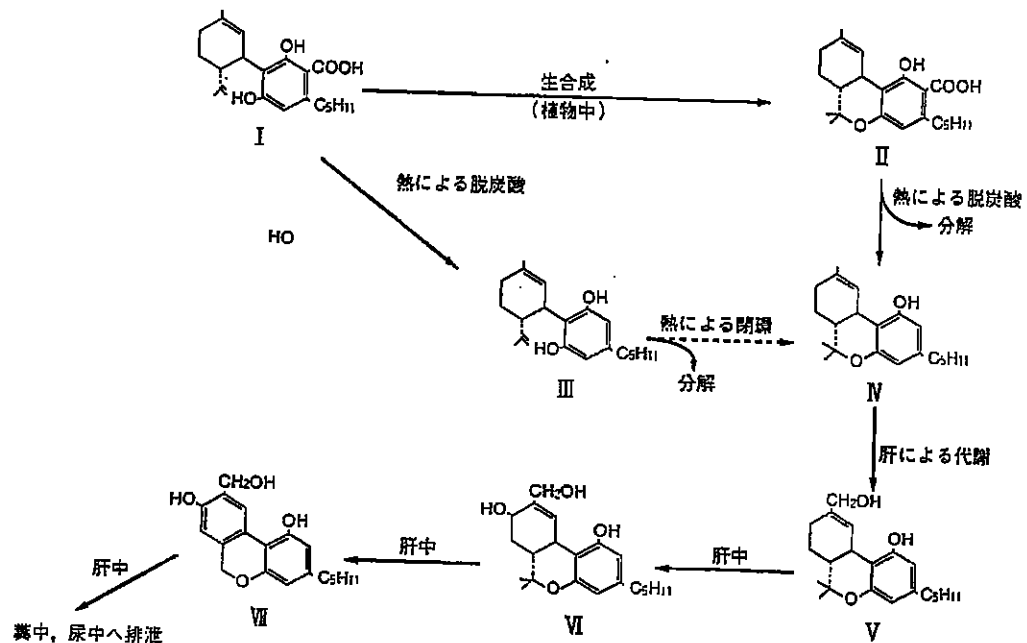


図13-1. 大麻草

抑うつ、恐怖まで陰陽いずれの方向へも強く増幅される。また、被暗示性が著しく高まる。感情面での大麻の作用は個体差が大きく、とくに経験の多少、その人の性格や生活歴、服用時の雰囲気、気分あるいは期待感などによって強く影響される点が特徴である。ヒトの精神機能に独特の変容を起こす大麻は、動物ではどんな作用を現すのか、ここでは、私もがマウス、ラットを用いて行ってきた行動薬理学的研究、とくに、大麻によって誘発される異常行動について述べる。

1. 大麻成分 Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) の体内動態^{1,2)}

ヒトはふつう大麻を吸煙 ($50\mu\text{g}/\text{kg}$ 程度で幻覚発現) によって用いるが、このとき図13-2のように植物中の *cannabidiolic acid* (CBDA) から生合成された THCA (Δ^9 -tetrahydrocannabinolic acid) が脱炭酸されて THC となる。これが大麻の精神作用の本体である。また CBD が一部熱によって閉環して THC になるものもある。THC は一部熱分解され、実際に肺から吸収されるのは吸入した THC の50%以下である。普通の大麻タバコの吸煙で5mg ぐらいの THC が吸収されると考えられる。その吸収速度は静注時と同様に速やかに早く、効力も3~4倍強くなる。血中濃度のピークは30分と5~6時間後の二相性を示す。体内では他の組織より脂肪組織に約10倍も高濃度に分布する。脳内ではとくに前頭葉皮質や海馬に高濃度に分布する(サル)。吸収された THC は肝で11-hydroxy THC、さらに8, 11-dihydroxy THC、8, 11-dihydroxy-cannabinol まで代謝される(図13-2)。これら

図13-2. Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC)の生合成と代謝

I : cannabidiolic acid (CBDA) II : Δ^9 -tetrahydrocannabinolic acid (THCA)
 III : cannabidiol (CBD) IV : Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC : 活性)
 V : 11-hydroxy-THC (活性) VI : 8, 11-dihydroxy-THC (不活性)
 VII : 8, 11-dihydroxycannabinol (不活性)

の代謝物は脳内や脂肪組織内に長く残存し、数日から数週間かかって、糞、尿中に排泄される。代謝物のうち11-hydroxy THCはTHCと同等以上の精神作用を有する。大麻は反復投与により、心拍数増加や眼圧、体温低下作用などには耐性を生ずるが、いわゆる“high”状態を起こすような精神作用はむしろ逆耐性が生じて強くなる。また連用によりある程度の精神依存は起こるが身体依存は動物でも証明されていない。

2. THCの一般行動に対する作用

マウスやラットにTHCを投与すると、少量では自発運動が増加するが増量すると逆に

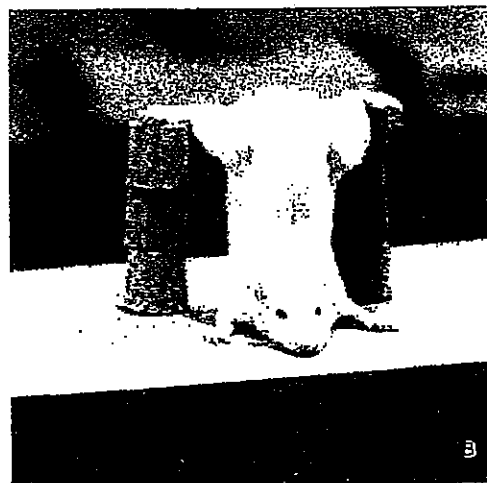
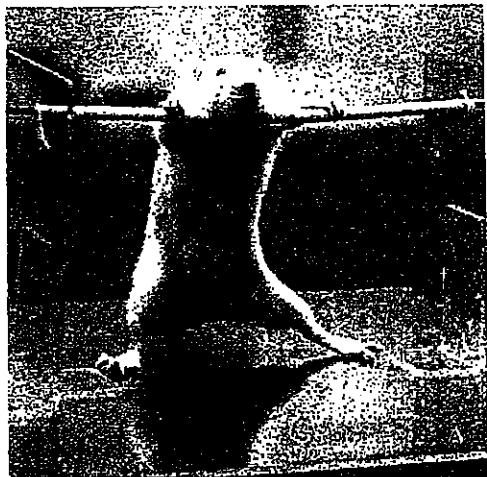
自発運動は抑制され、同時に後ずさりに歩く(walking back)、後肢を軸に急に方向転換する(pivoting)、激しく物を嗅ぎまわる(sniffing)など、正常動物では決してみられないような異常行動を発現する。類似の異常行動はLSD-25やメスカリン mescalineなどの催幻覚薬でも誘発されるが、THCの場合ほど著明ではない。メスカリンでは首振り行動(head-twitch)が著明に誘発され、これはTHCでは起こらない。

その他、THCはバルビツレート barbiturateの催眠作用を増強するが、またアンフェタミン amphetamineの興奮作用をも増強する。また、サルやマウスの攻撃性を鎮静させ

る作用もあるが、後述するように動物の条件によっては逆に攻撃行動を惹起したり、THCの作用はなかなか複雑である。

3. カタレプシー状態

THCの投与で少量から発現する特異な異常行動にカタレプシー状態がある²³⁾。図13-3に示されるように、マウスやラットが強制的にとらされた不自然な姿勢を自ら正常に復することができなくなる状態である。



ハロペリドール haloperidol (HPD)などの抗精神病薬が、大量投与時に同様のカタレプシー状態を惹起することはよく知られており、これは錐体外路系ドパミン神経の遮断によって起こるもので、臨床的には抗精神病薬によるパーキンソニズムその他の錐体外路系副作用に相当することが明らかにされている。

しかし、THCはヒトでそのような錐体外路系症状を起こすものではない。カタレプシー状態そのものもTHCによるものは音、

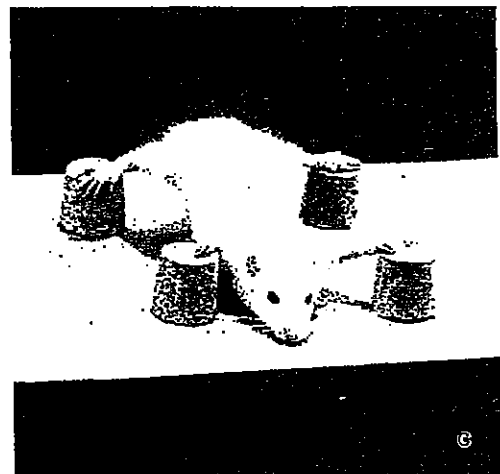


図13-3. THCによって誘発されるカタレプシー状態

- A: 前肢を強制的に棒にかけ、背伸びさせた状態をそのまま長く保持する。
- B: 後肢をコルク柱にかけて逆立ちさせても、自ら正常に復そうとしない。
- C: 四肢をコルク柱にのせた不自然な状態を続ける。

光、接触などの外来刺激で容易に正常に復し、HPDの場合とはかなり異なる。さらにHPDによるカタレプシーは線条体系の淡蒼球、尾状核-被殻、あるいは黒質の破壊によって全く出現しなくなるのに対して、THCのそれは全く影響を受けず、外側視床下部や扁桃体中心核の破壊によって初めて著明に抑制される²⁾(表13-1)。これはTHCによるカタレプシーが錐体外路系とは関係ない現象であることを示す。ヒトではカタレプシー症状は分裂病、ヒステリー、催眠状態などでみられ、むしろ意志の障害と解される。これは、あるいは大麻による被暗示性の亢進に関係ある作用かも知れない。

生化学面からみても、THCによるカタレプシーは中枢のコリン系、カテコールアミン(CA)系だけでなく、セロトニン(5-HT)系神経の関与が深い点でHPDのそれとは大いに異なっている(表13-1)^{2,3)}

4. 攻撃行動

Wistar系ラットを1ケージ当たり数匹ずつ群飼育しながら、毎日1回THC 6 mg/kgの腹腔内注射を続けても、2週間まではラットの行動になんらの変化もみられなかったが、15日目以降より情動過多反応とともにマウスを噛み殺す行動(muricide)を示すラット(図13-4)が現れた³⁻⁵⁾。一方、単独隔離したラッ

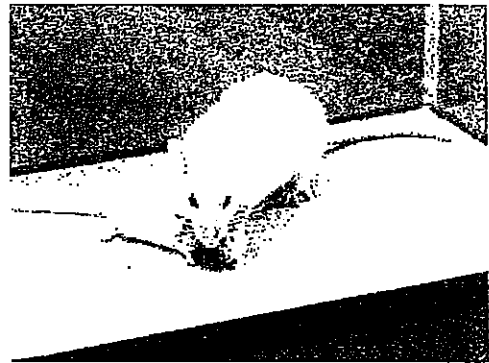


図13-4. THCによって誘発されるラットのmuricide

表13-1. THCおよびハロペリドール誘発カタレプシーに及ぼす諸種向精神薬ならびに脳破壊の影響(藤原と榎本²⁾)

薬 物	カタレプシー発現率		脳破壊部位	カタレプシー発現率	
	THC	ハロペリドール		THC	ハロペリドール
クロルプロマジン	↑ (2)	↑ (2)	淡蒼球	—	↓↓↓
フィゾスチグミン	↑↑ (0.2)	↑↑ (0.2)	尾状核-被殻	—	↓↓
アトロピン	↓↓↓ (0.5)	↓↓ (5)	黒 質	—	↓↓
ビペリデン	↓↓↓ (2)	↓↓↓ (2)	外側視床下部	↓↓	↓↓↓
レドバ	↓↓ (200)	↓ (400)	扁桃体中心核	↓↓↓	↓↓↓
アマンタジン	↓↓↓ (0.5)	↓ (20)			
イミプラミン	↓↓ (20)	↓↓ (20)			
5-ヒドロキシトリプトファン	↓↓ (100)				
5-メトキシジメチルトリプタミン	↓↓↓ (0.2)				

↑:増強, ↓:減弱, —:不安, ():有意の変化を起こす最小用量(mg/kg)腹腔内投与。

トに THC を投与すると、たった1回だけの投与で、差し出した棒に噛みつき(図13-5), muricide をも示すようになった。しかも、この攻撃行動は隔離飼育を続ける限り、100日後でも変わらず存続することがわかった(図13-6)⁶⁾。また、これらのラットはマウス

を殺した後も噛み続け、これを喰ってしまうこともあり、さらにチョークや木片まで噛みくだくような異常性をも示した。棒やマウスに対する攻撃性の発現には単独隔離期間の長さは関係なく⁵⁾、THC 投与後でも THC の作用が続いている間にラットが単独隔離されることが必要条件であることもわかった。

さらに興味深いことには、THC の投与でいったん攻撃性を発現したラットを1ヵ月以上も経過した後、単独隔離から群飼育に切り換えるとすべてのラットが棒に噛みつくこともなく、容易に手でつかめるほどおとなしくなり(図13-7)⁶⁾、約半数のラットは muricide も示さなくなった(図13-7)⁶⁾。しかし、15日間の群飼育後、再び単独隔離に戻してやると、2時間後にはすべてのラットが元どおりの攻

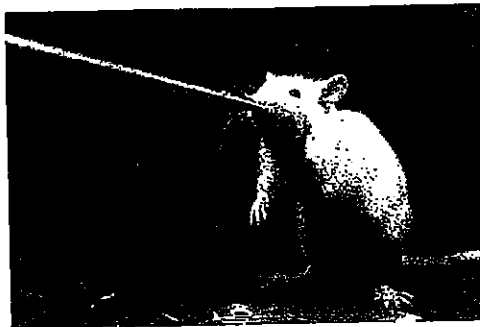


図13-5. THC によって誘発されるラットの棒に対する攻撃行動

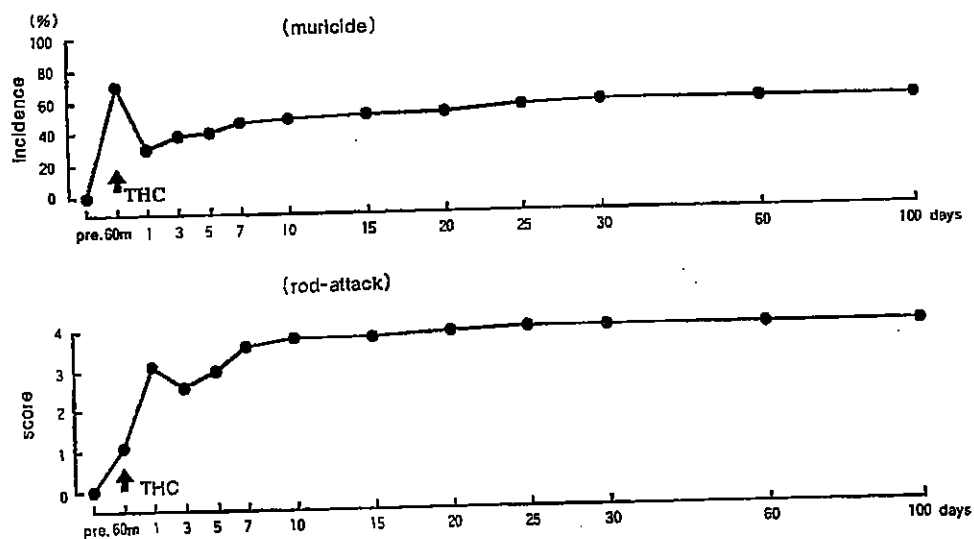


図13-6. THC による攻撃行動(Fujiwara と Ueki⁶⁾)

muricide (マウス殺し行動)を示さないラットだけをを用い、THC 6 mg/kg を腹腔内投与した後、単独隔離を続け、muricide 発現の有無(50匹中の発現率)を上図、差し出した棒に対する攻撃性(rod-attack)の程度をスコアリングして下図に示した。

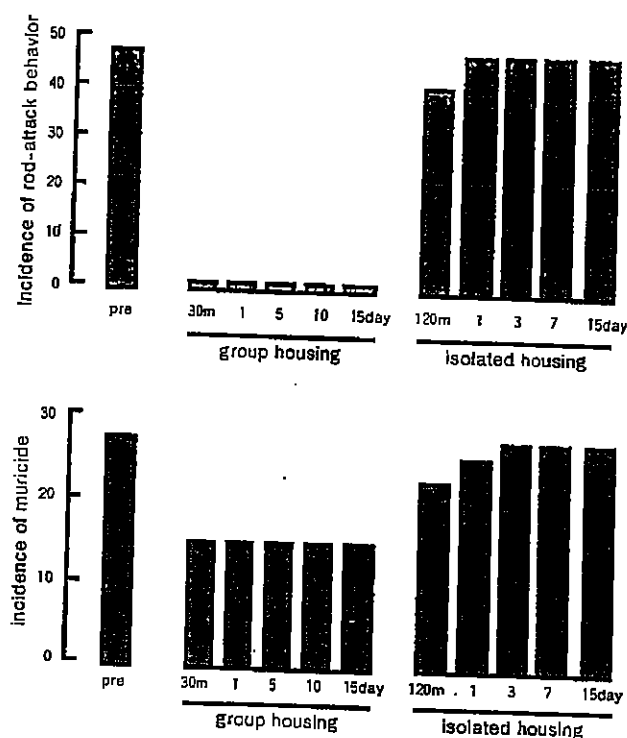


図13-7. THCによって誘発された攻撃行動の飼育条件による変容 (Fujiwara と Ueki⁶¹)

単独隔離状態のラットに THC を 1 回投与して、様に対する攻撃性 (rod-attack behavior) および muricide を示すようになったラットを単独隔離から数匹ずつの群飼育に切り換えると 30 分後から様への攻撃性は全く消失し (上図)、約半数のラットでは muricide も消失する (下図)。15 日後に再び隔離飼育に戻してやると元通り攻撃行動を示すようになる。

撃性を示すようになった。すなわち、いったん発現した攻撃性が飼育環境次第で出たり出なかったりするわけである。これはヒトで見られるフラッシュバック現象に似た行動のように思われ、興味深い。

なお、一般に抗うつ薬はラットの muricide を抑制するが、とくに飼育条件によって変化する THC 誘発 muricide は抗うつ薬だけで選択的に抑制され、薬理的にきわめて興味あるモデルである。

次に単独隔離ラットでだけ THC が何故攻

撃性を誘発するのかという問題から脳内アミン動態との関連を調べた結果、*p*-chlorophenylalanine や 5, 6-dihydroxytryptamine により脳内 5-HT を減少させたラットに THC を投与すると、単独隔離しない群飼育条件でも著明な muricide が発現することがわかった。また、逆に 6-hydroxydopamine の脳室内投与で、脳内 CA 神経を破壊したラットに THC を投与すると、ラットは muricide よりも、むしろ激しい被刺激性増大を起こし、これらのラットを数匹一緒にすると互いに体が

ちょっと触れただけで激しい鳴き声をたてて跳び上がり、互いに闘争行動を繰り返すという状態(図13-8)が長時間持続した⁷⁾。この hyperirritable aggression は抗うつ薬では全く抑制されず、抗精神病薬によって敏感に抑制されることがわかった。この異常行動は、ドパミン神経の破壊により過感受性になったドパミン受容体の興奮により発現するものと思われる。

脳内アミン動態のいかんによって、THC による異常行動がこれほど著明に変化することは驚くべきことであり、ヒトにおける THC の精神作用もその人の脳の状態いかんによって著しく異なる可能性を示唆するものである。

5. 空間認知機能の障害

八方向に放射状に伸びた迷路の各先端に中央からはみえないように一つずつ餌が置いてある。訓練により、ラットは同じ迷路に2回と入ることなしにすべての餌がとれるようになる(図13-9左)。ラットはこの行動の遂行のために、迷路の床の臭いを手がかりにするのではなく、迷路の透明な壁を通して、装置の周囲の景色と自分との位置関係を認知することがわかっている。このように完成された空間認知が THC の投与によって容易に障害され、ラットは餌のない迷路に何回でも入り込むようになる(図13-9右)⁸⁾。ラットでも THC は明らかに空間感覚の著明な障害を起

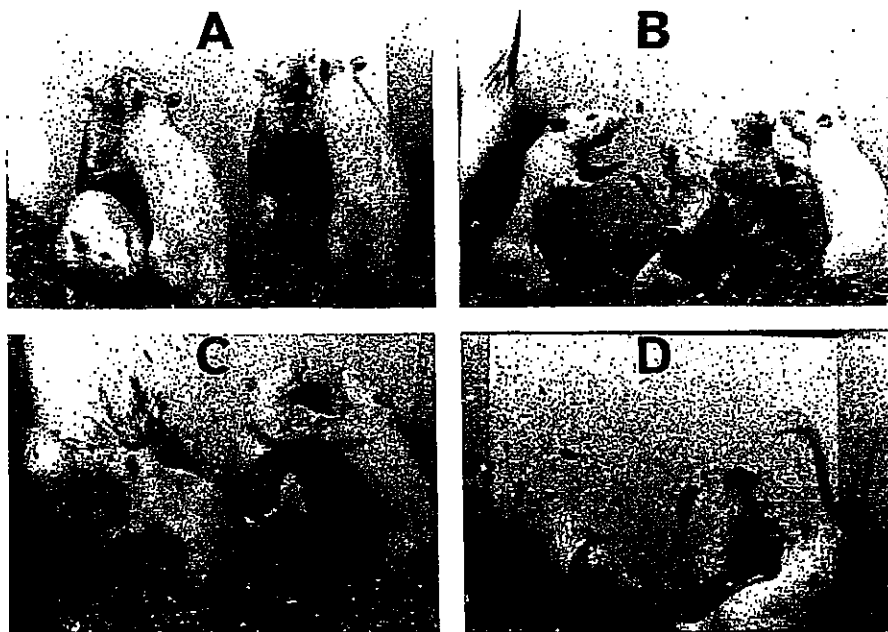


図13-8. 6-Hydroxydopamine の脳室内投与によって脳内カテコールアミン神経を破壊したラットに THC を投与して誘発される hyperirritable aggression (Fujiwara ら⁷⁾)

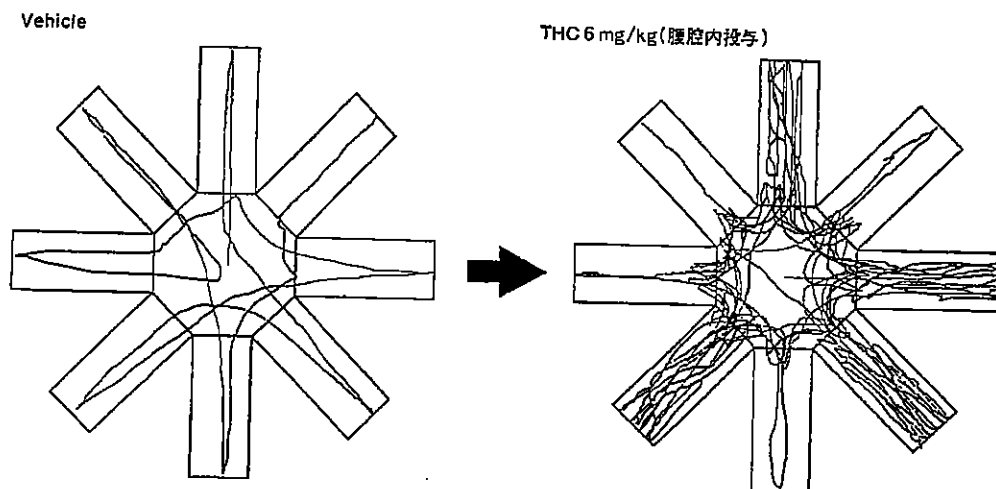


図13-9. 八方向放射状迷路におけるラットの餌取り行動に及ぼす THC の影響 (藤原⁸⁾)
左図は空間認知が完成したラット、右図は THC 6 mg/kg 腹腔内投与の1時間後の行動軌跡。

こすわけである。

おわりに

大麻はマウスやラットでも、正常時には決してみられないような種々の異常行動を惹起する。しかもその異常行動は個体により、生活環境その他の条件によって著しく変化する。そしてその作用の脳内メカニズムはほとんどわかっていない。この作用機構の究明は社会問題として大麻の本質を明らかにするためだけでなく、神秘的な脳の働きを解明する上にも貴重な貢献をするものと考える。

(植木昭和, 藤原道弘, 岩崎克典)

【文 献】

- 1) Hollister LE: Marijuana in man: Three years later. *Science* 172: 21, 1971.
- 2) 藤原道弘, 植木昭和: 大麻(マリファナ)の薬理と臨床. アルコール・薬物依存, 大原健士郎, 田所作太郎編, p459-470. 金原出版, 東京, 1984.
- 3) Ueki S: Abnormal behavior induced by Δ^9 -tetrahydrocannabinol and its pharmacological characteristics. *Trends Pharmacol Sci* 1: 126, 1980.
- 4) Ueki S, Fujiwara M, Ogawa N: Mouse-killing behavior (muricide) induced by Δ^9 -tetrahydrocannabinol in the rat. *Physiol Behav* 9: 585, 1972.
- 5) Fujiwara M, Ueki S: Muricide induced by single injection of Δ^9 -tetrahydrocannabinol. *Physiol Behav* 21: 581, 1978.
- 6) Fujiwara M, Ueki S: The course of aggressive behavior induced by a single injection of Δ^9 -tetrahydrocannabinol and its characteristics. *Physiol Behav* 22: 535, 1979.
- 7) Fujiwara M, Hori Y, Kataoka Y, Ueki S: Irritable aggression induced by Δ^9 -tetrahydrocannabinol in rats pretreated with 6-hydroxydopamine. *Pharmacol Biochem Behav* 20: 457, 1984.
- 8) 藤原道弘: 動物からみた大麻の危険性. こころの臨床ア・ラ・カルト 34: 9, 1991.

II. 臨床の立場から

1. 歴史と疫学

大麻は BC5000 年ごろ、中央アジアで栽培され始めたといわれ、わが国にも BC1000 年ごろには伝来したと推定される。もともと繊維や種子の採取が目的であったが、この植物のもつ多幸的な酩酊や催幻覚作用、麻酔効果などの向精神作用からインド、中国などでは BC1000 年以前から宗教行事や医療目的に使用された歴史があり、遊興使用の歴史も古い。インド、中近東、ギリシャなどでは、紀元前からその酩酊効果を賛美する記録が残されており、しだいに世界各地に地方あるいは集団的な流行を広げていった。1800 年代の終わりに乱用が国単位にまで拡大するに及んでようやくその弊害にも気付かれ、1900 年代以降は国際的に規制対象薬物に指定されるとともに、今日では、治療薬としても一般的に用いられなくなった。しかし乱用は 1960 年代に入ってから大幅な拡大をみせ、アメリカでは 1970 年代には乱用者が 3,000 万人、1980 年には 22～25 歳の 68% を占めるに至り¹⁾、現在全世界で約 3 億人の大麻愛好者がいると推定されている (表 13-2)。

翻ってわが国においては、戦後、駐留アメリカ軍を介して大麻事犯、乱用者が散見され始めた。昭和 50 年代から海外との交流が盛んになるにつれて検挙数、押収量ともに急速に増加し始め、平成に入って乱用は飛躍的に増大の兆候がある。このような状況を背景に大麻依存症例も近年増加傾向をみせており、そ

のほとんどが 20 代を中心とする男性で、海外在留経験者、渡航歴を有する者がかなり高率に認められる。

2. 大麻草とその調製品

大麻草は温帯から熱帯にかけて広く分布しており、わが国においても、主に繊維、種子を採取する目的で一部で許可栽培されているほか、野生大麻草 (図 13-10) も全国各地で散見される。また、屋内などで密栽培することも比較的容易であり、依存症例中には野生大麻を採取、あるいは自家栽培するなどで濃厚な乱用歴を有する者も認められるが、多くは、南北両アメリカ、カリブ海沿岸、アフリカ、東南アジアなどで大規模に不正栽培され、密輸された種々の調製品を施用している。



図 13-10. 野生大麻

(関東信越地区麻薬取締官事務所提供)

調製品は大別して①花穂部や葉をそのまま乾燥して軽く加工したもの——マリファナ marihuana (図 13-11)。なお、ブダステイック (図 13-12) は花穂のみを糸で巻き込み

表13-2. 大麻の歴史²⁾

年 代	地 域	内 容 (出 典)	年 代	地 域	内 容 (出 典)
BC2737	中 国	大麻が女性の衰弱、痛風等に有効	AD1726	日 本	“大麻は毒がある”(用薬順知)、 “大麻は狂う草”(古今要覧)
1400～900	イ ン ド	魔術師が戦術に用いた(アザルバ・ペーダ)	1800	ヨーロッパ	大麻がナポレオン軍によりヨーロッパに流布された
1200	中 国	大麻の催幻覚作用についての記載(エル・ヤ)	1809	ヨーロッパ	“暗殺”の語源は“大麻の常用者”という説(シルストル・デル・サシー)
1000	イ ン ド	大麻は多幸感を生じさせる(サルスタ)	1839	エジプト	カルカッタのオショネシーが、 疲労、リウマチ、ぜん息、偏頭痛の治療薬として大麻を西洋医学会に紹介
800～500	中 近 東	回教の宗教儀式に用いられる	1840	北アフリカ	大麻樹脂はチフス、疫病に有効(ロシェ)
500	イ ラ ン	大麻は幸福の源である(ゾロアスター教典)	1840年代	フ ラ ンス	精神医学者、作家が大麻のび 薬的效果を記述
	イ ン ド	大麻樹脂、花穂の記載(バラモン教典「ヴェーダ」)	1844	フ ラ ンス	大麻クラブ誕生、作家などが 大麻入りの菓子を食べる
484	カスピ海沿岸	大麻の蒸気を吸い歓喜に酔いしれた(ヘロドトス)	1857	ニューヨーク	最初のドラッグ文学(フィッ ツ・ヒュー・ルドルフ「大麻 食用者」)
450	ギリシャ	スキタイ人の大麻吸飲の風習(ギリシャ文学)	1880年代	ア メ リ カ	アメリカ各地に秘密の大麻ク ラブ結成
100	イ ラ ン	土着宗教の神官(アギ)が宗教的秘事に大麻を使用	1889	イ ギ リ ス	麻薬中毒患者の治療に大麻を使用(パーチ医師)
AD 50	ロ ー マ	ネロ皇帝の主治医が大麻を初めて薬物として使用、使用方法についても記載	1910～1930	中 南 米	大麻吸煙の風習広まる 大麻の取締規定(国際あへん 条約、ジュネーブ)
220	中 国	大麻と松樹脂と酒を混合、手術用麻酔剤に用いる	1929	ア メ リ カ	アメリカ16州で大麻禁止
500	イ ン ド	大麻の栽培、使用方法がインドから西方ベルシア・アラブ諸国に広まる	1947	日 本	「大麻取締法規則」制定
712	日 本	日本における麻栽培の最初の記事(常陸風土記)	1961		大麻が国際的規制を受ける (国連麻薬委員会)
807	日 本	麻汁の幻覚による中毒死の記載(播磨風土記)	1964	イスラエル	大麻の有効成分は THC である(メーコラム)
1000～1500	イスラム教国	大麻を賛美する記載が経物、詩歌にしばしば登場する(千夜一夜物語など)	1960年代	ア メ リ カ	ベトナム戦争で、アメリカ兵に大麻などのドラッグが流行 ユネスコが大麻の管理強化を呼び掛け
1000年ごろ	ベルシャ	暗殺団(Hashshashin)が大麻を飲んで白人を殺害する	1968		大麻は人体に対する依存性のおそれはないが、精神依存性は強いので法律で取り締まること(WHO)
1200	中央アフリカ	大麻を燃し、その煙を吸って陶酔作用を楽しむ	1975	ア メ リ カ	制癌剤投与患者に対する制吐作用、線内腫治療薬
1300～1500	ヨーロッパ	アフリカ、アジアを通過したヨーロッパ人が故国に大麻の栽培以外の利用法を伝承する	1980年代	日 本	大麻乱用の激化
1530～1540	チ リ ー	スペイン人が大麻を南米チリーに持ち込む			
1500年代 中ごろ		植物学領域で大麻の催幻覚作用について記載(フランソワ・ラブレール「パンタゲルエル」)			



図13-11. マリファナ
(関東信越地区麻薬取締官事務所提供)

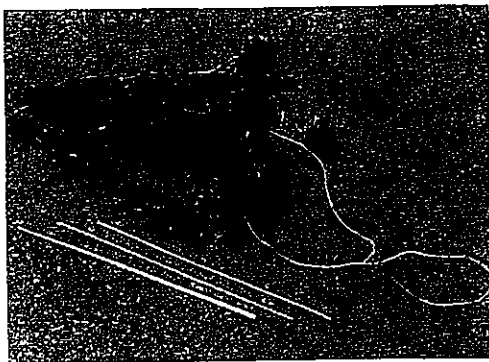


図13-12. ブグダスティック
(関東信越地区麻薬取締官事務所提供)

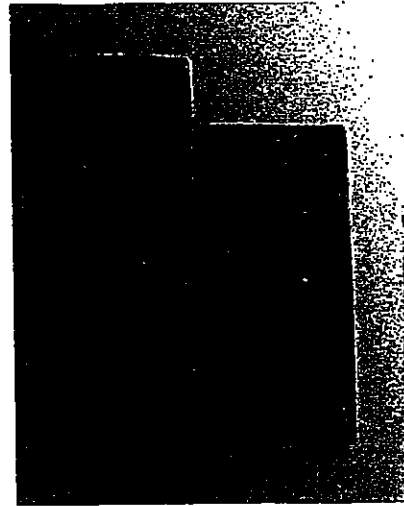


図13-13. 大麻樹脂
(関東信越地区麻薬取締官事務所提供)



図13-14. 液体大麻
(関東信越地区麻薬取締官事務所提供)

棒状にしたもので、大麻成分が葉部より多い。
② 大麻草の分泌する樹脂を集めて板状、球状あるいは棒状に成型したもの——大麻樹脂 hashish (図 13-13)、③ エタノール、メタノール、アセトンなどの溶媒を用いて抽出した上オイル状としたもの——液体大麻 hashish

oil (図13-14) の3種がある。有効成分の tetrahydrocannabinol (THC) 含有量は葉、花穂 0.5～5%，大麻樹脂 2～10%，液体大麻 10～30%である。

3. ヒトの摂取時急性効果

1. 身体に及ぼす影響

大麻の身体作用は一般に弱い、心拍数の増加とそれに伴う血流量の増加、眼球結膜の充血等循環系への影響が共通して認められ、そのほか、時に筋力低下、口渇、めまい、悪心、嘔吐、頻尿、平衡感覚障害を生じる。

2. 精神機能に及ぼす影響

タバコやパイプで吸煙する用法が一般的であるが、アジア、中近東では古くから蜂蜜、香料に混ぜて、あるいはアルコール漬けにして飲食する習慣がある。吸煙すると数分で効果が発現し、3～4時間持続する。飲食した場合は効果発現までに30分～1時間を要するが、効果の持続時間は約8時間と長い。

摂取時急性効果は用量依存的に感覚、知覚、気分、情動、思考を変化させ、多量では意識変容から急性中毒に至る。また効果の様相は、施用時の条件や刺激によって変化する。たとえばアンフェタミンやバルビタールを投与した動物はTHCによってそれぞれ興奮作用と抑制効果を増強し、ヒトでは心理、状況要因に著しい影響を受ける。他の依存性薬物の効果が用量依存的に一方方向性であるのに対して、条件によって相反する効果を生じたり、現れた効果も心理的刺激によって変化する性質は大麻酩酊の大きな特徴である⁴⁾。表13-3はIsbellら⁴⁾の示した酩酊段階と精神的効果を対比させたものである。

4. 慢性障害

1. 身体障害

1) 肺に及ぼす影響

大麻の煙には発癌物質の一つであるベンツ

表13-3. 酩酊段階と精神的効果⁴⁾

第一段階

吸煙で50～100 $\mu\text{g/kg}$ 、体重60 kgとしてTHC3～6 mg摂取に相当し気分、情動、感覚、知覚、思考が変化する。

多幸感、陶酔感、リラックスして静穏な気分。あるいは陽気になりはしゃぐ、眠気、状況によっては抑うつ、不安、恐怖感を伴う恐慌反応(いわゆるパッドトリップ)、視聴覚の鋭敏、色彩や応答が鮮やかで美しい、感動的で生き生きと感じる。ものの輪郭が歪んでみえる、色彩がどんどん変化する。甘い物が実においしい、体が痒く感じ、注意の集中が困難で考えがまとまらない。逆に頭が研ぎ、注意力を増して判断が促進される。何の間違もなく考えが次々と浮かぶ。

第二段階

200～300 $\mu\text{g/kg}$ 、体重60 kgのヒトでは12～18 mg摂取に相当し、意識変容と自我状態の変化を示す。草花の心がわかる、他人、動物とも心が通じ合える、机やプラスチックにも生命を感じる、などの有情化、意味体験。一枚のレコードを何時間にも感じ、距離感や空間の限定がなくなって神や宇宙と一体になる、宙を泳ぐ、変化した自分さもう一人の自分が観察する。など時空間体験の異常。自我境界の拡散、格子状、クモの巣状、らせんなどの型が組み合わさる、点滅し、鮮烈な色彩を放つなど、めまぐるしく変化する幻視。その他幻聴、考想察知、思考奪取、思考吸入等精神的体験の出現(図13-15)。

第三段階

急性中毒状態

せん妄、錯乱、アメンチア、など急性中毒の像を呈し、幻覚、妄想、激しい精神運動興奮、極度の不安、恐怖感を伴い、時には衝動行為の出現。

ビレンがタバコの煙より70%も多く含まれており、大麻の残滓を動物に塗布すると腫瘍が発生する。また、慢性的な使用者には喉頭炎、慢性気管支炎が認められる⁵⁾。

2) 生殖機能に及ぼす影響

男性では血中テストステロン値が低下し、精子の数、形態、構造、運動性に異常が認められるとの報告がある。女性ではプロラクチン値の低下、月経周期の異常をきたし、サルを用いた実験では受胎不能率が対照群の4倍

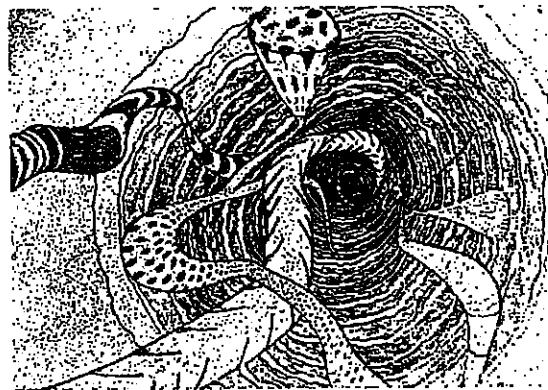
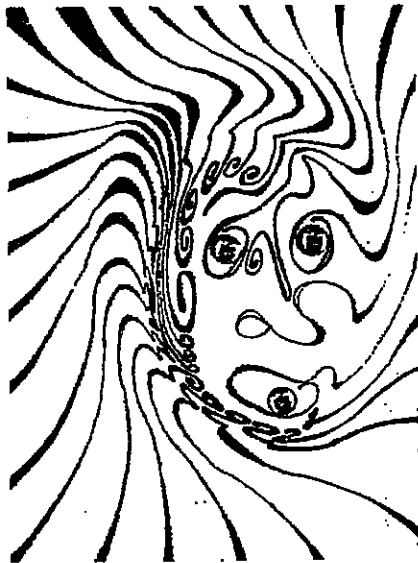


図13-15. 施用者の画いた酩酊時体験のイラスト(関東信越地区麻薬取締官事務所提供)

に達する。また、妊婦が摂取した場合、THCが胎盤を通過するため、胎児の成長に影響を与える可能性が示唆されている⁶⁾。

2. 大麻精神病

1) 発症の要因

大麻精神病の発症頻度は比較的低いとされ、理由として一定量の継続的使用が耐性を上昇させること⁷⁾、大麻に含まれるカンナビジオールがTHCに拮抗的に作用すること⁸⁾などが指摘されている。実際の症例をみると、慢性使用があり、THC高濃度または大量連続使用した場合に発症しているが、心理的刺激やLSDなど他剤の少数回使用が契機となりやすい。中には、使用中断後1週間～1ヵ月後に発症するケースもあり、THCが脂溶性で吸収後速やかに脳を含む脂肪組織に沈着し、持続的に作用するためと考えられている⁹⁾。

2) 病像と経過

症状的には、精神活動の全般的低下とみられる抑制症状、精神運動興奮、幻覚妄想などの精神病的体験、気分、情動、衝動の異常、意識変容、思考不纏などがあげられるが、これらの症状は組み合わせあって経過するので一定の病型として分類することは難しい。急性期の症状は向精神薬の投与によっておおむね

2～3ヵ月以内に終息するが、症状は著しい動揺を示しながら経過する¹⁰⁾。まれには幻覚妄想状態が2年以上持続した例もあり、無動機症候群などの精神活動性の低下は長期に残遺する可能性が高い。また、逆耐性現象やフラッシュバックもかなり高頻度に認められる¹¹⁾。

(1) 精神活動の抑制症状

i) 無動機症候群

興味や関心の狭小化、意欲、自発性の低下、注意の集中困難、持続困難などが前景に立ち、無気力で疲労を感じやすく、むっつりしてむら気、生産的生活が維持できず、確たる将来的展望もなく、退嬰的で浮き草のような生活を送る。重度の症例では、ほとんど無言、無動となり、終日ボーッとして過ごすなど意識水準の低下も疑われる。大麻摂取の中断により、通常1～2週間で会話、行動は回復に向かう。残遺状態の感じられない例もあるが、重度では活動性が回復するまでには数ヵ月から年余を要するのが常である¹²⁾。

ii) 知的水準の低下

時に知的水準の著しい低下を生じる。複雑な会話は理解できず、簡単な計算も間違え、文章も仮名ばかりで幼稚な内容となる(図13-16)。このような状態は精神活動性の回復

たいまかくなりとはえんきって、いんこして、いざつか
いちにんまえにふたことをみたていであ
もうこれいじょうしんぱいことはいけられせん。
はやくみんなのわらったかあがみたいです。
どうかみすてないでください。あかがいます。
はやくうちにいりたいたいです。
いすつにわまることはてたいにくけれ
ほんとうにごめんなさい。

図13-16. 20歳、男(デザイン学校2年中退)の手紙

とともに改善されるが、最終的に本来の知的水準を回復するかどうかは不明である。Stringaris⁹⁾はこれをカンナビス痴呆とした。

(2) 精神運動興奮

被刺激性、易怒、興奮、気分易変、まとまりを欠く言動、粗暴行為が1~3ヵ月持続するものがある。病勢盛んな時期にはアメンチアを背景とするものも多い(図13-17)。

(3) 気分、情動、衝動の異常

大麻による抑うつ状態については多くの文献に記載があり、自殺企図も高率であるとされる¹⁰⁾。たしかに抑制症状があり、抑うつ気分や罪業念慮の認められる例もあるが、この状態はほとんど無動機症候群と経過的に混在連続しており、背景に意識水準の低下が疑わ

れたり、幻覚妄想による強い不安や思考の混乱を伴う。自殺企図があってもその前後に深刻な様相のみえない例も多く、何の理由もなく突然他人を殴打するなど衝動的な粗暴行為も現れる⁹⁾。

これらの臨床所見から、精神機能の抑制状態はあるものの通常の抑うつ状態とは異なり、病的体験や意識水準の低下を混在して気分、情動、衝動が著しく不安定となり、時にはこれを行動に流出する状態という印象を受ける。

(4) 幻覚妄想状態

多くは被害的内容の幻聴で、命令あるいは行動に逐一干渉する場合もある。症例によっては“神様がみえる”“誰かが体を触る”など幻視、幻触も体験される。妄想は注察、被害、

品 名	数量	品 名	数量
エコー	7	人権	1
紙コップ	1	生存権	1
水	1	環境権	1
空 気	1	基本的人権	1
養 老	1	生活権	1
外出	1	家族情地法	1
鉄血 智美	1	日本国憲法	1
衆	1	国連平和会	1
衆 院	1	フタビニ	1
有 意	1	表現の自由	1
退院許可証	1	宗教の自由	1
大衆の自由	1	俺の自由	1
衆 議 院 の 議 事 録	1	三校の規則	1

その他、俺の心算を711
持たない。持てない。持たない。

図13-17. 22歳、入院中の男性、精神運動興奮の著しい時期に記入したおやつなどの買物伝票

関係、追跡、迫害妄想が多く、時に罪業、微小、誇大妄想も認められる。その他、作為体験、思考伝播、思考吹入、思考奪取などを伴うものもある。これらの精神病的体験は具体的、状況的色彩が強く、覚せい剤精神病など中毒性精神病の体験様式に近い³⁾。

(5) 意識の変容

アメンチア、夢幻様状態、錯乱、せん妄などの意識変容状態が動揺しながら数日ないし2週間以上挿間的に認められる場合がある。その間の記憶は脱落あるいは断片的島状に残遺し、幻覚妄想による顕著な不安、不穏を伴うことも多い⁴⁾。

(6) 観念の湧出、思考の散乱

“ふっと考えが頭に浮かび、自分でもどうしたらいいかわからなくなる”“考えがバラけるので困る”“質問されるとその言葉のいろいろな意味が同時に浮かび、どう答えていいかわからなくなる”などと表現される。多くは他の病像に伴って認められるが、この症状だけが前景にある症例もある⁵⁾。

3. 慢性人格障害

長期の乱用は、不活発で興味、関心の狭小、集中力や記憶力の減退、自己像認識の歪曲など、社会適応性を衰退した人格障害を招来する。これは、無動機症候群に代表される精神活動性の全般的低下が持続的に付置されることを意味しており、背景には脳器質障害が想定される⁶⁾。

5. 治療

一般の中毒性精神病の治療に準じ、ブチロ

フェノン系、フェノチアジン系等の向精神薬投与が基本である。無動機症候群には賦活系の薬物が使われるが、セルレインが有効¹⁰⁾との報告もある。

(徳井達司、岩下 寛)

[文 献]

- 1) Kandel DB: Marijuana users in young adulthood: Arch Gen Psychiatry 41: 200, 1984.
- 2) 山本郁男: 大麻の幻覚作用. 日薬師会誌 37(10): 1061-1071, 昭和60年10月1日.
- 3) 武田 元: 大麻とは. 大麻, 厚生省依存性薬物情報シリーズ No 1, p3-15, 昭和62年3月.
- 4) 徳井達司: 大麻(マリファナ, カンナビス). こころの臨床ア・ラ・カルト 10(1): 31-35, 1991.
- 5) Isbell H: Effects of (一) Δ^9 -trans-tetrahydrocannabinol in man. Psychopharmacologia 11: 184, 1967.
- 6) National Institute on Drug Abuse: Marijuana and health. Eight annual report to the US Congress From the Secretary of Health and Human Services, 1980.
- 7) Hart RH: On psychiatric syndromes associated with cannabis. Ala Med 54: 34, 1984.
- 8) 徳井達司, 米元利彰, 岩下 寛ほか: 大麻精神病の6例. 精神医学 31(9): 919, 1989.
- 9) Stringaris MG: Die Haschishi Sucht 2 auf 1. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1972.
- 10) 渡辺 登, 諸治隆嗣, 多田幸司: マリファナ大量常習者でみられた無動機症候群に対するセルレインの効果. Curr therapy 2: 143-145, 1984.
- 11) Miller NS, Gold MS: The diagnosis of marijuana (cannabis) dependence. J Subst Abuse Treat 6: 183, 1989.

PROGRAMME ON SUBSTANCE ABUSE

Cannabis: a health perspective and research agenda



DIVISION OF MENTAL HEALTH AND
PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE
WORLD HEALTH ORGANIZATION

Contents

Acknowledgements	v
1. Why this report now?	1
2. Cannabis and health: some issues about inference	2
3. Epidemiology of cannabis use.....	4
4. Chemistry and pharmacology	11
5. Effects on the brain and behaviour.....	14
6. Effect on the respiratory system	20
7. Effects on endocrine and reproductive system.....	22
8. Effects on intrauterine and postnatal development	24
9. Effects on cell nuclei.....	26
10. Effects on immune system	27
11. Effects on other organ systems.....	27
12. Therapeutic uses.....	28
13. Comparing cannabis with other drugs.....	29
14. Summary	30
15. Recommendations for future research	31
References.....	34
 ANNEXES:	
Annex 1 List of participants of the WHO project meeting on health implications of cannabis use, Geneva, 22-24 May 1995.....	47
Annex 2 Background papers prepared for the WHO project meeting on health implications of cannabis use, Geneva, 22-24 May 1995.....	49

Abstract

The use of cannabis, a psychoactive substance under international control, is widespread throughout the world. Reliable information on the actual and potential health consequences of cannabis use is thus an important input into health policy analysis and for the development of national and international drug control strategies.

The last WHO report on this topic was issued jointly with the Addiction Research Foundation of Ontario in 1981 (*ARF/WHO Scientific Meeting on Adverse Health and Behavioural Consequences of Cannabis Use*). In the intervening years, there have been many requests for an updated WHO report on the health consequences of cannabis use.

In response to these requests, WHO convened a group of scientific experts on cannabis in Geneva in November 1993. The present report is the end-product of a review and update process which started at that meeting. This report provides a review and summary of current knowledge about cannabis use and health effects, and is likely to be relevant for policy makers, public health officials, educators, and others concerned with health promotion.

Epidemiological studies from Australia, Canada, Europe, and the USA have indicated an increase in the prevalence of cannabis use by young people over the last decade. In other regions, mostly in developing countries, data available is more scarce, making it difficult to draw any conclusions about the general levels of cannabis use in these countries.

There have been significant advances in research over the last 15 years. These include: basic research on the mechanism of action of cannabinoids (of which Δ -9-tetrahydrocannabinol or THC is the most potent), the molecular structure needed for such action, the discovery of a specific receptor molecule to which the cannabinoid molecule attaches in brain cells and other tissue sites, the discovery of a natural chemical substance in the brain that normally acts on those receptor sites, and the mapping of the receptor sites in various parts of the brain and elsewhere in the body. Cannabis acutely impairs cognitive development and psychomotor performance, which increases the risk of motor vehicle accidents among those who drive intoxicated by cannabis. There has also been substantial progress in understanding the chronic effects of cannabis on the respiratory system and on various types of cells in the body's immune system. Chronically, there are selective impairments of cognitive functioning, and a dependence syndrome may develop. Chronic cannabis use may also exacerbate schizophrenia in affected individuals. On the other hand, several studies have demonstrated therapeutic effects of THC for nausea and vomiting in advanced stages of cancer and AIDS and studies on other therapeutic uses are underway.

There is a clear need for both epidemiological and applied research on cannabis and its derivatives. There are important gaps in knowledge about the health consequences of cannabis use which need to be addressed by well-controlled studies, including data on the patterns and consequences of cannabis use in developing countries, the chronic adverse effects of cannabis use and on the relative effectiveness of cannabinoids for medical use.

© World Health Organization, 1997

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced and translated, in part or in whole, but not for sale nor for use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Acknowledgements

Many individuals have assisted the Programme on Substance Abuse (PSA) in the preparation of this document. The contribution of the members of the WHO Expert Working Group on the Health Effects of Cannabis Use (see Annex 1) and the authors of the background documents for the Working Group meeting in May 1995 (see Annex 2) is gratefully acknowledged.

Based on the deliberation of the Working Group meeting, an editorial group consisting of Drs Harold Kalant, William Corrigan and Reginald Smart prepared a summary report which has served as the basis for this document.

Their contribution was substantial and much appreciated. Subsequent drafts were reviewed by over 100 external reviewers, including selected scientists of the WHO Expert Advisory Panel on Drug Dependence and Alcohol Problems, and all WHO Collaborating Centres in the field of substance abuse. We wish to specifically acknowledge their input, as well as the contribution of Dr Wayne Hall and of the various experts at the US National Institute on Drug Abuse (NIDA) who have commented on various drafts of this report. Several helpful comments and suggestions were also made by the United Nations International Drug Control Programme (UNDCP).

1. Why this report now ?

1.1 Need for the report

The goal of the World Health Organization (WHO) is to promote the highest possible level of health for all peoples of the world. Psychoactive substances are a major cause of disease and injury in all regions of the world and a significant impediment to progress of 'health for all' strategies.

The use of cannabis, a psychoactive substance under international control, is widespread throughout the world. Reliable information of the actual and potential health consequences of cannabis use, including the costs and benefits of different interventions, is thus an important input into health policy analysis and for the development of national and international drug control strategies.

The last WHO report on this topic was issued jointly with the Addiction Research Foundation of Ontario in 1981 (*ARF/WHO Scientific Meeting on Adverse Health and Behavioural Consequences of Cannabis Use*). In the intervening years, there have been many requests for an updated WHO report on the health consequences of cannabis use.

In response to these requests, WHO convened a group of scientific experts on cannabis in Geneva in November 1993. The participants at this meeting (listed in Annex 1) agreed that an updated report on the health consequences of cannabis use should be prepared, and adopted a two-stage plan to produce such a report. First, scientists were commissioned to produce extensive literature reviews in the form of background papers on various topics, and these were reviewed by other experts. The authors and titles of the background documents are listed in Annex 2. Second, based on these reviews, a summary report was drafted by the original group of experts during a second meeting held in Geneva from 22-24 May 1995.

The draft summary report was then circulated to selected scientists of the WHO Expert Advisory Panel for Drug Dependence and Alcohol Problems, WHO Collaborating Centres, as well as other scientists and various technical units within WHO. Subsequently, the report was revised on the basis of these comments and in collaboration with the authors of the relevant sections of the summary report. The present report is thus a collaborative review based on inputs from scientists and public health specialists in all regions of the world.

1.2 Purpose and content of the report

This report provides a review and summary of current knowledge about cannabis use and health effects, and is likely to be relevant for policy makers, public health officials, educators, and others concerned with health promotion. The report is intended less for the use of research scientists and clinical experts, who usually have access to detailed information and studies through specialty journals and monographs, and computerized bibliographic services. In preparing this report, an effort has been made to summarize knowledge without using excessively technical language where possible, or with only essential bibliographic documentation, and with an emphasis on the major changes in knowledge in the past fifteen years and their potential implications.

There have indeed been significant advances in some areas in the last fifteen years. These include: basic research on the mechanism of action of cannabinoids, the molecular structure needed for such action, the discovery of a specific receptor molecule to which the cannabinoid molecule attaches in brain cells and other tissue sites, the discovery of a natural chemical substance in the brain that normally acts on those receptor sites, and the mapping of the receptor sites in various parts of the brain and elsewhere in the body. There has also been substantial progress in understanding the effects of cannabis on the respiratory system and on various types of cells in the body's immune system. Issues such as the link between cannabis use and schizophrenia, and the nature of cannabis dependence, have been substantially clarified. In contrast, in a number of other areas there has been no fundamental change in understanding. All of these matters are developed in greater depth in the body of this report.

1.3 Other sources of recent information

The background papers that served as the basis of this summary report contain much more detailed information and more complete lists of bibliographic references on the individual topics which they cover (see Annex 2 for a complete list).

In addition, a number of major reviews of the cannabis literature have appeared during the past few years (e.g. Arif & Westermeyer, 1988; Hall et al., 1994; Kandel, 1993; Mechoulam et al., 1994; Musty et al., 1991; Adams & Martin, 1996), and these have been taken into account when preparing this report. More detail on various issues discussed in this report can be found in these reviews.

2. Cannabis and health: some issues about inference

The approach to assessing the health effects of cannabis use followed in this report is the same as has been adopted by WHO/PSA to assess the health effects of the use of alcohol, tobacco and other psychoactive substances, namely that a reasonable standard of scientific proof is required to arrive at conclusions about the probable adverse health effects of cannabis. Some of these issues involved in assessing whether scientific evidence does indeed constitute causality are outlined below.

2.1 Making causal inferences

Causal inferences require, among other things, evidence of an association between cannabis use and an adverse health outcome; evidence that cannabis use preceded the health outcome; evidence that chance is an unlikely explanation of the association; and the exclusion of plausible alternative explanations of the association.

Reasonable evidence of an association between cannabis use and a health outcome is provided by the observation of such a relationship in case-control, cross-sectional, cohort, or experimental studies.

If cannabis use is the cause of an adverse health effect then there should be good evidence that cannabis use precedes the health effect. The strongest such evidence is provided by an observational cohort study or an experiment. In the case of cannabis, such studies are difficult to conduct due to the fact that cannabis is an internationally controlled psychoactive substance.

Chance can be ruled out if proper statistical evaluation indicates that the likelihood that the result may have occurred by chance is very small.

The alternative explanation that is much harder to exclude is that any relationship between cannabis use and a health outcome is due to an unmeasured variable which causes both cannabis use and the adverse health effect, i.e. a 'confounding' factor or factors. Experimental evidence provides the 'gold standard' for ruling out such explanations.

This would require the random assignment of persons to use or not use cannabis, so as to ensure that users and non-users were equivalent in all relevant respects prior to their cannabis exposure. However, such random assignment is unethical, except in studies of innocuous health effects, because of the unacceptable risks imposed on volunteer subjects, quite apart from legal considerations in the case of cannabis.

Experiments using laboratory animals permit random assignment of subjects to cannabis or placebo exposure. There may be, however, considerable problems in extrapolating results across species. These may be minimized by proper attention to the importance of different routes of administration (e.g. oral, intravenous), different forms of cannabis (e.g. pure cannabinoids versus smoked cannabis plant material), and the question of equivalence of doses in different species (e.g. rat versus human).

When an appropriate animal model does not exist, or when human experiments are unethical, observational studies are necessary and provided they are properly conducted, non-causal factors can be controlled. If the relationship persists after such statistical adjustment, then the probability is increased that the health outcome is due to the effect of the exposure, in this case cannabis use.

Causal inferences can be drawn from research findings by judging the extent to which the evidence meets widely accepted criteria. These include: strength of association, consistency of association, specificity, dose-response, biological plausibility, and coherence with other knowledge. These criteria are not sufficient to show that an association is causal but the more that are met, the more likely it is that the association is causal.

2.2 Acute and chronic health effects

Any attempt to summarize the health effects of cannabis, or of any other psychoactive substance, runs the risk of oversimplification. The health effects experienced by a user will depend not only on the fact that cannabis was used, but also on a host of other factors. Acute drug effects, for example, will be influenced by the dose, the mode of administration, the user's prior experience with the drug, concurrent drug use, and the user's expectation, mood state and attitudes towards substance use, as well as environmental, biological and genetic factors.

The acute health effects of any psychoactive substance are conceptually easier to appraise than its chronic health effects: the temporal order of substance use and effect is clear; drug use and its effects typically occur closely together in time; and if the effects are not life-threatening or otherwise dangerous, they can be reliably reproduced by administering the psychoactive substance experimentally under controlled conditions. However, in such studies, the possibility of controlling for blood levels of THC (Δ -9- tetrahydrocannabinol, the main active principle of cannabis) would allow stronger causal inferences between effects and THC levels as there is a great variability in bioavailability (amount of a substance which is available after absorption by any route) according to the route of administration. It is more difficult to attribute relatively rare acute adverse experiences (e.g. flashbacks, psychotic symptoms) to substance use. It is difficult to decide whether these are: rare events that are coincidental with substance intake; the effects of other psychoactive substances which are often taken together with cannabis; rare consequences of substance use that only occur at very high doses; manifestations of unusual forms of personal vulnerability; or the results of interactions between different substances.

Causal inferences about the long-term effects of chronic cannabis use become more difficult the longer the interval between use and the occurrence of the ill effects; the longer the interval, the more numerous the alternative explanations that need to be excluded. With continued chronic use this interval does not exist although it is still difficult to make causal inferences due to concurrent factors. The most rigorous evidence of chronic health effects is provided by laboratory studies of experimental animals in which well controlled doses are administered over a substantial period of the animals lives. However, a great many assumptions have to be made in extrapolating from health effects observed in laboratory animals to the probable health effects of equivalent doses and patterns of use in humans. In addition, there may be problems in extrapolating from studies with pure THC to human experience with crude cannabis preparations. The plant material contains many other compounds, both cannabinoid and non-cannabinoid in nature, and the possibility must always be considered that differences between experimental and clinical observations may be due in part to the effects of these other substances. Ideally, as bioavailability following the smoking route varies considerably between and within subjects, the measurement of blood levels of tetrahydrocannabinols should be included in any study design.

Epidemiological studies of the relationship between cannabis use and disease in humans are clearly relevant for public health policy, but they are less rigorous in assessing the degree of exposure to cannabis and in excluding alternative explanations of observed associations. There is consequently uncertainty about the interpretation of both 'positive' and 'negative' human epidemiological evidence. In the case of positive findings, cannabis use is often correlated with the use of other psychoactive substances (e.g. alcohol and tobacco) which are known to affect health adversely. This makes it difficult to confidently attribute (or exclude) some of these adverse health effects to cannabis use. When epidemiological studies fail to find adverse health effects of chronic cannabis use, it is

nonetheless uncertain whether the substance has indeed few, if any, chronic effects in humans, or whether we have not used sufficiently sensitive methods or procedures (e.g. cohort size) to reliably detect such effects. Studies on cannabis-related impairments conducted in cultures with traditional, social use of cannabis, might be helpful in distinguishing between the effects of cannabis use *per se* and those of a lifestyle often associated with illicit substance use.

3. Epidemiology of cannabis use

3.1 Methodological aspects of assessing cannabis use

The earlier literature on patterns of cannabis use is largely based on studies in developed countries, reflecting the emergence of widespread cannabis use among adolescents and young adults in these countries, and the health, legal and social concerns that this has led to. However, an increasing number of studies (for example, Smart et al., 1980; Carlini et al., 1990; Adelekan, 1989; Kramer, 1990) have been carried out in developing countries (in this case, Bahamas, Brazil, Nigeria and Venezuela, respectively), which provide some insight into cannabis use in developing countries as well.

Because cannabis is an illegal psychoactive substance, (cannabis and cannabis resin and extracts and tinctures of cannabis are included in Schedule I of the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as amended by the 1972 Protocol), data on the levels and patterns of its use are much less widely available than on the use of alcohol and tobacco. Moreover, the illegality of cannabis gives rise to a number of potential biases that operate to underestimate the prevalence of its use. First, illicit substance users are likely to be under-sampled in household surveys, and those who are contacted may be reluctant to participate in a survey. Second, even if users agree to participate they may be less inclined to give truthful responses. Despite these biases there is sufficient evidence for the validity of self-reported substance-use in carefully designed studies to permit inferences about trends in illicit substance use.

No attempt has been made to estimate global figures on the prevalence of cannabis use, given the different methods of data collection, analysis, definitions and periods when surveys have been carried out. However, the United Nations Drug Control Programme has estimated the number of cannabis 'abusers' (annual prevalence) in the 1990s at 141 million people, i.e. 2.45 per cent of the world's population, based on figures given by Member States (UNDCP, 1997).

3.2 North America

3.2.1 United States of America

The United States have regularly undertaken surveys of illicit substance use over the last 15 to 20 years; these include the National Household Survey on Drug Abuse, conducted throughout the US on a regular basis by the National Institute on Drug Abuse (NIDA) since 1972 (NIDA, 1992); and the 'Monitoring the Future' nationwide surveys of samples of high school seniors, college students and young adults, conducted annually since 1975 (Johnston et al., 1997).

The NIDA national household survey originally covered approximately 9000 persons aged 12 years and older in randomly selected households throughout the US every two to three years. Since 1991, the survey has been conducted annually on over 30 000 participants.

In 1992, one-third of the national household sample reported that they had tried cannabis, 9 per cent had used it in the past year, and 4 per cent reported that they were current users. Lifetime use ranged from 11 per cent among those aged 12 to 17 years to 59 per cent among those aged 26 to 34 years, while 25 per cent of those over the age of 35 years reported some use. Rates of discontinuation of use were high, with over two-thirds of men and three-quarters

of women who were ever users not having used cannabis in the last year. Weekly cannabis use was uncommon: it was higher among men than women (9 per cent of men and 6 per cent of women), with a peak prevalence of 21 per cent among those aged 12 to 17 years who had ever used cannabis. Time series data from 1974 to 1990 showed that the prevalence of cannabis use increased throughout the 1970s, peaked in 1979, and declined steadily throughout the 1980s to levels lower than those reported in 1974.

The 'Monitoring the Future' surveys (Johnston et al., 1997) show wide fluctuations since 1975 in cannabis use among American adolescents in secondary school; lifetime prevalence among twelfth-graders (ages 16 to 18 years) peaked at 65 per cent in 1980 and had fallen by nearly half by the early 1990s; use in the last year peaked at 51 per cent in 1979 and fell by more than 60 per cent by 1992. The rate of noncontinuation also rose considerably (Table 1). While most users of other illicit substances had also used cannabis, trends in the use of those substances were independent of trends in cannabis use.

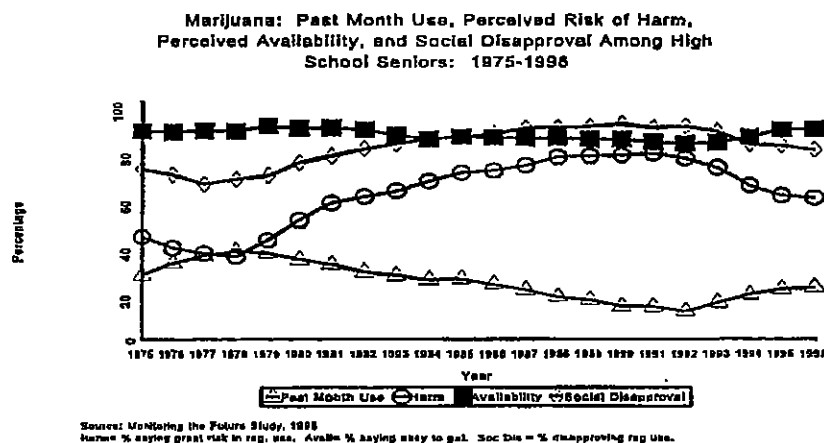
Table 1. Trends in Cannabis Use among Twelfth-Graders in the USA

	% Any Lifetime Use	% Any Use in Past 12 Months	% Noncontinuation Rates*	
			Used Any	Used 10+ Times
1975	47	40	15	4
1980	60	49	19	5
1985	54	41	25	8
1990	41	27	34	12
1992	33	22	33	11
1993	35	26	26	8
1994	38	31		
1995	42	35		
1996	45	36		

Source: Johnston et al., 1997

* This variable is defined as the percentages of those who ever used the drug (or used it 10 or more times) but did not use it in the past year. To avoid the implication of confirmed permanent cessation of use, which logically cannot be inferred from the survey, the investigators used the term 'noncontinuation' rather than 'discontinuation'.

After more than a decade of steady decline in cannabis use, the 1992 survey of eighth-graders (ages 14 to 16) and the 1993 and 1994 surveys of eighth-, tenth- and twelfth-graders showed an abrupt rise in all three grades, and a smaller rise among college students and young adults. There were increases in both the initiation rate and prevalence of continued use (Johnston et al., 1997).



Johnston and his colleagues have marshalled considerable evidence that changes in attitudes and beliefs about cannabis use explained the steady decrease during the 1980s, and the more recent increase in use. They report that increased perception of the risks of cannabis use was strongly correlated with decreased rates of use over time, while in the most recent years, there was a significant decline in perceived dangers of cannabis use (Johnston, 1995).

2.2 Canada

A national telephone survey was conducted in Canada in 1994 by Health Canada of 12 155 persons aged 15 years and older. Overall, 28.2 per cent of the sample reported that they had ever used cannabis, but only 7.4 per cent had used cannabis in the past year. Rates of use were twice as high among males than females. Prevalence of current use declined with age from a high of 26.1 per cent among those aged 15 to 17 years to 1.4 per cent among those aged 45 to 54 years and 0.7 per cent among those aged 55 to 64 years. Rates of discontinuation were substantial, with only 26 per cent of those who had ever used cannabis having done so in the past year.

There have been a number of school surveys conducted in various provinces throughout Canada since the mid-1970s. The most consistent trend has been an increase in prevalence through the 1970s, then a sharp decline through the 1980s. Rates of illicit drug use were lower in Ontario than in the neighbouring United States of America. The size of the decline in rates of annual cannabis use was greater than for other substances. Among cannabis users, frequency of use has also declined since 1979 (Adlaf et al., 1995). However, there have been some more recent increases in overall rates of cannabis use within the last few years.

3 Australia and New Zealand

Cannabis continues to be the most widely used illicit psychoactive substance in Australia, with approximately one third of adults reporting that they had used the substance, and 72 per cent of all young adults between the ages of 18 and 24 at some point in their lives having used cannabis (de Zwart et al., 1994). In a national household survey of adults conducted in 1993, the prevalence of use was related to gender and age. Men were more likely to have used cannabis than women, and adults over the age of 45 years were much less likely to have used than younger adults. This reflects the initiation of widespread cannabis use among young Australian adults in the early 1970s (Donnelly & Hall, 1994).

More than half of those who had ever used cannabis in Australia had discontinued their use, or continued to use less than weekly. Seven per cent of women and 15 per cent of men became weekly users. Weekly cannabis use was most common among younger age groups, and highest among those aged 20 to 24 years, declining steeply thereafter. The use of cannabis has increased dramatically over the past 20 years, with the proportion reporting ever having used the substance increasing from 12 per cent of adults in 1973, to 28 per cent in 1985, and then to 34 per cent in 1993.

(Donnelly & Hall, 1994). The 'Omnibus' household surveys that were conducted throughout the 1970s by market research companies also showed that there has been an increase in the prevalence of cannabis use for all age groups between 1973 and 1984 (McAllister et al., 1991).

In New Zealand, a 1990 survey showed that 12 per cent of New Zealanders between 15 and 45 years of age had used cannabis in the previous 12 months (Black & Casswell, 1991). Forty-three per cent of New Zealanders in the age group report lifetime cannabis use. In 1991, a study of 949, 13 to 14 year old children showed that by the age of 15 years, approximately 10 per cent had used cannabis on one or more occasions, and 2.2 per cent reported using cannabis on more than ten occasions (Fergusson et al., 1993).

3.4 Europe

The WHO Regional Office for Europe has collected results from a series of surveys in the European region on drug use among the general population. In 21 countries that were surveyed in the western part of the WHO European Region, cannabis has been reported as the most used illicit drug in the general population. In Denmark, in 1994, approximately 37 per cent of those between the ages of 16 and 44 have indicated they had used cannabis at least once. Using survey data through the mail, approximately 40 per cent of the same cohort had said they had used cannabis, indicating a slight rise in use in Denmark. In 1991 in Switzerland, 17 per cent of adults aged 17 to 45 reported ever use of cannabis. In a 1994 survey, 50 per cent of youth by the age of 20 said they had tried cannabis at least once, a considerable increase. However, this may be due in part to the young age of the cohort. In Germany, a 1994 survey of 18 to 59 year olds indicated that 13.6 per cent of those in the western part of the country had ever used cannabis, as opposed to 2.8 per cent of those in the eastern part of the country. The prevalence of ever use in the United Kingdom in 1992 was 14 per cent among 12 to 59 year olds (Harkin et al., 1997).

For all of the countries participating in the survey, current use, as expected, was much lower than ever use, indicating that cessation of use is very common. In the broad adult population, no more than 6 per cent in all of the countries for which data are available were using cannabis in the month prior to the survey. Among those in the age group 16 to 19 years, current use is generally higher. In the UK in 1991, 23 per cent of males and 13 per cent of females in this age group had used cannabis in the previous year, while among the 20 to 24 year age group, 18 per cent of males and 11 per cent of females had used cannabis during the last year. In Denmark, two 1994 surveys found that 14 per cent and 10 per cent of those aged 16 to 19, and 12 per cent, and 20 per cent of those 20 to 24 years of age, had used cannabis during the previous year (Harkin et al., 1997).

Seven of the eight Western European countries which participated in a survey on trends in cannabis use indicated that current use was increasing. These include France, where drug use generally has increased among young people since 1978, and the UK, where in school surveys the percentages of 13 and 14 year-olds who have ever used cannabis more than doubled from 1989 to 1993; and the percentage at ages 15 and 16 increased sixfold over the same period. Luxembourg reported that cannabis use had increased by about 20 to 25 per cent in the last ten years (Harkin et al., 1997).

The Pompidou Group (Johnston et al., 1994) has undertaken a study of the feasibility and validity of using high school surveys to monitor illicit substance use among high school students in Belgium, France, Greece, Italy, the Netherlands, Portugal and Sweden (using a sample from the USA for comparison). The study showed that it was possible to obtain valid data on illicit substance use. It found that the prevalence rates of almost all illicit psychoactive substances were generally higher in the USA sample. In the European samples, cannabis had been used at least once by 10 per cent to 36 per cent of the older student population, and had been used in the past 30 days by between 3 per cent and 14 per cent of the European students as against 19 per cent of the USA students. Cannabis was used on a near daily basis by 1 per cent or less of the European samples compared to 3 per cent in the USA.

In the Netherlands, a large national survey of substance use among more than 10 000 high school students aged 10 to 18 years old was conducted in 1992. About one-third of males and one-fifth of females had ever used cannabis

Zwart et al., 1994). Data from three national school surveys in 1984, 1988 and 1992, showed large increases in use between 1988 and 1992, particularly among older males. In the UK, a survey of 3258 randomly selected household residents found that the lifetime prevalence of illicit substance use was 6.9 per cent, with the most commonly used substance being cannabis (Russell et al., 1994).

When taken together, these data suggest that there has been an increase in the prevalence of cannabis use by young people in the last decade in Europe, as well as in Australia, Canada and the USA.

Cannabis use in other regions

For over ten centuries, opium and cannabis have been used as therapeutic agents in the treatment of a wide variety of ailments, or as part of celebrations or as a spice in food in African and Asian countries (UNDCP, 1997). There is, however, limited survey data on trends in cannabis and other illicit substance use in these countries and other parts of the world. Occasional surveys are reported from specific countries but in most cases these data only provide a crude indication of levels of cannabis use. Survey methods are rarely reported, and results are often published only in summary form. It is often unclear whether reported rates of use refer to ever having used or to more frequent use, and there are rarely any data on rates of use in different age groups and for men and women. Often only an overall level of cannabis use is reported for all adults which understates rates of cannabis use among young adults who are the heaviest users.

Due to the lack of standardized methods for sampling and surveys, the limited data reported, and the absence of detailed age- and sex-specific rates from most of these countries indicates the urgent need for promoting comparable data collection among countries. In this respect, WHO has recently completed guidelines on the use of standardized survey methods for use by countries to promote comparable data collection and to more accurately assess cross-national differences in rates and patterns of cannabis use.¹ With these caveats, the data are briefly described below.

5.1 Africa

African tribes also made considerable use of cannabis - in Tanzania, the drug found its way into the diet of the northern Highlands where cannabis leaves and seeds were used as a spice in the preparation of special dishes. Traditional healers in Tanzania have also been known to use an extract from the cannabis plant for the treatment of malaria (Kilonzo & Kaaya, 1994).

Cannabis is a traditional psychoactive substance in sub-Saharan Africa, mainly used for ritualistic or medical purposes, but to a varying degree also accepted as an intoxicant (DuToit, 1980). A few studies on psychoactive substance use among secondary school students have been conducted in some sub-Saharan countries, mainly in Nigeria and Kenya (Adelekan, 1989; Dhadphale et al., 1982), showing the existence of experimentation and use of various substances among adolescents, although prevalence was generally lower than in Europe. In 1990 and 1994, two large surveys were conducted among secondary school students in Zimbabwe (Eide & Acuda, 1995; 1996). In 1990, the prevalence of lifetime use of cannabis among 12 to 14 year old students varied between 0.5 per cent for boys and 1.0 per cent for girls, while among 17 to 18 year old students it varied between 12.7 per

¹ WHO Manual on Substance Abuse Epidemiology (in draft). Available from the WHO Programme on Substance Abuse, Geneva 1997.

cent for boys and 3.2 per cent for girls. Cannabis use was more prevalent among males of lower socioeconomic strata living in high-density urban areas, possibly reflecting its comparatively low price.

The data from 1994 indicated a trend towards an increase in lifetime use of cannabis among private school students, suggesting a diffusion from lower to higher socioeconomic strata. This trend needs to be further investigated. Cannabis use during the last 30 days also slightly increased among male students in the 1994 survey.

Low rates of ever having used cannabis have been reported in small surveys in Namibia and Nigeria. A 1991 survey of 600 Namibian school children and their parents reported that 8.2 per cent of parents had ever used cannabis, and 3.3 per cent were daily users. Among the school children 7.0 per cent had ever used cannabis, 3.7 per cent were occasional users and 0.7 per cent were daily users. In Ilorin, Nigeria, a self-administered survey of 1041 secondary school students in 1988, indicated that use of cigarettes and cannabis occurred significantly more in males, while no sex differences were noted for any other psychoactive substance surveyed. In Lagos State, Nigeria, a 1991 survey reported that 5 per cent of the sample had ever used cannabis.

In South Africa, a survey was conducted in 1990 of over 3000 individuals aged 14 years or older on their current use of psychoactive substances. It was found that 13 per cent of all adult males in urban areas reported current use of cannabis, compared to 9 per cent in towns, 22 per cent in squatter communities and 5 per cent for tribal areas (Rocha-Silva, 1991). An epidemiological study carried out in 1991 of 7340 students from 16 different schools in the Cape Peninsula reported that 7.5 per cent of the total sample had ever smoked cannabis. More males than females had ever smoked cannabis, and there was a trend of increased lifetime use with increased grade level in school (Flisher, 1993). Another study focusing on African youth in both rural and urban areas, aged 10 to 21 years old, had reported that cannabis use was predominantly found amongst urban males, with 5.5 per cent indicating that they were current users (Rocha-Silva et al., 1996).

3.5.2 Latin America and the Caribbean

In Brazil, three large national school-based surveys conducted in 1987, 1989 and 1993 found that the percentage of the surveyed population who had ever used cannabis was 2.9 per cent in 1987, 3.4 per cent in 1989 and 5.0 per cent in 1993. The highest prevalence of use was in Brasilia (5.6 per cent in 1987; 4.0 per cent in 1989 and 5.3 per cent in 1993) and São Paulo (3.5 per cent in 1987, 4.7 per cent in 1989 and 5.7 per cent in 1993). Although in 1993, Porto Alegre had 8.0 per cent of reported lifetime use of cannabis (Carlini et al., 1990; Galduroz et al., 1994).

A number of surveys of drug use have been conducted in Colombia. Torres de Gelvis & Murelle (1990), reported the findings of a 1987 survey of 2500 residents in four urban centres in Colombia. Respondents were aged between 12 and 64 years. Two per cent of males and 0.3 per cent of females had used cannabis during the previous year. Rates were low for all age groups with the highest level of 3 per cent for the 20-24 year age group. In terms of lifetime rates, 10 per cent of males and 3 per cent of females had ever used cannabis.

A 1992 National Household Survey on Drug Abuse in Colombia (Ospina et al., 1993) found that 5.3 per cent of adults reported having used cannabis at least once (10.4 per cent of males and 1.7 per cent of females). Usage was highest among those aged 18-24, with 1.5 per cent having used during the previous year. Only 0.5 per cent of 12 to 17 year olds had used during the past 12 months.

A Mexican household survey of psychoactive substance use in 1988 among respondents 12 to 65 years of age found an overall rate of lifetime cannabis use of 3 per cent. Cannabis use was higher among males than females (7.6 per cent versus 2.2 per cent) and more prevalent among younger age groups. The highest rates of use were in the North West region where 15.4 per cent of respondents aged 12 to 34 years of age reported ever having used cannabis, 7.9 per cent reported having used during the past year, and 4.0 per cent reported having used during the past month (Centros de Integración Juvenil, 1992). Cannabis has been the most reported drug of initiation in the past 3 years in Mexico (Tapia-Conyer et al., 1994).

Alfaro-Murillo (1990) reviewed a series of surveys of drug use in Costa Rica conducted over the period of 1983-97. The most recent and representative of these was a 1987 multi-staged survey of 2700 respondents aged from 14 to 60 years of age. Only 3 per cent of the sample reported having ever used cannabis. The same author reported summary results from a school survey in 1985 of 818 high school students of whom under 5 per cent reported ever use of cannabis.

A cross national analysis of psychoactive substance use in Latin American and Caribbean countries, including Bolivia, Colombia, the Dominican Republic, Ecuador, Guatemala, Haiti, Jamaica, Panama, Paraguay, and Peru (Jutkowitz & Eu, 1994) indicated that Jamaica had the highest lifetime prevalence of cannabis use, at 29 per cent, of all countries studied. In other countries, less than 10 per cent of respondents had ever used cannabis. Lifetime prevalence levels were similar in most of those countries: 7.3 per cent in Guatemala, 6.5 per cent in Colombia, 6.1 per cent in Panama, and 8.3 per cent in Peru. Paraguay had a lifetime prevalence of 1.4 per cent and the Dominican Republic 2 per cent.

The same study reported that in all countries except Haiti, men were more likely than women to have ever used and to currently use cannabis. In high prevalence countries such as Guatemala and Panama, cannabis use starts as early as alcohol and tobacco (15 and earlier), and a substantial proportion of lifetime users currently use the substance (average 40 per cent). In low prevalence countries such as Haiti and Dominican Republic, cannabis use occurs at an older age on average (in the twenties) than alcohol and tobacco use (Jutkowitz & Eu, 1994).

Smart & Patterson (1990) reported the findings of surveys of drug use among students and delinquents in the Bahamas. In student samples aged 11 years and over, 8 per cent had ever used cannabis.

3.5.3 Asia

India has a long tradition of cannabis use from Vedic times as part of various religious traditions. In some Asian countries cannabis is also added to food as a condiment and used in herbal medicines. The extent of such use has not been well-documented.

With respect to use for psychoactive effects, only recently have limited survey data been collected on patterns or trends in cannabis use in some regions. Generalization is difficult because of regional differences in patterns of use. Surveys in three Northern Indian states in 1989 and 1991 (Indian Council of Medical Research, 1993) found a lifetime prevalence rate of 3 per cent and a prevalence of current use of 1 per cent, with no evidence of any increase between 1989 and 1991. In Varanasi, a study of 4326 college students revealed that overall cannabis use among them was 4.5 per cent. This decline in prevalence, from 10.2 per cent in 1976, was mainly in occasional users and the proportion of regular users had actually increased, with a significant increase among women students (Reddy et al., 1993). In Southern India, a lifetime prevalence of use of 7 per cent has been reported, with 2.5 per cent current users. Higher prevalence figures of 10 per cent and 27 per cent have been reported in surveys of students (presumably ever use) (Indian Council of Medical Research, 1993).

Household surveys conducted in a rural area of India, an urban slum area and in a city among persons aged 10 years and older found the following prevalence of ever use of cannabis: 3.2 per cent in the rural area; 3.2 per cent in the slum area; and 2.7 per cent in the city (Machado, 1994). Cannabis use in the rural area was predominantly for religious purposes whereas in the other two regions its use was mainly recreational. Cannabis use was not perceived as a problem behaviour in the rural area given the socioreligious context of use, but it was seen as such in the urban areas where it was perceived as a deviant form of behaviour (Machado, 1994).

No survey results were available to WHO on cannabis use in any other countries from the Asian region.

4. Chemistry and pharmacology

4.1 Terminology

Cannabis is a generic term used to denote the several psychoactive preparations of the plant *Cannabis sativa*. The major psychoactive constituent in cannabis is Δ -9-tetrahydrocannabinol (THC). Compounds which are structurally similar to THC are referred to as cannabinoids. In addition, a number of recently identified compounds that differ structurally from cannabinoids nevertheless share many of their pharmacological properties. The Mexican term 'marijuana' is frequently used in referring to cannabis leaves or other crude plant material in many countries. The unpollinated female plants are referred to as *sinsemilla*. The resin from the flowering tops of cannabis plants is called *hashish*. Cannabis oil (hashish oil) is a concentrate of cannabinoids obtained by solvent extraction of the crude plant material or of the resin.

4.2 Cannabis and various preparations

Cannabis contains at least 60 cannabinoids, several of which are biologically active. The primary compound of interest is (-)-trans- Δ -9-tetrahydrocannabinol (hereafter referred to only as THC, unless otherwise specified) which is the most potent cannabinoid in the plant. Cannabinoids also occur in the plant in the form of carboxylic acid derivatives, e.g. tetrahydrocannabinolic acid. The THC content and the cannabinoid composition are known to vary widely depending upon the variety and growing conditions. The THC content in cannabis is typically in the range of 0.5 to 4 per cent (Huestis et al., 1992). Cannabis oil, hashish and sinsemilla all contain concentrations of THC exceeding that in the average plant material. Sinsemilla may have THC concentrations of 7 to 14 per cent. THC content in hashish generally ranges from 2-8 per cent, although it may be as high as 10 to 20 per cent. The concentration of THC in cannabis oil varies between 15 to 50 per cent. Concerns regarding THC content in cannabis have been renewed because of recent developments in indoor hydroponic cultivation techniques. For example, these efforts have enhanced the THC content in Dutch hemp, so-called 'Netherweed', to concentrations as high as 20 per cent.

Dosage

A typical joint contains between 0.5 and 1.0 g of cannabis plant matter which may vary in THC content between 5 and 150 mg (i.e. typically between 1 per cent and 15 per cent). The actual amount of THC delivered in the smoke has been estimated at 20 to 70 per cent, the rest being lost through combustion or sidestream smoke. The bioavailability of THC (the fraction of THC in the cigarette which reaches the bloodstream) from marijuana cigarettes in human subjects has been reported from 5 per cent to 24 per cent. Given all of these variables, the actual dose of THC absorbed when smoked is not easily quantified.

In general, only a small amount of cannabis (e.g. 2 to 3 mg of available THC) is required to produce a brief pleasurable high for the occasional user, and a single joint may be sufficient for two or three individuals. A heavy smoker may consume five or more joints per day, while heavy users in Jamaica, for example, may consume up to 420 mg THC per day. In clinical trials designed to assess the therapeutic potential of THC, single doses have ranged up to 20 mg in capsule form. In human experimental research, THC doses of 10, 20 and 25 mg have been administered as slow, medium and high doses.

The pharmacological and toxicological consequences of cannabis exposure are likely due to numerous constituents in the plant. In addition, smoking cannabis results in the formation of a large number of pyrolysis products. The vapour phase consists of nitrogen oxides, carbon monoxide, hydrogen cyanide and nitrosamines, and the particulate phase contains many known carcinogens including phenols, cresols and polynuclear aromatic hydrocarbons. During smoking, tetrahydrocannabinolic acid, which lacks psychoactivity, is converted to THC, thus adding to cannabis potency.

4.3 Synthetic cannabinoids

In order to investigate the mechanism by which cannabinoids produce their effects in the central nervous system, numerous structural changes have been made in the THC molecule. Minor structural changes to THC profoundly

alter its psychoactive potency; this indicates a highly specific mechanism of action. Furthermore, systematic structural modifications have resulted in the development of novel cannabinoids that are considerably more potent than THC. Notable examples include the bicyclic analogue CP 55,940² and 11-hydroxy-dimethylheptyl- Δ -8-THC, the latter being several hundredfold more potent than THC itself. In addition to enhancement of potency, these syntheses led to the development of some cannabinoids with structures distinctly different from that of THC. Despite the development of structural diversity and enhanced potency, all of these analogues produce the full complement of THC behavioural effects.

4.4 Receptors

Recognition of the structural requirements for the cannabinoid analogues prompted the search for a cannabinoid receptor in the brain (Howlett et al., 1990). Using a radio labelled form of a potent bicyclic cannabinoid, Devane et al. (1988) were able to characterize a binding site that exhibited three key features: cannabinoid agonists bound with high affinity, non-cannabinoids did not bind, and that this site was present in very high abundance in the brain. Moreover, Compton et al. (1993) demonstrated a very high correlation between receptor affinity and biological potency of the various compounds, a necessary criterion for a receptor-based mechanism of action.

This receptor is distributed differentially in the various regions of the brain, in a pattern that is similar throughout a variety of mammalian species, including humans. Most of the receptors are in the basal ganglia, cerebellum, cerebral cortex and hippocampus. A rough correlation appears to exist between this distribution and some of the effects of cannabis. For example, binding sites in the hippocampus and cortex may be linked to the subtle effects of cannabis on cognitive function, while those in the basal ganglia and cerebellum may be associated with cannabis-produced ataxia.

In addition to the cannabinoid receptor in the brain, a peripheral receptor has been identified in macrophages in the spleen. The peripheral receptor is structurally different from the brain receptor. This observation is important because it suggests the possibility that other receptor subtypes with entirely unique functional roles may exist.

4.5 Endogenous ligands and an endogenous cannabinoid system

An endogenous ligand for the cannabinoid receptor has recently been identified (Devane et al., 1988, and 1992). Known as anandamide, it appears to have actions which are similar to those of cannabis in several pharmacological assays, although it is considerably less potent than Δ -9-THC and has a shorter duration of action.

In order for anandamide to act as a neurotransmitter or neuromodulator, there must be appropriate synthetic and metabolic pathways. Synthesis has been demonstrated to occur in homogenates of rat brain. Anandamide can be degraded by a variety of tissues including brain, liver, kidney and lung. Evidence is emerging that a family of anandamide-type compounds may exist.

Although the recent progress in neuroscience suggests the existence of a cannabinoid neurochemical system, its role in the brain and its relationship to other neurochemical systems remain to be clarified (Mechoulam et al., 1994). There is so far no direct evidence for a primary functional role; it may be, therefore, that the endogenous cannabinoid system is largely neuromodulatory in function. The consequences of manipulating the cannabinoid system can be only conjectural at this time. Based upon receptor localization in the brain and the pharmacological effects of cannabinoids, it is reasonable to foresee roles in cognition, memory, reward, pain perception and motor coordination,

² The chemical name of this compound is (-)-cis-3-[2-hydroxy-4-(1,1-dimethylheptyl)phenyl]-trans-4-(3-hydroxypropyl)-cyclohexanol.

to name a few. At present it remains to be determined whether, and to what extent, use of cannabis will alter processes which regulate the endogenous cannabinoid system.

4.6 Antagonist

An experimental compound which acts as an antagonist on the brain cannabinoid receptor has been identified (Rinaldi-Carmona et al., 1994). This compound prevents or reverses the pharmacological effects of cannabinoids. It appears to be highly selective for the cannabinoid receptor, and does not bind to a variety of other brain receptors.

The discovery of this antagonist provides a valuable tool for investigating the functional role of the cannabinoids in the central nervous system.

4.7 Pharmacokinetics

THC is absorbed more quickly when delivered by smoking than after oral ingestion. Each puff represents a small bolus of the drug that is delivered to the circulatory system via the capillary bed surrounding the alveolar sacs of the lungs. Huestis et al. (1992) reported measuring detectable amounts of THC (7 to 18 mg/ml) following a single puff of cannabis smoke in individuals smoking cannabis cigarettes (1.75 per cent and 3.55 per cent THC content). When experienced users smoked cannabis cigarettes containing 1.32, 1.97 and 2.54 per cent THC, peak concentrations developed in excess of 100 mg/ml (Ohlsson et al., 1980; Perez-Reyes et al., 1982; Huestis et al., 1992), although there was considerable intersubject variability. Obviously, the dynamics of smoking substantially influences how much of the drug is absorbed. The number of puffs, spacing, hold time, and lung capacity, contribute to this variance.

When cannabis is smoked by non-tolerant individuals, physiological and behavioural effects appear rapidly. Huestis et al. (1992) found that peak effects occurred at 17.4 ± 4.8 and 13.8 ± 4.2 minutes after initiation of smoking of a low (1.75 per cent) or high (3.55 per cent) dose cigarette. Maximum effects were recorded within 4 to 6 minutes after the last puff of cannabis smoke.

Plasma levels of THC fall rapidly as the drug redistributes into fatty tissue in accordance with its high lipid solubility. The delay between peak blood concentrations and peak drug effects are likely related to delays in penetration in the central nervous system, and to subsequent redistribution of THC following rapid uptake by adipose tissues (Barnett et al., 1982; Barnett et al., 1985).

Generally, behavioural and physiological effects return to baseline levels 4 to 6 hours after usage. Blood concentrations of THC peak prior to drug-induced effects, leading to a dissociation between blood concentrations of THC and pharmacological effects. This time discordance has led investigators to improve the technology for measuring THC and its metabolites in biological fluids and tissues (Cook, 1986; King et al., 1987; Gjerde, 1991), and to develop pharmacokinetic/pharmacodynamic models that establish a relationship between concentrations of THC and the physiological, behavioural and performance changes produced by cannabis (Chiang & Barnett, 1984).

4.8 Research gaps

It will be important to identify the various neurochemical processes (such as synthesis, release, inactivation, storage, etc.) which constitute the functioning of an endogenous cannabinoid system, and to discover the physiological roles of this system. This knowledge will be the basis for understanding whether and how the use of cannabis modifies the endogenous system. Another priority is the development of a range of potent cannabinoid agonists and antagonists with diverse structural features. These are needed to explore the development of potential therapeutic cannabinoid agents. Continued efforts should be made to clarify the relationship between blood cannabinoid levels and behavioural effects, and to better understand the pharmacokinetics of chronic use, and fetal metabolism following *in utero* exposure.

5. Effects on the brain and behaviour

5.1 Acute effects on central nervous system functions and behaviour

The acute effects of cannabis use have been recognized for many years, and features such as mild euphoria, relaxation, increased sociability, heightened sensory perception and increased appetite have been described in earlier reports. The acute effects of higher doses, including perceptual changes, depersonalization and panic have also been well described previously (ARF/WHO, 1981). Research conducted since the last WHO report has focused mainly on quantifiable effects such as those on memory, psychomotor performance and appetite; however, some work has also been done on the acute psychotropic effects of cannabis. A recent report done by Mathew et al. (1993), showed that cannabis smoking was associated with significant depersonalization that was maximal 30 minutes after smoking. Other behavioural changes associated with cannabis intoxication included loss of time sense, sensation of 'high', anxiety, tension and confusion (Mathew et al., 1993).

Recent studies have confirmed and extended earlier findings that cannabis can affect memory in various ways. Free recall of previously learned items is often impaired when cannabis is present both during the learning and the recall; the major impairment is often reflected by intrusions and novel items. In a study done by Block et al. (1992), the acute effects on human cognition of cannabis were assessed. It was found that cannabis impaired all capabilities of learning, including associative processes, and psychomotor performance. The only areas that were not affected were those of abstraction and vocabulary. It was also found that cannabis use altered associative processes, thereby making uncommon associations more pervasive (Block et al., 1992). Recall of prose material is generally impaired by cannabis, but its effects upon recall of series of numbers (the digit-span test), recognition, and paired-associates tasks (arbitrary word pairings) have been inconsistent. Generally, material learned in the absence of cannabis can be recalled even if cannabis is present in the blood. Although the acute effects of cannabis on memory appear to be modest, the possibility must be considered that chronic use by an adolescent might result in a cumulative developmental impairment.

A substantial number of recent studies have confirmed that cannabis use consistently increases the consumption of food, especially of high carbohydrate foods. In contrast, cannabis has not shown consistent effects upon the users' subjective reports of appetite. The reason for this apparent dissociation between appetite and food consumption is not known (Mattes et al., 1994).

Several studies have shown that cannabis appears to increase the perceived rate of the passage of time. Consistent with earlier observations, numerous studies in the past ten years have confirmed that cannabis impairs psychomotor performance in a wide variety of tasks, such as handwriting, tests of motor coordination, divided-attention, digit-symbol substitution, and operant tasks of various types (Solowij et al., 1991). The consistency of results is probably attributable to improved experimental technique, as reflected by greater attention to the importance of task complexity, standardization of THC administration, studies of dose-effect relationships, and of sharper definition of acute versus residual effects.

A number of studies have examined the acute effects of alcohol and cannabis on various performance tasks, but the results have been quite varied. In almost all cases the combination had a greater detrimental effect than that of either drug alone, but in some cases the effects were fully additive, in other cases incompletely additive, and in a few instances apparently antagonistic. This is an important area for further research.

Cannabis has been shown in a variety of ways to function reliably as a reinforcing agent³ and the degree of reinforcement is proportional to the THC content (Gardner & Lewinson, 1991).

³ reinforcing agent - substance intake leads to repeated use of the same substance

Relatively few studies have examined the effects of cannabis on a variety of social behaviours, including verbal and aggressive behaviours. A somewhat inconsistent pattern of changes has been reported following cannabis use, and the behavioural effects of cannabis can be influenced by the social context of use.

Finally, residual effects of cannabis administration and effects of cannabis and other licit and illicit drugs are poorly defined and require more research. Cannabis is often used concurrently with other psychoactive substances. The resultant effects on human behaviour have received less attention and yet the impact polysubstance use has on health and safety may be substantial.

5.1.1 Dose-effect relationships

Some investigators have attempted to identify a range of THC concentrations in blood or other body fluids which can be related to behavioural changes, as can be done for alcohol. For THC the relationship of effect to dose is complicated by the wide individual variability observed in responses from subjects undergoing performance testing. This variability can be due to factors related to dose, mode of administration, physiological and pharmacological differences, complexity of performance tasks, situational demand during testing, and the prior drug experience of the subject.

Once equilibrium between brain and blood concentrations is established (approximately 45 minutes after use), a linear relationship between blood concentrations and pharmacological effects appears (Chiang & Barnett, 1984). Recently developed mathematical models may clarify the relationship between THC and metabolite concentrations in blood on one hand and drug-induced effects on the other, and provide estimates of time elapses since last cannabis use (Huestis et al., 1992).

5.2 Effects on driving

Behaviours for which the acute effects of cannabis might be expected to be particularly important include the operation of dangerous machinery and driving a motor vehicle. There is sufficient consistency and coherence in the evidence from experimental studies and studies of cannabinoid levels among accident victims (Smiley et al., 1981; Stein et al., 1983; McBay, 1986; Soderstrom et al., 1988) to conclude that there is an increased risk of motor vehicle accidents among persons who drive when intoxicated with cannabis. Impairment of various performance measures related to driving skills has been demonstrated immediately following cannabis use and up to 24 hours thereafter. Simpson (1986) has also shown that cannabis is present in the blood, indicating use within the last few hours, in 7 to 10 per cent of samples of persons involved in traffic accidents. Williams et al. (1985) in a study of young male fatalities in California, found a rate of 37 per cent samples positive for cannabis. This risk is magnified when cannabis is combined with intoxicating doses of alcohol. Simpson (1986) also found that 80 per cent of the time, when cannabis was present, alcohol was also present in the samples.

The relatively small number of experimental studies carried out since the previous WHO report have confirmed that cannabis can impair various components of driving behaviour, such as braking time, starting time, and reaction to red lights or other danger signals. However, persons under the influence of cannabis may perceive that they are impaired, and where they can compensate, they may do so (Stein et al., 1983; Smiley et al., 1981). For example, they may tend not to attempt to pass the vehicle ahead, to slow down, and focus their attention on the driving task when they know a response will be required. However, such compensation is not possible when they are presented with unexpected events, or where the task requires continuous attention, and hence the risk of accidents remains higher following cannabis use. The effects on driving behaviour are still present for an hour after smoking, but do not continue for extended periods at the doses used in these studies.

On the other hand, a study carried out on the carry over effects of cannabis on aircraft pilot performance showed that cannabis use impaired flight performance at 0.25, 4, 8 and 24 hours after smoking. These results suggest that human performance while using complex machinery can be impaired as long as 24 hours after smoking as little as 20 mg of THC, and that the user may be unaware of the drug's influence (Leirer et al., 1991).

Available data are not yet sufficient to quantify the effects of cannabis use as an accident risk. There is uncertainty about the role of cannabis in motor vehicle accidents in part because blood levels of cannabinoids not only indicates recent use and do not indicate whether a driver or pedestrian was intoxicated with cannabis at the time of an accident (Consensus Development Panel, 1985). In addition, more than 75 per cent of drivers with cannabinoids in their blood have also been found to be intoxicated with alcohol (Gieringer, 1988; McBay, 1986).

A number of these studies have compared the effects of various doses of alcohol and cannabis. In many respects the effects of these substances are similar, but in others there appear to be differences (Smiley, 1986). For example, both drugs impaired accuracy of lane control, and increased reaction time to subsidiary stimuli. However, they produced different effects on patterns of visual search during simulated driving. The influence of personality variables on these responses may require further study.

5.3 Long-term effects of cannabis on the central nervous system

5.3.1 Cognitive functions

A number of studies carried out in Costa Rica, Greece, Jamaica and other countries in the 1970s appeared to show little or no effect of chronic cannabis use on cognitive function in groups of adult subjects. These studies assessed cognitive functions by neuropsychological tests, many of which were originally developed for use in North America and may have been inappropriate for use in other cultures. However, more recent studies (Fletcher et al., 1996) making use of improved test procedures and electrophysiological methods, have shown that the long-term use of cannabis leads to subtle and selective impairments of cognitive functioning. These include the organization and integration of complex information involving various mechanisms of attention and memory processes, including verbal learning, card sorting, auditory attention, tone discrimination, and the filtering out of irrelevant information. Prolonged use may lead to progressively greater impairment, which may not recover with cessation of use for at least 24 hours (Pope & Yurgelun-Todd, 1995), or 6 weeks (Solowij et al., 1991, Solowij et al., 1995), and which could potentially affect functioning in daily life.

Not all individuals are equally effected. The basis for individual differences needs to be identified and examined. There has also been insufficient research to address the impact of long term cannabis use on cognitive functioning in adolescents and young adults, and on age and gender differences.

5.3.2 Brain function and neurotoxicity

The review of effects of long-term cannabis use on cognitive function, referred to above, has revealed the existence of subtle signs of disturbances of brain function. However, these could be interpreted either as evidence of persisting intoxication with cannabis (a 'withdrawal effect') or as indications of permanent structural or functional damage to neurons. Evidence to date does not permit a clear conclusion with respect to these two possibilities.

The early claims of gross anatomical changes in the brains of chronic cannabis users have not been substantiated by later studies with high resolution computerized tomography, in either humans or primates (Rimbaugh et al., 1980; Hannerz & Hindmarsh, 1983). On the basis of histological and electron microscopic examinations, however, other animal studies have suggested that chronic cannabis use produces morphological changes in synapses as well as hippocampal neuronal loss (Landfield et al., 1988; Eldridge et al., 1992), although others failed to find any abnormalities (Slikker et al., 1992). More subtle functional changes may possibly be detected by imaging techniques such as positron emission tomography (PET), single photon emission computerized tomography (SPECT), and magnetic resonance imaging (MRI) as these become more widely applied to the study of chronic cannabis users (Volkow et al., 1991).

There have been a few investigations of the long-term effects of cannabis on cerebral regional blood flow (CBF). Tunving et al. (1986) demonstrated globally reduced resting levels of CBF in chronic heavy users of 10 years compared to nonuser controls, but no regional flow differences were observed. Levels of CBF returned to normal values with abstinence. However, this study was flawed in that some subjects were given benzodiazepines, which are known to lower CBF, prior to the first measurement. Mathew and colleagues (1986) in another study did not find any differences in CBF levels between users and non-user controls.

Therefore one must still rely largely on the persistence of functional disturbances as a means of exploring possible cell toxicity. If such functional changes last long after the disappearance of cannabis from the body, they might be interpreted as evidence of permanent damage. Several studies for example, have shown learning and memory deficits months after the end of chronic cannabis administration to rats. Similarly other studies have shown receptor down-regulation or neurotransmitter changes (Oviedo et al., 1993). However, they did not include actual measurement of residual cannabis levels in brain at the time of testing.

In view of the possible impact of chronic cannabis use at critical stages of development, such as during adolescence, the re-examination of these questions, with due consideration of the methodological issues, is clearly required.

5.4 Adolescent development

There has been a predictable sequence of initiation into the use of illicit drugs among adolescents throughout the 1970s and into the 1990s in which experimentation with cannabis preceded the use of hallucinogens, benzodiazepines, amphetamines, various sedatives, cocaine, and heroin. Generally, the earlier the age of initiation into cannabis use, and the greater the involvement with it, the greater the likelihood of progression to the use of other illicit drugs (Kandel, 1984; Kandel, 1988).

However, the causal role of cannabis in this sequence of illicit drug use remains controversial (Kandel & Johnson, 1992). The hypothesis does *not* imply that a high proportion of those who experiment with cannabis will go on to use heroin, for example. The overwhelming majority of cannabis users do not use other illicit psychoactive substances. First, cannabis is largely a behaviour of adolescence and early adulthood (in countries where there is no traditional use of the substance). Second, a more plausible explanation is that it reflects a combination of the selective recruitment into cannabis use of non-conforming and deviant adolescents who have a propensity to use illicit drugs, and the socialization of cannabis users within an illicit drug using subculture which increases the opportunity and encouragement to use other illicit drugs (Newcombe & Bentler, 1988; Osgood et al., 1988).

There has been some support for the hypothesis that adolescent use of cannabis impairs educational performance in cross-sectional studies (e.g. Kandel, 1984). Cannabis use appears to increase the risk of high-school drop-out and of job instability in young adulthood, but the apparent strength of these relationships may have been exaggerated as there was no control over differences between groups before initiation of cannabis use (Newcombe & Bentler, 1988).

There is suggestive evidence that cannabis use has adverse effects upon family formation, mental health, and involvement in drug-related crime (Kandel, 1984; Newcombe & Bentler, 1988). In the case of each of these outcomes, the apparently strong associations revealed in cross-sectional data are much more modest in longitudinal studies after statistically controlling for associations between cannabis use and other variables which predict these adverse outcomes.

5.5 Psychiatric disorders due to cannabis use

The major psychiatric syndromes and behavioural disorders that have been putatively linked to cannabis use are: an amotivational syndrome, a dependence syndrome, cannabis induced psychoses, and the initiation and exacerbation of schizophrenia (Basu et al., 1994).

5.5.1 Amotivational syndrome and cannabis psychoses

The state of the evidence on amotivational syndrome and cannabis induced psychoses has not substantively changed since the 1981 WHO report. In both cases, the existence of the hypothesized disorders still depends upon uncontrolled clinical observations. Although there is reasonable self-report evidence that heavy cannabis use can impair motivation, an amotivational syndrome has not been clearly defined nor have its central features been clearly distinguished from the effects of chronic intoxication in chronic heavy cannabis users.

The existence of putative 'cannabis psychoses' also largely depends upon clinical observations of individuals developing acute organic and functional psychotic disorders following heavy cannabis use, with the disorders remitting within days of abstinence from cannabis. There are also a limited number of case-control studies comparing the clinical symptoms and course of psychotic disorders in individuals who do and do not have cannabinoids in their urine. The occurrence of an acute organic disorder with a brief and self-limiting course has met with some agreement, even in more recent studies (Chaudry et al., 1991; Thomas, 1993). However, it remains true that the phenomenology of 'cannabis psychoses' has not been clearly defined nor have these putative disorders been distinguished from schizophrenia and other psychotic problems that occur among cannabis users (Andreasson et al., 1989; Mathers & Ghodse, 1992). The confirmation of such disorders needs more research evidence.

5.5.2 Cannabis dependence syndrome

Clinical and epidemiological research has clarified the status of the cannabis dependence syndrome. A reduced emphasis on the importance formerly attached to tolerance and withdrawal symptoms in diagnostic criteria for dependence has removed a major reason for scepticism about the existence of a cannabis dependence syndrome. Clinical and epidemiological research using standardised diagnostic criteria has produced good evidence for a cannabis dependence syndrome that is characterized by impairment, or loss of control over use of the substance, cognitive and motivational handicaps which interfere with occupational performance and are due to cannabis use, and other related problems such as lowered self-esteem and depression particularly in long-term heavy users (Anthony & Helzer, 1991). As with other psychoactive substances, the risk of developing dependence is highest among those with a history of daily cannabis use. It is estimated that about half of those who use cannabis daily will become dependent (Anthony & Helzer, 1991). Cannabis dependence treatment programmes are not widespread and the outcome of the treatment often relies on the substance user having a greater sense of economic security and a lower inclination to drop out of the programme, with those staying in the programme having the greatest success rates of quitting cannabis smoking (Stephens et al., 1993; Roffman et al., 1993). The large discrepancy between population prevalence estimates and the small numbers of cannabis users seeking treatment suggests that there is a high rate of remission in the absence of treatment, while a lack of motivation to seek treatment and to stop use cannot be ruled out.

Since tolerance and withdrawal symptoms are still widely regarded as diagnostic criteria of substance dependence, it is worth noting that there is abundant experimental evidence of tolerance to many of the effects of cannabis. There is not yet universal agreement about the production of a withdrawal syndrome. Although a recent study has demonstrated that long term administration of cannabinoid to rats alters the central nervous system in a manner similar to that observed with other drugs of abuse and also, induces neuroadaptive processes which correspond to a cannabis withdrawal syndrome (de Fonseca et al., 1997). However, withdrawal signs have been described in animals treated chronically with cannabinoids and then given one of the new receptor antagonists (Aceto et al., 1995; Tsou et al., 1995).

5.5.3 Cannabis use and schizophrenia

Epidemiological research has produced clear evidence from case-control, cross-sectional and prospective studies of an association between cannabis use and schizophrenia. The prospective study of Andreasson et al. (1987), has shown a dose-response relationship between the frequency with which cannabis had been used by age 18 and the risks over the subsequent 15 years of being diagnosed as schizophrenic. The association is not in doubt but its

significance remains controversial because it is unclear whether it reflects the precipitation of schizophrenia by cannabis use or the increased use of cannabis and other drugs as a consequence of schizophrenia (Williams et al., 1996). In a more recent study (Allebeck et al., 1993), out of 229 people in Stockholm County with a diagnosis of cannabis dependence and psychosis, 112 fulfilled DSM III-R criteria for schizophrenia. In most cases, regular cannabis use preceded onset of psychosis by at least one year, which supports the argument that cannabis is a risk factor for schizophrenia. Further supportive evidence has been provided by the WHO international prospective study of schizophrenia (Jablensky et al., 1991).

5.5.4 Other disorders

A number of other psychiatric disorders have been linked with cannabis use. These include: an amnesic syndrome, persistent depersonalisation, and flashbacks. There is no evidence to support the existence of an amnesic syndrome comparable to the Wernicke-Korsakov syndrome that occurs in chronic heavy alcohol users. There is some evidence (reviewed in the chapter on cognitive effects) that chronic heavy cannabis use may produce more subtle cognitive impairments. The other two disorders are only supported by a small number of case histories and, in the case of flashbacks, there is considerable uncertainty as to whether these effects were attributable to cannabis or other drug use.

5.6 Priorities for future research

A better understanding of the effects of chronic cannabis use is required. This includes research which explores the effects on cognitive functioning, especially during critical developmental phases such as adolescence. In addition, the question of cannabis-produced brain damage can be answered only by ascertaining if there are morphological changes in the brain that correlate with functional deficits which outlast the duration of cannabis in the brain; these studies will require use of newer neuroscience techniques in experimental animals as well as in humans.

The major psychiatric research priorities are: better delineation of the clinical features of cannabis dependence, including its responsiveness to interventions to assist users to stop; and intervention studies with schizophrenic individuals who use cannabis, to see whether cessation of such use improves outcomes.

6. Effects on the respiratory system

Worldwide, after tobacco, cannabis is probably the most commonly smoked substance. With the exception of nicotine in tobacco and over 60 cannabinoids in cannabis, the smoke from these two compounds share many of the same respiratory irritants and carcinogens. In fact, the tar phase of the smoke of marijuana has about 50 per cent more of some of the carcinogens than a comparable quantity of unfiltered tobacco (Leutchenberger, 1983; Institute of Medicine, 1982).

6.1 Histopathology

Early animal studies indicated that a prolonged high dose exposure to cannabis smoke could result in parenchymal lung injury (Fleischman et al., 1979; Rosenkrantz & Fleischman, 1979). The findings of later experimental studies suggest that high dose cannabis exposure is associated with the development of chronic obstructive bronchitis, and carries the risk of invasive malignancy such as that produced by tobacco smoke. In a longitudinal study done on the respiratory effects of cannabis, a total of 1802 subjects who smoked cannabis were followed for six years. The study found an increased risk for 'chronic cough' (RR of 1.73) and of 'wheezing' (RR of 2.01), after adjusting for age, tobacco smoking and occurrence of the symptom in a preceding survey. There was also a significant reduction in pulmonary function, with exposure as low as the consumption of less than one cannabis cigarette per day for one year or more (Sherrill et al., 1991). The histopathological changes occurred mainly in the distal airways and included acute and chronic inflammation, fibrosis, and alveolar cell hyperplasia (Rosenkrantz & Fleishman, 1979).

Later prospective investigations undertaken on primates found changes such as bronchiolar squamous metaplasia, and peribronchiolar/interstitial fibrosis. The severity of these small airway changes was related to the dose and duration of cannabis exposure with higher doses and longer exposure to smoke leading to greater changes, while atypical cell hyperplasia with focal atypia were also found (Tashkin et al., 1987).

In human studies, it has been shown that the principal respiratory damage caused by long term cannabis smoking is an epithelial injury of the trachea and major bronchi. In a study undertaken in Germany, it was found that the number of T-cell lymphocyte counts were lower in chronic cannabis smokers, thereby increasing their chances of developing squamous cell carcinoma of the oral cavity and pharynx (Wengen, 1993). The difference between the findings in animal and human studies is probably due to the fact that observations in humans are limited to those which can be made by bronchoscopy. Human bronchoscopic studies undertaken on young adults who had no respiratory symptoms found evidence of histological changes in the upper airways among heavy cannabis smokers. These changes included basal cell hyperplasia, stratification, goblet cell metaplasia, and basement membrane thickening (Roby et al., 1991; Tashkin et al., 1987). The few studies that have been undertaken generally show that there is no additive effect between cannabis and tobacco (Gil et al., 1995; Sherill et al., 1991; Tashkin et al., 1987), although one study, the Tucson study, did show an additive effect (Bloom et al., 1987). However, in a follow-up survey the same additive effect was not found (Sherman et al., 1991). Whether or not there is an additive effect between tobacco and cannabis smoking remains uncertain, and more research needs to be done to further explore this issue. The histological abnormalities resulting from cannabis consumption were more severe per cigarette smoked than for tobacco (Wu et al., 1988).

Autopsies undertaken on cannabis smokers who had no respiratory symptomatology at the time of death also found changes in the form of focal infiltration by pigmented macrophages around bronchioles and within alveolar spaces, and focal fibrosis within alveolar walls. In this study, the relative contribution of tobacco to these changes could not be ascertained with certainty except in one case though the person did not smoke tobacco (Fligiel et al., 1991).

6.2 Immune defence

The alveolar macrophage, the key cell in the lung's defence against infection, has been shown to be impaired by cannabis smoke in both animal and human studies. While animal studies failed to demonstrate a change in macrophage numbers following cannabis smoke exposure, subsequent investigations in humans, comparing non-smokers to cannabis and tobacco smokers, suggested an increase in the number of macrophages in habitual cannabis smokers (Wallace et al., 1994; Barbers et al., 1987; Barbers et al., 1991). This probably reflects an immunological response to any lung injury induced by cannabis smoke. The effect is independent of tobacco consumption (Wallace et al., 1994).

Macrophage cells harvested in these human studies have alterations to their morphology, possibly reflecting an impairment in cell function. Residual particles from cannabis smoke in the form of intra cytoplasmic inclusions have been found to be cycled between subsequent generations of macrophages as part of the process of cellular turnover (Davis et al., 1979). While there is a suggestion in human studies that cannabis smoking did not alter phagocytosis or respiratory burst, it possibly did impair destruction of ingested organisms (Lopez-Cepero et al., 1986). The mechanism of macrophage impairment has not been fully elucidated and requires further investigation. These studies suggest that regular cannabis consumption reduces the respiratory immune response to invading organisms. Further, serious invasive fungal infections as a result of cannabis contamination have been reported among individuals who are immunocompromised, including a series of patients who were affected by AIDS (Denning et al., 1991).

These findings suggest that persistent cannabis consumption over prolonged periods can cause airway injury, lung inflammation, and impaired pulmonary defence against infection. Epidemiological studies that have adjusted for sex, age, race, education, and alcohol consumption suggest that daily cannabis smokers have a slightly elevated risk of respiratory illness compared to nonsmokers.

6.3 Lung physiology

Several studies on humans have demonstrated an acute bronchodilator effect of both smoked cannabis and oral THC. These findings have been replicated in both healthy and asthmatic populations (Boulougouris et al., 1976). However, the potential therapeutic use of cannabis and synthetic cannabinoids as bronchodilators has been largely discounted.

Two recent studies in relatively young populations compared respiratory symptoms and lung function in nonsmokers and long-term smokers of both cannabis and tobacco (Bloom et al., 1987; Tashkin et al., 1988). In both studies, heavy habitual cannabis consumption, with or without tobacco, was associated with a higher prevalence of symptoms of chronic bronchitis and a higher incidence of acute bronchitis than in the nonsmoking group.

However, the studies disagreed about effects on peripheral airway resistance. One longitudinal study indicated that cannabis consumption was associated with increased large airway resistance but not with the development of chronic obstructive broncho-pulmonary disease or emphysema (Gil et al., 1995; Tashkin et al., 1988). The other study found a significant deleterious effect on the ventilatory function of small airways and alveoli among habitual cannabis smokers. The effect was at least as great as the effect of tobacco consumption (Bloom et al., 1987). Recent studies have also failed to agree on whether any impairment in pulmonary function is additive to the effects of tobacco consumption. Both the site of impairment and potential interaction between cannabis and tobacco require further investigation.

While the pulmonary absorption of carbon monoxide from cannabis smoke is relatively high compared to that from tobacco smoke, the impact of this on heavy habitual consumers is modest. This probably reflects the short half-life for clearance of carbon monoxide, and the relatively longer intervals between occasions of cannabis use. However, the carboxyhaemoglobin levels in cannabis smokers are higher than in nonsmokers; this may result in a slight interference with tissue oxygenation (Tashkin et al., 1988).

Ventilatory responses to rebreathing carbon dioxide have been shown by different studies to decrease (Bellville et al., 1975), increase (Zwillich et al., 1978), or remain unchanged (Vachon et al., 1973) immediately after smoking cannabis. A recent, more detailed study of control of breathing responses to smoking cannabis of varying potency has failed to reveal any acute effect of cannabis on central or peripheral ventilatory drive or on metabolic rate in habitual cannabis smokers (Wu et al., 1992).

6.4 Carcinogenesis

Cases of cancers of the aerodigestive tract have been reported in young adults with a history of cannabis use (Taylor, 1988; Fergusson et al., 1989; Donald, 1991). Attribution of causality has been hindered because many of the cases also used alcohol and tobacco (Polen et al., 1993). However, these cases are of particular concern because such cancers are rare in adults under the age of 60, even among those who smoke tobacco and drink alcohol. Case-control and experimental studies of such cancers should be a high priority for research on the possible adverse health effects of chronic cannabis use.

7. Effects on endocrine and reproductive systems

Studies of the effects of cannabis on male and female reproductive systems have examined: the pituitary hormones luteinizing hormone (LH) and follicle-stimulating hormone (FSH) which are responsible for the synthesis of the sex hormones (estrogen and testosterone) and the normal functioning of the sex organs; the pituitary hormone prolactin which alters LH and FSH levels; the levels of estrogen and testosterone; and the physiological status of the sex organs.

7.1 Male reproductive hormones

Although there is general agreement that THC treatment lowers plasma levels of LH and testosterone in male laboratory animals (Symons et al., 1976; Chakravarty et al., 1982; Puder et al., 1985; Fernandez-Ruiz et al., 1992), the effects in the human male are not as clear. Early studies reported that cannabis exposure produced either a transient reduction (Schaefer et al., 1975; Cohen, 1976) or no effect in levels of plasma LH and testosterone in human males (Cushman, 1975; Mendelson et al., 1978). However, the findings that chronic cannabis exposure does affect human reproductive function (Kolodny et al., 1974; Hembree et al., 1979; Issidorides, 1979) suggests that cannabinoids do alter the reproductive hormones that control testicular function and have some effect on testicular parameters.

Subsequent studies have largely confirmed that plasma LH levels were unchanged after smoking one to two cannabis cigarettes containing 2.8 per cent THC (Cone et al., 1986). Daily exposure to either oral THC or cannabis smoking had no effect on plasma levels of either LH or testosterone in men who were prior cannabis users. Similarly, circulating levels of LH, FSH, prolactin and testosterone were not found to be clinically different between cannabis users and non-users (Markinanos & Stefanis, 1982; Dax et al., 1989; Block et al., 1991).

The conflicting results in these human studies could reflect differences in experimental procedures and the possible effect of previous cannabis exposure (i.e. tolerance) and other drugs in test subjects, effects which can be carefully controlled in animal studies.

7.2 Female reproductive hormones

Δ -9-THC alters pituitary secretion of LH, FSH, and prolactin when administered either acutely or repeatedly to both intact and ovariectomized experimental animals (Steger et al., 1980, 1981). In addition to suppressing normal circulating levels of LH in female rats, THC also inhibits the surges of LH and FSH which are essential for ovulation. As a consequence, THC blocks ovulation in intact rats and monkeys (Smith et al., 1979). Moreover, the occurrence of the first ovulation in the maturing female rat is delayed following peripubertal administration of THC (Field & Tyrey, 1986). Tonic prolactin levels are significantly decreased following acute or repeated THC treatment in both intact and ovariectomized female rats (Hughes et al., 1981). In addition, prolactin surge occurring under a variety of situations is blocked by THC administration (Steger et al., 1983). THC treatment also disrupts the normal rhythm of menstrual cycles in monkeys (Asch et al., 1981).

Cannabis smokers have shorter menstrual cycles due to an inadequate luteal phase. When the acute effects of cannabis smoking on plasma LH, prolactin and sex steroid hormones were evaluated during the follicular and luteal phases of the menstrual cycle in groups of adult females, it was found that during the luteal phase of the menstrual cycle, plasma LH and prolactin were suppressed, thereby shortening their cycles (Mendelson et al., 1985, 1986). However, self-reported chronic cannabis users were not found to have any changes in circulating levels of LH, FSH and prolactin when compared to non users (Block et al., 1991). It appears that the hormonal response to cannabis exposure depends on the stage of the menstrual cycle.

7.3 Target organs

In addition to the aforementioned hormonal alterations, animal studies show that cannabinoid exposure reduces testicular, seminal vesicle and prostate weights, decreases ovarian weight and increases pituitary and adrenal weights. These cannabinoid effects have been attributed to actions at both peripheral and brain sites.

7.4 Other hormones

There is considerable evidence that cannabinoid exposure can affect the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. Early animal studies have demonstrated that THC is a potent stimulator of adrenocorticotropin (ACTH) release in male rats. Acute THC administration also elevates plasma corticosterone levels in male and female rats. Anandamide, the endogenous ligand for the cannabinoid receptor, produces some effects similar to those of THC.

Landfield et al. (1988) observed that THC administration induced aging-like degenerative changes in rat brain tissue similar to those resulting from elevated corticosterone. These investigators have also demonstrated that THC administration alters the corticosterone receptor in brain. It seems possible that the corticoid and anandamide systems could be mutually regulatory. Additional evidence will be needed if such a relationship is to be established. However, it should be noted that men who were heavy cannabis users did not exhibit alterations in cortisol level (Block et al., 1991) or impaired adrenocortical reactivity to ACTH.

In early studies, it was shown that THC inhibited growth hormone secretion in male rats. However, other studies have demonstrated either no change or an increase in growth hormone in male rats treated with THC. More recently it has been shown that infusion of THC directly into brains of adult male rats suppresses growth hormone secretion. Although differences in animal models, and route and doses of THC administration may explain these variable growth hormone responses to THC, more studies are warranted to determine conclusively the effects of cannabis exposure on growth hormone in both males and females.

Few other endocrine systems have been studied. Circulating thyroxine levels have been shown to be reduced following acute or chronic THC administration in male rats and rhesus monkeys. THC treatment may also affect the release of the posterior pituitary hormone oxytocin (Tyrey & Murphy, 1988).

7.5 Implications for hormonal alterations

Early experimental studies reported decreased sexual activity, including copulatory behaviour, in male rats exposed to THC. To date, controlled studies investigating the effects of cannabis exposure on copulatory behaviour of the adult female have not been reported.

There is very little literature concerning the effects of cannabis on fertility *per se*. The findings that cannabinoids interfere with normal hypothalamic-pituitary-gonadal function (Murphy et al., 1990) and can disrupt ovulation and sperm production suggest that fertility could be affected. However, there is no epidemiological evidence on the issue.

Cannabis-induced reductions in testosterone and spermatogenesis observed in some studies are probably of little consequence in adults. This action of cannabis might be of importance in the prepubertal male or in individuals whose fertility is already impaired for other reasons; however, at present this is purely conjecture.

7.6 Future directions

Although there is no compelling evidence for an alteration in fertility by cannabinoids, further research is needed considering the comparatively high prevalence of cannabis use during the early reproductive years. Future research should examine interactions between the endogenous cannabinoids and glucocorticoids.

8. Effects on intrauterine and postnatal development

8.1 Background

Knowledge of how much active substance is delivered to biological tissues is basic to an understanding of the pharmacology and toxicity of a compound. Nearly all of the developmental studies on animals have investigated only pure THC and have allowed the measurement of amounts of drug actually delivered to the placenta and foetus. In

contrast, human reproductive studies have typically investigated the effects of smoked cannabis of uncertain THC content resulting in unknown concentrations of active drug in the fetal-placental unit. These issues complicate the interpretation of research on the effects of cannabis use on pre- and postnatal development.

8.2 Animal studies

Abel (1985) has pointed out the serious methodological and interpretational flaws that characterized the early literature of animal studies on the developmental toxicity of THC. Adverse effects observed in offspring may not have been produced by direct drug effects on the embryo and foetus but may have been secondary to poor maternal nutrition and dehydration. THC can also disrupt normal maternal care at parturition and, through hormonal effects, inhibit milk production and release, all having possible adverse consequences for the development of the offspring (Hutchings, 1985).

In studies using appropriate controls for maternal nutrition and fostering, several dose-related effects have been found in rat offspring following administration of THC to the pregnant dam. At birth, a dose-related increase in the male: female ratio of live offspring was consistently found, suggesting that female foetuses have a greater susceptibility to THC lethality (Hutchings et al., 1987; Morgan et al., 1988). During the postnatal period, a dose-related inhibition of both somatic growth and brain protein synthesis was found. These effects were transitory, however, and the THC-exposed animals caught up to the controls by the time of weaning (Hutchings et al., 1987). Hutchings found no evidence of neurobehavioural deficits in the offspring, independent of maternal toxicity; these findings are consistent with those of other well-controlled animal studies (Abel, 1985).

8.3 Human studies

8.3.1 Epidemiological studies

Epidemiological studies of the prevalence of drug use in pregnant women are often complicated by sampling procedures of uncertain validity. Human studies should be based on representative samples of the whole population of pregnant females. In many studies, however, the samples are selectively biased toward drug users. There is also uncertain comparability of self-reports of drug use gathered before birth (i.e. prospectively) with those obtained after birth (i.e. retrospectively). Exact doses and patterns of use are usually difficult to quantify. The effects of other drug use and socioeconomic factors are often difficult to assess by case control methods. No objective markers of cannabis use are yet available, although some new methodologies are being developed to identify and quantify *in utero* cannabis exposure, i.e. hair analysis, meconium analysis.

Despite these problems there is reasonable evidence that cannabis use during pregnancy impairs fetal development, leading to a reduction in birth weight, perhaps as a consequence of shorter gestation, and probably by the same mechanism as cigarette smoking, namely, fetal hypoxia. In a case study done on the effects of prenatal cannabis use on offspring growth from birth through to three years of age, prenatal cannabis exposure was associated only with decreased length at birth. Neither tobacco nor cannabis use predicted gestational age or morphological abnormalities (Day et al., 1992). Young maternal age also seemed to increase the negative effects from prenatal tobacco and cannabis exposure (Cornelius et al., 1995). Prenatal exposure to cannabis was also associated with disturbed nocturnal sleep patterns at three years of age, with more arousals and lower sleep efficiency (Dahl et al., 1995). There were no effects present of prenatal cannabis exposure on growth when the children reached age six (Day et al., 1994a). There is uncertainty about whether cannabis use during pregnancy produces any increase in the risk of birth defects by direct toxicity *in utero*. The limited number of human studies have not consistently shown any increased rate of birth defects.

There is little evidence that cannabis use can produce chromosomal or genetic abnormalities in either parent which could be transmitted to their offspring. Such animal and *in vitro* evidence as exists suggests that the mutagenic capacities of cannabis smoke are greater than those of THC, and are probably of greater relevance to the risk of users developing cancer than to the transmission of genetic defects to the offspring. There are a few case-control studies

which suggest that there is an increased risk of several rare cancers (childhood non-lymphoblastic leukaemia, rhabdomyosarcoma, and astrocytoma) among children born to women who used cannabis prior to conception or during pregnancy (Neglia et al., 1991; Robinson et al., 1989; Kuijten et al., 1990). Further exploration of these claims is warranted as reporting bias may have been an alternative explanation to the findings.

8.3.2 Neurobehavioural studies

The results of a large-scale prospective study, the Ottawa Prenatal Prospective Study of maternal cannabis use (Fried, 1980; Fried, 1995), suggest that any long-term consequences of prenatal exposure to the child are very subtle. In the newborn and neonate, there appears to be an association between nervous system function and prenatal exposure. Between 6 months and 3 years of age, no neurobehavioural consequences of maternal cannabis use were found (Frief & Watkinson, 1988; and 1990). However, at 4 years, offspring of regular cannabis users showed reduced verbal ability and memory. Similar deficits were seen in school-aged children as well (Day et al., 1994a; Fried, 1995), and were accompanied by decreased attention and by increased impulsiveness in the children of those mothers who had been the heaviest users of cannabis during pregnancy. These results suggest that *in utero* exposure to cannabis can affect to some degree the mental development of the growing child (Day et al., 1994b). Given the important implications of such a relationship, future research should address this possibility.

Finally, knowledge on fetal metabolism of cannabis and its components is limited, although this would be important to determine the effects of *in utero* drug exposure. New methodologies are being developed to identify and quantify *in utero* drug exposures, i.e. hair analysis, meconium analysis. More appropriate and objective markers of *in utero* cannabis exposure have not yet been developed and the existent drug analytes (tetrahydrocannabinol and/or 11-nor- Δ -9-tetrahydrocannabinol) are not adequate to monitor.

9. Effects on cell nuclei

Most information on interactions of cannabis with cell nuclei deals with four types of effects; (1) those on macromolecular synthesis, (2) chromosomal aberrations, (3) mutagenicity, and (4) carcinogenicity. In assessing this evidence it is important to bear in mind that the effects of pure cannabinoids, such as THC, will almost certainly be different from those of complex mixtures of large numbers of known and unknown compounds that make up cannabis smoke. Differences in the material examined may account for some of the contradictory findings in the literature.

Cannabinoids can interfere with the normal cell cycle (Zimmerman & McClean, 1973) and can also decrease synthesis of DNA, RNA and protein (Blevins & Regan, 1976). More recently, Tahir & Zimmerman (1992) have shown that THC can disrupt the formation of microtubules and microfilaments in rat cells in culture and hence may interfere with such diverse cellular processes as cell division, cell migration and neuron differentiation. Another recent study (Mailleux et al., 1994) showed a significant increase was produced in expression of the gene coding for the growth factor pleiotropin and could be detected in the adult rat forebrain following a single intra peritoneal injection of THC (5 mg/kg), a finding which needs further investigation.

Regarding the possibility of cannabinoids to induce chromosome aberrations, including chromosomal breaks, deletions, and other errors in chromosomal separation, the literature is still inconclusive and has shown contradictory results (Zimmerman & Zimmerman, 1990-91; Chiesara et al., 1983; Piatti et al., 1989; Behnke & Eyler, 1993). There is general consensus that both cannabis use (as judged by findings in users or animals exposed to marijuana smoke) and exposure to certain constituents of cannabis preparations (or in some cases cannabis smoke condensates) may indeed have mutagenic effects in the Ames assay for mutagenicity (Busch et al., 1979; Wehner et al., 1980; Sparacino et al., 1990). On the other hand, pure THC as such has been found to have no mutagenic effects (Zimmerman et al., 1978; Generoso et al., 1985; Berryman et al., 1992).

The demonstrated mutagenicity of cannabis smoke would predict some risk of carcinogenicity. Most of the new evidence, however, consists of case reports of upper respiratory or oropharyngeal cancers in cannabis smokers (Wengen, 1993) and no full-scale epidemiological studies have been conducted.

Future research in this area should focus on the following areas: systematic comparisons of cannabis smoke condensates, smoke fractions and pure cannabinoids in the same experimental systems for studying production of chromosome aberrations, especially in cultured human cells; systematic comparisons of the mutagenicity of cannabis and tobacco smoke; additional studies on the carcinogenicity of cannabis preparations in a variety of animal models; and epidemiological studies of the risks of cancer related to cannabis smoke as compared to tobacco smoke.

10. Effects on immune system

Many research studies on cannabis and immune system functions in whole animals and tissue culture systems have been published in the past 10 years (e.g. Hollister, 1988; Friedman et al., 1994). Cannabinoids, especially THC, have been found to modify the function of a variety of immune cells, increasing some responses and decreasing others. This variation in drug effects depends upon experimental factors such as drug concentration, timing of drug delivery, and the type of cell function analysed. The range of cell types and functions studied is very broad, including such diverse phenomena as morphology, biochemistry and phagocytic activities of macrophages from humans and other species, both *in vitro* and *in vivo*; production and release of cytokines, prostaglandins, and other mediators of immune responses; B and T lymphocyte responses *in vivo* and *in vitro*; antibody formation; and resistance to infections, in both experimental models and human disease, especially in AIDS patients.

The results of all of these investigations indicate that cannabinoids are immunomodulators, i.e. capable of perturbing immune system homeostasis when administered to the living subject or when added to cell cultures. However, it is also clear that the immune system is relatively resistant to these drugs. Many of their effects appear to be relatively small, totally reversible after removal of the cannabinoids, and produced only at concentrations or doses higher than those required for psychoactivity (more than $10\mu\text{M}$ *in vitro*, or more than 5mg/kg *in vivo*). Moreover, immunomodulatory effects can be produced by some cannabinoids which do not induce psychoactive effects. These findings suggest that cannabinoid effects on immune cells may not be exclusively mediated by the recently described cannabinoid receptors, even though such receptors have been demonstrated in these cells. However, the existence of a cannabinoid receptor on macrophages, that differs significantly from the cannabinoid receptor in the brain, suggests that the possible role of receptor-mediated actions in immunomodulation by cannabinoids requires further study.

Unfortunately, the health impact of any immune effects of cannabis smoking is still unclear. Many studies have clearly established that THC can act as an immunomodulator. However, relatively few of them have employed animal paradigms or human subjects in studies designed to test the effects of cannabis exposure on host resistance to microbes, viruses and tumours. Several animal studies have demonstrated impairment of resistance to bacterial or viral infections in mice exposed to cannabis smoke or THC, but the results have not been entirely consistent. Moreover, most studies have used cannabinoid doses that are difficult to relate to levels self-administered by humans. It is clear that well designed studies of this topic are needed, and that they will require the cooperation of immunologists, infectious disease specialists, oncologists and pharmacologists in their design, execution and interpretation.

11. Effects on other organ systems

11.1 Cardiovascular effects of cannabis

The most consistent and reproducible of the human effects of cannabis is dose dependent tachycardia, i.e. an increase in heart rate that correlates with the subjective ratings of 'high'. Both sympathetic and parasympathetic mechanisms seem to be involved in this cannabis-induced tachycardia.

Increases in heart rate lead to increases in cardiac output but the extent of the effect on blood pressure depends on peripheral resistance. The cannabis-induced increase in heart rate may increase cardiac output as much as 30 per cent, yet increases in supine blood pressure are usually less than 10 per cent. Postural hypotension can be exaggerated. Cannabis has been shown to increase blood flow in the limbs.

Acute cardiovascular effects of cannabis are less likely in adolescents and young adults, among whom prevalence of use is highest; however, a few reports of myocardial infarction in young cannabis smokers deserve closer examination (Choi & Pearl, 1989; Podczeck et al., 1990).

The possibility remains that chronic heavy cannabis smoking may have more subtle effects on the cardiovascular system, analogous to the long-term cardiotoxic effects of tobacco smoking, because the cardiovascular effects of THC and nicotine are similar. Moreover, since many cannabis smokers are also cigarette smokers, there is the possibility that there may be adverse interactions between nicotine and cannabinoids in their effects on the cardiovascular system. This requires further research.

The cardiovascular effects of cannabis may be hazardous for patients with hypertension, cerebrovascular disease and coronary atherosclerosis for whom marijuana poses a threat by increasing the work of the heart. The severity and prevalence of this threat remain to be determined as the cohort of chronic cannabis users of the late 1960s and early 1970s enters the age of maximum risk for various cardiovascular complications.

11.2 Effects of cannabinoids on the liver and gastrointestinal tract

There appears to be little or no human or animal evidence that acute or chronic use of cannabinoids affects liver function. There is reasonable animal evidence that cannabinoids decrease intestinal motility and delay gastric emptying. There is no evidence of significant symptoms of constipation as a consequence, and, as typically used, cannabis has minimal effects on the absorption of alcohol.

The most interesting aspects of the gastrointestinal effects of cannabis are theoretical and therapeutic. The sites of action of the antinauseant and antiemetic effects, and also of the stimulant effects of the cannabinoids on food intake, remain to be identified. As with studies of the opioids, the isolated intestine preparation may serve as a useful model for the study of cannabinoid receptors, and may provide the opportunity to differentiate between central and peripheral receptors.

12. Therapeutic uses

12.1 Background

The broad range of potential therapeutic applications of cannabinoids reflects the wide distribution of cannabinoid receptors throughout the brain and other parts of the body. The possibility of distinct subtypes of cannabinoid receptors and the probable development of new compounds to bind selectively to these receptors, as either agonists or blockers, may well open the door to the selective treatment of a number of disorders. In time, some of these compounds may be targeted specifically to one function or another of the endogenous cannabinoid system.

Despite the positive appraisal of the therapeutic potential of cannabinoids as an antiemetic and antiglaucoma agent, they have not been widely used and the clinical research undertaken is limited. Other therapeutic uses for

cannabinoids warrant further basic pharmacological and experimental investigation and clinical research into their effectiveness.

12.2 Utility as an anti-emetic agent in cancer chemotherapy

The moderate efficacy and safety of THC in the control of nausea induced by cancer chemotherapy was established in experiments in the late 1970s and early 1980s. Since then, dronabinol (International Nonproprietary Name (INN) for THC), has proved its clinical utility in a few countries as an adjunct therapy for that indication (Grunberg & Hesketh, 1993). Some of the early problems with unwanted side effects of oral dosages of THC have been remedied through the availability of dronabinol capsules with half the dosage of the earlier formulation.

12.3 Stimulation of food intake in AIDS wasting syndrome

In the USA, approximately 16 per cent (about 14 000 people) of the total AIDS population suffer from the progressive anorexia and weight loss known as AIDS wasting syndrome. Dronabinol has been approved by the US Food and Drug Administration as a food intake stimulant for AIDS patients suffering from wasting syndrome, based on a well-controlled double-blind, randomized clinical study with AIDS patients (Plasse et al., 1991). Another controlled, double-blind, randomized trial is currently being conducted to compare the efficacy of dronabinol and megestrol acetate, a synthetic hormone, in treating the wasting syndrome.

12.4 Other areas of therapeutic potential

While THC has long been known to reduce the increased intra ocular pressure of glaucoma, it has not been fully studied therapeutically for this indication. This has been because of concern over the long-term ocular and systemic effects of THC use, especially in older individuals who are the most frequent victims of glaucoma.

Early studies had shown that cannabinoids were no more effective than other drugs used as analgesics and that relief of pain was achieved only at doses that induced severe side effects in animals. Some newly synthesized cannabinoids are extremely potent analgesics; however, separation of the analgesic and side effects in humans remains to be demonstrated. Further experiments with these compounds may illuminate not only their mechanisms of action, but also the body's multiple mechanisms of pain reception and blockade.

Animal studies have suggested other possible therapeutic applications of THC or other cannabinoids in various disorders. In studies with human subjects, however, cannabinoids have not yet been proven useful in the treatment of convulsant or movement disorders or in treating multiple sclerosis or asthma. There are also reports of an antidepressant effect, and some patients may indeed use cannabis to 'self-treat' depressive symptoms (Gruber et al., 1997), but these need to be better evaluated.

12.5 Therapeutic potential for cannabis

The therapeutic uses of THC described above have led to discussions about the therapeutic potential of cannabis itself, although little research exists in this area and satisfactory clinical studies have not been conducted. In order to explore possible therapeutic uses of cannabis, several scientific issues need to be considered, including the standardization of cannabis preparations required for some types of clinical and pre-clinical studies, the difficulties inherent in the study of smoking as the mode of administration of a substance, the need for a comparable placebo 'cigarette' which would not be easily identified by experimental subjects and patients in controlled trials, the large number of patients which would be needed to study the comparative efficacy of smoking cannabis compared with other cannabinoids and other therapeutic agents, and the possibility of using alternative delivery systems which could avoid cannabis smoking and the other components of such a smokable form. In addition, the broader implications of such research on cannabis control policies would need to be carefully considered.

13. Comparing cannabis with other drugs

The group of experts who prepared the review of the current knowledge about cannabis in 1995 included a section in the draft report which attempted to compare what is known about the health effects of cannabis to the health hazards of a variety of licit and illicit drugs with psychoactive effects such as alcohol, tobacco and opiates.

However, the reliability and public health significance of such comparisons are doubtful. Users of one drug are more likely to be users of one or more other drugs, and the risks of combined use are not necessarily identical to, or the sum of, the risks associated with the use of the individual drugs. Moreover, the hazards linked to the use of any drug are strongly influenced by such factors as the social and cultural context of drug use in the community, the political and economic context, availability of various psychoactive substances, preparation and dose, route of administration, frequency of use, and associated life style. The quantitative risks of cannabis use are largely unknown in the absence of reliable epidemiological studies, and therefore such comparisons tend to be more speculative than scientific.

In addition, since the proportion of the population that uses cannabis regularly over a period of years is currently much smaller than the proportions that use alcohol or tobacco in a comparable way, the magnitude of the public health hazard based purely on such exposure considerations is likely to be lower than that posed by alcohol or tobacco. However, it must be emphasized that most users of cannabis also use other drugs. There is no *a priori* reason to reject the likelihood that the risks of multiple drug use are additive. From a public health perspective, therefore, it may be more useful to assess the total risk resulting from all drug use, including that of cannabis.

Additionally, the public health significance of cannabis use in developing societies is even less well understood, given the lack of research, as indeed are the hazards of alcohol and tobacco. Comparisons of the health effects of psychoactive substance use in these populations are likely to be of limited validity.

14. Summary

Acute health effects of cannabis use

The acute effects of cannabis use have been recognized for many years, and recent studies have confirmed and extended earlier findings. These may be summarized as follows:

- cannabis impairs cognitive development (capabilities of learning), including associative processes; free recall of previously learned items is often impaired when cannabis is used both during learning and recall periods;
- cannabis impairs psychomotor performance in a wide variety of tasks, such as motor coordination, divided attention, and operative tasks of many types; human performance on complex machinery can be impaired for as long as 24 hours after smoking as little as 20mg of THC in cannabis; there is an increased risk of motor vehicle accidents among persons who drive when intoxicated by cannabis

Chronic health effects of cannabis use

The chronic use of cannabis produces additional health hazards including:

- selective impairments of cognitive functioning which include the organization and integration of complex information involving various mechanisms of attention and memory processes;
- prolonged use may lead to greater impairment, which may not recover with cessation of use, and which could affect daily life functions;

- development of a cannabis dependence syndrome characterized by a loss of control over cannabis use is likely in chronic users;
- cannabis use can exacerbate schizophrenia in affected individuals;
- epithelial injury of the trachea and major bronchi is caused by long-term cannabis smoking;
- airway injury, lung inflammation, and impaired pulmonary defence against infection from persistent cannabis consumption over prolonged periods;
- heavy cannabis consumption is associated with a higher prevalence of symptoms of chronic bronchitis and a higher incidence of acute bronchitis than in the non-smoking cohort;
- cannabis use during pregnancy is associated with impairment in fetal development leading to a reduction in birth weight.
- cannabis use during pregnancy may lead to postnatal risk of rare forms of cancer although more research is needed in this area.

The health consequences of cannabis use in developing countries are largely unknown because of limited and non-systematic research, but there is no reason *a priori* to expect that biological effects on individuals in these populations would be substantially different to what has been observed in developed countries. However, other consequences might be different given the cultural and social differences between countries.

Therapeutic uses of cannabinoids

Several studies have demonstrated the therapeutic effects of cannabinoids for nausea and vomiting in the advanced stages of illnesses such as cancer and AIDS. Dronabinol (tetrahydrocannabinol) has been available by prescription for more than a decade in the USA. Other therapeutic uses of cannabinoids are being demonstrated by controlled studies, including treatment of asthma and glaucoma, as an antidepressant, appetite stimulant, anticonvulsant and antispasmodic, research in this area should continue. For example, more basic research on the central and peripheral mechanisms of the effects of cannabinoids on gastrointestinal function may improve the ability to alleviate nausea and emesis. More research is needed on the basic neuropharmacology of THC and other cannabinoids so that better therapeutic agents can be found.

15. Recommendations for future research

Information on the effects of cannabis on physical and psychological functioning has increased greatly as has knowledge of the extent and patterns of use. However there is still a need for further research in several important areas including clinical and epidemiological research on human health effects, chemistry and pharmacology, and research into the therapeutic uses of cannabinoids. Moreover, there are important gaps in knowledge about the health consequences of cannabis use. The most pressing issues for further research are summarized below.

15.1 Clinical and epidemiological research

There is a need for more data on the patterns of cannabis use and resulting problems particularly in developing countries. Such research would benefit from greater use of simplified and comparable methods of gathering data in these countries, so that information collected in different countries can be compared. Few countries have cohort studies of cannabis use patterns which are important in order to assess the natural history of cannabis use and the

reasons for starting and stopping cannabis use at all levels of consumption. There is also a need for case-control studies comparing those experiencing cannabis problems, with people who have, and do not have, alcohol and other psychoactive substance use problems.

There is a need for controlled studies investigating the relationships between cannabis use, schizophrenia and other serious mental disorders. In particular, there is a need for intervention studies of schizophrenic persons to see whether stopping cannabis use improves their outcomes in treatment.

Insufficient research has been undertaken on the 'amotivational' syndrome which may or may not result from heavy cannabis use. It is not clear that such a syndrome exists, even though heavy cannabis use is sometimes associated with reduced motivation to succeed in school and at work. Also, new research is needed to show whether the reduced motivation seen in some cannabis users is due to other psychoactive substance use and whether it precedes cannabis use. How reduced motivation relates to psychological problems is still unknown and requires further research.

Research on chronic and residual cannabis effects is also needed. The pharmacokinetics of chronic cannabis use in humans are poorly described and this lack of knowledge restricts the ability of researchers to relate drug concentrations in blood or other fluids and observed effects.

The prevalence and consequences of dependence on cannabis is a major area requiring further research. There is a need for better delineation of the clinical features of cannabis dependence and for studies of its responsiveness to interventions aimed at assisting users to stop.

Further studies are required on fertility effects in cannabis users, in view of the high rate of use during the early reproductive years. Researchers investigating infertility should be encouraged to study the effects of cannabis use. In addition, given the importance of the issue of *in utero* exposure, more research on fetal metabolism, especially of premature infants, is needed. Another priority would be replication of the case-control studies of maternal cannabis use and childhood cancers.

Further clinical and epidemiological research is required on the effects of cannabis on respiratory function and respiratory diseases. More studies are needed to show whether cannabis affects the risk of lung malignancies and at what level of use that may occur. In addition, more studies are needed to clarify the rather different results of pulmonary histopathological studies in animals and man.

More clinical and experimental research is needed on the effects of cannabis on the immunological function. Future studies should be aimed at establishing the relationship between cannabinoid-induced immunomodulation and altered host resistance to microbes and tumours, and exploring the role of cannabinoid receptors on host immunity and in the regulation of the normal immune response. More clarity should also be sought concerning the molecular mechanisms responsible for immune effects, including both cannabinoid receptor and non-receptor events.

The possibility that chronic cannabis use has adverse effects on the cardiovascular system should have a priority in epidemiological research. There is evidence from laboratory studies that cannabinoids have pronounced acute effects on cardiovascular functioning and it is known that cannabis smoke is qualitatively similar to tobacco smoke which is a known serious hazard for cardiovascular diseases. The fact that the cohort of cannabis users who initiated use in the early 1970s are now entering the period of maximum risk for cardiovascular disease suggests that it would be timely to conduct case-control studies of cardiovascular disease and cannabis use.

Frequently the risks of cannabis use are compared with those of other drugs such as alcohol and tobacco. However, the science to evaluate health risks of cannabis use is much less extensive and much less conclusive than the voluminous research that has been conducted on these psychoactive substances. In addition, there is insufficient research on cannabis-related mortality from accidents and other causes to permit proper comparisons. More comparative epidemiological studies of cannabis and other drugs are needed to assess their relative mortality and morbidity risks at different levels of use.

15.2 Chemistry, pharmacology and physiology

Certain approaches to the planning and design of research would improve an understanding of cannabis effects in a number of areas. For example pharmacological research is needed to understand to what extent the varieties of cannabis preparations affect humans and animals differently. Attention needs to be given to elucidating dose-response relationships rather than simply examining the effects of a single dose. More information is needed on how dose-response relationships for most effects vary for different species. Further research is needed on what animal dose for a given type of toxicity corresponds to what human dose in order to ensure comparability in the two types of studies.

Several important research issues remain ambiguous with regard to the effects of cannabis on human physiology. For example the sites of action for appetite stimulants and the antiemetic effects of cannabis are unknown. Another high priority is to identify the physiological roles of the endogenous cannabinoid system. Also, some future research should be directed towards establishing whether a specific interaction occurs between the endogenous cannabinoid and glucocorticoids. This will require multifaceted efforts by chemists, neurochemists and molecular biologists.

Strategies include the identification of additional endogenous cannabinoids, syntheses of analogues with selected pharmacological profiles and development of genetically-altered experimental animals which are devoid of cannabinoid receptors. It is imperative to determine whether the endogenous cannabinoid system meets all the requirements for a neurotransmitter system.

Some effort has been made to determine the relationship between THC concentrations in blood and other fluids and the degree of behavioural impairment produced. Although this task is difficult, efforts should continue with the goal of defining a concentration-effect relationship as clearly as has been done for alcohol.

Further development of cognitive and psychomotor tests for controlled studies that are sensitive to the performance effects of cannabis use and that reflect the complexity of specific daily functions (i.e. driving, learning, reasoning) also need additional research.

References

- Abel L. *Effects of prenatal exposure to cannabinoids*. In: Pinkert TM, ed. *Current Research on the Consequences of Maternal Drug Use*. National Institute of Drug Abuse Series. DHHS Publication No. (ADM) 85-1400 Washington, DC. Superintendent of Documents, U.S. Government Printing Office, 1985:20-35.
- Aceto MD et al. Cannabinoid-precipitated withdrawal by a selective antagonist: SR 141716A. *European Journal of Pharmacology*, 1995, 282: R1-R2.
- Adams I, Martin BR. Cannabis: pharmacology and toxicology in animals and humans. *Addiction*, 1996, 91(11), 1585-1614.
- Addiction Research Foundation/World Health Organization. *Report of an ARF/WHO Scientific Meeting on the Adverse Health and Behavioural Consequences of Cannabis Use*. Addiction Research Foundation, Toronto, 1981.
- Adelekan ML. Self-reported drug use among secondary school students in the Nigerian State of Ogun. *Bulletin on Narcotics*, 1989, Vol.XLI, Nos 1 & 2.
- Adlaf EM et al. The Ontario Student Drug Use Survey, 1977-1995. *Addiction Research Foundation*, Toronto, 1995.
- Alfaro Murillo E. Drug Abuse in Costa Rica: A review of several studies Bulletin of the Pan American Health Organization: *Special Issue on Drug Abuse*, 1990, vol 24: 46-52.
- Allebeck P et al. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm County. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 88: 21-24.
- Andreasson S. Et al. Cannabis and Schizophrenia: A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, 1987, 2: 1483-1406.
- Andreasson S, Allebeck P, Rydberg U.. Schizophrenia in users and nonusers of cannabis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 79: 505-510.
- Anthony JC, Helzer JE Syndromes of drug abuse and dependence. In: Robins LN and Regier DA, eds. *Psychiatric Disorders in America*, New York: Free Press, McMillan, 1991.
- Arif A, Westermeyer J , eds. *Manual of drug and alcohol abuse: Guidelines for teaching in medical and health institutions*. Plenum Medical Book Co., New York, 1988.
- Asch RH et al. Effects of Δ -9-tetrahydrocannabinol during the follicular phase of the Rhesus monkey. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 1981, 52: 50-55.
- Barbers RG et al. Differential examination of broncho-alveolar lavage cells in tobacco cigarette and marijuana smokers. *American Review Respiratory Diseases*, 1987, 135:1271-1275.
- Barbers RG et al. Enhanced alveolar monocytic phagocyte (macrophage) proliferation in tobacco and marijuana smokers. *American Review of Respiratory Diseases*, 1991, 143: 1092-1095.
- Barnett C et al. Kinetic study of smoking marijuana. *Journal of Pharmacokinetics and Biopharmacy*, 1982, 10: 495-506.

- Barnett G, Licko V, Thompson T. Behavioural pharmacokinetics of marijuana. *Psychopharmacology*, 1985, 85: 51-56.
- Basu D, Malhotra A, Varma VK. Cannabis related psychiatric syndromes. A selective review. *Indian Journal of Psychiatry*, 1994, 36: 121-128.
- Bellville JW, Swanson GD and Aquleh KA. Respiratory effect of Δ -9-tetrahydrocannabinol. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1975, 17: 541-548.
- Behnke M, Eyer FD. The consequences of prenatal substance use for the developing fetus, newborn and young child. *International Journal of Addictions*, 1993, 28: 1341-1391
- Berryman SH et al. Evaluation of the co-mutagenicity of ethanol and Δ -9-tetrahydrocannabinol with Trenimon. *Mutation Research*, 1992, 278: 47-60.
- Black S, Casswell S. *Drugs in New Zealand: a survey, 1990*. Auckland: Alcohol and Public Health Research Unit, 1991.
- Blevins RD, Regan JD. Δ -9-tetrahydrocannabinol: effect on macromolecular synthesis in human and other mammalian cells. *Archives of Toxicology*, 1976, 34: 127-135.
- Block RI, Farinpour R & Schlechte JA. Effects of chronic marijuana use on testosterone, luteinizing hormone, follicle stimulating hormone, prolactin and cortisol in men and women. *Drug and Alcohol Dependence*, 1991, 28: 121-128.
- Block RI, Farinpour R & Braverman K. Acute effects of marijuana on cognition: relationships to chronic effects and smoking techniques. *Pharmacology Biochemistry and Behaviour*, 1992, 43(3): 907-917.
- Bloom JW et al. Respiratory effects of non-tobacco cigarettes. *British Medical Journal*, 1987, 295: 516-518.
- Boulougouris JC, Panayiotopoulos CP, Antypas E. Effects of chronic hashish use on medical status in 44 users compared with 38 controls. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1976, 282: 168-172.
- Busch FW, Seid DA, Wei ET. Mutagenic effects of marijuana smoke condensates. *Cancer Letters*, 1979, 6: 319-324.
- Carlini EA, Carlini-Cotrim B., Nappo SA. Illicit use of psychotropic drugs in Brazilian cities: 1987-1989. In: *CEWG Proceedings of epidemiological trends in drug abuse*. DHHS Publication No. 90, 1990, 1724: pp II 4 - II 15, Washington, DC.
- Centros de Integracion Juvenil, AC. *Epidemiology of drug abuse in Mexico: A comparative overview of the United States of America*. AC, 1992.
- Chakravarty I et al. Δ -9-tetrahydrocannabinol on hypothalamo-pituitary system in male rats. *Archives of Andrology*, 1982, 8: 25-27.
- Chaudry HR et al. Cannabis psychosis following bhang ingestion. *British Journal of Addiction*, 1991, 86: 1075-1081.
- Chiang CW, Barnett G. Marijuana effect and Δ -9-tetrahydrocannabinol plasma level. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1984, 36: 234-238.

- Chiesara E, Cutrufello R, Rizzi R. Chromosome damage in heroin-marijuana and marijuana addicts. *Archives of Toxicology, Supplement*, 1983, 216: 315-316.
- Choi YS, Pearl WR. Cardiovascular effects of adolescent drug abuse. *Journal of Adolescent Health Care*, 1989, 10: 332-337.
- Cohen S. The 94 day cannabis study. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1976, 282: pp 211-220
- Compton DR et al. Cannabinoid structure-activity relationships: Correlation of receptor binding and in vivo activities. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 1993, 265: 218-226.
- Cone EJ et al. Acute effects of smoking marijuana on hormones, subjective effects and performance in male human subjects. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 1986, 24:1749-1754.
- Consensus Development Panel Drug concentrations and driving impairment. *Journal of the American Medical Association*, 1985, 254: 2618-2121.
- Cook E. Analytical methodology for Δ -9-tetrahydrocannabinol and its metabolites. *Advances on Alcoholism and Substance Abuse*, 1986, 2: 79-85.
- Cornelius MD et al. Prenatal tobacco and marijuana use among adolescents: effects on offspring gestational age, growth, and morphology. *Pediatrics*, 1995, 95(5). 738-743.
- Cushman P. Plasma testosterone levels in healthy male marijuana smokers. *American Journal Drug Alcohol Abuse*, 1975, 2: 269-275.
- Dahl RE et al. A longitudinal study of prenatal marijuana use. Effects on sleep and arousal at age 3 years. *Archives Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1995, 149(2): 145-150.
- Davis GS, Brody AR, Adler KB. Functional and physiologic correlates of human alveolar macrophage cell shape and surface morphology. *Chest*, 1979, 75: 280-282.
- Dax EM et al. The effects of Δ -9-tetrahydrocannabinol on hormone release and immune function. *Journal of Steroid Biochemistry*, 1989, 34: 263-270.
- Day NL, Cottreau CM, Richardson GA. The epidemiology of alcohol, marijuana, and cocaine use among women of childbearing age and pregnant women. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1992, 36(2): 232-245-
- Day NL et al. Alcohol, marijuana, and tobacco: effects of prenatal exposure on offspring growth and morphology at age six. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1994a, 18(4): 786-794.
- Day NL et al. Effect of Prenatal Marijuana Exposure on the Cognitive Development of Offspring at Age Three. *Neurotox. and Teratology*, 1994b, 16: 169-175.
- Denning DW, Follansbee SE, Scolaro M. Pulmonary aspergillosis in the acquired immunodeficiency syndrome. *New England Journal of Medicine*, 1991, 324: 654-662.
- de Fonseca FR et al. Activation of corticotropin-releasing factor in the limbic system during cannabinoid withdrawal. *Science*, 1997, 276: 2050-2054.

- de Zwart WM, Mensink C, Kuipers SBM. Key data: Smoking, drinking, drug use and gambling among pupils aged 10 years and older - the third Sentinel Station Survey with regard to high risk substances. Netherlands Institute on Alcohol and Drugs, 1994.
- Devane WA et al. Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. *Molecular Pharmacology*, 1988, 34: 605-13.
- Devane WA et al. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. *Science*, 1992, 258: 1946-1949.
- Dhadphale M et al. Drug abuse among secondary school students in Kenya: a preliminary study. *The East African Medical Journal*, February 1982, 152-156.
- Donald PJ. Marijuana and upper aerodigestive tract malignancy in young patients. In: Nahas G. and Latour C., eds. *Drugs of Abuse, Immunity, and Immunodeficiency*. London, Plenum Press, 1991.
- Donnelly N, Hall W. *Patterns of cannabis use in Australia*. Review prepared for the Australian National Task Force on Cannabis, 1994.
- DuToit B. Cannabis in Africa. A survey of its distribution in Africa and a study of cannabis use in multi-ethnic South Africa. Rotterdam, A.A. Balkema, 1980.
- Eide AH, Acuda SW. Drug use among secondary school students in Zimbabwe. *Addiction*, 1995, 90: 1517-1527
- Eide AH, Acuda SW. Adolescents' drug use in Zimbabwe- comparing two recent studies. *Central African Journal of Medicine*, 1996, 42: 128-135.
- Eldridge JC et al. *Cannabinoid-steroid interactions in rat hippocampus*. International Cannabis Research Society Annual Meeting, Keystone, Colorado USA, June 1992, 19-20.
- Ferguson RP, Hasson J, Walker S. Metastatic lung cancer in a young marijuana smoker. *Journal of the American Medical Association*, 1989, 261: 41-42.
- Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Patterns of cannabis use among 13-14 year old New Zealanders. *New Zealand Journal Med.*, 1993, 106(958): pp. 247-250.
- Fernandez-Ruiz JJ et al. Neuroendocrine effects of acute dose of Δ -9-tetrahydrocannabinol: Changes in hypothalamic biogenic amines and anterior pituitary hormone secretion. *Neuroendocrinology Letters*, 1992, 14: 349-355.
- Field E, Tyrey L. Blockade of first ovulation in pubertal rats by Δ -9-tetrahydrocannabinol: requirement for advanced treatment due to early initiation of the critical period. *Biology and Reproduction*, 1986, 34: 512-517-
- Fletcher JM, Page BJ, Francis DJ. Cognitive correlates of long-term cannabis use in Costa Rican men. *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53: 1051-1057.
- Fliegiel SEG et al. Marijuana exposure and pulmonary alterations in primates. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 1991, 40: 637-642.
- Flisher AJ. Risk Taking behaviour of Cape Peninsula high school students: Drug Use. *South African Medical Journal*, 1993, 83: 483-485.

- Fleischman RW, Baker JR, and Rosenkrantz H. Pulmonary pathologic changes in rats exposed to marijuana smoke for one year. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 1979, 40: 637-642.
- Fried PA. Marijuana use by pregnant women: neurobehavioural effects in neonates. *Drug and Alcohol Dependence*, 1980, 6: 415-424.
- Fried PA, Watkinson B. 2- and 24-month neurobehavioural follow-up of children prenatally exposed to marijuana, cigarettes and alcohol. *Neurotoxicology and Teratology*, 1988, 10: 305-313.
- Fried PA, Watkinson B. 36- and 48-month neurobehavioural follow-up of children prenatally exposed to marijuana, cigarettes and alcohol. *Developmental Behavior Pediatrics*, 1990, 11: 49-58.
- Fried PA. Prenatal Exposure to Marijuana and Tobacco during Infancy, Early and Middle Childhood: Effects and an Attempt at Synthesis. *Archives of Toxicology*, 1995, suppl 17:231-260.
- Friedman H, Shivers SC and Klein TW. Drugs of abuse and the immune system. In: JH Dean, MI Luster, AE Munson, and I Kimber I., eds. *Immunotoxicology and Immunopharmacology*. Raven Press, New York 1994, pp. 303-322.
- Galduroz JCF et al. Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º, 2º graus em 10 capitais brasileiras, -1993. CEBRID, Sao Paulo, 1994.
- Gardner EL & Lewinson JH. Marijuana's interaction with brain reward systems: update 1991. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 1991, 40(3): 571-580.
- Generoso WM et al. Tests for induction of dominant-lethal mutations and heritable translocations with Δ -9-tetrahydrocannabinol in male mice. *Mutation Research*, 1985, 143: 51-53.
- Gieringer DH. (1988) Marijuana, driving and accident safety. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1988, 20: 91-93.
- Gil E et al. Acute and chronic effects of marijuana smoking on pulmonary alveolar permeability. *Life Science*, 1995, 56(23-24): 2193-2199.
- Gjerde H. Screening for cannabinoids in blood using emit: concentrations of Δ -9-tetrahydrocannabinol in relation to EMIT results. *Forensic Science International*, 1991, 50: 121-124.
- Gruber AJ, Pope HG Jr, Brown ME. (1997) Do patients use marijuana as an antidepressant? *Depression* (in press), 1997.
- Grunberg SM, Hesketh PJ. Control of chemotherapy-induced emesis. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1790-1796.
- Hall W, Solowij N, Lemon J, *The Health and Psychological Effects of Cannabis Use*. Australian National Task Force on Cannabis. National Drug Strategy Monograph, 1994, number 25.
- Hannerz J., Hindmarsh T. Neurological and neuroradiological examination of chronic cannabis smokers *Annals of Neurology*, 1983, 13: 207-210.
- Harkin AM, Anderson P, and Goos C. *Smoking, Drinking, and Drug Taking in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.

- Hembree WC III, Zeidenberg P and Nahas GG. (1979). Changes in human spermatozoa associated with high dose marihuana smoking. In: GG Nahas and WDM Paton, eds., *Marihuana: Biological Effects: Analysis, Metabolism, Cellular Responses, Reproduction and Brain. Advances in the Biosciences*, 1979, Vol. 22 and 23, pp. 429-439.
- Hollister, LE. Marijuana and immunity. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1988, 20(1): 3-8.
- Howlett AC, Bidaut-Russell M, Devane WA, Melvin LS, Johnson MR, Herkenham M. The cannabinoid receptor: biochemical, anatomical and behavioural characterization. *Trends in Neuroscience*, 1990, 13: 420-423.
- Huestis MA, Sampson AH, Holicky BJ, Henningfield JE and Cone E.J. Characterization of the absorption phase of marijuana smoking. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1992, 52: 31-41.
- Hughes CL Jr, Everett JW and Tyrey L. Δ -9-tetrahydrocannabinol suppression of prolactin secretion in the rat: lack of direct pituitary effect. *Endocrinology*, 1981, 109: 876-880.
- Hutchings DE. Issues of methodology and interpretation in clinical and animal behavioural teratology studies. *Neurobehavior, Toxicology & Teratology*, 1985, 7:639-642.
- Hutchings DE, Brake SC, Shi T, Lasalle E. Δ -9-tetrahydrocannabinol during pregnancy in the rat: I. Differential effects on maternal nutrition, embryotoxicity and growth in the offspring. *Neurotoxicology & Teratology*, 1987, 9:39-43.
- Indian Council of Medical Research. *Report on Drug Abuse*. New Delhi, 1993.
- Institute of Medicine, Marijuana and health. National Academy Press, Washington D.C., 1982.
- Issidorides MR. Observations in chronic hashish users: Nuclear aberrations in blood and sperm and abnormal acrosomes in spermatozoa. In: GG Nahas and WDM Paton, eds., *Marihuana: Biological Effects: Analysis, Metabolism, Cellular Responses, Reproduction and Brain*, *Advances in the Biosciences*, 1979, Vol. 22 and 23, pp. 377-387.
- Jablensky A et al. *Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures*. A World Health Organization Ten-Country Study, 1991. (Psychological Medicine Monograph Supplement No. 20).
- Johnston LD, Driessen F, Kokkevi A. *Surveying student drug misuse: A six-country pilot study*. Strasbourg, France: Cooperation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Council of Europe, 1994.
- Johnston LD. Changing trends, patterns and nature of marijuana use In: *National Conference on Marijuana Use: prevention, treatment and research. Conference highlights*, NIDA, US Department of Health and Human Services, Washington D.C., 1995.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bacman JG. National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study, 1975-1996. Vol I: Secondary students. U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD, 1997.
- Jutkowitz JM, Eu H. Drug prevalence in Latin American and Caribbean Countries: a cross national analysis. *Drug education, prevention and policy*, 1994, 1, 199-252.
- Kandel DB. Marijuana users in young adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41: 200-209

- Kandel DB. Issues of sequencing of adolescent drug use and other problem behaviors. *Drugs and Society*, 1988, 3: 55-76.
- Kandel DB. The social demography of drug use. In: Bayer R and Oppenheimer G., eds. *Confronting Drug Policy: Illicit drugs in a free society*. Cambridge University Press, Cambridge, 1993.
- Kandel DB, Johnson RJ. Relationships between circumstances surrounding initial drug use and escalation of drug use: moderating effects of gender and early adolescent experiences. In: Glantz M and Pickens R. eds., *Vulnerability to Drug Abuse*. American Psychological Association, Washington D.C., 1992.
- Kilonzo GP, Kaaya SF. The family and substance use in the United Republic of Tanzania. *Bulletin on Narcotics*, 1994, 46: 1-7.
- King DL, Martel PA, O'Donnell CM. Laboratory detection of cannabinoids. *Clinical Laboratory Medicine*, 1987, 7: 641-653.
- Kolodny RC et al. Depression of plasma testosterone levels after chronic intensive marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 1974, 290:872-874.
- Kramer S. Second national survey on drug abuse among high school students by region in Venezuela 1987-1988. In: *Epidemiologic trends in drug abuse*. Community Epidemiology Work Group Proceedings, DHSS Publication No.(ADM) 90-1724. Washington, D.C.: Supt. Of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1990, II-68- II-76.
- Kuijten RR et al. Gestational and familial risk factors for childhood astrocytoma: results of a case-control study. *Cancer Research*, 1990, 50: 2608-2612.
- Landfield PW, Cadwallader LB, Vinsant S. Quantitative changes in hippocampal structure following long-term exposure to Δ -9-tetrahydrocannabinol: possible mediation by glucocorticoid systems. *Brain Research*, 1988, 443: 47-62.
- Leirer VO, Yesavage JA, Morrow DG. Marijuana carry-over effects on aircraft pilot performance. *Aviation Space Environment & Medicine*, 1991, 62(3): 221-227.
- Leuchtenberger C. Effects of marijuana (cannabis) smoke on cellular biochemistry of in vitro test systems. In: Fehr KO and Kalant H., eds. *Cannabis and Health hazards*, Addiction Research Foundation, Toronto, 1983.
- Lopez-Cepero M, Friedman M, Klein T. Tetrahydrocannabinol-induced suppression of macrophage spreading and phagocytic activity in vitro. *Journal of Leukocyte & Biology*, 1986, 679-686.
- Machado T. *Culture and Drug Abuse in Asian settings: Research for action*. St. John's Medical College, Bangalore, 1994.
- Mailleux P et al. Activation of multiple transcriptional factor genes by tetrahydrocannabinol in rat forebrain. *Neuroreport*, 1994, 5: 1265-1268.
- Markianos M, Stefanis C. Effects of acute cannabis use and short-term deprivation on plasma prolactin and dopamine-B-hydroxylase in long-term users. *Drug & Alcohol Dependence*, 1982, 9:251-255.
- Mathers DC, Ghodse AH. Cannabis and psychotic illness. *British Journal of Psychiatry*, 1992, 161: 648-653.
- Mathew, RJ, Tant, S., Berger C. Regional cerebral blood flow in marijuana smokers. *British Journal of Addiction*, 1986, 81: 567-571.

- Mathew RJ et al. Depersonalization after marijuana smoking. *Biological Psychiatry*, 1993, 33(6): 431-41.
- Mattes RD et al. Cannabinoids and appetite stimulation. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 1994, 49: 187-195.
- McAllister I, Moore R, Makkai T. *Drugs in Australian Society: Patterns, Attitudes & Policies*. Longman Cheshire, Australia, 1991.
- McBay AJ. Drug concentrations and traffic safety. *Alcohol, Drugs and Driving*, 1986, 2: 51-59.
- Mechoulam R, Hanus L, Martin BR. Search for endogenous ligands for the cannabinoid receptor. *Biochemistry Pharmacology*, 1994, 48: 1537-1544.
- Mendelson JH et al. Effects of chronic marijuana use on integrated plasma testosterone and luteinizing hormone levels. *Journal of Pharmacology & Experimental Therapeutics*, 1978, 207: 611-617.
- Mendelson JH, Mello NK, Ellingboe J. Acute effects of marijuana smoking on prolactin levels in human females. *Journal of Pharmacology & Experimental Therapeutics*, 1985, 232: 220-222.
- Mendelson JH et al. Marijuana smoking suppresses luteinizing hormone in women. *Journal of Pharmacology & Experimental Therapeutics*, 1986, 237: 862-866.
- Morgan B et al. Δ -9-tetrahydrocannabinol during pregnancy in the rat: Effects on development of RNA, DNA, and protein in offspring brain. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 1988, 31: 365-396.
- Murphy LL, Steger RW, Bartke A. Psychoactive and nonpsychoactive cannabinoids and their effects on reproductive/neuroendocrine parameters. In: Watson RR, ed. *Biochemistry and Physiology of Substance Abuse*, 1990, Vol. II, pp. 73-93, CRC Press, Inc., Boca Raton.
- Musty RE, Consroe P, Makriyannis A. Pharmacological, chemical, biochemical and behavioural research on cannabis and the cannabinoids. *Pharmacology, Biochemistry & Behaviour*, 1991, 40: 457-708.
- National Institute on Drug Abuse. National household survey on drug abuse: population estimates 1991 - revised November 20, 1992. National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD, 1992.
- Newcombe MD, Bentler P. *Consequences of Adolescent Drug use: impact on the lives of young adults*. Sage Publications, Newbury Park, California, 1988.
- Neglia JB, Buckley JD, Robinson LL. Maternal marijuana use and leukemia in offspring. In: Nahas G and Latour C, eds. *Physiopathology of Illicit Drugs: cannabis, cocaine, opiates*. Pergamon Press, Oxford, 1991.
- Ohlsson A et al. Plasma delta-9- tetrahydrocannabinol concentrations and effects after oral and intravenous administration and smoking *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1980, 28: 409-416.
- Osgood D et al. The generality of deviance in late adolescence and early adulthood. *American Sociological Review*, 1988, 53: 81-93.
- Ospina EG, Ramirez LFD, Garcia JR. National household survey on drug abuse. Columbia: Highlights 1993.
- Oviedo A, Glowa J, Herkenham M. Chronic cannabinoid administration alters cannabinoid receptor binding in rat brain: a quantitative autoradiographic study. *Brain Research*, 1993, 616: 293-302.

- Perez-Reyes M et al. Comparison of effects of marihuana cigarettes of three different potencies. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1982, 31: 617-624.
- Piatti E, Rizzi R, Re F, Chiesara E. Genotoxicity of heroin and cannabis in humans. *Pharmacology Research*, 1989, 21: 59-60.
- Plasse TF et al. Recent clinical experience with dronabinol. *Pharmacology, Biochemistry & Behaviour*, 1991, 40: 695-700.
- Podczeczek A, Frohmer K and Steinbach K. Acute myocardial infarction in juvenile patients with normal coronary arteries. *International Journal of Cardiology*, 1990, 30: 359-361.
- Polen MR et al. Health care use by frequent marijuana smokers who do not smoke tobacco. *Western Journal of Medicine*, 1993, 158:596-601.
- Pope HG, Yurgelum-Todd D. The residual neuropsychological effects of cannabis: the current status of research. *Drug and Alcohol Dependence*, 1995, 38: 25-34.
- Puder M et al. The effect of Δ -9-tetrahydrocannabinol on luteinizing hormone release in castrated and hypothalamic differentiated male rats. *Experimental Brain Research*, 1985, 59: 213-216.
- Reddy DC et al. An epidemiological study of cannabis abuse among college students of Varanasi. *Indian Journal of Public Health*, 1993, 37: 10-15.
- Rimbaugh CL et al. Cerebral CT findings in drug abuse: Clinical and experimental observations. *Journal Computer Assisted Tomography*, 1980, 4: 330-334.
- Rinaldi-Carmona M et al. 5R141716A, a product and selective antagonist of the brain cannabinoid receptor. *Federation of European Biochemical Society Letters*. 1994, 350: 240-244.
- Roby TJ, Hubbard GA, Swan GE. Respiratory effects of non-tobacco cigarettes: A longitudinal study in general population. *International Journal of Epidemiology*, 1991, 20: 132-137.
- Robinson LI et al. Maternal drug use and the risk of childhood nonlymphoblastic leukemia among offspring: an epidemiological investigation implicating marijuana. *Cancer*, 1989, 63: 1904-11.
- Rocha-Silva L. Alcohol and other drug use by residents of major districts in the self-governing states of South Africa. Pretoria: Human Sciences Research Council, 1991.
- Rocha-Silva L, de Miranda S, Erasmus R. Alcohol, tobacco, and other drug use among Black youth. Pretoria: Human Sciences Research Council, 1996.
- Roffman RA et al. Predictors of attrition from an outpatient marijuana-dependence counselling programme. *Addictive Behaviors*, 1993, 18(5): 553-566.
- Rosenkrantz H, Fleischman RW. Effects of cannabis on lung. In: Nahas GG, Payton WDH, eds., *Marijuana: Biological effects*. Oxford, England: Pergamon Press, 1979, 279-299.
- Russell JM, Newman SC, Bland RC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Drug abuse and dependence. *Acta-Psychiatrica Scandinavica* suppl 376; 1994, pp. 54-62.

Schaefer DF, Gunn CG, Dubowski KM. Normal plasma testosterone concentrations after marihuana smoking. *New England Journal of Medicine*, 1975, 292: 867-868.

Sherman MP et al. Marijuana smoking, pulmonary function and lung macrophage oxidant release. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 1991, 40: 663-669.

Sherrill DL et al. Respiratory effects of non-tobacco cigarettes: A longitudinal study in general population. *International Journal of Epidemiology*, 1991, 20: 132-137.

Simpson HM. The epidemiology of road accidents involving marijuana. Traffic Injury Research Foundation of Canada. In: *Alcohol, Drugs and Driving, Abstracts and Reviews*, 1986, vol 2, Numbers 3-4, July-December.

Slikker W Jr et al. Behavioural, neurochemical, and neurohistological effects of chronic marijuana smoke exposure in the nonhuman primate. In: Murphy L., Bartke A., eds. *Marijuana/Cannabinoids: Neurobiology and Neurophysiology*, 1992, pp 219-273. Boca Raton, Florida, CRC Press.

Smart RG et al. *A methodology for student drug-use surveys*. World Health Organization, 1980. Offset Publication No. 50.

Smart RG, Patterson SD. *Comparison of alcohol, tobacco, and illicit drug use among students and delinquents in the Bahamas*. Bulletin of the Pan American Health Organization: Special Issue on Drug Abuse, 1990, 24: 39-45

Smiley AM, Moskowitz H, Zeidman K. Driving simulator studies of marijuana alone and in combination with alcohol. *Proceedings of the 25th Conference on the American Association for Automotive Medicine*, 1981, 107-116.

Smiley AM. Marijuana: on-road and driving simulator studies. *Alcohol, Drugs and Driving*, 1986, 2:121-134.

Smith CG et al. Effect of tetrahydrocannabinol on the hypothalamic-pituitary axis in the ovariectomized rhesus monkey. *Fertility and Sterility*, 1979, 31: 335-339.

Soderstrom CA et al. Marijuana and alcohol use among 1023 trauma patients. *Archives of Surgery*, 1988, 123: 733-737.

Solowij N, Michie PT, Fox AM. Effects of long-term cannabis use on selective attention: an event-related potential study. *Pharmacology Biochemistry & Behavior*, 1991, 40: 683-688.

Solowij N et al. Biopsychological changes associated with cessation of cannabis use: A single case study of acute and chronic cognitive effects, withdrawal and treatment. *Life Sciences*, 1995, 56: 2127-2134.

Sparacino CM, Hyldborg PA, Hughes TJ. Chemical and biological analysis of marijuana smoke condensate. *NIDA-Research Monographs*, 1990, 9, 121-140.

Steger RW et al. The effect of Δ -9-tetrahydrocannabinol on the positive and negative feedback control of luteinizing hormone release. *Life Sciences*, 1980, 27: 1911-1916.

Steger RW et al. Interactions of cocaine and Δ -9-tetra cannabinal with the hypothalamo-hypophyseal axis of the female rat. *Fertility & Sterility*, 1981, 35: 567-572.

Steger RW et al. Interactions of Δ -9-tetrahydrocannabinol with hypothalamic neurotransmitters controlling luteinizing hormone and prolactin release. *Neuroendocrinology*, 1983, 37:361-370.

- Stein AC et al. A simulator study of the combined effects of alcohol and marijuana on driving behaviour. *Report submitted to the National Highway safety Traffic Administration under contract DOT-HS-806405, Systems Technology Inc.*, Hawthorne, California, 1983.
- Stephens RS, Wertz JS, Roffman RA. Predictors of marijuana treatment outcomes: the role of self-efficacy. *Journal of Substance Abuse*, 1993, 5(4): 341-353.
- Symons AM, Teale JD, Marks V. Effects of Δ -9-tetrahydrocannabinol on the hypothalamic-pituitary-gonadal system in the maturing male rat. *Journal of Endocrinology*, 1976, 68: 43.
- Tahir SK, Zimmerman AM. Cytoskeletal organization following cannabinoid treatment in undifferentiated and differentiated PC12 cells. *Biochemistry Cell Biology*, 1992, 70: 1159-1173.
- Tapia-Conyer R et al. Surveillance system of addictions of Mexico (SISVEA), 1991-1993. *Epidemiologic trends in Drug Abuse: community epidemiology work group*. Washington DC, DHHS, 1994, vol II: 367-379.
- Tashkin DP et al. Respiratory symptoms and lung function in habitual smokers of marijuana alone, smokers of marijuana and tobacco, smokers of tobacco alone, and nonsmokers. *American Review of Respiratory Diseases*, 1987, 135: 209-216.
- Tashkin DP et al. Longitudinal changes in respiratory symptoms and lung function in non-smokers, tobacco smokers and heavy, habitual smokers of marijuana with and without tobacco. In: *Marijuana: An International Research Report. Proceedings of Melbourne Symposium on Cannabis 2-4 September, 1987*. National Campaign Against Drug Abuse. Monograph Series Number 7, eds. Chesher G, Consroe P, Musty R. Australian Government Publishing Service, Canberra, 1988, pp 25-30.
- Taylor RM. Marijuana as a potential respiratory tract carcinogen: a retrospective analysis of a community hospital population. *Southern Medical Journal*, 1988, 81, 1213-1216.
- Thomas H. Psychiatric symptoms in cannabis users. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163: 141-149.
- Torres de Galvis Y, Murrelle L.. *Consumption of dependence producing substances in Colombia*. Bulletin of the Pan American Health Organisation: Special Issue on Drug Abuse, 1990, 24, 12-21.
- Tsou K, Patrick S, Walker MJ. Physical withdrawal in rats tolerant to Δ -9-tetrahydrocannabinol precipitated by a cannabinoid receptor antagonist. *European Journal of Pharmacology*, 1995, 280: R13-R15.
- Tunving K et al. Regional cerebral blood flow in long-term heavy cannabis use. *Psychiatric Research*, 1986, 17: 15-21.
- Tyrey L, Murphy LL. Inhibition of suckling-induced milk ejections in the lactating rat by Δ -9-tetrahydrocannabinol. *Endocrinology*, 1988, 123: 469-472.
- UNDCP. World drug report. Oxford University Press, Oxford, 1997, 34-37.

Vachon L, Fitzgerald MX, Solliday NHF. Single-dose effect of marihuana smoke: Bronchial dynamics and respiratory center sensitivity in normal subjects. *New England Journal of Medicine*, 1973, 288:985-989.

Volkow ND et al. Use of positron emission tomography to investigate the action of marihuana in the human brain. In: Nahas G. and Latour, C., eds. *Physiopathology of Illicit Drugs: Cannabis, Cocaine, Opiates*, 1991, (pp 3-11) Oxford: Pergamon Press.

Wallace JM et al. Lymphocytic subpopulation profiles in bronchoalveolar lavage fluid and peripheral blood from tobacco and marijuana smokers. *Chest*, 1994, 105: 847-852.

Wengen DF. Marijuana and malignant tumours of the upper aerodigestive tract in young patients. On the risk assessment of marijuana. *Laryngorhinotologie*, 1993, 72(5): 264-267.

Wehner FC, Van-Resburg SJ, Theil PG. Mutagenicity of marijuana and tobacco smoke condensates in the Salmonella/microsome assay. *Mutation Research*, 1980, 77: 135-142.

William AF et al. Drugs in fatally injured young male drivers. *Public Health Reports*, 1985, 100: 19-25.

Williams B, Chang K, Van Truong M. *Canadian Profile: Alcohol & other drugs 1992*. Canada ARF Publications, 1992.

Williams JH, Wellman NA, Rawlins JNP. Cannabis use correlates with schizotypy in healthy people. *Addiction*, 1996, 91:869-877.

Wu TC et al. Pulmonary hazards of smoking marijuana as compared with tobacco. *New England Journal of Medicine*, 1988, 318: 347-351.

Wu DH et al. Acute effects of smoked marijuana of varying potency on ventilatory drive and metabolic rate in habitual marijuana smokers. *American Review of Respiratory Diseases*, 1992, 146:716-721.

Zimmerman AM, McClean DK. Action of narcotic and hallucinogenic agents on the cell cycle. In: Zimmerman AM, Padilla and Cameron IL, eds. *Drugs and the Cell Cycle*, Academic Press, New York, 1973, p. 67.

Zimmerman AM, Stich H, San R. Nonmutagenic action of cannabinoids in vitro. *Pharmacology*, 1978, 16: 333-343.

Zimmerman S, Zimmerman S. Genetic effects of marijuana. *International Journal of Addictions*, 1990-91, 25: 19-33.

Zwillich CW, Loekel R, Hammill S. The effects of smoked marijuana on metabolism and respiratory control. *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1978, 118:885-891.

Annex 1

EXPERT WORKING GROUP ON HEALTH EFFECTS OF CANNABIS USE

Geneva, 22-24 May 1995

List of Participants

Dr Robert Ali, Treatment Services, Drug and Alcohol Services Council, Adelaide, Australia
Dr S. M. Channabasavanna, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India

Dr William Corrigan, Addiction Research Foundation, Toronto, Canada

Dr Wayne Hall, National Drug and Alcohol Research Center, University of New South Wales, Kensington, Australia

Dr Christine R. Hartel, National Institute on Drug Abuse (NIDA), Washington D.C., USA

Dr Harold Kalant, Addiction Research Foundation, Toronto, Canada **(Chairman)**

Dr Billy R. Martin, College on Problems of Drug Dependence, Medical College of Virginia, Richmond, USA

Dr Mehdi Paes, Ar-Razi Hospital, Sale, Morocco

Dr Reginald Smart, Addiction Research Foundation, Ontario, Canada

Representatives of other organizations

Dr Kalman Szendrei, United Nations Drug Control Programme (UNDCP), Vienna, Austria

Secretariat

Dr Mario Argandoña, Treatment and Care Unit, PSA

Dr Andrew Ball, Treatment and Care, PSA

Dr Pia Bergendahl, PSA

Mr Hans Emblad, PSA

Mr Tokuo Yoshida, Regulatory and Control Unit, PSA

**EXPERT WORKING GROUP ON
HEALTH EFFECTS OF CANNABIS USE**

Geneva, 22-24 May 1995

Background papers

Beardsley PM, Kelly TH *Acute effects of cannabis on human behaviour and CNS function: update of experimental studies.*

Channabasavana SM, Paes M, Hall W *Mental and behavioural disorders due to cannabis use*

Chesher G, Hall W *The effects of cannabis on the cardiovascular and gastrointestinal systems*

Hall, W *Assessing the health and psychological effects of cannabis use*

Hall W, Johnston L, Donnelly N *Epidemiological evidence on patterns of cannabis use and their health consequences*

Hall W, Room R *A comparative appraisal of the health and psychological consequences of alcohol, cannabis, nicotine and opiate use*

Hartel CR *Medical uses of marijuana*

Hutchings DE, Fried PA *Cannabis during pregnancy: neurobehavioural effects in animals and humans*

Klein TW *Cannabis and Immunity*

MacPhee DG *Effects of marijuana on cell nuclei: a review of the literature*

Martin BR, Cone EJ *Chemistry and Pharmacology*

Murphy LL *Cannabis effects on endocrine and reproductive function*

Smiley A *Marijuana: on road and driving simulator studies*

Solowij N *The long term effects of cannabis on the central nervous system I. Brain function and neurotoxicity*

Solowij N *The long term effects of cannabis on the central nervous system II. Cognitive functioning*

Tashkin DP *Cannabis effects on the respiratory system: review of the literature*

DRUG EDUCATION

MANUAL



5525 MacArthur Boulevard, Suite 450
Irving, TX 76038
1-800-989-3774

DRUG EDUCATION BOOKLET

Produced by:

DRUG PREVENTION RESOURCES, Inc.

5525 MacArthur Boulevard, Suite 450
Irving, Texas 76038

DRUG EDUCATION BOOK TABLE OF CONTENTS

Topic	Page
INHALANTS	I. 1
AMPHETAMINES / STIMULANTS	II. 1
CRYSTAL / CRANK	II. 4
ICE	II. 5
COCAINE	III. 1
CRACK	III. 3
FREEBASING	III. 4
BARBITUATES / DEPRESSANTS	IV. 1
QUAALUDES / MANDREX	IV. 3
ALCOHOL	IV. 4
Q CANNABIS / MARIJUANA	V. 1
TOBACCO	VI. 1
HALLUCINOGENS	VII. 1
LSA	VII. 3
BLOTTER ACID / WINDOWPANE	VII. 4
MESCALINE	VII. 5
PEYOTE	VII. 6
PCP	VII. 7
PSILOCYBIN	VII. 8
NARCOTICS	VIII. 1
MORPHINE	VIII. 2
HEROIN	VIII. 3
CODEINE	VIII. 5
COUGH SYRUP / PAREGORIC	VIII. 6
LOOK-ALIKES	IX. 1
DESIGNER DRUGS	IX. 3
STEROIDS	X. 1
GLOSSARY	XI. 1
PARAPHERNALIA	XII. 1

CANNABIS

EFFECTS

①

All forms of cannabis have negative physical and mental effects. Several regularly observed physical effects of cannabis are a substantial increase in the heart rate, bloodshot eyes, a dry mouth and throat, and increased appetite.

②

Use of cannabis may impair or reduce short-term memory and comprehension, alter sense of time, and reduce ability to perform tasks requiring concentration and coordination, such as driving a car. Research also shows that students do not retain knowledge when they are "high." Motivation and cognition may be altered, making the acquisition of new information difficult. Marijuana can also produce paranoia and psychosis.

③

Because users often inhale the unfiltered smoke deeply and then hold it in their lungs as long as possible, marijuana is damaging to the lungs and pulmonary system. Marijuana smoke contains more cancer-causing agents than tobacco.

Long-term users of cannabis may develop psychological dependence and require more of the drug to get the same effect. The drug can become the center of their lives.

Type	What is it called?	What does it look like?	How is it used?
Marijuana	Pot, Grass, Weed, Reefer, Dope, Mary Jane, Sinsemilla, Acapulco Gold, Thai Sticks	Dried parsley mixed with stems that may include seeds	Eaten Smoked
Tetrahydrocannabinol	THC	Soft gelatin capsules	Taken orally Smoked
Hashish	Hash	Brown or black cakes or balls	Eaten or Smoked
Hashish Oil	Hash Oil	Concentrated syrupy liquid varying in color from clear to black	Smoked— mixed with tobacco
Marijuana + PCP	Whack, boats Sherman	Brown-tipped cigarette Regular cigarette - stained	Smoked Smoked

CANNABIS MARIJUANA / HASHISH

COMMON NAMES: a stick, Acapulco Gold, ashes, bhang, bomb-
er, boo, broccoli, Buddha sticks, bush, butter flower, Colombo,
Columbian, Columbian Red, dope, dry high, funny stuff, gage,
Gainesville Green, gengou, giggles-smoke, gold, God Columbian,
good butt, grass, griefo, griffo, hash, Hawaiian, hay, hemp, herb,
hooch, Indian hay, "J", jay, jive, joint, Juanita weed, kaif, kauii, kif,
locoweed, love weed, mach, mariguana, Mary, Mary Jane, Mary
Werner, Mauii, Mex, Mexican, mezz, mohasky, mota, mu, muggle,
mutah, Panama Red, pid, pot, red reefer, roach, rope, saliva, skinny,
smoke, snop, splim, stick, stinkweed, straw, sinsemilla, spliff, stuff,
sweet Lucy, sweet lunch, tea, Texas tea, Thai sticks, twists, viper's
weed, weed, wheat, yerba, whack (marijuana dipped in PCP),
sherman (tobacco dipped in PCP).

Marijuana is far more dangerous today than it was 10-20 years ago
for two main reasons. First, the research done on Marijuana health
hazards gave the impression that it was probably harmless and
"safer" than alcohol or tobacco. Second, marijuana is much more
potent than ten years ago. The marijuana cigarette of ten years ago
contained 1% or less of THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), but
today it contains 4-7% or more.

Marijuana is believed to contain over 1500 chemicals. Although
over 500 chemicals have been identified in cannabis, the THC, a
unique chemical known nowhere else in nature, is thought to be the
principal psychoactive substance. THC can stay in the body fat and
brain tissue for up to a month. If a person smokes only one joint
weekly, he is never free of the THC. Also, deep inhaling causes
known damage to the lungs. It is estimated that five joints per week
is equal to 16 regular cigarettes daily. Marijuana contains 50% more
tar than tobacco creating more damage in the forms of sinusitis,
bronchitis, and emphysema.

④ In addition to those areas directly touched by the marijuana smoke, many other dangers exist. Heart rate increases 50%, brain damage can occur because it injures the fine, hair-like extensions of the brain cell membrane which communicate with the other brain cells. It has also been found to be stored by other brain cells. Daily use over long periods of time may cause irreversible brain damage. Immunity to disease is greatly reduced as well. A great number of personality and character changes are also prevalent with marijuana smoking. Heavy users develop a paranoid way of thinking, work productivity lessens, school grades drop, driving skills decrease. Marijuana also affects the reproductive system causing genetic damage and mutation. In males testosterone levels drop 44%. In females damage occurs in the reproductive cell. Able to cross the placenta barrier, the drug is passed on to the unborn child and can cause addiction, retardation, spontaneous abortion, stillbirth.

⑤ Until all the chemicals can be identified and researched, the true dangers will be unknown.

WHAT ARE THE SIGNS OF REGULAR USE? Casual use is difficult to detect. Marijuana has a distinctive smell, sometimes described as sweet and lingering, which often clings to clothing. Many users burn incense or use fans to mask this distinctive odor. Regular users often have a chronic hacking cough or reddened eyes. The need for money and an inability to account for where the money has been spent are other clues. If personal items are frequently missing from the home, they may have been sold or exchanged for marijuana. Other danger signals are:

1. Low tolerance for frustration and for authority;
2. Poor impulse control, leading to sudden outbursts of anger, crying, or laughter;
3. Muddles thinking--some users cannot remember what they did yesterday;
4. Depression, self-absorption, manipulative behavior, and pathological lying;

DRUG EDUCATION MANUAL

薬物乱用防止教育の手引き書

薬物乱用防止教育指導者読本



財団法人
麻薬・覚せい剤乱用防止センター

目次

CONTENTS

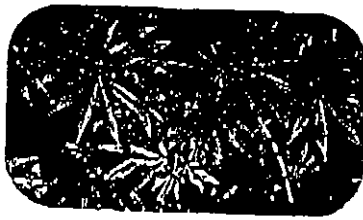
薬物乱用防止教育マニュアル使用説明	3
吸入剤【INHALANTS】	4
吸入剤／インヘイランツの詳細	5
アンフェタミン類／覚せい剤【AMPHETAMINES / STIMULANTS】	7
アンフェタミン類／覚せい剤の詳細	8
コカイン【COCAINE】	15
コカインの詳細	16
バルビツレート／鎮静剤【BARBITURATES / DEPRESSANTS】	21
鎮静・催眠剤 バルビツレートの詳細	22
鎮静・催眠剤 クオールド／マンドレックスの詳細	24
アルコールの詳細	25
○ 大麻（カンナビス）【CANNABIS】	28
カンナビス、マリファナ、ハシッシュの詳細	30
タバコ／ニコチン【TABACCO/NICOTINE】	34
タバコ／ニコチンの詳細	35
幻覚剤【HALLUCINOGENS】	36
幻覚剤（LSD各種、メスカリン、PCP、ペヨーテ、サイロシビン）の詳細	38
麻薬【NARCOTICS】	46
麻薬の詳細	48
薬物関係用語集【GLOSSARY】	56
（薬物乱用に関する）器具【PARAPHENALIA】	60
薬物乱用による健康障害	
I. わが国における薬物乱用の推移と現状	65
II. 薬物乱用の成り立ち	66

（小沼杏坪）

薬物

映像

世界の



大 麻 (カンナビス)

CANNABIS

■作 用

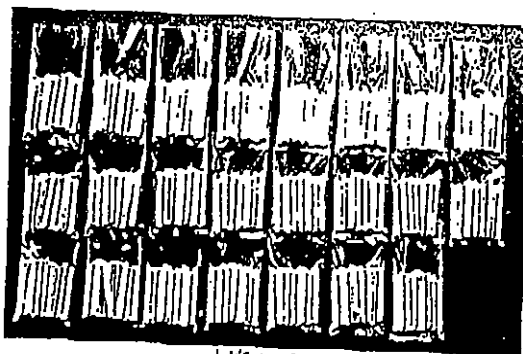
① どのようなものにせよ、大麻は心身に有害です。通常認められる身体症状の幾つかを挙げてみますと、心搏数を確実に上昇させ、目を充血させ、口や喉の渇きを感じさせ、食欲を増進させるなどです。

② 大麻 (cannabis、カンナビス) を使用しますと短時間の記憶力や理解力が低下したり、時間感覚に変調を来したり、車の運転などのように、身体各器官の調整や神経の集中を要求するような仕事を行なう能力が低下します。研究結果によりますと、学生が(大麻で)「ハイな状態」(恍惚状態)になっているときには、知識を記憶できてはいません。動因(訳注: 原文はmotivation。心理学用語で欲求の満足や目標の達成に向けられる行動を制御する力の総称)や認識に異常を来し、新たな知識の吸収を困難にします。大麻(訳注: 原文では、この箇所はmarijuana (大麻の俗称) と書かれています。cannabisのことです)も偏執病等の精神病を引き起こすことがあります。

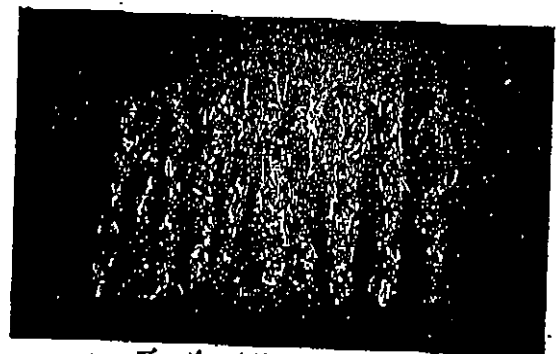


③ 乱用者は再三にわたり、濾過していない大麻の煙を吸い込み、そのうえ出来るかぎり我慢して息を止めておきますので(訳注: こうすることで大麻成分をなるべく多く肺から吸収しようとする)、肺などの呼吸器官に障害をもたらします。大麻の煙の中には、発癌性物質が、普通のタバコより多く含まれています。長期間乱用していると精神的な依存ができあがり、同程度の効果を得るためにより多くの大麻を必要とする状態になります。この薬物が彼らの生活の中心を占めるようになるのです。

(次頁に一覧表)



大麻タバコ



ブグダ・スティック (大麻)

詳細

観光地、ア
（薬のこと）、
機とか爆破
ふざけて付
（名）、ブ
（）、ブシ
ロンビアン
（から）、ド
（）、スタッフ
、ゲインズ
・スモーク
いう。そん
（Colombian）、
は「ロウチ」
（griego）、
ハワイアン
（uli Wauii）、
麻を意味す
（Indian hay）、
ジャズ屋が
int. 訳注：
Janeと同様
i）、フ）、
（家畜が食
なった呼び
又はマリゲ
ー（Mary）、
音読すれば
ものです）、
i）、メツ
（e）、ミュー
（日本）の乱
（roach）、
（Linné
ことです）、

スモーク (smoke)、スノップ (snop)、スプリム (splim)、スティック (stick)、スティンク
ウィード (stinkweed。訳注：stinkは「酒臭い」の俗語でしたが、転じてグデングデンの酔っ
払いを指し、更にニオイから、スティンコ・ウィード (大麻) へと意味が広がってゆきまし
た。)、ストロー (straw)、シンセミラ (sinsemilla。訳注：スペイン語のsin「無」と「種子」
を意味するmillaとの合成語で、タネは普通吸煙したとき弾けて危険なので好まれません。そ
こでこうしたタネ無し大麻が珍重されることになります。なお有効成分も非常に濃厚に含ん
でいる場合が多く、従って密売価格も高い。)、スプリッフ (spliff)、スタッフ (stuff。ブツと
いった意味で、大麻以外の物にも使います)、スウィート・ルーシー (sweet Lucy)、スイ
ト・ランチ (sweet lunch)、ティー (tea。形態がお茶に似ているから)、テキサス・ティー
(Texas tea)、タイ・スティックス (Thai sticks。訳注：タイ国産のブダ・スティックです。)、
ツイスト (twist。訳注：「手巻の大麻タバコ」を言います。先端部分から大麻の葉がこぼれ
ないように、ねじって (つまりツイスト) おくことから、この名が付けました。)、ヴァイバ
ー・ウィード (viper weed。訳注：ヴァイパーとは「悪人」で、そんな連中が好む「草」
で、ヴァイパーズ・ウィードです。)、ウィード (weed)、ホウィート (wheat)、ヤーバ
(yerba)、ワック (whack) (原注：大麻をPCPに浸したものをいう。)、シャーマン
(sherman) (原注：タバコをPCPに浸したものの。)

■次の示す理由から、今日のマリファナは、10～20年前のマリファナに比較しまして、一段
と危険性を増したものとなっています。第一は、過去、マリファナに関して実施された研究
が、この物質は恐らく無害であり、アルコールやタバコに比べても健康に与える危害が少な
いであろう、といった印象を人々に与えてしまったこと。第二に、一口にマリファナと言っ
ても、10年前のそれに比べて、今日のマリファナは極めて強力なものになっていることです。
10年前のマリファナは、僅か1%かそれ以下のTHC (原注：delta-9-tetrahydrocannabinol、デ
ルタ・ナイン・テトラヒドロカンナビノール) しか含まれていなかったのですが、現在のマ
リファナでは何と4～7%又はそれ以上ものTHCが入っているのです。

マリファナには1,500を上回る物質が含まれていると信じられています。この内500以上の
物質は既に特定されていますが、大麻の中以外、自然界には何処にも存在しないことが判明
している物質であるTHCこそ、精神作用に重大な影響を与える元凶であると考えられている
のです。

THCは体内の脂肪組織や脳細胞の中に一ヵ月もの間止まることがあります。従って、或る
人が仮に週に一本の割合で大麻タバコを吸ったとしますと、それだけでその人は最早常時
THCに曝され続けることになる計算です。また、(大麻タバコの煙を) 胸の奥まで吸い込ん
だりしますと肺に障害が発生することも知られています。一週間に五本の大麻タバコを吸う
ことは、一日16本の普通のタバコを吸うのに等しいとも言われています。大麻のタールはタ
バコのそれより50%も多く含まれていますので、副鼻腔炎 (sinusitis)、気管支炎
(bronchitis)、肺気腫 (emphysema) などの原因となります。

④ 大麻の煙に直接接触している部位以外の場所にも様々な危険が存在しています。心搏数は
50%も増加し、これが原因となって脳細胞相互の情報の伝達に重要な役割を持つ小さな髪の毛
状に長く伸びた脳細胞の細胞膜を傷つけるため、脳障害が発生します。更に有害成分はその
他の脳細胞にも蓄積されます。長期間の乱用では再生不良性の脳障害を生じることがあります。
また免疫性も著しく低下します。人格や性格の変化もみられます。重度の乱用者にとっては、

偏執病的思考を示し、労働の生産性、学業の成績、運転能力はいずれも低下します。

マリファナは、生殖能力にも障害を生じさせますので、遺伝子の異常や突然変異をもたらします。男性ではテストステロン（性ホルモン）を44%も低下させます。また女性では生殖細胞に異常を生じます。（大麻の有害成分は）胎盤関門（訳注：母体血液と胎児血液の間に胎盤膜によって形成されている関門）をも通過して胎児にも影響を及ぼしますので、胎児の大麻中毒や流産、死産の原因にもなります。大麻成分のすべてが解明されるまでは、危険性そのものもまだまだ測り知れません。

■常習的乱用者の特徴は？

時たま使用する程度で、これを見破ることは困難です。ただし、大麻には独特の甘いような臭いが、相当長時間衣類などに付着して臭います。（訳注：「甘い香り」とありますが、訳者の経験では、むしろ逆を燃やしたときのような一種刺激的な強い臭いで、「クサイ」と感じました。）従って、乱用者達は、この特徴的な臭いを消すために、ファンを回したり、お香を焚いたりします。常習的使用者はカラ咳を頻繁にしますし、目が充血していたりします。金遣いも荒くなりますし、使途など明確な説明が付けられないことも多くなりますので、これらもある種のヒントになります。家庭から頻繁に物が無くなったりする場合、大麻との交換や入手資金として使われていることもあります。その他の危険信号としては、

1. 忍耐力に乏しく欲求不満に陥り易い。
2. 感情の起伏が激しく、喜怒哀楽の振幅が非常に大きい。
3. 頭は常に朦朧状態…例えば、昨日何をしたか思い出せないような状態。
4. 鬱状態、自己陶醉、まやかしの行動、病的囁言。
5. 学業・就業成績の低劣化、体育活動その他本来求められているもろもろの活動への不参加。
6. 交通違反、破壊行為、万引きなど様々な違法行為。

一番のめやすは、かつての状態と比較し、著しい行動パターンの変化が見られることでしょう。行動は的外れで、交友関係もガラリと変わり、身だしなみに無関心となり、まるで人が変わったように見えます。こうした変化は数か月から一年位の間に徐々に顕れますが、いずれは永久的に大麻乱用者の人格として固定してしまうのです。

■當ての大麻乱用状況と今日のそれとは、どう違うか？

1970年代まででは、大麻使用者の大半は健康な青壮年で、吸煙する大麻も作用の弱いものばかりでした。今日では、乱用を開始する年齢も低下し子供の頃から始める者もいます。今日では珍しくない毎日連続して使用することも、10年位前迄は、極めて稀な現象でした。仮に5年前との比較をしましても、大麻の成分はより強力なものになっているのです（ヒトの精神作用に影響及ぼすことにおいて中心的役割を演じるTHC（訳注：テトラヒドロカンナビノール）では5～10倍も強化されたものとなっています。そのうえ、新たに生まれた業者等によって、巧妙な宣伝で読者を誘惑する雑誌も多数に出回っています。大麻乱用者用の「アクセサリ」も、昔ならば、麻薬中毒者専用に作られた所謂「ヘッド・ショップ」（訳注：a drug addict dead-headから。ヘッド・ショップとは、麻薬関連の小道具や違法な物や怪しげな小物を集めて売っている店のことです）でしか買えなかったような品物さえも、レコード・ショップやコンビニでさえ、広く一般に売られるようになったのです。かくして、

2002/024

平成14年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬安全総合研究事業)

薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究
及び

社会経済的損失に関する研究

研究報告書

平成15年3月

主任研究者：和田 清

目次

I. 総括研究報告書	(和田 清：国立精神・神経センター精神保健研究所)	1
II. 分担研究報告書		
II-1. 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究		
1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査	和田 清（国立精神・神経センター 精神保健研究所）	19
1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査	尾崎 茂（国立精神・神経センター 精神保健研究所）	87
1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究	庄司正実（目白大学 人間社会学部）	129
1-4：救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究(1)	相星淳一（日本医科大学 高度救命救急センター）	161
1-5：救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究(2)	平林直次（国立精神・神経センター 武蔵病院）	167
1-6：自助グループの実態に関する研究	森田展彰（筑波大学 社会医学系精神衛生学）	173
II-2. 社会経済的損失に関する研究		
2-1：薬物乱用・依存によるマクロ的社会経済的損失に関する研究	池上直己（慶応義塾大学 医学部医療政策・管理学教室）	189
2-2：薬物乱用・依存による個人的社会経済的損失に関する研究	妹尾栄一（東京都精神医学総合研究所 薬物依存研究部）	201
2-3：薬物依存者の社会福祉に関する研究	宮永 耕（東海大学 健康科学部社会福祉学科）	213
2-4：薬物依存症の医療経済に関する研究	石橋正彦（十全病院）	229
III：海外渡航報告書		
1. 和田 清、尾崎 茂（国立精神・神経センター 精神保健研究所）：ケベック（カナダ）		243
2. 和田 清（国立精神・神経センター 精神保健研究所）：バンコク（タイ）		249
3. 宮永 耕（東海大学 健康科学部社会福祉学科）：サンフランシスコ（アメリカ）		260
IV：研究成果の刊行に関する一覧表		262

総括研究報告書

薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究

主任研究者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長

研究要旨 わが国の薬物乱用・依存状況を把握し、また、薬物乱用・依存が及ぼす社会経済的損失を算出することによって、薬物乱用・依存対策の基礎資料に供することを目的に、以下の研究を行った。

【研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究】研究1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査 ①有機溶剤乱用の生涯経験率は、男子では1.4%、女子では1.0%、全体では1.2%であった。有機溶剤乱用の勢いは、着実に弱まっていると考えられる。ただし、女子では生涯経験率が上昇傾向にあり、生涯被誘惑率も横ばいであった。②有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が強いことが再確認された。その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられた。③有機溶剤経験者群は、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な傾向が強い中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推定できる結果であった。④薬物乱用による医学的害知識は、ここ数年間の薬物乱用防止教育推進による成果の可能性が示唆される面も認められたが、害知識の周知率自体が高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。⑤大麻の生涯経験率は、男子で0.6%、女子で0.4%、全体で0.5%であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%、女子で0.4%、全体で0.4%であった。男女の全体では2000年に比べて大麻では0.1%の上昇であり、覚せい剤に関しては、2000年と同じ結果であった。女子では両薬物に関して共に増加傾向であり、今後が危惧される結果であった。⑥大麻、覚せい剤の入手可能性は着実に増加していた。ここでも女子における大麻・覚せい剤の入手可能性の増加が特徴的であった。⑦わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることが強く示唆された。

研究1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査 ①『覚せい剤症例』が55.0%と最も多く、『有機溶剤症例』18.7%と合わせると全体の3/4を占め、依然として両薬物が精神医療の現場においても主要な乱用薬物であった。②「初めて使用した薬物」としては有機溶剤が45.2%と最も高い割合を示しており、薬物乱用へのgateway drugとしての役割は依然として高かった。③『有機溶剤症例』では飲酒・喫煙、薬物乱用が最も低年齢で開始され、健康・保健問題のみならず、深刻な心理・社会的障害を引き起こし、依然として重要な問題であると考えられた。④『大麻症例』は主たる使用薬物としても2.6%と増加し、「使用歴の有する症例」としても全体の22%前後とこれまでの調査に比較して大幅に増加しており、潜在的乱用の影響が精神医療の現場にも現われつつあることが示唆された。⑤依存症候群の病態および併存する精神医学的障害においては、女性の方がより重症であることが示唆され、性差に十分配慮した治療プログラム整備の必要性が示唆された。

研究1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究 ①有機溶剤乱用生涯経験率は男性21.6%、女性46.5%、大麻では男性4.9%、女性15.9%、覚せい剤では男性2.5%、女性13.6%、ブタンでは男性17.5%、女性27.9%であった。②すべての薬物で女性は男性より生涯経験率が高かった。③有機溶剤の生涯経験率は、男性では一貫して減少しているが、女性ではあまり変化が見られなかった。大麻では男女ともあまり変化はなかった。覚せい剤は男性では今回はじめて減少に転じたが、女性では大きな変化はなかった。④ブタンが好まれる理由としては、手軽である、警察などに捕まりにくいなどが多かった。⑤有機溶剤の方がブタンよりも止められなくなると答える者が多かった。⑥精神病症状の体験率は、ブタンよりは有機溶剤の方が高かった。

研究1-4：救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究(1) ①ここ2年間の薬物中毒症例は増加し、特に精神神経系は平成12年より倍増していた。②覚せい剤検出症例は2.0%であった。③急性医

品中毒症例55例を検討したところ、ベンゾジアゼピン系薬物による中毒症例が76.4%で、その半数以上の症例が3剤以上の同系薬物の多剤服用例であった。その他、バルビツール酸系薬物が40%、三環系抗うつ剤14.5%、フェノチアジン系薬物が49%の患者から検出された。研究1-5：救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究(2) ①対象者の60.6%から何らかの薬物が検出された。身体疾患治療薬は36.6%から、向精神薬は36.6%から検出された。②Methamphetamineは71名中4名(5.63%)から検出された。これは2000年度、2001年度と有意差がなかった。研究1-6：自助グループの実態に関する研究 ①某ダルク入寮者では認知機能の低下、抑うつ・混乱が強く、統合失調症と同程度の陽性症状を持つ者が25%存在することが判明した。②主な乱用薬物が有機溶剤の群は、覚せい剤の群に比べ、有意な前頭葉機能の低下が認められた。③断薬期間による比較では、断薬2～9ヶ月の群は2ヶ月以下の群に比べ、有意に抑うつ感・疲労感が高く、活気は低下していること、前頭葉機能は断薬期間が長い群の方が成績が高いこと、スピリチュアリティは断薬期間による変化に乏しいことが認められた。④以上により、経過に合わせたプログラムを組むことの必要性が示唆された。【研究2 社会経済的損失に関する研究】研究2-1：薬物乱用・依存によるマクロ的社会経済的損失に関する研究 カナダとの比較では①直接費用に占める「司法における費用」の割合が大きかった。②司法における費用の中では「警察」の占める割合が大きかった。③総費用全体でみると、間接費用の占める割合が大きかった。最終的に④我が国の薬物乱用・依存による社会経済的損失は、約2,068億円であった。これは国民一人当たり1,632円で、国内総生産の0.04%に相当する。⑤直接費の中では、「司法における費用」が56%、次いで「医療費」が41%を占めていた。⑥司法における費用の中では「矯正施設」の占める割合が66%で、「警察」の占める割合は25%であった。⑦ただし、社会経済的損失を推計するためには、必要データがあまりにも不足しており、必要データの今後の蓄積が必要である。研究2-2：薬物乱用・依存による個人的社会経済的損失に関する研究 ①薬物依存症の重症化→他の問題領域での重症化という通説は支持されず、むしろ嗜癖重症度指標(ASI)で設定されている各問題領域は互いに独立していることが示唆された。研究2-3：薬物依存者の社会福祉に関する研究 ①生活保護の受給者はダルク入寮・通所者の42.7%を占めていた。②ダルク側と実施機関側双方の生活保護制度の認知、周知の不十分さにより、その活用がアルコール依存者処遇の水準に到達していない実態が明らかになった。③ダルク利用者に対する福祉事務所による援助サービスの領域が定まっていなかった。④わが国では、基準を満たした施設に対する設置運営補助を通したハード面での整備が進められてきたが、米国では専門援助プログラム(ソフトウェア)に対する、行政的経済的補助(プログラムの「買い上げ」)が進められ、多様な薬物依存者のニーズに合ったプログラムの提供がなされていた。⑤今後、利用者個別のニーズに基づいた援助のためケース・マネジメントが導入されるべきであり、社会福祉援助職の専門的関与の必要性が示唆された。研究2-4：薬物依存症の医療経済に関する研究 ①入院1日あたりの医療費は、統合失調症と各薬物依存症との間で有意な差はなかった。②入院1回あたりの総医療費は、統合失調症は薬物依存症群より有意に高かった。③総医療費に影響を与えたのは性別、入院期間および医療機関であった。④入院期間は、統合失調症にくらべ覚せい剤および有機溶剤依存症群は有意に短かった。⑤アルコールを含めた薬物依存症の入院患者のケア・コストおよび平均保険収益は、その他の患者と同程度であった。⑥しかし、ケア・コストの患者間での差異が大きいものに対して、保険収益の差異は小さく、両者間での相関は低かった。⑦この結果は、診療報酬等の諸制度によって人員配置等が制約を受けた結果とも解釈でき、ニーズに見合ったケアが提供されていないことも考えられる。今後、ケア時間などが実際のニーズに対応しているかについても確認する必要がある。⑧そのためには、患者間でのケア・コストの相違の規定要因を明らかにし、実際のケアのニーズに基づく支払い方式を開発する必要がある。

以上より、2002年のわが国での違法薬物乱用状況は多くの先進諸国に比べれば良好ではあるが、大麻の生涯経験率、女子での各種薬物乱用経験率が増加しており、楽観できる状況とは言えない。社会経済的損失の算出は、端緒についたばかりであり、今後は必要データの蓄積が必要である。

分担研究者

和田 清	国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部長
尾崎 茂	国立精神・神経センター 精神保健研究所薬物依存研究部室長
庄司正実	目白大学 人間社会学部 助教授
相星淳一	日本医科大学 高度救命救急センター 助手
平林直次	国立精神・神経センター 武蔵病院 医長
森田展彰	筑波大学 社会医学系精神衛生学 講師
池上直己	慶應義塾大学 医学部 医療政策・管理学教室 教授
妹尾栄一	東京都精神医学総合研究所 薬物依存研究部 副参事研究員
宮永 耕	東海大学 健康科学部社会福祉学科 講師
石橋正彦	十全病院 院長

査)、④急性中毒に陥った救命救急センター搬送患者(全数調査)、⑤自助グループ構成員(DARC入寮者)。

これらにより、わが国の薬物乱用・依存の実態を多面的に把握でき、防止対策及び薬物依存者対策立案・遂行の基礎資料に供することができると考えている。同時に、薬物乱用・依存状況の把握法の国際的共通調査法が求められているが、わが国での調査手法を諸外国に提供することによって、国際的な薬物乱用・依存の把握・相互比較システム構築に貢献できると考えている。

また、薬物乱用・依存問題が世界全体及び各国の社会経済面に及ぼす影響の大きさが世界的重大事となっているが(UNDCP等)、わが国では、これに関する基礎資料が存在しなかった。そこで、第2の研究として、①社会全体における損失、②個人における損失、③社会福祉面からの検討、④医療経済面からの検討を実施することによって、薬物乱用・依存が及ぼす社会経済的損失の算出・検討を試みた。これらはわが国では初めての試みであり、その結果は薬物乱用・依存防止対策立案上の有力な基礎資料となり得ると考えている。

A. 研究目的

現在、我が国は第三次覚せい剤乱用期にあり、違法性薬物の入手可能性がこれまでになく高まり、乱用の若年層までへの拡大が表面化している。これに対して、平成10年5月、薬物乱用対策推進本部により「薬物乱用防止5カ年戦略」が策定され、5年間にわたり推し進められてきた。このような状況の中で、依存性薬物乱用・依存の実態把握と、薬物乱用・依存が及ぼす社会経済的損失を算出することは、わが国の政策評価と今後の戦略策定には不可欠である。

薬物乱用・依存の実態把握は違法行為の掘り起こしの性質があり、困難を極める。そこで2002年度の本研究では、薬物乱用・依存等の実態把握に関する調査研究対象を質の異なる複数群設定し、多方面から実態調査を実施し、総合的に現状把握を図った。対象は次の通りである。①薬物乱用開始の最頻年齢である全国の中学生(無作為抽出調査)、②薬物依存・精神病に陥った薬物関連精神障害(2ヶ月間の全数調査)、③ハイリスクグループである全国の児童自立支援施設入所者(全数調

B. 各分担研究の目的、方法、及び結果

■研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

研究1-1: 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査

分担研究者 和田 清

国立精神・神経センター

精神保健研究所 薬物依存研究部長

中学生における薬物乱用の広がりを把握し、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料として資するため、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。対象は層別1段集落抽出法により選ばれた全国210校の全生徒である。その結果、149校(対象校の71.0%)より、62,900人(対象校210校の全生徒の57.7%)の回答を得た。有効回答数は62,813人(対象校210校の全生徒の57.6%)である。その結果、以下のような結論を得た。①有機溶剤乱用の生涯経験率は、男

予では1.4% (1年生1.3%、2年生1.4%、3年生1.5%)、女子では1.0% (1年生1.0%、2年生1.1%、3年生1.0%)、全体では1.2% (1年生1.2%、2年生1.3%、3年生1.3%)であった。この結果は、男女合わせた全体では、第1回全国調査 (1996年) の結果よりは0.1%高い値であるが、1998年及び2000年調査よりは0.1%低い値であった。ただし、男子では1998年以降減少しているのに対して、女子では1996年以来増加傾向にあり、女子での今後が危惧される結果であった。

②有機溶剤乱用の目撃率に関しては性別に関わらず、1996年以降、着実に低下しており、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は男子では1996年以降の最低を示したが、女子では1996年以降ほとんど横這いであり、女子における「誘い」が危惧される結果であった。

③以上より、有機溶剤乱用の勢いは、着実に弱まっていると考えられるが、女子における乱用の拡大傾向が危惧される結果であった。

④有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が強いことが再確認された。

⑤その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられた。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向がうかがわれた。

⑥結局、有機溶剤経験者群は、総体的に見れば、家庭にも、学校にもなじみず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推定することができよう。

⑦また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。

⑧これまでの一連の本調査では、薬物乱用による医学的害知識は、往々にして、有機溶剤乱用経験者群の方が知っているという傾向が認められていた。しかし、今回の調査では、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多い項目が現れ、ここ数年の薬物乱用防止教育推進による成果の可能性が示唆された。しかし、有機溶剤乱用による精神病に関する周知率以外は、有機溶剤についても、大麻・覚せい剤についても害知識の周知率はそもそも高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結

果であった。

⑨大麻の生涯経験率は、男子で0.6%、女子で0.4%、全体で0.5%であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%、女子で0.4%、全体で0.4%であった。大麻に関しては男女の全体で2000年に比べて0.1%の上昇であり、覚せい剤に関しては、2000年と同じ結果であることを意味する。男子では大麻でも覚せい剤でも生涯経験率は2000年と変化がなかったが、女子では両薬物に関して共に増加していた。有機溶剤の場合と同様に、女子における大麻・覚せい剤乱用の今後が危惧される結果であった。

⑩大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していた。ここでも女子における大麻・覚せい剤の入手可能性の増加が特徴的であり、今後が危惧される結果であった。また、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が大麻でも覚せい剤でも50%を超えていたが、有機溶剤乱用経験者群では、大麻でも覚せい剤でも男子で47~48%、女子で56%の者が入手可能を選択していた。わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を示唆していた。

⑪喫煙については非喫煙群全体の10.2%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関しては、それを選んだ者は「シンナー遊び」非経験者群全体の3%に過ぎず、大麻では「シンナー遊び」非経験者全体の2%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。

⑫また、有機溶剤乱用の経験と、大麻・覚せい剤乱用の経験とには、強い結びつきが認められ、また、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも強い結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

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

研究1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者 尾崎 茂

国立精神・神経センター

精神保健研究所薬物依存研究部室長

全国の精神科病床を有する医療施設1,645施設を対象に、平成14年9月、10月の2ヶ月間を調査期間として、薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて施行し、866施設（52.6%）から876症例の報告を得た。

『覚せい剤症例』が482例（55.0%）と最も多く、『有機溶剤症例』164例（18.7%）と合わせると全体の3/4を占め、依然として両薬物が精神医療の現場においても主要な乱用薬物であった。『覚せい剤症例』は「使用歴を有する薬物」としてもこれまで同様最も高い割合を占めており、社会での乱用の状況と今後の精神医療の現場における推移を注意深く見守るべきであると考えられた。『覚せい剤症例』の病態としては、精神病性障害が中心で、依存症候群の割合は相対的に低かった。これと関連して、薬物療法と個人精神療法の利用率が高く、非自発的入院の割合も高い一方、集団治療プログラムの利用率は低かった。

『有機溶剤症例』の占める割合は18.7%と横ばいで、「使用歴を有する薬物」としても50.1%とこれまで同様の水準を保っていた。また、「初めて使用した薬物」としては45.2%と最も高い割合を示しており、薬物乱用への入門薬としての役割は依然として重要であると考えられた。『有機溶剤症例』では飲酒・喫煙、薬物乱用が最も低年齢で開始され、2/3が有機溶剤単独の使用者であった。低年齢における有機溶剤乱用の問題は、健康・保健問題のみならず、深刻な心理・社会的障害を引き起こし、依然として重要な問題であると考えられた。

覚せい剤、有機溶剤に次いで、『睡眠薬症例』59例（6.7%）、『鎮咳薬症例』31例（3.5%）、『鎮痛薬症例』24例（2.7%）、『大麻症例』23例（2.6%）、『抗不安薬症例』17例（1.9%）、『その他症例』15例（1.7%）が報告された。多剤使用症例は『多剤症例（規制薬物）』が35例（4.0%）、『多剤症例（医薬品）』26例（3.0%）と7.0%を占めていた。

『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』

では平均年齢、使用開始年齢など高く、複数の薬物を併用する傾向がみられた。病態としては、依存症候群を呈する割合が高く、身体依存において高い比率を示した。また、依存症候群の重症度としてもより重いことが示唆された。

『鎮咳薬症例』は主たる使用薬物としては3.5%と増加傾向にあった。比較的低年齢で乱用を開始しており、性比、交友関係などにおいて規制薬物症例に近い特徴をもっていた。過半数が依存症候群に該当し、他の薬物群に比較して最も重症で、精神依存、身体依存ともに高い割合を示した。

『大麻症例』は主たる使用薬物としても2.6%と増加し、「使用歴を有する症例」としても全体の2%前後とこれまでの調査に比較して大幅に増加しており、潜在的乱用の影響が精神医療の現場にも現われつつあることが示唆された。すべてが男性症例で、1/3程度に覚せい剤または有機溶剤使用歴がみられ、急性中毒あるいは精神病性障害の割合が約1/3で、依存症候群は少なく、程度も軽度であった。その他、コカイン、ヘロイン、LSD、MDMA（“エクスタシー”）、“マジックマッシュルーム”、メチルフェニデート等の報告がみられ、乱用薬物の多様化の傾向については引き続き注意を要すると考えられた。

性差に注目すると、主診断あるいは副診断でICD-10“[F1x.2] 依存症候群”を満たす症例は、男性の288例（男性症例の44.4%）に対して女性は126例（女性症例の55.3%）と、女性の方が有意に高い比率を示した。また、依存症候群の診断基準である6項目においても、すべての項目で女性の方が高い割合で有していた。平均該当項目数も男性の2.9に対し、女性では3.4と有意に高かった。SDS（依存症重症度評価尺度）得点では男女間に有意差はみられなかった。LOTAD（薬物乱用から依存症に至るまでの時間）においては、平均で男性では33.5ヵ月、女性で27.8ヵ月であったが、ばらつきが大きく、統計的に差はみられなかった。アルコール依存症の臨床では、関連障害において女性の方がより早く重症化する現象が“テレスコピング現象”として知られているが、今回の結果から、精神医療サービスを受けている薬物関連精神疾患においては、女性の方が依存症候群の病態としてより重症であることが示唆された。

また、併存する精神医学的障害における性差については、“不安障害・神経症性障害”、“ストレ

ス反応・適応障害”、“身体表現性障害”、“摂食障害”で、女性の方が高い割合を示していた。同様に生活史的体験については、“被虐待体験”、“被イジメ体験”のいずれも女性の方が有意に高い割合であった。また治療については、主として集団療法的なプログラムにおいて、女性の方が高い利用率を示した。

これらの結果は、依存症候群に関しては女性の方がより重症な傾向があることを示すと同時に、症候論的にも男性に比較してより複雑な病像を呈する可能性をも示唆する。診断・病態のみならず、このような性差に十分配慮した治療プログラムを整備していく必要がある。

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

分担研究者 庄司正実 目白大学
人間社会学部 助教授

この研究の目的は、薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物への意識および実態を把握することである。この目的のため、全国の児童自立支援施設に入所中の児童に質問紙調査を実施した。有効調査人数は、851人(男性550人、女性301人)であった。調査により以下のような結果が得られた：1)有機溶剤乱用者数は男性119人(21.6%)女性140人(46.5%)、大麻乱用者数は男性27人(4.9%)女性48人(15.9%)、覚せい剤乱用者数は男性14人(2.5%)女性41人(13.6%)、ブタン乱用者数男性96人(17.5%)女性84人(27.9%)であった。従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。2)平成6年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである。有機溶剤乱用は、男性では一貫して減少しているが、女性では平成8年以降多少の増減はあるが乱用頻度50%前後であり変化が見られない。大麻乱用頻度は男女とも平成6年および平成8年はやや高かったが平成10年からあまり変化はない。覚せい剤乱用は男性では平成12年まで増加傾向にあったが今回はじめて減少に転じた。女性では平成10年まで増加しその後やや減少傾向であるものの大きな変化はない。3)薬物乱用の地域差は対象数が比較的少なかったため明確には言えないが、有機溶剤乱用は地域差が大きく北海道・東北地方および九州地方

で多く、大麻乱用およびブタン乱用も北海道・東北地方で多い傾向にあった。一方覚せい剤は中部地方でやや多かった。4)有機溶剤乱用とブタン乱用の比較では以下のような知見が得られた。有機溶剤およびブタン乱用合併者(男性57人、女性70人)において、女性では有機溶剤がブタンよりも好まれていたが男性では両者の間に嗜好の差はなかった。有機溶剤がブタンよりも好まれる理由としては、有機溶剤のほうが気持ち良くなるが多かった。ブタンが好まれる理由としては、手軽である、警察などに捕まりにくいなどが多かった。また有機溶剤の方がブタンよりも止められなくなると答える者が多かった。有機溶剤およびブタン乱用において幻覚などの精神病症状の体験率は、ブタン乱用では男性15人(15.6%)女性27人(32.1%)、有機溶剤乱用では男性41人(34.5%)女性61人(43.6%)であった。5)各種問題行動に対する規範意識を検討したところ、男女とも傷害(ナイフで人を刺す)が最もいけない行動とされたが、薬物乱用も規範意識が高くいけないこととされていた。児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループであり、これまでの縦断的調査で乱用率の変化がとらえられている。今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である。

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

分担研究者 相星淳一 日本医科大学
高度救命救急センター 助手

都市型救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態を把握するとともに、救急患者の迅速で正確な診断・治療を補助するために簡便で信頼性の高い乱用薬物のスクリーニング検査を確立することを目的とした。平成13年1月1日～平成14年12月31日の期間に日本医科大学付属病院高度救命救急センターに搬入された急性薬物中毒症例計306症例について、尿検体を採取し定性試験を実施した。方法は2種類の簡易スクリーニング検査Tox/Sec及びTriageによる結果を確認分析(GC/MSとLC/MS)と比較検討した。ここ2年間の薬物中毒症例は増加し、特に精神神経薬は平成12年と比較して倍増した。覚せい剤中毒の頻度は6例(2.0%)で

あった。また、麻薬、合成麻薬、コカイン、大麻による中毒症例はなかった。Tox/See及びTriageのsensitivityは100%であり、一次スクリーニングとして非常に有用であるが、偽陽性症例も散見され確認試験は必須である。さらに、急性医薬品中毒症例におけるTox/See及びTriageの一次スクリーニングとしての有用性について検討した。平成13年3月1日～平成14年12月31日の期間に当センターに搬送された急性医薬品中毒55例について検討した。Benzodiazepinesによる中毒症例は42症例で、半数以上の症例で3剤以上のbenzodiazepinesの多剤服用例であった。Tox/SeeおよびTriageの結果をみると、偽陰性例が12例および11例に認めたが、そのうち各々11例は両検査のcut-off値以下であることからそれらのsensitivityは100%および96.8%であった。Barbituratesは22症例で検出され、Tox/SeeおよびTriageのsensitivityはともに100%であった。また、8例の(tricyclic antidepressantsによる中毒症例を確認した。Triageで1例の偽陰性を認めたが、cut-off値以下であり、そのsensitivityは100%であった。これらのことから、cut-off値以下の症例も散見され各検査キットの限界が示唆されたが、両検査法の各医薬品に対するsensitivityは高く、一次スクリーニングとして非常に有用である。また、今回使用した検査キットは欧米の乱用薬物の状況に標準を合わせている。今回の55症例の検討で27症例(49%)にフェノチアジン系薬物が検出され、我々が使用した検査キットではフェノチアジン、プロムワレリル尿素、TCA(TriageはTCAを含む)を同定することは不可能であり、日本の薬物中毒の現状を反映したスクリーニング検査キットの開発が必要であろう。

研究1-5：救命救急センター（都内某救命救急センター）における薬物乱用・依存等の実態に関する研究(2)

分担研究者 平林直次 国立精神・神経センター
武蔵病院 院長

都内某病院、救命救急センターに搬送された患者をセンチネル集団(定点観測集団)として設定し、薬物乱用・依存の実態をunlinked anonymous method (UA法)を用いて4ヶ月間調査した。なお、

Baseline rateを高くするために年齢10歳以上60歳未満の入院例のみを対象とした。対象71名中43名(60.6%)から薬物が検出された。身体疾患治療薬、計17種類が26名(36.6%)から、向精神薬、計17種類が26名(36.6%)から検出された。Methamphetamineは71名中4名から検出され乱用率は5.63%であった。これら4名中1名からはamphetamineも検出された。平成12～14年度における平均乱用率は5.47% (95%信頼区間 2.42 - 7.05)であった。次に、乱用率の年次変化を調べてみた。平成12年度および13年度における平均乱用率4.98% (95%信頼区間 1.06 - 6.92)と平成14年度の乱用率5.63%との間には有意差はなかった。本研究のように陽性率が低いセンチネル集団を設定して、乱用率の動向を捉えることは、わずか3年間では困難であることは平成12年度研究で予想されたことであった。したがって、本研究の結果から薬物乱用率にこの3年間変化がなかったと断定することはできない。今後の経年的調査による判断が必要である。Methamphetamine乱用者の95%は年齢9.7 - 63.7歳の範囲に分布していることが予想された。したがって、対象の年齢をこの範囲に設定すれば、methamphetamine乱用者の95%を捕捉できることが明らかとなった。

研究1-6：自助グループの実態に関する研究

分担研究者 森田展彰 筑波大学
社会医学系精神衛生学 講師

DARCの利用実態および有効性を示す基礎資料を作ること、およびこれをもとにしたDARCと専門機関との連携の提言を目的として、DARCで①利用者の多次元評価による実態把握とDARCプログラムの有効性の評価、②心理教育プログラム導入の試みをおこなった。(研究1) 結城および鹿島DARC利用者の51例(全員男性、平均年齢30.4±8.2歳)を対象に、神経心理学的、心理社会的、スピリチュアリティの多次元評価を行った。その結果、対象群では神経心理テスト(BVRT, WFT, WCST)における認知機能の低下、抑うつ・混乱が強く、統合失調症と同程度の陽性症状を持つ者が25%存在する、スピリチュアリティ指標として用いたPIL得点が非常に低いという特徴を認めた。主な乱用薬物が有機溶剤の群は、覚せい剤の群に比べ、有

意な前頭葉機能の低下が認められた。断薬期間による比較では、断薬2～9ヶ月の群は2ヶ月以下の群に比べ、有意に抑うつ感・疲労感が高く、活気は低下していること、前頭葉機能を示すVFTは断薬期間が長い群の方が成績が高いこと、スピリチュアリティは断薬期間による変化に乏しいことが認められた。こうした経過に合わせたプログラムを組むことが必要であり、認知機能の障害や精神症状の強いものでは精神医や心理学的な働きかけが有効であると考えられた。(研究2) 上述の働きかけの1つとして、茨城DARCにおいて心理教育プログラムの導入を試み、参与観察を通して、DARCプログラムの有効性について検討した。断薬期間の短い群では1stepのグループ体験は有効に機能しており、これを基礎にして対象に応じた補完的なプログラムを組むことが有効であると考えられた。

■研究2 社会経済的損失に関する研究

研究2-1：薬物乱用・依存によるマクロ的社会経済的損失に関する研究

分担研究者 池上直己 慶應義塾大学 医学部
医療政策・管理学教室 教授

薬物乱用・依存は、我々の健康や社会に大きな影響を与えている。薬物乱用・依存によって発生する経済的損失を推計して、それにより薬物乱用・依存の経済的特徴が明らかとなれば、薬物対策の課題を検討する際に有用な示唆が得られる。薬物乱用・依存の経済的損失についての推計は、アメリカ、カナダをはじめとする諸外国で行なわれているが、我が国ではこれまでに行なわれていない。そこで我々の分担研究では、薬物の乱用・依存によって我が国で一年間に発生する費用（経済的損失）を推計することを目的とした。

第1年目の平成13年度は、我が国の薬物乱用・依存によって発生する経済的損失（費用）を推計するための前段階として、諸外国で行なわれた既存の経済的損失の研究を収集・分析し、我が国で推計する方法とその問題点を検討した。特にカナダにて行なわれた費用研究を参考とし、次の点を明らかにした。①薬物乱用・依存は社会に多大な経済的損失を与えている。②直接費用の中で

は、「司法における費用」の割合が大きく、「医療費」よりも大きい。司法における費用の中では「警察」の占める割合が大きい。③総費用全体で見ると、間接費用の占める割合が大きい。第2年目の平成14年度は、これらの点を踏まえた上で、我が国における費用推計を行なった。その結果、我が国の薬物乱用・依存による社会経済的損失は、約2,068億円であった。これは国民一人当たり1,632円で、国内総生産の0.04%に相当する。

直接費用（1,328億円）の中では、「司法における費用」が56%、次いで「医療費」が41%を占めていた。「司法における費用」の中では「矯正施設」の占める割合が66%で、一方「警察」の占める割合は25%であった。また「医療費」のうちHCVの医療費が89%を占めていた。間接費用（739億円）の中では、「罹病による費用」が92%、「死亡による費用」が8%であった。

この推計結果をカナダの推計結果と比較すると、本推計では「直接費用」が「間接費用」より大きい、間接費用の中では「罹病による費用」が「死亡による費用」より大きい等の点でカナダの結果とは逆であった。我が国では、直接費用のうち「警察」の費用が小さく、また間接費用のうち「死亡による費用」が小さくなった。これらの費用が真に少ないのか、または推計に必要なデータが統計に表れていないのかを今後さらに追究する必要がある。また費用を推計する際にカナダの推計においても考慮されなかった労働パフォーマンスの低下の評価、及び一般社会の中で生活している薬物使用者の生産性損失の評価についても今後検討する必要があるだろう。

研究2-2：薬物乱用・依存による個人的社会経済的損失に関する研究

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

薬物乱用・依存にかかわる個人レベルでの社会経済的損失を研究する目的で、薬物依存症の患者に嗜癮重症度指標（ASI）を実施し、質問項目の中から該当する項目を抜き出し、結果について検討した。ASIは薬物依存症者の重症度測定に用いられる標準化された尺度であり、単に使用の重症

度にとどまらず、「医学」「司法」「薬物使用」「家族・人間関係」「雇用生計」「精神医学」などの各問題領域に関して個別に援助の必要性を判定する。

研究対象は平成14年4月1日から平成15年2月28日までの期間に、公立A病院の依存症専門外来を受診するか、同病院のアルコール症専門病棟に入院した薬物依存症の患者のうち、本調査の趣旨を理解し、面接に同意した人を対象とした。本研究の分析対象は、男性11人、女性7人であった。

薬物乱用・依存にかかわる社会経済的損失を個体レベルで推計するために、嗜癖重症度指標を用いて、検討した結果判明したこととして、依存症治療の専門家で理解されているような、「薬物依存症」の重症化→他の問題領域の重症化という通説は支持されておらず、むしろASIで設定されている各問題領域は互いに独立していることを示唆する。この点は、ASIオリジナルの標準化過程で、既に指摘されていた知見に合致する。社会経済的コストの観点から、本調査結果を見直すと、薬物依存症者は「医学的」「精神医学的」「家族・人間関係」「司法的」などの領域で、あくまでも個々別々に問題を生じさせていることが理解できる。その意味で、ASIに代表される評価様式は、社会経済的コストを多面的な問題領域を含めて算定する根拠として、活用できるツールである。なお、本調査の限界として、ASIの質問紙を実施するに当たっては、患者あたり約1時間程度の面接時間を要することから、強度の離脱期などでは遂行できない問題点がある。主として中毒性精神病の治療で入院している場合にも、同様の問題点が生じる。

研究2-3：薬物依存者の社会福祉に関する研究

分担研究者 宮永 耕 東海大学
健康科学部社会福祉学科 講師

薬物依存者処遇の相対的に大きな領域を占める司法及び医療の諸制度と関連しつつも独立した領域と仮定される社会福祉援助の役割とその特徴を明確にするために、とりわけ低所得の状態にある薬物依存者を対象として行われている生活保護制度の運用実態を明らかにし、今後の制度活用のあり方について考察した。具体的には、全国の25ヶ

所のダルクが所在する地域の中から昨年度に引き続いて今年度は4ヶ所（長崎市、福岡市博多区、宮崎市、横浜市南区）を選定し、そこを所管する福祉事務所とダルクの双方に対して訪問によるヒアリング調査（半構造化面接）を行い、主に生活保護受給する薬物依存者への援助について聴取することにより、そこでの課題を整理・検討した。さらに、今年度は全国で回復プログラムをおこなっている薬物依存者の生活保護に関わる実態について、各地のダルクの協力により調査・集計し、数的な把握を行った。合わせて、米國・サンフランシスコ市を訪問し、薬物依存者を対象とした行政システムと各リハビリテーション施設での現場実践について研修を行い、そこから考えられる今後のわが国の回復援助システムのあり方について考察した。以下にその結果を要約する。①平成15（2003）年2月1日現在で薬物依存からの回復のためダルクを利用していた354人のうち、生活保護を受給者は151人で、42.7%を占めていた。②利用者全体でもまたそのうち的生活保護受給者でも、年齢階層別では30歳代の数が最も多かった。③ダルクを利用する薬物依存者に対する生活保護認定は、時間の経過および施設実践の拡大とともにグループホーム入居利用者の認定をモデルとして、生活扶助居宅基準＋住宅扶助に必要な一時扶助費（＋医療扶助現物）を認定する方向に向かっている。④アルコール依存者に対する処遇をモデルにして、薬物依存者に対しても同様の制度運用が行われつつあるが、ダルク側と実施機関側双方に認められる生活保護制度の認知、周知の不十分さにより、その活用がアルコール依存者処遇の水準に到達していない実態が見られた。⑤全国的には、ダルク利用者の回復事例が十分に蓄積されていない現状において、回復過程自体のイメージが実施機関側との間で共有されているとはいいがたく、福祉事務所による援助サービスの領域が定まっていない。⑥日本ではこれまで、基準を満たした施設に対する設置運営補助を通じたハード面での整備が進められてきたが、米國では民間を中心とする多様な主体（セクター）による専門援助プログラム（ソフトウェア）に対し、行政が必要な費用支出をすることで「買い上げ」、対象者に供給する方法で制度整備が進められ、多様な薬物依存者のニーズに合ったプログラムの提供を実現してきている。⑦薬物依存者のサービス利用に当た

っては、今後利用者個別のニーズに基づいた援助のためケース・マネジメントが導入されるべきであり、そのことにより社会福祉援助職の専門的関与の可能性が拡大すると考えられた。

研究2-4：薬物依存症の医療経済に関する研究

分担研究者 石橋正彦 十全病院 院長

薬物依存の医療経済に関する研究として、薬物依存症（覚せい剤、有機溶剤、アルコール依存症）と代表的な精神疾患である統合失調症との医療資源の消費量の違いを検討するために、平成13年度の福岡県内の某精神科医療施設に加え、静岡県、広島県内の精神科医療施設に入院した統合失調症患者271名、覚せい剤依存症191名、アルコール依存症890名、有機溶剤依存症84名、合計1436名の対象者を最低1年間追跡調査した。各対象者に関して、入院期間中の総医療費、入院期間中の1日あたり医療費、および入院日数を算出した。また、総医療費、1日あたりの医療費や入院期間を被説明変数とした回帰分析を行った。それにより、以下の結果が得られた。1）入院1日あたりの医療費は、統合失調症と各薬物依存症との間で有意な差はなかった。2）入院1回あたりの総医療費は、統合失調症は薬物依存症群より有意に高かった。総医療費に影響を与えたのは性別、入院期間および医療機関であった。3）入院期間は、統合失調症にくらべ覚せい剤および有機溶剤依存症群は有意に短かった。4）今回の結果は、平成13年度の研究結果とほぼ同様の結果であり、1日あたりの医療費は統合失調症と薬物依存症との間で有意な差はなく、総医療費の差は入院期間の差により説明できることが明らかになった（研究1）。また、精神科入院治療のケアの効率的かつ適正な提供を進めるためには、その基盤として、看護ケアをはじめとするケアのコストが適切に支払われる診療報酬制度が必要である。診療報酬の適正化においては、薬物依存症のケアが他の精神疾患のケアと比べどのように大変であるのかを調査する必要がある。そこで、研究1の施設の中で、福岡県および広島県の病院においてタイムスタディを実施し、実際の各患者におけるケア時間を調べ、ケア時間で代表されるケアのコストと診療報酬との関係を比較検討した（研究2）。対象患者は、合計49

1名、平均年齢52.7歳、入院期間の平均は4.6年であった。対象者の診断別内訳では、統合失調症43.4%、次いでアルコール依存症35.9%、薬物依存症6.7%、成人の人格・行動の障害4.9%、気分障害3.9%などの順であった。各対象者に関して、タイムスタディを実施し、また患者毎の収益（保険点数・保険外徴収額）、患者特性（一般的情報・臨床特性）の把握などを行った。それにより、以下の結果が得られた。1）アルコールを含めた薬物依存症の入院患者の平均重み付けケア時間（ケアのコスト）および平均保険収益は、その他の患者と同程度であった。2）しかし、患者個々では薬物依存症は他の疾患の場合と同様に、ケアのコストの患者間での差異が大きいものに対して、保険収益の差異は小さく、かつ両者間の相関は低かった。3）今回の結果から、薬物依存症についても患者間でのケアのコストの相違の規定要因を明らかにし、実際のケアのニーズに基づく支払い方式を開発する必要があることが示唆された。また、診療報酬等の諸制度によって人員配置等が制約を受けて、ニーズに見合ったケアが提供されていないことも考えられる為、把握されたケア時間などが実際のニーズに対応しているかについても確認する必要があると考えられる。

以上により、薬物依存症の患者は他の一般的な精神疾患の患者に比べ、多くのマンパワーと充実した医療チーム・濃厚な医療が必要である。しかしながら、今回の結果では入院1日当たりの医療費は統合失調症をはじめ他の精神疾患と同様であり、また、実際のケアのコストの相違も適正に反映されておらず、今後の診療報酬制度の調査・改訂が望まれた。

C. 考察

研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

1. 調査の位置づけ

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

本研究グループでは、調査に要する費用と調査される側の各種負担を考慮し、各種調査を原則的

には隔年ごとに繰り返す形を採用している。その結果、ひとつは①「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」(以下、中学生調査)、「全国の子精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」(以下、精神病院調査)、「全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究」(以下、児童自立支援施設調査)、「救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究」(以下、救命救急センター調査)、「自助グループの実態に関する研究」(以下、DARC調査)を実施する年度であり、もうひとつは、②「薬物使用に関する全国住民調査」(以下、住民調査)、「救命救急センター調査」を実施し、他の調査に関しては、既存の調査結果を再分析したり、他国での類似の調査システムを調査したりしながら、次年度への準備をする年度である。

本年度は上記の前者の年度に当たる。

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

ただし、救命救急センター調査に関しては、この2年間で妥当な方法論は探り当てたものの、調査の継続的実施に関しては、未だ、試行段階を脱していない(実施施設の確保が相変わらず困難である)。

また、疫学的調査は、上記のような量的調査と同時に、質的調査があつてこそ、結果としての数字を現実的に解釈することができる。本年度実施した「DARC調査」は、質的調査であり、また、「児童自立支援施設調査」は量的調査でありながら、質的調査の一面をも持っており、量的調査結果の解釈に際し、様々な示唆を与えてくれる調査であると考えられる。

また、疫学的調査は、上記のような量的調査と同時に、質的調査があつてこそ、結果としての数字を現実的に解釈することができる。本年度実施した「DARC調査」は、質的調査であり、また、「児童自立支援施設調査」は量的調査でありながら、質的調査の一面をも持っており、量的調査結果の解釈に際し、様々な示唆を与えてくれる調査であると考えられる。

また、疫学的調査は、上記のような量的調査と同時に、質的調査があつてこそ、結果としての数字を現実的に解釈することができる。本年度実施した「DARC調査」は、質的調査であり、また、「児童自立支援施設調査」は量的調査でありながら、質的調査の一面をも持っており、量的調査結果の解釈に際し、様々な示唆を与えてくれる調査であると考えられる。

2. 結果から指摘される問題点

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

「中学生調査」では、1996年以来、層別一段集落抽出法を用いており、サンプリング法としては問題ないと考えられる。また、調査協力校数の割合は、第一回の1996年には58.1%であったものが、1998年には71.2%、2000年には73.7%と上昇し、今回の2002年調査でも71.0%と70%台を確保できたことは、この調査が全国の中学校関係者間で、それなりに認知されていることを示唆する結果であると感謝している。

「精神病院調査」「児童自立支援施設調査」は全数調査という方法を採用している。

「児童自立支援施設調査」での対象数は、1994年で1339人、1996年で1194人、1998年で1315人、2000年で1327人と、1200人から1300人前後で一定していたが、今回の2002年では851人と減少した。その理由の一つとしては、同時期に児童自立支援施設で別の全国調査が実施されていたための可能性が大きい。全国調査の維持と言うものがなかなか容易ではないことをも示唆する結果であった。

また、「精神病院調査」では、調査協力施設の割合がなかなか上がらない問題が続いている。今年度はなんとか52.6%の施設から回答をいただけたが、その内の77.1% (全国の1645施設中では40.6%) が「該当症例なし」という結果であり、回答率を上げる作業は「該当症例なし」の施設から、「該当症例なし」という報告をいただく作業になるきらいがある。その背景には、我が国の薬物関連精神障害患者に対する医療対応システムの貧困がある。当主任研究者による試算によれば、2000年6月30日時点での全国精神病院病名別在院患者数(「我が国の精神保健福祉」監修 精神保健福祉研究会)を元に算出すると、我が国の覚せい剤関連精神障害入院患者の約18%がわずか某6病院で占められている現実があり(1645施設中のわずか6施設である)、薬物関連精神障害患者に対する我が国の貧困な現状が明らかである。

「救命救急センター調査」は、WHOがHIV感染のprevalenceを算出するために提唱したunlinked anonymous法を取り入れたことにより、詳細な個人データは入手できないという最大の弱点はあるものの、薬物乱用の広がり客観的に把握する手段としての目処が立った。しかも、この方法は、「噂」としては流布しながらも、その乱用実態がほとんどつかめていない(新たな)乱用薬物の検

出が可能であり（2000年調査でγヒドロキシ酪酸（GHB）が検出された）、今後の発展的展開が望まれる調査法である。ただし、調査実施施設での人員の問題もあり、これまでの調査の維持が危ぶまれているのが現状である。

「DARC調査」では、断薬2～9ヶ月の群は2ヶ月以下の群に比べ、抑うつ感・疲労感が有意に高く、活気は低下していること、及び前頭葉機能は断薬期間が長い群の方が成績が高いことを明らかにした。実際、経験上も「自殺」は断薬後の回復期に多く、上記の結果は経験則とも合致する。研究1-6が指摘するように、治療としては、経過に合わせたプログラムを組むことが必要であることが強く示唆された。しかも、プログラムとしては、断薬期間の短い群では12stepは有効に機能していることが示唆されたが、これを基礎にして対象に応じた補完的な心理教育プログラムの導入の必要性も明らかとなった。この種のプログラムの導入は研究2-3でいうサンフランシスコ市での買い上げに値するプログラムの一つであり、今後、行政的に検討してゆく必要がある（研究2-3参照）。

研究2 社会経済的損失に関する研究

1. 研究の位置付け

米国のある商工会議所の推定によれば、不正薬物の総売上高は1,100億米ドルにのぼり、この額は米国全体の農業生産額よりも多く、フォーチュン誌の掲げるベスト500社の利益合計の2倍以上に上るといふ（米国薬物規制戦略 The Drug Wars in U.S.A. : (財) 麻薬・覚せい剤乱用防止センター、1990.3, p.2）。

本研究は、経済的視点抜きにはシステムは構築できないという観点から、薬物乱用・依存による社会経済的損失を算出しようという我が国初の試みである。

しかも、薬物依存に対する「治療」は、Legal Model、Medical Model、Social Modelの連携の中でしかなし得ないことが、これまでの厚生科学研究のなかで訴えられてきた（和田 清：第Ⅵ章 新たな治療システムの必要性、和田 清（著）依存性薬物と乱用・依存・中毒、星和書店、東京、pp.149-159, 2000.5.）。この連携したシステムを構築するためにも、少なくともMedical Model、Social Modelに関して、新たなシステム構築に向

けて、現状のシステムを社会経済的視点から点検することは、厚生科学研究の担うべき責務であると考えている。

2. 結果から指摘される問題点

この種の研究の成否は、算出に必要なデータの入手可能性にすべてがかかっている。研究2-1の結果（分担研究報告書参照）で明らかのように、必要なデータがほとんどそろわないのが現状であり、算出は「想定」の繰り返しの結果である。その結果、一応、2,068億円という損失額を算出した。しかし、研究2-1での結果が指摘しているように、直接費用の中では「司法の費用」が56%を占め、最も割合が高く、医療費では、肝炎等の合併症による費用を除いた入院費用・外来費用の額、及び社会復帰活動に関する費用が極めて少額であることが明らかになった。

上記の結果は、そもそも我が国では薬物依存症に対する医療的・福祉的対応システムが極めて貧困であり、システムが貧困であれば算出上の計上額も少なくなり、結果的に、最終的損失額も少なくなると言うことを数字で表現している面がある。

その一端として、研究2-4が指摘したように、薬物依存症への医療的対応には多くのマンパワーと充実した医療チームが必要であるが、そもそも診療報酬制度ではそれが保障されていない現実がある。

いずれにしても、今回の算出額は、とりあえず初めての試みとしてのものであり、その利用、評価には慎重をきす必要がある。同時に、この方面での研究法及び必要な基礎データ作りが今後の課題となろう。

また、社会復帰の促進には、社会福祉システムの整備が不可欠である。研究2-3が指摘した（分担研究報告書参照）、施設要件を満たした施設への補助という視点ではなく、必要なプログラム提供者へのプログラムの行政的買い上げ（すなわち補助）というサンフランシスコ市での考え方は、今後の我が国の医療・社会福祉システムを考えていく際には、極めて示唆に富んだ指摘のように思われる。

D. 結論

わが国の薬物乱用・依存状況を把握し、また、薬物乱用・依存が及ぼす社会経済的損失を算出することによって、薬物乱用・依存対策の基礎資料に供することを目的とし、下記の研究を行った。

研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

研究1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査

中学生における薬物乱用の広がりを把握し、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料として資するため、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。①有機溶剤乱用の生涯経験率は、男子では1.4%、女子では1.0%、全体では1.2%であった。この結果は、男女合わせた全体では、1998年及び2000年調査よりは0.1%低い値であった。有機溶剤乱用の目撃率に関しては性別に関わらず、1996年以降、着実に低下しており、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も着実に減少していた。したがって、有機溶剤乱用の勢いは、着実に弱まっていると考えられる。ただし、女子では生涯経験率が上昇傾向にあり、生涯被誘惑率も横ばいであり、今後が危惧される結果であった。②有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が強いことが再確認された。③その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられた。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向がうかがわれた。④結局、有機溶剤経験者群は、総体的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推定することができよう。⑤また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。⑥薬物乱用による医学的害知識は、全体として、ここ数年間の薬物乱用防止教育推進による成果の可能性が示唆される面も認められたが、害知識の周知率自体が高

いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。⑦大麻の生涯経験率は、男子で0.6%、女子で0.4%、全体で0.5%であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%、女子で0.4%、全体で0.4%であった。男女の全体では2000年に比べて大麻では0.1%の上昇であり、覚せい剤に関しては、2000年と同じ結果であった。女子では両薬物に関して共に増加傾向であり、有機溶剤の場合と同様に、女子における大麻・覚せい剤乱用の今後が危惧される結果であった。⑧大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していた。ここでも女子における大麻・覚せい剤の入手可能性の増加が特徴的であり、今後が危惧される結果であった。また、有機溶剤を乱用するということは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を示唆していた。⑨また、有機溶剤乱用の経験と、大麻・覚せい剤乱用の経験とには、強い結びつきが認められ、また、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも強い結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

研究1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

全国の精神科病床を有する医療施設1,645施設を対象に、2ヶ月間を調査期間として、薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて施行し、866施設(52.6%)から876症例の報告を得た。①『覚せい剤症例』が482例(55.0%)と最も多く、『有機溶剤症例』164例(18.7%)と合わせると全体の3/4を占め、依然として両薬物が精神医療の現場においても主要な乱用薬物であった。②『覚せい剤症例』の病態としては、精神病性障害が中心で、依存症候群の割合は相対的に低かった。これと関連して、薬物療法と個人精神療法の利用率が高く、非自発的入院の割合も高い一方、集団治療プログラムの利用率は低かった。③『有機溶剤症例』の占める割合は18.7%と横ばいであった。「初めて使用した薬物」としては45.2%と最も高い割合を示しており、薬物乱用への入門薬としての役割は依然として重要であると考えられた。④『有機溶剤症例』では飲酒・喫煙、薬物乱用が最も低年齢で開始され、健康・保健問題のみならず、深刻な心理・社会的障害を引き起こし、依然として重要な

問題であると考えられた。⑤覚せい剤、有機溶剤に次いで、『睡眠薬症例』59例(6.7%)、『鎮咳薬症例』31例(3.5%)、『鎮痛薬症例』24例(2.7%)、

『大麻症例』23例(2.6%)、『抗不安薬症例』17例(1.9%)、『その他症例』15例(1.7%)が報告された。多剤使用症例は『多剤症例(規制薬物)』が35例(4.0%)、『多剤症例(医薬品)』26例(3.0%)と7.0%を占めていた。⑥『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』では平均年齢、使用開始年齢など高く、複数の薬物を併用する傾向がみられた。病態としては、依存症候群を呈する割合が高く、身体依存において高い比率を示した。⑦『鎮咳薬症例』は主たる使用薬物としては3.5%と増加傾向にあった。比較的低年齢で乱用を開始しており、性比、交友関係などにおいて規制薬物症例に近い特徴をもっていた。⑧『大麻症例』は主たる使用薬物としても2.6%と増加し、「使用歴の有する症例」としても全体の22%前後とこれまでの調査に比較して大幅に増加しており、潜在的乱用の影響が精神医療の現場にも現われつつあることが示唆された。⑨その他、コカイン、ヘロイン、LS D、MDMA(“エクスタシー”)、“マジックマッシュルーム”、メチルフェニデート等の報告がみられ、乱用薬物の多様化の傾向については引き続き注意を要すると考えられた。⑩性差に注目すると精神医療サービスを受けている薬物関連精神疾患においては、女性の方が依存症候群の病態としてより重症であることが示唆された。⑪併存する精神医学的障害における性差については、“不安障害・神経症性障害”、“ストレス反応・適応障害”、“身体表現性障害”、“摂食障害”で、女性の方が高い割合を示していた。⑫同様に生活史的体験については、“被虐待体験”、“被イジメ体験”のいずれも女性の方が有意に高い割合であった。⑬これらの結果は、依存症候群に関しては女性の方がより重症な傾向があることを示すと同時に、症候論的にも男性に比較してより複雑な病像を呈する可能性をも示唆する。診断・病態のみならず、このような性差に十分配慮した治療プログラムを整備していく必要が示唆された。

研究1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究
薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物への意識および実態を把握することを目的に、全国

の児童自立支援施設に入所中の児童に質問紙調査を実施した。①有機溶剤乱用者数は男性119人(21.6%)、女性140人(46.5%)、大麻乱用者数は男性27人(4.9%)、女性48人(15.9%)、覚せい剤乱用者数は男性14人(2.5%)、女性41人(13.6%)、ブタン乱用者数男性96人(17.5%)、女性84人(27.9%)であった。②従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。③有機溶剤乱用は、男性では一貫して減少しているが、女性では平成8年以降多少の増減はあるが乱用頻度50%前後であり変化が見られなかった。④大麻乱用頻度は男女とも平成10年からあまり変化はなかった。⑤覚せい剤乱用は男性では今回はじめて減少に転じた。女性では大きな変化はなかった。⑥有機溶剤およびブタン乱用合併者において、女性では有機溶剤がブタンよりも好まれていたが、男性では両者の間に嗜好の差はなかった。有機溶剤がブタンよりも好まれる理由としては、有機溶剤のほうが「気持ち良くなる」が多かった。ブタンが好まれる理由としては、手軽である、警察などに捕まりにくいなどが多かった。⑦有機溶剤の方がブタンよりも止められなくなると答える者が多かった。⑧精神病症状の体験率は、ブタンよりは有機溶剤の方が高かった。⑨各種問題行動に対する規範意識を検討したところ、薬物乱用も規範意識上は、高くないことと認識されていた。

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

都市型救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態を把握するとともに、救急患者の迅速で正確な診断・治療を補助するために簡便で信頼性の高い乱用薬物のスクリーニング検査を確立することを目的とて、高度救命救急センターに搬入された急性薬物中毒症例について、尿検体を採取し定性試験を実施した。①ここ2年間の薬物中毒症例は増加し、特に精神神経薬は平成12年と比較して倍増していた。②覚せい剤検出症例は6例(2.0%)であった。③麻薬大麻による中毒症例はなかった。④急性医薬品中毒症例55例を検討した。Benzodiazepinesによる中毒症例は42症例で、半数以上の症例で3剤以上のbenzodiazepinesの多剤服用例であった。Barbituratesは22症例で検出された。また、8例のtricyclic antidepressantsに

による中毒症例を確認した。フェノチアジン系薬物によるものは27症例（49％）であった。使用した検査キットではフェノチアジン、プロムワレリル尿素、TCA（TriageはTCAを含む）を同定することは不可能であり、日本の薬物中毒の現状を反映したスクリーニング検査キットの開発性が示唆された。

研究1-5：救命救急センター（都内某救命救急センター）における薬物乱用・依存等の実態に関する研究（2）

都内某病院、救命救急センターに搬送された患者（10歳～59歳）の薬物乱用実態をunlinked anonymous method（UA法）を用いて4ヶ月間調査した。①対象71名中43名（60.6％）から薬物が検出された。身体疾患治療薬、計17種類が26名（36.6％）から、向精神薬、計17種類が26名（36.6％）から検出された。②Methamphetamineは71名中4名から検出され乱用率は5.63％であった。平成12年度および13年度における乱用率4.98％とは有意さは認められなかった。これら4名中1名からはAmphetamineも検出された。③本研究のように陽性率が低い場合には、わずか3年間では増減を評価することは困難であった。経年的調査の継続の必要性が示唆された。

研究1-6：自助グループの実態に関する研究

DARCの利用実態および有効性を示す基礎資料を作ること、およびこれをもとにしたDARCと専門機関との連携の提言を目的として、DARCで1)利用者の多次元評価による実態把握とDARCプログラムの有効性の評価、2)心理教育プログラム導入の試みをおこなった。①DARC利用者51例を対象とした、神経心理学的、心理社会的、スピリチュアリティの多次元評価からは、対象群では認知機能の低下、抑うつ・混乱が強く、統合失調症と同程度の陽性症状を持つ者が25％存在することが判明した。②主な乱用薬物が有機溶剤の群は、覚せい剤の群に比べ、有意な前頭葉機能の低下が認められた。③断薬期間による比較では、断薬2～9ヶ月の群は2ヶ月以下の群に比べ、有意に抑うつ感・疲労感が高く、活気は低下していること、前頭葉機能は断薬期間が長い群の方が成績が高いこと、スピリチュアリティは断薬期間による変化に乏しいことが認められた。④以上により、経過に合わせたプ

ログラムを組むことの必要性が示唆された。⑤断薬期間の短い群では12stepのグループ体験が有効に機能しており、これを基礎にして対象に応じた補完的なプログラムを組むことの有効性が考えられた。

研究2 社会経済的損失に関する研究

研究2-1：薬物乱用・依存によるマクロ的社会経済的損失に関する研究

薬物対策の課題検討の際の経済的特徴を提供するために、薬物乱用・依存によって発生する経済的損失を推計した。カナダとの比較では、①直接費用に占める「司法における費用」の割合が大きかった。②司法における費用の中では「警察」の占める割合が大きかった。③総費用全体で見ると、間接費用の占める割合が大きかった。最終的に④我が国の薬物乱用・依存による社会経済的損失は、約2,068億円であった。これは国民一人当たり1,632円、国内総生産の0.04％に相当する。⑤直接費の中では、「司法における費用」が56％、次いで「医療費」が41％を占めていた。⑥「司法における費用」の中では「矯正施設」の占める割合が66％で、一方「警察」の占める割合は25％であった。⑦「医療費」では、HCVの医療費が89％を占めていた。間接費用（739億円）の中では、「罹病による費用」が92％、「死亡による費用」が8％であった。

ただし、社会経済的損失を推計するためには、必要データがあまりにも不足しており、必要データの今後の蓄積が必要である。

研究2-2：薬物乱用・依存による個人的社会経済的損失に関する研究

薬物乱用・依存にかかわる個人レベルでの社会経済的損失を研究する目的で、薬物依存症の患者に嗜癖重症度指標（ASI）を実施した。①「薬物依存症」の重症化→他の問題領域での重症化という通説は支持されておらず、むしろASIで設定されている各問題領域は互いに独立していること示唆された。②ASIは社会経済的コストを多面的な問題領域を含めて算定する根拠として、活用できるツールではあるが、患者あたり約1時間程度の面接時間を要することから、現実的実施には限界が認められた。

研究2-3：薬物依存者の社会福祉に関する研究

低所得の状態にある薬物依存者を対象として行われている生活保護制度の運用実態を明らかにし、今後の制度活用のあり方を検討するために、全国の25ヶ所のダルクが所在する地域の中から4ヶ所（長崎市、福岡市博多区、宮崎市、横浜市南区）を選定し、所管する福祉事務所とダルクの双方に対して訪問によるヒアリング調査を行い、生活保護受給する薬物依存者への援助について課題を整理・検討した。さらに、全国で回復プログラムをおこなっている薬物依存者の生活保護に関わる実態について、調査・集計し、数的な把握を行った。合わせて、米国・サンフランシスコ市を訪問し、薬物依存者を対象とした行政システムと各リハビリテーション施設での現場実践について研修を行い、今後のわが国の回復援助システムのあり方について考察した。①平成15（2003）年2月1日現在で薬物依存からの回復のためダルクを利用していた354人のうち、生活保護の受給者は151人で、42.7%を占めていた。②ダルクを利用する薬物依存者に対する生活保護認定は、時間の経過および施設実践の拡大とともにグループホーム入居利用者の認定をモデルとして、生活扶助居宅基準＋住宅扶助に必要な一時扶助費（＋医療扶助現物）を認定する方向に向かっていった。③ダルク側と実施機関側双方の生活保護制度の認知、周知の不十分さにより、その活用がアルコール依存者処遇の水準に到達していない実態が認められた。④全国的には、ダルク利用者の回復事例が十分に蓄積されていないこともあり、福祉事務所による援助サービスの領域が定まっていなかった。⑤わが国では、基準を満たした施設に対する設置運営補助を通したハード面での整備が進められてきたが、米国では民間を中心とする多様な主体（セクター）による専門援助プログラム（ソフトウェア）に対する、行政的経済的補助（「買い上げ」）が進められ、多様な薬物依存者のニーズに合ったプログラムの提供がなされていた。⑥今後、利用者個別のニーズに基づいた援助のためケース・マネジメントが導入されるべきであり、社会福祉援助職の専門的関与の必要性が示唆された。

研究2-4：薬物依存症の医療経済に関する研究

薬物依存症（含む：アルコール依存症）と代表的な精神疾患である統合失調症との医療資源の消費量の違いを検討するために、薬物関連精神障害患者を多くみている全国3施設で、最低1年間の医療費に関する追跡調査を実施した。①入院1日あたりの医療費は、統合失調症と各薬物依存症との間で有意な差はなかった。②入院1回あたりの総医療費は、統合失調症は薬物依存症群より有意に高かった。③総医療費に影響を与えたのは性別、入院期間および医療機関であった。④入院期間は、統合失調症にくらべ覚せい剤および有機溶剤依存症群は有意に短かった。また、精神科入院治療における効率的かつ適正な診療報酬制度を考えるために、薬物依存症のケアが他の精神疾患のケアと比べて、如何に大変であるのかを調査するために、1施設においてケアに関するタイムスタディを実施した。⑤アルコールを含めた薬物依存症の入院患者の平均重み付けケア時間（ケアのコスト）および平均保険収益は、その他の患者と同程度であった。⑥しかし、患者個々では薬物依存症は他の疾患の場合と同様に、ケア・コストの患者間での差異が大きいものに対して、保険収益の差異は小さく、かつ両者間の相関は低かった。⑦しかし、この結果は、診療報酬等の諸制度によって人員配置等が制約を受けた結果とも解釈でき、ニーズに合ったケアが提供されていないことも考えられる。今後、把握されたケア時間などが実際のニーズに対応しているかについても確認する必要がある。⑧そのためには、患者間でのケア・コストの相違の規定要因を明らかにし、実際のケアのニーズに基づく支払い方式を開発する必要がある。

以上より、2002年のわが国での違法薬物乱用状況は、多くの先進諸国に比べれば良好だが、大麻の生涯経験率が着実に増加しており、決して楽観できる状況とは言えない。社会経済的損失の算出は、端緒についたばかりであり、今後は必要データの蓄積が必要である。

E. 健康危険情報

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

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kiyoshi Wada: Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and Their Background Lifestyle: Results of Chiba Prefecture Survey 1994. Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence 37(1): 41-56, 2002.
- 2) 和田 清、菊池安希子、尾崎米厚、勝野真吾：基礎講座2-依存・虐待から子ども達を守ろう青少年の薬物乱用-全国中学生調査の結果より-。日本アルコール関連問題学会雑誌4: 47-51, 2002.
- 3) 和田 清：26. 薬物乱用・依存・中毒。現代児童青年精神医学（編集：山崎晃資、牛島定信、栗田 広、青木省三）。永井書店。大阪。pp. 335-342, 2002. 8. 25.
- 4) 小沼杏坪、尾崎 茂、和田 清：各論Ⅱ 覚せい剤 覚せい剤使用による精神・行動の障害。（編）白倉克之、樋口 進、和田 清。アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン。（株）じほう。東京。pp.159-185. 2003. 1. 6.
- 5) 和田 清、内村直尚、小沼杏坪：各論Ⅲ 有機溶剤 有機溶剤使用による精神・行動の障害。（編）白倉克之、樋口 進、和田 清。アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン。（株）じほう。東京。pp.189-204. 2003. 1. 6.
- 6) 伊豫雅臣、清水栄司、尾崎 茂：9. 薬物依存の疫学と中枢機構。Clinical Neuroscience (20) 5「メンタルヘルスをめぐる諸問題」, 571-574, 2002.
- 7) 尾崎 茂：薬物依存症の最近の動向。月刊「精神科」, 2003 (in press).
- 8) 石橋正彦：薬物依存症の医療経済に関する研究。九州神経精神医学。印刷中。2003.
- psychosis. College on Problems of Drug Dependence, 64th Annual Scientific Meeting, Quebec City, Canada, June 13, 2003.
- 2) Kiyoshi Wada, Shigeru Ozaki, Akiko Kikuchi: A Brief History and the Current Situation of Methamphetamine Abuse in Japan. Symposium (Addiction Psychiatry: Clinical Features of Methamphetamine Psychosis). XII World Congress of Psychiatry. Yokohama, Japan. 2002.8.26.
- 3) 和田 清、菊池安希子、尾崎 茂：社会精神に学的研究：疫学的調査研究の重要性。第14回日本アルコール精神医学会、シンポジウムⅠ「依存症研究-最近の動向」。横浜市健康福祉総合センター。横浜。2002. 8. 31.
- 4) 和田 清、菊池安希子、尾崎 茂：全国の一般住民における薬物乱用状況(2001年)について。第37回日本アルコール・薬物医学会。東京。2002. 9. 6.
- 5) 尾崎 茂、和田 清、菊池安希子、藤田 治、榎原 純、前岡邦彦、小沼杏坪、石橋正彦：覚せい剤精神病に関する多施設共同研究-WHO: ATSプロジェクトより-。第37回日本アルコール・薬物医学会総会、ポスター。2002年9月6日。東京。
- 6) 神山知子、大高祐一、佐々木博一、小池大介、木村智城、平林直次：当救命救急センターにおける包括的薬物スクリーニング。第30回日本救急医学会総会 シンポジウム 一般演題 ポスター。札幌。2002/10/11
- 7) Sachiko,S., Nobuaki,M., Shinji,S. (2002) Multidimensional assessment of dysfunctions in substance abusers: Relationship between bio-psychological aspects and spiritual aspects. XII World Congress of Psychiatry.abstracts vol.2, 96.
- 8) 森田展彰、末次幸子、岡坂昌子、岩井喜代仁、栗坪千秋：茨城ダルクにおけるアウトリーチ型の心理教育プログラム導入の試み：第37回日本アルコール・薬物医学会にて発表。（学会抄録日本アルコール・薬物雑誌、37(4)、442-443、2002.）
- 9) 宮永 耕：「薬物依存からの回復援助に関する研究（1）薬物依存リハビリテーション施設所在地の福祉事務所調査から」、日本社会福祉

2. 学会発表

- 1) Kiyoshi Wada, Shigeru Ozaki, Kazyhiro Nakayama, Hiraki Koishikawa, Masafumi Katayama, Shinji Hirai, Tatsuo Yabana: Structure of symptoms in volatile solvent-induced

学会第50回記念全国大会ポスター発表、2002
年10月26日、於・日本社会事業大学（東京）

3. 国際会議

- 1) Kiyoshi Wada: Japan's Situation on
Methamphetamine Abuse including HIV and
HCV Infection. 1st National Conference on
Substance Abuse. Organized by Committee of
Consultants on Substance Abuse, Office of the
Narcotic Control Board, Office of the Prime
Minister, Thailand, 25-27- September, 2002.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分 担 研 究 報 告 書
(1-1)

薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2002年）

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

研究要旨 中学生における薬物乱用の広がりを把握し、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料として資するため、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。対象は層別1段集落抽出法により選ばれた全国210校の全生徒である。その結果、149校（対象校の71.0%）より、62,900人（対象校210校の全生徒の57.7%）の回答を得た。有効回答数は62,813人（対象校210校の全生徒の57.6%）である。その結果、以下のような結論を得た。①有機溶剤乱用の生涯経験率は、男子では1.4%（1年生1.3%、2年生1.4%、3年生1.5%）、女子では1.0%（1年生1.0%、2年生1.1%、3年生1.0%）、全体では1.2%（1年生1.2%、2年生1.3%、3年生1.3%）であった。この結果は、男女合わせた全体では、第1回全国調査（1996年）の結果よりは0.1%高い値であるが、1998年及び2000年調査よりは0.1%低い値であった。ただし、男子では1998年以降減少しているのに対して、女子では1996年以来増加傾向にあり、女子での今後が危惧される結果であった。②有機溶剤乱用の目撃率に関しては性別に関わらず、1996年以降、着実に低下しており、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は男子では1996年以降の最低を示したが、女子では1996年以降ほとんど横ばいであり、女子における「誘い」が危惧される結果であった。③以上より、有機溶剤乱用の勢いは、着実に弱まっていると考えられるが、女子における乱用の拡大傾向が危惧される結果であった。④有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が強いことが再確認された。⑤その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられた。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向がうかがわれた。⑥結局、有機溶剤経験者群は、総体的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推定することができよう。⑦また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。⑧これまでの一連の本調査では、薬物乱用による医学的害知識は、往々にして、有機溶剤乱用経験者群の方が知っているという傾向が認められていた。しかし、今回の調査では、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多い項目が現れ、ここ数年の薬物乱用防止教育推進による成果の可能性が示唆された。しかし、有機溶剤乱用による精神病に関する周知率以外は、有機溶剤についても、大麻・覚せい剤についても害知識の周知率はそもそも高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。⑨大麻の生涯経験率は、男子で0.6%、女子で0.4%、全体で0.5%であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%、女子で0.4%、全体で0.4%であった。大麻に関しては男女の全体で2000年に比べて0.1%の上昇であり、覚せい剤に関しては、2000年と同じ結果であることを意味する。男子では大麻でも覚せい剤でも生涯経験率は2000年と変化がなかったが、女子では両薬物に関して共に増加していた。有機溶剤の場合と同様に、女子における大麻・覚せい剤乱用の今後が危惧される結果であった。⑩大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していた。ここでも女子における大麻・覚せい剤の入手可能性の増加が特徴的であり、今後が危惧される結果であった。また、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が大麻でも覚せい剤でも50%を超えていたが、有機溶剤乱用経験者群では、大麻

でも覚せい剤でも男子で47～48%、女子で56%の者が入手可能を選択していた。わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用と言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を示唆していた。⑪喫煙については非喫煙群全体の10.2%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関しては、それを選んだ者は「シンナー遊び」非経験者群全体の3%に過ぎず、大麻では「シンナー遊び」非経験者全体の2%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。⑫また、有機溶剤乱用の経験と、大麻・覚せい剤乱用の経験とには、強い結びつきが認められ、また、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも強い結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

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

A. 研究目的

第3次覚せい剤乱用期にある2000年、薬物乱用により精神障害をきたして精神病院を受診した患者のうち、約20%は有機溶剤乱用が原因であり、約58%は覚せい剤乱用が原因であった¹⁾。ただし、覚せい剤乱用が原因であった者の33%は、覚せい剤乱用開始以前に有機溶剤の乱用を経験していた²⁾。この割合は、第2次覚せい剤乱用期での割合と同じである³⁾。このことは、覚せい剤の入手可能性の高まりの中で、有機溶剤乱用の経験なしに、いきなり覚せい剤乱用を始める若者の増加が推定される第3次覚せい剤乱用期においても、有機溶剤乱用が依然として重要な役割を担っていることを示唆している。

すなわち、わが国では、飲酒・喫煙を除けば、有機溶剤の乱用が精神医療の面からみて、その後の覚せい剤乱用への門を開く「ゲイトウェイ・ドラッグ」⁴⁾としての役割を相変わらず担っている可能性が高いと推定される。

この有機溶剤乱用は、14歳から16歳で開始されることが多く⁵⁾、予防対策上は中学生が重要である。したがって、中学生における有機溶剤乱用(「シンナー遊び」)の実態を把握し、有機溶剤乱用に関連するハイリスク・ファクターを特定することは、わが国における薬物乱用防止対策上、不可欠である。

同時に、中学生における喫煙、飲酒は、有機溶剤乱用と強い関係を有していると推定され^{6) 7) 8) 9)}、中学生における喫煙と飲酒の一部が有機溶剤乱用開始ないしは継続への「ゲイトウェイ」になっている可能性が高い⁹⁾。

以上の考えから、平成14年度、平成8年度に初めて実施した、「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」¹⁰⁾の第4回目調査を実施し、薬物乱用防止対策の基礎資料に供することを目的とした。

B. 研究方法

調査は、下記方法によって選ばれた対象校で、原則として、2002年10月中(一部11月～12月中)に、全生徒による自記式調査として実施された。

対象校の抽出方法には層別1段集落抽出法を用いた。抽出に用いたデータベースは、2002年版の全国学校総覧¹¹⁾である。どの都道府県からも最低1校は抽出されるようにするために、都道府県を層とし、中学生数に比例して都道府県毎に対象校の抽出を行った。すなわち、中学生数の最も少ない鳥取県での調査校数を1とし、その他の都道府県での調査校数は、鳥取県の生徒数との比に従って、切り上げで決定し、その後、各都道府県での対象校数を2校以上確保するために、鳥取県での調査対象校数を2に変更した。

対象校の抽出は、各都道府県毎に、上記の手続きで決定された数の中学校を全中学校から無作為で抽出した。その際、データベースとして使用した全国学校総覧¹¹⁾が、2001年版から「国公立編」「私立編」の2冊で構成されるようになったため、都道府県毎に国公立中学校数と私立中学校数との割合を算出し、その割合に基づいて国公立中学校数と私立中学校数とを決め、それぞれ、学校毎の生徒数に比例して抽出確率を決める確率抽出法を用い、実際の抽出には乱数を使用した。

本調査では、抽出された学校の全生徒を調査対象としたので、層別1段集落抽出法と呼ぶ。この場合の集落とは学校を指し、層は都道府県と国公立・私立の2種類があることになる。

この操作により、全国の中学校から210校（想定109,043人）が選ばれた。

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

調査用紙は教師によって生徒に配られた。記載

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

210校（国立2校、公立195校、私立13校）中、調査を実施していただいた中学校は149校（国立1校、公立142校、私立6校：対象校の71.0%）であった。そのうちの14校については、学年・クラスを限定した実施であった。その内訳は、各学年1クラスずつのみの実施5校、1年生のみの実施2校、3年生のみの実施2校、2年生1クラス以外全生徒実施1校、3年生の半分のクラスと1～2年生の全クラ

表1 対象校の分布と回答状況

対象校			回答校	実施率(%)	対象校			回答校	実施率(%)
北海道	9	4	44.4		京都	4	2	50.0	
青森	3	3	100.0		大阪	12	4	33.3	
岩手	3	2	66.7		兵庫	9	4	44.4	
宮城	4	4	100.0		奈良	3	0	0	
秋田	2	0	0		和歌山	2	1	50.0	
山形	2	2	100.0		鳥取	2	2	100.0	
福島	4	4	100.0		島根	2	2	100.0	
茨城	5	5	100.0		岡山	3	2	66.7	
栃木	4	4	100.0		広島	5	0	0	
群馬	4	3	75.0		山口	3	2	66.7	
埼玉	10	7	70.0		徳島	2	2	100.0	
千葉	9	7	77.8		香川	2	2	100.0	
東京	15	9	60.0		愛媛	3	3	100.0	
神奈川	11	7	63.6		高知	2	2	100.0	
新潟	4	4	100.0		福岡	8	7	87.5	
富山	2	2	100.0		佐賀	2	1	50.0	
石川	2	2	100.0		長崎	3	3	100.0	
福井	2	2	100.0		熊本	4	3	75.0	
山梨	2	2	100.0		大分	2	2	100.0	
長野	4	4	100.0		宮崎	2	2	100.0	
岐阜	4	2	50.0		鹿児島	4	3	75.0	
静岡	6	6	100.0		沖縄	3	2	66.7	
愛知	11	10	90.9						
三重	3	2	66.7		全体	210	149	71.0	
滋賀	3	1	33.3						

スでの実施1校、1年生と3年生のみの実施1校、1年生1クラスと2年生の2クラスのみの実施1校、3年生1クラスのみでの実施1校であった。

以上の結果、62,900人（想定生徒数の57.7%。ただし、全国学校要覧による生徒数と実際の生徒数は一致しないため、正確な%は不明である）の調査用紙が回収されたが、うち87通は、明らかな記載上の不備、または記載項目が全51問の50%を満たしていなかったため無効とした。したがって、有効回答は62,813人（想定生徒数の57.6%）である。

また、中学生における有機溶剤乱用の生涯経験率は、昼夜人口比の低い地域で高く、喫煙・飲酒の生涯経験率は持ち家率の高いところで高いことが指摘されており¹⁹⁾、それなりの地域格差の存在が推定される。そこで、今回の調査が全国の中学生を対象にしながらも、全国を代表していない可能性もあるため、都道府県毎の回答状況を表1に示した。表1の実施状況が今回の調査結果にどのような影響を及ぼしているかは不明であるが、本調査の限界として、表1を見ておく必要がある。

有効回答の内訳は表2の通りである。男子32,302人、女子30,462人、性別不明者49人の計62,813人である。

その結果、以下の各表では、全体は男性+女性+性別不明者になっている。結果の検定に当たっては、項目毎に回答の「無回答」を除外し、それぞれの項目毎に当該薬物の経験者群（以下、経験者群）と非経験者群（以下、非経験者群）とについて χ^2 検定をおこなった。

C. 研究結果

1. 「シンナー遊び」について

1. 有機溶剤乱用の広がりについて

(1) 「シンナー遊び」の生涯経験率について

表2 対象の内訳

	1年		2年		3年		全体	
男性	10707	(51.9)	10492	(51.1)	11103	(51.3)	32302	(51.4)
女性	9910	(48.0)	10039	(48.9)	10513	(48.6)	30462	(48.5)
無回答	13	(.1)	13	(.1)	23	(.1)	49	(.1)
全体	20630	(100.0)	20544	(100.0)	21639	(100.0)	62813	(100.0)

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

生涯経験率は男子で1.4%（1年生1.3%、2年生1.4%、3年生1.5%）、女子で1.0%（1年生1.0%、2年生1.1%、3年生1.0%）であり、全体では1.2%（1年生1.1%、2年生1.3%、3年生1.3%）であった。

また、男子の生涯経験率は、学年が進むにしたがって有意に（ $P<0.05$ ）高くなる傾向が伺われた。女子では2年生で最も高い結果となったが、3年生での結果は1年生よりは高かった。これまでの1996年調査¹⁰⁾、1998年調査¹³⁾、2000調査²⁰⁾では、男女ともに学年と共に生涯経験率が高くなる傾向が認められたが、今回の調査では、女子では2年生で高くなることが示唆された。

なお、生涯経験率の推移については、考察で論じる。

(2) 「シンナー遊び」の1年経験率について

この1年間での「シンナー遊び」の経験率（1年経験率）は表4の通りである。

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

男性では学年が進むにしたがって高くなり、女子では2年生で高くなる傾向が伺われた。

(3) 「シンナー遊び」の目撃について

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

男女ともに約7.4%の生徒が実際に見たことがあるという結果であった。同時に、男女ともに、学年が進むにつれて見たことのある者が有意（ $P<0.$

01) が増えていく傾向が示唆された。

なお、この目撃率の推移については考察で論じる。

(4) 身近での「シンナー遊び」経験者の存在について

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

男女ともに、約3～4%の者が「いる」と答えており、学年が進むに従って、「いる」と答えた者の割合が有意に ($P < 0.01$) 高くなっていくことが示唆された。しかも、男子よりも女子に多い傾向は以前の同種の調査と同じであった¹⁰⁾¹³⁾²⁰⁾。

なお、上記の年次推移については考察で論じる。

(5) 「シンナー遊び」への誘惑について

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

男女ともに1.6%の者が誘われたことが「ある」と答えており、男女ともに、学年が進むにつれて、誘われたことのある者の率が有意に ($P < 0.01$) 高くなる傾向が同われた。

なお、この誘われ経験率の推移については、考察で論じる。

2. 有機溶剤乱用に対する捉え方

(1) 「シンナー遊び」への関心について

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

男女ともに、回答の分布には学年間で有意差 ($P < 0.01$) が認められるが、「関心がない」を選択した者は、男女ともに3年生で最も多く、「好奇心」は2年生で頭打ちになる傾向が示唆された。

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

(2) 「シンナー遊び」と法の遵守について

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

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

		1年		2年		3年		全体	
男性	経験なし	10473	(97.8)	10261	(97.8)	10864	(97.8)	31598	(97.8)
	経験あり	137	(1.3)	150	(1.4)	163	(1.5)	450	(1.4)
	無回答	97	(.9)	81	(.8)	76	(.7)	254	(.8)
	合計	10707	(100.0)	10492	(100.0)	11103	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 1.515, df = 2, p = .469)$									
女性	経験なし	9763	(98.5)	9878	(98.4)	10362	(98.6)	30003	(98.5)
	経験あり	94	(.9)	113	(1.1)	107	(1.0)	314	(1.0)
	無回答	53	(.5)	48	(.5)	44	(.4)	145	(.5)
	合計	9910	(100.0)	10039	(100.0)	10513	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 1.552, df = 2, p = .460)$									
全体	経験なし	20246	(98.1)	20148	(98.1)	21248	(98.2)	61642	(98.1)
	経験あり	234	(1.1)	266	(1.3)	271	(1.3)	771	(1.2)
	無回答	150	(.7)	130	(.6)	120	(.6)	400	(.6)
	合計	20630	(100.0)	20544	(100.0)	21639	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 2.313, df = 2, p = .315)$									

回答の分布には、男女共に有意差 ($P<0.01$) が認められ、未経験者群では男女共に約95%の者が「法律で禁止されているから、すべきではない」を選んだのに対して、経験者群では、男女共に「法律で禁止されているが、少々ならかまわないと思う」「法律を守る必要は全然ないと思う」と答えた者が42~48%と乖離した。

(3) 「シンナー遊び」と法規制の必要性について

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

回答の分布には、男女共に有意差 ($P<0.01$) が認められ、非経験者群では、男女ともに約90%の者が「当然だと思う」を選んだのに対して、経験者群では、「麻薬・覚せい剤とちがって、シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかなと思う」「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う」と答えた者が相当数いた (男子で44.2%、女子で30.7%)。

(4) 「シンナー遊び」をしている者への見方 (その1)

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

回答の分布には、男女共に有意差 ($P<0.01$) が認められ、非経験者群では男女共に約94~95%の者が「自分には無関係の人だと思う」を選んだのに対して、経験者群では「『シンナー遊び』をする気持ちが理解できる気がする」ないしは「親しみを感じる」を選んだ者が相当数いた (男子で44.2%、女子で52.9%)。

(5) 「シンナー遊び」をしている者への見方 (その2)

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

回答の分布には、男女共に有意差 ($P<0.01$) が認められた。非経験者群では「親しくなりたくない」を選んだ者が、男女共に約70%だったのに対して、経験者群では男女共に「すでに親しい」を選んだ者が22~24%にのぼった。

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

表4 この1年間に「シンナー遊び」を1回でも経験したことのある者の率 (一年経験率)

		1年		2年		3年		全体	
男性	ない	10174	(95.0)	9987	(95.2)	10685	(96.2)	30846	(95.5)
	ある	79	(.7)	88	(.8)	102	(.9)	269	(.8)
	無回答	454	(4.2)	417	(4.0)	316	(2.8)	1187	(3.7)
	合計	10707	(100.0)	10492	(100.0)	11103	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 1.894, df = 2, p = .388)$									
女性	ない	9529	(96.2)	9679	(96.4)	10221	(97.2)	29429	(96.6)
	ある	63	(.6)	79	(.8)	67	(.6)	209	(.7)
	無回答	318	(3.2)	281	(2.8)	225	(2.1)	824	(2.7)
	合計	9910	(100.0)	10039	(100.0)	10513	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 2.267, df = 2, p = .322)$									
全体	ない	19713	(95.6)	19677	(95.8)	20928	(96.7)	60318	(96.0)
	ある	144	(.7)	168	(.8)	170	(.8)	482	(.8)
	無回答	773	(3.7)	699	(3.4)	541	(2.5)	2013	(3.2)
	合計	20630	(100.0)	20544	(100.0)	21639	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 1.929, df = 2, p = .381)$									

(6) 「シンナー遊び」をする理由について

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

非経験者群では、男女ともに「本人に問題があるから」ないしは「家庭に問題があるから」が上位2つを占めたが、女子では「家庭に問題があるから」を選んだ者の多さが目立った。

一方、経験者群男子では、「本人に問題があるから」「家庭に問題があるから」が上位2つを占めたが、女子では「家庭に問題があるから」「学校に問題があるから」が上位2つとなった。

女子では、有機溶剤乱用の経験に関わらず、「家庭に問題があるから」を重要視する傾向が男子よりは強い傾向が伺われた。

表5 「シンナー遊び」を実際に見たことがありますか？

		1年		2年		3年		全体	
男性	ない	9966	(93.1)	9656	(92.0)	10151	(91.4)	29773	(92.2)
	ある	674	(6.3)	797	(7.6)	920	(8.3)	2391	(7.4)
	無回答	67	(.6)	39	(.4)	32	(.3)	138	(.4)
	合計	10707	(100.0)	10492	(100.0)	11103	(100.0)	32302	(100.0)
									($\chi^2 = 31.588$, $df = 2$, $p = .000$)
女性	ない	9210	(92.9)	9278	(92.4)	9666	(91.9)	28154	(92.4)
	ある	675	(6.8)	736	(7.3)	833	(7.9)	2244	(7.4)
	無回答	25	(.3)	25	(.2)	14	(.1)	64	(.2)
	合計	9910	(100.0)	10039	(100.0)	10513	(100.0)	30462	(100.0)
									($\chi^2 = 9.125$, $df = 2$, $p = .010$)
全体	ない	19185	(93.0)	18942	(92.2)	19837	(91.7)	57964	(92.3)
	ある	1353	(6.6)	1538	(7.5)	1756	(8.1)	4647	(7.4)
	無回答	92	(.4)	64	(.3)	46	(.2)	202	(.3)
	合計	20630	(100.0)	20544	(100.0)	21639	(100.0)	62813	(100.0)
									($\chi^2 = 36.884$, $df = 2$, $p = .000$)

表6 身近に「シンナー遊び」をしている人がいますか？

		1年		2年		3年		全体	
男性	いない	10371	(96.9)	10070	(96.0)	10650	(95.9)	31091	(96.3)
	いる	253	(2.4)	360	(3.4)	406	(3.7)	1019	(3.2)
	無回答	83	(.8)	62	(.6)	47	(.4)	192	(.6)
	合計	10707	(100.0)	10492	(100.0)	11103	(100.0)	32302	(100.0)
									($\chi^2 = 33.267$, $df = 2$, $p = .000$)
女性	いない	9544	(96.3)	9561	(95.2)	9992	(95.0)	29097	(95.5)
	いる	326	(3.3)	441	(4.4)	496	(4.7)	1263	(4.1)
	無回答	40	(.4)	37	(.4)	25	(.2)	102	(.3)
	合計	9910	(100.0)	10039	(100.0)	10513	(100.0)	30462	(100.0)
									($\chi^2 = 28.264$, $df = 2$, $p = .000$)
全体	いない	19925	(96.6)	19639	(95.6)	20664	(95.5)	60228	(95.9)
	いる	581	(2.8)	805	(3.9)	903	(4.2)	2289	(3.6)
	無回答	124	(.6)	100	(.5)	72	(.3)	296	(.5)
	合計	20630	(100.0)	20544	(100.0)	21639	(100.0)	62813	(100.0)
									($\chi^2 = 61.173$, $df = 2$, $p = .000$)

3. 有機溶剤乱用による医学的害について

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

これまでの調査では、男女ともに、経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高かったが¹⁰⁾¹³⁾²⁰⁾、今回の調査では、男子では「知っている」を選択した者が非経験者群の方が多かった

表7 「シンナー遊び」に誘われた経験

		1年		2年		3年		全体	
男性	ない	10175	(95.0)	9895	(94.3)	10458	(94.2)	30528	(94.5)
	ある	115	(1.1)	174	(1.7)	202	(1.8)	491	(1.5)
	無回答	417	(3.9)	423	(4.0)	443	(4.0)	1283	(4.0)
	合計	10707	(100.0)	10492	(100.0)	11103	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 22.326, df = 2, p = .000)$							
女性	ない	9323	(94.1)	9351	(93.1)	9782	(93.0)	28456	(93.4)
	ある	123	(1.2)	158	(1.6)	185	(1.8)	466	(1.5)
	無回答	464	(4.7)	530	(5.3)	546	(5.2)	1540	(5.1)
	合計	9910	(100.0)	10039	(100.0)	10513	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 9.615, df = 2, p = .000)$							
全体	ない	19507	(94.6)	19257	(93.7)	20261	(93.6)	59025	(94.0)
	ある	240	(1.2)	334	(1.6)	389	(1.8)	963	(1.5)
	無回答	883	(4.3)	953	(4.6)	989	(4.6)	2825	(4.5)
	合計	20630	(100.0)	20544	(100.0)	21639	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 30.376, df = 2, p = .000)$							

表8 「シンナー遊び」についての気持ち（未経験者についてのみ）

		1年		2年		3年		全体	
男性	関心がない	9657	(92.2)	9481	(92.4)	10195	(93.8)	29333	(92.8)
	見てみたい	616	(5.9)	596	(5.8)	496	(4.6)	1708	(5.4)
	試してみたい	90	(.9)	95	(.9)	107	(1.0)	292	(.9)
	経験がある	4	(.0)	5	(.0)	6	(.1)	15	(.0)
	無回答	106	(1.0)	84	(.8)	60	(.6)	250	(.8)
	合計	10473	(100.0)	10261	(100.0)	10864	(100.0)	31598	(100.0)
		$(\chi^2 = 24.598, df = 6, p = .000)$							
女性	関心がない	8752	(89.6)	8797	(89.1)	9437	(91.1)	26986	(89.9)
	見てみたい	821	(8.4)	897	(9.1)	730	(7.0)	2448	(8.2)
	試してみたい	107	(1.1)	112	(1.1)	125	(1.2)	344	(1.1)
	経験がある	5	(.1)	3	(.0)	2	(.0)	10	(.0)
	無回答	78	(.8)	69	(.7)	68	(.7)	215	(.7)
	合計	9763	(100.0)	9878	(100.0)	10362	(100.0)	30003	(100.0)
		$(\chi^2 = 31.336, df = 6, p = .000)$							
全体	関心がない	18417	(91.0)	18284	(90.7)	19650	(92.5)	56351	(91.4)
	見てみたい	1439	(7.1)	1495	(7.4)	1227	(5.8)	4161	(6.8)
	試してみたい	197	(1.0)	207	(1.0)	234	(1.1)	638	(1.0)
	経験がある	9	(.0)	8	(.0)	8	(.0)	25	(.0)
	無回答	184	(.9)	154	(.8)	129	(.6)	467	(.8)
	合計	20246	(100.0)	20148	(100.0)	21248	(100.0)	61642	(100.0)
		$(\chi^2 = 52.890, df = 6, p = .000)$							

ことは特筆に値する。

しかし、女子では相変わらず、「知っている」と答えた者は経験者群の方で多く、男女を問わず、「知らない」と答えた者が未だに少ないとは言えない結果であり、両群での統計学的有意差もないことから、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれるところである。

(2) 「シンナー」吸引の繰り返しによる歯の腐食について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、歯がぼろぼろになりやすことを知っていますか？」との問い

に対する回答の分布を表15に示した。

これまでの調査では、男女ともに、経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高かったが¹⁰⁾¹²⁾¹⁰⁾、今回の調査では、男子では「知っている」を選択した者が非経験者群の方が多かったことは、急性中毒死と同様である。

しかし、女子及び全体ではこれまで同様「知っている」を選んだ者は経験者群の方が多く、そもそも、両群で有意差がないことから、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれるところである。

表9 「シンナー遊び」についてどう思いますか？（法の遵守）

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	法律で禁止されているからすべきではない	30123	(95.3)	262	(58.2)	135	(53.1)	30520	(94.5)
	法律で禁止されてはいるが少々ならかまわない	777	(2.5)	92	(20.4)	10	(3.9)	879	(2.7)
	法律で禁止されてはいるが守る必要はない	603	(1.9)	95	(21.1)	6	(2.4)	704	(2.2)
	無回答	95	(.3)	1	(.2)	103	(40.6)	199	(.6)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 1343.888, df = 2, p = .000)$							
女性	法律で禁止されているからすべきではない	28549	(95.2)	161	(51.3)	91	(62.8)	28801	(94.5)
	法律で禁止されてはいるが少々ならかまわない	1033	(3.4)	83	(26.4)	4	(2.8)	1120	(3.7)
	法律で禁止されてはいるが守る必要はない	335	(1.1)	67	(21.3)	4	(2.8)	406	(1.3)
	無回答	86	(.3)	3	(1.0)	46	(31.7)	135	(.4)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 1477.296, df = 2, p = .000)$							
全体	法律で禁止されているからすべきではない	58704	(95.2)	425	(55.1)	226	(56.5)	59355	(94.5)
	法律で禁止されてはいるが少々ならかまわない	1817	(2.9)	176	(22.8)	14	(3.5)	2007	(3.2)
	法律で禁止されてはいるが守る必要はない	940	(1.5)	165	(21.4)	11	(2.8)	1116	(1.8)
	無回答	181	(.3)	5	(.6)	149	(37.3)	335	(.5)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 2780.492, df = 2, p = .000)$							

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

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	当然だと思う	28481	(90.1)	238	(52.9)	133	(52.4)	28852	(89.3)
	仕方のないことだと思う	1787	(5.7)	73	(16.2)	10	(3.9)	1870	(5.8)
	麻薬・覚せい剤と違ってシンナーくらい禁止しなくてもいいのでは	201	(.6)	40	(8.9)	4	(1.6)	245	(.8)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1061	(3.4)	98	(21.8)	7	(2.8)	1166	(3.6)
	無回答	68	(.2)	1	(.2)	100	(39.4)	169	(.5)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 972.215, df = 3, p = .000)$							
女性	当然だと思う	26779	(89.3)	143	(45.5)	82	(56.6)	27004	(88.6)
	仕方のないことだと思う	2029	(6.8)	44	(14.0)	9	(6.2)	2082	(6.8)
	麻薬・覚せい剤と違ってシンナーくらい禁止しなくてもいいのでは	256	(.9)	37	(11.8)	1	(.7)	294	(1.0)
	法律で決める必要はなく個人の自由	873	(2.9)	38	(28.0)	10	(6.9)	971	(3.2)
	無回答	66	(.2)	2	(.6)	43	(29.7)	111	(.4)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 1097.767, df = 3, p = .000)$							
全体	当然だと思う	55292	(89.7)	383	(49.7)	215	(53.8)	55890	(89.0)
	仕方のないことだと思う	3821	(6.2)	117	(15.2)	19	(4.8)	3957	(6.3)
	麻薬・覚せい剤と違ってシンナーくらい禁止しなくてもいいのでは	458	(.7)	77	(10.0)	5	(1.3)	540	(.9)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1937	(3.1)	190	(24.6)	18	(4.5)	2145	(3.4)
	無回答	134	(.2)	4	(.5)	143	(35.8)	281	(.4)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 2032.015, df = 3, p = .000)$							

表11 「シンナー遊び」をしている人についてどう思いますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	自分には無関係の人	30152	(95.4)	239	(53.1)	140	(55.1)	30531	(94.5)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	1123	(3.6)	117	(26.0)	8	(3.1)	1248	(3.9)
	親しみを感じる	163	(.5)	82	(18.2)	3	(1.2)	248	(.8)
	無回答	160	(.5)	12	(2.7)	103	(40.6)	275	(.9)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 2534.361, df = 2, p = .000)$							
女性	自分には無関係の人	28108	(93.7)	141	(44.9)	86	(59.3)	28335	(93.0)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	1659	(5.5)	111	(35.4)	11	(7.6)	1781	(5.8)
	親しみを感じる	69	(.2)	55	(17.5)	1	(.7)	125	(.4)
	無回答	167	(.6)	7	(2.2)	47	(32.4)	221	(.7)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 2870.059, df = 2, p = .000)$							
全体	自分には無関係の人	58298	(94.6)	383	(49.7)	226	(56.5)	58907	(93.3)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	2785	(4.5)	228	(29.6)	19	(4.8)	3032	(4.8)
	親しみを感じる	232	(.4)	141	(18.3)	5	(1.3)	378	(.6)
	無回答	327	(.5)	19	(2.5)	150	(37.5)	496	(.8)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 5342.244, df = 2, p = .000)$							

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

		生涯シンナー経験			全体	
		経験なし	経験あり	無回答		
男性	親しくなりたくない	23669 (74.9)	165 (36.7)	95 (37.4)	23929 (74.1)	
	シンナー遊びだけで決めたたくない	7638 (24.2)	174 (38.7)	55 (21.7)	7867 (24.4)	
	すでに親しい	155 (.5)	101 (22.4)	1 (.4)	257 (.8)	
	無回答	136 (.4)	10 (2.2)	103 (40.6)	249 (.8)	
	合計	31598 (100.0)	450 (100.0)	254 (100.0)	32302 (100.0)	
$(\chi^2 = 2852.293, df = 2, p = .000)$						
女性	親しくなりたくない	20417 (68.0)	79 (25.2)	58 (40.0)	20554 (67.5)	
	シンナー遊びだけで決めたたくない	9306 (31.0)	156 (49.7)	41 (28.3)	9503 (31.2)	
	すでに親しい	173 (.6)	74 (23.6)	2 (1.4)	249 (.8)	
	無回答	107 (.4)	5 (1.6)	44 (30.3)	156 (.5)	
	合計	30003 (100.0)	314 (100.0)	145 (100.0)	30462 (100.0)	
$(\chi^2 = 2161.248, df = 2, p = .000)$						
全体	親しくなりたくない	44114 (71.6)	246 (31.9)	153 (38.3)	44513 (70.9)	
	シンナー遊びだけで決めたたくない	16957 (27.5)	331 (42.9)	97 (24.3)	17385 (27.7)	
	すでに親しい	328 (.5)	179 (23.2)	3 (.8)	510 (.8)	
	無回答	243 (.4)	15 (1.9)	147 (36.8)	405 (.6)	
	合計	61642 (100.0)	771 (100.0)	400 (100.0)	62813 (100.0)	
$(\chi^2 = 5135.455, df = 2, p = .000)$						

表13 どうして「シンナー遊び」をするのだと思いますか？（複数回答）

		生涯シンナー経験			全体		
		経験なし	経験あり	無回答			
男性	本人に問題	21526 (68.1)	247 (54.9)	149 (58.7)	21922 (67.9)	$(\chi^2 = 30.190, df = 1, p = .000)$	
	家庭に問題	16453 (52.1)	203 (45.1)	119 (46.9)	16775 (51.9)	$(\chi^2 = 6.475, df = 1, p = .011)$	
	学校に問題	9142 (28.9)	161 (35.8)	71 (28.0)	9374 (29.0)	$(\chi^2 = 12.131, df = 1, p = .000)$	
	社会に問題	10135 (32.1)	153 (34.0)	80 (31.5)	10368 (32.1)	$(\chi^2 = 1.363, df = 1, p = .243)$	
	無回答	370 (1.2)	14 (3.1)	20 (7.9)	404 (1.3)		
	合計	31598 (100.0)	450 (100.0)	254 (100.0)	32302 (100.0)		
女性	本人に問題	18127 (60.4)	143 (45.5)	73 (50.3)	18343 (60.2)	$(\chi^2 = 26.793, df = 1, p = .000)$	
	家庭に問題	21166 (70.5)	206 (65.6)	88 (60.7)	21460 (70.4)	$(\chi^2 = 2.625, df = 1, p = .105)$	
	学校に問題	12803 (42.7)	167 (53.2)	52 (35.9)	13022 (42.7)	$(\chi^2 = 6.684, df = 1, p = .010)$	
	社会に問題	10188 (34.0)	127 (40.4)	53 (36.6)	10368 (34.0)	$(\chi^2 = 26.793, df = 1, p = .000)$	
	無回答	320 (1.1)	7 (2.2)	15 (10.3)	342 (1.1)		
	合計	30003 (100.0)	314 (100.0)	145 (100.0)	30462 (100.0)		
全体	本人に問題	39676 (64.4)	392 (50.8)	222 (55.5)	40290 (64.1)	$(\chi^2 = 53.510, df = 1, p = .000)$	
	家庭に問題	37648 (61.1)	413 (53.6)	207 (51.8)	38268 (60.9)	$(\chi^2 = 14.072, df = 1, p = .000)$	
	学校に問題	21965 (35.6)	331 (42.9)	123 (30.8)	22419 (35.7)	$(\chi^2 = 21.047, df = 1, p = .000)$	
	社会に問題	20344 (33.0)	283 (36.7)	133 (33.3)	20760 (33.1)	$(\chi^2 = 6.684, df = 1, p = .010)$	
	無回答	690 (1.1)	21 (2.7)	36 (9.0)	747 (1.2)		
	合計	61642 (100.0)	771 (100.0)	400 (100.0)	62813 (100.0)		

(3) 「シンナー」吸引の繰り返しによる多発神経炎について

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

た。

「知っている」を選んだ生徒の割合は、男子では1996年調査¹⁰⁾、1998年調査¹¹⁾、2000年調査¹²⁾では、経験者群の方が高かったが、今回は非経験者群の方が割合が高かった。女子では、1996年調査、2000年調査では、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者の割合が高く、1998年調査では、経験

表14 シンナー遊びによる急性中毒死を知っていますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	19419	(61.5)	262	(58.2)	97	(38.2)	19778	(61.2)
	知らない	12168	(38.5)	186	(41.3)	61	(24.0)	12415	(38.4)
	無回答	11	(.0)	2	(.4)	96	(37.8)	109	(.3)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 1.673, df = 1, p = .196)$							
女性	知っている	19767	(65.9)	211	(67.2)	62	(42.8)	20040	(65.8)
	知らない	10216	(34.0)	99	(31.5)	42	(29.0)	10357	(34.0)
	無回答	20	(.1)	4	(1.3)	41	(28.3)	65	(.2)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = .624, df = 1, p = .430)$							
全体	知っている	39216	(63.6)	476	(61.7)	159	(39.8)	39851	(63.4)
	知らない	22395	(36.3)	288	(37.4)	104	(26.0)	22787	(36.3)
	無回答	31	(.1)	7	(.9)	137	(34.3)	175	(.3)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = .592, df = 1, p = .442)$							

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

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	19302	(61.1)	267	(59.3)	102	(40.2)	19671	(60.9)
	知らない	12281	(38.9)	180	(40.0)	56	(22.0)	12517	(38.7)
	無回答	15	(.0)	3	(.7)	96	(37.8)	114	(.4)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = .355, df = 1, p = .551)$							
女性	知っている	18674	(62.2)	210	(66.9)	61	(42.1)	18945	(62.2)
	知らない	11314	(37.7)	101	(32.2)	44	(30.3)	11459	(37.6)
	無回答	15	(.0)	3	(1.0)	40	(27.6)	58	(.2)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = .3.617, df = 1, p = .057)$							
全体	知っている	38010	(61.7)	481	(62.4)	164	(41.0)	38655	(61.5)
	知らない	23602	(38.3)	283	(36.7)	100	(25.0)	23985	(38.2)
	無回答	30	(.0)	7	(.9)	136	(34.0)	173	(.3)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = .512, df = 1, p = .474)$							

者群の方で高かったが、今回は経験者群の方でわずかに高かった。しかし、男女ともに統計学的有意差 ($p < 0.05$) はなく、拮抗した結果と見るべきであろう。

ここでも、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

(4) 「シンナー」吸引の繰り返しによる有機溶剤精神病について

『シンナー遊び』を繰り返すと、何も無いのに物が見えたり (幻視)、実際には何も聞こえないのに、声が聞こえたり (幻聴)、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難している

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

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	17776	(56.3)	242	(53.8)	137	(53.9)	18155	(56.2)
	知らない	13654	(43.2)	200	(44.4)	99	(39.0)	13953	(43.2)
	無回答	168	(.5)	8	(1.8)	18	(7.1)	194	(.6)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = .579, df = 1, p = .447)$									
女性	知っている	18628	(62.1)	197	(62.7)	91	(62.8)	18916	(62.1)
	知らない	11268	(37.6)	116	(36.9)	48	(33.1)	11432	(37.5)
	無回答	107	(.4)	1	(.3)	6	(4.1)	114	(.4)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = .052, df = 1, p = .819)$									
全体	知っている	36437	(59.1)	441	(57.2)	228	(57.0)	37106	(59.1)
	知らない	24930	(40.4)	320	(41.5)	148	(37.0)	25398	(40.4)
	無回答	275	(.4)	10	(1.3)	24	(6.0)	309	(.5)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = .633, df = 1, p = .426)$									

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

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	23839	(75.4)	308	(68.4)	174	(68.5)	24321	(75.3)
	知らない	7560	(23.9)	136	(30.2)	53	(24.8)	7759	(24.0)
	無回答	199	(.6)	6	(1.3)	17	(6.7)	222	(.7)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 10.259, df = 1, p = .001)$									
女性	知っている	24101	(80.3)	244	(77.7)	104	(71.7)	24449	(80.3)
	知らない	5759	(19.2)	66	(21.0)	34	(23.4)	5859	(19.2)
	無回答	143	(.5)	4	(1.3)	7	(4.8)	154	(.5)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = .791, df = 1, p = .374)$									
全体	知っている	47974	(77.8)	556	(72.1)	278	(69.5)	48808	(77.7)
	知らない	13326	(21.6)	204	(26.5)	98	(24.5)	13628	(21.7)
	無回答	342	(.6)	11	(1.4)	24	(6.0)	377	(.6)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 11.467, df = 1, p = .001)$									

思い込んだり（妄想）する状態（精神病状態）になることがあるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表17に示した。

1996年調査¹⁰⁾では、男女ともに経験者群の方が「知っている」を選んだ者が多く、1998年調査¹³⁾ではその割合は非経験者群の方が多かったが、男子では有意差がなく、2000年調査²⁰⁾では男子共に経験者群の方が割合が高いという結果であった。今回は、男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群で多く、男子では有意差も認められた。しかし、女子では有意差は認められず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

(5)「シンナー」吸引の繰り返しによる無動機症候群について

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

男女共に、有意差こそ認められなかったが、「知っている」を選んだ者は経験者群の方で多かった。

この無動機症候群は有機溶剤乱用による害の中でも、特に重篤なものと考えられるが、これまでに述べた害の中でも、この無動機症候群について

の知識普及率が最も低く、ややもすれば身体への害知識の普及に傾きがちな薬物乱用防止教育の今後の最大の課題であろうと考えられる。

(6)有機溶剤精神病後のフラッシュバックについて

『シンナー遊び』の結果、幻視、幻聴、妄想が出るようになってしまうと、それを治療して治っても、その後「シンナー遊び」をやめていても、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻視、幻聴、妄想が再出現すること（フラッシュバック）があるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表19に示した。

これまでの3回の調査¹⁰⁾¹³⁾²⁰⁾では、毎回、男女ともに経験者群の方が「知っている」と答えた者の割合が有意差を持って高かったが、今回は、「知っている」と答えた者の割合は、相変わらず経験者群の方で高いことはこれまでと同じであるが、初めて男子で有意差が認められなかった。このことは、前述の諸害に対する知識保有率と同様に、これまでよりは薬物乱用防止教育の成果が出てきている可能性を伺わせる。

しかし、今後、一層の薬物乱用防止教育の推進が必要なことに変わりはない。

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

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	14708	(46.5)	226	(50.2)	106	(41.7)	15040	(46.6)
	知らない	16508	(52.2)	215	(47.8)	126	(49.6)	16849	(52.2)
	無回答	382	(1.2)	9	(2.0)	22	(8.7)	413	(1.3)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 2.977, df = 1, p = .084)$									
女性	知っている	15763	(52.5)	180	(57.3)	68	(46.9)	16011	(52.6)
	知らない	13968	(46.6)	130	(41.4)	70	(48.3)	14168	(46.5)
	無回答	272	(.9)	4	(1.3)	7	(4.8)	283	(.9)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 3.136, df = 1, p = .077)$									
全体	知っている	30499	(49.5)	409	(53.0)	174	(43.5)	31082	(49.5)
	知らない	30489	(49.5)	348	(45.1)	197	(49.3)	31034	(49.4)
	無回答	654	(1.1)	14	(1.8)	29	(7.3)	697	(1.1)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 4.835, df = 1, p = .028)$									

4. 有機溶剤乱用と日常生活の規則性について

(1) 起床時間について

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

男女ともに、非経験者群では80%台の者が一定しているを選んだのに対して、経験者群では、62～55%であった。男女共に、経験者群の起床時間は非経験者群のそれに比べて、有意 ($p<0.01$) に乱れていた。

(2) 就床時間について

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

一定しているを選んだ者は、非経験者群では52～49%であったのに対して、経験者群では、約36～26%と低かった。

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

(3) 朝食について

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

非経験者群では男女ともに80%台の者が「ほとんど毎日 (食べている)」を選んだのに対して、経験者群では、「ほとんど毎日 (食べている)」を選んだ者は62～59%であった。

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

5. 有機溶剤乱用と学校生活について

(1) 学校生活について

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

男女共に、経験者群と非経験者群とでは、回答の分布に有意差 ($p<0.01$) が認められ、「全く楽しくない」を選んだ者は、非経験者群では、4～3%であったが、経験者群では男子で16%、女子では22%であった。

経験者群で「楽しくない」傾向の者が有意に多いと解釈できる。

(2) クラブ活動について

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

男女共に、経験者群と非経験者群との間には、

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

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	16839	(53.3)	249	(55.3)	119	(46.9)	17207	(53.3)
	知らない	14501	(45.9)	193	(42.9)	116	(45.7)	14810	(45.8)
	無回答	258	(.8)	8	(1.8)	19	(7.5)	285	(.9)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 1.190, df = 1, p = .275)$									
女性	知っている	17126	(57.1)	200	(63.7)	75	(51.7)	17401	(57.1)
	知らない	12703	(42.3)	110	(41.4)	63	(43.4)	12876	(42.3)
	無回答	174	(.6)	4	(1.3)	7	(4.8)	185	(.6)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 6.332, df = 1, p = .012)$									
全体	知っている	33995	(55.1)	452	(58.6)	194	(48.5)	34641	(55.1)
	知らない	27215	(44.2)	306	(39.7)	180	(45.0)	27701	(44.1)
	無回答	432	(.7)	13	(1.7)	26	(6.5)	471	(.7)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 5.079, df = 1, p = .024)$									

回答の分布に有意差 ($p < 0.01$) が認められ、非経験者群で「参加していない」を選んだ者は、男女ともに18%であったのに対して、経験者群では、男子で31%、女子で38%の者が「参加していない」を選んだ。

経験者群の方で、クラブ活動(部活)に参加し

ていない者の割合が有意に高いと解釈できる。

6. 有機溶剤乱用と家庭生活について

(1) 家族との夕食頻度

夕食には、「一家団らん」としての意味合いが

表20 あなたの起床時間はほぼ一定していますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	はい	25588	(81.0)	281	(62.4)	192	(75.6)	26061	(80.7)
	いいえ	5922	(18.7)	166	(36.9)	62	(24.4)	6150	(19.0)
	無回答	88	(.3)	3	(.7)	0	(.0)	91	(.3)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 96.157, df = 1, p = .000)$									
女性	はい	24933	(83.1)	172	(54.8)	98	(67.6)	25203	(82.7)
	いいえ	5006	(16.7)	138	(43.9)	45	(31.0)	5189	(17.0)
	無回答	64	(.2)	4	(1.3)	2	(1.4)	70	(.2)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 167.956, df = 1, p = .000)$									
全体	はい	50544	(82.0)	454	(58.9)	291	(72.8)	51289	(81.7)
	いいえ	10937	(17.7)	307	(39.8)	107	(26.8)	11351	(18.1)
	無回答	161	(.3)	10	(1.3)	2	(.5)	173	(.3)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 258.298, df = 1, p = .000)$									

表21 あなたの就寝時間はほぼ一定していますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	はい	16315	(51.6)	162	(36.0)	136	(53.5)	16613	(51.4)
	いいえ	15140	(47.9)	282	(62.7)	115	(45.3)	15537	(48.1)
	無回答	143	(.5)	6	(1.3)	3	(1.2)	152	(.5)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 41.478, df = 1, p = .000)$									
女性	はい	14659	(48.9)	80	(25.5)	56	(38.6)	14795	(48.6)
	いいえ	15231	(50.8)	231	(73.6)	86	(59.3)	15548	(51.0)
	無回答	113	(.4)	3	(1.0)	3	(2.1)	119	(.4)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 66.991, df = 1, p = .000)$									
全体	はい	30983	(50.3)	243	(31.5)	193	(48.3)	31419	(50.0)
	いいえ	30396	(49.3)	516	(66.9)	201	(50.3)	31113	(49.5)
	無回答	263	(.4)	12	(1.6)	6	(1.5)	281	(.4)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 102.223, df = 1, p = .000)$									

表22 毎朝、朝食を食べていますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日食べている	26412	(83.6)	280	(62.2)	192	(75.6)	26884	(83.2)
	時々食べる	3283	(10.4)	84	(18.7)	41	(16.1)	3408	(10.6)
	ほとんど食べない	1845	(5.8)	81	(18.0)	18	(7.1)	1944	(6.0)
	無回答	58	(.2)	5	(1.1)	3	(1.2)	66	(.2)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 163.873, df = 2, p = .000)$							
女性	ほとんど毎日食べている	25228	(84.1)	184	(58.6)	107	(73.8)	25519	(83.8)
	時々食べる	3122	(10.4)	55	(17.5)	23	(15.9)	3200	(10.5)
	ほとんど食べない	1590	(5.3)	74	(23.6)	15	(10.3)	1679	(5.5)
	無回答	63	(.2)	1	(.3)	0	(.0)	64	(.2)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 228.242, df = 2, p = .000)$							
全体	ほとんど毎日食べている	51662	(83.8)	467	(60.6)	300	(75.0)	52429	(83.5)
	時々食べる	6407	(10.4)	139	(18.0)	64	(16.0)	6610	(10.5)
	ほとんど食べない	3444	(5.6)	158	(20.5)	33	(8.3)	3635	(5.8)
	無回答	129	(.2)	7	(.9)	3	(.8)	139	(.2)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 387.317, df = 2, p = .000)$							

表23 あなたにとって、学校生活は次のどれですか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	とても楽しい	10515	(33.3)	112	(24.9)	95	(37.4)	10722	(33.2)
	どちらかといえば楽しい	15616	(49.4)	188	(41.8)	104	(40.9)	15908	(49.2)
	あまり楽しくない	4096	(13.0)	74	(16.4)	40	(15.7)	4210	(13.0)
	まったく楽しくない	1301	(4.1)	74	(16.4)	14	(5.5)	1389	(4.3)
	無回答	70	(.2)	2	(.4)	1	(.4)	73	(.2)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 176.327, df = 3, p = .000)$							
女性	とても楽しい	11172	(37.2)	85	(27.1)	56	(38.6)	11313	(37.1)
	どちらかといえば楽しい	13873	(46.2)	104	(33.1)	60	(41.4)	14037	(46.1)
	あまり楽しくない	3978	(13.3)	55	(17.5)	25	(17.2)	4058	(13.3)
	まったく楽しくない	918	(3.1)	68	(21.7)	3	(2.1)	989	(3.2)
	無回答	62	(.2)	2	(.6)	1	(.7)	65	(.2)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 356.406, df = 3, p = .000)$							
全体	とても楽しい	21698	(35.2)	198	(25.7)	151	(37.8)	22047	(35.1)
	どちらかといえば楽しい	29501	(47.9)	292	(37.9)	164	(41.0)	29957	(47.7)
	あまり楽しくない	8078	(13.1)	131	(17.0)	65	(16.3)	8274	(13.2)
	まったく楽しくない	2227	(3.6)	144	(18.7)	18	(4.5)	2389	(3.8)
	無回答	138	(.2)	6	(.8)	2	(.5)	146	(.2)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 501.892, df = 3, p = .000)$							

強いと考え、一週間における家族での夕食頻度を調査した。

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

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

同時に、両群間では、「ほとんど食べる」を選んだ者の割合の差よりは、むしろ「ほとんど食べない」、ないしは「母親・父親がいない（死別、離婚、別居、単身赴任など）」を選んだ者の割合の差が大きいことが目立った。

すなわち、「家族全員での夕食頻度」では「ほとんど食べない」を選んだ者は、非経験者群では男女共に約19%であったのに対して、経験者群では、男子で31%、女子で37%であった。

「母親との夕食頻度」では、「ほとんど食べない」ないしは「母親がいない」を選んだ者は、非

経験者群では8~7%であったのに対して、経験者群では、男子で19%、女子で21%であった。

また、「父親との夕食頻度」では、「ほとんど食べない」ないしは「父親がいない」と答えた者は、非経験者群では男子で22%、女子で24%であったのに対して、経験者群では、男子で37%、女子で40%であった。

また、「父親との夕食頻度」は、「家族全員での夕食頻度」より低く、これは論理の矛盾であるが、この矛盾は、この種の調査で毎回認められていることである⁵⁾¹⁰⁾¹³⁾¹⁷⁾²⁰⁾。我が国の社会環境の中で、父親が夕食時に帰宅できない事情がかなり定着しており、家族全員での夕食と言ったときには、中学生の解釈では、父親は既に含まれていない傾向が強いことを示していると解釈できる。

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

(2) 一日での大人不在の時間について

「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人

表24 クラブ活動（部活）には参加していますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	積極的に参加している	21820	(69.1)	232	(51.6)	174	(68.5)	22226	(68.8)
	消極的に参加している	3864	(12.2)	75	(16.7)	36	(14.2)	3975	(12.3)
	参加していない	5576	(17.6)	138	(30.7)	40	(15.7)	5754	(17.8)
	無回答	338	(1.1)	5	(1.1)	4	(1.6)	347	(1.1)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 69.068, df = 2, p = .000)$									
女性	積極的に参加している	20075	(66.9)	131	(41.7)	90	(62.1)	20296	(66.6)
	消極的に参加している	4016	(13.4)	60	(19.1)	17	(11.7)	4093	(13.4)
	参加していない	5524	(18.4)	120	(38.2)	34	(23.4)	5678	(18.6)
	無回答	388	(1.3)	3	(1.0)	4	(2.8)	395	(1.3)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 102.282, df = 2, p = .000)$									
全体	積極的に参加している	41910	(68.0)	366	(47.5)	265	(66.3)	42541	(67.7)
	消極的に参加している	7888	(12.8)	135	(17.5)	53	(13.3)	8076	(12.9)
	参加していない	11109	(18.0)	260	(33.7)	74	(18.5)	11443	(18.2)
	無回答	735	(1.2)	10	(1.3)	8	(2.0)	753	(1.2)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 163.706, df = 2, p = .000)$									

が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？」との問いに対する回答の分布を表28に示した。

経験者群、非経験者群間で男女ともに有意差 ($p < 0.01$) が認められた。非経験者群で「3時間以上」を選んだ者は、男女ともに27~28%であったのに対して、経験者群では男女ともに約15%であった。

経験者群で、大人不在で過ごす時間が有意に長い傾向があることが示唆された。

(3) 親との相談について

「悩みごとがある時、親と相談する方だと思い

ますか？」との問いに対する回答の分布を表29に示した。

男女ともに、回答の分布には有意差 ($p < 0.01$) が認められ、非経験者群で「ほとんど相談しない方である」を選んだ者は、男子で43%、女子で34%であったのに対して、経験者群では男女共に46~42%であった。

経験者群の方で、親との相談が少ない傾向にあることが示唆された。

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

表25 夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日	9857	(31.2)	116	(25.8)	88	(34.6)	10061	(31.1)
	5-6回	3594	(11.4)	56	(12.4)	26	(10.2)	3676	(11.4)
	4回前後	3355	(10.6)	38	(8.4)	32	(12.6)	3425	(10.6)
	3回前後	2923	(9.3)	35	(7.8)	20	(7.9)	2978	(9.2)
	2回前後	5746	(18.2)	63	(14.0)	37	(14.6)	5846	(18.1)
	ほとんど食べない	5916	(18.7)	138	(30.7)	49	(19.3)	6103	(18.9)
	無回答	207	(.7)	4	(.9)	2	(.8)	213	(.7)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 45.547, df = 5, p = .000)$							
女性	ほとんど毎日	9697	(32.3)	65	(20.7)	58	(40.0)	9820	(32.2)
	5-6回	3361	(11.2)	30	(9.6)	13	(9.0)	3404	(11.2)
	4回前後	2961	(9.9)	35	(11.1)	11	(7.6)	3007	(9.9)
	3回前後	2681	(8.9)	24	(7.6)	12	(8.3)	2717	(8.9)
	2回前後	5545	(18.5)	41	(13.1)	22	(15.2)	5608	(18.4)
	ほとんど食べない	5568	(18.6)	117	(37.3)	28	(19.3)	5713	(18.8)
	無回答	190	(.6)	2	(.6)	1	(.7)	193	(.6)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 77.812, df = 5, p = .000)$							
全体	ほとんど毎日	19567	(31.7)	183	(23.7)	146	(36.5)	19896	(31.7)
	5-6回	6957	(11.3)	87	(11.3)	39	(9.8)	7083	(11.3)
	4回前後	6318	(10.2)	73	(9.5)	43	(10.8)	6434	(10.2)
	3回前後	5607	(9.1)	59	(7.7)	32	(8.0)	5698	(9.1)
	2回前後	11300	(18.3)	105	(13.6)	59	(14.8)	11464	(18.3)
	ほとんど食べない	11494	(18.6)	257	(33.3)	78	(19.5)	11829	(18.8)
	無回答	399	(.6)	7	(.9)	3	(.8)	409	(.7)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 114.417, df = 5, p = .000)$							

7. 有機溶剤乱用と友人関係について

果³⁾¹⁰⁾¹³⁾¹⁴⁾²⁰⁾と同じであった。

(1) 遊び友達について

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

男女ともに、経験者群と非経験者群との間には有意差 ($p<0.01$) が認められた。男女ともに、経験者群の方で、「親しく遊べる友人がいない」を選んだ生徒が多いのは、これまでの同種の調査結

(2) 相談事のできる友人について

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

男女ともに、経験者群・非経験者群間で有意差 ($p<0.01$) が認められ、「(相談できる友人は) いない」を選んだ者は、非経験者群の男子で19%、女子で10%であったのに対して、経験者群では男

表26 母親と週何回くらい夕食を食べますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日	19375	(61.3)	218	(48.4)	143	(56.3)	19736	(61.1)
	5-6回	3737	(11.8)	51	(11.3)	33	(13.0)	3821	(11.8)
	4回前後	2579	(8.2)	41	(9.1)	23	(9.1)	2643	(8.2)
	3回前後	1436	(4.5)	20	(4.4)	12	(4.7)	1468	(4.5)
	2回前後	1461	(4.6)	25	(5.6)	14	(5.5)	1500	(4.6)
	ほとんど食べない	1889	(6.0)	51	(11.3)	17	(6.7)	1957	(6.1)
	母親がいない	667	(2.1)	36	(8.0)	7	(2.8)	710	(2.2)
	無回答	454	(1.4)	8	(1.8)	5	(2.0)	467	(1.4)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 104.961, df = 6, p = .000)$							
女性	ほとんど毎日	20141	(67.1)	136	(43.3)	84	(57.9)	20361	(66.8)
	5-6回	2963	(9.9)	33	(10.5)	14	(9.7)	3010	(9.9)
	4回前後	2021	(6.7)	39	(12.4)	13	(9.0)	2073	(6.8)
	3回前後	1149	(3.8)	15	(4.8)	5	(3.4)	1169	(3.8)
	2回前後	1208	(4.0)	20	(6.4)	8	(5.5)	1236	(4.1)
	ほとんど食べない	1460	(4.9)	30	(9.6)	8	(5.5)	1498	(4.9)
	母親がいない	656	(2.2)	37	(11.8)	10	(6.9)	703	(2.3)
	無回答	405	(1.3)	4	(1.3)	3	(2.1)	412	(1.4)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 185.163, df = 6, p = .000)$							
全体	ほとんど毎日	39540	(64.1)	358	(46.4)	227	(56.8)	40125	(63.9)
	5-6回	6702	(10.9)	84	(10.9)	47	(11.8)	6833	(10.9)
	4回前後	4601	(7.5)	80	(10.4)	36	(9.0)	4717	(7.5)
	3回前後	2587	(4.2)	35	(4.5)	17	(4.3)	2639	(4.2)
	2回前後	2672	(4.3)	46	(6.0)	23	(5.8)	2741	(4.4)
	ほとんど食べない	3352	(5.4)	81	(10.5)	25	(6.3)	3458	(5.5)
	母親がいない	1326	(2.2)	74	(9.6)	17	(4.3)	1417	(2.3)
	無回答	852	(1.4)	13	(1.7)	8	(2.0)	883	(1.4)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 275.432, df = 6, p = .000)$							

子で26%、女子で22%と、違いが認められた。

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

2. 喫煙について

1. 喫煙の広がりについて

(1) 喫煙の生涯経験率について

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

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

男子では20.0%（1年生14.5%、2年生19.2%、3年生26.0%）であり、女子では13.6%（1年生10.2%、2年生13.8%、3年生16.6%）であった。全体では16.9%（1年生で12.4%、2年生で16.6%、3年生で21.4%）

表27 父親と週何回くらい夕食を食べますか？

		生涯シナジー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日	8978	(28.4)	109	(24.2)	74	(29.1)	9161	(28.4)
	5-6回	3879	(12.3)	51	(11.3)	25	(9.8)	3955	(12.2)
	4回前後	3564	(11.3)	36	(8.0)	36	(14.2)	3636	(11.3)
	3回前後	2819	(8.9)	30	(6.7)	15	(5.9)	2864	(8.9)
	2回前後	4821	(15.3)	50	(11.1)	35	(13.8)	4906	(15.2)
	ほとんど食べない	3775	(11.9)	91	(20.2)	32	(12.6)	3898	(12.1)
	父親がいない	3269	(10.3)	74	(16.4)	33	(13.0)	3376	(10.5)
	無回答	493	(1.6)	9	(2.0)	4	(1.6)	506	(1.6)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 56.116, df = 6, p = .000)$									
女性	ほとんど毎日	8333	(27.8)	67	(21.3)	51	(35.2)	8451	(27.7)
	5-6回	3528	(11.8)	21	(6.7)	8	(5.5)	3557	(11.7)
	4回前後	3141	(10.5)	29	(9.2)	17	(11.7)	3187	(10.5)
	3回前後	2663	(8.9)	20	(6.4)	14	(9.7)	2697	(8.9)
	2回前後	4590	(15.3)	43	(13.7)	16	(11.0)	4649	(15.3)
	ほとんど食べない	3646	(12.2)	56	(17.8)	17	(11.7)	3719	(12.2)
	父親がいない	3654	(12.2)	71	(22.6)	14	(9.7)	3739	(12.3)
	無回答	448	(1.5)	7	(2.2)	8	(5.5)	463	(1.5)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 50.751, df = 6, p = .000)$									
全体	ほとんど毎日	17319	(28.1)	179	(23.2)	125	(31.3)	17623	(28.1)
	5-6回	7411	(12.0)	73	(9.5)	33	(8.3)	7517	(12.0)
	4回前後	6705	(10.9)	65	(8.4)	53	(13.3)	6823	(10.9)
	3回前後	5487	(8.9)	50	(6.5)	30	(7.5)	5567	(8.9)
	2回前後	9421	(15.3)	94	(12.2)	51	(12.8)	9566	(15.2)
	ほとんど食べない	7427	(12.0)	147	(19.1)	49	(12.3)	7623	(12.1)
	父親がいない	6928	(11.2)	146	(18.9)	47	(11.8)	7121	(11.3)
	無回答	944	(1.5)	17	(2.2)	12	(3.0)	973	(1.5)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 95.910, df = 6, p = .000)$									

であった。

2. 喫煙に対する捉え方

(2) 喫煙の1年経験率について

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

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

男子では8.9%（1年生5.3%、2年生8.5%、3年生12.7%）であり、女子では5.5%（1年生3.1%、2年生5.7%、3年生7.7%）であった。全体では7.3%（1年生で4.3%、2年生で7.1%、3年生で10.3%）であった。

(1) 喫煙と法の遵守について

「未成年者の喫煙は法律で禁じられていますが、あなたは未成年者の喫煙をどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表34に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（ $p<0.01$ ）が認められ、未経験者群では、男女共に87～86%の者が「法律で禁じられているから、吸うべきでない」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は男女共に53～48%しかおらず、逆に「法律で禁じられてはいるが、全然かまわない」を選んだ者が男子で14%、女子で13%いた（未経験群では、それぞれ4%、3%）。

表28 大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	なし、あるいはほとんどなし	10353	(32.8)	131	(29.1)	105	(41.3)	10589	(32.8)
	1時間未満	6221	(19.7)	73	(16.2)	37	(14.6)	6331	(19.6)
	1時間以上2時間未満	6156	(19.5)	66	(14.7)	34	(13.4)	6256	(19.4)
	2時間以上3時間未満	4010	(12.7)	54	(12.0)	29	(11.4)	4093	(12.7)
	3時間以上	4661	(14.8)	122	(27.1)	40	(15.7)	4823	(14.9)
	無回答	197	(.6)	4	(.9)	9	(3.5)	210	(.7)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 55.549, df = 4, p = .000)$									
女性	なし、あるいはほとんどなし	11693	(39.0)	92	(29.3)	46	(31.7)	11831	(38.8)
	1時間未満	4983	(16.6)	47	(15.0)	26	(17.9)	5056	(16.6)
	1時間以上2時間未満	5215	(17.4)	35	(11.1)	24	(16.6)	5274	(17.3)
	2時間以上3時間未満	3652	(12.2)	41	(13.1)	19	(13.1)	3712	(12.2)
	3時間以上	4252	(14.2)	94	(29.9)	20	(13.8)	4366	(14.3)
	無回答	208	(.7)	5	(1.6)	10	(6.9)	223	(.7)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 69.624, df = 4, p = .000)$									
全体	なし、あるいはほとんどなし	22056	(35.8)	223	(28.9)	152	(38.0)	22431	(35.7)
	1時間未満	11210	(18.2)	120	(15.6)	63	(15.8)	11393	(18.1)
	1時間以上2時間未満	11376	(18.5)	104	(13.5)	58	(14.5)	11538	(18.4)
	2時間以上3時間未満	7665	(12.4)	95	(12.3)	48	(12.0)	7808	(12.4)
	3時間以上	8927	(14.5)	218	(28.3)	60	(15.0)	9205	(14.7)
	無回答	408	(.7)	11	(1.4)	19	(4.8)	438	(.7)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 122.878, df = 4, p = .000)$									

表29 悩み事があるとき、親と相談する方だと思いますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	よく相談する	2790	(8.8)	39	(8.7)	10	(3.9)	2839	(8.8)
	どちらかといえば相談する	6408	(20.3)	44	(9.8)	30	(11.8)	6482	(20.1)
	どちらかといえば相談しない	8546	(27.0)	126	(28.0)	46	(18.1)	8718	(27.0)
	ほとんど相談しない	13647	(43.2)	207	(46.0)	96	(37.8)	13950	(43.2)
	親がいない	115	(.4)	26	(5.8)	2	(.8)	143	(.4)
	無回答	92	(.3)	8	(1.8)	70	(27.6)	170	(.5)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
								$(\chi^2 = 325.471, df = 4, p = .000)$	
女性	よく相談する	4594	(15.3)	33	(10.5)	13	(9.0)	4640	(15.2)
	どちらかといえば相談する	7953	(26.5)	59	(18.8)	27	(18.6)	8039	(26.4)
	どちらかといえば相談しない	7087	(23.6)	65	(20.7)	28	(19.3)	7180	(23.6)
	ほとんど相談しない	10224	(34.1)	131	(41.7)	47	(32.4)	10402	(34.1)
	親がいない	94	(.3)	25	(8.0)	0	(.0)	119	(.4)
	無回答	51	(.2)	1	(.3)	30	(20.7)	82	(.3)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
								$(\chi^2 = 481.963, df = 4, p = .000)$	
全体	よく相談する	7386	(12.0)	73	(9.5)	23	(5.8)	7482	(11.9)
	どちらかといえば相談する	14369	(23.3)	103	(13.4)	57	(14.3)	14529	(23.1)
	どちらかといえば相談しない	15646	(25.4)	194	(25.2)	75	(18.8)	15915	(25.3)
	ほとんど相談しない	23889	(38.8)	340	(44.1)	143	(35.8)	24372	(38.8)
	親がいない	209	(.3)	52	(6.7)	2	(.5)	263	(.4)
	無回答	143	(.2)	9	(1.2)	100	(25.0)	252	(.4)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
								$(\chi^2 = 796.496, df = 4, p = .000)$	

表30 親しく遊べる友人がいますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	いる	30319	(96.0)	389	(86.4)	240	(94.5)	30948	(95.8)
	いない	1221	(3.9)	58	(12.9)	12	(4.7)	1291	(4.0)
	無回答	58	(.2)	3	(.7)	2	(.8)	63	(.2)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
								$(\chi^2 = 95.169, df = 1, p = .000)$	
女性	いる	28913	(96.4)	256	(81.5)	136	(93.8)	29305	(96.2)
	いない	1024	(3.4)	54	(17.2)	8	(5.5)	1086	(3.6)
	無回答	66	(.2)	4	(1.3)	1	(.7)	71	(.2)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
								$(\chi^2 = 174.943, df = 1, p = .000)$	
全体	いる	59269	(96.2)	650	(84.3)	376	(94.0)	60295	(96.0)
	いない	2247	(3.6)	114	(14.8)	20	(5.0)	2381	(3.8)
	無回答	126	(.2)	7	(.9)	4	(1.0)	137	(.2)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
								$(\chi^2 = 262.737, df = 1, p = .000)$	

(2) 喫煙と法規制の必要性について

「未成年者の喫煙禁止をどう思いますか？」に対する回答の分布を表35に示した。

回答の分布には、男女共に有意差が認められ ($p < 0.01$)、未経験者群では男女共に69～67%の者が「当然だと思う」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は、男子で35%、女子で30%であり、18～22%の者が「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う」

を選んでいて、

これを「シンナー遊び」に関する法規制の必要性 (表10) と比べた場合、「当然だと思う」を選んだ者は、「シンナー遊び」非経験者群では、男女共に約90%であったわけで、喫煙に関しては約20%強の低下と言うことになる。

3. 喫煙による医学的害について

「健康面から、喫煙をどう思いますか？」との

表31 相談事のできる友人がいますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	いる	25423	(80.5)	333	(74.0)	189	(74.4)	25945	(80.3)
	いない	6017	(19.0)	115	(25.6)	58	(22.8)	6190	(19.2)
	無回答	158	(.5)	2	(.4)	7	(2.8)	167	(.5)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 12.132, df = 1, p = .000)$							
女性	いる	26752	(89.2)	241	(76.8)	128	(88.3)	27121	(89.0)
	いない	3123	(10.4)	69	(22.0)	15	(10.3)	3207	(10.5)
	無回答	128	(.4)	4	(1.3)	2	(1.4)	134	(.4)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 45.211, df = 1, p = .000)$							
全体	いる	52204	(84.7)	579	(75.1)	317	(79.3)	53100	(84.5)
	いない	9150	(14.8)	185	(24.0)	73	(18.3)	9408	(15.0)
	無回答	288	(.5)	7	(.9)	10	(2.5)	305	(.5)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 51.124, df = 1, p = .000)$							

表32 喫煙の生涯経験率

		1年		2年		3年		全体	
男性	喫煙経験なし	9039	(84.4)	8354	(79.6)	8131	(73.2)	25524	(79.0)
	喫煙経験あり	1548	(14.5)	2019	(19.2)	2883	(26.0)	6450	(20.0)
	無回答	120	(1.1)	119	(1.1)	89	(.8)	328	(1.0)
	合計	10707	(100.0)	10492	(100.0)	11103	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 452.295, df = 2, p = .000)$							
女性	喫煙経験なし	8831	(89.1)	8574	(85.4)	8706	(82.8)	26111	(85.7)
	喫煙経験あり	1010	(10.2)	1383	(13.8)	1743	(16.6)	4136	(13.6)
	無回答	69	(.7)	82	(.8)	64	(.6)	215	(.7)
	合計	9910	(100.0)	10039	(100.0)	10513	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 177.420, df = 2, p = .000)$							
全体	喫煙経験なし	17877	(86.7)	16935	(82.4)	16851	(77.9)	51663	(82.2)
	喫煙経験あり	2564	(12.4)	3408	(16.6)	4635	(21.4)	10607	(16.9)
	無回答	189	(.9)	201	(1.0)	153	(.7)	543	(.9)
	合計	20630	(100.0)	20544	(100.0)	21639	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 605.926, df = 2, p = .000)$							

問いに対する回答の分布を表36に示した。

回答の分布には、男女共に有意差 ($p < 0.01$) が認められ、未経験者群では男性の81%、女性の84%が「害ばかりで良い面はない」を選んだのに対し

て、経験者群では、それを選んだ者は、男女共に63~62%であり、「害もあるが良い面もある」を選んだ者が29~32%いた。

しかし、「害よりも良い面の方が多い」を選択

表33 喫煙の1年経験率

		1年		2年		3年		全体	
男性	経験なし	10001	(93.4)	9479	(90.3)	9575	(86.2)	29055	(89.9)
	経験あり	568	(5.3)	889	(8.5)	1415	(12.7)	2872	(8.9)
	無回答	138	(1.3)	124	(1.2)	113	(1.0)	375	(1.2)
	合計	10707	(100.0)	10492	(100.0)	11103	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 373.637, df = 2, p = .000)$							
女性	経験なし	9504	(95.9)	9387	(93.5)	9627	(91.6)	28518	(93.6)
	経験あり	309	(3.1)	568	(5.7)	806	(7.7)	1683	(5.5)
	無回答	97	(1.0)	84	(.8)	80	(.8)	261	(.9)
	合計	9910	(100.0)	10039	(100.0)	10513	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 201.778, df = 2, p = .000)$							
全体	経験なし	19513	(94.6)	18876	(91.9)	19217	(88.8)	57606	(91.7)
	経験あり	881	(4.3)	1459	(7.1)	2229	(10.3)	4569	(7.3)
	無回答	236	(1.1)	209	(1.0)	193	(.9)	638	(1.0)
	合計	20630	(100.0)	20544	(100.0)	21639	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 567.709, df = 2, p = .000)$							

表34 未成年の喫煙をどう思いますか？ (法の遵守)

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	法律で禁じられているから吸うべきではない	22176	(86.9)	3407	(52.8)	208	(63.4)	25791	(79.8)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	2339	(9.2)	2146	(33.3)	34	(10.4)	4519	(14.0)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	915	(3.6)	872	(13.5)	15	(4.6)	1802	(5.6)
	無回答	94	(.4)	25	(.4)	71	(21.6)	190	(.6)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 3789.532, df = 2, p = .000)$							
女性	法律で禁じられているから吸うべきではない	22463	(86.0)	1983	(47.9)	127	(59.1)	24573	(80.7)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	2931	(11.2)	1577	(38.1)	43	(20.0)	4551	(14.9)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	650	(2.5)	552	(13.3)	10	(4.7)	1212	(4.0)
	無回答	67	(.3)	24	(.6)	35	(16.3)	126	(.4)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 3441.804, df = 2, p = .000)$							
全体	法律で禁じられているから吸うべきではない	44661	(86.4)	5394	(50.9)	335	(61.7)	50390	(80.2)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	5274	(10.2)	3731	(35.2)	77	(14.2)	9082	(14.5)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	1567	(3.0)	1433	(13.5)	25	(4.6)	3025	(4.8)
	無回答	161	(.3)	49	(.5)	106	(19.5)	316	(.5)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 7192.248, df = 2, p = .000)$							

表35 未成年の喫煙禁止をどう思いますか？（法規制の必要性）

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	当然だと思う	17653	(69.2)	2228	(34.5)	151	(46.0)	20032	(62.0)
	仕方のないことだと思う	5598	(21.9)	2442	(37.9)	74	(22.6)	8114	(25.1)
	未成年者が吸えないのはおかしい	448	(1.8)	572	(8.9)	8	(2.4)	1028	(3.2)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1720	(6.7)	1186	(18.4)	23	(7.0)	2929	(9.1)
	無回答	105	(.4)	22	(.3)	72	(22.0)	199	(.6)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 3096.010, df = 3, p = .000)$							
女性	当然だと思う	17490	(67.0)	1229	(29.7)	105	(48.8)	18824	(61.8)
	仕方のないことだと思う	6321	(24.2)	1596	(38.6)	51	(23.7)	7968	(26.2)
	未成年者が吸えないのはおかしい	601	(2.3)	393	(9.5)	9	(4.2)	1003	(3.3)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1621	(6.2)	906	(21.9)	14	(6.5)	2541	(8.3)
	無回答	78	(.3)	12	(.3)	36	(16.7)	126	(.4)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 2699.503, df = 3, p = .000)$							
全体	当然だと思う	35162	(68.1)	3459	(32.6)	256	(47.1)	38877	(61.9)
	仕方のないことだと思う	11926	(23.1)	4044	(38.1)	125	(23.0)	16095	(25.6)
	未成年者が吸えないのはおかしい	1049	(2.0)	968	(9.1)	17	(3.1)	2034	(3.2)
	法律で決める必要はなく個人の自由	3343	(6.5)	2100	(19.8)	37	(6.8)	5480	(8.7)
	無回答	183	(.4)	36	(.3)	108	(19.9)	327	(.5)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 5714.995, df = 3, p = .000)$							

表36 健康面から喫煙をどう思いますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	害ばかりで良い面はない	20618	(80.8)	4042	(62.7)	192	(58.5)	24852	(76.9)
	害もあるが良い面もある	3673	(14.4)	1874	(29.1)	48	(14.6)	5595	(17.3)
	害よりも良い面の方が多い	313	(1.2)	221	(3.4)	4	(1.2)	538	(1.7)
	無回答	920	(3.6)	313	(4.9)	84	(25.6)	1317	(4.1)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 1013.460, df = 2, p = .000)$							
女性	害ばかりで良い面はない	22034	(84.4)	2572	(62.2)	129	(60.0)	24735	(81.2)
	害もあるが良い面もある	3410	(13.1)	1328	(32.1)	38	(17.7)	4776	(15.7)
	害よりも良い面の方が多い	185	(0.7)	115	(2.8)	4	(1.9)	304	(1.0)
	無回答	482	(1.8)	121	(2.9)	44	(20.5)	647	(2.1)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 1207.168, df = 2, p = .000)$							
全体	害ばかりで良い面はない	42670	(82.6)	6622	(62.4)	321	(59.1)	49613	(79.0)
	害もあるが良い面もある	7091	(13.7)	3209	(30.3)	86	(15.8)	10386	(16.5)
	害よりも良い面の方が多い	499	(1.0)	339	(3.2)	8	(1.5)	846	(1.3)
	無回答	1403	(2.7)	437	(4.1)	128	(23.6)	1968	(3.1)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 2250.307, df = 2, p = .000)$							

した者は、生涯喫煙経験に関わらず、極めて少数であり、喫煙の健康に及ぼす害についての知識は浸透していると推定される結果であった。

1) 起床時間について

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

2. 生涯喫煙経験と日常生活の規則性について

非経験者群では83~85%の者が「一定している」を選んだのに対して、経験者群では、それを選ん

表37 起床時間は一定していますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	はい	21240	(83.2)	4563	(70.7)	258	(78.7)	26061	(80.7)
	いいえ	4220	(16.5)	1862	(28.9)	68	(20.7)	6150	(19.0)
	無回答	64	(.3)	25	(.4)	2	(.6)	91	(.3)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 511.484, df = 1, p = .000)$							
女性	はい	22126	(84.7)	2921	(70.6)	156	(72.6)	25203	(82.7)
	いいえ	3926	(15.0)	1204	(29.1)	59	(27.4)	5189	(17.0)
	無回答	59	(.2)	11	(.3)	0	(.0)	70	(.2)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 503.055, df = 1, p = .000)$							
全体	はい	43383	(84.0)	7492	(70.6)	414	(76.2)	51289	(81.7)
	いいえ	8153	(15.8)	3071	(29.0)	127	(23.4)	11351	(18.1)
	無回答	127	(.2)	44	(.4)	2	(.4)	173	(.3)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 1039.849, df = 1, p = .000)$							

表38 就寝時間は一定していますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	はい	13878	(54.4)	2560	(39.7)	175	(53.4)	16613	(51.4)
	いいえ	11526	(45.2)	3859	(59.8)	152	(46.3)	15537	(48.1)
	無回答	120	(.5)	31	(.5)	1	(.3)	152	(.5)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 446.279, df = 1, p = .000)$							
女性	はい	13364	(51.2)	1347	(32.6)	84	(39.1)	14795	(48.6)
	いいえ	12653	(48.5)	2767	(66.9)	128	(59.5)	15548	(51.0)
	無回答	94	(.4)	22	(.5)	3	(1.4)	119	(.4)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 493.152, df = 1, p = .000)$							
全体	はい	27249	(52.7)	3911	(36.9)	259	(47.7)	31419	(50.0)
	いいえ	24196	(46.8)	6637	(62.6)	280	(51.6)	31113	(49.5)
	無回答	218	(.4)	59	(.6)	4	(.7)	281	(.4)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 883.981, df = 1, p = .000)$							

だ者は71%であった。男女共に、経験者群の起床時間は非経験者群のそれに比べて、有意 ($p<0.01$) に乱れていた。

「シンナー遊び」経験者群では、40%前後の者が「一定していない」を選んでいて(表20)が、生涯喫煙者群では29%であり、生涯喫煙者群は「シンナー遊び」経験者群ほどは乱れていないと解釈できる。

(2) 就床時間について

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

男女ともに、非経験者群では54~51%の者が「一定している」と答えたのに対して、経験者群では、約60~67%の者が一定していないと答えた。

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

「シンナー遊び」経験者群では、63~73% (表21) の者が「一定していない」を選んでいて、生涯喫煙者群では60~67%であり、「シンナー遊び」経験者群とさほど差がなかった。

(3) 朝食について

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

非経験者群では男女ともに約87%の者が「ほとんど毎日食べている」を選んだのに対して、経験者群では、「ほとんど毎日食べている」を選んだ者は70~67%であった。

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

しかし、「シンナー遊び」経験者群では、「ほとんど毎日食べている」を選んだ者は62~59% (表22) であり、生涯喫煙者群での朝食頻度は、「シンナー遊び」経験者群よりはまだ高いと言える。

2. 喫煙経験と学校生活について

(1) 学校生活について

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

表39 毎朝、朝食を食べますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日食べている	22097	(86.6)	4536	(70.3)	251	(76.5)	26884	(83.2)
	時々食べる	2240	(8.8)	1122	(17.4)	46	(14.0)	3408	(10.6)
	ほとんど食べない	1142	(4.5)	774	(12.0)	28	(8.5)	1944	(6.0)
	無回答	45	(.2)	18	(.3)	3	(.9)	66	(.2)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 1014.245, df = 2, p = .000)$									
女性	ほとんど毎日食べている	22610	(86.6)	2749	(66.5)	160	(74.4)	25519	(83.8)
	時々食べる	2336	(8.9)	823	(19.9)	41	(19.1)	3200	(10.5)
	ほとんど食べない	1118	(4.3)	547	(13.2)	14	(6.5)	1679	(5.5)
	無回答	47	(.2)	17	(.4)	0	(.0)	64	(.2)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 1103.224, df = 2, p = .000)$									
全体	ほとんど毎日食べている	44724	(86.6)	7294	(68.8)	411	(75.7)	52429	(83.5)
	時々食べる	4577	(8.9)	1946	(18.3)	87	(16.0)	6610	(10.5)
	ほとんど食べない	2266	(4.4)	1327	(12.5)	42	(7.7)	3635	(5.8)
	無回答	96	(.2)	40	(.4)	3	(.6)	139	(.2)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 2099.331, df = 2, p = .000)$									

表40 あなたにとって学校生活は？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	とても楽しい	8850	(34.7)	1766	(27.4)	106	(32.3)	10722	(33.2)
	どちらかといえば楽しい	12758	(50.0)	2992	(46.4)	158	(48.2)	15908	(49.2)
	あまり楽しくない	3035	(11.9)	1122	(17.4)	53	(16.2)	4210	(13.0)
	まったく楽しくない	828	(3.2)	552	(8.6)	9	(2.7)	1389	(4.3)
	無回答	53	(.2)	18	(.3)	2	(.6)	73	(.2)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 553.141, df = 3, p = .000)$									
女性	とても楽しい	10055	(38.5)	1190	(28.8)	68	(31.6)	11313	(37.1)
	どちらかといえば楽しい	12125	(46.4)	1811	(43.8)	101	(47.0)	14037	(46.1)
	あまり楽しくない	3245	(12.4)	774	(18.7)	39	(18.1)	4058	(13.3)
	まったく楽しくない	630	(2.4)	352	(8.5)	7	(3.3)	989	(3.2)
	無回答	56	(.2)	9	(.2)	0	(.0)	65	(.2)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 611.615, df = 3, p = .000)$									
全体	とても楽しい	18913	(36.6)	2960	(27.9)	174	(32.0)	22047	(35.1)
	どちらかといえば楽しい	24891	(48.2)	4807	(45.3)	259	(47.7)	29957	(47.7)
	あまり楽しくない	6283	(12.2)	1899	(17.9)	92	(16.9)	8274	(13.2)
	まったく楽しくない	1464	(2.8)	909	(8.6)	16	(2.9)	2389	(3.8)
	無回答	112	(.2)	32	(.3)	2	(.4)	146	(.2)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 1186.092, df = 3, p = .000)$									

表41 クラブ活動に参加していますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	積極的に参加している	18158	(71.1)	3849	(59.7)	219	(66.8)	22226	(68.8)
	消極的に参加している	2948	(11.5)	971	(15.1)	56	(17.1)	3975	(12.3)
	参加していない	4153	(16.3)	1553	(24.1)	48	(14.6)	5754	(17.8)
	無回答	265	(1.0)	77	(1.2)	5	(1.5)	347	(1.1)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 326.070, df = 2, p = .000)$									
女性	積極的に参加している	18006	(69.0)	2155	(52.1)	135	(62.8)	20296	(66.6)
	消極的に参加している	3366	(12.9)	694	(16.8)	33	(15.3)	4093	(13.4)
	参加していない	4418	(16.9)	1216	(29.4)	44	(20.5)	5678	(18.6)
	無回答	321	(1.2)	71	(1.7)	3	(1.4)	395	(1.3)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 492.659, df = 2, p = .000)$									
全体	積極的に参加している	36175	(70.0)	6012	(56.7)	354	(65.2)	42541	(67.7)
	消極的に参加している	6319	(12.2)	1668	(15.7)	89	(16.4)	8076	(12.9)
	参加していない	8577	(16.6)	2774	(26.2)	92	(16.9)	11443	(18.2)
	無回答	592	(1.1)	153	(1.4)	8	(1.5)	753	(1.2)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 756.765, df = 2, p = .000)$									

男女共に、経験者群と非経験者群とでは、回答の分布に有意差 ($p<0.01$) が認められ、「まったく楽しくない」を選んだ者は、非経験者群では3~2%であり、経験者群では男女共に9%であり、経験者群に「楽しくない」傾向の者が有意に多いという解釈は弱いながらも成り立つ。

しかし、「シンナー遊び」経験者群のそれぞれ14~3%、16~22% (表23) とは大きく異なっていた。

(2) クラブ活動について

「放課後のクラブ活動 (部活) に参加していま

すか？」との問いに対する回答の関係を表41に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群との間には、回答の分布に有意差 ($p<0.01$) が認められ、非経験者群で「参加していない」を選んだ者は16~17%であったのに対して、経験者群では、男子で24%、女子で29%の者が「参加していない」を選んだ。経験者群で、放課後のクラブ活動 (部活) に参加していない者の割合が有意に多い傾向にあると解釈される。

しかしここでも、「シンナー遊び」経験者群のそれぞれは、18%、31~38% (表24) であり、大

表42 週何回、家族全員で夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日	8186	(32.1)	1769	(27.4)	106	(32.3)	10061	(31.1)
	5-6回	2927	(11.5)	713	(11.1)	36	(11.0)	3676	(11.4)
	4回前後	2736	(10.7)	650	(10.1)	39	(11.9)	3425	(10.6)
	3回前後	2431	(9.5)	519	(8.0)	28	(8.5)	2978	(9.2)
	2回前後	4781	(18.7)	1019	(15.8)	46	(14.0)	5846	(18.1)
	ほとんど食べない	4293	(16.8)	1741	(27.0)	69	(21.0)	6103	(18.9)
	無回答	170	(.7)	39	(.6)	4	(1.2)	213	(.7)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 357.282, df = 5, p = .000)$									
女性	ほとんど毎日	8593	(32.9)	1155	(27.9)	72	(33.5)	9820	(32.2)
	5-6回	3006	(11.5)	379	(9.2)	19	(8.8)	3404	(11.2)
	4回前後	2619	(10.0)	375	(9.1)	13	(6.0)	3007	(9.9)
	3回前後	2369	(9.1)	332	(8.0)	16	(7.4)	2717	(8.9)
	2回前後	4921	(18.8)	643	(15.5)	44	(20.5)	5608	(18.4)
	ほとんど食べない	4433	(17.0)	1230	(29.7)	50	(23.3)	5713	(18.8)
	無回答	170	(.7)	22	(.5)	1	(.5)	193	(.6)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 384.206, df = 5, p = .000)$									
全体	ほとんど毎日	16789	(32.5)	2929	(27.6)	178	(32.8)	19896	(31.7)
	5-6回	5935	(11.5)	1093	(10.3)	55	(10.1)	7083	(11.3)
	4回前後	5356	(10.4)	1026	(9.7)	52	(9.6)	6434	(10.2)
	3回前後	4800	(9.3)	854	(8.1)	44	(8.1)	5698	(9.1)
	2回前後	9709	(18.8)	1665	(15.7)	90	(16.6)	11464	(18.3)
	ほとんど食べない	8734	(16.9)	2976	(28.1)	119	(21.9)	11829	(18.8)
	無回答	340	(.7)	64	(.6)	5	(.9)	409	(.7)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 724.052, df = 5, p = .000)$									

きく異なっていた。

3. 生涯喫煙経験と家庭生活について

(1) 家族との夕食頻度

「夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？」との問いに関する関係を表42に、また「母親と週何回くらい夕食を食べますか？」「父親と週何回

くらい夕食を食べますか？」の問いに対する関係を、それぞれ表43、表44に示した。

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

なお、ここでも有機溶剤乱用経験の有無による

表43 週何回、母親と夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日	16209	(63.5)	3335	(51.7)	192	(58.5)	19736	(61.1)
	5-6回	2990	(11.7)	792	(12.3)	39	(11.9)	3821	(11.8)
	4回前後	1989	(7.8)	627	(9.7)	27	(8.2)	2643	(8.2)
	3回前後	1100	(4.3)	352	(5.5)	16	(4.9)	1468	(4.5)
	2回前後	1107	(4.3)	378	(5.9)	15	(4.6)	1500	(4.6)
	ほとんど食べない	1293	(5.1)	642	(10.0)	22	(6.7)	1957	(6.1)
	母親がいない	446	(1.7)	258	(4.0)	6	(1.8)	710	(2.2)
	無回答	390	(1.5)	66	(1.0)	11	(3.4)	467	(1.4)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 502.974, df = 6, p = .000)$							
女性	ほとんど毎日	18073	(69.2)	2167	(52.4)	121	(56.3)	20361	(66.8)
	5-6回	2539	(9.7)	450	(10.9)	21	(9.8)	3010	(9.9)
	4回前後	1712	(6.6)	344	(8.3)	17	(7.9)	2073	(6.8)
	3回前後	942	(3.6)	213	(5.1)	14	(6.5)	1169	(3.8)
	2回前後	977	(3.7)	245	(5.9)	14	(6.5)	1236	(4.1)
	ほとんど食べない	1041	(4.0)	440	(10.6)	17	(7.9)	1498	(4.9)
	母親がいない	468	(1.8)	230	(5.6)	5	(2.3)	703	(2.3)
	無回答	359	(1.4)	47	(1.1)	6	(2.8)	412	(1.4)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 777.388, df = 6, p = .000)$							
全体	ほとんど毎日	34299	(66.4)	5513	(52.0)	313	(57.6)	40125	(63.9)
	5-6回	5530	(10.7)	1243	(11.7)	60	(11.0)	6833	(10.9)
	4回前後	3701	(7.2)	972	(9.2)	44	(8.1)	4717	(7.5)
	3回前後	2044	(4.0)	565	(5.3)	30	(5.5)	2639	(4.2)
	2回前後	2087	(4.0)	625	(5.9)	29	(5.3)	2741	(4.4)
	ほとんど食べない	2336	(4.5)	1083	(10.2)	39	(7.2)	3458	(5.5)
	母親がいない	916	(1.8)	490	(4.6)	11	(2.0)	1417	(2.3)
	無回答	750	(1.5)	116	(1.1)	17	(3.1)	883	(1.4)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 1281.335, df = 6, p = .000)$							

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

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

(2) 一日での大人不在の時間について

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

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

表44 週何回、父親と夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	ほとんど毎日	7442	(29.2)	1617	(25.1)	102	(31.1)	9161	(28.4)
	5-6回	3161	(12.4)	755	(11.7)	39	(11.9)	3955	(12.2)
	4回前後	2914	(11.4)	679	(10.5)	43	(13.1)	3636	(11.3)
	3回前後	2354	(9.2)	488	(7.6)	22	(6.7)	2864	(8.9)
	2回前後	4001	(15.7)	858	(13.3)	47	(14.3)	4906	(15.2)
	ほとんど食べない	2802	(11.0)	1055	(16.4)	41	(12.5)	3898	(12.1)
	父親がいない	2436	(9.5)	912	(14.1)	28	(8.5)	3376	(10.5)
	無回答	414	(1.6)	86	(1.3)	6	(1.8)	506	(1.6)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 297.673, df = 6, p = .000)$							
女性	ほとんど毎日	7419	(28.4)	976	(23.6)	56	(26.0)	8451	(27.7)
	5-6回	3181	(12.2)	353	(8.5)	23	(10.7)	3557	(11.7)
	4回前後	2797	(10.7)	368	(8.9)	22	(10.2)	3187	(10.5)
	3回前後	2389	(9.1)	293	(7.1)	15	(7.0)	2697	(8.9)
	2回前後	4087	(15.7)	530	(12.8)	32	(14.9)	4649	(15.3)
	ほとんど食べない	2918	(11.2)	772	(18.7)	29	(13.5)	3719	(12.2)
	父親がいない	2921	(11.2)	790	(19.1)	28	(13.0)	3739	(12.3)
	無回答	399	(1.5)	54	(1.3)	10	(4.7)	463	(1.5)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 463.408, df = 6, p = .000)$							
全体	ほとんど毎日	14868	(28.8)	2597	(24.5)	158	(29.1)	17623	(28.1)
	5-6回	6346	(12.3)	1109	(10.5)	62	(11.4)	7517	(12.0)
	4回前後	5711	(11.1)	1047	(9.9)	65	(12.0)	6823	(10.9)
	3回前後	4747	(9.2)	783	(7.4)	37	(6.8)	5567	(8.9)
	2回前後	8094	(15.7)	1393	(13.1)	79	(14.5)	9566	(15.2)
	ほとんど食べない	5724	(11.1)	1829	(17.2)	70	(12.9)	7623	(12.1)
	父親がいない	5359	(10.4)	1706	(16.1)	56	(10.3)	7121	(11.3)
	無回答	814	(1.6)	143	(1.3)	16	(2.9)	973	(1.5)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 690.738, df = 6, p = .000)$							

して、経験者群では23～24%であった。

経験者群で大人不在の時間が有意に長い傾向が示唆された。

この傾向は、有機溶剤乱用の経験の有無の場合と同様であるが、「シンナー遊び」経験者群で「3時間以上」を選んだ者の割合は、男子で27%、女子で30%（表28）であり、有機溶剤経験者群と喫煙経験者群とでは、その差は4～6%と少なかった。

(3) 親との相談について

「悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？」との問いに対する回答の分布を表46に示した。

男女ともに、回答の分布に有意差（ $p < 0.01$ ）が認められ、非経験者群で「ほとんど相談しない方である」を選んだ者は、男子で41%、女子で33%であるのに対して、経験者群ではそれぞれ53%、45%であった。

この結果は、有機溶剤乱用の有無による場合（表29）と、さほど違いがない結果であった。

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

表45 一日の大人不在の平均時間

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	なし、あるいはほとんどなし	8733	(34.2)	1752	(27.2)	104	(31.7)	10589	(32.8)
	1時間未満	5198	(20.4)	1080	(16.7)	53	(16.2)	6331	(19.6)
	1時間以上2時間未満	5025	(19.7)	1167	(18.1)	64	(19.5)	6256	(19.4)
	2時間以上3時間未満	3132	(12.3)	919	(14.2)	42	(12.8)	4093	(12.7)
	3時間以上	3282	(12.9)	1481	(23.0)	60	(18.3)	4823	(14.9)
	無回答	154	(.6)	51	(.8)	5	(1.5)	210	(.7)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 488.429, df = 4, p = .000)$							
女性	なし、あるいはほとんどなし	10567	(40.5)	1200	(29.0)	64	(29.8)	11831	(38.8)
	1時間未満	4430	(17.0)	593	(14.3)	33	(15.3)	5056	(16.6)
	1時間以上2時間未満	4613	(17.7)	619	(15.0)	42	(19.5)	5274	(17.3)
	2時間以上3時間未満	3109	(11.9)	576	(13.9)	27	(12.6)	3712	(12.2)
	3時間以上	3225	(12.4)	1098	(26.5)	43	(20.0)	4366	(14.3)
	無回答	167	(.6)	50	(1.2)	6	(2.8)	223	(.7)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 668.447, df = 4, p = .000)$							
全体	なし、あるいはほとんどなし	19307	(37.4)	2956	(27.9)	168	(30.9)	22431	(35.7)
	1時間未満	9631	(18.6)	1676	(15.8)	86	(15.8)	11393	(18.1)
	1時間以上2時間未満	9644	(18.7)	1788	(16.9)	106	(19.5)	11538	(18.4)
	2時間以上3時間未満	6244	(12.1)	1495	(14.1)	69	(12.7)	7808	(12.4)
	3時間以上	6515	(12.6)	2587	(24.4)	103	(19.0)	9205	(14.7)
	無回答	322	(.6)	105	(1.0)	11	(2.0)	438	(.7)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 1143.644, df = 4, p = .000)$							

表46 親と相談するか

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男 性	よく相談する	2479	(9.7)	346	(5.4)	14	(4.3)	2839	(8.8)
	どちらかといえば相談する	5585	(21.9)	849	(13.2)	48	(14.6)	6482	(20.1)
	どちらかといえば相談しない	6899	(27.0)	1750	(27.1)	69	(21.0)	8718	(27.0)
	ほとんど相談しない	10420	(40.8)	3404	(52.8)	126	(38.4)	13950	(43.2)
	親がいない	71	(.3)	72	(1.1)	0	(.0)	143	(.4)
	無回答	70	(.3)	29	(.4)	71	(21.6)	170	(.5)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 556.219, df = 4, p = .000)$							
女 性	よく相談する	4177	(16.0)	441	(10.7)	22	(10.2)	4640	(15.2)
	どちらかといえば相談する	7188	(27.5)	811	(19.6)	40	(18.6)	8039	(26.4)
	どちらかといえば相談しない	6162	(23.6)	965	(23.3)	53	(24.7)	7180	(23.6)
	ほとんど相談しない	8486	(32.5)	1851	(44.8)	65	(30.2)	10402	(34.1)
	親がいない	59	(.2)	59	(1.4)	1	(.5)	119	(.4)
	無回答	39	(.1)	9	(.2)	34	(15.8)	82	(.3)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 440.351, df = 4, p = .000)$							
全 体	よく相談する	6658	(12.9)	788	(7.4)	36	(6.6)	7482	(11.9)
	どちらかといえば相談する	12777	(24.7)	1664	(15.7)	88	(16.2)	14529	(23.1)
	どちらかといえば相談しない	13073	(25.3)	2720	(25.6)	122	(22.5)	15915	(25.3)
	ほとんど相談しない	18916	(36.6)	5265	(49.6)	191	(35.2)	24372	(38.8)
	親がいない	130	(.3)	132	(1.2)	1	(.2)	263	(.4)
	無回答	109	(.2)	38	(.4)	105	(19.3)	252	(.4)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 1121.596, df = 4, p = .000)$							

表47 親しく遊べる友人はいますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	いる	24473	(95.9)	6164	(95.6)	311	(94.8)	30948	(95.8)
	いない	1006	(3.9)	271	(4.2)	14	(4.3)	1291	(4.0)
	無回答	45	(.2)	15	(.2)	3	(.9)	63	(.2)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = .925, df = 1, p = .336)$							
女性	いる	25199	(96.5)	3901	(94.3)	205	(95.3)	29305	(96.2)
	いない	858	(3.3)	220	(5.3)	8	(3.7)	1086	(3.6)
	無回答	54	(.2)	15	(.4)	2	(.9)	71	(.2)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 43.232, df = 1, p = .000)$							
全体	いる	49698	(96.2)	10081	(95.0)	516	(95.0)	60295	(96.0)
	いない	1865	(3.6)	494	(4.7)	22	(4.1)	2381	(3.8)
	無回答	100	(.2)	32	(.3)	5	(.9)	137	(.2)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 26.715, df = 1, p = .000)$							

4. 喫煙と友人関係について

(1) 遊び友達について

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

男女ともに、「いない」と答えた者は経験者群で多い傾向が伺え、女子では経験者群と非経験者群との間に有意差 ($p < 0.01$) が認められた。しかし、数字からは、ほとんど差がないと解釈した方が現実的のように思われる結果であった。

(2) 相談事のできる友人について

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

男女共に、経験者群・非経験者群間での%の違いはさほどなかったが、女子では経験者群の方で「いない」と答えた者が有意に多かった反面、男子では有意差こそないものの、「いない」と答えた者は非経験者群の方でわずかに多かった。

3. 飲酒について

わが国では、中学生といえども、飲酒の生涯経

験率 (これまでに1回でも飲酒したことのある率) は、男子では約75%、女子では68%と高く⁷³⁾、飲酒機会から見たその内容は、「冠婚葬祭時」及び「家で家族と共に」の飲酒が多い⁷⁴⁾こともあり、飲酒の生涯経験から中学生の飲酒を論じて、ほとんど意味がないため⁷⁵⁾、本報告書では、飲酒機会ごとの生涯経験率を表49、「シンナー遊び」の経験と飲酒の経験・機会を表50に示すのみとした。

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

機会別では、男女共に「冠婚葬祭時」「家族と食事などで」での飲酒経験率が高かった。しかし、3年生で「クラス会、打ち上げなど」「カラオケ、居酒屋など」「自分の部屋など」での飲酒経験率が急増してた (表49)。

4. 「シンナー遊び」と他の依存性薬物使用との関係

1. 「シンナー遊び」と飲酒との関係

「シンナー遊び」の経験の有無と生涯飲酒経験率及びその機会との関係を表50に示した。

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

表48 相談事のできる友人はいますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	いる	20461	(80.2)	5227	(81.0)	257	(78.4)	25945	(80.3)
	いない	4937	(19.3)	1190	(18.4)	63	(19.2)	6190	(19.2)
	無回答	126	(.5)	33	(.5)	8	(2.4)	167	(.5)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 2.633, df = 1, p = .105)$									
女性	いる	23364	(89.5)	3574	(86.4)	183	(85.1)	27121	(89.0)
	いない	2643	(10.1)	536	(13.0)	28	(13.0)	3207	(10.5)
	無回答	104	(.4)	26	(.6)	4	(1.9)	134	(.4)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 31.152, df = 1, p = .000)$									
全体	いる	43844	(84.9)	8816	(83.1)	440	(81.0)	53100	(84.5)
	いない	7588	(14.7)	1729	(16.3)	91	(16.8)	9408	(15.0)
	無回答	231	(.4)	62	(.6)	12	(2.2)	305	(.5)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 18.492, df = 1, p = .000)$									

また、男子の「冠婚葬祭時」を除けば、全ての場合において有機溶剤乱用経験者群で飲酒経験率が有意に高かった（表50）。特に「クラス会、打ち上げなど」「カラオケ、居酒屋など」「自分の部屋など」「一人で」での両群の違いは著しく、大人の同席しない場での飲酒問題を改めた確認することとなった¹¹⁾。

家族の要因は解釈が難しいが、上記の結果は、「シンナー遊び」における「仲間」の存在とその影響力の大きさの一面を物語っていると解釈さ

れる。

2. 「シンナー遊び」と喫煙との関係

「シンナー遊び」の経験の有無と、喫煙経験の有無との関係を表51に示した。

「シンナー遊び」の経験の有無と喫煙経験の有無の間には、男女共に有意差が認められた（ $P < 0.01$ ）。つまり、喫煙経験は、「シンナー遊び」経

表49 飲酒の生涯経験率

	1年	2年	3年	全体	
男性					
飲んだ経験なし	4480 (42.2)	3555 (34.1)	3372 (30.5)	11407 (35.6)	($\chi^2 = 335.139$, $df = 2$, $p = .000$)
冠婚葬祭	3686 (34.8)	4262 (40.9)	4572 (41.4)	12520 (39.0)	($\chi^2 = 124.202$, $df = 2$, $p = .000$)
家族と食事などで	3238 (30.5)	3721 (35.7)	4162 (37.7)	11121 (34.7)	($\chi^2 = 130.777$, $df = 2$, $p = .000$)
クラス会、打ち上げなど	481 (4.5)	557 (5.3)	1115 (10.1)	2153 (6.7)	($\chi^2 = 313.804$, $df = 2$, $p = .000$)
カラオケ、居酒屋など	247 (2.3)	303 (2.9)	533 (4.8)	1083 (3.4)	($\chi^2 = 114.034$, $df = 2$, $p = .000$)
自分の部屋など	317 (3.0)	589 (5.6)	1348 (12.2)	2254 (7.0)	($\chi^2 = 748.869$, $df = 2$, $p = .000$)
一人で	470 (4.4)	654 (6.3)	1140 (10.3)	2264 (7.1)	($\chi^2 = 301.199$, $df = 2$, $p = .000$)
その他の機会に	3713 (35.0)	4486 (43.0)	5412 (49.0)	13611 (42.4)	
無回答	2 (.0)	2 (.0)	1 (.0)	5 (.0)	
合計	10605 (100.0)	10428 (100.0)	11052 (100.0)	32085 (100.0)	
女性					
飲んだ経験なし	4546 (46.2)	3774 (37.8)	3467 (33.1)	11787 (38.9)	($\chi^2 = 372.624$, $df = 2$, $p = .000$)
冠婚葬祭	3212 (32.6)	3684 (36.9)	4096 (39.1)	10992 (36.2)	($\chi^2 = 91.655$, $df = 2$, $p = .000$)
家族と食事などで	3159 (32.1)	3860 (38.6)	4419 (42.2)	11438 (37.7)	($\chi^2 = 225.653$, $df = 2$, $p = .000$)
クラス会、打ち上げなど	305 (3.1)	476 (4.8)	972 (9.3)	1753 (5.8)	($\chi^2 = 384.511$, $df = 2$, $p = .000$)
カラオケ、居酒屋など	262 (2.7)	310 (3.1)	586 (5.6)	1158 (3.8)	($\chi^2 = 139.329$, $df = 2$, $p = .000$)
自分の部屋など	268 (2.7)	607 (6.1)	1133 (10.8)	2008 (6.6)	($\chi^2 = 545.035$, $df = 2$, $p = .000$)
一人で	336 (3.4)	540 (5.4)	708 (6.8)	1584 (5.2)	($\chi^2 = 115.763$, $df = 2$, $p = .000$)
その他の機会に	3296 (33.5)	4354 (43.6)	5260 (50.2)	12910 (42.6)	
無回答	2 (.0)	(.0)	1 (.0)	3 (.0)	
合計	9848 (100.0)	9995 (100.0)	10481 (100.0)	30324 (100.0)	
全体					
飲んだ経験なし	9027 (44.1)	7331 (35.9)	6844 (31.7)	23202 (37.1)	($\chi^2 = 702.529$, $df = 2$, $p = .000$)
冠婚葬祭	6904 (33.7)	7951 (38.9)	8679 (40.3)	23534 (37.7)	($\chi^2 = 212.601$, $df = 2$, $p = .000$)
家族と食事などで	6401 (31.3)	7586 (37.1)	8591 (39.9)	22578 (36.1)	($\chi^2 = 350.285$, $df = 2$, $p = .000$)
クラス会、打ち上げなど	786 (3.8)	1035 (5.1)	2089 (9.7)	3910 (6.3)	($\chi^2 = 687.813$, $df = 2$, $p = .000$)
カラオケ、居酒屋など	511 (2.5)	614 (3.0)	1121 (5.2)	2246 (3.6)	($\chi^2 = 252.631$, $df = 2$, $p = .000$)
自分の部屋など	586 (2.9)	1197 (5.9)	2484 (11.5)	4267 (6.8)	($\chi^2 = 1284.390$, $df = 2$, $p = .000$)
一人で	808 (3.9)	1196 (5.9)	1852 (8.6)	3856 (6.2)	($\chi^2 = 397.371$, $df = 2$, $p = .000$)
その他の機会に	7018 (34.3)	8845 (43.3)	10686 (49.6)	26549 (42.5)	
無回答	4 (.0)	2 (.0)	2 (.0)	8 (.0)	
合計	20466 (100.0)	20436 (100.0)	21556 (100.0)	62458 (100.0)	

験者群に有意に多い。「シンナー遊び」未経験者群での喫煙経験者は、男子で19%、女子で13%であるのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、男子で58%、女子で62%と、両群間には著しい違いがあった。

一方、喫煙経験の有無から「シンナー遊び」の遊び」の経験の有無を見たのが、表52である。喫煙経験のない者の中で有機溶剤乱用経験がある者

は、男子で0.7%、女子で0.4%に過ぎないが、喫煙経験のある者では男子で4.1%、女子で4.7%であり、両群には有意差が認められた。

これらは、中学生にとっての喫煙が「シンナー遊び」と強い繋がりを持っていることを強く示唆するものである³⁰。

表50 「シンナ-遊び」経験と飲酒の経験・機会（複数回答）

	生涯シンナー経験					全体		
	経験なし		経験あり		無回答			
男性								
飲んだ経験なし	11298	(35.9)	60	(13.5)	49	(26.9)	11407	(35.6) ($\chi^2=97.497, df=1, p=.000$)
冠婚葬祭	12272	(39.0)	177	(39.8)	71	(39.0)	12520	(39.0) ($\chi^2=.053, df=1, p=.818$)
家族と食事などで	10866	(34.5)	197	(44.3)	58	(31.9)	11121	(34.7) ($\chi^2=17.469, df=1, p=.000$)
クラス会、打ち上げなど	2047	(6.5)	87	(19.6)	19	(10.4)	2153	(6.7) ($\chi^2=118.202, df=1, p=.000$)
カラオケ、居酒屋など	993	(3.2)	77	(17.3)	13	(7.1)	1083	(3.4) ($\chi^2=268.632, df=1, p=.000$)
自分の部屋など	2102	(6.7)	127	(28.5)	25	(13.7)	2254	(7.0) ($\chi^2=319.531, df=1, p=.000$)
一人で	2115	(6.7)	134	(30.1)	15	(8.2)	2264	(7.1) ($\chi^2=362.938, df=1, p=.000$)
その他の機会に	13308	(42.3)	212	(47.6)	91	(50.0)	13611	(42.4)
無回答	2	(.0)	0	(.0)	3	(1.6)	5	(.0)
合計	31458	(100.0)	445	(100.0)	182	(100.0)	32085	(100.0)
女性								
飲んだ経験なし	11731	(39.2)	32	(10.2)	24	(21.2)	11787	(38.9) ($\chi^2=109.071, df=1, p=.000$)
冠婚葬祭	10806	(36.1)	148	(47.1)	38	(33.6)	10992	(36.2) ($\chi^2=17.038, df=1, p=.000$)
家族と食事などで	11219	(37.5)	166	(52.9)	53	(46.9)	11438	(37.7) ($\chi^2=32.3311, df=1, p=.000$)
クラス会、打ち上げなど	1656	(5.5)	79	(25.2)	18	(15.9)	1753	(5.8) ($\chi^2=223.208, df=1, p=.000$)
カラオケ、居酒屋など	1053	(3.5)	93	(29.6)	12	(10.6)	1158	(3.8) ($\chi^2=581.581, df=1, p=.000$)
自分の部屋など	1371	(6.3)	116	(36.9)	21	(18.6)	2008	(6.6) ($\chi^2=480.473, df=1, p=.000$)
一人で	1466	(4.9)	105	(33.4)	13	(11.5)	1584	(5.2) ($\chi^2=517.731, df=1, p=.000$)
その他の機会に	12687	(42.4)	162	(51.6)	61	(54.0)	12910	(42.6)
無回答	1	(.0)	0	(.0)	2	(1.8)	3	(.0)
合計	29897	(100.0)	314	(100.0)	113	(100.0)	30324	(100.0)
全体								
飲んだ経験なし	23036	(37.5)	92	(12.0)	74	(25.0)	23202	(37.1) ($\chi^2=209.426, df=1, p=.000$)
冠婚葬祭	23099	(37.6)	326	(42.6)	109	(36.8)	23534	(37.7) ($\chi^2=8.245, df=1, p=.000$)
家族と食事などで	22102	(36.0)	365	(47.7)	111	(37.5)	22578	(36.1) ($\chi^2=45.479, df=1, p=.000$)
クラス会、打ち上げなど	3707	(6.0)	166	(21.7)	37	(12.5)	3910	(6.3) ($\chi^2=318.202, df=1, p=.000$)
カラオケ、居酒屋など	2050	(3.3)	171	(22.3)	25	(8.4)	2246	(3.6) ($\chi^2=791.761, df=1, p=.000$)
自分の部屋など	3977	(6.5)	244	(31.9)	46	(15.5)	4267	(6.8) ($\chi^2=773.311, df=1, p=.000$)
一人で	3588	(5.8)	240	(31.3)	28	(9.5)	3856	(6.2) ($\chi^2=851.257, df=1, p=.000$)
その他の機会に	26019	(42.4)	378	(49.3)	152	(51.4)	26549	(42.5)
無回答	3	(.0)	0	(.0)	5	(1.7)	8	(.0)
合計	61396	(100.0)	766	(100.0)	296	(100.0)	62458	(100.0)

3. 「シンナー遊び」と大麻乱用との関係

(1) 大麻乱用の生涯経験率について

各学年・性別毎に大麻乱用の生涯経験率（これまでに1回でも乱用したことのある率）を表53に示した。

男女ともに、2年生で生涯経験率が最も高い結果であった。生涯経験率は男子では0.6%（1年生で0.4%、2年生で0.8%、3年生で0.7%）であり、女子では0.4%（1年生で0.3%、2年生で0.6%、3年生で0.4%）であった。

この生涯経験率の年次推移は考察で論じる。

表51 「シナ-遊び」経験と喫煙経験の関係

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	喫煙経験なし	25234	(79.9)	184	(40.9)	106	(41.7)	25524	(79.0)
	喫煙経験あり	6126	(19.4)	263	(58.4)	61	(24.0)	6450	(20.0)
	無回答	238	(.8)	3	(.7)	87	(34.3)	328	(1.0)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 424.099, df = 1, p = .000)$							
女性	喫煙経験なし	25920	(86.4)	115	(36.6)	76	(52.4)	26111	(85.7)
	喫煙経験あり	3915	(13.0)	195	(62.1)	26	(17.9)	4136	(13.6)
	無回答	168	(.6)	4	(1.3)	43	(29.7)	215	(.7)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 645.701, df = 1, p = .000)$							
全体	喫煙経験なし	51180	(83.0)	300	(38.9)	183	(45.8)	51663	(82.2)
	喫煙経験あり	10056	(16.3)	464	(60.2)	87	(21.8)	10607	(16.9)
	無回答	406	(.7)	7	(.9)	130	(32.5)	543	(.9)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 1051.637, df = 1, p = .000)$							

表52 喫煙経験と「シナ-遊び」経験の関係

		生涯喫煙経験						全体	
生涯シナ-経験		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	経験なし	25234	(98.9)	6126	(95.0)	238	(72.6)	31598	(97.8)
	経験あり	184	(.7)	263	(4.1)	3	(.9)	450	(1.4)
	無回答	106	(.4)	61	(.9)	87	(26.5)	254	(.8)
	合計	25524	(100.0)	6450	(100.0)	328	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 424.099, df = 1, p = .000)$							
女性	経験なし	25920	(99.3)	3915	(94.7)	168	(78.1)	30003	(98.5)
	経験あり	115	(.4)	195	(4.7)	4	(1.9)	314	(1.0)
	無回答	76	(.3)	26	(.6)	43	(20.0)	145	(.5)
	合計	26111	(100.0)	4136	(100.0)	215	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 645.701, df = 1, p = .000)$							
全体	経験なし	51180	(99.1)	10056	(94.8)	406	(74.8)	61642	(98.1)
	経験あり	300	(.6)	464	(4.4)	7	(1.3)	771	(1.2)
	無回答	183	(.4)	87	(.8)	130	(23.9)	400	(.6)
	合計	51663	(100.0)	10607	(100.0)	543	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 1051.637, df = 1, p = .000)$							

(2) 「シンナー遊び」と大麻乱用との関係

「シンナー遊び」の経験と大麻乱用の経験との関係を表54に示した。

結果には男女ともに有意差 ($p < 0.01$) が認められ、「シンナー遊び」未経験者では、男子で0.3%、女子で0.1%の者が大麻乱用の経験があると答えた

のに対して、経験者群では、男子で24.2%、女子で25.5%の者が大麻乱用の経験があると答えた。

この両群による違いは、1996年調査、1998調査、2000年調査の結果と同じ傾向であり、中学生における「シンナー遊び」と大麻乱用との関係が強く示唆された。

表53 大麻乱用の生涯経験率

		1年		2年		3年		全体	
男性	大麻経験なし	10555	(98.6)	10301	(98.2)	10912	(98.3)	31768	(98.3)
	大麻経験あり	43	(.4)	79	(.8)	74	(.7)	196	(.6)
	無回答	109	(1.0)	112	(1.1)	117	(1.1)	338	(1.0)
	合計	10707	(100.0)	10492	(100.0)	11103	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 11.867, df = 2, p = .000)$									
女性	大麻経験なし	9802	(98.9)	9927	(98.9)	10389	(98.8)	30118	(98.9)
	大麻経験あり	29	(.3)	55	(.5)	40	(.4)	124	(.4)
	無回答	79	(.8)	57	(.6)	84	(.8)	220	(.7)
	合計	9910	(100.0)	10039	(100.0)	10513	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 8.223, df = 2, p = .000)$									
全体	大麻経験なし	20367	(98.7)	20240	(98.5)	21323	(98.5)	61930	(98.6)
	大麻経験あり	75	(.4)	135	(.7)	115	(.5)	325	(.5)
	無回答	188	(.9)	169	(.8)	201	(.9)	558	(.9)
	合計	20630	(100.0)	20544	(100.0)	21639	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 17.309, df = 2, p = .000)$									

表54 「シンナー遊び」経験と大麻乱用経験

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	大麻経験なし	31232	(98.8)	332	(73.8)	204	(80.3)	31768	(98.3)
	大麻経験あり	82	(.3)	109	(24.2)	5	(2.0)	196	(.6)
	無回答	284	(.9)	9	(2.0)	45	(17.7)	338	(1.0)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 4349.989, df = 1, p = .000)$									
女性	大麻経験なし	29771	(99.2)	231	(73.6)	116	(80.0)	30118	(98.9)
	大麻経験あり	40	(.1)	80	(25.5)	4	(2.8)	124	(.4)
	無回答	192	(.6)	3	(1.0)	25	(17.2)	220	(.7)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 5079.324, df = 1, p = .000)$									
全体	大麻経験なし	61044	(99.0)	565	(73.3)	321	(80.3)	61930	(98.6)
	大麻経験あり	122	(.2)	194	(25.2)	9	(2.3)	325	(.5)
	無回答	476	(.8)	12	(1.6)	70	(17.5)	558	(.9)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 9497.338, df = 1, p = .000)$									

表55 大麻を吸うことをどう思いますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	吸うべきではない	30187	(95.5)	307	(68.2)	211	(83.1)	30705	(95.1)
	麻薬・覚せい剤と違って 少々なら構わない	528	(1.7)	48	(10.7)	13	(5.1)	589	(1.8)
	全く構わない	594	(1.9)	84	(18.7)	8	(3.1)	686	(2.1)
	無回答	289	(.9)	11	(2.4)	22	(8.7)	322	(1.0)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 838.011, df = 2, p = .000)$							
女性	吸うべきではない	28924	(96.4)	191	(60.8)	125	(86.2)	29240	(96.0)
	麻薬・覚せい剤と違って 少々なら構わない	529	(1.8)	43	(13.7)	4	(2.8)	576	(1.9)
	全く構わない	320	(1.1)	70	(22.3)	4	(2.8)	394	(1.3)
	無回答	230	(.8)	10	(3.2)	12	(8.3)	252	(.8)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 1396.966, df = 2, p = .000)$							
全体	吸うべきではない	59144	(95.9)	501	(65.0)	337	(84.3)	59982	(95.5)
	麻薬・覚せい剤と違って 少々なら構わない	1061	(1.7)	91	(11.8)	17	(4.3)	1169	(1.9)
	全く構わない	917	(1.5)	158	(20.5)	12	(3.0)	1087	(1.7)
	無回答	520	(.8)	21	(2.7)	34	(8.5)	575	(.9)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 2131.765, df = 2, p = .000)$							

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

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	16575	(52.5)	240	(53.3)	112	(44.1)	16927	(52.4)
	知らない	14343	(45.4)	188	(41.8)	114	(44.9)	14645	(45.3)
	無回答	680	(2.2)	22	(4.9)	28	(11.0)	730	(2.3)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 1.032, df = 1, p = .310)$							
女性	知っている	16946	(56.5)	179	(57.0)	64	(44.1)	17189	(56.4)
	知らない	12679	(42.3)	119	(37.9)	70	(48.3)	12868	(42.2)
	無回答	378	(1.3)	16	(5.1)	11	(7.6)	405	(1.3)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = .990, df = 1, p = .320)$							
全体	知っている	33544	(54.4)	423	(54.9)	176	(44.0)	34143	(54.4)
	知らない	27038	(43.9)	309	(40.1)	185	(46.3)	27532	(43.8)
	無回答	1060	(1.7)	39	(5.1)	39	(9.8)	1138	(1.8)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 1.710, df = 1, p = .191)$							

(3) 大麻吸引に対する意識について

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

回答の分布には、男女共に有意差 ($p < 0.01$) が認められた。「シンナー遊び」未経験者群では、男女共に96%の者が「吸うべきではないと思う」

を選んだのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、それを選んだ者は、男子で68%、女子で61%であり、19~20%の者が「まったくかまわないと」で25.5%の者が大麻乱用の経験があると答えた。

この両群による違いは、過去3回の調査結果と同じであり、中学生における有機溶剤乱用と大麻乱用との関係を強く示唆するものである。

表57 覚せい剤の乱用経験（生涯経験率）

		1年		2年		3年		全体	
男性	覚せい剤経験なし	10547	(98.5)	10324	(98.4)	10932	(98.5)	31803	(98.5)
	覚せい剤経験あり	40	(.4)	62	(.6)	57	(.5)	159	(.5)
	無回答	120	(1.1)	106	(1.0)	114	(1.0)	340	(1.1)
	合計	10707	(100.0)	10492	(100.0)	11103	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 5.239, df = 2, p = .000)$									
女性	覚せい剤経験なし	9784	(98.7)	9898	(98.6)	10381	(98.7)	30063	(98.7)
	覚せい剤経験あり	26	(.3)	43	(.4)	41	(.4)	110	(.4)
	無回答	100	(1.0)	98	(1.0)	91	(.9)	289	(.9)
	合計	9910	(100.0)	10039	(100.0)	10513	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 4.179, df = 2, p = .000)$									
全体	覚せい剤経験なし	20339	(98.6)	20234	(98.5)	21334	(98.6)	61907	(98.6)
	覚せい剤経験あり	69	(.3)	106	(.5)	99	(.5)	274	(.4)
	無回答	222	(1.1)	204	(1.0)	206	(1.0)	632	(1.0)
	合計	20630	(100.0)	20544	(100.0)	21639	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 8.116, df = 2, p = .000)$									

表58 「シンナー遊び」経験と覚せい剤乱用経験の関係

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	覚せい剤経験なし	31247	(98.9)	354	(78.7)	202	(79.5)	31803	(98.5)
	覚せい剤経験あり	70	(.2)	86	(19.1)	3	(1.2)	159	(.5)
	無回答	281	(.9)	10	(2.2)	49	(19.3)	340	(1.1)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
$(\chi^2 = 3313.956, df = 1, p = .000)$									
女性	覚せい剤経験なし	29704	(99.0)	237	(75.5)	122	(84.1)	30063	(98.7)
	覚せい剤経験あり	39	(.1)	71	(22.6)	0	(.0)	110	(.4)
	無回答	260	(.9)	6	(1.9)	23	(15.9)	289	(.9)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
$(\chi^2 = 4391.328, df = 1, p = .000)$									
全体	覚せい剤経験なし	60989	(98.9)	593	(76.9)	325	(81.3)	61907	(98.6)
	覚せい剤経験あり	109	(.2)	162	(21.0)	3	(.8)	274	(.4)
	無回答	544	(.9)	16	(2.1)	72	(18.0)	632	(1.0)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
$(\chi^2 = 7710.977, df = 1, p = .000)$									

4. 「シンナー遊び」と覚せい剤乱用との関係

(1) 覚せい剤乱用の生涯経験率について

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

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

この生涯経験率の年次推移は考察で論じる。

(4) 「シンナー遊び」と覚せい剤乱用経験との関係

「シンナー遊び」の経験と覚せい剤乱用経験との関係を表58に示した。

「シンナー遊び」未経験者では、覚せい剤乱用の経験があると選んだ者は、男子で0.2%、女子で0.1%、全体で0.2%であったのに対して、「シンナー遊び」経験者では、男子で19.1%、女子で22.6%の者が、覚せい剤の乱用経験ありを選んだ。

これも、過去3回の本調査と同じ結果であり、大麻同様、中学生における「シンナー遊び」と覚

せい剤乱用との関係を強く示唆するものであった。

(5) 覚せい剤乱用による医学的害について

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

「知っている」を選んだ者は男女ともに有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに多かったが、統計学的有意差は認められなかった。

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

1. 違法薬物の入手可能性について

(1) 乱用のための有機溶剤の入手可能性について

乱用のための有機溶剤の入手可能性についての回答の分布を表60に示した。

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

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	18362	(58.1)	243	(54.0)	129	(50.8)	18734	(58.0)
	知らない	12860	(40.7)	190	(42.2)	107	(42.1)	13157	(40.7)
	無回答	376	(1.2)	17	(3.8)	18	(7.1)	411	(1.3)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 1.276, df = 1, p = .259)$							
女性	知っている	19711	(65.7)	205	(65.3)	75	(51.7)	19991	(65.6)
	知らない	10070	(33.6)	102	(32.5)	62	(42.8)	10234	(33.6)
	無回答	222	(.7)	7	(2.2)	8	(5.5)	237	(.8)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = .047, df = 1, p = .828)$							
全体	知っている	38100	(61.8)	452	(58.6)	204	(51.0)	38756	(61.7)
	知らない	22943	(37.2)	294	(38.1)	170	(42.5)	23407	(37.3)
	無回答	599	(1.0)	25	(3.2)	26	(6.5)	650	(1.0)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 1.046, df = 1, p = .306)$							

表60 有機溶剤の入手可能性

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	簡単に手に入る	6689	(21.2)	212	(47.1)	63	(24.8)	6964	(21.6)
	少々苦勞するが手に入る	5327	(16.9)	89	(19.8)	34	(13.4)	5450	(16.9)
	ほとんど不可能	5683	(18.0)	45	(10.0)	36	(14.2)	5764	(17.8)
	絶対不可能	13153	(41.6)	93	(20.7)	90	(35.4)	13336	(41.3)
	無回答	746	(2.4)	11	(2.4)	31	(12.2)	788	(2.4)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 204.058, df = 3, p = .000)$							
女性	簡単に手に入る	4754	(15.8)	150	(47.8)	23	(15.9)	4927	(16.2)
	少々苦勞するが手に入る	6053	(20.2)	71	(22.6)	30	(20.7)	6154	(20.2)
	ほとんど不可能	5558	(18.5)	26	(8.3)	26	(17.9)	5610	(18.4)
	絶対不可能	12932	(43.1)	60	(19.1)	49	(33.8)	13041	(42.8)
	無回答	706	(2.4)	7	(2.2)	17	(11.7)	730	(2.4)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 255.854, df = 3, p = .000)$							
全体	簡単に手に入る	11452	(18.6)	364	(47.2)	87	(21.8)	11903	(18.9)
	少々苦勞するが手に入る	11391	(18.5)	161	(20.9)	64	(16.0)	11616	(18.5)
	ほとんど不可能	11244	(18.2)	72	(9.3)	62	(15.5)	11378	(18.1)
	絶対不可能	26101	(42.3)	155	(20.1)	139	(34.8)	26395	(42.0)
	無回答	1454	(2.4)	19	(2.5)	48	(12.0)	1521	(2.4)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 455.424, df = 3, p = .000)$							

表61 大麻の入手可能性

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	簡単に手に入る	2998	(9.5)	125	(27.8)	38	(15.0)	3161	(9.8)
	少々苦勞するが手に入る	4825	(15.3)	94	(20.9)	28	(11.0)	4947	(15.3)
	ほとんど不可能	6621	(21.0)	74	(16.4)	46	(18.1)	6741	(20.9)
	絶対不可能	16483	(52.2)	146	(32.4)	110	(43.3)	16739	(51.8)
	無回答	671	(2.1)	11	(2.4)	32	(12.6)	714	(2.2)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 199.637, df = 3, p = .000)$							
女性	簡単に手に入る	2370	(7.9)	91	(29.0)	14	(9.7)	2475	(8.1)
	少々苦勞するが手に入る	5403	(18.0)	84	(26.8)	26	(17.9)	5513	(18.1)
	ほとんど不可能	6194	(20.6)	48	(15.3)	33	(22.8)	6275	(20.6)
	絶対不可能	15381	(51.3)	84	(26.8)	53	(36.6)	15518	(50.9)
	無回答	655	(2.2)	7	(2.2)	19	(13.1)	681	(2.2)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 224.302, df = 3, p = .000)$							
全体	簡単に手に入る	5374	(8.7)	218	(28.3)	52	(13.0)	5644	(9.0)
	少々苦勞するが手に入る	10239	(16.6)	179	(23.2)	54	(13.5)	10472	(16.7)
	ほとんど不可能	12822	(20.8)	123	(16.0)	79	(19.8)	13024	(20.7)
	絶対不可能	31879	(51.7)	232	(30.1)	163	(40.8)	32274	(51.4)
	無回答	1328	(2.2)	19	(2.5)	52	(13.0)	1399	(2.2)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 424.116, df = 3, p = .000)$							

「シンナー遊び」非経験者群では、「ほとんど不可能」「絶対不可能」を選んだ者の合計が男性で60%、女性で62%と半数を超えていたが、「シンナー遊び」経験者群では、「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計は、男性で67%、女性で70%にものぼった。全体では「シンナー遊び」非経験者群では、「ほとんど不可能」「絶対不可能」を選んだ者の合計が61%であるのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計が、逆に68%にものぼっていた。両群間には明らかな違い ($p < 0.01$) が認められた。

(2) 大麻の入手可能性について

大麻の入手可能性についての回答の分布を表61に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計は、「シンナー

遊び」未経験者群では、男子で25%、女子で26%であり、経験者群では、男子で48%、女子で56%であり、両群には有意差 ($p < 0.01$) が認められ、「シンナー遊び」経験者群での大麻入手可能性の高さが強く示唆された。

また、1998年調査では、入手可能性は男性の方が高かったが、2000年調査及び今回は%上は女性の方が高くなっていた。

(3) 覚せい剤の入手可能性について

覚せい剤の入手可能性についての回答の分布を表62に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦労するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で24%、女子で27%であり、経験者群では、男性で47%、女性で56%であり、両群には有意差 ($p < 0.01$) が認められた。

この結果は、大麻の入手可能性の値とほぼ同じであり、同時に、「シンナー遊び」経験者群での

表62 覚せい剤の入手可能性

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	簡単に手に入る	3131	(9.9)	122	(27.1)	29	(11.4)	3282	(10.2)
	少々苦労するが手に入る	4668	(14.8)	90	(20.0)	35	(13.8)	4793	(14.8)
	ほとんど不可能	6303	(19.9)	74	(16.4)	43	(16.9)	6420	(19.9)
	絶対不可能	16872	(53.4)	155	(34.4)	118	(46.5)	17145	(53.1)
	無回答	624	(2.0)	9	(2.0)	29	(11.4)	662	(2.0)
	合計	31598	(100.0)	450	(100.0)	254	(100.0)	32302	(100.0)
		$(\chi^2 = 170.284, df = 3, p = .000)$							
女性	簡単に手に入る	2856	(9.5)	90	(28.7)	18	(12.4)	2964	(9.7)
	少々苦労するが手に入る	5363	(17.9)	87	(27.7)	24	(16.6)	5474	(18.0)
	ほとんど不可能	5824	(19.4)	44	(14.0)	24	(16.6)	5892	(19.3)
	絶対不可能	15340	(51.1)	85	(27.1)	65	(44.8)	15490	(50.9)
	無回答	620	(2.1)	8	(2.5)	14	(9.7)	642	(2.1)
	合計	30003	(100.0)	314	(100.0)	145	(100.0)	30462	(100.0)
		$(\chi^2 = 174.766, df = 3, p = .000)$							
全体	簡単に手に入る	5994	(9.7)	214	(27.8)	47	(11.8)	6255	(10.6)
	少々苦労するが手に入る	10041	(16.3)	178	(23.1)	59	(14.8)	10278	(16.4)
	ほとんど不可能	12132	(19.7)	119	(15.4)	67	(16.8)	12318	(19.6)
	絶対不可能	32229	(52.3)	242	(31.4)	183	(45.8)	32654	(52.0)
	無回答	1246	(2.0)	18	(2.3)	44	(11.0)	1308	(2.1)
	合計	61642	(100.0)	771	(100.0)	400	(100.0)	62813	(100.0)
		$(\chi^2 = 342.390, df = 3, p = .000)$							

覚せい剤入手可能性の高さが強く示唆された。

また、1998年調査では、入手可能性は男女で拮抗していたが、2000年調査及び今回は%上は女性の方が高くなっていた。

以上、3つの違法性薬物の入手可能性については、考察で論じたい。

D. 考察

1. 本調査研究の位置づけ

わが国の中学生における「シンナー遊び」の広がりについての調査研究で、地域特性を考慮して行われた大規模なものとしては、当分担研究者の知る限り、1990年から原則2年に1回、当分担研究者らによって実施されてきた千葉県公立中学校調査⁵⁾¹²⁾¹³⁾と、1996年から2年に1回、厚生科学研究費補助金により、当分担研究者らにより継続調査されてきた全国調査¹⁰⁾¹³⁾¹⁹⁾に限られている。

その結果、有機溶剤乱用の生涯経験率が明らかになり、有機溶剤乱用経験者群では非経験者群に比べて、日常生活の規則性が有意に乱れており、家族性が希薄（精神的単親家庭⁹⁾と称した）で、友人関係にも難があることを明らかにしてきた⁵⁾¹²⁾¹³⁾。

また、地域的には、有機溶剤の乱用は昼夜人口比と強い相関があり、夜間に人口が多く、昼間に人口の少ない地域ほど経験率が高いこと¹⁹⁾、及び、有機溶剤の乱用経験と喫煙経験・喫煙頻度とは強い相関があり⁹⁾、わが国の中学生では喫煙が有機溶剤乱用へのGateway Drug²⁰⁾となっている可能性が高いことも指摘してきた。

今回の調査研究は、上記一連の調査研究を継続的に発展させたものであり、わが国では薬物乱用に関する第4回目の全国中学生調査である。

2. 「シンナー遊び」の広がりについて

今回の調査研究では、「シンナー遊び」の生涯経験率は、男子では1.4%（1年生1.3%、2年生1.4%、3年生1.5%）、女子では1.0%（1年生1.0%、2年生1.1%、3年生1.0%）、全体では1.2%（1年生1.2%、2年生1.3%、3年生1.3%）であった。表63、図1は生涯経験率の年次推移を示しているが、2000年調査との比較では、男子及び全体では減少してはいるものの、女子では増加傾向が見られる結果であった。

一方、千葉県での今回の結果では生涯経験率が増加に転じており、その最大の原因は女子での生涯経験率の急増によると推定できる（表63）。

したがって、全国結果も千葉県での結果も女子

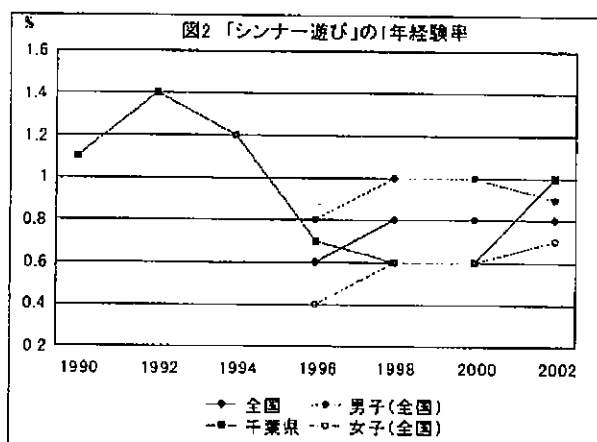
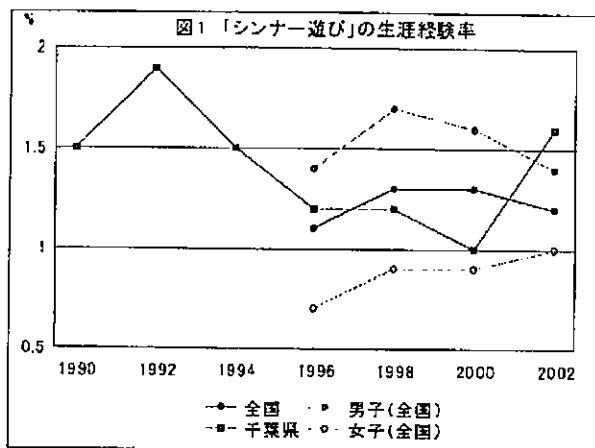
表63 「シンナー遊び」生涯経験率の推移（%）（「無回答」を除いて計算したもの）

千葉県

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1990	2.1	1.2	2.9	2.3	0.9	0.4	0.8	1.7	1.5	0.8	1.9	1.9	12	5,240
1992	2.5	1.8	3.5	2.0	1.2	0.9	1.2	1.5	1.9	1.4	2.4	1.8	14	6,092
1994	1.9	1.1	2.3	2.3	1.1	1.0	1.2	1.1	1.5	1.0	1.8	1.7	15	6,623
1996	1.5	1.4	1.3	1.9	0.8	0.6	0.7	1.2	1.2	1.0	1.0	1.6	8	4,476
1998	1.7	0.8	1.8	2.6	0.6	0.7	0.7	0.3	1.2	0.8	1.2	1.4	9	5,326
2000	1.5	1.1	1.3	2.2	0.5	0.5	0.3	0.6	1.0	0.8	0.8	1.3	7	3,733
2002	1.5	1.2	1.9	1.3	1.7	1.8	2.8	0.7	1.6	1.5	2.4	1.0	7	3,498

全国

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



での増加という傾向は同じである。社会への女性参画が進むと、薬物乱用の男女差が少なくなる傾向が世界的に認められるが、この女子での増加傾向は危惧されるところである。

一方、1年経験率は、流行の勢いを探る意味では生涯経験率よりは優れているはずである。しかし、個人情報の秘密保持という意味でのバイアスは生涯経験率よりは高いと考えられる。そのため、今回を含めて過去3回の調査では、すべて「経験あり」の人数よりは「無回答」の人数の方が多いという結果であった。しかし、今回、千葉県での生涯経験率と千葉県、全国での女子における生涯経験率が増加していることから、「流行の勢い」を探るために、1年経験率の推移を参考として載せた(表64、図2)。

図2及び表64に見るように、1年経験率は千葉県でも全国でも男子では2000年よりは下降気味であるが、女子ではいずれの場合も上昇気味であり、要注意である。したがって、有機溶剤乱用の広がりは、一応治まっているようではあるが、今後、女子での乱用増加につられて、男子での乱用も増加するようであれば、全体での乱用も増加する可能性があり、要注意状態にあると推定される。

ところで、この種の調査で最も問題になるのは、結果の信頼性であろう。この信頼性は、自記式調

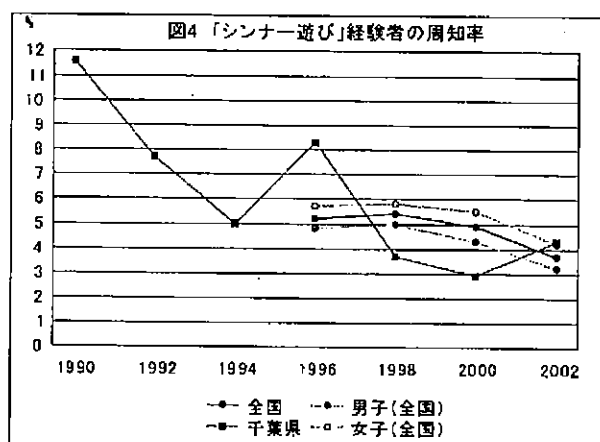
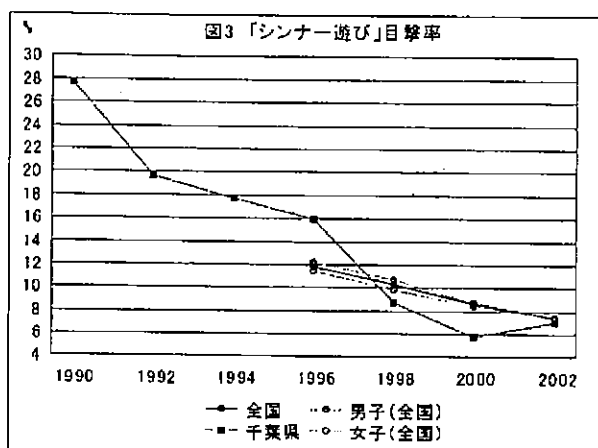
表64 「シンナー遊び」1年経験率の推移 (%) (「無回答」を除いて計算したもの)

千葉県

	男性				女性									
	1年生	2年生	3年生		1年生	2年生	3年生		全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1990	1.4	0.8	2.0	1.3	0.8	0.3	0.5	1.3	1.1	0.6	1.3	1.3	12	5,219
1992	1.8	1.3	2.7	1.5	0.9	0.5	1.1	1.1	1.4	0.9	1.9	1.3	14	6,090
1994	1.5	0.8	1.8	1.8	1.0	0.9	1.1	0.9	1.2	0.9	1.5	1.4	15	6,626
1996	0.9	1.1	0.5	1.0	0.5	0.6	0.1	0.7	0.7	0.9	0.3	0.9	8	4,370
1998	1.0	0.4	1.0	1.5	0.3	0.3	0.3	0.3	0.6	0.3	0.7	0.9	9	5,256
2000	0.9	0.8	0.3	1.6	0.4	0.4	0.3	0.4	0.6	0.5	0.3	1.0	7	3,641
2002	0.8	0.5	0.9	1.0	1.1	1.3	1.8	0.3	1.0	0.9	1.3	0.7	7	3,418

全国

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.8	0.6	0.8	1.0	0.4	0.4	0.4	0.6	0.6	0.5	0.6	0.8	108	52,229
1998	1.0	0.7	0.9	1.3	0.6	0.6	0.5	0.7	0.8	0.6	0.7	1.0	148	70,302
2000	1.0	0.8	0.9	1.1	0.6	0.5	0.5	0.7	0.8	0.6	0.7	0.9	140	60,280
2002	0.9	0.8	0.9	0.9	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.7	0.8	0.8	149	60,800



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

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

そこで採用しているのが、「シンナー遊び」をこれまでに目撃したことのある者の率（生涯目撃率：表65、図3）、身近に「シンナー遊び」をしている人を知っている者の率（乱用者周知率：表66、図4）、「シンナー遊び」に誘われたことのある者の率（生涯被誘惑率：表67、図5）である。それらを見ると、目撃率、乱用者周知率は確実に減少傾向にあり、有機溶剤乱用の「流行の勢い」が弱くなってきていることが強く示唆される。しかし、生涯被誘惑率は、男子で減少傾向が見られるものの、女子では増加傾向にあり、今回の2002年調査では男女差がなくなってしまっている。これも生涯経験率、1年経験率で述べた特徴と同じであり、

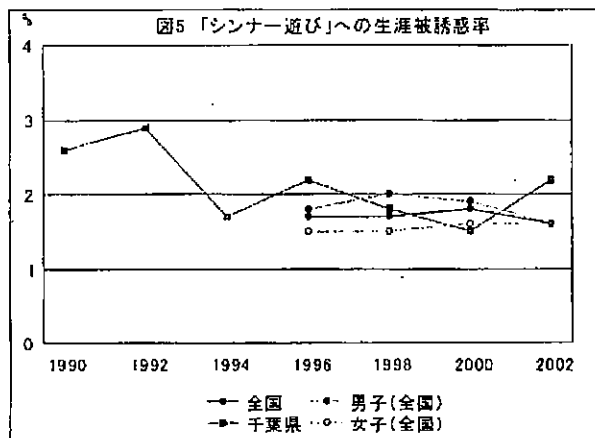
表65 「シンナー遊び」を実際に見たことがある者の率（%）（「無回答」を除いて計算したもの）

千葉県

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1990	27.5	23.8	26.5	31.7	27.9	22.0	27.9	32.2	27.7	22.9	27.1	32.0	12	5,212
1992	22.1	18.8	22.3	25.2	17.2	13.8	17.1	20.4	19.7	10.4	19.7	22.7	14	6,018
1994	19.1	17.2	19.2	20.6	16.3	12.8	17.4	18.6	17.7	15.1	18.2	19.6	15	6,766
1996	16.5	12.6	17.6	19.0	15.2	11.9	15.0	18.6	15.9	12.3	16.3	18.8	8	4,508
1998	9.9	6.3	9.7	13.4	7.5	6.7	7.6	8.1	8.7	6.5	8.6	10.8	9	5,344
2000	5.7	4.0	6.9	6.0	5.6	6.2	5.0	5.6	5.7	5.1	5.9	5.8	7	2,745
2002	7.0	7.1	7.7	6.1	6.9	6.9	7.2	6.7	7.0	7.0	7.5	6.4	7	3,510

全国

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	12.2	9.9	12.6	14.1	11.4	9.2	12.0	13.1	11.8	9.5	12.3	13.6	108	53,863
1998	10.7	8.8	10.0	13.3	9.8	8.3	9.5	11.5	10.3	8.5	9.7	12.4	148	71,599
2000	8.7	7.5	8.3	10.2	8.4	7.0	7.9	10.2	8.6	7.2	8.1	10.2	140	61,905
2002	7.4	6.3	7.6	8.3	7.4	6.8	7.3	7.9	7.4	6.6	7.5	8.1	149	62,611



要注意傾向を示すものであると考えられる。

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

以上を総合すると、全体では、「シンナー遊び」の「流行の勢い」は確実に弱くなって来ているようだが、生涯経験率、生涯被誘惑率における男女差がなくなってきており、また、千葉県での今回の結果では生涯経験率、目撃率、乱用者周知率、生涯非誘惑率の全てが増加に転じており、特に生

涯経験率の急増は女子での生涯経験率の急増によるものであり(表63)、今後全国でも増加に転じる可能性もあり、手放して喜べる状態とは言い難い。

3. 「シンナー遊び」と日常生活・家庭生活・友人関係

「シンナー遊び」経験者群と非経験者群との比較では、「起床時間の規則性」(表20)、「就床時間の規則性」(表21)、「朝食の摂取率」(表22)から見た日常生活の規則性、及び「学校生活への思い」(表23)、「クラブ活動の参加状況」(表24)、「親しく遊べる友人の存在」(表30)、「相談事の出来る友人の存在」(表31)において、統計的有意差が認められており、「シンナー遊び」経験者群での日常生活の不規則さ、学校生活への不満、友人関係の希薄さが明かである。

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

ところで、「父親との夕食頻度(表27)」は、「家族全員での夕食頻度(表25)」よりも低率になっ

表66 身近に「シンナー遊び」をしている人がいると答えた者の割合(乱用者周知率)(%)

(「無回答」を除いて掲載したもの)

千葉県

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1990	9.4	5.6	10.4	11.8	14.0	8.2	14.2	18.1	11.6	6.8	12.2	14.9	12	5,197
1992	7.1	4.2	8.9	8.1	8.3	6.1	9.5	9.0	7.7	5.1	9.2	8.6	14	6,072
1994	4.6	3.7	4.2	5.7	5.4	3.3	6.5	6.5	5.0	3.5	5.3	6.1	15	6,756
1996	9.2	7.1	10.9	9.4	7.3	4.8	8.3	8.7	8.3	6.0	9.6	9.0	8	4,493
1998	3.7	2.3	3.6	5.1	3.6	3.5	4.1	3.3	3.7	2.9	3.8	4.2	9	5,331
2000	2.4	1.7	2.2	3.1	3.2	3.4	2.4	3.9	2.9	2.6	2.3	3.6	7	3,742
2002	4.0	3.1	4.7	4.0	4.7	4.6	5.7	3.7	4.3	3.9	5.2	3.9	7	3,508

全国

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	4.8	3.6	4.6	6.4	5.7	3.9	6.2	6.9	5.2	3.7	5.4	6.6	108	53,697
1998	5.0	3.4	4.9	6.6	5.8	4.1	5.8	7.4	5.4	3.7	5.4	7.0	148	71,379
2000	4.3	2.9	4.5	5.5	5.5	4.0	5.1	7.4	4.9	3.4	4.8	6.5	140	61,773
2002	3.2	2.4	3.5	3.7	4.2	3.3	4.4	4.7	3.7	2.8	3.9	4.2	149	62,517

ており、これは明らかに矛盾である。しかも、この矛盾は、これまでの同種の調査⁵⁾¹⁰⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾でも毎回認められており、中学生の考えの中には、「家族全員での夕食」と言った時、父親の存在は既に除外されている傾向がそれなりにあることを示唆している。つまり、その背景には、父親はいつも帰りが遅いものだという中学生の考え方を伺うことができる。

そもそも、当研究者らは、夕食には「一家団欒」という意味合いがあると考えて調査項目に入れてきた。しかし、この夕食頻度には地域差が大きく、都市部ほど低く、農村部・山間部ほど高い傾向がある。「一家団欒」には、家族としての精神的意味合いも含まれるが、特に都市部における生活様式の多様性を考慮すると、親子の共有時間についての、もう少し直接的な項目が必要であると考えていた。そこで「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？」という項目も1998年より調べている(表28)。その結果、「シンナー遊び」経験者群では非経験者群に比べて、一日3時間以上大人不在で過ごす者が有意に多いことがわかった。結局、夕食頻度の少なさも、親子の共有時間の少なさの一現れとして解釈できる。

また、中学生という年代は、基本的に親との相

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

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

表11～表12は「シンナー遊び」をしている者について、どのような認識を持っているのかを調べたものである。表11～12では、経験者群と非経験者群での捉え方に、明らかな乖離が認められる。非経験者から見れば、経験者はほとんど「無関係」な人たち(90%以上)であり、経験者から見れば「気持ち理解できる気がする」人たちである割合が非常に高いということである。本研究者らは、「シンナー遊び」経験者にとってわかる気がするという、その気持ちとは、受容感と帰属感を求める「居場所のない子供たち」⁵⁾¹⁶⁾の共通の思いであろうと推測している。

有機溶剤乱用者への治療的介入の際に、当研究者らは、親の参加なくして子の回復はないと考えており、親子の共有時間を増やすことの重要性を説いているが⁵⁾¹⁶⁾¹⁸⁾、今回の結果もその有力な根拠

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

千葉県

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1990	3.0	2.0	3.5	3.5	2.2	0.8	2.0	3.3	2.6	1.5	2.8	3.3	12	5,156
1992	3.1	2.1	3.6	3.5	2.7	1.2	3.2	3.7	2.9	1.7	3.4	3.6	14	6,058
1994	2.0	0.3	2.0	3.5	1.5	1.1	1.1	2.1	1.7	0.7	1.5	2.8	15	6,700
1996	2.4	1.0	2.7	3.1	2.0	1.9	1.8	2.4	2.2	1.4	2.3	2.8	8	4,436
1998	2.6	1.0	3.3	3.6	0.9	1.2	0.9	0.7	1.8	1.1	2.1	2.2	9	5,061
2000	1.6	0.8	1.1	2.7	1.3	2.0	0.7	1.4	1.5	1.4	0.9	2.1	7	3,605
2002	1.8	1.8	2.0	1.7	2.6	1.9	3.1	2.7	2.2	1.8	2.6	2.2	7	3,366

全国

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	1.8	1.2	1.7	2.5	1.5	1.2	1.6	1.9	1.7	1.2	1.6	2.2	108	53,169
1998	2.0	1.0	1.9	2.9	1.5	0.9	1.5	2.0	1.7	0.9	1.7	2.5	148	67,776
2000	1.9	1.3	1.8	2.6	1.6	1.2	1.4	2.2	1.8	1.2	1.6	2.4	140	59,640
2002	1.6	1.1	1.7	1.9	1.6	1.3	1.7	1.9	1.6	1.2	1.7	1.9	149	59,988

表68 有機溶剤乱用による害知識周知率の推移
(%)

(「無回答」をそのまま生かし、「知っている」と答えた者の割合)

急性中毒死

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

歯の腐食

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

多発神経炎

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

精神病

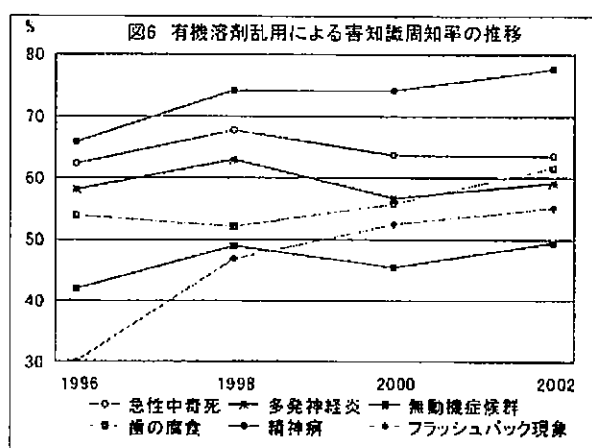
	男性	女性	全体
1996	64.1	67.2	65.7
1998	72.5	75.8	74.1
2000	72.0	76.4	74.2
2002	75.3	80.3	77.7

無動機症候群

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

フラッシュバック現象

	男性	女性	全体
1996	29.9	30.3	30.1
1998	47.5	46.3	46.9
2000	51.3	53.6	52.5
2002	53.3	57.1	55.1



である。

しかも、経験論的には、本調査の結果を保護者に紹介することが、保護者の意識変革には重要のようである。

4. 「シンナー遊び」による医学的害

薬物乱用防止には、薬物乱用による諸害をきちんと認識させることが重要である。ところが、「知識」があれば乱用しないかという、そうとも言えない面がある。これまでの調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた⁵⁾¹⁰⁾¹³⁾¹⁴⁾²⁰⁾。

しかし、今回の調査では、急性中毒死、歯の腐食、多発神経炎に関する男子、精神病に関する男女では、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多く、それ以外の害知識でも、経験者群VS非経験者群で有意差が認められない項目が出てきた。これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとすれば、期待される結果であり、ここ数年の薬物乱用防止教育推進による成果の可能性がある。

しかし、図6は害知識周知率の年次推移を示している。ほとんどの害知識の周知率が増加傾向にあることは好ましい傾向であるが、急性中毒死に関しては下降気味であり、そもそも精神病に関する周知率以外は、決して高い周知率とは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる。

なお、薬物乱用防止教育には、「知識が行動に結びつくとは限らない」という大きな課題が常に存在するわけで、これに関しては、知識教育を行った上で、次の段階として、薬物依存からの回復

の苦しみをドキュメンタリー形式で紹介したビデオ（平成9年度文部省制作「なくした自由」）の活用が期待される。

5. 大麻・覚せい剤の乱用経験

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

図7、図8に見るように、大麻も覚せい剤も1998年に比べると、生涯経験率は減少傾向にあるが、2000年との比較では、大麻は男女を問わない全体で上昇し、覚せい剤は横ばいであった。しかも、この背景には、大麻でも覚せい剤でも、女子での生涯経験率が上昇していることが最大の要因であると推定される。有機溶剤乱用の生涯経験率でも述べたが、ここでも女子における生涯経験率の上昇が特徴であった。

第3次覚せい剤乱用期の特徴の一つは、若年層までへの乱用の拡大であるが、その中でも女子における薬物乱用の拡大には注意を払う必要がある。

以上のように大麻・覚せい剤についての生涯経験率はあくまで参考データであるため、利用法の限界はあるが、参考までに有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率と大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率を表71、表72に示した。ここでも、2000年調査との比較では、女子における増加傾向が特徴的である。

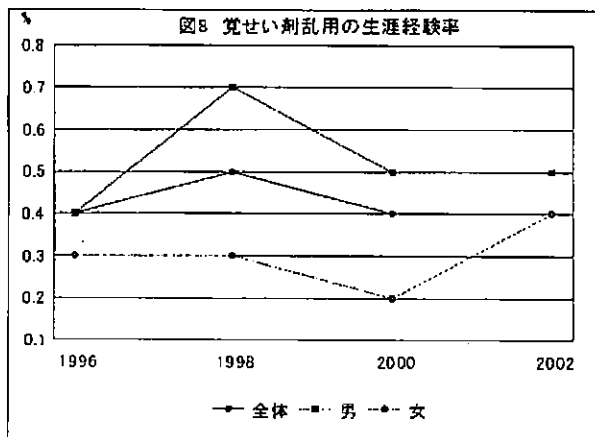
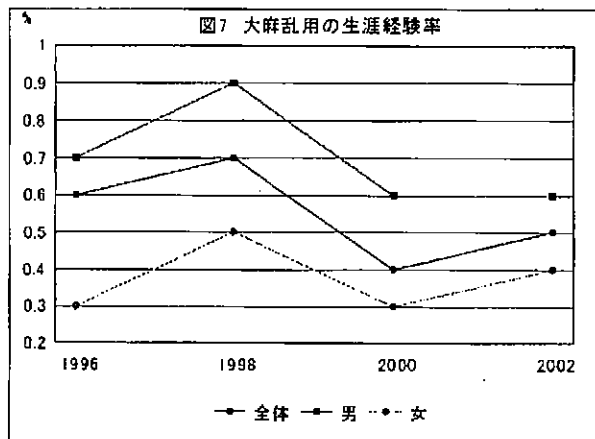


表69 大麻乱用の生涯経験率の推移 (%)（「無回答」を除いて計算したもの）

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

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

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.4	0.3	0.4	0.5	0.3	0.3	0.2	0.3	0.4	0.3	0.3	0.4	108	53,197
1998	0.7	0.5	0.7	0.8	0.3	0.2	0.3	0.4	0.5	0.4	0.5	0.6	148	70,819
2000	0.5	0.5	0.5	0.6	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4	140	61,457
2002	0.5	0.4	0.6	0.5	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	149	62,181

6. 大麻・覚せい剤乱用による医学的害

大麻、覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、表56、表59の通りである。

大麻による精神病・無動機症候群に関しては、1998年調査の女性を除けば、2000年調査までは、男女ともに有機溶剤乱用群の方が周知率が有意に高かった。しかし、今回、その傾向は同じであるが、初めて有機溶剤乱用経験の有無による有意差がなくなった。

また、覚せい剤乱用による精神病・フラッシュバック現象に関しては、男子では1996年調査、1998年調査では有機溶剤乱用群での周知率が有意に高かったが、2000年及び今回は、有意差はないものの有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに周知率は高いというように変化してきている。

これらは、有機溶剤乱用による医学的害の部分で述べた通り、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとすれば、期待される結果であり（ただし、表56、表59は大麻ないしは覚せい剤の乱用経験とそれぞれの薬物による害知識をクロスさせたものではないが）、ここ数年の薬物乱用防止教育推進による成果の可能性がある（図9、図10）。しかし、そもそもの周知率は高いとは言えず、今後一層の薬物乱用防止教育が必要と考えられる。

7. 違法薬物の入手可能性の比較

1993年以来、一部の外国人を中心に、大麻および覚せい剤が、大都会では路上で密売されるようになり、第3次覚せい剤乱用期を作り出した⁹⁾。その影響と思われるが、1996年の1年間に覚せい剤取締法により検挙された高校生の数は対前年度比2.3倍と激増した⁹⁾。いくら有機溶剤乱用の勢いが鈍ったと言っても、この現実、わが国の薬物汚染状況の深刻化を象徴する以外の何物でもない。

表74は、本調査による違法薬物の入手可能性の比較である。

表73 大麻及び覚せい剤乱用による害知識周知率の推移 (%)

（「無回答」をそのまま生かし、「知っている」と答えた者の割合）

大麻乱用による精神病、無動機症候群

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

覚せい剤乱用による精神病、フラッシュバック現象

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

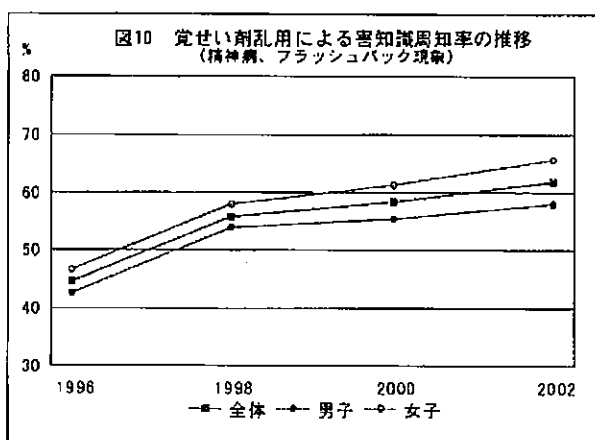
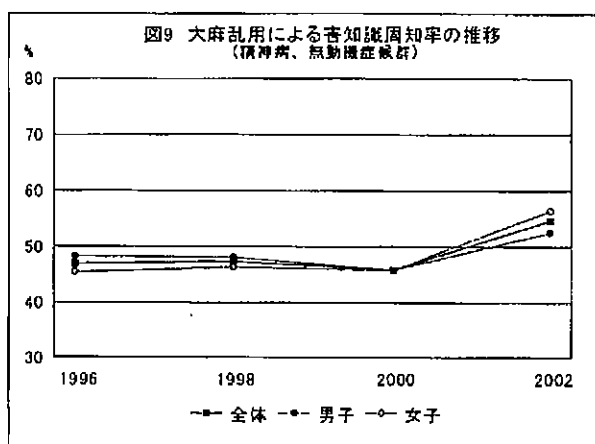
表71 有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの乱用の生涯経験率 (%)

（無回答を除いて計算したもの）

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

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

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.8	0.5	0.8	1.0	0.4	0.4	0.4	0.4	0.7	0.5	0.7	0.8	108	54,116
1998	1.0	0.9	1.0	1.2	0.5	0.5	0.5	0.6	0.8	0.7	0.8	0.9	148	71,245
2000	0.8	0.6	0.7	0.9	0.4	0.3	0.4	0.4	0.6	0.5	0.6	0.6	140	61,481
2002	0.8	0.6	0.9	0.8	0.5	0.4	0.6	0.6	0.7	0.5	0.8	0.7	149	61,668



有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その気になれば入手は極めて簡単である。しかし、表74の結果は入手可能を選んだ者が、予想外に少ない。どうやら、「シンナー遊び」のための「有機溶剤」という問いの言葉から、トルエンの入手を想定した者が多かった可能性がある。ただし、大麻、覚せい剤の入手可能性に比べれば、「シンナー遊び」の経験の有無に関わらず、常に高い結果であり、実感として納得できるところである。

問題は大麻及び覚せい剤の入手可能性である。男女に限らず、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が大麻でも覚せい剤でも50%を超えているが(表61、表62)、有機溶剤乱用経験者群では、大麻でも覚せい剤でも男子で47～48%、女子で56%の者が入手可能(「簡単に手に入る」と「少々苦労するが手に入る」を選択した者の合計)を選択していた(表61、表62)。

これらの結果は、わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用するということは、大麻、覚せい剤

表74 違法薬物の入手可能性の比較

(「簡単に手に入る」と「少々苦労するが手に入る」を選択した者の合計)

有機溶剤

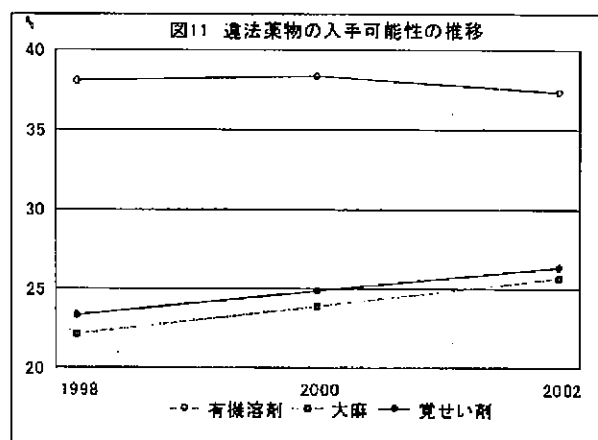
	男性	女性	全体
1998	41.6	34.4	38.1
2000	41.1	35.6	38.4
2002	38.5	36.4	37.4

大麻

	男性	女性	全体
1998	23.2	21.1	22.2
2000	24.1	23.8	23.9
2002	25.1	26.2	25.7

覚せい剤

	男性	女性	全体
1998	24.0	22.6	23.4
2000	24.4	25.5	24.9
2002	25.0	27.7	26.4



が身近なものになるという特徴を示唆している。

また、図11は有機溶剤乱用経験の有無に関わらず、全体での違法薬物の入手可能性の推移を示している。大麻、覚せい剤の入手可能性は確実に増大しているものであり、さらに表74に示したとおり、ここでも女子における増加が特徴的である。

8. 薬物乱用に対する法の遵守性

わが国の規制薬物乱用が、多くの国に比べて少ない背景には、国民の法に対する遵守性の高さが

あるのではないかと本研究者は推定している。

喫煙については非喫煙群全体の10.2% (表34)の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関しては、それを選んだ者は「シンナー遊び」非経験者群全体の3% (表9)に過ぎず、大麻では「シンナー遊び」非経験者全体の2% (表55)であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。(覚せい剤に関しては、尋ねていない)

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

9. 「ゲイトウェイ・ドラッグ」としてのタバコとアルコール

中学生における喫煙及び飲酒が「シンナー遊び」への「ゲイトウェイ」になっている可能性が高いことは以前より指摘してきたが³³⁾³⁴⁾³⁵⁾、表50及び表52の結果は、大人が同伴しない飲酒と「シンナー遊び」との結びつきの強さと、喫煙経験と「シンナー遊び」との結びつきの強さを再確認させるものである。この背景には、有機溶剤乱用同様に、家庭環境、「仲間」関係等、薬物乱用の背後にある人間関係が大きな要因となっていると推定できる。

中学生における喫煙・飲酒・薬物乱用防止を行う際には、喫煙・飲酒・薬物乱用といった表面的行為に目を奪われすぎることなく、その背後に潜む家庭環境、「仲間」関係等の人間関係に目を注ぐことが重要であろう³⁶⁾。

E. 結論

わが国の中学生における薬物乱用の広がり把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2002年10月中（一部11～12月中）であり、層別1段集落抽出法によ

り選ばれた全国210校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、149校（対象校の71.0%）より、62,900人（対象校210校の全生徒の57.7%）の回答を得た。有効回答数は62,813人（対象校210校の全生徒の57.6%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が3県あり、都道府県毎の回答率には、未だにばらつきがあることをふまえた上で、本調査の結果を利用する必要がある。

このような限界はあるが、以下のような結論を得た。

① 男子では1.4%（1年生1.3%、2年生1.4%、3年生1.5%）、女子では1.0%（1年生1.0%、2年生1.1%、3年生1.0%）、全体では1.2%（1年生1.2%、2年生1.3%、3年生1.3%）の者が、これまでに有機溶剤乱用を経験したことがあると回答した。

この結果は、男女合わせた全体では、1996年に実施した第1回全国調査の結果よりは0.1%高い値であるが、1998年及び2000年調査よりは0.1%低い値であった。性別では、男子では1998年以降減少しているのに対して、女子では1996年以来増加傾向にあり、女子での今後が危惧される結果であった。

② 有機溶剤乱用の目撃率に関しては男性、女性、全体の全てにおいて、1996年以降、着実に低下しており（全体で11.8%から7.4%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた（全体で5.4%から3.7%）。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は男子では1996年以降の最低を示したが、女子では1996年以降ほとんど横這いであり、女子における「誘い」が危惧される結果であった。

③ 以上を総合すると、男女合わせた全体では、有機溶剤乱用の勢いは、弱くなってきていると考えられる。しかし、女子における乱用の拡大傾向が危惧される結果であった。

④ 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。

⑤ その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の

共有時間が少ない傾向がうかがわれた。

⑥ 結局、有機溶剤経験者群は、総体的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推定することができよう。

⑦ また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。

⑧ これまでの一連の本調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた。しかし、今回の調査では、急性中毒死、歯の腐食、多発神経炎に関する男子、精神病に関する男女では非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多く、それ以外の害知識でも、経験者群VS非経験者群で有意差が認められない項目が出てきた。これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとすれば、「本来あるべき姿」であり、ここ数年の薬物乱用防止教育推進による成果の可能性がある。

しかし、「害を知らない者が乱用しやすい」とばかりは言えない面があるのが薬物乱用の世界であり、同時に、ほとんどの害知識の周知率が増加傾向にあるにも関わらず、急性中毒死の周知率は下降気味であり、そもそも精神病に関する周知率以外は、決して高い周知率とは言えない現状が明らかになった。薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

⑨ 大麻の生涯経験率は、男子で0.6%、女子で0.4%、全体で0.5%であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%、女子で0.4%、全体で0.4%であった。

これは大麻に関しては男女を問わない全体では2000年に比べて0.1%の上昇であり、覚せい剤に関しては、2000年と同じ結果であることを意味する。

性別では、男子では大麻でも覚せい剤でも生涯経験率は2000年と変化がなかったが、女子では両薬物に関して共に増加していた。

有機溶剤の場合と同様に、女子における大麻・覚せい剤乱用の今後が危惧される結果であった。

ただし、結果の数字自体が、無回答の者の割合よりも低く、積極的に論じることはできない限界はある。

⑩ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、増加傾向にあり歓迎されるが、そもそもの周知度自体が高いとは言えず、薬物乱用防止

教育の一層の推進が望まれる結果であった。

⑪ 違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その入手可能性への認識は高かった。大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していた。これらは、第3次覚せい剤乱用期を象徴するような結果（入手可能性の高さ）であった。しかも、ここでも女子における大麻・覚せい剤の入手可能性の増加が特徴的であり、今後が危惧される結果であった。

また、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が大麻でも覚せい剤でも50%を超えていたが、有機溶剤乱用経験者群では、大麻でも覚せい剤でも男子で47~48%、女子で56%の者が入手可能を選択していた。わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を示唆していた。

⑫ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については非喫煙群全体の10.2%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関しては、それを選んだ者は「シンナー遊び」非経験者群全体の3%に過ぎず、大麻では「シンナー遊び」非経験者全体の2%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。

⑬ また、有機溶剤乱用の経験と、大麻・覚せい剤乱用の経験とには、強い結びつきが認められ、同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも強い結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) Kiyoshi Wada: Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and Their Background Lifestyle: Results of Chiba Prefecture Survey 1994. Jpn.J.Alcohol & Drug Dependence 37(1): 41-56, 2002.

2) 和田 清、菊池安希子、尾崎米厚、勝野真吾：青少年の薬物乱用－全国中学生帖佐の結果より－、日本アルコール関連問題学会雑誌 4: 47-51,

2. 学会発表

1) Kiyoshi Wada, Shigeru Ozaki, Kazyhiro Nakayama, Hiraki Koishikawa, Masafumi Katayama, Shinji Hirai, Tatsuo Yabana: Structure of symptoms in volatile solvent-induced psychosis. College on Problems of Drug Dependence, 64th Annual Scientific Meeting, Quebec City, Canada, June 13, 2003.

2) Kiyoshi Wada, Shigeru Ozaki, Akiko Kikuchi: A Brief History and the Current Situation of Methamphetamine Abuse in Japan. Symposium (Addiction Psychiatry: Clinical Features of Methamphetamine Psychosis). XII World Congress of Psychiatry. Yokohama, Japan. 2002.8.26.

3) 和田 清、菊池安希子、尾崎 茂：社会精神に学的研究：疫学的調査研究の重要性。第14回日本アルコール精神医学会、シンポジウムII「依存症研究－最近の動向」。横浜市健康福祉総合センター。横浜。2002.8.31.

4) 和田 清、菊池安希子、尾崎 茂：全国の一般住民における薬物乱用状況(2001年)について。第37回日本アルコール・薬物医学会。東京。2002.9.6.

3. 国際会議

1) Kiyoshi Wada: Japan's Situation on Methamphetamine Abuse including HIV and HCV Infection. 1st National Conference on Substance Abuse. Organized by Committee of Consultants on Substance Abuse, Office of the Narcotic Control Board, Office of the Prime Minister, Thailand, 25-27-September, 2002.

謝辞

本調査研究にご協力いただいた多くの学校関係者および生徒、ならびに、本調査の実施に関して御尽力いただいた多くの方々に、心よりお礼を述べさせていただきます。

また、調査用紙回収後の困難な資料整理に協力していただいた、東京ダルク、日本ダルクの協力者に感謝いたします。

1) 尾崎 茂、和田 清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成12年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田 清）。pp.77-118. 2001.

2) 和田 清、福井 進：覚せい剤精神病の臨床症状—覚せい剤使用年数との関係—. アルコール研究と薬物依存 25:143-158, 1990.

3) 和田 清：“Gateway Drug”概念について。日本アルコール・薬物医学会雑誌 34(2)：95-106, 1999.

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

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

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

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

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

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

10) 和田 清、勝野真吾、尾崎米厚、中野良吾：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒に

についての調査研究。平成8年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」（主任研究者：寺元 弘）第1分冊薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究（2）。pp.21-60. 1997.

11) 文部省大臣官房調査統計企画課：全国学校総覧2002年版。原書房。東京。2002.

12) Wada, K.: Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and Their Background Lifestyle: Result of Chiba Prefecture Survey 1994. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 37: 41-56, 2002.

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

14) 和田 清：中学生における有機溶剤乱用の実態とその生活背景—1992年千葉県調査より—。学校保健研究 43:26-38, 2001.

15) 和田 清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究。平成5年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）平成5年度研究成果報告書。pp.27-54. 1994.

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

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

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

19) Wada, K.: Lifetime Prevalence of Alcohol Drinking, Cigarette Smoking, and Solvent Inb

alation among Junior High School Students in Japan: Tradition and Urbanization. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 36: 124-141, 2001.

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

分担研究者らによる一連の中学生調査に関する報告書、論文一覧

		報告書	論文
1990年	千葉県12校	福井 進、和田 清、伊豫雅臣：薬物乱用・依存の実態と動向に関する研究－中学生における「シンナー遊び」の実態とその背景－。（班長）佐藤光源。厚生省「精神・神経疾患研究委託費」2指-13。薬物依存の発生機序と臨床及び治療に関する研究。平成2年度研究成果報告書。pp. 27-34, 1991.	Wada, K., Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users. <i>Addiction</i> 88: 89-100, 1993. Wada, K., Fukui, S.: Prevalence of tobacco smoking among junior high school students in Japan and background life style of users. <i>Addiction</i> 89: 331-343, 1994. Wada, K., Price, R.K., Fukui, S.: Cigarette smoking and solvent use among Japanese adolescents. <i>Drug and Alcohol Dependence</i> 46: 137-145, 1997. Wada, K., Price, R.K., Fukui, S.: Reflecting Adult Drinking Culture: Prevalence of Alcohol Use and Drinking Situations among Japanese Junior High School Students in Japan. <i>Journal of Studies on Alcohol</i> 59: 381-386, 1998. 和田 清：中学生における飲酒－飲酒文化の反映－。日本アルコール・薬物医学会雑誌 34: 36-48, 1999.
1992年	千葉県14校	和田 清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究。平成4年度厚生科学研究（麻薬等対策総合研究事業）薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）平成4年度研究成果報告書。pp. 25-64, 1993. 3.	Wada, K.: Lifetime Prevalence of Alcohol Drinking, Cigarette Smoking, and Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan: Tradition and Urbanization. <i>Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence</i> 36: 124-141, 2001. 和田 清：中学生における有機溶剤乱用の実態とその生活背景－1992年千葉県調査より－。学校保健研究 43: 26-38, 2001.
1993年	関東地方14校	和田 清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査	Kikuchi, A., Wada, K.: Factors Associated with Volatile Solvent Use

		研究。平成5年度厚生科学研究（麻薬等対策総合研究事業）薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）平成5年度研究成果報告書。pp27-54, 1994. 3.	among Junior High School Students in Kanto, Japan. Addiction (accepted)
1994年	千葉県15校 中国地方U市 12校	和田 清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究。平成6年度厚生科学研究（麻薬等対策総合研究事業）薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）平成6年度研究成果報告書。pp35-60, 1995. 3.	Wada, K.: Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and Their Background Lifestyle: Result of Chiba Prefecture Survey 1994. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 37: 41-56, 2002.
1996年	全国108校	和田 清、勝野真吾、尾崎米厚、中野良吾：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究。平成8年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」（主任研究者：寺元 弘）第1分冊薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究（2）。pp. 21-60. 1997.	
1998年	全国148校	和田 清、中野良吾、尾崎米厚、勝野真吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査。平成10年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田 清）。pp. 19-83. 1999.	
2000年	全国140校	和田 清、菊池安希子、尾崎米厚、勝野真吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査。平成12年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田 清）。pp. 15-76. 2001.	
2002年	全国149校	今回の報告書	

飲酒・喫煙・薬物乱用についての意識・実態調査

(第6版-02)

飲酒・喫煙・薬物乱用は、青少年の心と体の両面に様々な害を及ぼします。

この調査は、今日の中学生が飲酒・喫煙・薬物乱用をどの様に考えており、また、実際にどのくらいの人が飲酒・喫煙・薬物乱用を経験しているかを調べ、今後の対策の参考にします。

回答者がわからないように以下のように配慮されています。

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

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

実施機関：国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 千葉県市川市国府台1-7-3 TEL.047-372-0141

- (質問1) あなたは男性ですか、女性ですか？ 1. 男性 2. 女性
- (質問2) あなたは中学何年生ですか？ 1. 1年生 2. 2年生 3. 3年生
- (質問3) あなたの起床時間は、ほぼ一定していますか？ 1. はい 2. いいえ
- (質問4) あなたの就寝時間は、ほぼ一定していますか？ 1. はい 2. いいえ
- (質問5) あなたは、毎朝、朝食を食べていますか？ 1. ほとんど毎日食べている
2. 時々食べる
3. ほとんど食べない
- (質問6) あなたにとって、学校生活は次のどれですか？ 1. とても楽しい。
2. どちらかといえば楽しい
3. あまり楽しくない
4. まったく楽しくない
- (質問7) あなたはクラブ活動（部活）に参加していますか？ 1. 積極的に参加している
2. 消極的に参加している
3. 参加していない
- (質問8) あなたは、母親と週何回くらい夕食を食べますか？
1. ほとんど毎日 2. 5～6回 3. 4回前後 4. 3回前後 5. 2回前後
6. ほとんど食べない 7. 母親がいない（^{たんしんふにん}単身赴任、死別、別居、離婚など）
- (質問9) あなたは、父親と週何回くらい夕食を食べますか？
1. ほとんど毎日 2. 5～6回 3. 4回前後 4. 3回前後 5. 2回前後
6. ほとんど食べない。 7. 父親がいない（^{たんしんふにん}単身赴任、死別、別居、離婚など）
- (質問10) あなたは、夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？
1. ほとんど毎日 2. 5～6回 3. 4回前後 4. 3回前後 5. 2回前後
6. ほとんど食べない

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

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

(質問12) あなたは、親しく遊べる友人がいますか？

1. いる
2. いない

(質問13) あなたは、相談事のできる友人がいますか？

1. いる
2. いない

(質問14) あなたは、悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？

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

(質問15) あなたは、これまでに一回でも、タバコを吸ったことがありますか？

(ある場合は、初めて吸った時の年齢を選んでください。)

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

(質問16) あなたは、この1年間で、タバコを吸ったことがありますか？

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

(質問17) あなたは、健康面から、喫煙をどう思いますか？

1. 害ばかりで、良い面はないと思う
2. 害もあるが、良い面もあると思う
3. 害よりも、良い面の方が多いと思う

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

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

(質問19) あなたは、未成年者の喫煙禁止をどう思いますか？

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

(質問20) あなたは、これまでに、下記の時に、一回でも、アルコール（ビール、日本酒、焼酎、ワイン、ウィスキーなど）を飲んだことがありますか？

(いくつ選んでもけっこうですが、なめたただけの場合は、含めないで下さい。ただし、「1」を選んだときには、その他は選ばないでください。)

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

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

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

(質問22) あなたは、この1年間に一回でも、アルコールを飲んだことがありますか？

(飲んだことのある機会をいくつ選んでもけっこうですが、なめたただけの場合は、含めないで下さい。ただし、「1」を選んだときには、その他は選ばないでください。)

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

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

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

（質問24）あなたは、健康面から、飲酒をどう思いますか？

1. 害ばかりで、良い面はないと思う
2. 害もあるが、良い面もあると思う
3. 害よりも、良い面の方が多いと思う

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

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

（質問26）あなたは、未成年者の飲酒禁止をどう思いますか？

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

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

1. ない
2. ある

（質問28）あなたの身近に、「シンナー遊び」をしている人がいますか？

1. いない
2. いる

（質問29）あなたは、「シンナー遊び」に誘われたことがありますか？

1. ない
2. ある

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

1. 関心がない
2. 見てみたい
3. 試してみたい
4. 経験がある

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

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

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

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

（質問33）あなたは、これまでに一回でも、「シンナー遊び」を経験したことがありますか？

（ある場合は、初めて経験した時の年齢を選んでください。）

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

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

1. ない
2. ある

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

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

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

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

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

1. 知っている
2. 知らない

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

1. 知っている
2. 知らない

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

1. 知っている
2. 知らない

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

1. 知っている
2. 知らない

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

1. 知っている
2. 知らない

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

1. 知っている
2. 知らない

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

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

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

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

(質問45) あなたは、大麻を吸うことをどう思いますか？

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

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

1. 知っている
2. 知らない

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

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

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

1. 知っている 2. 知らない

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

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

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

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

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

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

ご協力ありがとうございました。

薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2002年）－要約版－

分担研究者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長
研究協力者 畢 穎 同上（流動研究員）、鈴木紀美子（研究助手）
尾崎米厚 鳥取大学医学部 衛生学教室 助教授
勝野真吾 兵庫教育大学 学校教育学部 教授

わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2002年10月中（一部11～12月中）であり、層別1段集落抽出法により選ばれた全国210校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、149校（対象校の71.0%）より、62,900人（対象校210校の全生徒の57.7%）の回答を得た。有効回答数は62,813人（対象校210校の全生徒の57.6%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が3県あり、都道府県毎の回答率には、未だにばらつきがあることをふまえた上で、本調査の結果を利用する必要がある。

このような限界はあるが、以下のような結論を得た。

① 男子では1.4%（1年生1.3%、2年生1.4%、3年生1.5%）、女子では1.0%（1年生1.0%、2年生1.1%、3年生1.0%）、全体では1.2%（1年生1.2%、2年生1.3%、3年生1.3%）の者が、これまでに有機溶剤乱用を経験したことがあると回答した。この結果は、男女合わせた全体では、1996年に実施した第1回全国調査の結果よりは0.1%高い値であるが、1998年及び2000年調査よりは0.1%低い値であった。性別では、男子では1998年以降減少しているのに対して、女子では1996年以来増加傾向にあり、女子での今後が危惧される結果であった。

② 有機溶剤乱用の目撃率に関しては男性、女性、全体の全てにおいて、1996年以降、着実に低下しており（全体で11.8%から7.4%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた（全体で5.4%から3.7%）。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は男子では1996年以降の最低を示したが、女子では1996年以降はほとんど横這いであり、女子における「誘い」が危惧される結果であった。

③ 以上を総合すると、男女合わせた全体では、有機溶剤乱用の勢いは、弱くなってきていると考えられる。しかし、女子における乱用の拡大傾向が危惧される結果であった。

④ 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。

⑤ その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向がうかがわれた。

⑥ 結局、有機溶剤経験者群は、総体的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推定することができよう。

⑦ また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。

⑧ これまでの一連の本調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた。しかし、今回の調査では、急性中毒死、歯の腐食、多発神経炎に関する男子、精神病に関する男女では非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多く、それ以外の害知識でも、経験者群VS非経験者群で有意差が認められない項目が出てきた。これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとすれば、「本来あるべき姿」であり、ここ数年の薬物乱用防止教育推進による成果の可能性がある。

しかし、「害を知らない者が乱用しやすい」とばかりは言えない面があるのが薬物乱用の世界であり、同時に、ほとんどの害知識の周知率が増加傾向にあるにも関わらず、急性中毒死の周知率は下降気味であり、そもそも精神病に関する周知率以外は、決して高い周知率とは言えない現状が明

らかになった。薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

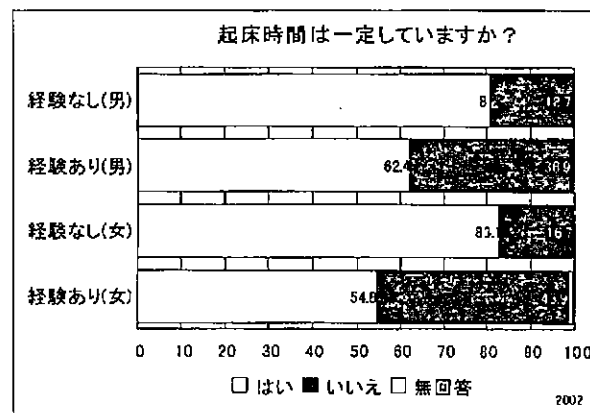
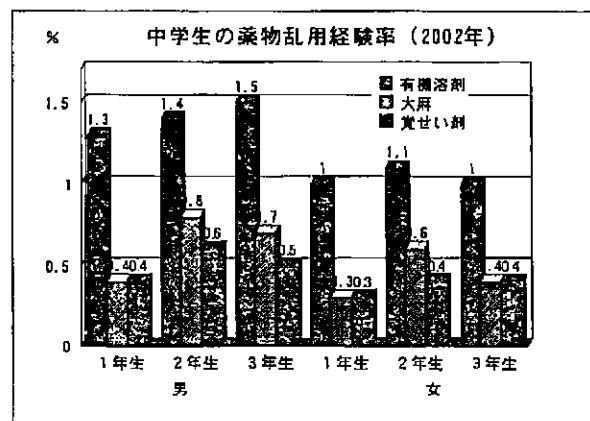
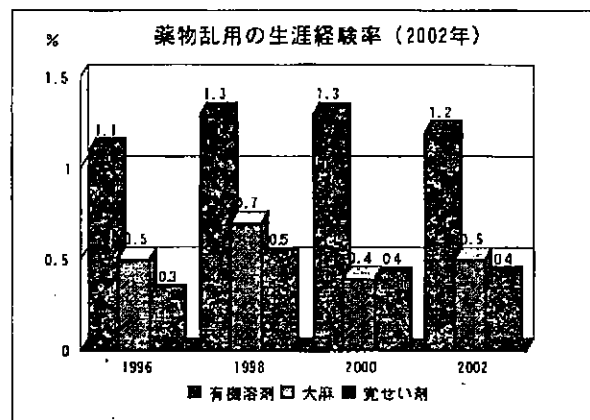
⑨ 大麻の生涯経験率は、男子で 0.6%、女子で 0.4%、全体で 0.5%であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で 0.5%、女子で 0.4%、全体で 0.4%であった。これは大麻に関しては男女を問わない全体では 2000 年に比べて 0.1%の上昇であり、覚せい剤に関しては、2000 年と同じ結果であることを意味する。性別では、男子では大麻でも覚せい剤でも生涯経験率は 2000 年と変化がなかったが、女子では両薬物に関して共に増加していた。有機溶剤の場合と同様に、女子における大麻・覚せい剤乱用の今後が危惧される結果であった。ただし、結果の数字自体が、無回答の者の割合よりも低く、積極的に論じることにはできない限界はある。

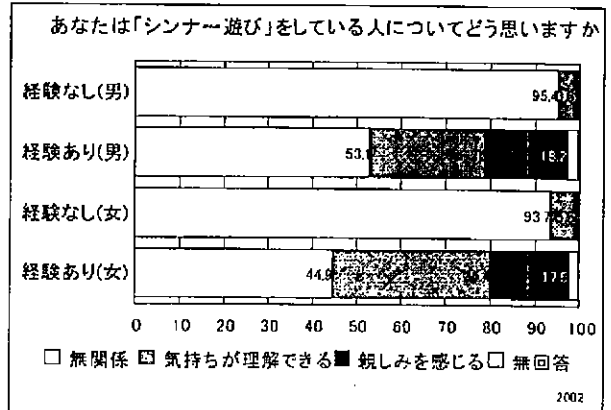
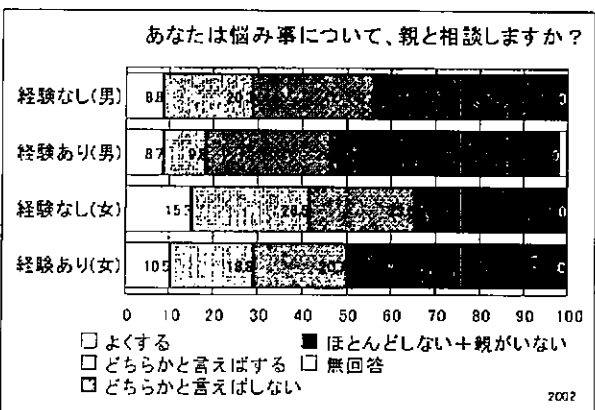
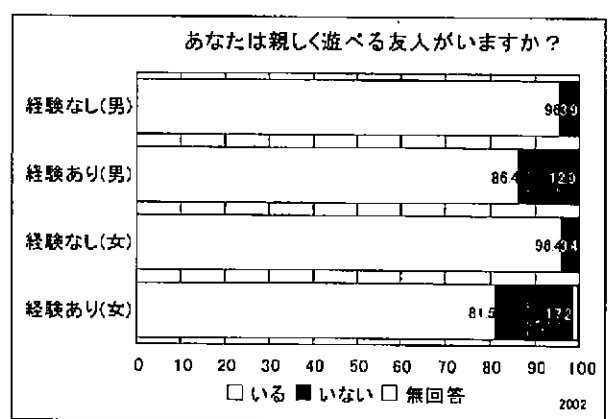
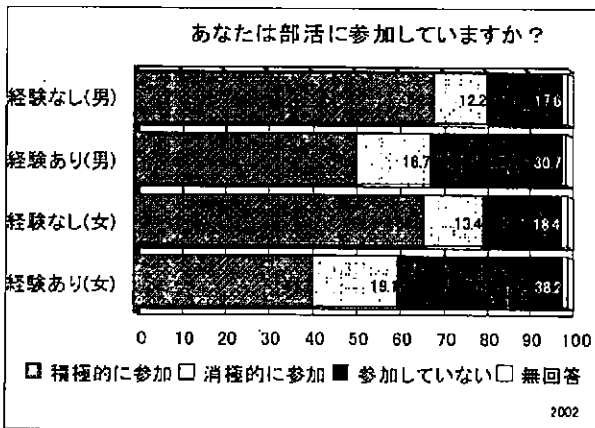
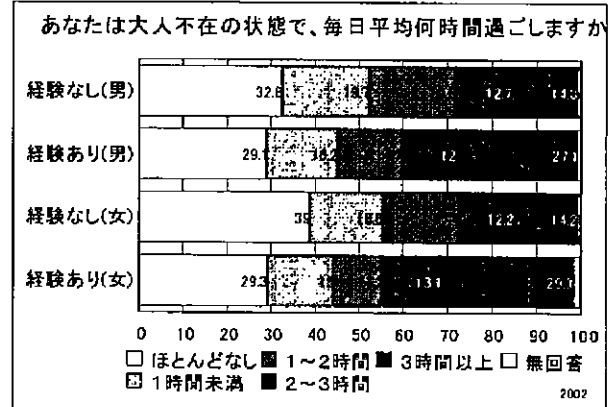
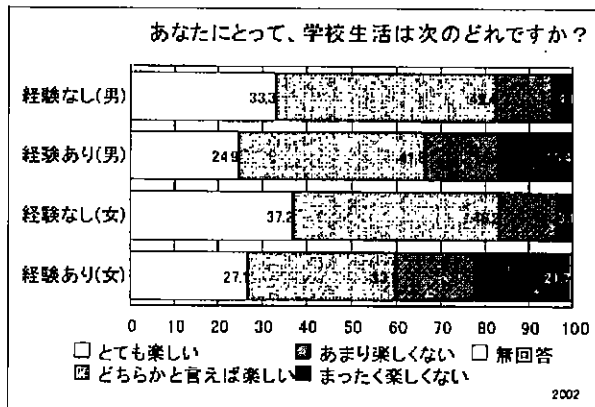
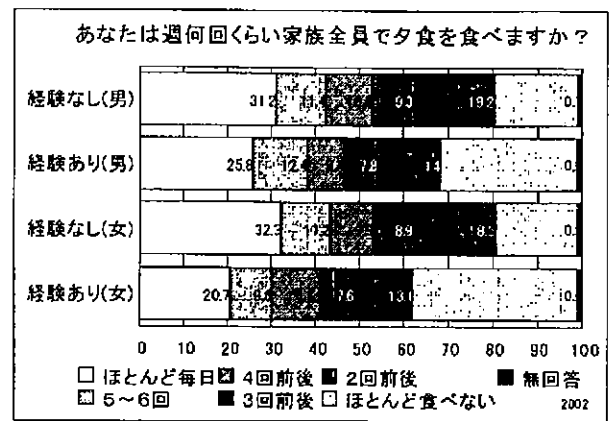
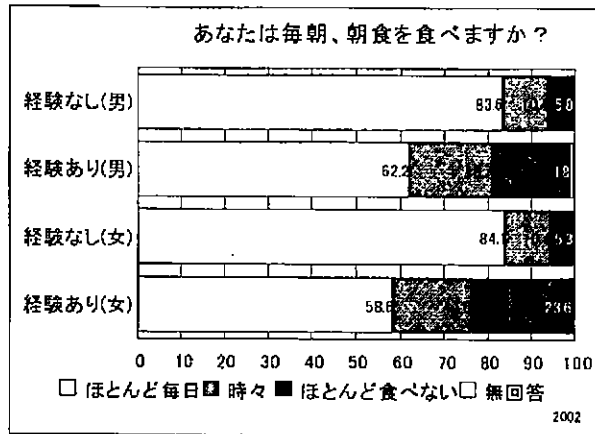
⑩ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、増加傾向にあり歓迎されるが、そもそもの周知度自体が高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

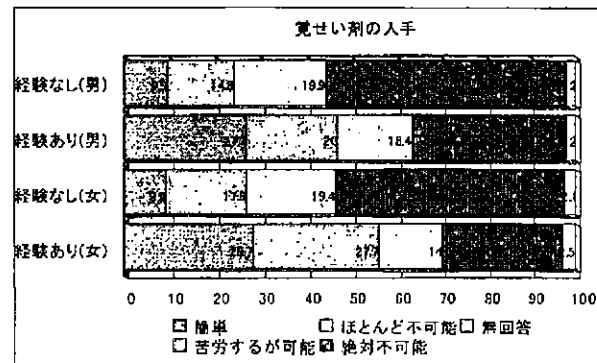
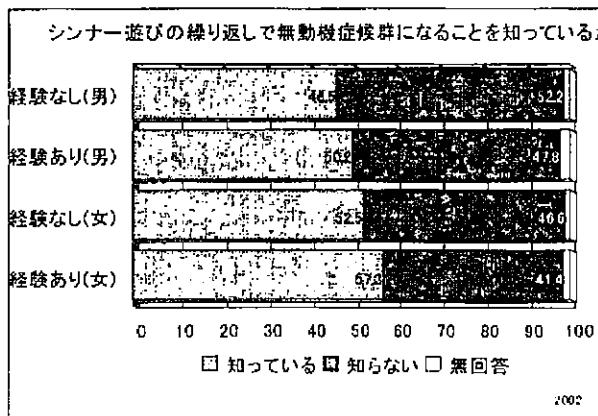
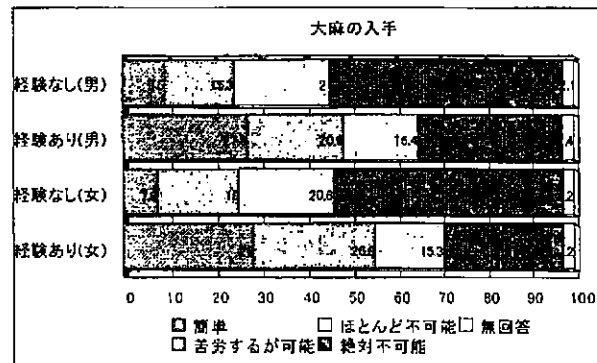
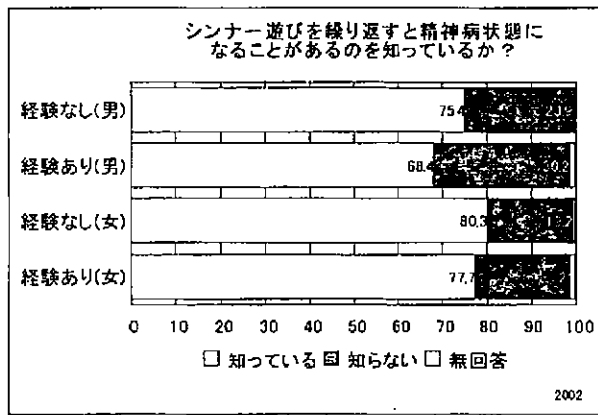
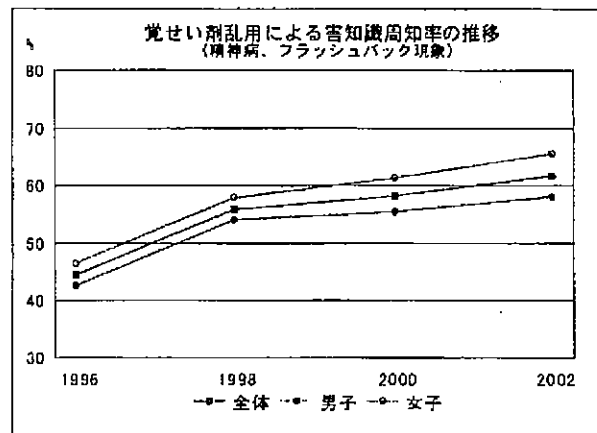
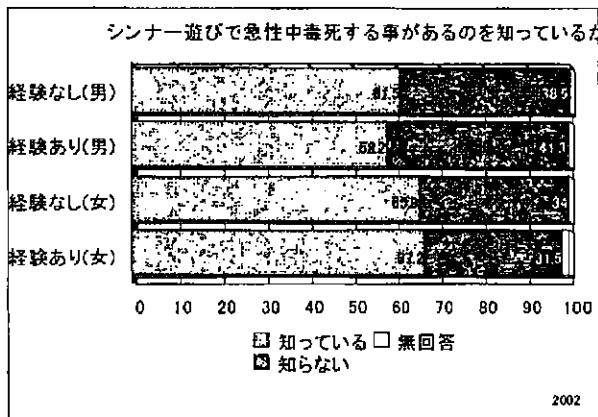
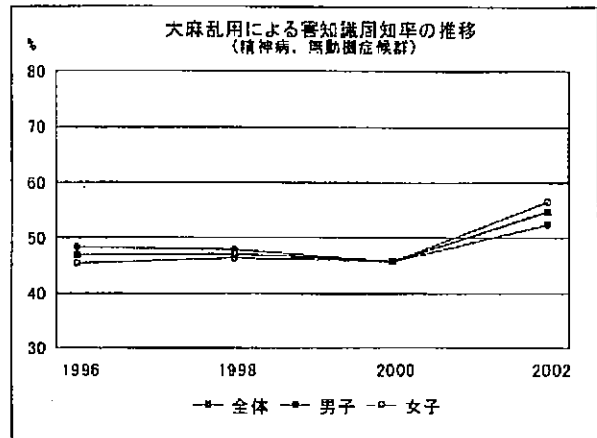
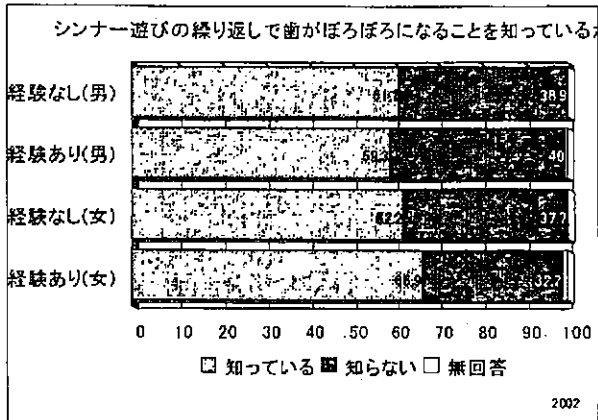
⑪ 違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その入手可能性への認識は高かった。大麻、覚せい剤の入手可能性は 1998 年以降、着実に増加していた。これらは、第 3 次覚せい剤乱用期を象徴するような結果（入手可能性の高さ）であった。しかも、ここでも女子における大麻・覚せい剤の入手可能性の増加が特徴的であり、今後が危惧される結果であった。また、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が大麻でも覚せい剤でも 50%を超えていたが、有機溶剤乱用経験者群では、大麻でも覚せい剤でも男子で 47 ~ 48%、女子で 56%の者が入手可能を選択していた。わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用するということは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を示唆していた。

⑫ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については非喫煙群全体の 10.2%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関しては、それを選んだ者は「シンナー遊び」非経験者群全体の 3%に過ぎず、大麻では「シンナー遊び」非経験者全体の 2%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。

⑬ また、有機溶剤乱用の経験と、大麻・覚せい剤乱用の経験とには、強い結びつきが認められ、同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも強い結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。







分 担 研 究 報 告 書
(1-2)

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者 尾崎 茂 国立精神・神経センター 精神保健研究所
研究協力者 和田 清 国立精神・神経センター 精神保健研究所

研究要旨 精神医療の現場における薬物乱用・依存の実態を把握するため、全国のすべての有床精神科医療施設（1,645施設）を対象とした「薬物関連精神疾患の実態調査」を施行した。調査期間は2002年9月、10月の2ヶ月間で、対象患者は調査期間中に各精神科医療施設において診療を受けたすべての薬物関連精神疾患の患者とし、調査用紙を郵送して主治医による記載を依頼した。その結果、866施設（回収率52.6%）から876症例の有効回答を得た。薬物別にみると、覚せい剤を主たる使用薬物とする『覚せい剤症例』が482例（55.0%）と最も多く、全症例に占める割合は前回調査時とほぼ同様であった。また全症例における「使用歴を有する薬物」としては66.2%で増加傾向にあった。『有機溶剤症例』は、164例（18.7%）とほぼ横ばいであったが、「初めて使用した薬物」としては45.1%と、覚せい剤の29.4%より高く、若年者の薬物乱用「入門薬」としては依然として重要であると思われた。『大麻症例』は2.6%と増加傾向にあり、「大麻の使用歴を有する症例」も22%と前回調査に比較して倍増しており、一般社会での乱用の拡大との関連が示唆された。診断的には、「6ヶ月以上の長期にわたり精神病性障害が持続する症例」が全体の約18%にみられた。「依存症候群」では女性の方が頻度、重症度とも高かった。「併存する精神医学的問題」としては、女性において摂食障害、身体表現性障害、不安障害・神経症性障害などの頻度が高く、「生活史的体験」としては被虐待体験、被イジメ体験が女性でより高い割合を示した。これらの結果から、薬物関連精神疾患においては女性のほうがより複雑な病態を有することが示唆された。利用された治療プログラムとしては、薬物療法および個人精神療法が中心で、全般的に集団治療プログラムの利用率が低い傾向がみられた。これらのことから、性差や病態水準により配慮した治療プログラムの導入が検討すべきであると考えられた。

A. 研究目的

薬物乱用問題は依然として、国内外を問わず深刻化の一途を辿っている。とりわけ覚せい剤を中心とする精神刺激剤の乱用は世界規模で拡がりをみせ、“アンフェタミン型中枢刺激剤（Amphetamine Type Stimulants, ATS）問題”として注目されている。日本においては、第三次覚せい剤乱用期が終息に至らず、若年層への薬物乱用の拡大や乱用薬物の多様化が引き続きみられている。

全国の精神科医療施設を対象とした調査研究は、薬物乱用・依存者の実態を把握するための多面的疫学研究の一分野として、1987年以来ほぼ現行の方法論を用いて隔年で実施されてきた。今年度は2000年度に引き続き、従来と同様の方法に基づいて全国のすべての有床精神科医療施設を対象に、精神科医療の現場における薬物関連精神疾患

の実態を把握するための実態調査を施行した。調査内容は、人口動態学的データ、飲酒・喫煙歴、薬物使用歴、精神医学的診断（ICD-10）、家族歴等の継続的調査項目に加えて、調査年度ごとに重点項目を設定して実施してきている。最近の数回にわたる調査年度の重点項目としては、厚生省「専門家会議」に基づく覚せい剤精神障害の診断（1996）、ICD-10による診断分類および覚せい剤精神病の発症年齢（1998）、覚せい剤精神病の遷延・持続例（2000）などであった。今年度は前回同様に薬物関連精神疾患の性差に注目しつつ、①長期にわたって持続する精神病性障害の診断、②依存症候群の診断（ICD-10下位項目、乱用開始から依存症までの期間、自記式評価尺度）、③先行・併存する精神医学的問題および生活史の問題、④利用された治療プログラム、の4点に焦点を当てて実施した。

B. 研究方法

1) 対象施設

調査対象施設は、全国精神科病床を有する医療施設で、施設の抽出は主に病院要覧（2001-2002年度版）¹⁾によった。その内訳は国立病院・療養所49施設、自治体立病院146施設（都道府県立病院72施設、市町村立病院74施設）、国公立・私立大学医学部附属病院84施設、そして民間精神病院1,366施設の計1,645施設である。

2) 方法

(1) 対象症例および調査期間

対象症例は、“アルコール以外の精神作用物質使用に関連した精神疾患患者”である。調査期間は2002年9月1日から10月31日までの2ヶ月間で、この期間に調査対象施設において、入院あるいは外来で診療を受けたすべての薬物関連精神疾患患者とした。

(2) 調査用紙の発送および回収

調査対象施設に対して、あらかじめ2002年7月下旬に調査の趣旨と方法を葉書により通知し、本調査への協力を依頼した。8月下旬に依頼文書ならびに調査用紙一式を各調査対象施設宛に郵送し、上記条件(1)を満たす薬物関連精神疾患患者について担当医師に調査用紙への記載を依頼した。また、今年度は依存症重症度に関する自記式評価尺度も設け、「1年以内に薬物使用歴のある患者」を対象とし、可能な限り協力を求めた。調査用紙回収の期限は2002年11月30日とし、回収期限前後にその時点で未回答の調査対象施設宛に再度本調査への協力要請の葉書を送付するとともに、必要に応じて電話・FAX等により回答内容・状況の確認等の作業を行った。実際には、回収期間終了後も回収作業を継続し、2003年3月上旬までに返送された症例についても可能な限り集計に加えた。

(3) 調査項目について

今回の調査における質問項目は、まず経時的な傾向の把握のために、質問用紙の前半は以下のような項目による構成とした。

(継続的な調査項目)

- ・ 人口動態学的データ

- ・ 交友、婚姻関係
- ・ 矯正・補導歴
- ・ 飲酒・喫煙開始年齢
- ・ 薬物使用歴
- ・ 薬物使用開始の動機
- ・ 契機となった人物
- ・ 診断 (ICD-10分類)
- ・ 精神科疾患の家族歴

さらに今年度は、「精神病性障害」の長期持続の問題を継続的に検討するとともに、「依存症候群」の疫学的な検討による実態把握を調査の主な焦点項目として調査用紙を作成した。具体的には下記のような質問項目を設定した。

(a) 精神病性障害の持続・遷延例

<設問17)>

ICD-10診断分類において「精神病性障害」は[F1x.50~56]に該当し、診断基準によれば症状の持続は「6ヵ月以内」とされている。一方、日本においては6ヵ月以上の長期にわたり精神病性障害が遷延・持続する症例の存在が認められており、これらの症例は病態を考える上で臨床的に重要な意義をもつと考えられる。したがって本調査では「精神作用物質使用による精神病性障害の長期持続例」として新たに“【F1x.57】精神病性障害（使用後2週以内の発症、症状の持続は48時間以上で物質使用中断後6ヵ月以上）”の項目を設け、設問17)-7としてICD-10診断分類に加えた。

(b) 依存症候群の診断 <設問18)>

依存症候群の病態をより詳細に検討するため、調査時点において主診断あるいは副診断においてICD-10診断分類“【F1x.2】依存症候群”に該当した症例を対象として、過去1年間について下位6項目にそれぞれ該当するかどうかの質問を設けた。

(c) 薬物乱用開始～依存症候群に至るまでの期間 (LOTAD) <設問19)>

乱用を開始してから依存症候群と思われる状態に至るまでに要した時間 (Length of Time from Onset of Abuse to Dependence, 以下LOTAD) を、性別、薬物別に検討するため、設問19)として設けた。対象は「現在または過去において“依存症候群”に該当する症例」で、依存症候群の判断は主に「薬物使用のコントロール喪失」を目安とし

た。アルコール関連障害の重症化において性差がみられることは指摘されている²⁾が、薬物関連精神疾患ではこの点に関する実証的データが乏しいため、本年度の調査において焦点のひとつとしたものである。

(d) 依存症重症度に関する自記式評価尺度 (SDS5項目および付加2項目)

依存症候群の重症度について検討するため、「最近1年以内に薬物使用歴を有する患者」を対象として、自記式評価を施行した。用いた評価尺度は、“Severity of Dependence Scale (SDS)”³⁾で、以下の5項目の質問から構成され、0～3点の4段階で評価する。

- ① あなたの薬物使用は、自分でコントロールできなくなっていると思いませんか？
- ② 薬物を使用できないのではと思うと、不安になったり、心配になったりしましたか？
- ③ あなたは自分自身の薬物使用について心配がありましたか？
- ④ 薬物使用をやめられたらいいのと思いませんか？
- ⑤ 薬物使用をやめるか、使わないで過ごすことはどのくらいむずかしいと思いませんか？

質問用紙では、上記の5項目に加えて、次の2項目を追加した。

- ⑥ 単独で薬物使用をしたことがありますか？
- ⑦ 薬物を使っても気持ちよくないのに、使ってしまったことがありますか？

以上の7項目を、依存症重症度に関する自記式評価尺度として用いた。

(e) 併存する精神医学的障害と生活史的体験 <設問21>

精神疾患における“comorbidity”や、虐待などの生活史的体験が臨床的に重要な問題のひとつとなっている。こうした最近の動向から考えて、被虐待体験、イジメ体験などの先行する生活史的体験や、摂食障害など薬物使用に起因しない他の精神医学的障害を疫学的に検討するために、設問21)を設けた。

(f) 治療プログラム <設問24>

最後に、今年度は薬物関連精神疾患の診療においていかなる治療プログラムが利用されているか

という点について疫学的に検討するため、設問25)として「これまでに利用された治療プログラム」の項目を設けた。

(4) “主たる使用薬物”の定義

該当症例の“主たる使用薬物”は、原則的に調査用紙の質問16)において、“調査時点における「主たる薬物」(＝現在の精神科的症状に関して、臨床的に最も関連が深いと思われる薬物)”として、記載した医師によって選択された薬物とした。複数の薬物が選択されている症例については、薬物により「多剤(規制薬物)」,「多剤(医薬品)」のいずれかとした。複数の薬物が規制薬物と医薬品の両方を含む場合には、薬物使用歴から判断し、結果的に以下の10のカテゴリーに分類した。

【分類された薬物のカテゴリー】

- ①覚せい剤(本報告書では『覚せい剤症例』と呼ぶ。以下同様)
- ②有機溶剤(『有機溶剤症例』)
- ③睡眠薬(『睡眠薬症例』)
- ④抗不安薬(『抗不安薬症例』)
- ⑤鎮痛薬(『鎮痛薬症例』)
- ⑥鎮咳薬(『鎮咳薬症例』)
- ⑦大麻(『大麻症例』)
- ⑧その他(『その他症例』)
- ⑨多剤(医薬品)(『多剤症例(医薬品)』)
- ⑩多剤(規制薬物)(『多剤症例(規制薬物)』)

なお、コカインを主たる使用薬物とする症例については、前回調査(2000年度)では4例みられたため、『コカイン症例』として独立した分類としたが、今回は1例のみであったので、『その他症例』に含めた。

C. 結果

1) 対象施設の種別による回答状況(表1)

対象施設1,645施設のうち、866施設(52.6%)より回答を得た。このうち198施設(12.0%)より、有効症例として876症例が報告された。「該当症例なし」の回答は668施設(40.6%)であった。施設別の回答率は「大学医学部附属病院」を除き半数を超え、「国立病院・療養所」で最も高く63.3%であった。一施設当たりの症例数は、「国立病院・療養所」で10.8例と最も多く、「都道府県立病院」

が8.8例とこれに次いでいた。

2) 主たる使用薬物別にみた症例数(表2)

876症例の内訳は、『覚せい剤症例』が482例で報告症例全体の55.0%と最も高い割合を占めた。『有機溶剤症例』が164例(18.7%)とこれに次ぎ、両薬物合わせて症例全体の3/4を占めていた。このほかはすべて10%以下で、『睡眠薬症例』6.7%、『多剤症例(規制薬物)』4.0%、『鎮咳薬症例』3.5%、『多剤症例(医薬品)』3.0%、『鎮痛薬症例』2.7%、『大麻症例』2.6%、『抗不安薬症例』1.9%、『その他症例』1.7%であった。『その他症例』において報告された薬物は、以下のような薬ものであった。

【その他症例における主たる使用薬物】

- ・ メチルフェニデート(8例)
- ・ コカイン(1例)
- ・ ヘロイン(1例)
- ・ 鼻炎薬(1例)
- ・ 抗バ剤(ビペリデン)(1例)
- ・ 抗ヒスタミン剤(“トラベルミン”)(1例)
- ・ 総合感冒薬(“パブロン”)(1例)
- ・ 抗てんかん薬(フェニトイン)(1例)

全体としてみると、規制薬物を主たる使用薬物とする症例(以下、『規制薬物症例』)は697例(79.6%)、医薬品を主たる使用薬物とする症例(以

表1 精神科医療施設の種別と回答状況

	総施設数	回答あり 施設数	回答のあった施設数と症例数			1施設 あたり 回答症 例数
			症例あり		症例なし	
			施設数	回答症例数	施設数	
国立病院・療養所	49 (3.0%)	31 (63.3%)	17 (34.7%)	183 (20.8%)	14 (28.6%)	10.8
自治体立病院						
都道府県立病院	72 (4.4%)	36 (50.0%)	20 (27.8%)	176 (20.0%)	16 (22.2%)	8.8
市町村立病院	74 (4.5%)	41 (55.4%)	10 (13.5%)	22 (2.5%)	31 (41.9%)	2.2
大学医学部附属病院	84 (5.1%)	39 (46.4%)	14 (16.7%)	32 (3.6%)	25 (29.8%)	2.3
民間病院	1366 (83.0%)	719 (52.6%)	137 (10.0%)	466 (53.0%)	582 (42.6%)	3.4
	1645 (100.0%)	866 (52.6%)	198 (12.0%)	879 (100.0%)	668 (40.6%)	4.4

(有効回答症例数:876例)

表2 主たる使用薬物別にみた症例数(%)

薬物分類	男 性	女 性	合 計	全症例における割合
覚せい剤	359 (74.5%)	123 (25.5%)	482 (100.0%)	55.0%
有機溶剤	136 (82.9%)	28 (17.1%)	164 (100.0%)	18.7%
睡眠薬	30 (50.8%)	29 (49.2%)	59 (100.0%)	6.7%
抗不安薬	9 (52.9%)	8 (47.1%)	17 (100.0%)	1.9%
鎮痛薬	12 (50.0%)	12 (50.0%)	24 (100.0%)	2.7%
鎮咳薬	23 (74.2%)	8 (25.8%)	31 (100.0%)	3.5%
大麻	23 (100.0%)	(0.0%)	23 (100.0%)	2.6%
その他	12 (80.0%)	3 (20.0%)	15 (100.0%)	1.7%
多剤(規制薬物)	26 (74.3%)	9 (25.7%)	35 (100.0%)	4.0%
多剤(医薬品)	18 (69.2%)	8 (30.8%)	26 (100.0%)	3.0%
計	648 (74.0%)	228 (26.0%)	876 (100.0%)	100.0%

表3-1 主たる使用薬物別にみた性別・年齢の分布

性別 性比	覚せい剤(482例)		有機溶剤(164例)		睡眠薬(59例)		抗不安薬(17例)		鎮痛薬(24例)		鎮咳薬(31例)	
	男性 (74.5%)	女性 (25.5%)	男性 (82.9%)	女性 (17.1%)	男性 (50.8%)	女性 (49.2%)	男性 (52.9%)	女性 (47.1%)	男性 (50.0%)	女性 (50.0%)	男性 (73.3%)	女性 (26.7%)
年齢構成												
≤14	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.7%)	1 (3.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
15~19	3 (0.8%)	10 (8.1%)	6 (4.4%)	8 (28.6%)	1 (3.3%)	1 (3.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
20~24	9 (2.5%)	21 (17.1%)	20 (14.7%)	4 (14.3%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	6 (26.1%)	1 (12.5%)
25~29	60 (16.7%)	32 (26.0%)	26 (19.1%)	3 (10.7%)	4 (13.3%)	4 (13.8%)	1 (11.1%)	2 (25.0%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)	4 (17.4%)	3 (37.5%)
30~34	67 (18.7%)	24 (19.5%)	42 (30.9%)	9 (32.1%)	2 (6.7%)	6 (20.7%)	2 (22.2%)	4 (50.0%)	2 (16.7%)	1 (8.3%)	5 (21.7%)	4 (50.0%)
35~39	60 (16.7%)	18 (14.6%)	17 (12.5%)	1 (3.6%)	8 (26.7%)	8 (27.6%)	2 (22.2%)	2 (25.0%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	4 (17.4%)	0 (0.0%)
40~44	39 (10.9%)	7 (5.7%)	11 (8.1%)	0 (0.0%)	4 (13.3%)	4 (13.8%)	2 (22.2%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	1 (8.3%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)
45~49	38 (10.6%)	3 (2.4%)	8 (5.9%)	1 (3.6%)	2 (6.7%)	2 (6.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)
50~54	38 (10.6%)	1 (0.8%)	5 (3.7%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	1 (3.4%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
55~59	27 (7.5%)	4 (3.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
60~64	9 (2.5%)	3 (2.4%)	0 (0.0%)	1 (3.6%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (25.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
65≤	5 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (6.7%)	1 (3.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
不明	4 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	2 (6.9%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
計	359 (100.0%)	123 (100.0%)	138 (100.0%)	28 (100.0%)	30 (100.0%)	29 (100.0%)	9 (100.0%)	8 (100.0%)	12 (100.0%)	12 (100.0%)	23 (100.0%)	8 (100.0%)
平均(男女別)	39.6±11.0	31.2±10.1	31.7±8.4	26.9±10.7	40.9±13.0	36.9±9.8	37.8±7.6	32.0±4.2	49.4±15.0	45.6±14.4	31.8±7.7	27.9±3.5
平均(全体)	37.4±11.4		30.9±9.0		38.9±11.7		34.9±6.7		47.4±14.5		30.8±7.0	

表3-2 主たる使用薬物別にみた性別・年齢の分布

性別 性比	大麻(23例)		その他(15例)		多剤(医薬品)(26例)		多剤(規制薬物)(35例)	
	男性 (100.0%)	女性 (0.0%)	男性 (78.6%)	女性 (21.4%)	男性 (69.2%)	女性 (30.8%)	男性 (74.3%)	女性 (25.7%)
年齢構成								
≤14	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
15~19	9 (39.1%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.8%)	0 (0.0%)
20~24	6 (26.1%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	2 (7.7%)	1 (11.1%)
25~29	2 (8.7%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	1 (33.3%)	3 (16.7%)	2 (25.0%)	6 (23.1%)	5 (55.6%)
30~34	2 (8.7%)	0 (0.0%)	3 (25.0%)	1 (33.3%)	6 (33.3%)	1 (12.5%)	4 (15.4%)	2 (22.2%)
35~39	3 (13.0%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	0 (0.0%)	4 (22.2%)	2 (25.0%)	2 (7.7%)	1 (11.1%)
40~44	1 (4.3%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	2 (11.1%)	1 (12.5%)	9 (34.6%)	0 (0.0%)
45~49	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
50~54	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)	1 (3.8%)	0 (0.0%)
55~59	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
60~64	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
65≤	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
不明	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	1 (3.8%)	0 (0.0%)
計	23 (100.0%)	0 (0.0%)	12 (100.0%)	3 (100.0%)	18 (100.0%)	8 (100.0%)	26 (100.0%)	9 (100.0%)
平均(男女別)	24.1±7.9	-	33.5±8.8	28.3±5.5	36.3±9.1	32.2±6.8	34.1±9.1	29.2±4.1
平均(全体)	24.1±7.9		32.5±8.3		35.2±8.6		32.8±8.3	

表4 またる使用薬物別にみた最終学歴

		覚せい剤	有機溶剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	大麻	その他	多剤 (医薬品)	多剤 (規制薬物)	計	
小学校	在学中											2	(0.2%)
	中退	2 (0.4%)										3	(0.3%)
	卒業 不明	3 (0.6%)											
中学校	在学中		5 (3.0%)									5	(0.6%)
	中退	3 (0.6%)	1 (0.6%)									4	(0.5%)
	卒業 不明	189 (39.2%) 12 (2.5%)	57 (34.8%)	10 (16.9%)	2 (11.8%)	7 (29.2%)	3 (9.7%)	3 (13.0%)		4 (15.4%)	8 (22.9%) 1 (2.9%)	283 13	(32.3%) (1.5%)
高校	在学中		2 (1.2%)	1 (1.7%)				7 (30.4%)				10	(1.1%)
	中退	135 (28.0%)	52 (31.7%)	9 (15.3%)	4 (23.5%)	4 (16.7%)	9 (29.0%)	3 (13.0%)	3 (20.0%)	7 (26.9%)	17 (48.6%)	243	(27.7%)
	卒業 不明	67 (13.9%) 1 (0.2%)	31 (18.8%)	18 (30.5%)	5 (29.4%)	9 (37.5%)	9 (29.0%)	5 (21.7%)	4 (26.7%)	6 (23.1%)	6 (17.1%)	160 1	(18.3%) (0.1%)
専門学校	在学中				1 (5.9%)							1	(0.1%)
	中退	8 (1.7%)	2 (1.2%)	1 (1.7%)			2 (6.5%)		1 (6.7%)		1 (2.9%)	15	(1.7%)
	卒業 不明	14 (2.9%) 1 (0.2%)	4 (2.4%)	10 (16.9%)	2 (11.8%)	1 (4.2%)	2 (6.5%)	1 (4.3%)	1 (6.7%)		1 (2.9%)	36 1	(4.1%) (0.1%)
短大	在学中					1 (4.2%)						2	(0.2%)
	中退	1 (0.2%)		1 (1.7%)					1 (6.7%)	1 (3.8%)	1 (2.9%)	10	(1.1%)
	卒業 不明	6 (1.2%)											
大学	在学中			1 (1.7%)				1 (4.3%)				2	
	中退	13 (2.7%)	3 (1.8%)	1 (1.7%)			2 (6.5%)	2 (8.7%)	1 (6.7%)	3 (11.5%)		25	(2.9%)
	卒業 不明	7 (1.5%) 2 (1.2%)	2 (1.2%)	3 (5.1%)	2 (11.8%)	1 (4.2%) 1 (4.2%)	1 (3.2%) 1 (3.2%)		3 (20.0%)	5 (18.2%)		24 2	(2.7%) (0.2%)
不明		20 (4.1%)	5 (3.0%)	4 (6.8%)	1 (5.9%)		2 (6.5%)	1 (4.3%)	1 (6.7%)			34	(3.9%)
計		482 (100.0%)	164 (100.0%)	59 (100.0%)	17 (100.0%)	24 (100.0%)	31 (100.0%)	23 (100.0%)	15 (100.0%)	26 (100.0%)	35 (100.0%)	876	(100.0%)

表5-1 またる使用薬物別にみた職業歴(薬物乱用前および現在)

	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬	
	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)
1 農林漁業	4 (0.8)	2 (0.4)	2 (1.2)	1 (0.6)	1 (1.7)	1 (1.7)				
2 商人(卸・小売り)	3 (0.6)	2 (0.4)					1 (5.9)		1 (4.2)	
3 不動産業	1 (0.2)	1 (0.2)								
4 金融業	2 (0.4)	4 (0.8)		1 (0.6)	1 (1.7)					
5 自営職人	7 (1.5)	5 (1.0)	2 (1.2)	2 (1.2)						
6 露天・行商	3 (0.6)	1 (0.2)	1 (0.6)							
7 その他自営業	6 (1.2)	6 (1.2)		1 (0.6)		1 (1.7)			3 (12.5)	2 (8.3)
8 団体役員	2 (0.4)	1 (0.2)								
9 会社員	19 (3.9)	4 (0.8)	3 (1.8)	3 (1.8)	9 (15.3)		3 (17.6)	1 (5.9)	2 (8.3)	
10 店員	22 (4.6)	9	5 (3.0)		10 (16.9)	1 (1.7)	2 (11.8)	1 (5.9)	3 (12.5)	
11 工員	29 (6.0)	8 (1.7)	8 (4.9)	3 (1.8)	1 (1.7)		2 (11.8)	2 (11.8)	1 (4.2)	
12 公務員	1 (0.2)	(0.0)	1 (0.6)							
13 風俗営業関係	28 (5.8)	5 (1.0)			2 (3.4)	2 (3.4)			2 (8.3)	
14 飲食業	33 (6.8)	12 (2.5)	6 (3.7)	1 (0.6)	2 (3.4)	1 (1.7)	2 (11.8)		4 (16.7)	
15 興業関係	1 (0.2)									
16 旅館業		2 (0.4)								
17 交通運輸	22 (4.6)	7 (1.5)	3 (1.8)	2 (1.2)	2 (3.4)	1 (1.7)				
18 土木建築業	58 (12.0)	36 (7.5)	13 (7.9)	10 (6.1)	3 (5.1)	1 (1.7)			1 (4.2)	
19 日雇い労働者	12 (2.5)	8 (1.7)	1 (0.6)	1 (0.6)	1 (1.7)					
20 その他の被雇用者	16 (3.3)	10 (2.1)	3 (1.8)	1 (0.6)				1 (5.9)		1 (4.2)
21 医療従事者関係	2 (0.4)	2 (0.4)			8 (13.6)	2 (3.4)	1 (5.9)		1 (4.2)	1 (4.2)
22 芸能関係		1 (0.2)								
24 小学生	1 (0.2)		1 (0.6)							
25 中学生	29 (6.0)		40 (24.4)	2 (1.2)	2 (3.4)				1 (4.2)	
26 高校生	22 (4.6)		18 (11.0)	1 (0.6)	1 (1.7)	1 (1.7)	1 (5.9)		1 (4.2)	
27 大学生	4 (0.8)		1 (0.6)		1 (1.7)					
28 各種学校生	2 (0.4)	1 (0.2)	1 (0.6)		1 (1.7)					
29 主婦	4 (0.8)	13 (2.7)	1 (0.6)	2 (1.2)	1 (1.7)	9 (15.3)		1 (5.9)	1 (4.2)	3 (12.5)
30 家事手伝い	2 (0.4)	4 (0.8)	1 (0.6)	1 (0.6)			1 (5.9)	1 (5.9)		
31 無職	66 (13.7)	274 (56.8)	27 (16.5)	100 (61.0)	2 (3.4)	31 (52.5)	2 (11.8)	9 (52.9)	1 (4.2)	15 (62.5)
32 不定	16 (3.3)	11 (2.3)	7 (4.3)	6 (3.7)						1 (4.2)
33 不明	62 (12.9)	49 (10.2)	19 (11.6)	24 (14.6)	9 (15.3)	7 (11.9)	3 (17.6)		2 (8.3)	1 (4.2)
34 その他	3 (0.6)	4 (0.8)		2 (1.2)	2 (3.4)	1 (1.7)				
計	482 (100.0)	482 (100.0)	164 (100.0)	164 (100.0)	59 (100.0)	59 (100.0)	17 (100.0)	17 (100.0)	24 (100.0)	24 (100.0)

表5-2 主たる使用薬物別にみた職業歴(薬物乱用前および現在)

	鎮咳薬		大麻		その他		多剤(医薬品)		多剤(規制薬物)	
	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)
1 農林漁業										
2 商人(卸・小売り)	1 (3.2)	1 (3.2)					1 (3.8)	1 (3.8)	2 (5.7)	
3 不動産業										
4 金融業									1 (2.9)	1 (2.9)
5 自営職人	2 (6.5)	2 (6.5)		1 (4.3)					1 (2.9)	
6 露天・行商										
7 その他自営業				1 (4.3)	1 (6.7)	1 (6.7)			2 (5.7)	
8 団体役員										
9 会社員	3 (9.7)	2 (6.5)	1 (4.3)		4 (26.7)	1 (6.7)	6 (23.1)	1 (3.8)	2 (5.7)	1 (2.9)
10 店員	1 (3.2)	1 (3.2)	2 (8.7)	2 (8.7)					3 (8.6)	1 (2.9)
11 工員	2 (6.5)	1 (3.2)	1 (4.3)	1 (4.3)	1				1 (2.9)	1 (2.9)
12 公務員	2 (6.5)						2 (7.7)	1 (3.8)		
13 風俗営業関係					1 (6.7)				1 (2.9)	
14 飲食業	1 (3.2)		1 (4.3)		1 (6.7)				1 (2.9)	
15 興業関係										
16 旅館業										
17 交通運輸	1 (3.2)								1 (2.9)	1 (2.9)
18 土木建築業	1 (3.2)	1 (3.2)	1 (4.3)	1 (4.3)			3 (11.5)	1 (3.8)	1 (2.9)	1 (2.9)
19 日雇い労働者			1 (4.3)		1 (6.7)				1 (2.9)	2 (5.7)
20 その他の被雇用者			1 (4.3)				1 (3.8)		2 (5.7)	
21 医療薬業関係					2 (13.3)	1 (6.7)	1 (3.8)			
22 芸能関係										
25 中学生	1 (3.2)		2 (8.7)						5 (14.3)	
26 高校生	3 (9.7)		9 (39.1)	8 (34.8)			3 (11.5)		1 (2.9)	
27 大学生	2 (6.5)	1 (3.2)	1 (4.3)	1 (4.3)			1 (3.8)			1 (2.9)
28 各種学校生	1 (3.2)		1 (4.3)						1 (2.9)	
29 主婦		2 (6.5)				1 (6.7)	1 (3.8)	3 (11.5)		
30 家事手伝い		1 (3.2)								
31 無職	2 (6.5)	16 (51.6)	1 (4.3)	8 (34.8)	3 (20.0)	8 (53.3)	2 (7.7)	16 (61.5)	8 (17.1)	21 (80.0)
32 不定	3 (9.7)	1 (3.2)	1 (4.3)				1 (3.8)	(0.0)	1 (2.9)	1 (2.9)
33 不明	5 (16.1)	2 (6.5)			1 (6.7)	2 (13.3)	3 (11.5)	3 (11.5)	3 (8.6)	4 (11.4)
34 その他							1 (3.8)	(0.0)		
計	31 (100.0)	31 (100.0)	23 (100.0)	23 (100.0)	15 (100.0)	15 (100.0)	26 (100.0)	26 (100.0)	35 (100.0)	35 (100.0)

下、『医薬品症例』は179例(20.4%)と前者が多かった。

薬品症例』はそれぞれ35.4歳、36.5歳と差がみられなかった。

3) 性別・年齢の分布(表3-1, 表3-2)

性比では、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『鎮咳薬症例』、『大麻症例』、『その他症例』、『多剤症例(規制薬物)』および『多剤(医薬品)』で男性の比率が高かった。これに対して、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』では男女比は接近していた。

調査時の平均年齢は、『覚せい剤症例』37.4歳、『有機溶剤症例』30.9歳、『睡眠薬症例』38.9歳など、ほぼ30歳代を中心に分布していた。『大麻症例』は24.1歳と最も低く、『鎮痛薬症例』が47.4歳と最も高かった。『規制薬物症例』では男性538例(77.2%)、『医薬品症例』では男性110例(61.5%)といずれも男性の割合が高かった。

男女別にみた平均年齢では、『大麻症例』を除くすべての薬物群において、女性症例の方が男性より平均年齢でおよそ4~5歳低かった。『覚せい剤症例』では8.2歳と男女差が最も大きかった。

また、65歳以上という高齢の症例も、『覚せい剤症例』5例、『睡眠薬症例』3例、『鎮痛薬症例』3例みとめた。

平均年齢においては、『規制薬物症例』と『医

4) 最終学歴(表4)

全体としては、中学卒業または高校中退までの学歴が60%を占めていた。主たる使用薬物別にみると、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』および『鎮痛薬症例』においては、中学校卒業以下が概ね30~40%と比較的高い割合であった。一方、『その他症例』、『多剤症例(医薬品)』では20%前後が大学卒と比較的高学歴であった。また、『有機溶剤症例』では7例(『有機溶剤症例』の4.2%)が、薬物全体では15例(1.7%)が中・高校生であった。

5) 職業(表5-1, 5-2)

薬物乱用開始前には、『覚せい剤症例』で“無職”、“土木建築業関係”の割合が比較的高く、10.6%が“中・高生”であった。『有機溶剤症例』では“中学生”が24.4%と最も高く、“無職”、“高校生”がこれに次いでいた。『睡眠薬症例』、『その他症例』では、“医療薬業関係”の割合が比較的高く、そのほか“会社員”、“店員”、“飲食業関係”などであった。

薬物乱用開始後には“無職”の割合が各症例とも50~60%と高くなった。主たる薬物別に“無職

表6 暴力団との関係

		薬物乱用前 にあり	薬物乱用後 にあり	現在もあり	現在はない	これまでなし	不明	計
(主たる使用薬物)								
覚せい剤	(男)	133 (37.0%)	97 (27.0%)	26 (7.2%)	104 (29.0%)	103 (28.7%)	65 (18.1%)	359 (100.0%)
	(女)	37 (30.1%)	39 (31.7%)	13 (10.6%)	34 (27.6%)	33 (26.8%)	24 (19.5%)	123 (100.0%)
有機溶剤	(男)	13 (9.6%)	18 (13.2%)	5 (3.7%)	23 (16.9%)	72 (52.9%)	26 (19.1%)	136 (100.0%)
	(女)	3 (10.7%)	5 (17.9%)	1 (3.6%)	7 (25.0%)	11 (39.3%)	6 (21.4%)	28 (100.0%)
睡眠薬	(男)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	3 (10.0%)	1 (3.3%)	19 (63.3%)	6 (20.0%)	30 (100.0%)
	(女)	1 (3.4%)	2 (6.9%)		2 (6.9%)	23 (79.3%)	2 (6.9%)	29 (100.0%)
抗不安薬	(男)	2 (22.2%)			2 (22.2%)	5 (55.6%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
	(女)	1 (12.5%)	1 (12.5%)			5 (62.5%)	2 (25.0%)	8 (100.0%)
鎮痛薬	(男)	1 (8.3%)	1 (8.3%)			7 (58.3%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
	(女)	2 (16.7%)			1 (8.3%)	9 (75.0%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
鎮咳薬	(男)	2 (8.7%)	2 (8.7%)		3 (13.0%)	17 (73.8%)	3 (13.0%)	23 (100.0%)
	(女)	1 (12.5%)	1 (12.5%)			6 (75.0%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
大麻	(男)	2 (8.7%)	5 (21.7%)	1 (4.3%)	4 (17.4%)	17 (73.9%)	1 (4.3%)	23 (100.0%)
	(女)							0 (100.0%)
その他	(男)	1 (8.3%)	1 (8.3%)		1 (8.3%)	10 (83.3%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
	(女)					2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
多剤 (医薬品)	(男)	2 (11.1%)	0		2 (11.1%)	14 (77.8%)	2 (11.1%)	18 (100.0%)
	(女)		1 (12.5%)		0 (0.0%)	6 (75.0%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
多剤 (規制薬物)	(男)	5 (19.2%)	4 (15.4%)		5 (19.2%)	9 (34.6%)	8 (30.8%)	26 (100.0%)
	(女)	2 (22.2%)	4 (44.4%)	1 (11.1%)	3 (33.3%)	2 (22.2%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)
計	(男)	162 (25.0%)	129 (19.9%)	35 (5.4%)	145 (22.4%)	273 (42.1%)	116 (17.9%)	648 (100.0%)
	(女)	47 (20.6%)	53 (23.2%)	15 (6.8%)	47 (20.6%)	97 (42.5%)	40 (17.5%)	228 (100.0%)
男女計		209 (23.9%)	182 (20.8%)	50 (5.7%)	192 (21.9%)	370 (42.2%)	156 (17.8%)	876 (100.0%)

(複数選択)

表7 非行グループとの関係

		薬物乱用前 にあり	薬物乱用後 にあり	現在もあり	現在はない	これまでなし	不明	計
(主たる使用薬物)								
覚せい剤	(男)	121 (33.7%)	38 (10.6%)	12 (3.3%)	79 (22.0%)	103 (28.7%)	98 (27.3%)	359 (100.0%)
	(女)	45 (36.6%)	22 (17.9%)	6 (4.9%)	30 (24.4%)	27 (22.0%)	32 (26.0%)	123 (100.0%)
有機溶剤	(男)	48 (35.3%)	31 (22.8%)	10 (7.4%)	43 (31.6%)	33 (24.3%)	19 (14.0%)	136 (100.0%)
	(女)	13 (46.4%)	6 (21.4%)		8 (28.6%)	5 (17.9%)	7 (25.0%)	28 (100.0%)
睡眠薬	(男)	4 (13.3%)			2 (6.7%)	18 (60.0%)	7 (23.3%)	30 (100.0%)
	(女)	5 (17.2%)	1 (3.4%)		2 (6.9%)	18 (62.1%)	4 (13.8%)	29 (100.0%)
抗不安薬	(男)	2 (22.2%)		1 (11.1%)	1 (11.1%)	5 (55.6%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
	(女)	1 (12.5%)	1 (12.5%)			5 (62.5%)	2 (25.0%)	8 (100.0%)
鎮痛薬	(男)	1 (8.3%)				7 (58.3%)	3 (25.0%)	12 (100.0%)
	(女)			1 (8.3%)		9 (75.0%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
鎮咳薬	(男)	6 (26.1%)	5 (21.7%)	1 (4.3%)	7 (30.4%)	11 (47.8%)	4 (17.4%)	23 (100.0%)
	(女)	3 (37.5%)	1 (12.5%)			5 (62.5%)		8 (100.0%)
大麻	(男)	6 (26.1%)	5 (21.7%)	3 (13.0%)	7 (30.4%)	10 (43.5%)	2 (8.7%)	23 (100.0%)
	(女)							0 (100.0%)
その他	(男)	1 (8.3%)	1 (8.3%)		1 (8.3%)	9 (75.0%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
	(女)					2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
多剤 (医薬品)	(男)	2 (11.1%)			4 (22.2%)	12 (66.7%)	3 (16.7%)	18 (100.0%)
	(女)	2 (25.0%)	1 (12.5%)		1 (12.5%)	5 (62.5%)		8 (100.0%)
多剤 (規制薬物)	(男)	14 (53.8%)	3 (11.5%)	1 (3.8%)	5 (19.2%)	6 (23.1%)	2 (7.7%)	26 (100.0%)
	(女)	6 (66.7%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)
計	(男)	205 (31.6%)	83 (12.8%)	28 (4.3%)	149 (23.0%)	214 (33.0%)	141 (21.8%)	648 (100.0%)
	(女)	75 (32.9%)	33 (14.5%)	8 (3.5%)	44 (19.3%)	77 (33.8%)	50 (21.9%)	228 (100.0%)
男女計		280 (32.0%)	116 (13.2%)	36 (4.1%)	193 (22.0%)	291 (33.2%)	191 (21.8%)	876 (100.0%)

(複数選択)

表8 薬物乱用者との関係

	薬物乱用前 にあり	薬物乱用後 にあり	現在もあ り	現在はなし	これまでな し	不明	計
(主たる使用薬物)							
覚せい剤 (男)	165 (46.0%)	121 (33.7%)	44 (12.3%)	119 (33.1%)	26 (7.2%)	84 (23.4%)	359 (100.0%)
(女)	63 (51.2%)	51 (41.5%)	24 (19.5%)	38 (30.9%)	6 (4.9%)	17 (13.8%)	123 (100.0%)
有機溶剤 (男)	48 (35.3%)	40 (29.4%)	21 (15.4%)	37 (27.2%)	22 (16.2%)	23 (16.9%)	136 (100.0%)
(女)	12 (42.9%)	8 (28.6%)	3 (10.7%)	9 (32.1%)	3 (10.7%)	6 (21.4%)	28 (100.0%)
睡眠薬 (男)	2 (6.7%)	2 (6.7%)	4 (13.3%)	3 (10.0%)	16 (53.3%)	5 (16.7%)	30 (100.0%)
(女)	6 (20.7%)	4 (13.8%)	5 (17.2%)	1 (3.4%)	13 (44.8%)	4 (13.8%)	29 (100.0%)
抗不安薬 (男)	1 (11.1%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)		5 (55.6%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
(女)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	2 (25.0%)		4 (50.0%)	2 (25.0%)	8 (100.0%)
鎮痛薬 (男)	1 (8.3%)	1 (8.3%)			6 (50.0%)	3 (25.0%)	12 (100.0%)
(女)	2 (16.7%)				8 (66.7%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
鎮咳薬 (男)	6 (26.1%)	7 (30.4%)	4 (17.4%)	5 (21.7%)	10 (43.5%)	3 (13.0%)	23 (100.0%)
(女)	3 (37.5%)	2 (25.0%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
大麻 (男)	9 (39.1%)	7 (30.4%)	13 (56.5%)	7 (30.4%)		1 (4.3%)	23 (100.0%)
(女)							0 (100.0%)
その他 (男)	2 (16.7%)	2 (16.7%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)	7 (58.3%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
(女)	1 (20.0%)	1 (20.0%)		2 (40.0%)	1 (20.0%)		5 (100.0%)
多剤 (男)	2 (11.1%)		1 (5.6%)	2 (11.1%)	11 (61.1%)	3 (16.7%)	18 (100.0%)
(医薬品) (女)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)		5 (62.5%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
多剤 (男)	15 (57.7%)	6 (23.1%)	3 (11.5%)	7 (26.9%)	1 (3.8%)	3 (11.5%)	26 (100.0%)
(規制薬物) (女)	7 (77.8%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)	3 (33.3%)			9 (100.0%)
計 (男)	251 (38.7%)	188 (29.0%)	92 (14.2%)	181 (27.9%)	104 (16.0%)	128 (19.8%)	648 (100.0%)
(女)	96 (41.7%)	71 (30.9%)	39 (17.0%)	54 (23.5%)	43 (18.7%)	33 (14.3%)	230 (100.0%)
男女計	347 (39.6%)	259 (29.8%)	131 (15.0%)	235 (26.8%)	147 (16.8%)	161 (18.4%)	876 (100.0%)

(複数選択)

表9 矯正施設への入所歴の有無

主たる使用薬物 (性)	あり	なし	不明	計
覚せい剤 (男)	165 (46.0%)	161 (44.8%)	33 (9.2%)	359 (100.0%)
(女)	30 (24.4%)	83 (67.5%)	10 (8.1%)	123 (100.0%)
有機溶剤 (男)	47 (34.6%)	75 (55.1%)	14 (10.3%)	136 (100.0%)
(女)	3 (10.7%)	23 (82.1%)	2 (7.1%)	28 (100.0%)
睡眠薬 (男)	4 (13.3%)	26 (86.7%)		30 (100.0%)
(女)	3 (10.3%)	24 (82.8%)	2 (6.9%)	29 (100.0%)
抗不安薬 (男)		9 (100.0%)		9 (100.0%)
(女)		7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
鎮痛薬 (男)		9 (75.0%)	3 (25.0%)	12 (100.0%)
(女)	1 (8.3%)	10 (83.3%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
鎮咳薬 (男)		20 (87.0%)	3 (13.0%)	23 (100.0%)
(女)		7 (87.5%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
大麻 (男)	1 (4.3%)	22 (95.7%)		23 (100.0%)
(女)				
その他 (男)	2 (16.7%)	10 (83.3%)		12 (100.0%)
(女)		2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
多剤 (男)	5 (27.8%)	13 (72.2%)		18 (100.0%)
(医薬品) (女)	1 (12.5%)	7 (87.5%)		8 (100.0%)
多剤 (男)	14 (53.8%)	10 (38.5%)	2 (7.7%)	26 (100.0%)
(規制薬物) (女)	1 (11.1%)	8 (88.9%)		9 (100.0%)
計 (男)	238 (36.7%)	355 (54.8%)	55 (8.5%)	648 (100.0%)
(女)	39 (17.1%)	171 (75.0%)	18 (7.9%)	228 (100.0%)
男女計	277 (31.6%)	526 (60.0%)	73 (8.3%)	876 (100.0%)

表10 補導・逮捕歴の有無

主たる使用薬物	(性)	薬物乱用前あり	薬物乱用開始後あり	これまでなし	不明	計
覚せい剤	(男)	88 (24.5%)	209 (58.2%)	54 (15.0%)	36 (10.0%)	359 (100.0%)
	(女)	20 (16.3%)	63 (51.2%)	34 (27.6%)	15 (12.2%)	123 (100.0%)
有機溶剤	(男)	20 (14.7%)	72 (52.9%)	30 (22.1%)	19 (14.0%)	136 (100.0%)
	(女)	3 (10.7%)	14 (50.0%)	6 (21.4%)	6 (21.4%)	28 (100.0%)
睡眠薬	(男)	2 (6.7%)	7 (23.3%)	15 (50.0%)	6 (20.0%)	30 (100.0%)
	(女)	2 (6.9%)	3 (10.3%)	19 (65.5%)	5 (17.2%)	29 (100.0%)
抗不安薬	(男)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	4 (44.4%)	3 (33.3%)	9 (100.0%)
	(女)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	5 (62.5%)	2 (25.0%)	8 (100.0%)
鎮痛薬	(男)			7 (58.3%)	5 (41.7%)	12 (100.0%)
	(女)		2 (16.7%)	8 (66.7%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
鎮咳薬	(男)	4 (17.4%)	7 (30.4%)	12 (52.2%)	3 (13.0%)	23 (100.0%)
	(女)	1 (12.5%)	3 (37.5%)	5 (62.5%)		8 (100.0%)
大麻	(男)	2 (8.7%)	5 (21.7%)	16 (69.6%)	1 (4.3%)	23 (100.0%)
	(女)					0 (100.0%)
その他	(男)		2 (16.7%)	8 (66.7%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
	(女)			1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (100.0%)
多剤 (医薬品)	(男)	2 (11.1%)	3 (16.7%)	9 (50.0%)	4 (22.2%)	18 (100.0%)
	(女)			6 (75.0%)	2 (25.0%)	8 (100.0%)
多剤 (規制薬物)	(男)	9 (34.6%)	10 (38.5%)	4 (15.4%)	5 (19.2%)	26 (100.0%)
	(女)	4 (44.4%)	4 (44.4%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
計	(男)	128 (19.8%)	316 (48.8%)	159 (24.5%)	84 (13.0%)	648 (100.0%)
	(女)	31 (13.6%)	90 (39.5%)	86 (37.7%)	35 (15.4%)	228 (100.0%)
男女計		159 (18.2%)	406 (46.3%)	245 (28.0%)	119 (13.6%)	876 (100.0%)

(複数選択)

”の割合について乱用開始前・後の比を算出すると、4～15倍程度に増加していた。

6) 暴力団との関係 (表6)

全体の42.2%は“これまで関係なし”であったが、23.9%は“薬物乱用前”に、5.7%は“現在もあり”であった。“乱用前にあり”は『覚せい剤症例』では1/3と高く、男性の割合が高かった。調査時点においては、暴力団との関係を依然として有する症例の割合は、全体の5.7%と低下していたが、『覚せい剤症例』、『多剤症例 (規制薬物)』では高く、『覚せい剤症例』では女性の10.6%にみられ、男性の割合を上回っていた。

7) 非行グループとの関係 (表7)

薬物乱用前には、症例全体の1/3が非行グループとの関係を有していた。とくに『多剤症例 (規制薬物)』では男女合わせて57.1%と高かった。『有機溶剤症例』においても男性で35.3%、女性で46.4%と高い割合を示し、『覚せい剤症例』も約1/3と高い割合を示した。

乱用開始後では、非行グループとの関係が継続

している症例は全体の4.1%と減少したが、上記の症例群および『大麻症例』では13.0%と高かった。また多くの症例群で、乱用開始前に関係を有する割合において、女性が男性を上回っていた。

8) 薬物乱用者との関係 (表8)

薬物乱用開始前に、全体の約40%の症例がすでに他の薬物乱用者との関係があり、とくに『多剤症例 (規制薬物)』、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』で40～60%前後と高く、『鎮咳薬症例』が9例 (29%) とこれに次いでいた。乱用者との関係を有する割合は、薬物乱用開始後には全体として約30%となるが、『覚せい剤症例』の女性では依然として40%以上であった。ここでも全般的に女性において“他の乱用者との関係を有する割合”の方が、男性のそれを上回っていることが多かった。

9) 矯正施設への入所歴 (表9)

これまでに矯正施設への入所歴を有する割合は、全体の31.6%にみられ、男性症例全体の36.7%、女性症例全体の17.1%であった。主たる薬物別では、『多剤症例 (規制薬物)』の男性、『覚せい剤

表11 配偶関係

	未婚	同棲	内縁	既婚	別居	離婚	死別	再婚	その他	不明	計
覚せい剤	(男) 204 (56.8%)	5 (1.4%)	7 (1.9%)	49 (13.6%)	3 (0.8%)	74 (20.6%)	2 (0.6%)	3 (0.8%)	0	12 (3.3%)	359
(女)	56 (45.5%)	7 (5.7%)	3 (2.4%)	16 (13.0%)	0	32 (26.0%)	1 (0.8%)	4 (3.3%)	0	4 (3.3%)	123
有機溶剤	(男) 108 (79.4%)	1 (0.7%)	0	8 (5.9%)	0	14 (10.3%)	0	0	1 (0.7%)	4 (2.9%)	136
(女)	17 (60.7%)	0	0	2 (7.1%)	0	8 (28.6%)	1 (3.6%)	0	0	0	28
睡眠薬	(男) 15 (50.0%)	2 (6.7%)	2 (6.7%)	6 (20.0%)	0	5 (16.7%)	0	0	0	0	30
(女)	5 (17.2%)	0	2 (6.9%)	9 (31.0%)	0	10 (34.5%)	1 (3.4%)	1 (3.4%)	0	1 (3.4%)	29
抗不安薬	(男) 7 (77.8%)	0	0	1 (11.1%)	0	1 (11.1%)	0	0	0	0	9
(女)	3 (37.5%)	0	0	2 (25.0%)	0	3 (37.5%)	0	0	0	0	8
鎮痛薬	(男) 5 (41.7%)	0	0	4 (33.3%)	0	3 (25.0%)	0	0	0	0	12
(女)	2 (16.7%)	0	1 (8.3%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)	4 (33.3%)	0	0	0	0	12
鎮咳薬	(男) 17 (73.9%)	0	0	3 (13.0%)	0	3 (13.0%)	0	0	0	0	23
(女)	2 (25.0%)	2 (25.0%)	0	3 (37.5%)	0	1 (12.5%)	0	0	0	0	8
大麻	(男) 23 (100.0%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
(女)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	(男) 7 (58.3%)	1 (8.3%)	0	3 (25.0%)	0	1 (8.3%)	0	0	0	0	12
(女)	1 (33.3%)	0	0	2 (66.7%)	0	0	0	0	0	0	3
多剤	(男) 9 (50.0%)	0	1 (5.6%)	4 (22.2%)	0	3 (16.7%)	1 (5.6%)	0	0	0	18
(医薬品)	(女) 2 (25.0%)	1 (12.5%)	0	3 (37.5%)	0	1 (12.5%)	1 (12.5%)	0	0	0	8
多剤	(男) 15 (57.7%)	1 (3.8%)	1 (3.8%)	2 (7.7%)	0	5 (19.2%)	0	0	2 (7.7%)	0	26
(規制薬物)	(女) 4 (44.4%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	0	2 (22.2%)	0	0	0	0	9
計	(男) 410 (63.3%)	10 (1.5%)	11 (1.7%)	80 (12.3%)	3 (0.5%)	109 (16.8%)	3 (0.5%)	3 (0.5%)	3 (0.5%)	16 (2.5%)	648
(女)	92 (40.4%)	11 (4.8%)	7 (3.1%)	42 (18.4%)	1 (0.4%)	61 (26.8%)	4 (1.8%)	5 (2.2%)	0 (0.0%)	5 (2.2%)	228
男女計	502 (57.3%)	21 (2.4%)	18 (2.1%)	122 (14.7%)	4 (0.5%)	170 (19.4%)	7 (0.8%)	8 (0.9%)	3 (0.3%)	21 (2.4%)	876

表12-1 主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物 (使用薬物)	覚せい剤 (覚せい剤)		有機溶剤 (有機溶剤)		睡眠薬 (睡眠薬)	
年齢(歳)	男性	女性	男性	女性	男性	女性
10~14	3 (0.8%)	9 (7.3%)	50 (36.8%)	11 (39.3%)		1 (3.4%)
15~19	94 (26.2%)	61 (49.6%)	75 (55.1%)	13 (46.4%)	2 (6.7%)	2 (6.9%)
20~24	126 (35.1%)	22 (17.9%)	3 (2.2%)	1 (3.6%)	6 (20.0%)	8 (27.6%)
25~29	67 (18.7%)	13 (10.6%)	2 (1.5%)			7 (24.1%)
30~34	27 (7.5%)	5 (4.1%)	3 (2.2%)		4 (13.3%)	1 (3.4%)
35~39	8 (2.2%)	1 (0.8%)			4 (13.3%)	3 (10.3%)
40~44	3 (0.8%)	2 (1.6%)			1 (3.3%)	1 (3.4%)
45~49	2 (0.6%)				1 (3.3%)	1 (3.4%)
50~54	2 (0.6%)	1 (0.8%)				1 (3.4%)
55~59					2 (6.7%)	
60~64					1 (3.3%)	
65~						
不明	27 (7.5%)	9 (7.3%)	3 (2.2%)	3 (10.7%)	9 (30.0%)	4 (13.8%)
計	359 (100.0%)	123 (100.0%)	136 (100.0%)	28 (100.0%)	30 (100.0%)	29 (100.0%)
平均年齢(男女別)	22.9±6.1	20.3±6.3	15.8±3.2	15.0±2.0	32.9±13.2	27.6±9.9
平均年齢(全体)	22.3±6.2		15.7±3.1		30.0±11.7	

表12-2 主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物 (使用薬物)	抗不安薬 (抗不安薬)		鎮痛薬 (鎮痛薬)		鎮咳薬 (鎮咳薬)	
年齢(歳)	男性	女性	男性	女性	男性	女性
10～14						
15～19	1 (11.1%)	1 (12.5%)	2 (16.7%)	1 (8.3%)	6 (26.1%)	2 (25.0%)
20～24	2 (22.2%)	2 (25.0%)		4 (33.3%)	9 (39.1%)	5 (62.5%)
25～29	4 (44.4%)	2 (25.0%)	1 (8.3%)		3 (13.0%)	1 (12.5%)
30～34	1 (11.1%)	1 (12.5%)		2 (16.7%)	2 (8.7%)	
35～39			1 (8.3%)			
40～44			1 (8.3%)	1 (8.3%)		
45～49			1 (8.3%)	2 (16.7%)		
50～54				1 (8.3%)		
55～59						
60～64			1 (8.3%)			
65～						
不明	1 (11.1%)	2 (25.0%)	5 (41.7%)	1 (8.3%)	3 (13.0%)	
計	9 (100.0%)	8 (100.0%)	12 (100.0%)	12 (100.0%)	23 (100.0%)	8 (100.0%)
平均年齢(男女別)	24.6±4.7	24.0±4.2	35.3±15.8	32.0±13.2	21.8±4.6	21.4±2.8
平均年齢(全体)	24.4±4.3		33.3±13.9		21.6±4.1	

表12-3 主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物 (使用薬物)	大 麻 (大 麻)		その他 (その他)	
年齢(歳)	男性	女性	男性	女性
10～14	1 (4.2%)			
15～19	13 (54.2%)			
20～24	6 (25.0%)		3 (25.0%)	2 (66.7%)
25～29	1 (4.2%)		3 (25.0%)	
30～34	1 (4.2%)		2 (16.7%)	1 (33.3%)
35～39			2 (16.7%)	
40～44				
45～49			1 (8.3%)	
50～54				
55～59				
60～64				
65～				
不明	2 (8.3%)		1 (8.3%)	
計	24 (100.0%)	0	12 (100.0%)	3 (100.0%)
平均年齢(男女別)	19.1±4.6	-	30.0±7.7	25.7±4.7
平均年齢(全体)	19.1±4.6		29.1±7.2	

表12-4 主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物 (使用薬物)	多剤(医薬品)			
	(睡眠薬)		(抗不安薬)	
年齢(歳)	男性	女性	男性	女性
10~14				
15~19	1 (6.7%)		1 (6.7%)	1 (14.3%)
20~24	3 (20.0%)		3 (20.0%)	
25~29	3 (20.0%)	4 (50.0%)	3 (20.0%)	3 (42.9%)
30~34	3 (20.0%)	1 (12.5%)	4 (26.7%)	1 (14.3%)
35~39	1 (6.7%)	1 (12.5%)	1 (6.7%)	1 (14.3%)
40~44				
45~49	1 (6.7%)		1 (6.7%)	
50~54				
55~59	1 (6.7%)			
60~64				
65~				
不明	2 (13.3%)	2 (25.0%)	2 (13.3%)	1 (14.3%)
計	15 (100.0%)	8 (100.0%)	15 (100.0%)	7 (100.0%)
平均年齢(男女別)	30.2±10.7	29.0±4.3	28.7±7.9	27.7±6.3
平均年齢(全体)	29.8±9.1		28.3±7.1	

表12-5 主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物 (使用薬物)	多剤(規制薬物)					
	(覚せい剤)		(有機溶剤)		(大麻)	
年齢(歳)	男性	女性	男性	女性	男性	女性
<10	1 (4.3%)					
10~14	1 (4.3%)		8 (30.8%)	1 (20.0%)	1 (12.5%)	
15~19	6 (26.1%)	3 (37.5%)	10 (38.5%)	4 (80.0%)	3 (37.5%)	2 (33.3%)
20~24	9 (39.1%)	2 (25.0%)	2 (7.7%)		4 (50.0%)	3 (50.0%)
25~29	1 (4.3%)	1 (12.5%)				
30~34						
35~39	1 (4.3%)					
40~44						
45~49						
50~54						
55~59						
60~64						
65~						
不明	4 (17.4%)	2 (25.0%)	6 (23.1%)			1 (16.7%)
計	23 (95.7%)	8 (100.0%)	26 (100.0%)	5 (100.0%)	8 (100.0%)	6 (100.0%)
平均年齢(男女別)	20.2±5.6	20.5±3.7	15.7±2.7	14.2±2.4	19.3±3.4	19.6±1.7
平均年齢(全体)	20.8±5.7		15.2±2.6		19.4±2.8	

症例』の男性で高い割合であった。

10) 逮捕・補導歴の有無(表10)

全体の28%はこれまでに逮捕・補導歴を有していないが、薬物乱用開始前に18.2%、開始後では46.3%と半数近くが逮捕・補導歴を有していた。『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』において割合が高く、『多剤症例(規制薬物)』、『鎮咳薬症例』がこれに次いでいた。

11) 配偶関係(表11)

各症例群の年齢分布の違いを考慮に入れなければならないが、全体的には60%近くが未婚で、『有機溶剤症例』、『多剤症例(規制薬物)』、『覚せい剤症例』で高い割合を示した。既婚者の割合は『医薬品症例』、『鎮痛薬症例』、『多剤症例(医薬品)』で20~35%前後と比較的高かった。離婚率は『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『睡眠薬症例』、『鎮痛薬症例』で比較的高く、いずれも女性の方が高い傾向がみられた。

12) 主たる使用薬物の初回使用年齢 (表12-1~5)

“主たる使用薬物”別の初回薬物使用の平均年齢をみると、『有機溶剤症例』が15.7歳と最も低年齢で薬物乱用を開始していた。次いで、『大麻症例』19.1歳、『鎮咳薬症例』21.6歳、『覚せい剤症例』22.3歳であった。

医薬品では、薬物使用開始年齢はより高く、『睡眠薬症例』30.0歳、『鎮痛薬症例』33.3歳などであった。『多剤症例(規制薬物)』における覚せい剤、有機溶剤の初回使用年齢は、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』におけるそれぞれの初回使用年齢よりも低い傾向がみられた。

規制薬物、医薬品を問わずほぼすべての薬物において、女性の方がより低年齢で薬物使用を開始している傾向が見られた。なお、睡眠薬や抗不安薬などの処方薬においては、原疾患の治療を目的として使用を開始した年齢が含まれている可能性があり、これらがすべて「乱用」の開始年齢とはいえないことに注意する必要がある。

13) 主たる使用薬物の使用期間(表13)

薬物の使用期間の算出は従来と同様で、①最近1年間に薬物使用歴を有する場合は「調査時年齢

－初回使用年齢」、②最近1年以内に薬物使用歴がない場合は「最終使用年齢－初回使用年齢」とし、各薬物症例群において“主たる薬物”のみについて求めた。したがってここでの「使用期間」とは、あくまで薬物使用の“始め”と“終わり(あるいは現在)”のみから算出されたものであり、使用期間中の薬物使用様態の変化(使用中断後の再開、使用量の増減等)などは全く反映していない。

全体的な平均使用期間は、『大麻症例』の4.7年から『鎮痛薬症例』の14.1年と長期に及んでいた。概ね、「5~10年未満」あるいは「10~15年未満」に比較的多く分布していた。5年以上の使用期間は全体で383例(43.7%)、10年以上は256例(29.%)にみられた。

14) 併用薬物と初回使用年齢 (表14-1, 14-2)

主たる使用薬物別に、併用薬物(これまでに使用歴のある薬物)について、それぞれ使用頻度と平均使用開始年齢を示した。

『覚せい剤症例』では、覚せい剤の単独使用症例は全体の45.2%で、最も頻度の高い併用薬物は有機溶剤(43.6%)で、大麻(24.9%)がこれに次いでいた。有機溶剤使用開始年齢は、『有機溶剤症例』におけるそれよりも、わずかであるが低かった。『有機溶剤症例』においては、単独使用症例は66.5%と最も高く、覚せい剤、大麻の使用歴を有する割合がそれぞれ21.3%、14.0%であった。覚せい剤使用開始年齢は、『覚せい剤症例』よりやや低かった。『大麻症例』では、単独使用症例は43.5%で、使用歴を有する薬物としては、有機溶剤、覚せい剤の割合が高かった。

『多剤症例(規制薬物)』では、覚せい剤、有機溶剤の併用例が80~90%と大部分を占め、40.0%は大麻を併用していた。コカインの使用率は、『大麻症例』、『多剤症例(規制薬物)』、『覚せい剤症例』で比較的高かった。『多剤症例(規制薬物)』の11.4%はヘロイン使用歴も有していた。これらの多くは20歳前後に使用が開始されていた。

処方薬・医薬品使用の症例では、『鎮痛薬症例』、『鎮咳薬症例』で単独使用症例の割合が高く、50%台であった。『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』では単独使用率は低く、『多剤症例(医薬品)』の80~90%が睡眠薬、抗不安薬を併用していた。『睡眠薬症例』および『多剤症例(医薬品)』では、20%

表13 主たる薬物別にみた薬物使用期間

使用期間(年)	主たる使用薬物							
	覚せい剤	有機溶剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	大麻	その他
平均	10.0±8.5	11.4±8.0	8.0±7.7	9.9±8.4	14.1±13.4	7.9±5.1	4.7±5.7	1.0
<1	23 (4.8%)	7 (4.3%)	0	1 (5.9%)	1 (4.2%)	0	2 (8.7%)	0
1~2	20 (4.1%)	7 (4.3%)	4 (6.8%)	1 (5.9%)	0	2 (6.5%)	8 (34.8%)	1 (6.7%)
2~3	24 (5.0%)	6 (3.7%)	4 (6.8%)	1 (5.9%)	0	2 (6.5%)	0	0
3~4	20 (4.1%)	9 (5.5%)	4 (6.8%)	0	1 (4.2%)	1 (3.2%)	3 (13.0%)	0
4~5	30 (6.2%)	3 (1.8%)	5 (8.5%)	2 (11.8%)	1 (4.2%)	1 (3.2%)	2 (8.7%)	0
5~10	79 (16.4%)	23 (14.0%)	9 (15.3%)	1 (5.9%)	3 (12.5%)	10 (32.3%)	2 (8.7%)	0
10~15	53 (11.0%)	22 (13.4%)	10 (16.9%)	1 (5.9%)	3 (12.5%)	5 (16.1%)	2 (8.7%)	0
15~20	44 (9.1%)	29 (17.7%)	3 (5.1%)	4 (23.5%)	1 (4.2%)	3 (9.7%)	2 (8.7%)	0
20~25	23 (4.8%)	9 (5.5%)	1 (1.7%)	0	1 (4.2%)	0	0	0
25~30	14 (2.9%)	6 (3.7%)	1 (1.7%)	1 (5.9%)	0	0	0	0
30~35	10 (2.1%)	2 (1.2%)	0	0	0	0	0	0
35≤	3 (0.6%)	0	1 (1.7%)	0	2 (8.3%)	0	0	0
不明	139 (28.8%)	41 (25.0%)	17 (28.8%)	5 (29.4%)	11 (45.8%)	7 (22.6%)	2 (8.7%)	14 (93.3%)
計	482 (100.0%)	164 (100.0%)	59 (100.0%)	17 (100.0%)	24 (100.0%)	31 (100.0%)	23 (100.0%)	15 (100.0%)

表14-1 主たる使用薬物別にみた併用薬物と使用開始年齢

(併用薬物)	主たる使用薬物				
	覚せい剤	有機溶剤	大麻	コカイン	多剤(規制薬物)
なし	218 (45.2%)	109 (66.5%)	10 (43.5%)	0	0
覚せい剤	482 (100.0%) 22.3±6.2	35 (21.3%) 21.1±5.4	7 (30.4%) 19.1±1.2	1 (100.0%) 31	32 (91.4%) 20.8±5.7
有機溶剤	210 (43.6%) 15.3±2.0	164 (100.0%) 15.7±3.1	10 (43.5%) 17.2±3.8	0	29 (82.9%) 15.2±2.6
睡眠薬	49 (10.2%) 22.9±7.4	14 (8.5%) 20.9±6.3	2 (8.7%) 23.0±1.4	0	11 (31.4%) 24.2±7.7
抗不安薬	23 (4.8%) 24.7±8.7	6 (3.7%) 7.98.7	0 (0.0%)	0	6 (17.1%) 22.0±5.8
鎮痛薬	17 (3.5%) 27.4±11.3	8 (4.9%) 19.3±6.1	0 (0.0%)	0	8 (22.9%) 18.0±5.8
鎮咳薬	15 (3.1%) 20.9±5.0	5 (3.0%) 17.6±2.9	0 (0.0%)	0	3 (8.6%) 15
大麻	120 (24.9%) 20.5±5.1	23 (14.0%) 19.8±4.8	23 (100.0%) 19.1±4.5	0	14 (40.0%) 19.4±2.8
コカイン	41 (8.5%) 22.4±5.4	3 (1.8%) 18.0±3.0	4 (17.4%) 23.7±9.9	1 (100.0%) 25	5 (14.3%) 23.2±2.2
ヘロイン	12 (2.5%) 21.0±4.2	3 (1.8%) 21.7±4.0	1 (4.3%) 17	0	4 (11.4%) 19.8±5.0
その他	41 (8.5%) 21.9±7.5	6 (3.7%) 19.8±4.3	6 (26.1%) 20.3±4.9	0	8 (22.9%) 25.0±5.9

(複数回答)

表14-2 主たる使用薬物別にみた併用薬物と使用開始年齢

(併用薬物)	主たる使用薬物					
	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	その他	多剤(医薬品)
なし	19 (32.2%) 22.7±9.0	8 (47.1%) -	14 (58.3%) 31.5±19.1	16 (51.6%) 18.8±2.8	5 (33.3%) 26.0±5.2	0 24.3±5.9
覚せい剤	13 (22.0%) 22.7±9.0	1 (5.9%) -	2 (8.3%) 31.5±19.1	4 (12.9%) 18.8±2.8	4 (26.7%) 26.0±5.2	5 (19.2%) 24.3±5.9
有機溶剤	11 (18.6%) 16.1±2.2	1 (5.9%) 18	1 (4.2%) 16	10 (32.3%) 16.3±3.2	1 (6.7%) 15	4 (15.4%) 15.5±3.5
睡眠薬	59 (100.0%) 30.0±11.7	7 (41.2%) 22.8±4.4	5 (20.8%) 33.6±17.3	6 (19.4%) 24.7±6.1	4 (26.7%) 48.3±35.4	22 (84.6%) 29.8±9.1
抗不安薬	27 (45.8%) 28.3±9.8	17 (100.0%) 24.4±4.3	5 (20.8%) 32.6±15.4	4 (12.9%) 24.7±6.1	5 (33.3%) 26.6±3.4	23 (88.5%) 28.3±7.1
鎮痛薬	10 (16.9%) 24.0±8.6	3 (17.6%) 20.3±0.6	24 (100.0%) 33.3±13.9	3 (9.7%) 18.7±10.0	0	9 (34.6%) 29.4±12.3
鎮咳薬	5 (8.5%) 18.3±2.4	1 (5.9%) 18	2 (8.3%) 23.5±10.6	31 (100.0%) 21.6±4.1	1 (6.7%) 22	4 (15.4%) 26.0±6.9
大麻	6 (10.2%) 19.5±3.7	0	2 (8.3%) 18	3 (9.7%) 18	0	2 (7.7%) 21.0±1.4
コカイン	4 (6.8%) 20.8±2.3	0	0	1 (3.2%) -	2 (13.3%) 29.0±5.7	0
ヘロイン	3 (5.1%) 20.7±2.3	0	0	0	1 (6.7%) 22	0
その他	7 (11.9%) 22.6±5.3	1 (5.9%) -	2 (8.3%) 49.5±0.7	0	12 (80.0%) 30.0±7.4	2 (7.7%) 24.0±7.1

(複数回答)

前後に覚せい剤使用歴がみられた。『鎮咳薬症例』における覚せい剤使用頻度は12.9%と特に高いとはいえないが、使用開始年齢は18.8歳と低く、覚せい剤初回使用年齢としては、すべての薬物群の中で最も低年齢であった。また、有機溶剤の使用頻度も32.3%と高かった。

15) 過去1年間における薬物使用歴

(表15-1, 15-2)

『覚せい剤症例』においては過去1年間に覚せい剤使用歴を有する症例の割合は約1/3で、『有機溶剤症例』では半数に有機溶剤の使用歴がみられた。『大麻症例』では、3/4に1年以内の大麻使用歴がみられた。

『医薬品症例』では、過去1年間においてそれぞれの主たる使用薬物の使用歴を有する割合が概して高く、睡眠薬、抗不安薬では80%を超えており、次いで鎮咳薬、鎮痛薬では60%前後であった。『多剤症例(医薬品)』では、60%前後が1年以内

に睡眠薬および抗不安薬の使用歴がみられた。

16) 喫煙の状況(表16)

症例全体としては約半数が現在喫煙者で、喫煙開始年齢は平均15.7歳であった。『有機溶剤症例』では14.6歳と最も低年齢で喫煙を開始しており、『多剤症例(規制薬物)』が14.7歳とほぼ同年齢であった。非喫煙者の割合は、『鎮痛薬症例』、『その他症例』、『鎮咳薬症例』などで比較的高かったが、全体としては4.7%と低かった。『大麻症例』では喫煙者の割合が87.0%と最も高かった。一般的に『規制薬物症例』で喫煙頻度が高く、より低年齢で喫煙を開始している傾向がみられた。

17) 飲酒状況(表17)

症例全体として半数近くが現在飲酒者で、飲酒開始年齢は平均16.7歳であった。『大麻症例』で15.3歳と最も低年齢で、『有機溶剤症例』が15.6歳とこれに次いでいた。飲酒者の割合は、『大麻症

表15-1 主たる使用薬物別にみた過去1年間における使用薬物

(使用薬物)	主たる使用薬物			
	覚せい剤	有機溶剤	大麻	多剤(規制薬物)
覚せい剤	174 (36.1%)	7 (4.3%)	0 (0.0%)	9 (25.7%)
有機溶剤	4 (0.8%)	83 (50.6%)	2 (8.7%)	8 (22.9%)
睡眠薬	21 (4.4%)	8 (4.9%)	1 (4.3%)	7 (20.0%)
抗不安薬	11 (2.3%)	6 (3.7%)	0 (0.0%)	4 (11.4%)
鎮痛薬	5 (1.0%)	3 (1.8%)	0 (0.0%)	3 (8.6%)
鎮咳薬	1 (0.2%)	2 (1.2%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)
大麻	12 (2.5%)	1 (0.6%)	17 (73.9%)	4 (11.4%)
コカイン	2 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ヘロイン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
その他	11 (2.3%)	0 (0.0%)	4 (17.4%)	1 (2.9%)
総症例数	482 (100.0%)	164 (100.0%)	23 (100.0%)	35 (100.0%)

(複数回答)

表15-2 主たる使用薬物別にみた過去1年間における使用薬物

(使用薬物)	主たる使用薬物					
	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	その他	多剤(医薬品)
覚せい剤	1 (1.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3.8%)
有機溶剤	0	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (6.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
睡眠薬	52 (88.1%)	7 (41.2%)	4 (16.7%)	4 (12.9%)	4 (26.7%)	14 (53.8%)
抗不安薬	19 (32.2%)	14 (82.4%)	3 (12.5%)	4 (12.9%)	5 (33.3%)	17 (65.4%)
鎮痛薬	6 (10.2%)	3 (17.6%)	14 (58.3%)	2 (6.5%)	0 (0.0%)	5 (19.2%)
鎮咳薬	0	1 (5.9%)	1 (4.2%)	20 (64.5%)	1 (6.7%)	2 (7.7%)
大麻	1 (1.7%)	0 (0.0%)	1 (4.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
コカイン	0	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)
ヘロイン	0	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
その他	5 (8.5%)	1 (5.9%)	1 (4.2%)	0 (0.0%)	12 (80.0%)	1 (3.8%)
総症例数	59 (100.0%)	17 (100.0%)	24 (100.0%)	31 (100.0%)	15 (100.0%)	26 (100.0%)

(複数回答)

表16 主たる薬物別にみた喫煙状況

	普段の喫煙状況				平均年齢
	喫煙せず	喫煙中	不明	計	
覚せい剤	11 (2.3%)	269 (55.8%)	202 (41.9%)	482 (100.0%)	15.7±2.8
有機溶剤	6 (3.7%)	86 (52.4%)	72 (43.9%)	164 (100.0%)	14.6±2.4
睡眠薬	7 (11.9%)	23 (39.0%)	29 (49.2%)	59 (100.0%)	16.8±3.4
抗不安薬	0 (0.0%)	7 (41.2%)	10 (58.8%)	17 (100.0%)	18.4±2.3
鎮痛薬	6 (25.0%)	5 (20.8%)	13 (54.2%)	24 (100.0%)	15.4±2.2
鎮咳薬	4 (12.9%)	18 (58.1%)	9 (29.0%)	31 (100.0%)	17.4±4.6
大麻	0 (0.0%)	20 (87.0%)	3 (13.0%)	23 (100.0%)	15.4±1.5
その他	3 (20.0%)	8 (53.3%)	4 (26.7%)	15 (100.0%)	18.3±1.5
多剤(医薬品)	3 (11.5%)	9 (34.6%)	14 (53.8%)	26 (100.0%)	17.3±5.4
多剤(規制薬物)	1 (2.9%)	19 (54.3%)	15 (42.9%)	35 (100.0%)	14.7±4.5
計	41 (4.7%)	464 (53.0%)	371 (42.4%)	876 (100.0%)	15.7±3.0

表17 主たる使用薬物別にみた飲酒状況

	普段の飲酒状況			計	飲酒開始平均年齢
	飲酒せず	飲酒	不明		
覚せい剤	67 (13.9%)	237 (49.2%)	178 (36.9%)	482 (100.0%)	16.9±2.9
有機溶剤	38 (23.2%)	65 (39.6%)	61 (37.2%)	164 (100.0%)	15.6±2.5
睡眠薬	13 (22.0%)	25 (42.4%)	21 (35.6%)	59 (100.0%)	17.2±3.3
抗不安薬	2 (11.8%)	8 (47.1%)	7 (41.2%)	17 (100.0%)	19.3±2.3
鎮痛薬	8 (33.3%)	7 (29.2%)	9 (37.5%)	24 (100.0%)	21.6±10.8
鎮咳薬	11 (35.5%)	14 (45.2%)	6 (19.4%)	31 (100.0%)	17.0±3.7
大麻	2 (8.7%)	19 (82.6%)	2 (8.7%)	23 (100.0%)	15.3±1.7
その他	5 (33.3%)	5 (33.3%)	5 (33.3%)	15 (100.0%)	17.6±2.3
多剤 (医薬品)	2 (7.7%)	11 (42.3%)	13 (50.0%)	26 (100.0%)	16.1±4.5
多剤 (規制薬物)	4 (11.4%)	17 (48.6%)	14 (40.0%)	35 (100.0%)	16.5±3.0
計	152 (17.4%)	408 (46.6%)	316 (36.1%)	876 (100.0%)	16.7±3.3

例』で82.6%と最も高かった。一方、非飲酒者は『鎮痛薬症例』、『鎮咳薬症例』で約1/3と比較的高かった。

18) 治療開始年齢 (表18)

薬物関連精神疾患に関する精神科治療の開始年齢について表18に示した。

『大麻症例』、『有機溶剤症例』が22歳前後と最も低年齢で治療が開始されていた。これに対して『鎮痛薬症例』、『睡眠薬症例』では30歳代後半以降と高かった。年代別では、『有機溶剤症例』は約1/3の症例において、20歳未満で治療が開始されていた。『大麻症例』では半数が15～19歳で治療が始まっていた。

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

19) 入院形態 (表19)

調査時点において入院治療を受けている患者について、入院時の入院形態を主たる使用薬物別にみたものである。入院患者総数は505例で、症例全体の57.6%を占めていた。主たる使用薬物別では、『多剤症例 (規制薬物)』、『鎮痛薬症例』が80%台と高く、『多剤症例 (医薬品)』が73.1%とこれに次いでいた。

入院形態別にみると、措置入院は入院患者全体の14.3%、医療保護入院が45.3%、任意入院が39.6%であり、非自発的入院の比率が全体の約60%を占めていた。主たる使用薬物別にみると、措置入院は『覚せい剤症例』、『多剤症例 (規制薬物)』で16～20%と高かった。医療保護入院は、『大麻症例』で83.3%と高く、次いで『多剤症例 (規制薬物)』、『有機溶剤症例』、『覚せい剤症例』で40～60%にみられた。任意入院は、『その他症例』、『抗不安薬症例』、『睡眠薬症例』、『多剤症例 (医薬品)』において70～80%と高かった。

表18 主たる使用薬物別にみた治療開始年齢の分布

	治療開始年齢															計	治療開始平均年齢
	<10	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65≤	不明			
覚せい剤	1 (0.2%)	2 (0.4%)	43 (8.9%)	83 (17.2%)	121 (25.1%)	81 (16.8%)	45 (9.3%)	22 (4.6%)	17 (3.5%)	9 (1.9%)	8 (1.7%)	3 (0.6%)	1 (0.2%)	46 (9.5%)	482 (100.0%)	29.8±9.5	
有機溶剤	0	5 (3.0%)	46 (28.0%)	43 (26.2%)	38 (23.2%)	13 (7.9%)	3 (1.8%)	2 (1.2%)	1 (0.6%)	0	0	0	0	13 (7.9%)	164 (100.0%)	22.9±6.1	
睡眠薬	0	0	2 (3.4%)	7 (11.9%)	7 (11.9%)	10 (16.8%)	12 (20.3%)	4 (6.8%)	2 (3.4%)	3 (5.1%)	1 (1.7%)	2 (3.4%)	0	9 (15.3%)	59 (100.0%)	34.7±10.7	
抗不安薬	0	0	0	2 (11.8%)	6 (35.3%)	4 (23.5%)	2 (11.8%)	0	0	0	0	0	0	3 (17.6%)	17 (100.0%)	28.4±4.7	
鎮痛薬	0	0	0	4 (16.7%)	3 (12.5%)	0	2 (8.3%)	3 (12.5%)	4 (16.7%)	3 (12.5%)	1 (4.2%)	1 (4.2%)	1 (4.2%)	2 (8.3%)	24 (100.0%)	40.7±14.0	
鎮咳薬	0	0	1 (3.2%)	7 (22.6%)	12 (38.7%)	3 (9.7%)	4 (12.9%)	1 (3.2%)	0	0	0	0	0	3 (9.7%)	31 (100.0%)	27.5±5.7	
大麻	0	0	12 (52.2%)	7 (30.4%)	1 (4.3%)	2 (8.7%)	1 (4.3%)	0	0	0	0	0	0	0	23 (100.0%)	21.9±6.5	
その他	0	0	0	6 (40.0%)	3 (20.0%)	2 (13.3%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0	0	0	0	0	15 (100.0%)	29.5±8.1	
多剤 (医薬品)	0	0	1 (3.8%)	4 (15.4%)	7 (26.9%)	10 (38.5%)	1 (3.8%)	1 (3.8%)	0	1 (3.8%)	1 (3.8%)	0	0	0	26 (100.0%)	31.0±8.8	
多剤 (規制薬物)	0	1 (2.9%)	7 (20.0%)	13 (37.1%)	6 (17.1%)	2 (5.7%)	1 (2.9%)	1 (2.9%)	0	0	0	0	0	4 (11.4%)	35 (100.0%)	23.4±6.0	

表19 主たる使用薬物別にみた入院形態

(主たる使用薬物)	入院形態					対象 例数	入院患者 の比率	記載 なし
	任意入院	医療保護入院	措置入院	その他	計			
覚せい剤	81 (30.6%)	122 (46.0%)	59 (22.3%)	3 (1.1%)	265 (100.0%)	453	(58.5%)	29
有機溶剤	47 (47.5%)	46 (46.5%)	6 (6.1%)	0	99 (100.0%)	149	(66.4%)	15
睡眠薬	18 (54.5%)	13 (39.4%)	1 (3.0%)	1 (3.0%)	33 (100.0%)	55	(60.0%)	4
抗不安薬	6 (75.0%)	2 (25.0%)	0	0	8 (100.0%)	14	(57.1%)	3
鎮痛薬	13 (72.2%)	5 (27.8%)	0	0	18 (100.0%)	21	(85.7%)	3
鎮咳薬	9 (60.0%)	5 (33.3%)	1 (6.7%)	0	15 (100.0%)	28	(53.6%)	3
大麻	2 (16.7%)	10 (83.3%)	0		12 (100.0%)	22	(54.5%)	1
その他	4 (66.7%)	2 (33.3%)			6 (100.0%)	15	(40.0%)	0
多剤(医薬品)	13 (68.4%)	6 (31.6%)	0		19 (100.0%)	26	(73.1%)	0
多剤(規制薬物)	7 (23.3%)	18 (60.0%)	5 (16.7%)	0	30 (100.0%)	34	(88.2%)	1
計	200 (24.5%)	229 (28.0%)	72 (8.8%)	4 (0.5%)	505 (100.0%)	817	(100.0%)	59

20) 薬物初回使用の契機となった人物

(表20-1, 20-2)

薬物使用のきっかけとなった人物として“同性の友人”としたものが、『有機溶剤症例』、『多剤(規制薬物)』で男女とも60~70%前後と最も高い割合を示した。次いで『覚せい剤症例』、『大麻症例』、『鎮咳薬症例』の男性で割合が高かった。また、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『鎮咳薬症例』の女性症例においては、“異性の友人”が30~50%と他の薬物症例群に比較して高い割合を示した。これに対して、『鎮痛薬症例』、『睡眠薬症

例』、『抗不安薬症例』、『多剤症例(医薬品)』などでは、“自発的使用”あるいは“医師”をあげた症例の割合が比較的高かった。なお、『覚せい剤症例』では“密売人”との接触が初回使用のきっかけとなっている症例は男性の8.1%、男女合わせて7.1%にみられた。

21) 薬物の初回使用の動機

(表21-1, 21-2)

『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』などの規制薬物を主たる使用薬物とする症例群で

表20-1 薬物初回使用の契機となった人物

(契機となった人物)	主たる使用薬物									
	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
なし(自発的使用)	21 (5.8%)	3 (2.4%)	11 (8.1%)	3 (10.7%)	11 (36.7%)	10 (34.5%)	2 (22.2%)	2 (25.0%)	3 (25.0%)	5 (41.7%)
配偶者	1 (0.3%)	3 (2.4%)	0	0	0	1 (3.4%)	0	0	1 (8.3%)	0
同棲相手	0	5 (4.1%)	0	0	0	0	0	0	0	1 (8.3%)
恋人・愛人	0	17 (13.8%)	1 (0.7%)	6 (21.4%)	0	0	0	0	0	0
同性の友人	215 (59.9%)	30 (24.4%)	99 (72.8%)	17 (60.7%)	6 (20.0%)	3 (10.3%)	3 (33.3%)	1 (12.5%)	2 (16.7%)	1 (8.3%)
異性の友人	16 (4.5%)	48 (39.0%)	4 (2.9%)	8 (28.6%)	1 (3.3%)	4 (13.8%)	0	1 (12.5%)	0	0
知人	22 (6.1%)	5 (4.1%)	7 (5.1%)	1 (3.6%)	2 (6.7%)	3 (10.3%)	0	0	0	2 (16.7%)
医師	1 (0.3%)	1 (0.8%)	0	0	9 (30.0%)	4 (13.8%)	4 (44.4%)	4 (50.0%)	5 (41.7%)	1 (8.3%)
薬剤師	1 (0.3%)	0	0	0	2 (6.7%)	2 (6.9%)	0	0	1 (8.3%)	2 (16.7%)
親	0	0	1 (0.7%)	0	0	2 (6.9%)	0	0	0	0
同胞	5 (1.4%)	0	1 (0.7%)	0	1 (3.3%)	0	0	0	0	0
密売人	29 (8.1%)	5 (4.1%)	5 (3.7%)	1 (3.6%)	0	0	0	0	0	0
その他	11 (3.1%)	3 (2.4%)	3 (2.2%)	0	0	0	0	0	0	0
症例数	359 (100.0%)	123 (100.0%)	136 (100.0%)	28 (100.0%)	30 (100.0%)	29 (100.0%)	9 (100.0%)	8 (100.0%)	12 (100.0%)	12 (100.0%)

表20-2 薬物初回使用の契機となった人物

(契機となった人物)	主たる使用薬物									
	鎮咳薬		大麻		その他		多剤 (医薬品)		多剤 (規制薬物)	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
なし(自発的使用)	5 (21.7%)	1 (12.5%)	0	0	1 (8.3%)	1 (33.3%)	6 (33.3%)	2 (25.0%)	5 (19.2%)	1 (11.1%)
配偶者	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
同棲相手	0	0	0	0	1 (8.3%)	0	0	0	1 (3.8%)	1 (11.1%)
恋人・愛人	2 (8.7%)	1 (12.5%)	1 (4.3%)	0	1 (8.3%)	1 (33.3%)	0	1 (12.5%)	0	1 (11.1%)
同性の友人	12 (52.2%)	2 (25.0%)	20 (87.0%)	0	1 (8.3%)	0	5 (27.8%)	0	16 (61.5%)	5 (55.6%)
異性の友人	0	4 (50.0%)	1 (4.3%)	0	0	0	0	1 (12.5%)	1 (3.8%)	2 (22.2%)
知人	1 (4.3%)	0	3 (13.0%)	0	0	1 (33.3%)	0	0	2 (7.7%)	1 (11.1%)
医師	0	0	0	0	5 (41.7%)	0	7 (38.9%)	4 (50.0%)	0	0
薬剤師	1 (4.3%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
親	0	1 (12.5%)	0	0	0	0	0	0	0	0
同胞	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
密売人	0	0	0	0	1 (8.3%)	0	0	0	4 (15.4%)	1 (11.1%)
その他	0	0	1 (4.3%)	0	0	0	0	0	1 (3.8%)	0
症例数	23 (100.0%)	8 (100.0%)	23 (100.0%)	0	12 (100.0%)	3 (100.0%)	18 (100.0%)	8 (100.0%)	26 (100.0%)	9 (100.0%)

表21-1 薬物初回使用の動機

(動機)	主たる使用薬物									
	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
刺激を求めて	106 (29.5%)	26 (21.1%)	46 (33.8%)	5 (17.9%)	3 (10.0%)	2 (6.9%)	0	0	1 (8.3%)	0
好奇心	293 (81.6%)	68 (55.3%)	97 (71.3%)	18 (64.3%)	8 (26.7%)	6 (20.7%)	2 (22.2%)	0	1 (8.3%)	0
自暴自棄になって	25 (7.0%)	9 (7.3%)	5 (3.7%)	1 (3.6%)	3 (10.0%)	0	0	0	0	0
断り切れずに	78 (21.7%)	34 (27.6%)	21 (15.4%)	4 (14.3%)	3 (10.0%)	1 (3.4%)	1 (11.1%)	0	0	0
覚醒効果を求めて	25 (7.0%)	3 (2.4%)	1 (0.7%)	0	1 (3.3%)	0	0	0	0	0
疲労の除去	35 (9.7%)	2 (1.6%)	4 (2.9%)	1 (3.6%)	2 (6.7%)	4 (13.8%)	0	1 (12.5%)	1 (8.3%)	2 (16.7%)
性的効果を求めて	12 (3.3%)	4 (3.3%)	1 (0.7%)	0	1 (3.3%)	0	0	0	0	0
ストレス解消	33 (9.2%)	7 (5.7%)	18 (13.2%)	3 (10.7%)	3 (10.0%)	8 (27.6%)	0	1 (12.5%)	1 (8.3%)	3 (25.0%)
不安の軽減	14 (3.9%)	6 (4.9%)	12 (8.8%)	4 (14.3%)	8 (26.7%)	11 (37.9%)	6 (66.7%)	4 (50.0%)	1 (8.3%)	3 (25.0%)
不眠の軽減	8 (2.2%)	1 (0.8%)	0	1 (3.6%)	16 (53.3%)	14 (48.3%)	0	4 (50.0%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)
疼痛の軽減	4 (1.1%)	2 (1.6%)	1 (0.7%)	0	1 (3.3%)	2 (6.9%)	0	0	5 (41.7%)	8 (66.7%)
咳嗽の軽減	0	0	0	0	0	1 (3.4%)	0	0	0	0
その他	64 (17.8%)	19 (15.4%)	10 (7.4%)	4 (14.3%)	3 (10.0%)	4 (13.8%)	1 (11.1%)	1 (12.5%)	1 (8.3%)	0
症例数	359 (100.0%)	123 (100.0%)	136 (100.0%)	28 (100.0%)	30 (100.0%)	29 (100.0%)	9 (100.0%)	8 (100.0%)	12 (100.0%)	12 (100.0%)

表21-2 薬物初回使用の動機

(動機)	主たる使用薬物									
	鎮咳薬		大麻		その他		多剤 (医薬品)		多剤 (規制薬物)	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
刺激を求めて	8 (34.8%)	2 (25.0%)	10 (43.5%)	0	2 (16.7%)	0	2 (11.1%)	1 (12.5%)	12 (46.2%)	1 (11.1%)
好奇心	11 (47.8%)	3 (37.5%)	20 (87.0%)	0	3 (25.0%)	0	3 (16.7%)	0	20 (76.9%)	4 (44.4%)
自暴自棄になって	0	0	4 (17.4%)	0	1 (8.3%)	0	3 (16.7%)	2 (25.0%)	3 (11.5%)	2 (22.2%)
断り切れずに	6 (26.1%)	2 (25.0%)	4 (17.4%)	0	1 (8.3%)	0	1 (5.6%)	0	3 (11.5%)	2 (22.2%)
覚醒効果を求めて	3 (13.0%)	0	0	0	3 (25.0%)	1 (33.3%)	0	0	0	1 (11.1%)
疲労の除去	0	1 (12.5%)	1 (4.3%)	0	3 (25.0%)	0	1 (5.6%)	0	1 (3.8%)	0
性的効果を求めて	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (3.8%)	0
ストレス解消	2 (8.7%)	2 (25.0%)	2 (8.7%)	0	1 (8.3%)	0	1 (5.6%)	0	1 (3.8%)	0
不安の軽減	4 (17.4%)	2 (25.0%)	0	0	3 (25.0%)	1 (33.3%)	5 (27.8%)	4 (50.0%)	2 (7.7%)	2 (22.2%)
不眠の軽減	1 (4.3%)	0	0	0	1 (8.3%)	0	7 (38.9%)	3 (37.5%)	1 (3.8%)	1 (11.1%)
疼痛の軽減	1 (4.3%)	1 (12.5%)	0	0	0	0	1 (5.6%)	3 (37.5%)	1 (3.8%)	0
咳嗽の軽減	1 (4.3%)	1 (12.5%)	0	0	0	0	0	0	0	0
その他	5 (21.7%)	1 (12.5%)	0	0	3 (25.0%)	2 (66.7%)	3 (16.7%)	1 (12.5%)	3 (11.5%)	3 (33.3%)
症例数	23 (100.0%)	8 (100.0%)	23 (100.0%)	0	12 (100.0%)	3 (100.0%)	18 (100.0%)	8 (100.0%)	26 (100.0%)	9 (100.0%)

表22-1 薬物の入手経路

	主たる使用薬物									
	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
最近1年間は使用せず	158 (50.8%)	42 (37.2%)	54 (45.4%)	5 (15.2%)	3 (8.1%)	3 (9.4%)	1 (10.0%)	0	0	3 (30.0%)
友人	24 (7.7%)	14 (12.4%)	14 (11.8%)	10 (30.3%)	1 (2.7%)	2 (6.3%)	0	1 (11.1%)	0	0
知人	28 (9.0%)	16 (14.2%)	8 (6.7%)	2 (6.1%)	2 (5.4%)	1 (3.1%)	0	0	0	0
恋人・愛人	2 (0.6%)	16 (14.2%)	0	3 (9.1%)	0	0	0	0	0	0
家族	0	1 (0.9%)	2 (1.7%)	1 (3.0%)	0	0	0	0	0	0
密売人(日本人)	84 (27.0%)	19 (16.8%)	10 (8.4%)	7 (21.2%)	2 (5.4%)	0	0	0	0	0
密売人(外国人)	11 (3.5%)	4 (3.5%)	0	0	0	0	0	0	0	0
医師	0	0	0	0	19 (51.4%)	12 (37.5%)	7 (70.0%)	7 (77.8%)	5 (45.5%)	0
薬局	0	0	0	0	9 (24.3%)	14 (43.8%)	2 (20.0%)	1 (11.1%)	6 (54.5%)	7 (70.0%)
その他	4 (1.3%)	1 (0.9%)	31 (26.1%)	5 (15.2%)	1 (2.7%)	0	0	0	0	0
症例数	311 (100.0%)	113 (100.0%)	119 (100.0%)	33 (100.0%)	37 (100.0%)	32 (100.0%)	10 (100.0%)	9 (100.0%)	11 (100.0%)	10 (100.0%)

(複数回答)

表22-2 薬物の入手経路

	主たる使用薬物									
	鎮咳薬		大麻		その他		多剤 (医薬品)		多剤 (規制薬物)	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
最近1年間は使用せず	3 (15.0%)	1 (11.1%)	3 (11.1%)	0	1 (9.1%)	0	3 (15.8%)	1 (9.1%)	8 (27.6%)	1 (12.5%)
友人	1 (5.0%)	2 (22.2%)	13 (50.0%)	0	0	0	1 (5.3%)	0	5 (17.2%)	2 (25.0%)
知人	0	0	5 (19.2%)	0	0	0	1 (5.3%)	0	3 (10.3%)	1 (12.5%)
恋人・愛人	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (3.4%)	1 (12.5%)
家族	0	0	0	0	0	0	0	1 (9.1%)	0	0
密売人(日本人)	0	0	4 (15.4%)	0	0	0	0	0	5 (17.2%)	1 (12.5%)
密売人(外国人)	0	0	1 (3.8%)	0	0	0	0	0	1 (3.4%)	1 (12.5%)
医師	0	0	0	0	7 (63.6%)	3 (75.0%)	12 (63.2%)	5 (45.5%)	1 (3.4%)	1 (12.5%)
薬局	16 (80.0%)	6 (66.7%)	0	0	1 (9.1%)	1 (25.0%)	2 (10.5%)	3 (27.3%)	2 (6.9%)	0
その他	0 (0.0%)	0	0 (0.0%)	0	2 (18.2%)	0	0	1 (9.1%)	3 (10.3%)	0
症例数	20 (100.0%)	9 (100.0%)	26 (100.0%)	0	11 (100.0%)	4 (100.0%)	19 (100.0%)	11 (100.0%)	29 (100.0%)	8 (100.0%)

(複数回答)

表23 性別にみたICD-10による主診断

	男 性		女 性		計	
【F1x.0】急性中毒	25	(3.9%)	7	(3.1%)	32	(3.7%)
【F1x.1】有害な使用	33	(5.1%)	12	(5.3%)	45	(5.1%)
【F1x.2】依存症候群	149	(23.0%)	86	(37.7%)	235	(26.8%)
【F1x.3】離脱状態	1	(0.2%)	3	(1.3%)	4	(0.5%)
【F1x.4】せん妄離脱状態	4	(0.6%)	1	(0.4%)	5	(0.6%)
【F1x.5】精神病性障害(<6M)	109	(16.8%)	25	(11.0%)	134	(15.3%)
【F1x.57】精神病性障害(>6M)	135	(20.8%)	25	(11.0%)	160	(18.3%)
【F1x.6】健忘症候群	1	(0.2%)		(0.0%)	1	(0.1%)
【F1x.7】残遺・遅発性障害	167	(25.8%)	57	(25.0%)	224	(25.6%)
【F1x.8】その他	15	(2.3%)	8	(3.5%)	23	(2.6%)
(記載なし)	9	(1.4%)	4	(1.8%)	13	(1.5%)
計	648	(100.0%)	228	(100.0%)	876	(100.0%)

は、“好奇心”や“刺激を求めて”の割合が高く、『鎮咳薬症例』でも比較的高い割合を示した。これらは男性症例でより目立った。同時に、『覚せい剤症例』や『鎮咳薬症例』では1/4程度が“断り切れずに”を選択していた。また、『覚せい剤症例』群における“性的効果を求めて”の男女差はなかった。『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』等の処方薬・医薬品使用の症例群では、40～70%が“不眠の軽減”、“不安の軽減”、“疼痛の軽減”など、本来の症状の軽快を目的としたものであったが、これに対して『鎮咳薬』では“咳嗽の軽減”を目的として薬物使用を開始した割合は全体で6.5%と低かった。

2 2) 最近1年間における薬物の主な入手経路 (表2 2-1, 2 2-2)

最近1年以内に使用歴のない割合は、『覚せい剤症例』の男性で50.8%と最も高く、次いで『有機溶剤症例』の男性で45.4%と高かった。

入手経路としては、『覚せい剤症例』では20～30%が“密売人”で、『有機溶剤症例』の女性、『多剤症例(規制薬物)』でも高い割合を示した。『大麻症例』では“友人”が50%を占め、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』でも“友人・知人”の割合が20～30%前後と比較的高く、女性でやや高い傾向がみられた。また『覚せい剤症例』の女性では、“恋人・愛人”が14.2%と高いのが目立った。一

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

2 3) 性別にみたICD-10による主診断(表2 3)

全体として“【F1x.2】依存症候群”と“【F1x.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”の割合が高く、それぞれ約1/4を占めていた。精神病症状の持続が6ヵ月以内である“【F1x.5】精神病性障害(<6M)”は15.3%であった。今回ICD-10に追加した項目である、精神病性障害が6ヶ月以上に及ぶ“【F1x.57】精神病性障害(>6M)”は18.3%にみられた。両者を合わせると“精神病性障害”としては全体の約1/3を占め、最も高い割合を示した。

性別にみると、“【F1x.2】依存症候群”は女性においてより高い割合を示し、主診断あるいは副診断いずれかで“依存症候群”を満たす症例の割合は男性288例(男性症例の44.4%)、女性126例(女性症例の55.3%)と、女性の方が高い割合を示した。一方、精神病性障害は男性に高い傾向がみられ、とくに精神病性障害が6ヶ月以上持続している割合は男性で高かった。

表2.4 主たる使用薬物別にみたICD-10による主診断

	[F1x.0]	[F1x.1]	[F1x.2]	[F1x.3]	[F1x.4]	[F1x.5]	[F1x.57]	[F1x.6]	[F1x.7]	[F1x.8]	不明	合計
	急性中毒	有害な使用	依存症候群	離脱状態	せん妄を伴う離脱状態	精神病的障害 (<6M)	精神病的障害 (>6M)	健忘症候群	残遺性障害および遅発性精神病的障害	他の精神および行動の障害		
覚せい剤	11 (2.3%)	11 (2.3%)	64 (13.4%)			96 (20.1%)	120 (25.1%)	1 (0.2%)	168 (35.1%)	7 (1.5%)	3	481 (100.6%)
有機溶剤	5 (3.1%)	19 (11.9%)	51 (31.9%)	2 (1.3%)		25 (15.6%)	23 (14.4%)		31 (19.4%)	4 (2.5%)	3	163 (101.9%)
睡眠薬	3 (5.2%)	3 (5.2%)	39 (67.2%)	2 (3.4%)	4 (6.9%)	2 (3.4%)	1 (1.7%)		2 (3.4%)	2 (3.4%)	1	59 (101.7%)
抗不安薬		2 (11.8%)	13 (76.5%)						1 (5.9%)	1 (5.9%)		17 (100.0%)
鎮痛薬	1 (4.2%)	5 (20.8%)	13 (54.2%)		1 (4.2%)				1 (4.2%)	3 (12.5%)		24 (100.0%)
鎮咳薬			17 (58.6%)			2 (6.9%)	2 (6.9%)		6 (20.7%)	2 (6.9%)	2	31 (106.8%)
大麻	7 (31.8%)	2 (9.1%)	1 (4.5%)			5 (22.7%)	2 (9.1%)		5 (22.7%)			22 (100.0%)
その他	1 (6.7%)	1 (6.7%)	11 (73.3%)				1 (6.7%)			1 (6.7%)		15 (100.0%)
多剤(規制薬物)	2 (6.5%)	1 (3.2%)	7 (22.6%)			4 (12.9%)	9 (29.0%)		6 (19.4%)	2 (6.5%)	3	34 (109.7%)
多剤(医薬品)	2 (8.3%)	1 (4.2%)	19 (79.2%)						1 (4.2%)	1 (4.2%)	1	25 (104.2%)
不明							2 (40.0%)		3 (60.0%)			5 (100.0%)
合計	32 (3.7%)	45 (5.1%)	235 (26.8%)	4 (0.5%)	5 (0.6%)	134 (15.3%)	160 (18.3%)	1 (0.1%)	224 (25.6%)	23 (2.6%)	13 (1.5%)	876 (100.0%)

2.4) 主たる使用薬物別にみた主診断 (表2.4)

ICD-10による主診断を主たる使用薬物別にみると、“[F1x.0] 急性中毒”は『大麻症例』で31.8%，“[F1x.1] 有害な使用”は『鎮痛薬症例』で20.8%と高いのが目立った。“[F1x.2] 依存症候群”の割合は『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『多剤症例(医薬品)』などで70%前後と高く、『鎮痛薬症例』、『鎮咳薬症例』でも50~60%にみられた。一方、『覚せい剤症例』では13.4%、『有機溶剤症例』では31.9%と比較的低かった。

“精神病的障害”は全体の約1/3と最も高い割合であった。『覚せい剤症例』では約45%が“精神病的障害”を示し、6ヶ月以上にわたって症状が持続する群が約1/4にみられた。この割合は『多剤症例(規制薬物)』で29.0%と最も高く、症例全体では18.3%を占めていた。“[F1x.7] 残遺性障害および遅発性精神病的障害”の割合は25.6%と症例全体の約1/4を占め、“[F1x.2] 依存症候群”の26.8%に次いで高い割合を示した。“[F1x.57] 精神病的障害(>6M)”と“[F1x.7] 残遺性障害および遅発性精神病的障害”を合わせると43.9%と半数近くに及び、症状の長期化がうかがわれた。

2.5) “依存症候群”の下位項目

(表2.5-1, -2, -3)

主たる使用薬物別に、主診断あるいは副診断で

ICD-10の“[F1x.2] 依存症候群”に該当する患者について、下位6項目のいずれに該当するかを表2.5-1および2.5-2で示した。

“①物質使用への強い欲望あるいは強迫感”および“②コントロール困難”については、ほとんどの薬物で高い割合を示し、とくに『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮咳薬症例』などで目立った。“③生理的離脱の存在”、“④耐性の存在”については、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』、『鎮咳薬症例』などで比較的高い割合を示した。

2.6) 性別にみた“依存症候群”下位項目 (表2.6)

ICD-10“依存症候群”の下位項目に該当した症例について、下位6項目のそれぞれに該当した割合と、該当した項目数の平均を男女別に示す。対象とした症例は、記載のあった症例458例で、男性が314例(68.6%)、女性が144例(31.4%)であった。

該当した下位項目としては、“①物質使用への強い欲望あるいは強迫感”および“②コントロール困難”の割合が男女とも高く、50~70%前後を占めていた。6項目すべてについて、女性の方が該当する割合が有意に高かった($p<.01$, χ^2 検定)。該当する項目数の平均は、男性が2.9項目、女性

表25-1 主たる使用薬物別にみたICD-10“依存症候群”の下位項目

	主たる使用薬物									
	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬	
("依存症候群"の下位項目)										
①物質使用への強い欲望あるいは強迫感	116	(53.7%)	50	(58.8%)	38	(77.6%)	10	(76.9%)	14	(87.5%)
②コントロール困難	95	(44.0%)	56	(65.9%)	46	(93.9%)	10	(76.9%)	10	(62.5%)
③生理的離脱状態の存在	33	(15.3%)	18	(21.2%)	24	(49.0%)	6	(46.2%)	7	(43.8%)
④耐性の存在	32	(14.8%)	16	(18.8%)	31	(63.3%)	8	(61.5%)	6	(37.5%)
⑤摂取時間や回復に要する時間の延長	44	(20.4%)	28	(32.9%)	21	(42.9%)	5	(38.5%)	1	(6.3%)
⑥有害な結果にかかわらず物質使用を継続	83	(38.4%)	38	(44.7%)	27	(55.1%)	7	(53.8%)	7	(43.8%)
該当するが①～⑥の存在は不明	54	(25.0%)	20	(23.5%)						
"依存症候群"の既往のある症例	216	(100.0%)	85	(100.0%)	49	(100.0%)	13	(100.0%)	16	(100.0%)
各薬物症例群に占める上記の割合	44.8%		51.8%		83.1%		76.5%		66.7%	

表25-2 主たる使用薬物別にみたICD-10“依存症候群”の下位項目

	主たる使用薬物										
	鎮咳薬		大麻		その他		多剤(規制薬物)		多剤(医薬品)		
("依存症候群"の下位項目)											
①物質使用への強い欲望あるいは強迫感	21	(95.5%)	4	(57.1%)	9	(75.0%)	9	(40.9%)	13	(81.3%)	
②コントロール困難	21	(95.5%)	2	(28.6%)	9	(75.0%)	8	(36.4%)	14	(87.5%)	
③生理的離脱状態の存在	14	(63.6%)	1	(14.3%)	5	(41.7%)	4	(18.2%)	10	(62.5%)	
④耐性の存在	12	(54.5%)			6	(50.0%)	3	(13.6%)	9	(56.3%)	
⑤摂取時間や回復に要する時間の延長	14	(63.6%)	1	(14.3%)	2	(16.7%)	4	(18.2%)	6	(37.5%)	
⑥有害な結果にかかわらず物質使用を継続	17	(77.3%)	3	(42.9%)	7	(58.3%)	7	(31.8%)	12	(75.0%)	
該当するが①～⑥の存在は不明			1	(14.3%)	1	(8.3%)	1	(4.5%)	5	(31.3%)	
"依存症候群"の既往のある症例	22	(100.0%)	7	(100.0%)	12	(100.0%)	22	(100.0%)	16	(100.0%)	
各薬物症例群に占める上記の割合	71.0%		30.4%		80.0%		62.9%		61.5%		

が3.4項目で、女性の方が有意に多かった ($p<.05$, Mann-Whitney 検定)。

2.7) 乱用開始から依存症候群に至るまでの期間 (表2.7)

薬物乱用開始から依存症候群に至るまでの期間 (LOTAD) について、主たる使用薬物別にみた平均期間 (月) を示す。症例全体の結果としては、0～288ヵ月で平均31.8ヵ月 (2.7年) であった。多くの薬物において、女性の方においてLOTADがより短縮しているようではあるが、数値のばらつきが大きく、統計的に明らかではなかった。

2.8) 薬物別にみたSDS得点 (表2.8)

本質問項目の対象となる「最近1年以内に薬物使用歴のある患者」数、各薬物群における割合 (%), 依存症重症度に関する自記式評価尺度 (SDS得点) の結果を示す。ここではSDS5項目についてのみの平均とした (0～15点)。

全体として35.8%が該当し、平均7.3点であった。SDS得点が最も高かったのは『抗不安薬症例』および『鎮咳薬症例』で10.7点、次いで『その他症例』9.1点、『多剤症例 (医薬品)』8.4点、『睡眠薬症例』8.3点で、『覚せい剤症例』は6.9点、『有機溶剤症例』は7.1点であった。『大麻症例』は2.6点と最も低かった。統計的には各薬物間で得点

表26 性別にみた“依存症候群”下位項目

	男 性		女 性		計	
("依存症候群"の下位項目)						
①物質使用への強い欲望あるいは強迫感	184	(58.6%)	101	(70.1%)	285	(62.2%)
②コントロール困難	171	(54.5%)	101	(70.1%)	272	(59.4%)
③生理的離脱状態の存在	75	(23.9%)	47	(32.6%)	122	(26.6%)
④耐性の存在	73	(23.2%)	50	(34.7%)	123	(26.9%)
⑤摂取時間や回復に要する時間の延長	75	(23.9%)	51	(35.4%)	126	(27.5%)
⑥有害な結果にかかわらず物質使用を継続	126	(40.1%)	82	(56.9%)	208	(45.4%)
該当するが①～⑥の存在は不明	67	(21.3%)	15	(10.4%)	82	(17.9%)
下位項目に該当した性別症例数	314	(100.0%)	144	(100.0%)	458	(100.0%)
下位項目平均該当数(0～6)	2.9±1.6		3.4±1.7		3.1±1.7	
(複数回答)						

(複数回答)

表27 乱用開始～依存症候群までの期間(M)

範囲	性別平均期間		計	
	男 性	女 性		
(主たる使用薬物)				
覚せい剤	0～204	29.8±41.4	23.3±27.9	27.8±37.8
有機溶剤	1～288	42.1±56.7	28.3±32.3	39.4±52.7
睡眠薬	1～108	18.4±18.7	34.9±33.2	26.9±28.0
抗不安薬	1～204	72.8±87.8	36.0±12.0	59.0±69.3
鎮痛薬	1～216	5.0±6.1	114.0±105.1	59.5±89.4
鎮咳薬	6～180	37.8±47.5	14.4±12.4	30.9±41.4
大 麻	12～48	28.8±13.7	—	28.8±13.7
全 体	0～288	33.5±47.0	27.8±35.2	31.8±43.7

表28 薬物別にみたSDS得点

主たる使用薬物	該当症例数	各薬物症例群に占める割合(%)	SDS平均得点
覚せい剤	140	29.0%	6.9±3.5
有機溶剤	58	35.4%	7.1±3.2
睡眠薬	25	42.4%	8.3±3.9
抗不安薬	6	35.3%	10.7±3.4
鎮痛薬	11	45.8%	7.8±2.9
鎮咳薬	19	61.3%	10.7±2.5
大 麻	16	69.6%	2.6±2.6
その他	9	60.0%	9.1±1.6
多剤(規制薬物)	17	48.6%	7.5±3.6
多剤(医薬品)	13	50.0%	8.4±3.5
全 体	314	35.8%	7.3±3.6

表29 薬物使用に直接起因しない精神科的障害

	男 性		女 性		計	
気分障害	56	(8.6%)	28	(12.3%)	84	(9.6%)
不安障害・神経症性障害	69	(10.6%)	44	(19.3%)	113	(12.9%)
ストレス反応・適応障害	39	(6.0%)	26	(11.4%)	65	(7.4%)
身体表現性障害	6	(0.9%)	11	(4.8%)	17	(1.9%)
摂食障害	8	(1.2%)	33	(14.5%)	41	(4.7%)
多動性障害	4	(0.6%)	0	(0.0%)	4	(0.5%)
行為障害	22	(3.4%)	7	(3.1%)	29	(3.3%)

表30 生活史上の体験

	男 性		女 性		計	
被虐待体験あり	7	(1.1%)	28	(12.3%)	35	(4.0%)
性的虐待体験	0	(0.0%)	4	(1.8%)	4	(0.5%)
近親者によるもの	0	(0.0%)	1	(0.4%)	1	(0.1%)
非近親者によるもの	0	(0.0%)	3	(1.3%)	3	(0.3%)
身体的虐待体験	2	(0.3%)	5	(2.2%)	7	(0.8%)
近親者によるもの	2	(0.3%)	5	(2.2%)	7	(0.8%)
非近親者によるもの	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)
被イジメ体験あり	10	(1.5%)	26	(11.4%)	36	(4.1%)

表31-1 これまでに利用した治療プログラム

	薬物療法	個人精神療法	芸術療法	作業療法	行動療法	内観療法
覚せい剤	448 (92.9%)	413 (85.7%)	4 (0.8%)	119 (24.7%)	10 (2.1%)	9 (1.9%)
有機溶剤	138 (84.1%)	145 (88.4%)	4 (2.4%)	62 (37.8%)	3 (1.8%)	8 (4.9%)
睡眠薬	51 (86.4%)	54 (91.5%)	1 (1.7%)	17 (28.8%)	1 (1.7%)	1 (1.7%)
抗不安薬	15 (88.2%)	14 (82.4%)		4 (23.5%)		
鎮痛薬	17 (70.8%)	17 (70.8%)		7 (29.2%)		1 (4.2%)
鎮咳薬	30 (96.8%)	30 (96.8%)	1 (3.2%)	10 (32.3%)	2 (6.5%)	4 (12.9%)
大麻	12 (52.2%)	21 (91.3%)		6 (26.1%)		
その他	12 (80.0%)	12 (80.0%)		1 (6.7%)	1 (6.7%)	
多剤(規制薬物)	29 (82.9%)	32 (91.4%)		13 (37.1%)	2 (5.7%)	8 (22.9%)
多剤(医薬品)	21 (80.8%)	24 (92.3%)		4 (15.4%)	2 (7.7%)	
(不明)	5	4		1		
計	778 (88.8%)	766 (87.4%)	10 (1.1%)	244 (27.9%)	21 (2.4%)	31 (3.5%)

に差があり ($p<.01$, ANOVA), 『大麻症例』は『鎮痛薬症例』を除くすべての薬物群との間で平均得点に有意差がみられた。また『覚せい剤症例』と『鎮咳薬症例』の間で有意差がみられた ($p<.01$, Scheffeの多重比較)。

29) 他の精神医学的障害 (表29)

薬物使用に直接起因しないと考えられる他の精神医学的障害の併存率について男女別に示す。全体としては“不安障害・神経症性障害”の割合が

12.9%と最も高く、“気分障害”が9.6%でこれに次いでいた。“不安障害・神経症性障害”, “ストレス反応・適応障害”*, “身体表現性障害”, “摂食障害”では女性において有意に割合が高かった ($p<.01$, $<.05*$), χ^2 検定)。

30) 生活史上の体験 (表30)

薬物使用に関係すると考えられる生活史上の体験について男女別に示す。“被虐待体験”は全体で4.0%にみられ、女性で12.3%と、男性の1.1%に

表31-2 これまでに利用した治療プログラム

	集団精神療法	運動療法	家族療法	家族会・家族教室(院内・院外)	自助グループ(AA・NA等)への参加	ダルクミーティングへの参加
覚せい剤	94 (19.5%)	50 (10.4%)	12 (2.5%)	11 (2.3%)	41 (8.5%)	21 (4.4%)
有機溶剤	69 (42.1%)	28 (17.1%)	17 (10.4%)	6 (3.7%)	29 (17.7%)	17 (10.4%)
睡眠薬	26 (44.1%)	2 (3.4%)	5 (8.5%)	2 (3.4%)	17 (28.8%)	3 (5.1%)
抗不安薬	5 (29.4%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	4 (23.5%)	1 (5.9%)
鎮痛薬	10 (41.7%)	2 (8.3%)	2 (8.3%)		10 (41.7%)	2 (8.3%)
鎮咳薬	13 (41.9%)	6 (19.4%)	1 (3.2%)	4 (12.9%)	14 (45.2%)	4 (12.9%)
大麻	9 (39.1%)	2 (8.7%)	1 (4.3%)			
その他	6 (40.0%)		1 (6.7%)	1 (6.7%)	4 (26.7%)	2 (13.3%)
多剤(規制薬物)	17 (48.6%)	10 (28.6%)	2 (5.7%)	2 (5.7%)	7 (20.0%)	3 (8.6%)
多剤(医薬品)	12 (46.2%)		5 (19.2%)	3 (11.5%)	10 (38.5%)	1 (3.8%)
(不明)						
計	261 (29.8%)	101 (11.5%)	47 (5.4%)	31 (3.5%)	136 (15.5%)	54 (6.2%)

表32-1 性別にみた治療プログラムの利用状況

	薬物療法	個人精神療法	芸術療法	作業療法	行動療法	内観療法
男 性	575 (88.7%)	566 (87.3%)	3 (0.5%)	183 (28.2%)	15 (2.3%)	28 (4.3%)
女 性	203 (89.0%)	200 (87.7%)	7 (3.1%)	61 (26.8%)	6 (2.6%)	3 (1.3%)
計	778 (88.8%)	766 (87.4%)	10 (1.1%)	244 (27.9%)	21 (2.4%)	31 (3.5%)

表32-2 性別にみた治療プログラムの利用状況

	集団精神療法	家族療法	運動療法	家族会・家族教室(院内・院外)	自助グループ(AA・NA等)への参加	ダルクミーティングへの参加
男 性	188 (29.0%)	23 (3.5%)	85 (13.1%)	14 (2.2%)	82 (12.7%)	33 (5.1%)
女 性	73 (32.0%)	24 (10.5%)	16 (7.0%)	17 (7.5%)	54 (23.7%)	21 (9.2%)
計	261 (29.8%)	47 (5.4%)	101 (11.5%)	31 (3.5%)	136 (15.5%)	54 (6.2%)

比して有意に高い割合であった($p<.01$, χ^2 検定)。また、“被イジメ体験”も女性で11.4%と男性に比して有意に高い割合を示した($p<.01$, χ^2 検定)。

3 1) 主たる使用薬物別にみた治療プログラム (表3 1-1, 3 1-2)

これまでに利用したことのある各種治療プログラムについては、“薬物療法”、“個人精神療法”などの個人療法的治療はほとんどの症例で用いられていた。“集団精神療法”は、『多剤症例(規制薬物)』、『多剤症例(医薬品)』、『睡眠薬症例』など比較的多くの薬物症例群で40~50%程度の利

用率がみられたが、全体として集団療法的な治療プログラムの利用率は低かった。『鎮咳薬症例』、『鎮痛薬症例』など医薬品の症例群では、“自助グループ”、“家族会・家族教室”の利用率が比較的高い割合を示した。

3 2) 性別にみた治療プログラム (表3 2-1, 3 2-2)

これまで利用したことのある治療プログラムを性別にみると、個人療法的な治療プログラムでは“芸術療法”で、集団療法的なプログラムでは“家族療法”、“家族会・家族教室”、“自助グループ”、“DARCミーティング”において、女性の方が有

表33 精神疾患の家族歴

主たる使用薬物	精神疾患の家族歴を有する症例数	各薬物群に占める割合(%)
覚せい剤	86	(17.8%)
有機溶剤	32	(19.5%)
睡眠薬	7	(11.9%)
抗不安薬	2	(11.8%)
鎮痛薬	3	(12.5%)
鎮咳薬	6	(19.4%)
大麻	1	(4.3%)
その他	3	(20.0%)
多剤(医薬品)	9	(25.7%)
多剤(規制薬物)	5	(19.2%)
計	154	(17.6%)

表34 各薬物の使用歴を有する症例の推移

	使用歴を有する症例数(%)							
	1996年度		1998年度		2000年度		2002年度	
覚せい剤	565	(62.5%)	555	(59.2%)	660	(67.3%)	580	(66.2%)
有機溶剤	458	(50.7%)	445	(47.5%)	428	(43.6%)	439	(50.1%)
睡眠薬	174	(19.2%)	172	(18.4%)	162	(16.5%)	178	(20.3%)
抗不安薬	93	(10.3%)	101	(10.8%)	94	(9.6%)	115	(13.1%)
鎮痛薬	88	(9.7%)	88	(9.4%)	76	(7.7%)	78	(8.9%)
鎮咳薬	64	(7.1%)	70	(7.5%)	44	(4.5%)	66	(7.5%)
大麻	104	(11.5%)	107	(11.4%)	96	(9.8%)	193	(22.0%)
コカイン	33	(3.7%)	41	(4.4%)	35	(3.6%)	60	(6.8%)
ヘロイン	7	(0.8%)	16	(1.7%)	13	(1.3%)	24	(2.7%)
全症例数	904	(100.0%)	937	(100.0%)	981	(100.0%)	876	(100.0%)

(複数回答)

意に高い利用率を示した (χ^2 検定)。

D. 考察

3.3) 精神疾患の家族歴(表34)

薬物別にみた“精神疾患の家族歴”は、症例全体の17.6%であった。主たる使用薬物間では統計的に差はみられなかった。男女別では、男性106例(男性症例全体の16.4%)、女性48例(同21.1%)で、有意な差はみられなかった。具体的な精神疾患としては、「薬物関連精神疾患」が25例、「アルコール関連障害」が18例、「統合失調症」が9例などであった。

1) 本年度の実態調査の概括

今回の調査対象施設は1,645施設で、回答を得た施設数は866施設、回答率は52.6%であった。全数調査としては概ね満足できる回答率といえよう。回答率を医療施設の種別でみると、国立病院・療養所が63.3%と最も高く、そのほかの施設においても50%前後の回答率が得られ、施設種別で大きなばらつきはみられなかった。全体としては、対象施設の過半数の回答率を得ることができ、疫

学的に意義のある調査であったと考えられる。

1施設あたりの報告症例数は、国立病院・療養所が10.8例と最も多く、次いで都道府県立病院が8.8例、民間病院3.4人であった。全体としてみれば、薬物関連精神疾患の診療においては、国立ないし都道府県立の医療機関に比較的症例が集中している状況がうかがえる。

また、ここ数回の調査では、「該当症例あり」と回答する施設は250～270施設、全体に占める割合は16%前後、症例数が900症例前後であったが、今回の調査では「該当症例あり」の施設数は198施設（施設数全体の12.0%）、報告された有効症例数も876例と減少傾向がみられた。これをみる限り、薬物関連精神疾患の患者数全体の動向については、わずかに減少しているとも考えられる。ただし、施設あたりの症例数は4.4例と、3.3例（1998年度）、3.9例（2000年度）に比較して増加しており、一精神科医療機関で診療する患者数は決して減少していない。地域によって差があると思われるが、薬物関連精神疾患患者の診療が特定の医療機関へ集中しつつある傾向を示唆するものかもしれない。

2) 今年度の実態調査のねらい

尾崎が分担研究者として担当した本調査研究は1996年度以降であり、調査は隔年で実施されている。過去3回の調査においては、下記のような点に焦点を当てて質問項目を設定した。

1996年度：覚せい剤関連精神障害の診断（厚生省「専門家会議（1985）」による類型分類）

1998年度：ICD-10による診断分類、覚せい剤精神障害の発症年齢

2000年度：覚せい剤精神障害の持続期間（付：ICD-10診断分類アルゴリズム（案））

すなわち、主として「覚せい剤による精神病性障害」に焦点を当て、診断分類の検討および臨床場面での定着、覚せい剤精神障害の発症と持続に関わる要因の検討などを行ってきた。この背景としては、近年の覚せい剤乱用（ATS問題）の地球規模での拡大とともに、覚せい剤関連精神疾患の診断と治療に関して、諸外国に比較して豊富な臨床知見を有する日本からの情報発信に対する期待が高まっていることがある。とくに欧米の急性中毒モデルとは異なる視点、すなわち日本において戦後の第一次乱用期以後、覚せい剤使用による慢

性脳障害モデルの視点から積み上げられた臨床知見に基づいた実証的データが重要な意味をもつと考え、覚せい剤精神障害の長期化、遷延化に焦点を当てた疫学的調査を行ってきたわけである。

今年度はすでに述べたように、「精神病性障害の長期持続」とともに、主として「依存症候群」に焦点を当てた質問構成とした。これらの項目について、主たる使用薬物別ならびに性差の視点から検討を行った。

- ・精神病性障害の長期持続例（ICD-10診断分類中に新たに設定）
- ・依存症候群（ICD-10）の下位分類
- ・薬物乱用開始から依存症候群に至るまでの期間（“LOTAD”）
- ・依存症重症度に関する自記式評価尺度（“SDS”）
- ・併存する精神医学的障害
- ・関連する生活史的体験

3) 各薬物についてのまとめ

(1) 覚せい剤

① 覚せい剤症例の概観

覚せい剤は現在「第三次乱用期」とされ、現在の日本において最も深刻な問題をひきおこしている乱用薬物である。とくに低年齢層への乱用の拡大が懸念され、世界的にもATS問題としてその乱用の拡大が重大な関心を集めていることはすでに述べた。

覚せい剤症例は今年度の調査でも全症例の過半数（55.0%）を占めていた。また、1996年以降の4回の調査において、“主たる使用薬物”に限定せず、「使用歴を有する」と報告された薬物について、症例全体に占める割合の推移を表3-4に示す。全症例に占める割合からは、最も高い割合を示した前回調査時とほぼ並び、66.2%に使用歴を認めた。このように精神科医療の現場においても、依然として覚せい剤が最も重要な乱用薬物であることが示された。

② 性・年齢の特徴

『覚せい剤症例』のうち約3/4が男性で、年齢は20歳代後半～30歳代後半を中心としながら、50歳代まで比較的広い分布がみられた点は、これまでと同様の傾向である。未成年者の比率は1991年調査4)では5.2%、1993年5)は8.4%、1994年6)は1.

9%, 1996年7)は2.0%, 1998年8)は1.1%, 2000年9)は2.1%であったが、今年度は男女合わせて13例と全体の2.7%を占め、やや増加傾向をみとめた。年齢分布においては、女性の方がより低年齢にシフトしており、平均年齢も男性の39.6歳に対して31.2歳と低かった。未成年の割合も男性の3例(男性症例の0.8%)に対して、女性では10例(女性症例の8.1%)と高く、これまでと同様の性差がみられた。年齢が40歳以上の症例は174例で『覚せい剤症例』の36.1%を占め、前回調査の168例(29.7%)よりやや増加傾向にあった。

③ 初回使用年齢・使用期間・使用方法

20歳未満で覚せい剤使用を開始した者の割合は、1996年7)、1998年8)の35%前後と同様の水準で、2000年9)の165例(29.2%)よりやや増加した。

初回使用年齢の分布においても、男性は20~24歳にピークがある(平均22.9歳)のに対して、女性では約半数が15~19歳で(平均20.3歳)、これまでと同様に女性において覚せい剤乱用の開始がより低年齢である傾向がみられた。

覚せい剤使用期間が1年未満である症例は23例(4.8%)と、前回調査と比較してやや減少傾向にあった。ただし初期乱用者の動向については、この結果のみから判断することは難しい。いずれにしても新たな乱用・依存者の出現については注意深く推移を見守る必要がある。

一方、覚せい剤の使用期間が5年以上の症例は、男女合わせて226例(40.0%)で、1996年7)の62.9%、1998年8)の48.1%、2000年9)の49.7%からは減少傾向にあった。ただし、10年以上の使用期間も約30%にみられ、長期使用例の問題は軽視できない。

全症例における覚せい剤初回使用方法では、全体の73%が静注、13%が加熱吸煙であり、性差はみられなかった。

④ 交友関係・司法矯正歴・社会生活

『覚せい剤症例』では、『多剤症例(規制薬物)』と並んで、覚せい剤乱用前から“暴力団との関係”や“非行グループ”との関係を有する割合が最も高かった。これらは女性の方がむしろ高い割合を示す傾向がみられた。逮捕・補導歴を有する症例の割合は、覚せい剤乱用開始後には男女とも半数を超え、矯正施設への入所歴は男性の半数近く

にみられた。無職の割合や、離婚率も高く、深刻な社会的機能の障害がうかがわれる結果であった。

⑤ 喫煙・飲酒歴・薬物使用の契機

『覚せい剤症例』における喫煙・飲酒の開始年齢は他の薬物群に比較してより低年齢の傾向があり、覚せい剤初回使用年齢と喫煙、飲酒の開始年齢の間にはそれぞれ有意な相関(相関係数0.25, 0.16)がみられた。覚せい剤初回使用の契機は、約半数が“同性の友人”と高い割合を示した。

一方、“密売人”の関与が男女全体で7.1%(男性8.1%, 女性4.1%)と他の薬物症例に比較して高かった。女性で“異性の友人”が初回使用の契機となる割合が高いことは、従来調査と同様の傾向であった。動機としては、とくに男性で“好奇心”が際だって高い割合を示し、女性でも半数にみられた。

⑥ 精神医学的診断

ICD-10による診断分類では、『覚せい剤症例』の約45%は『F15.5: 精神病性障害』に該当した。とくに症状持続が6ヵ月以上に及ぶものが25%と高い割合を示した。前回調査9)では、『覚せい剤症例』における精神病性障害の持続期間について詳しく検討を行ったが、それによれば精神病性障害の6ヵ月以上にわたる持続は覚せい剤症例の約1/4にみられており、今回と同様の結果であった。これは、覚せい剤による精神病性障害の遷延・持続化が少なからず存在することと同時に、そうした病態が『覚せい剤精神病』として臨床的に認知されていることをも意味する。ICD-10の診断基準を厳密に適用するならば、これらは精神作用物質による精神病性障害の範疇からはこぼれ落ちてしまうことになる。また、『F15.7: 残遺性障害および遅発性精神病性障害』も1/3にみられており、慢性精神病状態あるいはこれに準ずる状態は、『覚せい剤症例』の約60%という高い割合を示していた。今後、このような長期にわたる慢性的な病態についてさらに実証的な積み重ね、診断基準についても再検討する必要があると考えられる。

⑦ 依存症候群・治療

ICD-10による依存症候群の診断は、『覚せい剤症例』全体の13.4%と『大麻症例』に次いで最も

低い割合であった。過去1年以内に薬物使用歴を有する症例の割合も29%と最も低かった。依存症候群の下位項目の該当状況からも、“強い使用欲求と強迫感”や“コントロール困難”に該当する割合が高いとはいえ、他の薬物と比較すると際立って強い依存状態にあるとはいえなかった。SDS平均得点も6.9点で、『大麻症例』に次いで低かった。覚せい剤による精神依存形成はかなり強力なものと考えられるので、これらの結果は『覚せい剤症例』として精神医療サービスを受ける者の多くは、強い精神依存状態にはないことを示唆する。それは同時に、強い依存状態にある覚せい剤使用者は治療に結びつきにくいことを意味しているともいえる。したがって、『覚せい剤症例』においては、70%前後は薬物使用中断後1年以上経過しながら、精神障害性障害ないしは残遺症状のために精神科治療を続けているというのが基本的なプロフィールと考えられる。

覚せい剤乱用開始から依存症形成までの期間であるLOTADの値はばらつきが大きかったが、平均約28ヵ月(2.3年)で、女性の方が短い傾向がみられた。この傾向は他の多くの薬物群でもみられたが、この現象が使用頻度・パターン、使用量などの使用様態によるものか、生物学的な要因によるものかは明らかではない。性差の視点から今後の詳細な検討が必要である。

入院患者の割合は58.5%ととくに高くはなかったが、入院形態では措置入院が22.3%と最も高かった。これまでに利用したことのある治療プログラムとしては、薬物療法、個人精神療法の割合は90%前後と高かったのに対して、集団精神療法、自助グループへの参加などの集団療法的プログラムや、家族会・家族教室への参加率は低かった。これは、『覚せい剤症例』においては精神障害性障害の治療が中心であることに関連していると考えられる。同時に、依存症候群に対する治療プログラムが十分整備されていないことを反映しているとも考えられる。一般的には薬物関連精神疾患、とくに依存症候群に対する治療的サービスは不十分と言わざるを得ず、今後より一層の整備が必要であろう。

(2) 有機溶剤

① 『有機溶剤症例』の概観

有機溶剤は、覚せい剤とならび依然として日本

における代表的な乱用薬物である。検挙者数の減少などからは一般的には有機溶剤乱用が下火になっていると考えられるが、入手の容易さなどから、依然として決して軽視してはならない薬物である。記載のあった具体的な物質としては以下のような薬物があった。

- ・ シンナー (82例)
- ・ トルエン (29例)
- ・ ボンド (20例)
- ・ ガス類 (11例)
- ・ スプレー類 (4例)
- ・ “ラッシュ” (3例)
- ・ ラッカー (3例)
- ・ ガソリン (1例)

『有機溶剤症例』が症例全体に占める割合は18.7%で、1996年7)の22.8%、1998年8)の25.5%、2000年9)の19.6%からみると、若干ではあるが引き続き減少傾向がみられた。しかし、“使用歴を有する薬物”としては1996年以来50%前後と高い水準で経過している(表34)。また、表35で示すように、“初めて使用した薬物”としては覚せい剤(29.4%)を上回り、45.1%と最も高い割合であった。和田らの全国住民調査¹⁰⁾でも示されているように、一般住民においても誘われた経験を有する薬物、使用経験のある薬物として有機溶剤が最も頻度が高い。したがって、薬物乱用への入り口としての有機溶剤は依然として重要なものであると思われる。

表35 初めて使用した薬物

	症例数	%
有機溶剤	396	45.2%
覚せい剤	258	29.5%
睡眠薬	63	7.2%
大麻	38	4.3%
鎮痛薬	26	3.0%
鎮咳薬	24	2.7%
抗不安薬	14	1.6%
その他	7	0.8%
コカイン	2	0.2%
ヘロイン	2	0.2%
MDMA	1	0.1%
(不明)	45	5.1%
計	876	100.0%

② 性・年齢の特徴

『有機溶剤症例』の特徴は、8割以上が男性で、平均15.7歳（男性15.8歳、女性15.0歳）という低年齢で乱用が開始され、2/3が単独使用者であるといった点があげられる。これらは、ここ数回の調査で継続してみられる特徴である。

③ 喫煙・飲酒歴、薬物使用歴

喫煙は14.6歳、飲酒は15.6歳と最も低年齢で利用を開始している。有機溶剤初回使用年齢と、喫煙、飲酒開始年齢との間には、それぞれ有意な相関がみられた（相関係数0.39, 0.36）。低年齢における喫煙・飲酒の問題は、覚せい剤乱用におけるより有機溶剤の乱用により密接に関連している可能性がある。

また、すでに指摘したように、有機溶剤には本格的な薬物乱用への入り口としての役割、すなわち“入門薬”あるいは“gateway drug”としての機能があると考えられる。一方、単独使用率が2/3、依存症候群および精神病性障害を呈する割合がそれぞれ約30%と高いことから、有機溶剤自体の強い依存形成能と精神病惹起作用があることも考えなければならない。

使用期間では、1年未満の“初期乱用者”は4.3%で、1996年7)の7.3%、1998年8)の2.8%、2000年9)の5.7%と比較すると、多少の増減はありながらほぼ横ばいといえる。また、5年以上の“長期乱用者”は47.4%で、1996年7)の75%、1998年8)の77.2%、2000年9)の65.1%からは減少していた。

④ 交友関係、逮捕・補導歴

交友関係では、乱用開始前の暴力団との関係は男女合わせて9.8%と高くはないが、非行グループとの関係は37.2%と高かった。薬物乱用者との関係は、薬物乱用前には36.6%で、現在も有する割合は14.6%に減少するが、他の薬物と比較すると高い割合を示した。また、薬物乱用開始前における暴力団、非行グループ、薬物乱用者との関係を有する割合において、女性が男性を上回っており、これらは前回に続いてみられた特徴である。逮捕・補導歴は、乱用開始後には男女とも3～5倍に増加した。

⑤ 薬物使用の契機

初回使用の契機となった人物としては、男女と

も60～70%が“同性の友人”とし、すべての薬物症例の中で最も高い割合であった。また、女性では約3割が“異性の友人”と回答していた。薬物初回使用の動機としては、男女とも“好奇心”が60～70%と高く、次いで“刺激を求めて”が男性の1/3にみられた。薬物入手経路も“友人・知人”によるものが、とくに女性で1/3を超えており、“密売人”も女性の方が21.2%と高い割合を示した。これらの結果は、「遊び型」としての有機溶剤乱用を表すとともに、乱用開始におけるpeer pressure、その後の交友関係あるいは対人関係のあり方に関して、ある種の特徴を示唆するものかもしれない。

⑥ 精神医学的診断、依存症候群

ICD-10による診断分類では、“[F18.5] 精神病性障害”および“[F18.2] 依存症候群”の割合が、それぞれ約1/3で、“[F18.7] 残遺性障害および遅発性精神病性障害”は約20%にみられた。

依存症候群の下位項目については、“①物質利用への強い欲望あるいは強迫感”および“②コントロール困難”に該当する割合が高かった。有機溶剤の身体依存形成については議論のあるところだが、今回の調査の結果からは、“③生理的離脱の存在”、“④耐性の存在”の割合は低く、『覚せい剤症例』と同程度であった。LOTADは平均約39ヵ月（3.3年）で、女性の方が短い傾向がみられた。SDS平均得点は7.1点で、『大麻症例』との間に有意な差がみられた。

⑦ 治療

治療開始年齢は、平均22.9歳と『大麻症例』に次いで最も低かった。約2/3が入院で、入院形態では任意入院と医療保護入院がほぼ同程度であった。

利用された治療プログラムとしては、薬物療法、個人精神療法の割合が高いが、作業療法、集団精神療法、運動療法、家族療法などの集団プログラムの利用率も比較的高いのが特徴であった。

（3）睡眠薬・抗不安薬・鎮痛薬

これらの薬物を“主たる使用薬物”とする症例が全体に占める割合としては、各年度の調査において10%前後と高くはない。ただし、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』の40～50%がそれぞれ抗不安薬、

睡眠薬を併用しており、また『多剤症例(医薬品)』の80%以上が睡眠薬と抗不安薬の併用例であるように、単独使用例はむしろ少ないのが特徴である。

これらの症例においては、男女比が接近し、平均年齢が30歳代後半～40歳代半ばと高く、初回使用年齢も30歳代前後で、最近1年間における使用率は60～80%前後と高い。

初回使用の契機となった人物については30～50%が“医師”と回答しているが、“自発的使用”も1/3前後にみられた。主には市販薬を自ら薬局で購入したケースなどが該当すると思われる。動機としては、約50～60%が“不眠”、“不安”、“疼痛”といった本来の症状の軽減を目的としていた。

これらの『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』の中には、「常用量依存」が含まれると考えられるが、本調査からは詳細は不明である。最近1年以内の使用頻度も高く、ほとんどは薬局、医療機関からの入手であった。

使用期間ではばらつきがあるが、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』では8～10年、『鎮痛薬症例』では平均約14年と最も長く、前回同様の傾向がみられた。

診断では、依存症候群の割合が60～70%と高く、『鎮痛薬症例』では“有害な使用”も約20%と目立った。依存症候群の下位項目としては、全般的に該当する割合が高いが、とくに身体依存に関する項目である“③生理的離脱の存在”、“④耐性の存在”の割合が高いのが特徴であった。SDS平均得点も8～10点と高く、『抗不安薬症例』は『鎮痛薬症例』と並び10.7点と最も高かった。依存症候群としては、これらの薬物症例の病態が軽くないことを示唆する。

入院治療の割合は60～80%と、予想した以上に高かったが、任意入院が主であった。治療プログラムとしては薬物療法、個人精神療法のほか、集団精神療法、家族会・家族教室、自助グループなどの利用率が比較的高かった。

具体的に報告された薬物は以下のようなものであった。

【睡眠薬】

- ・ トリアゾラム (34例)
- ・ ブロムワレリル尿素 (28例)
- ・ フルニトラゼパム (21例)
- ・ ニトラゼパム (12例)

- ・ プロチゾラム (11例)
- ・ ベゲタミン (5例)
- ・ エスタゾラム (4例)
- ・ ニメタゼパム (4例)
- ・ “ハイミナール” (2例)

【抗不安薬】

- ・ エチゾラム (25例)
- ・ ジアゼパム (19例)
- ・ アルプラゾラム (8例)
- ・ プロマゼパム (5例)

【鎮痛薬】

- ・ セデス (18例)
- ・ ベンタゾシン (8例)
- ・ ナロン (8例)
- ・ バファリン (4例)
- ・ “カイテキ” (3例)
- ・ “ノーシン” (2例)

(4) 鎮咳薬

『鎮咳薬症例』は1982年以来、毎回の調査で報告されている7)。今回の調査では、主たる使用薬物としては3.5%を占め、前回9)の1.5%に比較して増加傾向がみられた。『鎮咳薬症例』では、平均21.6歳で鎮咳薬の使用を開始し、『覚せい剤症例』などの規制薬物使用症例と同様に性比は3:1と男性優位で、過去1年以内に2/3が鎮咳薬を継続的に使用しており、1/3に有機溶剤使用歴が、約13%に覚せい剤使用歴があり、その平均使用年齢もそれぞれ16.3歳、18.8歳と低かった。また、1/3は薬物乱用前から非行グループや薬物乱用者との関係をもっていた。

ICD-10による主診断では、過半数が“【F19.2】依存症候群”に該当し、“【F19.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”も約20%にみられた。

依存症候群の下位項目では、5項目すべてが過半数の症例で該当した。とくに“①物質使用への強い欲望あるいは強迫感”および“②コントロール困難”はほとんどすべての症例で該当しており、強い精神依存がうかがわれる。そのほか“③生理的離脱の存在”、“④耐性の存在”も50～60%にみられた。後者については、含有されるリン酸ジヒドロコデインによる身体依存が主に関係していると思われる。SDS平均得点は10.7点と『抗不安薬

症例』と並び最も高く、依存症候群の重症さがうかがわれる。

なお、具体的に報告された鎮咳薬は以下のようなものであった。

- ・ “ブロン液” (17例)
- ・ “ブロン (剤型不明)” (10例)
- ・ “ブロン錠” (6例)
- ・ “トニン” など (4例)

(5) 大麻

大麻は近年その乱用の拡大が懸念される薬物のひとつである。本調査における『大麻症例』は1987年より報告されるようになったが⁹⁾、症例数としては少数で推移していた。ところが、今年度は“主たる使用薬物”としての割合が2.6%と増加した。また、過去に大麻使用歴のある症例は、ここ数年の調査において回答症例全体の10%前後を占めていたが、今年度は前回⁹⁾の9.8%から22.0%へと大幅に増加した。社会での潜在的な乱用の拡大の影響が、精神医療の現場に及んできたと考えることもできる。

『大麻症例』はすべてが男性で、平均24歳であった。薬物乱用前に1/4が非行グループと、40%が薬物乱用者との関係をもっていたが、逮捕・補導歴、矯正施設への入所歴を有する割合は、規制薬物使用症例の中では低かった。30~40%が覚せい剤または有機溶剤の使用歴があり、コカイン使用歴を有する割合も17.4%と比較的高かった。一方、『多剤症例 (規制薬物)』では40%に、『覚せい剤症例』では25%に大麻使用歴がみられた。また、『大麻症例』では喫煙、飲酒率が80%以上と高く、開始年齢も15歳前後と低年齢であった。乱用開始にあたっては、ほとんどの症例が“好奇心”を動機とし、“同性の友人”を契機としており、最近1年以内の薬物入手も半数は“友人”からであった。

診断としては、約1/3が急性中毒あるいは精神病的障害であった。依存症候群に該当する割合はきわめて低く、SDS平均得点は他の薬物群と比較して最も低かった。

治療については、約半数は10代後半で開始されており、平均は約22歳であった。約半数が入院治療を受けており、その大部分は医療保護入院であった。薬物療法が施行されたのは約半数のみと最も低い割合であった。

(6) その他の薬物

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

- ・ コカイン (60例)
- ・ ヘロイン (24例)
- ・ MDMA (31例)
- ・ “マジック・マッシュルーム” (31例)
- ・ LSD (15例)
- ・ メチルフェニデート (11例)

前回調査⁹⁾に比べて、コカイン、ヘロインの使用歴を有する症例数は増加した。また、LSDは横ばいであったが、MDMA、“マジック・マッシュルーム”の報告数も増えた。今回の結果から、その乱用が急激に拡大していると断言はできないが、乱用薬物の多様化の傾向はうかがえる。最近、MDMA (あるいはMDA) に、メタンフェタミン、カフェイン、エフェドリン、コカイン、ケタミンなどの成分が混在する錠剤が流通していることが確認されている¹¹⁾。こうした薬物の乱用により複雑な病像を呈することも予想されるので、救急医療の現場などでは注意を要するだろう。

4) 性差について

主診断あるいは副診断でICD-10 “[F1x.2] 依存症候群”を満たす症例は、男性の288例 (男性症例の44.4%) に対して女性は126例 (女性症例の55.3%) と、女性の方が有意に高い比率を示した。また、下位6項目においても、すべての項目で女性の方が高い割合で有していた。平均該当項目数も男性の2.9に対し、女性では3.4と有意に高かった。SDS得点では男女間に有意差はみられなかった。LOTADにおいては、平均で男性では33.5ヵ月、女性で27.8ヵ月であったが、ばらつきが大きく、統計的に差はみられなかった。アルコール依存症の臨床では、関連障害において女性の方がより早く重症化する現象が“テレスコーピング現象”として知られている。しかし、日本においてはこうした現象に関して、精神作用物質における実証的データはほとんどない。今回の結果からは、精神医療サービスを受けている薬物関連精神疾患においては、女性の方が依存症候群の病態としてより重症であることが示唆された。

また、併存する精神医学的障害における性差については、“不安障害・神経症性障害”、“ストレス反応・適応障害”、“身体表現性障害”、“摂食障害”で、女性の方が高い割合を示していた。同様に生活史的体験については、“被虐待体験”、“被イジメ体験”のいずれも女性の方が有意に高い割合であった。また治療については、主として集団療法的なプログラムにおいて、女性の方が高い利用率を示した。

これらの結果は、依存症候群に関しては女性の方がより重症な傾向があることを示すと同時に、症候論的にも男性に比較してより複雑な病像を呈する可能性をも示唆する。治療プログラムについても、より集団力動的要素を加味したものが適しているのかもしれない。しかし、このような性差に十分配慮した治療プログラムはまだ十分整備されているとはいえない。今後、こうした視点からあらためて薬物関連精神疾患の診断および治療をとらえ直すことが必要と思われる。

E. 結 論

1) 全国の精神科病床を有する医療施設1,645施設を対象に、薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて施行し、866施設(52.6%)から876症例の報告を得た。

2) 『覚せい剤症例』が482例(55.0%)と最も多く、『有機溶剤症例』164例(18.7%)と合わせると全体の3/4を占め、依然として両薬物が精神医療の現場においても主要な乱用薬物であった。

3) 次いで、『睡眠薬症例』59例(6.7%)、『鎮咳薬症例』31例(3.5%)、『鎮痛薬症例』24例(2.7%)、『大麻症例』23例(2.6%)、『抗不安薬症例』17例(1.9%)、『その他症例』15例(1.7%)であった。多剤使用症例は『多剤症例(規制薬物)』が35例(4.0%)、『多剤症例(医薬品)』26例(3.0%)と7.0%を占めていた。

4) 『覚せい剤症例』が全症例に占める割合および「使用歴を有する薬物」としてもこれまで同様最も高い割合を占めており、社会での乱用の状況と今後の精神医療の現場における推移を注意深く見守るべきであると考えられた。

5) 『覚せい剤症例』の病態としては、精神病性障害が中心で、依存症候群の割合は相対的に低かった。これに関連して、薬物療法と個人精神療法

の利用率が高く、非自発的入院の割合も高い一方、集団治療プログラムの利用率は低かった。

6) 『有機溶剤症例』の占める割合は18.7%と横ばいで、「使用歴を有する薬物」としても50.1%とこれまで同様の水準を保っていた。また、「初めて使用した薬物」としては45.2%と最も高い割合を示しており、薬物乱用への入門薬としての役割は依然として重要であると考えられた。

7) 『有機溶剤症例』では飲酒・喫煙、薬物乱用が最も低年齢で開始され、2/3が有機溶剤単独の使用者であった。低年齢における有機溶剤乱用の問題は、健康・保健問題のみならず、深刻な心理・社会的障害を引き起こし、依然として重要な問題であると考えられた。

8) 『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』では平均年齢、使用開始年齢など高く、複数の薬物を併用する傾向がみられた。病態としては、依存症候群を呈する割合が高く、身体依存において高い比率を示した。また、依存症候群の重症度としてもより重いことが示唆された。

9) 『鎮咳薬症例』は主たる使用薬物としては3.5%と増加傾向にあった。比較的low年齢で乱用を開始しており、性比、交友関係などにおいて規制薬物症例に近い特徴をもっていた。過半数が依存症候群に該当し、他の薬物群に比較して最も重症で、精神依存、身体依存ともに高い割合を示した。

10) 『大麻症例』は2.6%と増加し、「使用歴の有する症例」も全体の22%前後と大幅に増加しており、潜在的乱用の影響が精神医療の現場にも現われつつあることが示唆された。すべてが男性症例で、1/3程度に覚せい剤または有機溶剤使用歴がみられ、急性中毒あるいは精神病性障害の割合が約1/3で、依存症候群は少なく、程度も軽度であった。

11) その他、コカイン、ヘロイン、LSD、MDMA(“エクスタシー”)、“マジックマッシュルーム”、メチルフェニデート等の報告がみられ、乱用薬物の多様化の傾向については引き続き注意を要すると考えられた。

12) 全体として、女性において依存症候群の割合が高く、重症度もより高度であることが示唆された。また併存する精神医学的障害や生活史的体験から、女性の方がより複雑な病態を呈することが考えられ、こうした性差に配慮した診断、治療プログラムの検討がさらに必要であると考えられ

た。

倫理面への配慮

本調査研究は薬物関連精神疾患患者について担当医による質問紙調査を行うもので、質問内容は質的にも量的にも通常の診療を逸脱する内容ではなく、身体的侵襲は全くない。また、データは全体として統計的に処理されるため、患者個人を特定することはできない。自記式評価尺度の項目があるが、これも可能な範囲での実施との位置づけである。したがって、患者にとっての精神的・身体的侵襲あるいは不利益は基本的になく、倫理的問題はないと考えられる。ただし、調査に当たって各医療施設へ送付した依頼文書には、「可能な限り同意を得て頂く」よう記載した。

謝 辞

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

F. 研究発表

1) 論文・著書

- 1) 伊豫雅臣, 清水栄司, 尾崎 茂: 9. 薬物依存の疫学と中枢機構. *Clinical Neuroscience* (20) 5 「メンタルヘルスをめぐる諸問題」, 571-574, 2002.
- 2) 尾崎 茂: 薬物依存症の最近の動向. 月刊「精神科」, 2003 (in press).

2) 学会発表

- 1) 尾崎 茂, 和田 清, 菊池安希子, 藤田 治, 榎原 純, 前岡邦彦, 小沼杏坪, 石橋正彦: 覚せい剤精神病に関する多施設共同研究-WHO: ATSプロジェクトより。第37回日本アルコール・薬物医学会総会, ポスター。2002年9月6日, 東京。

G. 参考文献

- 1) 病院要覧(2001-2002年度版)。医学書院, 東京。2001。
- 2) Cynthia Robbins: Women and substance abuse. *Encyclopedia of drugs, alcohol & addictive*

behavior.; 1355-1359, Macmillan Reference USA, New York, 2001.

- 3) Gossop M, et al: Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *Br J addict* 87:1527-1536, 1992.
- 4) 福井 進, 和田 清, 伊豫雅臣他: 薬物乱用・依存の実態と動向に関する研究(その2) -医療施設実態調査より-。厚生省精神・神経疾患研究委託費-薬物依存の発生機序と臨床および治療に関する研究。平成3年度報告書: 143-152, 1992。
- 5) 清水順三郎, 福井 進: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成5年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会医学的, 精神医学的特徴に関する研究。平成5年度研究成果報告書: 79-104, 1994。
- 6) 清水順三郎: 精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成6年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会医学的, 精神医学的特徴に関する研究。平成6年度研究成果報告書: 87-118, 1995。
- 7) 尾崎 茂: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成8年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究。第1分冊「薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究」平成8年度研究成果報告書: 61-86, 1997。
- 8) 尾崎 茂, 和田 清, 福井 進: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成10年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究。平成10年度研究報告書: 85-116, 1999。
- 9) 尾崎 茂, 和田 清, 福井 進: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成12年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究。平成12年度研究報告書: 77-118, 2001。
- 10) 和田 清, 菊池安希子, 尾崎 茂: 薬物使用

に関する全国住民調査。平成13年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究。平成13年度研究報告書：15－77，2002。

- 11) Yukiko Makino, Satoshi Tanaka, Shingo Kurobane, et al. Profiling of Illegal Amphetamine-type Stimulant Tablets in Japan. J.Health Sci. 2003 (in press).

(2002 年度版)

- (1) 調査期間:2002 年9月1日～10月31日
- (2) 対象患者:上記期間に、貴施設にて外来(初診・再来ともに含みます)または入院で診療を受けた、アルコール以外の薬物を主たる使用薬物とするすべての「薬物関連精神疾患」の患者さん
- (3) 調査用紙返送期限:2002 年11月30日
- (4) 上記期間に該当患者がいなかった場合:下記の「該当患者なし」にチェックをして返送して下さい。
- (5) 最後のページには、「依存症の重症度」に関する患者さんの自記式アンケートがあります。

記載医師名 _____ 医師

- 1)性 別 1. 男 2. 女
 2)調査時年齢 1. 満()歳 2. 不明
 3)最終学歴 1. 小学校 2. 中学校 3. 高校 4. 専門学校 5. 短大 6. 大学 7. 不明
 4)在学・卒業の別 1. 在学中 2. 中退 3. 卒業 4. 不明
 5)職 歴 1. 乱用前職業(), 不明 2. 現在の職業(), 不明

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

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

6)過去または現在における交友関係(複数選択可)

- ①暴力団員との関係 1. 乱用前にあり 2. 乱用後にあり 3. 現在もあり 4. 現在はなし 5. これまでなし 6. 不明
 ②非行グループとの関係 1. 乱用前にあり 2. 乱用後にあり 3. 現在もあり 4. 現在はなし 5. これまでなし 6. 不明
 ③薬物乱用者との関係 1. 乱用前にあり 2. 乱用後にあり 3. 現在もあり 4. 現在はなし 5. これまでなし 6. 不明
 7)補導・逮捕歴 1. 乱用前にあり 2. 乱用後にあり 3. これまでなし 4. 不明
 8)矯正施設への入所歴 1. あり 2. なし 3. 不明
 9)現在の配偶関係 1. 未婚 2. 同棲 3. 内縁 4. 既婚 5. 別居 6. 離婚 7. 死別 8. 再婚
 9. その他() 10. 不明
 10)タバコの使用開始年齢 1. ()歳 2. 喫煙せず 3. 不明
 11)アルコールの使用開始年齢 1. ()歳 2. 飲酒せず 3. 不明

12)これまでの薬物使用歴について(例)にならって記入して下さい。ただし治療で用いた薬物は除きます。

(「方法*」は下欄から該当する番号を選択して下さい。「年齢」が不明の場合は「99」と記入して下さい。)

	【これまで】 使用の有無	【初回使用時】 年齢 方法*	【過去1年間】 使用の有無 方法*	【過去1ヶ月間】 使用の有無 方法*	最 終 使用年齢
(例) 覚せい剤	1.あり 2.なし 3.不明	20歳 (1~8) 2	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8) 4, 2	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	25歳
1. 覚せい剤	1.あり 2.なし 3.不明	歳 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	歳
2. 有機溶剤	1.あり 2.なし 3.不明	歳 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	歳
*「有機溶剤」薬物名: シンナー, トルエン, ラッカー, ホント, ガス類, その他(薬物名):					
3. 睡眠薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	歳
*「睡眠薬」剤名: リアゾラム, フルニトラゼパム, プロメドール, プロゾラム(レンドリン), コラゼパム, その他(薬剤名):					
4. 抗不安薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	歳
*「抗不安薬」剤名: エゾラム(デパス), アルプゾラム, ジアゼパム, プロゼパム, その他(薬剤名):					
5. 鎮痛薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	歳
*「鎮痛薬」剤名: セドス, パロ, その他(薬剤名):					
6. 鎮咳薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	歳
*「鎮咳薬」剤名(プロン液, プロン錠, トニン, その他(薬剤名):					
7. 大 麻	1.あり 2.なし 3.不明	歳 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	歳
8. コカイン	1.あり 2.なし 3.不明	歳 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	歳
9. ヘロイン	1.あり 2.なし 3.不明	歳 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	歳
10. MDMA(エクスタシー)	1.あり 2.なし 3.不明	歳 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	歳
11. マジックマッシュルーム	1.あり 2.なし 3.不明	歳 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	歳
12. その他	1.あり 2.なし 3.不明	歳 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 (1~8)	歳
*「その他」(薬物名):					

「方法*」 1. 経口 2. 静注 3. 吸引(主に有機溶剤) 4. 吸煙(加熱吸引: 火であぶって吸引すること。
 (複数選択可) 特にコカイン・クラック, 最近の覚せい剤 5. 喫煙(主に大麻) 6. 経鼻 7. その他 8. 不明

13)はじめて使用した薬物は何ですか? (*処方薬については, 治療目的以外の使用とします。)

1. 覚せい剤 2. 有機溶剤 3. 睡眠薬 4. 抗不安薬 5. 鎮痛薬 6. 鎮咳薬 7. 大麻 8. コカイン
 9. ヘロイン 10. MDMA(エクスタシー) 11. マジックマッシュルーム 12. その他() 13. 不明

14)前項(質問13)の薬物をはじめて使用した動機は次のうちどれでしたか? (複数選択可)

1. 刺激を求めて 2. 好奇心 3. 自暴自棄になって 4. 断りきれずに 5. 覚醒効果を求めて
 6. 疲労の除去 7. 性的効果を求めて 8. 「ストレス」解消 9. 不安の軽減
 10. 不眠の軽減 11. 疼痛の軽減 12. 咳嗽の軽減 13. その他()

15) 前項(質問13))の薬物を使用するきっかけとなった人物は次のうち誰でしたか？(複数選択可)

1. なし(自発的使用) 2. 配偶者 3. 同棲中の相手 4. 恋人・愛人 5. 同性の友人 6. 異性の友人
7. 知人 8. 医師 9. 薬剤師 10. 親 11. 同胞 12. 密売人 13. その他() 14. 不明

16) 調査時点における「主たる薬物」(＝現在の精神科的症状に関して、臨床的に最も関連が深いと思われる薬物)をひとつ選択して下さい。(複数の薬物が同程度に関与していると考えられる場合は、複数選択して下さい。)

1. 覚せい剤 2. 有機溶剤 3. 睡眠薬 4. 抗不安薬 5. 鎮痛薬 6. 鎮咳薬 7. 大麻 8. コカイン
9. ヘロイン 10. MDMA(エクスタシー) 11. マジックマッシュルーム 12. その他() 13. 不明

17) 前項(質問16))で選択した「主たる薬物」についてお聞きします。現在、精神科的には以下のどの診断(ICD-10)に該当しますか。該当する診断に○をつけて下さい。(主診断:ひとつ、副診断:複数選択可。)

ICD-10診断分類	主診断	副診断
1. (F1x.0) 急性中毒		
2. (F1x.1) 有害な使用(心身の健康に害が起きているが、「依存症候群」「精神病的障害」は満たさないもの)		
3. (F1x.2) 依存症候群		
4. (F1x.3) 離脱状態		
5. (F1x.4) せん妄を伴う離脱状態(アルコール性振戦せん妄等)		
6. (F1x.5x) 精神病的障害(使用後2週以内の発症、症状の持続は48時間以上で物質使用中絶後6ヶ月以内)		
7. (F1x.57) 精神病的障害(使用後2週以内の発症、症状の持続は48時間以上で物質使用中絶後6ヶ月以上)		
8. (F1x.6) 健忘症候群		
9. (F1x.7) 残遺性障害(フラッシュバック、気分・認知・人格障害等)遅発性の精神病的障害(使用後2～6週の発症)		
10. (F1x.8) 他の精神および行動の障害		

18) 「主たる薬物」について、前項17)の「主診断」または「副診断」で『依存症候群』に該当する場合、過去1年間のある期間において以下の項目のうち存在したものに○をつけて下さい。→『依存症候群』に該当しなければ、質問20)へ進んで下さい。

- ①() 物質を使用したいという強い欲望あるいは強迫感。
- ②() 物質摂取行動をコントロールすることが困難。
- ③() 物質使用中止あるいは減量時の生理的離脱状態の存在。
- ④() 耐性の存在。
- ⑤() 物質使用のためにそれにかわる楽しみや興味を次第に無視するようになり、摂取時間や回復に要する時間が延長。
- ⑥() 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、物質を使用し続ける。
- ⑦() 「依存症候群」には該当するが、上記①～⑥の存在は不明。

19) 「主たる薬物」について、現在または過去において『依存症候群』に該当する場合、乱用開始から『依存症候群』(＝薬物使用のコントロール喪失などを目安として)に至るまでのくらくかかったと考えられますか？

1. 約()ヶ月、または約()年 2. 『依存症候群』に該当するが期間は不明 3. 『依存症候群』に該当しない

20) 最近1年間における「主たる薬物」の主な入手経路は以下のうちどれですか？(複数選択可)

1. 最近1年間は使用していない 2. 友人 3. 知人 4. 恋人・愛人 5. 家族 6. 密売人(日本人)
7. 密売人(外国人) 8. 医師 9. 薬局 10. その他() 11. 不明

21) これまでに、薬物使用に直接起因しない精神科的障害あるいは生活史上の体験として、以下のものがありましたか？

1. 気分障害 2. 不安障害・神経症性障害 3. ストレス反応・適応障害 4. 身体表現性障害
5. 摂食障害 6. 多動性障害 7. 行為障害 8. 被虐待体験(性的/身体的:近親者による/非近親者による)
9. 被イジメ体験 10. その他() 11. なし 12. 不明

22) 薬物関連精神疾患に関する精神科治療の開始年齢は何歳でしたか？(他院での治療歴があれば含めて下さい。)

1. ()歳 2. 不明

23) 入院患者の場合、入院時の入院形態は何でしたか？

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

24) 下記のうち、この患者さんに対して用いられたことのある治療プログラムはどれですか？(資施設以外も含む、複数選択可)

1. 薬物療法 2. 個人精神療法 3. 集団精神療法 4. 運動療法 5. 芸術療法 6. 作業療法 7. 行動療法
8. 内観療法 9. 家族療法 10. 家族会・家族教室(院内、院外) 11. 自助グループ(AA・NA等)への参加
12. ダルクミーティングへの参加 13. その他()

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

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

*「あり」の場合、その精神疾患名(, 不明)

→ 次頁に、最近1年以内に薬物使用歴のある患者さんを対象とする「自記式アンケート」があります

(1) 最近1年以内に治療以外の目的で、薬物を使用しましたか？

0. いいえ→アンケート終了 1. はい→(2)へ

(2) 最も頻繁に使った薬物は何でしたか？

1. 覚せい剤 2. 有機溶剤 3. 睡眠薬 4. 抗不安薬 5. 鎮痛薬 6. 鎮咳薬 7. 大麻 8. コカイン
9. ヘロイン 10. MDMA(エクスタシー) 11. マジックマッシュルーム 12. その他()

* 以下の質問には、上記の薬物を使った最近の典型的な時期における薬物使用について答えて下さい。(1つに○)

(3) あなたの薬物使用は、自分でコントロールできなくなっていると思いませんか？

0. まったく思わなかった
1. ときどき思った
2. しばしば思った
3. いつも思っていた

(4) 薬物を使用できないのではと思うと、不安になったり、心配になったりしましたか？

0. まったくならなかった
1. ときどきあった
2. しばしばあった
3. いつもあった

(5) あなたは自分自身の薬物使用について心配がありましたか？

0. まったく心配なかった
1. ときどき心配だった
2. しばしば心配だった
3. いつも心配だった

(6) 薬物使用をやめられたらいいのと思いませんか？

0. まったく思わなかった
1. ときどき思った
2. しばしば思った
3. いつも思っていた

(7) 薬物使用をやめるか、使わないで過ごすことはどのくらいむずかしいと思いませんか？

0. むずかしくはないと思った
1. 結構むずかしいと思った
2. 非常にむずかしいと思った
3. 不可能だと思った

(8) 単独で薬物使用をしたことがありますか？

0. まったくなかった
1. ときどきあった
2. しばしばあった
3. いつもあった

(9) 薬物を使っても気持ちよくないのに、使ってしまったことがありますか？

0. まったくなかった
1. ときどきあった
2. しばしばあった
3. いつもあった

その他、コメント等ありましたら書き下さい。

アンケートは以上です。御協力ありがとうございました。

分 担 研 究 報 告 書
(1-3)

全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

分担研究者 庄司正実 目白大学
研究協力者 妹尾栄一 東京都精神医学総合研究所
富田 拓 国立武蔵野学院
有園博子 茨城キリスト教大学短期大学部

研究要旨 この研究の目的は、薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物への意識および実態を把握することである。この目的のため、全国の児童自立支援施設に入所中の児童に質問紙調査を実施した。有効調査人数は、851人（男性550人、女性301人）であった。調査により以下のような結果が得られた：1）有機溶剤乱用者数は男性119人（21.6%）女性140人（46.5%）、大麻乱用者数は男性27人（4.9%）女性48人（15.9%）、覚せい剤乱用者数は男性14人（2.5%）女性41人（13.6%）、ブタン乱用者数男性96人（17.5%）女性84人（27.9%）であった。従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。2）平成6年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである。有機溶剤乱用は、男性では一貫して減少しているが、女性では平成8年以降多少の増減はあるが乱用頻度50%前後であり変化が見られない。大麻乱用頻度は男女とも平成6年および平成8年はやや高かったが平成10年からあまり変化はない。覚せい剤乱用は男性では平成12年まで増加傾向にあったが今回はじめて減少に転じた。女性では平成10年まで増加しその後やや減少傾向であるものの大きな変化はない。3）薬物乱用の地域差は対象数が比較的少なかったため明確には言えないが、有機溶剤乱用は地域差が大きく北海道・東北地方および九州地方で多く、大麻乱用およびブタン乱用も北海道・東北地方で多い傾向にあった。一方覚せい剤は中部地方でやや多かった。4）有機溶剤乱用とブタン乱用の比較では以下のような知見が得られた。有機溶剤およびブタン乱用合併者（男性57人、女性70人）において、女性では有機溶剤がブタンよりも好まれていたが男性では両者の間に嗜好の差はなかった。有機溶剤がブタンよりも好まれる理由としては、有機溶剤のほうが気持ち良くなるが多かった。ブタンが好まれる理由としては、手軽である、警察などに捕まりにくいなどが多かった。また有機溶剤の方がブタンよりも止められなくなると答える者が多かった。有機溶剤およびブタン乱用において幻覚などの精神病症状の体験率は、ブタン乱用では男性15人（15.6%）女性27人（32.1%）、有機溶剤乱用では男性41人（34.5%）女性61人（43.6%）であった。5）各種問題行動に対する規範意識を検討したところ、男女とも傷害（ナイフで人を刺す）が最もいけない行動とされたが、薬物乱用も規範意識が高くいけないこととされていた。児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループであり、これまでの縦断的調査で乱用率の変化がとらえられている。今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である。

A. 研究目的

われわれは、平成6年より隔年ごとに児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用の実態を全国調査してきた^{1)・2)・3)・4)}。その結果、平成6年から平成12年度まで児童自立支援施設入所非行児において、有機溶剤乱用は男性では一貫して減少しているが、女性では平成8年以降多少の増減はあるが乱用頻度50%前後であり変化が見られなかった。大麻乱用頻度は男性ではこの間あまり変化は見ら

れず、女性は平成6年から平成10年まで減少傾向で平成12年は変化がないという結果であった。また覚せい剤乱用は男女とも全体的に増加傾向を示していた。児童自立支援施設入所非行児における薬物乱用の動態の変化は警察白書による薬物乱用検挙少年者数動向と類似している⁵⁾。

このような入所非行児の薬物乱用の変化を継続的に調査することが本研究のおもな目的である。警察白書⁶⁾によれば、少年の薬物乱用の特徴として、一つには覚せい剤乱用検挙少年数が平成7年

以降増加したという点がある。この覚せい剤乱用検挙少年数増加は平成10年以降減少傾向に転じた。また、少年の有機溶剤乱用が平成3年ごろは2万人前後検挙されていたがその後漸減している点も特徴もある。

薬物乱用では実際に検挙されず暗数となっている乱用者が多いため、実際の薬物乱用数を推計するための調査がどうしても必要である。本調査では、平成12年に引き続き児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用実態を調査することにより薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物乱用の動態を把握する。おもな調査対象薬物はわれわれの従来調査の結果と比較できるよう有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタンとしたが、その他の薬物についても簡単に乱用経験および周囲の乱用状況を尋ねる質問項目を追加した。

また、ブタン乱用(いわゆるブタンパン遊び)はこれまでほとんど全国的調査は行われていない。そこで、ブタン乱用と有機溶剤乱用の合併乱用者を対象としてブタン乱用と有機溶剤乱用を比較検討してブタン乱用の特徴を見ることにした。

さらに、今年度の調査においては薬物乱用につながる要因の一つとして非行少年の規範意識を検討することにした。これまでの調査で薬物乱用少年は、薬物非乱用少年よりも薬物乱用による害を認知している者の割合が高いことがわかっている。さらに、多くの薬物乱用少年は薬物乱用が法的に規制されていることを当然のことであると考えている。そこで、今回いくつかの逸脱行動と対比させ薬物乱用に対する規範意識を調べ、薬物乱用が他の逸脱行動と比べてどの程度してはいけないことと認知されているか検討することにした。

B. 方法

1. 対象

全国57の児童自立支援施設入所児童、児童自立支援施設に調査用紙を配布した。回答が得られた施設は、37施設であった(64.9%)。分析では性別の記載のなかった者を除いた。その結果最終的調査対象者数は351人(男性550人、女性301人)であった。

2. 調査用紙

調査用紙は資料に示した。調査が今後も同一施

設に継続的に実施できるよう、なるべく被調査施設および被調査者の負担にならないように留意した。

薬物乱用経験を尋ねる項目は継続比較ができるように質問内容は変更しないようにしたが、今回は従来の対象薬物である有機溶剤、ブタン、大麻、覚せい剤に加え、コカイン、睡眠薬、安定剤、咳止め液についても本人および周囲での乱用状況を尋ねた。

また、薬物乱用の要因として薬物乱用その他の逸脱行動に対する規範意識を調査項目に加えた。以上より全調査項目数は98となった。

3. 調査手続き

調査用紙は各施設に郵送し、施設ごと集団で実施してもらった。終了後施設ごとに一括して返送してもらった。

回答は無記名式で、もし回答したくない場合は回答しなくても良い旨を質問紙に書き添えた。

C. 結果

1. 対象者の属性

対象者の、性・学年構成、性・年齢構成、施設入所期間、地域別人数、非行歴、初発非行年齢、家庭裁判所係属歴を表1から表7に示した。

性・年齢構成では、男性が550人で全体の64.6%である。就学状況は、中学3年生が男性201人(36.5%)、女性128人(42.5%)と最も多い。中学生が男性の66.9%、女性の71.1%で多いが、高校生および専門学校生が男性6.0%、女性3.6%であった。中学卒業後で無職である者も男性6.1%、女性13.6%を占めている。そのほか小学生が男女それぞれ9.4%、2.4%いた。就労者は、男女とも0.7%であった(表1)。年齢で見ると中学2年および3年に相当する14歳および15歳が男性でそれぞれ32.0%、25.5%、女性で24.6%、42.5%と多くを占めていた。一方、17歳以上の者は男女それぞれ3.2%、5.4%であった(表2)。

施設入所期間は、入所初期の3ヶ月以下の者が男性120人(21.8%)、女性78人(25.9%)であった。一方、2年以上入所している者は男性63人(11.5%)、女性19人(6.3%)いた(表3)。

在住地は、北海道・東北、関東、中部、関西、中国、四国、九州・沖縄に分けた。最も人数の多

表1 性・学年構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 4年以下	10	1.8	2	0.7
小学 5年	16	2.9	2	0.7
小学 6年	26	4.7	3	1.0
中学 1年	52	9.5	12	4.0
中学 2年	115	20.9	74	24.6
中学 3年	201	36.5	128	42.5
高校(専門学校) 1年	24	4.4	3	1.0
高校(専門学校) 2年	6	1.1	7	2.3
高校(専門学校) 3年	3	0.5	1	0.3
無職	37	6.7	43	14.3
就労中	4	0.7	2	0.7
無回答ほか	56	10.2	24	8.0
計	550	100.0	301	100.0

表2 性・年齢構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
9歳	8	1.5	2	0.7
10歳	14	2.5	2	0.7
11歳	22	4.0	1	0.3
12歳	34	6.2	10	3.3
13歳	92	16.7	32	10.6
14歳	176	32.0	104	34.6
15歳	140	25.5	106	35.2
16歳	44	8.0	26	8.6
17歳	13	2.4	14	4.7
18歳	2	0.4	2	0.7
19歳	2	0.4		
無回答ほか	3	0.5	2	0.7
計	550	100.0	301	100.0

表3 施設入所期間

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
3ヶ月以下	120	21.8	78	25.9
4ヶ月から6ヶ月	91	16.5	43	14.3
6ヶ月から1年	126	22.9	80	26.6
1年から1年6ヶ月	82	14.9	61	20.3
1年6ヶ月から2年	51	9.3	14	4.7
2年以上	63	11.5	19	6.3
無回答	17	3.1	6	2.0
計				

表4 地域別人数

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
東北・北海道	95	60.1	63	39.9
関東	138	67.3	67	32.7
中部	55	37.1	27	32.9
関西	21	75.0	7	25.0
中国	76	69.7	33	30.3
四国	39	66.1	20	33.9
九州	84	77.1	25	22.9
不詳	42	42.0	59	58.4

表5 非行歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
外泊や家出をした	390	70.9	267	88.7
人にけがをさせた	353	64.2	168	55.8
家からお金を持ち出した	364	66.2	209	69.4
自転車を盗んだ	394	71.6	227	75.4
人の物やお金を盗んだ	397	72.2	220	73.1
ひったくり、カツアゲ	239	43.5	157	52.2
家の中で暴れた	240	43.6	129	42.9
暴走族に入った	67	12.2	50	16.6
物や家に火をつけた	168	30.5	71	23.6
学校をさぼった	420	76.4	268	89.0
バイクや自動車を盗んだ	237	43.1	143	47.5
人の物やみんなの物をわざと壊した	232	42.2	127	42.2
不良仲間とつき合った	323	58.7	232	77.1
暴力団とつき合った	93	16.9	117	38.9
根性焼きや入墨をした	174	31.6	115	38.2
無免許運転	260	47.3	145	48.2
性関係のこと	169	30.7	201	66.8
その他	90	16.4	60	19.9

表6 初発非行年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学校入学前	41	7.5	15	5.0
小学 1年	50	9.1	18	6.0
小学 2年	40	7.3	19	6.3
小学 3年	69	12.5	20	6.6
小学 4年	56	10.2	20	6.6
小学 5年	70	12.7	34	11.3
小学 6年	73	13.3	41	13.6
中学 1年	78	14.2	86	28.6
中学 2年	30	5.5	26	8.6
中学 3年	2	0.4	7	2.3
中学卒業後	3	0.5	1	0.3
無回答	38	6.9	14	4.7
計				

表7 家庭裁判所への係属歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	127	23.1	81	26.9
ない	362	65.8	195	64.8
無回答	61	11.1	25	8.3

($\chi^2=1.02$, d.f.=1, n.s.)

表8 周囲の薬物乱用状況

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	206	37.5	218	72.4 ^{a)}
大麻	75	13.6	118	39.2 ^{a)}
覚せい剤	87	15.8	140	46.5 ^{a)}
ガス	136	24.7	135	44.9 ^{a)}
コカイン	22	4.0	38	12.6 ^{a)}
睡眠薬	57	10.4	94	31.2 ^{a)}
安定剤	44	8.0	62	20.6 ^{a)}
咳止め液	12	2.2	25	8.3 ^{a)}
その他	28	5.1	31	10.3

^{a)} $\chi^2=95.7$, d.f.=1, $p<.01$ ^{b)} $\chi^2=21.0$, d.f.=1, $p<.01$
^{c)} $\chi^2=78.2$, d.f.=1, $p<.01$ ^{d)} $\chi^2=61.6$, d.f.=1, $p<.01$
^{e)} $\chi^2=100.8$, d.f.=1, $p<.01$ ^{f)} $\chi^2=10.2$, d.f.=1, $p<.01$
^{g)} $\chi^2=39.1$, d.f.=1, $p<.01$ ^{h)} $\chi^2=18.7$, d.f.=1, $p<.01$

かった地域は関東であり、また調査対象数が最も少なかった関西であった(表4)。

非行歴に関しては多いものから順に、男性では怠学420人(76.4%)、窃盗397人(72.2%)、自転車盗394人(71.6%)、家出・外泊390人(70.9%)、女性では怠学268人(89.0%)、家出・外泊267人(88.7%)、不良交遊232人(77.1%)、自転車盗227人(75.4%)、窃盗220人(73.1%)などとなっている(表5)。

初発非行年齢は、男性の方が低い傾向にある。男性の初発非行は小学校3年から中学1年までがいずれも10%以上であり初発非行年齢に大きな差はない。女性では全体に男性より初発非行が高く、最も多い初発非行年齢は中学1年の86人(28.6%)であった(表6)。

家庭裁判所への係属歴は、性差はなく、男性127人(23.1%)、女性81人(26.9%)である(表7)。

2. 薬物乱用

これまで調査対象薬物は、有機溶剤、ブタン、大麻、覚せい剤であった。今回コカイン、睡眠薬、安定剤、咳止め液についても本人および周囲の乱用状況を探ねた。非行児の薬物乱用は、女性に多いため、男女別に検討した。また、薬物への意識は、薬物乱用者と非乱用者と異なると予想されるので両者を分けて分析した。

(1) 周囲の薬物乱用状況(表8)

調査対象薬物の周囲の乱用状況を性別に示した。

すべての薬物で女性は男性よりも周囲の薬物乱用頻度が高かった。

男性では、有機溶剤206人(37.5%)、ブタン136人(24.7%)、覚せい剤87人(15.8%)、大麻75人(13.6%)、睡眠薬57人(10.4%)、安定剤44人(8.0%)、コカイン22人(4.0%)、咳止め液12人(2.2%)の順であった。

女性では有機溶剤218人(72.4%)、覚せい剤140人(46.5%)、ブタン135人(44.9%)、大麻118人(39.2%)、睡眠薬94人(31.2%)、安定剤62人(20.6%)、コカイン38人(12.6%)、咳止め液25人(8.3%)の順であった。

(2) 本人の薬物乱用歴(表9)

本人の薬物乱用もすべての薬物において女性は

男性より頻度が高かった。

男性では、乱用頻度が高い順に、有機溶剤119人(21.6%)、ブタン96人(17.5%)、大麻27人(4.9%)、睡眠薬23人(4.2%)、覚せい剤14人(2.5%)、安定剤13人(2.4%)、咳止め液4人(0.7%)、コカイン3人(0.5%)であった。

女性では、乱用頻度が高い順に、有機溶剤140人(46.5%)、ブタン84人(27.9%)、大麻48人(15.9%)、睡眠薬44人(14.6%)、覚せい剤41人(13.6%)、安定剤22人(7.3%)、咳止め液7人(2.3%)、コカイン7人(2.3%)であった。

各薬物とも無回答者が3%から5%前後いた。このため乱用頻度の少ない薬物では結果の信頼性に問題がある。男性の場合は大麻、睡眠薬、覚せい剤、安定剤、咳止め液、コカイン、女性の場合は咳止め液およびコカインの乱用頻度が少なく信頼性が乏しいと思われる。

(3) 有機溶剤

1) 有機溶剤入手性(表10)

有機溶剤の入手が困難であるかどうかについて尋ねた。

簡単に手に入るとしたものは、男性では124人(22.5%)、女性では140人(46.5%)であり、女性の方が簡単に手に入るとした者が多かった($\chi^2=79.6$, d.f.=3, $p<.01$)。

2) 有機溶剤乱用開始年齢(表11)

有機溶剤乱用開始年齢は、男女とも中学1年生あるいは中学2年生である13歳が最も多かった。続いて12歳、14歳の順となっていた。

3) 有機溶剤吸引頻度(表12)

有機溶剤を最も乱用していた時期の吸引頻度を尋ねた。男性では、「年に数回」が最も多く、続いて「月に数回以上」、「ほとんど毎日」の順であった。女性では「月に数回以上」が最も多く、続いて、「ほとんど毎日」、「年に数回」の順であった。女性の方が乱用頻度の高い者が多かった。($\chi^2=18.7$, d.f.=2, $p<.01$)。

4) 有機溶剤乱用への態度(表13, 14)

この項目は、男女ごとに有機溶剤乱用経験別に比較した。有機溶剤乱用に対して、「法律で禁じられているから、すべきではないと思う」、「法律

表9 本人の薬物乱用歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	119	21.6	140	45.5 ¹⁾
大麻	27	4.9	48	15.9 ²⁾
覚せい剤	14	2.5	41	13.6 ³⁾
ガス	96	17.5	84	27.9 ⁴⁾
コカイン	3	0.5	7	2.3 ⁵⁾
睡眠薬	23	4.2	44	14.6 ⁶⁾
安定剤	13	2.4	22	7.3 ⁷⁾
咳止め液	4	0.7	7	2.3 ⁸⁾
その他	12	2.2	13	4.3

1) $\chi^2=42.1$, d.f.=1, $p<.01$ 5) $\chi^2=5.6$, d.f.=1, $p<.05$
 2) $\chi^2=10.7$, d.f.=1, $p<.01$ 6) $\chi^2=39.1$, d.f.=1, $p<.01$
 3) $\chi^2=11.4$, d.f.=1, $p<.01$ 7) $\chi^2=12.6$, d.f.=1, $p<.01$
 4) $\chi^2=13.8$, d.f.=1, $p<.01$ 8) $\chi^2=4.2$, d.f.=1, $p<.01$

表10 有機溶剤入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	124	22.5	140	46.5
少々苦労するが、なんとか手に入る	53	9.6	41	13.6
ほとんど不可能だ	34	6.2	7	2.3
絶対不可能だ	164	29.8	28	9.3
無回答	175	31.8	85	28.2

($\chi^2=79.6$, d.f.=3, $p<.01$)

表11 有機溶剤乱用開始年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
10歳以下	9	7.6	2	1.4
11歳	6	5.0	6	4.3
12歳	23	19.3	31	22.1
13歳	53	44.5	56	40.0
14歳	17	14.3	30	21.4
15歳以上	4	3.4	4	2.9
経験はあるが年齢はおぼえていない	6	5.0	5	3.6
無回答	1	0.8	6	4.3

($\chi^2=8.4$, d.f.=6, $p=ns$)

表12 最もしていた時の有機溶剤乱用頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
1年で数回	42	35.3	20	14.3
月に数回以上	31	26.1	55	39.3
ほとんど毎日	24	20.2	45	32.1
無回答	22	18.5	20	14.3

($\chi^2=18.7$, d.f.=2, $p<.01$)

表13 有機溶剤乱用への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	24	20.2	300	71.8
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	55	46.2	48	11.5
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思	35	29.4	23	5.5
無回答	5	4.2	47	11.2

($\chi^2=141.6$, d.f.=2, $p<.01$)

表14 有機溶剤乱用への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	19	13.6	70	47.9
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	58	41.4	29	19.9
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思	59	42.1	22	15.1
無回答	4	2.9	25	17.1

($\chi^2=55.1$, d.f.=2, $p<.01$)

表15 有機溶剤乱用禁止への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	30	25.2	238	56.9
しかたないことだと思う	28	23.5	73	17.5
シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思います	18	15.1	11	2.6
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	35	29.4	44	10.5
無回答	8	6.7	52	12.4
(χ ² =67.0, d.f.=3, p<.01)				

表16 有機溶剤乱用禁止への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	19	13.6	47	32.2
しかたないことだと思う	30	21.4	36	24.7
シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思います	37	26.4	10	6.8
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	46	32.9	29	19.9
無回答	8	5.7	24	16.4
(χ ² =31.4, d.f.=3, p<.01)				

表17 有機溶剤の薬害知識(男性)

	有機溶剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	51	42.9	101	24.2 1)
多発神経炎	54	45.4	130	31.1 2)
精神病状態	88	73.9	208	49.8 3)
無動機症候群	40	33.6	92	22.0 4)
フラッシュバック	58	48.7	140	33.5 5)
いずれも知らなかった	13	10.9	140	33.5 6)
1) χ ² =14.3, d.f.=1, p<.01				
2) χ ² =7.0, d.f.=1, p<.01				
3) χ ² =20.0, d.f.=1, p<.01				
4) χ ² =5.7, d.f.=1, p<.05				
5) χ ² =7.8, d.f.=1, p<.01				
6) χ ² =26.2, d.f.=1, p<.01				

表18 有機溶剤の薬害知識(女性)

	有機溶剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	70	50.0	51	34.9 1)
多発神経炎	76	54.3	52	35.6 2)
精神病状態	127	90.7	94	64.4 3)
無動機症候群	74	52.9	51	34.9 4)
フラッシュバック	107	76.4	83	56.8 5)
いずれも知らなかった	5	3.6	23	15.8 6)
1) χ ² =5.1, d.f.=1, p<.05				
2) χ ² =8.1, d.f.=1, p<.01				
3) χ ² =24.6, d.f.=1, p<.01				
4) χ ² =7.5, d.f.=1, p<.01				
5) χ ² =9.4, d.f.=1, p<.01				
6) χ ² =18.4, d.f.=1, p<.01				

で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う」、「法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う」の3件法で回答してもらった。

「法律で禁じられているからすべきではないと思う」と答えた者は、有機溶剤非乱用者では男性300人(71.8%)、女性70人(47.9%)だったのに対し、有機溶剤乱用者では男性24人(20.2%)、女性19人(13.6%)と少なかった。

一方、「少々ならかまわないと思う」、「法律を守る必要は全然ないと思う」という許容的回答をした者は、乱用者では男性90人(75.6%)および女性117人(83.5%)、一方、非乱用者では男性71人(17.0%)および女性51人(35.0%)と少なかった。

以上、男女とも乱用者は有意に有機溶剤乱用に許容的であった(それぞれ、 $\chi^2=141.6$, d.f.=2, $p<.01$; $\chi^2=55.1$, d.f.=2, $p<.01$)。

5) 有機溶剤乱用禁止への態度(表15, 16)

法律で有機溶剤乱用を禁止していること自体への意見を尋ねた。「禁止することを当然」としているのは非乱用者では男女それぞれ238人(56.9%)、47人(32.2%)であったのに対し、有機溶剤乱用者では「禁止することを当然」とした者は男女それぞれ30人(25.2%)、19人(13.6%)にすぎなかった。「有機溶剤くらい禁止しなくても良い」「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよい」を合わせた有機溶剤乱用に肯定的意見が、有機溶剤乱用者では、男女それぞれ53人(44.5%)、83人(59.3%)あり、乱用者よりも多かった(男女それぞれ $\chi^2=67.0$, d.f.=3, $p<.01$; $\chi^2=31.4$, d.f.=3, $p<.01$)。

6) 有機溶剤の害知識(表17, 18)

有機溶剤乱用の影響として、急性中毒死、多発神経炎、精神病状態、無動機症候群、フラッシュバックについて尋ねた。

これらの害については、精神病状態が有機溶剤乱用の有無にかかわらず男女とも良く知られていた。すべての害について有機溶剤乱用の方が、非乱用者よりも有機溶剤の害を知っている者が多かった。また、乱用者・非乱用者とも女性の方が男性よりも害知識がある傾向にあった。

7) 有機溶剤で体験した症状(乱用者)(表19)

表19 有機溶剤で体験した症状(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
精神病状態	41	34.5	61	43.6 ¹⁾
フラッシュバック	25	21.0	41	29.3 ²⁾
多発神経炎	10	8.4	19	13.6 ³⁾
無動機症候群	23	19.3	49	35.0 ⁴⁾

1) $\chi^2=0.8$, d.f.=1, ns

2) $\chi^2=1.2$, d.f.=1, ns

3) $\chi^2=1.1$, d.f.=1, ns

4) $\chi^2=6.0$, d.f.=1, $p<.05$

表20 有機溶剤の害知識と乱用抑止(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	34	28.6	17	12.1
やはりしていたと思う	69	58.0	105	75.0
無回答	16	13.4	18	12.9

($\chi^2=11.6$, d.f.=1, $p<.01$)

表21 施設退所後、乱用しないと思うか(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	86	72.3	68	48.6
多分やらないと思う	17	14.3	49	35.0
多分やと思う	8	6.7	19	13.6
絶対やと思う	8	6.7	2	1.4

($\chi^2=21.4$, d.f.=3, $p<.01$)

有機溶剤による症状としては精神病状態が男性乱用者41人(34.5%)、女性乱用者61人(43.6%)と最も多かった。フラッシュバックも男性乱用者25人(21.0%)、女性乱用者41人(29.3%)に見られた。精神病状態、フラッシュバック、多発神経炎に性差は見られなかったが、無動機症候群の訴えは女性に多かった($\chi^2=6.0$, d.f.=1, $p<.05$)。

しかし、これらは本人の訴えであるので客観的に正確な診断ではない。

8) 有機溶剤の害知識と乱用抑止(表20)

有機溶剤乱用の有害性の知識が有機溶剤乱用を抑止するかどうかを有機溶剤乱用者に尋ねた。

「害を知っていたら吸引しなかったと思う」が男性乱用者では34人(28.6%)、女性乱用者では17人(12.1%)であった。一方、「やはりしていたと思う」は男女乱用者それぞれ69人(58.9%)、105人(75.0%)であった。

9) 施設退所後、乱用しないと思うか(有機溶剤乱用者のみ)(表21)

表22 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	9	56.3	8	38.1
今もやりたいと思っているから	0		10	47.6
いやなことがあったらやると思うから	4	25.0	15	71.4
なんとなくそう思うから	12	75.0	7	33.3

1) $\chi^2 = 0.6$, d.f.=1, ns
 2) $\chi^2 = 10.2$, d.f.=1, $p < .01$
 3) $\chi^2 = 7.1$, d.f.=1, $p < .01$
 4) $\chi^2 = 4.0$, d.f.=1, $p < .05$

表23 周囲のブタン乱用被害者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	51	9.3	46	15.3
いない	462	84.0	230	76.4
無回答	37	6.7	25	8.3

($\chi^2 = 7.5$, d.f.=1, $p < .01$)

表24 ガス入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	224	40.7	161	53.5
少々苦労するが、なんとか手に入る	18	3.3	15	5.0
ほとんど不可能だ	24	4.4	11	3.7
絶対不可能だ	120	21.8	28	9.3
無回答	164	29.8	86	28.6

($\chi^2 = 26.1$, d.f.=3, $p < .01$)

表25 ブタン乱用開始年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
10歳以下	4	4.2		
11歳	7	7.3	5	6.0
12歳	20	20.8	18	21.4
13歳	29	30.2	33	39.3
14歳	14	14.6	18	21.4
15歳以上	1	1.0	1	1.2
経験はあるが年齢はおぼえていない	2	2.1	6	7.1
無回答	19	19.8	3	3.6

($\chi^2 = 7.1$, d.f.=6, $p < .05$)

表26 最もしていた時のブタン乱用頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
1年で数回	32	33.3	20	23.8
月に数回以上	30	31.3	32	38.1
ほとんど毎日	11	11.5	25	29.8
無回答	23	24.0	7	8.3

($\chi^2 = 8.2$, d.f.=2, $p < .05$)

表27 ブタン乱用への態度(男性)

	ガス乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	14	14.6	151	34.4
少々ならかまわないと思う	37	38.5	27	6.2
かまわない	30	31.3	22	5.0
知らなかった	8	8.3	204	46.5
無回答	7	7.3	35	8.0

($\chi^2 = 163.1$, d.f.=3, $p < .01$)

表28 ブタン乱用への態度(女性)

	ガス乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	11	13.1	49	24.0
少々ならかまわないと思う	21	25.0	24	11.8
かまわない	40	47.6	32	15.7
知らなかった	8	9.5	77	37.7
無回答	4	4.8	22	10.8

($\chi^2 = 48.8$, d.f.=3, $p < .01$)

表29 ブタンの薬害知識(男性)

	ガス乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
精神病状態	27	28.1	53	12.1 ¹⁾
急性中毒死	30	31.3	48	10.9 ²⁾
いずれも知らなかった	46	47.9	338	77.0 ³⁾

1) $\chi^2 = 17.0$, d.f.=1, $p < .01$
 2) $\chi^2 = 27.5$, d.f.=1, $p < .01$
 3) $\chi^2 = 38.4$, d.f.=1, $p < .01$

表30 ブタンの薬害知識(女性)

	ガス乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
精神病状態	32	38.1	55	13.2 ¹⁾
急性中毒死	22	26.2	42	10.0 ²⁾
いずれも知らなかった	41	48.8	130	31.1 ³⁾

1) $\chi^2 = 2.7$, d.f.=1, ns
 2) $\chi^2 = 0.1$, d.f.=1, ns
 3) $\chi^2 = 2.7$, d.f.=1, ns

今回施設を退所した後有機溶剤を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、「多分やると思う」「絶対やると思う」と答えた者は男性ではそれぞれ8人(6.7%)、女性ではそれぞれ19人(13.6%)、2人(1.4%)であった。「絶対やらないと思う」は男女それぞれ86人(72.3%)、68人(48.6%)であった。退所後の有機溶剤乱用の可能性には性差がある($\chi^2=21.4$, d. f. =3, $p<.01$)。

10) 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)(表22)

上記退所後乱用すると思うと答えた者にその理由を尋ねた。男性では「なんとなくそう思うから」が12人(75.0%)が最も多く、女性では「嫌なことがあったらやると思うから」が15人(71.4%)で最も多かった。

(4) ブタン乱用

1) 周囲のブタン乱用による害(表23)

身近にブタン乱用の結果、病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた。

その結果、男性の51人(9.3%)、女性の46人(15.3%)が身近にブタン乱用の結果と思われる異常を訴える人がいたと答えていた。女性に周囲でブタンによる害のあった者が多かった($\chi^2=7.5$, d. f. =1, $p<.01$)。

2) ブタン入手困難さ(表24)

ブタンの入手が困難であるかどうかについて尋ねた。

簡単に手に入ると回答したのは、男性では224人(40.7%)、女性では161人(53.5%)であり、男女とも半数以上の者がブタン入手は容易としていた。女性の方がブタンは簡単に手に入りやすいと考えていた($\chi^2=26.1$, d. f. =3, $p<.01$)。

3) ブタン乱用開始年齢(表25)

ブタン乱用開始年齢は、男女とも13歳が30%以上を占め最も多かった。つづいて12歳、14歳が多かった。小学生以下である11歳以下も男女それぞれ11人(11.5%)、女性では5人(6.0%)みられた。

4) ブタン乱用頻度(表26)

ブタンを最も乱用していた時期の吸引頻度を尋ねた。その結果、女性の方が乱用頻度が多かった

($\chi^2=8.2$, d. f. =2, $p<.05$)。男性では「ほとんど毎日」が11人(11.5%)であったのに対し女性では25人(29.8%)と多かった。一方、年に数回しか吸引しなかったとした者が男性では32人(33.3%)であったのに対し女性では20人(23.8%)と少なかった。

5) ブタン乱用への態度(表27, 28)

この項目は、男女ごとにブタン乱用経験別に比較した。ブタン乱用についてどう思うかを、「すべきではない」、「少々ならかまわないと思う」、「ならかまわないと思う」の3件法で回答してもらった。

「すべきではない」と答えた者は、ブタン非乱用者では男性151人(34.4%)、女性49人(24.0%)だったのに対し、乱用者では男性14人(14.6%)および女性11人(13.1%)と少なかった(男女それぞれ $\chi^2=163.1$, d. f. =3, $p<.01$; $\chi^2=48.8$, d. f. =3, $p<.01$)。非乱用者ではブタン吸引を知らなかった者が男女それぞれ204人(46.5%)、77人(37.7%)と多かった。

6) ブタンの害知識(表29, 30)

ブタン吸引の影響として、精神病状態、急性中毒死について尋ねた。

非乱用者では、いずれも知らなかった者が男性338人(77.0%)女性130人(31.1%)と多くを占めていた。男性乱用者では精神病状態、急性中毒死を知っていたものはそれぞれ27人(28.1%)、30人(31.3%)であり、非乱用者よりもブタン吸引の害をよく知っていた($\chi^2=17.0$, d. f. =1, $p<.01$; $\chi^2=27.6$, d. f. =1, $p<.01$)。女性では乱用者と非乱用者の間でこれらの害知識それぞれについては差が見られなかった($\chi^2=2.7$, d. f. =1, $p<ns$; $\chi^2=0.1$, d. f. =1, $p<ns$)。しかしいずれも知らなかったも者は非乱用者で多かった。

7) ブタンで体験した症状(乱用者)(表31)

乱用者において体験した症状を尋ねた。その結果ブタン乱用によって精神病状態を体験した者は男女それぞれ15人(15.6%)、27人(32.1%)であり、女性で精神病症状の体験率が高かった($\chi^2=9.9$, d. f. =1, $p<.01$)。フラッシュバック体験率は男女それぞれ15人(15.6%)、13人(15.5%)であり、性差はみられなかった($\chi^2=0.1$, d. f. =1, ns)。

表31 ブタンで体験した症状(乱用者)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
精神病状態	15	15.6	27	32.1 ¹⁾
フラッシュバック	15	15.6	13	15.5 ²⁾

1) $\chi^2=9.9$, d.f.=1, $p<.01$
 2) $\chi^2=0.1$, d.f.=1, $p=ns$

表33 ブタンの入手方法(ブタン乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
コンビニで購入	42	43.8	52	61.9 ¹⁾
日用品売場で購入	24	25.0	25	29.8 ²⁾
人からもらった	29	30.2	57	67.9 ³⁾
万引きした	38	39.6	46	54.8 ⁴⁾

1) $\chi^2=4.4$, d.f.=1, $p<.05$
 2) $\chi^2=0.3$, d.f.=1, $p=ns$
 3) $\chi^2=23.0$, d.f.=1, $p<.01$
 4) $\chi^2=3.0$, d.f.=1, $p=ns$

表35 施設退所後、乱用しないと思うか(ブタン乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	59	61.5	49	58.3
多分やらないと思う	19	19.8	27	32.1
多分やると思う	8	8.3	5	6.0
絶対やると思う	2	2.1	1	1.2
無回答	8	8.3	2	2.4

($\chi^2=3.1$, d.f.=2, $p=ns$)

表37 ブタンと有機溶剤のうち薬物として良いのは

(ブタンおよび有機溶剤同時乱用)				
	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
ブタン	17	29.8	10	14.3
シンナー	18	31.6	43	61.4
どちらともいえない	13	22.8	15	21.4
無回答	9	15.8	2	2.9

($\chi^2=9.0$, d.f.=2, $p<.05$)

表39 ブタンと有機溶剤のうち、やめられなくなるのは

(ブタンおよび有機溶剤同時乱用)				
	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
ブタン	10	17.5	8	11.4
有機溶剤	23	40.4	48	68.6
どちらともいえない	12	21.1	13	18.6
無回答	12	21.1	1	1.4

($\chi^2=4.2$, d.f.=2, $p=ns$)

表32 ブタンの薬害知識と乱用抑止(ブタン乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	35	36.5	20	23.8
やはりしていたと思う	44	45.8	58	69.0
無回答	17	17.7	6	7.1

($\chi^2=6.0$, d.f.=1, $p<.05$)

表34 乱用したガスの種類手方法(ブタン乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
つめかえ用ライターガス	52	54.2	68	81.0 ¹⁾
カセットコンロ用ガス	29	30.2	33	39.3 ²⁾
100円ライター	34	35.4	44	52.4 ³⁾
その他	11	11.5	9	10.7 ⁴⁾

1) $\chi^2=11.5$, d.f.=1, $p<.01$
 2) $\chi^2=1.1$, d.f.=1, $p=ns$
 3) $\chi^2=4.0$, d.f.=1, $p<.05$
 4) $\chi^2=0.1$, d.f.=1, $p=ns$

表36 退所後、乱用すると思う理由

(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	8		5	
今もやりたいと思っているから	3		6	
いやなことがあったらやると思うから	4		2	
なんとなくそう思うから	7		5	

表38 ブタンまたは有機溶剤を好む理由

(ブタンおよび有機溶剤同時乱用者)

	ガスを好む理由		有機溶剤を好む理由	
	人数	%	人数	%
幻覚が強い	6	23.1	19	31.7 ¹⁾
気持ちが良くなる	12	46.2	51	85.0 ²⁾
使い方が簡単	15	57.7	11	18.3 ³⁾
手に入れやすい	22	84.6	19	31.7 ⁴⁾
効き目がはやい	11	42.3	27	45.0 ⁵⁾
警察などの捕まりにくい	12	46.2	3	5.0 ⁶⁾
その他	4	15.4	10	16.7 ⁷⁾

1) $\chi^2=0.6$, d.f.=1, $p=ns$
 2) $\chi^2=14.0$, d.f.=1, $p<.01$
 3) $\chi^2=13.3$, d.f.=1, $p<.01$
 4) $\chi^2=20.4$, d.f.=1, $p<.01$

5) $\chi^2=0.1$, d.f.=1, $p=ns$
 6) $\chi^2=21.3$, d.f.=1, $p<.01$
 7) $\chi^2=0.0$, d.f.=1, $p=ns$

表40 ブタンと有機溶剤のうち、薬物として害があるのは

(ブタンおよび有機溶剤同時乱用者)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
ブタン	10	17.5	7	10.0
有機溶剤	21	36.8	33	47.1
どちらもたいてい害はない	1	1.8		
どちらも同じくらい害がある	7	12.3	19	27.1
良く分からない	5	8.8	9	12.9
無回答	13	22.8	2	2.9

($\chi^2=6.0$, d.f.=4, $p=ns$)

8) ボタンの害知識と抑止(表32)

ボタンの害知識がボタン吸引を抑止するかどうかを検討するためボタン乱用による害を知っていたら乱用しなかったかどうかを乱用者に尋ねた。「害を知っていたら吸引しなかったと思う」が男性35人(36.5%), 女性20人(23.8%)であり、「やはりしていたと思う」は男女それぞれ44人(45.8%), 58人(69.0%)であった。女性の方がやはりしていたと思うと回答した者が多かった($\chi^2=6.0$, d. f. =1, $p<.05$)。

9) ボタンの入手方法(表33)

ボタン乱用者に各種吸入ガスの入手方法を尋ねた。男性では「コンビニで購入」42人(43.8%), 「万引き」38人(39.6%), 「人からもらった」29人(30.2%), 「日用品売り場で購入」24人(25.0%)の順であった。

一方、女性は、「人からもらった」57人(67.9%)が最も多く、以下「コンビニで購入」52人(61.9%)が「万引き」46人(54.8%), 「日用品売り場で購入」25人(29.8%)の順であった。

10) 乱用したボタンの種類入手方法(表34)

乱用に用いられたガスの種類は、詰め替え用ライターガスが最も多く、男女それぞれ52人(54.2%), 68人(81.0%)であった。続いて100円ライター男性34人(35.4%)女性44人(52.4%), カセットコンロ用ガス男性29人(30.2%)女性33人(39.3%)などであった。

11) 施設退所後、乱用したいと思うか(ボタン乱用者のみ)(表35)

今回施設を退所した後ボタンを再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、「多分やと思う」あるいは「絶対やと思う」と答えた者は男性では10人(10.4%), 女性では6人(7.2%)であった。「絶対やらないと思う」は男女それぞれ59人(61.5%), 49人(58.3%)であった。退所後のボタン乱用の可能性には性差はなかった($\chi^2=3.1$, d. f. =3, $p<.01$)。

12) 退所後、乱用すると思う理由(上記11)で退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)(表36)

上記退所後乱用すると思うと答えた者にその理

由を尋ねた。男性では「誘われたらやと思う」および「なんとなくそう思うから」が多かった。女性では「いまでもやりたいと思うっている」、「誘われたらやと思う」、「なんとなくそう思うから」、「嫌なことがあったらやと思うから」が多かった。

13) ボタンと有機溶剤の比較1:「薬物として良いと感じるのはどちらか?」(表37, 表38)

ボタンと有機溶剤の乱用合併者にボタンと有機溶剤の比較について尋ねた。

「薬物として良いと感じるのはどちらか」を尋ねたところ、男性ではボタンと有機溶剤の間に大きな差はなかったが、女性では有機溶剤が良いと回答した者43人(61.4%)がボタンが良いと回答した者10人(14.3%)より多かった($\chi^2=9.0$, d. f. =2, $p<.01$)。

また、その理由について選択肢から選んでもらった(複数回答あり)。ボタンを好む者では「手に入れやすい」22人(84.6%)「使い方が簡単」15人(57.7%)が多かったが、有機溶剤を好む者では「気持ち良くなる」51人(85.0%)が最も多かった。

また「警察などにつかまりにくい」をあげた者は、ボタンを好む者では12人(46.2%)と多かったが、有機溶剤を好む者では3人(5.0%)と著しく少なかった。

「幻覚が強い」および「効き目がはやい」はボタンを好む者と有機溶剤を好む者の間で有意差はなかったが、その他の理由はすべてボタンを好む者と有機溶剤を好む者の間で有意差がみられた。

14) ボタンと有機溶剤の比較2:「薬物としてやめられなくなるのはと感じるのはどちらか?」(表39)

ボタンと有機溶剤の乱用合併者に「薬物としてやめられなくなるのはと感じるのはどちらか?」を尋ねた。有機溶剤の方がやめられなくなると答えた者が男女それぞれ23人(40.4%), 48人(68.6%)と多かったが、性差はなかった($\chi^2=4.2$, d. f. =2, ns)。

15) ボタンと有機溶剤の比較3:「害があると思うのはどちらか?」(表40)

有機溶剤の方が有害であるとした者が男女それぞれ21人(36.8%), 33人(47.1%)と多かったが、

表41 ブタンと有機溶剤のうち、はやっていたのは

(ブタンおよび有機溶剤同時乱用者)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
ブタン	13	22.8	8	11.4
有機溶剤	22	38.6	39	55.7
どちらも、はやっていなかった	3	5.3	3	4.3
どちらも同じくらいはやっていた	9	15.8	18	25.7
無回答	10	17.5	2	2.9

 $(\chi^2=5.3, d.f.=3, ns)$

表42 周囲の大麻乱用による害のあるもの者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	27	4.9	47	15.6
いない	430	78.2	218	72.4
無回答	93	16.9	36	12.0

 $(\chi^2=25.5, d.f.=1, p<.01)$

表43 大麻入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	27	4.9	48	15.9
少々苦勞するが、なんとか手に入る	50	9.1	55	18.3
ほとんど不可能だ	42	7.6	18	6.0
絶対不可能だ	239	43.5	62	20.6
無回答	192	34.9	118	39.2

 $(\chi^2=70.6, d.f.=3, p<.01)$

表44 大麻の知識

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
知らなかった	198	36.0	54	17.9
関心がなかった	195	35.5	104	34.6
見てみたかった	49	8.9	48	15.9
試してみたかった	25	4.5	57	18.9
無回答	83	15.1	38	12.6

 $(\chi^2=71.0, d.f.=3, p<.01)$

表45 大麻乱用開始年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
10歳以下				
11歳			2	4.2
12歳	5	18.5	12	25.0
13歳	7	25.9	14	29.2
14歳	7	25.9	15	31.3
15歳以上	2	7.4	2	4.2
経験はあるが年齢はおぼえていない			2	4.2
無回答	6	22.2	1	2.1

 $(\chi^2=2.6, d.f.=5, ns)$

表46 最もしていた時の大麻乱用頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
1年で数回	8	29.6	16	33.3
月に数回以上	8	29.6	25	52.1
ほとんど毎日	1	3.7	5	10.4
無回答	10	37.0	2	4.2

 $(\chi^2=0.9, d.f.=2, ns)$

表47 大麻乱用への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	4	14.8	355	70.2
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	11	40.7	53	10.5
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思	7	25.9	25	4.9
無回答	5	18.5	73	14.4

 $(\chi^2=52.2, d.f.=2, p<.01)$

性差はなかった($\chi^2=6.0$, d. f.=4, ns).

16) プタンと有機溶剤の比較4:「周囲ではやってほしいのはどちらか?」(表41)

「有機溶剤がはやっていた」とした者が男女それぞれ22人(38.6%), 39人(55.7%)とも多かったが女性でより多い傾向を示した。また、「どちらも同じくらいはやっていた」とした者も男女それぞれ9人(15.8%), 18人(25.7%)と女性でより多い傾向を示した。プタンの方がはやっていたとした者は男性が13人(22.8%)で女性の8人(11.4%)より多かった。

(5) 大麻

1) 周囲の大麻乱用による害がある者(表42)

身近に大麻乱用の結果、病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた。

その結果、男性の27人(4.9%), 女性の47人(15.6%)が身近に大麻乱用の結果と思われる異常を訴えていた人がいたと答えていた。大麻乱用による害のある者も女性の周囲に多かった($\chi^2=25.5$, d. f.=1, $p<.01$).

2) 大麻入手性困難さ(表43)

大麻の入手が困難であるかどうかについて尋ねた。

簡単に手に入るとしたものは、男性では27人(4.9%), 女性では48人(15.9%)であり、女性の方が簡単に手に入るとものが多かった($\chi^2=70.6$, d. f.=3, $p<.01$).

3) 大麻の知識(表44)

「大麻を吸う前使ったことがない人は施設入所前」、大麻についてあなたはどのように思っていたかを尋ねた。「見てみたかった」および「試してみたかった」という大麻乱用への関心を示した者が男性の74人(13.4%), 女性の105人(34.8%)を占めており、女性の方が男性より関心が高かった($\chi^2=71.0$, d. f.=3, $p<.01$).

4) 大麻の乱用開始年齢(表45)

大麻乱用者に乱用開始年齢を尋ねた。男女とも、乱用者が少なくはっきりした大麻使用開始年齢のピークは判断しがたいが、13歳から14歳が開始年

齢として多い。

5) 最もしていた時の大麻乱用頻度(表46)

大麻乱用経験者に最も吸引していた時期の吸引頻度を尋ねた。男性では無回答が10人(37.0%)と多かった。男性回答者では「年数回」と「月に数回以上」がほぼ半数ずつを占めた。一方、女性でも「月に数回以上」25人(52.1%)が半数以上で最も多かった。乱用頻度に性差は見られなかった($\chi^2=0.9$, d. f.=2, ns).

6) 大麻乱用への態度(表47, 48)

大麻を吸うことをどう思っていたかを大麻乱用の有無で比較した。大麻非乱用者は、男性355人(70.2%), 女性102人(42.9%)が、「法律で禁じられているからすべきではないと思う」と答えていた。

一方、大麻乱用者では、「すべきではない」とした者が男女それぞれ4人(14.8%), 4人(8.3%)に過ぎなかった。大麻乱用者では「少々ならかまわないと思う」「それを守る必要は全然ない」を合わせた大麻乱用に肯定的意見が男性で18人(66.6%), 女性で43人(89.6%)を占めていた。

7) 大麻禁止への態度(表49, 50)

法律で大麻を禁止していること自体への意見を尋ねた。有機溶剤乱用の場合と同様、非乱用者は、「禁止することを当然」としとするものが多いのに対し、大麻乱用者では「禁止することを当然」とした者は少なかった。大麻乱用者では「大麻くらい禁止しなくても良い」「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよい」など大麻吸引に肯定的意見が男女それぞれ51.8%, 66.7%と多かった(男女それぞれ $\chi^2=52.5$, d. f.=3, $p<.01$; $\chi^2=29.8$, d. f.=3, $p<.01$).

8) 大麻の害知識(表51, 52)

大麻吸引の影響として、精神病状態、無動機症候群について尋ねた。精神病状態については、女性では乱用者が非乱用者よりも知っていた($\chi^2=6.9$, d. f.=1, $p<.01$)が、男性では乱用者と非乱用者の間で差はなかった($\chi^2=2.4$, d. f.=1, ns). 一方、無動機症候群については男性では乱用者が非乱用者よりも知っていた($\chi^2=6.5$, d. f.=1, $p<.05$)が、女性では差はなかった($\chi^2=0.4$, d. f.=1,

表48 大麻乱用への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	4	8.3	102	42.9
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	23	47.9	68	28.6
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思	20	41.7	24	10.1
無回答	1	2.1	44	18.5
(χ ² =37.5, d.f.=2, p<.01)				

表49 大麻乱用禁止への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	3	11.1	303	59.9
しかたないことだと思う	5	18.5	69	13.6
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	6	22.2	12	2.4
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	8	29.6	50	9.9
無回答	5	18.5	72	14.2
(χ ² =52.5, d.f.=3, p<.01)				

表50 大麻乱用禁止への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	5	10.4	78	32.8
しかたないことだと思う	9	18.8	54	22.7
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	12	25.0	12	5.0
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	20	41.7	46	19.3
無回答	2	4.2	48	20.2
(χ ² =29.8, d.f.=3, p<.01)				

ns).

「いずれも知らなかった」者は、女性では非乱用者に多かった(χ²=7.1, d.f.=1, p<.01)が、男性では差はなかった(χ²=3.1, d.f.=1, ns)。

9) 大麻で体験した症状(乱用者)(表53)

乱用者に大麻による精神症状を尋ねた。精神病状態は男性6人(22.2%)、女性21人(43.8%)にみられた。無動機症候群は男性3人(11.1%)、女性19人(39.6%)にみられた。精神病状態の体験率は性差はないが(χ²=1.4, d.f.=1, ns)、無動機症候群の体験率は性差がある(χ²=11.1, d.f.=1, p<.05)。

10) 大麻の害知識と抑止(表54)

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

「害を知っていたら吸引しなかったと思う」と

答えた大麻乱用者は、男女それぞれ4人(14.8%)、6人(12.5%)にすぎず、「やはりしていたと思う」と答えた者が多かった。

11) 施設退所後、乱用しないと思うか(大麻乱用者のみ)(表55)

今回施設を退所した後、大麻を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、男女ともほとんどの者が「多分やらないと思う」あるいは「絶対やらないと思う」と答えていた。

(6) 覚せい剤

1) 周囲で覚せい剤による害のある者(表56)

身近に覚せい剤乱用の結果、病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた。

その結果、男性の54人(9.8%)、女性の80人(26.6%)が身近に覚せい剤乱用の結果と思われる異常を訴えていた人がいたとしており、女性の周囲に有意に害のある者が多かった(χ²=41.3, d.f.=1,

表51 大麻の薬害知識(男性)

	大麻乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
精神病状態	9	33.3	105	20.8 ¹⁾
無動機症候群	8	29.6	63	12.5 ²⁾
いずれも知らなかった	14	51.9	331	65.4 ³⁾

1) $\chi^2=2.4$, d.f.=1, ns
 2) $\chi^2=6.5$, d.f.=1, $p<.05$
 3) $\chi^2=3.1$, d.f.=1, ns

表52 大麻の薬害知識(女性)

	大麻乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
精神病状態	30	62.5	89	37.4 ¹⁾
無動機症候群	15	31.3	57	23.9 ²⁾
いずれも知らなかった	16	33.3	117	49.2 ³⁾

1) $\chi^2=6.9$, d.f.=1, $p<.01$
 2) $\chi^2=0.4$, d.f.=1, ns
 3) $\chi^2=7.1$, d.f.=1, $p<.01$

表53 大麻で体験した症状(乱用者)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
精神病状態	6	22.2	21	43.8 ¹⁾
無動機症候群	3	11.1	19	39.6 ²⁾

1) $\chi^2=1.4$, d.f.=1, ns
 2) $\chi^2=4.6$, d.f.=1, $p<.05$

表54 大麻の薬害知識と乱用抑止(大麻乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	4	14.8	6	12.5
やはりしていたと思う	14	51.9	37	77.1
無回答	9	33.3	5	10.4

($\chi^2=1.1$, d.f.=1, ns)

表55 施設退所後、乱用しないと思うか(大麻乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	18	66.7	23	47.9
多分やらないと思う	7	25.9	21	43.8
多分やると思う			3	6.3
絶対やると思う				
無回答	2	7.4	1	2.1

($\chi^2=4.2$, d.f.=2, ns)

表56 周囲の覚せい剤被害者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	54	9.8	80	26.6
いない	441	80.2	193	64.1
無回答	55	10.0	28	9.3

($\chi^2=41.3$, d.f.=1, $p<.01$)

表57 覚せい剤の入手性

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	32	5.8	62	20.6
少々苦労するが、なんとか手に入	46	8.4	68	22.6
ほとんど不可能だ	50	9.1	17	5.6
絶対不可能だ	242	44.0	51	16.9
無回答	180	32.7	103	34.2

($\chi^2=112.8$, d.f.=3, $p<.01$)

表58 覚せい剤への関心

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
覚せい剤は知らなかった	158	28.7	27	9.0
関心がなかった	255	46.4	117	38.9
見てみたかった	54	9.8	51	16.9
試してみたかった	16	2.9	64	21.3
無回答	67	12.2	42	14.0

($\chi^2=115.8$, d.f.=3, $p<.01$)

表59 覚せい剤乱用への誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	57	10.4	119	39.5
ない	336	61.1	120	39.9
無回答	157	28.5	62	20.6

($\chi^2=92.1$, d.f.=1, $p<.01$)

表60 覚せい剤乱用開始年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
10歳以下	2	14.3		
11歳			1	2.4
12歳			8	
13歳	2	14.3	13	31.7
14歳	2	14.3	11	26.8
15歳			3	7.3
経験はあるが年齢はおぼえていない			1	2.4
無回答	8	57.1	4	9.8

($\chi^2=14.5$, d.f.=6, $p<.05$)

$p < .01$).

2) 覚せい剤入手性(表57)

覚せい剤の入手が困難であるかどうかについて尋ねた。

簡単に手に入るとした者は、男性では32人(5.8%)、女性では62人(20.6%)、また少々苦労するが手に入ると答えた者が男性46人(8.4%)、女性68人(22.6%)であり、女性の方が簡単に手に入るとする者が多かった($\chi^2=112.8$, d. f. =3, $p < .01$).

3) 覚せい剤への関心(表58)

「覚せい剤を使う前(使ったことがない人は施設入所前)、覚せい剤についてどう思っていたか」を尋ねた。「見てみたかった」および「試してみたかった」という覚せい剤への関心を示した者が男性の70人(12.7%)、女性の115人(38.2%)を占めた。女性は男性よりも覚せい剤乱用以前から覚せい剤への関心が高かった($\chi^2=115.8$, d. f. =3, $p < .01$).

4) 覚せい剤乱用への誘い(表59)

「入所前、覚せい剤の使用を誘われたことがあるかどうか」を尋ねた。男性では57人(10.4%)、女性では119人(39.5%)が覚せい剤乱用に誘われていた($\chi^2=92.1$, d. f. =1, $p < .01$). この質問項目では無回答が男女それぞれ157人(28.5%)、62人(20.6%)と多いためその点を考慮する必要がある。

5) 覚せい剤の乱用開始年齢(表60)

覚せい剤乱用者にはじめて覚せい剤を乱用した年齢を尋ねた。男性では無回答が半数以上と多かった。女性では、13歳13人(31.7%)と14歳11人(26.8%)が多かった。

6) 覚せい剤の乱用頻度(表61)

覚せい剤乱用者が最も乱用していた時期にどの程度乱用していたかを尋ねた。男性では、回答した者では「年に数回」がほとんどであった。女性では「月に数回」15人(36.6%)と「年に数回」14人(34.1%)が同程度に多いが、「ほとんど毎日」とした者も7人(17.1%)いた。この質問項目でも無回答が男女それぞれ8人(57.1%)、5人(12.2%)と多いため信頼性は乏しい。

7) 覚せい剤の乱用方法(表62)

乱用方法を「吸引」「注射」「吸引と注射」に分けて尋ねた。吸引のみを乱用方法としてあげた者が男女それぞれ5人(35.7%)、16人(39.0%)と最も多かった。古典的使用法である注射のみをあげた者は男女それぞれ2人(14.3%)、9人(22.0%)であった。「吸引と注射」をあげた者女性のみで12人(29.3%)であった。男性では無回答が7人(50.0%)いた。乱用方法に性差は認められなかった($\chi^2=3.3$, d. f. =2, ns).

8) 覚せい剤への態度(表63, 64)

男女別乱用経験別に覚せい剤への態度を比較した。覚せい剤乱用者は、非乱用者よりも「すべきではない」とした者が少なく、「少々ならかまわないと思う」「それを守る必要は全然ない」など覚せい剤乱用に肯定的意見が多かった(男女それぞれ $\chi^2=12.3$, d. f. =2, $p < .01$; $\chi^2=14.4$, d. f. =2, $p < .01$).

9) 覚せい剤禁止への態度(表65, 66)

法律で覚せい剤を禁止していること自体への意見を尋ねた。「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよい」という覚せい剤使用に肯定的意見は、男性では乱用者5人(35.7%)は非乱用者56人(10.8%)より多かった($\chi^2=7.5$, d. f. =2, $p < .05$)が、女性では乱用者15人(36.6%)、と非乱用者57人(23.5%)の間で差は見られなかった($\chi^2=1.9$, d. f. =2, ns).

10) 覚せい剤の害知識(表67, 68)

覚せい剤吸引の影響として、精神病状態、フラッシュバックについて尋ねた。男性ではこれら害知識について乱用者と非乱用者の間で差はなかった(それぞれ、 $\chi^2=0.0$, d. f. =1, ns; $\chi^2=1.1$, d. f. =1, ns). 一方、女性では乱用者の方が精神病状態、フラッシュバックの害を知っていたる頻度が高かった(それぞれ、 $\chi^2=12.9$, d. f. =1, $p < .01$; $\chi^2=12.6$, d. f. =1, $p < .01$).

また全体に女性は男性よりも覚せい剤吸引の影響を知っているものが多かった。

11) 覚せい剤の害体験率

覚せい剤乱用者に、精神病状態、フラッシュバ

表61 覚せい剤乱用頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
1年で数回	5	35.7	14	34.1
月に数回以上	1	7.1	15	36.6
ほとんど毎日			7	17.1
無回答	8	57.1	5	12.2

(χ²=4.3, d.f.=2, ns)

表62 覚せい剤の乱用方法

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
吸引	5	35.7	16	39.0
注射	2	14.3	9	22.0
吸引と注射			12	29.3
無回答	7	50.0	4	9.8

(χ²=3.3, d.f.=2, ns)

表63 覚せい剤への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	7	50.0	378	72.7
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	2	14.3	51	9.8
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ない	4	28.6	29	5.6
無回答	1	7.1	62	11.9

(χ²=12.3, d.f.=2, p<.01)

表64 覚せい剤への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	12	29.3	103	42.4
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	12	29.3	67	27.6
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ない	15	36.6	27	11.1
無回答	2	4.9	46	18.9

(χ²=14.4, d.f.=2, p<.01)

表65 覚せい剤禁止への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	7	50.0	327	62.9
しかたないことだと思う	1	7.1	65	12.5
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思	5	35.7	56	10.8
無回答	1	7.1	72	13.8

(χ²=7.5, d.f.=2, ns)

表66 覚せい剤禁止への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	13	31.7	87	35.8
しかたないことだと思う	10	24.4	53	21.8
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思	15	36.6	57	23.5
無回答	3	7.3	46	18.9

(χ²=1.9, d.f.=2, ns)

表67 覚せい剤の薬害知識(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
精神病状態	4	28.6	153	29.4 1)
フラッシュバック	5	35.7	119	22.9 2)
いずれも知らなかった	7	50.0	294	56.5 3)

1) $\chi^2=0.0$, d.f.=1, n.s.
2) $\chi^2=1.1$, d.f.=1, n.s.
3) $\chi^2=0.4$, d.f.=1, n.s.

表69 覚せい剤の薬害知識と抑止

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
使わなかったと思う	4	28.6	6	14.6
やはり使ったと思う	5	35.7	29	70.7
無回答	5	35.7	6	14.6

($\chi^2=3.0$, d.f.=1, ns)

ックの体験ついて尋ねた。男性では精神病症状およびフラッシュバックを体験したことがある者は乱用者14人中いずれも1人であった。一方、女性では、精神病状態、フラッシュバックの体験した者はそれぞれ21人(15.9%)、14人(34.1%)いた。

12) 覚せい剤の乱用による害知識と抑止(表69)

覚せい剤の害知識が覚せい剤吸引を抑止するかどうかを覚せい剤乱用者に尋ねた。「害を知っていたら吸引しなかったと思う」が男性4人(28.6%)、女性6人(14.6%)であった。「やはりしていたと思う」とする者が、男性で5人(35.7%)、女性で29人(70.7%)いた。

13) 施設退所後、乱用しないと思うか(覚せい剤乱用者のみ)(表70)

今回、施設を退所した後覚せい剤を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、男性では回答全員「多分やらないと思う」あるいは「絶対やらないと思う」と答えていた。女性では5人(12.2%)が「多分やらないと思う」と答えていた。

14) 各薬物乱用頻度の年代変化(表71, 表72)

平成6年、平成8年、平成10年、平成12年の従来の調査と今回の結果を表71に示した。

有機溶剤乱用は男性において一貫して減少している。女性有機溶剤乱用者は平成8年以降乱用者

表68 覚せい剤の薬害知識(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
精神病状態	35	85.4	123	50.6 1)
フラッシュバック	32	78.0	106	43.6 2)
いずれも知らなかった	4	9.8	76	31.3 3)

1) $\chi^2=12.9$, d.f.=1, $p<.01$
2) $\chi^2=12.6$, d.f.=1, $p<.01$
3) $\chi^2=10.2$, d.f.=1, $p<.01$

表70 施設退所後、乱用しないと思うか(覚せい剤乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	10	71.4	22	53.7
多分やらないと思う	2	14.3	12	29.3
多分やらないと思う			5	12.2
絶対やらないと思う				
無回答	2	14.3	2	4.9

($\chi^2=3.3$, d.f.=1, ns)

率50%前後で推移している。

大麻は男性では平成6年から平成8年にかけて乱用率が5.5%から6.7%に増加したが、平成10年以降5%前後である。女性では、平成6年22.0%、平成8年19.0%、平成10年14.4%と漸減したが平成12年14.7%、平成14年15.9%であまり変化していない。

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

15) 薬物乱用に対する規範意識(表73)

薬物その他各種逸脱行動30項目に対する規範意識について、「絶対にいけない」、「少しなら構わない」、「ある程度構わない」、「まったく構わない」の4件法(それぞれ1点から4点)で回答してもらった。質問内容は「かっとなってナイフで人を刺す」などの明らかな違法行為から「親の言うことを聞かない」などの日常生活上のことまで広く含んでいる。点数の低い項目ほどいけないことと判断され、規範意識が高い項目と考えられる。

男性では「かっとなってナイフで人を刺す」が最もいけないこととされ、以下「覚せい剤を使う」、「マリファナを吸う」、「火をつける」、「ボタンパン遊びをする」、「ひったくりをする」、「シンナーを吸

表71 薬物乱用生涯経験率の年代変化(男性)

	単位: %				
	平成6年	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年
有機溶剤	41.2	37.3	30.3	26.4	21.6
大麻	5.5	6.7	4.8	5.0	4.9
覚せい剤	1.2	1.7	3.9	5.0	2.5

表72 薬物乱用生涯経験率の年代変化(女性)

	単位: %				
	平成6年	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年
有機溶剤	59.6	50.6	48.5	52.3	46.5
大麻	22.0	19.0	14.4	14.7	15.9
覚せい剤	6.6	10.8	16.9	15.2	13.6

表73 問題行動に対する規範意識得点

	男性	女性
頭にきてナイフで人を刺してしまう	1.1	1.1
覚せい剤を使う(エス、スピード、シャブ)	1.1	1.4
マリファナを吸う(大麻、ハッパ、ハシッシ)	1.2	1.4
置いてある物や家に火をつける	1.2	1.2
ガスパン遊びをする(ライター用、カセットコンロ用など)	1.2	1.5
ひったくりをする	1.3	1.5
シンナーを吸う(トルエン、ボンドマニキュアも含む)	1.3	1.7
アツアゲをする(おどかして金品を取る)	1.4	1.7
人の持ち物を壊す	1.4	1.5
売春(援助交際)をする	1.4	1.8
バイクや自動車を盗む	1.4	1.8
万引きをする	1.5	1.8
自分の家から黙ってお金を持ち出す	1.5	1.8
暴力団の人とつきあう	1.5	2.3
無免許運転をする	1.5	1.9
気に入らない相手を殴る	1.6	2.0
放置してある自転車に乗ってしまう	1.7	2.1
根性焼きをする	1.8	2.2
友達にウソをつく	1.8	2.0
刺青(いれずみ)をする	1.8	2.3
いろんな人とセックスをする	1.8	2.1
電車やバス内で友達同士で大声で喋る	1.8	2.6
何日か無断で家に帰らない	1.9	2.4
親の言うことを聞かない	1.9	2.3
飲酒をする	2.0	2.7
不良グループとつきあう	2.0	2.6
学校をサボる	2.1	2.6
タバコを吸う	2.2	2.8
学校で禁止されている服装や髪型をする	2.2	2.9
夜中に遊び歩く	2.3	2.8

う」「アツアゲをする」の順となっている。

女性では、「かっとなってナイフで人を刺す」が最もいけないこととされ、以下「火をつける」「覚せい剤を使う」「マリファナを吸う」「ボタンパン遊びをする」「ひったくりをする」「人の物を壊す」の順となっている。

一方、許容度の高い項目としては、男性では得点の高い順に「夜中に遊び歩く」「学校で禁止されている服装や髪型をする」「タバコを吸う」「学校をサボル」、女性では「学校で禁止されている服装や髪型をする」「夜中に遊び歩く」「タバコを吸う」「飲酒をする」などである。

男女とも覚せい剤乱用、大麻乱用、有機溶剤乱用、ボタン乱用などの薬物乱用はいずれも高得点であった。

D. 考察

1. 方法論上の問題点

(1) 対象者の代表性

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

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

(2) 対象数の変動

われわれの全国児童自立支援施設薬物乱用実態調査の回答数は、平成6年1339人、平成8年1194人、平成10年1315人、平成12年1327人と従来1200人から1300人前後で一定していたが、今回は851人と少なかった。今回、施設からの回収率が低かった理由の一つとして、同時期に児童自立支援施設に

別の全国調査が実施されていたため施設側の都合により本調査への協力が困難であったことが考えられる。また、本調査は比較的質問数が少ないとはいえ、児童および施設にとって調査協力はやはり負担であると思われるので、各年の調査に対して協力が次第に困難になっている可能性もある。今後、調査を継続するにあたり回収率が低下しないようにする必要があると考える。

また、回答回収率には地域差が大きかった。薬物乱用は文化的影響が大きいので特定地域の応答率の多少が全体結果に影響することが考えられる。

(3) 無回答率の問題

無回答を減らすために無記名式の質問紙調査としているが、質問内容が薬物乱用という反社会行動であるため無回答が多い。非行児本人の薬物乱用経験の質問では3%から5%が無回答であった。乱用率が数%程度の薬物では乱用頻度と無回答率あまり変わらないこととなる。無回答者においては薬物乱用者が多い可能性があるため、特に乱用率の低い薬物では乱用率の信頼性が乏しくなると考えられる。男性では有機溶剤およびボタン以外の大麻、覚せい剤、コカイン、睡眠薬、安定剤、咳止め液、女性ではコカイン、安定剤、咳止め液が乱用率が数%であり乱用率結果の信頼性は低いと思われる。

2. 薬物乱用頻度の性差

入所非行児の薬物乱用の性差については、従来と同様、有機溶剤、大麻、覚せい剤、ボタンのいずれの薬物も女性の方が男性よりも乱用頻度が高かった。また、前回対象薬物ではなかったコカイン、睡眠薬、安定剤、咳止め液、女性ではコカイン、安定剤、咳止め液も、男性より女性の方が薬物乱用率も高かった。

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

したがって、われわれの調査対象である入所非行児においては一貫して女性の薬物乱用率が男性のそれよりも高いが、これは一般の少年を対象と

した他の資料と一致していないことになる。

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

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

3. 薬物乱用の地域差

今回乱用者の頻度地域ごとの検討したが、薬物の種類により地域特徴が認められた。しかし、地域ごとの対象人数はそれほど多くないので乱用率などの結果の変動は大きい。平成12年度調査では、有機溶剤乱用および覚せい剤乱用頻度は関西地域が高く、ブタン乱用は地域差があまりなかった。今回は北海道・東北地方で有機溶剤乱用、ブタン乱用、大麻乱用などが多かったが、上述のようにやや対象数が少ないこともありその理由ははっきりしない。

4. 薬物乱用の年代変化

(1) 覚せい剤乱用頻度

警察白書によれば、検挙された覚せい剤乱用少年は平成7年頃より増加し、平成10年より減少傾向にある。これに対して、われわれの児童自立支援施設調査の覚せい剤乱用頻度は、男性では平成6年(1.2%)から平成12年(5.0%)まで増加傾向にあり、今回平成14年度に2.5%へと始めて減少に転じた。女性では平成6年(6.6%)から平成10年(16.9%)まで急増し、その後は平成12年(15.2%)、平成14年(13.6%)とやや減少傾向であるが大きな変化はない。

今回の対象者のうち1年以上入所している者が男女とも30%以上いる。これらの対象者では1年以上前の薬物経験を訪ねていることになるので警察統計の年度と直接比較し評価することは難しい。

また、前述のように対象施設の変動の問題より解釈には注意が必要である。前回までは調査対象数が1200人から1300人ほどであったが、今回は調査数が851人と以前より少なかった。したがって、対象人数がこれまでより少ないこともあり結果の解釈には注意が必要である。

これらの点を考慮すると児童自立支援施設入所児童自立支援施設における覚せい剤乱用頻度について断定的なことは言えないが、平成12年までの増加傾向がやや落ち着いてきたように思われる。

(2) 有機溶剤乱用頻度

男性では平成6年度調査より有機溶剤乱用は一貫して減少しており、平成6年度から今回平成14年まで2年おきに41.2%, 37.3%, 30.3%, 26.4%, 21.6%となっている。

一方、女性では平成6年から平成10年までの59.6%, 50.6%, 48.5%と減少したが、平成12年は52.3%とやや上昇し、今回46.5%減少した。したがって女性では平成8年以降50%前後で変動しているが、一定の傾向は見られないように思われる。

有機溶剤乱用により検挙された少年数は平成3年ごろは2万人前後であったがその後漸減し、平成12年には3417人までに減少した。有機溶剤乱用も覚せい剤乱用と同様解釈には注意を要すが、入所非行児の有機溶剤乱用者数の動向は検挙少年数との変化と類似していると思われる。

(3) 大麻乱用

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

全体として入所非行児の大麻乱用は平成10年以降大きな変化はないようである。

5. 薬物への態度と薬物乱用

従来調査と同様に、今回対象薬物について、各薬物の乱用についてどう思うか、および法律で薬物乱用を禁止していることをどう思うかを尋ねた。全体として従来の結果とほぼ同様な結果が得られた。すなわち、乱用者は非乱用者よりも薬物乱用に許容的であり、また乱用を法律で禁止する

必要はなく個人の好きにすればよいと考える傾向にある。また、乱用者、非乱用者に限らず女性の方が男性より薬物乱用に許容的である。

6. 害知識

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

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

7. 害体験率

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

有機溶剤による症状の体験としては、幻覚などの精神病状態が男女とも最も多く、30%から40%に認められているという結果が得られた。またフラッシュバックの体験も男女とも20%以上あった。症状の体験として多発神経炎や無動機症候群についても尋ねているが、これらは非行児が自分で正しく判断できる症状ではないので症状の発現率としてはかなり不正確と思われる。無動機症候群などに比べると幻覚やフラッシュバックは本人でも症状を把握しやすいのである程度症状発現率は把握できると思われる。有機溶剤による幻覚やフラッシュバックの発現率に性差はなかった。

有機溶剤の次に乱用の多いボタンでは、精神病

症状の発現頻度は男女それぞれ15.6%、32.1%であった。これは有機溶剤による精神病症状よりも少ない。またフラッシュバックも有機溶剤乱用よりもやや少なかった。これらよりボタンは有機溶剤よりも精神症状発現効果は低いと推測される。

各薬物による精神症状発現率は今後さらに資料を集める必要がある。

8. ボタン乱用と有機溶剤乱用の比較

従来あまり注目されていないボタン乱用について有機溶剤乱用と比較検討した。ボタン乱用と有機溶剤乱用を比較した理由は、第一にボタン乱用が大麻乱用や覚せい剤乱用などより多く有機溶剤乱用に次ぐ乱用率を示しているためである。第二ボタンは成分的に有機溶剤に近く乱用による薬理効果が類似していると考えられるからである。そのためボタン乱用が有機溶剤乱用の代替薬物となっている可能性を考えたためである。

本研究ではボタンと有機溶剤合併乱用者の薬物としての好みを尋ねた。酩酊感を理由に有機溶剤の方がボタンよりも良いとする者が多かった。この傾向は女性で強かった。しかし薬物が好まれる理由としての幻覚や効果発現時間についてボタンと有機溶剤の間で差はみられていない。したがって、幻覚体験などは少年によって差があり、ボタンの方が幻覚を体験する者もいるようである。

ボタンの方をより好む理由としては、「使い方が簡単」「警察などに捕まりにくい」など利便性があげられることが多かった。現在、有機溶剤は取締対象の違法薬物であるがボタンは日用品として取締対象ではない。したがって、効果は有機溶剤よりも弱いが入りやすく注意も受けないため乱用されていると思われる。

ボタンと有機溶剤合併乱用者は、ボタンよりも有機溶剤の方が止められなくなると感じている者が多く、依存性は有機溶剤の方が高いと推測される。しかし、手軽さという点でかなりの頻度でボタン乱用が行われていることは注意を要する。手軽にボタン乱用をし、その後より重大な薬物に手を出すきっかけとなっている可能性がある。本調査で現在でもボタンよりも有機溶剤乱用の方がはやっていないと回答している者が多かったが(表4-1)、「どちらも同じようにはやっていた」「ボタンの方がはやっていた」をあわせると男女とも40%弱になり、ボタン乱用はかなり行われていると思

われる。

9. 薬物乱用への規範意識

これまでのわれわれの研究で乱用者においても薬物はいけないことであり害を知っていても薬物乱用をしてしまう傾向が認められている。

そこで本年度薬物乱用への規範意識を他の非行行動との比較で検討した。その結果、30項目の問題行動中各種薬物乱用への規範意識は高く、やってはいけないこと認知されていることが認められた。男性では30項目中覚せい剤乱用、大麻乱用、ブタン乱用、有機溶剤乱用はそれぞれ、2番目、3番目、5番目、7番目にいけないこととされていた。女性では覚せい剤乱用、大麻乱用、ブタ乱用、有機溶剤乱用はそれぞれ、3番目、4番目、5番目、9番目にいけないこととされていた。これらより非行児において薬物乱用は非行行動のうちでもかなりいけないことであると考えられていると思われる。

薬物乱用の問題の一つとしていけないこととわかっていてもやってしまうという点があげられる。いけないこととわかっていてもかなりの人数が薬物乱用をしているので他の非行問題よりも心理治療の意味合いが大きいと思われる。

10. 今後の課題

(1) 非行少年における薬物乱用の動向

児童自立支援施設においては、児童の入所期間は1年以上になることが多い。したがって、入所非行中の薬物乱用実態は一般非行児の乱用実態からやや遅れて調査結果に反映されと考えられる。警察白書で平成10年以降覚せい剤による少年検挙数は減少し、われわれの調査で覚せい剤乱用者数は減少してきているように見える。覚せい剤乱用は有機溶剤など他の薬物乱用よりも重大な結果をもたらすので今後入所非行児においても減少するかどうか観察が必要である。また、乱用薬物として最も多い有機溶剤も入所非行児とくに男性において減少しているが、今後この傾向が持続するのか関心が持たれる。

前回の全国調査から対象薬物としてブタン乱用を追加した。ブタン乱用については今回有機溶剤との比較検討もした。ブタン乱用は有機溶剤乱用に次ぐ頻度を示しており、また手軽に入手して乱用できる薬物として認知されていた。今後ブタン

乱用の実態も注意深く追跡する必要がある。

また今回は睡眠薬や安定剤なども乱用経験を尋ねたが、これらの薬物も乱用がかなり認められたので調査対象薬物とすることを考慮したい。

(2) 調査方法の再考

今回の調査では施設から回収率が64.9%であり以前より低下した。回収数が低下すると結果の信頼性も低下するので、今後回収率を高めることが必要である。調査時期、質問項目の内容、項目数などを検討し回収率を回復させる必要があると考える。

謝辞

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

参考文献

- 1) 阿部恵一郎：児童福祉施設(教護院)における有機溶剤乱用少年・少女の実態調査。平成6年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存研究の社会的、精神医学的特徴に関する研究 平成6年度研究結果報告書。1995
- 2) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成10年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」。1999
- 3) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成12年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」。2001
- 4) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成13年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」。2002
- 5) 警察庁編：平成13年度警察白書。警察庁編。2002

調査へのお願い

この調査の目的は、飲酒・薬物などに対するみなさんの考えや経験を知ることです。この調査は、厚生労働省の科学研究費によるもので、現在、全国の一般中学生でも同様な調査が行われています。

自分の名前は書く必要はありませんし、集めた用紙もコンピュータで集計しますので、誰がどのように答えたのか分かりません。したがって、答えた内容が施設での生活や退院時期に影響することはありません。どうしても答えたくない質問には答えなくてもかまいません。

各質問に対する回答は、特にことわらない限りもっともあてはまる内容の番号を一つだけ選んで○をつけて下さい。

国立武蔵野学院 医務課長 富田 拓
目白大学 助教授 庄司正実

あなたの年齢はいくつですか？ 年齢を記入してください 歳

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

2 何年生ですか？学年を記入してください 年生

3 男性ですか、女性ですか？ ①男性 ②女性

4 今回、この施設に入所してからどのくらいになりますか？ 年 ヶ月

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

- | | | |
|----------------------------------|-----|------|
| 1) シンナーやトルエン(ボンド、マニキュアの除光液なども含む) | ①いた | ②いない |
| 2) マリファナ(大麻、ハッピー、ハシッシも同じ) | ①いた | ②いない |
| 3) 覚せい剤(エス、スピード、シャブも同じ) | ①いた | ②いない |
| 4) ガス(ライター用ガス、カセットコンロ用ガスなど) | ①いた | ②いない |
| 5) コカイン(クラックも同じ) | ①いた | ②いない |
| 6) 睡眠薬(病気治療以外の目的で) | ①いた | ②いない |
| 7) 精神安定剤(病気治療以外の目的で) | ①いた | ②いない |
| 8) ブロン薬などのセキ止め液(病気治療以外の目的で) | ①いた | ②いない |

- 9) その他の薬物 ①いた ②いない

6 あなた自身は以下のような薬物を1回でも使用したことがありますか？

- | | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| 1) シンナーやトルエン（ボンド、マニキュアの除光液なども含む） | ①ある | ②ない |
| 2) マリファナ（大麻、ハッパ、ハシッシも同じ） | ①ある | ②ない |
| 3) 覚せい剤（エス、スピード、シャブも同じ） | ①ある | ②ない |
| 4) ガス（ライター用ガス、カセットコンロ用ガスなど） | ①ある | ②ない |
| 5) コカイン（クラックも同じ） | ①ある | ②ない |
| 6) 睡眠薬（病気治療以外の目的で） | ①ある | ②ない |
| 7) 精神安定剤（病気治療以外の目的で） | ①ある | ②ない |
| 8) ブロン薬などのセキ止め液（病気治療以外の目的で） | ①ある | ②ない |
| 9) その他の薬物 | ①ある | ②ない |

7 この施設に入る前、お酒（アルコール類）をどのくらい飲んでいましたか？

- ①飲んだことはない ②1年で数回飲んだ ③月に2、3回 ④週に2、3回かそれ以上

8 施設に入る前、「シンナー遊び」のために有機溶剤（シンナー、トルエン、その他）を手に入れようとした場合、それはどの程度難しいことでしたか？

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

9 これまでに一回でも「シンナー遊び」を経験したことがありますか？ある場合は、初めて経験した年齢を選んでください

- ①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼえていない

10 施設に入る前、最もしていた時で「シンナー遊び」をどのくらいしていましたか？

- ①したことはない ②1年で数回した ③月に数回以上した ④ほとんど毎日

11 「シンナー遊び」は法律で禁止されていますが、「シンナー遊び」をする前（したことがない人は施設入所前）、あなたは「シンナー遊び」をどう思っていましたか？

- ①法律で禁じられているから、すべきではないと思っていた
②法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思っていた
③法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思っていた

12 法律で「シンナー遊び」を禁止しているのを「シンナー遊び」をする前（したことがない人は施設入所前）どう思っていましたか？

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

13 「シンナー遊び」をしすぎたり繰り返したりすると、下のようなことが起こることがあります。「シンナー遊び」をする前(したことがない人は施設入所前)、「シンナー遊び」でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。

- ①急性中毒死(吸っていてそのまま急に死ぬこと)
- ②多発神経炎(手足の筋肉や神経がおとろえ、物がつかめなくなったり、歩けなくなること)
- ③精神病状態(何もないのに物が見えたり声が聞こえたりする幻覚、誰もいないのに自分が見られているとか自分が噂されていると思いこんだりする妄想がでること)
- ④無動機症候群(何もする気がなくなり、学校を欠席したり仕事が続けられなくなること)
- ⑤フラッシュバック(「シンナー遊び」をやめて吸わなくなったのに、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻覚や妄想が出ること)
- ⑥いずれも知らなかった

14 「シンナー遊び」の結果、上記のような精神病状態やフラッシュバックなどを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください。(もともと「シンナー遊び」をしていない人は

⑤を選んでください)

- ①精神病状態 ②フラッシュバック ③多発神経炎
- ④無動機症候群 ⑤「シンナー遊び」はしたことがない

15 「シンナー遊び」をすると上記質問のような急性中毒死・多発神経炎・精神病状態・無動機症候群・フラッシュバックをおこすことを知っていたら「シンナー遊び」をしなかったと思いますか？(もともと「シンナー遊び」をしていない人は③を選んでください)

- ①しなかったと思う ②やはりしていたと思う ③「シンナー遊び」はしたことがない

16 この施設を出た後、「シンナー遊び」はやらないと思いますか？

- ①絶対やらないと思う ②多分やらないと思う ③多分やると思う ④絶対やると思う

17 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は、その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください。

- ①誘われたらやると思うから ②今もやりたいと思っているから
- ③いやなことがあったらやると思うから ④なんとなくそう思うから

18 あなたの身近に「ガスパン遊び(ガスの吸引)」の結果、病気や異常になった人がいましたか？

- ①いた ②いない

19 施設に入る前、「ガスパン遊び」のためのライターガスなどを手に入れようとした場合、それはどの程度難しいことでしたか？

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

20 「ガスパン遊び」をする前(使ったことがない人は施設入所前)、「ガスパン遊び」についてあなたはどう思っていましたか？

- ①「ガスパン遊び」は知らなかった ②関心がなかった ③見てみたかった ④試してみたかった

21 これまでに一回でも「ガスパン遊び」を経験したことがありますか？ある場合は、初めて経験した年齢を選んでください

- ①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼえていない

22 施設に入る前、最もしていた時で「ガスパン遊び」をどのくらいしていましたか？

- ①したことはない ②1年で数回した ③月に数回以上した ④ほとんど毎日

23 「ガスパン遊び」をする前(したことがない人は施設入所前)、あなたは「ガスパン遊び」をどう思っていましたか？

- ①すべきではないと思っていた ②少々ならかまわないと思っていた
③かまわないと思っていた ④「ガスパン遊び」は知らなかった

24 「ガスパン遊び」をすると質問14のような^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態や^{きゅうせいちゅうどくし}急性中毒死をおこすことをガスパン遊びをする前に(したことがない人は施設入所前)知っていましたか？「ガスパン遊び」でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。

- ①^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態 ②^{きゅうせいちゅうどくし}急性中毒死 ③いずれも知らなかった

25 「ガス」を使った結果、質問14と同じ^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態やフラッシュバックを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください。(もともと「ガス」を使っていない人は④を選んでください)

- ①^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態 ②フラッシュバック ③「ガスパン遊び」はしたことがない

26 「ガスパン遊び」をすると、^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態や^{きゅうせいちゅうどくし}急性中毒死をおこすことがあるのを知っていたら「ガスパン遊び」をしなかったと思いますか？(もともと「ガスパン遊び」をしなかった人は③を選んでください)

- ①使わなかったと思う ②やはり使ったと思う ③「ガスパン遊び」はしたことがない

27 「ガス」はどうやって手に入れましたか？あてはまることすべてに○をつけてください。(もともと「ガスパン遊び」をしなかった人は⑤を選んでください)

- ①コンビニで購入 ②日用品売り場で購入 ③人からもらった ④万引きした
⑤ガスパン遊びはしたことがない

28 「ガスパン遊び」をする時、どんなガスを使いました？あてはまることすべてに○をつけてください。(もともと「ガスパン遊び」をしなかった人は⑤を選んでください)

- ①つめかえ用ライターガス ②カセットコンロ用ガス ③100円ライター ④その他
⑤ガスパン遊びはしたことがない

29 この施設を出た後、「ガスパン遊び」はやらないと思いますか？

- ①絶対やらないと思う ②多分やらないと思う ③多分やると思う ④絶対やると思う

30 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は、その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください。

- ①誘われたらやと思うから ②今もやりたいと思っているから
③いやなことがあったらやと思うから ④なんとなくそう思うから

以下の32から36までは「ガスパン遊び」と「シンナー遊び」も両方したことがある人だけ答えてください。

31 「ガスパン遊び」と「シンナー遊び」のうち薬物として良いのはどちらですか？

- ①ガス ②シンナー ③どちらともいえない

32 その理由は次のいずれですか？あてはまることすべてに○をつけてください。

- ①幻覚が強い ②気持ちが良くなる ③使い方が簡単である ④手に入れやすい
⑤効き目がはやい ⑥警察などに捕まりにくい ⑦その他

33 「ガスパン遊び」と「シンナー遊び」のうち、やめられなくなるのはどちらですか？

- ①ガス ②シンナー ③どちらともいえない

34 「ガスパン遊び」と「シンナー遊び」のうち、薬物として害があるのはどちらだと思いますか？

- ①ガス ②シンナー ③どちらもたいして害はない
④どちらも同じくらい害がある ⑤良く分からない

35 「ガスパン遊び」と「シンナー遊び」のうち、仲間の中で、はやっていたのはどちらですか？

- ①ガス ②シンナー ③どちらも、はやっていなかった
④どちらも同じくらいはやっていた

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

37 施設に入る前、大麻を手に入れようとした場合、それはどの程度難しいことでしたか？

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

38 大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前)、大麻についてあなたはどのように思っていましたか？

- ①大麻は知らなかった ②関心がなかった ③見てみたかった ④試してみたかった

39 これまでに一回でも大麻(マリファナ、ハシッシ、ハッパ)を吸ったことがありますか？ある場合は、初めて経験した年齢を選んでください

- ①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼえていない

40 施設に入る前、最もしていた時で大麻をどのくらい吸っていましたか？

- ①吸っていない ②1年で数回吸った ③月に数回以上吸った ④ほとんど毎日吸っていた

41 大麻は法律で禁止されていますが、大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前)あなたは大麻をどう思っていましたか？

- ①法律で禁じられているから、すべきではないと思っていた

- ②法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思っていた
- ③法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思っていた

42 大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前)、法律で大麻を禁止しているのをどう思っていましたか？

- ①当然だと思っていた
- ②しかたないことだと思っていた
- ③麻薬・覚せい剤とちがって、大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと考えていた
- ④そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思っていた

43 大麻を吸うと質問11と同じ^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態や^{むどうきしょうこうぐん}無動機症候群をおこすことを大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前)に知っていましたか？大麻でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。

- ①^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態
- ②^{むどうきしょうこうぐん}無動機症候群
- ③いずれも知らなかった

44 大麻を使った結果、質問14と同じ^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態や^{むどうきしょうこうぐん}無動機症候群を体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください。(もともと大麻を使っていない人は③を選んでください)

- ①^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態
- ②^{むどうきしょうこうぐん}無動機症候群
- ③大麻は使ったことがない

45 大麻を吸うと、^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態や^{むどうきしょうこうぐん}無動機症候群をおこすことがあるのを知っていたら大麻を使わなかったと思いますか？(もともと大麻を使っていない人は③を選んでください)

- ①使わなかったと思う
- ②やはり使ったと思う
- ③大麻は使ったことがない

46 この施設を出た後、大麻はやらないと思いますか？

- ①絶対やらないと思う
- ②多分やらないと思う
- ③多分やると思う
- ④絶対やると思う

47 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は、その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください。

- ①誘われたらやると思うから
- ②今もやりたいと思っているから
- ③いやなことがあったらやると思うから
- ④なんとなくそう思うから

48 あなたの身近に覚せい剤の結果、病気や異常になった人がいましたか？

- ①いた
- ②いない

49 施設に入る前、覚せい剤を手に入れようとした場合、それはどの程度難しいことでしたか？

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

50 覚せい剤(スピード、エス)を使う前(使ったことがない人は施設入所前)、覚せい剤についてあなたはどのように思っていましたか？

- ①覚せい剤は知らなかった
- ②関心がなかった
- ③見てみたかった
- ④試してみたかった

51 入所前、覚せい剤の使用を誘われたことがありますか？

- ①ある
- ②ない

52 これまでに一回でも覚せい剤(スピード, エス)を使用したことがありますか?ある場合は初めて経験した年齢を選んでください

- ①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼえていない

53 施設に入る前, 最も使っていた時で覚せい剤(スピード, エス)をどのくらい使っていましたか?

- ①したことはない ②1年で数回した ③月に数回以上した ④ほとんど毎日

54 覚せい剤(スピード, エス)を使ったことがある人はどんな方法で使いましたか? (もともと覚せい剤をしていない人は④を選んでください)

- ①吸引 ②注射 ③吸引と注射の両方 ④覚せい剤は使ったことがない

55 覚せい剤(スピード, エス)は法律で禁止されていますが, 覚せい剤(スピード, エス)を使う前(使ったことがない人は施設入所前)あなたは覚せい剤をどう思っていましたか?

- ①法律で禁じられているから, すべきではないと思っていた
②法律で禁じられてはいるが, 少々ならかまわないと思っていた
③法律で禁じられてはいるが, それを守る必要は全然ないと思っていた

56 覚せい剤(スピード, エス)を使う前(使ったことがない人は施設入所前), 法律で覚せい剤(スピード, エス)を禁止しているのをどう思っていましたか?

- ①当然だと思っていた
②しかたないことだと思っていた
③そもそも法律で決める必要はなく, 個人の好きにさせればよいと思っていた

57 覚せい剤によって質問14と同じ^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態やフラッシュバックが起こることを覚せい剤を使う前(使ったことがない人は施設入所前)知っていましたか?覚せい剤でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください.

- ①^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態 ②フラッシュバック ③いずれも知らなかった

58 覚せい剤を使った結果, 質問14と同じ^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態やフラッシュバックを体験したことがありますか?体験したことすべてに○をつけてください. (もともと覚せい剤を使っていない人は③を選んでください)

- ①^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態 ②フラッシュバック ③覚せい剤は使ったことがない

59 覚せい剤を使うと, ^{せいしんびょうじょうたい}精神病状態, フラッシュバックをおこすことを知っていたら覚せい剤を使わなかったと思いますか? (もともと覚せい剤を使っていない人は③を選んでください)

- ①使わなかったと思う ②やはり使ったと思う ③覚せい剤は使ったことがない

60 この施設を出た後, 覚せい剤はやらないと思いますか?

- ①絶対やらないと思う ②多分やらないと思う ③多分やると思う ④絶対やると思う

61 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は, その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください.

- ①誘われたらやると思うから ②今もやりたいと思っているから
③いやなことがあったらやると思うから ④なんとなくそう思うから

62 シンナー遊び、ガスパン遊び、大麻、覚せい剤のいずれかでも使ったことがある人に聞きます。
これまで使った順にそれぞれの（ ）のなかに1から順に番号を付けてください。一つだけしかや
っていない人は1のみ、二つやったことがある人は1から2まで、三つやったことがある人は1から3
まで、というふうに経験のある薬物の数だけ使った順に番号をつけてください。（いずれも使ってい
ない人は何もつけなくてかまいません）

- （ ） シンナー遊び（シンナー、トルエン、ボンド、マニキュアの除光液など）
（ ） ガスパン遊び（ライター用ガス、カセットコンロ用ガスなど）
（ ） マリファナ（大麻、ハッパ、ハシッシも同じ）
（ ） 覚せい剤（エス、スピード、シャブも同じ）
（ ） 睡眠薬（病氣治療以外の目的で）
（ ） その他の薬物（安定剤、咳止め液、コカイン、など）

63 施設（児童自立支援施設）に入ったのはいつですか？

- ①小学4年生以下 ②小学5年生 ③小学6年生
④中学1年生 ⑤中学2年生 ⑥中学3年生
⑦高校・専門学校生 ⑧就職中 ⑨中卒後無職中

64 家庭裁判所から呼び出されたことはありますか？ ①ある ②ない

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

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

66 このような非行を、あなたが初めてしたのはいつですか？

- ①小学校入学前 ②小学1年生 ③小学2年生 ④小学3年生 ⑤小学4年生
⑥小学5年生 ⑦小学6年生 ⑧中学1年生 ⑨中学2年生 ⑩中学3年生
⑪中学卒業以後

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

- ①ない ②1回ある ③2回から3回ある ④数回以上ある

あなたは以下のようなことはしてはいけないことだと思いますか。当てはまる番号に○をつけてください

- 68 自分の家から黙ってお金を持ち出す
- 69 万引きをする
- 70 放置してある自転車を乗ってしまう
- 71 気に入らない相手を殴る
- 72 頭にきてナイフで人を刺してしまう
- 73 ひったくりをする
- 74 アツアゲをする（おどかして金品を取る）
- 75 何日か無断で家に帰らない
- 76 学校をサボる
- 77 暴力団の人とつきあう
- 78 不良グループとつきあう
- 79 無免許運転をする
- 80 飲酒をする
- 81 タバコを吸う
- 82 シンナーを吸う（トルエン、ボンドマニユキアも含む）
- 83 友達にウソをつく
- 84 覚せい剤を使う（エス、スピード、シャブ）
- 85 ガスパン遊びをする（ライター用、カセットコンロ用など）
- 86 マリファナを吸う（大麻、ハッパ、ハシッシ）
- 87 夜中に遊び歩く
- 88 電車やバス内で友達同士で大声で喋る
- 89 いろんな人とセックスをする
- 90 売春（援助交際）をする
- 91 置いてある物や家に火をつける
- 92 人の持ち物を壊す
- 93 刺青（いれずみ）をする
- 94 根性焼きをする
- 95 バイクや自動車を盗む
- 96 親の言うことを聞かない
- 97 学校で禁止されている服装や髪型をする

ご協力ありがとうございました

分 担 研 究 報 告 書
(1－4)

救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究（1）

分担研究者 相星淳一 日本医科大学 高度救命救急センター

研究要旨 都市型救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態を把握するとともに、救急患者の迅速で正確な診断・治療を補助するために簡便で信頼性の高い乱用薬物のスクリーニング検査を確立することを目的とした。平成13年1月1日～平成14年12月31日の期間に日本医科大学付属病院高度救命救急センターに搬入された急性薬物中毒症例計306症例について、尿検体を採取し定性試験を実施した。方法は2種類の簡易スクリーニング検査Tox/See及びTriageによる結果を確認分析（GC/MSとLC/MS）と比較検討した。ここ2年間の薬物中毒症例は増加し、特に精神神経薬は平成12年と比較して倍増した。覚せい剤中毒の頻度は6例（2.0%）であった。また、麻薬、合成麻薬、コカイン、大麻による中毒症例はなかった。Tox/See及びTriageのsensitivityは100%であり、一次スクリーニングとして非常に有用であるが、偽陽性症例も散見され確認試験は必須である。さらに、急性医薬品中毒症例におけるTox/See及びTriageの一次スクリーニングとしての有用性について検討した。平成13年3月1日～平成14年12月31日の期間に当センターに搬送された急性医薬品中毒55例について検討した。Benzodiazepinesによる中毒症例は42症例で、半数以上の症例で3剤以上のbenzodiazepinesの多剤服用例であった。Tox/SeeおよびTriageの結果をみると、偽陰性例が12例および11例に認めたが、そのうち各々11例は両検査のcut-off値以下であることからそれらのsensitivityは100%および96.8%であった。Barbituratesは22症例で検出され、Tox/SeeおよびTriageのsensitivityはともに100%であった。また、8例のtricyclic antidepressantsによる中毒症例を確認した。Triageで1例の偽陰性を認めたが、cut-off値以下であり、そのsensitivityは100%であった。これらのことから、cut-off値以下の症例も散見され各検査キットの限界が示唆されたが、両検査法の各医薬品に対するsensitivityは高く、一次スクリーニングとして非常に有用である。また、今回使用した検査キットは欧米の乱用薬物の状況に標準を合わせている。今回の55症例の検討で27症例（49%）にフェノチアジン系薬物が検出され、我々が使用した検査キットではフェノチアジン、プロムワレリル尿薬、TCA（TriageはTCAを含む）を同定することは不可能であり、日本の薬物中毒の現状を反映したスクリーニング検査キットの開発が必要であろう。

A. 研究目的

日本医科大学付属病院高度救命救急センターは重篤な内因性疾患の他に外傷、熱傷、中毒などの特殊疾患に24時間対応している。実際に我々が遭遇する薬物中毒は乱用薬物自体による急性あるいは慢性中毒症状以外に、薬物作用が事件・事故に関与する外因性疾患、薬物作用による内因性疾患の増悪、直接的に薬物あるいは薬物も併用した自殺企図などである。このように症状や症候が薬物作用によって隠蔽され、診断・治療に支障をきたすこともあり、薬物中毒を迅速にスクリーニングすることは極めて重要である。

都市型の救命救急センターにおける薬物中毒の状況をみると、原因薬物として向精神薬や解熱鎮

痛薬などの医薬品が最も多く、覚せい剤や麻薬などの不法薬物による中毒例も散見される。年間約1500症例うち中毒患者数は約7%を占め、ここ数年は増加傾向である。また、国内でも乱用薬物の汚染が中・高校生や女性などの一般市民へ拡大し、社会問題になっている。

したがって、今回の研究目的は都市型の3次医療施設へ搬入された患者を対象に薬物乱用・依存等の実態を把握するとともに、迅速かつ簡便で信頼性の高い薬物スクリーニング検査法を確立することである。

B-1. 対象・方法①

平成13年1月1日～平成14年12月31日の期間に当

救命救急センターへ搬入された急性薬物中毒症例計306症例を対象とした(図1)。乱用薬物のスクリーニング方法としてTriage(BIOSITE社)とTox/See(BIO-RAD社)を使用し、入室時に救命救急センターの不特定の医師が採尿し検査を実施した(図1)。Triageはamphetamines (AMP)、cocaine metabolites (COC)、opioids (OPI)、cannabinoids (THC)、phencyclidine (PCP)、barbiturates (BAR)、benzodiazepines (BZO)、tricyclic antidepressants (TCA)の8種類を検出対象とし、一方、Tox/SeeはTCAの代わりにmethamphetamine (MET)が含まれる(図2)。さらにこの同一検体を冷蔵保存し、Gas Chromatography-Mass Spectrometer (GC/MS)及びLiquid Chromatography-Mass Spectrometer (LC/MS)によって確認分析を行い、不法薬物に関してTox/See及びTriageの比較検討を行なった。

なお倫理面については、人を対象とする臨床研究であり、しかも特に違法性のある禁止薬物の検出であることから、格別の配慮を要することは当然である。この点に関して、①尿は診療上の必要から入室患者の全例から採取しているものであり、これを検体とすることによる身体的、精神的に患者に新たな負担を増すものでないこと。②分析の結果は診療上に対してのみ反映させ、司法当局はじめ外部に対しては法に基づく正規の手続きによる要請以外では漏洩することないこと。のようにこれまで配慮してきているが、さらに今回の調査結果の公表に際し、③尿検体と個人の一対一対応が不可能なunlinked anonymous法を用いることによって、個人の秘密情報を開示漏出させず、従って患者個人には不利益を与えるものではないこととする。

診療方針自体については、患者ないしその近親者に対してインフォームドコンセントを求めることも平常通りである。救命救急センターに付託された社会的役割を改めて述べるまでもなく、もとよりこれまでも全ての入室患者には必要な診療を等しく提供しており、薬物使用者、自殺企図者に対してもそのことを理由として診療内容を異にし、あるいは不利益な取り扱いをすることはありえない。

C-1. 結果①

年齢は 35.0 ± 14.8 歳で、男性98例、女性208例であった。転帰は来院時心肺停止例3例を除いて全例生存した。中毒別症例数では、アルコール中毒6.1%、農業・工業用品3.6%、家庭用品3.3%、ガス中毒3.6%、一般医薬品13.4%、精神神経薬70.0%であった(図1)。年次推移では、平成13年以降精神神経薬による中毒症例が激増し、平成14年では平成12年の件数の約2倍に増加した(図3)。

覚せい剤についての検討結果では、306症例中6例(2%)に確認試験でamphetamineおよびmethamphetamineが検出された(図4)。TriageおよびTox/Seeによるスクリーニングではephedrineや不明な物質による偽陽性所見が9症例あったが、sensitivityは共に100%であった。

OpioidsについてはTriageおよびTox/Seeにより19例(6.2%)に陽性所見を認めたが、確認試験では全例codeineあるいはdihydrocodeineが検出された(図4)。これらの検査法のsensitivityは100%であった。

Methadoneに関してはTriageおよびTox/Seeで5%の偽陽性所見があったが、その原因物質は不明である。また、cocaineおよびcannabinoidsの使用症例はなかった(図4)。

B-2. 対象・方法②

平成13年3月1日～平成14年12月31日の期間に当救命救急センターへ搬入された急性薬物中毒症例計55症例を対象とした(図5)。乱用薬物のスクリーニング方法としてTriageおよびTox/Seeを使用した。さらにこの同一検体を冷蔵保存し、GC/MS及びLC/MSによって確認分析を行い、急性薬物中毒に関してTox/See及びTriageの比較検討を行なった。

C-2. 結果②

Benzodiazepinesは確認試験により42症例で検出された。これらのbenzodiazepinesのうちtriazolam, etizolam, nimetazepamが高頻度に検出され、42症例の半数以上は3剤以上のbenzodiazepinesの同時服用例であった(図6)。Triage及びTox/Seeの真陽性は30例、31例で、偽陰性は12例、11例に認めたが、Triageでは12例中11例はcut-off値以下であるので、sensitivityは96.8%となった。また、Tox/Seeの偽陰性は全例cut-off値以下

でそのsensitivityは100%であった(図7)。Barbituratesは22例で確認され、Triage及びTox/Seeともに22例が真陽性であり、それらのsensitivityは100%であった(図8)。Tricyclic antidepressantsに関しては、8例が確認試験で検出された。Triageの結果では、7例が真陽性で、1例は偽陰性であった。その1例はcut-off値以下で、そのsensitivityは100%であった(図9)。

確認試験で検出されたその他の医薬品はchlorpromazine、levomepromazine、promethazineの中毒症例が約半数の27症例に認めた(図10)。

D. 考察

平成13・14年の急性薬物中毒の年次推移をみると、アルコール、農薬・工業用品、家庭用品、ガスによる中毒症例は横ばいであったが、急性医薬品中毒、特に精神神経薬は平成12年と比較して倍増した。この増加の原因について十分に検討していないが、当施設に特異的であるのか全国的レベルでの調査が急務であろう。

急性薬物中毒306例における不法薬物の検討では、amphetamineおよびmethamphetamineが6例(2%)で確認された。また、opioids、methadone、cocaine、cannabinoidsによる中毒症例はなかった。一次スクリーニングであるTox/SeeおよびTriageと確認試験との比較検討では、覚せい剤において9例および3例の偽陽性があり、その原因としてephedrine、methylephedrineが挙げられるが、同定不可能な症例も6例に認めた。また、opioidsに関しては、一次スクリーニングで19例の陽性例があり、確認試験で全例にcodeine、dihydrocodeineが検出された。以上より、Tox/SeeおよびTriageは覚せい剤、麻薬に対して高いsensitivity(100%)を示し一次スクリーニングとして非常に有用であるが、偽陽性も散見されることから十分な問診や確認試験は必須であると考えられた。

急性医薬品中毒55例におけるTox/SeeおよびTriageの比較検討において、benzodiazepines(42症例)は約半数の症例で3種類以上のbenzodiazepinesを同時服用しており、患者の病院の掛け持ちや医療側の安易な処方などがその要因と考えられる。Tox/SeeおよびTriageの結果をみると、偽陰性例が12例および11例に認めたが、そのうち各々11例は両検査のcut-off値以下であることからそ

れらのsensitivityは100%および96.8%であった。Barbituratesは22症例で検出され、Tox/SeeおよびTriageのsensitivityはともに100%であった。また、8例のtricyclic antidepressantsによる中毒症例を確認した。Triageで1例の偽陰性を認めたが、cut-off値以下であり、そのsensitivityは100%であった。これらのことから、cut off値以下の症例も散見され各検査キットの限界が示唆されたが、両検査法の各医薬品に対するsensitivityは高く、一次スクリーニングとして非常に有用である。

今回使用した検査キットは欧米の乱用薬物の状況に標準を合わせている。今回の55症例の検討で27症例(49%)にフェノチアジン系薬物が検出された。両検査キットではフェノチアジン、プロムワレリル尿素、TCA(TriageはTCAを含む)を同定することが不可能であり、日本の薬物中毒の現状を反映したスクリーニング検査キットの開発が必要であろう。

我々は救急医療の現場において薬物中毒を早期にスクリーニングすることの重要性は以前より報告している。両キットの価格は80,000円/25回であるが、健康保険未収載で実施側に経費負担を強いられるためにあまり普及していない。一般の医療機関では薬物中毒の疑いがあるにもかかわらず、その薬物を同定せずに、あるいは薬物中毒の存在を知らずに治療していることも少なくない。よって、乱用薬物の実態を把握するためにもより早期に保険適用されることが望ましい。

平成13・14年中毒症例 図1

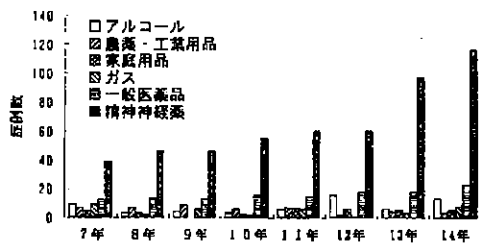
症例：306例
性別：男性98例 女性208例
年齢：35.0 ± 14.6歳
予後：生存 303例
死亡 3例（全例CPA-0A）

中毒別症例数	
アルコール	19 (6.1%)
農薬・工業用品	11 (3.6%)
家庭用品	10 (3.3%)
ガス	11 (3.6%)
一般医薬品	41 (13.4%)
精神神経薬	214 (70.0%)

TriageおよびTOX/Seeにおける分析可能な薬物群 図2

Triage	TOX/See
• THC (Cannabinoids)	• THC
• COC (Cocaine)	• COC
• OPI (Opiates)	• OPI
• AMP (Amphetamines)	• AMP
• MTD (Methadone)	• MTD
• BAR (Barbiturates)	• BAR
• BZO (Benzodiazepines)	• BZO
• TCA (Tricyclic antidepressants)	• MET (Methamphetamine)

中毒症例年次推移 図3



不法薬物 図4

Amphetamine & Methamphetamine : 6例 (2.0%)
Triage: Sensitivity 100% Specificity 98.3%
Tox/See: Sensitivity 100% Specificity 92.1%

Opioids: 19例 (6.2%)
Triage: Sensitivity 100% Specificity 100%
Tox/See: Sensitivity 90% Specificity 100%

Methadone: 0例

Cocaine: 0例

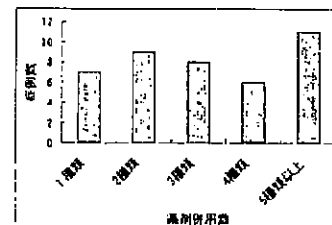
Cannabinoids: 0例

対象・方法 図5

症例	急性薬物中毒およびその疑いのある計55症例
期間	2001年3月～2002年12月
年齢	35±12.9歳 (16～77歳)
性別	男性21例 女性34例
転帰	生存54例 死亡1例
検体	入院時に採取した尿 (Unlinked anonymous法による個人情報の保護)
測定項目	TOX/See (BIO-RAD社) Triage (BIOSITE社)
確認試験	GC/MS, LC/MS (当法医学教室にて実施)
検討内容	TOX/SeeおよびTriageと確認試験の比較

Benzodiazepines 図6

検出薬物	総検出数
Alprazolam	2
Brotizolam	9
Bromazepam	13
Clonazepam	9
Chlordiazepoxide	5
Diazepam	9
Etizolam	20
Estazolam	5
Flunitrazepam	17
Flurazepam	3
Nimetazepam	8
Nitrazepam	6
Oxazepam	12
Triazolam	23



Benzodiazepines 図7

Triage真陽性: 30例 (偽陰性: 12例)

Tox/See真陽性: 31例 (偽陰性: 11例)

確認試験陽性: 42例

Triage: Sensitivity 96.8% Specificity 53.8%

Tox/See: Sensitivity 100% Specificity 76.9%

Barbiturates 図8

検出薬物	総検出数
Phenobarbital	21
Amobarbital	1

Triage真陽性: 22例 (偽陰性: 0例)

Tox/See真陽性: 22例 (偽陰性: 0例)

確認試験陽性: 22例

Triage: Sensitivity 100% Specificity 100%

Tox/See: Sensitivity 100% Specificity 100%

Tricyclic Antidepressants 図9

検出薬物	総検出数
Amiripityline	5
Imipramine	2
Nortriptyline	1

Triage真陽性: 7例 (偽陰性: 1例)

確認試験陽性: 8例

Triage: Sensitivity 100% Specificity 91.5%

その他の医薬品 図10

検出薬物	検出総数
Chlorpromazine	21
Levomopromazine	14
Promethazine	18
Haloperidol	1
Sulpiride	2
Bromvalerylurea	4
Acetaminophen	4
Theophylline	2

27症例 (49%)

分 担 研 究 報 告 書
(1－5)

救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究（2）

分担研究者	平林直次	国立精神・神経センター武蔵病院	医長
研究協力者	三島史朗	東京医科大学救命救急センター	
	木村智城	東京医科大学精神神経科	助手
	行岡哲男	東京医科大学救命救急センター	教授
	花岡知之	国立がんセンター研究所支所	臨床疫学研究部 主任研究官

研究要旨 都内某病院、救命救急センターに搬送された患者をセンチネル集団（定点観測集団）として設定し、薬物乱用・依存の実態をunlinked anonymous method（UA法）を用いて4ヶ月間調査した。なお、Baseline rateを高くするために年齢10歳以上60歳未満の入院例のみを対象とした。対象71名中43名（60.6%）から薬物が検出された。身体疾患治療薬、計17種類が26名（36.6%）から、向精神薬、計17種類が26名（36.6%）から検出された。Methamphetamineは71名中4名から検出され乱用率は5.63%であった。これら4名中1名からはamphetamineも検出された。平成12～14年度における平均乱用率は5.47%（95%信頼区間 2.42 - 7.05）であった。次に、乱用率の年次変化を調べてみた。平成12年度および13年度における平均乱用率4.98%（95%信頼区間 1.06 - 6.92）と平成14年度の乱用率5.63%との間には有意差は無かった。本研究のように陽性率が低いセンチネル集団を設定して、乱用率の動向を捉えることは、わずか3年間では困難であることは平成12年度研究で予想されたことであった。したがって、本研究の結果から薬物乱用率にこの3年間変化がなかったと断定することはできない。今後の経年的調査による判断が必要である。Methamphetamine乱用者の95%は年齢9.7 - 63.7歳の範囲に分布していることが予想された。したがって、対象の年齢をこの範囲に設定すれば、methamphetamine乱用者の95%を捕捉できることが明らかとなった。

A. 研究目的

平成12、13年度の本研究班において、以下のようない分担研究を行った。都内I病院、救命救急センターに搬送された3次救急患者をセンチネル集団（定点観測集団）に設定し、薬物乱用・依存の実態調査を4ヶ月間行った。なお、調査に当たっては、WHOで推奨されているunlinked anonymous methodを用いた1,2)。その結果、同集団におけるmethamphetamine乱用率は平成12年度1.08%3)、平成13年度2.65%4)であった。このようにmethamphetamineなどのようにBaseline rateの低い薬物乱用・依存者数の増減をモニターするには、Baseline rateのより高いセンチネル集団の選択が必要と考えられた。両年度の研究結果を検討しなおしてみると、15歳未満の小児、55歳以上の成人、高齢者には、非合法薬物の依存・乱用者は含まれていなかった。また、薬物乱用者の場合、外来受診のみの症例はなく、入院治療を受けていた。以上のことから、methamphetamineなど乱用頻度の低い

非合法薬物の乱用率をモニターするためには、15歳以上55歳未満の90名～120名の入院患者を対象集団に設定して検体採取を行うとBaseline rateが上昇することが明らかとなった4)。

また、血液検体と尿検体では、どちらが乱用・依存薬物の検出にとって優れた検体であるかを決定する目的で、平成13年度研究では、151名中58名の対象者について血液検体と尿検体の両方を採取し、検出された物質の比較を行った。その結果、両検体間において、検出された物質に明らかな有意差はなかった。しかし、費用効果比および簡便さ、汎用性などを考えると、尿検体が優れていることが判明した。

平成14年度における本研究の目的は、以上の研究結果をもとにセンチネル集団を設定し、薬物乱用・依存率をモニタリングすることである。また、同時に平成12、13年度の薬物乱用・依存率との比較を行い、その経年的変化を検討することである。

B. 研究方法

都内T病院、救命救急センターへ身体疾患のために入院治療となった10歳以上60歳未満の患者を対象とした。これらの入院患者では重篤な身体状態にあり診断治療目的で尿が採取・貯留され、尿量確認の後、廃棄される。この破棄される予定の尿を検体として採取した。なお、調査期間は、平成14年10月1日から平成15年1月31日までの4ヶ月間として連続サンプリングを行った。

尿検体の採取は、救命救急センターの医師が行い、採取された尿検体は-80度に冷凍凍結保存し、後日、臨床検査技師が検体中の薬物測定を行った。その結果を分担研究者らが集計し、統計学的解析を行った。このように、より厳密にUA法を用いるために、検体採取者、検体測定者およびその結果の集計解析者は、まったく別の研究者が担当した。

検体の測定には、日本バイオ・ラッド ラボラトリー株式会社製、全自動薬物検査システム REMEDI-HS(r)を使用した。本測定機器は液体クロマトグラフィーとUV分光光度計との組み合わせによって検体中の物質を同定し、その濃度を測定する。検出対象物質としては、916種類の物質の検出が可能で、この中には治療薬だけではなく、アヘンアルカロイド系、コカアルカロイド系、合成麻薬、覚醒剤などの物質も含まれている5)。

本研究では前述のとおりUA法を用いているため、得られたデータは検体の性別、年齢、疾病分類、検出された薬物の種類に限られており、これらの項目についてのみ検討を行った。統計学的解析にはSPSS 10.0Jを使用し、p値0.05未満を統計学的に有意とした。名義変数の比較にはカイ2乗検定またはFisherの直接法を用い、平均値の差の検定にはt-検定を行った。

本研究はヒトを対象とする研究であり、また、違法性のある物質の検出であり、患者への侵襲性およびプライバシーには十分な配慮を行った。この点に関しては、須崎らが救命医の立場から、その倫理面について論じているが6)、同様に本研究の倫理的側面について本年度も再検討してみた。

1. 採尿は診療上の必要性から救命救急センター来院者の全例に行っているものであり、これを検体とすることで新たに身体的、精神的苦痛を与えるものではないこと

2. 尿検体はあくまでも、臨床検査のため使用

後の破棄予定分のみを使用し、検体が不足した場合は調査対象から除外したこと

3. 分析結果は、研究以外の目的では一切用いなかったこと

4. 検体と患者個人との対応が不可能なUA法を用いることによって個人のプライバシーに対して十分な配慮を行ったこと

上記のことを考慮すると、本研究が患者に不利益をもたらす研究ではないと考えられた。しかし、本研究の特徴を考えると、今後も倫理的側面への十分な配慮を継続していくことが必要である。

C. 研究結果

1. 対象群の社会的背景

調査期間4ヶ月間に同センターへ搬送された総患者数は469名であった。このうち年齢10歳以上60歳未満に相当し検体が採取された者は81名であった。84名中傷病名不明の3名および年齢が60歳以上の10名を除き、適格基準を満たした71名を対象とした。対象71名の平均年齢は 37 ± 12 歳、男性34名、女性37名であった。対照群の年齢性別内訳を表1に示した。

次に、この対象が年間を通じて救命救急センターに入院した同年齢の患者を代表するサンプルとみなしてよいのかを検討するために、性別、平均年齢を比較検討した。

表1 対象群の性別年齢構成

年齢	男	女
～10	0	0
～20	0	2
～30	12	12
～40	3	9
～50	8	11
～60	11	3
～70	0	0
～80	0	0
～90	0	0
～100	0	0
計	34	37

表2 性別と平均年齢の差

対象群	年間受診者			
	入院	10歳以上60歳未満 入院	外来および入院 外来および入院	全年齢 外来および入院
n	71	335	533	1121
男(%)	47.9*	37.3	37.5	59.1
年齢	37±12	38±13	38±13	58±22
平均値の差		-1.12 ns		
		-4.39 - 2.15*		
			-1.36 ns	
			-4.59 - 1.88*	
				-19.97*
				-23.13 - -16.81*

*: p<0.05, ns: not significant, *: 95%信頼区間

表3 傷病分類別度数

	n=71	(%)
心肺停止 外因	3	(4.2)
内因	4	(5.6)
外傷	16	(22.5)
急性中毒	26	(36.6)
心疾患	3	(4.2)
脳血管障害	8	(11.3)
呼吸器疾患	3	(4.2)
その他	8	(11.3)
		(100.0)

表4 物質分類別検出数

	人数		物質数	
	n=71	(%)	n=146	(%)
身体疾患治療薬	26	(36.6)	31	(21.2)
向精神薬	26	(36.6)	35	(24.0)
非合法あるいは合法	16	(22.5)	16	(11.0)
非合法薬物	4	(5.6)	5	(3.4)
救命目的で使用された治療薬	56	(78.9)	51	(34.9)
嗜好品	11	(15.5)	8	(5.5)
		(取扱いあり)		(取扱いあり)

表5 検出された身体疾患治療薬 (n=26人, 物質17種)

	検出物質	件数
B刺激薬	ephedrine	2
パーキンソン病治療薬	trihexyphenidyl hydrochloride	1
去痰薬	ambroxol	1
局所麻酔薬	bupivacaine	1
	procaine	3
交感神経刺激薬	methylephedrine	3
抗ヒスタミン薬	diphenhydramine	1
	phenylpropanolamine	1
抗潰瘍薬	cimetidine	1
	misoprostol	2
	pirenzepine	1
	ranitidine	3
降圧薬	diltiazem	4
制吐剤	metoclopramide	1
中枢性麻酔性鎮咳薬	dihydrocodeine	4
点鼻用局所血管収縮薬	oxymetazoline	1
副腎皮質ステロイド	hydrocortisone	1
		31

表6 検出された向精神薬 (n=26人, 物質17種)

	検出物質	件数
フェニチジン系	chlorpromazine	5
	levomepromazine	1
	methotrimeprazine	8
	perphenazine	1
ベンズアミド系	sulpiride	1
非定型抗精神病薬	risperidone	1
三環系抗うつ薬	amitriptyline	2
	amoxapine	3
	clomipramine	1
	desipramine	1
	imipramine	1
	nortriptyline	1
SSRI	fluvoxamine	3
	sertraline	2
トリアゾピリジン系	trazodone	1
ベンゾジアゼピン系	alprazolam	1
ゾルピデム系	zolpidem	2
		35

表7 使用物質の同定が困難な代謝物あるいは非合法的使用の可能性がある薬物

(n=16人)		
使用が予想される物質	使用が予想される物質の種類	件数
promethazine	フェニチジン系	8
propoxyphene	ブプロピオン系代謝物	1
quinidine	抗不整脈薬	2
pentazocine/dextromethorphan	中枢性非麻酔性鎮咳薬/非麻酔性鎮痛薬(ボイ)	2
meperidine	麻薬	2
morphine	麻薬	1
		16

表8 非合法薬物 (n=4人)

検出物質	件数
amphetamine	1
methamphetamine	4
	5

表9 傷病分類と検出薬物数

	身体疾患 治療薬	向精神薬	methamphetamine	amphetamine	薬量 不明	使用日 不明	合計
心臓停止	0	2					2
外因	3	2					5
内因	3	1	1	1	6	12	24
外傷	10	26	2		8	46	46
急性中毒						0	0
心疾患	6	1	1		1	9	9
脳血管障害	3					3	3
呼吸器疾患	6	3			1	10	10
その他	31	35	4	1	0	87	87

患者台帳からすると今回の調査期間を含む平成14年2月1日から平成15年1月31日までの一年間に救命救急センターへ搬送された患者母集団は1,172名で、このうち年齢不明31名、性別不明4名、入院退院の別が不明の16名を除き、1,121名を抽出した。このうち年齢10歳以上60歳未満に相当する患者数は533名であり、平均年齢は38±13歳、男性200名、女性333名であった。また、そのうち入院患者数は335名で、平均年齢は38±13歳、男性125名、女性210名であった。

表2に示したように、対象群と10歳以上60歳未満の年間入院患者との間には、平均年齢では有意差はなかったが(平均値の差-1.12歳、95%信頼区間 -4.59 - 1.88)、性別においては有意差が認められた。対象群は男性47.9%であるのに対して、10歳以上60歳未満の年間入院患者では男性37.3%であった。

対象群の疾病分類を表3に示した。

2. 検出物質とその頻度

検出された物質別の人数および物質数を表4に示した。この表には、救命処置として用いられたと予想されるlidocaineと嗜好品であるcaffeineの検出された人数および物質数も示した。しかし、物質依存・乱用の対象とは考えにくいこれらの物質を除いてみると、対象71名中43名(60.6%)から、合計42種類の物質が検出された。一人あたりの検

出物質数は、平均2.1件(71名から146件の物質検出)であった。これらの物質のうち治療目的で用いられる薬物を表5、表6に示した。表5は向精神薬を除く身体疾患の治療薬の一覧で、表6は向精神薬の一覧である。身体疾患治療薬は26名(36.6%)から17種類が、向精神薬は、26名(36.6%)から17種類が検出された。検出された主な向精神薬は、フェノチアジン系15件、三環系抗うつ薬9件、SSR15件であった。検出された代謝産物から原物質が同定できなかったものを表7、非合法薬物を表8に示した。

Methamphetamineは71名中4名から検出され、乱用率は5.63%であった。これら4名中1名からはamphetamineも検出された。したがって、非合法の薬物が検出されたのは、71名中4名で5.63%あった。

救命救急センターへの搬送原因となった身体疾患分類と検出された薬物との関係は、表9のとおりであった。身体疾患治療薬を除くと、急性薬物中毒で最も多く薬物が検出され、向精神薬が26件、methamphetamineが2件検出された。急性薬物中毒以外でも外傷で向精神薬が1件、methamphetamineが1件、amphetamineが1件検出された。

D. 考察

今回の調査は、平成12年度、13年度と同じく10月1日から翌年1月31日までの4ヶ月間の調査期間を設定した。過去の調査結果と比較する上では、調査時期の設定による影響が最小限であるとみなすことができる。

傷病名または年齢不明例を除き、最終的に71名の検体から測定結果を得た。この対象は、救命救急センターへ調査期間を含む一年間に搬送され入院治療を受けた10歳以上60歳未満の全症例と比較してみると、その平均年齢においては有意差を認めなかったが、性別においては対象群で有意に男性が多かった。このことはサンプルの抽出においてバイアスが存在したことを意味しており、単純に今回の結果を同救命センターの同年齢の入院患者に一般化できないことを意味している。このことは本研究の制限limitationであり、本研究の結果を解釈する上で注意深く考慮する必要がある。現時点ではバイアスの原因は同定できないが今後同様の調査を行う場合、バイアスが生じにくいようにサンプリング過程を改善する必要がある。

表10 Methamphetamine乱用率

	n	methamphetamine検出者	乱用率	平均
H12	102	3	2.94	5.47 (95%信頼区間 2.42 - 7.05)
H13	57	4	7.02	
H14	71	4	5.63	

表11 Methamphetamine検出者の性別年齢および診断

検出年度	性別	年齢	診断
12	女	18	急性薬物中毒
	男	28	外傷
	男	40	急性薬物中毒
13	男	26	急性薬物中毒
	女	39	急性薬物中毒
	男	52	急性薬物中毒
	男	54	外傷
平均年齢		36±13	

る。

1. 非合法薬物の検出頻度

平成12、13年度の調査では、methamphetamineの乱用率はそれぞれ1.08% (279検体中3検体)、2.65% (151検体中4名) であった。両年度について、本年度と同じ母集団に絞って乱用率を計算してみた。つまり、両年度の対象者から年齢10歳以上60歳未満の入院患者のみを対象としてその対象群における乱用率を計算した。表10に示したとおり、平成12、13年度の乱用率は、それぞれ2.94% (102検体中3検体)、7.02% (57検体中4検体) であった。

本年度は、71名中methamphetamineまたはamphetamineが検出された者は4名で5.63%であった。表10に示したとおり、本年度と平成12年度、13年度における乱用率(95%信頼区間 1.60 - 6.92)との間に有意差を認めなかった。本研究のように陽性率が低いセンチネル集団を設定して、乱用率の動向を捉えることは、わずか3年間では困難であることは平成12年度研究³⁾で予想されたとおりであった。したがって本研究の結果からこの3年間薬物乱用率に変化がなかったと断定することはできない。今後の経年的調査による判断が必要である。

2. 対象検体の決定と対象集団の選択

1) 対象集団の選択と社会的特性

平成12年度、13年度研究の結果では、非合法薬物は15歳未満および55歳以上では一人も検出されなかった。このため本年度の研究では上記年齢幅を含む10歳以上60歳未満を対象年齢と設定して検体採取を行った。

しかし、さらに詳細に非合法薬物の検出された対象の社会的特性を検討してみると、表11に示したとおり、methamphetamine検出者の95%は9.7 - 63.7歳の範囲に分布していることが予想された。したがって、今後、年齢設定をこの範囲に行えば、methamphetamine乱用者の95%を捕捉できることが明らかとなった。

救急救命センターを受診者のセンチネル集団に設定した場合、18歳未満の小児は救急受診であってもその多くが小児科へ受診しており、18歳未満の患者の捕捉は困難と考えられた。また、今後、一般人口の高齢化が進んだ場合、救急救命センター受診者の高齢化も予想される。methamphetamine乱用者が高齢化する可能性もあり、柔軟な年齢設定を行って行く必要があると考えられた。さらに、対象群の年齢構成が大きく変化することも予想され、経年的変化を検討していく場合には年齢構成の変化を考慮する必要がある。

E. まとめ

1. 救急救命センターへ搬送された71名中43名(60.6%)から薬物が検出された。
2. 身体疾患治療薬は計17種類が26名(36.6%)から、向精神薬、計17種類が26名(36.6%)から検出された。
3. Methamphetamineは71名中4名から検出され乱用率は5.63%であった。これら4名中1名からはamphetamineも検出された。
4. 本年度のmethamphetamine乱用率と平成12年度、13年度における乱用率(95%信頼区間 1.60 - 6.92)との間に有意差は認めなかった。
5. methamphetamine検出者の95%は年齢9.7 - 63.7歳の範囲に分布していることが予想された。
6. したがって、年齢をこの範囲に設定すれば、methamphetamine乱用者の95%を捕捉できることが明らかとなった。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表

1) 神山知子, 大高祐一, 佐々木博一, 小池大介, 木村智城, 平林直次: 当救命救急センターにおける包括的薬物スクリーニング. 第30回日本救急医学会総会 シンポジウム 一般演題 ポスター. 札幌. 2002/10/11

G. 参考文献

- 1) 鎌倉光宏. 第1章 世界的流行の現状: 拡大を続ける世界的流行. 山崎修道, 木原正博監訳. エイズ・パンデミック. 東京, 財団法人日本学会事務センター, 1988, pp3-30.
- 2) Evans BG, Gill ON, Emslie JAN: Completeness of reporting of AIDS cases [editorial]. *Br Med J* 1991; 302: 1351-1352.
- 3) 平林直次: 救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究(2). 主任研究者, 和田清, 平成12年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業) 薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に関する研究 研究報告書, 2000, pp157-163.
- 4) 平林直次: 救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究(2). 主任研究者, 和田清, 平成12年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業) 薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に関する研究 研究報告書, 2001, pp121-128.
- 5) 日本バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社 診断事業部: 全自動薬物検査システムREMED-i-HSR. 薬物リストrev4.23, 東京, 1995.
- 6) 須崎伸一郎: 救命救急センター(日本医科大学高度救命救急センター)における薬物乱用・依存等の実態に関する研究. 主任研究者, 和田清, 平成10年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業) 薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に関する研究 研究報告書, 1999, pp135-140.

分 担 研 究 報 告 書
(1-6)

自助グループの実態に関する研究

分担研究者 森田展彰 筑波大学社会医学系精神衛生学 講師
研究協力者 末次幸子 筑波大学医学研究科環境生態系
岡坂昌子 筑波大学人間総合科学研究科

研究要旨 DARCの利用実態および有効性を示す基礎資料を作ること、およびこれをもとにしたDARCと専門機関との連携の提言を目的として、DARCで①利用者の多次元的評価による実態把握とDARCプログラムの有効性の評価、②心理教育プログラム導入の試みをおこなった。（研究1）結城および鹿島DARC利用者の51例（全員男性、平均年齢30.4±8.2歳）を対象に、神経心理学的、心理社会的、スピリチュアリティの多次元評価を行った。その結果、対象群では神経心理テスト（BVRT, WFT, WCST）における認知機能の低下、抑うつ・混乱が強く、統合失調症と同程度の陽性症状を持つ者が25%存在する、スピリチュアリティ指標として用いたPIL得点が非常に低いという特徴を認めた。主な乱用薬物が有機溶剤の群は、覚せい剤の群に比べ、有意な前頭葉機能の低下が認められた。断薬期間による比較では、断薬2～9ヶ月の群は2ヶ月以下の群に比べ、有意に抑うつ感・疲労感が高く、気力は低下していること、前頭葉機能を示すVFTは断薬期間が長い群の方が成績が高いこと、スピリチュアリティは断薬期間による変化に乏しいことが認められた。こうした経過に合わせたプログラムを組むことが必要であり、認知機能の障害や精神症状の強いものでは精神医や心理学的な働きかけが有効であると考えられた。（研究2）上述の働きかけの1つとして、茨城DARCにおいて心理教育プログラムの導入を試み、参与観察を通して、DARCプログラムの有効性について検討した。断薬期間の短い群では12stepのグループ体験は有効に機能しており、これを基礎にして対象に応じた補完的なプログラムを組むことが有効であると考えられた。

A. 研究目的

本研究の目的は、DARCの利用実態および有効性を示す基礎資料を作ることである。更には、これをもとにDARCと医療・心理・福祉などの専門家の連携による、より包括的な治療共同体プログラムの実現を目指すことを考えている。具体的な目標は、以下の2つである。

1) DARC利用者の実態把握

DARCを利用者について、精神医学や心理学の手法を用いて、入所者について多次元的な評価を行ない、DARCの利用者がどのような問題や障害を抱えているかを明らかにする。

2) DARCプログラムの有効性の検証

DARCプログラムがどのような効果を持つかについて、入所期間の長い者と短い者とどのような違いを生じているかの比較を行い検討する。また、DARCプログラムのみでは、十分に効果をあげにくい部分について、今後どのような援助を行なうこと

が有効であるのかを検討する。

B. 研究方法

以下の2つの研究を行った。

研究1：多次元評価による利用者の実態把握とDARCプログラムの有効性の検討

研究2：DARCにおける心理教育プログラム導入の試みと、その際の参与観察をもとにしたDARCプログラムに関する検討

以下に、各々について説明する。

研究1. DARC利用者の障害の多次元的評価とDARCプログラムの有効性の検討

研究1では、DARC利用者における薬物乱用による障害を神経心理学的、心理学的側面とスピリチュアルな側面において評価した。特にこの障害が、乱用薬物により異なるかどうかを確かめる。また、DARCによる断薬期間による障害の違いを検討し、これからDARCプログラムにおける回復過程を明ら

かにした。

対象：

2000年9月から2002年8月の間に茨城県下にある薬物依存症社会復帰施設「DARC」2ヶ所（結城DARCと鹿島DARC）に入所していた者の中で、以下の条件に該当し、本研究の主旨を説明し書面にて同意を得られたものを対象とした。

（1）米国精神医学界精神疾患のための診断・統計マニュアル第四版DSM-IV¹⁾で、アルコール、ニコチン以外の物質乱用、物質依存の診断に合致する。

（2）調査時点において既に断薬期間が10日以上経過しており、明らかな意識障害を示していない。これは薬物離脱による意識障害の影響を避けるためである。

上記の条件を満たした対象者は51名であり、対象者の平均年齢は30.4±8.2歳、平均薬物使用期間9.6±5.6年、平均断薬期間5.0±6.2ヶ月であった。

以上の対象に対して、以下の項目の検査を行った。

評価項目

（1）薬物乱用状況

下記の項目の薬物状況を調べるため面接での聞き取り調査を行った。

①薬物乱用開始年齢、初回乱用薬物：アルコール、たばこは除く薬物を初めて乱用した年齢、薬物の種類を尋ねた。

②薬物種と使用年数：初回乱用以後、乱用した薬物の種類と乱用年数を尋ねた。乱用年数は、当該の薬物を少なくとも週1回以上乱用していた月数の合計から求められた。ここで最も長い年数において乱用されていた薬物を対象者の主な乱用薬物と定義した。

③最終使用年月日、最終使用薬物：アルコール、たばこは除く薬物の最終使用年月日、薬物の種類を尋ねた。これを基に断薬月数を求めた。

（2）心理学的評価

依存重症度評価尺度 Severity of Dependence Scale (SDS)

SDSは、アヘン系麻薬への依存度を評価するた

めに作成されたアヘン系麻薬依存自己検査 (Opiate Subjective Dependence Questionnaire OSDQ)²⁾を、アヘン系麻薬以外の薬物にも使用するためにGossopら³⁾によって作成された自記式質問紙である。この質問紙は精神依存や強迫的薬物摂取、コントロールの障害に焦点を当てており、5項目を4段階（0～3点）で評価する。SDSの妥当性・信頼性はGossopら³⁾によって確認されており、アンフェタミン依存カットオフポイントは4点とされている²⁾。SDS日本語版は1995年、和田²⁾により日本語版が作成されたが、本邦での使用経験はない。

陽性・陰性症状評価尺度

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

PANSSは主に統合失調症病像の類型のおよび多軸的な評価のために開発され標準化された尺度である^{12,13)}。30項目について7段階で評価し、この7段階評点が精神病理の重症度を示す（1点：なし、2点：ごく軽度、3点：軽度、4点：中等度、5点：やや重度、6点：重度、7点：最重度）。30項目のうち7項目は陽性尺度に、7項目は陰性尺度に、残り16項目は総合精神病理の尺度に割り当てられる。これら3つの尺度ごとの合計が各尺度の得点となる。

気分プロフィール検査

Profile of Mood Status (POMS)

POMSは気分を評価する質問紙法の一つとしてMc Nairら¹⁴⁾によって開発された。質問紙は65項目からなり、各項目ごとにその項目が表す気分になることが過去一週間「0点：全くなかった」から「4点：非常に多くあった」までの5段階で評価する。各項目は6つの気分尺度、即ち「緊張-不安 (Tension-Anxiety)」「抑うつ (Depression)」「怒り-敵意 (Anger-Hostility)」「活気 (Vigor)」「疲労 (Fatigue)」「混乱 (Confusion)」に分類されている。日本版POMSの妥当性・信頼性は横山ら¹⁵⁾によって確認されている。横山らによると正常男性の各尺度の平均得点は、緊張-不安尺度12.0±6.3点、抑うつ尺度11.4±9.6点、怒り-敵意尺度10.8±8.2点、活気尺度14.2±6.1点、疲労尺度9.3±6.2点、混乱尺度8.6±4.7点と報告されている。また年齢補正による標準化得点では60点以上（活気尺度のみ40点以下）を「専門医を受診させるか否か判断を要する」、75点以上を「専門医の受診

を考慮する必要あり」とされている。

(3) 神経心理学的評価

Wisconsin Card Sorting Test (WCST)

WCSTは前頭葉機能検査として最もよく用いられており、概念ないし「セット」の転換障害（高次の保続）に関する検査である¹⁸⁾。被験者は図に示した三角、星型、十字、丸の図形が印刷された4枚の刺激カードを、色、数、形の3つの分類概念に従って一枚ずつ反応カードを分類していくことが求められる。本調査ではMilner原法に従い128枚の反応カードを採用した。検査場面では検査者は分類カテゴリーと被験者のそれとの一致・不一致のみを正否の形で答える。被験者は自分の置いたカードの位置に対する検査者の正否の返答のみを手がかりに、検査者の考えている分類カテゴリーを推測し反応カードを置いていかねばならない。正反応が一定枚数連続した後、検査者は被験者に予告することなく、一定のルールに従い分類カテゴリーを変えていく。6カテゴリーが達成された時点で終了となる。これらから得られる結果は、達成された分類カテゴリー数と分類カテゴリーが変換されたにもかかわらず直前に達成された分類カテゴリーになおも分類された誤反応数である保続エラー数で評価した。WCSTの正常平均は、その手引¹⁹⁾によると30歳から39歳ではカテゴリー達成数 5.62 ± 1.08 、保続エラー数 8.29 ± 7.00 と報告されている。

語流暢性検査 Verbal Fluency Test (VFT)

VFTは、前頭葉機能のうち流暢性を調べる検査である¹⁴⁾。検査項目は3種類あり、一つは頭文字による流暢性検査であり、頭文字が同じ単語を一分間にできるだけ多く挙げるもの、一つは同じ概念（カテゴリー）による流暢性検査であり、同じ種類のものを挙げるもの、もう一つは概念の転換を伴う流暢性検査であり、交互に二つの種類のものの名前を挙げるものである。本調査では、頭文字によるVFTでは「た」「て」「さ」の3つについて、カテゴリーによるVFTでは「動物」「果物」「乗り物」の名前について施行し、各々の語数の平均数を採用した。また概念の転換を伴うVFTでは「家具」と「色」の名前について施行し、概念の転換数、即ち語数から1を引いたものを採用した。

ベントン視覚記憶力検査

Benton Visual Retention Test (BVRT)

BVRTは視覚認知、視覚記憶及び視覚構成能力の評価を目的として開発された検査である²⁾。この検査の図版形式は1つ以上の図形が描かれた10枚の図版からなっている。本研究では、それぞれの図版を10秒間提示し、提示時間を終えればすぐに見たものを描画するように教示する施行Aの方式（即時記憶）を採用した。結果は正解数と誤謬数によって評価する。正解数は誤りなく描画し得た図版に対して1点が与えられ、最高点は10点となる。誤謬数は完全に模写されていない部分の数であり、各図版において省略や回転などの誤りがあればおのおの1点となる。成人男性の平均正解数は20歳代では 9.1 ± 0.75 、30歳代では 8.8 ± 1.06 、平均誤謬数は前者で 1.1 ± 1.00 、後者では 1.5 ± 1.35 と報告されている²⁰⁾。また被験者の正解数得点が予想点より2点低い場合あるいは誤謬数得点では3点低い場合、知能の後天的障害の疑いがあると考えられる。

(4) スピリチュアリティ評価

スピリチュアリティを測定するためPILテスト（Purpose in Life Test）を施行した。PILテストはFranklのロゴセラピーの考えに基づき、Crumbaughら²¹⁾によって考案され、人生の意味・目的意識及び実存的空虚を数量的に測定する質問紙である。ABCと3つのパートによって構成され、パートAは個人がどの程度に「人生の意味・目的」を体験しているかを問う20の質問項目、各項目は7段階尺度（0～7点）示される。パートBは13項目の文章完成法、パートCは人生の意味目的は何か、またそれをどのように経験し、あるいは達成しているかについての自由記述となっている。BCの記述内容は、過去・現在・未来の人生に対する受容度と人生に対する主体性を評価する「人生に対する態度」、人生の意味・目的意識の明確度、統合度、達成感を評価する「人生の意味目的意識」、さらに人生に対する絶望感や倦怠感、虚しさを評価する「実存的空虚」、死生観や苦悩観、自殺観を評価する「態度価値」と四つの局面から評価する。CrumbaughらによるPILテストではパートB、Cについては臨床的にのみ使用し数量化はしておらず、パートB、Cの数量化は日本版PILテスト独自のものである。PILテスト日本版の妥当性・信頼

性は佐藤ら²⁹⁾によって確認されている。佐藤らによると得点は年齢とともに上昇するとされ、年齢統制による平均A得点は15歳から34歳では89.5±18.12点、34歳から74歳では100.6±17.16点、平均BC得点は25歳から64歳では49.6±8.77点と報告されている。

データの分析

上記のデータをもとに、ア)単純集計による対象集団の特徴の検討、イ)主な使用薬物種による各側面の問題の検討。ウ)DARCにおける断薬期間と各指標の関係をしらべることによる、DARCプログラムによる対象者の変化の検討、を施行した。

統計解析については、2群間の比較にはt検定またはMann-Whitney検定を、比率の比較には χ^2 検定を用いた。3群間の比較にはKruskal-Wallis検定を用い、多重比較にSteel-Dwass検定を用いた。いずれの場合も5%未満を有意と判定した。統計解析にはSPSS for Windows version11.0を用いた。

研究2：DARCにおける心理教育プログラム導入の試みと、その際の参与観察をもとにしたDARCプログラムに関する検討

研究2ではDARCプログラムの有効性や課題をより詳細に検討するために、実際にDARCで心理教育プログラムを施行し、その際の利用者の反応や感想について参与観察を行なった。なお、本心理教育プログラムについては、結城DARCからも新しいプログラムメニューを増やしたいという要請があって始めたものである。

対象：結城DARC入所中の全員。但し平成14年3月以降は入所後3ヶ月以上経過した者のみとした。

心理教育プログラムの概要

- ・プログラム期間と頻度：平成13年6月から平成14年3月まで、月に1～2回
- ・プログラム内容：Relapse Prevention Program これは、報告者が米国の治療共同体で用いている心理教育を見学した経験とそこでいただいきマニュアルやその他の吹米で出版されているマニュアルを参考にして、作り上げたものである。(参考文献を文末につけた)

・プログラムの形式：精神科医1名による講義にビデオやロールプレイなどを加えたもの

参与観察による評価：報告者はこれまでアルコール依存症や薬物依存症の本人または家族について、12ステップミーティングのほかに小集団療法を病院・クリニックで行なってきた。その経験をもとに、上記プログラムにおける参加者の反応について参与観察を行なった。特に、利用者がどれほど自由に自己の感情体験を表現できるか、他の利用者やファシリテーターとの間に関係性をつくることのできるのかについて注目した。

アンケート：各セッションにおいてその回のプログラムの満足度および自己の取り組みについて100点満点で自己評価をしてもらった。

倫理面への配慮

調査に関しては、各DARCスタッフ及び各被験者に書面にてインフォームト・コンセントをとった。

C. 研究結果

1. 多次元評価による利用者の実態把握とDARCプログラムの有効性の検討

(1) 調査対象全体における障害の評価

① 背景因子

対象者は全部で51名(全員男性)であり、平均年齢30.4±8.2歳、平均教育年数10.8±1.6年、平均薬物乱用期間9.6±5.6年、平均断薬期間5.0±6.2ヶ月、平均乱用開始年齢16.6±4.9歳、平均DARC利用回数1.8±1.3回であった。

初回乱用薬物は有機溶剤32人(66%)、覚せい剤8人(16%)、大麻7人(14%)、鎮咳剤2人(4%)であった。被験者の主な乱用薬物は、覚せい剤が27名(53%)、有機溶剤が24名(47%)であった。主な乱用薬物が覚せい剤の被験者のうち、覚せい剤の摂取経路は、経静脈注射が19名、吸煙が8名であった。また主な乱用薬物が有機溶剤の被験者のうち、「シンナー」乱用は22名、「ボンド」乱用は2名であった。

② 心理学的評価(表1)

PANSSの各項目の得点は陽性尺度12.0±3.9点、

表1. 全対象者における心理学的評価

		最小値	最大値
陽性陰性症状評価尺度 ^{*1}			
陽性尺度	12.0 ± 3.9	7	21
陰性尺度	10.4 ± 3.5	7	21
総合精神病理尺度	25.4 ± 5.1	16	36
気分プロフィール検査 ^{*2}			
緊張-不安尺度	56.5 ± 13.4	30	85
抑うつ尺度	64.9 ± 13.1	43	85
敵意尺度	58.3 ± 13.1	31	85
活気尺度	46.3 ± 11.4	27	72
疲労尺度	57.4 ± 12.4	34	83
混乱尺度	60.2 ± 12.9	35	85
依存重症度尺度 ^{*3}	8.5 ± 2.0	4	13

各変数の値は平均±標準偏差

*1. 参考値(PANSSマニュアルによる統合失調症平均得点)

陽性陰性症状評価尺度		
陽性尺度	19.86 ± 6.27	
陰性尺度	21.75 ± 6.21	
総合精神病理尺度	39.86 ± 9.48	

*2. 60点以上(活気尺度のみ40点以下)は「専門医受診の判断を要

*3. カットオフポイント4点

陰性尺度10.4±3.5点、総合精神病理尺度25.4±5.1点であった。

POMSの各項目の標準化得点は不安56.5±13.4点、抑うつ64.9±13.1点、敵意58.3±13.1点、活気46.3±11.4点、疲労57.4±12.4点、混乱60.2±12.9点であり、抑うつと混乱の得点が60点以上の高値を示した。

依存重症度尺度は8.5±2.0点と高得点を示した。

③ 神経心理学的評価(表2)

WCSTのカテゴリー達成数は4.4±2.2、保続エラー数は20.4±26.1であり、正常平均を下回る成績であった。

語流暢性検査はそれぞれ、頭文字によるVFT8.8±3.7、カテゴリーVFT14.6±4.2、概念の転換を伴うVFT13.3±4.8であった。

BVRTは正解数7.2±1.4、誤謬数3.7±2.1であり、「平均より劣る」に相当する値であった。

④ スピリチュアリティ評価(表3)

PILテストの結果はA得点78.3±22.1点、BC得点40.3±8.6点であり、いずれも平均以下の得点で

表2. 全対象者における神経心理学的評価

		最小値	最大値
ウィスコンシンカード分類テスト ^{*1}			
カテゴリー数	4.4 ± 2.2	0	6
保続エラー数	20.4 ± 26.1	0	116
ベントン視覚記憶検査 ^{*2}			
正解数	7.2 ± 1.4	4	10
誤謬数	3.7 ± 2.1	0	9
語流暢性検査 ^{*3}			
頭文字	8.8 ± 3.7	3.3	17.3
カテゴリー	14.6 ± 4.2	7	23.6
概念の転換	13.3 ± 4.8	0	23

各変数の値は平均±標準偏差

*1. 参考値(WCSTマニュアルによる30歳から39歳正常平均)

ウィスコンシンカード分類テスト		
カテゴリー数	5.62 ± 1.08	
保続エラー数	8.29 ± 7.00	

*2. 参考値(BVRTマニュアルによる30歳代正常平均)

ベントン視覚記憶検査		
正解数	8.8 ± 1.06	
誤謬数	1.5 ± 1.35	

*3. 参考値(従来報告による健常群平均)

語流暢性検査		
頭文字 ^a	46.67 ± 14.68	
カテゴリー ^b	26.52 ± 8.10	

a. 3回施行合計

b. 90秒施行時解答語数

あった。

(2) 乱用薬物による比較

被験者のうち主な乱用薬物が覚せい剤の群(以下「覚せい剤乱用群」と記す。N=27)と有機溶剤の群(以下「有機溶剤乱用群」と記す。N=24)に分類し各変数における比較を行った。

① 背景因子

年齢、教育年数、乱用期間、断薬期間、DARC利用回数は覚せい剤乱用群、有機溶剤乱用群において有意な差は認められなかった。乱用開始年齢は覚せい剤乱用群17.8±6.4歳、有機溶剤乱用群15.1±2.0歳であり有機溶剤乱用群のほうが覚せい剤

表3. 全対象者におけるスピリチュアリティ評価

		最小値	最大値
PILテスト			
A得点	78.3 ± 22.1	29	130
BC得点	40.3 ± 8.6	18	57.5
「人生態度」	14.1 ± 3.8	4.5	21
「人生意味目的」	11.4 ± 3.1	3	17
「実存的空虚」	3.3 ± 1.2	1	6
「態度価値」	11.7 ± 3.7	3	18

各変数の値は平均±標準偏差

*参考値(PILテストマニュアルによる一般群平均得点)

PILテスト		
A得点	89.5 ± 18.12	
BC得点	49.6 ± 8.77	
「人生態度」	18.6 ± 3.91	
「人生意味目的」	12.8 ± 3.17	
「実存的空虚」	4.5 ± 1.16	
「態度価値」	13.6 ± 2.67	

乱用群に比較して有意に低い年齢で乱用を開始していた ($P < 0.05$)。

②心理学的評価

PANSSの各尺度得点は以下のとおりである。陽性尺度は覚せい剤乱用群11.3±3.6点、有機溶剤乱用群12.9±4.2点、陰性尺度は覚せい剤乱用群9.7±3.1点、有機溶剤乱用群10.9±3.8点、総合精神病理尺度は覚せい剤乱用群24.3±4.9点、有機溶剤乱用群26.5±5.83点であり、各尺度ともに覚せい剤乱用群に比較し有機溶剤乱用群のほうが得点が高いが、統計上有意な差は認められなかった。

POMSの各下位項目尺度は以下のとおりである。不安尺度は覚せい剤乱用群54.0±13.3点、有機溶剤乱用群58.6±13.3点、抑うつ尺度は覚せい剤乱用群62.2±13.3点、有機溶剤乱用群68.0±12.6点、敵意尺度は覚せい剤乱用群57.3±13.6点、有機溶剤乱用群59.1±13.0点、活気尺度は覚せい剤乱用群43.8±11.7点、有機溶剤乱用群48.2±10.1点、疲労尺度は覚せい剤乱用群56.0±12.5点、有機溶剤乱用群58.6±12.5点、混乱尺度は覚せい剤乱用群59.3±13.7点、有機溶剤乱用群61.1±12.5点であった。統計上有意な差はないが、有機溶剤乱用群のほうが覚せい剤乱用群よりも抑うつ尺度得点

が高い傾向を示した。

依存重症度尺度においては、覚せい剤乱用群8.5±1.8点、有機溶剤乱用群8.7±2.2点であった。両群の得点は統計上有意な差を認めなかった。

③神経心理学的評価

WCSTではカテゴリー達成数は、覚せい剤乱用群4.7±2.1、有機溶剤乱用群4.1±2.2、保続エラー数覚せい剤乱用群16.1±20.8、有機溶剤乱用群25.8±31.0であった。ともに両群で統計上有意な差は認められなかった。

BVRTについては、正解数は覚せい剤乱用群7.6±1.2、有機溶剤乱用群6.8±1.6であり有機溶剤乱用群のほうが覚せい剤乱用群に比して有意に低かった ($p < 0.05$)。誤謬数は覚せい剤乱用群3.1±1.7、有機溶剤乱用群4.3±2.4であり両群に有意な差は認めなかった。

VFTでは、頭文字によるVFTは覚せい剤乱用群9.7±3.4、有機溶剤乱用群7.8±3.9、カテゴリーによるVFTは覚せい剤乱用群15.3±4.3、有機溶剤乱用群13.9±4.1、概念の転換を伴うVFTは覚せい剤乱用群14.1±3.7、有機溶剤乱用群12.5±5.8でありいずれも覚せい剤乱用群のほうが有機溶剤乱用群よりも解答語数が多かったが、カテゴリー、概念の転換を伴うVFTでは両群で統計上の有意差は認められなかったが、頭文字によるVFTにおいて有意傾向が認められた。

④スピリチュアリティ評価

PILテストにおいては、A得点は覚せい剤乱用群77.1±24.4点、有機溶剤乱用群78.3±19.3点、BC得点は覚せい剤乱用群39.3±9.1点、有機溶剤乱用群40.8±8.1点であった。各得点において統計上有意な差は認められなかった。

(3) 断薬期間による比較

対象者を断薬期間によって3群に分類し各変数における比較を行った。

断薬期間による分類は以下のとおりである。

A群：断薬期間が10日以上2ヶ月以下 (N=26)

B群：断薬期間が2ヶ月より長く9ヶ月以下 (N=14)

C群：断薬期間が9ヶ月より長い (N=11)

①背景因子

3群において、年齢、教育年数、乱用期間、乱用開始年齢、DARC利用回数に統計上有意な差は認められなかった。

②心理学的変評価 (表4、図1)

表4. 断薬期間3群分類の心理学的評価の比較

	A群 (N=26)	B群 (N=14)	C群 (N=11)	統計量	有意水準
陽性陰性症状評価尺度					
陽性尺度	11.9 ± 4.1	11.6 ± 3.7	12.7 ± 3.8	0.40	n.s.
陰性尺度	11.0 ± 4.2	9.9 ± 2.4	9.4 ± 2.8	1.08	n.s.
総合精神病理尺度	25.1 ± 6.0	25.9 ± 5.1	25.5 ± 2.5	0.44	n.s.
気分プロフィール検査					
緊張-不安尺度	55.8 ± 14.4	61.7 ± 12.9	51.6 ± 9.9	3.52	n.s.
抑うつ尺度	62.3 ± 11.9	73.0 ± 12.4	61.2 ± 13.1	6.92	*
敵意尺度	55.4 ± 13.0	61.4 ± 13.2	61.5 ± 12.8	2.71	n.s.
活気尺度	49.1 ± 11.4	40.1 ± 8.3	47.3 ± 12.4	6.18	*
疲労尺度	54.0 ± 12.0	66.0 ± 11.1	54.7 ± 10.3	8.61	*
混乱尺度	59.6 ± 12.1	65.4 ± 13.7	54.9 ± 12.5	4.37	n.s.
依存重症度尺度	8.4 ± 2.2	8.4 ± 1.7	9 ± 2.2	1.20	n.s.

各変数の値は平均±標準偏差

Kruskal-Wallis検定, n.s. not significant, *p<0.05

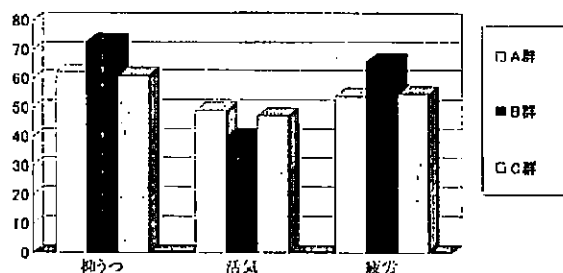


図1. 断薬期間3群分類による気分プロフィール尺度得点の比較、Steel-Dwass検定、

† : P<0.10, *: P<0.05

表5. 断薬期間3群分類の神経心理学的評価の比較

	A群 (N=26)	B群 (N=14)	C群 (N=11)	統計量	有意水準
ウィスコンシンカード分類テスト					
カテゴリー数	4.3 ± 2.1	4.7 ± 2.3	4.2 ± 2.4	0.98	n.s.
保持エラー数	25.6 ± 30.0	12.0 ± 11.1	18.5 ± 28.1	3.10	n.s.
ペントン視覚記憶検査					
正解数	6.0 ± 1.6	7.5 ± 0.9	7.5 ± 1.4	1.43	n.s.
誤答数	4.0 ± 2.4	3.1 ± 1.1	3.4 ± 2.4	0.98	n.s.
語流暢性検査					
頭文字	8.1 ± 3.5	8.9 ± 3.5	10.2 ± 4.3	2.02	n.s.
カテゴリー	13.4 ± 3.6	15.5 ± 4.7	16.3 ± 4.3	4.07	n.s.
概念の転換	12.0 ± 5.6	14.1 ± 3.2	15.3 ± 3.9	4.59	n.s.

各変数の値は平均±標準偏差

Kruskal-Wallis検定, n.s. not significant

3群におけるPANSSの各尺度得点は以下のとおりである。陽性尺度はA群11.9±4.1点、B群11.6±3.7点、C群12.7±3.8点、陰性尺度はA群11.0±4.2点、B群9.9±2.4点、C群9.4±2.8点、総合精神病理尺度はA群25.1±6.0点、B群25.9±5.1点、C群25.5±2.5点であった。3群の各尺度得点に統計上有意な差は認められなかった。

POMSの各下位項目尺度は以下のとおりである。不安尺度はA群55.8±14.4点、B群61.7±12.9点、C群51.6±9.9点、抑うつ尺度はA群62.3±11.9点、B群73.0±12.4点、C群61.2±13.1点、敵意尺度はA群55.4±13.0点、B群61.4±13.2点、C群61.5±12.8点、活気尺度はA群49.1±11.4点、B群40.1±8.3点、C群47.3±12.4点、疲労尺度はA群54.0±12.0点、B群66.0±11.1点、C群54.7±10.3点、混乱尺度はA群59.6±12.1点、B群65.4±13.7点、C群54.9±12.5点であった。3群の比較において抑うつ尺度、疲労尺度、活気尺度に有意差を認め、多重比較において活気尺度はB群がA群よりも有意に得点が低く (p<0.05)、疲労尺度はB群がA群よりも有意に得点が高かった (p<0.05)。

依存重症度尺度においては、A群8.4±2.2点、B群8.4±1.7点、C群9±2.2点であった。3群の得点は統計上有意な差を認めなかった。

③神経心理学的評価(表5, 図2)

3群におけるWCSTの結果は以下のとおりである。

カテゴリー達成数はA群4.3±2.1、B群4.7±2.3、C群4.2±2.4、保持エラー数はA群25.6±30.0、B群12.0±11.1、C群18.5±28.1であった。3群の成績において統計上有意な差を認めなかった。

BVRTにおいては、正解数はA群6.9±1.6、B群7.5±0.9、C群7.5±1.4、誤謬数はA群4.0±2.4、B群3.1±1.1、C群3.4±2.4であった。3群の成績において統計上有意な差を認めなかった。

VFTについては、頭文字によるVFTはA群8.1±3.5、B群8.9±3.5、C群10.2±4.3、カテゴリーによるVFTはA群13.4±3.6、B群15.5±4.7、C群16.3±4.3点概念の転換を伴うVFTはA群12.0±5.6、B群14.1±3.2、C群15.3±3.9であった(図2)。3群の成績において統計上有意な差は認めなかった。しかし断薬期間を2ヶ月以下の群(N=26)と2ヶ月より長い群(N=25)の2群に分類して比較したところ、概念の転換を伴うVFTにおいて有意差を認め、2ヶ月より長い群のほうが2ヶ月以下の群に比較して解答語数が有意に多く (Z値-2.05, p<0.05)。

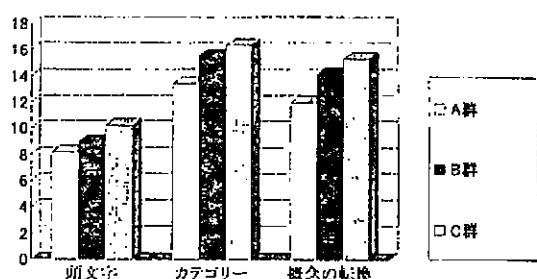


図2. 断薬期間3分類による語流暢性検査の比較
Steel-Dwass検定

表6. 断薬期間3分類のスピリチュアリティ評価の比較

	A群 (N=26)	B群 (N=14)	C群 (N=11)	統計値	有意水準
PILテスト					
A得点	81.6 ± 23.2	71.3 ± 23.7	78.9 ± 16.7	2.04	n.s.
BC得点	41.6 ± 9.2	37.1 ± 8.4	40.9 ± 7.0	2.36	n.s.
「人生態度」	14.4 ± 3.9	13.4 ± 3.3	14.2 ± 4.3	0.77	n.s.
「人生意味目的」	12.0 ± 3.1	10.0 ± 2.7	11.4 ± 3.2	4.08	n.s.
「精神的空虚」	3.6 ± 1.3	2.8 ± 1.1	3.3 ± 1.1	3.05	n.s.
「絶望感」	11.5 ± 3.8	10.9 ± 3.7	13.0 ± 3.5	2.15	n.s.

各変数の値は平均±標準偏差
Kruskal-Wallis検定, n.s. not significant

またカテゴリーによるVFTでは2ヶ月より長い群のほうが2ヶ月以下の群に比較して解答語数が多い傾向を示した (Z値-1.94, $p < 0.1$)。

④スピリチュアリティ(表6)

PILテストにおいては、A得点はA群81.6±23.2点、B群71.3±23.7点、C群78.9±16.7点、BC得点はA群41.6±9.2点、B群37.1±8.4点、C群40.9±7.0点であった。3群の各得点において統計上有意味な差は認められなかった。

2. 心理教育プログラム導入の試みと、その際の参与観察をもとにしたDARCプログラムに関する検討

(1) 実際に施行したプログラム内容について

方法で述べたように、欧米のRelapse Prevention Programを参考にしながらも、一回一回のセッションでの対象者の反応をみながら、プログラム内容を決めていった。結局、実際に行なったプログラムの内容を以下に示した。

第1回 再発防止プログラムの概要について

(薬物依存における回復と再発の意味について説

明し、2人組みとなって、自分の抱える再発の経験について話し合ってもらった)

第2回 薬物が自分にもたらしてきた良い影響と悪い影響

(身体と心・スピリチュアリティにわけて、自分が受けた薬物の影響の影響を2人組で話あってもらった。これをまた全員でシェアした。)

第3回 回復の段階と再発のプロセス

(断薬=回復ではなく、第1ステップである。自分はどの段階にいるか?を考える)

第4回 ビデオ「中島らも・アルコール格闘記」をみて、自分の気持ちの問題にむきあうことについて考える。(自分の気持ちのごまかし、操作(照れ、かっこつけ、冷笑的態度)にきづくことをテーマとした。)

第5回 再発のきっかけになる「いやな気分(怒り、いらいら、退屈、悲しみ、さびしさ)」(これを素直に認め、仲間に表現できることに焦点を当てた。)

第6回: 家族と自分の薬物依存症

(家族は、最も自分を助けてくれる人であり、最も自分をジャマする人でもある。家族に対する葛藤と、薬物を使いたい気持ちの関係を考えた。)

第7回: 自分の対人関係のパターンと薬物使用

(エゴグラムを用いて、自分の対人パターンを見直し、対人的な不安や葛藤が薬物摂取とむすびつくきっかけになること、その対処法を話し合った)

第8回: お金と薬物依存症

(これまで薬物依存にかかったお金を各自で計算させ、薬物が自分の人生に与えてきた影響を振り返った。)

第9回 クレーピングのコントロールときっかけ刺激

(クレーピングが生じる機序を示し、そのきっかけとなる刺激や危険な状況について、各自の体験を話し合い、これにどう対処するかを考えた。)

第10回: クレーピングを予防する健康な快感・習慣(前回の復習をした上で、クレーピングを予防するための健康な習慣をどのように生活にとりいれるかを話し合った)

第11回: リラクゼーション(自律訓練、動作法のワーク)(自律訓練法と臨床動作法の導入を行い、その体験を通じて、ストレス解消について、話し合った。この回以降セッションの初めに自律訓練を行うようにした)

表7 各回の参加人数とアンケート結果

回数	内容	参加人数	プログラム満足度 (0-100点)	自分の取り組み方 (0-100点)
4	ビデオ「中傷らも・アルコール依存症」	16	48.4	49.9
5	再発のきっかけになる「いやな気分」	17	49.1	47.2
6	家族と自分の薬物依存症	15	53.3	49.7
7	自分の対人関係のパターン	18	43.8	51.4
8	お金と薬物依存症	18	51.4	48.6
9	クレービングときっかけ刺激	22	61.9	67.1
10	クレービングを予防する健康な気分・習慣	16	50.0	56.6
11	リラクゼーション(自律訓練法など)	12	51.8	67.3
12	セックス依存とSA	12	73.0	-
13	アダルトチルドレンと共依存	10	65.0	-
14	自分と他人の「からだ」を守る	13	76.7	-
15	「回復した部分」「まだ回復できない部分」	12	83.1	-
16	人生事件・特に喪失体験の振り返り	14	60.8	56.3
17	「願いごと」と「おさらばしたいこと」	10	76.5	71.1
18	できないことを養育・守護者プレイ	11	46.5	53.2

1-10回は結城DARCの全員であり、11-18回は3ヶ月以上入所していた者のみを対象にしている。11回は人数が減っている。
プログラム満足度と自分の取り組み方は、参加者による自己採点をしている。太字は、60%を超えたもの。

第12回：セックス依存とSA

(性衝動と薬物依存の関係について話しあい、性依存症のための自助グループに通う人の手記を読んで、感想を話し合った)

第13回：アダルトチルドレンと共依存

(ACと共依存について説明し、共依存の尺度を施行。その結果をもとに各自の家族の問題と薬物の関係を話し合った)

第14回：自分の「からだ」 他人の「からだ」を守る

(暴力や暴力被害から自分を守るというテーマのビデオをみて、自分や他人の体を守るの意味について考えた。)

第15回：自分自身の「回復した部分」と「まだ回復できない部分」を見直す

(直径10センチほどの円を自分の心に見立てて、そこに感情を表す色を塗り分けるという作業を通じてDARC入所前後の気持ちを表現した。その上で、自分の回復した所と変わらないところを見直した。)

第16回：人生事件を見直し、特に「大切なものや人を失うこと」「トラウマ」について振り返る。(人生のアップダウンを線で表し、そこに人生上の出来事を書き込み、これをみながら過去から現在の自分史を話し合う)

第17回：「願いごと・ほしいもの」と「おさらばしたいこと」(七夕にちなみ、短冊や色紙に自分の願い事と離れたいことを書いて模造紙に貼り、話し合った。)

第18回：「人事を尽くして天命を待つ。」(AAという「できないことの受け入れ」と「できることをやる勇気」について考える。これを守護者をテ

ーマにした心理劇の中で表現する。)

(2) 参加人数とアンケート結果

各回のプログラムへの参加人数とその際のアンケート結果を表7に示した(アンケートは第4回以降のみ施行した)。結城DARC利用者全員を対象とした10回以前では15から22名が参加し、入所後3ヶ月以上にしぼった11-18回では、10-14名の参加であった。プログラム満足度の各回の平均値は最低43.8、最高75.7であった。自己の取り組みについての自己評価点の平均値は、施行しなかった12-15回以外では、最低47.2、最高71.1であった。人数を絞った11回以降の方がプログラム満足度や自己の取り組みに関する自己評価が60%以上の高いセッションが多くなっている。

(3) セッションでみられた利用者の反応の特徴

① グループで話すことに信頼感をもっていること

セッション中のDARC利用者の特徴としてまず目に付くのは、他人の話を聞き、自分のことを話すことに慣れていることであった。その前提としてDARCの仲間同士が基本的な信頼感をもっていることが感じられた。非常に様々な背景や問題を抱えた利用者がこうした安心感を場を共有できていることは、DARCのプログラムの大きな成果であり、これがあるからこそ我々が今回行った心理教育も可能であったといえる。感情について取上げた回で「自分をホッとさせてくれるもの？」という質問に「DARCの仲間」を挙げる者が多く、「個々の仲間が自分を助けてくれるかと考えるとそうではないが、ここにいる仲間全体のことを考えるとほっとする感じがする」という発言が利用者の気持ちを代表していると思われた。

② 知識の伝達や心理的介入として示されることへの需要と抵抗

心理教育的方法の導入に対して「病院や学校みたい」「来ないで欲しい」とい抵抗が表明される一方、「こういうのは初めてだけど、役に立つと思う」「改めて自分の回復を考えてみたら、まだまだと思った」など、主体的に問題を検討することに手ごたえを表明する者も少なくなかった。Cravingやきっかけ刺激の説明をした回では、こうした説明をもっとききたいという意見が多く出た。

③冗談やはぐらかしが目立ち、そこを超えて自分の感情を出せないことが膠着に陥っている原因になっていると思われること

12step meetingの経験により、とりあえず自分の番に発言することはできるが、これをさらに超えて自分や他者の感情に焦点をあてることはできにくい。特に怒りや抑うつなどの陰性感情に焦点をあてたセッションにおいてはこれを否定し、冗談やはぐらかす様子が多く認められた。一方、2人組にして、相手の気持ちを聴いたり、これをフィードバックすることを行なわせると、興味を持ち取り組むことができる者が多い。

④入所後3ヶ月以内の者では理解力に限界があり、理解できないと不愉快感情のみ募ってしまう

入所後間もない者は、認知障害や精神症状により、理解力が乏しく、焦点付けた会話を行うことが難しい。長期の利用者よりむしろ躁的で一生懸命とりくむ様子もみせるが、混乱しがちで、最終的に嫌悪感が強まる場合もみられた。

⑤長期利用者に抑うつ感・ナイーブさが目立ち、話させると家族やセックスをめぐる葛藤が非常にストレートに強くでてくる

集中的な心理的アプローチの有効性を示唆すると共に、感情表出が強すぎて十分に処理できないと行動化の危険性も感じた。個人療法によるフォローやグループの規模や運営に工夫を要する。

⑥DARCそのものや施設長・スタッフに対する様々な感情の表出

取り扱いが難しいが、表出できる多様な受け皿があることは有用であると考えられる。

⑦自律訓練法・動作法など身体感覚など非言語的な働きかけに対する反応性は良い

身体的な感覚を短期者でも安全であり、長期者でもセルフケアの感覚を持つのに有用と思われる。

D. 考察

1. DARC利用者の実態について

研究1の多次元評価により、DARC利用者には以下のような所見が見られた。

1) 薬物乱用・依存の重症度

対象者の多くは10代半ばから薬物の乱用を開始し、約9年以上にわたる乱用期間を有していた。DARCへの入所は1～8回であり、一度の入所では断

薬できず繰り返し入所する者が少なくないといえる。調査時点では断薬して平均5か月経過しているが、依存重症度尺度は 8.5 ± 2.0 点（4点がカットオフ値）と高得点であり、半年近く薬物から離れていてもなお強い精神依存が継続しており、再発予防が非常に困難であることを示している。

2) 心理学的側面

全対象者におけるPOMSの各尺度得点では、抑うつ尺度 64.9 ± 13.1 点、混乱尺度 60.2 ± 12.9 点と正常上限とされる60点を超える得点を示し、気分や情動の不安定さが認められた。Gorski¹⁶⁾は、薬物依存症者が断薬後半年以上にわたって、広義の離脱症状としての亜慢性的情動障害を生じると指摘しており、平均断薬期間が5ヶ月である今回の対象群ではこの情動障害が強く出ている可能性がある。一方、Vaillant¹⁷⁾は、アルコール依存症者は基本的に本来の人格的な問題よりも薬理作用による混乱が強いのにに対して、薬物依存症者では不安定な幼少期の影響に基づき薬物使用以前からの情動的な問題を持つと指摘しており、今回認められた抑うつや混乱は一時的なものではなく、より長く続く可能性もあると考えられる。

またPANSSの各項目尺度得点は、陽性尺度 12.0 ± 3.9 点、陰性尺度 10.4 ± 3.5 点、総合精神病理尺度 25.4 ± 5.1 点であり、統合失調症に基づく平均得点（PANSSマニュアルによる¹⁸⁾。陽性尺度 19.86 ± 6.27 点、陰性尺度 21.75 ± 6.21 点、総合精神病理尺度 39.86 ± 9.48 点）に比すれば、低得点を示していた。しかし各項目の7段階評価は、症状がなければ評価点1であり、評価点2から7は症状を認め、その重症度の評価となる。よって本研究の対象者において、各尺度得点の百分率階級で統合失調症において平均的とされる26%以上75%以下に該当する陽性尺度得点16点以上、陰性尺度得点17点以上を示した者を見ると、全対象者の25%（13名）が陽性尺度得点で16点以上を示しており、決して少ないとはいえない。米国における疫学調査¹⁹⁾ではアルコール症者の37%、薬物乱用者の53%に病的な状態を伴っていたという報告がある。また、本邦における全国の精神科病棟を有する施設を受診した薬物関連精神疾患患者の疫学調査²⁰⁾では、覚せい剤症例において「精神病的障害」あるいは「残遺性および遅発性の精神病的障害」と診断された者は約77%、また有機溶剤症例では約40%であったと報告されている。これら精神病院の群よ

りは少ない割合ではあるが、今回の対象群が精神科治療を一旦終えてDARCにいることを考慮すると、1/4の事例で陽性症状を認めるというのは看過できない所見といえる。薬物依存症の長期的なケアが、DARCに任せきりになっている現状を反映していると考えられる。

3) 神経心理学的側面

全対象者の神経心理学的検査の結果は、WCSTカテゴリー達成数 4.4 ± 2.2 、保続エラー数 20.4 ± 26.1 、頭文字によるVFT 8.8 ± 3.7 、カテゴリーによるVFT 14.6 ± 4.2 、概念の転換を伴うVFT 13.3 ± 4.8 、BVRT正解数 7.2 ± 1.4 、誤謬数 3.7 ± 2.1 であり全ての検査において平均以下であった。本邦における薬物乱用者の神経心理学的評価に関する報告は少なく、特に前頭葉機能に特異的な検査を用いた研究は北林ら¹⁹⁾による有機溶剤乱用者の一例報告のみである。一方海外では、薬物乱用者に対して神経心理学的検査を用いた多くの報告があり、様々な薬物依存症においても認知機能の低下が指摘されており、我々の所見と一致している。たとえば、コカイン乱用者におけるWCSTのカテゴリー達成数は 5.2 ± 0.3 ²⁰⁾と報告されており、またBVRTの正解数は 6.8 ± 0.4 ²¹⁾、 6.8 ± 2.6 ²²⁾であり、いずれも低下を示している。一方、語流暢性検査では、アンフェタミン乱用者では頭文字によるVFT 36.0 ± 15.43 、カテゴリーによるVFT 21.83 ± 5.76 、ヘロイン乱用者では頭文字によるVFT 38.41 ± 15.14 、カテゴリーによるVFT 23.55 ± 5.61 と報告されている²³⁾。これらの海外の報告と比較すると今回のDARC利用者のWCST、VFTはより低い成績を示しているが、この点については欧米との薬物種の違いを検討する必要があると思われる。

4) スピリチュアリティ

PILテストではA得点BC得点ともにそのマニュアルによれば「低得点」範囲であり、人生の目的意識の低さ、実存的空虚感の高さを示した。欧米でのPILテストを用いた調査では3ヶ月の入院治療の間にPILテストA得点が上昇し、平均A得点は 108 ± 16.67 点と報告されている¹⁰⁾。しかし本調査の結果は平均を大きく下回る結果であった。欧米ではBC得点は数値化されていないため比較することはできないが、本調査対象者のBCの記述内容にはいくらか特徴的な点が認められた。「私が今までに成し遂げてきたことは」という問いに対し「薬物を使い続けてきたことだけ」「何もない」という

記述が多く見られた。この記述を数値化すると、過去を負の側面として捉えており過去に対する受容度は低い値と算出される。また「(私が退屈になるのは)今の生活」「(私が退屈になるのは)DARCでの生活」と記述する一方で「(私が今、成し遂げつつあるのは)薬物をとめること」と答え、断薬を実行することやDARCでの生活に対する両側的な側面が伺われた。これらの記述は一方では、これまで否認してきた薬物乱用やその結果として何も残らなかったという現実と直面している結果とも捉えられる。DARCではNAの12ステッププログラムを基本としており、入所後3ヶ月は「私たちは薬物依存症に対し無力であり、生きていくことがどうにもならなくなったことを認めた」という第1ステップから第3ステップまでを徹底して実行する時期だとされている。「無力」であることの受容は、彼らがこれまで抱いていた万能感や誇大感を捨てていくことから始まる。本調査でのPILテストの得点の低さはこの第一ステップへの取り組みが行われていることの表れとも考えられる。今回の調査では12ステップに基づくようなスピリチュアリティを測定しておらず、12ステップとPILテストの関連に関しては更なる研究が必要である。

以上の結果は、ダルクを利用する薬物依存者が多面的な問題を生じており、精神病院等で解毒を終えた後にも長期的な全人的な働きかけを要する状態であることを示している。薬物から離れた生活の場を提供し、12ステップを中心としたプログラムでスピリチュアルな回復をはかるDARCの必要性があらためて確かめられる結果であるといえる。一方で、薬物解毒を終えて時間が経っても、精神病性の症状や無気力・活動性の低下などの問題、抑うつを相当多くの者が合併していることも明らかになり、これらの問題に関しては全てをDARCにゆだねるのみでは解決が難しく、精神医学や心理学などの手法も補完的に提供される必要があると思われる。スピリチュアリティにしても神経心理学的な問題も関わっていることが尺度による多面的評価で明らかになったが、それだけでなく実際に心理教育プログラムを行なった経験でも認知障害が強いと心理やスピリチュアリティの回復になかなか手がとどかないことが実感された。

2. 有機溶剤使用者の障害に対する援助について

有機溶剤乱用群は覚せい剤乱用群に比べてBVRTの正解数が有意に少なく、正解数 6.8 ± 1.6 はその手引きによれば「平均より下あるいは境界知能」を示す値であり、知能の後天的障害が生じている可能性が考えられる。さらに覚せい剤乱用群との有意な差は認めなかったが、有機溶剤乱用群のWCSTのカテゴリー達成数 4.1 ± 2.2 、頭文字によるVFT 7.8 ± 3.9 という結果は正常平均に比較すると非常に低い値であった。これら神経心理学的検査の結果は従来から指摘されているように、有機溶剤による脳の器質的障害の存在を強く示唆するものである。有機溶剤乱用者の画像診断とWAISを施行した岡田ら¹⁹⁾は、白質異常を呈した2例と神経症状を認めた1例では動作性IQの低下が著明で、言語性IQと動作性IQの乖離を示し、器質的脳損傷が考えられると報告している。さらに乱用開始年齢と動作性IQの間に相関が認められ、10代前半での有機溶剤の吸引が、形成途上の髄鞘に何らかの脆弱性をもたらしている可能性を指摘している。

また本研究対象者のうち有機溶剤を一年以上使用した経験のある者は約62%存在していた。海外の報告に比べ今回のDARC対象者におけるWCSTやVFTの成績低下は有機溶剤の乱用経験者の多さによる影響とも考えられる。従来、茨城DARCのスタッフの間でも有機溶剤長期使用者の回復が進みにくいということが経験的に気づかれていたが、今回の結果はこれを裏付ける結果となった。有機溶剤のもたらす長期的な障害については薬物使用を止めるだけでは充分効果がなく、DARCプログラムでもそうした障害を年頭に回復の計画や治療期間を考える必要があるといえるだろう。

昨年の報告では、有機溶剤長期乱用がPANSS陰性症状得点が関係する所見を認めたが、今回の対象人数を増やした分析では、認めなかった。しかし、上記の神経心理学的障害が有機溶剤の乱用では、集中力低下、無為、無気力、不関心的態度などを主体とする動因喪失症候群と関係している可能性もあり、さらに症例数を増やし検討していく必要がある。

3. DARCプログラムにおける回復過程について

DARCにおける断薬期間による3群の比較においては抑うつ、活気、疲労尺度において有意差を認めた。断薬期間が2～9ヶ月の群は他の2群よりも

抑うつ・疲労尺度が高く、活気尺度は低下していた。また有意差は認めなかったが、断薬期間2～9ヶ月群におけるPOMSのその他の尺度得点、不安・敵意・混乱尺度得点は60点以上と高い得点であり、この群では気分や情動の不安定さが高いことを示している。この断薬期間2～9ヶ月の群が示す情動の不安定さの理由の一つとして薬物の急性離脱後にも続く遷延性退薬徴候の可能性が考えられる。GorskiとMiller⁶⁾は、アルコール依存者や薬物依存者において断酒・断薬の結果、中長期的に生じる様々な症状を「Post-Acute Withdrawal (PAW)」と名づけ、生物-心理-社会的障害を起こす症候群と定義している。PAWはアルコールや薬物による中枢神経系への障害によって生じるとし、主な症状として思考能力の低下、記憶の問題、過敏な情動反応あるいは情動反応の欠乏、睡眠障害、身体の協調運動の問題、ストレス過敏性が挙げられ、そのピークは3～6ヶ月であると報告している。本研究では生理学的障害については測定していないものの、断薬期間2から9ヶ月の群におけるPOMSの尺度得点で見られる気分・情動の不安定さはこのことと矛盾しない。

また断薬期間の3群分類による比較では有意な差は認めなかったが、2ヶ月以下の群と2ヶ月より長い群の2群に分類した比較では断薬期間が長い群の方が有意に成績が上昇しており、VFTで測定されるような認知機能には断薬期間が持続すると回復していく可能性も考えられた。その一方で、上述したように気分や情動は断薬期間が長くなるに従い一旦不安定になりまた改善していくという経過を辿っている。このように認知機能と気分・情動の回復には時間差がみられており、この2つをあわせて回復過程について検討する。断薬初期は認知機能の障害が著しく、状況判断や自己認識が低下しているゆえに、見かけ上の気分・情動の安定を示す。しかし認知機能の一部は比較的早期に回復し、自らの心理状態や状況を認識する能力が増大する。その結果これまで認識されなかった薬物使用によってもたらされてきた負の結果、即ち家族関係・人間関係の破綻や仕事・経済状況の破綻、身体に生じる不具合などに直面し「生きていくことがどうにもならなくなった」という現実をありのままに認識することとなる。これがいわゆる“底つき”であり、その結果抑うつ感や疲労感、活気の低下など情動の不安定さを生じる。し

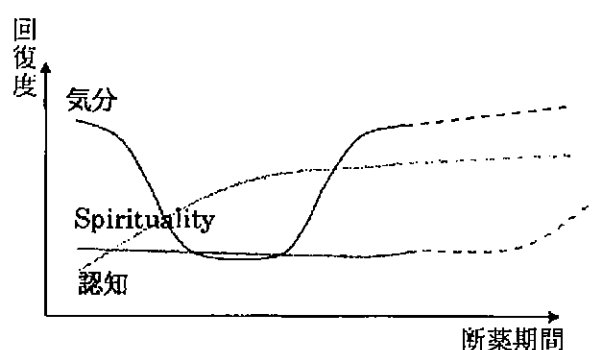


図3. 三側面と回復過程—モデル図

表8. 回復のプロセスと適合するプログラム

	認知	気分	スピリチュアリティ	治療目標 介入
断薬初期	低	安定	低	安定化 支持的、非言語的介入
断薬中期	一部良	不安定	低	内省 抑うつへの対処 再発防止プログラム
断薬後期	一部良	安定	低	模倣 生活訓練、就労訓練、 NA

かし、DARCの中で生活をし、プログラムを続けていく中で周りの仲間とのつながりを持ち、ありのままの自分を受け入れてもらう体験を重ねていくことにより集団への安心感・帰属感が生まれ、情動の安定へとつながっていくという経過を辿るとも考えられる。

DARCでの調査を行った近藤の報告¹⁹⁾においても、セルフエスティームや日常生活の精神活動が低下する時期があることを指摘している。断薬後一年以上二年未満の群においてセルフエスティームの低下を認め、この時期は社会復帰をするためのプログラムが開始される期間であり、そこで様々な困難に遭遇するが思い通りに行かないことを体験し、あらためて自分の無力さに気づきセルフエスティームが低下すると論じている。

また断薬期間による比較ではPILテストの得点には有意な差は認められず、自分の人生に対し主体的に関わり、生きる方向を見出すにはさらなる時間を要すると考えられた。

以上の経過を、図3にシェーマとしてまとめた。DARCに入りようやく断薬継続が可能になると、認知機能の回復は比較的早期に起き、これは断薬が

伸びるほど改善していく。一方、主観的には、認知機能の改善がむしろ内省を可能にすることもあって、底つき感、空虚感への自覚が生まれてくる。これは自らの問題に直面するという意味では必要なプロセスであるが、あまり重い抑うつは自殺などにもつながる可能性があり、そのバランスをみながら対応する必要がある。スピリチュアリティの回復は、少なくとも9ヶ月では不十分でさらに時間を要すると考えられた。こうした過程を踏まえた治療プログラムが望ましいと考えられ、その概略を表8に示した。

今回の調査は横断面での調査であり、断薬期間が長くなることによる認知機能・心理状態・スピリチュアリティへの影響についてはあくまで推測でしかない。今後は対象者を縦断面で評価し、これら断薬期間と3側面への影響についてさらに検討していきたい。

4. DARCプログラムへの補完的働きかけについて

今回茨城DARCのスタッフの要請もあって、外部からのアウトリーチ・プログラムとして、Relapse Prevention Programを主とする心理教育的なプログラムをDARCプログラムに加えさせていただき試みを行なった。これを行なって改めて確認されたのは、DARCの12ステップ・ミーティングを通じた仲間とのつながりの体験は非常に大きな成果をあげているということであった。家族・学校での関係性の中でうまくいかなかった依存症者がそうした関係性のしほりから逃れられる場所としてDARCに安らぎを感じていることがとても貴重なことである。したがって、ここに心理教育的な働きかけを持ち込むことがそうした効果に脅威を与え、強い抵抗感を生じることもあらためて感じた。しかし、一方、そうした安心感がある程度回復した後には、心理的な外傷の影響や精神医学的な問題についてこれに変化を与え、主体的に社会的スキルをあげ再発を防ぐという課題にとりくむことにおいて、心理教育やロールプレイのような専門家的なプログラムもある程度有効であることも同時に感じられた。これは入所後2から3ヶ月未満のものでは、認知機能の問題もあって、かえって信頼感を危うくする可能性があるが、それ以降の者では有効に働く可能性があると思われた。報告者が行なったセッション中に多くの家族や異性関係における外傷性トラウマが語られたが、これは単純

に遠ざけておくだけでは回復しにくい部分で、安全な環境の支えの中でこれを脱感作し、言語化することで自らの人生に位置付けていくことが回復につながるものといえる。もちろん12ステップ・ミーティングでそうしたプロセスが進められる人もいるが、冗談めかしたり話をそらすなどの回避的な方法を取りつづけその処理が進んでいない人も多いと思われた。そうした場合、心理教育やロールプレイあるいは個人療法などでそうしたこう着状態をぬけるヒントをつかめる人もいると思われた。欧米の治療共同体では、自助グループの共同体活動と専門家による介入が結びつけられている場合が少なくないが、日本でもDARCに対して心理・医学・福祉などの専門家的な働きかけが結び付けていくことでより多様で選択肢の広い働きかけが可能になると考えられる。

E. 結論

1. DARCの利用実態および有効性を示す基礎資料を作ること、およびこれをもとにしたDARCと専門機関の援助の連携の提言を目的として、茨城DARCで①利用者の多次元評価による実態把握とDARCプログラムの有効性の評価、②心理教育プログラム導入の試みをおこなった。

2. 結城DARC及び鹿島DARCに入所している薬物依存者51名を対象に、その障害を神経心理学的・心理学的側面とスピリチュアルな側面において評価し、乱用薬物と断薬期間によるその障害の異同について検討を行い、以下の所見を得た。

①調査対象全体において、ア)前頭葉機能検査成績の低下、イ)抑うつや混乱が強く、精神病症状が存在、ウ)低い人生の目的意識という特徴を認めた。

②有機溶剤乱用群は覚せい剤乱用群に比べ、薬物乱用開始年齢が有意に低く、ペントン視覚記銘検査成績が有意に低かった。

③断薬期間の長い群は短い群より語流暢性検査の成績が有意に高く、断薬の維持により認知機能の一部は回復していく可能性が示唆された。

④断薬初期に比し断薬中期には気分の不安定さを認めた。

⑤断薬期間の異なる群においてPILテストの結果に有意な差は認めず、スピリチュアリティの回復には更に時間を要すると考えられた。

⑥DARCでの薬物依存の回復過程を考える上でその障害を多次元的に評価することが有効であることが示唆された。

4. 茨城DARCにおける心理教育プログラムの試みにおける参与観察では、断薬期間3ヶ月以降の者では、より深い感情体験や知的な操作が可能かつ有効であるといえた。12stepのグループ体験は有効に機能しており、これを基礎にして対象に応じた補完的なプログラムを組むことが有効であると考えられた。

5. 多次元の尺度の研究と心理教育プログラムの導入の試みた経験をもとに、DARCと医療・心理・福祉などの専門家の連携による、より包括的な治療共同体プログラムの実現を目指すことの意義について論じた。

引用文献

- 1) American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders. 4th edition. Washington,DC. (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸訳(1996); DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル.医学書院.)
- 2) Bechara,A., Damasio,H. (2002) Decision-making and addiction (part 1): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. Neuropsychologia. 40, 1675-1689.
- 3) Bechara,A., Dolan,S., Denburg,N., Hindes,A., Anderson,S.W.,Nathan,P.E. (2001) Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. Neuropsychologia. 39, 376-389.
- 4) Benton,A. (1974) The revised visual retention test. Nretention test. 4th ed. Psychological Corporation. New York. ery from alcoholism in AA. Alcohol. Treat. 6, 151-165.
- 5) Crumbaugh,J. (1977) The Seeking of Noetic Goals Test (SONG): a complementary scale to the Purpose in Life Test (PIL). J. Clin. Psychol. 33, 900-907.
- 6) Gorski,T.,Miller,M. (1986) Post Acute Withdrawal. Staying Sober. pp57-82. Herald House Independence Press.
- 7) Gossop,M., Darke,S., Griffiths,P., Hando,J. (1995) The Severity of Dependence Scale (SDS):

- psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine, and amphetamine users. *Addiction*. 90, 607-614.
- 8) Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B. (1992) Severity of Dependence and Route of Administration of Heroin, Cocaine and Amphetamine. *Br. J. Addict.* 87, 1527-1536.
- 9) Heaton, R., Chelune, G., Talley, J. (1981) Wisconsin Card Sorting Test Manual. Psychological Assessment Resources. Odessa.
- 10) Jodie, L. (1994) Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. *Br. J. Clin. Psychol.* 33, 49-63.
- 11) 鹿島晴雄, 加藤元一郎 (1993) 前頭葉機能検査-障害の形式と評価法. *神経研究の進歩*. 37, 93-110.
- 12) Kay, S., Opler, L., Fiszbein, A. (1987) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 13, 261-276.
- 13) 北林百合之介, 上田英樹, 松田幹, 成本迅, 小林豊生, 福居顕二 (1999) 動因喪失症候群を呈した有機溶剤乱用の1例. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*. 34, 130-137.
- 15) Kondo, C. (2002) DARC Promotes Rehabilitation even though Problems Remain. X II World Congress of Psychiatry, abstracts vol.2. 96
- 16) 近藤千春, 飯室勉, 岩井喜代仁 (2000) 薬物依存症の回復施設ダルクにおける回復度の関連要因に関する研究. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*. 35, 258-270.
- 17) McNair, D., Lorr, M., Droppleman, L. (1992) Profile of Mood Status. Educational and Industrial Testing Service. San Diego.
- 18) Milner, B. (1963) Effect of different brain lesions on card sorting. *Arch. Neurol.* 9, 90-100.
- 19) 岡田真一, 山内直人, 児玉和宏 (1994) 慢性有機溶剤乱用者の中枢神経障害. *精神医学*. 36, 75-82.
- 20) Ornstein, T., Iddon, J., Baldacchino, A., Sahakian, B., London, M., Everitt, B.J., Robbins, T.W. (2000) Profiles of cognitive dysfunction in chronic amphetamine and heroin abusers. *Neuropsychopharmacol.* 23, 113-126.
- 21) 尾崎茂, 和田清, 福井進 (2001) 全国の精神科医療における薬物関連精神疾患の実態調査. 平成12年度厚生科学研究費補助金薬物乱用・依存等の易学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究. 85-114. 平成12年度医薬安全総合研究事業.
- 22) Reiger, D., Farmer, M., Rae, B. (1990) Comorbidity of Mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 264, 2511-2518.
- 23) 佐藤文子, 田中弘子, 斎藤俊一 (1998) PILテストハンドブック. システムパブリカ.
- 24) Sutherland, G., Edwards, G., Taylor, C. (1986) The Measurement of Opiate Dependence. *Br. J. Addict.* 81, 485-494.
- 25) 高橋剛夫 (1985) 視覚記録検査使用手引. 三京房.
- 26) Topp, L., Mattick, R. (1997) Choosing a cut-off on the Severity of Dependence Scale (SDS) for amphetamine users. *Addiction*. 92, 839-845.
- 27) Vaillant, G. (1988) The alcohol-dependent and drug-dependent person. *The New Harvard Guide to Psychiatry*. 700-713. Belknap Press of Harvard University Press.
- 28) 和田清 (1996) 医師用症状評価尺度-アルコール依存・薬物依存. *精神科臨床検査法マニュアル*. 48-51. 国際医書出版.
- 29) WHO (1993) Cancer pain relief and palliative care. WHO Technical Report Series No.804. (武田文和(訳)がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア. 金剛出版.)
- 30) 山田寛, 増井寛治, 菊本弘次 (1991) 陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) マニュアル. 黒和書店.
- 31) 横山和仁, 荒記俊一 (1994) 日本版POMS手引. 金子書房.

心理教育プログラムに用いた参考文献

- 1) Carrel, S.: Group Exercises for Adolescents 2nd ed., Sage Publications, Inc., Thousand Oak, London, New Delhi, 1999.
- 2) Gorski, T.T. & Miller, M.: Staying Sober: A guide for relapse prevention, Herald House/Independence Press, Missouri, 1986.
- 3) 関分康孝: 構成的グループ・エンカウンター, 誠信書房, 東京, 1992.

- 4) Lisa, J.R. et al.: Overcoming addictions; skills training for people with schizophrenia, W.W. Norton & Company, New York, London, 1999.
- 5) 西尾和美: アドルト・チルドレン癒しのワークブック, 学陽書房, 東京, 1998.
- 6) Ronald Dumontet: Relapse Prevention Education, Facilitator Manual / Resident Work Book, Walden House Inc.
- 7) Serenity Support Services, Inc. のマニュアル Why am I here? / My personal Journey / Anger
- 8) Swanson, J. & Cooper, A.: The complete relapse prevention skills program, Hazelden Educational Materials, Minnesota, 1994.

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Sachiko, S., Nobuaki, M., Shinji, S. (2002) Multidimensional assessment of dysfunctions in substance abusers: Relationship between bio-psychological aspects and spiritual aspects. X II World Congress of Psychiatry, abstracts vol.2, 96.

2. 学会発表

1) 薬物依存症における障害の多次元的評価: 心理生物学的側面とスピリチュアリティの統合: 末次幸子、森田展彰、中谷陽二、岩井喜代仁: 第36回日本アルコール・薬物医学会にて発表。(学会抄録日本アルコール・薬物雑誌、36(4)、346 - 347、2001.)

2) 茨城ダルクにおけるアウトリーチ型の心理教育プログラム導入の試み: 森田展彰、末次幸子、岡坂昌子、岩井喜代仁、栗坪千秋: 第37回日本アルコール・薬物医学会にて発表。(学会抄録日本アルコール・薬物雑誌、37(4)、442 - 443、2002.)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定含む)

なし

分 担 研 究 報 告 書
(2-1)

薬物乱用・依存によるマクロ的社会経済的損失に関する研究

分担研究者 池上直己 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授
研究協力者 山内慶太 慶應義塾大学看護医療学部 助教授
湯尾高根 精神医学研究所附属東京武蔵野病院

研究要旨 薬物乱用・依存は、我々の健康や社会に大きな影響を与えている。薬物乱用・依存によって発生する経済的損失を推計して、それにより薬物乱用・依存の経済的特徴が明らかとなれば、薬物対策の課題を検討する際に有用な示唆が得られる。薬物乱用・依存の経済的損失についての推計は、アメリカ、カナダをはじめとする諸外国で行なわれているが、我が国ではこれまでに行なわれていない。そこで我々の分担研究では、薬物の乱用・依存によって我が国で一年間に発生する費用（経済的損失）を推計することを目的とした。第1年目の平成13年度は、我が国の薬物乱用・依存によって発生する経済的損失（費用）を推計するための前段階として、諸外国で行なわれた既存の経済的損失の研究を収集・分析し、我が国で推計する方法とその問題点を検討した。特にカナダにて行なわれた費用研究を参考とし、次の点を明らかにした。①薬物乱用・依存は社会に多大な経済的損失を与えている。②直接費用の中では、「司法における費用」の割合が大きく、「医療費」よりも大きい。司法における費用の中では「警察」の占める割合が大きい。③総費用全体で見ると、間接費用の占める割合が大きい。第2年目の平成14年度は、これらの点を踏まえた上で、我が国における費用推計を行なった。その結果、我が国の薬物乱用・依存による社会経済的損失は、約2,068億円であった。これは国民一人当たり1,632円で、国内総生産の0.04%に相当する。直接費用（1,328億円）の中では、「司法における費用」が56%、次いで「医療費」が41%を占めていた。「司法における費用」の中では「矯正施設」の占める割合が66%で、一方「警察」の占める割合は25%であった。また「医療費」のうちHCVの医療費が89%を占めていた。間接費用（739億円）の中では、「罹病による費用」が92%、「死亡による費用」が8%であった。この推計結果をカナダの推計結果と比較すると、本推計では「直接費用」が「間接費用」より大きい、間接費用の中では「罹病による費用」が「死亡による費用」より大きい等の点でカナダの結果とは逆であった。我が国では、直接費用のうち「警察」の費用が小さく、また間接費用のうち「死亡による費用」が小さくなった。これらの費用が真に少ないのか、または推計に必要なデータが統計に表れていないのかを今後さらに追究する必要がある。また費用を推計する際にカナダの推計においても考慮されなかった労働パフォーマンスの低下の評価、及び一般社会の中で生活している薬物使用者の生産性損失の評価についても今後検討する必要があるだろう。

A. 研究目的

薬物の乱用・依存によって我が国で一年間に発生する費用（経済的損失）を推計することを目的とした。第1年目の平成13年度には、カナダでの研究を中心とした欧米諸国における薬物乱用・依存の経済的損失の研究を収集・分析し、それに倣い、我が国で推計する際に必要な費用項目を挙げ、第2年目の平成14年度は、それぞれの費用項目を各機関の協力を得て、必要なデータを収集し推計を行ない、薬物乱用・依存によって我が国で一年

間に発生する経済的損失を推計した。

B. 研究方法

公表されている統計資料を調査すると共に、厚生労働省、法務省、警察庁、最高裁判所、文部科学省の各省庁、社会復帰施設のDARC等の関係機関に依頼し、それぞれの機関より必要なデータを収集した。推計の対象年は、3年毎に報告される直近の「患者調査」に合わせ、平成11年とした。但し、平成11年以前のデータしか得られなかったり、

それ以降の最近のデータしか得られなかった場合もあり、その場合は調整せずにそのままの数値を推計に用いた。直接、データが得られない場合は、仮定を設けて推計を行なったが、その場合は、その仮定が各機関の関係者の感覚からみて妥当であるかを逐一確認した。

間接費用の算出方法には主としてhuman capital approachとfriction approachの二種類があるが、本研究ではhuman capital approachを用いた。human capital approachでは、「死亡による費用」は、死亡時点から死亡しないで働き続けた場合の標準的な退職年齢までの総賃金分を計算する。しかし実際の労働市場には、就労できなくなった人と交代可能な失業者等のプールがある為、社会全体の費用として考えれば間接費用が過大に見積もられることになる。そこで、他の人に仕事が置き換わるまでの期間のみ、生産性の損失を計算すべきであるというfriction approachも提唱されている。しかしこの方法はこれまでの先行研究ではほとんど採用されておらず、他国の推計との比較ができなくなること、方法が煩雑であることが理由で採用しなかった。

C. 研究結果

1. 直接費用

1) 医療費

a.) 入院費用

入院費用は、1日当り入院患者総数と1日当りの平均入院費用から算出した。1日当り入院患者総数は、平成11年度の「患者調査」(1)の「アルコール以外の精神作用物質使用による精神及び行動の障害」の一般病院400人、精神病院1,000人を用いた。1日当りの入院費用は、平成11年度の「社会医療診療行為別調査報告」(2)の「精神作用物質使用による障害」の入院総点数を診療実日数で除して得た10,504円を用いた。

従って入院費用は、 $10,504円 \times (400人 + 1,000人) \times 365日 = 5,367,544,000円$ となる。

b.) 外来費用

1日当り外来患者総数は、平成11年度の「患者調査」(1)よりデータを得て、一般病院200人、精神病院200人であった。1日当り外来費用は、平成11年度の「社会医療診療行為別調査報告」(2)か

ら入院外総点数を診療実日数で除して、6,915円を用いた。外来日数は、365日から日曜・祝祭日の休日数(67日)を差し引いた298日を用いた。従って外来費用は、 $6,915円 \times (200人 + 200人) \times (365日 - 67日) = 824,268,000円$ となる。

c.) 合併症

HIVについては、平成11年エイズ発生動向年報(3)に、平成11年末時点での静注薬物乱用によるHIV感染者、AIDS患者の報告数の累計が、順に22人(うち外国人15人)、14人(うち外国人10人)と報告されている。このうち平成11年3月末までの集計分のAIDS患者数は、初回報告時点でAIDSと診断された患者とHIV感染として既に報告されていた症例がAIDSを発病した患者を含んでいる。従ってHIVの累計患者との間で一部重複が考えられるが、各々の人数が把握されていない為、ここでは重複分を考慮しなかった。又、平成10年末までの死亡者数8人を除いた。HIVの治療による費用は、我が国で推計がなされており(4)、エイズ治療薬を使用した場合の生涯医療費(平均12.4年)は非血友病ケースで1人当り1,344万円であり、年間おおよそ108.4万円となる。ちなみに米国での推計(5)では年間一人当り約2万ドルといわれている。

従ってHIVの治療費は、 $1,084,000円 \times (22人 + 14人 - 8人) = 30,352,000円$ となる。

HCVについては、HCV抗体陽性率が覚せい剤依存者で45%、有機溶剤依存者で11%、その他の薬物依存者で12%と報告されている(6)。平成11年の違法薬物生涯経験者数の推計値は、覚せい剤：約43万人、有機溶剤：約160万人、その他の薬物：約106万人である(9)が、このうちの1/2を薬物依存者と仮定すると、覚せい剤：96,750人、有機溶剤：88,000人、その他の薬物：63,600人で、合計248,350人がHCV抗体陽性者となる。このうち無症候性キャリア、肝炎、肝臓各々の人数は、C型肝炎の疫学調査(11)における全国のHCVキャリア：150万～200万人(200万人として計算)、C型肝炎：32万7千人、C型肝炎に起因する肝臓：5万4千人(原発性肝臓は6万7千人で、このうちC型肝炎に起因するものは8割と言われている)の比を当てはめて、順に208,645人、34,113人、5,592人と推計した。

各stageの1人当り年間医療費は、文献(7)で、無症候性キャリア：62,590円、慢性持続性肝炎：208,480円、慢性活動性肝炎(軽度)：390,687円。

表 1. 我が国で一年間に発生する薬物乱用・依存の費用

・直接費用

1. 医療費

<u>入院費用</u>	1 日 当 り 入 院 患 者 総 数 (人)	1 人 1 日 当 り 入 院 費 用 (円)	年 間 費 用 (円)
一般病院	400	10,504	1,533,584,000
精神病院	1,000	10,504	3,833,960,000
入院の合計	1,400		5,367,544,000
<u>外来費用</u>	1 日 当 り 外 来 患 者 総 数 (人)	1 人 1 日 当 り 外 来 費 用 (円)	年 間 費 用 (円)
一般病院	200	6,915	412,134,000
精神病院	200	6,915	412,134,000
外来の合計	400		824,268,000
<u>合併症</u>	患 者 数 (人)	1 人 当 り 年 間 費 用 (円)	年 間 費 用 (円)
HIV	28	1,084,000	30,352,000
無症候性キャリア	208,645	62,590	13,059,090,550
肝炎	34,113	400,000	13,645,200,000
肝癌	5,592	3,932,428	21,990,137,376
HCVの合計	248,350		48,694,427,926
医療費の合計 (円)			54,916,591,926

2. 社会復帰活動

<u>DARC</u>	1 日 当 り 利 用 者 総 数 (人)	1 人 当 り 利 用 費 (円)	年 間 費 用 (円)
入寮	185	5,300 (1 日 当 り)	357,882,500
通所 (デイケア)	95	15,000 (1 ヶ 月 当 り)	17,100,000
社会復帰活動の合計 (円)			374,982,500

3. 司法の費用

<u>矯正施設</u>	1日当り入所者総数 (人)	1人当り年間費用 (円)	年間費用(円)
刑務所	13,831	2,780,273	38,453,955,863
少年院	1,124	4,995,282	5,614,696,968
少年鑑別所	204	10,030,930	2,046,309,720
保護観察所	10,840	316,667	3,512,670,280
矯正施設の合計			49,627,632,831
<u>警察庁</u>			年間費用(円)
人件費			18,225,601,760
薬物対策費			266,258,000
警察庁の合計			18,491,859,760
<u>裁判</u>	公判総人員(人)	1人当り裁判費用 (円)	年間費用(円)
裁判の合計	22,549	291,400	6,570,778,600
<u>被害者の費用</u>	事件総件数(件)	1事件当り費用(円)	年間費用(円)
暴行	15	84,252	1,263,780
強盗	3	71,254.80	213,764.40
窃盗	93	27,822	2,587,446
殺人(未遂も含む)	11	1,110,960	12,220,560
被害者の費用合計			16,285,550
司法の費用合計(円)			74,706,556,741

4. 行政の費用

<u>厚生労働省</u>			年間予算(円)
麻薬・覚せい剤対策			743,374,000
麻薬取締官事務所予算			1,925,638,000
厚生科学研究補助金			127,000,000
厚生労働省予算合計			2,796,012,000
<u>警察庁*</u>			年間費用(円)
人件費			18,225,601,760
薬物対策費			266,258,000
警察庁の合計			18,491,859,760
*司法の費用の再掲			
<u>文部科学省</u>			年間費用(円)
薬物乱用防止対策費			34,516,000
行政の費用合計(円)			21,322,387,760

5. 予防・研究費

文部科学省**			年間費用(円)
薬物乱用防止			34,516,000
厚生労働省**			年間費用(円)
厚生科学研究補助金			127,000,000
覚せい剤防止特別対策費			160,798,000
青少年特別啓発事業費			5,123,000
麻薬・覚せい剤乱用防止国民運動事業費			19,567,000
薬物乱用防止指導者育成事業費			7,315,000
**平成14年度分 行政の費用の「麻薬・覚せい剤対策」と重複する内容なので、直接費用の合計額には含んでいない			
予防・研究費の合計(円)			354,319,000

直接費用合計(円)			132,828,659,167
-----------	--	--	-----------------

・間 接 費 用

<u>死亡による費用</u>	死亡者総数(人)		年間費用(円)
合計	45		6,059,990,000
<u>雇病による費用</u>	離職者総数(人)	就業率で調整した人数	年間費用(円)
合計	15,421	13,929	67,876,814,500

間接費用合計(円)			73,936,804,500
-----------	--	--	----------------

薬物乱用・依存による損失費用の合計(円)			206,765,463,667
----------------------	--	--	-----------------

慢性活動性肝炎(高度): 600,175円, 肝硬変: 1,240,315円, 肝臓: 3,932,428円と推計されている。

上記の患者数と各stageの1人当り年間医療費(肝炎の年間費用については平均して40万円とした)から、無症候性キャリア: 13,059,090,550円, C型肝炎: 13,645,200,000円, 肝臓: 21,990,137,376円となり、これらを合計するとHCVにかかる医療費は、48,694,427,926円となる。

尚、薬物乱用に絡んだその他の合併症(脳出血など)については、情報に乏しく、算定しなかった。

精神科comorbidityについては、DSM-IVの物質使用障害の「依存」または「乱用」の基準を満た

した174例を対象とした調査(10)があり、精神障害を合併している患者が30.5%, 気分障害24.1%, 摂食障害16.1%, 不安障害13.8%, 衝動制御障害7.5%, 人格障害32.2%であるという結果が示されている。それぞれの障害の費用についての情報はないが、一人の患者において薬物依存の部分と他の精神障害の部分に分けて治療することではなく、むしろ薬物依存の症状(精神病症状, うつ症状, 不安症状等)として捉え、治療されていることが多いと考えられる。よって推計する際に、別々に算出して加算すると、double-countingの可能性が高くなる為、comorbidityの項目については、算定しなかった。

救急については、救急外来からそのまま入院治療につながるが多いと考えられ、算定しなかった。

以上a.)～c.)から、医療費の総額は、54,916,591,926円となる。

ii) 社会復帰活動の費用

東京DARCに情報を依頼し、データを得た。平成12年度には日本全国に18のDARCの入寮施設があり、総定員数は223であった。平均利用率は約83%であった為、1日当りの平均入所者数は185人である。また入寮施設の1人1日当り費用が5,300円であった為、入寮DARCの総費用は357,882,500円となる。また平成12年度にデイケアを実施していたDARCは19施設であり、1施設当り1日平均利用者数は5人であった。費用が1人1ヶ月当り15,000円であった為、デイケアの総費用は年間で、17,100,000円と推計された。

以上を合わせるとDARCの費用は、374,982,500円となる。これが社会復帰活動の総費用に相当する。

iii) 司法の費用

a.) 刑務所

平成12年度12月31日における覚せい剤事犯受刑者数は、13,831人であった(12)。平成11年度予算における刑務所一般行政費は128,585,037,000円、刑務所収容費は27,480,042,000円(13)、平成11年12月31日の行刑施設(刑務所、刑務支所、拘留所、拘留支所、少年刑務所)の収容現員は56,133人(14)であった為、1人当り年間入所費用は2,780,273円である。この額に上記受刑者数を乗じて刑務所の費用を推計した。尚、一時点での覚せい剤事犯以外の薬物関係の受刑者数は明らかでない為、この費用は含んでいない。

刑務所の費用は、2,780,273円×13,831人=38,453,955,863円となる。

b.) 少年院

平成11年12月31日の少年院の収容現員は、4,494人(14)であり、少年院一般行政費は19,547,368,000円、少年院収容費は2,901,431,000円(13)である為、1人当り年間入所費用は、4,995,282円となる。一時点の薬物関係の収容者数は不明であったが、平成11年矯正統計年報(12)によれば、平成11年の少年院の新収容者は、総数5,538人で、

このうち薬物使用者は1,389人(麻薬・あへん10人、大麻13人、覚せい剤455人、有機溶剤867人、その他44人)で25%を占めていた。全体の収容人数4,494人の中に、新収容者と同じ割合で薬物使用者がいると仮定すると、1,124人が有機溶剤や覚せい剤等の薬物使用者であることになる。

従って少年院の費用は、4,995,282円×1,124人=5,614,696,968円となる。

c.) 少年鑑別所

平成11年12月31日の少年鑑別所の収容現員は1,135人(14)であり、少年鑑別所一般行政費は10,344,021,000円、少年鑑別所収容費は1,041,085,000円(13)である為、1人当り年間入所費用は、10,030,930円となる。矯正統計年報(平成11年)によれば、少年鑑別所の新収容者は、総数19,566人で、このうち薬物等使用者は3,498人(麻薬・あへん19人、大麻82人、覚せい剤952人、有機溶剤2,322人、その他123人)であり、全体の18%であった。「少年院」の推計と同様に、新収容者と同じ割合で薬物使用者がいると仮定すると、薬物関係の入所者は、収容者全体(1,135人)の18%で、204人となる。

従って少年鑑別所の費用は、10,030,930円×204人=2,046,309,720円となる。

d.) 保護観察所

平成13年度の統計によると保護観察所で関わる事件は全体で約60,000人で、そのうち薬物乱用は10,840人(うち有機溶剤：4,390人、覚せい剤：6,450人)であった。保護観察所全体の予算が約190億円である為、60,000件で除し、事件一件当り316,667円となる。よって薬物乱用者に対する予算は316,667円×10,840人=3,432,670,280円となる。さらにその他の予算として約8000万円が計上されており、これを加えると、3,512,670,280円となる。

以上a.)～d.)をまとめると矯正施設にかかる費用は、49,627,632,831円となる。

e.) 警察

予算についての詳細な情報は、警察庁に依頼した。警察庁薬物対策課の平成11年度予算は、総額266,258,000円であり、内訳は、「通訳等に対する諸謝金」に54,165,000円、「鑑定用試薬等の消耗品、執務資料、ポスター等の印刷製本費等」に174,769,000円、「アジア・太平洋地域薬物取締り担当実務者会議等の政府開発援助に要する経費」に

37,174,000円であった。但しこの予算額には、人件費、警察活動に要する旅費及び捜査費並びに車両購入費等の警察装備費等は計上されていない。

1人の警察官が一年中常に「薬物」に絡んだ事件の捜査をしているわけではなく、様々な業務を兼務しているのが通例である。その為、薬物関連事件の取調べ等の状況を警察関係者から聴取し、以下の仮定を設けて算出した。即ち検挙者が逮捕された後、48時間以内に検察官へ送致され、その後約20日間の勾留期間があり、その間、2人の警察官から取調べを受けると仮定した。年間の薬物事犯総検挙者数は20,129人（覚せい剤：18,491人、コカイン：87人、向精神薬：57人、ヘロイン：52人、LSD：29人、あへん：128人、大麻：1,224人）、警察官1人1日当りの人件費は22,636円（平均年間所得8,262,000円（15）より算出）である。従って人件費は、 $22,636円 \times 2人 \times 20日 \times 20,129人 = 18,225,601,760円$ となる。

以上を合わせると、警察の費用は、18,491,859,760円となる。

尚、実際には逮捕までの捜査にも多くの人と時間が費やされており、その費用も計算すべきであるが、実態が十分明らかでない為、ここでは算入していない。

f.) 裁判

覚せい剤取締法違反事件の受理人員は24,927人（平成11年）で、このうち公判請求人員は21,286人で起訴率は89.7%となっている。麻薬取締法では総数440人で、公判請求人員は315人（起訴率73.8%）、大麻取締法では総数1,501人で、公判請求人員は920人（起訴率67.2%）、あへん法では公判請求人員が28人で起訴率は31.5%であった（16）。合計すると22,549人の公判請求があったことになる。一方1人にかかる裁判費用は、全国の裁判所の年間予算317,831,000,000円（予算が公表されていない為、最高裁判所広報課に問い合わせ、平成14年度分を得た）を平成11年に裁判が確定した合計人数1,090,701人（16）で除すと、291,400円となる。

従って裁判の費用は、 $291,400円 \times 22,549人 = 6,570,778,600円$ となる。

g.) 被害者の費用

警察庁に問い合わせ、薬物乱用者によってどのような事件が引き起こされたか、その内容、件数についての情報（平成12年）を得た。総件数は16

1件、刑法犯では殺人4件、殺人未遂7件、強盗3件、強姦0件、放火2件、暴行・傷害14件、恐喝3件、器物破損10件、窃盗その他93件、特別法犯では銃刀法15件、暴力行為1件、その他9件である。しかし事件一件当りの費用とは不明である。

薬物乱用の費用推計のガイドライン（17）によると、国内でのデータが全く得られない場合は、その項目を削除するより他国のデータを参考にした方がよいと勧めている。米国における推計（18）では、暴行による一被害者当りの医療費は\$210、強姦\$28、強盗\$4、殺人\$9,258、財産損失の平均費用は強姦\$0.70、強盗\$4.59、窃盗\$5.75であった。また犯罪による勤労不能日数は暴行3.7日、強姦4.6日、強盗4.4日、窃盗1.7日であり、1日当りの生産性損失額は\$133としている。

それを我が国の事件に当てはめてみると、
暴行：（14人+1人）× { \$210 + (3.7日 × \$133) }
= \$10,531.5 = 1263,780円
強盗：3人 × { \$4 + \$4.59 + (4.4日 × \$133) }
= \$1781.37 = 213,764円
窃盗：93人 × { \$5.75 + (1.7日 × \$133) } = \$21,562.05 = 2,587,446円
殺人：（4人+7人）× \$9,258 = \$101,838 = 12,220,560円
（1 \$ = 120円として換算）

従って被害者の費用は、16,285,550円になる。

尚、米国の推計（18）で金額が示されていない放火、恐喝、器物破損、銃刀法の事件に関しては、費用を計上しなかった。また殺人被害者の「死亡による費用」についても、その推計に必要な被害者の性別、年齢の情報が得られなかった為、算定しなかった。

以上a.) ~ g.) を合計して、司法の費用の総額は、74,706,556,741円となる。

iv) 行政の費用

省庁の様々な施策に伴う費用である。

a.) 厚生労働省

平成11年度予算（13）では、麻薬・覚せい剤対策に必要な経費として、743,374,000円が計上されている（13）。この内訳は、「麻薬及び向精神薬取締法」及び「あへん法」に基づく麻薬取締員の人件費等の都道府県に対する交付金、及び麻薬・覚せい剤禍の撲滅を図るための、①麻薬・覚せい剤禍濃厚地区の重点的啓蒙、②麻薬・覚せい剤対策を推進するための本省事務費、③覚せい剤等に関

表2. 死亡による費用(mortality cost) (高卒の賃金で計算)

上段:男性, 下段:女性			
年齢(歳)	人数(人)	生涯賃金(円)*	損失費用(円)**
18~19	1	4,840,000	214,690,000
	2	1,928,300	313,020,000
20~24	1	19,970,000	199,560,000
	2	16,710,000	287,320,000
25~29	3	38,740,000	542,370,000
	2	31,970,000	256,800,000
30~34	12	61,160,000	1,900,440,000
	0	48,000,000	0
35~39	9	86,430,000	1,197,900,000
	0	66,700,000	0
40~44	9	115,650,000	934,920,000
	0	86,220,000	0
45~49	3	148,540,000	212,970,000
	0	108,430,000	0
50~54	0	185,000,000	0
	0	133,730,000	0
55~59	0	219,530,000	0
	0	160,370,000	0
60~	1	/	/
	0	/	/
合計	39		5,202,850,000
	6		857,140,000

死亡による費用は、6,059,990,000円となる。

*文献19による

**60歳時点の生涯賃金(文献19では、60歳以上の賃金は表示されていないので、実際は55~59歳の生涯賃金を使用)から各階層までの生涯賃金を差し引き、その階層の死亡者数を乗じた金額

表3. 罹病による費用(morbidity cost) (高卒の賃金にて計算)

上段:男性, 下段:女性					
年齢(歳)	人数(人)	就業率(%)	就業率で調整した人数(人)	年間所得(円)**	損失費用(円)***
15~19	24	84.8	20	2,171,100	43,422,000
	3	90.6	3	1,928,300	5,784,900
20~24	1,480	90.7	1,342	2,916,000	3,913,272,000
	289	92.1	268	2,570,900	683,859,400
25~29	1,674	94.4	1,580	3,707,400	5,857,692,000
	323	92.9	300	3,052,700	915,810,000
30~34	2,610	98.2	2,511	4,480,000	11,249,280,000
	270	94.2	254	3,205,600	814,222,400
35~39	2,580	96.8	2,500	4,920,000	12,300,000,000
	270	95.8	255	3,739,200	968,452,800
40~44	1,456	98.9	1,411	5,700,500	8,043,405,500
	117	96.7	107	3,903,900	417,717,300
45~49	1,438	97.0	1,393	6,327,900	8,814,704,700
	117	97.1	107	4,442,700	475,368,900
50~54	983	96.6	950	7,111,500	6,755,925,000
	80	97.0	78	5,059,900	394,672,200
55~59	807	95.6	771	7,203,100	5,812,901,700
	79	97.0	77	5,328,100	410,263,700
60~	773	/	/	/	/
	41	/	/	/	/
合計	13,832	/	12,478	/	62,790,662,900
	1,589	/	1,451	/	3,086,191,600

罹病による費用は、67,876,814,500円となる。

*文献20による(1-完全失業率から算出) **文献19による

***就業率で調整した人数に年間所得を乗じた金額

する研究等である。

また麻薬取締官事務所の予算は、1,925,638,000円であった。

尚、精神保健事業等に必要な経費として、56,939,550,000円の予算が計上されており、その説明として「麻薬及び向精神薬取締法」に基づく都道府県の支弁する麻薬中毒者の入院措置費の一部負担、「麻薬・覚せい剤禍の撲滅を図るための都道府県に対する補助」と付されているが、詳細な金額が不明であった為、算入しなかった。

厚生科学研究費補助金での乱用薬物対策等に関する分野については127,000,000円であった(平成11年度予算では費用が不明確であり、平成13年度分を用いた)。以上を合計すると厚生労働省の予算は、2,796,012,000円となる。

b.) 警察庁

「司法の費用」のところで先に述べたように、薬物に関わる警察庁の費用は、18,491,859,760円である。

c.) 文部科学省

文部科学省(スポーツ・青少年局学校健康教育課)において、講習会やシンポジウムを開いて、薬物乱用防止に力を入れている。平成11年度予算では薬物関連の費用が不明確であり、平成14年度分を用いた。平成14年度では、薬物乱用防止教室の推進費(外部講師の講習会)に27,811千円、シンポジウムの開催費に6,705千円の予算が当てられている。合計すると、34,516,000円である。

以上a.)~c.)から、行政の費用は、21,322,387,760円となる。

v) 予防・研究費

研究費としては、前述のように平成13年度の厚生科学研究費補助金では、乱用薬物対策等に関する分野に127,000,000円が当てられている。研修や予防キャンペーン等の経費としては、文部科学省において先述のように、34,516,000円が当てられている。

厚生労働省の前述の平成11年度予算では、麻薬・覚せい剤対策の経費のうち、予防についての費用が明確でなかったが、平成14年度では、覚せい剤防止特別対策費(啓発用読本、「ダメ。ゼッタイ。」普及運動、キャラバンカー運用等にかかる経費、本年度は新規事業として研修・啓発用資材としてCD-ROM制作を予定。(財)麻薬・覚せい剤

乱用防止センターに対する委託費(約1億円)を含む)として160,798,000円、青少年特別啓発事業費(予防啓発活動を行う麻薬取締官OBに対する研修)として5,123,000円、麻薬・覚せい剤乱用防止国民運動事業費(毎年10～11月に実施する麻薬・覚せい剤乱用防止運動にかかる経費)として19,567,000円、薬物乱用防止指導者育成事業費(地域における啓発活動の中心となる薬物乱用防止指導員のリーダーを養成するための研修)として7,315,000円が含まれている。

よってこうした予防・研究費は、年間354,319,000円となる。

以上の各項目から、直接費用の総和は、132,828,659,167円となる。

2. 間接費用

i) 死亡による費用 (mortality cost)

警察庁から得た薬物に起因する死亡者数、及び

5歳刻みでの年齢階級別・性別内訳と、「賃金・労使関係データ—個別賃金・生涯賃金と雇用処遇—」(19)の生涯賃金から「死亡による費用」を算出した。全国の薬物に絡んだ総死亡者数は45人(乱用死38人、自殺7人 平成12年)であった。

尚、生涯賃金は、高校卒業で企業規模10～99人の賃金を用いることにした。「死亡による費用」は、60歳時点での生涯賃金から死亡時点の年齢までの生涯賃金を差し引いて算出した。従って「死亡による費用」は、表2のように合計で、6,059,990,000円となる。尚、本推計では、割引率によって将来の所得を現在の価値に換算していない。

ii) 罹病による費用 (morbidity cost)

病院入院患者、DARC入寮者、刑務所入所者の総数、及び5歳刻みでの年齢階級別・性別内訳と、「賃金・労使関係データ—個別賃金・生涯賃金と雇用処遇—」(19)の年間所得から「罹病による費用」を算出した。尚、外来患者や、DARCのデイケア通所者、保護観察所の関わる薬物使用者等、一般社会の中で生活している者については、仕事に就いていると仮定して、考慮しなかった。また少年院と少年鑑別所に入所している少年については、推計に入れなかった。

入院患者総数は1,400人であるが、年齢別・性別内訳の情報が得られたのは、精神病院の入院患者1,000人におけるデータであった為、一般病院の入院患者も含めた1,400人を精神病院の年齢別・性別内訳からその構成比に従って分割した。

DARC入寮者総数は185人であった。全国にあるDARC全入所者の年齢別内訳の情報は得られなかった為、東京DARC入寮者の年齢別内訳からその構成比に従って185人を分割した(女性については全国で7人であり、すべての年齢が明らかであった為、そのまま当てはめた)。

覚せい剤受刑者総数は13,831人(平成12年)であるが、年齢別・性別内訳の情報は得られなかった為、覚せい剤の新受刑者の年齢別・性別内訳からその構成比に従って分割した。尚、覚せい剤新受刑者の集計は最年少階級が29歳以下、最年長階級が50歳以上となっていた為、全新受刑者の年齢階級別構成比を当てはめて、各々のうち19歳以下、60歳以上の人数を推計した。更に新受刑者の年齢区分は5歳刻みではなく10歳刻みであった為、簡略化して1/2ずつ割り当てた。その際、奇数の場合は、1/2として、全新受刑者の年齢構成にて多い階級の方に+1とした。

この結果、「罹病による費用」は、表3のように合計で、67,876,814,500円となる。

生産性の損失の費用としては、これに加えて就労者における欠勤の費用と、就労中のパフォーマンスの低下も本来は算入すべきであるが、十分なデータが得られなかった為、推計に入れなかった。

i), ii) より間接費用の総和は、73,936,804,500円となる。

以上から薬物乱用・依存による経済的損失は、年間206,765,463,667円と推計された。国民一人当たり、1,632円となり、国内総生産の0.04%に相当する。(平成11年日本総人口126,686千人、国内総生産514,348,700百万円として計算)

D. 感度分析

費用項目の中で、構成比が大きな項目は結果に大きく影響する為、感度分析を行い、推計値の幅(最小の見積もりと最大の見積もり)を求める。

1. 薬物依存者の母集団の設定

HCVについて、本推計では違法薬物生涯経験者

数の1/2を薬物依存者と仮定し、48,694,427,926円との結果を得たが、低い方の見積もりとして1/3を薬物依存者と仮定すると、覚せい剤：58,050人、有機溶剤：52,800人、その他の薬物：38,160人で、合計で149,010人がHCV抗体陽性者となる。従って無症候性キャリア、肝炎、肝臓各々の人数は、順に125,187人、20,468人、3,355人と推計した。この患者数と各stageの1人当り年間医療費からHCVの医療費を推計すると、無症候性キャリア：7,835,454,330円、C型肝炎：8,187,200,000円、肝臓：13,193,295,940円となり、合計29,215,950,270円である。1/2を薬物依存者と仮定した額と比べると、約200億円低くなる。その際の経済的損失の総額は、187,286,986,011円となる。

2. 「賃金」の設定

間接費用の「死亡による費用」について、本推計では「高校卒業」の生涯賃金で算出し、73,936,804,500円との結果を得た。覚せい剤乱用者の学歴をみると、第一位「高校中退」、第二位「中学卒業」、第三位「高校卒業」の順である(8)為、「中学卒業」の生涯賃金で算出すると、男性は、1人×(189,000,000円-11,780,000円)+1人×(189,000,000円-26,560,000円)+3人×(189,000,000円-44,090,000円)+12人×(189,000,000円-62,990,000円)+9人×(189,000,000円-83,340,000円)+9人×(189,000,000円-107,010,000円)+3人×(189,000,000円-132,290,000円)=4,145,490,000円となり、女性は、2人×(119,250,000円-9,670,000円)+2人×(119,250,000円-20,020,000円)+2人×(119,250,000円-30,290,000円)=595,540,000円となり、総和は4,741,030,000円となる。

また同様に「罹病による費用」においても「中学卒業」の賃金で計算すると、男性は52,934,492,000円となり、女性は3,626,546,000円となり、総和は56,561,038,000円となる。

よって「中学卒業」の賃金で算出すると間接費用の総和は61,302,068,000円となり、「高校卒業」の賃金で算出した74,657,916,500円に比べて約130億円低くなる。その際の経済的損失の総額は、194,130,727,167円となる。

E. 考察

我が国の薬物乱用・依存による社会経済的損失は、約2,068億円であった。これは国民一人当り1,632円で、国内総生産の0.04%に相当する。一方カナダでは、国民一人当りの費用は\$48、国内総生産に占める割合は0.20%であり、社会への影響度でみると、我が国よりカナダの方が社会的経済的損失が相対的に大きいといえよう。これは海外に比べると、我が国の薬物乱用の浸透率が依然低いと考えられる。

直接費用(1,328億円)の中では、「司法における費用」が、747億円と56%を占め、次いで「医療費」が549億円で41%を占めていた。

「司法における費用」の中では「矯正施設」が496億円と66%を占めていた。「警察」に関しては、カナダの研究では50%の割合を占めていたが、我が国においては185億円と25%であり、「矯正施設」よりも少なくなった。しかし「警察」の中でも特に大きい割合を占めるであろうと思われる人件費については、ここでは逮捕後の処遇から仮定を設けることによって算出しており、実際には逮捕までの捜査にも多くの人と時間が費やされているはずであり、低く見積もっている可能性がある。

また「被害者の費用」については、薬物に絡んだ事件の内容、件数の情報は得られたが、それぞれの被害者の費用についての情報は全く得られなかった。その為、費用推計のガイドラインに従い、米国のデータに頼らざるを得なかったが、この推計値と実際の数値との間に乖離があると思われる。また殺人被害者の年齢・性別の情報も得られなかったが、この被害者の「死亡による費用」も大きな額になると思われる。こうした点において、「司法の費用」については、更なる綿密な調査が望まれる。

HCVによる医療費は487億円になり、医療費の89%を占めていた。しかし、これは薬物依存者の母集団をどのように決めるか、またHCV抗体陽性の薬物依存者がどのような受診行動をとるかによって、HCVによる医療費は大きく異なることを気に留めておく必要がある。HCV抗体陽性の薬物依存者のほとんどが医療機関に受診していないとすれば、この額は過大な見積もりをしていることになる。薬物依存者の中には、入れ墨経験者が多く(約20%)(6)、入れ墨経験者の中で、HCV抗体陽性者は高率に認める。これは我が国の文化の影響ともいえるだろう。

間接費用において、我が国では「罹病による費用」(679億円)が「死亡による費用」(60億円)を大きく上回った。カナダの調査では若年死亡者数が多い為に「死亡による費用」の方が大きくなるという逆の結果であった。我が国においても若年死亡者の割合が大きかったが、得られた資料においては総死亡者数が45人(カナダでは732人)と少なかった為に「死亡による費用」が相対的に小さくなった。

「罹病による費用」については、今回の推計では、各年代別の「高校卒業」の平均賃金を用いて推計したが、薬物依存・乱用者の中には売春婦や暴力団員のような高額所得者も多く含まれており、更に薬物を得ようと非合法的な利益の大きい仕事に手を出す者も少なくない。その為、今回の推計では「罹病による費用」を低く見積もっている可能性がある。また労働パフォーマンスの低下もデータがない為、算入しなかった。更に外来患者やデイケア通所者等、一般社会の中で生活している薬物乱用・依存者は考慮に入れておらず、更に少年院、少年鑑別所に入所している少年の「罹病による費用」も推計に含んでいない。

これらの理由からも更に低く見積もっている可能性があると考えられる。

総費用全体でみると、間接費用(739億円)よりも直接費用(1,328億円)の占める割合が大きい結果となった。これはカナダの研究結果と逆の結果であった。これは、直接費用の要因からみると、矯正施設を中心とした「司法における費用」、HCVの治療費を含んだ「医療費」が大きくなり、直接費用全体を押し上げたことが考えられ、間接費用の要因からみると、総死亡者数がカナダに比べて少なかったこと、推計に用いた賃金の設定を低く見積もっている可能性があること、労働パフォーマンスの低下による「罹病による費用」を算定しなかったこと、一般社会の中で生活している薬物乱用・依存者を考慮しなかったこと、少年院・少年鑑別所に入所している少年を考慮しなかったこと等が考えられる。

以上からも明らかなように、本分担研究で算出した薬物乱用・依存の費用は、必要な統計資料が十分整っていない制約下で推計したものである。本研究を通じて、より明確になった費用推計の為に必要なデータが今後収集され、更に精緻な推計が可能になることが望まれる。

参考文献

- (1) 平成11年患者調査(全国編)上巻 厚生労働省大臣官房統計情報部編
- (2) 社会医療診療行為別調査報告 平成11年(6月審査分)上巻 厚生労働省大臣官房統計情報部編
- (3) 平成11年エイズ発生動向年報(平成11年1月1日~12月31日)厚生省エイズ動向委員会 平成12年6月27日
- (4) 市川誠一, 木村哲, 大屋日登美ら : HIV・AIDS医療費に関する研究-ATT, ddIの占める費用割合- ; 日本エイズ学会誌2巻1号, 22 - 29, 2000
- (5) Bozzette SA, Berry SH, Duan N, et al : The care of HIV-infected adults in the US. HIV cost and services utilization study consortium. ; N Engl J Med., 13; 340(19): 1512 - 1513, 1999.
- (6) 和田清, 石橋正彦, 小田晶彦ら : 薬物乱用・依存者におけるHIV感染の実態とハイリスク行動についての研究 ; HIV感染症の動向と予防介入に関する社会疫学的研究, 178 - 196, 平成13年度厚生労働科学研究
- (7) 飯野四郎, 安田清美, 小林慎ら : C型慢性肝炎に対するIFN療法の費用効用分析 活動性投与と非活動性投与の比較 ; 日本医事新報 3870号, 10 - 15, 1998
- (8) 薬物の乱用・依存症の事例に関する調査(依存性薬物情報研究班), 麻薬・覚せい剤行政の概況, 厚生労働省医薬局監視指導・麻薬対策課, 153 - 158, 2001年11月
- (9) 和田清, 菊池安希子, 尾崎茂 : 薬物使用に関する全国住民調査 ; 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究, 15 - 77, 平成13年度厚生科学研究, 平成14年3月
- (10) 松本俊彦, 山口亜希子, 上条敦史ら : 薬物乱用・依存・中毒者の自然経過と疾病概念に関する研究 薬物依存者の医療機関における類型について ; 薬物依存・中毒者の予防, 医療およびアフターケアのモデル化に関する研究(平成13年度研究報告書), 7 - 19, 平成14年3月
- (11) 田中英夫 : C型肝炎の疫学動向 ; 肝胆膵, 43 (5), 713 - 719, 2001
- (12) 第101矯正統計年報 I, II 平成11年 法務

省

- (13) 平成12年度一般会計予算（平成12年度一般会計予算参照書添附）第147回国会（常会）
提出 編集大蔵省主計局
- (14) 法務年鑑 平成11年 法務省
- (15) 平成13年度地方交付税制度解説（単位費用篇）
- (16) 平成12年度版 犯罪白書－経済犯罪の現状と対策－ 法務省法務総合研究所編
- (17) Single, E. , Collins, D. , Easton, B. , et al :
International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse – Second Edition, 2001.
Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, 2001.
- (18) Teh-wei hu, Ph.D., Willard Manning, Ph.D., Dorothy Rice, Sc.D. et al : The Economic Costs of Drug Abuse in the United States 1992-1998. Executive Office of the President Office of National Drug Control Policy Washington,D.C.20503 Sep. 2001
- (19) 別冊・活用労働統計 賃金・労使関係データ01/02 一 個別賃金・生涯賃金と雇用処遇
－ 監修：中村厚史 財団法人社会経済生産性本部 生産性労働情報センター
- (20) 労働統計要覧 平成12年度 厚生労働省大臣官房統計情報部編

分 担 研 究 報 告 書
(2-2)

薬物乱用・依存による個人的社会経済的損失に関する研究

分担研究者 妹尾栄一 東京都精神医学総合研究所
研究協力者 大原美知子 東京都精神医学総合研究所
梅野 充 東京都立松沢病院

研究要旨 薬物乱用・依存にかかわる個人レベルでの社会経済的損失を研究する目的で、薬物依存症の患者に嗜癮重症度指標（ASI）を実施し、質問項目の中から該当する項目を抜き出し、結果について検討した。ASIは薬物依存症者の重症度測定に用いられる標準化された尺度であり、単に使用の重症度にとどまらず、「医学」「司法」「薬物使用」「家族・人間関係」「雇用生計」「精神医学」などの各問題領域に関して個別に援助の必要性を判定する。研究対象は平成14年4月1日から平成15年2月28日までの期間に、公立A病院の依存症専門外来を受診するか、同病院のアルコール症専門病棟に入院した薬物依存症の患者のうち、本調査の趣旨を理解し、面接に同意した人を対象とした。本研究の分析対象は、男性11人、女性7人であった。薬物乱用・依存にかかわる社会経済的損失を個人レベルで推計するために、嗜癮重症度指標を用いて、検討した結果、判明したこととして、依存症治療の専門家で理解されているような、「薬物依存症」の重症化→他の問題領域の重症化という通説は支持されておらず、むしろASIで設定されている各問題領域は互いに独立していることを示唆する。この点は、ASIオリジナルの標準化過程で、既に指摘されていた知見に合致する。社会経済的コストの視点から、本調査結果を見直すと、薬物依存症者は「医学的」「精神医学的」「家族・人間関係」「司法的」などの領域で、あくまでも個々別々に問題を生じさせていることが理解できる。その意味で、ASIに代表される評価様式は、社会経済的コストを多面的な問題領域を含めて算定する根拠として、活用できるツールである。なお、本調査の限界として、ASIの質問紙を実施するに当たっては、患者あたり約1時間程度の面接時間を要することから、強度の離脱期などでは遂行できない問題点がある。主として中毒性精神病の治療で入院している場合にも、同様の問題点が生じる。

A. 研究目的

薬物乱用・依存にかかわる個人レベルでの社会経済的損失を研究する目的で、薬物依存症の患者に嗜癮重症度指標（ASI）を実施し、質問項目の中から該当する項目を抜き出し、結果について検討した。

ASIは薬物依存症者の重症度測定に用いられる標準化された尺度であり、単に使用の重症度にとどまらず、「医学」「司法」「薬物使用」「家族・人間関係」「雇用生計」「精神医学」などの各問題領域に関して個別に援助の必要性を判定する。

B. 研究対象と方法

平成14年4月1日から平成15年2月28日までの期間に、公立A病院の依存症専門外来を受診する

か、同病院のアルコール症専門病棟に入院した薬物依存症の患者のうち、本調査の趣旨を理解し、面接に同意した人を対象とした。本研究の分析対象は、男性11人、女性7人であった。

C. 調査結果

1. 対象者の属性

調査対象者の乱用薬物は、表1に示す（重複回答あり）。そのうち覚せい剤の使用年数の分布を図1に示す。5年以上の長期使用者が全体の3分の1の6名含まれていることが判る。入院回数は、1回のみが全体の半数の9人で一番多く、この調査の時点での入院が初回の患者が多数を占めていた（図2）。また外来も、1回目の患者が10人ともっとも多く、医療に繋がってからの年数が浅いことを示している（図3）。

表1. 乱用対象薬物内訳(複数回答) n=18

薬物名	件数	%
ヘロイン	0	0.0%
他のアヘン系麻薬	0	0.0%
バルビツール系	0	0.0%
他の鎮静・催眠・安定剤	5	27.8%
コカイン	3	16.7%
覚せい剤	11	61.1%
大麻	9	50.0%
デザイナーズドラッグ	0	0.0%
鎮咳剤	3	16.7%
幻覚剤	2	11.1%
シンナー	9	50.0%
ブタンガス	2	11.1%
その他吸入剤	3	16.7%

図3. 薬物乱用外来回数

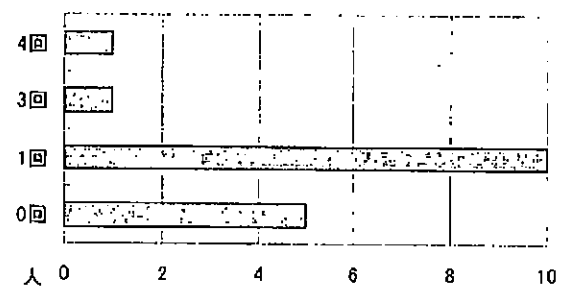


図4. 慢性疾患の有無

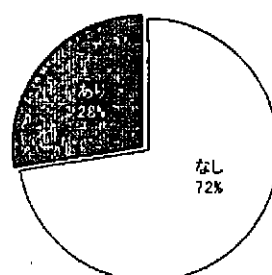


図1. 覚せい剤使用年数

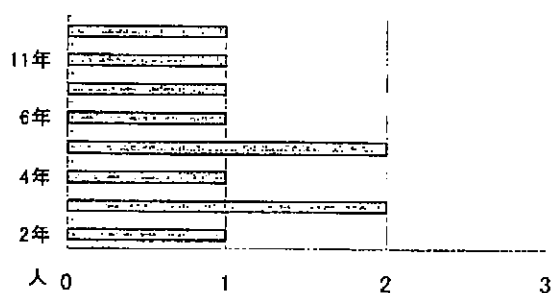


図5. 肝炎ウィルスの有無

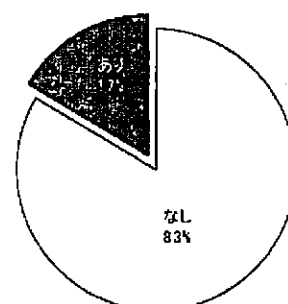


図2. 薬物乱用入院回数

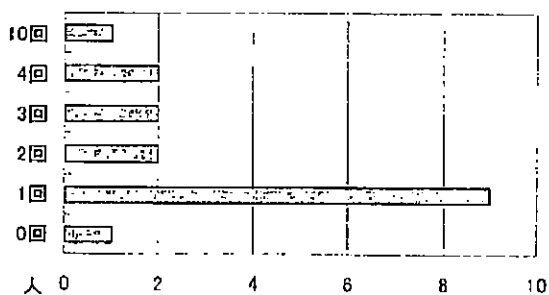


図6. 手取り収入(月額)

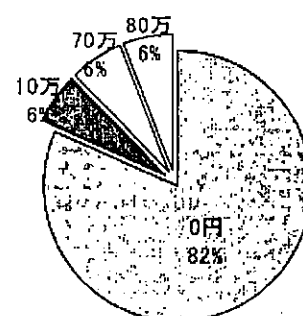


表2. 各CSsの相関(n=18)

項目	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1)薬物CSs	1.000				
(2)医学CSs	-0.380	1.000			
(3)雇用CSs	0.248	0.105	1.000		
(4)家族CSs	-0.046	0.333	-0.034	1.000	
(5)法的CSs	-0.141	0.588 *	0.237	0.360	1.000
(6)精神医学CSs	-0.443	-0.111	0.194	-0.125	-0.091

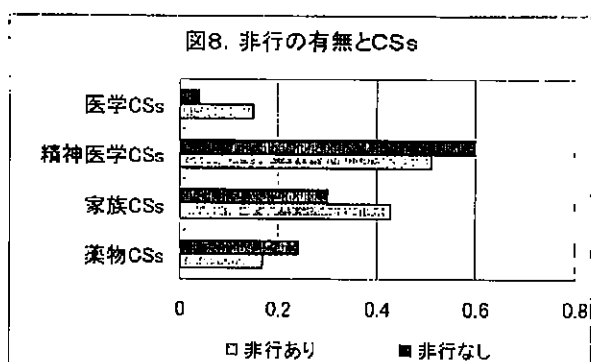
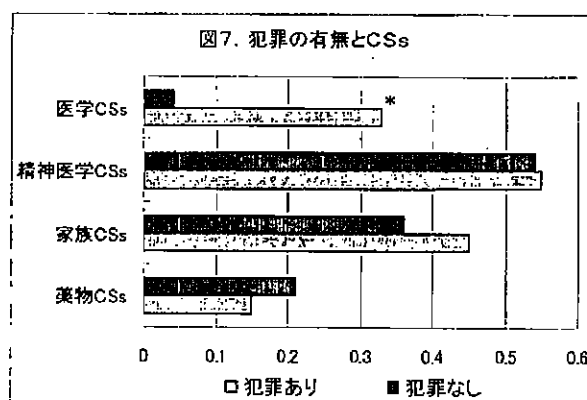


表3. 覚せい剤と治療回数(n=18)

項目	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1)覚せい剤生涯使用	1.000				
(2)薬物乱用入院	0.305	1.000			
(3)薬物乱用外来	-0.014	0.532 *	1.000		
(5)精神科入院	0.209	0.042	-0.222	1.000	
(6)精神科外来	-0.228	-0.140	-0.305	-0.145	1.000

* p<0.05)

ASI質問項目での、慢性疾患（糖尿病、高血圧症等）の合併率は28%であった（図4）。身体疾患の予後や、治療費に大いに関係する肝炎ウイルスの罹患率は17%で、今回の調査対象については「C型」がほぼ全例であった（図5）。

対象者の、収入状況は、「手取り収入」としてゼロ（無収入）の者が82%にのぼり、依存症の結果として就労できなくなっている状況が示唆された（図6）。生活保護を受給している者は6人（33%）で、無収入で生活保護を受給していない者は、結果として家族からの援助や家族への無心などで、薬物の購入代金を捻出していることが判明した。その一方で、月収換算で70万円（風俗店店員）や80万円（会社経営）稼いでいる者が、各1名づつで、収入の大半が覚せい剤購入代金に充てられていた。

2. コンポジットスコア（合成得点）による解析

ASIによる質問紙の特徴として、各問題領域ごとに合成得点を算定し、各得点の分布や対象者ごとの得点の比較を行いうる。一般に、アディクションの援助専門家では、薬物の使用頻度や依存症としての重症度が高まれば高まるほど、「司法」「医学」「精神医学」「雇用・生計」などの問題領域でもそれぞれ連動して悪化すると考えられている。今回の調査結果から得られたコンポジットスコアの得点間で相関をとったところ、唯一有意差を認めただのは「司法」と「医学」の相関であった（表2）。

別の観点から、過去に犯罪歴のある患者と、犯罪歴のない患者に分類して、この2群間で「医学」「精神医学」「家族・人間関係」「薬物使用」の各コンポジット・スコアを比較したところ、「医学」の項目のみ有意差を認めた（図7）。これは、前述のコンポジットスコアの得点で相関を求めた場合と同様の結果といえる。同じく、過去の非行歴の有無（未成年時の触法・補導歴など）で分類して、2群間で比較したところ、「医学」の項目を含めて有意差は生じていない（図8）。

3. 覚せい剤使用年数と治療歴の相関

前述の「薬物使用」のコンポジットスコアに替えて、「覚せい剤の使用年数」と「薬物乱用の入院治療」「薬物乱用の外来治療」「精神科入院治

表4. 覚せい剤使用と各関連項目との相関

項目	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1)覚せい剤使用	1.000							
(2)大麻生薬使用	0.226	1.000						
(3)薬物入院	0.087	-0.170	1.000					
(4)薬物外来	-0.479	-0.318	0.590 *	1.000				
(5)精神科入院	0.066	0.266	-0.161	-0.491	1.000			
(6)精神科外来	-0.245	0.064	-0.812 *	-0.487	0.000	1.000		
(7)実行歴	-0.016	0.320	0.273	-0.248	0.354	0.107	1.000	
(8)精神症状	-0.039	0.073	-0.252	-0.280	0.000	0.083	0.049	1.000
(9)生活症状	0.241	0.274	0.022	-0.345	0.224	0.270	0.277	0.031

* p<0.05)

点が生じる。

F. 研究発表
なし

療」「精神科外来治療」の各回数との相関を求めた場合、「薬物乱用の入院治療」と「薬物乱用の外来治療」との間に有意差を認めた。しかし、「薬物使用の年数」と治療歴とは相関していない（表3）。また大麻の使用年数と各質問項目を比較しても、ほとんど相関していない（表4）。

D. 考察

薬物乱用・依存にかかわる社会経済的損失を個体レベルで推計するために、嗜癖重症度指標を用いて、検討した。その結果判明したこととして、依存症治療の専門家で理解されているような、「薬物依存症」の重症化→他の問題領域の重症化という通説は支持されておらず、むしろASIで設定されている各問題領域は互いに独立していることを示唆する。この点は、ASIオリジナルの標準化過程で、既に指摘されていた知見に合致する。

E. まとめ

社会経済的損失の視点から、本調査結果を見直すと、薬物依存症者は「医学的」「精神医学的」「家族・人間関係」「司法的」などの領域で、あくまでも個々別々に問題を生じさせていることが理解できる。その意味で、ASI評価様式は、社会経済的コストを多面的な問題領域を含めて算定したり、特定の治療様式を施した場合の改善予後測定する根拠として、活用できるツールである。

なお、本調査の限界として、ASIの質問紙を実施するに当たっては、患者あたり約1時間程度の面接時間を要することから、強度の離脱期などでは遂行できない問題点がある。主として中毒性精神病の治療で入院している場合にも、同様の問題

嗜癮重症度指標 (ASI)

教示

- 空欄を残さない。適切なコードで埋める。
X=回答のなかった質問
N=不適切な質問
- 丸で囲まれた番号の項目は、フォローアップ時に質問する。
*印の項目は累積され、フォローアップ時には、言い換えて用いられるべきである。
(マニュアル参照)
- 各セクション後の下の空欄は、必要な情報を追加するために利用される。
- ◆印の項目は、コンボジットスコアに関係している。

重症度評価

重症度評価は各々の領域において、患者が追加治療をどのくらい必要とするかを調査者が判定する。

評価尺度は0(治療の必要なし)から9(治療しないと生命にかかわる)までである。その評価は患者の病歴、現在の状態、患者自身が各々の領域について治療の必要性をどのように自覚しているかなどに基づいて行われる。

重症度を判定するための手順や規定に関して、詳細な説明が必要ならばマニュアルを参照する。

質問項目中「過去30日間」とあるのは、患者が現在入院中かどうかにかかわらず、面接の前30日間とする。(実施要領15頁参照)

患者の評価尺度

- 0-全然
- 1-少々
- 2-ある程度
- 3-かなり
- 4-きわめて

一 般 的 情 報

面接者氏名 _____

施設コード番号 _____

患者ID番号 _____

面接日 20____年____月____日

開始時刻 _____ : _____

終了時刻 _____ : _____

面接クラス

1-インテーク

2-フォローアップ

(_____)

受診形態

1-外来

2-入院

3-その他

調査方式

1-対面

2-電話

調査状況

1-患者が中断した場合

2-患者が拒否した場合

3-患者が応答不能の場合

N-調査完了の場合

氏 名 _____

病 院 ID _____

現 住 所 _____

地域コード _____

1.今のところにどのくらい住んでいますか？ _____ 年 _____ 月

2.現在の住まいはあなたの持ち家ですか、または家族のですか？ ☐

0-いいえ 1-はい

性 別 _____

1-男性 2-女性

3.生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4.人 種 _____

1-日本人 2-それ以外

5.宗 教 _____

1-仏教 2-カソリック

3-プロテスタント 4-新宗教

5-神道 6-イスラム教

7-その他 8-無宗教

⑥過去30日間入院、または収容されていましたが？ ☐

1-いいえ

2-刑務所

3-アルコール・薬物依存治療施設

4-一般科医療施設

5-精神科治療施設

6-その他 (_____)

⑦そこへ何日間いましたか？ _____ 日

追加テスト結果

Beck Total Score

KAST

FES (CO.CONF)

精神式的評価尺度

PBI-C

PBI-O

重症度プロフィール

9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
問 題	医 学 的	雇 用 ・ 生 計	ア ル コ ー ル	薬 物 的	法 的	家 族 ・ 人 間	精 神 医 学 的

面接者の評価尺度

- 0-1 問題はまったくない、治療の必要なし
- 2-3 少々問題があるが、治療の必要なし
- 4-5 ある程度の問題がある、何らかの治療を要する
- 6-7 かなり問題がある、必ず治療を要する
- 8-9 重篤な問題がある、治療は絶対不可欠である

医 学 的 状 態

*

①今まで何回入院したことがありますか？
(過量服薬と振戦せん妄のための入院は含めるが解毒治療とアルコール・薬物治療、精神科的治療は除く)

_____回

2.身体的問題で前回入院してからどの位たちますか？

_____年 _____月

3.生活の妨げになるような慢性疾患がありますか？

(肝炎ウィルスについても尋ねること)

0-いいえ 1-はい

☐

④上記の身体的問題で医者からクスリをもらっていますか？(精神科的障害と睡眠薬は除く)

0-いいえ 1-はい

☐

⑤身体的障害のため年金を受給していますか？

0-いいえ 1-はい
(特記事項)

☐

⑥過去30日間で何日間病気に患わされましたか？

_____日間

⑦と⑧の質問の回答には患者用評価尺度を使用するよう依頼する。

⑦その病気であなたは過去30日間に、どの程度困ったり、苦しんだりしましたか？

☐

⑧その医学的問題で治療を受けることが、今のあなたにとってどの程度重要ですか？

☐

調査者による重症度評価

⑨患者への医学的治療の必要性をどの程度に評価しますか？

☐

信頼性評価

今までの情報は以下の理由でかなり歪められていますか？

⑩患者の説明に間違いがありますか？

0-いいえ 1-はい

☐

⑪患者の理解力欠如はありますか？

0-いいえ 1-はい

☐

[コメント]

雇用／生計状態

*
① 最終教育歴 (年数換算、各種学校を除く)

____ 年 ____ か月

*
② 職業訓練歴 (各種学校を含む)

____ 年 ____ か月

③ 専門資格、特殊技能

0 - ない
1 - ある

具体的に ()

◆
④ 現在有効な運転免許

0 - ない 1 - ある

◆
⑤ 自分で自由に使える自動車がありますか？
(運転免許のない場合は、いいえと回答)

0 - いいえ 1 - はい

⑥ いちばん長い常勤の仕事期間は？

____ 年 ____ か月

それは何歳から何歳までの期間ですか？

____ 歳から ____ 歳

その期間が終了したのはどのくらい前ですか？

____ 年 ____ か月

*
⑦ 現在 (または最後) の職業

(注) 日本標準職業分類 (A-J) を記入する。(調査者用ガイド 11 頁を参照)
具体的に ()

⑧ 誰かから、何らかの経済的援助を受けていますか？

0 - いいえ 1 - はい

⑨ (⑧の回答が「はい」の場合のみ)
それは、あなたが受けている経済的援助の大部分を占めていますか？

0 - いいえ 1 - はい

10. 過去 3 年間の雇用状態は？

- 1 - フルタイム (40 時間/週)
2 - パートタイム
(定期的、例えば時給制)
3 - パートタイム
(不定期的、例えば日雇い)
4 - 学生
5 - 奉仕活動
6 - 退職/障害
7 - 失業
8 - 被拘束状態

◆
⑪ 過去 30 日間の仕事に対して、何日分支払われましたか？
(やみの仕事を含む) ____ 日分

過去 30 日間にいくら収入がありましたか？ (以下の資金源から選ぶ)
(単位: 千円)

◆
⑫ 雇用 (手取り収入) _____

◆
⑬ 雇用保険 _____

◆
⑭ 生活保護 _____

◆
⑮ 年金、傷病手当、
生命保険の傷病
給付金など _____

⑯ 家族、友人からの
生活費の援助
(もらったこづかい等の金額) _____

⑰ 非合法的な収入 _____

⑱ 食料や住居その他の面で、あなたに大部分依存している人は何人いますか？

____ 人

⑲ 過去 30 日間に何日雇用上の問題を経験しましたか？

____ 日

⑳と㉑の質問には患者用評価尺度を使用するよう依頼する。

㉒ 過去 30 日間、雇用問題でどの程度困ったり苦労したりしましたか？

㉓ 現在雇用上の問題はあなたにとってどの程度重要ですか？

調査者による重症度評価

㉔ この患者の雇用問題の相談の必要性はどの程度ですか？

信頼性評価

今までの情報は以下の理由でかなり歪められていますか？

㉕ 患者の説明に間違いがありますか？
0 - いいえ 1 - はい

㉖ 患者の理解力欠如はありますか？
0 - いいえ 1 - はい

[コメント]

薬物／アルコール使用

過去30日間	生涯使用	摂取経路	①⑦どの物質使用が主な問題ですか？	④過去30日間に何日問題がありましたか？
①アルコール (量、頻度を問わず)	___ 日	___ 年	<input type="checkbox"/> (問題がなければ00、アルコールと薬物の複合嗜好 15、多剤薬物乱用 16、不明の場合は患者に尋ねる)	アルコール問題 _____ 日
②アルコール (断酒あるいは気分が良くなるまで飲む)	___	___		薬物問題 _____ 日
③ヘロイン	___	___	18.最近自分の意志でアルコール・薬物をやめていた期間はどのくらいですか？ (断酒／薬した期間無ければ00)	⑤と⑥の質問には患者用評価尺度を使用するよう依頼する。
④他のアヘン系麻薬／鎮痛剤	___	___	19.その断酒／薬をやめたのは何か月前ですか？ (今でも断酒／薬中なら00)	⑦過去30日間、以下の問題でどの程度困ったり苦しんだりしましたか？
⑤バルビツール系	___	___	20.社会福祉施設(DAIRC)で入所治療したことがありますか？	アルコール問題 <input type="checkbox"/>
⑥他の鎮静／催眠／安定剤	___	___	入所治療 _____ 回 通院治療 _____ 回	薬物問題 <input type="checkbox"/>
⑦コカイン	___	___	* ⑧以下のことを今まで何回経験しましたか？	⑨現在以下の問題に対する治療はどの程度重要ですか？
⑧アンフェタミン類(覚醒剤)	___	___	アルコール振戦せん妄 _____ 回	アルコール問題 <input type="checkbox"/>
⑨大麻(カンナビス)	___	___	薬物の大量服用 _____ 回	薬物問題 <input type="checkbox"/>
⑩デザイナーズドラッグ・MDMA(エクスタシー)	___	___	* ⑩以下のことで今まで何回治療を受けましたか？	調査者による重症度評価
⑪鎮咳剤 (シロップ・タブレット・顆粒)	___	___	アルコール乱用	⑪患者が以下の問題を治療する必要性はどの程度ですか？
⑫幻覚剤 (LSD)	___	___	入院治療 _____ 回 外来治療 _____ 回	アルコール問題 <input type="checkbox"/>
⑬吸入剤 (シンナー・トルエン)	___	___	薬物乱用	薬物問題 <input type="checkbox"/>
⑭吸入剤 (ブタンガス・ガスパン遊び)	___	___	入院治療 _____ 回 外来治療 _____ 回	信頼性評価
⑮その他の吸入剤 具体的に()	___	___	* ⑯解毒のみの治療(断酒・断薬だけを目的とした)は何回ですか？	今までの情報は以下の理由でかなり歪められていますか？
⑯一日2種類 以上の薬物使用期間(アルコールを含む)	___	___	アルコール乱用 _____ 回	⑰患者の説明に間違いがありますか？
			薬物乱用 _____ 回	0-いいえ 1-はい <input type="checkbox"/>
			⑰過去30日間に薬物・酒にいくらお金を使いましたか？	⑱患者の理解力欠如はありますか？
			アルコール _____ 千円	0-いいえ 1-はい <input type="checkbox"/>
			薬物 _____ 千円	
			⑲過去30日間に何日アルコール・薬物の治療を外来で受けましたか？ (NA, AA ミーティング参加含む)	
			_____ 日	

注：各薬物類型の代表的サンプルはマニュアルを参照

※摂取経路：1＝経口、2＝経鼻、3＝喫煙、4＝非経静脈注射、5＝経静脈注射

①⑦どの物質使用が主な問題ですか？ ☐

④過去30日間に何日問題がありましたか？

アルコール問題 _____ 日

薬物問題 _____ 日

⑤と⑥の質問には患者用評価尺度を使用するよう依頼する。

⑦過去30日間、以下の問題でどの程度困ったり苦しんだりしましたか？

アルコール問題 ☐

薬物問題 ☐

調査者による重症度評価

⑪患者が以下の問題を治療する必要性はどの程度ですか？

アルコール問題 ☐

薬物問題 ☐

信頼性評価

今までの情報は以下の理由でかなり歪められていますか？

⑰患者の説明に間違いがありますか？

0-いいえ 1-はい ☐

⑱患者の理解力欠如はありますか？

0-いいえ 1-はい ☐

[コメント]

法的状態

1. 警察や裁判所等から今回の入院を勧められましたか？ 0-いいえ 1-はい	<input type="checkbox"/>	未成年時に、非行や罪が明るみに なったことがありますか？ 0-いいえ 1-はい	<input type="checkbox"/>	③過去30日間に何日拘留または 拘禁されましたか？ _____ 日
②現在執行猶予または仮釈放中ですか？ 0-いいえ 1-はい	<input type="checkbox"/>	何歳のときに、どんな罪でどのよ うな処分がなされましたか？		④過去30日間に、お金を稼ぐ ために法に触れるような仕事 (売薬、売春、盗品売買など) を何日しましたか？ _____ 日
今までに次のような罪で逮捕され、告 訴されたことが何回ありますか？		罪 回 歳 処分内容		⑤から⑥の質問には患者用評価尺度を使用 するよう依頼する。
コード#	回			⑦現在あなたにとって法律的 問題はどの程度深刻だと思 いますか？ (民事的問題は除く)
* ③ 万引き/器物破損	_____			<input type="checkbox"/>
* ④ 執行猶予/仮釈放中の違反	_____	今まで次の罪で捕まったことが 何回ありますか？		⑧現在こうした法律的問題で 相談したり、援助を求めた りすることはどの程度重要 ですか？
* ⑤ 薬物使用、所持、譲渡、密売	_____	* ⑬軽犯罪、酷刑法、警職法等	_____ 回	<input type="checkbox"/>
* ⑥ 偽造罪	_____	* ⑭酒気帯び、飲酒運転	_____ 回	
* ⑦ 銃刀法違反	_____	* ⑮重大な運転違反 (不注意運転、スピード違反、 無免許運転など)	_____ 回	調査者による重症度評価
* ⑧ 不法侵入、窃盗	_____	* ⑯今まで何か月刑務所、留置所、 拘留所に入所・拘留されまし たか？ _____ か月		⑩この患者に対する法的な援 助や相談の必要性はどの程 度ですか？
* ⑨ 強盗罪	_____	20.最後に拘留されたのは何か 月間ですか？ _____ か月間		<input type="checkbox"/>
* ⑩ 暴行罪	_____	21.それは何の罪ですか？ (コード314, 16-18を使用する。 複数ある場合は、最も重いもののコード)	<input type="checkbox"/>	信頼性評価
* ⑪ 放火罪	_____	⑰現在刑の執行、公判、判決 のいずれかを待っていますか？ 0-いいえ 1-はい	<input type="checkbox"/>	⑪患者の説明に間違いがありますか？ 0-いいえ 1-はい
* ⑫ 強姦罪	_____	⑱それは何の罪ですか？ (複数ある場合は最も重いもののコード)	<input type="checkbox"/>	⑫患者の理解力欠如はありますか？ 0-いいえ 1-はい
* ⑬ 殺人罪	_____			<input type="checkbox"/>
* ⑭A 売春	_____			<input type="checkbox"/>
* ⑭B その他	_____			<input type="checkbox"/>
* ⑮それらの告訴で有罪が確定した のは何件ですか？ _____ 件				

[コメント]

家 族 歴

あなたの親族のうちで、飲酒上、薬物使用上、精神医学上の重い問題を持ち、
治療を受けたり、治療につながるべきだと考えられるような人がいますか？

母 系				父 系				同 胞			
	酒	薬物	精神疾患		酒	薬物	精神疾患		酒	薬物	精神疾患
祖 母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	祖 母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	兄弟#1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖 父	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	祖 父	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	兄弟#2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	父	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	姉妹#1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お ば	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	お ば	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	姉妹#2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
お じ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	お じ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

指示：

0—その範疇に属する親族全員について、明白に「いいえ」の場合

1—その範疇に属する親族の内1名でも明白に「はい」の場合

X—不明瞭または「知りません」と答えた場合

N—その範疇に該当する親族が一人もない場合

なお、各々の範疇ごとに複数のメンバーが該当する場合には
最も問題の深刻な人について記入する。

[コメント]

家族／人間関係

①婚姻の状態は？

- 1-既婚 4-別居
2-再婚 5-離婚
3-死別 6-未婚

②現在の状態はどのくらい続いていますか？

(未婚の場合は18歳からの経過)

年 月

③今の状態に満足していますか？

- 0-いいえ
1-どちらでもない
2-はい

④普段は誰と一緒に生活していますか？ (過去3年間)

- 1-パートナー(配偶者以外)と子供たち
2-パートナー(配偶者以外)のみ
3-子供のみ
4-両親
5-家族(配偶者・子・親・きょうだい)
6-友人
7-独居
8-拘束された環境
9-一定の状況にない

5.現在の同居形態は

どのくらい続いていますか？

年 月

(両親が家族と同居の場合18歳からの経過)

⑥現状に満足していますか？

- 0-いいえ
1-どちらでもない
2-はい

6A. 現在アルコールの問題をかかえている同居者がいますか？

- 0-いいえ 1-はい

6B. 処方されたのではない薬物を使っている同居者がいますか？

- 0-いいえ 1-はい

7.自由な時間を誰と一番多く過ごしていますか？

- 1-家族
2-独居
3-友人

8.そのような時間の過ごし方に満足していますか？

- 0-いいえ
1-どちらでもない
2-はい

9.親しい友人が何人いますか？

人

9A-⑩についての指示：

- 0-その範囲に属する親族全員について明白に「いいえ」の場合
1-その範囲に属する親族のうち1名でも明白に「はい」の場合
×-不明瞭または「知りません」と答えた場合
N-その範囲に該当する親族が一人もいない場合

9A.あなたは自分が、以下にあげる人との間に親密で長続きする人間関係を保てましたか？

母

父

兄弟／姉妹

パートナー／配偶者

子供

友人

次の人との間で一定の期間、深刻な人間関係上のトラブル、または悩みを経験しましたか？

- 0-いいえ 1-はい

過去30日 生涯

⑩母

⑪父

⑫兄弟／姉妹

⑬パートナー／配偶者

⑭子供

⑮他の特別な家族 ()

⑯親しい友人

⑰隣人

⑱同僚

これらの人(⑩-⑱)のうちの誰かがあなたのことを虐待しましたか？

- 0-いいえ 1-はい

18A-心理的に？

(不快な言葉で傷つけられる等)

18B-身体的に？

(身体的傷害を負われる等)

18C-性的に？

(むりやり言い寄られたり、性的行為を迫られる等)

⑲過去30日間に、以下の人との間で何日深刻なトラブルまたは悩みが生じたか？

A. 家族との間で？

日

B. その他の人々との間で？

(家族を除いて)

日

⑲から⑳の質問には患者用評価尺度を使用するよう依頼する。

以下の問題で過去30日間にどの程度困ったり苦しんだりしましたか？

⑳家族問題

㉑人間関係上の問題

現在、家族や人間関係上のことで治療や相談を受けることはどの程度重要ですか？

㉒家族問題

㉓人間関係上の問題

調査者による重症度評価

㉔患者の家族・人間関係上の問題に対する相談の必要性はどの程度ですか？

信頼性評価

今までの情報は以下の理由でかなり歪められていますか？

㉕患者の説明に間違いがありますか？

- 0-いいえ 1-はい

㉖患者の理解力欠如はありますか？

- 0-いいえ 1-はい

精神医学的状態

*

①心理面の問題や感情面の問題に関して、今までに何回治療を受けたことがありますか？

・入院で _____ 回

・外来で _____ 回

②精神障害のために障害者手帳を持っていますか？

0-いいえ 1-はい

薬物・アルコールによる直接の影響以外に次にあげる症状を経験しましたか？

過去30日 生涯

③重うつ状態

④強い不安・緊張

⑤幻覚

⑥理解、集中、記憶の障害

⑦暴力的になることの制御困難

⑧希死念慮

⑨自殺企図

⑩心理面、感情面の問題に対する薬の処方

⑪過去30日間で何日このような心理面、感情面の問題を経験しましたか？ _____ 日

⑫と⑬の質問に当たって患者用評価尺度を用するよう依頼する。

⑫過去30日間に心理面、感情面の問題でどの程度困ったり苦しんだりしましたか？

⑬これらの心理的問題の治療は現在のあなたにとってどの程度重要ですか？

以下の項目は調査者が記入してください。
0-いいえ 1-はい

⑭明らかな抑うつか引きこもり

⑮明らかな敵対心

⑯明らかな不安か神経質

⑰現実見当障害、思考障害、妄想的思考

⑱理解力障害、集中力障害、記憶力障害

⑲自殺念慮

調査者による重症度評価

⑳患者の精神科的・心理的問題に対する治療の必要性はどの程度ですか？

信頼性評価

今までの情報は以下の理由でかなり歪められていますか？

㉑患者の説明に間違いがありますか？
0-いいえ 1-はい

㉒患者の理解力欠如はありますか？
0-いいえ 1-はい

[コメント]

分 担 研 究 報 告 書
(2-3)

薬物依存者の社会福祉に関する研究（2）

薬物依存者の生活保護と援助プログラム利用に関して

分担研究者 宮永 耕 東海大学健康科学部社会福祉学科

研究要旨 薬物依存者処遇の相対的に大きな領域を占める司法及び医療の諸制度と関連しつつも独立した領域と仮定される社会福祉援助の役割とその特徴を明確にするために、とりわけ低所得の状態にある薬物依存者を対象として行われている生活保護制度の運用実態を明らかにし、今後の制度活用のあり方について考察した。具体的には、全国の25ヶ所のダルクが所在する地域の中から昨年度に引き続いて今年度は4ヶ所（長崎市、福岡市博多区、宮崎市、横浜市南区）を選定し、そこを所管する福祉事務所とダルクの双方に対して訪問によるヒアリング調査（半構造化面接）を行い、主に生活保護受給する薬物依存者への援助について聴取することにより、そこでの課題を整理・検討した。さらに、今年度は全国で回復プログラムをおこなっている薬物依存者の生活保護に関わる実態について、各地のダルクの協力により調査・集計し、数的な把握を行った。合わせて、米国・サンフランシスコ市を訪問し、薬物依存者を対象とした行政システムと各リハビリテーション施設での現場実践について研修を行い、そこから考えられる今後のわが国の回復援助システムのあり方について考察した。以下にその結果を要約する。①平成15（2003）年2月1日現在で薬物依存からの回復のためダルクを利用していた354人のうち、生活保護を受給者は151人で、42.7%を占めていた。②利用者全体でもまたそのうちの生活保護受給者でも、年齢階層別では30歳代の数が最も多かった。③ダルクを利用する薬物依存者に対する生活保護認定は、時間の経過および施設実践の拡大とともにグループホーム入居利用者の認定をモデルとして、生活扶助居宅基準＋住宅扶助に必要な一時扶助費（＋医療扶助現物）を認定する方向に向かっている。④アルコール依存者に対する処遇をモデルにして、薬物依存者に対しても同様の制度運用が行われつつあるが、ダルク側と実施機関側双方に認められる生活保護制度の認知、周知の不十分さにより、その活用がアルコール依存者処遇の水準に到達していない実態が見られた。⑤全国的には、ダルク利用者の回復事例が十分に蓄積されていない現状において、回復過程自体のイメージが実施機関側との間で共有されているとはいいがたく、福祉事務所による援助サービスの領域が定まっていない。⑥日本ではこれまで、基準を満たした施設に対する設置運営補助を通じたハード面での整備が進められてきたが、米国では民間を中心とする多様な主体（セクター）による専門援助プログラム（ソフトウェア）に対し、行政が必要な費用支出をすることで「買い取り」、対象者に供給する方法で制度整備が進められ、多様な薬物依存者のニーズに合ったプログラムの提供を実現してきている。⑦薬物依存者のサービス利用に当たっては、今後利用者個別のニーズに基づいた援助のためケース・マネジメントが導入されるべきであり、そのことにより社会福祉援助職の専門的関与の可能性が拡大すると考えられた。

A. 研究目的

薬物依存者に対する処遇の領域としては、司法・医療とともに社会福祉ないし「福祉的」処遇（援助）の領域が議論されるようになり、また再発防止やコスト削減の面から薬物依存者処遇のこれまでのあり方を見直す動きの中で、その社会福祉援助の役割が注目されている。しかし、これまで薬

物依存者を対象として、社会福祉援助機関の側からの積極的な関わりが行われてきたとはいえない状況にある。一方で、ここ数年間の厚生（労働）科学研究の中でも、生活保護被受給者における薬物問題事例の検討1）や児童福祉施設である児童自立支援施設入所児童における薬物乱用・依存の研究2）等が取り組まれてきたが、それらも多くは社会福祉施設が行う制度的援助の内容を直接対

象とするものではなかった。さらに、その他の社会福祉援助機関における薬物依存問題への積極的なアプローチの事例も数少ない。

そのような状況の中で、実際には薬物依存に起因する生活困窮の問題として、低所得者対策である公的扶助・生活保護制度による援助の領域でこの問題が不可避的に取り扱われてきた実態がある。1985年に薬物依存者自身の手による民間回復援助施設であるダルクの活動が開始され、17年にわたる活動の中で数多くの依存者が地域において回復を実現してきた。その過程にあって、当初よりダルクを利用する一部の薬物依存者は、生活保護受給による以外生計困難な状況にあり、生活保護の実施機関である福祉事務所でも制度の適用をめぐる実務的に検討が重ねられた結果、今日ではダルクの全国的な広がりとともに運用の実績も蓄積されつつある。

昨年度はヒアリング調査により、生活保護の実施機関である福祉事務所が、どのような生活問題把握に基づいて制度運用を行ってきたのか、制度実施の「要件」と実践的援助課題の整理を試みた。その中で、最低生活の保障をもとにして、回復に求められる援助プログラムについてはその提供主体を担うダルクとどのように連携・協力して援助することが可能か、有効な制度活用を前提に若干の仮説的な提案を行ってきた。

今年度は、昨年度に実施したヒアリング調査を継続しつつ、これまで行われてこなかった生活保護制度を利用してダルク利用により回復援助プログラムを行っている薬物依存者の実勢について、全国の各ダルクの協力を得て全数調査し、その実態をとらえて今後の課題を検討した。

B. 研究方法

民間薬物依存者回復援助施設であるダルク（DA RC）の所在する地域を所管する計4ヶ所の福祉事務所を訪問し、生活保護担当者等に対するヒアリング調査を行った。同時に、同地区のダルクのスタッフからも生活保護制度の運用等に関するこれまでの事例や、そこで見出された課題について聴取し、合わせて検討した。

今年度の調査機関・施設を以下に記す。

<H14年度調査対象機関・施設一覧>

- ・長崎県長崎市（長崎市福祉保健部）
- ・福岡市博多区（博多保健福祉センター）
- ・宮崎県宮崎市（宮崎市健康福祉部社会福祉課）
- ・横浜市南区（南福祉保健センター保護担当）
- ・高知県安芸市（安芸市福祉事務所）
- ・長崎ダルク・ふぁにーふぁくとりー
- ・九州ダルク
- ・宮崎ダルク・デイケア・センター
- ・横浜ダルク・ケアセンター

なお、生活保護実施機関でのヒアリング調査においては、当該機関に対して事前に文書で調査の趣旨説明・協力依頼を行い、訪問先の福祉事務所では、実際にダルクを利用する薬物依存者を担当するケースワーカー（生活保護地区担当の社会福祉主事）とスーパーバイザーである査察指導担当係長もしくは保護担当課長等の同席により、ほぼ統一した質問項目に基づいて聞き取りを行った。

さらに、平成15（2003）年2月1日現在活動している全国のダルク各施設（詳細別記）に対し調査票を送付して、2月1日現在の全施設利用者のうち生活保護受給する利用者について抽出記入を求め、全施設より回答を得た。このことにより薬物依存からの回復を目的としてダルクのプログラムを利用する薬物依存者を数量的に把握した。特に生活保護受給中のケースに関する実態等について集計・分析した。

併せて、平成14年11月に米国サンフランシスコ市を訪問し、わが国とは異なるシステムに基づいて薬物依存者を対象とした地域でのプログラムが提供されている同市の薬物依存治療、特に行政システムの概要と実際のケアを提供する計7施設のプログラムについてヒアリング調査と一部で実際のプログラムを参与観察した。

C. 研究結果

1. 社会福祉処遇・援助領域に関する数値的把握の意義

小沼杏坪によれば、これまでのわが国の薬物乱用・依存者の処遇人員については、司法：医療：（社会）福祉の比率でみると、およそ100：10：1として把握すべき3とされる。今日、広範な社会階層あるいは年齢層への薬物関連諸問題の広がりが繰り返し指摘される状況下において、地域住

民の生活問題対応を主要な役割とする社会福祉援助機関にとっても薬物問題は決して関わりの薄い問題にとどまらないはずであるが、それでもなお実際には薬物依存を抱えた要援助者およびその家族へのアプローチの領域が、組織的に拡大する動きには至っていない。

しかし、そのことはSocial Modelとしての機能がこの領域で期待されていないことを意味するものでないことは、石塚伸一らの研究報告⁴⁾等でも明確にされている。わが国でこれまで数的にも多くの薬物依存者処遇を担ってきた「司法モデル」と、それと対立、並存あるいは一部補完する形で機能してきた「治療（医療）モデル」のみによる対応の問題点が、統計数値や事件の事例等さまざまな形で社会的にも浮き彫りにされている。一方その外側で、主に閉鎖された施設の外側である地域において、民間の自発的活動として展開してきたダルクの活動とそこでの援助効果が明らかになるに連れて、「（社会）福祉モデル」あるいはSocial Modelとして表現される地域内処遇のメリットが、多くの関係者や援助実践者・機関によっては次第に理解されつつあると思われる。

昨年度指摘したように、社会福祉援助実践の領域においては、薬物依存そのものを対象とした専門的取り組みの枠組みは未だ構築されておらず、アディクション問題の本質的な帰結として、薬物依存による生活・社会関係破綻を直接の契機として問題として対象化されるに過ぎない。具体的には、「生活困窮・生活困難」として現出し、住民の最低生活保障の領域が援助窓口となることは必然ともいえる。わが国ではこの部分は公的扶助援助領域として、地方自治体の行政窓口でもある福祉事務所の生活保護担当課（保護課）が所管するが、近年まで現業員レベルでも日常対応を迫られる課題として意識されることはあっても、処遇実践の組織的な蓄積としてはほとんど進んでいない課題の一つであった。

プログラムを持った専門施設であるダルクや自助グループであるNA（Narcotics Anonymous）が地域でその活動を開始するまで、福祉事務所自体で薬物依存問題に対応する条件が極めて乏しく、医療機関への受診確保のみがほぼ唯一の処遇であったとしても過言ではない。

1980年代半ば以降、ダルクの活動を契機として、NAの活動であるミーティングやメッセージも順次

拡大しつつ今日に至るが、70年代半ば以降に薬物依存問題対応に先駆ける形で展開したアルコール依存者の回復援助活動の歩みと行政的制度整備の関係⁵⁾に類似追従する形で、生活保護制度を使った援助領域では、試行錯誤も含みながら、経験の積み上げが始められていることは、今回のヒアリング調査によっても随所で確認された。ダルクが活動を始めたことにより顕在化した生活困窮者層とそれに対応した自治体の福祉事務所の援助経験が、続いて新たに施設活動が始まる別の自治体の制度運用に事例として参照されて活用されてきている。そういった例がある程度の数量と地域的にも広がると、薬物依存者ケースに対する処遇援助のスタンダードが次第に全国的に共有され、制度活用が進むことが期待される。

現段階では、後述するように統一的指針以前の段階にとどまるといわざるを得ない事例も見られたが、時間の経過とそれによる回復事例の積み上げが進む今後のある時点で、生活保護援助から発してその領域を超えた社会福祉援助モデルが明確化されて取り組みの場面が拡大されていく出発点として、本研究も活用されることを願うものである。

今回、実施機関の訪問調査とあわせて、回復援助を求めてダルクを利用する薬物依存者の生活保護制度利用について「定点観測」を試みた。これまで行政自身により自治体の枠を終えた生活保護実施状況の数的把握は行われておらず、その実態は数的に推量の域を出なかった。調査結果は、技術的な面から制度運用の限られた側面を描写するものにとどまったが、今後の経年的に同様の把握をして比較検討することにより、さらに課題の整理と対応への基礎資料となる可能性をもつ。

調査実施前に予想されたとおり、全国の数多くの自治体、中にはダルクの設置がまだ行われていない地域においても、実態として生活保護を活用した援助が行われていた。また、回答を依頼したダルク側のスタッフの協力により、全施設から明確な数値が提供されたことによって、暗数の余地を残さないデータとなったことも意義深いといえる。

今回の調査対象施設は、以下のとおりである。

<「ダルクを利用する生活保護受給の薬物依存者に関する調査」対象施設一覧>

秋田ダルク／仙台ダルク／磐梯ダルク／ダルク那須ケアセンター／茨城ダルク「今日一日ハウス」／鹿島ダルク／APARI藤岡アウェイクニングハウス／日本ダルク本部／駒形サンライズ・レジデンス／東京ダルクハウス／東京ダルク・セカンドチャンス／ダルク女性ハウス／横浜ダルク・ケア・センター／長野ダルク・ボーンアゲインハウス／名古屋ダルク／三重ダルク／びわこダルク／大阪ダルク／高知ダルク・インパクトハウス／北九州ダルク／九州ダルク／長崎ダルク・ふぁにーふぁくとりー／大分ダルク／宮崎ダルク（ダルク女性ハウス九州）／沖縄ダルク・リハビリテーションセンター

（計25施設）

以下では、個々の調査結果を項目別に分析した。

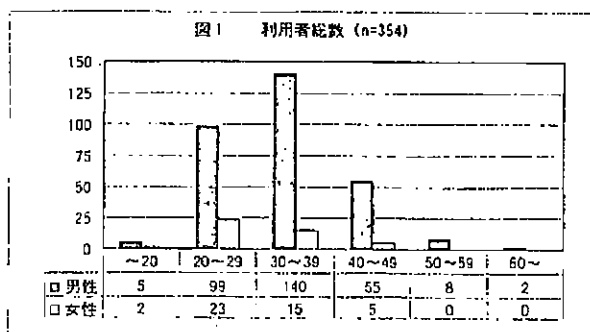
2. ダルク利用者の生活保護運用の現状（1）

－総数と保護受給者の割合－

平成15（2003）年2月1日（以下基準日とする）現在活動していた全国25箇所のダルクを利用してプログラムを行っていた薬物依存者の総数は354人であった。

図1に見るとおり、利用者の男女別では圧倒的（87.3％）に男性が多く、354人中309人を占めている。それに対し女性は45人である。年齢階層別では30歳代（全体の43.8％、男性のみでは45.3％）が最も多く、次いで20歳代（全体の34.4％、男性のみでは32.0％）が続いている。

女性是对应施設数（注…女性専用施設は調査時には東京と宮崎に2施設のみ、現在では15年3月に大阪にも女性入寮施設が開設され3施設となっている）が少ないこともあり、全体利用者の12.7％にとどまるが、その中でも過半数（51％）は20歳代の利用者であった。また、50歳代以上の女性利用者はいなかった。



現在25施設あるダルクの施設規模は大きく差があり、入寮のみで30名以上が共同生活する大規模な施設から、公共交通機関のアクセスの良い通所者の多く利用する施設、さらにデイケアのみで運営される施設など多様な形態がある。また、主に自治体が定める精神障害者地域作業所および国の予算事業でもあるグループホームの運営要綱に対応した形で利用者数にも各種の制限が加えられる施設も増加してきている。

なお、別添する調査票には当初利用者総数を集計する項目を設けていなかったため、本体の調査集計後に基準日時点の利用者総数を年齢別で記入する別紙の調査シートを全施設に送付し、追加で回答を求めた。

さらに、本調査の主要な対象となる利用者総数と保護受給者との関係は、以下のような結果となった。

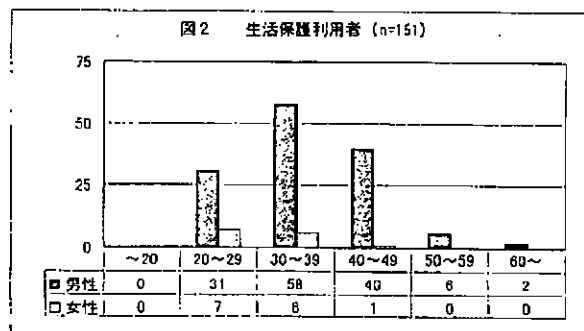


図2のとおり、基準日にダルクでプログラムを継続していた薬物依存者のうち、生活保護を受給中の利用者は総数で151人となった。これは前掲の利用者総数354人に対して42.7％を構成している。保護受給者の場合の男女比では、男性が151人中137人（90.7％）を占め、女性は14名（9.3％）のみであった。年齢階層別では、やはり30歳代が最多（全体の42.4％、男性のみでは42.3％）となったが、続いては総数での年齢階層別構成割合とは逆に40歳代（全体の27.1％、男性のみでは29.1％）が20歳代よりも若干多かった。

また、男性女性とも20歳未満の生活保護受給者が計上されていないことは、未成年者の対する扶養の点から予測できたが、60歳以上の利用者2例はいずれも保護受給であり、50歳代でも8例中6例がプログラムを受けるために生活保護を必要とし

ていた。これは、20歳代で31.1%、30歳代の利用者中では41.3%であるが、40歳代になると68.3%が保護受給せざるを得ず、50歳代以上ではほぼ保護受給がダルク利用の前提となるような「生活保護依存」と呼ばざるを得ない状況が読み取れる。これは、加齢に伴う依存症の進行、特に身体的な障害の重篤化に加えて、その社会的・社会関係の側面からみても当然のことであり、家族関係の解体→単身化の進行を説明する数値とも取れる。

20歳代ではまだ薬物依存の中にあっても依存者本人の側から援助を求める条件が整っていない場合も多く考えられ、平成11年度の回復者調査結果6)にも明らかなように、依存と呼べる状態が形成されてから8～10年もの間は援助を求めてダルク利用につながらない依存者が現在でも多いのではないかと推察された。

3. ダルク利用者の生活保護運用の現状 (2)

一非単身者世帯の施設利用一

前項で挙げた生活保護受給利用者151人のうち144例は単身世帯として保護受給しているが、男性4例、女性3例の計7例は非単身すなわち世帯員を伴って保護受給するケースであった。その内訳は施設利用者が30歳代のケース男性3例、40歳代男性1例、20歳代、30歳代、40歳代女性各1例ずつとなっており、5施設でプログラムを受けていた。

圧倒的多数の利用者が、生活保護の受給有無だけでなく単身世帯として入寮あるいは通所の形でダルクプログラムを利用してきたため、実施機関での考え方も単身者ケースを前提に考えられていることはヒアリング調査の中でも確認された。ただ、上記のように複数世帯を維持したままダルクを利用する例もあり、実践の経過の中でプログラム利用の選択肢が増加しつつあることが読み取れるよう。

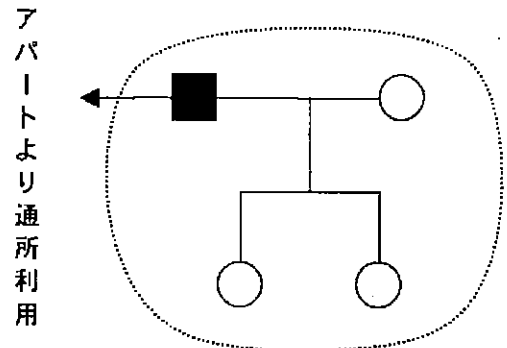
以下に複数家族員世帯で生活保護受給中ケースがプログラム利用をしていた2つの事例をあげる。

(事例1)

通所以前より生活保護受給。直近の入院を経て退院時の保護継続の条件として自宅よりダルク通所開始、週1回程度の通所を6ヶ月継続中。スタッフの所見では再使用はない反面で、「底つき」感・プログラムへの集中について意識は希薄、スタッフ側からの入寮の提案は拒否。妻は幼児の養育

を要件に不就労。

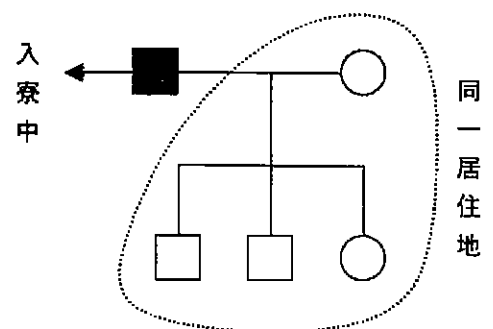
<世帯の状況1>



(事例2)

申請前の生活相談段階にケースワーカー同行でダルクに利用相談、主の暴力により家族が家出と。アルコール+薬物（咳止め系）問題あり、入寮を希望。通所開始し見極め後、入寮と同時に5人世帯で生活保護申請受理。3ヶ月経過後、入寮継続にて就労プログラム中。主の生活費は施設あて送金。入寮中は自宅に帰らないこととダルクプログラムの終了時に保護廃止の申し合わせあり。

<世帯の状況2>



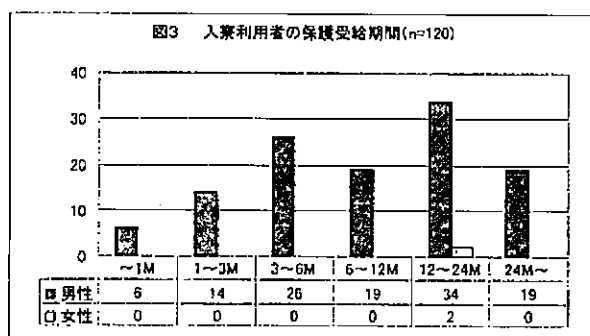
事例としては未だ少数であるが、これら事例では援助機関としての福祉事務所がダルクスタッフと協議して援助計画を作成し、役割を分担して援助過程が維持されていると考えられた。今後、これら実践が回復に結びついていくことにより地域

における他の社会資源との連携も含めて、より多様な形態でのプログラム利用が可能になる可能性を秘めている。

一方で、アディクションのプロセスに伴う単身化の比較的前段階、問題顕在化の早期段階での、公的援助機関による制度的介入事例ともとらえられる（事例1）のようなケースの場合では、回復に重要な要素7）となる「底つき」体験にも未だ乏しく、ダルク利用者の集団的力動に自らを委ねることが困難な利用者の問題とそれに対応するスタッフの課題も示された。

4. ダルク利用者の生活保護運用の現状（3） －施設利用期間－

基準日現在の生活保護受給中の施設利用者について、入寮利用者と通所利用者それぞれのプログラム継続期間について調査し、集計しまとめたものが、以下の図である。



現状でのダルク利用の形態はおよそ4：1の割合で入寮が中心であるが、前述のとおり女性は入寮可能人員数の面からも、また地域的にも入寮の機会が限られている。また、複数のアディクション問題を抱えて利用を求める依存者も少なくなく、また、乳幼児を伴って入寮しプログラムをできる施設も整備されていないことから、回復を目指す上での重層的な障壁が存在していること8）も指摘されている。

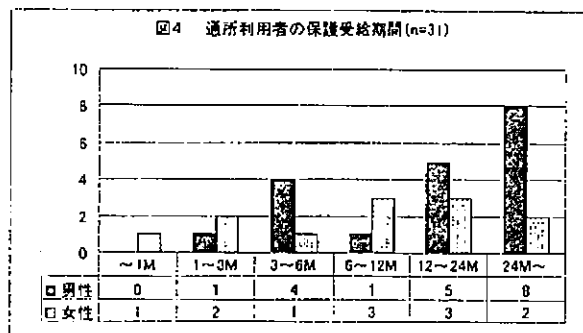
入寮利用者の状況では、12～24ヶ月、1年以上2年未満の利用者が最も多く36人（30.0%）、次いで3ヶ月以上半年未満の26人（21.7%）となる。概算であるが、生活保護受給により入寮する施設利用者の入寮期間を最も短い方（各項目の下限）で取ると平均で約9.1ヶ月となり、実際はいくら

かこれより長くなるはずであるため、およそ10ヶ月～1年の前後に生活保護受給による入寮期間の平均値が存在すると推察された。

通所（のみ）利用者は、総数が31人と入寮による利用者の約1/4となっているため、数量的に特徴を見出すことは難しい。また、ここには女性利用者の多くが含まれている。

通所期間で見ると、女性が1ヶ月から24ヶ月以上の各区分に分散するのに対し、男性では3ヶ月以上から24ヶ月以上に分布し、特に24ヶ月（2年）以上の利用者が最多数となっている。通所のみ利用者は女性の割合が増えるが、これは女性の場合が入寮による利用に対応できる施設数とその偏在・キャパシティとの関連から、多くの場合で通所以外の形態が選択しにくいことに対し、男性では全国的に施設数も定員も多く、入寮プログラム終了・退寮後にも保護受給を継続しながら段階的就労訓練（就労プログラム）という形で長期間施設ケアの利用ができるというようなハード面の条件が揃っていることが、大きく関連していると考えられる。

通所期間が長期にわたれば、そこで求められるケアの質も当然複雑・多様化する。各地のダルクで長期間プログラム利用する薬物依存者のケアについては、現場スタッフと施設運営に関わる関係者にとってもきわめて重要な課題として共有されてきた。援助を成立させる諸条件、勤務体制・人員配置、専門技術知識の修得・確保、外部の専門援助機関・スタッフとの連携さらには役割分担といった様々な領域に関わる問題であり、プログラムの有効性を確保し、また向上させていくために避けることができない検討事項であることが改めて理解された。

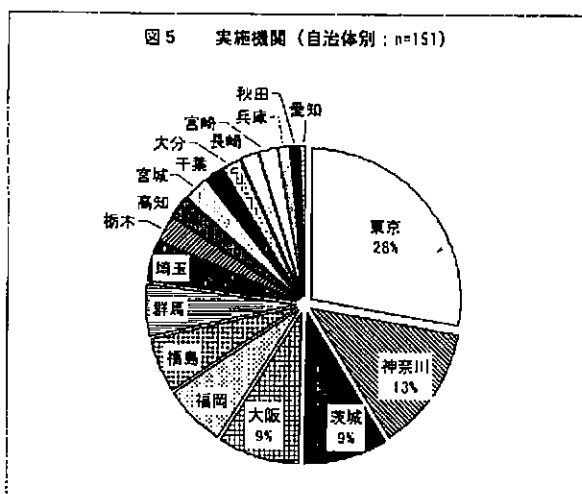


5. ダルク利用者の生活保護運用の現状 (4)

ー実施機関の分布ー

援助活動を中心とした生活保護事務を担当する福祉事務所は、社会福祉法第14条により市以上の行政単位は必ず設けることが規定され、平成14(2002)年度当初で全国に1,193箇所が置かれている。

今回、基準日に生活保護を受給しているダルク利用者151人を担当している福祉事務所名についても個別記入による回答を求め、都道府県別に集計分析した。その結果は以下のとおりであった。



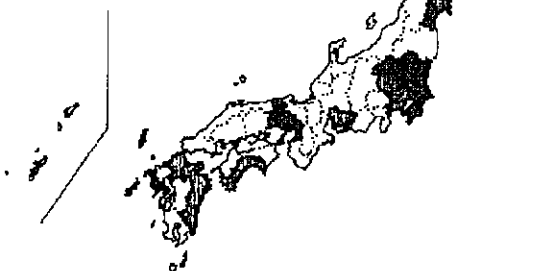
基準日時点でダルク利用者に対して生活保護を実施している福祉事務所の所在地は、全国で18都府県に分布していた。そのうち最も多かったのは東京都で、42世帯を都内（市域含む）の実施機関が担当していた。次いで神奈川県内が20世帯、茨城県内が14世帯、大阪府内が13世帯と続いている。

図5のとおり、この上位3都府県で全体の過半数を、大阪まで含めると全体の約6割（58.9%）を構成しており、これらの地域内でのダルクの活動がその他に比べて古くから始まっていることが関係していると思われる。なお、ダルクが活動している地域は基準日現在で19都府県となるが、上記の実施機関が所在する自治体とは一致していない。県内にダルクを持たない自治体が保護実施している反面、ダルクが自県内にあっても県内からの利用者がいない施設もあった。

一方で注目すべきは、東京都内に所在するダルク（5施設）で援助を受けているケースは17例であり、25例は東京以外のダルクでプログラムを受

図6 ダルク利用の生活保護
受給世帯を担当する自治体

東京 42 神奈川 20 茨城 14 大阪 13
福岡 10 福島 9 群馬 8 埼玉 7 栃木 4
高知 4 宮城 4 千葉 3 大分 3 長崎 3
宮崎 3 兵庫 2 秋田 1 愛知 1



けていた。また、保護受給者は東京都内からだけという遠隔地の施設もあった。これは以下の点から生活保護実施の多様性と活用可能性を示唆するといえる。

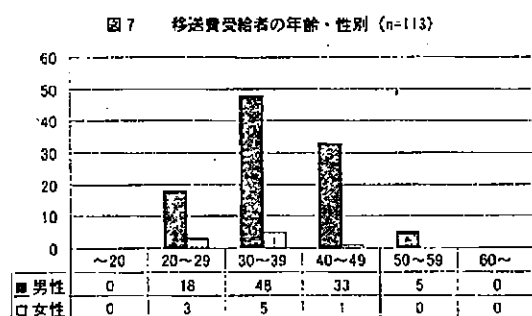
まず、ダルクで経験されてきた薬物依存者の回復プロセスに照らして、薬物使用していたときの環境から離れた異なる地域で行う方が施設プログラムに集中し易いという、従前の居住地以外の施設選択がもたらす効果と、生活保護上の居住地の取り扱いとの調整である。このことは実施責任の問題とも関わり、自治体によってはマニュアルにより地区内の転入による申請について方向付けをしているところもあったが、今回の東京都内の実施機関の保護実施例について、これが他地域の施設でプログラムを行うことを積極的に保障している結果になっていると見るならば、昨年指摘した「広域保護」の活用と合わせ、その別角度からの実践事例として評価され、ダルク側の援助活動の展開にも有効に機能する可能性が大きいと考えられる。この取り扱いについては、現段階で制度改正の必要もなく、実施機関側の通常の運用裁量の範囲（地区外入院や施設入所と同様）で可能な処遇であることから、要援助者の実態に合わせて活用されるべきだが、そのためには全国的に各自治体間でダルク利用による回復援助への理解が共有される必要があるだろう。

取り扱い総数では多くを占めていないものの、近年ダルクの活動が始まった自治体において、施設所在地を管轄する実施機関とダルクとの接点が

生まれ、双方が共同して利用者の援助に取り組む前提が築かれつつあることは、全国的な回復支援体制の確立を求める上でも重要な第一歩としてその状況を確認しておくべき事項であろう。

6. ダルク利用者の生活保護運用の現状 (5) ー自助グループ参加への移送費支給ー

調査の最後に、生活保護運用実態の到達状況の一つの指標として、ダルクプログラムの共通した土台となる自助グループのミーティングへの参加が制度的に保障されているか、具体的には施設内での午前ないし午後のミーティングとは別に施設外の地域において定期的に実施されているNAミーティング出席のための交通費（移送費）が継続的に支給されている利用者の割合を調査した。その結果は以下の図のようになった。



移送費の問題については、昨年度の研究報告の中でも各地区の考え方を整理したが、今回は実際に施設利用者のNA参加交通費が生活保護費として、支給されているかを調査し、集計した。

結果として、151人中113ケースについて、地域での自助グループのミーティング参加が制度的に保障されていることがわかった。この数字は74.8%に達し、予想外に制度活用が実現しているといえるが、一方で同一県内の自治体間でも認定の可否に差があり、そのことが利用者の不利となる場面を多くのダルクスタッフは体験していた。

NAは2003年2月の基準日現在、全国で70グループがあり、週間185回のミーティングを地域で行っている。これは1998年10月時点と比較するとグループ数で2倍、ミーティング開催数で約1.7倍に広がっている9) ことがわかる。この5年足らずの間には、ダルクの施設数も16施設から25施設へと

増加し、さらに現在数箇所が開設の準備段階に入っている。当時、NAミーティングへの移送費支出はごく限られた自治体でしか行われていなかったことに照らして、現在の状況は未だ一部に不十分な自治体の例を確認しつつも、一定の前進としての評価と今後に向けた期待のできる実態と考えられた。

7. ダルク利用者の生活保護運用の現状 (6) ー実施機関ヒアリング調査からー

今年度も、計4ヶ所の自治体において昨年度とはほぼ同様の形でヒアリング調査を実施した。その結果として、昨年度議論された諸課題に対し新しい資料が提供されたり、議論が行われることはなく、概ね生活保護実施上のルールを細部で確認し質疑するにとどまった。これは、ヒアリング調査対象が、横浜市以外では九州地区のダルクと関係を持つ実施機関に集中していたことと、前掲の結果から見ていずれも所管地域居住ケースのみに対し保護を実施していた福祉事務所であったことによるものと思われる。

基準生活費認定は、現時点では居宅基準の生活扶助費第1類+第2類×100%と必要な一時扶助、住宅扶助は居宅の取り扱いを原則に、入寮者に対してはダルクが家賃証明した額（上限基準を下回る）を認定していた。

現在では、上記のような認定の考え方に基本的な差はなかったが、これまでのプロセスの中では、ダルクがグループホームとして認定されるまでは、第2類費額を同室の居住者の「頭数割」（1室2名使用なら50%、3名なら33%）にして認定された時期もあったという。

また、一時扶助費については、申請事例がなく家具什器費や被服（布団）費の認定実績のない福祉事務所もあり、利用者の制度活用に関与するダルクスタッフの側でも制度活用の方策について一定程度理解をしておく必要が感じられた。入寮者が段階的に地域生活に復帰する際に必要となる転宅費用（住宅扶助費の一時扶助）については、本庁協議等の手続きを経ず実施機関の判断で認定が可能との見解だった。

移送費認定に関しては、今回のヒアリング対象地区ではいずれもアルコール依存者ケースがAAミーティングに参加する場合と同様に認定するとさ

れていたが、申請があげられないことを理由に実績のない自治体もあった。横浜市を除き、生活保護受給者を対象とした交通費の法外援護措置は講じられてはいなかった。その一方で同一県内のミーティング会場はもとより隣接県の会場も制限つきながら認定対象とするなど、柔軟な運用も行われていた。

このように細部では制度運用への取り組みについて、若干の「温度差」が存在している。九州地区はダルクの活動が盛んに展開され認知も進んでいる地域であるが、現行の生活保護制度活用の余地は細部では依然残されていると考えられた。これは以下に掲載する実施機関から見た「ケースワーク上の課題」に表現されている。

- 1) ダルク入寮者の援助について、定期訪問時にどのように関わるべきか「指針」がない。
- 2) ダルクスタッフが日常行っている援助との役割分担が不明確。
- 3) ダルク利用による断薬後の社会復帰過程のイメージが実施機関に共有されていない。
- 4) 回復事例の蓄積が少ない中では、回復過程のイメージが乏しく、福祉事務所の援助サービスの領域が定まらない。

ここで表現されるように、回復事例の蓄積により、今後ダルクと福祉事務所の援助が双方にとって合理的な形で分担されることは、十分期待できることであろう。但しそのためには、ダルク側には制度活用と行政を中心とした機関ネットワーク活用には有効な諸知識・技能の修得が課題となるであろう。また、行政機関である福祉事務所は住民の生活問題に対応するソーシャルワーク及び合理的な個別援助を可能にするケース・マネジメント機能の獲得・向上が求められ、薬物依存者回復援助における有効なモデル（イメージ）をダルクとの協働によって早急に構築し、その普及を図ることが求められている。

D. 考察

前述のとおり、平成14年11月に米国・サンフランシスコ市を訪問し、わが国とは異なる考え方と経緯に基づいて薬物依存者の回復援助システムを構築・運営してきた同市の行政システム及び援助プログラムについて研修した。そこで学んだことは、今後の日本における新たなシステム構築に向

けて、少なからず参考になると感じられた。以下では、そこでの経験に触れつつ、併せて本研究の考察を行う。

視察先施設の名称・事業の概要などその報告自体は別記する海外渡航報告書に記載するが、まずこれまで検討してきたように、日本においては薬物依存者を地域で処遇する媒介となるフィールド（場）が、ダルクの活動開始以前には皆無といえるほど欠乏しており、今日でさえ薬物依存者そのものを対象として総合的援助を提供し得る社会機関は存在していないことを確認しておく必要がある。そのような中で、福祉事務所は生活困窮状態が認められる要援助者層の中に含まれて顕在化する一部の薬物依存問題に対応することをとおして、アルコール依存者の回復援助モデルに先導されて、ダルクの活動に随伴する形で制度的側面的援助が担われてきた。これらの経緯を再度確認しつつ、今日の地方分権の強調やNPO活動の推進、行政機関の役割の質的变化といった社会福祉援助活動に関わるいくつかのトレンドを意識しつつ、サンフランシスコ市の援助システムに学ぶことを、以下に要約した。

1) 行政機関の役割

薬物依存者が回復するために必要とするものを単純化して考えると、本来的にはまず援助機関や専門職の存在に重きが置かれるべきではなく、依存者（依存症の問題を担った生活者・住民）自らがそれに委ねて主体的に実践していくプログラム（ここでは「回復プログラム」であろう）の存在であり、そのプログラムとの関わりの中で初めて、専門機関や援助職の技能が活用され得る。その意味で、プログラムの確保は回復過程の土台を形成することから、社会的に最も重要な課題として公共の福祉実現に責任を負う行政が中心的役割を果たすことが求められる領域である。具体的には租税を財源とする公共政策として、要援助者が自らの生活問題の解決に利用し得る有効なプログラムの確保を行うこと、すなわちそのための予算措置を講じ、必要な対象者に提供できる環境を整えることが主要内容となる。

わが国の経験で、これまで薬物依存に陥って生活破綻した人々がそこから抜け出し、「回復」を実現していった例を実際に支えてきたプログラムとは、自助グループであるNAがメッセージし提供

してきた「12ステップと12の伝統」によるものであり、そこへの橋渡しを目的にリハビリテーション施設として活動するダルクが提供するプログラムがそれを補完してきたことは、それ以外のプログラムの有効性を排除する意味ではなく、単に実績の総合的評価から見て妥当であると考ええる。それは、アルコール依存症への援助を考えるときに、今日12ステップを利用するもの等の自助グループやダルクと同種の非営利リハビリテーション施設（例えば主にアルコール依存者のための「マック」など）のプログラム活用を視野に入れずに語ることが専門的でないばかりか現実的でもないことと同様である。

このように回復の「ツール」となるプログラム自体は、これまでも決して制度や行政主体に提供されてきたわけではなく、行政は回復できる環境の整備をこれまでも担い、これからも主要な課題とする立場にある。それに対して、行政以外の主として民間の組織・団体が直接に対象者の生活援助も含めた回復援助活動を行ってきたことは、ダルクの活動実績に示されている。そこで提供されるプログラムが利用者にとって有効なものであったからこそ、依存者の回復が実現していったわけで、それらに競合する方法・施設をほとんど持たなかった社会福祉援助の領域では、司法や医療の領域に比べてより一層そのことが理解され易い状況だったといえる。

サンフランシスコ市でもソーシャルサービス部門の行政役割は、実績から見て有効なプログラムを、必要とする市民に見合う量的・質的に確保することに要約され、それは逆に他に負わせることのできない行政の固有の役割として理解されていた。そのための予算措置を行い、質・量の双方の面からプログラムを確保し、実績に基づく定期的な査定によって援助の質の低下を防ぐ、その一方で対象者の実態把握を絶えず行いサービスの需給調整を行う。そのようなアディクション・リカバリー・システムの維持と向上が、本質的な行政の役割として明確に意識されていた。このことについて、今後日本の実態と合わせた検討が必要であると考ええる。

2) 民間のサービス供給主体 (service provider)

行政が維持管理する地域ベースの薬物依存回復援助システムとその予算の存在が前提となって、

ダルクの様な民間の独立した専門援助プログラムの供給主体が活動することが可能となる。

わが国では薬物依存問題対策が、精神保健（福祉）対策の一部として位置づけられてきた経緯があり、その精神保健領域自体も近年まで立ち遅れが各方面から指摘されて拡充が喫緊の課題となっていたことは、この行政的な取り組みの条件不備を説明して余りあるものがあるだろう。しかし、現実の状況は、薬物乱用を含めその核に明確な形で薬物依存を存在させた社会問題を時間の経過とともに進行させ、顕在化させてきている。

そのような中で、ダルクの活動は他からの計画に基づくことなく自発的に1980年代半ばに依存症体験者自身の手によって始められた。当然、それはアルコール依存者による自助的回復施設の活動の成果に影響を受けている。今日では現存する回復援助システムの諸資源とともに、必要不可欠ともいえる役割を担っている。

これらの施設（自助グループ自体は本質的に外部からの援助の対象外であるため）の有用性に見合った補助・活動助成は、日本では1990年代に都市部の地方自治体の独自施策として始められてきた。ダルクがその運営に初めて公的助成を受けられたのも平成6（1994）年度が最初であり、その後全国的に拡大しつつも未だ10年も経過していない。

また、これらの運営費の公的助成も、薬物依存回復支援策として講じられたというより、既存の地域精神保健対策、とりわけ社会復帰促進事業の一部である精神障害者地域作業所運営補助の延長として実現し、今日に至っている。基本的な考え方は、行政が「要綱」等により提示した運営のための基本条件群を満たす施設に対する施設の設置・運営に対する補助という考え方で、実際には運営の必要経費一部補助にとどまり、プログラム内容への行政関与はきわめて限定されている。施設の所有する設備、定員に見合う諸設備と運営組織体制が中心的な審査基準となる点で、いわゆるハードウェア面での整備に重点が置かれてきたことが理解できる。

それに対し、米国・サンフランシスコ市で行われるこの領域のシステムは、ソフトウェアであるプログラムそのものを行政が関与して開発援助し、審査し、有効なものを買ひ上げて必要とする対象者に提供できるための整備を行う、という考

え方に立っていることが理解された。プログラムを依存者に提供する主体は、行政との関係でいえばすべて民間セクター（団体）であった。回復援助施設を運営する民間セクターは、援助活動や独自の実態把握調査に応じて、独自に有効と思われるプログラムの開発を行い、行政が用意した回復援助のための予算獲得を目指す。同種の団体が予算獲得を目指すことにより競争が生まれるが、行政は応募団体から提示される実施計画データとそれまでの実績に基づき、どの団体のプログラムに予算措置するかの判断をして決定する。

そこではインテーク、アセスメント、インタビュー、エヴァリュエーションの各段階にプログラムの有効性を実証するためのデータが求められ、利用者の援助活動にフィードバックされていた。たとえば、今回視察したある施設では、今後3年間の実施期間で他の精神疾患とのDual Diagnosisをもつ薬物依存者の回復援助に特化したプログラムの実施を行う準備中であると説明された。そのために既存のスタッフで対応できない部分については、新たに配分される予算を財源として新規に専門スタッフを雇用し、プログラムの質の確保についての責任を負う。財源の委託を受けたプログラムは年度ごとに実施、中間評価され、最終年度には効果について公開されて中止か、継続・拡充かいずれかの判断が下される、とのことだった。

このような行政の責任に基づくプログラムの確保を前提に民間セクターによる実践的プログラムの開発・提供の分業は、それが機能すれば特定の団体に対し委託契約をするのとは異なり、存続されるべきサービスを社会的に明確にする利点もある。より質の高い効果のあるプログラムを存続強化し、多種の専門職の参加を促して、未だ対応できていない薬物依存者個々の細かなニーズに対応した援助を実現させていく可能性を持つことも大きなメリットといえる。

さらにサンフランシスコの回復援助施設ではいずれも、単一の法の対象者だけがプログラム利用するのではなく、ドラッグコートなどからの送致による依存者、公的扶助受給中の者、あるいは未成年者を対象とする施設では親の加入する私保険給付の利用によりプログラムを受ける者など、多種の費用捻出方法があり、施設内も多種のバックグラウンドと送致・紹介経路を持つ、それでいて

共通の薬物依存問題を抱える要援助者が共同生活していた。

施設利用、すなわちそこでプログラムを受ける費用支出の方法により、公費・私費に関わらず利用可能期間に相違が生まれたり制限（上限設定）のある場合が大半であるが、その期間の範囲で最も効果的と考えられるいわばオーダーメイドのプログラムがインテークワーカー（あるいはコーディネーター）の援助により利用者自身によって選択され、施設利用の開始前に文書による利用契約が締結され保管されている。契約が利用者側により一方的に破棄されたとき（例えば無断退所等）は、当然施設利用は中止されるが、各種の施設利用規則の手続きもその文脈で定められていた。

ソーシャルワーカーは、家族関係、社会関係、収入状況などの経済状態、医療ニーズなどさまざまな角度から利用者の状況を把握し、プログラム開始後もその進行に伴って利用修了・退所まで利用者個人とそれを取り巻く周囲の環境との相談調整に当たる。ここに医療専門職や心理専門職に対して相対的に独自の役割をもった、施設運営に欠くことのできない専門援助職としてその職域を確保していたのがサンフランシスコ市の社会福祉職であったことは、今後のわが国のアディクション援助施設の機能を考えるときに大いに参考にすべき事例といえる。このような機能は今日の社会福祉援助理論では、ケース・マネジメントとして理解される援助活動と同様のものであることから、今後その導入に向けて各地で必要な準備を進める必要があると思われる。

E. 結語

薬物依存者の回復援助における社会福祉援助のあり方を考察するために、今年度も実際に一定数の薬物依存者の援助を行ってきた生活保護制度の実施運用の実態を調査し、そこでの課題とダルクとの関わりについて整理・検討した。併せて基準日（2003.2.1）現在、全国のダルクにおいて、生活保護受給によりプログラムを行っている薬物依存者の状況を数量的に把握した。それらの結果をまとめると以下のとおりである。

①・基準日現在に全国で活動していた25施設のダルクの内、24施設において生活保護受給中の利用

者がプログラムを行っていた。

② ダルク利用者総数354人のうち、42.7%にあたる151人が生活保護を受給していた。

③ 生活保護を受給してダルクを利用する薬物依存者の大半は単身者であり、特に設置施設数、利用定員との関わりから、女性の利用は極めて少なかった。

④ 生活保護受給期間では、6ヶ月以上の入寮者が60%以上を占めている。

⑤ 生活保護受給者の中では、通所によるダルク利用者は全体の20.5%となっているが、6ヶ月以上の通所者が70%を超えている。

⑥ 全国の18都府県に所在する実施機関が、薬物依存者の回復にダルクプログラムを利用していた。実施機関の所管区域内にダルクの設置がない自治体でもダルクを利用し、逆にダルクの所在する自治体の利用者がなく他地区からの利用者で占められる施設もあった。

⑦ NAミーティング参加のための移送費は、プログラムを行う施設利用者の約3/4 (74.8%) に対し支給されていた。

薬物依存者に対する社会福祉援助のあり方について今後検討し、整備していくべき方向とその課題について、以下の4点にまとめた。

① これまでわが国では、行政の定める基準を満たす施設に対しその設置運営補助を支出してきたが、今後は施設で提供されるプログラム自体を公費支出対象としてとらえ、その質的量的保障を考えていくべき。専門援助施設が提供する各種プログラムのセットを公費で行政が買い取り、要援助者に提供するシステムを作ること。

② プログラムの内容に応じて必要な経費を公的に保障することによりサービス提供主体を育成し、多様なニーズに対応するプログラムのセット、コンポーネントにより回復に効果の高いプログラムの提供をめざす。

③ 専門プログラムを利用する際には、資力に応じて利用費用の一部負担が考慮されることで、生活保護制度を媒介にした低所得層以外にも合理的にサービス利用が可能となる。

④ 実際のサービス利用に当たっては、薬物依存者個々の条件、ニーズに対応するケース・マネジメントが不可欠となり、その部分を担う専門援助職として社会福祉職（ソーシャルワーカー）が独

自に薬物依存問題援助に関与する可能性が生まれる。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

(1) 宮永 耕：「薬物依存からの回復援助に関する研究（Ⅰ）薬物依存リハビリテーション施設所在地の福祉事務所調査から」、日本社会福祉学会第50回記念全国大会ポスター発表、2002年10月26日、於・日本社会事業大学（東京）

謝辞

なお、前回と今回報告したヒアリング調査に関しては当該自治体の福祉事務所関係職員諸氏に、今回実施した生活保護利用調査に当たっては、全国のダルクスタッフに多大な協力・助言をいただきました。また、サンフランシスコでの調査に際しては、Reiko Homma True, PH.D.氏の多大な協力をいただきました。稿を終えるにあたり、改めて記し、深謝いたします。

<参考文献>

- 1) 永野潔：「京浜地区で生活保護を受けている薬物問題事例の研究」、平成8年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」研究報告書、pp.89-110、1997
- 2) 庄司正実：「全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究」、平成12年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」報告書、pp.119-151、2001、ほか
- 3) 小沼杏坪：「薬物依存症の治療・処遇体制の現状と今後の課題」、『薬物依存症ハンドブック（福井進・小沼杏坪編）』、pp.227-249、1996
- 4) 石塚伸一：「法律より見た薬物依存・中毒者の処遇に関する法律モデル」、平成13年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物依存・中毒者の予防、医療及びのアフターケアのモデル化に関する研究」報告書、pp.33-39

- 5) 宮永耕：「アルコール依存問題と生活保護行政」、東洋大学大学院社会学研究科、東洋大学大学院紀要第33集、pp. 257-273、1997
- 6) 近藤恒夫：「ダルク利用経験者の回復に関する調査研究」、平成11年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「中毒者のアフターケアに関する研究」報告書、pp. 41-53、2000
- 7) 同上報告書
- 8) 上岡陽江：「女性薬物依存者の回復のあり方に関する研究」、平成13年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物依存・中毒者の予防、医療及びのアフターケアのモデル化に関する研究」報告書、pp. 109-121、2002
- 9) 近藤恒夫：「ダルクの施設調査研究」、平成10年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「中毒者のアフターケアに関する研究」報告書、pp. 77-118、1999、の巻末資料を参照。

ダルクを利用する生活保護受給の薬物依存者に関する調査

以下の調査は ダルク利用者の中で生活保護を受けている人のみを対象にするものです。

名称等の記入が必要なものを除き、数字を記入するかもしくは該当する選択肢の番号を○で囲んでご回答ください。

貴施設名 _____

ご記入者名 _____

<プロフィール>

I 調査対象施設のプロフィール

I-1 貴ダルクの開設時期

昭和・平成 ____ (19 ____ ・ 200 ____) 年 ____ 月

I-2 ダルク利用者が最初に生活保護受給となった時期

(施設開始時から生活保護を受けていた人がいたか、施設が始まってから生活保護を申請して受理されたか)

昭和・平成 ____ (19 ____ ・ 200 ____) 年 ____ 月

<2003年2月1日現在のダルク利用(入寮・通所)者のうち、
生活保護を受給してリハビリテーションする人について>

II 調査基準日(2003.2.1)に生活保護受給している利用者数

II-1 貴ダルクに在籍(入寮・通所)する単身の被保護薬物依存者の性別と年齢

	～ 20 歳	20 ～ 29 歳	30 ～ 39 歳	40 ～ 49 歳	50 ～ 59 歳	60 歳～	合計
男性							
女性							

II-2 貴ダルクを利用する单身以外の薬物依存者(世帯)の有無(どちらかに○)

1) あり (ダルク利用者以外の家族員も含めて生活保護にかかっている世帯)

→ _____ 世帯

2) なし (ダルク利用者はすべて单身者のみ)

II-3 生活保護実施機関別世帯数

(2003.2.1 現在ダルク利用者が生活保護を受けている取扱い福祉事務所別の利用者数；単身の場合は一人1世帯とします。)

_____ 福祉事務所 (世帯) _____ 福祉事務所 (世帯)

_____ 福祉事務所 (世帯) _____ 福祉事務所 (世帯)

_____ 福祉事務所 (世帯) _____ 福祉事務所 (世帯)

_____ 福祉事務所 (世帯) _____ 福祉事務所 (世帯)

Ⅱ－４ 生活保護受給中の入寮者の保護受給期間（保護開始後調査時 2003.2.1 までの経過期間）

	～ 1 ヶ月	1 ～ 3 ヶ月	3 ～ 6 ヶ月	6 ～ 12 ヶ月	12 ～ 24 ヶ月	24 ヶ月～	合計
男性							
女性							

Ⅱ－５ 生活保護受給者のダルク通所期間（保護開始後調査時 2003.2.1 までの経過期間、入寮経験者は通算で；上記Ⅱ－４と異なる場合のみ要記入）

	～ 1 ヶ月	1 ～ 3 ヶ月	3 ～ 6 ヶ月	6 ～ 12 ヶ月	12 ～ 24 ヶ月	24 ヶ月～	合計
男性							
女性							

Ⅱ－６ NA ミーティング出席の交通費支給を受けている生活保護受給者の性別と年齢

	～ 20 歳	20 ～ 29 歳	30 ～ 39 歳	40 ～ 49 歳	50 ～ 59 歳	60 歳～	合計
男性							
女性							

<地区内関連機関の状況>

Ⅲ－１ 薬物依存者の入院治療が可能な精神科医療機関数
（解毒及び精神症状の変化に対応できる病院等） _____ 施設

Ⅲ－２ 薬物依存者の通院療養に対応している精神科医療機関数
（上記Ⅲ－１以外のクリニック等） _____ 施設

Ⅲ－３ 薬物依存者の通院に対応している精神科以外の医療機関数 _____ 施設

分 担 研 究 報 告 書
(2-4)

薬物依存症の医療経済に関する研究

分担研究者	石橋正彦	十全病院 院長
研究協力者	山内慶太	慶應義塾大学医学部医療政策管理学教室 助教授
	湯尾高根	慶應義塾大学医学部医療政策管理学教室 助手
	小沼杏坪	KONUMA記念広島薬物依存研究所 所長
	近藤直樹	聖明病院 院長
	白鞘康嗣	福岡大学経済学部 講師

研究要旨 薬物依存の医療経済に関する研究として、薬物依存症（覚せい剤、有機溶剤、アルコール依存症）と代表的な精神疾患である統合失調症との医療資源の消費量の違いを検討するために、平成13年度の福岡県内の某精神科医療施設に加え、静岡県、広島県内の精神科医療施設に入院した統合失調症患者271名、覚せい剤依存症191名、アルコール依存症890名、有機溶剤依存症84名、合計1436名の対象者を最低1年間追跡調査した。各対象者に関して、入院期間中の総医療費、入院期間中の1日あたり医療費、および入院日数を算出した。また、総医療費、1日あたりの医療費や入院期間を被説明変数とした回帰分析を行った。それにより、以下の結果が得られた。1）入院1日あたりの医療費は、統合失調症と各薬物依存症との間で有意な差はなかった。2）入院1回あたりの総医療費は、統合失調症は薬物依存症群より有意に高かった。総医療費に影響を与えたのは性別、入院期間および医療機関であった。3）入院期間は、統合失調症にくらべ覚せい剤および有機溶剤依存症群は有意に短かった。4）今回の結果は、平成13年度の研究結果とほぼ同様の結果であり、1日あたりの医療費は統合失調症と薬物依存症との間で有意な差はなく、総医療費の差は入院期間の差により説明できることが明らかになった（研究1）。また、精神科入院治療のケアの効率的かつ適正な提供を進めるためには、その基盤として、看護ケアをはじめとするケアのコストが適切に支払われる診療報酬制度が必要である。診療報酬の適正化においては、薬物依存症のケアが他の精神疾患のケアと比べどのように大変であるのかを調査する必要がある。そこで、研究1の施設の中で、福岡県および広島県の病院においてタイムスタディを実施し、実際の各患者におけるケア時間を調べ、ケア時間で代表されるケアのコストと診療報酬との関係を比較検討した（研究2）。対象患者は、合計491名、平均年齢52.7歳、在院期間の平均は4.6年であった。対象者の診断別内訳では、統合失調症43.4%、次いでアルコール依存症35.9%、薬物依存症6.7%、成人の人格・行動の障害4.9%、気分障害3.9%などの順であった。各対象者に関して、タイムスタディを実施し、また患者毎の収益（保険点数・保険外徴収額）、患者特性（一般的情報・臨床特性）の把握などを行った。それにより、以下の結果が得られた。1）アルコールを含めた薬物依存症の入院患者の平均重み付けケア時間（ケアのコスト）および平均保険収益は、その他の患者と同程度であった。2）しかし、患者個々では薬物依存症は他の疾患の場合と同様に、ケアのコストの患者間での差異が大きいのにに対して、保険収益の差異は小さく、かつ両者間の相関は低かった。3）今回の結果から、薬物依存症についても患者間でのケアのコストの相違の規定要因を明らかにし、実際のケアのニーズに基づく支払い方式を開発する必要があることが示唆された。また、診療報酬等の諸制度によって人員配置等が制約を受けて、ニーズに見合ったケアが提供されていないことも考えられる為、把握されたケア時間などが実際のニーズに対応しているかについても確認する必要があると考えられる。

以上により、薬物依存症の患者は他の一般的な精神疾患の患者に比べ、多くのマンパワーと充実した医療チーム・濃厚な医療が必要である。しかしながら、今回の結果では入院1日当たりの医療費は統合失調症をはじめ他の精神疾患と同様であり、また、実際のケアのコストの相違も適正に反映されておらず、今後の診療報酬制度の調査・改訂が望まれた。

A. 研究目的

わが国においての薬物乱用は覚せい剤と有機溶剤が主なものである。また、現在は第三次覚せい剤乱用期と考えられ、さまざまな違法性薬物が安易に入手可能となっており、薬物乱用は若年層にまで拡大している。依存性薬物乱用により、薬物依存症や中毒性精神病に陥ったり、その後遺症に悩んでいる者も多く存在し、医療モデルとしての精神科医療施設の役割は欠かせない場面も多い。そのため、アルコール依存症やとくに薬物依存専門治療病棟の整備などが求められているが、未だ十分ではない。これは、薬物依存症の診療に関わるマンパワーの問題やその処遇困難性の問題、さらに個々の病院の採算性などの医療経済的な問題などが関わっていると考えられる。これに対し、依存性薬物乱用、依存症の実態把握とそれが及ぼす医療経済的損失の検討は不可欠と考える。

平成13年度の本研究者らによる調査研究では、福岡県内の某精神科医療施設において、薬物依存症（覚せい剤、有機溶剤、アルコール依存症）と代表的な精神疾患である統合失調症（精神分裂病）との医療資源の消費量の違いをカルテおよび診療報酬明細書の医療費データをもとに検討した。それにより、以下の主な結果が得られた。

- 1) 入院1日あたりの医療費は、統合失調症と薬物依存症の間で有意な差はなかった。
- 2) 統合失調症の方が薬物依存症に比べて、入院1回あたりの医療費（総医療費）が有意に高かった。
- 3) 薬物依存症よりも統合失調症の総医療費が高かったのは、統合失調症の方が薬物依存症より入院期間が長いためであった。

さらに、薬物乱用、依存症等の患者は、他の一般の精神疾患の患者に比べ多くのマンパワーと充実した医療チーム、濃厚な医療が必要であるが、平成13年度の結果では、入院1日あたりの医療費は統合失調症と同様であり、今後医療チームを充実させていく上で診療報酬制度の改訂が望まれた。しかし、この結果は一ヶ所の精神科医療施設のデータを基にした研究であり、さまざまなバイアスが考えられ、外的妥当性を有するためにも他の複数の施設における同様の調査、検討が必要と考えられた。そこで、福岡県、静岡県、広島県内で薬物依存症を比較的多く診療している精神科病院において、平成13年度と同様の研究を行った

（研究1）。

次に、精神科入院治療の看護ケアの効率的かつ適正な提供を進めるためには、その基盤として、看護ケアをはじめとするケアのコストが適切に支払われる診療報酬制度が必要である。また、薬物依存症などの精神科入院治療における診療報酬の適正化においては、薬物依存症のケアが他の精神疾患のケアと比べどのように大変であるのかを調査、研究する必要がある。そこで、研究1の施設の中で、福岡県および広島県の病院においてタイムスタディを実施して、実際の各患者におけるケア時間を測定し、ケア時間の面から業務分析を行うと共に、ケア時間で代表されるケアのコストと実際の診療報酬との関係を比較検討した（研究2）。

B. 研究方法

研究1. 対象および方法

(1) 対象

対象者は、福岡県内の民間病院として薬物依存、中毒症を比較的多く診療している精神科を主体とするF病院（精神病棟入院基本料4、看護師比率40%以上、看護補助加算10対1）、静岡県のS病院（精神病棟入院基本料5、看護師比率40%以上、看護補助加算15対1）、広島県のH病院（精神病棟入院基本料3、看護婦比率70%以上、看護補助加算6対1）においてF病院、S病院はそれぞれ1998年8月1日から2000年7月31日までの2年間、H病院は1999年8月1日から2000年7月31日までの1年間に入院した統合失調症271名（男性176名、女性95名）平均年齢40.5歳、覚せい剤依存症191名（男性116名、女性75名）平均年齢32.7歳、アルコール依存症890名（男性827名、女性63名）平均年齢52.1歳、有機溶剤依存症84名（男性64名、女性20名）平均年齢23.8歳、合計1436名平均年齢45.7歳である（表1）。これらの対象者を2001年7月31日まで追跡調査した。なお、年齢は入院時の年齢であり、該当症例の診断はICD-10分類による主診断をもとにグループを構成した。ICD-10分類にしたがって、精神作用物質は入院時の精神的症状に関して、最も関連が深いと思われる薬物とした。なお、追跡終了時点で入院中であった対象者（打ち切り例）は、統合失調症19名（7.0%）、覚せい剤7名（3.7

%)、アルコール61名(6.9%)、有機溶剤0名(0%)であり、統合失調症、アルコール症で若干打切り例が多かった。

(2) 方法

1. データ収集

各対象者に関して、入院日および退院日、入院から退院までの診療報酬点数(総医療費)、入院回数(入院歴)等のデータを、レセプトおよびカルテより収集した。

(倫理面への配慮)

データは無記名で収集し、その結果は統計的に処理され、個人が特定されることのないように配慮した。入院中の対象者にはこの調査の内容および目的について説明し同意を得、退院したものに 대해서는 そのデータが漏れないように配慮した。

2. 統計手法

上記データをもとに、各対象者に関して、入院期間中の総医療費、入院期間中の1日あたり医療費、および入院日数を算出した。

最初に、統合失調症、覚せい剤、アルコール、有機溶剤の各グループ間で入院期間中の総医療費、入院期間中の1日あたり医療費、および入院日数に差があるかどうかを1元配置分散分析(ANOVA)にて検討した。

次に、入院期間中の総医療費、入院期間中の1日あたり医療費、および入院日数に影響を与える要因を明らかにするために、当該変数を被説明変数、年齢、性別(男性=1)、入院回数(入院歴)、入院期間、統合失調症をベースラインとした各疾患のダミー変数を説明変数とした回帰分析(重回帰分析)を行った。

研究2. 対象および方法

(1) 対象

対象は、研究1における福岡県のF病院(精神病棟入院基本料4、看護師比率40%以上、看護補助加算10:1)および広島県のH病院(精神科病棟入院基本料3、看護師比率70%以上、看護補助加算6:1の3病棟、2精神療養病棟、1急性期治療病棟)である。各病院において、あらかじめ決められたタイムスタディを行う病棟のすべての患者を対象とした。

対象となった患者の総数は男性356名、女性135名の合計491名であり、その平均年齢は52.7歳、平均在院(入院)期間は4.6年であった(表11)。ICD-10による診断別の内訳は、統合失調症が43.4%で最も多く、次いでアルコール症(F10)35.9%、薬物依存症(F13, 15, 16, 18, 19)6.7%、成人の人格・行動の障害(F4)4.9%、気分障害(F3)3.9%、器質性精神障害(F04-09)の順であり、その他は1%未満であった(表12)。

(倫理面での配慮)

また、調査対象となる患者については、研究の趣旨を説明し、データはID番号を付けて個人の名前などが出ることではなく、結果なども個人が特定されないように配慮していることなどを説明し同意を得た。

(2) 方法

1. 調査内容

病院調査票、病棟調査票、患者基本調査票、患者アセスメント票(看護用)、患者アセスメント票(医師用)、タイムスタディ結果(病棟スタッフ用および病棟外スタッフ用タイムスタディ記入

表1. 病院毎の疾患別対象患者

疾患名 病院名	統合失調症	覚せい剤	アルコール	有機溶剤	合計
F病院	27 (M16, F11)	63 (M33, F30)	205 (M182, F23)	26 (M15, F11)	321
S病院	7 (M7, F0)	57 (M41, F16)	468 (M443, F25)	33 (M28, F5)	565
H病院	237 (M153, F84)	71 (M42, F29)	217 (M202, F15)	25 (M21, F4)	550
合計	271 (M176, F95)	191 (M116, F75)	890 (M827, F63)	84 (M64, F20)	1436
平均年齢	40.5±14.2	32.7±10.5	52.1±11.3	23.8±6.5	45.7±14.7

表、マスターレジデントリスト）をあらかじめ配布し、タイムスタディに関わる職員にこの調査の方法について充分説明し理解させた。そこで、調査した月のレセプトから保険合計点数とその内訳を調査し、保険外徴収額についても調査した。これらにより、患者1日あたりの入院費用の平均を算出した。また、患者特性に関して、年齢、性別、在院期間、入院形態、費目、精神科入院歴などの一般的情報を調べ、臨床特性としてICD-10診断、BPRS（簡易精神症状評価尺度）などを用いて主治医の評価を得、WHO/DAS（精神医学的能力障害面接基準）、CPS（認知機能評価尺度）、医学的処置などを用いて看護師の評価を得た。

2. タイムスタディ

山内の研究リをもとに、ケア時間の調査にタイムスタディを用いた。タイムスタディは、対象患者へのケアに直接関わる全職員の業務について実施した。看護師、准看護師、看護補助者などの病棟に所属する職員に関しては1日24時間、それ以外の医師、OTR、CP、PSWなどの職員に関しては病棟所属のスタッフが実施した日を含めた7日間に実施した。なお、調査対象期間は特別な行事や祝日の入らない期間、すなわち出来るだけ日常的なケア業務を中心とした期間に設定した。タイムスタディは、24時間、7日間調査共に各職員が各患者へケアを行う毎に、その時間を自分で記録する自記入式を用いた。本研究においては、どのようなケアにどれだけ時間を費やしたかではなく、各患者にそれぞれの職種のスタッフがどれ

だけの時間ケアを提供したかを把握することが大切であるという山内の報告に基づき実施した。

測定するケア時間は、患者に直接接している時間だけではなく、個々のケアに伴って発生する一連の業務をすべて含むこととした。さらに、患者についての記録・観察・検査・カンファレンス・精神療法・作業療法など個別の患者に帰属できる時間をすべてケア時間に含めた。スタッフは調査の期間は、ストップウォッチやそれに準じた時計でケア時間を測定し、記録した。

また、患者毎に1日あたりのケア時間を職種別に集計した。この職種別ケア時間に職種別給与指数で重み付けをした上での重み付け全ケア時間の総和がケアのコストに相当する。

C. 研究結果

研究1. 結果

1. 記述統計

表1にて統合失調症およびアルコール群で平均年齢が高い傾向が見られた。3病院全体の乱用薬物別における性別・年齢の分布(表2)では、覚せい剤群において男女とも20歳台が多く約半数を占めていた。性別では、男性は年齢層が広く分布しており20歳未満や60歳台にも認められたが、20歳台から40歳台で約9割を占めていた。一方、女性は20歳台および30歳台が多いが、20歳台が約7割を占めていた。

表2. 疾患群における年齢・性別の分布

医療機関	疾患	性別	20歳未満	20歳～29歳	30歳～39歳	40歳～49歳	60歳～69歳	70歳以上	合計
全 体	統合失調症	女性	4	18	20	18	12	3	95
		男性	5	46	45	39	16	2	176
	覚せい剤	女性	0	51	15	6	0	0	75
		男性	2	40	38	25	3	0	116
	アルコール	女性	0	3	23	20	5	4	63
		男性	2	14	94	194	182	50	827
	有機溶剤	女性	7	9	4	0	0	0	20
		男性	13	39	9	3	0	0	64
	合計		33	220	248	305	218	59	1436

覚せい剤群の平均年齢は、男性35.3歳、女性28.7歳であった。有機溶剤群では、男女とも20歳未満と20歳台で約8割を占めていた。

有機溶剤群の平均年齢は、男性24.4歳、女性22.1歳であった。アルコール群では、他の依存症群に比べ年齢層が高く、女性は30歳台と40歳台で約7割を占めているが、男性は40歳台から60歳台が多く約8割を占めていた。アルコール群の平均年齢は、男性52.6歳、女性45.3歳であった。

次に病院毎、疾患グループ毎の記述統計量を示した(表3, 4, 5)。F病院では、統合失調症およびアルコール群で、他の薬物依存群と比べ入院期間が長く入院1回あたりの医療費(総医療費)も高い傾向が見られた。しかし、疾患ごとの1日あたり医療費に有意な差は見られなかった。この結果はS病院でも同様であった。H病院では、どの疾患グループも入院期間がF、S病院と比べると短い。統合失調症およびアルコール群で他の薬物

表3. 記述統計

医療機関	疾患	性別	対象者数	年齢		総医療費(万円)		入院期間(日)		日あたり医療費(円)		入院歴(回)	
				平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
F病院	統合失調症	女性	11	52.2	12.4	357.3	348.0	288.0	298.2	14,421	3,635	5.8	3.8
		男性	16	38.8	10.6	493.3	400.4	374.4	315.6	13,849	1,268	3.9	2.3
		合計	27	44.3	13.0	437.9	379.1	339.2	305.9	14,082	2,468	4.7	3.1
	覚せい剤	女性	30	26.8	6.8	187.2	243.3	139.5	205.1	15,135	2,754	2.2	1.4
		男性	33	36.9	14.0	209.6	198.4	156.9	164.6	15,543	3,104	3.2	2.8
		合計	63	32.1	12.2	198.9	219.5	148.6	183.7	15,349	2,926	2.7	2.3
	アルコール	女性	23	45.1	10.3	228.5	260.8	161.6	232.4	19,023	18,771	2.2	2.1
		男性	182	52.0	10.9	341.4	348.4	239.3	255.2	15,579	3,459	3.3	3.0
		合計	205	51.2	11.0	328.8	341.1	230.6	253.4	15,966	7,057	3.1	2.9
	有機溶剤	女性	11	21.0	7.2	108.4	61.5	73.3	51.1	15,846	2,046	2.9	3.2
		男性	15	22.6	5.0	134.0	79.8	95.1	63.7	15,163	3,018	2.0	1.2
		合計	26	21.9	6.0	123.1	72.4	85.8	58.6	15,452	2,625	2.4	2.3
	合計	女性	75	35.3	14.5	213.3	255.7	158.3	220.5	16,327	10,653	2.8	2.6
		男性	246	47.3	13.9	320.9	333.3	228.3	247.5	15,436	3,302	3.2	2.9
合計			321	44.5	14.9	295.8	319.8	211.9	243.0	15,644	5,894	3.1	2.8

表4. 記述統計

医療機関	疾患	性別	対象者数	年齢		総医療費(万円)		入院期間(日)		日あたり医療費(円)		入院歴(回)	
				平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
S病院	統合失調症	女性	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		男性	7	36.1	12.5	279.4	92.9	235.1	100.7	12,291	1,345	3.3	2.6
		合計	7	36.1	12.5	279.4	92.9	235.1	100.7	12,291	1,345	3.3	2.6
	覚せい剤	女性	16	26.9	4.6	111.0	56.8	78.4	45.8	14,969	1,910	1.9	1.3
		男性	41	35.2	9.6	155.6	102.4	133.9	135.3	14,501	4,433	2.5	2.5
		合計	57	32.9	9.3	143.1	93.6	118.3	119.4	14,632	3,881	2.3	2.3
	アルコール	女性	25	45.3	12.8	173.0	74.0	128.2	62.1	14,063	1,854	4.5	4.8
		男性	443	52.5	10.9	204.7	119.0	185.3	173.8	13,661	4,551	3.4	3.3
		合計	468	52.1	11.1	203.1	117.2	182.3	170.2	13,682	4,448	3.4	3.4
	有機溶剤	女性	5	23.8	4.8	155.4	49.8	115.6	40.9	13,607	1,032	3.2	1.5
		男性	28	26.3	6.1	165.8	129.2	131.0	117.8	14,047	2,154	2.4	1.8
		合計	33	25.9	5.9	164.2	120.0	128.7	109.3	13,980	2,019	2.5	1.7
	合計	女性	46	36.6	13.8	149.5	71.1	109.5	58.7	14,329	1,840	3.5	3.8
		男性	519	49.5	13.0	199.7	119.1	179.0	168.5	13,729	4,420	3.2	3.2
合計			565	48.4	13.5	195.7	116.7	173.4	163.5	13,778	4,271	3.3	3.2

依存群より入院期間が長く総医療費も高く、グループごとの1日あたりの医療費に有意差がないという同様の結果であった。3病院全体(表6)でも上記と同様の結果であり、統合失調症と各薬物依存症との間で1日あたりの入院医療費に有意な差はなかった。

2. 総医療費に影響を与える要因

3病院全体での総医療費(入院1回あたりの入院費用)に影響を与える要因を明らかにするために、総医療費を被説明変数とした回帰分析を行っ

た。覚せい剤、アルコール、および有機溶剤は、統合失調症を基準としたダミー変数を表した。また、S病院、I病院はF病院を基準としたダミー変数を表した。結果は、入院期間を説明変数から除外した分析では、総医療費は統合失調症と比較した場合、すべての薬物依存症群に比べ有意に高かった(表7)。疾患群以外で総医療費に影響を与えた変数は、性別、入院歴や医療機関であった。総医療費は、女性より男性の方が有意に高く、また、医療機関において有意な差が認められた。そこで、入院期間を説明変数に加えた分析(表8)で

表5. 記述統計

医療機関	疾患	性別	対象者数	年齢		総医療費(万円)		入院期間(日)		1日あたり医療費(円)		入院歴(回)	
				平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
H病院	統合失調症	女性	84	42.2	15.5	100.9	111.8	76.6	92.0	14,935	2,987	2.1	1.9
		男性	153	39.1	13.7	154.7	167.8	108.0	133.1	15,742	3,168	2.6	2.5
		合計	237	40.2	14.4	135.7	152.3	96.8	120.9	15,456	3,123	2.4	2.3
	覚せい剤	女性	29	31.7	11.0	67.1	59.3	48.6	46.6	15,321	4,062	3.2	2.8
		男性	42	34.0	9.1	83.7	61.9	51.6	37.5	16,175	2,518	2.5	2.7
		合計	71	33.1	9.9	76.9	61.0	50.4	41.1	15,826	3,239	2.8	2.8
	アルコール	女性	15	45.7	11.8	105.1	66.3	75.9	51.0	14,837	2,180	1.1	0.4
		男性	202	53.4	11.7	127.8	133.9	92.7	109.1	15,233	2,836	3.4	3.7
		合計	217	52.8	11.8	126.2	130.4	91.5	106.2	15,206	2,793	3.2	3.6
	有機溶剤	女性	4	23.0	5.4	35.1	23.0	21.8	14.8	17,874	3,433	1.3	0.5
		男性	21	23.2	7.7	78.7	44.6	53.4	36.0	15,663	2,433	1.7	1.2
		合計	25	23.2	7.2	71.7	44.0	48.4	35.3	16,017	2,663	1.6	1.1
	合計	女性	132	39.7	15.0	92.0	97.3	68.7	79.4	15,098	3,198	2.2	2.1
		男性	418	44.7	15.1	130.7	141.3	92.2	112.8	15,536	2,923	2.9	3.2
	合計		550	43.5	15.2	121.4	133.0	86.5	106.2	15,431	2,994	2.7	3.0

表6. 記述統計

医療機関	疾患	性別	対象者数	年齢		総医療費(万円)		入院期間(日)		1日あたり医療費(円)		入院歴(回)	
				平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
全体	統合失調症	女性	95	43.4	15.5	130.6	175.3	101.0	146.8	14,875	3,052	2.5	2.5
		男性	176	38.9	13.3	190.5	219.8	137.3	174.8	15,433	3,102	2.7	2.5
		合計	271	40.5	14.2	169.5	207.0	124.6	166.1	15,238	3,090	2.6	2.5
	覚せい剤	女性	75	28.7	8.6	124.5	167.6	91.3	139.3	15,172	3,158	2.5	2.1
		男性	116	35.3	10.8	144.9	136.3	110.6	128.4	15,403	3,506	2.7	2.7
		合計	191	32.7	10.5	136.9	149.3	103.0	132.8	15,312	3,367	2.6	2.5
	アルコール	女性	63	45.3	11.5	177.1	171.7	128.0	149.4	16,058	11,518	2.9	3.5
		男性	827	52.6	11.1	216.0	209.7	174.6	189.7	14,467	4,053	3.3	3.4
		合計	890	52.1	11.3	213.2	207.4	171.3	187.4	14,580	4,968	3.3	3.4
	有機溶剤	女性	20	22.1	6.2	105.5	65.6	73.6	52.9	15,692	2,539	2.7	2.5
		男性	64	24.4	6.5	129.8	103.2	97.1	91.7	14,839	2,534	2.1	1.5
		合計	84	23.8	6.5	124.0	95.8	91.5	84.4	15,042	2,546	2.2	1.8
	合計	女性	253	37.8	14.7	138.4	166.8	102.7	140.4	15,322	6,305	2.6	2.7
		男性	1183	47.3	14.1	200.6	202.5	158.6	180.0	14,723	3,822	3.1	3.1
	合計		1436	45.7	14.7	189.6	198.1	148.7	174.9	14,828	4,366	3.0	3.1

は、総医療費は入院期間が有意に影響しており、入院期間が1日増えると総医療費が約10,500円増加するという結果が得られた。そのほか総医療費に影響を与えた変数は、性別や医療機関であり、入院歴は有意な影響を与えなかった。疾患群ごとの入院期間と入院1回あたりの総医療費との関係では、いずれの群においても入院期間と総医療費との間に有意な正の相関があった ($P < 0.01$)。総医療費の医療機関での差は、F病院を基準とした場合にS病院、H病院で有意に低かった。

3. 1日あたりの医療費に影響を与える要因

3病院全体での1日あたりの医療費に影響を与える要因を明らかにするために、1日あたりの医療費を被説明変数とした回帰分析を行った(表9)。統合失調症を基準とした場合、疾患群間で有意な差はなかった。1日あたりの医療費に影響を与えたのは、入院歴、入院期間および医療機関であった。入院期間が1日増えると1日あたりの医療費が約13円減少し、入院歴が1回増えると1日あたりの医療費が約92円減少していた。医療機関で

表7. 総医療費を被説明変数とした回帰分析(入院期間を独立変数に含めないモデル)

	非標準化係数		標準化係数	t値	有意確率
	回帰係数	標準誤差	回帰係数		
定数	2118516.1	193790.3		10.93	0.00
年齢(歳)	5293.4	3305.0	0.04	1.60	ns
性別(男性=1)	373364.3	107759.9	0.07	3.46	0.00
覚せい剤*	-629185.3	145518.7	-0.11	-4.32	0.00
アルコール*	-269387.7	124779.5	-0.07	-2.16	0.03
有機溶剤*	-603489.9	196076.0	-0.07	-3.08	0.00
入院歴(回)	24217.1	12569.5	0.04	1.93	0.05
S病院†	-754994.6	103226.6	-0.19	-7.31	0.00
H病院†	-1434574.5	109928.6	-0.35	-13.05	0.00
打ち切りの有無(打ち切り例=1)	4777166.3	162321.5	0.58	29.43	0.00

*統合失調症を基準とした場合の総医療費の増減

ns: not significant

†F病院を基準とした場合の総医療費の増減

表8. 総医療費を被説明変数とした回帰分析

	非標準化係数		標準化係数	t値	有意確率
	回帰係数	標準誤差	回帰係数		
定数	693655.9	102456.4		6.77	0.00
年齢(歳)	2683.8	1704.4	0.02	1.57	ns
性別(男性=1)	116230.9	55705.6	0.02	2.09	0.04
覚せい剤*	-162317.5	75389.0	-0.03	-2.15	0.03
アルコール*	-106882.3	64381.0	-0.03	-1.66	ns
有機溶剤*	-147792.9	101345.8	-0.02	-1.46	ns
入院歴(回)	-2433.2	6494.0	0.00	-0.37	ns
入院期間(日)	10458.9	166.7	0.92	62.73	0.00
S病院†	-650216.2	53243.7	-0.16	-12.21	0.00
H病院†	-502375.9	58588.7	-0.12	-8.57	0.00
打ち切りの有無(打ち切り例=1)	-306178.5	116490.6	-0.04	-2.63	0.01

*統合失調症を基準とした場合の総医療費の増減

ns: not significant

†F病院を基準とした場合の総医療費の増減

の差は、F病院を基準とした場合にS病院、H病院で有意に低かった。

4. 入院期間(日)に影響を与える要因

3病院全体での入院期間に影響を与える要因を明らかにするために、入院日数を被説明変数とした回帰分析を行った(表10)。統合失調症を基準とした場合、統合失調症とアルコール群との間には

有意な差は見られなかったが、覚せい剤群と有機溶剤群は有意に入院期間が短かった。入院期間に影響を与えたのは、性別、入院歴および医療機関であった。入院期間は男性の方が、女性より約25日長く、また、入院歴が1回増えると入院期間が約2.5日間増えており、入院歴と入院期間に正の相関があることが示唆された。医療機関での差は、F病院を基準とした場合にH病院は有意に入院期

表9. 1日あたり医療費を被説明変数とした回帰分析

	非標準化係数		標準化係数	t値	有意確率
	回帰係数	標準誤差	回帰係数		
定数	17960.4	538.2		33.37	0.00
年齢(歳)	8.4	9.0	0.03	0.93	ns
性別(男性=1)	312.3	292.6	0.03	1.07	ns
覚せい剤*	-306.8	396.0	-0.02	-0.77	ns
アルコール*	-135.0	338.2	-0.01	-0.40	ns
有機溶剤*	-563.0	532.3	-0.03	-1.06	ns
入院歴(回)	-92.1	34.1	-0.06	-2.70	0.01
入院期間(日)	-12.6	0.9	-0.51	-14.44	0.00
S病院†	-2301.2	279.7	-0.26	-8.23	0.00
H病院†	-1732.0	307.8	-0.19	-5.63	0.00
打ち切りの有無(打ち切り例=1)	1934.1	611.9	0.11	3.16	0.00

*統合失調症を基準とした場合の1日あたり医療費の増減

ns: not significant

†F病院を基準とした場合の1日あたり医療費の増減

表10. 入院期間(日)を被説明変数とした回帰分析

	非標準化係数		標準化係数	t値	有意確率
	回帰係数	標準誤差	回帰係数		
定数	136.2	15.9		8.58	0.00
年齢(歳)	0.2	0.3	0.02	0.92	ns
性別(男性=1)	24.6	8.8	0.05	2.78	0.01
覚せい剤*	-44.6	11.9	-0.09	-3.74	0.00
アルコール*	-15.5	10.2	-0.04	-1.52	ns
有機溶剤*	-43.6	16.1	-0.06	-2.71	0.01
入院歴(回)	2.5	1.0	0.04	2.47	0.01
S病院†	-10.0	8.5	-0.03	-1.18	ns
H病院†	-89.1	9.0	-0.25	-9.90	0.00
打ち切りの有無(打ち切り例=1)	486.0	13.3	0.66	36.54	0.00

*統合失調症を基準とした場合の入院期間の増減

ns: not significant

†F病院を基準とした場合の入院期間の増減

間が短い、S病院とは有意な差はなかった。

研究2. 結果

1. 調査対象

F病院は、1, 2, 3病棟が閉鎖病棟、7A病棟が開放病棟であり、すべての病棟が入院料算定は出来

高払いであった。H病院は、C4, R3病棟が開放および準開放病棟で、C5, H, R1, R2病棟は閉鎖病棟であった。H病院の入院料算定は、C4, C5が精神療養病棟、R1が急性期治療病棟、H, R2, R3病棟が出来高払いであった。F, H病院において、タイムスタディを実施した対象患者は、F病院内の4病棟、H病院内の6病棟のすべての患者で、男性356名、女性135名の合計491名であった(表11)。

表11 調査対象

病院名	病棟	性別		平均年齢(歳)	入院期間(年)
		男(人)	女(人)		
F病院	1病棟	34	0	57.5±12.0	2.73±4.64
	2病棟	56	0	56.0±9.7	3.09±5.58
	3病棟	2	58	57.0±13.9	11.39±12.34
	7A病棟	35	0	54.1±12.4	2.56±3.45
H病院	C4病棟	45	7	52.2±13.4	4.38±6.46
	C5病棟	34	18	54.5±12.0	5.82±8.98
	H病棟	2	50	52.2±15.9	2.67±3.80
	R1病棟	51	0	44.6±15.4	1.93±4.67
	R2病棟	53	1	48.9±13.7	5.97±13.07
	R3病棟	44	1	51.1±13.8	3.06±6.48
全体		356	135	52.7±13.8	4.62±8.43

表12 診断別内訳

主診断	F病院		H病院		全体	
	人数	%	人数	%	人数	%
痴呆性疾患 (F00-03)	1	0.5	3	1	4	0.8
その他の症状性を含む器質性精神障害 (F04-09)	1	0.5	9	2.9	10	2
アルコールによる精神・行動の障害 (F10)	122	65.9	54	17.6	176	35.9
アルコール以外の精神作用物質による障害	10	5.5	23	7.6	33	6.7
・鎮静薬または睡眠薬 (F13)	0	0	1	0.3	1	0.2
・その他の興奮薬(カフェインを含む) (F15)	7	3.9	16	5.2	23	4.7
・幻覚薬 (F16)	0	0	2	0.7	2	0.4
・揮発性溶剤 (F18)	2	1.1	2	0.7	4	0.8
・多種薬剤およびその他の物質等 (F19)	1	0.5	2	0.7	3	0.6
統合失調症 (F20)	41	22.2	172	56.2	213	43.4
その他の精神病性障害 (F21-29)	0	0	4	1.3	4	0.8
気分障害 (F3)	5	2.7	14	4.6	19	3.9
成人の人格・行動の障害 (F4)	2	1.1	22	7.2	24	4.9
精神遅滞 (F7)	2	1.1	2	0.7	4	0.8
小児期・青年期に発症する行動・情緒の障害 (F90-9)	0	0	1	0.3	1	0.2
特定不能の精神障害 (F99)	1	0.5	0	0	1	0.2
てんかん (G40)	0	0	2	0.7	2	0.4
合計	185	100	306	100	491	100

2. ケア時間

タイムスタディの結果、ケアに関わるすべてのスタッフによる患者1人当たりの全ケア時間は、両病院の平均で102.0分であった。全ケア時間の内、看護職員が占める時間は平均87.6分、約85.9%であった。F病院においては、7A病棟が他の病棟とくらべ全ケア時間が短かった(表13)。

3. 職種別給与水準

ケアのコストである重み付け全ケア時間の算

出に必要な職種別給与水準は、平成12年度日本精神病院協会総合調査報告における職種別賃金表を用いた。

4. 保険収益と重み付け全ケア時間

1日あたりの保険収益と重み付け全ケア時間とを比べると、保険収益は狭い範囲に分布しているのに対して、重み付け全ケア時間は広い範囲に分布していた。主診断毎では、アルコール以外の精神作用物質による障害(覚せい剤、有機溶剤その

表13 患者1人当たりケア時間(分/日)

病院名	病棟	全ケア時間	正看	准看	看護助手	その他
F病院	1病棟	119.45±62.97	37.59±40.21	45.59±26.53	28.88±15.48	7.39±8.09
	2病棟	113.47±66.84	41.57±25.33	36.30±31.77	31.25±38.21	4.34±3.71
	3病棟	104.08±142.61	19.27±44.13	57.20±92.32	14.50±12.31	13.12±15.73
	7A病棟	67.83±22.40	35.46±16.90	22.00±10.42	2.60±1.40	7.77±6.90
H病院	C4病棟	95.90±44.74	5.65±3.75	56.25±21.84	9.73±19.17	24.27±28.11
	C5病棟	119.66±41.00	6.83±5.96	81.31±33.16	16.71±8.60	14.82±7.09
	H病棟	135.34±49.64	44.88±27.87	54.06±37.47	18.83±4.87	17.57±21.81
	R1病棟	95.68±75.62	28.82±18.03	39.10±65.89	4.76±2.44	22.99±13.41
	R2病棟	78.45±63.14	37.41±35.21	24.35±24.86	5.93±8.57	10.76±6.99
	R3病棟	82.33±71.62	33.82±32.12	22.53±31.90	7.51±6.56	18.46±12.53
全体		102.04±75.78	28.51±31.07	44.95±49.29	14.15±18.52	14.43±15.94

表14 患者1人当たり保険点数と重み付けケア時間

病院名	主診断	重み付け全ケア時間		保険収益(1日あたり)		相関係数
		平均±SD(分)	変動係数	平均±SD(円)	変動係数	
F病院	アルコール以外の精神作用物質による障害	74.04±27.01	36%	10,700±3,510	33%	0.19
	アルコールによる障害	95.65±58.02	61%	10,660±2,160	23%	0.44
	その他	102.03±154.61	156%	10,380±1,840	18%	-0.02
	全体	96.31±95.09	99%	10,580±2,160	20%	0.17
H病院	アルコール以外の精神作用物質による障害	94.95±55.76	59%	12,560±3,180	25%	0.08
	アルコールによる障害	89.78±49.62	55%	12,700±2,950	23%	0.43
	その他	97.73±61.43	63%	12,224±2,240	18%	0.16
	全体	96.12±59.01	61%	12,340±2,450	20%	0.19
全体	アルコール以外の精神作用物質による障害	88.61±49.38	56%	11,980±3,350	28%	0.14
	アルコールによる障害	93.85±55.51	59%	11,280±2,600	23%	0.41
	その他	98.54±86.53	88%	11,890±2,290	19%	0.08
	全体	96.19±74.58	78%	11,670±2,500	21%	0.16

他の薬物依存症)の入院患者の平均重み付けケア時間(ケアのコスト)並び平均保険収益は、その他の疾患の入院患者と同等であった。しかし、患者個々について見ると、薬物依存症は他の疾患の場合と同様に、ケアの患者間での差異が大きいのにに対して保険収益の差異は小さく、かつ両者間の相違は低かった(表14)。

D. 考察

研究1. 考察

最近の日本における薬物乱用の状況は一段と深刻な問題になっており、とくに覚せい剤については第三次覚せい剤乱用期にあると言われ深刻な問題になっている。依存性薬物乱用による薬物依存症や中毒性精神病などに悩んでいる者も多く存在するが、その受け皿としての医療機関は少ないのが現状である。薬物依存症等の患者は、病的体験に基づく不穏な言動や興奮などに加え、非社会的な人格障害を有することなどのために医療管理上処遇困難な面が多く、他の一般の精神疾患の患者に比べ多くのマンパワーと充実した医療チーム、濃厚な医療が必要である^{2, 3, 4)}。

そこで、アルコール依存症やとくに薬物依存専門治療病棟の整備などが求められているが、未だ十分ではない。一方、精神科病院における診療報酬の面において一般の精神疾患の患者と同じ扱いであり、薬物依存症の診療に関わるマンパワーの問題やその処遇困難性のために入院拒否されることも少なくない。

平成13年度は、各種薬物依存症の患者に対する治療と一般的な精神疾患である統合失調症に対する治療において、医療資源の消費量の違いを調べ、それに与える諸要因などを検討し、今後の薬物依存症の医療経済に対する方向性を検討する目的で行った。平成14年度の研究の目的は、平成13年度に薬物依存症患者などを比較的多く診療している福岡県の1民間精神科病院でのデータで行った調査に加えて調査対象施設を複数にして、外的妥当性を検討することであった。そこで、福岡県内のF病院に加え、同様に薬物依存症患者を比較的多く診療している静岡県内のS病院および広島県内のH病院に、F病院、S病院はそれぞれ1998年8月1日から2000年7月31日までの2年間、H病院は1999年8月1日から2000年7月31日までの1年間に入

院した統合失調症271名、覚せい剤依存症191名、アルコール依存症890名、有機溶剤依存症84名の合計1436名、これらの対象者を2001年7月31日まで追跡調査した。

1) 対象群の性・年齢

覚せい剤群では、男女の平均年齢は32.7歳であり、過去の実態調査とほぼ同様であった⁵⁾。ただし、男性患者では年齢層が広く分布しておりその中で20歳台から40歳台で約9割を占めており、平均年齢は35.3歳であった。女性患者では20歳台が約7割を占めており、平均年齢は28.7歳であり、女性患者の方が年齢分布において低年齢化していた。

有機溶剤群では、平均年齢23.8歳であり、男性24.4歳、女性22.1歳であり、性・年齢分布もあまり変わらなかった。アルコール群では、男女の平均年齢は51.2歳であり、年齢層では広く分布しており、他の依存症に比べ年齢層が高かった。男性患者の平均年齢は52.0歳、女性患者は45.1歳であったが、年齢分布において女性患者の方が低年齢化していた。以上の対象群の性・年齢の傾向は病院間であまり相違はなかった(表1, 2)。

2) 対象群による医療費の違い

対象群による入院1回あたりの医療費(総医療費)は、入院期間を説明変数から除外した分析では、統合失調症は薬物依存症群(覚せい剤依存症、アルコール依存症、有機溶剤依存症)に比べ有意に高かった(表7)。これは、入院1日あたりの医療費は統合失調症、覚せい剤群、アルコール群、有機溶剤群との間で有意な差はなく、入院期間において統合失調症が薬物依存症群(覚せい剤群、有機溶剤群)に比べ有意に長いためである。以上の結果は平成13年度の結果と同様であり、複数の施設においても入院1日あたりの医療費は疾患群による有意な差はなく、疾患群間の総医療費の差は入院日数の差によるものであることを明確にした。

総医療費は、全体では年齢による有意な差はなく、男性患者の方が女性患者より有意に高かったが、1日あたりの医療費には性差はなく、入院期間が男性患者の方が女性患者より有意に長いためであり、入院日数の差で説明できる。

1日あたりの医療費には、全体では年齢、性差

において有意な差はなく、入院期間が1日増えると約13円減少するという結果が得られており、入院期間が長くなると診療報酬が低下するという診療報酬制度を反映していると考えられる。また、入院歴が1回増えると1日あたりの医療費が約92円減少するという結果が得られており、入院歴と1日あたりの医療費との間の負の関係があると示唆された。

全体としてみた場合、入院歴と総医療費には有意な差は認められなかった。これは、入院歴が増えたと有意に入院期間が増える（入院歴が1回増えたと入院日数が約2.5日増える）が、逆に1日あたりの医療費は有意に減少するための結果と考えられる。

平成13年度の結果では年齢および入院歴が増えたと総医療費は増していたが、今回の結果では年齢や入院歴は総医療費に影響しなかった。今回の結果は3施設による対象者の増加により、より標準化された結果であると考えられる。

3) 医療機関による差

医療機関により、1回あたりの入院費用（総医療費）や1日あたりの医療費などに有意な差が認められた。これらは、各病院による基準看護の違いや入院期間の違い、診療内容の違い（投薬、検査、処置や精神科専門療法等）などが考えられるが、今回は検討していない。

研究2. 考察

精神科入院治療の看護ケアの効率的かつ適正な提供を進めるためには、その基盤として、看護ケアをはじめとするケアのコストが適切に支払われる診療報酬制度が必要である。また、薬物依存症などの精神科入院治療における診療報酬の適正化においては、薬物依存症のケアが他の精神疾患のケアと比べどのように大変であるのかを調査、研究する必要がある。

ケアのコストを算出する際に、ケア時間と職種別給与水準だけではなく、ケアする看護スタッフや医師などの負担感や治療者の高いエネルギーなどの要素も加味する必要があると考える。しかしながら、このような要素をコストに換算する方法がなく、今回は検討出来なかった。

今回の調査では、タイムスタディを実施して、実際のケアの時間を測定し、ケアの時間の面から業務分析を行うと共に、ケア時間で代表されるケアのコストと現行診療報酬体系での保険収益の関係を分析した。

精神科入院医療において患者毎に発生するコストは、患者特性によって変動しないコストと患者特性によって変動するコストがある（図1、山内¹⁾）。ここでは、患者特性によって変動するコストを分析する。平成13年度の日本精神科病院協会医療経済実態調査報告では、入院患者1人1日当たり

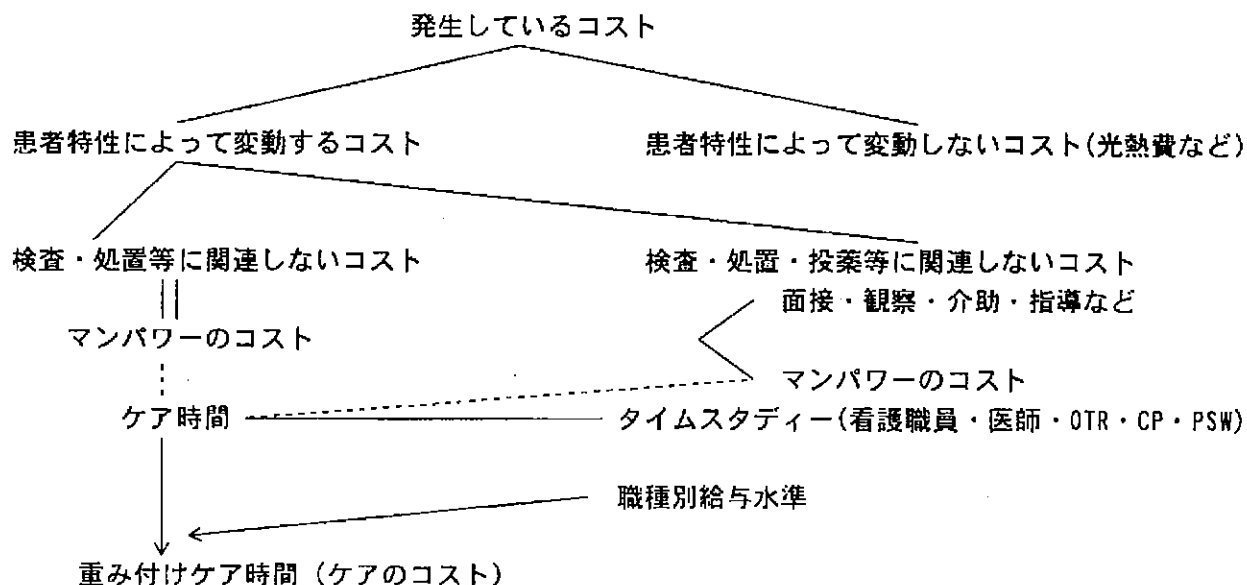


図1 精神科入院医療におけるコストの構成

の診療報酬点数の内訳は、入院料81.4%、投薬料6.7%、精神科専門療法4.5%、検査料2.9%などであった。患者特性によって変動するコストは、検査・処置・投薬などに関連して発生するコストと、関連しないコストに大別されるが、検査・投薬に関連するコストは約10%程度であり、全コストに占める割合は小さく、後者のコストが占める割合は大きい。

1. 調査対象

F病院およびH病院の決められた病棟において、対象患者491名(平均年齢52.7歳)のタイムスタディを実施した。対象者の診断別内訳をみると、全体で統合失調症43.4%、アルコールによる精神・行動の障害35.9%、アルコール以外の精神作用物質による障害6.7%、成人の人格・行動の障害4.9%、気分障害3.9%の順であり(表12)、平成12年6月末の日本精神病院協会総合調査報告の疾患別在院患者の構成割合では、統合失調症62.5%、アルコールによる精神・行動の障害5.5%、アルコール以外の精神作用物質による障害0.6%であり、比較すると両病院においてアルコールおよび薬物依存症の入院患者の占める割合が多いことがわかる。また、今回の調査対象となった病棟はF病院ではすべての病棟が精神病棟入院基本料4であったが、H病院は病棟間で入院基本料が異なっていた。これらにより1日当たりの入院医療費において、患者個々で差が出ると考えられるが、各病棟の個々の患者のデータに関しては言及しないこととした。

2. タイムスタディ

タイムスタディの結果、ケアに関わるすべてのスタッフによる患者1人当たりの全ケア時間は、両病院の平均で102.0分であった(表13)。これらは、山内の19の精神病院での調査(全ケア時間の平均54.3分)に比べると、患者1人当たりの全ケア時間は長いと考えられる。全ケア時間の内、看護職員が占める時間は平均87.6分で大半を占めるが、その割合は平均85.9%で、山内の報告による看護職員による看護ケア時間の割合の平均88.1%と同様で全ケア時間の大半を占めていた。F病院において、7A病棟が他の病棟と比べ患者1人当たりの全ケア時間の平均が短かったが、7A病棟は開放病棟で院内では軽症の患者や回復期の患者が多

く、他の病棟が閉鎖病棟であることが関係しているのかもしれない。H病院においては、各病棟においてその機能や入院料算定基準および病態別に分けられている。H病棟において、全ケア時間が他の病棟に比べ長かったが、これは老人が多い病棟のためと考えられ、その他の病棟の平均全ケア時間は病棟の機能などとあまり関係がなかった。

患者1人1日あたりの保険点数と重み付けケア時間とを比べると、アルコール以外の薬物依存症の入院患者の平均重み付けケア時間(ケアのコスト)および平均保険収益は、その他の疾患と同程度であった。しかし、保険収益は狭い範囲に分布しているのに対し、重み付け全ケア時間は広い範囲に分布しており、かつ両者の相関は低かった。これらは、患者個々にみるとその傾向が顕著であり、現行の診療報酬が実際のケアのコストの相違を適正に反映していないことを示している(表14)。今後、薬物依存症についても患者間でのケアのコストの規定要因を明らかにし、実際のケアのニーズに基づく支払い方式の開発が望まれる。また、診療報酬等の諸制度により人員配置等が制約を受けて、ニーズに見合ったケアが提供されていないことも考えられるので、ケア時間などが実際のニーズに対応しているかについても確認する必要がある。

E. 結論

- 1) 1日あたりの医療費は、統合失調症と各薬物依存症群との間で有意な差はなかった。
- 2) 入院1回あたりの総医療費は、統合失調症は薬物依存症群より有意に高かった。総医療費に影響を与えたのは、性別、入院期間および医療機関であった。
- 3) 入院期間は、統合失調症に比べ覚せい剤および有機溶剤依存症群は有意に短かった。しかし、アルコール依存症群との有意な差はなかった。この入院期間の違いによって、総医療費の違いが説明できることが示唆された。
- 4) アルコールも含め薬物依存症の入院患者の平均重み付けケア時間(ケアのコスト)並びに平均保険収益は、その他の疾患と同程度であった。
- 5) しかし、患者個々では、薬物依存症は他の疾患の場合と同様に、ケアのコストの患者間で

の差異が大きいのに対して、保険収益の差異は小さく、かつ両者間の相関は低かった。このことより、現行の診療報酬が、実際のケアのコストの相違を適正に反映していないことが確認された。

- 6) 薬物乱用、依存症等の患者は、他の一般の精神疾患の患者に比べ多くのマンパワーと充実した医療チーム、濃厚な医療が必要である。しかしながら今回の結果では、入院1日あたりの医療費は統合失調症をはじめ他の精神疾患と同様であり、実際のケアのコストも適正に反映されてなく、今後の診療報酬制度の調査・改訂が望まれる。
- 7) 今後、薬物依存症についても患者間でのケアのコストの規定要因を明らかにし、実際のケアのニーズに基づく支払い方式の開発が望まれる。また、診療報酬等の諸制度により人員配置等が制約を受けて、ニーズに見合ったケアが提供されていないことも考えられるので、ケア時間などが実際のニーズに対応しているかについても確認する必要がある。

E. 研究発表

1. 論文発表

石橋 正彦：薬物依存症の医療経済に関する研

究，九州神経精神医学，印刷中，2003.

参考文献

- 1) 山内慶太：精神医療における新しい支払い方式に関する基礎的研究—入院医療のコストと保収益の関係—，病院管理34:61-71,1997.
- 2) 津久江一郎：精神病院における保健医療の問題点，臨床精神医学22(10):1369-1377,1993.
- 3) 小沼 杏坪：薬物依存の治療、処遇体制。日本アルコール 薬物医学会誌33:603-612,1998.
- 4) 村上 優：薬物依存に関する病院プログラムと転帰調査。厚生科学研究補助金（医薬安全総合研究事業）中毒者のアフターケアに関する研究 平成10～12年度総合研究報告書：7-26,2001.
- 5) 尾崎 茂、和田 清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成12年度厚生科学研究補助金（医薬安全総合研究事業）薬物乱用、依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究。平成12年度研究報告書：77-118,2001.

海外渡航報告書

平成14年度厚生労働科学研究補助金（医薬安全総合研究事業）
海外渡航報告書

主任研究者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所，薬物依存研究部
分担研究者 尾崎 茂 国立精神・神経センター精神保健研究所，薬物依存研究部

【1】 渡航先

ケベックシティ （カナダ）

モントリオール発 （機中泊）
（尾崎）

6/16

成田着（尾崎）

【2】 渡航期間

平成14年6月10日～6月16日

【5】 渡航成果

【3】 渡航目的

近年、覚せい剤を中心とするアンフェタミン型中枢刺激剤をはじめとして、薬物乱用は世界規模でますます深刻な問題となっている。日本においては覚せい剤および有機溶剤が主な乱用薬物であるが、とくに有機溶剤は入手しやすく、若年層における乱用は身体的および精神医学的また心理・社会的障害として大きな問題である。この青少年における有機溶剤乱用問題は世界的にも重要問題でありながらも、行政的にはヘロイン、コカイン、アンフェタミン類等の陰に隠れてしまっている。

そこで、日本における有機溶剤乱用に伴う精神病性障害についての知見を発表し、有機溶剤乱用問題に関して、世界の目を開くことを第一目的に、また、各国における現状把握と参加者との討論を第二目的に、北米最大の学会で世界各地から参加者がある薬物依存問題学会（College of Problems of Drug Dependence, CPDD）へ出席し、本研究者らによる研究成果を発表した。

和田による“Structure of symptoms in volatile solvent-induced psychosis”の発表により、有機溶剤乱用による精神病性障害と統合失調症との症候論的な質的差異についての知見を発表することができた。また、2001年度の本研究課題であった“WHO：ATSプロジェクト”に関して、WHO事務局責任者であった M.Monteiro 博士、R.Ali 博士や、共同研究のカウンターパートであったタイ国チェンマイ大学精神科の M.Srisurapanont 博士らと、その後の研究の方向について情報交換を行うことができた。本学会のテーマのひとつが“Gender Difference”であり、これは尾崎の担当する調査研究においても、注目している視点であったので、全体的に興味をひかれる発表が多かった。なお、これに関連して薬物乱用開始から依存症候群に至る時間（Length of Time from Onset of Abuse to Dependence, LOTAD）を検討した一般演題などが興味深く、発表者と有意義なディスカッションを行うことができた。なお、“LOTAD”は、今年度の尾崎による調査項目として設定され、分担研究として検討した。

【4】 渡航旅程

6/8 成田発ケベックシティ着（和田）

6/9～6/13 CPDD出席，口演発表
（和田、尾崎）

6/10 成田発ケベックシティ着（尾崎）

6/14 ケベックシティ発（機中泊）
（和田）

ケベックシティ発
モントリオール泊 （尾崎）

6/15 成田着（和田）

【6】 まとめ

CPDD出席により、有機溶剤精神病の症候学的特徴を世界に広めると同時に、各国の参加者との討論ならびに共同演者としての発表を通して、今後の日本における研究の方向性、方法論等について有用な情報を得ることができ、今年度の研究方法にもその一部を生かすことができた。

（なお、当研究者らによる発表スライドを別掲した。）

Structure of symptoms in volatile solvent-induced psychosis

K. Wada¹⁾, S. Ozaki¹⁾, K. Nakayama²⁾, H. Koishikawa³⁾, M. Katayama⁴⁾, S. Hirai⁵⁾ and T. Yabana⁶⁾

¹⁾ National Institute of Mental Health, NCNP, ²⁾ Nursing College of Aichi, ³⁾ Kohnodai Hospital, NCNP, ⁴⁾ Kumeda Mental Hospital, ⁵⁾ National Shimohsa Sanatorium, ⁶⁾ Kanagawa Prefectural Center of Psychiatry, Serigaya Hospital,

Solvent-induced psychosis ("Solvent psychosis") has been clinically identified among patients suffering from dependence on volatile solvents and those in psychotic state due to solvent use. To identify symptomatological characteristics of solvent psychosis, 41 patients (36 male and 5 female, mean age, 25.1 years) with "Mental and behavioral disorders (ICD-10) due to volatile solvent use" and 47 patients with schizophrenia (24 male and 23 female, mean age, 25.9 years) were studied. Symptoms were estimated due to the checklist developed by the authors, including 71 symptom items. The principal component analysis with Varimax rotation was applied to the point and duration estimates of symptoms observed among the subjects. The study findings are as follows; 1) It is difficult to distinguish two groups based on the prevalence rates of symptoms alone. 2) However, the principal component analysis of the prevalence and duration observing among those with solvent psychosis revealed seven factors consisting of "amotivation", "intoxication", "emotional instability", "delusion", "hallucination", "deinhibition" and "memory loss". The seven factors explained 75.4% of the variance of the symptoms in this group. 3) The same analysis applied to the data from the patients with schizophrenia showed six factors consisting of "ego disorders", "emotional instability", "amotivation (or negative symptoms)", "delusion", "hallucination" and "anxiety". These factors explained 62.9% of the variance in the data in the latter group. These results support clinical observations that "amotivational syndrome" may be a characteristic feature of patients suffering from solvent psychosis. The results also suggest solvent psychosis is a discernible syndrome, and is distinctive from psychotic symptoms typical of schizophrenia

Structure of Symptoms in Volatile Solvent-induced Psychosis

Kiyoshi Wada ¹⁾, Shigeru Ozaki ¹⁾,
Kazuhiro Nakayama ²⁾, Hiraki Koshikawa ³⁾,
Masafumi Katayama ⁴⁾, Shinji Hirai ⁵⁾,
Tatsuo Yabana ⁶⁾, et al.

¹⁾ National Institute of Mental Health, NCNP
²⁾ Nursing Col. of Aichi, ³⁾ Kohnodai Hospital, NCNP
⁴⁾ Kumeda Mental Hospital, ⁵⁾ National Shimohsa Sanatorium,
⁶⁾ Serigaya Hospital et al.

Background and objective: 1

- In Japan, it is well known that chronic use of volatile solvents will produce a lasting psychotic state which is similar to "schizophrenia." We name it "solvent-induced psychosis." In some cases, the psychotic states last for longer than a month.
- Based on DSM-IV, substance-induced disorders are diagnosed as "schizophrenia", when the psychotic states last for longer than a month. However, in Japan, "solvent psychosis" is diagnosed as an independent disorder of "schizophrenia", even though the psychotic state would last for longer than a month.

Background and objective: 2

- In schizophrenia, Schneider's first rank symptoms are helpful for diagnosis. In solvent psychosis, it has been often said that amotivational syndrome might occur frequently, however it is difficult to distinguish both disorders because of the similarity of their clinical features.
- In this study, the authors attempted to clarify the difference between both disorders, by evaluating duration of the symptoms and using principal component analysis.

Subjects-1

- Consecutive patients who admitted to the authors' hospitals during the period of September and October, 1993, and another period of June and August, 1994, due to the diagnoses listed below
- Patients with Solvent-induced Psychosis (ICD-10: F18)
- Schizophrenic patients (ICD-10: F20)
Age was limited to 35 years old

Subjects-2

- Patients with Solvent-induced Psychosis
n=41, mean age: 25.1 ± 5.4
male : n=36, mean age: 25.8 ± 5.4
female: n= 5, mean age: 20.2 ± 2.5
family history of psychosis (+): 15.0%
mean duration of solvent use:
 10.3 ± 5.5 years
- Schizophrenic patients
n=47, mean age: 25.9 ± 6.5
male : n=24, mean age: 25.8 ± 2.8
female: n=23, mean age: 25.9 ± 6.4
family history of psychosis (+): 25.5%

Method

- In terms of 71 psychiatric symptoms, each symptom was scored according to the criteria listed below
- | | |
|--|---|
| # Symptom free: | 0 |
| # The symptom is recognized within a month before the admission or at the time of admission: | 1 |
| # The symptom is recognized one week after the admission: | 2 |
| # The symptom is recognized two weeks after the admission: | 3 |
| # The symptom is recognized three weeks after the admission: | 4 |
| # The symptom is recognized four weeks after the admission: | 5 |
- By using this method, we can evaluate the symptoms in the time course.
- Then, by using these scores, principal component VARIMAX rotation analysis was performed.

Structure of Symptoms in Schizophrenia:1

	Factor 1
	Factors of thought progression
Thought disclosed	.87249
Experiences of influenced thought	.87011
Thought broadcasting	.85333
Somatic passive experiences	.65304
Audible thoughts	.64647
All other experiences involving made volition, made affect, and made impulses	.63578
Delusional perception	.51533

Note: Yellow symptoms mean Schneider's first rank symptoms

Structure of Symptoms in Schizophrenia:2

	Factor 2
	Emotional factors
Labile mood	.74333
Impairment of concentration	.69996
Fretfulness	.69618
Hyperactivity	.68400
Irritability	.67372
Impairment of judgment	.64935
Restlessness	.60299
Psychomotor excitement	.54494
Disinhibition	.43820
Blocking of thought	.43112

Structure of Symptoms in Schizophrenia:3

	Factor 3
	Amotivational factors
Flatten incongruous affect	.78109
Indifference, Blunting of feeling	.75592
Abulia	.70454
Spiritless	.69955
Anhedonia	.63343
Lack of remorse	.61909
Apathy	.57080

Structure of Symptoms in Schizophrenia: 4

	Factor 4
	Delusional factors
Delusion of observation	.71743
Delusional mood	.63490
Fear, Phobia	.63316
Delusion of reference	.62003
Delusion of pursuit	.60972
Delusion of poisoning	.56695
Delusion of persecution	.54737
Delusional intuition	.54279

Structure of Symptoms in Schizophrenia: 5

	Factor 5	Factor 6
	Hallucinatory factors	Anxious factors
Negativism	.72527	
Voices discussing	.61144	
Voices commenting	.65396	
Incoherence	.58062	
Verbal hallucination	.54903	
Delusion of guilt		.79237
Depressive mood		.68729
Anxiety		.42282

Note: Yellow symptoms mean Schneider's first rank symptoms

Summary : Structure of Symptoms in Schizophrenia

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
	Factors of thought progression	Emotional factors	Amotivational factors	Delusional factors	Hallucinatory factors	Anxious factors
Proportion	25.2%	10.5%	8.4%	7.8%	5.7%	5.3%
Cumulative %	25.2%	35.7%	44.1%	51.9%	57.6%	62.9%

Structure of Symptoms in Solvent-induced Psychosis: 1

	Factor 1
	Amotivational factors
Flatten incongruous affect	.88822
Lack of remorse	.86312
Indifference, Blunting of feeling	.75592
Indifferent attitude	.82341
Abulia	.81896
Apathy	.68395
Anhedonia	.67125
Delusional intuition	.66051
Delusional mood	.60720
Impairment of concentration	.57080
Loss of reality	.55519
Depressive mood	.55515
Impairment of judgment	.55002

Structure of Symptoms in Solvent-induced Psychosis: 2

	Factor 2
	Factors of intoxication
Clouding of consciousness	.88219
Delirium	.88085
Limited consciousness	.87127
Twilight state	.78138
Drunkenness	.68716
Disorientation	.68388
Euphoria	.41258

Structure of Symptoms in Solvent-induced Psychosis: 3

	Factor 3	Factor 4
	Emotional factors	Delusional factors
Irritability	.82428	
Fretfulness	.79415	
Labile mood	.75961	
Restlessness	.72357	
Anxiety	.62276	
Hyperactivity	.62276	
Disinhibition	.52548	
Delusion of reference		.76808
Fear, Phobia		.74757
Delusional perception		.72675
Delusion of persecution		.59995

Note. Yellow symptoms mean Schneider's first rank symptoms.

Structure of Symptoms in Solvent-induced Psychosis: 4

	Factor 5	Factor 6	Factor 7
	Hallucinatory factors	Factors of disinhibition	Factors of memory
Elemental hallucination	.82515		
Verbal hallucination	.78046		
Voices discussing	.77890		
Visual hallucination	.50785		
Incoherence		.83029	
Delusion of grandeur		.72323	
Euphoria		.62828	
Exaltation		.52495	
Impairment of recent memory			.43554
Amnesia			.82026

Summary: Structure of Symptoms in Solvent-induced Psychosis

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
	Amotivational factors	Factors of intoxication	Emotional factors	Delusional factors	Hallucinatory factors	Factors of Disinhibition	Factors of memory
Proportion	30.9%	14.1%	8.6%	7.0%	6.1%	4.6%	3.8%
Cumulative %	30.9%	45.0%	53.6%	60.6%	66.7%	71.3%	75.1%

Conclusion: 1

- It is difficult to distinguish "solvent-induced psychosis" from "schizophrenia" based on the prevalence rates of symptoms alone.
- However, the principal component VARIMAX rotation analysis of the prevalence and duration revealed seven factors consisting of "amotivation", "intoxication", "emotion", "delusion", "hallucination", "disinhibition" and "memory."
- The seven factors explained 75.4% of the variance of the symptoms in this group.

Conclusion: 2

- In "schizophrenia", the same analysis revealed six factors consisting of "progression of thought", "emotion", "amotivation (or negative symptoms)", "delusion", "hallucination" and "anxiety."
- These factors explained 62.9% of the variance in the data in "schizophrenia."
- These results suggest "solvent-induced psychosis" is a discernible syndrome, and is distinctive from psychotic symptoms of typical schizophrenia.

平成14年度厚生労働科学研究補助金（医薬安全総合研究事業）
海外渡航報告書

分担研究者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所

【1】 渡航先

バンコク（タイ）

【2】 渡航期間

平成14年9月24日～9月28日

【3】 渡航目的

2001年、タイ政府はタイ国の12～65歳の国民を対象とした初の「薬物乱用全国調査」を実施した。この調査の方法、結果を報告する「第1回薬物乱用に関するタイ全国会議（1st National Conference on Substance Abuse）」が、Office of the Narcotics Control Board (ONCB)の主催で、2002年9月25日～27日、バンコクで開催された。

分担研究者はONCBの参加要請に基づいて、タイにおける薬物乱用状況を把握し、「覚せい剤乱用に関する日本の状況：HIV/HCV感染を含めて」と題した講演により、わが国の実情を報告することを目的に、この会議に出席した。

【4】 渡航旅程

9/24 成田発ーバンコク着
9/25 第1回薬物乱用に関するタイ全国会議に出席し、拝聴すると共に、「覚せい剤乱用に関する日本の状況：HIV/HCV感染を含めて」と題した講演をし、わが国の
～
9/27 実情を報告した。
9/27 バンコク発（機中泊）
9/28 成田着

【5】 渡航成果

初のタイにおける「薬物乱用全国調査」は、2001年3月～8月に世帯調査として実施された。対象は12～65歳のタイ国民である。対象数は37,616人である。

表1に違法薬物の経験率を示した。クラトンとはタイ特有の中樞神経興奮作用を持つ植物である。ヤーバーとは、メタンフェタミンを含有した錠剤である。

タイ全土をBangkok, Northern region, Central region, Northeastern, Southern regionの5地域に分けた場合、ほとんどの薬物乱用経験率はNortheastern地域で群を抜いて高いことが明らかとなった。

表1に見るように、ヤーバーの生涯経験率は大麻に次いで第2位であるが、1年経験率、1ヶ月経験率において第1位であり、ヤーバー流行の勢いが如何に強いかが推測される。また、1ヶ月に20日以上経験した者の割合では、入手が簡単なクラトンが第1位であるが、ヘロインが第2位にランキングされている事実は、ヘロインの依存性の強さを物語っている。

【6】 まとめ

タイにおけるメタンフェタミン乱用の拡大は、極めて深刻であり、錠剤型であるヤーバーの他国への拡大が懸念された。

（なお、分担研究者による発表内容は次項に提示した）

表1 違法薬物の経験率（補正済み推定値）

	生涯経験率	1年経験率	1ヶ月経験率	1ヶ月以内に20日以上経験した者の割合
何らかの違法薬物	16.4	4.3	2.2	0.3
大麻	12.1	1.5	0.5	0.03
クラトン(Kraton)	4.7	1.4	0.8	0.2
アヘン	2.0	0.1	0.03	0.004
ヘロイン	2.1	0.4	0.2	0.1
吸入剤	0.6	0.1	0.02	0.005
ヤーバー(Yaba)	7.8	2.4	1.1	0.04
エクスタシー	0.8	0.1	0.04	0.01
ケタミン	0.1	0.02	0.003	-
コカイン	0.1	0.01	0.002	0.001

Japan's situation on methamphetamine abuse including HIV and HCV infection

Kiyoshi Wada, M.D., Ph.D.

Division of Drug Dependence Research

National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry

First National Conference on Substance Abuse (ONCB)

27 September 2002

1. Characteristics of each epidemic of methamphetamine abuse in Japan

Japan has experienced an epidemic of methamphetamine abuse three times in the history (Fig.1). "The first epidemic" was between 1951 and 1957. "The second epidemic" was between 1970 and 1994, and "the third epidemic" started in 1995. Japan is facing the third epidemic now.

Table 1 shows characteristics of each epidemic of methamphetamine in Japan.

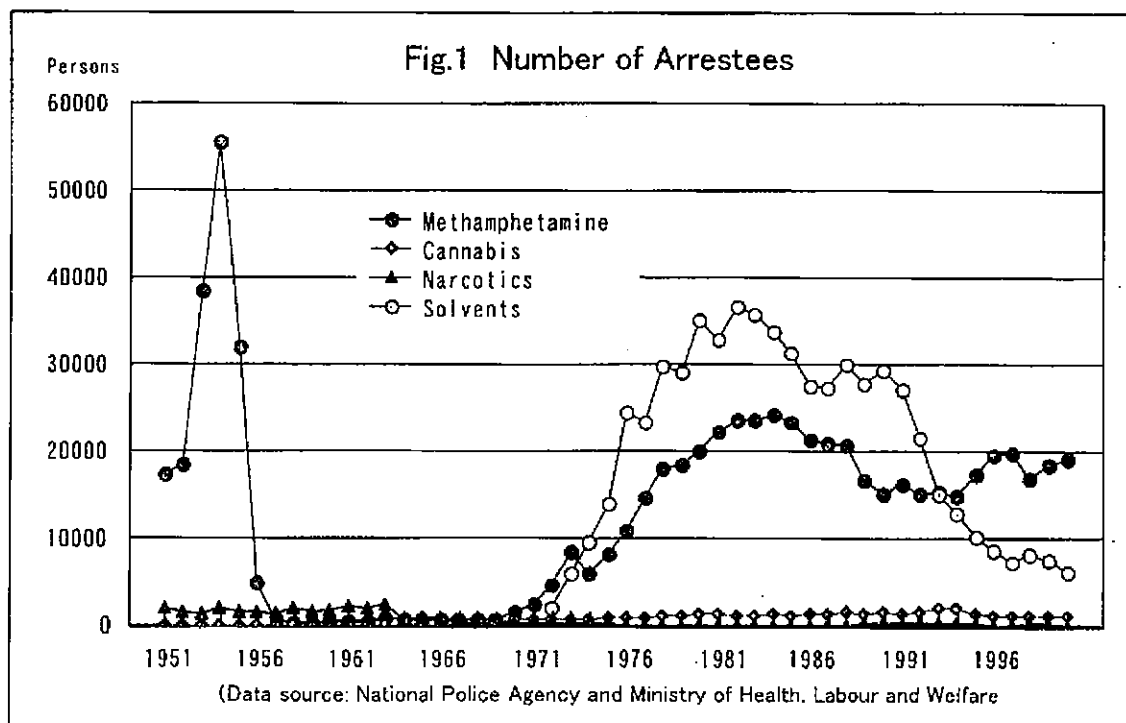
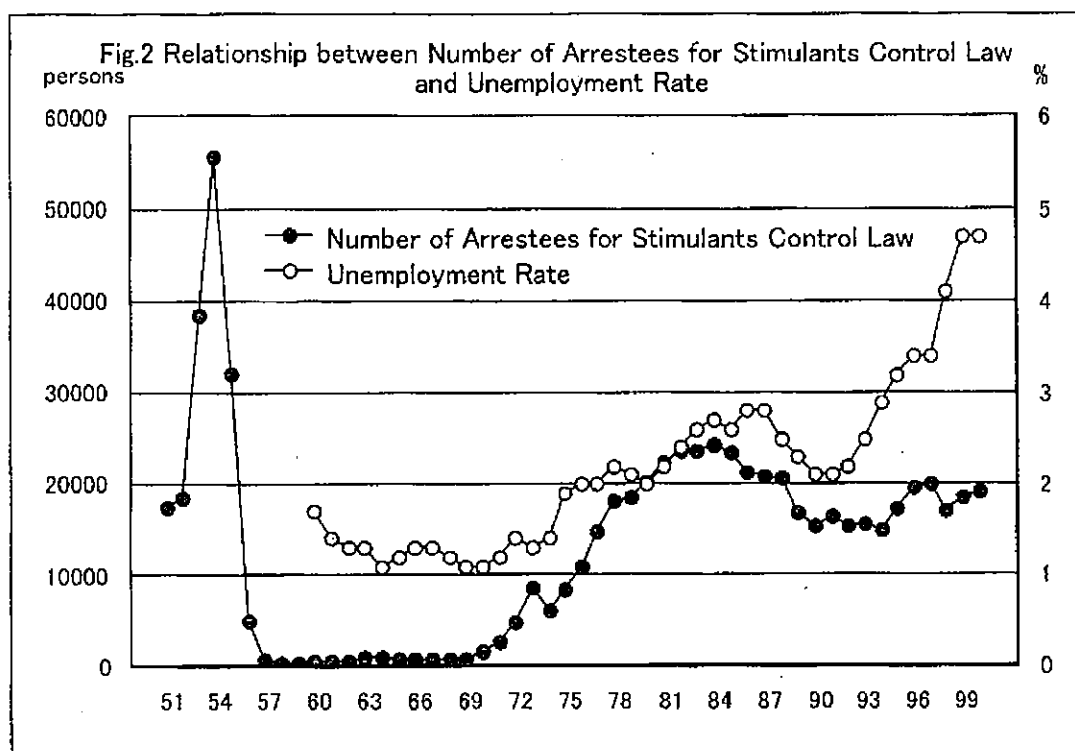


Table 1. Characteristics of each epidemic of methamphetamine abuse in Japan

	1 st epidemic	2 nd epidemic	3 rd epidemic
Social environment	# the pessimistic and pleasure-seeking atmosphere after the World War II # The bottom of economic collapse	# Social distortion due to rapid economical growth # Economic Depression (Oil shock)	# Internationalization : inflow of foreigners # Collapse of bubble economy # Revolution of communication tools: cell phone
Smuggling Resource	Domestic	South Korea, Taiwan	China ? North Korea ?
Street name	Philopon	Shabu	Speed, S
How to use	Oral, Injection	Injection	Inhalation, Injection

Before "the first epidemic", dependency and psychotoxicity of methamphetamine were not yet known. As was the case in some other countries, methamphetamine was mainly used in the military in Japan. After the World War II ended, however, the stocks of methamphetamine were released from pharmaceutical companies and the military into the market. In the time of pessimistic and pleasure-seeking atmosphere, methamphetamine use became a social problem. "Philopon" was the most popular name of methamphetamine during this time. Some specialists even remarked, "Philopon would ruin the nation." As a result of this critical situation of methamphetamine abuse, Stimulants Control Law was enforced in 1951. Since then, the use, manufacture, sale, purchase and possession of methamphetamine have been strictly controlled. Those days, methamphetamine was used orally and by injection. The supply sources of methamphetamine were confined within the country. The enforcement of the law was so effective that the problem of the methamphetamine abuse was actually put to an end in 1957. Thereafter, Japan entered a period of rapid economic growth.

"The second epidemic" started in 1970. Around 1970, Japanese economic growth suddenly fell. This economic deterioration promoted organized gangs to begin selling methamphetamine. In "the second epidemic", all methamphetamine was imported from several Asian countries. This is one of the biggest differences between the first epidemic and the second epidemic. Methamphetamine was mainly abused by injection.



The street name was “shabu”. The name “Shabu” came from “Shaburu” in Japanese and it means “suck” in English, because methamphetamine makes you feel good as if your born is sucked, or a high dependence liability is strong as if your born is sucked. It implies that methamphetamine have strong potential of dependence. The name of “shabu” was exported to Philippines and named “Shabuu.”

“The third epidemic” started in 1995. It was caused by mainly three reasons. 1) Many foreigners came to Japan to get a job around 1990, but some of them lost their jobs after collapse of Japanese Bubble economy. 2) New electronic communication tools, especially cell phone, enable to smuggle the drug easily. 3) Fashion oriented atmosphere have become popular among young people. As an example, methamphetamine is called “speed” or “s.” They are English. English names sound more stylish for Japanese young people. Another characteristic of third epidemic was the dramatic change of how to use of methamphetamine. Inhalation of burning methamphetamine has become more popular. For young people, inhalation looks more stylish than injection. Inhalation does not have a risk for HIV infections, but it has potential to promote casual abuse of methamphetamine. This is one of the issues we concern about.

Figure 2 shows the relationship between the number of arrestees for methamphetamine-related crime and the unemployment rate. Those two lines are closely parallel. Methamphetamine abuse in Japan may be associated with the economic situation.

2. The current situation of drug abuse in Japan

Japan has several kinds of data to describe the current situation of drug abuse in Japan.

- (1) National Police Agency Data: Number of Arrestees in Drug-related Crime
- (2) Nationwide General Population Survey on Drug Use and Abuse (by questionnaire)
- (3) Nationwide Junior High School Students Survey on Drug Abuse (by questionnaire)
- (4) Nationwide Mental Hospital Survey on Drug-related Mental Disorders (by questionnaire)
- (5) Nationwide Sentinel Survey on HIV/HCV Infection among Drug Abusers (by interview)
- (6) Emergency Room's data (by biological markers)

The Number of Arrestees in Drug-related Crime is just "a tip of the iceberg" of those who actually abuse or are dependent on drugs.

We cannot completely understand the accuracy (validity and reliability) of data obtained from questionnaires or interviews, because subjects may be afraid of reporting their illegal behaviors, such as drug use. Therefore, the drug related data from questionnaires or interviews is often underestimated because of such bias. A survey using biological markers can minimize this bias. However, in order to obtain biological samples, we always need informed consent. Particularly in drug related study, it is almost impossible to get informed consent from subjects due to their fear of being arrested. So, we are promoting a biological survey using "unlinked anonymous method."

In unlinked anonymous method, we cannot identify a specific subject from biological samples. Due to the confidentiality of the samples, we can analyze the biological samples only. We cannot obtain the subjects' demographics and any data except for their ages and genders. WHO approves this method.

Table 2 show the data obtained from two emergency rooms in Tokyo metropolitan. We analyzed sample's urines and bloods. Among these samples, the prevalence of methamphetamine was 0% in one ER, but 2.7% in another ER. The prevalence of illicit drug use in ERs samples may be higher than in general population, because the patients are

Table 2. Prevalence of methamphetamine positive cases in emergency rooms

• Detection of methamphetamine from urine or blood samples in emergency rooms in Tokyo.		
• Unlinked anonymous method		
We can analysis X samples of X subjects, but can not get subjects' demographics and any data except for their ages and genders		
• Results:		
ER 1:	0 / 39 cases	0%
ER 2:	4 / 151 cases	2.7%

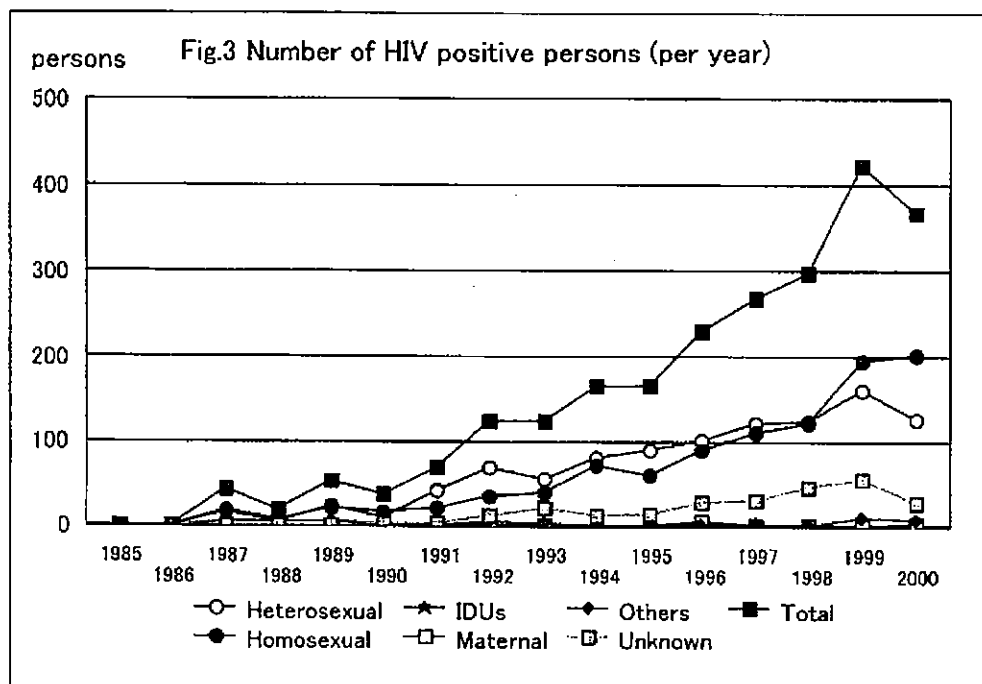
Table 3. Comparison of lifetime prevalence of drug use (%)

	General population (2001)	Junior high (2000)	ER (2001)
Solvent	2.0	1.3	
Cannabis	1.1	0.4	
Methamphetamine	0.3	0.4	0 - 2.7

carried to ER due to acute intoxication of drugs.

Table 3 shows comparison of the data obtained from our several kinds of surveys. The prevalence of solvent use is the higher than that of cannabis and methamphetamine in both general population and junior high students. Solvent has been abused mainly by junior high school students and high school students. Therefore, the prevalence of solvent abuse in general population has never become much higher than in junior high school students.

On the other hand, cannabis is abused mainly by adults, so, the prevalence of cannabis in general population is three times higher than in junior high school students. The recent trend of methamphetamine abuse among teenagers is characterized as the third epidemic of methamphetamine abuse. So, there is no large difference between the prevalence of methamphetamine abuse in junior high school students and general population. We can explain the data without any contradiction. The prevalence of illicit drug use in ER samples may be higher than in general population, because the patients are carried to ER due to acute intoxication of drugs. By summarizing these three types of surveys, we may conclude that the prevalence of illicit drug abuse in Japan is not so high.



3. HIV and HCV infection among drug abusers in Japan

In the most developed countries, injection drug users are one of the highest risk populations for HIV infection because of their needle and/or syringe sharing. Fortunately, the number of HIV positive people is very low in Japan.

According to the national AIDS surveillance, the cumulative number of the HIV positive and the AIDS patients among Japanese were 2,390 and 1,407, respectively, in December 2000. Figure 3 shows the trend of HIV cases by transmission routes.

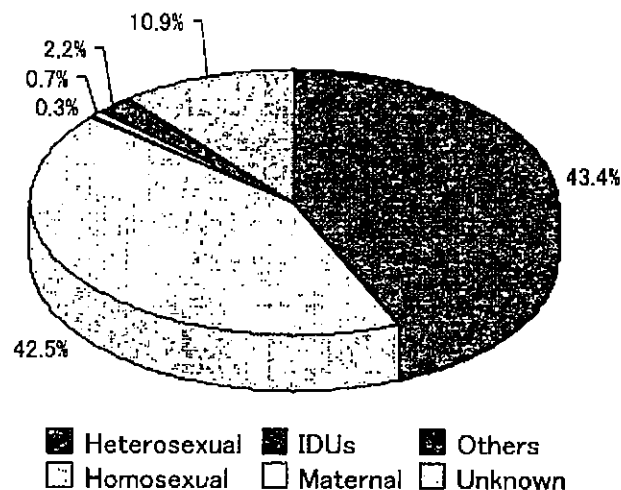
Heterosexual and homosexual transmission had been two main routes. Homosexual sex without condom is the highest risk behavior in Japan. In terms of injection drug use, the new cases of HIV positive have been 0 to 2 every year.

Figure 4 shows the proportion of cumulative HIV positive patients by transmission routes. Heterosexual and homosexual transmissions are two main routes. In terms of injection drug use, the proportion is only 0.3%. It means that we found only 7 HIV positive cases due to injecting drugs.

For many people except for Japanese, this situation may look unique.

Therefore, I would like to present HIV infection among Japanese drug users, using the data from our sentinel survey.

Fig.4 Transmission routes of HIV infection
cumulative number of the patients=2,390 (1985-2000)



We selected 6 to 7 mental hospitals that have about 20% of all methamphetamine-related inpatients in Japan. Using one on one interview with questionnaire, all the inpatients with drug dependence of those hospitals are interviewed by psychiatrists.

Table 4 shows the number of subjects by types of drugs. Methamphetamine and solvents are main drugs in Japan. It is the same as the results obtained from mental hospital survey, because this survey was also conducted in mental hospitals.

Table 5 shows physical marks observed in methamphetamine-related patients. Nineteen to 33 % of them had tattoos. Eight to 12% had amputated finger joints. Tattoos are popular in Yakuza society. In Yakuza society, if someone in the member breaks their rules, he is often punished by self-amputation of their own finger joints. So, The data suggest that among methamphetamine-related patients, there are not few patients who have any relationship with Yakuza society. On the other hand, solvent abusers frequently attach burning cigarettes on their hands during their solvent inhalation. So, the scar of burning cigarettes means experience of solvent abuse. Solvent is a gateway to methamphetamine in Japan.

Table 4. Number of the subjects by types of drugs (2001)

Methamphetamine	328	72.7%
Volatile solvents	62	13.7%
Multiple drugs	25	5.5%
Hypnotics	18	4.0%
Opiate	8	1.8%
Hallucinogens	4	0.9%
Cannabis	2	0.4%
Alcohol	4	0.9%

Table 5. Physical marks observed in MAP-related inpatients (%) (2001)

	1999	2000	2001
Tattoos	25.1	33.1	18.5
Amputated finger joints	8.4	9.6	12.1
Scar of burning cigarette	18.4	22.3	13.7

Table 6. Seroprevalence of HIV and HCV among MAP-related inpatients (2001)

HIV Ab	0.3%	n=291
HBs Ag	0.3%	n=313
HBs Ab	3.9%	n=103
HCV	44.7%	n=313

Table 6 shows seroprevalence of HIV and HCV among methamphetamine-related inpatients. Last year, we detected the first HIV Ab positive drug abusers in our survey. He was a methamphetamine abuser, however, he had never experienced drug injection. Instead, he had always inhaled methamphetamine. His transmission route was heterosexual contact abroad.

In contrast with HIV, HCV infection is a serious problem in Japanese drug abusers. Figure 5 shows the percentage of HCV Ab positive patients. Forty-five percent of methamphetamine-related inpatients were HCV Ab positive.

Table 7 shows prevalence of HIV/HCV risk behaviors among methamphetamine-related inpatients. About 67 % of them had experience of drug injection. About half of them had experience of needle or syringe sharing. These are the biggest routes of HCV infection.

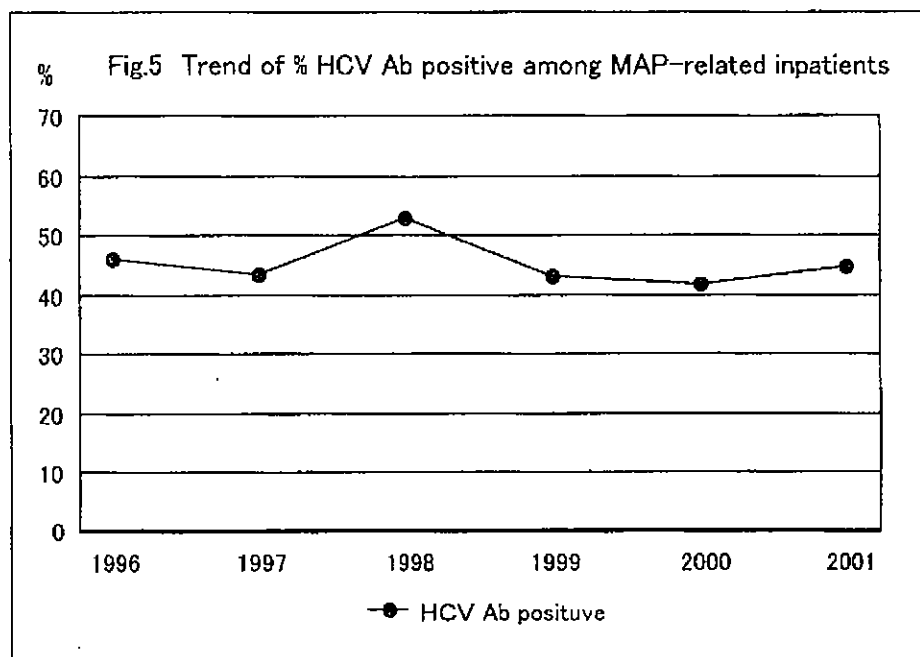


Table 7. Prevalence of HIV/HCV risk behaviors among MAP-related inpatients (2001)

	Lifetime	Past year
Injection	66.9%	58.1%
Syringe sharing	49.6%	35.8%
Needle sharing	48.0%	35.0%
Inhalation	59.6%	61.1%
Sexual contacts with commercial sex workers without condom		8.1%
Casual sex without condom		11.3%

This is one of topics. Methamphetamine has almost always been used by injection in Japan. However, how to use of methamphetamine is dramatically changing now. Inhalation is becoming more popular (Fig.6-1, 6-2). It's protective for infections, but inhalation has potential to promote casual abuse of methamphetamine. This is one of the issues we concern about.

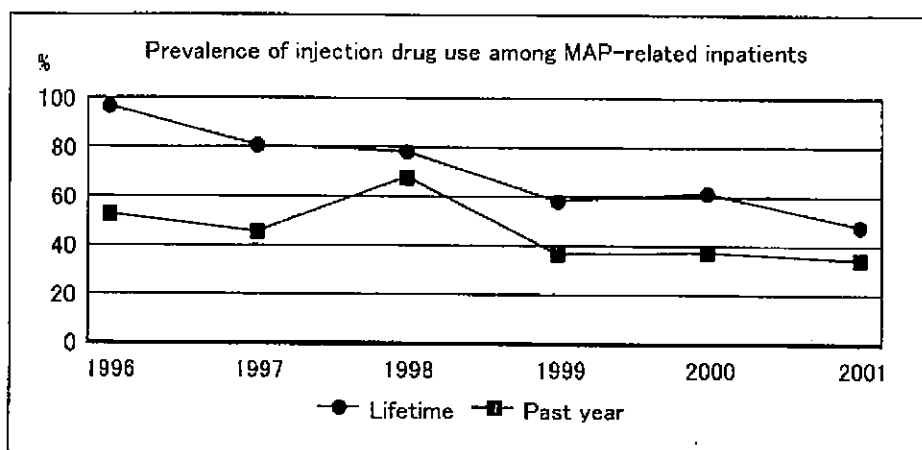


Figure 6-1

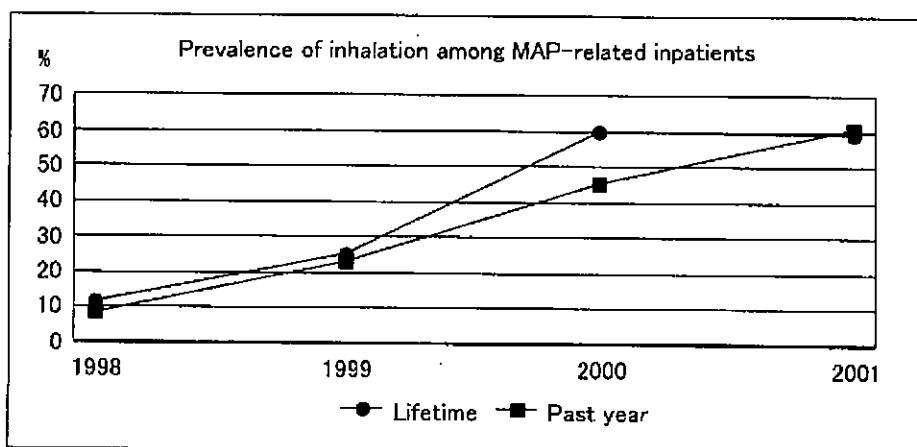


Figure 6-2

4. Conclusion

In conclusion, there was almost no HIV positive among drug abusers in Japan. However, HCV infection is a serious problem for them. The main cause is to share needles and syringes for their injection drug use. Methamphetamine abusers seem to build an almost closed community in some kind of relationship with the "YAKUZA" society. For them, prevalence of injection drug use and sharing needles are high, however, the closeness of their community may prevent invading HIV infection from the outside and expanding HCV infection to the outside of the community. These situations may be due to the low seroprevalence of HIV in general population in Japan. If these speculations are correct, HIV could spread rapidly in the abusers' community through injection, once HIV enters this community. Critical situation is continuing.

平成14年度厚生労働科学研究補助金（医薬安全総合研究事業）
海外渡航報告書

分担研究者 宮永 耕 東海大学保健科学部社会福祉学科

【1】 渡航先

サンフランシスコ（アメリカ合衆国）

【2】 渡航期間

平成14年11月3日～11月11日

【3】 渡航目的

昨年度研究で生活保護実施機関に対してヒアリング調査した国内で行われている薬物依存者を対象とする社会福祉行政並びに関連する非医療・非常利セクター等による援助の実践について、その課題を明らかにし、さらに今後の改善の方途を考察するために、米国・サンフランシスコ市における同様の薬物依存者を対象とする援助サービス・活動（プログラム及び組織的条件、システム等）の実態について、現地のソーシャルワーカー及び援助担当者の協力を得て見学し、研修することを目的とした。

【4】 渡航旅程

11/3 成田発－サンフランシスコ着

11/4 訪問機関名；

CSAS/Treatment Access Program

研修内容；Reiko Homma Truc, Ph.D のコーディネートにより、州、郡および市行政による薬物依存対策のシステム概略と援助関係諸機関についてオリエンテーションを受け、そのシステムの中心となるCSAS-TAPの定例会議に参加した。

11/5 訪問機関名；

Haight Ashbury Free Clinics, Inc.

Bill Pone Memorial Unit AYPS Program.

研修内容；SFCの中心部 Haight Ashbury 地区において地域で唯一の無料診療部門を併設した薬物依存者のケアユニットを訪問し、所長の Chang 氏より援助活動とアジア系利用者の抱える問題の概要について解説を受けた。

11/6 訪問機関名；

Ashbury House, Progress Foundation

研修内容；乳幼児を伴った女性薬物依存者の

入所ケアを行う Ashbury House のプログラムの特徴と運営について解説を受け、入所者の抱える問題の現状と援助課題について意見交換を行った。

11/7 訪問機関名；

Project ADAPT—Asian American
Recovery Services, Inc.

研修内容；アジア系の薬物依存者に特化した治療プログラムを持つAARSの Intensive Outpatient Program について Program manager である W.Schultz 氏より解説を受け施設を見学した。また、スタッフによるグループセラピー実施後のセッションに参加し、併せて現在開発しているプログラムの説明を受け、議論した。

11/8 訪問機関名；

Adult Residential Facility—Walden
House Inc.

研修内容；TCの理論に基づいた入所による薬物依存治療を行う Walden House の運営する成人施設のプログラムの概要と利用者ケアの考え方について、入所期からアフターケアまでの各段階別の処遇のポイントの解説を受け、施設見学を行った。

11/9 訪問機関名；

Client Adolescent Services
—Walden House Inc.

研修内容；前日訪問研修した同セクターが13～19歳までの薬物依存児童を入所させてケアを行う Walden House 青少年プログラムについて、援助スタッフよりその概要説明を受け、質疑応答をとおして対象児童のケアと施設運営の考え方等について議論した。

11/10（11） サンフランシスコ発－成田着

【5】 まとめ

サンフランシスコ市における薬物依存者治療の基本的方針である“Treatment on Demand System”と呼ばれる今日のシステムについて、その成立以来の考え方について学ぶことができた。行政が多機関にわたる薬物関連問題のコー

ディネート機能を担い、予算措置を講じ、民間の多様なセクターが実践を通して把握した利用者ニーズに合わせた新しい専門援助・治療プログラムを開発し、援助実践を展開蓄積する中で、プログラム自体の質を確保し向上させてきたことが、各種の異なる状況に置かれた薬物依存者へアプローチする援助実践現場の専門職と市行政に長年携わってこられた Reiko.H.True,Ph.D による解説を通して理解することができた。

組織ではなくプログラムを重視したこの援助システムについては、わが国の特にこれまでその機能を重視されてこなかった社会福祉援助の役割についても視点を開き、わが国の今後の課題に関しても重要な示唆を与えるものと思われた。

(別掲6)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体 編集者名	書籍名	出版社 名	出版地	出版 年	ページ
和田 清	青少年の薬物依存をめぐって	河合 洋、 山登敬之	子どもの精神 障害	日本評論社	東京	2002	175- 187
和田 清	26. 薬物乱用・依存・中毒	山崎晃資、 牛島定信、 栗田 広、 青木省三	現代児童青年 精神医学	永井書店	大阪	2002	335- 342
小沼杏坪、 尾崎 茂、 和田 清	各論 II 覚せい剤 覚 せい剤使用による精神 ・行動の障害	白倉克之、 樋口 進、 和田 清	アルコール・ 薬物関連障害 の診断・治療 ガイドライン	じほう	東京	2003	159- 185
和田 清、 内村直尚、 小沼杏坪	各論 II 有機溶剤 有 機溶剤使用による精神 ・行動の障害	白倉克之、 樋口 進、 和田 清	アルコール・ 薬物関連障害 の診断・治療 ガイドライン	じほう	東京	2003	189- 204

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻	ページ	出版年
Kiyoshi Wada	Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and Their Background Lifestyle: Results of Chiba Prefecture Survey 1994.	Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence	37	41-56	2002
和田 清、 菊池安希子、 尾崎米厚、 勝野真吾	青少年の薬物乱用ー全国中学生 帖佐の結果よりー	日本アルコール関連 問題学会雑誌	4	47-51	2002
伊豫雅臣、 清水栄司、 尾崎 茂	「メンタルヘルスをめぐる諸問題」9. 薬物依存の疫学と中枢 機構	Clinical Neuroscience	20	571-574	2002
尾崎 茂	薬物依存症の最新の動向	月刊「精神科」	印刷中		
石橋正彦	薬物依存症の医療経済に関する 研究	九州神経精神医学	印刷中		

平成14年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬安全総合研究事業)

薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究
及び
社会経済的損失に関する研究

研究報告書

主任研究者：和田 清（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

2003年3月31日 発行

平成15年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬安全総合研究事業)

薬物乱用・依存の実態と
その社会的影響・対策に関する研究

(H15-医薬-007)

研究報告書

平成16年(2004年)3月

主任研究者：和田 清

目次

I	総括研究報告書	(和田 清 国立精神 神経センター精神保健研究所)	1
II	分担研究報告書		
II-1	薬物乱用 依存の実態に関する研究		
1-1	薬物使用に関する全国住民調査	和田 清 (国立精神・神経センター 精神保健研究所)	17
1-2	全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査	尾崎 茂 (国立精神・神経センター 精神保健研究所)	89
1-3	全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識 実態に関する研究	庄司正実 (目白大学 人間社会学部)	105
1-4	救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究	相星享一 (日本医科大学 高度救命救急センター)	119
1-5	自助グループの実態に関する研究	森田展彰 (筑波大学 社会医学系精神衛生学)	121
II-2	社会的影響・対策に関する研究		
2-1	規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究	妹尾栄一 (東京都精神医学総合研究所 薬物依存研究部)	139
2-2	薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究	池上直己 (慶応義塾大学 医学部医療政策 管理学教室)	143
2-3	「薬物裁判所」の実態に関する研究	阿部恵一郎 (立教大学 コミュニティー福祉学部)	157
2-4	「治療共同体」についての研究	宮永 耕 (東海大学 健康科学部社会福祉学科)	165
III	海外渡航報告書		
1	宮永 耕、和田 清 セント・ルイス、ニューオーリンズ (アメリカ)		187
IV	研究成果の刊行に関する一覧表		188

総括研究報告書

薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究（H15-医薬-007）

主任研究者 和田 清 国立精神 神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長

研究要旨 薬物乱用 依存対策の立案 評価の際の基礎資料として資するために、薬物乱用 依存等の実態を把握し、同時に、薬物乱用 依存が及ぼす社会的影響とそれに対する対策について検討した。【研究1 薬物乱用 依存の実態に関する研究】研究1-1 薬物の使用についての全国住民調査 わか国の飲酒 喫煙・医薬品をも含めた薬物使用・乱用 依存状況を把握するために、層化二段無作為抽出法により選ばれた全国の15歳以上の住民5,000人に対して、戸別訪問留置法による「薬物使用に関する全国住民調査」を実施した。有効回答数は3,539（70.8%）であった。【飲酒】①飲酒生涯経験率は、男性で95.0%、女性で91.4%、全体で93.1%であった。【喫煙】①喫煙の生涯経験率は、男性で82.1%、女性で43.1%、全体で62.1%であった。②1年経験率は、男性で49.2%、女性で17.5% 全体で32.9%であった。【医薬品】①家庭の常備薬としては、①風邪薬、②胃腸薬、③目薬、④湿布薬、⑤鎮痛薬、⑥ビタミン剤の順に頻度が高かった。②この1年間に1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬、②鎮痛薬、③目薬、④胃腸薬、⑤湿布薬の順に頻度が高かった。③鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの1年間に使用したことのある者の割合は、1995年調査以降、調査毎に増加していた。【違法薬物】①違法性薬物乱用の生涯被誘惑率（補正值）は、有機溶剤（3.03%）、大麻（1.46%）、覚せい剤（0.93%）、MDMA（0.34%）、コカイン（0.29%）、ヘロイン（0.18%）の順に高かった。これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被誘惑率は4.16%であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率は2.04%であった。②1年被誘惑率（補正值）は、大麻では0.12%であったが、大麻以外はすべて統計誤差内であった。いずれかの薬物の使用への1年被誘惑率は0.23%であり、有機溶剤を除いたいずれかの1年被誘惑率は0.19%であった。③生涯経験率（補正值）は、有機溶剤（1.68%）、大麻（0.54%）、覚せい剤（0.40%）、コカイン（0.10%）、ヘロイン（0.06%）、MDMA（0.05%）、大麻（0.54%）、覚せい剤（0.40%）、コカイン（0.10%）、ヘロイン（0.06%）、MDMA（0.05%）統計誤差内）であった。いずれかの薬物の生涯経験率（補正值）は、2.14%で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率は0.83%であった。④1年経験率（補正值）は、すべて統計誤差内であった。⑤遵法精神の高さでは、覚せい剤に比べて大麻に対する認識の甘さが読み取れる結果であった。⑥違法薬物乱用状況は、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたが、今回初めて 乱用状況の改善を伺わせる結果であり、1999年調査の結果に近いものであった。ただし、覚せい剤だけは乱用経験者数は横ばいあるいは増加している可能性がある。研究1-2 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査 これまでの「薬物関連精神疾患の実態調査」について、経時的分析を行った。①主たる使用薬物としては、覚せい剤、有機溶剤が最も高い割合を示したか、1993年前後から、覚せい剤の増加傾向、有機溶剤の減少傾向が目立ち始めていた。②しかし、初回使用薬物としては有機溶剤が50%前後と覚せい剤を凌いでおり、薬物乱用への“gateway”としての役割は依然軽視できない。③覚せい剤症例では、「初期乱用者」は5%前後とほぼ横ばい乃至は若干の減少傾向がみられたか、「長期乱用者」はやや増加傾向がみられた。④初回使用方法では、80%近くが「静注」であったか、「加熱吸煙」の割合も徐々に高くなる傾向がみられた。⑤状態像としては、「精神病性障害」が50%前後、「残遺性障害」が約30%と高かったか、「依存症候群」は10%前後と低かった。⑥大麻は、主たる使用薬物としては1~2%を占めるに過ぎないか、使用歴を有する薬物としては20%を超えるなど、著明に増加しており、乱用の拡大を反映していると考えられた。⑦睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬症例では、当初は医薬品本来の薬理効果を求めて医療機関から処方されることが多いか、次第に乱用 依存が進行していく経過が示唆された。⑧その状態像としては、依存症候群が2/3前後と

高い割合であった。研究1-3 全国の児童自立支援施設における薬物乱用 依存の意識 実態に関する研究 質問紙による薬物乱用調査の妥当性をみるために、面接と質問紙調査結果とを比較した。①薬物乱用歴については両方法の結果はかなり相関しており、質問紙による乱用率の推定はある程度妥当であると考えられた。②乱用程度については、質問紙回答よりも面接の方が重度の乱用と評価される傾向が疑われ、両者の関連がやや乏しかった。③薬物乱用による害知識、薬物乱用による害体験については両方法の関連はやや低いと考えられた。研究1-4 救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究 高度救命救急センターに搬送された64症例の尿から、違法薬物の検出を試みた。①違法薬物の使用症例は確認されなかった。研究1-5 自助グループの実態に関する研究 ダルクの利用実態とその有用性の検証を目的に調査を行った。①茨城ダルクの入寮者数は名簿によれば2年間で125人であり、入寮期間の最頻値は2ヶ月であった。②しかし、より詳細な入退寮状況等を知るために、アンケート調査と電話によるモニタリングを7つのダルクで試みた。調査開始時には入寮者は91名であったが、調査した1ヵ月半に、入寮者19名、退寮者14名があった。③この調査法によれば、名簿調査方式よりも2倍近い入退寮動向の追跡が可能であった。④入寮者の入寮は平均2.5回目の入寮であった。⑤各施設所在県の入寮者は8%のみで、あとは県外の者であった。⑥これは薬物乱用を行っていた地縁・血縁者からの分離と言う意味で乱用抑止の効果を持っていると思われた。⑦入寮後のダルクによって自分の乱用が止まっていると答えたものが75%であった。【研究2 社会的影響・対策に関する研究】研究2-1 規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究 覚せい剤関連精神障害者の入院に際しての、取締機関と医療機関での尿検査実施状況に関するパイロットスタディーを実施した。①調査施設が薬物関連精神障害患者治療に積極的に関わっていると目される4施設であったこともあり、警察による尿検査の実施率は措置入院群で43.8%、24条通報群で35.9%であった。②これに比して病院での採尿率は若干高めに出ており、薬物関連精神障害患者治療に積極的に取り組んでいると目される施設では、薬物検出キットがそれなりに活用されていた。研究2-2 薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究 現行の診療報酬が、実際のケアのコストの相違を適正に反映していない可能性が強いため、その是正のための基礎資料作りとして、覚せい剤関連精神障害患者に対して、入院日から1ヶ月間(28日間)、患者の症状の変化とケアに要した時間の変化のパターンを調査した。①「精神病症状」は、抗精神病薬治療によって急速に改善し、入院後14日以内に殆ど消退した。②精神病症状の改善に伴いケア時間の減少がみられた。③今後、症例を増やす必要があることが確認された。研究2-3 「薬物裁判所」の実態に関する研究 米国で急速に普及した「薬物裁判所」に関して、文献・資料的研究を実施した。①「薬物裁判所」にはダイヴァーションと呼ばれる代替型ばかりでなく、一旦判決を下した後トリートメント・システムに参加させる判決後型コートもある。②「薬物裁判所」におけるトリートメントの実態は医療よりも心理、福祉、教育的アプローチの役割が大きいことが推測された。研究2-4 「治療共同体」についての研究 医療システム・司法システム・社会システムの要点に位置し、薬物依存者処遇の中心的資源として認知されてきた「治療共同体(TC)」の概念、構造について、米国での実践について調査研究した。①TCは1950年代後半以降、既存治療の自助的代替策として生まれた。②Structured TCでの基本的コンセプトは1)共同体に回復の基礎を求める志向、2)AA/NAなどの12ステッププログラムの重視と導入、3)共同生活環境下での治療の進展に対応した「特権」と「制裁」に表現されて保持される階級構造環境の活用、4)「労働すること」の重視、5)回復者カウンセラーとしての被援助経験者の活用等である。③今日では伝統的TCモデルも、より多様な利用者ニーズに対応して部分修正されつつある。④TCの存在が「薬物裁判所」の展開を可能にしていた。

以上により、わが国の違法薬物の乱用状況は、今回初めて、改善を伺わせる結果であり、その内容は1999年調査の結果に近いものであった。ただし、覚せい剤だけは乱用経験者数は横ばい乃至は増加している可能性がある。また、「薬物裁判所」「治療共同体」調査の結果は、パイロット的性格ではあるが、わが国における第二次予防・第三次予防対策の必要性を強く示唆するものであった。

分担研究者

和田 清	国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部長
尾崎 茂	国立精神・神経センター 精神保健研究所薬物依存研究部室長
庄司正実	目白大学 人間社会学部 助教授
相星淳一	日本医科大学 高度救命救急センター 助手
森田展彰	筑波大学 社会医学系精神衛生学 講師
妹尾栄一	東京都精神医学総合研究所 薬物依存研究部 副参事研究員
池上直己	慶應義塾大学 医学部 医療政策 管理学教室 教授
阿部恵一郎	立教大学 コミュニティー福祉学部 教授
宮永 耕	東海大学 健康科学部社会福祉学科 講師

A 研究目的

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

薬物乱用 依存の実態把握は違法行為の掘り起こしの性質があり、困難を極める。2003年度～2004年度の本研究では、薬物乱用 依存等の実態把握に関する調査研究対象を質の異なる複数群設定し、多方面から実態調査を実施し、総合的に現状把握を図った。対象は次の通りである。①薬物の使用についての全国住民調査（無作為抽出調査）、②薬物依存 精神病に陥った薬物関連精神障害（2ヶ月間の全数調査）、③ハイリスクグループである全国の児童自立支援施設入所者（全数調査）、

④急性中毒に陥った救命救急センター搬送患者（全数調査）、⑤自助グループ構成員（DARC入寮者）。

これらにより、わが国の薬物乱用 依存の実態を多面的に把握でき、防止対策及び薬物依存者対策立案 遂行の基礎資料に供することかできると考えている。ただし、費用効率と調査される側の各種負担を考慮し、2003年度は①薬物使用に関する全国住民調査（無作為抽出調査）に重点をおき、②～⑤に関しては2004年の本調査に向けての準備研究とした。

また、薬物乱用 依存問題が社会に及ぼす影響は計り知れない。そこで、その影響・実態を医療面上、①医療と取締 司法の接点、②ケアの時間 医療コスト面から調査研究した。

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

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

B 各分担研究の目的、方法、及び結果

■研究1 薬物乱用 依存の実態に関する研究

研究1-1 薬物の使用についての全国住民調査

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

わが国の飲酒 喫煙・医薬品をも含めた薬物使用 乱用 依存状況を把握するために、層化二段無作為抽出法により選ばれた全国の15歳以上の住民5,000人に対して、戸別訪問留置法による「薬物使用に関する全国住民調査」を実施した。調査期間は2003年9月18日～10月1日である。回収数及び有効回答数は、3,566（71.3%）および3,539（70.8%）であった。【飲酒】①飲酒生涯経験率は、男性で95.0%、女性で91.4%、全体で93.1%であった。②「ほとんど毎日飲酒している」者の割合は、

男性では50歳代、女性では40歳代で最高となり、その後、低下していた。③その他、飲酒の機会、禁酒経験等、わが国の飲酒はライフサイクルと深く結びついており、飲酒問題を論じる際には、飲んだことがあるかないかを基準にしてもさほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的要因を考慮する必要があることが示唆された。【喫煙】①喫煙の生涯経験率は、男性で82.1%、女性で43.1%、全体で62.1%であった。これらの結果は2001年調査の結果よりはすべて低い値であった。②1年経験率は、男性で49.2%、女性で17.5%、全体で32.9%であった。これらの結果は2001年調査の結果よりはすべて低い値であった。③1日に21本以上吸う者の割合は、男女ともに年代とともに増加し、男性では50歳代、女性では60歳代でピークを迎え、その後は低下していた。④また、禁煙を考えたことのある者の割合は、男性では年代と共に増加していたが、女性では40歳代に向けて低下し、その後、増加していた。【医薬品】①家庭の常備薬としては、①風邪薬、②胃腸薬、③目薬、④湿布薬、⑤鎮痛薬、⑥ビタミン剤の順に頻度が高く、1999年調査、2001年調査の結果と同一であった。②この1年間に1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬、②鎮痛薬、③目薬、④胃腸薬、⑤湿布薬の順に頻度が高かった。③鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの1年間に使用したことのある者の割合は、1995年調査以降、調査毎に増加していた。④医薬品を常用（週3回以上）している者の割合は、鎮痛薬で男性1.7%、女性2.1%、全体で1.9%であり、精神安定薬では男性1.8%、女性2.1%、全体で2.0%、睡眠薬では男性1.7%、女性1.5%、全体で1.6%であった。これらに関しては経年的増加傾向は認められなかった。⑤鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬に関し、「遊び・快感目的」で使用している者は認められなかった。⑥医薬品の入手先としては、2001年調査では「医院 病院」が圧倒的に多かったか、今回の調査では「薬局 薬店」が圧倒的に多くなっており、医薬分業が進んだ結果と推定された。⑦以上より、医薬品の使用に関しては、明かな問題点は見あたらなかった。【違法薬物】①違法性薬物乱用の生涯被誘惑率は、補正值で、有機溶剤（3.03%）、大麻（1.46%）、覚せい剤（0.93%）、MDMA（0.34%）、コカイン（0.29%）、ヘロイン（0.18%）の順に高かった。また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被

誘惑率は4.16%（2001年 5.03%、1999年 4.09%）であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率は2.04%（2001年 2.30%、1999年 2.30%）であった。②1年被誘惑率は、補正值で、大麻以外はすべて統計誤差内であった。大麻の1年被誘惑率は0.12%であり、2001年調査の結果（0.30%）よりは低下し、1999年調査の結果（0.12%）と同一であった。また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への1年被誘惑率は0.23%（2001年 0.30%、1999年 0.20%）であり、有機溶剤を除いたいずれかの1年被誘惑率は0.19%（2001年 0.30%、1999年 0.16%）であった。③生涯経験率は、補正值で、有機溶剤（1.68%） 大麻（0.54%）、覚せい剤（0.40%）、コカイン（0.10%）、ヘロイン（0.06%*）、MDMA（0.34%）、覚せい剤（0.40%）、コカイン（0.10%）、ヘロイン（0.06%*）、MDMA（0.05%*）であった（*は統計誤差内）。また、これらのうちのいずれかの薬物の生涯経験率は、補正值で、2.14%（2001年 2.68%、1999年 2.59%）で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率は0.83%（2001年 1.33%、1999年 1.33%）と、いずれも1999年調査の結果を下回っていた。④1年経験率は、補正值で、すべて統計誤差内であった。また、上記6種のうちのいずれかの薬物の1年経験率、及び有機溶剤を除いたいずれかの薬物の1年経験率も統計誤差内であったか、いずれも2001年調査、1999年調査の結果を下回っていた。⑤同じ違法薬物でも呼称により周知度が異なることが明らかになった。「覚せい剤」の周知度は全体で85.8%と高いが、「スピード」では33.6%であり、「エス」では11.4%に低下していた。しかも、10～30歳代では「スピード」の周知率は55～65%、「エス」では20～31%と高く、年代により、呼称の周知度も変化することが明らかになった。薬物乱用防止教育、啓発活動等に際しては、この点に考慮する必要がある。⑥違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤のみか入手可能群か入手不可能群を上回っていた（生データ）。この結果は従来通りであった。⑦わが国の薬物乱用 依存状況が多くの国に比べて良好を保ってきた背景には、遵法精神の高さがあると思われるが、本年度の調査でも、その傾向は保たれていた。しかし、覚せい剤に比べて、大麻に対する認識の甘さが読み取れる結果であった。⑧わが国の違法薬物乱用状況は、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたが、今回の2003年

調査では、初めて、乱用状況の改善を伺わせる結果であり、その内容は1999年調査の結果に近いものであった。ただし、2001年調査との比較では、覚せい剤だけは乱用経験者数は横ばいないしは増加している可能性がある。⑨違法薬物乱用防止の啓発が進み、同時に、取締の強化が図られれば図られるほど、回答者側での心理的ハイアスが高くなり、本調査のような方法論による調査の結果は、実際の状況よりはますます低い結果を示す特質にあることも否めない。しかし、この種の調査では本研究で採用した調査法が国際的な調査法であると同時に、それ以外の調査方法が事実上ないことも現実である。地味なから、今後も調査を継続してゆく必要がある。

研究1-2 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者 尾崎 茂

国立精神 神経センター

精神保健研究所薬物依存研究部室長

1987年度以降施行されてきた「薬物関連精神疾患の実態調査」について、主に共通した調査項目に注目して経時的分析を行った。各年度の調査において回答率は概ね50%を超え、病床数からも同程度に力を入れており、全数調査として意義のある調査が施行されていると考えられた。

覚せい剤、有機溶剤が主たる使用薬物として最も高い割合を示したが、1993年前後から、覚せい剤の増加傾向、有機溶剤の減少傾向が目立ち始めていた。使用歴を有する薬物としても、報告された全症例の60%前後が覚せい剤としており、医療の現場において覚せい剤乱用が最も大きな問題であることが示された。一方で、有機溶剤は主たる使用薬物としては減少傾向にあるものの、初回使用薬物としては50%前後と覚せい剤を凌いでおり、薬物乱用への“gateway”としての役割は依然として軽視できないと考えられた。若年層における薬物乱用へのgatewayとしての有機溶剤の役割は今なお重要であり、予防啓発 早期介入に関する対策の一層の充実が必要であろう。

覚せい剤症例では、使用開始後1年未満の「初期乱用者」は5%前後とほぼ横ばい乃至は若干の減少傾向がみられたか、5年以上の「長期乱用者」

はやや増加傾向がみられた。長期乱用者の増加と症状遷延化傾向については、すでに1991年調査で指摘されているか、この傾向は持続しつつあることが示唆された。また、覚せい剤乱用の開始に際しては、女性において異性パートナーの関与がより強くみられることが示唆された。初回使用方法では、男女とも80%近くが「静注」であったか、「加熱吸煙」の割合も徐々に高くなる傾向がみられた。状態像としては、「精神病性障害」が50%前後と高く、「残遺性障害」も約30%とこれに次いで高かったか、「依存症候群」は10%前後と低かった。覚せい剤症例においては、治療の直接的対象となる病像が依存症そのものよりも精神病症状あるいはそれらの症状の長期化 慢性化が中心になっていることが示唆された。

有機溶剤症例では、乱用開始において覚せい剤症例と同様に女性で異性パートナーの割合が高かったか、「同性の友人」では男女差が少なかった。また入手経路では、やはり女性において「異性パートナー」とともに「友人」の割合が高く、有機溶剤乱用における同性の友人の“peer pressure”の役割の相対的な大きさが示唆された。状態像では、依存症候群、精神病性障害が1/3程度を占めていた。

大麻は、主たる使用薬物としては1~2%を占めるに過ぎないが、使用歴を有する薬物としては20%を超えるなど、著明に増加しており、一般社会での乱用の拡大を反映していると考えられる。MDMA等とともに今後の乱用拡大に一層注意が必要であろう。

医薬品症例においては、睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬症例では、当初は医薬品本来の薬理効果を求めて医療機関から処方されることか多いか、次第に乱用 依存が進行していく経過が示唆された。状態像としては、依存症候群が2/3前後と高い割合であった。鎮咳薬症例では、男女比、年齢などいくつかの点で規制薬物症例と類似したプロフィールが示され、初回使用動機では「遊び型乱用」と自己治療(self-medication)的側面が伺われた。いずれにしても、処方薬の乱用 依存の問題については、投薬する医師側の認識をより高める努力をする必要があると考えられた。

症例全体として、「初期乱用者」の割合は5%前後とほぼ横ばいであったか、「長期乱用者」は40~80%と高い割合を示し、薬物によってはやや増

加傾向もみられた。薬物乱用の長期化とそれに伴う精神医学的障害の遷延化ならひに、心理社会的障害の深刻化の傾向が今後も続く可能性が示唆された。本調査を継続することは、精神医療の現場における薬物関連問題の実態把握とともに、予防啓発および精神保健上の対策を検討する際の重要な情報提供をもたらすと考えられた。

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

分担研究者 庄司正実 目白大学
人間社会学部 助教授

当研究者らは全国児童自立支援施設を対象に1994年以降隔年ごとに質問紙により薬物乱用実態を調査してきた。しかし、質問紙法による薬物乱用調査の妥当性は明らかではない。今年度調査の目的は、質問紙薬物乱用調査かとの程度妥当であるかを検討することである。調査対象は児童自立支援施設入所児童88人(男性41人、女性47人)である。調査手続きは、あらかじめ質問紙調査を実施し、その後精神科医および臨床心理士による面接するという形式で実施した。質問紙は従来全国児童自立支援施設調査で用いた質問項目を抜粋した簡略版の質問紙を用いた。面接は半構造化面接である。面接と質問紙調査結果がどの程度一致するかにより質問紙調査の妥当性を検討した。結果は以下の通りである。1)薬物乱用歴(有機溶剤、大麻、覚せい剤)の質問紙回答と面接結果はかなり相関しており、質問紙による乱用率の推定はある程度妥当であると考えられた。2)質問紙による乱用程度の回答と面接による乱用の診断(機会的使用、乱用、依存)については、関連かやや乏しかった。概して質問紙回答よりも面接の方が重度の乱用と評価される傾向が疑われたが、標本数が少なくまた男女による傾向が異なり断定はできない。3)薬物乱用による害知識に関する質問紙回答と面接の関連も検討された。薬物乱用による害知識については質問紙と面接の間の関連はやや低いと考えられた。4)乱用者に対して薬物乱用による害体験について質問紙回答と面接の関連が検討された。薬物乱用による害体験も薬物乱用による害知識と同様な傾向を示し、質問紙と面接の間の関連はやや低いと考えられた。従来、非行少年において薬物

乱用の質問紙調査の妥当性について検討された研究は見あたらない。薬物乱用は違法行為であり質問紙においても面接においても正確な回答が得られにくいと考えられる。本研究では調査数が少なかったため調査数を増やし、質問紙法による薬物乱用実態調査の妥当性をさらに検討することが必要と考えられる。

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

分担研究者 相星淳一 日本医科大学
高度救命救急センター 助手

日本医科大学附属病院高度救命救急センターに搬送された64症例を対象に、乱用薬物簡易検査キットであるTriageを使用し、尿検体のスクリーニング検査および確認試験を実施した。患者のプライバシー保護の観点からunlinked anonymous法を用いた。入室患者64症例の平均年齢は54.9±19.6歳で、男性42例、女性22例であった。症例の内訳は中枢神経疾患15例、呼吸器疾患2例、心疾患1例、消化器疾患7例、外傷16例、医薬品中毒10例、来院時心肺停止5例、その他8例で、Triage陽性症例は26例(40.6%)であった。Triage陽性薬物は4種類で、benzodiazepines 21例、barbiturates 6例、tricyclic antidepressants 5例、opiates 1例であった。不法薬物のTriage陽性例(opiates)の1例からは確認試験でdihydrocodeineが検出された。このdihydrocodeineは医薬品によるものと思われ、よって、64例中不法薬物の使用症例は確認されなかった。

研究1-5 自助グループの実態に関する研究

分担研究者 森田展彰 筑波大学
社会医学系精神衛生学 講師

タルクの利用実態の基礎的な情報を得ること、その有用性の検証を目的に調査を行った。

予備研究では茨城の入寮者名簿をもとに2年間で125人の利用があること、入寮期間の最頻値が2ヶ月であることがわかった。より詳細な入退寮状況や利用者の心理社会的状況を知るために、アン

ケート調査と電話によるモニタリングの方法を7つのタルクの施設（秋田、仙台、磐梯、茨城、鹿島、那須、琵琶湖）で試みた。2004年1月第4週～同年3月第1週までの1ヵ月半毎週モニタリングを行い、調査開始時入寮人数91名に対して、この期間に入寮者19名、退寮者14名であった。この調査では、予備調査の名簿調査方式より2倍近い密度の入退寮動向の追跡が可能であり、このモニタリング方法が有効であることが確認された。入寮者は平均2.5回目の入寮であり、精神病院や家族が関わる率が高いほか、広範囲のタルクの施設間でのやりとりが盛んであることが確認された。入寮者の出身地をみると、各施設がある地元の県のは8%のみで、あとは県外の者であった。このように乱用していた地域とは異なるタルクの施設で利用者を受け入れたり、また地元施設でうまくいかない場合にある程度意図的に異なり地域の施設に移動させる方法は、薬物乱用を行っていた地縁血縁者からの分離を行うことで乱用抑止の効果を持っていると思われた。実際に入寮後の薬物再使用は4分の1に留まり、タルクによって自分の乱用を止まっていると答えたものが75%であった。これは、物理的な拘束力がなく、その気になればいつでも施設から出て薬物を入手できる環境であることを考慮すれば、非常に高い乱用抑率であると評価できる。心身の回復、対人関係の改善、将来の就労に対する効果についても、これらに関するタルクの有効性は半数以上の利用者に肯定されていた。タルク入寮以前の就労経験は、短期の頻回転職が多いものの84%が常勤を経験しており、大半の者の社会復帰目標は普通の仕事であることから、安定した就労につながるスキルアップを社会の側から援助することが重要であると思われた。また、一方でタルクのスタッフとして稼働し、また将来もその形での活動を目指している者もいて、回復者スタッフとしての社会復帰というシステムも有望であると思われた。最後に調査結果をもとに、タルクの入退寮における期間的、地域的なフレキシビリティの持つ有効性と、タルクにおける社会復帰に関して若干の考察を行い、その有効性を促進するための公的な援助の必要性を論じた。

■研究2 社会的影響 対策に関する研究

研究2-1 規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究

分担研究者 妹尾栄一

東京都精神医学総合研究所

薬物依存研究部 副参事研究員

覚せい剤に代表される規制薬物の依存症者に対して、精神保健医療機関が治療に関与する場合、臨床の現場での指針と犯罪行為に対する処遇とが、しばしば相克することがある。いわゆる「静岡方式」とよばれる連携体制は、必ずしもその定義が明らかではないか、基本的な理解としては、前述した精神保健福祉法24条の警察官通報で、あらかじめ覚せい剤精神病が疑われる場合、指定医の診察が始まる前に通報段階での法執行機関が採尿を行い、もし覚せい剤反応が陽性であれば、治療終了後に司法処遇を行っていくという理解となっている。精神科救急の現場ではこうした警察段階での採尿を求める声が強いが、議論に先立って、「実際に」との程度採尿が実施されているのか、実態は不明のままであった。本研究課題は、まず初年度の研究課題として、覚せい剤依存症ならびに精神病の入院治療に際して、司法と医療の双方でそれぞれとの程度尿検査が励行されているのか、その基礎調査を行い、以後の議論とたたき台とすることを研究目標とした。ただし、対象施設としては、初年度のパイロットスタディーであることを考慮して、薬物関連精神障害患者治療に積極的に関わっていると目される全国の4施設に限った。結果として警察による尿検査の実施率は措置入院群で43.8%、24条通報群で35.9%であった。これに比して病院での採尿率は若干高めにあり、薬物関連精神障害患者治療に積極的に取り組んでいると目される施設では、臨床の場で薬物検出キットがそれなりに活用されていることが理解できる。

研究2-2 薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究

分担研究者 池上直己 慶應義塾大学 医学部

医療政策 管理学教室 教授

昨年度、分担研究「薬物依存症の医療経済に関する研究」（石橋ら）に協力して、広島県内のH病院、福岡県内のF病院の2つの病院を対象にタイムスタディを行ない、実際のケア時間を測定し、ケア時間に代表されるケアのコストと保険収益との関係を分析した。その結果、アルコール以外の精神作用物質による障害は、ケアのコストの差は大きいものに対して、保険収益の差は小さく、かつ両者の間の相関は低いことが明らかとなり、現行の診療報酬が、実際のケアのコストの相違を適正に反映していないことが確認された。したがって、アルコール以外の精神作用物質による障害について、患者によるケアのコストを規定する要因を明らかにし、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する必要があることが示唆された。

以上の点が示されたか、前回の調査では、薬物依存症の患者数が2つの病院の合計で33名（うち覚せい剤依存症は23名）と少なく、入院後の患者の状況の変化に対応して、ケア時間かどのように変化するのかを把握することかできなかった。そこで今年度は、覚せい剤使用の患者に限定し、入院日から1ヶ月間（28日間）、毎日の日記形式のタイムスタディを実施し、各職種の関わる時間を測定し、患者の症状の変化と共にケア時間の変化のパターンを捉えることを目的とした。

昨年度、調査を依頼した2病院にて平成15年9月中旬から同年12月中旬までに入院した「覚せい剤使用による精神及び行動の障害（F15）」の診断の患者を対象とした。対象患者は2病院の合計で5人（男性4人、女性1人）であった。精神症状の変化とケア時間の変化については、症例数が少なかったために平均化して分析することはできなかったか、個々の症例を詳細に分析し、症状とケア時間の変化に影響を与える要因を考察することによって変化のパターンの把握に努めた。

今回の調査によって次の点が明らかとなった。

- ①「精神病症状」は、抗精神病薬の治療によって急速に改善され、入院後14日以内に殆ど消退した。
- ②精神病症状の改善に伴い、ケア時間の減少がみられた。

今後、症例を増やしてタイムスタディを行ない、患者の症状の変化、ケア時間の変化のパターンをより綿密に調査する必要がある。

研究2-3 「薬物裁判所」の実態に関する研究

分担研究者 阿部恵一郎 立教大学
コミュニティー福祉学部

アメリカで1989年に最初のドラッグ コートがつくられた。アメリカでも評価されるようになったのは1997年頃からであり、文献や資料もその時期から増加している。日本では2002年からドラッグ コートを訪れる人が増え、翌年から紹介が本格的になっていった。そのため日本での資料は少なく、アメリカでも単行本はわずかしかない。しかし、研究論文やWebに掲載された資料は膨大である。そうした文献、資料を収集・整理し、ドラッグ・コートについて研究した。トラッグ コートにはいわゆるダイヴァージョンと呼ばれる代替型ばかりでなく、一旦判決を下した後にトリートメント システムに参加させる判決後型コートもある。また、トラッグ コートにおけるトリートメントの実態は文献からではあまり具体的に理解できないものの、医療よりも心理、福祉、教育的アプローチの役割が大きい。また、トラッグ・コートについて述べるだけでなく、今後我が国への導入の是非についても論じた。

研究2-4 「治療共同体」についての研究

分担研究者 宮永 耕 東海大学
健康科学部社会福祉学科 講師

薬物依存者に対する処遇は、世界的に見ると「治療共同体＝（原語では、"Therapeutic Community"）」を用いて行なわれているものが主流であるといわれる。しかし、わが国においては、そのような治療共同体を地域の中での治療的処遇システムに位置つけた実践は、その必要性の指摘や社会的要請の有無とは別に、いまだ実現していない。本研究では、薬物依存者を対象とした効果的な治療システム構築のために、わが国に先行して実績あるシステムを持つアメリカ合衆国等での実践について調査研究し、効果的方法の導入に向けて検討する。中でも、医療システム 司法システム 社会システムの要点に位置し、今日における薬物依存者処遇の中心的資源として認知されてきた「治療共同体（以下ではTCとする）」の概念 構造に

ついて総合的に理解する。さらに、TC実践における現状と課題について調査し、わが国への導入における方策についても検討することを目的とする。初年度となる今年度は、TCについて総合的に理解するために、TCに関する基本的資料による文献研究を行った。さらに、アメリカにおけるTC実践の概略および現状を把握するために、中西部(セントルイス)と南部(ニューオリンズ)におけるTC施設および関連機関等において見学と調査を実施した。上記見学対象の諸施設において、調査項目用紙に基づいて援助スタッフ、施設管理者、関連研究者等に協力を求め、半構造化面接(Semi-Structured interview)法によるヒアリング調査を実施した。今年度の研究結果をまとめると、以下のとおりである。1 薬物依存者をその対象としたTCは、1950年代後半以降、既存治療の自助的代替策(オルタナティブ)として生まれた。2 MovementとしてのTCは、SYNANON以来の西海岸およびDAY-TOP PHOENIX HOUSE以来の東海岸から、それぞれ今回視察した中部(内陸部)南部へと順次普及した経過の影響から、伝統的TCモデルに代った運営が今日でも主流といえる。なお、それら西部や東部からの直接的影響の一方で、Minnesota Modelで知られる北部からもHAZELDEN等のリハビリテーション施設ケアの成功が中南部のTCには影響を与えている。3 Structured TCでは、TCの基本的コンセプト(共同体に回復の基礎を求める志向、AA/NAなどの12ステッププログラムの重視と導入、共同生活環境下での治療の進展に対応した「特権」と「制裁」に表現されて保持される階級構造環境の活用、「労働すること」の重視、回復者カウンセラーとしての被援助経験者の活用、等)を共有した展開が行われていた。4 より多様な利用者ニーズに対応した援助プログラムおよび利用条件設定の要請と、それに対応した戦略の進展により、今日では伝統的TCモデルもまた部分修正されつつある。5 TC環境における治療的効果は、Drug Treatment Court等の近年の司法処遇における新しい展開を可能にし、公私資金による多様な治療設定が社会的にも認知されて、結果としてより幅広い薬物依存者層への対応が可能となってきた。

C 考察

研究1 薬物乱用・依存の実態に関する研究

1 調査の位置づけ

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

本研究グループでは、調査に要する費用と調査される側の各種負担を考慮し、各種調査を原則的には隔年ごとに繰り返す形を採用している。その結果、ひとつは①「薬物使用に関する全国住民調査」(以下、住民調査)、「救急救命センター調査」を実施し、他の調査に関しては、既存の調査結果を再分析したり、他国での類似の調査システムを調査したりしながら、次年度への準備をする年度であり、もうひとつは、②「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」(以下、中学生調査)、「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」(以下、精神病院調査)、「全国の児童自立支援施設における薬物乱用 依存の意識 実態に関する研究」(以下、児童自立支援施設調査)、「救命救急センターにおける薬物乱用 依存等の実態に関する研究」(以下、救急救命センター調査)、「自助グループの実態に関する研究」(以下、DARC調査)を実施する年度である。

本年度は上記の前者の年度に当たる。

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

2 量的調査の方法論的問題

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

「住民調査」では、1995年以来 層化二段無作

為抽出法を用いており、サンプリング法としては問題ないと考えられる。また、回答率は調査の実施法にかなり規定されるが、「住民調査」では、戸別訪問留置法を採用しており、回答率は1995年で78.9%、1997年で75.6%、1999年で75.8%、2001年で71.5%、2003年で71.3%と毎回70%台を維持してきた。しかし、2001年以降の回答率はそれまでに比べてやや低率であり、今後は75%前後への回復が望まれる。

また、この「住民調査」では、1999年に若干の調査票の改変かなされ、2001年には更に改変かなされた。内容的には、この2001年調査でほぼ完成されたと考えているか、2003年にはさらに「答えやすさ」を考慮した少々の改善を図った。

「救命救急センター調査」は、尿・血液からの薬物検出という生物学的手法であり、unlinked anonymous法のため、詳細な個人データは入手できないという最大の弱点はあるか、薬物乱用の広がり客観的に把握するための最有力手法である。同時に、2000年調査でγヒドロキシ酪酸(GHB)が検出されたように、「噂」としては流布しなから、その乱用実態かほとんどつかめていない乱用薬物の検出か可能であり、今後の発展的展開が望まれる調査法である。しかし、これまでの研究で妥当な方法論は探り当てたものの、調査の継続的实施に関しては、未だ、確かな実施施設を確保できない状況にある。

研究2 社会的影響・対策に関する研究

1 研究の位置付け

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

しかし 本主任研究者らによる調査によれば薬物関連精神障害者の約75%の者はすでに薬物を乱用している友人 知人から勧められて薬物の乱用を開始していた。この事実は、真の薬物乱用防止のためには、一次予防と共に、強力な二次予防（早期発見 早期治療） 三次予防（薬物依存からの回復と社会復帰）が必要なことを物語っている。

平成10年に始まった「薬物乱用防止5か年戦略」

において、二次予防・三次予防の重要性が指摘されていたにもかかわらず、実際には実効的対策はほとんどとられず、結果的に薬物依存症治療に限れば、わが国は先進諸国中、この点においては世界最貧国と言わざるを得ない状況のままである。

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

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

2 結果から指摘される課題および今後の予定

研究2の本調査は平成16年度であるため、ここで結論を論ずることはできないか、本年度の研究研究により推測、指摘されることは以下の通りである。

覚せい剤に代表される違法薬物乱用による精神障害患者を診るに際し、「なぜ犯罪者を病院が収容しなければならないのか？」という疑問が臨床現場では強くある。そこで本研究では、議論の基礎資料作りとして、取締機関とのやりとりに焦点を当て、その実態を把握しようと目論んでいる。

本年度は警察からの紹介 転送患者に関するパイロット調査を実施したか、平成16年度には全国調査に発展させる必要がある。

医療費に関しては、「薬物関連精神障害患者は管理上の問題を含めて、手がかかると、診療報酬はそれに見合わない」という意見が現場では強い。そこで、本研究では「手がかかる」＝「ケアの時間」と仮定して、その実態把握を試みている。しかし、「手がかかる」とは単なる物理的時間だけを意味しているわけではなく、「質」の要素が強い。同時に、「手がかかる」＝「ケアの時間」と仮定してみても 調査自体が多大な労力を要し臨床現場では、たてさえ不足しているマンパワー状況の中で、調査とことではないという実情もあり、調査自体が難しい現状にある。結果的に、調査症例数が非常に少なくなってしまうか、マンパワー不足の現状を打開するためにも、この種の

調査の継続が必要であろう。

また、治療共同体での基本コンセプト（①共同体に回復の基礎を求める志向、②AA/NAなどの12ステッププログラムの重視と導入、③共同生活環境下での治療の進展に対応した「特権」と「制裁」に表現されて保持される階級構造環境の活用、④「労働すること」の重視、⑤回復者カウンセラーとしての被援助経験者の活用等）は、「医療」だけでは対応不可能な薬物依存症治療に対する新たな道を開くものであり、来年度の成果は、本研究の最重要課題とさえ言えよう。

同時に、米国で急速に普及した「薬物裁判所」制度は、「治療共同体」が普及していたからこそタイアノフすることによって普及した現実的対応策とみることかできる。今年度は文献・資料的研究であったか、来年度にはその実態を紹介する予定である。

D 結論

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

研究1 薬物乱用 依存の実態に関する研究

研究1-1 薬物の使用についての全国住民調査

わか国の飲酒・喫煙・医薬品をも含めた薬物使用・乱用・依存状況を把握するために、層化二段無作為抽出法により選ばれた全国の15歳以上の住民5,000人に対して、戸別訪問留置法による「薬物使用に関する全国住民調査」を実施した。有効回答数は3,539（70.8%）であった。【飲酒】①飲酒生涯経験率は 男性で95.0%、女性で91.4%、全体で93.1%であった。②飲酒頻度、飲酒の機会、禁酒経験等、わか国の飲酒はライフ・サイクルと深く結びついており、飲酒問題を論じる際には、飲んだことがあるかないかを基準にしてもさほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的要因を考慮する必要があることが示唆された。【喫煙】①喫煙の生涯経験率は、男性で82.1% 女性で43.1%、全体で62.1%であった。②1年経験率は、男性で49.2% 女性で17.5% 全体で32.9%であった。以上のすべての結果は2001年調査の結果よりはすべて低

い値であった。③禁煙を考えたことのある者の割合は、男性では年代と共に増加していたが 女性では40歳代に向けて低下し、その後、増加していた。【医薬品】①家庭の常備薬としては ①風邪薬、②胃腸薬、③目薬、④湿布薬、⑤鎮痛薬、⑥ビタミン剤の順に頻度が高かった。②この1年間に1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬、②鎮痛薬、③目薬、④胃腸薬 ⑤湿布薬の順で頻度が高かった。③鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの1年間に使用したことのある者の割合は、1995年調査以降、調査毎に増加していた。④医薬品を常用（週3回以上）している者の割合は、鎮痛薬で男性1.7%、女性2.1%、全体で1.9%であり、精神安定薬では男性1.8%、女性2.1%、全体で2.0%、睡眠薬では男性1.7%、女性1.5%、全体で1.6%であった。これらに関しては経年的増加傾向は認められなかった。⑤鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬に関し、「遊び 快感目的」で使用している者は認められなかった。⑥医薬品の入手先としては、2001年調査では「医院 病院」が圧倒的に多かったか、今回の調査では「薬局 薬店」が圧倒的に多くなっており、医薬分業が進んだ結果と推定された。⑦以上より、医薬品の使用に関しては、明かな問題点は見あたらなかった。【違法薬物】①違法性薬物乱用の生涯被誘惑率は、補正值で、有機溶剤（3.03%）、大麻（1.46%）、覚せい剤（0.93%）、MDMA（0.34%）、コカイン（0.29%）、ヘロイン（0.18%）の順に高かった。これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被誘惑率は4.16%であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率は2.04%であった。②1年被誘惑率は、補正值で、大麻以外はすべて統計誤差内であった。大麻の1年被誘惑率は0.12%であり、2001年調査の結果（0.30%）よりは低下し、1999年調査の結果（0.12%）と同じであった。また これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への1年被誘惑率は0.23%であり、有機溶剤を除いたいずれかの1年被誘惑率は0.19%であった。③生涯経験率は、補正值で、有機溶剤（1.68%）、大麻（0.54%）、覚せい剤（0.40%）、コカイン（0.10%）、ヘロイン（0.06%*）、MDMA（0.04%）、大麻（0.54%）、覚せい剤（0.40%）、コカイン（0.10%）、ヘロイン（0.06%*）、MDMA（0.05%*）であった（*は統計誤差内）。これらのうちのいずれかの薬物の生涯経験率は、補正值で 2.14%で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率は0

83%と、いずれも1999年調査の結果を下回っていた。④1年経験率は、補正值で、すべて統計誤差内であった。また、上記6種のうちのいずれかの薬物の1年経験率、及び有機溶剤を除いたいずれかの薬物の1年経験率も統計誤差内であったか、いずれも2001年調査、1999年調査の結果を下回っていた。⑤同じ違法薬物でも呼称により周知度が異なることが明らかになった。同時に年代により呼称の周知度が異なっていた。⑥違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤のみか入手可能群か入手不可能群を上回っていた。⑦違法精神の高さは保たれていた。しかし、覚せい剤に比べて、大麻に対する認識の甘さが読み取れる結果であった。⑧違法薬物乱用状況は、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたが、今回の2003年調査では、初めて、乱用状況の改善を伺わせる結果であり、その内容は1999年調査の結果に近いものであった。ただし、2001年調査との比較では、覚せい剤だけは乱用経験者数は横ばいないしは増加している可能性がある。⑨違法薬物乱用防止の啓発が進み、同時に、取締の強化が図られれば図られるほど、回答者側での心理的ハイアスが高くなり、本調査のような方法論による調査の結果は、実際の状況よりはますます低い結果を示す特質にあることも否めない。しかし、この種の調査では本研究で採用した調査法が国際的な調査法であると同時に、それ以外の調査方法が事実上ないことも現実である。地味ながら、今後も調査を継続してゆく必要がある。

研究1-2 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

1987年度以降施行されてきた「薬物関連精神疾患の実態調査」について、主に共通した調査項目に注目して経時的分析を行った。①覚せい剤、有機溶剤が主たる使用薬物として最も高い割合を示したか、1993年前後から、覚せい剤の増加傾向、有機溶剤の減少傾向が目立ち始めていた。使用歴を有する薬物としても、報告された全症例の60%前後が覚せい剤としており、医療の現場において覚せい剤乱用が最も大きな問題であることが示された。②一方で、有機溶剤は主たる使用薬物としては減少傾向にあるものの、初回使用薬物としては50%前後と覚せい剤を凌いでおり、薬物乱用への“gateway”としての役割は依然として軽視で

きないと考えられた。③覚せい剤症例では、使用開始後1年未満の「初期乱用者」は5%前後とほぼ横ばい乃至は若干の減少傾向がみられたが、5年以上の「長期乱用者」はやや増加傾向がみられた。長期乱用者の増加と症状遷延化傾向については、1991年調査以降毎回指摘されることである。④初回使用方法では、男女とも80%近くが「静注」であったか、「加熱吸煙」の割合も徐々に高くなる傾向がみられた。⑤状態像としては、「精神病性障害」が50%前後と高く、「残遺性障害」も約30%とこれに次いで高かったか、「依存症候群」は10%前後と低かった。⑥覚せい剤症例においては、治療の直接的対象となる病像か依存症そのものよりも精神症状あるいはそれらの症状の長期化・慢性化が中心になっていることが示唆された。⑦有機溶剤症例では、乱用開始状況および入手経路における“peer pressure”の大きさが示唆され、状態像では、依存症候群、精神病性障害が1/3程度を占めていた。⑧大麻は、主たる使用薬物としては1~2%を占めるに過ぎないが、使用歴を有する薬物としては20%を超えるなど、著明に増加しており、一般社会での乱用の拡大を反映していると考えられた。⑨医薬品症例においては、睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬症例では、当初は医薬品本来の薬理効果を求めて医療機関から処方されることが多いが、次第に乱用・依存が進行していく経過が示唆された。⑩状態像としては、依存症候群が2/3前後と高い割合であった。⑪鎮咳薬症例では、男女比、年齢などいくつかの点で規制薬物症例と類似したプロフィールが示された。⑫本調査を継続することは、精神医療の現場における薬物関連問題の実態把握とともに、予防啓発および精神保健上の対策を検討する際の重要な情報提供をもたらすと考えられた。

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

1994年以降、全国児童自立支援施設を対象に質問紙により薬物乱用実態を調査してきたが、質問紙法による薬物乱用調査の妥当性は明らかではなかった。そこで本年度は質問紙薬物乱用調査の妥当性をみるために、面接と質問紙調査結果とを比較した。①薬物乱用歴については両方法の結果はかなり相関しており、質問紙による乱用率の推定はある程度妥当であると考えられた。②乱用程度に

ついては、質問紙回答よりも面接の方が重度の乱用と評価される傾向が疑われ、両者の関連かやや乏しかった。③薬物乱用による害知識については両者の関連はやや低いと考えられた。④薬物乱用による害体験も両者の関連はやや低いと考えられた。

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

日本医科大学附属病院高度救命救急センターに搬送された64症例を対象に、乱用薬物簡易検査キットであるTriageを使用し、尿検体のスクリーニング検査および確認試験を実施した。患者のプライバシー保護の観点からunlinked anonymous法を用いた。

①入室患者64症例の平均年齢は54.9±19.6歳で、男性42例、女性22例であった。

②症例の内訳は中枢神経疾患15例、呼吸器疾患2例、心疾患1例、消化器疾患7例、外傷16例、医薬品中毒10例、来院時心肺停止5例、その他8例で、Triage陽性症例は26例（40.6%）であった。

③Triage陽性薬物は4種類で、benzodiazepines 21例、barbiturates 6例、tricyclic antidepressants 5例、opiates 1例であった。

④不法薬物のTriage陽性例（opiates）の1例からは確認試験でdihydrocodeineが検出された。このdihydrocodeineは医薬品によるものと思われる、よって、64例中不法薬物の使用症例は確認されなかった。

研究1-5 自助グループの実態に関する研究

タルクの利用実態の基礎的な情報を得ること、その有用性の検証を目的に調査を行った。①茨城タルクの入寮者数は名簿によれば2年間で125人であり、入寮期間の最頻値が2ヶ月であることがわかった。②より詳細な入退寮状況や利用者の心理社会的状況を知るために、アンケート調査と電話によるモニタリングの方法を7つのタルク（秋田、仙台、磐梯、茨城、鹿島、那須、琵琶湖）で試みた。2004年1月第4週～同年3月第1週までの1ヵ月半毎週モニタリングを行い、調査開始時入寮人数91名に対して、この期間に入寮者19名、退寮者14名であった。③この調査では、名簿調査方式より2倍近い密度の入退寮動向の追跡が可能であり、

この方法の有効性が確認された。④入寮者は平均2.5回目の入寮であり、精神病院や家族が関わる率が高いほか、広範囲のタルクの施設間でのやりとりが盛んであることが確認された。⑤入寮者の出身地をみると、各施設がある地元の県のは8%のみで、あとは県外の者であった。⑥乱用していた地域とは異なるタルクの施設で利用者を受け入れたり、また地元施設でうまくいかない場合にある程度意図的に異なる地域の施設に移動させる方法は、薬物乱用を行っていた地縁・血縁者からの分離と言う意味で乱用抑止の効果を持っていると思われた。⑦実際に入寮後の薬物再使用は4分の1に留まり、タルクによって自分の乱用を止まっていると答えたものが75%であった。⑧心身の回復、対人関係の改善、将来の就労に対する効果についても、タルクの有効性は半数以上の利用者に肯定されていた。⑨タルク入寮以前の就労経験は、短期の頻回転職が多いものの84%が常勤を経験しており、大半の者の社会復帰目標は普通の仕事であることから、安定した就労につながるスキルアップを社会の側から援助することか重要であると思われた。⑩一方、タルクのスタッフとして稼働し、また将来もスタッフとしての活動を目指している者もいて、回復者スタッフとしての社会復帰というシステムも有望であると思われた。⑪最後にタルクの有効性を促進するための公的な援助の必要性を論じた。

研究2 社会的影響 対策に関する研究

研究2-1 規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究

覚せい剤に代表される規制薬物の依存症者に対して、精神保健医療機関が治療に関与する場合、臨床の現場での指針と犯罪行為に対する処遇とか、しはしは相克することがある。そこで、覚せい剤依存症ならびに精神病の入院治療に際して、司法と医療の双方でそれぞれどの程度尿検査が励行されているのか、その基礎調査を行った。ただし、対象施設としては、初年度のパイロットスタディーであることを考慮して、薬物関連精神障害患者治療に積極的に関わっていると目される全国の4施設に限った。結果として警察による尿検査の実施率は措置入院群で43.8%、24条通報群で35.9%であった。これに比して病院での採尿率は若

干高めに出ており、薬物関連精神障害患者治療に積極的に取り組んでいると目される施設では、臨床の場で薬物検出キットがそれなりに活用されていた。

研究2-2 薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究

昨年度までの研究により、現行の診療報酬が、実際のケアのコストの相違を適正に反映していないことが確認されたため、その是正のための基礎食料作りとして、覚せい剤関連精神障害患者に対して、入院日から1ヶ月間(28日間)、毎日の日記形式のタイムスタディを実施し、各職種の関わる時間を測定し、患者の症状の変化とケア時間の変化のパターンを調査した。その結果、①「精神病症状」は、抗精神病薬の治療によって急速に改善され、入院後14日以内に殆ど消退した。②精神病症状の改善に伴い、ケア時間の減少がみられた。③今後、タイムスタディ症例を増やして、より綿密に調査する必要があることが確認された。

研究2-3 「薬物裁判所」の実態に関する研究

アメリカで評価を得ているトラッグコートに関して、文献・資料的研究を実施した。①トラッグコートにはいわゆるタイウァーションと呼ばれる代替型はかりでなく、一旦判決を下した後にトリートメントシステムに参加させる判決後型コートもある。②トラッグコートにおけるトリートメントの実態は文献からではあまり具体的に理解できないものの、医療よりも心理、福祉、教育的アプローチの役割が大きい。③これらをもとに、我が国への導入の是非についても論じた。

研究2-4 「治療共同体」についての研究

薬物依存者を対象とした効果的な治療システム構築のために、医療システム・司法システム・社会システムの要点に位置し、今日における薬物依存者処遇の中心的資源として認知されてきた「治療共同体(以下ではTCとする)」の概念、構造について、アメリカ合衆国での実践について調査研究を行った。①TCに関する基本的資料による文献研究を行った。②アメリカにおけるTC実践の概略および現状を把握するために、中西部(セントルイス)と南部(ニューオリンズ)におけるTC施設および関連機関等において見学と調査を実施した。③TC

は、1950年代後半以降、既存治療の自助的代替策(オルタナティブ)として生まれた。②MovementとしてのTCは、SYNANON以来の西海岸およびDAY-TOP・PHOENIX HOUSE以来の東海岸から、それぞれ今回視察した中部(内陸部)・南部へと順次普及した経過の影響から、伝統的TCモデルに沿った運営が今日でも主流といえる。③Structured TCでのTCの基本的コンセプトは1)共同体に回復の基礎を求める志向、2)AA/NAなどの12ステッププログラムの重視と導入、3)共同生活環境下での治療の進展に対応した「特権」と「制裁」に表現されて保持される階級構造環境の活用、4)「労働すること」の重視、5)回復者カウンセラーとしての被援助経験者の活用等である。④より多様な利用者ニーズに対応した援助プログラムおよび利用条件設定の要請と、それに対応した戦略の進展により、今日では伝統的TCモデルもまた部分修正されつつある。⑤TC環境における治療的効果は、Drug Treatment Court等の近年の司法処遇における新しい展開を可能にし、公私資金による多様な治療設定が社会的にも認知されて、結果としてより幅広い薬物依存者層への対応が可能となってきた。

以上により、わが国の違法薬物の乱用状況は、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたか、今回の2003年調査で初めて、改善を伺わせる結果であり、その内容は1999年調査の結果に近いものであった。ただし、覚せい剤だけは乱用経験者数は横ばいあるいは増加している可能性がある。また、「薬物裁判所」「治療共同体」調査の結果は、パイロットの性格ではあるか、わが国における第二次予防・第三次予防対策の必要性を強く示唆するものであった。

E 健康危険情報

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

F 研究発表

1 著書

(2) 和田 清 第12章 薬物乱用 依存 スタンダード栄養 食物シリーズ 1 人と健康 東京化学同人 pp 96-102, 2003 9 18

2 論文発表

- (1) 和田 清 薬物乱用・依存の現状と鍵概念
こころの科学 111号 特別企画 薬物乱用
依存 (編) 和田 清 日本評論社 pp 14-2
1 2003 9 1
- (2) 和田 清 XIV 物質関連精神障害 精神作用
物質関連精神障害 概論 別冊日本臨床 領
域別症候群シリーズ40 日本臨床 pp 474-4
79, 2003 10 28
- (3) 和田 清 依存性薬物乱用者 精神病の最近
の疫学的動向 臨床精神薬理6 1111-1119,
2003
- (4) 和田 清、菊池安希子、鈴木紀美子 社会精
神医学的研究 疫学的調査研究の重要性ー薬
物使用に関する全国住民調査を例にー 日本
アルコール精神医学雑誌10(1) 19-26, 200
3
- (5) 和田 清 一般人口における薬物乱用・依存
の実態把握 精神保健研究 49 17-22, 2003
- (6) 和田 清、菊池安希子、中野良吾、尾崎 茂
国際保健からみた薬物乱用の現状とわが国
の対応ー住民調査及び中学生調査からみた現
状 日本アルコール 薬物医学会雑誌 39
(1) 28-34, 2004
- (7) 尾崎 茂 薬物依存症の最近の動向。精神科
28(3) 205-212, 2003。
- (8) 尾崎 茂 メチルフェニテート関連精神障
害。「日本臨床」別冊「精神医学症候群Ⅲ」
522-526, 2003。
- (9) 尾崎 茂 有機溶剤依存症の治療に関する提
言。臨床精神薬理6(9) 1169-1176, 2003。
- (10) 尾崎 茂 薬物乱用 依存の現状ー精神科医
療施設からみた現状ー。こころの科学111 2
2-27, 2003。
- (11) 尾崎 茂 全国の精神科医療施設における薬
物関連精神疾患の実態調査。精神保健研究49
23-27, 2003。
- (12) 尾崎 茂 国際保健からみた薬物乱用の現況
とわが国の対応ー精神病院からみた現状ー。
日本アルコール 薬物医学会雑誌39(1) 35-
40, 2004。
- (13) 庄司正実 薬物乱用・依存ー児童自立支援施
設からみた現状ー こころの科学 2003 11
1 28-32

- (14) 庄司正実、妹尾栄一、富田拓、有園博子 入
所非行児の薬物乱用の実態 日本アルコール
・薬物医学会雑誌 2004 39 41-45
- (15) 森田展彰、根本透、和田清、末次幸子、岡坂
昌子 サンフランシスコにおける薬物依存者
に対する治療共同体の研究(Ⅰ)ープログラ
ムの概要および日本の医療・自助グループと
の相違についてー, 日本アルコール 薬物医
学会雑誌38 (5) 440-453, 2003
- (16) 平林直次、行岡哲男 国際保健からみた薬物
乱用の現状とわが国の対応ー救命救急センタ
ーからみた現状 日本アルコール 薬物医学
会雑誌 39(1) 46-50, 2004
- (17) 宮永 耕 「薬物依存からの回復 DARCについ
て」, こころの科学Vol 111特別企画 薬物乱
用 依存、日本評論社、2003 9, pp 79-85

3 学会発表

- (1) 和田 清、菊池安希子、中野良吾、尾崎 茂
住民調査及び中学生調査から見た現状 第
38回日本アルコール・薬物医学会 メインシ
ンポジウム1 (市民公開講座2) 「国際保健か
らみた薬物乱用の現況とわが国の対応」 高
輪プリンス (東京), 2003 7 4
- (2) 尾崎 茂 精神病院からみた現状 第38回日
本アルコール 薬物医学会 メインシンポジ
ウム1 (市民公開講座2) 「国際保健からみた
薬物乱用の現況とわが国の対応」 高輪プリ
ンス (東京), 2003 7 4
- (3) 庄司正実、妹尾栄一、富田 拓 有園博子
入所非行児の薬物乱用の実態 第38回日本ア
ルコール 薬物医学会 メインシンポジウム
1 (市民公開講座2) 「国際保健からみた薬
物乱用の現況とわが国の対応」 高輪プリンス
(東京), 2003 7 4
- (4) 平林直次、行岡哲男 救命救急センターから
みた現状 第38回日本アルコール 薬物医学
会 メインシンポジウム1 (市民公開講座2)
「国際保健からみた薬物乱用の現況とわが国
の対応」 高輪プリンス (東京), 2003 7 4

G 知的財産権の出願 登録状況

なし

分 担 研 究 報 告 書
(1-1)

薬物使用に関する全国住民調査

分担研究者 和田 清 国立精神 神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長
研究協力者 高橋伸彰（同研究部流動研究員）、尾崎 茂（同研究部心理社会研究室長）

研究要旨 わか国の飲酒 喫煙・医薬品をも含めた薬物使用 乱用 依存状況を把握するために、層化二段無作為抽出法により選ばれた全国の15歳以上の住民5,000人に対して 戸別訪問留置法による「薬物使用に関する全国住民調査」を実施した。調査期間は2003年9月18日～10月1日である。回収数及び有効回答数は、3,566（71.3%）および3,539であった。【飲酒】①飲酒生涯経験率は、男性で95.0%、女性で91.4%、全体で93.1%であった。②「ほとんど毎日飲酒している」者の割合は、男性では50歳代、女性では40歳代で最高となり、その後、低下していた。③その他、飲酒の機会、禁酒経験等、わか国の飲酒はライフ サイクルと深く結びついており、飲酒問題を論じる際には、飲んだことがあるかないかを基準にしてもさほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的要因を考慮する必要あることが示唆された。【喫煙】①喫煙の生涯経験率は、男性で82.1%、女性で43.1%、全体で62.1%であった。これらの結果は2001年調査の結果よりはるかに低い値であった。②1年経験率は、男性で49.2%、女性で17.5%、全体で32.9%であった。これらの結果は2001年調査の結果よりはるかに低い値であった。③1日に21本以上吸う者の割合は、男女ともに年代とともに増加し、男性では50歳代、女性では60歳代でピークを迎え、その後は低下していた。④また、禁煙を考えたことのある者の割合は、男性では年代と共に増加していたが、女性では40歳代に向けて低下し、その後、増加していた。【医薬品】①家庭の常備薬としては、①風邪薬、②胃腸薬、③目薬、④湿布薬、⑤鎮痛薬 ⑥ビタミン剤の順に頻度が高く、1999年調査、2001年調査の結果と同一であった。②この1年間に1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬、②鎮痛薬、③目薬、④胃腸薬、⑤湿布薬の順に頻度が高かった。③鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの1年間に使用したことのある者の割合は、1995年調査以降、調査毎に増加していた。④医薬品を常用（週3回以上）している者の割合は、鎮痛薬で男性1.7%、女性2.1%、全体で1.9%であり、精神安定薬では男性1.8%、女性2.1%、全体で2.0%、睡眠薬では男性1.7%、女性1.5%、全体で1.6%であった。これらに関しては経年的増加傾向は認められなかった。⑤鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬に関し、「遊び 快感目的」で使用している者は認められなかった。⑥医薬品の入手先としては、2001年調査では「医院 病院」が圧倒的に多かったが、今回の調査では「薬局 薬店」が圧倒的に多くなっており、医薬分業が進んだ結果と推定された。⑦以上より、医薬品の使用に関しては、明かな問題点は見あたらなかった。【違法薬物】①違法性薬物乱用の生涯被誘惑率は、補正值で、有機溶剤（3.03%）、大麻（1.46%）、覚せい剤（0.93%）、MDMA（0.34%）、コカイン（0.29%）、ヘロイン（0.18%）の順に高かった。また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被誘惑率は4.16%（2001年 5.03%、1999年 4.09%）であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率は2.04%（2001年 2.30%、1999年 2.30%）であった。②1年被誘惑率は、補正值で、大麻以外はすべて統計誤差内であった。大麻の1年被誘惑率は0.12%であり、2001年調査の結果（0.30%）よりは低下し、1999年調査の結果（0.12%）と同一であった。また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への1年被誘惑率は0.23%（2001年 0.30%、1999年 0.20%）であり、有機溶剤を除いたいずれかの1年被誘惑率は0.19%（2001年 0.30%、1999年 0.16%）であった。③生涯経験率は、補正值で、有機溶剤（1.68%）、大麻（0.54%）、覚せい剤（0.40%）、コカイン（0.10%）ヘロイン（0.06%） MDMA（0.05%）大麻（0.54%）、覚せい剤（0.40%）、コカイン（0.10%）、ヘロイン（0.06%）、MDMA（0.05%）であった（*は統計誤差内）。また、これらのうちのいずれかの薬物の生涯経験率は、補正值で、2.14%（2001年 2.68%、1999年 2.59%）で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率は0.83%（2001年 1.33%、1999年 1.33%）

と、いずれも1999年調査の結果を下回っていた。④1年経験率は、補正值で、すべて統計誤差内であった。また、上記6種のうちのいずれかの薬物の1年経験率、及び有機溶剤を除いたいずれかの薬物の1年経験率も統計誤差内であったか、いずれも2001年調査、1999年調査の結果を下回っていた。⑤同じ違法薬物でも呼称により周知度が異なることか明らかになった。「覚せい剤」の周知度は全体で85.8%と高いが、「スピート」では33.6%であり、「エス」では11.4%に低下していた。しかも、10～30歳代では「スピート」の周知率は55～65%、「エス」では20～31%と高く、年代により、呼称の周知度も変化することか明らかになった。薬物乱用防止教育、啓発活動等に際しては、この点に考慮する必要がある。⑥違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤のみか入手可能群か入手不可能群を上回っていた（生データ）。この結果は従来通りであった。⑦わか国の薬物乱用・依存状況が多くくの国に比へて良好を保ってきた背景には、遵法精神の高さかあると思われるが、本年度の調査でも、その傾向は保たれていた。しかし、覚せい剤に比へて、大麻に対する認識の甘さか読み取れる結果であった。⑧わか国の違法薬物乱用状況は、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたが、今回の2003年調査では、初めて、乱用状況の改善を伺わせる結果であり、その内容は1999年調査の結果に近いものであった。ただし、2001年調査との比較では、覚せい剤だけは乱用経験者数は横ばいしないしは増加している可能性かある。⑨違法薬物乱用防止の啓発か進み、同時に、取締の強化か図られれば図られるほと、回答者側での心理的ハياسか高くなり、本調査のような方法論による調査の結果は、実際の状況よりはますます低い結果を示す特質にあることも否めない。しかし、この種の調査では本研究で採用した調査法が国際的な調査法であると同時に、それ以外の調査方法が事実上ないことも現実である。地味なから、今後も調査を継続してゆく必要かある。

A 研究目的

今日、薬物乱用 依存問題はグローバルな問題として、各国にとって深刻な問題となっている。

戦後のわか国での歴史は、覚せい剤、有機溶剤の乱用 依存問題との戦いであり、特にその歴史は覚せい剤の乱用に特徴的である。終戦後という混乱した時代に発生した第一次覚せい剤乱用期、オイル ショックに象徴される経済不況による第二次覚せい剤乱用期を経て、1990年頃からは、国際化の実質化としての乱用薬物の多様化が顕著となり、ハブル経済の破綻後の1995年以降は、第三次覚せい剤乱用期となった(9)(14)。

このように、薬物乱用 依存問題は時代 社会の変化と共に刻々と変化しており、その対策もその時々の実情に即したものでなければならぬ。そのためには、乱用 依存の実態を経年的に把握する多面的な疫学的調査が必要である。しかも、それらには 違法性薬物以外の医薬品をも含めた使用の実態把握か望ましい。

本調査は、薬物使用 乱用に関して存在する幾つかの経年的全国調査の中の一つであるが、全国の一般住民を対象とした薬物乱用 依存の実態把握調査としては わか国唯一のものである。

この住民調査は、厚生労働科学研究費補助金により実施されてきた。1992年には千葉県 市川市

(対象 1,100人)1)で、1993年には東京圏、大阪圏(対象 3,000人)2)、1994年には東京圏、大阪圏、北九州圏(対象 3,300人)3)に対して実施され、その成果のもとで、1995年には、わが国初の「薬物使用に関する全国住民調査」(対象 5,000人)4)となった。その後、全国規模の調査は1997年5)、1999年11)、2001年15)と実施され、今回の2003年調査となった。

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

B 研究方法

研究計画は下記の通りである。

・地域 全国

対象 市区町村に住む満15歳以上の男女
標本数 5,000人

抽出方法 層化2段無作為抽出

(調査地点数 350)

(社団法人 新情報センター に委託)

調査方法 調査員による個別訪問留置法

(社団法人 新情報センター に委託)

調査内容 巻末資料の通り

調査期間 2003年9月18日～10月1日

層化2段無作為抽出について

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

(1) 全国の地区町村を都道府県を単位として、以下の11地区に分類した。

北海道地区＝北海道

東北 地区＝青森県、岩手県、宮城県、秋田県、

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

(2) さらに各地区内を、都市規模によって表1のように8分類し、それぞれを第1次層として、下記のように計47層とした。

表1 地区 都市規模による調査票本数と地点数－標本数(地点数)

地区	大都市					人口10万 以上の市	人口10万 未満の市	郡 部 (町村)	計
	東京23区	横浜市	川崎市 京都市 北九州市	千葉市 大阪市 北九州市	その他 の政令市				
北海道					73(5)	67(5)	35(3)	51(4)	226(17)
東北					39(3)	117(8)	92(6)	139(10)	387(27)
関東	328(23)	137(10)	50(4)	35(3)	40(3)	614(43)	213(15)	188(13)	1,605(114)
北陸						84(6)	65(5)	72(5)	221(16)
東山						70(5)	59(4)	75(5)	204(14)
東海					84(6)	221(15)	89(6)	100(7)	494(34)
近畿			56(4)	100(7)	59(4)	362(25)	129(9)	107(7)	813(56)
中国					44(3)	122(8)	61(4)	79(5)	306(20)
四国						65(5)	43(3)	59(4)	167(12)
北九州				40(3)	51(4)	73(5)	79(5)	95(7)	338(24)
南九州						93(6)	56(4)	90(6)	239(16)
計	328(23)	137(10)	106(8)	175(13)	390(28)	1888(131)	921(64)	1055(73)	5,000(350)

表2 回答数(率)

調査対象数	5,000
有効回収数(率)	3,566 (71.3%)
調査不能数(率)	1,434 (28.7%)
不能内訳	
転居	150 (3.0%)
長期不在	55 (1.1%)
一時不在	356 (7.1%)
住居不明	39 (0.8%)
拒否	734 (14.7%)
その他	100 (2.0%)

表3 調査不能ケースの性別 年代別内訳(%)

	男 性		女 性	
	784人	54.7%	650人	45.3%
15～19歳	4	3	2	9
20歳代	11	2	7	9
30歳代	10	5	8	4
40歳代	7	7	7	0
50歳代	11	0	8	4
60歳以上	9	8	10	7

表4 地区別標本数と回収数（率）

地 区	標本数	回答数（率）
北海道	226	178 (78.8)
東北	387	295 (76.2)
関東	1605	1048 (65.3)
北陸	221	166 (75.1)
東山	204	151 (74.0)
東海	494	374 (75.7)
近畿	813	570 (70.1)
中国	306	244 (79.7)
四国	167	125 (74.9)
北九州	338	244 (72.2)
南九州	239	171 (71.5)
計	5,000	3,566 (71.3)

大都市＝東京23区 横浜市、川崎市、京都市 千葉市、大阪市、北九州市 その他の政令市（7層）（計14層）

人口10万人以上の都市（計11層）

人口10万人未満の都市（計11層）

郡部（町村）（計11層）

（注）ここていう都市とは、平成15年4月1日現在による市制施行の地域である。また、人口による都市規模の分類は、平成14年3月31日現在の住民基本台帳に基づく「住民基本台帳人口要覧」（自治省行政局編）によった（15歳以上の人口 108,359,399）。

（3）標本数5,000人を、上記47層の各層における人口密度に基づき、各層に比例配分し、各調査地点の標本数か11～16になるように調査地点を決めた。

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

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

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

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

（6）調査地点（調査区）における対象者の抽出は抽出間隔（＝＜調査区における国勢調査時の15歳以上の人口＞－＜各層での調査区抽出標本数＞）を算出し、住民基本台帳より等間隔抽出法により無作為抽出した。調査地点（調査区）から対象者を抽出する操作を2段という。

以上の操作によって得られた層別標本数と調査地点（調査区）数を表1に示した。

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

C 研究結果

1 回収結果（表2～表6）

回答数（率）は3,566（71.3%）であり、調査不能ケースの内訳は表2、表3の通りである。地区別標本数と回答数（率）は表4の通りである。今回の回答数は2001年調査15）の回答数とほぼ同しており、この種の調査としてはまずまず良好と考えられる。

なお、有効回答の基準を「80の質問中41問以上に答えてくれたもの」とした。その結果、有効回答数は3,539となった。本報告書ではこの3,539通について、結果を分析した。

対象の性 年齢・学歴は表5に示した。

対象の職業 身分は表6に示した。

2 調査結果（表7～表135）

調査結果は男女別/年代別に表7～表135に示した。また、調査結果の中で重要と思われる項目については図1～図44、表136～143に示した。

D 考察

1 飲酒習慣について

飲酒生涯経験率（これまでに1回でも飲酒したことのある者の割合）は、男性で95.0%、女性で91.4%、全体で93.1%であった（表7）。図1に飲酒経験率の年代別比較を示したが、10歳代、70歳代以上を除けば、男女ともに年代に関わらず90%を越えていた。このことは、わが国では、ほとんどの者に飲酒の生涯経験があり、「飲んだことがあるか、ないか」を基準に飲酒関連問題を論してもさほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的因子を絡めて論じる必要があることを示唆している（7）（10）（12）。

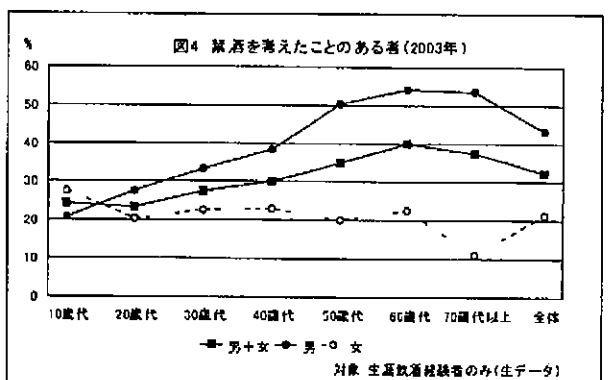
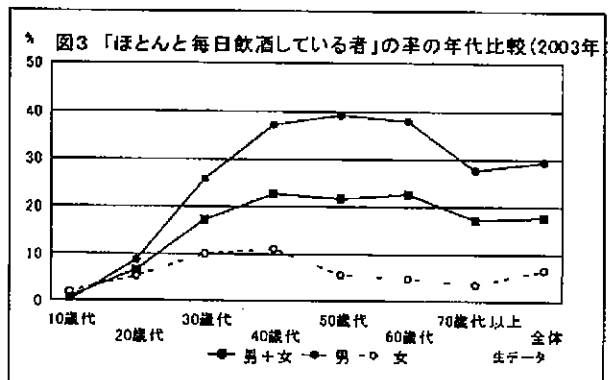
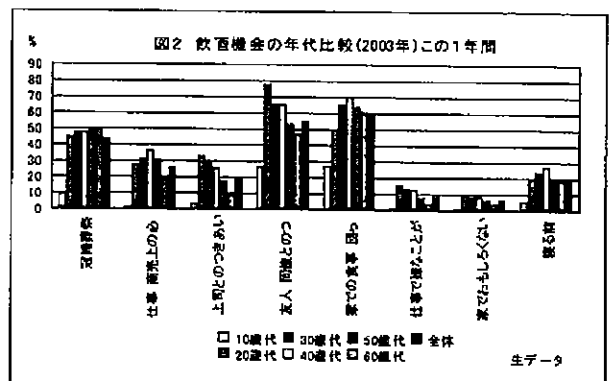
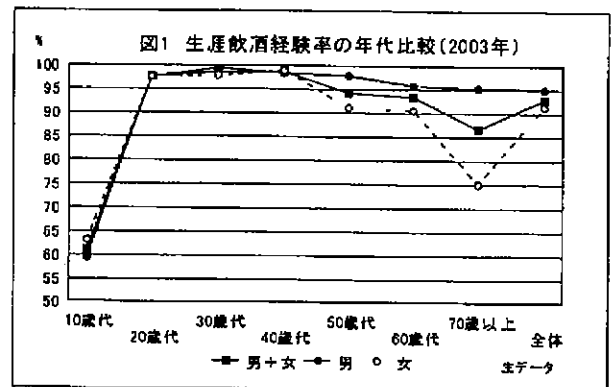
これまでに飲酒したことのある機会（表8）では、男性では「友人・同僚と」（77.9%）、「家の食事・団らん」（75.0%）、「冠婚葬祭」（74.8%）が多く、女性では「冠婚葬祭」（69.1%）、「友人・同僚と」（68.8%）、「家の食事・団らん」（66.5%）が多かった。

初飲年齢（初めて飲酒した年齢）は表9の通りである。男女共に「18～19歳」で始めた者が最も多く、2001年調査（5）では、女性では「20歳以降」に始めた者が最も多かったことを考えると、女性での初飲年齢が早まっている可能性がある。

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

飲酒1年経験率（この1年間で飲酒経験のある者の割合）は、男性で89.0%、女性で80.3%であった（表11）。

過去1年間で飲酒した機会（表12）は、男性では「家の食事・団らん」（73.7%）、「友人・同僚と」（72.1%）、「冠婚葬祭」（60.1%）が多く、女性では「家の食事・団らん」（66.4%）、「友人・同僚と」（58.2%）、「冠婚葬祭」（45.1%）が多かった。図2は、過去一年間に飲酒した機会の頻度を示しているが、「冠婚葬祭」での飲酒経験は50歳代で最も高く、「仕事・商売上の必要」は40歳代、「上司とのつきあい」は20歳代、「友人・同僚とのつきあい」は20歳代、「家での食事・団らん」は40歳代で最も高く、ライフサイクルの影響を色濃く反映



していると考えられた。

過去1年間の飲酒頻度(表13)は、男性では「ほとんど毎日」の者が33.2%と最も多く、「週3~6回」の者も含めると、50.4%にのぼった。女性では「1年間に数回」の者が36.1%と最も多かった。

図3は、「この1年間で、ほとんど毎日飲酒している者」の割合を年代比較で示している。男女共に40歳代までは年代が進むにつれて増加し、男性では50歳代、女性では40歳代でピークを迎え(それぞれ39.3%、11.0%)、その後、低下することが示されている。

生涯飲酒経験者での禁酒に対する考え 実態は表14に示した。禁酒中の者も含めて禁酒を考えたことのある者は、男性で43.5%(712人)、女性で21.3%(353人)、全体で32.3%(1,065)であった。

図4は禁酒を考えたことのある者の割合の年代比較であるが、女性では20歳代以降ほぼ一定であるのに対して、男性では60歳代まで年齢と共に割合が高くなることかわかる。

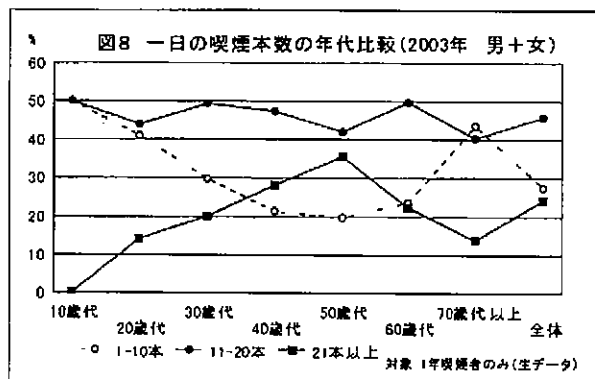
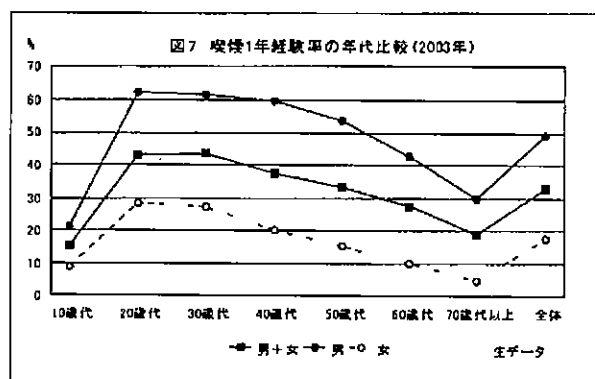
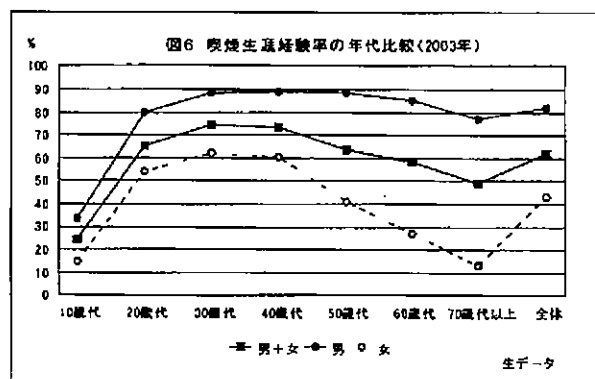
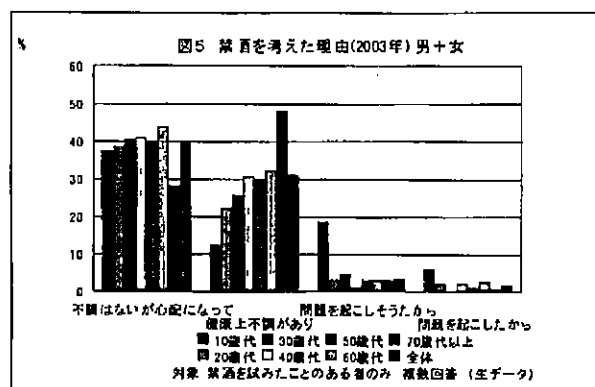
生涯飲酒経験があり、かつ禁酒を考えたことのある者が、禁酒を考えた理由としては、男女共に「健康上の不調は感じないか可能性が心配になったから」を選んだ者が最も多かった(表15)。ちなみに、2001年調査(15)では、男性では「健康上の不調を感じたから」が最も多かったことを考えると、「健康志向」フォームを反映している可能性がある。

図5は、生涯飲酒経験があり、かつ禁酒を考えたことがある者での禁酒を考えた理由の年代別比較である。年代と共に健康上の心配が現実のものとなっていることがわかる。

2 喫煙習慣について

これまでに1回でも喫煙したことのある者の割合(喫煙生涯経験率)を表16に示した。男性で82.1%、女性で43.1%、全体では62.1%であり、すべてにおいて2001年調査(15)よりは低下していた。図6は喫煙生涯経験率を年代別に示している。男女ともに全ての年代において、生涯経験率は2001年調査(15)の結果より低かった。

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



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

喫煙1年経験率（この1年間で1回でも喫煙した
ことのある者の割合）を表19に示した。男性で49
2%、女性で17.5%、全体で32.9%であった。これら
の結果の全ては2001年調査15)の結果より低い値
であった。

図7は喫煙1年経験率を年代別に示したものであ
る。男女ともに20歳代で最も高く、以後、年代と
ともに低下していた。また、その値は女性の50及
び60歳代を除けば、2001年調査15)の結果より低
い値であった。

喫煙1年経験者に関して、過去1年間の喫煙頻度
を表20に示した。「ほとんど毎日」の者が男性で
は87.6% (743人)、女性で76.0% (241人)、全体で
84.5% (984人) であり、飲酒に比べて高率であっ
た。これは同じ依存性薬物でも薬物による薬理作
用の違いを反映していると考えられる。

図8～図10は喫煙1年経験者の中での「ほとんど
毎日」喫煙する者の本数からみた割合を示してい
る。男性では50歳代まで、女性では60歳代まで、
一日に21本以上喫煙する者の割合が年代とともに
増加していた。

喫煙生涯経験者に関して、禁煙を考えたことの
有無と禁煙状況とを表21に示した。また、図11は、
喫煙生涯経験者に関して、禁煙を考えたことのある
者の割合を年代別に示したものである。男性では
20歳代から年齢が上がるにつれて 割合も増加
していたが、女性ではU字型ないしはV字型のカー
ブを描いていた。これまでの本調査では、女性では
20歳代のみが特異的に高かった傾向にあり、20
歳代の女性での妊娠問題が絡んでいると推定して
きたが、本年度はそうにはなっておらず その
理由は不明である。

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

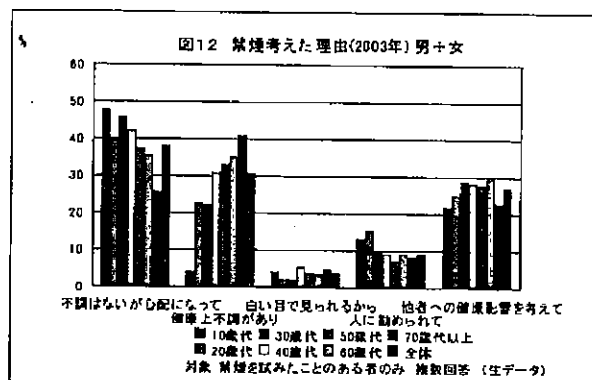
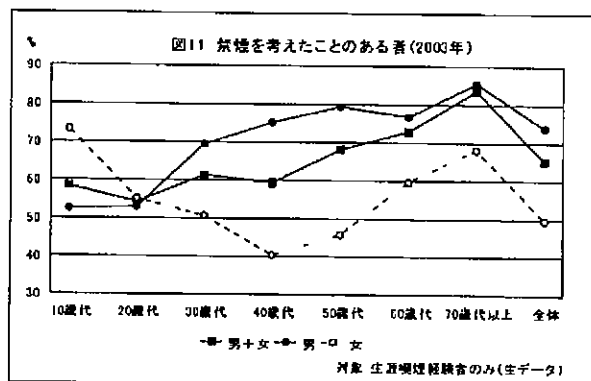
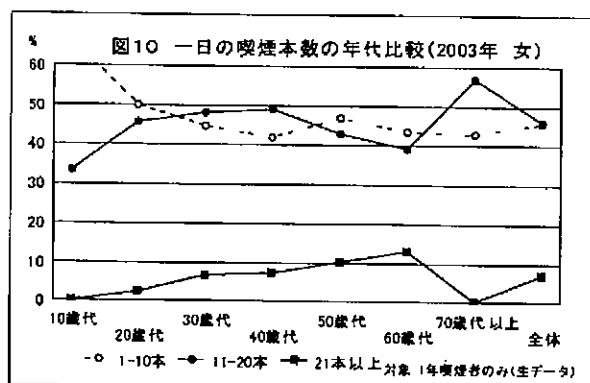
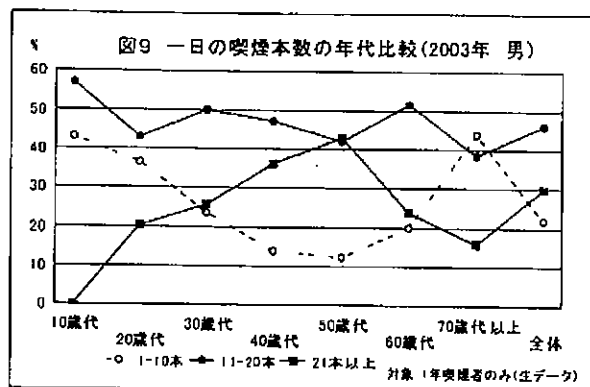


図12は生涯喫煙経験があり、かつ禁煙を考えたことがある者での禁煙を考えた理由の年代別比較である。年代と共に健康上の心配が現実のものとなっていることかわかる。

3 常備薬 医薬品について

1 常備薬について

家庭の常備薬の常備状況については表23に示した。常備薬としては、①風邪薬(67.0%)、②胃腸薬(61.2%)、③目薬(57.2%)、④湿布薬(50.7%)、⑤鎮痛薬(37.4%)、⑥ビタミン剤(31.8%)の順に頻度が高く、その割合、順序は1999年調査(11)、2001年調査(15)の結果と同一であった。

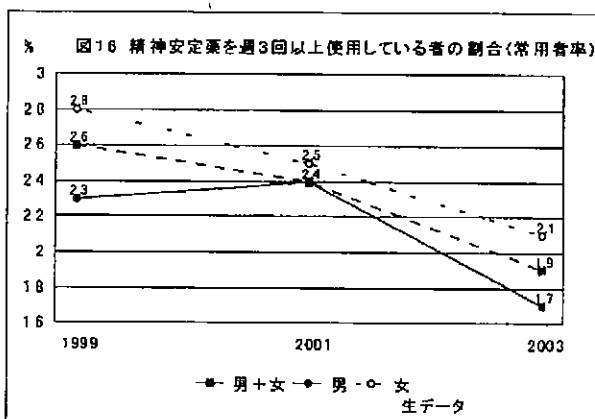
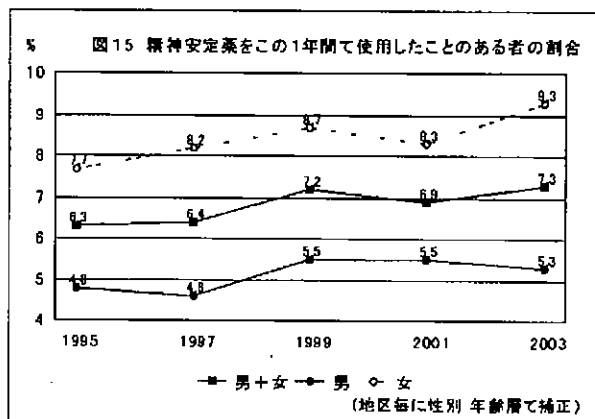
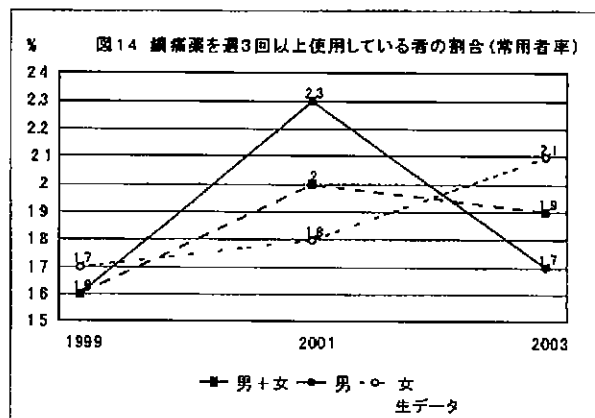
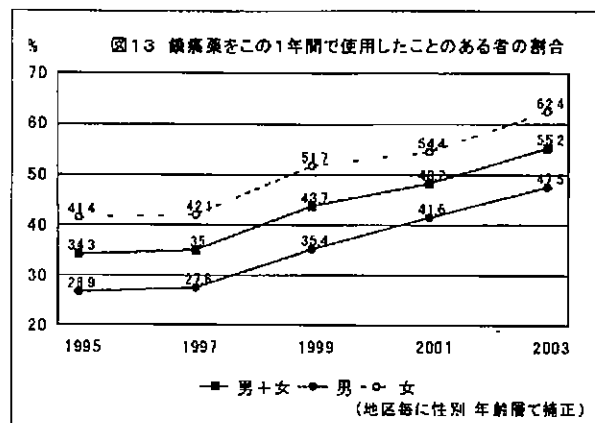
また、過去1年間で1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬(65.5%)、②鎮痛薬(55.0%)、表25)、③目薬(50.8%)、④胃腸薬(45.5%)、⑤湿布薬(38.8%)の順で頻度が高かった(表24)。この順番は2001年調査(15)と比べると、鎮痛薬と目薬の順番が違っただけであった。ただし、今回の2003年調査からは、鎮痛薬及び精神安定薬、睡眠薬についての尋ね方を少々変更したか、鎮痛薬と目薬の順番の変化はそのための可能性が高い。

2 鎮痛薬使用について

鎮痛薬をこの1年間に1回でも使用したことのある者の割合は、生データ上は、男性で46.9%、女性で62.6%、全体で55.0%であったが(表25)、補正值による年次推移は図13の通りである。

1年使用経験率は調査年ごとに上昇しているが、それが1999年調査(11)、2001年調査(15)及び今回の2003年調査での質問法の少々の変更のせいによるのかどうかは不明である。質問法としては、今回の2003年調査では、鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬に関しては他の医薬品とは完全に切り離して、それぞれ個別に問う形式に変更したか、この方法が回答上、最も矛盾も少なく、結果的に最も妥当な方法と考えられることから、同じ方法を用いた今後の結果の推移を見る必要がある。ただし、男性よりも女性での1年経験率が高いのは、毎回同じである。この性差は鎮痛薬の使用理由として、女性では「生理痛」による使用の割合が高いことが最大の要因であると推定できる(表27)。

鎮痛薬のこの1年間の使用頻度は表25の通り



である。使用した者の頻度は、「1年間に数回」使用した者が男性で31.9%、女性で37.1%、全体で34.5%と最も多かった。

鎮痛薬の使用には、慢性疼痛に対する使用もあり、使用頻度のみから乱用・依存を判定することは困難であるが、表25の「週に3～6回」と「ほとんど毎日」とを常用的使用と定義した場合、男性では1.7%、女性では2.1%、全体では1.9%であった。図14に常用使用者の割合の推移を示したか、数字自体が小さく、はらつきが大きく、論評しかたい。

また 鎮痛薬の入手先（表26）としては、2001調査15)では「薬局・薬店」、「医院・病院」が1位ないしは2位を占めていたが、今回は全体では「家族から」が最も多く、男性では「薬局・薬店」が、女性では「家族から」が最も多くなった。これは2001年調査15)では、選択肢として「家族（常備薬）から」としていたか、今回は「家族」と「常備薬」とを分離したためと考えられる。

鎮痛薬の使用目的（表27）としては、全体では①「頭痛」、②「歯痛」、③「生理痛」の順であった。ただし、男性では①「頭痛」、②「歯痛」、③「胃痛」の順であり、女性では①「頭痛」、②「生理痛」、③「歯痛」の順であった。「遊び・快感目的」での使用者は男性で1人認められた。

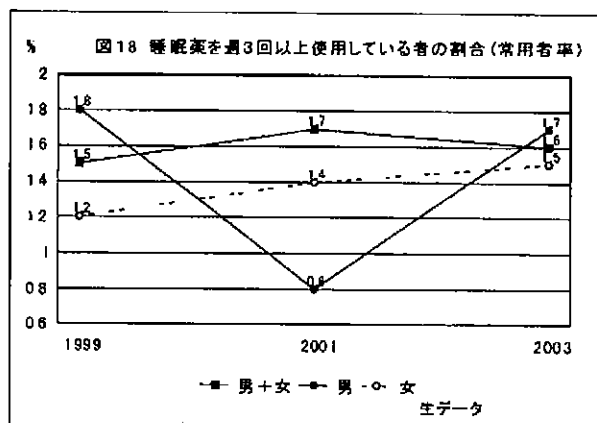
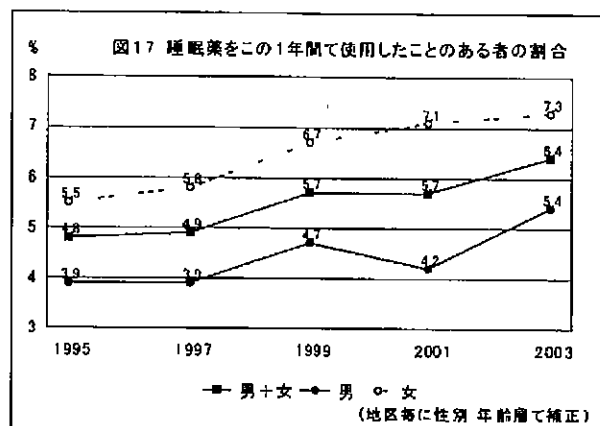
鎮痛薬には概して依存惹起作用があるものが多いが、その鎮痛薬の使用についての心情・実情を表28に示した。男女ともに「使う必要がないので、考えたことがない」と答えた者が最も多かったか、それ以外では、男女ともに「必要な時には心配せずに使っている」者が最も多く、次いで「心配もあるかとどちらかというを使う」者が多かった（表28）。

3 精神安定薬使用について

精神安定薬をこの1年間に1回でも使用したことのある者の割合は、生データ上は、男性で5.9%、女性で8.7%、全体で7.3%であり（表29）、2001年調査15)とほとんど同してあったか、補正值で見ると図15の通りであり、調査年ごとに増加していた。

使用頻度は、表29の通りである。

精神安定薬の使用には、高血圧及び慢性的精神疾患に対する使用もあり、使用頻度のみから乱用・依存を判定することは困難であるが、表29の「週に3～6回」と「ほとんど毎日」とを常用的使用と



定義した場合、男性では1.7%、女性では2.1%、全体では1.9%であった。この常用者率（生データ）の推移は図16の通りであり、低下していた。

また、精神安定薬の入手先（表30）は「薬局・薬店」が75%台と圧倒的に高かった。2001年15)及び1999年調査11)では、「医院・病院」が男女合わせた全体で、それぞれ83.6%、93.8%であり、「薬局・薬店」が男女合わせた全体で、それぞれ7.8%、6.6%であったことを考えると11)、今回の結果は院外処方か明らかに普及したためと推定できる。

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

精神安定薬には概して依存惹起作用があるものが多いか、その精神安定薬の使用についての心情・実情を表32に示した。男女ともに「使う必要がないので、考えたことがない」と答えた者が最も多かったか、それ以外では、男女ともに「必要な時には心配せずに使っている」と「心配もあるかとどちらかというを使う」とか拮抗していた(表

32)。

4 睡眠薬使用について

睡眠薬をこの1年間に1回でも使用したことのあ
る者の割合は、生データ上は、男性で6.3%、女性
で6.4%、全体で6.4%であったか(表33)、補正值
による年次推移は図17の通りである。ここでも、
鎮痛薬、精神安定薬と同じように、年次推移上、
上昇が認められた。

使用頻度は表33の通りである。使用経験のある
者では、男女ともに「1年間に数回」使用した者
の割合が最も多かった。

睡眠薬の使用には、高血圧及び慢性的精神疾患
に対する使用もあり、使用頻度のみから乱用・依
存を判定することは困難であるが、表33の「週に
3~6回」と「ほとんど毎日」とを常用的使用と定
義した場合、男性では1.7%、女性では1.5%、全体
では1.6%であった。この生データの年次推移は図
18の通りであるが、2001年の男性での結果は別に
して、全体ではほとんど変わっていないようであ
る。

また、睡眠薬の入手先(表34)は、「薬局・薬
店」が圧倒的に多く、2001年調査(15)では「医院
・病院」が男女合わせた全体で92.8%と圧倒的に
多かったことを考えると、ここでも院外処方の普
及が推定できた。

睡眠薬の使用目的(表35)としては、男女共に
「不眠改善」目的が最も多かったが、男性では久
に「ストレス軽減」が続いたのに対して、女性で
は「高血圧の治療」が続いていた。

「遊び・快感目的」で使用した者は認められな
かった。

睡眠薬には多かれ少なかれ依存惹起作用がある
か、その睡眠薬の使用についての心情・実情を表
36に示した。男女ともに「使う必要がないので、
考えたことかない」と答えた者が最も多かったか、
それ以外では、男性では「必要な時には心配せず
に使っている」が続いたか、女性では「必要な時
には心配せずに使っている」者と「心配もあるか
とちらかというを使う」者とか拮抗していた(表
36)。

4 違法性薬物について

1 違法性薬物について

違法性薬物の名前をとどの程度聞いたことがある
か(周知度)を、表37に示した。また、その年代
での違いを図19~22に示した。

有機溶剤に関しては、「シンナー」という呼称
は年代に関わりなく80%以上の者が周知している
か、「有機溶剤」というと、年代に関係なく約20%
前後の者しか周知していなかった(図19)。また、
「トルエン」に関しては、20歳代以降の者では約
50%前後からそれ以上の者が周知していたにも関
わらず、トルエンを主流とする「シンナー遊び」
の最頻年代である15~19歳では約20%の者しか周
知していなかった。この年代でのトルエンに対す
る周知度は、1999年調査(11)では約17%であり、20
01年調査(15)では約30%であったか、今回の割合は
再びの減少を示しており、薬物乱用防止教育のな
お一層の徹底が望まれる結果であった。

大麻に関しては、「大麻」という用語は男女共
に90%弱の者に知られているが、「マリファナ」に
なると男女共に約75%に減少し、「ハシソン」(大
麻樹脂)に至っては、男性で21.3%、女性で11.5%、
全体で16.3%の者しか周知していなかった(表37)。
この結果は2001年調査(15)の結果とほとんど同じ
であった。また年代別には(図20)、「ハシソン」
は40歳代をピークにして、その前後で周知度が低
くなってゆくことも2001年調査(15)の結果と同じ
であった。

覚せい剤については、「覚せい剤」自体は男女
共に約85%の者が周知していたか、「スピード」と
なると、全体で33.6に低下し、「エス」では、さ
らに低下して11.4%であった(表37)。これを年代
別に見てみると(図21)、「スピード」は10~30歳
代で、「エス」は10~20歳代で周知率が高く、そ
の割合は年代の増加とともに減少していた。その
逆か「ヒロポン」「シャブ」であり、特に「ヒロ
ポン」では年代が高いほど周知している傾向が伺
えた(図21)。第3次覚せい剤乱用期の特徴の一つ
に、「シャブ」と言われた覚せい剤を「スピード」
「エス」と称して、若者がファッション感覚
で使用するという面があるか、以上の結果は、そ
の傾向を強く示唆するものである。

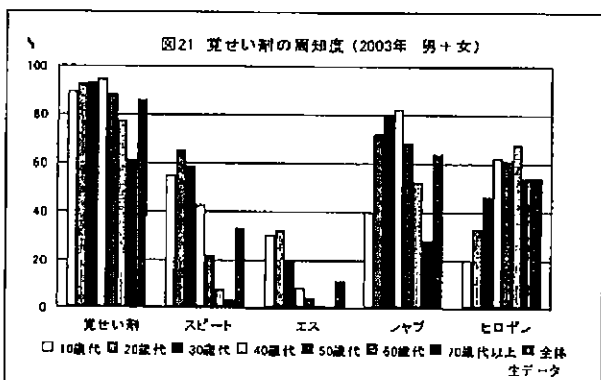
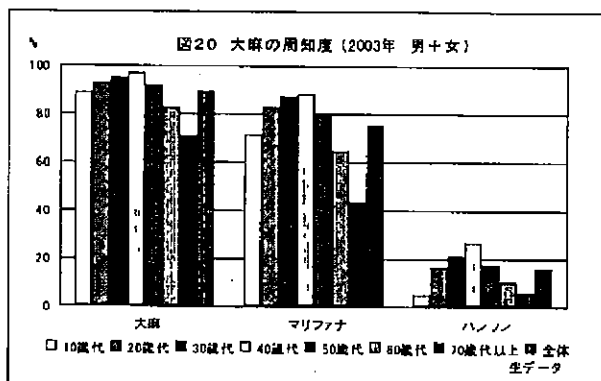
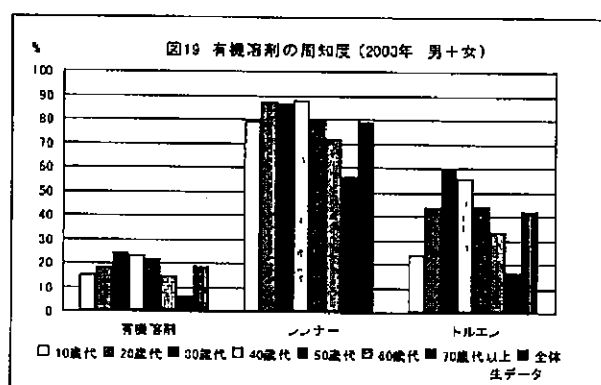
MDMAの周知度は、そもそも、有機溶剤、大麻、
覚せい剤に比べて明らかに低かった。しかも、「エ
クスタシー」の周知度は20~40歳代で高く、「エ
ノクス」では10~20歳代で高いという結果であっ

た。このMDMAは現在、世界的に乱用が拡大しており、わが国での押収量も飛躍的に増加している薬物であり、今後、大問題化する可能性を秘めた薬物である。薬物乱用防止教育のなかで、このMDMAについて、その害を教えてゆく必要かあろう。

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

2 違法性薬物の乱用拡大傾向について

有機溶剤、大麻、覚せい剤、ヘロイン、コカイン

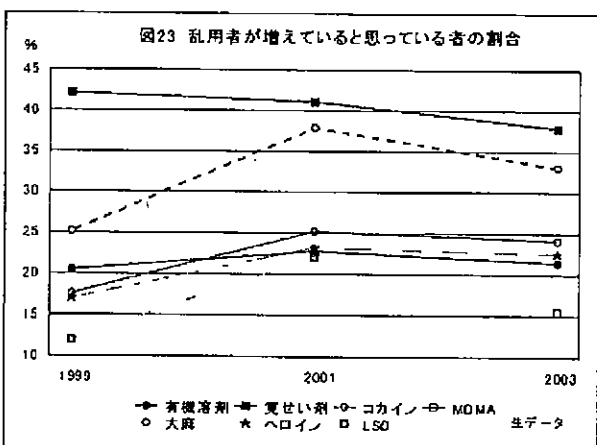
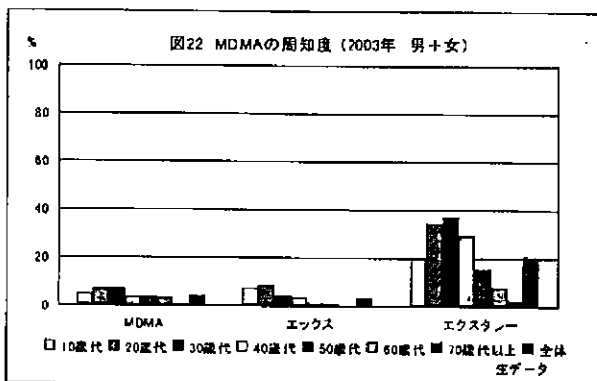


ン、MDMA乱用者の増減傾向についての印象を調べた（表43、表56、表72、表86、表99、表112）。いずれの薬物においても「わからない」と答えた者が最も多いが、次に「以前より増えている」を選んだ者が多かった。図23は「以前より増えている」を選んだ者の割合の年次推移を薬物別に示している。今回の結果は、いずれの薬物についても、2001年調査の結果よりは減少していた。実際はどのようなかは誰にもわからないのであるが、それを探ろうというのか本調査研究の目的でもある。これについては、後述する生涯経験率等を参照されたい。

ただし、この種の印象は、各種マスメディアによる影響も受けやすいのは確かであろう。

3 違法性薬物乱用者の認知率

これまでに違法性薬物を乱用したことがある人を身近に知っているかどうかを表44、表58、表74、表87、表100、表113示した（生涯経験者認知率）。その内、「知っている」と答えた者の割合の推移



を図24に示した。1999年調査11)の結果は、1995年調査4)、1997年調査5)の結果と大きく異なっており、その原因として、1999年調査11)の設問では、「身近な人で」や「あなたの周囲で」という修飾語を付けなかったための可能性があると1999年調査11)では論じたが、2001年調査15)および今回の2003年調査では、「身近にいた」「身近にいる」という修飾語を付けたにもかかわらず、結果は1999年とほとんど同してあった(図24)。図24のように、有機溶剤乱用者の割合が最も高かったことは、後述するように、わが国の薬物乱用状況を反映している。同時に、有機溶剤生涯経験者の認知率がこの2回の調査で低下していることは、今日、有機溶剤の乱用が、かつてほどには「人気」かないことを反映していると考えられる。しかし、大麻及び覚せい剤については横ばいであり、相変わらず予断の許さない状況にあることを反映していると考えられる。

生涯経験者認知率を年代別に表45、表59、表75、表88、表101、表114に示した。これらの結果をまとめたものが図25である。生涯経験者認知率はいずれの薬物でも30歳代、20歳代で高いが、MDMAは率としては低いながらも20歳代で最も高く、コカインは30歳代で最も高いことがわかる。

また、生涯経験者を知っている者は何人の生涯経験者を知っているかを尋ねた結果を表46、表61、表76、表89、表102、表115に示した。有機溶剤では平均7.01人、大麻で4.68人、覚せい剤で4.04人、ヘロインで3.19人、コカインで23.81人(これは300人と答えた者が一人いたためである)、MDMAで6.58人であった。

この1年間で、身近に違法性薬物を乱用したことがある人を知っているかどうかを表47、表62、表77、表90、表103、表116に示した(1年経験者認知率)。その内、「知っている」と答えた者の割合の推移を図26に示した。2001年調査15)の結果に比べて、ほとんどの薬物では割合が下がっているのに対して、覚せい剤だけは上昇していた。

1年経験者認知率を年代別に表48、表63、表78、表91、表104、表117に示した。これらの結果をまとめたものが図27である。有機溶剤は10歳代、20歳代で高く、大麻、覚せい剤、MDMAは20歳代で高いのが特徴的である。

また、1年経験者を知っている者は何人の1年経験者を知っているかを尋ねた結果を表49、表65、

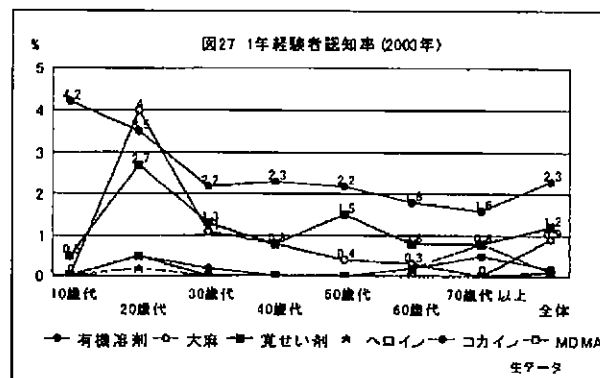
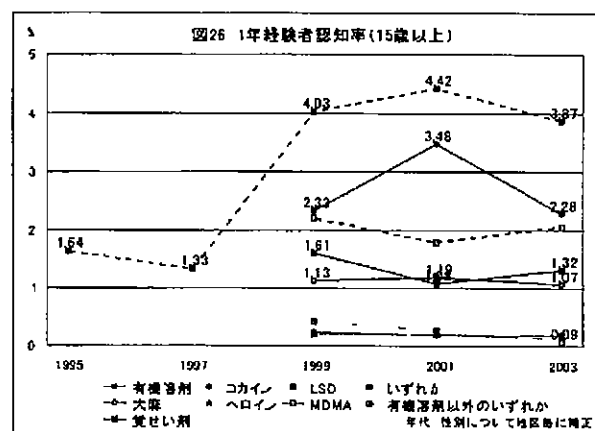
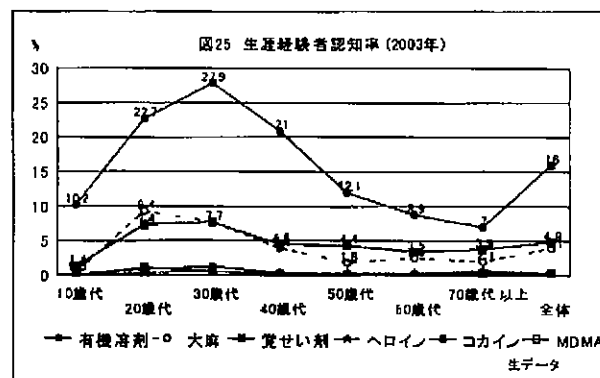
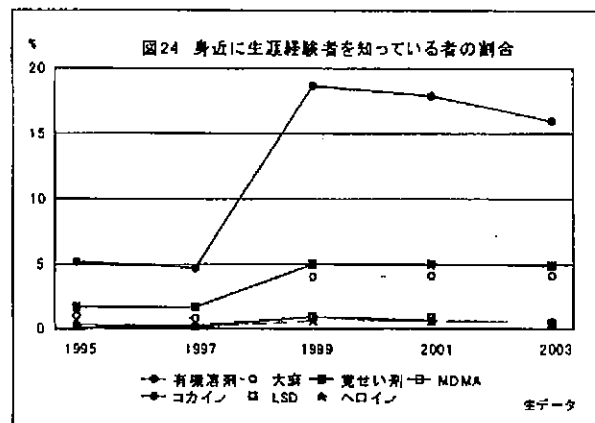


表79、表92、表105、表118に示した。有機溶剤では平均6.67人、大麻で5.43人、覚せい剤で2.56人、ヘロインで3.40人、コカインで8.33人、MDMAで5.50人であった。

4 違法性薬物乱用へ誘われた経験

これまでに違法薬物の乱用に誘われたことがあるかないかの結果を、表50、表66、表80、表93、表106、表119に示した（生涯被誘惑経験率）。表136、表137、図28は、その年次推移を示している。

全ての薬物において、結果は2001年調査15)の結果よりは低下していた。

生涯被誘惑経験率は、薬物乱用の実態を評価する際に、生涯乱用経験率とともに重要なデータである。図28に見る生涯被誘惑経験率は、有機溶剤、大麻、覚せい剤の順で高く、この順番は後述するように、生涯乱用経験率と同一である。

年代別では、有機溶剤は30-34歳で最も高かったが（表52）、大麻（表68）、覚せい剤（表82）、コカイン（表108）、MDMA（表121）は20-24歳で最も高く、この年代での薬物乱用の広がりや危惧される結果であった。

また1年被誘惑経験率（この1年間で乱用に誘われたことのある者の率）は表138、図29に示した。

しかし、値自体が小さく、ほとんど統計誤差内であった。

この種の違法薬物に関する調査では、知られたくないという心理が働きかちてあり、結果の信憑性が問題になる（後述する乱用の経験では特にそうである）が、重要なのは同じ方法論（＝同じバイアス、と仮定して）による結果の推移である。その意味では、ハイアスを考えると、乱用経験率よりは被誘惑率の方が信憑性は高いと考えられる。また、1年間の率よりは、これまでの生涯被誘惑率の方が信憑性は高いと推定できる。

5 違法性薬物乱用経験

違法性薬物のこれまでの乱用経験についての結果を、表53、表69、表83、表96、表109、表122に示した（生涯経験率）。表140、表141、図30はその年次推移を示している。

覚せい剤を除くほとんどの薬物に関して、生涯経験率は2001年調査15)の結果に比べて低下していた。特に大麻では有意差を持って減少していた。生涯経験率は、有機溶剤、大麻、覚せい剤の順で

高く、この順番は前述したように、生涯被誘惑経験率（図28）と基本的に同じトレンドである。したがって、わが国で乱用されている違法薬物は、この順番に多いことがわかる。

年代別では、薬物の種類にかかわらず30歳代で生涯経験率が最も高いことがわかる（図31）。

わが国での違法性薬物の生涯経験率は図30に示したとおりであり、国際的に見た場合、むしろ奇跡的に低い（表139）。しかし、年代別に見ると20歳代～40歳代では高くなっており（図31）、要注意であろう。

また1年経験率（この1年間で乱用したことがある者の率）は表142、図32に示した。しかし、値自体が小さく、ほとんど統計誤差内であった。

生涯経験率と1年経験率の信憑性の問題は、前述した誘惑率と同様である。重要なのはトレンドを見ることである。

以上により、2003年のわが国での1年薬物乱用者数は、どうやら覚せい剤を除けば、2001年よりは低下している可能性が高い。ただし、覚せい剤については、生涯被誘惑率では低下したものの、

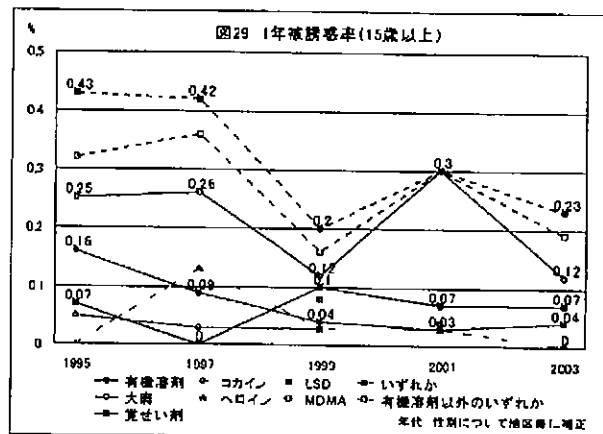
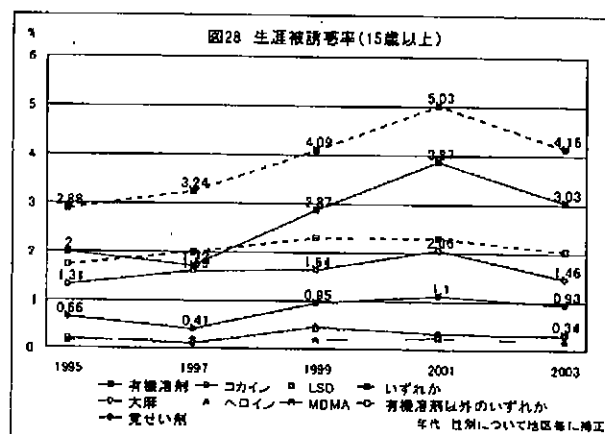


表136 全国の15歳以上の住民の違法薬物生涯被誘惑率(%) (男女、年代別に地区毎に補正)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年
有機溶剤	2 00	1 72	2 87 1) 2)	3 87 1) 2)	3 03 1) 2)
大麻	1 31	1 59	1 64	2 06 1)	1 46
覚せい剤	0 66	0 41	0 95 2)	1 10 2)	0 93 2)
ヘロイン	0 16	0 20	0 20	0 24	0 18
コカイン	0 22	0 11	0 47 2)	0 33	0 29
LSD	—	—	0 42	0 26	—
MDMA	—	—	—	—	0 34
上記いずれか	2 88	3 24	4 09 1) 2)	5 03 1) 2)	4 16 1) 2) 3)
有機溶剤を除 いたいずれか	1 74	2 00	2 30 2)	2 30	2 04 3)

1) 1995年に比へて有意差あり

2) 1997年に比へて有意差あり

3) 1999年に比へて有意差あり

表137 上記にもとづく生涯被誘惑経験者推計人数(人)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年
有機溶剤	208万±46万	181万±44万	306万±57万	416万±57万	328万±51万
大麻	136万±37万	167万±42万	175万±43万	221万±42万	158万±36万
覚せい剤	69万±26万	43万±21万	101万±33万	118万±31万	101万±29万
ヘロイン	17万±13万	21万±15万	21万±15万	26万±15万	20万±13万
コカイン	23万±15万	12万±11万	50万±23万	35万±17万	31万±16万
LSD	—	—	45万±22万	28万±15万	—
MDMA	—	—	—	—	37万±17万
上記いずれか	299万±54万	341万±59万	435万±67万	541万±65万	451万±60万
有機溶剤を除 いたいずれか	181万±42万	210万±47万	245万±51万	247万±45万	221万±42万

表138 全国の15歳以上の住民の違法薬物1年被誘惑率(%) (男女、年代別に地区毎に補正)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年
有機溶剤	0 16	0 09 *	0 04 *	0 03 *	0 04 *
大麻	0 25	0 26	0 12	0 30	0 12
覚せい剤	0 07 *	0	0 10 *	0 07 *	0 07 *
ヘロイン	0	0 13	0 03 *	0 03 *	0
コカイン	0 05 *	0 03 *	0 03 *	0 03 *	0
LSD	—	—	0 08 *	0 04 *	—
MDMA	—	—	—	—	0
上記いずれか	0 43	0 42	0 20	0 30	0 23
有機溶剤を除 いたいずれか	0 32	0 36	0 16	0 30	0 19

* 統計誤差以内

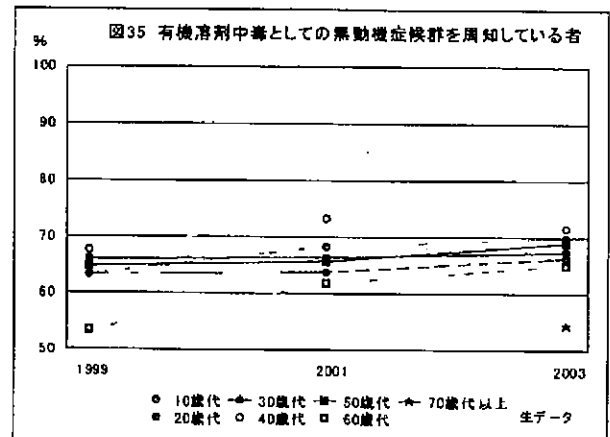
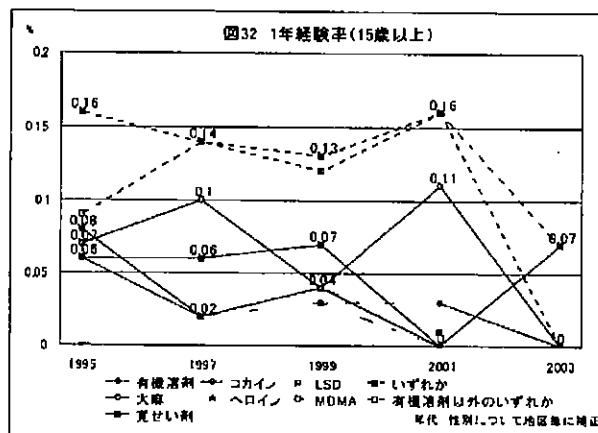
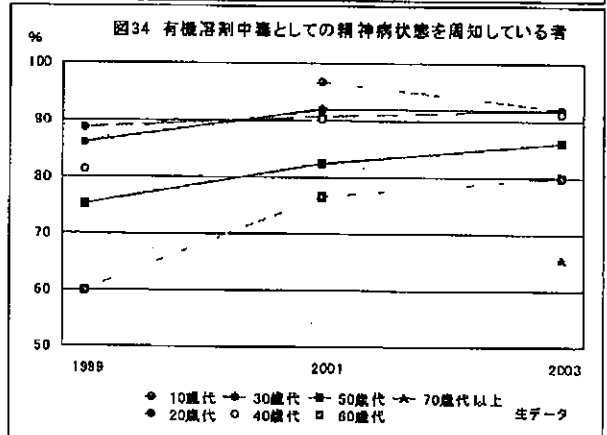
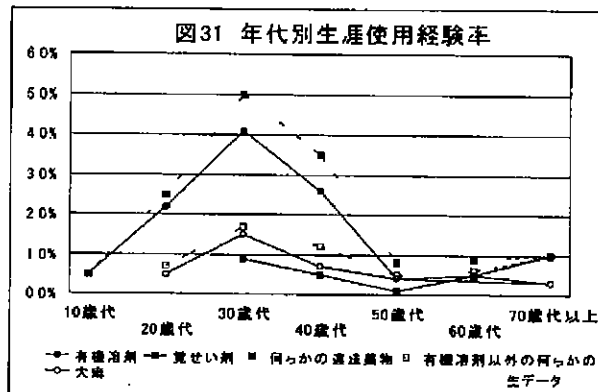
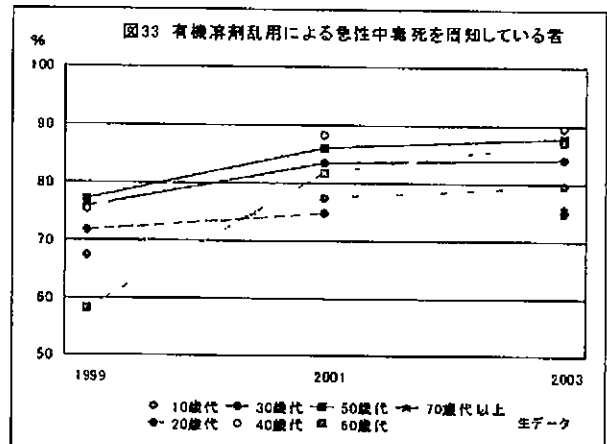
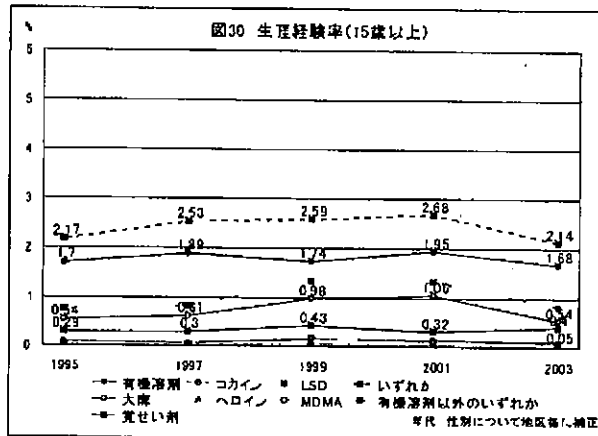


表139 各国での違法薬物使用の生涯経験率

46%	アメリカ	(12歳以上、2002年) 17)
33%	イングランド+ウェールズ	(16~59歳、2001年) 18)
24%	フランス	(大麻のみ、15~75歳、2001年) 18)
22%	イタリア	(15~44歳、2001年) 18)
20%	ドイツ	(18~59歳、2000年) 18)
17%	オランダ	(大麻のみ、12歳以上、2001年) 18)
16%	タイ	(12~65歳、2001年) 19)
12%	スウェーデン	(15~64歳、2001年) 18)
3%	日本	(15歳以上、2001年) 15)

注 国毎に、調査対象としている薬物の種類に違いがあるため、単純比較はできない。

表140 全国の15歳以上の住民の違法薬物生涯経験率(%) (男女、年代別に地区毎に補正)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年
有機溶剤	1 70	1 89	1 74	1 95	1 68
大麻	0 54	0 61	0 98 1)	1 06 1) 2)	0 54 3)
覚せい剤	0 29	0 30	0 43	0 32	0 40
ヘロイン	0 03 *	0 02 *	0 07 *	0 05 *	0 06 *
コカイン	0 09 *	0 06 *	0 16	0 14	0 10
LSD	—	—	0 18	0 11	—
MDMA	—	—	—	—	0 05 *
上記いずれか	2 17	2 53	2 59 1) 2)	2 68	2 14 4)
有機溶剤を除 いたいずれか	0 75	0 82	1 33 1) 2)	1 33 1) 2)	0 83 4)

* 統計誤差以内

1) 1995年に比へて有意差あり

2) 1997年に比へて有意差あり

3) 2001年に比へて有意差あり

4) 1999年に比へて有意差あり

表141 上記にもとづく生涯経験者推計人数(人)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年
有機溶剤	177万±42万	199万±46万	185万±44万	210万±49万	182万±39万
大麻	56万±24万	64万±26万	104万±33万	114万±36万	59万±22万
覚せい剤	30万±17万	32万±18万	46万±22万	34万±20万	43万±19万
ヘロイン	統計誤差内	統計誤差内	統計誤差内	統計誤差内	統計誤差内
コカイン	統計誤差内	統計誤差内	17万±14万	15万±13万	11万±9万
LSD	—	—	19万±14万	12万±12万	—
MDMA	—	—	—	—	統計誤差内
上記いずれか	225万±42万	266万±53万	276万±54万	288万±57万	232万±43万
有機溶剤を除 いたいずれか	78万±25万	86万±30万	142万±39万	143万±40万	90万±27万

表142 全国の15歳以上の住民の違法薬物1年経験率(%) (男女、年代別に地区毎に補正)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年
有機溶剤	0 08 *	0 02 *	0 04 *	0	0 07 *
大麻	0 07 *	0 10 *	0 04 *	0 11	0
覚せい剤	0 06 *	0 06 *	0 07 *	0	0
ヘロイン	0	0 02 *	0 03 *	0	0
コカイン	0 06 *	0 02 *	0 03 *	0 03 *	0
LSD	—	—	0 04 *	0 01 *	—
MDMA	—	—	—	—	0
上記いずれか	0 16	0 14	0 13	0 16	0 07 *
有機溶剤を除 いたいずれか	0 09 *	0 14	0 12	0 16	0
鎮痛薬	34 32	35 03	43 73	48 17	55 19
精神安定薬	6 28	6 45	7 16	6 91	7 33
睡眠薬	4 76	4 88	5 73	5 72	6 41

* 統計誤差以内

1年経験者認知率では上昇しており、生涯経験率でも上昇していることを考えると、2001年に比へて実際の1年乱用者数は横ばい、ないしは増加傾向にある可能性がある（表143）。

6 薬物乱用が健康に及ぼす害知識について

有機溶剤乱用が健康に及ぼす害についての知識周知度に関する結果を表39～42に示した。これまで述べてきたように、有機溶剤乱用は、乱用経験者数の上ではわが国最大の問題でありながら、覚せい剤ほどには社会的に関心を集めない感がある。しかし、第2次覚せい剤乱用期の調査によれば、覚せい剤乱用・依存者の少なくとも1/3は、有機溶剤乱用から覚せい剤乱用に進んでおり、有機溶剤乱用の防止が結果的に覚せい剤乱用防止の有力対策になると考えられる。そのため、当研究者らは全国の中学生における薬物乱用状況を把握するための調査6)8)13)16)のなかで、有機溶剤乱用による健康への害を教える形での調査を継続している。成人を中心とする本調査にも同様の質問を織り込むことによって、社会での有機溶剤乱用への注意を喚起したいと考えている。

有機溶剤の乱用は急性中毒死、精神病（状態）、無動機症候群を招くことがあるか、その周知率の変遷は図33～35の通りである。急性中毒死、精神病（状態）についての周知率はおおよそ80%以上であるか、無動機症候群に関しては低いと言わざるを得ない。無動機症候群は有機溶剤による中毒としての最重篤障害の一つに挙げても良い障害であるか、実際にその症状を持った者を見たことのない者にはイメージしにくい状態であることが周知率の上昇を妨げていると推定される。

大麻の乱用は精神病状態 フラッシュバック現象 無動機症候群を引き起こすことがあるか、その周知率の推移は図36の通りである。この周知度の低さには驚かされるか、この背景には「大麻はタバコよりも害が少ない」という論調の「宣伝」か一部のマスメディアにより以前からはひこっていることか挙げられそうである。大麻の依存性は覚せい剤や麻薬に比へれば相対的には低いようであるか、そもそもか催眠作用を特徴とした薬物であり、それ自体が害以外の何ものでもない。このことを周知させる必要がある。

覚せい剤乱用の繰り返しは、精神病（状態）を引き起こしやすく、フラッシュバック現象を引き

図36 大麻による無動機症候群 精神病状態 フラッシュバックを周知している

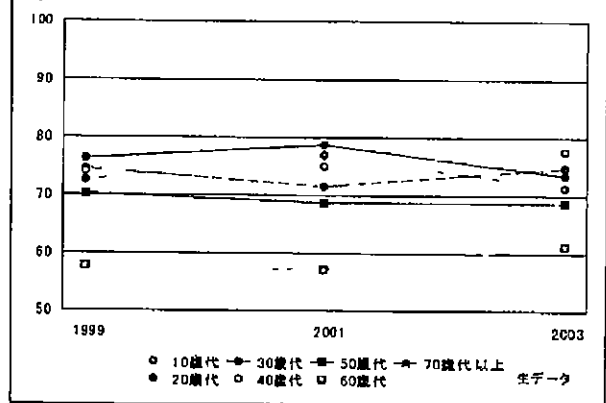


図37 覚せい剤による精神病状態 フラッシュバックを周知している

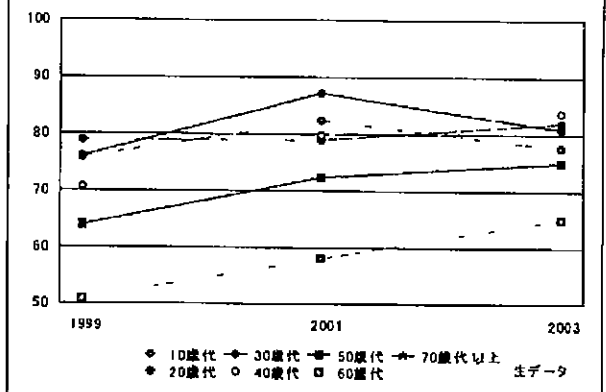
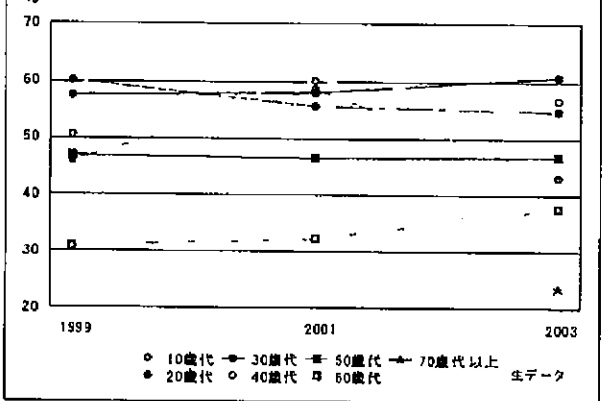


図38 有機溶剤入手可能性



起こすことがある。特に精神病（状態）は包囲襲来妄想を特徴としており、それに基づいて引き起こされるのか「通り魔事件」である。それに関わらず、年代によっては80%以下の年代があること自体が問題であろう（図37）。今後も書を周知徹底させていく必要がある。

また、マシノク マッシュルームが毒キノコであることを知っていた者の割合は29.2%（表133）

に過ぎず、2001年調査(15)での結果(25.3%)と大差かなかった。この問題は、呼称の重要性を強く示唆している問題であり、各種啓発活動及び薬物乱用防止教育で考慮していく重要問題である。

7 違法性薬物の入手可能性について

違法性薬物の入手可能性についての結果は表125～表130に示した。その結果のうち「簡単に手に入る」、または「少々苦労するか何とか手に入る」と答えた者の割合の年次推移を図38～42に示した。

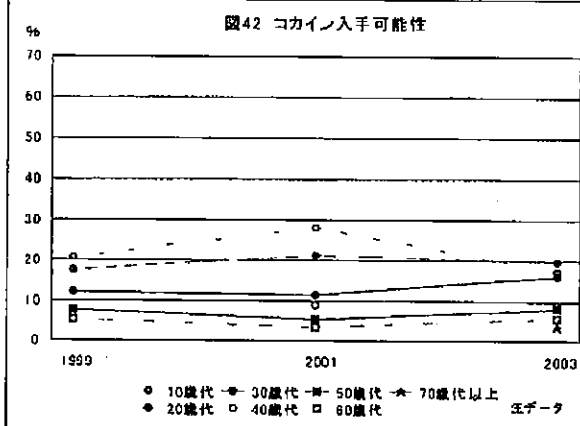
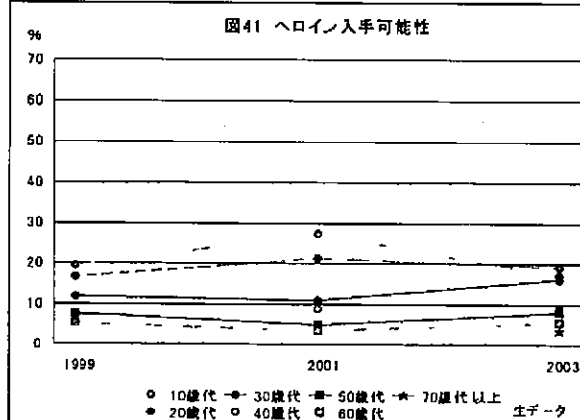
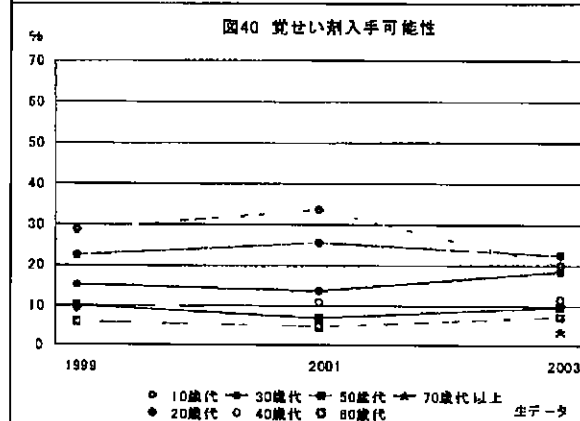
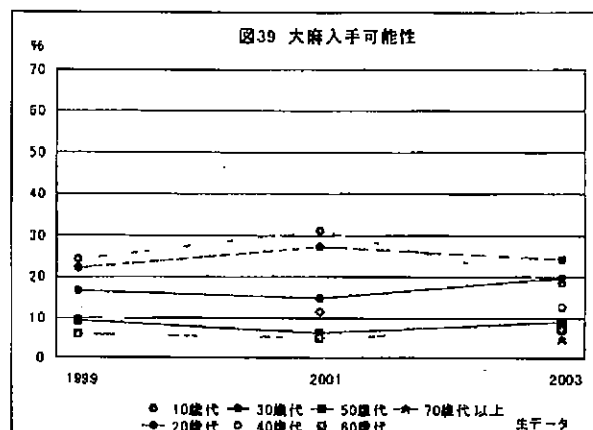
「簡単に手に入る」+「少々苦労するか、なんとか手に入る」を入手可能群とし、「ほとんど不可能」+「絶対不可能」を入手不可能群すると、入手可能群が入手不可能群を上回っていたのは有機溶剤のみであったことはこれまで通りである。

薬物の種類にかかわらず、年代が進むにつれて入手可能性は低下してゆく傾向にあるか、2001年調査(15)との比較では、30歳で全ての薬物において入手可能性が増加傾向にあった。また、有機溶剤における10歳代での入手可能性の落ち込みは、有機溶剤乱用の「人気」が低下してきていることの表れの可能性がある。

8 法の遵守性について

本研究者は、わが国の薬物乱用・依存状況が多くの先進諸国に比べて良好な背景には、国民の遵法精神の高さがあると推定している。覚せい剤は使用自体が法により規制されており、その使用について如何なる意識を持っているかを調査した(表131、表132)。80%以上の者が「法律で云々言う以前に、そもそも、すへきてはないと思う」を選んでいる事実は上記推論を裏付けていると考えている。

それとは裏腹に、「法律で禁止されているか、少々ならかまわないと思う」や「法律で禁止されているか、そもそも法律で決める必要はなく、個人の判断だと思う」を選ぶ者の割合が増え、法規制はその意味を弱くする。図43～44は、「法律で禁止されているが、少々ならかまわないと思う」ないしは「法律で禁止されているか、そもそも法律で決める必要はなく、個人の判断だと思う」を選んだ者の割合の年次推移を示している。幸い、その率は減少傾向を示しているか、覚せい剤に比べて大麻に対する認識の甘さが読み取



れる。大麻乱用に対する危険性の認識の周知を強化する必要がありそうである。

E 結論

わか国の飲酒・喫煙・医薬品をも含めた薬物使用・乱用・依存状況を把握するために、全国の15歳以上の住民に対して、戸別訪問留置法による「薬物使用に関する全国住民調査」を実施した。

① 対象は、層化二段無作為抽出法（調査値点数350）を用い、5,000人を抽出した。調査期間は2003年9月18日～10月1日である。

② 回収数及び有効回答数は、3,566（71.3%）及び3,539であった。

【飲酒】

① 飲酒生涯経験率（これまでに1回でも飲酒したことのある者の率）は、男性で95.0%、女性で91.4%、全体で93.1%であった。

② 飲酒生涯経験者の初飲年齢が20歳前の者が、男性では78.9%、女性では56.6%、全体で67.7%であった。

③ 「ほとんど毎日飲酒している」者の割合は、男性では50歳代、女性では40歳代で最高となり（男性39.3%、女性11.0%）、その後、低下していた。

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

【喫煙】

① 喫煙の生涯経験率は、男性で82.1%、女性で43.1%、全体で62.1%であった。これらの結果は2001年調査15)の結果よりはるかに低い値であった。

② 初めての喫煙年齢が19歳以前であった者の割合は、男子では76.5%、女子では56.8%であり、全体では69.5%であった。

③ 1年経験率（この1年間に喫煙経験のあった者の割合）は、男性で49.2%、女性で17.5%、全体で32.9%であった。これらの結果は2001年調査15)の結果よりはるかに低い値であった。

④ 1年経験者での1日の喫煙本数では、1日に21本以上吸う者の割合は、男女ともに年代とともに増加し、男性では50歳代、女性では60歳代でピークを迎え、その後は低下していた。

図43 大麻使用は「個人の自由」「少々ならかまわない」と考えている

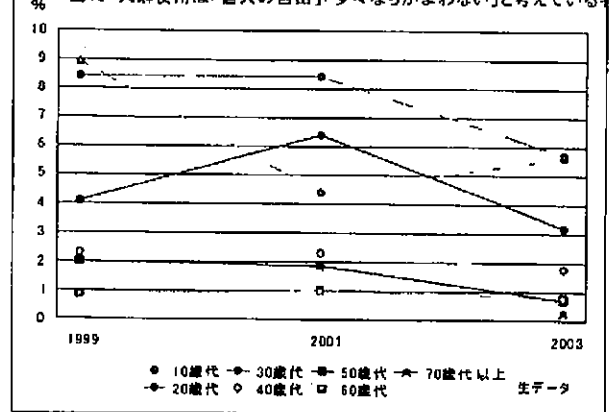
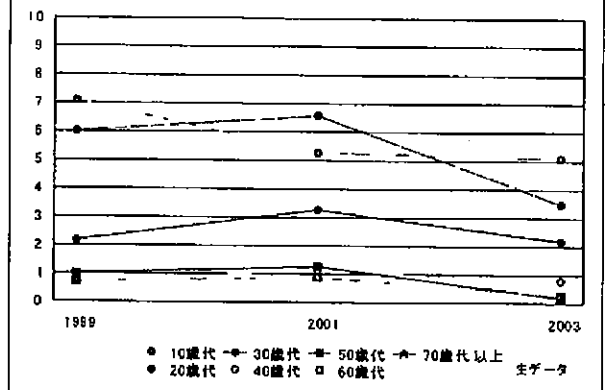


図44 覚せい剤使用は「個人の自由」「少々ならかまわない」と考えている



⑤ また、禁煙を考えたことのある者の割合は、男性では年代と共に増加していたが、女性では40歳代に向けて低下し、その後、増加していた。

【医薬品】

① 家庭の常備薬としては、①風邪薬、②胃腸薬、③目薬、④湿布薬、⑤鎮痛薬、⑥ビタミン剤の順に頻度が高く、1999年調査11)、2001年調査15)の結果と同様であった。

② この1年間に1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬、②鎮痛薬、③目薬、④胃腸薬、⑤湿布薬の順で頻度が高かった。

③ 鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの1年間に使用したことのある者の割合は、理由は不明であるが、1995年調査4)以降、調査毎に増加していた。

④ 医薬品を常用（週3回以上）している割合は、鎮痛薬で男性1.7%、女性2.1%、全体で1.9%であり、精神安定薬では男性1.8%、女性2.1%、全体で2.0%、睡眠薬では男性1.7%、女性1.5%、全体で1.6%であった。これらに関しては経年的増加傾向は認めら

れなかった。

⑤ 鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬に関し、「遊び快感目的」で使用している者は認められなかった。

⑥ 医薬品の入手先としては、2001年調査では「医院 病院」が圧倒的に多かったか、今回の調査では「薬局・薬店」が圧倒的に多くなっており、医薬分業が進んだ結果と推定された。

⑦ 以上より、医薬品の使用に関しては、明かな問題点は見あたらなかった。

【違法薬物】

① 違法薬物の呼称の周知度は、同じ薬物でも呼称により周知度が異なることか明らかになった。「覚せい剤」の周知度は全体で85.8%と高いが、「スピード」では33.6%であり、「エス」では11.4%に低下していた。しかし、10～30歳代では「スピード」の周知率は55～65%、「エス」では20～31%と高く、年代により、呼称の周知度も変化することか明らかになった。薬物乱用防止教育、啓発活動等に際しては、この点に考慮する必要がある。

② 違法性薬物乱用の生涯被誘惑率（これまでに1回でも誘われたことのある者の率）は、補正值で、有機溶剤（3.03%）、大麻（1.46%）、覚せい剤（0.93%）、MDMA（0.34%）、コカイン（0.29%）、ヘロイン（0.18%）の順に高かった。

また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被誘惑率は4.16%（2001年 5.03%、1999年 4.09%）であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率は2.04%（2001年 2.30%、1999年 2.30%）であった。

③ 1年被誘惑率（この1年間で1回でも誘われたことのある者の率）は、補正值で、有機溶剤（0.04%）、大麻（0.12%）、覚せい剤（0.07%）、MDMA（0%）、コカイン（0%）、ヘロイン（0%）であり、大麻以外はすべて統計誤差内であった。

大麻の1年被誘惑率は2001年調査15)では0.30%、1999年調査11)では0.12%であったが、今回の結果は2001年調査15)の結果よりは低下し、1999年調査11)の結果と同様であった。また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への1年被誘惑率は0.23%（2001年 0.30%、1999年 0.20%）であり、有機溶剤を除いたいずれかの1年被誘惑率は0.19%（2001年 0.30%、1999年 0.16%）であった。

④ 生涯経験率（これまでに1回でも乱用したことのある者の率）は、補正值で、有機溶剤（1.68

%）、大麻（0.54%）、覚せい剤（0.40%）、コカイン（0.10%）、ヘロイン（0.06%*）、MDMA（0.05%*）であった（*は統計誤差内）。

また、これらのうちのいずれかの薬物の生涯経験率は、補正值で、2.14%（2001年 2.68%、1999年 2.59%）で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率は0.83%（2001年 1.33%、1999年 1.33%）と、いずれも1999年調査11)の結果を下回っていた。

⑤ 1年経験率（この1年間に1回でも乱用したことのある者の率）は、補正值で、有機溶剤（0.07%）、大麻（0%）、覚せい剤（0%）、コカイン（0%）、ヘロイン（0%）、MDMA（0%）であり、これらはすべて統計誤差内であった。

また、上記6種のうちのいずれかの薬物の1年経験率は、補正值で、0.07%（2001年 0.16%、1999年 0.13%）で、統計誤差内であり、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の1年経験率も0%（2001年 0.16%、1999年 0.13%）と、統計誤差内であった。しかし、いずれも2001年調査15)、1999年調査11)の結果を下回っていた。

⑥ 生涯経験率を年代で見ると、有機溶剤は20歳代で2.2%、30歳代で4.1%、40歳代で2.6%であり、大麻では30歳代で1.5%、覚せい剤では30歳代で0.9%、MDMAでは10歳代で0.5%、20歳代で0.7%、30歳代で0.4%であった（以上、生データ）。

また、6種のいずれかでは、20歳代で2.5%、30歳代で5.0%、40歳代で3.5%であり、有機溶剤を除く5種のいずれかでは、30歳代で1.7%、40歳代で1.2%であった（以上、生データ）。

これらを見ると、違法性薬物の使用は年代により異なっていることか明らかであり、調査対象全体での結果だけを安心はできないことを示している。

⑦ 違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤、大麻、覚せい剤について、有機溶剤のみか入手可能群（「簡単に手に入る」＋「少々苦労するか、なんとか手に入る」）か入手不可能群（「ほとんど不可能」＋「絶対不可能」）を上回っていた（生データ）。この結果は従来通りであった。

入手可能群の割合を年代別 経験的に見てみると、30歳代で2001年調査15)の結果に比べて、全ての薬物で入手可能性が高まっていた。

⑧ わか国の薬物乱用 依存状況が多く、国に比べて良好を保ってきた背景には、遵法精神の高さ

があると思われるか、本年度の調査でも、その傾向は保たれていた。

しかし、覚せい剤に比べて、大麻に対する認識の甘さが読み取れる結果であった。

⑨ わか国の違法薬物乱用状況は、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたか、今回の2003年調査では、初めて、乱用状況の改善を伺わせる結果であり、その内容は1999年調査(11)の結果に近いものであった。

2001年調査との比較では、ほとんどの薬物に関して乱用者数は減少傾向にあるか、覚せい剤だけは横ばいあるいは増加している可能性がある(表143)。

⑩ しかし、違法薬物乱用防止の啓発が進み、同時に、取締の強化が図られれば図られるほど、回答者側での心理的ハイアスが高くなり、本調査のような方法論による調査の結果は、実際の状況よりはますます低い結果を示す特質にあることも否めない。

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

地味ながら、今後も調査を継続してゆく必要が

ある。

F 研究発表

1 著書

- (1) 和田 清 第12章 薬物乱用 依存 スタンダート栄養・食物シリーズ 1 人と健康 東京化学同人 pp 96-102, 2003 9 18

2 論文発表

- (1) 和田 清 薬物乱用・依存の現状と鍵概念 ところの科学 111号 特別企画 薬物乱用 依存 (編) 和田 清 日本評論社 pp 14-21 2003 9 1
- (2) 和田 清 XIV 物質関連精神障害 精神作用物質関連精神障害 概論 別冊日本臨床 領域別症候群シリーズ40 日本臨床 pp 474-479, 2003 10 28
- (3) 和田 清 依存性薬物乱用者 精神病の最近の疫学的動向 臨床精神薬理6 1111-1119, 2003
- (4) 和田 清、菊池安希子、鈴木紀美子 社会精神医学的研究 疫学的調査研究の重要性ー薬物使用に関する全国住民調査を例にー 日本

表143 2001年調査(15)との比較

	生涯被誘惑率	生涯経験率	1年被誘惑率	1年経験率	1年経験者認知率
有機溶剤	↘	↘	統計誤差内	統計誤差内	↘
大麻	↘	↘	↘	統計誤差内	↘
覚せい剤	↘	↗	統計誤差内	統計誤差内	↗
ヘロイン	↘	統計誤差内	統計誤差内	統計誤差内	↗
コカイン	↘	↘	統計誤差内	統計誤差内	↘
上記のいずれか	↘	↘	↘	統計誤差内	↘
上記のいずれか (有機溶剤以外)	↘	↘	↘	統計誤差内	↘

有意差は認められない

アルコール精神医学雑誌10(1) 19-26, 2003

- (5) 和田 清 一般人口における薬物乱用 依存の実態把握 精神保健研究 49 17-22, 2003
(6) 和田 清、菊池安希子、中野良吾、尾崎 茂 国際保健からみた薬物乱用の現状とわが国の対応—住民調査及び中学生調査からみた現状 日本アルコール・薬物医学会雑誌 39 (1) 28-34, 2004

3 学会発表

- (1) 和田 清、菊池安希子、中野良吾、尾崎 茂 住民調査及び中学生調査から見た現状 第38回日本アルコール・薬物医学会 メインシンポジウム1(市民公開講座2)「国際保健からみた薬物乱用の現況とわが国の対応」高輪プリンス(東京), 2003 7 4

謝辞

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

引用文献

- 1) 福井 進、和田 清、伊豫雅臣 薬物依存の世帯調査 平成4年度厚生科学研究費補助金(麻薬等総合対策研究事業)「薬物依存の社会的、精神医学的特徴に関する研究(主任研究者 福井 進)」平成4年度研究報告書、pp 9-23, 1993
2) 福井 進、和田 清、伊豫雅臣 薬物依存の世帯調査 平成5年度厚生科学研究費補助金(麻薬等総合対策研究事業)「薬物依存の社会的、精神医学的特徴に関する研究(主任研究者 福井 進)」平成5年度研究報告書、pp 5-26, 1994
3) 福井 進、和田 清、伊豫雅臣 薬物依存の世帯調査 平成6年度厚生科学研究費補助金(麻薬等総合対策研究事業)「薬物依存の社会的、精神医学的特徴に関する研究(主任研究者 福井 進)」平成6年度研究報告書、pp 5-34, 1995
4) 福井 進、和田 清、伊豫雅臣、浦田重治郎、尾崎 茂 薬物乱用・依存の世帯調査 平成7年度厚生科学研究費補助金(麻薬等対策総合研究事業)「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究(主任研究者 寺元 弘)」平成7年度研究報告書第1分冊、pp 5-35, 1996
5) 福井 進、和田 清、菊池周一、尾崎 茂、浦田重治郎 薬物乱用 依存の世帯調査 平成9年度厚生科学研究費補助金(麻薬等対策総合研究事業)「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究(主任研究者 寺元 弘)」平成9年度研究報告書第1分冊、pp 7-48, 1998
6) 和田 清、勝野眞吾、尾崎米厚、中野良吾 中学生における「シンナー遊び」喫煙 飲酒についての調査研究 平成8年度厚生科学研究費補助金(麻薬等対策総合研究事業)研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」(主任研究者 寺元 弘)第1分冊薬物乱用 依存の多面的疫学調査研究(2) pp 21-60 1996
7) Wada, K, Price, R K, Fukui, S Reflecting Adult Drinking Culture Prevalence of Alcohol Use and Drinking Situations among Japanese Junior High School Students in Japan Journal of Studies on Alcohol 59 381-386, 1998
8) 和田 清、中野良吾、尾崎米厚、勝野眞吾 薬物乱用に関する全国中学生意識 実態調査 平成10年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究(主任研究者 和田 清)研究報告書 pp 19-83, 1999
9) 和田 清 薬物依存の最近の傾向と対策 日本医事新報 第3920号 25-32, 1999
10) 和田 清 中学生における飲酒—飲酒文化の反映— 日本アルコール・薬物医学会雑誌 34 36-48, 1999
11) 和田 清、菊池安希子、尾崎 茂、菊池周一 薬物使用に関する全国住民調査 平成11年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)「薬物乱用 依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究(主任研究者 和田 清)研究報告書 pp 17-70, 2000 3
12) Wada K Lifetime Prevalence of Alcohol Drinking, Cigarette Smoking, and Solvent

Inhalation among Junior High School
Students in Japan Tradition and
Urbanization Jpn J Alcohol & Drug
Dependence 36 (2) 124-141, 2001

- 13) 和田 清、菊池安希子、尾崎米厚、勝野眞吾
薬物乱用に関する全国中学生意識 実態調
査 平成12年度厚生科学研究費補助金(医薬
安全総合研究事業)「薬物乱用・依存等の疫学
的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切
な医療のあり方についての研究(主任研究者
和田 清) 研究報告書 pp 15-76, 2001
- 14) 和田 清 薬物乱用の現状と歴史 神経精神
薬理 19 913-923, 1997
- 15) 和田 清、菊池安希子、尾崎 茂 薬物使用
に関する全国住民調査 平成13年度厚生科学
研究費補助金(医薬安全総合研究事業)「薬物
乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社
会経済的損失に関する研究(主任研究者 和
田 清) 研究報告書 pp 15-77, 2002 3
- 16) 和田 清、畢 穎、鈴木紀美子、尾崎米厚、
勝野眞吾 薬物乱用に関する全国中学生意識
実態調査(2002年) 平成14年度厚生労働
科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)「薬
物乱用 依存等の実態把握に関する研究及び
社会経済的損失に関する研究(主任研究者
和田 清) 研究報告書 pp 19-86, 2003
- 17) SAMHSA Results from the 2002 National
Survey on Drug Use and Health National
Findings, Table 1 1B
- 18) 各国によるRepoert to the EMCDDA by the
Reitox National Focal Point 2002~2003
- 19) Drug Demand Reduction Bureau, Office of
the Narcotics Control Board, Thailand
Preliminary Report of Project, Estimation
of Population Related with Substance
Abuse, Status of Drug and Substance Use
2001, National Household Survey pp 3, 20
02

表5 対象の性・年齢・学歴 (%)

	男	女	全体
年齢			
15-19歳	113 (6 6)	103 (5 7)	216 (6 1)
20-24歳	82 (4 8)	109 (6 0)	191 (5 4)
25-29歳	92 (5 3)	122 (6 7)	214 (6 0)
30-34歳	115 (6 7)	125 (6 9)	240 (6 8)
35-39歳	138 (8 0)	164 (9 0)	302 (8 5)
40-44歳	140 (8 1)	165 (9 1)	305 (8 6)
45-49歳	129 (7 5)	170 (9 4)	299 (8 4)
50-54歳	186 (10 8)	202 (11 1)	388 (11 0)
55-59歳	160 (9 3)	180 (9 9)	340 (9 6)
60-64歳	196 (11 4)	158 (8 7)	354 (10 0)
65-69歳	154 (8 9)	147 (8 1)	301 (8 5)
70歳以上	218 (12 7)	169 (9 3)	387 (10 9)
無回答	0 (0)	2 (1)	2 (1)
学歴			
小学校 (尋常小学校も含む)	24 (1 4)	35 (1 9)	59 (1 7)
中学校 (尋常高等小学校も含む)	306 (17 8)	260 (14 3)	566 (16 0)
専門学校 (中卒後)	62 (3 6)	64 (3 5)	126 (3 6)
専門学校 (高校中退後、ないし高卒後)	120 (7 0)	192 (10 6)	312 (8 8)
高等学校 (旧制中学校 高女も含む)	709 (41 1)	833 (45 9)	1542 (43 6)
短大 大学以上 (旧制高等学校も含む)	486 (28 2)	410 (22 6)	896 (25 3)
その他	7 (4)	6 (3)	13 (4)
無回答	9 (5)	16 (9)	25 (7)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表6 対象の職業 身分 (%)

	男	女	全体
中学生	10 (6)	10 (6)	20 (6)
高校生	76 (4 4)	63 (3 5)	139 (3 9)
予備校生	3 (2)	1 (1)	4 (1)
専門学校、各種学校生徒	6 (3)	16 (9)	22 (6)
短大生、大学生、大学院生	33 (1 9)	35 (1 9)	68 (1 9)
農林漁業自営者	100 (5 8)	45 (2 5)	145 (4 1)
商店主	55 (3 2)	49 (2 7)	104 (2 9)
工場主	36 (2 1)	14 (8)	50 (1 4)
土木建設業種	50 (2 9)	7 (4)	57 (1 6)
医療関係業種	8 (5)	5 (3)	13 (4)
サービス業事業主	36 (2 1)	34 (1 9)	70 (2 0)
その他の事業主	33 (1 9)	14 (8)	47 (1 3)
販売従業者	116 (6 7)	120 (6 6)	236 (6 7)
保安従業者	36 (2 1)	2 (1)	38 (1 1)
運輸従業者	69 (4 0)	0 (0)	69 (1 9)
通信従事者	5 (3)	4 (2)	9 (3)
サービス業従事者	35 (2 0)	79 (4 4)	114 (3 2)
技能職従事者	25 (1 5)	22 (1 2)	47 (1 3)
土木建築業従事者	98 (5 7)	6 (3)	104 (2 9)
工場労働者、工業作業員	137 (8 0)	55 (3 0)	192 (5 4)
その他の労務従事者	24 (1 4)	28 (1 5)	52 (1 5)
専務従事者	159 (9 2)	206 (11 3)	365 (10 3)
管理的職業	73 (4 2)	6 (3)	79 (2 2)
医療職従事者	14 (8)	79 (4 4)	93 (2 6)
その他の専門、技術職従事者	118 (6 8)	57 (3 1)	175 (4 9)
専業主婦	0 (0)	681 (37 5)	681 (19 2)
無職	342 (19 8)	157 (8 6)	499 (14 1)
その他	10 (6)	12 (7)	22 (6)
無回答	16 (9)	9 (5)	25 (7)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表7 これまでの飲酒経験の有無（生涯飲酒経験率）（%）

飲酒経験		男		女		全体	
		80	(4 6)	155	(8 5)	235	(6 6)
	なし	1637	(95 0)	1659	(91 4)	3296	(93 1)
	あり	6	(3)	2	(1)	8	(2)
合計	無回答	1723	(100 0)	1816	(100 0)	3539	(100 0)

表8 これまでに飲酒した機会（生涯飲酒経験者のみ）（複数回答）（%）

		男		女		全体	
		1225	(74 8)	1146	(69 1)	2371	(71 9)
冠婚葬祭		886	(54 1)	444	(26 8)	1330	(40 4)
仕事 商売上の必要		768	(46 9)	369	(22 2)	1137	(34 5)
上司とのつきあい		1276	(77 9)	1142	(68 8)	2418	(73 4)
友人・同僚と		719	(43 9)	340	(20 5)	1059	(32 1)
その他つきあい		1228	(75 0)	1103	(66 5)	2331	(70 7)
家の食事 団らん		896	(54 7)	762	(45 9)	1658	(50 3)
外の食事 団らん		349	(21 3)	152	(9 2)	501	(15 2)
仕事で嫌なこと		219	(13 4)	123	(7 4)	342	(10 4)
家で面白くないこと		502	(30 7)	337	(20 3)	839	(25 5)
寝る前		33	(2 0)	25	(1 5)	58	(1 8)
その他		9	(5)	21	(1 3)	30	(9)
飲酒機会ありたか機会不明		1637	(100 0)	1659	(100 0)	3296	(100 0)
合計							

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

		男		女		全体	
		58	(3 5) [3 5]	53	(3 2) [3 2]	111	(3 4) [3 4]
小学校以前		221	(13 5) [17 0]	207	(12 5) [15 7]	428	(13 0) [16 4]
小学校時代		273	(16 7) [33 7]	145	(8 7) [24 4]	418	(12 7) [29 0]
中学校時代		274	(16 7) [50 5]	158	(9 5) [33 9]	432	(13 1) [42 1]
中卒後～17歳		465	(28 4) [78 9]	376	(22 7) [56 6]	841	(25 5) [67 7]
18-19歳		333	(20 3) [99 2]	689	(41 5) [98 1]	1022	(31 0) [98 7]
20歳以降		4	(2) [99 5]	10	(6) [98 7]	14	(4) [99 1]
初飲年齢不明		9	(5) [100]	21	(1 3) [100]	30	(9) [100]
無回答		1637	(100 0)	1659	(100 0)	3296	(100 0)
合計							

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

		男		女		全体	
		156	(9 5) [9 5]	357	(21 5) [21 5]	513	(15 6) [15 6]
それなりには		1	(1) [9 6]	0	(0) [21 5]	1	(0) [15 6]
至ったことない		2	(1) [9 7]	2	(1) [21 6]	4	(1) [15 7]
小学校以前		18	(1 1) [10 8]	9	(5) [22 2]	27	(8) [16 5]
小学校時代		99	(6 0) [16 9]	42	(2 5) [24 7]	141	(4 3) [20 8]
中学校時代		489	(29 9) [46 7]	271	(16 3) [41 0]	760	(23 1) [43 9]
中卒後～17歳		815	(49 8) [96 5]	876	(52 8) [93 9]	1691	(51 3) [95 2]
18-19歳		28	(1 7) [98 2]	50	(3 0) [96 9]	78	(2 4) [97 5]
20歳以降		29	(1 8) [100]	52	(3 1) [100]	81	(2 5) [100]
飲酒開始時期不明		1637	(100 0)	1659	(100 0)	3296	(100 0)
無回答							
合計							

表11 過去1年での飲酒経験（飲酒1年経験率）（%）

		男		女		全体	
過去1年飲酒経験	なし	182	(10 6)	349	(19 2)	531	(15 0)
	あり	1533	(89 0)	1459	(80 3)	2992	(84 5)
	無回答	8	(5)	8	(4)	16	(5)
合計		1723	(100 0)	1816	(100 0)	3539	(100 0)

表12 過去1年に飲酒した機会（過去1年飲酒経験者のみ）（複数回答）（%）

	男		女		全体	
(冠婚葬祭)	922	(60 1)	658	(45 1)	1580	(52 8)
(仕事・商売上の必要)	657	(42 9)	244	(16 7)	901	(30 1)
(上司とのつきあい)	517	(33 7)	157	(10 8)	674	(22 5)
(友人 同僚と)	1106	(72 1)	849	(58 2)	1955	(65 3)
(その他つきあい)	566	(36 9)	219	(15 0)	785	(26 2)
(家の食事 団らん)	1130	(73 7)	969	(66 4)	2099	(70 2)
(外の食事 団らん)	769	(50 2)	602	(41 3)	1371	(45 8)
(仕事で嫌なこと)	229	(14 9)	79	(5 4)	308	(10 3)
(家で面白くないこと)	149	(9 7)	75	(5 1)	224	(7 5)
(寝る前)	446	(29 1)	270	(18 5)	716	(23 9)
(その他)	26	(1 7)	15	(1 0)	41	(1 4)
(飲酒機会ありたか機会不明)	5	(3)	8	(5)	13	(4)
合計	1533	(100 0)	1459	(100 0)	2992	(100 0)

表13 過去1年での飲酒頻度（過去1年飲酒経験者のみ）（%）

	男		女		全体	
1年間に数回（年5回以内）	215	(14 0)	527	(36 1)	742	(24 8)
2ヶ月に1回（年間約6-11回）	91	(5 9)	172	(11 8)	263	(8 8)
月に1-2回（年間約12-24回）	132	(8 6)	181	(12 4)	313	(10 5)
月に数回（年間約25-51回）	120	(7 8)	150	(10 3)	270	(9 0)
週に1-2回程度	191	(12 5)	148	(10 1)	339	(11 3)
週に3-6回程度	263	(17 2)	143	(9 8)	406	(13 6)
ほとんど毎日	509	(33 2)	122	(8 4)	631	(21 1)
飲んだが頻度不明	9	(6)	11	(8)	20	(7)
無回答	3	(2)	5	(3)	8	(3)
合計	1533	(100 0)	1459	(100 0)	2992	(100 0)

表14 禁酒に対する考え 実態（生涯飲酒経験者のみ）（%）

	男		女		全体	
禁酒は考えたことない	802	(49 0)	1142	(68 8)	1944	(59 0)
禁酒を考えたことはあるか実行したことは ない	476	(29 1)	203	(12 2)	679	(20 6)
禁酒を試みたが現在禁酒に至っていない	140	(8 6)	72	(4 3)	212	(6 4)
禁酒中（初めての禁酒。1年未満。）	15	(9)	20	(1 2)	35	(1 1)
禁酒中（再挑戦の禁酒。1年未満。）	14	(9)	15	(9)	29	(9)
禁酒中（1年以上）	67	(4 1)	43	(2 6)	110	(3 3)
無回答	123	(7 5)	164	(9 9)	287	(8 7)
合計	1637	(100 0)	1659	(100 0)	3296	(100 0)

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

	男		女		全体	
健康上の不調は感しないか可能性か心配になったから	292	(41 0)	133	(37 7)	425	(39 9)
健康上の不調を感じたから	257	(36 1)	71	(20 1)	328	(30 8)
問題は起こしていないか自分の飲酒にその可能性を感じたから	25	(3 5)	13	(3 7)	38	(3 6)
飲酒で問題を起こしたから	15	(2 1)	4	(1 1)	19	(1 8)
その他	25	(3 5)	50	(14 2)	75	(7 0)
禁酒理由不明	112	(15 7)	70	(19 8)	182	(17 1)
無回答	25	(3 5)	22	(6 2)	47	(4 4)
合計	712	(100 0)	353	(100 0)	1065	(100 0)

表16 これまでの喫煙経験（生涯喫煙経験）（%）

	男		女		全体	
喫煙経験						
なし	262	(15 2)	999	(55 0)	1261	(35 6)
あり	1415	(82 1)	783	(43 1)	2198	(62 1)
無回答	46	(2 7)	34	(1 9)	80	(2 3)
合計	1723	(100 0)	1816	(100 0)	3539	(100 0)

表17 初めての喫煙時期（生涯喫煙経験者のみ）、（%）、[累積%]

	男			女			全体		
小学校以前	9	(6)	[6]	3	(4)	[4]	12	(5)	[5]
小学校時代	83	(5 9)	[6 5]	51	(6 5)	[6 9]	134	(6 1)	[6 6]
中学校時代	266	(18 8)	[25 3]	79	(10 1)	[17 0]	345	(15 7)	[22 3]
中卒後～17歳	267	(18 9)	[44 2]	86	(11 0)	[28 0]	353	(16 1)	[38 4]
18-19歳	457	(32 3)	[76 5]	226	(28 9)	[56 8]	683	(31 1)	[69 5]
20歳以降	324	(22 9)	[99 4]	330	(42 1)	[99 0]	654	(29 8)	[99 2]
初喫煙年齢不明	1	(1)	[99 4]	5	(6)	[99 6]	6	(3)	[99 5]
無回答	8	(6)	[100]	3	(4)	[100]	11	(5)	[100]
合計	1415	(100 0)		783	(100 0)		2198	(100 0)	

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

	男			女			全体		
それなりには至ったことない	154	(10 9)	[10 9]	261	(33 3)	[33 3]	415	(18 9)	[18 9]
小学校時代	3	(2)	[11 1]	1	(1)	[33 5]	4	(2)	[19 1]
中学校時代	57	(4 0)	[15 1]	16	(2 0)	[35 5]	73	(3 3)	[22 4]
中卒後～17歳	159	(11 2)	[26 4]	40	(5 1)	[40 6]	199	(9 1)	[31 4]
18-19歳	471	(33 3)	[59 6]	126	(16 1)	[56 7]	597	(27 2)	[58 6]
20歳以降	513	(36 3)	[95 9]	253	(32 3)	[89 0]	766	(34 8)	[93 4]
喫煙開始時期不明	38	(2 7)	[98 6]	64	(8 2)	[97 2]	102	(4 6)	[98 1]
無回答	20	(1 4)	[100]	22	(2 8)	[100]	42	(1 9)	[100]
合計	1415	(100 0)		783	(100 0)		2198	(100 0)	

表19 過去1年間での喫煙経験（%）

	男		女		全体	
過去1年喫煙経験						
なし	833	(48 3)	1432	(78 9)	2265	(64 0)
あり	848	(49 2)	317	(17 5)	1165	(32 9)
無回答	42	(2 4)	67	(3 7)	109	(3 1)
合計	1723	(100 0)	1816	(100 0)	3539	(100 0)

表20 過去1年の喫煙頻度（過去1年喫煙経験者のみ）（%）

	男		女		全体	
1年間に数回（年間5回以内）	40	(4 7)	39	(12 3)	79	(6 8)
2ヶ月に1回程度（年6-11回）	14	(1 7)	7	(2 2)	21	(1 8)
月に1-2回程度（年12-24回）	7	(8)	2	(6)	9	(8)
月に数回（年25-51回）	15	(1 8)	7	(2 2)	22	(1 9)
週に1-2回程度	13	(1 5)	10	(3 2)	23	(2 0)
週に3-6回程度	16	(1 9)	11	(3 5)	27	(2 3)
ほとんど毎日（1日1-10本）	162	(19 1)	110	(34 7)	272	(23 3)
ほとんど毎日（1日11-20本）	343	(40 4)	111	(35 0)	454	(39 0)
ほとんど毎日（1日21本以上）	221	(26 1)	17	(5 4)	238	(20 4)
ほとんど毎日（パイプたばこ）	17	(2 0)	3	(9)	20	(1 7)
合計	848	(100 0)	317	(100 0)	1165	(100 0)

表21 禁煙に対する考え方（生涯喫煙経験者のみ）（%）

	男		女		全体	
禁煙を考えたことはない	335	(23 7)	362	(46 2)	697	(31 7)
禁煙を考えたことはあるが実行したことはない	299	(21 1)	99	(12 6)	398	(18 1)
禁煙を試みたが現在禁煙に至っていない	294	(20 8)	116	(14 8)	410	(18 7)
禁煙中（初めての禁煙。1年未満。）	36	(2 5)	20	(2 6)	56	(2 5)
禁煙中（再挑戦の禁煙。1年未満。）	15	(1 1)	13	(1 7)	28	(1 3)
禁煙中（1年以上）	405	(28 6)	141	(18 0)	546	(24 8)
無回答	31	(2 2)	32	(4 1)	63	(2 9)
合計	1415	(100 0)	783	(100 0)	2198	(100 0)

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

	男		女		全体	
健康上の不調は感しないか可能性が心配になった	403	(38 4)	168	(43 2)	571	(39 7)
健康上の不調	324	(30 9)	74	(19 0)	398	(27 7)
喫煙者が白い目で見られるようになった	42	(4 0)	15	(3 9)	57	(4 0)
人から勧められた	82	(7 8)	45	(11 6)	127	(8 8)
家族や他者の健康への影響を考えて	255	(24 3)	99	(25 4)	354	(24 6)
その他	86	(8 2)	58	(14 9)	144	(10 0)
禁煙理由不明	55	(5 2)	20	(5 1)	75	(5 2)
無回答	20	(1 9)	8	(2 1)	28	(1 9)
合計	1049	(100 0)	389	(100 0)	1438	(100 0)

表23 家庭の常備薬（複数回答）（%）

	男		女		全体	
とくになし	221	(12 8)	145	(8 0)	366	(10 3)
風邪薬	1097	(63 7)	1275	(70 2)	2372	(67 0)
胃腸薬	1022	(59 3)	1144	(63 0)	2166	(61 2)
ビタミン剤	502	(29 1)	625	(34 4)	1127	(31 8)
高血圧薬	197	(11 4)	179	(9 9)	376	(10 6)
糖尿病薬	64	(3 7)	53	(2 9)	117	(3 3)
精神安定薬	41	(2 4)	73	(4 0)	114	(3 2)
湿布薬	759	(44 1)	1035	(57 0)	1794	(50 7)
強精強肝薬	21	(1 2)	12	(7)	33	(9)
睡眠薬	65	(3 8)	68	(3 7)	133	(3 8)
鎮痛薬	518	(30 1)	805	(44 3)	1323	(37 4)
抗生物質	109	(6 3)	150	(8 3)	259	(7 3)
便秘薬	226	(13 1)	405	(22 3)	631	(17 8)
目薬	927	(53 8)	1098	(60 5)	2025	(57 2)
鼻炎薬	288	(16 7)	405	(22 3)	693	(19 6)
セノトの置き薬	537	(31 2)	549	(30 2)	1086	(30 7)
その他	32	(1 9)	39	(2 1)	71	(2 0)
無回答	19	(1 1)	10	(6)	29	(8)
合計	1723	(100 0)	1816	(100 0)	3539	(100 0)

表24 過去1年間に一回でも使用したことのある医薬品（複数回答）（%）

	男	女	全体
とくになし	182 (10 6)	114 (6 3)	296 (8 4)
風邪薬	1103 (64 0)	1215 (66 9)	2318 (65 5)
胃腸薬	792 (46 0)	818 (45 0)	1610 (45 5)
ビタミン剤	433 (25 1)	563 (31 0)	996 (28 1)
高血圧薬	212 (12 3)	178 (9 8)	390 (11 0)
糖尿病薬	68 (3 9)	40 (2 2)	108 (3 1)
湿布薬	586 (34 0)	787 (43 3)	1373 (38 8)
強精強肝薬	20 (1 2)	12 (7)	32 (9)
抗生物質	207 (12 0)	335 (18 4)	542 (15 3)
便秘薬	128 (7 4)	300 (16 5)	428 (12 1)
目薬	821 (47 6)	978 (53 9)	1799 (50 8)
鼻炎薬	245 (14 2)	345 (19 0)	590 (16 7)
セットの置き薬	198 (11 5)	201 (11 1)	399 (11 3)
その他	36 (2 1)	105 (5 8)	141 (4 0)
無回答	16 (9)	16 (9)	32 (9)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表25 過去1年間での鎮痛薬使用頻度（%）

	男	女	全体
一度も飲んでいない	899 (52 2)	666 (36 7)	1565 (44 2)
1年間に数回（年5回以内）	549 (31 9)	673 (37 1)	1222 (34 5)
2ヶ月に1回（年約6-11回）	83 (4 8)	138 (7 6)	221 (6 2)
月に1-2回（年約12-24回）	62 (3 6)	148 (8 1)	210 (5 9)
月に数回（年約25-51回）	33 (1 9)	71 (3 9)	104 (2 9)
週に1-2回程度	14 (8)	30 (1 7)	44 (1 2)
週に3-6回程度	6 (3)	11 (6)	17 (5)
ほとんど毎日	24 (1 4)	27 (1 5)	51 (1 4)
飲んだか頻度不明	37 (2 1)	39 (2 1)	76 (2 1)
無回答	16 (9)	13 (7)	29 (8)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

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

	男	女	全体
常備薬	180 (22 3)	260 (22 9)	440 (22 6)
医院・病院	32 (4 0)	49 (4 3)	81 (4 2)
薬局・薬店	400 (49 5)	503 (44 2)	903 (46 4)
家族	346 (42 8)	611 (53 7)	957 (49 2)
友人 知人	5 (6)	15 (1 3)	20 (1 0)
愛人 恋人	1 (1)	1 (1)	2 (1)
その他	3 (4)	10 (9)	13 (7)
飲んだか入手先不明	39 (4 8)	30 (2 6)	69 (3 5)
無回答	7 (9)	4 (4)	11 (6)
合計	808 (100 0)	1137 (100 0)	1945 (100 0)

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

	男	女	全体
頭痛	447 (55.3)	765 (67.3)	1212 (62.3)
歯痛	202 (25.0)	219 (19.3)	421 (21.6)
腰痛	114 (14.1)	109 (9.6)	223 (11.5)
生理痛	0 (0)	312 (27.4)	312 (16.0)
胃痛	121 (15.0)	128 (11.3)	249 (12.8)
肩こり	64 (7.9)	120 (10.6)	184 (9.5)
その他の痛み	73 (9.0)	69 (6.1)	142 (7.3)
遊び 快感目的	1 (0.1)	0 (0)	1 (0.1)
その他	27 (3.3)	27 (2.4)	54 (2.8)
使用目的不明	53 (6.6)	32 (2.8)	85 (4.4)
合計	808 (100.0)	1137 (100.0)	1945 (100.0)

表28 鎮痛薬使用の実情 心情 (%)

	男	女	全体
必要がないので考えたことかない	755 (43.8)	547 (30.1)	1302 (36.8)
必要なときは心配せずに使っている	491 (28.5)	536 (29.5)	1027 (29.0)
心配もあるかとどちらかといえは使う	246 (14.3)	417 (23.0)	663 (18.7)
心配だからどちらかというとならない	57 (3.3)	139 (7.7)	196 (5.5)
心配だからとにかく使わない	9 (0.5)	19 (1.0)	28 (0.8)
不明	131 (7.6)	133 (7.3)	264 (7.5)
無回答	34 (2.0)	25 (1.4)	59 (1.7)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表29 この1年間での精神安定薬（抗不安薬）の使用頻度 (%)

	男	女	全体
一度も飲んでいない	1592 (92.4)	1644 (90.5)	3236 (91.4)
1年間に数回（年5回以内）	44 (2.6)	75 (4.1)	119 (3.4)
2ヶ月に1回（年約6-11回）	2 (0.1)	7 (0.4)	9 (0.3)
月に1-2回（年約12-24回）	6 (0.3)	8 (0.4)	14 (0.4)
月に数回（年約25-51回）	9 (0.5)	8 (0.4)	17 (0.5)
週に1-2回	3 (0.2)	13 (0.7)	16 (0.5)
週に3-6回	8 (0.5)	5 (0.3)	13 (0.4)
ほとんど毎日	22 (1.3)	34 (1.9)	56 (1.6)
飲んだか頻度不明	7 (0.4)	8 (0.4)	15 (0.4)
無回答	30 (1.7)	14 (0.8)	44 (1.2)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

	男	女	全体
常備薬	2 (0.2)	4 (2.5)	6 (2.3)
医院 病院	5 (5.0)	7 (4.4)	12 (4.6)
薬局 薬店	76 (75.2)	119 (75.3)	195 (75.3)
家族	11 (10.9)	12 (7.6)	23 (8.9)
友人・知人	0 (0)	3 (1.9)	3 (1.2)
愛人 恋人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)
飲んだか入手先不明	14 (13.9)	17 (10.8)	31 (12.0)
無回答	0 (0)	1 (0.6)	1 (0.4)
合計	101 (100.0)	158 (100.0)	259 (100.0)

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

	男	女	全体
不眠改善	54 (53.5)	82 (51.9)	136 (52.5)
不安解消	17 (16.8)	36 (22.8)	53 (20.5)
ストレス軽減	11 (10.9)	16 (10.1)	27 (10.4)
高血圧の治療	10 (9.9)	14 (8.9)	24 (9.3)
遊び 快感目的	0 (0)	0 (0)	0 (0)
その他	6 (5.9)	14 (8.9)	20 (7.7)
使用目的不明	20 (19.8)	22 (13.9)	42 (16.2)
合計	101 (100.0)	158 (100.0)	259 (100.0)

表32 精神安定薬使用の実情・心情（%）

	男	女	全体
必要がないので考えたことがない	1501 (87.1)	1512 (83.3)	3013 (85.1)
必要なときは心配せずに使っている	72 (4.2)	99 (5.5)	171 (4.8)
心配もあるかとちらかというを使う	60 (3.5)	95 (5.2)	155 (4.4)
心配たからとちらかというを使わない	20 (1.2)	41 (2.3)	61 (1.7)
心配たからとにかく使わない	16 (0.9)	29 (1.6)	45 (1.3)
不明	20 (1.2)	22 (1.2)	42 (1.2)
無回答	34 (2.0)	18 (1.0)	52 (1.5)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表33 1年間での睡眠薬の使用頻度（%）

	男	女	全体
一度も飲んでいない	1601 (92.9)	1687 (92.9)	3288 (92.9)
1年間に数回（年5回以内）	41 (2.4)	53 (2.9)	94 (2.7)
2ヶ月に1回（年約6-11回）	6 (0.3)	6 (0.3)	12 (0.3)
月に1-2回（年約12-24回）	8 (0.5)	13 (0.7)	21 (0.6)
月に数回（年約25-51回）	10 (0.6)	9 (0.5)	19 (0.5)
週に1-2回	7 (0.4)	6 (0.3)	13 (0.4)
週に3-6回	9 (0.5)	6 (0.3)	15 (0.4)
ほとんど毎日	21 (1.2)	22 (1.2)	43 (1.2)
飲んだか頻度不明	7 (0.4)	2 (0.1)	9 (0.3)
無回答	13 (0.8)	12 (0.7)	25 (0.7)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表34 睡眠薬の入手先（過去1年に睡眠薬を使用した人）（複数回答）（%）

	男	女	全体
常備薬	1 (0.9)	1 (0.9)	2 (0.9)
医院 病院	6 (5.5)	6 (5.1)	12 (5.3)
薬局 薬店	99 (90.8)	101 (86.3)	200 (88.5)
家族	8 (7.3)	4 (3.4)	12 (5.3)
友人・知人	2 (1.8)	5 (4.3)	7 (3.1)
愛人 恋人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)
入手先不明	0 (0)	1 (0.9)	1 (0.4)
合計	109 (100.0)	117 (100.0)	226 (100.0)

表35 睡眠薬の使用理由（過去1年に睡眠薬使用した人）（複数回答）（%）

	男	女	全体
不眠改善	95 (87 2)	104 (88 9)	199 (88 1)
不安解消	5 (4 6)	6 (5 1)	11 (4 9)
ストレス軽減	8 (7 3)	5 (4 3)	13 (5 8)
高血圧の治療	3 (2 8)	7 (6 0)	10 (4 4)
遊び・快感目的	0 (0)	0 (0)	0 (0)
その他	6 (5 5)	7 (6 0)	13 (5 8)
使用目的不明	1 (9)	3 (2 6)	4 (1 8)
合計	109 (100 0)	117 (100 0)	226 (100 0)

表36 睡眠薬使用の実情・心情（%）

	男	女	全体
必要がないので考えたことかない	1491 (86 5)	1526 (84 0)	3017 (85 3)
必要なときは心配せずに使っている	91 (5 3)	87 (4 8)	178 (5 0)
心配もあるがどちらかといえば使う	65 (3 8)	85 (4 7)	150 (4 2)
心配だからどちらかというと思わない	23 (1 3)	49 (2 7)	72 (2 0)
心配だからとにかく使わない	22 (1 3)	35 (1 9)	57 (1 6)
不明	2 (1)	8 (4)	10 (3)
無回答	29 (1 7)	26 (1 4)	55 (1 6)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表37 聞いたことのある薬物名（複数回答）（%）

	男	女	全体
有機溶剤	421 (24 4)	237 (13 1)	658 (18 6)
シンナー	1355 (78 6)	1450 (79 8)	2805 (79 3)
トルエン	853 (49 5)	644 (35 5)	1497 (42 3)
大麻	1531 (88 9)	1629 (89 7)	3160 (89 3)
マリファナ	1305 (75 7)	1367 (75 3)	2672 (75 5)
ハンノシ	367 (21 3)	209 (11 5)	576 (16 3)
覚せい剤	1455 (84 4)	1582 (87 1)	3037 (85 8)
ヒロポン	1036 (60 1)	873 (48 1)	1909 (53 9)
シャブ	1146 (66 5)	1114 (61 3)	2260 (63 9)
スピード	609 (35 3)	580 (31 9)	1189 (33 6)
エス	206 (12 0)	196 (10 8)	402 (11 4)
麻薬	1444 (83 8)	1532 (84 4)	2976 (84 1)
モルヒネ	1366 (79 3)	1477 (81 3)	2843 (80 3)
ヘロイン	1272 (73 8)	1266 (69 7)	2538 (71 7)
コカイン	1379 (80 0)	1419 (78 1)	2798 (79 1)
クラック	369 (21 4)	156 (8 6)	525 (14 8)
LSD	842 (48 9)	627 (34 5)	1469 (41 5)
アソット	114 (6 6)	33 (1 8)	147 (4 2)
MDMA	100 (5 8)	55 (3 0)	155 (4 4)
エクス	83 (4 8)	47 (2 6)	130 (3 7)
エクスタシー	411 (23 9)	333 (18 3)	744 (21 0)
マシク マッソルーム	568 (33 0)	530 (29 2)	1098 (31 0)
すべて知らない	67 (3 9)	64 (3 5)	131 (3 7)
無回答	65 (3 8)	46 (2 5)	111 (3 1)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

左端のカッコは同じものであることを意味している。

表38 薬物乱用を繰り返すと依存状態になることを知っているか？ (%)

	男	女	全体
知っている	1640 (95.2)	1718 (94.6)	3358 (94.9)
知らない	68 (3.9)	85 (4.7)	153 (4.3)
無回答	15 (0.9)	13 (0.7)	28 (0.8)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

	男	女	全体
知っている	1491 (86.5)	1485 (81.8)	2976 (84.1)
知らない	217 (12.6)	319 (17.6)	536 (15.1)
無回答	15 (0.9)	12 (0.7)	27 (0.8)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

	男	女	全体
知っている	1495 (86.8)	1535 (84.5)	3030 (85.6)
知らない	207 (12.0)	263 (14.5)	470 (13.3)
無回答	21 (1.2)	18 (1.0)	39 (1.1)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

	男	女	全体
知っている	1147 (66.6)	1075 (59.2)	2222 (62.8)
知らない	545 (31.6)	707 (38.9)	1252 (35.4)
無回答	31 (1.8)	34 (1.9)	65 (1.8)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

	男	女	全体
知っている	1192 (69.2)	1168 (64.3)	2360 (66.7)
知らない	502 (29.1)	623 (34.3)	1125 (31.8)
無回答	29 (1.7)	25 (1.4)	54 (1.5)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表43 「シンナー遊び」をする人数の印象 (%)

	男	女	全体
以前より増えている	328 (19.0)	428 (23.6)	756 (21.4)
変わらない	184 (10.7)	178 (9.8)	362 (10.2)
以前より減っている	189 (11.0)	122 (6.7)	311 (8.8)
わからない	973 (56.5)	1048 (57.7)	2021 (57.1)
無回答	49 (2.8)	40 (2.2)	89 (2.5)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

	男	女	全体
知らない	1376 (79.9)	1553 (85.5)	2929 (82.8)
知っている	322 (18.7)	243 (13.4)	565 (16.0)
無回答	25 (1.5)	20 (1.1)	45 (1.3)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表45 身近な人で「シンナー遊び」をこれまでにに行ったことのある人を知っているか？

	「シンナー遊び」をした人			(年齢群別) (%)	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	192 (6.6)	22 (3.9)	2 (4.4)	216 (6.1)	
20-24歳	154 (5.3)	37 (6.5)	0 (0)	191 (5.4)	
25-29歳	158 (5.4)	55 (9.7)	1 (2.2)	214 (6.0)	
30-34歳	163 (5.6)	75 (13.3)	2 (4.4)	240 (6.8)	
35-39歳	223 (7.6)	76 (13.5)	3 (6.7)	302 (8.5)	
40-44歳	235 (8.0)	69 (12.2)	1 (2.2)	305 (8.6)	
45-49歳	241 (8.2)	58 (10.3)	0 (0)	299 (8.4)	
50-54歳	332 (11.3)	45 (8.0)	11 (24.4)	388 (11.0)	
55-59歳	292 (10.0)	43 (7.6)	5 (11.1)	340 (9.6)	
60-64歳	319 (10.9)	29 (5.1)	6 (13.3)	354 (10.0)	
65-69歳	266 (9.1)	29 (5.1)	6 (13.3)	301 (8.5)	
70歳以上	352 (12.0)	27 (4.8)	8 (17.8)	387 (10.9)	
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	
合計	2929 (100.0)	565 (100.0)	45 (100.0)	3539 (100.0)	

表46 身近な人で、「シンナー遊び」をこれまでにに行ったことのある人を何人知っているか？
(「シンナー遊び」をこれまでにに行ったことのある人を知っている者のみ) (%)

	男	女	全体
1人	44 (13.7)	73 (30.0)	117 (20.7)
2人	56 (17.4)	52 (21.4)	108 (19.1)
3人	61 (18.9)	32 (13.2)	93 (16.5)
4人	10 (3.1)	7 (2.9)	17 (3.0)
5人	52 (16.1)	20 (8.2)	72 (12.7)
6人	9 (2.8)	9 (3.7)	18 (3.2)
7人	4 (1.2)	2 (0.8)	6 (1.1)
8人	4 (1.2)	1 (0.4)	5 (0.9)
9人	0 (0)	1 (0.4)	1 (0.2)
10人	36 (11.2)	21 (8.6)	57 (10.1)
15人	2 (0.6)	1 (0.4)	3 (0.5)
17人	1 (0.3)	0 (0)	1 (0.2)
20人	6 (1.9)	4 (1.6)	10 (1.8)
28人	0 (0)	1 (0.4)	1 (0.2)
30人	4 (1.2)	1 (0.4)	5 (0.9)
40人	1 (0.3)	0 (0)	1 (0.2)
50人	3 (0.9)	3 (1.2)	6 (1.1)
100人	3 (0.9)	0 (0)	3 (0.5)
300人	1 (0.3)	0 (0)	1 (0.2)
500人	0 (0)	1 (0.4)	1 (0.2)
無回答	25 (7.8)	14 (5.8)	39 (6.9)
合計	322 (100.0)	243 (100.0)	565 (100.0)
平均±SD	7.37±20.66 n=297	6.55±33.45 n=229	7.01±26.96 n=526

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

	男	女	全体
知らない	1655 (96.1)	1757 (96.8)	3412 (96.4)
知っている	40 (2.3)	43 (2.4)	83 (2.3)
無回答	28 (1.6)	16 (0.9)	44 (1.2)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

(年齢群別) (%)

	過去1年「シンナー遊び」をした人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	205 (6.0)	9 (10.8)	2 (4.5)	216 (6.1)	
20-24歳	182 (5.3)	8 (9.6)	1 (2.3)	191 (5.4)	
25-29歳	205 (6.0)	6 (7.2)	3 (6.8)	214 (6.0)	
30-34歳	233 (6.8)	6 (7.2)	1 (2.3)	240 (6.8)	
35-39歳	295 (8.6)	6 (7.2)	1 (2.3)	302 (8.5)	
40-44歳	296 (8.7)	8 (9.6)	1 (2.3)	305 (8.6)	
45-49歳	292 (8.6)	6 (7.2)	1 (2.3)	299 (8.4)	
50-54歳	376 (11.0)	5 (6.0)	7 (15.9)	388 (11.0)	
55-59歳	325 (9.5)	11 (13.3)	4 (9.1)	340 (9.6)	
60-64歳	342 (10.0)	7 (8.4)	5 (11.4)	354 (10.0)	
65-69歳	288 (8.4)	5 (6.0)	8 (18.2)	301 (8.5)	
70歳以上	371 (10.9)	6 (7.2)	10 (22.7)	387 (10.9)	
無回答	2 (0.1)	0 (0)	0 (0)	2 (0.1)	
合計	3412 (100.0)	83 (100.0)	44 (100.0)	3539 (100.0)	

表49 身近な人で、この1年間に「シンナー遊び」を行ったことのある人を何人知っているか？

(過去1年使用者を知っている人のみ) (%)

	男	女	全体
1人	8 (20.0)	16 (37.2)	24 (28.9)
2人	15 (37.5)	10 (23.3)	25 (30.1)
3人	1 (2.5)	4 (9.3)	5 (6.0)
4人	2 (5.0)	3 (7.0)	5 (6.0)
5人	2 (5.0)	3 (7.0)	5 (6.0)
6人	2 (5.0)	1 (2.3)	3 (3.6)
8人	0 (0)	1 (2.3)	1 (1.2)
9人	0 (0)	1 (2.3)	1 (1.2)
10人	3 (7.5)	1 (2.3)	4 (4.8)
11人	0 (0)	1 (2.3)	1 (1.2)
20人	1 (2.5)	0 (0)	1 (1.2)
40人	1 (2.5)	1 (2.3)	2 (2.4)
200人	0 (0)	1 (2.3)	1 (1.2)
無回答	5 (12.5)	0 (0)	5 (6.0)
合計	40 (100.0)	43 (100.0)	83 (100.0)
平均±SD	4.60±7.26 n=35	8.35±30.56 n=43	6.67±23.15 n=78

表50 これまでに「シンナー遊び」に誘われたことがあるか？（生涯被誘惑経験）（%）

	男	女	全体
ない	1635 (94.9)	1771 (97.5)	3406 (96.2)
1年より前にのみあった	63 (3.7)	33 (1.8)	96 (2.7)
1年より前にも、この1年間にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	1 (0.1)	0 (0)	1 (0)
無回答	24 (1.4)	12 (0.7)	36 (1.0)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表51 「シンナー遊び」被誘惑経験（年齢群別）（%）

	「シンナー遊び」に誘われた経験						合計	
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	列 %		
15-19歳	213 (6.3)	2 (2.1)	0 (0)	1 (2.8)	216	(6.1)		
20-24歳	180 (5.3)	10 (10.4)	0 (0)	1 (2.8)	191	(5.4)		
25-29歳	199 (5.8)	14 (14.6)	0 (0)	1 (2.8)	214	(6.0)		
30-34歳	222 (6.5)	17 (17.7)	0 (0)	1 (2.8)	240	(6.8)		
35-39歳	280 (8.2)	20 (20.8)	0 (0)	2 (5.6)	302	(8.5)		
40-44歳	291 (8.5)	13 (13.5)	0 (0)	1 (2.8)	305	(8.6)		
45-49歳	286 (8.4)	12 (12.5)	0 (0)	1 (2.8)	299	(8.4)		
50-54歳	376 (11.0)	5 (5.2)	0 (0)	7 (19.4)	388	(11.0)		
55-59歳	336 (9.9)	1 (1.0)	0 (0)	3 (8.3)	340	(9.6)		
60-64歳	347 (10.2)	2 (2.1)	1 (100.0)	4 (11.1)	354	(10.0)		
65-69歳	294 (8.6)	0 (0)	0 (0)	7 (19.4)	301	(8.5)		
70歳以上	380 (11.2)	0 (0)	0 (0)	7 (19.4)	387	(10.9)		
無回答	2 (0.1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2	(0.1)		
合計	3406 (100.0)	96 (100.0)	1 (100.0)	36 (100.0)	3539	(100.0)		

表52 「シンナー遊び」被誘惑経験（年齢群別）（%）

	「シンナー遊び」に誘われた経験						合計	
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	行 %		
15-19歳	213 (98.6)	2 (9)	0 (0)	1 (5)	216	(100.0)		
20-24歳	180 (94.2)	10 (5.2)	0 (0)	1 (5)	191	(100.0)		
25-29歳	199 (93.0)	14 (6.5)	0 (0)	1 (5)	214	(100.0)		
30-34歳	222 (92.5)	17 (7.1)	0 (0)	1 (4)	240	(100.0)		
35-39歳	280 (92.7)	20 (6.6)	0 (0)	2 (7)	302	(100.0)		
40-44歳	291 (95.4)	13 (4.3)	0 (0)	1 (3)	305	(100.0)		
45-49歳	286 (95.7)	12 (4.0)	0 (0)	1 (3)	299	(100.0)		
50-54歳	376 (96.9)	5 (1.3)	0 (0)	7 (1.8)	388	(100.0)		
55-59歳	336 (98.8)	1 (3)	0 (0)	3 (9)	340	(100.0)		
60-64歳	347 (98.0)	2 (6)	1 (3)	4 (1.1)	354	(100.0)		
65-69歳	294 (97.7)	0 (0)	0 (0)	7 (2.3)	301	(100.0)		
70歳以上	380 (98.2)	0 (0)	0 (0)	7 (1.8)	387	(100.0)		
無回答	2 (100.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2	(100.0)		
合計	3406 (96.2)	96 (2.7)	1 (0)	36 (1.0)	3539	(100.0)		

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

	男	女	全体
ない	1669 (96.9)	1786 (98.3)	3455 (97.6)
1年より前にのみあった	35 (2.0)	18 (1.0)	53 (1.5)
1年より前にも、この1年間にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	2 (0.1)	0 (0)	2 (0.1)
無回答	17 (1.0)	12 (0.7)	29 (0.8)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

	「シンナー遊び」経験						合計	
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	列 %		
15-19歳	213 (6 2)	1 (1 9)	0 (0)	2 (6 9)	216 (6 1)			
20-24歳	188 (5 4)	2 (3 8)	1 (50 0)	0 (0)	191 (5 4)			
25-29歳	207 (6 0)	6 (11 3)	0 (0)	1 (3 4)	214 (6 0)			
30-34歳	227 (6 6)	12 (22 6)	0 (0)	1 (3 4)	240 (6 8)			
35-39歳	291 (8 4)	10 (18 9)	0 (0)	1 (3 4)	302 (8 5)			
40-44歳	297 (8 6)	7 (13 2)	0 (0)	1 (3 4)	305 (8 6)			
45-49歳	290 (8 4)	9 (17 0)	0 (0)	0 (0)	299 (8 4)			
50-54歳	378 (10 9)	3 (5 7)	0 (0)	7 (24 1)	388 (11 0)			
55-59歳	337 (9 8)	0 (0)	0 (0)	3 (10 3)	340 (9 6)			
60-64歳	348 (10 1)	2 (3 8)	1 (50 0)	3 (10 3)	354 (10 0)			
65-69歳	296 (8 6)	0 (0)	0 (0)	5 (17 2)	301 (8 5)			
70歳以上	381 (11 0)	1 (1 9)	0 (0)	5 (17 2)	387 (10 9)			
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1)			
合計	3455 (100 0)	53 (100 0)	2 (100 0)	29 (100 0)	3539 (100 0)			

表55 これまでに「シンナー遊び」を1回でも行ったことのある経験 (年齢群別) (%)

	「シンナー遊び」経験						合計	
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	行 %		
15-19歳	213 (98 6)	1 (5)	0 (0)	2 (9)	216 (100 0)			
20-24歳	188 (98 4)	2 (1 0)	1 (5)	0 (0)	191 (100 0)			
25-29歳	207 (96 7)	6 (2 8)	0 (0)	1 (5)	214 (100 0)			
30-34歳	227 (94 6)	12 (5 0)	0 (0)	1 (4)	240 (100 0)			
35-39歳	291 (96 4)	10 (3 3)	0 (0)	1 (3)	302 (100 0)			
40-44歳	297 (97 4)	7 (2 3)	0 (0)	1 (3)	305 (100 0)			
45-49歳	290 (97 0)	9 (3 0)	0 (0)	0 (0)	299 (100 0)			
50-54歳	378 (97 4)	3 (8)	0 (0)	7 (1 8)	388 (100 0)			
55-59歳	337 (99 1)	0 (0)	0 (0)	3 (9)	340 (100 0)			
60-64歳	348 (98 3)	2 (6)	1 (3)	3 (8)	354 (100 0)			
65-69歳	296 (98 3)	0 (0)	0 (0)	5 (1 7)	301 (100 0)			
70歳以上	381 (98 4)	1 (3)	0 (0)	5 (1 3)	387 (100 0)			
無回答	2 (100 0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (100 0)			
合計	3455 (97 6)	53 (1 5)	2 (1)	29 (8)	3539 (100 0)			

表56 大麻を吸っている人の人数の印象 (%)

	男	女	全体
以前より増えている	509 (29 5)	663 (36 5)	1172 (33 1)
変わらない	146 (8 5)	117 (6 4)	263 (7 4)
以前より減っている	23 (1 3)	13 (7)	36 (1 0)
わからない	1020 (59 2)	1005 (55 3)	2025 (57 2)
無回答	25 (1 5)	18 (1 0)	43 (1 2)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表57 大麻の吸引により精神病状態 フラッシュバック 無動機症候群になることがあることを

	知っているか? (%)		
	男	女	全体
知っている	1173 (68 1)	1227 (67 6)	2400 (67 8)
知らない	525 (30 5)	571 (31 4)	1096 (31 0)
無回答	25 (1 5)	18 (1 0)	43 (1 2)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表58 大麻をこれまでに吸ったことのある人を知っているか？ (%)

	男	女	全体
知らない	1628 (94 5)	1736 (95 6)	3364 (95 1)
知っている	79 (4 6)	65 (3 6)	144 (4 1)
無回答	16 (9)	15 (8)	31 (9)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

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

	大麻を吸った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6 4)	1 (7)	0 (0)	216	(6 1)
20-24歳	170 (5 1)	21 (14 6)	0 (0)	191	(5 4)
25-29歳	196 (5 8)	17 (11 8)	1 (3 2)	214	(6 0)
30-34歳	215 (6 4)	24 (16 7)	1 (3 2)	240	(6 8)
35-39歳	283 (8 4)	18 (12 5)	1 (3 2)	302	(8 5)
40-44歳	293 (8 7)	12 (8 3)	0 (0)	305	(8 6)
45-49歳	286 (8 5)	13 (9 0)	0 (0)	299	(8 4)
50-54歳	371 (11 0)	10 (6 9)	7 (22 6)	388	(11 0)
55-59歳	334 (9 9)	3 (2 1)	3 (9 7)	340	(9 6)
60-64歳	341 (10 1)	10 (6 9)	3 (9 7)	354	(10 0)
65-69歳	288 (8 6)	7 (4 9)	6 (19 4)	301	(8 5)
70歳以上	370 (11 0)	8 (5 6)	9 (29 0)	387	(10 9)
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2	(1)
合計	3364 (100 0)	144 (100 0)	31 (100 0)	3539	(100 0)

表60 大麻をこれまでに吸ったことのある人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	大麻を吸った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	行 %
15-19歳	215 (99 5)	1 (5)	0 (0)	216	(100 0)
20-24歳	170 (89 0)	21 (11 0)	0 (0)	191	(100 0)
25-29歳	196 (91 6)	17 (7 9)	1 (5)	214	(100 0)
30-34歳	215 (89 6)	24 (10 0)	1 (4)	240	(100 0)
35-39歳	283 (93 7)	18 (6 0)	1 (3)	302	(100 0)
40-44歳	293 (96 1)	12 (3 9)	0 (0)	305	(100 0)
45-49歳	286 (95 7)	13 (4 3)	0 (0)	299	(100 0)
50-54歳	371 (95 6)	10 (2 6)	7 (1 8)	388	(100 0)
55-59歳	334 (98 2)	3 (9)	3 (9)	340	(100 0)
60-64歳	341 (96 3)	10 (2 8)	3 (8)	354	(100 0)
65-69歳	288 (95 7)	7 (2 3)	6 (2 0)	301	(100 0)
70歳以上	370 (95 6)	8 (2 1)	9 (2 3)	387	(100 0)
無回答	2 (100 0)	0 (0)	0 (0)	2	(100 0)
合計	3364 (95 1)	144 (4 1)	31 (9)	3539	(100 0)

表61 大麻をこれまでに吸ったことのある人を何人知っているか？ (%)

	男	女	全体
1人	23 (29.1)	25 (38.5)	48 (33.3)
2人	18 (22.8)	10 (15.4)	28 (19.4)
3人	10 (12.7)	8 (12.3)	18 (12.5)
4人	4 (5.1)	3 (4.6)	7 (4.9)
5人	9 (11.4)	7 (10.8)	16 (11.1)
6人	1 (1.3)	1 (1.5)	2 (1.4)
7人	1 (1.3)	1 (1.5)	2 (1.4)
10人	3 (3.8)	6 (9.2)	9 (6.3)
12人	1 (1.3)	0 (0)	1 (0.7)
17人	1 (1.3)	0 (0)	1 (0.7)
25人	1 (1.3)	0 (0)	1 (0.7)
30人	0 (0)	1 (1.5)	1 (0.7)
70人	0 (0)	1 (1.5)	1 (0.7)
100人	1 (1.3)	0 (0)	1 (0.7)
無回答	6 (7.6)	2 (3.1)	8 (5.6)
合計	79 (100.0)	65 (100.0)	144 (100.0)
平均±SD	4.75±11.94 n=73	4.59±9.44 n=63	4.68±10.81 n=136

表62 大麻をこの1年間に吸った人を知っているか？ (%)

	男	女	全体
知らない	1686 (97.9)	1783 (98.2)	3469 (98.0)
知っている	18 (1.0)	14 (0.8)	32 (0.9)
無回答	19 (1.1)	19 (1.0)	38 (1.1)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表63 大麻をこの1年間に吸った人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	過去1年大麻を吸った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列%
15-19歳	216 (6.2)	0 (0)	0 (0)	216 (6.1)	
20-24歳	177 (5.1)	14 (4.3)	0 (0)	191 (5.4)	
25-29歳	210 (6.1)	2 (6.3)	2 (5.3)	214 (6.0)	
30-34歳	236 (6.8)	3 (9.4)	1 (2.6)	240 (6.8)	
35-39歳	297 (8.6)	3 (9.4)	2 (5.3)	302 (8.5)	
40-44歳	304 (8.8)	1 (3.1)	0 (0)	305 (8.6)	
45-49歳	295 (8.5)	4 (12.5)	0 (0)	299 (8.4)	
50-54歳	377 (10.9)	3 (9.4)	8 (21.1)	388 (11.0)	
55-59歳	338 (9.7)	0 (0)	2 (5.3)	340 (9.6)	
60-64歳	351 (10.1)	0 (0)	3 (7.9)	354 (10.0)	
65-69歳	290 (8.4)	2 (6.3)	9 (23.7)	301 (8.5)	
70歳以上	376 (10.8)	0 (0)	11 (28.9)	387 (10.9)	
無回答	2 (0.1)	0 (0)	0 (0)	2 (0.1)	
合計	3469 (100.0)	32 (100.0)	38 (100.0)	3539 (100.0)	

表64 大麻をこの1年間に吸った人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	過去1年大麻を吸った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	行 %
15-19歳	216 (100 0)	0 (0)	0 (0)	216 (100 0)	
20-24歳	177 (92 7)	14 (7 3)	0 (0)	191 (100 0)	
25-29歳	210 (98 1)	2 (9)	2 (9)	214 (100 0)	
30-34歳	236 (98 3)	3 (1 3)	1 (4)	240 (100 0)	
35-39歳	297 (98 3)	3 (1 0)	2 (7)	302 (100 0)	
40-44歳	304 (99 7)	1 (3)	0 (0)	305 (100 0)	
45-49歳	295 (98 7)	4 (1 3)	0 (0)	299 (100 0)	
50-54歳	377 (97 2)	3 (8)	8 (2 1)	388 (100 0)	
55-59歳	338 (99 4)	0 (0)	2 (6)	340 (100 0)	
60-64歳	351 (99 2)	0 (0)	3 (8)	354 (100 0)	
65-69歳	290 (96 3)	2 (7)	9 (3 0)	301 (100 0)	
70歳以上	376 (97 2)	0 (0)	11 (2 8)	387 (100 0)	
無回答	2 (100 0)	0 (0)	0 (0)	2 (100 0)	
合計	3469 (98 0)	32 (9)	38 (1 1)	3539 (100 0)	

表65 大麻をこの1年間に使用した人を何人知っているか？ (%)

	男	女	全体
1人	6 (33 3)	4 (28 6)	10 (31 3)
2人	3 (16 7)	3 (21 4)	6 (18 8)
3人	4 (22 2)	2 (14 3)	6 (18 8)
4人	0 (0)	1 (7 1)	1 (3 1)
5人	1 (5 6)	1 (7 1)	2 (6 3)
7人	0 (0)	1 (7 1)	1 (3 1)
10人	1 (5 6)	0 (0)	1 (3 1)
17人	1 (5 6)	0 (0)	1 (3 1)
25人	1 (5 6)	0 (0)	1 (3 1)
50人	0 (0)	1 (7 1)	1 (3 1)
無回答	1 (5 6)	1 (7 1)	2 (6 3)
合計	18 (100 0)	14 (100 0)	32 (100 0)
平均± SD	4.76±6.65 n=17	6.31±13.25 n=13	5.43±9.88 n=30

表66 これまでに大麻使用に誘われた経験 (生涯被誘惑経験) (%)

	男	女	全体
ない	1678 (97 4)	1783 (98 2)	3461 (97 8)
1年より前にのみあった	23 (1 3)	19 (1 0)	42 (1 2)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	3 (2)	0 (0)	3 (1)
無回答	19 (1 1)	14 (8)	33 (9)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表67 大麻の生涯被誘惑経験 (年齢群別) (%)

	大麻使用に誘われた経験						合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答	度数 列 %
15-19歳	215	(6 2)	0	(0)	0	(0)	1	(3 0) 216 (6 1)
20-24歳	181	(5 2)	8	(19 0)	2	(66 7)	0	(0) 191 (5 4)
25-29歳	205	(5 9)	7	(16 7)	1	(33 3)	1	(3 0) 214 (6 0)
30-34歳	231	(6 7)	7	(16 7)	0	(0)	2	(6 1) 240 (6 8)
35-39歳	295	(8 5)	6	(14 3)	0	(0)	1	(3 0) 302 (8 5)
40-44歳	302	(8 7)	3	(7 1)	0	(0)	0	(0) 305 (8 6)
45-49歳	296	(8 6)	3	(7 1)	0	(0)	0	(0) 299 (8 4)
50-54歳	377	(10 9)	2	(4 8)	0	(0)	9	(27 3) 388 (11 0)
55-59歳	336	(9 7)	1	(2 4)	0	(0)	3	(9 1) 340 (9 6)
60-64歳	350	(10 1)	1	(2 4)	0	(0)	3	(9 1) 354 (10 0)
65-69歳	292	(8 4)	3	(7 1)	0	(0)	6	(18 2) 301 (8 5)
70歳以上	379	(11 0)	1	(2 4)	0	(0)	7	(21 2) 387 (10 9)
無回答	2	(1)	0	(0)	0	(0)	0	(0) 2 (1)
合計	3461	(100 0)	42	(100 0)	3	(100 0)	33	(100 0) 3539 (100 0)

表68 大麻の生涯被誘惑経験 (年齢群別) (%)

	大麻使用に誘われた経験						合計	
	ない		1年より前にのみあった		この1年間にのみあった		無回答	度数 行 %
15-19歳	215	(99 5)	0	(0)	0	(0)	1	(5) 216 (100 0)
20-24歳	181	(94 8)	8	(4 2)	2	(1 0)	0	(0) 191 (100 0)
25-29歳	205	(95 8)	7	(3 3)	1	(5)	1	(5) 214 (100 0)
30-34歳	231	(96 3)	7	(2 9)	0	(0)	2	(8) 240 (100 0)
35-39歳	295	(97 7)	6	(2 0)	0	(0)	1	(3) 302 (100 0)
40-44歳	302	(99 0)	3	(1 0)	0	(0)	0	(0) 305 (100 0)
45-49歳	296	(99 0)	3	(1 0)	0	(0)	0	(0) 299 (100 0)
50-54歳	377	(97 2)	2	(5)	0	(0)	9	(2 3) 388 (100 0)
55-59歳	336	(98 8)	1	(3)	0	(0)	3	(9) 340 (100 0)
60-64歳	350	(98 9)	1	(3)	0	(0)	3	(8) 354 (100 0)
65-69歳	292	(97 0)	3	(1 0)	0	(0)	6	(2 0) 301 (100 0)
70歳以上	379	(97 9)	1	(3)	0	(0)	7	(1 8) 387 (100 0)
無回答	2	(100 0)	0	(0)	0	(0)	0	(0) 2 (100 0)
合計	3461	(97 8)	42	(1 2)	3	(1)	33	(9) 3539 (100 0)

表69 これまでに大麻を使用した経験 (大麻生涯経験率) (%)

	男	女	全体
ない	1694 (98 3)	1793 (98 7)	3487 (98 5)
1年より前にのみあった	13 (8)	5 (3)	18 (5)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	16 (9)	18 (1 0)	34 (1 0)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表70 これまでの大麻の使用経験 (年齢群別) (%)

	大麻使用経験				合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %	
15-19歳	216 (6 2)	0 (0)	0 (0)	216	(6 1)	
20-24歳	191 (5 5)	0 (0)	0 (0)	191	(5 4)	
25-29歳	211 (6 1)	2 (11 1)	1 (2 9)	214	(6 0)	
30-34歳	234 (6 7)	5 (27 8)	1 (2 9)	240	(6 8)	
35-39歳	298 (8 5)	3 (16 7)	1 (2 9)	302	(8 5)	
40-44歳	302 (8 7)	3 (16 7)	0 (0)	305	(8 6)	
45-49歳	298 (8 5)	1 (5 6)	0 (0)	299	(8 4)	
50-54歳	377 (10 8)	2 (11 1)	9 (26 5)	388	(11 0)	
55-59歳	337 (9 7)	1 (5 6)	2 (5 9)	340	(9 6)	
60-64歳	348 (10 0)	0 (0)	6 (17 6)	354	(10 0)	
65-69歳	295 (8 5)	0 (0)	6 (17 6)	301	(8 5)	
70歳以上	378 (10 8)	1 (5 6)	8 (23 5)	387	(10 9)	
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2	(1)	
合計	3487 (100 0)	18 (100 0)	34 (100 0)	3539	(100 0)	

表71 これまでの大麻の使用経験 (年齢群別) (%)

	大麻使用経験				合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %	
15-19歳	216 (100 0)	0 (0)	0 (0)	216	(100 0)	
20-24歳	191 (100 0)	0 (0)	0 (0)	191	(100 0)	
25-29歳	211 (98 6)	2 (9)	1 (5)	214	(100 0)	
30-34歳	234 (97 5)	5 (2 1)	1 (4)	240	(100 0)	
35-39歳	298 (98 7)	3 (1 0)	1 (3)	302	(100 0)	
40-44歳	302 (99 0)	3 (1 0)	0 (0)	305	(100 0)	
45-49歳	298 (99 7)	1 (3)	0 (0)	299	(100 0)	
50-54歳	377 (97 2)	2 (5)	9 (2 3)	388	(100 0)	
55-59歳	337 (99 1)	1 (3)	2 (6)	340	(100 0)	
60-64歳	348 (98 3)	0 (0)	6 (1 7)	354	(100 0)	
65-69歳	295 (98 0)	0 (0)	6 (2 0)	301	(100 0)	
70歳以上	378 (97 7)	1 (3)	8 (2 1)	387	(100 0)	
無回答	2 (100 0)	0 (0)	0 (0)	2	(100 0)	
合計	3487 (98 5)	18 (5)	34 (1 0)	3539	(100 0)	

表72 覚せい剤を使っている人の人数の印象 (%)

	男	女	全体
以前より増えている	595 (34 5)	749 (41 2)	1344 (38 0)
変わらない	136 (7 9)	89 (4 9)	225 (6 4)
以前より減っている	32 (1 9)	17 (9)	49 (1 4)
わからない	935 (54 3)	938 (51 7)	1873 (52 9)
無回答	25 (1 5)	23 (1 3)	48 (1 4)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表73 覚せい剤使用により精神病状態になりやすく、フラッシュバック現象があることを知って

	男	女	全体
知っている	1264 (73 4)	1333 (73 4)	2597 (73 4)
知らない	427 (24 8)	456 (25 1)	883 (25 0)
無回答	32 (1 9)	27 (1 5)	59 (1 7)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

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

	男	女	全体
知らない	1600 (92.9)	1721 (94.8)	3321 (93.8)
知っている	99 (5.7)	74 (4.1)	173 (4.9)
無回答	24 (1.4)	21 (1.2)	45 (1.3)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

	覚せい剤を使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	212 (6.4)	3 (1.7)	1 (2.2)	216 (6.1)	
20-24歳	174 (5.2)	17 (9.8)	0 (0)	191 (5.4)	
25-29歳	200 (6.0)	13 (7.5)	1 (2.2)	214 (6.0)	
30-34歳	217 (6.5)	21 (12.1)	2 (4.4)	240 (6.8)	
35-39歳	279 (8.4)	21 (12.1)	2 (4.4)	302 (8.5)	
40-44歳	289 (8.7)	15 (8.7)	1 (2.2)	305 (8.6)	
45-49歳	285 (8.6)	13 (7.5)	1 (2.2)	299 (8.4)	
50-54歳	363 (10.9)	14 (8.1)	11 (24.4)	388 (11.0)	
55-59歳	317 (9.5)	18 (10.4)	5 (11.1)	340 (9.6)	
60-64歳	341 (10.3)	9 (5.2)	4 (8.9)	354 (10.0)	
65-69歳	277 (8.3)	14 (8.1)	10 (22.2)	301 (8.5)	
70歳以上	365 (11.0)	15 (8.7)	7 (15.6)	387 (10.9)	
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	
合計	3321 (100.0)	173 (100.0)	45 (100.0)	3539 (100.0)	

表76 身近な人で、覚せい剤をこれまでに使用したことがある人を何人知っているか? (%)

	男	女	全体
1人	26 (26.3)	33 (44.6)	59 (34.1)
2人	21 (21.2)	13 (17.6)	34 (19.7)
3人	11 (11.1)	4 (5.4)	15 (8.7)
4人	3 (3.0)	4 (5.4)	7 (4.0)
5人	11 (11.1)	9 (12.2)	20 (11.6)
6人	1 (1.0)	3 (4.1)	4 (2.3)
7人	1 (1.0)	1 (1.4)	2 (1.2)
8人	2 (2.0)	0 (0)	2 (1.2)
10人	8 (8.1)	1 (1.4)	9 (5.2)
12人	1 (1.0)	0 (0)	1 (0.6)
15人	1 (1.0)	0 (0)	1 (0.6)
20人	1 (1.0)	1 (1.4)	2 (1.2)
25人	0 (0)	1 (1.4)	1 (0.6)
30人	1 (1.0)	1 (1.4)	2 (1.2)
50人	1 (1.0)	0 (0)	1 (0.6)
無回答	10 (10.1)	3 (4.1)	13 (7.5)
合計	99 (100.0)	74 (100.0)	173 (100.0)
平均 ± SD	4.54 ± 6.64 n=89	3.41 ± 5.02 n=71	4.04 ± 5.99 n=160

表77 身近な人で、覚せい剤をこの1年間に使った人を知っているか？ (%)

	男	女	全体
知らない	1680 (97.5)	1776 (97.8)	3456 (97.7)
知っている	25 (1.5)	18 (1.0)	43 (1.2)
無回答	18 (1.0)	22 (1.2)	40 (1.1)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

	過去1年覚せい剤を使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6.2)	1 (2.3)	0 (0)	216 (6.1)	
20-24歳	182 (5.3)	9 (20.9)	0 (0)	191 (5.4)	
25-29歳	211 (6.1)	2 (4.7)	1 (2.5)	214 (6.0)	
30-34歳	236 (6.8)	3 (7.0)	1 (2.5)	240 (6.8)	
35-39歳	295 (8.5)	4 (9.3)	3 (7.5)	302 (8.5)	
40-44歳	304 (8.8)	1 (2.3)	0 (0)	305 (8.6)	
45-49歳	294 (8.5)	4 (9.3)	1 (2.5)	299 (8.4)	
50-54歳	374 (10.8)	5 (11.6)	9 (22.5)	388 (11.0)	
55-59歳	331 (9.6)	6 (14.0)	3 (7.5)	340 (9.6)	
60-64歳	348 (10.1)	1 (2.3)	5 (12.5)	354 (10.0)	
65-69歳	288 (8.3)	4 (9.3)	9 (22.5)	301 (8.5)	
70歳以上	376 (10.9)	3 (7.0)	8 (20.0)	387 (10.9)	
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	
合計	3456 (100.0)	43 (100.0)	40 (100.0)	3539 (100.0)	

表79 身近な人で、覚せい剤をこの1年間に使った人を何人知っているか？ (%)

	男	女	全体
1人	14 (56.0)	8 (44.4)	22 (51.2)
2人	7 (28.0)	6 (33.3)	13 (30.2)
3人	0 (0)	1 (5.6)	1 (2.3)
4人	0 (0)	2 (11.1)	2 (4.7)
5人	1 (4.0)	0 (0)	1 (2.3)
6人	0 (0)	1 (5.6)	1 (2.3)
8人	1 (4.0)	0 (0)	1 (2.3)
12人	1 (4.0)	0 (0)	1 (2.3)
20人	1 (4.0)	0 (0)	1 (2.3)
合計	25 (100.0)	18 (100.0)	43 (100.0)
平均±SD	2.92±4.39 n=25	2.06±1.39 n=18	2.56±3.46 n=43

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

	男	女	全体
ない	1691 (98.1)	1787 (98.4)	3478 (98.3)
1年より前にのみあった	14 (8)	15 (8)	29 (8)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	2 (1)	0 (0)	2 (1)
無回答	16 (9)	14 (8)	30 (8)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

	覚せい剤使用に誘われた経験						合計	
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	列 %		
15-19歳	216 (6 2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	216	(6 1)		
20-24歳	186 (5 3)	4 (13 8)	1 (50 0)	0 (0)	191	(5 4)		
25-29歳	210 (6 0)	3 (10 3)	0 (0)	1 (3 3)	214	(6 0)		
30-34歳	234 (6 7)	5 (17 2)	0 (0)	1 (3 3)	240	(6 8)		
35-39歳	295 (8 5)	5 (17 2)	0 (0)	2 (6 7)	302	(8 5)		
40-44歳	301 (8 7)	4 (13 8)	0 (0)	0 (0)	305	(8 6)		
45-49歳	298 (8 6)	1 (3 4)	0 (0)	0 (0)	299	(8 4)		
50-54歳	380 (10 9)	0 (0)	1 (50 0)	7 (23 3)	388	(11 0)		
55-59歳	336 (9 7)	1 (3 4)	0 (0)	3 (10 0)	340	(9 6)		
60-64歳	350 (10 1)	1 (3 4)	0 (0)	3 (10 0)	354	(10 0)		
65-69歳	294 (8 5)	1 (3 4)	0 (0)	6 (20 0)	301	(8 5)		
70歳以上	376 (10 8)	4 (13 8)	0 (0)	7 (23 3)	387	(10 9)		
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2	(1)		
合計	3478 (100 0)	29 (100 0)	2 (100 0)	30 (100 0)	3539	(100 0)		

表82 覚せい剤使用にこれまでに誘われた経験 (覚せい剤生涯被誘惑経験) (年齢群別) (%)

	覚せい剤使用に誘われた経験						合計	
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	行 %		
15-19歳	216 (100 0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	216	(100 0)		
20-24歳	186 (97 4)	4 (2 1)	1 (5)	0 (0)	191	(100 0)		
25-29歳	210 (98 1)	3 (1 4)	0 (0)	1 (5)	214	(100 0)		
30-34歳	234 (97 5)	5 (2 1)	0 (0)	1 (4)	240	(100 0)		
35-39歳	295 (97 7)	5 (1 7)	0 (0)	2 (7)	302	(100 0)		
40-44歳	301 (98 7)	4 (1 3)	0 (0)	0 (0)	305	(100 0)		
45-49歳	298 (99 7)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	299	(100 0)		
50-54歳	380 (97 9)	0 (0)	1 (3)	7 (1 8)	388	(100 0)		
55-59歳	336 (98 8)	1 (3)	0 (0)	3 (9)	340	(100 0)		
60-64歳	350 (98 9)	1 (3)	0 (0)	3 (8)	354	(100 0)		
65-69歳	294 (97 7)	1 (3)	0 (0)	6 (2 0)	301	(100 0)		
70歳以上	376 (97 2)	4 (1 0)	0 (0)	7 (1 8)	387	(100 0)		
無回答	2 (100 0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2	(100 0)		
合計	3478 (98 3)	29 (8)	2 (1)	30 (8)	3539	(100 0)		

表83 覚せい剤使用のこれまでの経験 (覚せい剤生涯経験) (%)

	男	女	全体
ない	1697 (98 5)	1798 (99 0)	3495 (98 8)
1年より前にのみあった	11 (6)	5 (3)	16 (5)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	15 (9)	13 (7)	28 (8)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表84 覚せい剤使用のこれまでの経験 (覚せい剤生涯経験) (年齢群別) (%)

	覚せい剤使用経験						合計	
	ない		1年より前にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	216	(6 2)	0	(0)	0	(0)	216	(6 1)
20-24歳	191	(5 5)	0	(0)	0	(0)	191	(5 4)
25-29歳	213	(6 1)	0	(0)	1	(3 6)	214	(6 0)
30-34歳	236	(6 8)	3	(18 8)	1	(3 6)	240	(6 8)
35-39歳	298	(8 5)	2	(12 5)	2	(7 1)	302	(8 5)
40-44歳	303	(8 7)	2	(12 5)	0	(0)	305	(8 6)
45-49歳	298	(8 5)	1	(6 3)	0	(0)	299	(8 4)
50-54歳	380	(10 9)	1	(6 3)	7	(25 0)	388	(11 0)
55-59歳	337	(9 6)	0	(0)	3	(10 7)	340	(9 6)
60-64歳	349	(10 0)	2	(12 5)	3	(10 7)	354	(10 0)
65-69歳	294	(8 4)	1	(6 3)	6	(21 4)	301	(8 5)
70歳以上	378	(10 8)	4	(25 0)	5	(17 9)	387	(10 9)
無回答	2	(1)	0	(0)	0	(0)	2	(1)
合計	3495	(100 0)	16	(100 0)	28	(100 0)	3539	(100 0)

表85 覚せい剤使用のこれまでの経験 (覚せい剤生涯経験) (年齢群別) (%)

	覚せい剤使用経験						合計	
	ない		1年より前にのみあった		無回答		度数	行 %
15-19歳	216	(100 0)	0	(0)	0	(0)	216	(100 0)
20-24歳	191	(100 0)	0	(0)	0	(0)	191	(100 0)
25-29歳	213	(99 5)	0	(0)	1	(5)	214	(100 0)
30-34歳	236	(98 3)	3	(1 3)	1	(4)	240	(100 0)
35-39歳	298	(98 7)	2	(7)	2	(7)	302	(100 0)
40-44歳	303	(99 3)	2	(7)	0	(0)	305	(100 0)
45-49歳	298	(99 7)	1	(3)	0	(0)	299	(100 0)
50-54歳	380	(97 9)	1	(3)	7	(1 8)	388	(100 0)
55-59歳	337	(99 1)	0	(0)	3	(9)	340	(100 0)
60-64歳	349	(98 6)	2	(6)	3	(8)	354	(100 0)
65-69歳	294	(97 7)	1	(3)	6	(2 0)	301	(100 0)
70歳以上	378	(97 7)	4	(1 0)	5	(1 3)	387	(100 0)
無回答	2	(100 0)	0	(0)	0	(0)	2	(100 0)
合計	3495	(98 8)	16	(5)	28	(8)	3539	(100 0)

表86 ヘロイン使用者の人数の印象 (%)

	男		女		全体	
以前より増えている	352	(20 4)	446	(24 6)	798	(22 5)
変わらない	162	(9 4)	140	(7 7)	302	(8 5)
以前より減っている	50	(2 9)	35	(1 9)	85	(2 4)
わからない	1135	(65 9)	1176	(64 8)	2311	(65 3)
無回答	24	(1 4)	19	(1 0)	43	(1 2)
合計	1723	(100 0)	1816	(100 0)	3539	(100 0)

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

	男		女		全体	
知らない	1699	(98 6)	1802	(99 2)	3501	(98 9)
知っている	12	(7)	6	(3)	18	(5)
無回答	12	(7)	8	(4)	20	(6)
合計	1723	(100 0)	1816	(100 0)	3539	(100 0)

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

	ヘロインを使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6 1)	0 (0)	1 (5 0)	216	(6 1)
20-24歳	189 (5 4)	1 (5 6)	1 (5 0)	191	(5 4)
25-29歳	212 (6 1)	1 (5 6)	1 (5 0)	214	(6 0)
30-34歳	238 (6 8)	1 (5 6)	1 (5 0)	240	(6 8)
35-39歳	299 (8 5)	3 (16 7)	0 (0)	302	(8 5)
40-44歳	303 (8 7)	2 (11 1)	0 (0)	305	(8 6)
45-49歳	297 (8 5)	1 (5 6)	1 (5 0)	299	(8 4)
50-54歳	383 (10 9)	2 (11 1)	3 (15 0)	388	(11 0)
55-59歳	338 (9 7)	1 (5 6)	1 (5 0)	340	(9 6)
60-64歳	350 (10 0)	1 (5 6)	3 (15 0)	354	(10 0)
65-69歳	294 (8 4)	2 (11 1)	5 (25 0)	301	(8 5)
70歳以上	381 (10 9)	3 (16 7)	3 (15 0)	387	(10 9)
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2	(1)
合計	3501 (100 0)	18 (100 0)	20 (100 0)	3539	(100 0)

表89 身近な人で、ヘロインをこれまでに使ったことのある人を何人知っているか？（%）

	男	女	全体
1人	4 (33 3)	3 (50 0)	7 (38 9)
2人	3 (25 0)	2 (33 3)	5 (27 8)
3人	1 (8 3)	0 (0)	1 (5 6)
4人	1 (8 3)	0 (0)	1 (5 6)
12人	1 (8 3)	0 (0)	1 (5 6)
15人	0 (0)	1 (16 7)	1 (5 6)
無回答	2 (16 7)	0 (0)	2 (11 1)
合計	12 (100 0)	6 (100 0)	18 (100 0)
平均± SD	2.90±3.35 n=10	3.67±5.57 n=6	3.19±4.15 n=16

表90 身近な人で、ヘロインをこの1年間に使ったことのある人を知っているか？（%）

	男	女	全体
知らない	1705 (99 0)	1803 (99 3)	3508 (99 1)
知っている	4 (2)	1 (1)	5 (1)
無回答	14 (8)	12 (7)	26 (7)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表91 身近な人で、ヘロインをこの1年間に使ったことのある人を知っているか？（年齢群別）（%）

	過去1年ヘロインを使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6 1)	0 (0)	1 (3 8)	216	(6 1)
20-24歳	189 (5 4)	1 (20 0)	1 (3 8)	191	(5 4)
25-29歳	213 (6 1)	0 (0)	1 (3 8)	214	(6 0)
30-34歳	240 (6 8)	0 (0)	0 (0)	240	(6 8)
35-39歳	302 (8 6)	0 (0)	0 (0)	302	(8 5)
40-44歳	305 (8 7)	0 (0)	0 (0)	305	(8 6)
45-49歳	298 (8 5)	0 (0)	1 (3 8)	299	(8 4)
50-54歳	383 (10 9)	0 (0)	5 (19 2)	388	(11 0)
55-59歳	338 (9 6)	0 (0)	2 (7 7)	340	(9 6)
60-64歳	350 (10 0)	0 (0)	4 (15 4)	354	(10 0)
65-69歳	293 (8 4)	1 (20 0)	7 (26 9)	301	(8 5)
70歳以上	380 (10 8)	3 (60 0)	4 (15 4)	387	(10 9)
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2	(1)
合計	3508 (100 0)	5 (100 0)	26 (100 0)	3539	(100 0)

表92 身近な人で、ヘロインをこの1年間に使ったことのある人を何人知っているか？ (%)

	男	女	全体
1人	3 (75.0)	0 (0)	3 (60.0)
2人	0 (0)	1 (100.0)	1 (20.0)
12人	1 (25.0)	0 (0)	1 (20.0)
合計	4 (100.0)	1 (100.0)	5 (100.0)
平均±SD	3.75±5.50 n=4	2.00±0 n=1	3.40±4.83 n=5

表93 ヘロイン被誘惑経験 (%)

	男	女	全体
ない	1705 (99.0)	1807 (99.5)	3512 (99.2)
1年より前にのみあった	4 (0.2)	3 (0.2)	7 (0.2)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	14 (0.8)	6 (0.3)	20 (0.6)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表94 ヘロイン被誘惑経験 (年齢群別) (%)

	ヘロイン使用に誘われた経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6.1)	0 (0)	1 (0.0)	216 (6.1)	
20-24歳	190 (5.4)	0 (0)	1 (0.0)	191 (5.4)	
25-29歳	212 (6.0)	0 (0)	2 (0.0)	214 (6.0)	
30-34歳	239 (6.8)	1 (0.3)	0 (0)	240 (6.8)	
35-39歳	301 (8.6)	1 (0.3)	0 (0)	302 (8.5)	
40-44歳	302 (8.6)	2 (0.6)	1 (0.0)	305 (8.6)	
45-49歳	298 (8.5)	0 (0)	1 (0.0)	299 (8.4)	
50-54歳	385 (11.0)	0 (0)	3 (0.0)	388 (11.0)	
55-59歳	339 (9.7)	0 (0)	1 (0.0)	340 (9.6)	
60-64歳	350 (10.0)	1 (0.3)	3 (0.0)	354 (10.0)	
65-69歳	296 (8.4)	1 (0.3)	4 (0.0)	301 (8.5)	
70歳以上	383 (10.9)	1 (0.3)	3 (0.0)	387 (10.9)	
無回答	2 (0.1)	0 (0)	0 (0)	2 (0.1)	
合計	3512 (100.0)	7 (100.0)	20 (100.0)	3539 (100.0)	

表95 ヘロイン被誘惑経験 (年齢群別) (%)

	ヘロイン使用に誘われた経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %
15-19歳	215 (99.5)	0 (0)	1 (5)	216 (100.0)	
20-24歳	190 (99.5)	0 (0)	1 (5)	191 (100.0)	
25-29歳	212 (99.1)	0 (0)	2 (9)	214 (100.0)	
30-34歳	239 (99.6)	1 (4)	0 (0)	240 (100.0)	
35-39歳	301 (99.7)	1 (3)	0 (0)	302 (100.0)	
40-44歳	302 (99.0)	2 (7)	1 (3)	305 (100.0)	
45-49歳	298 (99.7)	0 (0)	1 (3)	299 (100.0)	
50-54歳	385 (99.2)	0 (0)	3 (8)	388 (100.0)	
55-59歳	339 (99.7)	0 (0)	1 (3)	340 (100.0)	
60-64歳	350 (98.9)	1 (3)	3 (8)	354 (100.0)	
65-69歳	296 (98.3)	1 (3)	4 (13)	301 (100.0)	
70歳以上	383 (99.0)	1 (3)	3 (8)	387 (100.0)	
無回答	2 (100.0)	0 (0)	0 (0)	2 (100.0)	
合計	3512 (99.2)	7 (2)	20 (6)	3539 (100.0)	

表96 ヘロイン使用経験 (ヘロイン生涯経験) (%)

	男	女	全体
ない	1704 (98.9)	1811 (99.7)	3515 (99.3)
1年より前にのみあった	3 (0.2)	0 (0)	3 (0.1)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	16 (0.9)	5 (0.3)	21 (0.6)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表97 ヘロイン使用経験 (ヘロイン生涯経験) (年齢群別) (%)

	ヘロイン使用経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6.1)	0 (0)	1 (4.8)	216 (6.1)	
20-24歳	190 (5.4)	0 (0)	1 (4.8)	191 (5.4)	
25-29歳	213 (6.1)	0 (0)	1 (4.8)	214 (6.0)	
30-34歳	240 (6.8)	0 (0)	0 (0)	240 (6.8)	
35-39歳	302 (8.6)	0 (0)	0 (0)	302 (8.5)	
40-44歳	304 (8.6)	1 (33.3)	0 (0)	305 (8.6)	
45-49歳	298 (8.5)	0 (0)	1 (4.8)	299 (8.4)	
50-54歳	384 (10.9)	0 (0)	4 (19.0)	388 (11.0)	
55-59歳	338 (9.6)	0 (0)	2 (9.5)	340 (9.6)	
60-64歳	350 (10.0)	1 (33.3)	3 (14.3)	354 (10.0)	
65-69歳	297 (8.4)	1 (33.3)	3 (14.3)	301 (8.5)	
70歳以上	382 (10.9)	0 (0)	5 (23.8)	387 (10.9)	
無回答	2 (0.1)	0 (0)	0 (0)	2 (0.1)	
合計	3515 (100.0)	3 (100.0)	21 (100.0)	3539 (100.0)	

表98 ヘロイン使用経験 (ヘロイン生涯経験) (年齢群別) (%)

	ヘロイン使用経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %
15-19歳	215 (99.5)	0 (0)	1 (5)	216 (100.0)	
20-24歳	190 (99.5)	0 (0)	1 (5)	191 (100.0)	
25-29歳	213 (99.5)	0 (0)	1 (5)	214 (100.0)	
30-34歳	240 (100.0)	0 (0)	0 (0)	240 (100.0)	
35-39歳	302 (100.0)	0 (0)	0 (0)	302 (100.0)	
40-44歳	304 (99.7)	1 (3)	0 (0)	305 (100.0)	
45-49歳	298 (99.7)	0 (0)	1 (3)	299 (100.0)	
50-54歳	384 (99.0)	0 (0)	4 (1.0)	388 (100.0)	
55-59歳	338 (99.4)	0 (0)	2 (6)	340 (100.0)	
60-64歳	350 (98.9)	1 (3)	3 (8)	354 (100.0)	
65-69歳	297 (98.7)	1 (3)	3 (1.0)	301 (100.0)	
70歳以上	382 (98.7)	0 (0)	5 (1.3)	387 (100.0)	
無回答	2 (100.0)	0 (0)	0 (0)	2 (100.0)	
合計	3515 (99.3)	3 (1)	21 (6)	3539 (100.0)	

表99 コカイン使用人数の印象 (%)

	男	女	全体
以前より増えている	378 (21.9)	475 (26.2)	853 (24.1)
変わらない	161 (9.3)	128 (7.0)	289 (8.2)
以前より減っている	28 (1.6)	19 (1.0)	47 (1.3)
わからない	1126 (65.4)	1176 (64.8)	2302 (65.0)
無回答	30 (1.7)	18 (1.0)	48 (1.4)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

	男	女	全体
知らない	1697 (98.5)	1796 (98.9)	3493 (98.7)
知っている	9 (0.5)	8 (0.4)	17 (0.5)
無回答	17 (1.0)	12 (0.7)	29 (0.8)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表101 身近な人で、コカインをこれまでに使ったことのある人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	コカインを使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6.2)	0 (0)	1 (3.4)	216 (6.1)	
20-24歳	186 (5.3)	4 (23.5)	1 (3.4)	191 (5.4)	
25-29歳	213 (6.1)	0 (0)	1 (3.4)	214 (6.0)	
30-34歳	235 (6.7)	5 (29.4)	0 (0)	240 (6.8)	
35-39歳	300 (8.6)	2 (11.8)	0 (0)	302 (8.5)	
40-44歳	302 (8.6)	3 (17.6)	0 (0)	305 (8.6)	
45-49歳	298 (8.5)	0 (0)	1 (3.4)	299 (8.4)	
50-54歳	383 (11.0)	0 (0)	5 (17.2)	388 (11.0)	
55-59歳	338 (9.7)	0 (0)	2 (6.9)	340 (9.6)	
60-64歳	348 (10.0)	1 (5.9)	5 (17.2)	354 (10.0)	
65-69歳	292 (8.4)	0 (0)	9 (31.0)	301 (8.5)	
70歳以上	381 (10.9)	2 (11.8)	4 (13.8)	387 (10.9)	
無回答	2 (0.1)	0 (0)	0 (0)	2 (0.1)	
合計	3493 (100.0)	17 (100.0)	29 (100.0)	3539 (100.0)	

表102 身近な人で、コカインをこれまでに使用した人を何人知っているか？ (%)

	男	女	全体
1人	5 (55.6)	2 (25.0)	7 (41.2)
2人	1 (11.1)	2 (25.0)	3 (17.6)
3人	1 (11.1)	1 (12.5)	2 (11.8)
4人	0 (0)	1 (12.5)	1 (5.9)
5人	1 (11.1)	0 (0)	1 (5.9)
53人	1 (11.1)	0 (0)	1 (5.9)
300人	0 (0)	1 (12.5)	1 (5.9)
無回答	0 (0)	1 (12.5)	1 (5.9)
合計	9 (100.0)	8 (100.0)	17 (100.0)
平均±SD	7.56±17.10	44.71±112.58	23.81±74.75
	n=9	n=7	n=16

表103 身近な人で、コカインをこの1年間に使った人を知っているか (%)

	男	女	全体
知らない	1704 (98.9)	1802 (99.2)	3506 (99.1)
知っている	3 (0.2)	3 (0.2)	6 (0.2)
無回答	16 (0.9)	11 (0.6)	27 (0.8)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

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

	過去1年コカインを使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6 1)	0 (0)	1 (3 7)	216 (6 1)	
20-24歳	188 (5 4)	2 (33 3)	1 (3 7)	191 (5 4)	
25-29歳	213 (6 1)	0 (0)	1 (3 7)	214 (6 0)	
30-34歳	239 (6 8)	1 (16 7)	0 (0)	240 (6 8)	
35-39歳	302 (8 6)	0 (0)	0 (0)	302 (8 5)	
40-44歳	305 (8 7)	0 (0)	0 (0)	305 (8 6)	
45-49歳	298 (8 5)	0 (0)	1 (3 7)	299 (8 4)	
50-54歳	383 (10 9)	0 (0)	5 (18 5)	388 (11 0)	
55-59歳	337 (9 6)	0 (0)	3 (11 1)	340 (9 6)	
60-64歳	350 (10 0)	1 (16 7)	3 (11 1)	354 (10 0)	
65-69歳	294 (8 4)	0 (0)	7 (25 9)	301 (8 5)	
70歳以上	380 (10 8)	2 (33 3)	5 (18 5)	387 (10 9)	
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	
合計	3506 (100 0)	6 (100 0)	27 (100 0)	3539 (100 0)	

表105 身近な人で、コカインをこの1年間に使った人を何人知っているか？（%）

	男	女	全体
1人	2 (66 7)	0 (0)	2 (33 3)
2人	1 (33 3)	1 (33 3)	2 (33 3)
4人	0 (0)	1 (33 3)	1 (16 7)
40人	0 (0)	1 (33 3)	1 (16 7)
合計	3 (100 0)	3 (100 0)	6 (100 0)
平均±SD	1 33±58	15 33±21 39	8 33±15 55
	n=3	n=3	n=6

表106 これまでにコカインに使用に誘われたことはあるか？（コカイン生涯被誘惑経験）（%）

	男	女	全体
ない	1703 (98 8)	1807 (99 5)	3510 (99 2)
1年より前にのみあった	7 (4)	2 (1)	9 (3)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	13 (8)	7 (4)	20 (6)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表107 これまでにコカイン使用に誘われたことはあるか？ (コカイン生涯被誘惑経験) (年齢群別)
(%)

	コカイン使用に誘われた経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6 1)	0 (0)	1 (5 0)	216 (6 1)	
20-24歳	187 (5 3)	3 (33 3)	1 (5 0)	191 (5 4)	
25-29歳	212 (6 0)	0 (0)	2 (10 0)	214 (6 0)	
30-34歳	239 (6 8)	1 (11 1)	0 (0)	240 (6 8)	
35-39歳	299 (8 5)	2 (22 2)	1 (5 0)	302 (8 5)	
40-44歳	303 (8 6)	2 (22 2)	0 (0)	305 (8 6)	
45-49歳	297 (8 5)	0 (0)	2 (10 0)	299 (8 4)	
50-54歳	384 (10 9)	0 (0)	4 (20 0)	388 (11 0)	
55-59歳	339 (9 7)	0 (0)	1 (5 0)	340 (9 6)	
60-64歳	350 (10 0)	1 (11 1)	3 (15 0)	354 (10 0)	
65-69歳	299 (8 5)	0 (0)	2 (10 0)	301 (8 5)	
70歳以上	384 (10 9)	0 (0)	3 (15 0)	387 (10 9)	
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	
合計	3510 (100 0)	9 (100 0)	20 (100 0)	3539 (100 0)	

表108 これまでにコカイン使用に誘われたことはあるか？ (コカイン生涯被誘惑経験) (年齢群別)
(%)

	コカイン使用に誘われた経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %
15-19歳	215 (99 5)	0 (0)	1 (5)	216 (100 0)	
20-24歳	187 (97 9)	3 (1 6)	1 (5)	191 (100 0)	
25-29歳	212 (99 1)	0 (0)	2 (9)	214 (100 0)	
30-34歳	239 (99 6)	1 (4)	0 (0)	240 (100 0)	
35-39歳	299 (99 0)	2 (7)	1 (3)	302 (100 0)	
40-44歳	303 (99 3)	2 (7)	0 (0)	305 (100 0)	
45-49歳	297 (99 3)	0 (0)	2 (7)	299 (100 0)	
50-54歳	384 (99 0)	0 (0)	4 (1 0)	388 (100 0)	
55-59歳	339 (99 7)	0 (0)	1 (3)	340 (100 0)	
60-64歳	350 (98 9)	1 (3)	3 (8)	354 (100 0)	
65-69歳	299 (99 3)	0 (0)	2 (7)	301 (100 0)	
70歳以上	384 (99 2)	0 (0)	3 (8)	387 (100 0)	
無回答	2 (100 0)	0 (0)	0 (0)	2 (100 0)	
合計	3510 (99 2)	9 (3)	20 (6)	3539 (100 0)	

表109 コカイン使用経験 (%)

	男	女	全体
ない	1704 (98 9)	1810 (99 7)	3514 (99 3)
1年より前にのみあった	4 (2)	0 (0)	4 (1)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	15 (9)	6 (3)	21 (6)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表110 コカイン使用経験 (年齢群別) (%)

	コカイン使用経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6.1)	0 (0)	1 (4.8)	216 (6.1)	
20-24歳	189 (5.4)	1 (25.0)	1 (4.8)	191 (5.4)	
25-29歳	212 (6.0)	0 (0)	2 (9.5)	214 (6.0)	
30-34歳	240 (6.8)	0 (0)	0 (0)	240 (6.8)	
35-39歳	301 (8.6)	1 (25.0)	0 (0)	302 (8.5)	
40-44歳	304 (8.7)	1 (25.0)	0 (0)	305 (8.6)	
45-49歳	298 (8.5)	0 (0)	1 (4.8)	299 (8.4)	
50-54歳	383 (10.9)	0 (0)	5 (23.8)	388 (11.0)	
55-59歳	338 (9.6)	0 (0)	2 (9.5)	340 (9.6)	
60-64歳	349 (9.9)	1 (25.0)	4 (19.0)	354 (10.0)	
65-69歳	298 (8.5)	0 (0)	3 (14.3)	301 (8.5)	
70歳以上	385 (11.0)	0 (0)	2 (9.5)	387 (10.9)	
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	
合計	3514 (100.0)	4 (100.0)	21 (100.0)	3539 (100.0)	

表111 コカイン使用経験 (年齢群別) (%)

	コカイン使用経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %
15-19歳	215 (99.5)	0 (0)	1 (5)	216 (100.0)	
20-24歳	189 (99.0)	1 (5)	1 (5)	191 (100.0)	
25-29歳	212 (99.1)	0 (0)	2 (9)	214 (100.0)	
30-34歳	240 (100.0)	0 (0)	0 (0)	240 (100.0)	
35-39歳	301 (99.7)	1 (3)	0 (0)	302 (100.0)	
40-44歳	304 (99.7)	1 (3)	0 (0)	305 (100.0)	
45-49歳	298 (99.7)	0 (0)	1 (3)	299 (100.0)	
50-54歳	383 (98.7)	0 (0)	5 (13)	388 (100.0)	
55-59歳	338 (99.4)	0 (0)	2 (6)	340 (100.0)	
60-64歳	349 (98.6)	1 (3)	4 (11)	354 (100.0)	
65-69歳	298 (99.0)	0 (0)	3 (10)	301 (100.0)	
70歳以上	385 (99.5)	0 (0)	2 (5)	387 (100.0)	
無回答	2 (100.0)	0 (0)	0 (0)	2 (100.0)	
合計	3514 (99.3)	4 (1)	21 (6)	3539 (100.0)	

表112 MDMA使用人数の印象 (%)

	男	女	全体
以前より増えている	254 (14.7)	295 (16.2)	549 (15.5)
変わらない	108 (6.3)	87 (4.8)	195 (5.5)
以前より減っている	12 (7)	5 (3)	17 (5)
わからない	1326 (77.0)	1412 (77.8)	2738 (77.4)
無回答	23 (1.3)	17 (9)	40 (1.1)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表113 身近な人で、MDMAをこれまでに使ったことのある人を知っているか? (%)

	男	女	全体
知らない	1694 (98.3)	1797 (99.0)	3491 (98.6)
知っている	8 (5)	6 (3)	14 (4)
無回答	21 (1.2)	13 (7)	34 (1.0)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表114 身近な人で、MDMAをこれまでに使ったことのある人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	MDMAを使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6 2)	0 (0)	1 (2 9)	216 (6 1)	
20-24歳	187 (5 4)	2 (14 3)	2 (5 9)	191 (5 4)	
25-29歳	210 (6 0)	3 (21 4)	1 (2 9)	214 (6 0)	
30-34歳	238 (6 8)	1 (7 1)	1 (2 9)	240 (6 8)	
35-39歳	298 (8 5)	3 (21 4)	1 (2 9)	302 (8 5)	
40-44歳	303 (8 7)	2 (14 3)	0 (0)	305 (8 6)	
45-49歳	297 (8 5)	0 (0)	2 (5 9)	299 (8 4)	
50-54歳	380 (10 9)	1 (7 1)	7 (20 6)	388 (11 0)	
55-59歳	338 (9 7)	0 (0)	2 (5 9)	340 (9 6)	
60-64歳	348 (10 0)	0 (0)	6 (17 6)	354 (10 0)	
65-69歳	297 (8 5)	0 (0)	4 (11 8)	301 (8 5)	
70歳以上	378 (10 8)	2 (14 3)	7 (20 6)	387 (10 9)	
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	
合計	3491 (100 0)	14 (100 0)	34 (100 0)	3539 (100 0)	

表115 身近な人で、MDMAをこれまでに使用した人を何人知っているか？ (%)

	男	女	全体
1人	2 (25 0)	0 (0)	2 (14 3)
2人	1 (12 5)	3 (50 0)	4 (28 6)
3人	1 (12 5)	1 (16 7)	2 (14 3)
5人	0 (0)	1 (16 7)	1 (7 1)
8人	1 (12 5)	0 (0)	1 (7 1)
10人	1 (12 5)	0 (0)	1 (7 1)
40人	0 (0)	1 (16 7)	1 (7 1)
無回答	2 (25 0)	0 (0)	2 (14 3)
合計	8 (100 0)	6 (100 0)	14 (100 0)
平均±SD	4.17±3.87 n=6	9.00±15.23 n=6	6.58±10.89 n=12

表116 身近な人で、MDMAをこの1年間に使ったことのある人を知っているか？ (%)

	男	女	全体
知らない	1689 (98 0)	1794 (98 8)	3483 (98 4)
知っている	1 (1)	1 (1)	2 (1)
無回答	33 (1 9)	21 (1 2)	54 (1 5)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表117 身近な人で、MDMAをこの1年間に使ったことのある人を知っているか？ (年代別) (%)

	過去1年MDMAを使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6 2)	0 (0)	1 (1 9)	216 (6 1)	
20-24歳	188 (5 4)	1 (50 0)	2 (3 7)	191 (5 4)	
25-29歳	212 (6 1)	1 (50 0)	1 (1 9)	214 (6 0)	
30-34歳	239 (6 9)	0 (0)	1 (1 9)	240 (6 8)	
35-39歳	300 (8 6)	0 (0)	2 (3 7)	302 (8 5)	
40-44歳	305 (8 8)	0 (0)	0 (0)	305 (8 6)	
45-49歳	297 (8 5)	0 (0)	2 (3 7)	299 (8 4)	
50-54歳	380 (10 9)	0 (0)	8 (14 8)	388 (11 0)	
55-59歳	337 (9 7)	0 (0)	3 (5 6)	340 (9 6)	
60-64歳	344 (9 9)	0 (0)	10 (18 5)	354 (10 0)	
65-69歳	294 (8 4)	0 (0)	7 (13 0)	301 (8 5)	
70歳以上	370 (10 6)	0 (0)	17 (31 5)	387 (10 9)	
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	
合計	3483 (100 0)	2 (100 0)	54 (100 0)	3539 (100 0)	

表118 MDMAをこの1年間に使用した人を何人知っているか？ (%)

	男	女	全体
1人	0 (0)	1 (100 0)	1 (50 0)
10人	1 (100 0)	0 (0)	1 (50 0)
合計	1 (100 0)	1 (100 0)	2 (100 0)
平均±SD	10 00±0 n=1	1 00±0 n=1	5 50±6 36 n=2

表119 MDMA使用に誘われた経験 (MDMA被誘惑経験) (%)

	男	女	全体
ない	1695 (98 4)	1798 (99 0)	3493 (98 7)
1年より前にのみあった	4 (2)	5 (3)	9 (3)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	24 (1 4)	13 (7)	37 (1 0)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表120 MDMA使用に誘われた経験 (MDMA被誘惑経験) (年齢群別) (%)

	MDMA使用に誘われた経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	215 (6 2)	0 (0)	1 (2 7)	216 (6 1)	
20-24歳	188 (5 4)	0 (0)	3 (8 1)	191 (5 4)	
25-29歳	209 (6 0)	3 (33 3)	2 (5 4)	214 (6 0)	
30-34歳	238 (6 8)	1 (11 1)	1 (2 7)	240 (6 8)	
35-39歳	300 (8 6)	1 (11 1)	1 (2 7)	302 (8 5)	
40-44歳	303 (8 7)	2 (22 2)	0 (0)	305 (8 6)	
45-49歳	297 (8 5)	0 (0)	2 (5 4)	299 (8 4)	
50-54歳	381 (10 9)	0 (0)	7 (18 9)	388 (11 0)	
55-59歳	337 (9 6)	1 (11 1)	2 (5 4)	340 (9 6)	
60-64歳	348 (10 0)	0 (0)	6 (16 2)	354 (10 0)	
65-69歳	298 (8 5)	0 (0)	3 (8 1)	301 (8 5)	
70歳以上	377 (10 8)	1 (11 1)	9 (24 3)	387 (10 9)	
無回答	2 (1)	0 (0)	0 (0)	2 (1)	
合計	3493 (100 0)	9 (100 0)	37 (100 0)	3539 (100 0)	

表121 MDMA使用に誘われた経験 (MDMA被誘惑経験) (年齢群別) (%)

	MDMA使用に誘われた経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %
15-19歳	215 (99 5)	0 (0)	1 (5)	216 (100 0)	
20-24歳	188 (98 4)	0 (0)	3 (1 6)	191 (100 0)	
25-29歳	209 (97 7)	3 (1 4)	2 (9)	214 (100 0)	
30-34歳	238 (99 2)	1 (4)	1 (4)	240 (100 0)	
35-39歳	300 (99 3)	1 (3)	1 (3)	302 (100 0)	
40-44歳	303 (99 3)	2 (7)	0 (0)	305 (100 0)	
45-49歳	297 (99 3)	0 (0)	2 (7)	299 (100 0)	
50-54歳	381 (98 2)	0 (0)	7 (1 8)	388 (100 0)	
55-59歳	337 (99 1)	1 (3)	2 (6)	340 (100 0)	
60-64歳	348 (98 3)	0 (0)	6 (1 7)	354 (100 0)	
65-69歳	298 (99 0)	0 (0)	3 (1 0)	301 (100 0)	
70歳以上	377 (97 4)	1 (3)	9 (2 3)	387 (100 0)	
無回答	2 (100 0)	0 (0)	0 (0)	2 (100 0)	
合計	3493 (98 7)	9 (3)	37 (1 0)	3539 (100 0)	

表122 MDMA使用経験 (%)

	男		女		全体	
ない	1699	(98.6)	1802	(99.2)	3501	(98.9)
1年より前にのみあった	0	(0)	2	(1)	2	(1)
1年より前にも、この1年にもあった	0	(0)	0	(0)	0	(0)
この1年間にのみあった	0	(0)	0	(0)	0	(0)
無回答	24	(1.4)	12	(7)	36	(1.0)
合計	1723	(100.0)	1816	(100.0)	3539	(100.0)

表123 MDMA使用経験 (年齢群別) (%)

	MDMA使用経験						合計	
	ない		1年より前にのみあった		無回答		度数	列 %
15-19歳	215	(6.1)	0	(0)	1	(2.8)	216	(6.1)
20-24歳	189	(5.4)	0	(0)	2	(5.6)	191	(5.4)
25-29歳	213	(6.1)	0	(0)	1	(2.8)	214	(6.0)
30-34歳	239	(6.8)	0	(0)	1	(2.8)	240	(6.8)
35-39歳	301	(8.6)	0	(0)	1	(2.8)	302	(8.5)
40-44歳	304	(8.7)	1	(50.0)	0	(0)	305	(8.6)
45-49歳	297	(8.5)	0	(0)	2	(5.6)	299	(8.4)
50-54歳	382	(10.9)	0	(0)	6	(16.7)	388	(11.0)
55-59歳	338	(9.7)	0	(0)	2	(5.6)	340	(9.6)
60-64歳	349	(10.0)	0	(0)	5	(13.9)	354	(10.0)
65-69歳	297	(8.5)	1	(50.0)	3	(8.3)	301	(8.5)
70歳以上	375	(10.7)	0	(0)	12	(33.3)	387	(10.9)
無回答	2	(1)	0	(0)	0	(0)	2	(1)
合計	3501	(100.0)	2	(100.0)	36	(100.0)	3539	(100.0)

表124 MDMA使用経験 (年齢群別) (%)

	MDMA使用経験						合計	
	ない		1年より前にのみあった		無回答		度数	行 %
15-19歳	215	(99.5)	0	(0)	1	(5)	216	(100.0)
20-24歳	189	(99.0)	0	(0)	2	(1.0)	191	(100.0)
25-29歳	213	(99.5)	0	(0)	1	(5)	214	(100.0)
30-34歳	239	(99.6)	0	(0)	1	(4)	240	(100.0)
35-39歳	301	(99.7)	0	(0)	1	(3)	302	(100.0)
40-44歳	304	(99.7)	1	(3)	0	(0)	305	(100.0)
45-49歳	297	(99.3)	0	(0)	2	(7)	299	(100.0)
50-54歳	382	(98.5)	0	(0)	6	(1.5)	388	(100.0)
55-59歳	338	(99.4)	0	(0)	2	(6)	340	(100.0)
60-64歳	349	(98.6)	0	(0)	5	(1.4)	354	(100.0)
65-69歳	297	(98.7)	1	(3)	3	(1.0)	301	(100.0)
70歳以上	375	(96.9)	0	(0)	12	(3.1)	387	(100.0)
無回答	2	(100.0)	0	(0)	0	(0)	2	(100.0)
合計	3501	(98.9)	2	(1)	36	(1.0)	3539	(100.0)

表125 有機溶剤の入手 (%)

	男		女		全体	
絶対不可能	400	(23.2)	724	(39.9)	1124	(31.8)
ほとんど不可能	255	(14.8)	300	(16.5)	555	(15.7)
少々苦労するがなんとか手に入る	330	(19.2)	267	(14.7)	597	(16.9)
簡単に手に入る	637	(37.0)	432	(23.8)	1069	(30.2)
無回答	101	(5.9)	93	(5.1)	194	(5.5)
合計	1723	(100.0)	1816	(100.0)	3539	(100.0)

表126 大麻の入手 (%)

	男	女	全体
絶対不可能	869 (50.4)	1228 (67.6)	2097 (59.3)
ほとんど不可能	498 (28.9)	310 (17.1)	808 (22.8)
少々苦労するがなんとか手に入る	208 (12.1)	157 (8.6)	365 (10.3)
簡単に手に入る	48 (2.8)	38 (2.1)	86 (2.4)
無回答	100 (5.8)	83 (4.6)	183 (5.2)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表127 覚せい剤の入手 (%)

	男	女	全体
絶対不可能	892 (51.8)	1246 (68.6)	2138 (60.4)
ほとんど不可能	487 (28.3)	304 (16.7)	791 (22.4)
少々苦労するがなんとか手に入る	203 (11.8)	143 (7.9)	346 (9.8)
簡単に手に入る	46 (2.7)	40 (2.2)	86 (2.4)
無回答	95 (5.5)	83 (4.6)	178 (5.0)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表128 ヘロインの入手 (%)

	男	女	全体
絶対不可能	926 (53.7)	1280 (70.5)	2206 (62.3)
ほとんど不可能	484 (28.1)	306 (16.9)	790 (22.3)
少々苦労するがなんとか手に入る	184 (10.7)	119 (6.6)	303 (8.6)
簡単に手に入る	32 (1.9)	29 (1.6)	61 (1.7)
無回答	97 (5.6)	82 (4.5)	179 (5.1)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表129 コカインの入手 (%)

	男	女	全体
絶対不可能	920 (53.4)	1280 (70.5)	2200 (62.2)
ほとんど不可能	493 (28.6)	302 (16.6)	795 (22.5)
少々苦労するがなんとか手に入る	179 (10.4)	122 (6.7)	301 (8.5)
簡単に手に入る	36 (2.1)	28 (1.5)	64 (1.8)
無回答	95 (5.5)	84 (4.6)	179 (5.1)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表130 MDMAの入手 (%)

	男	女	全体
絶対不可能	932 (54.1)	1288 (70.9)	2220 (62.7)
ほとんど不可能	489 (28.4)	297 (16.4)	786 (22.2)
少々苦労するがなんとか手に入る	174 (10.1)	119 (6.6)	293 (8.3)
簡単に手に入る	28 (1.6)	27 (1.5)	55 (1.6)
無回答	100 (5.8)	85 (4.7)	185 (5.2)
合計	1723 (100.0)	1816 (100.0)	3539 (100.0)

表131 大麻を吸うことについてどう思うか？ (%)

	男	女	全体
法律以前にすへきてはない	1386 (80 4)	1613 (88 8)	2999 (84 7)
法律で禁止されているからすへきてはない	217 (12 6)	105 (5 8)	322 (9 1)
法律で禁止されているがかまわない	3 (2)	2 (1)	5 (1)
法律で決める必要はなく個人の自由	45 (2 6)	24 (1 3)	69 (1 9)
大麻の害を知らないから判断できない	53 (3 1)	47 (2 6)	100 (2 8)
無回答	19 (1 1)	25 (1 4)	44 (1 2)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表132 覚せい剤を使用することについてどう思うか？ (%)

	男	女	全体
法律以前にすへきてはない	1476 (85 7)	1640 (90 3)	3116 (88 0)
法律で禁止されているからすへきてはない	173 (10 0)	94 (5 2)	267 (7 5)
法律で禁止されているがかまわない	1 (1)	1 (1)	2 (1)
法律で決める必要はなく個人の自由	26 (1 5)	18 (1 0)	44 (1 2)
覚せい剤の害を知らないから判断できない	26 (1 5)	37 (2 0)	63 (1 8)
無回答	21 (1 2)	26 (1 4)	47 (1 3)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表133 マジック・マッシュルームが毒キノコだということを知っているか？ (%)

	男	女	全体
知らなかった	1132 (65 7)	1279 (70 4)	2411 (68 1)
知っていた	544 (31 6)	490 (27 0)	1034 (29 2)
無回答	47 (2 7)	47 (2 6)	94 (2 7)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表134 この1年間に受診した科 (複数回答) (%)

	男	女	全体
どこにも受診していない	321 (18 6)	253 (13 9)	574 (16 2)
1年間に受診 (内科)	906 (52 6)	1005 (55 3)	1911 (54 0)
1年間に受診 (神経科・精神科)	26 (1 5)	13 (7)	39 (1 1)
1年間に受診 (神経内科)	19 (1 1)	24 (1 3)	43 (1 2)
1年間に受診 (外科)	193 (11 2)	148 (8 1)	341 (9 6)
1年間に受診 (整形外科)	284 (16 5)	310 (17 1)	594 (16 8)
1年間に受診 (皮膚科)	203 (11 8)	258 (14 2)	461 (13 0)
1年間に受診 (脳神経外科)	44 (2 6)	55 (3 0)	99 (2 8)
1年間に受診 (泌尿器科)	73 (4 2)	43 (2 4)	116 (3 3)
1年間に受診 (産婦人科)	4 (2)	258 (14 2)	262 (7 4)
1年間に受診 (眼科)	279 (16 2)	411 (22 6)	690 (19 5)
1年間に受診 (歯科)	552 (32 0)	601 (33 1)	1153 (32 6)
1年間に受診 (耳鼻咽喉科)	182 (10 6)	267 (14 7)	449 (12 7)
1年間に受診 (心療内科)	12 (7)	21 (1 2)	33 (9)
1年間に受診 (その他)	28 (1 6)	22 (1 2)	50 (1 4)
1年間に受診 (無回答)	20 (1 2)	18 (1 0)	38 (1 1)
合計	1723 (100 0)	1816 (100 0)	3539 (100 0)

表135 薬物使用（医薬品も含めて）が原因で、これまでに受診したことがある科（複数回答）（%）

	男		女		全体	
どこにも受診していない	1534	(89 0)	1581	(87 1)	3115	(88 0)
薬物で受診（内科）	83	(4 8)	103	(5 7)	186	(5 3)
薬物で受診（神経科 精神科）	5	(3)	3	(2)	8	(2)
薬物で受診（神経内科）	2	(1)	3	(2)	5	(1)
薬物で受診（外科）	20	(1 2)	14	(8)	34	(1 0)
薬物で受診（整形外科）	22	(1 3)	40	(2 2)	62	(1 8)
薬物で受診（皮膚科）	23	(1 3)	53	(2 9)	76	(2 1)
薬物で受診（脳神経外科）	4	(2)	2	(1)	6	(2)
薬物で受診（泌尿器科）	7	(4)	8	(4)	15	(4)
薬物で受診（産婦人科）	1	(1)	16	(9)	17	(5)
薬物で受診（眼科）	21	(1 2)	27	(1 5)	48	(1 4)
薬物で受診（歯科）	32	(1 9)	36	(2 0)	68	(1 9)
薬物で受診（耳鼻咽喉科）	18	(1 0)	21	(1 2)	39	(1 1)
薬物で受診（心療内科）	1	(1)	7	(4)	8	(2)
薬物で受診（その他）	2	(1)	6	(3)	8	(2)
薬物で受診（無回答）	60	(3 5)	69	(3 8)	129	(3 6)
合計	1723	(100 0)	1816	(100 0)	3539	(100 0)

薬物使用についてのアンケート調査

ご協力へのお願い

国立精神 神経センター精神保健研究所薬物依存研究部は、薬物の使用状況、乱用実態などを調査し、薬物使用および乱用に対する対策のための基礎資料作りを行っている厚生労働省の研究機関です。

このたび、全国にお住まいの15歳以上の方、5,000人に、薬物の使用実態をおたずねすることになりました。お忙しいところ、突然で恐縮ですが、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

あなた様をお訪ねいたしましたのは、住民台帳より「くし引き」と同じ統計上の理論と手法によって、無作為で調査対象を抽出させていただいた結果です。

調査のために、お訪ねしました調査員は、当研究所より委託しました、調査専門機関である社団法人新情報センターの調査員です。

お訪ねしました調査員は、あなた様の住所・氏名を存しあげた上で、お訪ねしたわけですが、後日、回収にお伺いし、調査用紙を受け取る際には、回収用封筒に入れられた調査用紙を受け取るだけですので、あなた様が記載された内容を知ることはできません。また 調査用紙回収後は、調査対象者名簿はすみやかに廃棄されます。

また 結果の分析は、当研究部にて行いますが、当研究部ではどの調査用紙がとの方のものか、特定することができません。

したがって、あなた様の個人情報が漏れることはありません。

本調査用紙には、個人が特定される項目はありません。

調査の趣旨にご理解をいただきまして、ご協力いただけますよう、お願い申し上げます。

なお、本調査につきまして、ご意見、ご質問等がございましたら、下記の新情報センターまでお問い合わせ下さいませようお願い申し上げます。

(些少ですが調査員に粗品を持参させました。ご笑納下さい。)

ご記入に際してのお願い

- 1)ご記入は、エンピツ、または黒 青のボールペンでお願いします。
- 2)回答は、あなたの気持ち 考え 実情に最も近いものの番号を○印で囲んで下さい。
必要に応じて () 内にご記入下さい。
- 3)その他、ご記入上おわかりにならない点などがありましたら、調査員におたずねになるか、下記の(社)新情報センターまでお問い合わせ下さい。

回収日時

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

平成15年10月

<調査企画>

国立精神 神経センター
精神保健研究所
薬物依存研究部

<調査実施機関>

社団法人 新情報センター
東京都渋谷区恵比寿1-13-6
TEL (03) 3473-8833
担当 溝淵 阪口

【あなたご自身について、おたずねします。】

問1 性別を教えてください。(○は1つ)

1 男性	2 女性
------	------

問2 年齢は何歳(満)ですか? () 内にご記入ください。

() 歳

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

1 小学校(尋常小学校も含む)	5 高等学校(旧制中学校 高女も含む)
2 中学校(尋常高等小学校も含む)	6 短大 大学以上(旧制高等学校も含む)
3 専門学校(中卒後)	7 その他
4 専門学校(高校中退後、ないしは高卒後)	

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

学生	
1 中学生	2 高校生
3 予備校生	4 専門学校 各種学校生徒
5 短大生	6 大学生
7 大学院生	
自営業種、家族従業員	
10 農林漁業の営業者	
11 商店主(小売業 卸売店の店主など)	
12 工場主(製造工場 自動車整備工場 印刷工場主など)	
13 土木建築業種(工務店主など)	
14 医療関係業種(病院経営 薬局 薬店主など)	
15 サービス業事業主(旅館主 喫茶店主 理美容店主 クリーニング店主、運送店主など)	
16 その他の事業主(弁護士 会計士事務所経営 宗教家 プロスポーツ選手など)	
勤め人	
17 販売従業者(販売店員 外交員 行商人 セールスマンなど)	
18 保安従業者(警察官 消防士 自衛官 守衛 管理人 ガードマンなど)	
19 運輸従業者(運転手 機関士 車掌など)	
20 通信従事者(電話交換手、通信士など)	
21 サービス業従事者(ウエイター ホステス 家政婦、ガイドなど)	
22 技能職従事者(理容師、美容師、調理師など)	
23 土木建築業従事者(大工 とび職 土工 左官 配管工 その他建設作業員など)	
24 工場労働者、工業作業員(洋服仕立て工 印刷工 板金工、自動車修理工 旋盤工、メッキ工など)	
25 その他の労務従事者(採鉱員、荷役作業員 清掃員など)	
26 専務従事者(事務系会社員 事務系公務員、タイピスト 記者など)	
27 管理的職業(課長以上の公務員、民間会社の部長以上など)	
28 医療職従事者(医師 看護婦 薬剤師など)	
29 その他の専門 技術職従事者(技術者 弁護士 教師 研究者など)	
30 専業主婦	
31 無 職	
32 その他(具体的に)	

【あなたの飲酒習慣について おたずねします。】

問5 これまでに、一回でも飲酒したことがありますか？

(ない方は「1」を ある方は 飲酒したことのある機会すべてに○をして下さい。)

×この調査で言う飲酒には 梅酒など アルコールが入ったものすべてを含みます。

また「飲む」とは「なめる」「口をつける」も含めます。

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

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

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

問7 あなたが、それなりに飲酒をするようになったのはいつ頃からですか？(○は1つ)

×「それなりに飲酒をする」とは 一回の飲酒の量にかかわらず「月に1回以上 飲酒すること」を指します。

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

問8 この一年間に、一回でも飲酒したことがありますか？

(ない方は「1」を ある方は 飲酒したことのある機会すべてに○をして下さい。)

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

問9 この一年間の飲酒頻度は、以下のどれに該当しますか？(○は1つ)

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

問10 現在のあなたは、禁酒に関してとれに該当しますか？（○は1つ）

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

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

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

【あなたの喫煙習慣について、おたずねします。】

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

- 1 ない
- 2 ある

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

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

問14 あなたが、それなりに喫煙するようになったのはいつ頃からですか？（○は1つ）

×「それなりに喫煙をする」とは 1回の喫煙の量にかかわらず「週1回以上 喫煙すること」を指します。

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

問15 この一年間の喫煙頻度は、以下のとれに該当しますか？（○は1つ）

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

問16 現在のあなたは、禁煙に関してとれに該当しますか？（○は1つ）

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

問17 禁煙しようかと考えた大きな理由は何ですか？（○はいくつでもけっこうです）

（禁煙を考えたことがない方や 喫煙経験のない方は1に○をしてください。）

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

【鎮痛薬、精神安定薬（抗不安薬）、睡眠薬についておたずねします。】

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

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

問19 次の薬のうち、この一年間に一回でも使ったことのある薬があったら、○をつけて下さい。

（○はいくつでもけっこうです）（この調査での「薬」には 医療機関からの薬も市販薬も含みます）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

問25 この一年間に、精神安定薬（抗不安薬）は、どこから入手しましたか？

（○はいくつでもけっこうです）

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

問26 精神安定薬（抗不安薬）の、この一年間での使用理由は以下のとれですか？

（○はいくつでもけっこうです）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

【薬物乱用 依存についておたずねします。】

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

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

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

- | | |
|---------|--------|
| 1 知っている | 2 知らない |
|---------|--------|

問34 「シンナー遊び」で死亡すること（急性中毒死）があるのを知っていますか？（○は1つ）

- | | |
|---------|--------|
| 1 知っている | 2 知らない |
|---------|--------|

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

1 知っている 2 知らない

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

1 知っている 2 知らない

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

1 知っている 2 知らない

問38 「シンナー遊び」をする人の数について、どのような印象をお持ちですか？（○は1つ）

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

問39 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、「シンナー遊び」を一回でも行ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？

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

1 いない（知らない） 2 いる →（ ）人

問40 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間に「シンナー遊び」を一回でも行ったことのある人を、何人知っていますか？

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

1 いない（知らない） 2 いる →（ ）人

問41 あなたは、これまでに「シンナー遊び」に一回でも誘われたことがありますか？

（○は1の場合は1つ それ以外の場合には 1つまたは2つ）

1 ない 2 この1年間より前にあった 3 この1年間にあった

問42 あなたは、これまでに一回でも、「シンナー遊び」を経験したことがありますか？

（○は1の場合は1つ、それ以外の場合には 1つまたは2つ）

1 ない 2 この1年間より前にあった 3 この1年間にあった

問43 あなたは、大麻を吸っている人の数について、どのような印象をお持ちですか？（○は1つ）

（マリファナ ハンノコもすべて大麻です）

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

問44 あなたは大麻を吸うと、上記の問35～問37と同じ精神病状態、フラッシュバック、無動機症候群になることがあるのを知っていますか？（○は1つ）

1 知っている 2 知らない

問45 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、大麻を一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？

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

1 いない (知らない) 2 いる → () 人

問46 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間に大麻を一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？

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

1 いない (知らない) 2 いる → () 人

問47 あなたは、これまでに、大麻使用に一回でも誘われたことがありますか？

(○は1 の場合は1つ それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1 ない 2 この1年間より前にあった 3 この1年間にあった

問48 あなたは これまでに一回でも 大麻を吸ったことがありますか？

(○は1 の場合は1つ それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1 ない 2 この1年間より前にあった 3 この1年間にあった

問49 あなたは、覚せい剤を使っている人の数について、どのような印象をお持ちですか？ (○は1つ)

(ヒロポン、ジャブ、エス、スピートも覚せい剤です)

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

問50 覚せい剤を使うと、上記の質問35と同じ精神病状態になりやすく、また質問36のようなフラッシュバックがあることを知っていますか？ (○は1つ)

1 知っている 2 知らない

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

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

1 いない (知らない) 2 いる → () 人

問52 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間に覚せい剤を一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？

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

1 いない (知らない) 2 いる → () 人

問53 あなたは、これまでに、覚せい剤使用に一回でも誘われたことがありますか？

(○は1 の場合は1つ それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1 ない 2 この1年間より前にあった 3 この1年間にあった

問54 あなたは、これまでに一回でも、覚せい剤を使用したことがありますか？

(○は1 の場合は1つ それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1 ない 2 この1年間より前にあった 3 この1年間にあった

問55 あなたは ヘロインを使用している人の数について どのような印象をお持ちですか？ (○は1つ)

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

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

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

1 いなし (知らない) 2 いる → () 人

問57 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間にヘロインを一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？

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

1 いなし (知らない) 2 いる → () 人

問58 あなたは、これまでに、ヘロイン使用に一回でも誘われたことがありますか？

(○は1の場合は1つ それ以外の場合には 1つまたは2つ)

1 ない 2 この1年間より前にあった 3 この1年間にあった

問59 あなたは、これまでに一回でも、ヘロインを使用したことがありますか？

(○は1の場合は1つ それ以外の場合には 1つまたは2つ)

1 ない 2 この1年間より前にあった 3 この1年間にあった

問60 あなたは コカインを使用している人の数について とどのような印象をお持ちですか？ (○は1つ)
(クラックもコカインです)

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

問61 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、コカインを一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？

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

1 いなし (知らない) 2 いる → () 人

問62 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間にコカインを一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？

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

1 いなし (知らない) 2 いる → () 人

問63 あなたは、これまでに、コカイン使用に一回でも誘われたことがありますか？

(○は1の場合は1つ それ以外の場合には 1つまたは2つ)

1 ない 2 この1年間より前にあった 3 この1年間にあった

問64 あなたは、これまでに一回でも、コカインを使用したことがありますか？

(○は1の場合は1つ それ以外の場合には 1つまたは2つ)

1 ない 2 この1年間より前にあった 3 この1年間にあった

問65 あなたは、MDMAを使用している人の数について、どのような印象をお持ちですか？

(エクスタシー エックスもMDMAです)

(○は1つ)

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

問66 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、MDMAを一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？

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

1 いない (知らない) 2 いる → () 人

問67 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間にMDMAを一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？

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

1 いない (知らない) 2 いる → () 人

問68 あなたは、これまでに、MDMA使用に一回でも誘われたことがありますか？

(○は1の場合は1つ それ以外の場合には 1つまたは2つ)

1 ない 2 この1年間より前にあった 3 この1年間にあった

問69 あなたは、これまでに一回でも、MDMAを使ったことがありますか？

(○は1の場合は1つ それ以外の場合には 1つまたは2つ)

1 ない 2 この1年間より前にあった 3 この1年間にあった

問70 あなたが「シンナー遊び」のためにシンナーなどの有機溶剤を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいことですか？ (○は1つ)

1 絶対不可能だ 3 少々苦勞するか、なんとか手に入る
2 ほとんど不可能だ 4 簡単に手に入る

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

1 絶対不可能だ 3 少々苦勞するか、なんとか手に入る
2 ほとんど不可能だ 4 簡単に手に入る

問72 あなたが覚せい剤を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？ (○は1つ)

1 絶対不可能だ 3 少々苦勞するか、なんとか手に入る
2 ほとんど不可能だ 4 簡単に手に入る

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

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

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

1 絶対不可能だ 3 少々苦勞するか、なんとか手に入る
2 ほとんど不可能だ 4 簡単に手に入る

問75 あなたがMDMAを手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？ (○は1つ)

1 絶対不可能だ 3 少々苦勞するか、なんとか手に入る
2 ほとんど不可能だ 4 簡単に手に入る

問76 大麻を吸うことは法律で禁止されていますが、あなたは大麻を吸うことについて、どう思いますか？（○は1つ）

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

問77 覚せい剤を使用することは法律で禁止されていますが、あなたは覚せい剤を使用することをどう思いますか？（○は1つ）

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

問78 あなたは、マジック マッシュルームが毒キノコであることを知っていましたか？（○は1つ）

- 1 知らなかった
- 2 知っていた

問79 あなたが、この一年間に受診したことがある診療科に○をして下さい。
（○はいくつでもけっこうです）

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

問80 あなたが、これまでに、何らかの薬物（医薬品も含めて）の使用が原因で受診したことがある診療科に○をして下さい。

（○はいくつでもけっこうです）

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

ご協力ありがとうございました。

なお、この調査についての結果は、来年の7月頃に公表します。

結果をお知りになりたい方は、ハガキにあなた様の住所、氏名をご記入になり、下記の「結果請求用紙」を点線に沿って切り取り、ハガキに貼付の上、2003年11月末日までに、下記住所（点線に沿って切り取り、ハガキに添付して下さい）までご請求下さい。来年の7月頃に郵送させていただきます。

（結果は、調査対象全員について、統計的にまとめられたものであり、個人について論じたものではありません。ただし、郵送の必要上、あなた様が本調査の対象の一人であったことか、当研究部にはわかりますが、当研究部では、あなた様ご自身の記載内容を特定することはできませんし、あなた様が本調査の対象の一人であったことを漏らすことは、一切ありません。）

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

結果請求用紙 結果請求先
住民調査03の; 〒272-0827 千葉県市川市国府台 1-7-3 ;
結果を 国立精神 神経センター 精神保健研究所 ;
請求します 薬物依存研究部 住民調査 担当者 宛 ;

第5版-2003

分 担 研 究 報 告 書
(1-2)

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者 尾崎 茂 国立精神 神経センター精神保健研究所, 薬物依存研究部室長
研究協力者 和田 清 国立精神 神経センター精神保健研究所, 薬物依存研究部長
大槻直美 国立精神 神経センター精神保健研究所, 薬物依存研究部研究助手

研究要旨 1987年度以降施行されてきた「薬物関連精神疾患の実態調査」について、主に共通した調査項目に注目して経時的分析を行った。各年度の調査において回答率は概ね50%を超え、病床数からも同程度にカバーしており、全数調査として意義のある調査か施行されていると考えられた。覚せい剤と有機溶剤が精神科医療の現場においても主たる乱用薬物であり、覚せい剤は主たる使用薬物としては50～60%と最も高い割合を示し、漸増傾向にあるとともに、使用歴を有する薬物としても最も高い割合を示した。有機溶剤は、主たる使用薬物としては20%前後と減少傾向にあるが、初回使用薬物としては40～50%と覚せい剤よりも最も高い割合を示した。若年層における薬物乱用へのgatewayとしての有機溶剤の役割は今なお重要であり、予防啓発 早期介入に関する対策の一層の充実が必要と考えられた。大麻は、主たる使用薬物としては1～2%を占めるに過ぎないが、使用歴を有する薬物としては20%を超えるなど、最近の調査において著明な増加を示しており、一般社会での乱用の拡大を反映していると考えられた。各薬物症例群において、使用期間が1年未満の「初期乱用者」の割合は5%前後で、顕著な変化はみられず概ね横ばいであったが、覚せい剤症例ではやや減少傾向がみられた。「長期乱用群（薬物使用開始後5年以上経過）」は40～80%を占め、覚せい剤、有機溶剤ではやや増加傾向がみられた。本調査を継続することは、精神医療の現場における薬物関連問題の実態把握とともに、予防啓発および精神保健上の対策を検討する際の重要な情報提供をもたらすと考えられた。

A 研究目的

本調査研究は、全国のすべての有床精神科医療施設における薬物関連精神疾患患者を対象とし、薬物乱用・依存に関する多面的疫学研究のひとつとして継続的に行われてきたもので、1987年以来ほぼ隔年て実施され、2002年までに9回の調査を重ねてきた^{1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9) 10)}。

今年度は調査の実施しない年度にあたるため、すでに開始後約15年を経過した本調査研究の結果から、精神医療の現場における薬物関連精神疾患の特徴について、その全体的傾向を経時的に検討することを目的とした。また、これまでのデータを関係者のみならず一般社会により幅広く還元するために、過去の報告書を電子化して、インターネット等における閲覧を可能にする準備を行った。これによって本調査研究データへのアクセスが容易になり、国民の間で広く情報を共有することができるとともに、調査研究活動の一般社会への還元を促進すると考えられる。

B 研究方法

本調査の対象、方法は下記のようなものである。

- ・ 調査対象医療施設 全国の精神科病床を有する全医療機関。
調査期間 2ヶ月間（9月～10月）。
調査対象患者 調査期間内に外来または入院で診療を受けた、アルコールを除く精神作用物質を主な使用薬物とする薬物関連精神疾患患者。
調査方法 質問用紙を郵送し、担当医により記載。

調査項目については、調査年度によって質問項目の設定に多少の異同があるため、調査結果の経時的分析については、各年度の調査において共通の調査項目を中心として次のような点について検討を行った。

- ① 回答状況の推移
- ② 使用薬物別にみた症例(%)の推移
- ③ 性 年齢の分布

- ④ 薬物使用開始年齢
- ⑤ 薬物使用期間
- ⑥ 喫煙 飲酒状況
- ⑦ 薬物初回使用の動機
- ⑧ 薬物初回使用の契機となった人物
- ⑨ 薬物の主な入手経路
- ⑩ 覚せい剤初回使用方法
- ⑪ 主な状態像

また、上記のような共通項目のほか、年度ごとに下記のような関心領域を設定して調査を施行してきた。

1987 ¹⁾	乱用継続の理由 乱用による社会的障害度、問題行動
1989 ^{2,3)}	・性格特性 (Y-G12項目) 扶養者の特性 (養育態度、職歴、逮捕 矯正歴、薬物使用歴)
1991 ⁴⁾	・覚せい剤、有機溶剤による症状遷延 再燃例と乱用期間 ・転帰
1993 ⁵⁾	・覚せい剤および有機溶剤による後遺 症候群 ・来院時・治療中の主症状 治療終了時 調査時の状態改善度
1994 ⁶⁾	・来院時 治療中の主症状 最終診断時 調査時の状態
1996 ⁷⁾	覚せい剤関連精神障害の診断 (厚生省「専門家会議 (1985)」によ り類型分類)
1998 ⁸⁾	ICD-10による診断分類 精神病性障害の頻度と発症年齢
2000 ⁹⁾	・覚せい剤精神病の持続期間 (付 ICD-10診断分類のアルゴリズム)
2002 ¹⁰⁾	精神病性障害の診断 (6ヶ月以上にわ たり症状の持続する長期持続例を含 む) 依存症候群の診断 (ICD-10、乱用～ 依存までの期間、SDS (Severity of Dependence Scale) を用いた目録式 評価尺度) 先行 併存する精神医学的障害、生 活史的問題 (摂食障害、気分障害、 発達障害、虐待の既往など) ・利用された治療プログラム

これらの詳細については、各年度の報告書を参照されたい。

C 結果

(1) 回答状況の推移 (表1)

調査年度別の回答状況をみると、回答率は概ね50%前後で、全調査を通しての平均は49.3%であった。このうち「該当症例あり」と回答した施設は平均267施設と全体の約1/6に過ぎず、「該当症例なし」と回答した施設は、回答した施設全体の2/3を占めていた。

報告された症例数は全体で平均900例を超え、1施設あたりでは平均3.5例であった。最近の調査では、「症例あり」施設数が減少する一方で、「該当症例なし」施設数、また一施設あたりの回答症例数はやや増加傾向にある。

なお、2002年度調査¹⁰⁾で回答の得られた施設の精神科病床総数は189,341床で、全国の精神科病床の53%を占めていた。

(2) 施設種別にみた回答状況 (表2)

回答された症例数は、民間病院が全体の60%前後、国立病院、自治体立病院がそれぞれ15～20%を占めている。この中で、自治体立病院から報告された症例の割合が増加傾向にある。施設種別ごとの回答率は50～70%前後と概ね高い割合がみられている。該当する症例のあった施設の割合は国立病院、自治体立病院で50～60%と比較的高かった。2002年度の調査¹⁰⁾では、施設あたりの報告症例数は国立病院が10.8例と最も高く、自治体立病院が6.6例とこれに次いでいた。

(3) 使用薬物別にみた症例の推移

主たる使用薬物別にみた症例の割合では、1993年度調査の前後から、覚せい剤症例の割合の増加と有機溶剤症例の割合の低下が顕著になってきている (表3)。睡眠薬、抗不安薬症例がこれに次いでいるが、これらを含め、覚せい剤、有機溶剤以外の症例の割合は10%以下である。

主たる使用薬物が臨床的にひとつに決定できなかった「多剤使用症例」の存在も決して少なくないと考えられることから、1996年度は「その他多剤」として集計を開始した⁷⁾。1998年以降は、複数選択された主たる使用薬物がいずれも医薬品である症例を「多剤 (医薬品)」¹⁾、複数の薬物の中に

規制薬物が含まれる場合は「多剤（規制薬物）」として分類した。これらの多剤使用症例の内訳を表4に示す。これらの症例が症例全体に占める割合は1998年以降減少傾向がみられている。

初回使用薬物をみると、報告された全症例のうち40～50%が有機溶剤としており、覚せい剤を凌いで最も高い割合であった（表5）。

また、「使用歴を有する薬物」としては、同様に報告された症例のうちほぼ60%以上の症例が覚せい剤としており、有機溶剤より高い割合を示した（表6）。

（4）大麻使用症例の推移（表7）

大麻乱用の一層の拡大が懸念される現状から鑑み、大麻使用症例についてあらためて抽出したところ、大麻を「主たる使用薬物」とする症例の割合は報告症例全体の1～2%前後と低いが、「これまでに大麻の使用歴を有する症例」の割合は1996年¹⁹⁾、2002年調査¹⁹⁾でそれぞれ前年に比較してほぼ倍増するなど、著しい増加傾向がみられた。

（5）性比および年齢（表8）

覚せい剤、有機溶剤等の規制薬物を主たる使用薬物とする症例においては、男性が80%前後と優位で、30歳代を中心にして比較的幅広い年齢分布がみられた。

一方、睡眠薬、抗不安薬等の医薬品の症例では、男女比が接近し、平均年齢も40歳前後と高くなっている。

また、鎮咳薬症例については、他の医薬品症例と異なり、性比では男性優位で、平均年齢も30歳前後と、規制薬物症例の特徴に近い。

（なお、1989年度調査¹⁹⁾における鎮痛薬症例の平均年齢が他の年度に比較して極端に低くなっているか、10歳以下の症例が複数例含まれていたため、これらの乱用・依存状況の詳細は不明であるため、参考値にとどめたい。）

（6）初回使用年齢（表9）

初回使用年齢では、規制薬物および鎮咳薬症例は20～30歳前後であったのに対して、医薬品症例では30～40歳前後と、二分化していた。有機溶剤症例では全調査において16歳前後ともっとも低年齢で薬物使用が始まっていた。最近の調査では、大麻症例がこれに次いで初回使用年齢が低い傾向

を示している。

（7）薬物使用期間（表10、11）

主たる薬物の使用期間についての男女別割合を表10に、男女合計の割合を表11に示す。「薬物使用期間」を厳密に評価することは難しく、ここでは便宜的に「調査時年齢－初回使用年齢」で求めた値を用いている。

使用期間が1年未満である「初期乱用者」の割合は概ね5%前後で、顕著な変化はみられず概ね横ばいであった。覚せい剤症例では、大きな差はないものの、女性の初期乱用者の割合が男性より高い傾向がみられたか、全体としてはやや減少傾向がみられている。有機溶剤でも、女性において初期乱用者の割合がより高い傾向がみられた。

一方、薬物使用開始後5年以上が経過した「長期乱用群」は全体の40～80%を占め、覚せい剤、有機溶剤や鎮咳薬症例ではとくに70～80%と高い割合を示していた。性別にみると、覚せい剤、有機溶剤症例では男性の割合が高い傾向がみられた。

（8）喫煙状況（表12）

「非喫煙者」と「1日21本以上の喫煙者」の性別にみた割合を表12に示す。（ただし、2002年度は、非喫煙者のデータのみ。）薬物によってばらつきがあるか、全般的にみると非喫煙者より21本以上/日の喫煙者の割合が高い。とくに規制薬物症例では非喫煙者の割合が低い傾向がみられる。21本以上/日の喫煙者の割合は、20～30%前後ないしはそれ以上でやや男性の割合が高い傾向がみられた。

（9）飲酒状況（表13）

「乱用的飲酒」（「健康及び社会生活に影響を及ぼすような飲酒者」）の既往のある症例の割合について、性別にみた割合を表13に示す。全体的にみると男性の割合が高い傾向があるか、最近の調査では男女比は接近する傾向もみられる。有機溶剤、鎮咳薬症例ではむしろ女性の方が高い割合を示すことが多かった。覚せい剤症例においても男女比が接近する傾向がみられた。睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬症例では30～50%の割合を示すことが多い。

(10) 薬物初回使用の動機 (表14~16)

薬物初回使用の動機をみると、覚せい剤症例では男女とも「刺激を求めて」「好奇心」あるいは「快感を求めて」等の高い割合が目立った(表14)。「断り切れずに」「性的効果を求めて」では女性の割合が高い傾向がみられた。その他、「覚醒効果」「疲労の軽減」などの覚せい剤の薬理効果自体が初回使用の動機であった割合が10%前後にみられた。

有機溶剤症例でも同様に男女とも「刺激を求めて」「好奇心」の割合が高かった(表15)。次いで、「快感を求めて」「やけになって」「ストレス解消」「不安の軽減」などか10~30%程度にみられた。

鎮咳薬症例では、本来の薬理効果である「咳嗽の軽減」を初回使用の動機とする割合は低く、「好奇心」「快感を求めて」「ストレス解消」や「不安の解消」を初回使用の動機とする症例の割合が30~50%前後と高かった(表16)。

その他、睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬などの医薬品症例では、それぞれ「不眠の軽減」、「不安の軽減」、「疼痛の軽減」といった本来の薬理効果を求めて使用を始めた症例が50~70%にみられた。

(11) 初回使用の契機となった人物 (表17, 18)

覚せい剤症例の男性では、「同性の友人」の割合が40~60%と高く、次いで「知人」「密売人」などであった(表17)。一方、女性では「異性の友人」「恋人・友人」「同棲中の相手」などの異性パートナーの割合が高いのが特徴的であった。

有機溶剤症例では、男女とも「同性の友人」の割合が60~80%と最も高く、男性でより高い傾向がみられた(表18)。「異性の友人」および「恋人・愛人」といった異性パートナーの関与は、覚せい剤症例同様に女性においてより高い傾向がみられた。

睡眠薬、抗不安薬症例では、40~50%前後か「医師」の処方契機となっており、20~30%の症例では「なし」、すなわち乱用開始から単独での使用とみられた。

(12) 薬物の入手経路 (表19~21)

覚せい剤症例では、全体として「友人」「知人」「密売人」の割合が高い傾向があり、女性においては「恋人・愛人」と異性パートナーの割合が高いのか目立った(表19)。一方で、「最近1年間使

用なし」が男女とも40%前後にみられた。

有機溶剤症例では、「友人」が最も高い割合を示し、やや女性に高い傾向がみられた(表20)。「最近1年間使用なし」は男性でやや割合が高く、「恋人・友人」は女性に高い傾向がみられた。

睡眠薬、抗不安薬症例では、60~70%前後は「医師」で、医療機関からの処方と考えられた。鎮痛薬症例では、「医師」「薬局」からの入手が半数前後にみられた。鎮咳薬症例では、薬局からの入手がほとんどであった(表21)。

(13) 覚せい剤初回使用方法 (表22)

性別にみた覚せい剤の初回使用方法については、男女とも「静注」の割合が70~80%と圧倒的に高い割合を示した。ただし、若干ながら「静注」の割合が下降傾向にあり、「吸煙(加熱吸煙)」の割合が漸増しつつある傾向もうかがえる。

(14) 精神医学的状態像 (表23~25)

精神医学的状態像については、1994年度⁹⁾は「急性中毒」および「残遺症候群・残遺性障害」の項目はなく、1996年度¹⁰⁾は「厚生省専門家会議」の診断分類によるもので、個々に存在する状態像についての報告を求めたものであるため、結果的に各状態像とも割合が高くなっている。1998年度以降⁹⁾¹⁰⁾は、ICD-10による主診断の記載を求めている。

覚せい剤症例では、半数前後か「精神病性障害」、1/3程度が「残遺症候群・残遺性障害」で、これらが全体の70~80%を占めていた(表23)。一方、「依存症候群」を主診断とする症例の割合は全体の1/6程度と低かった。

有機溶剤症例では、「依存症候群」の割合が最も高く、「精神病性障害」がこれに次ぎ、両者で全体の約60%を占めていた(表24)。

医薬品症例では、60~70%前後か「依存症候群」で最も高い割合を示していた(表25)。

D 考察

1987年以降施行されてきた本実態調査について共通調査項目を中心に経時的検討を行った。覚せい剤、有機溶剤が主たる使用薬物として最も高い割合を示したか、1993年前後から、覚せい剤の増加傾向、有機溶剤の減少傾向が目立ち始めている。使用歴を有する薬物としても、報告された全症例

の60%前後が覚せい剤としており、医療の現場において覚せい剤乱用が最も大きな問題であることは言を待たない。一方で、有機溶剤は主たる使用薬物としては減少傾向にあるものの、初回使用薬物としては50%前後と覚せい剤を凌いでおり、薬物乱用へのgatewayとしての役割は依然として軽視できない。

覚せい剤症例では、使用開始後1年未満の「初期乱用者」は5%前後とほぼ横ばい乃至は若干の減少傾向がみられたが、5年以上の「長期乱用者」はやや増加傾向がみられた。長期乱用者の増加と症状遷延化傾向については、すでに1991年調査⁴⁾で指摘されているが、この傾向は持続しつつあることか示唆された。

覚せい剤症例の「初回使用の動機」においては、「刺激を求めて」「好奇心」「快感を求めて」の割合が高く、「断り切れずに」「性的効果を求めて」では女性で高い傾向がみられた。「初回使用の契機となった人物」や「入手経路」でも、男性では「同性の友人」や「密売人」が高かったのに対して、女性では「異性パートナー」が高いことか特徴的であった。以上から、覚せい剤乱用の開始に際して、女性において異性パートナーの関与がより強くみられることが示唆された。初回使用方法では、男女とも80%近くか「静注」であったが、「加熱吸煙」の割合も徐々に高くなる傾向がみられた。「主たる状態像」では、覚せい剤症例で「精神病性障害」が50%前後と高く、「残遺性障害」も約30%とこれに次いで高かったが、「依存症候群」は10%前後と低かった。医療現場では、治療の直接的対象となる病像が、依存症そのものよりも、精神病症状、あるいはそれらの症状の長期化・慢性化が中心になっていることか示唆される。

有機溶剤症例では、「初回使用の契機」となった人物として、覚せい剤症例と同様に女性で異性パートナーの割合が高かったが、「同性の友人」では男女差が少なかった。また入手経路では、やはり女性において「異性パートナー」とともに「友人」の割合が高かった。有機溶剤乱用における同性の友人の“peer pressure”の役割の相対的な大きさか示唆された。状態像では、依存症候群、精神病性障害が1/3程度を占めていた。

大麻は、主たる使用薬物としては1~2%を占めるに過ぎないが、使用歴を有する薬物としては20

%を超えるなど、著明に増加しており、一般社会での乱用の拡大を反映していると考えられる。MDMA等とともに今後の乱用拡大に一層注意が必要であろう。

医薬品症例においては、睡眠薬、抗不安薬、鎮痛薬症例では、当初は医薬品本来の薬理効果を求めて医療機関から処方されることが多いか、次第に乱用・依存か進行していく経過が示唆された。状態像としては、依存症候群が2/3前後と高い割合であった。鎮咳薬症例においては男女比、年齢などいくつかの点で規制薬物と類似したプロフィールがみられており、初回使用動機では「遊び型乱用」と自己治療(self-medication)的側面か伺われた。いずれにしても、処方薬の乱用・依存の問題については、投薬する医師側の認識をより高める努力をする必要かあろう。

E 結論

1) 1987年度以降の病院調査について、主に共通した調査項目に関する経時的分析を行った。回答率は概ね50%を超え、病床数からも同程度にカバーしており、全数調査として意義のある調査が施行されていると考えられる。

2) 「覚せい剤」は主たる使用薬物としては50~60%と最も高い割合で漸増傾向にあり、使用歴を有する薬物としても最も高い割合を示した。

3) 「有機溶剤」は主たる使用薬物としては20%前後と減少傾向にあるが、初回使用薬物としては40~50%と覚せい剤よりも最も高い割合を示した。若年層における薬物乱用へのgatewayとしての役割は今なお重要であると考えられた。

4) 「大麻」は、主たる使用薬物としては1~2%を占めるに過ぎないか、使用歴を有する薬物としては20%を超えるなど、著明に増加しており、一般社会での乱用の拡大を反映していると考えられた。

5) 各薬物症例群において、使用期間か1年未満の「初期乱用者」の割合は5%前後で、顕著な変化はみられず概ね横ばいであったか、覚せい剤症例ではやや減少傾向がみられた。

6) 「長期乱用群(薬物使用開始後5年以上経過)」は40~80%を占め、覚せい剤、有機溶剤ではやや増加傾向がみられた。

7) 医薬品症例の多くは依存症候群を呈しており、こうした処方薬の乱用・依存の問題については、

医療者側がより適切に認識する必要かあると考えられた。

F 研究発表

1) 論文 著書

- (1) 尾崎 茂 薬物依存症の最近の動向。精神科28(3) 205-212, 2003。
- (2) 尾崎 茂 メチルフェニデート関連精神障害。「日本臨床」別冊「精神医学症候群Ⅲ」 522-526, 2003。
- (3) 尾崎 茂 有機溶剤依存症の治療に関する提言。臨床精神薬理6(9) 1169-1176, 2003。
- (4) 尾崎 茂 薬物乱用・依存の現状－精神科医療施設からみた現状－。こころの科学111 22-27, 2003。
- (5) 尾崎 茂 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。精神保健研究49 23-27, 2003。
- (6) 尾崎 茂 国際保健からみた薬物乱用の現状とわが国の対応－精神病院からみた現状－。日本アルコール 薬物医学会雑誌39(1) 35-40, 2004。

2) 学会発表

- (1) 尾崎 茂 国際保健からみた薬物乱用の現状とわが国の対応－精神病院からみた現状－。第38回日本アルコール・薬物医学会総会、メインシンポジウム1(市民公開講座2)。2003年7月4日、東京。

G 参考文献

- 1) 福井 進, 和田 清, 伊豫雅臣他 薬物依存の疫学的調査研究(その1)。厚生省精神・神経疾患研究委託費－薬物依存の成因と病態に関する研究。昭和62年度研究報告書 169-182 1988。
- 2) 福井 進, 和田 清, 伊豫雅臣他 薬物依存の疫学的調査研究－その3。厚生省精神・神経疾患研究委託費－薬物依存の成因と病態に関する研究。平成元年度研究報告書 171-181, 1990。
- 3) 和田 清, 福井 進 薬物依存の発生因をめぐって 精神医学33 633-642, 1991
- 4) 福井 進, 和田 清, 伊豫雅臣他 薬物乱用・依存の実態と動向に関する研究(その2)－医療施設実態調査より－。厚生省精神・神経疾患研究委託費－薬物依存の発生機序と臨床および治療

に関する研究。平成3年度報告書 143-152, 1992。

5) 清水順三郎, 福井 進 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成5年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会医学的, 精神医学的特徴に関する研究。平成5年度研究成果報告書 79-104, 1994。

6) 清水順三郎 精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成6年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会医学的, 精神医学的特徴に関する研究。平成6年度研究成果報告書 87-118, 1995。

7) 尾崎 茂 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成8年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存 中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究。第1分冊「薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究」平成8年度研究成果報告書 61-86, 1997。

8) 尾崎 茂, 和田 清, 福井 進 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成10年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業) 薬物乱用 依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究。平成10年度研究報告書 85-116, 1999。

9) 尾崎 茂, 和田 清, 福井 進 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成12年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業) 薬物乱用 依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究。平成12年度研究報告書 77-118, 2001。

10) 尾崎 茂, 和田 清 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成14年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業) 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究。平成14年度研究報告書 87-128, 2003。

表1 調査年度別にみた回答状況

調査年度	総施設数	回答施設数	「症例あり」施設数	回答症例数	「症例なし」施設数	1施設あたり回答症例数
1987	1584	776 (49.0%)	310 (19.6%)	881	466 (29.4%)	2.8
1989	1564	789 (50.4%)	287 (18.4%)	915	502 (32.1%)	3.2
1991	1587	851 (53.6%)	309 (19.5%)	938	542 (34.2%)	3.0
1993	1572	799 (50.8%)	266 (16.9%)	933	533 (33.9%)	3.5
1994	1572	772 (49.1%)	258 (16.4%)	988	514 (32.7%)	3.8
1996	1567	578 (36.9%)	251 (16.0%)	904	327 (20.9%)	3.6
1998	1648	835 (50.7%)	275 (16.7%)	910	560 (34.0%)	3.3
2000	1652	840 (50.8%)	251 (15.2%)	981	589 (35.7%)	3.9
2002	1645	866 (52.6%)	198 (12.0%)	876	668 (40.6%)	4.4
(平均)	1599	790 (49.3%)	267 (16.7%)	925	522 (32.6%)	3.5

表2 施設種別にみた回答状況

	大学病院	民間病院	国立病院	自治体立病院	計
1994(施設数)	79	1262	49	182	1572
回答施設数	58 (73.4%)	587 (46.5%)	30 (61.2%)	97 (53.3%)	772
症例あり施設数	26 (44.8%)	177 (30.2%)	13 (43.3%)	42 (43.3%)	258
該当症例数	53 (5.4%)	609 (61.6%)	181 (18.3%)	145 (14.7%)	988
施設あたり症例数	2.0	3.4	13.9	3.5	3.8
1996(施設数)	84	1291	49	143	1567
回答施設数	38 (45.2%)	457 (35.4%)	25 (51.0%)	58 (40.6%)	578
症例あり施設数	22 (57.9%)	182 (39.8%)	17 (68.0%)	30 (51.7%)	251
該当症例数	53 (5.9%)	531 (58.7%)	167 (18.5%)	153 (16.9%)	904
施設あたり症例数	2.4	2.9	9.8	5.1	3.6
1998(施設数)	83	1374	48	143	1648
回答施設数	66 (79.5%)	639 (46.5%)	35 (72.9%)	95 (66.4%)	835
症例あり施設数	30 (45.5%)	182 (28.5%)	18 (51.4%)	45 (47.4%)	275
該当症例数	60 (6.6%)	551 (60.5%)	110 (12.1%)	189 (20.8%)	910
施設あたり症例数	2.0	3.0	6.1	4.2	3.3
2000(施設数)	83	1374	48	147	1652
回答施設数	50 (60.2%)	658 (47.9%)	32 (66.7%)	100 (68.0%)	840
症例あり施設数	16 (32.0%)	169 (25.7%)	20 (62.5%)	46 (46.0%)	251
該当症例数	53 (5.4%)	592 (60.3%)	106 (10.8%)	230 (23.4%)	981
施設あたり症例数	3.3	3.5	5.3	5.0	3.9
2002(施設数)	84	1366	49	146	1645
回答施設数	39 (46.4%)	719 (52.6%)	31 (63.3%)	77 (52.7%)	866
症例あり施設数	14 (35.9%)	137 (19.1%)	17 (54.8%)	30 (39.0%)	198
該当症例数	32 (3.6%)	466 (53.0%)	183 (20.8%)	198 (22.5%)	879
施設あたり症例数	2.3	3.4	10.8	6.6	4.4

(注) 症例あり施設数(%)=症例あり施設数/回答施設数

表3 主たる使用薬物別症例(%)の推移

(調査年度)	1987	1989	1991	1993	1994	1996	1998	2000	2002
(総症例数)	881	915	938	933	988	904	910	981	876
主たる使用薬物別にみた症例全体に占める割合(%)									
覚せい剤	39.2	40.8	35.3	41.9	42.8	56.3	48.0	57.6	55.0
有機溶剤	34.2	38.7	40.7	33.9	31.9	22.8	25.5	19.6	18.7
睡眠薬	9.6	5.5	6.9	10.4	10.9	4.2	6.2	5.8	6.7
抗不安薬	2.4	1.9	2.7	1.9	1.9	1.4	1.3	1.6	1.9
鎮痛薬	9.5	7.0	6.5	4.7	4.4	2.2	2.2	2.7	2.7
鎮咳薬	3.4	3.9	3.4	4.4	4.8	2.3	2.7	1.5	3.5
大麻	0.1	0.8	1.3	1.5	1.3	0.9	1.1	0.7	2.6
コカイン	—	0.2	0.2	0.3	0.3	0.0	0.0	0.4	0.1
その他	1.5	0.5	1.2	0.5	0.9	0.4	1.5	1.6	1.7
多剤(1996～)	—	—	—	—	—	9.4	11.4	8.5	7.0

(— 当該質問項目なし)

表4 多剤使用症例の内訳

	1996	1998	2000	2002
その他多剤	85例(9.4%)	—	—	—
多剤(医薬品)	—	61例(6.7%)	36例(3.7%)	26例(3.0%)
多剤(規制薬物)	—	43例(4.7%)	47例(4.8%)	35例(4.0%)
計	85例(9.4%)	104例(11.4%)	83例(8.5%)	61例(7.0%)

表5 初回使用薬物

	1996	1998	2000	2002
有機溶剤	53.2%	48.7%	44.0%	46.2%
覚せい剤	32.5%	34.3%	42.6%	30.2%
睡眠薬 抗不安薬	11.0%	15.7%	13.1%	9.0%
大麻	3.9%	4.5%	4.2%	4.4%
鎮痛薬	4.3%	5.0%	4.7%	3.0%
鎮咳薬	2.9%	3.7%	2.8%	2.8%

表6 使用歴のある薬物

	1996	1998	2000	2002
覚せい剤	62.5%	59.2%	67.3%	66.2%
有機溶剤	50.7%	47.5%	43.6%	50.1%
大麻	11.5%	11.4%	9.8%	22.0%
睡眠薬	19.2%	18.4%	16.5%	20.3%
抗不安薬	10.3%	10.8%	9.6%	13.1%
鎮痛薬	9.7%	9.4%	7.7%	8.9%
鎮咳薬	7.1%	7.5%	4.5%	7.5%
コカイン	3.7%	4.4%	3.6%	6.8%
ヘロイン	0.8%	1.7%	1.3%	2.7%

表7 大麻使用症例の推移

	1993	1994	1996	1998	2000	2002
大麻を主たる使用薬物とする症例	15%	13%	09%	11%	07%	25%
大麻使用歴のある症例	53%	54%	107%	114%	98%	220%
全症例数	933	988	904	937	981	878

表8 主たる使用薬物別にみた性比と平均年齢

	1989		1991		1993		1994		1996		1998		2000		2002	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
覚せい剤	81	19	86	14	69	29	74	25	78	21	73	27	76	24	75	26
	277	349	355	286	333	253	360	287	379	296	372	300	376	307	396	312
	290		345		309		340		361		358		359		374	
有機溶剤	81	19	80	20	84	16	84	15	90	9	84	16	83	17	83	17
	404	468	236	187	256	185	263	204	293	216	303	246	294	235	317	269
	417		226		245		254		285		286		284		309	
大 麻	100	0	83	17	86	14	92	8	75	25	70	30	86	14	100	-
	360	-	261	365	352	160	290	200	282	277	303	240	233	260	241	-
	360		278		333		279		280		290		237		241	
睡眠薬	63	38	57	43	54	46	56	43	71	29	52	48	46	54	51	49
	194	218	429	422	460	431	466	399	438	410	434	375	331	364	409	369
	203		426		446		435		425		432		349		389	
抗不安薬	77	24	72	28	72	28	53	47	46	54	29	71	31	69	53	47
	200	275	418	436	401	482	381	393	465	411	417	583	396	359	378	320
	221		423		425		387		390		408		371		349	
鎮痛薬	48	52	53	48	43	57	70	30	75	25	45	55	54	46	50	50
	144	209	456	498	460	440	460	565	442	495	430	426	472	391	494	456
	178		477		449		491		448		466		435		474	
鎮咳薬	50	50	59	41	83	17	75	23	76	24	80	20	73	27	74	26
	360	249	298	305	285	324	305	299	322	316	308	322	345	355	318	279
	337		301		292		303		320		285		347		308	

(上段より 性比(%) 性別平均年齢 全体の平均年齢)

表9 主たる使用薬物別に見た初回使用年齢

主たる使用 薬物	1989		1991		1993		1994		1996		1998		2000		2002	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
覚せい剤	265	222	239	238	228	199	226	207	227	200	227	211	230	218	229	203
	257		239		219		221		222		223		227		223	
有機溶剤	166	147	163	157	162	154	163	177	163	149	156	161	158	167	157	150
	163		162		160		165		161		157		160		156	
睡眠薬	375	343	354	312	397	368	396	330	334	327	361	308	283	296	329	276
	362		338		383		360		336		360		291		300	
抗不安薬	370	345	347	338	339	410	345	283	270	333	373	431	280	322	246	240
	364		345		358		316		310		332		303		244	
鎮痛薬	429	359	354	334	321	320	334	441	327	383	254	328	320	304	353	320
	393		345		320		364		343		311		311		333	
鎮咳薬	220	318	235	195	221	260	216	236	250	254	197	232	220	260	218	214
	242		220		228		220		251		207		231		216	
大麻	224	-	181	200	241	160	197	180	200	257	192	195	173	210	191	-
	224		186		231		194		224		214		180		191	

(上段より 性別平均年齢 全体の平均年齢)

表10 性別にみた主たる使用薬物の使用期間

主たる使用 薬物	年	1989		1991		1993		1994		1996		1998		2000		2002	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
覚せい剤	～1	51	14	79	148	51	76	42	45	27	72	08	31	26	58	11	49
	～3	34	87	67	259	158	288	83	159	75	171	80	94	77	158	47	65
	～5	37	00	97	148	89	182	50	136	57	135	77	142	66	151	61	138
	5≤	448	652	636	296	589	348	633	568	656	468	638	575	628	540	802	675
有機溶剤	～1	00	00	72	129	29	136	30	182	12	154	15	51	13	212	22	107
	～3	04	00	165	400	84	250	81	81	52	77	65	154	88	152	44	107
	～5	11	00	133	214	118	295	102	243	58	00	50	128	44	152	66	71
	5≤	943	956	568	171	697	250	766	378	786	692	766	487	767	455	846	607
大麻	～1	00		100	00	222	1000	00	00	00	00	00	00	00	00	43	00
	～3	00		100	00	111	00	286	1000	00	667	125	500	00	00	435	00
	～5	00		200	00	00	00	00	00	200	333	125	00	167	00	217	00
	5≤	571		500	500	444	00	571	00	800	00	375	500	500	1000	304	00
睡眠薬	～1	33	00	27	71	83	98	83	27	80	00	37	47	77	97	00	00
	～3	33	56	297	107	250	98	208	351	200	273	93	118	38	129	200	103
	～5	67	00	135	107	42	98	83	135	120	91	148	186	115	65	133	172
	5≤	167	167	378	429	354	537	313	351	440	455	481	465	308	419	367	517
抗不安薬	～1	00	00	00	286	83	00	00	125	00	00	00	00	00	00	00	125
	～3	77	00	278	143	167	200	111	125	00	00	00	133	00	91	111	125
	～5	00	00	222	143	167	00	333	125	167	143	333	67	200	273	00	125
	5≤	154	250	389	143	500	600	444	500	500	857	333	267	800	182	667	375
鎮痛薬	～1	00	00	31	34	00	43	00	00	67	00	00	00	00	00	83	00
	～3	00	00	156	34	00	87	111	273	200	250	67	00	143	250	00	00
	～5	33	30	94	103	111	87	185	00	67	00	00	118	71	167	00	167
	5≤	00	182	531	655	722	609	519	545	333	500	467	647	214	333	417	750

鎮咳薬	～1	00	00	53	00	31	143	00	00	00	00	40	00	00	250	00	00
	～3	36	125	53	00	250	00	100	111	63	200	40	167	00	00	87	125
	～5	00	00	283	308	125	286	100	111	188	200	40	167	91	00	43	125
	5≤	714	375	579	538	583	571	600	667	500	600	440	500	818	750	739	750

表 11 主たる使用薬物の使用期間(男女計)

主たる使用薬物	使用期間	調査年度							
		1989	1991	1993	1994	1996	1998	2000	2002
覚せい剤	1 年未満	4.4%	8.9%	5.7%	3.1%	7.3%	5.7%	6.5%	4.8%
	5 年以上	48.6%	59.3%	51.9%	59.4%	62.9%	63.0%	44.4%	75.7%
有機溶剤	1 年未満	0.0%	8.3%	4.6%	4.7%	7.3%	2.8%	5.7%	4.3%
	5 年以上	94.6%	49.1%	63.1%	72.4%	75.3%	77.4%	63.5%	80.5%
睡眠薬	1 年未満	2.1%	4.6%	8.2%	5.6%	10.3%	8.3%	10.5%	0.0%
	5 年以上	16.7%	40.0%	46.4%	40.7%	48.2%	56.2%	31.6%	71.2%
抗不安薬	1 年未満	0.0%	8.0%	5.6%	5.3%	0.0%	12.5%	0.0%	5.9%
	5 年以上	17.6%	32.0%	55.6%	47.5%	100.0%	62.5%	37.7%	70.6%
鎮痛薬	1 年未満	0.0%	3.3%	2.3%	0.0%	15.4%	0.0%	0.0%	4.2%
	5 年以上	9.5%	59.0%	63.6%	55.9%	46.2%	87.7%	26.7%	87.5%
鎮咳薬	1 年未満	0.0%	3.1%	4.9%	0.0%	0.0%	5.0%	6.7%	0.0%
	5 年以上	63.9%	56.3%	56.1%	68.1%	70.6%	70.0%	66.7%	80.7%
大麻	1 年未満	0.0%	8.3%	21.4%	0.0%	14.3%	12.5%	0.0%	8.7%
	5 年以上	57.1%	50.0%	35.6%	61.6%	42.9%	37.5%	42.9%	43.5%

表 12 喫煙状況

主たる使用薬物	喫煙状況	1994		1996		1998		2000		2002	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
覚せい剤	非喫煙者*	11.7%	15.9%	7.0%	9.9%	8.3%	12.6%	7.0%	10.8%	1.9%	3.3%
	21 本以上/日	32.5%	34.1%	34.2%	27.0%	28.2%	28.3%	25.5%	28.8%	—	—
有機溶剤	非喫煙者*	10.2%	13.5%	4.6%	7.7%	4.5%	17.9%	3.8%	9.1%	3.7%	3.6%
	21 本以上/日	21.8%	8.1%	32.9%	30.8%	35.8%	20.5%	34.0%	15.2%	—	—
睡眠薬	非喫煙者*	18.8%	24.3%	4.0%	9.1%	20.4%	16.3%	19.2%	22.6%	16.7%	3.4%
	21 本以上/日	31.3%	27.0%	48.0%	9.1%	20.4%	30.2%	23.1%	19.4%	—	—
抗不安薬	非喫煙者*	0.0%	37.5%	33.3%	57.1%	16.7%	13.3%	40.0%	36.4%	0.0%	0.0%
	21 本以上/日	22.2%	0.0%	66.7%	0.0%	50.0%	6.7%	20.0%	18.2%	—	—
鎮痛薬	非喫煙者*	29.6%	18.2%	20.0%	25.0%	13.3%	35.3%	7.1%	25.0%	25.0%	25.0%
	21 本以上/日	14.8%	18.2%	20.0%	0.0%	20.0%	11.8%	28.6%	16.7%	—	—
鎮咳薬	非喫煙者*	13.3%	0.0%	12.5%	20.0%	4.0%	0.0%	9.1%	25.0%	17.4%	0.0%
	21 本以上/日	46.7%	22.2%	18.8%	0.0%	28.0%	50.0%	45.5%	25.0%	—	—
大麻	非喫煙者*	28.6%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	—
	21 本以上/日	14.3%	0.0%	20.0%	66.7%	37.5%	50.0%	66.7%	100.0%	—	—

表 13 性別にみた「乱用的飲酒」の既往を有する症例の割合

主たる使用薬物	1994		1996		1998		2000	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
覚せい剤	10.8%	4.5%	30.9%	17.1%	26.5%	24.4%	18.3%	19.4%
有機溶剤	3.6%	5.4%	20.8%	23.1%	20.4%	23.1%	13.2%	21.2%
睡眠薬	20.8%	10.8%	36.0%	9.1%	35.2%	41.9%	42.3%	22.6%
抗不安薬	11.1%	12.5%	33.3%	0.0%	50.0%	13.3%	100.0%	27.3%
鎮痛薬	11.1%	9.1%	46.7%	0.0%	20.0%	23.5%	42.9%	16.7%
鎮咳薬	10.0%	11.1%	18.8%	20.0%	12.0%	16.7%	18.2%	50.0%
大麻	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%

表 14 性別にみた薬物初回使用の動機(覚せい剤症例)

動 機	1989		1991		1993		1998		2000		2002	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
刺激を求めて	43.1%	40.6%	32.7%	51.9%	55.1%	43.9%	36.7%	31.5%	27.4%	27.5%	29.5%	21.1%
好奇心	—	—	—	—	—	—	—	—	45.0%	40.6%	81.6%	55.3%
やけになって	10.1%	5.8%	7.3%	0.0%	7.6%	13.6%	2.5%	9.4%	3.3%	5.8%	7.0%	7.3%
断りきれずに	—	—	—	—	—	—	9.9%	20.5%	7.7%	18.8%	21.7%	27.6%
覚醒効果を求めて	16.8%	8.7%	13.3%	22.2%	10.8%	12.1%	11.9%	7.1%	11.2%	11.6%	7.0%	2.4%
疲労の軽減	12.8%	7.2%	10.9%	7.4%	13.3%	16.7%	8.8%	4.7%	9.1%	9.4%	9.7%	1.6%
性的効果を求めて	8.8%	18.8%	9.7%	29.6%	10.8%	13.6%	4.4%	7.1%	2.8%	10.9%	3.3%	3.3%
ストレス解消	15.8%	2.9%	5.5%	14.8%	10.1%	10.6%	5.8%	7.1%	5.4%	10.1%	9.2%	5.7%
快感を求めて	44.1%	24.6%	21.8%	33.3%	35.4%	28.8%	—	—	—	—	—	—
不安の軽減	6.7%	2.9%	4.2%	0.0%	5.1%	6.1%	3.0%	5.5%	5.2%	12.3%	3.9%	4.9%

(複数回答。— 当該質問項目なし)

表 15 性別にみた薬物初回使用の動機(有機溶剤症例)

動 機	1989		1991		1993		1998		2000		2002	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
刺激を求めて	58.3%	52.9%	54.7%	47.1%	49.6%	61.4%	52.2%	51.3%	28.9%	30.3%	33.8%	17.9%
好奇心	—	—	—	—	—	—	—	—	71.7%	60.6%	71.3%	64.3%
やけになって	18.4%	20.6%	13.3%	20.0%	11.3%	15.9%	7.0%	15.4%	6.3%	21.2%	3.7%	3.6%
断りきれずに	—	—	—	—	—	—	15.9%	23.1%	13.8%	12.1%	15.4%	14.3%
性的効果を求めて	1.1%	0.0%	1.4%	1.4%	0.8%	0.0%	1.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.7%	0.0%
ストレス解消	20.8%	16.2%	21.6%	8.6%	11.3%	6.8%	12.9%	10.3%	8.8%	30.3%	13.2%	10.7%
快感を求めて	31.8%	19.1%	33.1%	35.7%	30.7%	18.2%	—	—	—	—	—	—
不安の軽減	9.9%	7.4%	13.3%	17.1%	10.5%	11.4%	7.5%	7.7%	8.2%	15.2%	8.8%	14.3%

(複数回答。— 当該質問項目なし)

表 16 薬物初回使用の動機(鎮咳薬症例)

動 機	1989	1991	1993	1998	2000	2002
刺激を求めて	33.3%	43.8%	25.6%	44.0%	33.3%	32.3%
好奇心	—	—	—	—	46.7%	45.2%
やけになって	13.9%	6.3%	0.0%	4.0%	6.7%	0.0%
断りきれずに	0.0%	0.0%	0.0%	4.0%	6.7%	25.8%
覚醒効果を求めて	13.9%	12.5%	12.8%	12.0%	20.0%	9.7%
疲労の軽減	25.0%	21.9%	20.5%	20.0%	20.0%	3.2%
性的効果を求めて	2.8%	3.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
ストレス解消	22.2%	25.0%	23.1%	20.0%	20.0%	12.9%
快感を求めて	33.3%	37.5%	30.8%	—	—	—
不安の軽減	33.3%	15.6%	15.4%	4.0%	13.3%	19.4%
咳嗽の軽減	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	6.5%

(複数回答。— 当該質問項目なし)

表 17 性別にみた初回使用の契機となった人物(覚せい剤症例)

契機となった人物	1989		1998		2000		2002	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
同棲中の相手	1.7%	18.8%	0.8%	11.0%	1.4%	9.4%	0.0%	4.1%
恋人 愛人	—	—	1.7%	18.1%	1.2%	13.8%	0.0%	13.8%
同性の友人	48.5%	15.9%	39.8%	16.5%	32.1%	19.6%	59.9%	24.4%
異性の友人	4.4%	27.5%	1.4%	19.7%	0.9%	28.3%	4.5%	39.0%
知人	13.8%	11.6%	11.3%	6.3%	15.5%	13.0%	6.1%	4.1%
密売人	16.2%	7.2%	8.6%	3.9%	10.8%	4.3%	0.3%	0.8%

(複数回答。— 当該質問項目なし)

表 18 性別にみた初回使用の契機となった人物(有機溶剤症例)

契機となった人物	1989		1998		2000		2002	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
なし	—	—	10.9%	7.7%	15.1%	9.1%	8.1%	10.7%
恋人 愛人	—	—	0.0%	5.1%	0.6%	3.0%	0.7%	21.4%
同性の友人	81.3%	64.7%	61.2%	51.3%	64.2%	54.5%	72.8%	60.7%
異性の友人	2.1%	23.5%	3.0%	23.1%	2.5%	33.3%	2.9%	28.6%
知人	1.8%	1.5%	7.5%	20.5%	2.5%	0.0%	5.1%	3.6%
密売人	0.4%	0.0%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%	3.7%	3.6%

(複数回答。— 当該質問項目なし)

表 19 性別にみた薬物の入手経路(覚せい剤症例)

入手経路	1991		1993		1998		2000		2002	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
最近1年使用なし	—	—	—	—	49.2%	34.6%	36.1%	38.4%	50.8%	37.2%
友人	39.4%	22.2%	42.4%	42.4%	4.1%	13.4%	8.0%	38.4%	7.7%	12.4%
知人	27.3%	33.3%	24.1%	21.2%	7.2%	11.0%	8.9%	12.3%	9.0%	14.2%
恋人 愛人	1.2%	37.0%	1.9%	30.3%	0.8%	11.0%	0.0%	9.4%	0.6%	14.2%
密売人	42.4%	44.4%	43.0%	12.1%	—	—	—	—	—	—
密売人(日本人)	—	—	—	—	13.0%	11.0%	15.7%	9.4%	27.0%	16.8%
密売人(外国人)	—	—	—	—	5.5%	3.9%	4.0%	1.4%	3.5%	3.5%

(複数回答。— 当該質問項目なし)

表 20 性別にみた薬物の入手経路(有機溶剤症例)

入手経路	1991		1993		1998		2000		2002	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
最近1年使用なし	—	—	—	—	24.9%	7.7%	30.8%	15.2%	45.4%	15.2%
友人	60.8%	71.4%	51.3%	70.5%	15.9%	38.5%	15.1%	27.3%	11.8%	30.3%
知人	20.9%	20.0%	13.4%	15.9%	7.0%	20.5%	4.4%	6.1%	6.7%	6.1%
恋人 愛人	1.1%	11.4%	1.7%	9.1%	0.0%	7.7%	0.0%	9.1%	0.0%	9.1%
密売人	14.7%	18.6%	25.2%	22.7%	—	—	—	—	—	—
密売人(日本人)	—	—	—	—	12.9%	20.5%	5.7%	12.1%	8.4%	21.2%

(複数回答。— 当該質問項目なし)

表 21 入手経路(医薬品症例)

主たる 使用薬物	入手経路	1991		1993		1998*		2000*		2002*	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
睡眠薬	最近1年使用なし	—	—	—	—	1.9%	9.3%	3.8%	9.7%	8.1%	9.4%
	友人	0.0%	7.1%	4.2%	7.3%	0.0%	2.3%	7.7%	0.0%	2.7%	6.3%
	知人	2.7%	0.0%	6.3%	9.8%	1.9%	2.3%	0.0%	0.0%	5.4%	3.1%
	医師	62.2%	64.3%	68.8%	73.2%	38.9%	30.2%	57.7%	48.4%	51.4%	37.5%
	薬局	32.4%	53.6%	37.5%	48.8%	1.9%	2.3%	73.1%	35.5%	24.3%	43.8%
抗不安薬	最近1年使用なし	—	—	—	—	0.0%	6.7%	20.0%	9.1%	10.0%	0.0%
	医師	66.7%	85.7%	91.7%	100.0%	66.7%	40.0%	80.0%	45.5%	70.0%	77.8%
	薬局	16.7%	0.0%	8.3%	20.0%	16.7%	6.7%	20.0%	45.5%	20.0%	11.1%
鎮痛薬	最近1年使用なし	—	—	—	—	6.7%	23.5%	21.4%	0.0%	0.0%	30.0%
	友人	6.3%	0.0%	16.7%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	医師	50.0%	41.4%	50.0%	60.9%	46.7%	47.1%	21.4%	16.7%	45.5%	0.0%
	薬局	56.3%	79.3%	61.1%	65.2%	6.7%	5.9%	50.0%	83.3%	54.5%	70.0%
鎮咳薬	最近1年使用なし	—	—	—	—	12.0%	0.0%	9.1%	50.0%	15.0%	11.1%
	友人	21.1%	0.0%	12.5%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	22.2%
	知人	5.3%	7.7%	6.3%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	恋人 愛人	0.0%	15.4%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	家族	0.0%	0.0%	0.0%	14.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	密売人	5.3%	0.0%	3.1%	14.3%	4.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	医師	5.3%	15.4%	3.1%	14.3%	0.0%	33.3%	9.1%	0.0%	0.0%	0.0%
	薬局	78.9%	92.3%	81.3%	85.7%	4.0%	16.7%	81.8%	25.0%	80.0%	66.7%

(*1998 2000 2002 年度調査では「最近1年間の入手経路」)

表 22 性別にみた覚せい剤初回使用方法

使用方法	1993		1996		1998		2000		2002	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
経口	79%	14%	21%	50%	27%	44%	32%	50%	33%	29%
静注	81.1%	76.8%	77.5%	79.0%	75.0%	72.3%	70.7%	66.9%	72.8%	73.7%
吸煙	10.4%	10.1%	7.6%	11.8%	13.6%	17.5%	13.7%	22.5%	14.2%	12.4%
経鼻	2.4%	0.0%	0.9%	0.0%	0.7%	0.7%	0.4%	1.3%	0.5%	0.7%

表 23 主たる状態像(覚せい剤症例)

	1994	1996	1998	2000	2002
急性中毒	—	27.3%	1.3%	3.6%	2.3%
依存症候群	45.2%	34.0%	14.3%	12.0%	13.3%
精神病性障害	81.8%	57.8%	40.0%	47.5%	44.9%
残遺症候群 残遺性障害	—	55.6%	37.4%	29.6%	34.9%

表 24 主たる状態像(有機溶剤症例)

	1994	1998	2000	2002
急性中毒	—	7.3%	9.7%	3.1%
依存症候群	71.4%	43.4%	34.6%	31.3%
精神病性障害	58.1%	22.0%	31.4%	29.4%
残遺症候群 残遺性障害	—	17.6%	12.4%	19.0%

表 25 主たる状態像(医薬品症例)

	1994	1998	2000	2002
(睡眠薬症例)				
急性中毒	—	12.3%*	13.0%*	5.2%
依存症候群	94.4%	73.7%*	72.0%*	67.2%
精神病性障害	25.9%	1.8%*	1.0%*	5.1%
残遺症候群 残遺性障害	—	—	1.0%*	3.4%
(抗不安薬症例)				
急性中毒	—	—	—	0.0%
依存症候群	94.7%	(注1)	(注1)	76.5%
精神病性障害	10.5%	—	—	0.0%
残遺症候群 残遺性障害	—	—	—	5.9%
(鎮痛薬症例)				
急性中毒	—	11.8%	—	4.2%
依存症候群	95.3%	76.5%	(注2)	54.2%
精神病性障害	27.9%	0.0%	—	0.0%
残遺症候群 残遺性障害	—	5.9%	—	4.2%
(鎮咳薬症例)				
急性中毒	—	5.0%	—	0.0%
依存症候群	—	80.0%	(注2)	58.6%
精神病性障害	—	25.0%	—	13.8%
残遺症候群 残遺性障害	—	5.0%	—	20.7%

(注1)1998年 2000年 睡眠薬 抗不安薬症例を合わせた割合*

(注2)「(F19x)多剤およびその他の精神作用物質」として集計⁹⁾

分 担 研 究 報 告 書
(1－3)

全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

分担研究者	庄司正実	目白大学
研究協力者	妹尾栄一	東京都精神医学総合研究所
	富田 拓	国立武蔵野学院
	有園博子	茨城キリスト教大学短期大学部

研究要旨 われわれは全国児童自立支援施設を対象に1994年以降隔年ごとに質問紙により薬物乱用実態を調査してきた。しかし、質問紙法による薬物乱用調査の妥当性は明らかではない。今年度調査の目的は、質問紙薬物乱用調査かどの程度妥当であるかを検討することである。調査対象は児童自立支援施設入所児童88人（男性41人、女性47人）である。調査手続きは、あらかじめ質問紙調査を実施し、その後精神科医および臨床心理士による面接するという形式で実施した。質問紙は従来全国児童自立支援施設調査で用いた質問項目を抜粋した簡略版の質問紙を用いた。面接は半構造化面接である。面接と質問紙調査結果がどの程度一致するかにより質問紙調査の妥当性を検討した。結果は以下の通りである。1) 薬物乱用歴（有機溶剤、大麻、覚せい剤）の質問紙回答と面接結果はかなり相関しており、質問紙による乱用率の推定はある程度妥当であると考えられた。2) 質問紙による乱用程度の回答と面接による乱用の診断（機会的使用、乱用、依存）については、関連かやや乏しかった。概して質問紙回答よりも面接の方が重度の乱用と評価される傾向が疑われたか、標本数が少なくまた男女による傾向が異なり断定はできない。3) 薬物乱用による害知識に関する質問紙回答と面接の関連も検討された。薬物乱用による害知識については質問紙と面接の間の関連はやや低いと考えられた。4) 乱用者に対して薬物乱用による害体験について質問紙回答と面接の関連が検討された。薬物乱用による害体験も薬物乱用による害知識と同様な傾向を示し、質問紙と面接の間の関連はやや低いと考えられた。従来、非行少年において薬物乱用の質問紙調査の妥当性について検討された研究は見あたらない。薬物乱用は違法行為であり質問紙においても面接においても正確な回答が得られにくいと考えられる。本研究では調査数が少なかったため調査数を増やし、質問紙法による薬物乱用実態調査の妥当性をさらに検討することが必要と考えられる。

A 研究目的

分担研究者らは、1994年以降隔年ごとに全国の児童自立支援施設入所児童を対象に薬物乱用の継続調査を行ってきた。その結果、特に男性入所児童においては有機溶剤が漸減してきていることが示された（庄司，2003）。女性の場合も1994年と比較し有機溶剤乱用者は減少傾向にあるが、男性ほど減少傾向は顕著ではなかった。

この一連の調査は全国の児童自立支援施設を対象とした全数調査であり、有効回答数は2002年を除き1300人以上であり多くの回答が得られ、結果は信頼できるものと考えている。しかし、あくまでも自記式質問紙であり、面接調査に比べ妥当性は低下する。

今後も自記式質問紙調査を隔年ごとに実施する予定であり、薬物乱用に関するこの質問紙調査が、

面接調査と比較しどの程度の妥当性があるのか検討しておく必要がある。

また、質問項目内容も再検討が必要と考える理由として、まず薬物乱用の実態は変化が著しいので、調査対象とすべき薬物を時々確認する必要がある点かあげられる。さらに、薬物乱用による害に関する項目内容などが正しく回答者に理解されているか検討しておく必要も感ぜられる。

そこで、今年度調査においては、従来の質問紙調査と面接調査を同時に実施し、質問紙調査の妥当性を検討することにした。最近乱用に用いられている薬物の名称（俗称）などについても再度確認し来年度以降の調査用紙作成の参考とすることにしたか、ここでは質問紙の妥当性のみ報告する。

B 方法

1 対象

全国児童自立支援施設のうち数施設を選択し、質問紙調査および面接調査をすることにした。施設選択の基準は、ⅰ)平成14年度の調査で薬物乱用者が比較的多かったこと、ⅱ)対象には男女とも含むこと、ⅲ)面接調査員数より対象児童数が全体で100人から150人くらいになること、を考慮した。

最終的に2施設で調査を実施し、有効対象数は8人(男性41人、女性47人)であった。

対象の性別年齢構成を表1に示した。男女とも中学2年生および中学3年生が多い。男性では中学2年生が15人(36.6%)、中学3年生が12人(29.3%)、女性では中学2年生が13人(27.7%)、中学3年生が20人(42.6%)である。

対象の施設入所期間を表2に示した。男性では入所6ヶ月以下の者が50%以上と多かったが、女性では6ヶ月以下、6ヶ月から1年、1年から1年6ヶ月がそれぞれおよそ1/3ずつを占めていた。

2 調査方法

1) 手続き

調査では、質問紙調査および面接調査を施行した。面接調査一週間ほど前に施設に質問紙を送付し、面接までに質問紙回答をすませてもらった。

面接時に回答した質問紙を持参してもらい、質問紙調査および面接調査いずれにおいても本人名を確認せず面接と質問紙結果を対応させた。

面接結果と質問紙回答結果を独立に評価する必要があるため、面接に際し面接者は質問紙の回答結果を参照しないことにした。

面接は1対1の対面式で行った。調査者は、精神科医3人および臨床心理士2人の計5人である。面接時間は1人約15分である。

2) 面接用紙

面接調査用紙は資料1に示した。面接は構造化および半構造化されている。面接に先立ち、もし回答したくない場合は回答しなくても良い旨を伝えた。

調査項目は、各種薬物乱用歴、症状、有機溶剤乱用による薬物乱用による害の知識、である。

3) 質問紙調査用紙

質問紙は資料2を参照されたい。質問紙は無記名自記式である。項目は2002年調査(庄司, 2003)の調査用紙の一部を抜粋した。

おもな項目は、個人属性(年齢、性別、学歴、

表1 性・学年構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 6年	3	7.3	-	-
中学 1年	6	14.6	1	2.1
中学 2年	15	36.6	13	27.7
中学 3年	12	29.3	20	42.553
中学卒業	5	12.2	13	27.7
計	41	100.0	47	100.0

表2 施設入所期間

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
3ヶ月以下	8	19.5	8	17.0
4ヶ月から6ヶ月	13	31.7	7	14.9
6ヶ月から1年	6	14.6	15	31.9
1年から1年6ヶ月	8	19.5	16	34.0
1年6ヶ月から2年	4	9.8	-	-
2年以上	2	4.9	-	-
無回答	-	-	1	2.1
計	41	100.0	47	100.0

表3 面接と質問紙による薬物乱用歴(男性)

	質問紙結果		面接結果	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	15	36.6	18	43.9
大麻	3	7.3	4	9.8
覚せい剤	2	4.9	3	7.3
ブタン	11	26.8	10	24.4
コカイン	0	-	0	-
咳止め液	0	-	0	-
その他	2	4.9	0	-

表4 面接と質問紙による薬物乱用歴(女性)

	質問紙結果		面接結果	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	31	66.0	30	63.8
大麻	12	25.5	12	25.5
覚せい剤	7	14.9	7	14.9
ブタン	22	46.8	23	48.9
コカイン	0	-	1	2.1
咳止め液	2	4.3	2	4.3
その他	2	4.3	3	6.4

施設入所期間), 各種薬物乱用歴, および有機溶剤乱用に関する項目(乱用開始年齢, 乱用頻度, 薬物乱用による害知識, 薬物乱用による害体験率)である

今回, 質問紙調査の妥当性を検討することか目的であるため, 有機溶剤以外の薬物に関する質問項目は極力省いた。有機溶剤乱用に関して妥当な結果が得られれば他の薬物に関する質問紙項目も妥当であろうと推測した

C 結果

1 質問紙回答と面接の乱用頻度の関連

面接と質問紙で得られた男女ことの薬物乱用頻度を表3, 表4に示した

男性においては, 有機溶剤乱用は質問紙結果15人(36.6%)に対して面接結果が18人(43.9%)と多くなっていた。大麻乱用, 覚せい剤乱用も面接で1人多くなっていた。逆にブタン乱用およびその他の乱用は質問紙結果の方がそれぞれ1人, 2人多かった

女性ではブタン乱用, コカイン乱用, その他の乱用では面接結果が1人多く, 有機溶剤乱用では質問紙結果が1人多くなっていた

比較的乱用者が多かった有機溶剤, 大麻, 覚せい剤, ブタンについて質問紙および面接の回答の関連を表5から表8に示した。これより質問紙回答と面接結果の間で大きな差はないと思われる。また, 質問紙で無回答であった者に面接上乱用者か著しく多いということもないように思われる。乱用者の多かった有機溶剤乱用ではやや面接と質問紙の結果の差が目立ち, 質問紙において乱用を否定した者で面接において乱用を認めた者が男女それぞれ3人, 1人いた

2 質問紙における乱用程度と面接診断の関連

質問紙における乱用程度は, “乱用なし”, “年数回”, “月数回以上”, “ほぼ毎日”の4段階とした

面接診断は, 有機溶剤を使用した経験がある者を, 機会的使用(1, 2回程度の使用), 依存に至っていない乱用, 依存の3群に分けた

面接で依存と診断される者は質問紙で“ほぼ毎日”乱用していたと回答し, 面接で依存に至っていない乱用と診断される者は質問紙で“月数回以上”ないし“年数回”乱用したと回答すると想定

した。また面接において機会的使用と診断される者は質問紙で“年数回”の乱用と回答すると予想した

表9に有機溶剤乱用について面接診断と質問紙

表5 面接と質問紙による有機溶剤乱用歴

面接による乱用歴	質問紙による乱用歴			単位 人
	有	無	無回答	
男性				
有	14	3	1	
無	1	21	1	
女性				
有	29	1		
無	2	15		

表6 面接と質問紙による大麻剤乱用歴

面接による乱用歴	質問紙による乱用歴			単位 人
	有	無	無回答	
面接による乱用歴(男性)				
有	3		1	
無		32	5	
面接による乱用歴(女性)				
有	12			
無		32	3	

表7 面接と質問紙による覚せい剤乱用歴

面接による乱用歴	質問紙による乱用歴			単位 人
	有	無	無回答	
面接による乱用歴(男性)				
有	2	1		
無		31	7	
面接による乱用歴(女性)				
有	6		1	
無	1	37	2	

表8 面接と質問紙によるブタン乱用歴

面接による乱用歴	質問紙による乱用歴			単位 人
	有	無	無回答	
面接による乱用歴(男性)				
有	9	1		
無	2	29	7	
面接による乱用歴(女性)				
有	22	1		
無	1	23		

の乱用頻度の回答結果を示した

男性では依存に至っていない乱用群13人、依存群3人、女性では、機会的使用群4人、依存に至っていない乱用群4人、依存群14人であった

男性では面接で依存に至っていない乱用と診断された者が多かったか、彼らの質問紙での回答はややばらついている“月数回”ないし“年数回”使用したと質問紙で回答していた者9人はすべて面接において依存に至っていない乱用と評価されていた一方、質問紙で“ほぼ毎日”乱用していたと回答した5人は、3人は期待したとおり面接で依存とされたが2人は依存に至っていない乱用と評価された また、質問紙で“乱用なし”1人および無回答1人が面接で依存に至っていない乱用と評価されていた

女性では、“ほぼ毎日”使用したと回答した者6人はすべて面接で依存と評価された 質問紙で“月数回”ないし“年数回”使用したと回答した者は、面接において機会的使用、依存に至っていない乱用、依存の3群いずれにも評価されていた また、質問紙無回答者においても、面接で機会的使用および依存に至っていない乱用とされた者がそれぞれ1名いた

3 質問紙回答と面接の有機溶剤乱用による害知識の比較

表10から表14は、有機溶剤の乱用による害知識として、急性中毒死、精神病状態(幻覚・妄想)、フラッシュバック、多発神経炎、無動機症候群の知識の有無を面接と質問紙で比較したものである

全体に質問紙回答と面接結果の間で回答差が大きい

薬物別にみると、幻覚・妄想は質問紙では知らないと答えているが面接では知っているとした者が男性13人、女性4人と多い 一方、フラッシュバックや無動機症候群では質問紙では知っているとは回答しているものの面接では知らないとした者が相対的に多くなっている

質問紙で無回答だった者の多くは面接では、その乱用による害を知らなかったとしていた

4 各種薬物乱用による害知識の正確さ、知った時期、知った経路

急性中毒死、精神病状態(幻覚・妄想)、フラッ

表9 質問紙による有機溶剤乱用頻度と面接診断

質問紙による乱用頻度(男性)	面接診断 依存に至っていない乱用			単位 人
	機会的使用	い乱用	依存	
ない		1		
年に数回		4		
月に数回以上		5		
ほぼ毎日		2	3	
無回答		1		
質問紙による乱用頻度(女性)				
ない				
年に数回	2	2	2	
月に数回以上	1	1	6	
ほぼ毎日			6	
無回答	1	1		

表10 面接と質問紙による有機溶剤乱用による害知識(急性中毒死)

面接による害知識(男性)	質問紙による害知識			単位 人
	有	無	無回答	
有	14	5		
無	4	17	1	
面接による害知識(女性)				
有	22	5		
無	3	17		
質問紙の乱用歴有りのみ				

表11 面接と質問紙による有機溶剤乱用による害知識(幻覚・妄想)

面接による害知識(男性)	質問紙による害知識			単位 人
	有	無	無回答	
有	20	13	1	
無	1	6		
面接による害知識(女性)				
有	38	4		
無	2	1		
質問紙の乱用歴有りのみ				

表12 面接と質問紙による有機溶剤乱用による害知識(フラッシュバック)

面接による害知識(男性)	質問紙による害知識			単位 人
	有	無	無回答	
有	13	5		
無	5	16	2	
面接による害知識(女性)				
有	27	5		
無	12	3		
質問紙の乱用歴有りのみ				

表13 面接と質問紙による有機溶剤乱用による害知識(多発神経炎)

面接による害知識(男性)	質問紙による害知識			単位 人
	有	無	無回答	
有	5	7	1	
無	2	26		
面接による害知識(女性)				
有	20	8		
無	4	15		
質問紙の乱用歴有りのみ				

シュバノク、多発神経炎、無動機症候群の各有機溶剤乱用による害について、害を知っていた者を対象として、知識の正確さ、知った時期、知った経路を表15から表29示した

知識の正確さは、精神病状態(幻覚 妄想)において高かった 精神病状態(幻覚・妄想)は男女70%から80%かたいたい正しく知っていた その他

の害は正しく知っている者は50%以下であった
各薬物乱用による害を知った時期については、乱用の前か後かを訪ねた この質問においては無回答が多かったため、信頼性は低い 女性の方が乱用前から有機溶剤乱用による害知識を有している傾向にある 精神病状態は他の害に比べ乱用前から知っている者が多く、児童の間であらかじめ広く知られている

知識の経路について、精神病状態は仲間から知った者が多い 中毒死などは学校や警察 施設で知った者が多い 経路は男女で傾向が異なり、男性は警察・施設などの職員による薬物乱用防止教育として知ることが多い 学校で教わった者は女性で多い

5 質問紙回答と面接の有機溶剤乱用による害体験率の比較

有機溶剤による精神病状態(幻覚 妄想)、フラッシュハノク、多発神経炎、無動機症候群の体験歴を質問紙回答と面接結果と比較した(表30から表33)

精神病状態(幻覚 妄想)について、質問紙で体験有りとした者は面接でもほとんど体験を認めていた 一方、幻覚 妄想について質問紙では体験無しとしながら面接で体験を認めた者は男女それぞれ3人、8人いた 特に女性では乱用者で質問紙上乱用を否定した者14人中8人(57.1%)が面接では幻覚 妄想の体験を認めており面接と質問紙の回答差が著しい

フラッシュハノク、無動機症候群などについても男性では質問紙と面接の回答に差が少ないが、女性では回答差が大きい 女性では、質問紙においてフラッシュハノク、多発神経炎、無動機症候群を体験したとしながら面接では体験を否定する者が多かった

表14 面接と質問紙による有機溶剤乱用による害知識(無動機症候群)

	質問紙による害知識		
	有	無	無回答
面接による害知識(男性)			
有	3	8	
無	5	22	13
面接による害知識(女性)			
有	20	6	
無	9	12	

質問紙の乱用歴有りのみ

表15 有機溶剤乱用による害知識(中毒死)
(説明の正確さ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
正確	5	26.3	16	59.3
不正確	11	57.9	10	37.0
間違い	1	5.3	-	-
無回答	2	10.5	1	3.7

表16 有機溶剤乱用による害知識(中毒死)
(知った時期)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
乱用開始前	4	21.1	15	55.6
乱用開始後	6	31.6	4	14.8
無回答	9	47.4	8	29.6

表17 有機溶剤乱用による害知識(中毒死)
(知識の経路)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
仲間	3	15.8	8	29.6
警察・施設など	13	68.4	1	3.7
学校	1	5.3	11	40.7
その他	2	10.5	5	18.5
無回答	0	-	2	7.4

表18 有機溶剤乱用による害知識(幻覚・妄想)
(説明の正確さ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
正確	25	73.5	34	81.0
不正確	8	23.5	8	19.0
間違い	-	-	-	-
無回答	1	2.9	-	-

表19 有機溶剤乱用による害知識(幻覚・妄想)
(知った時期)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
乱用開始前	16	47.1	29	69.0
乱用開始後	2	5.9	3	7.1
無回答	16	47.1	10	23.8

表20 有機溶剤乱用による害知識(幻覚・妄想)
(知識の経路)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
仲間	17	50.0	22	52.4
警察・施設など	10	29.4	-	-
学校	2	5.9	8	19.0
その他	5	14.7	7	16.7
無回答	0	-	5	11.9

表21 有機溶剤乱用による害知識(フラッシュバック)
(説明の正確さ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
正確	5	27.8	13	43.3
不正確	4	22.2	7	23.3
間違い	1	5.6	2	6.7
無回答	8	44.4	8	26.7

表22 有機溶剤乱用による害知識(フラッシュバック)
(知った時期)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
乱用開始前	2	11.1	11	36.7
乱用開始後	8	44.4	10	33.3
無回答	8	44.4	9	30.0

表23 有機溶剤乱用による害知識(フラッシュバック)
(知識の経路)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
仲間	-	-	11	36.7
警察・施設など	9	50.0	3	10.0
学校	-	-	3	10.0
その他	1	5.6	3	10.0
無回答	8	44.4	10	33.3

表24 有機溶剤乱用による害知識(多発神経炎)
(説明の正確さ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
正確	6	46.2	9	32.1
不正確	5	38.5	12	42.9
間違い	2	15.4	5	17.9
無回答	-	-	2	7.1

表25 有機溶剤乱用による害知識(多発神経炎)
(知った時期)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
乱用開始前	3	23.1	14	50.0
乱用開始後	3	23.1	8	28.6
無回答	7	53.8	6	21.4

表26 有機溶剤乱用による害知識(多発神経炎)
(知識の経路)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
仲間	4	30.8	14	50.0
警察・施設など	5	38.5	2	7.1
学校	2	15.4	7	25.0
その他	1	7.7	2	7.1
無回答	1	7.7	3	10.7

表27 有機溶剤乱用による害知識(無動機症候群)
(説明の正確さ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
正確	5	41.7	11	42.3
不正確	5	41.7	11	42.3
間違い	1	8.3	2	7.7
無回答	1	8.3	2	7.7

表28 有機溶剤乱用による害知識(無動機症候群)
(知った時期)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
乱用開始前	2	16.7	13	50.0
乱用開始後	6	50.0	4	15.4
無回答	4	33.3	9	34.6

表29 有機溶剤乱用による害知識(無動機症候群)
(知識の経路)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
仲間	3	25.0	10	38.5
警察・施設など	6	50.0	2	7.7
学校	1	8.3	7	26.9
その他	1	8.3	4	15.4
無回答	1	8.3	3	11.5

表30 面接と質問紙による有機溶剤乱用による害体験(幻覚・妄想)

	面接による体験歴		質問紙による体験歴	
	有	無	有	無
面接による体験歴(男性)				
有			5	3
無				7
面接による体験歴(女性)				
有			16	8
無			1	6

質問紙の乱用歴有りのみ

表31 面接と質問紙による有機溶剤乱用による害体験(パニック発作)

	面接による体験歴		質問紙による体験歴	
	有	無	有	無
面接による体験歴(男性)				
有			1	1
無				11
面接による体験歴(女性)				
有			10	4
無			6	11

質問紙の乱用歴有りのみ

表32 面接と質問紙による有機溶剤乱用による害体験(多発神経炎)

	面接による体験歴		質問紙による体験歴	
	有	無	有	無
面接による体験歴(男性)				
有			3	12
無				
面接による体験歴(女性)				
有			2	2
無			3	17

質問紙の乱用歴有りのみ

表33 面接と質問紙による有機溶剤乱用による害体験(無動機症候群)

	面接による体験歴		質問紙による体験歴	
	有	無	有	無
面接による体験歴(男性)				
有			1	
無			1	13
面接による体験歴(女性)				
有			6	5
無			6	14

質問紙の乱用歴有りのみ

D 全体の考察

今年度調査の目的はこれまで実施してきた質問紙調査の妥当性を面接調査によって検討することであった。

われわれの全国児童自立支援施設薬物乱用実態調査は児童自立支援施設を対象とした全数調査であり、回答数もたいたい1300人以上得られ、その結果はある程度信頼できると考えている。しかし、質問項目の理解度や回答態度などにより質問紙は信頼性や妥当性が低下する。我々の一連の調査は薬物乱用という違法行為を対象としており無記名質問紙とはいえ正直に回答していない可能性もあり、結果の信頼性や妥当性は十分分かっていない。

面接調査では回答について詳しく説明を求めたり、回答の意味を確認したりするなどして質的により信頼できる結果が得られる。しかし、今回のような違法行為に関する質問では対面式面接ではかえって防衛的となり正しい結果が得られない可能性もある。したがって、必ずしも面接結果がより妥当とは言いきれない。

たまたし、一般的には面接調査の方が信頼できると考えられており、本研究でも質問紙の妥当性基準を面接結果においた。

1 質問紙の妥当性

1) 乱用歴

今回の調査結果で面接と質問紙で回答の乖離の大きい項目と小さい項目があった。しかし、単純な薬物乱用経験については、面接と質問紙の結果はかなり良い相関を示していると思われる。

もし、面接による診断が正しいと仮定できるならば、表5をもとに有機溶剤乱用(男性)に関して質問紙調査の感度=14/(14+3)=86.4%、特異度=21/(21+1)=95.5%となる。同様にして大麻乱用(男性)では感度=100%、特異度=100%、覚せい剤乱用(男性)では感度=66.6%、特異度=100%、ブタン乱用(男性)感度=90.0%、特異度=93.5%となる。女性の場合、有機溶剤乱用(女性)の感度96.7%、特異度88.2%、大麻乱用(女性)では感度100%、特異度100%、覚せい剤乱用(女性)では感度100%、特異度97.4%、ブタン乱用(女性)感度95.7%、特異度95.8%となる。

以上より、従来われわれが実施してきた全国児童自立支援施設調査で得られた薬物乱用頻度はある程度妥当であると思われる。

2) 乱用状態の程度

質問紙の乱用程度の質問項目から臨床的乱用の評価を下すことについては、今回の結果からやや難しいと考えられる。われわれは質問紙で乱用頻度か“年に数回”および“月に数回以上”が面接上、依存に至っていない乱用に相当し、“ほぼ毎日”が依存に対応すると仮定していたが、当てはまりはやや悪かった。

女性の場合は“年に数回”と“月に数回以上”の回答者は、面接上、依存に至っていない乱用群と診断されると想定したにもかかわらず、機会的使用群、依存に至っていない乱用群、依存群のいずれの群にも診断されていた。しかし、“月に数回以上”と“年に数回以上”を比較してみると、“月に数回以上”の回答者は、“年に数回”の回答者より依存群と評価される者が多く、むしろ“ほぼ毎日”と回答した依存者群に近いと思われる。また、全般的に女性では質問紙回答よりも面接結果の方が乱用状態の程度が重く評価されていた。

男性においては“年に数回”と“月に数回以上”の回答者はいずれも面接上、依存に至っていない乱用群であると評価されており、両者は区別できない群のように思われる。これはほぼ想定したとおりである。しかし、質問紙で“ほぼ毎日”と回答した者は必ずしも面接で依存とされたわけではなく、質問紙での“ほぼ毎日”から依存者を推定するのは困難といえる。

以上、男女で傾向が異なるか、質問紙における“年に数回”と“月に数回以上”の回答選択肢は回答者にとってあまり区別されていない可能性がある。数回程度乱用した者は、比較的短期間の乱用だった者とそうでない者か、それぞれ“月に数回以上”と“年に数回”に回答しているかもしれないが、乱用状態の程度としてはあまり区別できない群であると思われる。質問紙としては、面接における機会的使用群を同定するためには、“これまで1, 2回使用した”という回答選択肢を入れる方が良いかもしれない。

3) 薬物乱用による害知識

薬物乱用による害知識について急性中毒死、幻覚・妄想、フラッシュバック、多発神経炎、無動機症候群の知識を尋ねた。質問紙と面接の間に回答差が大きく、質問紙法による薬物乱用による害知識の評価は妥当性がやや乏しいと考えられる。

面接において各薬物乱用による害知識の正確度も評価したか、精神病状態(幻覚・妄想)については男女とも70%から80%がたいたい正しく知っていたか、その他の害は正しい知識を有する者は50%以下であり、知識の不正確さも回答の信頼性のなさに関連していると推測される。

4) 薬物乱用による害体験

薬物乱用による害体験も薬物乱用による害知識と同様に質問紙回答と面接結果の間に差が認められた。薬物乱用による害として分かりやすい幻覚・妄想は質問紙で体験有りとした者はほとんどが面接でも体験有りとしているが、質問紙では否定している者で面接では幻覚・妄想体験を認めている者も多く、やはり質問紙より面接の方が正しく応答しているのではないかとと思われる。幻覚・妄想などは体験していないのに自分は体験したと回答することは少ないと思われるからである。多発神経炎や無動機症候群は乱用少年が自分で診断評価するのは難しい症状であるのでその結果は面接・質問紙ともあまり信頼できないではないかと考えている。

2 本研究の問題点と今後の課題

本研究では対象数が88名と少なかった。したがって、結果についての誤差が大きいと考えられる。

調査標本数が少ないのでさらに調査数を増やし面接と質問紙結果の関連を明確にし、面接評価と関連が高くより妥当性と信頼性のある質問紙を作成する必要がある。

本研究の結果を参考に来年度以降質問紙調査結果をより適切に評価できるよう調査方法を検討していきたい。

E 結論

われわれは全国児童自立支援施設を対象に隔年ごとに質問紙により薬物乱用実態を調査してきた。今年度は質問紙による薬物乱用調査が妥当であるかどうか検討した。

調査対象施設は2施設であり、調査人数は88人(男性41人、女性47人)である。調査手続は、あらかじめ質問紙調査を実施し、その後精神科医および臨床心理士による面接を実施した。質問紙は従来全国児童自立支援施設調査で用いた質問項目を抜粋した簡略版の質問紙を用いた。面接は半構

造化した面接を実施した

調査より以下のような結果が得られた

- 1) 薬物乱用歴(有機溶剤、大麻、覚せい剤)の質問紙回答と面接結果はかなり相関しており、質問紙による乱用率の推定はある程度妥当であると考えられた
- 2) 質問紙による乱用程度の回答と面接による乱用の診断(機会的使用、依存に至っていない乱用、依存)については、関連かやや乏しかった。概して質問紙回答よりも面接の方が重度の乱用状態と評価される傾向が疑われたが、標本数が少なくまた男女による傾向が異なり評価困難であった
- 3) 薬物乱用による害知識に関する質問紙回答と面接の関連も検討された。薬物乱用による害知識は質問紙と面接の間に差があり質問紙の妥当性は乱用診断の結果に比較して高くないと考えられた
- 4) 有機溶剤乱用者に対して薬物乱用による害体験についても質問紙回答と面接の関連も検討された。薬物乱用による害体験も薬物乱用による害知識と同様な傾向を示し薬物乱用歴の結果と比較して質問紙の妥当性は低いと考えられた

従来、非行少年において薬物乱用の質問紙調査の妥当性について検討された研究は見あたらない。薬物乱用は違法行為であり質問紙においても面接においても正確な回答が得られにくいと考えられる。本研究では調査数が少なかったのてさらに調査数を増やし、質問紙法による薬物乱用実態調査の信頼性と妥当性をさらに検討することが必要である

F 研究発表

1 論文発表

- 1) 庄司正実 薬物乱用・依存一児童自立支援施設からみた現状— ころの科学 2003 111 28-32
- 2) 庄司正実, 妹尾栄一, 富田拓, 有園博子 入所非行児の薬物乱用の実態 日本アルコール薬物医学会雑誌 2004 39 41-45

2 学会発表

- 1) 庄司正実, 妹尾栄一, 富田拓, 有園博子 入所非行児の薬物乱用の実態 第38回日本アルコール薬物医学会 メインシンポジウム1(市民公開講座2)「国際保健からみた薬物乱用の

現況とわが国の対応」高輪プリンス(東京), 2003 7 4

参考文献

- 1) 庄司正実 全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識 実態に関する研究 平成14年度厚生労働科学研究費補助金医薬安全総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態とその社会的影響・対策に関する研究」2003

資料 1

この調査は みなさんの薬物経験について尋ねるものです どのくらいの方がどのようにして薬物を経験したのか知るのが調査の目的です 個々の面接内容については 施設の先生あるいは警察などに報告されません したがって話した内容によって施設入所期間がのびるとか その他不利な扱いを受けることはありません なるべく本当のことを教えていただきたいと思います

面接担当者

I Face Sheet

施設番号

連番

児童名

II 薬物全般

- I 薬物の使用経験 もしあれば、開始年齢、乱用頻度、量、入手状況、乱用方法などを尋ねる
注1 薬物使用がある場合は、依存、乱用、機会的使用(1,2回程度の使用)の評価をつける
注2 名称、種類を聞くこと

1 有機溶剤

1経験 ①あり(種類、名称), ②なし

2「シンナー」で次のようなことが起こることを知っていましたか? また、知ったのはいつですか?

1)「急性中毒死」

- 1 知っているか? ①知っていた ②知らなかった
2 とうなること?(説明求める) ①正しい ②不正確 ③間違い
3 知った時期 ①乱用開始前 ②乱用開始後
4 とうやって知ったか? ①仲間 ②警察や施設の人 ③学校 ④その他

2)「多発神経炎」で、手足の筋肉や神経がおとろえ、物かつかめなくなったり、歩けなくなる
(急性酩酊時の症状とは区別されていること、慢性的後遺症のみ評価)

- 1 知っているか? ①知っていた ②知らなかった
2 とうなること?(説明求める) ①正しい ②不正確 ③間違い
急性酩酊時の症状と勘違いしている場合は、「③間違い」と評定する
大量乱用後、乱用中止して残る症状と認識していれば「①正しい」と評定
3 知った時期 ①乱用開始前 ②乱用開始後
4 とうやって知ったか? ①仲間 ②警察や施設の人 ③学校 ④その他
5 自分になったことは ①あり(具体的に) ②なし

3) 幻覚 妄想などが出る(精神病状態)

- | | | | |
|------------------|----------|----------|----------|
| 1 知っているか? | ①知っていた | ②知らなかった | |
| 2 とうなること?(説明求める) | ①正しい | ②不正確 | ③間違い |
| 3 知った時期 | ①乱用開始前 | ②乱用開始後 | |
| 4 とうやって知ったか? | ①仲間 | ②警察や施設の人 | ③学校 ④その他 |
| 5 自分になったことは | ①あり(具体的に | | ②なし |

4) 「無動機症候群」と言って何もする気なくなったりすること
(急性酩酊時の症状とは区別されていること! 慢性的後遺症のみ評価)

- | | | | |
|------------------|--|----------|----------|
| 1 知っているか? | ①知っていた | ②知らなかった | |
| 2 とうなること?(説明求める) | ①正しい | ②不正確 | ③間違い |
| | 急性酩酊時の症状と勘違いしている場合は、「③間違い」と評定する
大量乱用後、乱用中止して残る症状と認識していれば「①正しい」と評定 | | |
| 3 知った時期 | ①乱用開始前 | ②乱用開始後 | |
| 4 とうやって知ったか? | ①仲間 | ②警察や施設の人 | ③学校 ④その他 |
| 5 自分になったことは | ①あり(具体的に | | ②なし |

5) 「フラノユバノク」と言ってもう吸わなくなったのに症状が出たりすること

- | | | | |
|------------------|----------|----------|----------|
| 1 知っているか? | ①知っていた | ②知らなかった | |
| 2 とうなること?(説明求める) | ①正しい | ②不正確 | ③間違い |
| 3 知った時期 | ①乱用開始前 | ②乱用開始後 | |
| 4 とうやって知ったか? | ①仲間 | ②警察や施設の人 | ③学校 ④その他 |
| 5 自分になったことは | ①あり(具体的に | | ②なし |

3 診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存

2 マリファナ(大麻、ハシハ、ハシノノも同じ)

- | | | | |
|-----------|----------------|-----|------------|
| 1 経験 | ①あり(種類、名称 | | ②なし |
| 2 精神症状の診断 | ①精神病症状あり | | ②フラノユバノクあり |
| 3 診断 | ①機会的使用(1-2回程度) | ②乱用 | ③依存 |

3 覚せい剤(エス、スピート、ノヤブも同じ)

- | | | | |
|-----------|----------------|-----|------------|
| 1 経験 | ①あり(種類、名称 | | ②なし |
| 2 精神症状の診断 | ①精神病症状あり | | ②フラノユバノクあり |
| 3 診断 | ①機会的使用(1-2回程度) | ②乱用 | ③依存 |

5 ガス(ガスハシ)

- | | | | |
|-----------|----------------|-----|------------|
| 1 経験 | ①あり(種類、名称 | | ②なし |
| 2 精神症状の診断 | ①精神病症状あり | | ②フラノユバノクあり |
| 3 診断 | ①機会的使用(1-2回程度) | ②乱用 | ③依存 |

6 コカイン(クラノクも同じ)

- 1経験 ①あり(種類, 名称), ②なし
- 2精神症状の診断 ①精神病症状あり ②フラノニューハノクあり
- 3診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存

7 錠剤系(睡眠薬や安定剤, 鎮痛剤など)

- 1経験 ①あり, ②なし
- 2乱用者のみ以下の詳細
- 1) 名称(何と呼ばれている錠剤か) ()
- 2) 乱用開始年齢 ①小学 ②中学 年
- 3) 使用量(乱用頻度, 一回の服用量) ()
- 4) 服用方法 ①単剤で服用 ②他剤との併用
- 5) 入手方法
- 1 病院処方 ①自分か処方された ②家族か処方された
- 2 貰う ③知合いから(どんな人から?)
- 3 購入 ④薬局 ⑤知人, 友人等 ⑥他人(市中の売人)
- ⑦インターネット ⑧薬局以外の店
- 4 窃盗 ⑨万引, 窃盗(どこから?)
- 5 その他 ⑩その他の入手方法
- 6) 効果, 精神症状 ①酩酊 ②鎮静 ③過敏 興奮 発揚 ④幻覚 妄想
- ⑤他の薬物の効果を増強させる
- 7) 診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存

8 咳止め液(ブロン液など)

- 1経験 ①あり(種類, 名称), ②なし
- 2精神症状の診断 ①精神病症状あり ②フラノニューハノクあり
- 3診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存

9 その他(具体的に)

- 1経験 ①あり(種類, 名称), ②なし
- 2精神症状の診断 ①精神病症状あり ②フラノニューハノクあり
- 3診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存

資料 2

調査へのお願い

この調査の目的は、飲酒・薬物などに対するみなさんの考えや経験を知ることです
この調査は、厚生労働省の科学研究費によるものです 答えた内容が施設での生活や
退院時期に影響することはありません どうしても答えたくない質問には答えなくて
もかまいません

各質問に対する回答は、特にことわらない限りもっともあてはまる内容の番号を一つだけ選んで○をつけて下さい

国立武蔵野学院 医務課長 富田 拓
目白大学 助教授 庄司正実

- 1 あなたの年齢はいくつですか？ 年齢を記入してください _____ 歳
- 2 学校は？ ①小学校 ②中学校 ③高校 ④専門学校 ⑤中学卒業後が無職 ⑥就労中
- 3 何年生ですか？学年を記入してください _____ 年生
- 4 男性ですか、女性ですか？ ①男性 ②女性
- 5 今回、この施設に入所してからとのくらいになりますか？ _____ 年 _____ ヶ月
- 6 あなた自身は以下のような薬物を一回でも使用したことがありますか？
- | | | |
|---------------------------------|-----|-----|
| 1) ンナーやトルエン（ボント、マニユキヤの除光液なども含む） | ①ある | ②ない |
| 2) マリファナ（大麻、ハッパ、ハンノシも同じ） | ①ある | ②ない |
| 3) 覚せい剤（エス、スピート、シャブも同じ） | ①ある | ②ない |
| 4) ガス（ライター用ガス、カセノトコンロ用ガスなど） | ①ある | ②ない |
| 5) コカイン（クラノクも同じ） | ①ある | ②ない |
| 6) 睡眠薬（病気治療以外の目的で） | ①ある | ②ない |
| 7) 精神安定剤（病気治療以外の目的で） | ①ある | ②ない |
| 8) ブロン熱などのセキ止め液（病気治療以外の目的で） | ①ある | ②ない |
| 9) その他の薬物 | ①ある | ②ない |

7 これまでに一回でも「シンナー遊び」を経験したことがありますか？ある場合は、初めて経験した年齢を選んでください

- ①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼえていない

8 施設に入る前、最もしていた時で「シンナー遊び」をとのくらいしていましたか？

- ①したことはない ②1年で数回した ③月に数回以上した ④ほとんど毎日

9 「シンナー遊び」をしすぎたり繰り返したりすると、下のようなことがおこることがあります。「シンナー遊び」をする前(したことがない人は施設入所前)、「シンナー遊び」でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください

- ①急性中毒死(吸っていてそのまま急に死ぬこと)
②多発神経炎(手足の筋肉や神経がおとろえ、物かつかめなくなったり、歩けなくなること)
③精神病状態(何もないのに物が見えたり声が聞こえたりする幻覚、誰もいないのに自分が見られているとか自分か噂されていると思いこんたりする妄想がでること)
④無動機症候群(何もする気がなくなり、学校を欠席したり仕事が長続きしなくなること)
⑤フラッシュバック(「シンナー遊び」をやめて吸わなくなったのに、疲れ ストレス 飲酒などで、幻覚や妄想が出ること)
⑥いずれも知らなかった

10 「シンナー遊び」の結果、上記のような精神病状態やフラッシュバックなどを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください (もともと「シンナー遊び」をしていない人は⑤を選んでください)

- ①精神病状態 ②フラッシュバック ③多発神経炎
④無動機症候群 ⑤「シンナー遊び」はしたことがない

ご協力ありがとうございました

分 担 研 究 報 告 書
(1－4)

救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究

分担研究者 相星亨一 日本医科大学 高度救命救急センター

研究要旨 日本医科大学附属病院高度救命救急センターに搬送された64症例を対象に、乱用薬物簡易検査キットであるTriageを使用し、尿検体のスクリーニング検査および確認試験を実施した。患者のプライバシー保護の観点からunlinked anonymous法を用いた。入室患者64症例の平均年齢は54.9±19.6歳で、男性42例、女性22例であった。症例の内訳は中枢神経疾患15例、呼吸器疾患2例、心疾患1例、消化器疾患7例、外傷16例、医薬品中毒10例、来院時心肺停止5例、その他8例で、Triage陽性症例は26例（40.6%）であった。Triage陽性薬物は4種類で、benzodiazepines 21例、barbiturates 6例、tricyclic antidepressants 5例、opiates 1例であった。不法薬物のTriage陽性例（opiates）の1例からは確認試験でdihydrocodeineが検出された。このdihydrocodeineは医薬品によるものと思われ、よって、64例中不法薬物の使用症例は確認されなかった。

A 研究目的

背景 日本医科大学附属病院高度救命救急センターの年間症例数は約1600症例である。薬物中毒患者は約120例（7.5%）に相当する。乱用薬物患者が搬入される可能性としては、乱用薬物自体による急性および慢性中毒症状（意識障害、痙攣など）、乱用薬物の作用か事件や事故に関与する外因性急性疾患（交通事故、傷害など）、薬物作用による内因性疾患の誘発や憎悪（中枢神経疾患、心疾患など）、薬物あるいは薬物を併用した自殺企図などがある。臨床的には、乱用薬物に対する治療以外に、薬物作用によって症状や症候が隠蔽され診断を困難にすることも少なくない。従って、薬物乱用患者を正確に認知することは救急医療にとって重要である。

我々はこれまでに薬物スクリーニング検査であるTriageの信頼性について検証し、その有用性を明らかにした。今回は、日本医科大学附属病院高度救命救急センターに搬入された患者を対象に、簡易検査キットを用い尿検体のスクリーニング検査を施行し、薬物乱用・依存等の疫学調査を実施した。

B 方法

対象 平成16年2月12日～平成16年3月31日までの期間に日本医科大学附属病院高度救命救急センターに搬入された64症例を対象とした。

方法 入院後24時間以内に診断・治療を目的に救命救急センター内の不特定の医師が採尿を行っ

た。その後、臨床検査技師が破棄される予定の尿の一部を収集し、簡易薬物スクリーニングキットであるTriageで検査を実施した。定性試験終了後に、GC/MSで確認試験を施行した。今回使用したTriageの定性対象薬物は、phencyclidine, cocaine, cannabinoids, opiates, amphetamines, barbiturates, benzodiazepines, tricyclic antidepressantsの8種である。以上の結果から各年度の不法薬物の乱用率を算出し、その動向を把握する。

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

C 結果

入室患者64症例の平均年齢は54.9±19.6歳で、男性42例、女性22例であった。平均年齢および性別は昨年の同時期に入院した症例と比較して有意な差はなかった。

症例の内訳は中枢神経疾患15例、呼吸器疾患2

例、心疾患1例、消化器疾患7例、外傷16例、医薬品中毒10例、来院時心肺停止5例、その他8例で、Triage陽性症例は26例（40.6%）であった。

Triage陽性薬物は4種類で、benzodiazepines 21例、barbiturates 6例、tricyclic antidepressants 5例、opiates 1例であった。確認試験ではopiatesの陽性はdihydrocodeineであった。

D 結語

救命救急センターに入院した64症例中26例（40.6%）がTriageによるスクリーニング検査で陽性であった。そのうち、不法薬物のTriage陽性例（opiates）を認めたか、確認試験でdihydrocodeineであった。よって、64例中不法薬物の使用は確認されなかった。

分 担 研 究 報 告 書
(1－5)

自助グループの実態に関する研究

分担研究者 森田 展彰 筑波大学社会医学系精神衛生学 講師
研究協力者 岡坂 昌子 筑波大学人間総合科学研究科
末次 幸子 長谷川病院

研究要旨 タルクの利用実態の基礎的な情報を得ること、その有用性の検証を目的に調査を行った。予備研究では茨城タルクの入寮者名簿をもとに2年間で125人の利用があること、入寮期間の最頻値が2ヶ月であることがわかった。より詳細な入退寮状況や利用者の心理社会的状況を知るために、アンケート調査と電話によるモニタリングの方法を7つのタルクの施設（秋田、仙台、磐梯、茨城、鹿島、那須、琵琶湖）で試みた。2004年1月第4週～同年3月第1週までの1ヵ月半毎週モニタリングを行い、調査開始時入寮人数91名に対して、この期間に入寮者19名、退寮者14名があった。この調査では、予備調査の名簿調査方式より2倍近い密度の入退寮動向の追跡が可能であり、このモニタリング方法が有効であることが確認された。入寮者は平均2.5回目の入寮であり、精神病院や家族が関わる率が高いほか、広範囲のタルクの施設間でのやりとりが盛んであることが確認された。入寮者の出身地をみると、各施設がある地元の県のは8%のみで、あとは県外の者であった。このように乱用していた地域とは異なるタルクの施設で利用者を受け入れたり、また地元施設でうまくいかない場合にある程度意図的に異なり地域の施設に移動させる方法は、薬物乱用を行っていた地域縁血縁者からの分離を行うことで乱用抑止の効果を持っていると思われた。実際に入寮後の薬物再使用は4分の1に留まり、タルクによって自分の乱用を止まっていると答えたものが75%であった。これは、物理的な拘束力がなく、その気になればいつでも施設から出て薬物を入手できる環境であることを考慮すれば、非常に高い乱用抑率であると評価できる。心身の回復、対人関係の改善、将来の就労に対する効果についても、これらに関するタルクの有効性は半数以上の利用者に肯定されていた。タルク入寮以前の就労経験は、短期の頻回転職が多いものの84%が常勤を経験しており、大半の者の社会復帰目標は普通の仕事であることから、安定した就労につながるスキルアップを社会の側から援助することが重要であると思われた。また、一方でタルクのスタッフとして稼働し、また将来もその形での活動を目標にしている者もいて、回復者スタッフとしての社会復帰というシステムも有望であると思われた。最後に調査結果をもとに、タルクの入退寮における期間的、地域的なフレキシビリティの持つ有効性と、タルクにおける社会復帰に関して若干の考察を行い、その有効性を促進するための公的な援助の必要性を論じた。

A 研究目的

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

①タルクの基礎データ（入所者数、退所者数、入所期間、反復利用の頻度、入所期間、退寮の理由、薬物使用に関する予後、社会復帰に関する予後）を明らかにする。特に全国に展開するタルク

の施設間で事例かどのように巡回しているかを明らかにする

②タルクかその利用者の回復や社会復帰に対してもたらしている有効性を明らかにする。

③各の事例における入所や退所の状況やその困難について、明らかにする。

B 研究方法

以下の2つの調査を行った。

調査1 茨城タルク今日一日ハウスの2年間における入退寮の概況

調査2 タルク入退寮者のモニタリング方法の開

発および7施設におけるその試行
以下に、各々について説明する。

調査1 茨城ダルク今日一日ハウスの2年間の入退寮の概況

対象と方法

2001年11月から2003年10月の2年間に於ける茨城ダルクの入所者リスト(1ヶ月に1-3回改定)をもとに利用状況を分析した。

調査2 ダルク入退寮者のモニタリング方法の開発および7施設におけるその試行

対象 以下のダルク7施設の利用者とスタッフを対象とした。

- 茨城ダルク「今日一日ハウス」
- 秋田ダルク
- 磐梯ダルクリカハリーハウス
- 鹿島ダルク
- 仙台ダルク
- 栃木ダルク那須ケア センター
- 琵琶湖ダルク

手続きと調査内容

3つのアンケートを対象とした7つのダルクで行った。

①現在ダルク入寮中の方へのアンケート

これは調査開始時点(2004年2月終りて入寮中の利用者に対するアンケートである(資料1参照)。内容としては以下の4領域に関する質問である。

- a 現在または過去のダルクへの入寮 退寮歴(入寮経路や退寮理由を含む)
- b 薬物使用経験,
- c 精神 身体 の障害
- d 家族やダルクの仲間など対人状況,
- e 生活 就労 経済状況

とくにbcdeの側面については客観的な状況のみでなく、利用者か主観的にそれらの側面の復にダルクか役に立つと感じているかどうかをきいた。また、eについて、今後の目標を聞いた。

②新しくダルクに入寮した方へのアンケート

1週間ごとに各ダルクに電話を行い 新しく入

寮した方にアンケートを書いていたとき、ファックスまたは電子メールで送り返していただいた。内容は上記の「現在ダルク入寮中の方へのアンケート」とほぼ同様である。

③退寮者に関するスタッフアンケート

1週間ごとに各ダルクに電話をして、退寮した方について、スタッフからみたその状況に関するアンケートかいていただいた。電話とアンケートにより新しい入寮者を確実に記録することを試みた(資料2参照)。

倫理面への配慮

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

C 研究結果

1 茨城ダルク今日一日ハウスの2年間の入退寮の概況

平均在寮者数 28.7 ± 3.1 人、平均スタッフ数 7.6 ± 1.3 人、2年間に於いて利用したのへ人数125人、2年間に利用開始者(新入寮+再入寮)101人、初めての入寮89人、再入寮12人、入寮時年齢の平均 32.0 ± 9.2 歳(最低年齢17歳、最高年齢60歳)、現在年齢の平均 33.7 ± 9.2 歳、入寮期間の再頻値2ヶ月 平均 9.7 ± 16.1 ヶ月(最低0ヶ月(数日)、最高142ヶ月)、退寮は再使用や逃亡以外に他のダルクへの移動か中心であるか、数例は就労もある。就労以外の転帰としては18人はスタッフになって、茨城またはその他のダルクで稼働経験あり。たたし一旦スタッフになっても薬物再使用でスタッフから降格される場合もある。

2 ダルク入退寮者のモニタリング方法の開発および7施設におけるその試行

(1) 7施設の入退寮状況

7施設における1月第4週から3月第1週における入退寮状況は表1に示す。

茨城の入寮者のうち3名は、退寮者にもふくまれる。3人は5日以内の退寮であり、1週間おきの細かいチェックを施行した意味があった。

(2) 調査開始時の入寮者と新入寮者の調査結果のまとめ

1月半はから3月第1週までに入寮した延べ110名のうち回答があった108名のアンケート結果について解析を施行した。

①年齢

対象者の平均年齢は33.8±9.1歳、最低年齢18歳、最高年齢60歳であった。年齢分布を図1に示した。30歳から35歳が最も多く、約4分の1を占めた(図1)。

②性別

今回の調査は、ダルクの中で男性用の施設の利用者であったので、全員男性である。

表1

	1月第4週	3月第1週	現在入寮者	退寮者
茨城ダルク	24	29	10	5
鹿島ダルク	12	12	2	2
磐梯ダルク	26	23	1	4
那須ダルク	12	11	0	1
仙台ダルク	5	4	0	1
秋田ダルク	6	7	1	0
琵琶湖ダルク	6	10	5	1
小計	91	96	19	14

図1 年齢の分布

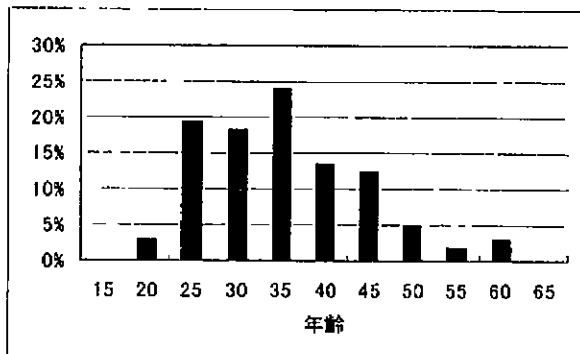


図2 出身地別の人数 (7施設全体)

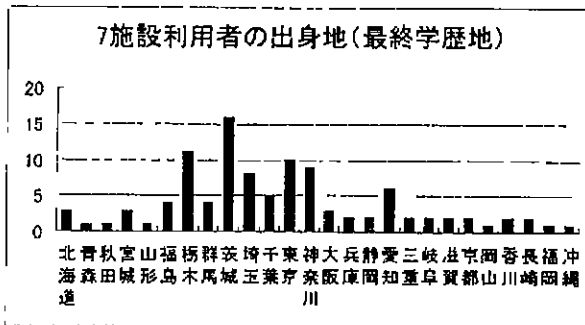
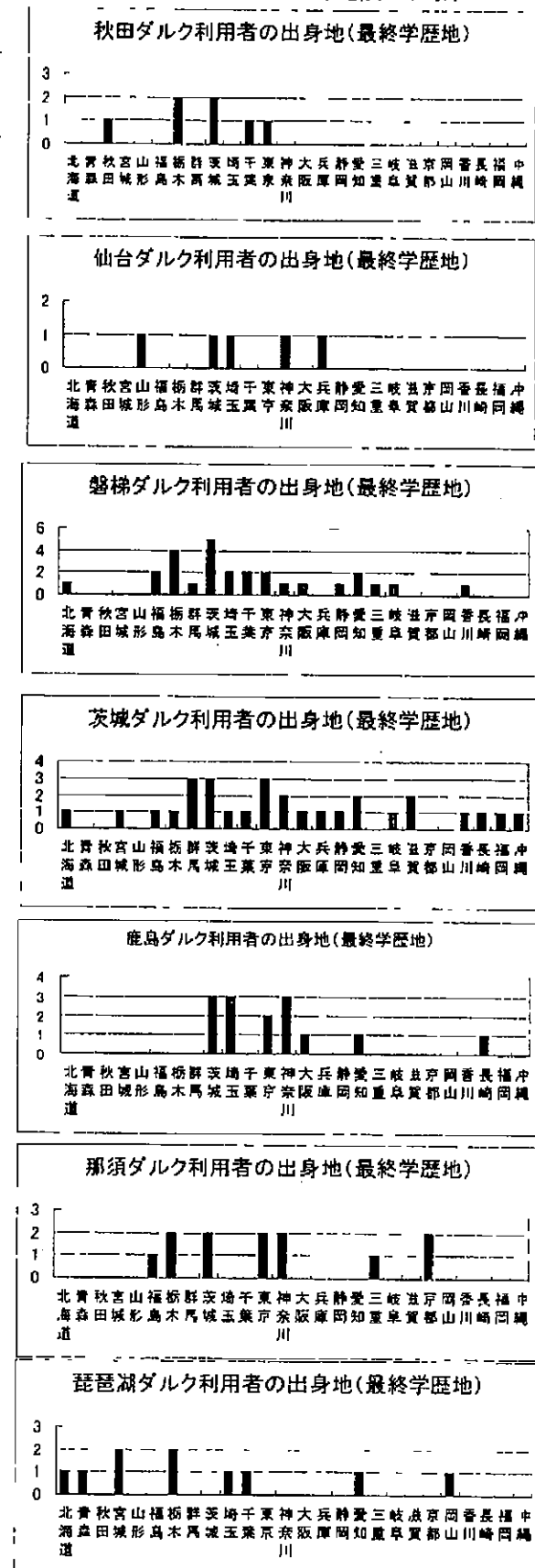


図3 各ダルク利用者の出身地別の人数



③出身地の分布

最終学歴の時にいた県を出身地とし、その分布を図2、図3に示した。今回の調査対象の7施設全体では、出身地は関東圏が多いものの、北海道から沖縄まで非常に幅広い出身地の者が入寮している。各タルク毎の出身地をみてもそのタルクのある県の出身者はそれほど多くなく、広い地域からの入寮があることがわかった。そのタルクのある県からの入寮を行っている者の割合は、8%に過ぎなかった。

④入寮の経緯

入寮の経緯を図4に示した。最も多かったのは、精神病院からであり27%を占めた。2番目は家族によるもので25%であった。自分からの入寮は20%にとどまっていた。他のタルクからの入寮は15%に認められた。

⑤入寮回数

入寮回数は、今回が平均 2.5 ± 2.3 回目であり、最も多いのは1回目の人である（図5）。

⑥タルク施設間の移動

タルクの施設間での移動が多く行われていた。図6には茨城タルク入寮中の者について、これまでのタルク施設間の移動の状況を示した。

図4 入寮の経緯

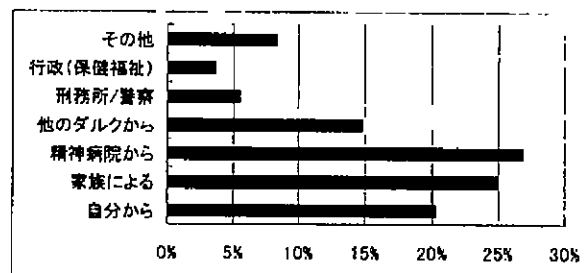


図5 今回の入寮は何回目か？

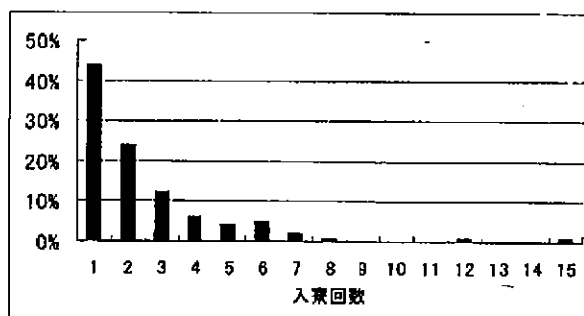
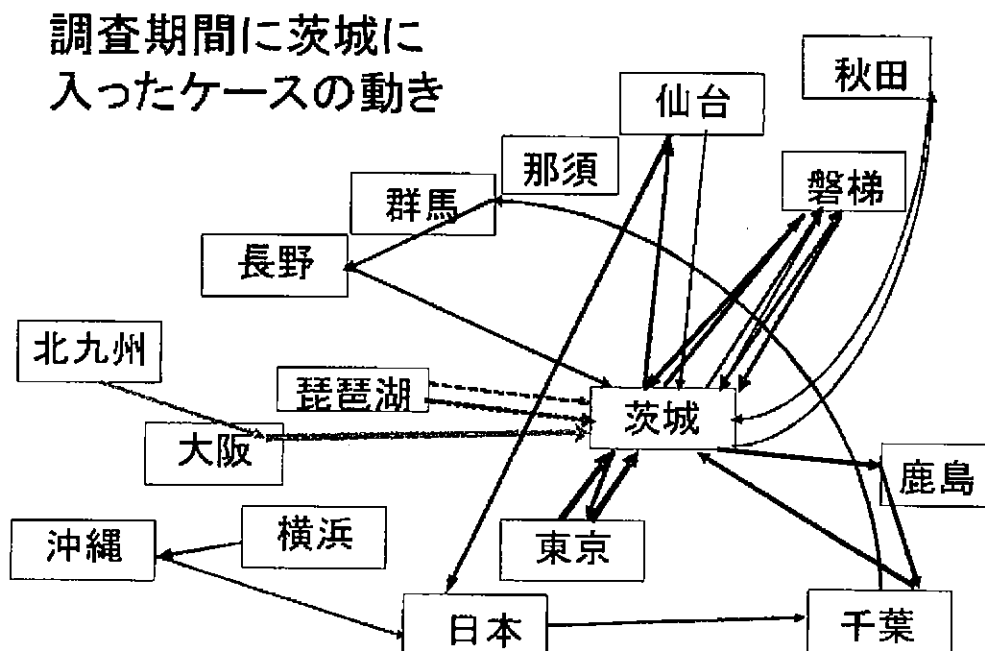


図 6



⑦薬物の使用状況

図7に示すように、初めに用いた薬物は、有機溶剤が最も多く3分の2を占めた。2番目は覚せい剤で2割弱であった。薬物の使用開始年齢は、平均17.6±6.3歳であった。その分布は図8に示す通りで14-17歳で大半を占めていた。最終的に中心となった薬物は、図9に示すように、覚せい剤が5割を超えている。2番目は有機溶剤が3割弱であった。

薬物使用の停止や減少に関する結果は以下の通りであった。平均クリーン期間は23.0±33.3ヶ月であった。図10に示すように分布に明確なピークはなく、8ヶ月以下の短い群と、26ヶ月以上の長い群がやや多く、その中間は少ない傾向が認められた。入寮中の薬物使用については、図11に示すように73%はこれを否定したか、27%が入寮中に少なくとも1回の薬物使用があったと述べた。薬物使用の減少や停止について、ダルクが有用であると感じているについて尋ねた。図12に示すように、73%はダルクによって自分の薬物使用がとまっているという実感があると答えた。これに「かなり減った」という回答をあわせると、85%が薬物使用の抑止に対するダルクの効果を、高く評価していることがわかった。

図7 初めに用いた薬物の種類

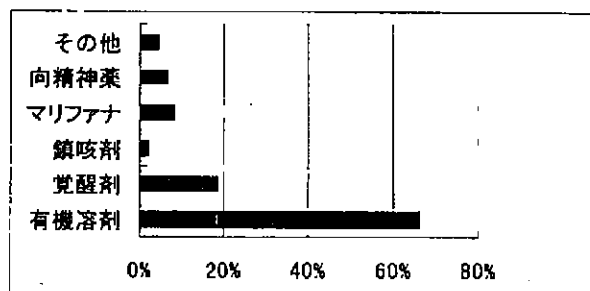


図8 薬物開始年齢

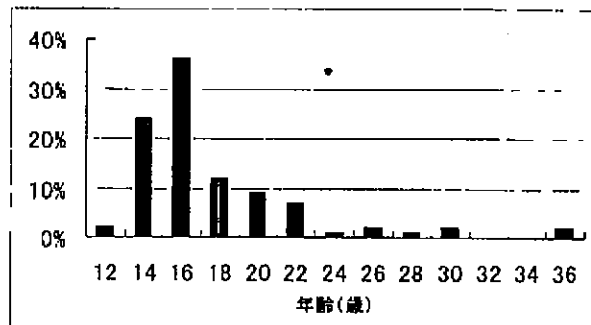


図9 最終的に中心となっている薬物

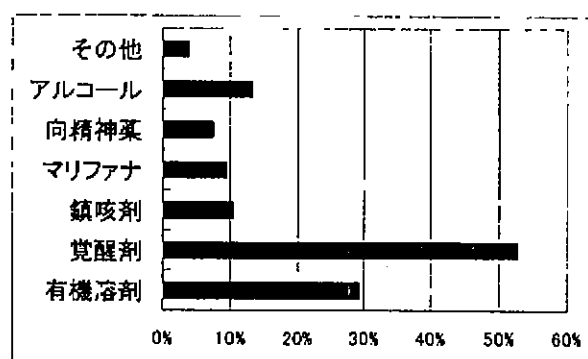


図10 今回のクリーン期間

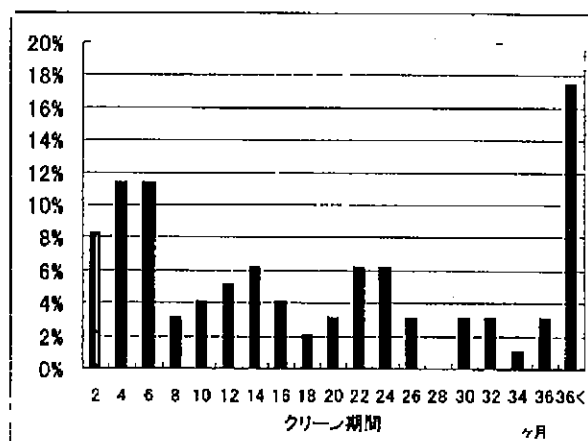
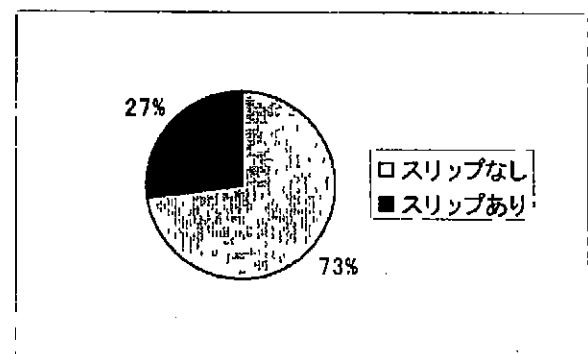


図11 今回の入寮中の薬物再使用



⑧精神・身体障害

入寮者における精神・身体障害については、以下のような結果が得られた。入寮後の精神科・心療内科の受療経験は、図13に示す通り、半分を少し超えた人が受療経験ありと述べた。入寮中だけでなく過去の精神科歴をすへて含めると82%かあるとしている（図14）。通院と入院を分けると、通院歴は約3割の人に留まる（図15）のに対し、入院歴は3分の2の人に認められた（図16）。

調査時点で持っている精神症状として「幻覚や妄想」「抑鬱症状」「その他の症状」の3つについて持っているかどうかを尋ねたところ、図17のように各々2割前後について持っていると考えている。これは本人の自己申告なので、正確な評価ではない。その他の中には、不安や不眠などか主に入っている。タルクが自分の心や身体の改善に有用と感じているかどうかを尋ねたところ、その回答は図18のようになった。「非常にあてはまる」は12%に留まったか、「あてはまる」か40%であり、この2つを合わせると約半数の者がこのことに関するタルクの有効性を肯定している。

図12 利用者による有効性の実感(1)

ータルクは自分の薬物使用の減少に有用か？ー

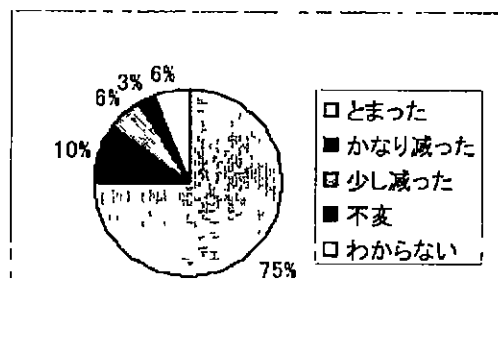


図13 入寮後の精神科・心療内科の受療

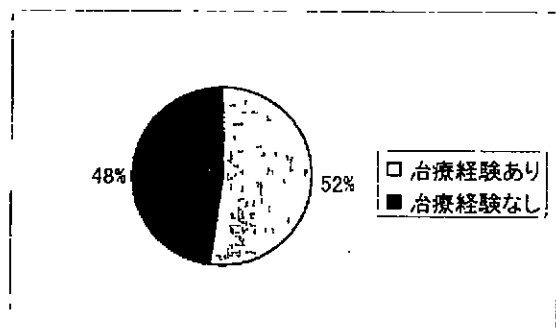


図14 これまでの精神科治療歴

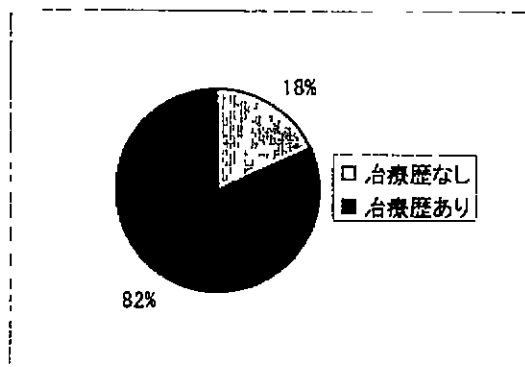


図15 精神科に対する通院歴

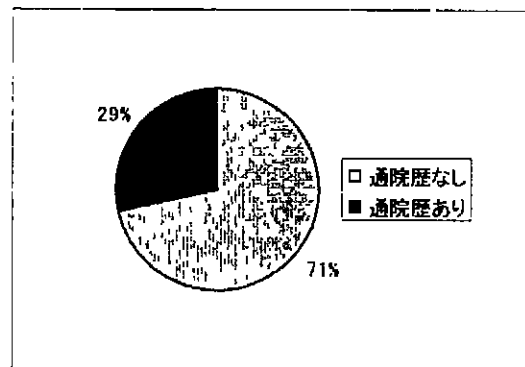
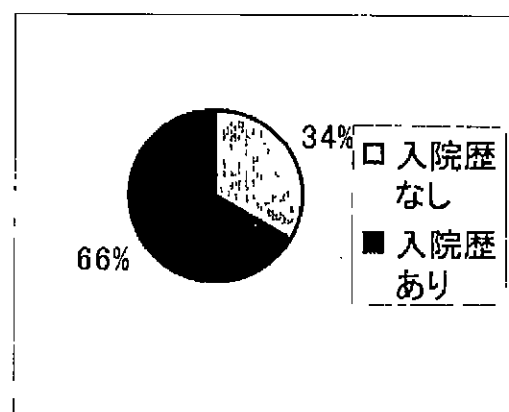


図16 精神科への入院歴



⑨家族やダルクの仲間など対人状況

入寮前の家族などと同居していたかについて尋ねた結果を図19に示した。その結果、単身者は30%で家族と同居していた者が70%であった。家族の誰と同居しているのかを分けてみると最も多いのは親と同居（56%）で、次か配偶者 妻と同居（9%）であった。家族が家族会に参加したことのあるかについては、47%が肯定しており、32%はこれを否定し、22%はわからないとしている（図20）。つまり利用者本人が把握しているだけでも、半数の者が家族が家族会に参加していることになる。この対人関係におけるダルクの有効性の実感については、2つの質問をした。1つは、「ダルクに入ることで、家族や周囲の人間に依存しない自立的な自分になったと思いますか？」というもので、これに対する回答は図21に示す通り「非常にあてはまる」か12%、「あてはまる」40%、「少しあてはまる」38%であった。もう一つの質問は、「ダルクの仲間の存在は、あなたの気持ちの助けになっていますか？」というもので、あった。これに対する回答は、「非常にあてはまる」28%、「あ

図19 入寮前の家族状況

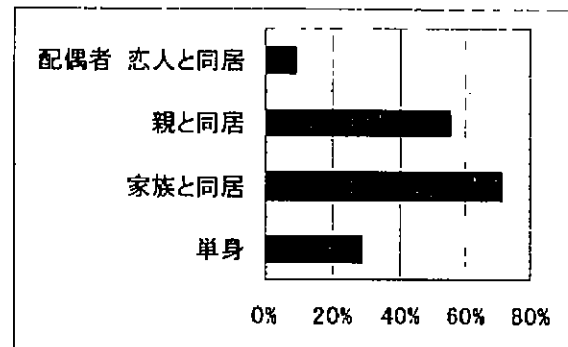


図20 家族の家族会への参加状況

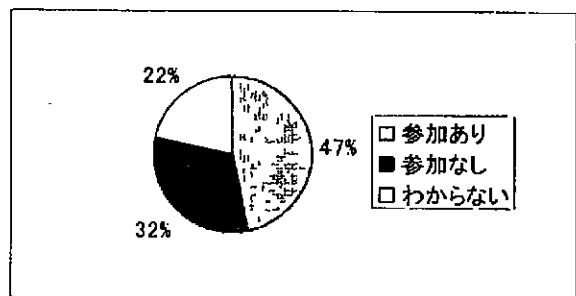


図17 精神的な症状を持っているか？

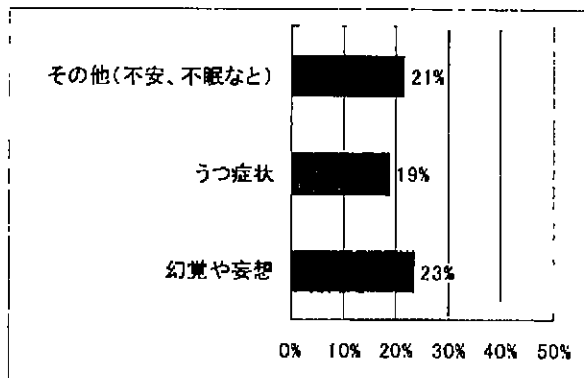


図21 利用者による有効性の実感(3)

ーダルクに入ることて自立になったと思うか？ー

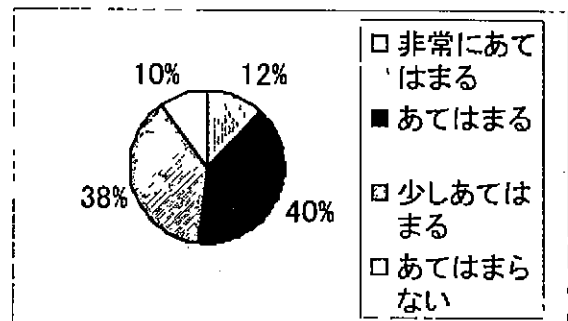


図18 利用者による有効性の実感(2)

ーダルクは自分の心や身体の改善に有用か？ー

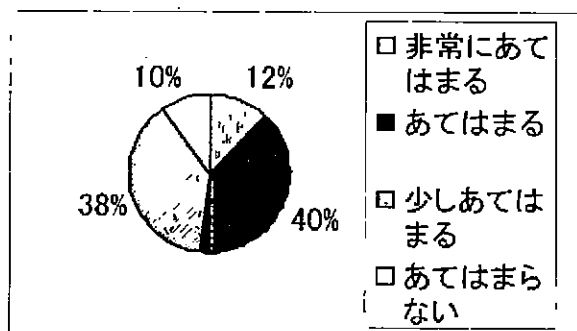
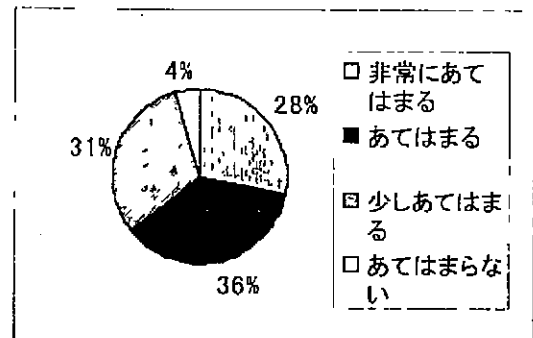


図22 利用者による有効性の実感(4)

ーダルクの仲間の存在は気持ちの助けになるか？ー



てはまる」36%、「少しあてはまる」31%であり、「あてはまらない」はわずかに4%であった(図22)。

⑩生活・就労・経済状況

学歴を図23に示す。高卒と高校中退かどちらも3割くらいで最も多く、次が中卒で25%であった。

ダルクの費用については、図24に示すように、生活保護費を用いている者が54%、家族が支払っている場合が38%を占めている。自分か支払っている場合は、家族の援助+自分という場合も併せ、6%に過ぎなかった。

就労歴について以下に示す。ダルクに入寮以前の就労経験は、常勤の経験ある者が84%を占め、ハイトのみの者8%、全くない者9%を大幅に上回っていた(図25)。

常勤の就労の回数の分布を図26に示した。1-4回の者、特に2回の者が多い。常勤の仕事を行っていたトータル的年数は図27に示す通りで、1年以下集中しているものの10-20年以上の者もある程度存在する。経験のある就労の種類については、建築・とび職が17%で最も多く、次に運転手と製造・工事がどちらも12%位でこれに続いた(図28)。

ダルクにつなかって、クリーンになってからの就労経験がある者は61%であった(図29)。その内容は、ハイトが24%、常勤22%、ダルクのスタッフ16%であった(図30)。今後クリーンになってからの社会復帰の目標では、51%が普通の仕事であり、8%がダルクのスタッフ、4%は薬物を用いなければ就労しなくても良いと考えていた(図31)。この質問に「わからない」という回答をした者が28%と非常に多く、将来像についてあまり考えていないか、迷っている者が多いことがわかった。しかしながら、ダルクの経験は仕事を現在または将来行うことに役に立つかを尋ねると、「非常にあてはまる」32%、「あてはまる」34%という回答であり、就労に関してもダルクの有効性を支持する者が大半であった(図32)。

図23 学歴

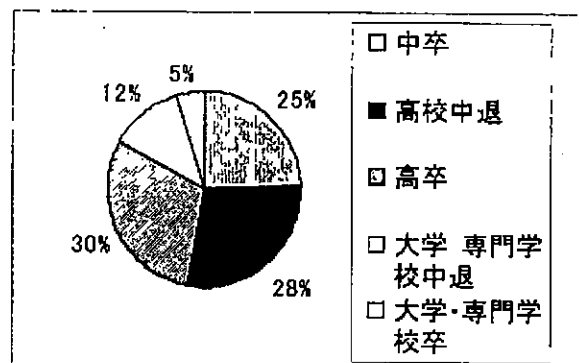


図24 ダルクの費用の支払い方法

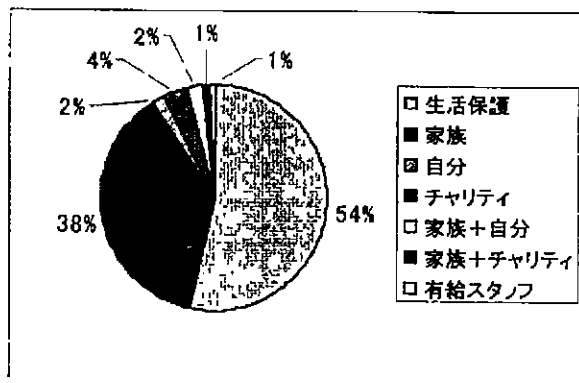


図25 ダルク入寮前の就労経験

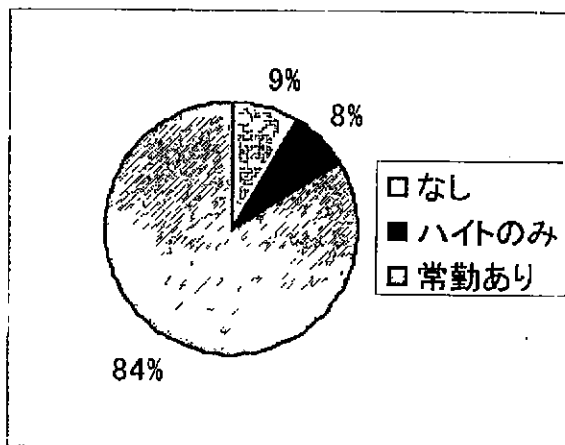


図26 就職（転職）回数

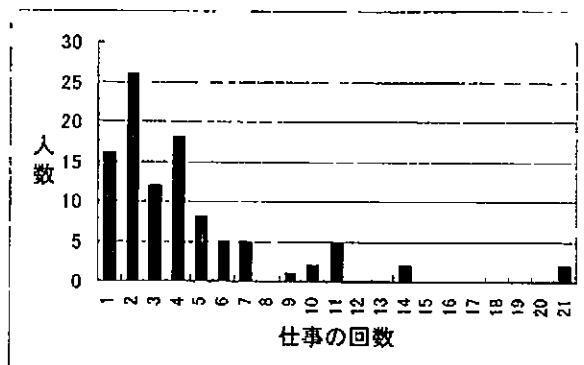


図27 就労期間（トータル）

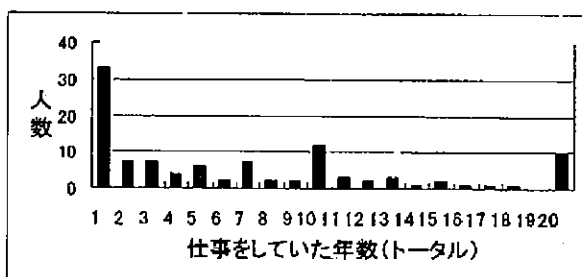


図28 これまでの職種

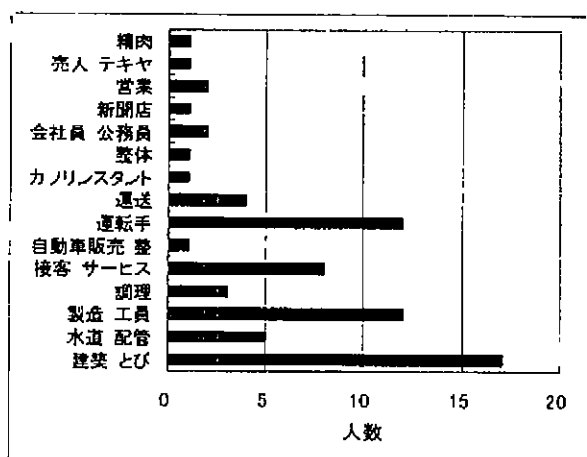


図29 ダルクにつなかってクリーンになってからの就労経験(1)

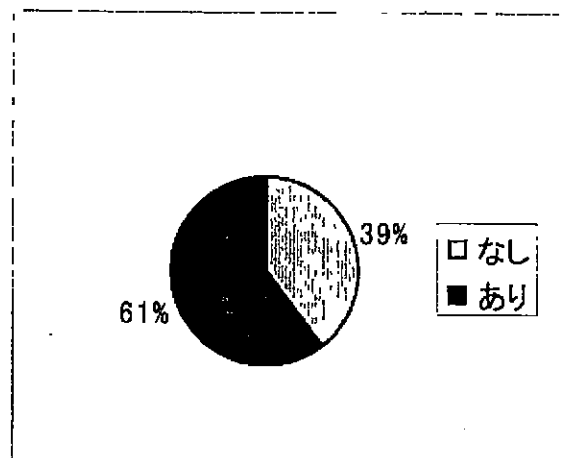


図30 ダルクにつなかってクリーンになってからの就労経験(2)

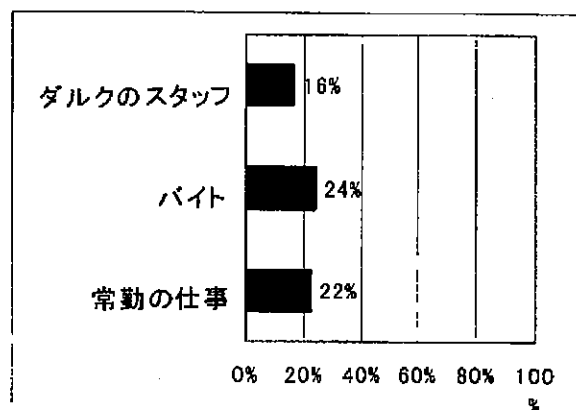
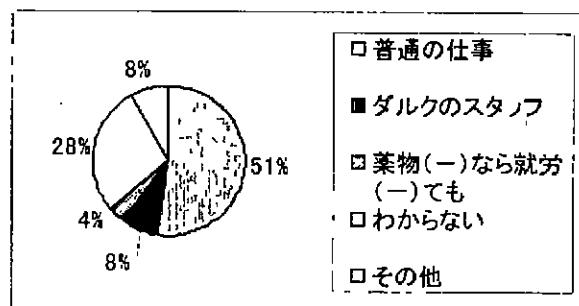


図31 クリーンになってからの社会復帰に関する目標



(3) 退寮者のアンケート

新しいモニタリング方式を採用した2004年1月終わってから3月初旬までの間に退寮した17名の利用者に関して、スタッフにアンケートを記入していただいた結果を以下に示す。

退寮の経緯については、図33に示す通り、プログラムをある程度終了してスタッフに認められて退寮した者はおらず、「スタッフか賛成しなかったか本人希望による退職」が47.1%とほぼ半数を占めた。それ以外には、「薬物再使用によりいられなくなり退寮」29.4%、「トラブルによりいられなくなり退寮」23.5%、「無断で出て行つての退寮」17.6%、「精神症状が悪くなって精神病院に入院」11.8%、その他2.3.5%であった。

退寮後の行き先としては、自宅が23.5%、他のダルクが5.9%で、精神病院17.6%、知人や友人宅が11.8%、不明が29.4%であった(図34)。

入寮中に取り組んだ社会復帰に向けた動きとしては、非常勤か1名、その他の活動1名とほとんど行われていない(図35)。プログラムの遂行状況は、大半の人は、十分遂行しない状態での退寮になっている(図36)。

入寮中に認められた問題として比較的多かったのは、薬物の再使用が23.5%、幻覚妄想が35.3%、いらいらや暴力35.3%、そのほかの精神的問題41.2%、肝炎以外の身体的問題35.3%であった(図37)。

最後にスタッフから見た印象、心配な点、本人としてかんはっていた点の自由記述を記入してもらった。その中からいくつか抜粋して以下に挙げる。

【スタッフからみた退寮者の印象1】自分の事が出来ない。何かをやろうとするか後で行き詰まり、仲間が寝静まってから起きてきてカス、ホントを吸引。プログラムに参加するも正直になれない。誰かにいつも見ていて貰いたいといった傾向がある。薬物を出しなさいと言うと素直に出すので、本当に使いたくて薬物をダルクの中で使っているのか不明な点があるので心理的な部分、精神全般を見てもらうために、本人の同意を得て長期入院を

図32 利用者による有効性の実感(5)

ータルクの経験は仕事を現在または将来行うことに役立つか？ー

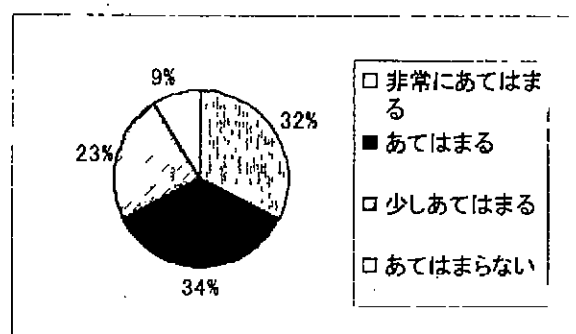


図33 退寮の経緯

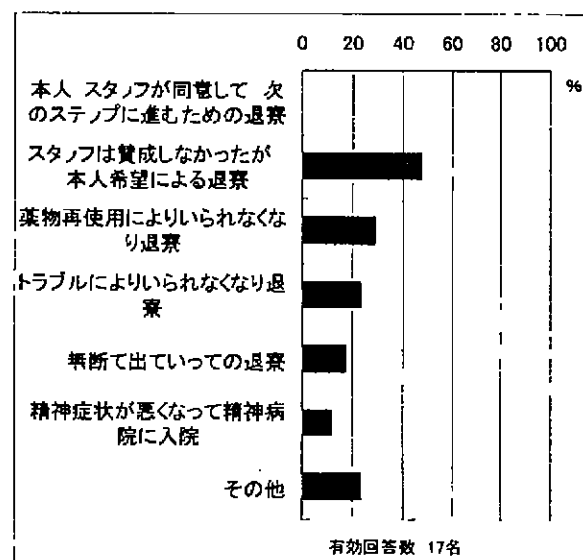
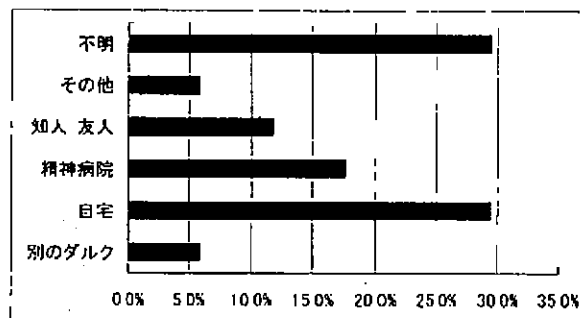


図34 退寮後の行き先



決めた。

【スタッフからみた退寮者の印象2】自分は今もう薬をやめられて、一生使わないと言っていた。自分から見ると無理だと思う。人との違い探しかひとくなり「お前達とは違う」と強く思い出してからおかしくなった。あまりにも底をついていない。

【スタッフからみた退寮者の印象3】一応仲間に打ちとけようとはしていたが、現役のヤクザでプログラムが馬鹿らしくなっていたような気がする。

【スタッフからみた退寮者の印象4】妻との三角関係が処理出来ない状態のままでの入寮のため携帯電話を入寮中に隠し持っていて、常に妻の所に電話をしていた。何かあるごとに感情を乱して何度か家に帰ったこともあった。自分の事が見つめられないまま退寮していった。

【スタッフからみた退寮者の印象5】ミーティングでは積極的に発言していた。プログラムも積極的だったが他の時間は独りている時間が多く、心を開いていなかった。

D 考察

1 ダルク入退寮の実態とそのモニタリング法について

茨城ダルクのスタッフによる名簿（月に2回ほどの改定）から、平均在寮者数 28.7 ± 3.1 人、2年間に於いて利用したのへ人数125人、2年間に利用開始者（新人寮+再入寮）101人、入寮期間の再頻値2ヶ月などかわかった。一方、1週間毎の入退寮者チェックをかけると、調査期間約5週間の間に茨城ダルクのみで入寮者10名がモニターされた。5週間あたり10名という入寮者は、単純に2年間（約104週）に換算すると200名ほどになり、上記予備調査の倍の入寮人数となる。調査期間に偶然入寮者が多かった可能性もあるが、週単位で細かくチェックすることで、より多くの人退寮するかひあかる可能性が確かめられた。実際にこの10名の入寮者のうち3名は5日以下で退寮しており、これは細かいチェックをしない限り把握しかたい群といえる。利用者の多くが、非常に短い入退寮を反復するうちに、次第にダルクに定着し回復に向かうというプロセスがあるので、こうした入退

図35 入寮中の社会復帰活動

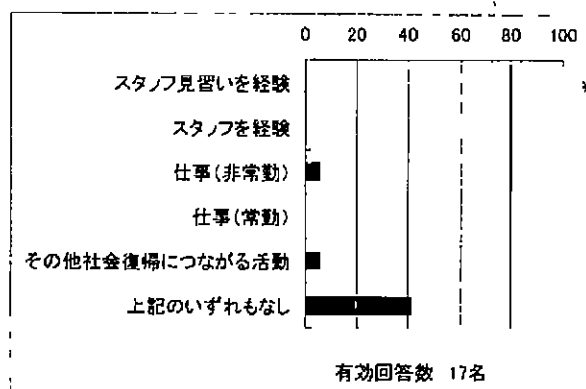


図36 入寮中のプログラムの施行状況

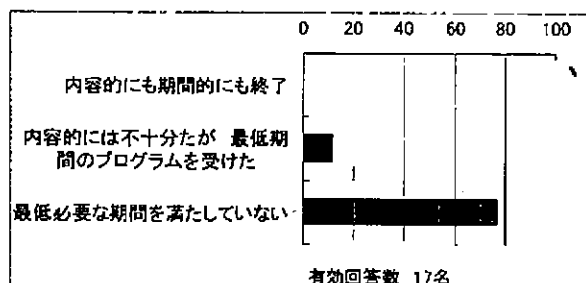
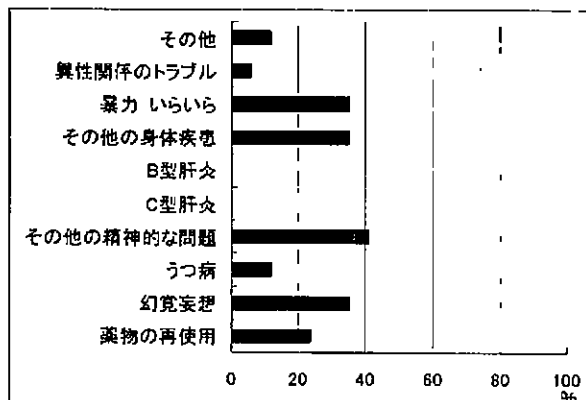


図37 入寮中の問題



寮の実態はダルクの果たしている受け皿の機能として見逃すことのできない部分であると思われる。精神病院ではこのような短期 反復的な入退寮を担う柔軟性を持ちたく、ある種の強制力をもって薬物乱用者をととめておこうとすることで、かえってクライアントの回復への主体性を抑制しかちになる場合があることと好対照であるといえる。

今回のモニタリング方式がダルクの実態を把握

するのにある程度有効であることがわかったの
で、今後この方式をもとにより広範囲のタルクで
継続的に入退寮の調査を行いたい。

2 タルクの入寮者の地域性との関係

タルクの入寮者の出身地を調べると日本全国に
広がっており、その施設のある県の出身者は8%
に過ぎなかった。退寮者に関するアンケートでス
タッフの自由記述にあるように、薬物乱用者が自
分か乱用を開始した地域と一緒に薬物を使ってい
た仲間あるいは依存していた家族と接触すること
で再び不安定になることは少なくなく、そこから
距離をとるような配慮が有用である。タルクが地
域的に離れた出身をもつ利用者をとっているの
は、偶然そうになっている場合もあるが、そうした
効果を考慮した方針が立てられている場合もある
ようである。

こうした地域性と入寮の関係は、入寮者がこれ
まで利用したタルクの施設の調査結果からも認め
られる。たとえば図6の茨城タルク入寮者の施設
間移動をみると、非常に広範囲の施設間を移動し
ている。これはある施設でうまくいかず煮詰まっ
てしまう場合に、本人にとってもスタッフにとっ
ても仕切りなおしの機会を作っていると思われる。
このようなタルクの持つ地域的なフレキシビ
リティのもつ回復効果はより注目されるべきであ
ると思われる。一方で、生活保護や社会復帰施設
の認可において行政の援助を受ける場合には、タ
ルクの持つ地域的なフレキシビリティと葛藤を生
じる側面がある。実際にタルク各施設では多少制
限を受けても行政の援助を受けるか、援助を受け
ない代わりに自由度を確保するかというシレンマ
に悩む場合も多い様子であるか、国全体の薬物乱
用対策という観点で見ると、こうしたタルクの地
域的フレキシビリティの良さを損なわない行政
的な配慮を行うべきであると考えられる。

前記した短期的な入退寮を許容する時間的なフ
レキシビリティや地域的なフレキシビリティは、
欧米の薬物乱用対策におけるハームリタクション
(損傷低減)の方針とも一致するものである。ハ
ームリタクションでは、アルコール・薬物に対す
る厳密なストップを条件にしか援助を行わない硬
直したやり方では、かえって乱用者が援助につな
がることかきず、医療福祉システムから外れた
乱用者が増大することエイズその他の重大な合

併症の問題が社会に蔓延することにつながってし
まうという認識から、薬物乱用者の医療・保健機
関へのアクセシビリティを高める柔軟なやり方を
とり入れることが重視されている。日本は、こう
したハームリタクションの潮流に対して、その具
体的な方策（たとえばメサトン療法など）を何て
も安易に導入することは実情にあわないものの、
柔軟な対応で乱用者を立ち直らせるきっかけを増
やすという考え方は見習うべきものがあり、そう
した考え方をすてに実践しているタルクの有効性
に十分配慮することか望ましい。

3 利用者からみたタルクの有効性

今回の調査では、タルクの有効性について直接
的に入寮者に尋ねる質問を行った。その結果、薬
物抑止の効果については、タルクによって薬物か
やめられていると答えたものか、75%いることか
わかった。これは入寮中に再使用か一度てもあ
ったと述べた人が4分の一いたのとちょうど表裏
一致している。強制力がない状態での滞在にお
いて、薬物を4分の3か使わないういられるとい
う成績は、薬物依存をストップすることの困難性
を感じたことのある医療・福祉関係者にとって、
目を見張るような成果であると思われる。

さらに心身の回復、対人関係の改善、将来の就
労に対する効果についても、これらに関するタル
クの有効性は半数以上の利用者に肯定されてい
る。同様の調査を精神病院などで行ってみたい
とわからないか、医療機関で、心身の回復以外
の領域ではタルクに勝る有効性を利用者に実感
させられるかとうか疑問である。近年様々なプ
ログラム評価がなされているか、その中で重視
されているのはユーザーサイトの満足度である。
その観点からして、タルクのプログラムは、少
なくとも現在の日本における薬物乱用者に対し
するリハビリテーションプログラムとしては、最
も有効性が認められたプログラムの1つである
といえる。欧米ではこうした民間のプログラム
提供団体に資金的、制度的なバックアップが
強力に行われており、日本でも有効性が確認
されたタルクプログラムに対して行政的、経
済的なバックアップを国として行っていくこと
はきわめて妥当な処置であると考えられる。

4 社会復帰について

薬物乱用者は、若いうちから不適応を生ずるため非常に社会的な経験に乏しく、リハビリテーションというより、あらたに仕事などのスキルを提供する「ハビリテーション」が必要であるといわれてきた。今回、タルクに入る以前の就労経験を聞いたところ、84%が常勤の経験があるということと決して割合としては低くないことがわかった。但し、非常に短期に頻回の転職を繰り返していたり、内容的にも不安定な業種である場合も多かった。薬物依存症の回復に取り組む医療保健機関やタルク自身も、これまでどちらかといえば、乱用者を社会から切り離し、薬物をやめ続けることに焦点をあてさせることに主眼をおいてきたか、利用者の大半が将来の目標としては普通の職業への就労を望んでおり、各個人の持っている技能や経験をベースにスキルを向上させていく援助が今後必要であると感じられた。一方でタルクのスタッフとして働いたり、これを将来も続けていきたいという考えの利用者もいて、これもひとつの社会復帰の方向性であると考えられた。実際、スタッフやスタッフ見習いとしての経験は、利用者か他の利用者の回復や施設全体のことを考える経験を通して、有力なりハビリテーションになっており、こうしたスタッフ教育システムについてもタルクの有効性として評価されるべきである。海外で回復者カウンセラーかそれなりのポジションを社会的に得ているように、タルクのスタッフ経験かひとつの技能として社会的な認知を受けられるような仕組みを社会の側が提供することかできれば、この形の社会復帰をより現実的なものとする事ができると考えられる。

E 結論

- 1 タルクの利用実態の基礎的な情報を得ることを目的に調査を行った。
- 2 予備研究では茨城の入寮者名簿（月に2-3回改定）をもとに2年間で125人の利用があること、入寮期間の最頻値が2ヶ月であることがわかった。
- 3 より詳細な入退寮状況や利用者の心理社会的状況を得るために、アンケート調査と電話によるモニタリングの方法を7つのタルクの施設で試みた。2004年3月第1週現在入寮人数96名に対して、1ヵ月半の期間に、入寮者19名、

退寮者14名があり、毎週のモニタリングの方法がある程度有効であることがわかった。

- 4 入寮は平均2.5回で、精神病院や家族が関わる率が高いほか、広範囲のタルクの施設間でのやりとりが非常に盛んであることが確認された。
- 5 入寮中の1-2回のスリップは比較的多くみられるか、全般的な使用状況としては軽減しており、タルクが自分の乱用を止めていると答えたものが75%であった。
- 6 精神科への受診は半数程度が入寮後も行っており、精神病的症状やうつやその他の心身症状は、各々2割近くか持っている。こうした心身の症状にタルクの有用性は、非常に有用34%、ある程度有用か40%であった。
- 7 家族との関係では、入寮前の家族との同居は70%であった。タルクか、そうした家族からの自立することに有用であったかについて、5割以上か有用とした。タルクは、最終学歴地とは異なる人間を受け入れている場合が多く、地元の県の者は8%にすぎないが、これも自立を促すことには有用であると思われる。
- 8 タルクの費用は、54%生活保護、38%が家族によっていた。
- 9 就労経験は、タルク入寮以前で、84%が常勤を経験しているか、短期の頻回転職が多い。タルクにつなかってからの就労経験では、スタッフの仕事18%、ハイトと常勤は2割であった。社会復帰の目標は、51%が普通の仕事で、8%がスタッフ 4%は薬物がとまっていれば就労しなくてもよいであった。3割か「わからない」としていた。
- 10 退寮者の調査では、プログラムの途中で、薬物再使用、トラブル、気持ちの変化での退寮が中心であった。「底をついていない」「内省かてきていない」「孤立化」かそうした事態を招いており、これをスタッフが良くわかった上で、その対応に苦慮している様子かわかった。
- 11 調査結果をもとに、タルクの入退寮における期間的、地域的なフレキシビリティの持つ有効性と、タルクにおける社会復帰に関して若干の考察を行い、その有効性を促進するための公的な援助の必要性を論じた。

F 健康危機情報
なし

相違についてー,日本アルコール 薬物医学会
雑誌38 (5) 440-453, 2003

G 研究発表

2 学会発表

1 論文発表

なし

- 1) 森田展彰、根本透 和田清、末次幸子、岡坂
昌子 サンフランシスコにおける薬物依存者に
対する治療共同体の研究 (I) ープログラム
の概要および日本の医療 自助グループとの

H 知的財産権の出願・登録状況 (予定含む)
なし

(資料1)

現在ダルク入寮中の方へのアンケート

記入日 平成 年 月 日

氏名 (アノニマスネーム)

年齢 才

入寮年月日 平成 年 月 日

今回の入寮経路について、以下の中てあてはまるものに○つけてください。

- 1) 自分から直接相談しての入寮
- 2) 家族がつれてきた。(家族は主に誰が関わっていますか?)
- 3) 精神病院からの紹介
- 4) 他のダルクより移動(施設名)
- 5) その他()

ダルクに入るのは今回で何回目ですか? 第 回目

以前のダルク入寮歴についてわかる範囲で、以下の表にお書きください。(今回は含まない)

回	施設名	入寮時期	入寮期間	入寮のいきさつ 当てはまるものに○(複数回答可))	退寮の理由 当てはまるものに○(複数回答可)
第1回		年 月	年 ヶ月 日	1) 自分から入寮 2) 親が連れてきた 3) 精神病院からの紹介 4) 他のダルクから移動 (施設名) 5) そのほか()	1) 薬物再使用のため 2) 暴力 衝動行為 3) 異性関係のこと 4) 退寮したくなったから 5) そのほか()
第2回		年 月	年 ヶ月 日	1) 自分から入寮 2) 親が連れてきた 3) 精神病院からの紹介 4) 他のダルクから移動 (施設名) 5) そのほか()	1) 薬物再使用のため 2) 暴力 衝動行為 3) 異性関係のこと 4) 退寮したくなったから 5) そのほか()
第		年 月	年	1) 自分から入寮	1) 薬物再使用のため

3 回			ヶ月 日	2)親が連れてきた 3)精神病院からの紹介 4)他のダルクから移動 (施設名) 5)そのほか()	2)暴力 衝動行為 3)異性関係のこと 4)退寮したくなったから 5)そのほか()
第 4 回		年 月	年 ヶ月 日	1)自分から入寮 2)親が連れてきた 3)精神病院からの紹介 4)他のダルクから移動 (施設名) 5)そのほか()	1)薬物再使用のため 2)暴力 衝動行為 3)異性関係のこと 4)退寮したくなったから 5)そのほか()
第 5 回		年 月	年 ヶ月 日	1)自分から入寮 2)親が連れてきた 3)精神病院からの紹介 4)他のダルクから移動 (施設名) 5)そのほか()	1)薬物再使用のため 2)暴力 衝動行為 3)異性関係のこと 4)退寮したくなったから 5)そのほか()
第 6 回		年 月	年 ヶ月 日	1)自分から入寮 2)親が連れてきた 3)精神病院からの紹介 4)他のダルクから移動 (施設名) 5)そのほか()	1)薬物再使用のため 2)暴力 衝動行為 3)異性関係のこと 4)退寮したくなったから 5)そのほか()

裏に続く

☆薬物使用について

初めて使った依存性の薬物は？ 1 有機溶剤(シンナー ボンド ガス) 2 覚せい剤 3 鎮咳剤(プロントニン)
4 マリファナ 5 向精神薬(睡眠薬、抗不安薬、リタリン)
6 そのほか()

初めて依存性の薬物を使用した年齢は？ _____ 才

これまで一番中心に使った薬物は何ですか？ 1 有機溶剤(シンナー ボンド ガス) 2 覚せい剤
3 鎮咳剤(プロントニン) 4 マリファナ
5 向精神薬(睡眠薬、抗不安薬、リタリン) 6 アルコール
7 そのほか()

その薬物を一番多く用いていたときには、どれくらい用いていましたか？

1 1週間に1回より少ない 2 1週間に1-3日 3 1週間に4日以上 4 ほぼ毎日

その薬物は今回入寮前の3ヶ月間にどれくらい用いていましたか？

(注)入寮前に刑務所や病院に入っていた方はその前の3ヶ月のときのことをお答えください。

1 1週間に1回より少ない 2 1週間に1-3日 3 1週間に4日以上 4 ほぼ毎日

今回のダルク入寮中に薬物再使用(スリップ)がありましたか？ 1 ない 2 1度ある 3 2度以上ある
依存性の薬物を最後に使用したのはどのくらい前のことですか？ 今から _____ 年 _____ ヶ月 _____ 日前
(わかる範囲で)

これまでで一番長いクリーン期間(入院や入所期間含めてよい)はどれくらいですか？

年 月 日(わかる範囲で)

ダルクを用いて、薬物使用が少なくなったと感じますか？

- 1 ほとんど薬物使用がとまった 2 とまらないがかなり減った 3 少し減った 4 変わらない 増えた

☆医学 心理の問題について

現在精神科や心療内科にかかっていますか？

1 通院中 2 かかっていない

以前に精神科治療歴はありますか？

1 あり、a 入院(回) b 通院(回) 2 なし

以下の問題を現在持っている方は各々に○をつけてください。

- 1 幻覚 妄想 2 うつ病 うつ状態 3 その他の精神的な問題()

ダルクは、自分の身体や心の回復に役に立つと思いますか？

- 1 非常に役に立つ 2 ある程度役に立つ 3 少し役に立つ 4 役に立たない

☆対人状況について

入寮前の同居家族は何人？(自分をいれなくて) 人 →それは誰(続柄)ですか？()

家族がダルクの家族会に参加しましたか？ 1 参加あり 2 参加なし 3 わからない

ダルクに入ること、家族や周囲の人間に依存しない自立的な自分になれたと思いますか？

- 1 非常にあてはまる 2 あてはまる 3 少しあてはまる 4 あてはまらない

ダルクの仲間の存在は、あなたの気持ちの助けになっていますか？

- 1 非常にあてはまる 2 あてはまる 3 少しあてはまる 4 あてはまらない

☆生活 経済 仕事について

最終学歴は何ですか？

1 中卒 2 高校中退 (年時) 3 高校卒

4 専門学校 大学中退 (年時) 5 専門学校 大学卒

最終学歴時の居住地はどちらですか？ 県 市 町 村

現在ダルクで生活するためのお金はどのようにしていますか？

- 1 生活保護 2 家族の援助 3 自分の貯金から 4 チャリティ

ダルクに入る前に仕事をした経験はありますか？ 1 あり 2 なし

「あり」の場合、ダルクにつながる前に、以下の仕事をした経験は、それぞれどれくらいありますか？

常勤の仕事の回数と期間 回(全部あわせた期間 年 月)

→主な仕事の種類は()

アルバイトの回数 回

ダルクに入り一旦クリーンになってから働いた経験はありますか？ 1 あり 2 なし

「あり」の場合は、ダルクでクリーンになって、以下の仕事についての経験はそれぞれどれくらいありますか？

常勤の仕事についていた回数と期間 回(全部あわせた期間 年 月)

アルバイトの回数 回

ダルクスタッフとしての仕事 回(全部あわせた期間 年 月)

今後の社会復帰の目標はどのように考えていますか？以下から一番あてはまるものを1つだけ選んでください。

- 1 普通の仕事の就職をしたい 2 ダルクのスタッフとして働く
3 薬物をやめられていれば、仕事はしなくてよい。 4 わからない 5 そのほか()

自分にとってダルクに入ったことが仕事を現在または将来おこなっていくことに役にたつと感じますか？

- 1 非常に役に立つ 2 ある程度役に立つ 3 少し役に立つ 4 役に立たない

(資料2)

退寮者に関するスタッフアンケート

本アンケートは退寮者があったときに、スタッフの方に書いていただくものです。

記入日 平成 年 月 日

記入スタッフ氏名

退寮者氏名 _____ (アノニマスネーム _____)

年齢 _____ 才

退寮年月日 平成 年 月 日

スタッフからみて本人の退寮理由はどれにあたるでしょうか？(複数回答可) _____

1 本人・スタッフか同意して、次のステップに進むための退寮

2 スタッフは賛成しなかったが、本人希望による退寮

3 薬物再使用により、続けられなくなり退寮

4 トラブルによりいられなくなり退寮(トラブルの内容 _____)

5 無断で出て行っの退寮

6 精神症状が悪くなって精神病院に入院

7 その他(_____)

退寮後の行く先はどちらだと聞いていますか？ _____

1 別のダルク(どこのダルク _____)

2 自宅

3 その他の場所→(具体的に _____)

4 不明

この方は、入寮中に以下のような社会復帰にむけた活動を経験しましたか？(複数回答可) _____

1 スタッフ見習いを経験

2 スタッフを経験

3 仕事(非常勤)

4 仕事(常勤)

5 その他社会復帰につながる活動(_____)

6 上記のいずれもなし

入寮中プログラムは終了しましたか？ _____

1 内容的にも期間的にも終了した。

2 内容的には不十分だが、最低必要な期間のプログラムを受けた。

3 最低必要な期間を満たしていない。

スタッフから見た入寮中におけるプログラムへの取り組みは？ _____

1 特別よい 2 普通 3 不十分

裏に続く

入寮中スリップがあったか？ _____

1 ない 2 1回 3 2回以上(もしわかれば、約 回)

入寮中にみられた以下の問題がありましたか？認められたものすべてに○をつけてください。 _____

1 幻覚妄想 2 うつ病 3 その他の精神的な問題()

4 C型肝炎 5 B型肝炎、 6 その他の身体疾患()

7 暴力・いらいら 8 異性関係のトラブル 9 その他

*スタッフから見て、その方の全般的な印象はどうでしたか？本人ががんばった点や、スタッフとして対応に苦勞した点、今後心配な点などを自由におかきください。

分 担 研 究 報 告 書
(2-1)

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）
分担研究報告書

規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究

分担研究者	妹尾 栄一	東京都精神医学総合研究所
研究協力者	大原美知子	東京都精神医学総合研究所
	梅野 充	東京都立松沢病院
	小沼杏坪	医療法人せのかわKonuma記念広島薬物依存研究所
	麻生克郎	垂水病院
	成瀬暢也	埼玉県立精神医療センター

研究要旨 覚せい剤に代表される規制薬物の依存症者に対して、精神保健医療機関が治療に関与する場合、臨床の現場での指針と犯罪行為に対する処遇とか、しばしば相克することがある。いわゆる「静岡方式」とよばれる連携体制は、必ずしもその定義が明らかではないが、基本的な理解としては、前述した精神保健福祉法24条の警察官通報で、あらかじめ覚せい剤精神病が疑われる場合、指定医の診察が始まる前に通報段階での法執行機関が採尿を行い、もし覚せい剤反応が陽性であれば、治療終了後に司法処遇を行っていくという理解となっている。精神科救急の現場ではこうした警察段階での採尿を求める声が強いか、議論に先立って、「実際に」との程度採尿が実施されているのか、実態は不明のままであった。本研究課題は、まず初年度の研究課題として、覚せい剤依存症ならびに精神病の入院治療に際して、司法と医療の双方でそれぞれどの程度尿検査が励行されているのか、その基礎調査を行い、以後の議論とたたき台とすることを研究目標とした。ただし、対象施設としては、初年度のパイロットスタディーであることを考慮して、薬物関連精神障害患者治療に積極的に関わっていると目される全国の4施設に限った。結果として警察による尿検査の実施率は措置入院群で43.8%、24条通報群で35.9%であった。これに比して病院での採尿率は若干高めに出ており、薬物関連精神障害患者治療に積極的に取り組んでいると目される施設では、臨床の場で薬物検出キットがそれなりに活用されていることか理解できる。

A 研究目的

覚せい剤に代表される規制薬物の薬物関連精神障害患者に対して、精神保健医療機関が治療に関与する場合、臨床の現場での指針と犯罪行為に対する処遇とか、しばしば相克することかある。

医療機関には「秘密義務」が課されているので、規制薬物の使用の経過を問診で知り得たとしても、その結果を直ちに司法機関に通報することはないか、その一方で、精神保健福祉法24条の警察官通報の場合に、覚せい剤中毒やその精神症状が判明して、指定医の診察による措置入院となった場合には、通報段階での法執行機関の対応で、その後の処遇に大きな差異をもたらされる。

いわゆる「静岡方式」とよばれる連携体制は、必ずしもその定義が明らかではないか、基本的な理解としては、前述した精神保健福祉法24条の警察官通報で、あらかじめ覚せい剤精神病が疑われる場合、指定医の診察が始まる前に通報段階での

法執行機関が採尿を行い、もし覚せい剤反応が陽性であれば、治療終了後に司法処遇を行っていくという理解となっている。精神科救急の現場ではこうした警察段階での採尿を求める声が強いか、議論に先立って、「実際に」との程度採尿が実施されているのか、実態は不明のままであった。本研究課題は、まず初年度の研究課題として、覚せい剤依存症ならびに精神病の入院治療に際して司法と医療の双方でそれぞれどの程度尿検査が励行されているのか、その基礎調査を行い、以後の議論とたたき台とすることを研究目標とした。

B 研究方法

上記の問題意識により、薬物関連精神障害患者治療に積極的に関わっていると目される全国の施設中、研究協力の得られた精神科治療施設4カ所（公的病院2カ所、民間病院2カ所）に平成15年1月1日より平成15年6月30日までに入院した覚せい

剤関連障害の患者に関して、「入院時司法との関係」「入院形態」「入院前の採尿実態」「入院後の採尿実態」「治療後の司法処遇」などについて、調査用紙を作成し、カルテ調査により検討を行った。

C 研究結果

4施設より覚せい剤依存症ならびに精神病患者148人の調査票を回収し、諸属性の分析を行った。このうち男性が108例、女性40例、平均年齢は33.2歳、標準偏差は9.2であった。

入院形態の類型では、措置入院16例、緊急措置入院5例、医療保護入院63例、任意入院61例であった。調査対象の成育歴上に認められた触法歴として、警察保護歴20.1%、鑑別所入所歴3.7%、刑務所入所歴31.5%などであった。但しいずれもカルテ調査の結果「判明した」件数である。

①入院時における司法との関わり（重複回答）は以下の通りである。

24条通報	10.5%
司法施設入所中	0.6%
仮出所中	2.5%
保護観察中	2.5%
執行猶予中	3.7%

②入院形態別に見た警察による尿検査の実態は以下の通りである。

全体中での実施例	148例中 13例（8.0%）
措置入院群の	16例中 7例（43.8%）
医療保護入院群	63例中 8例（12.7%）
24条通報	39例中 14例（35.9%）

③精神科治療施設による尿検査の実態は以下の通りである。

全体中での実施例	148例中 44例（29.8%）
措置入院群の	16例中 7例（43.8%）
医療保護入院群	62例中 21例（33.9%）
24条通報	39例中 18例（46.2%）

④警察による採尿結果で、司法処遇となった実態
警察による採尿で陽性であった事例は17例中の8例であり、さらに立件されたのは6例であった。

ただし、検査結果等は、病院が把握していた限りの数である。

D まとめと考察

本研究課題の中心テーマである警察による尿検査の実施率は措置入院群で43.8%、24条通報群で35.9%であった。これに比して病院での採尿率は若干高めにあり、薬物関連精神障害患者治療に積極的に関わっていると目される施設では、臨床の場で薬物検出キットがそれなりに活用されていることが理解できる。また本研究はカルテ調査研究のため、呈示される結果はあくまでも医療機関側から見て「把握された限り」の数値であると理解する必要がある。なお警察が採尿を行ったとしても、今回の調査結果からは陽性反応は17例中の8例、約半数である。陽性の結果が得られた者はおおむね司法処遇となっている。

今回の調査は、薬物依存症や精神病の治療に積極的に取り組む病院が主体となっており、措置診察後の入院経路という点も含めて、警察と医療機関の間での連携が保たれている状況が、警察での事前尿検査の比率を、全国平均よりは高めにしている可能性がある。次年度においては、中毒性精神障害の治療に取り組む積極性や、依存症に対する心理教育まで力を入れて治療しているか否かも考慮した、全国規模での調査を予定している。

また警察に対して採尿を求める（警察自身が尿検査適応を判断する）基準についても、双方が独立性を担保しつつ、ある程度の共通認識を持つ必要がある。

同様に24条通報などに対応する各都道府県単位の精神科救急医療システムの整備状況や、トリアージのマニュアル整備なども、採尿実施率に影響すると思われる。こうしたシステムの在り方についても、議論していく必要がある。

E 研究発表

なし

『規制薬物の治療に関する研究』用患者調査票

患者イニシャル _____ ID _____

入院時年齢 _____ 歳 性別 ☐男 ☐女

初診年月日（西暦） _____ / _____ / _____

入院形態（入院時） ☐措置 ☐緊措 ☐医保 ☐任意
☐その他（ _____ ）

入院年月日（西暦） _____ / _____ / _____ 退院年月日 _____ / _____ / _____

入院形態（退院時） ☐措置 ☐緊措 ☐医保 ☐任意 ☐その他（ _____ ）

入院前の司法との関係

☐なし ☐警察保護歴 _____ 回 ☐鑑別所入所歴 _____ 回 ☐刑務所入所歴 _____ 回

入院時の司法との関係

☐なし ☐警察保護（24条通報など）

☐矯正施設入所中（25条通報or留置人診察） ☐仮出所中 ☐保護観察中

☐執行猶予中

（入院時の尿検）

警察 ☐なし ☐あり → ☐陰性 ☐陽性 → 立件 ☐した ☐しない

病院 ☐なし ☐あり → ☐陰性 ☐陽性 → 警察通報 ☐なし →

自首の勧め ☐なし ☐あり

（入院時の状態）

☐急性中毒 ☐幻覚妄想状態 ☐精神運動興奮状態 ☐依存症のみ

入院時の自助組織との関係

☐なし ☐自助グループ通所のみ ☐入寮施設入所（DARCなど）

退院後の方針 ☐自宅退院 ☐施設入所（施設内プログラム☐なし☐あり）

自助グループ通所の勧め ☐なし ☐あり

クリニック受診の勧め ☐なし ☐あり

当院通院の勧め ☐なし ☐あり

司法との関連に関する経過

分 担 研 究 報 告 書
(2-2)

薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究

分担研究者	池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室	教授
研究協力者	山内 慶大	慶應義塾大学看護医療学部	助教授
	湯尾 高根	精神医学研究所附属東京武蔵野病院	

研究要旨 昨年度、分担研究「薬物依存症の医療経済に関する研究」（石橋ら）(1)に協力して、広島県内のH病院、福岡県内のF病院の2つの病院を対象にタイムスタディを行ない、実際のケア時間を測定し、ケア時間に代表されるケアのコストと保険収益との関係を分析した。その結果、アルコール以外の精神作用物質による障害は、ケアのコストのえは大きいのに対して、保険収益の差は小さく、かつ両者の間の相関は低いことが明らかとなり、現行の診療報酬が、実際のケアのコストの相違を適正に反映していないことが確認された。したかつて、アルコール以外の精神作用物質による障害について、患者によるケアのコストを規定する要因を明らかにし、実際に発生するケアのコストに基づき支払い方式を開発する必要があることが示唆された。

以上の点が示されたか、前回の調査では、薬物依存症の患者数が2つの病院の合計で33名（うち覚せい剤依存症は23名）と少なく、入院後の患者の状況の変化に対応して、ケア時間かどのように変化するかを把握することかできなかった。そこで今年度は、覚せい剤使用の患者に限定し、入院日から1ヶ月間（28日間）、毎日の日記形式のタイムスタディを実施し、各職種の関わる時間を測定し、患者の症状の変化と共にケア時間の変化のパターンを捉えることを目的とした。

昨年度、調査を依頼した2病院にて平成15年9月中旬から同年12月中旬までに入院した「覚せい剤使用による精神及び行動の障害（F15）」の診断の患者を対象とした。対象患者は2病院の合計で5人（男性4人、女性1人）であった。精神症状の変化とケア時間の変化については、症例数が少なかつたために平均化して分析することはできなかったか、個々の症例を詳細に分析し、症状とケア時間の変化に影響を与える要因を考察することによって変化のパターンの把握に努めた。

今回の調査によって次の点が明らかとなった。

- ①「精神病症状」は、抗精神病薬の治療によって急速に改善され、入院後14日以内に殆ど消退した。
- ②精神病症状の改善に伴い、ケア時間の減少かみられた。

今後、症例を増やしてタイムスタディを行ない、患者の症状の変化、ケア時間の変化のパターンをより綿密に調査する必要かある。

A 研究目的

薬物依存症の患者に対し、入院日から1ヶ月間（28日間）毎日の日記形式のタイムスタディを実施し、各職種の関わる時間を測定し、患者の症状の変化と共にケア時間の変化のパターンを捉えることを目的とした。

B 研究方法

ケアのコストと保険収益との関係を分析するために、まずケアのコストを算出しなければならぬ。精神科入院医療において患者毎に発生するコ

ストは、患者特性によって変動しないコスト（光熱費等）と患者特性によって変動するコストに分けられる。後者は更に検査 処置 投薬等に関連して発生するコストと、関連しないコスト（マンパワーのコスト）に分けられるか、精神科入院治療においては、後者の占める割合か大きく、それと共に焦点を当てた分析か必要になる。マンパワーのコストはケア時間に反映されるため、それぞれの患者に対して各職種か提供したケアの時間を把握するタイムスタディを行なう必要かある。

(a) 調査対象病院

平成14年度の厚生労働科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」の「薬物依存症の医療経済に関する研究」(石橋ら)(1)においてタイムスタディを行なったH病院(精神病棟入院基本料3, 看護師比率70%以上, 看護補助加算6対1)とF病院(精神病棟入院基本料4, 看護師比率40%以上, 看護補助加算10対1)の2病院を対象病院とした。

(b) 調査対象患者

調査期間内(c)の新入院患者で、「覚せい剤使用による精神及び行動の障害(F15)」の診断の患者を対象とした。入院時に幻覚・妄想状態にあり、現病歴などの情報に乏しく、診断できない場合でも、「覚せい剤使用」が疑われるときは、対象患者としたが、入院後の経過の中で、上記診断が否定された場合、対象患者から外した。それぞれの病院で10名以上の患者(合計20名以上)を調査することか目的であったが、実際は合計5名であった。

(c) タイムスタディの調査対象期間

平成15年9月中旬から12月中旬を調査対象期間とした。この間に入院し、(b)の基準を満たす患者を入院日から28日間、調査した。

尚、28日以内に退院する場合(死亡退院も含める)、また11月中旬以降に入院し、調査期間が28日間に満たない場合も対象に含める予定であったが、実際にこうしたケースはなかった。

(d) タイムスタディの実施

入院患者一人ひとりか各職種から受けたケアの時間を測定・集計した。ケアに直接関わる病院の各職種から1日平均何分のケアを受けているかを測定した。調査は、特定の患者が入院した当日から開始し、1日(24時間)調査を28日間続けた。この期間中にその患者がケア提供者から受けたケア時間をすべて測定した。患者ケア時間とは、特定の患者に対して行われるケアに要した時間及び、直接、間接に関わっている時間のことで、特定の患者に帰属する時間を指す。したかつて該当患者のための検査器材等の準備、記録、ケース会議等の時間も含めた。尚、同時に複数の患者にケアを提供している場合には、その時間を患者の人

数によって按分する。また、ケース会議で複数の職員で該当する患者について検討したような場合には、参加した全職員の時間を全て算入することになる。

(e) 調査票

調査内容は以下の通りである。患者基本調査票は、性別、年齢などの基本属性に加えて、費用、障害年金の等級、精神障害者保健福祉手帳障害等級などとして構成される。患者アセスメント票(主治医用)は、診断(DSM-IV)、オックスフォード版BPRS(Brief Psychiatry Rating Scale 簡易精神症状評価尺度)、GAF(Global Assessment of Functioning 機能の全体的評価尺度)等で構成される。患者アセスメント票(看護用)は、WHO/DAS(Disability Assessment Schedule 精神医学的能力障害評価面接基準)の第1節「全般的行動」および第3「節」病棟内の行動」、その他の項目(自傷他害の危険、個人衛生等)、ADL自立度の評価、作業療法などの状況、などとして構成される。

これらの調査票への記入は、患者基本調査票は担当事務職員、病棟師長、ケースワーカー等か、患者アセスメント票(主治医用)は主治医か、患者アセスメント票(看護用)は病棟師長またはそれに準じる看護師が行なった。

回収された調査データは、記入漏れ・不整合なデータの確認を行なった。

以上の調査票を用いて、患者特性、診断、合併症、(スケールも含めた)症状、ケアの内容、ケア時間等の情報を得た。

また調査終了後、2病院を訪問して、医師と看護師に対し各症例についてインタビューを行ない、提出された調査票の不明点の確認等を行った。

(倫理面への配慮)

以上の調査は、2病院において各患者に対して本研究の趣旨等を説明し、同意を得た上で実施した。またデータベース構築・解析時のプライバシー保全についても、対象患者には本調査固有のID番号を付け、患者の氏名並びにカルテ番号等はデータベースに含まないように配慮した。

C 研究結果

調査にエントリーした患者は、H病院4名、F病

院3名であったが、H病院では診断が定まらないまま入院翌日に退院となってしまった1例、F病院では尿中の覚せい剤反応が陰性となり脱落した1例の計2例が調査から除外され、全対象患者数は5名（男性4名、女性1名、平均年齢42.8歳）であった。患者の基本情報については、表1にまとめた。

各症例の詳細について述べる。

症例1

診断 覚せい剤使用による精神及び行動の障害
精神病性障害 主として幻覚性のもの
(現病歴及び入院後経過)

20歳から覚せい剤を始め、前科5犯、刑務所には4回服役している。平成15年に3年間の服役を終え出所していた。入院直前に購入した覚せい剤を使用し、平成15年X日早朝、K市内を徘徊し、意味不明の言動がみられたため、警察に保護され、同日H病院に措置入院となった。

入院翌日の尿検査で覚せい剤反応が陽性。幻聴、易怒性、精神運動興奮を認め、急性錯乱状態であった。幻聴に支配された言動が前景にあり、それに加え幻視の訴えも聞かれた。入院時より3日間毎日ハロペリドール+プロメタシンの筋肉内注射

が施行され、精神症状は急速に改善した。入院当日より4日間は点滴管理とした。4日目からリスペリトン4mg、プロメタシン50mg、レホメプロマシン25mgの服薬が開始された。また入院時より保護室を使用し、精神症状が改善された15日目に完全開放となった。ときに不安・焦燥感を認め、幻聴は入院後23日目まで認めた。さらに睡眠薬や鎮痛剤の要求、胃部不快の訴えが頻回で、プラセボ(乳糖)を使用した。またスタッフか本人の訴えや話をよく聴くことで、こうした要求や訴えは著明に減少した。医師・看護師として接しやすい患者であったという。集団生活ではトラブルはなく穏やかであったが、離院をほのめかす言動が聞かれたため、教育プログラムは行なっていない。X+50日、退院と同時に逮捕され、刑務所へ入所となった。

(精神症状の変化とケア時間の変化)

入院後の精神症状の変化については、表にまとめ、BPRSの18項目のうち入院時に点数が高かった6項目を順に示した。BPRS(表2)では、入院時「幻覚」と「精神運動興奮」が4点と高く、「思考解体」、「誇大的」、「敵意」、「非協調性」が3点であったが、その後急速な改善を示し、入院後14日目には殆どの症状が0点であった。措置入院であり、著

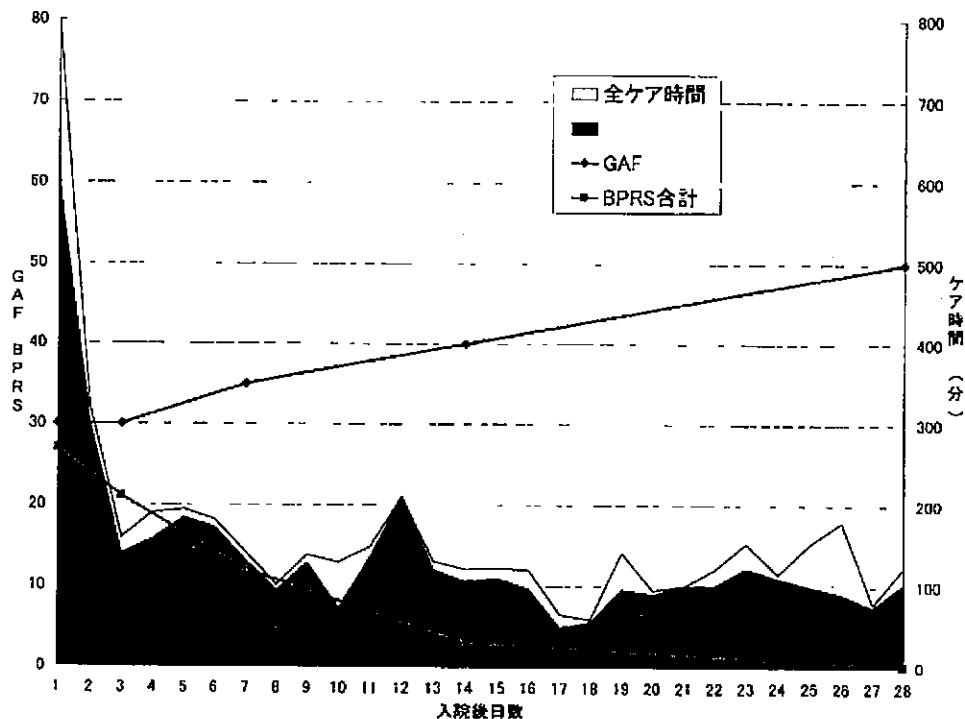
表1 患者基本情報

	症例1	症例2	症例3	症例4	症例5
年齢	44	43	31	41	55
性別	男性	男性	男性	女性	男性
入院形態	措置	任意	措置	任意	任意
初回入院年	2003	1981	1992	1999	1979
精神科入院回数	初回	17回	5回	5回	十数回
入院経路	警察	他院外系より紹介	警察	家族の相談	他院より転入院
入院直前の同居者	単身	生活訓練施設	親族	親	単身
結婚歴	なし	なし	離婚し現在独身	離婚し現在独身	離婚し現在独身
学歴	不明	高校中退	高校中退	高校中退	不明
暴力団との関係(現在)	なし	なし	なし	なし	なし
ノコナール歴	なし	なし	あり	なし	あり
飲酒歴	なし	なし	あり	あり	あり
覚せい剤初回使用年齢	20歳	20歳	21歳	15歳	20代
フラノフルバノクの既往	なし	あり	なし	あり	不明
入院直前の就労状況	無職	無職	無職	無職	無職
第1診断(ICD-10)	F15.52	F15.71	F15.52	F15.5	F31.3
第2診断(ICD-10)		F60.2			F15.7
合併症	C型肝炎	C型肝炎	HCV抗体陽性	肝硬変症	糖尿病

表2 症例1の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
幻覚	4	4	3	2	0
精神運動興奮	4	3	2	0	0
思考解体	3	2	1	0	0
誇大的	3	2	1	0	0
敵意	3	2	1	0	0
非協調性	3	2	1	0	0

BPRSにて評価(各項目0~6点)



グラフ1 症例1のケア時間、BPRS、GAFの変化（■は看護時間）

しい精神症状のために入院当日はケア時間が大きくなったか 入院後の全ケア時間、看護ケア時間の変化をみると、共に入院当日から3日目まで著明な減少を示し、その後は概ね変化なくプラトーである（グラフ1）。グラフにはBPRSの合計点とGAFの変化も示している。症状の改善かケア時間からも読み取れる。また入院後12日目前後にケア時間が増えているか、これは創傷ケアと胃カメラ等の処置や検査によるものである。さらにこのケースでは、患者が紛失した預金通帳の再発行をPSWが代行している時間も含まれている。但しスタッフにとって接しにくい患者ではなかったという。通常、精神症状が落ち着けば、薬物ミーティングや運動療法等に参加するか、このケースは他患に離院をほのめかす言動があったため、プログラムに参加していない。

症例2

第1診断 覚せい剤使用による精神及び行動の障害 残遺性及び遅発性の精神病性障害

人格あるいは行動の障害

第2診断 非社会性人格障害

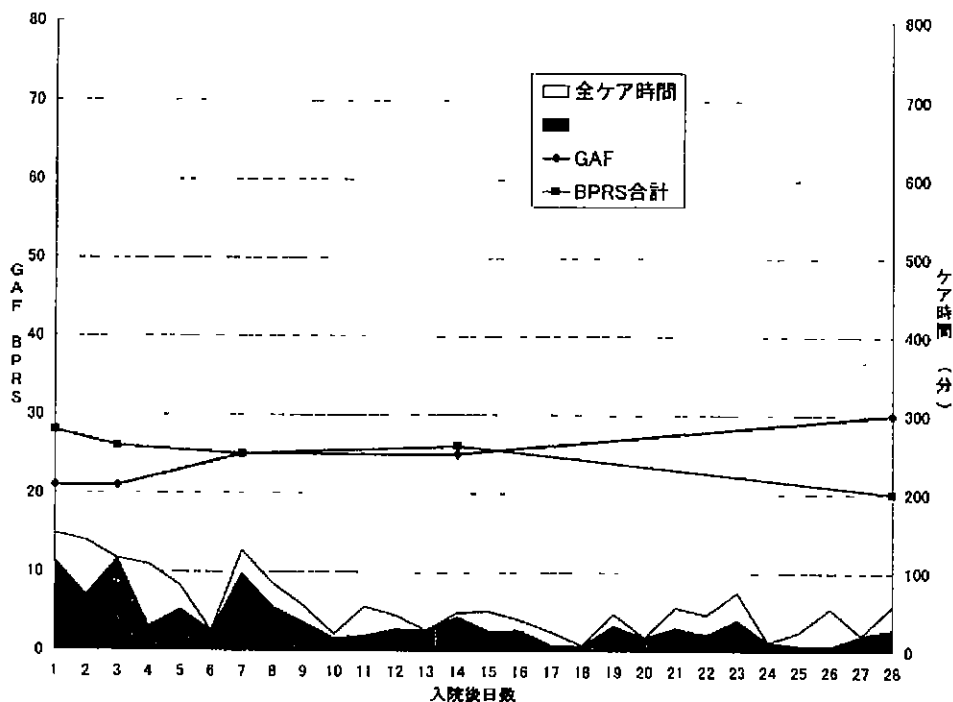
（現病歴及び入院後経過）

昭和55年（20歳）より覚せい剤使用を始め、それにより幻聴がみられていた。昭和55年に幻覚妄想状態となり、自傷行為がみられるようになり、これまでに17回の入院歴がある。当初は入院中に他患とのトラブルが多かったという。平成14年12月R病院を退院となったが、単身生活は困難ということで社会復帰施設の生活訓練所で生活をしていた。近医のメンタルクリニックに通院し外来フォローされていたか、平成15年6月頃より関係念慮がみられ、他者に対し威圧的な言動がみられ始め

表3 症例2の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
疑惑	4	4	4	4	1
感情的引きこもり	3	2	2	2	2
敵意	2	2	2	2	2
心氣的訴え	2	2	2	2	2
思考解体	2	2	2	2	2
幻覚	2	2	2	2	1

BPRSにて評価(各項目0~6点)



グラフ2 症例2のケア時間、BPRS、GAFの変化 (■は看護時間)

た。同年9月、コンビニエンスストアにてレジの客の列に男性が割り込んだことにカッとなり、その男性に対し暴力行為があった。そのため施設では面倒をみるのができないということでH病院を紹介され、同年X日同院に任意入院となった（H病院は初回入院である）。この入院前に覚せい剤は使用していないという。

入院時、幻聴や不穏言動はなかったが、関係念慮を認めたため、プロムペリトール6mg、レホメプロマシン50mg、ニトラゼハム10mgを開始し、精神症状の改善と共に徐々に減量を図った。入院時より精神的に穏やかであったため、すぐに作業療法を開始した。手の震えの訴えもあり、X+13~16日に毎日プロメタシンとビペリデンの筋肉内注射が施行された。本人は入院慣れしており、医師

看護師の手がかからず対応は困難ではなかった

という。C型肝炎の診断もあったが、肝機能障害は軽度であり、特に治療を要さなかった。H病院の共同住宅に任むことか決まり、X+109日退院となった。

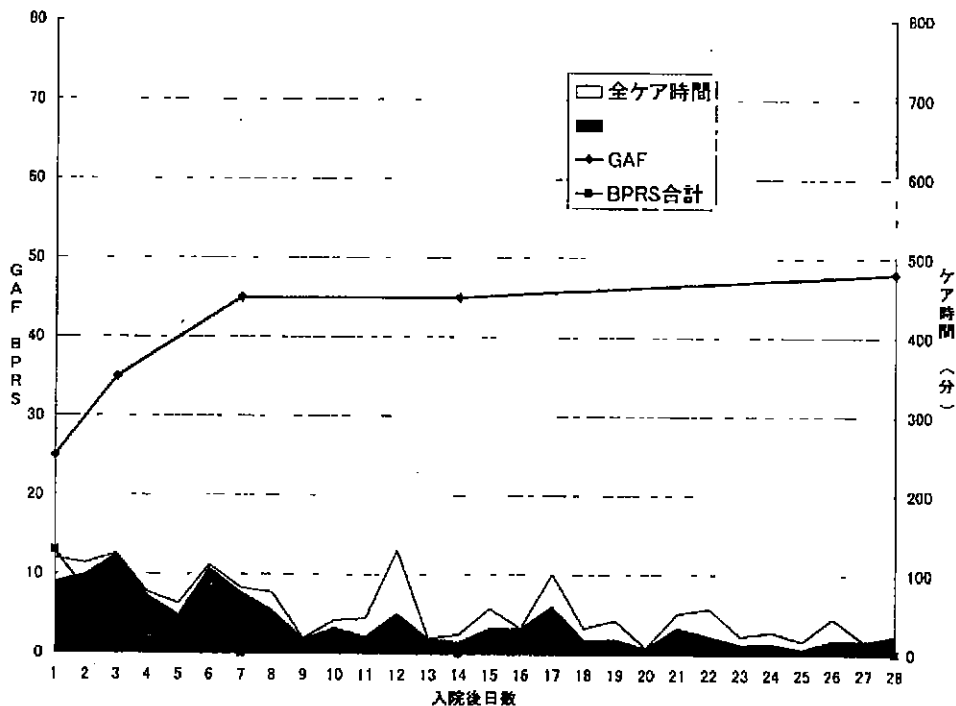
（精神症状の変化とケア時間の変化）

この症例は契機は不明であるか、フラッシュバック現象による症状の再燃と考えられている。BPRS（表3）では、入院時に高かったのは「疑惑」（4点）と「感情的引きこもり」（3点）であり、他は2点以下であった。表3に示すように入院後の経過と共にあまり顕著な変化はみられず、「疑惑」は28日目には1点に改善されているが他は2点のまま経過している。残遺性の精神症状が持続していたものと考えられる。症例1に比べるとケア時間は相対的に少なく、入院当日からのケア時間の変化も小さい（グラフ2）。入院後10日目以降はほぼ

表4 症例3の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
幻覚	5	1	0	0	0
思考内容の異常	5	2	0	0	0
思考解体	2	0	0	0	0
精神運動興奮	1	0	0	0	0

BPRSにて評価(各項目0~6点)



グラフ3 症例3のケア時間、BPRS、GAFの変化 (■は看護時間)

プラトリーである。この症例は「非社会性人格障害」という診断もついているが、入院慣れしており、接しやすい患者であったという。

症例3

診断 覚せい剤使用による精神及び行動の障害
精神病性障害 主として幻覚性のもの
(現病歴及び入院後経過)

17歳よりシンナー、21歳より覚せい剤を始め、幻覚妄想状態にて過去に入院歴が4回ある。平成15年X日、下着1枚で交番を訪ね、備品を足蹴りし破壊しようとしたため、警官に取り押さえられるも幻覚妄想状態で、覚せい剤の使用を認めたため、同日H病院に措置入院となった。しかし尿検査の覚せい剤反応は陰性であった。入院の2週間程前(9月中旬)に覚せい剤を使用し、その後不眠と

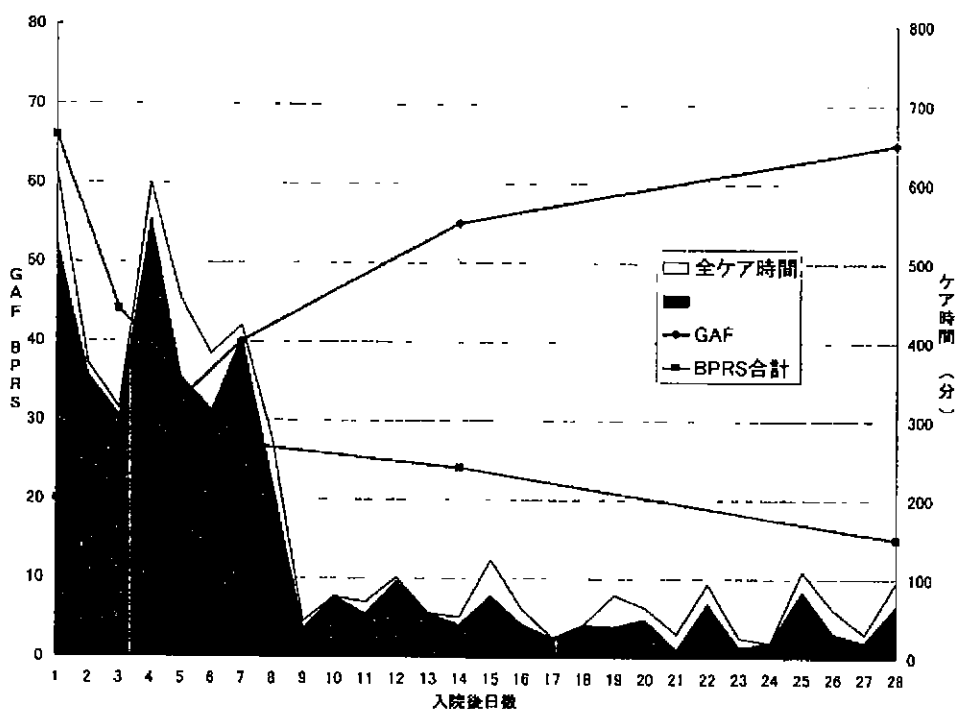
なり、その不眠を解消するために飲酒をしていたという。アルコールによって幻覚が惹起されたと考えられる。

入院時より幻覚妄想が顕著であり、保護室にて経過を観察した。ハロペリトール10mgの静脈内注射が入院後2日間施行された。3日目より経口からオランザピン10mg、クロナゼパム1mgが開始され、5日目よりクロールプロマシン50mg、プロメタシンが加剤された。精神症状は急速に改善し、6日目に保護室から完全開放となった。入院時の状態を「幻聴を楽しんでいた。」と振り返っていた。入院後11日目より作業療法に参加した。他患の面倒見もよく優しい患者であり、スタッフも接しやすい患者であった。退院時にはオランザピン2.5mg、ビペリテン1mgで、肝機能障害(HCV陽性)に対し、グリチルリチン製剤とウルソデオキシコール

表5 症例4の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
情動の鈍麻・不適切	6	4	3	2	1
非協調性	6	3	2	2	1
精神運動興奮	6	3	0	1	1
思考内容の異常	5	3	2	1	1
衝動的な行動や姿勢	5	2	0	0	0
誇大的	5	2	0	1	0

BPRSにて評価(各項目0~6点)



グラフ4 症例4のケア時間、BPRS、GAFの変化（■は看護時間）

ル酸も処方されていた。X+126日にケア付き住居に退院となった。

（精神症状の変化とケア時間の変化）

BPRS（表4）では、入院時「幻覚」と「思考内容の異常」が5点と高いが、3日後には著明改善を示し、7日目にはすべての症状が0点に改善されている。措置入院であるため、入院時の症状は顕著であったが、症状の改善は早かった。ケア時間は入院時より大きな変化はなく、10日目以降はほぼプラトーである（グラフ3）。症例2と同様に、症例1と比較すると相対的にケア時間は少なくなっている。

症例4

診断 覚せい剤使用による精神及び行動の障害

精神病性障害

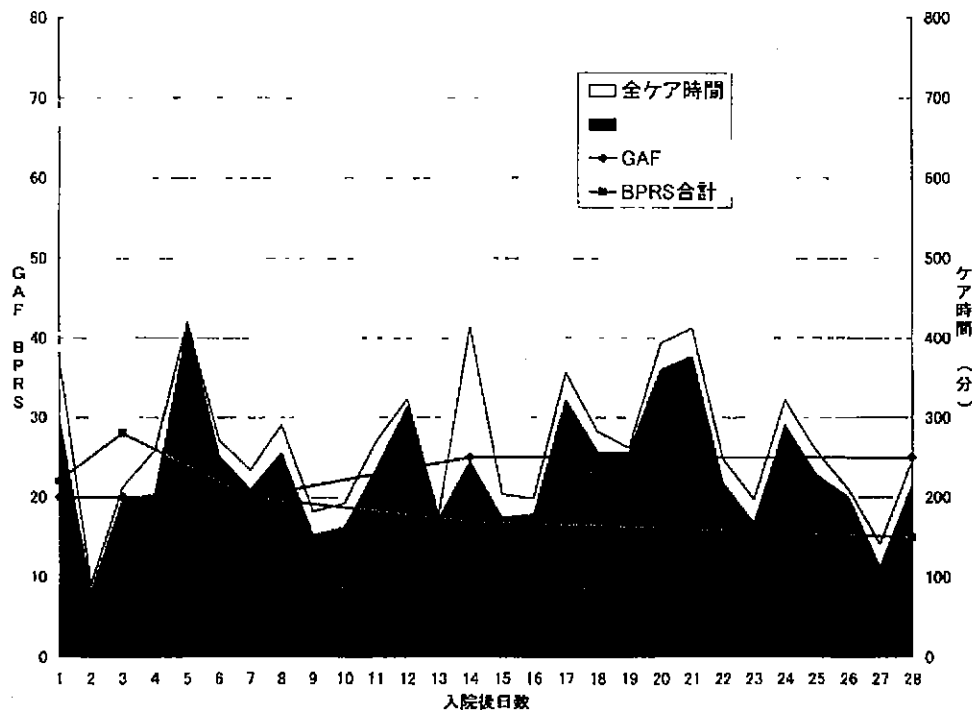
（現病歴及び入院後経過）中学3年頃より覚せい剤を使用していたという。これまでに4回の精神科入院歴がある。平成15年9月、連日覚せい剤を使用し、不眠、幻聴、意味不明の言動が出現した。尿検査にて覚せい剤反応が陽性に出た為、同年X日、F病院に任意入院となった。

入院時、重篤な肝硬変症のために皮膚は変色していた。入院当日より隔離を行なった。入院当日の夜、点滴の針でリストカノット（7cmの傷）している。ハロペリトール3mg、クロールプロマシン25mgの薬物治療が開始され、2~3日で精神病症状は落ち着くが、不安やイライラ感があり、本人より「息子に対して申し訳ない」と自責の念が述べられた。入院1週間後に隔離終了となるが、抑う

表6 症例5の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
緊張	3	3	2	2	3
運動減退	3	3	2	2	2
非協調性	3	3	2	2	2
情動の鈍麻 不適切	3	3	0	0	0
抑うつ気分	2	3	3	2	1
敵意	0	3	3	2	1

BPRSにて評価(各項目0~6点)



グラフ5 症例5のケア時間、BPRS、GAFの変化（■は看護時間）

つ感と希死念慮を認めたためにSSRIが開始されている。3週間後には覚せい剤を使用したことや幻聴の内容等が自ら語られた。重篤な肝硬変症も合併しており、それによるケアの時間が多かった。薬物の教育プログラムを行ない、外泊を繰り返し、X+111日退院となった。この患者はF病院には再入院であり、精神症状が落ち着けは処遇困難例ではないという。

（精神症状の変化とケア時間の変化）

表5に示すように、入院時にBPRSの多くの項目が高い点数を示しているが、入院後経過と共に概ね改善傾向にある。しかし表には示されていないが、「抑うつ感」、「不安」、「心気的訴え」等の情緒に絡んだ項目は、入院経過中に上昇したり、減少がみられず持続する等の動きがみられた。この症例は家庭内葛藤を抱え、さらに重篤の肝硬変症

や感染症等の身体的合併症も抱えており、心理的ストレスが大きかったと考えられる。

入院時の精神症状及び自傷行為（リストカット）による処置や重篤な肝硬変症のために関わる諸検査や点滴等が入院から8日間に集中したため、その間のケア時間が多かったと考えられる（グラフ4）。4日目のケア時間が大きかったのは症例カンファレンスも含んでいたためである。ケア時間については、入院当日から8日目までは大きく変動しているが、9日目以降はほぼプラトーである。

症例5

第1診断 双極性障害 現在軽症あるいは中等症うつ病エピソード

第2診断 覚せい剤使用による精神及び行動の障害 残遺性及び遅発性の精神病性障害

(現病歴及び入院後経過)

20代の頃から覚せい剤を使用していた。昭和52年(30歳)、数回の覚せい剤を使用後、幻覚妄想状態となり、「妻と子供が酒屋に監禁されている」と思い、水中銃を持って酒屋に押しかけ、警察へ通報され、その後2年の服役を受けた。出所した頃に躁うつ病を発症したようであるが詳細は不明。飲酒や躁うつ病による入退院を十数回も繰り返していた。今回の入院前の処方、抗うつ薬を中心とした処方であった。今回は覚せい剤乱用後、調子が高くなり攻撃性もみられ、要入院と判断され、平成15年X日 F病院に任意入院となった(F病院は初回入院である)。尿検査にて覚せい剤反応が陽性で、覚せい剤使用による不穏状態が考えられた。

入院時より看護師を大声で罵倒 攻撃し、不穏が顕著であった。一方で対人緊張が強く人格的脆弱性も認めた。希死念慮も聞かれ、入院当日より保護室を使用した。入院後3日目に体温が39度台に上昇し、肺炎と診断され、その治療に10日間を要した。X+14日より幻聴、独語を認めたため、それまでの炭酸リチウム600mg、クロールプロマシン75mgの処方に加えて、プロペリシアシン30mgを加剤した。拒食 拒薬、粗暴行為や失禁(おむ

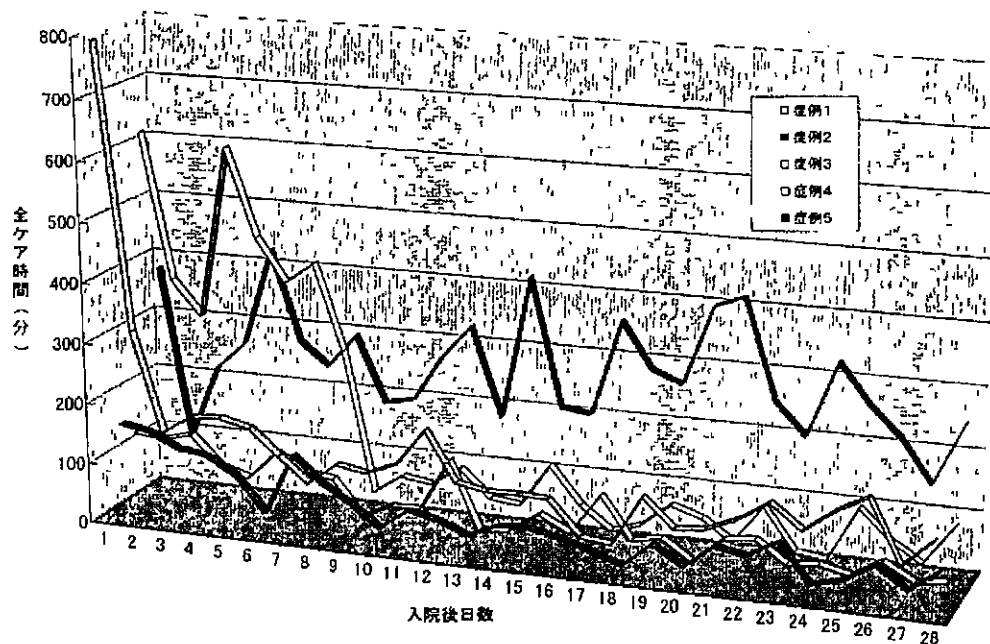
つ交換が必要)等が多く認められ、処遇困難例であった。X+15日より部分開放を行ない、X+28日に完全開放とした。現在は精神症状が落ち着いているが、住所不定のために受け入れ先が決まらず、入院が長期化している。

(精神症状の変化とケア時間の変化)

この症例は他の4症例と異なり、第1診断が「双極性障害」である。BPRSをみると表6に示すように、減少傾向を示す項目と、上下する項目がみられる。事実、「不安」や「抑うつ気分」等の情緒的な動揺がみられていた。これは純粋な「覚せい剤精神病」ではなく、双極性障害による症状も絡んでいるものと考えられる。但し任意入院であり、それぞれの項目は3点以下と高い点数ではなかった。

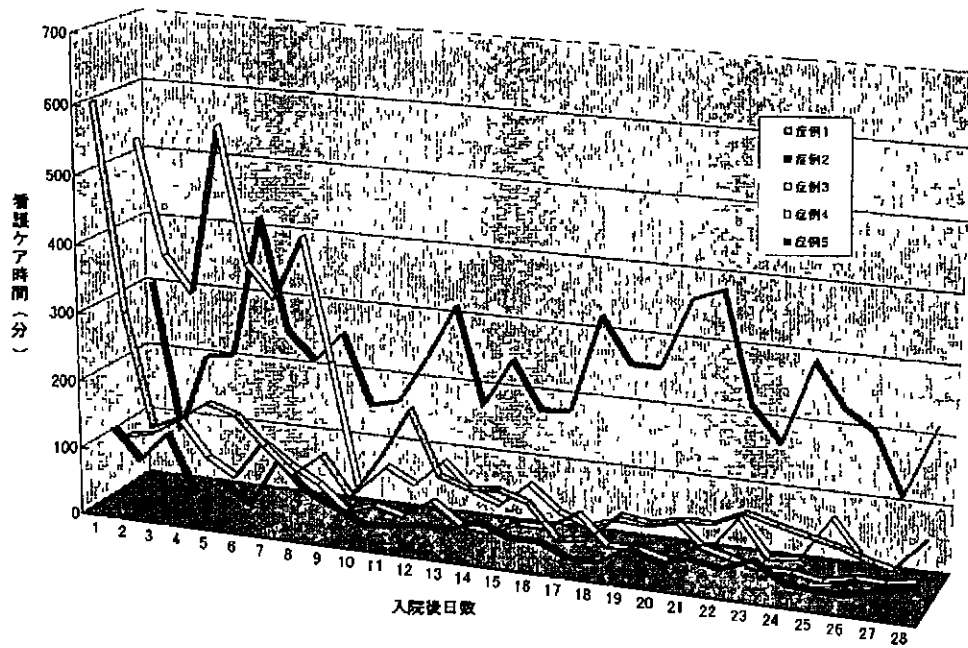
ケア時間をみると(グラフ5)、またインスリン投与が必要な糖尿病を有し、入院3日目頃から肺炎を併発したため、全身管理によるケア時間を要した。また精神症状と反社会的な人格のためにもケア時間を要したと考えられる。拒食 拒薬、粗暴行為や失禁等が多く認められており、そのためのケア時間が多かった。よってケア時間の変化をみると、他の4症例とは全く異なる動きを示しており大きく変動し、減少は少なかった。20日目に

全ケア時間の変化



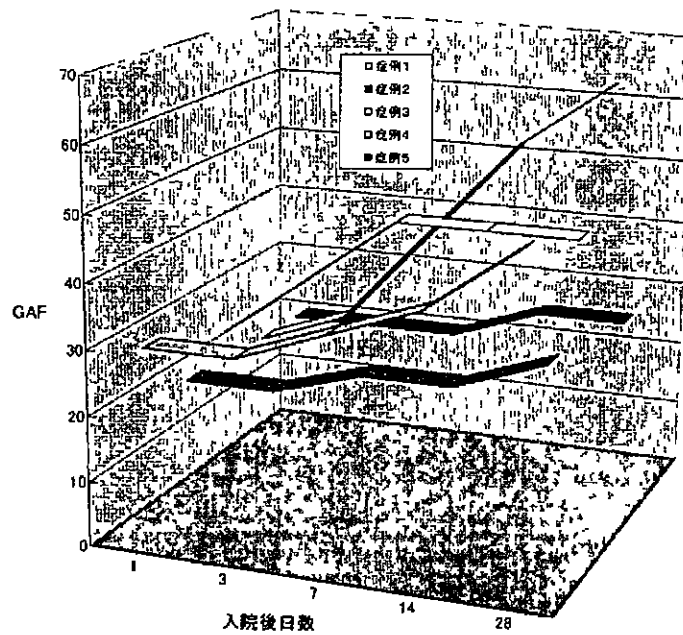
グラフ 6

看護ケア時間の変化



グラフ 7

GAFの入院後変化



グラフ 8

は症例カンファレンスの時間を含んでいる。

以上5つの症例の入院後ケア時間の変化のグラフを重ねてグラフ6（全ケア時間）とグラフ7（看護ケア時間）に示した。全ケア時間と看護ケア時間はほぼ同じ動きを示している。全ケア時間、看護ケア時間共に入院後28日間て減少傾向を示したが、症例5のみ減少が少なく、動揺傾向を示している。

またGAFについては、グラフ8に示すように全症例が入院経過と共に改善を示した。

D 考察

昨年度、石橋らと共に「薬物依存症の医療経済に関する研究」(1)において、精神科病院で1時点における横断的なタイムスタディを行ない、以下の結果が得られた。①薬物依存症の入院患者の平均重み付けケア時間(ケアのコスト)及び平均保険収益は、その他の疾患の入院患者と同程度であった。②しかし患者個々では薬物依存症は、他の疾患の場合と同様に、ケアのコストの差異が大きいものに対して 保険収益の差異は小さく、かつ両者の間の相関は低かった。現行の診療報酬が、実際のケアのコストの相違を適正に反映していないことか確認された。③したがって薬物依存症についても患者間でのケアのコストの相違の規定要因を明らかにし、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する必要あることか示唆された。この結果を受けて、「ケアのコスト」を反映する「ケア時間」をより詳細に調査する必要があった。更に前回の調査では薬物依存症の患者が33名(うち覚せい剤依存症は23名)と少ない上に、彼らの入院期間は長く、精神症状が安定していた例が多く 入院してからの日数と精神症状の変化に対応したケア時間の変化まで把握することかできなかった。そこで、入院後の精神症状が安定するまでの経過とそれに伴うケア時間の変化も調査する必要かあった。更に、支払い方式を開発する際には、ケアの費用の実態を反映していることに加えて、症状と治療経過のパターン等からなる臨床類型それぞれに於いて適当と考えられる治療プログラムが実施可能な設計になっている必要がある。そこで、本分担研究においては、日記形式タイムスタディを行なった。

本調査では、当初の目標の症例数を集めることができず、5例のみであったため、本調査の結果

のみで、明確な結論を示すことはできない。しかし、我が国で同様の調査は初めてであり、以下のように有益な示唆を得ることかできた。

(a)精神症状の変化

平均BPRSに関しては、下記に示すような変化がみられた。入院時に得点が高かった順に18項目のすべてを示す。尚、症例数が5例であるため、平均値で論じることには問題があるが、全体を概括して論じ、またそこから外れた症例についても個別に検討するために、敢えて平均を示した上で、考察することにする。

(入院時→入院後3日目→7日目→14日目→28日目
て示している)

思考内容の異常

2 8 → 1 8 → 1 0 → 0 8 → 0 6

非協調性

2 8 → 2 0 → 1 4 → 1 2 → 1 0

思考解体

2 6 → 1 6 → 0 8 → 0 4 → 0 4

幻覚

2 4 → 1 6 → 1 6 → 1 2 → 0 2

精神運動興奮

2 4 → 1 8 → 0 6 → 0 4 → 0 4

情動の鈍麻 不適切

2 2 → 1 8 → 1 0 → 0 8 → 0 6

敵意

1 8 → 1 8 → 1 6 → 1 2 → 0 6

緊張

1 8 → 1 4 → 1 0 → 1 0 → 1 0

衝動的な行動や姿勢

1 6 → 1 0 → 0 2 → 0 0 → 0 0

誇大的

1 6 → 0 8 → 0 2 → 0 2 → 0 0

疑惑

1 6 → 0 8 → 0 8 → 1 2 → 0 2

以上は、精神病状態に多く認める症状である。覚せい剤精神病の受診時の症状としては、一般に不安・焦燥などの情動 行動障害が最も頻度が高く3/4以上にみられ、次いで精神運動興奮、易怒などの情動障害や、猜疑心、妄想知覚、幻聴、被害 関係妄想、追跡妄想、注察妄想、幻覚妄想症状が50～75%でみられる(2)か、今回の症例でも

こうした精神病状態に基づくとであろうと思われる症状が入院時に顕著に認められた(症例1, 症例3, 症例4)。また通常これらの症状は比較的急速に消退し、4週間後には10~20%程度に落ち着くことが多い(2)とあるが、実際にこの3つの症例では、これらの症状は急速に改善され14日間で概ね消退している。但し、残遺性及び遅発性の精神病性障害(F15.7)の症例では14日目以降も持続した(症例2, 症例5)。

覚せい剤精神病に対しては、ハロペリドールを中心とする抗精神病薬が投与され、それに対する反応性は一般に良好である(3)が、今回の調査においても全症例に抗精神病薬の投与が行なわれており、精神病症状は著明に改善している。また覚せい剤精神病の入院治療では、通常の経過は①嗜眠期、②刺激期、③安定期、④退院前緊張期に区分される(3)。症例1と症例3については措置入院であり、著しい精神症状の影響による入院前の睡眠不足に、さらに抗精神病薬の作用が加わって、入院後数日間は嗜眠状態であったと考えられ、実際にその間は点滴管理となっている。また症例1は嗜眠期が過ぎたところから、睡眠薬や鎮痛薬の要求が頻回となり、さらに預金通帳を紛失したことでソーシャルワーカーに動いてもらう等、現実的な要求が増えてくる「刺激期」もみられている。この要求に対してスタッフが傾聴したことやソーシャルワーカーが身の諸問題に当たったことで、本人の焦燥や易怒的状态も目立って緩和されたと思われる。

不安

1 6 → 1 6 → 1 4 → 1 2 → 1 2

感情的引きこもり

1 6 → 1 4 → 1 2 → 1 2 → 1 0

心氣的訴え

1 2 → 0 8 → 1 0 → 0 8 → 0 8

運動減退

1 0 → 1 4 → 1 2 → 1 2 → 1 2

罪業感

0 8 → 0 8 → 0 6 → 0 4 → 0 4

抑うつ気分

0 8 → 1 4 → 1 0 → 0 8 → 0 4

以上はうつ状態に多く認める症状である。入院時にはそれほど高い点ではないが、入院後経過と

共に高くなったり、低くなるにしても減少率は精神病症状に比べて小さく、遷延している傾向が読み取れる。おそらく精神病症状から回復した後で、覚せい剤を使用したことへの後悔や、自責の念による情緒的な揺れ(症例4)、また今後の生活に対する不安や緊張の現れ(退院前緊張期)とも考えられる。

高揚気分

0 6 → 0 6 → 0 2 → 0 0 → 0 0

躁状態に特徴的な症状であるが、症例1にのみ認めた症状であった。

(b) ケア時間の変化

(a)で述べた精神病症状の改善に伴い、ケア時間の減少がみられた。さらに入院を繰り返している症例は入院慣れしているために、スタッフとしてもケアを行いやすく、ケア時間の減少を認めた(症例2, 症例3)。一方で反社会的な人格をもつ処遇困難例では多くのケア時間を要した(症例5)。また身体合併症を有する症例についても多くのケア時間を要した(症例4, 症例5)。

以上ケア時間に影響する要因として、患者の精神病症状、人格的問題の有無、身体合併症の有無、過去の入院回数等が示唆された。

E まとめ

「覚せい剤使用による精神及び行動の障害(F15)」の診断を得た5名の患者に対し、日記形式タイムスタディを行い、次の点を明らかにした。

- ①「精神病症状」は、抗精神病薬の治療によって急速に改善され、入院後14日以内に殆ど消退した。
- ②精神病症状の改善に伴い、ケア時間の減少がみられた。
- ③今後、症例を増やしてタイムスタディを行ない、患者の症状の変化、ケア時間の変化のパターンをより綿密に調査する必要がある。

F 研究発表

- I 石橋正彦 薬物依存症の医療経済に関する研究 九州神経精神医学 49 10-19, 2003

参考文献

- (1) 石橋正彦, 山内慶太, 湯尾高根ら 「薬物依存症の医療経済に関する研究」、薬物乱用 依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究、平成14年度厚生労働科学研究報告書、229-242、2003
- (2) 小沼杏坪, 尾崎茂, 和田清 「覚せい剤使用による精神・行動の障害」、アルコール 薬物関連障害の診断・治療ガイドライン、159-185、2003
- (3) 小沼杏坪 「覚せい剤依存と関連精神障害ー治療ー」、第8巻 薬物 アルコール関連障害 [別冊]、臨床精神医学講座、236-253、1999

分 担 研 究 報 告 書
(2-3)

「薬物裁判所（ドラッグ・コート）」の実態に関する研究

分担研究者 阿部 恵一郎 立教大学
研究協力者 中野 良吾 学習院大学
萩原 裕子 文教大学

研究要旨 アメリカで1989年に最初のドラッグ・コートがつけられた。アメリカでも評価されるようになったのは1997年頃からであり、文献や資料もその時期から増加している。日本では2002年からドラッグ・コートを訪れる人が増え、翌年から紹介が本格的になっていった。そのため日本での資料は少なく、アメリカでも単行本はわずかしかない。しかし、研究論文やWebに掲載された資料は膨大である。そうした文献、資料を収集・整理し、ドラッグ・コートについて研究した。ドラッグ・コートにはいわゆるダイヴァージョンと呼ばれる代替型はかりでなく、一旦判決を下した後にトリートメント・システムに参加させる判決後型コートもある。また、ドラッグ・コートにおけるトリートメントの実態は文献からではあまり具体的に理解できないものの、医療よりも心理、福祉、教育的アプローチの役割が大きい。また、ドラッグ・コートについて述べるだけでなく、今後我が国への導入の是非についても論じた。

A 研究目的

ドラッグ・コートは、薬物事犯者（薬物乱用か原因となって犯された他の犯罪も含む）を通常の刑事司法手続ではなく、薬物依存から回復させるためにトリートメントの手続にのせて、その経緯を裁判官が法廷でトリートメントの全課程を修了した被告人に対して、公訴棄却の決定を下したり、あるいは保護監察の期間を短縮するなど、刑事司法手続をダイヴァージョン（代替あるいは迂回）する裁判制度である。この制度は薬物事犯者の急増と刑務所の過剰拘禁問題に苦しんだフロリダの裁判所が1989年に始めたのを嚆矢とする。この裁判制度が始まって10数年経過し、アメリカの多くの裁判所がドラッグ・コートを取り入れ薬物乱用者の処遇に当たっている。アメリカ以外ではカナダでも1998年にトロントで最初のドラッグ・コートが始められ、オーストラリア、イギリス、アイルランドでもこの2～3年の間に開始したと報告されている。ドラッグ・コートはトリートメント（治療・処遇）を行う民間の機関や施設と連携しながら薬物事犯者の改善を評価するシステムでもある。現在、我が国では薬物事犯者に対して厳罰主義がとられ、初犯者には執行猶予がつくものの、再犯者に対してはほとんどの場合実刑判決が下されるため刑務所の被収容者全体に対して薬物事犯者の占める割合は高く、ドラッグ・コートについ

ての研究は、薬物事犯者に対する我が国が現在おこなっている司法的モデル、医療モデル、福祉モデルを検討する上で有益と考えられる。

今年度は最初に始まったアメリカのドラッグ・コート制度の文献、資料的研究と、日本の矯正施設で行われている薬物事犯者の処遇について調査することを目的とし、次年度には今年度の研究を基にして、諸外国の実地調査をおこないたいと考えている。

B 研究方法

1 文献、資料収集

(1) 国内で紹介されたドラッグ・コートに関する資料など

民間の薬物乱用者治療施設（タルク、アバリなど）のパンフレット、専門誌、インターネットのWeb。来日したアメリカのドラッグ・コートの裁判官による講演。

(2) 専門誌 単行本 省庁の刊行物

専門誌に掲載された論文は膨大にあり、それに比して単行本は極めて少ないように思われる。日本の矯正施設での薬物乱用者に対する矯正教育に関しては、法務省発行の刊行物を参照した。

(3) Webliography

アメリカを中心に調査機関、裁判所、大学などがドラッグ・コートに関するホームページを設け情

報提供を行っている。

2 日本の刑務所における薬物乱用者の処遇

法務省矯正局の「処遇類型別指導の手引き」「薬物問題ハントブック～覚せい剤乱用防止教育の指針として～」などを参照しながら、日本の矯正施設での薬物乱用者の処遇について紹介した。

C 研究結果

1 我が国でのドラッグコートの紹介と理解のされ方

(1) その傾向とこれまでの経過

ドラッグコートが最初につくられたのは1989年であり、開設されて間もない時期に日本から見学のためのツアーが組まれてという記録はあるが、実際に報告書は作成されていない。アメリカでもドラッグコートが始まって最初の5年間はあまり評価されず、「司法の実験的試み」と見られていたのが20世紀の終わりまで日本にはあまり情報が入ってこなかったようである。アメリカでドラッグコートが評価され多くの州でこの制度を採用するようになるのは、20世紀もあとわずかしか残っていないという時期になってからであり、日本への紹介もアメリカでそれなりの評価を得てからしばらく経った21世紀になってからである。

2001年8月の「判例タイムス1060号」に西岡「ジョーシア州フルトン郡上位裁判所におけるドラッグコートの試み[世界の司法—その実情を見つめて32]」として紹介されている。2002年は多くの人からアメリカのドラッグコートを訪れていて、翌年の2003年にはその訪問記、印象記あるいは調査報告書が書かれドラッグコートに関する情報を日本語で読むことができるようになった。その多くは訪問したドラッグコートの様子や裁判官の話、国立ドラッグコート研究所などのWebから得た資料を基に書かれている。精力的にドラッグコートの紹介を行っているアジア太平洋アディクション研究所の尾田は「ドラッグ・コートは、薬物事犯者(薬物乱用が原因となって犯された他の犯罪も含む)を通常の刑事司法手続ではなく、薬物依存から回復させるための治療的手続にのせて、その経緯を裁判官が法廷でトリートメントの全課程を修了した被告人に対して、公訴棄却の決定を下して手続を終結させる革新的な裁判

制度」と説明している。また、ドラッグコートをつくることになった要因について、多くの報告ではアメリカの1980年代後半にみられた薬物乱用者の急増と拘禁施設の過剰収容を指摘している。

日本とアメリカとは社会背景、裁判制度が異なるばかりでなく、アメリカでも各州ごとに状況が異なるため、訪問した州によってドラッグコートのシステムがかなり違うことも筆者達は理解しているようだが、詳しい検討はまたおこなわれていない。ドラッグコートもアメリカのドラッグトリートメントサービスという視点から見た場合には司法的システムのひとつと見ることができる。フリーダムの谷口はドラッグコートについて書いたハンフレットの中で、トリートメント

サービスの特徴を「①医療によるサービスの占める割合が小さく、非医療施設での入寮や外来トリートメントが主体である。②トリートメントを提供する主な機関はNPOであり、サービスの内容も多彩である。③ドラッグコートをはじめ、刑事司法システムとトリートメントがかなり密接に連携している」と、3つの点を挙げている。アメリカの精神医療は日本ほどではないにしても、またまた薬物依存症者に積極的にないのであろう。このことは、後述するアメリカのドラッグコートに関する文献を検討しても理解されることだが、トリートメントの内容に医療に関する記載が極めて少ないように思われる。

日本で紹介された報告の特徴をまとめると、まずドラッグコートを訪問した印象やその場でのやりとりを記載し、裁判所の役割や司法システムについて述べたもの、つまり法律の視点から報告されているレポートが多い。次に日本での導入可能性を主張する論理展開になっている。我が国の薬物事犯者に対する刑事政策が一般予防偏重の厳罰主義であり、これを薬物依存からの回復を目的とした治療的なアプローチに転換すべきであると述べ、その根拠としてしはしは取り上げられるのは「マイアミのドラッグコート修了者の再犯率はわずか6%に過ぎない」といった再犯率の低下を強調する。ところで先に述べたようにアメリカでのドラッグトリートメントシステムでも医療の占める割合が少ないため、ドラッグコートの紹介報告に医療的視点かほとんど盛り込まれていない。さらにトリートメントの評価やカウンセリングの実態についての報告がないように思われ

る。トリートメント施設紹介だけでなく、どのようにトリートメントが行われているのかを知るにはそれに参加した経験が報告されなければならぬ。日本への導入可能性を検討するには、財源についても知る必要がある。

2002年から本格的な視察が始まり、翌年に報告が始まったばかりであるため、紹介の多くが法律的視点からの司法システムの改革としてドラッグ

コートが論じられるのもやむを得ないかもしれない。ドラッグ トリートメントの実態かどのようなものであり、ドラッグ コートの導入によってどのように変化したか検証する必要がある。

(2) 「トリートメント」の訳語について

ドラッグ・コートを紹介した文章の中に、トリートメント (treatment) という用語が頻繁に登場する。日本語では一般に「治療」や「処遇」と訳されているのだから、どちらもアメリカのドラッグ コート及びトリートメント施設で行われているトリートメントをうまく表現できていないような気がする。さらにニューヨークのフルノクリン

トリートメント・コートのように、ドラッグ コートと呼はない所もある。ドラッグ コートにおけるトリートメントとは裁判所、関係機関、非医療施設などの連携によって行われ、医療機関の介入は少ないので、その実態は司法的、社会福祉的であることが多く、トリートメントを「治療」と訳するのは誤解を招きやすい。「治療」という言葉はどうしても医療を連想させる。しかし、ドラッグ コートの実態に即した司法的、社会福祉的、そして医療的アプローチを含んだ概念を一語で表現する言葉が日本語にはないので、「トリートメント」という言葉をそのまま使用するのが良いと判断される。

さらにアメリカのドラッグ トリートメントシステムは長い歴史を持つのか、多くは非医療的民間施設かこのシステムの担い手であり、対象となる薬物乱用者の多くは依存症者までであって、病院での入院治療が必要な精神病状態を呈する患者は対象にしていけないようである。その意味でもトリートメントを「治療」と訳さないほうが良いように思われる。

(3) ホラ判事の講演

2003年は日本で本格的にドラッグ コートが紹

介された年である。法科大学院の始まりや裁判員制度の導入など一連の司法制度改革の流れにある日本の現状にドラッグ コートという新たな司法システムが紹介され、薬物乱用者の治療に関わる者の関心が高まる中、2003年10月にアメリカのドラッグ コートで活躍している裁判官のベギー・ホラ判事が来日して講演会が大阪と東京で開催された。

ドラッグ コートや裁判官の役割などこれまで日本に紹介されてきた内容をきちんと整理した形でプレゼンテーションがなされ、ドラッグ コートを薬物乱用者が薬物から離れるための強制力であると端的に表現した。この講演で最も印象的であったのは、トリートメントについて包括的に説明し、とりわけ薬物の薬理作用やそれらを引き起こす精神障害を詳しく裁判官自身が説明したことであった。つまり、ドラッグ コートの中心に位置する裁判官はこれまでのように司法手続きや法律のことばかりでなく、薬物の脳への影響などといった知識を持たなければならないことを示した講演であった。このことは同時に日本とアメリカの裁判官任用制度が違うことを強く意識させ、同様な形、つまり裁判官がトリートメントの経過や修了判断をするといった形でのドラッグ・コート導入は困難であることを示唆した。

2 アメリカでのドラッグ コートについて

(1) ドラッグコートの端緒

1980年代のアメリカはドラッグ戦争 (War on Drugs) と呼ばれた時代で、アメリカ全土で薬物関係の刑事裁判が増加した時期であり、薬物事犯の逮捕者は1980年に377,175件から1989年には852,105件にまで増加 (FBIの統一犯罪統計) したか、当時の政府では薬物乱用者に対してトリートメントよりも処罰が支持されそのため刑務所は過剰収容となり、未決訴訟事件は膨大な量にのぼり、薬物事犯者の逮捕・訴訟・収容に莫大な経費がかかるばかりでなく、尚犯罪率のために社会的損失も大きかった。

1989年にアメリカ最初のドラッグ コートがフロリダ州マイアミのテート郡につくられた。その当時の状況はアメリカ全土に見られたものとおなしてあったか、この地域の特徴として使用薬物のコカイン、クラックが中南米から北米へと流通するルートの入り口にマイアミのテート郡があった

ために薬物乱用者がとりわけ多かった点を挙げる
ことができる。1980年代後半にコカイン、クラッ
クの裁判が増加し、重要犯罪も2倍以上に増え、1
987年の重要犯罪被告人研究では全重要犯罪被告
人全体の約73%にコカイン陽性が認められ、重要
犯罪と薬物乱用が関連していることも理解され
た。さらに投獄しても再犯を繰り返すことが多く、
投獄は効果的でない。そのため薬物事犯者に対し
て投獄以外の方法の模索が始まり、あわせて訴訟
手続きの簡略化を図る意味で、薬物事件に特化し
た裁判所や手続きの開発が求められた。このよう
な状況下でマイアミのデート郡に最初のドラッグ
コートがつくられ、起訴の延期という条件下で
治療プログラムへの参加を勧めるという刑事司法
とトリートメント目的とを結合するものであっ
た。トリートメントの期間が12ヵ月に設定され
たか、数ヶ月で終了する刑務所生活や保護監察の
ほうが楽と判断され薬物事犯者がこのシステムに参
加しないのではないかと当初は懸念された。しか
し83%が治療に参加し、60%が好結果であったと報
告されている。このシステムは最初から好評であ
ったわけではなく、1989年に開かれた9大裁判所big
nine(9つの人口が多い裁判管轄区上級裁判官)会
議では、マイアミから提出されたドラッグ コー
ト案は冷淡に批判されたのである。

(2)ドラッグ・コートの進展

1989年に始まったドラッグ コートは現在では
アメリカ全土に1,000以上あると報告されている
が、順調にその数を増やしていったわけではない。
1989年～1994年までは42のドラッグ コートしか
なかった。1993年12月に、第一回全国ドラッグコ
ート会議(First National Drug Court Conferenc
e)が開催され、この時期までにつくられたものを
第一世代のドラッグ コートと呼ぶ。また評価さ
れず連邦からの資金援助を受けていないこともあ
って、第一世代はそれまでにあった民間のドラッ
グ トリートメント システムを活用し、主に地
域社会に根ざした在宅型のトリートメントプロ
グラム形態をとっていた。同し年に全米法律家協会
(American Bar Association ABA)の刑事司法部会
から、薬物事犯者に対して法の強制力と監禁とい
う方法では、効果がないだけでなく、その数の多
さのために暴力犯罪などに対処できなくなると報
告され、投獄や監禁といった方法が無効であるこ

とか認識されるようになった。ドラッグ コート
はその後1995年～1997年3月までに4つか閉鎖さ
れ、123か新たにスタートして合計154と少しずつ
増加している。

それからの5年間については情報がなく分から
ないのたか、Web情報では2002年11月には、アメ
リカ全土で804か運用されており(内訳は成人用5
47、少年用207、家庭用41)、さらに507の裁判所
で準備中(内訳は成人用317、少年用123、家庭用
62)という。さらに最新のデータ、2003年9月現
在では、1,078か運用され(内訳は成人用693、少
年用285、家庭用86)、準備中のものか418(内訳は
成人用238、少年用110、家庭用69)にのぼる。初
めてドラッグ・コートが現われてから14年になる
か、最近の5年ほどで爆発的な増加を見たと言え
よう。

なお少年用ドラッグ・コート(Juvenile Drug T
reatment Court)は、1995年に始まり2001年まで
運用された数は、次のように増加している。

1995年 4、1996年 13、1997年 38、1998年
73、1999年 106、2000年 176、2001年 201

ドラッグ コートが急激に増加したのは、おそ
らく第一世代の頃とは違って補助金などの資金援
助を得ることかできるようになったためと思われ
る。

(3)ドラッグ コートの定義

ドラッグ・コートとは何かを説明するのはなか
なか厄介である。それは各地域のドラッグ コー
トことにトリートメントに対する考え方が微妙に
違ったり、あるいはそれぞれのコートが用意して
いるプログラムの違い、あるいはトリートメント
の対象者選択の基準、例えばそれは初犯の薬事犯
に限るとか、使用薬物の種類によってドラッグコ
ートの対象とするかしないかなど、本当にそれそ
れのドラッグ コートで様々なのである。このよ
うな違いはおそらくドラッグコート成立以前の各
地域ごとの特殊性によるものと思われる。すでに
述べたが薬物乱用者の急増と刑務所の過剰拘禁と
いう共通した課題はどの地域で見られたか、ドラ
ッグ コート以前からそれぞれの地域にあった
ドラッグ トリートメント システムが異なるこ
とに由来すると考えられる。トリートメント施設
か以前からある地域とほとんどない地域では当然
トリートメントの内容が異なってくる。さらには

アメリカに特有の事情、つまり人種問題で有色人種の多い地域と少ない地域、判事の数を見ても有色人種が比較的多いところと少ないところによっても、裁判のあり方は異なるであろう。

とは言え、ドラッグ・コートに共通する点を挙げることもできる。まず、薬物事犯者に対する裁判所によるトリートメントの供給と監督と言えよう。そして、薬物乱用者を見る視点も以前のように犯罪性に注目するのではなく、薬物依存という病気と見なすように変わったことも挙げられる。つまり、刑事裁判の関係者とトリートメント提供者との協力関係、さらに社会福祉事業と地域社会の団体による協力を受けながら、トリートメントシステムを構築し、これは司法における協働モデルでありその中心に裁判官が位置する。

ドラッグ・コートの革新性は、①伝統的な裁判官達を薬物乱用問題の解決者に変えたこと、と②刑事司法制度からの要求と薬物乱用者の中毒や依存症を改善させるための協力体制をつくったことである。そして、ドラッグ・コートは薬物事犯者を起訴して罰するのではなく、彼らに薬物乱用に対して取り組むために刑罰以外の選択肢を提供しながら、その目標とするところは①乱用について理解させ、効果的な再発防止策を教えること、②よりよい生活と職業能力の開発を援助すること、③刑事司法制度に戻らないようにするための行動を育てること、なのである。

(4) 代替型と判決後型

ドラッグ・コートに共通する考え方、その革新性、目標とする点について述べてきた。しかしドラッグ・コートごとに様々に異なる点があり、その中でも特に際立った違いと思われるのは、対象となる薬物事犯者に対して裁判所がとる最初の手続きの違いであり、これを検討すると大きく二つのタイプに分けられる。代替型コート(diversionary court)と判決後型コート(postadjudication court)である。ドラッグ・コートというと「司法のタイヴァージョン」と思われ、すべてが代替型コートを意味すると思われがちだが決してそうではない。最初のドラッグ・コートであるマイアミのデード郡の裁判所が代替型の典型であるためかもしれない。代替型は薬物事犯者に対してコートは初めからトリートメントを選択肢の一つとして明示するのに対して、判決後型では薬物事犯者

に例えばまず3年の刑を認めさせ、そのあとに保護監察の期間を設定し、トリートメント・システムに参加させ無事修了すれば、保護監察期間の短縮などが行われるのである。トリートメント導入の条件として、刑を受け入れさせる。ドラッグ・コートの開始以前にもそれぞれの地域でドラッグ・トリートメント・システムがあったわけて、矯正局や保護監察局が資金提供をして、取り組んでいる歴史がある地域ではドラッグ・コートを開始してもすぐには代替型を採用せず、判決後型コートとして運用された。さらに前科のない薬物犯罪者には代替型でトリートメントを提示し、再犯の場合には刑を科した後にトリートメントへの参加を認める判決後型をとったドラッグ・コートもある。代替型コート(diversionary court)と判決後型コート(postadjudication court)とドラッグ・コートを分類しても、伝統的な裁判所の司法手続きから見るとどちらも「ダイヴァージョン」と言えるかもしれない。

ところで「通常の刑事法廷の手続きと言うよりも、心理劇か癒しの集団治療様式が行われる場所」と評されるマイアミのデード郡のコートでも、初めは前科のない被告人のみを対象としたが、その後前科のある被告人も受け入れたのであり、薬物事犯者の全てを最初から「タイヴァージョン」の手続きに組み入れたのではない。

(5) トリートメント・プログラム(トリートメントモデル)

代替型であっても判決後型であってもトリートメント・システムに入れば、同様なトリートメントが待っている。勿論、改善したと判断された場合に起訴が取り消されるか、刑の短縮が認められるかなどの違いはある。ドラッグ・コートによってトリートメント・モデルに違いがあるとしても、共通する部分が多い。集団・個人カウンセリング活動や頻繁な薬物検査をおこない、外来プログラムのあるコートもあれば、低いレベルの監督と薬物検査など最小限の要求しかないコートもある。

トリートメント期間を3つの段階に分ける場合が多い。第一段階は開始してから2週間程度で「解毒とトリートメント・プログラムへの適応」を目的とする時期で、第二段階は「社会適応、ストレス状況下での対処能力の構築」が求められ、個人

および集団のカウンセリングが頻繁に行われる。第三段階は「教育的・職業訓練的な評価とトレーニング」の時期で職業訓練、また住宅のない者にはその確保を考えなければならない。この三段階の経過中、尿検査も頻繁に実施されるのは言うまでもない。

この3つの段階を1～2年かけて行う。その際、プログラムへの適応を見るために臨床評価が行われる。評価にはClinical Assessment-3(MCA-3)などの評価尺度が活用される。プログラムには再犯防止、健康管理、再発可能性関連問題の解決のための教育やカウンセリングもあるが、その他に生活技術スキルトレーニングや鍼治療などもある。アセスメント(評価)とトリートメントのプランがしばしばチェンクされ、評価と尿検査はモニタリングとして使われるのである。薬物乱用者の理解に基づいたプログラム(生理学的、心理学的、行動分析学的)であれば、薬物乱用は病気であり、再発も改善に向かうリハビリテーションの一部分、薬物乱用者はストレスに極めて脆弱、すぐに責任回避をしてしまい、失敗を否認するといった行動特性を理解したものになっている。トリートメントの修了は社会復帰であるが、住居と雇用も視野に入れるとなると困難なことも多いのではないかと思われる。

(6)財源

トラッグ・コートは第一世代は財源に乏しく、従って在宅型のトリートメントであった。その後、補助金などを得ることかてきるようになって入寮型のトリートメント施設も多くなったようである。そしてなによりもトラッグ・コートの急増は食金援助によって可能になったと考えられる。アメリカでは食金は連邦政府からの補助金、州、そして郡から与えられる。1999年の連邦政府からの補助金はおよそ30億ドルであった。

3 日本の刑務所における薬物乱用者の処遇

我が国では刑務所に収容された受刑者に対して、覚せい剤乱用防止教育、酒害教育、交通安全教育、暴力団離脱指導、累犯窃盗防止などの指導が行われている。この中で覚せい剤乱用防止教育はほとんどの施設で実施されているか、ビデオを見たり講話を聞くという程度のものである。矯正局は覚せい剤事犯が多く収容されている施設を

「薬物依存群覚せい剤型処遇」の重点施設と指定し、その刑務所では、覚せい剤乱用者の中から対象者を選別し、約10名程度のグループを作り、10回程度のミーティング中心のプログラムが行われている。このミーティングに参加する者は、まずアンケートにこれまでの乱用歴などを記入し、その後集団ミーティングに参加する。時には薬物乱用者を処遇している施設から講師を招くこともあり、その際には講師の話を聞いた感想を書く。終了時には修了書が手渡され、同時にアンケートを記入しこのミーティングの効果測定、例えば「自尊心を持つようになった」などの評価を受ける。しかしながら、このプログラムに参加することと刑の執行とは無関係であり、懲役刑が短縮されるわけではない。社会復帰を視野に入れたものではなく、施設内で完結する矯正教育の枠内で展開されている。

とはいえ、このようなプログラムの実施も最近のことであり薬物事犯者を他の犯罪者と分けて何らかの教育をする必要かあるという考えは広がりつつある。

D 考察

1 トラッグ・コートの成立・発展

アメリカのトラッグ・コートに関する資料、文献を収集し、トラッグ・コートかどのように成立していったのかを検討すると、薬物乱用者の増加、厳罰主義による刑務所の過剰収容といった状況の中から「司法の工夫」として出来上がってきたことが理解される。しかし、乱用防止のためには厳罰主義のほうか効果かあると信しられていたため、トラッグ・コートが評価されるまでには成立から5年ほどの年月が必要であった。トラッグ・コートの革新性は刑事司法とトリートメントか協働したこととその中心に裁判官か位置し、しかも裁判官かトリートメントの指導者になったことである。

2 代替型と判決後型

トラッグ・コートにこの2つのタイプかあるというのは興味深い。もし判決後型コートか圧倒的多数であったならば、トラッグ・コートの革新性はかなり薄れてしまうかもしれない。代替型コートであるということは、薬物乱用を犯罪である前に病気たと理解していることを意味する。判決後

型では薬物乱用をまず犯罪と認定しているの
このタイプが多いとドラッグ・コートは「薬物事
犯を扱うために特化された裁判所」ということにな
ってしまう。薬物乱用者は患者なのかそれとも
犯罪者なのかという問題をドラッグ・コートをつ
くるという「司法の工夫」で解決したと言えるか
もしれない。薬物乱用者は病気のということと彼
らに厳罰は効果がないという判断は決して同義で
はないのである。

3 トリートメント・モデル

トリートメントとは治療的、教育的、福祉的、
心理的、そして司法的援助の総体を指すのであろ
う。ドラッグ・コートの裁判官はそうした援助の
指揮者であり、監督者でもある。プログラムやトリ
ートメント・プランを詳細に検討すると医療の
関わる部分は本当に少ない。実態かそうしたもの
なのか、あるいは文献の筆者の多くが社会学者た
ちであるためなのか分からない。おそらくは「トリ
ートメント」という言葉の意味について説明し
たように、歴史的にアメリカのドラッグ・トリ
ートメント・システムは非医療的であって精神病状
態ではない依存症者を対象にしてきたからなので
あろう。それにしてもプログラムやトリートメン
ト・プランの立て方、評価尺度、カウンセリング
の手法など詳しく紹介された文献はほとんど見当
たらなかった。

4 日本での紹介

アメリカの文献が社会学者によるものが多いと
すれば、日本で積極的にドラッグ・コートを紹介
している人々は法律関係者が多い。そのため、司
法的な興味、法律的視点が目立ち、トリートメン
トの実態報告が少ないように思う。日本における
ドラッグ・トリートメント・システムは極めて貧
弱であり、トリートメントの具体的な内容かも
っと報告されなければならない。

5 我が国への導入の是非、あるいは薬物事犯者 に対する処遇の検討

ドラッグ・コート成立の社会的背景、それまで
のアメリカのドラッグ・トリートメント・システ
ム、司法システム、医療や福祉制度の日本との違
い、それに薬物乱用を疾病とみるかなど多くの点
から検討していかなければならない。

まず日本の薬物乱用はそれほど深刻なのたろう
かという問題である。欧米の統計に比べるとその
割合はまたまた少ないように思われる。当研究者
らは統計の取り方に問題かあると考えている。殺
人などの重大事件と薬物乱用があると薬物乱用は
カウントされない。そのために薬物が引き金にな
っておきた重大事件の割合が見えてこないのであ
る。薬物を他の犯罪と別にしてカウントすると、
もっと違う実態が見えてくると思う。アメリカで
は重大事件を起した者の70%でコカイン陽性た
ったという報告のような調査の仕方をしなければ
ならない。

次にトリートメント・システムたかもし現在の
の日本に数多くのトリートメント施設があるのなら
、判決後型コートをつくるのはそれほど困難な
ことではない。しかし、タスクなどこくわずかな
数の施設しかない現状では難しい。そしてドラ
ッグ・コートの主役、裁判官の問題も大きい。ホ
ラ判事の講演を聴いて裁判官が薬物乱用に関して
多くの知識を持っていることに驚いた。もしドラ
ッグ・コートにこうした裁判官を任命しようとす
れば、裁判官任用のシステムを変更しなければ無
理であろう。アメリカのドラッグ・コートをそっ
くり真似る必要は勿論ない。むしろトリートメン
ト・システムの定着と判決後型薬物専門の裁判
所をつくり、薬物乱用者は病気のたという理解
を広めることのほうが現実的だと思う。

E 結論

1989年にアメリカでつくられたドラッグ・コ
ートについて資料、文献からその内容を紹介し、併
せて日本への導入可能性について検討した。日本
では薬物乱用者に対して厳罰主義をとっており刑
務所に収容されている薬物乱用者も多く、彼らに
対して刑務所で行われている薬害教育についても
紹介した。

ドラッグ・コートの成立には当時のアメリカに
おける薬物乱用の増大と刑務所の過剰拘禁とい
った社会的背景があり、司法的手続きのタイヴァ
ーションが注目されるのたが、それだけでなく長い
歴史のあるドラッグ・トリートメント・システム
が構築されていたからこそこれと裁判所の協働
が可能であったのである。日本が参考にしなければ
ならないのは裁判システムの改革もさることな
から、それ以上にトリートメントの方法論のよう

な気かしてならない。

参考文献

1 国内で紹介されたドラッグ コートに関する資料

- 1) 西岡繁靖 「ショーシア州フルトン郡上位裁判所におけるドラッグコートの試み[世界の司法—その実情を見つめて32]」判例タイムス社 判例タイムス1060号 (2001年8月)
- 2) 尾田真言 「米国ドラッグ・コート制度」 Fellowship News 第5号 2003年6月 アジア太平洋アディクション研究所
- 3) 尾田真言 「日本にもドラッグ コートを」 Fellowship News 第5号 2003年10月 アジア太平洋アディクション研究所
- 4) フリーダム 薬物依存症からの回復支援 No 4 9 2003年9月8日
- 5) ベギー ホラ判事の講演 2003年10月27日に大阪公演、2003年10月31日に東京公演
- 6) Web 石塚伸一、尾田真言 報告書【2003年春ドラッグ・コート調査】 (2003年3月1日～9日 7泊9日)

2 専門誌、単行本、省庁の刊行物

- 1) Caroline S. Cooper, Juvenile Drug Treatment Courts in the United States Initial Lessons Learned and Issues being addressed, 37 12-13 pp 1689-1722 Substance Use & Misuse (2002)
- 2) Faye S. Taxmann, Ph D., and Jeffrey Bouffard, Ph D., Treatment Inside the Drug Treatment Court the Who, What, Where, and How of Treatment Services, 37 12-13 p p 1665-1688 Substance Use & Misuse (2002)
- 3) James L. Nolan Reinventing Justice The American Drug Court Movement (Princeton Studies in Cultural Sociology), Princeton Univ Pr 2001
- 4) W Clinton Terry The Early Drug Courts, Case Studies in Judicial Innovation Drugs, Health, and Social Policy Series, Volume 7, 2001
- 5) Belenko, Steven, Ph D., "Research on Drug Courts A Critical Review," 1 National

Drug Court Institute Review (June 1998)

- 6) 薬物問題ハントブック 法務省矯正局 1999
- 7) 処遇類型別指導の手引き 法務省矯正局 2000

3 Bibliography

- 1) National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information (NCADI) and National Youth Anti-Drug Media Campaign <http://www.health.org>
- 2) National Institute on Drug Abuse <http://www.nida.nih.gov>
- 3) National Association of Drug Court Professionals (NADCP) www.drugcourt.org
- 4) National Drug Court Institute <http://www.ndci.org/courtfacts.htm>
- 5) American University Drug Court Clearinghouse <http://www.american.edu/justice/drugcourts.html>
- 6) ホラ判事のホームページ <http://www.judgehora.com/>

分 担 研 究 報 告 書
(2－4)

「治療共同体」に関する研究（1）

薬物依存者を対象とした治療共同体の概念と展開

アメリカ合衆国中部における実地調査を通して

分担研究者 宮永 耕 東海大学健康科学部社会福祉学科

研究要旨 薬物依存者に対する処遇は、世界的に見ると「治療共同体＝（原語では、"Therapeutic Community"）」を用いて行なわれているものか主流であるといわれる。しかし、わが国においては、そのような治療共同体を地域の中での治療的処遇システムに位置つけた実践は、その必要性の指摘や社会的要請の有無とは別に、いまだ実現していない。本研究では、薬物依存者を対象とした効果的な治療システム構築のために、わが国に先行して実績あるシステムを持つアメリカ合衆国等の実践について調査研究し、効果的方法の導入に向けて検討する。中でも、医療システム 司法システム 社会システムの要点に位置し、今日における薬物依存者処遇の中心的資源として認知されてきた「治療共同体（以下ではTCとする）」の概念、構造について総合的に理解する。さらに、TC実践における現状と課題について調査し、わが国への導入における方策についても検討することを目的とする。初年度となる今年度は、TCについて総合的に理解するために、TCに関する基本的資料による文献研究を行った。さらに、アメリカにおけるTC実践の概略および現状を把握するために、中西部（セントルイス）と南部（ニューオーリンズ）におけるTC施設および関連機関等において見学と調査を実施した。上記見学対象の諸施設において、調査項目用紙に基づいて援助スタッフ、施設管理者、関連研究者等に協力を求め、半構造化面接（Semi-Structured interview）法によるヒアリング調査を実施した。今年度の研究結果をまとめると、以下のとおりである。1 薬物依存者をその対象としたTCは、1950年代後半以降、既存治療の自助的代替策（オルタナティブ）として生まれた。2 MovementとしてのTCは、SYNANON以来の西海岸およびDAY-TOP PHOENIX HOUSE以来の東海岸から、それぞれ今回視察した中部（内陸部）南部へと順次普及した経過の影響から、伝統的TCモデルに沿った運営が今日でも主流といえる。なお、それら西部や東部からの直接的影響の一方で、Minnesota Modelで知られる北部からもHAZELDEN等のリハビリテーション施設ケアの成功が中南部のTCには影響を与えている。3 Structured TCでは、TCの基本的コンセプト（共同体に回復の基礎を求める志向、AA/NAなどの12ステッププログラムの重視と導入、共同生活環境下での治療の進展に対応した「特権」と「制裁」に表現されて保持される階級構造環境の活用、「労働すること」の重視、回復者カウンセラーとしての被援助経験者の活用、等）を共有した展開が行われていた。4 より多様な利用者ニーズに対応した援助プログラムおよび利用条件設定の要請と それに対応した戦略の進展により、今日では伝統的TCモデルもまた部分修正されつつある。5 TC環境における治療的効果は、Drug Treatment Court等の近年の司法処遇における新しい展開を可能にし、公私資金による多様な治療設定が社会的にも認知されて、結果としてより幅広い薬物依存者層への対応が可能となってきた。

A 研究目的

薬物依存者に対する治療的処遇は、世界的な潮流として ここと取り上げる「治療共同体＝（原語で"Therapeutic Community"）」を用いて行なわれているといわれる。例えば、アメリカにおける薬物乱用 依存の治療における標準的テキストの一つである"Textbook of Substance Abuse Tr

eatment"においても、他の臨床的な方法や課題と並んでTCについてもその概念、歴史的展開、プログラム内容、効果と課題といった記述が一つの独立した章にまとめられている。その基本的理解は必須のものとされており、また臨床専門職にとっては処遇上不可欠なツールとして認識されていることが窺い知れる。あわせて一般にも、マスコ

ミやエンタテインメントでも取り上げられる機会
は少なくないことから、TCについての社会的認知
度もあり、決して専門職独占のものでもない。

しかし、わか国においては、そのような治療
共同体を地域の中での治療的処遇のシステムに位
置つけた実践は、臨床専門職からのその必要性
の指摘や社会的要請とは別に、いまだ実現しては
いない。必然的に「治療共同体」という言葉が意
味するものについてのイメージは 専門職の間に
あってさえ共有されていないのか現状といえよ
う。

本研究では 今後の薬物依存者を対象とした
効果的な治療システム構築のために、わか国に先
行して実績あるシステムを持つアメリカ合衆国
等、海外諸国での実践について調査研究し、効果
的な方法の導入に向けて検討する。中でも、医療
システム 司法システム 社会システムの要点に位
置し、今日における薬物依存者処遇の中心的存在
として認知されてきた「治療共同体（以下ではTC
とする）」の概念、構造について理解する。さら
に、TC実践における現状と課題について調査し、
わか国への導入における方策についても検討する
ことを目的とする。

B 研究方法

「治療共同体」として紹介されるTherapeutic
Community=TCについて総合的に理解するために、
TCに関する基本的資料による文献研究を行った。

さらに、アメリカにおけるTC実践の概略および
現状を把握するために、今年度は中西部（セント
ルイス）と南部（ニューオリンズ）において、数
箇所のTC施設および関連機関等における見学調査
を実施した。TCの実践については、アメリカでも
東海岸（New YorkおよびWashington DC他）と西
海岸（San FranciscoおよびCalifornia州内）に
おける展開についての情報か中心であるか、アメ
リカ中西部 南部での実践については情報か比較
的少ない状況にあるため、現地で直接得られるTC
に関する情報は貴重であり、今後の調査研究方法
を検討するにあたっても有益なものと考えられ
る。

上記の見学対象の諸施設においては、調査項目
用紙に基づいて援助スタッフ、施設管理者、関連
研究者等に対する半構造化面接（Semi-Structure
d interview）法によるヒアリング調査を実施し

た。

今年度の調査機関 施設を以下に記した。

<今年度の訪問調査対象機関 施設一覧>

- 1) Metropolitan St. Louis Psychiatric
Center (St. Louis, MO)
- 2) COMTREA-The Athena Center (Jefferson
County, MO)
- 3) Odyssey House (New Orleans, LA)
- 4) Christian Community Youth Against Drug
Foundation (New Orleans, LA)
- 5) Bridge House (New Orleans, LA)
- 6) Grace House of Louisiana (New Orleans,
LA)

なお、アメリカにおける調査期間は、平成15
（2003）年8月16日～23日で、分担研究者宮永耕
と主任研究者和田清とて実施した。

C 研究結果

1 TCとは何か（伝統的TC概念の整理）

TCは一般的には、第二次世界大戦後のイギリス
において、ショーンズ（Jones, M. 1953）らによ
って概念化された集団における役割意識の獲得や
情緒の重視、人間関係の葛藤解決を中心課題とし
た治療的介入の技法を指し、治療手段としても重
視される精神病院環境の民主化を主軸にした運動
的・思想的概念であるとされている。アメリカに
おけるTCの著名な研究者であるデ・レオン（De L
eon, G. 1999）によって、アルコールを含む薬物
依存者を対象としたTCについて、以下のような整
理と解説が示されている。

- 1) 薬物依存者を対象としたTCは、1960年代以
降にアメリカにおいて、既存治療のalternativ
e（自助的代替策）として発展してきた。
- 2) TCのプロトタイプ（祖形）は、1958年にカ
リフォルニア州で始まったシナノン（SYNANON）
であり、またその背景にはそれまでに全米に広
がっていたAA（Alcoholics Anonymous）の活動
があった。
- 3) 伝統的TCにおいては、長期の入寮型プログ
ラムを基本（後に、デイケアや一時的なプログ
ラムも含む）とし、(a) 包括的な介入とサービ
スの提供、(b) 主要な治療主体としてのCommuni
ty（「共同体」）と回復モデルとしてのリカハ

ードスタッフの重視、今日的には多種専門職とのコラボレーション、(c) 薬物依存問題の本質と回復に対しての明快なTC Perspectiveを基礎にもつ、という共通点が挙げられている。

現代におけるTCは、洗練された人的サービス組織および専門施設（機関）として運営されており、アルコール 薬物依存者のリハビリテーションに幅広く利用されている。

(1) The TC Perspective (TC独自の視野) とは、デ・レオンが示す“The TC Perspective”とは、以下の4つの相互に関連する視点から成り立つ。それらは(a) 障害の視点 (View of the Disorder)、(b) 人の視点 (View of the Person)、(c) 回復の視点 (View of Recovery)、(d) 正しい生活の視点 (View of Right Living) とされる。それぞれの概略については、以下に要約する。

(a) 障害の視点 (View of the Disorder)

薬物乱用は、個人の全体に及ぶ障害であって、認識および行動上の問題は顕著で、思考は非現実的で混乱したものとなり、生活上の価値判断も混乱と反社会性を帯びる。道徳 (moral) 的、もしくは霊 (spiritual) 的な問題の存在は明白である。TCでは薬物そのものではなく、「個人」を問題とする。また、アディクションは兆候であって、障害の本質としてはとらえない。したがって、解毒はTC入寮に際しての一つの条件であり、治療のコールとはされない。リハビリテーションの焦点は、薬物なしの生活 (drug-free existence) を維持することに置かれる。

(b) 人の視点 (View of the Person)

TCでは 依存者は薬物使用のパターンよりも心理的な機能不全と社会的な欠乏の次元で区別される。職業的 教育的問題は注目されるか、それは通常入寮者の多くが中流階級ではなく社会的不利を担った社会階級から出現することによる。彼らにとって、薬物乱用は心理的な障害というより社会的な反応であり、社会的な生産性と当たり前の生活様式をTCで初めて開発するという意味でhabilitationとしてとらえるべきである。社会的不利の少ない層の薬物依存は より直接的な心理的障害と実存的不満を表現し、薬物使用によって拒絶された生活様式への復帰、rehabilitationが強調される。

これらの社会的な違いにもかかわらず、TCにお

ける薬物依存者は自己発達障害と社会的機能の低下という重要な同一性を共有するため 全利用者か同じ治療的処遇に就く。

(c) 回復の視点 (View of Recovery)

TCにおいてリハビリテーションの目的は、生活様式と個人のアイデンティティ両面における変化を重視した全体的なものである。心理的なコールの中心は、薬物使用につなかる行動 思考 感情の否定的なパターンの変化であり、社会的なコールの中心は、薬物使用のない責任ある生活様式の技術・態度 価値を発展させることである。安定した回復は、上記二つの側面の統合の可否にかかっている。

①動機付け、全ての利用者は治療に留まるために変化に向けた継続的な動機が求められる。リハビリテーションの要素としては、動機の維持もしくはプログラム未了での脱落を防ぐように設定される。

②自助と互助、TCにおいて、治療は「提供されるもの」ではなく、利用者自身がスタッフと仲間とを通して継続的 全面的にプログラムに関与することによって利用可能となる。

③社会的学習、生活様式の変化は社会的な文脈で起こり、コミュニティ (共同体) 自体が教師となって役立つ。その動的な学習は行動と参加を引き起こし、社会的な役割は協力的な仲間と信頼できる役割モデルとしてのスタッフに手助けされ修得可能となる。

④一つのエピソードとしての治療、個人の人生の中ではわずかの期間となるTCでの生活は、その後の社会的影響との競合を必然とするため、入寮中はTC外部の不健康な影響は最小化 (制限) され、内部での生活には高い集中と多くの取り組みが求められ、治療的な直面化は手加減のない厳しいものとなる。

(d) 正しい生活の視点 (View of Right Living)

TCは、健康で、個人的かつ社会的な生活の視点を構成する一定の指針を守る。例えば、社会的な指導においては、道徳的な立場から苦忠の行動規範が明示され、それらは報酬と制裁に表現される。TCの重視する特定の価値は社会的学習と個人的成長に必須のものとして強調され、言葉と行動における真実と誠実さ、労働の倫理、自己の信頼、報酬および達成感、個人の責任性、他者へ

の責任ある関与、社会的マナー、コミュニティへの関わりといったものを含む。

治療的介入は、過去の行為と現在の状態との対峙に集中できるよう援助し、過去の体験は機能不全による行動と否定的な態度や展望を説明するためだけに探求される。入寮者は現在ある現実と運命とに対し責任を負うよう励まされ、かつ訓練される。

これらは今日のTCに共通する視点として示されるか、「治療共同体」の独自性を理解する上できわめて重要な要素が明示されているといえよう。

(2) The TC Approach (TCのアプローチ)

治療的な変化をもたらすため、TCは共同体の多様な要素と活動を用いる。TCの構造とTCプロセス(治療的経過)とに整理される。

(a) TCの構造、TCは相対的に少数のスタッフと居住を共にする仲間として構成され、「仲間-共同体」構造は受容と関与のつながりによる個人の認識を強化し、プログラム各段階における他者との相互責任性を育てる。共同体の毎日の活動は、入寮者がスタッフの監督の元で共同して行う労働による。スタッフは入寮者のステータスを評価決定し、施設内の仕事を割り当てて管理し、治療上のグループ運営と個別カウンセリングを実施し、他機関との協議も行う。入寮者は階層性の明確な、上下に可動的な集団的設定に置かれ、「患者」として入所し、スタッフとして退所していくことができる。TCのこの社会的な組織構造は、以下に示すようなリハビリテーションの根本的な面を反映している。

①教育および治療としての労働、労働と割当仕事の変更は治療的な妥当性を持ち、垂直的な上下の仕事の移動はステータス(地位)と特権という明確な報酬を表す。「転職」は行動と態度の変化を誘発するインセンティブとなり得る。共同体の期待への反応によって優位性が決定され、「昇進」は改善と成長を示すとされる。

②相互の目助、TCにおける必須の原動力として、入寮者は共同体の主要なメッセージと期待とを相互に送り合う。

③役割モデルとしての仲間、仲間関係は役割モデルとして意味を成し、スタッフは合理的な権威として意味を成すことで回復プロセスを仲介する。全てのメンバーが役割モデルとなること

を期待され、共同体の一致と社会的な学習効果の拡大のために、TCは複合的な役割モデルを必要とする。「そうであるように行動すること("act as if")」は自己認識の変化に先行し、役割モデルによる責任ある関心は、共同体の期待に背く利用者の否定的サインに積極的に立ち向かう自発性をもたらす。

④、合理的権威としてのスタッフ、入寮者は信頼の欠如した権威、また自分を導くべき権威との間に問題を抱えており、回復体験者として信用に値する、協力的・矯正的・保護的な権威との間での積極的な体験学習が必要である。合理的な権威として、スタッフは決定の理由を示し、結果の意味を説明する。

(b) TCプロセス、基本的なプログラムの要素他の治療的アプローチと違い、TCの治療的介入は構造的・非構造的両面における行動、公式・非公式それぞれの設定において起こる社会的交流による高度に構造化された毎日のプログラムである。その介入は以下の3つに分類される。

①治療的-教育的活動、様々なグループプロセスと個別カウンセリングから成り、感情の表現と否定的行動表現の転換を目的に、コミュニケーションと対人関係能力の向上と代替的行動様式の手順を提供する。グループ活動の4つの形式は、a) エンカウンター、b) 探索(Probes)、c) マラソン、d) チュートリアルであり、これらからシェンター、エスニックグループ、年齢別に組み合わせられて様々な設定で用いられる。

TCにおけるグループプロセスの基礎はa)の「エンカウンター」であり、通常12~20名で構成され、週に3回各2時間程度、態度や行動に対する個々の目覚めを高める目的で、入寮者自身によって行なわれる。b)の「探索」は、10~15名のメンバーをスタッフが指導し、入寮初期の詳細な臨床的情報の収集を目的として4~8時間実施され、過去の経験を取り扱うことによって相互関係の増大を目指す。c)の「マラソン」は、個人の発達を妨害してきた人生経験の解決策を探る拡張したグループセッションで 経験者であるスタッフが指導し 18~36時間続く。そこでは暴力、虐待、見棄てられや病気の体験なども取り扱われ、心理劇やプライマルセラピー、ピュアシアターといった技法がインパクトを生み出す目的で用いられる。d)の「チュ

トリアル」は 通常スタッフ主導による10~20名構成で、個人の成長や回復、正しい生活の概念、職業技能、臨床技能をテーマとする訓練または教育目的のグループである。これらに加え、1対1の個別カウンセリングが個人のニーズと共同体のニーズの調整を図る。TCでは従来の方法に代えて、特にトランスペアショナルな分かち合い、直接的サポート、解釈の最小化、教訓的な手順、配慮された直面化、といった方法が重視される。

②共同体強化活動、以下の4つの主要なミーティング形式によって、利用者の共同体への同化を促進する。毎日開催されるa) 朝のミーティング b) セミナー、c) ハウスミーティングと必要に応じて召集されるd) 総会 (General meetings) がある。

a) 「朝のミーティング」は、全ての入寮者とスタッフが出席する30分程度のミーティングで、一日の最初に入寮者をポジティブな態度に動機付け、全体の位置を強化する。b) 「セミナー」は、個人の感情的 認識的経験のバランスを図る目的で行動の概念化を強調し、午後に1時間開催されることでa) とc) の補足をする。c) 「ハウスミーティング」は、通常夕食後の1時間、共同体の申し合わせを目的にシニアの居住者が先導して開かれる。ここではポジティブ、ネガティブな行動に対する集団社会的な圧力か、個人の変化を促すのに役立つ。d) 「総会」は、通常ネガティブな出来事が追ったときに臨時招集され、複数のスタッフ先導するが 問題状況を認識し、動機付けの再確認と共同体でのポジティブな行動や態度が補強される。その他 お祝いや式典、慶弔様々な記念日といった非公式な活動もメンバーの人間的な反応を反映し、共同体の親密性を高めるのに役立つ。

③共同体と臨床的管理の要素、各要素は環境の物質的、心理的安全を維持し、利用者の生活が整然とし、生産的であることを保証する。主要な構成要素は、a) 特権 b) 規律上の制裁 (Disciplinary Sanctions)、c) 監督 ハウス運営、d) 尿検査、である。

a) 「特権」は、達成の価値を補強する明示的な報酬として、プログラムにおける全体の臨床的進歩に応じて付与される。治療初期の外部との通信の取り扱いから、後期には外泊や休暇の

取得に及ぶ。より広い個人的な自由とより大きな個人的な責任が併せてこれら特権に付随する。最終的には、個人の変化次第で得られる実体的報酬としての機能は、失敗や不完全さの経験をもつ薬物依存者に対し適切に機能する。

b) 「規律上の制裁」は、a) の裏返しとして機能し、入寮者との契約として実施される。TCにおける各種の規定の明示的な目的は、共同体の安全衛生確保であるか、暗示的な目的として規律の使用による教育訓練がある。TCの必須条件である社会的、物理的な安全を脅かす暴力行為などは即時の追放をももたらすか、秘密で行われる金品貸借なども対象となり得る。口頭での叱責から会話の禁止等にはしまり、担当仕事の降格や獲得された特権の廃止、さらに重大な矯正し難い違反に対しては「追放」も発動される。しかし、刑罰とは異なり自身の行為に注意を向け、自身の治療的動機付けに照らして代替的行動の考慮を強制することにより、経験としての学習を促進することか目的である。制裁はまた、安全と完全性のシンボルとして、共同体の密着性を強化する。

c) 「監督 ハウス運営」としては、TCの居住用コミュニティ全体の物質的・心理的状態を評価する方法として、スタッフとシニアの居住者による施設全体の巡視とチェックが行われる。

d) 「尿検査」は、ほとんどのTCにおいて予告なしのランダムな設定で、また問題に関連して実施される。要求に応じて検査を拒む入寮者は、スタッフと仲間との信頼の期待を拒絶していると受け取られる。また 陽性反応が出たときの行動は、使用薬物の種類、入寮からの経過期間と地位、違反の履歴、使用条件等を判断材料とし、追放から仕事の降格、特権の廃止などあらゆる可能性があり、理由のレビューも必須となる。

(c) TCの治療プロセス プログラムの段階と局面 (phases)

TCにおける社会復帰と回復は、ある社会的な学習設定で起こる発展的なプロセスとして、いくつかの学習段階を通過する。3つの主要なプログラム段階か、長期入寮型TCにおける変化を特徴付ける。

a) Stage I オリエンテーション=導入段階 (0 - 60日)、トロンプアウトに対して最も無防備な

時期であり、コミュニティへの同化促進に焦点が当てられる。

b) Stage II 初期治療段階 (2-12ヶ月)、プラト一期、①2-4ヶ月、5-8ヶ月 8-12ヶ月に分類される、②入寮12ヶ月では、グループプロセス内の熟練した参加者となり、ファシリテータ (facilitator) としての役割を果たす。

c) Stage III リエントリ段階 (13-24ヶ月)、意思決定と自己管理能力の強化期、①初期リエントリ期 (13-18ヶ月) は、コミュニティからの分離の準備、②後期リエントリ期 (18-24ヶ月) は、分離の成功と「ライブ アウト (TC外部での独立した生活の完成)」が課題とされる。

d) 卒業、アクティブなプログラム関与の終結であり、同時に生涯にわたる継続的な変化の出発点として意識される。

e) アフタケア段階、sobrietyとポジティブな生活様式の維持、今日のTCでは修正的なシステムとして、または外部機関とのリンクを通してアフタケア・コンポーネントが機能している。

以上 これらが主としてアメリカで行われてきた伝統的TC実践の主要モデルの構成としてデレオンらにより整理されたものである。1960年代以来の各地における実践の蓄積により、今日のTCは医療機関や司法機関から独立した地域の中にあつて、ここで見たとおり高度に構造化された環境と処遇システムを持った治療的介入のための専門的組織として、薬物依存者の回復援助に欠くことのできない社会資源の一つとなっていることが理解された。

2 今日におけるTCの展開 (TCモデルの修正と適用)

デレオンによるTCについての総論的解説の最後部では、上記の伝統的TCの概念も今日さまざまな社会的条件の中でその修正を求められ、TCモデルの多様化が図られていることが記されている。以下ではそこで指摘される要点についてまとめ、議論を整理する。

前節で説明した伝統的なTCモデルは、実際にはさまざまなTC指向プログラムのプロトタイプであり、今日TCの様相は、さまざまな種類の薬物を使用し、その化学物質乱用に加えて複雑な社会心理的な問題に示される対象者の多様性に対応するさまざまなプログラムとして成立している。その多

様性は、臨床的要求と利用者の費用捻出能力の現実と同様に TCを指向する日数的に短縮 (3、6、及び12ヶ月) された「修正入寮型TCプログラム」を、TC指向のデイ・プログラムと外来通所モデルとを開発した。アルコールと薬物乱用の問題によって閉鎖された矯正施設、医療および精神病院および地域の入寮施設とシェルターは それら目組織の中でもTCプログラムを実施した。

(1) TCモデルの現在の部分修正

ほとんどの地域密着型 (community based) の伝統的TCは、それらの多様な居住者のニーズに対応するために自らの社会サービス部門を拡張したか、新しい介入法を具体化してきた。これらの変化と追加分には家族サービスが含まれる。一次医療とは、特にHIV陽性者とAIDS患者との問題によってかみ合うことになった。アフタケアや特に物質乱用囚人などの特別な状況下の人々のケア、再発防止トレーニング、12ステップグループの構成要素、そして精神保健サービスといったものかそれにあたる。大抵これらの部分修正は、プログラム活動への追加分であり、強化はするか基本的なTCプログラム自体を変更するものではないか、場合によってはこれらの部分修正が大幅にTCモデル自体をも変更することになる。

伝統的なTCは、薬物乱用集団の一定部分に対して非常に効果的である。しかし、TCに援助を求める人々は広範囲に表れており、その多くは長期の居住型滞在には適さないかもしれない。診断的能力の改善と個別状況に関するアセスメントは、長期入寮型治療以外のオプションの必要を明確化した。

多くのTC運営機関は多様な形態の治療施設となっており、それは臨床のステータスと個人の状況のニーズに応じて、居住型もしくは非居住型のプログラムサービスを提供する。その形態は、短期 (90日以内) 中間的 (6-12ヶ月)、長期 (1-2年) の居住用のコンポーネントと、トラッグフリーな外来治療サービスを含む。いくつかのTC運営機関は トラッグフリーなデイケアとメタトン治療プログラムを併設する。機関の中で、利用者を適切な形態に適合させるために様々な試みが行なわれている。例えば、職場の薬物乱用、特にコカイン使用の広かりは、雇用継続中でより社会性の高い対象者のための短期居住型 一時利用形態による

TCモデルの開発を促した。

今までのところ、いくつかの適切な研究が様々な形式の短期間居住型、デイケア治療、そして外来治療によってポジティブな結果が得られることを示しているが、TC指向を持った多面的形態プログラムの有効性について体系的には評価されていない。

アティクションにおける回復プロセスの複雑さと、取り扱いにおける滞在日数の重要性についての知見を受けて、より短期間のケアがそれ単独では重大な薬物乱用問題にある個人に対し、十分に安定したポジティブな結果をもたらす可能性は低い。したがって、多面的形態のTCにおいて、居住型と外来型の治療サービスの組み合わせは、長期にわたる関与と効果をあげるために必要である。

最近の研究は、特別な集団のための修正されたTCの有効性の証拠を提供している。これらの研究対象の集団とは、地域ヘースのTCの様々な適用例、刑務所などにおける囚人のTC、精神疾患のある化学物質乱用者、依存症状態の母とその子とも、そして描かれてはいないがデイケアTCなどメタトンを受け取っている患者である。

(2) TCにおける人的サービス

伝統的モデルの修正と特別な集団や設定のための適用例は、主流である人的サービスと精神保健サービスの中であって、TCの形態を再定義している。最も今日的なTCプログラムは、より早期に説明された視点とアプローチとを支持しているが、基本的な仲間／社会的学習という枠組は、追加された社会的・心理的、あるいは保健サービスをも含むように拡大されている。職員配置におけるその構成は、伝統的な専門職—矯正、精神保健、医療および教育、家族・児童ケアの専門職、—ソーシャルワーカーやケースマネジャーといった—の状況を反映して変化しており、彼らは「経験をとおして訓練された」TCの専門職とともに働く。

患者、サービス、および職員配置におけるこれらの変化は、特に関係するスタッフ間の意見の相違とその統合という表面上の複雑な問題をもたらした。いくつかの問題は、薬物のない生活とTCの自助の視点というTCの「哲学」に関係し、それ以外のものは治療的という概念や用語上の違い、スタッフの学問的教育（背景）、スタッフのアティクション援助経験、および「仲間—コミュニティ」

モデルの文脈の中での役割と機能に関連している。

統合の問題は、回復という共通の視点によって誘導された強健なトレーニングとオリエンテーションの成果を通して扱われている。実際に、伝統的なTCと精神保健・対人援助サービスとの間において、人員と方法を相互に充実させていくことが新しいTCの発展を可能にする。自助的共同体へ参入される広い範囲の集団・人口に対し、ある一般的な治療モデルが適用可能となることは、個人の変化のプロセスに効果をもたらす土台となる。

ここで見られる記述のとおり、今日薬物乱用依存者集団自体とそのニーズの多様化とによってアメリカにおけるTC実践もさまざまなレベルでの修正を迫られていることが、繰り返しいくつもの角度から指摘されている。筆者が本研究事業で昨年度視察したカリフォルニア州・サンフランシスコで展開されていたTCでの実践活動などは、まさにその典型的な事例でもあったことが改めて理解された。

3 アメリカ中部におけるTC実践の現状

平成15（2003）年8月16～23日に、アメリカ合衆国、ミズーリ州 セントルイスとその周辺地域およびルイジアナ州 ニューオリンズを訪問し、前述した6箇所のTCおよび関連機関における見学とヒアリング調査を行った。

以下では、それぞれの施設でのヒアリング内容と入手した文献資料等により、その特徴について記述し、前節までの記述と併せて検討していく。

(1) Metropolitan St. Louis Psychiatric Center (St. Louis, MO) (写真1、2)

最初に訪問したMetropolitan St. Louis Psychiatric Center (MPC) では、ミズーリ州における薬物問題の状況について解説を受けた。その要点について以下にまとめた。

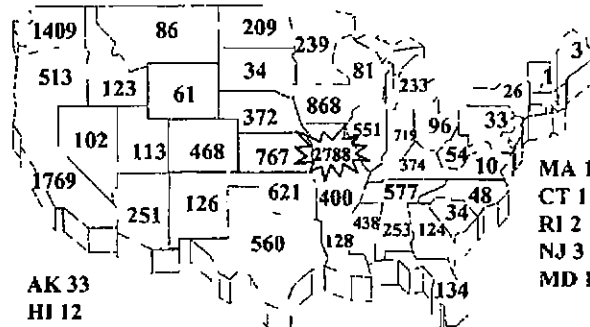
①拡大するメタンフェタミン (methamphetamine) 問題

人口密度の低い州南部を中心とした犯罪組織の絡んだ薬物製造の問題が深刻化している。

図のとおり2002年に報告があった全米47州での調査によれば、薬物密造施設数ではミズーリ州内が圧倒的に多い実態が明らかになったという。全米で15,847箇所のうち、2,788箇所、17.6%が州内に存在していた。

薬物密造施設の状況(2002) presented by Dr. Topolski (UM Columbia)

Total of All Clandestine Laboratory Incidents
Including Labs, Dumpsites, Chem/Glass/Equipment
Calendar Year 2002



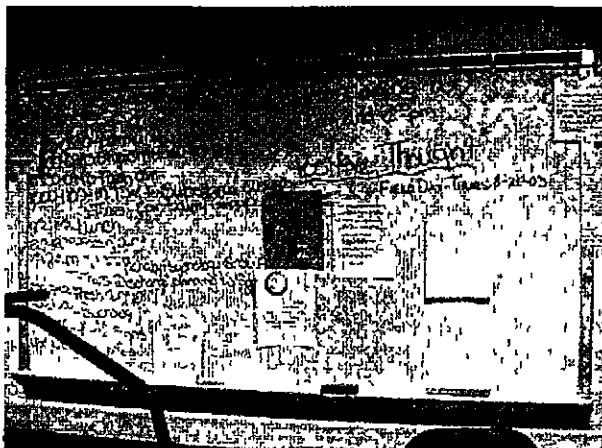
Source: National Clandestine Laboratory Database
Total 15,847 / 47 States Reporting
Dates 01/01/02 to 12/31/02

Totals are based on data reported to EPIC and entered into the CLSD as of 01/14/03

写真 1



写真 2



②Inner-City問題としての有機溶剤等吸引

Solvent吸引については、inner-city問題（都市中心部の空洞化と荒廃に関連）として、低所得の社会階層に集中しており、これも犯罪問題との関連が強いことが指摘された。中西部の代表的都市であるセントルイス市内のダウンタウン地区においても空洞化の進行は深刻で、高所得階層の郊外移住に伴い旧市街地区のゴースタウン化現象が認められた。

③MPC Dual Diagnosis Programのアウトライン
Metropolitan St. Louis Psychiatric Center（以下、MPC）は、ミズーリ州精神保健局が運営する州立医療センターで、総病床数は125である。薬物依存治療に関連するセクションは1997年10月開設のDual Diagnosis programのための2 East Unit（東2病棟）で、総病床数25、うち5床は非同意の医療的解毒（modified medical detoxification）用とされている。ここでのプログラム期間は30日間で、中心はAcute alcohol and/or drug abuse treatment、すなわち急性期治療に置かれているか、一方でCommunity based programsのオリエンテーションに基づき、院外の多数のTCとも連携したプログラムを持っていた。他にSocial Worker部門を中心としたFamily Education Programも行われている。

プログラムは12step & Relapse prevention mo

delを基本とし、1ヶ月という入院期間であってもLevel System (Level1~3) が採用されていた。

④MPCのLevel System

入院者は23時間59分を上限とした医療的解毒の後、Treatment Unit入院の選択かてき、Level1に迎えられる。Level1の入院者は次のことを行う。

- 1) 薬物乱用（および精神疾患）によってMPCに入院した事実の理解
- 2) 毎日3グループの出席
- 3) 医療的な求めとワークへの取り組みに対する協力
- 4) 求めによる、ないしは事前に身たしなみを整え、部屋を掃除し、シャワーを浴びる
- 5) 病棟日課への参加
- 6) 治療チームのメンバー2名に自分の治療について話をする

これらを達成するとWallet Cardをもらい、Level2に昇進する。Level2ではさらに以下の事項が課題となる。

- 1) Level1のすべての事項を継続すること
- 2) 毎日4つのグループに出席し、時間中参加すること、開始時間も厳守
- 3) 精神保健上および薬物乱用の問題が自らにあることと、それらがMPCの活動にどのように関連しているか理解する
- 4) 薬物乱用グループへの最低週2回の出席
- 5) 薬物依存のネガティブな影響ときっかけの理解
- 6) 指導なしでの身たしなみと衛生状態の管理
- 7) 最低毎日1時間自室外での他の入院者との交流する
- 8) 自分の行動変化についての求めに耳を傾け、応じること
- 9) 退院計画進展への寄与

Level2が達成されると、自動販売機の使用が認められ、自分の雑誌を手てきる。続くLevel3では以下のことが求められる。

- 1) Level1と2のすべての事項を継続すること
- 2) 自分のプログラム上のすべてのグループおよび活動への参加
- 3) 退院後の再発を予防する計画を持つ、退院後ケアの理解とその活用
- 4) 病棟内ミーティングや他のグループ活動におけるスタッフの積極的な援助

Level3の達成により、週1回45分間のrecreation

nal therapy staffとの自由時間とMPCによる回復に役立つフノクセットが受け取れる。

⑤"Community based" programとして

MPCでは30日の入院期間中も地域の回復援助施設の機能を活用する。各Levelにある入院者は、The Missouri Eastern Region内の治療プログラムに参加する。訪問時に紹介されたプログラム機関は、以下の5箇所であった。これらはいずれもSt. Louis周辺で活動するTCである。

- 1) Archway Communities
 - 2) DART (Drug/Alcohol Rehabilitation & Treatment, Inc.)
 - 3) Salvation Army, up to 6 month
 - 4) Athena Center by COMTREA
 - 5) Bridgeway Counseling Services, Inc
- その他、地域の12ステップグループとしてAA、GA、NAとAl-Anon (Alateen) が示されていた。

(2) COMTREA -The Athena Center (Adolescent C-STAR Program) (写真3、4、5、6)

①COMTREAのアウトライン

St. Louis市南部、Jefferson Countyにあり、車で約1時間程度の郊外にある同施設を訪問見学した。COMTREAは対象者別の数箇所の治療施設を運営する1973年に始まった民間非営利団体 (a private, not-for profit sector) で、税制上非課税とされる「501 (c) 3」にも認定されている。司法機関からの紹介と家族も含めた自発的入寮の両方を受け入れている。定員は18名、男性 女性ともに利用可能で、12~17歳の少年少女が、一棟8名程度の宿舎 (Treatment Family Homes, 2 for males/1 for females) に分散して共同生活を行う。

②COMTREAの治療指針

C-STAR Programは、連邦政府によるComprehensive Substance Abuse Treatment and Rehabilitationの3 Level modelに基づく。従ってLevel Systemは1~3の3段階のモデルとなる。青少年を扱うプログラムとして、"Strength based" (個々の内在する問題解決の力に焦点をあてる) を基本方針とする。12ステッププログラムの有効性を排除するものではないが、青少年にとってはそれだけでは不十分であるとの判断から、12ステップへの導入は主としない。

写真3

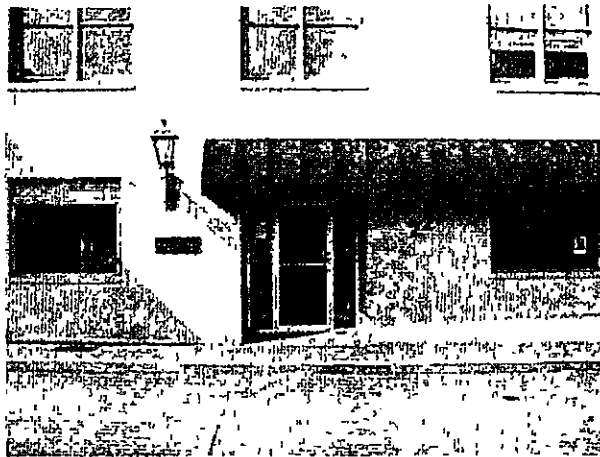


写真6

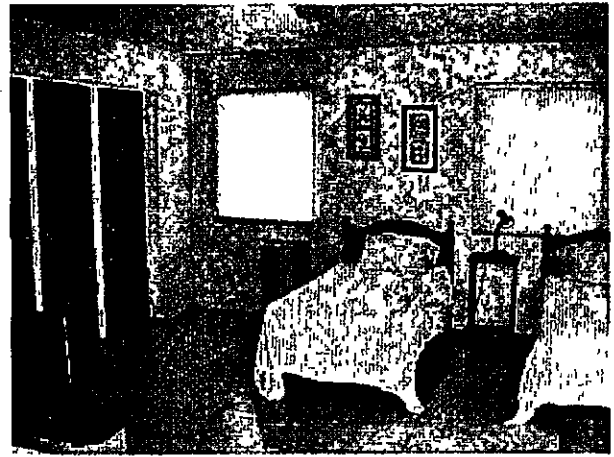


写真4

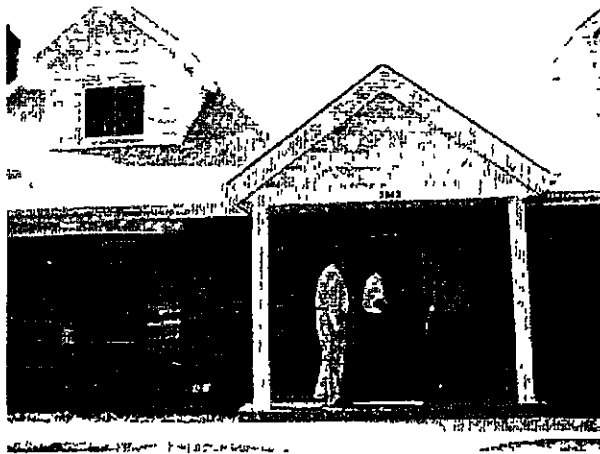


写真5



③COMTREAのLevel system

Level 1 (45 - 60 days), "Seven Habits of Highly Effective Teens" を変化の枠組みに用いる行動療法と、責任についての訓練を核とし、専門スタッフによるチームが指導する。COMTREA Arnold Officeへ移動してのDay Treatment Programを利用し、施設内では補習など教育的改善のための取り組みも加えられる。入寮者家族は、週1回の教育 治療のセッションに参加する。

Level 2 (3 - 6 months), 集中的な外来でのプログラムとなり、週に数回のカウンセリングを併せて受ける。家族はLevel 1同様毎週の教育 治療セッションへ参加する。

Level 3 (6 - 12 months), 治療上必須となるアフタケアで、約1年までが基準となる。

なお、治療の費用は一日\$100であるか、支払能力に応じた利用が可能で、裁判所からの送致ケースの場合一日\$65が州から支払われるか 不足分は団体への献金 (donation) 等によってまかなわれているとのことだった。

(3) Odyssey House Louisiana, Inc

(写真7、8、9、10)

①Odyssey Houseのアウトライン

Odyssey Houseは 市内中心部にも近い古い住宅地に建てられた築80年以上の3階建てで、1971年に活動を開始、同地区で最初のTC ("the first true TC") と紹介されている。以後は米国内各地に広がり、今日ではオーストラリア (Melbourne/Sydney) とニューシーラント (Auckland/Chris

写真7

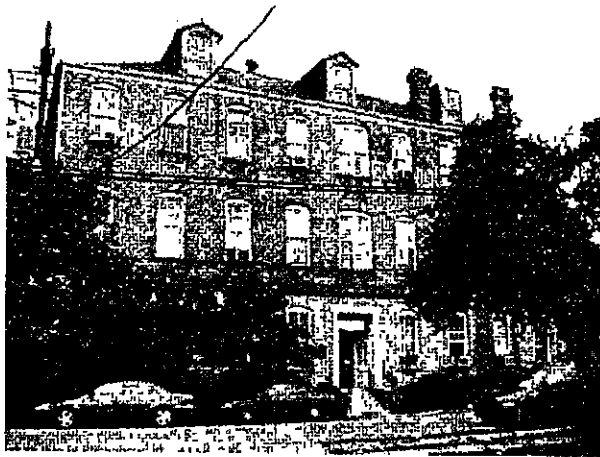


写真10



写真8

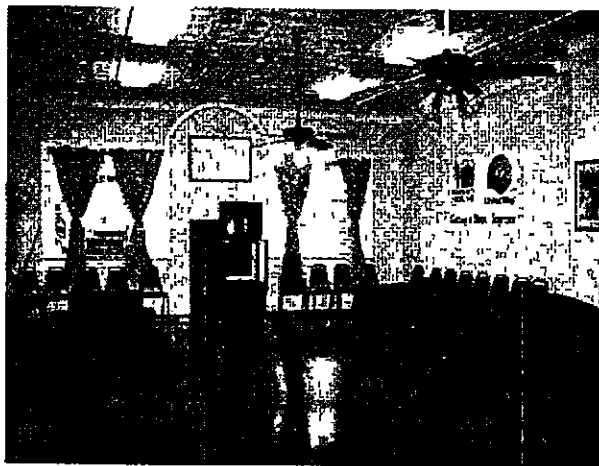


写真9



church) にもTC施設を持つ。ルイシアナ州では1973年に開始したheroin使用者対象の治療プログラムから事業が始まった。成人男性対象のサービス (Adult Male services) と18歳以上の女性を対象とした” The Family Center” がその中心にあり、それに付随する施設としてJobs First Training Centerと11歳から21歳までの青少年を対象とした集中外来プログラムRenaissance Projectが設けられている。(写真11、12)

また、特徴的なことのひとつとして、Odyssey House におけるTCの定義 (Definition of the Therapeutic Community) が示されているが、ここでは「TCの第一のコールは個人の成長を育てること」と記され、「TCは道徳的・倫理的両面の明確な境界線を持つ高度に構造化された環境」と説明される。また、TCの中の個人は施設の中にいる「患者」としての設定ではなく、家族の中にいる「メンバー」としてとらえられるべきことも明記され、伝統的なTC概念に忠実な面を表現していると理解できる。

また、プログラムの特徴として、“Feeling Focusing” が挙げられ、薬物乱用を環境の問題としてとらえるのではなく、“What do you feel?” (どのように感じているのか) に焦点を当てたアプローチによって取り組む姿勢が利用者に対して徹底されている。

②Odyssey HouseのLevel System (Structure Hierarchy, 階級構造)

入寮から卒業までの一応の基準となる期間は16ヶ月であるが、利用者の費用支出能力や送致の経

写真11



写真12



写真13



路、そしてその二ースのアセスメントにより12～18ヶ月の間で運用されている。その間、以下のようなLevel Systemによって処遇される。

- 1) Pre-Treatment (Pre-Entry) 30日間, 入寮者は1ヶ月間Pre-Treatment Residentというステータスに置かれる。LEVELⅢにある担当のPre-Treatment Coordinatorをとおして要求を提出し、スタッフメンバーから情報と回答をもらう。
- 2) LEVELⅠはおよそ3ヶ月、90日程度の期間とされ、自らの態度と行動を変えることが求められる。TC全体の中での役割は“The Trouble Shooter”と呼ばれ、グループの中で起こる問題を処理する。グループのリーダーとして、LEVELⅠ内部の責任説明をも期待される。
- 3) LEVELⅡは、およそ2ヶ月、60日前後の期間で、自らの生活技能(Life skill)の問題に取り組むよう求められる。TC内部の役割としては“The Ram Rod”と呼ばれ、House Coordinatorが寮内全体を管理するのと同様に、仲間の中でのリーダーとして奉仕する。
- 4) LEVELⅢは、期間はさまざまなか、各種のUnit Leaderとしてハウス内の大きな役割を担う。まず、LEVELⅠのUnit Leaderとして、エンカウンターグループを運営する。さらに“PC Structure”として、Pre-Treatmentメンバーのケアに十分に対応し、入寮者の要求を受けとめながら、ハウスの規則と考え方を教える役割を担う。中でもHouse Coordinatorの責任は重大で入寮者全体のリーダーとして施設長とスタッフに対しても責任を持ち、何らかの仕事が行われる必要が生じたときも当該部署の責任者としての権限が付与される。
- 5) Re-Entryは、卒業までの退所準備の期間として設定される。

③Encounter Systemとしての“Slip”とVentilation

施設生活で感じる不満を表明したい入寮者は、“Slip”と呼ばれる用紙に定形の様式で感情を書くことが認められている。定形とは、「私は、あなた(特定の人)が～したのを見たとき、聞いたとき、～(怒り、悲しみ、傷つき等)と感じた」という形式で、Slip Boxに投函されると、記入者より上位LEVELにある入寮者かスタッフが署名をしなくてはならない。署名されたSlipは同LEVEL

写真14



写真15

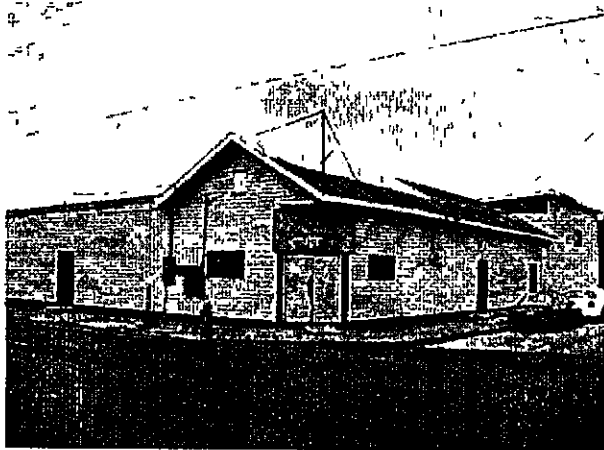


写真16



のメンバーが読める場所に移される。

Ventilation (自由討論) は、メンバーを感情の高まりを自制する苦痛から解放し、行き詰まりに新鮮な空気を運ぶものであり、個人的な関係に基づくのではなく仲間関係を利用する仕組みである。個人的な状況(秘密の共有)を避けることで事故を防ぐ働きも持つ。上位LEVELにあるものがその役割を負う。

③Job Function (写真13)

LEVEL I に在籍時より、各種の仕事に従事すること求められる。それは、アサーティフネスやリーダーシップといった技能を高める目的から、6種類の仕事のカテゴリーが設けられている。入寮者の治療計画に沿って各Jobに従事すること求められる。

それらは、1) Kitchen、2) House Keeping & Renovations、3) Laundry、4) Communication Office (CO)、施設の電話および来訪者の対応、メッセージの記録と管理)、5) Procurement Department (施設に必要な献金の募集活動)、6) Pre-Treatment Structure (前項参照) として設定されている。

④12ステップグループとの関連

12ステップグループへの導入については積極的に導入しており、AA/NAおよびCA meetingを活用し、LEVEL I 在籍時から週1回の金曜夕方のミーティング参加から始め、回数もLEVELに合わせ徐々に拡大する。スポンサーの獲得も重要な指導指針になっている。

⑤クライアントの状況 (写真14)

ルイシアナ州では1997年より始まったDrug Court systemから、現在利用者の70%が込致されている。35名が入寮しているが、近年女性の増加が目立っているという。なお、スタッフの50%はOdyssey Houseのプログラムを終了した卒業生である回復者によって構成され、全体で7名雇用されていた。

(4) Christian Community Youth Against Drug Foundation (CCYDAF)

①CCYADFのアウトライン (写真15、16)

Christian Community Youth Against Drug Foundation (CCYDAF) は、市内中心部からそれほど離れていないが、アフリカ系住民居住地区の中に位置している。周囲の建物は木造で老朽化も進ん

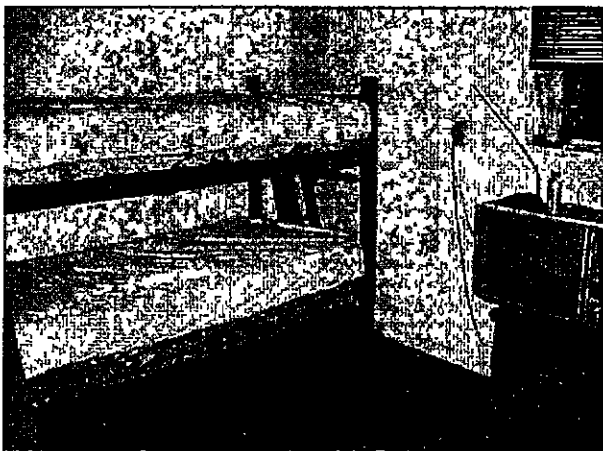
写真17



写真18



写真19



ており、低所得者の集住地区でもあった。施設の性格上、24時間 週7日間開所されているが、Drug Court Programのスタッフ業務時間は、週5日の日中と就労中の利用者のために週2日夕方2時間が充てられている。

この施設は第一に、Detoxification Facility（解毒施設）として重要な役割を負っている。他施設からの紹介を介せず、直接に利用可能なNon-medical drug-free Social Setting Detoxificationと定義される治療の入口を提供している。

（写真17、18、19）

②CCYADFのプログラム

まず、入所後72時間を上限とするクライアント参加によるService Planが作成される。その間にvital signと受診歴 状態把握による医療的アセスメントが24時間以内に作成され、必要かあれば医療機関送致も行われる。入所者の薬物アルコールの使用歴、法的状況、経済状況、家族 雇用および教育の状況を記載した社会生活歴の評価記録が、入所時ごとに作成される。

以後、7～10日間で、After detox Evaluation（解毒後評価）をソーシャルワーカーのcase managementによって行う。この間にもAA/NAの12ステップミーティングへの参加へ導入する。入所後10日間までのDelox program全体の最後にいくつかの選択肢より治療の選択をさせる。

1) intensive inpatient in hospital settings（医療機関に移り、入院治療へ）

2) intensive inpatient in another treatment agency（CCYADF以外の他のTCなど治療施設へ）

3) intensive outpatient at CCYADF（CCYADFでのデイトリートメントに参加）etc

また プログラムの性格として“Faith-Based program”と説明されたオリエンテーションがあり、spiritualおよびreligious（キリスト教信仰）の側面を重視したアプローチでもある。ミーティングに用いる施設は、毎週日曜日には地域の教会集会所としても利用されているため、礼拝への出席や週1回の聖書の学習、週5回平日昼間のSpirituality Groupへの参加が求められるという特徴がある。プログラム早期からの12ステップへの導人も低コストだけでなくSpiritualityの重視と関連があると思われる。

ただし、利用に当たって信仰の有無は問われず、性別 年齢・人種等他の属性と同様、その自由も

写真20

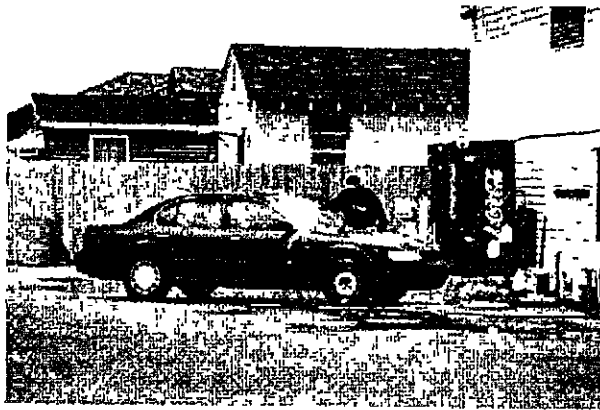


写真21



写真22



当然に保障される。

③CCYADFのLevel System (1～4)

Detox終了後、CCYADFでの治療継続を選択した場合は、以下の4段階のLevel Systemで構成されたプログラムに導入される。

1) Level I, 約90日間に週5日間定例のdaily group therapyと12step study sessionsおよびspirituality groupsに参加し、その他、Anger Management, Self-Esteem, Psycho Social Education, Work Readings, Relapse Preventionといったテーマのグループセッションにも参加する。個人カウンセリングも随時行われる。尿検査の随時実施の他、労働倫理教育として、コミュニティでの台所仕事、洗濯、洗車 (Carwash) 作業に従事する。

(写真20)

2) Level II, 次の約90日間には、教育的 職業的技能に関するプログラムが加わる。基礎となる12ステップによる回復モデルを継続しながら、教育的働きかけ、必要に応じてGED (General Equivalency Degree, 高校卒業程度の学力評価) クラスの取得、さらに職業準備の訓練がプログラムに加わる。尿検査も実施され、結果によりLevel降格もあり得る。仕事の内容は下位Levelに比べコンピュータを使うなど技能を伴うものとなり、Level4かGraduate Levelによるスーパーハイズを受ける。

3) Level III, 期間は設定されないが、就労あるいは職業訓練の達成に向けて橋渡しとなる期間で、回復を前提とした就労や継続的通学が目標とされる。援助職からの管理を離れて自己責任を確立することか要求される。家計管理と銀行口座の開設、自立生活もしくは家族との再統合が課題となる。就労によって得た収入は事務所に申告して貯蓄し、独立退所時の準備に充てるよう求められる。(尿検査、寮内生活上の問題の取り扱いはLevel2と同じ)

4) Level IV, 家族との再統合が進められ、12ステップグループプログラムに合った、自立に向けた準備が完成する段階。薬物なしの生活の確立と回復と再発防止、自立か家族生活への復帰か退所の基準となる。

④その他の特徴あるプログラム

Homeless状態にあるクライアントニーズへの対応として、Shelter Housing programとして低額な費用で寮での共同生活かてきるプログラムを運

写真23



写真24



営している。CCYADFの周辺に7-8人用のグループホーム型の寮(dormitory houses)を数箇所所有し、低所得依存者の援助に役立っているが、営繕等の家屋管理は入居者利用者自身か分担して行う規則であった。(写真21)

(5) Bridge House, Inc

①Bridge Houseのアウトライン

(写真22、23、24)

Central Business Districtと呼ばれる中心街からも近い1957年創設(Synanonより古い)のresidential halfway houseで、創設時より薬物使用と合併するホームレス 犯罪問題にも焦点を当ててきた。長い経験の蓄積は、包括的なプログラム

の一貫性と、Thrill Storeと呼ばれる施設に併設する巨大中古品販売店に寄せられる多種膨大な寄贈物品群にも現れている。

プログラムの期間は12ヶ月が標準で、経験によって今日ではその指針はAAの12ステップを軸として徹底されている。かつては、女性の入寮も32 Beds確保していたが、現在では18歳以上の男性のみのプログラムとなっている。利用者の使用薬物は多種に及ぶが、前述のとおり共通する12ステップのトレーニングとして、すべてのAddictに対してAAミーティングへの出席を求める。

Detox についてはheroin使用者に対してのみmedical detoxを使い、多数を占めるcrack (cocaine) およびalcohol使用者は72h までのsocial detoxで対応することとしている。なお、heroin使用者に対しても代替置換薬としてのmethadoneは一切使わない。

②Bridge HouseのLevel system (1~5)

Bridge Houseでは、Level Systemについても非常に構造化されたマニュアルが存在するが、その概略と特徴について、以下にまとめる。

1) Level Iは、Pre-Primary (Probationary Period) として14日間を標準とし、この期間終了後のアセスメントにより担当カウンセラーに継続不適当と判断されるか、利用者がBridge House Programをよく見極めたうえで希望しないならば退所とし、他の施設に紹介する。この期間中にAAの12ステップの第一のステップを書いて完成させるなど、Big BookとStep Workとに関する学習成果を発表することか求められる。

その他、施設のルールとして施設内の全ての12ステップミーティングとプログラム内の活動に出席することか要求される。また、入寮開始後2週間はスタッフの許可を得ない電話使用および来訪者との面会が禁止される他、外泊 週末帰宅も原則禁止である。喧嘩、窃盗、性行為は即時退所となる。

2) Level IIはLevel Iの要求事項を満たした場合に昇格でき、治療の本格的部分に参入される。まず、AAの最初の3ステップを書くことを完成させ グループの仲間の中でステップ1から2 3を暗誦できるようにすること、週に最低7回の12ステップミーティングに出席すること、一時的なスポンサーを持つことが求められる。

Level IIより「特権」も与えられ、10分を限度

写真25

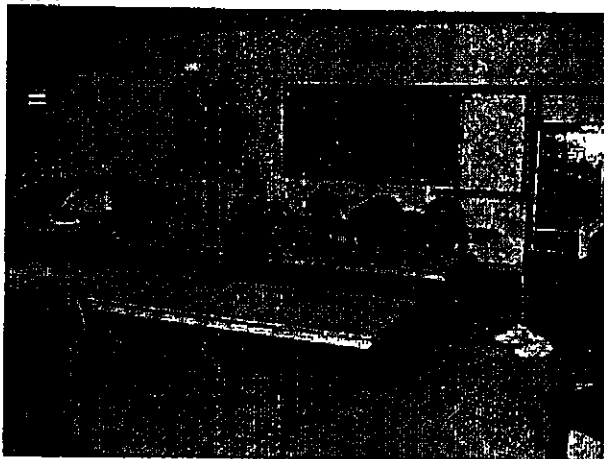
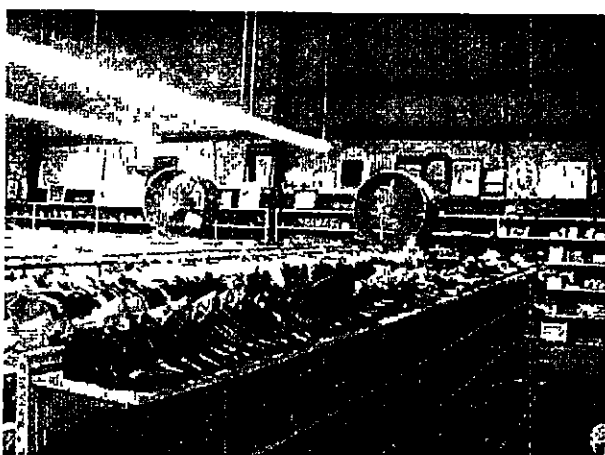


写真26



写真27



とした電話の使用、制限内の訪問者との面会 週に2回15分間のスポンサーとの交流のための自由な時間が与えられる。ただし、許可なくスポンサー以外の利用者と個人的に親しくすることは、この時点でも認められない。

3) LevelⅢに到達するためには、最低でも入寮後60日が経過していることが必要とされる。このLevelⅢから施設外のミーティング出席が認められる。施設内評価が良好であることに加え、週7回のミーティング出席、一時的なスポンサーとの毎週の接触を維持し、ステップ4と5をスポンサーの援助で修了し、再発防止カウンセリングと否認管理(Denial Management)カウンセリングを修了し、最低週2回の地域のAA/NAミーティングに出席することか求められる。特権として、週5回まで施設外のミーティングに出席可能となる。

4) LevelⅣは、LevelⅢの達成に他に、LevelⅡ到達後最低5ヶ月を経過し、質の高いsoberを継続していることか条件となる。ここでは恒常的なスポンサーとホームグループを持つこと、最低週4回の施設外12ステップグループミーティングへの出席、社会保険証および有効な州発行のID(身分証明)カートの取得、スポンサーとの毎週の接触等が課題となる。特権として施設プログラムと門限を妨害しない12ステップミーティングのための外出には制限が解除される。

5) LevelⅤは、LevelⅣを完成させた後、退所するまでの期間として設定される。なお、異性との関係について“Dating Relationship”というガイドラインの中で 施設入寮中の異性との関係の弊害についてBridge Houseの見解が説明されている。

③入寮費の基準, Client service fee policy (写真25、26、)

Bridge Houseの入寮費用は、一律の額ではなく利用者の収入の57%として、さらに上限基準として最高でも週に\$150.00までとして定められており、公的扶助をはじめ公私さまざまな費用捻出方法が想定されている。なお、35~40%はDrug Court等裁判所からの司法送致ケースである。

④スタッフ構成

実に11名いるカウンセラーの98%が回復者であり、Bridge Houseのプログラム修了生も多い。1年間のプログラムを終了した卒業生の70%以上が退寮後も再使用しない生活を続けているとのこ

写真28



写真29

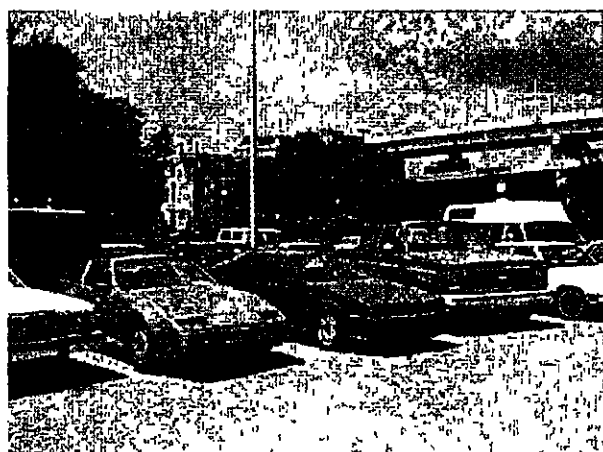


写真30



と。

⑤労働の重視（写真27、28、29）

プログラム開始と同時に仕事をする事が求められるが、これはBridge Houseの方針として、社会的に通用する技能を教えることと、利用者に自信を回復させるという両方の意味が込められ、前述のThrift Storeで働く職員も全て入寮者であるが、家具やコンピュータ、さらには中古自動車の販売まで行うことにより施設運営費用の一部を稼ぎ出し、地域の住民から長期にわたって利用されている実態は、わが国の施設作業の考え方の現状に照らしても大いに参考になる事例と考えられた。

（6）Grace House, Inc

①Grace House of Louisianaのアウトライン （写真30、31、32、33、34、35）

Grace Houseは閑静な住宅地に位置する1985年創設の成人女性専門施設である。定員は28名、単身女性のみ利用可で、6ヶ月間の入寮による治療サービスを提供する。施設内は、清潔で整然としており、建物の手入れの具合とこしんまりした施設内設備とも併せて、落ち着いた雰囲気を出していた。スタッフは1名の施設管理者を除いて全て女性で占められており、特徴的なのはNight Managerという夜間専門の援助職が5名配置されているが、その従事者はいずれも卒後2年以上経過したかつての入寮経験者である。

②Grace HouseのProgram StructureとLevel System

Grace Houseでは、施設利用期間が6ヶ月と比較的短期なこともあり、Level System（1～3）は比較的緩やかに設定されていたが、6ヶ月を前半後半の2期に分け、それぞれを独立したPhaseとして取り扱う。12ステッププログラムへの参加が重視され、6ヶ月を通して1日一回施設内外いずれかの週7日間の継続したAA、NAおよびCA（Cocaine Anonymous）出席が要求される。

1）Intensive Therapeutic Phase（入寮～3ヶ月）

入寮後3ヶ月間は、Therapeutic Groupsを中心にした日課（Daily Schedule）とIndividual Therapyに重点を置く週間プログラムのマトリックスによって構成されている。プログラムのスケジュールは、朝6時の起床から夜10時30分の消灯まで

写真31

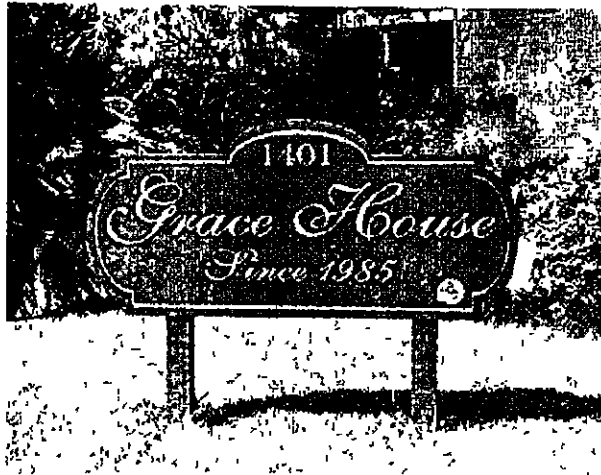


写真34



写真32

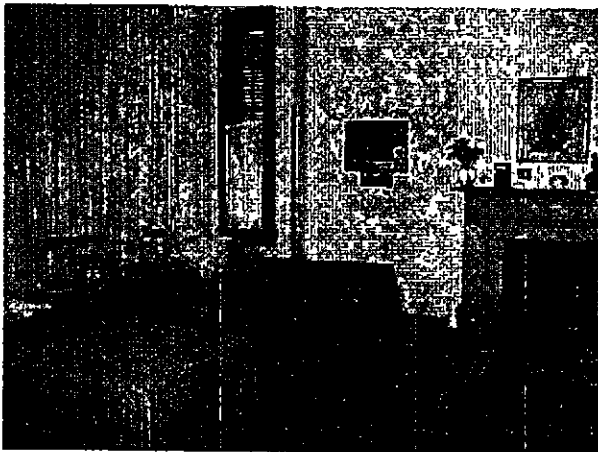


写真35



写真33



細かく配置されているか、週7回のAAミーティングはその根幹を担っている。

入寮開始直後の10日間は、特に“Discovery” periodと位置づけ、施設外部との接触を管理するなど、プログラムへの適応を図るための配慮がされている。以後のグループオリエンテーションは以下の要素で構成される。

12 Step Groups/Drug Education/Relapse Prevention/Trauma Resolution/Housekeeping/Nutrition Group/Parenting Class

グループプロセスの方法としては、Step work/Meditation/Exercise/Journalingといった技法が組み合わされている。

また、Level Systemとして、この時期はDiscov

eryの期間を除いて、週末の来訪者の許可時間、外出と週末の一泊外泊許可（Level3のみ）の特権が設定されているか、それらは各週木曜日に担当カウンセラーによって基準を満たしているか判定されて許可となる。また、Level2では10歳以下の男児を含む子どもを週末のみ施設内のベットで同宿させることも許可される（空きベッドのある時のみ）。週末の外出についても、Level1の入寮者は近所の店にスナック等を買に行く時も、必ずLevel2の入寮者と同行するよう決められているが、Re-Entry Levelは単独外出が認められる。

2) Re-Entry Phase (3～6ヶ月退寮時)

この期間にはフルタイムでの就労もしくは通学か職業訓練に参加することか要求され、退寮に向け実用的なプログラムへの取り組みが求められる。プログラムには以下のセッションが加えられる。

Vocational Job Training Program/Housing Assistance/Independent Living Skills

なお、Re-Entry Levelの入寮者も12ステップミーティングへの出席が求められるが、就労等との関係で最低週4回の出席となっている。

③U-System

施設生活の管理については、\$5以上の現金所持、携帯電話の禁止、食堂外での飲食禁止など、総して細かくまた厳密な要求事項が定められているか、特徴的な運営として“U-System”が挙げられる。これは、ハウス内の割当仕事をしなかったときや規則違反に課される罰則ポイントを「U」とし、毎週金曜日の朝にその週のUの数をカウンセラーが個人別にカウントして、翌週の特典が決定するシステムである。週に4つ以上のUによって、週末のあらゆる特権は停止される。

④入寮費に関する規定

無収入・無保険でもプログラムの利用可能であるように、公費によって入寮も配慮されている。Grace Houseは、そのポリシーとして自発的利用者に対象を限定していることから、法廷命令等のInvoluntaryなクライアントには対応していないか、収入面での配慮は細かく講じられており、週\$139のFS（Food Stamp、公的扶助給付）による利用者も多い。

⑤利用者の予後

入寮者の使用薬物の順序は、cocaine/crack、alcohol/pain-killer、marijuana、heroinの順で

あるというが、卒後1年の調査によれば、68～77%が再使用しない生活に留まっているとの説明がパンフレットにも示されている。

D 考察

今年度、平成15年8月に訪問した6箇所のTC等の概要について報告した。

伝統的TCのコンセプトは、第1章にまとめたとおりであるか、今回訪問調査した6箇所のTC実践は、総してこの路線に沿った形で展開されていた。繰り返すならば、今日においてもStructured TCの基本的コンセプト、具体的にはcommunity based, 12step oriented, level system, counselor as a recovering addictは、主流であるといえる。それは、これら要素が現在でも十分な治療的効果を伴って機能していると評価されていることを意味している。今回の訪問地区に限らず、アメリカではほぼ全土にわたってTCが活動を展開しており、近年では全50州で展開しつつあるDrug Treatment Courtに代表されるような司法処遇との関連領域も拡大しながら、その役割には社会的にも大きなものが期待されている。

一方、これまでの若干の整理を通して、改めてわが国にはこのTCに該当する治療環境が成立してこなかったことが意識された。1970年代後半にAAプログラムの本格的展開をきっかけにして、回復の体験を身近に知らない依存者にメッセージを運んで治療へ導入し、地域の12ステップグループ（当時はAAのみ）に橋渡しをしていくために、入寮型のリハビリテーション施設が依存者自身の手によって始められた。それら施設は、依存症からの回復における治療的効果を示すに連れて全国的にも拡大し、公的な運営費助成の対象施設も現れ、またアティクションという共通の視座に支えられてアルコール・薬物依存者のみならず、今日ではギャンブル依存あるいは強迫的ギャンブル、摂食障害までも対象とする各種の「リハビリテーション施設」が地域で活動を始めている。しかし、その活動内容の認知は未だ不十分な状況にあり、制度的にもサポート体制が未整備で、社会システム全体にわたる影響力を示すには至っていない。

特に、薬物依存者を専門の対象とする民間施設であるダルク（DARC）についてみても、1986年に活動が開始されて今日まで、同種の機能を果たす社会資源が絶対的に不足している状況の中で、依

存者自身の手による自助的活動の枠を超えた役割と期待を背景に短期間のうちに急速に展開しているが、同時に多くの混乱と課題を不可避免的に担うことになっている。これまでタルクを、その果たしてきた機能と外見組織的、あるいは運営上の共通要素の存在などを理由として、日本におけるほぼ唯一のTC施設としてとらえる見解もある。しかし、今回TCについての整理と調査を進めるに連れて、アメリカ社会で40年間余りにわたって展開してきたTC実践とタルクの活動を直接重ね合わせることは、少なからず問題があるように思われる。この点についての論理的な実証作業は、次年度以降の課題とせざるを得ないが、実際にタルク以外の地域における社会的施設が皆無であることも周知の事実であることから、今後わか国における薬物依存者の回復援助システムを考察するにあたり、新たにTCの効果的な導入か一つの大きな焦点として議論の対象となることは間違いないと思われる。筆者らの本研究の発端もこの点にあり、また次年度以降の研究課題としても、これまでの司法、医療に相對する「社会モデル」機能についての実例を通じた検討は、TC導入の方法論に焦点化されるべきと考えられた。

テレオンの指摘によれば、アメリカにおけるTCもまた、今日の薬物関連問題の変化の諸相の中で、伝統的モデルの部分修正か不可避となっており、実際にその展開は西海岸（サンフランシスコなど）や東海岸（ニューヨーク、ワシントンDCなど）を中心に各地のTCにおいて試みられ、評価されつつあるとされる。これらModified TC Modelかとらえようとする、より多様な利用者ニーズに対応したプログラムの内容と戦略もまた、今後のTC導入の議論には不可欠な情報となろう。

E 次年度の研究課題

今年度訪問した6箇所のTC施設らはアメリカの中南部に位置していた。TC Movementか、西海岸で始まったSYNANONとその経験的修正モデルとしての東海岸のDAY-TOPやPHOENIX HOUSEを起源とするならば、さらにTC発展の不可欠な背景としてのAAの展開や 北部のMinnesota州に発祥して全米に影響を及ぼしているHAZELDENに代表される「ミネソタモデル」リハビリテーションの広がりやを考慮するとき、地理的にも交流経路上もそれらの影響から遠くに位置する、言い換えれば伝統的TCモ

デルが保持され易いともいえる条件に、中西部や南部は置かれてきたとも理解できる。「TCとは何か」を理解していく道筋として、今年度の伝統的モデルに重なる部分を多く保持している実践例から、次年度はより変化の早い、修正領域を大きく求められるであろう都市型の薬物依存問題に対応しようと模索する西海岸および東海岸大都市での今日的TC実践の調査分析か、新たな研究課題となってくる。

併せて、今年度日本におけるタルク等での援助活動に従事してきたスタッフらと、このTCというコンセプトをテーマに施設援助実践のあり方を議論する中で、アメリカにおける今回見てきたような実践とは異なる源流に属するヨーロッパ諸国での実践の系譜が別途存在していることを知った。例を挙げれば、イタリア北部を中心に展開する修道会経営による青少年施設“Comunità Incontro”やスペイン（ハルセロナ等）で事業を展開する“Proyecto Hombre”といった治療施設では、きわめて長期にわたる共同生活による再教育訓練が行われてきた。これらアメリカ型TCとはコンセプトを異にするリハビリテーション援助の実践は、これまでアトランタにタルク関係者らによって若干の情報か紹介されてきたか、今日その数や規模で主流を占めるアメリカでの実践展開を相対化して考察する上で きわめて重要な情報ともなり得ると予想された。来年度はそれらのうちのいくつかを訪問し、その実践状況を調査 把握し、TCと比較検討することを予定している。

さらにまた、アジア諸国でも展開される実践例も可能な限り視野に置きながら、わか国の薬物問題状況に対応して機能する「日本型修正版TCモデル」の考察という大きな課題への取り組みを進める予定である。

F 結語

昨年度までの分担研究では、薬物依存者の回復援助における社会福祉援助のあり方を考察してきた。その過程の中で わか国においては特に、自発的な動機を基礎にした回復目的を持った、あるいは持ち得る依存者に対する地域（施設外）での実効的な援助活動の決定的な不足という現状に直面した。いまた全国で活動するタルク以外には、有力な社会的資源の創設あるいは既存資源の再構成か進むかによるシステムか構築されていない中

て、世界的規模で薬物依存者援助に有力に機能してきた実績を持つ「治療共同体=TC」について、文献および実践のレビューを通してその概念を中心に考察した。

それらの結果をまとめると以下のとおりである。

1 TCは1950年代後半以降、既存治療の自助的代替策（オルタナティブ）として生まれた。

2 MovementとしてのTCは、SYNANON以来の西海岸、DAY-TOP・PHOENIX HOUSE以来の東海岸、そしてMINNESOTA MODELの北部からも影響を受けて、今回視察した中部（内陸部）・南部へと普及していた。

3 Structured TCでは、基本的コンセプト（共同体に回復の基礎を求める志向、AA/NAなどの12ステッププログラムの重視と導入、共同生活環境下での治療の進展に対応した「特権」と「制裁」に表現されて保持される階級構造の活用、「労働すること」の重視、回復者カウンセラーとしての被援助経験者の活用、等）を共有した展開が行われていた。

4 より多様な利用者ニーズに対応した援助プログラムおよび条件設定の要請と、それに対応した戦略として、伝統的TCモデルもまた部分修正されつつある。

5 TC環境における治療的効果は、Drug Treatment Court等の近年の司法処遇における新しい展開を可能にし、公私資金による多様な治療設定が社会的にも認知されて、結果としてより幅広い薬物依存者層に対応可能となってきた。

G 研究発表

1 論文発表

- 1) 宮永 耕 「薬物依存からの回復 DARCについて」、こころの科学Vol 111特別企画 薬物乱用依存、日本評論社、2003 9、pp 79-85

2 学会発表

- 1) 宮永 耕 「薬物依存からの回復援助に関する研究（2）リハビリテーション施設利用者の生活保護利用状況と回復援助プログラム供給のあり方について」、日本社会福祉学会第51回全国大会ポスター発表、2003年10月12日、於四天王寺国際仏教大学（大阪）

<参考文献>

- 1) De Leon G Therapeutic Communities Textbook of Substance Abuse Treatment (second edition) Edited by Galanter M, Kleber H, American Psychiatric Press, Inc, 1999, pp 447-462 (Ch 39)
- 2) White W Slaying the Dragon The History of Addiction Treatment and Recovery in America, Lighthouse Training Inst, 1998
- 3) Kooyman M The history of therapeutic communities a view from Europe, Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users (Therapeutic Communities 4) Edited by Rawlings B, Yates R, Jessica Kingsley Publishers Ltd London, 2001, pp 59-78
- 4) Yablonsky L The Therapeutic Community, A successful Approach for Treating Substance Abusers, Gardner Press, Inc, 1989
- 5) NPOジャパンマック（J-MAC）治療からトータルサポートへの展望ーアメリカの治療共同体トンファームと日本のリハビリ施設の現状ー、「アディクションリカハリーカウンセラーワークショップ」報告書）、社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）助成事業、2003 3
- 5) 森田展彰、根本透、和田清、末次幸子、岡坂昌子、サンフランシスコにおける薬物依存症者に対する治療共同体の研究（I）ープログラムの概要および日本の医療・自助グループとの相違についてー、日本アルコール薬物医学会雑誌第38巻第5号、2003 10
- 6) 和田清 薬物乱用・依存の現状と鍵概念、「こころの科学Vol 111特別企画 薬物乱用・依存」、日本評論社、2003 9、pp 14-21
- 7) 宮永耕 薬物依存からの回復 DARCについて、「こころの科学Vol 111特別企画 薬物乱用・依存」、日本評論社、2003 9、pp 79-85

海外渡航報告書

平成15年度厚生労働科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）

海外渡航報告書

分担研究者 宮永 耕
主任研究者 和田 清

東海大学健康科学部社会福祉
国立精神・神経センター
精神保健研究所 薬物依存研究部

【1】 渡航先

セントルイスおよびニューオーリンズ
（アメリカ合衆国）

施設の状況説明を受け、セントルイス市郊外のJefferson郡においてCOMTREA Inc が運営する青少年対象のTCであるThe Athena Centerを見学しインタビュー調査した。

【2】 渡航期間

平成15年8月16日～8月23日

8/19 セントルイスからニューオーリンズへの移動

【3】 渡航目的

薬物依存の治療は、世界的にはTherapeutic Community（TC，治療共同体）をその中心に位置付けたシステムによって行われている。しかし、わか国においては、TCとして運営される施設は設置されておらず、情報が少ないこともあり、その概念についても社会的に広く知られるに至っていない。

本年度は米国中部における治療共同体数カ所を実際に訪問し、その構造、人的配置、運営方法等について実地調査する。その結果を国内に公表することによって、わか国の治療システムとしては欠落している治療共同体の必要性について、啓蒙することか可能となる。

合わせて、次年度以降の効果的な訪問調査に向けての資料を得ることも目的とした。

8/20 訪問機関名、Odyssey HouseおよびChristian Community Youth Against Drug Foundation（CCYADF）

【内容】ニューオーリンズ市内で運営されるTCであるOdyssey HouseおよびSocial Setting Detoxification（社会的解毒）施設としても運営されるCCYADFを訪問し、施設の見学とインタビュー調査を実施した。

8/21 訪問機関名、Bridge House Inc およびGrace House of Louisiana Inc

【内容】ニューオーリンズ市内で運営されるTCの中で最も長い歴史を持つBridge House Inc および女性専用の治療プログラムを運営するGrace House of Louisiana Inc を訪問し、施設の見学とインタビュー調査を実施した。

【4】 渡航旅程

8/16 成田発ーセントルイス着

8/22 ニューオーリンズ発

8/17 訪問機関名、ワシントン大学

Rumi K Price 准教授

【内容】アメリカにおける「治療共同体」のオリエンテーション

8/23 成田着

8/18 訪問機関名、The Metropolitan

St. Louis Psychiatric Center（MPC）およびCOMTREA Inc -The Athena Center

【内容】州立医療センターであるMPCの薬物依存者治療ユニットの見学と関連治療

【5】 渡航成果

分担研究報告書の通り

(別掲6)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体 編集者名	書籍名	出版社 名	出版地	出版 年	ページ
和田 清	第12章 薬物乱用 依存	大塚 譲、 河原和夫、 倉田忠男 富永典子	スタンダード 栄養 食物シ リーズ 1 人 と健康	東京化 学同人	東京	2003	96 -102

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻	ページ	出版年
和田 清	物乱用 依存の現と鍵概念	こころの科学	111	14-21	2003
和田 清	IV 物質関連精神障 精神作用 物質関精神障害 概論	別冊 日本臨床 領域別症候群シリ ース40		474-479	2003
和田 清	依存性薬物乱用者 精神病の最 近の疫学的動向	臨床精神薬理	6	1111 -1119	2003
和田 清、 菊池安希子 鈴木紀美子	社会精神医学的研究 疫学的調 査研究の重要性－薬物使用に関 する全国住民調査を例に－	日本アルコール精神 医学雑誌	10	19-26	2003
和田 清	一般人口における薬物乱用 依 存の実態把握	精神保健研究	49	17-22	2003
和田 清、 菊池安希子、 中野良吾、 尾崎 茂	国際保健からみた薬物乱用の現 状とわが国の対応－住民調査及 ひ中学生調査からみた現状	日本アルコール 薬 物医学会雑誌	39	28-34	2004
尾崎 茂	薬物依存症の最近の動向	精神科	28	205-212	2003
尾崎 茂	メチルフェニデート関連精神障 害	別冊 日本臨床 精神医学症候群Ⅲ		522-526	2003
尾崎 茂	有機溶剤依存症の治療に関する 提言	臨床精神薬理	6	1169 -1176	2003
尾崎 茂	薬物乱用 依存の現状－精神科 医療施設からみた現状－	こころの科学	111	22-27	2003
尾崎 茂	全国の精神科医療施設における 薬物関連精神疾患の実態調査	精神保健研究	49	23-27	2003
尾崎 茂	国際保健からみた薬物乱用の現 状とわが国の対応－精神病院か らみた現状	日本アルコール 薬 物医学会雑誌	39	35-40	2004
庄司正実	薬物乱用 依存－児童自立支援 施設からみた現状－	こころの科学	111	28-32	2003
庄司正実 妹尾栄一 富田 拓、 有園博子	国際保健からみた薬物乱用の現 状とわが国の対応－人所非行児 の薬物乱用の実態	日本アルコール 薬 物医学会雑誌	39	41-45	2004

森田展彰、 根本透、 和田清 末次幸子、 岡坂昌子	サンフランシスコにおける薬物 依存者に対する治療共同体の研 究（Ⅰ）－プログラムの概要お よび日本の医療 自助グループ との相違について－	日本アルコール 薬 物医学会雑誌	38	440-453	2003
平林直次、 行岡哲男	国際保健からみた薬物乱用の現 状とわが国の対応－救命救急セ ンターからみた現状－生物学的 方法を用いた薬物乱用の実態調 査－	日本アルコール・薬 物医学会雑誌	39	46-50	2004
島永 耕	薬物依存からの回復 DARCにつ いて	こころの科学	111	79-85	2003
石橋正彦	薬物依存症の医療経済に関する 研究	九州神経精神医学	49	10-19	2003

平成15年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬安全総合研究事業)

薬物乱用・依存の実態と
その社会的影響・対策に関する研究
(H15-医薬-007)

研究報告書

主任研究者 和田 清 (国立精神・神経センター 精神保健研究所)

2004年3月31日 発行

平成16年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュトリーサイエンス総合研究事業)

薬物乱用・依存の実態と
その社会的影響・対策に関する研究

(H16-医薬-062)

研究報告書

平成17年(2005年)3月

主任研究者：和田 清

目次

I. 総括研究報告書	(和田 清：国立精神・神経センター精神保健研究所)	1
II. 分担研究報告書		
II-1. 薬物乱用・依存の実態に関する研究		
1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2004年)	17	
和田 清 (国立精神・神経センター 精神保健研究所)		
1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査	89	
尾崎 茂 (国立精神・神経センター 精神保健研究所)		
1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究	127	
庄司正実 (目白大学 人間社会学部)		
1-4：救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究	153	
相星淳一 (日本医科大学 高度救命救急センター)		
1-5：自助グループの実態に関する研究	159	
森田展彰 (筑波大学 社会医学系精神衛生学)		
II-2. 社会的影響・対策に関する研究		
2-1：規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究	177	
妹尾栄一 (東京都精神医学総合研究所 薬物依存研究部)		
2-2：薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究	197	
池上直己 (慶応義塾大学 医学部医療政策・管理学教室)		
2-3：「薬物裁判所」の実態に関する研究	209	
阿部恵一郎 (立教大学 コミュニティ福祉学部)		
2-4：「治療共同体」についての研究	223	
宮永 耕 (東海大学 健康科学部社会福祉学科)		
III：海外渡航報告書		
1. 和田 清、宮永 耕：ニューヨーク、ワシントンD.C. (アメリカ)	275	
2. 阿部恵一郎：カリフォルニア (アメリカ)	276	
3. 宮永 耕、阿部恵一郎：スペイン、イタリア、ポーランド	277	
4. 宮永 耕、庄司正実：コロンビア、カリフォルニア (アメリカ)	278	
IV：研究成果の刊行に関する一覧表	279	

総括研究報告書

薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究 (H16-医薬-062)

主任研究者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長

研究要旨 薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料として資するために、薬物乱用・依存等の実態を把握し、同時に、薬物乱用・依存が及ぼす社会的影響とそれに対する対策について検討した。【研究1 薬物乱用・依存の実態に関する研究】研究1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査 ①有機溶剤乱用生涯経験率は、男子では1.3%、女子では1.0%、全体では1.1%であった。②有機溶剤乱用の目撃率は5.6%と低下しており、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も3.3%と低下していた。有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は、男子では1996年以降の最低を示した。③以上により、有機溶剤乱用の勢いは確実に弱くなってきていると考えられる。④有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。⑤有機溶剤乱用経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が伺われた。⑥有機溶剤乱用による害知識の周知率に、薬物乱用防止教育の成果が見られ始めたが、なお一層の薬物乱用防止教育の推進が望まれる結果であった。⑦大麻の生涯経験率は、男子で0.6%、女子で0.4%、全体で0.5%であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%、女子で0.4%、全体で0.5%であった。大麻に関しては平衡状態であり、覚せい剤に関しては、対2002年調査で0.1%の増加であった。⑧有機溶剤乱用経験者群の25%の者に大麻乱用の経験があり、24%の者に覚せい剤乱用の経験があった。また、喫煙経験／大人が同伴しない飲酒と有機溶剤乱用経験との間には強い繋がりが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙／大人が同伴しない飲酒→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。⑨研究1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査 ①「覚せい剤」は主たる使用薬物(51.2%)、使用歴を有する薬物(67.9%)として最も高い割合を示し、慢性的な精神病性障害が主要な病像であった。②「有機溶剤」は主たる使用薬物としては17.0%と減少傾向にあるが、初回使用薬物としては45.1%と最も高い割合を示した。③「大麻」は、主たる使用薬物(3.8%)、使用歴を有する薬物(38.1%)としてこの数年で著明に増加しており、社会での乱用の拡大が精神医療の現場でも顕在化しつつあると考えられた。④MDMAを主たる使用薬物とする症例が5例報告され、併用薬物としても41例(9.1%)という高い率での報告があった。研究1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究 ①乱用経験率は、有機溶剤で男性14.3%、女性44.2%、大麻で男性4.9%、女性15.9%、覚せい剤で、男性1.6%、女性12.4%、ブタンで男性13.7%、女性25.7%であった。MDMAでは男性で0.9%、女性で4.2%であった。②有機溶剤の乱用経験率は1994年よりは激減していた(男子：41.2%から14.3%。女子：59.6%から44.2%)。覚せい剤では、2002年よりは減少していた。大麻では、横這い状態であった。研究1-4：救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究 ①某高度救命救急センターに搬送された200症例を対象に、unlinked anonymous法により、尿からの薬物検出スクリーニング検査および確認試験を実施した。②3例のamphetamine(AMP)陽性例が見つかったが、1例はエフェドリンによる偽陽性であり、結局、違法薬物の陽性率は1.5%であり、昨年度との変化はなかった。研究1-5：自助グループの実態に関する研究 ①ダルク入寮施設27施設で調査時点で241名が利用しており、年間では入寮者数406名であった。通所施設13施設では調査時には88名が利用しており、年間では198名が利用していた。総計すると一時点で約330名が利用しており、年間では600名以上が利用していることになる。②女性の割合は通所型で20%、入所型で3%と少なく、女性の受け皿が

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

以上および昨年度の「全国住民調査」結果とを総合すると、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたわが国の違法薬物の乱用状況は、少々改善傾向にあると思われる。また、「薬物裁判所」、「治療共同体」は非常に参考になるシステム、社会資源であり、二次予防(早期発見・早期治療)・三次予防(薬物依存からの回復と社会復帰)のためのシステム作りが必須と思われるわが国には、特に、「治療共同体」の設置が必要であると思われる。

分担研究者

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

A. 研究目的

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

薬物乱用・依存の実態把握は違法行為の掘り起こしの性質があり、困難を極める。2004年度の本研究では、薬物乱用・依存等の実態把握に関する調査研究対象を質の異なる複数群設定し、多方面から実態調査を実施し、総合的に現状把握を図った。対象は次の通りである。①薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（層別一段集落抽出法）、②薬物依存・精神病に陥った薬物関連精神障害（2ヶ月間の全数調査）、③ハイリスクグループである全国の児童自立支援施設入所者（全数調査）、④急性中毒に陥った救命救急センター搬送

患者（全数調査）、⑤自助グループ構成員（DARC入寮者）である。

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

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

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

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

B. 各分担研究の目的、方法、及び結果

■研究1 薬物乱用・依存の実態に関する研究

研究1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査

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

中学生における薬物乱用の広がりを把握し、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。対象は、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒である。その結果、147校（対象校の69.3%）より、65,611人（対象校212校の全生徒想定数の61.4%）の回答を得た。有効回答数は65,552人（対象校212校の全生徒想定数の61.3%）である。その結果、以下のような結論を得た。

①有機溶剤乱用の生涯経験率は、男子では1.3%（1年生1.2%、2年生1.1%、3年生1.6%）、女子では1.0%（1年生0.9%、2年生1.0%、3年生1.0%）、全体で

は1.1%（1年生1.1%、2年生1.1%、3年生1.3%）であった。この結果は、男女合わせた全体では、1996年に開始した一連の本調査の中では、1996年調査とともに最低の値であった。ただし、男子では1998年以降減少しているのに対して、女子では1996年以来増加傾向にあり、女子での今後が危惧される結果であった。②有機溶剤乱用の目撃率は性別に関わらず、1996年以降、着実に低下しており（全体で11.8%から5.6%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた（全体で5.4%から3.3%）。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は、男子では1998年調査以降減少傾向にあり、今回の調査では1996年以降の最低を示したが、女子では1996年以降ほとんど横這いであり、女子における「誘い」が危惧される結果であった。③以上を総合すると、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱くなってきていると考えられるが、女子における今後が危惧される結果であった。④有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。⑤その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が伺われた。⑥結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじみず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することができよう。⑦また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。⑧これまでの一連の本調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた。しかし、今回の調査では、有機溶剤の乱用による害としての急性中毒死、多発神経炎、精神病に関しては、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が男女ともに多いという結果が初めて出た。これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとするれば、「望むべき姿」であり、生涯経験率の低下も考慮すれば、薬物乱用防止教育の成果が着実に出ていていると考えられる。しかし、歯の腐食に

関しては、2002年調査の男子で、「知っている」と答えた者が有機溶剤非乱用経験者群の方が多いという結果が初めて出たにも関わらず、今回の2004年調査では経験者群の方が多いという従来型に逆戻りしてしまったり、無動機症候群、フラッシュバック現象では、相変わらず従来型のままであったりし、なお一層の薬物乱用防止教育の推進が望まれるところである。⑨大麻の生涯経験率は、男子で0.6%（1年生0.4%、2年生0.7%、3年生0.7%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）、全体で0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%（1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.7%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.4%）、全体で0.5%（1年生0.3%、2年生0.5%、3年生0.6%）であった。大麻に関しては男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値（0.7%）よりは低いですが、2002年調査の結果と同じであった。覚せい剤に関しては、1998年に記録した最高値（0.5%）と同じ結果であり、2002年調査の結果よりは0.1%増加していた。性別では、大麻でも覚せい剤でも生涯経験率は2002年調査とほぼ同じであった。⑩大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、増加傾向にあり歓迎されるが、そもそもの周知度自体が高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。⑪違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その入手可能性は大麻や覚せい剤よりは高かった。しかし、2004年調査では、その入手可能性はこれまでに激減していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していたが、今回の2004年調査では、激減していた。これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに66%であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で46%、女子で52%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で46%、女子で54%の者が入手可能を選択していた。わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を強く示唆する結果であった。さらに、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用経験者群女子で最も高いという結果であった。女子に対する対策が望まれるところである。

②薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の10.8%の者が「少々ならかわまない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は2.4%に過ぎず、大麻では1.4%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。③また、有機溶剤乱用経験者群の25%の者に大麻乱用の経験があり、24%の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが認められた。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

研究1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者 尾崎 茂
国立精神・神経センター
精神保健研究所薬物依存研究部室長

わが国の精神医療の現場における薬物関連問題の実態を把握するため、全国の全有床精神科医療施設（1,658施設）を対象とした「薬物関連精神疾患の実態調査」を施行した。調査期間は2004年9月、10月の2ヶ月間で、対象は調査期間中に各精神科医療施設において診療を受けたすべての薬物関連精神疾患の患者である。方法は、調査用紙を郵送して主治医による記載、および対象患者による性格傾向に関する自記式評価尺度の実施を依頼した。837施設より453例の症例が報告され、回答率は50.5%であった。「覚せい剤」は主たる使用薬物（51.2%）、使用歴を有する薬物（67.9%）として最も高い割合を示し、慢性的な精神病的障害が主要な病像であった。「有機溶剤」は主たる使用薬物としては17.0%と減少傾向にあるが、初回使用薬物としては45.1%と最も高い割合を示した。「大麻」は、主たる使用薬物（3.8%）、使用歴を有する薬物（38.1%）としてこの数年で著明に増加しており、社会での乱用の拡大が精神医療の現場においてもより顕在化しつつあると考えられた。その他の薬物としては、MDMAを主たる使用薬

物とする症例が5例報告されており、併用薬物としても41例（9.1%）と高い率でみられ、診断分類からは中毒性精神病状態、依存症候群を惹起することが示唆された。Y-Gによる性格特性の検討では、覚せい剤、有機溶剤症例は活動的であるが、リーダーシップをとらず、周囲に同調しやすい傾向がうかがわれた一方、睡眠薬・抗不安薬症例は、抑うつ的、神経症的傾向が強く、自己評価が低い傾向がみられ、鎮咳薬症例は双方の特徴を併せ持っている傾向がみられた。Temperament and Character Inventory, Cloninger (TCI) (20項目版)による検討では、各カテゴリーで使用薬物別の差はみられなかったが、「損害回避」、「自己超越」のスコアで性差がみられた。今年度の調査では、回答率は50%を超えたものの報告症例数が激減したが、その要因のひとつとして今回は文書による同意取得を条件としたことが考えられ、同意を拒否した症例が少なくとも161例と相当数存在したことが明らかになった。今後の調査において、方法論、とりわけ倫理的問題をどのようにクリアしつつ現場に負担をできるだけかけずに回答率を上げ、信頼性の高い報告を得るかについて、さらに検討を要すると思われた。

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

分担研究者 庄司正実 目白大学
人間社会学部 助教授

薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物乱用への意識および実態を把握するために、全国の児童自立支援施設に入所中の児童に対して質問紙調査を実施した。有効調査人数は、1230人（男性802人、女性428人）であった。調査により以下のような結果が得られた。1) 乱用経験者数は、有機溶剤では男性115人（14.3%）女性189人（44.2%）、大麻では男性39人（4.9%）女性68人（15.9%）、覚せい剤では、男性13人（1.6%）女性53人（12.4%）、ブタンでは男性110人（13.7%）女性110人（25.7%）であった。本年新たに調査対象薬物としたMDMAの乱用経験者は男性7人（0.9%）女性18人（4.2%）であった。従来の結果と同様にすべての薬物で女性は男性より乱用頻度が高かった。2) 薬物乱用経験率の平成6年度調査との比較では、有機溶剤では、

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

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

分担研究者 相星淳一 日本医科大学
高度救命救急センター 助手

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

研究1-5：自助グループの実態に関する研究

分担研究者 森田展彰 筑波大学
社会医学系精神衛生学 講師

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

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

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

■研究2 社会的影響・対策に関する研究

研究2-1：規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究

分担研究者 妹尾栄一

東京都精神医学総合研究所

薬物依存研究部 副参事研究員

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

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

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

研究2-2：薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究

分担研究者 池上直己 慶應義塾大学 医学部

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

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

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

研究2-3：「薬物裁判所」の実態に関する研究

分担研究者 阿部恵一郎

創価大学 教育学部 教授

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

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

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

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

これらのシステムはわが国にとって、大いに参考となると考えられた。

研究2-4:「治療共同体」についての研究

分担研究者 宮永 耕 東海大学
健康科学部社会福祉学科 講師

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

今年度の研究結果をまとめると、以下のとおりである。1. Structured TCの基本的コンセプト（Community Based, 12-Step oriented, Level System, Job Function, Counselor as Recovering Addict）は、現在においても世界の主流にあるといえる。2. WFTC（治療共同体世界連盟）に参加する各TCのプログラム構造は、文化的・制度的な背景を異にしながらもMission, Vision, Philosophyを共有していた。3. （入寮型）TCにおける回復援助のアプローチは基本的に3期に分けられ、

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

C. 考察

研究1 薬物乱用・依存の実態に関する研究

1. 調査の位置づけ

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

本研究グループでは、調査に要する費用と調査される側の各種負担を考慮し、各種調査を原則的

には隔年ごとに繰り返す形を採用している。その結果、初年度は①「薬物使用に関する全国住民調査」(以下、住民調査)、「救急救命センター調査」を実施し、他の調査に関しては、既存の調査結果を再分析したり、他国での類似の調査システムを調査したりしながら、2年度次年度への準備をする年度であり、2年度(最終年度)は、②「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」(以下、全国中学生調査)、「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」(以下、全国精神病院調査)、「全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究」(以下、全国児童自立支援施設調査)、「救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究」(以下、救急救命センター調査)、「自助グループの実態に関する研究」(以下、DARC調査)を実施する年度とした。

本年度は上記の2年度(最終年度)に当たる。

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

2. 量的調査の方法論的問題

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

「中学生調査」では、1996年以来、層別一段集落抽出法を用いており、サンプリング法としては問題ないと考えられる。また、調査実施校数の割合は、第一回の1996年には58.1%であったものが、1998年には71.2%、2000年には73.7%と上昇し、2002年調査でも71.0%と70%台を確保できた。しかし、今回の2004年調査では69.3%と低下し、70%台を割ってしまった。その原因は定かではないが、1998年には第三次覚せい剤乱用期への危機感が教育現場でも強く、「薬物乱用防止5カ年戦略」(薬物乱用対策推進本部)が策定されこともあって、調査

実施校率が上がったものの、その後の学校現場における様々な「事件」「問題」の頻発により、本調査の実施に割く時間が狭められた結果ではないかと推定している。おそらくこの状況は今後も続くであろうが、継続こそが本調査研究の最大の価値であると考えられるため、今後も、70%を目標に継続実施してゆく必要があるだろう。

「全国精神病院調査」「全国児童自立支援施設調査」は全数調査という方法を採用している。

「全国精神病院調査」では、調査協力施設の割合がなかなか上がらない問題が続いている。2002年度調査では、なんとか52.6%であり、今回の2004年調査でも50.5%(837施設)であった。ただし、837施設中91.0%(全国の1,658施設中では46.0%)が「該当症例なし」と言う結果であり、回答率を上げる作業は「該当症例なし」の施設から、「該当症例なし」という報告をいただく作業になるきらいがある。その背景には、我が国の薬物関連精神障害患者に対する医療対応システムの貧困がある。当主任研究者による試算によれば、2000年6月30日時点での全国精神病院病名別在院患者数(「我が国の精神保健福祉」監修 精神保健福祉研究会)を元に算出すると、我が国の覚せい剤関連精神障害入院患者の約18%がわずか某6病院で占められている現実があり(1645施設中のわずか6施設である)、薬物関連精神障害患者に対する我が国の貧困な現状が明らかである。したがって、医療システムの開発・改善が急務であるが、その際、必須となる社会資源の一つが後述する「治療共同体」であると考えている。

「全国児童自立支援施設調査」での対象数は、1994年で1339人、1996年で1194人、1998年で1315人、2000年で1327人と、1200人から1300人前後で一定していたが、2002年では851人と減少した。今回の2004年調査では、質問項目数を少なくし回収率が低下しないよう配慮したこともあり、回収数は1230人となり、2002年より前のレベルに戻すことができた。2002年調査での減少の理由の一つとしては、同時期に児童自立支援施設で別の全国調査が実施されていたための可能性が大きいようである。しかし、そもそも調査の実施自体が施設にとっては負担であることは否めず(「全国中学生調査」でも言えることであるが)、全国調査の維持と言うものがなかなか容易ではないと言うことを実感せざるを得ない。

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

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

研究2 社会的影響・対策に関する研究

1. 研究の位置付け

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

しかし、本主任研究者らによる調査によれば、薬物関連精神障害者の約75%の者はすでに薬物を乱用している友人・知人から勧められて薬物の乱用を開始していた事実があり、真の薬物乱用防止のためには、一次予防と同時に、強力な二次予防（早期発見・早期治療）・三次予防（薬物依存からの回復と社会復帰）が必要である。

平成10年に始まった「薬物乱用防止5か年戦略」

において、二次予防・三次予防の重要性が指摘されていたにもかかわらず、実際には実効的対策はほとんどとられず、結果的に薬物依存症治療に限れば、わが国は先進諸国中、この点においては世界最貧国と言わざるを得ない状況のままである。

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

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

2. 結果から指摘される課題および今後の予定

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

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

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

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

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

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

D. 結論

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

研究1 薬物乱用・依存の実態に関する研究

研究1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査

中学生における薬物乱用の広がり把握し、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒を対象に、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。①有機溶剤乱用生涯経験率は、男子では1.3%（1年生1.2%、2年生1.1%、3年生1.6%）、女子では1.0%（1年生0.9%、2年生1.0%、3年生1.0%）、全体では1.1%（1年生1.1%、2年生1.1%、3年生1.3%）であった。この結果は、1996年に開始した一連の本調査の中では、1996年調査とともに最低の値であった。また、②有機溶剤乱用の目撃率は、1996年以降、着実に低下しており（全体で11.8%から5.6%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた（全体で5.4%から3.3%）。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は、男子では1996年以降の最低を示した。③以上により、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱くなってきていると考えられる。④しかし、女子においては、有機溶剤乱用生涯経験率が年毎に上昇気味であり、「誘われた」ことのある者の率も横這い状態であることは、危惧されるべき事態であろう。⑤有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。⑥その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。有機溶剤乱用経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が伺われた。⑦また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。⑧これまで、有機溶剤乱用による害知識の周知率は乱用経験者群の方が高い傾向が認められてきたが、今回の調査では、害によっては非経験者群の方が高い結果であり、薬物乱用防止教育の成果が着実に出ていていると考えられた。しかし、害によっては未だ従来のままであり、なお一層の薬物乱用防止教育の推進が望まれる結果であった。⑨大麻の生涯経験率は、男子で0.6%（1年生0.4%、2年生0.7%、3年生0.7%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）、全体で0.5%（1年

生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%)であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5% (1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.7%)、女子で0.4% (1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.4%)、全体で0.5% (1年生0.3%、2年生0.5%、3年生0.6%)であった。大麻に関しては男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値 (0.7%) より低い、2002年調査の結果と同じであった。覚せい剤に関しては、1998年に記録した最高値 (0.5%) と同じ結果であり、2002年調査の結果よりは0.1%増加していた。⑩大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知率は、増加傾向にあるが、そもそもの周知率自体が高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。⑪違法性薬物の入手可能性では、有機溶剤が大麻や覚せい剤よりは高かったが、%自体は、これまでに激減していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していたが、今回の2004年調査では、激減していた。これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。ただし、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で46%、女子で52%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で46%、女子で54%の者が入手可能を選択しており、わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を強く示唆する結果であった。現に、⑫有機溶剤乱用経験者群の25%の者に大麻乱用の経験があり、24%の者に覚せい剤乱用の経験があった。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

研究1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

わが国の精神医療現場における薬物関連疾患の実態を把握するために、全国の全有床精神科医療施設 (1,658施設) を対象とした実態調査を2ヶ月間に渡り実施した。837施設より453例の症例が報告され、回答率は50.5%であった。「覚せい剤」は主たる使用薬物 (51.2%)、使用歴を有する薬物 (67.9%) として最も高い割合を示し、慢性的な精神病性障害が主要な病像であった。「有機溶剤」は主たる使用薬物としては17.0%と減少傾向にある

が、初回使用薬物としては45.1%と最も高い割合を示した。「大麻」は、主たる使用薬物 (3.8%)、使用歴を有する薬物 (38.1%) としてこの数年で著明に増加しており、社会での乱用の拡大が精神医療の現場でも顕在化しつつあると考えられた。その他の薬物としては、MDMAを主たる使用薬物とする症例が5例報告され、併用薬物としても41例 (9.1%) という高い率での報告があった。Y-Gによる性格特性の検討では、覚せい剤、有機溶剤症例は活動的であるが、リーダーシップをとらず、周囲に同調しやすい傾向がうかがわれた一方、睡眠薬・抗不安薬症例は、抑うつ的、神経症的傾向が強く、自己評価が低い傾向がみられ、鎮咳薬症例は双方の特徴を併せ持っている傾向がみられた。Temperament and Character Inventory, Cloninger (TCI) (20項目版) による検討では、各カテゴリーで使用薬物別の差はみられなかったが、「損害回避」、「自己超越」のスコアで性差がみられた。今年度の調査では、回答率は50%を超えたものの、報告症例数は従来よりは激減していた。その要因のひとつとして、文書による同意取得を条件にしたことが考えられた。この問題は、今後の調査においても、検討を要すると思われた。

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

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

回の調査では、有機溶剤は北海道・東北地方および九州地方に多く、大麻およびブタンは北海道・東北地方で多い傾向にあった。覚せい剤は中部地方でやや多かった。児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループであり、今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である。

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

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

研究1-5：自助グループの実態に関する研究

ダルクの利用実態の基礎的な情報を得ることを目的に、全国の31ダルクに対してアンケート調査を実施し、30施設から回答を得た。入寮施設27施設で調査時には241名が利用しており、年間では入寮者数406名であった。一方、通所施設13施設では調査時には88名が利用しており、年間では198名が利用していた。総計すると一時点で約330名が利用しており、年間では600名以上が利用していることになる。しかし、女性の割合は通所型で20%、入所型で3%と少なく、女性の受け皿が限られていた。年齢は30歳台が中心だが、50歳以上も増え、高齢化の懸念も指摘された。利用継続については、通所、入寮とも3ヶ月以上が7割、1年以上が4分の1であった。入寮型では、77%の利用者は薬物の再使用を抑止できていたが、退寮後の再使用をどう防ぐかが問題であった。通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすいようであった。社会復帰率はス

タッフの印象では37%であった。回復者が働ける受け皿の不足が多く指摘された。また、通所型/入寮型ともに3/4は無職で、20%がアルバイトで、フルタイムの仕事は通所型で7%、入寮型で2%であった。スタッフが挙げた最大の課題は運営資金であるが、56%の施設では公的援助を受けていなかった。運営費中の公的資金の割合は30%、利用者負担の割合は33%であった。利用者負担額は入寮費で平均約15万円、通所費で平均1.1万円であった。残りは、講演料などでまかなっていた。生活保護受給者率は入寮型54%、通所型15%であった。他に「精神症状」「社会復帰の場の不足」による長期入寮の問題が挙げられた。ダルクは、教育機関、司法機関での講演（40回/年以上）、医療機関へのメッセージ（16回/年）を行っており、社会貢献していた。

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

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

研究2 社会的影響・対策に関する研究

研究2-1：規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究

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

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

た。

研究2-2：薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究

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

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

研究2-3：「薬物裁判所」の実態に関する研究

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

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

調査した薬物裁判所では、5年間に、プログラム参加者は745名で、治療プログラム終了者は185名であった。中断した者の多くはプログラムの早い段階でやめてしまった者が多く、また、狭義の精神疾患、HIV感染症などの「併存症」問題を抱えるケースが多いようであった。また、薬物裁判所とは別に、薬物事犯者に治療を命ずる法案であるProposition 36による治療も同時並行的に実施されていた。

これらのシステムはわが国にとって、大いに参考となると考えられた。

研究2-4：「治療共同体」についての研究

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

以上のように、「薬物裁判所」、「治療共同体」は非常に参考になるシステム、社会資源であり、二次予防（早期発見・早期治療）・三次予防（薬物依存からの回復と社会復帰）のためのシステム作りが必須と思われるわが国には、特に、「治療共同体」の設置が必要であると思われる。

E. 健康危険情報

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

F. 研究発表

1. 著書

なし

2. 論文発表

- (1) 和田 清：有機溶剤吸引の入り口としての喫煙：1994年千葉県中学生調査より。学校保健研究 45：512-527, 2004.
- (2) Hirabayashi, N., Wada, K., Kimura, T. et al. Prevalence of Substance Abuse among Patients with Physical Diseases Seen in an Emergency Room in Japan. The American Journal on Addictions 13: 398-404, 2004.
- (3) 和田 清：医療モデルの違いとしての精神作用物質依存症治療。精神科治療学 19：1281-1287, 2004.
- (4) 和田 清：論説 喫煙、飲酒、薬物乱用の実態と教育における対応。中等教育資料 823：20-25, 2004
- (5) 和田 清：薬物乱用の実態と傾向について。厚生労働 59, 17-20, 2004.
- (6) 和田 清：連載 心の健康に関するお役立ち情報 最終回。各職種が情報を共有し効果的な薬物乱用防止策を！。公衆衛生情報 64：42-45, 2004.
- (7) 尾崎 茂：物質依存の時代変遷と現状。精神科治療学19(11)：1289-1296, 2004.
- (8) 庄司正実：青少年の薬物乱用について。心と社会 117：25-30, 2004.
- (9) 庄司正実：児童自立支援施設入所児童の有機溶剤乱用に対する態度およびその他非行の現状-1998年から2002年の児童自立支援施設薬物乱用調査-。目白大学心理カウンセリングセンター紀要2：3-11, 2004.
- (10) 森田展彰、根本透、和田清、末次幸子、岡坂昌子：サンフランシスコにおける薬物依存者に対する治療共同体の研究（I）-プログラムの概要および日本の医療・自助グループとの相違について-。日本アルコール・薬物医学会雑誌 38：440-453, 2003.

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

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

3. 学会発表

- (1) 和田 清：分科会5-話題提供者-「中学生の飲酒と家族・仲間」。第26回日本アルコール関連問題学会。名古屋。2004.7.9.
- (2) 高橋伸彰、和田 清：飲酒経験からみた中学生における薬物乱用行為に対する認識の違い。第39回日本アルコール。薬物医学会。八王子。2004.9.9.
- (3) 尾崎 茂、和田 清：Severity of Dependence Scale (SDS)の有用性について。第39回日本アルコール・薬物医学会。ポスターシンポジウムI「精神医学」。2004.9.9日。八王子学園都市センター。
- (4) 森田展彰：分科会「認知行動療法」。第26回日本アルコール関連問題学会。2004.7.9.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分 担 研 究 報 告 書
(1-1)

薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2004年)

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

研究要旨 中学生における薬物乱用の広がり把握し、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。対象は、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒である。その結果、147校(対象校の69.3%)より、65,611人(対象校212校の全生徒想定数の61.4%)の回答を得た。有効回答数は65,552人(対象校212校の全生徒想定数の61.3%)である。その結果、以下のような結論を得た。

①有機溶剤乱用の生涯経験率は、男子では1.3%(1年生1.2%、2年生1.1%、3年生1.6%)、女子では1.0%(1年生0.9%、2年生1.0%、3年生1.0%)、全体では1.1%(1年生1.1%、2年生1.1%、3年生1.3%)であった。この結果は、男女合わせた全体では、1996年に開始した一連の本調査の中では、1996年調査とともに最低の値であった。ただし、男子では1998年以降減少しているのに対して、女子では1996年以来増加傾向にあり、女子での今後が危惧される結果であった。

②有機溶剤乱用の目撃率は性別に関わらず、1996年以降、着実に低下しており(全体で11.8%から5.6%)、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた(全体で5.4%から3.3%)。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は、男子では1998年調査以降減少傾向にあり、今回の調査では1996年以降の最低を示したが、女子では1996年以降ほとんど横這いであり、女子における「誘い」が危惧される結果であった。

③以上を総合すると、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱くなっていると考えられるが、女子における今後が危惧される結果であった。

④有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。

⑤その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が伺われた。

⑥結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじみず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することができよう。

⑦また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。

⑧これまでの一連の本調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた。しかし、今回の調査では、有機溶剤の乱用による害としての急性中毒死、多発神経炎、精神病に関しては、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が男女ともに多いという結果が初めて出た。これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとすれば、「望むべき姿」であり、生涯経験率の低下も考慮すれば、薬物乱用防止教育の成果が着実にできていると考えられる。しかし、歯の腐食に関しては、2002年調査の男子で、「知っている」と答えた者が有機溶剤非乱用経験者群の方が多いという結果が初めて出たにも関わらず、今回の2004年調査では経験者群の方が多いという従来型に逆戻りしてしまっており、無動機症候群、フラッシュバック現象では、相変わらず従来型のままであったりし、なお一層の薬物乱用防止教育の推進が望まれるところである。

⑨大麻の生涯経験率は、男子で0.6%(1年生0.4%、2年生0.7%、3年生0.7%)、女子で0.4%(1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%)、全体で0.5%(1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%)であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%

(1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.7%)、女子で0.4% (1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.4%)、全体で0.5% (1年生0.3%、2年生0.5%、3年生0.6%) であった。大麻に関しては男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値 (0.7%) よりは低いが、2002年調査の結果と同じであった。覚せい剤に関しては、1998年に記録した最高値 (0.5%) と同じ結果であり、2002年調査の結果よりは0.1%増加していた。性別では、大麻でも覚せい剤でも生涯経験率は2002年調査とほぼ同じであった。⑩大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、増加傾向にあり歓迎されるが、そもそもの周知度自体が高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。⑪違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その入手可能性は大麻や覚せい剤よりは高かった。しかし、2004年調査では、その入手可能性はこれまでになく激減していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していたが、今回の2004年調査では、激減していた。これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに66%であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で46%、女子で52%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で46%、女子で54%の者が入手可能を選択していた。わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用するということは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を強く示唆する結果であった。さらに、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用経験者女子で最も高いという結果であった。女子に対する対策が望まれるところである。⑫薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の10.8%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は2.4%に過ぎず、大麻では1.4%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。⑬また、有機溶剤乱用経験者群の25%の者に大麻乱用の経験があり、24%の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが認められた。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

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

A. 研究目的

第3次覚せい剤乱用期にある2002年、薬物乱用により精神障害をきたして精神病院を受診した患者のうち、約19%は有機溶剤乱用が主原因であり、約55%は覚せい剤乱用が主原因であった¹⁾。ただし、覚せい剤乱用が主原因であった者の約44%には、有機溶剤の乱用歴があった¹⁾。この有機溶剤と覚せい剤との強い繋がりは、第2次覚せい剤乱用期での関係と同じであり²⁾、覚せい剤の入手可能性の高まりの中で、有機溶剤乱用の経験なしに、いきなり覚せい剤乱用を始める若者の増加が推定される第3次覚せい剤乱用期においても、有機溶剤乱用が依然として重要な役割を担っていることを示唆している。

すなわち、わが国では、飲酒・喫煙を除けば、

有機溶剤の乱用が精神医療の面からみて、その後の覚せい剤乱用への門を開く「ゲイトウェイ・ドラッグ」³⁾としての役割を相変わらず担っている可能性が高いと推定される。

この有機溶剤乱用は、14歳から16歳で開始されることが多く⁴⁾、予防対策上は中学生が重要である。したがって、中学生における有機溶剤乱用(「シンナー遊び」)の実態を把握し、有機溶剤乱用に関連するハイリスク・ファクターを特定することは、わが国における薬物乱用防止対策上、不可欠である。

同時に、中学生における喫煙、飲酒は、有機溶剤乱用と強い関係を有していると推定され^{5) 6) 7) 8) 9)}、中学生における喫煙と飲酒の一部が有機溶剤乱用開始ないしは継続への「ゲイトウェイ」になっている可能性が高い¹⁰⁾。

以上の考えから、平成16年度、平成8年度に初めて実施した、「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」¹⁰⁾の第5回目調査を実施し、薬物乱用防止対策の基礎資料に供することを目的とした。

B. 研究方法

調査は、下記方法によって選ばれた対象校で、原則として、2004年10月中（一部11月～12月中）に、全生徒による自記式調査として実施した。

対象校の抽出方法には層別一段集落抽出法を用いた。抽出に用いたデータベースは、2004年版の全国学校総覧¹¹⁾である。どの都道府県からも最低

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

対象校の抽出は、各都道府県毎に、上記の手続きで決定された数の中学校を全中学校から無作為で抽出した。その際、データベースとして使用した全国学校総覧¹¹⁾が、2001年版から「国公立編」「私立編」の2冊で構成されるようになったため、都道府県毎に国公立中学校数と私立中学校数との

表1 対象校の分布と回答状況

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

割合を算出し、その割合に基づいて国公立中学校数と私立中学校数とを決め、それぞれ、学校毎の生徒数に比例して抽出確率を決める確率抽出法を用い、実際の抽出には乱数を使用した。

本調査では、抽出された学校の全生徒を調査対象としたので、層別一段集落抽出法と呼ぶ。この場合の集落とは学校を指し、層は都道府県と国公立・私立の2種類があることになる。

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

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

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

212校（国立7校、公立196校、私立9校）中、調査を実施していただけた中学校は147校（国立6校、公立135校、私立6校：対象校の69.3%）であった。そのうちの8校については、学年・クラスを限定した実施であった。その内訳は、各学年1クラスずつのみの実施1校、1年生のみの実施2校、2年生のみの実施1校、3年生のみの実施2校、2年生3年生のみの実施校1校、1年生3年生の全員と2年生の一部のクラスのみの実施1校であった。

以上の結果、65,611人（想定生徒数の61.4%。ただし、全国学校要覧による生徒数と実際の生徒数は一致しないため、正確な%は不明である）の調査用紙が回収されたが、うち59通は、明らかな

記載上の不備、または記載項目が全51問の50%を満たしていなかったため無効とした。したがって、有効回答は65,552人（想定生徒数の61.36%）である。

また、中学生における有機溶剤乱用の生涯経験率は、昼夜人口比の低い地域で高く、喫煙・飲酒の生涯経験率は持ち家率の高いところで高いことが指摘されており¹⁹⁾、それなりの地域格差の存在が推定される。そこで、今回の調査が全国の中中学生を対象にしながらも、全国を代表していない可能性もあるため、都道府県毎の回答状況を表1に示した。表1の実施状況が今回の調査結果にどのような影響を及ぼしているかは不明であるが、本調査の限界として、表1を見ておく必要がある。

有効回答の内訳は表2の通りである。男子33,150人、女子32,344人、性別不明者20人の計65,552人である。

その結果、以下の各表では、全体は男性+女性+性別不明者になっている。結果の検定に当たっては、項目毎に回答の「無回答」を除外し、それぞれの項目毎に当該薬物の経験者群（以下、経験者群）と非経験者群（以下、非経験者群）とについて χ^2 検定をおこなった。

C. 研究結果

1. 「シンナー遊び」について

1. 有機溶剤乱用の広がりについて

(1) 「シンナー遊び」の生涯経験率について

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

生涯経験率は男子で1.3%（1年生1.2%、2年生1.1%、3年生1.6%）、女子で1.0%（1年生0.9%、2年生1.0%、3年生1.0%）であり、全体では1.1%（1年生1.1%、2年生1.1%、3年生1.3%）であった。

表2 対象の内訳

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

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

なお、生涯経験率の推移については、考察で論じる。

(2) 「シンナー遊び」の1年経験率について

この1年間での「シンナー遊び」の経験率 (1年経験率) は表4の通りである。

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

		1年		2年		3年		全体	
男性	経験なし	10857	(98.0)	10580	(98.1)	11017	(97.6)	32454	(97.9)
	経験あり	128	(1.2)	118	(1.1)	174	(1.5)	420	(1.3)
	無回答	96	(.9)	85	(.8)	95	(.8)	276	(.8)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
$(\chi^2 = 10.504, df = 2, p = .005)$									
女性	経験なし	10374	(98.4)	10539	(98.5)	10949	(98.6)	31862	(98.5)
	経験あり	98	(.9)	107	(1.0)	112	(1.0)	317	(1.0)
	無回答	72	(.7)	52	(.5)	41	(.4)	165	(.5)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
$(\chi^2 = .390, df = 2, p = .823)$									
全体	経験なし	21249	(98.2)	21136	(98.3)	21981	(98.1)	64366	(98.2)
	経験あり	228	(1.1)	226	(1.1)	290	(1.3)	744	(1.1)
	無回答	168	(.8)	137	(.6)	137	(.6)	442	(.7)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
$(\chi^2 = 7.621, df = 2, p = .022)$									

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

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

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

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

(3)「シンナー遊び」の目撃について

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

男子の5.4%、女子の5.8%の生徒が実際に見たことがあるという結果であった。同時に、男子の2年生を除けば、基本的には、男女ともに、学年が進むにつれて見たことのある者が増えていく傾向が示唆された。

なお、この目撃率の推移については考察で論じる。

(4)身近での「シンナー遊び」経験者の存在について

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

男女ともに、約3～4%の者が「いる」と答えており、学年が進むに従って、「いる」と答えた者の割合が有意に（ $P<0.01$ ）高くなっていくことが示唆された。しかも、男子よりも女子に多い傾向は以前の同種の調査と同じであった¹⁰⁾¹³⁾²⁰⁾¹¹⁾。

なお、上記の年次推移については考察で論じる。

(5)「シンナー遊び」への誘惑について

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

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

なお、この誘われ経験率の推移については、考察で論じる。

2. 有機溶剤乱用に対する捉え方

(1)「シンナー遊び」への関心について

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

表5 「シンナー遊び」を実際に見たことがありますか？

		1年		2年		3年		全体	
男性	ない	10480	(94.6)	10240	(95.0)	10485	(92.9)	31205	(94.1)
	ある	543	(4.9)	490	(4.5)	741	(6.6)	1774	(5.4)
	無回答	58	(.5)	53	(.5)	60	(.5)	171	(.5)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
$(\chi^2 = 51.277, df = 2, p = .000)$									
女性	ない	9996	(94.8)	10031	(93.8)	10359	(93.3)	30386	(93.9)
	ある	517	(4.9)	649	(6.1)	711	(6.4)	1877	(5.8)
	無回答	31	(.3)	18	(.2)	32	(.3)	81	(.3)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
$(\chi^2 = 24.245, df = 2, p = .000)$									
全体	ない	20491	(94.7)	20287	(94.4)	20861	(93.1)	61639	(94.0)
	ある	1062	(4.9)	1140	(5.3)	1455	(6.5)	3657	(5.6)
	無回答	92	(.4)	72	(.3)	92	(.4)	256	(.4)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
$(\chi^2 = 57.336, df = 2, p = .000)$									

男女ともに、回答の分布には学年間で有意差 ($P < 0.01$) が認められるが、「関心がない」を選択した者は、男女ともに3年生で最も多く、「好奇心」は2年生で頭打ちになる傾向が示唆された。この傾向は2002年調査³⁾でも認められている。

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

(2) 「シンナー遊び」と法の遵守について

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

回答の分布には、男女共に有意差 ($P < 0.01$) が認められ、未経験者群では男女共に約96%の者が「法律で禁止されているから、すべきではない」を選んだのに対して、経験者群では、男女共に「法律で禁止されているが、少々ならかまわないと思う」「法律を守る必要は全然ないと思う」と答えた者が男子で38%、女子で44%と乖離した。

(3) 「シンナー遊び」と法規制の必要性について

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

回答の分布には、男女共に有意差 ($P < 0.01$) が認められ、非経験者群では、男女ともに91~92%の者が「当然だと思う」を選んだのに対して、経験者群では、「麻薬・覚せい剤とちがって、シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかなと思う」「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う」と答えた者が相当数いた(男子で29%、女子で38%)。

(4) 「シンナー遊び」をしている者への見方 (その1)

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

回答の分布には、男女共に有意差 ($P < 0.01$) が認められ、非経験者群では男女共に約96~95%の者が「自分には無関係の人だと思う」を選んだのに対して、経験者群では「『シンナー遊び』をする気持ちが理解できる気がする」ないしは「親しみをを感じる」を選んだ者が相当数いた(男子で38.3%、女子で46.7%)。

表6 身近に「シンナー遊び」をしている人がいますか？

		1年		2年		3年		全体	
男性	いない	10727	(96.8)	10419	(96.6)	10821	(95.9)	31967	(96.4)
	いる	259	(2.3)	286	(2.7)	373	(3.3)	918	(2.8)
	無回答	95	(.9)	78	(.7)	92	(.8)	265	(.8)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
$(\chi^2 = 20.248, df = 2, p = .000)$									
女性	いない	10179	(96.5)	10286	(96.1)	10510	(94.7)	30975	(95.8)
	いる	302	(2.9)	368	(3.4)	542	(4.9)	1212	(3.7)
	無回答	63	(.6)	44	(.4)	50	(.5)	157	(.5)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
$(\chi^2 = 64.997, df = 2, p = .000)$									
全体	いない	20924	(96.7)	20721	(96.4)	21344	(95.3)	62989	(96.1)
	いる	561	(2.6)	655	(3.0)	919	(4.1)	2135	(3.3)
	無回答	160	(.7)	123	(.6)	145	(.6)	428	(.7)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
$(\chi^2 = 83.933, df = 2, p = .000)$									

(5) 「シンナー遊び」をしている者への見方
(その2)

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

回答の分布には、男女共に有意差 ($P < 0.01$) が認められた。非経験者群では「親しくなりたくない」を選んだ者が、男女共に70%台だったのに対して、経験者群では男女共に「すでに親しい」を選んだ者が20%台にのぼった。

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

(6) 「シンナー遊び」をする理由について

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

非経験者群では、男女ともに「本人に問題があるから」ないしは「家庭に問題があるから」が上位2つを占めたが、男子では本人に問題があるから」を選んだ者が最も多く、「女子では「家庭に問題があるから」を選んだ者が最も多かった。

一方、経験者群でも、男女ともに、「本人に問題があるから」「家庭に問題があるから」が上位2

つを占めたが、男子では「社会に問題があるから」が第3位で、女子では「学校に問題があるから」が第3位であった。

女子では、有機溶剤乱用の経験に関わらず、「家庭に問題があるから」を重要視する傾向が男子よりは強い傾向が伺われた。

3. 有機溶剤乱用による医学的害について

(1) 「シンナー」吸引による急性中毒死について

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

従来、この質問には、男女ともに、経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高かったが⁽¹⁰⁾⁽¹³⁾⁽¹⁶⁾、2002年調査⁽¹¹⁾で初めて、男子で「知っている」を選択した者が非経験者群の方が多いという結果となったが、今回の調査では、男女ともに、「知っている」を選択した者が非経験者群の方が多いという結果となった（しかし、有意差はない）ことは特筆に値する。

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

表7 「シンナー遊び」に誘われた経験

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

(2)「シンナー」吸引の繰り返しによる歯の腐食について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、歯がぼろぼろになりやすことを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表15に示した。

従来、この質問に対しては、男女ともに、経験者群の方が「知っている」を選んだ者の割合が高かったが¹⁰⁾¹³⁾¹⁰⁾、2002年調査¹¹⁾で初めて、男子では「知っている」を選んだ者が非経験者群の方が多かったが、今回は再び元に戻ってしまった(ただし有意差はない)結果であった。

薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれるところである。

(3)「シンナー」吸引の繰り返しによる多発神経炎について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、手足の筋肉や神経が衰え、物をつかめなかったり、歩けなくなる(多発神経炎)があるのを知っています

か？」との問いに対する回答の分布を表16に示した。

「知っている」を選んだ生徒の割合は、男子では1996年調査¹⁰⁾、1998年調査¹²⁾、2000年調査²⁰⁾では、経験者群の方が高かったが、2002年調査¹¹⁾では非経験者群の方が割合が高かった。女子では、1996年調査、2000年調査では、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者の割合が高く、1998年調査では、経験者群の方が高かったが、2002年調査¹¹⁾では経験者群の方でわずかに高かった。

今回は、初めて、男女ともに非経験者の方が「知っている」を選んだ生徒の割合の方が多いという結果となった。ただし、統計学的有意差($p < 0.05$)はなく、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

(4)「シンナー」吸引の繰り返しによる有機溶剤精神病について

「『シンナー遊び』を繰り返すと、何もないのに物が見えたり(幻視)、実際には何も聞こえない

表8「シンナー遊び」についての気持ち(未経験者についてのみ)

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

のに、声が聞こえたり（幻聴）、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思ひ込んだり（妄想）する状態（精神病状態）になることがあるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表17に示した。

1996年調査¹⁰⁾では、男女ともに経験者群の方が「知っている」を選んだ者が多く、1998年調査¹¹⁾ではその割合は非経験者群の方が多かったが、男子では有意差がなく、2000年調査¹²⁾では男女共に経験者群の方が割合が高いという結果であった。

2002年調査¹³⁾では、男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群で多く、男子では有意差

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

(5)「シンナー」吸引の繰り返しによる無動機症候群について

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

表9 「シンナー遊び」についてどう思いますか？（法の遵守）

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	法律で禁止されているからすべきではない	31269	(96.3)	259	(61.7)	136	(49.3)	31664	(95.5)
	法律で禁止されているが少々ならかまわない	596	(1.8)	68	(16.2)	9	(3.3)	673	(2.0)
	法律で禁止されているが守る必要はない	498	(1.5)	91	(21.7)	7	(2.5)	596	(1.8)
	無回答	91	(.3)	2	(.5)	124	(44.9)	217	(.7)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
		$(\chi^2 = 1415.628, df = 2, p = .000)$							
女性	法律で禁止されているからすべきではない	30634	(96.1)	173	(54.6)	98	(59.4)	30905	(95.6)
	法律で禁止されているが少々ならかまわない	814	(2.6)	65	(20.5)	8	(4.8)	887	(2.7)
	法律で禁止されているが守る必要はない	323	(1.0)	75	(23.7)	3	(1.8)	401	(1.2)
	無回答	91	(.3)	4	(1.3)	56	(33.9)	151	(.5)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
		$(\chi^2 = 1745.024, df = 2, p = .000)$							
全体	法律で禁止されているからすべきではない	61945	(96.2)	435	(58.5)	234	(52.9)	62614	(95.5)
	法律で禁止されているが少々ならかまわない	1414	(2.2)	134	(18.0)	17	(3.8)	1565	(2.4)
	法律で禁止されているが守る必要はない	824	(1.3)	169	(22.7)	11	(2.5)	1004	(1.5)
	無回答	183	(.3)	6	(.8)	180	(40.7)	369	(.6)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
		$(\chi^2 = 3114.837, df = 2, p = .000)$							

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

		生涯シンナー経験			全体	
		経験なし	経験あり	無回答		
		り				
男性	当然だと思う	29757 (91.7)	235 (56.0)	131 (47.5)	30123 (90.9)	
	仕方のないことだと思う	1496 (4.6)	62 (14.8)	6 (2.2)	1564 (4.7)	
	麻薬・覚せい剤と違ってシンナーくらい禁止しなくてもいいのでは	146 (.4)	35 (8.3)	4 (1.4)	185 (.6)	
	法律で決める必要はなく個人の自由	990 (3.1)	86 (20.5)	9 (3.3)	1085 (3.3)	
	無回答	65 (.2)	2 (.5)	126 (45.7)	193 (.6)	
	合計	32454 (100)	420 (100)	276 (100)	33150 (100)	
		$(\chi^2 = 1003.617, df = 3, p = .000)$				
女性	当然だと思う	29056 (91.2)	149 (47.0)	93 (56.4)	29298 (90.6)	
	仕方のないことだと思う	1752 (5.5)	43 (13.6)	10 (6.1)	1805 (5.6)	
	麻薬・覚せい剤と違ってシンナーくらい禁止しなくてもいいのでは	179 (.6)	44 (13.9)	1 (.6)	224 (.7)	
	法律で決める必要はなく個人の自由	789 (2.5)	78 (24.6)	5 (3.0)	872 (2.7)	
	無回答	86 (.3)	3 (.9)	56 (33.9)	145 (.4)	
	合計	31862 (100)	317 (100)	165 (100)	32344 (100)	
		$(\chi^2 = 1487.908, df = 3, p = .000)$				
全体	当然だと思う	58855 (91.4)	387 (52.0)	224 (50.7)	59466 (90.7)	
	仕方のないことだと思う	3250 (5.0)	105 (14.1)	16 (3.6)	3371 (5.1)	
	麻薬・覚せい剤と違ってシンナーくらい禁止しなくてもいいのでは	326 (.5)	80 (10.8)	5 (1.1)	411 (.6)	
	法律で決める必要はなく個人の自由	1783 (2.8)	167 (22.4)	15 (3.4)	1965 (3.0)	
	無回答	152 (.2)	5 (.7)	182 (41.2)	339 (.5)	
	合計	64366 (100)	744 (100)	442 (100)	65552 (100)	
		$(\chi^2 = 2442.377, df = 3, p = .000)$				

表11 「シンナー遊び」をしている人についてどう思いますか？

		生涯シンナー経験			全体	
		経験なし	経験あり	無回答		
男性	自分には無関係の人	31053 (95.7)	254 (60.5)	140 (50.7)	31447 (94.9)	
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	1052 (3.2)	82 (19.5)	8 (2.9)	1142 (3.4)	
	親しみを感じる	137 (.4)	79 (18.8)	2 (.7)	218 (.7)	
	無回答	212 (.7)	5 (1.2)	126 (45.7)	343 (1.0)	
	合計	32454 (100)	420 (100)	276 (100)	33150 (100)	
		$(\chi^2 = 2519.455, df = 2, p = .000)$			$(\chi^2 = 2534.361, df = 2, p = .000)$	
女性	自分には無関係の人	30132 (94.6)	163 (51.4)	95 (57.6)	30390 (94.0)	
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	1469 (4.6)	90 (28.4)	14 (8.5)	1573 (4.9)	
	親しみを感じる	67 (.2)	58 (18.3)	1 (.6)	126 (.4)	
	無回答	194 (.6)	6 (1.9)	55 (33.3)	255 (.8)	
	合計	31862 (100)	317 (100)	165 (100)	32344 (100)	
		$(\chi^2 = 3110.946, df = 2, p = .000)$			$(\chi^2 = 2870.059, df = 2, p = .000)$	
全体	自分には無関係の人	61228 (95.1)	420 (56.5)	236 (53.4)	61884 (94.4)	
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	2525 (3.9)	173 (23.3)	22 (5.0)	2720 (4.1)	
	親しみを感じる	204 (.3)	140 (18.8)	3 (.7)	347 (.5)	
	無回答	409 (.6)	11 (1.5)	181 (41.0)	601 (.9)	
	合計	64366 (100)	744 (100)	442 (100)	65552 (100)	
		$(\chi^2 = 5590.286, df = 2, p = .000)$			$(\chi^2 = 5342.244, df = 2, p = .000)$	

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

		生涯シンナー経験			全体
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	親しくなりたくない	25163 (77.5)	185 (44.0)	105 (38.0)	25453 (76.8)
	シンナー遊びだけで決めたくない	6956 (21.4)	143 (34.0)	39 (14.1)	7138 (21.5)
	すでに親しい	171 (.5)	87 (20.7)	2 (.7)	260 (.8)
	無回答	164 (.5)	5 (1.2)	130 (47.1)	299 (.9)
	合計	32454 (100)	420 (100)	276 (100)	33150 (100)
$(\chi^2 = 2259.064, df = 2, p = .000)$					
女性	親しくなりたくない	22615 (71.0)	88 (27.8)	70 (42.4)	22773 (70.4)
	シンナー遊びだけで決めたくない	8947 (28.1)	137 (43.2)	36 (21.8)	9120 (28.2)
	すでに親しい	155 (.5)	88 (27.8)	3 (1.8)	246 (.8)
	無回答	145 (.5)	4 (1.3)	56 (33.9)	205 (.6)
	合計	31862 (100)	317 (100)	165 (100)	32344 (100)
$(\chi^2 = 3226.022, df = 2, p = .000)$					
全体	親しくなりたくない	47810 (74.3)	275 (37.0)	175 (39.6)	48260 (73.6)
	シンナー遊びだけで決めたくない	15919 (24.7)	282 (37.9)	76 (17.2)	16277 (24.8)
	すでに親しい	326 (.5)	178 (23.9)	5 (1.1)	509 (.8)
	無回答	311 (.5)	9 (1.2)	186 (42.1)	506 (.8)
	合計	64366 (100)	744 (100)	442 (100)	65552 (100)
$(\chi^2 = 5439.570, df = 2, p = .000)$					

表13 どうして「シンナー遊び」をするのだと思いますか？（複数回答）

		生涯シンナー経験			全体	
		経験なし	経験あり	無回答		
男性	本人に問題	22195 (68.4)	230 (54.8)	146 (52.9)	22571 (68.1)	$(\chi^2 = 35.512, df = 1, p = .000)$
	家庭に問題	16710 (51.5)	204 (48.6)	124 (44.9)	17038 (51.4)	$(\chi^2 = 35.512, df = 1, p = .000)$
	学校に問題	9091 (28.0)	149 (35.5)	68 (24.6)	9308 (28.1)	$(\chi^2 = 11.432, df = 1, p = .001)$
	社会に問題	11073 (34.1)	178 (42.4)	96 (34.8)	11347 (34.2)	$(\chi^2 = 12.513, df = 1, p = .000)$
	無回答	465 (1.4)	15 (3.6)	37 (13.4)	517 (1.6)	
	合計	32454 (100)	420 (100)	276 (100)	33150 (100)	
女性	本人に問題	19257 (60.4)	152 (47.9)	79 (47.9)	19488 (60.3)	$(\chi^2 = 20.474, df = 1, p = .000)$
	家庭に問題	21806 (68.4)	197 (62.1)	98 (59.4)	22101 (68.3)	$(\chi^2 = 5.782, df = 1, p = .018)$
	学校に問題	13161 (41.3)	142 (44.8)	57 (34.5)	13360 (41.3)	$(\chi^2 = 1.672, df = 1, p = .210)$
	社会に問題	11532 (36.2)	125 (39.4)	40 (24.2)	11697 (36.2)	$(\chi^2 = 1.422, df = 1, p = .233)$
	無回答	435 (1.4)	6 (1.9)	22 (13.3)	463 (1.4)	
	合計	31862 (100)	317 (100)	165 (100)	32344 (100)	
全体	本人に問題	41481 (64.4)	386 (51.9)	225 (50.9)	42092 (64.2)	$(\chi^2 = 50.843, df = 1, p = .000)$
	家庭に問題	38547 (59.9)	406 (54.6)	222 (50.2)	39175 (59.8)	$(\chi^2 = 8.662, df = 1, p = .003)$
	学校に問題	22270 (34.6)	295 (39.7)	125 (28.3)	22690 (34.6)	$(\chi^2 = 8.282, df = 1, p = .004)$
	社会に問題	22627 (35.2)	308 (41.4)	137 (31.0)	23072 (35.2)	$(\chi^2 = 12.581, df = 1, p = .000)$
	無回答	904 (1.4)	21 (2.8)	59 (13.3)	984 (1.5)	
	合計	64366 (100)	744 (100)	442 (100)	65552 (100)	

いに対する回答の分布を表18に示した。

男女共に、有意差こそ認められなかったが、「知っている」を選んだ者は経験者群の方で多かった。

この無動機症候群は有機溶剤乱用による害の中でも、特に重篤なものと考えられるが、これまで

の知識普及率が最も低く、ややもすれば身体への害知識の普及に傾きがちな薬物乱用防止教育の今後の最大の課題であろうと考えられることは、従来通りである。

に述べた害の中でも、この無動機症候群について (6)有機溶剤精神病後のフラッシュバック現象について

表14 シンナー遊びによる急性中毒死を知っていますか？

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

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

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

『シンナー遊び』の結果、幻視、幻聴、妄想が出るようになってしまうと、それを治療して治っても、その後「シンナー遊び」をやめていても、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻視、幻聴、妄想が再出現すること（フラッシュバック現象）があるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表19に示した。

これまでの3回の調査¹⁰⁾¹³⁾²⁰⁾では、毎回、男女ともに経験者群の方が「知っている」と答えた者の割合が有意差を持って高かったが、2002年調査²¹⁾では、「知っている」と答えた者の割合は、相変わらず経験者群の方で高いことはそれまでと同じであったが、初めて男子で有意差が認められなかった。今回の結果も2002年調査²¹⁾と同じであり、

表16 「シンナー遊び」を繰り返すと多発神経炎になるのを知っていますか？

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

表17 「シンナー遊び」を繰り返すと精神病状態になるのを知っていますか？

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

いっそうの薬物乱用防止教育の推進が求められる結果であった。

4. 有機溶剤乱用と日常生活の規則性について

(1) 起床時間について

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

男女ともに、非経験者群では80%の者が一定しているを選んだのに対して、経験者群では、63～57%であった。男女共に、経験者群の起床時間は非経験者群のそれに比べて、有意 ($p<0.01$) に乱れていた。

(2) 就床時間について

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

一定しているを選んだ者は、非経験者群では52～50%であったのに対して、経験者群では、約35～34%と低かった。

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

(3) 朝食について

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

非経験者群では男女ともに80%の者が「ほとんど毎日 (食べている)」を選んだのに対して、経験者群では、「ほとんど毎日 (食べている)」を選んだ者は66～57%であった。

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

5. 有機溶剤乱用と学校生活について

(1) 学校生活について

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

男女共に、経験者群と非経験者群とでは、回答の分布に有意差 ($p<0.01$) が認められ、「全く楽しくない」を選んだ者は、非経験者群では、4～3%であったが、経験者群では男子で17%、女子では21%であった。

経験者群で「楽しくない」傾向の者が有意に多いと解釈できる。

(2) クラブ活動について

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

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

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

男女共に、経験者群と非経験者群との間には、回答の分布に有意差（ $p < 0.01$ ）が認められ、非経験者群で「参加していない」を選んだ者は、男女ともに19%であったのに対して、経験者群では、男子で33%、女子で38%の者が「参加していない」を選んだ。

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

6. 有機溶剤乱用と家庭生活について

(1) 家族との夕食頻度

夕食には、「一家団楽」としての意味合いが強いと考え、一週間における家族での夕食頻度を調査した。

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

すべての場合において、回答の分布には有意差（ $p < 0.01$ ）が認められ、かつ、親との夕食頻度は

常に「シンナー遊び」経験者群で低い傾向が示唆された。

また、「父親との夕食頻度」は、「家族全員での夕食頻度」より低く、これは論理の矛盾であるが、この矛盾は、この種の調査で毎回認められていることである⁵⁾¹⁰⁾¹³⁾¹⁴⁾¹⁹⁾²¹⁾。我が国の社会環境の中で、父親が夕食時に帰宅できない事情がかなり定着しており、家族全員での夕食と言ったときには、中学生の解釈では、父親は既に含まれていない傾向が強いことを示していると解釈できる。

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

(2) 一日での大人不在の時間について

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

経験者群、非経験者群間で男女ともに有意差（ $p < 0.01$ ）が認められた。非経験者群で「3時間以上」を選んだ者は、男女ともに16～15%であったのに対して、経験者群では男女ともに約28～30%であった。

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

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

経験者群で、大人不在で過ごす時間が有意に長い傾向があることが示唆された。

(3) 親との相談について

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

男女ともに、回答の分布には有意差 ($p < 0.01$) が認められ、非経験者群で「ほとんど相談しない方である」を選んだ者は、男子で44%、女子で33%であったのに対して、経験者群では男子%、女子%

です。

表20 あなたの起床時間はほぼ一定していますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	はい	26259	(80.9)	266	(63.3)	205	(74.3)	26730	(80.6)
	いいえ	6102	(18.8)	152	(36.2)	68	(24.6)	6322	(19.1)
	無回答	93	(.3)	2	(.5)	3	(1.1)	98	(.3)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
$(\chi^2 = 81.928, df = 1, p = .000)$									
女性	はい	26462	(83.1)	181	(57.1)	123	(74.5)	26766	(82.8)
	いいえ	5323	(16.7)	136	(42.9)	39	(23.6)	5498	(17.0)
	無回答	77	(.2)	0	(.0)	3	(1.8)	80	(.2)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
$(\chi^2 = 152.138, df = 1, p = .000)$									
全体	はい	52754	(82.0)	448	(60.2)	328	(74.2)	53530	(81.7)
	いいえ	11434	(17.8)	294	(39.5)	108	(24.4)	11836	(18.1)
	無回答	178	(.3)	2	(.3)	6	(1.4)	186	(.3)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
$(\chi^2 = 235.742, df = 1, p = .000)$									

表21 あなたの就寝時間はほぼ一定していますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	はい	16922	(52.1)	147	(35.0)	132	(47.8)	17201	(51.9)
	いいえ	15360	(47.3)	269	(64.0)	143	(51.8)	15772	(47.6)
	無回答	172	(.5)	4	(1.0)	1	(.4)	177	(.5)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
$(\chi^2 = 48.034, df = 1, p = .000)$									
女性	はい	15856	(49.8)	109	(34.4)	67	(40.6)	16032	(49.6)
	いいえ	15853	(49.8)	206	(65.0)	96	(58.2)	16155	(49.9)
	無回答	153	(.5)	2	(.6)	2	(1.2)	157	(.5)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
$(\chi^2 = 29.594, df = 1, p = .000)$									
全体	はい	32800	(51.0)	256	(34.4)	199	(45.0)	33255	(50.7)
	いいえ	31232	(48.5)	482	(64.8)	240	(54.3)	31954	(48.7)
	無回答	334	(.5)	6	(.8)	3	(.7)	343	(.5)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
$(\chi^2 = 79.834, df = 1, p = .000)$									

表22 毎朝、朝食を食べていますか？

		生涯シンナー経験						全体
		経験なし		経験あり		無回答		
男性	ほとんど毎日食べている	27190	(83.8)	278	(66.2)	211	(76.4)	27679 (83.5)
	時々食べる	3280	(10.1)	67	(16.0)	31	(11.2)	3378 (10.2)
	ほとんど食べない	1905	(5.9)	73	(17.4)	30	(10.9)	2008 (6.1)
	無回答	79	(.2)	2	(.5)	4	(1.4)	85 (.3)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150 (100)
$(\chi^2 = 120.854, df = 2, p = .000)$								
女性	ほとんど毎日食べている	27062	(84.9)	180	(56.8)	124	(75.2)	27366 (84.6)
	時々食べる	3111	(9.8)	57	(18.0)	26	(15.8)	3194 (9.9)
	ほとんど食べない	1617	(5.1)	78	(24.6)	14	(8.5)	1709 (5.3)
	無回答	72	(.2)	2	(.6)	1	(.6)	75 (.2)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344 (100)
$(\chi^2 = 279.317, df = 2, p = .000)$								
全体	ほとんど毎日食べている	54285	(84.3)	461	(62.0)	335	(75.8)	55081 (84.0)
	時々食べる	6399	(9.9)	125	(16.8)	58	(13.1)	6582 (10.0)
	ほとんど食べない	3526	(5.5)	154	(20.7)	44	(10.0)	3724 (5.7)
	無回答	156	(.2)	4	(.5)	5	(1.1)	165 (.3)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552 (100)
$(\chi^2 = 380.911, df = 2, p = .000)$								

表23 あなたにとって、学校生活は次のどれですか？

		生涯シンナー経験						全体
		経験なし		経験あり		無回答		
男性	とても楽しい	11898	(36.7)	131	(31.2)	92	(33.3)	12121 (36.6)
	どちらかといえば楽しい	15634	(48.2)	162	(38.6)	124	(44.9)	15920 (48.0)
	あまり楽しくない	3698	(11.4)	53	(12.6)	39	(14.1)	3790 (11.4)
	まったく楽しくない	1151	(3.5)	72	(17.1)	20	(7.2)	1243 (3.7)
	無回答	73	(.2)	2	(.5)	1	(.4)	76 (.2)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150 (100)
$(\chi^2 = 218.455, df = 3, p = .000)$								
女性	とても楽しい	13476	(42.3)	81	(25.6)	60	(36.4)	13617 (42.1)
	どちらかといえば楽しい	13806	(43.3)	123	(38.8)	63	(38.2)	13992 (43.3)
	あまり楽しくない	3641	(11.4)	46	(14.5)	27	(16.4)	3714 (11.5)
	まったく楽しくない	870	(2.7)	66	(20.8)	14	(8.5)	950 (2.9)
	無回答	69	(.2)	1	(.3)	1	(.6)	71 (.2)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344 (100)
$(\chi^2 = 378.461, df = 3, p = .000)$								
全体	とても楽しい	25391	(39.4)	215	(28.9)	152	(34.4)	25758 (39.3)
	どちらかといえば楽しい	29457	(45.8)	286	(38.4)	188	(42.5)	29931 (45.7)
	あまり楽しくない	7345	(11.4)	99	(13.3)	66	(14.9)	7510 (11.5)
	まったく楽しくない	2024	(3.1)	141	(19.0)	34	(7.7)	2199 (3.4)
	無回答	149	(.2)	3	(.4)	2	(.5)	154 (.2)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552 (100)
$(\chi^2 = 585.428, df = 3, p = .000)$								

で45%であった。

経験者群の方で、親との相談が少ない傾向にあることが示唆された。

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

7. 有機溶剤乱用と友人関係について

(1)遊び友達について

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

男女ともに、経験者群と非経験者群との間には有意差 ($p<0.01$) が認められた。男女ともに、経験者群の方で、「親しく遊べる友人がいない」を選んだ生徒が多いのは、これまでの同種の調査結果⁵⁾¹⁰⁾¹³⁾¹⁴⁾²⁰⁾²¹⁾と同じであった。

(2)相談事のできる友人について

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

男女ともに、経験者群・非経験者群間で有意差 ($p<0.01$) が認められ、「(相談できる友人は) いない」を選んだ者は、非経験者群の男子で19%、女子で10%であったのに対して、経験者群では男子で32%、女子で27%と、違いが認められた。

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

2. 喫煙について

1. 喫煙の広がりについて

(1)喫煙の生涯経験率について

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

生涯経験率と学年の間には、男女ともに有意差

表24 クラブ活動 (部活) には参加していますか？

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

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

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

(2) 喫煙の1年経験率について

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

生涯経験率と同様に、1年経験率 (1年喫煙率) と学年との間には、男女ともに有意差が認められ

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

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

2. 喫煙に対する捉え方

(1) 喫煙と法の遵守について

「未成年者の喫煙は法律で禁じられていますが、あなたは未成年者の喫煙をどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表34に示した。

表25 夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？

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

回答の分布には、男女共に有意差 ($p < 0.01$) が認められ、未経験者群では、男女共に90%弱の者が「法律で禁じられているから、吸うべきでない」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は男女共に57~50%しかおらず、逆に「法律で禁じられてはいるが、全然かまわない」を選んだ者が男女ともに13%いた（未経験群では、それぞれ3%、2%）。

(2)喫煙と法規制の必要性について

「未成年者の喫煙禁止をどう思いますか？」に対する回答の分布を表35に示した。

回答の分布には、男女共に有意差が認められ ($p < 0.01$)、未経験者群では男女共に75~74%の者が「当然だと思う」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は、男子で38%、女子で31%であり、18~21%の者が「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う」を選んでいた。

表26 母親と週何回くらい夕食を食べますか？

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

これを「シンナー遊び」に関する法規制の必要性（表10）と比べた場合、「当然だと思う」を選んだ者は、「シンナー遊び」非経験者群では、男女共に約91～92%であったわけで、喫煙に関しては約16%強の低下と言うことになる。

3. 喫煙による医学的害について

「健康面から、喫煙をどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表36に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（ $p < 0.01$ ）が認められ、未経験者群では男性の83%、女性の86%が「害ばかりで良い面はない」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は、男女共に64～62%であり、「害もあるが良い面もある」を選んだ者が28～31%いた。

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

表27 父親と週何回くらい夕食を食べますか？

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

4. 生涯喫煙経験と日常生活の規則性について

いうことになるが、その差は小さいものである。

1) 起床時間について

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

非経験者群では83～85%の者が「一定している」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は69%台であった。男女共に、経験者群の起床時間は非経験者群のそれに比べて、有意 ($p < 0.01$) に乱れていた。

「シンナー遊び」経験者群では、36～43%の者が「一定していない」を選んでいて(表20)が、生涯喫煙者群では約30%であり、生涯喫煙者群は「シンナー遊び」経験者群ほどは乱れていないと

(2) 就床時間について

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

男女ともに、非経験者群では54～52%の者が「一定している」と答えたのに対して、経験者群では、約61～68%の者が一定していないと答えた。

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

「シンナー遊び」経験者群では、64～65% (表21) の者が「一定していない」を選んでいて、生涯喫煙者群では61～68%であり、「シンナー遊び」経験者群とほとんど差がなかった。

表28 大人が不在の状態、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	なし、あるいはほとんどなし	9789	(30.2)	92	(21.9)	76	(27.5)	9957	(30.0)
	1時間未満	6343	(19.5)	84	(20.0)	36	(13.0)	6463	(19.5)
	1時間以上2時間未満	6451	(19.9)	70	(16.7)	55	(19.9)	6576	(19.8)
	2時間以上3時間未満	4416	(13.6)	47	(11.2)	44	(15.9)	4507	(13.6)
	3時間以上	5175	(15.9)	118	(28.1)	50	(18.1)	5343	(16.1)
	無回答	280	(.9)	9	(2.1)	15	(5.4)	304	(.9)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
		$(\chi^2 = 51.989, df = 4, p = .000)$							
女性	なし、あるいはほとんどなし	11728	(36.8)	84	(26.5)	54	(32.7)	11866	(36.7)
	1時間未満	5147	(16.2)	40	(12.6)	19	(11.5)	5206	(16.1)
	1時間以上2時間未満	5621	(17.6)	47	(14.8)	25	(15.2)	5693	(17.6)
	2時間以上3時間未満	4209	(13.2)	46	(14.5)	23	(13.9)	4278	(13.2)
	3時間以上	4877	(15.3)	94	(29.7)	35	(21.2)	5006	(15.5)
	無回答	280	(.9)	6	(1.9)	9	(5.5)	295	(.9)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
		$(\chi^2 = 55.683, df = 4, p = .000)$							
全体	なし、あるいはほとんどなし	21528	(33.4)	178	(23.9)	130	(29.4)	21836	(33.3)
	1時間未満	11497	(17.9)	126	(16.9)	56	(12.7)	11679	(17.8)
	1時間以上2時間未満	12079	(18.8)	117	(15.7)	80	(18.1)	12276	(18.7)
	2時間以上3時間未満	8631	(13.4)	93	(12.5)	67	(15.2)	8791	(13.4)
	3時間以上	10065	(15.6)	215	(28.9)	85	(19.2)	10365	(15.8)
	無回答	566	(.9)	15	(2.0)	24	(5.4)	605	(.9)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
		$(\chi^2 = 107.463, df = 4, p = .000)$							

表29 悩み事があるとき、親と相談する方だと思いますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	よく相談する	2864	(8.8)	41	(9.8)	17	(6.2)	2922	(8.8)
	どちらかといえば相談する	6718	(20.7)	47	(11.2)	40	(14.5)	6805	(20.5)
	どちらかといえば相談しない	8347	(25.7)	78	(18.6)	46	(16.7)	8471	(25.6)
	ほとんど相談しない	14295	(44.0)	213	(50.7)	80	(29.0)	14588	(44.0)
	親がいない	129	(.4)	35	(8.3)	5	(1.8)	169	(.5)
	無回答	101	(.3)	6	(1.4)	88	(31.9)	195	(.6)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
$(\chi^2 = 560.581, df = 4, p = .000)$									
女性	よく相談する	5335	(16.7)	22	(6.9)	16	(9.7)	5373	(16.6)
	どちらかといえば相談する	8796	(27.6)	56	(17.7)	31	(18.8)	8883	(27.5)
	どちらかといえば相談しない	7021	(22.0)	58	(18.3)	34	(20.6)	7113	(22.0)
	ほとんど相談しない	10526	(33.0)	142	(44.8)	57	(34.5)	10725	(33.2)
	親がいない	118	(.4)	38	(12.0)	1	(.6)	157	(.5)
	無回答	66	(.2)	1	(.3)	26	(15.8)	93	(.3)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
$(\chi^2 = 919.234, df = 4, p = .000)$									
全体	よく相談する	8205	(12.7)	63	(8.5)	33	(7.5)	8301	(12.7)
	どちらかといえば相談する	15515	(24.1)	103	(13.8)	71	(16.1)	15689	(23.9)
	どちらかといえば相談しない	15379	(23.9)	137	(18.4)	80	(18.1)	15596	(23.8)
	ほとんど相談しない	24852	(38.6)	357	(48.0)	137	(31.0)	25346	(38.7)
	親がいない	247	(.4)	76	(10.2)	6	(1.4)	329	(.5)
	無回答	168	(.3)	8	(1.1)	115	(26.0)	291	(.4)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
$(\chi^2 = 1513.885, df = 4, p = .000)$									

表30 親しく遊べる友人がいますか？

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

(3)朝食について

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

非経験者群では男女ともに86~87%の者が「ほとんど毎日食べている」を選んだのに対して、経験者群では、「ほとんど毎日食べている」を選んだ者は68~66%であった。

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

しかし、「シンナー遊び」経験者群では、「ほとんど毎日食べている」を選んだ者は66~57% (表2) であり、生涯喫煙者群での朝食頻度は、「シンナー遊び」経験者群よりは高いようである。

5. 喫煙経験と学校生活について

(1)学校生活について

「あなたにとって、学校生活は次のどれです

表31 相談事のできる友人がいますか？

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

表32 喫煙の生涯経験率

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

か？」との問いに関する関係を表40に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群とでは、回答の分布に有意差 ($p < 0.01$) が認められ、「まったく楽しくない」を選んだ者は、非経験者群では3

～2%であり、経験者群では男女共に7.5～7.6%であり、経験者群に「楽しくない」傾向の者が有意に多かった。

しかし、「シンナー遊び」経験者群のそれぞれ4

表33 喫煙の1年経験率

		1年		2年		3年		全体	
男性	経験なし	10630	(95.9)	10077	(93.5)	10152	(90.0)	30859	(93.1)
	経験あり	386	(3.5)	638	(5.9)	1047	(9.3)	2071	(6.2)
	無回答	65	(.6)	68	(.6)	87	(.8)	220	(.7)
	合計	11081	(100)	10783	(100)	11286	(100)	33150	(100)
$(\chi^2 = 324.947, df = 2, p = .000)$									
女性	経験なし	10213	(96.9)	10130	(94.7)	10275	(92.6)	30618	(94.7)
	経験あり	280	(2.7)	528	(4.9)	781	(7.0)	1589	(4.9)
	無回答	51	(.5)	40	(.4)	46	(.4)	137	(.4)
	合計	10544	(100)	10698	(100)	11102	(100)	32344	(100)
$(\chi^2 = 221.785, df = 2, p = .000)$									
全体	経験なし	20859	(96.4)	20224	(94.1)	20440	(91.2)	61523	(93.9)
	経験あり	668	(3.1)	1167	(5.4)	1835	(8.2)	3670	(5.6)
	無回答	118	(.5)	108	(.5)	133	(.6)	359	(.5)
	合計	21645	(100)	21499	(100)	22408	(100)	65552	(100)
$(\chi^2 = 545.140, df = 2, p = .000)$									

表34 未成年の喫煙をどう思いますか？ (法の遵守)

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	法律で禁じられているから吸うべきではない	25012	(89.6)	2766	(56.5)	209	(58.4)	27987	(84.4)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	1959	(7.0)	1454	(29.7)	45	(12.6)	3458	(10.4)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	819	(2.9)	652	(13.3)	8	(2.2)	1479	(4.5)
	無回答	110	(.4)	20	(.4)	96	(26.8)	226	(.7)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
$(\chi^2 = 3601.783, df = 2, p = .000)$									
女性	法律で禁じられているから吸うべきではない	25598	(89.7)	1784	(49.7)	155	(65.7)	27535	(85.1)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	2261	(7.9)	1298	(36.2)	34	(14.4)	3593	(11.1)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	591	(2.1)	477	(13.3)	9	(3.8)	1077	(3.3)
	無回答	72	(.3)	27	(.8)	38	(16.1)	137	(.4)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
$(\chi^2 = 4117.894, df = 2, p = .000)$									
全体	法律で禁じられているから吸うべきではない	50638	(89.7)	4558	(53.6)	365	(61.2)	55561	(84.8)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	4225	(7.5)	2753	(32.4)	79	(13.3)	7057	(10.8)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	1414	(2.5)	1138	(13.4)	17	(2.9)	2569	(3.9)
	無回答	183	(.3)	47	(.6)	135	(22.7)	365	(.6)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
$(\chi^2 = 7639.905, df = 2, p = .000)$									

表35 未成年の喫煙禁止をどう思いますか？（法規制の必要性）

		生涯喫煙経験			全体	
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答		
男性	当然だと思う	20851 (74.7)	1845 (37.7)	156 (43.6)	22852	(68.9)
	仕方のないことだと思う	5002 (17.9)	1781 (36.4)	73 (20.4)	6856	(20.7)
	未成年者が吸えないのはおかしい	345 (1.2)	350 (7.2)	6 (1.7)	701	(2.1)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1595 (5.7)	887 (18.1)	29 (8.1)	2511	(7.6)
	無回答	107 (.4)	29 (.6)	94 (26.3)	230	(.7)
	合計	27900 (100)	4892 (100)	358 (100)	33150	(100)
		$(\chi^2 = 3051.033, df = 3, p = .000)$				
女性	当然だと思う	20966 (73.5)	1093 (30.5)	124 (52.5)	22183	(68.6)
	仕方のないことだと思う	5660 (19.8)	1363 (38.0)	51 (21.6)	7074	(21.9)
	未成年者が吸えないのはおかしい	381 (1.3)	349 (9.7)	8 (3.4)	738	(2.3)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1418 (5.0)	760 (21.2)	21 (8.9)	2199	(6.8)
	無回答	97 (.3)	21 (.6)	32 (13.6)	150	(.5)
	合計	28522 (100)	3586 (100)	236 (100)	32344	(100)
		$(\chi^2 = 3569.350, df = 3, p = .000)$				
全体	当然だと思う	41838 (74.1)	2942 (34.6)	280 (47.0)	45060	(68.7)
	仕方のないことだと思う	10669 (18.9)	3149 (37.1)	125 (21.0)	13943	(21.3)
	未成年者が吸えないのはおかしい	729 (1.3)	700 (8.2)	14 (2.3)	1443	(2.2)
	法律で決める必要はなく個人の自由	3019 (5.3)	1655 (19.5)	50 (8.4)	4724	(7.2)
	無回答	205 (.4)	50 (.6)	127 (21.3)	382	(.6)
	合計	56460 (100)	8496 (100)	596 (100)	65552	(100)
		$(\chi^2 = 6496.066, df = 3, p = .000)$				

表36 健康面から喫煙をどう思いますか？

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

～3%、17～21% (表23) とは大きく異なっていた。

すか？」との問いに対する回答の関係を表41に示した。

(2) クラブ活動について

「放課後のクラブ活動（部活）に参加していま

男女共に、経験者群と非経験者群との間には、回答の分布に有意差 ($p < 0.01$) が認められ、非経験者群で「参加していない」を選んだ者は18%であったのに対して、経験者群では、男子で26%、

表37 起床時間は一定していますか？

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

表38 就寝時間は一定していますか？

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

女子で32%の者が「参加していない」を選んだ。

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

しかしここでも、「シンナー遊び」経験者群のそれぞれは、19～20%、33～38%（表24）であり、大きく異なっていた。

6. 生涯喫煙経験と家庭生活について

(1) 家族との夕食頻度

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

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

（表25～27参照）。

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

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

(2) 一日での大人不在の時間について

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

経験者群、非経験者群間で男女ともに統計学的有意差（ $p < 0.01$ ）が認められ、非経験者群で「3時間以上」を選んだ者は、142%であるのに対して、経験者群では26～30%であった。

表39 毎朝、朝食を食べますか？

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

表40 あなたにとって学校生活は？

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

表41 クラブ活動に参加していますか？

		生涯喫煙経験						全体	
		喫煙経験なし		喫煙経験あり		無回答			
男性	積極的に参加している	19453	(69.7)	2774	(56.7)	217	(60.6)	22444	(67.7)
	消極的に参加している	3231	(11.6)	773	(15.8)	51	(14.2)	4055	(12.2)
	参加していない	4972	(17.8)	1290	(26.4)	82	(22.9)	6344	(19.1)
	無回答	244	(.9)	55	(1.1)	8	(2.2)	307	(.9)
	合計	27900	(100)	4892	(100)	358	(100)	33150	(100)
		$(\chi^2 = 324.644, df = 2, p = .000)$							
女性	積極的に参加している	19666	(69.0)	1806	(50.4)	149	(63.1)	21621	(66.8)
	消極的に参加している	3293	(11.5)	569	(15.9)	24	(10.2)	3886	(12.0)
	参加していない	5238	(18.4)	1162	(32.4)	58	(24.6)	6458	(20.0)
	無回答	325	(1.1)	49	(1.4)	5	(2.1)	379	(1.2)
	合計	28522	(100)	3586	(100)	236	(100)	32344	(100)
		$(\chi^2 = 529.953, df = 2, p = .000)$							
全体	積極的に参加している	39138	(69.3)	4587	(54.6)	367	(61.6)	44092	(67.3)
	消極的に参加している	6530	(11.6)	1346	(15.8)	76	(12.8)	7952	(12.1)
	参加していない	10220	(18.1)	2458	(28.9)	140	(23.5)	12818	(19.6)
	無回答	572	(1.0)	105	(1.2)	13	(2.2)	690	(1.1)
	合計	56460	(100)	8496	(100)	596	(100)	65552	(100)
		$(\chi^2 = 814.308, df = 2, p = .000)$							

経験者群で大人不在の時間が有意に長い傾向が示唆された。

この傾向は、有機溶剤乱用の経験の有無の場合と同様であるが、「シンナー遊び」経験者群で「3時間以上」を選んだ者の割合は、男子で28%、女子で30%（表28）であり、有機溶剤経験者群と喫煙経験者群とでは、その差は2~0%と少なかった。

(3) 親との相談について

「悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？」との問いに対する回答の分布を表46に

示した。

男女ともに、回答の分布に有意差（ $p < 0.01$ ）が認められ、非経験者群で「ほとんど相談しない方である」を選んだ者は、男子で42%、女子で32%であるのに対して、経験者群ではそれぞれ55%、43%であった。

この結果は、有機溶剤乱用の有無による場合（表29：男子で51%、女子で45%）に比べて、男子で4%、女子では2%しか違わない結果であった。

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

表42 週何回、家族全員で夕食を食べますか？

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

であった。

7. 喫煙と友人関係について

(1) 遊び友達について

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

男女ともに、「いない」と答えた者は経験者群

で多い傾向が何え、男女ともに経験者群と非経験者群との間に有意差 ($p < 0.01$) が認められた。しかし、数字からは、ほとんど差がないと解釈した方が現実的のように思われる結果であった。

(2) 相談事のできる友人について

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

表43 週何回、母親と夕食を食べますか？

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

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

3. 飲酒について

わが国では、中学生といえども、飲酒の生涯経験率（これまでに1回でも飲酒したことのある率）

は、男子では約75%、女子では68%と高く⁷⁸⁾、飲酒機会から見たその内容は、「冠婚葬祭時」及び「家で家族と共に」の飲酒が多い⁷⁹⁾こともあり、飲酒の生涯経験から中学生の飲酒を論じて、ほとんど意味がないため⁷⁸⁾、本報告書では、飲酒機会ごとの生涯経験率を表49、「シンナー遊び」の経験と飲酒の経験・機会を表50に示すのみとした。

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

表44 週何回、父親と夕食を食べますか？

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

機会別では、男女共に「冠婚葬祭時」「家族と食事などで」での飲酒経験率が高かった。しかし、3年生で「クラス会、打ち上げなど」「カラオケ、居酒屋など」「自分の部屋など」での飲酒経験率が急増していた（表49）。

4. 「シンナー遊び」と他の依存性薬物使用との関係

1. 「シンナー遊び」と飲酒との関係

「シンナー遊び」の経験の有無と生涯飲酒経験率及びその機会との関係を表50に示した。

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

また、男子の「冠婚葬祭時」を除けば、全ての場合において有機溶剤乱用経験者群で飲酒経験率が有意に高かった（表50）。特に「クラス会、打ち上げなど」「カラオケ、居酒屋など」「自分の部屋など」「一人で」での両群の違いは著しく、大人の同席しない場での飲酒問題を改めた確認することとなった⁷¹⁾。

家族の要因は解釈が難しいが、上記の結果は、「シンナー遊び」における「仲間」の存在とその影響力の大きさの一側面を物語っていると解釈される。

2. 「シンナー遊び」と喫煙との関係

「シンナー遊び」経験の有無と喫煙経験との関係を表51に示した。

「シンナー遊び」経験の有無と喫煙経験の有無

表45 一日の大人不在の平均時間

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

表46 親と相談するか

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

表47 親しく遊べる友人はいますか？

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

との間には、男女共に有意差が認められた ($P < 0.01$)。つまり、喫煙経験は、「シンナー遊び」経験者群に有意に多い。「シンナー遊び」未経験者群での喫煙経験者は、男子で14%、女子で11%であるのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、男子で50%、女子で56%と、両群間には著しい違いがあった。

一方、喫煙経験の有無から「シンナー遊び」の経験の有無を見たのが、表52である。喫煙経験のない者の中で有機溶剤乱用経験がある者は、男子で0.7%、女子で0.5%に過ぎないが、喫煙経験のある者では男子で4.3%、女子で4.9%であり、両群には有意差が認められた。

これらは、中学生にとっての喫煙が「シンナー遊び」と強い繋がりを持っていることを強く示唆するものである。

3. 「シンナー遊び」と大麻乱用との関係

(1) 大麻乱用の生涯経験率について

各学年・性別毎に大麻乱用の生涯経験率（これまでに1回でも乱用したことのある率）を表53に示した。

男女ともに、学年があがるに連れて生涯経験率も高くなる結果であった。生涯経験率は男子では0.6%（1年生で0.4%、2年生で0.7%、3年生で0.7%）であり、女子では0.4%（1年生で0.3%、2年生で0.

4%、3年生で0.5%）であった。全体では0.5%（1年生で0.4%、2年生で0.5%、3年生で0.6%）であった。この生涯経験率の年次推移は考察で論じる。

(2) 「シンナー遊び」と大麻乱用との関係

「シンナー遊び」の経験と大麻乱用の経験との関係を表54に示した。

結果には男女ともに有意差 ($p < 0.01$) が認められ、「シンナー遊び」未経験者では、男子で0.3%、女子で0.1%の者が大麻乱用の経験があると答えたのに対して、経験者群では、男子で24.5%、女子で26.2%の者が大麻乱用の経験があると答えた。

この両群による違いは、1996年調査～2002年調査の結果と同じ傾向であり、「シンナー遊び」と大麻乱用との関係を強く示唆している。

(3) 大麻吸引に対する意識について

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

回答の分布には、男女共に有意差 ($p < 0.01$) が認められた。「シンナー遊び」未経験者群では、男女共に96～97%の者が「吸うべきではないと思う」を選んだのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、それを選んだ者は、男子で68%、女子で64%

表48 相談事の出来る友人はいますか？

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

であり、20～21%の者が「まったくかまわない」と答えた。

また、「麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない」と答えた者も、「シンナー遊び」経験者で、男子で10%、女子で13%おり、麻薬・覚せい剤に比べて、大麻の害を軽視する傾向が伺われた。

(4) 大麻乱用による医学的害について

「大麻を吸うと、精神病状態や無動機症候群に

なることがあるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表56に示した。

2002年調査¹¹⁾では、「知っている」を選んだ者は男女ともに有機溶剤乱用経験者群の方がわずかに多かった（有意差はない）が、今回は、非経験者群の方が多い結果であった（ただし有意差なし）。

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

表49 飲酒の生涯経験率

	1年	2年	3年	全体		
男性						
飲んだ経験なし	5333 (48.1)	4484 (41.6)	3932 (34.8)	13749 (41.5)	$\chi^2 = 406.792, df = 2, p = .000$	
冠婚葬祭	3448 (31.1)	3804 (35.3)	4266 (37.8)	11518 (34.7)	$\chi^2 = 112.131, df = 2, p = .000$	
家族と食事などで	2841 (25.6)	3270 (30.3)	3858 (34.2)	9969 (30.1)	$\chi^2 = 194.650, df = 2, p = .000$	
クラス会、打ち上げなど	437 (3.9)	527 (4.9)	940 (8.3)	1904 (5.7)	$\chi^2 = 220.253, df = 2, p = .000$	
カラオケ、居酒屋など	238 (2.1)	334 (3.1)	532 (4.7)	1104 (3.3)	$\chi^2 = 117.043, df = 2, p = .000$	
自分の部屋など	256 (2.3)	555 (5.1)	1104 (9.8)	1915 (5.8)	$\chi^2 = 585.121, df = 2, p = .000$	
一人で	370 (3.3)	563 (5.2)	1018 (9.0)	1951 (5.9)	$\chi^2 = 338.510, df = 2, p = .000$	
その他の機会に	28 (.3)	24 (.2)	25 (.2)	77 (.2)		
無回答	55 (.5)	40 (.4)	58 (.5)	153 (.5)		
合計	11081 (100)	10783 (100)	11286 (100)	33150 (100)		
女性						
飲んだ経験なし	5345 (50.7)	4531 (42.4)	4111 (37.0)	13987 (43.2)	$\chi^2 = 416.489, df = 2, p = .000$	
冠婚葬祭	2977 (28.2)	3610 (33.7)	3895 (35.1)	10482 (32.4)	$\chi^2 = 128.871, df = 2, p = .000$	
家族と食事などで	3027 (28.7)	3741 (35.0)	4326 (39.0)	11094 (34.3)	$\chi^2 = 255.680, df = 2, p = .000$	
クラス会、打ち上げなど	320 (3.0)	554 (5.2)	922 (8.3)	1796 (5.6)	$\chi^2 = 290.644, df = 2, p = .000$	
カラオケ、居酒屋など	243 (2.3)	376 (3.5)	560 (5.0)	1179 (3.6)	$\chi^2 = 116.328, df = 2, p = .000$	
自分の部屋など	286 (2.7)	628 (5.9)	1054 (9.5)	1968 (6.1)	$\chi^2 = 436.488, df = 2, p = .000$	
一人で	286 (2.7)	525 (4.9)	712 (6.4)	1523 (4.7)	$\chi^2 = 166.475, df = 2, p = .000$	
その他の機会に	30 (.3)	20 (.2)	16 (.1)	66 (.2)		
無回答	52 (.5)	24 (.2)	37 (.3)	113 (.3)		
合計	10544 (100)	10698 (100)	11102 (100)	32344 (100)		
全体						
飲んだ経験なし	10682 (49.4)	9021 (42.0)	8048 (35.9)	27751 (42.3)	$\chi^2 = 815.902, df = 2, p = .000$	
冠婚葬祭	6435 (29.7)	7420 (34.5)	8167 (36.4)	22022 (33.6)	$\chi^2 = 234.774, df = 2, p = .000$	
家族と食事などで	5874 (27.1)	7015 (32.6)	8192 (36.6)	21081 (32.2)	$\chi^2 = 451.093, df = 2, p = .000$	
クラス会、打ち上げなど	760 (3.5)	1082 (5.0)	1866 (8.3)	3708 (5.7)	$\chi^2 = 501.873, df = 2, p = .000$	
カラオケ、居酒屋など	484 (2.2)	712 (3.3)	1096 (4.9)	2292 (3.5)	$\chi^2 = 233.216, df = 2, p = .000$	
自分の部屋など	544 (2.5)	1187 (5.5)	2164 (9.7)	3895 (5.9)	$\chi^2 = 1015.550, df = 2, p = .000$	
一人で	658 (3.0)	1090 (5.1)	1734 (7.7)	3482 (5.3)	$\chi^2 = 486.930, df = 2, p = .000$	
その他の機会に	59 (.3)	44 (.2)	41 (.2)	144 (.2)		
無回答	107 (.5)	65 (.3)	96 (.4)	268 (.4)		
合計	21645 (100)	21499 (100)	22408 (100)	65552 (100)		

4. 「シンナー遊び」と覚せい剤乱用との関係

4% (1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.4%) であり、全体では0.5% (0.3%、0.5%、0.6%) であった。

(1) 覚せい剤乱用の生涯経験率について

この生涯経験率の年次推移は考察で論じる。

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

覚せい剤の生涯経験率は、男子では0.5% (1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.7%) で、女子では0.

(2) 「シンナー遊び」と覚せい剤乱用経験との関係

「シンナー遊び」の経験と覚せい剤乱用経験と

表50 「シンナー遊び」経験と飲酒の経験・機会 (複数回答)

	生涯シンナー経験			全体		
	経験なし	経験あり	無回答			
男性						
飲んだ経験なし	13606 (41.9)	70 (16.7)	73 (26.4)	13749 (41.5)	$(\chi^2 = 108.875, df=1, p=.000)$	
冠婚葬祭	11291 (34.8)	164 (39.0)	63 (22.8)	11518 (34.7)	$(\chi^2 = 3.309, df=1, p=.069)$	
家族と食事などで	9733 (30.0)	182 (43.3)	54 (19.6)	9969 (30.1)	$(\chi^2 = 35.046, df=1, p=.000)$	
クラス会、打ち上げなど	1810 (5.6)	77 (18.3)	17 (6.2)	1904 (5.7)	$(\chi^2 = 124.693, df=1, p=.000)$	
カラオケ、居酒屋など	1031 (3.2)	61 (14.5)	12 (4.3)	1104 (3.3)	$(\chi^2 = 166.237, df=1, p=.000)$	
自分の部屋など	1788 (5.5)	103 (24.5)	24 (8.7)	1915 (5.8)	$(\chi^2 = 276.518, df=1, p=.000)$	
一人で	1802 (5.6)	125 (29.8)	24 (8.7)	1951 (5.9)	$(\chi^2 = 440.392, df=1, p=.000)$	
その他の機会に	73 (.2)	1 (.2)	3 (1.1)	77 (.2)		
無回答	62 (.2)	3 (.7)	88 (31.9)	153 (.5)		
合計	32454 (100)	420 (100)	276 (100)	33150 (100)		
女性						
飲んだ経験なし	13899 (43.6)	44 (13.9)	44 (26.7)	13987 (43.2)	$(\chi^2 = 113.076, df=1, p=.000)$	
冠婚葬祭	10313 (32.4)	129 (40.7)	40 (24.2)	10482 (32.4)	$(\chi^2 = 9.927, df=1, p=.002)$	
家族と食事などで	10891 (34.2)	145 (45.7)	58 (35.2)	11094 (34.3)	$(\chi^2 = 18.613, df=1, p=.000)$	
クラス会、打ち上げなど	1700 (5.3)	85 (26.8)	11 (6.7)	1796 (5.6)	$(\chi^2 = 276.364, df=1, p=.000)$	
カラオケ、居酒屋など	1089 (3.4)	81 (25.6)	9 (5.5)	1179 (3.6)	$(\chi^2 = 438.893, df=1, p=.000)$	
自分の部屋など	1840 (5.8)	110 (34.7)	18 (10.9)	1968 (6.1)	$(\chi^2 = 461.323, df=1, p=.000)$	
一人で	1400 (4.4)	106 (33.4)	17 (10.3)	1523 (4.7)	$(\chi^2 = 593.543, df=1, p=.000)$	
その他の機会に	62 (.2)	3 (.9)	1 (.6)	66 (.2)		
無回答	79 (.2)	1 (.3)	33 (20.0)	113 (.3)		
合計	31862 (100)	317 (100)	165 (100)	32344 (100)		
全体						
飲んだ経験なし	27520 (42.8)	114 (15.3)	117 (26.5)	27751 (42.3)	$(\chi^2 = 226.581, df=1, p=.000)$	
冠婚葬祭	21623 (33.6)	296 (39.8)	103 (23.3)	22022 (33.6)	$(\chi^2 = 12.824, df=1, p=.000)$	
家族と食事などで	20637 (32.1)	331 (44.5)	113 (25.6)	21081 (32.2)	$(\chi^2 = 52.026, df=1, p=.000)$	
クラス会、打ち上げなど	3514 (5.5)	166 (22.3)	28 (6.3)	3708 (5.7)	$(\chi^2 = 391.718, df=1, p=.000)$	
カラオケ、居酒屋など	2124 (3.3)	147 (19.8)	21 (4.8)	2292 (3.5)	$(\chi^2 = 591.821, df=1, p=.000)$	
自分の部屋など	3634 (5.6)	219 (29.4)	42 (9.5)	3895 (5.9)	$(\chi^2 = 747.650, df=1, p=.000)$	
一人で	3206 (5.0)	235 (31.6)	41 (9.3)	3482 (5.3)	$(\chi^2 = 1040.055, df=1, p=.000)$	
その他の機会に	135 (.2)	5 (.7)	4 (.9)	144 (.2)		
無回答	143 (.2)	4 (.5)	121 (27.4)	268 (.4)		
合計	64366 (100)	744 (100)	442 (100)	65552 (100)		

の関係を表58に示した。

「シンナー遊び」未経験者では、覚せい剤乱用の経験があると選んだ者は、男子で0.2%、女子で0.1%、全体で0.2%であったのに対して、「シンナー遊び」経験者では、男子で22.6%、女子で25.9%の者が、覚せい剤の乱用経験ありを選んだ。

これも、過去3回の本調査と同じ結果であり、大麻同様、中学生における「シンナー遊び」と覚

せい剤乱用との関係を強く示唆するものであった。

(3) 覚せい剤乱用による医学的害について

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

表51 「シンナー遊び」経験と喫煙経験の関係

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

表52 喫煙経験と「シンナー遊び」経験の関係

		生涯喫煙経験			全体	
生涯シンナー経験		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答		
男性	経験なし	27572 (98.8)	4635 (94.7)	247 (69.0)	32454 (97.9)	
	経験あり	204 (.7)	209 (4.3)	7 (2.0)	420 (1.3)	
	無回答	124 (.4)	48 (1.0)	104 (29.1)	276 (.8)	
	合計	27900 (100)	4892 (100)	358 (100)	33150 (100)	
		$(\chi^2 = 422.926, df = 1, p = .000)$				
女性	経験なし	28293 (99.2)	3375 (94.1)	194 (82.2)	31862 (98.5)	
	経験あり	137 (.5)	177 (4.9)	3 (1.3)	317 (1.0)	
	無回答	92 (.3)	34 (.9)	39 (16.5)	165 (.5)	
	合計	28522 (100)	3586 (100)	236 (100)	32344 (100)	
		$(\chi^2 = 658.061, df = 1, p = .000)$				
全体	経験なし	55903 (99.0)	8021 (94.4)	442 (74.2)	64366 (98.2)	
	経験あり	341 (.6)	392 (4.6)	11 (1.8)	744 (1.1)	
	無回答	216 (.4)	83 (1.0)	143 (24.0)	442 (.7)	
	合計	56460 (100)	8496 (100)	596 (100)	65552 (100)	
		$(\chi^2 = 1072.665, df = 1, p = .000)$				

た。

薬物乱用防止教育の課題であると解釈された。

2002年調査¹¹⁾では、「知っている」を選んだ者は男女ともに有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに多かった（有意差はない）が、今回は、経験者群の方が多い結果であった。

5. 違法薬物の入手可能性について

(1) 乱用のための有機溶剤の入手可能性について

有機溶剤乱用経験の有無に関わらず、「知っている」者の割合は決して高いとは言えず、今後の

表53 大麻乱用の生涯経験率

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

表54 「シナ-遊び」経験と大麻乱用経験

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	大麻経験なし	32050	(98.8)	305	(72.6)	209	(75.7)	32564	(98.2)
	大麻経験あり	85	(.3)	103	(24.5)	5	(1.8)	193	(.6)
	無回答	319	(1.0)	12	(2.9)	62	(22.5)	393	(1.2)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
$(\chi^2 = 4377.258, df = 1, p = .000)$									
女性	大麻経験なし	31592	(99.2)	229	(72.2)	120	(72.7)	31941	(98.8)
	大麻経験あり	37	(.1)	83	(26.2)	4	(2.4)	124	(.4)
	無回答	233	(.7)	5	(1.6)	41	(24.8)	279	(.9)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
$(\chi^2 = 5790.453, df = 1, p = .000)$									
全体	大麻経験なし	63689	(98.9)	536	(72.0)	330	(74.7)	64555	(98.5)
	大麻経験あり	122	(.2)	189	(25.4)	9	(2.0)	320	(.5)
	無回答	555	(.9)	19	(2.6)	103	(23.3)	677	(1.0)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
$(\chi^2 = 10009.791, df = 1, p = .000)$									

表55 大麻を吸うことをどう思いますか？

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	吸うべきではない	31236	(96.2)	284	(67.6)	220	(79.7)	31740	(95.7)
	麻薬・覚せい剤と違って 少々なら構わない	368	(1.1)	40	(9.5)	10	(3.6)	418	(1.3)
	全く構わない	541	(1.7)	83	(19.8)	13	(4.7)	637	(1.9)
	無回答	309	(1.0)	13	(3.1)	33	(12.0)	355	(1.1)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
	$(\chi^2 = 1006.886, df = 2, p = .000)$								
女性	吸うべきではない	30899	(97.0)	202	(63.7)	134	(81.2)	31235	(96.6)
	麻薬・覚せい剤と違って 少々なら構わない	417	(1.3)	41	(12.9)	10	(6.1)	468	(1.4)
	全く構わない	307	(1.0)	67	(21.1)	5	(3.0)	379	(1.2)
	無回答	239	(.8)	7	(2.2)	16	(9.7)	262	(.8)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
	$(\chi^2 = 1453.728, df = 2, p = .000)$								
全体	吸うべきではない	62178	(96.6)	488	(65.6)	354	(80.1)	63020	(96.1)
	麻薬・覚せい剤と違って 少々なら構わない	785	(1.2)	82	(11.0)	20	(4.5)	887	(1.4)
	全く構わない	851	(1.3)	154	(20.7)	19	(4.3)	1024	(1.6)
	無回答	552	(.9)	20	(2.7)	49	(11.1)	621	(.9)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
	$(\chi^2 = 2436.970, df = 2, p = .000)$								

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

		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	知っている	19207	(59.2)	247	(58.8)	132	(47.8)	19586	(59.1)
	知らない	12595	(38.8)	144	(34.3)	112	(40.6)	12851	(38.8)
	無回答	652	(2.0)	29	(6.9)	32	(11.6)	713	(2.2)
	合計	32454	(100)	420	(100)	276	(100)	33150	(100)
$(\chi^2 = 1.245, df = 1, p = .265)$									
女性	知っている	19937	(62.6)	196	(61.8)	82	(49.7)	20215	(62.5)
	知らない	11560	(36.3)	113	(35.6)	68	(41.2)	11741	(36.3)
	無回答	365	(1.1)	8	(2.5)	15	(9.1)	388	(1.2)
	合計	31862	(100)	317	(100)	165	(100)	32344	(100)
$(\chi^2 = .002, df = 1, p = .962)$									
全体	知っている	39168	(60.9)	449	(60.3)	214	(48.4)	39831	(60.8)
	知らない	24177	(37.6)	258	(34.7)	181	(41.0)	24616	(37.6)
	無回答	1021	(1.6)	37	(5.0)	47	(10.6)	1105	(1.7)
	合計	64366	(100)	744	(100)	442	(100)	65552	(100)
$(\chi^2 = .831, df = 1, p = .362)$									

乱用のための有機溶剤の入手可能性についての回答の分布を表60に示した。

「シンナー遊び」非経験者群では、「ほとんど不可能」「絶対不可能」を選んだ者の合計が男性で73%、女性で75%と半数を超えていたが、「シンナー遊び」経験者群では、「簡単に手に入る」「少々苦勞するが、なんとか手に入る」を選んだの者の合計は、男性で55%、女性で61%にものぼった。

全体では「シンナー遊び」非経験者群では、「ほとんど不可能」「絶対不可能」を選んだ者の合計が74%であるのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、「簡単に手に入る」「少々苦勞するが、なんとか手に入る」を選んだの者の合計が、逆に58%にものぼっていた。両群間には明らかな違い ($p < 0.01$) が認められた。

表57 覚せい剤の乱用経験（生涯経験率）

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

表58 「シンナー遊び」経験と覚せい剤乱用経験の関係

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

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

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

表60 有機溶剤の入手可能性

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

(2) 大麻の入手可能性について

大麻の入手可能性についての回答の分布を表61に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦勞するが、なんとか手に入る」を選んだの者の合計は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で18%、女子で17%で、経験者群では、男子で46%、女子で52%であり、両群には有意差 ($p<0.01$) が認められ、「シンナー遊び」経験者群での大麻入手可能性の高さが強く示唆された。

また、1998年調査では、入手可能性は男性の方が高かったが、2000年調査以降は%上は女性の方が高くなっていた。

(3) 覚せい剤の入手可能性について

覚せい剤の入手可能性についての回答の分布を表62に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦勞するが、なんとか手に入る」を選んだの者の合計は、「シンナー

遊び」未経験者群では、男子で17%、女子で18%で、経験者群では、男性で45%、女性で54%であり、両群には有意差 ($p<0.01$) が認められた。

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

また、1998年調査では、入手可能性は男女で拮抗していたが、2000年調査以降は%上は女性の方が高くなっていた。

以上、3つの違法性薬物の入手可能性については、考察で論じたい。

D. 考察

1. 本調査研究の位置づけ

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

表61 大麻の入手可能性

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

表62 覚せい剤の入手可能性

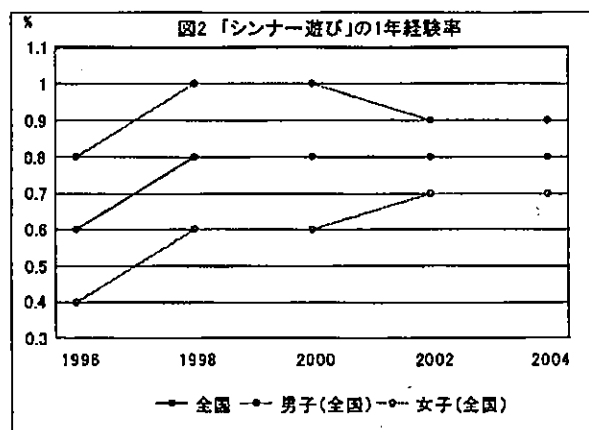
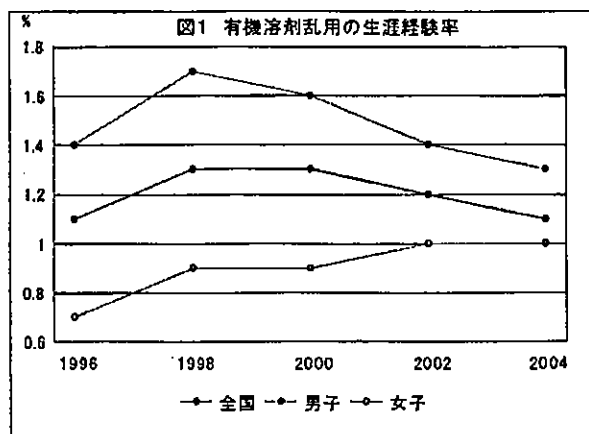
		生涯シンナー経験						全体	
		経験なし		経験あり		無回答			
男性	絶対不可能	21486	(66.2)	147	(35.0)	160	(58.0)	21793	(65.7)
	ほとんど不可能	4771	(14.7)	72	(17.1)	33	(12.0)	4876	(14.7)
	少々苦勞するが手に入る	3505	(10.8)	83	(19.8)	33	(12.0)	3621	(10.9)
	簡単に手に入る	2196	(6.8)	108	(25.7)	19	(6.9)	2323	(7.0)
	無回答	496	(1.5)	10	(2.4)	31	(11.2)	537	(1.6)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

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

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

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

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



調査⁵⁾¹²⁾¹⁴⁾と、1996年から2年に1回、厚生(労働)科学研究費補助金により、当分担研究者らにより継続調査されてきた全国調査¹⁰⁾¹³⁾¹⁶⁾²¹⁾に限られている。

その結果、有機溶剤乱用の生涯経験率が明らかになり、有機溶剤乱用経験者群では非経験者群に比べて、日常生活の規則性が有意に乱れており、家族性が希薄(精神的単親家庭⁹⁾と称した)で、友人関係にも難があることが明らかになっている⁵⁾¹²⁾¹⁴⁾。

また、地域的には、有機溶剤の乱用は昼夜人口比と強い相関があり、夜間に人口が多く、昼間に人口の少ない地域ほど経験率が高いこと¹⁹⁾、及び、有機溶剤の乱用経験と喫煙経験・喫煙頻度とは強い相関があり⁹⁾、わが国の中学生では喫煙が有機溶剤乱用へのGateway Drug⁹⁾となっている可能性が高いことも指摘してきた¹¹⁾。

今回の調査研究は、上記一連の調査研究を継続的に発展させたものであり、わが国では薬物乱用

に関する第5回目の全国中学生調査である。

2. 「シンナー遊び」の広がりについて

今回の調査研究では、「シンナー遊び」の生涯経験率(無回答を除いたもの)は、男子では1.3%(1年生1.2%,2年生1.1%,3年生1.6%)、女子では1.0%(1年生0.9%,2年生1.0%,3年生1.0%)、全体では1.1%(1年生1.1%,2年生1.1%,3年生1.3%)であった。

表63、図1は生涯経験率の年次推移を示しているが、2002年調査との比較では、男子及び全体では減少してはいるものの、女子では横這いであった。しかし、男女ともに、1年生、2年生での生涯経験率が低下していたことは、望ましい傾向であると考えられる。

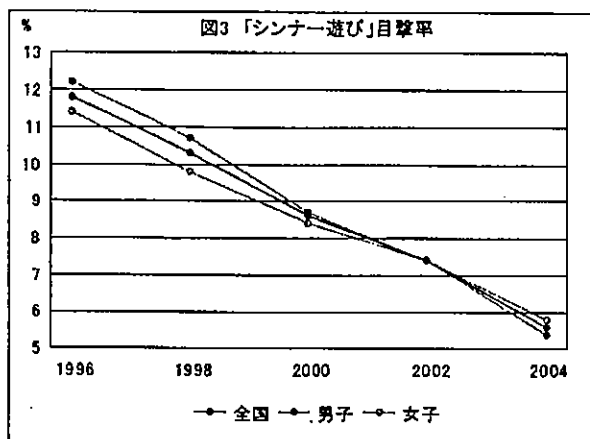
一方、1年経験率は、流行の勢いを探る意味では生涯経験率よりは優れているはずである。しかし、個人情報秘密保持という意味でのバイアスは生涯経験率よりは高いと考えられる。そのため、1996年調査～2002年調査では、すべて「経験あり」の人数よりは「無回答」の人数の方が多いという結果であった。しかし、今回は、「経験あり」が「無回答」を初めて上回る結果であった。ただし、バイアスの高さを想定して、従来通り、参考として、1年経験率の推移を載せた(表64、図2)。

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

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

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

そこで採用しているのが、「シンナー遊び」をこれまでに目撃したことのある者の率(生涯目撃



率：表65、図3）、身近に「シンナー遊び」をしている人を知っている者の率（乱用者周知率：表66、図4）、「シンナー遊び」に誘われたことのある者の率（生涯被誘惑率：表67、図5）である。それらを見ると、目撃率、乱用者周知率は確実に減少傾向にあり、有機溶剤乱用の「流行の勢い」が弱くなってきていることが強く示唆される。

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

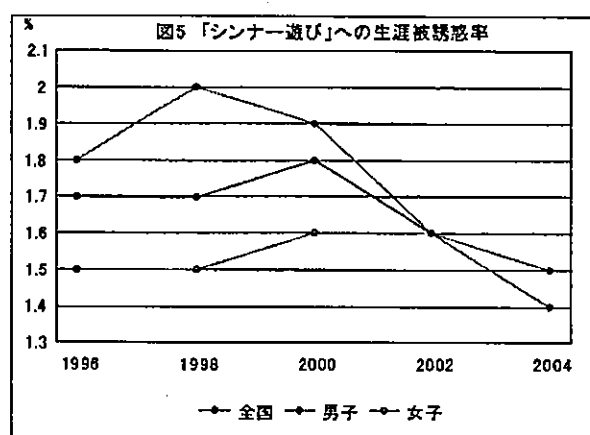
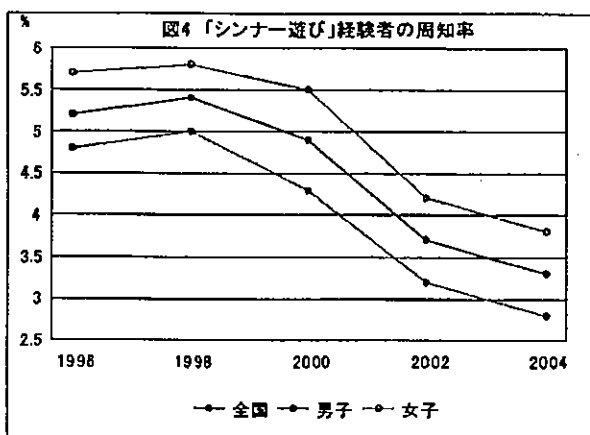


表65 「シンナー遊び」を実際に見たことがある者の率 (%)（「無回答」を除いて計算したもの）

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	12.2	9.9	12.6	14.1	11.4	9.2	12.0	13.1	11.8	9.5	12.3	13.6	108	53,863
1998	10.7	8.8	10.0	13.3	9.8	8.3	9.5	11.5	10.3	8.5	9.7	12.4	148	71,599
2000	8.7	7.5	8.3	10.2	8.4	7.0	7.9	10.2	8.6	7.2	8.1	10.2	140	61,905
2002	7.4	6.3	7.6	8.3	7.4	6.8	7.3	7.9	7.4	6.6	7.5	8.1	149	62,611
2004	5.4	4.9	4.6	6.6	5.8	4.9	6.1	6.4	5.6	4.9	5.3	6.5	147	65,296

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

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	4.8	3.6	4.6	6.4	5.7	3.9	6.2	6.9	5.2	3.7	5.4	6.6	108	53,697
1998	5.0	3.4	4.9	6.6	5.8	4.1	5.8	7.4	5.4	3.7	5.4	7.0	148	71,379
2000	4.3	2.9	4.5	5.5	5.5	4.0	5.1	7.4	4.9	3.4	4.8	6.5	140	61,773
2002	3.2	2.4	3.5	3.7	4.2	3.3	4.4	4.7	3.7	2.8	3.9	4.2	149	62,517
2004	2.8	2.3	2.7	3.3	3.8	2.9	3.5	4.9	3.3	2.6	3.1	4.1	147	65,124

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

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

3. 「シンナー遊び」と日常生活・家庭生活・友人関係

「シンナー遊び」経験者群と非経験者群との比較では、「起床時間の規則性」(表20)、「就床時間の規則性」(表21)、「朝食の摂取率」(表22)から見た日常生活の規則性、及び「学校生活への思い」(表23)、「クラブ活動の参加状況」(表24)、「親しく遊べる友人の存在」(表30)、「相談事の出来る友人の存在」(表31)において、統計的有意差が認められており、「シンナー遊び」経験者群での日常生活の不規則さ、学校生活への不満、友人関係の希薄さが明かである。

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

ところで、「父親との夕食頻度(表27)」は、「家族全員での夕食頻度(表25)」よりも低率になっており、これは明らかに矛盾である。しかも、この矛盾は、これまでの同種の調査⁵⁾¹⁰⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾²¹⁾でも毎回認められており、中学生の考えの中には、「家族全員での夕食」と言った時、父親の存在は既に除外されている傾向がそれなりにあることを示唆

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

そもそも、当研究者らは、夕食には「一家団欒」という意味合いがあると考えて調査項目に入れてきた。しかし、この夕食頻度には地域差が大きく、都市部ほど低く、農村部・山間部ほど高い傾向がある。「一家団欒」には、家族としての精神的意味合いも含まれるが、特に都市部における生活様式の多様性を考慮すると、親子の共有時間についての、もう少し直接的な項目が必要であると考えていた。そこで「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか?」という項目も1998年より調べている(表28)。その結果、「シンナー遊び」経験者群では非経験者群に比べて、一日3時間以上大人不在で過ごす者が有意に多いことがわかった。結局、夕食頻度の少なさも、親子の共有時間の少なさの一現れとして解釈できる。

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

以上により、今回も、「シンナー遊び」経験者群は、総体的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」⁹⁾¹⁰⁾¹⁸⁾が多いという推定が成り立つと考えている。

表11～表12は「シンナー遊び」をしている者について、どのような認識を持っているのかを調べたものである。表11～12では、経験者群と非経験者群での捉え方に、明らかな乖離が認められる。非経験者から見れば、経験者はほとんど「無関係」な人たち(95～96%)であり、経験者から見れば

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

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

「気持ち理解できる気がする」人たちである割合が非常に高いということである。本研究者は、「シンナー遊び」経験者にとってわかる気がするという、その気持ちとは、受容感と帰属感を求める「居場所のない子供たち」⁵⁾¹⁰⁾の共通の思いであろうと推測している。

有機溶剤乱用者への治療的介入の際に、当研究者らは、親の参加なくして子の回復はないと考えており、親子の共有時間を増やすことの重要性を説いているが⁵⁾¹⁰⁾¹⁸⁾、今回の結果もその有力な根拠である。

しかも、経験論的には、本調査の結果を保護者に紹介することが、保護者の意識変革には重要のようである。

4. 「シンナー遊び」による医学的害

薬物乱用防止には、薬物乱用による諸害をきちんと認識させることが重要である。ところが、「知識」があれば乱用しないかという、そうとも言えない面がある。これまでの調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた⁵⁾¹⁰⁾¹³⁾¹⁴⁾²⁰⁾²¹⁾。

しかし、2002年調査では、急性中毒死、歯の腐食、多発神経炎に関する男子、精神病に関する男女では、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多く、それ以外の害知識でも、経験者群VS非経験者群で有意差が認められない項目が出てきた。今回の調査では、その傾向がさらに進み、急性中毒死、多発神経炎、精神病では、男女ともに非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多いと言った結果であった。

これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説（薬物乱用防止教育はこの仮説を根拠としているわけであるが）があるとすれば、期待される結果であり、ここ数年の薬物乱用防止教育推進による成果の可能性が高い。

しかし、図6は害知識周知率の年次推移を示している。ほとんどの害知識の周知率が増加傾向にあることは好ましい傾向であるが、急性中毒死に関しては上昇率が鈍く、そもそも精神病に関する周知率以外は、決して高い周知率とは言えない。薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる。

表68 有機溶剤乱用による害知識周知率の推移 (%)

（「無回答」をそのまま生かし、「知っている」と答えた者の割合）

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

歯の腐食

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

多発神経炎

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

精神病

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

無動機症候群

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

フラッシュバック現象

1996	29.9	30.3	30.1
1998	47.5	46.3	46.9
2000	51.3	53.6	52.5
2002	53.3	57.1	55.1
2004	59.2	61.5	60.3

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

5. 大麻・覚せい剤の乱用経験

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

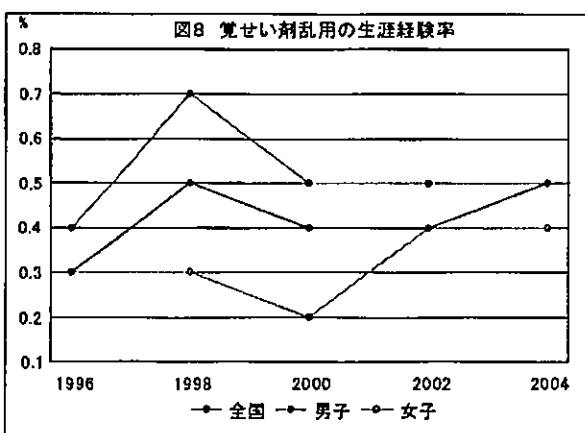
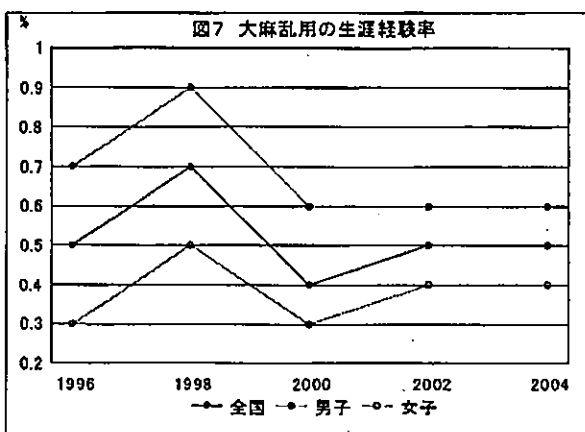
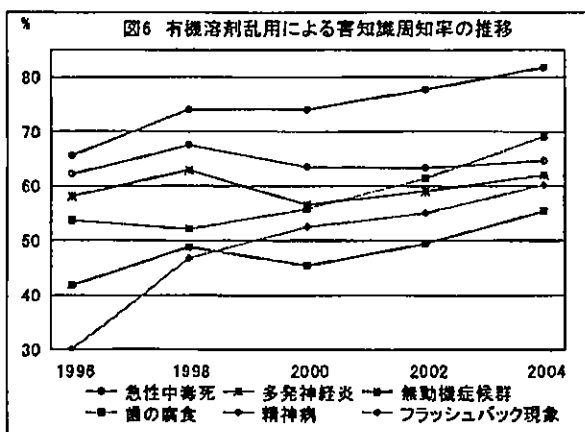
図7に見るように、男女全体での大麻の生涯経験率は、1998年調査に比べると、2000年調査では低下したものの、2002年調査からは平衡状態を示している。男女別では2002年調査との比較では、男女ともに変化がないが、2000年調査に比べて、2002年調査での女子における生涯経験率が全体を押し上げたことが読み取れる。

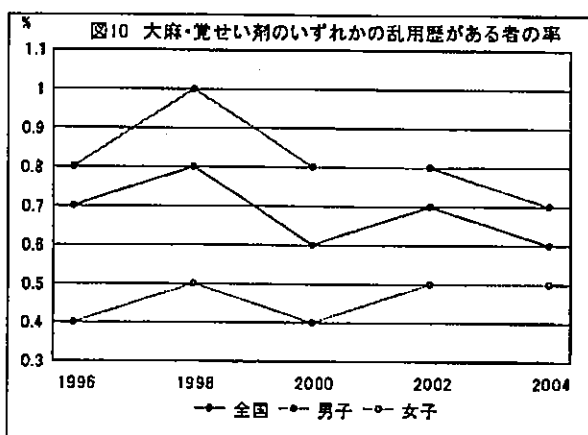
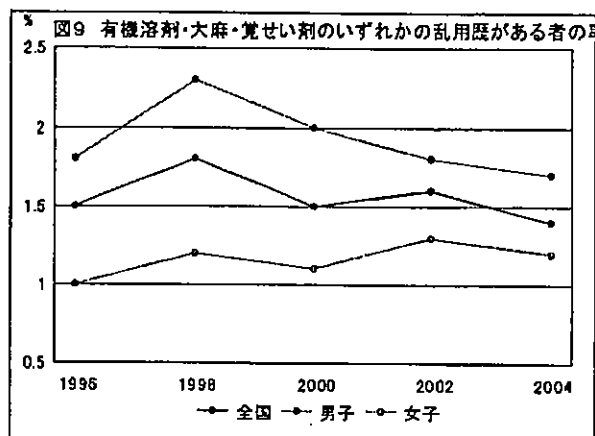
図8は覚せい剤の生涯経験率の推移を示している。男女全体での結果を見ると、大麻同様、1998年調査に比べると、2000年調査では低下したものの、2002年調査に比べると今期あの結果は再び増加を示している。結局これも、女子における増加傾向が全体を押し上げているようである。

第3次覚せい剤乱用期の特徴の一つは、若年層までへの乱用の拡大であるが、その中でも女子における薬物乱用の拡大には注意を払う必要がある。

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

なお、参考までに有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率と大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率を表71（図9）、表72（図10）に示した。2002年調査との比較では、女子の大麻ないしは覚せい剤乱用の生涯経験率を除けば、減少傾向にある。





6. 大麻・覚せい剤乱用による医学的害

大麻、覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、表56、表59の通りであるが、その推移を示したものが表73 (図11、12) である。

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

表73 大麻及び覚せい剤乱用による害知識周知率の推移 (%)

(「無回答」をそのまま生かし、「知っている」と答えた者の割合)

大麻乱用による精神病、無動機症候群

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

覚せい剤乱用による精神病、フラッシュバック現象

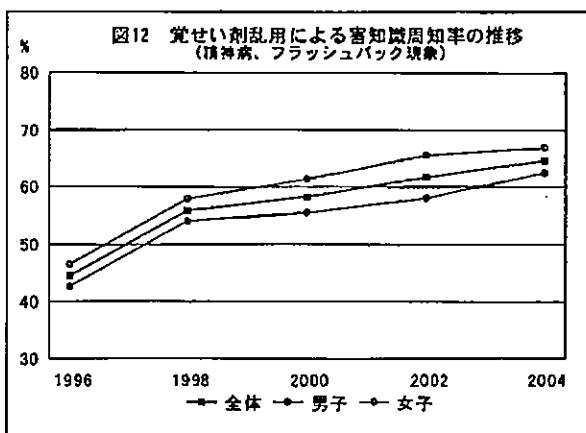
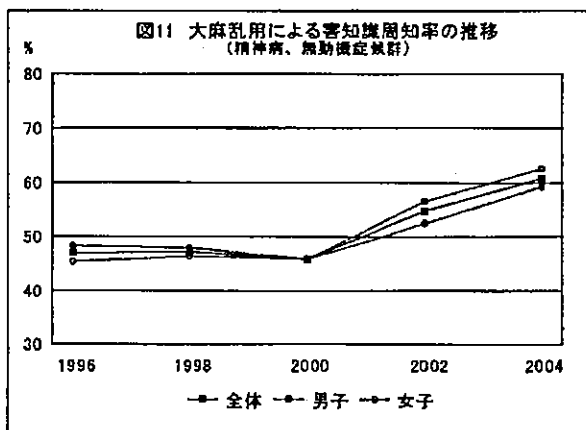
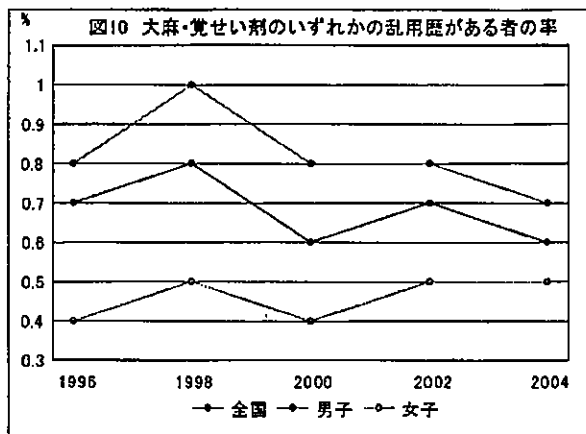
	男性	女性	全体
1996	42.5	46.5	44.5
1998	53.9	57.9	55.8
2000	55.4	61.3	58.3
2002	58.0	65.6	61.7
2004	62.5	66.9	64.6

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

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.7	0.4	0.8	0.9	0.3	0.3	0.3	0.3	0.6	0.4	0.5	0.6	108	53,271
1998	0.9	0.8	0.8	1.0	0.5	0.5	0.4	0.5	0.7	0.6	0.6	0.8	148	70,846
2000	0.6	0.4	0.6	0.7	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.3	0.5	0.5	140	61,477
2002	0.6	0.4	0.8	0.7	0.4	0.3	0.6	0.4	0.5	0.4	0.7	0.5	149	62,255
2004	0.6	0.4	0.7	0.7	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.6	147	64,875

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

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.4	0.3	0.4	0.5	0.3	0.3	0.2	0.3	0.4	0.3	0.3	0.4	108	53,197
1998	0.7	0.5	0.7	0.8	0.3	0.2	0.3	0.4	0.5	0.4	0.5	0.6	148	70,819
2000	0.5	0.5	0.5	0.6	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4	140	61,457
2002	0.5	0.4	0.6	0.5	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	149	62,181
2004	0.5	0.4	0.6	0.7	0.4	0.3	0.4	0.4	0.5	0.3	0.5	0.6	147	64,886



高かった。しかし、2002年調査では、初めて有機溶剤乱用経験の有無による有意差がなくなり、今回の調査では、わずかではあるが、有機溶剤非経験者群の方が、「知っている」者の割合が高くなった（ただし有意差なし）。

また、覚せい剤乱用による精神病・フラッシュバック現象に関しては、男子では1996年調査、1998年調査では有機溶剤乱用群での周知率が有意に高かったが、2000年調査、2002年調査では、有意差こそないものの、有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに周知率が高いというように変化した。しかし、今回は、再び、有機溶剤経験者群の方が「知っている者」の割合は高いという結果にもどってしまった。

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

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

有機溶剤

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

大麻

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

覚せい剤

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

7. 違法薬物の入手可能性の比較

1993年以来、一部の外国人を中心に、大麻および覚せい剤が、大都会では路上で密売されるようになり、第3次覚せい剤乱用期を作り出した⁹⁾。その影響と思われるが、1996年の1年間に覚せい剤取締法により検挙された高校生の数は対前年度比2.3倍と激増した⁹⁾。いくら有機溶剤乱用の勢いが鈍ったと言っても、この現実、わが国の薬物汚染状況の深刻化を象徴する以外の何物でもない。

表74は、本調査による違法薬物の入手可能性の比較である。

有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その気になれば入手は極めて簡単である。しかし、表74の結果は入手可能を選んだ者が、予想外に少なく、今回の結果の低下には、少々驚きを隠せない(図13)。「シンナー遊び」のための「有機溶剤」という問いの言葉から、トルエンの入手を想定した者が多かった可能性もあるが、そもそもの有機溶剤乱用に関する関心のなさの現れとも考えられる。

ただし、大麻、覚せい剤の入手可能性に比べれば、有機溶剤の入手可能性が最も高いことは、事実と一致するところである。

大麻及び覚せい剤の入手可能性は、図13に見るように、今回の2004年調査では激減している。これは、この間の取締りの厳しさを反映の可能性はある。

ただし、この入手可能性を、有機溶剤乱用経験の有無を軸に見た場合(表61、表62)、大麻の入手可能性では、「簡単に手に入る」「少々苦勞するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計を入手可能群とすると、その割合は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で18%、女子で17%であるのに対して、経験者群では、男子で46%、女子で52%と明らかに異なっていた($p<0.01$) (表61)。

このことは覚せい剤の入手可能性についても同じであり。入手可能群の割合は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で17%、女子で18%であり、経験者群では、男性で45%、女性で54%となっていた($p<0.01$) (表62)。

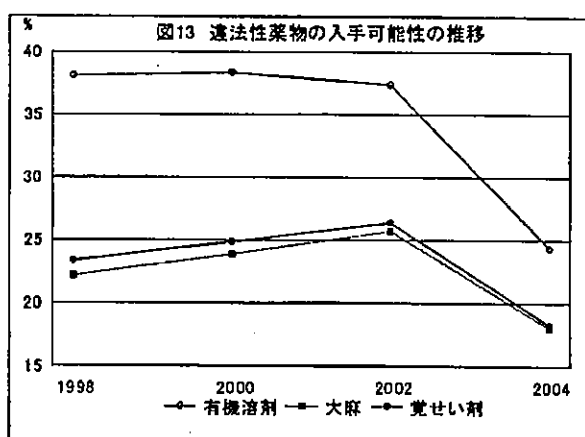


表71 有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの乱用の生涯経験率 (%)

(無回答を除いて計算したもの)

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

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

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

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

8. 薬物乱用に対する法の遵守性

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

喫煙については全体の10.8%（表34）の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は2.4%（表9）に過ぎず、大麻では1.4%（表55）であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。（覚せい剤に関しては、尋ねていない）

しかも、表54と表58に示したように、「シンナー遊び」の経験と大麻・覚せい剤乱用の経験とには、強い結びつきがあり、わが国では依然として有機溶剤が大麻・覚せい剤への「ゲイトウェイ・ドラッグ」となっている可能性が強く示唆される³³⁾。

9. 「ゲイトウェイ・ドラッグ」としてのタバコとアルコール

中学生における喫煙及び飲酒が「シンナー遊び」への「ゲイトウェイ」になっている可能性が高いことは以前より指摘してきたが³³⁾³⁴⁾³⁵⁾、表50及び表52の結果は、大人が同伴しない飲酒と「シンナー遊び」との結びつきの強さと、喫煙経験と「シンナー遊び」との結びつきの強さを再確認させるものである。この背景には、有機溶剤乱用同様に、家庭環境、「仲間」関係等、薬物乱用の背後にある人間関係が大きな要因となっていると推定できる。

中学生における喫煙・飲酒・薬物乱用防止を行う際には、喫煙・飲酒・薬物乱用といった表面的行為に目を奪われすぎることなく、その背後に潜む家庭環境、「仲間」関係等の人間関係に目を注ぐことが重要であろう³⁶⁾。

E. 結論

わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2004年10月中（一部11～12月中）であり、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、147校（対象校の69.3%）より、65,611人（対象校212校の全生徒想定数の61.4%）の回答を得た。有効回答数は65,552人（対象校212校の全生徒想定数の61.3%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が3県あり、都道府県毎の回答率には、未だにばらつきがあることをふまえた上で、本調査の結果を利用する必要がある。

このような限界はあるが、以下のような結論を得た。

① これまでに有機溶剤乱用を経験したことがあると回答した男子は1.3%（1年生1.2%、2年生1.1%、3年生1.6%）、女子では1.0%（1年生0.9%、2年生1.0%、3年生1.0%）、全体では1.1%（1年生1.1%、2年生1.1%、3年生1.3%）であった。

この結果は、男女合わせた全体では、1996年に開始した一連の本調査では、1996年調査とともに最低の値である。特に男子ではこれまでの最低の値となった。しかし、女子ではこれまでで最高であった2002年調査と同じ値であった。

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

② 有機溶剤乱用の目撃率に関しては男性、女性、全体の全てにおいて、1996年以降、着実に低下しており（全体で11.8%から5.6%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた（全体で5.4%から3.3%）。

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

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

④ 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。

⑤ その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が伺われた。

⑥ 結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することができよう。

⑦ また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。

⑧ これまでの一連の本調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた。しかし、今回の調査では、有機溶剤の乱用による害としての急性中毒死、多発神経炎、精神病に関しては、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が男女ともに多いという結果が初めて出た。これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとすれば、「望むべき姿」である。

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

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

⑨ 大麻の生涯経験率は、男子で0.6% (1年生0.4

%, 2年生0.7%, 3年生0.7%)、女子で0.4% (1年生0.3%, 2年生0.4%, 3年生0.5%)、全体で0.5% (1年生0.4%, 2年生0.5%, 3年生0.6%) であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5% (1年生0.4%, 2年生0.6%, 3年生0.7%)、女子で0.4% (1年生0.3%, 2年生0.4%, 3年生0.4%)、全体で0.5% (1年生0.3%, 2年生0.5%, 3年生0.6%) であった。

大麻に関しては男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値 (0.7%) よりは低いが、2002年調査の結果と同じであった。

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

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

ただし、生涯経験者数は無回答者数よりも少なく、その意味では参考データの意味合いが否定できない。

⑩ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、増加傾向にあり歓迎されるが、そもそもの周知度自体が高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

⑪ 違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その入手可能性は大麻や覚せい剤よりは高かった。しかし、2004年調査では、その入手可能性はこれまでに激減していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していたが、今回の2004年調査では、激減していた。

これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。

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

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

⑫ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の10.

8%の者が「少々ならかまわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は2.4%に過ぎず、大麻では1.4%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。

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

F. 健康危険情報

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

G. 研究発表

1. 著書

なし

2. 論文発表

- (1) 和田 清：有機溶剤吸引の入り口としての喫煙：1994年千葉県中学生調査より。学校保健研究 45：512-527, 2004.
- (2) Hirabayashi, N., Wada, K., Kimura, T. et al. Prevalence of Substance Abuse among Patients with Physical Diseases Seen in an Emergency Room in Japan. The American Journal on Addictions 13: 398-404, 2004.
- (3) 和田 清：医療モデルの違いとしての精神作用物質依存症治療。精神科治療学 19: 1281-1287, 2004.
- (4) 和田 清：論説 喫煙、飲酒、薬物乱用の実態と教育における対応。中等教育資料 823: 20-25, 2004
- (5) 和田 清：薬物乱用の実態と傾向について。厚生労働 59, 17-20, 2004.
- (6) 和田 清：連載 心の健康に関するお役立ち情報 最終回。各職種が情報を共有し効果的な薬物乱用防止策を！。公衆衛生情報 64: 4

2-45, 2004.

3. 学会発表

- (1) 和田 清：分科会5-話題提供者-「中学生の飲酒と家族・仲間」。第26回日本アルコール関連問題学会。名古屋。2004.7.9.
- (2) 高橋伸彰、和田 清：飲酒経験からみた中学生における薬物乱用行為に対する認識の違い。第39回日本アルコール。薬物医学会。八王子。2004.9.9.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

謝辞

本調査研究にご協力いただいた多くの学校関係者、生徒、ならびに、本調査の実施に関して御尽力をいただいた多くの方々に、心よりお礼を述べさせていただきます。

また、調査用紙回収後の膨大な資料整理に協力をしていただいた、東京ダルク、千葉ダルクの協力者に感謝いたします。

参考文献

- 1) 尾崎 茂、和田 清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成14年度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)研究報告書「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」(主任研究者：和田 清)。pp.87-128. 2003.
- 2) 和田 清、福井 進：覚せい剤精神病の臨床症状--覚せい剤使用年数との関係--。アルコール研究と薬物依存 25:143-158, 1990.
- 3) 和田 清：“Gateway Drug”概念について。日本アルコール・薬物医学会雑誌 34(2): 95-106, 1999.
- 4) Wada, K., Fukui, S.: Demographic and Social Characteristics of Solvent Abuse Patients in Japan. The American Journal on Addictions 3:165-176, 1994.
- 5) Wada, K., Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior

high school students in Japan and background life style of users. *Addiction* 88: 89-100, 1993.

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

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

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

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

10) 和田 清、勝野眞吾、尾崎米厚、中野良吾: 中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究. 平成8年度厚生科学研究費補助金(麻薬等対策総合研究事業) 研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」(主任研究者: 寺元 弘) 第1分冊薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究(2). pp. 21-60. 1997.

11) 文部省大臣官房調査統計企画課: 全国学校総覧2004年版. 原書房. 東京. 2004.

12) Wada, K.: Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and Their Background Lifestyle: Result of Chiba Prefecture Survey 1994. *Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence* 37: 41-56, 2002.

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

14) 和田 清: 中学生における有機溶剤乱用の実態とその生活背景—1992年千葉県調査より—. *学校保健研究* 43: 26-38, 2001.

15) 和田 清: 中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究. 平成5年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会的、精神医学的特徴に関する研究(主任研究者: 福井 進) 平成5年度研究成果報告書. pp. 27-54. 1994.

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

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

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

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

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

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

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

分担研究者らによる一連の中学生調査に関する報告書、論文一覧

		報告書	論文
1990年	千葉県12校	福井 進、和田 清、伊豫雅臣：薬物乱用・依存の実態と動向に関する研究－中学生における「シンナー遊び」の実態とその背景－。（班長）佐藤光源。厚生省「精神・神経疾患研究委託費」2指-13。薬物依存の発生機序と臨床及び治療に関する研究。平成2年度研究成果報告書。pp.27-34, 1991.	Wada,K., Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and backgroundlife style of users. Addiction 88: 89-100, 1993. Wada,K., Fukui, S.: Prevalence of tobacco smoking among junior high school students in Japan and backgroundlife style of users. Addiction 89: 331-343, 1994. Wada, K., Price, RK, Fukui, S: Cigarette smoking and solvent use among Japanese adolescents. Drug and Alcohol Dependence 46:137-145, 1997. Wada, K., Price, RK, Fukui, S: Reflecting Adult Drinking Culture: Prevalence of AlcoholUse and Drinking Situations among Japanese Junior High School Students in Japan. Journal of Studies on Alcohol 59: 381-386, 1998. 和田 清：中学生における飲酒－飲酒文化の反映－。日本アルコール・薬物医学会雑誌 34：36-48, 1999.
1992年	千葉県14校	和田 清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究。平成4年度厚生科学研究（麻薬等対策総合研究事業）薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）平成4年度研究成果報告書。pp25-64, 1993. 3.	Wada, K,: Lifetime Prevalence of Alcohol Drinking, Cigarette Smoking, and Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan: Tradition and Urbanization. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 36: 124-141, 2001. 和田 清：中学生における有機溶剤乱用の実態とその生活背景－1992年千葉県調査より－。学校保健研究 43 :26-38, 2001.
1993年	関東地方14校	和田 清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査	Kikuchi, A., Wada, K.: Factors Associated with Volatile Solvent Use

		研究。平成5年度厚生科学研究（麻薬等対策総合研究事業）薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）平成5年度研究成果報告書。pp27-54, 1994. 3.	among Junior High School Students in Kanto, Japan. Addiction 98: 771-784, 2003.
1994年	千葉県15校 中国地方U市 12校	和田 清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究。平成6年度厚生科学研究（麻薬等対策総合研究事業）薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）平成6年度研究成果報告書。pp35-60, 1995. 3.	Wada, K.: Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and Their Background Lifestyle: Result of Chiba Prefecture Survey 1994. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 37: 41-56, 2002. 和田 清：有機溶剤吸引の入り口としての喫煙：1994年千葉県中学生調査より。学校保健研究45:512-527, 2004.
1996年	全国108校	和田 清、勝野眞吾、尾崎米厚、中野良吾：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究。平成8年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」（主任研究者：寺元 弘）第1分冊薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究（2）。pp. 21-60. 1997.	
1998年	全国148校	和田 清、中野良吾、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査。平成10年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田 清）。pp.19-83. 1999.	
2000年	全国140校	和田 清、菊池安希子、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査。平成12年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田	

		清). pp.15-76. 2001.	
2002年	全国149校	和田 清、畢 穎、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2002年). 平成14度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)研究報告書「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」(主任研究者：和田 清). pp.19-86. 2003.	
2004年	全国147校	今回の報告書	

飲酒・喫煙・薬物乱用についての意識・実態調査

(第7版-04)

飲酒・喫煙・薬物乱用は、心と体の両面にさまざまな害を及ぼします。

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

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

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

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

実施機関：国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 千葉県市川市国府台1-7-3 TEL.047-372-0141

- (質問1) あなたは男性ですか、女性ですか？ 1. 男性 2. 女性
- (質問2) あなたは中学何年生ですか？ 1. 1年生 2. 2年生 3. 3年生
- (質問3) あなたの起床時間は、ほぼ一定していますか？ 1. はい 2. いいえ
- (質問4) あなたの就寝時間は、ほぼ一定していますか？ 1. はい 2. いいえ
- (質問5) あなたは、毎朝、朝食を食べていますか？ 1. ほとんど毎日食べている
2. 時々食べる
3. ほとんど食べない
- (質問6) あなたにとって、学校生活は次のどれですか？ 1. とても楽しい。
2. どちらかといえば楽しい
3. あまり楽しくない
4. まったく楽しくない
- (質問7) あなたはクラブ活動（部活）に参加していますか？ 1. 積極的に参加している
2. 消極的に参加している
3. 参加していない
- (質問8) あなたは、母親と週何回くらい夕食を食べますか？ 1. ほとんど毎日 2. 5～6回 3. 4回前後 4. 3回前後 5. 2回前後
6. ほとんど食べない 7. 母親がいない（たんしんふにん単身赴任、死別、別居、離婚など）

(質問9) あなたは、父親と週何回くらい夕食を食べますか？

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

(質問10) あなたは、夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？

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

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

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

(質問12) あなたは、親しく遊べる友人がいますか？

1. いる 2. いない

(質問13) あなたは、相談事のできる友人がいますか？

1. いる 2. いない

(質問14) あなたは、悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？

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

(質問15) あなたは、これまでに一回でも、タバコを吸ったことがありますか？

(ある場合は、初めて吸った時の年齢を選んでください。)

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

(質問16) あなたは、この1年間で、タバコを吸ったことがありますか？

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

(質問17) あなたは、健康面から、喫煙をどう思いますか？

1. 害ばかりで、良い面はないと思う
2. 害もあるが、良い面もあると思う
3. 害よりも、良い面の方が多いと思う

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

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

(質問19) あなたは、未成年者の喫煙禁止をどう思いますか？

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

(質問20) あなたは、これまでに、下記の時に、一回でも、アルコール（ビール、日本酒、焼酎^{しょうちゅう}、ワイン、ウィスキーなど）を飲んだことがありますか？

(いくつ選んでもけっこうですが、なめただけの場合は、含めないで下さい。ただし、「1」を選んだときには、その他は選ばないでください。)

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

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

(なめただけの場合は、含めないで下さい。)

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

(質問22) あなたは、この1年間に一回でも、アルコールを飲んだことがありますか？

(飲んだことのある機会をいくつ選んでもけっこうですが、なめただけの場合は、含めないで下さい。ただし、「1」を選んだときには、その他は選ばないでください。)

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

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

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

(質問24) あなたは、健康面から、飲酒をどう思いますか？

1. 害ばかりで、良い面はないと思う
2. 害もあるが、良い面もあると思う
3. 害よりも、良い面の方が多いと思う

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

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

(質問26) あなたは、未成年者の飲酒禁止をどう思いますか？

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

4. そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

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

1. ない 2. ある

(質問28) あなたの身近に、「シンナー遊び」をしている人がいますか？

1. いない 2. いる

(質問29) あなたは、「シンナー遊び」に誘われたことがありますか？

1. ない 2. ある

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

1. 関心がない 2. 見てみたい 3. 試してみたい 4. 経験がある

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

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

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

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

(質問33) あなたは、これまでに一回でも、「シンナー遊び」を経験したことがありますか？

(ある場合は、初めて経験した時の年齢を選んでください。)

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

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

1. ない 2. ある

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

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

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

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

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

1. 知っている 2. 知らない

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

1. 知っている 2. 知らない

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

1. 知っている 2. 知らない

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

1. 知っている 2. 知らない

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

1. 知っている 2. 知らない

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

1. 知っている 2. 知らない

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

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

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

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

(質問45) あなたは、大麻を吸うことをどう思いますか？

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

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

1. 知っている 2. 知らない

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

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

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

1. 知っている 2. 知らない

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

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

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

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

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

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

ご協力ありがとうございました。

薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2004年）－要約版－

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

わが国の中学生における薬物乱用の広がり把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2004年10月中（一部11～12月中）であり、層別一段集落抽出法により選ばれた全国212校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、147校（対象校の69.3%）より、65,611人（対象校212校の全生徒想定数の61.4%）の回答を得た。有効回答数は65,552人（対象校212校の全生徒想定数の61.3%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が3県あり、都道府県毎の回答率には、未だにばらつきがあることをふまえた上で、本調査の結果を利用する必要がある。

このような限界はあるが、以下のような結論を得た。

① これまでに有機溶剤乱用を経験したことがあると回答した男子は1.3%（1年生1.2%、2年生1.1%、3年生1.6%）、女子では1.0%（1年生0.9%、2年生1.0%、3年生1.0%）、全体では1.1%（1年生1.1%、2年生1.1%、3年生1.3%）であった。

この結果は、男女合わせた全体では、1996年に開始した一連の本調査では、1996年調査とともに最低の値である。特に男子ではこれまでの最低の値となった。しかし、女子ではこれまでで最高であった2002年調査と同じ値であった。

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

② 有機溶剤乱用の目撃率に関しては男性、女性、全体の全てにおいて、1996年以降、着実に低下しており（全体で11.8%から5.6%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから

着実に減少していた（全体で5.4%から3.3%）。

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

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

④ 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。

⑤ その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が伺われた。

⑥ 結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することができよう。

⑦ また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。

⑧ これまでの一連の本調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた。しかし、今回の調査では、有機溶剤の乱用による害としての急性中毒死、多発神経炎、精神病に関しては、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が男女ともに多いという結果が初めて出た。これは、「害を知らない者

が乱用しやすい」という仮説があるとすれば、「望むべき姿」である。

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

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

⑨ 大麻の生涯経験率は、男子で 0.6% (1年生 0.4%、2年生 0.7%、3年生 0.7%)、女子で 0.4% (1年生 0.3%、2年生 0.4%、3年生 0.5%)、全体で 0.5% (1年生 0.4%、2年生 0.5%、3年生 0.6%) であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で 0.5% (1年生 0.4%、2年生 0.6%、3年生 0.7%)、女子で 0.4% (1年生 0.3%、2年生 0.4%、3年生 0.4%)、全体で 0.5% (1年生 0.3%、2年生 0.5%、3年生 0.6%) であった。

大麻に関しては男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値 (0.7%) よりも低い、2002年調査の結果と同じであった。

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

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

ただし、生涯経験者数は無回答者数よりも少なく、その意味では参考データの意味合いが否定できない。

⑩ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、増加傾向にあり歓迎されるが、そもそもの周知度自体が高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

⑪ 違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その入手可能性は大麻や覚せい剤よりは高かった。しかし、2004年調査では、その入手可能性はこれまでになく激減していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、着実に増加していたが、今回の2004年調査では、激減していた。

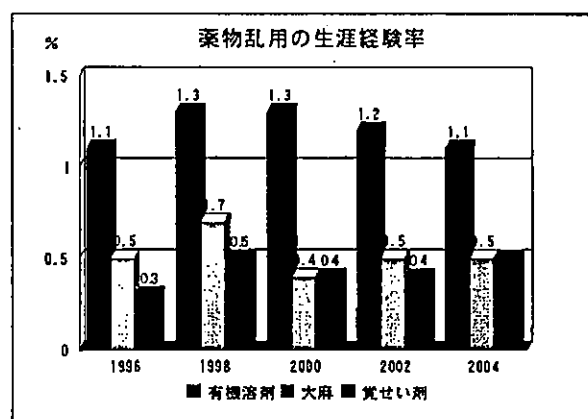
これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。

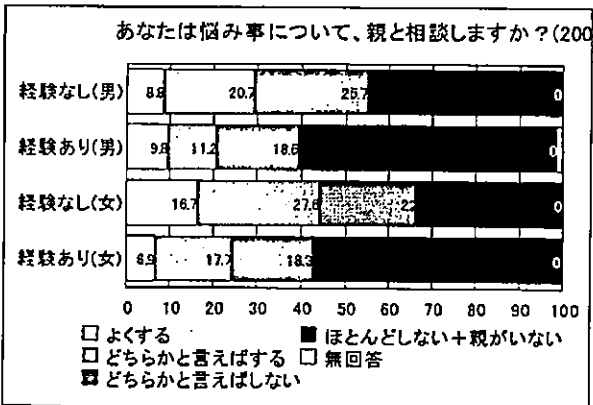
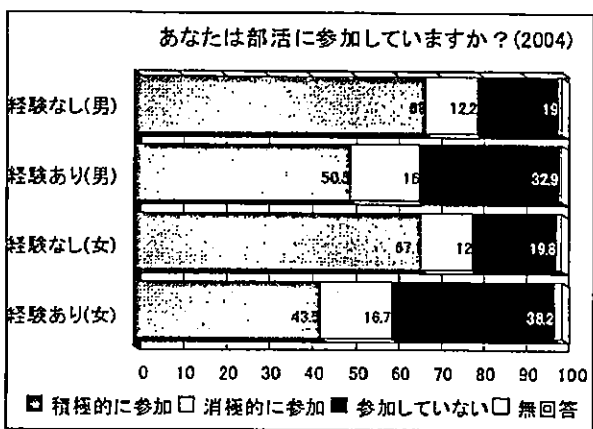
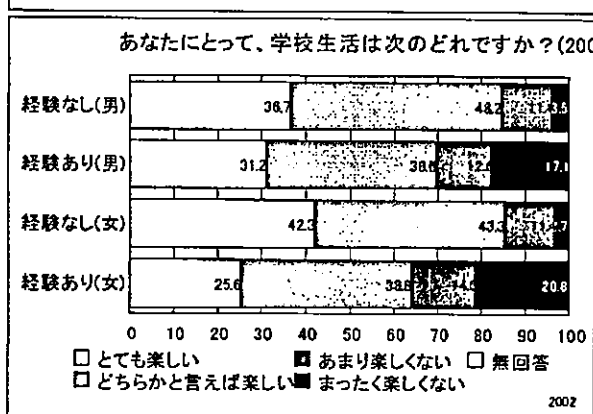
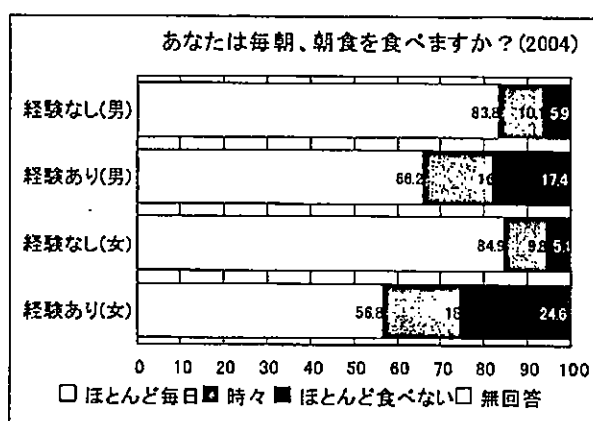
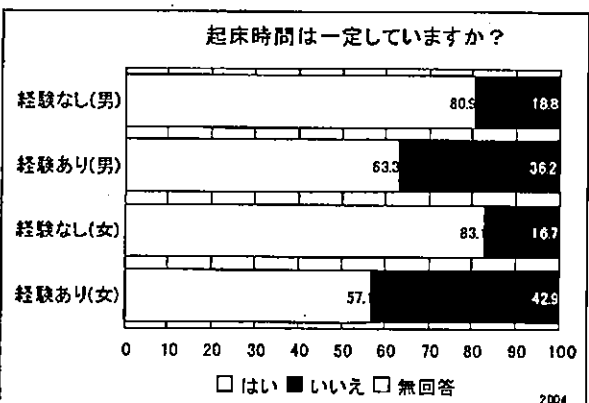
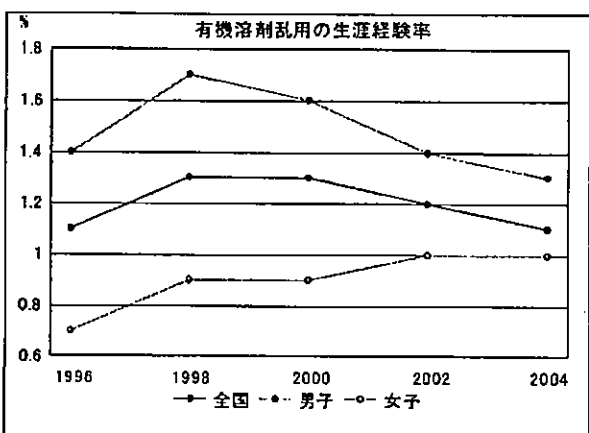
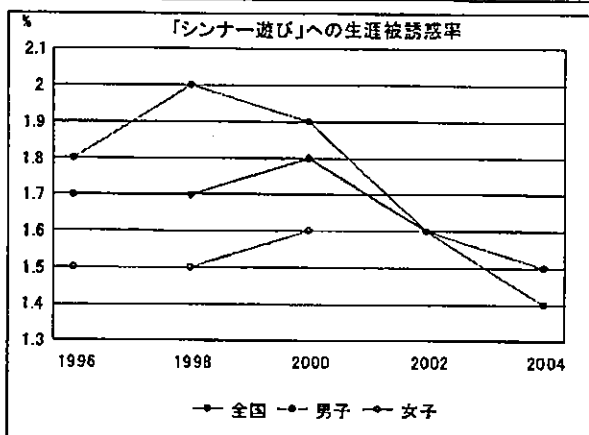
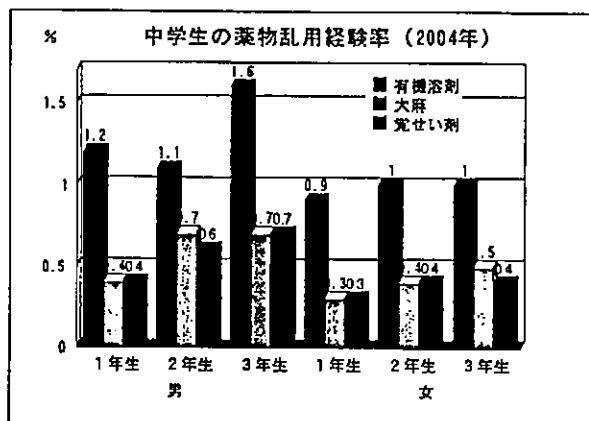
ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに 66% であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で 46%、女子で 52% の者が、また、覚せい剤に関しては男子で 46%、女子で 54% の者が入手可能を選択していた。

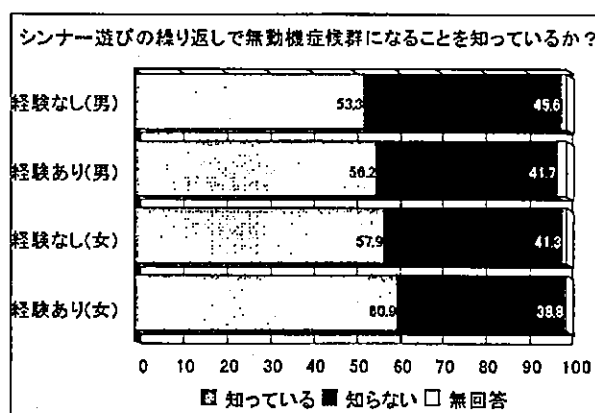
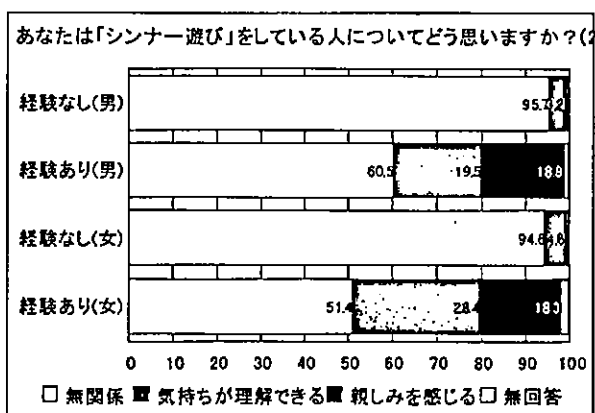
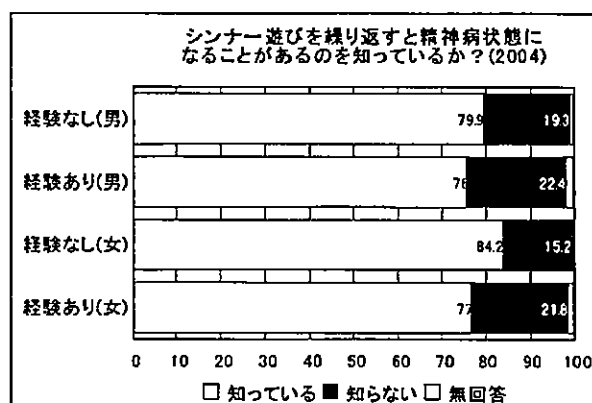
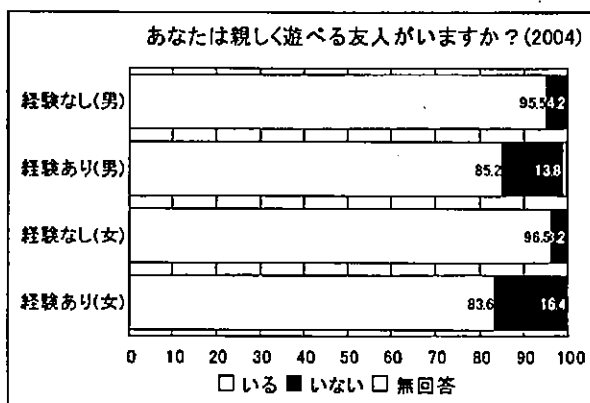
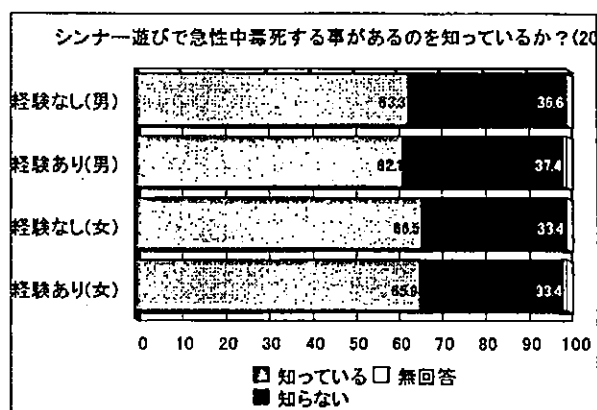
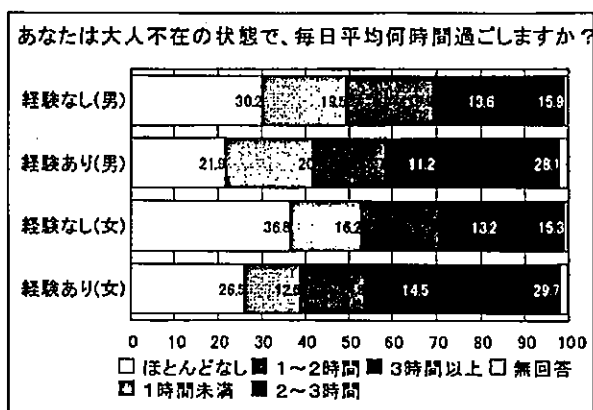
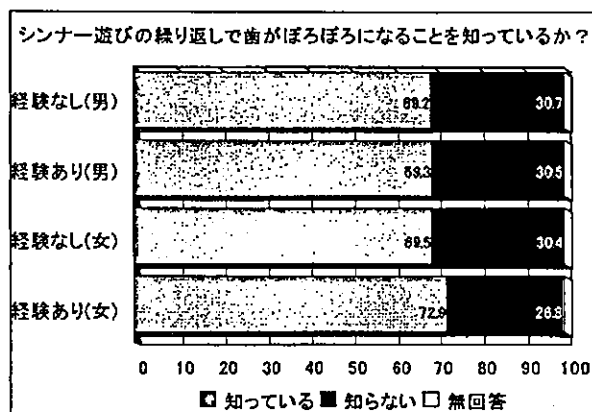
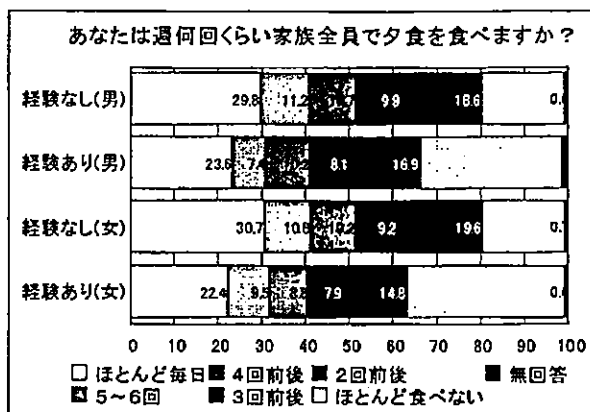
わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を強く示唆する結果であった。さらに、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用経験者女子で最も高いという結果であった。女子に対する対策が望まれるところである。

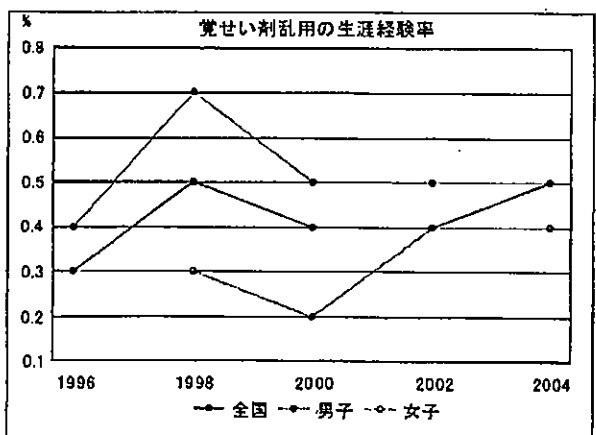
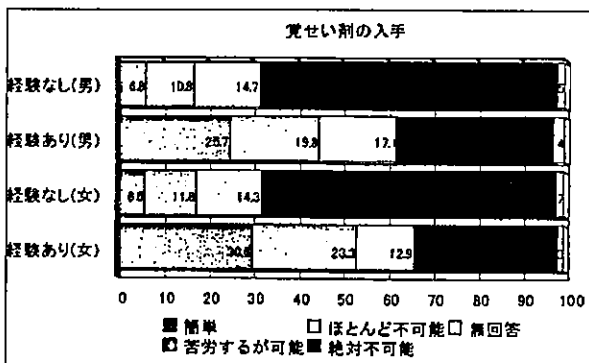
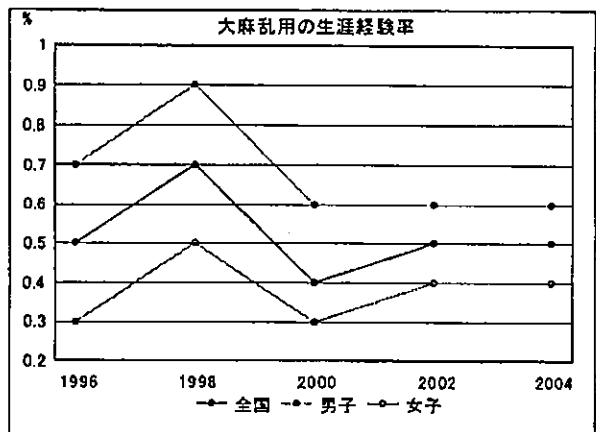
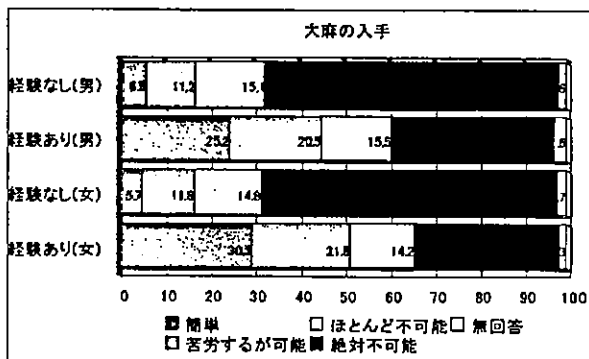
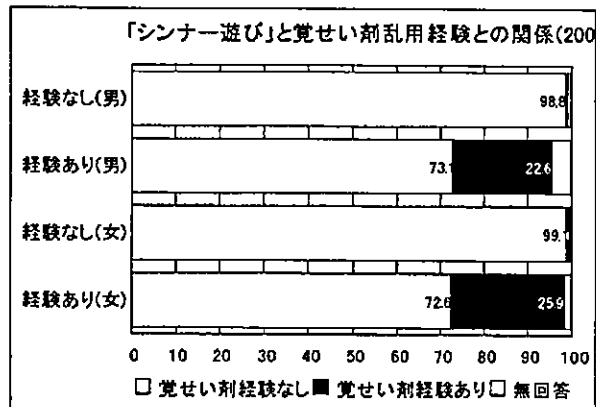
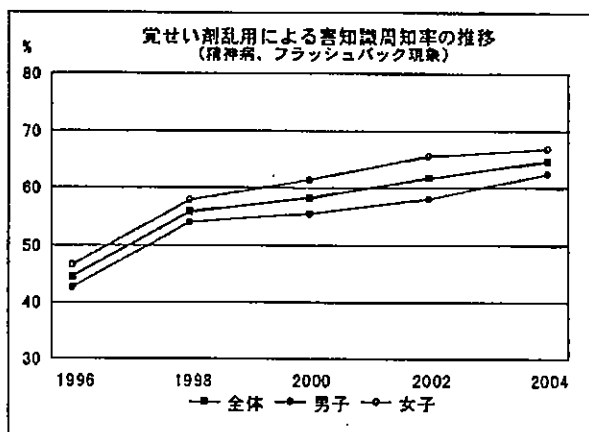
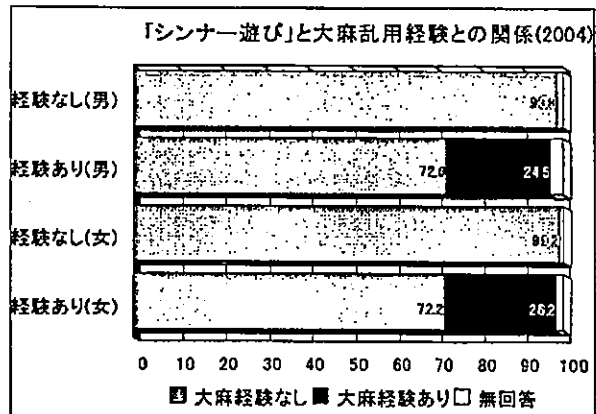
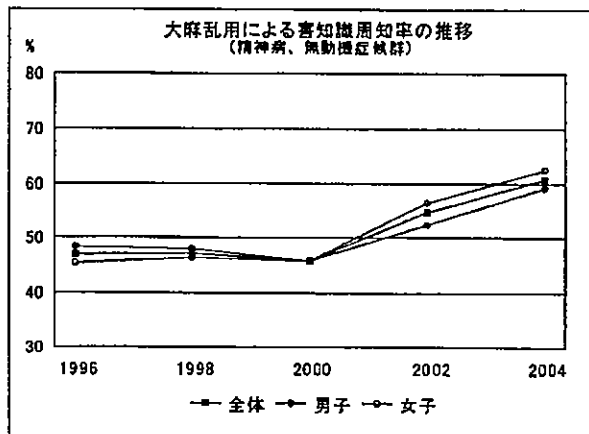
⑫ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の 10.8% の者が「少々ならかまわない」を選んでいて、そのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は 2.4% に過ぎず、大麻では 1.4% であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。

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









分 担 研 究 報 告 書
(1-2)

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者 尾崎 茂 国立精神・神経センター精神保健研究所
研究協力者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所

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

A. 研究目的

薬物乱用問題は、国内的には依然として第三次覚せい剤乱用期が続くとともに、大麻、MDMA、さらにいわゆる“脱法ドラッグ”の乱用が拡大しつつある。海外においても、覚せい剤を中心とする精神刺激剤の乱用は世界規模で拡がりをみせ続けており、“アンフェタミン型中枢刺激剤(Amphetamine Type Stimulants, ATS)問題”として引き続き注目されている。

全国の精神科医療施設を対象とした調査研究は、薬物乱用・依存者の実態を把握するための多面的疫学研究の一分野として、1987年以来ほぼ現行の方法論を用いて隔年で実施されてきた。2004

度も従来と同様の方法に基き、全国のすべての有床精神科医療施設を対象に、精神科医療の現場における薬物関連精神疾患の実態を把握するため、実態調査を施行した。

B. 研究方法

1) 対象施設

調査対象施設は、全国の精神科病床を有する医療施設で、施設の抽出は主に病院要覧(2003-2004年度版)¹⁾によった。内訳は国立病院・療養所(独立行政法人含む)47施設、自治体立病院151施設(都道府県立病院77施設、市町村立病院74施設)、国公立・私立大学医学部附属病院84施設、そして民間精神病院1,376施設の計1,658施設であ

る。

2) 方法

(1) 対象症例および調査期間

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

(2) 調査用紙の発送および回収

調査対象施設に対して、あらかじめ2004年7月下旬に調査の趣旨と方法を葉書により通知し、本調査への協力を依頼した。8月下旬に依頼文書ならびに調査用紙一式を各調査対象施設宛に郵送し、上記条件(1)を満たす薬物関連精神疾患患者について担当医師による調査用紙への記載、および性格特性に関する患者による自記式評価尺度への記載を求めた。調査用紙回収の期限は2004年11月30日とし、11月下旬にその時点で未回答の調査対象施設宛に再度本調査への協力要請の葉書を送付するとともに、必要に応じて電話・FAX等により回答内容・状況の確認等の作業を行った。実際には、回収期間終了後も回収作業を継続し、2005年3月上旬までに返送された症例についても可能な限り集計に加えた。

(3) 調査項目について

① 継続的な調査項目について

今回の調査における質問項目は、まず経時的な傾向の把握のために、質問用紙の前半は以下のような項目による構成とした。

- ・ 人口動態学的データ
- ・ 交友、婚姻関係
- ・ 矯正・補導歴
- ・ 飲酒・喫煙開始年齢
- ・ 薬物使用歴
- ・ 薬物使用開始の動機
- ・ 契機となった人物
- ・ 診断 (ICD-10分類)
- ・ 精神科疾患の家族歴

② 2004年度に設定した関心項目について

今年度は、性格特性の評価に焦点をあてて面接

評価、および自記式評価を試みた。

(i) Y-Gに基づく評価

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

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

具体的には下記のカテゴリーについて、「1. あり、2. なし、3. どちらともいえない」の3件法で担当医による評価を求めた。なお、カテゴリー一名をそのまま質問項目とするとわかりにくい点があるため、質問項目とするにあたっては一部表現を変更した。

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

(ii) TCIに基づく評価

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

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

TCIの意義については、後述の考察を参照されたい。

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

(4) “主たる使用薬物”の定義

該当症例の“主たる使用薬物”は、これまでと同様に決定した。すなわち、原則的に調査用紙の

質問16)において、“調査時点における「主たる薬物」(＝現在の精神科的症状に関して、臨床的に最も関連が深いと思われる薬物)”として、記載した医師によって選択された薬物とした。複数の薬物が選択されている症例については、薬物により「多剤(規制薬物)」,「多剤(医薬品)」のいずれかとした。複数の薬物が規制薬物と医薬品の両方を含む場合には、薬物使用歴から判断し、結果的に以下の10のカテゴリーに分類した。

【主たる使用薬物として分類された薬物のカテゴリー】

- (i) 覚せい剤(本報告書では『覚せい剤症例』と呼ぶ。以下同様。
- (ii) 有機溶剤(『有機溶剤症例』)
- (iii) 睡眠薬(『睡眠薬症例』)
- (iv) 抗不安薬(『抗不安薬症例』)
- (v) 鎮痛薬(『鎮痛薬症例』)
- (vi) 鎮咳薬(『鎮咳薬症例』)
- (vii) 大麻(『大麻症例』)
- (viii) その他(『その他症例』)
- (ix) 多剤(医薬品)(『多剤症例(医薬品)』)
- (x) 多剤(規制薬物)(『多剤症例(規制薬物)』)

3) 同意取得について

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

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

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

③ 病状などの理由により面接困難な場合は、診療録からの転記とし、この場合は同意取得を不要

とした。

C. 結果

1) 対象施設の種別による回答状況(表1)

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

2) 主たる使用薬物別にみた症例数(表2)

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

【その他症例における主たる使用薬物】

- ・メチルフェニデート：8例
- ・MDMA：5例
- ・脱法ドラッグ(5ME0, 1,4BDなど)：3例
- ・市販総合感冒薬(パブロン)：2例
- ・コカイン(1例)
- ・緩下剤(コーラック)(1例)

全体としてみると、規制薬物あるいは脱法ドラッグを主たる使用薬物とする症例(以下、『規制薬物症例』)は348例(76.8%)、医薬品を主たる使用薬物とする症例(以下、『医薬品症例』)は105例(23.2%)と前者が多かった。

3) 性別・年齢の分布(表3-1, 表3-2)

性比では、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『抗不安薬症例』、『鎮咳薬症例』、『大麻症例』、『その他症例』、『多剤症例(規制薬物)症例』で男性の比率が高かった。これに対して、『睡眠薬症例』で男女比は接近しており、『鎮痛薬症例』、『多剤(医薬品)症例』では性比が逆転し、女性の比率が高かった。

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

男女別にみた平均年齢では、『睡眠薬症例』、『鎮痛薬症例』、『その他症例』を除き、女性症例の方が男性より平均年齢でおよそ4~10歳程度低かった。

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

4) 最終学歴(表4)

全体としては、中学卒業または高校中退までの学歴が60%近くを占めていた。主たる使用薬物別にみると、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』および『多剤症例(規制薬物)』においては、中学校卒業以下が概ね25~40%と比較的高い割合であった。一方、『抗不安薬症例』では過半数が、『その他症例』では25%が大学卒と比較的高学歴であった。また、薬物全体では5例(1.1%)が中・高校生であった。

5) 職業(表5-1, 5-2)

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

薬物乱用開始後には“無職”の割合が各症例とも50~70%と高くなった。

6) 暴力団との関係(表6)

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

7) 非行グループとの関係(表7)

薬物乱用前には、症例全体の40%近くが非行グ

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

8) 薬物乱用者との関係 (表8)

薬物乱用開始前後で、全体の約40%強の症例が他の薬物乱用者との関係を有しており、とくに『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『多剤症例 (規制薬物)』で50~70%前後と高く、『大麻症例』、『鎮咳薬症例』がこれに次いで高かった。

9) 矯正施設への入所歴 (表9)

矯正施設への入所歴を有する割合は、全体の約1/3にみられ、男性症例全体の42%、女性症例全体の24%と男性の割合が高かった。主たる薬物別では、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』で高い割合を示した。

10) 逮捕・補導歴の有無 (表10)

症例全体の30%はこれまでに逮捕・補導歴を有していないが、薬物乱用開始前には16%、開始後では50%と半数近くが逮捕・補導歴を有していた。『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『多剤症例 (規制薬物)』で高く、『大麻症例』がこれに次いでいた。

11) 配偶関係 (表11)

各症例群の年齢分布の違いを考慮に入れなければならないが、全体的には50%以上が未婚であった。既婚者の割合は『医薬品症例』で20~40%前後と比較的高かった。離婚も全体の20%にみられ、薬物乱用による社会生活上の障害がうかがわれた。

12) 主たる使用薬物の初回使用年齢

(表12-1~5)

主たる使用薬物別の初回薬物使用の平均年齢をみると、『有機溶剤症例』が15.7歳と最も低年齢であった。次いで、『大麻症例』18.3歳、『鎮咳薬症例』19.5歳、『覚せい剤症例』21.6歳と低かった。

医薬品症例では、薬物使用開始年齢はより高く、概ね30歳前後から使用を開始していた。『多剤症例 (規制薬物)』における覚せい剤、有機溶剤の初回使用年齢は、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症

例』におけるそれぞれの初回使用年齢とほぼ同じであった。

13) 主たる使用薬物の使用期間 (表13)

薬物の使用期間の算出は従来と同様で、①最近1年間に薬物使用歴を有する場合は「調査時年齢-初回使用年齢」、②最近1年以内に薬物使用歴がない場合は「最終使用年齢-初回使用年齢」とし、各薬物症例群において“主たる薬物”のみについて求めた。したがってここでの「使用期間」とは、あくまで薬物使用の“始め”と“終わり (あるいは現在)”のみから算出されたものであり、使用期間中の薬物使用様態の変化 (使用中断後の再開、使用量の増減等) などは全く反映していない。

全体的な平均使用期間は、『その他症例』の4.3年から『鎮咳薬症例』の12.9年と長期に及んでいた。概ね、「5~10年未満」あるいは「10~15年未満」に比較的多く分布していた。5年以上の使用期間は全体の61.2%、10年以上は同じく41.9%にみられ、薬物関連問題の長期化がうかがわれた。また、使用期間が1年未満の初期乱用者は4.6%であった。

14) 併用薬物と初回使用年齢

(表14-1, 14-2)

主たる使用薬物別に、併用薬物 (これまでに使用歴のある薬物) について、それぞれ使用頻度と平均使用開始年齢を示した。

『覚せい剤症例』では、覚せい剤の単独使用症例は全体の14.6%と少なく、最も頻度の高い併用薬物は有機溶剤 (55.8%) で、大麻 (42.9%) がこれに次いでいた。有機溶剤の使用開始年齢15.3歳で、『有機溶剤症例』におけるそれよりもわずかに低かった。

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

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

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

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

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

1 5) 過去1年間における薬物使用歴 (表1 5-1, 1 5-2)

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

『医薬品症例』では、過去1年間においてそれぞれの主たる使用薬物の使用歴を有する割合が概して高く、睡眠薬では70%近かった。鎮痛薬では70%を超え、鎮咳薬でも60%近かった。『多剤症例（医薬品）』では、40%前後が1年以内に睡眠薬および抗不安薬の使用歴がみられた。

1 6) 喫煙の状況(表1 6)

症例全体としては2/3が喫煙経験者で、喫煙開始年齢は平均15.5歳であった。『有機溶剤症例』では14.3歳と最も低年齢で喫煙を開始しており、『多剤症例（規制薬物）』が14.9歳とほぼ同年齢であった。

非喫煙者の割合は、『鎮痛薬症例』などで比較的高かったが、全体としては4%弱と低かった。全般的に『規制薬物症例』において喫煙頻度が高く、より低年齢で喫煙を開始している傾向がみられた。

1 7) 飲酒状況(表1 7)

症例全体として70%近くに飲酒歴があり、飲酒開始年齢は平均16.7歳であった。『有機溶剤症例』で15.4歳と最も低年齢で飲酒を開始しており、『鎮咳薬症例』が15.9歳とこれに次いでいた。飲酒者

の割合は、『抗不安薬症例』、『有機溶剤症例』で高かった。一方、非飲酒者は『鎮痛薬症例』で30%弱と最も高かった。

1 8) 精神科治療の開始年齢(表1 8)

薬物関連精神疾患に関する精神科治療の開始年齢について表1 8に示した。

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

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

1 9) 入院形態(表1 9)

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

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

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

2 0) 薬物初回使用の契機となった人物

(表2 0-1, 2 0-2)

薬物使用のきっかけとなった人物として“同性

の友人”としたものが、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『多剤（規制薬物）』、『鎮咳薬症例』の男性と『大麻症例』の男女で50～80%と最も高い割合を示した。

『覚せい剤症例』、『鎮咳薬症例』の女性症例においては、“異性の友人”が30～50%と他の薬物症例群に比較して高い割合を示した。これに対して、『鎮痛薬症例』、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『多剤症例（医薬品）』などでは、“自発的使用”あるいは“医師”をあげた症例の割合が比較的高かった。なお、『覚せい剤症例』では“密売人”との接触が初回使用のきっかけとなっている症例は男性の4.0%、『大麻症例』の男性では18.2%にみられた。

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

2 1) 薬物の初回使用の動機

(表 2 1-1, 2 1-2)

『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』などの規制薬物を主たる使用薬物とする症例群では、“好奇心”や“刺激を求めて”の割合が高く、『鎮咳薬症例』でも比較的高い割合を示した。これらは男性症例でより目立った。また、『覚せい剤症例』群における“性的効果を求めて”の男女差はなかった。『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』等の処方薬・医薬品使用の症例群では、25～50%が“不眠の軽減”、“不安の軽減”、“疼痛の軽減”など、本来の症状の軽快を目的としたものであったが、これに対して『鎮咳薬症例』において“咳嗽の軽減”を目的として薬物使用を開始した割合は女性の1例のみと少なかった。

2 2) 最近1年間における薬物の主な入手経路

(表 2 2-1, 2 2-2)

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

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

また『覚せい剤症例』の女性では、“恋人・愛人”が6.5%と他の薬物症例に比較して高い傾向がみられた。

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

2 3) 主たる使用薬物別にみた主診断(表 2 3)

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

“[F1x.57] 精神病的障害(症状持続>6M)”はICD-10の診断基準からは外れるが、前回調査よりICD-10診断分類に追加した項目である。『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』また『大麻症例』では1/3がこれに該当し、“[F1x.7] 残遺性障害および遅発性精神病的障害”も合わせると、40～50%で症状の長期化、遷延化がみとめられた。

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

2 4) 性別にみたICD-10による主診断(表 2 4)

女性症例の40%以上が“[F1x.2] 依存症候群”に該当し、男性症例の約1/3に比較して高い割合であった。一方、“[F1x.57] 精神病的障害(症状持続>6M)”においては、男性で約30%と高かった。男女とも慢性的な病態が優位であることがうかがわれた。

2 5) 精神疾患の家族歴(表 2 5)

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

2 6) Y-Gによる性格特性の評価について

(図1, 図2)

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

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

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

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

2 7) TCI(20項目)による評価

① 主たる使用薬物別にみたスコアの比較

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

② 性差からみたTCIスコアの比較

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

D. 考察

1) 本年度の実態調査の概括

今回の調査対象施設において回答率は50%を超え、全数調査としては概ね満足できる回答率を得ることができた。回答率を医療施設の種別でみると、国立病院・療養所が68%と最も高く、都道府

県立病院を除いては50%前後の回答率が得られ、施設種別で大きなばらつきはみられなかった。全体としては、対象施設の過半数の回答率を得ることができ、疫学的に意義のある調査であったと考えられる。

1施設あたりの報告症例数は、国立病院・療養所が12.8例と最も多く、前回調査よりも増加した。次いで都道府県立病院が前回よりもやや減少したが7.0例、民間病院はやや増えて4.5例であった。全体としてみれば、薬物関連精神疾患の診療においては、国立ないし都道府県立の医療機関に比較的症例が集中している状況がうかがえる。

また、ここ数回の調査では、「該当症例あり」と回答する施設は200~270施設、医療機関全体に占める割合は16%前後、症例数が900症例前後であったが、今回の調査では「該当症例あり」の施設数は75施設(施設数全体の4.5%)、報告された有効症例数も453例と激減した。ただし、施設あたりの症例数は6.0例と、これまでの調査に比較して増加しており、一精神科医療機関で診療を受けた平均患者数は決して減少していなかった。報告症例数および症例報告施設数の減少については、薬物関連精神疾患の患者数全体の動向としても減少傾向にあることも考えられるが、それ以上に今回の調査では文書による同意取得を求めたことが大きく影響したと考えられる。また、今回の調査では首都圏の一薬物専門医療機関からの報告が全体の1/4近くを占めていたので、大都市圏における特徴として多剤併用などの傾向が例年より強く表れていた可能性がある。

2) 今年度調査における関心項目

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

3) 各薬物についてのまとめ

(1) 覚せい剤

① 覚せい剤症例の概観

覚せい剤は依然として「第三次乱用期」にあり、現在の日本において最も深刻な問題をひきおこしている乱用薬物である。検挙者数で見ると、やや減少傾向にあるようだが、予断を許さない状況は続いていると思われる。

覚せい剤症例は今年度の調査でも51.4%と全症例の半数強を占めていた。また、「使用歴を有する薬物」としては、1996年以降の調査で最も高い割合を示している(表28)。依然として精神科医療施設の現場においては、覚せい剤が最も重要な乱用薬物であることが示されている。

② 性・年齢の特徴

『覚せい剤症例』のうち約70%が男性で、年齢は20歳代後半～30歳代後半を中心としながら、50歳代までは幅広い分布がみられる。未成年者の比率は1991年調査⁵⁾では5.2%、1993年⁶⁾は8.4%、1994年⁷⁾は1.9%、1996年⁸⁾は2.0%、1998年⁹⁾は1.1%、2000年¹⁰⁾は2.1%、2002年度¹¹⁾は2.7%であったが、今年度は0.9%と減少していた。

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

③ 初回使用年齢・使用期間・使用方法

20歳未満で覚せい剤使用を開始した者の割合は37.8%で、これまでと同様の水準であった。初回使用年齢はこれまで女性の方が低い傾向がみられたが、今回は差がみられなかった。

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

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

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

④ 交友関係・司法矯正歴・社会生活

『覚せい剤症例』の男性症例では、『多剤症例(規制薬物)』と並んで、覚せい剤乱用前から“暴力団との関係”や“非行グループ”との関係を有する割合が最も高かった。逮捕・補導歴を有す

る症例の割合は、覚せい剤乱用開始後には男女ともほぼ半数を超え、男性では2/3に達していた。矯正施設への入所歴は男性症例の半数近くにみられた。無職の割合や、離婚率も高く、依然として覚せい剤関連問題による深刻な社会的機能の障害がうかがわれた。

⑤ 喫煙・飲酒歴・薬物使用の動機および契機

『覚せい剤症例』における喫煙・飲酒の開始年齢は、他の薬物群に比較してより低年齢の傾向がみられた。覚せい剤初回使用の契機は、男性の約70%が“同性の友人”と高い割合を示した。一方、“密売人”の関与は男女全体で3.4%と高かった。女性では初回使用の契機として“異性の友人”が40%と高い割合を示したことは、従来調査と同様の傾向であった。薬物使用開始の動機としては、とくに男性で“好奇心”が1/2強を示し、女性でも約40%にみられた。“性的効果を求めて”においては、これまで女性での割合が高い傾向がみられたが、今年度の結果では男女差がみられなかった。

⑥ 精神医学的診断

ICD-10による診断分類では、『覚せい剤症例』の約53%は『F15.5：精神病性障害』に該当した。とくに精神病症状の持続が6ヵ月以上に及ぶ『F15.57：精神病性障害(>6M)』に該当する症例が33%と高い割合を示した。ICD-10の操作的診断基準では、症状持続が6ヶ月を超えた場合は精神作用物質による精神病性障害の診断から除外されるが、これまでの『覚せい剤症例』における精神病性障害の持続期間についての調査で、精神病性障害が6ヵ月以上にわたる覚せい剤症例が多く報告されたため、前回調査以降はICD-10の診断分類に追加している。今回の調査でも『F15.57：精神病性障害(>6M)』が高い割合で報告されたことから、覚せい剤による精神病性障害の遷延・持続化が引き続き精神医療の現場では大きな問題であることと同時に、そうした遷延した病態が日本では『覚せい剤精神病』として臨床医の間で認知されていることをも表すものである。また、『F15.7：残遺性障害および遅発性精神病性障害』も約20%にみられており、慢性の精神病状態あるいはこれに準ずる遷延性の病態は、『覚せい剤症例』の半数を超えていた。今後、このような長期にわたって持続する精神病性障害についてさらに詳細かつ実証的

な臨床研究を積み重ね、診断基準についても再検討する必要があると考えられる。

(2) 有機溶剤

① 『有機溶剤症例』の概観

有機溶剤は、覚せい剤と並び依然として日本における代表的な乱用薬物である。検挙者数は次第に減少しているが、若年で乱用が開始されること、深刻な心身の健康問題や社会的障害をもたらすこと、その入手の容易さなどから、依然として軽視してはならない薬物である。具体的な物質の記載があったのは一部の症例のみだが、以下のようであった。

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

『有機溶剤症例』が症例全体に占める割合は17%で、1996年⁸⁾の22.8%、1998年⁹⁾の25.5%、2000年¹⁰⁾の19.6%、2002年の18.7%からみると、若干ではあるが引き続き減少傾向がみられた。しかし、“使用歴を有する薬物”としては1996年以来50%前後と高い水準で経過している¹²⁾(表28)。また、表30に示すように、“初回使用薬物”としては若干減少傾向がみられるものの、覚せい剤を上回り45.1%と最も高い割合であった。和田らによる住民調査¹³⁾においても、誘われた経験を有する薬物、使用経験のある薬物としては有機溶剤が最も頻度が高い。薬物乱用への入り口としての有機溶剤は依然として軽視できない。

② 性・年齢の特徴

『有機溶剤症例』の特徴は、80%が男性で、平均15.7歳(男性15.7歳、女性16.0歳)という低年齢で乱用が開始されることである。これまで他の併用薬物のない単独使用者の割合が2/3程度と高かったが、今回の調査では約1/3であった。前述したように今回は首都圏の一薬物専門医療施設からの報告症例が多かったことで、都市部の多剤併用の傾向が影響していることも考えられる。

③ 喫煙・飲酒歴、薬物使用歴

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

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

④ 交友関係、逮捕・補導歴

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

⑤ 薬物使用の契機、動機、入手経路

初回使用の契機となった人物としては、男性では3/4、女性では半数近くが“同性の友人”とし、これはすべての薬物症例の中で最も高い割合であった。また、女性では約3割が“異性の友人”と回答していた。これらは従来と同様の傾向である。

薬物初回使用の動機としては、男女とも“好奇心”が半数でみられ、次いで“刺激を求めて”が14%前後にみられた。薬物入手経路は“友人・知人”によるものが、とくに女性で20%近く、“密売人”は女性の半数近くときわだって高い割合を示した。これらの結果は、“遊び型”としての有機溶剤乱用行動を表すとともに、乱用開始におけるpeer pressure、その後の交友関係あるいは対人関係のあり方に関して、ある種の特徴を示唆するものかもしれない。

また、男性症例では60%近くが最近1年以内の有

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

⑥ 精神医学的診断

ICD-10による診断分類では、“【F18.2】依存症候群”、“【F18.57】精神病性障害 (>6M)”がそれぞれ1/3強で、“【F18.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”は9.1%と、約20%にみられた前回調査よりは減少傾向がみられた。しかしここでも

『有機溶剤症例』において『覚せい剤症例』と同様に、症状の遷延・持続化が問題になっていることがうかがえる。

(3) 睡眠薬・抗不安薬・鎮痛薬

これらの薬物を“主たる使用薬物”とする症例が全体に占める割合としては、各年度の調査において10%前後と高くはない。ただし、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』の40～60%がそれぞれ抗不安薬、睡眠薬を併用しており、また『多剤症例(医薬品)』の90%近くが睡眠薬と抗不安薬の併用例であるように、単独使用例はむしろ少ないのが特徴である。

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

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

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

わめて高く、ほとんどは薬局、医療機関からの入手であった。

使用期間では使用薬物ごとにややばらつきがあるが、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』では8～10年、『鎮痛薬症例』では平均約13年と最も長く、前回同様の傾向がみられた。

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

一部の症例で具体的に報告された薬物は、以下のようなものであった。

【睡眠薬】

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

以上のうち、ウット、ドリエルは市販品 (OTC) である。

【抗不安薬】

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

【鎮痛薬】

- ・ “ナロン” : 6例
- ・ “バファリン” : 5例
- ・ “パブロン” : 3例

- ・ “セデス”：2例
- ・ “イブ”，“ノーシン”，：各1例

（４）鎮咳薬

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

ICD-10による主診断では、63%が“【F19.2】依存症候群”に該当した。また、“【F19.57】精神病性障害（＞6M）”，“【F19.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”を合わせると1/4を占め、『鎮咳薬症例』においても症状の慢性化、長期化がうかがわれた。

なお、具体的に報告された鎮咳薬は以下のようなものであった。

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

（５）大麻

大麻は近年その乱用の拡大がもっとも懸念される薬物のひとつである。検挙者数、押収量などもこの数年急激に増加している。本調査における『大麻症例』は1987年より報告されるようになったが¹⁰⁾、主たる使用薬物症例数としては少数で推移していた。ところが、今年度は前回の2.6%に引き続き、“主たる使用薬物”としての割合が3.8%と増加した。

また、過去に大麻使用歴のある症例は、ここ数年の調査において回答症例全体の10%前後を占めていたが、今年度は、前回の22.0%からさらに38.1%へと大幅に増加した（表28）。一般社会での

潜在的な、あるいはすでに顕在化しつつあると言わざるを得ない大麻乱用の拡大の影響が、精神医療の現場に及んできたと考えざるを得ない。

『大麻症例』は70%が男性で、平均27.6歳であった。薬物乱用前に30%が非行グループと、40%が薬物乱用者との関係を持ち、逮捕・補導歴、矯正施設への入所歴を有する割合は、規制薬物使用症例群の中では低かった点は、前回と同様の傾向である。約40%が覚せい剤の使用歴があり、コカイン使用歴を有する割合も24%と比較的高かった。

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

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

（６）その他の薬物

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

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

今回の調査においては、コカイン、ヘロイン、MDMAの使用歴を有する症例数の増加が著しい。とくにMDMAは押収量、検挙者数ともに年々倍増しており、乱用拡大がきわめて懸念される乱用物質である。MDMA（あるいはMDA）の錠剤には、その他の成分としてメタンフェタミン、カフェイン、エフェドリン、コカイン、ケタミンなどが混在する錠剤も流通していることが確認されており¹⁴⁾、引き続き注意深く見守ることが必要であるとともに、さまざまな啓蒙、予防教育がさらに必要であ

ろう。

また、「脱法ドラッグ」乱用の問題も少しずつ精神医療の現場に出現しつつある。今年度は、GBL/GHB/1,4BDが3例、ケタミンが2例、5-MEOが1例報告された。GBL/GHB/1,4BDはGABA系の抑制性薬物で、GHB（ガンマヒドロキシ酪酸）は日本においても規制の対象となっており、すでに脱法ドラッグではないが、GBL（ガンマブチロラクトン）、1,4BD（1,4ブタンジオール、俗称は“ガンマスバイラル”など）はまだ規制の対象になっておらず、インターネットなどで入手が可能である。これらは、鎮静効果を有するが、嘔吐、呼吸・循環障害、意識障害などの重篤な副作用がみられることもあり、注意が必要である。また、5-MEO（5-メトキシ-N, N-ジイソプロピルトリプタミン、俗称“ゴメオ”など）は経口、経鼻、経直腸的に摂取され、男性同性愛者などの間で乱用されることがある。サイロシンなどと類似の幻覚作用をもち、中枢神経に対する毒性もかなり強いことが報告されており¹⁵⁾、同様に十分な注意と対策が必要である。

5) 性格特性について

(1) Y-Gによる評価

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

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

(2) TCI (20項目版) による評価

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

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

- ・ 触発 (新奇希求性: novelty seeking, NS)

- ・ 維持 (報酬依存: reward dependence, RD)
- ・ 抑制 (損害回避: harm avoidance, HA)
- ・ 固着 (固執: persistence, P)

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

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

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

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

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

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

E. 結 論

1) 全国の精神科病床を有する医療施設1,658施設を対象に、薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて施行し、834施設（50.3%）から453症例の報告を得た。

2) 『覚せい剤症例』が233例（51.4%）と最も多く、『有機溶剤症例』77例（17.0%）と合わせると全体の7割近くを占め、依然として両薬物が精神医療の現場においても主要な乱用薬物であることが確認された。

3) 次に、『睡眠薬症例』44例（9.7%）、『その他症例』20例（4.4%）、『大麻症例』17例（3.8%）、『鎮咳薬症例』16例（3.5%）、『鎮痛薬症例』11例（2.4%）、『抗不安薬症例』7例（1.5%）、であった。多剤使用症例は『多剤症例（医薬品）』16例（3.5%）、『多剤症例（規制薬物）』が12例（2.6%）と全体の約6%を占めていた。

4) 『覚せい剤症例』が全症例に占める割合および「使用歴を有する薬物」としてもこれまで同様最も高い割合を占めており、検挙者数で見ると社会での乱用の状況は落ち着きつつあるようにも見えるが、今後の精神医療の現場における推移を注意深く見守るべきであると考えられた。

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

6) 『有機溶剤症例』の占める割合は17.0%とほぼ横ばいで、「使用歴を有する薬物」としても52.4%と覚せい剤に次いでおり、これまで同様の水準を保っていた。「初回使用薬物」としては45.1%と最も高い割合を示しており、薬物乱用への入門薬としての役割は依然として軽視できないと考えられた。

7) 『有機溶剤症例』では飲酒・喫煙、薬物乱用が低年齢で開始されていた。このような低年齢に

おける有機溶剤乱用の問題は、成長期における健康・保健問題のみならず、深刻な心理・社会的障害を引き起こすことにつながり、依然として重要な問題であると考えられた。

8) 『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』では平均年齢、使用開始年齢など高く、複数の薬物を併用する傾向がみられた。病態としては、依存症候群を呈する割合が高かった。

9) 『鎮咳薬症例』は主たる使用薬物としては3.5%とやや増加傾向にあった。比較的低年齢で乱用を開始しており、性比、交友関係などにおいて規制薬物症例に近い特徴をもっており、Y-Gのプロフィールからも医薬品症例と規制薬物症例の中間的な特徴がうかがわれた。また、依存症候群に該当する割合は60%以上と高かった。

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

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

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

謝 辞

日々の臨床でご多忙の中、本実態調査にご協力いただきました全国の精神科医療施設の医師の皆様ならびに関係者の方々、さらにご参加いただいた患者の皆様にご心より厚く御礼申し上げます。

F. 研究発表

1) 論文・著書

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

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

2) 学会発表

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

G. 参考文献

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

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

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

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

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

6) 清水順三郎, 福井 進：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成5年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究

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

7) 清水順三郎：精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成6年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究。平成6年度研究成果報告書：87-118, 1995。

8) 尾崎 茂：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成8年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究。第1分冊「薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究」平成8年度研究成果報告書：61-86, 1997。

9) 尾崎 茂, 和田 清, 福井 進：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成10年度厚生科学研究費補助金「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」。平成10年度研究報告書：85-116, 1999。

10) 尾崎 茂, 和田 清, 福井 進：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成12年度厚生科学研究費補助金「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」。平成12年度研究報告書：77-118, 2001。

11) 尾崎 茂, 和田 清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成14年度厚生科学研究補助金「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究および社会的損失に関する研究」研究報告書：87-128, 2003。

12) 尾崎 茂, 和田 清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成15年度厚生労働科学研究補助金「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」研究報告書：89-103, 2004。

13) 和田 清, 菊池安希子, 尾崎 茂：薬物使用に関する全国住民調査。平成15年度厚生科学研究費補助金「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」。平成15年度研究報告書：17-81, 2004。

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

lth Sci., 2003.

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

表1 精神科医療施設の種別と回答状況

	総施設数	回答あり 施設数	回答のあった施設数と症例数			1施設 あたり 回答症 例数
			症例あり		症例なし 施設数	
			施設数	回答症例数		
国立病院・療養所 自治体立病院	47 (2.8%)	32 (68.1%)	15 (31.9%)	192 (42.4%)	17 (36.2%)	12.8
都道府県立病院	77 (4.6%)	33 (42.9%)	7 (9.1%)	49 (10.8%)	26 (33.8%)	7.0
市町村立病院	74 (4.5%)	40 (54.1%)	2 (2.7%)	2 (0.4%)	38 (51.4%)	1.0
大学医学部附属病院	84 (5.1%)	42 (50.0%)	6 (7.1%)	7 (1.5%)	36 (42.9%)	1.2
民間病院	1376 (83.0%)	690 (50.1%)	45 (3.3%)	203 (44.8%)	645 (46.9%)	4.5
	1658 (100.0%)	837 (50.5%)	75 (4.5%)	453 (100.0%)	762 (46.0%)	6.0

表2 主たる使用薬物別にみた症例数(%)

薬物分類	男 性	女 性	合 計	全症例における割合
覚せい剤	161 (53.0%)	72 (48.3%)	233 (51.4%)	51.4%
有機溶剤	61 (20.1%)	16 (10.7%)	77 (17.0%)	17.0%
睡眠薬	25 (8.2%)	19 (12.8%)	44 (9.7%)	9.7%
抗不安薬	5 (1.6%)	2 (1.3%)	7 (1.5%)	1.5%
鎮痛薬	3 (1.0%)	8 (5.4%)	11 (2.4%)	2.4%
鎮咳薬	12 (3.9%)	4 (2.7%)	16 (3.5%)	3.5%
大麻	12 (3.9%)	5 (3.4%)	17 (3.8%)	3.8%
その他	13 (4.3%)	7 (4.7%)	20 (4.4%)	4.4%
多剤(医薬品)	3 (1.0%)	13 (8.7%)	16 (3.5%)	3.5%
多剤(規制薬物)	9 (3.0%)	3 (2.0%)	12 (2.6%)	2.6%
計	304 (100.0%)	149 (100.0%)	453 (100.0%)	100.0%

表3-1 主たる使用薬物別にみた性別・年齢の分布

	覚せい剤 (233例)		有機溶剤 (77例)		睡眠薬 (44例)		抗不安薬 (7例)		鎮痛薬 (11例)		鎮咳薬 (16例)	
性 別 性 比	男性 (89.1%)	女性 (30.9%)	男性 (79.2%)	女性 (20.8%)	男性 (56.8%)	女性 (43.2%)	男性 (71.4%)	女性 (28.6%)	男性 (27.3%)	女性 (72.7%)	男性 (75.0%)	女性 (25.0%)
年齢構成												
≤14	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
15~19	1 (0.6%)	1 (1.4%)	2 (3.3%)	6 (37.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
20~24	10 (8.2%)	13 (18.1%)	5 (8.2%)	4 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	1 (25.0%)
25~29	13 (8.1%)	11 (15.3%)	7 (11.5%)	1 (8.3%)	3 (12.0%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	1 (25.0%)
30~34	43 (26.7%)	21 (29.2%)	26 (42.6%)	2 (12.5%)	6 (24.0%)	2 (10.5%)	2 (40.0%)	2 (100.0%)	0 (0.0%)	2 (25.0%)	4 (33.3%)	1 (25.0%)
35~39	23 (14.3%)	10 (13.9%)	10 (16.4%)	3 (18.8%)	4 (16.0%)	3 (15.8%)	2 (40.0%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	1 (12.5%)	3 (25.0%)	1 (25.0%)
40~44	30 (18.6%)	8 (11.1%)	5 (8.2%)	0 (0.0%)	4 (16.0%)	3 (15.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (25.0%)	2 (16.7%)	0 (0.0%)
45~49	14 (8.7%)	0 (0.0%)	2 (3.3%)	0 (0.0%)	1 (4.0%)	3 (15.8%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (25.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)
50~54	14 (8.7%)	3 (4.2%)	4 (6.6%)	0 (0.0%)	2 (8.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
55~59	7 (4.3%)	2 (2.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (8.0%)	3 (15.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
60~64	3 (1.9%)	2 (2.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
65≤	2 (1.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (8.0%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
不明	1 (0.6%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
計	161 (100.0%)	72 (100.0%)	81 (100.0%)	16 (100.0%)	25 (100.0%)	19 (100.0%)	5 (100.0%)	2 (100.0%)	3 (100.0%)	8 (100.0%)	12 (100.0%)	4 (100.0%)
平均(男女別)	38.6±10.3	33.5±9.9	33.4±7.9	24.4±7.2	41.5±11.6	44.8±11.8	37.0±4.8	33.0±0.0	34.0±6.4	43.9±12.1	34.1±6.4	30.3±4.4
平均(全体)	37.0±10.5		31.5±8.6		43.0±11.7		35.9±4.4		41.2±11.7		33.1±6.2	

表3-2 主たる使用薬物別にみた性別・年齢の分布

性別 性 比	大麻 (17例)		その他 (20例)		多剤 (医薬品) (16例)		多剤 (規制薬物) (12例)	
	男性 (70.6%)	女性 (29.4%)	男性 (65.0%)	女性 (35.0%)	男性 (18.8%)	女性 (81.3%)	男性 (75.0%)	女性 (25.0%)
年齢構成								
≤14	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)
15~19	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
20~24	4 (33.3%)	2 (40.0%)	2 (15.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (23.1%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)
25~29	2 (16.7%)	3 (60.0%)	3 (23.1%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	2 (15.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
30~34	2 (16.7%)	0 (0.0%)	3 (23.1%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	5 (38.5%)	2 (22.2%)	1 (33.3%)
35~39	2 (16.7%)	0 (0.0%)	2 (15.4%)	2 (28.6%)	2 (66.7%)	1 (7.7%)	3 (33.3%)	1 (33.3%)
40~44	1 (8.3%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
45~49	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)
50~54	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (15.4%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	1 (7.7%)	2 (22.2%)	0 (0.0%)
55~59	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
60~64	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
65≤	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
不明	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
計	12 (100.0%)	5 (100.0%)	13 (100.0%)	7 (100.0%)	3 (100.0%)	13 (100.0%)	9 (100.0%)	3 (100.0%)
平均(男女別)	28.3±7.0	26.0±3.0	34.3±9.5	37.4±14.2	41.7±6.6	31.4±8.3	37.8±10.5	29.3±5.7
平均(全体)	27.6±6.2		35.4±11.5		33.3±9.0		35.7±10.2	

表4 主たる使用薬物別にみた最終学歴

		覚せい剤	有機溶剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	大麻	その他	多剤 (医薬品)	多剤 (規制薬物)	計
小学校	在学中											
	中退											
	卒業 不明	2 (0.9%)				1 (9.1%)						3 (0.7%)
中学校	在学中										1 (8.3%)	1 (0.2%)
	中退	1 (0.4%)										1 (0.2%)
	卒業 不明	71 (30.5%) 3 (1.3%)	31 (40.3%) 3 (3.9%)	10 (22.7%) 1 (2.3%)	1 (14.3%)		2 (12.5%)	1 (5.9%)		3 (18.8%)	3 (25.0%)	122 (26.9%) 7 (1.5%)
高校	在学中	2 (0.9%)	1 (1.3%)					1 (5.9%)				4 (0.9%)
	中退	56 (24.0%)	19 (24.7%)	3 (6.8%)		2 (18.2%)	1 (6.3%)	2 (11.8%)	2 (10.0%)		6 (50.0%)	91 (20.1%)
	卒業 不明	52 (22.3%) 3 (1.3%)	10 (13.0%) 1 (1.3%)	13 (29.5%) 1 (2.3%)	1 (14.3%)	5 (45.5%)	4 (25.0%)	3 (17.6%)	6 (30.0%)	6 (37.5%)		100 (22.1%) 5 (1.1%)
専門学校	在学中	1 (0.4%)										1 (0.2%)
	中退	8 (3.4%)	2 (2.6%)			1 (9.1%)		1 (5.9%)		1 (6.3%)		13 (2.9%)
	卒業 不明	13 (5.6%)	7 (9.1%)	4 (9.1%) 1 (2.3%)	1 (14.3%)	1 (9.1%)	4 (25.0%)	1 (5.9%)	1 (5.0%)	1 (6.3%) 1 (6.3%)		33 (7.3%) 2 (0.4%)
短大	在学中			1 (2.3%)								
	中退							1 (5.9%)		1 (6.3%)	1 (8.3%)	4 (0.9%)
	卒業 不明	1 (0.4%)	1 (1.3%)					2 (11.8%)	1 (5.0%)	1 (6.3%)		6 (1.3%)
大学	在学中		1 (1.3%)									1 (0.2%)
	中退	9 (3.9%)		2 (4.5%)			2 (12.5%)	2 (11.8%)	2 (10.0%)			17 (3.8%)
	卒業 不明	7 (3.0%)		7 (15.9%)	4 (57.1%)	1 (9.1%)	2 (12.5%)	2 (11.8%)	5 (25.0%)	2 (12.5%)	1 (8.3%)	31 (6.8%)
不明		4 (1.7%)	1 (1.3%)	1 (2.3%)			1 (6.3%)	1 (5.9%)	3 (15.0%)			11 (2.4%)
計		233 (100.0%)	77 (100.0%)	44 (100.0%)	7 (100.0%)	11 (100.0%)	16 (100.0%)	17 (100.0%)	20 (100.0%)	16 (100.0%)	12 (100.0%)	453 (100.0%)

表5-1 主たる使用薬物別にみた職業歴(薬物乱用前および現在)

	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬	
	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)
1 農林漁業	3 (1.3)	6 (2.6)					1 (14.3)	1 (14.3)	1 (9.1)			
2 商人(卸・小売り)		1 (0.4)										
3 不動産業	1 (0.4)	1 (0.4)		1 (1.3)								
4 金融業		1 (0.4)		1 (1.3)	1 (2.3)							
5 自営職人	1 (0.4)	3 (1.3)		1 (1.3)								
6 露天・行商	1 (0.4)											
7 その他自営業	5 (2.1)	4 (1.7)			2 (4.5)	1 (2.3)	1 (14.3)					
8 団体役員		1 (0.4)		1 (1.3)								
9 会社員	11 (4.7)	5 (2.1)	2 (1.0)	1 (1.3)	4 (9.1)	1 (2.3)	1 (14.3)		2 (18.2)		1 (6.3)	
10 店員	9 (3.9)		7 (3.6)	3 (3.9)	3 (6.8)	2 (4.5)						
11 工員	17 (7.3)	4 (1.7)	3 (1.6)	1 (1.3)	1 (2.3)	1 (2.3)	1 (14.3)				1 (6.3)	
12 公務員	2 (0.9)				4 (9.1)	1 (2.3)	1 (14.3)	1 (14.3)				
13 風俗営業関係	10 (4.3)	2 (0.9)	1 (0.5)		1 (2.3)				1 (9.1)		2 (12.5)	
14 飲食業	13 (5.6)	5 (2.1)		2 (2.6)	3 (6.8)	2 (4.5)			1 (9.1)		2 (12.5)	
15 興業関係	4 (1.7)	2 (0.9)										
16 旅館業	2 (0.9)	1 (0.4)			1 (2.3)							
17 交通運輸	10 (4.3)	5 (2.1)	2 (1.0)							1 (9.1)		
18 土木建築業	18 (6.9)	5 (2.1)	7 (3.6)	1 (1.3)							1 (6.3)	
19 日雇い労働者	4 (1.7)	8 (2.6)	2 (1.0)									
20 その他の被雇用者	7 (3.0)	7 (3.0)	4 (2.1)	1 (1.3)	4 (9.1)		1 (14.3)				1 (6.3)	
21 医療従事関係	1 (0.4)	1 (0.4)			4 (9.1)	2 (4.5)						
22 芸能関係	1 (0.4)				1 (2.3)				1 (9.1)			
24 小学生	2 (0.9)		1 (0.5)									
25 中学生	39 (16.7)		27 (14.1)								1 (6.3)	
26 高校生	10 (4.3)	2 (0.9)	8 (4.2)	1 (1.3)	1 (2.3)				1 (9.1)		2 (12.5)	
27 大学生	4 (1.7)		1 (0.5)		1 (2.3)						1 (6.3)	
28 各種学校生	3 (1.3)											
29 主婦	3 (1.3)	8 (3.4)	1 (0.5)		2 (4.5)	2 (4.5)	1 (14.3)		1 (9.1)	1 (9.1)		1 (6.3)
30 家事手伝い	1 (0.4)	1 (0.4)				1 (2.3)				1 (9.1)		
31 無職	14 (6.0)	125 (53.6)	4 (2.1)	52 (67.5)	2 (4.5)	21 (47.7)		3 (42.9)	1 (9.1)	5 (45.5)	2 (12.5)	10 (62.5)
32 不定	8 (2.6)	3 (1.3)	1 (0.5)	2 (2.6)	1 (2.3)						1 (6.3)	
33 不明	28 (12.0)	32 (13.7)	8 (3.1)	8 (10.4)	8 (18.2)	10 (22.7)	1 (14.3)	1 (14.3)	2 (18.2)	2 (18.2)	2 (12.5)	4 (25.0)
34 その他	5 (2.1)	2 (0.9)		1 (1.3)					1 (9.1)			
計	233 (100.0)	233 (100.0)	77 (40.1)	77 (100.0)	44 (100.0)	44 (100.0)	7 (100.0)	7 (100.0)	11 (100.0)	11 (100.0)	16 (100.0)	16 (100.0)

表5-2 主たる使用薬物別にみた職業歴(薬物乱用前および現在)

	大麻		その他		多剤(医薬品)		多剤(規制薬物)	
	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)
1 農林漁業								
2 商人(卸・小売り)								
3 不動産業								
4 金融業							1 (8.3)	
5 自営職人								
6 露天・行商								
7 その他自営業		1 (5.9)			1 (6.3)			
8 団体役員								
9 会社員	1 (5.9)	1 (5.9)	4 (20.0)	3 (15.0)			1 (8.3)	
10 店員								
11 工員			1 (5.0)				1 (8.3)	
12 公務員			1 (5.0)	1 (5.0)	1 (6.3)	1 (6.3)		
13 風俗営業関係	3 (17.6)	1 (5.9)		1 (5.0)				
14 飲食業			1 (5.0)			1 (6.3)	1 (8.3)	
15 興業関係								
16 旅館業								
17 交通運輸					1 (6.3)			
18 土木建築業			1 (5.0)		1 (6.3)			
19 日雇い労働者	1 (5.9)	1 (5.9)						
20 その他の被雇用者	1 (5.9)				1 (6.3)	1 (6.3)		
21 医療従事関係	1 (5.9)	1 (5.9)	2 (10.0)	1 (5.0)		1 (6.3)		
22 芸能関係			(0.0)					
24 小学生			1 (5.0)					
25 中学生	1 (5.9)						3 (25.0)	1 (8.3)
26 高校生	4 (23.5)	1 (5.9)	2 (10.0)		1 (6.3)		3 (25.0)	
27 大学生	1 (5.9)		1 (5.0)					
28 各種学校生					1 (6.3)			
29 主婦			1 (5.0)	1 (5.0)	1 (6.3)	2 (12.5)		
30 家事手伝い								
31 無職		8 (47.1)	1 (5.0)	8 (40.0)	2 (12.5)	4 (25.0)	1 (8.3)	6 (50.0)
32 不定								
33 不明	3 (17.6)	3 (17.6)	4 (20.0)	5 (25.0)	6 (37.5)	6 (37.5)	1 (8.3)	5 (41.7)
34 その他	1 (5.9)							
計	17 (100.0)	17 (100.0)	20 (100.0)	20 (100.0)	16 (100.0)	16 (100.0)	12 (100.0)	12 (100.0)

表6 暴力団との関係(複数回答)

	乱用開始前に あり	乱用開始後に あり	これまでなし	不明	計
(主たる使用薬物)					
覚せい剤 (男)	71 (44.1%)	66 (41.0%)	38 (23.6%)	25 (15.5%)	161 (100.0%)
(女)	23 (31.9%)	27 (37.5%)	19 (26.4%)	12 (16.7%)	72 (100.0%)
有機溶剤 (男)	7 (11.5%)	23 (37.7%)	33 (54.1%)	1 (1.6%)	61 (100.0%)
(女)	2 (12.5%)	4 (25.0%)	9 (56.3%)	2 (12.5%)	16 (100.0%)
睡眠薬 (男)	1 (4.0%)		19 (76.0%)	5 (20.0%)	25 (100.0%)
(女)	4 (21.1%)	2 (10.5%)	12 (63.2%)	3 (15.8%)	19 (100.0%)
抗不安薬 (男)			5 (100.0%)		5 (100.0%)
(女)	1 (50.0%)		1 (50.0%)		2 (100.0%)
鎮痛薬 (男)			3 (100.0%)		3 (100.0%)
(女)	2 (25.0%)		5 (62.5%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
鎮咳薬 (男)		2 (16.7%)	8 (66.7%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
(女)			3 (75.0%)	1 (25.0%)	4 (100.0%)
大麻 (男)			11 (91.7%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
(女)	2 (40.0%)	1 (20.0%)	2 (40.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)
その他 (男)	2 (15.4%)	2 (15.4%)	9 (69.2%)	1 (7.7%)	13 (100.0%)
(女)	2 (28.6%)		2 (28.6%)	3 (42.9%)	7 (100.0%)
多剤 (男)			3 (100.0%)		3 (100.0%)
(医薬品) (女)	1 (7.7%)	0	8 (61.5%)	4 (30.8%)	13 (100.0%)
多剤 (男)	4 (44.4%)	1 (11.1%)	2 (22.2%)	3 (33.3%)	9 (100.0%)
(規制薬物) (女)		2 (66.7%)	1 (33.3%)		3 (100.0%)
計 (男)	85 (28.0%)	94 (30.9%)	131 (43.1%)	38 (12.5%)	304 (100.0%)
(女)	37 (24.8%)	36 (24.2%)	62 (41.6%)	27 (18.1%)	149 (100.0%)
男女計	122 (26.9%)	130 (28.7%)	193 (42.6%)	65 (14.3%)	453 (100.0%)

表7 非行グループとの関係(複数回答)

	乱用開始前に あり	乱用開始後に あり	これまでなし	不明	計
(主たる使用薬物)					
覚せい剤 (男)	78 (48.4%)	42 (26.1%)	45 (28.0%)	27 (16.8%)	161 (100.0%)
(女)	28 (38.9%)	14 (19.4%)	25 (34.7%)	15 (20.8%)	72 (100.0%)
有機溶剤 (男)	30 (49.2%)	26 (42.6%)	15 (24.6%)	5 (8.2%)	61 (100.0%)
(女)	8 (50.0%)	4 (25.0%)	6 (37.5%)		16 (100.0%)
睡眠薬 (男)	3 (12.0%)		16 (64.0%)	6 (24.0%)	25 (100.0%)
(女)	1 (5.3%)	1 (5.3%)	13 (68.4%)	5 (28.3%)	19 (100.0%)
抗不安薬 (男)	1 (20.0%)		4 (80.0%)		5 (100.0%)
(女)	1 (50.0%)		1 (50.0%)		2 (100.0%)
鎮痛薬 (男)			2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
(女)	1 (12.5%)		6 (75.0%)	1 (12.5%)	8 (100.0%)
鎮咳薬 (男)	4 (33.3%)	2 (16.7%)	6 (50.0%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
(女)	1 (25.0%)		2 (50.0%)	1 (25.0%)	4 (100.0%)
大麻 (男)	3 (25.0%)		8 (66.7%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
(女)	2 (40.0%)	1 (20.0%)	2 (40.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)
その他 (男)	3 (23.1%)	2 (15.4%)	9 (69.2%)	1 (7.7%)	13 (100.0%)
(女)	1 (14.3%)		3 (42.9%)	3 (42.9%)	7 (100.0%)
多剤 (男)	1 (33.3%)		2 (66.7%)		3 (100.0%)
(医薬品) (女)	2 (15.4%)		8 (61.5%)	3 (23.1%)	13 (100.0%)
多剤 (男)	5 (55.6%)	1 (11.1%)		4 (44.4%)	9 (100.0%)
(規制薬物) (女)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)		3 (100.0%)
計 (男)	128 (42.1%)	73 (24.0%)	107 (35.2%)	46 (15.1%)	304 (100.0%)
(女)	46 (30.9%)	21 (14.1%)	67 (45.0%)	29 (19.5%)	149 (100.0%)
男女計	174 (38.4%)	94 (20.8%)	174 (38.4%)	75 (16.6%)	453 (100.0%)

表8 薬物乱用者との関係(複数回答)

	乱用開始前に あり	乱用開始後に あり	これまでなし	不明	計
覚せい剤 (男)	98 (60.9%)	96 (59.6%)	14 (8.7%)	17 (10.6%)	161 (100.0%)
(女)	36 (50.0%)	35 (48.6%)	3 (4.2%)	13 (18.1%)	72 (100.0%)
有機溶剤 (男)	35 (57.4%)	32 (52.5%)	9 (14.8%)	6 (9.8%)	61 (100.0%)
(女)	11 (68.8%)	7 (43.8%)	3 (18.8%)	16 (100.0%)	16 (100.0%)
睡眠薬 (男)	4 (16.0%)	2 (8.0%)	12 (48.0%)	7 (28.0%)	25 (100.0%)
(女)	2 (10.5%)	3 (15.8%)	11 (57.9%)	3 (15.8%)	19 (100.0%)
抗不安薬 (男)		1 (20.0%)	4 (80.0%)	5 (100.0%)	5 (100.0%)
(女)		1 (50.0%)	1 (50.0%)	2 (100.0%)	2 (100.0%)
鎮痛薬 (男)			3 (100.0%)		3 (100.0%)
(女)	3 (33.3%)	1 (11.1%)	4 (44.4%)	1 (11.1%)	9 (100.0%)
鎮咳薬 (男)	4 (33.3%)	4 (33.3%)	3 (25.0%)	3 (25.0%)	12 (100.0%)
(女)	1 (25.0%)	1 (25.0%)	1 (25.0%)	1 (25.0%)	4 (100.0%)
大麻 (男)	5 (33.3%)	7 (46.7%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)	15 (100.0%)
(女)	2 (40.0%)	2 (40.0%)		1 (20.0%)	5 (100.0%)
その他 (男)	3 (23.1%)	4 (30.8%)	7 (53.8%)	1 (7.7%)	13 (100.0%)
(女)	1 (14.3%)		3 (42.9%)	3 (42.9%)	7 (100.0%)
多剤 (男)	1 (33.3%)		2 (66.7%)		3 (100.0%)
(医薬品) (女)	1 (7.7%)		8 (61.5%)	4 (30.8%)	13 (100.0%)
多剤 (男)	5 (55.6%)	1 (11.1%)		4 (44.4%)	9 (100.0%)
(規制薬物) (女)	1 (33.3%)	3 (100.0%)			3 (100.0%)
計 (男)	155 (50.5%)	147 (47.9%)	56 (18.2%)	44 (14.3%)	307 (100.0%)
(女)	58 (38.7%)	53 (35.3%)	34 (22.7%)	44 (29.3%)	150 (100.0%)
男女計	213 (46.6%)	200 (43.8%)	90 (19.7%)	88 (19.3%)	457 (100.0%)

表9 矯正施設への入所歴の有無

主たる使用薬物 (性)	あり	なし	不明	計
覚せい剤 (男)	82 (50.9%)	75 (46.6%)	4 (2.5%)	161 (100.0%)
(女)	21 (29.2%)	44 (61.1%)	7 (9.7%)	72 (100.0%)
有機溶剤 (男)	28 (45.9%)	31 (50.8%)	2 (3.3%)	61 (100.0%)
(女)	5 (31.3%)	10 (62.5%)	1 (6.3%)	16 (100.0%)
睡眠薬 (男)	2 (8.0%)	17 (68.0%)	6 (24.0%)	25 (100.0%)
(女)	2 (10.5%)	16 (84.2%)	1 (5.3%)	19 (100.0%)
抗不安薬 (男)		5 (100.0%)		5 (100.0%)
(女)		2 (100.0%)		2 (100.0%)
鎮痛薬 (男)		2 (66.7%)	1 (33.3%)	3 (100.0%)
(女)	1 (12.5%)	7 (87.5%)		8 (100.0%)
鎮咳薬 (男)	2 (16.7%)	8 (66.7%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
(女)	1 (25.0%)	2 (50.0%)	1 (25.0%)	4 (100.0%)
大麻 (男)	3 (25.0%)	8 (66.7%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
(女)	2 (40.0%)	3 (60.0%)		5 (100.0%)
その他 (男)	4 (30.8%)	9 (69.2%)		13 (100.0%)
(女)	1 (14.3%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	7 (100.0%)
多剤 (男)		3 (100.0%)		3 (100.0%)
(医薬品) (女)	2 (15.4%)	6 (46.2%)	5 (38.5%)	13 (100.0%)
多剤 (男)	6 (66.7%)	3 (33.3%)		9 (100.0%)
(規制薬物) (女)		3 (100.0%)		3 (100.0%)
計 (男)	127 (41.8%)	161 (53.0%)	16 (5.3%)	304 (100.0%)
(女)	35 (23.5%)	96 (64.4%)	18 (12.1%)	149 (100.0%)
男女計	162 (35.8%)	257 (56.7%)	34 (7.5%)	453 (100.0%)

表10 補導・逮捕歴の有無

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

表11 配偶関係

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

表12-1 主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

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

表12-2 主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

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

表13 主たる薬物別にみた薬物使用期間

使用期間(年)	主たる使用薬物							
	覚せい剤	有機溶剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	大麻	その他
平均	10.9±8.5	12.1±7.9	9.1±9.7	8.0±1.0	12.0±7.1	12.9±6.3	6.8±6.0	4.3±3.4
<1	9 (3.9%)	3 (3.9%)	5 (11.4%)	0	0	0	2 (11.8%)	2 (10.0%)
1~2	12 (5.2%)	4 (5.2%)	2 (4.5%)	0	0	0	1 (5.9%)	0
2~3	12 (5.2%)	4 (5.2%)	1 (2.3%)	0	0	0	0	4 (20.0%)
3~4	14 (6.0%)	3 (3.9%)	0 (0.0%)	0	0	1 (6.3%)	2 (11.8%)	1 (5.0%)
4~5	11 (4.7%)	4 (5.2%)	1 (2.3%)	0	0	0	2 (11.8%)	1 (5.0%)
5~10	47 (20.2%)	8 (10.4%)	12 (27.3%)	3 (42.9%)	4 (36.4%)	1 (6.3%)	3 (17.6%)	4 (20.0%)
10~15	40 (17.2%)	20 (26.0%)	5 (11.4%)	0	2 (18.2%)	3 (18.8%)	2 (11.8%)	2 (10.0%)
15~20	25 (10.7%)	14 (18.2%)	2 (4.5%)	0	0	2 (12.5%)	2 (11.8%)	0
20~25	25 (10.7%)	8 (10.4%)	1 (2.3%)	0	1 (9.1%)	2 (12.5%)	0	0
25~30	5 (2.1%)	5 (6.5%)	0	0	1 (9.1%)	0	0	0
30~35	7 (3.0%)	1 (1.3%)	0	0	0	0	0	0
35≤	1 (0.4%)	0	2 (4.5%)	0	0	0	0	0
不明	25 (10.7%)	3 (3.9%)	13 (29.5%)	4 (57.1%)	3 (27.3%)	7 (43.8%)	3 (17.6%)	6 (30.0%)
計	233 (100.0%)	77 (100.0%)	44 (100.0%)	7 (100.0%)	11 (100.0%)	16 (100.0%)	17 (100.0%)	20 (100.0%)

表14-1 主たる使用薬物別にみた併用薬物と使用開始年齢

(併用薬物)	主たる使用薬物			
	覚せい剤	有機溶剤	大 麻	多剤(規制薬物)
なし	34 (14.6%)	27 (35.1%)	2 (11.8%)	0
覚せい剤	233 (100.0%) 21.6±5.9	26 (33.8%) 19.8±4.9	7 (41.2%) 20.7±4.0	12 (100.0%) 20.8±6.1
有機溶剤	130 (55.8%) 15.3±2.4	77 (100.0%) 15.7±3.5	1 (5.9%) 14.0	9 (75.0%) 16.0±2.7
睡眠薬	39 (16.7%) 25.3±7.6	6 (7.8%) 19.8±6.9	2 (11.8%) 19.0±1.4	4 (33.3%) 21.3±6.1
抗不安薬	20 (8.6%) 26.9±7.7	6 (7.8%) 20.6±7.2	1 (5.9%) 20.0	5 (41.7%) 28.0±8.0
鎮痛薬	13 (5.6%) 20.4±4.5	3 (3.9%) 16.5±0.7	0 (0.0%)	2 (16.7%) 20.0
鎮咳薬	9 (3.9%) 21.5±7.4	1 (1.3%) 14.0	0 (0.0%)	4 (33.3%) 17.3±4.0
大麻	100 (42.9%) 21.8±6.5	24 (31.2%) 20.3±4.4	17 (100.0%) 18.3±3.0	7 (58.3%) 20.8±9.0
コカイン	34 (14.6%) 23.2±7.0	4 (5.2%) 22.0±7.4	4 (23.5%) 20.7±0.6	3 (25.0%) 18.0±3.5
ヘロイン	14 (6.0%) 23.5±4.4	2 (2.6%) 16.5±2.1	1 (5.9%) -	3 (25.0%) 20.7±4.5
その他	15 (6.4%) 23.2±7.9	3 (3.9%) 17.5±0.7	5 (29.4%) 26.8±7.6	4 (33.3%) 21.7±5.9

(複数回答)

表14-2 主たる使用薬物別にみた併用薬物と使用開始年齢

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

(複数回答)

表15-1 主たる使用薬物別にみた過去1年間における使用薬物

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

(複数回答)

表15-2 主たる使用薬物別にみた過去1年間における使用薬物

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

(複数回答)

表16 主たる薬物別にみた喫煙状況

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

表17 主たる使用薬物別にみた飲酒状況

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

表18 主たる使用薬物別にみた治療開始年齢の分布

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

表19 主たる使用薬物別にみた入院形態

	入院形態				計	入院患者 対象		入院患者 の比率	記載 なし
	任意入院	医療保護入院	措置入院	その他		ではない 例数			
(主たる使用薬物)									
覚せい剤	40 (36.7%)	61 (56.0%)	7 (6.4%)	1 (0.9%)	109 (100.0%)	112	221	(46.8%)	12
有機溶剤	12 (50.0%)	12 (50.0%)	0	0	24 (100.0%)	50	74	(31.2%)	3
睡眠薬	11 (47.8%)	9 (39.1%)	3 (13.0%)	0	23 (100.0%)	15	38	(52.3%)	6
抗不安薬	4 (80.0%)	1 (20.0%)	0	0	5 (100.0%)	1	6	(71.4%)	1
鎮痛薬	3 (75.0%)	1 (25.0%)	0	0	4 (100.0%)	7	11	(36.4%)	0
鎮咳薬	7 (83.6%)	3 (27.3%)	1 (9.1%)	0	11 (100.0%)	4	15	(68.8%)	1
大麻	0	3 (100.0%)	0	0	3 (100.0%)	12	15	(17.6%)	2
その他	5 (71.4%)	2 (28.6%)	0	0	7 (100.0%)	11	18	(35.0%)	2
多剤(医薬品)	13 (100.0%)	0	0	0	13 (100.0%)	2	15	(81.3%)	1
多剤(規制薬物)	2 (25.0%)	5 (62.5%)	1 (12.5%)	0	8 (100.0%)	4	12	(66.7%)	0
計	97 (46.9%)	97 (46.9%)	12 (5.8%)	1 (0.5%)	207 (100.0%)		207	(45.7%)	

表20-1 薬物初回使用の契機となった人物

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

表20-2 薬物初回使用の契機となった人物

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

表21-1 薬物初回使用の動機

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

表21-2 薬物初回使用の動機

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

表22-1 薬物の入手経路

	主たる使用薬物									
	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
最近1年間は使用せず	96 (63.2%)	32 (51.6%)	33 (58.9%)	3 (20.0%)	3 (11.5%)	2 (11.1%)	0	0	0	0
友人	8 (5.3%)	3 (4.8%)	4 (7.1%)	2 (13.3%)	0	0	0	0	0	0
知人	9 (5.9%)	9 (14.5%)	4 (7.1%)	1 (6.7%)	1 (3.8%)	0	0	0	0	0
恋人・愛人	0	4 (6.5%)	0	0	0	1 (5.6%)	0	0	0	0
家族	0	0	0	1 (6.7%)	0	0	0	0	0	0
密売人(日本人)	30 (19.7%)	9 (14.5%)	6 (10.7%)	7 (46.7%)	0	0	0	0	0	0
密売人(外国人)	8 (5.3%)	4 (6.5%)	0	0	0	0	0	0	0	0
医師	0	0	0	0	14 (53.8%)	8 (44.4%)	4 (66.7%)	1 (100.0%)	0	1 (14.3%)
薬局	0	0	0	0	7 (26.9%)	7 (38.9%)	2 (33.3%)	0	2 (100.0%)	6 (85.7%)
その他	1 (0.7%)	1 (1.6%)	9 (16.1%)	1 (6.7%)	1 (3.8%)	0	0	0	0	0
症例数	152 (100.0%)	62 (100.0%)	56 (100.0%)	15 (100.0%)	26 (100.0%)	18 (100.0%)	6 (100.0%)	1 (100.0%)	2 (100.0%)	7 (100.0%)

表22-2 薬物の入手経路

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

表23 主たる使用薬物別にみたICD-10分類による主診断

	ICD-10分類										合計
	[F1x.0]	[F1x.1]	[F1x.2]	[F1x.3]	[F1x.4]	[F1x.5]	[F1x.57]	[F1x.7]	[F1x.8]		
	急性中毒	有害な使用	依存症候群	離脱状態	せん妄を伴う離脱状態	精神障害(症状持続<6M)	精神障害(症状持続>6M)*	残遺性障害および発性精神病性障害	他の精神および行動の障害	不明	
覚せい剤	1 (0.4%)	5 (2.1%)	45 (19.3%)	1 (0.4%)	1 (0.4%)	47 (20.2%)	77 (33.0%)	43 (18.5%)	5 (2.1%)	8 (3.4%)	233 (100.0%)
有機溶剤	3 (3.9%)	4 (5.2%)	28 (36.4%)	0 (0.0%)	1 (1.3%)	4 (5.2%)	27 (35.1%)	7 (9.1%)	2 (2.6%)	1 (1.3%)	77 (100.0%)
睡眠薬	2 (4.5%)	1 (2.3%)	32 (72.7%)	0 (0.0%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)	0 (0.0%)	2 (4.5%)	2 (4.5%)	3 (6.8%)	44 (100.0%)
抗不安薬	0 (0.0%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (100.0%)
鎮痛薬	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (90.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (9.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11 (100.0%)
鎮咳薬	2 (12.5%)	0 (0.0%)	10 (62.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)	2 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	16 (100.0%)
大麻	1 (5.9%)	1 (5.9%)	5 (29.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (11.8%)	6 (35.3%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	17 (100.0%)
その他	0 (0.0%)	2 (10.0%)	11 (55.0%)	0 (0.0%)	2 (10.0%)	1 (5.0%)	0 (0.0%)	1 (5.0%)	1 (5.0%)	2 (10.0%)	20 (100.0%)
多剤(医薬品)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	13 (81.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	16 (100.0%)
多剤(規制薬物)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (25.0%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	12 (100.0%)
合計	9 (2.0%)	15 (3.3%)	163 (36.0%)	1 (0.2%)	5 (1.1%)	59 (13.0%)	116 (25.6%)	59 (13.0%)	11 (2.4%)	0 (0.0%)	453 (100.0%)

(注)精神障害(症状持続>6M)*:ICD-10には含まれない項目

表24 性別にみたICD-10による主診断

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

表25 精神疾患の家族歴

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

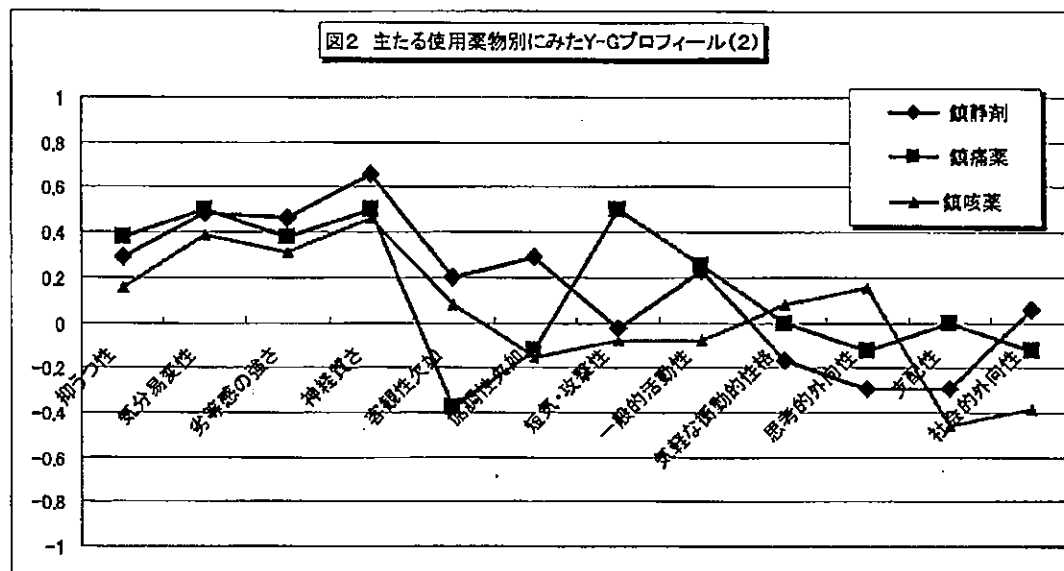
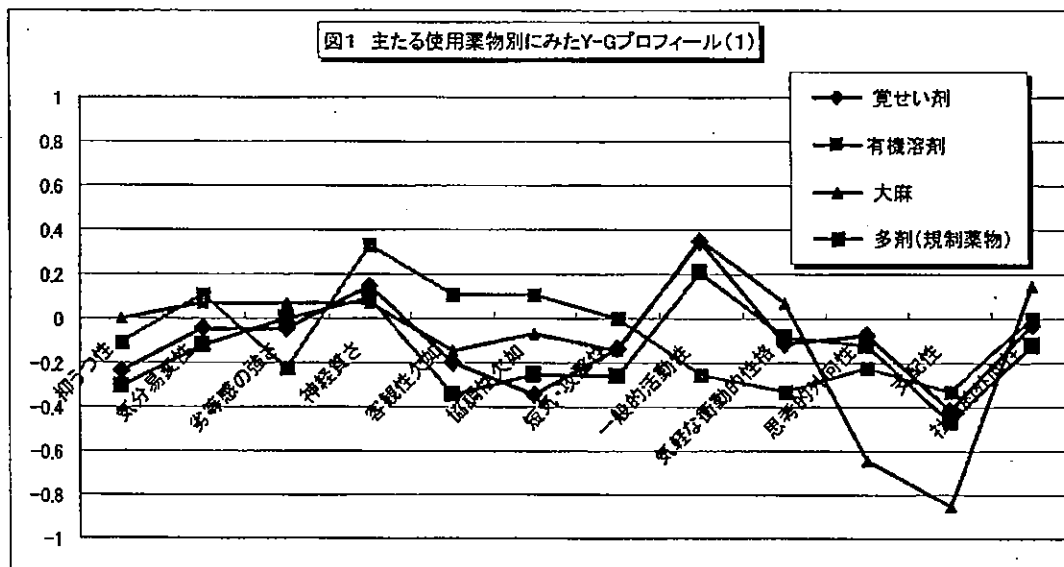


表26 主たる使用薬物別にみたTCIスコア

	主たる使用薬物						
	覚せい剤	有機溶剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	大 麻
新奇希求性(NS)	8.2	8.6	7.6	6.5	8.2	8.7	9.3
損害回避(HA)	8.7	8.6	8.9	-	10.0	9.3	8.8
報酬依存(RD)	9.2	8.4	9.4	9.5	8.6	8.7	9.6
持続(P)	4.9	4.5	5.1	6.5	4.2	5.0	5.4
自己志向(SD)	7.3	7.1	6.9	5.0	6.0	8.0	6.6
協調(C)	8.0	7.5	8.5		7.6	8.0	8.7
自己超越(ST)	6.5	6.4	6.7	6.5	9.0	5.9	7.0

表27 性別にみたTCIスコア

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

表28 使用歴のある薬物

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

表29 性別にみた覚せい剤の初回使用方法

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

表30 初回使用薬物

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

「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」参加への同意書

分担研究者 国立精神・神経センター精神保健研究所 薬物依存研究部 尾崎 茂

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

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

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

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

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

署名者

日 付

- 1)性 別 1. 男 2. 女
 2)調査時年齢 1. 満()歳 2. 不明
 3)最終学歴 1. 小学校 2. 中学校 3. 高校 4. 専門学校 5. 短大 6. 大学 7. 不明
 4)在学・卒業の別 1. 在学中 2. 中退 3. 卒業 4. 不明
 5)職 歴 1. 乱用前職業(), 不明 2. 現在の職業(), 不明

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

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

6)薬物乱用開始前・後における交友関係(複数選択可)

- ①暴力団員との関係 1. 乱用前にあり 2. 乱用後にあり 3. これまでなし 4. 不明
 ②非行グループとの関係 1. 乱用前にあり 2. 乱用後にあり 3. これまでなし 4. 不明
 ③薬物乱用者との関係 1. 乱用前にあり 2. 乱用後にあり 3. これまでなし 4. 不明

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

8)矯正施設への入所歴 1. あり 2. なし 3. 不明

9)現在の配偶関係 1. 未婚 2. 同棲 3. 内縁 4. 既婚 5. 別居 6. 離婚 7. 死別 8. 再婚
 9. その他() 10. 不明

10)タバコの使用開始年齢 1. ()歳 2. 喫煙せず 3. 不明

11)アルコールの使用開始年齢 1. ()歳 2. 飲酒せず 3. 不明

12)これまでの薬物使用歴について(例)にならって記入して下さい。ただし治療で用いた薬物は除きます。

(「方法*」は下欄から該当する番号を選択して下さい。「年齢」が不明の場合は「99」と記入して下さい。)

	【これまで】	【初回使用時】	【過去1年間】		【過去1ヶ月間】		最終 使用年齢
	使用の有無	年齢	方法*	使用の有無	方法*	使用の有無	
(例)覚せい剤	①あり 2.なし 3.不明	20歳 ^(1~8)	2 ①あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	4, 2	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	25歳
1. 覚せい剤	1.あり 2.なし 3.不明	歳 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	歳
2. 有機溶剤	1.あり 2.なし 3.不明	歳 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	歳
*「有機溶剤」薬物名:シナー, トルエン, ラッカー, ホント, ガス類, その他(薬物名):							
3. 睡眠薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	歳
*「睡眠薬」剤名:トリアゾラム, フルニトラゼパム, プロメドール, プロチゾラム(レンドルミン), ニトラゼパム, その他(薬剤名):							
4. 抗不安薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	歳
*「抗不安薬」剤名:エチゾラム(デパス), アルプラゾラム, シアゼパム, プロメドール, その他(薬剤名):							
5. 鎮痛薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	歳
*「鎮痛薬」剤名:セブス, ナロン, その他(薬剤名):							
6. 鎮咳薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	歳
*「鎮咳薬」剤名(ブロンソール, ブロネン, トン, その他(薬剤名):							
7. 大麻	1.あり 2.なし 3.不明	歳 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	歳
8. コカイン	1.あり 2.なし 3.不明	歳 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	歳
9. ヘロイン	1.あり 2.なし 3.不明	歳 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	歳
10. MDMA(エクスタシー)	1.あり 2.なし 3.不明	歳 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	歳
11. マジックマッシュルーム	1.あり 2.なし 3.不明	歳 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	歳
12. その他	1.あり 2.なし 3.不明	歳 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	1.あり 2.なし 3.不明 ^(1~8)	歳
*「その他」(薬物名):							

「方法*」 1. 経口 2. 静注 3. 吸引(主に有機溶剤) 4. 加熱吸煙(いわゆる“あぶり”:コカイン・クラック, 覚せい剤など)
 (複数選択可) 5. 喫煙(主に大麻) 6. 経鼻 7. その他 8. 不明

13)はじめて使用した薬物は何ですか? (* 処方薬については, 治療目的以外の使用とします。)

1. 覚せい剤 2. 有機溶剤 3. 睡眠薬 4. 抗不安薬 5. 鎮痛薬 6. 鎮咳薬 7. 大麻 8. コカイン
 9. ヘロイン 10. MDMA(エクスタシー) 11. マジックマッシュルーム 12. その他() 13. 不明

14) (質問13)の薬物をはじめて使用した動機は次のうちどれでしたか？(複数選択可)

1. 刺激を求めて 2. 好奇心 3. 自暴自棄になって 4. 断りきれずに 5. 覚醒効果を求めて
6. 疲労の除去 7. 性的効果を求めて 8. 「ストレス」解消 9. 不安の軽減
10. 不眠の軽減 11. 疼痛の軽減 12. 咳嗽の軽減 13. その他() 14. 不明

15) (質問13)の薬物を使用するきっかけとなった人物は次のうち誰でしたか？(複数選択可)

1. なし(自発的使用) 2. 配偶者 3. 同棲中の相手 4. 恋人・愛人 5. 同性の友人 6. 異性の友人
7. 知人 8. 医師 9. 薬剤師 10. 親 11. 同胞 12. 密売人 13. その他() 14. 不明

16) 調査時点における「主たる薬物」(＝現在の精神科的症状に関して、臨床的に最も関連が深いと思われる薬物)をひとつ選択して下さい。(複数の薬物が同程度に関与していると考えられる場合は、複数選択して下さい。)

1. 覚せい剤 2. 有機溶剤 3. 睡眠薬 4. 抗不安薬 5. 鎮痛薬 6. 鎮咳薬 7. 大麻 8. コカイン
9. ヘロイン 10. MDMA(エクスタシー) 11. マジックマッシュルーム 12. その他() 13. 不明

17) 前項(質問16))で選択した「主たる薬物」についてお聞きます。現在、精神科的には以下のどの診断(ICD-10)に該当しますか。該当する診断に○をつけて下さい。(主診断:ひとつ, 副診断:複数選択可。)

ICD-10診断分類	主診断	副診断
1. (F1x.0) 急性中毒		
2. (F1x.1) 有害な使用(心身の健康に害が起きているが、「依存症候群」「精神病的障害」は満たさないもの)		
3. (F1x.2) 依存症候群		
4. (F1x.3) 離脱状態		
5. (F1x.4) せん妄を伴う離脱状態(アルコール性振戦せん妄等)		
6. (F1x.5x) 精神病的障害(使用後2週以内の発症、症状の持続は48時間以上で物質使用中断後6ヶ月以内)		
7. (F1x.57) 精神病的障害(使用後2週以内の発症、症状の持続は48時間以上で物質使用中断後6ヶ月以上)		
8. (F1x.6) 健忘症候群		
9. (F1x.7) 残遺性障害(フラッシュバック、気分・認知・人格障害等)遅発性の精神病的障害(使用後2～6週の発症)		
10. (F1x.8) 他の精神および行動の障害		

18) 最近1年間における「主たる薬物」の主な入手経路は以下のうちどれですか？(複数選択可)

1. 最近1年間は使用していない 2. 友人 3. 知人 4. 恋人・愛人 5. 家族 6. 密売人(日本人)
7. 密売人(外国人) 8. 医師 9. 薬局 10. その他() 11. 不明

19) これまでに「精神病エピソード」の既往が存在する場合、その発症年齢は何歳でしたか？

1. ()歳 2. 既往はあるが発症年齢は不明 3. 既往はない 4. 不明

20) 薬物関連精神疾患に関する精神科治療の開始年齢は何歳でしたか？(他院での治療歴があれば含めて下さい。)

1. ()歳 2. 不明

21) 入院患者の場合、今回入院時の入院形態は何でしたか？

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

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

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

*「あり」の場合、その精神疾患名(, 不明)

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

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

→ 次頁に、「自記式アンケート」があります

***** ふだんのあなたについてのアンケート *****

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

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

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

アンケートは以上です。御協力ありがとうございました。

分 担 研 究 報 告 書
(1－3)

全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

分担研究者 庄司正実 目白大学
研究協力者 妹尾栄一 東京都精神医学総合研究所
富田 拓 国立武蔵野学院

研究要旨 この研究の目的は、薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物への意識および実態を把握することである。この目的のため、全国の児童自立支援施設に入所中の児童に質問紙調査を実施した。有効調査人数は、1230人(男性802人、女性428人)であった。調査により以下のような結果が得られた：1)有機溶剤乱用者数は男性115人(14.3%)女性189人(44.2%)、大麻乱用者数は男性39人(4.9%)女性68人(15.9%)、覚せい剤乱用者数は男性13人(1.6%)女性53人(12.4%)、ブタン乱用者数男性110人(13.7%)女性110人(25.7%)であった。本年あらたに調査対象薬物としたMDMAの乱用者は男性7人(0.9%)女性18人(4.2%)であった。従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。2)平成6年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである。有機溶剤乱用は、男女とも減少している。特に男性においてこの傾向が著しく、平成6年41.2%から平成16年14.3%に減少した。女性でも平成6年59.6%から平成16年44.2%まで漸減している。覚せい剤乱用は男女とも平成12年ころまで増加傾向にあったが、平成14年以降減少傾向を示している。大麻乱用頻度について男性はこの間5%から6%前後で大きな変化はない。女性では平成6年(22.0%)および平成8年(19.0%)はやや高かったが平成10年から15%から16%ほどであり変化はない。女性では平成10年まで増加しその後やや減少傾向であるものの大きな変化はない。3)薬物乱用の地域差は対象数が比較的少なかったため明確には言えないが、有機溶剤乱用は地域差が大きく北海道・東北地方および九州地方で多く、大麻乱用およびブタン乱用も北海道・東北地方で多い傾向にあった。一方覚せい剤は中部地方でやや多かった。児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループであり、これまでの縦断的調査で乱用率の変化がとらえられている。今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である。

A. 研究目的

われわれは、平成6年より隔年ごとに児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用の実態を全国調査してきた^{1), 2), 3), 4), 5)}。そこでは「有機溶剤乱用は、男性では一貫して減少しているが、女性では平成8年以降多少の増減はあるが乱用頻度50%前後であり変化が見られない。大麻乱用頻度は男女とも平成6年および平成8年はやや高かったが平成10年からあまり変化はない。覚せい剤乱用は男性では平成12年まで増加傾向にあったが平成14年はじめて減少に転じ、女性では平成10年まで増加しその後やや減少傾向であるものの大きな変化はない」という結果が得られた。このような入所非行児の薬物乱用の変化を継続的に調査し把握することが本研究のおもな目的である。

児童自立支援施設入所非行児における薬物乱用の動態の変化は警察白書による薬物乱用検挙少年者数

動向と類似している⁶⁾。警察白書⁶⁾によれば、少年の薬物乱用の特徴として、一つには覚せい剤乱用検挙少年数が平成7年以降増加したという点がある。この覚せい剤乱用検挙少年数増加は平成10年以降減少傾向に転じた。また、少年の有機溶剤乱用が平成3年ごろは2万人前後検挙されていたが、その後漸減し平成15年の検挙数は2835人であった⁷⁾。警察検挙数の変化が、実際の非行臨床場面における薬物乱用を反映しているかどうかを把握することは非行臨床の実践にとっても重要である。

薬物乱用では実際に検挙されず暗数となっている乱用者が多いため、実際の薬物乱用数を推定するための調査がどうしても必要である。本調査では、平成12年に引き続き児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用実態を調査することにより薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物乱用の動態を把握する。おもな調査対象薬物は、われわれの従来調査の結果

と比較できることおよび他の調査研究や司法統計資料と比較検討できることより有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタンとしたが、その他の薬物についても簡単に乱用経験および周囲の乱用状況を尋ねる質問項目を追加した。今回は近年乱用者の増加が疑われているMDMAも調査対象とした。

B. 研究方法

1. 対象

全国の57の児童自立支援施設入所児童、児童自立支援施設に調査用紙を配布した。大阪にさらに1カ所児童自立支援施設があるが入所対象が他の児童自立支援施設と異なるため調査対象から除いた。回答が得られた施設は、45施設であった(78.9%)。分析では性別の記載のなかった者を除いた。その結果最終的調査対象者数は1230人(男性802人、女性428人)であった。

2. 調査用紙

調査用紙は資料に示した。調査が今後も同一施設に継続的に実施できるよう、なるべく被調査施設および被調査者の負担にならないように留意した。平成6年から平成10年まで有効回答数は1300人台であったが、前回平成14年調査では回答数が851人と少なかった。そこで今回は回答数の向上のため質問項目を前回調査よりも減らした。これまでの全国調査では乱用に関する諸要因検討のための項目を追加していたが、今回はそのような要因検討は行わないこととした。以上より全調査項目数は62となった。

薬物乱用に関する質問項目は前回までとほぼ同じであるが、一部質問への回答を変更した。昨年の面接調査において、面接による臨床診断が質問紙項目の薬物乱用頻度「月に数回」と「年に数回」を識別できなかった⁹⁾。これより乱用歴が1、2回程度の機会的乱用者が適切に回答できる選択肢がなかったと考えた。そのため、従来の薬物乱用頻度の回答を「年に数回」「月に数回」「ほとんど毎日」の3件法から「今まで1、2回くらい」「数回以上」「ほとんど毎日」の3件法に変更した。

3. 調査手続き

調査用紙は各施設に郵送し、施設ごと集団で実施してもらった。終了後施設ごとに一括して返送してもらった。回答は無記名式で、もし回答したくない

場合は回答しなくても良い旨を質問紙に書き添えた。

C. 結果

1. 対象者の属性

対象者の、性・学年構成、性・年齢構成、施設入所期間、地域別人数、非行歴、初発非行年齢、家庭裁判所係属歴を表1から表7に示した。

性別にみると男性が802人で全体の64.6%を占めている。就学状況は、中学3年生が男性288人(35.9%)、女性180人(42.1%)と最も多い。中学生が男性の71.0%、女性の73.0%で多いが、高校生および専門学校生が男性5.5%、女性3.3%であった。中学卒業後で無職である者も男性4.1%、女性13.6%を占めている。そのほか小学生が男女それぞれ6.5%、2.6%いた。就労者は男女それぞれ1.9%、1.2%であった(表1)。年齢で見ると中学2年および3年に相当する14歳および15歳が男性でそれぞれ35.8%、24.8%、女性で36.0%、32.9%と多くを占めていた。一方、18歳以上の者は男女それぞれ1.5%、1.1%であった(表2)。

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

在住地は、北海道・東北、関東、中部、関西、中国、四国、九州・沖縄に分けた。最も人数の多かった地域は関東(男性236人、女性100人)であり、また調査対象数が最も少なかったのは四国(男性32人、女性14人)であった(表4)。

非行歴に関しては多いものから順に、男性では怠学599人(74.7%)、窃盗519人(64.7%)、自転車盗538人(67.1%)、家出・外泊551人(68.7%)、女性では怠学379人(88.6%)、家出・外泊371人(86.7%)、窃盗324人(75.7%)、不良交遊317人(74.1%)、自転車盗305人(71.3%)などとなっている(表5)。

初発非行年齢は、男女とも小学校4年から中学校1年が10%台で多い。女性では全体に男性より初発非行がやや高い傾向にあり、女性の最も多い初発非行年齢は中学1年の102人(23.8%)であった(表6)。

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

2. 薬物乱用の頻度

前回平成14年の調査対象薬物は、有機溶剤、ブタン、大麻、覚せい剤、コカイン、睡眠薬、安定剤、

咳止め液であったが、今回近年乱用増加が懸念されているMDMA(いわゆるエクスタシー、エックス、×)も対象薬物とした。非行児の薬物乱用は、女性に多いため、男女別に検討した。また、薬物への意識は、薬物乱用者と非乱用者と異なると予想されるので両者を分けて分析した。

1) 周囲の薬物乱用頻度(表8)

少年達の周囲に各種薬物乱用者がいるかどうか尋ねた。その結果、すべての薬物で女性は男性よりも周囲の薬物乱用頻度が高かった。

男性では、有機溶剤291人(36.3%)、ブタン211人(26.3%)、大麻127人(15.8%)、覚せい剤123人(15.3%)、睡眠薬77人(9.6%)、安定剤55人(6.9%)、コカイン31人(3.9%)、MDMA28人(3.5%)、咳止め液20人(2.5%)の順であった。

女性では有機溶剤308人(72.0%)、覚せい剤212人(49.5%)、ブタン181人(42.3%)、大麻188人(43.9%)、睡眠薬160人(37.4%)、安定剤111人(25.9%)、MDMA62人(14.5%)、コカイン56人(13.1%)、咳止め液33人(7.7%)の順であった。

2) 本人の薬物乱用頻度(表9)

本人の薬物乱用もすべての薬物において女性は男性より頻度が高かった。

男性では、乱用頻度が高い順に、有機溶剤115人(4.3%)、ブタン110人(13.7%)、大麻39人(4.9%)、睡眠薬28人(3.5%)、安定剤16人(2.0%)、覚せい剤13人(1.6%)、咳止め液10人(1.2%)、コカイン6人(0.7%)であった。

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

各薬物とも無回答者が3%から4%前後いた。このため乱用頻度の少ない薬物では結果の信頼性に問題がある。男性の場合は大麻、睡眠薬、覚せい剤、安定剤、咳止め液、コカイン、女性の場合は咳止め液およびコカインの乱用頻度が少なく信頼性が乏しいと思われる。

3) 有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用頻度の年代変化(表10, 表11)

有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用頻度については、

平成6年、平成8年、平成10年、平成12年、平成14年の従来の調査と今回の結果を表71にまとめた。

有機溶剤乱用は男性において一貫して減少している。女性有機溶剤乱用率は50%前後で推移しているが、今回は44.2%と低下していた。

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

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

4) 地域ごとの有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用頻度(表12, 表13)

有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタンの各種薬物乱用頻度を地域ごとに見てみた。ただし、四国は対象数が少ないので結果の信頼性は乏しい。

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

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

3. 有機溶剤、大麻、覚せい剤乱用の意識・実態

1) 有機溶剤

① 周囲の有機溶剤乱用による精神症状発現者(表14)
身近に有機溶剤乱用の結果、病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた。

その結果、男性の108人(13.5%)、女性の131人(30.6%)が身近に有機溶剤乱用の結果と思われる異常を訴える人がいたと答えていた。女性に周囲での症状発現者が多かった($\chi^2=51.0$, d.f.=1, $p<.01$)。

② 有機溶剤入手性 (表15)

有機溶剤の入手が困難であるかどうかについて尋ねた。

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

③ 有機溶剤乱用開始年齢 (表16)

有機溶剤乱用開始年齢は、男女とも中学1年生あるいは中学2年生である13歳が最も多かった (男性41人 (35.7%)、女性60人 (31.7%))。続いて12歳、14歳の順となっていた。

④ 有機溶剤吸引頻度 (表17)

有機溶剤を最も乱用していた時期の吸引頻度を尋ねた。「今まで1.2回」という機会的乱用と「数回以上」が男女とも30%台でほぼ同数であった。「ほとんど毎日」と回答した者は男女それぞれ21人 (18.3%)、44人 (23.3%)であった。乱用頻度に性差はなかった ($\chi^2=1.1$, d. f. =2, ns)。

⑤ 有機溶剤乱用への態度 (表18, 19)

この項目は、男女ごとに有機溶剤乱用経験別に比較した。有機溶剤乱用に対して、「法律で禁じられているから、すべきではないと思う」、「法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う」、「法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う」の3件法で回答してもらった。

「法律で禁じられているからすべきではないと思う」と答えた者は、有機溶剤非乱用者では男性486人 (72.1%)、女性119人 (53.4%) だったのに対し、有機溶剤乱用者では男性24人 (20.9%)、女性30人 (15.9%) と少なかった。

一方、「少々ならかまわないと思う」、「法律を守る必要は全然ないと思う」という許容的回答をした者は、乱用者では男性87人 (75.6%) および女性154人 (81.4%)、一方、非乱用者では男性126人 (18.7%) および女性83人 (37.2%) と少なかった。

以上、男女とも乱用者は有意に有機溶剤乱用に許容的であった (それぞれ、 $\chi^2=153.0$, d. f. =2, $p<.01$; $\chi^2=73.8$, d. f. =2, $p<.01$)。

⑥ 有機溶剤乱用禁止への態度 (表20, 21)

法律で有機溶剤乱用を禁止していること自体への意見を尋ねた。「禁止することを当然」としているのは非乱用者では男女それぞれ417人 (61.9%)、91人 (40.8%)であったのに対し、有機溶剤乱用者では「禁止することを当然」とした者は男女それぞれ27人 (23.5%)、32人 (16.9%)にすぎなかった。「有機溶剤くらい禁止しなくても良い」「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよい」を合わせた有機溶剤乱用に肯定的意見が、有機溶剤乱用者では、男女それぞれ47人 (40.9%)、100人 (52.9%)あり、非乱用者よりも多かった (男女それぞれ $\chi^2=110.2$, d. f. =3, $p<.01$; $\chi^2=40.8$, d. f. =3, $p<.01$)。

⑦ 有機溶剤の有害性知識 (表22, 23)

有機溶剤乱用の影響として、急性中毒死、多発神経炎、精神病状態、無動機症候群、フラッシュバックについて尋ねた。

これらの有害性については、精神病状態およびフラッシュバックが有機溶剤乱用の有無にかかわらず男女とも良く知られていた。女性における急性中毒死および多発神経炎を除き、乱用者の方が非乱用者よりも有機溶剤の有害性を知っている者が多かった。また、乱用者・非乱用者とも女性の方が男性よりも有害性知識がある傾向にあった。

⑧ 有機溶剤で体験した症状 (乱用者) (表24)

有機溶剤による症状としては精神病状態が男性乱用者31人 (27.0%)、女性乱用者60人 (31.7%)で最も多かった。フラッシュバックも男性乱用者23人 (20.0%)、女性乱用者48人 (25.4%)に見られた。精神病状態、フラッシュバック、多発神経炎に性差は見られなかったが、無動機症候群の訴えは女性に多かった ($\chi^2=3.0$, d. f. =1, ns)。しかし、これらは本人の訴えであるので客観的に正確な診断ではない。

⑨ 有機溶剤の有害性知識と乱用抑止 (表25)

有機溶剤乱用の有害性の知識が有機溶剤乱用を抑止するかどうかを有機溶剤乱用者に尋ねた。「害を知っていたら吸引しなかったと思う」が男性乱用者では35人 (30.4%)、女性乱用者では30人 (15.9%)であった。一方、「やはりしていたと思う」は男女乱用者それぞれ61人 (53.0%)、140人 (74.1%)であった ($\chi^2=13.3$, d. f. =1, $p<.01$)。

⑩ 施設退所後、乱用しないと思うか (有機溶剤乱用

者のみ) (表26)

今回施設を退所した後有機溶剤を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、「多分やると思う」「絶対やると思う」と答えた者は男性ではそれぞれ6人(5.2%), 3人(2.6%), 女性ではそれぞれ20人(10.6%), 3人(1.6%)であった。「絶対やらないと思う」は男女それぞれ84人(73.0%), 99人(52.4%)であった。退所後の有機溶剤乱用の可能性には性差がある($\chi^2=14.1$, d.f.=3, $p<.01$)。

⑪ 退所後、乱用すると思う理由 (退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ) (表27)

上記退所後乱用すると思うと答えた者にその理由を尋ねた。男性では「今もやりたいと思っているから」「いやなことがあったらやると思うから」「なんとなくそう思うから」の回答の間に差はなかった。女性では「今もやりたいと思っているから」が11人(48.7%)で最も多かった。

2) ブタン乱用

① 周囲のブタン乱用による精神症状発現者 (表28)

身近にブタン乱用の結果、病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた。

その結果、男性の64人(8.0%), 女性の62人(14.5%)が身近にブタン乱用の結果と思われる異常を訴える人がいたと答えていた。女性に周囲のブタン有害性者が多かった($\chi^2=11.8$, d.f.=1, $p<.01$)。

② ブタン入手困難さ (表29)

ブタンの入手が困難であるかどうかについて尋ねた。

簡単に手に入ると回答したのは、男性では337人(42.0%), 女性では187人(43.7%)であり、男女とも半数以上の者がブタン入手は容易としていた。

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

③ ブタン乱用開始年齢 (表30)

ブタン乱用開始年齢は、13歳が男性39人(35.5%)、女性29人(26.4%)で最も多かった。つづいて12歳、14歳が多かった。小学生以下である10歳以下も男女それぞれ8人(7.3%), 女性では4人(3.6%)みられた。

④ ブタン乱用頻度 (表31)

ブタンを最も乱用していた時期の吸引頻度を尋ねた。その結果、乱用頻度に性差は認められなかった(χ

$2=0.5$, d.f.=2, ns)。「ほとんど毎日」していた経験があるのは、男性12人(10.9%), 女性13人(11.8%)であった。一方、「いままで1, 2回」のみと回答した者は男性37人(33.6%), 女性37人(33.6%)であった。

⑤ ブタン乱用への態度 (表32, 33)

この項目は、男女ごとにブタン乱用経験別に比較した。ブタン乱用についてどう思うかを、「すべきではない」「少々ならかまわないと思う」「かまわないと思う」の3件法で回答してもらった。

「すべきではない」と答えた者は、ブタン非乱用者では男性288人(42.8%), 女性84人(28.5%)だったのに対し、乱用者では男性20人(18.2%)および女性14人(12.7%)と少なかった (男女それぞれ $\chi^2=164.0$, d.f.=3, $p<.01$; $\chi^2=76.7$, d.f.=3, $p<.01$)。非乱用者ではブタン吸引を知らなかった者が男女それぞれ260人(38.6%), 93人(31.5%)と多かった。

⑥ ブタンの有害性知識 (表34, 35)

ブタン吸引の影響として、精神病状態、急性中毒死について尋ねた。

非乱用者では、いずれも知らなかった者が男性464人(68.9%)、女性179人(60.7%)と多くを占めていた。男性乱用者では精神病状態、急性中毒死を知っていたものはそれぞれ34人(30.9%), 25人(22.7%)であり、非乱用者よりもブタン吸引の有害性をよく知っていた($\chi^2=15.6$, d.f.=1, $p<.01$; $\chi^2=5.0$, d.f.=1, $p<.05$)。女性でも乱用者は非乱用者よりもこれらの有害性知識を持っていた($\chi^2=4.4$, d.f.=1, $p<.05$; $\chi^2=1.1$, d.f.=1, $p<.01$)..

⑦ ブタンで体験した症状 (乱用者) (表36)

乱用者において体験した症状を尋ねた。その結果ブタン乱用によって精神病状態を体験した者は男女それぞれ31人(28.2%), 30人(27.3%)であり、性差はなかった($\chi^2=0.2$, d.f.=1, ns)。フラッシュバック体験率は男女それぞれ18人(16.4%), 19人(17.3%)であり、やはり性差はみられなかった ($\chi^2=0.0$, d.f.=1, ns)。

⑧ ブタンの有害性知識と抑止 (表37)

ブタンの有害性知識がブタン吸引を抑止するかどうか検討するためブタンの有害性を知っていたら乱用しなかったかどうかを乱用者に尋ねた。「害を知っていたら吸引しなかったと思う」が男性37人(33.6

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

⑨ 施設退所後、乱用したいと思うか(ブタン乱用者のみ)(表38)

今回施設を退所した後ブタンを再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、「多分やると思う」あるいは「絶対やると思う」と答えた者は男性では7人(6.4%), 女性では13人(11.8%)であった。「絶対やらないと思う」は男女それぞれ70人(63.6%), 60人(54.5%)であった。退所後のブタン乱用の可能性には性差はなかった($\chi^2=3.5$, d. f.=3, ns)。

⑩ 退所後、乱用すると思う理由(「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)(表39)

退所後乱用すると思うと答えた者にその理由を尋ねた。男性では「誘われたらやると思う」4人(57.1%)が多く、女性では「なんとなくそう思うから」7人(53.8%)が多かった。

3) 大麻

① 周囲の大麻剤乱用による精神症状発現者(表40)

身近に大麻乱用の結果、病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた。

その結果、男性の53人(6.6%), 女性の87人(20.3%)が身近に大麻乱用の結果と思われる異常を訴えていた人がいたと答えていた。大麻による周囲の精神症状発現者有じは女性に多かった($\chi^2=44.9$, d. f.=1, $p<.01$)。

② 大麻入手性困難さ(表41)

大麻の入手が困難であるかどうかについて尋ねた。簡単に手に入るとしたものは、男性では62人(7.7%), 女性では87人(20.3%)であり、女性の方が簡単に手に入るとものが多かった($\chi^2=103.9$ d. f.=3, $p<.01$)。

③ 大麻の知識(表42)

「大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前)、大麻についてあなたはどのように思っていたか」を尋ねた。「見てみたかった」および「試してみたかった」という大麻乱用への関心を示した者が男性の91人(11.4%), 女性の144人(33.7%)を占めており、女性の方

が男性より関心が高かった($\chi^2=109.1$, d. f.=3, $p<.01$)。

④ 大麻の乱用開始年齢(表43)

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

⑤ 最もしていた時の大麻乱用頻度(表44)

大麻乱用経験者に最も吸引していた時期の吸引頻度を尋ねた。男性では「今まで1, 2回」が16人(41.0%)と多かった。女性では「今まで1, 2回」と「数回以上」がそれぞれ40%台でほぼ同数であった。「ほとんど毎日」は男女それぞれ7.7%, 5.9%と10%以下であった。乱用頻度に性差は見られなかった($\chi^2=0.9$, d. f.=2, ns)。

⑥ 大麻乱用への態度(表45, 46)

大麻を吸うことをどう思っていたかを大麻乱用の有無で比較した。大麻非乱用者は、男性551人(73.9%), 女性164人(48.8%)が、「法律で禁じられているからすべきではないと思う」と答えていた。一方、大麻乱用者では、「すべきではない」とした者が男女それぞれ5人(12.8%), 11人(16.2%)に過ぎなかった。大麻乱用者では「少々ならかまわないと思う」「それを守る必要は全然ない」をあわせた大麻乱用に肯定的意見が男性で30人(76.9%), 女性で52人(76.4%)を占めていた。以上、男女とも乱用者のほうが許容的態度であった($\chi^2=97.1$, d. f.=2, $p<.01$; $\chi^2=28.9$, d. f.=2, $p<.01$)。

⑦ 大麻禁止への態度(表47, 48)

法律で大麻を禁止していること自体への意見を尋ねた。有機溶剤乱用の場合と同様、非乱用者は「禁止することを当然」としとするものが多いのに対し、大麻乱用者では「禁止することを当然」とした者は少なかった。大麻乱用者では「大麻くらい禁止しなくても良い」「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよい」など大麻吸引に肯定的意見が男女それぞれ41.0%, 42.7%と多かった(男女それぞれ $\chi^2=56.1$, d. f.=3, $p<.01$; $\chi^2=30.8$, d. f.=3, $p<.01$)。

⑧ 大麻の有害性知識(表49, 50)

大麻吸引の影響として、精神病状態、無動機症候群について尋ねた。精神病状態および無動機症候群の知識は男女とも乱用者而非乱用者の間に差はなかった。しかし「いずれも知らなかった」者は、男女とも非乱用者に多かった($\chi^2=4.5$, d. f. =1, $p<.05$; $\chi^2=4.7$, d. f. =1, $p<.05$)。

⑨ 大麻で体験した症状(乱用者)(表51)

乱用者に大麻による精神症状を尋ねた。精神病状態は男性9人(23.1%), 女性18人(26.5%)にみられた。無動機症候群は男性7人(17.9%), 女性17人(25.0%)にみられた。精神病状態および無動機症候群の体験率は性差はなかった($\chi^2=0.2$, d. f. =1, ns; $\chi^2=0.7$, d. f. =1, ns)

⑩ 大麻の有害性知識と抑止(表52)

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

「害を知っていたら吸引しなかったと思う」と答えた大麻乱用者は、男女それぞれ8人(14.8%), 13人(19.1%)にすぎず、「やはりしていたと思う」と答えた者が多かった。

⑪ 施設退所後、乱用しないと思うか(大麻乱用者のみ)(表53)

今回施設を退所した後大麻を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、男女ともほとんどの者が「多分やらないと思う」あるいは「絶対やらないと思う」と答えていた。

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

4) 覚せい剤

① 周囲の有機溶剤乱用による精神症状発現者(表55)

身近に覚せい剤乱用の結果、病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた。

その結果、男性の79人(9.9%), 女性の111人(25.9%)が身近に覚せい剤乱用の結果と思われる異常を訴えていた人がいたとしており、女性の周囲に有意に有害性者が多かった($\chi^2=52.6$, d. f. =1, $p<.01$)。

② 覚せい剤入手性(表56)

覚せい剤の入手が困難であるかどうかについて尋ねた。

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

③ 覚せい剤への関心(表57)

「覚せい剤を使う前(使ったことがない人は施設入所前)、覚せい剤についてどう思っていたか」を尋ねた。「見てみたかった」および「試してみたかった」という覚せい剤への関心を示した者が男性の78人(9.7%), 女性の154人(36.0%)を占めた。女性は男性よりも覚せい剤乱用以前から覚せい剤への関心が高かった($\chi^2=158.9$, d. f. =3, $p<.01$)。

④ 覚せい剤乱用への誘い(表58)

「入所前、覚せい剤の使用を誘われたことがあるかどうか」を尋ねた。男性では106人(13.2%), 女性では156人(36.4%)が覚せい剤乱用に誘われていた($\chi^2=82.7$, d. f. =1, $p<.01$)。この質問項目では無回答が男女それぞれ288人(35.9%), 124人(29.0%)と多いためその点を考慮する必要がある。

⑤ 覚せい剤の乱用開始年齢(表59)

覚せい剤乱用者にはじめて覚せい剤を乱用した年齢を尋ねた。男女とも14歳がそれぞれ4人(30.8%), 14人(26.4%)と多かった。

⑥ 覚せい剤の乱用頻度(表60)

覚せい剤乱用者が最も乱用していた時期にどの程度乱用していたかを尋ねた。男女とも「今まで1, 2回」が8人(61.5%)および26人(49.1%)と多かった。女性では「ほとんど毎日」とした者も4人(7.5%)いた。この質問項目でも無回答が男女それぞれ2人(15.4%), 8人(15.1%)と多かった。

⑦ 覚せい剤の乱用方法(表61)

乱用方法を「吸引」「注射」「吸引と注射」に分けて尋ねた。吸引のみを乱用方法としてあげた者が男女それぞれ6人(46.2%), 22人(41.5%)と最も多かった。古典的使用法である注射のみをあげた者は男女それぞれ4人(30.8%), 10人(18.9%)であった。「吸引と

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

⑧ 覚せい剤への態度(表62, 63)

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

⑨ 覚せい剤禁止への態度(表64, 65)

法律で覚せい剤を禁止していること自体への意見を尋ねた。「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよい」という覚せい剤使用に肯定的意見は、男性では乱用者4人(35.7%)は非乱用者97人(12.6%)より頻度が高く($\chi^2=8.4$, d.f.=2, $p<.01$)。女性でも乱用者24人(45.3%)の方が非乱用者79人(22.7%)よりも頻度が高かった($\chi^2=12.5$, d.f.=2, $p<.01$)。

⑩ 覚せい剤の有害性知識(表66, 67)

覚せい剤吸引の影響として、精神病状態、フラッシュバックについて尋ねた。男性では精神病状態について乱用者と非乱用者の間で差はなかった(それぞれ, $\chi^2=3.4$, d.f.=1, ns)が、フラッシュバックについては乱用者のほうが知っていた($\chi^2=10.2$, d.f.=1, $p<.01$)。一方、女性では乱用者の方が精神病状態、フラッシュバックのいずれの有害性も知っている頻度が高かった(それぞれ, $\chi^2=2.7$, d.f.=1, $p<.01$; $\chi^2=8.2$, d.f.=1, $p<.01$)。

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

⑪ 覚せい剤の有害性体験率(表68)

覚せい剤乱用者に、精神病状態、フラッシュバックの体験について尋ねた。男性では、精神病状態、フラッシュバックの体験した者はそれぞれ2人(15.4%), 5人(38.5%)であった。一方、女性では、精神病状態、フラッシュバックの体験した者はそれぞれ21人(39.6%), 25人(47.2%)いた。

⑫ 覚せい剤の有害性知識と抑止(表69)

覚せい剤有害性知識が覚せい剤吸引を抑止するかどうかを覚せい剤乱用者に尋ねた。「害を知っていたら吸引しなかったと思う」が男性5人(38.5%), 女性1人(20.8%)であった。「やはりしていたと思う」とする者が、男性で5人(38.5%), 女性で33人(62.3%)いた。

⑬ 施設退所後、乱用しないと思うか(覚せい剤乱用者のみ)(表70)

今回施設を退所した後覚せい剤を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、男性では回答全員「多分やらないと思う」あるいは「絶対やらないと思う」と答えていた。女性では7人(13.2%)が「多分やると思う」と答えていた。理由については、男女とも回答数が少ないが「今もやりたいと思っているから」「誘われたらやると思うから」「いやなことがあったらやると思うから」「なんとなくそう思うから」などが認められた(表71)。

D. 考察

1. 方法論上の問題点

1) 対象者の代表性

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

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

2) 対象数の変動

われわれの全国児童自立支援施設薬物乱用実態調査の回答数は、平成6年1339人、平成8年1194人、平成10年1315人、平成12年1327人と従来1200人から1300人前後で一定していたが、平成14年調査では851人と少なかった。平成14年調査施設からの回収率が低

かった理由の一つとして、同時期に児童自立支援施設に別の全国調査が実施されていたため施設側の都合により本調査への協力が困難であったことが考えられた。また、本調査は比較的質問数が少ないとはいえ、児童および施設にとって調査協力はやはり負担であると思われるので、各年の調査に対して協力が次第に困難になっている可能性もある。そのため、今回平成16年調査では質問項目数を少なくし回収率が低下しないよう配慮した。その結果、回収数は1230人であり平成14年以前と同等となった。次回以降の調査でも回答数が極端に減少しないよう配慮した研究計画を作成すべきと考えている。

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

3) 無回答率の問題

無回答を減らすために無記名式の質問紙調査としているが、質問内容が薬物乱用という反社会行動であるため無回答が多い。非行児本人の薬物乱用経験の質問では3%から4%が無回答であった。乱用率が数%程度の薬物では乱用頻度と無回答率があまり変わらないこととなる。無回答者においては薬物乱用者が多い可能性があるため、特に乱用率の低い薬物では乱用率の信頼性が乏しくなると考えられる。男性では有機溶剤およびブタン以外のすべての薬物、女性ではコカイン、安定剤、咳止め液、MDAMが乱用率が数%であり乱用率結果の信頼性は低いと思われる。

2. 薬物乱用頻度

1) 薬物乱用の年代変化

今回の対象者のうち1年以上入所している者が男女とも30%以上いる。これらの対象者では1年以上前の薬物経験を訪ねていることになるので警察統計の年度と直接比較し評価することは難しい。

また、前述のように対象施設の変動の問題より解釈には注意が必要である。今回も含め調査対象数が1200人から1300人ほどであるが平成14年は調査数が851人と少なかった。このような回答率の変動を考慮し結果の解釈には注意が必要である。

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

① 有機溶剤乱用頻度

男性では平成6年度調査より有機溶剤乱用は一貫して減少しており、平成6年度から今回平成16年まで2年おきに41.2%, 37.3%, 30.3%, 26.4%, 21.6%, 14.3%となっている。

一方、女性も減少傾向にあるが男性ほど顕著でない。女性では、平成6年から平成10年までの59.6%, 50.6%, 48.5%と減少したが、平成12年は52.3%とやや上昇し、平成14年46.5%, 平成16年44.2%とやや減少した。

有機溶剤乱用により検挙された少年数は平成3年ごろは2万人前後であったがその後漸減し、平成15年には2835人までに減少した。児童自立支援施設入所非行児の有機溶剤乱用者数の動向は検挙少年数との変化と類似していると思われる。児童自立支援施設入所児童の有機溶剤乱用率が今後とも減少していくか継続的調査が必要である。

② 大麻乱用

大麻乱用は、男性では平成6年および平成8年は5.5%, 6.7%であったが、平成10年から平成16年までは5%前後で変化していない。女性では、平成6年から平成10年まで22.0%, 19.0%, 14.4%と漸減し、その後平成12年14.7%, 平成14年15.9%, 平成16年15.9%とあまり変化していない。

全体として入所非行児の大麻乱用は平成10年以降大きな変化はないようである

③ 覚せい剤乱用頻度

警察白書によれば、検挙された覚せい剤乱用少年は平成7年頃より増加し、平成10年より減少傾向にある。これに対して、われわれの児童自立支援施設調査の覚せい剤乱用頻度は、男性では平成6年(1.2%)から平成12年(5.0%)まで増加傾向にあり、平成14年度に2.5%へと始めて減少し、今回平成16年は1.6%となった。女性では平成6年(6.6%)から平成10年(16.9%)まで急増し、その後は平成12年(15.2%), 平成14年(13.6%), 平成14年(12.4%)とやや減少傾向である。全般に覚せい剤乱用は一時増加したが、ここ数年は減少傾向にあるといえよう。

2) 薬物乱用の地域差

薬物乱用の頻度を地域ごとの検討した結果、薬物の種類により地域差が認められた。しかし、地域ごとの対象人数はそれほど多くないので乱用率などの

結果の変動は大きい。平成12年度調査では、有機溶剤乱用および覚せい剤乱用頻度は関西地域が高く、ブタン乱用は地域差があまりなかった。平成14年調査では北海道・東北地方で有機溶剤乱用、ブタン乱用、大麻乱用などが多かった。

今回も地域ごとに流行っている薬物に差が認められた。東北・北海道では全般に各種の薬物乱用が多い。一方、九州は有機溶剤乱用がおもな乱用薬物であり、他の乱用薬物は比較的少ない。上述のようにやや対象数が少ないこともありその理由ははっきりしない。

薬物によって乱用頻度に地域差が見られるようである。

3) 薬物乱用の性差

入所非行児の薬物乱用の性差については、従来と同様にすべての薬物において男性より女性の方が乱用率が高かった。

警察白書⁹⁾によれば、有機溶剤、大麻、覚せい剤により検挙された少年は、いずれも男性の方が女性よりも多い。また和田⁸⁾による全国中学生調査でも男性の方が女性より有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用率が高いという結果が得られている。

したがって、われわれの調査対象である入所非行児においては一貫して女性の薬物乱用率が男性のそれよりも高いが、これは一般の少年を対象とした他の資料と一致していないことになる。

この理由として、一つには男子非行では薬物よりも暴力や窃盗などが施設入所理由となることが多く、女子非行では性非行や薬物非行が重要な入所理由となりやすいことが考えられる。児童保護の観点から、薬物問題は男性より女性で重要となりやすい。児童自立支援施設への入所は児童相談所や家庭裁判所の判断によるので、女性の場合の方が薬物乱用をしたことによって施設入所になる可能性が高いと思われる。

施設においては女性に薬物非行が多く、また女子の場合薬物乱用が性被害と結びつきやすいので、入所非行児への指導方法が男性と女性で異なると思われる。

3. 薬物への意識

1) 薬物乱用に対する態度

従来調査と同様に、今回対象薬物について、各薬物の乱用についてどう思うか、および法律で薬物乱

用を禁止していることをどう思うかを尋ねた。

全体として従来の結果とほぼ同様な結果が得られた。すなわち、乱用者は非乱用者よりも薬物乱用に許容的であり、また乱用を法律で禁止する必要はなく個人の好きにすればよいと考える傾向にある。また、乱用者、非乱用者に限らず女性の方が男性より薬物乱用に許容的である。

2) 薬物の有害性知識

薬物乱用の有害性については社会的にいろいろな教育活動が行われているが、具体的有害性について知らない児童が依然多い。特に非乱用者この傾向が強い。乱用者の方が非乱用者よりも有害性知識がある理由として乱用後に薬物乱用集団から知識を得たという可能性もあるが、少なくとも単純に有害性知識がないために薬物に手を出したとはいえないことを示唆している。

具体的有害性知識が乱用前からあったら乱用しなかったかどうかという、有害性知識と乱用抑止の関係も前回同様に検討した。その結果、やはり前回同様な傾向にあった。結果に示したとおり、もし有害性を知っていたら使用しなかったと答えた者は少なく、大多数は有害性知識があっても使用しただろうと答えている。これは、単なる知識としての啓蒙教育で防げるの薬物乱用は全体の一部に過ぎないことを予測させる。ただ、今回も薬物の害について質問紙で簡単に尋ねただけなので、十分な啓蒙教育を実際実施にその前後で態度の変化を測定しなければ教育による態度変容の効果を判定することは難しい。

3) 有害性体験率

精神症状の判断はやはり直接面接調査でないと難しく、質問紙法による精神症状の体験率は信頼性が低いと考えるべきであり、あくまで参考程度と考えている。

有機溶剤による症状の体験としては、幻覚などの精神病状態が男女とも最も多く、30%前後に認められているという結果が得られた。またフラッシュバックの体験も男女とも20%以上あった。症状の体験として多発神経炎や無動機症候群についても尋ねているが、これらは非行児が自分で正しく判断できる症状ではないので症状の発現率としてはかなり不正確と思われる。無動機症候群などに比べると幻覚やフラッシュバックは本人でも症状を把握しやすいのである程度症状発現率は把握できるとと思われる。有機溶

剤による精神症状の発現率に性差はなかった。

有機溶剤の次に乱用の多いブタンでは、精神病症状の発現頻度は男女とも30%弱であった。これは有機溶剤による精神病症状よりも少ない。またフラッシュバック発現率も有機溶剤乱用の場合と同等かやや少なかった。これらよりブタンは有機溶剤よりも精神症状発現効果は低いと推測される。

覚せい剤乱用は女性の場合精神病症状発現率が40%ほどでありやはり頻度が高い。またフラッシュバックも半数近くが経験していた。男性は乱用者が少ないため判断が難しい。

4. 今後の課題

1) 非行少年における薬物乱用の動向

児童自立支援施設においては、児童の入所期間は1年以上になることが多い。したがって、入所非行中の薬物乱用実態は一般非行児の乱用実態からやや遅れて調査結果に反映されると考えられる。警察白書で平成10年以降覚せい剤による少年検挙数は減少し、われわれの調査でも覚せい剤乱用者数は減少してきているように見える。覚せい剤乱用は有機溶剤などの薬物乱用よりも重大な結果をもたらすので今後入所非行児においても減少するかどうか観察が必要である。

また、乱用薬物として最も多い有機溶剤も入所非行児とくに男性において減少が明らかであるが、今後この傾向が持続するのか検討が必要である。女性の有機溶剤乱用率の減少は男性よりも小さいが、女性の方が乱用率そのものが高いため今後の動向が注目される。

また、今回はMDMAを調査対象に加えた。MDMAは俗称エクスタシー、エックス、×などとされる薬物であり、錠剤のため乱用への抵抗感が少ないといわれており、流行が懸念されている薬物である。薬理的にはメタアンフェタミンと類似しているものである。今回MDMAの乱用率は男女それぞれ0.9%と4.2%であった。それほど多い乱用率ではないが、新しい乱用薬物であり今後の動向を検討する必要がある。

2) 調査回収数

平成14調査では回答者数が802人であり、それ以前の回答者数1300人ほどから大幅に低下した。また、平成14調査では施設から回収率が64.9%であった。平成14調査では施設において他の調査と時期が重なったために回収率が悪かったと思われたが、本調査

が継続的に行われておりそのため回収率が低下した可能性もあった。そのため回収率を高めることが必要と考えられた。今回、薬物乱用項目以外の質問数を減らし全体の質問数を前回の92から62とした。回答数は1230人となりほぼ以前と同等の回収数が得られた。今後も回収数を維持できるよう調査方法を考えていく必要がある。

謝辞

本研究は、全国の児童自立支援施設の多くの方々のご協力により実施ができました。ご協力いただいた方々にここで深謝させていただきます。

参考文献

- 3) 阿部恵一郎：児童福祉施設(教護院)における有機溶剤乱用少年・少女の実態調査。平成6年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存研究の社会的、精神医学的特徴に関する研究 平成6年度研究結果報告書。1995
- 4) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成10年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」。1999
- 5) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成12年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」。2001
- 6) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成14年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」。2003
- 7) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成15年度厚生科学研究「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」。2004
- 8) 平成13年度警察白書。警察庁編。2002
- 9) 平成16年版青少年白書。内閣府編。2005
- 10) 和田清：平成14年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」。2003

表1 性・学年構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 4年以下	16	2.0		0.0
小学 5年	12	1.5	2	0.5
小学 6年	24	3.0	9	2.1
中学 1年	70	8.7	29	6.8
中学 2年	212	26.4	103	24.1
中学 3年	288	35.9	180	42.1
高校(専門学校) 1年	30	3.7	8	1.9
高校(専門学校) 2年	10	1.2	1	0.2
高校(専門学校) 3年	5	0.6	5	1.2
無職	33	4.1	58	13.6
就労中	15	1.9	5	1.2
無回答ほか	87	10.8	28	6.5
計	802	100.0	428	100.0

表2 性・年齢構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
9歳以下	8	1.0	0	0.0
10歳	13	1.6	1	0.2
11歳	20	2.5	2	0.5
12歳	50	6.2	23	5.4
13歳	135	16.8	51	11.9
14歳	287	35.8	154	36.0
15歳	199	24.8	141	32.9
16歳	49	6.1	34	7.9
17歳	19	2.4	15	3.5
18歳	9	1.1	4	0.9
19歳以上	3	0.4	1	0.2
無回答ほか	10	1.2	2	0.5
計	802	100.0	428	100.0

表3 施設入所期間

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
3ヶ月以下	173	21.6	95	22.2
4ヶ月から6ヶ月	118	14.7	80	18.7
6ヶ月から1年	189	23.6	104	24.3
1年から1年6ヶ月	134	16.7	67	15.7
1年6ヶ月から2年	66	8.2	31	7.2
2年以上	87	10.8	21	4.9
無回答	35	4.4	30	7.0
計	802	100.0	428	100.0

表4 地域別人数

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
東北・北海道	119	14.8	63	14.7
関東	236	29.4	100	23.4
中部	89	11.1	44	10.3
関西	142	17.7	78	18.2
中国	76	9.5	48	11.2
四国	32	4.0	14	3.3
九州	81	10.1	29	6.8
不詳	27	3.4	52	12.1
計	802	100.0	428	100.0

表5 非行歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
外泊や家出をした	551	68.7	371	86.7
人にけがをさせた	487	60.7	254	59.3
家からお金を持ち出した	487	60.7	303	70.8
自転車を盗んだ	538	67.1	305	71.3
人の物やお金を盗んだ	519	64.7	324	75.7
ひったくり、カツアゲ	296	36.9	200	46.7
家の中で暴れた	322	40.1	295	68.9
暴走族に入った	84	10.5	69	16.1
物や家に火をつけた	274	34.2	107	25.0
学校をさぼった	599	74.7	379	88.6
バイクや自動車を盗んだ	306	38.2	181	42.3
人の物やみんなの物をわざと壊した	303	37.8	200	46.7
不良仲間とつき合った	456	56.9	317	74.1
暴力団とつき合った	120	15.0	166	38.8
根性焼きや入墨をした	214	26.7	139	32.5
無免許運転	305	38.0	197	46.0
性関係のこと	229	28.6	263	61.4
その他	123	15.3	114	26.6

表6 初発非行年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学校入学前	42	5.2	16	3.7
小学 1年	63	7.9	28	6.5
小学 2年	60	7.5	19	4.4
小学 3年	70	8.7	26	6.1
小学 4年	84	10.5	52	12.1
小学 5年	110	13.7	50	11.7
小学 6年	114	14.2	67	15.7
中学 1年	129	16.1	102	23.8
中学 2年	45	5.6	35	8.2
中学 3年	11	1.4	4	0.9
中学卒業後	2	0.2	4	0.9
無回答	72	9.0	25	5.8

表7 家庭裁判所への係属歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	175	21.8	133	31.1
ない	574	71.6	278	65.0
無回答	53	6.6	17	4.0

表8 周囲の薬物乱用状況

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	291	36.3	308	72.0 1)
大麻	127	15.8	188	43.9 2)
覚せい剤	123	15.3	212	49.5 3)
ガス	211	26.3	181	42.3 4)
コカイン	31	3.9	56	13.1 5)
睡眠薬	77	9.6	160	37.4 6)
安定剤	55	6.9	111	25.9 7)
咳止め液	20	2.5	33	7.7 8)
MDMA	28	3.5	62	14.5 9)
その他	40	5.0	62	14.5 10)

1) $\chi^2=142.8$, d.f.=1, $p<.01$ 6) $\chi^2=142.9$, d.f.=1, $p<.01$
 2) $\chi^2=123.3$, d.f.=1, $p<.01$ 7) $\chi^2=90.2$, d.f.=1, $p<.01$
 3) $\chi^2=169.5$, d.f.=1, $p<.01$ 8) $\chi^2=20.0$, d.f.=1, $p<.01$
 4) $\chi^2=35.9$, d.f.=1, $p<.01$ 9) $\chi^2=16.5$, d.f.=1, $p<.01$
 5) $\chi^2=38.4$, d.f.=1, $p<.01$ 10) $\chi^2=36.4$, d.f.=1, $p<.01$

表9 本人の薬物乱用歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	115	14.3	189	44.2 1)
大麻	39	4.9	68	15.9 2)
覚せい剤	13	1.6	53	12.4 3)
ガス	110	13.7	110	25.7 4)
コカイン	6	0.7	12	2.8 5)
睡眠薬	28	3.5	82	19.2 6)
安定剤	16	2.0	45	10.5 7)
咳止め液	10	1.2	14	3.3 8)
MDMA	7	0.9	18	4.2 9)
その他	13	1.6	24	5.6 10)

1) $\chi^2=110.2$, d.f.=1, $p<.01$ 6) $\chi^2=38.5$, d.f.=1, $p<.01$
 2) $\chi^2=45.8$, d.f.=1, $p<.01$ 7) $\chi^2=45.6$, d.f.=1, $p<.01$
 3) $\chi^2=67.3$, d.f.=1, $p<.01$ 8) $\chi^2=6.6$, d.f.=1, $p<.05$
 4) $\chi^2=30.4$, d.f.=1, $p<.01$ 9) $\chi^2=16.5$, d.f.=1, $p<.01$
 5) $\chi^2=8.7$, d.f.=1, $p<.01$ 10) $\chi^2=16.2$, d.f.=1, $p<.01$

表10 おもな薬物の乱用頻度の年代変化(男性)

	単位:%					
	平成6年	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年
有機溶剤	41.2	37.3	30.3	26.4	21.6	14.3
大麻	5.5	6.7	4.8	5.0	4.9	4.9
覚せい剤	1.2	1.7	3.9	5.0	2.5	1.6

表11 おもな薬物の乱用頻度の年代変化(女性)

	単位:%					
	平成6年	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年
有機溶剤	59.6	50.6	48.5	52.3	46.5	44.2
大麻	22.0	19.0	14.4	14.7	15.9	15.9
覚せい剤	6.6	10.8	16.9	15.2	13.6	12.4

表12 地域別薬物乱用頻度(男性)

	単位:%			
	有機溶剤	大麻	覚せい剤	ブタン
東北・北海道(n=119)	12.6	6.7	1.7	19.3
関東(n=236)	9.7	3.4	1.3	12.7
中部(n=89)	16.9	5.6	2.2	19.1
関西(n=142)	17.6	7.0	1.4	9.9
中国(n=76)	11.8	2.6	1.3	18.4
四国(n=32)	6.3	0.0	0.0	9.4
九州(n=81)	23.5	3.7	0.0	4.9

表13 地域別薬物乱用頻度(女性)

	単位:%			
	有機溶剤	大麻	覚せい剤	ブタン
東北・北海道(n=63)	49.2	23.8	12.7	33.3
関東(n=100)	29.0	6.0	8.0	20.0
中部(n=44)	45.5	11.4	15.9	18.2
関西(n=78)	53.8	17.9	9.0	15.4
中国(n=48)	39.6	2.1	8.3	31.3
四国(n=14)	28.6	7.1	14.3	28.6
九州(n=29)	51.7	17.2	10.3	17.2

表14 自分の周囲の有機溶剤乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	108	13.5	131	30.6
いない	665	82.9	287	67.1
無回答	29	3.6	10	2.3

($\chi^2=51.0$, d.f.=1, $p<.01$)

表15 有機溶剤入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	172	21.4	192	44.9
少々苦労するが、なんとか手に入る	91	11.3	54	12.6
ほとんど不可能だ	52	6.5	14	3.3
絶対不可能だ	242	30.2	60	14.0
無回答	245	30.5	108	25.2

($\chi^2=84.2$, d.f.=3, $p<.01$)

表16 有機溶剤乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=115)		女性(n=189)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	3	2.6	5	2.6
11歳	11	9.6	12	6.3
12歳	25	21.7	33	17.5
13歳	41	35.7	60	31.7
14歳	16	13.9	46	24.3
15歳以上	3	2.6	6	3.2
経験はあるが年齢はおぼえていない	4	3.5	12	6.3
無回答	12	10.4	15	7.9

($\chi^2=7.0$, d.f.=6, ns)

表17 最もしていた時の有機溶剤乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=115)		女性(n=189)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	44	38.3	65	34.4
数回以上	40	34.8	65	34.4
ほとんど毎日	21	18.3	44	23.3
無回答	10	8.7	15	7.9

($\chi^2=1.1$, d.f.=2, ns)

表18 有機溶剤乱用への態度(男性)

	有機溶剤乱用 乱用者(n=115)		非乱用者(n=674)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	24	20.9	486	72.1
法律で禁じられてはいるが、少々ならかわないと思う	52	45.2	84	12.5
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	35	30.4	42	6.2
無回答	4	3.5	62	9.2

($\chi^2=153.0$, d.f.=2, $p<.01$)

表19 有機溶剤乱用への態度(女性)

	有機溶剤乱用 乱用者(n=189)		非乱用者(n=223)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	30	15.9	119	53.4
法律で禁じられてはいるが、少々ならかわないと思う	94	49.7	50	22.4
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	60	31.7	33	14.8
無回答	5	2.6	21	9.4

($\chi^2=73.8$, d.f.=2, $p<.01$)

表20 有機溶剤乱用禁止への態度(男性)

	有機溶剤乱用 乱用者(n=115)		非乱用者(n=674)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	27	23.5	417	61.9
しかたないことだと思う	36	31.3	100	14.8
シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと	21	18.3	12	1.8
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	26	22.6	72	10.7
無回答	5	4.3	73	10.8

($\chi^2=110.2$, d.f.=3, $p<.01$)

表21 有機溶剤乱用禁止への態度(女性)

	有機溶剤乱用 乱用者(n=189)		非乱用者(n=223)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	32	16.9	91	40.8
しかたないことだと思う	47	24.9	45	20.2
シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと	31	16.4	13	5.8
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	69	36.5	44	19.7
無回答	10	5.3	30	13.5

($\chi^2=40.8$, d.f.=3, $p<.01$)

表22 有機溶剤の知識(男性)

	有機溶剤乱用 乱用者(n=115)		非乱用者(n=674)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	45	39.1	169	25.1
多発神経炎	59	51.3	196	29.1
精神病状態	91	79.1	339	50.3
無動機症候群	44	38.3	142	21.1
フラッシュバック	69	60.0	257	38.1
いずれも知らなかった	6	5.2	212	31.5

1) $\chi^2=9.8$, d.f.=1, $p<.01$
 2) $\chi^2=22.2$, d.f.=1, $p<.01$
 3) $\chi^2=32.9$, d.f.=1, $p<.01$
 4) $\chi^2=18.1$, d.f.=1, $p<.01$
 5) $\chi^2=19.4$, d.f.=1, $p<.01$
 6) $\chi^2=33.8$, d.f.=1, $p<.01$

表23 有機溶剤の知識(女性)

	有機溶剤乱用 乱用者(n=189)		非乱用者(n=223)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	73	38.6	76	34.1
多発神経炎	91	48.1	90	40.4
精神病状態	165	87.3	159	71.3
無動機症候群	95	50.3	86	38.6
フラッシュバック	151	79.9	122	54.7
いずれも知らなかった	14	7.4	35	15.7

1) $\chi^2=0.9$, d.f.=1, ns
 2) $\chi^2=2.5$, d.f.=1, ns
 3) $\chi^2=15.6$, d.f.=1, $p<.01$
 4) $\chi^2=5.7$, d.f.=1, $p<.05$
 5) $\chi^2=29.0$, d.f.=1, $p<.01$
 6) $\chi^2=6.7$, d.f.=1, $p<.01$

表24 有機溶剤で体験した症状(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
精神病状態	31	27.0	60	31.7
フラッシュバック	23	20.0	48	25.4
多発神経炎	12	10.4	9	4.8
無動機症候群	20	17.4	49	25.9

1) $\chi^2=0.8$, d.f.=1, ns
 2) $\chi^2=1.2$, d.f.=1, ns
 3) $\chi^2=3.6$, d.f.=1, ns
 4) $\chi^2=3.0$, d.f.=1, ns

表25 有機溶剤の被害知識と乱用抑止(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	35	30.4	30	15.9
やはりしていたと思う	61	53.0	140	74.1
無回答	19	16.5	19	10.1

($\chi^2=13.3$, d.f.=1, $p<.01$)

表26 施設退所後、乱用しないと思うか(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	84	73.0	99	52.4
多分やらないと思う	21	18.3	64	33.9
多分やると思う	6	5.2	20	10.6
絶対やると思う	3	2.6	3	1.6
無回答	1	0.9	3	1.6

($\chi^2=14.1$, d.f.=3, $p<.01$)

表27 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者)

	男性乱用者(N=9)		女性乱用者(N=23)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思ふから	4	44.4	6	26.1
今もやりたいと思っているから	4	44.4	11	47.8
いやなことがあったらやると思ふから	3	33.3	8	34.8
なんとなくそう思ふから	3	33.3	7	30.4

表28 自分の周囲のブタン乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	64	8.0	62	14.5
いない	694	86.5	354	82.7
無回答	42	5.2	12	2.8

($\chi^2=11.8$, d.f.=1, $p<.01$)

表29 プタン入手困難さ

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	337	42.0	187	43.7
少々苦勞するが、なんとか手に入る	38	4.7	27	6.3
ほとんど不可能だ	29	3.6	15	3.5
絶対不可能だ	199	24.8	59	13.8
無回答	199	24.8	140	32.7

($\chi^2=15.8$, d.f.=3, $p<.01$)

表30 プタン乱用開始年齢

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
10歳以下	8	7.3	4	3.6
11歳	3	2.7	6	5.5
12歳	14	12.7	23	20.9
13歳	39	35.5	29	26.4
14歳	16	14.5	25	22.7
15歳以上	3	2.7	3	2.7
経験はあるが年齢はおぼえていない	6	5.5	4	3.6
無回答	21	19.1	16	14.5

($\chi^2=8.2$, d.f.=6, $p<.05$)

表31 最もしていた時のプタン乱用頻度

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	37	33.6	37	33.6
数回以上	36	32.7	45	40.9
ほとんど毎日	12	10.9	13	11.8
無回答	25	22.7	15	13.6

($\chi^2=0.5$, d.f.=2, ns)

表32 プタン乱用への態度(男性)

	ガス乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	20	18.2	288	42.8
少々ならかまわないと思う	37	33.6	47	7.0
かまわない	38	34.5	36	5.3
知らなかった	10	9.1	260	38.6
無回答	5	4.5	42	6.2

($\chi^2=184.0$, d.f.=3, $p<.01$)

表33 プタン乱用への態度(女性)

	ガス乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	14	12.7	84	28.5
少々ならかまわないと思う	42	38.2	39	13.2
かまわない	47	42.7	49	16.6
知らなかった	5	4.5	93	31.5
無回答	2	1.8	30	10.2

($\chi^2=76.7$, d.f.=3, $p<.01$)

表34 プタンの知識(男性)

	ガス乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
精神所状態	34	30.9	104	15.5 ¹⁾
急性中毒死	25	22.7	97	14.4 ²⁾
いずれも知らなかった	57	51.8	464	68.9 ³⁾

1) $\chi^2=15.6$, d.f.=1, $p<.01$
2) $\chi^2=5.9$, d.f.=1, $p<.05$
3) $\chi^2=12.5$, d.f.=1, $p<.01$

表35 プタンの知識(女性)

	ガス乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
精神所状態	37	33.6	69	23.4 ¹⁾
急性中毒死	35	31.8	57	19.3 ²⁾
いずれも知らなかった	51	46.4	179	60.7 ³⁾

1) $\chi^2=4.4$, d.f.=1, $p<.05$
2) $\chi^2=7.1$, d.f.=1, $p<.01$
3) $\chi^2=6.7$, d.f.=1, $p<.01$

表36 プタンで体験した症状(乱用者)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
精神所状態	31	28.2	30	27.3 ¹⁾
フラッシュバック	18	16.4	19	17.3 ²⁾

1) $\chi^2=0.2$, d.f.=1, ns
2) $\chi^2=0.0$, d.f.=1, ns

表37 プタンの知識と乱用抑止(プタン乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	37	33.6	26	23.6
やはりしていたと思う	51	46.4	67	60.9
無回答	22	20.0	17	15.5

($\chi^2=4.5$, d.f.=1, ns)

表38 施設退所後、乱用しないと思うか(プタン乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	70	63.6	60	54.5
多分やらないと思う	28	25.5	35	31.8
多分やると思う	6	5.5	10	9.1
絶対やると思う	1	0.9	3	2.7
無回答	5	4.5	2	1.8

($\chi^2=3.5$, d.f.=2, ns)

表39 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	4	57.1	3	23.1
今もやりたいと思っているから	2	28.6	4	30.8
いやなことがあったらやると思うから	1	14.3	2	15.4
なんとなくそう思うから	1	14.3	7	53.8

表40 自分の周囲の大麻乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	53	6.6	87	20.3
いない	601	74.9	293	68.5
無回答	148	18.5	48	11.2

(x²=44.9, d.f.=1, p<.01)

表41 大麻入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	62	7.7	87	20.3
少々苦労するが、なんとか手に入る	87	10.8	96	22.4
ほとんど不可能だ	88	11.0	31	7.2
絶対不可能だ	351	43.8	93	21.7
無回答	214	26.7	121	28.3

(x²=103.9, d.f.=3, p<.01)

表42 大麻の知識

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
知らなかった	281	35.0	70	16.4
関心がなかった	341	42.5	162	37.9
見てみたかった	47	5.9	68	15.9
試してみたかった	44	5.5	76	17.8
無回答	89	11.1	52	12.1

(x²=109.1, d.f.=3, p<.01)

表43 大麻乱用開始年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
10歳以下	2			
11歳	0		2	2.9
12歳	4	10.3	14	20.6
13歳	14	35.9	18	26.5
14歳	9	23.1	19	27.9
15歳以上	5	12.8	5	7.4
経験はあるが年齢はおぼえていない	0		4	5.9
無回答	5	12.8	6	8.8

(x²=10.3, d.f.=6, ns)

表44 最もしていた時の大麻乱用頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	16	41.0	28	41.2
数回以上	12	30.8	30	44.1
ほとんど毎日	3	7.7	4	5.9
無回答	8	20.5	6	8.8

(x²=0.9, d.f.=2, ns)

表45 大麻乱用への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	5	12.8	551	73.9
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	21	53.8	70	9.4
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	9	23.1	47	6.3
無回答	4	10.3	78	10.5

(x²=97.1, d.f.=2, p<.01)

表46 大麻乱用への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきで	11	16.2	164	48.8
法律で禁じられてはいるが、少々なら	36	52.9	93	27.7
法律で禁じられてはいるが、それを守	16	23.5	43	12.8
無回答	5	7.4	36	10.7

(x²=28.9, d.f.=2, p<.01)

表47 大麻乱用禁止への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	11	28.2	493	66.1
しかたないことだと思う	8	20.5	89	11.9
大麻くらい禁止しなくてもいいのでは	8	20.5	16	2.1
法律で決める必要はなく、個人の好	8	20.5	68	9.1
無回答	4	10.3	80	10.7

(x²=56.1, d.f.=3, p<.01)

表48 大麻乱用禁止への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	11	16.2	138	41.1
しかたないことだと思う	22	32.4	74	22.0
大麻くらい禁止しなくてもいいのでは	11	16.2	10	3.0
法律で決める必要はなく、個人の好	18	26.5	79	23.5
無回答	6	8.8	35	10.4

(x²=30.8, d.f.=3, p<.01)

表49 大麻の知識(男性)

	大麻乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
精神病状態	14	35.9	193	25.9 1)
無動機症候群	5	12.8	106	14.2 2)
いずれも知らなかった	18	46.2	470	63.0 3)

1) x²=1.9, d.f.=1, ns
 2) x²=0.1, d.f.=1, ns
 3) x²=4.5, d.f.=1, p<.05

表50 大麻の知識(女性)

	大麻乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
精神症状	36	52.9	144	42.9 1)
無動機症候群	25	36.8	93	27.7 2)
いずれも知らなかった	22	32.4	157	46.7 3)

1) $\chi^2=2.3$, d.f.=1, ns
2) $\chi^2=2.3$, d.f.=1, ns
3) $\chi^2=4.7$, d.f.=1, p<0.05

表51 大麻で体験した症状(乱用者)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
精神状態	9	23.1	18	26.5 1)
無動機症候群	7	17.9	17	25.0 2)

1) $\chi^2=0.2$, d.f.=1, ns
2) $\chi^2=0.7$, d.f.=1, ns

表52 大麻の知識と乱用抑止(大麻乱用者のみ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	8	20.5	13	19.1
やはりしていたと思う	24	61.5	49	72.1
無回答	7	17.9	6	8.8

($\chi^2=0.2$, d.f.=1, ns)

表53 施設退所後、乱用しないと思うか(大麻乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	27	69.2	38	55.9
多分やらないと思う	9	23.1	24	35.3
多分やると思う	0	0.0	3	4.4
絶対やると思う	2	5.1	1	1.5
無回答	1	2.6	2	2.9

($\chi^2=4.8$, d.f.=3, ns)

表54 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	1	50.0	3	75.0
今もやりたいと思っているから	2	100.0	2	50.0
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	2	50.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	0	0.0

表55 自分の周囲の覚せい剤乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	79	9.9	111	25.9
いない	661	82.4	295	68.9
無回答	62	7.7	22	5.1

($\chi^2=52.6$, d.f.=1, p<0.01)

表56 覚せい剤の入手性

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	62	7.7	78	18.2
少々苦労するが、なんとか手に入る	89	11.1	104	24.3
ほとんど不可能だ	83	10.3	35	8.2
絶対不可能だ	361	45.0	78	18.2
無回答	207	25.8	133	31.1

($\chi^2=117.1$, d.f.=3, p<0.01)

表57 覚せい剤への関心

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
覚せい剤は知らなかった	240	29.9	42	9.8
関心がなかった	401	50.0	187	43.7
見てみたかった	48	6.0	70	16.4
試してみたかった	30	3.7	84	19.6
無回答	83	10.3	45	10.5

($\chi^2=158.9$, d.f.=3, p<0.01)

表58 覚せい剤乱用への誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	106	13.2	156	36.4
ない	408	50.9	148	34.6
無回答	288	35.9	124	29.0

($\chi^2=82.7$, d.f.=1, p<0.01)

表59 覚せい剤乱用開始年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
10歳以下	—	—	3	5.7
11歳	—	—	1	1.9
12歳	1	7.7	11	20.8
13歳	2	15.4	10	18.9
14歳	4	30.8	14	26.4
15歳	1	7.7	3	5.7
経験はあるが年齢はおぼえていない	2	15.4	4	7.5
無回答	—	—	7	13.2

($\chi^2=7.0$, d.f.=6, ns)

表60 覚せい剤乱用頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	8	61.5	26	49.1
数回以上	3	23.1	15	28.3
ほとんど毎日	—	—	4	7.5
無回答	2	15.4	8	15.1

($\chi^2=1.4$, d.f.=2, ns)

表61 覚せい剤の乱用方法

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
吸引	6	46.2	22	41.5
注射	4	30.8	10	18.9
吸引と注射	1	7.7	13	24.5
無回答	2	15.4	8	15.1

(χ²=2.1, d.f.=2, ns)

表62 覚せい剤への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	4	30.8	572	74.3
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	6	46.2	67	8.7
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	3	23.1	49	6.4
無回答	0.0		82	10.6

(χ²=29.9, d.f.=2, p<.01)

表63 覚せい剤への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	14	26.4	177	50.9
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	20	37.7	93	26.7
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	17	32.1	42	12.1
無回答	2	3.8	36	10.3

(χ²=19.0, d.f.=2, p<.01)

表64 覚せい剤禁止への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	4	30.8	503	65.3
しかたないことだと思う	3	23.1	72	
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	4	30.8	97	12.6
無回答	2	15.4	98	12.7

(χ²=8.4, d.f.=2, p<.05)

表65 覚せい剤禁止への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	13	24.5	152	43.7
しかたないことだと思う	14	26.4	77	22.1
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	24	45.3	79	22.7
無回答	2	3.8	40	11.5

(χ²=12.5, d.f.=2, p<.01)

表66 覚せい剤の知識(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
精神病状態	7	53.8	231	30.0 1)
フラッシュバック	8	61.5	180	23.4 2)
いずれも知らなかった	2	15.4	386	50.1 3)

1) χ²=3.4, d.f.=1, n.s.2) χ²=10.2, d.f.=1, p<.013) χ²=6.1, d.f.=1, p<.05

表67 覚せい剤の知識(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有		経験無	
	人数	%	人数	%
精神病状態	34	64.2	181	52.0 1)
フラッシュバック	34	64.2	150	43.1 2)
いずれも知らなかった	8	15.1	111	31.9 3)

1) χ²=2.7, d.f.=1, p<.012) χ²=8.2, d.f.=1, p<.013) χ²=6.2, d.f.=1, p<.05

表68 有機溶剤で体験した症状

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
精神病状態	2	15.4	21	39.6 1)
フラッシュバック	5	38.5	25	47.2 2)

1) χ²=2.7, d.f.=1, n.s.2) χ²=0.3, d.f.=1, n.s.

表69 覚せい剤の知識と抑止

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
使わなかったと思う	5	38.5	11	20.8
やはり使ったと思う	5	38.5	33	62.3
無回答	3	23.1	16	30.2

(χ²=2.4, d.f.=1, ns)

表70 施設退所後、乱用しないと思うか(覚せい剤乱用者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	6	46.2	27	50.9
多分やらないと思う	4	30.8	15	28.3
多分やると思う	2	15.4	7	13.2
絶対やると思う	0	0.0	1	1.9
無回答	1	7.7	3	5.7

($\chi^2=0.4$, d.f.=1, ns)

表71 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)

	男性乱用者		女性乱用者	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	1	50.0	3	37.5
今もやりたいと思っているから	1	50.0	2	25.0
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	4	50.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	2	25.0

調査へのお願い

この調査の目的は、飲酒・薬物などに対するみなさんの考えや経験を知ることです。
この調査は、厚生労働省の科学研究費によるもので、現在、全国の一般中学生でも同様な調査が行われています。

自分の名前は書く必要はありませんし、集めた用紙もコンピュータで集計しますので、誰がどのように答えたのか分かりません。したがって、答えた内容が施設での生活や退院時期に影響することはありません。どうしても答えたくない質問には答えなくてもかまいません。

各質問に対する回答は、特にことわらない限りもっともあてはまる内容の番号を一つだけ選んで○をつけて下さい。

国立武蔵野学院 医務課長 富田 拓
目白大学 教授 庄司正実

- 1 あなたの年齢はいくつですか？ 年齢を記入してください 歳
- 2 学校は？ ①小学校 ②中学校 ③高校 ④専門学校 ⑤中学卒業後で無職 ⑥就労中
- 3 何年生ですか？ 学年を記入してください 年生
- 4 男性ですか，女性ですか？ ①男性 ②女性
- 5 今回，この施設に入所してからどのくらいになりますか？ 年 月 日
- 6 あなたの身近(友達，先輩，知り合い，家族など)で以下のような薬物をやっている人はいましたか？
- | | | |
|----------------------------------|-----|------|
| 1) シンナーやトルエン(ボンド，マニキュアの除光液なども含む) | ①いた | ②いない |
| 2) マリファナ(大麻，ハッパ，ハシッシも同じ) | ①いた | ②いない |
| 3) 覚せい剤(エス，スピード，シャブも同じ) | ①いた | ②いない |
| 4) ガス(ライター用ガス，カセットコンロ用ガスなど) | ①いた | ②いない |
| 5) コカイン(クラックも同じ) | ①いた | ②いない |
| 6) 睡眠薬(病気治療以外の目的で) | ①いた | ②いない |
| 7) 精神安定剤(病気治療以外の目的で) | ①いた | ②いない |
| 8) ブロン薬などのセキ止め液(病気治療以外の目的で) | ①いた | ②いない |
| 9) MDMA(エクスタシー，エックス，Xも同じ) | ①いた | ②いない |
| 10) その他の薬物 | ①いた | ②いない |
- 7 あなた自身は以下のような薬物を1回でも使用したことがありますか？
- | | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| 1) シンナーやトルエン(ボンド，マニキュアの除光液なども含む) | ①ある | ②ない |
| 2) マリファナ(大麻，ハッパ，ハシッシも同じ) | ①ある | ②ない |
| 3) 覚せい剤(エス，スピード，シャブも同じ) | ①ある | ②ない |
| 4) ガス(ライター用ガス，カセットコンロ用ガスなど) | ①ある | ②ない |
| 5) コカイン(クラックも同じ) | ①ある | ②ない |
| 6) 睡眠薬(病気治療以外の目的で) | ①ある | ②ない |
| 7) 精神安定剤(病気治療以外の目的で) | ①ある | ②ない |
| 8) ブロン薬などのセキ止め液(病気治療以外の目的で) | ①ある | ②ない |
| 9) MDMA(エクスタシー，エックス，Xも同じ) | ①ある | ②ない |
| 10) その他の薬物 | ①ある | ②ない |
- 8 この施設に入る前，お酒(アルコール類)をどのくらい飲んでいましたか？
- ①飲んだことはない ②1年で数回飲んだ ③月に2，3回 ④週に2，3回かそれ以上
- 9 あなたの身近に「シンナー遊び」の結果，病気や異常になった人がいましたか？
- ①いた ②いない
- 10 施設に入る前，「シンナー遊び」のために有機溶剤(シンナー，トルエン，その他)を手に入れようとした場合，それはどの程度難しいことでしたか？
- ①簡単に手に入る ②少々苦勞するが，なんとか手に入る
③ほとんど不可能だ ④絶対不可能だ
- 11 これまでに一回でも「シンナー遊び」を経験したことがありますか？ある場合は，初めて経験した年齢を選んでください
- ①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼえていない
- 12 施設に入る前，最もしていた時で「シンナー遊び」をどのくらいしていましたか？
- ①したことはない ②今まで1，2回くらい ③数回以上した ④ほとんど毎日
- 13 「シンナー遊び」は法律で禁止されていますが，「シンナー遊び」をする前(したことがない人は施設入所前)，あなたは「シンナー遊び」をどう思っていましたか？

- ①法律で禁じられているから、すべきではないと思っていた
 ②法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思っていた
 ③法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思っていた
- 14 法律で「シンナー遊び」を禁止しているのを「シンナー遊び」をする前(したことがない人は施設入所前)どう思っていましたか？
 ①当然だと思っていた
 ②しかたないことだと思っていた
 ③麻薬・覚せい剤とちがって、シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと考えていた
 ④そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思っていた
- 15 「シンナー遊び」をしすぎたり繰り返したりすると、下のようなことがおこることがあります。
 「シンナー遊び」をする前(したことがない人は施設入所前)、「シンナー遊び」でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。
 ①急性中毒死(吸っていてそのまま急に死ぬこと)
 ②多発神経炎(手足の筋肉や神経がおとろえ、物がつかめなくなったり、歩けなくなること)
 ③精神病状態(何もないのに物が見えたり声が聞こえたりする幻覚、誰もいないのに自分が見られているとか自分が囁かれていると思いこんだりする妄想がでること)
 ④無動機症候群(何もする気がなくなり、学校を欠席したり仕事が長続きしなくなること)
 ⑤フラッシュバック(「シンナー遊び」をやめて吸わなくなったのに、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻覚や妄想が出ること)
 ⑥いずれも知らなかった
- 16 「シンナー遊び」の結果、上記のような精神病状態やフラッシュバックなどを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください。(もともと「シンナー遊び」をしていない人は⑤を選んでください)
 ①精神病状態 ②フラッシュバック ③多発神経炎
 ④無動機症候群 ⑤「シンナー遊び」はしたことがない
- 17 「シンナー遊び」をすると上記質問のような急性中毒死・多発神経炎・精神病状態・無動機症候群・フラッシュバックをおこすことを知っていたら「シンナー遊び」をしなかったと思いますか？(もともと「シンナー遊び」をしていない人は③を選んでください)
 ①しなかったと思う ②やはりしていたと思う ③「シンナー遊び」はしたことがない
- 18 この施設を出た後、「シンナー遊び」はやりないと思いますか？
 ①絶対やりないと思う ②多分やりないと思う ③多分やると思う ④絶対やると思う
- 19 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は、その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください。
 ①誘われたらやると思うから ②今もやりたいと思っているから
 ③いやなことがあったらやると思うから ④なんとなくそう思うから
- 20 あなたの身近に「ガスパン遊び(ガスの吸引)」の結果、病気や異常になった人がいましたか？
 ①いた ②いない
- 21 施設に入る前、「ガスパン遊び」のためのライターガスなどを手に入れようとした場合、それはどの程度難しいことでしたか？
 ①簡単に手に入る ②少々苦勞するが、なんとか手に入る
 ③ほとんど不可能だ ④絶対不可能だ
- 22 「ガスパン遊び」をする前(使ったことがない人は施設入所前)、「ガスパン遊び」についてあなたはどのように思っていましたか？

- ①「ガスパン遊び」は知らなかった ②関心がなかった ③見てみたかった ④試してみたかった
- 23 これまでに一回でも「ガスパン遊び」を経験したことがありますか？ある場合は、初めて経験した年齢を選んでください
- ①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼえていない
- 24 施設に入る前、最もしていた時で「ガスパン遊び」をどのくらいしていましたか？
- ①したことはない②今まで1、2回くらい ③数回以上した ④ほとんど毎日
- 25 「ガスパン遊び」をする前(したことがない人は施設入所前)、あなたは「ガスパン遊び」をどう思っていましたか？
- ①すべきではないと思っていた ②少々ならかまわないと思っていた
③かまわないと思っていた ④「ガスパン遊び」は知らなかった
- 26 「ガスパン遊び」をすると質問15のような精神病状態や急性中毒死をおこすことをガスパン遊びをする前に(したことがない人は施設入所前)知っていましたか？「ガスパン遊び」でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。
- ①精神病状態 ②急性中毒死 ③いずれも知らなかった
- 27 「ガス」を使った結果、精神病状態やフラッシュバックを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください。(もともと「ガス」を使っていない人は③を選んでください)
- ①精神病状態 ②フラッシュバック ③「ガスパン遊び」はしたことがない
- 28 「ガスパン遊び」をすると、精神病状態や急性中毒死をおこすことがあるのを知っていたら「ガスパン遊び」をしなかったと思いますか？(もともと「ガス」を使っていない人は③を選んでください)
- ①使わなかったと思う ②やはり使ったと思う ③「ガスパン遊び」はしたことがない
- 29 この施設を出た後、「ガスパン遊び」はやらないと思いますか？
- ①絶対やらないと思う ②多分やらないと思う ③多分やると思う ④絶対やると思う
- 30 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は、その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください。
- ①誘われたらやると思うから ②今もやりたいと思っているから
③いやなことがあったらやると思うから ④なんとなくそう思うから
- 31 あなたの身近に大麻を吸った結果、病気や異常になった人がいましたか？ ①いた ②いない
- 32 施設に入る前、大麻を手に入れようとした場合、それはどの程度難しいことでしたか？
- ①簡単に手に入る ②少々苦労するが、なんとか手に入る
③ほとんど不可能だ ④絶対不可能だ
- 33 大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前)、大麻についてあなたはどう思っていましたか？
- ①大麻は知らなかった ②関心がなかった ③見てみたかった ④試してみたかった
- 34 これまでに一回でも大麻(マリファナ、ハシッシ、ハッパ)を吸ったことがありますか？ある場合は、初めて経験した年齢を選んでください
- ①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼえていない
- 35 施設に入る前、最もしていた時で大麻をどのくらい吸っていましたか？
- ①したことはない②今まで1、2回くらい ③数回以上した ④ほとんど毎日
- 36 大麻は法律で禁止されていますが、大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前)あなたは大麻をどう思っていましたか？
- ①法律で禁じられているから、すべきではないと思っていた

- ②法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思っていた
 ③法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思っていた
- 37 大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前), 法律で大麻を禁止しているのをどう思っていましたか?
- ①当然だと思っていた
 ②しかたないことだと思っていた
 ③麻薬・覚醒剤とちがって、大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと考えていた
 ④そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思っていた
- 38 大麻を吸うと質問15と同じ精神病状態や無動機症候群をおこすことを大麻を吸う前(したことがない人は施設入所前)に知っていましたか? 大麻でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。
- ①精神病状態 ②無動機症候群 ③いずれも知らなかった
- 39 大麻を吸った結果、精神病状態や無動機症候群を体験したことがありますか? 体験したことすべてに○をつけてください。(もともと大麻を使っていない人は③を選んでください)
- ①精神病状態 ②無動機症候群 ③大麻は使ったことがない
- 40 大麻を吸うと精神病状態や無動機症候群をおこすことがあるのを知っていたら大麻を使わなかったと思いますか? (もともと大麻を使っていない人は③を選んでください)
- ①使わなかったと思う ②やはり使ったと思う ③大麻は使ったことがない
- 41 この施設を出た後、大麻はやらないと思いますか?
- ①絶対やらないと思う ②多分やらないと思う ③多分やると思う ④絶対やると思う
- 42 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は、その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください。
- ①誘われたらやると思うから ②今もやりたいと思っているから
 ③いやなことがあったらやると思うから ④なんとなくそう思うから
- 43 あなたの身近に覚醒剤(スピード, エス)の結果、病気や異常になった人がいましたか?
- ①いた ②いない
- 44 施設に入る前、覚醒剤(スピード, エス)を手に入れようとした場合、それはどの程度難しいことでしたか?
- ①簡単に手に入る ②少々苦労するが、なんとか手に入る
 ③ほとんど不可能だ ④絶対不可能だ
- 45 覚醒剤(スピード, エス)を使う前(使ったことがない人は施設入所前), 覚醒剤についてあなたは どう思っていましたか?
- ①覚醒剤は知らなかった ②関心がなかった ③見てみたかった ④試してみたかった
- 46 入所前、覚醒剤(スピード, エス)の使用を誘われたことがありますか? ①ある ②ない
- 47 これまでに一回でも覚醒剤(スピード, エス)を使用したことがありますか? ある場合は初めて経験した年齢を選んでください
- ①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
 ⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼていない
- 48 施設に入る前、最も使っていた時で覚醒剤(スピード, エス)をどのくらい使っていましたか?
- ①したことはない ②今まで1, 2回くらい ③数回以上した ④ほとんど毎日
- 49 覚醒剤(スピード, エス)を使ったことがある人はどんな方法で使いましたか? (もともと覚醒剤をしていない人は④を選んでください)
- ①吸引 ②注射 ③吸引と注射の両方 ④覚醒剤は使ったことがない

- 50 覚醒剤(スピード, エス)は法律で禁止されていますが、覚醒剤(スピード, エス)を使う前(使ったことがない人は施設入所前)あなたは覚醒剤をどう思っていましたか？
- ①法律で禁じられているから、すべきではないと思っていた
 ②法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思っていた
 ③法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思っていた
- 51 覚醒剤(スピード, エス)を使う前(使ったことがない人は施設入所前)、法律で覚醒剤(スピード, エス)を禁止しているのをどう思っていましたか？
- ①当然だと思っていた
 ②しかたないことだと思っていた
 ③そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思っていた
- 52 覚醒剤によって質問15と同じ精神病状態やフラッシュバックが起こることを覚醒剤を使う前(したことがない人は施設入所前)知っていましたか？覚醒剤でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。
- ①精神病状態 ②フラッシュバック ③いずれも知らなかった
- 53 覚醒剤を使った結果、精神病状態やフラッシュバックを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください。(もともと覚醒剤を使っていない人は③を選んでください)
- ①精神病状態 ②フラッシュバック ③覚醒剤は使ったことがない
- 54 覚醒剤を使うと、精神病状態、フラッシュバックをおこすことを知っていたら覚醒剤を使わなかったと思いますか？(もともと覚醒剤を使っていない人は③を選んでください)
- ①使わなかったと思う ②やはり使ったと思う ③覚醒剤は使ったことがない
- 55 この施設を出た後、覚醒剤はやらないと思いますか？
- ①絶対やらないと思う ②多分やらないと思う ③多分やると思う ④絶対やると思う
- 56 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は、その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください。
- ①誘われたらやると思うから ②今もやりたいと思っているから
 ③いやなことがあったらやると思うから ④なんとなくそう思うから
- 57 シンナー遊び、ガスパン遊び、大麻、覚醒剤のいずれかでも使ったことがある人に聞きます。これまで使った順にそれぞれの()のなかに1から順に番号を付けてください。一つだけしかやっていない人は1のみ、二つやったことがある人は1から2まで、三つやったことがある人は1から3まで、というふうに経験のある薬物の数だけ使った順に番号をつけてください。(いずれも使っていない人は何もつけなくてかまいません)
- () シンナー遊び(シンナー、トルエン、ボンド、マニキュアの除光液など)
 () ガスパン遊び(ライター用ガス、カセットコンロ用ガスなど)
 () マリファナ(大麻、ハッパ、ハシッシも同じ)
 () 覚醒剤(エス、スピード、シャブも同じ)
 () 睡眠薬(病気治療以外の目的で)
 () その他の薬物(安定剤、咳止め液、コカイン、MDMAなど)
- 58 施設(児童自立支援施設)に入ったのはいつですか？
- ①小学4年生以下 ②小学5年生 ③小学6年生
 ④中学1年生 ⑤中学2年生 ⑥中学3年生
 ⑦高校・専門学校生 ⑧就職中 ⑨中卒後無職中
- 59 家庭裁判所から呼び出されたことはありますか？ ①ある ②ない

60 以下のようないわゆる非行について、したことがあるのはどれですか？したことがあるものすべてに○をつけてください。

- | | | |
|-------------|--------------|-------------------|
| ①外泊や家出をした | ②人にけがをさせた | ③家からお金を持ち出した |
| ④自転車を盗んだ | ⑤人の物やお金を盗んだ | ⑥ひったくり、カツアゲ |
| ⑦家の中で暴れた | ⑧暴走族に入った | ⑨物や家に火をつけた |
| ⑩学校をさぼった | ⑪バイクや自動車を盗んだ | ⑫人の物やみんなの物をわざと壊した |
| ⑬不良仲間とつき合った | ⑭暴力団とつき合った | ⑮根性焼きや入墨をした |
| ⑯無免許運転 | ⑰性関係のこと | ⑱その他 |

61 このような非行を、あなたが初めてしたのはいつですか？

- | | | | | |
|---------|--------|--------|--------|--------|
| ①小学校入学前 | ②小学1年生 | ③小学2年生 | ④小学3年生 | ⑤小学4年生 |
| ⑥小学5年生 | ⑦小学6年生 | ⑧中学1年生 | ⑨中学2年生 | ⑩中学3年生 |
| ⑪中学卒業以後 | | | | |

62 自傷行為（自分で手首を切る、自殺しようとするなど）をしたことがありますか？

- | | | | |
|-----|-------|-----------|---------|
| ①ない | ②1回ある | ③2回から3回ある | ④数回以上ある |
|-----|-------|-----------|---------|

ご協力ありがとうございました

分 担 研 究 報 告 書
(1-4)

救命救急センターにおける薬物乱用・依存等の実態に関する研究

分担研究者 相星淳一 日本医科大学付属病院 高度救命救急センター 助手
研究協力者 柴田泰史 日本医科大学付属病院 検査部

研究要旨 日本医科大学付属病院高度救命救急センターに搬送された200症例を対象に乱用薬物簡易検査キットであるTriage DOAを使用し、尿検体のスクリーニング検査および確認試験を実施した。患者のプライバシー保護の観点からunlinked anonymous法を用いた。入室患者200症例の平均年齢は59.0±19.7歳で、男性130例、女性70例であった。症例の内訳は外傷32例、脳血管障害26例、薬物中毒25例、心肺停止症例24例、呼吸不全17例、消化管出血16例、その他14例、心不全12例、急性腹症11例、代謝異常10例、熱傷9例、血管緊急症4例で、Triage陽性症例は57例(28.5%)であった。Triage陽性薬物は、benzodiazepines(BZO)44例、tricyclic antidepressants(TCA)8例、barbiturates(BAR)6例、opiates(OPI)12例、amphetamine(AMP)3例、cannabinoids(THC)1例であった。確認試験の結果、OPI12例全例でコデインあるいはジハイドロコデインが検出された。また、AMP3例のうち1例はエフェドリンによる偽陽性であった。本年度の非合法薬物の乱用率は1.5%であり、昨年度と比較して、有意な増加は認めなかった。

A. 背景

日本医科大学付属病院高度救命救急センターの年間症例数は近年増加し、平成16年度は約1800症例である。そのうち、薬物中毒患者は6~7%に相当する。乱用薬物患者が搬入される可能性としては、乱用薬物自体による急性および慢性中毒症状(意識障害、痙攣など)、乱用薬物の作用が事件や事故に関与する外因性急性疾患(交通事故、傷害など)、薬物作用による内因性疾患の誘発や憎悪(中枢神経疾患、心疾患など)、薬物あるいは薬物を併用した自殺企図などがある。臨床的には、乱用薬物に対する治療以外に、薬物作用によって症状や症候が隠蔽され診断を困難にすることも少なくない。従って、薬物乱用患者を正確に認知することは救急医療にとって重要である。

覚せい剤中毒は第三次覚せい剤乱用期にあり、乱用の拡大が社会問題になっている。さらに、覚せい剤の検挙者数は徐々に減少する一方、大麻、MDMAの検挙者数は急増している。特に、20歳代を中心とした若年層への拡大は新たな問題である。よって、薬物乱用・依存の実態を把握するため、日本医科大学付属病院高度救命救急センターに搬入された患者を対象に、簡易検査キットを用い尿検体のスクリーニング検査および確認試験を実施

した。100例を対象とした昨年度の研究結果では、アンフェタミンが1例検出され、非合法薬物の乱用率は1.0%であった。

B. 対象・目的

対象は平成17年1月12日~平成17年2月28日までの期間に日本医科大学付属病院高度救命救急センターに入室した症例に対して連続サンプリングを行い、検体量不足の症例を除外した200症例を対象とした。非合法薬物の乱用・依存の実態を把握することを目的に、尿スクリーニング検査および確認試験を実施した。

C. 方法

救命救急センター入院後、診断・治療を目的に不特定の医師が採尿を行った。その後、破棄される予定の尿の一部を収集し、簡易薬物スクリーニングキットであるTriage DOA(Biosite Diagnostics)を用いて検査を行った。今回使用したTriageの定性対象薬物は、amphetamine(AMP)、barbiturates(BAR)、benzodiazepines(BZO)、cannabinoids(THC)、cocaine(COC)、opiates(OPI)、phencyclidine(PCP)、tricyclic antidepressant

s (TCA) の8種である。さらに、定性試験の終了後、LC/MS、GC/MSで確認試験を行った。以上の結果から今年度の不法薬物の乱用率を算出し、昨年度と比較検討した。

倫理面に関しては、人を対象とした臨床研究であり、しかも違法性の禁止薬物の検出であることから、プライバシーの保護に関しては格別の配慮を要することは当然である。この点については、1. 尿は診療上の必要から入室患者全例から採取しており、検体とすることによる身体的、精神的負担を強いものではないこと。2. 分析の結果は診療上に対してのみ反映させ、法に基づく正規の手続きによる要請以外では漏洩することはないこと。3. 尿検体と個人の一対一対応が不可能なunlinked anonymous法を用いることにより、個人の秘密情報を開示漏洩させず、患者個人には不利益を与えるものでないこととする。

統計解析はStatView version 5.0を使用し、カイ二乗検定およびt-検定を行った。P<0.05を統計学的に有意と判定した。

D. 結果

入室患者200症例の平均年齢は59.0±19.7歳で、男性130例(65%)、女性70例(35%)であった。2004年全入室症例1764例の平均年齢は56.8±20.5歳、男性1098例、女性666例で、平均年齢および性別については有意差を認めなかった(表1)。研究対象症例の年齢構成では、平林らの研究結果と近似して、60歳以上の症例は全体の59%を占め、二峰性を示した(表2)。また、疾患分類でみると、外傷、脳血管障害、中毒、心肺停止症例が、全体の54%を占めた(表3)。

本研究でのTriage陽性例は、57例(28.5%)であった(表4)。Triageによる検出薬物(重複例を含む)は、BZO44例、TCA8例、BAR6例、OPI12例、AMP3例、THC1例であった(表4)。これらについて確認試験を実施したところ、非合法薬物を含め計29種類の薬物が確認された(表5)。OPIでは全例にコデインあるいはジハイドロコデインが検出された。また、AMP3例のうち、1例はエフェドリンによる偽陽性例であった(表4)。

今年度に検出された非合法薬物はAMP2例、THC1例で、平均年齢は32.3±4.5歳(28~37歳)、性別は男性2例、女性1例であった(表6)。疾患分類

では、薬物中毒以外に、外傷および脳血管障害の症例で薬物が確認された(表7)。また、昨年度との乱用率の比較検討では、有意な増加を認めなかった(表8)。

当救命救急センターで診断された非合法薬物の過去6年間の経年的変化をみると、1999~2003年まで3~7例(平均4.8例)と横ばいに推移したが、昨年度は10例に増加した(図1)。非合法薬物使用者の平均年齢は33.7±9.0歳(18~53歳)、性別は男性12例、女性22例(64.7%)、確認された薬物はAMP29例(85.3%)、THC3例、COC1例、MDMA1例であった(表9)。また、疾患分類では約70%の症例が薬物中毒であったが、外傷、急性腹症、その他の症例も含まれていた(表9)。

E. 考察

本研究の対象症例が当施設の全入院症例の代表的な集団であるか否かを検討するため、年齢および性別について2004年全入室症例と比較検討した。その結果、年齢および性別には有意差はないが、疾患の時期的偏りや無尿例(心肺停止例など)があることから、バイアスが存在する可能性がある。

Triageによるスクリーニング検査で、57症例が陽性所見を示した。そのうち、非合法薬物(OPI、AMP、THC)は16例で陽性であったが、確認試験の結果、AMP2例、THC1例を同定した。OPI陽性の12例すべてにコデインあるいはジハイドロコデインが含まれていたが、麻薬系薬物は検出されなかった。また、AMP陽性の1例では、エフェドリンが確認され偽陽性と判断された。以前の我々の報告や今回の研究結果からも、確認試験は不可欠であると考えられる。

本研究では、3例の非合法薬物の使用が確認された。当施設の症例台帳による疾患分類によると、薬物中毒1例、外傷1例、脳血管障害1例であり、必ずしも中毒症状が主症状として診断・治療されている訳ではない。当施設で診断された過去6年間(1999~2004年)の統計でも約3割は薬物中毒以外の疾患であり、特に外傷は2番目(17.6%)に多い。また、今回の脳血管障害症例はAMPの薬理作用による交感神経刺激が脳出血に関与したことが推測される。このように、診断・治療を進めるうえで、薬物中毒を鑑別するためのスクリーニ

ング検査は、救急医療では極めて有効である。また、意識障害、呼吸・循環の異常を呈する薬物中毒症例は3次医療施設に搬送されるが、中等症以下の症例は二次救急医療施設で診断・治療される場合が多い。現在、急性薬物中毒（催眠鎮静剤、抗不安薬による中毒を除く）が疑われる患者に対して原因物質の分析等、必要な救命救急管理を実施した場合に限り、救命救急入院料に加算できる施設は全国の17ヶ所の高度救命救急センターに限定されており、多くの医療施設ではTriageなどのスクリーニング検査は医療施設あるいは患者負担で行われているため、ほとんど普及していないのが現状であろう。非合法薬物の蔓延を阻止するためには、取り締まりや薬物に関する教育と並行して、より早期に薬物使用者を認知し、治療・社会復帰させることも重要な対策であることから、簡易スクリーニングキットの保険適応が切望される。

昨年度の実態調査では非合法薬物の乱用率は1.0%であった。本年度は200例中に3例の薬物使用者を認め、その乱用率は1.5%である。昨年度と比較して、乱用率には有意な変動はなかった。平林らは、低い薬物乱用率の経年的変化を統計学的に明らかにするには、研究対象の年齢を制限することにより統計学的鋭敏度を高める必要があると報告している。我々の施設における過去6年間の非合法薬物症例34例の平均年齢は 33.7 ± 9.0 歳（18～53歳）で、95%、99%信頼度区間はそれぞれ15.7～51.7歳、6.7～60.7歳であった。本研究対象症例に99%信頼度区間（7～60歳）を用いると、200例中82例（41%）であり、今年度の乱用率は1.5%から3.7%まで引き上げることが可能である。しかしながら、研究対象および薬物使用者の高齢化も考慮されることから、今後は年齢の限定あり／なしの両面から経年的調査を継続する。

大麻、MDMAの若年層での乱用の急増が社会問題になっている。警察庁による薬物情勢の報告では、平成15年度におけるMDMAの検挙者数は前年比の2倍である約250人に達し、その半数以上（59%）は20～29歳代の若年者で、初犯が大多数を占めている。MDMAの服用後、血中濃度は数時間で最高値に至り、MDAやその他の代謝物に代謝され、未変化のMDMAと共に尿中に排泄される。本研究で使用したTriage DOAはMDMA、MDAの定性は可能で、尿中MDMA、MDA濃度のカットオフ値はそれぞれ2000n

g/mL、1200ng/mLである。我々は過去に中毒症状を呈して搬送されたMDMA症例を経験した。Triageによるスクリーニング検査ではAMP陽性で、さらに、尿検体の確認試験によってMDMAおよびMDAを検出した。しかしながら、MDMAによる中毒症状と尿中濃度との相関性についての報告やMDMAに対するTriageの感度、特異度に関する臨床的検討はなく、その判定には慎重でなければならない。

F. 結語

1. 本研究対象におけるTriage陽性例は57例（28.5%）で、確認試験によって計29種類の薬物が検出された。
2. 非合法薬物使用は3例で、AMP2例、THC1例が確認された。本年度の乱用率は1.5%で、昨年度と比較して有意な乱用率の増加は認めなかった。
3. 非合法薬物（OPI、AMP、THC）のTriage陽性例のうち、OPI陽性例のすべてはコデインあるいはジハイドロコデインが含まれ、麻薬系薬物は検出されなかった。また、AMP陽性の1例はエフェドリンによる疑陽性であり、確認試験は必須である。
4. 過去6年間の非合法薬物使用34例の検討では、約30%の症例は薬物中毒以外の疾患で入院治療を受けており、鑑別診断のためのスクリーニング検査は救急医療において必要不可欠である。
5. 非合法薬物の乱用の拡大を阻止するためには、より早期に乱用者を認知し、治療、社会復帰させることが重要であることから、薬物簡易スクリーニング検査キットの保険適応が強く望まれる。

研究対象症例と2004年全入室症例との比較（表1）

	症例数	年齢	男性	女性
2004年全入室症例	1764	56.8±20.5	1098	666
研究対象症例	200	59.0±19.7	130	70

研究対象の年齢・性別構成（表2）

年齢	症例数	男性	女性
10～	1	0	1
20～	20	9	11
30～	23	11	12
40～	20	14	6
50～	18	16	2
60～	48	36	12
70～	45	28	17
80～	22	14	8
90～	3	2	1

研究対象の疾患分類（表3）

疾患分類	症例数	男性	女性
外傷	32	10	4
脳血管障害	26	28	4
薬物中毒	25	5	20
心肺停止症例	24	15	11
呼吸不全	17	19	5
消化管出血	16	13	3
その他	14	5	12
心不全	12	9	3
急性腹症	11	8	3
代謝異常	10	9	1
熱傷	9	5	4
血管緊急症	4	4	0

Triageおよび確認試験の結果（表4）

Triage陰性：143例

Triage陽性：57例（28.5%）

検出薬物	Triage陽性	確認試験
BZO	44	44
TCA	8	8
BAR	6	6
OPI	12	0
AMP	3	2
THC	1	1

検出薬物（表5）

鎮痛剤・気管支拡張剤 エフェドリン メチルエフェドリン コデイン ジハイドロコデイン	抗てんかん薬 フェノバルビタール カルバマゼピン バルプロ酸	睡眠・精神安定剤 ベントバルビタール クロチアゼパム フルニトラゼパム フルラゼパム ニトラゼパム ゾルピデム
抗ヒスタミン剤 クロルフェナミン プロメタジン	抗神経痛薬・抗痙攣薬 ミアンセリン パロキセチン ノルトソプチリン イミプラミン アミトリプチリン ミルナシプラミン レボメプロマジン クロルプロマジン	非合法薬物 アンフェタミン メタンフェタミン 11-nor-9carboxy-THC
鎮痛剤 サルチル酸 アセトアミノフェン イブプロフェン		

非合法薬物の使用症例（表6）

検出薬物	年齢	性別	疾患分類
AMP	37	男性	薬物中毒
AMP	32	女性	脳血管障害
THC	28	男性	外傷

Triage陽性薬物と疾患分類 (表7)

疾患分類	BZO	TCA	BAR	OPI	AMP	THC	計
外傷	1	2	1	0	1	1	6
脳血管障害	5	0	0	1	1	0	7
薬物中毒	17	5	4	5	1	0	32
心肺停止症例	5	0	0	1	0	0	6
呼吸不全	3	0	0	2	0	0	5
消化管出血	3	0	0	0	0	0	3
その他	4	0	1	1	0	0	6
心不全	1	0	0	1	0	0	2
急性腹症	2	0	0	1	0	0	3
代謝異常	1	0	0	0	0	0	1
熱傷	2	1	0	0	0	0	3
血管緊急症	0	0	0	0	0	0	0
計	44	8	6	12	3	1	74

当施設における過去6年間の非合法薬物症例 (表9)

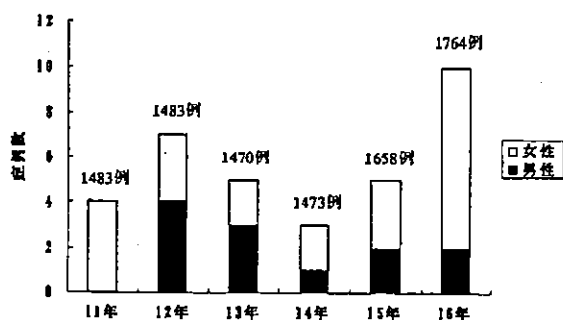
年齢 33.7±9.0歳 (18~53歳)
 95、99%信頼区間 (15.7~51.7歳、6.7~60.7歳)
 性別 男性 12例、女性 22例 (64.7%)
 検出薬物 AMP 29例 (85.3%)
 THC 3例 (8.9%)
 COC 1例 (2.9%)
 MDMA 1例 (2.9%)
 疾患分類 薬物中毒 24例 (70.6%)
 外傷 6例 (17.6%)
 急性腹症 1例 (2.9%)
 その他 4例 (8.9%)

平成15・16年度薬物乱用率 (表8)

年度	症例数	検出数	不法薬物	乱用率
平成15年度	100	1	AMP	1%
平成16年度	200	3	AMP、THC	1.5%

} NS

当施設で診断された非合法薬物の過去6年間の推移 (図1)



分 担 研 究 報 告 書
(1－5)

自助グループの実態に関する研究

分担研究者 森田 展彰 筑波大学社会医学系精神衛生学講師
研究協力者 嶋根 卓也 国立保健医療科学院
末次 幸子 長谷川病院

研究要旨 ダルクの利用実態の基礎的な情報を得ること、その有用性と問題点の検証を目的に調査を行った。全国ダルク31施設にアンケートを送り、利用動向と各施設のプログラム内容とニーズを調査した。30施設から回答があった。入寮施設27施設で調査時241名が利用し、年間では入寮406名であった。一方、通所施設13施設で調査時88名が利用し、年間では198名が利用開始していた。総計すると一時点で約330名が利用し、年間では600名以上が利用開始している。入寮型、通所型とも、多いのは4-6名以下の少人数の施設であるが、一方で20名以上の施設もあり、その規模や方法が多様であった。女性の割合は通所型20%、入寮型3%と少なく、女性の受け皿が限られていた。年齢は30歳台が中心だが、50歳以上も増え、高齢化の懸念も指摘された。利用継続については、通所、入寮とも3ヶ月以上が7割、1年以上が4分の1であった。利用継続の観点では、半年の継続については入寮型はより効果的であるが、半年から1年の継続では通所型の方が有利であった。薬物使用については、入寮型では、77%の利用者は再使用を抑止できていたが、退寮後の再使用をどう防ぐかが問題であった。通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすいようであった。社会復帰率はスタッフの印象では37%であった。回復者が働ける受け皿の不足が多く指摘された。就労状況は、通所型と入寮型とも4分の3は無職で、20%がアルバイトで、一方フルタイムの仕事は通所型で7%、入寮型で2%であった。プログラム後の復帰の形態は多様で、アルバイトをしながらのNA通所、ダルクスタッフ等の援助職、進学、正社員への移行、資格取得などであった。プログラム内容は、ミーティングに加え、就労援助など多様なメニューであった。スタッフが挙げた最大の課題は運営資金であるが、56%の施設では公的援助を受けていなかった。運営費中の公的資金の割合は30%、利用者負担の割合は33%であった。利用者負担額は入寮費で平均約15万円、通所費で平均1.1万円であった。残りは、講演料などでまかなっていた。生活保護受給者率は入寮型54%、通所型15%であった。他に「精神症状」「社会復帰の場の不足」による長期入寮の問題が挙げられた。関連機関との連携は、教会、保健機関とはとれているが、警察・福祉事務所・クリニックとは不十分であった。社会貢献として教育機関、司法機関での講演での講演(40回/年以上)、医療機関へのメッセージ(16回/年)を行っていた。以上のように、ダルクは薬物依存症の回復や社会貢献において、実績を挙げているが、十分な社会的援助が受けられていないと考えられた。特に運営資金、社会復帰の場をみつけること、重度の合併症の問題ではダルクのみでは限界があり、行政によりプログラムに(運用への配慮を含む)金銭的援助や、精神医療による合併症対策が急務であると考えられた。

A. 研究目的

本研究の目的は、ダルクの利用実態および有効性を示す基礎資料および記録システムを作ることである。更には、これをもとにダルクと医療・心理・福祉などの専門家の連携による、より包括的な治療共同体プログラムの実現を目指すことを考えている。より具体的な目標は、以下の3つである。

る。

- ①全国ダルクの基礎的データ(利用者数、利用開始数、退寮者数、利用期間、薬物使用に関する予後、社会復帰に関する予後)を明らかにする。
- ②全国ダルクにおけるプログラムその他の活動の状況とその有効性について明らかにする。
- ③全国のダルク各施設が抱えている困難について明らかにし、それに対する行政や専門家が果たす

べき援助について明らかにする。

B. 研究方法

1. 対象と手続き

全国のダルク31施設のスタッフに対して、書面にて調査の目的と内容を示し、直接訪問または電話を通じて、調査協力を求めた。このうち30施設より回答を得た。

調査は、施設スタッフに記入していただく、自記式質問紙の調査である。

調査期間は、平成17年2月1日から28日の期間であった。

2. 調査内容

調査内容は「利用者動向の調査」と「各施設のプログラム内容とその有効性・困難点の調査」の2つに分けられる。以下に、各々について述べる。

①利用者動向の調査

ダルクの中でも入寮型の施設と通所型の施設があり、それぞれについて利用者の人数や年齢、性別、利用期間、薬物使用状況などについて尋ねた。

②各施設のプログラム内容とその有効性・困難点の調査

調査項目は、a. プログラムについて、b. 運営・経済面について、c. ダルクの有効性について、d. プログラム終了後の社会復帰について、e. 社会貢献について、f. 現在抱えている問題や課題について、g. 関係機関との連携について、である。

更に、自由記述で、ダルクにとって困っていることや希望について、書いてもらった。

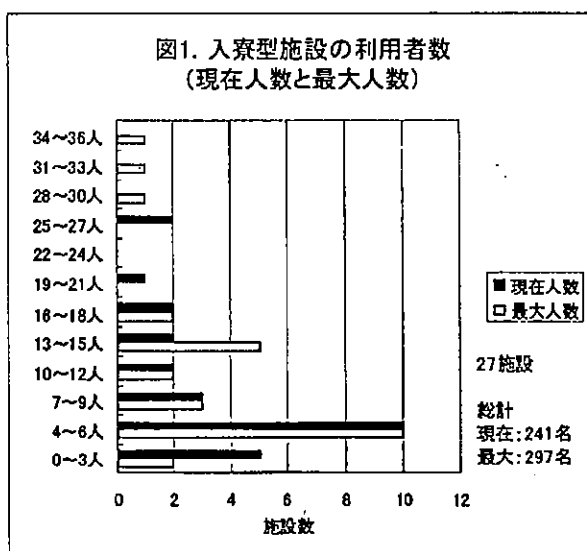
倫理面への配慮

本アンケート調査を行うにあたって、各ダルクスタッフに本研究の趣旨と目的およびこの調査は拒否できることを説明し、研究に関するインフォームト・コンセントをとれた方にのみアンケートに記入していただくことをお願いした。

C. 研究結果

1. 利用者動向の動向

(1) 動向の概要



利用動向の概要は以下の通りであった。

入寮施設: 全部で27施設で場所としては、地方が中心であった。調査時の利用者 総計241名で、1年間で最大297名、最小181名、1年間の新入寮は406人で退寮283名であった。

通所施設: 全部で13施設（但し1施設ではH16年は0人）。東京、大阪など大都市が多い。調査時の利用者は、調査時点では総計88名、1年間で最大97名、最小19名であった。

また、この1年間の通所開始人数は198名であった。

入寮と通所を両方行っているところは、10施設あった。

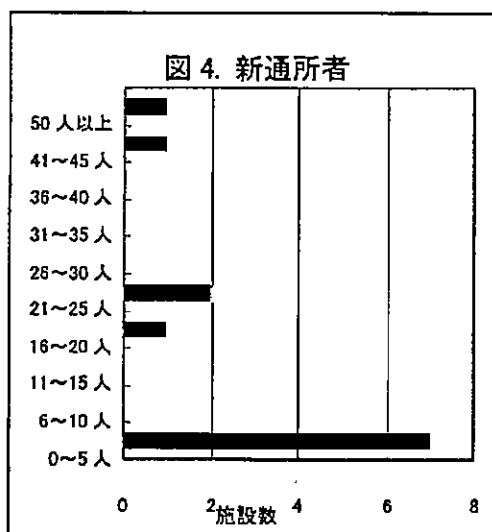
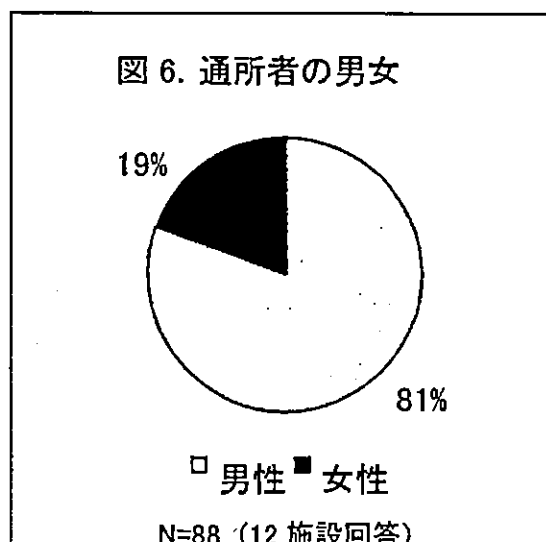
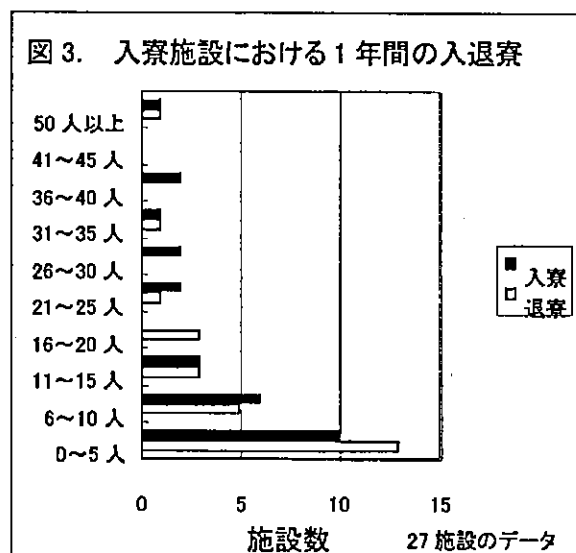
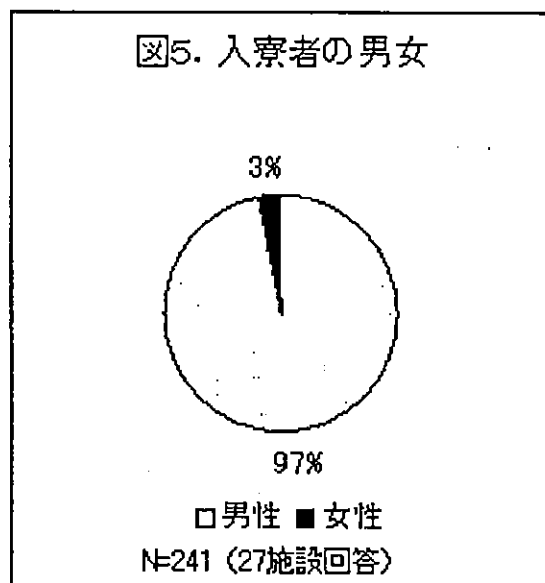
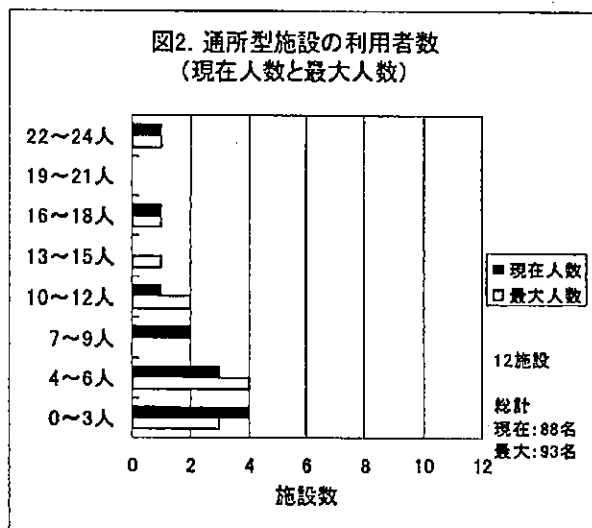
(2) 利用者人数の分布

各入所施設の利用者人数（現在の人数と分布を図1に示した。最も多いのは、4-6人の比較的少ない人数のところであるが、20人以上の人数を受けるところも3つあり、分かれている印象である。

各通所施設の利用者人数（現在の人数と分布を図2に示した。最も多いのは、0-3人または4-6人の比較的少ない人数のところであった。20人以上の人数を受けるところも1カ所あった。

(3) 新しい利用の開始や終了

入寮施設において、1年の間に新しく入寮、退寮する人数を図3に示す。多くの施設は5人以下



の入退寮であるが、20人以上の入退寮のあるところもあり、非常に差が大きい。

通所施設における、通所開始人数を、図4に示した。最も多いのは5人以下の施設だが、20人以上という施設もあり、これも施設による差異が大きい。

(4) 男女構成

入寮者の男女構成を図5に示した。女性は3%と極端に少なく、その受け皿に乏しいことが示されている。

通所者の男女構成を図6に示した。入寮者よりは、女性の割合が多いが、男性が大半を占める状況は同じである。

(5) 年齢構成

入寮者と通所者の年齢構成は図7と図8に示した。入寮者と通所者ともに最も多いのは30-39歳であった。入寮者の方が20-29歳の占める割合(36%)が通所者における割合(23%)よりも高かった。10代や50歳以上の割合は、通所者の方が入寮者よりも多い割合を高い傾向があった。

(6) 就労状況

入寮者と通所者の就労状況は図9と図10にそれぞれ示す。どちらも4分の3程度は無職で、2割弱がアルバイトであった。フルタイムの勤務は入寮者で2%であるのに対して、通所者では7%と、通所の方が多い割合であった。

(7) 過去のダルク利用歴

過去のダルク利用歴(図11、図12)は、入寮者では、半分を超える者が過去に入寮歴があるが、通所者では入寮歴のある者は30%に止まり、65%は新しい利用者であった。

(8) 利用期間、利用頻度

入寮施設と通院施設の利用者の利用期間をいくつかの期間の分け方で分類をみると、図13のようになる。年単位で分けた場合には、1年未満の者がどちらも4分の3を占める。最初の6ヶ月と6ヶ月-1年と1年以上という分類では、入寮者が直線的に下がるが、通所者は、1年以上の者は6ヶ月-1年の者よりも利用者が多い割合である。この点から言うと、通所の方が半年-1年の期間を超えて

図7. 入寮者の年齢

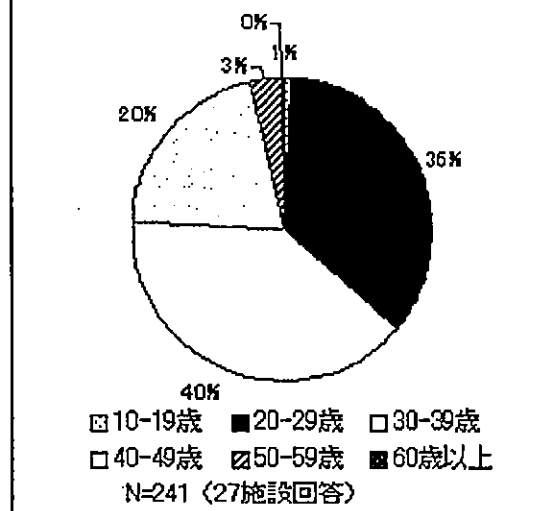


図8. 通所者の年齢

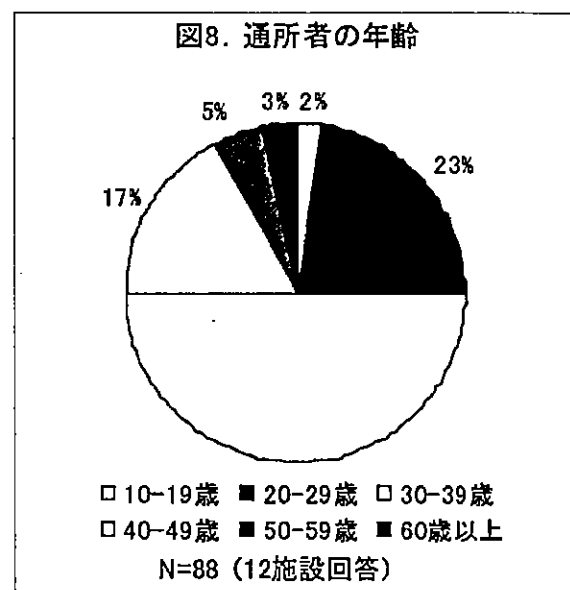


図9. 現入寮者の就労状況

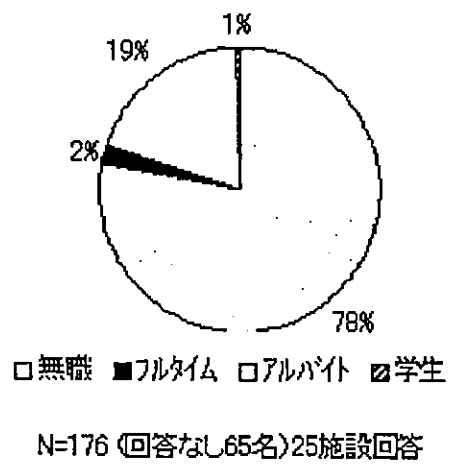


図11. 入寮者のダルク利用歴

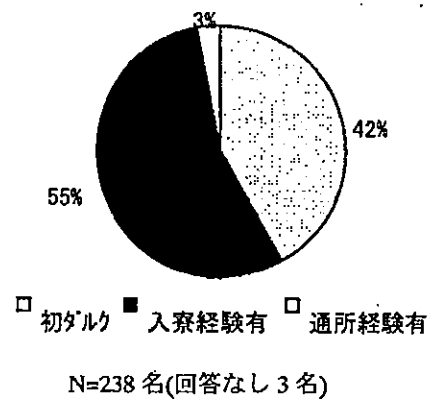


図10. 通所者の就労状況

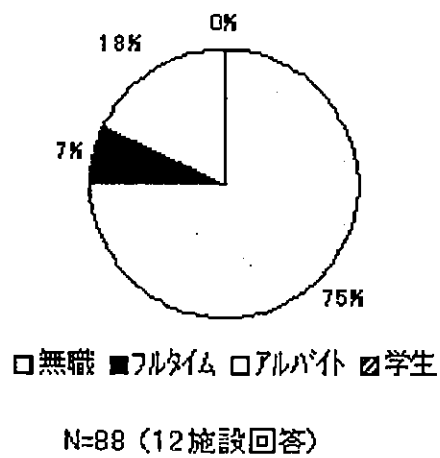


図12. 通所者中のダルク利用歴

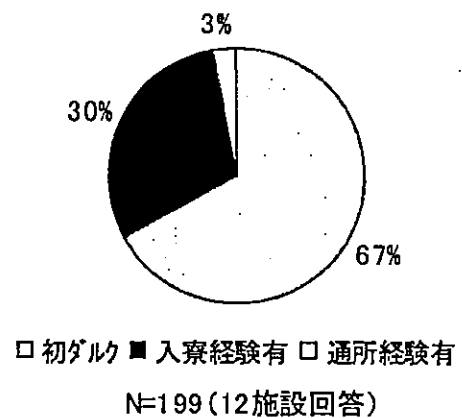


図13. 入寮者と通所者の利用期間

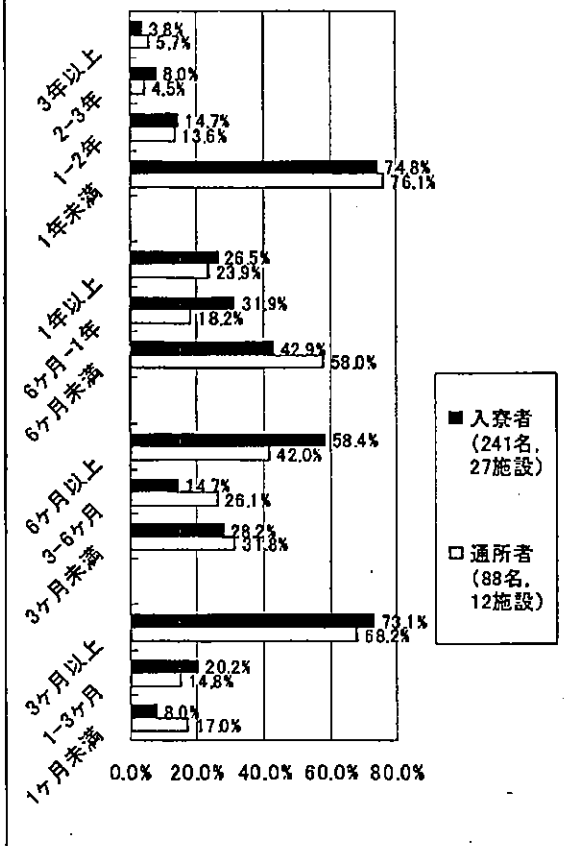


図14. 通所者の通所頻度

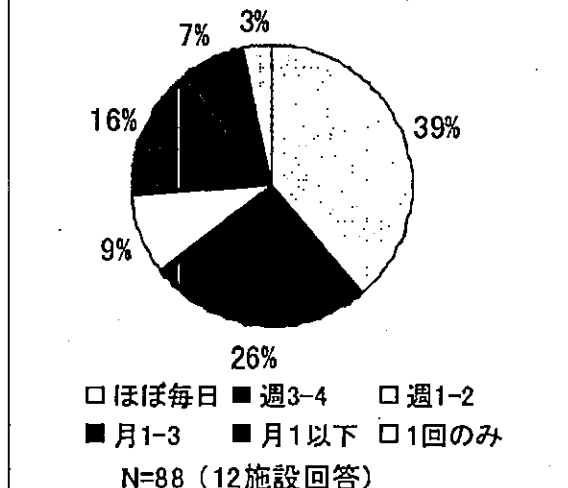


図15. 入寮者と通所者における薬物をやめている期間の分布

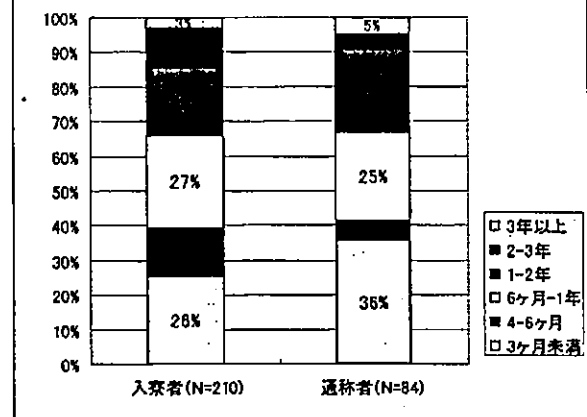


図16. 入寮者の利用期間と断薬期間

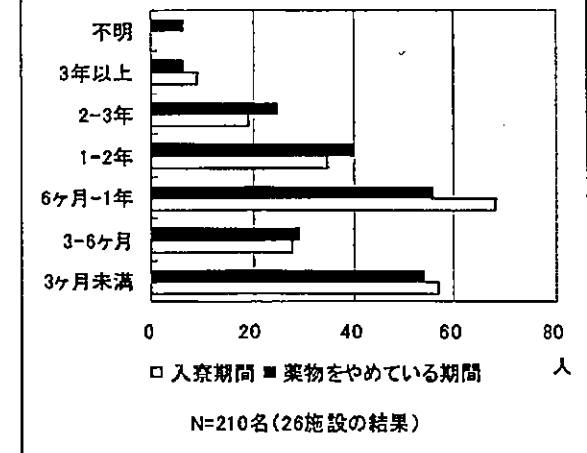
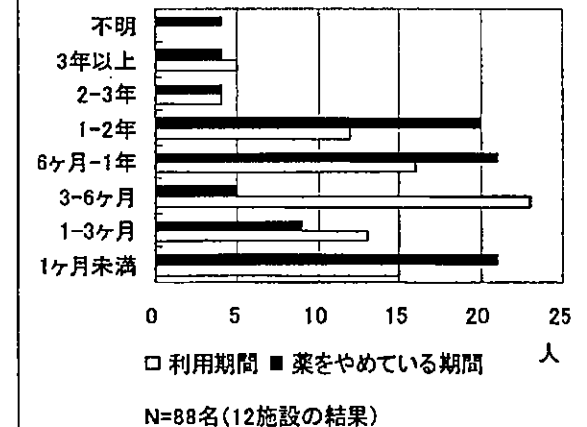


図17. 通所者のダルク利用期間と断薬期間



いくのにはドロップしにくい可能性がある。一方より短い期間で区切る分類では、通所では入所よりも長い期間の利用者の割合が低く、短期の利用者の割合が高めである。これは入寮の方が最初の1ヶ月～6ヶ月の期間にドロップしにくい傾向を示していると思われる。つまり、利用継続の観点では、入寮が最初の半年前後で強く、通所は1年前後で強く、それより先になるとあまり大きく変わらなくなる。1年を超えて、利用できている者は、入寮にしろ、通所にしろ、約4分の1である。

通所者については頻度を図14に示した。39%はほぼ毎日通い、26%は週の半分は通っていた。

(9) 薬物のクリーン期間と再使用

入寮者と通所者の「薬をやめられている期間」を図15に示した。スタッフから見ての判断であり、よくわからない場合は記入されていなかったため、欠損数が比較的多い質問となった。入寮、通所とも、半年以上は4割、1年以上は3分の2であった。3ヶ月未満については、入寮の方が通所よりもやや少なかった。さらに、入寮者と通所者それぞれについて、利用期間との関係を調べると、図16、図17のようになった。入寮者では、ダルク利用期間と薬をやめている期間の分布はほぼ一致している(図16)。これに対して、通所では、利用期間が1～3ヶ月または3～6ヶ月の者は、同様の期間薬をやめている者よりも多くなっており、逆に利用期間が6ヶ月～1年または1～2年の者では、同様の期間薬をやめている者の方が多くなっている。この通所における利用期間と薬をやめている期間の不一致は、1～6ヶ月利用している段階では、まだ使用を繰り返している者が多いことを示している。しかし、一方通所でも、1年を超えてくるとその使用が減ることも示唆される。

入寮者について、今回の入寮中に最使用があったかどうかをスタッフに尋ねた結果を図18に示した。23%の利用者において再使用があったと考えられるという結果であった。但し、これもはっきりしない場合が多いために、回答なしが半分以上であったので、この割合をそのまま信用することはできない。

(10) 生活保護

入寮者と通所者における生活保護の割合を図19と図20に示した。入寮者では54%が生活保護を受

けているのに対して、通所者では15%のみが受けており、大きな差があった。

図18. 入寮者における今回入寮中の薬物再使用

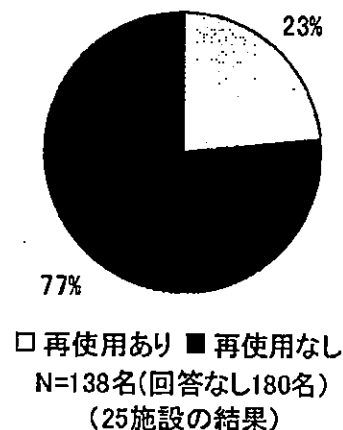


図19. 入寮者中の生活保護

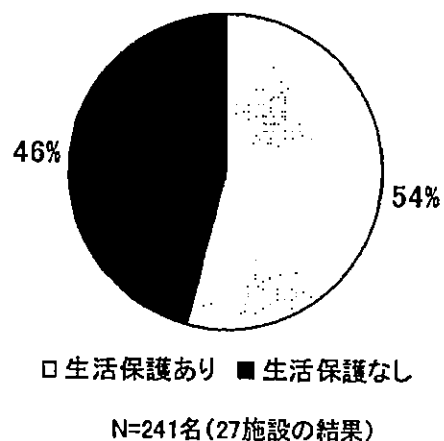


図20. 通所者の生活保護

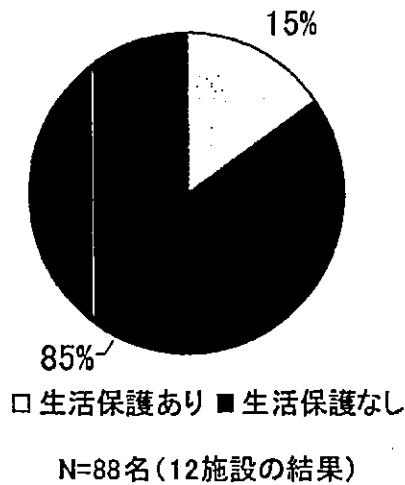


図22. 通所者の精神科処方

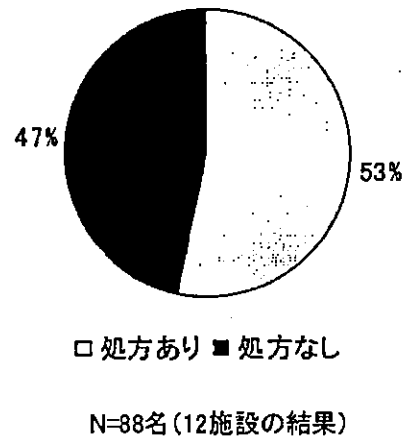
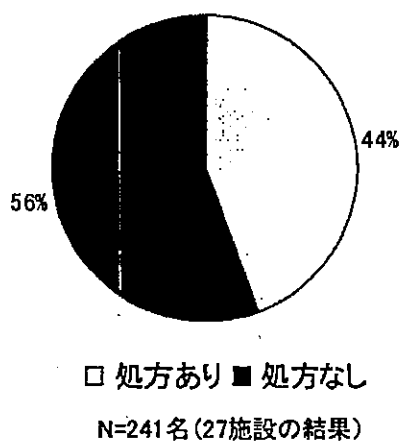


図21. 入寮者の精神科処方



(11) 薬物療法やカウンセリングについて

精神科の処方を受けている者は入寮者では44% (図21)、通所者では53% (図22) であった。

カウンセリングは、入寮者では回答のあった施設(25施設)の199名(回答なし42名)の33%が受けており、通所者では88名(12施設)の57%が受けていた。

以上のように入寮、通所を問わず、精神科における処方やカウンセリングを受けている者が高い割合存在することが確かめられた。

2. 各施設のプログラム内容とその有効性・困難点の調査

(1) プログラムについて

表1にダルクが行っているプログラムの概要を要約した。

施設の種別としては、入寮型が18ヶ所(66.7%)と最も多く、入寮・通所の両方を扱う混合型が6ヶ所(22.2%)、通所型が3ヶ所(11.1%)と続いた。入寮者を受け入れている24施設のうち、入寮プログラムの期間が決まっているのは、半数以下(45.8%)であった。

プログラムの中心であるミーティング(NAの12step)は、1日2回行っている施設が15ヶ所(59.3%)と最も多く、1~2回行っている施設が5ヶ所(18.5%)、3回行っている施設も5ヶ所(18.5%)であった。

ミーティング以外のプログラムとしては、運動・レクリエーション(92.6%)、生活訓練プログラム(77.8%)、温泉プログラム(55.6%)、アルバイトの紹介(喫茶店、レストラン、古紙リサイクル工場など)や技術の習得(木工、皮革、トールペイント、料理など)といった就労援助プログラム(40.7%)、畑仕事やシイタケ栽培といった農作業プログラム(37.0%)などであった。その他には、学習・教育(資格取得、英会話、聖書の勉強)ボランティア活動(庭清掃、教会清掃、教会のペンキ塗り、会報の折り込み)、代替療法(リフレクソロジー)ドラマ・劇プログラム(入寮者の体験を基にした

表1.プログラムについて(n=27)

	n (%)
施設種別	
入寮型	18 (66.7)
通所型	3 (11.1)
混合型*	6 (22.2)
ミーティング回数/日	
1回	1 (3.7)
1～2回	5 (18.5)
2回	16 (59.3)
3回	5 (18.5)
入寮プログラムの期間(n=24)	
特に決まっていない	13 (54.2)
決まっている	11 (45.8)
ミーティング以外のプログラム	
運動・レクリエーション	25 (92.6)
就労援助プログラム	11 (40.7)
生活訓練プログラム	21 (77.8)
農作業プログラム	10 (37.0)
温泉プログラム	15 (55.6)
太鼓	3 (11.1)
瞑想	0 (0.0)
ヨガ	1 (3.7)
鍼	1 (3.7)
心理プログラム	5 (18.5)
その他	14 (51.9)

*通所と入寮の両方を扱う施設

表2.運営・経済面について

	n (%)
入寮費(1ヶ月)	155217円 (11～25.5万円)
通所費(1ヶ月)	11315円 (0～5万円)
公的な資金援助	
受けていない	15 (55.6)
受けている	12 (44.4)
グループホーム	9 (33.3)
小規模作業所	7 (25.9)
精神障害者福祉ホーム	1 (3.7)
運営費のうち施設利用費の占める割合	
100%	5 (18.5)
50%以上	9 (33.3)
50%未満	10 (37.0)
0%	2 (7.4)
不明	1 (3.7)
運営費のうち公的援助の占める割合	
100%	0 (0.0)
50%以上	8 (29.6)
50%未満	6 (22.2)
0%	12 (44.4)
不明	1 (3.7)

寸劇)、運動(ウォーキング、武道、格闘技)などが挙げられた。

(2) 運営・経済面について

表2に、ダルクの運営・経済面に関する項目を示した。1ヶ月あたりの施設利用料は、入寮で平均155,217円であり、通所で平均11,315円であった。公的な資金援助は半数以上の施設(55.6%)において受けていなかった。公的援助を受けている場合は、グループホーム(9施設)、小規模作業所(7施設)、精神障害者福祉ホーム(1施設)として資金を得ていた。

運営費のうち、施設利用費が占める割合を検討したところ、「0%」とした施設はわずか2ヶ所(7.4%)であった。一方、「100%」の施設が5ヶ所(18.5%)、「50%以上」の施設が9ヶ所(33.0%)、「50%未満」の施設が10ヶ所(37.0%)であった。一方、運営費のうち、公的援助が占める割合については、「50%以上」とする施設は30%を下回っていた。

また自由記載より、施設利用費・公的援助以外の収入源として次のような回答が得られた。

- ・ 講演費：講演活動による謝礼、保健所・精神保健センターでの相談員。
- ・ 献金、寄付金：支援者による献金、個人からの寄付、ニュースレターを出すなどして献金をお願いする。
- ・ 助成金：民間助成、財団
- ・ ボランティア・作業所：ボランティア作業をする、作業所に通所し、通所報酬で物品をまかなう。
- ・ チャリティー：地元で活動するジャズやフォークのグループとコンサートを企画し、チャリティーライブを行う

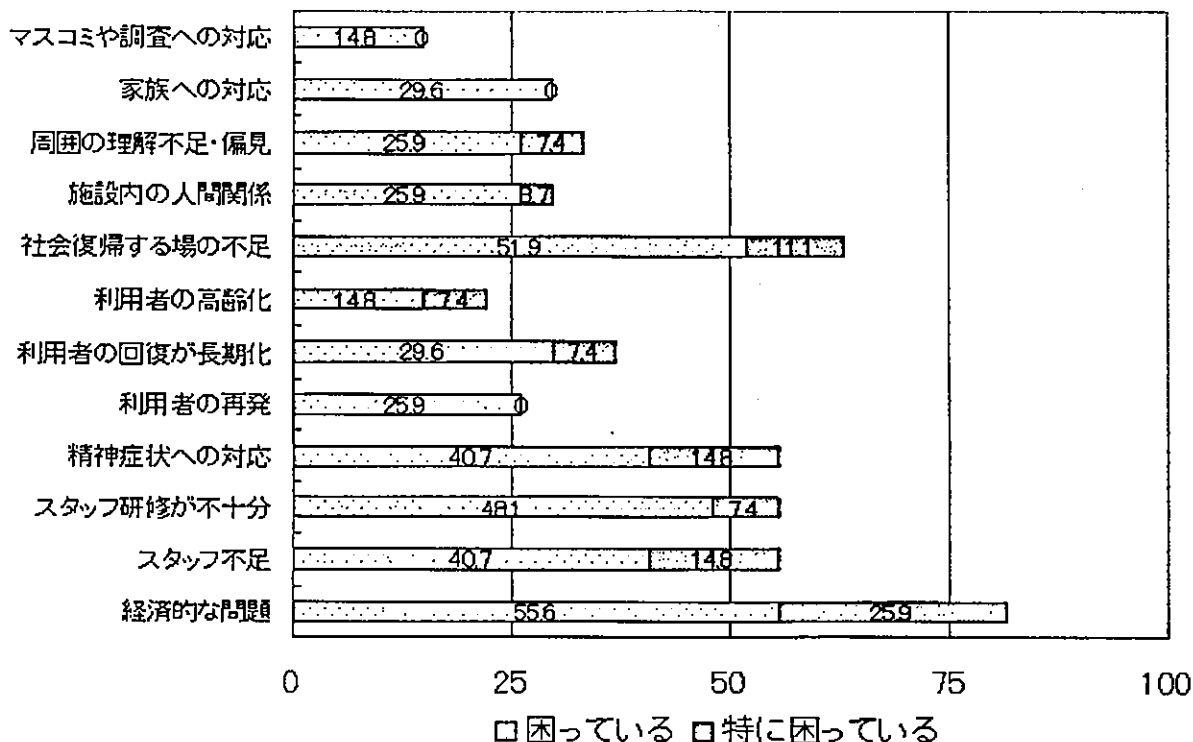
(3) ダルクの有効性

施設利用者のうち、プログラム終了後、社会生活に復帰できた人(職を得る、進学する、スタッフになる、その人なりの自立的な生活が営めるようになる、など)が占める割合を尋ねたところ、平均37.0%(10～80%)という回答を得た。

次に、「ダルクの有効性を行政や世間の人にわかしてもらおうとすれば、どのようなところを見てほしいか」、という質問を自由記載で尋ねたところ、次の5項目に意見が集約された。

① 12stepプログラム、ミーティングの有効性：

図23. 全国のダルクにおける現在抱えている問題や課題



プログラムを使い回復している仲間の姿。ミーティングに参加してほしい。「裁き」ではなく「治療」に重点を当てたプログラムであること。ミーティングは回復と成長に有効である。

② 受け皿、受け入れ：

薬物依存者の一時的な受け皿であること。薬物依存者を肯定していること。行き場所をなくした薬物依存者を受け入れていること。

③ 回復のモデルとしてスタッフ：

スタッフが薬物依存症者本人であるということ。職員・入寮者ともに約月1回尿検査を受けている。回復者が手助けをしていること。

④ 薬物依存症は回復可能な病気であること：

薬を止めるだけではなく、止めた後に真の回復と成長があることを知って欲しい。薬物依存症は回復可能だと知ってほしい。薬物依存症は病気であり、回復のプログラムをやれば誰でも回復できる。回復には時間がかかること。回復には個人差があり限界もあるということ。

⑤ 社会復帰例を見てほしい：

アルバイトにつける者も多い。ダルクのプログラムを終了し、生活保護を切り、正社員になり社

会の有用な一員になっている人が大勢いる。良くなった人々を有効に活用してほしい。

(4) プログラム終了後の社会復帰について

プログラム終了後、どのような形で社会復帰させているのかを把握するため、自由記載により、具体的な社会復帰例を挙げてもらった。

① 就職する：

具体的な職種としては以下の通りである（内装業、ガソリンスタンド、会社員、スポーツインストラクター、OL、土木作業、調理師、介護ヘルパー、飲食業、自営業、キックボクサー、居酒屋、運転代行、公務員、農業、木材会社、運送会社、呉服屋、スーパーマーケット）

② 援助職になる：

自らの回復体験を生かし、援助職となる者もある（ダルクのスタッフ、精神保健福祉士）

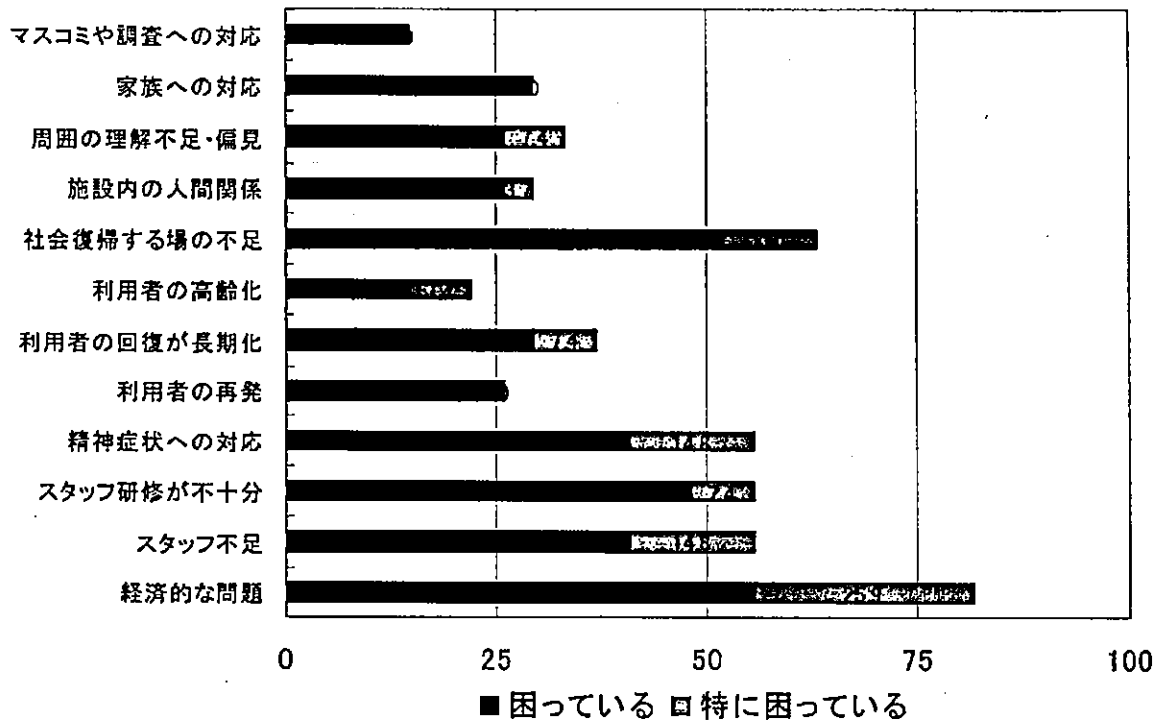
③ 進学する：

大学、大検、各種専門学校

(5) 社会貢献について

ダルクの社会貢献に関する実態を把握するため

図23. 全国のダルクにおける現在抱えている問題や課題



、関係機関や地域に対して行っている講演活動やボランティアの回数を尋ねた。

- ① 教育機関での講演：年間30.6回(最大130回)
- ② 司法機関での講演：年間11.8回(最大160回)
- ③ 医療機関へのメッセージ：年間15.7回(最大50回)
- ④ 地域ボランティア・交流会：年間11.8回(最大50回)

また、その他の活動として、以下のような意見が述べられた(自由記載より)。

小学校を中心に、予防教育を保健所と合同で行っています。バザー手伝いやNPOのイベント手伝い。拘留中の人々への初期介入。青少年向けのパンフレットを作成し、学校や警察に配布。インターネットを通じた相談。祭り神輿担ぎ、町内運動会、教会清掃、草刈。

(6) 現在抱えている問題や課題について

ダルクが現在抱えている問題や課題を把握するため、12項目の選択肢から「困っていること」および「特に困っていること」を回答していただいた(図1)。半数以上の施設で「特に困っている」

あるいは「困っている」とされる項目は、「経済的な問題」、「社会復帰する場の不足」、「精神症状への対応」、「スタッフ研修が不十分」、「スタッフ不足」であった。その他、自由記載より以下の意見が述べられた。

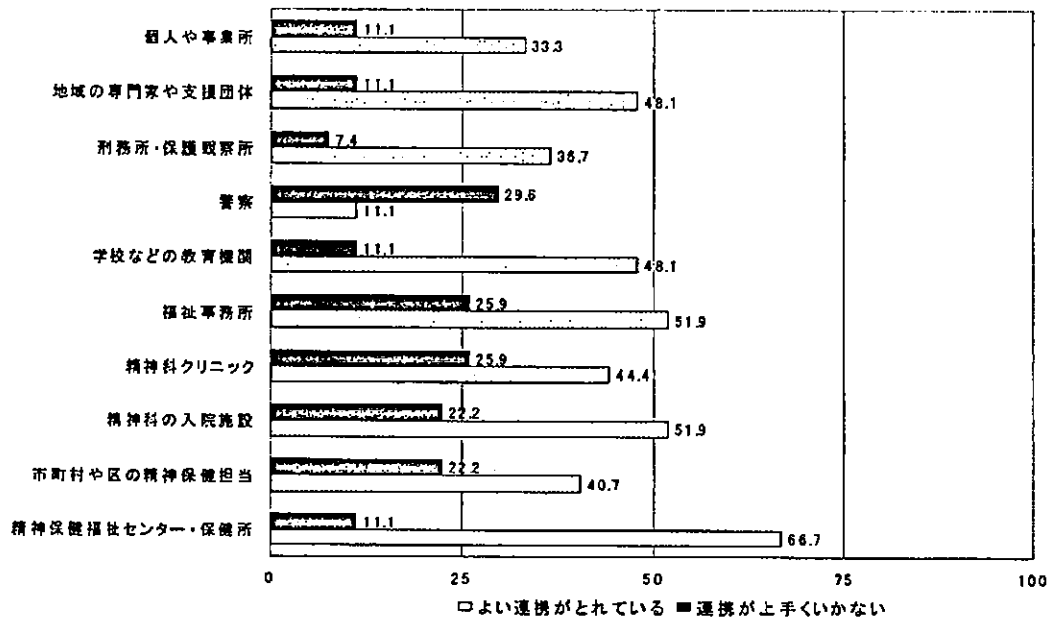
- ・ 感染症対策(HIV、C型肝炎などへの対応)
- ・ セクシャルヘルス(同性愛者への対応)
- ・ 暴力(施設内での暴力)
- ・ 住居対策(部屋をなかなか借りられない)

(7) 関係機関との連携について

ダルクと関係機関との連携状況を把握するため、10項目の選択肢から「よい連携がとれている機関」および「連携が上手くいかない機関」を回答していただいた(図2)。よい連携がとれている機関としては、精神保健福祉センター・保健所(66.7%)、精神科の入院施設(51.9%)、福祉事務所(51.9%)などが挙げられた。

一方、連携が上手くいかない機関としては、警察(29.6%)という回答が最も多かった。

図 24. 全国ダルクにおける関連機関との連携状況



(8) スタッフの生の声

不足している援助に対する要望や、逆に上手いっている連携などに関してスタッフの意見を自由記載で尋ねたところ、以下のようなカテゴリーに集約された。

地域や世間の理解、つながり：

- ・当施設の責任者は私で3人目なのですが、地域の方とのコミュニケーションを計るため、地元の総会等に参加をしております。ですが、ダルクの開設には反対の声が多く、その様な中で施設を運営しております。以前の入寮者達が近所の家に盗みに入ったり、近くのスーパーやコンビニなどで万引きを働いていたらしく、その以前の問題を解決するために地域の方々と話し合いをお願いしているところです。早くこの問題が解決できるとよいと思います。

- ・取材に関して薬物依存の回復支援という事にスポットがあたり、恐ろしさや予防といった事に目が向き、全く違う事が放映されたり記事になったりする場合がある。世の中からまだまだ理解されにくい。

社会復帰する場の不足：

- ・回復した人たちの就労の場が少なすぎます。

- ・精神病院の社会的長期入院を改善するためにグループホームや社会復帰施設を充実させるのは良いが、ダルクは通過形の施設であるにも関わらず、社会的長期入所施設になりつつあります。

- ・ダルクから出られない人たちが今後増えそうです。

ダルクの限界：

- ・合併症の問題はダルクでは限界があります。行き場のない人たちをダルクだけでサポートすることは出来ません。

- ・ダルクはやはり司法と連携をとれるようにして、日本も米国でいうドラッグトリートメントコートのようなシステムを構築していく必要があると思う。なぜならアディクトの多くが病気の進行と共に司法モデルの処罰、処遇に行き着くが、それをキッカケとして治療や回復に向かうことができずであるにもかかわらず、今の司法制度の下では犯罪者として処罰されるのみで病気からの回復の機会すらないのが非常に残念である。

- ・今後有識者の働きかけにより上記のような考え方がシステム化されるように望む。

女性のための回復支援：

- ・女性のための相談活動や施設経営などに関わ

り、女性回復者のケアを仕事としている当事者の人が定期的集まり、お互いの施設の情報交換を行いながら隔月でサポートする側の人を対象としたミーティングを行っている。

行政との連携、公的な援助のあり方：

・現在、各ダルクで行政から受けている助成金は精神障害者の枠であるグループホームなどである。ダルクは他の障害者の施設とはプログラムが違っているため、助成金を受けるとダルクのプログラムの良い所が失われてしまう。かといって助成金を受けなければ経営が成り立たないため、仕方なく助成金を受けている現状である。今後行政にはダルクのプログラムの良い所を活かしていきように薬物依存社会復帰支援事業を訴えていきたい。

・県との連携が4年目で進んできました。17年度の援助が期待されます。

・当県のダルクに対する対応は冷やかである。特に福祉（生活保護）に関して、最近は少しずつ対応が迅速になりつつも、あくまでも個人に対するものだと言う認識が強く…社会復帰が難しい方の治療プログラムを目的とした、小規模作業所の申請を試みましたが、町、市に相手にされず、まだまだここでは行政のダルクに対する風当たりは強く、全国的にみても当県は、かなり薬物に対する反応が遅れていると言わざるをえません。

・公的援助はあるが、この事で規制ができてしまう事によりダルクの回復プログラムが、それによってなくなってしまうことが現状である。

・近い将来デイケアを開設し、地域の小規模作業所の助成は受けたいと思っている。

関係機関との連携：

・市民活動センター、学校、警察とダルクで作ったパンフレットを通じて接触を持つ事が始まっている。

・再発後の入院先の受け入れはうまくいっている。

・K保健所の職員の方々には大変お世話になっております。毎月、家族相談のミーティングに出席をさせて頂いております。

・生活保護受給者のメンバーが再発した場合、福祉事務所との回復のイメージの違いで生活保護が打ち切られることがある。

・他の地域の福祉はよいのだが、地元の福祉は施設の居住部分等の問題で受けにくい。

・医療機関に来る当事者に対し、医療の方からダルクを勧める事が増えつつある。

教会との関係：

・教会関係では、時間はかかったものの多大なご支援を頂いており、この施設は教会、特に修道院（シスター）からの支援で成り立っている部分が多々あります。その輪を機会に、地域の人達とのコミュニケーションがもっととれるように努力していきたいと思います。

・うまくいっている連携はやはり教会関係の方々の協力が大きいです。そしてダルクで出来る範囲で教会の掃除や草刈、イベントへの参加などして良い関係を心がけています。

スタッフについて：

・スタッフが、海外の依存症の施設等で研修を受けたいと思っても人手や金銭的な問題でなかなか難しい。

・スタッフ自身の回復と健康が必要不可欠。そのようなことに必要なお金を使いたい。

・スタッフ自身はNAに参加することを徹底しており、他の利用者もそれを真似る。

・不足しているといえばスタッフ（ボランティア等）に少しでも給料が出せたら良いなあと思います。社会復帰する前にスタッフをやらせる事はすごい成長につながると思うので。お金以外ならば仕事ですかね。薬中に仕事を提供するまた別の団体とかできたら良いなあと思いますね。

D. 考察

1. ダルクの利用者の数

今から20年前に、東京都荒川区で入寮プログラムをはじめたダルクは、現在では、全国30ヶ所以上に活動が拡大している。今回の調査では、回答のあった30施設では、入寮者241名、通所者88名、総計329名であり、1年間の利用開始者は新入寮406名、通所開始者198名、総計604名であった。入寮施設のみ取り挙げても、2004年度の新入寮者が退寮者よりも123名多く、その利用規模の拡大はかなりのハイペースである。

2. 入寮型と通所型

施設の種類も従来の入寮型が依然として主流であるが、通所者のみを扱う施設なども存在しており、より多様性がみられるようになった。通所型は大都市が多く、入寮型は地方に多い傾向があった。大都市にある施設では、薬物入手できない状況を作ること実は事実上困難であるため、薬物遮断の意味での入所のメリットは少なく、むしろ長期にやめ続けていくためのステーションとしての機能が期待されるために通所型が選ばれやすいと思われる。一方、地方ではやや交通の便が悪く、薬物入手の難しい場所に居住する形で、薬物を遮断した環境での共同生活を送るスタイルになっていると思われる。

こうした両タイプの違いは今回の調査の結果に現れていた。例えば、利用継続について入寮型は、半年以上の継続については効果的であるが、半年から1年の間を継続していく部分では、通所型の方がドロップしにくく、1年を超えるところではほぼ同じ4分の1程度の利用継続であった。更に薬物使用についても、入寮型では施設利用期間と断薬期間はほぼ一致しているのに対して、通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすい傾向があった。どちらが優れているということではなく、利用者の個性や時期により、選択できることがよいと思われる。

実際、昨年度の本調査では、ダルク間での事例の移動が盛んに行われていたが、こうした多様性と運用の柔軟性がダルクの有効性を高めているといえる。海外での治療共同体も、外来型への移行など修正・多様化がはかられているが、同様の変化がダルクでも認められる。

3. プログラムの多様性について

プログラムの中心であるグループミーティングについても従来は1日2回をダルクで行い、夜のミーティングはそれぞれのメンバーが所属するNAで行うというのがスタンダードであったが、1日3回ともダルクで行う施設なども存在しており、それぞれ地域の事情に即した対応をとっているものと示唆される。ミーティング以外の活動は、運動、温泉、農作業といったプログラムを積極的に取り入れていた。ダルクでは、カラダを動かし、汗を流すという身体的なプログラムや、集団で一つの活動を行うことの重要性を意識していることの裏

づけと言える。一方、アルバイトの紹介、技術の習得といった社会復帰を意識した就労援助も多くの施設で行われていた。

4. 薬物使用の停止効果について

今回の全国ダルクにおけるスタッフ調査で、スタッフから見た入寮者の薬物乱用の停止率は77%であった。これは、「昨年のダルク7施設の利用者本人の自己申告でも75%の停止率であったので、ほぼ一致している。入寮者と通所者の「薬をやめられている期間」の調査でも、半年以上の停止継続は4割、1年以上は3分の2であった。薬物停止は回復の一断面を示すのみであるが、依存症者における薬物使用の停止の困難性とダルクの出入りがまったく自由な環境を考えれば、驚異的な停止率である。

5. 社会復帰

ダルクに入った後にその人なりに社会生活を送るという状況まで復せる率は、スタッフによれば37%であった。一方、具体的な就労では現在のダルク利用者では、4分の3は無職で、20%がアルバイトであり、フルタイムの仕事は通所型で7%、入寮型で2%であり、具体的な就労の受け皿を探すことには非常に苦労していることがわかる。それでも今回の調査では、ダルクのプログラムを終え、精神保健福祉士など専門的な資格の取得、進学、アルバイトから正社員への移行など、様々な形で社会復帰を果たす努力がなされていることがわかった。

薬物依存症者は、非常に若い頃から適応が困難になっており、rehabilitationというよりhabilitationが必要と言われるが、薬物をやめてから定職に就き、経済的自立を図るのには、周囲からの就労援助がより必要であると思われた。自由回答でも「回復した人たちの就労の場が少なすぎます。」という意見が出されていた。諸外国の薬物依存症対策でも、その回復援助には解毒のみでなく就労や生活までの一貫した援助が必要であるという共通認識になっており、そこまでやってこそ薬物依存から抜け出して、再発なくやっていけるようになると考えられる。スタッフの自由回答で「精神病院の社会的長期入院を改善するためにグループホームや社会復帰施設を充実させるのは良いが、ダルクは通過形の施設であるにも関わら

ず、社会的長期入所施設になりつつあります。」という意見があった。薬物依存症者は、統合失調症者よりも高い就労能力を潜在的に持っていると考えられ、その社会復帰援助ではより具体的な就労訓練や働きやすい職場の提供が望まれる。

5. 経済的側面

運営・経済面の結果から、多くの施設では運営費を施設利用費に頼っていることが明らかになった。また、半数近くの施設では公的援助を受けていたが、運営費に占める割合を踏まえると、それだけでは十分ではないことが伺える。実際に、現在直面している課題としては、ほとんどの施設で「経済的な問題」としており、安定した運営費の確保こそ、ダルクが最も必要としている支援であると言える。

公的資金を受ける上で、かえってこれを受けることで、地元の人でないと利用が難しくなる、統合失調症に適した形になっているため、長期的で安定的利用する形での枠組みが多く薬物依存の人に合いにくい面がある、などのスタッフの意見が聞かれた。薬物依存症の人は、入寮型施設でも出入りが激しく、むしろそうしたことを受け止められる柔軟性こそが、薬物依存症回復プログラムとしてのダルクの優れた点であり、疾病の特徴にあった公的な援助がなされないとせっかく援助を受けても、有用性が限定されてしまっているといえる。施設の大半が資金面での苦労を挙げているにもかかわらず、公的資金の利用が半分程度になっている理由がそこにあると思われる。薬物依存症回復に適合した公的援助のあり方について、行政の側でも検討する必要があると思われる。

6. 関連機関、地域との連携

アンケートでは、関連機関との連携については、教会、保健関係機関とは連携できていることが多いが、警察・福祉事務所・クリニックとの連携は少ないという結果であった。まだ強い偏見や関連機関の無理解に苦労している声も多く寄せられる一方で、「事前に大家さんから町内会に話を通して頂いた事と、町内の運動会にダルクのメンバーが参加して、子供さん達に大人気だった事で幸いにも住宅地のド真ん中にも関わらず反対運動も苦情もゼロでした。」「週に1回の地域清掃活動も好評を得ています。」「市民活動センター、学校、警

察とダルクで作ったパンフレットを通じて接触を持つ事が始まっている。」「再発後の入院先の受け入れはうまくいっている。K保健所の職員の方々には大変お世話になっております。」など、これまでよりも関連機関や地域との連携がうまく行き始めている例も多くみられ始めている。ダルクが地域に根を下ろし始め、次第に社会の中の一員として認められ始めているといえる。

今回のアンケートでは、ダルクの社会的貢献も尋ねたところ、年間数十回におよぶ教育機関・司法機関での講演や、医療機関へのメッセージが行われていた。これに加え、地域での交流会やボランティア活動への参加など、本当に地道な努力を行っており、これが上記のような良い変化をもたらしているといえる。

我が国では、学校場面における薬物教育や「ダメ絶対」キャンペーンに代表されるような一次予防は一定の成果を上げているのに対し、二次・三次予防となるとほとんどの場合語られるのはダルクやNAだけである。それでいながら、上記してきたような薬物依存者へのプログラム提供や社会貢献に対する社会のバックアップはあまりにも少ないと思われる。

7. ダルクのみでは困難なことへの援助

ダルクが社会に周知されてきたことで、良い面が多くでてきたことを述べてきたが、一方でダルクでは担い切れないことでも頼られている部分がある。その一つが、薬物依存症に合併する精神病の問題である。今回のアンケートでも、入寮型・通所型施設の利用者の半分以上が、精神科の処方を用いる状態であった。スタッフの感じている困難でも「精神病」への対応は、資金面に次ぐ問題とされ、自由回答でもそうした問題から長期入寮となってしまう事例の問題が指摘されている。このあたりは医療の側が、対応すべき部分をダルクに担わせてしまっている可能性がある。精神病院でも薬物依存やダルクに対して非常に理解のあるところと、そうでないところの差は非常に大きい。ダルクの側の危惧は、精神医療の側の問題ともいえる。薬物依存症の入院や外来継続などについて精神医療がより積極的に取り組む必要がある。

E. 結論

1. 全国ダルク31施設にアンケートを送り、(1) 利用動向と(2) 各施設のプログラム内容とその有効性・困難性、を調査した。
2. 31施設のうち、30施設から回答があった結果、利用人数：入寮施設27施設で調査時241名が利用し、年間では入寮406名であった。一方、通所施設13施設で調査時88名が利用し、年間では198名が利用開始していた。総計すると1時点で約330名が利用し、年間では600名以上が利用開始している。
3. 入寮型では、一番多いのは4-6名以下の少人数の入寮施設であるが一方で、20名以上の施設もある。一方通所型では、3名以下あるいは4-6名の少人数のところが多いが、20名以上のところも1箇所あった。このようにその規模や方法が多様であった。
4. 女性の占める割合は通所型では20%あるが、入所型では3%と少なく、女性の受け皿が限られていた。
5. 年齢は30歳台が中心。入寮型の方が20歳台が多い。50歳以上も増えており、長期入所の懸念が指摘された。
6. 社会復帰状況としては、通所型と入寮型とも4分の3は無職で、20%がアルバイトであった。フルタイムの仕事は通所型で7%、入寮型で2%であった。プログラム後の復帰の形態は多様であった。アルバイトをしながらNAに通うか、ダルクスタッフ等の援助職、進学など。正社員への移行や資格取得の者もいた。社会復帰率はスタッフの印象では37%。回復者が働ける受け皿が不足しているという意見を述べるスタッフが多かった。
7. 利用継続については、通所、入寮とも3ヶ月以上が7割、1年以上が4分の1であった。入寮型は、半年以上の継続について入寮型よりも効果的であるが、半年から1年の間を継続していく部分では、通所型の方がドロップしにくく、1年を超えるところではほぼ同じであった。
8. 薬物使用については、入寮型では入寮中の再使用は4分の1であり、残りの4分の3は自主的な入寮継続の中でストップできている。入寮型では施設利用期間と断薬期間はほぼ一致しており、むしろ退寮後の再使用をどう防ぐかが問題であった。通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすい傾向があった。
9. 経済的自立についてみると、生活保護受給者率は入寮型では54%、通所型では15%であった。
10. プログラム内容は、12ステップのミーティングを中心に、これにレクリエーション、運動、農作業、生活訓練、就労援助など多様なメニューを加えていた。
11. スタッフが挙げた課題で特に多かったものは「経済問題」であった。
12. ダルクスタッフが挙げた最大の課題は運営資金であるが、公的援助は56%が受けていなかった。運営費中に占める公的資金の割合は30%で、利用者負担の割合は33%であった。利用者負担額は入寮で平均約15万円、通所で平均1.1万円であった。残りは、講演料などでまかなっていた。公的資金を受けると、ダルク・プログラムの良い点が制限されるというジレンマがあることがわかった。
13. 資金以外の問題では「精神症状」「社会復帰の場の不足」による長期入寮の問題が多く挙げられた。精神科医療や行政による援助、就労生活援助が重要と考えられた。他の悩みとしては「スタッフの数と研修」、感染症、同性愛、住居の問題も注目された。
14. 関連機関との連携については、教会、保健関係機関とは連携できていることが多いが、警察・福祉事務所・クリニックとの連携は少ないという。
15. 社会貢献などの実績としては教育機関での講演(30回/年)、医療機関へのメッセージ(16回/年)、司法機関での講演(12回/年)を行っている。地域のとの交流会などを開き、地域へのとけ込む努力をしている。
16. 以上のように、ダルクは薬物依存症の回復や社会貢献において、大きな実績を挙げているにもかかわらず、十分な援助が受けていない。特に運営資金、社会復帰の場をみつけること、重度の合併症の問題ではダルクのみでは限界があり、行政によりプログラムに(運用への配慮を含む)金銭的援助や、精神医療による合併症対策が急務であると考えられた。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 森田展彰 根本透・和田清 末次幸子 岡坂
昌子：サンフランシスコにおける薬物依存者に
対する治療共同体の研究（I）ープログラムの
概要および日本の医療・自助グループとの相違
についてー, 日本アルコール・薬物医学会雑誌3
8 (5) 440-453, 2003.

2) 森田展彰：薬物依存症に対する心理社会的治療
ーセルフヘルプ型のケアと心理教育プログラムの
統合についてー, 精神科治療学19 (12) 1395
-1404, 2004.

2. 学会発表

1) 森田展彰：分科会「認知行動療法」, 第26回 日
本アルコール関連問題学会, 2004. 7. 9.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

なし

研究対象症例と2004年全入室症例との比較 (表1)

	症例数	年齢	男性	女性
2004年全入室症例	1764	56.8 ± 20.5	1098	666
研究対象症例	200	59.0 ± 19.7	130	70

研究対象の年齢・性別構成 (表2)

年齢	症例数	男性	女性
10 ~	1	0	1
20 ~	20	9	11
30 ~	23	11	12
40 ~	20	14	6
50 ~	18	16	2
60 ~	48	36	12
70 ~	45	28	17
80 ~	22	14	8
90 ~	3	2	1

研究対象の疾患分類 (表3)

疾患分類	症例数	男性	女性
外傷	32	10	4
脳血管障害	26	28	4
薬物中毒	25	5	20
心肺停止症例	24	15	11
呼吸不全	17	19	5
消化管出血	16	13	3
その他	14	5	12
心不全	12	9	3
急性腹症	11	8	3
代謝異常	10	9	1
熱傷	9	5	4
血管緊急症	4	4	0

Triageおよび確認試験の結果 (表4)

Triage陰性：143例

Triage陽性：57例 (28.5%)

検出薬物	Triage陽性	確認試験
BZO	44	44
TCA	8	8
BAR	6	6
OPI	12	0
AMP	3	2
THC	1	1

検出薬物 (表5)

鎮痛剤・気管支拡張剤 エフェドリン メチルエフェドリン コデイン ジハイドロコデイン	抗てんかん薬 フェノバルビタール カルバマゼピン バルプロ酸	睡眠・精神安定剤 ベントバルビタール クロチアゼパム フルニトラゼパム フルラゼパム ニトラゼパム ゾルピデム
抗ヒスタミン剤 クロルフェナミン プロメタジン	抗神経痛薬・抗鬱薬 ミアンセリン パロキセチン ノルトソプチリン イミプラミン アミトリプチリン ミルナシプラミン レボメプロマジン クロルプロマジン	非合法薬物 アンフェタミン メタンフェタミン 11-nor-9carboxy-THC
鎮静剤 サルチル酸 アセトアミノフェン イブプロフェン		

非合法薬物の使用症例 (表6)

検出薬物	年齢	性別	疾患分類
AMP	37	男性	薬物中毒
AMP	32	女性	脳血管障害
THC	28	男性	外傷

Triage陽性薬物と疾患分類 (表7)

疾患分類	BZO	TCA	BAR	OPI	AMP	THC	計
外傷	1	2	1	0	1	1	6
脳血管障害	5	0	0	1	1	0	7
薬物中毒	17	5	4	5	1	0	32
心肺停止症例	5	0	0	1	0	0	6
呼吸不全	3	0	0	2	0	0	5
消化管出血	3	0	0	0	0	0	3
その他	4	0	1	1	0	0	6
心不全	1	0	0	1	0	0	2
急性腹症	2	0	0	1	0	0	3
代謝異常	1	0	0	0	0	0	1
熱傷	2	1	0	0	0	0	3
血管系急症	0	0	0	0	0	0	0
計	44	8	6	12	3	1	74

当施設における過去6年間の非合法薬物症例 (表9)

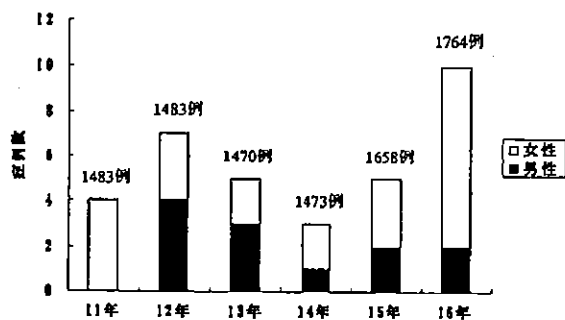
年齢 33.7±9.0歳 (18~53歳)
 95、99%信頼区間 (15.7~51.7歳、6.7~60.7歳)
 性別 男性 12例、女性 22例 (64.7%)
 検出薬物 AMP 29例 (85.3%)
 THC 3例 (8.9%)
 COC 1例 (2.9%)
 MDMA 1例 (2.9%)
 疾患分類 薬物中毒 24例 (70.6%)
 外傷 6例 (17.6%)
 急性腹症 1例 (2.9%)
 その他 4例 (8.9%)

平成15・16年度薬物乱用率 (表8)

年度	症例数	検出数	不法薬物	乱用率
平成15年度	100	1	AMP	1%
平成16年度	200	3	AMP、THC	1.5%

NS

当施設で診断された非合法薬物の過去6年間の推移 (図1)



分 担 研 究 報 告 書
(1—5)

自助グループの実態に関する研究

分担研究者 森田 展彰 筑波大学社会医学系精神衛生学講師
研究協力者 嶋根 卓也 国立保健医療科学院
末次 幸子 長谷川病院

研究要旨 ダルクの利用実態の基礎的な情報を得ること、その有用性と問題点の検証を目的に調査を行った。全国ダルク31施設にアンケートを送り、利用動向と各施設のプログラム内容とニーズを調査した。30施設から回答があった。入寮施設27施設で調査時241名が利用し、年間では入寮406名であった。一方、通所施設13施設で調査時88名が利用し、年間では198名が利用開始していた。総計すると一時点で約330名が利用し、年間では600名以上が利用開始している。入寮型、通所型とも、多いのは4-6名以下の少人数の施設であるが、一方で20名以上の施設もあり、その規模や方法が多様であった。女性の割合は通所型20%、入所型3%と少なく、女性の受け皿が限られていた。年齢は30歳台が中心だが、50歳以上も増え、高齢化の懸念も指摘された。利用継続については、通所、入寮とも3ヶ月以上が7割、1年以上が4分の1であった。利用継続の観点では、半年の継続については入寮型はより効果的であるが、半年から1年の継続では通所型の方が有利であった。薬物使用については、入寮型では、77%の利用者は再使用を抑止できていたが、退寮後の再使用をどう防ぐかが問題であった。通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすいようであった。社会復帰率はスタッフの印象では37%であった。回復者が働ける受け皿の不足が多く指摘された。就労状況は、通所型と入寮型とも4分の3は無職で、20%がアルバイトで、一方フルタイムの仕事は通所型で7%、入寮型で2%であった。プログラム後の復帰の形態は多様で、アルバイトをしながらのNA通所、ダルクスタッフ等の援助職、進学、正社員への移行、資格取得などであった。プログラム内容は、ミーティングに加え、就労援助など多様なメニューであった。スタッフが挙げた最大の課題は運営資金であるが、56%の施設では公的援助を受けていなかった。運営費中の公的資金の割合は30%、利用者負担の割合は33%であった。利用者負担額は入寮費で平均約15万円、通所費で平均1.1万円であった。残りは、講演料などでまかなっていた。生活保護受給者率は入寮型54%、通所型15%であった。他に「精神症状」「社会復帰の場の不足」による長期入寮の問題が挙げられた。関連機関との連携は、教会、保健機関とはとれているが、警察・福祉事務所・クリニックとは不十分であった。社会貢献として教育機関、司法機関での講演での講演(40回/年以上)、医療機関へのメッセージ(16回/年)を行っていた。以上のように、ダルクは薬物依存症の回復や社会貢献において、実績を挙げているが、十分な社会的援助が受けられていないと考えられた。特に運営資金、社会復帰の場をみつけること、重度の合併症の問題ではダルクのみでは限界があり、行政によりプログラムに(運用への配慮を含む)金銭的援助や、精神医療による合併症対策が急務であると考えられた。

A. 研究目的

本研究の目的は、ダルクの利用実態および有効性を示す基礎資料および記録システムを作ることである。更には、これをもとにダルクと医療・心理・福祉などの専門家の連携による、より包括的な治療共同体プログラムの実現を目指すことを考えている。より具体的な目標は、以下の3つである。

る。

- ①全国ダルクの基礎的データ(利用者数、利用開始数、退寮者数、利用期間、薬物使用に関する予後、社会復帰に関する予後)を明らかにする。
- ②全国ダルクにおけるプログラムその他の活動の状況とその有効性について明らかにする。
- ③全国のダルク各施設が抱えている困難について明らかにし、それに対する行政や専門家が果たす

べき援助について明らかにする。

B. 研究方法

1. 対象と手続き

全国のダルク31施設のスタッフに対して、書面にて調査の目的と内容を示し、直接訪問または電話を通じて、調査協力を求めた。このうち30施設より回答を得た。

調査は、施設スタッフに記入していただく、自記式質問紙の調査である。

調査期間は、平成17年2月1日から28日の期間であった。

2. 調査内容

調査内容は「利用者動向の調査」と「各施設のプログラム内容とその有効性・困難点の調査」の2つに分けられる。以下に、各々について述べる。

①利用者動向の調査

ダルクの中でも入寮型の施設と通所型の施設があり、それぞれについて利用者の人数や年齢、性別、利用期間、薬物使用状況などについて尋ねた。

②各施設のプログラム内容とその有効性・困難点の調査

調査項目は、a. プログラムについて、b. 運営・経済面について、c. ダルクの有効性について、d. プログラム終了後の社会復帰について、e. 社会貢献について、f. 現在抱えている問題や課題について、g. 関係機関との連携について、である。

更に、自由記述で、ダルクにとって困っていることや希望について、書いてもらった。

倫理面への配慮

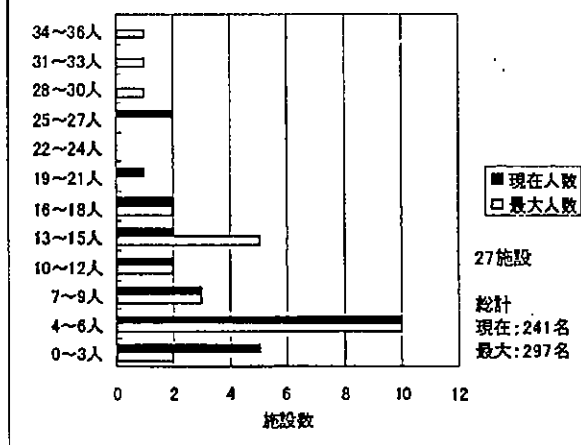
本アンケート調査を行うにあたって、各ダルクスタッフに本研究の趣旨と目的およびこの調査は拒否できることを説明し、研究に関するインフォームト・コンセントをとれた方にのみアンケートに記入していただくことをお願いした。

C. 研究結果

1. 利用者動向の動向

(1) 動向の概要

図1. 入寮型施設の利用者数
(現在人数と最大人数)



利用動向の概要は以下の通りであった。

入寮施設：全部で27施設で場所としては、地方が中心であった。調査時の利用者 総計241名で、1年間で最大297名、最小181名、1年間の新入寮は406人で退寮283名であった。

通所施設：全部で13施設（但し1施設ではH16年は0人）。東京、大阪など大都市が多い。調査時の利用者は、調査時点では総計88名、1年間で最大97名、最小19名であった。

また、この1年間の通所開始人数は198名であった。

入寮と通所を両方行っているところは、10施設あった。

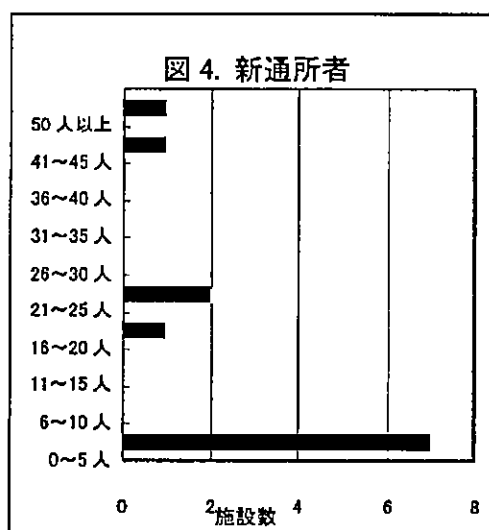
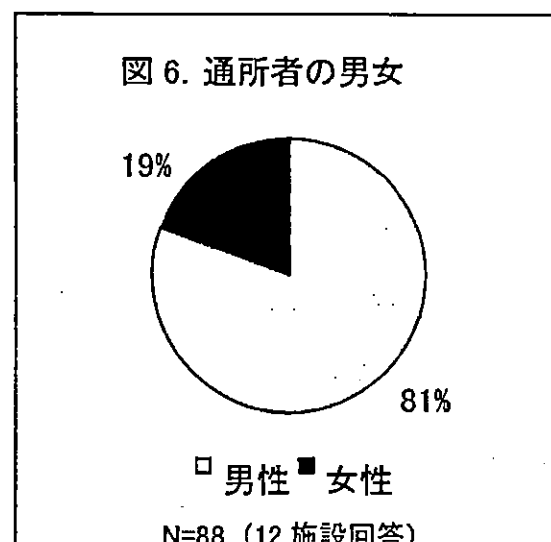
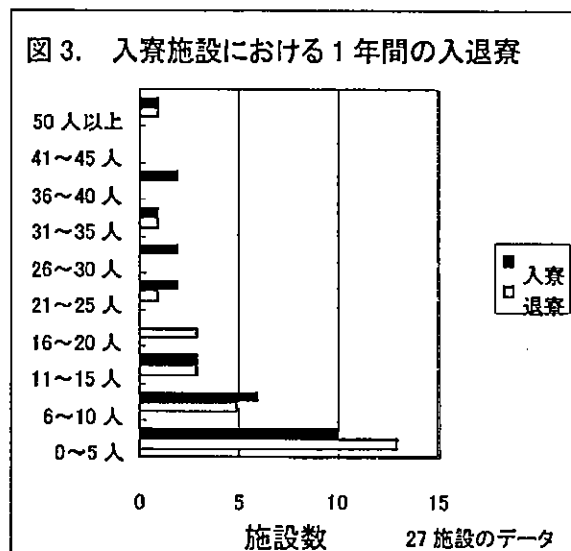
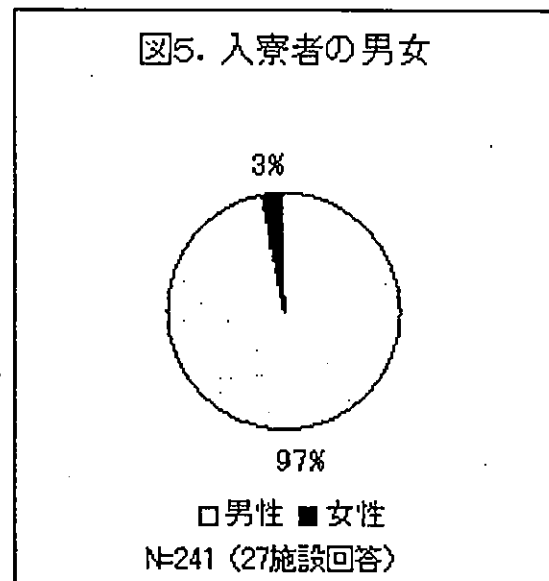
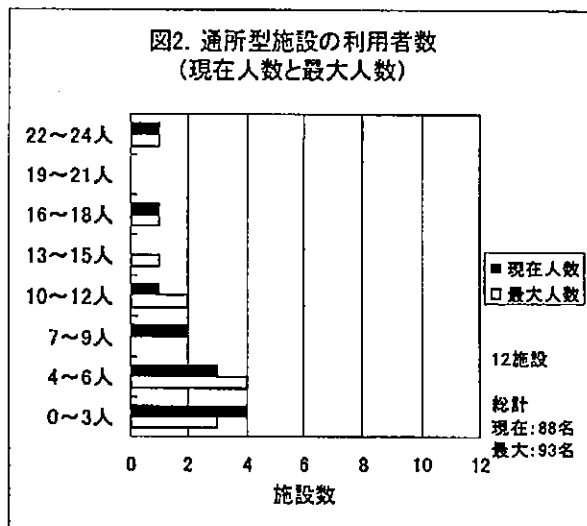
(2) 利用者人数の分布

各入所施設の利用者人数（現在の人数と分布を図1に示した。最も多いのは、4~6人の比較的少ない人数のところであるが、20人以上の人数を受けるところも3つあり、分かれている印象である。

各通所施設の利用者人数（現在の人数と分布を図2に示した。最も多いのは、0~3人または4~6人の比較的少ない人数のところであった。20人以上の人数を受けるところも1カ所あった。

(3) 新しい利用の開始や終了

入寮施設において、1年の間に新しく入寮、退寮する人数を図3に示す。多くの施設は5人以下



の入退寮であるが、20人以上の入退寮のあるところもあり、非常に差が大きい。

通所施設における、通所開始人数を、図4に示した。最も多いのは5人以下の施設だが、20人以上という施設もあり、これも施設による差異が大きい。

(4) 男女構成

入寮者の男女構成を図5に示した。女性は3%と極端に少なく、その受け皿に乏しいことが示されている。

通所者の男女構成を図6に示した。入寮者よりは、女性の割合が多いが、男性が大半を占める状況は同じである。

(5) 年齢構成

入寮者と通所者の年齢構成は図7と図8に示した。入寮者と通所者ともに最も多いのは30-39歳であった。入寮者の方が20-29歳の占める割合(36%)が通所者における割合(23%)よりも高かった。10代や50歳以上の割合は、通所者の方が入寮者よりも多い割合を高い傾向があった。

(6) 就労状況

入寮者と通所者の就労状況は図9と図10にそれぞれ示す。どちらも4分の3程度は無職で、2割弱がアルバイトであった。フルタイムの勤務は入寮者で2%であるのに対して、通所者では7%と、通所の方が多い割合であった。

(7) 過去のダルク利用歴

過去のダルク利用歴(図11、図12)は、入寮者では、半分を超える者が過去に入寮歴があるが、通所者では入寮歴のある者は30%に止まり、65%は新しい利用者であった。

(8) 利用期間、利用頻度

入寮施設と通院施設の利用者の利用期間をいくつかの期間の分け方で分類をみると、図13のようになる。年単位で分けた場合には、1年未満の者がどちらも4分の3を占める。最初の6ヶ月と6ヶ月-1年と1年以上という分類では、入寮者が直線的に下がるが、通所者は、1年以上の者は6ヶ月-1年の者よりも利用者が多い割合である。この点から言うと、通所の方が半年-1年の期間を超えて

図7. 入寮者の年齢

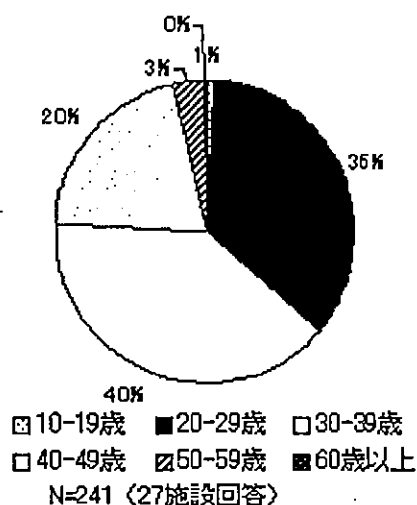


図8. 通所者の年齢

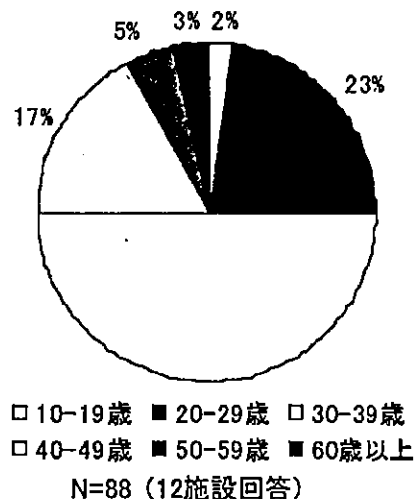


図9. 現入寮者の就労状況

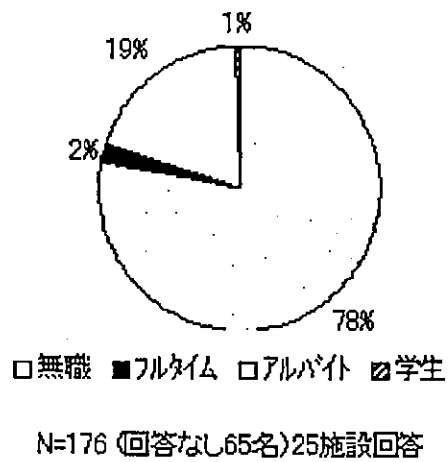


図11. 入寮者のダルク利用歴

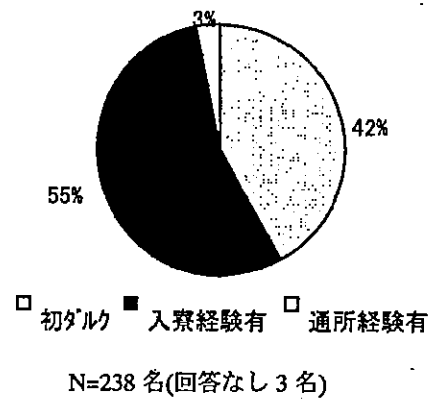


図10. 通所者の就労状況

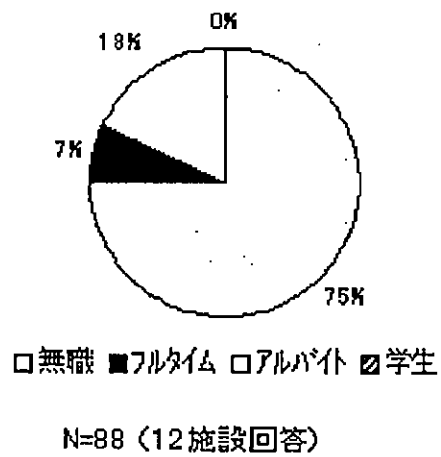


図12. 通所者中のダルク利用歴

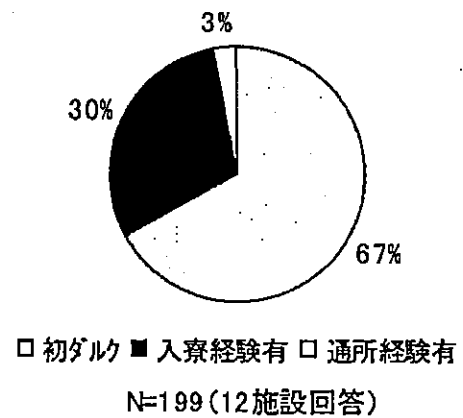


図13. 入寮者と通所者の利用期間

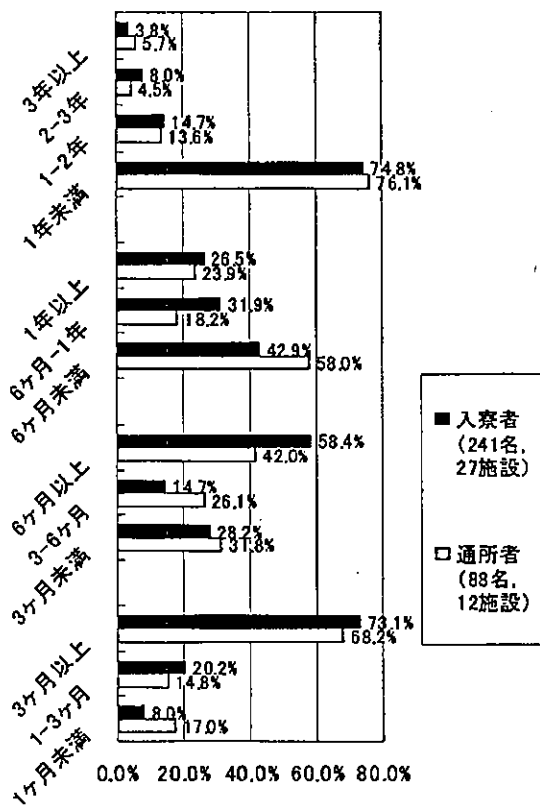


図14. 通所者の通所頻度

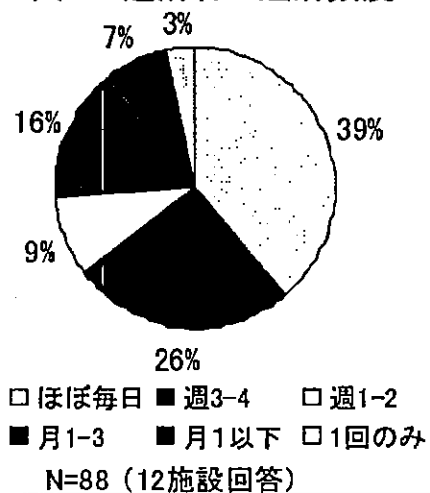


図15. 入寮者と通所者における薬物をやめている期間の分布

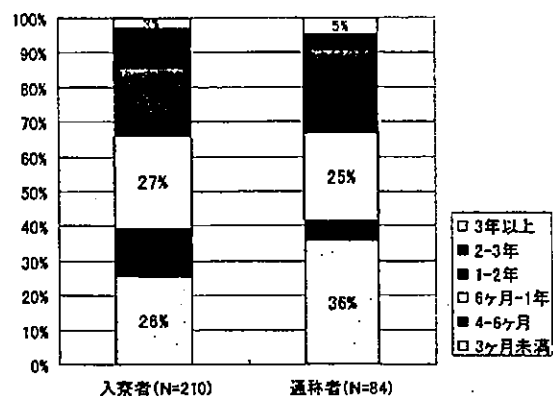


図16. 入寮者の利用期間と断薬期間

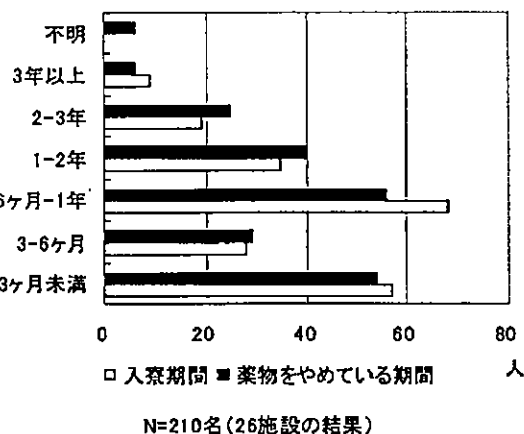
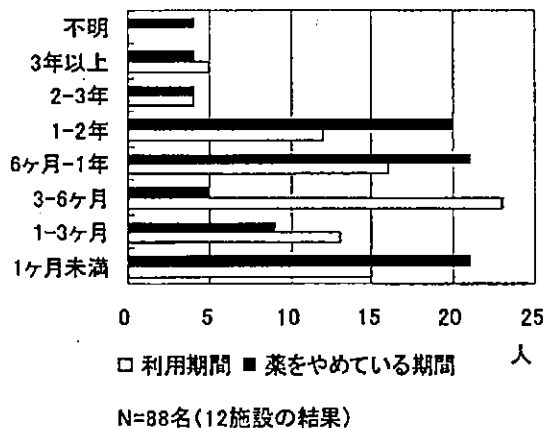


図17. 通所者のダルク利用期間と断薬期間



いくのにはドロップしにくい可能性がある。一方より短い期間で区切る分類では、通所では入所よりも長い期間の利用者の割合が低く、短期の利用者の割合が高めである。これは入寮の方が最初の1ヶ月～6ヶ月の期間にドロップしにくい傾向を示していると思われる。つまり、利用継続の観点では、入寮が最初の半年前後で強く、通所は1年前後で強く、それより先になるとあまり大きく変わらなくなる。1年を超えて、利用できている者は、入寮にしる、通所にしる、約4分の1である。

通所者については頻度を図14に示した。39%はほぼ毎日通い、26%は週の半分は通っていた。

(9) 薬物のクリーン期間と再使用

入寮者と通所者の「薬をやめられている期間」を図15に示した。スタッフから見ての判断であり、よくわからない場合は記入されていなかったため、欠損数が比較的多い質問となった。入寮、通所とも、半年以上は4割、1年以上は3分の2であった。3ヶ月未満については、入寮の方が通所よりもやや少なかった。さらに、入寮者と通所者それぞれについて、利用期間との関係を調べると、図16、図17のようになった。入寮者では、ダルク利用期間と薬物をやめている期間の分布はほぼ一致している（図16）。これに対して、通所では、利用期間が1～3ヶ月または3～6ヶ月の者は、同様の期間薬をやめている者よりも多くなっており、逆に利用期間が6ヶ月～1年または1～2年の者では、同様の期間薬をやめている者の方が多くなっている。この通所における利用期間と薬をやめている期間の不一致は、1～6ヶ月利用している段階では、まだ使用を繰り返している者が多いことを示している。しかし、一方通所でも、1年を超えてくるとその使用が減ることも示唆される。

入寮者について、今回の入寮中に最使用があったかどうかをスタッフに尋ねた結果を図18に示した。23%の利用者において再使用があったと考えられるという結果であった。但し、これもはっきりしない場合が多いために、回答なしが半分以上であったので、この割合をそのまま信用することはできない。

(10) 生活保護

入寮者と通所者における生活保護の割合を図19と図20に示した。入寮者では54%が生活保護を受

けているのに対して、通所者では15%のみが受けており、大きな差があった。

図18. 入寮者における今回入寮中の薬物再使用

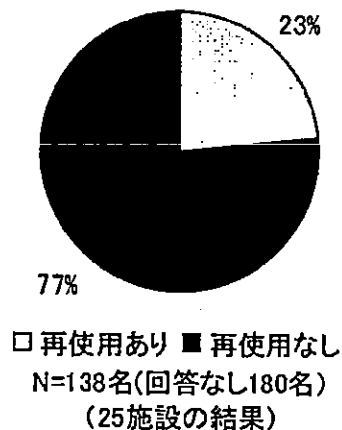


図19. 入寮者中の生活保護

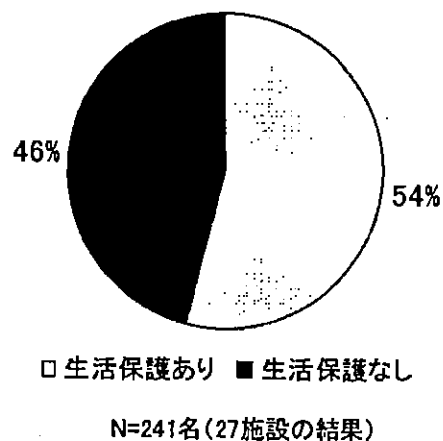


図20. 通所者の生活保護

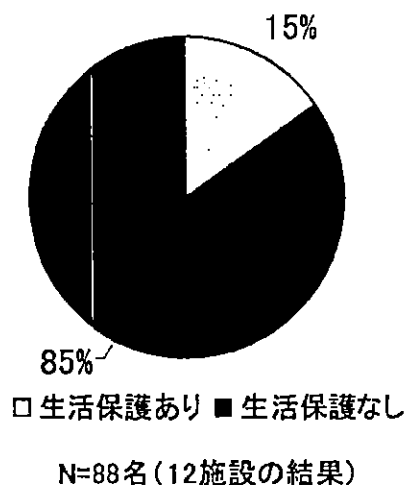


図22. 通所者の精神科処方

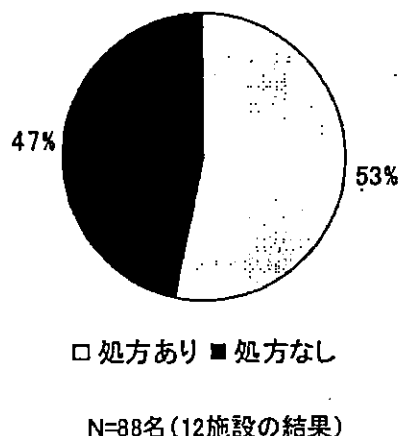
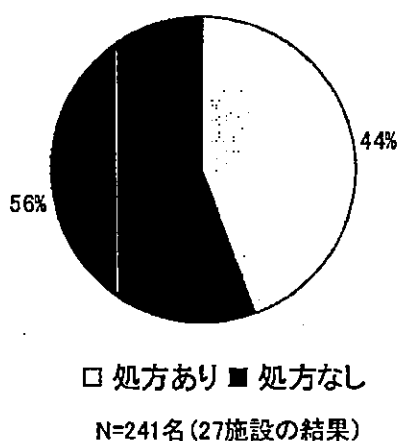


図21. 入寮者の精神科処方



(11) 薬物療法やカウンセリングについて

精神科の処方を受けている者は入寮者では44% (図21)、通所者では53% (図22) であった。

カウンセリングは、入寮者では回答のあった施設(25施設)の199名(回答なし42名)の33%が受けており、通所者では88名(12施設)の57%が受けていた。

以上のように入寮、通所を問わず、精神科における処方やカウンセリングを受けている者が高い割合存在することが確かめられた。

2. 各施設のプログラム内容とその有効性・困難点の調査

(1) プログラムについて

表1にダルクが行っているプログラムの概要を要約した。

施設の種別としては、入寮型が18ヶ所(66.7%)と最も多く、入寮・通所の両方を扱う混合型が6ヶ所(22.2%)、通所型が3ヶ所(11.1%)と続いた。入寮者を受け入れている24施設のうち、入寮プログラムの期間が決まっているのは、半数以下(45.8%)であった。

プログラムの中心であるミーティング(NAの12step)は、1日2回行っている施設が15ヶ所(59.3%)と最も多く、1~2回行っている施設が5ヶ所(18.5%)、3回行っている施設も5ヶ所(18.5%)であった。

ミーティング以外のプログラムとしては、運動・レクリエーション(92.6%)、生活訓練プログラム(77.8%)、温泉プログラム(55.6%)、アルバイトの紹介(喫茶店、レストラン、古紙リサイクル工場など)や技術の習得(木工、皮革、トールペイント、料理など)といった就労援助プログラム(40.7%)、畑仕事やシイタケ栽培といった農作業プログラム(37.0%)などであった。その他には、学習・教育(資格取得、英会話、聖書の勉強)ボランティア活動(庭清掃、教会清掃、教会のペンキ塗り、会報の折り込み)、代替療法(リフレクソロジー)ドラマ・劇プログラム(入寮者の体験を基にした

表1.プログラムについて(n=27)

	n (%)
施設種別	
入寮型	18 (66.7)
通所型	3 (11.1)
混合型*	6 (22.2)
ミーティング回数/日	
1回	1 (3.7)
1~2回	5 (18.5)
2回	16 (59.3)
3回	5 (18.5)
入寮プログラムの期間(n=24)	
特に決まっていない	13 (54.2)
決まっている	11 (45.8)
ミーティング以外のプログラム	
運動・レクリエーション	25 (92.6)
就労援助プログラム	11 (40.7)
生活訓練プログラム	21 (77.8)
農作業プログラム	10 (37.0)
温泉プログラム	15 (55.6)
太鼓	3 (11.1)
瞑想	0 (0.0)
ヨガ	1 (3.7)
鍼	1 (3.7)
心理プログラム	5 (18.5)
その他	14 (51.9)

*:通所と入寮の両方を扱う施設

表2.運営・経済面について

	n (%)
入寮費(1ヶ月)	155217円 (11~25.5万円)
通所費(1ヶ月)	11315円 (0~5万円)
公的な資金援助	
受けていない	15 (55.6)
受けている	12 (44.4)
グループホーム	9 (33.3)
小規模作業所	7 (25.9)
精神障害者福祉ホーム	1 (3.7)
運営費のうち施設利用費の占める割合	
100%	5 (18.5)
50%以上	9 (33.3)
50%未満	10 (37.0)
0%	2 (7.4)
不明	1 (3.7)
運営費のうち公的援助の占める割合	
100%	0 (0.0)
50%以上	8 (29.6)
50%未満	6 (22.2)
0%	12 (44.4)
不明	1 (3.7)

寸劇)、運動(ウォーキング、武道、格闘技)などが挙げられた。

(2) 運営・経済面について

表2に、ダルクの運営・経済面に関する項目を示した。1ヶ月あたりの施設利用料は、入寮で平均155,217円であり、通所で平均11,315円であった。公的な資金援助は半数以上の施設(55.6%)において受けていなかった。公的援助を受けている場合は、グループホーム(9施設)、小規模作業所(7施設)、精神障害者福祉ホーム(1施設)として資金を得ていた。

運営費のうち、施設利用費が占める割合を検討したところ、「0%」とした施設はわずか2ヶ所(7.4%)であった。一方、「100%」の施設が5ヶ所(18.5%)、「50%以上」の施設が9ヶ所(33.0%)、「50%未満」の施設が10ヶ所(37.0%)であった。一方、運営費のうち、公的援助が占める割合については、「50%以上」とする施設は30%を下回っていた。

また自由記載より、施設利用費・公的援助以外の収入源として次のような回答が得られた。

- ・ 講演費：講演活動による謝礼、保健所・精神保健センターでの相談員。
- ・ 献金、寄付金：支援者による献金、個人からの寄付、ニュースレターを出すなどして献金をお願いする。
- ・ 助成金：民間助成、財団
- ・ ボランティア・作業所：ボランティア作業をする、作業所に通所し、通所報酬で物品をまかなう。
- ・ チャリティー：地元で活動するジャズやフォークのグループとコンサートを企画し、チャリティーライブを行う

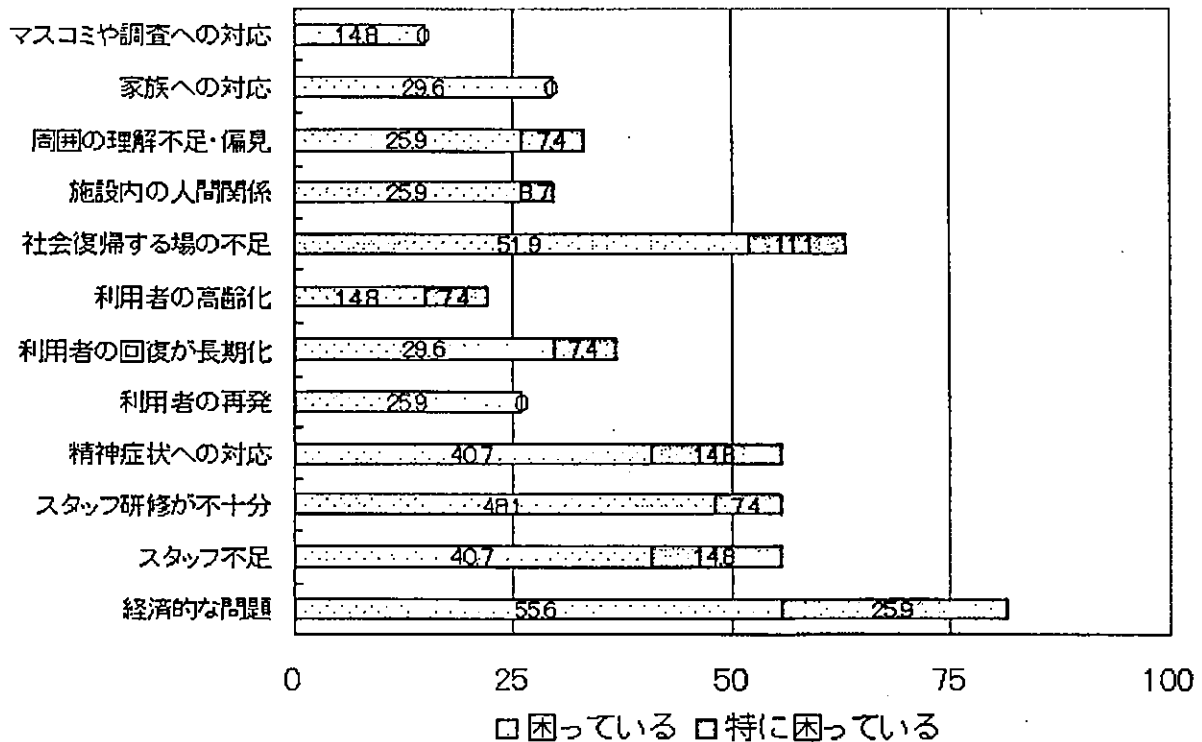
(3) ダルクの有効性

施設利用者のうち、プログラム終了後、社会生活に復帰できた人(職を得る、進学する、スタッフになる、その人なりの自立的な生活が営めるようになる、など)が占める割合を尋ねたところ、平均37.0%(10~80%)という回答を得た。

次に、「ダルクの有効性を行政や世間の人にかかってもらおうとすれば、どのようなところを見てほしいか」という質問を自由記載で尋ねたところ、次の5項目に意見が集約された。

① 12stepプログラム、ミーティングの有効性：

図23. 全国のダルクにおける現在抱えている問題や課題



プログラムを使い回復している仲間の姿。ミーティングに参加してほしい。「裁き」ではなく「治療」に重点を当てたプログラムであること。ミーティングは回復と成長に有効である。

② 受け皿、受け入れ：

薬物依存者の一時的な受け皿であること。薬物依存者を肯定していること。行き場所をなくした薬物依存者を受け入れていること。

③ 回復のモデルとしてスタッフ：

スタッフが薬物依存症者本人であるということ。職員・入寮者ともに約月1回尿検査を受けている。回復者が手助けをしていること。

④ 薬物依存症は回復可能な病気であること：

薬を止めるだけではなく、止めた後に真の回復と成長があることを知って欲しい。薬物依存症は回復可能だと知ってほしい。薬物依存症は病気であり、回復のプログラムをやれば誰でも回復できる。回復には時間がかかること。回復には個人差があり限界もあるということ。

⑤ 社会復帰例を見てほしい：

アルバイトにつける者も多い。ダルクのプログラムを終了し、生活保護を切り、正社員になり社

会の有用な一員になっている人が大勢いる。良くなった人々を有効に活用してほしい。

(4) プログラム終了後の社会復帰について

プログラム終了後、どのような形で社会復帰遂げているのかを把握するため、自由記載により、具体的な社会復帰例を挙げてもらった。

① 就職する：

具体的な職種としては以下の通りである（内装業、ガソリンスタンド、会社員、スポーツインストラクター、OL、土木作業、調理師、介護ヘルパー、飲食業、自営業、キックボクサー、居酒屋、運転代行、公務員、農業、木材会社、運送会社、呉服屋、スーパーマーケット）

② 援助職になる：

自らの回復体験を生かし、援助職となる者もいる（ダルクのスタッフ、精神保健福祉士）

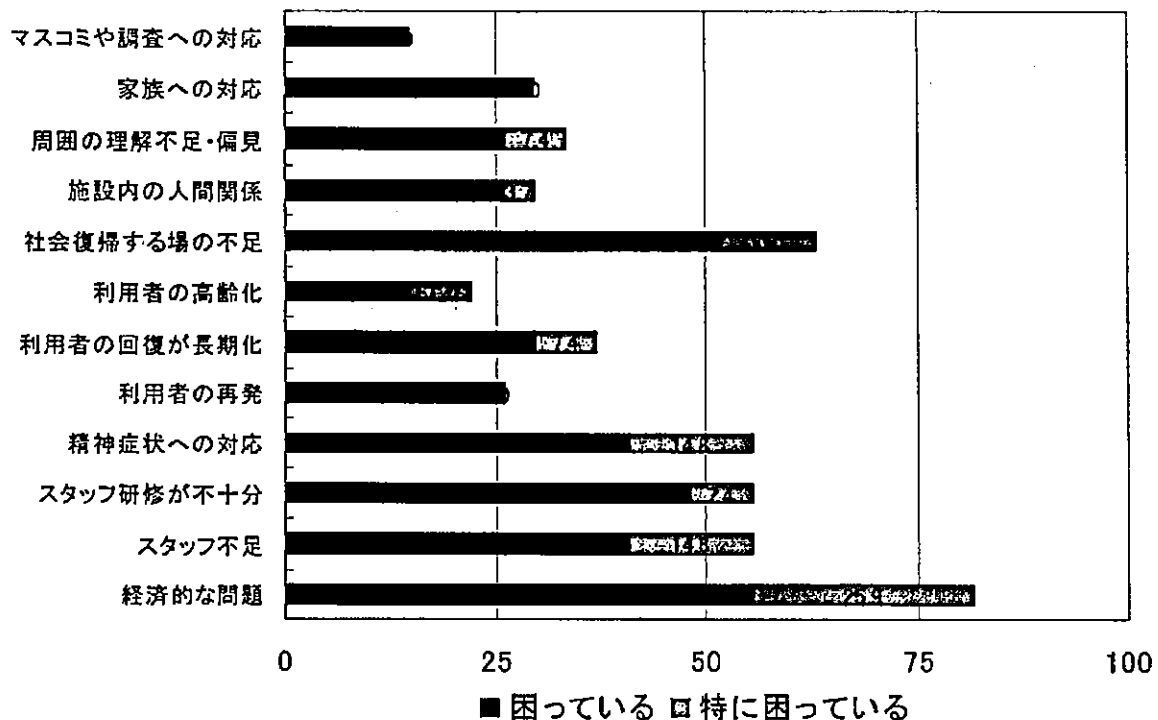
③ 進学する：

大学、大検、各種専門学校

(5) 社会貢献について

ダルクの社会貢献に関する実態を把握するため

図23. 全国のダルクにおける現在抱えている問題や課題



、関係機関や地域に対して行っている講演活動やボランティアの回数を尋ねた。

- ① 教育機関での講演：年間30.6回(最大130回)
- ② 司法機関での講演：年間11.8回(最大160回)
- ③ 医療機関へのメッセージ：年間15.7回(最大50回)
- ④ 地域ボランティア・交流会：年間11.8回(最大50回)

また、その他の活動として、以下のような意見が述べられた(自由記載より)。

小学校を中心に、予防教育を保健所と合同で行っています。バザー手伝いやNPOのイベント手伝い。拘留中の人々への初期介入。青少年向けのパンフレットを作成し、学校や警察に配布。インターネットを通じた相談。祭り神輿担ぎ、町内運動会、教会清掃、草刈。

(6) 現在抱えている問題や課題について

ダルクが現在抱えている問題や課題を把握するため、12項目の選択肢から「困っていること」および「特に困っていること」を回答していただいた(図1)。半数以上の施設で「特に困っている」

あるいは「困っている」とされる項目は、「経済的な問題」、「社会復帰する場の不足」、「精神症状への対応」、「スタッフ研修が不十分」、「スタッフ不足」であった。その他、自由記載より以下の意見が述べられた。

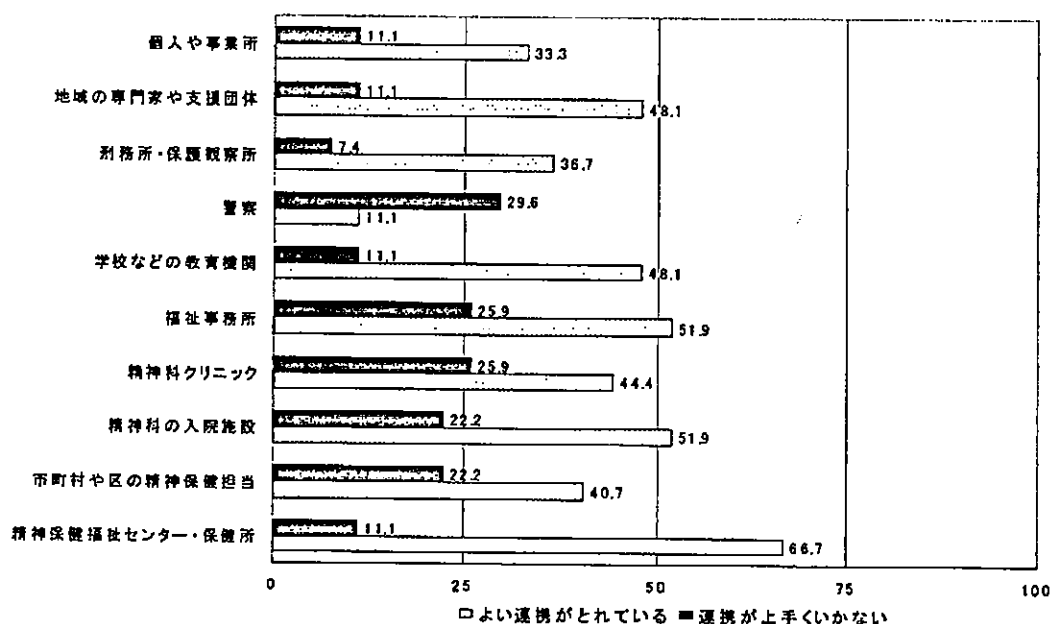
- ・ 感染症対策(HIV、C型肝炎などへの対応)
- ・ セクシャルヘルス(同性愛者への対応)
- ・ 暴力(施設内での暴力)
- ・ 住居対策(部屋をなかなか借りられない)

(7) 関係機関との連携について

ダルクと関係機関との連携状況を把握するため、10項目の選択肢から「よい連携がとれている機関」および「連携が上手くいかない機関」を回答していただいた(図2)。よい連携がとれている機関としては、精神保健福祉センター・保健所(66.7%)、精神科の入院施設(51.9%)、福祉事務所(51.9%)などが挙げられた。

一方、連携が上手くいかない機関としては、警察(29.6%)という回答が最も多かった。

図 24. 全国ダルクにおける関連機関との連携状況



(8) スタッフの生の声

不足している援助に対する要望や、逆に上手いっている連携などに関してスタッフの意見を自由記載で尋ねたところ、以下のようなカテゴリーに集約された。

地域や世間の理解、つながり：

・当施設の責任者は私で3人目なのですが、地域の方とのコミュニケーションを計るため、地域の総会等に参加をしております。ですが、ダルクの開設には反対の声が多く、その様な中で施設を運営しております。以前の入寮者達が近所の家に盗みに入ったり、近くのスーパーやコンビニなどで万引きを働いていたらしく、その以前の問題を解決するために地域の方々と話し合いをお願いしているところです。早くこの問題が解決できるとよいと思います。

・取材に関して薬物依存の回復支援という事にスポットがあたらず、恐ろしさや予防といった事に目が向き、全く違う事が放映されたり記事になったりする場合がある。世の中からまだまだ理解されにくい。

社会復帰する場の不足：

・回復した人たちの就労の場が少なすぎます。

・精神病院の社会的長期入院を改善するためにグループホームや社会復帰施設を充実させるのは良いが、ダルクは通過形の施設であるにも関わらず、社会的長期入所施設になりつつあります。

・ダルクから出られない人たちが今後増えそうです。

ダルクの限界：

・合併症の問題はダルクでは限界があります。行き場のない人たちをダルクだけでサポートすることは出来ません。

・ダルクはやはり司法と連携をとれるようにして、日本も米国でいうドラッグトリートメントコートのようなシステムを構築していく必要があると思う。なぜならアディクトの多くが病気の進行と共に司法モデルの処罰、処遇に行き着くが、それをキッカケとして治療や回復に向かうことができるはずであるにもかかわらず、今の司法制度の下では犯罪者として処罰されるのみで病気からの回復の機会すらないのが非常に残念である。

・今後有識者の働きかけにより上記のような考え方がシステム化されるように望む。

女性のための回復支援：

・女性のための相談活動や施設経営などに関わ

り、女性回復者のケアを仕事としている当事者の人が定期的に集まり、お互いの施設の情報交換を行いながら隔月でサポートする側の人を対象としたミーティングを行っている。

行政との連携、公的な援助のあり方：

・現在、各ダルクで行政から受けている助成金は精神障害者の枠であるグループホームなどである。ダルクは他の障害者の施設とはプログラムが違っているため、助成金を受けるとダルクのプログラムの良い所が失われてしまう。かといって助成金を受けなければ経営が成り立たないため、仕方なく助成金を受けている現状である。今後行政にはダルクのプログラムの良い所を活かしていきえるように薬物依存社会復帰支援事業を訴えていきたい。

・県との連携が4年目で進んできました。17年度の援助が期待されます。

・当県のダルクに対する対応は冷やかである。特に福祉（生活保護）に関して、最近は少しずつ対応が迅速になりつつも、あくまでも個人に対するものだと言う認識が強く…社会復帰が難しい方の治療プログラムを目的とした、小規模作業所の申請を試みましたが、町、市に相手にされず、まだまだここでは行政のダルクに対する風当たりは強く、全国的にみても当県は、かなり薬物に対する反応が遅れていると言わざるをえません。

・公的援助はあるが、この事で規制ができてしまう事によりダルクの回復プログラムが、それによってなくなってしまうことが現状である。

・近い将来デイケアを開設し、地域の小規模作業所の助成は受けたいと思っている。

関係機関との連携：

・市民活動センター、学校、警察とダルクで作ったパンフレットを通じて接触を持つ事が始まっている。

・再発後の入院先の受け入れはうまくいっている。

・K保健所の職員の方々には大変お世話になっております。毎月、家族相談のミーティングに出席をさせて頂いております。

・生活保護受給者のメンバーが再発した場合、福祉事務所との回復のイメージの違いで生活保護が打ち切られることがある。

・他の地域の福祉はよいのだが、地元の福祉は施設の居住部分等の問題で受けにくい。

・医療機関に来る当事者に対し、医療の方からダルクを勧める事が増えつつある。

教会との関係：

・教会関係では、時間はかかったものの多大なご支援を頂いており、この施設は教会、特に修道院（シスター）からの支援で成り立っている部分が多々あります。その輪を機会に、地域の人達とのコミュニケーションがもっととれるように努力していきたいと思います。

・うまくいっている連携はやはり教会関係の方々の協力が大きいです。そしてダルクで出来る範囲で教会の掃除や草刈、イベントへの参加などして良い関係を心がけています。

スタッフについて：

・スタッフが、海外の依存症の施設等で研修を受けたいと思っても人手や金銭的な問題でなかなか難しい。

・スタッフ自身の回復と健康が必要不可欠。そのようなことに必要なお金を使いたい。

・スタッフ自身はNAに参加することを徹底しており、他の利用者もそれを真似る。

・不足しているといえばスタッフ（ボランティア等）に少しでも給料が出せたら良いなあと思います。社会復帰する前にスタッフをやらせる事はすごい成長につながると思うので。お金以外ならば仕事ですかね。薬中に仕事を提供するまた別の団体とかできたら良いなあと思いますね。

D. 考察

1. ダルクの利用者の数

今から20年前に、東京都荒川区で入寮プログラムをはじめたダルクは、現在では、全国30ヶ所以上に活動が拡大している。今回の調査では、回答のあった30施設では、入寮者241名、通所者88名、総計329名であり、1年間の利用開始者は新入寮406名、通所開始者198名、総計604名であった。入寮施設のみ取り挙げても、2004年度の新入寮者が退寮者よりも123名多く、その利用規模の拡大はかなりのハイペースである。

2. 入寮型と通所型

施設の種類も従来の入寮型が依然として主流であるが、通所者のみを扱う施設なども存在しており、より多様性がみられるようになった。通所型は大都市が多く、入寮型は地方に多い傾向があった。大都市にある施設では、薬物入手できない状況を作ること実は事実上困難であるため、薬物遮断の意味での入所のメリットは少なく、むしろ長期にやめ続けていくためのステーションとしての機能が期待されるために通所型が選ばれやすいと思われる。一方、地方ではやや交通の便が悪く、薬物入手の難しい場所に居住する形で、薬物を遮断した環境での共同生活を送るスタイルになっていると思われる。

こうした両タイプの違いは今回の調査の結果に現れていた。例えば、利用継続について入寮型は、半年以上の継続については効果的であるが、半年から1年の間を継続していく部分では、通所型の方がドロップしにくく、1年を超えるところではほぼ同じ4分の1程度の利用継続であった。更に薬物使用についても、入寮型では施設利用期間と断薬期間はほぼ一致しているのに対して、通所型は、6ヶ月を超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすい傾向があった。どちらが優れているということではなく、利用者の個性や時期により、選択できることがよいと思われる。

実際、昨年度の本調査では、ダルク間での事例の移動が盛んに行われていたが、こうした多様性と運用の柔軟性がダルクの有効性を高めているといえる。海外での治療共同体も、外来型への移行など修正・多様化がはかられているが、同様の変化がダルクでも認められる。

3. プログラムの多様性について

プログラムの中心であるグループミーティングについても従来は1日2回をダルクで行い、夜のミーティングはそれぞれのメンバーが所属するNAで行うというのがスタンダードであったが、1日3回ともダルクで行う施設なども存在しており、それぞれ地域の事情に即した対応をとっているものと示唆される。ミーティング以外の活動は、運動、温泉、農作業といったプログラムを積極的に取り入れていた。ダルクでは、カラダを動かし、汗を流すという身体的なプログラムや、集団で一つの活動を行うことの重要性を意識していることの裏

づけと言える。一方、アルバイトの紹介、技術の習得といった社会復帰を意識した就労援助も多くの施設で行われていた。

4. 薬物使用の停止効果について

今回の全国ダルクにおけるスタッフ調査で、スタッフから見た入寮者の薬物乱用の停止率は77%であった。これは、「昨年のダルク7施設の利用者本人の自己申告でも75%の停止率であったので、ほぼ一致している。入寮者と通所者の「薬をやめられている期間」の調査でも、半年以上の停止継続は4割、1年以上は3分の2であった。薬物停止は回復の一断面を示すのみであるが、依存症者における薬物使用の停止の困難性とダルクの出入りがまったく自由な環境を考えれば、驚異的な停止率である。

5. 社会復帰

ダルクに入った後にその人なりに社会生活を送るという状況まで復せる率は、スタッフによれば37%であった。一方、具体的な就労では現在のダルク利用者では、4分の3は無職で、20%がアルバイトであり、フルタイムの仕事は通所型で7%、入寮型で2%であり、具体的な就労の受け皿を探すことには非常に苦労していることがわかる。それでも今回の調査では、ダルクのプログラムを終え、精神保健福祉士など専門的な資格の取得、進学、アルバイトから正社員への移行など、様々な形で社会復帰を果たす努力がなされていることがわかった。

薬物依存症者は、非常に若い頃から適応が困難になっており、rehabilitationというよりhabilitationが必要と言われるが、薬物をやめてから定職に就き、経済的自立を図るのには、周囲からの就労援助がより必要であると思われる。自由回答でも「回復した人たちの就労の場が少なすぎます。」という意見が出されていた。諸外国の薬物依存症対策でも、その回復援助には解毒のみでなく就労や生活までの一貫した援助が必要であるという共通認識になっており、そこまでやってこそ薬物依存から抜け出して、再発なくやっていけるようになると考えられる。スタッフの自由回答で「精神病院の社会的長期入院を改善するためにグループホームや社会復帰施設を充実させるのは良いが、ダルクは通過形の施設であるにも関わら

ず、社会的長期入所施設になりつつあります。」という意見があった。薬物依存症者は、統合失調症者よりも高い就労能力を潜在的に持っていると考えられ、その社会復帰援助ではより具体的な就労訓練や働きやすい職場の提供が望まれる。

5. 経済的側面

運営・経済面の結果から、多くの施設では運営費を施設利用費に頼っていることが明らかになった。また、半数近くの施設では公的援助を受けていたが、運営費に占める割合を踏まえると、それだけでは十分ではないことが伺える。実際に、現在直面している課題としては、ほとんどの施設で「経済的な問題」としており、安定した運営費の確保こそ、ダルクが最も必要としている支援であると言えよう。

公的資金を受ける上で、かえってこれを受けることで、地元の人でないと利用が難しくなる、統合失調症に適した形になっているため、長期的で安定的利用する形での枠組みが多く薬物依存の人に合いにくい面がある、などのスタッフの意見が聞かれた。薬物依存症の人は、入寮型施設でも出入りが激しく、むしろそうしたことを受け止められる柔軟性こそが、薬物依存症回復プログラムとしてのダルクの優れた点であり、疾病の特徴にあった公的な援助がなされないとせっかく援助を受けても、有用性が限定されてしまっているといえる。施設の大半が資金面での苦勞を挙げているにもかかわらず、公的資金の利用が半分程度になっている理由がそこにあると思われる。薬物依存症回復に適合した公的援助のあり方について、行政の側でも検討する必要があると思われる。

6. 関連機関、地域との連携

アンケートでは、関連機関との連携については、教会、保健関係機関とは連携できていることが多いが、警察・福祉事務所・クリニックとの連携は少ないという結果であった。まだ強い偏見や関連機関の無理解に苦勞している声も多く寄せられる一方で、「事前に大家さんから町内会に話を通して頂いた事と、町内の運動会にダルクのメンバーが参加して、子供さん達に大人気だった事で幸いにも住宅地のド真ん中にも関わらず反対運動も苦情もゼロでした。」「週に1回の地域清掃活動も好評を得ています。」「市民活動センター、学校、警

察とダルクで作ったパンフレットを通じて接触を持つ事が始まっている。」「再発後の入院先の受け入れはうまくいっている。K保健所の職員の方々には大変お世話になっております。」など、これまでよりも関連機関や地域との連携がうまく行き始めている例も多くみられ始めている。ダルクが地域に根を下ろし始め、次第に社会の中の一員として認められ始めているといえる。

今回のアンケートでは、ダルクの社会的貢献も尋ねたところ、年間数十回におよぶ教育機関・司法機関での講演や、医療機関へのメッセージが行われていた。これに加え、地域での交流会やボランティア活動への参加など、本当に地道な努力を行っており、これが上記のような良い変化をもたらしているといえる。

我が国では、学校場面における薬物教育や「ダメ絶対」キャンペーンに代表されるような一次予防は一定の成果を上げているのに対し、二次・三次予防となるとほとんどの場合語られるのはダルクやNAだけである。それでいながら、上記してきたような薬物依存者へのプログラム提供や社会貢献に対する社会のバックアップはあまりにも少ないと思われる。

7. ダルクのみでは困難なことへの援助

ダルクが社会に周知されてきたことで、良い面が多くでてきたことを述べてきたが、一方でダルクでは担い切れないことでも頼られている部分がある。その一つが、薬物依存症に合併する精神病の問題である。今回のアンケートでも、入寮型・通所型施設の利用者の半分以上が、精神科の処方を用いる状態であった。スタッフの感じている困難でも「精神病」への対応は、資金面に次ぐ問題とされ、自由回答でもそうした問題から長期入寮となってしまう事例の問題が指摘されている。このあたりは医療の側が、対応すべき部分をダルクに担わせてしまっている可能性がある。精神病院でも薬物依存やダルクに対して非常に理解のあるところと、そうでないところの差は非常に大きい。ダルクの側の危惧は、精神医療の側の問題ともいえる、薬物依存症の入院や外来継続などについて精神医療がより積極的に取り組む必要がある。

E. 結論

1. 全国ダルク31施設にアンケートを送り、(1) 利用動向と(2) 各施設のプログラム内容とその有効性・困難性、を調査した。
2. 31施設のうち、30施設から回答があった結果、利用人数：入寮施設27施設で調査時241名が利用し、年間では入寮406名であった。一方、通所施設13施設で調査時88名が利用し、年間では198名が利用開始していた。総計すると1時点で約330名が利用し、年間では600名以上が利用開始している。
3. 入寮型では、一番多いのは4-6名以下の少人数の入寮施設であるが一方で、20名以上の施設もある。一方通所型では、3名以下あるいは4-6名の少人数のところが多いが、20名以上のところも1箇所あった。このようにその規模や方法が多様であった。
4. 女性の占める割合は通所型では20%あるが、入所型では3%と少なく、女性の受け皿が限られていた。
5. 年齢は30歳台が中心。入寮型の方が20歳台が多い。50歳以上も増えており、長期入所の懸念が指摘された。
6. 社会復帰状況としては、通所型と入寮型とも4分の3は無職で、20%がアルバイトであった。フルタイムの仕事は通所型で7%、入寮型で2%であった。プログラム後の復帰の形態は多様であった。アルバイトをしながらNAに通うか、ダルクスタッフ等の援助職、進学など。正社員への移行や資格取得の者もいた。社会復帰率はスタッフの印象では37%。回復者が働ける受け皿が不足しているという意見を述べるスタッフが多かった。
7. 利用継続については、通所、入寮とも3ヶ月以上が7割、1年以上が4分の1であった。入寮型は、半年以上の継続について入寮型よりも効果的であるが、半年から1年の間を継続していく部分では、通所型の方がドロップしにくく、1年を超えるところではほぼ同じであった。
8. 薬物使用については、入寮型では入寮中の再使用は4分の1であり、残りの4分の3は自主的な入寮継続の中でストップできている。入寮型では施設利用期間と断薬期間はほぼ一致しており、むしろ退寮後の再使用をどう防ぐかが問題であった。通所型は、6ヶ月超えるまでは再使用しやすいが、その後は断薬継続しやすい傾向があった。
9. 経済的自立についてみると、生活保護受給者率は入寮型では54%、通所型では15%であった。
10. プログラム内容は、12ステップのミーティングを中心に、これにレクリエーション、運動、農作業、生活訓練、就労援助など多様なメニューを加えていた。
11. スタッフが挙げた課題で特に多かったものは「経済問題」であった。
12. ダルクスタッフが挙げた最大の課題は運営資金であるが、公的援助は56%が受けていなかった。運営費中に占める公的資金の割合は30%で、利用者負担の割合は33%であった。利用者負担額は入寮で平均約15万円、通所で平均1.1万円であった。残りは、講演料などでまかなっていた。公的資金を受けると、ダルク・プログラムの良い点が制限されるというジレンマがあることがわかった。
13. 資金以外の問題では「精神症状」「社会復帰の場の不足」による長期入寮の問題が多く挙げられた。精神科医療や行政による援助、就労生活援助が重要と考えられた。他の悩みとしては「スタッフの数と研修」、感染症、同性愛、住居の問題も注目された。
14. 関連機関との連携については、教会、保健関係機関とは連携できていることが多いが、警察・福祉事務所・クリニックとの連携は少ないという。
15. 社会貢献などの実績としては教育機関での講演(30回/年)、医療機関へのメッセージ(16回/年)、司法機関での講演(12回/年)を行っている。地域のとの交流会などを開き、地域へのとけ込む努力をしている。
16. 以上のように、ダルクは薬物依存症の回復や社会貢献において、大きな実績を挙げているにもかかわらず、十分な援助が受けていない。特に運営資金、社会復帰の場をみつけること、重度の合併症の問題ではダルクのみでは限界があり、行政によりプログラムに(運用への配慮を含む)金銭的援助や、精神医療による合併症対策が急務であると考えられた。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 森田展彰 根本透 和田清 末次幸子 岡坂昌子：サンフランシスコにおける薬物依存者に対する治療共同体の研究（I）－プログラムの概要および日本の医療・自助グループとの相違について－，日本アルコール・薬物医学会雑誌38（5）440-453, 2003.

2) 森田展彰：薬物依存症に対する心理社会的治療－セルフヘルプ型のケアと心理教育プログラムの統合について－，精神科治療学19（12）1395－1404, 2004.

2. 学会発表

1) 森田展彰：分科会「認知行動療法」，第26回 日本アルコール関連問題学会，2004. 7. 9.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含む）

なし

分 担 研 究 報 告 書
(2-3)

分 担 研 究 報 告 書
(2-1)

規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究

分担研究者	妹尾栄一	東京都精神医学総合研究所
研究協力者	近藤あゆみ	東京都精神医学総合研究所
	麻生克郎	垂水病院
	梅野 充	東京都立松沢病院
	黒川達也	平川病院
	小沼杏坪	医療法人せのがわ Konuma記念広島薬物依存研究所
	中村真一	神奈川県保健予防課
	成瀬暢也	埼玉県立精神医療センター
	松本俊彦	国立精神保健保健研究所
	和田 清	国立精神保健研究所

研究要旨 覚せい剤に代表される規制薬物の依存症者に対して、精神保健医療機関が治療に関与する場合、臨床の現場での指針と犯罪行為に対する処遇とが、しばしば相克することがある。改善のためには、医療機関における現状を把握し問題点を明確化することと同時に、医療および司法機関が準拠する現行法について検討し、改変の可能性も含めた議論が必要である。平成16年度は実態調査の規模を拡大し、全国の国公立精神科病院（83ヶ所）および薬物依存症の治療に専門的に取り組んでこられた民間の精神科医師（8名）に対し調査票を郵送し、29ヶ所より回答を得た（回収率32%）。

警察関与で覚せい剤精神病等の診察を行う場合では、「診察に先だつての」採尿要請が最も多い。これ以外に一部には、診察時の尿検査実施に警察官立ち会いで行う例もある。警察が事前の採尿要請に応じてくれないとの不満が、医療サイドに存在する。また医療サイドで実施した（診断補助の）尿検査結果については、司法サイドに「通報しない」場合がほとんどである。

医師による都道府県知事への通報義務規定が薬物の種類により異なる点と、同じく乱用薬物の種類によって、強制入院に関わる診断基準が異なっている点について、臨床現場からの意見を求めた。こうした差異が生じる背景には、薬物中毒者（現在では依存症者を意味する）の精神科治療当たって、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」と、麻薬及び向精神薬取締法の2法に同時に精通する必要があることに由来している。この問題に対する臨床医の回答としては、『違法薬物はその種類に関わらず、届出義務等の対応を統一すべきである』『薬物の種類ではなく、病態、社会的問題行動等を含めた総合的判断の基に対応が規定されるべきである』『届出義務を厳格に施行することは、依存症者の受診回避や援助機関の接近阻害につながる危険性があるので慎重に検討すべきである』などの回答が主であったが、いずれにしても臨床現場への若干の混乱を招いていることは否めない。

（主任研究者による注：本分担研究では、「乱用(依存症)者」という用語が使用されているが、基本的には「依存症者」と読み替えて呼んでいただきたい。）

A. 研究目的

覚せい剤に代表される規制薬物の依存症者に対して、精神保健医療機関が治療に関与する場合、臨床の現場での指針と犯罪行為に対する処遇とが、しばしば相克することがある。

医療機関には守秘義務が課されているので、規

制薬物の使用の経過を問診で知り得たとしても、その結果を直ちに司法機関に通報することはないが、その一方で、精神保健福祉法24条の警察官通報の場合に、覚せい剤中毒やその精神症状が判明して、指定医の診察による措置入院となった場合には、通報段階での法執行機関の対応で、その後の処遇に大きな差異がもたらされる。

かつて、いわゆる「静岡方式」とよばれた連携体制は、必ずしもその定義が明らかではないが、基本的な理解としては、前述した精神保健福祉法24条の警察官通報で、あらかじめ覚せい剤精神病が疑われる場合、指定医の診察が始まる前に通報段階での法執行機関が採尿を行い、もし覚せい剤反応が陽性であれば、治療終了後に司法処遇を行っていくという理解となっている。精神科救急の現場ではこうした警察段階での採尿を求める声が強いが、議論に先立って、「実際に」どの程度採尿が実施されているのか、実態は不明のままであった。

本研究課題は、まず初年度の研究課題として、覚せい剤依存症ならびに精神病の入院治療に際して、司法と医療の双方でそれぞれの程度尿検査が励行されているのか、その基礎調査を行い、以後の議論とたたき台とすることを研究目標とした。

B. 研究方法

平成16年度は上記の実態調査の規模を拡大し、全国の国公立精神科病院（83ヶ所）および薬物依存症の治療に専門的に取り組んでこられた民間の精神科医師（8名）に対し調査票を郵送し、29ヶ所より回答を得た（回収率32%）。

本研究で調査した質問項目は精神科臨床の現場に於いて、薬物乱用（または依存症）者へ対応する際に、関連している法規の周知度を主として伺い、併せて入院経路毎の司法機関との連携や採尿の実施について現状をまとめて頂いた。本稿で記述する関連法規とは「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条」（以下、「精神保健福祉法第5条」）に規定される、「この法律で『精神障害者』とは、精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」の文言と、麻薬及び向精神薬取締法第58条2（以下、「麻向法第58条2」）に規定される、「医師は、診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢、性別その他厚生労働省令で定める事項をその者の居住地（居住地がないか、又は居住地が明らかでない者については、現在地とする）の都道府県知事に届け出なければならない」を主として示す。

C. 研究結果

本調査に用いた調査用紙の質問項目に従って、回答結果を以下にまとめる。

1) まず関連法規の周知度として各薬剤別に調査結果を示す。

覚せい剤乱用（依存症）者への対応

・「精神保健福祉法第5条」によって規定

28（96.6）

・「覚せい剤取締法」に都道府県知事への届出義務規定なし

28（96.6）

大麻乱用（依存症）者への対応

・「精神保健福祉法第5条」によって規定

27（93.1）

・「麻向法第58条2」に都道府県知事への届出義務規定あり

25（86.2）

有機溶剤乱用（依存症）者への対応

・「精神保健福祉法第5条」によって規定

29（100.0）

・「毒物及び劇物取締法」に都道府県知事への届出義務規定なし

27（93.1）

上記を除くほとんどの違法乱用（依存症）者への対応

・「精神保健福祉法第5条」によって規定

29（100.0）

・「麻向法第58条2」に都道府県知事への届出義務規定あり

28（96.6）

2) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察や、24条通報以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合の対応。

この質問に対する回答でもっとも多かったのは『薬物使用が疑われる場合は警察に尿検査を要請する』であった。それ以外の回答としては、

*警察による尿検査済→当院からの連絡において逮捕日が決定され同日が退院日となる→対応は警察と協議して決定

*警察立会いのもとで尿検査を実施する

*警察より尿検査の要請あり→応じるが採尿には

極力関与しない

- * 院内での尿検査に警察が関与を求めた場合は応じる
- * 警察から尿検査結果について問い合わせがあった場合は本人の同意を得て応じる
- * 錯乱状態で警察による尿検査不可能→警察が来院し尿の任意提出を求める

以上の回答が列举される。要約としては、警察から措置診察依頼があった段階（診察前の段階）で、警察に対して採尿を依頼しておく手順が一般的である。

3) 上記2)の採尿に関する回答以外に、司法との連携はあるか否か。

この質問では以下の連携が列举された。

- * 精神病状態が消退した後の司法対応
- * 不穏興奮の程度なら警察に対応を一任
- * 措置解除後書面による拘留要請があれば応じる
- * 入退院時警察等関係部署に連絡
- * 保護観察中の患者では保護司や保護観察所と連携する場合あり
- * 警察との連携は退院後の病状悪化による自傷他害の可能性が高い場合のみ行う

4) 警察経由で患者が来院した際、尿検査を医療サイドで実施した場合の取り扱いについては、『尿検査を実施するが結果は通報しない』対応がほとんど全ての施設に共通していた。しかし以下の対応も各々1件ずつ回答を得ている。

- * 尿検査を実施して陽性反応の場合は警察に通報する。後日警察が令状を持参して尿を押収する。
- * 病院サイドでの尿検査は積極的には実施しない。
- * 尿検査実施しない（殆どの場合事前に判明している）。

5) 同じく警察経由で来院した患者の治療にあって、尿検査以外の治療対応について補足頂いた。

- * 幻覚妄想状態または精神状態が鎮静するまでは治療
- * 依存症専門病院または緊急措置鑑定指定救急病

院受診を紹介

- * 家族の依頼があれば医療保護入院を検討
- * 自首を勧める

6) 上記2～5の警察経由の受診とは異なり、本人が自主的に来院したり、家族が同行して受診した場合の医療機関の対応は以下の通りである。

- * 入院または通院治療
- * 幻覚妄想状態または精神状態が鎮静するまでは治療
- * 乱用をやめる約束の上で通常診療
- * 治療後自首することを条件に治療
- * 中間施設への通所が確認された状況で断薬をサポート
- * 依存症専門病院または緊急措置鑑定指定救急病院受診を紹介
- * 自首を勧める
- * 依存症の治療には対応できない

7) 司法機関との連携上、どのような困難さがありますかと問いに対しては、以下のような回答が寄せられた。

- * 事前採尿の要請をしても警察が非協力的である
- * 薬物使用の立証が困難な場合、その後の調査や司法処遇に対して消極的である
- * 逮捕要件が揃っても留置所の手配が遅れ、退院が遅れることがある
- * 起訴後に身柄が拘置所に移されてしまうと、ほとんどの場合服薬が中断されてしまう
- * 強制採尿には裁判所による令状を要するため逮捕までに時間がかかる
- * 警察によって対応が異なる
- * 覚せい剤精神病に気がつかない

8) 医師による都道府県知事への通報義務規定が薬物の種類により異なる点について、臨床現場の精神科医としてどの様にお考えですか。

この質問は、各種規制薬物の多くが麻向法の通報義務対象に包摂される一方で、乱用者の多い覚せい剤と有機溶剤について、通報の規定がないことへの問いかけである。回答内容で比較的多かったのは『違法薬物はその種類に関わらず、届出義務等の対応を統一すべきである』『薬物の種類で

はなく、病態、社会的問題行動等を含めた総合的判断の基に対応が規定されるべきである』『届出義務を厳格に施行することは、依存症者の受診回避や援助機関の接近阻害につながる危険性があるので慎重に検討すべきである』であった。その他の記述としては、以下の回答であった。

- *「麻向法第58条2」における届出義務は実効性が低い
- *覚せい剤取締法にも届出義務を課すべきである
- *依存性薬物は全て届出義務を課すべきである
- *医療側の守秘義務が優先されるべきであり、「麻向法第58条2」の届出義務は廃止すべきである

9) 乱用薬物の種類によって、強制入院に関わる診断基準が異なっている点について、臨床現場からの意見を求めた。その際の基準法規とは、覚せい剤と有機溶剤については、精神保健福祉法第29条が該当する

『都道府県知事は、第27条の規定による診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたときは、その者を国等の設置した精神病院又は指定病院に入院させることができる』。これとは別にそれ以外のほとんどの規制薬物は、麻薬及び向精神薬取締法第58条8が該当し、『都道府県知事は、第58条の6第1項の規定による精神保健指定医の診察の結果、当該受診者が麻薬中毒者であり、かつ、その者の症状、性行及び環境に照らしてその者を入院させなければその麻薬中毒のために麻薬、大麻又はあへんの施用を繰り返すおそれが著しいと認めたときは、その者を厚生労働省令で定める病院に入院させて必要な医療を行うことができる』。

回答のうち比較的多かったのは以下の3点である。『薬物の種類によらず、違法性薬物を全て統一した基準や根拠に改正するのがよい』『「精神保健福祉法」を軸に統一した規定をつくるのがよい』『届出による強制対応の可能性の問題もあるので、通報に関する条項は廃止すべきである』。

これとは別に、上記以外の回答例としては以下が列挙される。

- *薬物の種類によらず、薬物使用による精神病症状が深刻であることを措置入院の基準とするのがよい
- *深刻な精神病症状を基準とし、改善後は司法に委ねるべきである
- *「麻向法」の措置入院制度は実効性が低い
- *もっと「麻向法」を活用すべきである
- *「麻向法」による措置入院の場合に入院期間があらかじめ設定されている根拠が不明（病状に応じて判断すべき）
- *「麻薬中毒」とはどのような状態をさしているのか不明瞭
- *覚醒剤とそれ以外では乱用時の症状も異なることから、やはり措置入院の基準を変えるのはやむをえない

D. まとめと考察

覚せい剤に代表される規制薬物の依存症者に対して、精神保健医療機関が治療に関与する場合、臨床の現場での指針と犯罪行為に対する処遇とが、しばしば相克することがある。

改善のためには、医療機関における現状を把握し問題点を明確化することと同時に、医療および司法機関が準拠する現行法について検討し、改変の可能性も含めた議論が必要である。平成16年度は上記の実態調査の規模を拡大し、全国の国公立精神科病院（83ヶ所）および薬物依存症の治療に専門的に取り組んでこられた民間の精神科医師（8名）に対し調査票を郵送し、29ヶ所より回答を得た（回収率32%）。

警察関与で覚せい剤精神病等の診察を行う場合では、「診察に先だつての」採尿要請が最も多い。

これ以外に一部には、診察時の尿検査実施に警察官立ち会いで行う例もある。

警察が事前の採尿要請に応じてくれないとの不満が、医療サイドに存在する。

また医療サイドで実施した（診断補助の）尿検査結果については、司法サイドに「通報しない」場合がほとんどである。

医師による都道府県知事への通報義務規定が薬物の種類により異なる点と、同じく乱用薬物の種類によって、強制入院に関わる診断基準が異なっている点について、臨床現場からの意見を求めた。こうした差異が生じる背景には、薬物中毒者の精

神科治療当たって、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」と、麻薬及び向精神薬取締法の2法に同時に精通する必要があることに由来している。この問題に対する臨床医の回答としては、『違法薬物はその種類に関わらず、届出義務等の対応を統一すべきである』『薬物の種類ではなく、病態、社会的問題行動等を含めた総合的判断の基に対応が規定されるべきである』『届出義務を厳格に施行することは、依存症者の受診回避や援助機関の接近阻害につながる危険性があるので慎重に検討すべきである』などの回答が主であったが、いずれにしても臨床現場への若干の混乱を招いていることは否めない。

とりわけ麻向法の通報規定は「しなければならない」義務規定であり、法令遵守という観点からは励行されなければならないのは事実である。しかし、どのような病態が強制入院の対象となるのか、アヘン系麻薬以外の幅広い依存性薬物について、細かく検討する必要がある。

E. 研究発表

妹尾栄一：幻覚剤関連精神障害. 別冊日本臨床40 精神医学症候群Ⅲ(器質・症状精神障害など), 52 7-529, 2003.

妹尾栄一：強迫的買い物癖. 臨床精神医学, 34: 1 83-186, 2005.

主任研究者による注：

本分担研究では、「乱用(依存症)者」という用語が使用されているが、基本的には「依存症者」と読み替えて呼んでいただきたい。

添付意見

規制薬物の治療をめぐる法的対応に関しては関連する問題領域が幅広く、同時に日本の薬物乱用者対策の歴史的経緯とも深く関わっていることから、研究協力者として質問紙の開発から深く関わって頂いた2名の精神科医の医師から、本質問事項に関わる回答を、特別に記述して頂いた。その回答を添付意見として以下に掲載する。

『薬物乱用(依存症)者に対する医療機関の法的対応に関するアンケート』

医療法人せのがわ

Konuma記念広島薬物依存研究所 小沼杏坪

1. 覚せい剤乱用(依存者)への対応について

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

ア) 保健所に通報があった段階で、鑑定前に警察に採尿を要求するように、保健所精神保健相談員に指示する。

イ) 錯乱状態で採尿できない場合には、入院後患者の精神状態の安定を待ち、警察署員が来院して患者から尿の任意提出を求めるか、あるいは強制採尿の令状の執行となる。この場合、強制採尿には当方が協力する旨の意向を表明するが、患者が採尿を拒否した場合には、無理に導尿して尿道を傷つけると(つまり、患者が意地悪い意図を持って、尿道が痛いと言って泌尿器科受診を要求し、micro-hematuriaでも証明されれば)、こちらが傷害で訴えられる可能性があるため、静脈麻酔下で導尿することを予め伝えておく。実際には、導尿トレイを準備して導尿寸前まで実施する振りをして、再度「どうせ導尿すれば尿採取できるのだから、自分で出すように」と勧めれば、これまで断られた経験はない。

ウ) しかし最近、強制採尿のために来院し拒否した事例に遭遇したが、この場合患者はカテーテルが尿道に挿入されている間は動くことは少ないが、受け皿を予め股間ベット上においておいて、排出した尿を受けた採尿瓶は速やかに身体から離し、その後に抜去したカテーテルを受け皿に受けるようにしないと、膝・足を動かして尿の入った採尿瓶を蹴り上げられ、尿をこぼしてしまう結果となるので、注意を要する。

(2) (1) 以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

上記と同様に、

ア) 来院前に警察署で採尿することを要求する。

イ) 幻覚状態のため、警察で前もって採尿できなければ、入院後患者の精神状態の安定を待ち、警察署員が来院して患者から採尿することを要求す

る。刑事訴訟法に基づいて病院長宛に患者の病名の問い合わせがあり、覚せい剤精神病の診断名を出せば、それに基づいて警察が裁判所に請求することにより強制採尿の令状は出る。当方が強制採尿の令状を執行する場合は、上記と同様の対応をする。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

臨床検査として、トリエージの検査をするが、刑事手続きとは無関係として、届け出はしない。これは覚せい剤関連精神障害に対する医療機関への治療接近性を維持し、早期発見・早期治療に資するためである。また、このことが覚せい剤精神病患者による凶悪な事件を防止することにつながると思うからである。

■ 覚せい剤乱用（依存症）者への対応の際、警察との連携で困った点について

参考までに、強制採尿の令状を持参した時に、患者が尿の任意提出を拒否した場合、利尿剤を点滴静注して円滑に採尿することは非常に巧妙な方法のように感じるが、差し押え令状であるからして、現に膀胱に貯留している尿を差し押えるのであって、点滴して新たに膀胱に貯留する尿も採取することは、今後の裁判手続き上、被疑者やその弁護士からクレームをつけられる可能性があるものと思われる。

2. 大麻乱用（依存症）者への対応について

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

ア) 大麻取締法には、「大麻から製造された医薬品の施用」は禁止しているが、「大麻自体の使用違反の規定」はないので、覚せい剤のような使用に関する問題はない。

イ) 警察・家庭裁判所・保護観察所から患者の病状について、刑事訴訟法などに基づいて公文書による問い合わせが病院長あてにあった場合には、担当医師名ではなく、病院長名により公文書で回答する。

ウ) 大麻依存の場合、8割以上が大麻精神病の状

態で受診するので、まずは精神保健福祉法に基づく治療を優先する。治療終了時点では、覚せい剤よりも依存性がかなり低く薬物探索行動に基づく社会的問題などは少ないので、麻向法に基づく通報はしないでおく。ただし、退院後、外来通院中に大麻使用が判明した場合には、大麻依存があることの明らかな証明となるので、「麻薬中毒者」として県業務課に届け出ることを予め患者に明言しておき、実際にトリエージ検査で陽性に出た場合には、「麻薬中毒者」の届け出を行うことにしている。

エ) 大麻依存で精神病を併発していない場合には、麻向法に基づいて、届け出をするのが建前であるが、依存性が弱いので、覚せい剤ほどの臨床的問題が少ないため、実際には大麻乱用として扱い、外来通院による治療を、ウ)と同様の対応を取ってきた。

(2) 1) 以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

上記と同様である。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

上記と同様である。

大抵は外来通院として、条件契約療法（当院のように薬物依存症の外来患者が多い場合、中にスリップする者がおり、受診の際には薬物を持参して、他の外来患者を誘うことが多く、一般の精神科病院よりも、規制薬物の入手可能性はるかに高い。外来におけるドラッグ・フリーを維持するには、薬物依存症の患者と毎回の受診日には自己尿を提出し簡易キットを使用して尿中規制薬物の検査を実施するという治療契約を結び、不用意に薬物を再使用することを予防する手段としている。実際の契約文書は下記参考資料を参照のこと。なお、検査にかかる費用は保険外診療として別途カルテをつくり、ビスアライン1000円、トリエージ5000円の自己負担としている。なお、生活保護患者の場合は、厚生労働科学研究に協力することによって配布されたキットを使用し、無償で実施している。）を実施している。

(参考資料)

治療施設・社会復帰施設をドラッグ・フリーに保つための
条件契約療法

約 束 書

私は本日から覚せい剤の脱慣と断薬継続のため、条件契約療法による
外来通院治療を希望します。

その条件として、今後は外来受診の度ごとに、自己尿を提出し、検査の
結果、尿中に覚せい剤が陽性に出た場合には、その尿を持って最寄りの
警察署に自首することを約束します。

これは私の覚せい剤依存からの回復に向けた強い意志の表明です。

主治医 殿

平成17年 月 日

住所:

氏名:

印

3. 有機溶剤乱用（依存症）者への対応について

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察
官通報に基づく診察を受け入れた場合

一般临床上は、有機溶剤を使用すれば、2、3日
は臭いが残るので、呼気を吐かせて臭いで使用の
有無をチェックしている。

裁判上証拠となる尿中の有機溶剤検出は、馬尿
酸を検出するぐらいで、有機溶剤を特定すること
が難しいため、専ら警察に吸引対象の現物を押収
してもらい、それを鑑定してもらうように依頼す
る。家族には、前もって乱用の事実ほか乱用経過、
薬物探索行動として示す困難な状況を地元警察署
に相談しておき、乱用・酩酊状態で荒れるような
場合には、警察に届け出て、現物を押収してもら
うように勧めておく。その際、本人が暴力を振る
うような場合には、本人を保護して警察に当精神
科病院に連れてきてもらうことが必要である。そ
の場合、満床では対応出来ないで、前もって受
け入れ態勢を取っておくこと、有機溶剤による急
性中毒で精神運動興奮が激しいときには、医療保
護入院も可能である。入院後、急性中毒が治まっ
ても、薬物渴望に基づく焦燥的・易怒的状態が持
続している期間中は、再使用により容易に急性中
毒が再燃する危険が大きいので、医療保護入院を

維持することが肝要である。患者が自らシンナー
依存からの脱慣を希望するようなら、2、3ヵ月の
治療期間を提示して、任意入院で対応する。この
場合も、直ぐに気変わりして退院を要求すれば、法
第22条の4第3項の退院制限をして患者の治療意欲
を引き出すことが肝要である。

(2) (1)以外で警察に保護され、診察・治療を依
頼された場合

上記と同様である。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同
行してきた）場合

上記と同様である。

4. 覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬
物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）乱用
（依存症）者への対応について

■「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」における
「麻薬中毒者」と診断する場合に根拠となる症状
について

あへん系麻薬に関しては、麻向法施行細則およ
び関連通知によって、麻薬中毒の診断方法につい

て禁断症状の程度など詳細に規定した通知が出されている。しかし現在のところ、他の麻薬中毒（麻薬依存症の法律用語）に関しては、未だ詳細な鑑定の方法・基準は行政的に出されていないので、ICD-10に基づいて診断する以外にない。

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

ア) ヘロインについては、それ単独では、精神病状態を発現することがなく、精神保健福祉法24条に基づく警察官通報はあり得ない。当然に、麻向法に基づき都道府県薬務主管課に対して行う警察官からの通報となり、麻向法に基づく精神保健指定医の鑑定が実施される筈である。設問自体成り立たないと思われる。

イ) コカイン・LSD・MDMAによる精神病（急性中毒による急性精神病を含む）の場合には、昭和39年2月7日薬麻第40号各都道府県衛生主管部（局）長宛て、厚生省薬務局麻薬第1・公衆衛生局精神衛生課長連名通知「麻薬取締法の一部改正に伴う精神衛生行政と麻薬取締行政との調整について」があるのではあるが、この通知は当時のヘロイン・モルヒネ等あへん系麻薬中毒者に対する行政的な対応であるため、実務上は精神保健福祉法に基づいて、対応するべきであると考えている。従って、対応としては大麻精神病における対応と同じ対応を取っている。すなわち、精神病状態を先ず治め、その後になお、依存状態で本人からその治療意欲を引き出せない場合には、麻向法に基づいて、麻薬中毒者の届け出、指定医による鑑定、措置入院として治療するべきである。

ウ) コカイン・LSD・MDMAなどによる依存症で、未だ精神病状態を発症していない場合には、精神保健福祉法24条に基づく警察官通報はあり得ない。当然に、麻向法に基づき都道府県薬務主管課に対して行う警察官からの通報となり、麻向法に基づく精神保健指定医の鑑定が実施される対応となる。

(2) (1) 以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

ア) 精神病状態であれば、精神保健福祉法に基づいて、先ずは精神病の治療を行い、その後に依存

症の治療を拒否するようであれば、麻向法に基づいて「麻薬中毒者の届け出」を行い、麻向法による措置入院の対象となる。依存症の治療を本人が希望すれば任意入院として扱う。いずれにしても、これらの麻薬の依存性は高いので、今後の回復を考えて、麻向法に基づき、「麻薬中毒者の届け出」は行うことにしている。

イ) 依存症であり、未だ精神病状態を発現していない場合、本人の治療意欲を引き出せなければ、すなわち任意入院が成り立たなければ、麻向法による医師による届け出、指定医による鑑定、措置入院の対象であると考ええる。任意入院が成立しても、これらの麻薬の依存性は高いので、今後の回復を考えて、麻向法に基づき、「麻薬中毒者の届け出」は行っておく。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

上記と同様の対応をする。

6. 薬物乱用（依存症）者に対する現行法について

■ 精神保健福祉法とその他の現行関連法との相違等に関するコメント

昭和56年の東京深川通り魔殺人・籠城事件が発生したときに、日本精神科病院協会を中心に、覚醒剤法を改正して、麻薬取締法なみの届け出・措置入院制度を規定するように要求していたが、当時の麻薬依存者の人数は、現在の覚せい剤依存者の人数の1/10程度であり、昭和37年夏には、取締りが奏効して末端の乱用者が路上で禁断症状を出してのたうち回って苦しむという人道的な配慮からなされた対策としての届け出、措置入院の制度であった。しかし、現在では、その届け出・措置入院制度、その後に最低でも5年間の観察指導制度があるため、ヘロイン依存者はわが国の麻向法の厳しさを避けて、タイ国など外国でメサドン治療を受けたりしているのが現状であり、届け出制度にも抜け道がある。この法律の存在により、措置入院後の転帰、治療成績はほとんど100%という状況ではあるが、最低でも5年間の観察指導制度がつくなど、人権的な問題がないわけではない。

麻薬取締法による届け出・措置入院制度の導入

は、昭和30年代後半の精神科医療におけるアルコール依存症の治療的対応を横滑りさせた者であり、唯一違うのは、依存症の入院期間を無期限ではなく、当時WHOを中心にhabituation, addictionなどの用語に変わり、dependence概念が導入されてきたことによる影響で、依存症に対する治療の強制を最長でも6ヵ月間と規定したことである。蛇足ながら、①アルコール依存症に対する治療の強制が無制限であったこと、②その治療の直接の目標をアルコール依存症のその社会的問題においたこと、の失敗は、宇都宮病院事件となって露呈し、昭和63年の精神保健法の制定となったものと理解される。

一方、覚取法に届け出・措置入院制度を採用することになると、刑事司法で対応されていた覚せい剤乱用者の大部分が刑事司法の領域から、精神保健の領域に流入してきて、精神保健福祉法の措置病床が覚せい剤依存の措置入院者によって占有されてしまう結果となるので、精神保健行政がパンクしてしまうのである。また、現在までのところ、覚せい剤依存なるが故に、覚せい剤の使用犯の罰則が軽減されることはないのであって、もし覚せい剤依存を強制入院させる対応が導入されれば、直ぐに覚せい剤の使用犯の罰則を軽減するような要求が覚せい剤使用事犯者からなされるであろう

今後は、届け出・措置入院の対象を、麻薬だけに限らず、リタリン、ペンタゾシン、レベタンなどの向精神薬の依存者にも広げて、自ら治療を求めないで医者廻りをしながら薬物探索行動として激しい興奮・威嚇・暴力を示すなど社会的な問題を有する依存者、あるいは禁断症状が激しかったり精神依存の程度が強くて、自ら連続的使用から脱慣出来ない依存者等に限定すれば、現状に適應した措置入院制度の運用が可能となるように思われる。このような法律改正があれば、一般科での実地臨床、処遇困難な薬物依存者に対しても、適切な行政上の対策となりうるであろう。

麻向法による中毒者の鑑定・診断方法の基準は、あへん系麻薬中毒者については、詳細な行政的通知がなされているが、その他の麻薬による中毒者の診断方法・基準は出されて居らず、人権問題と絡むことなので、早急に検討する必要があると思われる。また、昭和39年2月7日薬麻第40号各都道府県衛生主管部（局）長宛て、厚生省薬務局

麻薬第1・公衆衛生局精神衛生課長連名通知「麻薬取締法の一部改正に伴う精神衛生行政と麻薬取締行政との調整について」の再検討が必要である。

■ 覚せい剤依存症者に対する治療的対応に関する包括的な精神保健福祉施策において、「覚取法」と「麻向法」のいずれの法規を優先（または融合）すべきか、という点についてのコメント（某少年鑑別所の入所者でエクスタシーの依存症者が覚せい剤の依存症者と拮抗している事例も挙げ、法律の条文の在り方についてコメントを求めた）

麻向法には、多くの物質が麻薬として規定されておりますが、これらの中には、ヘロイン・コカインのように依存性の強い麻薬もあれば、最近脱法ドラッグとして話題となっている物質がどんどん麻薬として法の網をかけられております。これらの物質による依存者や大麻依存者も麻薬中毒であり、法的には麻薬中毒者として届け出なくては行けないのですが、あへん系麻薬依存者の場合には、詳細な鑑定診断の基準もきちんと出来ていますが、いまだ他の物質による麻薬依存者については、何の詳細な基準さえ整備されていない状況です。あへん系麻薬ほど依存性の強くない麻薬の依存者に対しても、果たして5年間の観察指導の対象にまですべきか、大いに疑問があります。一方で、向精神薬として規制されているペンタゾシン・レベタンなどによる依存者で、急患を装っては医者廻りし、粗暴・威嚇的態度でこれらの薬物を指定・強要する患者には、現在のところ何の法的に打つ手がないのですが、こういう医療現場で社会的問題を有する事例には、きちんと法の網をかけて措置入院の対象とする方が良いでしょう。

現状では、まだ現行法の枠内で考える以外ないのであり、法律改正までを見据えて包括的な精神保健福祉施策を打ち出すことは、なかなか予想のつかない問題であり、慎重に諸般への影響を考えながら改善していくべき問題であると思っております。

ちなみに、現在のところ、ペンタゾシン・レベタンなどの向精神薬や有機溶剤による依存者に対する施策は厚労省精神保健福祉課の担当、あへん・大麻・覚せい剤・麻薬による依存者に対する施

策は監視指導・麻薬対策課の担当という縦割り行政の問題があります。精神保健福祉センターにおける覚せい剤等の依存症に関する家族相談や家族教室などは麻薬対策課主導の施策です。以前、精神保健福祉課があまりに有機溶剤依存者に対する対策に、何も手を付けられないものだから、それまでも麻薬課で扱おうとしたのですが、行政官としては自分の領分を侵されると感じたのか、ようやく現在のように、精神保健福祉課と管理指導・麻薬対策課の共同で、厚生科学研究が成立したいきさつがあります。

少年鑑別所では、覚せい剤依存者とMDMA依存者とが拮抗していると言うことですが、未成年者であれば、少年法の対象と思われますので、特別立法である麻向法を無条件で適応するののかどうかは疑問があります。現に覚せい剤事犯者であっても、未成年者は少年法による対応が優先しているのです。

■ 麻向法による措置入院の規定は医療的措置を受けることを主眼とし、司法措置に関する意識が希薄ではないかという意見に対するコメント

麻向法による措置入院規定は、当該事例に対する医療的措置を優先しては居りますが、措置入院期間中に、きちんと麻薬取締職員（各都道府県の麻薬取締員、地方厚生局部の麻薬取締官）による取り調べを受けて、カルテ上は受け持っている患者に使用したことにして自己施用を続けてきた麻薬中毒の医師のケースや、譲受・譲渡や密売等の事実があれば、当然に医師法や麻向法による刑事手続きの対象になるのです。

覚せい剤依存においては、覚取法による刑事司法の窓口と精神保健福祉法による精神科医療の窓口は別個に開いていて、覚せい剤使用による急性ないし亜急性精神病状態で警察に保護されたときだけ、刑事司法の窓口と精神科医療の窓口が一つになるという関係ですが、麻向法による麻薬依存の場合には、刑事司法の窓口と精神科医療の窓口が一つになっていると考えれば良いと思います。

■ 措置診察前の警察との尿検査のやり取りについては、精神保健福祉法などいずれかの法規にきちんと明文化（法文化）したうえでの統一化が求

められるが、その際の改正すべき法規に関するコメント

警察に保護した覚せい剤精神病患者等の尿中覚せい剤の検出については、既に薬物乱用防止対策本部の本部長が内閣総理大臣を長として組織替えがあったときから、関係機関の連携・協力の必要性が通知として出されている筈です。その通知に従って、地域の警察署と医療機関の連携が成り立っていると理解しております。

『薬物乱用（依存症）者に対する医療機関の法的対応に関するアンケート』

垂水病院 麻生克郎

1. 覚せい剤乱用（依存症）者への対応について

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

24条通報のケースであるから、当然、その時点での精神症状の評価が中心であり、精神症状、時間帯、生活や家族の状態に応じて、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。受診前に警察で尿検査をやって覚醒剤が陽性であったとしても、そのことでこの医学的判断が影響されることはないものと考えている。警察が24条通報をした以上、精神医学的評価が優先され、その結果を受けての法の執行については、警察がまた独自に判断をすると考えている。覚醒剤に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に尿検査を行う。24条通報では警察官が診察時に同伴していることが多いので、結果は自ずと警察官にも知られる。この場合あえて同伴者である警察官に秘匿することはしない。またその検査の結果は病状の評価には大いに参考とするが、入院の必要や入院形態の判断に大きな影響を与えるわけではない。陽性であるからと言って、警察官に何かを要求するわけでもない。

(2) (1) 以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

一般の精神科の診察と同じである。精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。受診前に警察で尿検査をやって覚醒剤が陽性であったとしても、そのことでこの医学的判断が影響されることはないものと考えている。覚醒剤に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に尿検査を行う。結果は同伴者にも知られることになるが、同伴者が警察官であるからといって秘匿することはしない。またその検査の結果は病状の評価には大いに参考とするが、陽性であるからと言って、警察官に何かを要求するわけではない。同伴の警

察官が診察時に、覚醒剤の使用を知ったとして、どう対処するかについては警察の判断することであり、医師が口を差し挟むべきことではない。これまでの経験から言うと、警察は決してそのまま放置することはしない。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。覚醒剤に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に尿検査を行う。本人が薬物の使用を自ら申告する場合、本人が検査を拒否する場合は尿検査は行わない。結果が出れば本人に伝える。同伴者がいれば同伴者にも結果は知られる。陽性の結果が出てもそれ以上の警察や行政への通報と言ったことはしない。当然薬物の使用をやめるように指導することになるが、その内容については個々に幅がある。外来治療を継続する場合はその後も適宜、尿検査を実施することになる。

■ 覚せい剤乱用（依存症）者への対応の際、警察との連携で困った点について

入院中の患者が、何らかの形で警察の尿検査を受け、覚醒剤が陽性となった場合、警察は「退院時に検挙したいので、退院することになったら事前に連絡をほしい」と言われることが多い。これは対処に困る。むしろ検挙を決めたなら入院中でも、その時点で検挙してほしい。

2. 大麻乱用（依存症）者への対応について

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

大麻についての、こういったケースはほとんど経験がないので、以下はあくまでも想定である。

24条通報のケースであるから、当然、その時点での精神症状の評価が中心であり、精神症状、時間帯、生活や家族の状態に応じて、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。大麻に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に大麻を含む検査キ

ットで尿検査を行う。24条通報では警察官が診察時に同伴していることが多いので、結果は警察官にも知られる。この場合あえて同伴者である警察官に秘匿することはしない。尿検査で大麻が陽性になった、あるいは大麻の乱用が明らかになったとしても、24条通報である以上、上記の入院の必要や入院形態の判断の後に、二次的に大麻の乱用・依存に対する評価と治療の判断を行う。乱用に対して警察が何をするかについては警察の問題だと考えており、病院が何かを要求するようなことはない。

(2) (1) 以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

一般の精神科の診察と同じである。精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。大麻に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に大麻を含む検査キットで尿検査を行う。結果は同伴者にも知られることになるが、同伴者が警察官であるからといって秘匿することはしない。またその検査の結果は病状の評価には大いに参考とするが、陽性であるからと言って、警察官に何かを要求するわけではない。同伴の警察官が診察時に、大麻の使用を知ったとして、どう対処するかについては警察の判断することであり、医師が口を差し挟むべきことではない。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。大麻に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に大麻を含むキットによる尿検査を行う。本人が薬物の使用を自ら申告する場合、本人が検査を拒否する場合は尿検査は行わない。結果が出れば本人に伝える。同伴者がいれば同伴者にも結果は知られる。陽性の結果が出てもそれ以上の警察や行政への通報と言ったことはしない。大麻を使用しておれば、当然薬物の使用をやめるように指導することになるが、その内容については個々に幅がある。外来治療を継続する場合はその後も適宜、尿検査を実施することになる。上記の

ように大麻が麻薬取締法の対象とは知らなかったもので、大麻の依存症と判断しても通報のことは考えていなかったが、これからはどうするか考える必要がある。

3. 有機溶剤乱用（依存症）者への対応について

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

24条通報のケースであるから、当然、その時点での精神症状の評価が中心であり、精神症状、時間帯、生活や家族の状態に応じて、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。シンナーを使用していたからといって他の精神障害と異なる判断がなされるわけではない。法的にどう対処するかは警察の問題であるから特に何かを要求することはない。事後に責任能力についての問い合わせがあれば、他の深刻な精神障害を合併している場合をのぞいてほとんどの場合「理非善悪の区別は理解できている」と回答している。

(2) (1) 以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

一般の精神科の診察と同じである。精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。シンナーを使用しているからと言って特に警察官に何かを要求するようなことはない。事後に責任能力についての問い合わせがあれば、他の深刻な精神障害を合併している場合をのぞいてほとんどの場合「理非善悪の区別は理解できている」と回答している。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。シンナーに関連する精神状態であるからと言って特に何かを要求したり、警察に通報すると言ったことはしない。治療としてシンナーをやめることを要求するのは当然であるが。

4. 覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）乱用（依存症）者への対応について

■「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」における「麻薬中毒者」と診断する場合に根拠となる症状について

知っていたが、どの薬物が麻薬に該当するのかは正確には知らなかった

(1) 精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

こういったケースもほとんど経験がないので、以下はあくまでも想定である。ただ、麻薬の使用に関連した症状のために24条通報になるということとはほとんど考えられないので、麻薬乱用と他の精神障害が合併している場合と言うことになるであろう（逮捕歴のある麻薬中毒者の多くは、「逮捕されても離脱症状の苦しさを我慢しさえすれば、警察官に麻薬中毒であることがばれることはない」と話している）。麻薬取締法の対象であっても、24条通報のケースであるから、当然、その時点での精神症状の評価が中心であり、精神症状、時間帯、生活や家族の状態に応じて、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。受診前に警察で尿検査をやって何らかの薬物が陽性であったとしても、そのことでこの医学的判断が影響されることはないものと考えている。警察が24条通報をした以上、精神医学的評価が優先され、その結果を受けての法の執行については、警察がまた独自に判断をすると考えている。薬物に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に尿検査を行う。24条通報では警察官が診察時に同伴していることが多いので、結果は警察官にも知られる。この場合あえて同伴者である警察官に秘匿することはない。またその検査の結果は病状の評価には大いに参考とするが、入院の必要や入院形態の判断に大きな影響を与えるわけではない。陽性であるからと言って、警察官に何かを要求するわけでもない。麻薬取締法の対象となる薬物の依存症を疑えば、医師としての届け出義務があるので県庁に届けを出す。警察が本人の存在をすでに把握している状

況であるから、このケースの届けを出すことについて躊躇する理由はないと考えるが、おそらく本人の同意を得るよう努力することになるだろう。

(2) (1) 以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

一般の精神科の診察と同じである。精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。ただ、麻薬関連の症状で、精神保健法の強制入院を適用することはまずないと思われる。受診前に警察で尿検査をやって何らかの薬物が陽性であったとしても、そのことでこの医学的判断が影響されることはないものと考えている。薬物に関連する精神状態である可能性を疑えば診察時に尿検査を行う。結果は同伴者にも知られることになるが、同伴者が警察官であるからといって秘匿することはない。またその検査の結果は病状の評価には大いに参考とするが、陽性であるからと言って、警察官に何かを要求するわけではない。同伴の警察官が診察時に、覚醒剤の使用を知ったとして、どう対処するかについては警察の判断することであり、医師が口を差し挟むべきことではない。麻薬取締法の対象となる薬物の依存症を疑えば、医師としての届け出義務があるので県庁に届けを出す。この場合も本人の存在をすでに把握している状況であるから、このケースの届けを出すことについて躊躇する理由はないと考えるが、おそらく本人の同意を得るよう努力することになるだろう。

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

精神症状、生活や家族の状態に応じて、医療保護入院、任意入院、外来治療、治療不要の判断をする。ただ、麻薬関連の症状で、精神保健法の強制入院を適用することはまずないと思われる。麻薬に関連する状態である可能性を疑えば診察時に尿検査を行う。本人が薬物の使用を自ら申告する場合、本人が検査を拒否する場合は尿検査は行わない。結果が出れば本人に伝える。同伴者がいれば同伴者にも結果は知られる。陽性の結果が出たからといって、それだけで警察や行政への通報と言ったことはしない（兵庫県の当局者は「尿検査

で麻薬が陽性となったからと言って麻薬中毒者と判断することはないので、尿検査が陽性だからと言って通報することはない」という立場をとっている。ただ、尿検査の結果に関わらず「麻薬依存症」と診断すれば県庁に通報する。ただ、条件が二つある。まず、通報について本人に説明をし、同意を得る。「通報したからと言ってすぐにつかまるわけではない。ただ、将来、役所の人があなただの家を訪問する事がある。その時あなたがまだ薬を使っているようだとつかまることもあるかもしれない。今回治療を受けて、そのときに薬をやめていれば、決してつかまることはない」と説明をする。自ら受診した人の場合は、その時点では薬物をやめようと思っているので、ほとんどの人が通報に同意をする。同意を得られなかったことは経験がないが、もし同意を得られなければ治療契約が成立しないということになるだろう。本人に責任能力がない場合は家族(保護者)の同意を得ることになるであろうが、これも経験はないのであくまでも想定である。次に、通報をするまでに何日か時間をおく。通報後すぐに当局者がやってきて尿検査をしても陽性にならないようにする配慮である。病院で治療を受けようと思っていた人が、そのまま刑務所に送られるということになれば、誰も自らすすんで治療を受けようと思わないだろう。これは麻薬対策全体にとって大きな障害となると考えている。麻薬依存に対する最良の対処法は依存症についての治療を受けることであると考えている。自らすすんで治療を受けられるよう、その機会を広げ条件を整える必要がある。

6. 薬物乱用(依存症)者に対する現行法について

精神保健福祉法とその他の現行関連法との相違等に関するコメント

一方で麻薬取締法に雑多な薬物が入れられていて、覚醒剤だけは別という乱用薬物についての現行の法制度は、まったく医学的根拠を欠くものと言わざるを得ない。また、薬物の効能も危険性も非常に似ているにもかかわらず、メチルフェニデートとメタンフェタミンの法的立場の違いはあまりに大きすぎる(米国では両剤はともに同じSchedule IIに入れられている)。アルコールや有機溶剤は薬物とは異なる面もあるのでやむを得ないと考

えるが、他の薬物については、米国のFederal Schedules of Controlled Drugを参考に、一貫した規制の体系を作るべきである。

麻薬取締法の通報義務についてはこれを廃止すべきである。当院ではこの数年、外国人を中心とするヘロイン乱用者のケースが10例以上あり、近年ではすべて県に通報しているが、この通報義務に対する県や厚生省の立場がまったく一貫性を欠き、一人一人で言うことがまったく違っている。おそらく、行政の中でも何のために通報するのかということが理解されていないのであろう。一方当院では、地域の外国人の支援グループに「麻薬の乱用のために垂水病院で治療を受けた場合、名前や住所などは役所に届けを出すことになります」と伝えているが、それが明らかにヘロイン依存症の人たちの受診を抑制する結果になっている。一方で、これらのヘロイン乱用者は他の各科の病院や診療所で治療を受けているが、医者のお多くはヘロイン乱用の症状についてほとんど知識がないため、ヘロインを使い続けている人が受診しても、ヘロインのことには何も気づかないまま、不眠症や風邪、C型肝炎、うつ病といった診断で治療を続けている。結果的に、麻薬取締法の通報義務は、医療現場で新たにヘロイン乱用者を発見するという点では何の効果も上げず、ヘロインをやめたいと思っている人が、そのために治療を受けることを明らかに阻害している。

米国の薬物対策に関する法体系においては、こういった通報義務はまったくないばかりでなく、「Title 42・Section 290 dd-2」という法律では、政府の援助を得ているアルコール・薬物関連の治療プログラムにおける、治療の記録についての守秘義務が明確に規定されており、そこにおける記録は「刑事事件の起訴や立証、捜査に利用されるはならない」と明記されている。もちろん例外もあり、医学的緊急性がある場合、児童虐待に関する通報、プログラム内での犯罪行為があった場合、裁判所の命令がある場合などは、守秘義務より情報提供の必要が優先されるが、少なくとも患者が薬物を使った、使っていたと言うだけでそれを通報することは違法行為になる。病院や施設で治療を受けている人は、治療を受けているがために、自らすすんで薬物の使用を認めたり、尿検査で薬物の使用が明らかになったりするのであり、万が一、そのことが通報されて、そのために検挙され

るようでは、誰も進んで治療を受けようとは思わなくなるであろう。この法律は、薬物依存の治療を受ける人が、治療さえも受けようとしないうりも、検挙される可能性が高くなるという不利益を被ることをなくし、より多くの依存・乱用者が治療を受けられるようにするためのものである。薬物乱用対策全体から見れば、治療を受けている人の薬物使用を見逃す不利益より、その結果多くの人が治療を受けるという利益が大きいという考え方であろう

麻薬取締法は、措置入院制度に代表されるように、麻薬中毒者は刑務所か病院に閉じこめて薬をやめさせることが唯一の治療法と考えられていた時代の産物である。これは現在のように、入院治療、外来治療、自助グループ、民間治療施設、さらに海外に目を向ければ外来維持療法の普及、とさまざまな治療の選択肢が生まれてきた現在では、明らかに時代遅れの代物と言っていいであろう。早急に廃止する必要がある。

■ 覚せい剤依存症者に対する治療的対応に関する包括的な精神保健福祉施策において、「覚醒法」と「麻向法」のいずれの法規を優先（または融合）すべきか、という点についてのコメント（某少年鑑別所の入所者でエクスタシーの依存症者が覚せい剤の依存症者と拮抗している事例も挙げ、法律の条文の在り方についてコメントを求めた）

精神保健法による入院は依存症に対してではなく精神科合併症についてのものであると考える限りにおいて有効であると考え。あらゆる薬物、アルコールやシンナーの乱用に対して、精神科的合併症が高度であれば精神保健法を適用すべきである、ということである。ただ、一部ではこれは拡大解釈されており、「覚醒剤をやめない人は精神病院に入院させるべきだ」という考えになることもあるので、この違いは明確にしなければならない。「覚醒剤を乱用している」と言うだけで精神保健法を適用するのは誤りであると考え。

一方において、薬物を乱用するからと言う理由だけで措置入院ができるのは麻薬だけである、という現実はいかに奇妙であり、措置入院制度そのものも時代遅れの隔離収容主義ではあるが、乱用者・依存症者に対する強制的な治療を定めてい

るという点では、積極的な意味があると考え。ただ、今の時代に見合った治療の体系をどう作り、どうやって薬物依存症者をそのルートに載せていくのかと言うことになると、ほぼ全面的な書き換えが必要であろう。DARC関係者が主張しているように有罪判決のダイバージョンとして治療を受けることを義務づける、あるいは、たとえば医師の依存症者には免許を維持する条件として治療を受けることを義務づけるなどを考える必要がある。この意味で、閉じこめるだけの治療ではなく、また、麻薬に限らず薬物全般に適用するという前提でなら、麻薬取締法の措置入院という考え方は残してもよいと思うし、むしろそのほうが、精神病院が薬物乱用者の収容所になることの歯止めになるであろう。

① 貴医療機関における平成15年度の状況についてお聞かせください。

② 貴医療機関では、薬物による中毒性精神病（幻覚妄想状態など）以外の症状を呈する患者も依存症者とみなし、治療の対象としていますか。

☐ している ☐ していない

薬物乱用者（または依存症者）者に対する医療機関の法的対応は主に、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、「精神保健福祉法」と記す）によって規定されていますが、一部の薬物乱用者（または依存症者）への対応は「麻薬及び向精神薬取締法」などによっても規定されます。これらの法律についての貴医療機関における認識と実際の対応についておたずねします。

1. 覚せい剤乱用（依存症）者への対応について

① 医師の覚せい剤乱用（依存症）者への対応は「精神保健福祉法第5条」※によって規定されていることをご存知でしたか。

☐ 知っていた ☐ 知らなかった

② 医師が受診者を覚せい剤乱用（依存症）者を診断・治療するにあたって、覚せい剤の乱用による保健衛生上の危害を防止するための法律である「覚せい剤取締法」においては、「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」※のような都道府県知事への届出義務が規定されていないことをご存知でしたか。

☐ 知っていた ☐ 知らなかった

③ 受診者が覚せい剤乱用（依存症）者と診断された場合の、貴医療機関における実際の対応について、(1)「精神保健福祉法第24条」※の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合、(2) (1)以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合、(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合、の状況別に、警察・家庭裁判所・保護観察所などとの連携状況も含め、ご記入ください。特に、尿検査を実施されている場合は、実施の時期および状況を詳細にご記入ください。（例：「警察が連行してきた場合、警察立会いのもとで採尿。陽性が出た場合は、警察は後日令状を持参して来院。」「薬物が疑われる場合、可能な限り尿検査は実施しているが、陽性だからといって警察に報告することはしない。」）

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

(2) (1) 以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

④ 覚せい剤乱用（依存症）者への対応の際、警察との連携についてお困りになったことがございましたら、その内容をご記入ください。

⑤ 覚せい剤精神病により貴医療機関に措置入院された患者のうち、措置入院による治療手続きが終了した後速やかに司法処遇を受けた人の割合はどの程度だと思われますか。

（簡略化のため「医療保護入院」の場合は除外します。わかる範囲内で結構ですので、概ねの割合をご記入ください。）

約 割

2. 大麻乱用（依存症）者への対応について

① 医師の大麻乱用（依存症）者への対応は「精神保健福祉法第5条」※によって規定されていることをご存知でしたか。

☐ 知っていた ☐ 知らなかった

② 医師が受診者を大麻乱用（依存症）者を診断・治療するにあたって、「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」※において、都道府県知事への届出義務が課せられていることをご存知でしたか。

☐ 知っていた ☐ 知らなかった

③ 受診者が大麻乱用（依存症）者と診断された場合の、貴医療機関における実際の対応について、
（1）「精神保健福祉法第24条」※の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合、（2）（1）以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合、（3）本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合、の状況別に、警察・家庭裁判所・保護観察所などとの連携状況も含め、ご記入ください。特に、尿検査を実施されている場合は、実施の時期および状況を詳細にご記入ください。

（例：「警察が連行してきた場合、警察立会いのもとで採尿。陽性が出た場合は、警察は後日令状を持参して来院。」「薬物が疑われる場合、可能な限り尿検査は実施しているが、陽性だからといって警察に報告することはしない。」）

（1）「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

（2）（1）以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

（3）本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

3. 有機溶剤乱用（依存症）者への対応について

① 医師の有機溶剤乱用（依存症）者への対応は「精神保健福祉法第5条」※によって規定されていることをご存知でしたか。

☐ 知っていた ☐ 知らなかった

② 有機溶剤を含む毒物及び劇物について、保健衛生上の見地から必要な取締を行うための法律であ

る「毒物及び劇物取締法」においては、「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」※のような都道府県知事への届出義務が規定されていないことをご存知でしたか。

☐ 知っていた ☐ 知らなかった

③ 受診者が有機溶剤乱用（依存症）者と診断された場合の、貴医療基幹における実際の対応について、(1)「精神保健福祉法第24条」※の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合、(2) (1)以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合、(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合、の状況別に、警察・家庭裁判所・保護観察所などとの連携状況も含め、ご記入ください。特に、尿検査を実施されている場合は、実施の時期および状況を詳細にご記入ください。（例：「警察が連行してきた場合、警察立会いのもとで採尿。陽性が出た場合は、警察は後日令状を持参して来院。」「薬物が疑われる場合、可能な限り尿検査は実施しているが、陽性だからといって警察に報告することはしない。」）

(1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合

(2) (1)以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合

(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

4. 覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）乱用（依存症）者への対応について

① 覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）使用による乱用（依存症）者への対応は、「精神保健福祉法第5条」※に規定されていることをご存知でしたか。

☐ 知っていた ☐ 知らなかった

② 覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）使用による乱用（依存症）者が来院した場合、「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」※において、医師には都道府県知事への届出義務が課せられていることをご存知でしたか。

☐ 知っていた ☐ 知らなかった

※また、「麻薬及び向精神薬取締法第58条2」における「麻薬中毒者」と診断する場合には、どのような症状がその重要な根拠となるとお考えですか。

③ 「麻薬及び向精神薬取締法」による規定とは別に、覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）使用による乱用（依存症）者が来院した場合の、貴医療機関における実際の対応について、(1)「精神保健福祉法第24条」※の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合、(2) (1)以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合、(3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合、の状況別に、警察・家庭裁判所・保護観察所などとの連携状況も含め、ご記入ください。特に、尿検査を実施されている場合は、実施の時期および状況を詳細にご記入ください。（例：「警察が連行してきた場合、警察立会いのもとで採尿。」）

陽性が出た場合は、警察は後日令状を持参して来院。」「薬物が疑われる場合、可能な限り尿検査は実施しているが、陽性だからといって警察に報告することはしない。）」

- (1) 「精神保健福祉法第24条」の適用による警察官通報に基づく診察を受け入れた場合
- (2) (1) 以外で警察に保護され、診察・治療を依頼された場合
- (3) 本人が自発的に来院した（または家族が同行してきた）場合

5. 尿検査の実施に関して

① 貴医療機関で使いの薬物検出キット（トライエージなど）の商品名をご記入ください。
（尿検査を実施していない医療機関は『なし』とご記入ください）

② 尿検査を実施する際は、患者に対してインフォームド・コンセントを求めますか。

- ☐ 必ずインフォームド・コンセントを得る
- ☐ なるべくインフォームド・コンセントを得られるよう努力している
- ☐ 特にインフォームド・コンセントを得る必要はない
- ☐ 尿検査を実施していないのでわからない

以上のように、わが国における現在の薬物乱用（依存症）者に対する法規定は、使用薬物によって準拠する法律が異なるなど複雑な様相を呈しており、そのことが医療現場における混乱を招く一因となっているものと思われます。また、現行法成立時と現在とでは薬物乱用者をとりまく状況が大きく変化しているにも関わらず、法改正がなされていないため、様々な矛盾が生じているとの指摘もあります。MDMA（エクスタシー）など新規の依存性薬物乱用（依存症）者の増加が危惧されるなど今日の状況を踏まえ、今後の麻薬取締法における通報義務や措置のあり方について貴医療機関のご意見をお聞かせください。

6. 薬物乱用（依存症）者に対する現行法について

① 現在、医師が受診者を覚せい剤乱用（依存症）者と診断した場合、いかなる機関（警察・都道府県知事など）への届出義務も課せられておらず、その一方で、覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）乱用（依存症）については、「麻薬及び向精神薬取締法」において都道府県知事への届出義務が規定されています。この相違について、貴医療機関のご意見をお聞かせください。

② 覚せい剤乱用（依存症）者の措置入院は「精神保健福祉法第29条」※1、覚せい剤、有機溶剤を除くほとんどの違法薬物（ヘロイン・コカイン・LSD・MDMAなど）使用による乱用（依存症）者の措置入院は「麻薬及び向精神薬取締法第58条の8」※2などに規定されており、両措置入院の判定に用いられる基準や根拠が異なっている現状について、ご意見等ございましたらご記入ください。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆ ご協力ありがとうございました ☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

分 担 研 究 報 告 書
(2-2)

薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究

分担研究者	池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室	教授
研究協力者	山内 慶太	慶應義塾大学看護医療学部	助教授
	湯尾 高根	埼玉社会保険病院	
	小沼 杏坪	医療法人せのがわKONUMA記念薬物依存研究所	所長
	平井 楨二	下総精神医療センター 薬物依存研究室	室長

研究要旨 薬物関連精神障害において、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発するために、入院後の患者の状態の変化に対応して、急性期のケア時間（ケアのコストを反映）がどのように変化するかを把握する必要がある。そこで平成15・16年度の2年間、分担研究「薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究」において、「覚せい剤使用による精神及び行動の障害（F15）」の入院患者について、入院日から1ヶ月間（28日間）の毎日のケアの時間と臨床的特性の変化のパターンを捉えることを目的に研究を実施した。第1年目の平成15年度は、広島と福岡の2病院に入院した対象患者に対し、日記形式タイムスタディを行なった。しかし症例数が少なかったために第2年目の平成16年度は、広島のH病院と千葉のC病院の2病院において調査期間を拡大して同様の日記形式タイムスタディを行なった。このうちH病院については、対象患者は21名であり、それぞれの入院後のケア時間の変化のパターンをみると、①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン、②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン、③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン、の3つのパターンに大別されることが示唆された。現行の診療報酬は、このような変化のパターンに対応しているとは言い難い。今後、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する際には、急性期のコストの変化のパターンにも留意する必要がある。

A. 研究目的

平成14年度、分担研究「薬物依存症の医療経済に関する研究」（分担研究者：石橋正彦）(1)において、広島と福岡の2病院を対象にタイムスタディを行ない、実際のケア時間を測定し、ケア時間に代表されるケアのコストと保険収益との関係を分析した。その結果、薬物関連精神障害において、現行の診療報酬が、実際のケアのコストの相違を適正に反映していないことが確認された。したがって、薬物関連精神障害について、患者によるケアのコストを規定する要因を明らかにし、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する必要があることが示唆された。しかし、この調査は、指定した調査対象日に当日の全入院患者に対して一斉にタイムスタディを実施する横断的調査であり、特に入院直後の急性期の患者の状態の変化に対応して、ケア時間がどのように変化する

のかを把握することができなかった。

そこで平成15・16年度の2年間、本分担研究「薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究」において、「覚せい剤使用による精神及び行動の障害（F15）」の患者について、入院日から1ヶ月間（28日間）、毎日の日記形式タイムスタディを実施し、各職種の関わる時間を測定し、患者の症状の変化と共にケア時間の変化のパターンを捉えることを目的とした。第1年目の平成15年度は、広島と福岡の2病院に入院した対象患者に対し、日記形式タイムスタディを行なった(2)。精神病症状の変化とケア時間の変化については、症例数が5名と少なかったために平均化して分析することはできなかったが、個々の症例を詳細に分析し、症状とケア時間の変化に影響を与える要因を考察することによって、「精神病症状」は、抗精神病薬の治療によって急速に改善され、入院後14日以内に殆ど消褪すること、「精神病症状」の

改善に伴い、ケア時間の減少がみられること、等が明らかとなった。

又、両病院において適切に調査が実施されたことから、同様の調査方法で規模や期間を拡大した調査の実施が可能であることが確認された。そこで第2年目の平成16年度は、症例数を増やしてより精緻な分析を行なうために広島と千葉の2病院において調査期間を拡大して日記形式タイムスタディを行なった。

B. 研究方法

(a) 調査対象病院

平成14年度、平成15年度の調査においてタイムスタディを依頼した広島のH病院と、今年度は新たに千葉県内のC病院の協力を得て、2病院を対象病院とした。

(b) 調査対象患者

(c)の調査期間に新たに入院した「覚せい剤使用による精神及び行動の障害 (F15)」(ICD-10)の患者を対象とした。入院時に幻覚・妄想状態にあり、現病歴などの情報に乏しく、診断できない場合でも、「覚せい剤使用」が疑われるときは、対象患者としたが、入院後の経過の中で、上記診断が否定された場合には、対象患者から外した。それぞれの病院で15名以上の患者(合計30名以上)を調査することを目標とした。

(c) タイムスタディの調査対象期間

H病院では、調査期間を拡大し、平成16年7月中旬から12月中旬を調査対象期間とした。C病院では、平成17年2月初旬から平成17年3月下旬までを調査対象期間とした。

この期間内に入院し、(b)の基準を満たす患者を入院日から28日間、調査した。尚、入院期間が28日間に満たない場合も対象に含めた。

(d) タイムスタディの実施

調査対象患者一人ひとりが各職種から受けたケアの時間を測定・集計した。医師、看護師、臨床心理士、精神科ソーシャルワーカー等、ケアに直接関わる病院の各職種からそれぞれ毎日何分のケアを受けているかを測定した。調査は、特定の患者が入院した当日から開始し、1日(24時間)調査を28日間続けた。測定するケア時間には、直接

患者に接している時間だけではなく、例えば器材の準備から片付けあるいは記録までというように、個々のケアに伴って発生する一連の業務を包括することとした。更に、特定の患者についての記録・観察・カンファレンス・他職員との検討等、個々の患者に帰属できる時間はすべてケア時間に含めた。又、集団精神療法、作業療法、レクリエーションなどで同時に複数の患者に接している場合には、その時間を関わっていた度合いに応じて各患者に按分した。

(e) 調査票

調査票は昨年度同様、患者基本調査票、患者アセスメント票(主治医用)、患者アセスメント票(看護用)から構成される。

患者基本調査票は、性別、年齢等の基本属性に加えて、費用、障害年金の等級、精神障害者保健福祉手帳障害等級等で構成される。

患者アセスメント票(主治医用)は、診断(ICD-10)、オックスフォード版BPRS(Brief Psychiatry Rating Scale 簡易精神症状評価尺度)、GAF(Global Assessment of Functioning 機能の全体的評価尺度)等で構成される。

患者アセスメント票(看護用)は、WHO/DAS(Disability Assessment Schedule 精神医学的能力障害評価面接基準)の第1節「全般的行動」および第3.1節「病棟内の行動」、その他の項目(自傷他害の危険、個人衛生等)、ADL自立度の評価、作業療法等の状況等で構成される。

これらの調査票への記入は、患者基本調査票は担当事務職員、病棟師長、精神科ソーシャルワーカー等が、患者アセスメント票(主治医用)は主治医が、患者アセスメント票(看護用)は病棟師長又はそれに準じる看護師が行なった。又、アセスメントの時期は、入院当日、3日目、7日目、14日目、28日目の計5回である。

回収された調査データは、記入漏れ・不整合なデータの確認を行なった。又、調査実施病院を訪問して、医師と看護師に対し各症例についてインタビューを行ない、提出された調査票の不明点の確認等を行うこととした。

(倫理面への配慮)

以上の調査は、調査実施病院において各患者に対して本研究の趣旨等を説明し、同意を得た上で

実施することとした。またデータベース構築・解析時のプライバシー保全についても、対象患者には本調査固有のID番号を付け、患者の氏名並びにカルテ番号等はデータベースに含まないように配慮した。

C. 研究結果

以下では既にデータ整理の終わったH病院の結果を報告する。

調査にエントリーした患者は21名で、脱落者はなく、全対象患者数は21名（男性13名、女性8名、平均年齢40.0±12.9歳）であった。患者の基本情報については、表1にまとめた。入院形態については、措置入院が最も多く14名（67%）、以下任意入院4名（19%）、医療保護入院3名（14%）であった。過去の精神科入院回数については、初回入院が最も多く（11例）、57%を占めた。平均入院回数は3.5回であった。尚、入院して28日未満で退院した症例は5名であった。

入院後のケア時間の変化のパターンをみると、①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン、②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン、③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン、と大きく3つのパターンに分けられることが示唆された。そこで各パターン毎にそれぞれ2症例ずつ挙げ、提示する。尚、②のパターンについては、身体合併症を有する例と、精神科合併症を有する例をそれぞれ1例ずつ挙げた。

①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン

症例1

診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害
急性中毒 知覚変容を伴うもの

（現病歴及び入院後経過）平成16年X-1日、自宅にて興奮状態となり、警察に保護され、措置鑑定となった。診察時、診察医に対して大声を出し、机を叩く等の不穏状態であった。

また「急に物がなくなったり、現れたりする」と言い、幻視を認め、幻聴、被害妄想も認めた。要措置と判断され、X日、H病院へ措置入院となった。

入院時より性急・焦燥が前景にあり、保護室を

表1
患者基本情報（H病院:n=21）

平均年齢	40.0±12.9歳
性別	
男性	13名
女性	8名
入院形態	
措置入院	14名
任意入院	4名
医療保護入院	3名
精神科入院回数(平均回数:3.5回)	
初回入院	11名
2回	5名
3回以上	5名
結婚歴	
なし	12名
離婚し現在独身	7名
既婚	2名
学歴	
中学中退	2名
中学卒業	10名
高校中退	6名
高校卒業	3名
入院直前の就労状況	
無職	16名
フルタイム	3名
パートタイム	2名
第1診断(ICD-10)	
F15「覚せい剤による精神・行動の障害」	
F15.50「精神病性障害 精神分裂病様のもの」	10名
F15.52「精神病性障害 主として幻覚性のもの」	5名
その他	6名
第2診断(ICD-10)	
統合失調症	1名
成人の人格・行動の障害	1名
アルコールによる精神・行動の障害	2名
合併症	
C型肝炎	8名
急性中毒	4名
外傷	2名
肺炎	1名
その他	8名

使用した。薬物治療は、クロルプロマジン250mg、プロメタジン50mgから開始した。入院後3日目より傾眠状態となり、7～8日間続いた。入院時より食事摂取は不規則であったが、入院後4日目より規則的に食事が取れるようになった。傾眠状態から回復すると、精神症状は安定し、穏やかな状態が続いた。

夜間に睡眠薬の要求等あったが一方的でなく、スタッフの説明に対する了解もよく、手のかからない患者であった。X+13日に保護室から開放されたが、他の患者とのトラブルは一切なく、寧ろ適切なアドバイスをするなど冷静な対応ができていたという。クロルプロマジンをX+5日目には150mgと減量し、その後100mg→50mgと漸減し、退院時には中止とした。X+25日目には集団療法にも参加するようになった。X+88日、退院と同時に

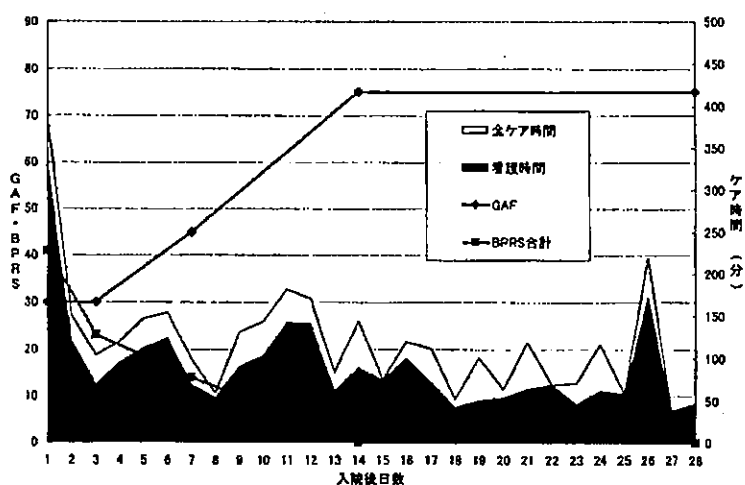
表2

症例1の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
不安	5	3	2	0	0
思考解体	4	0	0	0	0
緊張	4	3	1	0	0
敵意	4	3	3	0	0
非協調性	4	3	3	0	0
思考内容の異常	4	0	0	0	0

BPRSにて評価(各項目0～6点)

図1 症例1のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



逮捕となった。

(精神症状の変化とケア時間の変化)

入院後の精神症状の変化については、表にまとめ、BPRSの18項目のうち入院時に点数が高かった6項目を順に示した。BPRS(表2)では、「不安」が5点と高く、「思考解体」、「緊張」、「敵意」、「非協調性」、「思考内容の異常」が4点と続くが、その後急速な改善を示し、入院後14日目にはBPRSの18項目すべてが0点となり、28日目も変化なく0点のままであった。

措置入院であり、入院当日はケア時間が大きくなったが、全ケア時間、看護ケア時間の変化(図1)をみると、共に入院当日から3日目までに著明な減少を示し、その後全ケア時間は100分前後で安定し、看護ケア時間は13日目から100分以内で推移している。スタッフにとって接しにくい患者ではなかったという。尚、C型肝炎を有していたが、身体ケアに大きく時間をとられることはなか

った。

症例2

診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害
精神病性障害 精神分裂病様のもの

(現病歴及び入院後経過)平成16年X-5日に更生保護施設に入所した。X-1日深夜、独語し、施設内を走り、玄関のガラスドアを破り外へ出て、民家の塀をよじ登り内側に嵌り込んだ。警察に保護された後も独語し、壁を叩き、手指を開閉させたり、落ち着きを欠いていた。独語が続き、言動は幻覚妄想により左右され、衝動性も強く、他害の危険性は極めて高いと判断されたため、X日にH病院へ措置入院となった。

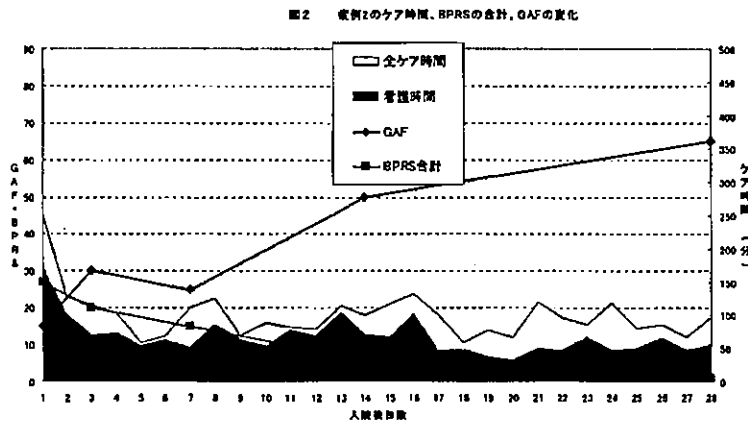
入院時より言動にまとまりなく、床を這い、虫取り行為を認めたため、保護室を使用した。入院後2～3日は眠気も強く、食事も規則的に入らない状態が続いた。スタッフに対する暴言・暴力は認

表3

症例2の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
幻覚	5	4	4	1	0
思考解体	3	3	4	1	0
思考内容の異常	3	2	3	1	0
高揚気分	3	0	0	0	0
精神運動興奮	3	0	1	0	0
衝動的な行動や姿勢	2	2	3	1	0

BPRSにて評価(各項目0～6点)



めなかった。薬物治療は、リスパダール6mg, オランザピン20mgから開始した。X+6日に虫取り行為、徘徊が顕著となり、スタッフの説明も入らない状態となったが、X+8日より徐々に疏通がとれ始め、入院前後のことを「スーパーマンのようだった」と振り返っていた。また入院後1週間後から食事もスムーズに摂取できるようになった。X+15日から保護室を開放とし、集団精神療法にも参加できていた。X+20日よりリスパダール8mg, フルニトラゼパム1mgと薬物調整を行ない、退院時には、リスパダール6mg, フルニトラゼパム1mgと減量された。X+34日、自宅へ退院となった。

(精神症状の変化とケア時間の変化)

措置入院であり、BPRS(表3)では「幻覚」,「思考解体」,「思考内容の異常」,「衝動的な行動や姿勢」が高く、精神病症状が前景にあったが、入院後徐々に改善され、14日目にはほぼ0～1点に落ち着いている。

入院後のケア時間の変化(図2)をみると、入院日から3日目にかけて減少を示し、その後は全

ケア時間、看護ケア時間共に100分以内に落ち着いている。大人しい患者で、スタッフとしても接しやすく、他の患者とのトラブルも一切なかったという。HCV陽性で肝機能障害を認め、強力ミノファージェンの静脈注射を連日施行したが、治療にも抵抗はなく従順であった。

②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン

症例3 (身体合併症を有する例)

第1診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害 急性中毒 外傷あるいは他の身体損傷を伴うもの

合併症：急性中毒、肝機能障害、口腔内裂傷

(現病歴及び入院後経過) 平成16年X-2日より飲酒し、更に覚せい剤を静脈注射にて摂取をし、X-1日夜間より急性中毒(せん妄)状態となった。そしてX日未明、民家の塀を歩いているところを警官に質問され、20～30cmのナイフをふりかざし、逮捕された。留置所内にて箸で口腔、頸部を刺し、

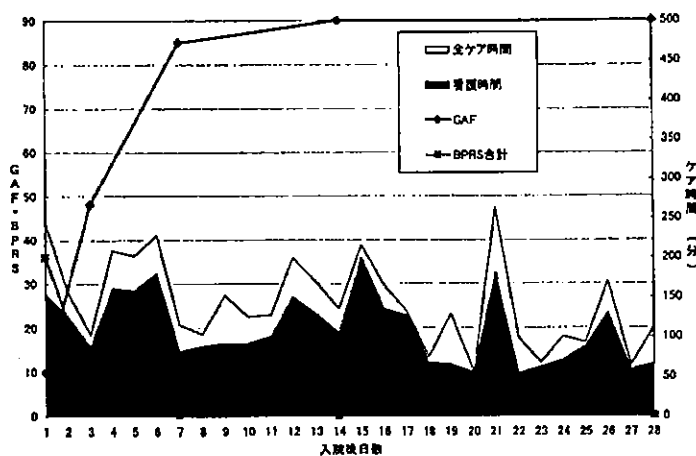
表4

症例3の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
不安	6	3	0	0	0
抑うつ気分	6	1	0	0	0
幻覚	6	1	0	0	0
思考内容の異常	6	0	0	0	0
精神運動興奮	6	0	0	0	0
思考解体	3	1	0	0	0

BPRSにて評価(各項目0～6点)

図3 症例3のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



自傷行為をするため、措置鑑定となった。放置すれば急性錯乱状態で自傷他害の恐れが著しく、同年X日、H病院へ措置入院となった。

入院時より幻視・幻聴を認め、易怒的で疏通は不良であった。入院時より保護室を使用し、ハロペリドール（液剤）5mgから開始した。入院時にはせん妄による点滴の自己抜去もみられたが、入院後2～3日目から精神症状は安定し、疏通も取れるようになり、食事も規則的に取れるようになった。口腔内裂傷のために消毒や抗生剤の点滴等の処置を施した。

スタッフに対する暴言や暴力もなくなり、スタッフの説明にも従順であった。X+5日目よりクロルプロマジン200mg、ピペリデン3mgに切り替え、これを退院時まで継続した。保護室はX+14日目より開放とした。他の患者とのトラブルもなく平穏に過ごしていた。X+39日、退院と同時に逮捕となった。

（精神症状の変化とケア時間の変化）

措置入院で、入院時「幻覚」、「思考内容の異常」、「精神運動興奮」の精神病症状はBPRSにて6点と高く、「不安」、「抑うつ気分」も高く情緒不安定な状態であった（表4）。しかし入院後急速に精神症状は改善され、7日後にはBPRSの18項目すべてが0点となり、その後も変わりなく安定した状態であった。GAFも14日目から90点と顕著な改善を示している。

急性薬物中毒と口腔内裂傷の処置のために特別な管理を要し、ケア時間は全ケア時間、看護ケア時間共に精神症状の改善に伴って減少傾向にはなく、大きく増減を繰り返している（図3）。

症例4（精神科合併症を有する例）

第1診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害 精神病性障害 主として幻覚性のもの

第2診断：成人の人格・行動の障害

（現病歴及び入院後経過）暴力団関係者である。

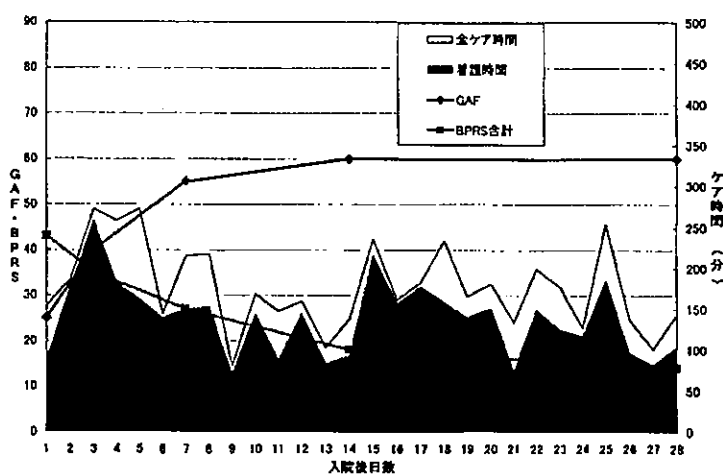
表5

症例4の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
幻覚	5	3	3	2	2
思考解体	4	3	3	2	0
非協調性	4	2	2	2	2
精神運動興奮	4	3	1	1	1
不安	3	3	3	2	1
敵意	3	3	3	2	2

BPRSにて評価(各項目0～6点)

図4 症例4のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



平成16年Y月、同棲中の女性の所に居候をして覚せい剤を乱用した。X-4日から精神錯乱状態となり、言動がまとまらず、ごみ箱や室内に水を撒いたりするため、X日、H病院を初診となった。不機嫌で易怒的であり、幻聴、対話性独語を認めた。病識は無く、判断能力が欠如し、入院の必要性を理解することができなかったため、同日H病院へ医療保護入院となった。

入院時より幻聴が著しく、失見当識もあり、言動にまとまりがなかった。性急・焦燥が前景でX+22日目まで続いた。入院時より保護室を使用し、ハロペリドール20mg、レボメプロマジン50mg、プロメタジン25mg、ジアゼパム35mg、ニトラゼパム5mgから開始した。更に経口薬に加えて殆ど連日、ハロペリドール+ピペリデン、ジアゼパムの筋肉内注射も施行した(X+38日まで)。暴言が多く、スタッフに対して「お前は何様だ!」と威圧的な言動が多くみられた。入院後14日目頃から徐々に精神症状は治まるも、訴えは頻回で、暴言

もあり、手のかかる患者であった。保護室はX+38日まで使用した。また精神症状が軽減されてくるのに伴い、薬物も減量され、ハロペリドール20mg→12mg(X+28日)→6mg(X+35日)→4.5mg(退院時)、レボメプロマジン50mg→25mg(退院時)、ジアゼパム35mg→10mg(退院時)と減量された。X+41日目より集団精神療法に参加している。X+60日、退院と同時に逮捕となった。

(精神症状の変化とケア時間の変化)

措置入院で、入院時の症状は、「幻覚」、「思考解体」といった精神病症状と、「非協調性」、「精神運動興奮」といった不穏症状が前景であった(表5)。入院後の経過と共にBPRSの評点は減少傾向にはあるが、症状は遷延している。人格障害を伴ない、暴言や頻回の訴えが目立ち、スタッフとしてもケアが困難な患者であった。またHCV陽性で肝機能障害を認め、強力ミノファージェンの注射を要し、さらに逆流性食道炎の加療にもケア時間を要している。そのために全ケア時間、看護ケア時間

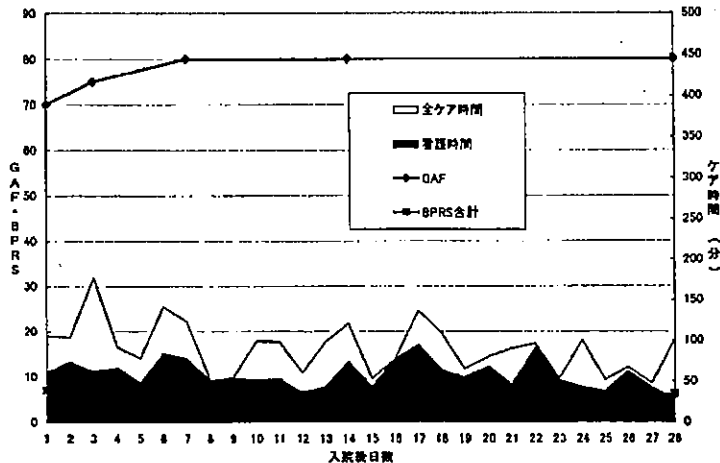
表6

症例5の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
心氣的訴え	3	3	3	3	2
罪業感	2	2	2	3	3
不安	2	1	1	1	1

BPRSにて評価(各項目0～6点)

図5 症例5のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



共に減少傾向にはなく、100～250分の間で増減を繰り返している(図4)。

③入院時より精神病症状が安定し、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン

症例5

診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害
依存症候群 現在中断しているが、保護された環境にいるもの

(現病歴及び入院後経過) 平成16年Y月から覚せい剤の脱慣のため、自らH病院を受診し、外来通院を開始したが、通院は不規則であった。X-25日から昔の売人が本人のアパートに転がり込み、再び乱用を始めた。X-8日、再び薬に手を出したことで自責的となり、H病院で処方された睡眠薬を過量服薬し、1～2日間昏睡状態となった。昏睡状態で放置されていたため、左下肢がリンパ管浮腫となり、その治療のためX-7日、C病院に入院し、X日からH病院に転入院(任意入院)となった。

精神症状は、入院時より落ち着いており、入院当初から家族が左下肢のリハビリ目的で温泉等に連れ出していた。スタッフに対する暴言や治療への

抵抗はなく、他の患者とのトラブルもなかった。入院時よりリスベリドン1mg、プロメタジン25mg、ジアゼパム10mg、プロチゾラム0.25mgの処方で、退院時まで継続した。X+27日、自宅退院となった。

(精神症状の変化とケア時間の変化)

任意入院のため、入院時から精神症状は落ち着いており、BPRSにて「心氣的訴え」、「罪業感」、「不安」の項目に点数がついているのみで、他の項目はすべて0点であった(表6)。

これら3つの症状はほぼ変化のない状態で経過しているが、低い点数のままである。GAFは入院時より高い点数であり、これもほぼ変化のないまま経過している。

全ケア時間でみても入院時より100分以内の少ないまま経過している(図5)。

症例6

診断：覚せい剤使用による精神及び行動の障害
精神病性障害 主として幻覚性のもの

(現病歴及び入院後経過) 平成15年より暴力団組員と同棲し、覚せい剤の乱用を始め、平成16年Y

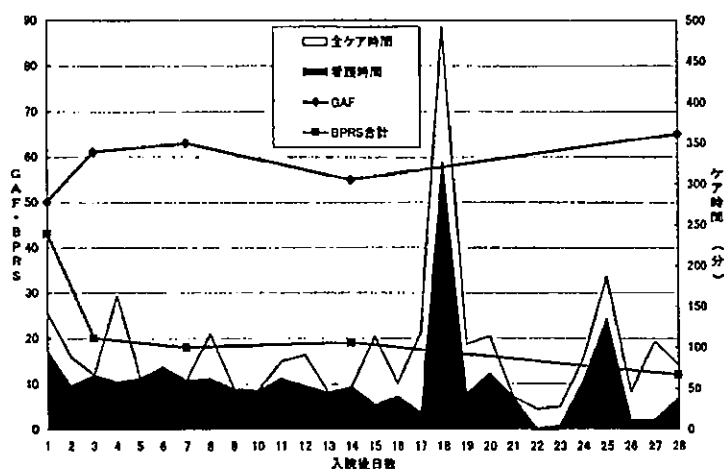
表7

症例6の症状変化

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
不安	4	2	3	2	1
感情的引きこもり	4	0	0	0	0
罪業感	4	3	3	3	2
抑うつ気分	4	2	1	2	1
幻覚	4	3	3	2	3
情動の鈍麻・不適切	4	3	2	3	2

BPRSにて評価(各項目0~6点)

図6 症例6のケア時間、BPRSの合計、GAFの変化



月には使用量も増加していった。次第に「お経の声がする、それが自分に死ねと言っている」と幻聴が出現した。薬を止めようと婦人ケアセンターに入所するも、すぐに退所してしまう。X-3日よりお金が足りなくなり、県の薬務課に相談、その職員に伴われX日、H病院を初診、同日同院に任意入院となった。

入院時より幻聴を認めた。暴言や暴力はなかったが、不安を強く訴え、希死念慮を示唆する発言も聞かれていた。リスパダール4mg、レボメプロマジン15 mg、ジアゼパム20 mg、ニトラゼパム5 mgから薬物治療を開始した。X+17日より幻視の訴えもあり、薬物調整にて、ハロペリドール4.5mg、クロルプロマジン25mg、ジアゼパム5 mg、ニトラゼパム5 mgに切り替えた。X+60日、「死にたい」とメモを書き、タバコを飲んで自殺企図。同日保護室を使用し、4日目に開放した。心理的不安が強まると幻聴が強まるパターンを繰り返していたが、保護室から開放後は幻聴も治まり、症状

が安定し、X+88日、社会復帰施設へ退院となった。

(精神症状の変化とケア時間の変化)

任意入院であり、入院時から「不安」、「抑うつ気分」、「罪業感」、「感情的引きこもり」等の項目が高く(表7)、覚せい剤を止めようと思っても止められない心的葛藤、今後の生活に対する不安が覗える。BPRSの評点で入院後経過と共に減少傾向にはあるが、消褪することはなく、遷延している。今回の調査期間には入っていないが、入院から2ヶ月目に自殺企図もみられている。現実的な心理ストレスを抱えていた患者であったと考えられる。

全ケア時間は、概ね100分前後で経過し、変動も少ない(図6)。18日目の突出した山は集団精神療法によるものである。

全21症例のBPRSの平均をとり、入院時の点数の高い項目から順に6項目挙げてみると(表8)、昨

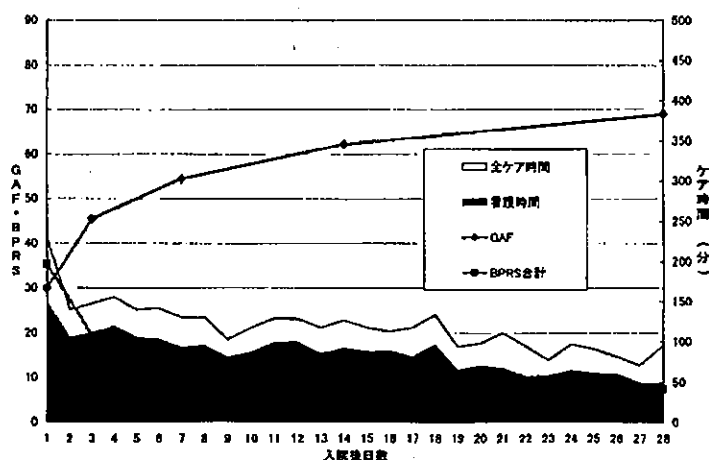
表8

症状変化の平均(全21症例の平均)

	入院当日	3日目	7日目	14日目	28日目
幻覚	3.2	1.5	0.9	0.5	0.5
不安	3.0	1.7	1.2	0.8	0.8
思考解体	2.8	1.4	0.9	0.4	0.2
精神運動興奮	2.8	1.0	0.6	0.6	0.4
緊張	2.7	1.5	0.4	0.3	0.4
思考内容の異常	2.4	1.1	0.5	0.2	0.2

BPRS(各項目0～6点)

図7 全21症例の平均ケア時間、BPRSの合計の平均、GAFの平均の変化



年度の調査結果と同様に「精神病症状」が前景にあり、入院後7日目には1点以下に落ち着いていることが分かる。平均ケア時間の変化、GAF・BPRSの平均の変化をみると(図7)、全ケア時間については、入院当日から2日目にかけて著明な減少を示し、その後漸減し、大体10～20日目にかけて100分前後で経過し、更にその後減少し、20～28日目にかけても100分以内で経過している。看護ケア時間の動きも全ケア時間にはほぼ連動している。BPRSは減少傾向、GAFは増加傾向にある。

D. 考察

薬物関連精神障害においてケアのコストを適正に補償するためには、1日当りのケアのコストの患者間での相違を規定する臨床特性を明らかにし、個々のケアのコストと臨床像を同時に反映するような分類方式を開発する必要がある。そのためには病院又は病棟の全入院患者を対象にケアのコストと臨床特性を把握する横断的調査が不可欠

であるが、入院後の精神症状が安定するまでの経過とそれに伴うケアのコストの変化のパターンについても分析する必要がある。そこでまずケアのコストを反映するケア時間に注目し、急性期の精神症状の変化と共にケア時間がどのように変化するかを把握するため、平成15年度と平成16年度の2年間、日記形式タイムスタディを行なった。

第1年目の平成15年度は、対象患者数が5名のみで、目標の症例数を集めることができず、明確な結論を示すことはできなかったが、①「精神病症状」は、抗精神病薬の治療によって急速に改善され、入院後14日以内に殆ど消褪する、②「精神病症状」の改善に伴い、ケア時間の減少がみられる等の示唆を得ることができた。

今年度の調査では、H病院にて21症例を集めることができ、入院後の精神症状の変化、ケア時間の変化の仔細な分析を可能にするデータを得ることができた。

(a) 精神症状の変化

平均BPRSに関しては、下記に示すような変化がみられた。入院時に得点が高かった順に18項目のすべてを示す。

(入院時→入院後3日目→7日目→14日目→28日目
で示している)

幻覚 : 3.2 → 1.5 → 0.9 → 0.5 → 0.5

不安 : 3.0 → 1.7 → 1.2 → 0.8 → 0.8

思考解体 : 2.8 → 1.4 → 0.9 → 0.4 → 0.2

精神運動興奮 :

2.8 → 1.0 → 0.6 → 0.6 → 0.4

緊張 : 2.7 → 1.5 → 0.4 → 0.3 → 0.4

思考内容の異常 :

2.4 → 1.1 → 0.5 → 0.2 → 0.2

非協調性 : 2.1 → 1.1 → 0.7 → 0.6 → 0.6

疑惑 : 2.0 → 1.3 → 0.8 → 0.3 → 0.4

敵意 : 1.9 → 1.1 → 0.9 → 0.7 → 0.5

感情的引きこもり :

1.7 → 1.2 → 0.4 → 0.1 → 0.1

衝動的な行動や姿勢 :

1.7 → 1.0 → 0.5 → 0.1 → 0.1

心氣的訴え :

1.5 → 1.2 → 1.1 → 1.3 → 0.9

情動の鈍麻・不適切 :

1.4 → 0.8 → 0.4 → 0.3 → 0.3

運動減退 : 1.4 → 0.7 → 0.2 → 0.3 → 0.2

抑うつ気分 :

1.1 → 0.7 → 0.3 → 0.3 → 0.3

罪業感 : 1.1 → 1.2 → 0.7 → 1.0 → 0.9

高揚気分 : 1.0 → 0.4 → 0.5 → 0.7 → 0.5

誇大的 : 0.3 → 0.3 → 0.2 → 0.2 → 0.2

昨年度の調査結果と同様に、上位は「精神病症状」が占め、下位の方を「抑うつ症状」が占める傾向にあった(「高揚気分」と「誇大的」については評点のついた症例が少なかったため、ここでは考慮しない)。精神病症状は抗精神病薬の治療によって急速に改善し、7日目には1点以内に落ち着いている。精神病症状から回復すると、覚せい剤を使用したことへの後悔や、自責の念による情緒的な揺れが出てくるものと考えられ、「罪業感」や「心氣的訴え」の項目は、14日目においても1点以上を示しており、遷延している傾向がみとれる。

(b) ケア時間の変化

21症例の入院後の精神症状の変化、ケア時間の变化のパターンを分析したところ、次の3つの臨床類型に分けられることが示唆された。

①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン

このパターンが最も多く、21例中9例がこのパターンを示していた。9例全例が措置入院であった。入院時には精神病症状が顕著であるが、その後急速に改善を示し、それに伴ないケア時間の減少がみられた。

②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が増減を繰り返すパターン

主治医が「特別な管理を要する」と評価した身体合併症を有していた例は4例で、精神科合併症を有していた例は4例であった。「特別な管理を要する」身体合併症では、急性中毒が2例、外傷が2例、肺炎1例であった(前に提示した症例3は急性中毒と外傷を共に合併していた)。入院形態でみると、措置入院2例、任意入院2例であった。これらの例は概して、入院経過と共に精神症状の改善を示すもののケア時間は減少傾向を示さず、増減を繰り返していた。精神科合併症では、アルコールによる精神・行動の障害が2例、統合失調症が1例、成人の人格・行動の障害が1例であった。入院形態でみると、措置入院2例、医療保護入院1例、任意入院1例であった。①のパターンを示した1例(アルコールによる障害)を除き、4例中3例において、ケア時間は増減を繰り返していた。身体合併症と精神科合併症を共に有する例が1例あり、この症例は任意入院であったが、身体合併症として肺炎、精神科合併症としてアルコールによる障害を伴っており、ケア時間は大きな増減を繰り返していた。

③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン

このパターンは4例でみられ、2例が任意入院で、2例が医療保護入院であった。入院時より精神病症状は低い評点であり、全ケア時間でみても100分前後で経過していた。

上記の3つのパターンに入らなかった3例のうち2例については、入院期間が10日以内と短期間であり、上記のようなパターンを示すには至らなかった。残りの1例については、身体合併症や精神

科合併症を有していなかったにも関わらず、ケア時間が増減を繰り返していた。この症例は、医療保護入院であり、入院時の精神病症状の評点は低いが、「不安」や「心氣的訴え」の評点が高く、退院時でも共に5点を示している。実際に不安の訴えや要求の多い患者であり、ケア時間を要したという。

E. まとめ

「覚せい剤使用による精神及び行動の障害（F15）」の診断を得た21名の患者に対し、日記形式タイムスタディを行い、入院後のケア時間の変化のパターンから次のような示唆を得ることができた。

①精神病症状が急速に改善し、それに伴いケア時間も減少するパターン、②身体合併症や精神科合併症を有し、ケア時間が変動を繰り返すパターン、③入院時より精神病症状が安定しており、ケア時間が少ないまま変動を示さないパターン、の3つのパターンに大別されることが示唆された。

今後、実際に発生するケアのコストに基づく支払い方式を開発する際には、本研究の知見を踏まえ、急性期のコストの変化のパターンにも留意する必要がある。今後、C病院の症例と昨年度の5症例も含めて数量的に分析し、ケアのニーズに見合った支払い方式を開発していく予定である。

F. 参考文献

- (1) 石橋正彦, 山内慶太, 湯尾高根ら:「薬物依存症の医療経済に関する研究」、薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究、平成14年度厚生労働科学研究報告書、229-242、2003
- (2) 池上直己, 山内慶太, 湯尾高根:「薬物関連精神障害が医療経済に及ぼす影響についての研究」、薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究、平成15年度厚生労働科学研究報告書、143-155、2004

分 担 研 究 報 告 書

「薬物裁判所」の実態に関する研究

分担研究者 阿部 恵一郎 創価大学 教育学部 教授

研究要旨

【目的】薬物事犯者に対して刑罰よりも治療プログラムへの参加を目的とした司法のダイバージョンと言われる薬物裁判所(drug court)について、その法制度、システム、プログラムの展開を把握し、我が国のシステムと比較検討を行い、このようなシステムが有効であるか、あるいは治療プログラムや評価方法が我が国での薬物乱用者・依存者の治療に役立つかを検討する。

【研究方法】昨年度は薬物裁判所(drug court)に関する文献研究を行い、その歴史、法制度、治療プログラム、さらにシステムを支えている治療的プロヴァイダーとの関係、実際の治療についての考え方などを文献から理解した。今年度は実地視察を行い、薬物関連事件についての司法システム、薬物裁判所の方法を、実際に扱われた事例に基づいて理解し、さらに治療プロヴァイダーと裁判所の連携、治療プログラムの実際を調査することを目的とした。

【結果と考察】調査対象としてカリフォルニア州の薬物裁判所を選び、薬物裁判所とこれに関連する治療施設の実態を把握した。カリフォルニア州における薬物裁判所には4つのタイプがあり、司法手続きの面で違いがある。薬物裁判所では治療プログラム開始にあたって詳細なアセスメントと評価をA S I (薬物重症度評価尺度)とインタビューで行い、プロフィールを作成している。調査した薬物裁判所の結果では5年間にプログラムに参加した者745名で治療プログラムを終了できた者は185名、中断した者の多くはプログラムの早い段階でやめてしまっていた。治療プログラムに失敗した事例の多くに精神疾患などの問題があり、治療プロバイダーは「二重診断」的な見方をする傾向が強くなっている。司法のダイバージョンと呼ばれた薬物裁判所とは別に、薬物事犯者の治療を命ずる法案であるProposition36による治療や処遇が進んできている。Propositionに関しては、カリフォルニア州だけでなくいくつかの州で始まっており、広がりつつある現状にある。

A S I (薬物重症度評価尺度)を訳出したので、我が国における薬物依存者を評価する際に参考資料となると思われる。薬物裁判所の成功事例と失敗事例を詳しく紹介した。また、司法システムの面から、薬物裁判所による治療過程とProposition36によるものとの違いを比較した。訪問したいいくつかの薬物治療関連施設の現状や役割から、現在のカリフォルニア州の治療状況について考察した。

【結論】カリフォルニア州における薬物依存者のための治療システムは多岐にわたり、しかも司法システムも薬物裁判所とProposition36が併存している状況にあること。薬物依存者の問題は薬物による問題だけでなく精神疾患や感染症などが合併する場合が多く、そうした問題についても対策が立てられていることなどは、我が国の司法システムや治療を組み立てる際に大いに参考になると考えられる。

A. 研究目的

薬物事犯者に対して、刑罰よりも治療プログラムへの参加を目的とした司法のダイバージョンと言われる薬物裁判所(drug court)について、その法制度、システム、プログラムの展開を把握し、我が国のシステムと比較検討を行い、このようなシステムが有効であるか、あるいは治療プログラ

ムや評価方法が我が国での薬物乱用者・依存者の治療に役立つかを検討することを目的としている。

昨年度は薬物裁判所に関する文献研究を行った。1989年にアメリカで最初のドラッグ・コートがつくられ、90年代の半ばまでは各州が検討を重ねていた時代であった。1999年頃から連邦からの

資金提供もあり急激に増加し、2003年には1,000ヵ所以上になった。司法手続きの上で、各裁判所ごとに違いがあることや治療構造の輪郭は文献から把握できたのだが、具体的な資料がなく治療の実際については不明なところが多く残った。

本年度は実地視察を行い、薬物関連事件についての司法システム、薬物裁判所の方法を、実際に扱われた事例に基づいて理解し、さらに治療プロバイダーと裁判所の連携、治療プログラムの実際を調査することを目的とした。

B. 方法と結果

現地に赴き資料収集、及び裁判所、治療プロバイダーとの意見交換を行った。

1. 薬物裁判所 (drug treatment court) の種類 (カリフォルニア州アルコール・ドラッグプログラム局のFact Sheet から)

カリフォルニア州のドラッグコート (成人、少年) は4つのモデルに分類される。

①Pre-Plea モデル:

プログラム参加を条件に訴追を猶予する。プログラムが成功すれば犯罪歴はなくなるが、プログラムから脱落すれば告発及び事実認定が始まる。

②Post-Plea モデル:

プログラムに参加する前に被告人が有罪答弁をするもので、プログラムが成功すれば告発は棄却されるが、脱落すれば量刑手続に入る。

③Post-adjudication モデル:

有罪の認定がなされてからプログラムに参加させる。

④Civil モデル

薬物依存による問題がある親が、親権に関して争っている場合に、親権を取り戻す条件として、処遇プログラムの参加が命じられる。プログラムでの失敗により親権を失う。

全米規模での傾向は不明である。しかし、多くの州の薬物裁判所はこの4つのモデルのどれかに当てはまると考えられる。これまでの調査研究では、Post-pleaモデルとPost-adjudication モデルの裁判所が多く、今回対象としてカリフォルニア州のヘイワード郡の薬物裁判所のようにPre-Plea モデルを採用しているところは極めて少数と思われる。

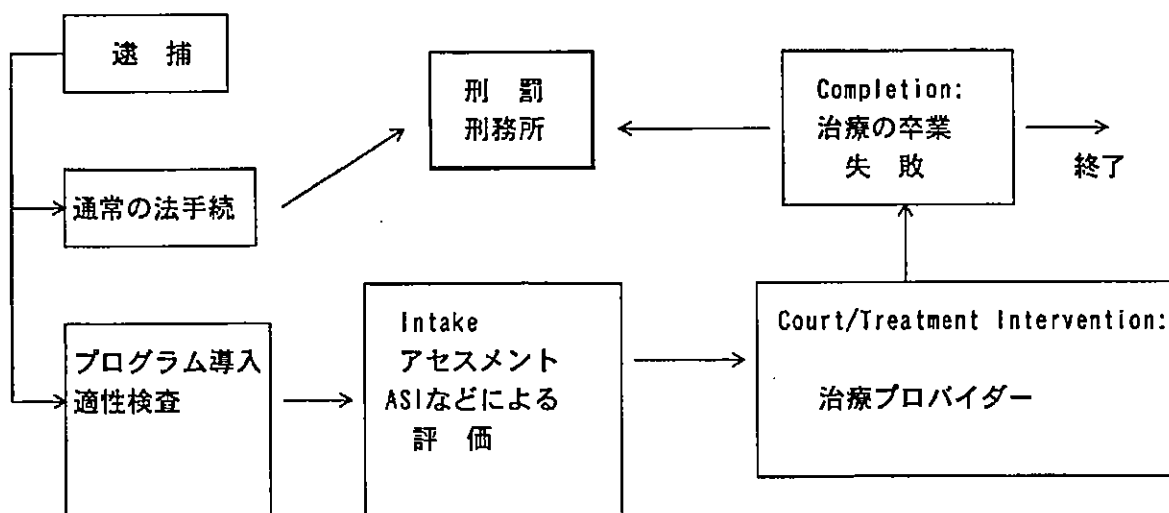
2. 薬物裁判所のシステム

(1) 逮捕から治療プログラム終了までの経過図 (図1)

2) プログラム導入について

Pre-Plea モデル, Post-Plea モデル, Post-ad

図1. Substance Abuse Treatment Planning Chart for Treatment-based Drug Courts



(Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment)

(judication モデルのいずれのモデルをもつかによって、薬物裁判所のプログラム導入は異なるが、端的に言えば犯罪歴が残るかどうかによる。今回調査したハイワードのホラ判事によるプログラムはPre-Plea モデルである。導入に際しての原則として、①初犯であること②薬物以外の犯罪(例として、暴力、窃盗など)がないこと③治療に同意すること④プログラム導入時に900ドルを支払うこと。が条件となっている。900ドルは主に裁判所の事務費用と18ヵ月のプログラム期間中毎週行われる尿検査の費用に充てられる。導入時に900ドル支払えなくても半分の450ドルをまず支払い、その後少しずつ支払っていても良い。プログラム期間中にカウンセリングを受けるたびに1回について7ドル未払い残金が減っていく。例えば450ドルが未払いで残っている場合、10回カウンセリングを受けると7×10で70ドル減額してもらえる。これはカウンセリングを受けるための動機づけとしての工夫であろう。

(3) Intake : アセスメントと評価

①薬物裁判所のアセスメントと評価の仕方については、まず本人について以下のような記載がなされる。

- ・身分証明
- ・認可日
- ・面接日
- ・面接開始・終了時間
- ・面接の種類・形態

②ASI(薬物依存重症度尺度)などを用いたアセスメント評価

一般情報・既往歴・経済状況・薬物とアルコール使用・違法行為事項・家族関係・精神医学的事項・DSMによる診断からなっている。それぞれのチェックリスト項目の詳細を挙げる。

一般情報

- ・氏名
- ・現住所
- ・現住所における居住年数
- ・家の所有者(本人・家族)
- ・生年月日
- ・(自認する)肌の色
- ・(自認する)人種

- ・性別
- ・信仰している宗教
- ・過去30日間の生活環境が規制されていたか
どのような規制がなされていたか
- ・その日数
- ・最も適切とされた治療形態は何であったか
(補足)

G101-もしあなたが信仰している宗教について「その他」と答えた場合、あなたの宗教はキリスト教か?

G102-もしあなたが信仰している宗教について「その他」と答えた場合、あなたの宗教はヒンドゥー教、仏教、道教、儒教、シーク教、もしくは神道か?

G103-もしあなたが信仰している宗教について「その他」と答えた場合、あなた自身は信心深いと考えているが、しかしどの特定の宗派や組織、教派に属していないのか?

既往歴

- M1:入院回数
- M2:身体的な疾患で最後に入院した期間
- M3:生活に支障をきたす慢性疾患はあるか
- M4:定期的に処方されている薬があるかどうか
- M5:身体障害による(障害者)年金を受給しているか
- M6:過去30日間の罹患日数
- M7:疾患による日常生活への影響
- M8:医学的な治療の重要性
(面接者の評価)
- M9:患者自身が必要と考える医学的な治療の度合
(信頼性評価)
- 上記の情報は以下の項目によって著しく歪曲されているか
- M10:患者の詐称
- M11:患者の理解力の欠如
(医療機関のコメント)と(補足)

経済状況

- E1:就学年数
- E2:技術的な教育期間
- E3:専門技術の有無
- E4:運転免許の有無
- E5:車の所有
- E6:これまで一番長く勤続した常勤の仕事の期間

E7：通常の（もしくは最近の）職業
 E8：何らかの方法で、誰かに生活費を援助してもらっているか
 E9：その援助はあなたの生活費の大部分を構成しているか
 E10：過去3年間の通常の雇用形態
 E11：過去30日の雇用日数（過去30日で受け取った金額）
 E12：雇用（純収入）
 E13：失業手当
 E14：福祉援助
 E15：年金や給付金、社会保障手当
 E16：配偶者や家族、友人
 E17：非合法
 E18：扶養家族
 E19：過去30日の失業日数
 E20：失業による生活への影響
 E21：失業に対する治療の必要性（面接者の評価）
 E22：本人が必要と考える雇用に関する相談の度合（信頼性評価）
 上記の情報は以下の項目によって著しく歪曲されているか
 E23：患者の詐称
 E24：患者の理解力のなさ（雇用者のコメント）
 （補足）

薬物とアルコールの使用

D1：アルコール-日常の許容範囲
 D2：アルコール-中毒に至るまで
 D3：ヘロイン
 D4：メタドン
 D5：その他の麻酔薬、鎮痛薬
 D6：バルビツール酸系催眠鎮静薬
 D7：その他の鎮静剤、睡眠薬、精神安定薬
 D8：コカイン
 D9：アンフェタミン
 D10：大麻
 D11：幻覚薬
 D12：吸入薬
 D13：1日につき複数の薬物

上記の項目については、「過去30日間」「現在までの使用回数」「摂取方法」もチェックする。

D14：最も生活に支障をきたしている薬物
 D15：最近に自制した期間
 D16：この自制から経過した期間
 D17：アルコール依存症による謔妄が出現した回数
 D18：薬物乱用（多量服薬？）の回数
 D19：アルコール乱用の治療回数
 D20：薬物中毒の治療回数
 D21：（アルコール）のみの治療回数
 D22：（薬物）のみの治療回数
 D23：過去30日でアルコールに費やされた金額
 D24：過去30日で薬物に費やされた金額
 D25：外来患者として治療を受けた日数
 D26：過去30日でアルコールにより日常生活へ支障をきたした日数
 D27：過去30日で薬物により日常生活へ支障をきたした日数
 D28：アルコール依存による日常生活への支障の度合
 D29：薬物依存による日常生活への支障の度合
 D30：アルコール依存のための治療の重要性
 D31：薬物依存のための治療の重要性（面接者の評価）
 D32：患者自身が必要と考えるアルコール依存の治療の度合
 D33：患者自身が必要と考える薬物依存の治療の度合（信頼性評価）

上記の情報は下記の項目によって著しく歪曲されているか

D34：患者の詐称
 D35：患者の理解力のなさ（薬物とアルコールに関するコメント）
 （補足）

D106-あなたの症状や医学的理由により、オキシコンチンが処方されているか
 D107-恍惚感や陶酔感を得るために、オキシコンチンを使用したことがあるか
 D108-オキシコンチンを他の麻酔薬やヘロイン、メタドンと組み合わせて使用したことがあるか
 D109-オキシコンチンを初めて使用したのは何ヶ月前か
 D110-友人や家族から、もしくは街頭でオキシコンチンを入手したことがあるか
 （補足薬物）以下の薬物について、「過去30日間で

の使用の有無」「現在までの使用回数」「摂取方法」を尋ねる。

DRG12-ヒドロモルフォン

DRG13-オキシコドン

DRG14-ヒドロコドン

DRG16-オキシコンチン

DRG17-ブプレノルフィン

違反行為事項

L1：刑事上の司法（裁判）制度によって認められた措置であるか

L2：保護観察、もしくは仮釈放であるか
（以下の罪名による逮捕もしくは嫌疑を受けた回数）

L3：万引きや、破壊行為

L4：仮釈放、もしくは保護観察の違反

L5：薬物容疑

L6：文書偽造罪

L7：銃刀法違反

L8：住居侵入罪、窃盗罪、B&E

L9：強盗

L10：暴行

L11：放火罪

L12：強姦

L13：殺人

L14：売春

L15：法廷侮辱罪

L16：その他

L17：これらの嫌疑が有罪判決を受けた回数
（下記のものに嫌疑をかけられた回数）

L18：治安素行、放浪罪、

L19：飲酒運転

L20：重い交通違反

L21：現在に至るまでで、拘禁された回数

L22：最近に拘禁された期間（月）

L23：最近の拘禁は何によってか

L24：現在、告訴や裁判、判決を控えているか

L25：それは何か

（過去30日間での以下の日数）

L26：留置、拘禁された日数

L27：利益を得るために違法な活動に拘束された日数

L28：現在抱えている法的な問題をどのくらい深刻に捉えているか

L29：その問題のために、カウンセリングや専門

機関への紹介の重要性

（面接者の評価）

L30：患者自身が必要と考える法的サービスの度合

（信頼性評価）

上記の情報は下記の項目によって著しく歪曲されているか

L31：患者の詐称

L32：患者の理解力のなさ

（法的機関からのコメント）

（補足）

L102-治療は保護観察や仮釈放、薬物裁判所のような刑事上の司法（裁判）制度により命令されたものであるか

L103-刑務所や監獄に拘禁される代わりに、治療を受けているのか（例：カリフォルニアのProp36 [囚人権利]

家族関係

F1：婚姻状態

F2：この状態にある期間

F3：この状況に満足しているか

F4：過去3年間の同居人について

F5：同居期間

F6：同居人に満足しているか

下記のような人と暮らしているか

F7：現在アルコールの問題を抱えているか

F8：処方されていない薬物を使用しているか

F9：自由な時間の大部分を誰と過ごしているか

F10：このように過ごす事に満足しているか

F11：親友の人数

下記の人と親密な相互関係にあるか

F12：母親

F13：父親

F14：きょうだい

F15：恋人、配偶者

F16：子ども

F17：友人

下記の人との関係において、重大な軋轢を経験した期間があったか

（過去30日間及び現在に至るまで）

F18：母

F19：父

F20：きょうだい

F21：恋人、配偶者

F22：子ども
 F23：その他の家族
 F24：親友
 F25：近所の人
 F26：同僚
虐待を受けていたか
 (過去30日間及び現在に至るまで)
 F27：心理的
 F28：身体的
 F29：性的
 F30：過去30日で家族との間で深刻な葛藤があった日数
 F31：過去30日で他の人々との間で深刻な葛藤があった日数
 F32：家族の問題による日常生活への支障の度合
 F33：社会的な問題による日常生活への支障の度合
 F34：家族の問題のための治療やカウンセリングの必要性
 F35：社会的な問題のための治療やカウンセリングの必要性
 (面接者の評価)
 F36：患者自身が必要と考える家族/社会的なカウンセリングの度合
 (信頼性評価)
 上記の情報は下記の項目によって著しく歪曲されているか
 F37：患者の詐称
 F38：患者の理解力のなさ
 (家族・社会的なセクションからのコメント)
 (補足質問)
 F113-過去30日間、どこに住んでいたか考えてください。路上や廃墟となったビル、車、公共の場所(公園やバス停、トンネル)で夜をすごしたことは何回ですか
 F114-過去30日で、非難所に泊まった回数
 F115-過去30日で、自分のものでないアパートや家に泊まった回数
 F116-過去30日で、病院や監獄、治療プログラム、その他の施設に泊まった回数

精神医学的事項

(心理的、情緒的疾患の治療回数)
 P1：病院
 P2：任意、自己負担の患者として

P3：精神障害年金を受けているか
 (下記のような状態の時期があったか)
 (過去30日間及び現在に至るまで)
 P4：深刻な抑うつ
 P5：深刻な不安や緊張
 P6：幻覚
 P7：理解力、記憶力の障害
 P8：暴力的行動の統制困難
 P9：自殺念慮
 P10：自殺企図
 P11：心的疾患への薬物療法
 P12：この30日で心理的、情緒的問題による罹患日数
 P13：心的疾患による日常生活への影響
 P14：心的疾患の治療の重要性
面接時の状態
 P15：明らかに抑うつ的、もしくは引きこもっている
 P16：明らかに敵意がある
 P17：明らかに不安に、もしくは神経質になっている
 P18：現実検討能力や思考力、その他に障害がある
 P19：理解力、記憶力に障害がある
 P20：自殺念慮がある
 (面接者の評価)
 P21：患者自身が必要と考える精神医学的な治療の度合
 (信頼性評価)
 上記の情報は以下の項目によって著しく歪曲されているか
 P22：患者の詐称
 P23：患者の理解力のなさ
 (精神医療の施設からのコメント)
 (補足質問)
 P108-これまで、あまりないような恐ろしい経験をしたことがあったか
 P109-過去30日に、悪夢やトラウマとなっていることについての「フラッシュバック」を経験したり、考えたくないのに考えてしまうことがあったか
 P110-過去30日に、トラウマとなっていることについて考えないようにしたり、それを思い出させるような状況を避けるようなことはあったか
 P111-過去30日に、絶えず警戒していて、ささい

なことに驚いたりしていたか

P112-過去30日に、他の人々や活動、周囲に対して無関心であったり、離れているように感じることはあったか

DSM-IVに関する質問

DSM-IVの薬物乱用・依存に関する診断など

(4)アセスメント・評価の具体例

ホラ判事から治療プログラム卒業例と失敗例、合わせて10症例のケースについて詳細なファイルをいただいた。ここで卒業例と失敗例を各1例ずつ紹介する。上記で述べたAS Iに基づいて忠実にアセスメントと評価がされていることが分かる。おそらく社会的責任として、裁判所は評価の手続きを明らかにする必要があると考えているであろうし、社会からの要請でもあるのだろう。

具体的な事例として、①成功例は34歳、女性。②失敗例は22歳、女性。を取り上げる。

①成功例は34歳、女性。

面接日：2002年3月13日

偽りを述べることなく、理解力もあったと考えられるため、本評価の信頼性に問題はない。

一般情報

- ・1967年4月29日生まれ。
- ・黒人女性（ラテン系ではない）
- ・過去30日間、アルコールと薬物の治療のため、規制された環境で生活してきた。

既往歴

- ・今までで2回入院しているが、慢性疾患は抱えていない。
- ・過去30日間においても、疾患による日常生活への影響は全くない。現段階においては治療の必要性はないと考えられる。

経済状況

- ・高校卒業程度の学歴があり、その後も6ヶ月の職業訓練を受けている。6年間、航空機の客室乗務員として勤務していた。
- ・最近の30日間は仕事をせず、給与も得ていない。生活費を援助してくれる人はいる。年金、社会保障手当から\$700を得ている。
- ・失業による生活への影響は全く感じておらず、現段階においては治療の必要性はないと考えられる。

る。

薬物とアルコールの使用

- ・15年間、アルコール依存の状態であった。しかし、現在の生活には支障がなく、何の問題も感じていない。
- ・コカイン、大麻を15～20年使用しており、コカインをはじめとする薬物の問題は彼女の日常生活に多大な支障をきたしている。
- ・過去30日では、薬物もアルコールも使用していない。現在に至るまで、薬物依存の治療を受けており、今後も適切な治療を受けることが重要と思われる。

違反行為事項

- ・万引きや破壊行為で2回、薬物容疑で1回、売春で7回逮捕、もしくは嫌疑を受け、その中の5つが有罪判決を受けた。
- ・現在は告訴や判決などは控えていない。
- ・法的な問題については中程度に深刻にとらえており、相談機関へ紹介することが重要と考えられる。

家族関係

- ・現在、離婚しており、過去3年間のほとんどは家族と暮らしている。現在の状況に満足している。
- ・同居人の中には、アルコール依存であり、薬物の問題を抱えている者はいない。
- ・これまで、心理的、身体的、性的虐待を受けたことがあったが、過去30日においてはどの虐待も受けてはいない。
- ・両親をはじめとした家族とは、現在に至るまでかなりの軋轢を体験しているが、過去30日においては軋轢なくやっている。
- ・現在に至るまで、子どもたちや友人とはいい関係を築いている。
- ・家族、社会的な問題によって、日常生活に支障はなく、カウンセリングをはじめとする治療の必要性はないと考えられる。

精神医学的事項

- ・病院で治療を受けたことは1回あるが、不安と抑うつ、理解力、記憶力の障害、自殺念慮を現在に至るまで持ち続けている。
- ・精神疾患への薬物療法は今までは行われていたが、この30日間は行われていない。
- ・しかし、面接時に上記の症状は明らかな形ではみられなかった。
- ・これらの心的疾患により、日常生活には支障が

出ており、本人も治療を強く望んでいる。今後、適切な治療を受けることが重要と思われる。

その後の経過について

I 期：2002年3月13日

II 期：2002年7月11日

III 期：2003年1月16日

卒業：2003年9月11日

②失敗例は22歳、女性。

面接日：2003年1月21日

偽りを述べることなく、理解力もあったと考えられるため、本評価の信頼性に問題はない。

一般情報

- ・1980年10月13日生まれの女性
- ・過去30日間のうち、3日間は刑務所で過ごしていた。自由が規制されていたため、アルコールや薬物の使用、家族との関係が制限されていたことになる。

既往歴

- ・9ヶ月ほど前に、胆のうの手術のため1回入院している。慢性疾患は抱えていない。
- ・過去30日において、7日間疾患により日常生活に支障がでたが、重大には感じておらず、援助も望んではいない。現段階においては治療の必要性はないと考えられる。

経済状況

- ・高校卒業程度の学歴があり、その後も3ヶ月の職業訓練を受けているため、就職のための基本的な技術は身につけている。
- ・過去3年の大部分にわたって、家事とパートタイムをこなしていた。仕事の主な内容は店の事務や販売であった。
- ・最近の30日間は仕事をしていない。福祉援助から\$493を得ているが、失業保険や年金などは受け取っていない。
- ・失業による生活への影響を本人はあまり感じていないが、働く意欲は持っており、何らかの処置が必要と考えられる。

薬物とアルコールの使用

- ・いままで、アルコールの使用は通常範囲内であったが、この30日間で多量に飲んだ日が2日あった。
- ・コカインを1年間、アンフェタミンを2年間使用

しているが、他の薬物は使用していない。この30日においては、コカインは使用していないが、アンフェタミンを14日間使用していた。これは彼女の日常生活に多大な支障をきたしている。

・現在に至るまで、アルコール依存や薬物依存の治療を受けたことがなく、今後適切な治療を受けることが重要と思われる。

・本人は薬物やアルコールを自費で入手してはいない。誰かが購入し、彼女に与えているものと思われる。

違反行為事項

- ・かつて飲酒運転と薬物容疑などで逮捕されており、そのうちの一つで有罪となっている。
- ・過去30日間において、3日間抑留されていたが、裁判を控えていたり、仮釈放下であったりするような状態ではない。
- ・本人は法的な問題を深刻にとらえ、相談機関からの援助に関心を持っている。法律に関する相談や、適切な機関への紹介が重要であると考えられる。

家族関係

- ・3年前から結婚しており、そのほとんどは夫と子どもと暮らしている。その状態におおむね満足している。
- ・同居人の中には、アルコール依存であり、薬物の問を抱えている者がいる。
- ・これまで、身体的虐待を受けてきたが、過去30日においてはいかなる虐待も受けていない。
- ・現在に至るまで、父を除いた家族とはいい関係を築いている。父とは、現在に至るまでかなりの軋轢を体験している。
- ・過去30日において、家族とは1日、その他の人々とは4日、うまくいかなかった日があり、家族との問題に対処することも必要であるが、社会との問題に対処することが強く望まれる。

精神医学的事項

- ・現在に至るまで、暴力行為をコントロールすることが非常に困難であることを自覚している。このことで治療を受けたことはない。しかし、面接時においては、敵意ある感じは受けなかった。
- ・心理的なことで困っているとの報告はなく、治療についても必要と感じていないようである。
- ・治療の必要性はあまり考えられないが、今後、怒りの感情の取り扱いに関する教室に参加することが重要と思われる。

その後の経過

I 期：2003年1月16日

II 期以降には進まないまま、
2003年10月9日に無断欠席し、中断。

(5) プロフィール作成

詳細にアセスメントと評価がなされ、最後にプロフィールをつくる。

	既往 歴	経済 的	酒	薬 物	法的	家族	心理 的
成功例	0	0	3	6	4	0	5
失敗例	0	5	4	4	4	6	2

0-1：何の問題もない

2-3：若干問題がある

4-5：中程度の問題がある

6-7：かなりの問題である

8-9：最大の問題である

(6) Court/Treatment Intervention:

治療プログラムが展開される期間で裁判所と治療プロバイダーが連携をとり行われる。ホラ判事のプログラムでは治療期間は全体で18ヶ月。これを6ヶ月ごとにI期、II期、III期に分ける。尿検査は毎週1回義務づけられ、これは薬物乱用をチェックするモニターであると同時に再使用への圧力となっている。裁判所への出頭はI期は毎週1回、II期は2週に1回、III期は月に1回とプログラムが進むと裁判所への出頭回数が減り、裁判所によるコントロールは弱まる。出頭日の前日までに尿検査結果と治療プロバイダーへの参加状況、カウンセリングへの参加などが報告される。

視察時にたまたま治療プログラムに参加している者の出頭日に当たっていたらしく、一人の依存者が法廷に現れた。ホラ判事はすでに治療プロバイダーからの報告を読んでいたらしく、励ましの声をかけ、ほんの数分でこの出頭者との会話は終わった。

(7) Completion：治療の卒業と失敗：

Hora判事プログラムは、1998-2005の7年間に

わたるが、治療プログラムに関する統計によると、プログラム参加者745名、卒業は男性132名、女性53名であった。500名前後がI期で脱落している。卒業した者の再逮捕率は11%、プログラムに参加せず刑務所に行った者の再逮捕率は80%と言う。

失敗例では事例で紹介したように、プログラム第I期で裁判所に出頭しなくなる。失敗する要因について、ある治療プロバイダーは、精神疾患があること、家族のサポートがないこと、そして安易に薬物を再使用してしまうことを挙げている。失敗例は規則的に治療プロバイダーのもとにやって来ず、治療施設で行う尿検査は陽性なのに、「俺は頑張る」といった回復の意志だけは見せようとする者が多い。外来型治療施設では、姿が見えなくなったと思うだけで、脱落かどうか判らないと言う。

失敗すると治療プロバイダーに連絡されることもなく刑務所に行くのであろう。プロバイダーの多くが裁判所に出向くので、その時に失敗を知るのである。

ホラ判事はプログラムを無事終了した3名の卒業式を裁判所で行う日に合わせて視察に来るようになってくれたので、卒業式の場面を見ることができた。3名とも男性でプログラム開始の頃に撮影したと思われる写真を卒業証書に貼り付け、「WANTED」と書かれてあり、ユーモアたっぷりに授与式を行っていた。傍聴席には卒業者の家族が来ていて和やかな雰囲気であった。30歳の男性が卒業証書を受け取った後、彼の母親が傍聴席から「このプログラムが6月に終わってしまう。私たちにできることはないのか」と、ハンカチで目元を抑えながら話していたのが印象的であった。

後述するProposition36の影響もあるのであろう。ホラ判事のユニークなプログラムは、今後続けられるのか分からない。

(8) 薬物裁判所の特徴

ドラッグコートの特徴を述べるとすれば、以下のように4つ挙げることができる。

①structure：裁判所と治療プロバイダーの協働作業という構造。司法的ダイバージョン。

②pressure：尿検査などのモニタリング

③motivation：犯歴が消える

④housing, job：高校卒業証、免許証など社会復帰に必要な援助も行う。(ホラ判事は雇い主に表

彰状を出して、就職口を広げようと努めた)

3. 薬物裁判所と治療プロバイダー

(1) 治療プロバイダーとの連携

薬物裁判所と連携している治療プロバイダーのいくつかを紹介してもらい、訪問する機会を得た。すでに述べたように、治療プロバイダーは定期的に尿検査を行い、カウンセリング、グループ・ミーティングを行う。通所型と入所型があり、最近はずべての薬物依存者に治療を義務づけるProposition 36があるために、通所型と入所型があり、最近はずべての薬物依存者に治療を義務づけるProposition 36があるために、拘禁されずにドラッグコートで導入プログラムが開始される者ばかりでなく、刑務所出所直後に裁判所から治療プログラム開始を命じられる者もでてきたために、入所型が適当と思われる者が増えている。しかし、入所型施設では入所定員があり人数に限りがあるため、通所型施設で治療プログラムをおこなうしかないで、通所型施設の職員は苦勞しているようであった。

さらに入所型施設では治療共同体の処遇を取り入れているところが多く、規律に厳しい印象を受けた。ある通所型施設の職員が語った話が薬物依存者の治療を考える上で示唆に富むものであったので、ここに紹介しておく。

「プログラムに失敗する人は薬物乱用だけでなく精神疾患など合併するdual diagnosisの人が多い。こうした人には治療共同体のスタイルは合わないと思う。女性では性的虐待を受け、PTSDと診断される人が90%以上なのです。治療共同体はシナノンが始めた厳しい対決姿勢が特徴で、乱用者の防衛を攻撃する。それが外傷となるのです。コンフロンテーションを避けることばかり考えるようになる。新しいコミュニティ・ミーティングでは互いにサポートとケアを与え合う。何か問題が起きればみんなで話し合い、全員がsecond chanceを持っているのだと確認し合い、共感とケアで乗り越える」

集団生活の中で規律に従い、半ば軍隊生活のような環境ではドロップアウトしてしまう依存者をどのように治療プログラムに乗せていくかが問題なのである。治療共同体のスタイルで職業訓練を行い、社会復帰が果たせるタイプもいれば、そうでないタイプもいる。依存者の特徴にあった治療

を考えていかなければならないということである。

(2) 治療プロバイダーの多様性

さまざまな依存者に対して、治療プロバイダーは治療に特色を出そうとしている。視察した施設から特徴を考えてみたい。勿論、ほんのわずかな数しか見ることはできなかったし、短時間で内容を把握できたわけではないのだが、興味をもった点について列挙したい。

① Dual Diagnosis を標榜する通所型施設

プログラムを脱落する原因として精神疾患が多い。特に統合失調症、うつ病、PTSDなどが挙げられ、精神科と連携しながら、向精神薬を服用しながら通所してくる。精神科医が週に4時間パート勤務している施設もあった。従来のTCスタイルに合わないクライアントに目を向けている。

② メタンフェタミンの流行とMatrix (UCLA)

サンフランシスコは最近メタンフェタミンが流行している。メタンフェタミン乱用者向けにUCLAが作成したプログラムがMatrixである。Matrixは16週間のプログラムであり、ホラ判事のプログラムは1年半なので、その期間中の16週間をMatrixに当てる。

③ 居住型施設

治療共同体のようにある程度長い期間ではなく、45日～60日程度外出できないような構造で主にカウンセリングやグループ・ミーティングを行う。薬物裁判所から1年半のプログラムを言い渡された者も入所することがある。その場合には毎週の尿検査はせず、ある程度不定期の尿検査となる。外出できない構造なので、薬物の再使用は考えにくいからであろう。

④ 薬物依存の妊婦や出産間もない女性を対象とした施設

Proposition 36の成立で、刑務所に行く人も必ず治療を受けなければならなくなった。そのため、刑務所にいる期間を短縮して、早く子どもと一緒に暮らせるように創られた拘禁型の入所型施設も登場した。施設内に赤ちゃんの泣き声が聞かれ、まるで託児所のような雰囲気であった。なるべく母子分離の時間を少なくすることが将来の薬物依存者をつくらないために必要なかもしれない。女性や妊婦の薬物依存者への処遇をこれまで通りの方法ではうまくいかないということでもあるの

だろう。

⑤OASIS

薬物裁判所と直接連携していないが、全米でも珍しいC型肝炎対策の国立の施設である。今はエイズではなく、C型肝炎こそが焦眉の課題と言うわけである。啓蒙活動とインターフェロンも無料で投与する。この施設は通所型施設の構造で、精神疾患を持つ者や薬物依存者も多いという。注射針の交換も行っていて、アディクションとC型肝炎の両方について教育している。また、薬物依存者にはメサドンのかわりにSuboxone (buprenorphine) を処方している。

薬物裁判所のプログラムを支えているのは治療プロバイダーである。薬物依存者の特徴を考え、さまざまなプログラムを用意しており、その多様性に驚くばかりである。

4. Proposition 36

正式にはProposition 36, California Substance Abuse and Crime Prevention Act of 2000(カリフォルニア依存性物質乱用と犯罪防止法令)というこの法案は違法薬物を所持するか、あるいは使用した罪で有罪を宣告されたカリフォルニア州の成人は、監禁された場合もそうでない場合も、薬物乱用に対する治療を受けなければならないというものである。Proposition 36は薬物乱用政策の転機になるかもしれないとニューヨーク・タイムズも報じた。

カリフォルニア州のProposition 36に類する法案を成立させた州はアリゾナ、ハワイ、ワシントン、ニューヨーク、ニューメキシコ、ミシガン、フロリダ、メリーランド、テキサス、カンザスなどである。特にアリゾナ州は早くに法案が成立し、1996年にProposition 200、1998年にはProposition 300がつくられ、1999年に千名以上がProposition 200で扱われたがその3/4はフェニックスであった。

(1) 法案の成立

この法案が成立したのは2000年11月7日であるが、それに先だってカリフォルニア州にある58郡のうち8つの郡で実施前に施行されていた。住民投票で2/3が賛成し、2001年7月1日から発効、2006年6月まで5年間の資金提供が決定したのである。

カリフォルニア州は2001年2月から5年間で6億6千万ドル、各会計年度ごとに1億2千万ドルを割り当て、同時に5年間に犯罪がどれだけ減少し、拘禁施設での費用が軽減するかを含めたProposition 36の評価を要求している。カリフォルニア州の分析では、Proposition 36に年間4万5千名が対象となり、そのうち1/3はロサンゼルス市民であること、そして資金と治療提供が間に合うかという点が懸念されている。薬物裁判所と連携している治療プロバイダーは民間施設であり、Proposition 36では公的治療システムの発達が期待されている。

(2) Proposition 36の治療の流れ

この法案では、薬物事犯者で仮釈放者に対して1年間の治療とさらに6ヵ月のフォローアップ・ケアが命じられる。薬物裁判所と異なり2回までの逮捕者に適応されるが、公共の安全を脅かす人や治療効果のない人は初犯であっても対象から除かれる。「スリー・ストライク」と言われるように、3回目の逮捕以降はProposition 36の資格はなく、ずっと刑務所にいなければならない。

以下にProposition 36の処遇の流れを図示した(図2)。

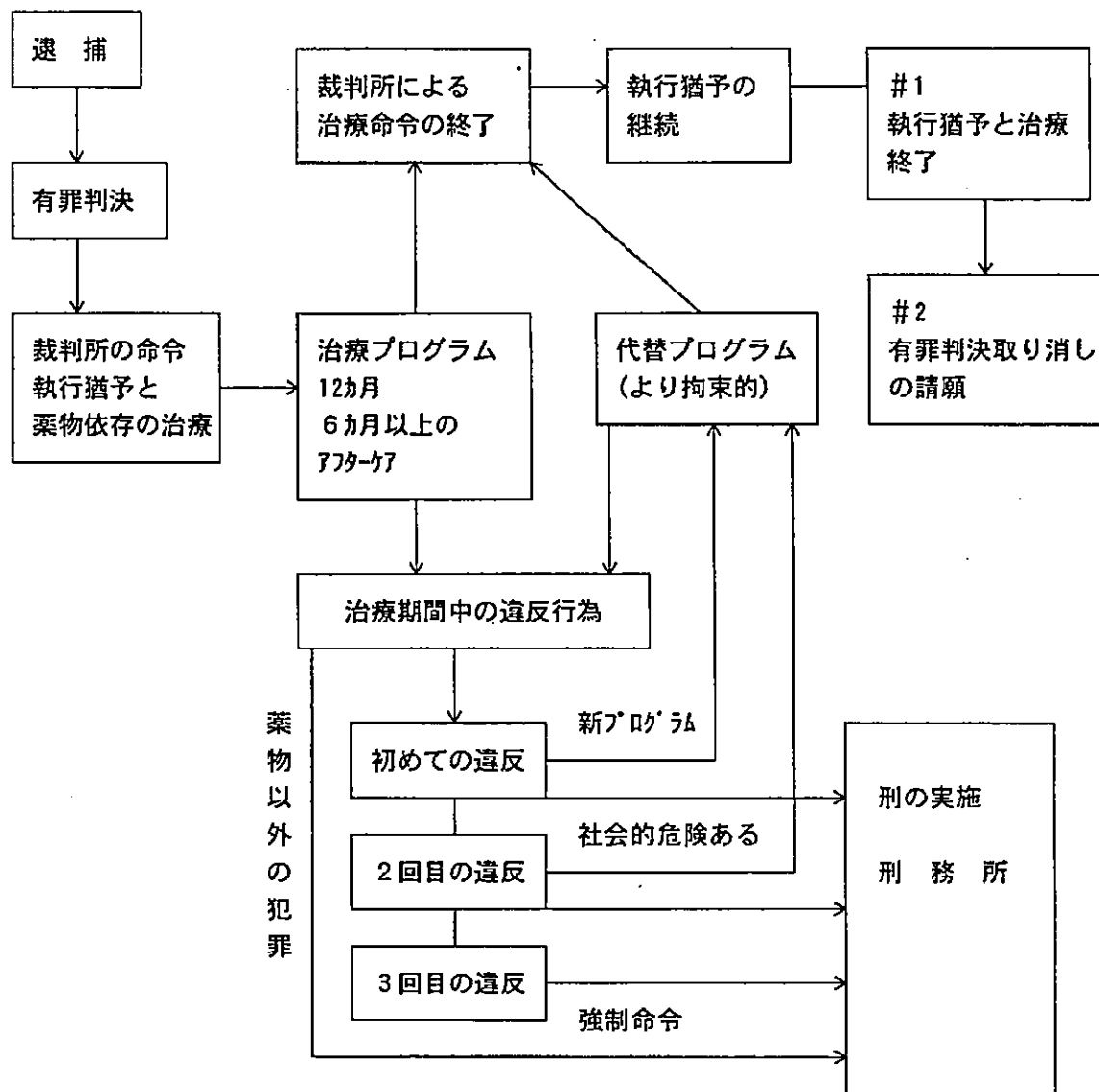
(3) ドラッグコートとProposition 36の比較

薬物裁判所から1年半とこの法案の異なるところは、薬物事犯者が治療を希望しようがそうでなかろうが強制的に治療を受けなければならないことである。さらにPre-Pleaモデルのように、犯罪歴が消えることはほとんど期待できない。その意味で治療意欲の点で違うのである。

多くの薬物裁判所が治療プログラム導入の条件として、初犯であることを挙げているが、その点では2回目まで対象としている。これまで、薬物事犯者に対して極端に短い「最短期拘禁」でほんの数日で出所していた者では、1年半にわたる長い治療プログラムよりも短い拘禁を望む者も多かった。しかしこの法案のために治療を受けざるを得ないので、拘禁を望む者はかなり減少したようである。

さらに前述したように、拘禁期間が残っている妊婦などは早めに治療を受けることと子どもと一緒にいられるような施設も創られるようになったのである。また、刑務所に行けば刑罰が終わっていたのに、出所するとすぐに治療が待ちかまえて

図2. Processing of first or second drug possession conviction under Proposition36



いる状況となり、出所者を多く扱う施設も増えている。

治療プロバイダーの多様化とこの法案の成立は関係があると思うのだが、現段階では十分に調査を進められなかったもので、これ以上報告することはできない。

C. 考察

カリフォルニア州アラメダ郡裁判所のホラ判事の協力により、事例を提供していただき、かつ関連する治療プロバイダーを視察し意見を聞くこと

ができた。そして、ホラ判事の治療プログラムを詳細に検討することで、薬物裁判所の実態がかなり浮かび上がってきたように思う。

薬物裁判所の特徴は、①structure：裁判所と治療プロバイダーの協働作業という構造。司法的ダイバージョン。②pressure：尿検査などのモニタリング③motivation：犯歴が消える④housing, job：高校卒業証、免許証など社会復帰への視点にまとめることができる。

しかし、Proposition36の成立が治療を強制するものであり、「刑罰の代わりに治療を」と唱えた薬物裁判所と違って、この法案は「刑罰も治療

も」になっている。薬物依存者を犯罪者と見るか患者と見るかは常に考えられなければならない。フランスの「1960年の法」に見られるような「患者」として定義する法案ではなく、「犯罪者であり患者でもある」と規定されたことになる。20世紀末に爆発的に広がった薬物裁判所は終わるのだろうか。今後の流れに注目したい。

ところでProposition36が刑務所に入った薬物依存者も積極的に治療の対象としている点は興味深い。アジアでもマレーシアやタイの刑務所では治療共同体のデイトップ型の処遇を試みている。我が国では薬物乱用者の多くが刑務所に収容されており、参考になると思われる。

我が国では治療施設は少なくわずかにダルクなどが注目されているに過ぎない。治療方法やプログラムを考える上で、この報告書に訳出したASIなどを使ったアセスメントと評価は、薬物依存者の治療をおこなう際に参考になると思われる。

D. 結論

1. 薬物裁判所の实地視察を行い、薬物関連事件についての司法システム、薬物裁判所の方法を、実際に扱われた事例に基づいて理解し、さらに治療プロヴァイダーと裁判所の連携、治療プログラムの実際を調査した。

2. カリフォルニア州のドラッグコート（成人、少年）は4つのモデルに分類され、おそらく他の州も同様であろう。①Pre-Plea モデル②Post-Plea モデル③Post-adjudication モデル④Civil モデル

3. 薬物裁判所の治療プログラム導入時におけるアセスメントと評価は、ASIなどを用い詳細に評

価されている。評価尺度を訳出した。

4. 治療プログラムの成功例と失敗例を取り上げ、事例研究的に紹介した。

5. 治療プロバイダーは強制治療を唱った法案Proposition36の成立により、また精神疾患などの合併する依存者に対応を迫られ、多様化しつつある状況を説明した。

6. 最後にProposition36の処遇の流れについて報告した。

E. 参考文献

Joan E. Zweben, Hon. Peggy F. Hora, Judith B. Cohen: Moving Evidence Based Treatment into the Drug Court Setting. CSAT. SAMHSA. 2004.

An LAO Report: Implementing Proposition 36: Issues, Challenges, and Opportunities. 2000.

Captain Manuel Silvia, Lieutenant Mark Cllins, Secretary Cheryl Gomez : Hayward Ploice Department Drug Court.

Hon Peggy Fulton Hora, Deborah J. Chase : Judicial Satisfaction When Judging in a Therapeutic Key. [2002/2003]CIL25

Hon Peggy Fulton Hora, William G. Schma, John T.A. Rosenthal: Therapeutic jurisprudence and the drug treatment court movement: revolutionizing the criminal justice system's response to drug abuse and crime in America. Notre Dame Law Review. 1999.

分 担 研 究 報 告 書
(2-4)

「治療共同体」に関する研究(2)

薬物依存者を対象とした治療共同体の実践状況
南北アメリカ、欧州諸国における実地調査を通して

分担研究者 宮永 耕 東海大学健康科学部社会福祉学科

研究要旨 薬物依存者に対する処遇は、世界的に見ると「治療共同体＝(原語では、"Therapeutic Community")」を用いて行なわれているものが主流であるといわれる。しかし、わが国においては、そのような治療共同体を地域の中での治療的処遇システムに位置づけた実践は、その必要性の指摘や社会的要請の有無とは別に、いまだ実現していない。

本研究では、薬物依存者を対象とした効果的な治療システム構築のために、わが国に先行して実績あるシステムを持つアメリカ合衆国等での実践について調査研究し、効果的方法の導入に向けて検討した。中でも、医療システム・司法システム・社会システムの要点に位置し、今日における薬物依存者処遇の中心的資源として認知されてきた「治療共同体(以下ではTCとする)」の概念、構造について総合的に検討した。さらに、TC実践における現状と課題について調査し、わが国への導入における方策についても検討した。

今年度は、昨年度の研究成果を引継ぎ、以下のとおり合計3回の海外実地調査を実施した。第1回目はアメリカにおける伝統的TC実践の概略および現状を把握するために、東部(ニューヨーク・ワシントンD.C.)を、第2回はアメリカとは異なる文化的環境の下に展開するヨーロッパでの実践活動の理解のためにスペイン(マドリッド、マヨルカ島)、イタリア(チヴィタヴェッキア、ジェノヴァ)、ポーランド(クラクフ、グリヴィツェ)を、さらに第3回はアメリカ社会の特別な少数派集団での薬物問題に対応するために各種の修正型実践を積極的に展開する西海岸(サンフランシスコ他)と中南米コロンビアでの実践モデル(メデジン)をそれぞれ訪問し、TCおよびそこに関連する諸機関において見学と調査を実施した。上記見学対象の諸施設においては、昨年同様、調査項目用紙に基づいて援助スタッフ、施設管理者、関連研究者等に協力を求め、半構造化面接(Semi-Structured interview)法によるヒアリング調査を実施した。

今年度の研究結果をまとめると、以下のとおりである。1. Structured TCの基本的コンセプト(Community Based, 12-Step oriented, Level System, Job Function, Counselor as Recovering Addict)は、現在においても世界で主流にあるといえる。2. WFTC(治療共同体世界連盟)に参加する各TCのプログラム構造は、文化的・制度的な背景を異にしながらもMission, Vision, Philosophyを共有していた。3. (入寮型)TCにおける回復援助のアプローチは基本的に3期に分けられ、第2期がそのものでTC Phaseと呼ばれ、中心に位置づけられる。しかし、第1期のPre-Residential Phase(スペイン語圏ではAcogida)は、解毒だけでなく、司法措置など動機付けの弱い対象者も増加する中で、まずCommunityが受け入れ、TCでの生活を体験的に理解させ、共同体への自発的な参加者となるよう援助する不可欠な手続きを含み、治療的関わり全体の成否に大きく影響するものとして重視されていた。4. 民族的・性的マイノリティ、またはHIV陽性の人、ホームレス状態にある人、重症の精神疾患合併者、またはそれらの重なり合った集団のニーズに対応するため、Modified(修正版)TC modelが既に展開されていた。そこでは伝統的モデルが目的としたDrug freeな指向性だけでなく、現実的な戦略としてのHarm Reductionアプローチが多様な形式で導入されていた。5. TCの回復援助プログラムは、世界的に見て基本的には非営利団体(いわゆるNPO)が担い、利用者からの費用徴収を前提としない提供の構造が確保されていた。6. TC治療の成果に対する評価は、他の処遇方法に比較した費用対効果の面からも合理性が認められ、アメリカに限らず世界各地

で、近年特に司法機関との連携が進んできている。7. TCの導入に際しては、TC環境の中で専門的なトレーニングを受けた各種の援助職が養成される必要があり、多くのTCでTC professionalの養成プログラムが実施されていた。8. TC Professionalsはチームとして、医療、看護、社会福祉、心理、教育、司法、宗教その他の専門領域から複合的に構成されることにより、TCで回復して援助を担う回復者カウンセラーの経験を生かし、全体で提供するプログラムを機能させることが可能となっている。

A. 研究目的

薬物依存者に対する治療的処遇は、世界的な潮流として、ここで取り上げる「治療共同体＝（原語で"Therapeutic Community"）」を用いて行なわれているといわれる。昨年度の本分担研究においては、この治療共同体の概念について、総括的に調査しその概略を紹介した。あわせて、アメリカ合衆国中西部の2都市を訪問し、現地における治療共同体実践の状況を、薬物乱用・依存に対する医療システムのみならず司法・社会システムも含む全体的取り組みの文脈でとらえようと試みた。そこでは、アメリカにおいて、今日既に実践的な蓄積を持った治療共同体は、薬物依存者の回復援助における主要な役割を果たし、社会的にも位置づけられていることが理解された。

本年度は、アメリカ社会とわが国との社会諸状況の差異を考慮しつつ、この効果的な方法の導入について今後検討していくため、アメリカ以外でも広く展開されているといわれる各地の実践状況の分析を加えて総合的に考察することを課題とした。

B. 研究方法

「治療共同体（Therapeutic Community、以下ではTCとする）」について総合的に理解するために、TCに関する基本的文献による整理を行った。

さらに、以下のとおり計3回に分けて海外実地調査を行った。今年度第1回は、アメリカ合衆国東部（ニューヨーク及びワシントンDC）、第2回は、ヨーロッパ3カ国（スペイン、イタリア、ポーランド）第3回は、南米コロンビア（メデジン）とアメリカ合衆国西部（サンフランシスコ）において、各回数箇所のTC施設および関連機関等における見学調査を実施した。

第1回目の調査では、今日のTC実践の教科書ともいえる伝統的モデルを中心に訪問し、そこでの実践概念を学び、現在の状況を調査した。第2回は、アメリカとは異なる社会的背景を持つヨーロ

ッパ諸国の中から、比較的長い歴史を持つイタリア、スペイン、そして旧社会主義諸国の中心であるポーランドでの実践について、アメリカでの状況と比較検討した。第3回は南米の中心的TC実践モデルと修正型TCモデルの最先端として知られるサンフランシスコにおける展開について調査検討した。

上記の見学対象の諸施設においては、昨年度とほぼ同様に、調査項目用紙に基づいて援助スタッフ、施設管理者、関連研究者等に対する半構造化面接（Semi-Structured interview）法によるヒアリング調査を実施した。合わせて調査時に入手した各種の資料等を分析し、理解に役立てた。

今年度の調査機関・施設を以下に記した。

＜今年度の訪問調査対象機関・施設一覧＞

第1回（平成16年6月）

- (1) DAYTOP VILLAGE Inc. / MANOR HOUSE / FOX RUN Residential Center / MEADOW RUN Residential Center / SPRINGWOOD Residential Center at Rhinebeck Campus (Rhinebeck, NY)
- (2) PHOENIX HOUSE FOUNDATION / PHOENIX CAREER ACADEMY (Brooklyn, NYC)
- (3) SECOND GENESIS Inc. / ANNE ARUNDEL and CO-OCCURRING facility (Crownsville, MD)
- (4) SECOND GENESIS Inc. / HARVARD ST. facility (Washington D.C.)

第2回（平成16年9月）

- (5) PROYOCTO HOMBRE Madrid / Programa de Adolescentes y Familias SOPORTE (Madrid, SPAIN)
- (6) PROYOCTO HOMBRE Madrid / Comunidad Terapéutica de NAVALCARNERO (Madrid, SPAIN)
- (7) PROYECTO HOME Balears / Comunitat Terapèutica SES SITJOLÉS (Campos de Mallorca, SPAIN)
- (8) PROYECTO HOME Balears / Comunitat Terapèutica CASA OBERTA / Centre de Deshabituaçió

n ANDANA (Binissalem de Mallorca, SPAIN)

(9) CENTRO di SOLIDARIET? / IL PONTE / Program COCCINELLA (Civitavecchia, ITALY)

(10) CENTRO di SOLIDARIETA-Genova (CSG) / Comunita di TRASTA (Genova, ITALY)

(11) CENTRO di SOLIDARIET?-Genova (CSG) / FASSOLO / Program CASA BELLA / CASTORE E POLLUCE / Casa Alloggio "LA TARTARUGA" (Genova, ITALY)

(12) CTN MONAR Krakow / Dom MONAR'u / Detox / Dom GWAN (Krakow, POLAND)

(13) FAMILIA / Spolecznosc Terapeutyczna FAMILIA (Gliwice, POLAND)

(14) KATOLICKI O?RODEK REHABILITACYJNO / Dom NADZIEI (Bytom, POLAND)

第3回 (平成17年1月)

(15) Fundacion HOGARES CLARET / CASA CLARET Medellin / HOGAR CLARET de ACOGIDA / HOGAR CLARET LA LIBERTAD (Medellin, COLOMBIA)

(16) Fundacion Universitaria LUIS AMIGO / Centro de Desarrollo - HUMANO (Medellin, COLOMBIA)

(17) AARS?Asian American Recovery Services Inc. / Program ADAPT / Adult Residential facility (San Francisco, CA)

(18) WALDEN HOUSE Inc. Adult Residential facility / Adolescent Residential / Day Treatment Center (San Francisco, CA)

(19) THE DELANCEY STREET FOUNDATION (San Francisco, CA)

(20) UCSF Stimulant Clinic / Program STOP (San Francisco, CA)

(21) BAKER PLACES Inc./ CAMELOT Residence (San Francisco, CA)

(22) HAIGHT ASHBURY FREE CLINICS Inc. / SMITH HOUSE ? SMITH RYAN (San Francisco, CA)

(23) Program TRANS by UCSF (San Francisco, CA)

(24) San Francisco Needle Exchange Site (San Francisco, CA)

(25) An ADVENTIST HEALTH AFFILIATE / St. Helena Center for Health Alcohol & Chemical Recovery Program (St. Helena, CA)

なお、アメリカ東部における調査期間は、平成16 (2004) 年6月18日～25日に、分担研究者宮永耕と主任研究者和田清 (部分) とで、ヨーロッパ調査は平成16年8月31日～9月12日に、分担研究者宮永耕と阿部恵一郎 (部分) とで、アメリカ西部調査は平成17 (2005) 年1月23日～31日に、分担研究者宮永耕と庄司正実 (部分) 他の研究協力者として、南米調査は平成17年1月18日～22日に分担研究者宮永耕がそれぞれ実施した。

C. 研究結果

1. TC概念の再整理

薬物依存者を対象としたTCは、1960年代以降にアメリカにおいて、AA等自助グループの活動の広がりを中心に、当時の既存治療に対するalternative (自助的代替策) として発展してきた。伝統的TCにおいては、共同体運営を基本とする長期の入寮型プログラムを基本とし、回復モデルとしてのリカバードスタッフの活用と専門職とのコラボレーションによる包括的な介入とサービスの提供を行っていることについては、昨年度の本分担研究において報告した。

今年度は前掲のとおり、世界各地において展開する数多くのTCを訪問調査することによって、その現実的な運営方法について知ることが可能となった。以下では、それらを通して再度整理したTCの基本モデルを示し、その情報源となった各TC施設の運営状況について報告する。

(1) TCという言葉が示すもの

TCという用語が示しているものは、その文脈において若干の読み替えを要する場面がある。すなわち、TCとは、集団形態をとる生活そのものであり、治療的介入の方法であり、また目的概念でもある。TCはプロセスであり、施設やその運営であり、相互関係についての理念でもある。また、わが国では治療施設というと設備や建物をイメージしがちであるが、TCを治療施設ととらえるとき、その内容はそこで展開されるプログラム自体 (いわばソフトウェア) を示している。このように多義的な概念であるTCについて、正確に把握することなしに精緻なレベルでの検討は困難であり、少なからず危険があるといえる。

治療的アプローチとしてのTCは、そのプロセスを大きく3つのステージに分けて考えるが、その

中心となる第2段階が、そのものとして一般に“TC Phase”と呼ばれることから、狭義には中長期間の共同化された入寮生活場面をもってTCとして議論される。しかしながら、その前後となる導入に主眼を置いた第1段階と、社会への再適応を目指す第3段階も含めた一連の戦略もまた同様に、TCの用語を用いてそのあり方が議論され、その改良と修正方法が世界各地の実践現場でも模索されていた。

本研究においても、この点を状況に応じて整理しながらインタビューする必要がある、記録整理する段階になって改めて混乱をきたしたり、収集された情報の不明瞭性に気づかされるような場面もあった。今後、わが国においても、このTCという基本的用語の多義性については、最初に意識して整理したうえで議論されていく必要があろう。特に、今日既にいわゆる伝統的モデルの範疇をも超えたTC実践が数多く行われていることを考慮すると、なおさらその必要性を意識させられる。

なお、後述するWFTCでは、以下のようにTCについて定義しWebにも掲載している。

治療共同体とは何か？ (by WFTC ; 宮永試訳)

「治療共同体 (TC)」とは、薬物乱用行動をやめ個人の成長を促進することをその主要な目的とする、薬から解放された自助的援助プログラムである。TCモデルは9つの必須の要素を取り入れる。これら要素は、行動と態度の変化に共同体 (コミュニティ) を利用するという社会的学習理論に基づいている。それら要素とは、以下のものである：

1. 活発な参加、2. メンバーシップ・フィードバック、3. 役割のモデリング、4. 個々の変化を導くための総体的なフォーマット、5. 共有された基準と価値、6. 構造とシステム、7. 開かれたコミュニケーション、8. 個人間のまたはグループの関係、そして 9. ユニークな言葉の使い方、である。

TCは、専門家とそれに共同するスタッフ、その両者を含む。自らのプログラムを修了し、カウンセリングにおける研修期間のトレーニングを完了したTCプログラムの卒業生は、プログラムの持つ効果の重要な一部分である。そしてそのことは、医学、精神保健、教育および法律領域からの専門家の包含と同等である。

共同体活動は、メンバーが個人的な発展における以下の5つの、別個でありながらも重なりあう領域で探求し、自分自身について学ぶことを援助する：それは行動管理 (感情的または心理的で、知的で、霊的で、職業あるいは教育と生き残るための技術) である。

TCは、人間とは変化することが可能で、共通の人間としての経験を理解し共有して、学習が挑戦と行動とを通して成し遂げられることを信じる。

TCにおける治療は、共同体への参入 (入寮) から始まる。ここで、メンバーは価値と共同体の規範を学ぶが、それは社会によって保持されたそれらの反映されたものでもある。治療の中間段階においては、メンバーは個々の物語と経験を探究し、新しい行動を行い、自身に対する大いなる自尊心と知識とを獲得し始める。新しい態度と行動が発展させられる時に、また、職業上あるいは教育的なトレーニングを含めて、未来のための個々のゴールと可能性もまたそうである。

治療の次なる段階は、より大きな共同体への再入場 (Re-Entry) という重要な仕事に関係している。他者と関連する新しい方法が行われて、メンバーは共同体からサポートを受けている間にもTCの外で働くか、学校に行くという貴重な経験を得る。最終的には、メンバーは独立して住み、アフターケア・プログラムからのサポートを受け続ける用意ができるであろう。

TCモデルは異なるクライアントの集団と設定とに適應できる。

青年期向けのプログラムは、完全な教育的なカリキュラムと、より大きな家族への関与を含む。そのモデルは、外来患者に対する設定に、また長期間またはより短期間での治療にも適應が可能で、それらの特別の医療的関与または他の生活様式の変化を引き起こす専門的なグループを含むことができる。

TCは回復プロセスにおいて、人間全体を、その個人の完全で健康的協力的な人間関係と満足な仕事とを伴った積極的な生活に引きつける。

(2) TCと文化的諸要素

今年度の第1回調査で訪問したニューヨーク市に本部を持つDAYTOP VILLAGE Inc. は、1960年代前半に創設されて以来40年以上にわたる歴史を持ち、今日ではWorld Federation of Therapeutic

Communities（以下ではWFTCとする）という最大規模の世界連盟における中心的役割も担っているが、DAYTOPには多種の専門分野が併設されており、その中の一部門としてDAYTOP International Inc.も設けられている。これは、世界各地の要請に応じて薬物依存者治療の経験と知識や情報を提供・教育する役割を持っており、中国などアジア諸国においてもDAYTOPモデルに倣ったTCの設立が行われてきた、との説明を受けた。

ただし、TCの実践にあたっては社会の文化的側面を重視して行われなければならない、その意味ではDAYTOPで行われた経験の直接的移植は効果的でないということがまた同時に強調されていた。まず、それぞれの国での薬物使用とユーザーの文化、社会的制度の側面、家族や社会規範の状況、社会資源の状況、国民・住民意識等様々な変数が検討されて、総体的な文化的側面を把握したうえで、経験的に効果のあったTCモデルの導入と繰り返される評価に基づく部分修正とが必要となることが理解された。

その意味から、今年度はアメリカ以外のヨーロッパや南米といった文化的背景を多少なりとも異にする地域で行われているTC実践をも視野において、再度今日のTCの実際的な理解を試みている。

(3) 世界標準としてのWFTC

WFTCは今日全世界的なTCの連合体として、各地で行われるTC実践の方向に大きな影響力を持っている。Mission（使命）とVision（展望）とを共有し、それはPhilosophy（哲学・人生観）としてTCに参加するあらゆる人々に生活実践の中で共有されている。また、それら全体がTC治療のValue（価値）を宣言する。この領域における治療的介入の最大エージェントは世界的に見てTCであることから、薬物問題を抱える多くの政府関連機関が取り組みを進めようとする際にも、外部機関として経験に裏打ちされた一定の影響力を持ち得る。

WFTCには、地域的な連合として8つの組織が設けられている。TCAはアメリカとカナダを、EFTCは西・北ヨーロッパ諸国を、EEFTC（別表記でFTCC EE）は中・東ヨーロッパ諸国を、FLACTはラテンアメリカ諸国を、ATCはオセアニア・太平洋諸国を、そしてAFTCはアジア諸国を各構成メンバーとしている。このことからわかることは、これら加盟国には既にTCとして運営される薬物依存者治療の団

体・組織とプログラムが存在していることであるが、逆に日本には未だTCという概念すら十分に理解されておらず、またTCとして行われる自覚的な実践活動もないことから、他の13カ国のアジア諸国による加盟に対して、日本の記述もその情報もないのが現状である。このことをどのように考えるべきか。

WFTCは相互にその経験と知識を分かち合い、各地域の社会状況に応じてそれぞれのTC及びその運営するプログラムがより効果的に働くことに協力する。TC自体は共通する治療戦略の最終段階における課題である「社会への再統合（Re-Entry）」の過程においても、多様に異なる各国・各地域の社会諸制度に対して異議を申し立てることは目標になく、むしろ薬物規制を含む諸制度に対してさえ親和的な側面を持っている。TC実践は、薬物依存を取り扱う社会諸制度の改革を直接に目指すのではなく、治療を終えた個々の依存者が与えられる自らの状況の中でどのように自立的に生活していくか、に焦点を当てる。薬物依存者への治療的介入あるいは薬物に起因する様々なレベルの犯罪の削減を目指していくとき、これまでに世界各地で無視できない実績を挙げてきたTCの導入と活用について実務的に検討することは、将来の課題ではなく遅きに失する感さえある。薬物流通の国際化が話題に上って久しいが、薬物依存者の治療的経験に関してもこれほどの国際的孤立を選択しているとしたら、そこにはどのようなメリットがあるのか。

また、運営方針や戦略の違いなどによりWFTCに加盟しないその他のTC実践も、全世界においてこの外側に展開されている現実を考えると、民間施設DARC（Drug Addiction Rehabilitation Center）が独自に1980年代半ばより行ってきた援助実践活動において他にほとんど進展が見られなかったわが国の状況に対して、TCはこの上ない具体的な素材としても我々の前に提示されていることが理解できる。

2. 世界各地のTC実践

以下では、今年度訪問調査を行った前述のTC諸施設、プログラムについて、その概要と特徴を報告していく。ただし、訪問施設等一覧に挙げた25団体、あるいはそれ以上の数に上るプログラムを一律の方法・形式で報告することは困難であり、

また各プログラムを同様に記述する基準も見出せないほどに多岐に及んでいる。この1年間に収集した資料に基づく報告として、同時期に世界各地でどのようなTCとそれに関連する実践が展開されており、そこでの課題がどのようなものであるか、その概要が示せるように記述することを目的とした。

Ⅰ アメリカ東海岸におけるTraditional TC (1) DAYTOP VILLAGE Inc. (写真1)

今日その実践を継続しているTCのうちで、代表的なものとして必ず筆頭に上げられるのがDAYTOP VILLAGE (以下ではDAYTOPとする) である。1963年9月にアメリカ・ニューヨーク市において始められたこのTCプログラムは今日のTC概念の土台を形作り、居住型TCの有用性を社会的に広める上でも大きな役割を果たしてきたといえる。ちなみに"DAYTOP"とはDrug Addicts Treated on Probationの頭文字に語呂合わせのYを挿入したという開設時の造語¹⁾ であるが、SYNANONが目指したプログラムを薬物問題・関連犯罪の多発地域であった1957年当時のNYで展開するという試験的な事業の展開と発展によって、今日では一般的な名詞に近いものとして世界中で広く通用するものとなり、同時にDAYTOPモデルは世界各国のスタンダードとしての価値を持っているといえる。

また、このような歴史的経過から、DAYTOPはその後に誕生してくる多くのTCのサポートを役割とするようになったが、前述のWFTCの創設を呼びかけ、その中心的な役割を果たして今日に至っている。DAYTOP創設者のMonsignor William B. O'Brien師は、80歳になった現在もWFTCのPresidentである。(写真2)

今日DAYTOPは、薬物依存者のリハビリテーション領域において各種の年齢層、性別集団別のプログラムを運営している。Treatment Servicesには、12歳以上21歳までの児童を対象とした①Adolescent Services ②Adolescent Daycare - Outreach Centers ③Adolescent Educationと④Adolescent Residential Servicesの各部門があり、21歳以上の成人を対象とした⑤Adult Outpatient - Brightside ⑥Adult Residential Programがある(男女別も)ほか、Art Feeling Workshop, Family Therapy, Medical Services & Education, Vocational Educational Servicesといった附帯的

写真1

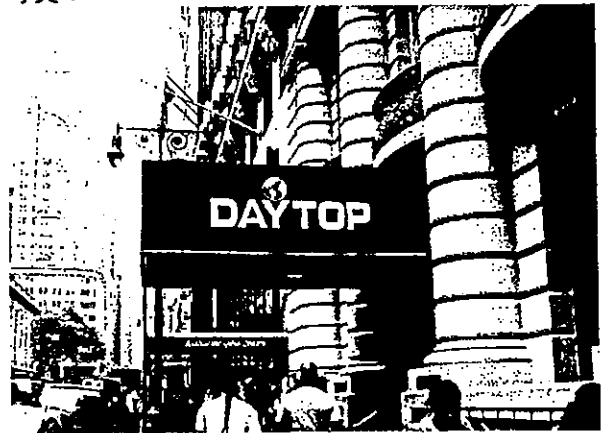


写真2



サービス(Enrichment Elements)、Family Association(家族会)、施設外の地域を指すCommunity Service部門による地域高齢者への無料配食・移送サービス(C.A.R.E.S. for Elderly)や地域団体や学校への予防教育事業Education & Prevention Speakers、スタッフ養成訓練センターPromethean Training Instituteなどが運営されている。加えて1-800のToll-freeによるHOTLINEも設けられている。

今回は上記の④と⑥にあたるニューヨーク市郊外Rhinebeck Campusに配置された4つのTC施設を訪問調査した。なお、上記Rhinebeck Campusは、マンハッタンからハドソン川を渡り北西に車で2時間余り北上した広大な敷地に5つの施設が設けられていた。

1) MANOR HOUSE (写真3、4)

「マナーハウス」とは直訳すると邸宅であるが、文字通りの3階建ての建物で利用者による保守管理が行き届いていた。2階には施設長等スタッフ

写真3



写真6



写真4

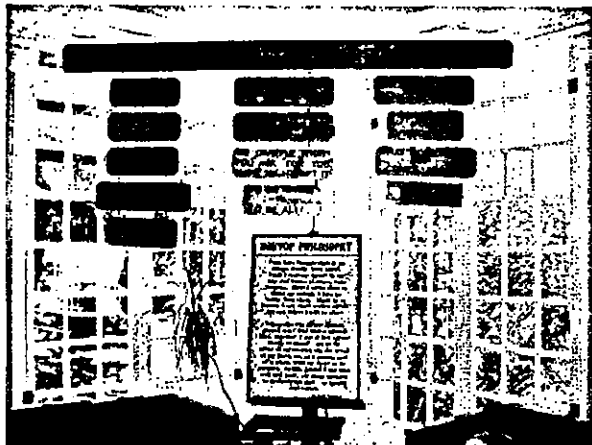


写真7



写真5



写真8



のオフィスがあり、2-3階部分が居室、1階がミーティングルーム、食堂等共用部分となっていた。朝7時から夜10時までのスケジュールは細かく設定され、週5日間夜間に1時間の施設内でAAないしNAミーティングへの参加も組まれていた。土曜日は地域のAAミーティングへ。地域のAA/NAグループのボランティアが入寮者の送迎に対応しているため、施設スタッフによる送迎は不要、とのことだった。

2) FOX RUN (写真5)

21歳以下の児童を対象にした施設で、Long-term (成人とほぼ同様の12ヶ月) の外に90日以内のDiagnosticプログラムが入寮により行われている。GED (高卒資格証明) 取得のためのクラスも行われているという。

3) MEADOW RUN (1993.12～) (写真6)

21歳以上の成人女性のプログラムが行われる比較的小規模の入寮施設。スタッフも当然女性が中心となっている。

4) SPRINGWOOD (1987.9～) (写真7、8)

石造りの大規模な入寮施設で、入寮者はWork Role Hierarchyに基づいた役割を果たし、施設の運営がCoordinatorらの指示監督のもとに行われている。一例では、外出時は各自名前の書かれたプレートに行き先の色分けされたリングを掛けていくルールとなっていること、受付を担当する入寮者はネクタイの着用が求められる、といった具体的なルールについても説明を受けた。

訪問時にはちょうど滞在していた韓国からの研修団と面談したが、TC治療研修のため医療・社会福祉専門職と牧師らが2ヶ月にわたって派遣され、帰国後はそのまま個々のTC実践現場にフィードバックする、とのことで、DAYTOP Internationalではこういった海外からのTCの実務者研修にも積極的に対応している、という。

また、DAYTOPで受けたTCの概念に関する講義では、その基本的構成要素について、以下の図1によって説明が行われた。

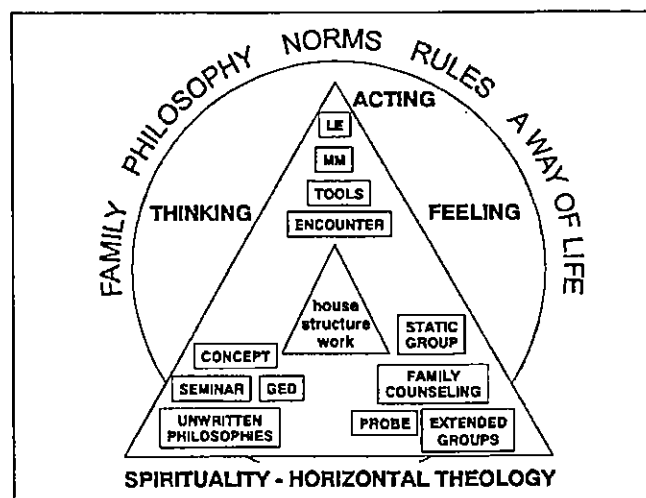
ここでは、依存者である利用者が持つ考え方に介入して影響を与え、感情 (Feeling) が変わることによりそれが行動 (Behavior) に現れ、態度 (Attitude) の変化をも可能にするよう、TCは環境設定がデザインされることを説明している。行動および態度の修正変更は回復の尺度としてとらえられる。

(2) PHOENIX HOUSE (写真9、10)

DAYTOPとならんで1967年創設以来35年以上の歴史を持ち、東海岸での代表的なTCとして知られるPHOENIX HOUSEは、現在NYを中心に9つの州で100以上の薬物依存に関する治療・予防のLocal Programを運営している。

そのプログラム構成をみると、今日では広範囲に及ぶが、①Adolescent Residential ②Adolescent Outpatient ③Adult Residential ④Phoenix Career Academy ⑤Detox ⑥Women's Programs ⑦

図1 BASIC INGREDIENTS OF A THERAPEUTIC COMMUNITY



Copyright: DAYTOP International Inc., NY

写真9



写真12

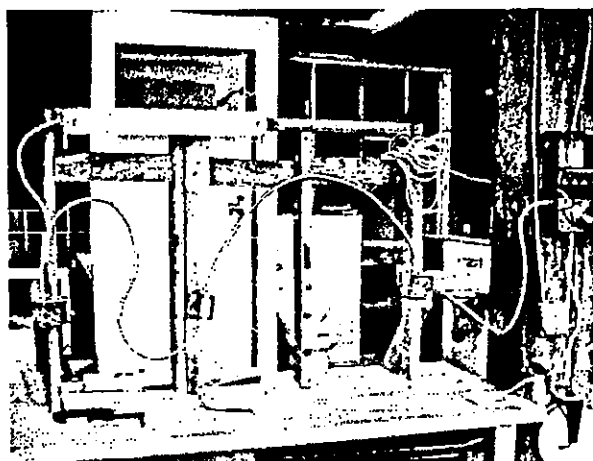


写真10

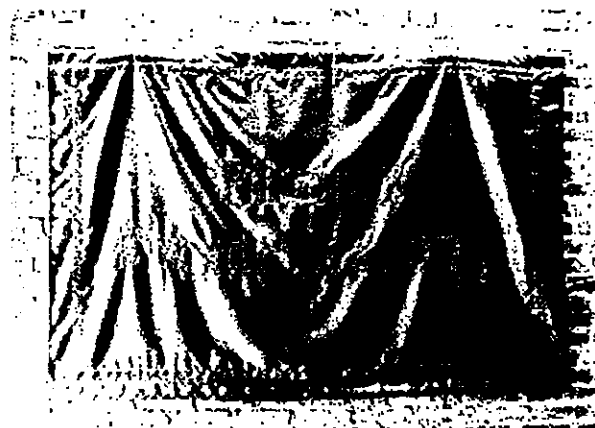


写真13



写真11



写真14



Mental Health Programs ⑨TCに大別される。

今回の調査では、Welfare-to-Work（「福祉から就労へ」；アメリカ低所得者政策のトレンド）の進行を加速させるために既存のResidential ProgramにVocational Training（職業訓練）部門を統合し、1999年に始められた全米で最初のモデルとなった上記⑤のCareer Academyを訪問した。この施設は、マンハッタン中心部からも近いBrooklynの歴史的建造物の並ぶ再開発地域の一角にあり、交通の便がよい。特徴はVocational Training & Treatment Complexを標榜するだけあり、Detoxが完了してTCに入寮してから退寮までの18～24ヶ月の間に専門的・集中的な職業訓練も修了させて技術を備え、就職して退寮するという具体的な構想に沿ったプログラムが単一施設内で行われている点にある。

1) 寮内プログラムの概要

PHOENIX HOUSEの入寮者は、成人では約80%が法廷命令その他の司法措置によるといわれる。240人の入寮者の内訳は男性198人、女性42人、年齢では25～40歳前半だが、主として30～35歳は中心である。

まず、TC入寮前に解毒を医療機関その他（使用薬物の種類により異なる）で行った後に、Career AcademyのようなTCへ入寮となる。入寮期間は最低6ヶ月から長い場合2年（24ヶ月）に及ぶが、初期よりTCでのきわめて緊張感の高い集団生活に統合される。そこでは伝統的TCモデルの要素であるHierarchical Program Structure, Privileges and SanctionsやPhase Structure, Job Function, Role Modelsが活用される。また、PHOENIX HOUSEでは、Light living (positive behavior) のコンセプトを重視し、12ステップグループという病気（disease model）としての取り扱いせず、責任（personal responsibility）をコミュニティでの生活各部分に求める、と説明された。

最低6ヶ月間のTCでのパフォーマンスと、入寮前からトータルして1年以上のクリーン（断薬期間）が基準となって入寮者の希望と適性に応じた内容の職業訓練が開始され、集中的に6ヶ月から1年かけて技術を修得させる。退寮前には就職活動を行って仕事を決めてから退寮するようにした結果、95%の利用者が就職し退寮している、とのことだった。

なお、主な使用薬物の種類によって、入寮者の

取り扱いには一定の配慮が求められることが経験的に知られ、それはHeroin Addictに対してはより集中的に、より責任を強調していくこと、Cocaine Addictに対してはより注意深く、責任を求めすぎないようにすることが適切である、というが、実際にはとても難しいことでもあろう。Heroin Addictに対するMethadone Maintenanceは行われないうが、代わって近年導入されてきたBuprenorphineの処方を行われており、予後成績も良好と評価されている。加えて、5年前より入寮者に対する禁煙サポートのプログラムも行っている。

2) 職業訓練のコース（写真11、12、13）

職業訓練は施設内に設けられた技術教育上の専門的設備を備えた教室で定期的に行われる。種目は主に以下の5種類に分類される。

① Culinary Arts（調理・食費管理）；具体的カリキュラムとしては、計600時間の調理技術、500時間の食品衛生管理講習を経て調理師資格を取得し、病院やレストランといった調理サービスに従事するためのトレーニングである。

② Counseling trainings（援助職養成）；自己の回復体験を基に、カウンセリング等専門的援助技術の基礎を学び、将来のカウンセラー等援助職を目指す教育訓練であり、若い入寮者が多く参加していた。

③ Carpentry（大工・木工）；木工技術を基礎に大型家具の製作のための技術まで修得する。ここで製作された製品は、有名大手デパートの注文販売カタログにも掲載され、一般注文にも対応しているという。

④ Building maintenance（ビル内工事）；電気配線工事や水道配管工事等の業務に必要な技術を修得する。

⑤ Computer training（Office/clerical procedures事務系技術）；今日の事務系業務に必須ともいえるコンピュータ操作技術をタイピングの基礎から学び、MS Word/Excel/Access といったソフト操作を修得してMOUS（Microsoft Office User Specialist：旧称）の資格取得やDatabase basic等のプログラミング技術を修得する。

この他にGED資格取得のためのクラスが週2回夜間に設けられている。

3) 職業訓練が目指すもの

スタッフによれば、職業訓練は利用者の担う社会的側面の問題を解決していくために重要であり

写真15



写真16



写真17



、技術の獲得と就業による収入の獲得が人間としての尊厳 (dignity) を回復することになる、とのことであった。今日多数が法廷等からの命令で治療に向けられる状況にあって、薬物使用だけではなくもとの社会的不利によって損なわれた尊厳の回復を目標として意識している。そのための基礎となるのがDrug freeな生活体験とその維持であり、職業訓練もその先に位置づけられるという全体デザインになっている。

それらが一貫して施設内で行われる必要について、以下のような説明があった。すなわち、施設外で職業訓練をすると、スタッフはモニターできない。現実的には施設の外に出るとまず大半は帰ってこない。プログラムの途中で外出すること自体が経験的に「プログラムの終了」を意味するため、卒業時までに必要な援助がすべて施設内で提供できることが理想である、とされる。Career Academyの徹底した実践と独自性はここにあり、医療サービスだけでなく歯科診療までが同施設内で提供可能となっていた。

(3) SECOND GENESIS Inc. / ANNE ARUNDEL and CO-OCCURRING facility (Crownsville, MD)

東海岸のもう一つの大都市であるワシントンD.C.とその周辺地域 (Virginia, Maryland) で最も長い歴史を持つSECOND GENESISは、1969年に創設され翌70年に最初の入寮型TCプログラムが始められた。今日では、前出の2団体と同様にTCをはじめ多種のプログラムを運営している。

SECOND GENESISが現在運営するプログラムの概要は、以下のとおりである。

①Residential Treatment Program ②Residential Treatment Programs for Women & their Children ③Adult Outpatient Program ④Adolescent Outpatient Program ⑤Residential Co-Occurring Disorder Program

子どもを持つ女性の包括的な入寮ケア②は、ユニークなプログラムであるが、BaltimoreとMarlboro, MD. とかなり離れた別地区で運営されているため、今回は②を除くプログラムを運営するワシントンD.C.近隣の施設において①のプログラムを行うANNE ARUNDELと別施設(4)で訪問調査を行った。

1) ANNE ARUNDEL (Residential TC facility 1988～) (写真14、15)

ANNE ARUNDELはワシントンD.C.の北東、Crownsville, MDの広大な敷地に複数のプログラムを行う施設が配置されている。Silver SpringまではD.C.からはかなり遠く、地下鉄駅の終点からタクシーで40分(30km)程度ハイウェイを北上した郊外(Baltimoreとの中間点近く)に位置する。

訪問当日(6/24)は、春から秋まで月1回開催される"Sports Day"に当たっており、SECOND GENESISの各TCの利用者やその家族らが一同に集まって、野球、バスケットボールなどのスポーツプログラムが一日中行われていた。この日はおよそ400人が集まったとのことだった。当日は、それぞれの施設スタッフも利用者とともに集まり、インフォーマルなミーティングや情報交換も行われていた。スタッフによれば、SECOND GENESISによるTCのプログラムコンセプトは、DAYTOPやPHOENIXとほぼ同様のものであるが、利用者はD.C.とMDとVAに限定されている。このTCの定員は126人と大規模で、入寮は男女とも受け入れるが、実際は男性が多数を占めているという。建物内は入寮期間の古い入寮者に案内されたが、居室、共有部分ともに清掃も行き届き、本格的なジム設備も配置され、メンテナンスが行き届いていた。寮内の壁にはスローガンやTCのポリシーが書かれまたは掲示されていたほか、入寮者の入退出管理や外部からのコンタクトへの電話対応など、Job FunctionとしてTCモデルで運営されていた。また、スポーツイベントのため集まった多くの外来者の食事も、入寮者の役割として混乱なく対応されていた。

2) Residential Co-Occurring Disorder Program (⑤ ; 1999~) (写真16)

続いて案内されたCo-Occurring Disorder Programは、ANNE ARUNDEL TCとは廊下伝いに続く別棟に設けられた20人定員の施設である。この"Co-occurring"とは、かつてのDual-diagnosisと同義で、慢性精神科系疾患(Chronic mental health disorders)とAddictionを併せ持った利用者のための専門入寮施設である。約5年前よりDual-diagnosisに代わりCo-occurringと呼ぶようになった。TCは医療施設でなく、生活モデルでの視点を強調したとも考えられる。

施設内部の設備はANNE ARUNDEL TCと大きく変わらないが、Art Therapy Roomなどプログラムに合わせた変更点もあり、利用者による壁画が寮内の多くの場所に見られた。このプログラムはTCと

は別のFundingにより、スタッフもMaster's level Social workerを中心に厚く配置されていた。なお、SECOND GENESISにも多数のEx-Addict, Ex-Residentの「回復者カウンセラー」が有給で雇用されているが、修士学位レベルのClinical Social Workerについてはこれまで入寮者からの就職例はない、養成課程がAddiction Counselorとは異なるためだ、と説明された。

(4) SECOND GENESIS Inc. / D.C. Therapeutic Community (Harvard Street facility ①, 1977~) (写真17)

ワシントンD.C.の中心部からも近く、周囲に大学のキャンパスがあるこのHarvard St. TCは別名"Collage of Recovery"とも呼ばれているという。ここでは非常にActiveでAggressiveなTCプログラムを体験することができた。

朝9時のMorning Mtg.は、寮内の全員が参加して点呼から昨夜の問題の発生と、Incident Slipを通した入寮者間の問題に関する"ENCOUNTER"2)の技法に基づくFeedback Sessionが行われていた。当日は1名の入寮者が、30センチ大の紙のカードを首から胸の前に下げ、familyと呼び合う他のメンバーの前に立って自分に向けられる仲間の質問(感情)を黙って聞いていた。カードには、"What am I about when nobody's looking?"(他者が見ていないところで私はどのような人であったか?)と書かれており、ペナルティとしてその後も24時間そのままの状態プログラムに参加するルールであるという。

スタッフは参加しているが進行は入寮者自身が行うMorning Mtg.では、連絡事項などのあと全員が輪になり、以下のRhymeを大きな声で叫んで終了する。リーダーとなるメンバーが"I AM..."と発声し、他のメンバーが続いて繰り返す。参加してみたがその迫力とともに、身震いするような感動を覚えた。

図2 MORNING MEETING ; Activities are to focus on recovery, positive change, and moving forward

I AM ... SOMEBODY, I NEED ... SOMEBODY,
I WANT ... SOMEBODY,
I GOT TO HAVE ... SOMEBODY,
I LOVE ... EVERYBODY !

写真15

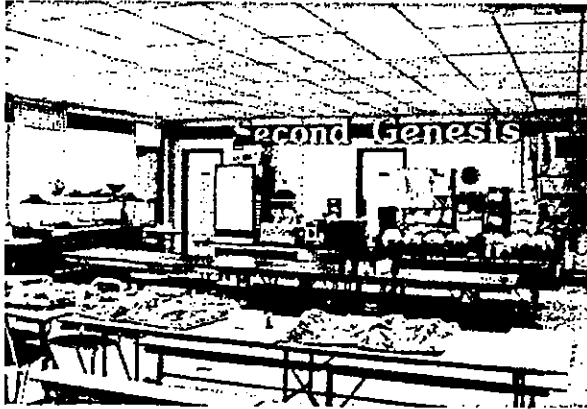


写真17



写真16



写真18



図3 Resident Work Role Hierarchy ; (De Leon, G. ; 2000) 2)

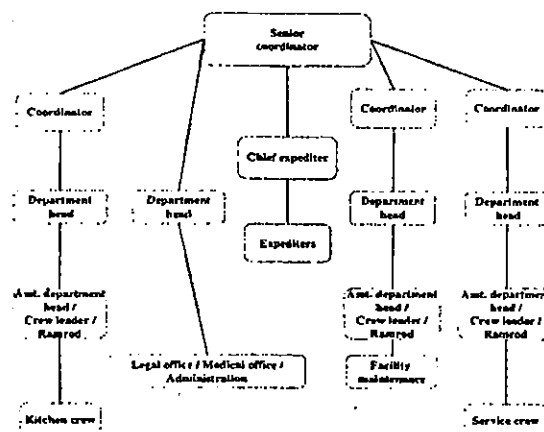


FIGURE 9-1. Resident Work Role Hierarchy

図4 CHAIN of COMMAND (指示命令系統)

"if someone has a problem, they should see their..."

"if there is still no solution, then you may ask (to see) ..."

①DEPARTMENT HEAD → ②EXPEDITOR → ③CHIEF EXPEDITOR → ④COORDINATOR (ここまで入寮者)
→ (ここから有給スタッフ) ⑤ POINT STAFF → ⑥LEAD COUNSELOR/THERAPIST →
⑦PROGRAM DIRECTOR → ⑧REGIONAL VICE PRESIDENT of RESIDENTIAL SERVICES →
⑨REGIONAL VICE PRESIDENT of CLINICAL OPERATIONS → ⑩EXECUTIVE DIRECTOR

このTCの特徴は、入寮者の100%が成人男性(定員64人)で、しかも何らかのCourt Order(法廷命令)によって送致され、入寮していることである。そのような入寮者のほとんどはアフリカ系の30~40歳代であった。厳格な伝統的TCモデルのJob functionを採用し、明確なHierarchyに則った寮内生活の運営が行われていた。入寮初期のメンバーのペナルティ内容は共用施設の掃除が多いためか、古く狭い建物ながら掃除はどこも行き届いていた。

プログラムは心理的、教育的、職業的側面に焦点を当てた各種のグループセッションと、週に3回夜間の寮内NAミーティングがコーディネートされている。

寮内の生活は上記のWork Role Hierarchyに貫徹され、その責任は文章化されて共有されている。

- ① COORDINATOR ; 寮内設備と鍵の管理及びスタッフの補助(寮内事故の連絡等)
- ② CHIEF EXPEDITOR/CONTACT MASTER ; キッチン、受付、外出管理等の運営、①の補佐
- ③ EXPEDITOR ; メンバーのnegative behaviorsに対する直面、メンバーの所在確認
- ④ RECEPTIONIST ; 外来者、電話連絡への対応と記録管理
- ⑤ ORIENTATOR ; 新規入寮メンバーに対するサポート
- ⑥ ADMINISTRATION ; 施設内で行う書類による事務処理の全般的管理

また、寮内に掲げられる"Attitude shapes behavior"という標語を見るとおり、態度でresponsibilityの状態をモニターするという意味からTC内での態度には常に関心が払われている。Addictionに関するDisease conceptの問題では、AA, NAやCA(Cocaine Anonymous)でのとらえ方に対し

て明確に異を唱えることはないが、回復への責任重視については他のTCと変わらない。TC入寮前には必ず30日前後のMedical Detoxを通して来ているので、主な使用薬物の違いによる取り扱いの違いはない、といわれる。

その他、退寮後のAftercare programとしては、施設外に住む元入寮者が毎週木曜日夜間に集まってグループミーティング行っており、そこにはファシリテーターとして2人のスタッフが参加し、毎回13~15人が参加している、とのことだった。

なお、法廷命令との関連から、入寮者ごとに随時尿検査が実施され、毎日検体が外部検査機関に送付されてモニターが行われている、とのことだった。(写真18)

本年度第1回調査のアメリカ東海岸のTC施設における実践の特徴は、George De Leonの理論的テキスト等に見る伝統的なTCモデルが今日も採用され、利用者集団のニーズに応じた修正的運用は見られるものの、例えば、"NO Chemicals of Any Kind, NO Physical Violence, NO Threat of Violence, NO Sexual Activity in the Facility"といったCardinal rulesを共有し、基本をDrug-freeなライフスタイルの学習に置いて行われていることである。歴史的には最も長いTC実践の経験が選択している方向は、紆余曲折はあるにしても、ここに見る限り大きく変更されていないように感じられる。

以下では、第2回調査のヨーロッパ諸国におけるTC実践について、概要を報告する。その際には、上記のいわゆる伝統的TCモデルとの差異を意識しながら検討していく。

ヨーロッパのTC訪問については、前出のDAYTOP Internationalの協力と情報提供を得て、報告者が直接コンタクトを取り実施した。具体的な選定

についてもWFTCの主要メンバーであるTCとその関係者が中心となったが、いずれもTCを持たない日本の薬物問題状況に関心を示し、調査への多大なる協力をいただいた。

II スペインのTC — PROYECTO HOMBRE

(写真19、20)

PROYECTO HOMBRE (以下、基本的にPHと表記) は、薬物依存者の治療と予防を目的とする活動を行う1984年創立の非営利団体であり、今日ではスペイン国内全域において26あまりのTCと関連プログラムを運営している。PHにはこれまでも日本からDARCのスタッフらが訪問した経験もあり、この非アメリカ的プログラムの断片的な特徴については若干の情報もあったが、整理され公表されてはいなかった。

今回の調査で理解できたことは、各地方のPHはそれぞれ独立して運営されておりPHの「地区支部」ではないが、ただし、TCプログラムの方針について共通の基盤を持つTC運営団体の連合体であること、である。そのため、財政や各地方の外部機関(たとえば地方自治体及びカトリック教会系外部組織等)との関係に若干の違いがあるという。

スペインは大きく分けても使用言語までが異なる4つ以上の地域から構成されているが、上記26のPHは全体で“ASOCIACION PROYECTO HOMBRE”(PH協会)を構成して相互の協力を図っている。

今回の調査では、当初本部として考えていた首都マドリッドのPHと、WFTCの中心的リーダーでもあるBartomeu Catala Barcelo氏を会長とする東部バレアレス諸島の一つマヨルカ島をフィールドとするPHであるProjecte Home Balearsによる計3ヶ所のTCを訪問した。

(5) PROYECTO HOMBRE Madrid / Programa de Adolescentes y Familias SOPORTE(Madrid, SPAIN)

PH Madridを訪問し、本調査の趣旨を説明して協力と情報提供を求めたが、その結果最初に紹介された施設は、マドリッド中心部で行われる青少年対象の予防プログラム“SOPORTE”と家族向け治療プログラムであった。ここでは、マドリッド市周辺地区の薬物問題概況とPHのプログラムの現状について基本的情報を得た。

それによると、マドリッドではMarijuana使用者が多く、Cocaine使用も大きな問題で、Methamp

写真19



写真20



hetamineはその次に位置するが、特に若者の間で使用が広がっている。PHのプログラムは、犯罪者としての薬物使用者治療とMethadone maintenance (Tratamiento con Metadona) の領域を含んでいる。ヘロイン依存者の場合、通常Detoxは医療機関で行われる。

現行の国内の薬物規制に関して、少量(自己使用と認められる1回分程度の所持)は犯罪とみなされない。18歳未満は少年法により取り扱われ、14歳～18歳までは主に教育的処分の対象とされる。利用者のPaymentについては、ほとんどのケースが公費(主に市が支出)による。現在、直接の法廷命令による利用者は15%程度である。

Program SOPORTEは1995年に当初は予防教育として始まったが、現在はDay treatmentによる治療プログラムとなっており、依存者とその家族を

対象にして教育を中心としたグループと個別介入による治療的な4期構成のプログラムによって、ResponsibilityとSocial Skillsの増進を目指す。最大50家族に対応可能だが、現在は35家族が利用し、対象者（依存者本人）の年齢は13～21歳、平均17.5歳である。男女比はおおよそ9:1で、プログラム修了率はおおよそ60%である。プログラムのコストは、一家族あたりおおよそ250/月であるが、公費負担による補助はない。

プログラム期間はおよそ18～24ヶ月で、その具体的戦略はシステム理論に基づくTherapeutic family program、認知行動療法、Gestalt psychological model+Moral Schemesを組み合わせ用いる。特にInvoluntary（動機付けのない）利用者に対しては、週3日×3時間のTCグループ参加を通し、15～18ヶ月かけて4段階のグループ体験を用いてnormal way of lifeを学び、家族との関係を再構築する。同時に家族グループを活用してティーンエイジャーの薬物問題に対し、①家族史の分析、②交友関係の分析、③セクシュアリティの分析、④ソーシャルスキルの分析の面からアプローチし、外部機関と連携してケアしている。家族セッションは、期間8～12ヶ月、月1回2時間、4～10人で、スタッフ参加によるグループである。

スタッフは非常勤を含めて6人であるが、PH Madridには全体で115人の有給スタッフが働いている。なお、PHでは、現在Recovering Counselorは幾人かのケースのみで、構成上少なくなっている。20年前にはほとんどがRecoveredだったが、現在では学位取得が求められるためである。PH自体でTherapistの専門職養成プログラムも行っている。

近年のスペイン国内の薬物問題を考えるとき、Social Alarmとして、14-18歳の使用動向が注目されている。PHの調査によれば、①最低50%のteenagerは1回以上違法薬物使用の経験を持ち、②最低25%のteenagerがこの3ヶ月以内に違法薬物を使用し、③最低2.5%のteenagerは違法薬物を常用し、④それら使用開始の平均年齢は13.5歳、Cannabisに限れば12.5歳、となっている、とのことだった。

(6) PROYECTO HOMBRE Madrid / Comunidad Terapeutica de NAVALCARNERO (Madrid, SPAIN)

PH Madridが運営する入寮TC（スペイン語ではCTと表記する）で、マドリッド郊外約40分のとこ

写真21



ろにある定員40人（男女とも）の施設である。後述するTC Phase、すなわちこのTC施設での共同生活は14～18ヶ月で、前後の治療を含めた全プログラム修了までには最短でも23ヶ月、35ヶ月が標準という長期プログラムである。（写真21）

標準モデルと段階は、以下のとおりであると説明された。

Fase 1 ; ACOGIDA ; Servicio de Valoracion y Acogida (2-3 mes)

- 1) Pisos de apoyo
- 2) Acogidas Residenciales

Fase 2 ; TC = Cominidades Terapeuticas (10 mes+α)

- 1) T.C.
- 2) Ambulatorio ;
Recorrido de Apoyo (18-24 anos)
Recorrido Diurno (25 anos~)
or Programa Coca?na

Fase 3 ; REINSERCIÓN ;
Servicio de Orientacion e Integracion Social (1 ano+α)
Re-Entry Phase

TC実践のモデルでは、治療の過程を大きく3つの段階（Phase/Fase）に分けて焦点化するが、このCT NAVALCARNEROは上記Phase 2の1)にあるCT ; Comunidad Terapeutica=TCに該当する。

ニューヨーク等でのTC実践と同様に、ここでの共同生活は生活環境の管理や日常生活の分担と定期集中的なグループ体験で構成されている。また、

ここでは比較的強調されていなかったが、グループダイナミクスにおける階級的権利義務関係の側面は活用されており、それは新規入所者に対するサポートの役割の中にも表現される。

また、ここで初めて体験したACOGIDA（アコヒダ、と発音する）という用語は、単に治療への動機付けを行うpre-treatment段階を指すだけでなく、援助全体の基本的姿勢、すなわちTCという共同体＝コミュニティ全体が援助を求めてたどり着く依存者に対して示すべき基本的態度を適切に表現する思想的な意味で、重要なキーワードであることを知ることになった。特に、スペイン語を共用する地域では、このACOGIDAこそTC実践を行う団体固有の社会的姿勢として理解され、それにより信用を確保してきていることについても、この後の調査を通して学んだ。

CT NAVALCARNEROは、都市間ハイウェイ脇の広大な土地にあり、農場やビニールハウス、機械倉庫等も併設していたが、それら作業は予想よりは重要に位置づけられている様子はなく、寮内でのグループセッションと生活運営管理が主体のプログラム、という印象を受けた。

また、現在行われるPH Madridのその他のプログラム構成として、SOTO DEL REALと呼ばれる：刑務所内TC Programと、CT NAVALCARNEROで行われるC.T. Cumplimientos Alternativos a prision、すなわちダイヴァージョンとして位置づけられたTC治療の導入により、ローカルの司法機関との連携による再犯防止事業にも参画していることがわかる。その他、Homeless状態にある薬物使用者へのアウトリーチ活動も行われている。

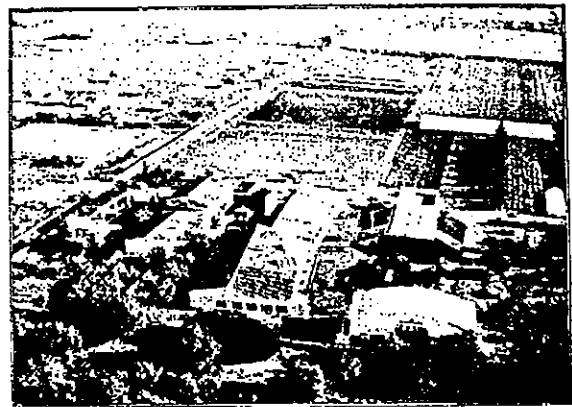
(7) PROYECTO HOME Balears / Comunitat Terapèutica SES SITJOLES (Campos de Mallorca, 1985～) (写真22)

マドリードでの説明で、スペインの薬物使用で有名な地域は、むしろバレンシアやマヨルカなどのバレアレス (Balears) 諸島、具体的には東部カタルーニャ語圏が中心である、という情報を得たが、マヨルカではPH協会に属するPROYECTO HOME Balearsが運営する3つのTCで訪問調査した。施設名称を見ると表記が若干異なるのは、前記のようにカタルーニャ文化圏にあるためで、パンフレット等の表記も全てCatalan (カタルーニャ語) とCastellano (標準スペイン語) で行われる徹底

写真22



写真23



さである。さらに地元の利用者はMallorquin (マヨルカ語) という方言で日常会話するという。

Comunidad Terapèutica "SES SITJOLES" は、マヨルカの中心都市バルマから車で40分ほど東へ走った、小村カンボスにあり、周囲は文字通り広大な畑のみであることが空撮写真でもわかる。(写真23)

PH BalearsではPrograma Tradicionalとして位置づけられるCT SES SITJOLESは、標準で5～6ヶ月のCentro Semi-residencialという独自のスタイルを採っている。スケジュールは毎週月曜日の朝から金曜日の夕方まで組まれ、週末は自宅等に戻って過ごすことが原則となる。Homelessなど家族や帰る家がない場合に限り、週末もスタッフと施設に残ることもある、とのことだった。

1) 入寮者の状況

訪問日現在で52人が在所 (♂38/♀8) してい

たが、そのうち約50%は法廷、司法機関からの送致による。TCでは3人一組となって(2 Residents +担当スタッフ) 新入者を迎え入れる。

2) プログラムの特徴

前述のように、週5日間この施設で共同生活をする。金曜7時に自宅に帰り、月曜朝8時にプログラムが再開される。一日あたり150分のテーマ別グループセッションと自給自足的な食事の確保も含めた生活環境の運営管理が中心となったプログラムが、3つのPhaseに分けて展開される。基本構造は以下のとおり。

Fase (Phase) I (4ヶ月) ;

(家族のない人もいるが…) 家族関係に重点、在宅時の記録を取らせる → 家族に問題の本質を見せるため

Fase II (4ヶ月) ;

家の外の友人の場に移していく (広げる)

Fase III (4ヶ月) ; 社会参加に重点、アソシエーション等に参加曜日ごとにメンバーが入れ替わるグループのテーマは以下のとおり。

月 ; この週末をどのように過ごしたか、をテーマに

火 ; ACOGIDAへの新規入寮者のためのセミナー
水 ; 家族問題についてのグループセッション(6ヶ月単位) ; 防衛を解いて「5つの感情」(①恨み②怒り③痛み④悲しみ⑤愛情)に向かい合うことで、Social skillsを高める

木 ; ダイナミック・グループ : 各グループに2人のコーディネータが入り、40項目のチェックリストを用いて生活上のチェックを行う(チェックシートには①Creatividad創造性、②Laboral労働、③Social社会性、④Ético倫理性の大項目がある)。

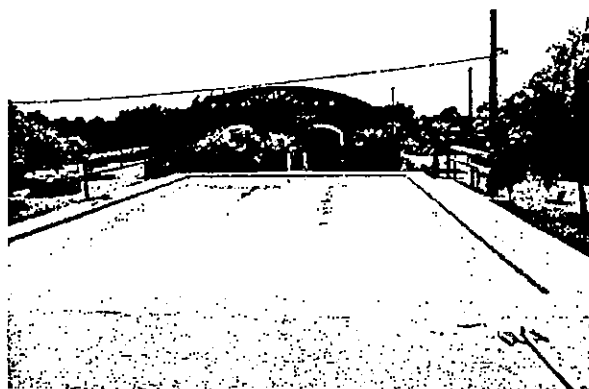
金 ; 午前中のミーティングで週末に帰宅する際の自分のテーマを決める

全体では、①ACOGIDAに重点を置いて介入すること、②生活歴、行動、感情(サンチマン)のそれぞれに焦点を当てること、③改善の評価も感情だけではなく、行動のチェックリストによること、などが挙げられる。

3) スタッフ

SES SITJOLES のスタッフは大体約半数が回復者だが、現在は所長と2人がEx-Addict、残り5

写真24



人がNon-Addict の専門職であった。

4) 参与観察による所見

SES SITJOLESは規律を重視したプログラム進行が印象的で、食事配膳から片付けまで、途中の連絡や入寮者の発表なども高い緊張感があった。食事中も一人が話し出した瞬間に他の全員が黙って注目し聞く、ということが徹底されており、号令の多用と合わせて軍隊的な印象を受けた。メインとなる昼食での食材も印象的で、敷地内の農場で採れた野菜がほとんどであり、量的にもカリオ一的にも質素なものであった。施設設備は大きくいたる所が広々としており、清潔なプールやサッカーグラウンドが備えられる他、大型の農耕用機械や収穫物の加工所・倉庫まであり充実していた。(写真24)

まだDAYTOPと同様に入寮者は常時自分の所在を自分で公的な掲示板に表示することで、コミュニティに対する責任を表現すること、他のメンバーに対する感情(特に否定的なもの)は溜め込まず、定期的に積極的に適切な形で表現するよう、Slip Boxに書いて投函することが求められていた。

(8) PROJECTE HOME Balears / Comunitat Terapèutica CASA OBERTA / Centre de Deshabitució n ANDANA (Binissalem de Mallorca, 1996 ~ / 2002 ~) (写真25、26)

PH BalearsのTCのもう一つの柱がCT CASA OBERTAとそこに併設されたCentre de Deshabitució n ANDANAである。ここではPH Balearsの会長であるBartomeu Catala Barcelo氏に面会し、直接TCでの援助の考え方について説明を受け、質疑する機会を得た。

1) スペイン及びPHへのTC導入について

DAYTOPのプログラムが1970年代にイタリアに渡り、それが1980年代前半にスペインに持ち込まれた経緯があり、PHが始まった20年前はヘロイン使用者の問題が拡大していた。Tomeu Catala氏がイタリアを訪れ、そのプログラムを学んで持ち帰り、今日のPHのプログラムの原型が作られた。2004年にPHは20周年を迎えた。(写真27)

2) マヨルカにおける薬物使用の特徴と処方薬治療の状況について

以前から薬物問題の拠点であったCatalunaではスペインの他地区と異なる使用が見られた。対岸のバレンシア (Valencia) にはすべての薬物問題があり、Speedももちろんあったが、マヨルカでも以前からHeroinユーザーの注射器使用が多かったのに対し、南部アンダルシア (Andalucia) 地方ではHeroin使用はもっぱらSniffing (吸引) による。

バルマには、Drug Addict Help Centerという公立施設が4ヶ所あり、週3回×3ヶ月を基準として、8年前よりMethadoneを含む処方薬 (Medicamentes) を用いた治療を行っている。

3) CT CASA OBERTAの特徴

前出のSES SITJOLESの利用者がHeroinもしくはCocaine使用者の割合が高いのに比べ、1996年に始まったCASA OBERTAの入寮者はHeroin + other drugsが約7割を占める関係で、Tratamiento con Metadoneはそのオペレーションが重要となっている。医師の処方に基づいてTC内では、一日20～180mgの範囲で個別に管理している (実際に立ち会うのはVoluntarioだった)。また、HCVのキャリアもANDANAとともに多いことがわかっている。(写真28)

施設プログラムは他と大きく変わらないが、古い修道院の建物を使用している関係で、敷地その他スペースも限られていることから、野菜の栽培も全面的に日常の食材を供給する目的ではなく、中庭の農園も補助的小規模なものだった。

CASA OBERTAとANDANAは、建物自体は共通するがスタッフは別構成で、CT CASA OBERTAには9人、ANDANAは昼間の専従スタッフが3人、夜間が2人体制である。

4) Centre de Deshabituation ANDANAについて

C.D. ANDANAは、Dual diagnosisあるいは前掲のCo-OccurringとされるMental Health Problem

写真25

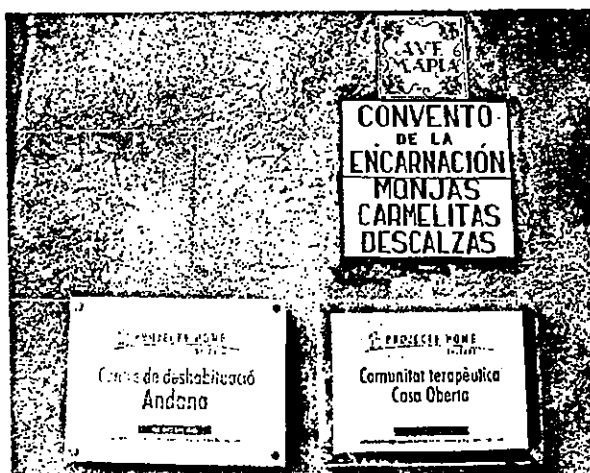


写真26



写真27



写真28



写真29



のあるadictoを対象にして2002年から始められた施設で、Metadonaを含めた処方薬使用が前提となるため、プログラムの構成にもスポーツが多く取り入れられるほか、YOGAも導入されるなど、グループセッションを中心とした心理的介入中心のTCとは異なるアプローチとなっている。施設内の雰囲気は明らかにCASA OBERTAとは異なり、むしろ日本で見る精神科医療施設のそれに近かった。(写真29)

スペインでは2地区で行われているPHのTC実践について調査した。プログラム期間はアメリカのものより概して長く、Re-Entryに該当する援助も長期間段階的に進められているが、地域内のAA/N Aといった自助グループとの関わりは薄かった。

TC Phaseでのグループ技法を活用した介入のバリエーションは、経験と評価のフィードバックに裏打ちされた高い治療的レベルにあることがわかった。また、この20年の薬物問題の広がり和社会的対応の改革によって、今日では司法領域との連携による刑務所内でのTCプログラムも行われ、TC実践幅を広げていた。

III イタリアのTC — CENTRO di SOLIDARIETA

1974年以来イタリア各地でTCと関連プログラムを運営する団体であるCENTRO di SOLIDARIETAによる実践を、ローマ近郊のチヴィタヴェッキア (Civitavecchia) とジェノヴァを訪れてヒアリング調査した。チヴィタヴェッキアでは青少年と母子対象のプログラムについて、またジェノヴァでは成人の入寮施設とHomeless及びMental Health / HIVとの重なり合いにおける特別プログラムを用いたTCアプローチについて学ぶことができた。

(9) CENTRO di SOLIDARIETA / IL PONTE / Il Progetto (Program) COCCINALLA (Civitavecchia, ITALY)

CENTRO di SOLIDARIETAはイタリア各地でTCと関連プログラムを運営する非営利団体であるが、今回はローマから北西に列車で45分ほどの海岸沿いの町チヴィタヴェッキアのTC施設、IL PONTEを訪問し、プログラムへの参加とスタッフ等へのヒアリング調査を行った。

1) IL PONTE / Adolescent Residential program (写真30、31)

IL PONTEとはイタリア語で「橋」を意味する。

写真30

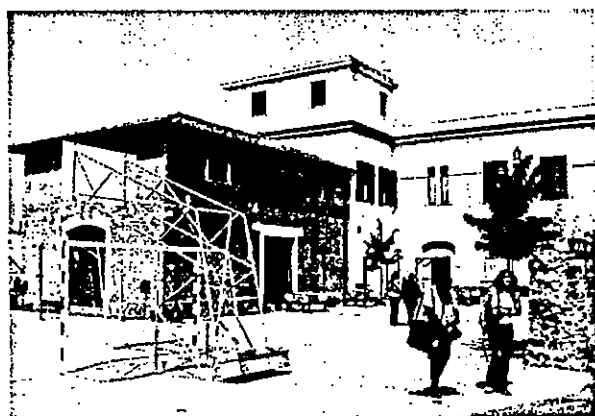


写真31



1978年に始まった成人の薬物問題を対象に活動を始めたボランティア団体CENTRO di SOLIDARIETA Civitavecchiaが発展し、予防という観点から青少年の薬物問題にプログラムの中心をシフトし、1989年以降は家族のサポートなども含めたPolyfunctional Centerとして、IL PONTEは数多くのプログラムを運営して今日に至っている。

IL PONTEが提供する入寮プログラムの方針は、Therapeutic-Educative Programと表現されている。ここには14歳～23歳+αまでの男女が約40名入寮しており、半年から1年のプログラムを修了して地域に帰っていくモデルである。全体のミーティングにも出席してメンバー全員の自己紹介と将来の目標を聞いたが、学校に戻る、家族とともに暮らす、大学で学ぶ、自動車運転免許を取って働く、資格を取って働く、といったものが大半であった。スタッフは女性が中心で、児童対象の施

写真32



設として教育の専門職としての役割が多くの部分で求められていた。

寮のスケジュールは、朝6時45分の起床から23時の就寝まで非常に細かく作られ、グループセッションも曜日によって変化をつけるよう設定されている。月～金の5日間がタイトで、週末はこのような日課はない。

食事の調理は入寮者ではなく職員が行うが、配膳セッティング、片付け、清掃は入寮者が当番で行う。また、施設内には入寮者の描いた絵が大小問わず多数掲げられていたが、これはプログラムとして積極的に絵画療法を導入してきた経過によるものであり、その治療的効果についての研究も報告書にまとめられている。陶芸、コンピュータ・スキル、写真技術なども療法以外の絵画活動と共にCreative activitiesとしてTherapeutic-Educative Programにおける介入の道具と位置づけられる。

児童の入寮中には、あわせてその家族へ自助グループ（集団精神療法）の参加による教育プログ

ラムと、個別面接とを通した介入を進めていく。

2) Il Progetto COCCINALLA (写真32、33)

COCCINALLAとは「てんとう虫」を意味し、2000年から始められた比較的新しいプログラムである。IL PONTEの児童施設からもそれほど遠くない別の小型の建物で、家庭的な雰囲気重視のセッティングになっていた。

このプログラムの対象は子どもを伴った困難な状況にある女性で、たとえば未婚の母や、刑務所を出たばかりの女性であり、そこに薬物依存の問題が大きく重なっている。

IL PONTEと同様、入寮生活期間中の日常的なCreative, Sports, Cultural activitiesと合わせて、あらゆるレベルの学校教育への復帰や専門職業訓練への準備をととして介入が行われる。

3) FICT - Federazione Italiana Comunita Terapeuticheについて (写真34)

FICT = Federazione Italiana Comunita TerapeuticheはCENTRO di SOLIDARIETA Civitavecchiaもそのメンバーとして加盟するが、EFTCイタリア連盟の中であって、IL PONTEを含めた50を超える数多くのプログラム運営団体で構成される重要なTCの連合体である。その現会長がEgidio Smacchia師で、イタリア国内はもとより中南米等の海外においてもTCの運営に長く携わってきた実績を持つ。IL PONTEの建物内にはFICTのオフィスも置かれており、そこでは日常的に地方行政機関、ローカル・ソーシャルワーカーらとの連絡調整も行われている。

(10) CENTRO di SOLIDARIETA-Genova (CSG) / Comunita di TRASTA (Genova, ITALY) (写真35)

イタリア北西部の港湾都市ジェノヴァでは、成人の典型的な入寮TC施設を訪問し、宿泊させてもらいながら施設プログラムを体験することができた。1997年から始まったComunita di TRASTAと呼ばれる、ジェノヴァ港から斜面を登った山の頂上付近に位置するこのコミュニティは、成人施設として寮内での生活運営活動のほぼ全てが入寮者のJob Functionを通して行われていた。ミーティングの構造や寮内運営のスタイルは、DAYTOPやSECOND GENESISのものに良く似ており、それらTCの構成要素がイタリアの生活習慣にアレンジされ展開されている。説明に当たったスタッフ及びシニアの入寮者によれば、「以前はCSGでもDAYTOPモデ

写真33

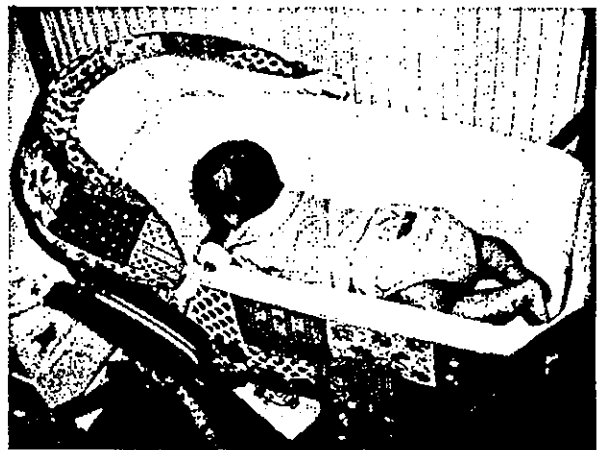


写真34



ルの厳格なコピーから始まったが、経験的にイタリア人にはいわゆる軍隊式な権力による支持命令の形式は受け入れられにくいことがわかり、徐々にアレンジしてきた。」とのことだった。

1) Gruppo-dinamicoとIncontro (写真36)

ここでの特徴はスタッフと長期の入寮生活で「特権」を獲得してリーダーシップを採るメンバーとの差が外来者にはほとんど感じられないほど、入寮者自身の手で全てが運営されていた。たとえば、寮内スケジュールでも重要なMorning Mtg.では、職員が介入することなく日常生活における仲間同士の中で感じるNegative behaviorに対し、ルールに基づいた”Incontro (Confrontation)”が行われていた。

これは、司会者が促すことにより、Gruppo-dinamicoと書かれた受付の箱に投函された入寮者の

写真35

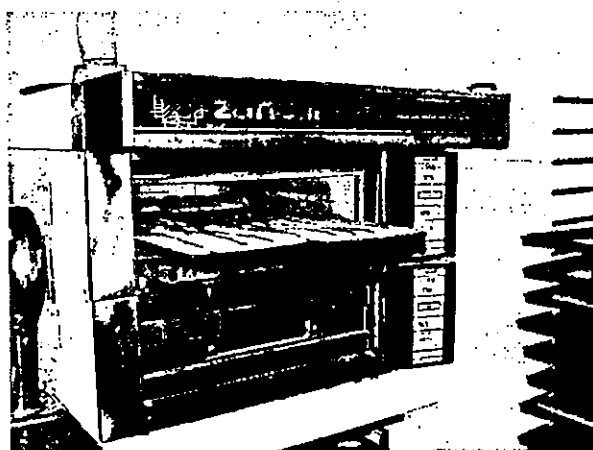


写真36



行為、特にNegative Behaviorsに対する他のメンバーの正直な感情が取り扱われる。毎日45分間行われるMorning Mtg.の中では、当事者どうしが1対1で向き合い、実際に他の全員の前で感情を表現するものだった。名前を呼ばれた入寮者は輪の内側に入り、その行動を指摘したメンバーに向き合って、手を後ろに組んで黙って立つ。そして、その行為の事実が他のメンバーにどのように感じ

写真37



られたかを黙って聞く。そこでは、責任を果たさない行為に対する叱責や失望、悲しみや敵意といった「危険な感情」でさえ素直に表現される。聞いている側は決して反論したり、手を出したりして反撃することは許されず、ただ黙って誠実に聴くことを求められる。同席してみると、その緊張感の高さに戸惑うが、誰が翌日のミーティングでIncontroの対象となるかは、前日の晩までに掲示により事前予告されていること、告発する側も常に告発される側になり得ることから、毎日の日課として行われる真剣勝負の厳しいセッションも問題なく運営されている、と説明された。

また、PULL-UPと呼ばれる一種のゲームが、同じMorning Mtg.の中で毎朝行われるが、これは15分間の短いものながらプログラム上は重要なものだという。TCでの一日は慣れた入寮者にとってさえハードなものであり、その日課の始めにはリラックスとスマイルが必要だと共通理解されている。ゲーム自体は単純明快なものだが真剣に全員が参加し、ルールに従い罰ゲームも課される。「震源地当てクイズ」を順番で指名されたメンバーが、規定回数当てられずに失敗すると、皆の前で踊って見せ、大いに盛り上がっていた。

2) House Meetingで話されること

House Mtg.は1ヶ月に1回、コミュニティの全員参加で開催されるが、そこでは現在と今後の自分の未来に焦点を当てて話し合う、という。つまり過去の体験、特に薬物使用していた時に何をしてきたか、については意識的に取り扱わず、「今日はどのように感じているか」から始めて自分がな

ぜここに今居るかを反映させて今後の自分の課題、特に社会化の具体的な中身を取り扱うようにする。それは、行動面では、怒りや感情をどのように取り扱えるように変われるか、という課題に向かっていく。この説明を聞きながら、行動療法的な技法の介在を認めるとともに、12ステップで徹底して行う過去の体験の掘り起こしとは違うアプローチが、ここでの治療のツールとして選択されていることを理解した。

3) プログラム期間とアフタケア (写真37)

プログラムの基準は2年から3年であるとのことだったが、コミュニティを離れ自宅に帰ったりまたは仕事に就いたりした後も、必要に応じてTRASTAに短期宿泊し一緒にプログラム参加しながらケアを継続できることになっている。このことは、CSGのひとつの特徴である完全に利用料無料であることによって、実際に可能となっていることが理解できたが、運営上重要な役割を果たすボランティアの育成にも結果的につながっていることが予想された。

(11) CENTRO di SOLIDARIETA di Genova (CSG)
— FASSOLO / CASA BELLA / CASTORE E POLLUCE
/ Casa Alloggio "LA TARTARUGA"
(Genova, ITALY) (写真38)

FASSOLOは、C.T. TRASTAから港に向かって下った、市街地に近い急斜面に立てられた修道院施設を転用した複合施設で、CSGのオフィスもここに置かれていた。管理等とは別の棟は4階に分かれ、それぞれ別のプログラムとして運営されていた。

1) CASA BELLA (写真39)

このプログラムは、FASSALOの1階部分を使って行われているが、主にホームレス状態にある薬物依存者に対して、毎日夕方から翌朝まで夜間のサービスを提供している。利用者は最高3ヶ月の間、このサービスによって夜間のベッドと食事、そして必要なら清潔な衣類の提供を受けることができ、その間に十分トレーニングを受けたスタッフの介入によって治療に導かれる。CSGが提供できる様々な種類の治療プログラムを提示することによって、路上で使い続ける生活からより自己の尊厳が感じられる生き方へ向けた、最初の第一歩になり得ることを目指している。ジェノヴァ市役所とSER.T. (薬物に関する地元の自治体の公共機関) の協力で誕生し、非常に評価されている。最

写真38



写真39



初は試験的に2年間続けられ、1999年からは一般サービスとして認定されることになった、とのことだった。

2) CASTORE E POLLUCE (写真40)

FASSALOの2階には、2001年に始められた内科疾患及び精神疾患等を合併して、普通のTCでのプログラム参加の困難な薬物依存者を対象とする15人定員の入寮施設が設けられていた。各居室2~3人

で、ミーティングもプログラムに組み込まれていたが、日常生活にもある程度の生活介護が必要な利用者も見られ、率直な印象ではその回復までのゴール設定に困難さが予想された。プログラム上は、6ヶ月×3ステージの18ヶ月を基準として運用されるが、利用者の実態は日本における場合なら精神科もしくは内科病棟の中にあつて長期在院となり易い集団に近いと思われる。さらに、このプログラムのオペレーションには多くのボランティアがあたっていると聞いて、病棟閉鎖が進んだことで知られるイタリア北部の精神医療の別の側面が現れているとも考えられた。言い換えれば、ここでは薬物使用をその根拠として、中重度の精神的・肉体的ハンディキャップを担う集団が、病院環境に比べ相対的に設備も人的配置も劣悪な条件下で処遇されざるを得ない現実の矛盾を、このプログラムの必要性和あわせて感じるようになった。

3) Casa Alloggio "LA TARTARUGA" (写真41)

1998年に始められたプログラムで、対象はHIV positive及びAIDSを発症している薬物使用者・依存者であり、実際には回復の援助というよりターミナルケアとして行われている。最上階の3階がこのプログラムにあてられているが、この階には常勤の医師や看護師といった専門職が配置され雇用されており、入寮患者の精神的なサポートも随時行われている。愛情と受容そして自己の尊厳が感じられる環境を提供することにより、そのウイルスに対する免疫力をも高めることが知られている、という。

ちなみに、"LA TARTARUGA"とは「亀」を意味している。このような対象者の問題から当然入寮期間も定められていない。

4) CSGのTCプログラム

CSGによるTCプログラムの基本構造は前出の3段階で構成された伝統的TCモデルであり、その運営の方法のディテール（サービスの形態）を対象者の生活問題構造に合わせて修正適用するものと言える。

I Accoglienza

- ・ Semi-Residenziale;
- ・ Residenziale;
- ・ AIDS (Casa Alloggio "LA TARTARUGA")

II Comunita di TRASTA

III Reinserimento Sociale

これらに示される基本構造は、アメリカ東海岸

写真40



写真41

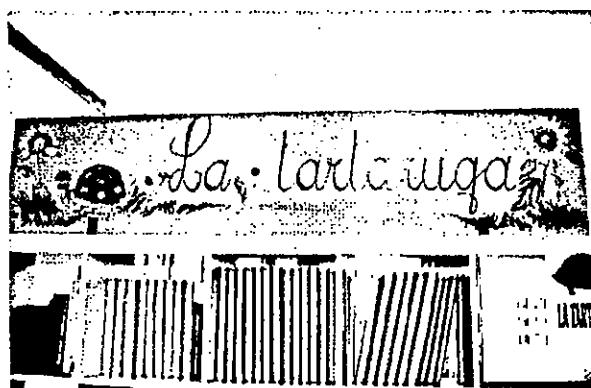


写真42



やスペインのそれとほとんど同じであるが、ここでは特に"PROGETTO UOMO"というリハビリテーション・プログラムの目標に沿って、薬物乱用者がその依存によって中断した成長を促すことを目指している。以上のプロジェクトが次の3段階に分かれている提供される、と説明されている。

- ①身体的依存から精神的依存までを含めて、自立させること
- ②共同体で生活を送ることをとおして、依存者の成長と自己への尊敬を促すこと
- ③社会復帰活動を援助すること

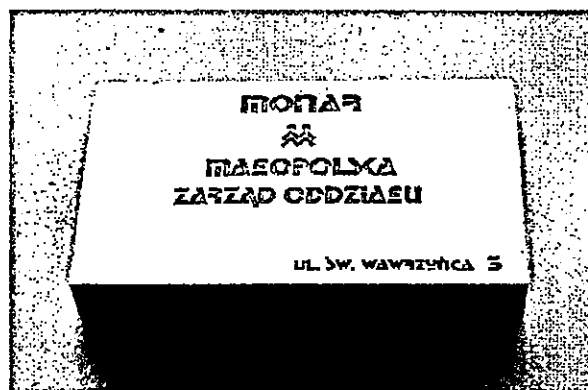
5) CSGの活動とVOLONTARI (写真42)

上記のように、薬物依存者を対象として、現実起こっている様々な集団に対応するようプログラムを開発してきたCSGは、1973年に現会長のDr. Bianca Costa Bozzo氏と何人かのボランティアによって創立された非営利団体である。1992年には国連からもNPOとしての認証を受けている。資料によれば、現在50人以上の援助専門職を雇用し、180人以上のVOLONTARI＝「ボランティア」を有して、140人以上の依存者とその家族へ援助を行っている。

これらサービスは、一切利用者から料金を徴収せず無償で提供されるところにも特徴がある。利用者一人当たり一日37CかかるというCSGの運営資金は、一般市民からの寄付と地方自治体や運営委託する関係機関から補助金を受け、残りについては自己資金を増やすための各種のキャンペーン活動やイベント、地元企業や銀行等団体からの献金、そして3ヶ月ごとに発行する機関誌の読者に献金を呼びかけることで賄われてきた。

さらに、質の高いサービスを提供するために、CSGはプロの教育者（例えば、基本的な講座、専門学校、職場監視活動などの資格のある教育者達）を優先的に雇用し、FICTによる専門職養成訓練プログラムにも参加させる。施設運営体制としては教育を専門職とするスタッフとボランティアで構成される基本的運営部分に、少数の医療及び法律専門職が関与する形でスタッフ集団が形成されている。この点は、アメリカ東部での医療や看護、心理やソーシャルワークの専門職によるコラボレーションと多少の差異を見て取れる。スペインでも日常的に登場していたボランティアの介在は、TC運営の人的資源のあり方を考える上で、アメリ

写真43



カ東部型とは違うオルタナティブを示唆するものと見ることができる。

IV ポーランドのTC - CTN MONAR KrakowとTC Familia他

ポーランドでは主に南部2都市、クラクフとグリヴィツェにおいて活動する代表的TC施設を訪問し、施設内見学及びプログラムに一部参加し、合わせてスタッフや利用者からもヒアリングした。

(12) CTN MONAR Krakow / Dom MONAR'u / Detox / Dom GWAN (Krakow, POLAND) (写真43)

1) MONARについて

CTN MONAR（以下MONAR）は、社会主義体制下にあつて既に1980年には薬物依存者の共同生活による治療援助活動を開始した団体で、創設者Marek Kotanskiもまたポーランドの薬物依存者対策のパイオニアとして広く知られている。旧体制下においては、薬物問題自体が潜在化せざるを得ず、政府による公的な対応が遅れる中で、同氏の強力なリーダーシップの下、1985年にはAIDS問題への対応をMONAR独自で始めている。1989年には初の自由選挙により国会議員にも選出されたKotanskiは、1991年ホームレスのケアをその活動に加え、体制変動の中で顕在化する薬物・AIDS・Homelessというそれぞれの分野を統合した先駆的活動を展開した。マスコミを通じたキャンペーンによって、MONARの活動内容が国民にも知られるようになった2002年に突然起きたカリスマ指導者の交通事故死は同団体に大きな打撃を与えたが、現在もポーランド各地でTC運営を中心に広く社会問題に対応する活動を行っている。その先駆的な実践は1990

年代に同様の体制変動を経験したチェコなど他の旧東欧諸国にも大きな影響を与えてきた。

今回訪問したクラクフは、MONAR協会の活動の中心地の一つであり、治療・予防を中心とした数多くのプログラムを実施している。今回はMONAR Krakowの現在の代表者であるMarek Zygadlo氏にインタビューした。

まず、同氏の活動に裏付けられた薬物依存問題対応における基本姿勢について聞くこととなった。その中でZygadlo氏は、「Harm Reductionこそが、薬物依存者へのアプローチにおける共通する土台であり、回復（援助）はその先のオプションの一つと考えることが現実的である。それは、依存者に関わらずすべてのステージにある薬物使用者にとって、使用に伴うリスクを減らすための関わりは不可欠だからである」と語った。そこには薬物の使用自体を犯罪行為として取り扱う視点ではなく、Harm Reduction対策を徹底することで医療費等の社会的コストを減らしていくことを狙う、経験的に理解された戦略の重要性が示唆されている。Harm Reductionという発想そのものが定着していないわが国の問題意識との隔たりと同時に、今日日本の状況が海外の薬物使用環境と類似する部分をも持っているとき、そのリスクを削減するための対策を視野に置くべきことを教えられたように感じた。

2) MONARのTC関連プログラムと施設

MONARでは前述のとおり、早くも1980年には依存者が共同生活をする入寮型施設を設けてきた。今日ではアメリカ型TCモデルと同様の、3段階モデルにそれぞれに対応すると思われる複数の施設が設置されていた。

3) DETOX (写真44)

第1段階のPre-Residentialの最前線に置かれるDETOXは、CTN MONAR Krakowが有する唯一の施設で、定員16床で男女別の大部屋に分けられ、入寮期間10～14日を基準として次の段階につないでいく。このDETOXが始められる以前は、全ての解毒センターは国立病院の一つの科として存在し、ほとんどの場合は精神病院と一緒だった。リハビリテーションセンターに併設することは、なかなか考えられないアイデアだったが、事業開始後10年余り経った時点で、以下のように評価される。

すなわち、リハビリテーション段階の人にとってDETOX入所者を見ることが自分のリハビリテ

写真44



ションの動機になり、DETOXの患者にとっては隣接のTC、Dom MONAR' uにそのまま残っていくケースが多く、自然にリハビリテーションの段階に導入可能である。

<治療のステップ>

Stage I :

- ・ 早期診断
- ・ 安心できる環境設定
- ・ 精神的サポート
- ・ 患者の治療への期待を事前に診断する（アンケート：“なぜ治療を求めるか”）

Stage II :

- ・ 患者の生活の変化へ向け、その動機を与える
- ・ 自己の状況に対する自己洞察を深めるための精神療法
- ・ 解毒後のリハビリテーションのオプションについて教える
- ・ 集団治療をととした問題の解決方法の学習
- ・ 運動及び音楽療法
- ・ アウトドア活動（バーベキュー等レクリエーション）

Stage III :

- ・ 解毒後のリハビリテーションを決定
- ・ リハビリテーションセンターに移動
- ・ 治療の結果についての評価

また、DETOXにはケアのための専門スタッフが厚く配置されており、2人の医師、6人の看護師、そして専任Therapistも1人配置されていた。入寮

者の様子に関しては、ヘロインモデルの依存者の解毒ケースが多数を占めており、短期で回転する施設でもあることから、クリーンな印象は見られなかった。ここで上記のHarm Reductionとしての、各種の治療的情報及びその選択に関わるリスク情報と対応策も提供される。DETOXからの退寮先は、十分な動機を伴った次の段階のTC施設へも、一部でつながっていくことが理解された。

4) Dom MONAR'u (MONAR HOUSE) (写真45、46)

第2段階のTCとして位置づけられるDom MONAR'uは、18歳以上の男女のための40人定員の施設である。敷地内には広大な裏庭があり、運動用グラウンドも設けられた4階建ての邸宅であった。現在は建物を改装中のため、訪問時には10人が入寮していた。かなり大きな古い建造物で、作業服を着た入寮者自身によって塗装や修繕の改修工事が進められていた。入寮プログラムの基準は1年で、日曜日を除く週6日、一日当たり8時間施設内の労働に従事し、あわせて毎晩ミーティングが行われる。全部で8人の専属スタッフは心理学の専門職で、6人はNational Bureau for Drug Preventionの資格を合わせ持ち、3人は大学院の卒業生である。

ここでのプログラムは、集団精神療法、労働、リハビリテーションのコンボジットにより構成され、個人のリハビリテーションは入寮者と援助職の強固な関係を基礎にする。また、入寮者自身が担当の療法士を選ぶことも認められている。特に開始期の動機付けを最も重視している。

入寮者の生活においては、EXECUTORと呼ばれるキッチンリーダーが厨房を取り仕切り、毎日の食事は入寮者自身で用意する。その他施設内の仕事はS.O.S.M.という4つのグループによるJob Functionによって運営されていた。施設生活での中心課題は、日常のあらゆる状況に薬物使用なしでどのように対応するかを、経験を重ねながら学ぶことであるという。また、1日に4回薬物使用に関する検査が行われるが、通常の尿検査に加え眼球反応(eye Reaction Testing)検査も併用される。

入寮者の居室は建物の構造上狭く、場所によっては屋根裏の傾斜の下がベッドスペースになっている部屋もあるが、電化製品な個人の所有物も持込使用が認められていた。施設内にはコンピュータトレーニングルームも設けられ、週2回トレーニングによる指導が行われているとのことだった。

写真45



写真46



写真47



5) Dom GWAN (GWAN HOUSE) (写真47)

上記2施設から少し離れた場所で1999年から始められた標準18ヶ月の長期入寮プログラムで、ここでは入寮者のミーティングにも参加できた。さほど大きくないミーティング専用棟に40人近い入寮者が集まり、午後のミーティングセッションが行われていた(定員は35~40人とされている)。テーマは入寮してきて間もないメンバーの自らの薬物使用に関する考え方が発表され、スタッフも同席する中で入寮者の司会進行による他のメンバーからのフィードバックが行われていた。TCでの治療に対する動機が弱い入寮者に対し、受容的なながらも経験に基づいた厳しいコンフロンテーションが求められた。参加者は10代後半から20代前半の男女が多く、中でも女性の比率が高かった。

入寮用施設は2~3人用の平屋建ての個別棟形式で、居室にはガスコンロや小型冷蔵庫など簡易な調理設備、トイレやシャワーなどは棟毎に設けられ、一部屋に人数分のベッドが置かれるだけのシンプルな寮室には個人占有のスペースはほとんどないながらも、各自が所有するオーディオ機器やコンピュータまでが持ち込まれていた。

Dom GWANではTC段階のResidential Facilityとして、以下のハウスルールと目標を掲げている。

<Dom GWAN のハウスルール>

「治療がメインの食事であり、仕事(就職)等はデザートと考えなさい」

1. 麻薬、アルコール及び気分を変える全ての薬物使用の禁止
2. 暴行の禁止
3. 木曜日のミーティングには必ず参加すること
4. 治療的な進展がないことは、「プログラム中止」とされる原因になり得る
5. 集団療法、個人療法、グループワークには参加義務が有る
6. 休みの場合は外出時間(出発と帰着)スタッフと決める、外出中など決めた時間は変更できない、休みの変更や延長が必要な場合は一回GWANに戻りスタッフと再度協議、電話での予定変更は不可
7. 盗難発生の場合は、犯人が見つかるまで詳しい検査を行う
8. 大事な事項はグループで解決を目指す

写真48



9. 随時薬物使用検査が行われる
10. 夜間23時~翌6時の間は静粛を守ること
11. 外部に対してGWANの良いイメージを大事にする
12. GWANにいる期間は携帯電話の契約は禁止
13. 施設長の指示に従い、週に数時間GWANの為に働く

スタッフと相談してからゲストを招待すること、訪問者が滞在する時間をスタッフに伝えること、GWAN入寮後一ヶ月間外出はできない、ただし大事な用事の場合は、スタッフメンバーが同行して出かけることが可能

<GWANスタッフと患者たち>

また、Dom GWANのプログラムは長期にわたるものであることから、ここ以外の類似施設で治療を受けてから6ヶ月以上経過していることが、入寮の基準とされていた。

(13) FAMILIA / Therapeutic Community FAMILIA (Gliwice, POLAND) (写真48)

FAMILIA協会は、FTCCEE (Federation of Therapeutic Communities of Central and Eastern Europe) 会長をも務める精神科医Andrzej May-Majewski氏がリーダーとなって始められた南部ポーランドの代表的なTCプログラム運営団体である。活動するグリヴィチェ (Gliwice) 市はシレジア地方の古都で、前出のクラコフ市から西に車で1時間半ほど移動した場所にある。ここでは、アメリカ型伝統的TCモデルを踏襲する形でのTCアプローチが行われていた。

1) FTCCEE (EEFTC) について

FTCCEEは1988年に創設され、現在ではBulgaria, Czech Republic, Hungary, Estonia, Latvia, Lithuania, Poland, Romania, Russia, Slovakia, Slovenia, Ukraineの11カ国が加盟している。WFTCの傘下であり、世界各国のTCとも密接な連携を持っている。FTCCEEの加盟国には、以下の4つの今日共通点があるとされる。

1. 約50年間にわたる社会主義体制での生活を経験したこと
2. 地理的に中央および東部ヨーロッパに位置する
3. 国家的にはスラブのルーツを持つこと
4. 90年代にそれぞれの国内で、劇的な薬物市場の拡大を見たこと

Andrezej May-Majewski氏は、創設当時より現在まで、このFTCCEEの中心的指導者であり、DAYTOPにWFTCの事務局が置かれているのと同様に、後述するFAMILIA協会にFTCCEEの事務局とSecretary等専従職員も置かれていた。(写真49)

2) Spolecznosc Terapeutyczna (Therapeutic Community) FAMILIAプログラムのアウトライン

FAMILIAによるTCプログラムは、上記Majewski氏がDAYTOPにおける4ヶ月の研修を受けた後、帰国して1991年に別の施設で始めたものを、1995年にDual Diagnosisのニーズに対応する形で修正されて始められた、入寮から修了まで約1年間のプログラムである。今回の訪問調査では、同協会の運営する以下の3つのプログラムに体験参加し、会長及び中核スタッフを含めたTCの全ファミリーメンバーとも質疑を行った。今回訪問見学した施設のカテゴリーは、以下のとおり。

- a) Pre-Residential Facility
- b) TC ; Residential
- c) Family Program

FAMILIAのリハビリテーションシステムは、以下のように説明される。

① Mental Health and Addiction Treatment Center / Prevention and Rehabilitation Center (Gliwice, ul. D?bowa 5 ; 所在地)

1. Addiction Treatment Outpatient Clinic, Mental Health Outpatient Clinic
2. Psychiatric Ward
 - ・ Detoxification
 - ・ Hospitalization of Drug addict with

写真49



psychiatric disorders

・ Pre-residential program

② Addiction Treatment of Upper Silesia Association 'FAMILIA' (Gliwice, ul. Huberta 60)

1. Younger Resident program (6 Months)
Information period (14 days)
2. Treatment-Rehabilitation program for patient with mental health disorder (depend on personal conditions)

③ Family support Home 'FAMILIA' : (Gliwice, ul. Dolnej. Wsi 45a)

- ・ Rehabilitation-Adaptation program of older resident (4 Months)
- ・ Relapse Prevention program
- ・ Hostel FAMILIA (グループホーム型ハーブウェイ・ハウス)

また、TCコンセプトの中で重要なものと位置づけられるValue (価値) について、FAMILIAでは三角形のモデルを用いて、各辺を構成する以下の3つの要素を挙げている。

A ; UCZCIWCSC (Honesty)

B ; ODPOWIEDZIALNOSC (Responsibility)

C ; CZYNIE NIE DOBRA (Doing Good)

あわせて、TCでの回復について、"CUD" というシンボルも掲げているが、これは「奇跡 (miracle)」の意味になり、それぞれCはCialo (Body), UはUmysl (Mind), DはDuch (Spirit) の「統合」

が奇跡を起こすことをイメージするもの、と説明された。

3) FAMILIA Pre-Residential Facility

(写真50)

この施設は上記①の本部に併設された施設で、精神科外来医療部門やDETOXとして入寮者を受け入れ、次のTC Phaseにつなぐまでの役割を果たしている。入寮者は約40名ほどだったが、DETOXの後2週間程度はInformation period (情報提供期間) として、ここでTCモデルの日課を体験する。その中で、まず自分がこのCommunityに受け入れられていることを理解し、TCの中で治療を継続していきたいと意思表示できるようになること、動機付けが毎日のプログラムの目標となる。各入寮者は数人の仲間と共同生活しながら、TCでの治療について理解する。

TCでの治療プログラムを理解して、ここでコミュニティの一員として責任を持って治療に取り組む意思は、FAMILIAの名札を首から下げて生活することで表現される (まだ迷っている者は名札を着用していなかった)。Morning Mtg. で始まる各セッションの構造は、以下に説明するResidential 1 TCで行われるものと基本的には一緒である。

4) TC ; Residential (写真51)

第2段階の入寮TC施設は上記①の場所にあり、構造化された環境下で一定期間の共同生活を送る。ここでは、「感情」に焦点が当てられ、日常生活の中でさまざまに変化するその自己の感情をしまい込まずに適切な方法で表現することを学ぶ。お互いがコミュニティメンバーに支えられて生活し、回復の道具となれることを体験できるように配慮されている。

CSGのTCでも見たようにSlipを用いて、WNIDSKINA SPDLECZNOSCと書かれた箱の中に、他の入寮者の行動に対して感じた自分の感情を投函し、メンバー全員の前でルールに従って表現していた。その最も典型的なセッションがMorning Mtg. でのFeedbackであった。

<Morning Mtg. のフォーマット>

- ① TC Philosophy and a Prayer for Cheerfulness
- ② Greeting the Community
- ③ Philosophy of the Day
- ④ Feedback Information in Thanks

写真50

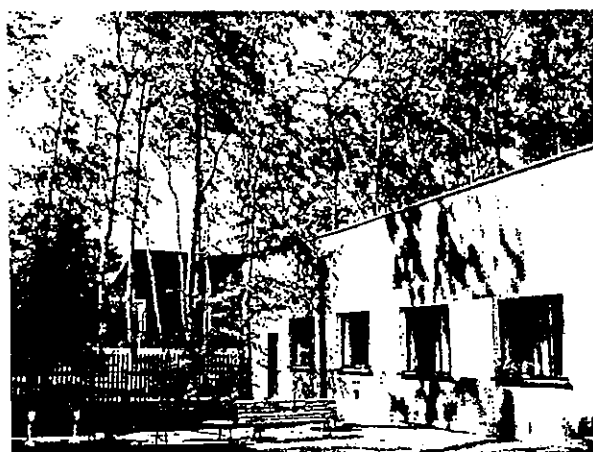


写真51



- ⑤ Business Information (事務連絡)
- ⑥ The Choice of Responsibility for the next day's Meeting (翌日の役割の発表と確認)
- ⑦ Motto of the Day
- ⑧ News and Weather (ニュースと天気)
- ⑨ Observer (外来者の情報)
- ⑩ Game
- ⑪ Wishing for a Good Day

毎朝行われるMorning Mtg. は、TC内の日常生活にとって重要なプログラムでスタッフ以下全員が参加する。このミーティングでは自分が話し始める前に、必ず"Dzień dobry (Good morning) Community," と挨拶してから内容に入る習慣があり、常にCommunityの一員である自分が意識されてい

る。この毎朝のセッションで用いられる”PULL UP”と書かれた大型の掲示板には、メンバーの名前と申告した人の名前、簡単な内容が誰でも見えるところに書き示されていた。上記④の部分で示されるFeedback Informationとは、メンバー個々の行為に対する他者からの評価に直面させるセッションであり、これまで見てきたものと同様のルールで、しかしより徹底された形式で、長い時間をかけて行われていた。参加するコミュニティの各メンバーは、他者の行為や体験に対して自分が感じたことを率直に伝えることが求められ、訓練される。(写真52)

スタッフも参加することから、その行為に対する評価が入寮者同様に評価の対象となることがある。コミュニティにおける行為に責任を持つという点では、援助職といえども何ら違いはない。そのため、ルールや規則はPhilosophyを共有するすべてのコミュニティメンバーに対し、明瞭に書いて示されなくてはならない、とのことだった。

5) 家族(教育)プログラム(写真53)

FAMILIAでは、定期的に入寮者の家族を対象とした教育プログラムを開催しており、参加した。主にビギナーの家族に呼びかけ、週末の1日をあててFAMILIAに来所してもらい、スタッフによるアディクションに関する各種のレクチャーが提供されていた。また、そこに集まる家族のグループに対しても援助し、「共依存」関係や家族システムの病理について学ぶことをサポートしている。家族がFAMILIAのケアの考え方を理解する上でも、この家族セミナーの場は役立っていることが理解できた。

6) 自助グループとDual Diagnosis

精神科医で会長のMajewski氏が示すデータによれば、アルコールを除く他の薬物依存者の半数以上(53%)にPsychiatric disorderを認め、これらの薬物依存者の処遇のあり方が問題になってきたことがFAMILIA設立に関わっている、という。Addictに対して、”Coming back to Normal Life”

Modelと”Mental Health Improvement” Modelが分離していることに問題が存在し、これらある意味で相反するモデルの統合が課題となった。AAやNAといった12ステップを用いる自助グループだけでは、これらDual Diagnosisとされる依存者の治療には不十分である、との理由で、FAMILIAにおけるプログラムの前面に12ステップそのもの

写真52

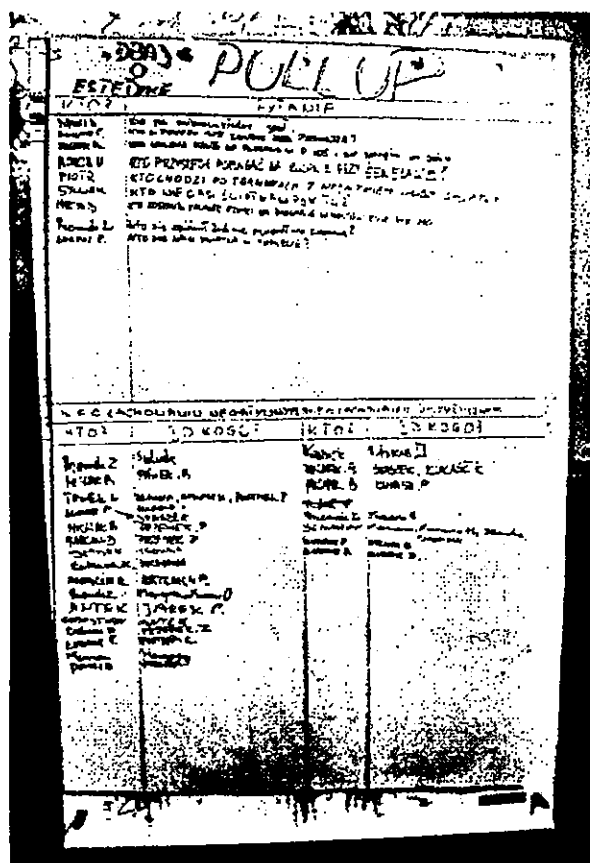


写真53



は登場しない。

また、入寮者によればコミュニティ内部での会話において、過去の自分が使用していた薬の名前や、その状況について話すことは「禁じられて」いる、という。自分が薬物使用してきた過去の事実に対し、徹底的に正直になることを目指す12ステップのプログラムと、ICにおける責任意識と今

後の自分の行為選択を重視したアプローチでは、最終的に目指すところが同じでもプロセスには相違が見られる。

ただし、TCが12ステップグループの治療的効果を見無視しているのではなく、たとえば「平安の祈り (Serenity Prayer)」や今日一日といったスローガンの重視についても注目する必要がある。

(14) KATOLICKI OSRODEK REHABILITACYJNO /
Dom NADZIEI (Bytom, POLAND) (写真54, 55)

FAMILIAのプログラム体験と合わせ、隣接するビトム (Bytom) 市にある青少年施設を訪問し、質疑する機会を得た。” Dom NADZIEI” とは、「Hope; 希望 (の家)」の意で、18歳以下の男女、35人ほどが共同生活するAdolescent Programである。ポーランド国内でも18歳以下だけを対象としたプログラムは10箇所しかない。その他、Intensive Day Treatmentとして、週3回以上の通所利用によるクライアントもいる。薬物依存の治療的関わりのと合わせて、Social skillsを身につけ、プログラムを終えた後でどのように生きて行ったらよいか学ぶことが、1年程度の利用期間の中で求められる、という。

運営するのはポーランドでは圧倒的多数を占めるカトリック教会系の団体で、運営方針の説明にも宗教的な表現が特徴としてあった。ここでの治療的処遇の目標は、薬物使用によって破壊された神との関係を回復するという意味で、Recoveryが目指される。施設長は青少年問題に取り組んできたカトリック司祭 (神父) Jana Berthiera師で、その他援助職スタッフや調理スタッフなどが協働している。

青少年の薬物依存問題は家族関係の強い影響力の下に起こっていることから、それ自体を「家族問題」としてとらえ、「バルバロ・モデル」と呼ばれるFamily TherapyやSystem Therapyに基礎を求めたアプローチを採用している。具体的に入寮者の家族に対しては、月に1回は家族と一緒にミーティングを持つため、来所を求めている。

ポーランドでは18歳以下の薬物使用者に対しては地方自治体が責任を持つよう定められていることから、プログラムの利用に家族の負担が求められることはない、という。

Intensive Day Treatmentとして利用していた18歳の青年は、12ヶ月のプログラムの8ヶ月目にあ

写真54



写真55



り、週3回通所、プログラム修了ができれば学校に戻り、自動車運転免許を取得して自立することを目指している。プログラムは後半になっているが、この共同体で一緒にプログラムを行う中で今でも、新しく来た仲間の話に過去の自分自身の姿を見て、どうしようもなく怒りを感じることがある、と話していた。

V コロンビアのTC — Fundacion HOGARES
CLARETを中心に

今年度第3回目の海外調査では、中南米のTC実践のモデルとして知られるコロンビア共和国メデジン市のFundacion HOGARES CLARETを訪問し、ヒアリング調査した。日本国内には情報がほとんど

ないが、コロンビアをはじめ南米諸国では1980年代よりTCによる薬物問題へのアプローチが積極的に行われてきた経過がある。1980年代に麻薬戦争の表舞台として名を知られることになったコロンビア、とりわけメデジン市は、一方で中米や南ヨーロッパも含めたイベロアメリカ文化圏でのモデル的实践を重ねて今日に至っている。

(15) Fundacion HOGARES CLARET / CASA CLARET
Medellin / HOGAR CLARET de ACOGIDA
/ HOGAR CLARET LA LIBERTAD (Medellin,
COLOMBIA)

1) コロンビアの薬物問題とFundacion HOGARES CLARET (写真56)

コロンビアはかつてコカインの取引で巨額の財を成したカルテルと呼ばれる組織が各地域に存在し、麻薬大国のイメージで語られてきた。とりわけ世界一の麻薬王といわれたPablo Escobarが支配したメデジンカルテルの本拠地、メデジンでは薬物犯罪の増大、利権をめぐる抗争や爆弾テロ、政府組織による武力行使などで多数の市民が犠牲になった、といわれる。そのような状況下にあった1984年に、Fundacion HOGARES CLARET（以下ではHCとする）はGabriel Antonio Mejia Montoya師ら4人のクラレチアン宣教会の司祭によって始められた。(写真57)

DAYTOPモデルの入寮型TCアプローチによって、当初は7人のHomeless依存者の入寮プログラムから始まったHCは、20年を迎えた今日では2,500人余りの入寮者を抱え、480人の有給スタッフと500人以上のボランティアを擁して、コロンビア全土に48施設、うちメデジンだけでも12のTC施設を運営する組織となっている。ちなみにスタッフの約35%が卒業生を中心とした回復者であるという。

Mejia師によれば、今日でもコロンビアが世界最大のコカイン産出国の一つである状況は変わっておらず、ここから世界各地にコカインが輸出されている。販売価格の状況がNarco Trafficoと呼ばれる移動の道筋を示すが、コロンビアでは1kgあたり800USDで取引され、それが中米コスタリカでは4,000USDに、メキシコでは20,000USD、アメリカ本土では25,000USDとなり、ヨーロッパのスペインでは45,000USD、さらにロシアでは1kgあたり90,000USDで売買されている、という。

写真56



写真57



HCは、当初はHomelessの成人男性の薬物依存を対象に始まったが、今日ではStreet Childrenや青年層の薬物問題にも展開し、対象者の生活問題に対応した幅広いプログラムが用意されている。

以下にその基本モジュールを示す。

＜成人プログラム（1年間）＞: Adulto abusadores y dependencia a sustancias psicoactivas

Fase 1 : ACOGIDA y Compromiso Existencial
(1 mes)

- 1) Acogida y motivar
- 2) Desintoxicacion fisica
- 3) Compromiso Existencial

Fase 2 : Etapa de Identificacion (3 meses)

- 1) T.C. (C.T.)
- 2) Etapa de Elaboracion (3 meses)
- Fase 3 ; Etapa de Consolidacion (3 meses)
- 1) Etapa de Servicio Social (1 mes)
- 2) Etapa de Desprendimiento General o Integracion Sociofamiliar y Cultural (1 mes)

<青少年プログラム(2年間)> : El Programa Juvenil

Fase 1 ; ACOGIDA y Compromiso Existencial (30 dias)

- 1) Ayuda y motivacion
- 2) Diagnostico medeco
- 3) Comprometer a la familia

Fase 2 ;

- 1) Etapa de Identificacion 1 (45 dias)
- 2) Etapa de Identificacion 2 (45 dias)
- 3) Etapa de Elaboracion 1 (45 dias)
- 4) Etapa de Elaboracion 2 (45 dias)

Fase 3 ;

- 1) Etapa de Proyeccion Social y Comunitaria (1 mes)
- 2) Etapa de Desprendimiento Gradual (1 mes)
- 3) Etapa de Integracion Sociofamiliar y Seguimiento (3 meses)

なお、前出のHC会長のMejia師は、WFTCにおける3rd Vice Presidentであり、FLACT（中南米TC連盟）の会長でもある。（写真57）

2) CASA CLARET Medellin (写真58)

CASA CLARET Medellinはメデジン市の北端、市内から車で約30分の山岳部にある比較的大規模な成人TC施設である。1997年より現施設にプログラムが移されたが、研修等の用途で使用可能なコンベンション施設が併設されているため、50?の敷地に約3,000m²の建物面積を持つ。定員は30室、120人であるが、実際の入寮者は50人程度だった。

HCの中では最も一般的なStructured TCであり、Job Functionに基づいたハウス運営が基本となっていた。週日は5:30に起床し21:30消灯まで、

写真58

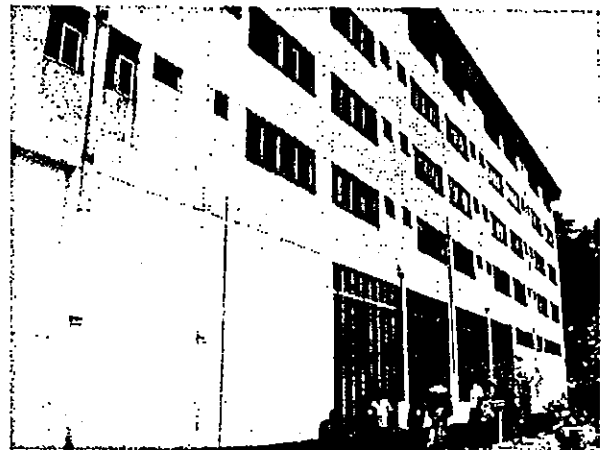


写真59



グループミーティングと作業、セルフワーク等が組み合わされたタイトなスケジュールが組まれている。土曜日と日曜日は7時起床、土曜午後にはスポーツ、レクリエーション等のプログラム、日曜の午後には面会者を迎えることが認められる。

なお、毎日2回全員で集まり列を作って点呼が行われるが、それは在所の確認という管理的な意味だけでなく、同時にコミュニティの情報交換のためにも必要であると説明された。（写真59）

3) HOGAR CLARET de ACOGIDA (写真60、61)

HOGAR CLARET de ACOGIDAは市内の中心部に位置し、その名のとおりにACOGIDA、つまりTCでの生活の動機付けと薬物なしの生活を始める第1段階に焦点を当てたTC施設である。2000年にスタートしたいわゆるStreet ChildrenのためのTCプログラムで、7歳から17歳までの男女が一定期間生活

する。定員は入寮（ナイトケア）が120人、Day-programが60人となっており、男児の方が多い。

プログラムは以下の4つの段階で展開する。

Fase 0 ; Sensibilization(trabajo de calle)

→ 路上生活での自分の状況について敏感になる

Fase 1 ; Acogida

写真60

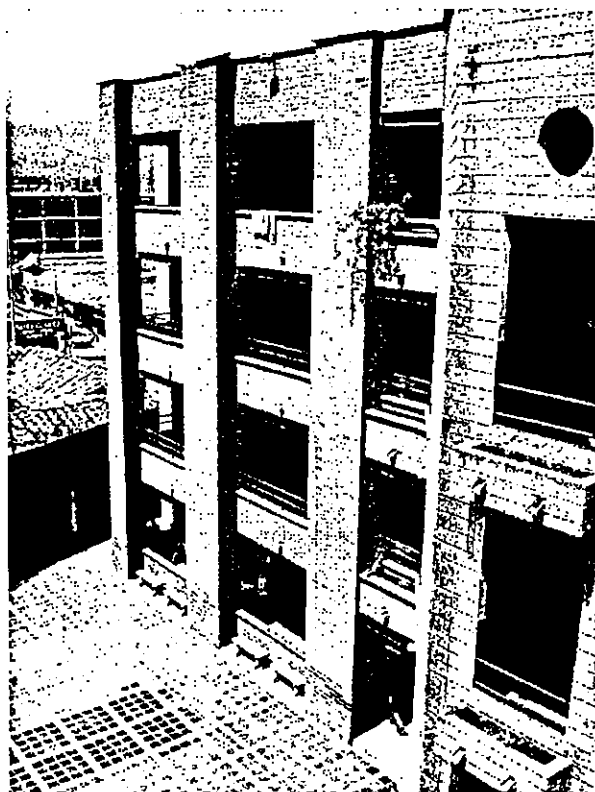


写真61



Fase 2 ; Identification

Fase 3 ; (Interna o Externa) Vinculacion

Social → 内面的・対外的な社会との結びつきをつくる

上記の段階に沿って、段階が進むにつれて自分の所有物が確保され、個別なニーズに合わせた援助やグループセッションが提供される。また、スタッフは教育専門職（Pedagogo/ga）が中心を占め、施設内の作業プログラムにもレクリエーションの要素が採り入れられていた。この施設は、次のTC施設等での治療の前段に位置づけられ、可能であれば別施設へ移していくことが目標となる。概ね2、3ヶ月程度の期間に、評価と退寮後の方向が選ばれていく。（写真62）

スタッフによれば、10代の薬物使用するStreet Childrenたちの感染症の問題と、特に女兒の妊娠が大きな問題となっているという。日本の状況ではどうか、と質問されたが、実際訪問時にも妊娠していることがわかる中学生位の児童に会い、治療的援助と合わせた社会的サポートとがこれから長期間求められていく現実を理解した。

4) HOGAR CLARET LA LIBERTAD (写真63、64)

HOGAR CLARET LA LIBERTADは、薬物依存の青少年のための入寮によるTCプログラムであり、1991年にスタートした。施設は市の最南端の山の斜面に位置しており、中心部からは30分程度離れた場所にある。対象は12歳から18歳までの男児で、定員は70人であるというが、実際には25人程度が共同生活していた。

写真62



青少年施設のフォーマットに沿ったプログラムは、食事の調理など一部専門スタッフの手を借りるが、成人施設に準じた形でハウス運営は入寮者自身の協力によって行われる。ミーティングのセッションで行われるConfrontationも、援助職スタッフの同席の下に、成人施設のものと同じルールによって行われていた。施設内には教室も設けられ、一定時間学年に分けた学習指導もスケジュールに組まれている。

宿泊棟は7人単位の小舎制で、掃除をはじめ管理はシニアの入寮者の指示の下、共同して行われる。広い敷地内には定期的に組まれた運動プログラムのための設備も設けられていた。この入寮によるプログラム期間の標準は12ヶ月が基準とされていた。

(16) Fundacion Universitaria LUIS AMIGO /
Centro de Desarrollo - HUMANO
(Medellin, COLOMBIA)

1) Fundacion Universitaria LUIS AMIGO

LUIS AMIGO大学(FUNLAM)は創立約20年の比較的新しい私立大学で、メデジン市の中心部に近い現代的な大学である。ここに勤務するAngela Maria Parra教授は、前出のラテンアメリカ諸国19カ国で構成されるFLACTのコロンビア連盟会長として、Mejia師とも協働している。ここでは、他の大学でも行われている薬物問題に関する調査研究の他に、付属の臨床治療機関をも併設し、予防教育プログラムと治療プログラムを運営する他、アディクション・トリートメントの専門職養成プログラムを開発して展開しているところに独自性を持っている。薬物問題への取り組みが中南米でも先端に位置するメデジンにあって、FUNLAMはその中心的役割を負った総合的研究教育機関とされている。

専門職養成プログラムは、大学院の中の専門課程として設置されており、アルゼンチン、ペルー、ヴェネズエラ、コスタリカ、コロンビアからの学生が学んでいる。国内からは40人ほどが集まり、過去15年間で約400人が修了してDiplomaを得た。仕事をしながら学ぶ学生が大半であり、職種もソーシャルワーカー、心理士、精神科以外の医師、教師、ジャーナリストなどの多岐に及ぶ。さらに、2000年からはWebを利用したオンラインの通信教育課程がスタートしており、スペインも含めたス

写真63



写真64



ペイン語圏の5カ国8大学が連携して運営されている。MAESTRIA IBEROAMERICANA ON-LINE EN DRUGO DEPENDENCIASと呼ばれるこのプログラムは、自国内のTC施設等での240時間の実習を含む4段階のカリキュラムで構成されている。内容は、薬物依存のBio-psico-sociales(生理-心理-社会)各面での基礎理論から治療・介入と予防、プログラム運営の実際までを含む総合的なものになっている。2002年10月時点で、19カ国125人の学生がこのコースに学んで学位取得を目指している。また現在では、英語を使用する地域の学生も受け入れられるよう準備中であるという。

FUNLAMの重要なもう一つの役割に、TCの重要な援助の担い手であるEx-Addictを対象とした専門職養成プログラムの運営がある。これは毎週土曜日に1年間かけて行われるコースで、回復体験を持つ専門職希望者に対して、その経験を生かしながらもさらに教育を加えることで、学術的団体あるいは広く社会におけるプロへと養成する。基礎

にはHuman Developmental Model, Group Dynamics, Family Interventionの理論とTC実践での歴史を位置づけて学ばせる。

なお、その背景にはTherapeutic CommunityあるいはTreatment Centerと名乗って運営されるプログラムは国内だけでも500以上あり、そのうち政府が公認するものは1割以下の50程度に過ぎない、という事情があるためだとのこと。この際の「公認」とは、政府あるいは地方政府の管理下であり、政府と協働するという意味であり、具体的には政府からプログラムの委託を受けるための最低条件となる。すなわち「公認」団体が必ずしも財政援助を受けていることは意味しないが、未公認でまったく自由に行われているプログラムが多いことも事実である、という。利用者が適切な治療を受けられる環境を整備する上でも、大学としてDiploma Courseを設けて質の向上に取り組む目的で、低額なコストでCertificateが与えられるようプログラムを行っている。費用は年間計240時間の教育費として200USD、2ヶ月間の集中講義コースも行われている。

Hogares Claretとのプログラムの差異について、プログラムディレクターである医師のGuillermo A. Castano教授はそのルーツを挙げ、HCがスペインからのプログラムであるのに対し、FUNLAMで採用するのはイタリアモデルのプログラムである、と説明した。また、12ステッププログラムとの関係については、薬物依存のアプローチにはBio-Psycho-Socialの3つの視点が不可欠であり、その点から見ると12ステップの実践だけでは専門援助職養成には欠けてしまう部分がある、と指摘された。もちろん、コロンビアの社会においてこれまでAAなどのグループが果たしてきた役割が大きいことも事実であって重視するが、専門職には12ステップだけでは不十分という説明は、わが国の今後の専門職養成を考える上にも示唆を与えるものと言える。

2) Centro de Desarrollo - HUMANO

(写真65、66)

FUNLAMは、大学付属の臨床治療機関として、Centro de Desarrollo - HUMANOというDay Treatment Programを市内中心部にて運営している。HUMANOでは以下の数多くのプログラムが実施されていた。

写真65



写真66



① Plan Poliadicto y Ludopatías Adolescentes

14～19歳までの薬物依存と他のアディクションをあわせて持つ者、特に強迫的ギャンブル（ギャンブル依存）問題を併せ持つ青少年のためのプログラム

② Plan Poliadicto y Ludopatías Adultos

上記と同様に、「クロスアディクション」、特にギャンブル問題を抱えた20歳以上のプログラム

③ Plan Familias Sin Usuario

まだ治療を受け入れていない薬物使用者の家族のための介入プログラム

④ Plan Prevention Niños y Jóvenes

12～16歳までの児童を対象とした予防教育プログラム

⑤ Plan Atención Individual

児童、青少年、成人を問わず心理的・教育的ま

たは家族関係上注意が必要な個人に対する予防プログラム

⑥ Implementacion de Programas de Prevention

大学や学校と同様に、役所や企業に対しても予防教育プログラムを供給する

⑦ Proceso de intervencion en los Diferentes planes de Tratamiento

薬物使用者集団及び個人とその家族に対し、多種の専門分野からのケアを提供する

これらのプログラムは、基本的に有償で提供されるが、予防を中心としたものについては自治体からの費用負担があり、該当者は負担なしで受けることができる。

この他、DAYTOPと同じPhilosophyを掲げ、Prec omunidad→Comunidad→Reinsercionという3つの基本Phaseによる典型的な入寮TC施設、Comunidad Terapeutica Covivencial Luis Amigoも同大学によって1986年以来運営されている。

VI アメリカ西海岸におけるModified TC practice — San Franciscoを中心に

第3回研修ではコロンビアの他にアメリカ西海岸の大都市、サンフランシスコにおいてTCとその関連施設に関する訪問調査を行った。同市はアメリカの大都市の中でも、アジア系住民が1/3を超えるMulti-culturalな状況にあり、一方でゲイやレズビアンあるいは性転換者といった性的マイノリティが多く住み、独自のDrug Cultureと合わせて文化的規範を形成していることが知られている。このようなサンフランシスコでは、早くも1960年代前後より薬物使用者への対応が議論されてきた経緯があり、以後実態に対応するさまざまな実践的取り組みが行われた事によって、今日では全米でも最先端と言える薬物問題へのアプローチが行われている。

今回は、同市で性的マイノリティを対象にした調査や保健増進活動に取り組んでこられたカリフォルニア大学サンフランシスコ校、根本透準教授(T. Nemoto, Ph.D)のコーディネートにより多くの薬物依存者への治療・支援プログラムの実際について調査し、現状把握することができた。

(17) AARS-Asian American Recovery Services Inc. / Project ADAPT / AARRS-Adult Residential Program(San Francisco, CA)

Asian American Recovery Services は、主にアジア系アメリカ人を対象とした回復援助プログラムを運営する非営利団体である。

1) Project ADAPT

Outpatient Program (通所) としてProject ADAPTがあり、入寮型TC施設も併設されている。プログラムのコンセプトは、アディクションをDiseaseでなくSymptom (症状・表現) としてとらえ、Body-Mind-Spiritの分断 (Disconnection) によって起こると理解する。西洋医学の思考方法に基づいてTreatmentとしてSymptomを除去するのではなく、東洋人が歴史的伝承の中で意識・無意識に行ってきた自らのBody-Mind-Spiritの統合を、積極的に強化するトレーニングを行うことでSymptomの影響を低減することを目指す。そのためTreatmentの代わりにHealingという言葉を用いる。アジア系が持つ言葉を使わないコミュニケーションパターンを重視し、言語化によるコミュニケーションを重視してきた伝統的TCモデルでは表現できないEmotional Processに焦点を当てる。そのため具体的に提供されるプログラムは、歩く、座る、黙想するといった日常の動作を意識して、集団で行う形が取り入れられている。Program Phaseは、それぞれ ①Engagement, ②Self Reflection, ③Application, ④Giving Back, ⑤Transitionと表現されている。

スケジュールは、週5日朝9時に開所し、午後4時までであるが、金曜日だけは夜8時まで利用可能である。その間に、黙想や水泳などの運動、特にTai-Chi (太極拳) が定期的に取り入れられ、マッサージや鍼 (Acupuncture) のプログラムも専門スタッフの援助で行われていた。一緒に施設外へ出かける行事も重視しており、それらが毎日1回以上行われるグループセッションと組み合わせられて、スタッフが利用者の感情にアプローチできる構造になっている。

またここでは、伝統的TCが行うようにFamily (Relationship) を作るのではなく、Communityを作ることを目的とし、そこに参加するスタッフが利用者とはInter-Dependenceな関係を形成する。この関係はCo-dependenceとは異なりgive and takeが存在しチームワークを前提とすると同時に、

スタッフと利用者の責任と役割の違いをも明確にする。スタッフはこの関係の中で起こる感情の転移と逆転移を活用した心理的介入を常に行っている、という。

ADAPTのプログラムは利用者に対し食事の提供も含めて全て無料で提供され、食事作りや掃除当番といったStructureがない。毎朝のミーティングで参加者が話し合って決め、自ら行う。さらにプログラムを卒業(修了)することを利用者に課さない。Healingの決定権(Ownership)は全てクライアントにあり、どうしたいのか、いつプログラムを終えるかは利用者側で決める。当然毎日の出席も自分で決めるため、登録者は約40人であるが、一日平均20人程度が自らの意思で参加している。

アメリカ社会の中で、英語を使って自らを表現できない、あるいはそこでは看過されてしまう価値に注目して、利用者の文化的なニーズに基づいたこのプログラムは、2002年より自治体のDual diagnosis treatment programに対する財政補助により運営されている。

2) AARRS (Residential Program) (写真67)

ADAPTに併設する形でTCコンセプトに基づく入寮施設も運営されている。この入寮TCプログラムは、ほぼ伝統的TC Structureに近い形でCommunity運営が行われ、利用者もアジア系は少なくADAPTと対照的である。入寮者の多くは4種類に大別される司法処分から送致されてくる。以前は入寮から修了まで2年のプログラムとしていたが、今日では多様な入寮者のニーズに合わせる形で6ヶ月から1年をプログラム期間の基準としている。

なお、AARRSとはAsian American Residential Recovery Serviceという組織上の名称であると同時に、各段階で提供されるプログラム内容を示す5つのPhaseの頭文字から構成した名称でもあり、以下のとおりのフォーマットに沿って、TCでのプログラムは提供される。

- ① Acknowledgement Phase (承認); Orientation (1~2 months); TCへの導入と適応
- ② Analysis Phase (分析); Treatment (3~4 months); 個人の問題の核へのアプローチ、再発予防
- ③ Resolution Phase (解決); Intensive Treatment (3~4 months); 責任の拡大、社会

写真67



復帰計画作成

- ④ Reassessment Phase (再評価); Pre re-entry (2~3 months); 社会復帰計画の実行、コミュニティへのサービス提供、就職
- ⑤ Stability Phase (安定化); Re-entry/ Aftercare (Maximum 6 months); 就業・教育参加の継続、就労収入の維持、修了

各Phaseの移動については、個別にCase Managerとの面接や他のシニアの入寮者からのReviewを基に判断される。

(18) WALDEN HOUSE Inc. Adult Residential facility / Adolescent Residential / Day Treatment Center (San Francisco, CA)

WALDEN HOUSEは1969年に創設されたアメリカ西海岸におけるTCを運営する最大の非営利団体で、現在ではサンフランシスコを中心にカリフォルニア州内に数多くの施設とプログラムを運営し、毎日3,400人とも言われる多数の薬物依存者に利用されている。プログラムの基本コンセプトは伝統的な長期入寮型のTCであるが、事業開始当初よりホームレス状態の人々にアプローチしてきたことをはじめ、90年代以降は司法機関からの送致による依存者やHIVや精神障害を有する依存者、さらに性的マイノリティや被虐待児童とされる依存者をも積極的に受け入れて数多くのプログラムが開発されてきた。

1) Adult Residential facility (815 Buena Vista West, SF) (写真68)

成人入寮プログラムは、TCの基本的な3つの段階に沿って展開される。① Orientation Phaseは

2週間でTCへの導入を図る。② TC Phaseでは約3ヶ月間のStructureに基づくCommunity運営と各種のミーティング、個別セッションが組み合わされて提供される。③ Re-entry Phaseでは3ヶ月を基準として、社会復帰に向けて必要なさまざまなプログラムへの参加をとおして、Drug freeな自立生活の継続を目指す。具体的には面接の受け方や履歴書の書き方のトレーニングや住居設定の援助などが、施設プログラムの中で提供され、AAやNAといった12ステップベースの自助グループへの導入も行われる。

利用者の状況では、30～50%に処方が必要な精神疾患が合併している。ただし、精神疾患自体が重篤なレベルは少なく診断ではBipolarが多数で、その他PTSD、Anxiety Disorder、ADHDが合併していた。処方のうちでもMethadoneについては、以前は施設内で管理していたが、現在は施設の近所まで車で巡回してきて、施設外で投与を受ける方式に変更されている、とのことだった。

クリニカルスタッフは6人で、うち2名がTherapistであり、実習生もプログラムを援助していた。年間24人が来るという実習生は、1人あたり5人のクライアントを担当し、スタッフの指導のもとで働いている。なお、WALDEN HOUSEにはカリフォルニア全体で550人の有給スタッフが雇用されているとのことだった。

訪問時には大規模なミーティングホールの暖炉の周りに円形に椅子を並べて、Fire site Meetingが行われており、“My Commitments (責任)”というテーマであったが、司会進行するシニアの入寮者の促しで話すメンバーは話の途中で感情があふれ泣き出す場面もあり、他のメンバーが握手やハグするなどして支えている様子が印象に残った。

2) Adolescent Residential facility (214 Haight St., SF) (写真69)

この施設は18歳以下の男子青少年を対象とする施設で、基本的なプログラム構造は成人TCと同様であるが、教育的な側面の要素が加えられている。コンピュータトレーニング施設もあり、外部から派遣された教員による授業も学年別に行われている。GEDを取得するための授業も定期的に行われた退寮後の学業への復帰に配慮されていた。

また、本格的なトレーニングジムや運動設備が設けられ、エクササイズも週間プログラムの中に

写真68



写真69



位置づけられるなど、世代に合わせた修正が認められた。

なお、WALDEN HOUSEの上記2施設のプログラム内容、構造については、森田らの報告3)でも詳述されている。

3) Day Treatment Center (写真70)

Day Treatment部門は週6日朝8時から夜8時まで市内中心部に近い場所で開所されている。TCへのオリエンテーションを視野に入れたインテークを行う他、Residentialからも入寮者が個別のニーズに基づいて必要となるプログラムに参加するため訪れていた。たとえばTransgenderの人々を対象としたグループは、このDay Treatmentの施設を使って行うことで、入寮者も地域からの通所利用者も一緒に行うことができるという利点がある。

Day Treatmentはこのように複合施設となっており、以下のカテゴリーのサービスを提供している。

- Therapeutic Community Orientation
- Individual and Group Counseling
- Linkage to Residential Program
- Family Services
- Vocational Services
- Education Services

Day Treatment programを利用するためのインタークでは、① Substance Abuse assessment, ② Legal assessment, ③ Psychiatric assessmentの側面から総合的にニーズを事前評価するが、75%以上にLegal issueが存在しているという。

また、Residential TCでは対応が困難なまだ使い続ける依存者のケアプログラムとして、Harm Reduction programが週3回行われ、あわせて性的マイノリティを対象とした個別カウンセリングやHIV/AIDS予防教育、さらにDDA (Dual Diagnosis Anonymous) という12ステップグループにつなげるミーティングも行われていた。

(19) THE DELANCEY STREET FOUNDATION (San Francisco, CA) (写真71、72)

THE DELANCEY STREET FOUNDATION (以下DSとする) は、1971年に創設され30年以上ものユニークな共同体運営で知られる施設である。これまでの情報でも、カルト的な雰囲気さえ漂う独特の集団として紹介されていたが、今回の見学によってその運営指針と共同体の現状について理解することができた。

まず、驚くべきことにDSの施設建物は全て入寮者の手による自作である、ということで、サンフランシスコ市の北東海岸沿いに位置する、上腔から見ると三角形に見える土地に建てられた大規模な建物群の中には、500人収容のパーティ用バンケットホールやスポーツ施設、さらには映画上映用の150席を有する本格的な専用劇場まで建設されていた。現在のこの施設は1991年に完成したが、建築資材から内部の家具に至るまで全て寄付によるものとされ、施設内はどこも清掃が行き届いており、明るく清潔感が漂っていた。DSの施設の外側は一般住民を対象とした店舗に利用されており、中でも本格的なレストランやコーヒーショップ、印刷工房などは施設の入寮者が働いていると

写真70



写真71

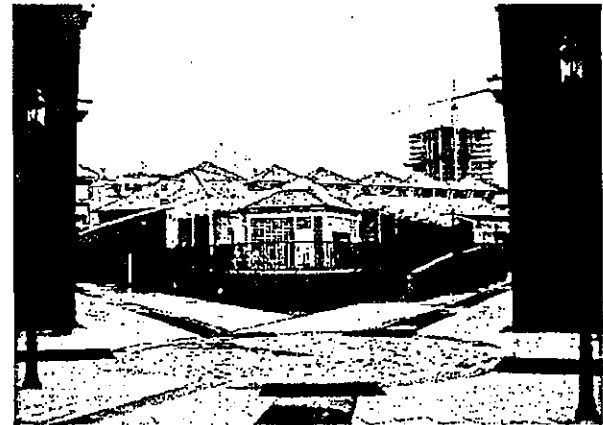


写真72



知らなければ全く一般の商店と変わらない本格的なものである。地下には180台余りを収容できる駐車場とDSが経営する自動車車体の修理工場が設けられている。周囲の駐車場にはDelancey Street Movers（引越しサービス会社）の大型トラックも駐車してあった。レストランなどの飲食業や労働力提供が中心の引越しサービス会社は収益性の特に高い部門であるという。（写真73、74）

DSの入寮者はほとんどがEx-Convictとされる元囚人である。その中には数多くのアディクトが含まれていることから治療施設とも位置づけられているが、刑余者を対象とした社会復帰プログラムのバリエーションとして理解できる。入寮者は刑務所内でメッセージにきたDSの入寮者の体験を聞き、寄贈されたDSの本を読んで出所後にDSの門を叩き、インタークにつながって行く。

定員177人、退所後もDSの経営する会社で働く卒業生まで入れて360人の「共同体」は、標準入寮期間2年とされる。多くが刑務所を出てそのまま入寮し、入寮時より退所するまでの間一切金銭を払うことなく施設内で生活することができる。食事も居住の場も衣服も、さらにレクリエーションまでも全て無料で提供される。一例では、衣類は有名チェーン店から不良品を大量に貰い受け、自分たちで修繕して新入者に提供している、という。この共同体運営の原資の中心となるのが、これら入寮者による労働で稼ぎ出される就労収入であり、入寮者は現金収入こそ手にしないが、仲間と共同して自らの労働で生活の糧を稼ぎ出している、というコンセプトはそれまでにない極めてユニークなものである。

Accountable, Responsibleを標榜するTransitional communityでは専門援助者によるケアは重視されず、施設内の入寮者どうしのTeacher-Learner, Giver-Takerという関係を最大限に操作活用することで、治療や再犯防止、リハビリテーションといった専門処遇の目的をも達成しようとする。一日でも長く生活する居住者が後から来た者の援助をする、という考え方が徹底され、300人を超える集団のスケールメリットをもって実際に展開されていた。

入寮者の医療面でのケアに関する質疑の中でも上記のことが理解されたが、2人の医師がボランティアとして（無給で）15年以上にわたり毎週1回金曜日に来所し、医療保険加入のない入寮者の

写真73



写真74



ために処方を行う、という形で対応している、という。

共同体施設内の運営はいわゆるJob functionによって行われるが、入寮時は床掃除（sweeping, mopping）と6人部屋の生活から始める。その後はパフォーマンスにより昇進し、内部的にはより責任のある立場となり、地域住民や店舗利用者や顧客に直接サービス提供する部署に配属されていく。居室も3人部屋へ、そして最終的には個室も

与えられる。半年ごとに仕事は配置転換させられ、その過程で適性を見つけ、必要な知識技術を習得するようシニアメンバーに導かれる。反対に、薬物の使用や、暴力や威嚇の事実が発覚すると、仕事上も降格させられて、皿洗いと掃除のみが許され、待遇も入寮当初の状態に戻される、と説明された。

プログラムは朝のミーティングやその他のハウスマーティングを除き、大半がチームを構成しての労働にあてられる。特に接客を伴うサービスについては、市内の一般業者（専門家）と同様の時間帯でサービス提供される。このための勤務チーム編成なども、役割として管理部門を任された入寮者自身の手によって行われている。

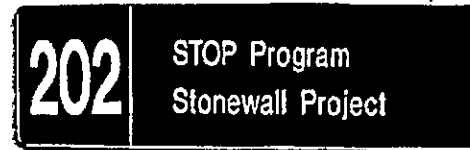
施設のミーティングルームとダイニングの壁面には一面に国内外の著名団体・財団、企業等からの賞状や写真額、トロフィー等が数限りなく掲げられ、これまでの業績を表現していた。とりわけDSの発案者で創設者、現在のCEOでもある犯罪学者で心理学者のMimi Halper Silbert, Ph.D. に対するものが大半を占め、彼女のカリスマを強調する役割も感じられた。

DSでは、入寮者は刑務所を出たばかりの何も持たないEx-Convictとして迎え入れられ、2年以上の共同体生活をとおして、専門的職業知識・技術と自分の労働で収入を稼ぎ出せることによる自己の尊厳を獲得して地域社会の有用な一員に変わり得ることを30年以上の実践で示し、評価を受けてきた。現在ではサンフランシスコ以外にもロスアンゼルスで、さらにNY, NC, NMといった他州でも同じプログラムが展開され、既存のアプローチに対するオルタナティブを形成している。薬物依存者治療のスキームを超えたアプローチとしても、またTC運営の戦略上も興味深い事例であると理解された。

以下の施設及びプログラムは、サンフランシスコとその周辺地域において実施され、TCと連携して薬物依存者の支援を目的として行われているものである。TCとの関わりを中心に、その概略をまとめた。

(20) UCSF Stimulant Clinic / Program STOP
(San Francisco, CA) (写真75)
Program STOPは、サンフランシスコ市保健局及

写真75



びMedi-Cal, SF General Fundといった公的財源により、UCSFが運営するIntensive Outpatient programで、対象はコカインやメタンフェタミン使用者と依存者である。Stimulant Treatment Outpatient Programの頭文字から名付けられているが、Risk Controlに主眼が置かれ、Abstinence Modelでないアプローチも併用される。

プログラムは、薬物使用と身体的・精神的な状況に焦点を当てた毎日の各種グループミーティングと週に1回の個別カウンセリングから成る。PhaseはIからIIIまで各3ヶ月程度を基準に設定され、薬物使用をやめるならその方法を考え、まだ続けるならそれに伴う害の削減にパターン変更するために援助する。いずれにしても変更すべき現状への動機付けからスタートする。やめようとするアディクトに対しては援助手段として自助グループへの導入も図るが、NAやAA等の12ステップグループだけでなくSMART (Self Management And Recovery Training) やMM (Moderation Management)、Life Ringといった非12ステッププログラムも選択肢に入れている。

Phase Iの目的は参加継続を支えることで、グループは週5日午前中に90分行われる。Phase IIは薬物使用に対して利用者が求めた変化（断薬もしくは害の少ない使用）を支えることで、グループは週3回となる。ここで自らの治療計画が作成できるよう援助する。Phase IIIは、以前の危険な薬物使用に戻らないための援助を目的とし、家族・パートナーあるいは友人といった薬物使用しない人との誠実で良好な関係を形成すること、仕事や学校、子育てといった活動に参加できるよう援助することで、グループは週2回となる。

グループは利用者のニーズに応じて、以下の種類が組み合わされて提供される。

Dual Diagnosis Group, Anger Management, Medical Matter Seminar (HIV), Gay Men's Group, Straight men's Group, Women's Group, African-American / Latino Group.

なお、この施設には同じくUCSFが運営するゲイのためのHarm Reductionを目的としたDrop-in CenterであるThe Stonewall Projectと、リスクの少ない使用継続を援助するためのWebによる情報提供サービスTweaker.orgも併設されていた。これは、Stimulantの使用がゲイコミュニティに広く浸透している現状への実践的なアプローチとして、市当局との共同で取り組まれている事業の一つである。

ここでは、スタッフとメタンフェタミンを中心とする日本の薬物使用とその対策に関する意見交換を行ったが、日本での成人依存者とその家族に対するサポートの考え方は、Harm Reduction実施の是非とは別に、サンフランシスコの援助職スタッフにとって理解が難しいことが伺われた。

(21) BAKER PLACES Inc. / CAMELOT Residence
(San Francisco, CA) (写真76)

BAKER PLACES (以下ではBP) は、HIV問題を抱えたアディクトのTCによるプログラムで知られる非営利団体であるが、今回訪問したCAMELOT ResidenceはTC施設そのものではなく、ホームレス状態にある人々に住居や食事といった基本的な生活基盤を提供することによって、治療が必要な人へその足がかりを作る住居提供プログラムの施設であった。1973年に始まったBP全体では12の種類のプログラムを運営しており、その中にはMedical Detox, Day Treatment, Residential Programが含まれているが、2002年に始められたCAMELOT Residenceは、その前段階に位置しているプログラムであった。

CAMELOT Residenceは古いホテルの建物を転用した5階建ての施設で全53ユニットあり、全て個室のSRO (Single room occupancy) であった。現在は25歳から78歳までの男女49人が居住しており、平均年齢は40~50歳であるという。市内中心部でも治安が良くないとされるTenderloin地区の中に位置し、周囲にはホームレスと見られる人が多く見られたことから、敷居は低いと思われた。利用者の50~55%が男性で、平均利用期間は90日とのことで、その後はBPもしくは他のエージェン

写真76



トのプログラムに移っている。

施設の形態が以前の建物のとおり”Hotel”となっていることから、援助スタッフもManagerとして関わり、Property Manager, Case Managerが配置され、非常勤で週1回精神科医と看護師が援助する体制になっていた。スタッフはシフト勤務で夜間は管理人だけとなる。援助サービスとして、1階部分にある共有スペースで行われるMental Health, Addiction Study, Life Skillsをテーマとしたグループミーティングと、Rap Groupや施設外でのRecreational Activitiesが提供されるが、いずれも参加を強制されることはない。

多様なホームレス状態にある人々の中から、一定の時間をかけて次なる治療的ステージへとその必要な利用者 را 導くために、TC治療の周辺に必要なとなる施設であることが理解できた。

(22) HAIGHT ASHBURY FREE CLINICS Inc. /
SMITH HOUSE - SMITH RYAN
(San Francisco, CA)

HAIGHT ASHBURY FREE CLINICS Inc. (以下HAFCI) は、1967年にサンフランシスコのドラッグカルチャーの中心地でもあったHaight Ashbury地区に開設され、以来現在まで様々な薬物問題関連プログラムを運営してきた。全米で最初の無料での医療サービス提供を始め、“Rock Medicine” と呼ばれる野外コンサート・イベント等での救急医療提供サービスが年間200回近く実施されるなど独自の活動を行ってきた。ホームレス、HIV/AIDS、Mental Healthの各サービス部門と合わせ、Substance Abuseに関してOutpatient / Residential両方のプログラムを設けている。

HAFCIの創設者、Dr. David Smithにちなんで名付けられたSMITH HOUSE / SMITH RYANは、薬物依存女性のための合計16床の小規模な入寮施設で、1988年に始まった。SMITH HOUSE programは薬物依存女性の7日～21日のDetoxであり、一方SMITH RYAN programはHIV陽性の薬物依存女性の42日間入寮プログラムである。SMITH HOUSE programではSocial Model Detoxを行うが、処方薬の投与を用いない解毒により、次のプログラムへとつなぐことを目的とする。HAFCIは18～24ヶ月までの長期入寮型施設を市内のTreasure Islandにもち、またHIV陽性の女性のためには12ヶ月までのLodestar program (6床) が用意されている。スケジュールは、Morning MeditationやBig Book study, NA studyを含むグループセッション、Art therapyや散歩などで構成されるが、身体状況も勘案して非常に緩やかなものとなっている。

またここでは、長年サンフランシスコの薬物問題に関わってきたHAFCIのCEOである薬学博士のDarryl S. Inaba, Pharm. D.からサンフランシスコの薬物使用の状況とMedical Detoxに使用される処方薬の薬理について講義を受けた。日本では使用例が少ないNaltrexone, Reviaといった拮抗作用を利用する処方薬やCraving抑制剤、さらに新たに使われ始めたAcamprosateのメリットと課題について説明された後、Addiction System自体はBiologicalであっても、RecoveryはSocialなものと強調された点が印象的であった。(写真77)

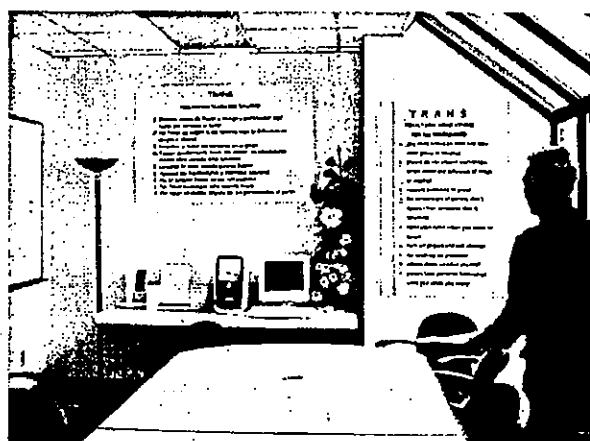
(23) Program TRANS by UCSF (San Francisco, CA) (写真78)

Program TRANS (Transgender Resource And Neighborhood Services) は、UCSFによって市内中

写真77



写真78



心部で運営されるTransgender (性転換者) のためのサポートプログラムである。全米の都市の中でもSexual Minorityにとっては住み易いとされるサンフランシスコにあっても差別はあり、安全に集える場の提供と合わせた保健情報の提供は重要な役割を担っている。Intensive Outpatient (毎日、長時間) とOutpatient (週に2-3回) の形態でTransgenderのための各種プログラムが行われている。

その過程で同時に行われるDTRED (Drug Treatment Readiness Program) への導入の可能性も生まれる。また、TRANSではDrug free, Stay Soberを望むTransgender Addictのサポートを目的として、センター内で週に1回AAミーティング (SF TRANS Recovery Group) を開いている。通常の地域のミーティングで安心感を得られにくいTransgender Addictが安心して集えるよう部分修正したミーティングフォーマットを用いている。

なお、スタッフは全員がMTF (Male to Female) 及びFTM (Female to Male) のTransgenderで構成されている。

(24) San Francisco Needle Exchange Site
(San Francisco, CA) (写真79)

カリフォルニアで最も徹底的にHarm Reduction対策を進めているサンフランシスコ市では、市の財政援助によりNPOが運営するNeedle Exchange (注射針と注射器、その他感染防止器具の交換と配布) がスケジュールされて、週5日間計9回 (水曜を除き昼夜2回) 実施されていた。地域も毎日変わり、時間も午前、午後、夜間とそれぞれ設けられていた。会場によっては、Extra serviceとして無料の食事提供や医師や看護師が同行して緊急の医療サービス提供が受けられたり、匿名での無料HIV検査も行われている。

使用済み注射器具の等数交換だけでなく、CondomなどのSex supplies配布、薬物治療に関する各種のパンフレットやフライヤーの配布による情報提供も重視され、薬物使用者と社会サービスの最も使用者側に接近したところに設定された接点となっていた。視察当日は雨の降る夜間のテントでの実施であったが、スタッフ及びボランティアの丁寧な対応と実施時間中途切れることのない交換希望者の列に遭遇し、Harm Reductionの意義とあり方について社会状況の実態に合わせた議論が展開される必要を感じた。

(25) An ADVENTIST HEALTH AFFILIATE /
St. Helena Center for Health Alcohol &
Chemical Recovery Program (St. Helena,
CA) (写真80、81)

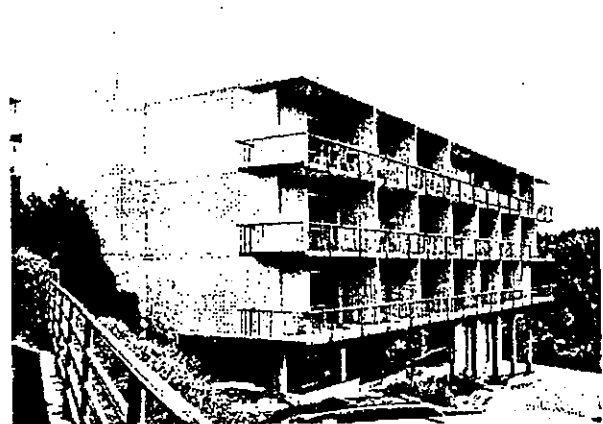
St. Helena Center for Health Alcohol & Chemical Recovery Programはサンフランシスコの北部セントヘレナにある医療機関内にある治療プログラムユニットである。いわゆる4週間=28日型の典型的な北米モデルのManaged Care運営が行われている。利用者の状況では年齢は18歳から89歳まで、平均すると40歳代半ばで、Social Classでは保険加入のあるUpperないしUpper Middle Classである。TVコマーシャルにより遠くはグアムやサイパンからも入院がある。治療費は28日間で15,000~20,000ドルかかる。

入院者の60%がアルコール、35%が処方薬、中

写真79



写真80



でも特にBenzodiazepines依存が多く、残りの5%がコカイン、メタンフェタミン、ヘロインとなっている。入院後5~7日を基準としてMedical Detoxが行われ、その後に22~24日間のInpatient Rehabilitation programへと導入される。必要があればその後週4日のIntensive Outpatient programも利用できる。訪問時には30床の定員に対し、26人が入院していた。

プログラムコンセプトは12&12をベースに、コミュニティミーティングや各種のレクチャーが組み合わされ、夜間には週7日間AAもしくはNAミーティングが組み込まれていた。プログラムで利用されるテキストもHazeldenのワークブックやVideo program、AA-GSOの出版物が中心であった。

その他、家族に対する教育プログラムも週末に行われており、Co-dependencyやFamily Recoveryをテーマにしたミーティングへの出席が毎週求め

られ、Al-Anon, Nar-Anon, CODA (Co-dependent Anonymous), ACOA (Adult Children of Alcoholics) といったサポートグループへの参加が強く勧められていた。

映画やテレビドラマなどにより、日本でも一部で知られるようになった代表的な北米型アディクション治療プログラム (Treatment Center) は、長期入寮型TC施設と同様に都市から離れた郊外に位置する医療機関に展開していると見るのが実情に近いのかも知れない。

D. 考察

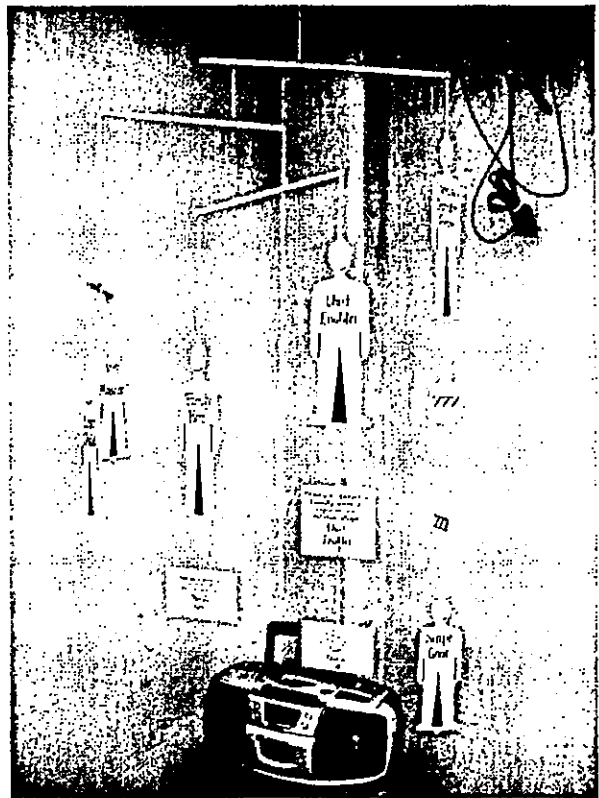
今年度、3回にわたりテーマと対象地域を分けて訪問し実地調査した25ヶ所のTC及び関連プログラムの概要について報告した。

1950年代後半からアメリカの薬物問題多発地区の状況に対応する形で導入され、以後全米に、さらにはヨーロッパ、中南米、そしてアジア太平洋地域へと拡大して展開してきたTCによる薬物問題対応は今日治療的関わりを中心的な位置と役割を担っていた。これまで、日本国内では世界の伝統的TCが共有してきたMission, Vision, Valueそしてそれらを文章にして共同体に参加する全ての者が指針とするPhilosophyを共有するようなTCが成立してこなかったため、TC実践の鍵となる概念の理解が困難であった。TCはそのスタート当初より、プロフェッショナルな援助職とコミュニティの中で回復を体験した回復者とのコラボレーションを前提として成立し、入寮者とスタッフ、あるいは入寮者同士の間でも明確な責任と役割の分担が行われ、Structureが共同体運営を支えて展開してきた。

そのような意味で、共通する運営の形態あるいは方向性を持つてはいても、日本の社会で独自の条件の下に成立してきたDARCをTCとして定義することは正確でないばかりか、困難な役割をDARCに期待することにもなりかねない。本報告で示したように、他の社会資源が不足している状況の下で、薬物依存者自身が安全と感じられる仲間という対等な関係を前提とした場の提供と、やめ続けていくために必要なわかり易い方法を示して一緒に実践すること、それ以外の役割をDARCに期待することは、他が担えない貴重な本来の役割を妨げてしまうことにもなる。

今日のTCが直面する大きな課題は、薬物依存を

写真81



共通にしながらも利用者に含まれるさまざまな集団のニーズに、上記の伝統的なValueで一律に対応することが困難になってきたことが挙げられる。具体的にはDual Diagnosis (Co-Occurring) とされる依存者に対して、処方薬使用をめぐる従来Addiction-Recovery ModelからMental Health Improvement Modelへの転換を迫られてきたこと、あるいは感染症リスクの低減に向けて使用継続する依存者へアプローチする必要が生じてきたとき、対応策として採らざるを得ないHarm Reductionが、従前のDrug Free OrientationというTC Valueとの間に引き起こすコンフリクトにも表現されていた。伝統型に対し修正型 (Modified Model) とされる今日のTCは、どの部分を守り、またどの部分・程度まで修正運用されるべきなのか、明確な回答に到達する保証もないままTC実践に与えられた課題と外部からの期待とは、今日も拡大し続けている。

ただし、治療実績で評価を受けてきたTCといえども、薬物問題の全てに対し万能であり得るはずもない。TCが自らのValueに基づいて果たせる役割に集中して取り組むことにより、結果としてそ

の他の機関の課題もまた明確になってきている。これまで日本にはTC実践が存在してこなかったことによって、その他の機関の役割も明確になりようがなかった。今日、それらはともするとDARCの周りに寄せ集められてくることにもなっている。

TCの創設が必要であると考えた根拠の一つもここにある。TCはすでに海外において、現実には医療機関と連携し、司法措置の受け皿となることによって薬物依存者処遇全体の環境を変えてきた。アメリカでも司法システムとしてのDrug Treatment Courtの成立には、それに先駆けたTC実践の存在が不可欠であった。日本型TCの創設は、わが国の薬物依存者の回復援助に直接的な一定の効果を及ぼすばかりでなく、次なる政策的・実践的課題の明確化にも役立つことが予想される。

また、WFTCに結集する世界の各地TCでは、次代のTC実践を担い発展させていく人材養成プログラムを既に展開し、TC実践に適合した専門職が養成されていた。このようなプログラムを持たないわが国が、近い将来にTC実践を担っていく専門職を確保する方法としては、まず実績ある海外での養成プログラムを利用することが近道であるが、それは実践形態の直接的な移植導入を意味するのではなく、TCによる回復援助が新たに展開される日本の社会的・文化的状況に対応した、創造的な修正作業もまた必要となってくることを忘れてはならないだろう。

今一度、TCはどのように説明されるべきか、その基本的な手がかりは、今やDAYTOPだけでなく世界のTCでも共有されている以下のPhilosophyの中に既に表現されていたことに気付く。これまでの研究作業をとおして、TCとは無意識に始めた薬物使用が引き起こした依存に対して、Drug Freeを目指す構造的な「共同体」という環境設定の中で、きわめて自覚的に長期間かけて変化と成長を引き起こしていく自己学習の過程を提供するプログラム、と理解することができる。この部分についてはTCがそうであろうとする限り今後も修正される必要のない実践の核となるものである。

Daytop Philosophy

I am here because there is no refuge.
Finally, from myself.
Until I confront myself in the eyes and
hearts of others, I am running.

Until I suffer them to share my secrets,
I have no safety from them.
Afraid to be known, I can know neither
myself nor any other, I will be alone.
Where else but in our common ground, can
I find such a mirror?
Here, together, I can at last appear clearly
to myself
not as the giant of my dreams
nor the dwarf of my fears,
but as a person, part of a whole, with my
share in its purpose.
In this ground, I can take root and grow,
Not alone anymore as in death,
But alive to myself and to others.

私がここにいるのは、もはや助けてくれるものはなく、ついに自分自身からも逃げられなくなったからだ。

他の人々のまなざしや気持ちに向き合おうとしない限り、私は逃げているのだ。

自分の秘密を他の人々と分かち合うまで、私は苦しみそのことで安心できない。

他の人に知られることを恐れている限り、自分自身もその他の誰をも知ることはできず、一人ぼっちになる。

私たちの共通点であるこのことのほかに、他のどこにこのような鏡を見出すことができるだろう？
ここで、助けを受けて、私はついに自分自身の姿をはっきりとさらけ出すことができる。

それは自分の夢に描く巨人ではなく、また逆におびえる小人でもなく、

全体の目的の中に自分を分かち合う、その一部をなす等身大の人間として。

この地の上に、私たちは根をはり成長することができる。

死につながれた者のように、これ以上一人ぼっちのままでなく、

自分自身と他者のために生きる者となる。

(宮永試訳)

E. 今後の研究課題

これまでの2年間の分担研究課題により、世界各国で展開される数多くのTCと関連施設を訪問見学し、部分的にプログラムを体験し、スタッフや

利用者に直接インタビューすることを通して、TCの考え方、TC生活での喜びと苦勞について立体的に理解することができた。その中で、日本でもTCのような施設が必要であり、そこで回復のチャンスを得ていくアディクトも少なからずいると確信を得た。

しかしながら、現時点でTCのコンセプトを実現する手がかりは準備されておらず、最も基本的な条件整備からその準備を始めていかななくてはならないことも理解された。

これまでの議論の中でも、セルフヘルプグループの活動の延長線が社会的ニーズと交差する部分に、日本独自のプロセスで生まれ歩んできたDARCというコミュニティについて、TCとは分けて考えていくべきと主張してきたが、一方でそれ以外には地域の中で手がかりになる実践が見当たらないことも現実である。したがって、DARCとしてではなく（DARCの方法を変更するのではなく）、薬物依存者の回復を目指すTCコンセプトに基づく新たなコミュニティを、実際にはDARCプログラムを利用者として体験し、その後スタッフとして回復援助に取り組んできたリカバリング・アディクトを中心に、必要な各種専門職とのコラボレーションを実現して、今後形成していくための戦略が課題となってくる。

ここで学んだことをスタート地点とするならば、日本型TCのMissionはどのように表現される必要があるのか、TCのVisionはどのように説明されるべきか、そしてどのようなValueあるいはPhilosophyを共有して治療共同体を形成し、それを維持・発展させていくことが可能であるのか、を明らかにしていかなければならない。

また、自らの文化的・社会的状況に合わせたTC作りを標榜する際に、TCに限定されることなく、我々は果たしてどの程度までそれらに自覚的な援助実践を行ってきたのか、疑問を感じる。サンフランシスコでのアジア系アメリカ人のコミュニティ作りの実践に触れたとき逆に感じさせられる、自らの固有のValueやRelationshipのあり方に対する我々の自覚の希薄さという現実が、日本型TCの成否に関わる重要なポイントを指摘している。これらは、わが国の薬物問題状況に対応して機能する「日本型修正版TCモデル」の作成と議論の中で、さらには実際のTCの展開過程をとおしたそれらモデルの修正作業によって、具体的に解明され

ていかなばならないだろう。

F. 結語

昨年度の分担研究では、TCの概念と構成要素について文献研究とアメリカ中南部での実地調査によって考察した。今年度は、世界的規模で薬物依存者の治療に大きな役割を果たしてきた「治療共同体=TC」について、アメリカ東部及び西海岸、ヨーロッパ諸国、南米それぞれの実践モデルを実地調査し、文献資料のレビューを加えて、その実践理論と今日的課題を中心に考察した。

それらの結果をまとめると以下のとおりである。

1. Structured TCの基本的コンセプト（Community Based, 12-Step oriented, Level System, Job Function, Counselor as Recovering Addict）は、現在においても世界で主流にあるといえる。
2. WFTC（治療共同体世界連盟）に参加する各TCのプログラム構造は、文化的・制度的な背景を異にしながらもMission, Vision, Philosophyを共有していた。
3. （入寮型）TCにおける回復援助のアプローチは基本的に3期に分けられ、第2期がそのものでTC Phaseと呼ばれ、中心に位置づけられる。しかし、第1期のPre-Residential Phase（スペイン語圏ではAcogida）は、解毒だけでなく、司法措置など動機付けの弱い対象者が増加する中で、まずCommunityが受け入れ、TCでの生活を体験的に理解させ、共同体への自発的な参加者となれるよう援助する不可欠な手続きを含み、治療的関わりの全体の成否に大きく影響するものとして重視されていた。
4. 民族的・性的マイノリティ、またはHIV陽性の人、ホームレス状態にある人、重症の精神疾患合併者、またはそれらの重なり合った集団のニーズに対応するため、Modified（修正版）TC modelが既に展開されていた。そこでは伝統的モデルが目的としたDrug freeな指向性だけでなく、現実的な戦略としてのHarm Reductionアプローチが多様な形式で導入されていた。
5. TCの回復援助プログラムは、世界的に見て基本的には非営利団体（いわゆるNPO）が担い、利用者からの費用徴収を前提としない提供の構造が確保されていた。
6. TC治療の成果に対する評価は、他の処遇方法

に比較した費用対効果の面からも合理性が認められ、アメリカに限らず世界各地で、近年特に司法機関との連携が進んできている。

7. TCの導入に際しては、TC環境の中で専門的なトレーニングを受けた各種の援助職が養成される必要があり、多くのTCでTC professionalの養成プログラムが実施されていた。

8. TC Professionalsはチームとして、医療、看護、社会福祉、心理、教育、司法、宗教その他の専門領域から複合的に構成されることにより、TCで回復して援助を担う回復者カウンセラーの経験を生かし、全体で提供するプログラムを機能させることが可能となっている。

G. 研究発表

1. 論文発表

宮永 耕：「物質依存者のための治療共同体－アメリカモデルについて－」、精神科治療学 第19巻 第12号 特集－物質依存症の現状と治療、星和書店、2004.12、1411-1418

2. 学会発表

なし

<謝辞>

本研究の実施に当たっては、WFTC会長Monsignor William B. O'Brien師をはじめ、アメリカ、スペイン、イタリア、ポーランド及びコロンビアの数多くのTCスタッフ、利用者の方々に寛大にも受け入れていただき、丁寧なご指導をいただきました。また、原語の翻訳に関して、Francesco Vitucci氏及びJanusz Przychodzen氏にもご協力いただきました。ここに心からお礼を述べさせていただきます。

<引用文献>

- 1) Monsignor O'Brien W. B. and Henican E. : You Can't Do It Alone ? The Daytop Way to Make Your Child Drug Free, Simon & Schuster, 1993, 44-52
- 2) De Leon G. : The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method, Springer Publishing Company, Inc., 2000, 137
- 3) 森田展彰、根本透、和田清、末次幸子、岡坂昌子；サンフランシスコにおける薬物依存症者に対する治療共同体の研究（I）－プログラムの概

要および日本の医療・自助グループとの相違について－、日本アルコール・薬物医学会雑誌第38巻 第5号、2003.10、440-453

<参考文献>

- 1) Inaba D. S. and Cohen W. E. : Uppers, Downers, All Arounders ? Physical and Mental Effects of Psychoactive Drugs (5th Edition), CNS Publications, Inc., 2004
- 2) White W. L. : Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, Lighthouse Training Inst., 1998
- 3) Yablonsky L. : The Therapeutic Community, A successful Approach for Treating Substance Abusers, Gardner Press, Inc., 1989
- 4) NPOジャパンマック (J-MAC) : 治療からトータルサポートへの展望－アメリカの治療共同体ドンファームと日本のリハビリ施設の現状－、(「アドイクションリカバリーカウンセラーワークショップ」報告書)、社会福祉・医療事業団 (長寿社会福祉基金) 助成事業、2003.3
- 5) 和田清：薬物乱用・依存の現状と鍵概念、「こころの科学Vol.111 特別企画 薬物乱用・依存」、日本評論社、2003.9、14-21
- 6) 宮永耕：薬物依存からの回復 DARCについて、「こころの科学Vol.111 特別企画 薬物乱用・依存」、日本評論社、2003.9、79-85

<Webliography>

WFTC-World Federation of Therapeutic Communities ; www.wftc.org
TCA-Therapeutic Communities of America ; www.therapeuticcommunitiesofamerica.org
FLACT-Federacion Latinoamericana de Comunidades Terapeuticas ; www.flact.net
DAYTOP ; www.daytop.org
Phoenix House ; www.phoenixhouse.org
Second Genesis ; www.secondgenesis.org
Proyecto Hombre ; www.proyctohombre.es
Projecte Home Balears ; www.projectehome.com
Centro di Solidarieta di Genova ; www.esgenova.org
Centrum Terapii Narkomanow MONAR Krakow ; www.monar.kki.pl
Walden House ; www.waldenhouse.org

AARS-Asian American Recovery Services ; www.aars-inc.org

Haight Ashbury Free Clinics ; www.hafci.org

Bridge House ; www.bridgehouse.org

Odyssey House Louisiana ; www.odyssey-house.com

海外渡航報告書

平成16年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
海外渡航報告書

主任研究者 和田 清 (国立精神・神経センター精神保健研究所) 6/13～6/23
分担研究者 宮永 耕 (東海大学健康科学部社会福祉学科) 6/18～6/27

【1】 渡航先

ニューヨークおよびワシントンD.C.
(アメリカ合衆国)

【2】 渡航期間

平成16年6月18日～6月27日

【3】 渡航目的

薬物依存症治療は世界的にはTherapeutic Community (TC, 治療共同体) にて行われている。米国における治療共同体を実際に訪問し、その構造、人的配置、運営法等について実地調査した。その結果を報告書に掲載し、わが国の治療システムとしては欠落している治療共同体の必要性について、啓蒙的に公開した。

同時に、近年、規制薬物の取り扱いおよび使用について、Harm Reduction政策、大麻の医療使用が広まっており、わが国の政策を考える際の参考材料にするために、その一端の実情を視察した。

【4】 渡航旅程

6/13 成田発－ニューヨーク着 (和田)

6/14～6/17 研究集会参加 (旅費計上せず)

6/18 訪問機関名: National Development and Reserach Institute, Dr. Stephen Sifaneck, Ph.D.

【内容】 Ethnographic Reserachの考え方、手法について話を聞いた。(和田)

成田発－ニューヨーク着 (宮永)

6/19 訪問期間: A Medical Marijuana Buyer's Club, Dr. Stephen Sifaneck, Ph.D. 同伴

【内容】 Ethnographic Reserachの実践として、医療用の必要性からマリファナを使用する人たちが集まる場を訪問し、その実情を視察した。(和田)

訪問機関名: DAYTOP Village Inc.
Executive Director Mr. Aloysius Joseph

【内容】 アメリカにおける「治療共同体」のオリ

エンターションを受けた (宮永)

6/20 訪問機関名: DAYTOP International Inc.
Monsignor William B. O' Brien

【内容】 WFTC会長のW. O' Brien師に面会し、TCの世界連盟による活動及びアジア諸国でのTC活動の現状について聴取した。(和田、宮永)

6/21 訪問施設名: DAYTOP Rhinebeck Campus
(Manor House, Meadow Run, Fox Run, Springwood)

【内容】 4箇所のTC施設における施設見学とインタビュー調査を実施した。(和田、宮永)

6/22 訪問機関名: Phoenix Career Academy

【内容】 TC治療と職業訓練を統合したプログラムの実際について、施設の見学とインタビュー調査を実施した。(和田、宮永)

6/23 ニューヨークからワシントンD.C. への移動 (宮永)

ニューヨーク発 (和田)

6/24 訪問機関名: Second Genesis Inc. Anne Arundel and Co-Occurring Disorder facility

【内容】 ワシントン周辺の代表的TCであるSecond Genesisのメリーランド州施設を訪問し、施設の見学とインタビュー調査を実施した。(宮永)
成田着 (和田)

6/25 訪問機関名: Second Genesis Inc. D.C. Therapeutic Community (Harvard St.)

【内容】 ワシントンD.C.にあるSecond Genesisの成人男性TCプログラムの構造と現状について、インタビュー調査を実施した。(宮永)

6/26 ワシントンD.C. 発 (宮永)

6/27 成田着

【5】 渡航成果

分担研究報告書の通り

分担研究者 阿部 恵一郎 創価大学 教育学部 教授

【1】 渡航先

カリフォルニア州 (アメリカ合衆国)

【2】 渡航期間

平成17年1月23日～1月30日

【3】 渡航目的

カリフォルニア州ハイワード郡裁判所のドラッグ・コートで活躍しているホラ判事の裁判所を訪れ、ドラッグ・コートに関する説明を受けると共に、これまで扱った事例に関する情報を収集し、事例研究をした。その際、ドラッグコートが司法のダイバージョンとして成立するためには、治療プロバイダーの存在が欠かせない。ドラッグコートと連携している治療プロバイダーを訪問し、治療プログラムや治療の展開について具体的に知ることを目的とした。

【4】 渡航旅程

1/23 成田発ーサンフランシスコ着

1/24 訪問機関名: Second Chance/ Patti Hart

【内容】薬物乱用だけでなく、精神疾患や虐待を受けたためにPTSDになった患者、いわゆる「二重診断」の患者を対象とした通所型治療プロバイダーを視察した。特に女性の薬物依存者のほとんどが性的虐待歴を持つという。具体的にミーティングに参加した。そこでは日本の様子を尋ねられることが多かった。

また、刑務所に入所中の女性を対象とするプログラムMOMSについても説明を受けた。

1/25 訪問機関名: OASIS/ Dr. Sylvestre

【内容】C型肝炎対策施設を視察。ドラッグコートとは直接に関わっていないが、多くの薬物依存者でC型肝炎に罹患している者が通所してくる。注射針の交換やミーティングを行っている。インターフェロンの投与、啓蒙活動、さらにハーム・リダクションもおこなう。エイズ問題は沈静化しつつあり、現在はC型肝炎が問題なのだという認識を得た。

1/26 訪問機関名: EBCRP. Residential treatment for women with children/ Janet

【内容】通所型と居住型を行っている治療施設の

視察、及び治療プログラムに関する調査。通所型の施設では、治療共同体的プログラムに対する激しい批判を聞いた。また居住型は、刑務所収容中の妊婦や出産間もない女性の乱用者を対象としている施設であった。このような試みはProposition 36(薬物中毒に関する法令)が成立してから、州全体で展開されているという。今やドラッグコートの治療システムよりもProposition 36による治療のほうが広く展開されていることを実感した。

1/27 訪問機関名: ①Outpatient methamphetamine program for dual diagnosis/ Anna

【内容】覚せい剤乱用者のための通所型施設を視察、及び治療プログラム(マトリックス)について説明を受ける。この日、訪問した施設で治療を受けていた3名が無事プログラムを終了し、裁判所で卒業式を迎えるという。

訪問機関名: ②Drug Treatment Court/ Judge Hora, Francine Byers

【内容】ドラッグコートの傍聴、ホラ判事の説明、及び資料提供。治療プログラムを終了した3名の卒業式に立ち会うことができた。また、独自に展開してきたホラ判事の治療プログラムは、今年の6月で資金提供が州から打ち切られるという話を聞く。Proposition 36の影響によること、さらにはイラク戦争の戦費が大きく影響しているとホラ判事は話している。

1/28 訪問機関名: Cronin House/Moses Ekpebe

【内容】居住型治療施設の視察、及び治療プログラムの説明を受ける。45日間の完全拘束型の男女共同型施設であった。歴史は古く1960年代に始まり、初めはアルコール依存症者の治療をおこなっていたという。裁判所の命令だけでなく、自らの意志で入所してくる者も受け入れている。自分の治療意欲があるほうが、はるかに改善は良いという。

1/29 サンフランシスコ発

1/30 成田着

【5】 渡航成果

分担研究報告書の通り

平成16年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
海外渡航報告書

分担研究者 宮永 耕(東海大学健康科学部社会福祉学科)

分担研究者 阿部恵一郎(創価大学教育学部 ~9/8)

【1】 渡航先

スペイン、イタリアおよびポーランド

【2】 渡航期間

平成16年8月31日~9月13日

【3】 渡航目的

薬物依存の治療は、世界的にはTherapeutic Community (TC; 治療共同体) をその中心に位置付けたシステムによって行われている。しかし、わが国においては、TCとして運営される施設は設置されておらず、情報が少ないこともあり、その概念についても社会的に広く知られるに至っていない。

ヨーロッパ諸国における代表的な治療共同体数カ所を実際に訪問し、その構造、人的配置、運営方法等について実地調査する。その結果を国内に公表することによって、わが国の治療システムとしては欠落している治療共同体の必要性について、啓発することが可能となる。

【4】 渡航旅程

8/31 成田発-マドリッド着

9/1 訪問機関名; Proyecto Hombre Madrid program SOPORTE、研修内容; スペインにおける「治療共同体」の概要把握と家族の外来プログラム見学

9/2 訪問機関名; Proyecto Hombre Madrid C.T. NAVALCARNERO、研修内容; PHの運営するMadridのTC施設見学と質疑(パルマ・デ・マヨルカに移動)

9/3 訪問施設名; Projecte Home Balears/C.T. SES SITJOLES、研修内容: PHの運営するマヨルカ島のTC施設見学とプログラム参加および質疑

9/4 訪問機関名; Projecte Home Balears/CASA OBERTA and ANDANA、研修内容; PHの運営するマヨルカ島のTC施設の見学と質疑、PH Balears会長Bartomeu Catala氏と面会

(ローマに移動)

9/5 FICT (イタリア治療共同体連盟) 会長E gideo Smacchia師に面会し、実践状況に関する講義と質疑

9/6 訪問機関名; Centro di Solidarieta-I L PONTE、研修内容; チヴィタヴェッキアにある青少年および母子のTC施設を訪問し、施設の見学とプログラム参加、質疑(ジェノバに移動)

9/7 訪問機関名; Centro di Solidarieta Genova (CSG) TRASTA共同体、研修内容; ジェノヴァのCSGが運営する成人TCプログラムの体験と質疑

9/8 訪問機関名; Centro di Solidarieta Genova FASSALLO、研修内容; CSGによる様々な困難を抱えた集団に対するTCプログラムの見学と質疑、CSG会長Bianca Costa Bozzo氏と面会

9/9 訪問機関名; CTN MONAR Krakow、研修内容; クラクフに移動後、MONARが運営する成人用TCプログラム見学、MONAR Krakow代表Mar ek Zyga氏による講義と質疑(グリヴィチェに移動)

9/10 訪問機関名; FAMILIA共同体、研修内容; グリヴィチェにあるFAMILIAが運営する入寮TCプログラムの体験、ビトムの青少年TCプログラムの見学と質疑

9/11 訪問機関名; FAMILIA共同体、研修内容; グリヴィチェにあるFAMILIAが運営するTC治療導入段階の実践と家族教育プログラムの見学と質疑、FTCCEE (東中欧TC連盟) 会長And rzej May-Majewski氏による講義と質疑

9/12 クラクフ発(フランクフルト経由)

9/13 成田着

【5】 渡航成果

分担研究報告書の通り

平成16年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
海外渡航報告書

分担研究者 宮永 耕(東海大学健康科学部社会福祉学科) 1/18~1/31
分担研究者 庄司正実(目白大学人間社会学部) 1/23~1/28

【1】渡航先

コロンビア、サンフランシスコ(米国)

【2】渡航期間

平成17年1月18日~1月31日

【3】渡航目的

薬物依存の治療は、世界的にはTherapeutic Community(TC;治療共同体)をその中心に位置付けたシステムによって行われている。しかし、わが国においては、TCとして運営される施設はなく、情報が少ないこともあり、社会的に知られるに至っていない。

南米における代表的な治療共同体と修正型TCプログラムを積極的に展開するサンフランシスコを実際に訪問し、実地調査した。その結果を国内に公表することによって、わが国の治療システムとしては欠落している治療共同体の必要性について、啓発することが可能となる。

【4】渡航旅程

1/18 成田発-メデジン着(ダラス、マイアミ経由)(宮永)

1/19 訪問機関名;Fundacion Hogares Claret、

【内容】FLACT(中南米TC連盟)会長Gabriel A. Mejia師によるコロンビアにおける薬物問題及び「治療共同体」の講義と質疑(宮永)

1/20 訪問機関名;CASA CLARET, HOGAR CLARET de ACOGIDA, HOGAR CLARET la LIBERTAD、

【内容】Hogares Claretが運営するメデジンの3箇所のTC施設見学と質疑(宮永)

1/21 訪問施設名;Universitaria LUIS AMIGO, Centro de Desarrollo HUMANO、

【内容】LUIS AMIGO 大学の専門職養成プログラムと大学付属の外来TC施設の見学と質疑(宮永)

1/22 メデジン(マイアミ経由)サンフランシスコ間の移動

1/23 訪問機関名:カリフォルニア大サンフランシスコ校(UCSF)

【内容】根本透準教授に面会し、サンフランシス

コでの薬物問題の状況に関する講義と質疑

成田-サンフランシスコ着(庄司)

1/24 訪問機関名;AARS-Program ADAPT, Residential TC、

【内容】アジア系アメリカ人を対象とした外来プログラムと入寮TC施設訪問と施設見学及び質疑

1/25 訪問機関名;WALDEN HOUSE Inc. Adult Residential, Adolescent Residential, Day Treatment Facility、研修内容;西海岸最大のTC施設による成人及び青少年入寮施設と通所外来型複合施設のプログラム見学と質疑(宮永、庄司)

1/26 訪問機関名;DELANCEY STREET Foundation, UCSF-STOP Program、

【内容】労働参加を中心とした独自の共同体運営を行うDELANCEY St.とUCSFが運営する外来クリニックにおけるプログラムの概要解説と質疑(宮永、庄司)

1/27 訪問機関名;BAKER PLACE Inc. - CAMEROT Residence / HAIGHT ASHBURY Free Clinics-SMITH HOUSE / SMITH RYAN、

【内容】ホームレス依存者の居住確保プログラムと、HIVを有する女性依存者への入寮プログラムに関する講義と質疑(宮永)

サンフランシスコ発(庄司)

1/28 訪問機関名;Program TRANS, SF Needle Exchange Site、

【内容】性転換者のための依存症回復援助プログラムと、サンフランシスコ市がNPOに委託して行うハームリダクション対策実践の見学と質疑

成田着(庄司)

1/29 訪問機関名;St. HELENA Center for Health、研修内容;カリフォルニア北部にある民間医療機関で行われる依存症治療プログラムの見学と質疑(宮永)

1/30 サンノゼ発(宮永)

1/31 成田着(宮永)

【5】渡航成果

分担研究報告書の通り

(別掲5)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体 編集者名	書籍名	出版社 名	出版地	出版 年	ページ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻	ページ	出版
和田 清	有機溶剤吸引の入り口としての喫煙：1994年千葉県中学生調査より。	学校保健研究	45	512 -527,	2004
Hirabayashi, N., Wada, K., Kimura, T. et al.	Prevalence of Substance Abuse among Patients with Physical Diseases Seen in an Emergency Room in Japan.	The American Journal on Addictions	13	398 -404,	2004
和田 清	医療モデルの違いとしての精神作用物質依存症治療	精神科治療学	19	1281 -1287	2004
和田 清	論説 喫煙、飲酒、薬物乱用の実態と教育における対応	中等教育資料	823	20-25	2004
和田 清	薬物乱用の実態と傾向について。	厚生労働	59	17-20	2004
和田 清 尾崎 茂	連載 心の健康に関するお役立ち情報 最終回。各職種が情報を共有し効果的な薬物乱用防止策を！	公衆衛生情報	64	42-45	2004
尾崎 茂	物質依存の時代変遷と現状	精神科治療学	19	1289 -1296	2004
庄司正実	青少年の薬物乱用について	心と社会	117	25-30	2004
庄司正実	児童自立支援施設入所児童の有機溶剤乱用に対する態度およびその他非行の現状－1998年から2002年の児童自立支援施設薬物乱用調査－	目白大学心理カウンセリングセンター紀要	2	3-11	2004
森田展彰	薬物依存症に対する心理社会的治療－セルフヘルプ型のケアと心理教育プログラムの統合について－	精神科治療学	19	1395 -1404	2004
宮永 耕	物質依存者のための治療共同体－アメリカモデルについて－8	精神科治療学	19	1411 -1418	2004

平成16年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)

薬物乱用・依存の実態と
その社会的影響・対策に関する研究
(H16-医薬-062)

研究報告書

主任研究者：和田 清（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

2005年3月31日 発行

平成17年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)

薬物乱用・依存等の実態把握と
乱用・依存者に対する対応策に関する研究

(H17-医薬-043)

研究報告書

平成18年(2006年)3月

主任研究者：和田 清

目次

I. 総括研究報告書	(和田 清：国立精神・神経センター精神保健研究所)	1
II. 分担研究報告書		
II-1. 薬物乱用・依存の実態把握に関する研究		
1-1：薬物使用に関する全国住民調査	和田 清（国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部）	17
1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査	尾崎 茂（国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部）	107
1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究	庄司正実（目白大学 人間社会学部）	115
II-2. 乱用・依存者に対する対応策に関する研究		
2-1：薬物関連精神障害者専門病院利用者の予後についての研究	小林桜児（神奈川県立精神医療センターせりがや病院）	131
2-2：民間治療施設利用者の予後についての研究(1)	近藤千春（藤田保健衛生大学 衛生学部衛生看護学科）	135
2-3：民間治療施設利用者の予後についての研究(2)	近藤あゆみ（国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部）	145
2-4：わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究	宮永 耕（東海大学 健康科学部社会福祉学科）	163
2-5：薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究	松本俊彦（国立精神・神経センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部）	171
2-6：薬物依存者に対するその家族の対応法に関する研究	近藤あゆみ（国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部）	187
III：研究成果の刊行に関する一覧表		209

総括研究報告書

平成17年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュトリーサイエンス総合研究事業)
総 括 研 究 報 告 書

薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究
(H17-医薬-043)

主任研究者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長

研究要旨 薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料に資するために、薬物乱用・依存等の実態を把握し、同時に、薬物乱用・依存者に対する対応策について検討した。

【研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究】

研究1-1：薬物使用に関する全国住民調査：わが国の飲酒・喫煙・医薬品をも含めた薬物使用・乱用・依存状況を把握するために、層化二段無作為抽出法により選ばれた全国の15歳以上の住民5,000人に対して、戸別訪問留置法による自記式調査を実施した。回収数及び有効回答数は、3,096 (61.9%) 及び3,057であった。【飲酒】①飲酒生涯経験率 (これまで1回でも飲酒したことのある者の率) は、93.1% (男性95.4%、女性91.0%) であった。②飲酒1年経験率 (この1年間で1回でも飲酒したことのある者の率) は、84.0% (男性88.9%、女性79.2%) であった。【喫煙】①喫煙の生涯経験率は、64.1% (男性84.7%、女性44.5%) であり、2003年調査の結果よりはすべて高い結果であった。②1年経験率は、33.3% (男性48.1%、女性19.2%) であり、2003年調査結果との比較では、男性では低下していたが、女性及び全体では増加していた。【医薬品】①家庭の常備薬としての常備頻度は、①風邪薬、②目薬、③胃腸薬、④湿布薬、⑤鎮痛薬、⑥ビタミン剤の順に頻度が高かった。②この1年間に1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬、②鎮痛薬、③目薬、④胃腸薬、⑤湿布薬の順で頻度が高かった。③鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬の1年経験率は (補正值) は、鎮痛薬で55.1%、精神安定薬で8.3%、睡眠薬で6.4%であった。医薬品を常用 (週3回以上) している者の割合 (生データ) は、鎮痛薬では2.3% (男性1.8%、女性2.7%) で、精神安定薬では2.9% (男性2.5%、女性3.4%) で、睡眠薬では1.8% (男性1.3%、女性2.3%) であった。【違法薬物】①違法性薬物乱用の生涯被誘惑率 (補正值) は、有機溶剤:3.1%、大麻:2.4%、覚せい剤:1.0%、コカイン:0.3%、MDMA:0.2%、ヘロイン:0.2%の順に高かった。また、これら6種のうちのいずれかの薬物 (以下、いずれかの薬物) の使用への生涯被誘惑率 (補正值) は4.4%であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率 (補正值) は2.9%であった。②1年被誘惑率 (補正值) は、大麻で0.2%であったが、その他の薬物では、全て統計誤差内であった。また、いずれかの薬物の使用への1年被誘惑率 (補正值) は0.2%であり、有機溶剤を除いたいずれかの1年被誘惑率 (補正值) は0.2%であった。③生涯経験率 (補正值) は、有機溶剤:1.5%、大麻:1.3%、覚せい剤:0.3%、コカイン:0%*、ヘロイン:0.03%*、MDMA:0.1%であった (*は統計誤差内)。いずれかの薬物の生涯経験率 (補正值) は2.4%で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率 (補正值) は1.6%であり、いずれも2003年調査の結果を上回っていた。④1年経験率 (補正值) は、全ての場合において統計誤差内であった。⑤ただし、生涯経験率を年代で見ると、いずれかの薬物の使用経験率は20歳代では2.7%、30歳代では6.9%、40歳代では3.0%であり (以上、生データ)、手放して低いと言える状態ではないことに留意する必要がある。⑥わが国の違法薬物乱用状況は、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたが、2003年調査で、初めて、乱用状況の改善を伺わせる結果を得た。しかし、今回の2005年調査の結果では、ほとんどの薬物で生涯被誘惑率が2003年調査の結果よりは上昇しており、特に大麻では有意に増加し、同時に生涯経験率も有意に増加していた。結果的にそのことが、いずれかの薬物の経験率を押し上げる結果となった。このことは、乱用薬物から見た乱用状況が、従来の有機溶剤優位型 (我が国独自型) から欧米型 (大麻優位型) に変化してきていることを示唆している可能性がある。研究1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査：最近の

調査結果から、メチルフェニデート（MPD）乱用・依存の特徴について検討した。その結果、MPD症例では、覚せい剤の代替薬物として乱用される例があること、また早期に重症の依存症候群を呈する可能性が示唆されることから、うつ病への保険適用を含めてMPD処方に関する医療者側の意識が見直されるべきである点を指摘した。研究1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究：質問紙法による薬物乱用調査の妥当性を児童自立支援施設入所児童102人に対して面接調査を用いて検討した。その結果、薬物乱用歴に関しては質問紙回答と面接結果とはかなり相関しており、質問紙による乱用経験率の推定はそれなりに妥当であると考えられた。

【研究2 乱用・依存者に対する対応策に関する研究】

研究2-1～2-3：「治療」予後に関する研究：「薬物乱用防止5か年戦略」（平成10年）において、その重要性が指摘されていたにも関わらず、著しい立ち後れが続く二次予防・三次予防対策の基礎資料に供するために、既存の社会資源施設としての一薬物依存症治療専門病院と5箇所のDARC及びGAIAの2種の民間治療施設での治療予後調査を開始した。予後調査であるため、来年度の調査結果を待たずに評価することは出来ないが、以下のことが明らかになった。①想定されてはいたが、退院及び退所後の追跡調査は非常に困難である。薬物依存専門病院でも、71名中、郵送による返信者は29例（40.8%）に過ぎず、電話での連絡がついた者は20例（28.2%）ではあるが、その中には返答拒否者や対応保留者もいた。また、5箇所のDARC調査では、25名中6名が入所1か月未満で退所していた。このことは、入所及び入所継続の決定は、最終的には本人自身に委ねるDARCらしさを表現しており、DARCの「良さ」ともとれる反面、DARCの「限界」とも解釈される結果であった。また、②DARCと同じ民間治療施設ではあるが、GAIA入所者は総じて家族の経済基盤がしっかりしており、それが入所者の最終学歴等に反映されており、民間治療施設と言っても、入寮者の「質的」相違があることが明らかになった。研究2-4：わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究：世界的に見て、薬物依存者に対する「治療」現場の主流は「治療共同体（TC）」であると目されているが、これまでに蓄積したTCに関する各種資料の整理を行いつつ、多職種によるTC関連知識の共有化と将来のわが国への導入を想定した問題の検討を行った。その結果、仮にTCをわが国に導入するとした場合、他国での既存TCの直訳的な導入ではなく、わが国の歴史・社会的、制度的あるいは薬物乱用・依存に関わる諸環境や条件、さらには文化的な側面までも視野に入れた具体的方策を明らかにしていく必要性が確認された。研究2-5：薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究：薬物関連精神障害者の治療において遭遇する司法的諸問題に対するための対応ガイドライン（案）の作成に向けて、わが国を代表する薬物依存臨床の専門家の協力のもとに、臨床現場で問題となり得る司法的問題（医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿。受診後の、麻薬及び向精神薬取締法にもとづく通報義務、入院治療中の規制薬物の持ち込みや自己使用、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者への対応。他患者や医療スタッフに対する暴力行為等）を整理・検討し、それらに対する司法家の見解を提示した。研究2-6：薬物依存症者に対するその家族の対応法に関する研究：「薬物乱用防止新五か年戦略」で唱われている「薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する」に呼応した具体的支援策に資するために、「全国薬物依存症者家族連合会」の協力を得て、家族会構成員に対する体験・経験・実践に関する調査を実施した。その結果、①本人の薬物問題に関して家族が最初に利用した関係機関としては、医療機関（31.4%）、警察（21.2%）、保健所（保健センター）（19.7%）であったが、家族会への紹介経路としては、医療機関からの紹介（22.6%）が最も多かったものの、警察や保健所（保健センター）からの紹介はほとんどなかったことが判明した。また、②本人への対応法としては、親として、家族としてのイネープリング（尻ぬぐいの支え）の徹底排除の勧めとその実践であることが明らかになった。

【結論】大麻の生涯被誘惑率、生涯経験率の有意な上昇が、いずれかの薬物の生涯経験率を押し上げる結果となっており、乱用薬物から見た乱用状況が、従来の有機溶剤優位型（我が国独自型）から欧米型（大麻優位型）に変化してきている可能性がある。遅れの著しい薬物乱用・依存者に対する第二、三次予防的対応の制度的遅れに対して、早急な具体案の立案と実施が必要である。

分担研究者

和田 清	国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究 部長
尾崎 茂	国立精神・神経センター 精神保健研究所薬物依存研究部 室長
庄司正実	目白大学 人間社会学部 教授
小林桜児	神奈川県立精神医療センター せりがや病院 医師
近藤千春	藤田保健衛生大学 衛生学部精神看護学 助教授
近藤あゆみ	国立精神・神経センター 精神保健研究所薬物依存研究部 流動研究員
宮永 耕	東海大学 健康科学部社会福祉学科 講師
松本俊彦	国立精神・神経センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部 室長

A. 研究目的

現在、我が国は第三次覚せい剤乱用期にあり、違法性薬物の入手可能性がこれまでになく高まり、乱用の若年層までへの拡大が表面化している。これに対して、平成10年5月、薬物乱用対策推進本部により「薬物乱用防止5か年戦略」が策定され、5年間にわたり推し進められてきた。さらに平成15年7月には「薬物乱用防止新五か年戦略」が策定された。このような状況の中で、依存性薬物乱用・依存の実態把握と、薬物乱用・依存が及ぼす社会的影響とその対策を検討することは、不可欠である。

薬物乱用・依存の実態把握は違法行為の掘り起こしの性質があり、困難を極める。2005年度～2006年度の本研究では、薬物乱用・依存等の実態把握に関する調査研究を質の異なる複数対象群に対して、多方面からの実態調査を実施し、総合的な現状把握を図ろうとしている。対象・調査法は次の通りである。①わが国全体での薬物乱用・依存状況を把握するための全国住民調査（層化二段無

作為抽出調査）、②薬物乱用開始最頻年齢層である中学生に対する全国調査（層別一段集落抽出調査）③薬物依存・精神病に陥った患者を対象とした全国精神科医療施設調査（2ヶ月間の全数調査）、④ハイリスクグループである全国の児童自立支援施設入所者調査（全数調査）である。

これらにより、わが国の薬物乱用・依存の実態を多面的に把握でき、乱用防止対策及び薬物依存者対策立案・遂行の基礎資料に供することができると考えている。ただし、費用効率と調査される側の各種負担を考慮し、2005年度は①薬物使用に関する全国住民調査に重点をおき、②～④に関しては2006年の本調査に向けての準備研究とした。

また、覚せい剤事犯検挙者の再犯率が53.1%（2002年）と高いように、薬物依存からの脱却は困難を極める。欧米では「治療共同体」が薬物依存症治療の主役を担っているが、このような社会資源はわが国には存在せず、医療施設とDARC（ダルク）を中心とする民間治療施設があるのみである。そこで、本研究では、将来のわが国での「治療共同体」導入を想定して、わが国に適した「治療共同体」とはどういう物なのかを検討すると共に、既存の社会資源（医療施設とDARC等の民間治療施設）の治療予後を調査することによって、薬物依存症治療施設の現状把握を試み、今度の治療システム整備の際の基礎資料に供することにした。

さらに、薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において、取締機関、司法機関との関わりを避けることが出来ないのが実情である。麻薬及び向精神薬取締法、覚せい剤取締法を例にとっても、臨床現場では周知されていないのが現状であり、その対応も施設に毎にバラバラと言わざるを得ない。そこで、本研究では、対応法の円滑化を図るために、司法専門家の協力の下に、法的対応法に関するマニュアルの作成を目指している。

また、薬物乱用・依存問題は、当該乱用・依存者に各種害をもたらすだけでなく、その家族は当該乱用・依存者から甚大な精神的・経済的脅威を受けると同時に、社会的には往々にして、親としての責任を問われるという板挟み状態にある。「薬物乱用防止新五か年戦略」では「薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する」と唱われているものの、その具体策は示されていない。そこで本研究では、薬物乱用・依存者を持つ家族の実態調査を実施することによって、薬物乱用・依存

者に対する家族の対応法を開発し、家族に対する
具体的支援策の提示を図ろうと考えている。

B. 各分担研究の目的、方法、及び結果

■研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

研究1-1：薬物使用に関する全国住民調査

分担研究者 和田 清

国立精神・神経センター

精神保健研究所 薬物依存研究部長

わが国の飲酒・喫煙・医薬品をも含めた薬物使用・乱用・依存状況を把握するために、層化二段無作為抽出法（調査値点数：350）により選ばれた全国の15歳以上の住民に対して、戸別訪問留置法による自記式調査を実施した。①調査期間は2005年9月21日～10月4日である。②回収数及び有効回答数は、3,096（61.9%）及び3,057であった。

【飲酒】①飲酒生涯経験率（これまでに1回でも飲酒したことのある者の率）は、男性で95.4%、女性で91.0%、全体で93.1%であった。②飲酒1年経験率（この1年間で1回でも飲酒したことのある者の率）は、男性で88.9%、女性で79.2%、全体で84.0%であった。③「ほとんど毎日飲酒している」者の割合は、男性では50歳代、女性では40歳代で最高となり、その後、低下していた。④飲酒の機会、禁酒経験等、わが国の飲酒はライフ・サイクルと深く結びついており、飲酒問題を論じる際には、飲んだことがあるかないかを基準にしても、さほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的要因を考慮する必要があることが示唆された。

【喫煙】①喫煙の生涯経験率は、男性で84.7%、女性で44.5%、全体で64.1%であり、2003年調査の結果よりはすべて高い結果であった。②1年経験率は、男性で48.1%、女性で19.2%、全体で33.3%であり、2003年調査結果との比較では、男性では低下していたが、女性及び全体では増加していた。③1年経験者での1日の喫煙本数では、1日に21本以上吸う者の割合は、50歳代でピークを迎え、その後は低下していた。④禁煙を考えたことのある者の割合は、男性では年代と共に増加していたが、女性では40歳代に向けて低下し、その後、増加し

ていた。

【医薬品】①家庭の常備薬としての常備頻度は、①風邪薬、②目薬、③胃腸薬、④湿布薬、⑤鎮痛薬、⑥ビタミン剤の順に頻度が高かった。②この1年間に1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬、②鎮痛薬、③目薬、④胃腸薬、⑤湿布薬の順で頻度が高かった。③鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの1年間に使用したことのある者の割合（補正值）は、鎮痛薬で55.1%、精神安定薬で8.3%、睡眠薬で6.4%であった。医薬品を常用（週3回以上）している者の割合（生データ）は、鎮痛薬では男性1.8%、女性2.7%、全体で2.3%、精神安定薬では男性2.5%、女性3.4%、全体で2.9%、睡眠薬では男性1.3%、女性2.3%、全体で1.8%であった。鎮痛薬の1年経験者率は横這いであったが、週3回以上使用した者の割合は、女性で増加していた。精神安定薬の1年経験率、週3回以上使用した者の割合は男女ともに増加していた。睡眠薬の1年経験率、週3回以上使用した者の割合は、男性では減少していたが、女性では増加していた。④医薬品の使用に関しては、明かな問題点は見あたらなかったが、鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬の経験者率・常用者率の増加が認めれることから、今後モニタリングが必要であると考えられる。

【違法薬物】①「覚せい剤」の周知度は全体で86%と高いが、「スピード」では36.6%であり、「エス」では15%に低下していた。しかし、10～30歳代では「スピード」の周知率は60%台、「エス」では30～40%と高く、年代により、違法薬物の呼称も変化することが再確認された。②違法性薬物乱用の生涯被誘惑率（これまでに1回でも誘われたことのある者の率。補正值）は、有機溶剤：3.14%、大麻：2.42%、覚せい剤：1.02%、コカイン：0.33%、MDMA：0.22%、ヘロイン：0.18%の順に高かった。また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被誘惑率（補正值）は4.43%であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率（補正值）は2.94%であった。③1年被誘惑率（この1年間で1回でも誘われたことのある者の率。補正值）は、大麻で0.15%であったが、その他の薬物では、全て、統計誤差内であった。また、6種のうちのいずれかの薬物の使用への1年被誘惑率（補正值）は0.20%であり、有機溶剤を除いたいずれかの1年被誘惑率（補正值）は0.20%であった。④生涯経験率（補正值）は、有機溶剤：1.48%、大麻：1.34%、覚

せい剤：0.31%、コカイン：0%*、ヘロイン：0.03%*、MDMA：0.10%であった（*は統計誤差内）。いずれかの薬物の生涯経験率（補正值）は、2.43%で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率（補正值）は1.55%であり、いずれも2003年調査の結果を上回っていた。⑤1年経験率（補正值）は、6種すべての薬物について統計誤差内であった。また、6種のうちのいずれかの薬物の1年経験率、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の1年経験率も、補正值で統計誤差内であった。⑥ただし、生涯経験率を年代で見ると、6種いずれかの使用経験率は20歳代では2.7%、30歳代では6.9%、40歳代では3.0%であり（以上、生データ）、手放して低いと言える状態ではないことに留意する必要がある。⑦違法性薬物の入手可能性については、10～30歳代と40歳代以上との二極化が認められた。有機溶剤を除く全ての薬物で10～30歳代で入手可能性が高く、2003年調査結果との比較では、横這いなしは微増傾向を示していた。⑧わが国の薬物乱用・依存状況が多くくの国に比べて良好を保ってきた背景には、違法精神の高さがあると思われるが、その傾向は保たれていた。しかし、覚せい剤に比べて、大麻に対する認識の甘さが読み取れる結果であった。【結論】わが国の違法薬物乱用状況は、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたが、2003年調査で、初めて、乱用状況の改善を伺わせる結果を得た。しかし、今回の2005年調査の結果では、ほとんどの薬物で生涯被誘惑率が2003年調査の結果よりは上昇しており、特に大麻では有意に増加し、同時に生涯経験率も有意に増加していた。結果的にそれが、6種いずれかの経験率を押し上げる結果となった。このことは、乱用薬物から見た乱用状況が、従来の有機溶剤優位型（我が国独自型）から欧米型（大麻優位型）に変化してきていることを示唆している可能性がある。違法薬物乱用防止の啓発が進み、同時に、取締の強化が図られれば図られるほど、回答者側での心理的バイアスが高くなり、本調査のような方法論による調査の結果は、実際の状況よりはますます低い結果を示す特質にあることも否めない。しかし、この種の調査では本研究で採用した調査法が国際的調査法であると同時に、それ以外の調査方法が事実上ないことも現実である。地味ながら、今後も本調査を継続してゆく必要がある。

研究1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者 尾崎 茂

国立精神・神経センター

精神保健研究所薬物依存研究部室長

最近の調査結果から、①メチルフェニデート（MPD）乱用・依存の特徴について、②TCI（Temperament and Character Inventory）を用いた気質・性格の評価についてさらに詳細に検討し、併せて③来年度の本調査へ向けての準備を行った。①2002、2004年度調査からMPD症例を抽出し、覚せい剤症例を対照群として薬物使用歴、依存症重症度等について比較検討した結果、MPD症例では、覚せい剤の代替薬物として乱用される例があること、また早期に重症の依存症候群を呈する可能性が示唆されることから、うつ病への保険適用を含めてMPD処方に関する医療者側の意識が見直されるべきである点を指摘した。②薬物関連精神障害患者に対するTCIの信頼性・妥当性についてはまだ十分な結果が得られておらず、臨床的有用性についてはさらに多数例における詳細な検討を要すると考えられた。③次年度調査における関心項目を設定するにあたり、物質使用障害と気分障害との併存、とくにBipolar spectrum概念における薬物関連問題についてレビューし、概略を示した。さらに、薬物関連精神障害の臨床に取り組む医療者のネットワーク作りの可能性について検討した。

研究1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

分担研究者 庄司正実 目白大学

人間社会学部 助教授

分担研究者らは全国児童自立支援施設を対象に1994年以降隔年ごとに質問紙により薬物乱用実態を調査してきた。しかし、質問紙法による薬物乱用調査の妥当性は明らかではない。そこで2003年度は面接調査を併用し質問紙による薬物乱用調査の妥当性を検討した。今年度は引き続き面接調査を用い質問紙による薬物乱用調査の妥当性をさらに検討した。

調査対象は児童自立支援施設入所児童102人(男性38人,女性64人)である。調査は、あらかじめ質問紙調査を実施し、その後精神科医および臨床心理士による面接するという形式で実施した。質問紙はこれまでの全国児童自立支援施設調査の質問項目を抜粋した簡略版の質問紙を用いた。面接は半構造化面接である。面接と質問紙調査結果がどの程度一致するかにより質問紙調査の妥当性を検討した。

結果は以下の通りである。

- 1) 薬物乱用歴(有機溶剤、大麻、覚せい剤)の質問紙回答と面接結果はかなり相関しており、質問紙による乱用率の推定はある程度妥当であると考えられた。
- 2) 質問紙による乱用程度の回答と面接による乱用の診断(機会的使用、乱用、依存)については、関連がやや乏しかった。概して質問紙回答よりも面接の方が重度の乱用と評価される傾向が疑われた。
- 3) 有機溶剤乱用の害知識に関する質問紙回答と面接の関連も検討された。害知識については質問紙と面接の間の関連はやや低いと考えられた。
- 4) 乱用者の害体験について質問紙回答と面接の関連が検討された。害体験も薬物乱用による害知識と同様な傾向を示し、質問紙と面接の間の関連はやや低いと考えられた。

従来、非行少年において薬物乱用の質問紙調査の妥当性について検討された研究は見あたらない。薬物乱用は違法行為であるため回答の拒否が想定され、質問紙法による薬物乱用調査では正確な回答が得られにくいと考えられる。しかし、今回の結果より少なくとも薬物乱用経験のものについては質問紙でもかなり信頼のおける結果が得られることが示された。

■研究2 乱用・依存者に対する対応策に関する研究

研究2-1: 薬物関連精神障害専門病院利用者の予後についての研究

分担研究者 小林桜児
神奈川県立精神医療センター
せりがや病院 医師

薬物依存専門病院において、開放病棟・任意入院による断薬リハビリプログラムを受け、退院した利用者の予後調査を行った。調査対象は平成14年7月から15年11月までの間に、神奈川県立精神医療センターせりがや病院を退院した者で、先行調査として退院までに、問題行動や抑うつ症状、解離、ADHD、食行動異常などに関する自記式調査を行っている。平成17年度の研究としては、平成17年11月までに予後調査項目を決定し、予後調査用紙ならびに予後調査のための住所録を作成した。平成18年1月から3月までの期間に、予後調査用紙を利用者にあてて郵送し、返信用封筒による回答が得られなかった利用者に関しては、電話での聞き取り調査を行った。その結果、平成18年3月現在、調査対象者総数71名中、郵送での回答を得たのは40.9%であった。電話での聞き取り調査結果を合わせると、全体の79.5%は最近6ヶ月での薬物乱用は無い、と答える一方で、5.1%は最近6ヶ月以内の薬物乱用有りと答えていた。また、10.3%は拘留または服役中で、死亡していたものは5.1%であった。平成18年度の研究では、予後調査項目の集計ならびに分析を行い、先行調査項目と予後との関連性についても検討する予定である。

研究2-2: 民間治療施設利用者の予後についての研究(1)ー民間治療施設「DARC」利用者の予後調査ー

分担研究者 近藤千春 藤田保健衛生大学
衛生学部 衛生看護学科 助教授

DARC(以下ダルクとする)は、薬物依存症から回復した当事者によって、薬物依存から回復することを望んでいる対象者に対しての援助が行われている場である。ダルク職員は、専門的な知識を持っているわけでないが、ここでの活動を通して薬物依存から回復していく者が少なくないことから、薬物依存症の治療における、ダルクの治療における有効性の評価を求める声が多い。しかしながら、これまでに、それを検証した報告はない。本研究では、ダルクに対する横断的な調査研究を行うことにより、当事者活動を行うダルクの薬物依存症の治療における有用性の検証をはかろうと試みた。また、ダルクを薬物依存症の当事者活動によ

る新たな治療モデルとして位置づけ、ダルクにおける治療の概念を明確にする試みにも取り組んだ。

今年度の調査は、次年度調査に向けての予備的調査の要素がある。調査は、平成17年7月より5つのダルクを対象に行い、25名の対象者に、入所時の面接調査(断薬状況の確認、測定尺度を用いてのダルクにおける薬物依存症者の回復に関わる変化の把握)を行った。ところが、ダルク入所後1ヶ月程度で退所する者が多く、平成18年2月現在において、ダルク入所中の変化を解析するために必要な十分なデータ数を確保することができなかった。このため、本年度は、ダルク利用による対象者の生活の変化に関する分析を行うことができなかった。また、ダルクを自己都合や無断で退所した者については、退所後の情報を入手する手段がなく、所在や薬物の使用の有無を確認することは不可能であった。

次年度は、ダルク利用による対象の変化についての分析を行うために、引き続き今年度と同様の調査を実施し、データ数を増やすことが課題である。また、ダルク利用者の退所後の予後調査を実施するにあたっては、本人だけでなく、本人を取り巻く家族やその他の関係者からも情報を得ることも検討していく必要がある。

研究2-3: 民間治療施設利用者の予後についての研究(2)ー沖縄GAIA利用者の回復過程とその予後に関する研究ー

分担研究者 近藤あゆみ
国立精神・神経センター
精神保健研究所薬物依存研究部
流動研究員

薬物依存症者の長期的回復を支える中間施設の効果評価を行うとともに、これまで十分明らかにされていないわが国における薬物依存症者の予後を明らかにすることを目的に調査研究を実施した。調査対象は、民間の依存症リハビリテーション施設のひとつである沖縄GAIAである。平成17年8月より調査を開始し、本年度の調査対象者は、調査開始時期に既に施設に入寮していた者(9名)、調査開始後入寮してきた者(8名)の17名であったが、1名のみ調査同意が得られなかったため、

計16名の入寮中および退寮後の追跡調査となった。また、期間内の退寮者は10名であった。

沖縄GAIA利用者には、最終学歴が高いこと、薬物使用の開始が比較的遅いことなどの特徴が認められたが、これらの利用者特性は、利用者の多くが家族から経済的支援を得られる状況にあり、比較的これまでの家族基盤が良好に保たれてきた者が多いことと関連するものと思われる。

一方で、これまでの薬物使用期間は決して短いとはいえず、依存症の重症度が低いとはいえない。調査開始後入寮してきた8名について入寮時の状態を評価としては、約9割(87.5%)がM.I.N.I.による「最近1年間の薬物乱用」「最近1年間の薬物依存」の基準を満たしており、「高い自殺の危険性」(25.0%)を有する者も存在したが、その他の精神疾患は認められなかった。入寮時より情報収集が出来ている8名を対象とした入所時の心理状態は、POMS評価によると抑うつ、混乱、不安緊張が顕著に高く、SUBI評価によると、陽性感情よりも陰性感情が顕著に低かった。入寮0-3ヶ月または3-6ヶ月時点の情報収集ができていない9名について、入寮中の生活、薬物再使用の観点から、民間の薬物依存症リハビリテーション施設の有効性評価を行ったところ、施設は、入寮者の回復のための安全な場所の提供や入寮者を自助グループに導入する役割として機能しており、また、規則正しい生活習慣の確立、断薬生活の継続にも役立っていることが示唆された。入寮時および入寮3ヶ月の情報得られている6名を対象に心的変化を評価した結果、入所時と比較して3ヶ月後にはPOMS、SUBIの得点ともに改善しており、一般平均得点まで近づいていたことから、施設は情動の安定という観点でも有用であることが示された。退寮後0-3ヶ月時点の情報収集ができていない8名について、退寮後の生活、心理状態、薬物再使用の観点から、民間の薬物依存症リハビリテーション施設の有効性評価を行ったところ、予後を単純に就業率や薬物再使用という観点からみた場合、退寮3ヶ月時点では就業率、断薬継続率ともに良好といえるが、退寮者のPOMS、SUBI得点は入寮時と同様に低く、一定期間薬物使用が止まっても、退寮者のその後の社会生活は決して安易なものではないことが推測された。

研究2-4：わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究

分担研究者 宮永 耕 東海大学
健康科学部社会福祉学科 講師

薬物依存者に対する処遇は、世界的に見ると「治療共同体＝（原語では、”Therapeutic Community”：TC）」を用いて行なわれているものが主流であるといわれる。しかし、わが国においては、そのような治療共同体を地域の中での治療的処遇システムに位置づけた実践は、その必要性の指摘や社会的要請の有無とは別に、いまだ実現していない。本研究では、昨年度までの2年間に実施した、主に世界各地で実際に運営されている治療共同体とその関連システムに関する実地調査の成果を基に、現在の治療共同体概念の整理を行い、その特徴とメリットについて検討する。その上で、この治療共同体のわが国への導入について現状の処遇システムから出発してその方策について検討することを目的とした。

今年度は、まず昨年度までの研究成果を実践領域に関わる多くの実務者や研究者との間で共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC研究会（仮称）」を組織し、そこで数回の研究会を試験的に開催して、今後の検討課題を整理した。TC研究会での討議を通して共有された課題として、以下のことが挙げられた。

1. TCコンセプトに基づいた実際の治療施設・サービス機関の不在と薬物関連問題の実態から見たニーズの整理
 2. なぜ、わが国にもTCが必要か？（敢えてDARCではなく、TCであることの意味は何か）
 3. TCを導入していく場合の基本原則（文化的・制度的・社会的）の明確化と共有
 4. 日本において求められるTCのMission（使命）の明文化とAdministration（施設運営）領域に関わる課題の整理
- 既に世界各地で実施されているTCの直訳的な導入ではなく、わが国の歴史・社会的、制度的あるいは薬物乱用・依存に関わる諸環境や条件、さらには文化的な側面までも視野に入れ、既存の資源との連携を前提とした具体的方策について明らかにしていく必要が確認された。

研究2-5：薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究

分担研究者 松本俊彦 国立精神・神経センター
精神保健研究所
司法精神医学研究部 室長

薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法にもとづく通報義務、入院治療中の規制薬物の持ち込みや自己使用、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者の退院など、医療機関が対応策を考えるうえで、十分な法律の知識が求められる機会が多い。また薬物関連障害の治療では、他患者や医療スタッフに対する暴力行為などが問題となることが多いが、これに対する医療機関の対応を判断する際にも、法律に関する知識・理解が必要となる。しかしこうした法律に関する知識・理解は、医療従事者に広く知られているとはいいがたく、これが、一般精神科医療機関における薬物関連障害に対する抵抗感の一因となっているように思われる。本研究では、このような薬物関連精神障害の治療過程における、様々な司法的問題を明らかにし、最終的には、薬物関連精神障害の治療における司法的対応のガイドラインを作成することを目的としている。

今年度は、わが国を代表する薬物依存臨床の専門家に協力を求め、臨床現場で問題となりうる司法的問題に関する検討を行い、来年度に実施を予定している全国調査に用いる調査票の作成を行った。

研究2-6：薬物依存症者に対するその家族の対応法に関する研究

分担研究者 近藤あゆみ
国立精神・神経センター
精神保健研究所薬物依存研究部
流動研究員

わが国の薬物依存症者をもつ家族の実態を把握すること、及び、現在当事者家族を中心に行われている家族支援の取り組みのひとつについて理解

を深め、その有効性を家族と依存症者本人の回復という両視点から評価すること、を目的に調査を実施した。

調査対象は、調査協力に同意を得ることができた5箇所のダルク家族会参加者186名である。対象者の性別は男性59名（31.7%）、女性123名（66.1%）、無回答4名（2.2%）と女性が多く、平均年齢は56.9才であった。対象者と本人の続柄については、親子が多く、全体の92.5%を占めていた。本人の薬物問題に関して家族が初めて利用した関係機関が多かったのは、医療機関（31.4%）、警察（21.2%）、保健所（保健センター）（19.7%）などであった。家族が本人の薬物使用を確信してから初めて関係機関を利用するまでの期間を算出した結果、その平均年数は3.2年であり、長期間問題を抱え込む家族の姿が浮き彫りになった。また、家族会への紹介経路は医療機関からの紹介（22.6%）が最も多く、家族が初期に利用する確立が高い警察や保健所（保健センター）からの家族会への紹介は少なかったことから、今後はこれら機関が家族支援の重要性を再認識し、家族支援機関との連携強化に努めることが求められる。また、本人の薬物問題に関して家族が初めて関係機関を利用した時点において本人が未治療であったケース（61.1%）について、「家族に問題が発覚した時点から初めて関係機関に相談に訪れるまでの期間」と「家族に問題が発覚した時点から本人が初めて依存症治療にいたるまでの期間」との関連を検討すると、高い相関が認められた（ $r = 0.88$ ）。同様に、家族が初めて家族会に参加した時点において本人が未治療であったケース（33.7%）について、「家族に問題が発覚した時点から初めて家族会に参加するまでの期間」と「家族に問題が発覚した時点から本人が初めて依存症治療にいたるまでの期間」との関連を検討すると、高い相関が認められた（ $r = 0.98$ ）。これらの結果は、未治療の本人を抱えた家族が早期に関係機関や家族会を利用することは、本人の治療開始を早めることを示唆しており、少なくとも本人の治療への導入という観点からみれば、場合、依存症者本人の回復に家族支援は非常に重要であると思われる。依存症者をもつ家族が経験する様々な対応困難な場面をいくつか設定し、家族会参加以前と以降でその対応がどう変化するかを検討した結果、その対応には明確な変化が認められた。その変化からは、「家族は本人を家か

ら出し、薬物問題が落ち着くまで直接的には関わらない。」「本人の問題は全て本人に返し、家族が代わりに責任を負うことはしない。」という家族会の強い方針がうかがえ、これら基本方針の実践が未治療の本人の治療導入に役立っていることが推測された。依存症者をもつ家族（女性対象者）の主観的幸福感を一般人口女性平均と比較したところ、陽性感情（ $t = 1.21$, $p = 0.23$ ）、陰性感情（ $t = 1.78$, $p = 0.08$ ）ともに、有意差は認められなかったが、女性対象者を家族会参加期間ごとに、「1年未満」「2-3年未満」「3-5年未満」「5年以上」の4群に分類し、その平均得点を比較すると、「1年未満」群の陽性感情平均得点は他の3群と比較して有意に低かった（ $F = 3.62$, $p < 0.01$ ）。このことから、家族会への参加が家族の心的回復に役立っていることが示唆された。

以上、依存症者をもつ家族の実態を把握し、現在行われている当事者活動が家族支援として一定の効果を上げていることが示されたが、今後は家族会から早期にもれ落ちる家族の存在や本人の予後を考慮に入れた継続調査が必要である。

C. 考察

研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

1. 調査の位置づけ

本調査研究は、わが国の薬物乱用・依存に関する意識・実態把握と、新たな乱用物質の迅速な把握システムの構築・維持を目的としている。

本研究グループでは、調査に要する費用と調査される側の各種負担を考慮し、各種調査を原則的には隔年ごとに繰り返す形を採用している。その結果、ひとつは①「薬物使用に関する全国住民調査」（以下、住民調査）を実施し、他の調査に関しては、既存の調査結果を再分析したり、他国での類似の調査システムを調査したりしながら、次年度への準備をする年度であり、もうひとつは、②「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」（以下、中学生調査）、「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」（以下、精神病院調査）、「全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究」（以

下、児童自立支援施設調査)を実施する年度である。

本年度は上記の前者の年度に当たる。

本研究では、これまで度々指摘してきたように、そもそも、この種の調査結果は乱用・依存者の絶対数を表すものではない。それはいかなる方法を探ろうとも不可能なことである。しかし、重要なことは、トレンドの把握であり、そのための調査の継続である。幸い、本グループによる一連の調査は国際的にも評価されており、1999年には米国のNational Institute on Drug Abuseの疫学部門より、2002年にはタイ王国のOffice of the Narcotic Control Board, Office of the Prime Minister主催による会議に、また、2005年には台湾のDepartment of Health主催による国際会議(2005 Taipei International Conference on Drug Control and Addiction Treatment, 発表内容は分担研究1-1の報告書の末尾に掲載した。)にての講演を招聘されてきている。

2. 量的調査の方法論的問題

量的調査の実施上、最も重要なことは、対象のサンプリング法と回答率の維持・向上である。

「住民調査」では、1995年以来、層化二段無作為抽出法を用いており、サンプリング法としては問題ないと考えられる。また、回答率は調査の実施法にかなり規定されるが、「住民調査」では、戸別訪問留置法を採用しており、回答率は1995年の78.9%を最高に、1997年で75.6%、1999年で75.8%、2001年で71.5%、2003年で71.3%と、減少傾向を示しながらも、毎回70%台を維持してきた。しかし、今回の2005年調査では初めて70%台を切り、61.9%と大幅にダウンしてしまった。その原因としては、①そもそも、個人情報の秘密保持の意識が年々高まっており、調査そのものへの「拒否」率が増加する傾向にあるが、特に2005年調査では、②「住民基本台帳ネットワークシステム」の導入、「住民基本台帳の閲覧制度」の見直しが社会的関心事となり、国民の個人情報秘密保持意識がこれまでに以上に高まったことが推定される。同時に、本調査の実施(調査員による個別訪問留置法)は、社団法人 新情報センターに委託しているが、日銀、内閣府が同社に委託した調査に関して「捏造及びその疑惑」が新聞で報じられた影響も否定できない。また、「住民基本台帳の閲覧制度」の見

直しが各自治体レベルで進められており、「閲覧」のための申請法等がずいぶんと複雑化したと同時に、自治体側の新制度への不慣れも重なり、住民基本台帳の閲覧自体がスムーズに進まなかったのも事実である。

この回収率の低下問題は今後も続きそうではあるが、何とか70%台は維持して行きたいものである。

また、この「住民調査」では、1999年に若干の調査票の改変がなされ、2001年には更に改変がなされた。内容的には、この2001年調査でほぼ完成されたと考えているが、2003年にはさらに「答えやすさ」を考慮した少々の変更を図った。今回の2005年調査では2003年調査の調査用紙での聞き方に些細な改変を加えた箇所が2箇所あるが、事実上は2003年調査の質問紙と同じである。ただし、今後は、回収率の向上のために、回答者にとっての「取っつきやすさ」に配慮したデザイン等の改変も考えて行く必要がありそうである。

研究2 乱用・依存者に対する対応策に関する研究

1. 研究の位置付け

薬物乱用・依存が医療面に限らず社会のあらゆる分野に影響を及ぼしている事は論を待たない。そのため、わが国では「ダメ!ゼッタイ」をスローガンに強力な一次予防対策が続けられている。

しかし、本主任研究者らによる調査によれば、薬物関連精神障害者の約75%の者はすでに薬物を乱用している友人・知人から「勧められて」薬物の乱用を開始していた。この事実は、真の薬物乱用防止のためには、強力な一次予防と共に、二次予防(早期発見・早期治療)・三次予防(薬物依存からの回復と社会復帰)を推進することによって、新たな薬物乱用者を誘い込む可能性のある薬物乱用・依存者を減らさない限り、新たな薬物乱用者が繰り返し生まれてくることを物語っている。

平成10年に始まった「薬物乱用防止5か年戦略」において、二次予防・三次予防の重要性が指摘されていたにもかかわらず、実際には実効的対策はほとんどとられず、結果的に薬物依存症治療に限れば、わが国は先進諸国の中で、この点において

は世界最貧国と言っても過言ではない状況のままである。それが原因の全てではないにしても、結果として、覚せい剤事犯検挙者の再犯率は53.1%(2002年)と高い。

欧米では「治療共同体」が薬物依存症治療の主役を担っているが、このような社会資源はわが国には存在せず、医療施設とDARC(ダルク)を中心とする民間治療施設があるのみである。そこで、本研究では、将来のわが国での「治療共同体」導入を想定して、わが国に適した「治療共同体」とはどういう物なのかを検討すると共に、既存の社会資源(医療施設とDARC等の民間治療施設)の治療予後を調査することによって、薬物依存症治療施設の現状把握を試み、今後の治療システム整備の際の基礎資料に供することにした。

さらに、薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において、取締機関、司法機関との関わりを避けることが出来ないのが実情である。麻薬及び向精神薬取締法、覚せい剤取締法を例にとっても、臨床現場では周知されていないのが現状であり、その対応も施設に毎にバラバラと言わざるを得ない。そこで、本研究では、対応法の円滑化を図るために、司法専門家の協力の下に、法的対応法に関するマニュアルの作成を目指している。

また、薬物乱用・依存問題は、当該乱用・依存者に各種害をもたらすだけでなく、その家族は当該乱用・依存者から甚大な精神的・経済的脅威を受けると同時に、社会的には往々にして、親としての責任を問われるという板挟み状態にある。「薬物乱用防止新5か年戦略」では「薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する」と唱われているものの、その具体策は示されていない。そこで本研究では、薬物乱用・依存者を持つ家族の実態調査を実施することによって、薬物乱用・依存者に対する家族の対応法を開発し、家族に対する具体的支援策の提示を図ろうと考えている。

2. 結果から指摘される課題および今後の予定

既存の社会資源(1専門医療施設、5箇所のDARC、GAIA)における治療予後調査は、今回始められたばかりであり、今後の調査結果を待たずに評価することは出来ない。しかし、このような調査を始めることによってはっきりした問題もある。

まず、想定された問題ではあるが、退院及び退所後の追跡調査が非常に困難であるという問題で

ある。薬物依存専門病院でも、71名中、郵送による返信者は29例(40.8%)に過ぎず、電話での連絡がついた者は20例(28.2%)ではあるが、その中には返答拒否者や対応保留者もあり、追跡調査の難しさが明らかになった。また、5箇所のDARC調査では、25名中6名が入所1か月未満で退所していた。このことは、入所及び入所継続の決定は、最終的には本人自身に委ねるDARCらしさを表現しており、DARCの「良さ」ともとれる反面、DARCの「限界」とも解釈される結果であった。また、DARCと同じ民間治療施設ではあるが、GAIA入所者は総じて家族の経済基盤がしっかりしており、それが入所者の最終学歴等に反映されており、民間治療施設と言っても、入所者の「質的」相違があることが明らかになった。

また、司法的対応に関しては、最終的マニュアルの作成に向けて、代表的問題の整理を行い、それに対する法学者による法学的見解を紹介した。覚せい剤関連精神障害者への対応における警察への「通報」解釈に象徴されるように、個々バラバラの見解が述べられ、中には「麻薬」と「覚せい剤」の違いすら理解せずに、「×××すべし」等の見解が一部罷り通っている現状にあって、司法的対応の整理は、結果的に、薬物関連精神障害者の治療に対する治療サイド側の心理的垣根を低くする可能性を秘めており、最終年度のマニュアル完成が期待される。

薬物乱用・依存症者を持つ家族は、当の乱用・依存者から甚大な精神的・経済的脅威を受けると同時に、社会的には、親としての責任を問われがちであり、結果的に、板挟み状態に陥りがちである。今回、調査対象として協力頂いた「全国薬物依存症者家族連合会」は2004年に結成されたが、その母体となったのは茨城ダルク家族会である。薬物依存からの「回復」にはかつての当事者(=「回復者」)の力が不可欠であるように、家族会の構成員の各種経験が同じ問題に苦しむ家族の力になり、結果的に当の薬物乱用・依存者の「回復」に貢献するであろうことは想像に難くない。今回の調査で明らかになったことは、親として、家族としてのイネープリング(尻ぬぐい的支え)の徹底排除の勧めとその実践であった。この考えは「共依存」からの脱出の勧めとその実践とも言えよう。ただし、わが国での親子関係を欧米のそれと比較した時には、良いも悪いも「共依存」的でありそ

うである。したがって、イネープリングの徹底排除の勧めとその実践のみで、事が解決するかどうかの問題は残るが、臨床的専門家ではない当事者家族の指導法としては、経験上生まれた、単純明快で、普及させ易い考え方であることは確かであろう。(ただし、イネープリングも出来ない家族が、さらなるイネープリングの徹底排除を継続することは禁忌としか言いようがないが…。)

「薬物乱用防止新五か年戦略」では「薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する」と唱われているものの、その具体策は示されていない。そう言う意味で、本研究の成果は「新五か年戦略」に応える具体的支援策の提示になると期待されよう。

D. 結論

薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料に資するために、薬物乱用・依存等の実態を把握し、同時に、薬物乱用・依存者に対する対応策について検討した。

研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

研究1-1: 薬物使用に関する全国住民調査

わが国の飲酒・喫煙・医薬品をも含めた薬物使用・乱用・依存状況を把握するために、層化二段無作為抽出法(調査値点数:350)により選ばれた全国の15歳以上の住民5,000人に対して、戸別訪問留置法による自記式調査を実施した。①回収数及び有効回答数は、3,096(61.9%)及び3,057であった。

【飲酒】①飲酒生涯経験率(これまでに1回でも飲酒したことのある者の率)は、男性で95.4%、女性で91.0%、全体で93.1%であった。②飲酒1年経験率(この1年間で1回でも飲酒したことのある者の率)は、男性で88.9%、女性で79.2%、全体で84.0%であった。③飲酒の機会、禁酒経験等、わが国の飲酒はライフ・サイクルと深く結びついており、飲酒問題を論じる際には、飲んだことがないかを基準にしても、さほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的要因を考慮する必要があることが示唆された。

【喫煙】①喫煙の生涯経験率は、男性で84.7%、

女性で44.5%、全体で64.1%であり、2003年調査の結果よりはすべて高い結果であった。②1年経験率は、男性で48.1%、女性で19.2%、全体で33.3%であり、2003年調査結果との比較では、男性では低下していたが、女性及び全体では増加していた。③禁煙を考えたことのある者の割合は、男性では年代と共に増加していたが、女性では40歳代に向けて低下し、その後、増加していた。

【医薬品】①家庭の常備薬としての常備頻度は、①風邪薬、②目薬、③胃腸薬、④湿布薬、⑤鎮痛薬、⑥ビタミン剤の順に頻度が高かった。②この1年間に1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬、②鎮痛薬、③目薬、④胃腸薬、⑤湿布薬の順で頻度が高かった。③鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの1年間に使用したことのある者の割合(補正值)は、鎮痛薬で55.1%、精神安定薬で8.3%、睡眠薬で6.4%であった。医薬品を常用(週3回以上)している者の割合(生データ)は、鎮痛薬では男性1.8%、女性2.7%、全体で2.3%、精神安定薬では男性2.5%、女性3.4%、全体で2.9%、睡眠薬では男性1.3%、女性2.3%、全体で1.8%であった。④医薬品の使用に関しては、明かな問題点は見あたらなかったが、鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬の経験者率・常用者率の増加が認めれることから、今後もモニタリングが必要であると考えられる。

【違法薬物】①年代により、違法薬物の呼称も変化する事が再確認された。②違法性薬物乱用の生涯被誘惑率(これまでに1回でも誘われたことのある者の率。補正值)は、有機溶剤:3.1%、大麻:2.4%、覚せい剤:1.0%、コカイン:0.3%、MDMA:0.2%、ヘロイン:0.2%の順に高かった。また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被誘惑率(補正值)は4.4%であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率(補正值)は2.9%であった。③1年被誘惑率(この1年間で1回でも誘われたことのある者の率。補正值)は、大麻で0.2%であったが、その他の薬物では、全て、統計誤差内であった。また、6種のうちのいずれかの薬物の使用への1年被誘惑率(補正值)は0.2%であり、有機溶剤を除いたいずれかの1年被誘惑率(補正值)は0.2%であった。④生涯経験率(補正值)は、有機溶剤:1.5%、大麻:1.3%、覚せい剤:0.3%、コカイン:0%、ヘロイン:0.03%、MDMA:0.1%であった(*は統計誤差内)。いずれかの薬物の生涯経

験率(補正值)は、2.4%で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率(補正值)は1.6%であり、いずれも2003年調査の結果を上回っていた。⑤1年経験率(補正值)は、6種すべての薬物について統計誤差内であった。また、6種のうちのいずれかの薬物の1年経験率、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の1年経験率も、補正值で統計誤差内であった。⑥ただし、生涯経験率を年代で見ると、6種いずれかの使用経験率は20歳代では2.7%、30歳代では6.9%、40歳代では3.0%であり(以上、生データ)、手放して低いと言える状態ではないことに留意する必要がある。⑦違法性薬物の入手可能性については、10~30歳代で入手可能性が高く、2003年調査結果との比較では、横這いないしは微増傾向を示していた。⑧わが国の薬物乱用・依存状況が多くの国に比べて良好を保ってきた背景には、違法精神の高さがあると思われるが、その傾向は保たれていた。しかし、覚せい剤に比べて、大麻に対する認識の甘さが読み取れる結果であった。【結論】わが国の違法薬物乱用状況は、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたが、2003年調査で、初めて、乱用状況の改善を伺わせる結果を得た。しかし、今回の2005年調査の結果では、ほとんどの薬物で生涯被誘惑率が2003年調査の結果よりは上昇しており、特に大麻では有意に増加し、同時に生涯経験率も有意に増加していた。結果的にそのことが、6種いずれかの経験率を押し上げる結果となった。このことは、乱用薬物から見た乱用状況が、従来の有機溶剤優位型(我が国独自型)から欧米型(大麻優位型)に変化してきていることを示唆している可能性がある。

研究1-2: 全国の子精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

最近の調査結果から、①メチルフェニデート(MPD)乱用・依存の特徴について、②TCI(Temperament and Character Inventory)を用いた気質・性格の評価についてさらに詳細に検討し、併せて③来年度の本調査へ向けての準備を行った。その結果、MPD症例では、覚せい剤の代替薬物として乱用される例があること、また早期に重症の依存症候群を呈する可能性が示唆されることから、うつ病への保険適用を含めてMPD処方に関する医療者側の意識が見直されるべきである点を指摘した。

研究1-3: 全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究
質問紙法による薬物乱用調査の妥当性を児童自立支援施設入所児童102人に対して面接調査を用いて検討した。その結果、薬物乱用歴に関しては質問紙回答と面接結果とはかなり相関しており、質問紙による乱用経験率の推定はそれなりに妥当であると考えられた。ただし、乱用の頻度、乱用による害知識の有無、自身の害体験については質問紙と面接とでそれなりのずれがあった。

研究2 乱用・依存者に対する対応策に関する研究

研究2-1~2-3: 「治療」予後に関する研究

「薬物乱用防止5か年戦略」(平成10年)において、その重要性が指摘されていたにも関わらず、著しい立ち後れが続く二次予防・三次予防対策の基礎資料に供するために、既存の社会資源施設としての一薬物依存症治療専門病院と五個所のDARC及びGAIAの二種の民間治療施設での治療予後調査を開始した。

本調査は今回始められたばかりであり、今後の調査結果を待たずに評価することは出来ない。しかし、以下のことが明らかになった。①想定されていたが、退院及び退所後の追跡調査は非常に困難である。薬物依存専門病院でも、71名中、郵送による返信者は29例(40.8%)に過ぎず、電話での連絡がついた者は20例(28.2%)ではあるが、その中には返答拒否者や対応保留者もいた。また、5個所のDARC調査では、25名中6名が入所1か月未満で退所していた。このことは、入所及び入所継続の決定は、最終的には本人自身に委ねるDARCらしさを表現しており、DARCの「良さ」ともとれる反面、DARCの「限界」とも解釈される結果であった。また、②DARCと同じ民間治療施設ではあるが、GAIA入所者は総じて家族の経済基盤がしっかりしており、それが入所者の最終学歴等に反映されており、民間治療施設と言っても、入所者の「質的」相違があることが明らかになった。

予後調査の結果自体は2006年調査を待ちたい。

研究2-4: わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究

世界的に見て、薬物依存者に対する「治療」現

場の主流は「治療共同体 (TC)」であると目されているが、これまでに蓄積したTCに関する各種資料の整理を行いつつ、多職種によるTC関連知識の共有化と将来のわが国への導入を想定した問題の検討を行った。その結果、仮にTCをわが国に導入するとした場合、他国での既存TCの直訳的な導入ではなく、わが国の歴史・社会的、制度的あるいは薬物乱用・依存に関わる諸環境や条件、さらには文化的な側面までも視野に入れた具体的方策を明らかにしていく必要性が確認された。

研究2-5：薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究

薬物関連精神障害者の治療において遭遇する司法的諸問題に対するための対応ガイドライン(案)の作成に向けて、わが国を代表する薬物依存臨床の専門家の協力のもとに、臨床現場で問題となり得る司法的問題(医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿。受診後の、麻薬及び向精神薬取締法にもとづく通報義務、入院治療中の規制薬物の持ち込みや自己使用、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者への対応。他患者や医療スタッフに対する暴力行為等)を整理・検討し、それらに対する司法家の見解を提示した。

研究2-6：薬物依存症者に対するその家族の対応法に関する研究

「薬物乱用防止新五か年戦略」で唱われている「薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する」に呼応した具体的支援策に資するために、「全国薬物依存症者家族連合会」の協力を得て、家族会構成員に対する体験・経験・実践に関する調査を実施した。その結果、本人の薬物問題に関して家族が最初に利用した関係機関としては、医療機関(31.4%)、警察(21.2%)、保健所(保健センター)(19.7%)であったが、家族会への紹介経路としては、医療機関からの紹介(22.6%)が最も多かったものの、警察や保健所(保健センター)からの紹介は少なかったことが判明した。また、本人への対応法としては、親として、家族としてのイネープリング(尻ぬぐいの支え)の徹底排除の勧めとその実践であることが明らかになった。

E. 健康危険情報

本研究は依存性薬物の広がりについての研究であり、結果はすべて健康危険情報に該当する可能性がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 和田 清、高橋伸彰：中学生の飲酒と家族・仲間。日本アルコール関連問題学会雑誌 7: 63-66, 2005.
- 2) 和田 清：特集 青少年の危険行動の防止 薬物乱用。学校保健研究 47: 389-396, 2005.
- 3) 尾崎 茂、和田 清：Severity of Dependence Scale (SDS) の有用性についてー「全国精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」における使用経験からー。Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 40(2): 126-136, 2005.
- 4) 尾崎 茂：Methylphenidateの薬理、乱用と依存。「臨床精神薬理」8(6): 891-898, 2005.
- 5) 尾崎 茂、和田 清：メチルフェニデート乱用・依存の現状。オピニオン・メチルフェニデートの有用性と有害性をめぐって。精神医学47(6): 595-597, 2005.
- 6) Ozaki, S., and Wada, K.: Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital settings. Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 41(2), 2006. (in print)

2. 国際会議

- 1) Kiyoshi Wada: HIV/HCV infection among drug dependent patients in Japan. 2005 Taipei International Conference on Drug Control and Addiction Treatment. Department of Health, Taiwan. Taipei, 22-24 November 2005. (報告内容は本分担研究報告書の末尾に別掲)

3. 学会発表

- 1) 尾崎 茂、和田 清：Methylphenidate乱用・依存の現状について。第40回日本アルコール・薬物医学会総会。2005/9/9, 金沢。
- 2) 尾崎 茂、和田 清：薬物関連精神障害におけるパーソナリティの特徴についてー全国の

精神科医療施設における薬物関連精神障害の実態調査からー。第25回日本社会精神医学会, 2006/2/23, 東京。

- 3) 宮永 耕：薬物依存者を対象とした「治療共同体」実践の研究。第40回日本アルコール・薬物医学会総会。一般演題。金沢市。2005.9.8
- 4) 宮永 耕：薬物依存者を対象とした「治療共同体」実践の研究。日本社会福祉学会第53回全国大会。ポスター発表。東北福祉大学(仙台市)。2005.10.8

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分 担 研 究 報 告 書
(1-1)

薬物使用に関する全国住民調査

分担研究者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長
研究協力者 近藤あゆみ (同研究部流動研究員)、尾崎 茂 (同研究部心理社会研究室長)

研究要旨 わが国の飲酒・喫煙・医薬品をも含めた薬物使用・乱用・依存状況を把握するために、層化二段無作為抽出法(調査値点数:350)により選ばれた全国の15歳以上の住民に対して、戸別訪問留置法による自記式調査を実施した。①調査期間は2005年9月21日～10月4日である。②回収数及び有効回答数は、3,096(61.9%)及び3,057であった。【飲酒】①飲酒生涯経験率(これまでに1回でも飲酒したことのある者の率)は、男性で95.4%、女性で91.0%、全体で93.1%であった。②飲酒1年経験率(この1年間で1回でも飲酒したことのある者の率)は、男性で88.9%、女性で79.2%、全体で84.0%であった。③「ほとんど毎日飲酒している」者の割合は、男性では50歳代、女性では40歳代で最高となり、その後、低下していた。④飲酒の機会、禁酒経験等、わが国の飲酒はライフ・サイクルと深く結びついており、飲酒問題を論じる際には、飲んだことがあるかないかを基準にしても、さほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的要因を考慮する必要があることが示唆された。【喫煙】①喫煙の生涯経験率は、男性で84.7%、女性で44.5%、全体で64.1%であり、2003年調査の結果よりはすべて高い結果であった。②1年経験率は、男性で48.1%、女性で19.2%、全体で33.3%であり、2003年調査の結果と比較すると、男性では低下していたが、女性及び全体では増加していた。③1年経験者での1日の喫煙本数では、1日に21本以上吸う者の割合は、50歳代でピークを迎え、その後は低下していた。④禁煙を考えたことのある者の割合は、男性では年代と共に増加していたが、女性では40歳代に向けて低下し、その後、増加していた。【医薬品】①家庭の常備薬としての常備頻度は、①風邪薬、②目薬、③胃腸薬、④湿布薬、⑤鎮痛薬、⑥ビタミン剤の順に頻度が高かった。②この1年間に1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬、②鎮痛薬、③目薬、④胃腸薬、⑤湿布薬の順で頻度が高かった。③鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの1年間に使用したことのある者の割合は、補正值で、鎮痛薬で55.1%、精神安定薬で8.3%、睡眠薬で6.4%であった。医薬品を常用(週3回以上)している者の割合は、生データで鎮痛薬では男性1.8%、女性2.7%、全体で2.3%、精神安定薬では男性2.5%、女性3.4%、全体で2.9%、睡眠薬では男性1.3%、女性2.3%、全体で1.8%であった。鎮痛薬の1年経験者率は横這いであったが、週3回以上使用した者の割合は、女性で増加していた。精神安定薬の1年経験率、週3回以上使用した者の割合は男女ともに増加していた。睡眠薬の1年経験率、週3回以上使用した者の割合は、男性では減少していたが、女性では増加していた。④医薬品の使用に関しては、明かな問題点は見あたらなかったが、鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬の経験者率・常用者率の増加が認めれることから、今後もモニタリングが必要であると考えられる。【違法薬物】①「覚せい剤」の周知度は全体で86%と高いが、「スピード」では36.6%であり、「エス」では15%に低下していた。しかし、10～30歳代では「スピード」の周知率は60%台、「エス」では30～40%と高く、年代により、違法薬物の呼称も変化することが再確認された。②違法性薬物乱用の生涯被誘惑率(これまでに1回でも誘われたことのある者の率)は、補正值で、有機溶剤:3.14%、大麻:2.42%、覚せい剤:1.02%、コカイン:0.33%、MDMA:0.22%、ヘロイン:0.18%の順に高かった。また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被誘惑率は4.43%であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率は2.94%であった。③1年被誘惑率(この1年間で1回でも誘われたことのある者の率)は、補正值で、大麻で0.15%であったが、その他の薬物では、全て、統計誤差内であった。また、6種のうちのいずれかの薬物の使用への1年被誘惑率は0.20%であり、有機溶剤を除いたいずれかの1年被誘惑率は0.20%であった。④生涯経験率は、補正值で、有機溶剤:1.48%、大麻:1.34%、覚せい剤:0.31%、コカイン:0%*、ヘロイン:0.03%*、MDMA:0.10%であった(*は統計誤差内)。

いずれかの薬物の生涯経験率は、補正值で、2.43%で、有機溶剤を除きたいずれかの薬物の生涯経験率は1.55%であり、いずれも2003年調査の結果を上回っていた。⑤1年経験率は、補正值で、6種すべての薬物について統計誤差内であった。また、6種のうちのいずれかの薬物の1年経験率、有機溶剤を除きたいずれかの薬物の1年経験率も、補正值で統計誤差内であった。⑥ただし、生涯経験率を年代で見ると、6種いずれかの使用経験率は20歳代では2.7%、30歳代では6.9%、40歳代では3.0%であり（以上、生データ）、手放しで低いと言える状態ではないことに留意する必要がある。⑦違法性薬物の入手可能性については、10～30歳代と40歳代以上との二極化が認められた。有機溶剤を除く全ての薬物で10～30歳代で入手可能性が高く、2003年調査の結果との比較では、横這いなしは微増傾向を示していた。⑧わが国の薬物乱用・依存状況が多くの国に比べて良好を保ってきた背景には、遵法精神の高さがあると思われるが、その傾向は保たれていた。しかし、覚せい剤に比べて、大麻に対する認識の甘さが読み取れる結果であった。⑨わが国の違法薬物乱用状況は、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたが、2003年調査で、初めて、乱用状況の改善を伺わせる結果を得た。しかし、今回の2005年調査の結果では、ほとんどの薬物で生涯被誘惑率が2003年調査の結果よりは上昇しており、特に大麻では有意に増加し、同時に生涯経験率も有意に増加していた。結果的にそれが、6種いずれかの経験率を押し上げる結果となった。⑩違法薬物乱用防止の啓発が進み、同時に、取締の強化が図られれば図られるほど、回答者側での心理的バイアスが高くなり、本調査のような方法論による調査の結果は、実際の状況よりはますます低い結果を示す特質にあることも否めない。しかし、この種の調査では本研究で採用した調査法が国際的調査法であると同時に、それ以外の調査方法が事実上ないことも現実である。地味ながら、今後も本調査を継続してゆく必要がある。⑪結論：今回の2005年調査では、ほとんどの薬物で、2003年調査の結果よりは、生涯被誘惑率が上昇していた。ただし、その影響は生涯経験率には反映されていなかった。しかし、大麻だけは生涯被誘惑率のみならず、生涯経験率も有意に上昇しており、結果的に、それが全体での生涯経験率を高める結果となっていた。このことは、乱用薬物から見た乱用状況が、従来の有機溶剤優位型（途上国型ないしは我が国独自型）から欧米型（大麻優位型）に変化してきていることを示唆している可能性がある。

A. 研究目的

今日、薬物乱用・依存問題はグローバルな問題として、各国にとって深刻な問題となっている。

戦後のわが国での歴史は、覚せい剤、有機溶剤の乱用・依存問題との戦いであり、特にその歴史は覚せい剤の乱用に特徴的である。終戦後という混乱した時代に発生した第一次覚せい剤乱用期、オイル・ショックに象徴される経済不況による第二次覚せい剤乱用期を経て、1990年頃からは、国際化の実質化としての乱用薬物の多様化が顕著となり、バブル経済の破綻後の1995年以降は、第三次覚せい剤乱用期となった(9)14)。

このように、薬物乱用・依存問題は時代・社会の変化と共に刻々と変化しており、その対策もその時々の実情に即したものでなければならない。そのためには、乱用・依存の実態を経年的に把握する多面的な疫学的調査が必要である。しかも、それらには、違法性薬物以外の医薬品をも含めた使用の実態把握が望ましい。

本調査は、薬物使用・乱用に関して存在する幾つかの経年の全国調査の中の一つであるが、全国の一般住民を対象とした薬物乱用・依存の実態把握調査としては、わが国唯一のものである。

この住民調査は、厚生労働科学研究費補助金により実施されてきた。1992年には千葉県・市川市（対象：1,100人）1)で、1993年には東京圏、大阪圏（対象：3,000人）2)、1994年には東京圏、大阪圏、北九州圏（対象：3,300人）3)に対して実施され、その成果のもとで、1995年には、わが国初の「薬物使用に関する全国住民調査」（対象：5,000人）4)となった。その後、全国規模の調査は1997年5)、1999年11)、2001年15)、2003年20)と実施され、今回の2005年調査となった。

本調査研究の成果は、わが国における薬物乱用・依存の予防・啓発、介入対策の基礎資料となるものであることは言うまでもないが、常備薬をも含めた医薬品のあり方を考える際の基礎資料にもなり得るものである。

表1 地区・都市規模による調査票本数と地点数－標本数（地点数）

地区	大都市					人口10万 以上の市	人口10万 未満の市	郡 部 (町村)	計
	東京23区	横浜市	川崎市・ 京都市	千葉市・ 名古屋市・ 大阪市・ 北九州市	その他 の政令市				
北海道					74(5)	67(5)	35(3)	50(4)	226(17)
東北					39(3)	113(8)	122(8)	110(8)	384(27)
関東	331(23)	138(10)	50(4)	35(3)	45(3)	645(45)	214(15)	157(11)	1,615(114)
北陸						107(7)	73(5)	39(3)	219(15)
東山						75(5)	81(6)	47(3)	203(14)
東海				84(6)	28(2)	219(15)	94(6)	70(5)	495(34)
近畿			56(4)	100(7)	59(4)	369(25)	155(11)	74(5)	813(56)
中国					44(3)	155(11)	64(5)	41(3)	304(22)
四国						78(5)	45(3)	42(3)	165(11)
北九州				39(3)	52(4)	89(6)	91(6)	67(5)	338(24)
南九州						103(7)	57(4)	78(5)	238(16)
計	331(23)	138(10)	106(8)	258(19)	341(24)	2020(139)	1031(72)	775(55)	5,000(350)

表2 回答数（率）

調査対象数	5,000
有効回収数（率）	3,093 (61.9%)
調査不能数（率）	1,907 (38.1%)
不能内訳	
転居	175 (3.5%)
長期不在	105 (2.1%)
一時不在	376 (7.5%)
住居不明	53 (1.1%)
拒否	1,064 (21.3%)
その他	134 (2.7%)

表4 地区別標本数と回収数（率）

地区	標本数	回答数（率）
北海道	226	162 (71.7)
東北	384	257 (66.9)
関東	1615	911 (56.4)
北陸	219	158 (72.1)
東山	203	142 (70.0)
東海	495	318 (64.2)
近畿	813	459 (56.5)
中国	304	193 (63.5)
四国	165	108 (65.5)
北九州	338	221 (65.4)
南九州	238	164 (68.9)
計	5,000	3,093 (61.9)

表3 調査不能ケースの性別・年代別内訳（%）

	男 性	女 性
	1,024人 53.7%	883人 46.3%
15～19歳	3.7	2.5
20歳代	8.4	7.1
30歳代	10.4	9.7
40歳代	9.3	6.2
50歳代	10.1	9.3
60歳以上	11.8	11.5

B. 研究方法

研究計画は下記の通りである。

- ・地域 全国
- ・対象 市区町村に住む満15歳以上の男女
標本数：5,000人
- ・抽出方法 層化2段無作為抽出
(調査地点数：350)
(社団法人 新情報センター に委託)
- ・調査方法 調査員による個別訪問留置法
(社団法人 新情報センター に委託)
- ・調査内容 巻末資料の通り
- ・調査期間 2005年9月21日～10月4日

層化2段無作為抽出について

この種の疫学的調査において最も大切なことは、全国の地区町村に住む15歳以上の男女5,000人を如何に適切に無作為抽出するかである。そのための方法として、一連の本調査では層化2段無作為抽出法を採用している。その概略は以下の通りである。

(1) 全国の地区町村を都道府県を単位として、以下の11地区に分類した。

- 北海道地区＝北海道
- 東北地区＝青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県
- 関東地区＝茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県
- 北陸地区＝新潟県、富山県、石川県、福井県
- 東山地区＝山梨県、長野県、岐阜県
- 東海地区＝静岡県、愛知県、三重県
- 近畿地区＝滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県
- 中国地区＝鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県
- 四国地区＝徳島県、香川県、愛媛県、高知県
- 北九州地区＝福岡県、佐賀県、長崎県、大分県
- 南九州地区＝熊本県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県
- ・大都市＝東京23区、横浜市、川崎市、京都市、千葉市、名古屋市、大阪市、北九州市、その他の政令市（7層）（計15層）

- ・人口10万人以上の都市（計11層）
 - ・人口10万人未満の都市（計11層）
 - ・郡部（町村）（計11層）
- (注)：ここでいう都市とは、平成17年4月1日現在による市制施行の地域である。また、人口による都市規模の分類は、平成17年3月31日現在の住民基本台帳に基づく「住民基本台帳人口要覧」（自治省行政局編）によった（15歳以上

の人口：109,034,264）。

(2) さらに各地区内を、都市規模によって表1のように8分類し、それぞれを第1次層として、表1のように計48層とした。

(3) 標本数5,000人を、上記48層の各層における人口密度に基づき、各層に比例配分し、各調査地点の標本数が11～16になるように調査地点を決めた。

(4) 第1次抽出単位となる調査地点には、平成12年国勢調査時に設定された調査地点を使用し、調査地点（調査区）の抽出は、以下の手順によった。
・層内での調査地点（調査区）数が1の場合には、乱数表により無作為に1地点を抽出した。

・調査地点（調査区）数が2以上の場合には、抽出間隔（＝＜層における国勢調査時の15歳以上人口の（計）＞÷＜層で算出された調査地点数＞）を算出し、等間隔抽出法によって、調査地点（調査区）を無作為抽出した。調査地点（調査区）を抽出する操作を1段という。

(5) 抽出に際しての各層内市区町村の配列順序は、平成12年国勢調査時の市町村コードに従った。

(6) 調査地点（調査区）における対象者の抽出は、抽出間隔（＝＜調査区における国勢調査時の15歳以上の人口＞÷＜各層での調査区抽出標本数＞）を算出し、住民基本台帳または選挙人名簿より等間隔抽出法により無作為抽出した。調査地点（調査区）から対象者を抽出する操作を2段という。

以上の操作によって得られた層別標本数と調査地点（調査区）数を表1に示した。

なお、本報告書では薬物使用の経験率等については、性別、年齢層について調査地区毎に実際の人口比を元に調査結果を補正した補正值を用いているところがあり、その箇所は補正值と明記した。補正值の箇所ではその値は生データによる表での結果とは異なっている。

C. 研究結果

1. 回収結果（表2～表6）

回答数（率）は3,093（61.9%）であり、調査不能ケースの内訳は表2、表3の通りである。地区別標本数と回答数（率）は表4の通りである。今回

の回答率は2003年調査20)の回答率に比べて、9.4%の低下であった。本調査は1995年から始められたが、回答率は1995年の78.9%を最高に、年毎に低下傾向を示し、2001年では71.5%、2003年には71.3%と低下したものの、70%台は維持してきた。しかし、今回は初めて60%台になってしまった。その原因として、①そもそも、個人情報の秘密保持の意識が年々高まっており、調査そのものへの「拒否」率が増加する傾向にあるが、特に2005年調査では、②「住民基本台帳ネットワークシステム」の導入、「住民基本台帳の閲覧制度」の見直しが社会的関心事となり、国民の個人情報秘密保持意識がこれまで以上に高まっていることが推定される。同時に、本調査の実施（調査員による個別訪問留置法）は、社団法人 新情報センターに委託しているが、日銀、内閣府が同社に委託した調査に関して「捏造及びその疑惑」が新聞で報じられた影響も否定できない。

また、「住民基本台帳の閲覧制度」の見直しが各自治体レベルで進められており、「閲覧」のための申請法等がかなり複雑化したと同時に、自治体側の新制度への不慣れも重なり、住民基本台帳の閲覧自体がスムーズに進まなかったのも事実である。

なお、有効回答の基準を「80の質問中41問以上に答えてくれたもの」とした。その結果、有効回答数は3,057となった。本報告書ではこの3,057通について、結果を分析した。

対象の性・年齢・学歴は表5に示した。

対象の職業・身分は表6に示した。

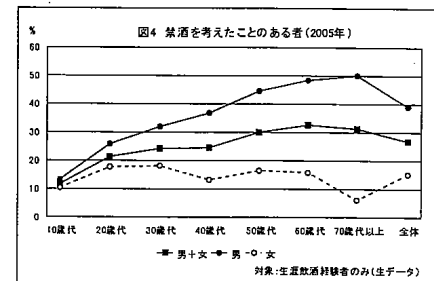
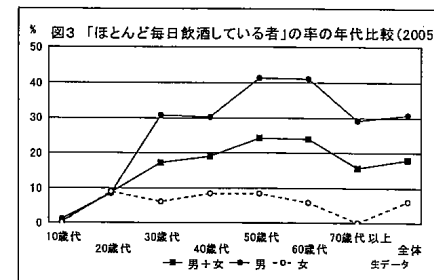
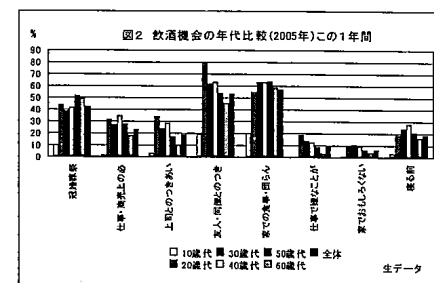
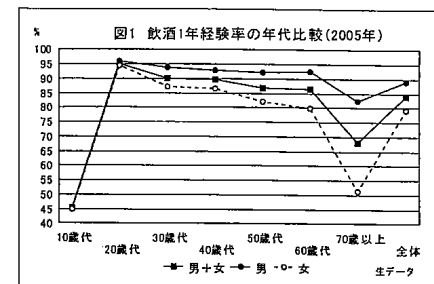
2. 調査結果（表7～表135）

調査結果は男女別/年代別に表7～表140に示した。また、調査結果の中で重要と思われる項目については図1～図43、表141～147に示した。

D. 考察

1. 飲酒習慣について

飲酒生涯経験率（これまでに1回でも飲酒したことのある者の割合）は、男性で95.4%、女性で9



1.0%、全体で93.1%であった(表7)。表7-2、7-3に飲酒経験率の年代別比較を示したが、10歳代を除けば、男女ともに年代に関わらず90%を越えていた。このことは、わが国では、ほとんどの者に飲酒の生涯経験があり、「飲んだことがあるか、ないか」を基準に飲酒関連問題を論じてもさほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的因子を絡めて論じる必要があることを示唆している7)10)12)。

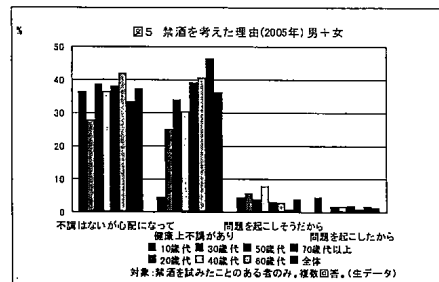
これまでに飲酒したことのある機会(表8)では、男性では「友人・同僚と」(78.8%)、「家の食事・団らん」(72.9%)、「冠婚葬祭」(72.2%)が多く、女性では「友人・同僚と」(68.8%)、「冠婚葬祭」(67.8%)、「家の食事・団らん」(63.7%)の順に多かった。2003年調査では、女性での飲酒経験の多い順番は、「冠婚葬祭」(69.1%)、「友人・同僚と」(68.8%)、「家の食事・団らん」(66.5%)であったが、2005年調査では順番が変わった。

初飲年齢(初めて飲酒した年齢)は表9の通りである。男性では「18~19歳」で始めた者が最も多く、女性では「20歳以降」に始めた者が最も多かった。

飲酒経験者が「それなりに飲酒するようになった時期」は表10の通りである。男女共に「20歳以降」の者が最も多く、次いで「18~19歳」が多かった。「それなりに飲酒」という聞き方は、定義が不明瞭であるため、2003年調査からは、「一回の量にかかわらず、月に一回以上飲酒すること」と定義付けた。同時に、2003年調査からは「それなりに飲酒するまでには至ったことがない」という選択肢も設けている。

飲酒1年経験率(この1年間で飲酒経験のある者の割合)は、男性で88.9%、女性で79.2%、全体で84.0%であった(表11)。表11-2、11-3、図1に過去1年間の飲酒経験率の年代別比較を示した。飲酒1年経験率は、20歳代で急激に増え、その後は年代と共に極めて緩やかに漸減し、70歳代で再び大きく減少することがわかる。

過去1年間で飲酒した機会(表12)は、男性では「友人・同僚と」(72.0%)、「家の食事・団らん」(71.8%)、「冠婚葬祭」(57.6%)が多く、女性では「家の食事・団らん」(63.6%)、「友人・同僚と」(54.7%)、「冠婚葬祭」(44.4%)が多かった。図2は、過去一年間に飲酒した機会の頻度を年代別に示しているが、「上司とのつきあい」、「友人・同



僚とのつきあい」での飲酒経験は20歳代で最も高く、「仕事・商売上の必要」は40歳代、「冠婚葬祭」は50歳代で最も高く、ライフサイクルの影響を反映していると考えられる。

過去1年間の飲酒頻度(表13)は、男性では「ほとんど毎日」の者が34.2%と最も多く、「週3~6回」の者も含めると、50.7%にのぼった。女性では「1年間に数回」の者が40.3%と最も多かった。

図3は、「この1年間で、ほとんど毎日飲酒している者」の割合を年代比較で示している。男女共に年代が進むにつれて増加し、男性では50歳代、女性では40歳代でピークを迎え、その後、低下することが示されている。

生涯飲酒経験者での禁酒に対する考え・実態は表14に示した。禁酒中の者も含めて禁酒を考えたことのある者は、男性で41.3%(587人)、女性で16.8%(239人)、全体で29.0%(826人)であった。

図4は禁酒を考えたことのある者の割合の年代比較であるが、女性では年代的変動が少ないのに対して、男性では年齢と共に割合が高くなることがわかる。

生涯飲酒経験があり、かつ禁酒を考えたことがある者が、禁酒を考えた理由としては、男性では「健康上の不調を感じたから」が「健康上の不調は感じないが可能性が心配になったから」をわずかに上回った。女性では、「健康上の不調は感じないが可能性が心配になったから」を選んだ者が最も多かった(表15)。「健康上の不調は感じないが可能性が心配になったから」の割合の高さは、「健康志向」ブームを反映している可能性がある。

図5は、生涯飲酒経験があり、かつ禁酒を考えたことのある者での禁酒を考えた理由の年代別比較である。年代と共に健康上の心配が現実のものとなっていることがわかる。

2. 喫煙習慣について

これまでに1回でも喫煙したことのある者の割合(喫煙生涯経験率)を表16に示した。男性で84.7%、女性で44.5%、全体では64.1%であり、すべてにおいて2003年調査20)の結果より高いものの、2001年調査15)よりは低い値であった。図6、表16-2、表16-3は喫煙生涯経験率を年代別に示している。男女ともに全ての年代において、生涯経験率は2001年調査15)の結果よりは高かったが、2003年調査よりは低い。ほとんど同じであった。

喫煙生涯経験者について、初めて喫煙した時の年齢を表17に示した。これまで通り、男性では「18~19歳」で始めた者が最も多く、女性では「20歳以降」始めた者が最も多かった。

また、喫煙生涯経験者について、「それなりに喫煙するようになった時期」を表18に示した。ここでも「それなりに」という設問に関しては飲酒の場合と同様に、2003年調査より定義を明確化し、「それなりに喫煙する」とは一回の喫煙の量にかかわらず、「週1回以上、喫煙すること」と定義付けている。

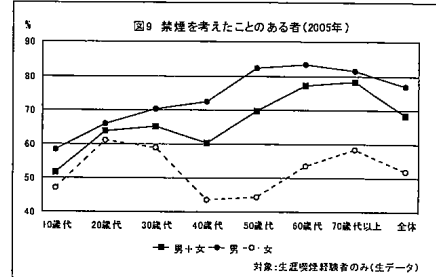
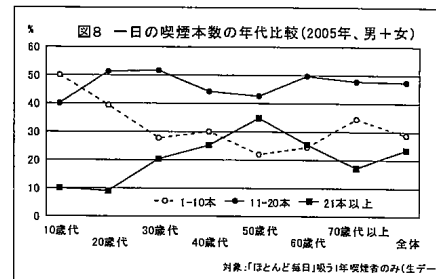
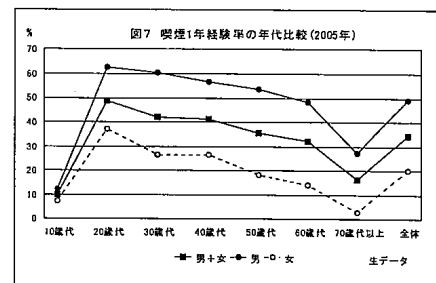
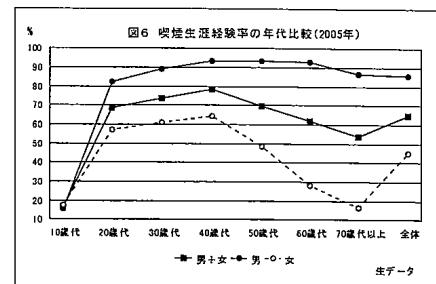
喫煙1年経験率(この1年間で1回でも喫煙したことのある者の割合)を表19、19-2、19-3に示した。男性で48.1%、女性で19.2%、全体で33.3%であった。2003年調査の結果と比べると、男性では微減であるが、女性では微増であり、全体でも微増であった。

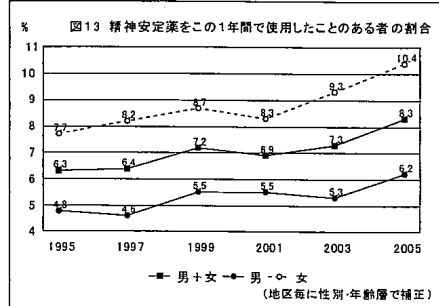
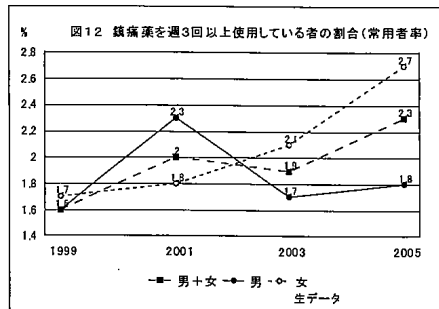
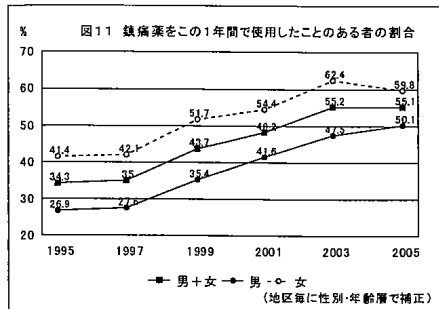
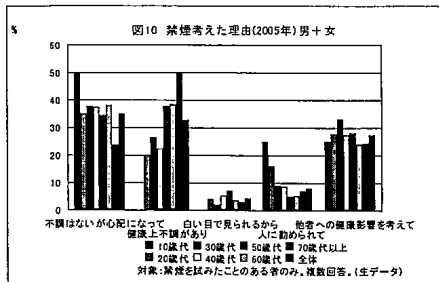
図7は喫煙1年経験率を年代別に示したものである。男性は2003年調査の結果より低い傾向があるが、女性では2003年より高い傾向があり、全体では2001年調査の結果にもどった感がある。

喫煙1年経験者に関して、過去1年間の喫煙頻度を表20に示した。「ほとんど毎日」の者が男性では88.6%(636人)、女性で78.7%(237人)、全体で85.7%(873人)であり、飲酒に比べて高率であった。これは同じ依存性薬物でも薬物による薬理作用の違いを反映していると考えられる。

図8は「ほとんど毎日」吸う喫煙1年経験者の本数からみた割合を示している。年齢とともに1日に吸う本数は増加し、50歳代でピークを迎え、その後は減少することがわかる。

喫煙生涯経験者に関して、禁煙を考えたことの有無と禁煙状況とを表21に示した。また、図9は、





喫煙生涯経験者に関して、禁煙を考えたことのある者の割合を年代別に示したものである。男性では年代が上がるにつれて、割合も増加していたが、女性では妊娠との関連か、U字型のカーブを描いていた。

喫煙生涯経験者で、禁煙したことがある者に関して、その禁煙理由を表22に示した。男女ともに、「健康上の不調を感じたことはないが、その可能性が心配になったから」を選んだ者が最も多く、次に「健康上の不調を感じたから」ないしは「他者への影響」を選んだ者が多かった。

図10は生涯喫煙経験があり、かつ禁煙を考えたことがある者での禁煙を考えた理由の年代別比較である。年代と共に健康上の心配が現実のものとなっていることがわかる。

3. 常備薬・医薬品について

1. 常備薬について

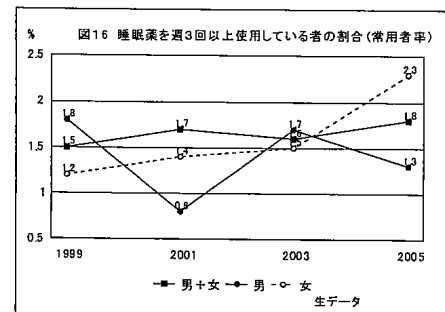
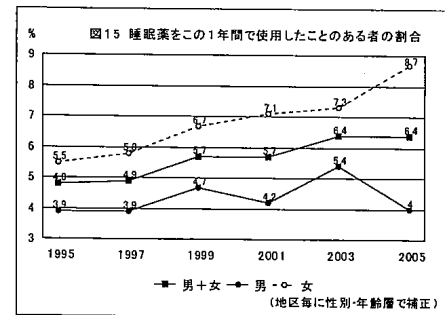
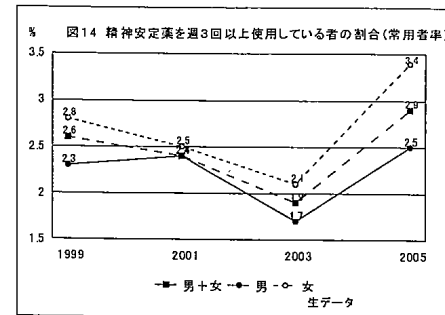
家庭の常備薬の常備状況については表23に示した。常備薬としては、①風邪薬(63.9%)、②目薬(50.7%)、③胃腸薬(39.7%)、④湿布薬(39.4%)、⑤鎮痛薬(36.0%)、⑥ビタミン剤(27.0%)の順に頻度が高く、その割合、順序は1999年調査、2001年調査、2003年調査の結果と同じであった。

また、過去1年間で1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬(63.5%)、②鎮痛薬(55.1%)、③目薬(50.8%)、④胃腸薬(39.7%)、⑤湿布薬(39.4%)の順で頻度が高かった(表24)。この順番は2003年調査の結果と同じであった。

2. 鎮痛薬使用について

鎮痛薬をこの1年間に1回でも使用したことのある者の割合は、生データ上は、男性で49.0%、女性で60.9%、全体で55.1%であったが(表25)、補正值による年次推移は図11の通りである。

1年使用経験率を算出するための質問は、2003年調査からは、鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬に関しては他の医薬品とは完全に切り離して、それぞれ個別に問う形式に変更した。この方法が回答上、最も矛盾も少なく、結果的に最も妥当な方法と考えられることから、同じ方法を用いた今後の結果の推移を見る必要がある。ただし、男性よりも女性での1年経験率が高いのは、毎回、同じである。



は困難であるが、表25の「週に3~6回」と「ほとんど毎日」とを常用的使用と定義した場合、男性では1.8%、女性では2.7%、全体では2.3%であった。図12に常用使用者の割合の推移を示したが、2003年調査の結果よりは増加していた。

また、鎮痛薬の入手先(表26)としては、全体、男性、女性ともに「薬局・薬店」「家族から」が際だって多く、男性では「薬局・薬店」が、女性では「家族から」が最も多くなっていた。この結果は2003年調査の結果と同じであった。

鎮痛薬の使用目的(表27)としては、全体では①「頭痛」、②「歯痛」、「生理痛」の順であった。ただし、男性では①「頭痛」、②「歯痛」、③「腰痛」の順であり、女性では①「頭痛」、②「生理痛」、③「歯痛」の順であった。「遊び・快感目的」での使用者は男性で2人、女性で1人認められた。

鎮痛薬には概して依存惹起作用があるものが多いが、その鎮痛薬の使用についての心情・実情を表28に示した。男女ともに「使う必要がないので、考えたことがない」と答えた者が最も多かったが、それ以外では、男女ともに「必要な時には心配せずに使っている」者が最も多く、次いで「心配もあるがどちらかというを使う」者が多かった(表28)。

3. 精神安定薬使用について

精神安定薬をこの1年間に1回でも使用したことのある者の割合は、生データ上は、男性で8.3%、女性で10.1%、全体で8.3%であった(表29)。補正值で見ると図13の通りであり、調査年ごとに増加していた。

使用頻度は、表29の通りである。

精神安定薬の使用には、高血圧及び慢性的精神疾患に対する使用もあり、使用頻度のみから乱用・依存を判定することは困難であるが、表29の「週に3~6回」と「ほとんど毎日」とを常用的使用と定義した場合、男性では2.5%、女性では3.4%、全体では3.0%であった。この常用者率(生データ)の推移は図14の通りであり、増加が著しかった。

また、精神安定薬の入手先(表30)は、「薬局・薬店」が81.1%であり、2003年調査結果同様、圧倒的に高かった。2001年(15)及び1999年調査(11)では、「医院・病院」が男女合わせた全体で、それぞれ83.6%、93.8%であり、「薬局・薬店」が男女

この性差は鎮痛薬の使用理由として、女性では「生理痛」による使用の割合が高いことが最大の要因であると推定できる(表27)。

鎮痛薬のこの1年間の使用頻度は表25の通りである。使用した者の頻度は、「1年間に数回」使用した者が男性で35.8%、女性で34.6%、全体で35.2%と最も多かった。

鎮痛薬の使用には、慢性疼痛に対する使用もあり、使用頻度のみから乱用・依存を判定すること

合わせた全体で、それぞれ7.8%、6.6%であったことを考えると11)、前回および今回の結果は院外処方明らかに普及したためと推定できる。

精神安定薬の使用目的(表31)としては、男女共に「不眠改善」目的が最も多く、次に「不安解消」、「ストレス軽減」が続いた。「遊び・快感目的」で使用した者は認められなかった。

精神安定薬には概して依存惹起作用があるものが多いが、その精神安定薬の使用についての心情・実情を表32に示した。男女ともに「使う必要がないので、考えたことがない」と答えた者が最も多かったが、それ以外では、男女ともに「必要な時には心配せずに使っている」と「心配もあるがどちらかというを使う」とが拮抗していた(表32)。

4. 睡眠薬使用について

睡眠薬をこの1年間に1回でも使用したものの割合は、生データ上は、男性で4.4%、女性で7.8%、全体で6.2%であったが(表33)、補正值による年次推移は図15の通りである。全体としては2003年調査の結果と変化はなかったが、男性での減少と女性での増加が認められた。

使用頻度は表33の通りである。使用経験のある者では、男女ともに「1年間に数回」使用した者の割合が最も多かったが、「ほとんど毎日」の者もそれに次いでいた。

睡眠薬の使用には、高血圧及び慢性的精神疾患に対する使用もあり、使用頻度のみから乱用・依存を判定することは困難であるが、表33の「週に3~6回」と「ほとんど毎日」とを常用的使用と定義した場合、男性では1.3%、女性では2.3%、全体では1.8%であった。この生データの年次推移は図16の通りであるが、全体としては2003年調査の結果と大きな変化はなかったが、男性での減少と女性での増加が認められた。

また、睡眠薬の入手先(表34)は、「薬局・薬店」が圧倒的に多く、以前の結果と比較すると、精神安定薬と同様の院外処方の普及が推定できた。

睡眠薬の使用目的(表35)としては、男女共に「不眠改善」目的が最も多く、「不安解消」がそれに続いた。

「遊び・快感目的」で使用した者は認められなかった。

睡眠薬には多かれ少なかれ依存惹起作用があるが、その睡眠薬の使用についての心情・実情を表36に示した。男女ともに「使う必要がないので、考えたことがない」と答えた者が最も多かったが、それ以外では、男性では「必要な時には心配せずに使っている」が続いたが、女性では「必要な時には心配せずに使っている」と「心配もあるがどちらかというを使う」とが拮抗していた(表36)。

4. 違法性薬物について

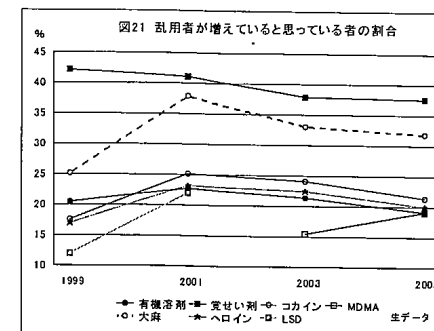
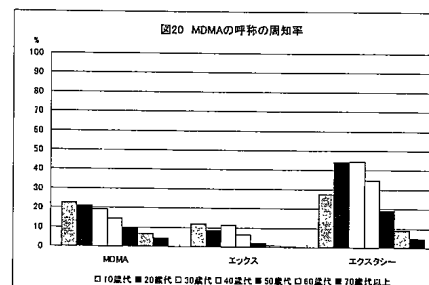
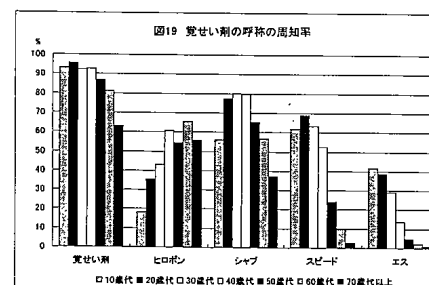
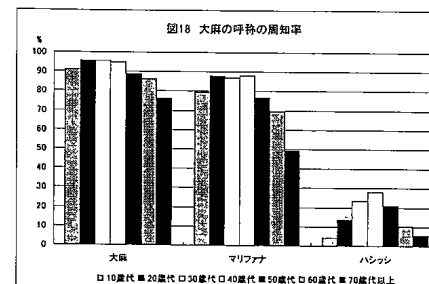
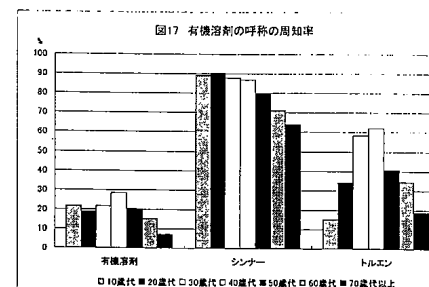
1. 違法性薬物について

違法性薬物の名前をどの程度聞いたことがあるか(周知度)を、表37、37-2に示した。また、その年代での違いを図17~20に示した。

有機溶剤に関しては、「シンナー」という呼称は60歳以上の年代以外の全ての年代で80%以上の者が周知しているが、「有機溶剤」というと、年代に関係なく周知率が激減していた(図17)。また、「トルエン」に関しては、30歳~40歳代では約60%前後の者が周知していたにも関わらず、トルエンを主流とする「シンナー遊び」の最頻年代である15~19歳では約15%の者しか周知していなかった。この年代でのトルエンに対する周知度は、1999年調査11)では約17%であり、2001年調査15)では約30%であったが、2003年調査では約20%と減少し、今回の割合はさらに減少したことになる。薬物乱用防止教育のなお一層の徹底が望まれる結果であった。

大麻に関しては、「大麻」という用語は男女共に90%前後の者に知られているが、「マリファナ」になると男女共に80%台に減少し、「ハシッシン」(大麻樹脂)に至っては、最も周知率の高かった40歳代でも30%弱の者しか周知していなかった(表37-2)。

覚せい剤については、「覚せい剤」自体は全体で86%の者が周知していたが、「スピード」となると、全体で36.6に低下し、「エス」では、さらに低下して15%であった(表37)。これを年代別に見てみると(図19)、「スピード」は10~30歳代で、「エス」は10~20歳代で周知率が高く、その割合は年代の増加とともに減少していた。その逆が「ヒロポン」「シャブ」であり、特に「ヒロポン」で



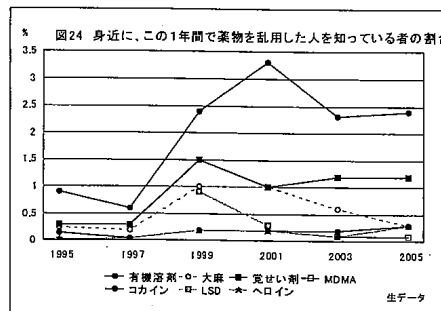
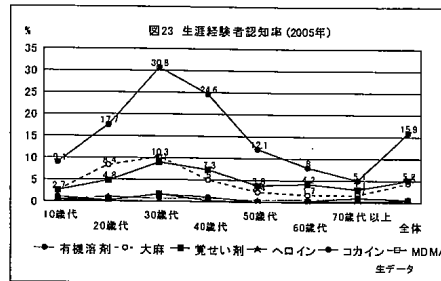
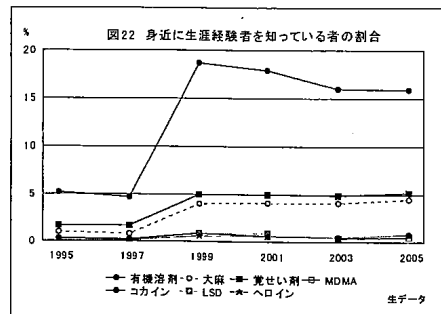
は年代が高いほど周知している傾向が伺えた(図19)。第3次覚せい剤乱用期の特徴の一つに、「シャブ」と言われた覚せい剤を「スピード」「エス」と称して、若者がファッショナブル感覚で使用するという面があるが、以上の結果は、その傾向を強く示唆するものである。

MDMAの周知度は、有機溶剤、大麻、覚せい剤に比べて明らかに低かった。「エクスタシー」の周知度は20~30歳代で高く、「エックス」「MDMA」では若いほど周知率が高いという結果であった。このMDMAは、現在、世界的に乱用が拡大しており、わが国での押収量も飛躍的に増加している薬物であり、今後、大問題化する可能性を秘めた薬物である。薬物乱用防止教育のなかで、このMDMAについて、その害を教えてゆく必要があろう。

以上のように、規制(違法)薬物の呼称は年代と共に差異があることが明かである。薬物乱用防止教育、啓発活動に際しては、この点に関しても考慮する必要があろう。

2. 違法性薬物の乱用拡大傾向について

有機溶剤、大麻、覚せい剤、ヘロイン、コカイン、MDMA乱用者の増減傾向についての印象を調べた(表43、表56、表72、表86、表99、表112)。いずれの薬物においても「わからない」と答えた者が最も多いが、次に「以前より増えている」を選んだ者が多かった。図21は「以前より増えている」を選んだ者の割合の年次推移を薬物別に示している。今回の結果は、覚せい剤では変化が無く、それ以外は減じているが、唯一、MDMAだけは増加傾向を示していた。実際はどうかは誰にもわからないのであるが、それを探ろうというのが本調



査研究の目的でもある。これについては、後述する生涯経験率等を参照されたい。

ただし、この種の印象は、各種マスメディアによる影響を受けやすいのは確かであろう。

3. 違法性薬物乱用者の認知率

これまでに違法性薬物を乱用したことがある人を身近に知っているかどうかを表44、表58、表74、表87、表100、表113示した(生涯経験者認知率)。

その内、「知っている」と答えた者の割合の推移を図22に示した。有機溶剤を除けば、1999年調査(11)の結果以降、横這い状態が続いていることがわかる。有機溶剤乱用者の割合が最も高かったことは、後述するように、わが国の薬物乱用状況の最大の特徴である。同時に、有機溶剤生涯経験者の認知率が漸減傾向を示していることは、今日、有機溶剤の乱用が、かつてほどには「人気」がないことを反映している。しかし、大麻及び覚せい剤については横ばいであり、相変わらず予断の許さない状況にあることを反映していると考えられる。

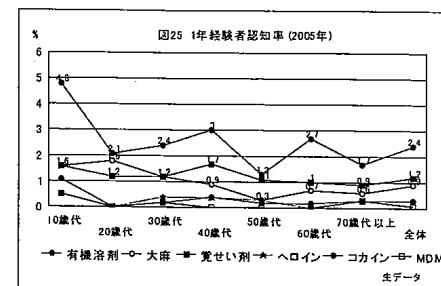
生涯経験者認知率を年代別に表45、表59、表75、表88、表101、表114に示した。これらの結果をまとめたものが図23、表137である。生涯経験者認知率はいずれの薬物でも30歳代、20歳代で高いが、MDMAは率としては低いながらも20歳代で最も高く、コカインは30歳代で最も高いことがわかる。また、20歳代、30歳代では大麻が第2位になっていることに注目する必要がある。

また、生涯経験者を知っている者は何人の生涯経験者を知っているかを尋ねた結果を表46、表61、表76、表89、表102、表115に示した。有機溶剤では平均5.6人、大麻で6.0人、覚せい剤で6.7人、ヘロインで4.6人、コカインで7.1人、MDMAで4.8人であった。

この1年間で、身近に違法性薬物を乱用したことがある人を知っているかどうかを表47、表62、表77、表90、表103、表116に示した(1年経験者認知率)。その内、「知っている」と答えた者の割合の推移を図24に示した。2003年調査(15)の結果に比べて、ほとんどの薬物で変化が認められなかったが、大麻では減少していたのが、他のデータとの比較で、少々奇異であった。

1年経験者認知率を年代別に表48、表63、表78、表91、表104、表117に示した。これらの結果をまとめたものが図25、表138である。年代にかかわらず高いのが有機溶剤であり、20歳代以降減少して行くのが大麻であり、40歳代をピークにするか、ないしは、年代に関係なく一定しているのが覚せい剤であった。

また、1年経験者を知っている者は何人の1年経験者を知っているかを尋ねた結果を表49、表65、表79、表92、表105、表118に示した。有機溶剤では平均5.2人、大麻で7.3人、覚せい剤で4.0人、



ヘロインで5.0人、コカインで8.1人、MDMAで15.5人であった。

4. 違法性薬物乱用へ誘われた経験

これまでに違法薬物の乱用に誘われたことがあるかという結果を、表50、表66、表80、表93、表106、表119に示した(生涯被誘惑経験率)。表41、表142、図26は、その年次推移を示している。

ほとんどの薬物において、結果は2003年調査(20)の結果よりは増加していた。特に大麻では、有意に増加していた。

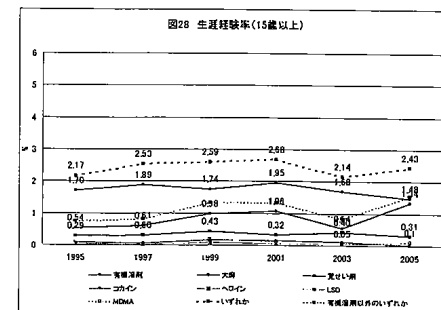
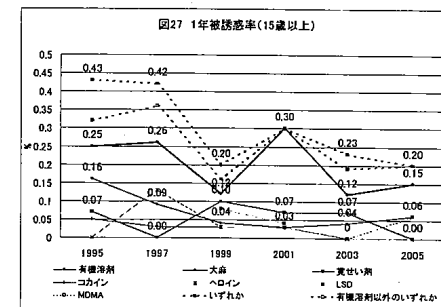
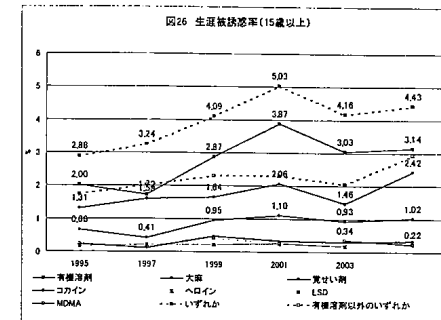
生涯被誘惑経験率は、薬物乱用の実態を評価する際に、生涯乱用経験率とともに重要なデータである。図26に見る生涯被誘惑経験率は、有機溶剤、大麻、覚せい剤の順で高く、この順番は後述するように、生涯乱用経験率と同じである。

年代別では、有機溶剤は35-39歳で最も高かったが(表52)、大麻(表68)では30-34歳、覚せい剤(表82)では20-24歳、コカイン(表108)では40-44歳、MDMA(表121)は30-44歳で最も高かった。

また1年被誘惑経験率(この1年間で乱用に誘われたことのある者の率)は表143、図27に示した。

しかし、値自体が小さく、ほとんどが統計誤差内(0.1未満)であった。

この種の違法薬物に関する調査では、知られたくないという心理が働きがちであり、結果の信憑性が問題になる(後述する乱用の経験では特にそうである)が、重要なのは同じ方法論(=同じバイアス、と仮定して)による結果の推移である。その意味では、バイアスを考えると、乱用経験率よりは被誘惑率の方が信憑性は高いと考えられる。また、1年間の率よりは、これまでの生涯



被誘惑率の方が信憑性は高いと推定できる。

5. 違法性薬物乱用経験

違法性薬物のこれまでの乱用経験についての結果を、表53、表69、表83、表96、表109、表122に示した(生涯経験率)。表145、表146、図28はその年次推移を示している。

ほとんどの薬物で、生涯経験率は2003年調査(20)

表141 全国の15歳以上の住民の違法薬物生涯被誘惑率(%) (男女、年代別に地区毎に補正)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年	2005年
有機溶剤	2.00	1.72	2.87 1)2)	3.87 1)2)	3.03 1)2)	3.14 1)2)
大麻	1.31	1.59	1.64	2.06 1)	1.46	2.42 1)2)5)
覚せい剤	0.66	0.41	0.95 2)	1.10 2)	0.93 2)	1.02 2)
ヘロイン	0.16	0.20	0.20	0.24	0.18	0.18
コカイン	0.22	0.11	0.47 2)	0.33	0.29	0.33 2)
LSD	—	—	0.42	0.26	—	—
MDMA	—	—	—	—	0.34	0.22
上記いずれか	2.88	3.24	4.09 1) 2)	5.03 1) 2)	4.16 1)2)3)	4.43 1)2)
有機溶剤を除 きたいずれか	1.74	2.00	2.30 2)	2.30	2.04 3)	2.94 1)2)

- 1) 1995年に比べて有意差 (p<0.05) あり 2) 1997年に比べて有意差 (p<0.05) あり
3) 1999年に比べて有意差 (p<0.05) あり 5) 2003年に比べて有意差 (p<0.05) あり

表142 上記にもとづく生涯被誘惑経験者推計人数(人)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年	2005年
有機溶剤	208万±46万	181万±44万	306万±57万	416万±57万	328万±51万	342万±53万
大麻	136万±37万	167万±42万	175万±43万	221万±42万	158万±36万	264万±46万
覚せい剤	69万±26万	43万±21万	101万±33万	118万±31万	101万±29万	111万±30万
ヘロイン	17万±13万	21万±15万	21万±15万	26万±15万	20万±13万	20万±13万
コカイン	23万±15万	12万±11万	50万±23万	35万±17万	31万±16万	36万±17万
LSD	—	—	45万±22万	28万±15万	—	—
MDMA	—	—	—	—	37万±17万	24万±14万
上記いずれか	299万±54万	341万±59万	435万±67万	541万±65万	451万±60万	483万±62万
有機溶剤を除 きたいずれか	181万±42万	210万±47万	245万±51万	247万±45万	221万±42万	321万±51万

表143 全国の15歳以上の住民の違法薬物1年被誘惑率(%) (男女、年代別に地区毎に補正)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年	2005年
有機溶剤	0.16	0.09 *	0.04 *	0.03 *	0.04 *	0.06 *
大麻	0.25	0.26	0.12	0.30	0.12	0.15
覚せい剤	0.07 *	0	0.10 *	0.07 *	0.07 *	0
ヘロイン	0	0.13	0.03 *	0.03 *	0	0
コカイン	0.05 *	0.03 *	0.03 *	0.03 *	0	0
LSD	—	—	0.08 *	0.04 *	—	—
MDMA	—	—	—	—	0	0.06 *
上記いずれか	0.43	0.42	0.20	0.30	0.23	0.20
有機溶剤を除 きたいずれか	0.32	0.36	0.16	0.30	0.19	0.20

*: 統計誤差以内

表144 各国での大麻使用の生涯経験率 ()内は、何らかの違法薬物の生涯経験率

40%(46%)	アメリカ	(12歳以上、2004年) 17)
31%	イングランド+ウェールズ	(16~59歳、2003-04年) 18)
25%	ドイツ	(18~59歳、2003年) 18)
23%	フランス	(15~75歳、2000年) 18)
22%	イタリア	(15~44歳、2001年) 18)
21%	オランダ	(15~64歳、2001年) 18)
(16%)	タイ	(12~65歳、2001年) 19)
14%	スウェーデン	(18~64歳、2004年) 18)
1%(2.4%)	日本	(15歳以上、2001年) 本調査

注：国毎に、調査対象としている薬物の種類に違いがあるため、単純比較はできない。
上記は小数点第1行で四捨五入した数値である。

表145 全国の15歳以上の住民の違法薬物生涯経験率(%) (男女、年代別に地区毎に補正)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年	2005年
有機溶剤	1.70	1.89	1.74	1.95	1.68	1.48
大麻	0.54	0.61	0.98 1)	1.06 1)2)	0.54 4)	1.34 1)2)5)
覚せい剤	0.29	0.30	0.43	0.32	0.40	0.31
ヘロイン	0.03 *	0.02 *	0.07 *	0.05 *	0.06 *	0.03 *
コカイン	0.09 *	0.06 *	0.16	0.14	0.10	0 *
LSD	—	—	0.18	0.11	—	—
MDMA	—	—	—	—	0.05 *	0.10
上記いずれか	2.17	2.53	2.59 1)2)	2.68	2.14 3)	2.43 3)
有機溶剤を除 きたいずれか	0.75	0.82	1.33 1)2)	1.33 1)2)	0.83 3)	1.55 1)2)

*: 統計誤差以内

- 1) 1995年に比べて有意差 (p<0.05) あり 2) 1997年に比べて有意差 (p<0.05) あり
3) 1999年に比べて有意差 (p<0.05) あり 4) 2001年に比べて (p<0.05) 有意差あり
5) 2003年に比べて (p<0.05) 有意差あり

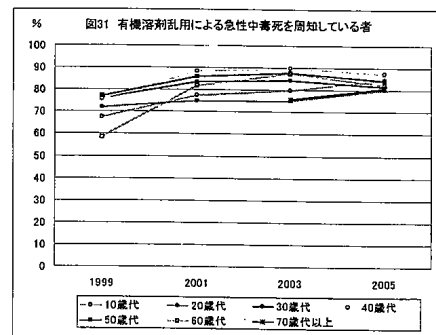
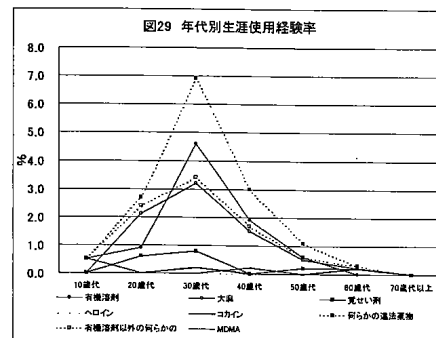
表146 上記にもとづく生涯経験者推計人数(人)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年	2005年
有機溶剤	177万±42万	199万±46万	185万±44万	210万±49万	182万±39万	161万±36万
大麻	56万±24万	64万±26万	104万±33万	114万±36万	59万±22万	146万±35万
覚せい剤	30万±17万	32万±18万	46万±22万	34万±20万	43万±19万	34万±17万
ヘロイン	統計誤差内	統計誤差内	統計誤差内	統計誤差内	統計誤差内	統計誤差内
コカイン	統計誤差内	統計誤差内	17万±14万	15万±13万	11万±9万	0
LSD	—	—	19万±14万	12万±12万	—	—
MDMA	—	—	—	—	統計誤差内	11万±10万
上記いずれか	225万±42万	266万±53万	276万±54万	288万±57万	232万±43万	265万±47万
有機溶剤を除 きたいずれか	78万±25万	86万±30万	142万±39万	43万±40万	90万±27万	169万±37万

表147 全国の15歳以上の住民の違法薬物1年経験率(%) (男女、年代別に地区毎に補正)

	1995年	1997年	1999年	2001年	2003年	2005年
有機溶剤	0.08 *	0.02 *	0.04 *	0 *	0.07 *	0 *
大麻	0.07 *	0.10 *	0.04 *	0.11	0 *	0.04 *
覚せい剤	0.06 *	0.06 *	0.07 *	0 *	0 *	0 *
ヘロイン	0	0.02 *	0.03 *	0 *	0 *	0 *
コカイン	0.06 *	0.02 *	0.03 *	0.03 *	0 *	0 *
LSD	—	—	0.04 *	0.01 *	—	—
MDMA	—	—	—	—	0 *	0 *
上記いずれか	0.16	0.14	0.13	0.16	0.07 *	0.04 *
有機溶剤を除く いたいずれか	0.09 *	0.14	0.12	0.16	0 *	0.04 *
鎮痛薬	34.32	35.03	43.73	48.17	55.19	55.13
精神安定薬	6.28	6.45	7.16	6.91	7.33	8.35
睡眠薬	4.76	4.88	5.73	5.72	6.41	6.43

* : 統計誤差以内 鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬は違法ではない。



の結果に比べて低下傾向を示していたが、大麻だけは有意差を持って増加していた。生涯経験率は、有機溶剤、大麻、覚せい剤の順で高く、この順番は前述したように、生涯被誘惑経験率（図26）と基本的に同じトレンドである。したがって、わが国で乱用されている違法薬物は、この順番に多いことがわかる。

年代別では、薬物の種類にかかわらず30歳代で生涯経験率が最も高いことがわかる（図29）。

わが国での違法性薬物の生涯経験率は図28に示したとおりであり、国際的に見た場合、むしろ奇跡的に低い（表144）。しかし、年代別に見ると20歳代～40歳代では%は高くなっており（図29）、要注意であろう。

また1年経験率（この1年間で乱用したことがある者の率）は表147に示した。しかし、値自体が小さく、すべて統計誤差内であった。

生涯経験率と1年経験率の信憑性の問題は、前述した誘惑率と同様である。重要なのはトレンドを見ることである。

以上により、2005年のわが国での薬物乱用者数は、どうやら全般的には減少傾向にあるようである。しかし、大麻では生涯被誘惑率、1年被誘惑率、生涯経験率が上昇しており、大麻のGateway Drugとしての役割を考えれば、楽観視のできない状況にあると考えられる。

6. 薬物乱用が健康に及ぼす害知識について

有機溶剤乱用が健康に及ぼす害についての知識周知度に関する結果を表39～42に示した。これまで述べてきたように、有機溶剤乱用は、乱用経験者数の上ではわが国最大の問題でありながら、覚せい剤ほどには社会的に関心を集めない感がある。しかし、第2次覚せい剤乱用期の調査によれば、覚せい剤乱用・依存者の少なくとも1/3は、有機溶剤乱用から覚せい剤乱用に進んでおり、有機溶剤乱用の防止が結果的に覚せい剤乱用防止の有力対策になると考えられる。そのため、当研究者らは全国の中学生における薬物乱用状況を把握するための調査(6)8)13)16)のなかで、有機溶剤乱用による健康への害を教える形での調査を継続している。成人を中心とする本調査にも同様の質問を織り込むことによって、社会での有機溶剤乱用への注意を喚起したいと考えている。

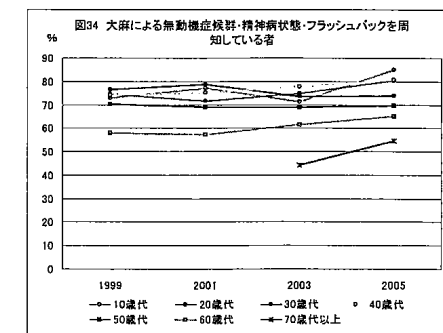
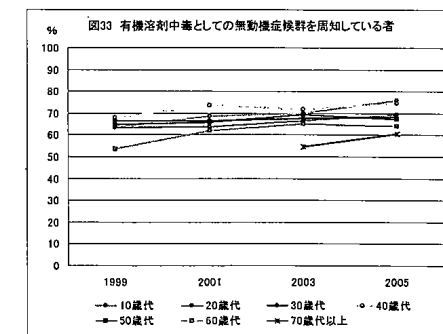
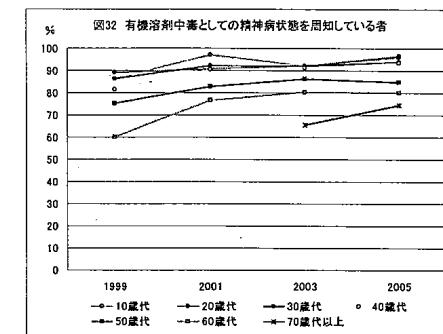
有機溶剤の乱用は急性中毒死、精神病（状態）、無動機症候群を招くことがあるが、その周知率の変遷は図33～35の通りである。急性中毒死、精神病（状態）についての周知率はおおよそ80%以上であるが、無動機症候群に関しては依然低いと言わざるを得ない。無動機症候群は有機溶剤による中毒としての最重篤障害の一つに挙げても良い障害であるが、実際にその症状を持った者を見たことのない者にはイメージしにくい状態であることが周知率の上昇を妨げていると推定される。

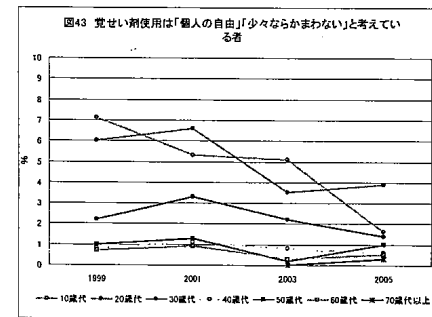
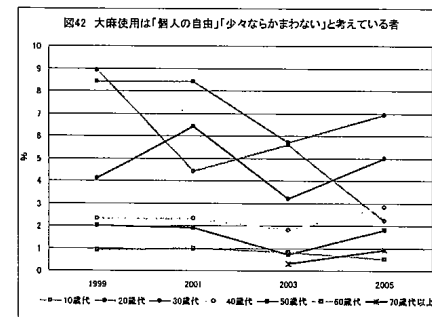
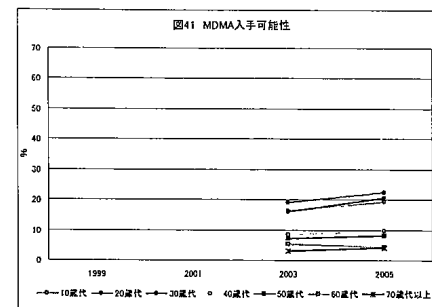
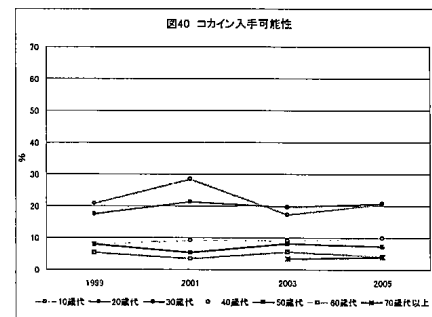
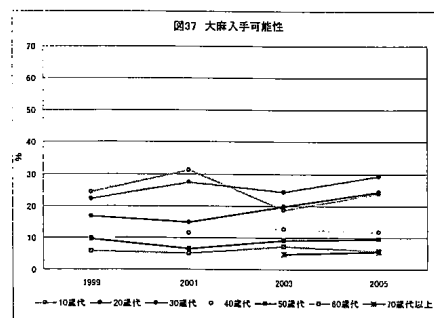
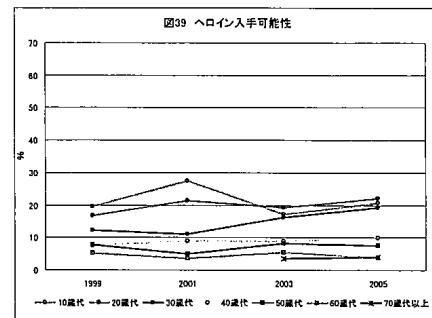
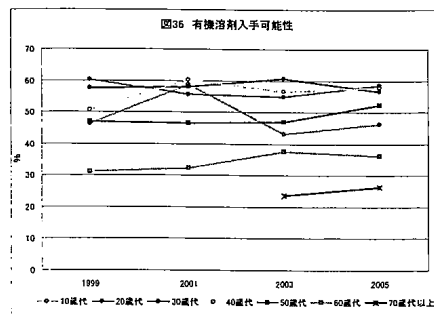
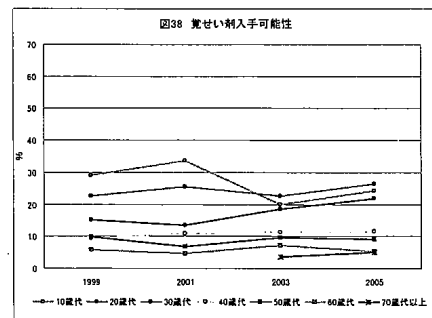
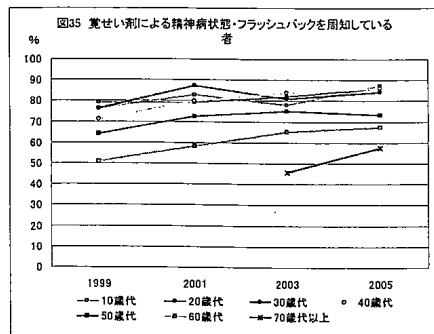
大麻の乱用は精神病状態・フラッシュバック現象・無動機症候群を引き起こすことがあるが、その周知率の推移は図34の通りである。その周知率は決して高いとは言えない。この背景には「大麻はタバコよりも害が少ない」という論調の「宣伝」が一部のマスメディアにより以前からはびこっていることが挙げられそうである。大麻の依存性は覚せい剤や麻薬に比べれば相対的には低いようであるが、そもそもが催幻覚作用を特徴とした薬物であり、それ自体が害以外の何ものでもない。このことを周知させる必要がある。

覚せい剤乱用の繰り返しは、精神病（状態）を引き起こしやすく、フラッシュバック現象を引き起こすことがある。特に精神病（状態）は包囲襲来妄想を特徴としており、それに基づいて引き起こされるのが「通り魔事件」である。それに関わらず、年代によっては80%以上の年代があること自体が問題であろう（図35）。今後とも害を周知

徹底させていく必要がある。

また、マジック・マッシュルーあることを知っていた者の割合は調査では25.3%、2003年調査ではに過ぎなかった。この問題は、呼





く示唆している問題であり、各種啓発活動及び薬物乱用防止教育で考慮していく重要問題である。

7. 違法性薬物の入手可能性について

違法性薬物の入手可能性についての結果は表125～表131に示した。その結果のうち「簡単に手に入る」、または「少々苦労するが何とか手に入る」

と答えた者の割合の年次推移を図36～41に示した。

「簡単に手に入る」+「少々苦労するが、なんとか手に入る」を入手可能群とし、「ほとんど不可能」+「絶対不可能」を入手不可能群すると、入手可能群が入手不可能群を上回っていたのは有機溶剤のみであったことはこれまで通りである。

8. 法の遵守性について

本研究者は、わが国の薬物乱用・依存状況が多くの先進諸国に比べて良好な背景には、国民の遵法精神の高さがあると推定している。覚せい剤

は使用自体が法により規制されており、その使用について如何なる意識を持っているかを調査した(表132、表133)。80%以上の者が「法律で云々言う以前に、そもそも、すべきではないと思う」を選んでる事実は上記推論を裏付けていると考えている。

それとは裏腹に、「法律で禁止されているが、少々ならかまわないと思う」や「法律で禁止されているが、そもそも法律で決める必要はなく、個人の判断だと思う」を選ぶ者の割合が増えると、法規制はその意味を弱くする。図42～43は、「法律で禁止されているが、少々ならかまわないと思う」ないしは「法律で禁止されているが、そもそも法律で決める必要はなく、個人の判断だと思う」を選んだ者の割合の年次推移を示している。幸い、その率は減少傾向を示しているが、20～30歳代を中心に、覚せい剤に比べて大麻に対する認識の甘さが読み取られる。大麻乱用に対する危険性の認識の周知を強化する必要があるとである。

E. 結論

わが国の飲酒・喫煙・医薬品をも含めた薬物使用・乱用・依存状況を把握するために、全国の15歳以上の住民に対して、戸別訪問留置法による「薬物使用に関する全国住民調査」を実施した。

① 対象は、層化二段無作為抽出法(調査値点数:350)を用い、5,000人を抽出した。調査期間は2005年9月21日～10月4日である。

② 回収数及び有効回答数は、3,096(61.9%)及び3,057であった。

【飲酒】

① 飲酒生涯経験率(これまでに1回でも飲酒したことのある者の率)は、男性で95.4%(2003年調査では95.0%。以下同じ)、女性で91.0%(91.4%)、全体で93.1%(93.1%)であった。

② 飲酒1年経験率(この1年間で1回でも飲酒したことのある者の率)は、男性で88.9%、女性で79.2%、全体で84.0%であった。

③ 「ほとんど毎日飲酒している」者の割合は、男性では50歳代、女性では40歳代で最高となり、その後、低下していた。

④ その他、飲酒の機会、禁酒経験等、わが国の飲酒はライフ・サイクルと深く結びついており、飲酒問題を論じる際には、飲んだことがあるかないかを基準にしても、さほど意味がなく、機会、頻度、量等の質的要因を考慮する必要があることが示唆された。

【喫煙】

① 喫煙の生涯経験率は、男性で84.7% (82.1%)、女性で44.5% (43.1%)、全体で64.1% (62.1%)であった。これらの結果は2003年調査15)の結果よりはすべて高い結果であった。

② 1年経験率は、男性で48.1% (49.2%)、女性で19.2% (17.5%)、全体で33.3% (32.9%)であった。2003年調査15)の結果と比較すると、男性では低下していたが、女性及び全体では増加していた。

③ 1年経験者での1日の喫煙本数では、1日に21本以上吸う者の割合は、50歳代でピークを迎え、その後は低下していた。

④ また、禁煙を考えたことのある者の割合は、男性では年代と共に増加していたが、女性では40歳代に向けて低下し、その後、増加していた。

【医薬品】

① 家庭の常備薬としての常備頻度は、①風邪薬、②目薬、③胃腸薬、④湿布薬、⑤鎮痛薬、⑥ビタミン剤の順に頻度が高く、1999年～2003年調査の結果と同じであった。

② この1年間に1回でも使用したことのある医薬品としては、①風邪薬、②鎮痛薬、③目薬、④胃腸薬、⑤湿布薬の順で頻度が高かった。

③ 鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬をこの1年間に使用したことのある者の割合は、鎮痛薬で55.1% (補正值)、精神安定薬で8.3% (補正值)、睡眠薬で6.4% (補正值)であった。

医薬品を常用 (週3回以上) している者の割合は、鎮痛薬で男性1.8% (1.7%)、女性2.7% (2.1%)、全体で2.3% (1.9%)であり、精神安定薬では男性2.5% (1.8%)、女性3.4% (2.1%)、全体で2.9% (2.0%)、睡眠薬では男性1.3% (1.7%)、女性2.3% (1.5%)、全体で1.8% (1.6%)であった。

鎮痛薬の1年経験者率は横這いであったが、週3回以上使用した者の割合は、女性で増加していた。精神安定薬の1年経験率、週3回以上使用した者の

割合は男女ともに増加していた。睡眠薬の1年経験率、週3回以上使用した者の割合は、男性では減少していたが、女性では増加していた。

④ 精神安定薬、睡眠薬に関し、「遊び・快感目的」で使用している者は認められなかった。しかし、鎮痛薬では男性2人、女性1人が認められた。

⑤ 以上より、医薬品の使用に関しては、明かな問題点は見あたらなかったが、鎮痛薬、精神安定薬、睡眠薬の経験者率・常用者率の増加が認めれることから、今後モニタリングが必要であると考えられる。

【違法薬物】

① 違法薬物の呼称の周知度は、同じ薬物でも呼称により周知度が異なることが明らかになった。

「覚せい剤」の周知度は全体で86%と高いが、「スピード」では36.6%であり、「エス」では15%に低下していた。しかし、10～30歳代では「スピード」の周知率は60%台、「エス」では30～40%と高く、年代により、呼称の周知度も変化することが明らかになった。薬物乱用防止教育、啓発活動等に際しては、この点に考慮する必要がある。

② 違法性薬物乱用の生涯被誘惑率 (これまでに1回でも誘われたことのある者の率) は、補正值で、有機溶剤:3.14% (3.03%)、大麻:2.42% (1.46%)、覚せい剤:1.02% (0.93%)、コカイン:0.33% (0.29%)、MDMA:0.22% (0.34%)、ヘロイン:0.18% (0.18%)の順に高かった。

また、これら6種のうちのいずれかの薬物の使用への生涯被誘惑率は4.43% (4.16%)。2001年:5.03%、1999年:4.09%であり、有機溶剤を除いたいずれかの生涯被誘惑率は2.94% (2.04%)。2001年:2.30%、1999年:2.30%であった。

③ 1年被誘惑率 (この1年間で1回でも誘われたことのある者の率) は、補正值で、大麻で0.15% (0.12%)であったが、その他の薬物では、全て、統計誤差内であった。

また、6種のうちのいずれかの薬物の使用への1年被誘惑率は0.20% (0.23%)であり、有機溶剤を除いたいずれかの1年被誘惑率は0.20% (0.19%)であった。

④ 生涯経験率 (これまでに1回でも乱用したことのある者の率) は、補正值で、有機溶剤:1.48% (1.68%)、大麻:1.34% (0.54%)、覚せい剤:0.31% (0.40%)、コカイン:0%* (0.10%)、ヘロイン:0.03%* (0.06%*)、MDMA:0.10% (0.05%*)であった (*

は統計誤差内)。

また、これらのうちのいずれかの薬物の生涯経験率は、補正值で、2.43% (2.14%)で、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の生涯経験率は1.55% (0.83%)であり、いずれも2003年調査の結果を上回っていた。

⑤ 1年経験率 (この1年間に1回でも乱用したことのある者の率) は、補正值で、6種すべての薬物について統計誤差内であった。

また、6種のうちのいずれかの薬物の1年経験率も、有機溶剤を除いたいずれかの薬物の1年経験率も、補正值で統計誤差内であった。

⑥ ただし、生涯経験率を年代で見ると、6種いずれかの使用経験率は20歳代では2.7%、30歳代では6.9%、40歳代では3.0%であり (以上、生データ)、低い低いと手放しで言える状態ではないことに留意する必要がある。

⑦ 違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤のみが入手可能群 (「簡単に手に入る」+「少々苦労するが、なんとか手に入る」) が入手不可能群 (「ほとんど不可能」+「絶対不可能」) を上回っていた (生データ)。この結果は従来通りであった。

入手可能群の割合を年代別・経験的に見てみると、10～30歳代と40歳代以上の二極化が認められた。有機溶剤を除く全ての薬物で10～30歳代で入手可能性が高く、2003年調査の結果との比較では、横這いないしは微増傾向を示していた。

⑧ わが国の薬物乱用・依存状況が多くに比べて良好を保ってきた背景には、遵法精神の高さがあると思われるが、本年度の調査でも、その傾向は保たれていた。

しかし、覚せい剤に比べて、大麻に対する認識の甘さが読み取れる結果であった。

⑨ わが国の違法薬物乱用状況は、調査年毎に悪化の傾向を辿ってきたが、2003年調査で、初めて、乱用状況の改善を伺わせる結果を得た。しかし、今回の2005年調査の結果では、ほとんどの薬物で生涯被誘惑率が2003年調査の結果よりは上昇しており、特に大麻では有意に増加し、同時に生涯経験率も有意に増加していた。結果的にそれが6種いずれかの経験率を押し上げる結果となった。

⑩ ただし、違法薬物乱用防止の啓発が進み、同時に、取締の強化が図られれば図られるほど、回答者側での心理的バイアスが高くなり、本調査の

ような方法論による調査の結果は、実際の状況よりはますます低い結果を示す特質にあることも否めない。今回の調査でも、1年経験者率が全ての薬物において統計誤差内となった背景には、この心理的バイアスが強く影響している可能性は否めない。

しかし、この種の調査では本研究で採用した調査法が国際的調査法であると同時に、それ以外の調査方法が事実上ないことも現実である。

地味ながら、今後も本調査を継続してゆく必要がある。

⑪ 結論: 今回の2005年調査では、ほとんどの薬物で、2003年調査の結果よりは、生涯被誘惑率が上昇していた。ただし、その影響は生涯経験率には反映されていなかった。しかし、大麻だけは生涯被誘惑率のみならず、生涯経験率も有意に上昇しており、結果的に、それが全体での生涯経験率を高める結果となっていた。このことは、乱用薬物から見た乱用状況が、従来の有機溶剤優位型 (途上国型ないしは我が国独自型) から欧米型 (大麻優位型) に変化してきていることを示唆している可能性がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 和田 清: 論説 喫煙、飲酒、薬物乱用の実態と教育における対応, 中等教育資料 No. 82 3. 2004. 12. 1
- (2) 和田 清: 薬物乱用の実態と傾向について, 厚生労働 59: 17-20. 2004.
- (3) 和田 清: こころの健康に関するお役立ち情報, 各職種が情報を共有し効果的な薬物乱用防止策を! 公衆衛生情報 64: 42-45. 2004.

2. 国際会議

- (1) Kiyoshi Wada: HIV/HCV infection among drug dependent patients in Japan. 2005 Taipei International Conference on Drug Control and Addiction Treatment. Department of Health, Taiwan. Taipei, 22-24 November 2005. (報告内容は本分担当研究報告書の末尾に別掲)

謝辞

本調査研究にご回答をいただいた、多くの方々に、心よりお礼を述べさせていただきます。

引用文献

- 1) 福井 進、和田 清、伊豫雅臣：薬物依存の世帯調査。平成4年度厚生科学研究費補助金（麻薬等総合対策研究事業）「薬物依存の社会的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）」平成4年度研究報告書、pp. 9-23, 1993.
- 2) 福井 進、和田 清、伊豫雅臣：薬物依存の世帯調査。平成5年度厚生科学研究費補助金（麻薬等総合対策研究事業）「薬物依存の社会的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）」平成5年度研究報告書、pp. 5-26, 1994.
- 3) 福井 進、和田 清、伊豫雅臣：薬物依存の世帯調査。平成6年度厚生科学研究費補助金（麻薬等総合対策研究事業）「薬物依存の社会的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）」平成6年度研究報告書、pp. 5-34, 1995.
- 4) 福井 進、和田 清、伊豫雅臣、浦田重治郎、尾崎 茂：薬物乱用・依存の世帯調査。平成7年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究（主任研究者：寺元 弘）」平成7年度研究報告書第1分冊、pp. 5-35, 1996.
- 5) 福井 進、和田 清、菊池周一、尾崎 茂、浦田重治郎：薬物乱用・依存の世帯調査。平成9年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究（主任研究者：寺元 弘）」平成9年度研究報告書第1分冊、pp. 7-48, 1998.
- 6) 和田 清、勝野眞吾、尾崎米厚、中野良吾：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究。平成8年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」（主任研究者：寺元 弘）第1分冊薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究（2）。pp. 21-60. 1996.
- 7) Wada, K., Price, R.K., Fukui, S.: Reflecting Adult Drinking Culture: Prevalence of Alcohol Use and Drinking Situations among Japanese Junior High School Students in Japan. *Journal of Studies on Alcohol* 59: 381-386, 1998.
- 8) 和田 清、中野良吾、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査。平成10年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究（主任研究者：和田 清）研究報告書。pp. 19-83, 1999.
- 9) 和田 清：薬物依存の最近の傾向と対策。日本医事新報 第3920号：25-32, 1999.
- 10) 和田 清：中学生における飲酒・飲酒文化の反映。日本アルコール・薬物医学会雑誌 34: 36-48, 1999.
- 11) 和田 清、菊池安希子、尾崎 茂、菊池周一：薬物使用に関する全国住民調査。平成11年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究（主任研究者：和田 清）研究報告書。pp. 17-70, 2000.3.
- 12) Wada K.: Lifetime Prevalence of Alcohol Drinking, Cigarette Smoking, and Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan: Tradition and Urbanization. *Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence* 36 (2): 124-141, 2001.
- 13) 和田 清、菊池安希子、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査。平成12年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究（主任研究者：和田 清）研究報告書。pp. 15-76, 2001.
- 14) 和田 清：薬物乱用の現状と歴史。神経精神薬理 19: 913-923, 1997.
- 15) 和田 清、菊池安希子、尾崎 茂：薬物使用に関する全国住民調査。平成13年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究（主任研究者：和田 清）研究報告書。pp. 15-77, 2002.3.
- 16) 和田 清、畢 穎、鈴木紀美子、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2002年）。平成14年度厚生労働

科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究（主任研究者：和田 清）研究報告書。pp. 19-86, 2003.

17) SAMHSA: Results from the National Survey on Drug Use and Health (SAMHSA)

18) EMCDDA

19) Drug Demand Reduction Bureau, Office of the Narcotics Control Board, Thailand: Preliminary Report of Project, Estimation of Population Related with Substance Abuse, Status of Drug and Substance Use:

2001, National Household Survey. pp.3, 2002.

20) 和田 清、高橋伸彰、尾崎 茂：薬物使用に関する全国住民調査。平成15年度厚生労働科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究（主任研究者：和田 清）研究報告書。pp. 17-87, 2004.3.

表5 対象の性・年齢・学歴 (%)

	男	女	全体
年齢			
15-19歳	90 (6.0)	96 (6.1)	186 (6.1)
20-24歳	77 (5.2)	76 (4.9)	153 (5.0)
25-29歳	77 (5.2)	104 (6.6)	181 (5.9)
30-34歳	112 (7.5)	130 (8.3)	242 (7.9)
35-39歳	110 (7.4)	144 (9.2)	254 (8.3)
40-44歳	114 (7.6)	112 (7.2)	226 (7.4)
45-49歳	111 (7.4)	127 (8.1)	238 (7.8)
50-54歳	143 (9.6)	142 (9.1)	285 (9.3)
55-59歳	159 (10.7)	183 (11.7)	342 (11.2)
60-64歳	166 (11.1)	150 (9.6)	316 (10.3)
65-69歳	144 (9.7)	139 (8.9)	283 (9.3)
70歳以上	189 (12.7)	162 (10.4)	351 (11.5)
学歴			
小学校 (尋常小学校も含む)	22 (1.5)	24 (1.5)	46 (1.5)
中学校 (尋常高等小学校も含む)	225 (15.1)	216 (13.8)	441 (14.4)
専門学校 (中卒後)	44 (2.9)	64 (4.1)	108 (3.5)
専門学校 (高校中退後、ないし高卒後)	115 (7.7)	154 (9.8)	269 (8.8)
高等学校 (旧制中学校・高女も含む)	628 (42.1)	727 (46.5)	1355 (44.3)
短大・大学以上 (旧制高等学校も含む)	437 (29.3)	364 (23.3)	801 (26.2)
その他	11 (0.7)	5 (0.3)	16 (0.5)
無回答	10 (0.7)	11 (0.7)	21 (0.7)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表6 対象の職業・身分 (%)

	男	女	全体
中学生	8 (0.5)	13 (0.8)	21 (0.7)
高校生	64 (4.3)	62 (4.0)	126 (4.1)
予備校生	3 (0.2)	1 (0.1)	4 (0.1)
専門学校、各種学校生徒	7 (0.5)	15 (1.0)	22 (0.7)
短大生、大学生、大学院生	35 (2.3)	23 (1.5)	58 (1.9)
農林漁業自営者	65 (4.4)	23 (1.5)	88 (2.9)
商店主	57 (3.8)	30 (1.9)	87 (2.8)
工場主	29 (1.9)	17 (1.1)	46 (1.5)
土木建設業種	38 (2.5)	6 (0.4)	44 (1.4)
医療関係業種	9 (0.6)	10 (0.6)	19 (0.6)
サービス業事業主	56 (3.8)	42 (2.7)	98 (3.2)
その他の事業主	34 (2.3)	9 (0.6)	43 (1.4)
販売従業者	97 (6.5)	90 (5.8)	187 (6.1)
保安従業者	28 (1.9)	2 (0.1)	30 (1.0)
運輸従業者	70 (4.7)	3 (0.2)	73 (2.4)
通信従事者	3 (0.2)	1 (0.1)	4 (0.1)
サービス業従事者	21 (1.4)	94 (6.0)	115 (3.8)
技能職従事者	18 (1.2)	22 (1.4)	40 (1.3)
土木建築業従事者	76 (5.1)	1 (0.1)	77 (2.5)
工場労働者、工業作業	128 (8.6)	53 (3.4)	181 (5.9)
その他の労務従事者	25 (1.7)	34 (2.2)	59 (1.9)
専務従事者	129 (8.6)	175 (11.2)	304 (9.9)
管理的職業	61 (4.1)	1 (0.1)	62 (2.0)
医療職従事者	21 (1.4)	53 (3.4)	74 (2.4)
その他の専門、技術職従事者	104 (7.0)	42 (2.7)	146 (4.8)
専業主婦	0 (0)	579 (37.0)	579 (18.9)
無職	286 (19.2)	131 (8.4)	417 (13.6)
その他	9 (0.6)	21 (1.3)	30 (1.0)
無回答	11 (0.7)	12 (0.8)	23 (0.8)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表7 これまでの飲酒経験の有無 (%)

	男	女	全体
飲酒経験			
なし	68 (4.6)	139 (8.9)	207 (6.8)
あり	1423 (95.4)	1424 (91.0)	2847 (93.1)
無回答	1 (0.1)	2 (0.1)	3 (0.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表7-2 これまでの飲酒経験率 (%) (未補正)

	男 (n=1,491)	女 (n=1,563)	全体 (n=3,054)
年齢			
15-19歳	51 (56.7)	65 (67.7)	116 (62.4)
20-24歳	77 (100.0)	76 (100.0)	153 (100.0)
25-29歳	75 (97.4)	103 (99.0)	178 (98.3)
30-34歳	111 (99.1)	126 (96.9)	237 (97.9)
35-39歳	106 (96.4)	139 (96.5)	245 (96.5)
40-44歳	113 (99.1)	112 (100.0)	225 (99.6)
45-49歳	110 (99.1)	123 (96.9)	233 (97.9)
50-54歳	139 (97.2)	137 (96.5)	276 (96.8)
55-59歳	158 (99.4)	171 (94.0)	329 (96.5)
60-64歳	161 (97.6)	137 (91.9)	298 (94.9)
65-69歳	144 (100.0)	124 (89.2)	268 (94.7)
70歳以上	178 (94.2)	111 (68.5)	289 (82.3)
合計	1,423 (95.4)	1,424 (91.1)	3,054 (93.2)

表7-3 これまでの飲酒経験率 (%) (未補正)

男		なし	あり	無回答	合計
		度数 (行%)	度数 (行%)	度数 (行%)	度数 (行%)
年代別	10歳代	39 (43.3)	51 (56.7)	0 (0)	90 (100.0)
	20歳代	2 (1.3)	152 (98.7)	0 (0)	154 (100.0)
	30歳代	5 (2.3)	217 (97.7)	0 (0)	222 (100.0)
	40歳代	2 (0.9)	223 (99.1)	0 (0)	225 (100.0)
	50歳代	5 (1.7)	297 (98.3)	0 (0)	302 (100.0)
	60歳代	4 (1.3)	305 (98.4)	1 (0.3)	310 (100.0)
	70歳代以上	11 (5.8)	178 (94.2)	0 (0)	189 (100.0)
表用全体	全体	68 (4.6)	1423 (95.4)	1 (0.1)	1492 (100.0)
女		なし	あり	無回答	合計
		度数 (行%)	度数 (行%)	度数 (行%)	度数 (行%)
	10歳代	31 (32.3)	65 (67.7)	0 (0)	96 (100.0)
	20歳代	1 (0.6)	179 (99.4)	0 (0)	180 (100.0)
	30歳代	9 (3.3)	265 (96.7)	0 (0)	274 (100.0)
	40歳代	4 (1.7)	235 (98.3)	0 (0)	239 (100.0)
	50歳代	16 (4.9)	308 (94.8)	1 (0.3)	325 (100.0)
	60歳代	27 (9.3)	261 (90.3)	1 (0.3)	289 (100.0)
	70歳代以上	51 (31.5)	111 (68.5)	0 (0)	162 (100.0)
表用全体	全体	139 (8.9)	1424 (91.0)	2 (0.1)	1565 (100.0)
全体		なし	あり	無回答	合計
		度数 (行%)	度数 (行%)	度数 (行%)	度数 (行%)
	10歳代	70 (37.6)	116 (62.4)	0 (0)	186 (100.0)
	20歳代	3 (0.9)	331 (99.1)	0 (0)	334 (100.0)
	30歳代	14 (2.8)	482 (97.2)	0 (0)	496 (100.0)
	40歳代	6 (1.3)	458 (98.7)	0 (0)	464 (100.0)
	50歳代	21 (3.3)	605 (96.5)	1 (0.2)	627 (100.0)
	60歳代	31 (5.2)	566 (94.5)	2 (0.3)	599 (100.0)
	70歳代以上	62 (17.7)	289 (82.3)	0 (0)	351 (100.0)
表用全体	全体	207 (6.8)	2847 (93.1)	3 (0.1)	3057 (100.0)

表8 これまでに飲酒した機会（生涯飲酒経験者のみ）（複数回答）（%）

	男	女	全体
冠婚葬祭	1028 (72.2)	966 (67.8)	1994 (70.0)
仕事・商売上の必要	738 (51.9)	390 (27.4)	1128 (39.6)
上司とのつきあい	635 (44.6)	311 (21.8)	946 (33.2)
友人・同僚と	1122 (78.8)	980 (68.8)	2102 (73.8)
その他つきあい	565 (39.7)	268 (18.8)	833 (29.3)
家の食事・団らん	1037 (72.9)	907 (63.7)	1944 (68.3)
外の食事・団らん	755 (53.1)	671 (47.1)	1426 (50.1)
仕事で嫌なこと	278 (19.5)	136 (9.6)	414 (14.5)
家で面白くないこと	172 (12.1)	109 (7.7)	281 (9.9)
寝る前	434 (30.5)	262 (18.4)	696 (24.4)
その他	29 (2.0)	18 (1.3)	47 (1.7)
飲酒機会ありだが機会不明	4 (.3)	13 (.9)	17 (.6)
合計	1423 (100.0)	1424 (100.0)	2847 (100.0)

表9 初めての飲酒経験年齢（初飲年齢）（飲酒経験者のみ）（%）、[累積%]

	男	女	全体
小学校以前	45 (3.2) [3.2]	39 (2.7) [2.7]	84 (3.0) [3.0]
小学校時代	228 (16.0) [19.2]	175 (12.3) [15.0]	403 (14.2) [17.1]
中学校時代	241 (16.9) [36.1]	142 (10.0) [25.0]	383 (13.5) [30.6]
中卒後～17歳	205 (14.4) [50.5]	129 (9.1) [34.1]	334 (11.7) [42.3]
18-19歳	393 (27.6) [78.1]	319 (22.4) [56.5]	712 (25.0) [67.3]
20歳以降	299 (21.0) [99.2]	588 (41.3) [97.8]	887 (31.2) [98.5]
初飲年齢不明	4 (.3) [99.4]	16 (1.1) [98.9]	20 (.7) [99.2]
無回答	8 (.6) [100]	16 (1.1) [100]	24 (.8) [100]
合計	1423 (100.0)	1424 (100.0)	2847 (100.0)

表10 それなりに飲酒するようになった時期（飲酒経験者のみ）（%）、[累積%]

	男	女	全体
それなりには 至ったことない	151 (10.6) [10.6]	332 (23.3) [23.3]	483 (17.0) [17.0]
小学校以前	0 (.0) [10.6]	1 (.1) [23.4]	1 (.0) [17.0]
小学校時代	2 (.1) [10.8]	3 (.2) [23.6]	5 (.2) [17.2]
中学校時代	22 (1.5) [12.3]	13 (.9) [24.5]	35 (1.2) [18.4]
中卒後～17歳	85 (6.0) [18.3]	36 (2.5) [27.0]	121 (4.3) [22.7]
18-19歳	438 (30.8) [49.1]	201 (14.1) [41.2]	639 (22.4) [45.1]
20歳以降	685 (48.1) [97.2]	728 (51.1) [92.3]	1413 (49.6) [94.7]
飲酒開始時期不明	22 (1.5) [98.7]	59 (4.1) [96.4]	81 (2.8) [97.6]
無回答	18 (1.3) [100]	51 (3.6) [100]	69 (2.4) [100]
合計	1423 (100.0)	1424 (100.0)	2847 (100.0)

表11 過去1年での飲酒経験（飲酒1年経験率）（%）

	男	女	全体
過去1年飲酒経験	156 (10.5)	314 (20.1)	470 (15.4)
あり	1327 (88.9)	1240 (79.2)	2567 (84.0)
無回答	9 (.6)	11 (.7)	20 (.7)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表11-2 過去1年での飲酒経験（飲酒1年経験率）（%）（未補正）

	男(n=1,483)	女(n=1,554)	全体(n=3,037)
年齢			
15-19歳	41 (45.6)	43 (44.8)	84 (45.2)
20-24歳	75 (97.4)	73 (96.1)	148 (96.7)
25-29歳	73 (94.8)	97 (93.3)	170 (93.9)
30-34歳	107 (95.5)	114 (88.4)	221 (91.7)
35-39歳	101 (91.8)	125 (87.4)	226 (89.3)
40-44歳	104 (92.0)	100 (89.3)	204 (90.7)
45-49歳	105 (94.6)	107 (84.3)	212 (89.1)
50-54歳	130 (91.5)	120 (85.7)	250 (88.7)
55-59歳	148 (93.7)	147 (81.7)	295 (87.3)
60-64歳	148 (90.8)	123 (83.7)	271 (87.4)
65-69歳	139 (97.2)	108 (77.7)	247 (87.6)
70歳以上	156 (83.4)	83 (51.6)	239 (68.7)
合計	1,327 (89.5)	1,240 (79.8)	2,567 (84.5)

表11-3 過去1年での飲酒経験（飲酒1年経験率）（%）（未補正）

性別	過去1年飲酒経験あり				合計	
	なし	%	あり	%	無回答	%
男	10歳代 度数	49 54.4	41 45.6			90
	20歳代 度数	6 3.9	148 96.1			154
	30歳代 度数	14 6.3	208 93.7			222
	40歳代 度数	15 6.7	209 92.9	1 0.4		225
	50歳代 度数	22 7.3	278 92.1	2 0.7		302
	60歳代 度数	19 6.1	287 92.6	4 1.3		310
	70歳代以上 度数	31 16.4	156 72.5	2 1.1		189
	合計 度数	156 10.5	1327 88.9	9 0.6		1492
	10歳代 度数	53 55.2	43 44.8			96
	20歳代 度数	10 5.6	170 94.4			180
女	30歳代 度数	33 12.0	239 87.2	2 0.7		274
	40歳代 度数	32 13.4	207 86.6			239
	50歳代 度数	53 16.3	267 82.2	5 1.5		325
	60歳代 度数	55 19.0	231 79.9	3 1.0		289
	70歳代以上 度数	78 48.1	83 51.2	1 0.6		162
	合計 度数	314 20.1	1240 79.2	11 0.7		1565
全体	10歳代 度数	102 54.8	84 45.2			186
	20歳代 度数	16 4.8	318 95.2			334
	30歳代 度数	47 9.5	447 90.1	2 0.4		496
	40歳代 度数	47 10.1	416 89.7	1 0.2		464
	50歳代 度数	75 12.0	545 86.9	7 1.1		627
	60歳代 度数	74 12.4	518 86.5	7 1.2		599
	70歳代以上 度数	109 31.1	239 68.1	3 0.9		351
	合計 度数	470 15.4	2567 84.0	20 0.7		3057

表12 過去1年に飲酒した機会（過去1年飲酒経験者のみ）（複数回答）（%）

	男	女	全体
(冠婚葬祭)	764 (57.6)	550 (44.4)	1314 (51.2)
(仕事・商売上の必要)	535 (40.3)	188 (15.2)	723 (28.2)
(上司とのつきあい)	431 (32.5)	135 (10.9)	566 (22.0)
(友人・同僚と)	956 (72.0)	678 (54.7)	1634 (63.7)
(その他つきあい)	419 (31.6)	153 (12.3)	572 (22.3)
(家の食事・団らん)	953 (71.8)	789 (63.6)	1742 (67.9)
(外の食事・団らん)	656 (49.4)	515 (41.5)	1171 (45.6)
(仕事で嫌なこと)	204 (15.4)	81 (6.5)	285 (11.1)
(家で面白くないこと)	136 (10.2)	75 (6.0)	211 (8.2)
(寝る前)	383 (28.9)	205 (16.5)	588 (22.9)
(その他)	17 (1.3)	13 (1.0)	30 (1.2)
(飲酒機会ありだが機会不明)	6 (.5)	2 (.2)	8 (.3)
合計	1327 (100.0)	1240 (100.0)	2567 (100.0)

表13 過去1年での飲酒頻度（過去1年飲酒経験者のみ）（%）

	男	女	全体
1年間に数回（年5回以内）	198 (14.9)	500 (40.3)	698 (27.2)
2ヶ月に1回（年間約6-11回）	86 (6.5)	145 (11.7)	231 (9.0)
月に1-2回（年間約12-24回）	114 (8.6)	126 (10.2)	240 (9.3)
月に数回（年間約25-51回）	99 (7.5)	108 (8.7)	207 (8.1)
週に1-2回程度	146 (11.0)	126 (10.2)	272 (10.6)
週に3-6回程度	219 (16.5)	125 (10.1)	344 (13.4)
ほとんど毎日	454 (34.2)	97 (7.8)	551 (21.5)
飲んだが頻度不明	9 (.7)	11 (.9)	20 (.8)
無回答	2 (.2)	2 (.2)	4 (.2)
合計	1327 (100.0)	1240 (100.0)	2567 (100.0)

表14 禁酒に対する考え・実態（生涯飲酒経験者のみ）（%）

	男	女	全体
禁酒は考えたことない	724 (50.9)	1009 (70.9)	1733 (60.9)
禁酒を考えたことはあるが実行したことはない	357 (25.1)	144 (10.1)	501 (17.6)
禁酒を試みたが現在禁酒に至っていない	147 (10.3)	40 (2.8)	187 (6.6)
禁酒中（初めての禁酒。1年未満。）	18 (1.3)	4 (.3)	22 (.8)
禁酒中（再挑戦の禁酒。1年未満。）	10 (.7)	7 (.5)	17 (.6)
禁酒中（1年以上）	55 (3.9)	44 (3.1)	99 (3.5)
無回答	112 (7.9)	176 (12.4)	288 (10.1)
合計	1423 (100.0)	1424 (100.0)	2847 (100.0)

表15 禁酒理由（生涯飲酒経験があり、かつ、禁酒を考えたことのある人）（複数回答）（%）

	男	女	全体
健康上の不調は感じないが可能性が心配になったから	225 (38.3)	84 (35.1)	309 (37.4)
健康上の不調を感じたから	236 (40.2)	64 (26.8)	300 (36.3)
問題は起こしていないが自分の飲酒にその可能性を感じたから	20 (3.4)	12 (5.0)	32 (3.9)
飲酒で問題を起こしたから	10 (1.7)	3 (1.3)	13 (1.6)
その他	25 (4.3)	44 (18.4)	69 (8.4)
禁酒理由不明	88 (15.0)	37 (15.5)	125 (15.1)
無回答	18 (3.1)	6 (2.5)	24 (2.9)
合計	587 (100.0)	239 (100.0)	826 (100.0)

表16 これまでの喫煙経験（生涯喫煙経験）（%）

	男	女	全体
喫煙経験 なし	207 (13.9)	846 (54.1)	1053 (34.4)
あり	1264 (84.7)	697 (44.5)	1961 (64.1)
無回答	21 (1.4)	22 (1.4)	43 (1.4)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表16-2 これまでの喫煙経験率（喫煙生涯経験率）（%）（未補正）

	男(n=1,471)	女(n=1,543)	全体(n=3,014)
年齢 15-19歳	14 (15.6)	17 (17.7)	31 (16.7)
20-24歳	61 (79.2)	39 (52.7)	100 (66.2)
25-29歳	66 (85.7)	62 (60.2)	128 (71.1)
30-34歳	95 (85.6)	77 (59.2)	172 (71.4)
35-39歳	101 (92.7)	90 (62.5)	191 (75.5)
40-44歳	103 (91.2)	73 (65.2)	176 (78.2)
45-49歳	106 (95.5)	80 (63.5)	186 (78.5)
50-54歳	131 (92.9)	78 (56.1)	209 (74.6)
55-59歳	146 (93.6)	77 (42.3)	223 (66.0)
60-64歳	155 (94.5)	47 (32.4)	202 (65.4)
65-69歳	129 (91.5)	31 (23.5)	160 (58.6)
70歳以上	157 (86.7)	26 (16.3)	183 (53.7)
合計	1,264 (85.9)	697 (45.2)	1,961 (65.1)

表16-3 これまでの喫煙経験率（喫煙生涯経験率）（%）（未補正）

	男(n=1,471)	女(n=1,543)	全体(n=3,014)
年齢 15-19歳	14 (15.6)	17 (17.7)	31 (16.7)
20-29歳	127 (82.5)	101 (57.1)	228 (68.9)
30-39歳	196 (89.1)	167 (60.9)	363 (73.5)
40-49歳	209 (93.3)	153 (64.3)	362 (78.4)
50-59歳	227 (93.3)	155 (48.3)	432 (69.9)
60-69歳	284 (93.1)	78 (28.2)	362 (62.2)
70歳以上	157 (86.7)	26 (16.3)	183 (53.7)
合計	1,264 (86.7)	697 (45.2)	1,961 (65.1)

表17 初めての喫煙時期（生涯喫煙経験者のみ）（%）、[累積%]

	男	女	全体
小学校以前	7 (.6) [.6]	2 (.3) [.3]	9 (.5) [.5]
小学校時代	82 (6.5) [7.0]	48 (6.9) [7.2]	130 (6.6) [7.1]
中学校時代	222 (17.6) [24.6]	94 (13.5) [20.7]	316 (16.1) [23.2]
中卒後～17歳	229 (18.1) [42.7]	81 (11.6) [32.3]	310 (15.8) [39.0]
18-19歳	394 (31.2) [73.9]	157 (22.6) [54.8]	551 (28.1) [67.1]
20歳以降	322 (25.5) [99.4]	307 (44.0) [98.9]	629 (32.1) [99.2]
初喫煙年齢不明	3 (.2) [99.6]	5 (.7) [99.6]	8 (.4) [99.6]
無回答	5 (.4) [100]	3 (.4) [100]	8 (.4) [100]
合計	1264 (100.0)	697 (100.0)	1961 (100.0)

表18 それなりに喫煙するようになった時期（喫煙経験者のみ）（%）、[累積%]

	男	女	全体
それなりに至ったことない	121 (9.6) [9.6]	218 (31.3) [31.3]	339 (17.3) [17.3]
小学校以前	0 (0) [9.6]	0 (0) [31.3]	0 (0) [17.3]
小学校時代	1 (.1) [9.7]	0 (0) [31.3]	1 (.1) [17.3]
中学校時代	58 (4.6) [14.2]	18 (2.6) [33.9]	76 (3.9) [21.2]
中卒後～17歳	145 (11.5) [25.7]	46 (6.6) [40.5]	191 (9.7) [31.0]
18-19歳	431 (34.1) [59.8]	100 (14.3) [54.8]	531 (27.1) [58.0]
20歳以降	451 (35.7) [95.5]	227 (32.6) [87.4]	678 (34.6) [92.6]
喫煙開始時期不明	39 (3.1) [98.6]	61 (8.8) [96.1]	100 (5.1) [97.7]
無回答	18 (1.4) [100]	27 (3.9) [100]	45 (2.3) [100]
合計	1264 (100.0)	697 (100.0)	1961 (100.0)

表19 過去1年間の喫煙経験 (%)

		男	女	全体
過去1年喫煙経験	なし	743 (49.8)	1185 (75.7)	1928 (63.1)
	あり	718 (48.1)	301 (19.2)	1019 (33.3)
	無回答	31 (2.1)	79 (5.0)	110 (3.6)
合計		1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表19-2 この1年間の喫煙経験率 (喫煙1年経験率) (%) (未補正)

	男 (n=1,461)	女 (n=1,486)	全体 (n=2,947)
年齢 15-19歳	11 (12.4)	7 (7.5)	18 (9.9)
20-24歳	43 (57.3)	28 (38.4)	71 (48.0)
25-29歳	52 (67.5)	37 (35.9)	89 (49.4)
30-34歳	61 (55.5)	35 (27.6)	96 (40.5)
35-39歳	72 (65.5)	36 (25.7)	108 (43.2)
40-44歳	62 (55.4)	31 (28.7)	93 (42.3)
45-49歳	63 (57.8)	30 (24.4)	93 (40.1)
50-54歳	79 (56.4)	32 (23.9)	111 (40.5)
55-59歳	80 (51.3)	23 (13.5)	103 (31.6)
60-64歳	89 (55.3)	24 (17.1)	113 (37.5)
65-69歳	57 (40.1)	14 (11.0)	71 (26.4)
70歳以上	49 (27.2)	4 (2.7)	53 (16.2)
合計	718 (49.1)	301 (20.3)	1,019 (34.6)

表19-3 この1年間の喫煙経験率 (喫煙1年経験率) (%) (未補正)

	男 (n=1,461)	女 (n=1,486)	全体 (n=2,947)
年齢 15-19歳	11 (12.4)	7 (7.5)	18 (9.9)
20-29歳	95 (62.5)	65 (36.9)	160 (48.8)
30-39歳	133 (60.5)	71 (26.6)	204 (41.9)
40-49歳	125 (56.6)	61 (26.4)	186 (41.2)
50-59歳	159 (53.7)	55 (18.1)	214 (35.7)
60-69歳	146 (48.2)	38 (14.2)	184 (32.3)
70歳以上	49 (27.2)	4 (2.7)	53 (16.2)
合計	718 (49.1)	301 (20.3)	1,019 (34.6)

表20 過去1年の喫煙頻度 (過去1年喫煙経験者のみ) (%)

	男	女	全体
1年間に数回 (年間5回以内)	37 (5.2)	41 (13.6)	78 (7.7)
2ヶ月に1回程度 (年6-11回)	7 (1.0)	3 (1.0)	10 (1.0)
月に1-2回程度 (年12-24回)	7 (1.0)	4 (1.3)	11 (1.1)
月に数回 (年25-51回)	8 (1.1)	4 (1.3)	12 (1.2)
週に1-2回程度	10 (1.4)	6 (2.0)	16 (1.6)
週に3-6回程度	13 (1.8)	6 (2.0)	19 (1.9)
ほとんど毎日 (1日1-10本)	122 (17.0)	126 (41.9)	248 (24.3)
ほとんど毎日 (1日11-20本)	318 (44.3)	92 (30.6)	410 (40.2)
ほとんど毎日 (1日21本以上)	186 (25.9)	18 (6.0)	204 (20.0)
ほとんど毎日 (パイプたばこ)	10 (1.4)	1 (0.3)	11 (1.1)
合計	718 (100.0)	301 (100.0)	1019 (100.0)

表21 禁煙に対する考え方 (生涯喫煙経験者のみ) (%)

	男	女	全体
禁煙を考えたことはない	285 (22.5)	314 (45.1)	599 (30.5)
禁煙を考えたことはあるが実行したことはない	214 (16.9)	89 (12.8)	303 (15.5)
禁煙を試みたが現在禁煙に至っていない	271 (21.4)	116 (16.6)	387 (19.7)
禁煙中 (初めての禁煙。1年未満。)	30 (2.4)	12 (1.7)	42 (2.1)
禁煙中 (再挑戦の禁煙。1年未満。)	32 (2.5)	9 (1.3)	41 (2.1)
禁煙中 (1年以上)	406 (32.1)	113 (16.2)	519 (26.5)
無回答	26 (2.1)	44 (6.3)	70 (3.6)
合計	1264 (100.0)	697 (100.0)	1961 (100.0)

表22 禁煙理由 (喫煙経験者で、禁煙を考えたことがある人のみ) (複数回答) (%)

	男	女	全体
健康上の不調は感じないが可能性が心配になった	367 (38.5)	137 (40.4)	504 (39.0)
健康上の不調	303 (31.8)	59 (17.4)	362 (28.0)
喫煙者が白い目で見られるようになった	36 (3.8)	22 (6.5)	58 (4.5)
人から勧められた	79 (8.3)	34 (10.0)	113 (8.7)
家族や他者の健康への影響を考えて	229 (24.0)	90 (26.5)	319 (24.7)
その他	94 (9.9)	48 (14.2)	142 (11.0)
禁煙理由不明	47 (4.9)	16 (4.7)	63 (4.9)
無回答	14 (1.5)	12 (3.5)	26 (2.0)
合計	953 (100.0)	339 (100.0)	1292 (100.0)

表23 家庭の常備薬 (複数回答) (%)

	男	女	全体
とくになし	206 (13.8)	172 (11.0)	378 (12.4)
風邪薬	924 (61.9)	1030 (65.8)	1954 (63.9)
胃腸薬	829 (55.6)	885 (56.5)	1714 (56.1)
ビタミン剤	389 (26.1)	436 (27.9)	825 (27.0)
高血圧薬	226 (15.1)	199 (12.7)	425 (13.9)
糖尿病薬	67 (4.5)	45 (2.9)	112 (3.7)
精神安定薬	37 (2.5)	92 (5.9)	129 (4.2)
湿布薬	688 (46.1)	859 (54.9)	1547 (50.6)
強精強肝薬	8 (0.5)	9 (0.6)	17 (0.6)
睡眠薬	46 (3.1)	68 (4.3)	114 (3.7)
鎮痛薬	401 (26.9)	698 (44.6)	1099 (36.0)
抗生物質	85 (5.7)	102 (6.5)	187 (6.1)
便秘薬	173 (11.6)	319 (20.4)	492 (16.1)
目薬	805 (54.0)	909 (58.1)	1714 (56.1)
鼻炎薬	272 (18.2)	330 (21.1)	602 (19.7)
セットの置き薬	432 (29.0)	379 (24.2)	811 (26.5)
その他	22 (1.5)	42 (2.7)	64 (2.1)
無回答	14 (0.9)	11 (0.7)	25 (0.8)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表24 過去1年間に一回でも使用したことのある医薬品（複数回答）（%）

	男	女	全体
とくになし	134 (9.0)	126 (8.1)	260 (8.5)
風邪薬	957 (64.1)	985 (62.9)	1942 (63.5)
胃腸薬	605 (40.5)	608 (38.8)	1213 (39.7)
ビタミン剤	376 (25.2)	425 (27.2)	801 (26.2)
高血圧薬	239 (16.0)	202 (12.9)	441 (14.4)
糖尿病薬	75 (5.0)	39 (2.5)	114 (3.7)
湿布薬	513 (34.4)	690 (44.1)	1203 (39.4)
強精強肝薬	15 (1.0)	7 (.4)	22 (.7)
抗生物質	236 (15.8)	316 (20.2)	552 (18.1)
便秘薬	99 (6.6)	233 (14.9)	332 (10.9)
目薬	726 (48.7)	824 (52.7)	1550 (50.7)
鼻炎薬	261 (17.5)	286 (18.3)	547 (17.9)
セットの置き薬	199 (13.3)	143 (9.1)	342 (11.2)
その他	39 (2.6)	104 (6.6)	143 (4.7)
無回答	14 (.9)	16 (1.0)	30 (1.0)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表25 過去1年間の鎮痛薬使用頻度（%）

	男	女	全体
一度も飲んでいない	748 (50.1)	596 (38.1)	1344 (44.0)
1年間に数回（年5回以内）	534 (35.8)	541 (34.6)	1075 (35.2)
2ヶ月に1回（年約6-11回）	53 (3.6)	105 (6.7)	158 (5.2)
月に1-2回（年約12-24回）	49 (3.3)	129 (8.2)	178 (5.8)
月に数回（年約25-51回）	21 (1.4)	81 (5.2)	102 (3.3)
週に1-2回程度	10 (.7)	26 (1.7)	36 (1.2)
週に3-6回程度	8 (.5)	16 (1.0)	24 (.8)
ほとんど毎日	19 (1.3)	26 (1.7)	45 (1.5)
飲んだが頻度不明	37 (2.5)	29 (1.9)	66 (2.2)
無回答	13 (.9)	16 (1.0)	29 (.9)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表26 鎮痛薬の入手先（鎮痛薬を過去1年間に使用した人のみ）（複数回答）（%）

	男	女	全体
常備薬	155 (21.2)	199 (20.9)	354 (21.0)
医院・病院	22 (3.0)	43 (4.5)	65 (3.9)
薬局・薬店	391 (53.5)	463 (48.6)	854 (50.7)
家族	293 (40.1)	498 (52.3)	791 (47.0)
友人・知人	7 (1.0)	7 (.7)	14 (.8)
愛人・恋人	4 (.5)	1 (.1)	5 (.3)
その他	3 (.4)	3 (.3)	6 (.4)
飲んだが入手先不明	31 (4.2)	21 (2.2)	52 (3.1)
無回答	6 (.8)	5 (.5)	11 (.7)
合計	731 (100.0)	953 (100.0)	1684 (100.0)

表27 鎮痛薬の使用理由（鎮痛薬を過去1年間に使用した人のみ）（複数回答）（%）

	男	女	全体
頭痛	379 (51.8)	633 (66.4)	1012 (60.1)
歯痛	224 (30.6)	157 (16.5)	381 (22.6)
腰痛	98 (13.4)	108 (11.3)	206 (12.2)
生理痛	0 (.0)	267 (28.0)	267 (15.9)
胃痛	84 (11.5)	96 (10.1)	180 (10.7)
肩こり	38 (5.2)	91 (9.5)	129 (7.7)
その他の痛み	63 (8.6)	52 (5.5)	115 (6.8)
遊び・快感目的	2 (.3)	1 (.1)	3 (.2)
その他	15 (2.1)	32 (3.4)	47 (2.8)
使用目的不明	46 (6.3)	36 (3.8)	82 (4.9)
合計	731 (100.0)	953 (100.0)	1684 (100.0)

表28 鎮痛薬使用の実情・心情（%）

	男	女	全体
必要がないので考えたことがない	646 (43.3)	489 (31.2)	1135 (37.1)
必要なときは心配せずに使っている	434 (29.1)	465 (29.7)	899 (29.4)
心配もあるがどちらかといえば使う	181 (12.1)	354 (22.6)	535 (17.5)
心配だからどちらかというと思わない	46 (3.1)	108 (6.9)	154 (5.0)
心配だからとにかく使わない	12 (.8)	12 (.8)	24 (.8)
不明	141 (9.5)	105 (6.7)	246 (8.0)
無回答	32 (2.1)	32 (2.0)	64 (2.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表29 この1年間の精神安定薬（抗不安薬）の使用頻度（%）

	男	女	全体
一度も飲んでいない	1386 (92.9)	1391 (88.9)	2777 (90.8)
1年間に数回（年5回以内）	37 (2.5)	55 (3.5)	92 (3.0)
2ヶ月に1回（年約6-11回）	1 (.1)	10 (.6)	11 (.4)
月に1-2回（年約12-24回）	3 (.2)	9 (.6)	12 (.4)
月に数回（年約25-51回）	9 (.6)	6 (.4)	15 (.5)
週に1-2回	4 (.3)	14 (.9)	18 (.6)
週に3-6回	7 (.5)	14 (.9)	21 (.7)
ほとんど毎日	30 (2.0)	39 (2.5)	69 (2.3)
飲んだが頻度不明	4 (.3)	12 (.8)	16 (.5)
無回答	11 (.7)	15 (1.0)	26 (.9)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表30 精神安定薬の入手先（過去1年間に精神安定薬を使った人）（複数回答）（%）

	男	女	全体
常備薬	5 (5.3)	1 (.6)	6 (2.4)
医院・病院	2 (2.1)	8 (5.0)	10 (3.9)
薬局・薬店	70 (73.7)	136 (85.5)	206 (81.1)
家族	12 (12.6)	8 (5.0)	20 (7.9)
友人・知人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
愛人・恋人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)
飲んだが入手先不明	11 (11.6)	10 (6.3)	21 (8.3)
無回答	1 (1.1)	0 (0)	1 (.4)
合計	95 (100.0)	159 (100.0)	254 (100.0)

表31 精神安定薬の使用理由（過去1年間に精神安定薬を使った人）（複数回答）（%）

	男	女	全体
不眠改善	37 (38.9)	94 (59.1)	131 (51.6)
不安解消	20 (21.1)	41 (25.8)	61 (24.0)
ストレス軽減	16 (16.8)	33 (20.8)	49 (19.3)
高血圧の治療	15 (15.8)	15 (9.4)	30 (11.8)
遊び・快感目的	0 (0)	0 (0)	0 (0)
その他	9 (9.5)	9 (5.7)	18 (7.1)
使用目的不明	19 (20.0)	13 (8.2)	32 (12.6)
合計	95 (100.0)	159 (100.0)	254 (100.0)

表32 精神安定薬使用の実情・心情（%）

	男	女	全体
必要がないので考えたことがない	1317 (88.3)	1288 (82.3)	2605 (85.2)
必要なときは心配せずに使っている	65 (4.4)	92 (5.9)	157 (5.1)
心配もあるがどちらかというを使う	49 (3.3)	97 (6.2)	146 (4.8)
心配だからどちらかというと使わない	14 (.9)	32 (2.0)	46 (1.5)
心配だからとにかく使わない	8 (.5)	16 (1.0)	24 (.8)
不明	17 (1.1)	13 (.8)	30 (1.0)
無回答	22 (1.5)	27 (1.7)	49 (1.6)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表33 1年間での睡眠薬の使用頻度（%）

	男	女	全体
一度も飲んでいない	1410 (94.5)	1422 (90.9)	2832 (92.6)
1年間に数回（年5回以内）	25 (1.7)	40 (2.6)	65 (2.1)
2ヶ月に1回（年約6-11回）	2 (.1)	10 (.6)	12 (.4)
月に1-2回（年約12-24回）	8 (.5)	8 (.5)	16 (.5)
月に数回（年約25-51回）	3 (.2)	12 (.8)	15 (.5)
週に1-2回	6 (.4)	15 (1.0)	21 (.7)
週に3-6回	4 (.3)	10 (.6)	14 (.5)
ほとんど毎日	15 (1.0)	26 (1.7)	41 (1.3)
飲んだが頻度不明	2 (.1)	2 (.1)	4 (.1)
無回答	17 (1.1)	20 (1.3)	37 (1.2)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表34 睡眠薬の入手先（過去1年に睡眠薬を使用した人）（複数回答）（%）

	男	女	全体
常備薬	2 (3.1)	1 (.8)	3 (1.6)
医院・病院	1 (1.5)	11 (8.9)	12 (6.4)
薬局・薬店	55 (84.6)	106 (86.2)	161 (85.6)
家族	10 (15.4)	6 (4.9)	16 (8.5)
友人・知人	0 (0)	3 (2.4)	3 (1.6)
愛人・恋人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
その他	0 (0)	1 (.8)	1 (.5)
入手先不明	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	1 (1.5)	1 (.8)	2 (1.1)
合計	65 (100.0)	123 (100.0)	188 (100.0)

表35 睡眠薬の使用理由（過去1年に睡眠薬を使用した人）（複数回答）（%）

	男	女	全体
不眠改善	53 (81.5)	103 (83.7)	156 (83.0)
不安解消	6 (9.2)	13 (10.6)	19 (10.1)
ストレス軽減	5 (7.7)	9 (7.3)	14 (7.4)
高血圧の治療	5 (7.7)	10 (8.1)	15 (8.0)
遊び・快感目的	0 (0)	0 (0)	0 (0)
その他	5 (7.7)	8 (6.5)	13 (6.9)
使用目的不明	3 (4.6)	1 (.8)	4 (2.1)
合計	65 (100.0)	123 (100.0)	188 (100.0)

表36 睡眠薬使用の実情・心情（%）

	男	女	全体
必要がないので考えたことがない	1320 (88.5)	1290 (82.4)	2610 (85.4)
必要なときは心配せずに使っている	63 (4.2)	78 (5.0)	141 (4.6)
心配もあるがどちらかといえば使う	54 (3.6)	97 (6.2)	151 (4.9)
心配だからどちらかというと使わない	15 (1.0)	45 (2.9)	60 (2.0)
心配だからとにかく使わない	14 (.9)	24 (1.5)	38 (1.2)
不明	3 (.2)	3 (.2)	6 (.2)
無回答	23 (1.5)	28 (1.8)	51 (1.7)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表37 聞いたことのある薬物名（複数回答）（%）

	男	女	全体
有機溶剤	425 (28.5)	156 (10.0)	581 (19.0)
シンナー	1201 (80.5)	1257 (80.3)	2458 (80.4)
トルエン	732 (49.1)	512 (32.7)	1244 (40.7)
大麻	1354 (90.8)	1390 (88.8)	2744 (89.8)
マリファナ	1169 (78.4)	1181 (75.5)	2350 (76.9)
ハシッシ	325 (21.8)	186 (11.9)	511 (16.7)
覚せい剤	1281 (85.9)	1349 (86.2)	2630 (86.0)
ヒロポン	882 (59.1)	691 (44.2)	1573 (51.5)
シャブ	1024 (68.6)	981 (62.7)	2005 (65.6)
スピード	603 (40.4)	516 (33.0)	1119 (36.6)
エス	222 (14.9)	239 (15.3)	461 (15.1)
麻薬	1252 (83.9)	1302 (83.2)	2554 (83.5)
モルヒネ	1216 (81.5)	1253 (80.1)	2469 (80.8)
ヘロイン	1089 (73.0)	1040 (66.5)	2129 (69.6)
コカイン	1217 (81.6)	1237 (79.0)	2454 (80.3)
クラック	330 (22.1)	155 (9.9)	485 (15.9)
LSD	759 (50.9)	550 (35.1)	1309 (42.8)
アシッド	84 (5.6)	48 (3.1)	132 (4.3)
MDMA	250 (16.8)	139 (8.9)	389 (12.7)
エックス	89 (6.0)	66 (4.2)	155 (5.1)
エクスタシー	427 (28.6)	341 (21.8)	768 (25.1)
マジック・マッシュルーム	480 (32.2)	414 (26.5)	894 (29.2)
すべて知らない	56 (3.8)	56 (3.6)	112 (3.7)
無回答	51 (3.4)	62 (4.0)	113 (3.7)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

左端のカッコは同じものであることを意味している。

表37-2 聞いたことのある薬物名（複数回答）（%）

	10歳代		20歳代		30歳代		40歳代		50歳代		60歳代		70歳代以上		無回答	全体
	度数	(列%)	度数	(列%)	度数	(列%)	度数	(列%)	度数	(列%)	度数	(列%)	度数	(列%)	度数	(列%)
有機溶剤	40	21.5	62	18.6	106	21.4	131	28.2	126	20.1	91	15.2	25	7.1	0	581
シンナー	166	89.2	302	90.4	436	87.9	403	86.9	501	79.9	425	71	225	64.1	0	2458
トルエン	28	15.1	114	34.1	289	58.3	288	62.1	254	40.5	205	34.4	65	18.5	0	1244
大麻	169	90.9	319	95.5	473	95.4	441	95	557	88.8	517	86.3	268	76.4	0	2744
マリファナ	148	79.6	293	87.7	430	86.7	409	88.1	480	76.6	417	69.6	173	49.3	0	2350
ハシッシ	8	4.3	45	13.5	116	23.4	130	28	131	20.9	62	10.4	19	5.4	0	511
覚せい剤	173	93	319	95.5	458	92.3	429	92.5	544	86.8	486	81.1	221	63	0	2630
ヒロポン	34	18.3	117	35	213	42.9	281	60.6	340	54.2	393	65.6	195	55.6	0	1573
シャブ	104	55.9	258	77.2	397	80	369	79.5	408	65.1	339	56.6	130	37	0	2005
スピード	115	61.8	229	68.6	313	63.1	243	52.4	150	23.9	60	10	9	2.6	0	1119
エス	77	41.4	129	38.6	144	29	64	13.8	30	4.8	14	2.3	3	0.9	0	461
麻薬	162	87.1	301	90.1	449	90.5	421	90.7	521	83.1	472	78.8	228	65	0	2554
モルヒネ	114	61.3	276	82.6	428	86.3	418	90.1	522	83.3	474	79.1	237	67.5	0	2469
ヘロイン	104	55.9	230	68.9	399	80.4	384	82.8	447	71.3	388	64.8	177	50.4	0	2129
コカイン	149	80.1	296	88.6	448	90.3	417	89.9	507	80.9	452	75.5	185	52.7	0	2454
クラック	19	10.2	51	15.3	123	24.8	124	26.7	107	17.1	53	8.8	8	2.3	0	485
LSD	67	36	162	48.5	270	54.4	282	60.8	301	48	181	30.2	46	13.1	0	1309
アシッド	12	6.5	33	9.9	52	10.5	19	4.1	13	2.1	1	0.2	2	0.6	0	132
MDMA	42	22.6	70	21	95	19.2	67	14.4	60	9.6	40	6.7	15	4.3	0	389
エクスタシー	22	11.8	29	8.7	55	11.1	29	6.3	14	2.2	5	0.8	1	0.3	0	155
エクスタシー	51	27.4	147	44	219	44.2	161	34.7	120	19.1	53	8.8	17	4.8	0	768
マジック・マッシュルーム	102	54.8	193	57.8	283	57.1	176	37.9	82	13.1	45	7.5	13	3.7	0	894
すべて知らない	3	1.6	7	2.1	12	2.4	12	2.6	24	3.8	26	4.3	28	8	0	112
無回答	3	1.6	3	0.9	7	1.4	8	1.7	31	4.9	29	4.8	32	9.1	0	113
合計	186	100	334	100	496	100	464	100	627	100	599	100	351	100	0	3057

表38 薬物乱用を繰り返すと依存状態になることを知っているか？（%）

	男	女	全体
知っている	1437 (96.3)	1480 (94.6)	2917 (95.4)
知らない	46 (3.1)	74 (4.7)	120 (3.9)
無回答	9 (.6)	11 (.7)	20 (.7)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表39 「シンナー遊び」で死亡すること（急性中毒死）があることを知っているか？（%）

	男	女	全体
知っている	1273 (85.3)	1263 (80.7)	2536 (83.0)
知らない	210 (14.1)	288 (18.4)	498 (16.3)
無回答	9 (.6)	14 (.9)	23 (.8)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表40 「シンナー遊び」で幻視・幻聴・妄想などの精神病状態になることがあることを知っているか？（%）

	男	女	全体
知っている	1301 (87.2)	1371 (87.6)	2672 (87.4)
知らない	173 (11.6)	179 (11.4)	352 (11.5)
無回答	18 (1.2)	15 (1.0)	33 (1.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表41 「シンナー遊び」でフラッシュバック現象があることを知っているか？（%）

	男	女	全体
知っている	1025 (68.7)	1001 (64.0)	2026 (66.3)
知らない	447 (30.0)	543 (34.7)	990 (32.4)
無回答	20 (1.3)	21 (1.3)	41 (1.3)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表42 「シンナー遊び」で無動機症候群になることがあることを知っているか？（%）

	男	女	全体
知っている	1018 (68.2)	1053 (67.3)	2071 (67.7)
知らない	452 (30.3)	493 (31.5)	945 (30.9)
無回答	22 (1.5)	19 (1.2)	41 (1.3)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表43 「シンナー遊び」をする人数の印象（%）

	男	女	全体
以前より増えている	239 (16.0)	345 (22.0)	584 (19.1)
変わらない	159 (10.7)	128 (8.2)	287 (9.4)
以前より減っている	168 (11.3)	112 (7.2)	280 (9.2)
わからない	881 (59.0)	952 (60.8)	1833 (60.0)
無回答	45 (3.0)	28 (1.8)	73 (2.4)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表44 身近な人で「シンナー遊び」をこれまでにに行ったことのある人を知っているか？（%）

	男	女	全体
知らない	1203 (80.6)	1328 (84.9)	2531 (82.8)
知っている	266 (17.8)	219 (14.0)	485 (15.9)
無回答	23 (1.5)	18 (1.2)	41 (1.3)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表45 身近な人で「シンナー遊び」をこれまでにに行ったことのある人を知っているか？

	「シンナー遊び」をした人			(年齢群別) (%)	
	知らない	知っている	無回答	度数	列%
15-19 歳	169 (6.7)	17 (3.5)	0 (0)	186	(6.1)
20-24 歳	132 (5.2)	21 (4.3)	0 (0)	153	(5.0)
25-29 歳	142 (5.6)	38 (7.8)	1 (2.4)	181	(5.9)
30-34 歳	165 (6.5)	72 (14.8)	5 (12.2)	242	(7.9)
35-39 歳	168 (6.6)	81 (16.7)	5 (12.2)	254	(8.3)
40-44 歳	166 (6.6)	60 (12.4)	0 (0)	226	(7.4)
45-49 歳	184 (7.3)	54 (11.1)	0 (0)	238	(7.8)
50-54 歳	239 (9.4)	41 (8.5)	5 (12.2)	285	(9.3)
55-59 歳	303 (12.0)	35 (7.2)	4 (9.8)	342	(11.2)
60-64 歳	280 (11.1)	27 (5.6)	9 (22.0)	316	(10.3)
65-69 歳	260 (10.3)	21 (4.3)	2 (4.9)	283	(9.3)
70 歳以上	323 (12.8)	18 (3.7)	10 (24.4)	351	(11.5)
合計	2531 (100.0)	485 (100.0)	41 (100.0)	3057	(100.0)

表46 身近な人で、「シンナー遊び」をこれまでに行ったことのある人を何人知っているか？
(「シンナー遊び」をこれまでに行ったことのある人を知っている者のみ) (%)

	男	女	全体
1人	53 (19.9)	78 (35.6)	131 (27.0)
2人	54 (20.3)	40 (18.3)	94 (19.4)
3人	51 (19.2)	34 (15.5)	85 (17.5)
4人	8 (3.0)	4 (1.8)	12 (2.5)
5人	24 (9.0)	15 (6.8)	39 (8.0)
6人	8 (3.0)	10 (4.6)	18 (3.7)
7人	3 (1.1)	1 (.5)	4 (.8)
8人	1 (.4)	3 (1.4)	4 (.8)
10人	29 (10.9)	15 (6.8)	44 (9.1)
15人	0 (0)	3 (1.4)	3 (.6)
20人	13 (4.9)	4 (1.8)	17 (3.5)
28人	0 (0)	1 (.5)	1 (.2)
30人	7 (2.6)	2 (.9)	9 (1.9)
50人	2 (.8)	0 (0)	2 (.4)
100人	3 (1.1)	1 (.5)	4 (.8)
無回答	10 (3.8)	8 (3.7)	18 (3.7)
合計	266 (100.0)	219 (100.0)	485 (100.0)
平均±SD	6.65±12.53 n=256	4.29±8.18 n=211	5.58±10.84 n=467

表47 身近な人で、この1年間に「シンナー遊び」を行ったことのある人を知っているか？ (%)

	男	女	全体
知らない	1419 (95.1)	1516 (96.9)	2935 (96.0)
知っている	48 (3.2)	24 (1.5)	72 (2.4)
無回答	25 (1.7)	25 (1.6)	50 (1.6)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表48 身近な人で、この1年間に「シンナー遊び」を行ったことのある人を知っているか？

過去1年「シンナー遊び」をした人 (年齢群別) (%)				
	合計			
	知らない	知っている	無回答	度数 列 %
15-19 歳	176 (6.0)	9 (12.5)	1 (2.0)	186 (6.1)
20-24 歳	150 (5.1)	3 (4.2)	0 (0)	153 (5.0)
25-29 歳	176 (6.0)	4 (5.6)	1 (2.0)	181 (5.9)
30-34 歳	232 (7.9)	6 (8.3)	4 (8.0)	242 (7.9)
35-39 歳	243 (8.3)	6 (8.3)	5 (10.0)	254 (8.3)
40-44 歳	217 (7.4)	9 (12.5)	0 (0)	226 (7.4)
45-49 歳	231 (7.9)	5 (6.9)	2 (4.0)	238 (7.8)
50-54 歳	276 (9.4)	2 (2.8)	7 (14.0)	285 (9.3)
55-59 歳	329 (11.2)	6 (8.3)	7 (14.0)	342 (11.2)
60-64 歳	297 (10.1)	10 (13.9)	9 (18.0)	316 (10.3)
65-69 歳	271 (9.2)	6 (8.3)	6 (12.0)	283 (9.3)
70 歳以上	337 (11.5)	6 (8.3)	8 (16.0)	351 (11.5)
合計	2935 (100.0)	72 (100.0)	50 (100.0)	3057 (100.0)

表49 身近な人で、この1年間に「シンナー遊び」を行ったことのある人を何人知っているか？

(過去1年使用者を知っている人のみ) (%)			
	男	女	全体
1人	9 (18.8)	9 (37.5)	18 (25.0)
2人	9 (18.8)	6 (25.0)	15 (20.8)
3人	7 (14.6)	3 (12.5)	10 (13.9)
5人	5 (10.4)	3 (12.5)	8 (11.1)
6人	1 (2.1)	1 (4.2)	2 (2.8)
10人	5 (10.4)	0 (0)	5 (6.9)
16人	1 (2.1)	0 (0)	1 (1.4)
20人	5 (10.4)	1 (4.2)	6 (8.3)
30人	1 (2.1)	0 (0)	1 (1.4)
無回答	5 (10.4)	1 (4.2)	6 (8.3)
合計	48 (100.0)	24 (100.0)	72 (100.0)
平均±SD	6.40±7.18 n=43	3.09±4.00 n=23	5.24±6.42 n=66

表50 これまでに「シンナー遊び」に誘われたことがあるか？ (生涯被誘惑経験) (%)

	男	女	全体
ない	1426 (95.6)	1510 (96.5)	2936 (96.0)
1年より前にのみあった	48 (3.2)	37 (2.4)	85 (2.8)
1年より前にも、この1年間にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	1 (.1)	0 (0)	1 (.0)
無回答	17 (1.1)	18 (1.2)	35 (1.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表51 「シンナー遊び」被誘惑経験 (年齢群別) (%)

	「シンナー遊び」に誘われた経験				合計	
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19 歳	182 (6.2)	3 (3.5)	1 (100.0)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24 歳	146 (5.0)	7 (8.2)	0 (0)	0 (0)	153 (5.0)	
25-29 歳	176 (6.0)	4 (4.7)	0 (0)	1 (2.9)	181 (5.9)	
30-34 歳	219 (7.5)	19 (22.4)	0 (0)	4 (11.4)	242 (7.9)	
35-39 歳	228 (7.8)	23 (27.1)	0 (0)	3 (8.6)	254 (8.3)	
40-44 歳	213 (7.3)	12 (14.1)	0 (0)	1 (2.9)	226 (7.4)	
45-49 歳	229 (7.8)	9 (10.6)	0 (0)	0 (0)	238 (7.8)	
50-54 歳	275 (9.4)	6 (7.1)	0 (0)	4 (11.4)	285 (9.3)	
55-59 歳	340 (11.6)	0 (0)	0 (0)	2 (5.7)	342 (11.2)	
60-64 歳	307 (10.5)	0 (0)	0 (0)	9 (25.7)	316 (10.3)	
65-69 歳	278 (9.5)	1 (1.2)	0 (0)	4 (11.4)	283 (9.3)	
70 歳以上	343 (11.7)	1 (1.2)	0 (0)	7 (20.0)	351 (11.5)	
合計	2936 (100.0)	85 (100.0)	1 (100.0)	35 (100.0)	3057 (100.0)	

表52 「シンナー遊び」被誘惑経験 (年齢群別) (%)

	「シンナー遊び」に誘われた経験					合計	
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	行 %	
15-19歳	182 (97.8)	3 (1.6)	1 (.5)	0 (0)	186 (100.0)		
20-24歳	146 (95.4)	7 (4.6)	0 (0)	0 (0)	153 (100.0)		
25-29歳	176 (97.2)	4 (2.2)	0 (0)	1 (.6)	181 (100.0)		
30-34歳	219 (90.5)	19 (7.9)	0 (0)	4 (1.7)	242 (100.0)		
35-39歳	228 (89.8)	23 (9.1)	0 (0)	3 (1.2)	254 (100.0)		
40-44歳	213 (94.2)	12 (5.3)	0 (0)	1 (.4)	226 (100.0)		
45-49歳	229 (96.2)	9 (3.8)	0 (0)	0 (0)	238 (100.0)		
50-54歳	275 (96.5)	6 (2.1)	0 (0)	4 (1.4)	285 (100.0)		
55-59歳	340 (99.4)	0 (0)	0 (0)	2 (.6)	342 (100.0)		
60-64歳	307 (97.2)	0 (0)	0 (0)	9 (2.8)	316 (100.0)		
65-69歳	278 (98.2)	1 (.4)	0 (0)	4 (1.4)	283 (100.0)		
70歳以上	343 (97.7)	1 (.3)	0 (0)	7 (2.0)	351 (100.0)		
合計	2936 (96.0)	85 (2.8)	1 (.5)	35 (1.1)	3057 (100.0)		

表53 これまでに「シンナー遊び」を1回でも行ったことのある経験 (生涯経験) (%)

	男	女	全体
ない	1454 (97.5)	1534 (98.0)	2988 (97.7)
1年より前にのみあった	23 (1.5)	17 (1.1)	40 (1.3)
1年より前にも、この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	15 (1.0)	14 (.9)	29 (.9)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表54 これまでに「シンナー遊び」を1回でも行ったことのある経験 (年齢群別) (%)

	「シンナー遊び」経験				合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %	
15-19歳	185 (6.2)	1 (2.5)	0 (0)	186 (6.1)		
20-24歳	152 (5.1)	1 (2.5)	0 (0)	153 (5.0)		
25-29歳	178 (6.0)	2 (5.0)	1 (3.4)	181 (5.9)		
30-34歳	230 (7.7)	8 (20.0)	4 (13.8)	242 (7.9)		
35-39歳	236 (7.9)	15 (37.5)	3 (10.3)	254 (8.3)		
40-44歳	223 (7.5)	3 (7.5)	0 (0)	226 (7.4)		
45-49歳	232 (7.8)	6 (15.0)	0 (0)	238 (7.8)		
50-54歳	278 (9.3)	3 (7.5)	4 (13.8)	285 (9.3)		
55-59歳	339 (11.3)	1 (2.5)	2 (6.9)	342 (11.2)		
60-64歳	309 (10.3)	0 (0)	7 (24.1)	316 (10.3)		
65-69歳	279 (9.3)	0 (0)	4 (13.8)	283 (9.3)		
70歳以上	347 (11.6)	0 (0)	4 (13.8)	351 (11.5)		
合計	2988 (100.0)	40 (100.0)	29 (100.0)	3057 (100.0)		

表55 これまでに「シンナー遊び」を1回でも行ったことのある経験 (年齢群別) (%)

	「シンナー遊び」経験				合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %	
15-19歳	185 (99.5)	1 (.5)	0 (0)	186 (100.0)		
20-24歳	152 (99.3)	1 (.7)	0 (0)	153 (100.0)		
25-29歳	178 (98.3)	2 (1.1)	1 (.6)	181 (100.0)		
30-34歳	230 (95.0)	8 (3.3)	4 (1.7)	242 (100.0)		
35-39歳	236 (92.9)	15 (5.9)	3 (1.2)	254 (100.0)		
40-44歳	223 (98.7)	3 (1.3)	0 (0)	226 (100.0)		
45-49歳	232 (97.5)	6 (2.5)	0 (0)	238 (100.0)		
50-54歳	278 (97.5)	3 (1.1)	4 (1.4)	285 (100.0)		
55-59歳	339 (99.1)	1 (.3)	2 (.6)	342 (100.0)		
60-64歳	309 (97.8)	0 (0)	7 (2.2)	316 (100.0)		
65-69歳	279 (98.6)	0 (0)	4 (1.4)	283 (100.0)		
70歳以上	347 (98.9)	0 (0)	4 (1.1)	351 (100.0)		
合計	2988 (97.7)	40 (1.3)	29 (.9)	3057 (100.0)		

表56 大麻を吸っている人の人数の印象 (%)

	男	女	全体
以前より増えている	437 (29.3)	537 (34.3)	974 (31.9)
変わらない	124 (8.3)	76 (4.9)	200 (6.5)
以前より減っている	16 (1.1)	14 (.9)	30 (1.0)
わからない	891 (59.7)	918 (58.7)	1809 (59.2)
無回答	24 (1.6)	20 (1.3)	44 (1.4)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表57 大麻の吸引により精神病状態・フラッシュバック・無動機症候群になることがあることを

	知っているか? (%)		
	男	女	全体
知っている	1052 (70.5)	1131 (72.3)	2183 (71.4)
知らない	421 (28.2)	418 (26.7)	839 (27.4)
無回答	19 (1.3)	16 (1.0)	35 (1.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表58 大麻をこれまでに吸ったことのある人を知っているか? (%)

	男	女	全体
知らない	1394 (93.4)	1497 (95.7)	2891 (94.6)
知っている	82 (5.5)	56 (3.6)	138 (4.5)
無回答	16 (1.1)	12 (.8)	28 (.9)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表59 大麻をこれまでに吸ったことのある人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	大麻を吸った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19 歳	181 (6.3)	5 (3.6)	0 (0)	186	(6.1)
20-24 歳	139 (4.8)	14 (10.1)	0 (0)	153	(5.0)
25-29 歳	166 (5.7)	14 (10.1)	1 (3.6)	181	(5.9)
30-34 歳	210 (7.3)	29 (21.0)	3 (10.7)	242	(7.9)
35-39 歳	232 (8.0)	22 (15.9)	0 (0)	254	(8.3)
40-44 歳	213 (7.4)	13 (9.4)	0 (0)	226	(7.4)
45-49 歳	228 (7.9)	10 (7.2)	0 (0)	238	(7.8)
50-54 歳	270 (9.3)	9 (6.5)	6 (21.4)	285	(9.3)
55-59 歳	333 (11.5)	6 (4.3)	3 (10.7)	342	(11.2)
60-64 歳	304 (10.5)	5 (3.6)	7 (25.0)	316	(10.3)
65-69 歳	274 (9.5)	5 (3.6)	4 (14.3)	283	(9.3)
70 歳以上	341 (11.8)	6 (4.3)	4 (14.3)	351	(11.5)
合計	2891 (100.0)	138 (100.0)	28 (100.0)	3057	(100.0)

表60 大麻をこれまでに吸ったことのある人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	大麻を吸った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	行 %
15-19 歳	181 (97.3)	5 (2.7)	0 (0)	186	(100.0)
20-24 歳	139 (90.8)	14 (9.2)	0 (0)	153	(100.0)
25-29 歳	166 (91.7)	14 (7.7)	1 (6)	181	(100.0)
30-34 歳	210 (86.8)	29 (12.0)	3 (1.2)	242	(100.0)
35-39 歳	232 (91.3)	22 (8.7)	0 (0)	254	(100.0)
40-44 歳	213 (94.2)	13 (5.8)	0 (0)	226	(100.0)
45-49 歳	228 (95.8)	10 (4.2)	0 (0)	238	(100.0)
50-54 歳	270 (94.7)	9 (3.2)	6 (2.1)	285	(100.0)
55-59 歳	333 (97.4)	6 (1.8)	3 (9)	342	(100.0)
60-64 歳	304 (96.2)	5 (1.6)	7 (2.2)	316	(100.0)
65-69 歳	274 (96.8)	5 (1.8)	4 (1.4)	283	(100.0)
70 歳以上	341 (97.2)	6 (1.7)	4 (1.1)	351	(100.0)
合計	2891 (94.6)	138 (4.5)	28 (9)	3057	(100.0)

表61 大麻をこれまでに吸ったことのある人を何人知っているか？ (%)

	男	女	全体
1人	23 (28.0)	20 (35.7)	43 (31.2)
2人	17 (20.7)	8 (14.3)	25 (18.1)
3人	8 (9.8)	6 (10.7)	14 (10.1)
4人	3 (3.7)	0 (0)	3 (2.2)
5人	7 (8.5)	6 (10.7)	13 (9.4)
6人	2 (2.4)	3 (5.4)	5 (3.6)
7人	2 (2.4)	1 (1.8)	3 (2.2)
8人	1 (1.2)	1 (1.8)	2 (1.4)
10人	7 (8.5)	4 (7.1)	11 (8.0)
12人	1 (1.2)	0 (0)	1 (0.7)
14人	0 (0)	1 (1.8)	1 (0.7)
15人	0 (0)	1 (1.8)	1 (0.7)
20人	1 (1.2)	1 (1.8)	2 (1.4)
30人	1 (1.2)	1 (1.8)	2 (1.4)
40人	0 (0)	1 (1.8)	1 (0.7)
100人	2 (2.4)	0 (0)	2 (1.4)
無回答	7 (8.5)	2 (3.6)	9 (6.5)
合計	82 (100.0)	56 (100.0)	138 (100.0)
平均 ± SD	6.59 ± 16.24 n=75	5.11 ± 7.25 n=54	5.97 ± 13.22 n=129

表62 大麻をこの1年間に吸った人を知っているか？ (%)

	男	女	全体
知らない	1467 (98.3)	1543 (98.6)	3010 (98.5)
知っている	6 (4)	2 (1)	8 (3)
無回答	19 (1.3)	20 (1.3)	39 (1.3)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表63 大麻をこの1年間に吸った人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	過去1年大麻を吸った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19 歳	183 (6.1)	3 (11.1)	0 (0)	186	(6.1)
20-24 歳	148 (4.9)	4 (14.8)	1 (3.0)	153	(5.0)
25-29 歳	178 (5.9)	2 (7.4)	1 (3.0)	181	(5.9)
30-34 歳	233 (7.8)	5 (18.5)	4 (12.1)	242	(7.9)
35-39 歳	253 (8.4)	1 (3.7)	0 (0)	254	(8.3)
40-44 歳	223 (7.4)	3 (11.1)	0 (0)	226	(7.4)
45-49 歳	236 (7.9)	1 (3.7)	1 (3.0)	238	(7.8)
50-54 歳	279 (9.3)	1 (3.7)	5 (15.2)	285	(9.3)
55-59 歳	337 (11.2)	1 (3.7)	4 (12.1)	342	(11.2)
60-64 歳	308 (10.3)	1 (3.7)	7 (21.2)	316	(10.3)
65-69 歳	276 (9.2)	3 (11.1)	4 (12.1)	283	(9.3)
70 歳以上	343 (11.4)	2 (7.4)	6 (18.2)	351	(11.5)
合計	2997 (100.0)	27 (100.0)	33 (100.0)	3057	(100.0)

表64 大麻をこの1年間に吸った人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	過去1年大麻を吸った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	行 %
15-19 歳	183 (98.4)	3 (1.6)	0 (0)	186	(100.0)
20-24 歳	148 (96.7)	4 (2.6)	1 (0.7)	153	(100.0)
25-29 歳	178 (98.3)	2 (1.1)	1 (0.6)	181	(100.0)
30-34 歳	233 (96.3)	5 (2.1)	4 (1.7)	242	(100.0)
35-39 歳	253 (99.6)	1 (0.4)	0 (0)	254	(100.0)
40-44 歳	223 (98.7)	3 (1.3)	0 (0)	226	(100.0)
45-49 歳	236 (99.2)	1 (0.4)	1 (0.4)	238	(100.0)
50-54 歳	279 (97.9)	1 (0.4)	5 (1.8)	285	(100.0)
55-59 歳	337 (98.5)	1 (0.3)	4 (1.2)	342	(100.0)
60-64 歳	308 (97.5)	1 (0.3)	7 (2.2)	316	(100.0)
65-69 歳	276 (97.5)	3 (1.1)	4 (1.4)	283	(100.0)
70 歳以上	343 (97.7)	2 (0.6)	6 (1.7)	351	(100.0)
合計	2997 (98.0)	27 (0.9)	33 (1.1)	3057	(100.0)

表65 大麻をこの1年間に使用した人を何人知っているか？ (%)

	男	女	全体
1人	7 (41.2)	6 (60.0)	13 (48.1)
2人	3 (17.6)	3 (30.0)	6 (22.2)
3人	1 (5.9)	0 (0)	1 (3.7)
7人	0 (0)	1 (10.0)	1 (3.7)
10人	1 (5.9)	0 (0)	1 (3.7)
30人	1 (5.9)	0 (0)	1 (3.7)
100人	1 (5.9)	0 (0)	1 (3.7)
無回答	3 (17.6)	0 (0)	3 (11.1)
合計	17 (100.0)	10 (100.0)	27 (100.0)
平均 ± SD	11.14 ± 26.73 n=14	1.90 ± 1.85 n=10	7.29 ± 20.66 n=24

表66 これまでに大麻使用に誘われた経験（生涯被誘惑経験）（%）

	男	女	全体
ない	1432 (96.0)	1531 (97.8)	2963 (96.9)
1年より前にのみあった	39 (2.6)	19 (1.2)	58 (1.9)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	1 (0.1)	2 (0.1)	3 (0.1)
無回答	20 (1.3)	13 (0.8)	33 (1.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表67 大麻の生涯被誘惑経験（年齢群別）（%）

	大麻使用に誘われた経験			合計		
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	183 (6.2)	2 (3.4)	1 (33.3)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24歳	141 (4.8)	8 (13.8)	1 (33.3)	3 (9.1)	153 (5.0)	
25-29歳	175 (5.9)	4 (6.9)	0 (0)	2 (6.1)	181 (5.9)	
30-34歳	225 (7.6)	13 (22.4)	1 (33.3)	3 (9.1)	242 (7.9)	
35-39歳	244 (8.2)	10 (17.2)	0 (0)	0 (0)	254 (8.3)	
40-44歳	219 (7.4)	7 (12.1)	0 (0)	0 (0)	226 (7.4)	
45-49歳	230 (7.8)	8 (13.8)	0 (0)	0 (0)	238 (7.8)	
50-54歳	278 (9.4)	3 (5.2)	0 (0)	4 (12.1)	285 (9.3)	
55-59歳	333 (11.2)	2 (3.4)	0 (0)	7 (21.2)	342 (11.2)	
60-64歳	309 (10.4)	0 (0)	0 (0)	7 (21.2)	316 (10.3)	
65-69歳	278 (9.4)	1 (1.7)	0 (0)	4 (12.1)	283 (9.3)	
70歳以上	348 (11.7)	0 (0)	0 (0)	3 (9.1)	351 (11.5)	
合計	2963 (100.0)	58 (100.0)	3 (100.0)	33 (100.0)	3057 (100.0)	

表68 大麻の生涯被誘惑経験（年齢群別）（%）

	大麻使用に誘われた経験			合計		
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	行 %
15-19歳	183 (98.4)	2 (1.1)	1 (0.5)	0 (0)	186 (100.0)	
20-24歳	141 (92.2)	8 (5.2)	1 (0.7)	3 (2.0)	153 (100.0)	
25-29歳	175 (96.7)	4 (2.2)	0 (0)	2 (1.1)	181 (100.0)	
30-34歳	225 (93.0)	13 (5.4)	1 (0.4)	3 (1.2)	242 (100.0)	
35-39歳	244 (96.1)	10 (3.9)	0 (0)	0 (0)	254 (100.0)	
40-44歳	219 (96.9)	7 (3.1)	0 (0)	0 (0)	226 (100.0)	
45-49歳	230 (96.6)	8 (3.4)	0 (0)	0 (0)	238 (100.0)	
50-54歳	278 (97.5)	3 (1.1)	0 (0)	4 (1.4)	285 (100.0)	
55-59歳	333 (97.4)	2 (0.6)	0 (0)	7 (2.0)	342 (100.0)	
60-64歳	309 (97.8)	0 (0)	0 (0)	7 (2.2)	316 (100.0)	
65-69歳	278 (98.2)	1 (0.4)	0 (0)	4 (1.4)	283 (100.0)	
70歳以上	348 (99.1)	0 (0)	0 (0)	3 (0.9)	351 (100.0)	
合計	2963 (96.9)	58 (1.9)	3 (0.1)	33 (1.1)	3057 (100.0)	

表69 これまでに大麻を使用した経験（大麻生涯経験率）（%）

	男	女	全体
ない	1451 (97.3)	1543 (98.6)	2994 (97.9)
1年より前にのみあった	23 (1.5)	10 (0.6)	33 (1.1)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	1 (0.1)	1 (0.0)
無回答	18 (1.2)	11 (0.7)	29 (0.9)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表70 これまでの大麻の使用経験（年齢群別）（%）

	大麻使用経験			合計		
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	186 (6.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24歳	148 (4.9)	4 (12.1)	0 (0)	1 (3.4)	153 (5.0)	
25-29歳	177 (5.9)	3 (9.1)	0 (0)	1 (3.4)	181 (5.9)	
30-34歳	228 (7.6)	9 (27.3)	1 (100.0)	4 (13.8)	242 (7.9)	
35-39歳	248 (8.3)	6 (18.2)	0 (0)	0 (0)	254 (8.3)	
40-44歳	222 (7.4)	4 (12.1)	0 (0)	0 (0)	226 (7.4)	
45-49歳	235 (7.8)	3 (9.1)	0 (0)	0 (0)	238 (7.8)	
50-54歳	278 (9.3)	3 (9.1)	0 (0)	4 (13.8)	285 (9.3)	
55-59歳	338 (11.3)	0 (0)	0 (0)	4 (13.8)	342 (11.2)	
60-64歳	310 (10.4)	0 (0)	0 (0)	6 (20.7)	316 (10.3)	
65-69歳	279 (9.3)	1 (3.0)	0 (0)	3 (10.3)	283 (9.3)	
70歳以上	345 (11.5)	0 (0)	0 (0)	6 (20.7)	351 (11.5)	
合計	2994 (100.0)	33 (100.0)	1 (100.0)	29 (100.0)	3057 (100.0)	

表71 これまでの大麻の使用経験（年齢群別）（%）

	大麻使用経験			合計		
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	186 (100.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	186 (100.0)	
20-24歳	148 (96.7)	4 (2.6)	0 (0)	1 (0.7)	153 (100.0)	
25-29歳	177 (97.8)	3 (1.7)	0 (0)	1 (0.6)	181 (100.0)	
30-34歳	228 (94.2)	9 (3.7)	1 (0.4)	4 (1.7)	242 (100.0)	
35-39歳	248 (97.6)	6 (2.4)	0 (0)	0 (0)	254 (100.0)	
40-44歳	222 (98.2)	4 (1.8)	0 (0)	0 (0)	226 (100.0)	
45-49歳	235 (98.7)	3 (1.3)	0 (0)	0 (0)	238 (100.0)	
50-54歳	278 (97.5)	3 (1.1)	0 (0)	4 (1.4)	285 (100.0)	
55-59歳	338 (98.8)	0 (0)	0 (0)	4 (1.2)	342 (100.0)	
60-64歳	310 (98.1)	0 (0)	0 (0)	6 (1.9)	316 (100.0)	
65-69歳	279 (98.6)	1 (0.4)	0 (0)	3 (1.1)	283 (100.0)	
70歳以上	345 (98.3)	0 (0)	0 (0)	6 (1.7)	351 (100.0)	
合計	2994 (100.0)	33 (100.0)	1 (100.0)	29 (100.0)	3057 (100.0)	

表72 覚せい剤を使っている人の人数の印象（%）

	男	女	全体
以前より増えている	514 (34.5)	637 (40.7)	1151 (37.7)
変わらない	109 (7.3)	82 (5.2)	191 (6.2)
以前より減っている	16 (1.1)	12 (0.8)	28 (0.9)
わからない	829 (55.6)	812 (51.9)	1641 (53.7)
無回答	24 (1.6)	22 (1.4)	46 (1.5)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表73 覚せい剤使用により精神病状態になりやすく、フラッシュバック現象があることを知っているか？（%）

	男	女	全体
知っている	1141 (76.5)	1186 (75.8)	2327 (76.1)
知らない	326 (21.8)	355 (22.7)	681 (22.3)
無回答	25 (1.7)	24 (1.5)	49 (1.6)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表74 身近な人で、覚せい剤をこれまでに使用したことのある人を知っているか？ (%)

	男	女	全体
知らない	1382 (92.6)	1480 (94.6)	2862 (93.6)
知っている	93 (6.2)	67 (4.3)	160 (5.2)
無回答	17 (1.1)	18 (1.2)	35 (1.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表75 身近な人で、覚せい剤をこれまでに使用したことのある人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	覚せい剤を使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	180 (6.3)	5 (3.1)	1 (2.9)	186 (6.1)	
20-24歳	145 (5.1)	8 (5.0)	0 (0)	153 (5.0)	
25-29歳	172 (6.0)	8 (5.0)	1 (2.9)	181 (5.9)	
30-34歳	217 (7.6)	21 (13.1)	4 (11.4)	242 (7.9)	
35-39歳	230 (8.0)	24 (15.0)	0 (0)	254 (8.3)	
40-44歳	208 (7.3)	18 (11.3)	0 (0)	226 (7.4)	
45-49歳	222 (7.8)	16 (10.0)	0 (0)	238 (7.8)	
50-54歳	266 (9.3)	13 (8.1)	6 (17.1)	285 (9.3)	
55-59歳	326 (11.4)	11 (6.9)	5 (14.3)	342 (11.2)	
60-64歳	296 (10.3)	11 (6.9)	9 (25.7)	316 (10.3)	
65-69歳	264 (9.2)	14 (8.8)	5 (14.3)	283 (9.3)	
70歳以上	336 (11.7)	11 (6.9)	4 (11.4)	351 (11.5)	
合計	2862 (100.0)	160 (100.0)	35 (100.0)	3057 (100.0)	

表76 身近な人で、覚せい剤をこれまでに使用したことがある人を何人知っているか？ (%)

	男	女	全体
1人	37 (39.8)	32 (47.8)	69 (43.1)
2人	21 (22.6)	14 (20.9)	35 (21.9)
3人	11 (11.8)	2 (3.0)	13 (8.1)
4人	3 (3.2)	1 (1.5)	4 (2.5)
5人	2 (2.2)	9 (13.4)	11 (6.9)
6人	2 (2.2)	1 (1.5)	3 (1.9)
7人	0 (0)	1 (1.5)	1 (.6)
9人	0 (0)	1 (1.5)	1 (.6)
10人	7 (7.5)	2 (3.0)	9 (5.6)
15人	1 (1.1)	0 (0)	1 (.6)
18人	1 (1.1)	0 (0)	1 (.6)
20人	0 (0)	1 (1.5)	1 (.6)
30人	2 (2.2)	1 (1.5)	3 (1.9)
50人	1 (1.1)	0 (0)	1 (.6)
無回答	5 (5.4)	2 (3.0)	7 (4.4)
合計	93 (100.0)	67 (100.0)	160 (100.0)
平均±SD	4.08±7.17 n=88	3.18±4.60 n=65	3.70±6.21 n=153

表77 身近な人で、覚せい剤をこの1年間に使った人を知っているか？ (%)

	男	女	全体
知らない	1451 (97.3)	1536 (98.1)	2987 (97.7)
知っている	21 (1.4)	16 (1.0)	37 (1.2)
無回答	20 (1.3)	13 (.8)	33 (1.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表78 身近な人で、覚せい剤をこの1年間に使った人を知っているか？ (年齢群別) (%)

	過去1年覚せい剤を使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	183 (6.1)	3 (8.1)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24歳	151 (5.1)	2 (5.4)	0 (0)	153 (5.0)	
25-29歳	177 (5.9)	2 (5.4)	2 (6.1)	181 (5.9)	
30-34歳	235 (7.9)	3 (8.1)	4 (12.1)	242 (7.9)	
35-39歳	251 (8.4)	3 (8.1)	0 (0)	254 (8.3)	
40-44歳	222 (7.4)	4 (10.8)	0 (0)	226 (7.4)	
45-49歳	232 (7.8)	4 (10.8)	2 (6.1)	238 (7.8)	
50-54歳	276 (9.2)	4 (10.8)	5 (15.2)	285 (9.3)	
55-59歳	335 (11.2)	3 (8.1)	4 (12.1)	342 (11.2)	
60-64歳	306 (10.2)	2 (5.4)	8 (24.2)	316 (10.3)	
65-69歳	276 (9.2)	4 (10.8)	3 (9.1)	283 (9.3)	
70歳以上	343 (11.5)	3 (8.1)	5 (15.2)	351 (11.5)	
合計	2987 (100.0)	37 (100.0)	33 (100.0)	3057 (100.0)	

表79 身近な人で、覚せい剤をこの1年間に使った人を何人知っているか？ (%)

	男	女	全体
1人	6 (28.6)	11 (68.8)	17 (45.9)
2人	4 (19.0)	0 (0)	4 (10.8)
3人	3 (14.3)	0 (0)	3 (8.1)
4人	1 (4.8)	0 (0)	1 (2.7)
5人	0 (0)	3 (18.8)	3 (8.1)
9人	1 (4.8)	1 (6.3)	2 (5.4)
10人	3 (14.3)	1 (6.3)	4 (10.8)
30人	1 (4.8)	0 (0)	1 (2.7)
無回答	2 (9.5)	0 (0)	2 (5.4)
合計	21 (100.0)	16 (100.0)	37 (100.0)
平均±SD	5.05±6.92 n=19	2.81±3.06 n=16	4.03±5.54 n=35

表80 覚せい剤使用にこれまでに誘われた経験 (覚せい剤生涯被誘惑経験) (%)

	男	女	全体
ない	1459 (97.8)	1542 (98.5)	3001 (98.2)
1年より前にのみあった	14 (.9)	14 (.9)	28 (.9)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	19 (1.3)	9 (.6)	28 (.9)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表81 覚せい剤使用にこれまでに誘われた経験 (覚せい剤生涯被誘惑経験) (年齢群別) (%)

	覚せい剤使用に誘われた経験						合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %		度数	列 %
15-19歳	186 (6.2)	0 (0)	0 (0)	186	(6.1)			
20-24歳	148 (4.9)	5 (17.9)	0 (0)	153	(5.0)			
25-29歳	179 (6.0)	1 (3.6)	1 (3.6)	181	(5.9)			
30-34歳	231 (7.7)	7 (25.0)	4 (14.3)	242	(7.9)			
35-39歳	251 (8.4)	3 (10.7)	0 (0)	254	(8.3)			
40-44歳	222 (7.4)	3 (10.7)	1 (3.6)	226	(7.4)			
45-49歳	234 (7.8)	3 (10.7)	1 (3.6)	238	(7.8)			
50-54歳	281 (9.4)	0 (0)	4 (14.3)	285	(9.3)			
55-59歳	336 (11.2)	3 (10.7)	3 (10.7)	342	(11.2)			
60-64歳	310 (10.3)	0 (0)	6 (21.4)	316	(10.3)			
65-69歳	279 (9.3)	1 (3.6)	3 (10.7)	283	(9.3)			
70歳以上	344 (11.5)	2 (7.1)	5 (17.9)	351	(11.5)			
合計	3001 (100.0)	28 (100.0)	28 (100.0)	3057	(100.0)			

表82 覚せい剤使用にこれまでに誘われた経験 (覚せい剤生涯被誘惑経験) (年齢群別) (%)

	覚せい剤使用に誘われた経験						合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %		度数	行 %
15-19歳	186 (100.0)	0 (0)	0 (0)	186	(100.0)			
20-24歳	148 (96.7)	5 (3.3)	0 (0)	153	(100.0)			
25-29歳	179 (98.9)	1 (.6)	1 (.6)	181	(100.0)			
30-34歳	251 (98.8)	3 (1.2)	0 (0)	254	(100.0)			
40-44歳	222 (98.2)	3 (1.3)	1 (.4)	226	(100.0)			
45-49歳	234 (98.3)	3 (1.3)	1 (.4)	238	(100.0)			
50-54歳	281 (98.6)	0 (0)	4 (1.4)	285	(100.0)			
55-59歳	336 (98.2)	3 (.9)	3 (.9)	342	(100.0)			
60-64歳	310 (98.1)	0 (0)	6 (1.9)	316	(100.0)			
65-69歳	279 (98.6)	1 (.4)	3 (1.1)	283	(100.0)			
70歳以上	344 (98.0)	2 (.6)	5 (1.4)	351	(100.0)			
合計	3001 (98.2)	28 (.9)	28 (.9)	3057	(100.0)			

表83 覚せい剤使用のこれまでの経験 (覚せい剤生涯経験) (%)

	男	女	全体
ない	1474 (98.8)	1550 (99.0)	3024 (98.9)
1年より前にのみあった	3 (.2)	5 (.3)	8 (.3)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	15 (1.0)	10 (.6)	25 (.8)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表84 覚せい剤使用のこれまでの経験 (覚せい剤生涯経験) (年齢群別) (%)

	覚せい剤使用経験						合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %		度数	列 %
15-19歳	186 (6.2)	0 (0)	0 (0)	186	(6.1)			
20-24歳	151 (5.0)	2 (25.0)	0 (0)	153	(5.0)			
25-29歳	180 (6.0)	0 (0)	1 (4.0)	181	(5.9)			
30-34歳	234 (7.7)	3 (37.5)	5 (20.0)	242	(7.9)			
35-39歳	253 (8.4)	1 (12.5)	0 (0)	254	(8.3)			
40-44歳	226 (7.5)	0 (0)	0 (0)	226	(7.4)			
45-49歳	238 (7.9)	0 (0)	0 (0)	238	(7.8)			
50-54歳	281 (9.3)	0 (0)	4 (16.0)	285	(9.3)			
55-59歳	339 (11.2)	1 (12.5)	2 (8.0)	342	(11.2)			
60-64歳	309 (10.2)	1 (12.5)	6 (24.0)	316	(10.3)			
65-69歳	280 (9.3)	0 (0)	3 (12.0)	283	(9.3)			
70歳以上	347 (11.5)	0 (0)	4 (16.0)	351	(11.5)			
合計	3024 (100.0)	8 (100.0)	25 (100.0)	3057	(100.0)			

表85 覚せい剤使用のこれまでの経験 (覚せい剤生涯経験) (年齢群別) (%)

	覚せい剤使用経験						合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %		度数	行 %
15-19歳	186 (100.0)	0 (0)	0 (0)	186	(100.0)			
20-24歳	151 (98.7)	2 (1.3)	0 (0)	153	(100.0)			
25-29歳	180 (99.4)	0 (0)	1 (.6)	181	(100.0)			
30-34歳	234 (96.7)	3 (1.2)	5 (2.1)	242	(100.0)			
35-39歳	253 (99.6)	1 (.4)	0 (0)	254	(100.0)			
40-44歳	226 (100.0)	0 (0)	0 (0)	226	(100.0)			
45-49歳	238 (100.0)	0 (0)	0 (0)	238	(100.0)			
50-54歳	281 (98.6)	0 (0)	4 (1.4)	285	(100.0)			
55-59歳	339 (99.1)	1 (.3)	2 (.6)	342	(100.0)			
60-64歳	309 (97.8)	1 (.3)	6 (1.9)	316	(100.0)			
65-69歳	280 (98.9)	0 (0)	3 (1.1)	283	(100.0)			
70歳以上	347 (98.9)	0 (0)	4 (1.1)	351	(100.0)			
合計	3024 (98.9)	8 (.3)	25 (.8)	3057	(100.0)			

表86 ヘロイン使用者の人数の印象 (%)

	男	女	全体
以前より増えている	279 (18.7)	336 (21.5)	615 (20.1)
変わらない	152 (10.2)	102 (6.5)	254 (8.3)
以前より減っている	46 (3.1)	25 (1.6)	71 (2.3)
わからない	994 (66.6)	1085 (69.3)	2079 (68.0)
無回答	21 (1.4)	17 (1.1)	38 (1.2)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表87 身近な人で、ヘロインをこれまでに使ったことのある人を知っているか? (%)

	男	女	全体
知らない	1456 (97.6)	1543 (98.6)	2999 (98.1)
知っている	17 (1.1)	8 (.5)	25 (.8)
無回答	19 (1.3)	14 (.9)	33 (1.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表88 身近な人で、ヘロインをこれまでに使ったことのある人を知っているか？（年齢群別）（%）

	ヘロインを使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	185 (6.2)	1 (4.0)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24歳	150 (5.0)	1 (4.0)	2 (6.1)	153 (5.0)	
25-29歳	178 (5.9)	3 (12.0)	0 (0)	181 (5.9)	
30-34歳	241 (8.0)	0 (0)	1 (3.0)	242 (7.9)	
35-39歳	249 (8.3)	4 (16.0)	1 (3.0)	254 (8.3)	
40-44歳	223 (7.4)	3 (12.0)	0 (0)	226 (7.4)	
45-49歳	236 (7.9)	1 (4.0)	1 (3.0)	238 (7.8)	
50-54歳	279 (9.3)	1 (4.0)	5 (15.2)	285 (9.3)	
55-59歳	334 (11.1)	3 (12.0)	5 (15.2)	342 (11.2)	
60-64歳	307 (10.2)	3 (12.0)	6 (18.2)	316 (10.3)	
65-69歳	277 (9.2)	2 (8.0)	4 (12.1)	283 (9.3)	
70歳以上	340 (11.3)	3 (12.0)	8 (24.2)	351 (11.5)	
合計	2999 (100.0)	25 (100.0)	33 (100.0)	3057 (100.0)	

表89 身近な人で、ヘロインをこれまでに使ったことのある人を何人知っているか？（%）

	男	女	全体
1人	5 (29.4)	2 (25.0)	7 (28.0)
2人	6 (35.3)	4 (50.0)	10 (40.0)
3人	0 (0)	1 (12.5)	1 (4.0)
5人	1 (5.9)	1 (12.5)	1 (4.0)
10人	2 (11.8)	0 (0)	2 (8.0)
20人	1 (5.9)	0 (0)	1 (4.0)
30人	1 (5.9)	0 (0)	1 (4.0)
無回答	1 (5.9)	0 (0)	1 (4.0)
合計	17 (100.0)	8 (100.0)	25 (100.0)
平均±SD	5.75±8.27 n=16	2.25±1.28 n=8	4.58±6.92 n=24

表90 身近な人で、ヘロインをこの1年間に使ったことのある人を知っているか？（%）

	男	女	全体
知らない	1465 (98.2)	1548 (98.9)	3013 (98.6)
知っている	6 (4)	2 (1)	8 (3)
無回答	21 (1.4)	15 (1.0)	36 (1.2)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表91 身近な人で、ヘロインをこの1年間に使ったことのある人を知っているか？（年齢群別）（%）

	過去1年ヘロインを使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	185 (6.1)	1 (12.5)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24歳	152 (5.0)	0 (0)	1 (2.8)	153 (5.0)	
25-29歳	181 (6.0)	0 (0)	0 (0)	181 (5.9)	
30-34歳	240 (8.0)	0 (0)	2 (5.6)	242 (7.9)	
35-39歳	251 (8.3)	2 (25.0)	1 (2.8)	254 (8.3)	
40-44歳	225 (7.5)	1 (12.5)	0 (0)	226 (7.4)	
45-49歳	236 (7.8)	1 (12.5)	1 (2.8)	238 (7.8)	
50-54歳	280 (9.3)	0 (0)	5 (13.9)	285 (9.3)	
55-59歳	333 (11.1)	2 (25.0)	7 (19.4)	342 (11.2)	
60-64歳	310 (10.3)	0 (0)	6 (16.7)	316 (10.3)	
65-69歳	279 (9.3)	0 (0)	4 (11.1)	283 (9.3)	
70歳以上	341 (11.3)	1 (12.5)	9 (25.0)	351 (11.5)	
合計	3013 (100.0)	8 (100.0)	36 (100.0)	3057 (100.0)	

表92 身近な人で、ヘロインをこの1年間に使ったことのある人を何人知っているか？（%）

	男	女	全体
1人	3 (50.0)	1 (50.0)	4 (50.0)
2人	2 (33.3)	1 (50.0)	3 (37.5)
30人	1 (16.7)	0 (0)	1 (12.5)
合計	6 (100.0)	2 (100.0)	8 (100.0)
平均±SD	6.17±11.69 n=6	1.50±0.71 n=2	5.00±10.11 n=8

表93 ヘロイン被誘惑経験（%）

	男	女	全体
ない	1469 (98.5)	1549 (99.0)	3018 (98.7)
1年より前にのみあった	3 (2)	3 (2)	6 (2)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	20 (1.3)	13 (8)	33 (1.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表94 ヘロイン被誘惑経験（年齢群別）（%）

	ヘロイン使用に誘われた経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	186 (6.2)	0 (0)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24歳	152 (5.0)	0 (0)	1 (3.0)	153 (5.0)	
25-29歳	181 (6.0)	0 (0)	0 (0)	181 (5.9)	
30-34歳	239 (7.9)	1 (16.7)	2 (6.1)	242 (7.9)	
35-39歳	253 (8.4)	0 (0)	1 (3.0)	254 (8.3)	
40-44歳	224 (7.4)	2 (33.3)	0 (0)	226 (7.4)	
45-49歳	235 (7.8)	1 (16.7)	2 (6.1)	238 (7.8)	
50-54歳	281 (9.3)	0 (0)	4 (12.1)	285 (9.3)	
55-59歳	338 (11.2)	0 (0)	4 (12.1)	342 (11.2)	
60-64歳	310 (10.3)	1 (16.7)	5 (15.2)	316 (10.3)	
65-69歳	279 (9.2)	0 (0)	4 (12.1)	283 (9.3)	
70歳以上	340 (11.3)	1 (16.7)	10 (30.3)	351 (11.5)	
合計	3018 (100.0)	6 (100.0)	33 (100.0)	3057 (100.0)	

表95 ヘロイン被誘惑経験（年齢群別）（%）

	ヘロイン使用に誘われた経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %
15-19歳	186 (100.0)	0 (0)	0 (0)	186 (100.0)	
20-24歳	152 (99.3)	0 (0)	1 (7)	153 (100.0)	
25-29歳	181 (100.0)	0 (0)	0 (0)	181 (100.0)	
30-34歳	239 (98.8)	1 (4)	2 (8)	242 (100.0)	
35-39歳	253 (99.6)	0 (0)	1 (4)	254 (100.0)	
40-44歳	224 (99.1)	2 (9)	0 (0)	226 (100.0)	
45-49歳	235 (98.7)	1 (4)	2 (8)	238 (100.0)	
50-54歳	281 (98.6)	0 (0)	4 (14)	285 (100.0)	
55-59歳	338 (98.8)	0 (0)	4 (12)	342 (100.0)	
60-64歳	310 (98.1)	1 (3)	5 (16)	316 (100.0)	
65-69歳	279 (98.6)	0 (0)	4 (14)	283 (100.0)	
70歳以上	340 (96.9)	1 (3)	10 (28)	351 (100.0)	
合計	3018 (98.7)	6 (2)	33 (11)	3057 (100.0)	

表96 ヘロイン使用経験（ヘロイン生涯経験）（%）

	男	女	全体
ない	1474 (98.8)	1550 (99.0)	3024 (98.9)
1年より前にのみあった	1 (0.1)	0 (0)	1 (0)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	17 (1.1)	15 (1.0)	32 (1.0)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表97 ヘロイン使用経験（ヘロイン生涯経験）（年齢群別）（%）

	ヘロイン使用経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	186 (6.2)	0 (0)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24歳	152 (5.0)	0 (0)	1 (3.1)	153 (5.0)	
25-29歳	181 (6.0)	0 (0)	0 (0)	181 (5.9)	
30-34歳	239 (7.9)	0 (0)	3 (9.4)	242 (7.9)	
35-39歳	253 (8.4)	0 (0)	1 (3.1)	254 (8.3)	
40-44歳	226 (7.5)	0 (0)	0 (0)	226 (7.4)	
45-49歳	237 (7.8)	0 (0)	1 (3.1)	238 (7.8)	
50-54歳	281 (9.3)	0 (0)	4 (12.5)	285 (9.3)	
55-59歳	338 (11.2)	0 (0)	4 (12.5)	342 (11.2)	
60-64歳	310 (10.3)	1 (100.0)	5 (15.6)	316 (10.3)	
65-69歳	278 (9.2)	0 (0)	5 (15.6)	283 (9.3)	
70歳以上	343 (11.3)	0 (0)	8 (25.0)	351 (11.5)	
無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
合計	3024 (100.0)	1 (100.0)	32 (100.0)	3057 (100.0)	

表98 ヘロイン使用経験（ヘロイン生涯経験）（年齢群別）（%）

	ヘロイン使用経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %
15-19歳	186 (100.0)	0 (0)	0 (0)	186 (100.0)	
20-24歳	152 (99.3)	0 (0)	1 (0.7)	153 (100.0)	
25-29歳	181 (100.0)	0 (0)	0 (0)	181 (100.0)	
30-34歳	239 (98.8)	0 (0)	3 (1.2)	242 (100.0)	
35-39歳	253 (99.6)	0 (0)	1 (0.4)	254 (100.0)	
40-44歳	226 (100.0)	0 (0)	0 (0)	226 (100.0)	
45-49歳	237 (99.6)	0 (0)	1 (0.4)	238 (100.0)	
50-54歳	281 (98.6)	0 (0)	4 (1.4)	285 (100.0)	
55-59歳	338 (98.8)	0 (0)	4 (1.2)	342 (100.0)	
60-64歳	310 (98.1)	1 (0.3)	5 (1.6)	316 (100.0)	
65-69歳	278 (98.2)	0 (0)	5 (1.8)	283 (100.0)	
70歳以上	343 (97.7)	0 (0)	8 (2.3)	351 (100.0)	
合計	3024 (98.9)	1 (0)	32 (1.0)	3057 (100.0)	

表99 コカイン使用人数の印象（%）

	男	女	全体
以前より増えている	301 (20.2)	354 (22.6)	655 (21.4)
変わらない	138 (9.2)	100 (6.4)	238 (7.8)
以前より減っている	27 (1.8)	14 (0.9)	41 (1.3)
わからない	996 (66.8)	1072 (68.5)	2068 (67.6)
無回答	30 (2.0)	25 (1.6)	55 (1.8)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表100 身近な人で、コカインをこれまでに使ったことのある人を知っているか？（%）

	男	女	全体
知らない	1458 (97.7)	1533 (98.0)	2991 (97.8)
知っている	15 (1.0)	9 (0.6)	24 (0.8)
無回答	19 (1.3)	23 (1.5)	42 (1.4)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表101 身近な人で、コカインをこれまでに使ったことのある人を知っているか？（年齢群別）（%）

	コカインを使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	184 (6.2)	2 (8.3)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24歳	152 (5.1)	0 (0)	1 (2.4)	153 (5.0)	
25-29歳	180 (6.0)	1 (4.2)	0 (0)	181 (5.9)	
30-34歳	237 (7.9)	3 (12.5)	2 (4.8)	242 (7.9)	
35-39歳	245 (8.2)	6 (25.0)	3 (7.1)	254 (8.3)	
40-44歳	221 (7.4)	5 (20.8)	0 (0)	226 (7.4)	
45-49歳	237 (7.9)	0 (0)	1 (2.4)	238 (7.8)	
50-54歳	280 (9.4)	0 (0)	5 (11.9)	285 (9.3)	
55-59歳	333 (11.1)	1 (4.2)	8 (19.0)	342 (11.2)	
60-64歳	304 (10.2)	2 (8.3)	10 (23.8)	316 (10.3)	
65-69歳	279 (9.3)	0 (0)	4 (9.5)	283 (9.3)	
70歳以上	339 (11.3)	4 (16.7)	8 (19.0)	351 (11.5)	
合計	2991 (100.0)	24 (100.0)	42 (100.0)	3057 (100.0)	

表102 身近な人で、コカインをこれまでに使用した人を何人知っているか？（%）

	男	女	全体
1人	1 (6.7)	1 (11.1)	2 (8.3)
2人	4 (26.7)	3 (33.3)	7 (29.2)
3人	2 (13.3)	1 (11.1)	3 (12.5)
5人	2 (13.3)	2 (22.2)	4 (16.7)
10人	2 (13.3)	1 (11.1)	3 (12.5)
20人	1 (6.7)	0 (0)	1 (4.2)
30人	1 (6.7)	1 (11.1)	2 (8.3)
無回答	2 (13.3)	0 (0)	2 (8.3)
合計	15 (100.0)	9 (100.0)	24 (100.0)
平均±SD	7.31±8.62	6.67±9.17	7.05±8.63
	n=13	n=9	n=22

表103 身近な人で、コカインをこの1年間に使った人を知っているか（%）

	男	女	全体
知らない	1467 (98.3)	1543 (98.6)	3010 (98.5)
知っている	6 (0.4)	2 (0.1)	8 (0.3)
無回答	19 (1.3)	20 (1.3)	39 (1.3)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表104 身近な人で、コカインをこの1年間に使った人を知っているか？（年齢群別）（%）

	過去1年コカインを使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	184 (6.1)	2 (25.0)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24歳	151 (5.0)	0 (0)	2 (5.1)	153 (5.0)	
25-29歳	181 (6.0)	0 (0)	0 (0)	181 (5.9)	
30-34歳	240 (8.0)	0 (0)	2 (5.1)	242 (7.9)	
35-39歳	251 (8.3)	1 (12.5)	2 (5.1)	254 (8.3)	
40-44歳	224 (7.4)	2 (25.0)	0 (0)	226 (7.4)	
45-49歳	237 (7.9)	0 (0)	1 (2.6)	238 (7.8)	
50-54歳	279 (9.3)	0 (0)	6 (15.4)	285 (9.3)	
55-59歳	337 (11.2)	1 (12.5)	4 (10.3)	342 (11.2)	
60-64歳	308 (10.2)	1 (12.5)	7 (17.9)	316 (10.3)	
65-69歳	278 (9.2)	0 (0)	5 (12.8)	283 (9.3)	
70歳以上	340 (11.3)	1 (12.5)	10 (25.6)	351 (11.5)	
無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
合計	3010 (100.0)	8 (100.0)	39 (100.0)	3057 (100.0)	

表105 身近な人で、コカインをこの1年間に使った人を何人知っているか？（%）

	男	女	全体
1人	1 (16.7)	0 (0)	1 (12.5)
2人	2 (33.3)	1 (50.0)	3 (37.5)
3人	1 (16.7)	0 (0)	1 (12.5)
5人	0 (0)	1 (50.0)	1 (12.5)
20人	1 (16.7)	0 (0)	1 (12.5)
30人	1 (16.7)	0 (0)	1 (12.5)
合計	6 (100.0)	2 (100.0)	8 (100.0)
平均±SD	9.67±12.31	3.50±2.12	8.13±10.82
	n=6	n=2	n=8

表106 これまでにコカインに使用に誘われたことはあるか？（コカイン生涯被誘惑経験）（%）

	男	女	全体
ない	1466 (98.3)	1548 (98.9)	3014 (98.6)
1年より前にのみあった	7 (.5)	4 (.3)	11 (.4)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	19 (1.3)	13 (.8)	32 (1.0)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表107 これまでにコカイン使用に誘われたことはあるか？（コカイン生涯被誘惑経験）（年齢群別）（%）

	コカイン使用に誘われた経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	185 (6.1)	1 (9.1)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24歳	152 (5.0)	0 (0)	1 (3.1)	153 (5.0)	
25-29歳	181 (6.0)	0 (0)	0 (0)	181 (5.9)	
30-34歳	238 (7.9)	3 (27.3)	1 (3.1)	242 (7.9)	
35-39歳	251 (8.3)	1 (9.1)	2 (6.3)	254 (8.3)	
40-44歳	221 (7.3)	4 (36.4)	1 (3.1)	226 (7.4)	
45-49歳	237 (7.9)	0 (0)	1 (3.1)	238 (7.8)	
50-54歳	280 (9.3)	0 (0)	5 (15.6)	285 (9.3)	
55-59歳	338 (11.2)	0 (0)	4 (12.5)	342 (11.2)	
60-64歳	310 (10.3)	1 (9.1)	5 (15.6)	316 (10.3)	
65-69歳	278 (9.2)	0 (0)	5 (15.6)	283 (9.3)	
70歳以上	343 (11.4)	1 (9.1)	7 (21.9)	351 (11.5)	
合計	3014 (100.0)	11 (100.0)	32 (100.0)	3057 (100.0)	

表108 これまでにコカイン使用に誘われたことはあるか？（コカイン生涯被誘惑経験）（年齢群別）（%）

	コカイン使用に誘われた経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %
15-19歳	185 (99.5)	1 (.5)	0 (0)	186 (100.0)	
20-24歳	152 (99.3)	0 (0)	1 (.7)	153 (100.0)	
25-29歳	181 (100.0)	0 (0)	0 (0)	181 (100.0)	
30-34歳	238 (98.3)	3 (1.2)	1 (.4)	242 (100.0)	
35-39歳	251 (98.8)	1 (.4)	2 (.8)	254 (100.0)	
40-44歳	221 (97.8)	4 (1.8)	1 (.4)	226 (100.0)	
45-49歳	237 (99.6)	0 (0)	1 (.4)	238 (100.0)	
50-54歳	280 (98.2)	0 (0)	5 (1.8)	285 (100.0)	
55-59歳	338 (98.8)	0 (0)	4 (1.2)	342 (100.0)	
60-64歳	310 (98.1)	1 (.3)	5 (1.6)	316 (100.0)	
65-69歳	278 (98.2)	0 (0)	5 (1.8)	283 (100.0)	
70歳以上	343 (97.7)	1 (.3)	7 (2.0)	351 (100.0)	
合計	3014 (98.6)	11 (.4)	32 (1.0)	3057 (100.0)	

表109 コカイン使用経験（%）

	男	女	全体
ない	1473 (98.7)	1549 (99.0)	3022 (98.9)
1年より前にのみあった	2 (.1)	0 (0)	2 (.1)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	17 (1.1)	16 (1.0)	33 (1.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表110 コカイン使用経験 (年齢群別) (%)

	コカイン使用経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	186 (6.2)	0 (0)	0 (0)	186	(6.1)
20-24歳	152 (5.0)	0 (0)	1 (3.0)	153	(5.0)
25-29歳	181 (6.0)	0 (0)	0 (0)	181	(5.9)
30-34歳	240 (7.9)	1 (50.0)	1 (3.0)	242	(7.9)
35-39歳	252 (8.3)	0 (0)	2 (6.1)	254	(8.3)
40-44歳	225 (7.4)	0 (0)	1 (3.0)	226	(7.4)
45-49歳	237 (7.8)	0 (0)	1 (3.0)	238	(7.8)
50-54歳	281 (9.3)	0 (0)	4 (12.1)	285	(9.3)
55-59歳	338 (11.2)	0 (0)	4 (12.1)	342	(11.2)
60-64歳	310 (10.3)	1 (50.0)	5 (15.2)	316	(10.3)
65-69歳	278 (9.2)	0 (0)	5 (15.2)	283	(9.3)
70歳以上	342 (11.3)	0 (0)	9 (27.3)	351	(11.5)
合計	3022 (100.0)	2 (100.0)	33 (100.0)	3057	(100.0)

表111 コカイン使用経験 (年齢群別) (%)

	コカイン使用経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %
15-19歳	186 (100.0)	0 (0)	0 (0)	186	(100.0)
20-24歳	152 (99.3)	0 (0)	1 (.7)	153	(100.0)
25-29歳	181 (100.0)	0 (0)	0 (0)	181	(100.0)
30-34歳	240 (99.2)	1 (.4)	1 (.4)	242	(100.0)
35-39歳	252 (99.2)	0 (0)	2 (.8)	254	(100.0)
40-44歳	225 (99.6)	0 (0)	1 (.4)	226	(100.0)
45-49歳	237 (99.6)	0 (0)	1 (.4)	238	(100.0)
50-54歳	281 (98.6)	0 (0)	4 (1.4)	285	(100.0)
55-59歳	338 (98.8)	0 (0)	4 (1.2)	342	(100.0)
60-64歳	310 (98.1)	1 (.3)	5 (1.6)	316	(100.0)
65-69歳	278 (98.2)	0 (0)	5 (1.8)	283	(100.0)
70歳以上	342 (97.4)	0 (0)	9 (2.6)	351	(100.0)
合計	3022 (98.9)	2 (.1)	33 (1.1)	3057	(100.0)

表112 MDMA使用人数の印象 (%)

	男	女	全体
以前より増えている	293 (19.6)	292 (18.7)	585 (19.1)
変わらない	80 (5.4)	58 (3.7)	138 (4.5)
以前より減っている	6 (.4)	3 (.2)	9 (.3)
わからない	1085 (72.7)	1192 (76.2)	2277 (74.5)
無回答	28 (1.9)	20 (1.3)	48 (1.6)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表113 身近な人で、MDMAをこれまでに使ったことのある人を知っているか? (%)

	男	女	全体
知らない	1462 (98.0)	1540 (98.4)	3002 (98.2)
知っている	7 (.5)	9 (.6)	16 (.5)
無回答	23 (1.5)	16 (1.0)	39 (1.3)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表114 身近な人で、MDMAをこれまでに使ったことのある人を知っているか? (年齢群別) (%)

	MDMAを使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	185 (6.2)	1 (6.3)	0 (0)	186	(6.1)
20-24歳	151 (5.0)	0 (0)	2 (5.1)	153	(5.0)
25-29歳	180 (6.0)	1 (6.3)	0 (0)	181	(5.9)
30-34歳	237 (7.9)	5 (31.3)	0 (0)	242	(7.9)
35-39歳	249 (8.3)	4 (25.0)	1 (2.6)	254	(8.3)
40-44歳	224 (7.5)	2 (12.5)	0 (0)	226	(7.4)
45-49歳	237 (7.9)	0 (0)	1 (2.6)	238	(7.8)
50-54歳	280 (9.3)	0 (0)	5 (12.8)	285	(9.3)
55-59歳	338 (11.3)	0 (0)	4 (10.3)	342	(11.2)
60-64歳	306 (10.2)	2 (12.5)	8 (20.5)	316	(10.3)
65-69歳	275 (9.2)	0 (0)	8 (20.5)	283	(9.3)
70歳以上	340 (11.3)	1 (6.3)	10 (25.6)	351	(11.5)
合計	3002 (100.0)	16 (100.0)	39 (100.0)	3057	(100.0)

表115 身近な人で、MDMAをこれまでに使用した人を何人知っているか? (%)

	男	女	全体
1人	1 (14.3)	4 (44.4)	5 (31.3)
2人	1 (14.3)	2 (22.2)	3 (18.8)
3人	1 (14.3)	1 (11.1)	2 (12.5)
5人	1 (14.3)	2 (22.2)	3 (18.8)
10人	1 (14.3)	0 (0)	1 (6.3)
30人	1 (14.3)	0 (0)	1 (6.3)
無回答	1 (14.3)	0 (0)	1 (6.3)
合計	7 (100.0)	9 (100.0)	16 (100.0)
平均±SD	8.50±11.01 n=6	2.33±1.66 n=9	4.80±7.39 n=15

表116 身近な人で、MDMAをこの1年間に使ったことのある人を知っているか? (%)

	男	女	全体
知らない	1462 (98.0)	1543 (98.6)	3005 (98.3)
知っている	3 (.2)	0 (0)	3 (.1)
無回答	27 (1.8)	22 (1.4)	49 (1.6)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表117 身近な人で、MDMAをこの1年間に使ったことのある人を知っているか? (年代別) (%)

	過去1年MDMAを使った人			合計	
	知らない	知っている	無回答	度数	列 %
15-19歳	185 (6.2)	1 (33.3)	0 (0)	186	(6.1)
20-24歳	151 (5.0)	0 (0)	2 (4.1)	153	(5.0)
25-29歳	180 (6.0)	0 (0)	1 (2.0)	181	(5.9)
30-34歳	241 (8.0)	0 (0)	1 (2.0)	242	(7.9)
35-39歳	252 (8.4)	1 (33.3)	1 (2.0)	254	(8.3)
40-44歳	226 (7.5)	0 (0)	0 (0)	226	(7.4)
45-49歳	236 (7.9)	0 (0)	2 (4.1)	238	(7.8)
50-54歳	279 (9.3)	0 (0)	6 (12.2)	285	(9.3)
55-59歳	337 (11.2)	0 (0)	5 (10.2)	342	(11.2)
60-64歳	307 (10.2)	0 (0)	9 (18.4)	316	(10.3)
65-69歳	275 (9.2)	0 (0)	8 (16.3)	283	(9.3)
70歳以上	336 (11.2)	1 (33.3)	14 (28.6)	351	(11.5)
合計	3005 (100.0)	3 (100.0)	49 (100.0)	3057	(100.0)

表118 MDMAをこの1年間に使用した人を何人知っているか？ (%)

	男	女	全体
1人	1 (33.3)	0 (0)	1 (33.3)
30人	1 (33.3)	0 (0)	1 (33.3)
無回答	1 (33.3)	0 (0)	1 (33.3)
合計	3 (100.0)	0 (0)	3 (100.0)
平均±SD	15.50±20.51		15.50±20.51
	n=2		n=2

表119 MDMA使用に誘われた経験 (MDMA被誘惑経験) (%)

	男	女	全体
ない	1466 (98.3)	1545 (98.7)	3011 (98.5)
1年より前にのみあった	2 (.1)	2 (.1)	4 (.1)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	1 (.1)	0 (0)	1 (.1)
無回答	23 (1.5)	18 (1.2)	41 (1.3)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表120 MDMA使用に誘われた経験 (MDMA被誘惑経験) (年齢群別) (%)

	MDMA使用に誘われた経験				合計	
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	185 (6.1)	0 (0)	1 (100.0)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24歳	152 (5.0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.4)	153 (5.0)	
25-29歳	180 (6.0)	0 (0)	0 (0)	1 (2.4)	181 (5.9)	
30-34歳	241 (8.0)	1 (25.0)	0 (0)	0 (0)	242 (7.9)	
35-39歳	251 (8.3)	1 (25.0)	0 (0)	2 (4.9)	254 (8.3)	
40-44歳	225 (7.5)	1 (25.0)	0 (0)	0 (0)	226 (7.4)	
45-49歳	237 (7.9)	0 (0)	0 (0)	1 (2.4)	238 (7.8)	
50-54歳	281 (9.3)	0 (0)	0 (0)	4 (9.8)	285 (9.3)	
55-59歳	337 (11.2)	0 (0)	0 (0)	5 (12.2)	342 (11.2)	
60-64歳	308 (10.2)	1 (25.0)	0 (0)	7 (17.1)	316 (10.3)	
65-69歳	274 (9.1)	0 (0)	0 (0)	9 (22.0)	283 (9.3)	
70歳以上	340 (11.3)	0 (0)	0 (0)	11 (26.8)	351 (11.5)	
合計	3011 (100.0)	4 (100.0)	1 (100.0)	41 (100.0)	3057 (100.0)	

表121 MDMA使用に誘われた経験 (MDMA被誘惑経験) (年齢群別) (%)

	MDMA使用に誘われた経験				合計	
	ない	1年より前にのみあった	この1年間にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	185 (99.5)	0 (0)	1 (.5)	0 (0)	186 (100.0)	
20-24歳	152 (99.3)	0 (0)	0 (0)	1 (.7)	153 (100.0)	
25-29歳	180 (99.4)	0 (0)	0 (0)	1 (.6)	181 (100.0)	
30-34歳	241 (99.6)	1 (.4)	0 (0)	0 (0)	242 (100.0)	
35-39歳	251 (98.8)	1 (.4)	0 (0)	2 (.8)	254 (100.0)	
40-44歳	225 (99.6)	1 (.4)	0 (0)	0 (0)	226 (100.0)	
45-49歳	237 (99.6)	0 (0)	0 (0)	1 (.4)	238 (100.0)	
50-54歳	281 (98.6)	0 (0)	0 (0)	4 (1.4)	285 (100.0)	
55-59歳	337 (98.5)	0 (0)	0 (0)	5 (1.5)	342 (100.0)	
60-64歳	308 (97.5)	1 (.3)	0 (0)	7 (2.2)	316 (100.0)	
65-69歳	274 (96.8)	0 (0)	0 (0)	9 (3.2)	283 (100.0)	
70歳以上	340 (96.9)	0 (0)	0 (0)	11 (3.1)	351 (100.0)	
合計	3011 (100.0)	4 (100.0)	1 (100.0)	41 (100.0)	3057 (100.0)	

表122 MDMA使用経験 (%)

	男	女	全体
ない	1468 (98.4)	1545 (98.7)	3013 (98.6)
1年より前にのみあった	2 (.1)	1 (.1)	3 (.1)
1年より前にも、この1年にもあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
この1年間にのみあった	0 (0)	0 (0)	0 (0)
無回答	22 (1.5)	19 (1.2)	41 (1.3)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表123 MDMA使用経験 (年齢群別) (%)

	MDMA使用経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	列 %
15-19歳	185 (6.1)	1 (33.3)	0 (0)	186 (6.1)	
20-24歳	152 (5.0)	0 (0)	1 (2.4)	153 (5.0)	
25-29歳	181 (6.0)	0 (0)	0 (0)	181 (5.9)	
30-34歳	241 (8.0)	0 (0)	1 (2.4)	242 (7.9)	
35-39歳	253 (8.4)	0 (0)	1 (2.4)	254 (8.3)	
40-44歳	225 (7.5)	1 (33.3)	0 (0)	226 (7.4)	
45-49歳	237 (7.9)	0 (0)	1 (2.4)	238 (7.8)	
50-54歳	281 (9.3)	0 (0)	4 (9.8)	285 (9.3)	
55-59歳	337 (11.2)	0 (0)	5 (12.2)	342 (11.2)	
60-64歳	307 (10.2)	1 (33.3)	8 (19.5)	316 (10.3)	
65-69歳	274 (9.1)	0 (0)	9 (22.0)	283 (9.3)	
70歳以上	340 (11.3)	0 (0)	11 (26.8)	351 (11.5)	
合計	3013 (100.0)	3 (100.0)	41 (100.0)	3057 (100.0)	

表124 MDMA使用経験 (年齢群別) (%)

	MDMA使用経験			合計	
	ない	1年より前にのみあった	無回答	度数	行 %
15-19歳	185 (99.5)	1 (0)	0 (0)	186 (100.0)	
20-24歳	152 (99.3)	0 (0)	1 (.7)	153 (100.0)	
25-29歳	181 (100.0)	0 (0)	0 (0)	181 (100.0)	
30-34歳	241 (99.6)	0 (0)	1 (.4)	242 (100.0)	
35-39歳	253 (99.6)	0 (0)	1 (.4)	254 (100.0)	
40-44歳	225 (99.6)	1 (.4)	0 (0)	226 (100.0)	
45-49歳	237 (99.6)	0 (0)	1 (.4)	238 (100.0)	
50-54歳	281 (98.6)	0 (0)	4 (1.4)	285 (100.0)	
55-59歳	337 (98.5)	0 (0)	5 (1.5)	342 (100.0)	
60-64歳	307 (97.2)	1 (.3)	8 (2.5)	316 (100.0)	
65-69歳	274 (96.8)	0 (0)	9 (3.2)	283 (100.0)	
70歳以上	340 (96.9)	0 (0)	11 (3.1)	351 (100.0)	
合計	3013 (98.6)	3 (.1)	41 (1.3)	3057 (100.0)	

表125 有機溶剤の入手 (%)

	男	女	全体
絶対不可能	339 (22.7)	667 (42.6)	1006 (32.9)
ほとんど不可能	195 (13.1)	229 (14.6)	424 (13.9)
少々苦労するがなんとか手に入る	288 (19.3)	231 (14.8)	519 (17.0)
簡単に手に入る	592 (39.7)	354 (22.6)	946 (30.9)
無回答	78 (5.2)	84 (5.4)	162 (5.3)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表126 大麻の入手 (%)

	男	女	全体
絶対不可能	761 (51.0)	1051 (67.2)	1812 (59.3)
ほとんど不可能	410 (27.5)	262 (16.7)	672 (22.0)
少々苦勞するがなんとか手に入る	205 (13.7)	136 (8.7)	341 (11.2)
簡単に手に入る	44 (2.9)	43 (2.7)	87 (2.8)
無回答	72 (4.8)	73 (4.7)	145 (4.7)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表127 覚せい剤の入手 (%)

	男	女	全体
絶対不可能	791 (53.0)	1069 (68.3)	1860 (60.8)
ほとんど不可能	393 (26.3)	256 (16.4)	649 (21.2)
少々苦勞するがなんとか手に入る	189 (12.7)	114 (7.3)	303 (9.9)
簡単に手に入る	46 (3.1)	52 (3.3)	98 (3.2)
無回答	73 (4.9)	74 (4.7)	147 (4.8)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表128 ヘロインの入手 (%)

	男	女	全体
絶対不可能	815 (54.6)	1093 (69.8)	1908 (62.4)
ほとんど不可能	407 (27.3)	254 (16.2)	661 (21.6)
少々苦勞するがなんとか手に入る	169 (11.3)	104 (6.6)	273 (8.9)
簡単に手に入る	28 (1.9)	36 (2.3)	64 (2.1)
無回答	73 (4.9)	78 (5.0)	151 (4.9)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表129 コカインの入手 (%)

	男	女	全体
絶対不可能	816 (54.7)	1093 (69.8)	1909 (62.4)
ほとんど不可能	410 (27.5)	256 (16.4)	666 (21.8)
少々苦勞するがなんとか手に入る	162 (10.9)	103 (6.6)	265 (8.7)
簡単に手に入る	29 (1.9)	35 (2.2)	64 (2.1)
無回答	75 (5.0)	78 (5.0)	153 (5.0)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表130 MDMAの入手 (%)

	男	女	全体
絶対不可能	808 (54.2)	1092 (69.8)	1900 (62.2)
ほとんど不可能	407 (27.3)	245 (15.7)	652 (21.3)
少々苦勞するがなんとか手に入る	165 (11.1)	109 (7.0)	274 (9.0)
簡単に手に入る	36 (2.4)	38 (2.4)	74 (2.4)
無回答	76 (5.1)	81 (5.2)	157 (5.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表131 各種違法薬物の入手可能性 (年代別)

	年代別										無回答	未用全体
	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上	無回答				
	度数 (割合)	度数 (割合)	度数 (割合)	度数 (割合)	度数 (割合)	度数 (割合)	度数 (割合)	度数 (割合)	度数 (割合)	度数 (割合)		度数 (割合)
有機溶剤入手	絶対不可能	59 (31.7)	83 (24.9)	132 (26.6)	134 (28.9)	187 (29.8)	241 (40.2)	115 (48.4)	0 (0.0)	1006 (32.9)	0 (0.0)	424 (13.3)
	ほとんど不可能	34 (18.3)	50 (15.0)	73 (14.7)	44 (9.5)	77 (12.3)	101 (16.9)	45 (12.8)	0 (0.0)	519 (17.0)	0 (0.0)	946 (30.9)
	少々苦勞するがなんとか手に入る	33 (17.7)	75 (22.5)	99 (20.0)	102 (22.0)	112 (17.9)	70 (11.7)	28 (8.0)	0 (0.0)	162 (5.3)	0 (0.0)	1812 (59.3)
	簡単に手に入る	53 (28.5)	120 (35.9)	181 (36.5)	166 (35.8)	215 (34.3)	147 (24.5)	64 (18.2)	0 (0.0)	87 (2.8)	0 (0.0)	3057 (100.0)
	無回答	7 (3.8)	6 (1.8)	11 (2.2)	18 (3.9)	36 (5.8)	40 (6.7)	44 (12.5)	0 (0.0)	145 (4.7)	0 (0.0)	1492 (100.0)
大麻入手	絶対不可能	95 (51.1)	143 (42.8)	252 (50.9)	273 (58.8)	386 (63.2)	402 (67.1)	251 (71.5)	0 (0.0)	872 (22.0)	0 (0.0)	872 (22.0)
	ほとんど不可能	41 (22.0)	88 (26.3)	117 (23.6)	120 (25.9)	132 (21.1)	128 (21.4)	46 (13.1)	0 (0.0)	341 (11.2)	0 (0.0)	341 (11.2)
	少々苦勞するがなんとか手に入る	26 (14.0)	72 (21.6)	105 (21.2)	46 (9.9)	46 (7.3)	30 (5.0)	16 (4.6)	0 (0.0)	145 (4.7)	0 (0.0)	145 (4.7)
	簡単に手に入る	18 (9.7)	25 (7.5)	15 (3.0)	8 (1.7)	14 (2.2)	4 (7.3)	3 (0.9)	0 (0.0)	87 (2.8)	0 (0.0)	87 (2.8)
	無回答	5 (3.2)	5 (1.5)	7 (1.4)	17 (3.7)	39 (6.2)	35 (5.8)	35 (10.0)	0 (0.0)	145 (4.7)	0 (0.0)	145 (4.7)
覚せい剤入手	絶対不可能	95 (51.1)	154 (46.1)	267 (53.8)	279 (60.1)	403 (64.3)	414 (69.1)	248 (70.7)	0 (0.0)	1880 (60.8)	0 (0.0)	1880 (60.8)
	ほとんど不可能	40 (21.5)	88 (25.7)	114 (23.0)	116 (25.0)	128 (20.4)	116 (19.4)	48 (14.0)	0 (0.0)	649 (21.2)	0 (0.0)	649 (21.2)
	少々苦勞するがなんとか手に入る	24 (12.9)	56 (16.8)	95 (19.2)	44 (9.5)	42 (6.7)	29 (4.8)	12 (3.7)	0 (0.0)	303 (9.9)	0 (0.0)	303 (9.9)
	簡単に手に入る	21 (11.3)	32 (9.6)	13 (2.6)	9 (1.9)	15 (2.4)	3 (0.5)	5 (1.4)	0 (0.0)	98 (3.2)	0 (0.0)	98 (3.2)
	無回答	6 (3.2)	6 (1.8)	7 (1.4)	16 (3.4)	39 (6.2)	37 (6.2)	36 (10.3)	0 (0.0)	147 (4.8)	0 (0.0)	147 (4.8)
ヘロイン入手	絶対不可能	101 (54.3)	161 (48.2)	281 (56.7)	285 (61.4)	405 (64.6)	423 (70.6)	252 (71.8)	0 (0.0)	1908 (62.4)	0 (0.0)	1908 (62.4)
	ほとんど不可能	41 (22.0)	94 (28.1)	113 (22.8)	117 (25.2)	133 (21.2)	116 (19.4)	47 (13.4)	0 (0.0)	661 (21.6)	0 (0.0)	661 (21.6)
	少々苦勞するがなんとか手に入る	23 (12.4)	58 (16.8)	88 (17.7)	39 (8.4)	36 (5.7)	21 (3.5)	10 (2.8)	0 (0.0)	273 (8.9)	0 (0.0)	273 (8.9)
	簡単に手に入る	15 (8.1)	17 (5.1)	8 (1.6)	7 (1.5)	11 (1.8)	2 (0.3)	4 (1.1)	0 (0.0)	64 (2.1)	0 (0.0)	64 (2.1)
	無回答	6 (3.2)	6 (1.8)	6 (1.2)	16 (3.4)	42 (6.7)	37 (6.2)	38 (10.8)	0 (0.0)	151 (4.9)	0 (0.0)	151 (4.9)
コカイン入手	絶対不可能	101 (54.3)	162 (48.5)	279 (56.3)	286 (61.6)	411 (65.6)	416 (69.4)	254 (72.4)	0 (0.0)	1909 (62.4)	0 (0.0)	1909 (62.4)
	ほとんど不可能	41 (22.0)	97 (29.0)	115 (23.2)	117 (25.2)	129 (20.6)	122 (20.4)	45 (12.8)	0 (0.0)	666 (21.8)	0 (0.0)	666 (21.8)
	少々苦勞するがなんとか手に入る	23 (12.4)	51 (15.3)	85 (17.1)	40 (8.6)	35 (5.6)	22 (3.7)	9 (2.6)	0 (0.0)	265 (8.7)	0 (0.0)	265 (8.7)
	簡単に手に入る	15 (8.1)	18 (5.4)	10 (2.0)	5 (1.1)	10 (1.6)	2 (0.3)	4 (1.1)	0 (0.0)	64 (2.1)	0 (0.0)	64 (2.1)
	無回答	6 (3.2)	6 (1.8)	7 (1.4)	16 (3.4)	42 (6.7)	37 (6.2)	38 (10.8)	0 (0.0)	153 (5.0)	0 (0.0)	153 (5.0)
MDMA入手	絶対不可能	101 (54.3)	161 (48.2)	276 (56.5)	284 (61.2)	408 (65.1)	416 (69.3)	255 (72.6)	0 (0.0)	1900 (62.2)	0 (0.0)	1900 (62.2)
	ほとんど不可能	43 (23.1)	93 (27.8)	110 (22.2)	119 (25.6)	128 (20.4)	116 (18.4)	43 (12.3)	0 (0.0)	652 (21.3)	0 (0.0)	652 (21.3)
	少々苦勞するがなんとか手に入る	19 (10.2)	54 (16.2)	88 (17.9)	38 (8.2)	40 (6.4)	23 (3.8)	11 (3.1)	0 (0.0)	274 (9.0)	0 (0.0)	274 (9.0)
	簡単に手に入る	17 (9.1)	20 (6.0)	13 (2.6)	7 (1.5)	11 (1.8)	3 (0.5)	3 (0.9)	0 (0.0)	74 (2.4)	0 (0.0)	74 (2.4)
	無回答	6 (3.2)	6 (1.8)	8 (1.6)	16 (3.4)	40 (6.4)	42 (7.0)	38 (11.1)	0 (0.0)	157 (5.1)	0 (0.0)	157 (5.1)
合計		186 (100.0)	334 (100.0)	496 (100.0)	464 (100.0)	627 (100.0)	599 (100.0)	351 (100.0)	0 (0.0)	3057 (100.0)	0 (0.0)	3057 (100.0)

表132 大麻を吸うことについてどう思うか (%)

	男	女	全体
法律以前にすべきではない	1226 (82.2)	1395 (89.1)	2621 (85.7)
法律で禁止されているからすべきではない	161 (10.8)	80 (5.1)	241 (7.9)
法律で禁止されているがかわい	6 (0.4)	1 (0.1)	7 (0.2)
法律で決める必要はなく個人の自由	46 (3.1)	29 (1.9)	75 (2.5)
大麻の害を知らないから判断できない	36 (2.4)	42 (2.7)	78 (2.6)
無回答	17 (1.1)	18 (1.2)	35 (1.1)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表133 覚せい剤を使用することについてどう思うか (%)

	男	女	全体
法律以前にすべきではない	1312 (87.9)	1440 (92.0)	2752 (90.0)
法律で禁止されているからすべきではない	122 (8.2)	63 (4.0)	185 (6.1)
法律で禁止されているがかわい	2 (0.1)	0 (0.0)	2 (0.1)
法律で決める必要はなく個人の自由	20 (1.3)	14 (0.9)	34 (1.1)
覚せい剤の害を知らないから判断できない	20 (1.3)	28 (1.8)	48 (1.6)
無回答	16 (1.1)	20 (1.3)	36 (1.2)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表134 マジック・マッシュルームが毒キノコだということを知っているか (%)

	男	女	全体
知らなかった	1034 (69.3)	1148 (73.4)	2182 (71.4)
知っていた	424 (28.4)	373 (23.8)	797 (26.1)
無回答	34 (2.3)	44 (2.8)	78 (2.6)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表135 この1年間に受診した科（複数回答）（%）

	男	女	全体
どこにも受診していない	228 (15.3)	194 (12.4)	422 (13.8)
1年間に受診（内科）	844 (56.6)	863 (55.1)	1707 (55.8)
1年間に受診（神経科・精神科）	16 (1.1)	25 (1.6)	41 (1.3)
1年間に受診（神経内科）	14 (.9)	17 (1.1)	31 (1.0)
1年間に受診（外科）	141 (9.5)	126 (8.1)	267 (8.7)
1年間に受診（整形外科）	220 (14.7)	280 (17.9)	500 (16.4)
1年間に受診（皮膚科）	207 (13.9)	258 (16.5)	465 (15.2)
1年間に受診（脳神経外科）	53 (3.6)	50 (3.2)	103 (3.4)
1年間に受診（泌尿器科）	85 (5.7)	32 (2.0)	117 (3.8)
1年間に受診（産婦人科）	0 (0)	259 (16.5)	259 (8.5)
1年間に受診（眼科）	270 (18.1)	387 (24.7)	657 (21.5)
1年間に受診（歯科）	496 (33.2)	558 (35.7)	1054 (34.5)
1年間に受診（耳鼻咽喉科）	194 (13.0)	249 (15.9)	443 (14.5)
1年間に受診（心療内科）	19 (1.3)	22 (1.4)	41 (1.3)
1年間に受診（その他）	23 (1.5)	21 (1.3)	44 (1.4)
1年間に受診（無回答）	23 (1.5)	27 (1.7)	50 (1.6)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表136 薬物使用（医薬品も含めて）が原因で、これまでに受診したことがある科（複数回答）（%）

	男	女	全体
どこにも受診していない	1325 (88.8)	1375 (87.9)	2700 (88.3)
薬物で受診（内科）	74 (5.0)	80 (5.1)	154 (5.0)
薬物で受診（神経科・精神科）	5 (0.3)	7 (0.4)	12 (0.4)
薬物で受診（神経内科）	2 (0.1)	4 (0.3)	6 (0.2)
薬物で受診（外科）	11 (0.7)	13 (0.8)	24 (0.8)
薬物で受診（整形外科）	21 (1.4)	21 (1.3)	42 (1.4)
薬物で受診（皮膚科）	26 (1.7)	30 (1.9)	56 (1.8)
薬物で受診（脳神経外科）	3 (0.2)	5 (0.3)	8 (0.3)
薬物で受診（泌尿器科）	6 (0.4)	1 (0.1)	7 (0.2)
薬物で受診（産婦人科）	0 (0)	15 (1.0)	15 (0.5)
薬物で受診（眼科）	17 (1.1)	25 (1.6)	42 (1.4)
薬物で受診（歯科）	33 (2.2)	25 (1.6)	58 (1.9)
薬物で受診（耳鼻咽喉科）	11 (0.7)	11 (0.7)	22 (0.7)
薬物で受診（心療内科）	3 (0.2)	3 (0.2)	6 (0.2)
薬物で受診（その他）	4 (0.3)	2 (0.1)	6 (0.2)
薬物で受診（無回答）	50 (3.4)	50 (3.2)	100 (3.3)
合計	1492 (100.0)	1565 (100.0)	3057 (100.0)

表137 身近な人で、これまでに薬物を乱用したことがある人を知っているか？

	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上	無回答	表用全体
シナナー遊びをした人	169 (90.9)	274 (82.0)	333 (67.1)	350 (75.4)	542 (86.4)	540 (90.2)	323 (92.0)	0 (0)	2531 (82.8)
知っている	17 (9.1)	59 (17.7)	153 (30.8)	114 (24.6)	76 (12.1)	48 (8.0)	18 (5.1)	0 (0)	485 (15.9)
知らない	0 (0)	1 (0.3)	10 (2.0)	0 (0)	9 (1.4)	11 (1.9)	10 (2.8)	0 (0)	41 (1.3)
大麻を吸った人	181 (97.3)	305 (93.3)	442 (88.1)	441 (95.0)	605 (96.5)	578 (96.5)	341 (97.2)	0 (0)	2891 (94.6)
知っている	5 (2.7)	26 (8.4)	51 (10.3)	23 (5.0)	15 (2.4)	10 (1.7)	8 (2.3)	0 (0)	138 (4.5)
知らない	0 (0)	1 (0.3)	3 (0.6)	0 (0)	9 (1.4)	11 (1.8)	4 (1.1)	0 (0)	28 (0.9)
覚せい剤を使った人	180 (96.8)	317 (94.9)	447 (90.1)	430 (92.7)	592 (94.4)	560 (93.5)	336 (95.7)	0 (0)	2862 (93.6)
知っている	5 (2.7)	16 (4.8)	45 (9.1)	34 (7.3)	24 (3.8)	25 (4.2)	11 (3.1)	0 (0)	160 (5.2)
知らない	1 (0.5)	1 (0.3)	4 (0.8)	0 (0)	11 (1.8)	14 (2.3)	4 (1.1)	0 (0)	35 (1.1)
ヘロインを使った人	185 (99.5)	328 (98.2)	490 (98.8)	459 (99.9)	613 (97.8)	584 (97.5)	340 (96.9)	0 (0)	2999 (98.1)
知っている	1 (0.5)	4 (1.2)	4 (0.8)	4 (0.9)	5 (0.8)	3 (0.5)	0 (0)	0 (0)	25 (0.8)
知らない	0 (0)	2 (0.6)	2 (0.4)	1 (0.2)	1 (0.2)	8 (1.3)	0 (0)	0 (0)	33 (1.1)
コカインを使った人	184 (98.9)	332 (99.4)	482 (97.2)	458 (98.7)	613 (97.3)	583 (97.3)	339 (96.6)	0 (0)	2991 (97.8)
知っている	2 (1.1)	1 (0.3)	9 (1.8)	5 (1.1)	2 (0.3)	4 (0.7)	4 (1.1)	0 (0)	24 (0.8)
知らない	0 (0)	1 (0.3)	5 (1.0)	1 (0.2)	13 (2.1)	14 (2.3)	8 (2.3)	0 (0)	42 (1.4)
MDMAを使った人	185 (99.5)	331 (99.1)	486 (98.0)	461 (99.4)	618 (98.6)	581 (97.0)	340 (96.9)	0 (0)	3002 (98.2)
知っている	1 (0.5)	1 (0.3)	9 (1.8)	2 (0.4)	0 (0)	2 (0.3)	1 (0.3)	0 (0)	16 (0.5)
知らない	0 (0)	2 (0.6)	1 (0.2)	1 (0.2)	9 (1.4)	16 (2.7)	10 (2.8)	0 (0)	39 (1.3)
合計	186 (100.0)	334 (100.0)	498 (100.0)	464 (100.0)	627 (100.0)	599 (100.0)	351 (100.0)	0 (0)	3057 (100.0)

表138 身近な人で、この1年間に薬物を乱用したことがある人を知っているか？

	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上	無回答	表用全体
過去1年シナナー遊びをした人	178 (94.0)	326 (97.6)	475 (95.9)	448 (96.6)	605 (96.5)	588 (94.8)	337 (96.0)	0 (0)	2935 (96.0)
知っている	9 (4.8)	7 (2.1)	12 (2.4)	14 (3.0)	8 (1.3)	16 (2.7)	6 (1.7)	0 (0)	72 (2.4)
知らない	1 (0.5)	1 (0.3)	9 (1.8)	2 (0.4)	14 (2.2)	19 (2.9)	8 (2.3)	0 (0)	50 (1.6)
過去1年大麻を吸った人	183 (98.4)	326 (97.6)	486 (98.0)	458 (98.9)	616 (98.2)	584 (97.5)	343 (97.3)	0 (0)	2987 (98.0)
知っている	3 (1.6)	6 (1.8)	6 (1.2)	4 (0.9)	2 (0.3)	4 (0.7)	2 (0.6)	0 (0)	21 (0.7)
知らない	0 (0)	2 (0.6)	4 (0.8)	1 (0.2)	9 (1.4)	11 (1.8)	6 (1.7)	0 (0)	33 (1.1)
過去1年覚せい剤を使った人	183 (98.4)	328 (98.2)	486 (98.0)	454 (97.8)	611 (97.4)	582 (97.2)	343 (97.3)	0 (0)	2987 (97.7)
知っている	3 (1.6)	4 (1.2)	6 (1.2)	8 (1.7)	7 (1.1)	8 (1.3)	3 (0.9)	0 (0)	37 (1.2)
知らない	0 (0)	2 (0.6)	4 (0.8)	2 (0.4)	9 (1.4)	11 (1.8)	6 (1.7)	0 (0)	33 (1.1)
過去1年ヘロインを使った人	185 (99.5)	333 (99.7)	491 (99.0)	461 (99.4)	613 (97.8)	589 (98.3)	341 (97.2)	0 (0)	3013 (98.6)
知っている	1 (0.5)	0 (0)	2 (0.4)	2 (0.4)	2 (0.3)	0 (0)	1 (0.3)	0 (0)	8 (0.3)
知らない	0 (0)	1 (0.3)	3 (0.6)	1 (0.2)	12 (1.9)	10 (1.7)	9 (2.6)	0 (0)	36 (1.2)
過去1年コカインを使った人	184 (98.9)	332 (99.4)	481 (98.9)	461 (99.4)	616 (98.2)	586 (98.1)	340 (96.9)	0 (0)	3010 (98.5)
知っている	2 (1.1)	0 (0)	1 (0.2)	2 (0.4)	1 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.3)	0 (0)	8 (0.3)
知らない	0 (0)	2 (0.6)	4 (0.8)	1 (0.2)	10 (1.6)	12 (2.0)	10 (2.8)	0 (0)	39 (1.3)
過去1年MDMAを使った人	185 (99.5)	331 (99.1)	493 (99.4)	462 (99.6)	618 (98.2)	582 (97.2)	336 (96.7)	0 (0)	3005 (98.3)
知っている	1 (0.5)	0 (0)	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (0.1)
知らない	0 (0)	3 (0.9)	2 (0.4)	2 (0.4)	11 (1.8)	17 (2.8)	14 (4.0)	0 (0)	49 (1.6)
合計	186 (100.0)	334 (100.0)	496 (100.0)	464 (100.0)	627 (100.0)	599 (100.0)	351 (100.0)	0 (0)	3057 (100.0)

表139 年代別生涯使用経験率（未補正）

	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上	無回答	表用全体
生涯シナナー経験ありなし	185 (99.5)	330 (98.3)	456 (94.0)	455 (98.1)	617 (98.4)	588 (98.3)	347 (98.9)	0 (0)	2988 (97.7)
あり	1 (0.5)	3 (0.9)	23 (4.6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	40 (1.3)
生涯大麻経験ありなし	186 (100.0)	325 (97.3)	476 (96.0)	457 (98.5)	616 (98.2)	589 (98.3)	345 (98.3)	0 (0)	2994 (97.9)
あり	0 (0)	7 (2.1)	16 (3.2)	7 (1.5)	3 (0.5)	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	34 (1.1)
生涯覚せい剤経験ありなし	186 (100.0)	331 (99.1)	487 (98.2)	464 (100.0)	620 (98.9)	589 (98.3)	347 (98.9)	0 (0)	3024 (98.9)
あり	0 (0)	2 (0.6)	4 (0.8)	0 (0)	0 (0)	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	8 (0.3)
生涯ヘロイン経験ありなし	186 (100.0)	333 (99.7)	492 (99.2)	463 (99.8)	619 (98.7)	588 (98.2)	345 (97.7)	0 (0)	3024 (98.9)
あり	0 (0)	1 (0.3)	4 (0.8)	1 (0.2)	8 (1.3)	10 (1.7)	8 (2.3)	0 (0)	39 (1.3)
生涯コカイン経験ありなし	186 (100.0)	333 (99.7)	492 (99.2)	462 (99.6)	619 (98.7)	588 (98.2)	342 (97.4)	0 (0)	3022 (98.9)
あり	0 (0)	1 (0.3)	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	2 (0.1)
生涯MDMA経験ありなし	185 (99.5)	333 (99.7)	494 (99.6)	462 (99.6)	618 (98.6)	581 (97.0)	340 (96.9)	0 (0)	3013 (98.6)
あり	1 (0.5)	0 (0)	0 (0)	1 (0.2)	0 (0)	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	3 (0.1)
生涯経験いずれか	185 (99.5)	323 (96.7)	449 (90.5)	448 (96.6)	603 (96.2)	569 (95.0)	334 (95.2)	0 (0)	2911 (95.2)
あり	1 (0.5)	9 (2.7)	34 (6.9)	14 (3.0)	7 (1.1)	2 (0.3)	0 (0)	0 (0)	79 (2.6)
生涯経験有様不明なし	185 (99.5)	324 (97.0)	469 (94.6)	454 (97.8)	606 (96.7)	572 (95.5)	334 (95.2)	0 (0)	2944 (96.3)
あり	1 (0.5)	8 (2.4)	17 (3.4)	8 (1.7)	4 (0.6)	2 (0.3)	0 (0)	0 (0)	40 (1.3)
合計	186 (100.0)	334 (100.0)	496 (100.0)	464 (100.0)	627 (100.0)	599 (100.0)	351 (100.0)	0 (0)	3057 (100.0)

表140 大麻・覚せい剤の使用をどう思うか？（%）

	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代以上	無回答	表用全体
大麻を吸うこと	165 (88.7)	286 (85.8)	424 (85.5)	404 (87.1)	541 (86.3)	510 (85.1)	291 (82.9)	0 (0)	2621 (85.7)
法律で禁止されているからすべきではない	10 (5.4)	21 (6.3)	35 (7.1)	31 (6.7)	54 (8.6)	61 (10.2)	29 (8.3)	0 (0)	241 (7.9)
法律で禁止されているがかわい	0 (0)	0 (0)	2 (0.4)	4 (0.9)	9 (1.4)	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	7 (0.2)
法律で決める必要はなく個人の自由	4 (2.2)	23 (6.9)	23 (4.6)	9 (1.9)	11 (1.8)	2 (0.3)	3 (0.9)	0 (0)	75 (2.5)
大麻の害を知らないから判断できない	3 (1.6)	3 (0.9)	9 (1.8)	9 (1.9)	13 (2.1)	20 (3.3)	21 (6.0)	0 (0)	78 (2.6)
無回答	4 (2.2)	1 (0.3)	3 (0.6)	7 (1.5)	9 (1.4)	5 (0.8)	7 (2.0)	0 (0)	35 (1.1)
覚せい剤の使用	168 (90.3)	300 (89.8)	460 (92.7)	432 (93.1)	563 (89.5)	529 (88.3)	300 (85.5)	0 (0)	2752 (90.0)
法律で禁止されているからすべきではない	11 (5.9)	16 (4.8)	25 (5.0)	17 (3.7)	43 (6.9)	47 (7.8)	26 (7.4)	0 (0)	165 (5.4)
法律で禁止されているがかわい	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.2)	0 (0)	1 (0.2)	0 (0)	0 (0)	2 (0.1)
法律で決める必要はなく個人の自由	3 (1.6)	13 (3.9)	7 (1.4)	2 (0.4)	6 (1.0)	2 (0.3)	1 (0.3)	0 (0)	34 (1.1)
覚せい剤の害を知らないから判断できない	1 (0.5)	3 (0.9)	1 (0.2)	3 (0.6)	8 (1.3)	15 (2.5)	17 (4.8)	0 (0)	48 (1.6)
無回答	3 (1.6)	2 (0.6)	3 (0.6)	9 (1.9)	7 (1.1)	7 (1.1)	7 (2.0)	0 (0)	36 (1.2)
合計	186 (100.0)	334 (100.0)	496 (100.0)	464 (100.0)	627 (100.0)	599 (100.0)	351 (100.0)	0 (0)	3057 (100.0)

薬物使用についてのアンケート調査

ご協力へのお願い

国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部は、薬物の使用状況、乱用実態などを調査し、薬物使用および乱用に対する対策のための基礎資料作りを行っている厚生労働省の研究機関です。

このたび、全国にお住まいの15歳以上の方、5,000人に、薬物の使用実態をおたずねすることになりました。お忙しいところ、突然で恐縮ですが、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

あなた様をお訪ねいたしましたのは、住民台帳より「くじ引き」と同じ統計上の理論と手法によって、無作為で調査対象を抽出させていただいた結果です。

調査のために、お訪ねしました調査員は、当研究所より委託しました、調査専門機関である社団法人新情報センターの調査員です。

お訪ねしました調査員は、あなた様の住所・氏名を存じあげた上で、お訪ねしたわけですが、後日、回収にお伺いし、調査用紙を受け取る際には、回収用封筒に入れられた調査用紙を受け取るだけです。あなたが記載された内容を知ることはできません。また、調査用紙回収後は、調査対象者名簿はすみやかに廃棄されます。

また、結果の分析は、当研究部にて行いますが、当研究部ではどの調査用紙がどの方のものか、特定することができません。

したがって、あなた様の個人情報が漏れることはありません。

本調査用紙には、個人が特定される項目はありません。

調査の趣旨にご理解をいただきまして、ご協力いただけますよう、お願い申し上げます。

なお、本調査につきまして、ご意見、ご質問等がございましたら、下記の新情報センターまでお問い合わせ下さいませようお願い申し上げます。

(些少ですが調査員に粗品を持参させました。ご笑納下さい。)

ご記入に際してのお願い

- 1) ご記入は、エンピツ、または黒・青のボールペンでお願いします。
- 2) 回答は、あなたの気持ち・考え・実情に最も近いものの番号を○印で囲んで下さい。
必要に応じて、() 内にご記入下さい。
- 3) その他、ご記入上おわかりにならない点などがありましたら、調査員におたずねになるか、下記の(社)新情報センターまでお問い合わせ下さい。

回収日時

月 日 時頃に、回収にお伺いします。それまでにご記入の上、回収用封筒に入れて、調査員にお渡し下さいますようお願い申し上げます。 調査員名 ()

平成17年10月

<調査企画>

国立精神・神経センター
精神保健研究所
薬物依存研究部

<調査実施機関>

社団法人 新情報センター
東京都渋谷区恵比寿1-13-6
TEL: (03) 3473-8833
担当: 溝淵、安藤

【あなたご自身について、おたずねします。】

問1 性別を教えてください。(○は1つ)

1. 男性

2. 女性

問2 年齢は何歳(満)ですか?() 内にご記入ください。

() 歳

問3 (中退も含めて)最後に出了れた学校は、次のどれにあたりますか?
(○は1つ)(在学中の方は、現在の学校を選んで下さい)

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1. 小学校(尋常小学校も含む) | 5. 高等学校(旧制中学校・高女も含む) |
| 2. 中学校(尋常高等小学校も含む) | 6. 短大・大学以上(旧制高等学校も含む) |
| 3. 専門学校(中卒後) | 7. その他 |
| 4. 専門学校(高校中退後、ないしは高卒後) | |

問4 あなたは、現在、学生・専業主婦・パートタイム・アルバイトなどを含めて、以下のどれに該当しますか?(○は1つ)(学生で、働いている方は、学生の中から自分に該当するものを選んで下さい。)

学生

1. 中学生
 2. 高校生
 3. 予備校生
 4. 専門学校・各種学校生徒
 5. 短大生・大学生・大学院生
- 自営業種、家族従業員
10. 農林漁業の自営者
 11. 商店主(小売業・卸売店の店主など)
 12. 工場主(製造工場・自動車整備工場・印刷工場主など)
 13. 土木建設業種(工務店主など)
 14. 医療関係業種(病院経営、薬局・薬店主など)
 15. サービス業事業主(旅館主、喫茶店主、理・美容店主、クリーニング店主、運送店主など)
 16. その他の事業主(弁護士・会計士事務所経営、宗教家、プロスポーツ選手など)

勤め人

17. 販売従業者(販売店員、外交員、行商人、セールスマンなど)
18. 保安従業者(警察官、消防士・自衛官、守衛・管理人・ガードマンなど)
19. 運輸従業者(運転手、機関士・車掌など)
20. 通信従事者(電話交換手、通信士など)
21. サービス業従事者(ウエイター、ホステス、家政婦、ガイドなど)
22. 技能職従事者(理容師、美容師、調理師など)
23. 土木建築業従事者(大工、とび職、土工、左官、配管工、その他建設作業員など)
24. 工場労働者、工業作業員(洋服仕立て工、印刷工、板金工、自動車修理工、旋盤工、メッキ工など)
25. その他の労務従事者(探鉱員、荷役作業員、清掃員など)
26. 専務従事者(事務系社員、事務系公務員、タイピスト、記者など)
27. 管理的職業(課長以上の公務員、民間会社の部長以上など)
28. 医療職従事者(医師、看護婦、薬剤師など)
29. その他の専門・技術職従事者(技術者、弁護士、教師、研究者など)
30. 専業主婦
31. 無 職
32. その他(具体的に:)

【あなたの飲酒習慣について、おたずねします。】

問5 これまでに、一回でも飲酒したことがありますか？

(ない方は「1.」を、ある方は、飲酒したことのある機会すべてに○をして下さい。)

※この調査で言う飲酒には、梅酒など、アルコールが入ったものすべてを含みます。
また、「飲む」とは、「なめる」「口をつける」も含めます。

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. 一度も飲酒したことがない | 7. 家での食事や団らんで |
| 2. 冠婚葬祭時(正月や各種儀式も含める) | 8. 外での家族との食事や団らんで |
| 3. 仕事や商売上の必要で | 10. 仕事や職場でいやなことがあったとき |
| 4. 上司とのつきあいで | 11. 家の中でおもしろくないことがあったとき |
| 5. 友人・同僚とのつきあいで | 12. 寝る前に |
| 6. その他のつきあいで | 13. その他(具体的に:) |

問6 あなたが、「いたずら」を含めて、初めてアルコールを口にしたのはいつ頃ですか？(○は1つ)

- | | | |
|----------------------|------------|----------|
| 1. これまでに一度も飲酒したことがない | 4. 中学校時代 | 7. 20歳以降 |
| 2. 小学校以前 | 5. 中卒後～17歳 | |
| 3. 小学校時代 | 6. 18歳～19歳 | |

問7 あなたが、それなりに飲酒をするようになったのはいつ頃からですか？(○は1つ)

※「それなりに飲酒をする」とは、一回の飲酒の量にかかわらず、「月に1回以上、飲酒すること」を指します。

- | | | |
|--------------------------|------------|------------|
| 1. これまでに一度も飲酒したことがない | 4. 小学校時代 | 7. 18歳～19歳 |
| 2. それなりに飲酒するまでには至ったことがない | 5. 中学校時代 | 8. 20歳以降 |
| 3. 小学校以前 | 6. 中卒後～17歳 | |

問8 この一年間に、一回でも飲酒したことがありますか？

(ない方は「1.」を、ある方は、飲酒したことのある機会すべてに○をして下さい。)

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1. 一度も飲酒したことがない | 7. 家での食事や団らんで |
| 2. 冠婚葬祭時 | 8. 外での家族との食事や団らんで |
| 3. 仕事や商売上の必要で | 10. 仕事や職場でいやなことがあったとき |
| 4. 上司とのつきあいで | 11. 家の中でおもしろくないことがあったとき |
| 5. 友人・同僚とのつきあいで | 12. 寝る前に |
| 6. その他のつきあいで | 13. その他(具体的に:) |

問9 この一年間の飲酒頻度は、以下のどれに該当しますか？(○は1つ)

- | |
|----------------------------|
| 1. この1年間で、一度も飲んでいない |
| 2. この1年間で、数回飲んだ(年間5回以内) |
| 3. 2ヶ月に1回程度、飲んだ(年間約6～11回) |
| 4. 月に1～2回程度、飲んだ(年間約12～24回) |
| 5. 月に数回程度、飲んだ(年間約25～51回) |
| 6. 週に1～2回程度、飲んでいる |
| 7. 週に3～6回程度、飲んでいる |
| 8. ほとんど毎日、飲んでいる |

問10 現在のあなたは、禁酒に関してどれに該当しますか？(○は1つ)

- | |
|---|
| 1. そもそも、これまでに一度も飲酒したことがない または 禁酒を考えたことがない |
| 2. 禁酒を考えたことはあるが、実行したことがない |
| 3. 禁酒を試みたが、現在、禁酒に至っていない |
| 4. 禁酒し、今も禁酒しているが、未だ1年は経っていない(初めての禁酒挑戦) |
| 5. 禁酒し、今も禁酒しているが、未だ1年は経っていない(禁酒への再挑戦中) |
| 6. 禁酒し、既に1年以上禁酒を続けている |

問11 禁酒しようかと考えた大きな理由は何ですか？(○はいくつでもけっこうです)
(禁酒を考えたことがない方や、飲酒経験のない方は1.に○をしてください。)

- | |
|--|
| 1. 禁酒を考えたことがない または、飲酒経験がない |
| 2. 健康上の不調を感じたことはないが、その可能性が心配になったから |
| 3. 健康上の不調を感じたから |
| 4. 問題(対人関係、社会生活上)を起こしたことはないが、自分の飲酒にその可能性を感じたから |
| 5. 飲酒で問題(対人関係、社会生活上)を起こしたから |
| 6. その他(具体的に:) |

【あなたの喫煙習慣について、おたずねします。】

問12 これまでに、一回でも(いたずらを含めて)、喫煙したことがありますか？(○は1つ)

- | | |
|-------|-------|
| 1. ない | 2. ある |
|-------|-------|

問13 あなたが、「いたずら」を含めて、初めてたばこを吸ったのはいつ頃ですか？(○は1つ)

- | | | |
|----------------------|------------|----------|
| 1. これまでに一度も喫煙したことがない | 4. 中学校時代 | 7. 20歳以降 |
| 2. 小学校以前 | 5. 中卒後～17歳 | |
| 3. 小学校時代 | 6. 18歳～19歳 | |

問14 あなたが、それなりに喫煙するようになったのはいつ頃からですか？(○は1つ)

※「それなりに喫煙をする」とは、1回の喫煙の量にかかわらず、「週1回以上、喫煙すること」を指します。

- | | | |
|--------------------------|------------|------------|
| 1. これまでに一度も喫煙したことがない | 4. 小学校時代 | 7. 18歳～19歳 |
| 2. それなりに喫煙するまでには至ったことがない | 5. 中学校時代 | 8. 20歳以降 |
| 3. 小学校以前 | 6. 中卒後～17歳 | |

問15 この一年間の喫煙頻度は、以下のどれに該当しますか？(○は1つ)

- | |
|------------------------------|
| 1. この1年間で、一回も喫煙していない |
| 2. この1年間で、数回喫煙した(年間5回以内) |
| 3. 2ヶ月に1回程度、喫煙した(年間約6～11回) |
| 4. 月に1～2回程度、喫煙した(年間約12～24回) |
| 5. 月に数回程度、喫煙した(年間約25～51回) |
| 6. 週に1～2回程度、喫煙している |
| 7. 週に3～6回程度、喫煙している |
| 8. ほとんど毎日、喫煙している(1日に1～10本) |
| 10. ほとんど毎日、喫煙している(1日に11～20本) |
| 11. ほとんど毎日、喫煙している(1日に21本以上) |
| 12. ほとんど毎日、喫煙している(パイプたばこ) |

問16 現在のあなたは、禁煙に関してどれに該当しますか？（○は1つ）

1. そもそも、これまでに一度も喫煙したことがない または 禁煙を考えたことがない
2. 禁煙を考えたことはあるが、実行したことがない
3. 禁煙を試みたが、現在、禁煙に至っていない
4. 禁煙し、今も禁煙しているが、未だ1年は経っていない（初めての禁煙挑戦）
5. 禁煙し、今も禁煙しているが、未だ1年は経っていない（禁煙への再挑戦中）
6. 禁煙し、既に1年以上禁煙を続けている

問17 禁煙しようかと考えた大きな理由は何ですか？（○はいくつでもけっこうです）

（禁煙を考えたことがない方や、喫煙経験のない方は1.に○をしてください。）

1. 禁煙を考えたことがない または、喫煙経験がない
2. 健康上の不調を感じたことはないが、その可能性が心配になったから
3. 健康上の不調を感じたから
4. 人から禁煙を勧められたわけではないが、喫煙者は「白い目」で見られるようになってきたから
5. 人から禁煙を勧められたから
6. 家族や他者の健康への影響を考えて
7. その他(具体的に:)

【鎮痛薬、精神安定薬（抗不安薬）、睡眠薬についておたずねします。】

問18 あなたの家庭に常備している薬に○をつけて下さい。（○はいくつでもけっこうです）

- | | | | |
|----------|-----------|----------|-----------------|
| 1. 特にない | 6. 糖尿病薬 | 12. 鎮痛薬 | 17. セットの置き薬 |
| 2. 風邪薬 | 7. 精神安定薬 | 13. 抗生物質 | 18. その他(具体的に:) |
| 3. 胃腸薬 | 8. 湿布薬 | 14. 便秘薬 | |
| 4. ビタミン剤 | 10. 強精強肝薬 | 15. 目薬 | |
| 5. 高血圧薬 | 11. 睡眠薬 | 16. 鼻炎薬 | |

問19 次の薬のうち、この一年間に一回でも使ったことのある薬があったら、○をつけて下さい。

（○はいくつでもけっこうです）（この調査での「薬」には、医療機関からの薬も市販薬も含みます）

- | | | | |
|----------|----------|----------|-----------------|
| 1. 特にない | 5. 高血圧薬 | 10. 抗生物質 | 13. 鼻炎薬 |
| 2. 風邪薬 | 6. 糖尿病薬 | 11. 便秘薬 | 14. セットの置き薬 |
| 3. 胃腸薬 | 7. 湿布薬 | 12. 目薬 | 15. その他(具体的に:) |
| 4. ビタミン剤 | 8. 強精強肝薬 | | |

問20 あなたは、この一年間で、平均すると鎮痛薬（頭痛薬、歯痛止め、生理痛止め、も含まれます）をどのくらいの頻度で使いましたか？（○は1つ）

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. 一度も飲んでいない | 5. 月に数回程度、飲んだ（年間約25～51回） |
| 2. この1年間で、数回飲んだ（年間5回以内） | 6. 週に1～2回程度、飲んでいる |
| 3. 2ヶ月に1回程度、飲んだ（年間約6～11回） | 7. 週に3～6回程度、飲んでいる |
| 4. 月に1～2回程度、飲んだ（年間約12～24回） | 8. ほとんど毎日、飲んでいる |

問21 この一年間で、鎮痛薬は、どこから入手しましたか？（○はいくつでもけっこうです）

- | | | |
|------------|------------|----------------|
| 1. 入手していない | 4. 医院・病院から | 7. 愛人・恋人から |
| 2. 常備薬から | 5. 薬局・薬店から | 8. その他(具体的に:) |
| 3. 家族から | 6. 友人・知人から | |

問22 鎮痛薬の、この一年間での使用理由は、以下のどれですか？（○はいくつでもけっこうです）

- | | | |
|-----------|--------------|-----------------|
| 1. 使っていない | 5. 生理痛 | 10. 遊び（快感）目的で |
| 2. 頭痛 | 6. 胃痛 | 11. その他(具体的に:) |
| 3. 歯痛 | 7. 肩こり | |
| 4. 腰痛 | 8. その他の痛みのため | |

問23 鎮痛薬の中には、依存（やめようと思っても、簡単にはやめられなくなる状態）を作り得るものもありますが、そのような鎮痛薬も含めて、鎮痛薬の使用についての、あなたの実情・心情は次のどれに該当しますか？（○は1つ）

1. 使う必要がないので、考えたことがない
2. 必要な時には、心配せずに、使う
3. 必要な時には、心配もあるが、どちらかというを使う
4. 必要な時でも、心配だから、どちらかというを使わない
5. 必要な時でも、心配だから、とにかく使わない

問24 あなたは、この一年間で、平均すると精神安定薬（抗不安薬）をどのくらいの頻度で使いましたか？（○は1つ）

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. 一度も飲んでいない | 5. 月に数回程度、飲んだ（年間約25～51回） |
| 2. この1年間で、数回飲んだ（年間5回以内） | 6. 週に1～2回程度、飲んでいる |
| 3. 2ヶ月に1回程度、飲んだ（年間約6～11回） | 7. 週に3～6回程度、飲んでいる |
| 4. 月に1～2回程度、飲んだ（年間約12～24回） | 8. ほとんど毎日、飲んでいる |

問25 この一年間に、精神安定薬（抗不安薬）は、どこから入手しましたか？

（○はいくつでもけっこうです）

- | | | |
|------------|------------|----------------|
| 1. 入手していない | 4. 医院・病院から | 7. 愛人・恋人から |
| 2. 常備薬から | 5. 薬局・薬店から | 8. その他(具体的に:) |
| 3. 家族から | 6. 友人・知人から | |

問26 精神安定薬（抗不安薬）の、この一年間での使用理由は以下のどれですか？

（○はいくつでもけっこうです）

- | | | |
|------------|--------------|----------------|
| 1. 使っていない | 4. ストレス軽減のため | 7. その他(具体的に:) |
| 2. 不眠改善のため | 5. 高血圧の治療のため | |
| 3. 不安解消のため | 6. 遊び（快感）目的で | |

問27 精神安定薬（抗不安薬）の中には、依存を作り得るものもありますが、そのような精神安定薬（抗不安薬）も含めて、精神安定薬（抗不安薬）の使用についての、あなたの実情・心情は、次のどれに該当しますか？（○は1つ）

1. 使う必要がないので、考えたことがない
2. 必要な時には、心配せずに、使う
3. 必要な時には、心配もあるが、どちらかというを使う
4. 必要な時でも、心配だから、どちらかというを使わない
5. 必要な時でも、心配だから、とにかく使わない

問28 あなたは、この一年間で、平均すると睡眠薬をどのくらいの頻度で使いましたか？（○は1つ）

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. 一度も飲んでいない | 5. 月に数回程度、飲んだ（年間約25～51回） |
| 2. この1年間で、数回飲んだ（年間5回以内） | 6. 週に1～2回程度、飲んでいて |
| 3. 2ヶ月に1回程度、飲んだ（年間約6～11回） | 7. 週に3～6回程度、飲んでいて |
| 4. 月に1～2回程度、飲んだ（年間約12～24回） | 8. ほとんど毎日、飲んでいて |

問29 この一年間に、睡眠薬はどこから入手しましたか？（○はいくつでもけっこうです）

- | | | |
|------------|------------|----------------|
| 1. 入手していない | 4. 医院・病院から | 7. 愛人・恋人から |
| 2. 常備薬から | 5. 薬局・薬店から | 8. その他（具体的に： ） |
| 3. 家族から | 6. 友人・知人から | |

問30 睡眠薬の、この一年間での使用理由は以下のどれですか？（○はいくつでもけっこうです）

- | | | |
|------------|--------------|----------------|
| 1. 使っていない | 4. ストレス軽減のため | 7. その他（具体的に： ） |
| 2. 不眠改善のため | 5. 高血圧の治療のため | |
| 3. 不安解消のため | 6. 遊び（快感）目的で | |

問31 睡眠薬の中には、依存を作り得るものもありますが、そのような睡眠薬も含めて、睡眠薬の使用についての、あなたの実情・心情は、次のどれに該当しますか？（○は1つ）

- | |
|------------------------------|
| 1. 使う必要がないので、考えたことがない |
| 2. 必要な時には、心配せずに、使う |
| 3. 必要な時には、心配もあるが、どちらかというを使う |
| 4. 必要な時でも、心配だから、どちらかというと使わない |
| 5. 必要な時でも、心配だから、とにかく使わない |

【薬物乱用・依存についておたずねします。】

問32 以下の薬物は、すべて依存（止めようと思っても簡単には止められない状態）を作り得る薬物です。あなたが聞いたことのある薬物があったら、○をつけて下さい。（○はいくつでもけっこうです）

- | | | | |
|-----------------|----------|-------------|------------|
| 1. 大麻 | 7. LSD | 13. スピード | 19. コカイン |
| 2. モルヒネ | 8. 有機溶剤 | 14. 麻薬 | 20. クラック |
| 3. マリファナ | 10. アシッド | 15. ヒロポン | 21. 覚せい剤 |
| 4. トルエン | 11. シンナー | 16. ヘロイン | 22. エクスタシー |
| 5. ハシッシ | 12. エス | 17. MDMA | 23. シャブ |
| 6. マジック・マッシュルーム | 18. エックス | 24. すべて知らない | |

問33 薬物乱用を繰り返すと、依存状態になることを知っていますか？（○は1つ）

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

問34 「シンナー遊び」で死亡すること（急性中毒死）があるのを知っていますか？（○は1つ）

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

問35 「シンナー遊び」を繰り返すと、何もないのに物が見えたり（幻視）、実際には何も聞こえないのに、声が聞こえたり（幻聴）、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思ひ込んだり（妄想）する状態（精神病状態）になることがあるのを知っていますか？（○は1つ）

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

問36 「シンナー遊び」の結果、幻視、幻聴、妄想が出るようになってしまうと、それを治療して治っても、その後、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻視、幻聴、妄想が再び出現すること（フラッシュバック）があるのを知っていますか？（○は1つ）

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

問37 「シンナー遊び」を繰り返すと、何事にも関心が持てなくなり、結果的に学校を欠席しがちになったり、どんな仕事に就いても、長続きしなくなる（無動機症候群）を知っていますか？（○は1つ）

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

問38 「シンナー遊び」をする人の数について、どのような印象をお持ちですか？（○は1つ）

- | | | | |
|--------------|----------|--------------|----------|
| 1. 以前より増えている | 2. 変わらない | 3. 以前より減っている | 4. わからない |
|--------------|----------|--------------|----------|

問39 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、「シンナー遊び」を一回でも行ったことのある人を、これまで何人知っていますか？
（身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2. 「いる」を選んだ場合は、（ ）内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。）

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. いない（知らない） | 2. いる → （ ）人 |
|--------------|--------------|

問40 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間に「シンナー遊び」を一回でも行ったことのある人を、何人知っていますか？
（身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2. 「いる」を選んだ場合は、（ ）内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。）

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. いない（知らない） | 2. いる → （ ）人 |
|--------------|--------------|

問41 あなたは、これまでに、「シンナー遊び」に一回でも誘われたことがありますか？
（○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ）

- | | | |
|-------|-----------------|--------------|
| 1. ない | 2. この1年間より前にあった | 3. この1年間にあった |
|-------|-----------------|--------------|

問42 あなたは、これまでに一回でも、「シンナー遊び」を経験したことがありますか？
（○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ）

- | | | |
|-------|-----------------|--------------|
| 1. ない | 2. この1年間より前にあった | 3. この1年間にあった |
|-------|-----------------|--------------|

問43 あなたは、大麻を吸っている人の数について、どのような印象をお持ちですか？（○は1つ）
（マリファナ、ハシッシもすべて大麻です）

- | | | | |
|--------------|----------|--------------|----------|
| 1. 以前より増えている | 2. 変わらない | 3. 以前より減っている | 4. わからない |
|--------------|----------|--------------|----------|

問44 あなたは大麻を吸うと、上記の問35～問37と同じ精神病状態、フラッシュバック、無動機症候群になることがあるのを知っていますか？（○は1つ）

- | | |
|----------|---------|
| 1. 知っている | 2. 知らない |
|----------|---------|

問45 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、大麻を一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、()内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない) 2. いる → () 人

問46 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間に大麻を一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、()内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない) 2. いる → () 人

問47 あなたは、これまでに、大麻使用に一回でも誘われたことがありますか？

(○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない 2. この1年間より前にあった 3. この1年間にあった

問48 あなたは、これまでに一回でも、大麻を吸ったことがありますか？

(○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない 2. この1年間より前にあった 3. この1年間にあった

問49 あなたは、覚せい剤を使っている人の数について、どのような印象をお持ちですか？ (○は1つ)

(ヒロポン、シャブ、エス、スピードも覚せい剤です)

1. 以前より増えている 2. 変わらない 3. 以前より減っている 4. わからない

問50 覚せい剤を使うと、上記の質問35と同じ精神状態になりやすく、また質問36のようなフラッシュバックがあることを知っていますか？ (○は1つ)

1. 知っている 2. 知らない

問51 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、覚せい剤を一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、()内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない) 2. いる → () 人

問52 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間に覚せい剤を一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、()内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない) 2. いる → () 人

問53 あなたは、これまでに、覚せい剤使用に一回でも誘われたことがありますか？

(○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない 2. この1年間より前にあった 3. この1年間にあった

問54 あなたは、これまでに一回でも、覚せい剤を使用したことがありますか？

(○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない 2. この1年間より前にあった 3. この1年間にあった

問55 あなたは、ヘロインを使用している人の数について、どのような印象をお持ちですか？ (○は1つ)

1. 以前より増えている 2. 変わらない 3. 以前より減っている 4. わからない

問56 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、ヘロインを一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、()内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない) 2. いる → () 人

問57 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間にヘロインを一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、()内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない) 2. いる → () 人

問58 あなたは、これまでに、ヘロイン使用に一回でも誘われたことがありますか？

(○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない 2. この1年間より前にあった 3. この1年間にあった

問59 あなたは、これまでに一回でも、ヘロインを使用したことがありますか？

(○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない 2. この1年間より前にあった 3. この1年間にあった

問60 あなたは、コカインを使用している人の数について、どのような印象をお持ちですか？ (○は1つ)
(クラックもコカインです)

1. 以前より増えている 2. 変わらない 3. 以前より減っている 4. わからない

問61 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、コカインを一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、()内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない) 2. いる → () 人

問62 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間にコカインを一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、()内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない) 2. いる → () 人

問63 あなたは、これまでに、コカイン使用に一回でも誘われたことがありますか？

(○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない 2. この1年間より前にあった 3. この1年間にあった

問64 あなたは、これまでに一回でも、コカインを使用したことがありますか？

(○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない 2. この1年間より前にあった 3. この1年間にあった

問65 あなたは、MDMAを使用している人の数について、どのような印象をお持ちですか？

(エクスタシー、エクسسもMDMAです)

(○は1つ)

1. 以前より増えている 2. 変わらない 3. 以前より減っている 4. わからない

問66 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、MDMAを一回でも使ったことのある人を、これまでに何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、()内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない) 2. いる → () 人

問67 あなたは、国内で、自分の身近にいた、あるいは、身近にいる人の中で、この一年間にMDMAを一回でも使ったことのある人を、何人知っていますか？

(身近でなくても、実際に目撃した場合は人数に含めてください。2.「いる」を選んだ場合は、()内に、その人数をお書き下さい。数人とか多数とかは書かないでください。)

1. いない (知らない) 2. いる → () 人

問68 あなたは、これまでに、MDMA使用に一回でも誘われたことがありますか？

(○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない 2. この1年間より前にあった 3. この1年間にあった

問69 あなたは、これまでに一回でも、MDMAを使ったことがありますか？

(○は1.の場合は1つ、それ以外の場合には、1つまたは2つ)

1. ない 2. この1年間より前にあった 3. この1年間にあった

問70 あなたが「シンナー遊び」のためにシンナーなどの有機溶剤を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいことですか？ (○は1つ)

1. 絶対不可能だ 3. 少々苦勞するが、なんとか手に入る
2. ほとんど不可能だ 4. 簡単に手に入る

問71 あなたが大麻を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？ (○は1つ)

1. 絶対不可能だ 3. 少々苦勞するが、なんとか手に入る
2. ほとんど不可能だ 4. 簡単に手に入る

問72 あなたが覚せい剤を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？ (○は1つ)

1. 絶対不可能だ 3. 少々苦勞するが、なんとか手に入る
2. ほとんど不可能だ 4. 簡単に手に入る

問73 あなたがヘロインを手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？ (○は1つ)

1. 絶対不可能だ 3. 少々苦勞するが、なんとか手に入る
2. ほとんど不可能だ 4. 簡単に手に入る

問74 あなたがコカインを手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？ (○は1つ)

1. 絶対不可能だ 3. 少々苦勞するが、なんとか手に入る
2. ほとんど不可能だ 4. 簡単に手に入る

問75 あなたがMDMAを手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？ (○は1つ)

1. 絶対不可能だ 3. 少々苦勞するが、なんとか手に入る
2. ほとんど不可能だ 4. 簡単に手に入る

問76 大麻を吸うことは法律で禁止されていますが、あなたは大麻を吸うことについて、どう思いますか？ (○は1つ)

1. 法律で云々言う以前に、そもそも、すべきではないと思う
2. 法律で禁止されているから、すべきではないと思う
3. 法律で禁止されているが、少々ならかまわないと思う
4. 法律で禁止されているが、そもそも法律で決める必要はなく、個人の判断だと思う
5. 大麻による害を知らないから、判断できない

問77 覚せい剤を使用することは法律で禁止されていますが、あなたは覚せい剤を使用することを、どう思いますか？ (○は1つ)

1. 法律で云々言う以前に、そもそも、すべきではないと思う
2. 法律で禁止されているから、すべきではないと思う
3. 法律で禁止されているが、少々ならかまわないと思う
4. 法律で禁止されているが、そもそも法律で決める必要はなく、個人の判断だと思う
5. 覚せい剤による害を知らないから、判断できない

問78 あなたは、マジック・マッシュルームが毒キノコであることを知っていましたか？ (○は1つ)

1. 知らなかった 2. 知っていた

問79 あなたが、この一年間に受診したことがある診療科に○をして下さい。
(○はいくつでもけっこうです)

1. どこも受診していない 5. 外科 10. 泌尿器科 14. 耳鼻咽喉科
2. 内科 6. 整形外科 11. 産婦人科 15. 心療内科
3. 神経科・精神科 7. 皮膚科 12. 眼科 16. その他(具体的に:)
4. 神経内科 8. 脳神経外科 13. 歯科

問80 あなたが、これまでに、何らかの薬物 (医薬品も含めて) の使用が原因で受診したことがある診療科に○をして下さい。

(○はいくつでもけっこうです)

1. どこも受診していない 5. 外科 10. 泌尿器科 14. 耳鼻咽喉科
2. 内科 6. 整形外科 11. 産婦人科 15. 心療内科
3. 神経科・精神科 7. 皮膚科 12. 眼科 16. その他(具体的に:)
4. 神経内科 8. 脳神経外科 13. 歯科

ご協力ありがとうございました。

なお、この調査についての結果は、来年の7月頃に公表します。

結果をお知りになりたい方は、ハガキにあなた様の住所、氏名をご記入になり、下記の「結果請求用紙」を点線に沿って切り取り、ハガキに貼付の上、2005年11月末日までに、下記住所(点線に沿って切り取り、ハガキに添付して下さい)までご請求下さい。来年の7月頃に郵送させていただきます。

(結果は、調査対象全員について、統計的にまとめられたものであり、個人について論じたものではありません。ただし、郵送の必要上、あなた様が本調査の対象の一人であったことが、当研究部にはわかりますが、当研究部では、あなた様ご自身の記載内容を特定することはできませんし、あなた様が本調査の対象の一人であったことを漏らすことは、一切ありません。)

注：下記を切り取る際は、裏面の回答が切り取られないよう、点線に沿ってお切り下さい。

結果請求用紙 結果請求先

住民調査05の 千187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
結果を 国立精神・神経センター 精神保健研究所
請求します 薬物依存研究部 住民調査 担当者 宛

第6版-2005

HIV/HCV infection among drug dependent patients in Japan

Kiyoshi Wada, M.D., Ph.D.

Department of Drug Dependence Research

National Institute of Mental Health,

National Center of Neurology and Psychiatry

The International Conference on Substitution Treatment for Drug Addicts (Taiwan)

November 22 to 24, 2005

Before presenting HIV/HCV infection among drug dependent patients in Japan, I'd like to explain a brief history of drug abuse in Japan, because the situation of drug-related HIV/HCV infection differs from those of most developed countries.

First of all, I would like to explain drug abuse situation in Japan, by using "National Police Agency Data". Figure 1 shows the number of arrestees over the years. Methamphetamine and organic solvents are clearly more problematic than other drugs. Methamphetamine is abused by mainly adults, while solvents are abused mainly by teenagers. Solvent abuse is considered as a gateway to methamphetamine abuse in Japan. There are only very few people who were arrested for cannabis or narcotics-related crimes in Japan as shown in this slide.

In terms of methamphetamine abuse, Japan has experienced an epidemic three times in the history. "The first epidemic" was between 1951 and 1957. "The second epidemic" was between 1970 and 1994, and "the third epidemic" started in 1995. Japan is facing the third epidemic now.

Table 1 shows characteristics of each epidemic of methamphetamine in Japan.

Before "the first epidemic", dependency and psychotoxicity of methamphetamine were not yet known. As was the case in some other countries, methamphetamine was used mainly in the military in Japan. After the World War II ended, however, the stocks of methamphetamine were released from pharmaceutical companies and the military into the market. Under pessimistic and pleasure-seeking atmosphere, methamphetamine use became a social problem. "Philopon" was the most popular name of methamphetamine during this time. Some specialists even remarked, "Philopon would ruin the nation." As a result of this critical situation of methamphetamine abuse, "Stimulants Control Law" was enforced in 1951. Since then, the use, manufacture, sale, purchase and possession of methamphetamine have been strictly controlled. In those days, methamphetamine was used orally and by injection. The supply sources of methamphetamine were confined within the country. The enforcement of the law was so effective that the problem of the methamphetamine abuse was actually put to an end in 1957. Thereafter, Japan entered a period of rapid economic growth.

"The second epidemic" started in 1970. Around in 1970, Japanese economic growth suddenly fell. This economic deterioration promoted organized gangs to begin selling methamphetamine.

In "the second epidemic", all methamphetamine was imported from several Asian countries. This is one of the biggest differences between the first epidemic and the second epidemic. In terms of smuggling resource, I heard and read a surprising data. It was about cocaine. From 1920's to the end of the World War II, Japan planted coca not only in a Japanese domestic island but also in Taiwan. Most Japanese don't know this historical issue. It must be shameful.

Well, I would like to go back to methamphetamine. Methamphetamine was abused mainly by injection. The commonly-used name on the streets was "shabu". The name "Shabu" came from "Shaburu" in Japanese and it means "suck" in English, because methamphetamine makes you feel good as if your born is sucked, or a high dependence liability is strong as if your born is sucked. It implies that methamphetamine have strong potential of dependence. The name of "shabu" was exported to Philippines and named "shabu."

"The third epidemic" started in 1995. It was caused mainly by three reasons. 1) Many foreigners came to Japan to get jobs around in 1990, but some of them lost their jobs after collapse of "Japanese Bubble Economy". 2) New electronic communication tools, especially cell phone, enable smugglers to sell the drug easily. 3) Fashion oriented atmosphere have become popular among young people. As an example, methamphetamine is called "speed" or "s." They are English. English names sound more stylish for Japanese young people. Another characteristic of the third epidemic was the dramatic change in the way how methamphetamine is used. Inhalation of burning methamphetamine has become more popular. For young people, inhalation looks more stylish than injection. Inhalation does not have a risk for HIV infections, but it has potential to promote casual abuse of methamphetamine. This is one of the issues we are concerned about.

When viewed using another scale of measurement (Fig.2), however, the situation looks quite different. The number of arrestees for cannabis-related crimes has been steadily increasing since 1963. Although the number dropped dramatically in 1995, the reduction is believed to be attributable to the police's preoccupation with "the ARM Shinrikyo cult". Quite a number of policemen were required to investigate related cases, including the infamous sarin nerve gas attacks. However, I believe that the number of cannabis abusers has been actually increasing.

The data presented above are based on the number of arrestees in drug-related crimes. However, they are just "a tip of the iceberg" of those who abuse or are dependent on drugs. The sudden drop in the number of arrestees of cannabis crime seen in 1995 shows a limit of this kind of data.

To understand general picture, a nationwide general population survey or a household survey is required.

Figure 3 and 4 show the results of "Nationwide General Population Survey on Drug Use and Abuse". Subjects were non-institutional general population aged 15 and over. Five thousands subjects were randomly selected using stratified multi-stage area probability sampling based on a resident registration. Investigators visited subjects to explain the survey and hand the questionnaires. Several days later, the investigators revisited the subjects to collect them. The questionnaire consists of self-administered questions.

Figure 3 shows the lifetime prevalence of the people tempted to drug abuse. According to the number of arrestees for drug-related crimes, methamphetamine and solvents are the two major drugs of abuse. However, this slide suggests that solvents and cannabis seem to be the two major drugs of abuse. Furthermore, you can see that the percentages of the people tempted to solvents, cannabis and methamphetamine abuse decreased in 2003, however they had been increasing constantly until 2001. It is good news, but I speculate that availability of these drugs is increasing.

Figure 4 shows the lifetime prevalence of drug abuse among general population in Japan. The percentage of solvent abuse is the highest and that of cannabis is the second. Although the number of arrestees for methamphetamine abuse was the highest, the prevalence of methamphetamine abusers is the third highest among the drugs of abuse.

In terms of cannabis abuse, the percentage was doubled between 1995 and 2001. Cannabis is less likely to produce mental and physical disorders than methamphetamine or heroin does. So, the person who depends on cannabis is unlikely to emerge as a case. I speculate that is why there are few arrestees for cannabis-related crime. Pharmacological effect of each drug has a close relationship with result of each type of survey.

In terms of the lifetime prevalence of drug abuse, most of them decreased in 2003, but the lifetime prevalence of methamphetamine abuse remains unchanged. As for heroine and LSD abuse in Japan, there are almost no problems.

In Japan, methamphetamine is abused mainly by adults and solvents are abused mainly by teenagers. According to the data from the Mental Hospital Survey, more than 60 percent of solvent-related patients started solvents use at the age of 14 or 15. In addition, one-third of methamphetamine abusers and dependent patients abused solvents before their first methamphetamine use. These results strongly suggest that the role of solvent abuse cannot be ignored in Japan. Solvent abuse is considered as a gateway to methamphetamine abuse in Japan. So, in 1996, in the belief that preventing solvent abuse would reduce not only the number of solvent abusers but also the number of methamphetamine abusers, we started "Nationwide Junior High School Students Survey on Drug Abuse and Their Background Life Style".

Figure 5 shows the lifetime prevalence of drug use among junior high school students in Japan. The percentage of solvent abuse is the highest and cannabis is the second. The third is

methamphetamine. This is same as the result of "Nationwide General Population Survey on Drug Use and Abuse". The percentage of each drug abuse is almost constant. I think that this trend is attributed to strong effect for drug education and social campaign during these several years.

A general population survey and a junior high school students survey are important to understand the actual drug abuse situation directly, but nobody knows whether the results are correct or not. Everyone doesn't like to disclose his or her privacy, especially about illegal drug use activity. So, in this kind of survey, it is important to continue to conduct the survey using the same method and understand the trend. In terms of validity and reliability of the data, I will explain later.

Habitual use of most addictive drugs, especially methamphetamine, tends to cause mental disorders. For this reason, "the Nationwide Mental Hospital Survey" was started.

The subjects were both out and inpatients with drug-related psychiatric disorders in all mental hospitals having psychiatric inpatient unit in Japan. So, this is one of the complete surveys from the methodological point of view.

Figure 6 shows the over-time trends in substance-induced mental disorders. Mental disorders attributed to methamphetamine abuse and solvent abuse accounted for about 68% of all drugs used in 2004. We can understand that methamphetamine and solvents are the two biggest problems in Japan. This result was almost same as the result obtained from the number of drug-related crimes (Fig.1). These data suggest that methamphetamine and solvent have strong pharmacological effects which cause mental disorder. In terms of cannabis, the percentage as main cause of mental disorders was 3.8% in 2004. However, the percentage of patients who have ever used cannabis was 38% of all the patients in 2004. This implies that pharmacological effects of cannabis are weaker than methamphetamine and solvents. Further, cannabis abuse seems to spread much more widely than expected. Mental disorders attributed to methamphetamine abuse and solvent abuse accounted for about 82% of all drugs used in 1981, but the proportion decreased after 1991. In 2004, they accounted for only 68 percent. The upward trend of methamphetamine-related patients and the downward trend of solvent-related patients started around 1993 and became more remarkable in 1996. This coincides with the numbers of arrestees as shown before (Fig.1). I think that this phenomenon was caused by easier availability of methamphetamine in today's Japan.

Mental Hospital survey is one of the most important surveys in Japan. We can understand harmful potential of each drug.

I reviewed the drug abuse situation in Japan. However, the data used has a limitation. The number of arrestees in drug-related crime is just "a tip of the iceberg" of those who actually abuse or are dependent on drugs. In terms of questionnaire or interview survey, subjects may be afraid of reporting their illicit behaviors, such as drug use. Therefore, the drug related data from questionnaires or interviews

is often underestimated because of such bias.

A survey using biological markers can minimize this bias. However, in order to obtain biological samples, we always need informed consent. Particularly in drug related study, it is almost impossible to receive informed consent from subjects due to their fear of being arrested. So, we were promoting a biological survey using unlinked anonymous method. In unlinked anonymous method, we cannot identify a specific subject from biological samples. Due to the confidentiality of the samples, we can analyze the biological samples only. We cannot obtain the subjects' demographics and any other data than their ages and genders. WHO approves this method.

Table 2 shows the data obtained from two emergency rooms in Tokyo metropolitan area. We analyzed sample's urines and bloods. Among these samples, the prevalence of methamphetamine was 0% in one ER, but 2.7% in another ER. The prevalence of illicit drug use in ERs samples may be higher than in general population, because the patients are carried to ER due to acute intoxication of drugs.

Table 3 shows comparison of the data obtained from our several kinds of surveys. As you can see, the prevalence of solvent use is higher than that of cannabis and methamphetamine in both general population and junior high students.

Solvent has been abused mainly by junior high school students and high school students. Therefore, the prevalence of solvent abuse in general population has never become much higher than in junior high school students.

On the other hand, cannabis is abused mainly by adults, so, the prevalence of cannabis in general population is twice higher than in junior high school students.

The recent trend of methamphetamine abuse among teenagers is characterized as the third epidemic of methamphetamine abuse. So, there is no large difference between the prevalence of methamphetamine abuse in junior high school students and that of general population.

We can explain that there is no contradiction in the data taken. The prevalence of illicit drug use in ER samples may be higher than in general population, because the patients are carried to ER due to acute intoxication of drugs. By summarizing these three types of surveys, we may conclude that the prevalence of illicit drug abuse in Japan is not so high compared to the prevalence in most developed countries. However, it is one of serious problems for the Japanese. In terms of drug abuse problem, each country has its own evaluation scale.

Figure 7 shows the relationship between the number of arrestees for methamphetamine-related crime and the unemployment rate. Those two lines are closely parallel. Methamphetamine abuse in Japan may be associated with the economic situation.

I explained the brief history of drug abuse in Japan. It was mainly about methamphetamine.

However, a new drug abuse problem has emerged in recent years. It is MDMA problem (Fig.8). The amount of seizure has increased tremendously. However, the number of MDMA-related arrestees has still been small. MDMA in Japan is tolled that it is smuggled in clubs. We have had no data about the prevalence of MDMA abuse in Japan, because we cannot apply the survey methods I mentioned before. MDMA abuse is one of the issues we are concerned about.

Next is the topic I'll introduce today. It's about HIV and HCV infection among drug dependent patients in Japan. In the most developed countries, injection drug users are one of the highest risk populations for HIV infection because of their needle and/or syringe sharing. Fortunately, the number of HIV positive people is very low in Japan. In Japan, HIV infection emerged as a serious social problem among hemophilia patients. It was caused by using contaminated blood products until the first half of 1980's. About 1,800 patients who were about 40% of hemophilia patients were infected with HIV.

In terms of HIV infection among drug abusers, it has been neglected for a long time.

According to the national AIDS surveillance, the cumulative number of the HIV positive and the AIDS among Japanese were 4,673 and 2,486, respectively, in December 2004.

Figure 9 shows the trend of HIV cases by transmission routes. As you can see, heterosexual and homosexual transmission had been the two main routes. Homosexual sex without condom is the highest risk behavior in Japan. In terms of injection drug use, there have been only 0 to 2 new cases of HIV positive every year.

Figure 10 shows the proportion of cumulative HIV positive patients by transmission routes. Heterosexual and homosexual transmissions are the two main routes. In terms of injection drug use, the proportion is only 0.3%. It means that we found only 16 HIV positive cases due to injecting drugs.

So, I would like to present HIV infection among Japanese drug users, using the data from our sentinel survey.

Injection drug use means methamphetamine use in Japan. Methamphetamine use frequently produces psychotic state. So, to obtain the data among drug users, we selected 6 to 7 mental hospitals that have about 20% of all methamphetamine-related inpatients in Japan (Fig.11). Using one on one interview with questionnaire, all inpatients with drug dependence in those hospitals are interviewed by psychiatrists.

Table 4 shows the number of subjects by types of drugs. We can see that methamphetamine and solvents are main drugs in Japan. It is same as the results obtained from mental hospital survey, because this survey was also conducted in mental hospitals.

Table 5 shows physical marks observed among methamphetamine-related patients. Nineteen to 33 % of them had tattoos. Eight to 15% had amputated finger joints. Tattoos are popular in "Yakuza" society. "Yakuza" means a member of organized gangs in Japan. In "Yakuza" society, if someone in the group breaks their rules, he is often punished by self-amputation of their own finger joints.

So, the data suggest that among methamphetamine-related patients, there is a considerable number of patients who have any relationship with "Yakuza" society. On the other hand, solvent abusers frequently attach burning cigarettes on their hands during their solvent inhalation. So, the scar of burning cigarettes means experience of solvent abuse. Solvent is a gateway to methamphetamine in Japan.

Table 6 shows seroprevalence of HIV and HCV among methamphetamine-related inpatients. In 2001, we recognized the first HIV Ab positive drug abusers in our survey. He was a methamphetamine abuser, however, he had never experienced drug injection. Instead, he had always inhaled methamphetamine. His transmission route was heterosexual contact abroad. However, in 2002, a woman with HIV Ab was infected by methamphetamine injection use with her sexual partner.

These cases suggest that we have to consider HIV infection among methamphetamine abusers not only from the injection point of view but also from sexual behaviors. Methamphetamine is one of psychostimulants and promotes sexual behaviors.

In contrast to HIV, HCV infection is a serious problem among Japanese drug abusers. This slide shows the percentage of HCV Ab positive patients.

Figure 12 shows the trend of the percentage of HCV Ab positive. We can see a slow downward trend, but about forty percent of methamphetamine-related inpatients were still HCV Ab positive in 2004.

Table 7 shows the prevalence of HIV/HCV risk behaviors among methamphetamine-related inpatients. Past year prevalence of needle use was 59 % in 2004. Past year prevalence of needle sharing was 26% in 2004. These are the most common routes of HCV infection.

Figure 13 shows the prevalence of injection drug use among methamphetamine-related inpatients over the years. In terms of past prevalence of injection drug use, we can see a downward trend. What is the reason?

Methamphetamine has almost always been used by injection in Japan. However, how to use methamphetamine is dramatically changing now. Inhalation is becoming more popular (Fig.14). Inhalation doesn't have potential for infection, but inhalation has potential to promote casual abuse of methamphetamine. As I said before, methamphetamine is one of psychostimulants and has potential to promote sexual behaviors. As a result, inhaling methamphetamine may promote casual sex including un-safe sex. This is one of the issues we are concerned about.

I explained HIV and/or HCV infection among drug dependent patients in Japan, using the data obtained from hospitals. However, drug dependent patients in hospitals are "a tip of the iceberg" of those who abuse or are dependent on drugs. In terms of institutionalized drug abusers, we have another type of facilities. They are prisons.

Figure 15 shows the prevalence of HIV Ab positive in prisons. Subjects were prisoners who

requested blood testing or whose medical doctors suggested receiving blood testing. The tests were conducted with informed consent. The prevalence was very low. However, the disclosure of the data was discontinued after 1999. I don't know the reason. The data is essential for HIV prevention.

It is very important to carry out blood testing among non-hospitalized or non-institutionalized drug abusers. Use of illicit drug itself is criminal activity in Japan. It means that it is very difficult to find out this kind of drug abusers and obtain their informed consent for blood testing. I wondered how to carry out blood testing among them.

In those days, there were about 20 self-help residential activities named "DARC" in Japan (Fig.16). DARC stands for "Drug Addiction Rehabilitation Center". DARC is pronounced "dark" in English. "Dark" sounds like hopeless. So, they call it "DARC" in German. Aim of DARC is to obtain drug-free lifestyle. Every staff of DARC is the recovering addicts. New members learn how to live with drug-free through living together.

In 1995, I started blood testing in one of "DARC"s. After 2 years, the number of DARC, which accepted our blood testing, increased to 2 facilities. In 2003, its number increased to 3. I recognized this program as one of "out-reach" programs. Most drug abusers seldom come to blood testing because of their drug use that is a criminal activity in Japan. So, we have to visit them. Before blood testing, we explain what HIV infection is, including risky behaviors. This is one of health education for drug abusers. For drug abusers, out-reach program is needed. Without out-reach program, no message reaches them.

The number of new DARC members who received our out-reach program was about 30 to 40 every year. The number is too small to be analyzed. However, I would like to introduce the data for reference.

Fortunately, there have been no HIV positive abusers in this program. Figure 17 shows the seroprevalence of HCV infection. During 1998 and 1999, the seroprevalence of HCV infection among DARC members was higher than that of hospitalized abusers. After 2000, however, the seroprevalence among DARC members decreased year by year and became lower than that of hospitalized abusers.

Figure 18 shows prevalence of injection drug use. In terms of lifetime prevalence, there was almost no difference between both groups. In terms of past year prevalence, it was clearly lower among DARC members than among hospitalized patients. DARC members live in their DARC facilities without drug use. That may be why the past year prevalence among DARC members was lower than that of hospitalized patients.

Figure 19 shows prevalence of needle sharing. In terms of lifetime prevalence, it was higher among DARC members than among hospitalized patients. In terms of past year prevalence, however, it was lower among DARC members. This slide suggests that living in DARC may decrease needle sharing.

The data I showed you about DARC is just for reference, because the number of participants is too small. However, I think, out-reach program is essential to prevent HIV infection for drug abusers. Without our-reach program, no message reaches them.

In conclusion, there are very few HIV positive drug abusers in Japan. However, HCV infection is a serious problem for them. HCV infection may be one of precursors of HIV infection. The main cause of HCV infection is sharing needles and syringes for their injection drug use. Methamphetamine abusers seem to build an almost closed community in some kind of relationship with the "YAKUZA" society (Fig.20). For them, prevalence of injection drug use and sharing needles are high, however, the closeness of their community may prevent invasion of HIV infection from the outside and expansion of HCV infection to the outside of the community. These situations may be due to the low seroprevalence of HIV infection in general population in Japan. However, the boundary between methamphetamine abusers and non-abusers has been vague recently. If these speculations are correct, HIV could spread rapidly in the abusers' community through injection, once HIV enters this community. Critical situation is continuing.

HIV/HCV Infection among Drug Dependent Patients in Japan

Kiyoshi Wada, M.D., Ph.D.
Department of Drug Dependence Research
National Institute of Mental Health
National Center of Neurology and Psychiatry
Japan

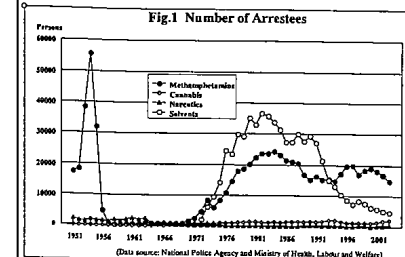


Table 1. Characteristics of each epidemic of methamphetamine abuse in Japan

Year	1 st epidemic 1951-1957	2 nd epidemic 1978-1994	3 rd epidemic 1995-
Social environment	# the pessimistic and pleasure-seeking atmosphere after the World War II # the bottom of economic collapse	# social distortion due to rapid economic growth # economic depression ("oil shock")	# internationalization and inflow of foreigners # collapse of "bubble economy" # revolution of communication tools: cell phone
Smuggling resource	domestic	South Korea, Taiwan	China, North Korea
Street name	Philopon	Shabu	Speed, S
How to use	Oral, injection	injection	Inhalation, injection

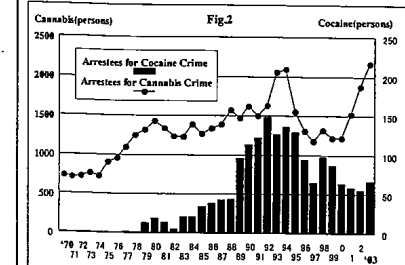


Fig.3 Lifetime prevalence of the people tempted to drug use (General population survey, aged 15 and over)

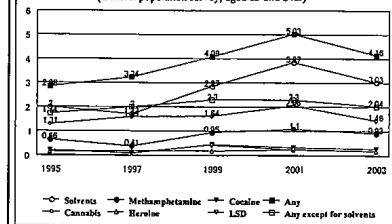
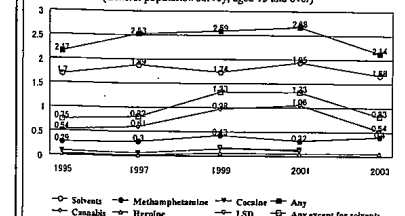


Fig.4 Lifetime prevalence of illicit drug use (General population survey, aged 15 and over)



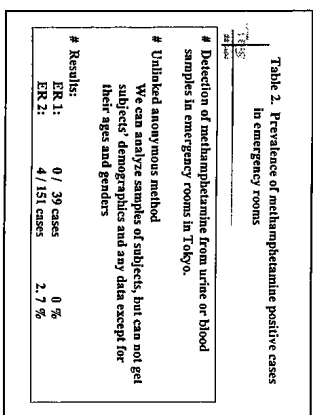
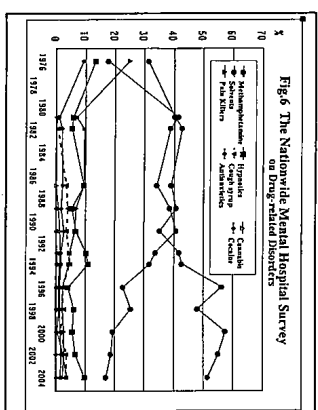
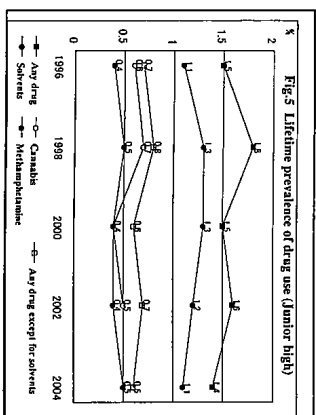
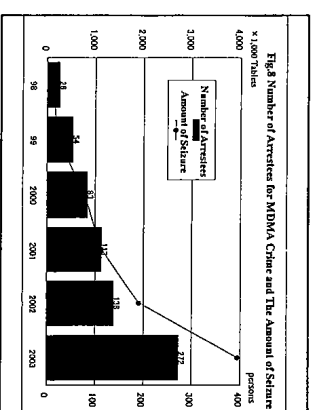
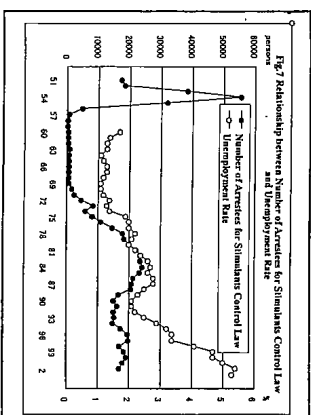


Table 3. Comparison of lifetime prevalence of drug use (%)

Substance	General population (2001)	Junior High School (2002)	Emergency Room (2001)
Solvent	2.0	1.2	-
Cannabis	1.1	0.5	-
Methamphetamine	0.3	0.4	0-2.7



HIV Infection among Drug Dependent Patients in Japan

- HIV infection emerged as a problem among hemophilia patients.
- In terms of drug abusers, it has been neglected for a long time.
- Number of the HIV positive: 4,673 Dec. 2004
- Number of the AIDS: 2,486 Dec. 2004

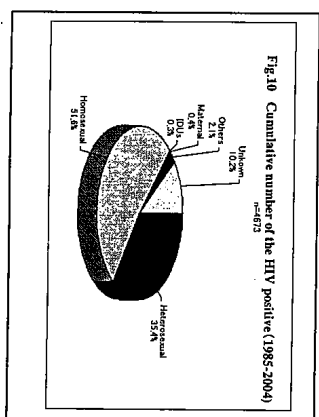


Table 4. Number of the subjects by types of drugs (%)

Year	1999	2000	2001	2002	2003	2004
n	527	524	451	481	456	419
Methamphetamine	70.6	70.4	72.7	70.7	68.2	72.3
Various solvents	17.1	15.5	13.7	13.1	16.4	12.4
Multiple drugs	8.2	7.3	5.5	9.1	6.4	7.2
Heroin	2.7	3.2	4.0	5.2	5.7	6.1
Opium	0.3	1.5	1.8	0.8	0	0.2
Ballistics	0	0.6	0.9	0.2	0	0
Cannabis	0	0.6	0.4	0.8	1.3	0.7
Alcohol	1.9	1.0	0.9	0.8	1.8	0.7

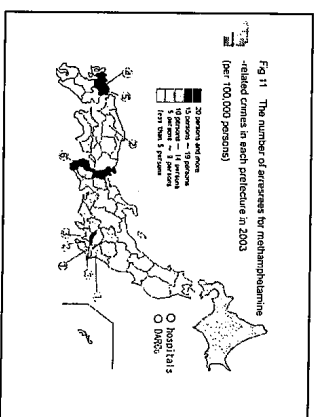
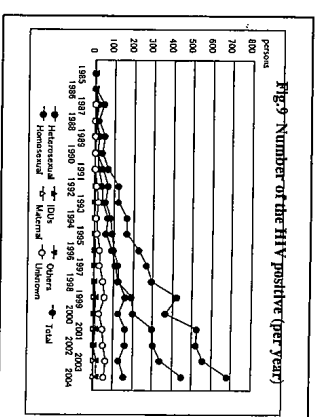


Table 5. Physical marks observed in MAP-related inpatients (%)

Year	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tattoos	25.1	33.1	18.5	31.1	29.7	33.3
Amputated finger joints	8.4	9.6	12.1	14.8	10.8	10.3
Scar of burning cigarette	18.4	22.3	13.7	17.2	10.1	11.1

Table 6. Seroprevalence of HIV and HCV among MAP-related inpatients (%)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
HIV Ab	0 n=340	0 n=363	0.3 n=291	0.3 n=313	0 n=301	0.3 n=302
HBs Ag	3.4 n=355	2.2 n=365	0.3 n=313	2.5 n=317	2.3 n=302	1.7 n=302
HBs Ab	12.2 n=115	3.8 n=262	3.9 n=313	2.2 n=93	2.6 n=116	2.5 n=317
HCV Ab	43.2 n=354	42.0 n=364	44.7 n=313	40.5 n=313	40.1 n=301	37.1 n=302

Fig.12 Trend of % HCV Ab positive among MAP-related inpatients

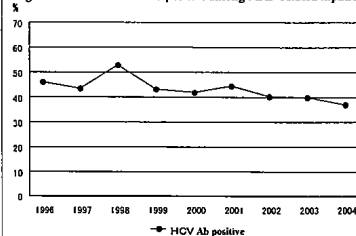


Fig.16 Necessity of Out-Reach Activities

- # Most drug abusers seldom come to blood testing because of their drug use that is criminal activity in Japan.
- # We have to visit drug abusers.
- # There are "DARC"s in Japan. "DARC" stands for "Drug Addiction Rehabilitation Center". This is one of self-help activities. Every staff is the recovering addicts.
- # Without out-reach activities, no message reaches them.

Fig. 17 % HCV Ab positive

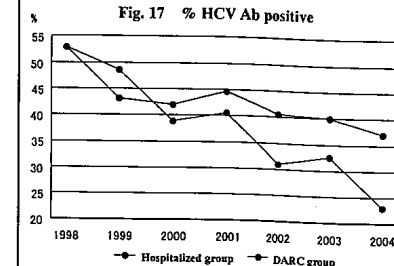


Table 7. Prevalence of HIV/HCV risk behaviors among MAP-related inpatients (past year) (%)

year	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Needle Use	71.1 n=180	84.7 n=157	58.3 n=124	62.8 n=121	61.8 n=144	59.3 n=123
Needle sharing	37.3 n=164	37.6 n=157	55.8 n=123	38.6 n=123	28.5 n=164	25.9 n=112
Inhalation	48.8 n=175	45.2 n=157	61.3 n=106	56.2 n=121	55.4 n=148	53.3 n=122
Sexual contacts with commercial sex workers without condom	13.1 n=164	15.3 n=157	8.3 n=124	12.8 n=117	28.5 n=150	14.9 n=114
Casual sex without condom	13.3 n=165	18.5 n=157	11.3 n=124	6.7 n=128	18.8 n=150	6.7 n=119

Fig.13 Prevalence of injection drug use among MAP-related inpatients

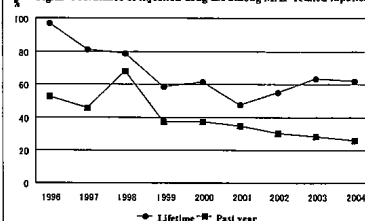


Fig. 18 Prevalence of injection drug use

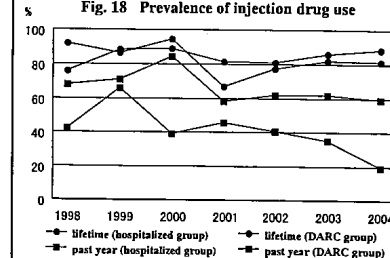


Fig.19 % Needle Sharing

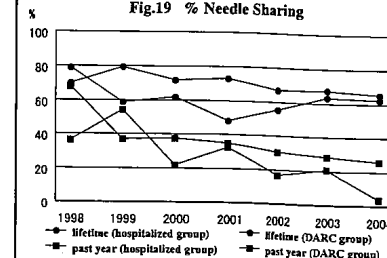


Fig.14 Prevalence of inhalation among MAP-related inpatients

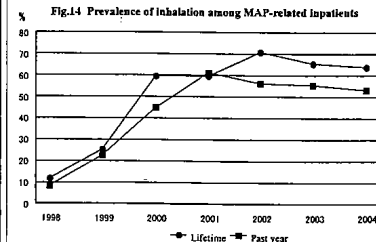
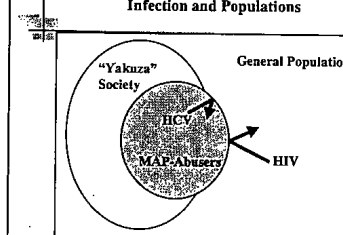


Fig.15 Prevalence of HIV Ab Positive among Prisoners

year	% positive	
1994:	0.04 %	(1 / 2,670)
1995:	0 %	(0 / 2,657)
1996:	0 %	(0 / 2,712)
1997:	0.07 %	(2 / 2,903)
1998:	0.05 %	(1 / 2,160)

Fig.20 Relationship between HIV/HCV Infection and Populations



分 担 研 究 報 告 書
(1-2)

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者 尾崎 茂 国立精神・神経センター精神保健研究所
研究協力者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨 最近の調査結果から、①メチルフェニデート (MPD) 乱用・依存の特徴について、②TCI (Temperament and Character Inventory) を用いた気質・性格の評価についてさらに詳細に検討し、併せて③来年度の本調査へ向けての準備を行った。①2002, 2004 年度調査から MPD 症例を抽出し、覚せい剤症例を対照群として薬物使用歴、依存症重症度等について比較検討した結果、MPD 症例では、覚せい剤の代替薬物として乱用される例があること、また早期に重症の依存症候群を呈する可能性が示唆されることから、うつ病への保険適用を含めて MPD 処方に関する医療者側の意識が見直されるべきである点を指摘した。②薬物関連精神障害患者に対する TCI の信頼性・妥当性についてはまだ十分な結果が得られておらず、臨床的有用性についてはさらに多数例における詳細な検討を要すると考えられた。③次年度調査における関心項目を設定するにあたり、物質使用障害と気分障害との併存、とくに Bipolar spectrum 概念における薬物関連問題についてレビューし、概略を示した。さらに、薬物関連精神障害の臨床に取り組む医療者のネットワーク作りの可能性について検討した。

A. 研究目的

日本における薬物乱用問題は、国内的には依然として第三次覚せい剤乱用期が続いており、大麻、MDMA、さらに“違法ドラッグ (いわゆる脱法ドラッグ)”の乱用も拡大しつつある。警察庁のまとめによれば、全国の警察が 2005 年に摘発した覚せい剤事件の検挙者数は 13,346 人 (前年比 1,126 人増) で 5 年ぶりに増加し、合成大麻 MDMA が 57 万錠を超えて過去最高、乾燥大麻が約 643kg で過去 2 番目を記録したという。

全国の精神科医療施設を対象とした薬物関連精神疾患の調査研究は、薬物乱用・依存の実態を把握するための多面的疫学研究の一分野として、1987 年以来ほぼ隔年で実施されてきた。今年度は全国調査を行わない年に当たるため、最近の調査結果の再検討および来年度の調査に向けて質問項目の構成、重点調査項目等について検討を行った。

B. 研究方法

1) 最近の調査結果の再検討

(1) 医薬品とくにメチルフェニデート乱用・依存症例の特徴について

これまでの「病院調査」では、覚せい剤、有機溶剤等の違法薬物ほどではないが、医薬品の乱用・依存例も一定の割合を占めている。中でも、メチルフェニデート (MPD) は、アンフェタミンと類似した構造をもつ中枢刺激剤であり、ADHD やナルコレプシーに対しては一定の臨床効果が認められている医薬品である一方で、「合成覚せい剤」、「Vitamin R」、「skippy」などの別称をもつ乱用物質でもある。また乱用・依存問題がマスコミ報道されるなど社会的にも問題となっている側面がある。精神科医療の現場における MPD の乱用・依存症例については、福井らによる『向精神薬乱用の実態調査 (1976, 81, 82)』では、乱用物質としての MPD の報告はみられなかったが、その後『全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査 (以下「病院調査」)』が継続的に施行されるようになり、1984 年度調査ではじめて 2 例が報告され 1)、以降、各年度の調査において概ね 10 例前後の報告がみられている。これは、全報告症例の約 1%に相当する割合である。最新の調査 (2004 年度) 2) では 453 例の全報告症例のうち、処方薬・医薬品を主たる使用物質とする症例は 93 例 (20.5%)、MPD 使用歴を有する症例は 19 例 (4.2%)、MPD を主たる使用物質とする症例は 8 例 (1.8%) であった。こ

れまでの国内の報告は散発的かつ少数の症例記述にとどまっており、MPD 乱用・依存の実態の全体像は明らかではない。今年度は、最近の「病院調査」において報告された MPD 乱用・依存症例の特徴についてまとめ、若干の検討を加えた。

方法は、2002 年度 3)、2004 年度に施行された「病院調査」から『MPD 症例』17 例を抽出し、『覚せい剤症例』482 例を対照群として、年齢、性別、学歴、物質乱用開始前の交友関係、物質使用歴、精神医学的診断、精神科的病歴、依存症候群の重症度等について比較検討を行った。依存症候群の重症度評価については、ICD-10 の診断ガイドラインにおける症状の該当率、SDS (Severity of Dependence Syndrome 日本語版) 4) による主として精神依存の重症度に関する自記式評価、乱用から依存に至る時間的経過の指標として LOTAD5) (Length of Time between abuse and Dependence) を用いた。

(2) 薬物乱用・依存症におけるパーソナリティの特徴について

一般に精神医療の現場では、薬物関連精神障害患者はさまざまな理由から忌避されることが少なくないが、その要因のひとつとして、薬物依存症者の示すさまざまな問題行動、その背後にあるパーソナリティの問題が指摘される。今年度は、2004 年度の「病院調査」において実施した Cloninger による TCI の短縮日本語版 (20 項目版) 6) 7) の自記式評価の結果をさらに詳細に検討した。

2) 2006 年度の調査内容についての検討

次年度の「病院調査」も従来と同様の方法論に基づき、2006 年 9、10 月に全国の有床精神科医療施設 (約 1,650 施設) を対象とし、各医療機関にて診療を行った薬物関連精神疾患患者すべてに関して担当医による質問紙調査を郵送法にて行う予定である。調査項目は、人口動態的データ、生活状況、喫煙・アルコール・薬物使用歴、精神医学的情報等の基礎的項目に加え、関心項目としては気分障害との併存ないし鑑別診断等を検討中である。今年度はこれに関連して、気分障害と物質使用障害の併存について文献的レビューを行った。

C. 結果

1) 最近の調査結果の再検討の結果

(1) メチルフェニデート乱用・依存症例の特徴について (表 1~6) 8)

『MPD 群』と『覚せい剤群』の全般的な比較からは、年齢、性別では両群間に差がなかった。『MPD 群』は『覚せい剤群』より高学歴で、交友関係、刑事司法的処遇歴からは全般的に反社会性が低い傾向がうかがわれた (表 1)。

薬物使用歴では、タバコ・アルコールの初回使用年齢、コカイン、大麻などの違法物質の使用歴では両群間に差がなく、有機溶剤の生涯使用率 (Lifetime prevalence) では『覚せい剤群』が有意に高く、睡眠薬、抗不安薬は『MPD 群』が高かった。また、『MPD 群』で半数近くに覚せい剤使用歴がみられ、覚せい剤の使用開始年齢は MPD 使用開始 (平均 30.7 歳) に先行して 21.1 歳と低年齢であった。一方『覚せい剤群』では MPD 使用歴を有する症例はみられなかった。さらに『MPD 群』では薬物併用率が高い傾向がみられた (表 2)。

初回使用薬物についてみると、『MPD 群』の約 30% が覚せい剤であった。一方、『覚せい剤群』では約 40% が有機溶剤、半数が覚せい剤を初回使用薬物としていた。『MPD 群』における覚せい剤使用歴の結果 (表 2) と併せて考えると、『MPD 群』において、覚せい剤の代替物質として MPD を使用する例が少なくないことが示唆された (表 3)。

『MPD 群』における MPD 使用様態についてみると、摂取経路としては経口が多く (n=10, 58.8%)、経鼻使用が 1 例 (5.9%) で報告された。MPD を初回使用薬物とする『MPD 群』 (n=7) における初回使用理由は、「疲労感の軽減」 (n=4, 57.1%)、「覚醒状態を求めて」 (n=3, 42.9%) が多く、「抑うつ状態の軽減」、「不安症状の軽減」がそれぞれ 2 例 (28.6%) にみられた。また、「やせるため」が 1 例 (14.3%) であった。「覚醒状態を求めて」使用を開始した症例がナルコレプシーであることは考えにくく、抑うつ状態を理由に投与開始された症例も 30% 弱に過ぎないこと、また明らかに MPD 本来の治療目的を逸脱した理由で投与を開始された症例が存在することなどから、医療現場における MPD の不適切な処方の実態がうかがえる。なお、「ADHD の治療」を理由とする症例は 1 例のみ報告された。この症例の詳細は不明だが、ADHD に対する MPD 投与に伴う MPD 乱用・依存問題については、議論のあるところである。ADHD 自体が思春期・青年期における薬物乱用のリスク要因であるこ

とから、ADHD に対する中枢刺激剤による薬物治療が後の薬物乱用のリスクを減少させるとの報告 9) がある一方で、乱用・依存例の報告もみられるため、この問題については今後も十分な検討が必要である 10)。

次に、ICD-10 による診断分類によれば、『覚せい剤群』においては「精神病的障害 (F15.5)」と「残遺性障害・選発性精神病的障害 (F15.7)」の割合が高かったのに対し、『MPD 群』では約 70% が「依存症候群 (F15.2)」であった (表 4)。

ICD-10 「依存症候群 (F15.2)」の診断ガイドラインに含まれる 6 症候のうち 5 症候で『MPD 群』の該当率が有意に高く、とくに「1. 薬物使用への強い欲求または強迫感」、「2. 薬物摂取行動のコントロール困難」といった精神依存に関連した症候においては、『MPD 群』全てが該当していた。平均該当数についても『MPD 群』4.3、『覚せい剤群』2.6 と、前者が有意に多かった (表 5)。

依存症の重症度評価では、SDS スコアは『MPD 群』の方が有意に高かった (9.3 vs 6.8)。また、LOTAD は『覚せい剤群』の平均 27.8 カ月に対して、『MPD 群』では 12.6 カ月と短い傾向がみられたが、有意差はみられなかった (表 6)。

今回の検討結果から、MPD を覚せい剤の代替物質として乱用する『MPD 症例』が少なからず存在し、MPD の乱用・依存に関するポテンシャルが高いことがうかがわれた。診断的には『MPD 症例』において依存症候群の割合が高く、その程度もより重症で、MPD 使用開始後比較的速度により重症の依存状態に陥る例が少なくないことが示唆された。MPD 乱用・依存者は、インターネットでさまざまな情報を入手し、容易に処方する医療機関を探し出し、ときには処方箋偽造までして物質を入手しようとする。それは、行動薬理学的にみれば精神依存に基づく渴望に伴う物質探索行動でもあり、コントロールはきわめて困難と考えざるを得ない。「抑うつ状態」に対する MPD 投与の必然性と有効性を支持する実証的データが十分に存在するとはいえない現状 11) では、抗うつ剤としての保険適用の見直しなど行政的対応の再検討を含め、医療者自身が MPD 処方の意味をあらためて問い直すべきであると考えられた。

(2) 薬物乱用・依存症における TCI 所見の特徴について

2004 年度調査では、報告症例 453 例 (回答率 50.5%) のうち男性 218 例、女性 89 例が TCI 日本語版 (20 項目短縮版) の自記式評価を実施した。

主成分分析による内容構成妥当性の検討では 7 因子構造で内容構成的には概ね妥当と思われ、項目-尺度間の相関も高かったが、尺度別にみた信頼性 (Cronbach's α) は 0.1~0.6 とばらつきがあり、十分に高いとはいえなかった。主たる使用薬物別・診断別にみると「新奇希求性 (NS)」で有意差がみられ (median 検定, $p<.05$)、性差の検討では女性で「損害回避 (HA)」が有意に高スコアを示し (Mann-Whitney U 検定, $p<.05$)、「自己超越 (ST)」で高い傾向がみられた ($p=.53$)。アルコール症において「HA」スコアが重症化と相関するとの報告があり 12)、これまでの「病院調査」において女性症例で依存症候群がより重症であることが示唆されていることから、薬物関連精神障害においても「HA」スコアがアルコール症と同様の意味をもつ可能性が示唆された。今回の検討からは、TCI の十分な信頼性・妥当性が確認されたとはいえないため、今後、薬物関連精神障害に対する TCI の臨床的有用性について、さらに多数例において詳細に検討する必要があると考えられた。

2) 2006 年度の調査内容についての検討：物質使用障害と気分障害の併存に関するレビュー

近年、気分障害とくに双極性障害をスペクトラムとして捉えて診断および治療戦略を見直すべきとの立場が注目されている (Akiskal らによる Bipolar Spectrum の概念) 13) 14) 15)。DSM-IV では、気分障害の分類は以下のようである。

【うつ病性障害】

- ・ 大うつ病性障害 (Major Depressive Disorder)
- ・ 気分変調性障害 (Dysthymic Disorder)

【双極性障害】

- ・ 双極 I 型障害 (Bipolar I Disorder)
- ・ 双極 II 型障害 (軽躁病エピソードを伴う反復性大うつ病エピソード) (Bipolar II Disorder)
- ・ 気分循環性障害 (Cyclothymic Disorder)

【他の気分障害】

- ・ 物質誘発性気分障害 (Substance-Induced Mood disorder)

物質使用障害は I 軸内の他のどの疾患よりも双極性障害と併存することが報告されており、とくに双

極Ⅱ型障害は臨床的に見逃されやすい傾向があり、自殺企図や物質使用障害の合併率が高い点などで注目されている16)。

物質使用障害と気分障害の併存に関する大規模な疫学的調査研究としては、米国におけるEpidemiological Catchment Area (ECA) Studyの報告がある17)。その中で報告された生涯経験率(Lifetime prevalence)は、双極性障害1-2%、物質関連以外の精神疾患23%、アルコール乱用・依存13%、アルコール以外の物質乱用・依存6%であったのに対し、双極性障害で物質乱用・依存(アルコールを含む)を有する割合は56.1%、物質依存では21.8%と高い併存率がみられた。

この問題に関して日本における大規模な疫学研究はないが、2002年度の本調査3)において報告された「薬物使用に直接起因しないと考えられる精神科的障害」の併存率としては、気分障害は全体の9.6%で、不安障害・神経症性障害の12.9%に次いで高い割合であった(表7)。

物質使用障害における気分障害の併存については、コカイン使用障害で双極性障害5~30%、アヘン使用障害で3~5%との報告がある16)。

物質使用障害と気分障害の併存に関する説明としては、①物質使用障害が気分障害の症状として生じる、②物質使用障害が気分障害の自己治療(self-medication)として生じる、③物質使用障害が気分障害を引き起こす、④物質使用障害と気分障害が共通のリスクファクターをもつ、といった可能性が考えられているが、結論には至っていない16)。しかし、両者の併存に関する臨床的な意義としては、この病態が以下のような治療困難性をもつことが多い点が指摘されている。すなわち、①入院回数がより頻回であること、②攻撃的、暴力的な行為や自殺企図のリスクを増加させること、③治療が継続しにくいこと、④リチウムへの反応性が乏しいこと、⑤物質関連障害に対する治療反応性が乏しいこと、⑥気分障害の発症が早いこと、などである。このうち①、⑥については否定的な報告もある。また、リチウムへの反応性が乏しい反面、バルプロ酸やカルバマゼピンが有効な症例の存在が指摘されている。

このようなBipolar Spectrum概念に代表されるような、双極性障害を広く捉える考え方は現時点において、必ずしも臨床的なコンセンサスを得られていないとは言えない面もある。しかしながら、物質使用

障害に関するさまざまな問題行動、とくに「人格障害」に基づく問題行動としてとらえられがちで治療対象とされにくい行動障害や精神症状について、気分障害の視点を導入し、薬物療法も含めて再検討することは臨床的な意義を有すると考えられる。このような点を踏まえて、次年度調査では、気分障害に関する適切な質問項目を設定し、物質使用障害との併存について検討する予定である。

3) その他

次年度調査では、薬物関連精神障害の診断・治療に関心をもつ医療者のネットワーク作りのため、回答に当たった担当医師の了解の上でメールアドレス等の情報を提供して頂き、「病院調査」に関する各種情報や、薬物関連情報を共有できるようなシステム作りを目指すことを検討している。これにより、調査の円滑化、様々な情報の共有などを図ることが可能になると予想される。

E. 結論

1) 最近の調査結果から、メチルフェニデート(MPD)乱用・依存の問題と、TCIを用いた気質・性格の評価について詳細な検討を行い、次年度調査における関心項目の検討を行った。

2) MPD症例と覚せい剤症例を比較検討した結果、MPDはより早期に重症の依存症候群を呈する可能性が示唆され、覚せい剤の代替薬物として乱用する症例の存在も明らかになったことから、うつ病に対する保険適用を含めて医療者側がMPD処方について再考する必要があると考えられた。

3) TCIによる気質・性格の評価に関する信頼性・妥当性はまだ十分確認されたとはいえない面があるため、さらに多数例で詳細な検討を行い、その臨床的有用性を確認する必要があると思われる。

4) 次年度の関心項目として、双極性障害を中心とする気分障害の併存をその候補とし、物質使用障害と気分障害の併存に関するレビューを行い、臨床的意義を検討した。

F. 研究発表

1. 論文・書

1) 尾崎 茂, 和田 清: Severity of Dependence Scale (SDS) の有用性について—「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」にお

ける使用経験から—。Jpn.J.Alcohol & Drug Dependence 40(2): 126-136, 2005。

2) 尾崎 茂: Methylphenidate の薬理, 乱用と依存。「臨床精神薬理」8(6): 891-898, 2005。

3) 尾崎 茂, 和田 清: メチルフェニデート乱用・依存の現状。オピニオン・メチルフェニデートの有用性と有害性をめぐって。精神医学 47(6): 595-597, 2005。

4) Ozaki, S., and Wada, K.: Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital settings. Jpn.J.Alcohol & Drug Dependence 41(2), 2006. (in print)

2. 学会発表

1) 尾崎 茂, 和田 清: Methylphenidate 乱用・依存の現状について。第40回日本アルコール・薬物医学会総会。2005/9/9, 金沢。

2) 尾崎 茂, 和田 清: 薬物関連精神障害におけるパーソナリティの特徴について—全国の精神科医療施設における薬物関連精神障害の実態調査から—。第25回日本社会精神医学会, 2006/2/23, 東京。

G. 参考文献

1) 福井 進: Methylphenidate(Ritalin)の依存。向精神剤実態調査事業報告書(昭和58年度): 23-34, 1984。

2) 尾崎 茂, 和田 清: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成16年度厚生労働科学研究補助金「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」研究報告書: 89-126, 2004。

3) 尾崎 茂, 和田 清: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成14年度厚生労働科学研究補助金「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」研究報告書: 87-128, 2002。

4) 尾崎 茂, 和田 清: Severity of Dependence Scale (SDS) の有用性について—「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」における使用経験から—。Jpn.J.Alcohol & Drug Dependence 40(2): 126-136, 2005。

5) Ridenour, T.A., Maldonado-Molina, M., Compton, W.M., Spitznagel, E.L. and Cottler, L.B.: Factors associated with the transition from abuse to dependence among substance abusers: implications

for a measure of addictive liability. Drug Alcohol Depend., 80(1): 1-14, 2005。

6) 木島伸彦, 齊藤令衣, 竹内美香ほか: Cloningerの気質と性格の7次元モデルおよび日本語版Temperament and Character Inventory (TCI)。季刊精神科診断学 7(3): 379-399。

7) Kitamura, T., Kijima, N., Suzuki, N., et al.: Correlates of problem drinking among young Japanese women: personality and early experiences. Comprehensive Psychiatry 40: 108-114, 1999。

8) Ozaki, S., and Wada, K.: Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital settings. Jpn.J.Alcohol & Drug Dependence 41(2), 2006. (in print, 一部改変引用)

9) Biederman, J.: Pharmacotherapy for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. J Clin Psychiatry 64 (Suppl 11) 3-8, 2003。

10) 山崎晃資, 成瀬 浩: 注意欠陥/多動性障害への使用。オピニオン・メチルフェニデートの有用性と有害性をめぐって。精神医学 47(6): 601-604, 2005。

11) 樋口輝彦: Methylphenidate のうつ病に対する有効性について。精神医学 47(6): 590-594, 2005。

12) Cloninger CR, Sigvardsson S, et al.: Personality antecedents of alcoholism in a national area probability sample. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 245(4-5): 239-44, 1995。

13) 秋山 剛, 津田 均, 酒井佳永: Bipolar Spectrumについて。最新精神医学 6(2): 127-133, 2001。

14) 服部晴起: Bipolar spectrum 概念とその意義。精神科治療学 20(11): 1099-1105, 2005。

15) 碓氷 章, 本橋伸高: 双極性障害の診断と治療の最近の動向。臨床精神薬理 8: 259-266, 2005。

16) 澤山 透: 双極性障害とアルコールや他の薬物依存との併存(comorbidity)。精神科治療学 20(11), 1127-1134, 2005。

17) Regier DA, Farmer ME, et al.: Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. JAMA 264(19): 2511-2518, 1990。

表1 MPD群と覚せい剤群の全般的特徴

	MPD群 (n=17)		覚せい剤群 (n=482)	
	n	(%)	n	(%)
年齢			34.4	37.4
性別(男性%)		70.6%		74.5%
最終学歴**				
高校卒業<	7	41.2%	50	10.4%
薬物乱用開始前の交友関係				
暴力団関係者	3	17.6%	170	35.3%
非行グループ	3	17.6%	166	34.4%
薬物乱用者	4	23.5%	229	47.5%
薬物乱用開始前の司法・矯正歴				
補導・逮捕	1	5.9%	108	22.4%
矯正施設入所歴あり	4	23.5%	194	40.2%

(** Fisher's exact test, $p<.01$)

表2 薬物使用歴

	MPD群 (n=17)		覚せい剤群 (n=482)		P^{\dagger}
	生涯使用率	初回使用年齢	生涯使用率	初回使用年齢	
タバコ	52.9%	17.1	55.8%	15.7	
アルコール	41.2%	18	49.0%	16.9	
違法薬物または医薬品					
コカイン	11.8%		8.5%		
有機溶剤	23.5%	24.5	43.6%	24.4	<.05
大麻	17.6%	37.5	24.1%	16.5	
睡眠薬	35.3%	20.7	10.2%	21.8	<.05
抗不安薬	29.4%	36.8	5.0%	30.2	<.05
鎮咳薬	11.8%	25.8	3.1%	32.1	
Methamphetamine	47.1%	18	100.0%	20.9	<.01
MPD	100.0%	21.1	0.0%	22.3	<.01
なし(単剤使用例)	23.5%		45.2%		

(† 生涯使用率に関するFisher's exact test)

表3 初回使用薬物

	MPD群 (n=17)		覚せい剤群 (n=482)	
有機溶剤	3	17.6%	187	38.8%
睡眠薬	1	5.9%	6	1.2%
鎮痛薬	-		3	0.6%
大麻	-		20	4.1%
コカイン	-		1	0.2%
MDMA	-		1	0.2%
覚せい剤	5	29.4%	237	49.2%
MPD	7	41.2%	-	

表4 精神医学的診断(ICD-10)

	MPD群 (n=17)	覚せい剤群 (n=482)
急性中毒 (F15.0)		2.3%
有害な使用 (F15.1)	5.9%	2.3%
依存症候群 (F15.2)	70.6%	13.1%
精神病性障害 (F15.5)		45.0%
残遺性障害および遅発性精神病性障害 (F15.7)	5.9%	34.9%

表5 “依存症候群 (F15.2)”に含まれる各診断ガイドライン症候の該当状況

	MPD群 (n=8)	覚せい剤群 (n=188)	p
1. 薬物使用への強い欲求または強迫感	100.0%	55.9%	<.05
2. 薬物摂取行動のコントロール困難	100.0%	45.2%	<.01
3. 身体的離脱症状	50.0%	14.9%	<.05
4. 耐性の存在	62.5%	14.4%	<.01
5. 薬物使用に代わる楽しみや興味の無視	25.0%	23.4%	ns
6. 有害な結果にもかかわらず薬物使用を続ける	87.5%	44.1%	<.01
平均該当症候数 (1~6)	4.3±1.0	2.6±1.5	<.05 ^t

(Fisher's exact test, ^t t-test)

表6 SDS, LOTADによる依存症候群の重症度比較

	MPD群	覚せい剤群	p
SDS			
n	6	139	
平均スコア (0~15)	9.3±1.4	6.8±3.5	<.05
LOTAD			
n	8	215	
平均 (months)	12.6±13.5	27.8±37.7	ns

(t-test)

表7 薬物使用に直接起因しない精神科的障害の既往(2002年度調査)

	男性	女性	計
気分障害	56 (8.6%)	28 (12.3%)	84 (9.6%)
不安障害・神経症性障害	69 (10.6%)	44 (19.3%)	113 (12.9%)
ストレス反応・適応障害	39 (6.0%)	26 (11.4%)	65 (7.4%)
身体表現性障害	6 (0.9%)	11 (4.8%)	17 (1.9%)
摂食障害	8 (1.2%)	33 (14.5%)	41 (4.7%)
多動性障害	4 (0.6%)	0 (0.0%)	4 (0.5%)
行為障害	22 (3.4%)	7 (3.1%)	29 (3.3%)

分 担 研 究 報 告 書
(1-3)

全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

分担研究者	庄司正実	目白大学
研究協力者	妹尾栄一	東京都精神医学総合研究所
研究協力者	富田 拓	国立武蔵野学院
研究協力者	有園博子	兵庫県こころのケアセンター

研究要旨 われわれは全国児童自立支援施設を対象に1994年以降隔年ごとに質問紙により薬物乱用実態を調査してきた。しかし、質問紙法による薬物乱用調査の妥当性は明らかではない。そこで2003年度は面接調査を併用し質問紙による薬物乱用調査の妥当性を検討した。今年度の目的は引き続き面接調査を用い質問紙による薬物乱用調査の妥当性をさらに検討することである。

調査対象は児童自立支援施設入所児童102人(男性38人、女性64人)である。調査は、あらかじめ質問紙調査を実施し、その後精神科医および臨床心理士による面接するという形式で実施した。質問紙はこれまでの全国児童自立支援施設調査の質問項目を抜粋した簡略版の質問紙を用いた。面接は半構造化面接である。面接と質問紙調査結果がどの程度一致するかにより質問紙調査の妥当性を検討した。

結果は以下の通りである。

- 1) 薬物乱用歴(有機溶剤、大麻、覚せい剤)の質問紙回答と面接結果はかなり相関しており、質問紙による乱用率の推定はある程度妥当であると考えられた。
- 2) 質問紙による乱用程度の回答と面接による乱用の診断(機会的使用、乱用、依存)については、関連がやや乏しかった。概して質問紙回答よりも面接の方が重度の乱用と評価される傾向が疑われた。
- 3) 有機溶剤乱用の害知識に関する質問紙回答と面接の関連も検討された。害知識については質問紙と面接の間の関連はやや低いと考えられた。
- 4) 乱用者の害体験について質問紙回答と面接の関連が検討された。害体験も薬物乱用による害知識と同様な傾向を示し、質問紙と面接の間の関連はやや低いと考えられた。

従来、非行少年において薬物乱用の質問紙調査の妥当性について検討された研究は見あたらない。薬物乱用は違法行為であるため回答の拒否が想定され、質問紙法による薬物乱用調査では正確な回答が得られにくいと考えられる。しかし、今回の結果より少なくとも薬物乱用経験そのものについては質問紙でもかなり信頼のおける結果が得られることが示された。

A. 研究目的

分担研究者らは、1994年以降隔年ごとに全国の児童自立支援施設入所児童を対象に薬物乱用の実態について継続調査を行ってきた。この一連の調査は全国の児童自立支援施設を対象とした全数調査であり、有効回答数は2002年を除き1300人以上であり、結果は信頼できるものと考えている(庄司ほか、2005)。しかし、これらはあくまでも自記式質問紙法であり、面接調査に比べ妥当性は低下する。

そこで、われわれは2003年度の研究において質問紙調査の妥当性を面接調査によって検討した(庄

司ほか、2004)。その結果、薬物乱用歴についての質問紙回答と面接結果は十分相関しており質問紙による乱用率の推定はある程度妥当であると考えられた。一方、乱用程度については質問紙法の回答と面接による薬物使用に対する評価(機会的使用、乱用、依存)の間の関連が乏しく、概して質問紙回答よりも面接の方が重度の乱用と評価される傾向が示唆された。しかし、この調査では標本数が少なくまた男女による傾向が異なり断定はできなかった。

今年度は2003年度と同様な調査を実施し対象数を増やし、質問紙調査の妥当性をさらに検討する。

2003 年度調査では質問紙による乱用程度と面接による乱用程度で回答傾向にばらつきが認められた原因のひとつは、乱用程度に対する質問紙項目の回答選択肢が「年に数回」「月に数回以上」「ほとんど毎日」であったためと推測した。「ほとんど毎日」と質問紙で回答したものは面接でも多くは依存と診断されたが、「年に数回」「月に数回以上」と質問紙で回答した者は、面接において機会的使用、(依存にいたっていない)乱用、依存とかなり診断が分かれていた。この 2003 年面接調査結果をふまえて、2004 年の全国質問紙調査では、もっとも乱用していた時の状態の回答選択肢を「1, 2 回」、「これまで数回程度」、「ほとんど毎日」と変更した。今年度は変更された 2004 年版の質問紙と面接の診断の関連を見ることとした。面接による質問項目および調査手続きはほぼ 2003 年調査に準拠した。

B. 方法

1. 対象

2003 年度面接調査をした児童自立支援施設 2 施設を今回も調査対象施設とした。

有効対象数は 102 人(男性 38 人、女性 64 人)であった。2003 年調査では 88 人(男性 41 人、女性 47 人)であり、前回と比べ女性がやや多い。

対象の性別年齢構成を表 1 に示した。男女とも中学 2 年生および中学 3 年生が多い。男性では中学 2 年生が 10 人(27.0%)、中学 3 年生が 19 人(51.4%)、女性では中学 2 年生が 9 人(15.3%)、中学 3 年生が 26 人(44.1%)である。

対象の施設入所期間を表 2 に示した。男性では入所 6 ヶ月から 1 年(女性では 1 年から 1 年 6 ヶ月以下の者がそれぞれが 31.6%、37.5%と多かった。

2. 調査方法

調査方法は 2003 年度調査に準拠した。

1) 手続き

調査では、質問紙調査および面接調査を施行した。面接調査一週間ほど前に施設に質問紙を送付し、面接までに無記名により質問紙回答をすませてもらった。

面接時に回答した質問紙を持参してもらい、質問紙調査および面接調査いずれにおいても本人名を確認せず面接と質問紙結果を対応させた。面接結果と

表 1 性・学年構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 5 年	1	2.6	-	-
中学 1 年	4	10.5	3	4.7
中学 2 年	10	26.3	9	14.1
中学 3 年	19	50.0	26	40.6
中学卒業	4	10.5	26	40.6
計	38	100.0	64	100.0

表 2 施設入所期間

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
3ヶ月以下	9	23.7	8	12.5
4ヶ月から6ヶ月	6	15.8	12	18.8
6ヶ月から1年	12	31.6	13	20.3
1年から1年6ヶ月	5	13.2	24	37.5
1年6ヶ月から2年	5	13.2	6	9.4
2年以上	1	2.6	-	-
無回答	-	-	1	1.6
計	38	100.0	64	100.0

質問紙回答結果を独立に評価する必要があるため、面接に際し面接者は質問紙の回答結果を参照しないことにした。

面接は 1 対 1 の対面式で行った。調査者は、精神科医 3 人および臨床心理士 2 人の計 5 人である。面接時間は 1 人 15 分から 20 分である。

2) 面接用紙

面接調査用紙は資料 1 に示した。面接は構造化および半構造化されている。面接に先立ち、もし回答しにくい場合は回答しなくても良い旨を伝えた。

調査項目は、各種薬物乱用歴、症状、有機溶剤乱用による薬害の知識である。

面接評価は、有機溶剤を使用した経験がある者を、機会的使用、(依存にいたっていない)乱用、依存の 3 群に分けた。乱用および依存の診断は DSM-IV によった。

3) 質問紙調査用紙

質問紙は資料 2 に示した。質問紙は無記名自記式である。項目は 2004 年調査(庄司, 2005)の調査用紙の一部を抜粋したものである。

おもな項目は、個人属性(年齢、性別、学歴、施

設入所期間)、各種薬物乱用歴、および有機溶剤乱用に関する項目(乱用開始年齢、乱用頻度、薬害知識、薬害体験率)である。

今回、質問紙調査の妥当性を検討することが目的であるため、有機溶剤以外の薬物に関する質問項目は極力省いた。有機溶剤乱用に関して妥当な結果が得られれば他の薬物に関する質問紙項目も妥当であろうと推測した。

C. 結果

1. 各種薬物の乱用経験および 2003 年結果との比較
面接と質問紙で得られた男女ごとの薬物乱用頻度を表 3-1、表 3-2 に示した。

今回、質問紙上男性で最も多い乱用薬物はブタンの 10 人(26.3%)であり、ついで有機溶剤と睡眠薬 4 人(10.5%)であった。女性では有機溶剤 32 人(50.0%)、ブタン 21 人(32.8%)、大麻 21 人(32.8%)、睡眠薬 14 人(21.9%)、覚せい剤 11 人(17.2%)の順であった。

表 4 は有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタンの面接による乱用頻度を 2003 年と今回 2005 年の結果を示したものである。男性では有機溶剤乱用者の減少が著しい。また、2003 年には 7.3%認められた覚せい剤乱用が今年度は見られなかった。女性においては有機溶剤、ブタンの乱用がやや減少し大麻がやや増加しているが、男性の場合ほど顕著な変化は認めなかった。

2. 質問紙回答と面接の乱用経験の関連

男性においては、有機溶剤乱用、ブタン乱用はそれぞれ 4 人、10 人であり、質問紙結果と面接閣下は一致していた。大麻乱用者は質問紙では 2 人であったが面接では 4 人が大麻乱用経験を認めた。

女性では有機溶剤乱用は質問紙、面接とも 32 人で一致していた。大麻乱用は質問紙結果 21 人で面接結果 22 人、覚せい剤は質問紙結果 11 人で面接結果 12 人、ブタンの乱用は質問紙結果 21 人で面接結果 23 人、コカインは質問紙結果 7 人で面接結果 6 人とやや異なっていた。咳止め液は質問紙結果 8 人に対し面接結果 4 人であった。

有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタンの乱用経験について質問紙および面接の回答の関連を表 5 から表 8 に示した。これより乱用頻度について質問紙回答と面接結果の間で大きな相違はないと思われる。し

表 3-1 面接と質問紙による薬物乱用歴(男性)

	質問紙結果		面接結果	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	4	10.5	4	10.5
大麻	2	5.3	4	10.5
覚せい剤	0	-	0	-
ブタン	10	26.3	10	26.3
コカイン	0	-	0	-
睡眠薬	4	10.5	3	7.9
安定剤	2	5.3	-	-
咳止め液	1	2.6	0	-
MDMA	0	-	0	-
その他	2	5.3	1	2.6

*注:面接では睡眠薬と安定剤合わせて3名とした

表 3-2 面接と質問紙による薬物乱用歴(女性)

	質問紙結果		面接結果	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	32	50.0	32	50.0
大麻	21	32.8	22	34.4
覚せい剤	11	17.2	12	18.8
ブタン	21	32.8	23	35.9
コカイン	7	10.9	6	9.4
睡眠薬	14	21.9	16	25.0
安定剤	8	12.5	-	-
咳止め液	8	12.5	4	6.3
MDMA	1	1.6	4	6.3
その他	7	10.9	3	4.7

*注:面接では睡眠薬と安定剤合わせて16名とした

表 4 2003 年と 2005 年の面接による乱用頻度

	男性		女性	
	2003	2005	2003	2005
有機溶剤	43.9	10.5	63.8	50.0
大麻	9.8	10.5	25.5	34.4
覚せい剤	7.3	-	14.9	18.8
ブタン	24.4	26.3	48.9	35.9

表 5 面接と質問紙による有機溶剤乱用歴

面接による乱用歴	質問紙による乱用歴	
	有	無
男性		
有	4	0
無	0	34
女性		
有	31	1
無	1	31

かし、今回は男性においては乱用者が少なく、質問紙と面接結果の関連を検討するには対象数の問題がある。

3. 質問紙における乱用程度と面接診断の関連

質問紙における乱用程度は、“乱用なし”、“今まで1,2回くらい”、“数回以上”、“ほとんど毎日”の4段階とした。面接で依存と診断される者は質問紙で“ほぼ毎日”乱用していたと回答し、面接で乱用と診断される者は質問紙で“数回以上”乱用したと回答し、また面接において機会的使用と診断される者は質問紙で“今まで1,2回くらい”の乱用と回答すると予想した。

表9に有機溶剤乱用について面接診断と質問紙の乱用頻度の回答結果を示した。男性の乱用者が少ないため男女一緒にした結果を示した。面接診断では、機会的使用6人、乱用10人、依存17人であった。また乱用なしが69人であった。

質問紙項目の妥当性を見るために質問紙回答をもとに面接診断を見ると、質問紙で“ほとんど毎日”と回答した10人は全員面接において依存と診断されていた。一方、質問紙で“数回以上”と回答した16人では、想定どおり面接で乱用と診断された者は8人(50%)であり、6人(38.5%)は面接では依存状態にあったと評価され、残り2人(12.5%)は機会的使用および乱用なしとされた。質問紙で“今まで1,2回くらい”と回答した者は9人いたが、想定どおり面接で機会的使用と評価された者は3人(33.3%)であり、3人(33.3%)は面接で乱用を否定し、2人(22.2%)は(依存にいたっていない)乱用、1人(11.1%)は依存と診断された。

これより、質問紙で“乱用なし”および“ほぼ毎日”と回答した者は面接評価でばらつきが少ないのに対し、質問紙で“今まで1,2回くらい”および“数回以

表6 面接と質問紙による大麻剤乱用歴

	質問紙による乱用歴 単位:人	
	有	無
面接による乱用歴(男性)		
有	2	2
無	0	34
面接による乱用歴(女性)		
有	20	2
無	1	41

表7 面接と質問紙による覚せい剤乱用歴

	質問紙による乱用歴 単位:人	
	有	無
面接による乱用歴(男性)		
有	0	0
無	0	38
面接による乱用歴(女性)		
有	11	1
無	0	51

表8 面接と質問紙によるブタン乱用歴

	質問紙による乱用歴 単位:人	
	有	無
面接による乱用歴(男性)		
有	10	0
無	0	28
面接による乱用歴(女性)		
有	21	2
無	0	42

表9 質問紙による有機溶剤乱用頻度と面接診断

質問紙による乱用程度	面接診断 単位:人				計
	乱用なし	機会的使用	乱用	依存	
乱用経験なし	61	2	0	0	63
1,2回	3	3	2	1	9
数回以上	1	1	8	6	16
ほぼ毎日	0	0	0	10	10
無回答	4	0	0	0	4
計	69	6	10	17	102

上”と回答した者は面接評価でばらつきが大きいと言える。

質問紙で“今まで1,2回くらい”、“数回以上”と回答した者には乱用の状態や乱用への態度においていろいろな者が含まれ、面接において乱用を否定する者からかなり乱用が進んでいる者までいる。全体的には“今まで1,2回くらい”と回答した者より“数回以上”と回答した者は乱用が進んでいる傾向にあった。しかし、当初の想定のように“今まで1,2回くらい”が機会的使用、“数回以上”が(依存にいたっていない)乱用とはっきり弁別するのは困難であった。

これに対し、質問紙で“ほとんど毎日”と回答した者は、実際にも乱用は著しく依存と呼べる状態にあったと考えられる。また、質問紙で“乱用なし”と回答した者もほとんどが面接でも薬物使用を否定していた。ただし、乱用を否定する者では質問紙および面接いづれにおいても薬物使用を否定していた事もありうる。

4. 質問紙回答と面接の有機溶剤の害知識

表10から表14は、有機溶剤の薬害知識として、急性中毒死、精神病状態(幻覚・妄想)、フラッシュバック、多発神経炎、無動機症候群の知識の有無を面接と質問紙で比較したものである。

全体に質問紙回答と面接結果の間で回答差が認められた。

質問紙では薬物の害について知らないとしていながら面接では知っているとしている者がかなり多く認められた。たとえば、急性中毒死では質問紙では知らないと答えた男性18人中5人(27.8%)、女性34人中11人(32.4%)が面接ではその害を知っていると答えた(表10)。幻覚・妄想では質問紙では知らないと答えた男性10人中3人(30.0%)、女性9人中5人(55.6%)が面接ではその害を知っていると答えた(表11)。

面接において「・・・について知っていますか?」という形式で尋ねており、面接により誘導された結果知っていると回答している者もいたと思われる。一方、フラッシュバックや無動機症候群では質問紙では知っていると回答しているものの面接では知らないとした者が相対的に多くなっていた(表12、表13)。

表10 面接と質問紙による有機溶剤害知識(急性中毒死)

	質問紙による害知識 単位:人	
	有	無
面接による害知識(男性)		
有	19	5
無	1	13
面接による害知識(女性)		
有	30	11
無	0	23

表11 面接と質問紙による有機溶剤害知識(幻覚、妄想)

	質問紙による害知識 単位:人	
	有	無
面接による害知識(男性)		
有	28	3
無	0	7
面接による害知識(女性)		
有	55	5
無	0	4

表12 面接と質問紙による有機溶剤害知識(フラッシュバック)

	質問紙による害知識 単位:人	
	有	無
面接による害知識(男性)		
有	19	3
無	5	11
面接による害知識(女性)		
有	37	6
無	11	10

表13 面接と質問紙による有機溶剤害知識(多発神経炎)

	質問紙による害知識 単位:人	
	有	無
面接による害知識(男性)		
有	22	6
無	4	6
面接による害知識(女性)		
有	26	10
無	5	23

表14 面接と質問紙による有機溶剤害知識(無動機症候群)

	質問紙による害知識 単位:人	
	有	無
面接による害知識(男性)		
有	13	8
無	2	15
面接による害知識(女性)		
有	25	7
無	8	24

5. 有機溶剤の害知識の正確さ、知った時期、知った経路

有機溶剤乱用による害(急性中毒死、幻覚・妄想、フラッシュバック、多発神経炎、無動機症候群)について、それぞれの害を知っていたと回答した者のみを対象として、知識の正確さ、知った時期、知った経路を表15から表29示した。

知識の正確さは、幻覚・妄想において高かった(表16)。精神病状態(幻覚・妄想)は知っていたと答えた者のうち男女67.7%から90%が正しく知っていた。その他の害は正しく知っている者は50%以下であった(表15、表17、表18、表19)。このことより幻覚・妄想が有機溶剤の害として良く知られていることが分かる。

各害を知った時期については、乱用の前か後かを訪ねた。男性は有機溶剤乱用経験者が4人と少ないため女性のみを検討した。またこの質問においては無回答が多く信頼性は低い。乱用開始前より良く知られていた害は、幻覚・妄想の18人(50.0%)、中毒死10人(31.3%)などであった。その他フラッシュバック、多発神経炎、無動機症候群などでいずれも乱用開始前より知っていた者は10%台であった(表20から表24)。

知識の経路については以下のとおりであった。男性ではいずれの害も警察・施設から知った者が40%から50%おり最も多かった。一方、女性では害の種類にもよるが警察・施設よりもむしろ仲間から害を知る者が多かった(表25から表29)。

6. 質問紙回答と面接の有機溶剤の害体験率の比較

有機溶剤による精神病状態(幻覚・妄想)、フラッシュバック、多発神経炎、無動機症候群の体験歴を質問紙回答と面接結果で比較した(表30から表33)。

今回男性の有機溶剤乱用者がすくないため男性の有機溶剤の害体験率は信頼できないものとなっている。したがって害の体験については女性のみを検討する。幻覚・妄想について女性では質問紙上乱用を否定した有機溶剤乱用者10人中4人(40.0%)が面接では幻覚・妄想の体験を認めており面接と質問紙の回答差が認められる。フラッシュバック、多発神経炎、無動機症候群も、それぞれ12人中2人(14.3%)、15人中3人(16.7%)、8人中1人(12.5%)が質問紙では体験を否定し面接では体験を肯定していた。一方

表15 有機溶剤乱用による害知識(中毒死)
(説明の正確さ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
正確	9	37.5	19	46.3
不正確	10	41.7	19	46.3
間違い	4	16.7	3	7.3
無回答	1	4.2	0	-
	24	100.0	41	100.0

表16 有機溶剤乱用による害知識(幻覚・妄想)
(説明の正確さ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
正確	21	67.7	54	90.0
不正確	7	22.6	6	10.0
間違い	1	3.2	0	-
無回答	2	6.5	0	-
	31	100.0	60	100.0

表17 有機溶剤乱用による害知識(フラッシュバック)
(説明の正確さ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
正確	5	22.7	17	39.5
不正確	12	54.5	17	39.5
間違い	3	13.6	8	18.6
無回答	2	9.1	1	2.3
	22	100.0	43	100.0

表18 有機溶剤乱用による害知識(多発神経炎)
(説明の正確さ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
正確	12	42.9	17	47.2
不正確	13	46.4	15	41.7
間違い	2	7.1	0	-
無回答	1	3.6	4	11.1
	28	100.0	36	100.0

質問紙では体験を肯定し面接で否定した者は、幻覚・妄想で12人中2人(14.3%)、フラッシュバック10人中6人(60.0%)、多発神経炎7人中4人(57.1%)、無動機症候群14人中5人(26.3%)であった。つまり、幻覚・妄想は面接で体験を認めるものが多くそれ以外は質問紙の方が害の体験を認める者が多かったといえる。

表19 有機溶剤乱用による害知識(無動機症候群)
(説明の正確さ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
正確	8	38.1	15	46.9
不正確	8	38.1	11	34.4
間違い	2	9.5	3	9.4
無回答	3	14.3	3	9.4
	21	100.0	32	100.0

表20 有機溶剤乱用による害知識(中毒死)
(知った時期)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
乱用開始前	2	50.0	10	31.3
乱用開始後	2	50.0	12	37.5
無回答	0	-	10	31.3
	4	100.0	32	100.0

表21 有機溶剤乱用による害知識(幻覚・妄想)
(知った時期)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
乱用開始前	2	50.0	18	56.3
乱用開始後	2	50.0	13	40.6
無回答	0	-	1	3.1
	4	100.0	32	100.0

表22 有機溶剤乱用による害知識(フラッシュバック)
(知った時期)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
乱用開始前	1	25.0	5	15.6
乱用開始後	3	75.0	12	37.5
無回答	0	-	15	46.9
	4	100.0	32	100.0

表23 有機溶剤乱用による害知識(多発神経炎)
(知った時期)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
乱用開始前	0	-	5	15.6
乱用開始後	3	75.0	16	50.0
無回答	1	25.0	11	34.4
	4	100.0	32	100.0

表24 有機溶剤乱用による害知識(無動機症候群)
(知った時期)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
乱用開始前	1	25.0	4	12.5
乱用開始後	3	75.0	16	50.0
無回答	-	-	12	37.5
	4	100.0	32	100.0

表25 有機溶剤乱用による害知識(中毒死)
(知識の経路)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
仲間	3	12.5	10	24.4
警察・施設など	11	45.8	10	24.4
学校	5	20.8	6	14.6
その他	4	16.7	14	34.1
無回答	1	4.2	1	2.4
	24	100.0	41	100.0

表26 有機溶剤乱用による害知識(幻覚・妄想)
(知識の経路)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
仲間	8	25.8	25	41.7
警察・施設など	13	41.9	9	15.0
学校	5	16.1	10	16.7
その他	5	16.1	16	26.7
無回答	0	-	0	-
	31	100.0	60	100.0

表27 有機溶剤乱用による害知識(フラッシュバック)
(知識の経路)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
仲間	3	13.6	14	32.6
警察・施設など	10	45.5	6	14.0
学校	5	22.7	5	11.6
その他	3	13.6	14	32.6
無回答	1	4.5	4	9.3
	22	100.0	43	100.0

、質問紙では体験を肯定し面接で否定した者は、幻覚・妄想で12人中2人(14.3%)、フラッシュバック10人中6人(60.0%)、多発神経炎7人中4人(57.1%)、無動機症候群14人中5人(26.3%)であった。つまり、幻覚・妄想は面接で体験を認めるものが多くそれ以外は質問紙の方が害の体験を認める者が多かったといえる。

D. 全体の考察

今年度調査の目的はこれまで実施してきた質問紙調査の妥当性を面接調査によって検討することであった。

われわれの全国児童自立支援施設薬物乱用実態調査は児童自立支援施設を対象とした全数調査であり、回答数もだいたい1300人以上得られ、その結果はある程度信頼できると考えている。しかし、質問項目の理解度や回答態度などにより質問紙は信頼性や妥当性が低下する。我々の一連の調査は薬物乱用という違法行為を対象としており無記名質問紙とはいえ正直に回答していない可能性もあり、結果の信頼性や妥当性は十分分かっていない。

面接調査では回答について詳しく説明を求めたり、回答の意味を確認したりするなどして質的に信頼できる結果が得られる。しかし、今回のような違法行為に関する質問では対面面接ではかえって防衛的となり正しい結果が得られない可能性もある。したがって、必ずしも面接結果がより妥当とは言えない。ただし、一般的には面接調査の方が信頼できると考えられており、本研究でも質問紙の妥当性基準を面接結果においた。もし、面接結果と質問紙結果の一致度が高ければ結果は信頼できるといえる。

1. 質問紙の妥当性

1) 乱用歴

今回の調査結果で面接と質問紙で回答の乖離の大きい項目と小さい項目があった。しかし、単純な薬物乱用経験については、面接と質問紙の結果はかなり高い相関を示している。

もし、面接による診断が正しいと仮定できるならば、表5をもとに有機溶剤乱用(男性)に関して質問紙調査の感度=4/(4+0)=100%、特異度=34/(34+0)=100%となる。同様にして大麻乱用(男性)では感度=95.0%、特異度=100%、覚せい剤乱用(男性)で

表28 有機溶剤乱用による害知識(多発神経炎)
(知識の経路)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
仲間	4	14.3	7	19.4
警察・施設など	14	50.0	8	22.2
学校	4	14.3	7	19.4
その他	6	21.4	14	38.9
無回答	0	-	0	-
	28	100.0	36	100.0

表29 有機溶剤乱用による害知識(無動機症候群)
(知識の経路)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
仲間	2	9.5	12	37.5
警察・施設など	12	57.1	5	15.6
学校	3	14.3	4	12.5
その他	4	19.0	10	31.3
無回答	0	-	1	3.1
	21	100.0	32	100.0

表30 面接と質問紙による有機溶剤害体験歴(幻覚、妄想)
単位:人

	質問紙による体験歴	
	有	無
面接による体験歴(男性)		
有	0	0
無	1	1
面接による体験歴(女性)		
有	10	4
無	2	6

表31 面接と質問紙による有機溶剤害体験歴(フラッシュバック)
単位:人

	質問紙による体験歴	
	有	無
面接による体験歴(男性)		
有	0	0
無	0	2
面接による体験歴(女性)		
有	4	2
無	6	10

は感度=100%、特異度=100%、ボタン乱用(男性)感度=100%、特異度=100%となる。女性の場合、有機溶剤乱用(女性)の感度96.8%、特異度96.8%、大麻乱用(女性)では感度90.9%、特異度97.6%、覚せい剤乱用(女性)では感度91.6%、特異度100%、ボタン乱用(女性)感度91.3%、特異度100%となる。

以上より、従来われわれが実施してきた自記式質問紙法による全国児童自立支援施設調査で得られた薬物乱用頻度はある程度信頼できると思われる。

しかしながら、今回の面接診断は短時間であるため面接そのものの信頼性がやや低いと思われる。十分な時間をかけた面接により診断の信頼性を高める必要がある。

2) 乱用程度

われわれの2003年面接調査により、質問紙による薬物乱用程度の評価は、その妥当性の低い事が示唆されていた。2003調査では乱用頻度に関する質問紙の回答が“乱用なし”、“年に数回以上”、“月に数回以上”、“ほとんど毎日”の4段階であった。その結果、質問紙において“年に数回以上”および“月に数回以上”乱用したと回答した者の間で面接診断はほとんど差が認められなかった。このより、“年に数回以上”、“月に数回以上”は、“ほとんど毎日”ではないがかなり乱用した事を意味していると推測され、少量のみ経験をはっきり区別するほうが良いと考えられた。

そこで今回の調査では、質問紙選択肢の“年に数回以上”、“月に数回以上”を“今まで1,2回くらい”、“数回以上”に変更した。“今まで1,2回くらい”が面接では機会的乱用、“数回以上”が面接では(依存に至らない)乱用と診断されることを期待した。その結果“数回以上”と回答した者は“今まで1,2回くらい”と回答した者よりも面接において乱用および依存と診断されたものが多く、乱用なしおよび機会的薬物使用をされたものが少なかった。このことより、今回の質問紙選択肢のほうが適切といえそうである。しかし、予測どおりに診断された者は、“今まで1,2回くらい”と回答した者9人中3人(33.3%)、“数回以上”と回答した者では16人中8人(50.0%)であり、依然十分な並存的妥当性があるとはいえない。また、質問紙で乱用を否定して面接では1,2回乱用したと答えているものもあり、一部の乱用者は質問

表32 面接と質問紙による有機溶剤害体験歴(多発神経炎)
単位:人

	質問紙による体験歴	
	有	無
面接による体験歴(男性)		
有	0	0
無	0	2
面接による体験歴(女性)		
有	3	3
無	4	12

表33 面接と質問紙による有機溶剤害体験歴(無動機症候群)
単位:人

	質問紙による体験歴	
	有	無
面接による体験歴(男性)		
有	0	0
無	0	2
面接による体験歴(女性)		
有	9	1
無	5	7

紙においても乱用経験を隠すようである。

一方、質問紙では乱用を認めてながら面接で否定するものもあった。この場合質問紙では個人が分からないが、面接では名前は聞かれないものの自分の乱用がわかるということで抵抗を示す者がいるということだと思われる。

今後の全国質問紙調査において、“乱用なし”および“ほとんど毎日”という回答は面接結果と一致するが、“今まで1,2回くらい”および“数回以上”は回答態度において雑多なものが含まれている群と考えて結果を評価する事が好ましいと考える。

3) 害の知識

薬物乱用による害知識について急性中毒死、幻覚・妄想、フラッシュバック、多発神経炎、無動機症候群の知識を尋ねた。

害の知識については、質問紙および面接いずれにおいても正確な評価は難しいと考えられる。質問紙では害についての説明を加えてあり、そのため回答が知っているという方向に誘導される可能性がある。また面接でも同様に面接状況により知っている方向に誘導されやすい。またどの程度知識があれば知っているかと評価するかも明確でない。

以上のような制約のため、今回質問紙と面接の間回答差が大きく、質問紙の害知識は妥当性が乏しいと考えられた。面接において各害知識の正確度も評価した。精神病状態(幻覚・妄想)については男女

とも比較的正しく理解していたが、その他の害は正しい知識を有する者は 50%以下であった。知識も不正確なことが多く、害知識については信頼性が低いと思われる。

4) 害の体験

薬物乱用による害体験も害知識と同様に質問紙回答と面接結果の間には差が認められた。症状として分かりやすい幻覚・妄想は質問紙で体験有りとした者はほとんどが面接でも体験有りとしている。一方質問紙では否定している者では面接では幻覚・妄想体験を認めている者も多く、質問紙より面接の方が正しく応答しているのではないと思われる。幻覚・妄想などは体験していないのに自分は体験したと回答することは少ないと考えられるからである。多発神経炎や無動機症候群は乱用少年自身が自分で診断評価するのは難しい症状であるので、その結果は面接・質問紙ともあまり信頼できないではないかと考えている。

2. 本研究の問題点と今後の課題

2003 年の前回調査の対象数は 88 人、今回の対象数は 102 人であり、計 190 人に質問紙と面接を実施した。両調査より質問紙法においても薬物乱用歴についてはかなり信頼できる結果が得られると判断して良いと考えられる。従来の全国児童自立支援施設調査による薬物乱用頻度も信頼できるものであろう。

一方、薬物の乱用程度および薬物による害知識や体験率については信頼性が低く、その頻度評価については断定的なことはいいにくいようである。今後、全国児童自立支援施設調査を対象とした質問紙調査を継続するにあたり、以上の点を考慮して結果の評価をすべきであると考えられた。

本研究の結果を参考に来年度以降質問紙調査結果をより適切に評価できるよう調査方法を検討していきたい。

E. 結論

われわれは全国児童自立支援施設を対象に隔年ごとに質問紙により薬物乱用実態を調査してきた。今年度は質問紙による薬物乱用調査が妥当であるかどうか検討した。

調査対象施設は 2 施設であり、調査人数は 102 人

(男性 38 人、女性 64 人)である。調査手続きは、あらかじめ質問紙調査を実施し、その後精神科医および臨床心理士による面接を実施した。質問紙は従来全国児童自立支援施設調査で用いた質問項目を抜粋した簡略版の質問紙を用いた。面接は半構造化した面接を実施した。

調査より以下のような結果が得られた。

1) 薬物乱用歴(有機溶剤、大麻、覚せい剤)の質問紙回答と面接結果はかなり相関しており、質問紙による乱用率の推定はある程度妥当であると考えられた。

2) 質問紙による乱用程度の回答と面接による乱用の診断(機会的使用、乱用、依存)については、関連がやや乏しかった。乱用頻度に関する質問紙項目を 2003 年調査から変更したが、それでもまだ質問紙の妥当性は低いと考えられた。

3) 薬物乱用による害知識に関する質問紙回答と面接の関連も検討された。2003 年と同様に害知識は質問紙と面接の間に差があり質問紙の妥当性は乱用診断の結果に比較して高くはないと考えられた。

4) 有機溶剤乱用者に対して害体験についても質問紙回答と面接の関連も検討された。害体験も害知識と同様な傾向を示し薬物乱用歴の結果と比較して質問紙の妥当性は低いと考えられた。

従来、非行少年において薬物乱用の質問紙調査の妥当性について検討された研究は見あたらない。薬物乱用は違法行為であり質問紙においても面接においても正確な回答が得られにくいと考えられる。しかし、乱用頻度などの疫学調査をする上で質問紙法による調査は欠かせない。少しでも質問紙調査の妥当性と信頼性が高まるよう調査方法を検討していく必要があると考えられた。

参考文献

- 1) 庄司正実、妹尾栄一、富田拓、有園博子：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究。平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金医薬安全総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態とその社会的影響・対策に関する研究」2005
- 2) 庄司正実、妹尾栄一、富田拓、有園博子：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究。平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金医薬安全総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態とその社会的影響・対策に関する研究」2004

この調査は、みなさんの薬物経験について尋ねるものです。どのくらいの方がどのようにして薬物を経験したのか知るのが調査の目的です。個々の面接内容については、施設の先生あるいは警察などに報告されません。したがって話した内容によって施設入所期間がのびるとか、その他不利な扱いを受けることはありません。なるべく本当のことを教えていただきたいと思います。

面接担当者

I Face Sheet

施設番号

連番

II 薬物全般

- I 薬物の使用経験 もしあれば、開始年齢、乱用頻度、量、入手状況、乱用方法などを尋ねる
注1:薬物使用がある場合は、依存、乱用、機会的使用(1,2回程度の使用)の評価をつける
注2:名称、種類を聞くこと

1 有機溶剤

1 経験 ①あり(種類、名称), ②なし

2「シンナー」で次のようなことが起こることを知っていましたか？また、知ったのはいつですか？

1)「急性中毒死」

1 知っているか？ ①知っていた ②知らなかった
2 どうなること？(説明求 ①正しい ②不正確 ③間違い
3 知った時期 ①乱用開始前 ②乱用開始後

4 どうやって知ったか？ ①仲間 ②警察や施設の人 ③学校 ④その他
2)「多発神経炎」で、手足の筋肉や神経がおどろえ、物がつかめなくなったり、歩けなくなる

(急性酩酊時の症状とは区別されていること！慢性の後遺症のみ評価)

1 知っているか？ ①知っていた ②知らなかった
2 どうなること？(説明求 ①正しい ②不正確 ③間違い
急性酩酊時の症状と勘違いしている場合は、「③間違い」と評定する
大量乱用後、乱用中止して残る症状と認識していれば「①正しい」と評

3 知った時期 ①乱用開始前 ②乱用開始後

4 どうやって知ったか？ ①仲間 ②警察や施設の人 ③学校 ④その他

5 自分がなったことは ①あり(具体的に) ②なし

3)幻覚・妄想などが出る(精神病状態)

1 知っているか？ ①知っていた ②知らなかった
2 どうなること？(説明求 ①正しい ②不正確 ③間違い
3 知った時期 ①乱用開始前 ②乱用開始後

4 どうやって知ったか？ ①仲間 ②警察や施設の人 ③学校 ④その他

5 自分がなったことは ①あり(具体的に) ②なし

4)「無動機症候群」と言っても何もしない気がなくなったりすること
(急性酩酊時の症状とは区別されていること！慢性的後遺症のみ評価)

- 1 知っているか？ ①知っていた ②知らなかった
- 2 どうなること？(説明求 ①正しい ②不正確 ③間違い
急性酩酊時の症状と勘違いしている場合は、「③間違い」と評定する
大量乱用後、乱用中止して残る症状と認識していれば「①正しい」と評

- 3 知った時期 ①乱用開始前 ②乱用開始後
- 4 どうやって知ったか？ ①仲間 ②警察や施設の人 ③学校 ④その他
- 5 自分がなったことは ①あり(具体的に) ②なし

5)「フラッシュバック」と言ってももう吸わなくなったのに症状が出たりすること

- 1 知っているか？ ①知っていた ②知らなかった
- 2 どうなること？(説明求 ①正しい ②不正確 ③間違い)
- 3 知った時期 ①乱用開始前 ②乱用開始後
- 4 どうやって知ったか？ ①仲間 ②警察や施設の人 ③学校 ④その他
- 5 自分がなったことは ①あり(具体的に) ②なし

- 3診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存
- 4入手方法 (具体的に)

2 マリファナ(大麻、ハンプ、ハシッシも同じ)

- 1経験 ①あり(種類、名称), ②なし
- 2精神症状の診断 ①精神病症状(幻覚・妄想)あり ②フラッシュバックあり
- 3診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存
- 4入手方法 (具体的に)

3 覚せい剤 (エス、スピード、シャブも同じ)

- 1経験 ①あり(種類、名称), ②なし
- 2精神症状の診断 ①精神病症状(幻覚・妄想)あり ②フラッシュバックあり
- 3診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存
- 4入手方法 (具体的に)

5 ガス(ガスパン)

- 1経験 ①あり(種類、名称), ②なし
- 2精神症状の診断 ①精神病症状(幻覚・妄想)あり ②フラッシュバックあり
- 3診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存
- 4入手方法 (具体的に)

6 コカイン(クラックも同じ)

- 1経験 ①あり(種類、名称), ②なし
- 2精神症状の診断 ①精神病症状(幻覚・妄想)あり ②フラッシュバックあり
- 3診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存
- 4入手方法 (具体的に)

7 MDMA(エクスタシー、エックス、Xも同じ)

- 1経験 ①あり(種類、名称), ②なし
- 2精神症状の診断 ①精神病症状(幻覚・妄想)あり ②フラッシュバックあり
- 3診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存
- 4入手方法 (具体的に)

8 その他の錠剤(睡眠薬や安定剤、鎮痛剤などの医薬品)

- 1経験 ①あり(種類、名称), ②なし
- 2効果、精神症状 ①酩酊 ②鎮静 ③過敏・興奮・発揚 ④精神病症状(幻覚・妄想)
⑤他の薬物の効果を増強させる
- 3診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存
- 4入手方法 (具体的に)

9 咳止め液(ブロン液など)

- 1経験 ①あり(種類、名称), ②なし
- 2精神症状の診断 ①精神病症状(幻覚・妄想)あり ②フラッシュバックあり
- 3診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存

10 その他 (具体的に)

- 1経験 ①あり(種類、名称), ②なし
- 2精神症状の診断 ①精神病症状(幻覚・妄想)あり ②フラッシュバックあり
- 3診断 ①機会的使用(1-2回程度) ②乱用 ③依存

調査へのお願い

この調査の目的は、飲酒・薬物などに対するみなさんの考えや経験を知ることです。

この調査は、厚生労働省の科学研究費によるものです。答えた内容が施設での生活や退院時期に影響することはありません。どうしても答えたくない質問には答えなくてもかまいません。

各質問に対する回答は、特にことわらない限りもっともあてはまる内容の番号を一つだけ選んで○をつけて下さい。

国立武蔵野学院 医務課長 富田 拓
目白大学 教授 庄司正実

- 1 あなたの年齢はいくつですか？ 年齢を記入してください _____ 歳
- 2 学校は？ ①小学校 ②中学校 ③高校 ④専門学校 ⑤中学卒業後で無職 ⑥就労中
- 3 何年生ですか？学年を記入してください _____ 年生
- 4 男性ですか、女性ですか？ ①男性 ②女性
- 5 今回、この施設に入所してからどのくらいになりますか？ _____ 年 _____ ヶ月
- 6 あなた自身は以下のような薬物を一回でも使用したことがありますか？

1) シンナーやトルエン（ボンド、マニキュアの除光液なども含む）	①ある	②ない
2) マリファナ（大麻、ハッパ、ハシッシも同じ）	①ある	②ない
3) 覚せい剤（エス、スピード、シャブも同じ）	①ある	②ない
4) ガス（ライター用ガス、カセットコンロ用ガスなど）	①ある	②ない
5) コカイン（クラックも同じ）	①ある	②ない
6) 睡眠薬（病気治療以外の目的で）	①ある	②ない
7) 精神安定剤（病気治療以外の目的で）	①ある	②ない
8) ブロン薬などのセキ止め液（病気治療以外の目的で）	①ある	②ない
9) MDMA（エクスタシー、エックス、Xも同じ）	①いた	②いない
10) その他の薬物	①いた	②いない
- 7 これまでに一回でも「シンナー遊び」を経験したことがありますか？ある場合は、初めて経験した年齢を選んでください

①経験がない	②10歳以下	③11歳	④12歳	⑤13歳
⑥14歳	⑦15歳以上	⑧経験はあるが年齢はおぼえていない		
- 8 施設に入る前、最もしていた時で「シンナー遊び」をどのくらいしていましたか？

①したことはない	②今まで1、2回くらい	③数回以上した	④ほとんど毎日
----------	-------------	---------	---------

9 「シンナー遊び」をしすぎたり繰り返したりすると、下のようなことがおこることがあります。「シンナー遊び」をする前(したことがない人は施設入所前)、「シンナー遊び」でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。

- ①急性中毒死(吸っていてそのまま急に死ぬこと)
- ②多発神経炎(手足の筋肉や神経がおとろえ、物がつかめなくなったり、歩けなくなること)
- ③精神病状態(何もないのに物が見えたり声が聞こえたりする幻覚, 誰もいないのに自分が見られているとか自分が噂されていると思いこんだりする妄想がでること)
- ④無動機症候群(何もする気がなくなり、学校を欠席したり仕事が長続きしなくなること)
- ⑤フラッシュバック(「シンナー遊び」をやめて吸わなくなったのに、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻覚や妄想が出ること)
- ⑥いずれも知らなかった

10 「シンナー遊び」の結果、上記のような精神病状態やフラッシュバックなどを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください。(もともと「シンナー遊び」をしていない人は⑤を選んでください)

- ①精神病状態 ②フラッシュバック ③多発神経炎
- ④無動機症候群 ⑤「シンナー遊び」はしたことがない

ご協力ありがとうございました

分担研究報告書 (2-1)

薬物関連精神障害者専門病院利用者の予後についての研究

分担研究者 小林桜児 神奈川県立精神医療センターせりがや病院¹⁾
研究協力者 上条敦史 横浜市立大学医学部精神医学教室
松本俊彦 国立精神・神経センター 精神保健研究所
木村逸雄¹⁾、赤木正雄¹⁾、遠藤桂子¹⁾、大槻正樹¹⁾

研究要旨 薬物依存専門病院において、開放病棟・任意入院による断薬リハビリプログラムを受け、退院した利用者の予後調査を行った。調査対象は平成 14 年 7 月から 15 年 11 月までの間に、神奈川県立精神医療センターせりがや病院を退院した者で、先行調査として退院までに、問題行動や抑うつ症状、解離、ADHD、食行動異常などに関する自記式調査を行っている。平成 17 年度の研究としては、平成 17 年 11 月までに予後調査項目を決定し、予後調査用紙ならびに予後調査のための住所録を作成した。平成 18 年 1 月から 3 月までの期間に、予後調査用紙を利用者にあてて郵送し、返信用封筒による回答が得られなかった利用者に関しては、電話での聞き取り調査を行った。その結果、平成 18 年 3 月現在、調査対象者総数 71 名中、郵送での回答を得たのは 40.9%であった。電話での聞き取り調査結果を合わせると、全体の 79.5%は最近 6 ヶ月での薬物乱用は無い、と答える一方で、5.1%は最近 6 ヶ月以内の薬物乱用ありと答えていた。また、10.3%は拘留または服役中で、死亡していたものは 5.1%であった。平成 18 年度の研究では、予後調査項目の集計ならびに分析を行い、先行調査項目と予後との関連性についても検討する予定である。

A. 研究目的

わが国において、アルコールを除いた薬物関連精神障害者の予後に関する実証的研究は依然として乏しく、さまざまな治療環境・患者群を対象としたデータの蓄積が求められている。

今回の研究は、主に開放病棟で任意入院による治療を行っている薬物依存専門病院を退院した利用者を対象として、予後調査を実施した。その際、特に行動障害や解離、食行動異常など、薬物依存に合併しうる非精神病的な精神障害に注目し、予後との関連について検討した。

B. 研究対象及び方法

対象は、2002 年 7 月から 03 年 11 月までの期間に神奈川県立精神医療センターせりがや病院を退院した物質関連障害者（アルコールを除く）のうち、郵送および電話による予後調査に対して同意を書面で得ることができた者である。

対象者数は計 71 名。内、男性 47 名 (66.2%)、女性 24 名 (33.8%) であった。

入院時年齢の最年少は 20 歳、最高齢は 62 歳で、平均は 34.1 歳±8.5 であった

1. 入院時の主たる乱用物質の内訳

入院時に覚せい剤を主たる乱用物質とした症例は 41 例 (57.7%) であった。同様に向精神薬を主たる乱用物質とした症例は 15 例 (21.1%) で、以下、有機溶剤が 4 (5.6%)、鎮咳剤 2 例 (2.8%)、ガス 2 例 (2.8%)、その他 (大麻、ヘロイン、LSD、感冒薬など) が 7 例 (10.0%) という内訳であった。

2. 調査の手順

先行調査として、2002 年 6 月以降、せりがや病院に物質関連障害で入院した患者に対し、入院時に自記式調査用紙を用いて非精神病的な精神障害の合併について評価した。

2005 年 4～9 月までに予後調査項目を決定した。11 月までに調査用紙および調査用の住所録を作成した。その後 2006 年 1 月までに、対象者に対して調査用紙を郵送するか、通院中の者には外来で直接手

渡した。2006年2月～3月にかけては、未返送者に対して電話による追跡調査を行った。

【先行調査項目】

2002年6月以降、入院時に先行調査として行った自記式調査の項目は下記のとおりである。

1. 年齢・性別・身長・体重・最終学歴
2. 喫煙・飲酒開始年齢、現在の喫煙・飲酒習慣
3. アルコール・薬物使用歴
4. 自傷行為の経験、人や物に対する暴力行為
5. 万引きの経験
6. 希死念慮と自殺企図の経験
7. 性的・身体的虐待を受けた経験
8. Beck Depression Inventory (BDI)
9. Wender Utah Rating Scale (WURS)
10. Bulimia Investigatory Test of Edinburgh (BITE)
11. Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES)

【予後調査項目】

2006年1月以降、対象者に行った予後調査の項目は以下のとおりである。

1. 居住形態と同居人の有無
2. 自助グループの利用状況
3. 日常生活の規則性
4. 退院後の職歴
5. 退院後の薬物使用状況と使用動機
6. 断薬継続可能であった場合、その理由
7. 飲酒状況
8. 入院治療に対する評価

【郵送による予後調査結果】

郵送による返答が有ったのは2006年3月11日現在、29例(40.9%)であった。返答の無かった42例中、調査用紙を送付したが返信の無かったのは28例(39.4%)、転居先が不明で用紙が送付不能であった症例は14例(19.7%)であった。

【電話による予後調査結果】

電話調査の対象としたのは、郵送では返答を得ることができなかった症例計42例である。内、本人または家族に連絡可能であったものは、20例(28.2%)

であった。20例の内訳は、返答拒否を表明した症例が6例(8.5%)で、内、4例は現在乱用していない、と述べていた。電話調査時、調査用紙が手元にならないため、再送付を希望していたものが7例(9.9%)であった。また本人の返答に関する意思が確認できないため、対応保留としたのが1例(1.4%)、拘留または服役中であったものが4例(5.6%)、死亡例は2例(2.8%)であった。

一方、連絡が全く不能であったものは22例(31.0%)で、具体例としては、そもそも電話番号が不明である、あるいは電話をかけても「現在使われていない」との自動メッセージが流れる場合や、別人につながってしまう、あるいは何度かけても応答しない、などであった。

C. 結果

2006年3月11日時点で薬物乱用に関する現状把握が可能な症例は39例で、その内訳は以下のとおりである(本年度は中間報告となる)。

- ①最近6ヶ月の薬物乱用無：31名(79.5%)
- ②最近6ヶ月の薬物乱用有：2名(5.1%)
- ③拘留・服役中：4名(10.3%)
- ④死亡：2名(5.1%)

また2年および3年予後群に区分けした場合の調査結果は次頁の円グラフ(図1)に示した。

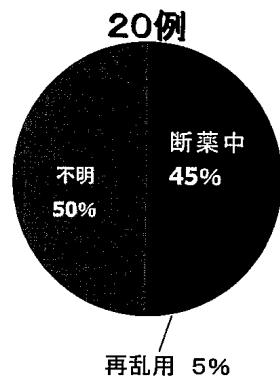
【平成18年度研究目標】

薬物依存者の予後に関する追跡調査は、対象者が転居して連絡がつかないケースが多く、平成17年度の調査では、回答率は40%にとどまっている。今後は2003年11月以降の退院者も、調査対象に加え、2年予後群の母集団を増やすとともに、電話での追跡調査を継続し、回答率の向上を図る。

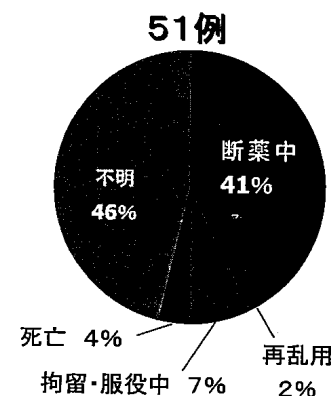
また、本調査では先行調査として、さまざまな行動障害、解離、摂食障害などを事前に評価しており、それらと薬物依存者の予後との関連性については、これまで報告が乏しい領域である。平成18年度は先行調査ならびに予後調査によって得られた各項目のデータを集計し、予後との関連性について分析、検討する予定である。

表1

退院後2年予後群



退院後3年予後群



D. 結論

- 1) 薬物依存専門病院において、開放病棟・任意入院による断薬リハビリプログラムを受け、退院した利用者に関する予後調査を行った。
- 2) 調査対象者に対しては、退院前に先行調査として、問題行動や抑うつ症状、解離、ADHD、食行動異常などに関する自記式調査を行った。
- 3) 平成17年度は、対象者に対し、予後調査用紙を郵送し、回答の無いものに対しては電話での聞き取り調査も行った。
- 4) 調査対象は、H14年7月から15年11月までの期間に神奈川県立精神医療センターせりがや病院を退院した利用者で、計71名であった。
- 5) 対象71名中、郵送による回答を得られた者は、全体の40.9%であった。
- 6) 電話での聞き取り調査結果も合わせると、全体の79.5%は最近6ヶ月以内の薬物乱用を認めず、5.1%が最近6ヶ月以内に薬物を乱用、10.3%は拘留・服役中で、5.1%が死亡していた。
- 7) 平成18年度は、予後調査項目の集計ならびに先行調査項目と予後との関連性について分析、検討していく予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文・著書
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

分 担 研 究 報 告 書
(2-2)

民間治療施設利用者の予後についての研究(1)
－民間治療施設「DARC」利用者の予後調査－

分担研究者 近藤千春 藤田保健衛生大学衛生学部 衛生看護学科 助教授
研究協力者 猪瀬健夫（びわこダルク）、川又聡一郎（大分ダルク）、栗坪千明（栃木ダルク）、
幸田 実（東京ダルク）、渡辺健児（長野ダルク）

研究要旨 DARC（以下ダルクとする）は、薬物依存症から回復した当事者によって、薬物依存から回復することを望んでいる対象に対しての援助が行われている場である。ダルク職員は、専門的な知識を持っているわけでないが、ここでの活動を通して薬物依存から回復していく者が少なくない。このことから、薬物依存症の治療における、ダルクの治療における有効性の評価を求める声が多い。ところが、これまでに、薬物依存症の当事者による援助の有効性について検証されてきたものはない。本研究では、ダルクに対する横断的な調査研究を行うことにより、当事者活動を行うダルクの薬物依存症の治療における有用性の検証をはかろうとするものである。またこの研究において、ダルクを薬物依存症の当事者活動による新たな治療モデルとして位置づけ、ダルクにおける治療の概念を明確にする試みを取り組むものである。今回の調査は、ダルク利用者の断薬状況の確認と共に、ダルクにおける薬物依存症者の回復に関わる変化を、測定尺度を用いて追跡調査していくものである。今年度は、次年度の調査に向けての予備的な調査活動として要素を持つ。次年度は、今年度の結果をふまえ、ダルク退所者に対しての追跡調査を実施していく。今年度の調査は、平成 17 年 7 月より 5 つのダルクを対象として行い、25 名の対象者に、入所時の面接調査を行った。ところが、ダルク入所後 1 ヶ月程度で退所する者が多く、平成 18 年 2 月現在において、ダルク入所中の変化を解析するために必要な十分なデータ数を確保することができなかった。このため、本年度は、ダルク利用による対象者の生活の変化に関する分析を行うことができなかった。また、ダルクを自己都合や無断で退所した者については、退所後の情報を入手する手段がなく、所在や薬物の使用の有無が確認することは不可能であった。

次年度は、ダルク利用による対象の変化についての分析を行うために、引き続き今年度の調査を実施し、データ数を増やすことが課題である。また、ダルク利用者の退所後の予後調査を実施するにあたっては、本人だけでなく、本人を取り巻く家族やその他の関係者からも情報を得ることも検討していく。

A. 研究目的

本研究は、薬物依存症から回復した当事者によって、回復を望む薬物依存症者に対して援助を行う、民間治療施設 DARC（以下ダルクとする）における利用者を追跡調査することによって、ダルク利用の有効性について検証を図ろうとするものである。ダルクでは、薬物依存症から回復した当事者が、利用者と生活を共にすることを通して、自らの体験に基づき、薬物依存からの回復のための援助を行っている。本研究では、このダルクを民間治療施設として位置づけ、ダルクでの薬物依存症者の回復についての調査を行う。当事者グループの活動による病気の回復

については、諸外国はもとより国内においても、報告がされているようだが、科学的に検証されているかどうかは疑問である。本研究では、ダルクでの当事者活動が、医療機関や専門家の介入が行われる施設と並び、断薬行動に対して治療的な効果をもたらすことができているか検証することを目的とする。また、これにより、ダルクでの当事者活動による治療の概念を明確化する作業の足がかりとする。

B. 研究方法

1. 対象

全国に 40 箇所ある薬物依存症の民間治療施設「ダ

ルク」のうち、①入所型であり利用者が集団生活をしている。②研究者が1日で往復できる距離にある施設である。③職員が研究者に代わって面接調査が出来る。④施設責任者と面識があり、調査に協力的である。⑤職員が複数である。⑥調査対象を確保しやすい。等の点をふまえ、調査の対象となるダルクを決定した。その上で、それらダルクを利用する、平成17年6月以降に、入寮してきた薬物依存症者で、追跡調査に協力することを同意した薬物依存症者を調査対象とした。

2. データ収集のための準備

1) 調査項目の選定

(1) 入所時の初回調査用の調査内容

①面接者用の調査項目 (添付資料1参照)

②対象者の直筆記入用の調査項目 (添付資料2参照)

主な内容は、a、薬物の依存度 (SDS 尺度)、b、日常生活行動に関する項目、c、12 ステップを参考に作成した超越性の受容度に関する内容、d、WHO の QOL26

(2) 入寮中の調査内容 (本人直筆)

入所時の調査内容に、薬物の使用状況および断薬期間の項目を加えた。

(3) 退所後の調査

①面接者用の調査項目

②対象者の直筆記入用の調査項目

2) 調査内容についてダルク責任者と打ち合わせ

(1) 調査項目・内容の確認

(2) 調査の時期や間隔の確認

3. 調査開始までの手続き

1) 対象ダルクに調査の協力依頼

(1) 電話・E-mail で各ダルク責任者に調査協力のお願いと調査方法について説明する。

(2) E-mail で、事前に関連書類を送付し、責任者に説明し、口頭で承諾を得る。

(3) 施設責任者に対して個人情報保護の誓約書を提出

(4) 利用者本人に調査の目的方法、内容を説明し、調査協力への同意を書面で得て実施

4. 実施方法

1) 研究者が対象となるダルクに毎月1回訪問し直接実施する。

2) 対象となるダルクの責任者の協力により調査を

実施する。実施日は責任者に一任。

5. 倫理的配慮

1) 対象に同意を得る方法

同意書の説明文を読み上げ、研究の目的意義を説明し、研究の途中でも、本人の意思によって、いつでも研究が中断できることを約束し、書面にて調査に協力することの同意を得た。

また、収集したデータに関する開示請求があった場合、情報を開示する用意があることを情報の開示請求の書類を準備し、調査の協力を依頼する際に説明し、本人に手渡した。

2) 実施によって生じる個人への利益、不利益及び危険性

利益としては、面接調査を通して、対象者が回復に伴う不安などの訴えを出す機会を作り、対象者自身の問題の整理をしていくことが期待できる。不利益は、個人の身体へ直接侵襲を加えるものではないことにより特に考えられない。

3) 個人情報の保護方法、

(1) 調査対象者に対して

調査にあたっては、対象となる各施設の職員の協力を得て行い、調査票には個人の氏名を記さず、Aさん、Bさんのような記号名を記し、記号名で追跡を行なった。その際、同意書に記した本名が、追跡の記号名と関連させないように注意した。誰がどの記号に該当するかは、調査に当たる施設の職員だけが判るようにしておき、研究者には対象者の個人名が特定できないように細心の注意を払った。

(2) 対象となるダルクに対して

各ダルクの責任者に対して、調査で知り得た対象者及びその他の施設利用者に関わる情報を研究の目的以外に使用しないことの誓約書を提出した。

4) 情報の管理

データの保存には、あらかじめ限定したパソコンを使用。更にパソコンには、Boot password を設定し、第三者が無断で使用できないようにした。パソコン内のデータは、破損事故に備えて大型メモリーのデスク1個に限りバックアップし、鍵のかかる場所に保管した。

C. 結果

1. 対象となったダルク

6ヶ所のダルクの責任者に対して、E-mail や電話

等により、調査の依頼を行ったところ、5ヶ所のダルクから口頭で承諾が得られた。これら5ヶ所のダルクの特徴としては、以下のものが挙げられる。

A施設：定員8名 公的助成金は受けていない。

スタッフ2名 責任者1名

B施設：定員8名 公的助成金は受けていない。

スタッフ1名 責任者1名

C施設：福祉ホームA 定員10名 助成金で運営

スタッフ3名 責任者1名

D施設：定員20名の施設、公的助成金を受けておらず

自力運営 スタッフ2名 責任者1名

E施設：定員5名のグループホーム 小規模作業所

を併設 スタッフ2名 責任者1名

2. データの収集状況

対象となった5つのダルクのうち、Aダルク、Bダルクに対しては、研究者が直接出向き、調査を実施した。Cダルク、Dダルクについては、調査を開始する前に、それぞれのダルクに出向き、責任者に調査の方法を説明し、調査を依頼した。Eダルクについては、Eダルクを支援する会の委員の一人に、E-mail や電話などで調査の説明を行い、調査協力をお願いした。しかし、実施はダルクの職員がおこなった。その結果、平成17年7月から平成18年2月までの間に25名のダルク利用者に、ダルク入所時の面接調査を実施した。(表1参照)

対象者25名のうち、平成18年2月28日現在、ダルク滞在期間が6ヶ月以上の者は6名であった。このうち2名のものは、滞在期間6ヶ月過ぎた時点で自己都合により退所している。Cダルク、DダルクEダルクでは、入寮中の調査が定期的に行われていなかったため、2月末時点の対象者のダルク利用状況を確認するために、書面や口頭により調査を担当したダルク職員から直接情報を得て、対象のダルク利用状況を把握した。

3. 対象の特徴

1) 対象者の背景

対象者25名の薬物乱用にかかわる生活背景などについて表2にまとめた。(表2参照) 主な特徴として以下の内容が挙げられる。

(1) 対象者の年齢の平均は33.89歳であった。

(2) 最終学歴は、中卒及び高校中退のものがほぼ半数を占めていた。(図1)

(3) 乱用開始薬物としては、有機溶剤が最も多く13名であり、その他は、覚醒剤4名、大麻5名、アルコール5名であった。

(4) 乱用開始年齢は、有機溶剤から乱用を開始した12名は13歳~17歳であった。

(5) ダルク入所中の生活費は、13名が生活保護を受けており、残り12名が親の負担している。

(6) 暴力団との関係は乱用前9名、関係は無し10名であった。(図2)

(7) 非行グループとの関係は、乱用前よりあったものが68%を占めている。(図3)

(8) 乱用者とのつき合いは乱用前からあるものが60%を占めている。(図4)

(9) 初めての飲酒や喫煙は中学生時代が多くを占めている。(図5、図6)

(10) 煙草を常用するようになったのは中学校時代が60%を占めていた。(図7)

(11) 補導歴は、「乱用前にあり」が40%であった。(図8)

(12) 補導歴は、「乱用後にあり」と「逮捕歴なし」が同数であった。(図9)

2) 乱用薬物について

使用した薬物とそれぞれの乱用開始年齢を表3にまとめた。乱用薬物として最も多かったものは覚せい剤であった。次いで、有機溶剤と大麻であった。これらに続いて、アルコールの乱用が多かった。

また、乱用の動機で最も多いものは、「好奇心」であり、12名で50%である。(図10)

3) 依存薬物

21名が、主に依存している薬物に、覚せい剤を挙げていた。残りはアルコールや睡眠薬、シンナーを主な依存薬物としてあげていた。

4. ダルクの利用状況

25名のダルクの滞在期間と2月末の時点での所在を表4にまとめた。調査を開始した7月から現在に至るまでダルクに滞在しているものが2名あった。8月から現在までの間滞在しているものは、2名である。

ダルク退所後の所在が不明な者は9名である。このうちダルク滞在期間が1ヶ月未満の者は、6名であった。またこの6名のうち、4名の者は、ダルクの利用料の支払は、親が行っていた。このほか、退所後に不明となっている9名のうち4名は、過去に

他のダルクでの入所経験を持っていた。

5. ダルク利用者の調査

1) ダルク入所中の調査

入寮中は、ほぼ1ヶ月に1回のペースで、毎回同じ内容の調査票で、本人直筆記入による調査を行った。その結果、平成18年の2月末現在、入所期間が5ヶ月以上の対象者は6名となった。

2) ダルク入所における生活の満足度

ダルク入寮中の生活に対する主観的な満足度をWHOのQOL26を用いて測定した。入所期間が6ヶ月以上の者6名のQOLの得点を、入所時と、3ヶ月後、5ヶ月の3グループ間を比較したが、有意な差は認められなかった。各個人の入所期間中のQOLの得点は、利用期間の延長に伴って上昇しているものや逆に入所期間の延長に伴って下降しているものなど様々である。(図11～16参照)

D. 考察

1. 当事者活動の追跡調査における課題

今回の調査では、ダルクにおける薬物依存症者の回復に関わる変化として考えられる項目を、測定尺度を用いて追跡調査を行っている。平成17年7月より調査を開始したところ、中途退所者が多く、ダルク利用による変化についての、解析が実施できるだけのデータを確保することができなかった。中途退所者の9名のうち6名の者は、入所後1ヶ月程度で退所している。退所理由は、自己都合による退所の申し出の他に、無断でダルクを抜け出し、自宅に戻ったケースなどである。退所した者については、その所在や所後に薬物を再使用しているかどうかは、情報がなく不明である。特に今回の調査の対象ダルクの半数は、公的な助成を受けておらず、その運営は規定があるわけではなく、利用者が無断で退所した場合、その後の行方について追跡し、確認を行うことをどこからも求められているわけではない。

ダルク退所者の多くは1ヶ月未満で退所しており、ダルクでの集団生活への適応ができていなかったと考えられる。退所が1ヶ月未満の者の約7割は、ダルクの利用料の支払いを親が行っており、家族との関係が比較的良好に保たれているものと考えられる。そのことから、これらの多くは、ダルク退所後自宅や家族の下に戻っていることが考えられるが、その後、他のダルクを利用しているのか、再使用で

逮捕されているのか、入院しているのかは、不明である。

平成16年度、森田らが行ったダルク利用者に対する調査の中で、ダルク利用者の多くは、複数のダルクを移動し、回復に向かう者も多いようである。

次年度、ダルク利用者の予後調査を実施していくにあたっては、本人についての情報を本人だけでなく、本人を取り巻く家族やその他の関係者からも得ることが必要になると考えられる。ダルク入寮中の調査については、同意書をとって実施しているが、退所後の調査を行うにあたっては、自宅への連絡など、扱う個人情報が増えることなどから、改めて調査への協力を依頼し同意を得ることが必要となる。

2. ダルクの利用期間の特徴

調査の対象者は25名で、平均年齢が34歳である。このうちほぼ半数の13名が生活保護を受けおり、年齢が高くなるほど生活保護費を受けるものが多い。逆に年齢が若い者は、ダルク利用料の支払いを親が行っている場合が多く、家族とのつながりが保たれていることが伺える。ところが、このことは、ダルク利用により薬物を止めるうえにおいては、プラスの面が多いわけではないと思われる。ダルク入所後1ヶ月以内に退所したほとんどの者は、ダルクの利用料を親が支払っており、ダルクの利用の継続に、家族の存在が関係することが推察される。

3. 薬物乱用にかかわる対象の背景

対象となった今回の集団の特徴として、薬物乱用以前から薬物乱用者との付き合いや、非行集団との付き合いが多いこと、初めて煙草を吸った時期、煙草の常用が始まった時期などが中学校時代になっており、中学生の時期に逸脱集団とのかかわりや逸脱行為が始まったと考えられる。また、この集団の乱用開始の時期として多かったのは、13歳から17歳の年齢であり、中学生時代の交友関係が薬物乱用とに深いかかわりがあることが伺われる。これらの対象の最終学歴は、中学卒業から高校中退に集中しており、飲酒、喫煙、薬物乱用が一連の行為として、非行集団の中で行われ、この時期の補導などにより、将来の学習が中断された者が多いと考えられる。その結果、最終学歴が中学卒業や高校中退に収集しているとされる。そのため、薬物依存症からの回復

にあたっては、この時期の発達課題に取り組むことも必要な作業であると思われる。

4. ダルク利用者の変化

25名中6名のデータをダルク滞在期間3ヶ月、と6ヶ月で入所時と比較したが、いずれの項目も有意差は認められなかった。

今回、利用者の生活の満足度を測定するためにWHOのQOL26を採用した。この尺度は、個人の主観的な満足度を測定する上で有効な尺度として広く使用されている。このQOL尺度の得点を見ると、ダルク入所期間の延長に伴い増加しているものや逆に低下しているものがある。QOLの得点が低下していくものは、利用期間の延長に伴い、ダルクの生活に対する不満が増加していると考えられ、このことがダルクを退所していくことに関連するのではないかとされる。今後データを増やすことによって、ダルクの退所とQOLの得点との関連を分析していくことが重要であると思われる。

E. 結論

5ヶ所のダルクで25名の調査対象者の協力を得て調査を行ったところ、平成17年7月から平成18年2月までの期間に、ダルクの滞在期間が6ヶ月以上のものは6名であった。他は、ダルクを早期に退所する者が多い。特に、ダルク入所1ヶ月でダルクを退所する者が多く、これらの多くは、ダルクの利用料を親が払っているものであった。このことから、ダルクの利用と、家族との関係がダルクの利用の継続に影響を与えるものがあることが推察される。

今回の調査では、対象の数が少なく、ダルク利用による変化に関して解析をすることができなかった。ダルク利用による変化の検証には、今後も引き続き調査を行い、データの収集量を高めることが不可欠である。

F. 健康危機情報

無し

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

表1 調査の実施状況

	Aダルク		Bダルク		Cダルク		Dダルク		Eダルク	
7月	2名	18日	3名	31日	1名	14日				
8月	3名(1名)	20日	5名(2名)	28日	2名(1名)	24日			1名	19日
9月	3名(2名)	23日							1名▲	
10月	3名	22日	3名	22日	3名	21日				
11月			3名	11日						
12月	4名(2名)	16日	6名(3名)	18日	2名	29日	1名	11日		
1月	5名	28日	6名	29日	2名▲					
2月	4名	25日			2名	25日				

注1. 表内の人数は各月に調査を実施した人数

注2. ()内の数字はその月に新たに実施した人数

注3. ▲印は、実施した内容が不備であったもの

表2 薬物乱用にかかわる対象の背景

	歳	学歴	乱用開始薬	乱用開始	暴力関係係	非行グループとの付き合い	乱用者とのつきあい	補導歴	逮捕歴
A	27歳	中学卒	有機溶剤	22歳	乱用前	乱用前	乱用前	なし	なし
B	27歳	高校卒業	有機溶剤	21歳	乱用後	なし	乱用後	なし	なし
C	41歳	中学卒	有機溶剤	15歳	乱用後	乱用前	乱用前	乱用後	なし
D	25歳	大学中退	有機溶剤	17歳	なし	乱用前	なし	乱用後	乱用後
E	31歳	高校中退	大麻	26歳	乱用前	乱用前	乱用前	なし	なし
F	38歳	高校中退	大麻	12歳	乱用後	乱用前	乱用前	乱用前	乱用後
G	25歳	高校中退	覚醒剤	15歳	乱用前	乱用前	なし	なし	なし
H	53歳	中学卒	アルコール	12歳	乱用前	なし	乱用前	なし	乱用後
I	43歳	高校中退	覚醒剤	13歳	乱用前	乱用前	乱用前	乱用後	乱用後
J	25歳	高校中退	有機溶剤	15歳	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前	乱用後
K	26歳	中学卒	覚醒剤	13歳	乱用後	乱用前	乱用後	乱用後	乱用後
L	38歳	中学卒	有機溶剤	14歳	なし	なし	なし	なし	なし
M	44歳	中学卒	大麻	15歳	なし	乱用前	乱用前	なし	乱用前
N	39歳	高校中退	有機溶剤	17歳	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前	なし
O	42歳	中学卒	抗不安剤	13歳	なし	なし	なし	なし	なし
P	24歳	大学在学中	有機溶剤	18歳	なし	乱用前	乱用前	乱用前	なし
Q		高校卒業	睡眠薬	18歳	なし	乱用前	乱用後	乱用前	なし
R	19歳	高校中退	有機溶剤	15歳	なし	なし	なし	なし	乱用前
S	29歳	専門学校卒業	大麻	19歳	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前
T	46歳	高校中退	有機溶剤	23歳	なし	乱用前	乱用前	乱用前	乱用後
U	21歳	高校中退	有機溶剤	14歳	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前
V	35歳	高校中退	覚醒剤	17歳	なし	なし	なし	乱用前	乱用後
W	31歳	大学中退	睡眠薬	20歳	なし	なし	なし	乱用後	乱用後
X	30歳	専門中退	アルコール	24歳	乱用後	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前
Y	28歳	高校卒業	有機溶剤	13歳	乱用後	乱用後	乱用前	乱用後	乱用後

表3 乱用薬物と初回使用年齢

対象	歳	覚醒剤	有機溶剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	大麻	コカイン	MDMA	きのこ	アルコール	その他
A	27	22						23	22				
B	27	21											
C	41	24	15					32					
D	25	19	17					20	19	24	19		
E	31		26	26	26								
F	25	17	17									12	25
G	38	25	15					16				15	
H	53	27	16		43							12	
I	43	32	13				19	19					
J	25	19	16					15	19	17	16		16
K	26	18	13	25	26			18	18				
L	38	16	14					23					
M	44	20	15					20				20	
N	39	22	17					20				30	
O	42	20	13	38	13	42						41	
P	24	21		22	22			18	21	20	20	19	24
Q		18		25				18				18	
R	19	17	15					17		17		16	
S	29	20						19					
T	46				36							23	
U	21		14	16				18				6	
V	35	18	17	18				17	28	30	27	16	
W	31	27		21	21	21		20		28		20	28
X	30	24		29		29						15	
Y	28	15	14	20	25		20	15	19	17	18	13	21

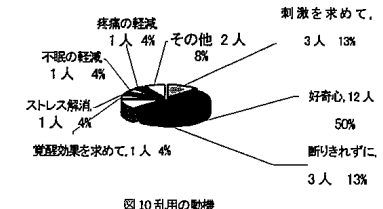
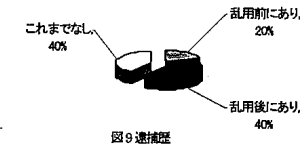
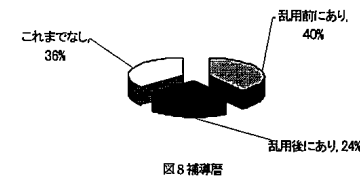
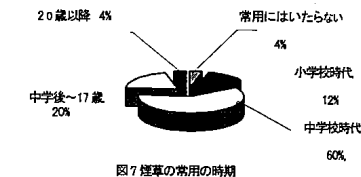
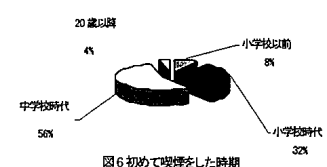
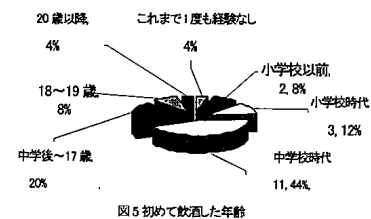
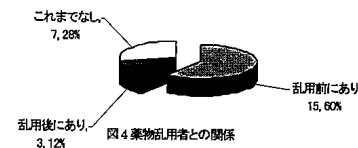
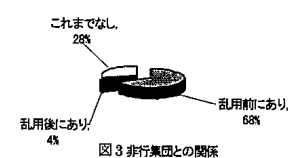
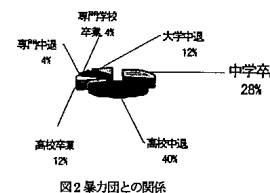
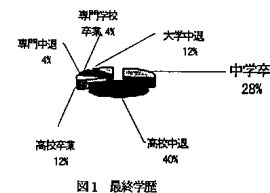
注1. 表中「きのこ」はマジックマッシュルームである。

注2. 表中の網掛け箇所は乱用開始の薬物と年齢である。

表4 ダルク利用者の利用状況

注1：＊はダルク同様に12ステッププログラムを使用するアルコール依存症の回復施設マックを指す。

	歳	実施	生活費	初回調査時断薬期間	入院回数	過去のダルク利用回数	滞在期間	2月現在	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
A	27歳	8月20日	親	1ヶ月	0	0	1ヶ月	退所後不明							
B	27歳	7月18日	親	2年半(1年8ヶ月拘束)	0	0	7ヶ月	入寮中							
C	41歳	9月23日	生活保護	4年(2年10ヶ月)	2	2	5ヵ月	入寮中							
D	25歳	9月23日	親	6ヶ月(拘束1ヶ月)	1	1	5ヵ月	入寮中							
E	31歳	12月16日	親	1ヶ月	0	0	2ヶ月	入寮中							
F	38歳	7月18日	生活保護	一週間	2	0	2ヶ月	退所後不明							
G	25歳	12月18日	生活保護	1ヶ月	5	4	2ヶ月	退所後不明							
H	53歳	7月31日	生活保護	1.5ヶ月	9	2*	7ヶ月	入寮中							
I	43歳	8月28日	生活保護	4ヶ月(拘束2ヶ月)	2	3	6ヵ月	入寮中							
J	25歳	8月28日	生活保護	1ヶ月	2	7	1ヶ月	退所後不明							
K	26歳	7月31日	生活保護	1年半	2	0	5ヶ月	退所後不明							
L	38歳	12月18日	生活保護	2年(入院3箇月)	1	0	2ヶ月	入寮中							
M	44歳	12月18日	生活保護	4年(うち拘束3年)	1	0	2ヶ月	入寮中							
N	39歳	12月18日	生活保護	2.5ヶ月	2	2	2ヶ月	入寮中							
O	42歳	7月31日	生活保護	1箇月	11	4	2ヶ月	退所後勾留中							
P	24歳	8月24日	親	半月	0	0	6ヶ月	入寮中							
Q		7月14日	親	14日	0	1	1ヶ月	退所後不明							
R	19歳	8月24日	親	6ヶ月	0	0	不明	1ヶ月							
S	29歳	12月29日	親	1ヶ月	0	0	1ヶ月	入寮中							
T	46歳	12月29日	生活保護	?	1	0	1ヶ月	入寮中							
U	21歳	10月21日	親	1ヶ月	0	0	1ヶ月	退所後不明							
V	35歳	10月21日	親	1ヶ月	0	0	4ヶ月	入寮中							
W	31歳	10月21日	親	なし	0	0	1ヶ月	退所後不明							
X	30歳	12月3日	親	36箇月(拘束34ヶ月)	2	0	3ヶ月	入寮中							
Y	28歳	8月19日	生活保護	16日	0	5	5ヵ月	退所後 NA							



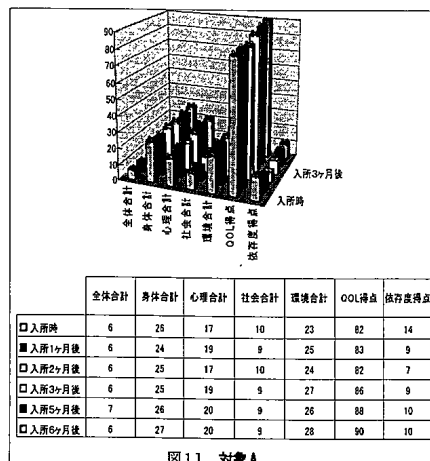


図11 対象A

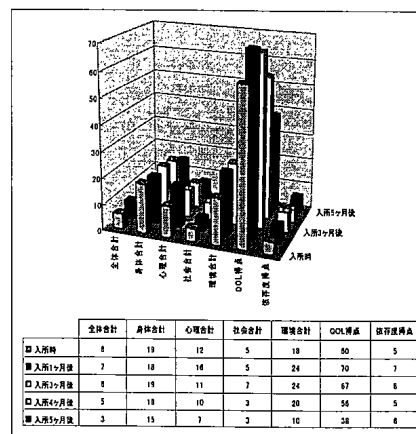


図14 対象C

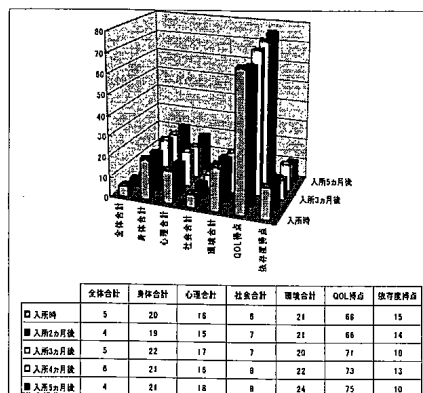


図12 対象B

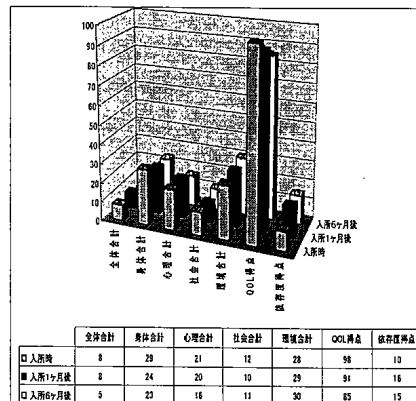


図15 対象E

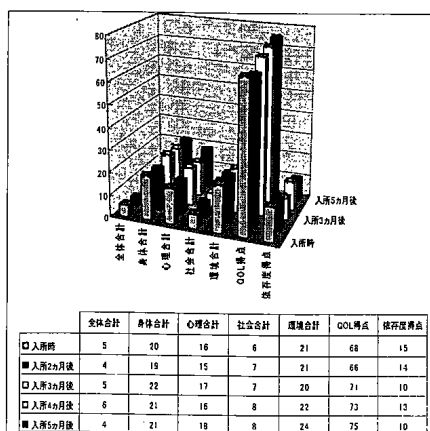


図13 対象D

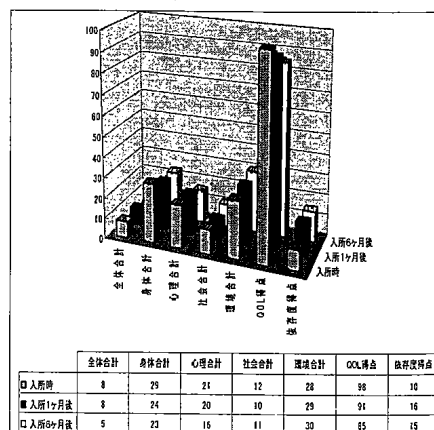


図16 対象F

分担研究報告書 (2-3)

民間治療施設利用者の予後についての研究(2)
ー沖縄GAIA利用者の回復過程とその予後に関する研究ー

分担研究者 近藤あゆみ 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部流動研究員
研究協力者 加藤 力 特定非営利活動法人セルフ・サポート研究所
鈴木 文一 特定非営利活動法人セルフ・サポート研究所 GAIA

研究要旨 薬物依存症者の長期的回復を支える中間施設の効果評価を行うとともに、これまで十分明らかにされていないわが国における薬物依存症者の予後を明らかにすることを目的に調査研究を実施した。調査対象は、民間の依存症リハビリテーション施設のひとつである沖縄GAIAである。平成17年 8月より調査を開始し、本年度の調査対象者は、調査開始時期に既に施設に入寮していた者(9名)、調査開始後入寮してきた者(8名)の17名であったが、1名のみ調査同意が得られなかったため、計16名の入寮中および退寮後の追跡調査となった。また、期間内の退寮者は10名であった。沖縄GAIA利用者には、最終学歴が高いこと、薬物使用の開始が比較的遅いことなどの特徴が認められたが、これらの利用者特性は、利用者の多くが家族から経済的支援を得られる状況にあり、比較的これまでの家族基盤が良好に保たれてきた者が多いことと関連するものと思われる。一方で、これまでの薬物使用期間は決して短いとはいえず、依存症の重症度が低いとはいえない。調査開始後入寮してきた8名について入寮時の状態を評価としては、約9割(87.5%)がM.I.N.I.による「最近1年間の薬物乱用」「最近1年間の薬物依存」の基準を満たしており、「高い自殺の危険性」(25.0%)を有する者も存在したが、その他の精神疾患は認められなかった。入寮時より情報収集が出来ている8名を対象とした入所時の心理状態は、POMS評価によると抑うつ、混乱、不安緊張が顕著に高く、SUBI評価によると、陽性感情よりも陰性感情が顕著に低かった。入寮0-3ヶ月または3-6ヶ月時点の情報収集ができていた9名について、入寮中の生活、薬物再使用の観点から、民間の薬物依存症リハビリテーション施設の有効性評価を行ったところ、施設は、入寮者の回復のための安全な場所の提供や入寮者を自助グループに導入する役割として機能しており、また、規則正しい生活習慣の確立、断薬生活の継続にも役立っていることが示唆された。入寮時および入寮3ヶ月の情報が入寮者の6名を対象に心的変化を評価した結果、入所時と比較して3ヶ月後にはPOMS、SUBIの得点ともに改善しており、一般平均得点まで近づいていたことから、施設は情動の安定という観点でも有用であることが示された。退寮後0-3ヶ月時点の情報収集ができていた8名について、退寮後の生活、心理状態、薬物再使用の観点から、民間の薬物依存症リハビリテーション施設の有効性評価を行ったところ、予後を単純に就業率や薬物再使用という観点からみた場合、退寮3ヶ月時点では就業率、断薬継続率ともに良好といえるが、退寮者のPOMS、SUBI得点は入寮時と同様に低く、一定期間薬物使用が止まっても、退寮者のその後の社会生活は決して安易なものではないことが推測された。

A. 研究目的

薬物依存症は精神医学的問題のみならず、個人の社会的・情緒的・行動的問題と深く関連していることから、その回復は精神科医療の場でのみ完結するものではなく、引き続き行われるべき生活全体の改善および自己の再構築のための場が不可欠である。これらの場が極めて未整備なわが国で

は、自らも薬物依存症の経験をもつリカバリング・スタッフが主力を担う民間の薬物依存症リハビリテーション施設がその役割の多くを果たし依存症からの回復に貢献しているが、その客観的評価については未だ不十分である。

そこで、薬物依存症リハビリテーション施設の利用者の属性および薬物依存症重症度に関連する

諸領域に関する情報を幅広く収集し、前向きに追跡することで、薬物依存症者の長期的回復を支える中間施設の効果評価を行うとともに、これまで十分明らかにされていないわが国における薬物依存症者の予後を明らかにすることを目的に調査研究を実施した。

B. 研究方法

調査対象となった沖縄GAIAは、NPO法人セルフ・サポート研究所（主に依存症者をもつ家族を対象とした相談機関）の下部組織として位置づけられている民間の依存症リハビリテーション施設である。その他の多くの施設と同様、施設長および職員はリカバリング・スタッフで占められているが、12ステップ・ミーティングや教育プログラムの他に、サーフィン、ダイビング、シュノーケリングなどのアウトドア・スポーツを積極的に取り入れている。また、施設内で解決が難しい個人的な問題については臨床心理士が電話によるカウンセリングで対応している。入寮中の重点目標は断薬生活の継続、身体作りなど目に見える回復、様々な活動を通して仲間とのコミュニケーション・スキルの育成をはかることなどである。また、社会復帰を重視し、施設周辺で自立生活を目指すメンバーの支援にも力を入れている。

平成17年4月より施設と打ち合わせながら調査デザインおよび調査項目を選定し、同年8月より調査を開始した。よって今年度の調査期間は平成17年8月より平成18年3月10日までの約7ヶ月間である。調査対象者は、調査開始時期に既に施設に入寮していた者（9名）、調査開始後入寮してきた者（8名）の17名であったが、1名のみ調査同意が得られなかったため、計16名の入寮中および退寮後の追跡調査となった。また、期間内の退寮者は10名であった。

入所時の情報収集は、インタビュー面接および自記式調査票により行った。入所時のインタビュー面接は、NPO法人セルフ・サポート研究所または沖縄GAIAにおいて、筆者またはリカバリング・スタッフ1名が実施した。インタビュー面接での調査項目は、施設利用者の属性、入寮中のプログラムへの取り組み、生活規則性、薬物使用歴などであるが、同時に精神科疾患簡易構造化面接法M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview) 1) も実施し、主要な精神疾患を評価した。

更に、入寮時の心理状態の把握には、日本語版POMS (Profile of Mood States) 2) および日本語版SUBI (The Subjective Well-being Inventory) 3) を用いた。POMSは、被験者がおかれた条件により変化する一時的な気分・感情を評価する全65項目の自記式尺度で、不安・緊張、抑うつ、怒り・敵意、活気、疲労、混乱の6つの気分を同時に測定できることが特徴である。SUBIは、WHOによる主観的幸福感を総合的に評価するための全40項目の自記式尺度で、主観的幸福感を陽性感情・陰性感情の両側面から評価できるという特徴を有する。また、陽性・陰性感情とは別に、満足感、達成感、自信、至福感、近親者の支え、社会的な支え、家族との関係、精神的なコントロール感、身体的不健康感、社会的つながりの不足、人生に対する失望感という11の下位尺度ごとの評価が可能である。

入寮3ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、12ヶ月、退寮時、退寮3ヶ月、6ヶ月の追跡調査は、入寮時または退寮後の生活および薬物使用を評価する自記式調査票とPOMS、SUBIを、施設または自宅に郵送する方法で行った。全ての時点の調査時期は、前後1ヶ月以内と定めた。

データ解析にはSPSS for Windows 11.0.11を用いた。尚、調査1年目の本年度は対象者数が不十分であることから統計検定は行わず、傾向をみるだけにとどめた。

C. 研究結果

1) 情報収集状況

これまでの情報収集率を表1に示す。調査対象となった17名のうち、1名 (No.4) は調査同意が得られなかったが、その他16名については、13名が全ての時点での情報収集ができており、情報収集状況は概ね良好である。

2) 対象者の属性

対象者の入寮時年齢、最終学歴、現在の配偶関係および離婚歴を表2に示す。入寮時の平均年齢は29.4才 (SD=7.2) で、二十代後半から三十代前半の利用者が多く、最終学歴は高等学校 (40.0%) が最も多かった。ほとんどの者 (93.3%) が未婚であった。

3) これまでの就業状況および資格の有無

これまでの就業状況については、6ヶ月以上継続して勤務した職業全てについて、その期間と職種をたずねたところ、就業期間平均は75.8ヶ月 (SD=62.1) であった。

資格については、約9割 (86.7%) が普通自動車免許を有していた他、約3割 (26.7%) が調理師、自動車整備士など就業につながる資格を有していた (表3)。

4) 薬物使用に関連する人間関係の有無

暴力団員との関係は「これまでになし」の回答が多かったが (60.0%)、非行グループとの関係 (73.4%) や薬物乱用者との関係 (100.0%) をもつ者が多く、またその関係は主に本人の薬物使用に先立って始まっていた (表4)。

5) 補導および逮捕歴

補導および逮捕歴を表5に示す。約7割 (66.7%) が過去に逮捕歴を有しており、主に薬物乱用後に逮捕を経験していた。

6) これまでの飲酒および喫煙

初飲酒、アルコールの常用、初喫煙およびタバコの常用開始時期についてたずねた結果を表6に示す。アルコールの常用は高校低学年から始まるものが多く (40.0%)、タバコの常用は中学校時代に始まるものが多かった (53.3%)。

7) 薬物使用歴

これまでに使用した薬物について、経験の有無と使用開始年齢、常用月数 (週3回程度以上の使用) をたずねた結果を表7-1に示す。経験が多かったのは、覚せい剤 (86.7%)、大麻 (80.0%)、MDMA (66.7%)、有機溶剤 (53.3%)、睡眠薬 (53.3%) などであった。

使用開始平均年齢は、有機溶剤 (16.1才)、大麻 (17.2才) が低かった。平均常用月数が長かったのは鎮咳薬 (70.7ヶ月)、大麻 (56.9ヶ月)、有機溶剤 (50.7ヶ月) などであった。

初使用薬物については表7-2に示す。初使用薬物で最も多かったのは大麻 (46.7%) で、有機溶剤 (40.0%) が続いていた。

使用動機 (複数回答可) は「好奇心」 (93.3%) が最も多く、「刺激を求めて」 (53.3%)、「ストレス解消」 (33.3%) と続いていた。

使用のきっかけとなった人物は「同性の友人」 (66.7%) が最も多く、約7割を占めていた。

主たる使用薬物については覚せい剤 (73.3%) が最も多く、約7割を占めていた (表7-3)。

最近1年間の入手経路は、密売人 (53.3%) との回答が約半数を占めていた。

薬物使用開始平均年齢および使用期間を表7-4に示す。使用開始平均年齢は18.0才 (SD=4.3) で、十代後半に開始する者が多く、平均使用年数は11.1年 (SD=6.6) であった。

8) 精神病エピソードの既往および発症年齢

約9割 (86.7%) がこれまでに精神病エピソードの既往があり、そのほとんど (92.4%) は30才以前の発症であった (表8)。

9) 薬物依存症に関する治療歴

精神科治療歴を有する者は、通院 (40.0%)、入院 (60.0%) ともに多かった一方で、依存症リハビリテーション施設利用経験がある者は通所 (20.0%)、入所 (13.3%) ともに少なく、今回の入寮が初めてである者が多かった (表9)。

10) 依存症その他の精神疾患の有無

調査開始後入寮してきた8名については、入寮時に精神科疾患簡易構造化面接法M.I.N.I.を実施し、主要な精神疾患を評価した。約9割 (87.5%) が「最近1年間の薬物乱用」「最近1年間の薬物依存」の基準を満たしており、また、「最近1年間のアルコール乱用」 (25.0%)、「最近1年間のアルコール乱用」 (12.5%) の基準を満たす者、「高い自殺の危険性」 (25.0%) を満たす者が存在したが、その他の精神疾患は認められなかった (表10)。

11) 入寮時の心理状態

上記と同様の8名について、POMSとSUBIを用いて心理状態の評価を行い、一般男性の平均得点と比較した結果を表11に示す。POMSでは、一般男性と比較して対象者は抑うつ、混乱、不安緊張の得点が高い傾向にあった。また、SUBIによる比較では、陰性感情が顕著に低い傾向が認められた。

12) 入寮中の生活状況

入寮者の多くは施設内の生活を「有意義に過ごしている」と感じていた (表12-1)。

また、生活の規則性については起床や食事など概ね良好に保たれていたが、整理整頓や計画的な時間の使用などは十分にできていないと感じる者も多かった。

自助グループへは全員一定頻度を保って参加していた。

飲酒については、6-7割が「まったく飲んでいない」と回答していたが、入寮中に飲酒経験がある者もあった。

「困ったときや悩み事があるとき相談できる人」としては、「共に依存症からの回復を目指す仲間」と答える者が多かった（表12-2）。薬物使用につながる人との接触や、そのような場所に行くことは少なかったが、情報については「時々見聞きする」と回答するものが一定割合存在した。

調査開始後入寮してきた8名については、これまでのところ、入寮中の薬物再使用は認められていない。

13) 入寮時から入寮3ヶ月までの心理状態の変化

入寮時から経時的に追跡できている8名のうち、入寮3ヶ月時の情報が得られている6名のPOMSおよびSUBI得点の変化を表13に示す。入寮時高かった抑うつ、混乱、緊張不安は入寮3ヶ月時点で概ね改善し、顕著に低かったSUBIの陰性感情得点も多少改善が認められたが、一般人口平均に至るほどではなかった。

14) 退寮0-3ヶ月の生活状況

退寮3ヶ月時点の情報収集が得られている8名の生活状況を表14-1, 2に示す。多くが賃貸住宅で独居生活をしており、家族と同居する者は1名のみであった（表14-1）。

生活の規則性については入寮者の回答と比較して大差なかったが、若干の乱れがみられた。

自助グループへの参加は「まったく参加していない」との回答が37.5%であり、入寮者と比較して参加率の低下がみられた。

飲酒については大半の者（75.0%）が習慣的に飲酒していた。

最近3ヶ月間の主な勤務形態は、常勤職50%、非常勤職25%、無職25%であった（表14-2）。

主な生活費の出所については、約6割（62.5%）が「自分で賄っている」、約4割（37.5%）が「親の補助」と回答していた。

薬物使用につながる人との接触や、そのような場所に行くことは少なかったが、情報については、入寮者の回答と類似して「時々見聞きする」と回答するものが一定割合存在した。

15) 退寮3ヶ月時点の心理状態

退寮3ヶ月時点の情報収集が得られている8名のPOMSおよびSUBI得点を一般男性得点と比較した結果を表15に示す。POMSによる評価では、対象者は一般男性と比較して、抑うつ、怒り敵意、混乱の得点が顕著に高かった。SUBIでは陰性感情の低下が顕著であった。

16) 退寮者の入寮中および退寮後3ヶ月の薬物使用

調査開始後退寮した10名について、入寮中および退寮後3ヶ月の薬物使用の観点から予後評価した結果を表16に示す。

調査の同意が得られている9名のうち入寮中の再使用は1名（11.1%）、退寮後3ヶ月時点までの再使用は1名（11.1%）であったが、スタッフの評価によると退寮後再使用が強く疑われる者が他に1名あったことから、その者を再使用に含めると再使用率は22.2%になる。また、調査の同意が得られていない1名を再使用に含め計算した場合は、10名中3名の再使用となり再使用率は30.0%となる。

D. 考察

1) 対象者の特性

沖縄GATA利用者には、依存症者全体と比較した場合、いくつかの特徴がみられると思われた。

まず、精神科医療施設の薬物関連精神疾患患者を対象とした過去の調査結果4)と比較して、最終学歴が高いことが挙げられる。また、依存症リハビリテーション施設使用者を対象とした調査結果5)と比較すると、薬物使用の開始が比較的遅い傾向にあるが、一方で、精神科医療施設の薬物関連精神疾患患者を対象とした過去の調査結果4)の「主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢」を、本調査の「これまでの使用薬物の使用開始年齢」と比較すると大差ないことがわかる。これらの比較から、この特性は、対象者の初使用薬物において、使用開始平均年齢が他の薬物と比較して低い有機溶剤が低率であることに影響を受けているかもしれない。また、これらの利用者特性は、利用

者の多くが家族から経済的支援を得られる状況にあり、比較的これまでの家族基盤が良好に保たれてきた者が多いことと関連するものと思われる。

一方で、これまでの薬物使用期間は決して短いとはいえず、依存症の重症度が低いとはいえない。

2) 対象者の入寮時の状態

調査開始後入寮してきた8名について入寮時の状態を評価としては、約9割（87.5%）がM. I. N. I. による「最近1年間の薬物乱用」「最近1年間の薬物依存」の基準を満たしており、「高い自殺の危険性」（25.0%）を有する者も存在したが、その他の精神疾患は認められなかった。

入寮時のPOMS評価によると抑うつ、混乱、不安緊張が顕著に高かったが、ダルク利用者を対象とした過去の研究6)においても同様の傾向が認められていることから、これらは薬物依存症者一般の特性と捉えることができよう。

SUBI評価によると、一般人口と比較して、陽性感情よりも陰性感情が顕著に低かったが、陽性感情には全般的幸福感を評価する項目が多く含まれているのに対し、陰性感情には心身の不調に関する項目が多く含まれており、陰性感情のほうが障害の影響を直接的に受けると予測されることから、結果は妥当なものと思われる。

3) 入寮生活からみた民間の薬物依存症リハビリテーション施設の有効性評価

入寮0-3ヶ月または3-6ヶ月時点の情報収集ができていた9名について、入寮中の生活、心的変化、薬物再使用の観点から、民間の薬物依存症リハビリテーション施設の有効性評価を行った。

入寮中の生活の規則性については、0-3ヶ月、3-6ヶ月ともに概ね良好に保たれていたが、「身の回りの掃除や片づけをこまめにする」「計画的に時間を使い毎日を過ごしている」については、入寮3-6ヶ月の回答では十分にできていない者の割合が入寮0-3ヶ月の者の回答と比較して高くなっており、入寮生活の慣れに伴う変化とも思われる。また、ほとんどの者は再使用につながる人間関係や環境から遮断されていることから、施設が回復を目指すための安全な場所として機能していることがわかるが、「クスリが欲しくなるような情報を見聞きする」については「ときどきある」との回答も多く、このことは施設にインターネットを導入

していることが関係しているものと思われる。また、多くの入寮者は週に数回の頻度でNAIに参加できており、施設が自助グループへの導入役割を果たしていることが示されたが、入寮中の飲酒は禁じられているにも関わらず、飲酒経験がある者が一定数存在し、ルールが徹底できていないことがうかがえる。

入寮者の心的変化については、入寮時と入寮3ヶ月時点のPOMSおよびSUBI得点が得られている6名について評価したところ、POMSについては、入寮時に顕著に高かった抑うつ、混乱、不安緊張の平均得点が3ヶ月時点で概ね一般人口平均まで改善し、また、SUBIについては、入寮時に顕著に高かった陰性症状が多少改善していたが、3ヶ月時点ではまだ一般人口平均に近づいてはいなかった。

入寮中の薬物使用については、調査開始後退寮した10名について検討した結果、1名に入寮中の再使用が認められた。

以上、課題は残るものの、施設は、入寮者の回復のための安全な場所の提供や入寮者を自助グループに導入する役割として機能しており、また、規則正しい生活習慣の確立、情動の安定、断薬生活の継続にも役立っていることが示唆された。

4) 退寮者の予後からみた民間の薬物依存症リハビリテーション施設の有効性評価

退寮後0-3ヶ月時点の情報収集ができていた8名について、退寮後の生活、心理状態、薬物再使用の観点から、民間の薬物依存症リハビリテーション施設の有効性評価を行った。

退寮3ヶ月時点の情報収集が得られている8名の生活状況の把握から、約4割は親の援助を必要としてはいるものの、常勤・非常勤合わせて75.0%が就業できていることがわかった。自助グループへの参加率は入寮者と比較して低下しており、また、大半の者が習慣的に飲酒していた。

退寮後の心理状態は、POMS、SUBIとも、入寮時の得点と大差なく、一般男性の平均得点と比較して顕著に低かった。

また、調査開始後退寮した10名について、入寮中の薬物再使用、退寮後3ヶ月までの薬物再使用、就業状況の観点から予後評価したところ、退寮後3ヶ月時点の断薬継続率は77.8%（調査に同意が得られなかった1名を再使用ありとして含めた場

合は70.0%)であった。

以上、退寮者の予後を単純に就業率や薬物再使用という観点からみた場合、退寮3ヶ月時点では就業率、断薬継続率ともに良好といえる。しかし、退寮者のPOMS、SUBI得点は入寮時と同様に低く、一定期間の薬物使用が止まっても、退寮後のその後の社会生活は決して安易なものではないことが推測される。また、自助グループへの参加率の低下や日常的な飲酒は、一般的に薬物再使用の可能性を高める要因であると思われることから、施設としてこれらの課題に取り組むことは、退寮者の心的健康度を高めるとともに、良好な長期予後のためにも有益であると思われた。

5) 今後の課題

本年度は調査開始1年目であり対象者数が不十分であった。今後継続して調査を行うことで、対象者の入寮中および退寮後の変化および長期予後をより明確に示すよう努めたい。

E. 結論

本調査により、民間の薬物依存症リハビリテーション施設である沖縄GAIAの利用者の特性とその有効性のある程度示すことができた。入寮中および退寮後の利用者の生活状況および断薬継続率から判断して、当施設がある一定層の利用者を対象に効果を上げていることが示唆されたが、このように主な利用者の特性や回復状況を明確に示すことは、回復の場を選択する利用者にとっても非常に重要であると思われた。また、退寮者の不安定な情動や低い主観的幸福感からは薬物依存症者の社会生活復帰の困難さがうかがえ、依存症者への長期的支援、就労の場の整備などの必要性が感じられた。

謝辞

本調査に多大なご協力をいただきましたNPO法人セルフ・サポート研究所ならびに沖縄GAIAの皆さまには心より厚くお礼を申し上げます。

F. 研究発表

なし

G. 参考文献

1) 大坪天平, 宮岡等, 上島国利: M.I.N.I. 精神

疾患簡易構造化面接法 改訂版, 株式会社

星和書店, 2003

2) 横山和仁, 荒記俊一: 日本版POMS手引, 株式会社金子書房, 1994

3) 大野裕, 吉村公雄: WHO SUBI(The Subjective Well-being Inventory)手引き, 株式会社金子書房, 2001

4) 尾崎茂: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査, 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究 研究報告書, 2003

5) 近藤恒夫: ダルク利用経験者の回復に関する調査研究, 平成11年度厚生科学研究補助金(医薬安全総合研究事業)薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究 研究報告書, 2000

6) 森田展彰: 自助グループの実態に関する研究, 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究 研究報告書, 2003

表1. 情報収集状況

ID	入寮時	入寮3ヶ月	入寮6ヶ月	入寮9ヶ月	退寮時	退寮3ヶ月	退寮6ヶ月	収集率
No.1	▲				●	●	●	100.0
No.2	▲				●	●		100.0
No.3	▲				×	●		66.6
No.4	×				×	×	×	0.0
No.5	×				×	●		33.3
No.6	▲				●	●		100.0
No.7	▲				●	●		100.0
No.8	▲				●	●		100.0
No.9	▲				●	●		100.0
No.10	●							100.0
No.11	●							100.0
No.12	●				×	×		33.3
No.13	●				●	●		100.0
No.14	●							100.0
No.15	●							100.0
No.16	●				●	●		100.0
No.17	●							100.0

● = 調査開始時既にその時点を通っていたため情報収集不可

▲ = その時点を迎えずに退寮し、退寮後の調査票に切り替えたため調査不要

● = 情報収集済み

▲ = 調査開始時既に入寮していたため、属性等不変情報のみさかのぼって収集済み

×

● = 情報収集不可

表2. 対象者の属性

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
入寮時年齢	20未満	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (6.7)
	20-24	2 (15.4)	0 (0.0)	2 (13.3)
	25-29	4 (30.8)	1 (50.0)	5 (33.3)
	30-34	4 (30.8)	0 (0.0)	4 (26.7)
	35-39	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (6.7)
	40以上	2 (15.4)	0 (0.0)	2 (13.3)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
最終学歴	中学校	3 (23.1)	1 (50.0)	4 (26.7)
	高校	5 (38.5)	1 (50.0)	6 (40.0)
	専門学校	3 (23.1)	0 (0.0)	3 (20.0)
	短大	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	大学	2 (15.4)	0 (0.0)	2 (13.3)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
現在の配偶関係	未婚	12 (92.3)	2 (100.0)	14 (93.3)
	同棲	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	内縁	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	既婚	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	別居	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	離婚	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (6.7)
	死別	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	再婚	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	その他	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
離婚歴	あり	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (6.7)
	なし	12 (92.3)	2 (100.0)	14 (93.3)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)

表3. 対象者の運転免許およびその他専門資格の有無

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
運転免許	普通	12 (92.3)	1 (50.0)	13 (86.7)
	二輪	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	原付	0 (0)	1 (50.0)	1 (6.7)
	なし	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
専門資格	あり	4 (30.8)	0 (0)	4 (26.7)
	なし	9 (69.2)	2 (100.0)	11 (73.3)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)

表4. 薬物使用に関連するこれまでの人間関係

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
暴力団員との関係	乱用前にあり	2 (15.4)	1 (50.0)	3 (20.0)
	乱用後にあり	2 (15.4)	1 (50.0)	3 (20.0)
	これまでなし	9 (69.2)	0 (0)	9 (60.0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
非行グループとの関係	乱用前にあり	8 (61.5)	2 (100.0)	10 (66.7)
	乱用後にあり	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	これまでなし	4 (30.8)	0 (0)	4 (26.7)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
薬物乱用者との関係	乱用前にあり	11 (84.6)	2 (100.0)	13 (86.7)
	乱用後にあり	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	これまでなし	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)

表5. 補導および逮捕歴

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
補導歴	乱用前にあり	4 (30.8)	2 (100.0)	6 (40.0)
	乱用後にあり	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	これまでなし	7 (53.8)	0 (0)	7 (46.7)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
逮捕歴	乱用前にあり	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	乱用後にあり	8 (61.5)	1 (50.0)	9 (60.0)
	これまでなし	4 (30.8)	1 (50.0)	5 (33.3)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)

表6. これまでの飲酒および喫煙

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
初飲酒経験 (いたずらを含む)	1度も経験なし	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	小学校以前	1 (7.7)	2 (100.0)	3 (20.0)
	小学校時代	6 (46.2)	0 (0)	6 (40.0)
	中学校時代	3 (23.1)	0 (0)	3 (20.0)
	中学後～17才	3 (23.1)	0 (0)	3 (20.0)
	18～19才	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	20才以降	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
アルコール常用 (月1回程度以上)	1度も経験なし	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	常用には至らない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	小学校以前	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	小学校時代	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	中学校時代	2 (15.4)	1 (50.0)	3 (20.0)
	中学後～17才	5 (38.5)	1 (50.0)	6 (40.0)
	18～19才	3 (23.1)	0 (0)	3 (20.0)
	20才以降	3 (23.1)	0 (0)	3 (20.0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
初喫煙経験 (いたずらを含む)	1度も経験なし	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	小学校以前	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	小学校時代	2 (15.4)	1 (50.0)	3 (20.0)
	中学校時代	7 (53.8)	1 (50.0)	8 (53.3)
	中学後～17才	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	18～19才	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	20才以降	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
タバコ常用 (週1回程度以上)	1度も経験なし	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	常用には至らない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	小学校以前	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	小学校時代	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	中学校時代	7 (53.8)	1 (50.0)	8 (53.3)
	中学後～17才	4 (30.8)	0 (0)	4 (26.7)
	18～19才	0 (0)	1 (50.0)	1 (6.7)
	20才以降	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)

表7-1. これまでの使用薬物について

		度数 (%)	使用開始 平均年齢 (SD)	平均 常用月数 [週3程度] (SD)
覚せい剤	経験あり	13 (86.7)	20.9 (5.1)	38.8 (24.0)
	経験なし	2 (13.3)		
	合計	15 (100.0)		
有機溶剤	経験あり	8 (53.3)	16.1 (1.6)	50.7 (40.9)
	経験なし	7 (46.7)		
	合計	15 (100.0)		
睡眠薬	経験あり	8 (53.3)	20.4 (3.2)	10.0 (7.7)
	経験なし	7 (46.7)		
	合計	15 (100.0)		
抗不安薬	経験あり	5 (33.3)	24.0 (4.8)	7.2 (10.7)
	経験なし	10 (66.7)		
	合計	15 (100.0)		
鎮痛薬	経験あり	2 (13.3)	25.0 (0.0)	0.5 (0.7)
	経験なし	13 (86.7)		
	合計	15 (100.0)		
鎮咳薬	経験あり	4 (26.7)	22.8 (5.6)	70.7 (60.6)
	経験なし	11 (73.3)		
	合計	15 (100.0)		
大麻	経験あり	12 (80.0)	17.2 (1.9)	56.9 (46.8)
	経験なし	3 (20.0)		
	合計	15 (100.0)		
コカイン	経験あり	7 (46.7)	21.3 (3.8)	4.7 (6.4)
	経験なし	8 (53.3)		
	合計	15 (100.0)		
ヘロイン	経験あり	3 (20.0)	22.3 (6.0)	0
	経験なし	12 (80.0)		
	合計	15 (100.0)		
MDMA	経験あり	10 (66.7)	21.9 (4.3)	4.3 (6.7)
	経験なし	5 (33.3)		
	合計	15 (100.0)		
マジックマッシュルーム	経験あり	5 (33.3)	20.2 (2.4)	0
	経験なし	10 (66.7)		
	合計	15 (100.0)		
その他	経験あり	9 (60.0)	18.7 (2.5)	0.2 (0.4)
	経験なし	6 (40.0)		
	合計	15 (100.0)		

表7-2. 初使用薬物について

		性別		合計
		男性 度数 (%)	女性 度数 (%)	
初使用薬物	覚せい剤	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	有機溶剤	5 (38.5)	1 (50.0)	6 (40.0)
	睡眠薬	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	抗不安薬	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	鎮痛薬	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	鎮咳薬	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	大麻	6 (46.2)	1 (50.0)	7 (46.7)
	コカイン	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	ヘロイン	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	MDMA	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	マジックマッシュルーム	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
使用動機 (複数回答可)	刺激を求めて	7 (53.8)	1 (50.0)	8 (53.3)
	好奇心	13 (100.0)	1 (50.0)	14 (93.3)
	自暴自棄になって	1 (7.7)	1 (50.0)	2 (13.3)
	断り切れずに	2 (15.4)	1 (50.0)	3 (20.0)
	覚醒効果を求めて	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	疲労の除去	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	性的効果を求めて	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	ストレス解消	4 (30.8)	1 (50.0)	5 (33.3)
	不安の軽減	1 (7.7)	1 (50.0)	2 (13.3)
	不眠の軽減	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	疼痛の軽減	0 (0)	1 (50.0)	1 (6.7)
	咳嗽の軽減	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
きっかけとなった人物	なし(自発的使用)	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	配偶者	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	同棲中の相手	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	恋人・愛人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	同性の友人	9 (69.2)	1 (50.0)	10 (66.7)
	異性の友人	0 (0)	1 (50.0)	1 (6.7)
	知人	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	医師	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	薬剤師	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	親	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	同胞	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	密売人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)

表7-3. 主な使用薬物について

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
主たる使用薬物 (複数回答可)	覚せい剤	9 (69.2)	2 (100.0)	11 (73.3)
	有機溶剤	1 (7.7)	1 (50.0)	2 (13.3)
	睡眠薬	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	抗不安薬	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	鎮痛薬	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	鎮咳薬	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	大麻	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	コカイン	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	ヘロイン	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	MDMA	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	マジックマッシュルーム	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	その他	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
最近1年間の入手経路	1年間使用していない	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	友人	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	知人	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	恋人・愛人	1 (7.7)	1 (50.0)	2 (13.3)
	家族	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	密売人(日本人)	2 (15.4)	1 (50.0)	3 (20.0)
	密売人(外国人)	5 (38.5)	0 (0)	5 (33.3)
	医師	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	薬局	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	その他	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)

表7-4. 薬物使用開始年齢および使用期間

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
使用開始年齢	15才未満	1 (7.7)	1 (50.0)	2 (13.3)
	15-19才	9 (69.2)	1 (50.0)	10 (66.7)
	20-24才	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	25-29才	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	30-34才	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
使用期間	5年未満	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	5-10年未満	4 (30.8)	1 (50.0)	5 (33.3)
	10-15年未満	5 (38.5)	1 (50.0)	6 (40.0)
	15-20年未満	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	20-25年未満	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	25-30年未満	1 (7.7)	0 (0)	1 (6.7)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)

表8. 精神病エピソードの既往および発症年齢

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
精神病エピソードの既往	あり	11 (84.6)	2 (100.0)	13 (86.7)
	なし	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
発症年齢	20才未満	3 (27.3)	1 (50.0)	4 (30.8)
	20-24才	3 (27.3)	1 (50.0)	4 (30.8)
	25-29才	4 (36.4)	0 (0)	4 (30.8)
	30-34才	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	35-39才	1 (9.1)	0 (0)	1 (7.7)
	合計	11 (100.0)	2 (100.0)	13 (100.0)

表9. 薬物依存症に関する治療歴

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
精神科治療(通院)	あり	5 (38.5)	1 (50.0)	6 (40.0)
	なし	8 (61.5)	1 (50.0)	9 (60.0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
精神科治療(入院)	あり	8 (61.5)	1 (50.0)	9 (60.0)
	なし	5 (38.5)	1 (50.0)	6 (40.0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
依存症リハビリテーション施設(通所)	あり	2 (15.4)	1 (50.0)	3 (20.0)
	なし	11 (84.6)	1 (50.0)	12 (80.0)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)
依存症リハビリテーション施設(入所)	あり	2 (15.4)	0 (0)	2 (13.3)
	なし	11 (84.6)	2 (100.0)	13 (86.7)
	合計	13 (100.0)	2 (100.0)	15 (100.0)

表10. M.I.N.I.による主たる精神疾患の評価

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
特になし		1 (12.5)	0 (0)	1 (12.5)
薬物乱用(最近1年)		7 (87.5)	0 (0)	7 (87.5)
薬物依存(最近1年)		7 (87.5)	0 (0)	7 (87.5)
アルコール乱用(最近1年)		2 (25.0)	0 (0)	2 (25.0)
アルコール依存(最近1年)		1 (12.5)	0 (0)	1 (12.5)
高い自殺の危険性		2 (25.0)	0 (0)	2 (25.0)
合計		8 (100.0)	0 (0)	8 (100.0)

表11. 対象者の入寮時のPOMSおよびSUBI得点と一般男性得点の比較

		一般男性		対象者	
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
POMS	緊張不安	12.0 (6.3)	14.5 (7.7)		
	抑うつ	9.9 (9.8)	15.1 (13.9)		
	怒り敵意	8.0 (8.2)	9.0 (11.8)		
	活気	14.2 (6.1)	14.0 (7.3)		
	疲労	9.3 (6.2)	9.6 (7.3)		
SUBI	混乱	8.6 (4.7)	11.6 (5.0)		
	陽性感情	35.6 (6.1)	33.5 (4.7)		
	陰性感情	52.2 (5.6)	42.9 (3.4)		

表12-1. 入寮0-3ヶ月および3-6ヶ月の生活について

		入寮0-3ヶ月 度数 (%)	入寮3-6ヶ月 度数 (%)
施設での生活	有意義に過ごせている	6 (85.7)	4 (80.0)
	どちらともいえない	1 (14.3)	1 (20.0)
	有意義に過ごせていない	0 (0)	0 (0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
毎朝決まった時間帯に起きる	よくあてはまる	4 (57.1)	1 (20.0)
	どちらかというとあてはまる	2 (28.6)	2 (40.0)
	どちらともいえない	0 (0)	1 (20.0)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (14.3)	1 (20.0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
身の回りの掃除や片づけをこまめにする	よくあてはまる	1 (14.3)	0 (0)
	どちらかというとあてはまる	5 (71.4)	2 (40.0)
	どちらともいえない	0 (0)	3 (60.0)
	どちらかといえばあてはまらない	0 (0)	0 (0)
	まったくあてはまらない	1 (14.3)	0 (0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
毎日歯磨きや洗顔をする	よくあてはまる	6 (85.7)	3 (60.0)
	どちらかというとあてはまる	1 (14.3)	1 (20.0)
	どちらともいえない	0 (0)	1 (20.0)
	どちらかといえばあてはまらない	0 (0)	0 (0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
食事の回数や時間帯は規則的である	よくあてはまる	4 (57.1)	1 (20.0)
	どちらかというとあてはまる	3 (42.9)	3 (60.0)
	どちらともいえない	0 (0)	1 (20.0)
	どちらかといえばあてはまらない	0 (0)	0 (0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
計画的に時間を使い毎日を過ごしている	よくあてはまる	2 (28.6)	0 (0)
	どちらかというとあてはまる	2 (28.6)	2 (40.0)
	どちらともいえない	3 (42.9)	2 (40.0)
	どちらかといえばあてはまらない	0 (0)	1 (20.0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
夜更かしをすることはほとんどない	よくあてはまる	2 (28.6)	2 (40.0)
	どちらかというとあてはまる	2 (28.6)	1 (20.0)
	どちらともいえない	1 (14.3)	1 (20.0)
	どちらかといえばあてはまらない	2 (28.6)	1 (20.0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
自助グループへの参加	3ヶ月で数回	0 (0)	0 (0)
	月に数回	0 (0)	2 (40.0)
	週に数回	7 (100.0)	3 (60.0)
	ほぼ毎日	0 (0)	0 (0)
	まったく参加していない	0 (0)	0 (0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
最近3ヶ月の飲酒生活	まったく飲まなかった	5 (71.4)	3 (60.0)
	3ヶ月で数回飲んだ	1 (14.3)	2 (40.0)
	月に数回飲んだ	1 (14.3)	0 (0)
	週に数回飲んだ	0 (0)	0 (0)
	ほぼ毎日飲んだ	0 (0)	0 (0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)

表12-2. 入寮0-3ヶ月および3-6ヶ月の生活について

		入寮0-3ヶ月 度数 (%)	入寮3-6ヶ月 度数 (%)
困った事や悩み事があるとき相談できる人	家族	0 (0)	0 (0)
	共に依存症からの回復を目指す仲間	5 (83.3)	3 (75.0)
	昔からの友人	1 (16.7)	1 (25.0)
	新しくできた友人	0 (0)	0 (0)
	相談できる人がいない	0 (0)	0 (0)
	無回答	1 (16.7)	1 (25.0)
現在クスリを使っている人とのつきあい	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
	まったくくない	7 (100.0)	4 (80.0)
	ときどきある	0 (0)	0 (0)
	よくある	0 (0)	1 (20.0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
クスリが手に入る場所に行くこと	まったくくない	7 (100.0)	4 (80.0)
	ときどきある	0 (0)	1 (20.0)
	よくある	0 (0)	0 (0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)
クスリが欲しくなるような情報を見聞きすること	まったくくない	3 (42.9)	3 (60.0)
	ときどきある	3 (42.9)	2 (40.0)
	よくある	1 (14.3)	0 (0)
	合計	7 (100.0)	5 (100.0)

表13. 入寮時から入寮3ヶ月までのPOMSおよびSUBI得点の経時的変化

		入寮時 平均 (SD)	入寮3ヶ月 平均 (SD)
POMS	緊張不安	14.5 (7.7)	12.0 (2.8)
	抑うつ	15.1 (13.9)	11.7 (8.7)
	怒り敵意	9.0 (11.8)	9.8 (4.1)
	活気	14.0 (7.3)	15.3 (7.2)
	疲労	9.6 (7.3)	7.8 (3.1)
	混乱	11.6 (5.0)	10.2 (3.4)
SUBI	陽性感情	33.5 (4.7)	33.8 (6.2)
	陰性感情	42.9 (3.4)	45.2 (3.2)

表14-1. 退寮0-3ヶ月の生活について

	度数 (%)
現在の住居	
実家	1 (12.5)
自分の持ち家	1 (12.5)
賃貸住宅	6 (75.0)
入院	0 (0)
依存症治療施設に入所	0 (0)
不定	0 (0)
合計	8 (100.0)
共同生活者	
パートナー(と子ども)	0 (0)
両親(とその子ども)	1 (12.5)
友人	0 (0)
1人暮らし	7 (87.5)
合計	8 (100.0)
毎朝決まった時間帯に起きる	
よくあてはまる	5 (62.5)
どちらかというあてはまる	2 (25.0)
どちらともいえない	0 (0)
どちらかといえばあてはまらない	1 (12.5)
まったくあてはまらない	0 (0)
合計	8 (100.0)
身の回りの掃除や片づけをこまめにする	
よくあてはまる	3 (37.5)
どちらかというあてはまる	3 (37.5)
どちらともいえない	1 (12.5)
どちらかといえばあてはまらない	1 (12.5)
まったくあてはまらない	0 (0)
合計	8 (100.0)
毎日歯磨きや洗顔をする	
よくあてはまる	7 (87.5)
どちらかというあてはまる	1 (12.5)
どちらともいえない	0 (0)
どちらかといえばあてはまらない	0 (0)
まったくあてはまらない	0 (0)
合計	8 (100.0)
食事の回数や時間帯は規則的である	
よくあてはまる	2 (25.0)
どちらかというあてはまる	3 (37.5)
どちらともいえない	1 (12.5)
どちらかといえばあてはまらない	1 (12.5)
まったくあてはまらない	1 (12.5)
合計	8 (100.0)
計画的に時間を使い毎日を過ごしている	
よくあてはまる	0 (0)
どちらかというあてはまる	3 (37.5)
どちらともいえない	5 (62.5)
どちらかといえばあてはまらない	0 (0)
まったくあてはまらない	0 (0)
合計	8 (100.0)
夜更かしをすることはほとんどない	
よくあてはまる	2 (25.0)
どちらかというあてはまる	1 (12.5)
どちらともいえない	3 (37.5)
どちらかといえばあてはまらない	1 (12.5)
まったくあてはまらない	1 (12.5)
合計	8 (100.0)
自助グループへの参加	
3ヶ月で数回	0 (0)
月に数回	2 (25.0)
週に数回	3 (37.5)
ほぼ毎日	0 (0)
まったく参加していない	3 (37.5)
合計	8 (100.0)
最近3ヶ月の飲酒生活	
まったく飲まなかった	2 (25.0)
3ヶ月で数回飲んだ	0 (0)
月に数回飲んだ	0 (0)
週に数回飲んだ	5 (62.5)
ほぼ毎日飲んだ	1 (12.5)
合計	8 (100.0)

表14-2. 退寮0-3ヶ月の生活について
最近3ヶ月の主な勤務形態

常勤の正社員	1 (12.5)
常勤のアルバイト	3 (37.5)
非常勤(週20-30時間)	2 (25.0)
非常勤(週10-20時間)	0 (0)
非常勤(週10時間以下)	0 (0)
無職	2 (25.0)
合計	8 (100.0)
1ヶ月の平均収入	
5万円未満	2 (25.0)
5-10万未満	2 (25.0)
10-15万未満	3 (37.5)
15-20万未満	1 (12.5)
合計	8 (100.0)
主な生活費の出所	
自分で賄っている	5 (62.5)
生活保護	0 (0)
親の補助	3 (37.5)
その他	0 (0)
合計	8 (100.0)
自由時間を共に過ごす人	
家族	1 (12.5)
共に依存症からの回復を目指す仲間	3 (37.5)
昔からの友人	0 (0)
新しくできた友人	1 (12.5)
ひとり	3 (37.5)
合計	8 (100.0)
自由時間の過ごし方に対する満足度	
満足している	2 (25.0)
どちらともいえない	6 (75.0)
不満足である	0 (0)
合計	8 (100.0)
困った事や悩み事があるとき相談できる人	
家族	1 (12.5)
共に依存症からの回復を目指す仲間	5 (62.5)
昔からの友人	2 (25.0)
新しくできた友人	0 (0)
相談できる人がいない	0 (0)
合計	8 (100.0)
現在クスリを使っている人とのつきあい	
まったくない	7 (87.5)
ときどきある	1 (12.5)
よくある	0 (0)
合計	8 (100.0)
クスリが手に入る場所に行くこと	
まったくない	7 (87.5)
ときどきある	1 (12.5)
よくある	0 (0)
合計	8 (100.0)
クスリが欲しくなるような情報を見聞きする	
まったくない	3 (37.5)
ときどきある	5 (62.5)
よくある	0 (0)
合計	8 (100.0)

表15. 退寮3ヶ月時点のPOMSおよびSUBI得点と一般男性得点の比較

		一般男性	対象者
		平均 (SD)	平均 (SD)
POMS	緊張不安	12.0 (6.3)	14.3 (5.4)
	抑うつ	9.9 (9.8)	18.0 (13.7)
	怒り敵意	8.0 (8.2)	15.7 (12.2)
	活気	14.2 (6.1)	12.9 (5.4)
	疲労	9.3 (6.2)	10.7 (9.0)
	混乱	8.6 (4.7)	12.0 (4.7)
SUBI	陽性感情	35.6 (6.1)	32.3 (5.2)
	陰性感情	52.2 (5.6)	43.1 (6.7)

分担研究報告書 (2-4)

表16. 退寮者の入寮中および退寮後3ヶ月の薬物使用

	入寮中 (本人)	入寮中 (スタッフ)	退寮3ヶ 月(本人)	退寮3ヶ 月(スタッ
No.1	●	●		▲
No.2				
No.3				
No.4	—	—	—	—
No.5				
No.6				
No.8				
No.12			●	●
No.13				
No.16				
再使用率	11.1	11.1	11.1	22.2

●=再使用あり

▲=再使用が強く疑われる

—=調査同意得られず

わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究(1)

分担研究者 宮永 耕 東海大学健康科学部社会福祉学科
研究協力者 栗坪 干明 栃木ダルク
森田 展彰 筑波大学大学院人間総合科学研究科
梅野 充 東京都立松沢病院精神科
松本 俊彦、和田 清 国立精神・神経センター 精神保健研究所

研究要旨 薬物依存者に対する処遇は、世界的に見ると「治療共同体＝(原語では、"Therapeutic Community": TC)」を用いて行なわれているものが主流であるといわれる。しかし、わが国においては、そのような治療共同体を地域の中での治療的処遇システムに位置づけた実践は、その必要性の指摘や社会的要請の有無とは別に、いまだ実現していない。本研究では、昨年度までの2年間に実施した、主に世界各地で実際に運営されている治療共同体とその関連システムに関する実地調査の成果を基に、現在の治療共同体概念の整理を行い、その特徴とメリットについて検討する。その上で、この治療共同体のわが国への導入について現状の処遇システムから出発してその方策について検討することを目的とした。今年度は、まず昨年度までの研究成果を実践領域に関わる多くの実務者や研究者との間で共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC研究会(仮称)」を組織し、そこで数回の研究会を試験的に開催して、今後の検討課題を整理した。

TC研究会での討議を通して共有された課題として、以下のことが挙げられた。

1. TC コンセプトに基づいた実際の治療施設・サービス機関の不在と薬物関連問題の実態から見たニーズの整理
2. なぜ、わが国にもTCが必要か？(敢えてDARCではなく、TCであることの意味は何か)
3. TCを導入していく場合の基本原則(文化的・制度的・社会的)の明確化と共有
4. 日本において求められるTCのMission(使命)の明文化とAdministration(施設運営)領域に関わる課題の整理

既に世界各地で実施されているTCの直訳的な導入ではなく、わが国の歴史・社会的、制度的あるいは薬物乱用・依存に関わる諸環境や条件、さらには文化的な側面までもを視野に入れ、既存の資源との連携を前提とした具体的方策について明らかにしていく必要が確認された。

A. 研究目的

薬物依存者に対する治療的処遇は、世界的な潮流として、ここで取り上げる「治療共同体＝(原語で"Therapeutic Community")」を用いて行なわれているといわれる。昨年度まで2年間の本分担研究においては、この治療共同体の概念について総括的に調査し、その実際の状況について詳細に報告した。本年度からは、これまで調査した南北アメリカや欧州社会とわが国との社会諸状況の差異を考慮しつつ、この効果的な治療的処遇施設の導入について今後検討していくため、わが国での実践領域に関わる実務

者や研究者との間でTCに関する情報と共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場を設けた。今年度はTCの導入に関する諸課題の概括的を整理を目的とした。

B. 研究方法

「治療共同体(Therapeutic Community、以下ではTCとする)」の現状に関する諸情報について総合的に理解するために、TCに関して公開されている海外の文献に加えて、昨年度までの実地調査で得られた

各施設の事業概要パンフレットや年度統計報告書や記念誌等の記述を基に TC 概念の整理を行った。

さらに、実践領域に関わる多くの実務者や研究者との間で共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC 研究会 (仮称)」を組織し、そこで数回の研究会を開催して、今後の本分担研究の検討課題を順次整理した。

C. 研究結果

1. TC 概念の再整理 (リブライ)

薬物依存者を対象とした TC は、1960 年代以降にアメリカにおいて、AA 等自助グループの活動の広がりや背景に、当時の既存治療に対するオルタナティブ (alternative=自助的代替策) として発展してきた。伝統的 TC においては、共同体運営を基本とする長期の入寮型プログラムを基本とし、回復モデルとしてのリカバードスタッフの活用と専門職とのコラボレーションによる包括的な介入とサービスの提供を行っていることについては、これまでの本分担研究において報告した。

しかしながら、わが国では領域を問わず一様に、TC という言葉そのものについてのなじみは薄く、協働すべき専門諸領域をはじめ、地域住民・ボランティアまでを含めた広範な人々との連携を考慮するとき、まずどのようにしてこの概念の共有を図るか、という課題に突き当たる。その意味で、後述する「TC 研究会」においても、まず取り上げるべきテーマは「TC とは何か」ということだった。

昨年度の分担研究報告書でも冒頭で述べた TC とは何か、という課題について、いま一度そこでの記述を以下に引用して確認する。

(1) TC という言葉が示すもの

TC という用語が示しているものは、その文脈において若干の読み替えを要する場面がある。すなわち、TC とは、集団形態をとる生活そのものであり、治療的介入の方法であり、また目的概念でもある。TC はプロセスであり、施設やその運営であり、相互関係についての理念でもある。また、わが国では治療施設という設備や建物あるいは団体や組織をイメージしがちであるが、TC を治療施設ととらえるとき、その内容はそこで展開されるプログラム自体 (いわばソフトウェア) を指している。(中略)

治療のアプローチとしての TC は、そのプロセスを大きく 3 つのステージに分けて考えるが、その中心となる第 2 段階が、そのものとして一般に“TC Phase”と呼ばれることから、狭義には中・長期間の共同化された入寮生活場面をもって TC として議論される。しかしながら、その前後となる導入に主眼を置いた第 1 段階と、社会への再適応を目指す第 3 段階も含めた一連の治療戦略もまた同様に TC の用語を用いてそのあり方が議論され、その改良と修正方法が世界各地の実現場でも模索されていた。

なお、後述する WFTC では、以下のように TC について定義し Web Site に掲載している。

治療共同体とは何か? (by WFTC ; 宮永試訳)

「治療共同体 (TC)」とは、薬物乱用行動をやめ個人の成長を促進することをその主要な目的とする、薬から解放された自助的援助プログラムである。TC モデルは 9 つの必須の要素を取り入れる。これら要素は、行動と態度の変化に共同体 (コミュニティ) を利用するという社会的学習理論に基づいている。それら要素とは、以下のものである:

1. 活発な参加、2. メンバーシップ・フィードバック、3. 役割のモデリング、4. 個々の変化を導くための総体的なフォーマット、5. 共有された基準と価値、6. 構造とシステム、7. 開かれたコミュニケーション、8. 個人間のまたはグループの関係、そして 9. ユニークな言葉の使い方、である。

TC は、専門家とそれに共同するスタッフ、その両者を含む。自らのプログラムを修了し、カウンセリングにおける研修期間のトレーニングを完了した TC プログラムの卒業生は、プログラムの持つ効果の重要な一部分である。そしてそのことは、医学、精神保健、教育および法律領域からの専門家の包含と同等である。

共同体活動は、メンバーが個人的な発展における以下の 5 つの、別個ながらも重なりあう領域で探求し、自分自身について学ぶことを援助する: それは行動管理 (感情的または心理的で、知的で、霊的で、職業あるいは教育と生き残るための技術) である。

TC は、人間とは変化することが可能で、共通の人間としての経験を理解し共有して、学習が挑戦と行動とを通して達成されることを信じる。

TC における治療は、共同体への参入 (入寮) から始まる。ここで、メンバーは価値と共同体の規範を学ぶが、それは社会によって保持されたそれらの反映されたものでもある。治療の中間段階においては、メンバーは個々の物語と経験とを探究し、新しい行動を行い、自身に対する大いなる自尊心と知識とを獲得し始める。新しい態度と行動が発展させられる時に、また、職業上あるいは教育的トレーニングを含め、未来のための個々のゴールと可能性もまた発展する。

治療の次なる段階は、より大きな共同体への再入場 (Re-Entry) という重要な仕事に関係する。他者と関係する新しい方法が実施され、メンバーは共同体からサポートを受けながら TC 外部で働くか学校に通うという貴重な経験を得る。最終的には、メンバーは独立して住み、アフタケア・プログラムからのサポートを受け続けていく用意ができるだろう。

TC モデルは異なるクライアントの集団と設定とに適応可能である。青年期向けのプログラムは、完全な教育的なカリキュラムと、家族へのより大きな関与を含む。そのモデルは、通所利用者に対する設定に、また長期間またはより短期間での治療にも応用可能で、それらの特別の医療的関与または他の生活様式における変化を引き起こす専門的なグループを含むことができる。

TC は回復プロセスにおいて、人間全体を、その個人の完全で健康的協力的な人間関係と、満足な仕事とを伴った積極的な生活に引きつける。

(中略)

(2) 世界標準としての WFTC

WFTC は今日全世界的な TC の連合体として、各地で行われる TC 実践の方向に大きな影響力を持っている。Mission (使命) と Vision (展望) とを共有し、それは Philosophy (哲学・人生観) として TC に参加するあらゆる人々に、その生活実践場面で共有されている。また、それら全体が TC 治療の Value (価値) を宣言する。この領域における治療的介入の最大エージェントは世界的に見て TC であることから、薬物問題を抱える多くの政府関連機関が取り組みを進めようとする際にも、外部機関として治療経験に裏打ちされた一定の影響力を持ち得る。(中略)

また、運営方針や戦略の違いなどにより WFTC に加盟しないその他の TC 実践も、全世界においてこの外側に展開されている現実を考えると、民間施設 DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) が独自に 1980 年代半ばより行ってきた援助実践活動において他にほとんど進展が見られなかったわが国の状況に対して、TC はこの上ない具体的な素材としても我々の前に提示されていることが理解できる。

2. TC 導入により想定されるメリット

薬物依存者の回復援助をめぐるわが国の現状から見たとき、今後 TC が導入されることによって期待されるメリット (利得) は、以下のように指摘することができる。

(1) 既存制度・施設で対応不十分な乱用・依存者層へのアプローチ

薬物乱用者・依存者を処遇する施設群は、現状では司法施設と精神病院に大別され、その他の数的にはわずかの層に対して民間リハビリテーション施設 DARC (ダルク) が対応している実態については、これまでも本研究班を中心としてその他からも繰り返し指摘されてきた。また、もう少しその状況を詳しく述べるなら、現行制度下では、司法施設が処遇対象とするのは違法性を根拠にした「薬物乱用」者であり、依存の問題もまた再犯・再乱用防止の範囲において定義付けられる。司法施設処遇の経験者が刑期を終えて、または仮釈放、執行猶予・保護観察、試験観察といったさまざまな条件で地域生活を再開する中での依存問題そのものへの具体的援助は、実際に必要な取り組みが体系化されて機能しているとは言えず、その結果として DARC や APARI 等の民間団体がそのケアの役割を担ってきた。

またその一方で、精神科医療の処遇対象は本来的に医療的介入の要否を根拠とするため、不可避免地に院内における精神病症状 (psychotic states) への対応が中心となり、一部の医療機関で行われている薬物依存をターゲットとした病院内での体系的治療プログラムも存在するものの、急性期症状を中心とした症状消失後に移行する退院後の施設外処遇に関しては総じて限界があり、ここでも DARC のような入寮または通所による長期間ケアの存在を前提としてアフタケアを組み立てざるを得ない現状にある。

筆者らがこれまで調査・報告してきた TC は、その存在する各地において、上記の司法施設や医療施設

と並存する形で薬物乱用・依存問題に関与し、わが国のDARCに見られるような回復者の経験を最大限活用しつつそこに医療・保健、司法、心理・教育、ソーシャルワークといった専門援助職が多面的に関与することで機能しており、明確な運営体制と安定した財政基盤を有する専門援助機関として認知されている。このような機関が地域の中に必要な量において存在することで、医療機関や司法機関が本来的に対応することが難しい周辺層を含めた、より幅の広い薬物使用者層にもアプローチすることが可能になっていた。利用者（クライアント）は治療のための自発的自覚的な申請者の他、他機関による判定と送致・紹介による「援助を求める前段階」の利用者も含んで構成し、個々の生活状況に対応した多様な財源によるプログラム利用が可能となっていた。また、施設内で行われる集団でのさまざまな共同体活動（グループ）を基本に、担当カウンセラー等による個別援助プログラムも合わせて提供され、基本的に利用者一人ひとりのニーズに合わせた利用期間やプログラムメニューに対応するものとなっていた。

(2) 地域における専門的援助の可能性

TCでは、上記のとおり各種の専門職が配置確保されていることから、これまで特にDARC等の民間リハ施設では対応が困難だった各種の層に対する専門的介入が期待される。その例を挙げれば、慢性期の精神疾患と薬物乱用・依存とを合併し、処方薬を用いたコントロールが長期にわたって不可欠なCo-occurring/Dual diagnosisと呼ばれる状態の者、あるいは継続した管理を必要とする身体的な疾患や障害状態を持つ薬物依存者、教育的・職業訓練的介入が必要な若年の薬物依存者、民族的・性的マイノリティに属する薬物依存者、児童養育、特に乳児をかかえて治療に取り組まざるを得ない薬物依存者、ホームレス状態に陥った薬物依存者、等に対しても、それぞれに必要なとされる専門的援助機能の組み合わせにより、独自の援助プログラムを提供している実例を多く見る事ができた。

また、施設内にとどまらず、地域のボランティア（NAメンバーなど）や特にプログラム修了者で社会復帰を達成している人々等、施設外の援助資源との協働も視野に入れるべきであることが、昨年度までの調査を通して理解された。

(3) DARCの役割の明確化

わが国の状況を説明する際、非医療・非司法施設として頻りに登場するDARCは、本来NA（Narcotics Anonymous）の12ステップをその回復指針の中心に置く、依存者自身による主体的な運営を前提とした自助コミュニティである。薬物使用経験者として接近し得る独自のスタンスによって、先行く回復の体験者が、援助を必要としながらその方法に結びついていない薬物依存者に対して、経験に基づいて回復の環境に導き伴う共同体として、薬物依存を治療する専門治療施設としての役割を負うことにはなじみにくい部分も持っている。自ら薬を使用せずに生きたい望んだ依存者が、薬物使用から解放されて安全に回復のためのプログラムに取り組めるように仲間同士でサポートする場であって、専門的な治療を提供する施設であることを自ら標榜してはいない。

たとえば、治療動機はまだ十分でない、回復を第一義に位置づけられない段階の依存者に対しては、治療に踏み止まらせるための権限も持ち得ず、必要な情報を順次提供しながら、回復を目指し仲間とともにプログラムに参加する自らの姿を見せる他には、そこで提供し得るものは少ない。依存者自身の治療経過に関わるため対応せざるを得ない家族に対するサポートも、本来的にはDARC外の機関で扱われた方が問題を引き起こしにくいことも、これまでの経験によって理解されてきている。しかし、現在では、一般地域や教育機関内の薬物乱用防止教育や司法施設内での再乱用防止教育にもDARCのスタッフらが関与する場面が増えている。

DARCはその周囲との関わりの中で、この20年余りの間に多様な社会的なニーズにも対応してきたが、その反面活動開始当初より変わらない本来の目的に専念することが困難となる事態も経験してきた。薬物乱用・依存の問題が現実の中で複雑多様に表出される中で、既存の社会資源が対応できないことを理由に、DARCに過大ともいえる期待が寄せられる事例を各地で聞いてきた。

TCという新たな治療的環境がわが国で開始されることで、これまでDARCが対応せざるを得なかった薬物依存者層の一部がTCへ方向付けされるとすれば、結果としてDARC自身の活動はより純粋なものに整理されることになろう。TCが日本においてDARCと施設利用者を競合することは考えにくく、むしろよりDARCの本来的機能に適合した対象者の割合が増えていくことが期待される。エンカウンターグル

ープの方式をベースにした12ステッププログラムの共同実践が回復に効果的に機能する薬物依存者には、DARCの提供するプログラムが最も有効な治療的資源となり得る。

また、利用者側から見ても、現在のようにDARCへの入寮・通所に同意するか否か、という単純な選択肢から、それ以外の治療的環境、プログラムを選択することが可能となる。DARCを既に何度か利用した経験があり、そこで回復のチャンスが得られにくかった人々にとっては特に、オルタナティブの存在は治療動機確保の上でも大きな意味を持ち得ると考えられる。

TCは本来的に緊張感と密着度の高い環境となることから、そこでのプログラム参加には大きなエネルギーが求められる。さらに昨年度調査したアメリカのTCでは、プログラム卒業者の退寮5年後の断薬継続成績はきわめて良いとのデータが示され、ヨーロッパの施設でも修了者がボランティアとしてかつての施設のスタッフ補助の役割を担って活躍している実例に触れるなど、修了者の回復率は総じて良好との印象を受けた。ただし、共同体への参加からプログラム修了までの長い道のりの中では、決して少なくはないドロップアウト群も存在する。ここでの議論のポイントは、より多様な背景を持つわが国の薬物依存者層に対して、DARC以外の治療的オプションを示して選択の途を確保し、結果的に回復のチャンスを増やすメリットにある。

D. 考察

わが国におけるTCに求められる諸課題として、現時点では以下の各点が挙げられる。

(1) 共同体の運営による相互援助環境の維持と明確な治療（回復）指針

AA/NAの「12のステップ」については、DARC（あるいはそれに先行するMAC）がそれを明確に打ち出した実践を続けてきた。一方で、アメリカにおいても12ステップはアディクションからの回復を論じる際の共通認識の根底に存在するとはいえ、それだけすべてを説明するのではなく、たとえばヨーロッパでは12ステップに限定しない独自の形式による回復指針や規範が示されていた。DAYTOPでは、施設内の各所に“Unwritten Philosophy”という形の回復に役立つ考え方（標語）が掲示され、日々のミーティングのテーマにも取り入れられていた。わが

国の場合は、共同体に参加する主体となる日本人、あるいはアジア人の生活文化を考慮しながら、それと遊離しない形での治療指針、回復指針の提示ができれば有効かつ必要であると考えられる。

アメリカ、ヨーロッパ型の先行事例の直訳導入は、当初はやむを得ないにしろ、ある程度の期間が過ぎた今日では、再検討されるべき部分もあろう。12ステップの表現自体に拘束されるのではなく、実践のなかで治療的に機能する治療指針の積極的な言語化・日本語化とプログラムに即したその共有はTC概念の普及にも貢献すると考えられる。

(2) 共同体運営規範の実践的検討

TCは自覚的な参加に始まり、24時間の共同生活による緊張度の高い環境であることは既に述べた。入寮直後の者から経験の長いもの、さらには回復者カウンセラー、専門職スタッフまでが参加して形成される構造は、垂直的にも水平的にも公平で民主的に運営される必要がある。判断や決定の権限や指示系統の明確さなどから見る限り軍隊の組織にも近い印象を受けるが、治療目的に照らして各段階に属する個々の参加者がその権限の大きさに比例した責任を負い、相互評価により昇進・降格が行われる環境の「風通しの良さ」を確保するためには、どのような運営のルールがどのような形式で必要となるのか。また、日本で運営される際に特に注意されるべき点はどこか、経験を通して明確にされる必要がある。

(3) 生活スキルの獲得可能なプログラム

TCでは治療の第3段階にRe-Entryを共通に掲げるが、その際共同体から離れる以前に自立した日常生活管理能力を身に付けておくことが、その後の安定した断薬生活の維持の基本ともなる。この部分の援助にはどのような経験と技術を持ったスタッフが関わり援助していくべきか。また、具体的に施設内でどのようなトレーニングを、どのような順序で提供することが効果的であるのか。このことについては、児童を対象にしたTCと成人を対象にしたTCとでは、おのずとその戦略も異なることが予想される。

(4) 職業訓練と経済的自立に有効なプログラム

(3)と同様に、経済的自立の課題を退寮後に達成するためには、入寮期間中に行われるべき段階的な職業訓練のあり方にはどのような要素が求められるのか。症状としての薬物使用の再発を予防しながら、労働能力を活用して収入の拡大を図る道筋には、施設内プログラム以外の援助も組み合わせる必要があ

ろう。実践的には、地域の職業紹介・訓練機関との連携、として課題を曖昧にすることなく、具体的に治療を中心においた生活から部分的就労と労働時間の拡大、施設外就労と独立した生活運営、完全な独立とアフタケア利用の維持までのプロセスを、TCの側でどこまでを準備範囲とするか明確にして利用者と外部機関に対し示す必要がある。年齢・性別・就労経験の異なる多様な利用者に幅広く対応できるトレーニングプログラムのメニューについても検討と開発が必要となる。

(5) 個別処遇及びCase Managementの確保

TCの環境は基本的に集団行動がベースとなる中で、個々の異なる課題への対応が治療効果にも大きく影響する。Case Managementとは、本来的に個々の薬物依存者が有するニーズに共同体が提供できるサービスを届かせるための援助を指し、Re-Entry段階では特に施設外部の諸サービスや資源とも結び付けていく援助場面が想定される。就職や住居確保など地域の諸事情に左右されやすい援助課題もそこには含まれるため、それらに関する情報にも精通した社会福祉の専門援助職、ソーシャルワーカーが十分な数で配置されていることが求められる。

(6) Bio-Psycho-Socialな課題への総合的ケア

他の項目とも相互に関連するが、TCで行われるべき薬物依存問題を持ったクライアントに対しては、生物学的、心理的、社会的な各側面からの理解に基づく統合的な援助が必要とされる。生理（医療）的視点やあるいは心理的側面、そして社会的側面のどれもが等しく回復の援助に重要な条件となり、いずれかが中心でその他が従属的な要素ではない。また、たとえ援助職として各領域のスペシャリストとして役割を担っている場合でも、その他の側面からの視点の意識を保持してクライアントの状況を多面的にとらえるなかで機能するような「専門的役割」が求められている。他職種による協働を前提とした環境であるからこそ、薬物依存者へのケアをBio-Psycho-Socialな視点で常に意識して関わることは、わが国で今後専門援助を考える際にも特に重要な原則の一つとなる。

(7) 司法処遇との連携（治療的視点に立ったDiversionの可否とあわせて）

昨年度の報告でも紹介したように、アメリカのみならずヨーロッパでも裁判所からの指示を契機にTCでの治療につながる例が増加している。1990年代

にアメリカで徐々に始められたドラッグコート（Drug Treatment Court）制度が、既に地域で治療の実績を挙げていたTCおよびそこで提供可能な治療的サービスと連携することにより実現し、現在までに国内にとどまらず海外にまで普及していった。わが国では裁判所及び司法制度自体がアメリカ等の国々とは大きく異なっているが、薬物関連犯罪によって送致される人口が増加し、その再犯率を低下させる方策の検討が求められている状況は共通している。司法制度自体の改正とは別の意味で、薬物依存者に対して裁判所が治療的処遇が必要かつ有効と判断し、送致する先に待機する期待できる「治療の受け皿」の存在なしには、ドラッグコート制度も現実的なシステムとして成立しない。そのためにTCの導入と治療実績の蓄積は、わが国においても現時点での重要な検討課題となり得る。

(8) 治療契約の確立

ドラッグコート制度の導入を例として、アメリカやヨーロッパと同じく自発的な治療動機が十分でない利用者が多数送致されてくるとすれば、それらのクライアントを共同体に受け入れて処遇するプロセスにあつては治療契約の明確化が不可欠の手續きとされる。新たに参入される共同体の構成者になり得る人々に対し、TC環境の目的やプログラムの意味やルールについてインフォームドコンセントを確保し、また書面に記録保存することは非常に重要な事項であり、治療の全期間を通して退寮もしくは利用終了時まで続けられる。わが国では、総じてこれまでこれら手續きの重要性に関する意識が充分とはいえず、その改善に向けた取り組みが各機関で始められてからまだ日は浅い。

治療契約をめぐる利用者との現実場面でのやり取りは、治療にむけた意識の養成や維持にも影響することが考えられる。治療的・管理的両面から治療契約のあり方について詳細な検討が必要である。

(9) 治療効果の測定方法確立と結果の公開

TCによる治療・援助が開始されたならば、社会的施設として以後その効果について定期的に測定が行われ、社会的にも公表される必要がある。TCが治療的に見て効果のある援助方法であることを実証し、わが国の社会の中で専門治療施設として認知されていかななくてはならない。また、実際にはTCを運営する団体は、海外での事例から判断して、わが国においてはNPO等の民間団体が有力と考えられる。公的

な補助金を受託する場合や、外部からの寄付金を受けることが運営に不可欠な条件として想定されるが、その場合も治療効果測定に基づくデータが要求されることは、先行する海外の現状に照らしても当然課題となることが理解される。

(10) 専門援助職（スタッフ）の養成と確保

専門的な援助を担うスタッフの存在は、TC導入の不可欠な条件の一つである。昨年度の研究報告書でもその重要性について指摘したが、TC環境は回復者カウンセラーから外部教育機関での養成を前提とした各種専門技術職までの多様なスタッフ構成にも特徴がある。しかも、それぞれが専門技術を持ち寄るだけではなく、TCという独自の環境の目的に沿って具体的な役割を相互に再規定しあう必要があり、その意味でTCに必要な専門的援助技術はTC環境の下でトレーニングを受けることが最も有効であるといえる。実際にアメリカ等の先行する国々ではTCで働くスタッフの養成プログラムをTC自身が運営し、段階的に実務への参加を通して次世代の援助スタッフの確保に取り組んでいた。

TCを現時点で持たないわが国の場合、TC導入で必要となる最も実践的なスタッフ養成のためには、海外で実施されているTCスタッフの養成プログラムに参加して学び、実際の運営に必要な知識や技術を修得して日本で実践することが近道である。この場合、概して長期間のTC環境下での生活体験をベースにした養成が行われており、そこに参加するには時間と費用の確保がさしあたっての課題となる。たとえば、DAYTOP International Inc.のような途上国からの援助依頼にも対応してきた団体の場合、研修費はTC内の仕事に参加することを条件に一人一月150米ドルといわれ、費用面はさほど問題にならないとしても、言語コミュニケーション上の問題が残されている。現状では、仮にTC環境における実践的なスタッフ研修を修了して帰国しても、そのスキルを生かす環境が未整備で帰国後のフィールドも保障されないために、海外での実務研修に参加する人材を募ることには無理がある。DARCの現場スタッフの場合でも、仮にその意思があったとしても長期間現場を離れて、また帰国後にDARCの中でその技能を生かす場が明確にならない限り、費用・コミュニケーション能力といったその他の条件をクリアすることと合わせ困難が予想される。

TCが不在の現状では、TCで働くべきスタッフの確保についても、現実的に多くの困難な条件をクリアする必要がある。

E. 今後の研究課題

今年度は、TCに関するこれまでの分担研究を今年度整理し、わが国の社会状況に適合するTCの諸条件を考察する準備をした。年度の途中に開始することができた「TC研究会」での議論を、次年度はさらに展開することによって、日本型TCの原型（プロトタイプ）をイメージできるようにしたい。そのための条件を整理して提示することにより、必要となる関係機関の協力の下にまずはTCとしての自発的な実践への足がかりを、研究会参加者と共同で作ることを到達課題とする。

まず、TC研究会では、医療、司法、地域保健、DARCスタッフらの専門職の援助経験とTCコンセプトの会おうフィールドを確保し、わが国の実態からアプローチ可能なTCモデルを明確にする目的で議論し、整理する。

また、自らの文化的・社会的状況に合わせたTCを標榜する際に、欧米型TCからは見えにくいアジア型の共同体イメージを検証する資料も必要となることとが予想されるため、昨年度までに調査できなかったアジア諸国での先行する共同体運営について実地調査するとともに、昨年度のヨーロッパ調査の際にDemocratic（民主的運営）Modelとして紹介されていたイギリス等でのTC実践についても追加調査し、オルタナティブとしての情報を収集して、随時TC研究会の議論に生かせるよう資料提示する。

合わせて、次年度には海外のTC専門職らの招聘によるワークショップあるいは研修会を国内で開催し、より多くの関心ある専門職に対しての参加を呼びかけて、TC概念に関する理解の普及拡大と広範な領域からの参加による議論の土台をつくる準備を始める。

その他、9月初旬にアメリカ・ニューヨーク市で開催されるWFTC（World Federation of Therapeutic Communities：治療共同体世界連盟）世界大会（World Conference：2年ごとに開催）に参加し、世界各地のTCが現時点で共通に取り組む課題について情報収集し、随時研究会での検討課題に加えたい。

F. 結語

今年度の本分担研究による検討結果については、以下のとおりにとまとめられる。

1. TCを導入することによって考えられるメリットは、以下の3点にまとめられる。

- (1) 既存制度・施設で対応不十分な乱用・依存者層へのアプローチ
 - (2) 地域における専門的援助の可能性
 - (3) DARCの役割の明確化
2. わが国におけるTCに求められる諸課題として、現時点では以下の各点が挙げられる。
- (1) 共同体の運営による相互援助環境の維持と明確な治療(回復)指針
 - (2) 共同体運営規範の実践的検討
 - (3) 生活スキルの獲得可能なプログラム
 - (4) 職業訓練と経済的自立に有効なプログラム
 - (5) 個別処遇及びCase Managementの確保
 - (6) Bio-Psycho-Socialな課題への総合的ケア
 - (7) 司法処遇との連携(治療的視点に立ったDiversionの可否とあわせて)
 - (8) 治療契約の確立
 - (9) 治療効果の測定方法確立と結果の公開
 - (10) 専門援助職(スタッフ)の養成と確保

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- (1) 宮永 耕: 薬物依存者を対象とした「治療共同体」実践の研究. 第40回日本アルコール・薬物医学会総会. 一般演題. 金沢市. 2005.9.8
- (2) 宮永 耕: 薬物依存者を対象とした「治療共同体」実践の研究. 日本社会福祉学会第53回全国大会. ポスター発表. 東北福祉大学(仙台市). 2005.10.8

<参考文献>

- 1) De Leon G. : The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method, Springer Publishing Company, Inc., 2000, 137
- 2) Inaba D. S. and Cohen W. E. : Uppers, Downers, All Arounders? Physical and Mental Effects of Psychoactive Drugs (5th Edition), CNS Publications, Inc., 2004

- 3) White W. L. : Slaying the Dragon: The History of Addiction Treatment and Recovery in America, Lighthouse Training Inst., 1998
- 4) Yablonsky L. : The Therapeutic Community, A successful Approach for Treating Substance Abusers, Gardner Press, Inc., 1989
- 5) NPO ジャパンマック (J-MAC) : 治療からトータルサポートへの展望 -アメリカの治療共同体ドンファームと日本のリハビリ施設の現状-, 「アディクションリカバリーカウンセラーワークショップ」報告書, 社会福祉・医療事業団(長寿社会福祉基金) 助成事業, 2003.3
- 5) 和田清: 薬物乱用・依存の現状と概念, 「こころの科学 Vol.111 特別企画 薬物乱用・依存」, 日本評論社, 2003.9, 14-21
- 6) 宮永耕: 薬物依存からの回復 DARCについて, 「こころの科学 Vol.111 特別企画 薬物乱用・依存」, 日本評論社, 2003.9, 79-85
- 7) 宮永耕: 「物質依存者のための治療共同体 -アメリカモデルについて-」, 精神科治療学 第19巻第12号 特集-物質依存症の現状と治療-II, 星和書店, 2004.12, 1411-1418
- 8) 宮永耕: 「治療共同体」に関する研究(1), 薬物依存者を対象とした治療共同体の概念と展開, アメリカ合衆国中部における実地調査を通して, 平成15年度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業) 研究報告書「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」(主任研究者: 和田清), 2004.3, 165-186
- 9) 宮永耕: 「治療共同体」に関する研究(2), 薬物依存者を対象とした治療共同体の実践状況, 南北アメリカ, 欧州諸国における実地調査を通して, 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業) 研究報告書「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」(主任研究者: 和田清), 2005.3, 223-274

分 担 研 究 報 告 書 (2-5)

薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究

分担研究者	松本俊彦	国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部
研究協力者	梅野 充	東京都立松沢病院
	小田晶彦	独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター
	上條敦史	公立大学法人横浜市立大学医学部精神医学教室
	柑本美和	国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部
	小林桜児	神奈川県立精神医療センターせりがや病院
	成瀬暢也	埼玉県立精神医療センター
	比江島誠人	独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター
	今村扶美	国立精神・神経センター武蔵病院
	津久江亮太郎	国立精神・神経センター武蔵病院
	吉澤雅弘	国立精神・神経センター武蔵病院

研究要旨 薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法にもとづく通報義務、入院治療中の規制薬物の持ち込みや自己使用、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者の退院など、医療機関が対応策を考えるうえで、十分な法律の知識が求められる機会が多い。また薬物関連障害の治療では、他患者や医療スタッフに対する暴力行為などが問題となることが多いが、これに対する医療機関の対応を判断する際にも、法律に関する知識・理解が必要となる。しかしこうした法律に関する知識・理解は、医療従事者に広く知られているとはいいがたく、これが、一般精神科医療機関における薬物関連障害に対する抵抗感の一因となっているように思われる。本研究では、このような薬物関連精神障害の治療過程における、様々な司法的問題を明らかにし、最終的には、薬物関連精神障害の治療における司法的対応のガイドラインを作成することを目的としている。今年度は、わが国を代表する薬物依存臨床の専門家に協力を求め、臨床現場で問題となりうる司法的問題に関する検討を行い、来年度に実施を予定している全国調査に用いる調査票の作成を行った。

A. 研究の目的

薬物関連精神障害の臨床では、その様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法（以下、麻向法）にもとづく届出義務、入院治療中の違法薬物の持ち込みや自己使用、通院治療過程における尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者への対応など、医療者に十分な薬事関連法に対する知識と理解が求められる場面が多い。

そこには、犯罪を告発する義務と守秘義務を遵守して治療を提供する立場との相克があり、さらにいえば、同じ薬物関連精神障害でも、主に薬物中毒性精神病を非自発的入院で治療する場合と、薬物使用障害を自発的入院という形態で治療する場合とでは、対応が異なる可能性もあろう。

いずれにしても、前年度の妹尾らの分担研究報告〔文献（1）〕において明らかにされているとおり、こうした法律に関する知識・理解は、必ずしも医療従事者に広く知られているとはいえない現状にある。かりに関連する法律を知っている場合でも、実際に

法で定められた事項と実際の臨床現場における運用にはいくつかの点で乖離が見られ、それが医療者側の不満となっていることも少なくない。

また薬物関連精神障害の臨床では、医療者は患者からの暴力・脅迫などの触法行為に相当する場面に曝されることも多く、このことが、一般精神科医療機関において薬物関連障害の患者が回避される理由の一部となっているようにも思われる。医療者は、そのような事態への対応に際して、薬事関連法以外の法律についても理解しておく必要があるがこうした問題行動への対応を担保する法的問題については、これまであまり扱われてこなかった。

本研究では、このように薬物関連精神障害の臨床で想定される、様々な場面における司法的問題を明らかにし、現状の法制度における薬物関連精神障害臨床の司法的対応ガイドラインともいべきものを作成することを目的としている。最終的にはこの研究成果が、一般の精神科医療従事者が抱える、薬物関連精神障害に対する抵抗感を多少とも減じることに寄与することを期待している。

B. 研究方法

本研究は、2年間の研究期間のなかで、以下に述べる5つの段階にもとづいて進めることを予定している。

- ① わが国の公的な薬物依存専門機関の臨床医を招聘して会議を開催し、薬物関連精神障害の臨床において司法的な問題が考慮される局面、ならびにそれらの局面への対応のあり方について、エキスパート・コンセンサスを整理する。
- ② 上記①で得られた意見にもとづき、全国調査に使用するアンケートを作成する。
- ③ 全国の精神科医療機関を対象としたアンケート調査により、わが国の精神科医療従事者が薬物関連法の理解と運用の実態を明らかにし、薬物関連精神障害の臨床において、司法的な判断に苦慮する場面について明らかにする。
- ④ 上記①で得られた意見にもとづき、法学を専門とする研究協力者とともに、薬物関連精神障害の臨床において見られる司法的問題について、現行法制度における考え方の整理を行う。
- ⑤ 上記③によって得られた実態と上記④によっ

て得られた知見を統合し、現状の薬物関連精神障害の臨床において現実的な治療の指針を作成する。

初年度である今年度は、上記の5つの段階のうち、②の段階まで進めこととした。具体的には、わが国における代表的な薬物依存専門医療機関である、独立行政法人国立病院機構下総精神医療センターおよび肥前精神医療センター、東京都立松沢病院、埼玉県立精神医療センター、神奈川県立精神医療センターせりがや病院において、薬物使用障害の臨床に従事している臨床医を研究協力者として招聘し、2回の研究班会議を開催した。そしてその会議における各研究協力者の発言をふまえて、アンケートを作成するとともに、法学を専門とする研究協力者によって司法的な立場からの意見をj得るという手続を行った。

C. 結果

薬物関連精神障害臨床において司法的問題が考慮される局面として、以下のような局面が列挙された。

1) 通院治療における問題点

- | |
|----------------------------------|
| (1) 24 条通報などの警察経由の受診に際しての事前採尿の問題 |
| (2) 通院患者に関する捜査情報照会への対応 |
| (3) 通院患者に対する尿検査の実施とその取り扱い |
| (4) 麻向法にもとづく規制薬物中毒者の届出に関する問題 |
| (5) 医療スタッフに対する威嚇・脅迫・暴力 |
| (6) 外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買 |

(1) 24 条通報などの警察経由の受診に際しての事前採尿の問題

- ・ 警察に事前採尿依頼をすべきではない。
- ・ 事前採尿実施の確認・提案はするが、実施については警察にゆだねる。
- ・ 入院治療後の情報を関連機関（保健所・警察）にフィードバックすることを通じて、今後の措置通報のあり方を検討する際に考慮してもらう。

事前採尿に関する研究協力者の意見は、概ね「その一定の治療的意義はあり、あらかじめ医療機関・保健所・警察とのあいだで何らかのガイドラインを策定しておく必要があるとは思われるが、診察を引き受ける条件として医療機関から強く要請すべきことではないであろう」というものであった。

(2) 通院患者に関する捜査情報照会への対応

- ・ 患者本人の同意書があることが必須条件であり、原則として文書で照会を受け、文書にて事実のみを回答する。
- ・ 緊急性の高い場合には口頭での回答もやむを得ない。
- ・ 口頭での回答は安易である。回答に際しての発言は、本人の不利になる可能性があり、慎重でありたい。

捜査情報照会のあり方については、各研究協力者は、本人の同意があること、ならびに文書での回答を原則とすることで一致していた。

(3) 通院患者に対する尿検査の実施とその取り扱い

- ・ 診断・治療目的で使用することはあり、その結果が陽性の場合に警察に通報することはなく、自首を強要することもない（本人・家族にゆだねる）。
- ・ 自首を勧めることはないが、その可能性も含めて患者と今後の治療のあり方について話しあい、治療の仕切り直しをする（頻回の通院、ダルク参加、麻薬取締官の相談指導の併用など）。
- ・ 尿検査の結果を通報することはないが、捜査情報照会依頼があれば、文書でその結果に言及する場合がある。
- ・ 警察官が同伴してきた場合には、診察終了後に診断名を伝えることがある。

いずれの施設でも、尿検査を診断・治療の目的で用いており、その結果にもとづいて通報したり、患者に自首を強く勧めたりすることはないという点で一致していた。しかし捜査情報照会での回答のなかで言及したり、警察官立ち会ひの診察において患者の診断名を隠すことはしないという意見もあった。

(4) 麻向法にもとづく規制薬物中毒者の届出に関する問題

- ・ 麻向法の通報対象薬物乱用者の場合には、精神依存が明らかとなって依存症の診断が確定し

た時点で、治療的な見地から積極的に通報する。

- ・ ヘロインなどの依存性の強い薬物の乱用者についてはただちに通報して措置入院で治療を行うが、大麻や MDMA にまず治療を行い、経過をみながら個別的に判断する。

- ・ 通報しない。（理由：実情にあっていない。基準が明確でない）

麻向法の届出については、研究協力者間でも一致しておらず、薬物依存の専門家のなかでも、麻向法の運用の実態にはばらつきがあることがうかがわれた。

(5) 医療スタッフへの威嚇・脅迫・暴力

- ・ 社会内において通報すべき行為であれば、病院内においても警察に通報すべきである。
- ・ 院内居座り、診療妨害、夜間敷地内侵入をし、かつ指示に従わなければ、通報する。
- ・ 威嚇・脅迫の場合には、理由を聴取した上で個別的に検討する。

施設の多くが、患者の逸脱的行為に対しても、社会内における場合と同様の責任を求めている。

(6) 外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買

- ・ 明らかな場面・証拠を発見次第、警察に通報する。
- ・ 規制薬物の授受をした者は、病院への出入りを禁止する。
- ・ 規制薬物の授受・売買が疑われるが、証拠がない場合には、警告・注意にとどめる。

いずれの施設でも、明らかな証拠があれば、警察に通報し、薬事法関連犯罪としての対処をしていた。しかし多くは、明らかな証拠はなく、あくまでも患者間での噂にとどまっており、水面下で外来エリアの薬物汚染が広がってしまう可能性もあった。そうしたなかで、外来エリアをドラッグ・フリーに保つためには、通院治療において定期的に尿検査を実施することが有効であるという意見があった。

なお、規制薬物の授受・売買をした者を、病院への出入り禁止とすることについては、医師の応召義務との関連で検討を要する問題と考えられた。

2) 入院治療における問題点

- | |
|------------------------|
| (1) 院内における薬物関連犯罪（規制薬物の |
|------------------------|

使用・所持・譲渡・売買)

- (2) 外出・外泊中の規制薬物の自己使用
- (3) 院内における薬物関連犯罪以外の犯罪行為(暴力犯罪・財産犯罪など)
- (4) 院内規則違反・迷惑行為への対応とその際の医療施設の責任
- (5) 強制採尿への協力
- (6) 覚せい剤陽性反応者の退院時連絡(「いわゆる門前逮捕」の場合)
- (7) 入院患者に対する警察の事情聴取
- (8) 退院患者の「お礼参り」への対応

(1) 院内における薬物関連犯罪(規制薬物の使用・所持・譲渡・売買)

- ・ 規制薬物に限らず、アルコールを含めた一切の依存性物質の意図的な持ち込みは、強制退院とする。
- ・ 持ち込み患者がただちに再入院することは認めない。通院も含めて禁止とするか、一定期間後の再入院を認めるかについては、個別的に主治医が判断する。
- ・ 持ち込み患者に関して病院から通報する。
- ・ 病院が通報するか、患者の保護者が通報するかは、主治医が個別的に判断する。
- ・ 院内で薬物を発見した場合には、警察に通報する。
- ・ 院内で薬物を発見したときには、患者を集めて緊急ミーティングをする。

いずれの薬物依存専門治療施設においても、施設内での薬事関連法に抵触する行為は、その者の入院治療を中止する理由となっていたが、そうした行為を警察に通報するかどうかについては、意見が分かれた。

(2) 外出・外泊中における規制薬物の自己使用

- ・ 外出・外泊中における規制薬物の使用は、アルコールのスリッパに準じた対応とし、再度治療を継続するチャンスを与える
- ・ 外出・外泊中における規制薬物使用は、強制退院である。

入院中の施設外における規制薬物の自己使用については、対応は2つに別れた。1つは、「スリッパ」と見なし、治療動機を深める好機とする考えであり、もう1つは施設内の使用と同様、入院治療を中止する根拠とする考えであった。

(3) 院内における薬物関連犯罪以外の犯罪行為(暴力犯罪・財産犯罪など)

- ・ 社会内で行われて通報すべき行為であれば、病院内でも警察に通報すべきである。
- ・ 暴力に関する通報は、被害者が被害届を出した場合である。
- ・ 任意入院患者の暴力は強制退院とするが、非自発的入院患者の場合には、個別的に判断する。
- ・ 暴力は3日程度の隔離をする(非自発的入院を中心とする施設)。
- ・ 暴力は患者自治会の規定に従って対応する。
- ・ 窃盗は退院とする。通報に関しては被害者の意向による。

任意入院による治療契約にもとづく入院治療という形態を採用する施設では、暴力をはじめとする犯罪行為は強制退院の理由となっていた。一方、医療保護入院などのような非自発的入院によって薬物使用障害の治療を行っている施設では、暴力行為は薬物渴望によるものと理解され、必ずしも退院の理由とはなっていなかった。

(4) 院内規則違反・迷惑行為への対応とその際の医療施設の責任

- ・ 無断離院は原則としてそのまま退院である。
- ・ 無断離院は、入院継続の意思がなければ退院である。
- ・ 無断離院の場合、外泊扱いとして4日間は帰院を待ち、戻ってくれば入院継続、戻ってこなければ退院とする。
- ・ 無断離院後、数時間経過しても居場所が不明な場合には、保護者に捜索願を出すように要請する。
- ・ 無断離院は原則として退院であるが、1週間の行動制限からやり直せば入院を継続できるチャンスもある。
- ・ 治療意欲がみられない、プログラムに参加しない、病棟規則違反をくりかえすなどが見られる場合には、退院とすることがある。
- ・ 異性問題は、軽微なうちは注意にとどめるが、あからさまな場合には強制退院とする。

任意入院によって薬物使用障害の治療を行っている施設では、無断離院は原則として退院としている施設が多かったが、そのなかでも条件をつけて治療を継続する機会を与えるかどうか、さらには無断離

院者の居場所が不明な場合に、病院から保護願を出すか、家族に捜索願を出させるかなどの点で、若干の相違がみられた。

また任意入院によって薬物使用障害の治療を行っている施設では、治療意欲がみられなかったり、病棟規則違反がくりかえされたりすることを理由として、強制退院とする場合もあった。しかし、もしも患者が退院を拒んだ場合、医師の応召義務との関係でどのように解釈されるかを確認する必要があると思われた。

(5) 強制採尿への協力の可否

- ・ 礼状・依頼があれば、消極的に協力する。
- ・ 積極的にこちらから強制採尿を要請することはない。

強制採尿については、いずれの施設でも要請があればそれに応じて協力していた。しかし、施設側から警察に、裁判所から強制採尿の礼状を得ることを提言するというような積極的に働きかけるという施設はなかった。

(6) 覚せい剤陽性反応者の退院時連絡(「いわゆる門前逮捕」の場合)

- ・ 警察からの教えて欲しいとの要請があれば、退院日を伝える。
- ・ 退院日については積極的に警察に連絡している
- ・ 退院後の「門前逮捕」について患者本人に事前に明確に知らせる。
- ・ 退院後の「門前逮捕」について患者本人には当日に暗に伝える。

いずれの施設でも、原則として警察からの「退院日を教えてほしい」という要請には協力する姿勢を示す場合が多かった。しかし警察からの要請があったことをどのようにして患者本人に伝えるかという点については、若干の相違がみられた。

(7) 入院患者に対する警察の事情聴取

- ・ 積極的・全面的に協力する。
- ・ 本人の同意を得て外来エリアで行うことを願う。

いずれの施設でも、警察の捜査には協力するという姿勢は共通していたが、そうしたなかでも、「患者本人の同意があること」を重視し、他の入院患者には知られないように、外来エリアで実施するように配慮するという意見があった。

(8) 退院患者の「お礼参り」への対応

- ・ 速やかに警察に通報する。
- ・ 「お礼参り」の脅しに対しては、警察にパトロールの強化を要請する、何かあった場合の対応について警察に事前に申し入れをしておく、夜間の施設などの管理を強化するなどの対策をとっている。

各施設とも、このような事態を経験しており、現在も「お礼参りに来る」ことを仄めかして脅す患者がおり、警戒した態勢をとっていると述べる施設もみられた。いずれにしても、緊急時に速やかに警察を要請するという点では一致していた。

3) 全国調査アンケート

巻末に付した調査票を作成した。

4) 法学的見解(研究協力者: 柑本美和による)

上述した1)、2)のような薬物依存臨床の専門家の見解をもとに、法学を専門とする研究協力者に、法学的見地からの一般的な見解を求めた。その現時点での検討結果を以下に示す。

(1) 覚せい剤自己使用と捜査・通報

質問①: 措置診察と事前採尿依頼の問題。薬物の自己使用が疑われる患者について、警察が24条通報前に採尿検査を行っていない場合、措置診察を行った医師は、警察に対して、診察前に採尿を依頼する必要があるか?

回答:

- ・ 覚せい剤中毒者で直近の自己使用が疑われる場合であっても、医師には、警察に対して採尿を依頼する法的必要性はないし、義務もない。しかし、司法警察に協力するという観点から、警察に依頼を行うことにも問題はない。

質問②: 通院患者に対して医療機関で尿検査を行い、その結果、陽性となった場合、警察に通報する必要があるのか?

回答:

- ・ 通報するかどうかの判断は、医師の裁量と言える。したがって、通報すべき義務はないと思われる。これは、採尿の結果によるのではなく、患者自身が、自分で自己使用を医師に告白した場合も同様である。
- ・ 最高裁平成17年7月19日決定は、医師が患者に

対して必要な治療を行なう過程で、患者が違法薬物を使用していることを知った場合、それを警察官に通報しても、医師の守秘義務に違反する違法な行為ではないと判示している。ただ、この場合でも、医師に通報義務は認めておらず、通報するか否かは、あくまでも医師の裁量によることになる。

質問③: 通院患者について、警察から依頼され採尿した結果、陽性と判明したが、警察からの捜査関係事項照会（刑訴法 197 条 2 項）に、そのことを回答する義務はあるか？

回答:

・警察からの照会に対しては、報告すべき義務を負うが、強制する方法がないので、答えなくても制裁は行なわれない。そして、警察との間で、「陽性となったらお教えしますよ」との約束をしていたとしても、言わなくても問題ないと思われる。このように回答しなかった場合、それでも、捜査上の必要があるなら、カルテなどの提出命令、搜索・差押令状が出されることになるが、その場合でも医師には押収拒絶権がある。

・なお、警察からの捜査関係事項照会（179 条 2 項）については、「文書によるべし」との明文の規定がないため、口頭での照会も行なわれる。そして、警察から捜査関係事項照会書が届いた場合には、医師の側も、警察からの正式な要請と受け止めて真摯に答えようとする、他方、電話などによる口頭の問い合わせでは不安というのは理解できるところである。参考までに、事件事務規程（法務省訓令）第 11 条では、「検察官又は検察事務官が刑訴法 197 条第 2 項の規定によってする照会は、他に特別の定めのある場合を除き、捜査関係事項照会書（様式第 20 号）による」として、文書による問い合わせを原則としている。

・法律的には、口頭・文書いずれの方法であっても、刑訴法 197 条 2 項に基づく照会であれば、回答を行なっても守秘義務違反、個人情報保護法違反にはあたらないと思われる。しかし、例えば、聞かれていないことまで漫然と回答したような場合には、法令に基づく照会への回答であっても、患者から民事訴訟を提起される可能性があることに留意すべきである（最判昭和 56 年 4 月 14 日民集 35 巻 3 号 620 頁）。

質問④: 入院患者に対する強制採尿への協力のあり方について

回答:

・被疑者について、裁判所の搜索差押許可状（強制採尿令状）があれば、医師による医学的に相当と認められる方法によって強制採尿は実施される（昭和 55 年 10 月 23 日最高裁決定）。

・この場合、医師が、強制採尿に協力するか否かは医師の裁量といえ、医師には協力を断る自由がある。すなわち、協力すべき法的義務はない。ただ、採尿を妨害してはならないであろう。しかしこの場合には、入院患者に対してすでに令状が出ている状況であるために、医師が患者の犯罪情報を通報するような場合には当たらない。したがって、できれば、司法警察に協力することが望ましいと思われる。

・なお医師から警察への採尿依頼についても、医師の裁量による。

質問⑤: 捜査機関に対する入院患者の退院日等に関する情報提供について

回答:

・このような情報について、医師には捜査機関に対する情報提供義務はないと考える。

・また警察から捜査照会があった場合であっても、情報提供しなくても違法ではないと思われる。基本的には、医師の裁量によるので、積極的に回答すること、しないことのどちらが正しいとは言えない事柄である。

・ただ、もし回答しなかった場合、それでも捜査の必要があれば、診療録等の提出命令、搜索差押令状が出されることになる。

(2) 麻向法関係

質問①: 麻薬自己使用と届出義務

回答:

・麻向法 58 条の 2 第 1 項は、医師が「麻薬中毒者である」と診断した時は、速やかに都道府県知事に届け出なければならないとしている。ここで、「疑わしい者」についての通報義務が設けられていないのは、医師であれば麻薬中毒者であるかどうかの診断が可能と判断されたためである。医師が麻薬中毒者と診断した時点で届出義務が生じるため、客観的には麻薬中毒者でなくとも麻薬中毒者と診断した時には、届け出なければならないといえる。本条に通報の

基準が定められていないのは、そうした理由によるものと思われる。なお麻薬中毒であるか否かの診断を行う際には、麻薬取締法施行令第 11 条・12 条を参考にすべきと思われる。

・麻向法 58 条の 2 第 1 項の届出には、罰則が規定されていることに注意すべきである。速やかに届け出なかった医師は、麻向法 58 条の 2 第 1 項違反として、6 月以下の懲役若しくは 20 万円以下の罰金に処されるか、これらを併科される（麻向法 71 条）。

(3) 外来通院患者の問題行動

質問①: 外来待合室での規制薬物の使用、所持、売買等への対応について

回答:

・通報するかしないかは、病院の判断によるが、それらの行為は「犯罪」であることに疑いはない。これは、診察室内で告白された治療関係において重要な事柄というよりも、むしろ公共性の高い事柄といえる。すなわち、公園のベンチで隣に座った人間が違法薬物を所持していたり、売買しているのを目撃した場合と何ら異ならないと思われる。

質問②: 外来患者の暴力行為への対応について

回答:

・通報するかしないかは、病院・被害者の判断による。

・被害者が望まない場合であっても、病院が通報することに問題はないし、反対に、もちろん通報する義務はない。通報は、被害者が訴追を望むか否かと別の問題である。

(4) 入院患者の問題行動

質問①: 薬物関連行為（規制薬物の自己使用、所持、譲渡・授受、売買）への対応について

回答:

・通報するか否かは医師の裁量といえる。

・ただし、通報するか否かはともかく、これらの問題をもって強制退院とした場合の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で別の検討が必要となる。

質問②: 薬物の関連しない行為（暴力行為、脅迫、窃盗）への対応について

回答:

・患者の病状と関係ない行為ならば、刑罰法令に触れる行為をした場合には、警察に通報すべきであるとする。

・ただし、強制退院の問題については、上記①の問題と同様、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で別の検討が必要となる。

質問③: 無断離院への対応について

回答:

・自傷他害のおそれのある入院患者（入院形態を問わず）が無断離院した場合には、所轄の警察署長に通知し、その探索を求める義務がある。そして警察に対して探索請求を行わず、離院中の患者が他害事故を起こせば、不法行為責任の可能性も生ずる（武蔵野病院事件 東京地判平 10・3・20 判時 1669 号 85 頁）。

・では、医療保護・任意入院の患者の場合、自傷他害のおそれなければ、無断離院＝退院としてしまってもいいのかという問題がある。患者が家に帰ったなど先行がはっきりしている場合は別として、そうでなければ、病院は警察へ探索依頼を行うべきではないかと考える。一度入院患者として引き受けた以上、途中で放り出さずに面倒を見るべきだというのが、法律関係者の一般的な見解である。

・患者に自傷他害のおそれがない場合、警察に探索依頼を行わなくても違法ではないが、武蔵野病院事件における、裁判所の「自傷他害のおそれ」の認定はかなり厳しいものであった。したがって他害事件がおきた場合、民事訴訟で敗訴する可能性が十分ある点に注意すべきである。

質問④: 「お礼参り」への対応について

回答:

・相手が元患者であるか否かに関係なく、犯罪に相当する行為があれば、警察に通報すべきである。

D. まとめと考察

薬物関連精神障害における司法的問題に関する研究といえば、精神科救急の臨床現場からの「事前採尿」に関する問題がその中核を占めていた感がある[文献 (2), (3)]。すなわち、これは、警察官通報にもとづく、覚せい剤誘発性精神病性障害の患者の診察を引き受ける条件として、警察に事前採尿を要求

し、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者は、中毒性精神病症状消退により退院となると同時に、覚せい剤取締法による逮捕とすることを求めるべきであるとするものである。こうした主張の背景には、計見のいう「病気は医療へ、犯罪は司法へ」〔文献(3)〕というモットーに典型的にみられる考えがある。この主張は、要するに、覚せい剤誘発性精神病性障害は医療の問題であるが、覚せい剤使用障害(依存もしくは乱用)は医療ではなく司法の問題、いはいえれば、精神医学的障害ではなく犯罪であるという視点ともいえる。言うまでもなく、これは、薬物関連精神障害の臨床における今日的な視点とはいえない。

本研究では、従来は薬物誘発性精神障害を中心に考えられてきた司法的問題を、薬物使用障害まで広げて、薬物関連精神障害の臨床全般を包含する形で取り上げることが目標としている。そのためには、薬物使用障害の臨床現場で起こる様々な司法的な問題が研究の対象として俎上に挙げられなければならない。というのも、薬物関連精神障害に対する医療サービスに要する時間を考えると、治療の全経過における薬物誘発性精神病性障害の治療に費やされる時間は、多くの場合、治療導入の最初のごく一部にすぎず、大半は薬物使用障害に費やされるからである。

そのような視点から、本研究においては、全国調査に先立つ基礎的な議論およびアンケート作成の過程で、わが国の代表的な薬物依存専門医療機関に勤務する臨床医の協力を求めた。そうした議論から明らかにされたことは、薬物使用障害を専門とする臨床医が、患者の規制薬物の自己使用を司法的な対応につなげることに、必ずしも積極的ではないということであった。そうした傾向は、警察官に伴われた救急診察に際して、診察を行う条件として事前採尿を強く求めないという点だけでなく、通院患者の薬物使用や入院患者の外泊・外泊中の薬物使用に際しての対応、さらには麻向法にもとづく通報の実態にもあらわれていた。こうした傾向の背景には、薬物の使ってしまうことこそがまさに依存症の依存症たるゆえんであるという認識があるのかもしれない。事実、自己使用を治療者に告白するという行為そのもののなかに変化を求める気持ちが存在し、実際に、再使用の直後が治療的関与を深める最も良い機会であることは、薬物使用障害の援助においては常識と

なっている。しかしこれらの問題は、当然ながら、犯罪の告発義務と治療関係における守秘義務の相克を引き起こし、臨床現場において混乱を引き起こす可能性が高い。とりわけこの問題に関しては、医師の裁量権が大幅に認められている点も、一般の精神科医療機関において薬物関連精神障害の患者が忌避される理由の一因となっている可能性がある。この問題については、その臨床の現場が、薬物誘発性精神病性障害を主たる治療対象としているのか、それとも薬物使用障害を主たる治療対象としているのかで、対応の指針は異なってくると考えられる。

今年度の研究から明らかにされた、もう一つの重要な点は、薬物使用障害の通院・入院による治療においては、薬物関連法以外の点でも、司法的な問題についても議論が必要であるということである。これには、他患者や医療スタッフに対する暴力・脅迫をはじめとした、薬物関連法以外の法令に抵触する様々な触法行為への対応が挙げられる。あるいは、必ずしも法令には抵触しない迷惑行為や逸脱行為、さらにはこうした行為によって治療環境が破壊されることを回避するために行われる、強制退院や通院中止の指示に関する問題も、医師の応召義務との関連で司法的な問題を生じる可能性がある。また無断離院に際しての対応も、医療機関の責任という点で司法的な問題を惹起する可能性があることが明らかにされた。

いずれの対応も、治療的な判断としてなされている側面があり、治療開始時の契約にもとづいたものではあり、同時に、薬物使用障害の治療そのものが、患者本人の主体的な治療意欲に依拠した「自己決定、自己責任」を前提としているということが、この契約を担保する理由となっている。しかしこれらの問題にも、法的な観点から全く疑義を差し挟む余地がないわけではない。そしてそのことが、一般の精神科医療機関における薬物関連精神障害の患者への心理的抵抗感に影響を与えている可能性がある。したがって、これらの治療過程における困難な問題にどのような対応するかについても、法的に問題がない指針が求められるところであろう。

本研究の最終的な目的は、一般の精神科医療機関において薬物関連精神障害に対する抵抗感を多少とも減弱させ、少しでも多くの薬物関連精神障害の患者が精神医療サービスを受けることができるようになることである。そのために、来年度は、(1) 全国

調査にもとづく薬物関連精神障害の臨床における司法的問題への対応の実態をふまえ、最終的に、(2) 法学者の協力を得て、薬物関連精神障害における司法的問題への対応に関する指針を示すことができればと考えている。

E. 研究発表 なし。

F. 引用文献

- (1) 妹尾栄一、近藤あゆみ、麻生克郎、梅野 充、黒川達也、小沼杏坪、中村真一、成瀬暢也、松本俊彦、和田 清：規制薬物乱用者に対する医療機関の法的対応に関する研究。平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）「薬物乱用・依存等の実態とその社会的影響・対策に関する研究（主任 和田 清）」分担研究書、177-195, 2006

- (2) 計見一雄：改訂版 精神科救急ハンドブック、新興医学出版社、東京、2005
- (3) 武井 満：精神科救急と触法問題——医療対応か司法対応か——。飛鳥井望、分島 徹編 精神科救急医療、pp203-214、金剛出版、東京、1998

薬物関連障害の臨床における司法的な諸問題に関するアンケート

貴施設名: _____

回答者名: _____

回答者の役職: _____

該当する解答の番号に○をつけてください。

I. 最初にうかがいます

(1) 他施設から薬物関連障害の患者様が紹介され、貴施設に受診した場合をご想像下さい。このような場合、貴施設では、空床がないという病棟運用の問題以外の理由から、そうした薬物関連障害の患者様の通院もしくは入院治療を断ることはありますか。あるとすれば、それはどのような理由からでしょうか。以下の自由記載欄にお書き下さい。

1. ない

2. ある (その理由を以下の枠内にお書きください。

II. 薬物関連障害の通院および入院治療に共通した質問です。

(2) 貴施設では、昨年度1年間、薬物関連障害 (急性薬物中毒性精神病、慢性薬物中毒性精神病、薬物使用障害など) の患者様に対して、「通院」もしくは「入院」治療を行いましたか?

行わない

1. 通院治療のみ行った

2. 入院治療のみ行った

3. 通院・入院いずれも行った

以下、上記の質問で、「通院もしくは入院治療を行った」とご回答いただいた施設に、質問させていただきます。

(3) 24 条通報もしくは警察官の依頼によって、貴施設に、薬物関連障害の患者様に対する診察の依頼があった場合をご想像ください。

貴施設では、事前採尿による覚せい剤検査について、以下のうち、いずれの対応をとることを原則としていますか? 1つだけお選びください。

1. 警察に事前採尿の実施を強く要請する

2. 事前採尿実施の確認・提案はするが、実施については警察官にゆだねる

3. 事前採尿実施に関する提案はしない

4. その他 ()

(4) 麻薬および向精神薬取締法による届け出対象薬物 (ヘロイン、LSD、MDMA、コカイン、大麻など) の用いており、DSM-IV における「乱用」もしくは「依存」の基準を満たす患者様を診察し

た場合のことをご想像ください。そのような患者様の届け出について、以下のいずれの対応を原則としていますか? 1つだけお選びください。

1. ただちに都道府県業務課に届け出をする

2. ヘロインなどの狭義の麻薬に相当する依存性の強い薬物に関してはただちに届け出を行うが、その他の薬物についてはひとまず治療を行い、その治療経過をみてから届け出の是非を検討する

3. ヘロインなどの狭義の麻薬に相当する依存性の強い薬物に関してはただちに届け出を行うが、その他の薬物については原則として通報しない

4. いずれの対象薬物に関してもひとまずは治療を行い、その治療経過をみてから届け出の是非を検討する

5. 原則としていっさい通報しない

6. その他 ()

(5) 貴施設に、通院もしくは入院中の薬物関連障害の患者様について、警察から捜査情報照会依頼において、診断名、ならびに最近の薬物使用状況を含む病状に関する診療情報の提供 (この場合、患者様の身元確認のための住所・保護者などに関する情報は除きます) を要請された場合、以下のいずれの対応をとることを原則としていますか? 1つだけお選びください。

1. 患者様本人の同意書がなくとも回答し、回答に際しては、緊急性が高ければ口頭でも行うことがある

2. 患者様本人の同意書がなくとも回答し、回答に際しては、つねに文書をもって行う

3. 患者様本人の同意書があることが必須であり、回答に際しては、緊急性が高ければ口頭でも行うことがある

4. 患者様本人の同意書があることが必須であり、回答に際しては、つねに文書をもって行う

5. その他 ()

(6) 外来に受診する薬物関連障害の患者様が、医療スタッフに対して、威嚇的・脅迫的な態度をとり、スタッフの注意にも関わらず、行動を改善してくれない場合、貴施設では、以下のいかなる対応をとりますか? 1つだけお選びください。

1. 社会内で行われれば通報に相当する行為であると判断した場合には、つねに警察に通報する

2. 社会内で行われれば通報に相当する行為であり、かつ精神症状の影響によらない行動であると判断した場合には、警察に通報する

3. 原則として警察には通報しない

4. その他 ()

(7) 貴施設では、外来に受診する薬物関連障害の患者様が、院内での迷惑行動 (院内に居座って帰らない、夜間敷地内侵入など) をとり、スタッフの注意にも関わらず、行動を改善してくれない場合には、以下のいかなる対応をとりますか? 1つだけお選びください。

1. 社会内で行われれば通報に相当する行為であると判断した場合には、いかなる場合でも警察に通報する

2. 社会内で行われれば通報に相当する行為であり、かつ精神症状の影響によらない行動であると判断した場合には、警察に通報する

3. 原則として警察には通報しない

4. その他 ()

(8) 貴施設では、問題行動・迷惑行動をくりかえす薬物関連障害の患者様に対して、通院すること

自体をお断りすることはありますか？

1. ありえる
2. ありえない

(9) 上記の質問で「ありえる」とお答えいただいた施設に質問します。どのような場合に薬物関連障害の患者様の通院をお断りするとお考えですか？ 以下の欄に自由にお書き下さい。

(10) 貴施設では、外来に受診する薬物関連障害の患者様に対して、診断・治療の目的から、覚せい剤に関する尿検査を実施しますか？

1. はい
2. いいえ

(11) 質問 (10) において「はい」とお答えいただいた施設に質問させていただきます。尿検査で覚せい剤反応が「陽性」と出た場合、貴施設では原則として以下のいずれの対応をとりますか？ 1つだけお選びください。

1. 直接、警察に通報する
2. 家族などに伝えて、家族に通報してもらう
3. 本人に自首を勧めるが、通報はしない
4. 通報や自首の勧告などはしない
5. その他 ()

(12) 質問 (11) で、「本人に自首を勧めるが、通報はしない」「通報や自首の勧告などはしない」とお答えいただいた施設に質問させていただきます。

尿検査で陽性となった患者様について、警察から捜査情報照会依頼があった場合、原則として回答のなかでその尿検査の結果に言及しますか？ 1つだけお選びください。

1. 言及する
2. 言及しない

III. 薬物関連障害の入院治療全般に関する質問です。

(13) 貴施設では、昨年度1年間に、薬物関連障害（急性薬物中毒性精神病、慢性薬物中毒性精神病、薬物使用障害など）の患者様に対して、何らかの入院治療を行いましたか？

1. 行わない
2. 行った

以下の質問は、上記の質問で「行った」とお答えいただいた施設に対するものです。該当する施設のみお答え下さい。

(14) 警察から依頼される、薬物関連障害の患者様への「強制採尿への協力要請」について、貴施設としてのお考えは、原則として以下のいずれに該当しますか？ 1つだけお選び下さい。

1. 積極的に強制採尿を要請し、採尿処置についても協力する
2. 積極的に強制採尿を要請するが、採尿処置については自施設では協力しない（他医療機関での

処置をお願いする）

3. 強制採尿を要請することはないが、礼状があれば、採尿処置についても協力する
4. 強制採尿を要請することはないが、礼状があっても、採尿処置についても自施設では協力しない（他医療機関での処置をお願いする）
5. 自施設入院中の患者様に対する強制採尿については、いっさいお断りする
6. その他 ()

(15) 入院前の尿検査の結果、覚せい剤反応陽性となった入院患者様の退院日が決定した場合をご想像下さい。その退院日について警察に伝えるか否かについて、貴施設としての原則的としての考えは、以下のいずれに該当しますか？ 1つだけお選び下さい。

1. 積極的に警察に連絡し、退院日を伝える
2. 積極的に警察に連絡することはないが、警察から要請があれば、退院日を伝える
3. 警察から要請があっても、退院日は伝えない
4. その他 ()

(16) 入院前の尿検査にて覚せい剤反応陽性となったことから、退院直後に「門前逮捕」（病院退院日に警察が病院の玄関付近で待機し、その場ですみやかに逮捕すること）となることが予想される患者様がいます場合をご想像下さい。その患者様に「門前逮捕」の可能性の伝え方に関する貴施設のお考えは、以下のいずれに該当しますか？ 1つだけお選び下さい。

1. 「門前逮捕」の可能性について、事前に患者様本人にはっきりと伝える
2. 「門前逮捕」の可能性について、事前に患者様本人に暗に伝える
3. 「門前逮捕」の可能性について、退院日当日に患者様本人にはっきりと伝える
4. 「門前逮捕」の可能性について、退院日当日に患者様本人に暗に伝える
5. 「門前逮捕」の可能性について、患者様本人にはいっさい伝えない
6. その他 ()

(17) 薬物関連障害で入院している患者様について、警察から、薬物関連犯罪以外の事件に関して、事情聴取をしたいという要請があった場合をご想像下さい。そのような場合、貴施設では、原則として、以下のいずれの対応をとるべきとお考えでしょうか？ 1つだけお選び下さい。

1. 積極的に協力する
2. いくつかの条件を提示して（例：病棟内ではなく、外来エリアで実施、短時間のみ実施、病状安定後に実施など）、消極的に協力する
3. 入院治療における事情聴取の実施についてはいっさいお断りする
4. その他 ()

(18) 貴施設を退院し、現在は貴施設に通院している薬物関連障害の患者様が、入院治療中のスタッフの対応に恨みを抱き、診察を受ける目的からではなく、いわゆる「お礼参り」を目的として病院にやってきた場合を想定してください。そのような場合、貴施設ではどのような対応を原則としていますか？ 以下のいずれか1つをお選び下さい。

1. 多少とも危険を感じた時点で早めに警察に通報する
2. 深刻な事態を生じれば、その時点で警察に通報する
3. あくまでも通院患者であるという認識から、できるかぎり警察に頼らずに対応する
4. その他 ()

(19) 貴施設では、昨年度1年間に、退院した薬物関連障害の患者様から、いわゆる「お礼参り」な

どの迷惑行為やその脅しを受けましたか？ 以下のいずれか1つをお選び下さい。

1. 実際に「お礼参り」をされた
2. 実際に「お礼参り」をされることはなかったが、その脅しを受けた
3. 「お礼参り」やその脅しはなかった

(20) 退院した患者様の、いわゆる「お礼参り」による事故を防ぐために、貴施設で心がけていることや対策・工夫について何かありましたら、お教えいただければ幸いです。以下の欄に自由に書き下さい。

IV. 薬物関連障害のうち、薬物使用障害（薬物乱用・依存）の入院治療に関する質問です。

(21) 貴施設では、昨年度1年間に、薬物関連障害（急性薬物中毒性精神病、慢性薬物中毒性精神病、薬物使用障害など）の患者様に対して、薬物使用障害（薬物乱用・依存）の治療を目的とする「入院」治療を行いましたか？

1. 行わない
2. 行った

(22) 以下の質問は、上記の質問にて、「行った」とお答えいただいた施設に対するものです。該当する施設のみお答え下さい。

貴施設では、原則として、薬物使用障害の入院治療は、自発的入院（任意入院）、もしくは非自発的入院（医療保護・措置入院）のいずれの形式で行っていますか？

1. 自発的入院（任意入院）
2. 非自発的入院（医療保護・措置入院）

(23) 薬物使用障害（薬物乱用・依存）の治療を目的として入院している患者様が、意図的に病院内に違法薬物を持ち込んだ場合（所持）には、原則として以下のいずれの方法で対処しますか？ 1つだけお選び下さい。

1. 入院を継続し、かつ、施設から警察に通報する
2. 入院を継続し、かつ、施設からは警察に通報しない
3. 入院継続および通報については、状況に応じて個別に検討する
4. 強制退院とし、かつ、施設から警察に通報する
5. 強制退院とし、かつ、施設からは警察に通報しない
6. その他（ ）

(24) 薬物使用障害（薬物乱用・依存）の治療を目的として入院している患者様が、意図的に病院内に違法薬物を持ち込み、他患者に譲渡・売買などをした場合には、原則として以下のいずれの方法で対処しますか？ 1つだけお選び下さい。

1. 入院を継続し、かつ、施設から警察に通報する
2. 入院を継続し、かつ、施設からは警察に通報しない
3. 入院継続および通報については、状況に応じて個別に検討する
4. 強制退院とし、かつ、施設から警察に通報する

5. 強制退院とし、かつ、施設からは警察に通報しない
6. その他（ ）

(25) 薬物使用障害（薬物乱用・依存）の治療を目的として入院している患者様が、その入院治療においては、外出・外泊中に違法薬物を使用した場合には、原則として以下のいずれの方法で対処しますか？ 1つだけお選び下さい。

1. 入院を継続し、かつ、施設から警察に通報する
2. 入院を継続し、かつ、施設からは警察に通報しない
3. 入院継続および通報については、状況に応じて個別に検討する
4. 強制退院とし、かつ、施設から警察に通報する
5. 強制退院とし、かつ、施設からは警察に通報しない
6. その他（ ）

(26) 薬物使用障害（薬物乱用・依存）の治療を目的として入院している患者様が、その入院中に他患者に対して暴力行為を行った場合、原則として以下のいずれの方法で対処しますか？ 1つだけお選び下さい。

1. 入院を継続し、かつ、施設から警察に被害届を出す
2. 入院を継続し、かつ、施設からは警察に被害届は出さない（被害者が被害届を出すことはありえる）
3. 入院継続および被害届については、状況に応じて個別に検討する
4. 強制退院とし、かつ、施設から警察に被害届を出す
5. 強制退院とし、かつ、施設からは警察に被害届は出さない（被害者が被害届を出すことはありえる）
6. その他（ ）

(27) 薬物使用障害（薬物乱用・依存）の治療を目的として入院している患者様が、その入院中に医療スタッフに対して暴力行為を行った場合、原則として以下のいずれの方法で対処しますか？ 1つだけお選び下さい。

1. 入院を継続し、かつ、被害を受けたスタッフが被害届を出すことを積極的に勧める
2. 入院を継続し、かつ、被害を受けたスタッフが被害届を出すことは積極的には勧めない
3. 入院継続および被害届については、状況に応じて個別に検討する
4. 強制退院とし、かつ、被害を受けたスタッフに被害届を出すことを積極的に勧める
5. 強制退院とし、かつ、被害を受けたスタッフが被害届を出すことは積極的には勧めない
6. その他（ ）

(28) 薬物使用障害（薬物乱用・依存）の治療を目的として入院している患者様が、その入院中に他患者の持ち物を盗んだことが明らかになった場合、原則として以下のいずれの方法で対処しますか？ 1つだけお選び下さい。

1. 入院を継続し、かつ、施設から警察に被害届を出す
2. 入院を継続し、かつ、施設からは警察に被害届は出さない（被害者が被害届を出すことはありえる）
3. 強制退院とし、かつ、施設から警察に被害届を出す
4. 強制退院とし、かつ、施設からは警察に被害届は出さない（被害者が被害届を出すことはありえる）
5. その他（ ）

(29) 薬物使用障害 (薬物乱用・依存) の治療を目的として入院している患者様が、その入院中に無断離院をした場合をご想像下さい。このような場合、貴施設では、入院継続や捜索願の依頼などについて、原則としてどのような対応をとっていますか？ 以下のいずれかから1つだけお選び下さい。

1. 無断離院は、その時点でただちに退院とし、施設として保護願を出すこともない (家族・保護者に捜索願を出すことを勧めることはありえる)
2. 無断離院は、その時点でただちに退院であるが、施設として保護願は出す
3. 無断離院はただちに退院とはならないが、施設として保護願を出すこともない (家族・保護者に捜索願を出すことを勧めることはありえる)
4. 無断離院はただちに退院とはならず、施設として保護願も出す
5. その他 ()

(30) 貴施設では、原則として、どのような場合に「強制退院」としていますか？ 以下のなかで該当する、入院中の行為すべてに?をつけていただき、さらに追加すべき事由があれば、自由記載欄にもお書き下さい。

・他患者への明らかな暴力 ・他患者への威嚇的・脅迫的態度 ・医療スタッフへの明らかな暴力 ・医療スタッフへの威嚇的・脅迫的態度 ・院内施設・物品の損壊行為 ・他患者の持ち物の窃盗行為 ・院内での飲酒 ・院外での飲酒 ・院内への酒類持ち込み ・院内での薬物使用 ・院外での薬物使用 ・院内への薬物持ち込み ・異性問題 (院内での性的行為) ・治療プログラム不参加や治療意欲の乏しさ ・院内での賭け事

(追加事項)

(31) 通院する薬物使用障害 (薬物乱用・依存) の患者様がスリップ (薬物の再使用) となり、入院を希望している場合、貴施設では、病床状況以外の理由 (本人の行動特性や過去の入院での問題などの理由) から、入院をお断りすることはありますか？ あるとすれば、それはどのような理由からでしょうか？ そのような理由を、自由記載欄にお書き下さい。

1. ない
2. ある

質問は以上です。

アンケートにご協力いただき、どうもありがとうございました。

心から感謝申し上げます。

分担研究報告書 (2-6)

平成17年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
分担研究報告書

薬物依存者に対するその家族の対応法に関する研究
—薬物依存症者をもつ家族の当事者活動に関する実態調査—

分担研究者 近藤あゆみ 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部流動研究員
研究協力者 小松崎未知 全国薬物依存症者家族連合会調査部

研究要旨 ①わが国の薬物依存症者をもつ家族の実態を把握すること、②現在当事者家族を中心に行われている家族支援の取り組みのひとつについて理解を深め、その有効性を家族と依存症者本人の回復という両視点から評価すること、を目的に調査を実施した。調査対象は、調査協力に同意を得ることができた5箇所のダルク家族会参加者186名である。対象者の性別は男性59名(31.7%)、女性123名(66.1%)、無回答4名(2.2%)と女性が多く、平均年齢は56.9才であった。対象者と本人の続柄については、親子が多く、全体の92.5%を占めていた。本人の薬物問題に関して家族が初めて利用した関係機関で多かったのは、医療機関(31.4%)、警察(21.2%)、保健所(保健センター)(19.7%)などであった。家族が本人の薬物使用を確信してから初めて関係機関を利用するまでの期間を算出した結果、その平均年数は3.2年であり、長期間問題を抱え込む家族の姿が浮き彫りになった。また、家族会への紹介経路は医療機関からの紹介(22.6%)が最も多く、家族が初期に利用する確立が高い警察や保健所(保健センター)からの家族会への紹介は少なかったことから、今後はこれら機関が家族支援の重要性を再認識し、家族支援機関との連携強化に努めることが求められる。また、本人の薬物問題に関して家族が初めて関係機関を利用した時点において本人が未治療であったケース(61.1%)について、「家族に問題が発覚した時点から初めて関係機関に相談に訪れるまでの期間」と「家族に問題が発覚した時点から本人が初めて依存症治療にいたるまでの期間」との関連を検討すると、高い相関が認められた($r = 0.88$)。同様に、家族が初めて家族会に参加した時点において本人が未治療であったケース(33.7%)について、「家族に問題が発覚した時点から初めて家族会に参加するまでの期間」と「家族に問題が発覚した時点から本人が初めて依存症治療にいたるまでの期間」との関連を検討すると、高い相関が認められた($r = 0.98$)。これらの結果は、未治療の本人を抱えた家族が早期に関係機関や家族会を利用することは、本人の治療開始を早めることを示唆しており、少なくとも本人の治療への導入という観点からみた場合、依存症者本人の回復に家族支援は非常に重要であると思われる。依存症者をもつ家族が経験する様々な対応困難な場面をいくつか設定し、家族会参加以前と以降でその対応がどう変化するかを検討した結果、その対応には明確な変化が認められた。その変化からは、「家族は本人を家から出し、薬物問題が落ち着くまで直接的には関わらない。」「本人の問題は全て本人に返し、家族が代わりに責任を負うことはしない。」という家族会の強い方針がうかがえ、これら基本方針の実践が未治療の本人の治療導入に役立っていることが推測された。依存症者をもつ家族(女性対象者)の主観的幸福感を一般人口女性平均と比較したところ、陽性感情($t = 1.21$, $p = 0.23$)、陰性感情($t = 1.78$, $p = 0.08$)ともに、有意差は認められなかったが、女性対象者を家族会参加期間ごとに、「1年未満」「2-3年未満」「3-5年未満」「5年以上」の4群に分類し、その平均得点を比較すると、「1年未満」群の陽性感情平均得点は他の3群と比較して有意に低かった($F = 3.62$, $p < 0.01$)。このことから、家族会への参加が家族の心的回復に役立っていることが示唆された。以上、依存症者をもつ家族の実態を把握し、現在行われている当事者活動が家族支援として一定の効果を上げていることが示されたが、今後は家族会から早期にもれ落ちる家族の存在や本人の予後を考慮に入れた継続調査が必要である。

A. 研究目的

薬物依存症者の回復を考える際には、家族や身近な周囲の人々が依存症を理解し、回復に向けた適切な関わりを学び実践することが、結果的に依存症者本人の回復に役立つといわれている。しかし多くの場合、薬物依存症者を抱える家族は依存症者本人が引き起こす様々な問題行動に長期間巻き込まれ、心身ともに疲弊した状態にある。しかも、触法行為や非行問題との関連が深いことから、周囲に薬物問題を明らかにすることを躊躇し、長期間問題を抱え込むことが多い。結果、このような状態が依存症者本人の治療の場への登場を遅らせ、長期化、深刻化を招き、家族の心理状態を更に悪化させることが懸念されている。

このような現状を踏まえて、薬物乱用防止新5か年計画では「薬物依存・中毒者の家族に対する支援等」が基本目標として新たに位置づけられたが、その具体策については明言されておらず、体制は極めて未整備の状態である。

今後家族支援の問題にどう取り組むかは薬物依存症対策を考える上で非常に重要な課題であるが、この課題に取り組むには、まず、わが国の依存症者をもつ家族の実態について理解を深めることが必要である。また、現在試行錯誤しながら行われている家族支援方法の有効性を評価し課題を明らかにすることも、今後の家族支援に関する施策構築のためには有用であろうと思われる。そこで、①わが国の薬物依存症者をもつ家族の実態を把握すること、②現在当事者家族を中心に行われている家族支援の取り組みのひとつについて理解を深め、その有効性を家族と依存症者本人の回復という両視点から評価すること、この二点を目的に調査を実施した。

B. 研究方法

調査対象は、約10年ほど前から活動を始め、年数を経て徐々に活動地域とその数を増やし、現在17箇所にわたり全国に点在しているダルク家族会の参加者である。その中で最も大きな家族会である「茨城ダルク家族会」については、約5年前の調査によりその活動の詳細が報告されているので参考にされたい¹⁾。

まず、全国の家族会参加者の有志からなる全国薬物依存症者家族連合会調査部（以下、調査部と

記す）の方に調査の趣旨をご理解いただいた上で、調査部を通して家族会に調査依頼を行った結果、5箇所の家族会から調査協力に同意を得ることができた。家族会名称と人数内訳は、「びわこ家族会（37名）」「愛知家族会（43名）」「茨城ダルク家族会（52名）」「宇都宮家族会（33名）」「仙台ダルク家族会（21名）」であり、総計は186名であった。このうち97名は同一本人に対して複数の家族が家族会に参加しており、家族単位または本人単位で見ると137家族であった。

調査項目は家族会参加者の属性、依存症者本人（以下、本人と記す）の薬物問題を家族が初めて知った契機およびその時期、本人の薬物問題に関して初めて利用した関係機関およびその時期、ダルク家族会につながった契機およびその時期、依存症者をもつ家族が日常生活の中で経験する対応困難な場面やネガティブな感情などである。また、家族の心理状態を評価するためには、日本語版SUBI（The Subjective Well-being Inventory）²⁾を用いた。SUBIはWHOによる主観的幸福感を総合的に評価するための全40項目の自記式尺度で、主観的幸福感を陽性感情・陰性感情の両側面から評価できるという特徴を有する。また、陽性・陰性感情とは別に、①満足感 ②達成感 ③自信 ④至福感 ⑤近親者の支え⑥社会的な支え ⑦家族との関係 ⑧精神的なコントロール感 ⑨身体的不健康感 ⑩社会的なつながりの不足 ⑪人生に対する失望感 の11の下位尺度ごとの評価が可能である。

本人に関する調査項目は、本人の属性、主な使用薬物、薬物使用開始時期、医療機関や中間回復施設といった治療機関利用の有無およびその時期、現在の居場所、就労状況、薬物使用状況などである。

調査時期は平成17年12月～平成18年2月で、それぞれ家族会プログラムの時間を一部割いて調査票にご回答いただいた。匿名性を確保するために、個別封筒に入れた同意書と無記名の調査票は回答後いったん調査部の方によって回収され、個人名とID番号の照合表を作成いただいた後、調査票のみ研究者に筆者が受け取るという形をとった。

データ解析にはSPSS for Windows 11.0.1Jを用いた。

C. 研究結果

1) 対象者の属性

対象者の性別は男性59名（31.7%）、女性123名（66.1%）、無回答4名（2.2%）と女性が約7割を占めていた（表1）。家族会による男女比に有意差は認められなかったが（ $\chi^2 = 4.80$, $p = 0.31$ ）、宇都宮家族会は他の家族会と比べて男性の割合が高い傾向にあった。平均年齢は56.9才（SD = 8.2）で、家族会による平均年齢には有意差が認められ（ $F = 4.6$, $p < 0.01$ ）、宇都宮家族会以外の家族会と比較して年齢が高かったが、男女別に分析すると有意差が消失したことから、この年齢差は宇都宮家族会に男性の割合が高いことが影響しているものと考えられた。

対象者の最終学歴を表2に示す。対象者の平均年齢が56.9才であったことから、平成12年国勢調査結果³⁾より、55-59才における最終卒業学校の種類（6区分）の率を計算すると、小学校・中学校（31.3%）、高校・旧中（48.3%）、短大・高専（5.3%）、大学・大学院（10.8%）であった。

婚姻状況については表3に示す。

女性対象者の配偶者の職種を表4に示す。平成12年国勢調査結果⁴⁾より、55-59才男性における職業（大分類）の率を計算すると、専門的・技術的職業従事者（8.8%）、管理的職業従事者（8.6%）、事務従事者（12.5%）、販売従事者（14.4%）、サービス職業従事者（4.2%）、保安職業従事者（2.3%）、農林漁業作業（3.6%）、運輸・通信従事者（8.0%）、生産工程・労務作業（36.7%）、分類不能の職業（0.8%）であった。

対象者と本人の続柄については、親子が最も多く、全体の9割以上（92.5%）を占めており、兄弟姉妹（3.2%）、配偶者（2.2%）と続いていた（表5）。

2) 本人の薬物問題が家族に発覚した時期およびその契機

本人が薬物使用を始めてから家族に発覚するまでの期間を家族単位で算出した。算出方法は、「家族からみた本人の薬物使用開始時期（調査時点より〇年×ヶ月前）－薬物問題が家族に発覚した時期（調査時点より〇年×ヶ月前）」である。結果を表6に示す。平均期間は28.9ヶ月で、期間別にみると、本人が使用を始めてから1年未満に家族に発覚した率が最も高かったが（20.4%）、いずれかまたは双方の時期が不明であったため算出不

可のケースが多く、全体の約半数（47.4%）を占めていた。

また、本人の薬物使用が家族に発覚した契機としては、「本人の部屋や家の中で、薬物使用のための道具や実際に使用しているところを目撃した。」との回答が最も多く、全体の約4割（43.8%）を占めていた（表7）。

3) 本人の薬物問題に関して家族が初めて利用した関係機関とその時期

本人の薬物問題に関して家族が初めて利用した関係機関は医療機関（31.4%）が最も多く、警察（21.2%）、保健所（保健センター）（19.7%）、ダルクなど薬物依存症のリハビリテーション施設（17.5%）と続いていた（表8）。

次に、家族が本人の薬物使用を確信してから初めて関係機関を利用するまでの期間を算出した。算出方法は、「家族が本人の薬物使用を確信した時期（調査時点より〇年×ヶ月前）－家族が初めて関係機関を利用した時期（調査時点より〇年×ヶ月前）」である。結果を表9に示す。大半の家族は本人の薬物使用が発覚した後に関係機関を利用していたが（66.3%）、薬物使用が疑われた段階で利用していた家族も存在していた（10.2%）。平均期間は38.7ヶ月で、期間別にみると、本人の薬物使用発覚と同時期であった率が最も高く（22.6%）、次が1年未満（9.5%）と続いていたが、関係機関の利用まで1-4年を要した家族（16.0%）、5-10年以上を要した家族（18.2%）も一定割合存在した。

4) 家族会への紹介経路、参加時期、参加期間

家族会への紹介経路は医療機関からの紹介（22.6%）が最も多く、薬物依存症のリハビリテーション施設からの紹介（19.0%）、メディアを通じて（15.3%）と続いていた（表10）。

次に、本人の薬物問題が発覚してから家族が家族会に参加するまでの期間を算出した。算出方法は、「家族が本人の薬物使用を確信した時期（調査時点より〇年×ヶ月前）－家族が初めて家族会に参加した時期（調査時点より〇年×ヶ月前）」である。結果を表11に示す。大半の家族は本人の薬物使用が発覚した後に家族会に参加していたが（78.0%）、薬物使用が疑われた段階で参加していた家族も存在していた（2.2%）。平均期間は70.2

ヶ月で、期間別にみると、家族会参加まで10年以上を要した家族(16.8%)が最も多く、1年未満(10.9%)、1-2年未満(9.5%)、2-3年未満(7.3%)、3-4年(5.8%)と続いていた。

次に、本人の薬物問題に関して家族が初めて関係機関を使用してから家族が家族会に参加するまでの期間を算出した。算出方法は、「家族が初めて関係機関を利用した時期(調査時点より〇年×ヶ月前) - 家族が初めて家族会に参加した時期(調査時点より〇年×ヶ月前)」である。結果を表12に示す。平均期間は37.6ヶ月で、期間別にみると、関係機関を利用してから1年未満(21.9%)が最も多く、同時期(16.1%)、1-2年未満(13.9%)と続いていたが、その期間は比較的短く、約6割(59.2%)が、3年未満以内にいずれかの機関から家族会に紹介されてきていた。

家族会への参加期間を表13に示す。平均期間は33.9ヶ月で、期間別にみると、1年未満(27.7%)、1-2年未満(23.4%)が多く、全体の約半数(51.1%)を占めていた。

5) 薬物依存症者をもつ家族が経験する様々な困難と家族会参加後の家族の対応の変化

薬物依存症者をもつ家族が日常生活で経験する様々な困難に関しては、家族からよく聞かれる11場面について、家族会に参加以前の経験の有無と、参加以降の経験の有無をそれぞれ聞いた。また、家族会参加以前に経験があると回答した場合は、その時の家族の対応を、参加以降に経験があると回答した場合にも、その時の家族の対応をそれぞれいくつかの選択肢の中から選び回答いただいた。

家族会に参加する以前または以降に経験した困難な場面で多かったのは、「薬物使用をやめさせようと様々な努力をしたが上手くいかない。」(81.2%)、「薬物使用のための道具や、薬物使用の現場を目撃した。」(80.1%)、「本人が妄想・幻覚のため暴れたり、大声を出したり、奇妙な言動をした。」(76.3%)で、それぞれ7割以上の家族がそれらの場面をこれまでに経験していた(表14)。また、「本人の借金のために、繰り返し取り立てがあった。」(66.7%)、「薬物使用が原因で、本人が深刻な体調不良に陥ったり、事故で怪我をした。」(62.4%)、「金銭の要求を断ったり薬物をやめさせようと注意すると、本人が暴言・暴力をふるう。」(57.0%)、

「本人が家族の金銭、物品などを盗んだり勝手に持ち出した。」(54.3%)、「本人が薬物使用で逮捕されたが、裁判の手続き・面会・保釈等で悩んだ。」(51.1%)といった場面についても、それぞれ5割以上の家族がこれまでに経験していた。

また、それぞれの場面を経験した際、家族会に参加する以前と以降で家族の対応がどう変化したかについては表15に示す。

経験場面として最も多かった「薬物使用をやめさせようと様々な努力をしたが上手くいかない。」では、家族会に参加する以前の家族は、「叱る、説得する、交換条件を出すなどして使わせまいとした。」(71.0%)、「関係機関に相談した。」(58.6%)などの努力が多かったが、家族会に参加以降に同様の場面を経験した場合には、「本人に家を出て行くよう促した。」(50.8%)、「本人を家から出す、家族が家を出るなどして、本人から離れた。」(40.7%)などの努力が多く、その努力に変化が見られた。

次に多かった「薬物使用のための道具や、薬物使用の現場を目撃した。」という場面も同様に、家族会に参加する以前の家族は、「叱る、説得する、交換条件を出すなどして使わせまいとした。」(70.0%)「取り上げる、捨てる、隠すなどして使わせまいとした。」(62.1%)、などの対応が多かったが、家族会に参加以降に同様の場面を経験した場合には、「本人に家を出て行くよう促した。」(45.3%)、「本人を家から出す、家族が家を出るなどして、本人から離れた。」(35.9%)などの対応が多く、その対応に変化が見られた。

「本人が妄想・幻覚のため暴れたり、大声を出したり、奇妙な言動をした。」の場面については、家族会に参加する以前の家族は、「ただ途方に暮れた。」(70.0%)「本人を医療機関に受診させた。」(44.9%)、「関係機関(医療機関・精神保健福祉センター・施設など)に相談した。」(42.8%)などの対応が多かったのに対し、家族会に参加以降に同様の場面を経験した場合には、「本人を家から出す、家族が家を出るなどして、本人から離れた。」(59.6%)という対応が多く、その対応に変化が見られた。

また、「本人の借金のために、繰り返し取り立てがあった。」という場面では、家族会に参加する以前の家族の82.9%が「家族が借金の肩代わりをした。」と回答したのに対し、参加以降の家族

は「貸付先や本人に対し、家族は肩代わりするつもりがないことを明確に伝えた。」(52.5%)という回答が最も多かった。

「薬物使用が原因で、本人が深刻な体調不良に陥ったり、事故で怪我をした。」という場面では、家族会参加以前の家族の対応としては、「自己の弁償や欠勤の謝罪など、周囲への対応を本人の代わりに行った。」(63.7%)、「自業自得だと腹が立ったが、放ってはおかず、結局世話をした。」(62.8%)などの対応が多かったが、参加以降の家族では、「本人の責任なので、命に関わることで以外は、一切関わらず放っておいた。」(69.6%)という対応が最も多かった。

「金銭の要求を断ったり薬物をやめさせようと注意すると、本人が暴言・暴力をふるう。」という場面では、家族会参加以前の家族の対応は、「恐ろしいので、仕方なく本人の言いなりになった。」(51.5%)、「負けまいと言い争ったり、陵り返すなど力ずくで対抗した。」(42.6%)といった対応が多かったのに対し、参加以降の家族では、「本人を家から出す、家族が家を出るなどして、本人から離れた。」(67.5%)の対応が最も多かった。

「本人が家族の金銭、物品などを盗んだり勝手に持ち出した。」といった場面でも、家族会参加以前の家族は、「これ以上被害が大きくならないように金銭管理を徹底した。」(62.4%)、「家族のやったことなのでどうしようもないと我慢しあきらめた。」(59.1%)などの対応が多かったのに対し、参加以降の家族は、「本人を家から出す、家族が家を出るなどして、本人から離れた。」(48.7%)が最も多くなっていた。

「本人が薬物使用で逮捕されたが、裁判の手続き・面会・保釈等で悩んだ。」という場面では、「面会・差し入れなど本人の要求にはできるだけ応じた。」(71.1%)、「家族が身元引受人になった。」(68.7%)などの対応が多かったのに対し、参加以降の家族では、「家族は手紙や面会をひかえ、本人への対応はなるべく弁護士や施設職員を通じて行った。」(62.7%)、「家族は身元引受人にならなかった。」(60.8%)などの対応が多くなっていた。

6) 依存症者をもつ家族の主観的幸福感

依存症者をもつ家族の主観的幸福感を、日本語版SUBI(The Subjective Well-being Inventory)を用いて評価した。男性対象者の数が不十分であ

ったことから、今回は女性対象者のみを比較の対象とし、その平均得点を一般人口女性平均と比較したところ、陽性感情($t = 1.21, p = 0.23$)、陰性感情($t = 1.78, p = 0.08$)ともに、有意差は認められなかった(表16)。しかし、女性対象者を家族会参加期間ごとに、「1年未満」「2-3年未満」「3-5年未満」「5年以上」の4群に分類し、その平均得点を比較すると、「1年未満」群と「2-3年未満」群の間に陽性感情得点の有意差が認められ、「1年未満」群の陽性感情平均得点は他の3群と比較して有意に低かった($F = 3.62, p < 0.01$)(表17)。陰性感情得点については有意差は認められなかった($F = 0.90, p = 0.47$)。

7) 依存症者本人の属性

本人の性別は、男性116名(84.7%)、女性(8.0%)、無回答(7.3%)で、男性が8割以上を占めていた。現在の年齢を表18に示す。全体の平均年齢は29.9才で、男女の平均年齢には有意差が認められ($t = 2.98, p < 0.01$)、女性(23.6才)は男性(30.5才)と比較して有意に平均年齢が低かった。

本人の最終学歴を表19に示す。半数以上(51.1%)の最終学歴が中学校であった。平成12年国勢調査結果3)より、25-29才における最終卒業学校の種類(6区分)の率を計算すると、小学校・中学校(6.7%)、高校・旧中(42.2%)、短大・高専(23.4%)、大学・大学院(23.1%)であった。

8) 依存症者本人のこれまでの薬物使用

本人の主な使用薬物を表20に示す。覚せい剤(51.8%)と最も多く、有機溶剤(24.8%)、市販薬(14.6%)、処方薬(8.0%)、大麻(5.8%)、MDMA(2.9%)と続いていた。家族からみた本人の薬物使用開始平均年齢は17.5才($SD = 3.21$)であった。

9) 依存症者本人のこれまでの薬物依存症治療歴および時期

本人のこれまでの薬物依存症治療歴を表21に示す。依存症治療プログラムをもつ医療機関、依存症リハビリテーション施設、その他の依存症治療(依存症治療プログラムをもたない医療機関・精神保健福祉センター・民間の相談機関など)の中で、経験が最も多かったのは依存症リハビリテーション施設(61.3%)であった。また、本人の約7

割(69.3%)は上記いずれかの治療経験を有しており、家族に薬物問題が発覚してから、本人が上記いずれかの治療機関で初めて治療を受けるまでの平均期間は55.3ヶ月であった(表22)。

また、これまでに上記いずれかの依存症治療経験を有する95名について、家族に薬物問題が発覚した時点における本人の依存症治療の有無をみると、「治療経験無し」(68.4%)「治療経験有り」(2.1%)、「無回答」(29.5%)で、約7割が未治療であった。本人の薬物問題に関して家族が初めて関係機関を利用した時点における本人の依存症治療の有無については、「治療経験無し」(61.1%)「治療経験有り」(12.6%)、「無回答」(26.3%)で、約6割が未治療であった。家族が初めて家族会に参加した時点における本人の依存症治療の有無については、「治療経験無し」(33.7%)「治療経験有り」(43.2%)、「無回答」(23.2%)で、約3割が未治療であった。

更に、本人の薬物問題に関して家族が初めて関係機関を利用した時点において本人が未治療であったケース(61.1%)について、「家族に問題が発覚した時点から初めて関係機関に相談に訪れるまでの期間」と「家族に問題が発覚した時点から本人が初めて依存症治療にいたるまでの期間」との関連を検討すると、高い相関が認められた($r = 0.88$)(図1)。同様に、家族が初めて家族会に参加した時点において本人が未治療であったケース(33.7%)について、「家族に問題が発覚した時点から初めて家族会に参加するまでの期間」と「家族に問題が発覚した時点から本人が初めて依存症治療にいたるまでの期間」との関連を検討すると、高い相関が認められた($r = 0.98$)。

1 0) 依存症者本人の精神症状の有無とその発症年齢

家族からみて、本人の約6割(59.1%)が精神症状を有していた(表23)。また、その発症年齢は20-25才未満(38.3%)が最も多かった。

1 1) 依存症者本人の逮捕歴と初回逮捕年齢

本人の約半数(52.6%)は過去に逮捕経験を有しており、初回逮捕年齢は20-25才未満(36.1%)、25-30才未満(33.3%)が多かった(表24)。逮捕平均回数は1回(38.9%)、2回(33.3%)が多かった。

1 2) 依存症者本人の現在の状態

本人の現在の居場所については、依存症リハビリテーション施設(30.7%)が最も多く、刑務所など司法機関で拘束状態(19.0%)、一人暮らし(10.9%)、実家で家族と生活(10.2%)と続いていた(表25)。

現在の就業状況については、無職が最も多く全体の51.1%を占めており、常勤アルバイト(10.2%)、非常勤アルバイト(4.4%)、常勤正社員(3.6%)と続いていた(表26)。

現在の薬物使用状況については、「しばらく使っていない」の回答が約3割(29.2%)を占めていたが、「まったくわからない」(29.2%)や「無回答」(14.6%)が多かった。

D. 考察

1) 家族および本人の属性

家族の最終学歴、配偶者の職種について、同年代の国勢調査結果と比較した結果、対象者の方が教育年数が高い傾向にある他、顕著な差は認められなかった。この二点から評価した対象者の社会的位置は一般人口と比較して大差ないように思われる。一方で、本人の教育年数は同年代の一般人口と比較して顕著に短かった。結果を併せて考えると、本人の教育年数の短さは、家族の教育歴や社会的位置の影響を必ずしも強く受けていないと推測される。

2) 依存症者をもつ家族と関係機関

家族が本人の薬物問題を知ってから初めて関係機関に相談に訪れるまでの平均年数は3.2年であり、発覚直後または疑いの時点から関係機関を利用している家族も多かったが、機関利用まで数年を要する家族も一定割合存在しており、長期間問題を抱え込む家族の姿が浮き彫りになった。

また、本調査結果からは、未治療の本人を抱えた家族が早期に関係機関を利用することは、本人の治療開始を早めることが示唆されており、少なくとも本人の治療への導入という観点からみた場合、依存症者本人の回復に家族支援は非常に重要であると思われる。

家族が初めて利用する関係機関としては医療機関が最も効率であったことから、医療機関における家族支援および家族支援機関との連携強化は重要である。医療機関の他には警察や保健所(保健

センター)の率が高かったが、これらの機関からの家族会への紹介は少なかったことから、今後の地域ネットワークづくりを考える際には、これら機関が家族支援の重要性を再認識し家族支援対策を充実すること、家族支援機関との連携強化に努めることなどが求められる。また、地域における家族支援の役割が期待される精神保健福祉センターは、家族が初期に利用する率が低かった。精神保健福祉センターには、家族に対する直接的支援の充実が求められており、様々な取り組みも行われているが5)6)、その他に、支援の具体的方策を地域の保健所(保健センター)や医療機関におおす間接的支援の役割も期待されており、その存在は重要である。

3) 当事者活動としての家族会の評価

上記の家族の関係機関利用と同様に、未治療の本人を抱えた家族が早期に家族会に参加することは、本人の治療開始を早めることが示唆されており、少なくとも本人の治療への導入という観点からみた場合、家族の家族会参加は有効であると評価できる。

また、家族会参加期間別に主観的幸福感を比較した結果、家族会参加期間が長くなるとともに低かった陽性感情が改善しており、家族会への参加が家族の心的回復に役立っていることが示唆された。

依存症者をもつ家族が経験する様々な対応困難な場面をいくつか設定し、家族会参加以前と以降でその対応がどう変化するかを検討した結果、その対応には明確な変化が認められた。その変化からは、「家族は本人を家から出し、薬物問題が落ち着くまで直接的には関わらない。」「本人の問題は全て本人に返し、家族が代わりに責任を負うことはしない。」という家族会の強い方針がうかがえる。

これら基本方針の実践が未治療の本人の治療導入に役立っていることが推測されるが、本人の回復の全てを一時期他者に委ね、本人との関係が断絶された中で、その期間に家族は依存症に関する知識を身につけるとともに、共依存傾向や過干渉といった家族の側の問題に取り組むというこのようなシンプルな方法論には異論の声もある。本人の回復の過程の多くに再使用があるように、家族の本人への関わりにも度々誤った対応の繰り返し

があり、そのことを十分理解した上で家族関係を保ちながら、その関係性の中で双方の回復を支援することが望ましいとする考えがあり、欧米では家族を本人の回復に有効な資源としてどう取り組むかという取り組みも行われている⁷⁾。実際、重複障害をもつ依存症者については、家族がその複雑な病理を理解し、本人の病状に応じてそれぞれの目指すゴールに家族としてどこまで援助するかを決定する長い過程が必要であるし、また、若年の依存症者に関しては、養育者として家族の関わりはより重要であり、関係を保ちながら双方の支援を行うことが、本人の回復という観点からも、家族機能の早期修復という観点からも望ましいことが多々あろう。

要は全てのケースに唯一最善の方法はなく、その中で当事者家族にできることを、できる方法で懸命に行っているというのが現状であると思われる。その中で、家族と本人の双方を同時に支援する方法を取り入れていくには、全てを当事者家族に委ねるのではなく、医療、心理、精神保健、福祉等の専門家がそれぞれの専門性を生かしながら、複雑に交錯する家族力動の中に位置する依存症という障害を理解し、その全体的改善に取り組むことが求められる。その際に重要になるのは、専門家と当事者家族が互いにその専門性と経験を尊重し、双方の可能性と限界を謙虚に受け止め、どう連携できるかその方向性を模索することであらう。

4) 今後の課題

本調査は一時点の横断調査であり、得られた多くの結果は、調査対象である家族会に適合せず早期にもれ落ちた家族を除外していることによるバイアスを受けている可能性がある。今後継続調査を行うことで、早期にもれ落ちる家族の特徴を理解し、それを併せて調査結果を再度吟味することで、研究精度を高めることに努めたい。また、今回は未治療の本人の治療導入という一視点でのみ関係機関や家族会の有効性を評価したが、今後は本人の良好な予後と家族支援の関係性についても検討することが重要である。

E. 結論

本調査により、依存症者をもつ家族およびダルク家族会を中心とした当事者活動の実態をある程

度把握することができた。また、これらの活動や家族の関係機関利用が、本人の依存症治療導入に役立っていることが示されるとともに、依存症の回復を支える地域ネットワークづくりにおける新たな課題も示された。今後は、これらの当事者活動が本人の予後に与える影響を明確にすることが必要である。

謝辞

本調査に多大なご協力をいただきました全国薬物依存症者家族連合会調査部の小松崎未知氏ならびに家族会の皆さまには心より厚くお礼を申し上げます。

F. 研究発表

なし

G. 参考文献

- 1) 菊池亜希子, 和田清: 物質依存症の当事者家族への対応—茨城ダルク家族会の活動を中心に—, 精神科治療学, 19(12), 1419-1426, 2004
- 2) 大野裕, 吉村公雄: WHO SUBI(The Subjective Well-being Inventory) 手引き, 株式会社金子書房, 2001
- 3) 国勢調査(最終学歴) <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/kihon2/00/zuhyou/a012.xls>
- 4) 国勢調査(職種) <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/kihon3/00/zuhyou/k00a001.xls>
- 5) 佐藤久美子, 青柳歌織, 高橋孝子, 飯島羊子, 三井敏子: 薬物依存症の家族教室を実践して. 埼玉県立精神保健総合センター研究紀要, 1997
- 6) 下野正健: 薬物依存に関する地域プログラムの検討, 平成11年度厚生科学研究補助金医薬安全総合研究事業「薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究」報告書, 2000
- 7) Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E. et al.: Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment, Journal of Substance Abuse, 10, 291-308, 1998

表1. 対象者の性別および年齢

家族会名称	年齢	性別			合計
		男性 度数 (%)	女性 度数 (%)	無回答 度数 (%)	
びわこ家族会	10代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	20代	0 (0)	2 (6.9)	0 (0)	2 (5.4)
	30代	1 (12.5)	1 (3.4)	0 (0)	2 (5.4)
	40代	1 (12.5)	5 (17.2)	0 (0)	6 (16.2)
	50代	3 (37.5)	15 (51.7)	0 (0)	18 (48.6)
	60代	3 (37.5)	5 (17.2)	0 (0)	8 (21.6)
	70代以上	0 (0)	1 (3.4)	0 (0)	1 (2.7)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	8 (100.0)	29 (100.0)	0 (0)	37 (100.0)
	平均年齢	53.8 (SD=11.2)	53.0 (SD=9.8)		53.2 (SD=10.0)
愛知家族会	10代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	20代	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	1 (2.3)
	30代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	40代	0 (0)	4 (14.8)	0 (0)	4 (9.3)
	50代	6 (37.5)	12 (44.4)	0 (0)	18 (41.9)
	60代	8 (50.0)	10 (37.0)	0 (0)	18 (41.9)
	70代以上	1 (6.3)	1 (3.7)	0 (0)	2 (4.7)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	16 (100.0)	27 (100.0)	0 (0)	43 (100.0)
	平均年齢	59.3 (SD=11.6)	57 (SD=6.5)		57.8 (SD=8.7)
茨城ダルク家族会	10代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	20代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	30代	1 (7.1)	1 (2.8)	0 (0)	2 (3.8)
	40代	1 (7.1)	2 (5.6)	0 (0)	3 (5.8)
	50代	8 (57.1)	21 (58.3)	0 (0)	29 (55.8)
	60代	4 (28.6)	12 (33.3)	1 (50.0)	17 (32.7)
	70代以上	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	1 (50.0)	1 (1.9)
	合計	14 (100.0)	36 (100.0)	2 (100.0)	52 (100.0)
	平均年齢	55.4 (SD=7.8)	56.4 (SD=6.6)	64	56.3 (SD=6.9)
宇都宮家族会	10代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	20代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	30代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	40代	0 (0)	1 (5.6)	0 (0)	1 (3.0)
	50代	3 (21.4)	10 (55.6)	0 (0)	13 (39.4)
	60代	8 (57.1)	6 (33.3)	1 (100.0)	15 (45.5)
	70代以上	3 (21.4)	1 (5.6)	0 (0)	4 (12.1)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	14 (100.0)	18 (100.0)	1 (100.0)	33 (100.0)
	平均年齢	63.9 (SD=5.5)	58.6 (SD=6.2)	66.0	61.1 (SD=6.3)
仙台ダルク家族会	10代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	20代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	30代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	40代	1 (14.3)	2 (15.4)	0 (0)	3 (14.3)
	50代	4 (57.1)	7 (53.8)	0 (0)	11 (52.4)
	60代	2 (28.6)	3 (23.1)	0 (0)	5 (23.8)
	70代以上	0 (0)	1 (7.7)	0 (0)	1 (4.8)
	無回答	0 (0)	0 (0)	1 (100.0)	1 (4.8)
	合計	7 (100.0)	13 (100.0)	1 (100.0)	21 (100.0)
	平均年齢	56.3 (SD=5.1)	56.5 (SD=7.3)		56.4 (SD=6.5)
家族会合計	10代	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	20代	1 (1.7)	2 (1.6)	0 (0)	3 (1.6)
	30代	2 (3.4)	2 (1.6)	0 (0)	4 (2.2)
	40代	3 (5.1)	14 (11.4)	0 (0)	17 (9.1)
	50代	24 (40.7)	65 (52.8)	0 (0)	89 (47.8)
	60代	25 (42.4)	36 (29.3)	2 (50.0)	63 (33.9)
	70代以上	4 (6.8)	4 (3.3)	0 (0)	8 (4.3)
	無回答	0 (0)	0 (0)	2 (50.0)	2 (1.1)
	合計	59 (100.0)	123 (100.0)	4 (100.0)	186 (100.0)
	平均年齢	58.4 (SD=9.3)	56.0 (SD=7.6)	65 (SD=1.4)	56.9 (SD=8.2)

表2. 対象者の最終学歴

家族会名称	最終学歴	性別			
		男性 度数 (%)	女性 度数 (%)	無回答 度数 (%)	合計 度数 (%)
びわこ家族会	中学校	3 (37.5)	3 (10.3)	0 (0)	6 (16.2)
	高等学校	3 (37.5)	12 (41.4)	0 (0)	15 (40.5)
	短大・専門学校	0 (0)	7 (24.1)	0 (0)	7 (18.9)
	四年制大学以上	2 (25.0)	4 (13.8)	0 (0)	6 (16.2)
	その他	0 (0)	1 (3.4)	0 (0)	1 (2.7)
	無回答	0 (0)	2 (6.9)	0 (0)	2 (5.4)
愛知家族会	合計	8 (100.0)	29 (100.0)	0 (0)	37 (100.0)
	中学校	4 (25.0)	4 (14.8)	0 (0)	8 (18.6)
	高等学校	7 (43.8)	12 (44.4)	0 (0)	19 (44.2)
	短大・専門学校	0 (0)	7 (25.9)	0 (0)	7 (16.3)
	四年制大学以上	4 (25.0)	3 (11.1)	0 (0)	7 (16.3)
	その他	0 (0)	1 (3.7)	0 (0)	1 (2.3)
茨城ダルク家族会	無回答	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	1 (2.3)
	合計	16 (100.0)	27 (100.0)	0 (0)	43 (100.0)
	中学校	1 (7.1)	7 (19.4)	0 (0)	8 (15.4)
	高等学校	3 (21.4)	17 (47.2)	1 (50.0)	21 (40.4)
	短大・専門学校	5 (35.7)	10 (27.8)	0 (0)	15 (28.8)
	四年制大学以上	5 (35.7)	2 (5.6)	0 (0)	7 (13.5)
宇都宮家族会	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	1 (50.0)	1 (1.9)
	合計	14 (100.0)	36 (100.0)	2 (100.0)	52 (100.0)
	中学校	3 (21.4)	4 (22.2)	0 (0)	7 (21.2)
	高等学校	7 (50.0)	11 (61.1)	1 (100.0)	19 (57.6)
	短大・専門学校	1 (7.1)	2 (11.1)	0 (0)	3 (9.1)
仙台ダルク家族会	四年制大学以上	3 (21.4)	1 (5.6)	0 (0)	4 (12.1)
	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	14 (100.0)	18 (100.0)	1 (100.0)	33 (100.0)
	中学校	1 (14.3)	1 (7.7)	1 (100.0)	3 (14.3)
	高等学校	1 (14.3)	8 (61.5)	0 (0)	9 (42.9)
家族会合計	短大・専門学校	1 (14.3)	2 (15.4)	0 (0)	3 (14.3)
	四年制大学以上	4 (57.1)	2 (15.4)	0 (0)	6 (28.6)
	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	7 (100.0)	13 (100.0)	1 (100.0)	21 (100.0)
	中学校	12 (20.3)	19 (15.4)	1 (25.0)	32 (17.2)
家族会合計	高等学校	21 (35.6)	60 (48.8)	2 (50.0)	83 (44.6)
	短大・専門学校	7 (11.9)	28 (22.8)	0 (0)	35 (18.8)
	四年制大学以上	18 (30.5)	12 (9.8)	0 (0)	30 (16.1)
	その他	0 (0)	2 (1.6)	0 (0)	2 (1.1)
	無回答	1 (1.7)	2 (1.6)	1 (25.0)	4 (2.2)
	合計	59 (100.0)	123 (100.0)	4 (100.0)	186 (100.0)

表3. 対象者の婚姻状況

家族会名称	婚姻状況	性別			
		男性 度数 (%)	女性 度数 (%)	無回答 度数 (%)	合計 度数 (%)
びわこ家族会	既婚	6 (75.0)	19 (65.5)	0 (0)	25 (67.6)
	同棲	0 (0)	1 (3.4)	0 (0)	1 (2.7)
	別居	1 (12.5)	1 (3.4)	0 (0)	2 (5.4)
	未婚	1 (12.5)	2 (6.9)	0 (0)	3 (8.1)
	離婚	0 (0)	2 (6.9)	0 (0)	2 (5.4)
	死別	0 (0)	3 (10.3)	0 (0)	3 (8.1)
	無回答	0 (0)	1 (3.4)	0 (0)	1 (2.7)
	合計	8 (100.0)	29 (100.0)	0 (0)	37 (100.0)
	既婚	12 (75.0)	21 (77.8)	0 (0)	33 (76.7)
	同棲	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
愛知家族会	別居	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	未婚	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)	1 (2.3)
	離婚	0 (0)	3 (11.1)	0 (0)	3 (7.0)
	死別	1 (6.3)	3 (11.1)	0 (0)	4 (9.3)
	無回答	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)	2 (4.7)
	合計	16 (100.0)	27 (100.0)	0 (0)	43 (100.0)
	既婚	12 (85.7)	30 (83.3)	0 (0)	42 (80.8)
	同棲	1 (7.1)	1 (2.8)	0 (0)	2 (3.8)
	別居	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	未婚	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
茨城ダルク家族会	離婚	0 (0)	2 (5.6)	1 (50.0)	3 (5.8)
	死別	0 (0)	3 (8.3)	0 (0)	3 (5.8)
	無回答	1 (7.1)	0 (0)	1 (50.0)	2 (3.8)
	合計	14 (100.0)	36 (100.0)	2 (100.0)	52 (100.0)
	既婚	10 (71.4)	15 (83.3)	1 (100.0)	26 (78.8)
	同棲	2 (14.3)	0 (0)	0 (0)	2 (6.1)
	別居	1 (7.1)	0 (0)	0 (0)	1 (3.0)
	未婚	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	離婚	0 (0)	1 (5.6)	0 (0)	1 (3.0)
	死別	0 (0)	1 (5.6)	0 (0)	1 (3.0)
宇都宮家族会	無回答	1 (7.1)	1 (5.6)	0 (0)	2 (6.1)
	合計	14 (100.0)	18 (100.0)	1 (100.0)	33 (100.0)
	既婚	6 (85.7)	10 (76.9)	1 (100.0)	17 (81.0)
	同棲	1 (14.3)	0 (0)	0 (0)	1 (4.8)
	別居	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	未婚	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	離婚	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	死別	0 (0)	2 (15.4)	0 (0)	2 (9.5)
	無回答	0 (0)	1 (7.7)	0 (0)	1 (4.8)
	合計	7 (100.0)	13 (100.0)	1 (100.0)	21 (100.0)
仙台ダルク家族会	既婚	46 (78.0)	95 (77.2)	2 (50.0)	143 (76.9)
	同棲	4 (6.8)	2 (1.6)	0 (0)	6 (3.2)
	別居	2 (3.4)	1 (0.8)	0 (0)	3 (1.6)
	未婚	2 (3.4)	2 (1.6)	0 (0)	4 (2.2)
	離婚	0 (0)	8 (6.5)	1 (25.0)	9 (4.8)
	死別	1 (1.7)	12 (9.8)	0 (0)	13 (7.0)
	無回答	4 (6.8)	3 (2.4)	1 (25.0)	8 (4.3)
	合計	59 (100.0)	123 (100.0)	4 (100.0)	186 (100.0)
	既婚	46 (78.0)	95 (77.2)	2 (50.0)	143 (76.9)
	同棲	4 (6.8)	2 (1.6)	0 (0)	6 (3.2)
家族会合計	別居	2 (3.4)	1 (0.8)	0 (0)	3 (1.6)
	未婚	2 (3.4)	2 (1.6)	0 (0)	4 (2.2)
	離婚	0 (0)	8 (6.5)	1 (25.0)	9 (4.8)
	死別	1 (1.7)	12 (9.8)	0 (0)	13 (7.0)
	無回答	4 (6.8)	3 (2.4)	1 (25.0)	8 (4.3)
	合計	59 (100.0)	123 (100.0)	4 (100.0)	186 (100.0)

表4. 女性対象者の配偶者の職種

	家族会名称					
	びわこ 家族会	愛知 家族会	茨城タルク 家族会	宇都宮 家族会	仙台タルク 家族会	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
専門的・技術的職業	4 (13.8)	2 (7.4)	4 (11.1)	1 (5.6)	3 (23.1)	14 (11.4)
管理的職業	3 (10.3)	5 (18.5)	4 (11.1)	2 (11.1)	2 (15.4)	16 (13.0)
事務従事者	1 (3.4)	0 (0)	2 (5.6)	3 (16.7)	0 (0)	6 (4.9)
販売従事者	3 (10.3)	1 (3.7)	2 (5.6)	0 (0)	2 (15.4)	8 (6.5)
サービス業従事者	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
保安職業従事者	1 (3.4)	0 (0)	1 (2.8)	0 (0)	0 (0)	2 (1.6)
農林漁業作業	0 (0)	0 (0)	3 (8.3)	2 (11.1)	0 (0)	5 (4.1)
運輸・通信従事者	1 (3.4)	4 (14.8)	1 (2.8)	1 (5.6)	0 (0)	7 (5.7)
生産工程・労務作業	2 (6.9)	5 (18.5)	5 (13.9)	2 (11.1)	0 (0)	14 (11.4)
その他	3 (10.3)	1 (3.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (3.3)
無職	2 (6.9)	1 (3.7)	8 (22.2)	5 (27.8)	3 (23.1)	19 (15.4)
無回答	9 (31.0)	8 (29.6)	6 (16.7)	2 (11.1)	3 (23.1)	28 (22.8)
合計	29 (100.0)	27 (100.0)	36 (100.0)	18 (100.0)	13 (100.0)	123 (100.0)

表5. 対象者と依存症者本人の続柄

続柄	性別			
	男性	女性	無回答	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
配偶者	0 (0)	4 (3.3)	0 (0)	4 (2.2)
内縁関係のパートナー	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (5)
親子	56 (94.9)	113 (91.9)	3 (75.0)	172 (92.5)
兄弟姉妹	3 (5.1)	3 (2.4)	0 (0)	6 (3.2)
その他	0 (0)	1 (8)	0 (0)	1 (5)
無回答	0 (0)	1 (8)	1 (25.0)	2 (1.1)
合計	59 (100.0)	123 (100.0)	4 (100.0)	186 (100.0)

表6. 本人が薬物使用を始めてから家族に発覚するまでの期間

期間	度数 (%)
1年未満	28 (20.4)
1-2年未満	7 (5.1)
2-3年未満	9 (6.6)
3-4年未満	11 (8.0)
4-5年未満	7 (5.1)
5-6年未満	5 (3.6)
6-7年未満	0 (0)
7-8年未満	1 (7)
8-9年未満	1 (7)
9-10年未満	0 (0)
10年以上	3 (2.2)
不明	65 (47.4)
合計	137 (100.0)
平均月数	28.9 (SD=34.8)

表7. 本人の薬物使用が家族に発覚した契機 (複数回答可)

	度数 (%)
薬物の使用現場や道具を発見	60 (43.8)
本人や友人から打ち明けられた	26 (19.0)
本人が逮捕され警察から連絡	18 (13.1)
受診を契機に医師から知らされた	12 (8.8)
その他	12 (8.8)
無回答	23 (16.8)
合計	137 (100.0)

表8. 依存症者本人の薬物問題に関して家族が初めて利用した関係機関 (複数回答可)

関係機関	家族会名称					
	びわこ 家族会	愛知 家族会	茨城タルク 家族会	宇都宮 家族会	仙台タルク 家族会	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
医療機関	5 (17.9)	14 (45.2)	13 (31.0)	9 (45.0)	2 (12.5)	43 (31.4)
警察	4 (14.3)	7 (22.6)	9 (21.4)	2 (10.0)	7 (43.8)	29 (21.2)
保健所(保健センター)	4 (14.3)	4 (12.9)	7 (16.7)	9 (45.0)	3 (18.8)	27 (19.7)
依存症リハビリ施設	7 (25.0)	3 (9.7)	9 (21.4)	3 (15.0)	2 (12.5)	24 (17.5)
精神保健福祉センター	1 (3.6)	3 (9.7)	4 (9.5)	1 (5.0)	0 (0)	9 (6.6)
家族自助グループ	4 (14.3)	1 (3.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (3.6)
民間相談機関	1 (3.6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (12.5)	3 (2.2)
その他	3 (10.7)	0 (0)	1 (2.4)	0 (0)	0 (0)	4 (2.9)
無回答	0 (0)	0 (0)	1 (2.4)	0 (0)	0 (0)	1 (7)
合計	28 (100.0)	31 (100.0)	42 (100.0)	20 (100.0)	16 (100.0)	137 (100.0)

表9. 家族が本人の薬物使用を確信してから初めて関係機関を利用するまでの期間

期間	度数 (%)
確信以前に利用	
3年以上	1 (7)
2-3年未満	2 (1.5)
1-2年未満	6 (4.4)
1年未満	5 (3.6)
確信以降に利用	
同時期	31 (22.6)
1年未満	13 (9.5)
1-2年未満	8 (5.8)
2-3年未満	8 (5.8)
3-4年未満	6 (4.4)
4-5年未満	0 (0)
5-6年未満	4 (2.9)
6-7年未満	5 (3.6)
7-8年未満	0 (0)
8-9年未満	2 (1.5)
9-10年未満	4 (2.9)
10年以上	10 (7.3)
未確信	20 (14.6)
不明	12 (8.8)
合計	137 (100.0)
平均月数	38.7 (SD=65.9)

表10. 家族会への紹介経路(複数回答可)

紹介機関	家族会名称						合計
	びわこ 家族会	愛知 家族会	茨城ダルク 家族会	宇都宮 家族会	仙台ダルク 家族会		
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	
医療機関から	3 (10.7)	9 (29.0)	8 (19.0)	5 (25.0)	6 (37.5)	31 (22.6)	
警察から	0 (0)	0 (0)	1 (2.4)	2 (10.0)	2 (12.5)	5 (3.6)	
保健所(保健センター)から	0 (0)	0 (0)	2 (4.8)	1 (5.0)	3 (18.8)	6 (4.4)	
依存症リハビリ施設から	8 (28.6)	9 (29.0)	3 (7.1)	4 (20.0)	2 (12.5)	26 (19.0)	
精神保健福祉センターから	0 (0)	2 (6.5)	3 (7.1)	3 (15.0)	1 (6.3)	9 (6.6)	
自助グループから	7 (25.0)	3 (9.7)	3 (7.1)	0 (0)	0 (0)	13 (9.5)	
民間相談機関から	0 (0)	1 (3.2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)	
知人友人から	5 (17.9)	5 (16.1)	6 (14.3)	0 (0)	0 (0)	16 (11.7)	
メディアを通じて	5 (17.9)	1 (3.2)	10 (23.8)	4 (20.0)	1 (6.3)	21 (15.3)	
講演を通じて	0 (0)	0 (0)	2 (4.8)	0 (0)	1 (6.3)	3 (2.2)	
その他	2 (7.1)	1 (3.2)	3 (7.1)	0 (0)	2 (12.5)	8 (5.8)	
無回答	0 (0)	1 (3.2)	1 (2.4)	1 (5.0)	0 (0)	3 (2.2)	
合計	28 (100.0)	31 (100.0)	42 (100.0)	20 (100.0)	16 (100.0)	137 (100.0)	

表11. 家族が本人の薬物使用を確信してから家族会に参加するまでの期間

期間	度数 (%)
確信以前に参加	
1-2年未満	1 (0.7)
1年未満	2 (1.5)
確信以降に参加	
同時期	11 (8.0)
1年未満	15 (10.9)
1-2年未満	13 (9.5)
2-3年未満	10 (7.3)
3-4年未満	8 (5.8)
4-5年未満	2 (1.5)
5-6年未満	5 (3.6)
6-7年未満	4 (2.9)
7-8年未満	7 (5.1)
8-9年未満	2 (1.5)
9-10年未満	7 (5.1)
10年以上	23 (16.8)
不明	27 (19.7)
合計	137 (100.0)
平均月数	70.2 (SD=80.1)

表12. 家族が初めて関係機関を利用してから家族会に参加するまでの期間

期間	度数 (%)
関係機関利用と同時期	22 (16.1)
1年未満	30 (21.9)
1-2年未満	19 (13.9)
2-3年未満	10 (7.3)
3-4年未満	9 (6.6)
4-5年未満	6 (4.4)
5-6年未満	4 (2.9)
6-7年未満	4 (2.9)
7-8年未満	4 (2.9)
8-9年未満	4 (2.9)
9-10年未満	2 (1.5)
10年以上	10 (7.3)
不明	13 (9.5)
合計	137 (100.0)
平均月数	37.6 (SD=52.3)

表13. 家族会への参加期間

期間	度数 (%)
1年未満	38 (27.7)
1-2年未満	32 (23.4)
2-3年未満	13 (9.5)
3-4年未満	13 (9.5)
4-5年未満	11 (8.0)
5-6年未満	4 (2.9)
6-7年未満	11 (8.0)
7-8年未満	2 (1.5)
8-9年未満	2 (1.5)
9-10年未満	2 (1.5)
10年以上	4 (2.9)
無回答	5 (3.6)
合計	137 (100.0)
平均月数	33.9 (SD=35.5)

表14. 薬物依存症者をもつ家族が経験する様々な困難

困難	有	無	無回答	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
1. 薬物使用をやめさせようと様々な努力をしたが上手くいかない。	151 (81.2)	28 (15.1)	7 (3.8)	186 (100.0)
2. 薬物使用のための道具や、薬物使用の現場を目撃した。	149 (80.1)	30 (16.1)	7 (3.8)	186 (100.0)
3. 本人が妄想・幻覚のため暴れたり、大声を出したり、奇妙な言動をした。	142 (76.3)	37 (19.9)	7 (3.8)	186 (100.0)
4. 本人の借金のために、繰り返し取り立てがあった。	124 (66.7)	53 (28.5)	9 (4.8)	186 (100.0)
5. 薬物使用が原因で、本人が深刻な体調不良に陥ったり、事故で怪我をした。	116 (62.4)	61 (32.8)	9 (4.8)	186 (100.0)
6. 金銭の要求を断ったり薬物をやめさせようと注意すると、本人が暴言・暴力をふる	106 (57.0)	71 (38.2)	9 (4.8)	186 (100.0)
7. 本人が家族の金銭、物品などを盗んだり勝手に持ち出した。	101 (54.3)	74 (39.8)	11 (5.9)	186 (100.0)
8. 本人が薬物使用で逮捕されたが、裁判の手続き・面会・保釈等で悩んだ。	95 (51.1)	78 (41.9)	13 (7.0)	186 (100.0)
9. 本人が刑務所から出所したとき、どう対応してよいかわからず混乱した。	90 (48.4)	83 (44.6)	13 (7.0)	186 (100.0)
10. 一緒に暮らすことに耐えられず、家を出るよう促しても本人が家を出て行かない	85 (45.7)	86 (46.2)	15 (8.1)	186 (100.0)
11. 本人を家に入れられないようにしていたが、脅されたり、鍵や窓を壊して入られた。	41 (22.0)	130 (69.9)	15 (8.1)	186 (100.0)

表15-1. 日常経験する様々な困難な場面に対する、家族会参加後の家族の対応の変化(場面1-5)(複数回答可)

	参加以前 度数 (%)	参加以降 度数 (%)
1. 薬物使用をやめさせようと様々な努力をしたが上手くいかない		
対応 叱る・説得する・交換条件を出すなど	103 (71.0)	14 (23.7)
関係機関に相談	85 (58.6)	14 (23.7)
警察に連絡	56 (38.6)	15 (25.4)
冷静なときに治療について話し合う	60 (41.4)	15 (25.4)
監視監督を強める	42 (29.0)	3 (5.1)
家から出るよう促す	23 (15.9)	30 (50.8)
家から出す(家族が出る)ことで距離をとる	27 (18.6)	24 (40.7)
その他	3 (2.1)	0 (0)
無回答	1 (0.7)	2 (3.4)
合計	145 (100.0)	59 (100.0)
2. 薬物使用のための道具や、薬物使用の現場を目撃した		
対応 取り上げる・捨てる・隠すなど	87 (62.1)	9 (14.1)
叱る・説得する・交換条件を出すなど	98 (70.0)	15 (23.4)
見てみないふり	28 (20.0)	7 (10.9)
関係機関に相談	62 (44.3)	17 (26.6)
警察に連絡	55 (39.3)	14 (21.9)
冷静なときに治療について話し合う	54 (38.6)	21 (32.8)
家から出るよう促す	21 (15.0)	29 (45.3)
家から出す(家族が出る)ことで距離をとる	23 (16.4)	23 (35.9)
その他	7 (5.0)	4 (6.3)
無回答	0 (0)	2 (3.1)
合計	140 (100.0)	64 (100.0)
3. 本人が妄想・幻覚のため暴れたり、大声を出したり、奇妙な言動をした		
対応 ただ途方に暮れた	65 (47.1)	3 (5.8)
そのうちおさまると信じて我慢	44 (31.9)	3 (5.8)
医療機関を受診	62 (44.9)	8 (15.4)
関係機関に相談	59 (42.8)	15 (28.8)
警察に連絡	55 (39.9)	11 (21.2)
家から出す(家族が出る)ことで距離をとる	21 (15.2)	31 (59.6)
その他	5 (3.6)	4 (7.7)
無回答	1 (0.7)	0 (0)
合計	138 (100.0)	52 (100.0)
4. 本人の借金のために、繰り返し取り立てがあった		
対応 家族が肩代わり	97 (82.9)	12 (20.3)
家族名義などの理由により家族が支払い	23 (19.7)	4 (6.8)
家族に支払い意思がないことを本人・貸付先に明示	25 (21.4)	31 (52.5)
弁護士や関係機関に相談	21 (17.9)	10 (16.9)
ただ途方にくれた	10 (8.5)	0 (0)
その他	3 (2.6)	5 (8.5)
無回答	1 (0.9)	1 (1.7)
合計	117 (100.0)	59 (100.0)
5. 薬物使用が原因で、本人が深刻な体調不良に陥ったり、事故で怪我をした		
対応 精一杯看護	56 (49.6)	5 (10.9)
放っておかず結局世話	71 (62.8)	9 (19.6)
命に関わることを以外は放置	10 (8.8)	32 (69.6)
周囲への対応を家族が代行	72 (63.7)	7 (15.2)
その他	3 (2.7)	2 (4.3)
無回答	2 (1.8)	0 (0)
合計	114 (100.0)	47 (100.0)

表15-2. 日常経験する様々な困難な場面に対する、家族会参加後の家族の対応の変化(場面6-11)(複数回答可)

	参加以前 度数 (%)	参加以降 度数 (%)
6. 家族の安全を優先したために避難		
対応 恐れいので言いなり	52 (51.5)	1 (2.5)
負けずに対抗	43 (42.6)	4 (10.0)
警察に連絡	31 (30.7)	11 (27.5)
家族の安全を優先したために避難	31 (30.7)	12 (30.0)
家から出す(家族が出る)ことで距離をとる	26 (25.7)	27 (67.5)
その他	6 (5.9)	1 (2.5)
無回答	1 (1.0)	1 (2.5)
合計	101 (100.0)	40 (100.0)
7. 本人が家族の金銭、物品などを盗んだり勝手に持ち出した		
対応 我慢しあきらめた	55 (59.1)	7 (17.9)
警察に相談	9 (9.7)	2 (5.1)
金銭管理を徹底	58 (62.4)	13 (33.3)
家から出す(家族が出る)ことで距離をとる	9 (9.7)	19 (48.7)
その他	5 (5.4)	2 (5.1)
無回答	1 (1.1)	0 (0)
合計	93 (100.0)	39 (100.0)
8. 本人が薬物使用で逮捕されたが、裁判の手続き、面会、保釈等で悩んだ		
対応 面会・差し入れなど要求には出来るだけ応じた	59 (71.1)	3 (5.9)
保釈手続きをとった	13 (15.7)	1 (2.0)
家族が身元引受人になった	57 (68.7)	4 (7.8)
家族は身元引受人を拒否した	9 (10.8)	31 (60.8)
対応はなるべく弁護士や施設職員を通じて行った	10 (12.0)	32 (62.7)
その他	3 (3.6)	3 (5.9)
無回答	1 (1.2)	2 (3.9)
合計	83 (100.0)	51 (100.0)
9. 本人が刑務所から出所したとき、どう対応してよいかわからず混乱した		
対応 共同生活を受け入れた	47 (63.5)	3 (6.7)
出所後はすぐ治療につなげた	21 (28.4)	24 (53.3)
家から出す(家族が出る)ことで距離をとる	12 (16.2)	17 (37.8)
その他	5 (6.8)	5 (11.1)
無回答	2 (2.7)	0 (0)
合計	74 (100.0)	45 (100.0)
10. 一緒に暮らすことに耐えられず、家を出るよう促しても本人が家を出て行かない		
対応 ストレスを感じながら共同生活を継続	50 (69.4)	9 (20.5)
共同生活は継続したが援助や世話はしない	12 (16.7)	12 (27.3)
家から出す(家族が出る)ことで距離をとる	19 (26.4)	24 (54.5)
その他	3 (4.2)	3 (6.8)
無回答	0 (0)	0 (0)
合計	72 (100.0)	45 (100.0)
11. 本人を家に入れないようにしていたが、脅されたり、鍵や窓を壊して入られた		
対応 仕方なく共同生活を受け入れた	16 (64.0)	2 (7.4)
断固拒否し再度家から出した	4 (16.0)	14 (51.9)
警察に連絡	2 (8.0)	5 (18.5)
家族が家を出た	6 (24.0)	13 (48.1)
その他	0 (0)	0 (0)
無回答	1 (4.0)	0 (0)
合計	25 (100.0)	27 (100.0)

表16. 一般人口と女性対象者の日本語版SUBIの得点

	一般人口		対象者	
	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n
満足感	5.6 (1.4)	918	5.4 (1.6)	121
達成感	5.0 (1.2)	933	5.6 (1.3)	118
自信	5.5 (1.3)	935	5.7 (1.4)	121
至福感	4.7 (1.2)	914	5.5 (1.4)	121
近親者の支え	6.1 (1.4)	933	6.0 (1.5)	119
社会的な支え	5.7 (1.5)	933	5.4 (1.7)	121
家族との関係	7.4 (1.3)	831	6.3 (1.7)	101
精神的なコントロール感	16.1 (2.6)	929	15.6 (3.4)	120
身体的不健康感	14.6 (2.1)	934	14.6 (2.5)	120
社会的なつながりの不足	7.7 (1.1)	934	7.8 (1.2)	121
人生に対する失望感	7.6 (1.3)	933	7.5 (1.5)	121
陽性感情	34.7 (5.7)	935	35.4 (6.3)	112
陰性感情	51.2 (5.7)	935	50.1 (7.6)	102

表19. 依存症者本人の最終学歴

最終学歴	性別			
	男性	女性	無回答	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
中学校	63 (54.3)	7 (63.6)	0 (0)	70 (51.1)
高等学校	38 (32.8)	2 (18.2)	0 (0)	40 (29.2)
短大・専門学校	10 (8.6)	0 (0)	0 (0)	10 (7.3)
四年制大学以上	3 (2.6)	1 (9.1)	0 (0)	4 (2.9)
在学中	1 (0.9)	1 (9.1)	0 (0)	2 (1.5)
無回答	1 (0.9)	0 (0)	10 (100.0)	11 (8.0)
合計	116 (100.0)	11 (100.0)	10 (100.0)	137 (100.0)

表17. 家族会参加期間別にみた対象者の日本語版SUBIの得点

	1年未満		2-3年未満		3-5年未満		5年以上	
	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n	平均 (SD)	n
満足感	4.6 (1.5)	34	5.4 (1.51)	41	5.7 (1.5)	23	6.5 (1.2)	16
達成感	5.1 (1.3)	32	5.9 (1.39)	41	5.6 (1.1)	23	5.8 (1.3)	15
自信	5.1 (1.3)	34	5.7 (1.15)	41	6.1 (1.4)	23	6.4 (1.2)	16
至福感	4.9 (1.3)	34	5.5 (1.32)	41	6.0 (1.4)	23	6.2 (1.6)	16
近親者の支え	5.8 (1.6)	33	6.1 (1.73)	40	6.4 (1.4)	23	6.0 (0.8)	16
社会的な支え	4.9 (1.6)	34	5.6 (1.61)	41	5.8 (1.9)	23	5.6 (1.5)	16
家族との関係	5.5 (2.2)	30	6.6 (1.46)	34	6.7 (1.1)	18	6.5 (1.5)	15
精神的なコントロール感	15.5 (3.6)	33	15.2 (3.53)	41	15.7 (3.1)	23	15.7 (3.3)	16
身体的不健康感	14.0 (2.4)	33	14.6 (2.52)	41	14.8 (2.3)	23	15.3 (2.9)	16
社会的なつながりの不足	7.7 (1.3)	34	7.6 (1.28)	41	7.9 (1.0)	23	8.2 (1.0)	16
人生に対する失望感	7.1 (1.7)	34	7.4 (1.50)	41	7.8 (1.4)	23	7.9 (1.2)	16
陽性感情	32.0 (6.1)	30	36.0 (5.76)	39	37.4 (7.3)	23	37.8 (4.0)	14
陰性感情	48.5 (8.1)	30	49.7 (7.66)	34	52.1 (6.8)	18	51.4 (7.9)	15

表20. 依存症者本人の主な使用薬物(複数回答可)

主な使用薬物	性別			
	男性	女性	無回答	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
覚せい剤	67 (57.8)	4 (36.4)	0 (0)	71 (51.8)
有機溶剤	31 (26.7)	3 (27.3)	0 (0)	34 (24.8)
大麻	8 (6.9)	0 (0)	0 (0)	8 (5.8)
MDMA	3 (2.6)	1 (9.1)	0 (0)	4 (2.9)
ヘロイン	1 (0.9)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)
コカイン	3 (2.6)	0 (0)	0 (0)	3 (2.2)
処方薬	10 (8.6)	1 (9.1)	0 (0)	11 (8.0)
市販薬	17 (14.7)	3 (27.3)	0 (0)	20 (14.6)
その他	6 (5.2)	0 (0)	0 (0)	6 (4.4)
無回答	5 (4.3)	1 (9.1)	10 (100.0)	16 (11.7)
合計	116 (100.0)	11 (100.0)	10 (100.0)	137 (100.0)

表18. 依存症者本人の性別および年齢

年齢	性別			
	男性	女性	無回答	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
20才未満	5 (4.3)	2 (18.2)	0 (0)	7 (5.1)
20-25才未満	17 (14.7)	5 (45.5)	0 (0)	22 (16.1)
25-30才未満	32 (27.6)	2 (18.2)	0 (0)	34 (24.8)
30-35才未満	32 (27.6)	0 (0)	0 (0)	32 (23.4)
35-40才未満	16 (13.8)	1 (9.1)	0 (0)	17 (12.4)
40-45才未満	7 (6.0)	0 (0)	0 (0)	7 (5.1)
45-50才未満	4 (3.4)	0 (0)	0 (0)	4 (2.9)
50才以上	2 (1.7)	0 (0)	0 (0)	2 (1.5)
無回答	1 (0.9)	1 (9.1)	10 (100.0)	12 (8.8)
合計	116 (100.0)	11 (100.0)	10 (100.0)	137 (100.0)
平均年齢	30.5 (SD=7.1)	23.6 (SD=5.7)		29.9 (SD=7.2)

表21. 本人のこれまでの依存症治療経験の有無

	有	無	無回答	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
依存症治療プログラムをもつ医療機関	46 (33.6)	80 (58.4)	11 (8.0)	137 (100.0)
依存症リハビリテーション施設	84 (61.3)	40 (29.2)	13 (9.5)	137 (100.0)
その他の依存症治療	33 (24.1)	83 (60.6)	21 (15.3)	137 (100.0)
上記いずれかの治療	95 (69.3)	29 (21.2)	13 (9.5)	137 (100.0)

表22. 家族が薬物使用を確信してから本人が依存症治療にいたるまでの期間

	度数 (%)
同時期またはそれ以前	18 (13.1)
1年未満	7 (5.1)
2年未満	5 (3.6)
3年未満	6 (4.4)
4年未満	3 (2.2)
5年未満	3 (2.2)
6年未満	4 (2.9)
7年未満	6 (4.4)
8年未満	1 (.7)
9年未満	2 (1.5)
10年未満	3 (2.2)
10年以上	9 (6.6)
不明	70 (51.1)
合計	137 (100.0)
平均期間	55.3 (SD=76.1)

表23. 依存症者本人の精神症状の有無とその発症年齢

	有 度数 (%)	無 度数 (%)	無回答 度数 (%)	合計 度数 (%)
精神症状	81 (59.1)	19 (13.9)	37 (27.0)	137 (100.0)
発症年齢				
20才未満	10 (12.3)	0 (.0)	0 (.0)	10 (12.3)
20-25才未満	31 (38.3)	0 (.0)	0 (.0)	31 (38.3)
25-30才未満	18 (22.2)	0 (.0)	0 (.0)	18 (22.2)
30-35才未満	8 (9.9)	0 (.0)	0 (.0)	8 (9.9)
35-40才未満	2 (2.5)	0 (.0)	0 (.0)	2 (2.5)
40-45才未満	1 (1.2)	0 (.0)	0 (.0)	1 (1.2)
45-50才未満	1 (1.2)	0 (.0)	0 (.0)	1 (1.2)
無回答	10 (12.3)	0 (.0)	0 (.0)	10 (12.3)
合計	81 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	81 (100.0)

表24. 依存症者本人の逮捕経験の有無、初回逮捕年齢および逮捕平均回数

	有 度数 (%)	無 度数 (%)	無回答 度数 (%)	合計 度数 (%)
逮捕経験	72 (52.6)	49 (35.8)	16 (11.7)	137 (100.0)
初逮捕年齢				
10-15才未満	1 (1.4)	0 (.0)	0 (.0)	1 (1.4)
15-20才未満	12 (16.7)	0 (.0)	0 (.0)	12 (16.7)
20-25才未満	26 (36.1)	0 (.0)	0 (.0)	26 (36.1)
25-30才未満	24 (33.3)	0 (.0)	0 (.0)	24 (33.3)
30-35才未満	2 (2.8)	0 (.0)	0 (.0)	2 (2.8)
35-40才未満	3 (4.2)	0 (.0)	0 (.0)	3 (4.2)
40-45才未満	1 (1.4)	0 (.0)	0 (.0)	1 (1.4)
無回答	3 (4.2)	0 (.0)	0 (.0)	3 (4.2)
合計	72 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	72 (100.0)
逮捕平均回数				
1回	28 (38.9)	0 (.0)	0 (.0)	28 (38.9)
2回	24 (33.3)	0 (.0)	0 (.0)	24 (33.3)
3回	8 (11.1)	0 (.0)	0 (.0)	8 (11.1)
4回	3 (4.2)	0 (.0)	0 (.0)	3 (4.2)
5回	2 (2.8)	0 (.0)	0 (.0)	2 (2.8)
6回	2 (2.8)	0 (.0)	0 (.0)	2 (2.8)
無回答	5 (6.9)	0 (.0)	0 (.0)	5 (6.9)
合計	72 (100.0)	0 (.0)	0 (.0)	72 (100.0)

表25. 依存症者本人の現在の居場所

	度数 (%)
依存症リハビリテーション施設	42 (30.7)
刑務所など司法機関で拘束状態	26 (19.0)
一人暮らし	15 (10.9)
実家で家族と生活	14 (10.2)
パートナー(とその子ども)と同居	8 (5.8)
病院(精神科)に入院	4 (2.9)
友人と同居	4 (2.9)
病院(一般科)に入院	0 (.0)
その他	6 (4.4)
不明	8 (5.8)
無回答	10 (7.3)
合計	137 (100.0)

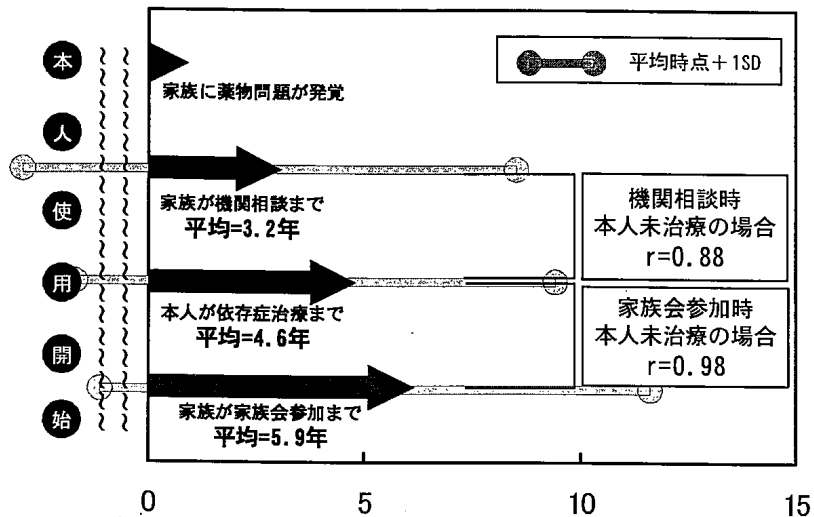
表26. 依存症者本人の現在の就業状況

	度数 (%)
無職	70 (51.1)
常勤(週35時間程度)アルバイト	14 (10.2)
非常勤アルバイト	6 (4.4)
常勤正社員	5 (3.6)
依存症のリハビリ施設スタッフ(無給)	3 (2.2)
依存症のリハビリ施設スタッフ(有給)	2 (1.5)
実家・親族の事業手伝い	1 (.7)
その他	2 (1.5)
不明	15 (10.9)
無回答	19 (13.9)
合計	137 (100.0)

表27. 依存症者本人の現在の薬物使用状況

	度数 (%)
しばらく使っていない	40 (29.2)
病院や刑務所に拘束されているので使っていない	30 (21.9)
ずっと使い続けている	5 (3.6)
1度止まったが、現在はまた使っている	2 (1.5)
まったくわからない	40 (29.2)
無回答	20 (14.6)
合計	137 (100.0)

図1. 家族に薬物問題が発覚してから、本人が初めて依存症治療に至るまでの家族の経緯



(別掲6)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体 編集者名	書籍名	出版社 名	出版地	出版 年	ペー ジ
なし							

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻	ページ	出版年
和田 清 高橋伸彰	中学生の飲酒と家族・仲間	日本アルコール関連 問題学会雑誌	7	63-66	2005
和田 清	特集 青少年の危険行動の防 止 薬物乱用	学校保健研究	47	389-396	2005
尾崎 茂, 和田 清	Severity of Dependence Scale (SDS) の有用性につい てー 「全国の精神科医療施設 における薬物関連精神疾患の 実態調査」における使用経験 からー	Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence	40	126-136	2005
尾崎 茂	Methylphenidateの薬理, 乱用 と依存	臨床精神薬理	8	891-898	2005
尾崎 茂, 和田 清	メチルフェニデート乱用・依 存の現状 オピニオン・メチ ルフェニデートの有用性と有 害性をめぐって	精神医学	47	595-597	2005

平成17年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)

薬物乱用・依存等の実態把握と
乱用・依存者に対する対応策に関する研究
(H17-医薬-043)

研究報告書

主任研究者：和田 清（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

2006年3月31日 発行

平成18年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)

薬物乱用・依存等の実態把握と
乱用・依存者に対する対応策に関する研究

(H17-医薬-一般-043)

研究報告書

平成19年(2007年)3月

主任研究者：和田 清

目 次

I. 総括研究報告書	和田 清 (国立精神・神経センター 精神保健研究所)	1
II. 分担研究報告書		
II-1. 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究		
1-1: 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2006年)	和田 清 (国立精神・神経センター 精神保健研究所)	17
1-2: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査	尾崎 茂 (国立精神・神経センター 精神保健研究所)	93
1-3: 全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究	庄司正実 (目白大学 人間社会学部)	141
II-2. 乱用・依存者に対する対応策に関する研究		
2-1: 薬物関連精神障害者専門病院利用者の予後についての研究	小林桜児 (神奈川県立精神医療センター セリがや病院)	173
2-2: 民間治療施設利用者の予後についての研究(1)	近藤千春 (藤田保健衛生大学 衛生学部衛生看護学科)	185
2-3: 民間治療施設利用者の予後についての研究(2)	近藤あゆみ (国立精神・神経センター 精神保健研究所)	199
2-4: わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究	宮永 耕 (東海大学 健康科学部社会福祉学科)	219
2-5: 薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究	松本俊彦 (国立精神・神経センター 精神保健研究所)	241
2-6: 薬物依存者に対するその家族の対応法に関する研究	近藤あゆみ (国立精神・神経センター 精神保健研究所)	275
III: 海外渡航報告書		
1. 和田 清、尾崎 茂、松本俊彦、小林桜児、近藤あゆみ: ロスアンジェルス (アメリカ)		345
2. 和田 清: ロンドン、オックスフォード、ブライトン (イギリス)		346
3. 宮永 耕: ニューヨーク (アメリカ)、 ロンドン、ウィンザー、オックスフォード (イギリス)		347
IV: 研究成果の刊行に関する一覧表		348

総括研究報告書

薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究
(H17-医薬一般-043)

主任研究者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長

研究要旨 薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料として資するために、薬物乱用・依存の実態を把握し、同時に、薬物乱用・依存者に対する対応策について検討した。

【研究 1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究】性質の異なる対象に対して、実態調査を実施した。研究 1-1：全国中学生調査 ①有機溶剤乱用生涯経験率は、男子では 1.0%、女子では 0.7%、全体では 0.9%であった。②有機溶剤乱用の目撃率は 3.9%と低下しており、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も 2.3%と低下していた。有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率は、2000 年をピークに年々減少していた。③以上により、有機溶剤乱用の勢いは確実に弱くなってきていると考えられる。④有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。⑤有機溶剤乱用経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が伺われた。⑥大麻の生涯経験率は、男子で 0.5%、女子で 0.4%、全体で 0.4%であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で 0.5%、女子で 0.3%、全体で 0.4%であった。トレンド的には大麻も覚せい剤も生涯経験率は 2000 年以降横ばい状態と見るべきであろう。⑦また、有機溶剤乱用経験者群の約 29%の者に大麻乱用の経験があり、約 28%の者に覚せい剤乱用の経験があった。⑧同時に、喫煙経験／大人が同伴しない飲酒と有機溶剤乱用経験との間には強い繋がりが認められた。⑨このことは、わが国の中学生では、喫煙／大人が同伴しない飲酒→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

研究 1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査 ①主たる使用薬物別では、『覚せい剤症例』が 49.0%と最も多く、『有機溶剤症例』15.1%と合わせると全体の 2/3 近くを占めた。②『覚せい剤症例』の病態としては、精神病的障害が中心で、従来の調査と同様に長期にわたる遷延性の状態像がうかがわれた。有機溶剤乱用は下火になりつつあるが、「使用歴を有する薬物」としては 48%、「初回使用薬物」としても 44%と高い水準を維持しており、薬物乱用への入門薬としての役割は依然として軽視できないと考えられた。③『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』では平均年齢、使用開始年齢など高く、複数の薬物を併用する傾向がみられ、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』の 80%以上が臨床用量依存に該当すると報告された。④大麻は乱用拡大が懸念されており、『大麻症例』は全体の 2.4%と前回調査よりは若干減少したものの、「大麻使用歴を有する症例」は全体の 27.7%と高水準を保っており、症状の遷延例も少なからず存在することがうかがわれた。⑤『リタリン症例』は 2.8%報告され、「使用歴を有する症例」としては 5.6%と増加傾向がみられた。⑥その他、新規の麻薬指定物質、改正薬事法における新規指定薬物、知事指定薬物など多様な物質が報告され、臨床現場においても、これらの薬理作用や関連法規等についての知識や情報の迅速かつ適切な共有が必要であると思われた。研究 1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究 ①有機溶剤乱用者は男性で 9.8%、女性で 31.1%、大麻乱用者は男性で 2.7%、女性で 14.0%、覚せい剤乱用者は男性で 0.7%、女性で 10.9%、ブタン乱用者は男性で 10.8%、女性で 15.0%であった。②その他、抗不安薬(安定剤)乱用は男性で 3.3%、女性で 14.0%、ブロン(咳止め液)乱用は男性で 2.5%、女性で 10.6%であった。③従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。④女性における大麻乱用経験率の横ばい傾向をのぞ

けば、それ以外の薬物の経験率は減少傾向を示していた。⑤入所非行児の非行歴を検討した結果、非行程度がやや軽度化している傾向が疑われ対象集団そのものがやや変化している可能性が示唆された。

【研究2 乱用・依存者に対する対応策に関する研究】研究2-1：薬物関連精神障害者専門病院利用者の予後についての研究 ①調査対象者総数100名中、最近3ヶ月以内の薬物使用歴に関して情報の得られた者は計61名（予後判明率61%）であった。②このうち、最近3ヶ月以内に薬物乱用歴が無いと回答した断薬群は44名で、72%に達した。③他方、再乱用ありと回答した者は9名（15%）、勾留・服役中の者が5名（8%）、死亡が確認された者は3名（5%）であった。④入院時の自記式調査で希死念慮ありと回答していた群の方が、無い群よりも有意に断薬率が高かった（ $p<0.05$ ）。⑤断薬と生活の規則正しさとの間には有意な関連性が認められた（ $p<0.05$ ）。研究2-2：民間治療施設利用者の予後についての研究（1）①5箇所のダルクの入寮者28名に対して追跡調査を行った。②9名はダルクの利用期間が1ヶ月未満であった。③長期ダルク滞在者5名は、就労もしくは、就労のための準備に取り組んだ。④対象者5名のうち3名が、ダルクの職員となるための研修を開始したが、ダルクへの就労の理由には、対象の前歴や年齢などから、一般企業への就職が困難であることなども関連すると思われた。⑤一般企業に就職した者のダルク利用期間は20ヶ月であった。滞在期間が長い理由として、ダルク入寮中の、就労に向けた準備は、本人だけでなく、他の入寮者の励みにもなり、利用者相互にとって意義があると考えられる。⑥様々な生活背景を持つダルク利用者の予後の評価にあたっては対象の就労における難易度を考慮すべきであると考え、その指標とするものとして、「就労難易度」を算出した。研究2-3：民間治療施設利用者の予後についての研究（2）①沖縄GAIAに入所した延べ33名（実人数32名）の予後を調査とした。②沖縄GAIA利用者の特徴としては、最終学歴が高いこと、親の援助により入寮している者の割合が高いこと、初使用薬物が大麻である者の割合が高いこと、使用開始年齢が比較的に遅いこと、主な使用薬物が有機溶剤である者の割合が低いことなどが見出された。③入寮者の入寮0-3ヶ月時の生活状況をみると、3/4が施設内の生活を「有意義に過ごしている」と回答しており、9割以上が自助グループにも週数回以上参加していた。また、多くの者は「毎朝決まった時間に起きる」など、規則正しい生活を送っていた。④気分・感情の状態を評価するPOMSの得点も、入寮時は高かったが、入寮3ヶ月時点には概ね改善していた。気分・感情の状態はその後6ヶ月時点で再度悪化する傾向がみられたが、その原因のひとつとして、この時期からアルバイトを通して再び社会生活に参入していくので、期待する職業や地位と現在の自己とのギャップ、慣れない仕事でのストレスを感じやすい時期であることなどが考えられる。⑤退寮者の多くは一人暮らしをしながら常勤の仕事に就いていたが、自分の生活を自分で賄えるようになるまでには退寮後約1年を要することが示唆された。心理状態は、退寮後一時期悪化するものの、1年後には改善が認められた。⑥再使用率については、退寮0-3ヶ月（10-15%）、退寮3-6ヶ月（15-20%）、退寮6-12ヶ月（30-35%）であり、概ね良好であった。研究2-4：わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究 ①世界で実施されているTC治療の現状と課題を総括的に理解するためWFTC（治療共同体世界連盟）の第23回世界会議に出席した。②これまでわが国に紹介される機会の少なかった「民主的モデル」と分類される英国のTC実践についても調査を実施し、資料収集を行った。③また、実践領域に関わる実務者や研究者との間でTCに関する諸情報を共有し、各領域からの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC研究会」を定期的に開催して課題を整理した他、より広く一般向けにTC治療に関する公開セミナー、ワークショップ等も企画・開催し、今後の議論のための土台作りを行った。TC研究会での討議を通して共有された課題として、以下のことが挙げられた。1. TCコンセプトに基づいた実際の治療施設・サービス機関の不在と薬物関連問題の実態から見たニーズの整理、2. なぜ、わが国にもTCが必要か？（敢えてDARCではなく、TCであることの意味は何か）、3. TCを導入していく場合の基本原則（文化的・制度的・社会的）の明確化と共有、4. 日本において求められるTCのMission（使命）の明文化とAdministration（施設運

営）領域に関わる課題の整理である。既に世界各地で実施されているTCの直訳的導入を急ぐのではなく、わが国の歴史・社会的、制度的あるいは薬物乱用・依存に関わる諸環境や条件、さらには文化的側面までも視野に入れ、既存の資源との連携を前提とした具体的方策について明らかにしていく必要が確認された。研究2-5：薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究 ①薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。②そこで、本研究では、専門家会議、全国精神科医療機関調査、および法学者への意見聴取を通じて、薬物関連精神障害の治療過程における司法的問題を明らかにし、その対応指針を作成した。③また、薬物関連精神障害の臨床では様々な場面で関わりを持つ警察官の職務に関してその根拠となる法令を整理し、医療従事者として警察官との適切な連携に寄与できる資料を作成した。研究2-6：薬物依存者に対するその家族の対応法に関する研究 ①ダルク家族会の参加者190名に対し、アンケート調査およびインタビュー調査を実施した。②家族が依存症の2次的症状である様々な問題行動に長期間悩まされているにも関わらず、その解決のために家族を支える資源に巡り合えず時間が経過していること、家族はなんとか問題を解決しようと様々な試行錯誤を繰り返しているが、一家族のみで本人への対応を徹底し続けることは困難であること、薬物使用をコントロールする努力と問題行動の後始末を続ける家族と本人との関係は悪化する一方であり、家族には回復を支援する機能が低下しているにも関わらず、支援が得られず孤軍奮闘せざるを得ない状況であることなどが示された。③また、家族が薬物問題を知ってから10年以上経過した後も、本人が施設や刑務所に入所している率は高く、状態の安定には長期間を要することが示された。④当事者活動の有効性については、多くの仲間との出会いにより得られる理解・共感、依存症に関する知識や回復に役立つ情報の収集などを有効であると感じている者の割合が高く、これらの要素が家族支援において重要であること、薬物依存症者の回復には時間がかかること、本人への対応の理解、家族の心身の状態の改善、などについては一定の期間を要することなどが明らかになり、本人に対する対応の徹底や家族の心身の状態改善のためには継続的な支援が求められることが示唆された。④また、昨年度からの調査結果を踏まえ、薬物依存症者をもつ家族を対象とした家族読本を作成した。

以上により、我が国の薬物乱用状況は、覚せい剤・有機溶剤に象徴される「害の強い薬物の乱用」はそれなりに落ち着いてきているが、大麻の乱用拡大、違法ドラッグ問題の浮上等、相対的に「害の弱い薬物の乱用」が目立つ状況になっていると考えられる。「害の強い薬物の乱用」がそれなりに落ち着いてきている時期こそ、「治療共同体」の導入、民間回復施設への支援、家族会への支援等、我が国では著しく遅れている乱用・依存者に対する対応策を早急に準備してゆく必要がある。

分担研究者

和田 清 国立精神・神経センター
精神保健研究所薬物依存研究部長
尾崎 茂 国立精神・神経センター
精神保健研究所薬物依存研究部
室長
庄司正実 目白大学
人間社会学部 教授
小林桜児 神奈川県立精神慰労センター
せりがや病院 医師
近藤千春 藤田保健衛生大学
衛生学部衛生看護学科 助教授
近藤あゆみ 国立精神・神経センター
精神保健研究所薬物依存研究部

流動研究員

宮永 耕 東海大学
健康科学部社会福祉学科 助教授
松本俊彦 国立精神・神経センター
精神保健研究所司法精神医学研究部
室長

A. 研究目的

現在わが国は第三次覚せい剤乱用期にあり、「薬物乱用防止5か年戦略」（1998年）の実施にもかかわらず、未だに十分な成果が上がっているとは言えず、「薬物乱用防止新5か年戦略」（2003年）が策定される事態となっている。

対応策の立案・評価には現状の客観的把握が不可欠であるが、検挙者数は薬物乱用者の「氷山の一角」であり、その裾野の把握が重要である。しかし、薬物乱用は、違法行為であることが多く、その実態把握調査は「違法行為の掘り起こし」的性質を帯びており、困難を極める。そこで、本研究では、調査対象を複数設けて多角的に調査し、それらを総合することによって、わが国の薬物乱用・依存状況の把握を試みた。対象は次の通りである。①薬物乱用開始の最頻年齢である全国の中学生（層別一段集落抽出法）、②薬物依存・精神病に陥った薬物関連精神障害（2ヶ月間の全数調査）、③ハイリスクグループである全国の児童自立支援施設入所者（全数調査）である。

これらにより、「薬物乱用防止新5か年戦略」の評価が可能になると同時に、今後の戦略策定の際の基礎資料として資することができ。また、成果を国連、WHO等国際社会に発信することによって、国際社会への一貢献ともなる。

また、覚せい剤事犯検挙者での再犯率は54.9%(2005年)と高く、薬物依存症治療のシステム整備が急務である。欧米では、「治療共同体」（社会参加のための生活訓練施設）が薬物依存症治療の主役となっているが、同種の施設は、わが国にはなく、医療施設と民間治療施設があるのみである。そこで、本研究では、現存の医療施設と民間治療施設での治療後の把握を試み、現状の薬物依存症治療の評価のための基礎資料の提供を図った。また、わが国に「治療共同体」を導入すると、どのような改変等が必要になるのかといった観点から、「治療共同体」に関する検討を図った。これらにより、著しく立ち後れているわが国の薬物依存症治療システムの整備に向けた貢献が可能となる。

さらに、薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において取締機関・司法機関との関わりを避けることができない。しかし、医療従事者側には法的対応に関する知識がほとんどなく、臨床現場での混乱を招いているのが現状である。本研究では、対応法の円滑化を図るために、法的対応法に関するマニュアルを作成した。

また、「薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する」（新5か年戦略）ために、全国薬物依存症者家族連合会の場をフィールドにした家族の実態調査を実施することによって、薬物依存者に

対する家族の対応法を開発し、家族に対する具体的支援策の提示（『家族読本』）を図った。

B. 各分担研究の目的、方法、及び結果

■研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

研究1-1：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査

分担研究者 和田 清
国立精神・神経センター
精神保健研究所 薬物依存研究部長

わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2006年10月中（一部11～12月中）であり、層別一段集落抽出法により選ばれた全国208校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、138校（対象校の66.3%）より、56,533人（対象校208校の全生徒想定数の57.0%）の回答を得た。有効回答数は56,421人（対象校208校の全生徒想定数の56.9%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が2県あり、都道府県毎の回答率には、未だにばらつきがあることをふまえた上で、本調査の結果を利用する必要がある。

このような限界はあるが、以下のような結論を得た。

① これまでに有機溶剤乱用を経験したことがあると回答した男子は1.0%（1年生1.0%、2年生1.0%、3年生1.1%）、女子では0.7%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）、全体では0.9%（1年生0.8%、2年生0.8%、3年生1.0%）であった。

この結果は、男女合わせた全体では、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。また、2004年調査まで上昇傾向にあった女子での生涯経験率は初めて減少し、1996年調査のレベルに回復した。

② 有機溶剤乱用の目撃率に関しては男性、女性、全体の全てにおいて、1996年以降、着実に低下し

ており（全体で11.8%から3.9%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた（全体で5.4%から2.3%）。

また、有機溶剤乱用に「誘われた」とこのある者の率も、2000年調査をピークに調査年次毎に漸減していた。

③ 以上を総合すると、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱くなってきていると考えられる。

④ 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。

⑤ その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。

⑥ 結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじみず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することができよう。

⑦ また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。

⑧ 薬物乱用による健康への害知識に関しては、個々の知識の周知率自体は調査年次毎に上昇しており、薬物乱用防止教育の成果と受け止めることが出来る。

また、これまでの一連の本調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた。しかし、2004年調査から、有機溶剤の乱用による害としての急性中毒死、多発神経炎、精神病に関しては、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が男女ともに多いという結果が初めて出るようになったが、これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとなれば、「望むべき姿」である。しかしながら、今回の2006年調査では、再び「望ましくない姿」に逆戻りしてしまった知識もあり、なおいっそうの薬物乱用防止教育の徹底が要求される結果であった。

⑨ 大麻、覚せい剤の生涯経験者数は無回答者数よりも少なく、その意味では参考データの意味合いが否定できないが、以下の結果を得た。

大麻の生涯経験率は、男子で0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.3%、3年生0.5%）、全体で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%（1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.6%）、女子で0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%）、全体で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であった。

大麻に関しては、男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値（0.7%）よりは低く、停滞状態であった2002年、2004年調査の結果（0.5%）より低下し、1996年以降最低であった2000年の0.4%に回復していた。

覚せい剤に関しては、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）よりは低く、1996年、2000年、2002年と同じ0.4%であった。

ただし、トレンド的には大麻も覚せい剤も生涯経験率は2000年以降横ばい状態と見るべきであろう。

⑩ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、増加傾向にあり歓迎されるが、そもその周知度自体が未だに高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

⑪ 違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その入手可能性は大麻や覚せい剤よりは高かった。しかし、2004年調査では、その入手可能性はこれまでに激減し、今回の2006年調査ではさらに減少していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、今回の2006年調査ではさらに減少していた。

これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。

ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに約70%であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で約41%、女子で約44%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で約41%、女子で49%の者が入手可能を選択していた。

わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回での乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤の入手が身近なものになる状況に入り込むことになるという特徴を強く示唆する結果であった。さらに、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用経験者女子で最も高いという結果であり、女子に対する対策が望まれるところである。

⑫ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の7.78%の者が「少々ならかわまない」を選んでのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.5%に過ぎず、大麻では0.9%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。

⑬ また、有機溶剤乱用経験者群の約29%の者に大麻乱用の経験があり、約28%の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

研究 1-2：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者 尾崎 茂

国立精神・神経センター
精神保健研究所薬物依存研究部室長

全国の精神科病床を有する医療施設 1,653 施設を対象に、薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて施行し、937 施設 (56.7%) から 535 症例の報告を得た。

主たる使用薬物別では、『覚せい剤症例』が 262 例 (49.0%) と最も多く、『有機溶剤症例』81 例 (15.1%) と合わせると全体の 2/3 近くを占めた。

『覚せい剤症例』の病態としては、精神病的障害が中心で、従来の調査と同様に長期にわたる遷延性の状態像がうかがわれた。有機溶剤乱用は下火になりつつあるが、「使用歴を有する薬物」としては 48%、「初回使用薬物」としても 44% と高い水準を維持しており、薬物乱用への入門薬としての役割は依然として軽視できないと考えられた。

『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』では平均年齢、使用開始年齢など高く、複数の薬物を併用する傾向がみられ、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』の 80%以上が臨床用量依存に該当すると報告された。

大麻は乱用拡大が懸念されており、『大麻症例』

は全体の 2.4%と前回調査よりは若干減少したものの、「大麻使用歴を有する症例」は全体の 27.7%と高水準を保っており、症状の遷延例も少なからず存在することがうかがわれた。

『リタリン症例』は 15 例 (2.8%) 報告され、「使用歴を有する症例」としては 30 例と増加傾向がみられた。約半数に気分障害の併存がみられ、自傷・自殺企図、成育史上の問題を有する割合も比較的高く、これらが相互に関連している可能性が示唆された。

パーソナリティ障害としては、『覚せい剤症例』で反社会性パーソナリティ障害、『多剤症例 (医薬品)』『抗不安薬症例』で境界性パーソナリティ障害の併存率が比較的高かったが、薬物使用後に障害が顕在化した例が少なくないことから、薬物関連精神障害患者におけるパーソナリティの評価は、薬物使用の影響を考慮に入れて慎重に行われるべきと考えられた。

その他、新規の麻薬指定物質、改正薬事法における新規指定薬物、知事指定薬物など多様な物質が報告され、臨床現場においても、これらの薬理作用や関連法規等についての知識や情報の迅速かつ適切な共有が必要であると思われた。

研究 1-3：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

分担研究者 庄司正実 目白大学
人間社会学部 助教授

薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物への意識および実態を把握するために、全国の児童自立支援施設に入所中の児童に質問紙調査を実施した。有効調査人数は、986 人 (男性 693 人、女性 293 人) であった。

調査により以下のような結果が得られた。

1) 有機溶剤乱用者数は男性 68 人 (9.8%) 女性 91 人 (31.1%)、大麻乱用者数は男性 19 人 (2.7%) 女性 41 人 (14.0%)、覚せい剤乱用者数は男性 5 人 (0.7%) 女性 32 人 (10.9%)、ブタン乱用者数男性 75 人 (10.8%) 女性 44 人 (15.0%) であった。

2) その他、抗不安薬 (安定剤) 乱用が男性 23 人 (3.3%) 女性 41 人 (14.0%)、ブロン (咳止め液) 乱用が男性 17 人 (2.5%) 女性 31 人 (10.6%) に認められた。従来の結果と同様にすべての薬物にて女性

は男性より乱用頻度が高かった。

3) 1994 年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである。

有機溶剤乱用はこれまで男女とも減少傾向であったが、今回も乱用者は減少した。特に男性においてこの傾向が著しく、1994 年 41.2%から 2006 年 9.8%に減少した。女性でも 1994 年 59.6%から 2006 年 31.1%まで漸減している。覚せい剤乱用は男女とも 2000 年ころまで増加傾向にあったが、2002 年以降減少傾向を示している。大麻乱用頻度について男性は 5%から 6%前後であったが今年度は 2.7%に減少した。女性では 1994 年 (22.0%) および 1996 年 (19.0%) はやや高かったが 1998 年から 14%から 15%代であり変化はない。今年度も 14.0%であった。

4) 有機溶剤乱用に対する態度の年代変化を検討したところ、1998 年と比較して大きな変化は見られなかった。このことより近年の有機溶剤乱用頻度の減少と児童の薬物乱用への態度はあまり関係がないと考えられた。

5) 一方、入所非行児の非行歴を検討した結果、非行程度がやや軽度化している傾向が疑われ対象集団そのものがやや変化している可能性が示唆された。

児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループである。今回の調査により児童の乱用薬物が従来の有機溶剤という特定の薬物から多様化していることがうかがわれた。今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である。

■研究 2 乱用・依存者に対する対応策に関する研究

研究 2-1：薬物関連精神障害者専門病院利用者の予後についての研究

分担研究者 小林桜児
神奈川県立精神医療センター
せりがや病院 医師

任意入院・開放病棟を基本とする薬物依存専門病院において、入院による断薬リハビリプログラムに参加した利用者の退院後予後調査を実施した。調査対象は平成 14 年 7 月から 16 年 12 月までの期間、神奈川県立精神医療センターせりがや病

院を退院した者、計 100 名である。

先行調査として入院時に、物質乱用歴や過去の問題行動、被害待歴、さらに抑うつ症状や解離、食行動異常、ADHD などに関する評価尺度などの項目を含む自記式調査票を同意者に配布し、回答を得た。さらに、退院後 2 年目または 3 年目に当たる対象者に対して、平成 17 年 12 月から 18 年 9 月までの期間、薬物使用歴の他、生活状況、自助グループ利用状況などの項目を含む自記式予後調査用紙を郵送し、返送による回答を得た。返送の得られなかった対象者については、追跡調査として事前に同意を得た上で電話による聞き取り調査を行った。その結果、調査対象者総数 100 名中、最近 3 ヶ月以内の薬物使用歴に関して情報の得られた者は計 61 名 (予後判明率 61%) であった。

退院後 2 年または 3 年予後の判明した 61 名中、最近 3 ヶ月以内に薬物乱用歴が無いと返答した断薬群は 44 名で、72%に達した。他方、再乱用ありと返答した者は 9 名 (15%)、勾留・服役中の者が 5 名 (8%)、死亡が確認された者は 3 名 (5%) であった。

さらに予後判明者を断薬群と非断薬群 (再乱用、勾留・服役、死亡) に二分し、先行調査項目や他の予後調査項目との関連について統計学的検討を加えた。その結果、入院時の自記式調査で希死念慮ありと返答していた群の方が、無い群よりも有意に断薬率が高かった ($p < 0.05$)。その他の先行調査項目については有意差を認めなかった。一方、薬物乱用歴以外の予後調査項目と断薬予後の関連については、断薬群と生活の規則正しいさとの間には有意な関連性が認められた ($p < 0.05$)。しかしそれ以外の予後調査項目とは有意差が認められなかった。

今回の調査結果から、薬物依存症者の退院 2~3 年後断薬率は約 7 割に達し、入院治療後の予後が比較的良好なこと、入院時の希死念慮の存在が、退院後の回復に向けた原動力となりうること、そして退院後の規則正しい生活が断薬と直接関連していることなどが示唆された。

研究 2-2：民間治療施設利用者の予後についての研究 (1)

分担研究者 近藤千春 藤田保健衛生大学
衛生学部衛生看護学科

薬物依存症の回復に有効だとされる、薬物依存症者の当事者活動団体 DARC 利用者に対する縦断的な調査を行い、薬物依存症治療における、ダルク利用の有用性について明らかにすることを目的とした。対象は、5 箇所のだるくの 28 名が対象となった。

調査項目は、初回面接時に、①対象者の属性、(年齢、学歴、乱用開始年齢、乱用薬物、乱用期間、乱用に関連する集団等)、②社会生活に関する事項、③補導・逮捕歴、矯正施設への入所状況、④医療機関の利用状況 ⑤過去のだるくの利用状況について調査した。追跡調査項目としては、①断薬状況、②薬物依存度、WHO QOL26 他を調査した。

結果、28 名のだるく利用者を対象とした。28 名のうちだるく入寮中の生活について追跡できた対象は、7 名であった。28 名の入院経験、刑務所入所経験、だるく入所経験等、これまでの生活背景を基にしただるく利用に至る背景やその人数をまとめた。また、薬物乱用にかかわる背景とだるく利用に至る経緯については、図にまとめた。対象者の生活背景に関する情報を基に、就労難易度を算出し、だるく利用者の就労能力を予測するための指標とした。

これから、だるくの利用期間が 1 ヶ月未満の者は 9 名であり、この 9 名については、だるく入寮にあたっての断薬に対する動機が極めて低かったと思われる。長期だるく滞在者 5 名は、就労もしくは、就労のための準備に取り組んだ。一般企業に就職した者のだるく利用期間は 20 ヶ月であった。滞在期間が長い理由として、だるく滞在中の退寮前半期間は、工場アルバイトを行い就労訓練に取り組んでいたことによる。だるく入寮中の、就労に向けた準備は、本人だけでなく、他の入寮者の励みにもなり、利用者相互にとって意義があると考えられる。対象者 5 名のうち 3 名が、だるくの職員となるための研修を開始したが、だるくへの就労の理由には、対象の前歴や年齢などから、一般企業への就職が困難であることなども関連すると思われる。

現在のだるく利用に至る背景、補導や逮捕歴と薬物乱用との関連等については、図表にまとめた。だるく利用者の生活背景は、薬物乱用前の準拠集団やこれまでの就労状況など様々である。様々な生活背景を持つだるく利用者の予後の評価にあた

っては対象者の就労における難易度を考慮すべきであると考え、その指標とするものとして、「就労難易度」を算出した。

この他、家族の介入が、利用者のだるく利用の継続に影響をもたらすものである点が示唆され、だるく利用者と家族との関係において考慮すべき点があると思われる。

研究 2-3：民間治療施設利用者の予後についての研究(2)

分担研究者 近藤あゆみ
国立精神・神経センター
精神保健研究所 薬物依存研究部
流動研究員

民間の依存症リハビリテーション施設のひとつである沖縄 GAIA の効果評価を行うとともに、これまで十分明らかにされていないわが国における薬物依存症者の予後を明らかにすることを目的に調査研究を実施した。

平成 17 年 8 月 1 日の調査開始後、平成 19 年 2 月 28 日現在までの 19 ヶ月間の間に GAIA に滞在した延べ 33 名(実人数 32 名)のうち、調査に同意が得られた延べ 30 名(実人数 29 名)を調査対象とした。調査時点は、入寮時、入寮後 3・6・9 ヶ月、退寮後 6・12 ヶ月である。

入所時の情報収集は、インタビュー面接および自記式調査票により行われた。インタビュー面接での調査項目は、入所者の属性、生活歴、薬物使用歴、薬物乱用・依存を含む精神疾患の有無、気分・感情の評価および主観的幸福感の評価などである。入寮後 3・6・12 ヶ月の調査項目は、入寮中の生活、プログラムへの取り組み、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価など、退寮後 6・12 ヶ月の調査項目は、退寮後の生活、就業状況、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価などである。

沖縄 GAIA 利用者の特徴としては、最終学歴が高いこと、親の援助により入寮している者の割合が高いこと、初使用薬物が大麻である者の割合が高いこと、使用開始年齢が比較的遅いこと、主な使用薬物が有機溶剤である者の割合が低いことなどが見出された。

入寮者の入寮 0-3 ヶ月時の生活状況をみると、

3/4 が施設内の生活を「有意義に過ごしている」と回答しており、9 割以上が自助グループにも週数回以上参加していた。また、多くの者は「毎朝決まった時間に起きる」など、規則正しい生活を送っていた。気分・感情の状態を評価する POMS の得点も、入寮時は高かったが、入寮 3 ヶ月時点には概ね改善していた。気分・感情の状態はその後 6 ヶ月時点で再度悪化する傾向がみられたが、その原因のひとつとして、この時期からアルバイトを通して再び社会生活に参入していくので、期待する職業や地位と現在の自己とのギャップ、慣れない仕事でのストレスを感じやすい時期であることなどが考えられる。

以上、入寮生活は、プログラムへの取り組み、規則正しい生活リズムの形成、断薬生活の継続などに役立っていると考えられる。また、多くの者がアルバイトを開始する入寮 6 ヶ月時に気分・感情の状態が悪化することを考えると、ある程度就労状態が安定してから、施設の外に居住を移すことは、再使用防止の観点から妥当であると思われる。

退寮者の多くは一人暮らしをしながら常勤の仕事に就いていたが、自分の生活を自分で賄えるようになるまでには退寮後約 1 年を要することが示唆された。心理状態は、退寮後一時期悪化するものの、1 年後には改善が認められた。

再利用率については、退寮 0-3 ヶ月(10-15%)、退寮 3-6 ヶ月(15-20%)、退寮 6-12 ヶ月(30-35%)であり、概ね良好であった。しかし、対象者 20 名のうち、平成 19 年 2 月 28 日現在、6 ヶ月を経過していない者が 6 名、12 ヶ月を経過していない者が 13 名存在することから、6 ヶ月以降の再利用率は今後も上昇する可能性があり、注視が必要である。また、現時点においてさえ、退寮後 6 ヶ月までの再使用者と、6-12 ヶ月の再使用者がほぼ同数存在していることから、退寮 6 ヶ月時点での断薬継続は、非常に不安定なものである可能性が高い。このことを考えると、退寮 6-12 ヶ月において、自助グループにまったく参加していない者が約 6 割存在すること、約 7 割が週数回以上の常用飲酒者であることなどは、再発を促す大きな要因となっていないかと懸念される。

今後継続して調査を行うことで、わが国の薬物依存症者の長期予後をより明確に示すとともに、例数を増やし、再使用に寄与する要因の探索を目

的とした分析を行うことで、より安全な回復のための支援方針を提供できると考えている。

研究 2-4：わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究

分担研究者 宮永 耕 東海大学
健康科学部社会福祉学科 助教授

薬物依存者に対する処遇は、世界的に見ると「治療共同体＝(原語では、”Therapeutic Community”：TC)」を用いて行なわれているものが主流であるといわれる。しかし、わが国においては、そのような治療共同体を地域の中での治療的処遇システムに位置づけた実践は、その必要性の指摘や社会的要請の有無とは別に、いまだ実現していない。

本研究では、一昨年度までの 2 年間に実施した、主に世界各地で実際に運営されている治療共同体とその関連システムに関する実地調査の成果を基に、現在までの治療共同体概念の整理を行い、その特徴とメリットについて検討し、その上で、この治療共同体のわが国への導入について現状の処遇システムから出発して、その方策について検討することを目的とした。

上記の目的に沿って、世界で実施されている TC 治療の現状と課題を総括的に理解するため WFTC(治療共同体世界連盟)の第 23 回世界会議に出席した他、これまでわが国に紹介される機会の少なかった「民主的モデル」と分類される英国の TC 実践についても調査を実施し、資料収集を行った。

また今年度は、薬物乱用・依存問題を対象とした実践領域に関わる実務者や研究者との間で TC に関する諸情報を共有し、各領域からの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC 研究会」を定期的に開催して課題を整理した他、より広く一般向けに TC 治療に関する公開セミナー、ワークショップ等も企画・開催し、今後の議論のための土台作りを行った。

TC 研究会での討議を通して共有された課題として、以下のことが挙げられた。

1. TC コンセプトに基づいた実際の治療施設・サービス機関の不在と薬物関連問題の実態から見たニーズの整理
2. なぜ、わが国にも TC が必要か？(敢えて DARC

- ではなく、TCであることの意味は何か)
3. TCを導入していく場合の基本原則(文化的・制度的・社会的)の明確化と共有
4. 日本において求められるTCのMission(使命)の明文化とAdministration(施設運営)領域に関わる課題の整理

既に世界各地で実施されているTCの直訳的導入を急ぐのではなく、わが国の歴史・社会的、制度的あるいは薬物乱用・依存に関わる諸環境や条件、さらには文化的な側面までも視野に入れ、既存の資源との連携を前提とした具体的方策について明らかにしていく必要が確認された

研究 2-5: 薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究

分担研究者 松本俊彦
国立精神・神経センター
精神保健研究所司法精神医学研究部
室長

薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法にもとづく届出義務、入院治療中の規制薬物の持ち込みや自己使用、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者の退院など、医療機関が対応策を考えるうえで、十分な法律の知識が求められる機会が多い。また薬物関連障害の治療では、他患者や医療スタッフに対する暴力行為などが問題となることが多いが、これに対する医療機関の対応を判断する際にも、法律に関する知識・理解が必要となる。しかしこうした法律に関する知識・理解は、医療従事者に広く知られているとはいいがたく、これが、一般精神科医療機関における薬物関連障害に対する抵抗感の一因となっているように思われる。

本研究では、専門家会議、全国精神科医療機関調査、および法学者への意見聴取を通じて、薬物関連精神障害の治療過程における司法的問題を明らかにし、その対応指針を作成した。また、薬物関連精神障害の臨床では様々な場面で関わりを持つ警察官の職務に関してその根拠となる法令を整理し、医療従事者として警察官との適切な連携に寄与できる資料を作成した。

研究 2-6: 薬物依存者に対するその家族の対応法に関する研究

分担研究者 近藤あゆみ
国立精神・神経センター
精神保健研究所 薬物依存研究部
流動研究員

薬物依存症者の回復を考える際には、家族や身近な周囲の人々が依存症を理解し、回復に向けた適切な関わりを学び実践することが、結果的に依存症者本人の回復に役立つといわれている。しかし、わが国の家族支援体制は極めて未整備の状態にあり、今後家族支援の問題にどう取り組むかは薬物依存症対策を考える上で非常に重要な課題であるが、この課題に取り組むには、まず、わが国の薬物依存症者をもつ家族の実態について理解を深めることが必要である。そこで、①薬物依存症者をもつ家族の実態に関する理解を深めること、②家族の自助活動によってどのような効果が得られているかを検討すること、を主たる目的として調査を実施した。更に、昨年度からの調査結果を踏まえ、薬物依存症者をもつ家族を対象とした家族読本を作成した。

調査対象は、ダルク家族会の参加者190名に対し、アンケート調査およびインタビュー調査を実施した。

本調査により、薬物依存症者をもつ家族が、長期間にわたり非常に困難な状況におかれていることが示唆された。家族が依存症の2次的症状である様々な問題行動に長期間悩まされているにも関わらず、その解決のために家族を支える資源に巡り合えず時間が経過していること、家族はなんとか問題を解決しようと様々な試行錯誤を繰り返しているが、一家族のみで本人への対応を徹底し続けることは困難であること、薬物使用をコントロールする努力と問題行動の後始末を続ける家族と本人との関係は悪化する一方であり、家族には回復を支援する機能が低下しているにも関わらず、支援が得られず孤軍奮闘せざるを得ない状況であることなどが示された。また、家族が薬物問題を知ってから10年以上経過した後も、本人が施設や刑務所に入所している率は高く、状態の安定には長期間を要することが示された。

当事者活動の有効性については、多くの仲間との出会いにより得られる理解・共感、依存症に関

する知識や回復に役立つ情報の収集などを有効であると感じている者の割合が高く、これらの要素が家族支援において重要であること、薬物依存症者の回復には時間がかかること、本人への対応の理解、家族の心身の状態の改善、などについては一定の期間を要することなどが明らかになり、本人に対する対応の徹底や家族の心身の状態改善のためには継続的な支援が求められることが示唆された。

C. 考察

研究 1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究

1. 調査の位置づけ

本調査研究は、わが国の薬物乱用・依存に関する意識・実態把握と、新たな乱用物質の迅速な把握システムの構築・維持を目的としている。

本研究グループでは、調査に要する費用と調査される側の各種負担を考慮し、各種調査を原則的には隔年ごとに繰り返す形を採用している。その結果、初年度は①「薬物使用に関する全国住民調査」(以下、住民調査)を実施し、他の調査に関しては、既存の調査結果を再分析したり、他国での類似の調査システムを調査したりしながら、2年度次年度への準備をする年度であり、2年度(最終年度)は、②「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」(以下、全国中学生調査)、「全国精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」(以下、全国精神病院調査)、「全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究」(以下、全国児童自立支援施設調査)を実施する年度とした。

本年度は上記の2年度(最終年度)に当たる。本研究では、これまで度々指摘してきたように、そもそも、この種の調査結果は乱用・依存者の絶対数を表すものではない。それはいかなる方法を探ろうとも不可能なことである。しかし、重要なのは、トレンドの把握であり、そのための調査の継続である。

幸い、本グループによる一連の調査は国際的にも評価されており、1999年には米国のNational Institute on Drug Abuseの疫学部門より講演に招聘され、2002年にはタイ王国のOffice of the

Narcotic Control Board, Office of the Prime Minister主催による会議にも講演を招聘された。2005年には台湾政府主催による2005 Taipei International Conference on Drug Control and Addiction Treatmentでの講演、2006年には台湾政府主催による2006 Asian Multi-City Epidemiology Workgroup Meetingに招聘され、本研究班による調査研究結果を報告してきている。

2. 量的調査の方法論的問題

量的調査の実施上、最も重要なことは、対象のサンプリング法と回答率の維持・向上である。

「中学生調査」では、1996年以来、層別一段集落抽出法を用いており、サンプリング法としては問題ないと考えられる。また、調査実施校数の割合は、第一回の1996年には58.1%であったものが、1998年には71.2%、2000年には73.7%と上昇し、2002年調査でも71.0%と70%台を確保できた。しかし、2004年調査では69.3%と低下し、今回の2006年調査では66.3%と70%台を割ってしまった。その原因としては、1998年には第三次覚せい剤乱用期への危機感が教育現場でも強く、「薬物乱用防止5カ年戦略」(薬物乱用対策推進本部)が策定されこともあって、調査実施校率が上がったものの、その後の学校現場における様々な「事件」「問題」の頻発により、薬物乱用問題への社会的関心が相対的に薄められてきていることと、本調査の実施に割く時間が狭められた結果ではないかと推定している。おそらくこの状況は今後も続くであろうが、継続こそが本調査研究の最大の価値であると考えられるため、今後も、70%を目標に継続実施してゆく必要があろう。

「全国精神病院調査」「全国児童自立支援施設調査」は全数調査という方法を採用している。

「全国精神病院調査」では、調査協力施設の割合がなかなか上がらない問題が続いている。2002年度調査では、なんとか52.6%であり、2004年調査でも50.5%(837施設)であったが、今回の2006年調査では56.7%を確保できた。

ただし、937施設中90.4%(全国の1,653施設中では51.2%)が「該当症例なし」という結果であり、回答率を上げる作業は「該当症例なし」の施設から、「該当症例なし」という報告をいただく作業になるきらいがある。その背景には、我が国の薬物関連精神障害患者に対する医療対応システムの

貧困がある。当主任研究者による試算によれば、2000年6月30日時点での全国精神病院病名別在院患者数（「我が国の精神保健福祉」監修 精神保健福祉研究会）を元に算出すると、我が国の覚せい剤関連精神障害入院患者の約18%がわずか某6病院で占められている現実があり（1645施設中のわずか6施設である）、薬物関連精神障害患者に対する我が国の貧困な現状が明らかである。したがって、医療システムの開発・改善が急務であるが、その際、必須となる社会資源の一つが後述する「治療共同体」であると考えている。

「全国児童自立支援施設調査」での対象数は、1994年で1339人、1996年で1194人、1998年で1315人、2000年で1327人と、1200人から1300人前後で一定していたが、2002年では851人と減少した。2004年調査では、質問項目数を少なくし回収率が低下しないよう配慮したこともあり、回収数は1230人となり、2002年より前のレベルに戻すことができた。しかし、今回の2006年調査では986人と後退してしまった。そもそも調査の実施自体が施設にとっては負担であることは否めず（「全国中学生調査」「全国精神病院調査」でも言えることであるが）、全国調査の維持と言うものがなかなか容易ではないと言うことを実感せざるを得ない。

研究2 乱用・依存者に対する対応策に関する研究

1. 研究の位置付け

薬物乱用・依存が医療面に限らず社会のあらゆる分野に影響を及ぼしている事は論を待たない。そのため、わが国では「ダメ！ゼッタイ」をスローガンに強力な一次予防対策が続けられている。

しかし、本主任研究者らによる調査によれば、薬物関連精神障害者の約75%の者はすでに薬物を乱用している友人・知人から「勧められて」薬物の乱用を開始していた。この事実は、真の薬物乱用防止のためには、強力な一次予防と共に、二次予防（早期発見・早期治療）・三次予防（薬物依存からの回復と社会復帰）を推進することによって、新たな薬物乱用者を誘い込む可能性のある薬物乱用・依存者を減らさない限り、新たな薬物乱用者が繰り返し生まれてくることを物語っている。

平成10年に始まった「薬物乱用防止5か年戦略」

において、二次予防・三次予防の重要性が指摘されていたにもかかわらず、実際には実効的対策はほとんどとられず、結果的に薬物依存症治療に限れば、わが国は先進諸国の中で、この点においては世界最貧国と言っても過言ではない状況のままである。それが原因の全てではないにしても、結果として、覚せい剤事犯検挙者の再犯率は54.9%（2005年）と高い。

欧米では「治療共同体」が薬物依存症治療の主役を担っているが、このような社会資源はわが国には存在せず、医療施設とDARC（ダルク）を中心とする民間治療施設があるのみである。そこで、本研究では、将来のわが国での「治療共同体」導入を想定して、わが国に適した「治療共同体」とはどういう物なのかを検討すると共に、既存の社会資源（医療施設とDARC等の民間治療施設）の治療予後を調査することによって、薬物依存症治療施設の現状把握を試み、今度の治療システム整備の際の基礎資料に供することにした。

さらに、薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において、取締機関、司法機関との関わりを避けることが出来ないのが実情である。麻薬及び向精神薬取締法、覚せい剤取締法を例にとっても、臨床現場では周知されていないのが現状であり、その対応も施設に毎にバラバラと言わざるを得ない。そこで、本研究では、対応法の円滑化を図るために、司法専門家の協力の下に、法的対応法に関する基礎知識マニュアルの作成を図った。

また、薬物乱用・依存問題は、当該乱用・依存者に各種害をもたらすだけでなく、その家族は当該乱用・依存者から甚大な精神的・経済的脅威を受けると同時に、社会的には往々にして、親としての責任を問われるという板挟み状態にある。「薬物乱用防止新5か年戦略」では「薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する」と唱われてはいるものの、その具体策は示されていない。そこで本研究では、薬物乱用・依存者を持つ家族の実態調査を実施することによって、薬物乱用・依存者に対する家族の対応法を開発し、家族に対する具体的支援策の提示（家族読本）を図った。

2. 結果から指摘される課題および今後の予定

既存の社会資源（1専門医療施設、5箇所のDARC、GAIA）における治療予後調査は、本研究により2005年から始められたばかりであり、今後の調査結

果を待たずに評価することは出来ない。しかし、このような調査を始めることによってはっきりした問題もある。

まず、想定された問題ではあるが、退院及び退所後の追跡調査が非常に困難であるという問題である。薬物依存専門病院でも、2005年調査では、71名中、郵送による返信者は29例（40.8%）に過ぎず、電話での連絡がついた者は20例（28.2%）ではあるが、その中には返答拒否者や対応保留者もあり、追跡調査の難しさが明らかになった。また、5箇所のDARC調査では、28名中9名が入所1か月未満で退所していた。このことは、入所及び入所継続の決定は、最終的には本人自身に委ねるDARCらしさを表現しており、DARCの「良さ」ともとれる反面、DARCの「限界」とも解釈される結果であった。また、DARCと同じ民間治療施設ではあるが、GAIA入所者は総じて家族の経済基盤がしっかりしており、それが入所者の最終学歴等に反映されており、民間治療施設と言っても、入寮者の「質的」相違があることが明らかになった。

また、薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法にもとづく届出義務、入院治療中の規制薬物の持ち込みや自己使用、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者の退院など、医療機関が対応策を考えるうえで、十分な法律の知識が求められる機会が多い。また薬物関連障害の治療では、他患者や医療スタッフに対する暴力行為などが問題となることが多いが、これに対する医療機関の対応を判断する際にも、法律に関する知識・理解が必要となる。しかしこうした法律に関する知識・理解は、医療従事者に広く知られているとはいいがたく、これが、一般精神科医療機関における薬物関連障害に対する抵抗感の一因となっているように思われる。

本研究では、専門家会議、全国精神科医療機関調査、および法学者への意見聴取を通じて、薬物関連精神障害の治療過程における司法的問題を明らかにし、その①対応指針を作成した。また、薬物関連精神障害の臨床では様々な場面に関わりを持つ警察官の職務に関してその根拠となる法令を整理し、②医療従事者として警察官との適切な連携に寄与できる資料を作成した。

この二つの指針及び資料は、覚せい剤関連精神障害者への対応における警察への「通報」解釈に象徴されるように、個々バラバラの見解の元に、中には「麻薬」と「覚せい剤」の違いすら理解せずに、個々バラバラに対応している現状にあって、司法的対応整理の指針となる物であり、今後の活用が期待される成果であると期待される。

薬物乱用・依存症者を持つ家族は、当の乱用・依存者から甚大な精神的・経済的脅威を受けると同時に、社会的には、親としての責任を問われがちであり、結果的に、板挟み状態に陥りがちである。今回、調査対象として協力頂いた「全国薬物依存症者家族連合会」は2004年に結成されたが、その母体となったのは茨城ダルク家族会である。薬物依存からの「回復」にはかつての当事者（＝「回復者」）の力が不可欠であるように、家族会の構成員の各種経験が同じ問題に苦しむ家族の力になり、結果的に当の薬物乱用・依存者の「回復」に貢献するであろうことは想像に難くない。

本調査研究により、家族が依存症の2次的症状である様々な問題行動に長期間悩まされているにも関わらず、その解決のために家族を支える資源に巡り合えず時間が経過していること、家族はなんとか問題を解決しようと様々な試行錯誤を繰り返しているが、一家族のみで本人への対応を徹底し続けることは困難であること、薬物使用をコントロールする努力と問題行動の後始末を続ける家族と本人との関係は悪化する一方であり、家族には回復を支援する機能が低下しているにも関わらず、支援が得られず孤軍奮闘せざるを得ない状況であることなどが明らかになった。また、家族が薬物問題を知ってから10年以上経過した後も、本人が施設や刑務所に入所している率は高く、状態の安定には長期間を要することが示された。

当事者活動の有効性については、多くの仲間との出会いにより得られる理解・共感、依存症に関する知識や回復に役立つ情報の収集などを有効であると感じている者の割合が高く、これらの要素が家族支援において重要であること、薬物依存症者の回復には時間がかかること、本人への対応の理解、家族の心身の状態の改善、などについては一定の期間を要することなどが明らかになり、本人に対する対応の徹底や家族の心身の状態改善のためには継続的な支援が求められることが改めて示唆されたと考えている。

「薬物乱用防止新五か年戦略」では「薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する」と唱われているものの、その具体策は示されていない。そう言う意味で、本研究により作成された「家族読本」は「新五か年戦略」に応える具体的支援策の代表格になると期待される。

D. 結論

薬物乱用・依存対策の立案・評価の際の基礎資料として資するために、薬物乱用・依存の実態を把握し、同時に、薬物乱用・依存者に対する対応策について検討した。

【研究1 薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究】

- ① 有機溶剤乱用は確実に減少していると考えられる。しかし、最初に乱用した薬物としての位置づけ、及び、その後の大麻・覚せい剤乱用への入り口としての位置づけは未だに不動態であり、今後も警鐘を鳴らしてゆく必要がある。
- ② 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。
- ③ 有機溶剤乱用経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が伺われた。
- ④ 大麻・覚せい剤の生涯経験率は、2000年以降横ばい状態と見るべきであろう。ただし、大麻に関しては乱用の潜在的拡大が危惧される結果であった。
- ⑤ 『覚せい剤症例』の病態としては、精神病性障害が中心で、従来と同様に長期にわたる遷延性の状態像がうかがわれた。
- ⑥ 『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』の80%以上が臨床用量依存に該当すると報告された。
- ⑦ 『リタリン症例』は2.8%報告され、「使用歴を有する症例」としては5.6%と増加傾向がみられた。
- ⑧ 児童自立支援施設入所非行児の非行歴を検討した結果、非行程度がやや軽微化している

傾向が疑われ、対象集団そのものが変化している可能性が示唆された。

【研究2 乱用・依存者に対する対応策に関する研究】

- ① 薬物関連精神障害者専門病院利用者の予後では、最近3ヶ月以内の薬物使用歴に関して情報の得られた者の割合は61%であった。
- ② このうち、最近3ヶ月以内に薬物乱用歴が無いと返答した断薬群は72%に達した。
- ③ 他方、再乱用ありと返答した者は15%、勾留・服役中の者が8%、死亡が確認された者は5%であった。
- ④ 5箇所のダルクの入寮者28名に対する追跡調査では、9名はダルクの利用期間が1ヶ月未満であった。
- ⑤ 長期ダルク滞在者5名のうち、3名が、ダルクの職員となるための研修を開始していた。ダルク職員への就労の理由には、対象者の前歴や年齢などから、一般企業への就職が困難であることなども関連すると思われる。一般企業に就職した者のダルク利用期間は20ヶ月であったが、滞在期間が長い理由として、ダルク滞在中の退寮前半年間は、工場でアルバイトを行い就労訓練に取り組んでいたことによる。ダルク入寮中の、就労に向けた準備は、本人だけでなく、他の入寮者の励みにもなり、利用者相互にとって意義があると考えられた。
- ⑥ 沖縄GAIA利用者の特徴としては、最終学歴が高いこと、親の援助により入寮している者の割合が高いこと、初使用薬物が大麻である者の割合が高いこと、使用開始年齢が比較的遅いこと、主な使用薬物が有機溶剤である者の割合が低いことなどが見出された。
- ⑦ 沖縄GAIAに入所した延べ33名（実人数32名）の予後を調査とした。再乱用率は、退寮0-3ヶ月（10-15%）、退寮3-6ヶ月（15-20%）、退寮6-12ヶ月（30-35%）であり、概ね良好であった。
- ⑧ 退寮者の多くは一人暮らしをしながら常勤の仕事に就いていたが、自分の生活を自分で賄えるようになるまでには退寮後約1年を要することが示唆された。
- ⑨ 世界で実施されているTC治療の現状と課題

を総括的に理解するためWFTC（治療共同体世界連盟）の第23回世界会議に出席した。同時に、これまでわが国に紹介される機会の少なかった「民主的モデル」と分類される英国のTC実践についても調査を実施し、資料収集を行った。また、実践領域に関わる実務者や研究者との間でTCに関する諸情報を共有し、各領域からの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC研究会」を定期的に開催して課題を整理した他、より広く一般向けにTC治療に関する公開セミナー、ワークショップ等も企画・開催し、今後の議論のための土台作りを行った。

- ⑩ 薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。そこで、本研究では、専門家会議、全国精神科医療機関調査、および法学者への意見聴取を通じて、薬物関連精神障害の治療過程における司法的問題を明らかにし、その対応指針を作成した。
- ⑪ また、薬物関連精神障害の臨床では様々な局面で関わりを持つ警察官の職務に関してその根拠となる法令を整理し、医療従事者として警察官との適切な連携に寄与できる資料を作成した。
- ⑫ ダルク家族会の参加者に対して調査を実施し、薬物依存症者をもつ家族が、長期間にわたり非常に困難な状況におかれていることを明らかにした。また、薬物依存症者をもつ家族を対象とした「家族読本」を作成した。

以上により、我が国の薬物乱用状況は、覚せい剤・有機溶剤に象徴される「害の強い薬物の乱用」はそれなりに落ち着いてきているが、大麻の乱用拡大、違法ドラッグ問題の浮上等、相対的に「害の弱い薬物の乱用」が目立つ状況になっていると考えられる。「害の強い薬物の乱用」がそれなりに落ち着いてきている時期こそ、「治療共同体」の導入、民間回復施設への支援、家族会への支援等、我が国では著しく遅れている乱用・依存者に対する対応策を早急に準備してゆく必要がある。

E. 健康危険情報

本研究は依存性薬物の広がりについての研究で

あり、結果はすべて健康危険情報に該当する。

F. 研究発表

1. 著書
なし
2. 論文発表
(1) 和田 清:中学生における薬物乱用から地域の教育力を考える. 思春期学 24: 315-318, 2006.
(2) 和田 清:中学生における薬物乱用—gateway drugの観点から—. 小児科 47: 1405-1411, 2006.
(3) 和田 清, 近藤あゆみ, 高橋伸彰, 尾崎米厚, 勝野真吾:青少年の薬物使用問題—全国中学生意識・実態調査(2004年)から—. 思春期学 24: 70-73, 2006.
(4) Shigeru Ozaki and Kiyoshi Wada: Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital setting s. Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 41 (2): 89-99, 2006.
(5) 尾崎 茂, 和田 清:睡眠薬乱用・依存の実態と対策. 臨床精神薬理9:2011-2016, 2006.
(6) 尾崎 茂, 和田 清:ベンゾジアゼピン依存の疫学と国際比較. 臨床精神医学35(12):1675-1981, 2006.
2. 国際会議
(1) Kiyoshi Wada: Japan's Situation on Drug Abuse. 2006 Asian Multi-City Epidemiology Workgroup Meeting. Taipei, Taiwan, Nov. 8-10, 2006.
3. 学会発表
(1) 和田 清:シンポジウムX (S10-1)、市民公開講座II:薬物依存からの再生「薬物乱用・依存の現状—わが国独自型から欧米型への変化のなかで、早急になすべきこと—」. 第41回日本アルコール・薬物医学会. 京都. 2006. 7. 28.
(2) 和田 清, 尾崎 茂, 近藤あゆみ:薬物乱用・依存の現状—わが国独自型から欧米型への変化の中で、早急になすべきこと—. 第14回

分担研究報告書 (1-1)

日本精神科救急学会 プレ公開講座、広島、2006.10.17.

- (3) 尾崎 茂：物質依存と犯罪ーその実態と問題点ー。第41回日本アルコール・薬物医学会総会シンポジウムVI「アルコール・薬物依存の犯罪と法律」，2006/7/27，京都。
- (4) 尾崎 茂，和田 清：薬物関連精神障害患者におけるパーソナリティの特徴。第41回日本アルコール・薬物医学会総会，2006/7/28，京都。
- (5) 尾崎 茂：物質関連障害の診断基準について。第18回日本アルコール精神医学会・第9回ニコチン・薬物依存研究フォーラム平成18年度合同学術総会，合同シンポジウム「DSM-V物質関連障害診断基準草案作成への提言：DSM-IVの検討課題と今後の研究」。2006/9/29，千葉。
- (6) 近藤千春：「DARC利用者の予後に関する研究」第17回日本嗜癮行動学会。一般演題。熊本市。熊本県民交流館パレア。2006.11.4.
- (7) 近藤千春：「薬物依存症の治療における当事者活動の意義」日本アディクション看護学会第5回学術大会。一般演題。秋田市。秋田大学。2006.11.12.
- (8) 宮永 耕：薬物依存者回復支援の現状と展望。第14回日本精神科救急学会総会。公開プレ・セミナー（OP-3）。広島市。2006.10.17
- (9) 近藤あゆみ，和田清：薬物依存症者をもつ家族の当事者活動に関する実態調査，第41回日本アルコール・薬物医学会総会，2006

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2006年)

分担研究者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長
研究協力者 近藤あゆみ 同上(流動研究員)
尾崎米厚 鳥取大学医学部 社会医学講座環境予防医学 助教授
勝野真吾 兵庫教育大学 副学長

研究要旨 中学生における薬物乱用の広がりを把握し、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2006年10月中(一部11～12月中)であり、層別一段集落抽出法により選ばれた全国208校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、138校(対象校の66.3%)より、56,533人(対象校208校の全生徒想定数の57.0%)の回答を得た。有効回答数は56,421人(対象校208校の全生徒想定数の56.9%)である。その結果、以下のような結論を得た。

①有機溶剤乱用の生涯経験率は、男子は1.0%(1年生1.0%、2年生1.0%、3年生1.1%)、女子では0.7%(1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%)、全体では0.9%(1年生0.8%、2年生0.8%、3年生1.0%)であった。この結果は、男女合わせた全体では、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。また、2004年調査まで上昇傾向にあった女子での生涯経験率は初めて減少し、1996年調査のレベルに回復した。②有機溶剤乱用の目撃率は、男性、女性、全体の全てにおいて、1996年以降、着実に低下しており(全体で11.8%から3.9%)、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた(全体で5.4%から2.3%)。また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率も、2000年調査をピークに調査年次毎に漸減していた。③以上を総合すると、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱くなってきていると考えられる。④有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。⑤その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。⑥結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじめず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することができる。⑦また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。⑧薬物乱用による健康への害知識に関しては、個々の知識の周知率自体は調査年次毎に上昇しており、薬物乱用防止教育の成果と受け止めることが出来る。また、これまでの一連の本調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた。しかし、2004年調査から、有機溶剤の乱用による害としての急性中毒死、多発神経炎、精神病に関しては、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が男女ともに多いという結果が初めて出るようになったが、これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとすれば、「望むべき姿」である。しかしながら、今回の2006年調査では、再び「望ましくない姿」に逆戻りしてしまった知識もあり、なおいっそうの薬物乱用防止教育の徹底が要求される結果であった。⑨大麻の生涯経験率は、男子で0.5%(1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%)、女子で0.4%(1年生0.3%、2年生0.3%、3年生0.5%)、全体で0.4%(1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%)であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%(1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.6%)、女子で0.3%(1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%)、全体で0.4%(1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%)であった。大麻に関しては、男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値(0.7%)よりは低く、停滞状態であった2002年、2004年調査の結果(0.5%)より低下し、1996年以降最低であった20

00年の0.4%に回復していた。覚せい剤に関しては、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）よりは低く、1996年、2000年、2002年と同じ0.4%であった。ただし、トレンド的には大麻も覚せい剤も生涯経験率は2000年以降横ばい状態と見るべきであろう。⑩大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、増加傾向にあり歓迎されるが、そもそもの周知度自体が未だに高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。⑪違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その入手可能性は大麻や覚せい剤よりは高かった。しかし、2004年調査では、その入手可能性はこれまでに激減し、今回の2006年調査ではさらに減少していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、今回の2006年調査ではさらに減少していた。これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに約70%であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で約41%、女子で約44%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で約41%、女子で49%の者が入手可能を選択していた。わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回での乱用と言うことは、大麻、覚せい剤の入手が身近なものになる状況に入り込むことになるという特徴を強く示唆する結果であった。さらに、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用経験者女子で最も高いという結果であり、女子に対する対策が望まれるところである。⑫薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の7.78%の者が「少なからずまわらない」を選んでのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.5%に過ぎず、大麻では0.9%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりははるかに高いことを物語っている。⑬また、有機溶剤乱用経験者群の約29%の者に大麻乱用の経験があり、約28%の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

（なお、2002年調査の報告書から、有機溶剤、大麻、覚せい剤乱用の生涯経験率、1年経験率、目撃率、乱用者周知率、生涯被誘惑率については、「無回答」を除いて計算し直した値を文章上は採用することにした。その結果、表での値と異なることがある。）

A. 研究目的

第3次覚せい剤乱用期にある2004年、薬物乱用により精神障害をきたして精神病院を受診した患者のうち、17.0%は有機溶剤乱用が主原因であり、51.4%は覚せい剤乱用が主原因であった¹⁾。ただし、覚せい剤乱用が主原因であった者の55.8%には、有機溶剤の乱用歴があった¹⁾。この有機溶剤と覚せい剤との強い繋がりは、第2次覚せい剤乱用期での関係と同じであり²⁾、覚せい剤の入手可能性の高まりの中で、有機溶剤乱用の経験なしに、いきなり覚せい剤乱用を始める若者の増加が推定される第3次覚せい剤乱用期においても、有機溶剤乱用が依然として重要な役割を担っていることを示唆している。

すなわち、わが国では、飲酒・喫煙を除けば、有機溶剤の乱用が精神医療の面からみて、その後の覚せい剤乱用への門を開く「ゲイトウェイ・ド

ラッグ」³⁾としての役割を相変わらず担っている可能性が高いと推定される。

この有機溶剤乱用は、14歳から16歳で開始されることが多く⁴⁾、予防対策上は中学生が重要である。したがって、中学生における有機溶剤乱用（「シンナー遊び」）の実態を把握し、有機溶剤乱用に関連するハイルスク・ファクターを特定することは、わが国における薬物乱用防止対策上、不可欠である。

同時に、中学生における喫煙、飲酒は、有機溶剤乱用と強い関係を有していると推定され³⁾⁹⁾¹¹⁾¹²⁾、中学生における喫煙と飲酒の一部が有機溶剤乱用開始ないしは継続への「ゲイトウェイ」になっている可能性が高い³⁾²⁰⁾。

以上の考えから、平成18年度、平成8年度に初めて実施した、「薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査」¹⁰⁾の第6回目調査を実施し、薬物乱用防止対策の基礎資料に供することを目的とし

た。

B. 研究方法

調査は、下記方法によって選ばれた対象校で、原則として、2006年10月中（一部11月～12月中）に、全生徒による自記式調査として実施した。

対象校の抽出方法には層別一段集落抽出法を用いた。抽出に用いたデータベースは、2006年版の全国学校総覧¹¹⁾である。どの都道府県からも最低1校は抽出されるようにするために、都道府県を層とし、中学生数に比例して都道府県毎に対象校の抽出を行った。すなわち、中学生数の最も少ない鳥取県での調査校数を1とし、その他の都道府県での調査校数は、鳥取県の生徒数との比に従って、切り上げて決定し、その後、各都道府県での対象校数を2校以上確保するために、鳥取県での調査対象校数を2に変更した。

対象校の抽出は、各都道府県毎に、上記の手続きで決定された数の中学校を全中学校から無作為で抽出した。その際、学校毎の生徒数に比例して抽出確率を決める確率抽出法を用い、実際の抽出には乱数を使用した。

本調査では、抽出された学校の全生徒を調査対象としたので、層別一段集落抽出法と呼ぶ。この場合の集落とは学校を指す。

この操作により、全国の中中学校から208校（想定99,118人）が選ばれた。

調査用紙には氏名等個人を特定できる項目はなく、学年、性別、日常生活の規則正しさ、学校生活、家庭生活、友人関係、喫煙について、飲酒について、「シンナー遊び」について、大麻乱用について、覚せい剤乱用について、薬物の入手し易さについての全51項目から構成されている。この調査項目は2000年調査時のものと同じである。

調査用紙は教師によって生徒に配られた。記載の終わった生徒は、同時に配られた個人用封筒に調査用紙を入れ、封をし、あらかじめ用意されたクラス毎の回収用封筒に個人用封筒を投函した。各学校はクラス用回収封筒をとりまとめて当研究所に郵送し、各封筒は当研究所にて初めて開封された。

208校（国立1校、公立193校、私立14校）中、調査を実施していただけた中学校は138校（国立1校、公立128校、私立9校：対象校の66.3%）であ

った。そのうちの8校については、学年・クラスを限定した実施であった。その内訳は、各学年1クラスずつのみの実施2校、各学年2クラスずつのみの実施1校、1年生のみの実施1校、3年生のみの実施3校、1年生は全クラス、2年生は実施せず、3年生は5クラス中4クラスで実施1校であった。

以上の結果、56,533人（想定生徒数の57.0%。ただし、全国学校要覧による生徒数と実際の生徒数は一致しないため、正確な%は不明である）の調査用紙が回収されたが、うち112通は、明らかな記載上の不備、または記載項目が全51問の50%を満たしていなかったため無効とした。したがって、有効回答は56,421人（想定生徒数の56.9%）である。

また、中学生における有機溶剤乱用の生涯経験率は、昼夜人口比の低い地域で高く、喫煙・飲酒の生涯経験率は持ち家率の高いところで高いことが指摘されており¹⁰⁾、それなりの地域格差の存在が推定される。そこで、今回の調査が全国の中学生を対象にしながらも、全国を代表していない可能性もあるため、都道府県毎の回答状況を表1に示した。表1の実施状況が今回の調査結果にどのような影響を及ぼしているかは不明であるが、本調査の限界として、表1を見ておく必要がある。

有効回答の内訳は表2の通りである。男子28,584人、女子27,794人、性別不明者43人の計56,421人である。

その結果、以下の各表では、全体は男性＋女性＋性別不明者になっている。結果の検定に当たっては、項目毎に回答の「無回答」を除外し、それぞれの項目毎に当該薬物の経験者群（以下、経験者群）と非経験者群（以下、非経験者群）とについて χ^2 検定をおこなった。

C. 研究結果

1. 「シンナー遊び」について

1. 有機溶剤乱用の広がりについて

(1)「シンナー遊び」の生涯経験率について
性別・学年別の「シンナー遊び」の生涯経験率（これまでに1回でも「シンナー遊び」をしたことがある者の率）は表3の通りである。

生涯経験率は男子で1.0%（1年生1.0%、2年生1.0%、3年生1.1%）、女子で0.7%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）であり、全体では0.9%（1年生0.8%、2年生0.8%、3年生1.0%）であった。

男女ともに学年による有意差（ $P<0.05$ ）は認められなかったが、1996年調査¹⁹⁾以降認められてきた学年と共に生涯経験率が高くなる傾向は、今回の調査でも認められた。

なお、生涯経験率の推移については、考察で論じる。

(2)「シンナー遊び」の1年経験率について

この1年間で「シンナー遊び」の経験率（1年経験率）は表4の通りである。

男子で0.7%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）、女子で0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.7%）であり、全体では0.6%（1年生0.5%、2年生0.6%、3年生0.8%）であった。

男女ともに、学年が進むにしたがって高くなる傾向が認められ、女子及び全体では統計学的有意差が認められた。

(3)「シンナー遊び」の目撃について

「あなたは、『シンナー遊び』をしているところを実際に見たことがありますか？」との問いに対する回答の分布を表5に示した。

男子の3.8%、女子の4.0%の生徒が実際に見たことがあるという結果であった。男女ともに、学年が進むにつれて見たことのある者が増えていく傾向が認められ、男子と全体では統計学的有意差が認められた。

なお、この目撃率の推移については考察で論じる。

(4)身近での「シンナー遊び」経験者の存在について

「あなたの身近に、『シンナー遊び』をしている人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表6に示した。

男子では2.1%、女子では2.5%、全体では2.3%の者が「いる」と答えており、その割合は男女ともに学年が進むにつれて高くなる傾向が認められ

た。また、そこには統計学的有意差が認められた。

しかも、男子よりも女子に多い傾向は以前の同種の調査と同じであった¹⁰⁾¹³⁾²⁰⁾²¹⁾²³⁾。

なお、上記の年次推移については考察で論じる。

(5)「シンナー遊び」への誘惑について

「あなたは、『シンナー遊び』に誘われたことがありますか？」との問いに対する回答の分布を表7に示した。

男子の1.2%、女子の1.0%の者が誘われたことが「ある」と答えており、男女ともに、学年が進むにつれて、誘われたことのある者の率が高くなっており、男子と全体では、有意に高くなっていった。

なお、この誘われ経験率の推移については、考察で論じる。

2. 有機溶剤乱用に対する捉え方

(1)「シンナー遊び」への関心について

『シンナー遊び』について、あなたの気持ちはどれに最も近いですか？」との問いに対する未経験者群での回答の分布を表8に示した。

男女ともに、回答の分布には学年間で有意差（ $P<0.01$ ）が認められるが、「関心がない」を選択した者は、男女ともに3年生で最も多く、「好奇心」は2年生で高い傾向が示唆された。この傾向は2002年調査²⁰⁾、2004年調査²¹⁾でも認められている。

なお、表8は未経験者についてだけの分析であるが、有機溶剤未経験者の中には、本問で「（シンナー遊びの）経験がある」を選択した者がおり、本調査の「正確さ」を見るために、あえてその結果を公表した。

(2)「シンナー遊び」と法の遵守について

『シンナー遊び』は法律で禁じられていますか、その『シンナー遊び』をすることをどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を「シンナー遊び」の経験の有無を軸にして表9に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（ $P<0.01$ ）が認められ、未経験者群では男女共に97%台の者が「法律で禁止されているから、すべきではない」を選んだのに対して、経験者群では、男女共に「法

律で禁止されているが、少々ならかまわないと思う」「法律を守る必要は全然ないと思う」と答えた者が男子で約38%、女子で約41%と、乖離していた。

(3)「シンナー遊び」と法規制の必要性について

「法律で『シンナー遊び』を禁止しているのをどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表10に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（ $P<0.01$ ）が認められ、未経験者群では、男女ともに約94%の者が「当然だと思う」を選んだのに対して、経験者群では、「麻薬・覚せい剤とちがって、シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思う」「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う」と答えた者が相当数いた（男子で約31%、女子で約29%）。

(4)「シンナー遊び」をしている者への見方（その1）

『シンナー遊び』をしている人について、どう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表11に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（ $P<0.01$ ）が認められ、未経験者群では男女共に約96～97%の者が「自分には無関係の人だと思う」を選んだのに対して、経験者群では『シンナー遊び』をする気持ちが理解できる気がする」ないしは「親しみを感じる」を選んだ者が相当数いた（男子で約41%、女子で約44%）。

(5)「シンナー遊び」をしている者への見方（その2）

『シンナー遊び』をしている人と親しくなる事について、どう考えますか？」との問いに対する回答の分布を表12に示した。

回答の分布には、男女共に有意差（ $P<0.01$ ）が認められた。未経験者群では「親しくなりたくない」を選んだ者が、男女共に約80%前後だったのに対して、経験者群では男女共に「すでに親しい」を選んだ者が23～28%にのぼった。

この結果は、表11とあわせて、「シンナー遊び」

をしている者に対する見方が、未経験者群、経験者群で乖離していることを示唆している。

(6)「シンナー遊び」をする理由について

『シンナー遊び』をしている人たちは、どうして『シンナー遊び』をするのだと思いますか？」との問いに対する回答の分布を表13に示した。

未経験者群では、男女ともに「本人に問題があるから」ないしは「家庭に問題があるから」が上位2つを占めたが、男子では本人に問題があるから」を選んだ者が最も多く、「女子では「家庭に問題があるから」を選んだ者が最も多かった。この結果は2004年調査²¹⁾でも同様であった。

一方、経験者群でも、男女ともに、「本人に問題があるから」「家庭に問題があるから」が多いことは同じであるが、男子では「社会に問題があるから」が第2位で、女子では「学校に問題があるから」が第3位であった。

女子では、有機溶剤乱用の経験に関わらず、「家庭に問題があるから」を重要視する傾向が男子よりは強い傾向が伺われた。この結果は2004年調査²¹⁾でも同様であった。

3. 有機溶剤乱用による医学的害について

(1)「シンナー」吸引による急性中毒死について

『シンナー遊び』で死亡すること（急性中毒死）があるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表14に示した。

従来、この質問には、男女ともに、経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高かったが¹⁰⁾¹³⁾²⁰⁾、2002年調査²¹⁾で初めて、男子で「知っている」を選択した者が未経験者群の方が多いという結果になり、2004年調査²¹⁾で初めて、男女ともに、「知っている」を選択した者が未経験者群の方が多いという結果であった（しかし、有意差はない）。しかし、今回の2006年調査では、有意差はないものの、男子では経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高いという従来のパターンに後戻りしてしまった。

この現象は、薬物乱用防止教育の成果が出てきていたものが、再び後退しつつある感を抱かせ、危機を覚えさせる結果であった。

(2)「シンナー」吸引の繰り返しによる歯の腐食について

『シンナー遊び』を繰り返すと、歯がぼろぼろになりやすことを知っていますか?との問いに対する回答の分布を表15に示した。

従来、この質問に対しては、男女ともに、経験者群の方が「知っている」を選択した者の割合が高かったが¹⁰⁾¹³⁾²⁰⁾、2002年調査²¹⁾で初めて、男子では「知っている」を選択した者が非経験者群の方が多くなり、2004年調査で再び元に戻ってしまった(ただし有意差はない)知識である。今回の2006年調査²²⁾では、有意差はないものの、「知っている」を選んだ者が、再び非経験者群の方が多いというパターンに復帰した結果であった。

表14の結果と併せて、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれるところである。

(3)「シンナー」吸引の繰り返しによる多発神経炎について

『シンナー遊び』を繰り返すと、手足の筋肉や神経が衰え、物をつかめなかったり、歩けなくなる(多発神経炎)があるのを知っていますか?との問いに対する回答の分布を表16に示した。

「知っている」を選んだ生徒の割合は、男子では1996年調査¹⁰⁾、1998年調査¹³⁾、2000年調査²⁰⁾では、経験者群の方が高かったが、2002年調査²¹⁾では非経験者群の方が割合が高かった。女子では、1996年調査、2000年調査では、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者の割合が高く、1998年調査では、経験者群の方が高かったが、2002年調査²¹⁾では経験者群の方でわずかに高かった。

2004年調査²²⁾で、初めて、男女ともに非経験者群の方が「知っている」を選んだ生徒の割合の方が多いという結果となったが、今回の2006年調査でも、それを維持できた。しかし、兩年とも統計学的有意差($p<0.05$)はなく、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

(4)「シンナー」吸引の繰り返しによる有機溶剤精神病について

『シンナー遊び』を繰り返すと、何もないのに物が見えたり(幻視)、実際には何も聞こえないのに、声が聞こえたり(幻聴)、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思いつい込んだり(妄想)する状態(精神病状態)になることがあるのを知っていますか?との問いに対する回答の分布を表17に示した。

1996年調査¹⁰⁾では、男女ともに経験者群の方が「知っている」を選んだ者が多く、1998年調査¹³⁾ではその割合は非経験者群の方が多かったが、男子では有意差がなく、2000年調査²⁰⁾では男女共に経験者群の方が割合が高いという結果であった。

2002年調査²¹⁾では、男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群で多く、男子では有意差も認められた。今回の2006年調査では、男女ともに「知っている」を選んだ者は非経験者群で多く、同時に、男女ともにその結果には有意差があるという期待されるべき結果であった。

(5)「シンナー」吸引の繰り返しによる無動機症候群について

『シンナー遊び』を繰り返すと、何事にも関心が持てなくなり、結果的に学校を欠席しがちになり、どんな仕事についても長続きしなくなる(無動機症候群)のを知っていますか?との問いに対する回答の分布を表18に示した。

2004年調査²²⁾では、男女共に、有意差こそ認められなかったが、「知っている」を選んだ者は経験者群の方で多かったが、今回の2006年調査では、有意差こそないものの、女子では「知っている」を選んだ者は非経験者群が多かった。

この無動機症候群は有機溶剤乱用による害の中でも、特に重篤なものと考えられるが、これまでに述べた害の中でも、この無動機症候群についての知識普及率が最も低く、ややもすれば身体への害知識の普及に傾きがちな薬物乱用防止教育の今後の最大の課題であろうと考えられることは、従来通りである。

(6)有機溶剤精神病後のフラッシュバック現象について

『シンナー遊び』の結果、幻視、幻聴、妄想が出るようになってしまうと、それを治療して治

っても、その後「シンナー遊び」をやめていても、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻視、幻聴、妄想が再出現すること(フラッシュバック現象)があるのを知っていますか?との問いに対する回答の分布を表19に示した。

これまでの調査¹⁰⁾¹³⁾²⁰⁾では、毎回、男女ともに経験者群の方が「知っている」と答えた者の割合が有意差を持って高かったが、2002年調査²¹⁾では、「知っている」と答えた者の割合は、相変わらず経験者群の方で高いことはそれまでと同じであったが、初めて男子で有意差が認められなくなった。2004年調査²²⁾の結果も2002年調査²¹⁾と同じであった。今回の2006年調査で、有意差こそないものの、女子では、「知っている」と答えた者は非経験者群の方が初めて多くなった。男子では両群でほとんど同じであった。経年的には望ましい方向に変化してきているようではあるが、「知っている」と答えた者の割合がそもそも低く、今後いっそうの薬物乱用防止教育の推進が求められる結果であった。

4. 有機溶剤乱用と日常生活の規則性について

(1)起床時間について

「起床時間は、ほぼ一定していますか?」との問いに対する回答の分布を表20に示した。

男女ともに、非経験者群では80%台の者が一定しているを選んだのに対して、経験者群では、男子では約70%、女子では約51%であった。男女共に、経験者群の起床時間は非経験者群のそれに比べて、有意($p<0.01$)に乱れていた。

(2)就床時間について

「就床時間は、ほぼ一定していますか?」との問いに対する回答の分布を表21に示した。

一定しているを選んだ者は、非経験者群では50%台であったのに対して、経験者群では、男子で約43%、女子で約34%と低かった。

男女共に、経験者群の就床時間は非経験者群のそれに比べて、有意($p<0.01$)に乱れていた。

(3)朝食について

「毎朝、朝食を食べていますか?」との問いに対する回答の分布を表22に示した。

非経験者群では男女ともに85%以上の者が「ほとんど毎日(食べている)」を選んだのに対して、経験者群では、「ほとんど毎日(食べている)」を選んだ者は男子で73%、女子で約60%と低かった。

男女共に、経験者群では、非経験者群に比べて、朝食頻度が有意($p<0.01$)に低いと解釈できる。

5. 有機溶剤乱用と学校生活について

(1)学校生活について

「あなたにとって、学校生活は次のどれですか?」との問いに対する回答を表23に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群とでは、回答の分布に有意差($p<0.01$)が認められ、「全く楽しくない」を選んだ者は、非経験者群では、約3%前後であったが、経験者群では男子で19%、女子では約24%であった。

経験者群で「楽しくない」傾向の者が有意に多いと解釈できる。

(2)クラブ活動について

「クラブ活動(部活)に参加していますか?」との問いに対する回答の分布を表24に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群との間には、回答の分布に有意差($p<0.01$)が認められ、非経験者群で「参加していない」を選んだ者は、男女ともに約17%であったのに対して、経験者群では、男子で約22%、女子で約36%の者が「参加していない」を選んだ。

経験者群の方で、クラブ活動(部活)に参加していない者の割合が有意に高いと解釈できる。

6. 有機溶剤乱用と家庭生活について

(1)家族との夕食頻度

夕食には、「一家団欒」としての意味合いが強いと考え、一週間における家族での夕食頻度を調査した。

「夕食を週何回くらい家族全員で食べますか?」との問いに対する回答の分布を表25に、また「母

親と週何回くらい夕食を食べますか?」「父親と週何回くらい夕食を食べますか?」の問いに対する回答の分布を、それぞれ表26、表27に示した。

すべての場合において、回答の分布には有意差 ($p<0.01$) が認められ、かつ、親との夕食頻度は常に「シンナー遊び」経験者群で低い傾向が示唆された。

また、「父親との夕食頻度」は、「家族全員での夕食頻度」より低く、これは論理の矛盾であるが、この矛盾は、この種の調査で毎回認められていることである。我が国の社会環境の中で、父親が夕食時に帰宅できない事情がかなり定着しており、家族全員での夕食と言ったときには、中学生の解釈では、父親は既に含まれていない傾向が強いことを示していると解釈できる。

いずれにしても、経験者群では、非経験者群に比べて、家族との夕食頻度が有意 ($p<0.01$) に少ないと解釈できる。

(2) 一日での大人不在の時間について

「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか?」の問いに対する回答の分布を表28に示した。

経験者群、非経験者群間で男女ともに有意差 ($p<0.01$) が認められた。非経験者群で「3時間以上」を選んだ者は、男女ともに約14%前後であったのに対して、経験者群では男子で約26%、女子で約31%であった。

経験者群で、大人不在で過ごす時間が有意に長い傾向があることが示唆された。

(3) 親との相談について

「悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか?」の問いに対する回答の分布を表29に示した。

男女ともに、回答の分布には有意差 ($p<0.01$) が認められ、非経験者群で「ほとんど相談しない方である」を選んだ者は、男子で約41%、女子で約31%であったのに対して、経験者群では男子で約42%と非経験者群とほとんど同じであったのに対して、女子では約41%と高かった。

経験者群の方で、親との相談が少ない傾向にあ

ることが示唆された。

しかし、それ以前に、「シンナー遊び」の経験の有無に関わらず、男女ともに、そもそも、「よく相談する方である」を選んだ者の少なさが目立っていたのは従来通りである。

7. 有機溶剤乱用と友人関係について

(1) 遊び友達について

「親しく遊べる友人がいますか?」の問いに対する回答の分布を表30に示した。

男女ともに、経験者群と非経験者群との間には有意差 ($p<0.01$) が認められた。男女ともに、経験者群の方で、「親しく遊べる友人がいない」を選んだ生徒が多いのは、これまでの同種の調査結果と同じであった。このことは生徒指導上留意すべき点であろう。

(2) 相談事のできる友人について

「相談事のできる友人がいますか?」の問いに対する回答の分布を表31に示した。

男女ともに、経験者群・非経験者群間で有意差 ($p<0.01$) が認められ、「(相談できる友人は) いない」を選んだ者は、非経験者群の男子で約16%、女子で約10%であったのに対して、経験者群では男子で約29%、女子で約27%と、違いが認められた。

経験者群の方で、相談事のできる友人が「いない」傾向がより強いことが示唆された。

2. 喫煙について

1. 喫煙の広がりについて

(1) 喫煙の生涯経験率について

喫煙の生涯経験率（これまでに1回でも喫煙したことのある者の率）についての回答を表32に示した。

生涯経験率と学年の間には、男女ともに有意差が認められ ($P<0.01$)、学年が進むにしたがって、生涯経験率が増加する傾向が認められた。

男子では11.5% (1年生7.2%、2年生11.2%、3年

生16.2%) であり、女子では8.4% (1年生5.2%、2年生8.3%、3年生11.4%) であった。全体で10.0% (1年生で6.2%、2年生で9.8%、3年生で13.8%) であった。

(2) 喫煙の1年経験率について

1年喫煙率（この1年間に1回でも喫煙したことのある者の率）についての回答を表33に示した。

生涯経験率と同様に、1年経験率（1年喫煙率）と学年の間には、男女ともに有意差が認められ ($P<0.01$)、学年が進むにしたがって、経験率が増加する傾向が認められた。

男子では4.7% (1年生2.5%、2年生4.4%、3年生7.3%) であり、女子では3.4% (1年生1.6%、2年生3.3%、3年生5.2%) であった。全体では4.1% (1年生で2.1%、2年生で3.8%、3年生で6.3%) であった。

2. 喫煙に対する捉え方

(1) 喫煙と法の遵守について

「未成年者の喫煙は法律で禁じられていますが、あなたは未成年者の喫煙をどう思いますか?」の問いに対する回答の分布を表34に示した。

回答の分布には、男女共に有意差 ($p<0.01$) が認められ、非経験者群では、男女共に90%以上の者が「法律で禁じられているから、吸うべきでない」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は男女共に60~58%しかおらず、逆に「法律で禁じられてはいるが、全然かまわない」を選んだ者が男女ともに12~11%いた（非経験群では、それぞれ3%、2%）。

(2) 喫煙と法規制の必要性について

「未成年者の喫煙禁止をどう思いますか?」に対する回答の分布を表35に示した。

回答の分布には、男女共に有意差が認められ ($p<0.01$)、非経験者群では男女共に約79%前後の者が「当然だと思う」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は、男子で約42%、女子で約38%であり、17~19%の者が「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う」を選んでいた。

これを「シンナー遊び」に関する法規制の必要性（表10）と比べた場合、「当然だと思う」を選んだ者は、「シンナー遊び」非経験者群では、男女共に約94%前後であったわけで、喫煙に関しては約15%の低下と言うことになる。

3. 喫煙による医学的害について

「健康面から、喫煙をどう思いますか?」の問いに対する回答の分布を表36に示した。

回答の分布には、男女共に有意差 ($p<0.01$) が認められ、非経験者群では男性の約86%、女性の約90%が「害ばかりで良い面はない」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は、男女共に約68%前後であり、「害もあるが良い面もある」を選んだ者が23~25%いた。

しかし、「害よりも良い面の方が多い」を選択した者は、生涯喫煙経験に関わらず、極めて少数であり、喫煙の健康に及ぼす害についての知識は浸透していると推定される結果であった。

4. 生涯喫煙経験と日常生活の規則性について

1) 起床時間について

「起床時間は、ほぼ一定していますか?」の問いに対する回答の関係を表37に示した。

非経験者群では約84~85%の者が「一定している」を選んだのに対して、経験者群では、それを選んだ者は70%強であった。男女共に、経験者群の起床時間は非経験者群のそれに比べて、有意 ($p<0.01$) に乱れていた。

「シンナー遊び」経験者群では、約30~50%の者が「一定していない」を選んでいて（表20）が、生涯喫煙者群では約30%弱であり、生涯喫煙者群は「シンナー遊び」経験者群ほどは乱れていないということになるが、その差は小さいものである。

(2) 就床時間について

「就床時間は、ほぼ一定していますか?」の問いに対する回答の関係を表38に示した。

男女ともに、非経験者群では57~54%の者が「一定している」と答えたのに対して、経験者群では、約58~67%の者が一定していないと答えた。

男女共に、経験者群の就床時間は非経験者群のそれに比べて、有意 ($p<0.01$) に乱れていた。
「シンナー遊び」経験者群では、56~66% (表21) の者が「一定していない」を選んでいたが、生涯喫煙者群では58~67%であり、「シンナー遊び」経験者群とほとんど差がなかった。

(3) 朝食について

「毎朝、朝食を食べていますか？」との問いに対する回答の分布を表39に示した。

非経験者群では男女ともに約88~89%の者が「ほとんど毎日食べている」を選んだのに対して、経験者群では、「ほとんど毎日食べている」を選んだ者は約72~67%であった。

男女共に、経験者群では、非経験者群に比べて、朝食頻度が有意 ($p<0.01$) に低かった。

しかし、「シンナー遊び」経験者群では、「ほとんど毎日食べている」を選んだ者は約73~60% (表22) であり、生涯喫煙者群での朝食頻度は、「シンナー遊び」経験者群とあまり差がなかった。

5. 喫煙経験と学校生活について

(1) 学校生活について

「あなたにとって、学校生活は次のどれですか？」との問いに関する関係を表40に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群とは、回答の分布に有意差 ($p<0.01$) が認められ、「まったく楽しくない」を選んだ者は、非経験者群では約3~2%であり、経験者群では男女共に8%強であり、経験者群に「楽しくない」傾向の者が有意に多かった。

しかし、「シンナー遊び」経験者群では、それぞれ約3%前後、19~24% (表23) であり、大きく異なっていた。

(2) クラブ活動について

「放課後のクラブ活動 (部活) に参加していますか？」との問いに対する回答の関係を表41に示した。

男女共に、経験者群と非経験者群の間には、回答の分布に有意差 ($p<0.01$) が認められ、非経験者群で「参加していない」を選んだ者は男女ともに約16%であったのに対して、経験者群では、男子で約25%、女子で約31%の者が「参加していない」を選んでいて、

経験者群で、放課後のクラブ活動 (部活) に参加していない者の割合が有意に多い傾向にあると解釈される。

しかしここでも、「シンナー遊び」経験者群のそれぞれは、約17%、22~36% (表24) であり、大きく異なっていた。

6. 生涯喫煙経験と家庭生活について

(1) 家族との夕食頻度

「夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？」との問いに関する関係を表42に、また「母親と週何回くらい夕食を食べますか？」「父親と週何回くらい夕食を食べますか？」との問いに対する関係を、それぞれ表43、表44に示した。

すべての場合において、回答の分布には有意差 ($p<0.01$) が認められ、生涯喫煙経験者で家族全員との夕食頻度、母親との夕食頻度、父親との夕食頻度が低かった。しかし、その程度は、有機溶剤乱用経験の有無による場合よりは小さかった (表25~27参照)。

なお、ここでも有機溶剤乱用経験の有無による場合と同様に、「父親との夕食頻度」は、「家族全員での夕食頻度」より低く、この論理的矛盾は、我が国の父親が置かれた社会状況を反映していると同時に、家族全員での夕食と言ったときに、中学生の解釈では、父親は既に含まれていない傾向が強いことを再度示していると解釈できる。

いずれにしても、経験者群では、非経験者群に比べて、家族との夕食頻度が有意 ($p<0.01$) に少ないと解釈できる。

(2) 一日での大人不在の時間について

「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？」との問いに対する回答の分布を表45に示した。

経験者群、非経験者群間で男女ともに統計学的有意差 ($p<0.01$) が認められ、非経験者群で「3

時間以上」を選んだ者は、男女ともに約13%弱であるのに対して、経験者群では約25~29%であった。

経験者群で大人不在の時間が有意に長い傾向が示唆された。

この傾向は、有機溶剤乱用の経験の有無の場合と同様であるが、「シンナー遊び」経験者群で「3時間以上」を選んだ者の割合は、男子で約26%、女子で約31% (表28) であり、有機溶剤経験者群と喫煙経験者群とは、その差は少なかった。

(3) 親との相談について

「悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？」との問いに対する回答の分布を表46に示した。

男女ともに、回答の分布に有意差 ($p<0.01$) が認められ、非経験者群で「ほとんど相談しない方である」を選んだ者は、男子で40%、女子で30%であるのに対して、経験者群ではそれぞれ52%、43%であった。

この結果は、有機溶剤乱用の有無による場合 (表29: 男子で42%、女子で41%) に比べて、男子ではほとんど変わらず、女子では11%低い結果であった。

同時に、喫煙経験の有無に関わらず、男女ともに「よく相談する方である」と答えた者が少ないのも、有機溶剤乱用経験の有無による場合と同じであった。

7. 喫煙と友人関係について

(1) 遊び友達について

「親しく遊べる友人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表47に示した。

男女ともに、「いない」と答えた者は経験者群で多い傾向が何え、男女ともに経験者群と非経験者群との間に有意差 ($p<0.01$) が認められた。

(2) 相談事のできる友人について

「相談事のできる友人がいますか？」との問いに対する回答の分布を表48に示した。

男女ともに、「いない」と答えた者は喫煙経験

者群で有意に多いという結果であったが、その違いは女子が目立った。

3. 飲酒について

わが国では、中学生といえども、飲酒の生涯経験率 (これまでに1回でも飲酒したことのある率) は、男子では約75%、女子では68%と高く⁷⁸⁾、飲酒機会から見たその内容は、「冠婚葬祭時」及び「家で家族と共に」の飲酒が多い⁷⁹⁾こともあり、飲酒の生涯経験から中学生の飲酒を論じて、ほとんど意味がないため⁷⁹⁾、本報告書では、飲酒機会ごとの生涯経験率を表49、「シンナー遊び」の経験と飲酒の経験・機会を表50に示すのみとした。

飲酒の生涯経験者の割合は、機会に関わらず、男女ともに、学年が進むにつれて、増加していた。

機会別では、男女共に「冠婚葬祭時」「家族と食事などで」での飲酒経験率が高かった。しかし、3年生で「クラス会、打ち上げなど」「カラオケ、居酒屋など」「自分の部屋など」での飲酒経験率が急増していた (表49)。

4. 「シンナー遊び」と他の依存性薬物使用との関係

1. 「シンナー遊び」と飲酒との関係

「シンナー遊び」の経験の有無と生涯飲酒経験率及びその機会との関係を表50に示した。

男女共に、飲酒経験のない者は「シンナー遊び」未経験者群で有意 ($p<0.01$) に多かった。

また、男子の「冠婚葬祭時」を除けば、全ての場合において有機溶剤乱用経験者群で飲酒経験率が有意に高かった (表50)。特に「クラス会、打ち上げなど」「カラオケ、居酒屋など」「自分の部屋など」「一人で」での両群の違いは著しく、大人の同席しない場での飲酒問題を改めた確認することとなった⁷¹⁾。

家族の要因は解釈が難しいが、上記の結果は、「シンナー遊び」における「仲間」の存在とその影響力の大きさの一側面を物語っていると解釈される。

2. 「シンナー遊び」と喫煙との関係

「シンナー遊び」経験の有無と喫煙経験との関係を表51に示した。

「シンナー遊び」経験の有無と喫煙経験の有無の間には、男女共に有意差が認められた ($p < 0.01$)。つまり、喫煙経験は、「シンナー遊び」経験者群に有意に多い。「シンナー遊び」未経験者群での喫煙経験者は、男子で約11%、女子で8%であるのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、男女ともに約47%と、両群間には著しい違いがあった。

一方、喫煙経験の有無から「シンナー遊び」の経験の有無を見たのが、表52である。喫煙経験のない者の中で有機溶剤乱用経験がある者は、男子で0.6%、女子で0.4%に過ぎないが、喫煙経験のある者では男子で4.1%、女子で4.0%であり、両群には有意差が認められた。

これらは、中学生にとっての喫煙が「シンナー遊び」と強い繋がりを持っていることを強く示唆するものである³⁾。

3. 「シンナー遊び」と大麻乱用との関係

(1) 大麻乱用の生涯経験率について

各学年・性別毎に大麻乱用の生涯経験率（これまでに1回でも乱用したことがある率）を表53に示した。

男女ともに、学年があがるに連れて生涯経験率も高くなる結果であった。生涯経験率は男子では0.5%（1年生で0.4%、2年生で0.5%、3年生で0.6%）であり、女子では0.4%（1年生で0.3%、2年生で0.3%、3年生で0.5%）であった。全体では0.4%（1年生で0.3%、2年生で0.4%、3年生で0.5%）であった。この生涯経験率の年次推移は考察で論じる。

(2) 「シンナー遊び」と大麻乱用との関係

「シンナー遊び」の経験と大麻乱用の経験との関係を表54に示した。

結果には男女ともに有意差 ($p < 0.01$) が認められ、「シンナー遊び」未経験者では、男子で0.2%、女子で0.1%の者が大麻乱用の経験があると答えたのに対して、経験者群では、男子で25.3%、女子

で33.0%の者が大麻乱用の経験があると答えた。

この両群による違いは、1996年調査～2004年調査の結果と同じ傾向であり、「シンナー遊び」と大麻乱用との関係を強く示唆している。

(3) 大麻吸引に対する意識について

「大麻を吸うことをどう思いますか？」との問いに対する回答の分布を表55に示した。

回答の分布には、男女共に有意差 ($p < 0.01$) が認められた。「シンナー遊び」未経験者群では、男女共に約97～98%の者が「吸うべきではないと思う」を選んだのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、それを選んだ者は、男子で約67%、女子で62%であり、約23～22%の者が「まったくかまわない」と答えた。

また、「麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない」と答えた者も、「シンナー遊び」経験者で、男子で約7%、女子で約14%おり、麻薬・覚せい剤に比べて、大麻の害を軽視する傾向が伺われた。

(4) 大麻乱用による医学的害について

「大麻を吸うと、精神病状態や無動機症候群になることがあるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表56に示した。

2002年調査²⁰⁾では、「知っている」を選んだ者は男女ともに有機溶剤乱用経験者群の方がわずかに多かった（有意差はない）が、2004年調査では、非経験者群の方が多く結果に変わった（ただし有意差なし）。しかし、今回の2006年調査では、男子に関しては再度「知っている」を選んだ者は有機溶剤乱用経験者群の方がわずかに多い（有意差はない）結果に戻ってしまった。

そもそも、有機溶剤乱用経験の有無に関わらず、「知っている」者の割合は決して高いとは言えず、今後の薬物乱用防止教育の課題であると解釈された。

4. 「シンナー遊び」と覚せい剤乱用との関係

(1) 覚せい剤乱用の生涯経験率について

覚せい剤乱用の生涯経験率（これまでに1回でも経験したことがある者の率）を表57に示した。

覚せい剤の生涯経験率は、男子では0.5%（1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.6%）で、女子では0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%）であり、全体では0.4%（0.3%、0.4%、0.5%）であった。

この生涯経験率の年次推移は考察で論じる。

(2) 「シンナー遊び」と覚せい剤乱用経験との関係

「シンナー遊び」の経験と覚せい剤乱用経験との関係を表58に示した。

「シンナー遊び」未経験者では、覚せい剤乱用の経験があると選んだ者は、男子で0.2%、女子で0.1%、全体で0.2%であったのに対して、「シンナー遊び」経験者では、男子で26.0%、女子で30.9%の者が、覚せい剤の乱用経験ありを選んだ。

これも、過去4回の本調査と同じ結果であり、大麻同様、中学生における「シンナー遊び」と覚せい剤乱用との関係を強く示唆するものであった。

(3) 覚せい剤乱用による医学的害について

「覚せい剤を使うと、精神病状態になりやすく、またフラッシュバックがあるのを知っていますか？」との問いに対する回答の分布を表59に示した。

2002年調査²⁰⁾では、「知っている」を選んだ者は男女ともに有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに多かった（有意差はない）が、2004年調査では、経験者群の方が多く結果であった。今回の2006年調査でも、「知っている」を選んだ者は男女ともに有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに多いという結果を維持出来た（有意差はない）。

そもそも、有機溶剤乱用経験の有無に関わらず、「知っている」者の割合は決して高いとは言えず、今後の薬物乱用防止教育の課題であると解釈された。

5. 違法薬物の入手可能性について

(1) 乱用のための有機溶剤の入手可能性について

乱用のための有機溶剤の入手可能性についての

回答の分布を表60に示した。

「シンナー遊び」非経験者群では、「ほとんど不可能」「絶対不可能」を選んだ者の合計が男性で約77%、女性で約79%と半数を大幅に超えていたが、「シンナー遊び」経験者群では、「簡単に手に入る」「少々苦勞するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計は、男性で約51%、女性で約54%にもなった。全体では「シンナー遊び」非経験者群では、「ほとんど不可能」「絶対不可能」を選んだ者の合計が約78%であるのに対して、「シンナー遊び」経験者群では、「簡単に手に入る」「少々苦勞するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計が、逆に約52%にもなった。両群間には明らかな違い ($p < 0.01$) が認められた。

(2) 大麻の入手可能性について

大麻の入手可能性についての回答の分布を表61に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦勞するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で約14%、女子で約15%であったが、経験者群では、男子で約41%、女子で約44%であり、両群には有意差 ($p < 0.01$) が認められ、「シンナー遊び」経験者群での大麻入手可能性の高さが強く示唆された。

また、1998年調査では、入手可能性は男性の方が高かったが、2000年調査以降は%上は女性の方が高くなっているのも特徴の一つである。

(3) 覚せい剤の入手可能性について

覚せい剤の入手可能性についての回答の分布を表62に示した。

「簡単に手に入る」「少々苦勞するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で約14%、女子で約15%で、経験者群では、男性で約40%、女性で約49%であり、両群には有意差 ($p < 0.01$) が認められた。

この結果は、大麻の入手可能性の値とほぼ同じであり、同時に、「シンナー遊び」経験者群での覚せい剤入手可能性の高さが強く示唆された。

また、1998年調査では、入手可能性は男女で拮抗していたが、2000年調査以降は%上は女性の方が高くなっているのも特徴の一つである。

以上、3つの違法性薬物の入手可能性については、考察で論じたい。

D. 考察

1. 本調査研究の位置づけ

わが国の中学生における「シンナー遊び」の広がりについての調査研究で、地域特性を考慮して行われた大規模なものとしては、当分担任研究者の知る限り、1990年から原則2年に1回、当分担任研究者らによって実施されてきた千葉県内の公立中学校調査⁹⁾¹²⁾¹⁴⁾と、1996年から2年に1回、厚生(労働)科学研究費補助金により、当分担任研究者らにより継続調査されてきた全国調査¹⁰⁾¹³⁾²⁰⁾²¹⁾²³⁾に限られている。

その結果、有機溶剤乱用の生涯経験率が明らかに、有機溶剤乱用経験者群では非経験者群に比べて、日常生活の規則性が有意に乱れており、家族性が希薄(精神的単親家庭⁶⁾と称した)で、友人関係にも難があることが明らかになっている⁵⁾¹²⁾¹⁴⁾。

また、地域的には、有機溶剤の乱用は昼夜人口比と強い相関があり、夜間に人口が多く、昼間に人口の少ない地域ほど経験率が高いこと¹⁰⁾、及び、有機溶剤の乱用経験と喫煙経験・喫煙頻度とは強い相関があり⁹⁾、わが国の中学生では喫煙が有機溶剤乱用へのGateway Drug²⁾となっている可能性が高いことも指摘してきた²⁰⁾。

今回の調査研究は、上記一連の調査研究を継続的に発展させたものであり、わが国では薬物乱用に関する第6回目の全国中学生調査である。

2. 「シンナー遊び」の広がりについて

今回の調査研究では、「シンナー遊び」の生涯経験率(無回答を除いたもの)は、男子では1.0%(1年生1.0%, 2年生1.0%, 3年生1.1%)、女子では0.7%(1年生0.6%, 2年生0.7%, 3年生0.8%)、全体では0.9%(1年生0.8%, 2年生0.8%, 3年生1.0%)であった。

表63、図1は生涯経験率の年次推移を示している。男子では1998年以降、確実に下降傾向を示している。女子では2004年までは漸増傾向を示していたが、今回の2006年長さでは1996年調査のレベ

ルまで下降した。

一方、1年経験率は流行の勢いを探る意味では生涯経験率よりは優れているはずである。しかし、個人情報の秘密保持という意味でのバイアスは生涯経験率よりは高いと考えられる。そのためか、1996年調査から2002年調査では、男女ともに、全ての学年で「経験あり」の人数よりは「無回答」の人数の方が多いという結果であった。しかし、2004年調査の結果以降は、「経験あり」が「無回答」を上回る結果へと変化してきている。ただし、バイアスの高さを想定して、従来通り、参考として、1年経験率の推移を載せた(表64、図2)。

図2及び表64に見るように、1年経験率の推移も生涯経験率の推移(図1)と基本的には同じ傾向であった。

ところで、この種の調査で最も問題になるのは、結果の信頼性であろう。この信頼性は、自記式調査と同時に、何らかの客観的検査(たとえば尿からの馬尿酸の測定)を実施することによって、初めて明らかになることである。しかしながら、尿検査の実施は、個人の人權上の問題にも関わる難しい方法であり、実施は事実上不可能である。したがって、当研究者らは、類似した方法論にもとづく継続的な調査の結果によるトレンドを見ることが、本調査研究の主目的であると考えている。

同時に「シンナー遊び」の広がりの増減を判断するには、経験率だけではなく、いくつかの関連する指標の結果をも考慮して、総合的に判断する必要があると考えている。

そこで採用しているのが、「シンナー遊び」をこれまでに目撃したことのある者の率(生涯目撃率: 表65、図3)、身近に「シンナー遊び」をしている人を知っている者の率(乱用者周知率: 表66、図4)、「シンナー遊び」に誘われたことのある者の率(生涯被誘感率: 表67、図5)である。

それらを見ると、目撃率、乱用者周知率は確実に減少傾向にあり、有機溶剤乱用の「流行の勢い」が弱くなってきていることが明かである。

女子で停滞気味であった生涯被誘感率も、今回の2006年調査結果では明らかに減少を示している。

ちなみに本調査の記載上の「正確さ」を見るため、有機溶剤未経験者における「シンナー遊び」についての気持ちに関し、回答の矛盾を表8に示した。それを見る限り、調査用紙への記載に関し

ては、本調査は極めて正確に実施されていると推定される。

以上を総合すると、「シンナー遊び」の「流行の勢い」は確実に弱くなって来ていると考えられる。

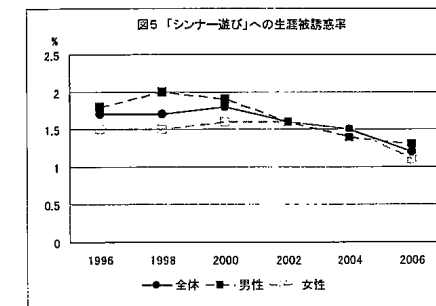
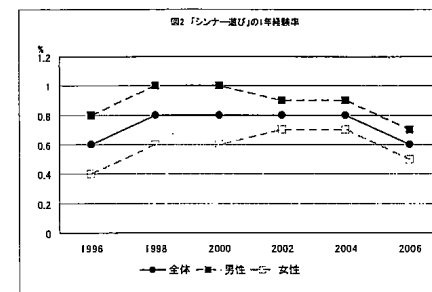
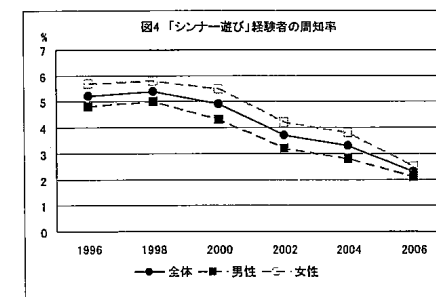
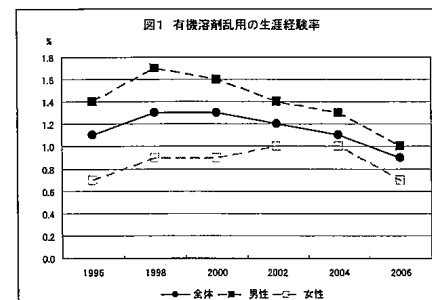
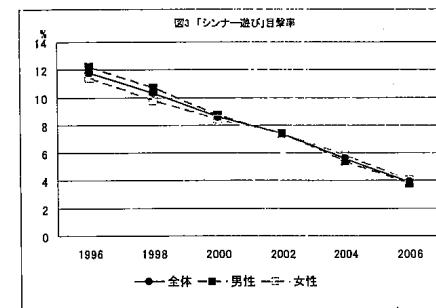


表63 「シンナー遊び」生涯経験率の推移 (%) (「無回答」を除いて計算したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	1.4	1.2	1.3	1.7	0.7	0.7	0.6	0.9	1.1	0.9	1.0	1.3	108	53,440
1998	1.7	1.2	1.6	2.3	0.9	0.9	0.8	1.1	1.3	1.1	1.2	1.7	148	71,299
2000	1.6	1.4	1.6	1.9	0.9	0.8	0.8	1.1	1.3	1.1	1.2	1.5	140	61,675
2002	1.4	1.3	1.4	1.5	1.0	1.0	1.1	1.0	1.2	1.2	1.3	1.3	149	62,413
2004	1.3	1.2	1.1	1.6	1.0	0.9	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.3	147	65,110
2006	1.0	1.0	1.0	1.1	0.7	0.6	0.7	0.8	0.9	0.8	0.8	1.0	138	56,094

表64 「シンナー遊び」1年経験率の推移 (%) (「無回答」を除いて計算したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.8	0.6	0.8	1.0	0.4	0.4	0.4	0.6	0.6	0.5	0.6	0.8	108	52,229
1998	1.0	0.7	0.9	1.3	0.6	0.6	0.5	0.7	0.8	0.6	0.7	1.0	148	70,302
2000	1.0	0.8	0.9	1.1	0.6	0.5	0.5	0.7	0.8	0.6	0.7	0.9	140	60,280
2002	0.9	0.8	0.9	0.9	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.7	0.8	0.8	149	60,800
2004	0.9	0.8	0.8	1.0	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8	0.9	147	65,299
2006	0.7	0.6	0.7	0.8	0.5	0.4	0.5	0.7	0.6	0.5	0.6	0.58	138	56,244

表65 「シンナー遊び」を実際に見たことがある者の率 (%) (「無回答」を除いて計算したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	12.2	9.9	12.6	14.1	11.4	9.2	12.0	13.1	11.8	9.5	12.3	13.6	108	53,863
1998	10.7	8.8	10.0	13.3	9.8	8.3	9.5	11.5	10.3	8.5	9.7	12.4	148	71,599
2000	8.7	7.5	8.3	10.2	8.4	7.0	7.9	10.2	8.6	7.2	8.1	10.2	140	61,905
2002	7.4	6.3	7.6	8.3	7.4	6.8	7.3	7.9	7.4	6.6	7.5	8.1	149	62,611
2004	5.4	4.9	4.6	6.6	5.8	4.9	6.1	6.4	5.6	4.9	5.3	6.5	147	65,296
2006	3.8	3.2	3.7	4.6	4.0	3.7	4.0	4.2	3.9	3.4	3.8	4.4	138	56,240

表66 身近に「シンナー遊び」をしている人がいると答えた者の割合 (乱用者周知率) (%) (「無回答」を除いて掲載したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	4.8	3.6	4.6	6.4	5.7	3.9	6.2	6.9	5.2	3.7	5.4	6.6	108	53,697
1998	5.0	3.4	4.9	6.6	5.8	4.1	5.8	7.4	5.4	3.7	5.4	7.0	148	71,379
2000	4.3	2.9	4.5	5.5	5.5	4.0	5.1	7.4	4.9	3.4	4.8	6.5	140	61,773
2002	3.2	2.4	3.5	3.7	4.2	3.3	4.4	4.7	3.7	2.8	3.9	4.2	149	62,517
2004	2.8	2.3	2.7	3.3	3.8	2.9	3.5	4.9	3.3	2.6	3.1	4.1	147	65,124
2006	2.1	2.7	2.2	1.4	2.5	2.0	2.7	3.0	2.3	1.7	2.4	2.8	138	56,141

表67 「シンナー遊び」に誘われたことのある者の率の推移 (有機溶剤乱用の生涯被誘惑率) (%) (「無回答」を除いて計算したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	1.8	1.2	1.7	2.5	1.5	1.2	1.6	1.9	1.7	1.2	1.6	2.2	108	53,169
1998	2.0	1.0	1.9	2.9	1.5	0.9	1.5	2.0	1.7	0.9	1.7	2.5	148	67,776
2000	1.9	1.3	1.8	2.6	1.6	1.2	1.4	2.2	1.8	1.2	1.6	2.4	140	59,640
2002	1.6	1.1	1.7	1.9	1.6	1.3	1.7	1.9	1.6	1.2	1.7	1.9	149	59,988
2004	1.4	1.3	1.2	1.7	1.5	1.2	1.5	1.9	1.5	1.2	1.3	1.8	147	62,544
2006	1.3	0.9	1.3	1.6	1.1	1.0	1.0	1.3	1.2	0.9	1.2	1.5	138	53,896

3. 「シンナー遊び」と日常生活・家庭生活・友人関係

「シンナー遊び」経験者群と非経験者群との比較では、「起床時間の規則性」(表20)、「就床時間の規則性」(表21)、「朝食の摂取率」(表22)から見た日常生活の規則性、及び「学校生活への思い」(表23)、「クラブ活動の参加状況」(表24)、「親しく遊べる友人の存在」(表30)、「相談事の出来る友人の存在」(表31)において、統計的有意差が認められており、「シンナー遊び」経験者群での日常生活の不規則さ、学校生活への不満、友人関係の希薄さが明かである。

これらの背景には、そもそもの家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられるが、表25～27に見る家族との夕食頻度の差は、今回の調査でも「シンナー遊び」経験者群と非経験者群とで有意差を示していた。

ところで、「父親との夕食頻度」(表27)は、「家族全員での夕食頻度」(表25)よりも低率になっており、これは明らかに矛盾である。しかも、この矛盾は、これまでの同種の調査⁽⁵⁾⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽²¹⁾⁽²³⁾でも毎回認められており、中学生の考えの中には、「家族全員での夕食」と言った時、父親の存在は既に除外されている傾向がそれなりにあることを示唆している。つまり、その背景には、父親はいつも帰りが遅いものだという中学生の考え方を伺うことができる。

図6及び図7は、一週間で夕食をほぼ毎日家族全員で食べると答えた者の割合の年次推移とほとんど食べないと答えた者の割合の年次推移を示している。我が国では、有機溶剤の乱用の有無に関わらず、年々、家族全員での夕食頻度が減少してきていることがわかる。

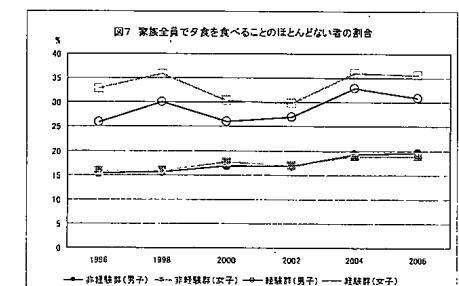
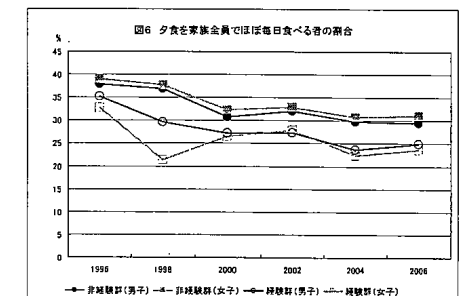
そもそも、当研究者らは、夕食には「一家団楽」という意味合いがあると考えて調査項目に入れた。しかし、この夕食頻度には地域差が大きく、都市部ほど低く、農村部・山間部ほど高い傾向がある。「一家団楽」には、家族としての精神的意味合いも含まれるが、特に都市部における生活様式の多様性を考慮すると、親子の共有時間についての、もう少し直接的な項目が必要であると考えていた。そこで「学校、塾、習い事、運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか?」という項目も1996年よ

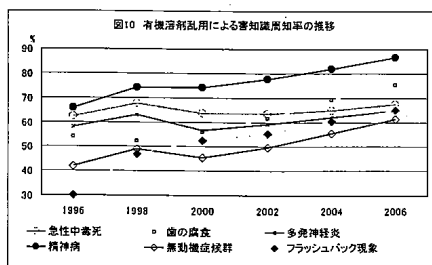
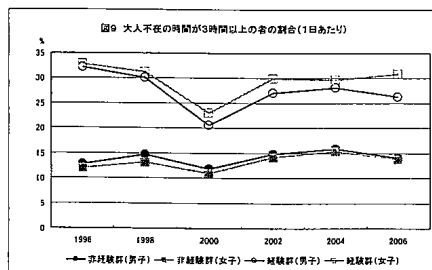
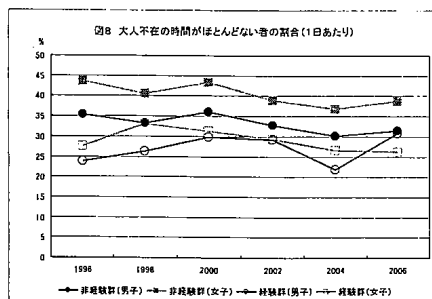
り調べている(表28)。図8、9はその結果の年次推移を示している。「シンナー遊び」経験者群では非経験者群に比べて、一日3時間以上大人不在で過ごす者が有意に多いことがわかる。結局、夕食頻度の少なさも、親子の共有時間の少なさの一現れとして解釈できよう。

また、中学生という年代は、基本的に親との相談頻度は低いようであるが(表29)、それでも「シンナー遊び」経験者群での相談頻度は有意に低く(表29)、ここでも「シンナー遊び」経験者群における親子の共有時間の少なさが示唆された。

以上により、今回も、「シンナー遊び」経験者群は、総体的に見れば、家庭にも、学校にもなじみず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」⁽³⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾が多いという推定が成り立つと考えている。

表11～表12は「シンナー遊び」をしている者について、どのような認識を持っているのかを調べたものである。表11～12では、経験者群と非経験者群での捉え方に、明らかな乖離が認められる。非経験者から見れば、経験者はほとんど「無関係」





な人たち(97~96%)であり、経験者から見れば「気持ち理解できる気がする」人々である割合が非常に高いことである。本研究からは、「シンナー遊び」経験者にとってわかる気がする、その気持ちとは、受容感と帰属感を求める「居場所のない子供たち」⁵⁾¹⁶⁾の共通の思いであろうと推測している。

有機溶剤乱用者への治療的介入の際に、当研究者らは、親の参加なくして子の回復はないと考えており、親子の共有時間を増やすことの重要性を

説いているが⁵⁾¹⁶⁾¹⁸⁾、今回の結果もその有力な根拠である。

しかも、経験論的には、本調査の結果を保護者に紹介することが、保護者の意識変革には重要であろう。

4. 「シンナー遊び」による医学的害

薬物乱用防止には、薬物乱用による諸害をきちんと認識させることが重要である。

ところが、「知識」があれば乱用しないかというと、そうとも言えない面がある。これまでの調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた⁵⁾¹⁰⁾¹³⁾¹⁴⁾²⁰⁾²¹⁾。

しかし、2002年調査では、急性中毒死、菌の腐食、多発神経炎に関する男子、精神病に関する男女では、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多く、それ以外の害知識でも、経験者群VS非経験者群で有意差が認められない項目が出てきた。さらに、2004年調査では、その傾向がさらに進み、急性中毒死、多発神経炎、精神病では、男女ともに非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が多いと言った結果になった。これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説(薬物乱用防止教育はこの仮説を根拠としているわけである)があるとするれば、期待される結果であり、ここ数年の薬物乱用防止教育推進による成果の可能性が考えられた。

図10は害知識周知率の年次推移を示している。ほとんどの害知識の周知率が明かな増加傾向にあることは、薬物乱用防止教育の成果であろうと推測出来る。しかし、急性中毒死に関しての上昇率の低さはやや奇異である。

また、図10にみる害知識の周知度の明かな増加にも関わらず、今回の調査では、有機溶剤乱用による急性中毒死に関しては、男子では経験者群の方が知っていることと答えた者の割合が高いという従来のパターンに戻ってしまったわけであり、知識だけでは解決しない薬物乱用問題の一側面を伺わせる結果であった。

なお、この薬物乱用防止教育には、「知識が行動に結びつくとは限らない」という大きな課題が常に存在するわけで、これに関しては、知識教育を行った上で、次の段階として、薬物依存からの

回復の苦しみをドキュメンタリー形式で紹介したビデオ(平成9年度文部省制作「なくした自由」)の活用が期待されることは従来通りである。

5. 大麻・覚せい剤の乱用経験

そもそも、大麻及び覚せい剤の乱用経験率は、調査結果上、これまで同様に「経験あり」よりは「無回答」の方が数字が大きいため(表53、表57)、参考データとした方が妥当と思われるが、参考データは参考データなりに推移を見る必要がある。

図11に見るように、男女全体での大麻の生涯経験率は、1998年調査に比べると、それ以降は減少しているものの、ほとんど平衡状態と言って良い。

図12は覚せい剤の生涯経験率の推移を示しているが、ここでも1998年調査に比べると、全体及び男子では、それ以降は減少しているものの、ほとんど平衡状態と言って良く、女子では1996年、1998年の結果よりも高いままである。

第3次覚せい剤乱用期の特徴の一つは、若年層までへの乱用の拡大であるが、有機溶剤乱用の減少(図1)に比べて、大麻及び覚せい剤の乱用はなかなか減少していない現状が読み取れる。(逆に、大麻、覚せい剤の乱用が可能であるから、有機溶剤の乱用が減少しているとも読み取れる)。

以上のように大麻・覚せい剤についての生涯経験率はあくまで参考データであるため、利用法に限界はあるものの、今日の薬物乱用状況を考えるためには貴重なデータであると考えている。

なお、参考までに有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率と大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率を表71(図13)、表72(図14)に示した。有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率は順調に減少しているが、それは有機溶剤乱用の生涯経験率の低下のせいであり、大麻・覚せい剤のいずれかの生涯経験率の低下は鈍いことがわかる。

6. 大麻・覚せい剤乱用による医学的害

大麻、覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、表56、表59の通りであるが、その推移を示したものが図15、16である。

大麻による精神病・無動機症候群に関しては、1998年調査の女性を除けば、2000年調査までは、

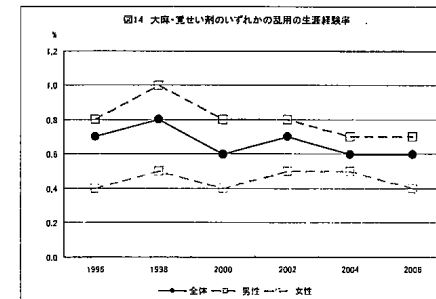
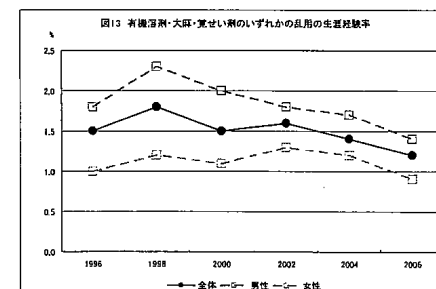
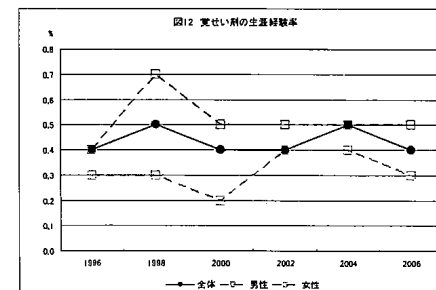
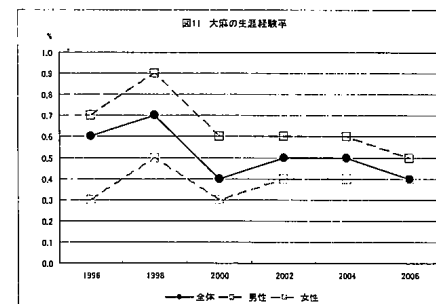


表68 大麻乱用の生涯経験率の推移(%) (「無回答」を除いて計算したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.7	0.4	0.8	0.9	0.3	0.3	0.3	0.3	0.6	0.4	0.5	0.6	108	53,271
1998	0.9	0.8	0.8	1.0	0.5	0.5	0.4	0.5	0.7	0.6	0.6	0.8	148	70,846
2000	0.6	0.4	0.6	0.7	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.3	0.5	0.5	140	61,477
2002	0.6	0.4	0.8	0.7	0.4	0.3	0.6	0.4	0.5	0.4	0.7	0.5	149	62,255
2004	0.6	0.4	0.7	0.7	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.6	147	64,875
2006	0.5	0.4	0.5	0.6	0.4	0.3	0.3	0.5	0.4	0.3	0.4	0.5	138	55,895

表70 覚せい剤乱用の生涯経験率の推移(%) (「無回答」を除いて計算したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.4	0.3	0.4	0.5	0.3	0.3	0.2	0.3	0.4	0.3	0.3	0.4	108	53,197
1998	0.7	0.5	0.7	0.8	0.3	0.2	0.3	0.4	0.5	0.4	0.5	0.6	148	70,819
2000	0.5	0.5	0.5	0.6	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4	140	61,457
2002	0.5	0.4	0.6	0.5	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	149	62,181
2004	0.5	0.4	0.6	0.7	0.4	0.3	0.4	0.4	0.5	0.3	0.5	0.6	147	64,886
2006	0.5	0.4	0.6	0.6	0.3	0.2	0.2	0.5	0.4	0.3	0.4	0.5	138	55,841

表71 有機溶剤・大麻・覚せい剤のいずれかの乱用の生涯経験率(%)

(無回答を除いて計算したもの)														
	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	1.8	1.5	1.8	2.2	1.0	0.9	1.0	1.0	1.5	1.3	1.5	1.7	108	54,136
1998	2.3	1.8	2.1	2.9	1.2	1.2	1.1	1.3	1.8	1.5	1.6	2.2	148	71,245
2000	2.0	1.7	2.0	2.3	1.1	1.0	1.0	1.2	1.5	1.4	1.5	1.8	140	61,481
2002	1.8	1.7	1.9	1.9	1.3	1.2	1.4	1.3	1.6	1.5	1.7	1.6	149	61,668
2004	1.7	1.4	1.5	1.9	1.2	1.1	1.2	1.2	1.4	1.2	1.3	1.6	147	64,314
2006	1.4	1.3	1.4	1.6	0.9	0.8	0.8	1.1	1.2	1.1	1.1	1.3	138	55,387

表72 大麻・覚せい剤のいずれかの乱用の生涯経験率(%) (無回答を除いて計算したもの)

	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	人数
1996	0.8	0.5	0.8	1.0	0.4	0.4	0.4	0.4	0.7	0.5	0.7	0.8	108	54,116
1998	1.0	0.9	1.0	1.2	0.5	0.5	0.5	0.6	0.8	0.7	0.8	0.9	148	71,245
2000	0.8	0.6	0.7	0.9	0.4	0.3	0.4	0.4	0.6	0.5	0.6	0.6	140	61,481
2002	0.8	0.6	0.9	0.8	0.5	0.4	0.6	0.6	0.7	0.5	0.8	0.7	149	61,668
2004	0.7	0.5	0.8	0.8	0.5	0.4	0.5	0.6	0.6	0.5	0.6	0.7	147	64,610
2006	0.7	0.6	0.7	0.8	0.4	0.3	0.3	0.6	0.6	0.5	0.5	0.7	138	55,627

男女ともに有機溶剤乱用群の方が周知率が有意に高かった。しかし、2002年調査では、初めて有機溶剤乱用経験の有無による有意差がなくなり、2004年調査では、わずかではあるが、有機溶剤非経験者群の方が、「知っている」者の割合が高くなった(ただし有意差なし)。ところが、今回の2006年調査では、男子では再び「知っている」と答えた者は有機溶剤経験者群の方が多くなってしまった。また、図15に見るように、2000年調査以降、周知率は上昇したと言っても未だに約60%に過ぎない。とにかく、大麻についての害知識の徹底が急務である。

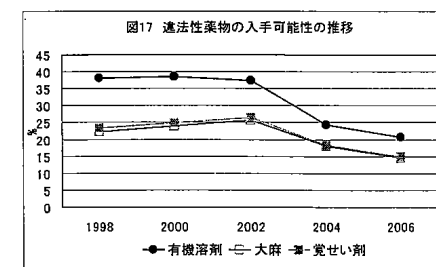
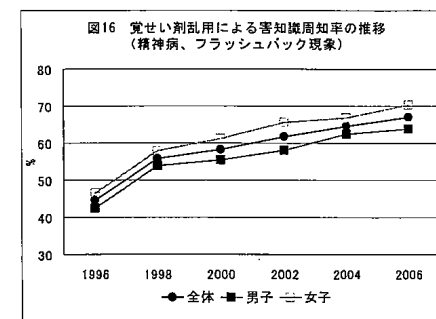
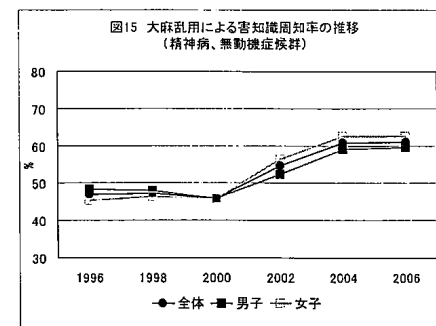
また、覚せい剤乱用による精神病・フラッシュバック現象に関しては、男子では1996年調査、1998年調査では有機溶剤乱用群での周知率が有意に高かったが、2000年調査、2002年調査では、有意差こそないものの、有機溶剤乱用非経験者群の方がわずかに周知率が高いというように変化した。しかし、2004年調査では、再び、有機溶剤経験者群の方が「知っている者」の割合は高いという結果にもどってしまった。今回に2006年調査では「知っている」と答えた者は、有機溶剤非経験者群の方が多いという形に戻ったものの、今後なお一層の薬物乱用防止教育の推進が必要であることを示唆していることに変わりはない。

7. 違法薬物の入手可能性の比較

1993年以来、一部の外国人を中心に、大麻および覚せい剤が、大都会では路上で密売されるようになり、第3次覚せい剤乱用期を作り出した⁹⁾。その影響と思われるが、1996年の1年間に覚せい剤取締法により検挙された高校生の数は対前年度比2.3倍と激増した⁹⁾。いくら有機溶剤乱用の勢いが鈍ったと言っても、この現実、わが国の薬物汚染状況の深刻化を象徴する以外の何物でもない。

表60～61は、本調査による違法薬物の入手可能性についての結果である。

有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その気になれば入手は極めて簡単である。しかし、入手可能を選んだ者の割合は2004年以降激減しており少々驚きを隠せない(図13)。「シンナー遊び」のための「有機溶剤」という問いの言葉から、トルエンの入手を想定した者が多かった可能性もあるが、そもそもの有機溶剤乱用に関する関心のなさ



の現れとも考えられる。

ただし、大麻、覚せい剤の入手可能性に比べれば、有機溶剤の入手可能性が最も高いことは、事実一致するところである。

大麻及び覚せい剤の入手可能性は、図17に見るように、今回の2004年調査では激減している。これは、この間の取締りの厳しさの反映の可能性もある。

ただし、この入手可能性を、有機溶剤乱用経験

の有無を軸に見た場合（表61、表62）、大麻の入手可能性では、「簡単に手に入る」「少々苦勞するが、なんとか手に入る」を選んだ者の合計を入手可能群とすると、その割合は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で約14%、女子で約15%であるのに対して、経験者群では、男子で約41%、女子で約44%と明らかに異なっていた（ $p<0.01$ ）（表61）。

このことは覚せい剤の入手可能性についても同じであり、入手可能群の割合は、「シンナー遊び」未経験者群では、男子で約14%、女子で約15%であるのに対して、経験者群では、男性で約40%、女性で約49%となっていた（ $p<0.01$ ）（表62）。

これらの結果は、わが国の中学生にとって、有機溶剤を乱用するということは、大麻、覚せい剤が身近なものになるという特徴を如実に示している。

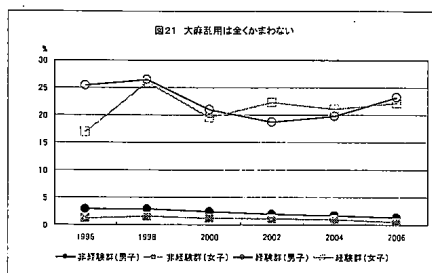
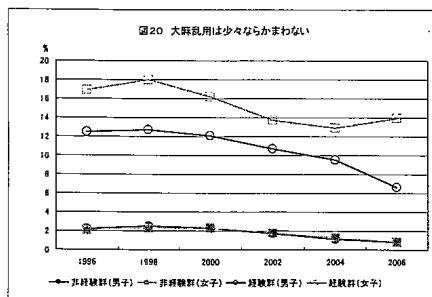
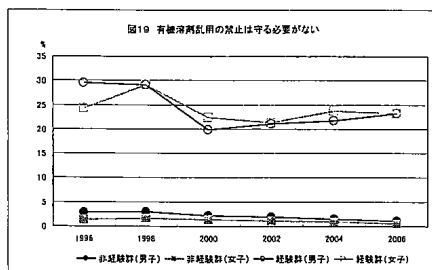
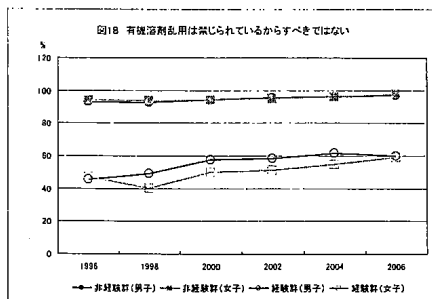
8. 薬物乱用に対する法の遵守性

わが国の規制薬物乱用が、多くの国に比べて少ない背景には、国民の法に対する遵守性の高さがあるのではないかと本研究者は推定している。

喫煙については全体の約8%（表34）の者が「少々ならかわまない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.5%（表9）に過ぎず、大麻では0.9%（表55）であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。（覚せい剤に関しては、尋ねていない）

図18、19は法で禁じられている有機溶剤の乱用についてどう思うかという問いに対する回答の年次推移である。有機溶剤非経験者群と経験者群とで結果には大きな開きがあるが、「乱用すべきでない」（図18）と答えた者の割合は、男女ともに有機溶剤の乱用経験に関わらず微増してきている。しかし、その一方で、「法を守る必要はない」と答えた者の割合は、非経験者群では漸減しているのに対して、経験者群では2000年以降漸増している。

図20、21は大麻乱用をどう思うかに対する回答の年次推移である。「少々ならかわまない」と答えた者の割合は、有機溶剤乱用経験者群の女子を除けば確実に減少してきてはいるが、そもそも有



機溶剤乱用経験者群で「少々ならかわまない」と考えている者の割合の高さが問題である。同時に、「全くかわまない」と答えた有機溶剤乱用経験者の割合は、横ばいとしか言いようがない（図21）。相変わらず、大麻に対する認識は甘いとしか言いようがない。

また、表54と表58に示したように、「シンナー遊び」の経験と大麻・覚せい剤乱用の経験とは、強い結びつきがあり（図22、23）、わが国では依然として有機溶剤が大麻・覚せい剤への「ゲイトウェイ・ドラッグ」となっている可能性が強く示唆される²²⁾。

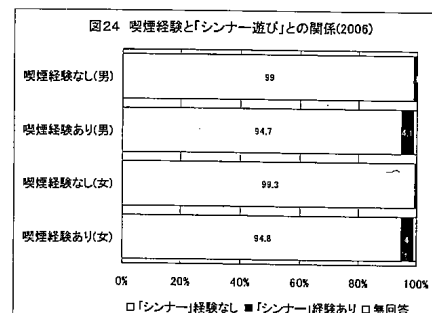
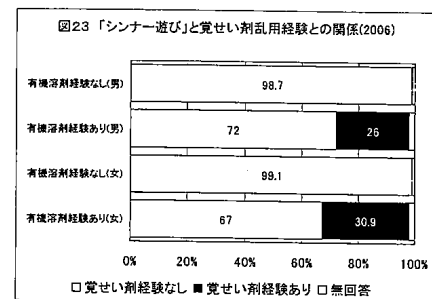
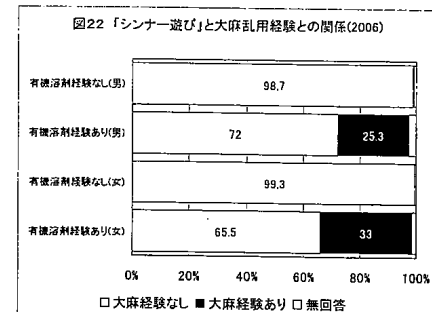
9. 「ゲイトウェイ・ドラッグ」としてのタバコとアルコール

中学生における喫煙及び飲酒が「シンナー遊び」への「ゲイトウェイ」になっている可能性が高いことは以前より指摘してきたが^{3) 5) 6) 10) 22)}、表50及び表52の結果は、大人が同伴しない飲酒と「シンナー遊び」との結びつきの強さと、喫煙経験と「シンナー遊び」との結びつきの強さ（図24）を再確認させるものである。この背景には、有機溶剤乱用同様に、家庭環境、「仲間」関係等、薬物乱用の背後にある人間関係が大きな要因となっていると推定できる。

中学生における喫煙・飲酒・薬物乱用防止を行う際には、喫煙・飲酒・薬物乱用といった表面的行為に目を奪われすぎることなく、その背後に潜む家庭環境、「仲間」関係等の人間関係を注ぐことが重要であろう¹⁶⁾。

E. 結論

わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2006年10月中（一部11～12月中）であり、層別一段集落抽出法により選ばれた全国208校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、138校（対象校の66.3%）より、56,533人（対象校208校の全生徒想定数の57.0%）の回答を得た。有効回答数は56,421



人（対象校208校の全生徒想定数の56.9%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が2県あり、都道府県毎の回答率には、未だにばらつきがあることをふまえた上で、本調査の結果を利用する必要がある。

このような限界はあるが、以下のような結論を得た。

① これまでに有機溶剤乱用を経験したことがあると回答した男子は1.0% (1年生1.0%、2年生1.0%、3年生1.1%)、女子では0.7% (1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%)、全体では0.9% (1年生0.8%、2年生0.8%、3年生1.0%)であった。

この結果は、男女合わせた全体では、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。また、2004年調査まで上昇傾向にあった女子での生涯経験率は初めて減少し、1996年調査のレベルに回復した。

② 有機溶剤乱用の目撃率に関しては男性、女性、全体の全てにおいて、1996年以降、着実に低下しており (全体で11.8%から3.9%)、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた (全体で5.4%から2.3%)。

また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率も、2000年調査をピークに調査年次毎に漸減していた。

③ 以上を総合すると、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱くなってきていると考えられる。

④ 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。

⑤ その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。

⑥ 結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじみず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することができよう。

⑦ また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。

⑧ 薬物乱用による健康への害知識に関しては、個々の知識の周知率自体は調査年次毎に上昇しており、薬物乱用防止教育の成果と受け止めることが出来る。

また、これまでの一連の本調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた。しかし、2004年調査から、有機溶剤の乱用による害としての急性中毒

死、多発神経炎、精神病に関しては、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が男女ともに多いという結果が初めて出るようになったが、これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとなれば、「望むべき姿」である。しかしながら、今回の2006年調査では、再び「望ましくない姿」に逆戻りしてしまった知識もあり、なおいっそうの薬物乱用防止教育の徹底が要求される結果であった。

⑨ 大麻、覚せい剤の生涯経験者数は無回答者数よりも少なく、その意味では参考データの意味合いが否定できないが、以下の結果を得た。

大麻の生涯経験率は、男子で0.5% (1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%)、女子で0.4% (1年生0.3%、2年生0.3%、3年生0.5%)、全体で0.4% (1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%)であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5% (1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.6%)、女子で0.3% (1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%)、全体で0.4% (1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%)であった。

大麻に関しては、男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値 (0.7%) よりは低く、停滞状態であった2002年、2004年調査の結果 (0.5%) より低下し、1996年以降最低であった2000年の0.4%に回復していた。

覚せい剤に関しては、1998年、2004年に記録した最高値 (0.5%) よりは低く、1996年、2000年、2002年と同じ0.4%であった。

ただし、トレンド的には大麻も覚せい剤も生涯経験率は2000年以降横ばい状態と見るべきであろう。

⑩ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、増加傾向にあり歓迎されるが、そもそもの周知度自体が未だに高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

⑪ 違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その入手可能性は大麻や覚せい剤よりは高かった。しかし、2004年調査では、その入手可能性はこれまでに大きく激減し、今回の2006年調査ではさらに減少していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、今回の2006年調査ではさらに減少していた。

これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。

ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに約70%であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で約41%、女子で約44%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で約41%、女子で49%の者が入手可能を選択していた。

わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回での乱用すると言うことは、大麻、覚せい剤の入手が身近なものになる状況に入り込むことになるという特徴を強く示唆する結果であった。さらに、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用経験者女子で最も高いという結果であり、女子に対する対策が望まれるところである。

⑫ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の7.78%の者が「少々ならかわまない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.5%に過ぎず、大麻では0.9%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。

⑬ また、有機溶剤乱用経験者群の約29%の者に大麻乱用の経験があり、約28%の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。

F. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 和田 清、高橋伸彰：中学生の飲酒と家族・仲間。日本アルコール関連問題学会誌 7：63-366, 2005.
- (2) 和田 清：青少年の危険行動の防止 薬物乱用。学校保健研究 47：389-396, 2005.
- (3) 和田 清：中学生における薬物乱用から地域の教育力を考える。思春期学 24：315-318, 2006.
- (4) 和田 清：中学生における薬物乱用—gateway drugの観点から—。小児科 47：1405-1411, 2006.

- (5) 和田 清、近藤あゆみ、高橋伸彰、尾崎米厚、勝野眞吾：青少年の薬物使用問題—全国中学生意識・実態調査 (2004年) から—。思春期学 24：70-73, 2006.

2. 国際会議

- (1) Kiyoshi Wada: Japan's Situation on Drug Abuse. 2006 Asian Multi-City Epidemiology Workgroup Meeting. Taipei, Taiwan, Nov. 8-10, 2006.

3. 学会発表

- (1) 和田 清：シンポジウムX (S10-1)、市民公開講座II：薬物依存からの再生「薬物乱用・依存の現状—わが国独自型から欧米型への変化のなかで、早急になすべきこと—」。第41回日本アルコール・薬物医学会。京都。2006. 7. 28.
- (2) 和田 清、尾崎 茂、近藤あゆみ：薬物乱用・依存の現状—わが国独自型から欧米型への変化の中で、早急になすべきこと—。第14回日本精神科救急学会 プレ公開講座。広島。2006. 10. 17.

謝辞

本調査研究にご協力いただいた多くの学校関係者、生徒、ならびに、本調査の実施に関して御尽力をいただいた多くの方々に、心よりお礼を述べさせていただきます。

また、調査用紙回収後の膨大な資料整理に協力をしていただいた、東京ダルク、埼玉ダルクの協力者に感謝いたします。

参考文献

- (1) 尾崎 茂、和田 清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成16年度厚生労働科学研究費補助金 (医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業) 研究報告書「薬物乱用・依存等の実態とその社会的影響・対策に関する研究」 (主任研究者：和田 清)。pp. 89-126. 2005.
- (2) 和田 清、福井 進：覚せい剤精神病の臨床症状—覚せい剤使用年数との関係—。アルコール研

究と薬物依存 25:143-158, 1990.

3) 和田 清: "Gateway Drug"概念について. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 34(2): 95-106, 1999.

4) Wada, K., Fukui, S.: Demographic and Social Characteristics of Solvent Abuse Patients in Japan. The American Journal on Addictions 3:165-176, 1994.

5) Wada, K., Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users. Addiction 88: 89-100, 1993.

6) Wada, K., Price, RK, Fukui, S: Cigarette smoking and solvent use among Japanese adolescents. Drug and Alcohol Dependence 46: 137-145, 1997.

7) Wada, K., Price, RK, Fukui, S: Reflecting Adult Drinking Culture: Prevalence of Alcohol Use and Drinking Situations among Japanese Junior High School Students in Japan. Journal of Studies on Alcohol 59: 381-386, 1998.

8) 和田 清: 中学生における飲酒-飲酒文化の反映-. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 34: 36-48, 1999.

9) 和田 清: 薬物乱用の現状と歴史. 神経精神薬理 19: 913-923, 1997.

10) 和田 清、勝野真吾、尾崎米厚、中野良吾: 中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究. 平成8年度厚生科学研究費補助金(麻薬等対策総合研究事業) 研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」(主任研究者: 寺元 弘) 第1分冊薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究(2). pp. 21-60. 1997.

11) 文部省大臣官房調査統計企画課: 全国学校総覧2006年版. 原書房. 東京. 2006.

12) Wada, K.: Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students

in Japan and Their Background Lifestyle: Result of Chiba Prefecture Survey 1994. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 37: 41-56, 2002.

13) 和田 清、中野良吾、尾崎米厚、勝野真吾: 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査. 平成10年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業) 研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」(主任研究者: 和田 清). pp. 19-83. 1999.

14) 和田 清: 中学生における有機溶剤乱用の実態とその生活背景-1992年千葉県調査より-. 学校保健研究 43:26-38, 2001.

15) 和田 清: 中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究. 平成5年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会的、精神医学的特徴に関する研究(主任研究者: 福井 進) 平成5年度研究成果報告書. pp. 27-54. 1994.

16) 和田 清: 有機溶剤乱用発生の社会的背景-青少年にとり有機溶剤とは何か-. アルコール医療研究 8: 179-184, 1991.

17) 和田 清: 中学生における飲酒-飲酒文化の反映-. 日本アルコール・薬物医学会雑誌34: 36-48, 1999.

18) 和田 清: 有機溶剤乱用と家族. 精神保健研究 7: 13-17, 1994.

19) Wada, K.: Lifetime Prevalence of Alcohol Drinking, Cigarette Smoking, and Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan: Tradition and Urbanization. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 36: 124-141, 2001.

20) 和田 清、菊池安希子、尾崎米厚、勝野真吾: 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査. 平成12年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業) 研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」(主任研究者: 和田 清). pp. 15-76. 2001.

21) 和田 清、畢 穎、尾崎米厚、勝野真吾: 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2002年). 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業) 研究報告書「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」(主任研究者: 和田 清). pp. 19-86. 2003.

22) 和田 清: 有機溶剤吸引の入り口としての喫煙: 1994年千葉県中学生調査より. 学校保健研究 45:512-527, 2004.

23) 和田 清、近藤あゆみ、高橋伸彰、鈴木紀美子、尾崎米厚、勝野真吾: 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2004年). 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業) 研究報告書「薬物乱用・依存等の実態とその社会的影響・対策に関する研究」(主任研究者: 和田 清). pp. 17-87. 2005.

表1 対象校の分布と回答状況

	対象校数	回答校数	実施率(%)		対象校数	回答校数	実施率(%)
北海道	8	2	25.0%	京都	4	3	75.0%
青森	3	3	100.0%	大阪	13	4	30.8%
岩手	3	3	100.0%	兵庫	9	9	100.0%
宮城	4	4	100.0%	奈良	3	1	33.3%
秋田	2	0	0.0%	和歌山	2	0	0.0%
山形	3	2	66.7%	鳥取	2	1	50.0%
福島	4	3	75.0%	島根	2	2	100.0%
茨城	5	4	80.0%	岡山	3	3	100.0%
栃木	3	3	100.0%	広島	4	3	75.0%
群馬	3	3	100.0%	山口	3	1	33.3%
埼玉	10	4	40.0%	徳島	2	2	100.0%
千葉	9	8	88.9%	香川	2	2	100.0%
東京	16	10	62.5%	愛媛	3	3	100.0%
神奈川	12	4	33.3%	高知	2	1	50.0%
新潟	4	4	100.0%	福岡	8	5	62.5%
富山	2	2	100.0%	佐賀	2	1	50.0%
石川	2	1	50.0%	長崎	3	2	66.7%
福井	2	1	50.0%	熊本	3	3	100.0%
山梨	2	2	100.0%	大分	2	1	50.0%
長野	4	2	50.0%	宮崎	3	1	33.3%
岐阜	3	2	66.7%	鹿児島	3	2	66.7%
静岡	6	5	83.3%	沖縄	3	3	100.0%
愛知	11	9	81.8%				
三重	3	2	66.7%				
滋賀	3	2	66.7%	全体	208	138	66.3%

表2 対象の内訳

	1年	2年	3年	合計
男性	9661 (51.2)	9234 (50.7)	9689 (50.1)	28584 (50.7)
女性	9197 (48.7)	8971 (49.2)	9626 (49.8)	27794 (49.3)
無回答	17 (.1)	13 (.1)	13 (.1)	43 (.1)
合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)

表3 これまでに1回でも「シンナー遊び」を経験したことのある率（生涯経験率）

	1年	2年	3年	合計
男性 経験なし	9484 (98.2)	9086 (98.4)	9534 (98.4)	28104 (98.3)
経験あり	92 (1.0)	91 (1.0)	106 (1.1)	289 (1.0)
無回答	85 (.9)	57 (.6)	49 (.5)	191 (.7)
合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 1.012, df = 2, p = 0.603)$				
女性 経験なし	9084 (98.8)	8872 (98.9)	9508 (98.8)	27464 (98.8)
経験あり	54 (.6)	59 (.7)	81 (.8)	194 (.7)
無回答	59 (.6)	40 (.4)	37 (.4)	136 (.5)
合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 4.642, df = 2, p = 0.098)$				
全体 経験なし	18585 (98.5)	17970 (98.6)	19055 (98.6)	55610 (98.6)
経験あり	146 (.8)	151 (.8)	187 (1.0)	484 (.9)
無回答	144 (.8)	97 (.5)	86 (.4)	327 (.6)
合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 4.380, df = 2, p = 0.112)$				

表4 この1年間に「シンナー遊び」を1回でも経験したことのある率（1年経験率）

	1年	2年	3年	合計
男性 ない	9557 (98.9)	9128 (98.9)	9579 (98.9)	28264 (98.9)
ある	58 (.6)	69 (.7)	79 (.8)	206 (.7)
無回答	46 (.5)	37 (.4)	31 (.3)	114 (.4)
合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 3.228, df = 2, p = 0.199)$				
女性 ない	9129 (99.3)	8912 (99.3)	9539 (99.1)	27580 (99.2)
ある	39 (.4)	43 (.5)	69 (.7)	151 (.5)
無回答	29 (.3)	16 (.2)	18 (.2)	63 (.2)
合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 8.436, df = 2, p = 0.015)$				
全体 ない	18703 (99.1)	18053 (99.1)	19131 (99.0)	55887 (99.1)
ある	97 (.5)	112 (.6)	148 (.8)	357 (.6)
無回答	75 (.4)	53 (.3)	49 (.3)	177 (.3)
合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 9.703, df = 2, p = 0.008)$				

表5 「シンナー遊び」を実際に見たことがありますか？

	1年	2年	3年	合計
男性 ない	9301 (96.3)	8858 (95.9)	9213 (95.1)	27372 (95.8)
ある	305 (3.2)	339 (3.7)	446 (4.6)	1090 (3.8)
無回答	55 (.6)	37 (.4)	30 (.3)	122 (.4)
合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 27.967, df = 2, p = 0.000)$				
女性 ない	8825 (96.0)	8601 (95.9)	9201 (95.6)	26627 (95.8)
ある	342 (3.7)	361 (4.0)	406 (4.2)	1109 (4.0)
無回答	30 (.3)	9 (.1)	19 (.2)	58 (.2)
合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 3.029, df = 2, p = 0.220)$				
全体 ない	18140 (96.1)	17470 (95.9)	18428 (95.3)	54036 (95.8)
ある	650 (3.4)	701 (3.8)	853 (4.4)	2204 (3.9)
無回答	85 (.5)	47 (.3)	49 (.3)	181 (.3)
合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 23.811, df = 2, p = 0.000)$				

表6 身近に「シンナー遊び」をしている人がいますか？

	1年	2年	3年	合計
男性 いない	9456 (97.9)	8970 (97.1)	9384 (96.9)	27810 (97.3)
いる	133 (1.4)	206 (2.2)	259 (2.7)	598 (2.1)
無回答	72 (.7)	58 (.6)	46 (.5)	176 (.6)
合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 40.650, df = 2, p = 0.000)$				
女性 いない	8971 (97.5)	8706 (97.0)	9307 (96.7)	26984 (97.1)
いる	182 (2.0)	240 (2.7)	286 (3.0)	708 (2.5)
無回答	44 (.5)	25 (.3)	33 (.3)	102 (.4)
合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 19.379, df = 2, p = 0.000)$				
全体 いない	18443 (97.7)	17688 (97.1)	18702 (96.8)	54833 (97.2)
いる	316 (1.7)	446 (2.4)	546 (2.8)	1308 (2.3)
無回答	116 (.6)	84 (.5)	80 (.4)	280 (.5)
合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 57.395, df = 2, p = 0.000)$				

表7 「シンナー遊び」に誘われた経験

	1年	2年	3年	合計
男性				
ない	9181 (95.0)	8730 (94.5)	9153 (94.5)	27064 (94.7)
ある	82 (.8)	117 (1.3)	148 (1.5)	347 (1.2)
無回答	398 (4.1)	387 (4.2)	388 (4.0)	1173 (4.1)
合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
	$(\chi^2 = 18.841, df = 2, p = 0.000)$			
女性				
ない	8679 (94.4)	8460 (94.3)	9014 (93.6)	26153 (94.1)
ある	85 (.9)	87 (1.0)	119 (1.2)	291 (1.0)
無回答	433 (4.7)	424 (4.7)	493 (5.1)	1350 (4.9)
合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
	$(\chi^2 = 5.350, df = 2, p = 0.069)$			
全体				
ない	17876 (94.7)	17202 (94.4)	18178 (94.1)	53256 (94.4)
ある	168 (.9)	204 (1.1)	268 (1.4)	640 (1.1)
無回答	831 (4.4)	812 (4.5)	882 (4.6)	2525 (4.5)
合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
	$(\chi^2 = 21.221, df = 2, p = 0.000)$			

表8 「シンナー遊び」についての気持ち (未経験者についてのみ)

	1年	2年	3年	合計
男性				
関心がない	8918 (94.0)	8494 (93.5)	8995 (94.3)	26407 (94.0)
見てみたい	424 (4.5)	470 (5.2)	403 (4.2)	1297 (4.6)
試してみたい	47 (.5)	44 (.5)	61 (.6)	152 (.5)
経験がある	3 (.0)	4 (.0)	5 (.1)	12 (.0)
無回答	92 (1.0)	74 (.8)	70 (.7)	236 (.8)
合計	9484 (100)	9086 (100)	9534 (100)	28104 (100)
	$(\chi^2 = 13.118, df = 6, p = 0.041)$			
女性				
関心がない	8537 (94.0)	8195 (92.4)	8936 (94.0)	25668 (93.5)
見てみたい	460 (5.1)	559 (6.3)	457 (4.8)	1476 (5.4)
試してみたい	32 (.4)	63 (.7)	59 (.6)	154 (.6)
経験がある	0 (.0)	1 (.0)	1 (.0)	2 (.0)
無回答	55 (.6)	54 (.6)	55 (.6)	164 (.6)
合計	9084 (100)	8872 (100)	9508 (100)	27464 (100)
	$(\chi^2 = 35.341, df = 6, p = 0.000)$			
全体				
関心がない	17468 (94.0)	16701 (92.9)	17943 (94.2)	52112 (93.7)
見てみたい	886 (4.8)	1029 (5.7)	861 (4.5)	2776 (5.0)
試してみたい	80 (.4)	107 (.6)	120 (.6)	307 (.6)
経験がある	3 (.0)	5 (.0)	6 (.0)	14 (.0)
無回答	148 (.8)	128 (.7)	125 (.7)	401 (.7)
合計	18585 (100)	17970 (100)	19055 (100)	56610 (100)
	$(\chi^2 = 40.167, df = 6, p = 0.000)$			

表9 「シンナー遊び」についてどう思いますか? (法の遵守)

	経験なし	経験あり	無回答	合計
男性				
法律で禁止されているからすべきではない	27324 (97.2)	173 (59.9)	111 (58.1)	27608 (96.6)
法律で禁止されているが少々なら構わない	388 (1.4)	44 (15.2)	3 (1.6)	435 (1.5)
法律で禁止されているが守る必要は全然ない	323 (1.1)	67 (23.2)	6 (3.1)	396 (1.4)
無回答	69 (.2)	5 (1.7)	71 (37.2)	145 (.5)
合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
	$(\chi^2 = 1433.523, df = 2, p = 0.000)$			
女性				
法律で禁止されているからすべきではない	26871 (97.8)	115 (59.3)	84 (61.8)	27070 (97.4)
法律で禁止されているが少々なら構わない	364 (1.3)	34 (17.5)	4 (2.9)	402 (1.4)
法律で禁止されているが守る必要は全然ない	162 (.6)	45 (23.2)	6 (4.4)	213 (.8)
無回答	67 (.2)	0 (.0)	42 (30.9)	109 (.4)
合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
	$(\chi^2 = 1691.980, df = 2, p = 0.000)$			
全体				
法律で禁止されているからすべきではない	54231 (97.5)	288 (59.5)	195 (59.6)	54714 (97.0)
法律で禁止されているが少々なら構わない	755 (1.4)	78 (16.1)	7 (2.1)	840 (1.5)
法律で禁止されているが守る必要は全然ない	487 (.9)	113 (23.3)	12 (3.7)	612 (1.1)
無回答	137 (.2)	5 (1.0)	113 (34.6)	255 (.5)
合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
	$(\chi^2 = 3064.003, df = 2, p = 0.000)$			

表10 法律で「シンナー遊び」を禁止しているのをどう思いますか? (法規制の必要性)

	経験なし	経験あり	無回答	合計
男				
当然だと思う	26307 (93.6)	157 (54.3)	106 (55.5)	26570 (93.0)
仕方のないことだと思う	1013 (3.6)	39 (13.5)	4 (2.1)	1056 (3.7)
麻薬・覚せい剤と違ってシンナーくらい禁止しなくてもいい	96 (.3)	28 (9.7)	2 (1.0)	126 (.4)
法律で決める必要はなく個人の自由	621 (2.2)	61 (21.1)	10 (5.2)	692 (2.4)
無回答	67 (.2)	4 (1.4)	69 (36.1)	140 (.5)
合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
	$(\chi^2 = 1133.144, df = 3, p = 0.000)$			
女				
当然だと思う	25854 (94.1)	106 (54.6)	75 (55.1)	26035 (93.7)
仕方のないことだと思う	1019 (3.7)	31 (16.0)	11 (8.1)	1061 (3.8)
麻薬・覚せい剤と違ってシンナーくらい禁止しなくてもいい	90 (.3)	14 (7.2)	1 (.7)	105 (.4)
法律で決める必要はなく個人の自由	445 (1.6)	42 (21.6)	7 (5.1)	494 (1.8)
無回答	56 (.2)	1 (.5)	42 (30.9)	99 (.4)
合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
	$(\chi^2 = 792.859, df = 3, p = 0.000)$			
全				
当然だと思う	52195 (93.9)	263 (54.3)	181 (55.4)	52639 (93.3)
仕方のないことだと思う	2036 (3.7)	71 (14.7)	15 (4.6)	2122 (3.8)
麻薬・覚せい剤と違ってシンナーくらい禁止しなくてもいい	186 (.3)	42 (8.7)	3 (3.9)	231 (.4)
法律で決める必要はなく個人の自由	1070 (1.9)	103 (21.3)	17 (5.2)	1190 (2.1)
無回答	123 (.2)	5 (1.0)	111 (33.9)	239 (.4)
合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
	$(\chi^2 = 1931.831, df = 3, p = 0.000)$			

表11 「シンナー遊び」をしている人についてどう思いますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	自分には無関係の人	27169 (96.7)	163 (56.4)	113 (59.2)	27445 (96.0)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	679 (2.4)	60 (20.8)	4 (2.1)	743 (2.6)
	親しみを感じる	94 (.3)	59 (20.4)	2 (1.0)	155 (.5)
	無回答	162 (.6)	7 (2.4)	72 (37.7)	241 (.8)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 2605.988, df = 2, p = 0.000)$					
女性	自分には無関係の人	26288 (95.7)	108 (55.7)	80 (58.8)	26476 (95.3)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	1003 (3.7)	43 (22.2)	12 (8.8)	1058 (3.8)
	親しみを感じる	44 (.2)	42 (21.6)	4 (2.9)	90 (.3)
	無回答	129 (.5)	1 (.5)	40 (29.4)	170 (.6)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 3069.292, df = 2, p = 0.000)$					
全体	自分には無関係の人	53495 (96.2)	272 (56.2)	193 (59.0)	53960 (95.6)
	シンナー遊びをする気持ちが理解できる気がする	1685 (3.0)	103 (21.3)	16 (4.9)	1804 (3.2)
	親しみを感じる	138 (.2)	101 (20.9)	6 (1.8)	245 (.4)
	無回答	292 (.5)	8 (1.7)	112 (34.3)	412 (.7)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 5430.040, df = 2, p = 0.000)$					

表12 「シンナー遊び」をしている人と親しくなることについてどう思いますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	親しくなりたくない	22808 (81.2)	129 (44.6)	85 (44.5)	23022 (80.5)
	シンナー遊びだけで決めたくない	5069 (18.0)	85 (29.4)	28 (14.7)	5182 (18.1)
	すでに親しい	102 (.4)	67 (23.2)	3 (1.6)	172 (.6)
	無回答	125 (.4)	8 (2.8)	75 (39.3)	208 (.7)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 2630.437, df = 2, p = 0.000)$					
女性	親しくなりたくない	21187 (77.1)	71 (36.6)	57 (41.9)	21315 (76.7)
	シンナー遊びだけで決めたくない	6088 (22.2)	67 (34.5)	31 (22.8)	6186 (22.3)
	すでに親しい	85 (.3)	55 (28.4)	5 (3.7)	145 (.5)
	無回答	104 (.4)	1 (.5)	43 (31.6)	148 (.5)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 3051.016, df = 2, p = 0.000)$					
全体	親しくなりたくない	44023 (79.2)	201 (41.5)	142 (43.4)	44366 (78.6)
	シンナー遊びだけで決めたくない	11170 (20.1)	152 (31.4)	59 (18.0)	11381 (20.2)
	すでに親しい	187 (.3)	122 (25.2)	8 (2.4)	317 (.6)
	無回答	230 (.4)	9 (1.9)	118 (36.1)	357 (.6)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 5583.951, df = 2, p = 0.000)$					

表13 どうして「シンナー遊び」をするのだと思いますか？（複数回答）

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	本人に問題	19565 (69.6)	148 (51.2)	121 (63.4)	19834 (69.4) ($\chi^2 = 45.655, df = 1, p = 0.000$)
	家庭に問題	14226 (50.6)	135 (46.7)	82 (42.9)	14443 (50.5) ($\chi^2 = 1.746, df = 1, p = 0.000$)
	学校に問題	8414 (29.9)	106 (36.7)	51 (26.7)	8571 (30.0) ($\chi^2 = 6.186, df = 1, p = 0.013$)
	社会に問題	10157 (36.1)	139 (48.1)	63 (33.0)	10359 (36.2) ($\chi^2 = 17.692, df = 1, p = 0.000$)
	無回答	400 (1.4)	14 (4.8)	11 (5.8)	425 (1.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
女性	本人に問題	17686 (64.4)	98 (50.5)	90 (66.2)	17874 (64.3) ($\chi^2 = 16.171, df = 1, p = 0.000$)
	家庭に問題	18504 (67.4)	107 (55.2)	84 (61.8)	18695 (67.3) ($\chi^2 = 13.071, df = 1, p = 0.000$)
	学校に問題	11714 (42.7)	89 (45.9)	62 (45.6)	11865 (42.7) ($\chi^2 = 0.819, df = 1, p = 0.366$)
	社会に問題	10727 (39.1)	88 (45.4)	50 (36.8)	10865 (39.1) ($\chi^2 = 3.213, df = 1, p = 0.073$)
	無回答	285 (1.0)	6 (3.1)	10 (7.4)	301 (1.1)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
全体	本人に問題	37277 (67.0)	246 (50.8)	211 (64.5)	37734 (66.9) ($\chi^2 = 56.906, df = 1, p = 0.000$)
	家庭に問題	32757 (58.9)	242 (50.0)	166 (50.8)	33165 (58.8) ($\chi^2 = 15.709, df = 1, p = 0.000$)
	学校に問題	20147 (36.2)	195 (40.3)	113 (34.6)	20455 (36.3) ($\chi^2 = 3.422, df = 1, p = 0.064$)
	社会に問題	20904 (37.6)	227 (46.9)	113 (34.6)	21244 (37.7) ($\chi^2 = 17.714, df = 1, p = 0.000$)
	無回答	687 (1.2)	21 (4.3)	21 (6.4)	729 (1.3)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)

表14 シンナー遊びによる急性中毒死を知っていますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	知っている	18056 (64.2)	187 (64.7)	83 (43.5)	18326 (64.1)
	知らない	10021 (35.7)	102 (35.3)	43 (22.5)	10166 (35.6)
	無回答	27 (.1)	0 (.0)	65 (34.0)	92 (.3)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 0.020, df = 1, p = 0.889)$					
女性	知っている	19366 (70.5)	121 (62.4)	65 (47.8)	19552 (70.3)
	知らない	8086 (29.4)	71 (36.6)	38 (27.9)	8195 (29.5)
	無回答	12 (.0)	2 (1.0)	33 (24.3)	47 (.2)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 5.189, df = 1, p = 0.023)$					
全体	知っている	37455 (67.4)	309 (63.8)	148 (45.3)	37912 (67.2)
	知らない	18116 (32.6)	173 (35.7)	81 (24.8)	18370 (32.6)
	無回答	39 (.1)	2 (.4)	98 (30.0)	139 (.2)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 2.356, df = 1, p = 0.125)$					

表15 「シンナー遊び」を繰り返すと歯がぼろぼろになりやすいことを知っていますか？

		生涯シンナー経験						合計	
		経験なし		経験あり		無回答			
		度数	列%	度数	列%	度数	列%		
男性	知っている	20734	(73.8)	208	(72.0)	95	(49.7)	21037	(73.6)
	知らない	7352	(26.2)	79	(27.3)	31	(16.2)	7462	(26.1)
	無回答	18	(.1)	2	(.7)	65	(34.0)	85	(.3)
	合計	28104	(100)	289	(100)	191	(100)	28584	(100)
$(\chi^2 = 0.268, df = 1, p = 0.605)$									
女性	知っている	21146	(77.0)	141	(72.7)	75	(55.1)	21362	(76.9)
	知らない	6311	(23.0)	52	(26.8)	28	(20.6)	6391	(23.0)
	無回答	7	(.0)	1	(.5)	33	(24.3)	41	(.1)
	合計	27464	(100)	194	(100)	136	(100)	27794	(100)
$(\chi^2 = 1.695, df = 1, p = 0.193)$									
全体	知っている	41914	(75.4)	350	(72.3)	170	(52.0)	42434	(75.2)
	知らない	13671	(24.6)	131	(27.1)	59	(18.0)	13861	(24.6)
	無回答	25	(.0)	3	(.6)	98	(30.0)	126	(.2)
	合計	55610	(100)	484	(100)	327	(100)	56421	(100)
$(\chi^2 = 1.791, df = 1, p = 0.181)$									

表16 「シンナー遊び」を繰り返すと多発神経炎になることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験				
		経験なし	経験あり	無回答	合計	
男性	知っている	17153 (61.0)	172 (59.5)	117 (61.3)	17442 (61.0)	
	知らない	10772 (38.3)	113 (39.1)	64 (33.5)	10949 (38.3)	
	無回答	179 (.6)	4 (1.4)	10 (5.2)	193 (.7)	
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)	
						$(\chi^2 = 0.137, df = 1, p = 0.711)$
女性	知っている	18953 (69.0)	123 (63.4)	89 (65.4)	19165 (69.0)	
	知らない	8417 (30.6)	68 (35.1)	41 (30.1)	8526 (30.7)	
	無回答	94 (.3)	3 (1.5)	6 (4.4)	103 (.4)	
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)	
						$(\chi^2 = 2.093, df = 1, p = 0.148)$
全体	知っている	36136 (65.0)	296 (61.2)	206 (63.0)	36638 (64.9)	
	知らない	19201 (34.5)	181 (37.4)	105 (32.1)	19487 (34.5)	
	無回答	273 (.5)	7 (1.4)	16 (4.9)	296 (.5)	
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)	
						$(\chi^2 = 2.200, df = 1, p = 0.138)$

表17 「シンナー遊び」を繰り返すと精神病状態になることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験				
		経験なし	経験あり	無回答	合計	
男性	知っている	23507 (83.6)	208 (72.0)	149 (78.0)	23864 (83.5)	
	知らない	4308 (15.3)	72 (24.9)	30 (15.7)	4410 (15.4)	
	無回答	289 (1.0)	9 (3.1)	12 (6.3)	310 (1.1)	
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)	
						$(\chi^2 = 22.029, df = 1, p = 0.000)$
女性	知っている	24711 (90.0)	149 (76.8)	106 (77.9)	24966 (89.8)	
	知らない	2617 (9.5)	39 (20.1)	23 (16.9)	2679 (9.6)	
	無回答	136 (.5)	6 (3.1)	7 (5.1)	149 (.5)	
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)	
						$(\chi^2 = 26.706, df = 1, p = 0.000)$
全体	知っている	48255 (86.8)	358 (74.0)	255 (78.0)	48868 (86.6)	
	知らない	6929 (12.5)	111 (22.9)	53 (16.2)	7093 (12.6)	
	無回答	426 (.8)	15 (3.1)	19 (5.8)	460 (.8)	
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)	
						$(\chi^2 = 51.960, df = 1, p = 0.000)$

表18 「シンナー遊び」を繰り返すと無動機症候群になることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	知っている	16269 (57.9)	178 (61.6)	93 (48.7)	16540 (57.9)
	知らない	11501 (40.9)	104 (36.0)	87 (45.5)	11692 (40.9)
	無回答	334 (1.2)	7 (2.4)	11 (5.8)	352 (1.2)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 2.368, df = 1, p = 0.124)$					
女性	知っている	17782 (64.7)	120 (61.9)	77 (56.6)	17979 (64.7)
	知らない	9488 (34.5)	70 (36.1)	49 (36.0)	9607 (34.6)
	無回答	194 (.7)	4 (2.1)	10 (7.4)	208 (.7)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 0.349, df = 1, p = 0.555)$					
全体	知っている	34076 (61.3)	299 (61.8)	170 (52.0)	34545 (61.2)
	知らない	21006 (37.8)	174 (36.0)	136 (41.6)	21316 (37.8)
	無回答	528 (.9)	11 (2.3)	21 (6.4)	560 (1.0)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 0.362, df = 1, p = 0.547)$					

表19 「シンナー遊び」の結果、フラッシュバックが起こることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験					
		経験なし	経験あり	無回答	合計		
男性	知っている	17477 (62.2)	180 (62.3)	97 (50.8)	17754 (62.1)		
	知らない	10343 (36.8)	101 (34.9)	81 (42.4)	10525 (36.8)		
	無回答	284 (1.0)	8 (2.8)	13 (6.8)	305 (1.1)		
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)		
		$(\chi^2 = 0.182, df = 1, p = 0.670)$					
女性	知っている	18739 (68.2)	131 (67.5)	77 (56.6)	18947 (68.2)		
	知らない	8558 (31.2)	58 (29.9)	52 (38.2)	8668 (31.2)		
	無回答	167 (.6)	5 (2.6)	7 (5.1)	179 (.6)		
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)		
		$(\chi^2 = 0.038, df = 1, p = 0.845)$					
全体	知っている	36248 (65.2)	312 (64.5)	174 (53.2)	36734 (65.1)		
	知らない	18911 (34.0)	159 (32.9)	133 (40.7)	19203 (34.0)		
	無回答	451 (.8)	13 (2.7)	20 (6.1)	484 (.9)		
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)		
		$(\chi^2 = 0.057, df = 1, p = 0.811)$					

表20 あなたの起床時間はほぼ一定していますか？

		生涯シンナー経験			
		経験なし	経験あり	無回答	合計
男性	はい	23119 (82.3)	201 (69.6)	138 (72.3)	23458 (82.1)
	いいえ	4909 (17.5)	86 (29.8)	51 (26.7)	5046 (17.7)
	無回答	76 (.3)	2 (.7)	2 (1.0)	80 (.3)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 30.311, df = 1, p = 0.000)$					
女性	はい	23149 (84.3)	98 (50.5)	97 (71.3)	23344 (84.0)
	いいえ	4256 (15.5)	96 (49.5)	38 (27.9)	4390 (15.8)
	無回答	59 (.2)	0 (.0)	1 (.7)	60 (.2)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 167.211, df = 1, p = 0.000)$					
全体	はい	46297 (83.3)	299 (61.8)	235 (71.9)	46831 (83.0)
	いいえ	9175 (16.5)	183 (37.8)	89 (27.2)	9447 (16.7)
	無回答	138 (.2)	2 (.4)	3 (.9)	143 (.3)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 157.522, df = 1, p = 0.000)$					

表21 あなたの就寝時間はほぼ一定していますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	はい	15509 (55.2)	125 (43.3)	95 (49.7)	15729 (55.0)
	いいえ	12456 (44.3)	162 (56.1)	96 (50.3)	12714 (44.5)
	無回答	139 (.5)	2 (.7)	0 (.0)	141 (.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
		$(\chi^2 = 16.290, df = 1, p = 0.000)$			
女性	はい	14430 (52.5)	65 (33.5)	57 (41.9)	14552 (52.4)
	いいえ	12903 (47.0)	128 (66.0)	77 (56.6)	13108 (47.2)
	無回答	131 (.5)	1 (.5)	2 (1.5)	134 (.5)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
		$(\chi^2 = 28.088, df = 1, p = 0.000)$			
全体	はい	29959 (53.9)	191 (39.5)	152 (46.5)	30302 (53.7)
	いいえ	25378 (45.6)	290 (59.9)	173 (52.9)	25841 (45.8)
	無回答	273 (.5)	3 (.6)	2 (.6)	278 (.5)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
		$(\chi^2 = 39.976, df = 1, p = 0.000)$			

表22 毎朝、朝食を食べていますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	ほとんど毎日食べている	24328 (86.6)	211 (73.0)	154 (80.6)	24693 (86.4)
	時々食べる	2461 (8.8)	34 (11.8)	23 (12.0)	2518 (8.8)
	ほとんど食べない	1250 (4.4)	43 (14.9)	14 (7.3)	1307 (4.6)
	無回答	65 (.2)	1 (.3)	0 (.0)	66 (.2)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
		$(\chi^2 = 77.461, df = 2, p = 0.000)$			
女性	ほとんど毎日食べている	23942 (87.2)	116 (59.8)	110 (80.9)	24168 (87.0)
	時々食べる	2446 (8.9)	28 (14.4)	18 (13.2)	2492 (9.0)
	ほとんど食べない	1009 (3.7)	50 (25.8)	8 (5.9)	1067 (3.8)
	無回答	67 (.2)	0 (.0)	0 (.0)	67 (.2)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
		$(\chi^2 = 268.247, df = 2, p = 0.000)$			
全体	ほとんど毎日食べている	48303 (86.9)	327 (67.6)	264 (80.7)	48894 (86.7)
	時々食べる	4912 (8.8)	62 (12.8)	41 (12.5)	5015 (8.9)
	ほとんど食べない	2260 (4.1)	94 (19.4)	22 (6.7)	2376 (4.2)
	無回答	135 (.2)	1 (.2)	0 (.0)	136 (.2)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
		$(\chi^2 = 298.734, df = 2, p = 0.000)$			

表23 あなたにとって、学校生活は次のどれですか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	とても楽しい	10998 (39.1)	86 (29.8)	74 (38.7)	11158 (39.0)
	どちらかといえば楽しい	12964 (46.1)	100 (34.6)	76 (39.8)	13140 (46.0)
	あまり楽しくない	3128 (11.1)	46 (15.9)	26 (13.6)	3200 (11.2)
	まったく楽しくない	955 (3.4)	55 (19.0)	14 (7.3)	1024 (3.6)
	無回答	59 (.2)	2 (.7)	1 (.5)	62 (.2)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
		$(\chi^2 = 218.122, df = 3, p = 0.000)$			
女性	とても楽しい	11747 (42.8)	59 (30.4)	47 (34.6)	11853 (42.6)
	どちらかといえば楽しい	11881 (43.3)	65 (33.5)	56 (41.2)	12002 (43.2)
	あまり楽しくない	3029 (11.0)	22 (11.3)	16 (11.8)	3067 (11.0)
	まったく楽しくない	745 (2.7)	47 (24.2)	14 (10.3)	806 (2.9)
	無回答	62 (.2)	1 (.5)	3 (2.2)	66 (.2)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
		$(\chi^2 = 323.459, df = 3, p = 0.000)$			
全体	とても楽しい	22762 (40.9)	145 (30.0)	121 (37.0)	23028 (40.8)
	どちらかといえば楽しい	24856 (44.7)	165 (34.1)	132 (40.4)	25153 (44.6)
	あまり楽しくない	6163 (11.1)	68 (14.0)	42 (12.8)	6273 (11.1)
	まったく楽しくない	1705 (3.1)	103 (21.3)	28 (8.6)	1836 (3.3)
	無回答	124 (.2)	3 (.6)	4 (1.2)	131 (.2)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
		$(\chi^2 = 526.020, df = 3, p = 0.000)$			

表24 クラブ活動（部活）には参加していますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	積極的に参加している	19921 (70.9)	169 (58.5)	118 (61.8)	20208 (70.7)
	消極的に参加している	3184 (11.3)	52 (18.0)	29 (15.2)	3265 (11.4)
	参加していない	4793 (17.1)	63 (21.8)	42 (22.0)	4898 (17.1)
	無回答	206 (.7)	5 (1.7)	2 (1.0)	213 (.7)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
		$(\chi^2 = 21.314, df = 2, p = 0.000)$			
女性	積極的に参加している	19511 (71.0)	86 (44.3)	87 (64.0)	19684 (70.8)
	消極的に参加している	3009 (11.0)	37 (19.1)	16 (11.8)	3062 (11.0)
	参加していない	4722 (17.2)	70 (36.1)	31 (22.8)	4823 (17.4)
	無回答	222 (.8)	1 (.5)	2 (1.5)	225 (.8)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
		$(\chi^2 = 70.386, df = 2, p = 0.000)$			
全体	積極的に参加している	39458 (71.0)	255 (52.7)	205 (62.7)	39918 (70.8)
	消極的に参加している	6198 (11.1)	89 (18.4)	45 (13.8)	6332 (11.2)
	参加していない	9523 (17.1)	134 (27.7)	73 (22.3)	9730 (17.2)
	無回答	431 (.8)	6 (1.2)	4 (1.2)	441 (.8)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
		$(\chi^2 = 76.508, df = 2, p = 0.000)$			

表25 夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	ほとんど毎日	8296 (29.5)	72 (24.9)	58 (30.4)	8426 (29.5)
	5-6回	3150 (11.2)	31 (10.7)	20 (10.5)	3201 (11.2)
	4回前後	2942 (10.5)	27 (9.3)	20 (10.5)	2989 (10.5)
	3回前後	2726 (9.7)	24 (8.3)	8 (4.2)	2758 (9.6)
	2回前後	5133 (18.3)	40 (13.8)	31 (16.2)	5204 (18.2)
	ほとんど食べない	5474 (19.5)	89 (30.8)	49 (25.7)	5612 (19.6)
	無回答	383 (1.4)	6 (2.1)	5 (2.6)	394 (1.4)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 24.977, df = 5, p = 0.000)$					
女性	ほとんど毎日	8502 (31.0)	46 (23.7)	41 (30.1)	8589 (30.9)
	5-6回	2992 (10.9)	23 (11.9)	9 (6.6)	3024 (10.9)
	4回前後	2641 (9.6)	17 (8.8)	14 (10.3)	2672 (9.6)
	3回前後	2541 (9.3)	14 (7.2)	13 (9.6)	2568 (9.2)
	2回前後	5278 (19.2)	23 (11.9)	28 (20.6)	5329 (19.2)
	ほとんど食べない	5155 (18.8)	69 (35.6)	28 (20.6)	5252 (18.9)
	無回答	355 (1.3)	2 (1.0)	3 (2.2)	360 (1.3)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 38.567, df = 5, p = 0.000)$					
全体	ほとんど毎日	16809 (30.2)	119 (24.6)	99 (30.3)	17027 (30.2)
	5-6回	6148 (11.1)	54 (11.2)	29 (8.9)	6231 (11.0)
	4回前後	5584 (10.0)	44 (9.1)	34 (10.4)	5662 (10.0)
	3回前後	5272 (9.5)	38 (7.9)	21 (6.4)	5331 (9.4)
	2回前後	10417 (18.7)	63 (13.0)	59 (18.0)	10539 (18.7)
	ほとんど食べない	10637 (19.1)	158 (32.6)	77 (23.5)	10872 (19.3)
	無回答	743 (1.3)	8 (1.7)	8 (2.4)	759 (1.3)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 60.970, df = 5, p = 0.000)$					

表26 母親と週何回くらい夕食を食べますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	ほとんど毎日	16087 (57.2)	130 (45.0)	112 (58.6)	16329 (57.1)
	5-6回	3565 (12.7)	37 (12.8)	20 (10.5)	3622 (12.7)
	4回前後	2561 (9.1)	19 (6.6)	16 (8.4)	2596 (9.1)
	3回前後	1512 (5.4)	23 (8.0)	11 (5.8)	1546 (5.4)
	2回前後	1460 (5.2)	14 (4.8)	10 (5.2)	1484 (5.2)
	ほとんど食べない	1807 (6.4)	31 (10.7)	12 (6.3)	1850 (6.5)
	母親がいない	725 (2.6)	27 (9.3)	6 (3.1)	758 (2.7)
	無回答	387 (1.4)	8 (2.8)	4 (2.1)	399 (1.4)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 71.634, df = 6, p = 0.000)$					
女性	ほとんど毎日	17819 (64.9)	91 (46.9)	82 (60.3)	17992 (64.7)
	5-6回	2877 (10.5)	20 (10.3)	14 (10.3)	2911 (10.5)
	4回前後	1882 (6.9)	12 (6.2)	10 (7.4)	1904 (6.9)
	3回前後	1202 (4.4)	9 (4.6)	6 (4.4)	1217 (4.4)
	2回前後	1270 (4.6)	9 (4.6)	4 (2.9)	1283 (4.6)
	ほとんど食べない	1432 (5.2)	19 (9.8)	12 (8.8)	1463 (5.3)
	母親がいない	658 (2.4)	32 (16.5)	8 (5.9)	698 (2.5)
	無回答	324 (1.2)	2 (1.0)	0 (0)	326 (1.2)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 170.713, df = 6, p = 0.000)$					
全体	ほとんど毎日	33927 (61.0)	221 (45.7)	194 (59.3)	34342 (60.9)
	5-6回	6446 (11.6)	57 (11.8)	34 (10.4)	6537 (11.6)
	4回前後	4446 (8.0)	31 (6.4)	26 (8.0)	4503 (8.0)
	3回前後	2717 (4.9)	32 (6.6)	17 (5.2)	2766 (4.9)
	2回前後	2731 (4.9)	23 (4.8)	14 (4.3)	2768 (4.9)
	ほとんど食べない	3244 (5.8)	50 (10.3)	24 (7.3)	3318 (5.9)
	母親がいない	1384 (2.5)	60 (12.4)	14 (4.3)	1458 (2.6)
	無回答	715 (1.3)	10 (2.1)	4 (1.2)	729 (1.3)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 224.256, df = 6, p = 0.000)$					

表27 父親と週何回くらい夕食を食べますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	ほとんど毎日	7317 (26.0)	66 (22.8)	43 (22.5)	7426 (26.0)
	5-6回	3213 (11.4)	32 (11.1)	23 (12.0)	3268 (11.4)
	4回前後	3235 (11.5)	30 (10.4)	19 (9.9)	3284 (11.5)
	3回前後	2704 (9.6)	19 (6.6)	15 (7.9)	2738 (9.6)
	2回前後	4398 (15.6)	41 (14.2)	30 (15.7)	4469 (15.6)
	ほとんど食べない	3287 (11.7)	38 (13.1)	29 (15.2)	3354 (11.7)
	父親がいない	3545 (12.6)	52 (18.0)	26 (13.6)	3623 (12.7)
	無回答	405 (1.4)	11 (3.8)	6 (3.1)	422 (1.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
		$(\chi^2 = 11.800, df = 6, p = 0.067)$			
女性	ほとんど毎日	7010 (25.5)	39 (20.1)	23 (16.9)	7072 (25.4)
	5-6回	3066 (11.2)	21 (10.8)	9 (6.6)	3096 (11.1)
	4回前後	2836 (10.3)	13 (6.7)	18 (13.2)	2867 (10.3)
	3回前後	2525 (9.2)	13 (6.7)	12 (8.8)	2550 (9.2)
	2回前後	4435 (16.1)	22 (11.3)	23 (16.9)	4480 (16.1)
	ほとんど食べない	3280 (11.9)	36 (18.6)	17 (12.5)	3333 (12.0)
	父親がいない	3957 (14.4)	46 (23.7)	31 (22.8)	4034 (14.5)
	無回答	355 (1.3)	4 (2.1)	3 (2.2)	362 (1.3)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
		$(\chi^2 = 27.516, df = 6, p = 0.000)$			
全体	ほとんど毎日	14340 (25.8)	105 (21.7)	66 (20.2)	14511 (25.7)
	5-6回	6284 (11.3)	53 (11.0)	32 (9.8)	6369 (11.3)
	4回前後	6073 (10.9)	43 (8.9)	37 (11.3)	6153 (10.9)
	3回前後	5232 (9.4)	32 (6.6)	27 (8.3)	5291 (9.4)
	2回前後	8839 (15.9)	63 (13.0)	53 (16.2)	8955 (15.9)
	ほとんど食べない	6573 (11.8)	74 (15.3)	46 (14.1)	6693 (11.9)
	父親がいない	7504 (13.5)	99 (20.5)	57 (17.4)	7660 (13.6)
	無回答	765 (1.4)	15 (3.1)	9 (2.8)	789 (1.4)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
		$(\chi^2 = 33.966, df = 6, p = 0.000)$			

表28 大人が不在の状態、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	なし、あるいはほとんどなし	8852 (31.5)	89 (30.8)	51 (26.7)	8992 (31.5)
	1時間未満	5641 (20.1)	54 (18.7)	27 (14.1)	5722 (20.0)
	1時間以上2時間未満	5835 (20.8)	36 (12.5)	28 (14.7)	5899 (20.6)
	2時間以上3時間未満	3654 (13.0)	30 (10.4)	41 (21.5)	3725 (13.0)
	3時間以上	3949 (14.1)	76 (26.3)	36 (18.8)	4061 (14.2)
	無回答	173 (.6)	4 (1.4)	8 (4.2)	185 (.6)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
		$(\chi^2 = 41.940, df = 4, p = 0.000)$			
	なし、あるいはほとんどなし	10627 (38.7)	51 (26.3)	37 (27.2)	10715 (38.6)
	1時間未満	4563 (16.6)	25 (12.9)	18 (13.2)	4606 (16.6)
女性	1時間以上2時間未満	4829 (17.6)	30 (15.5)	23 (16.9)	4882 (17.6)
	2時間以上3時間未満	3490 (12.7)	23 (11.9)	22 (16.2)	3535 (12.7)
	3時間以上	3780 (13.8)	60 (30.9)	33 (24.3)	3873 (13.9)
	無回答	175 (.6)	5 (2.6)	3 (2.2)	183 (.7)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
		$(\chi^2 = 51.696, df = 4, p = 0.000)$			
	なし、あるいはほとんどなし	19489 (35.0)	140 (28.9)	88 (26.9)	19717 (34.9)
	1時間未満	10212 (18.4)	79 (16.3)	45 (13.8)	10336 (18.3)
	1時間以上2時間未満	10673 (19.2)	66 (13.6)	51 (15.6)	10790 (19.1)
	2時間以上3時間未満	7148 (12.9)	54 (11.2)	63 (19.3)	7265 (12.9)
全体	3時間以上	7735 (13.9)	136 (28.1)	69 (21.1)	7940 (14.1)
	無回答	353 (.6)	9 (1.9)	11 (3.4)	373 (.7)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
		$(\chi^2 = 84.848, df = 4, p = 0.000)$			

表29 悩み事があるとき、親と相談する方だと思いますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	よく相談する	2840 (10.1)	28 (9.7)	15 (7.9)	2883 (10.1)
	どちらかといえば相談する	6008 (21.4)	43 (14.9)	28 (14.7)	6079 (21.3)
	どちらかといえば相談しない	7411 (26.4)	64 (22.1)	41 (21.5)	7516 (26.3)
	ほとんど相談しない	11625 (41.4)	122 (42.2)	59 (30.9)	11806 (41.3)
	親がいない	121 (.4)	27 (9.3)	2 (1.0)	150 (.5)
	無回答	99 (.4)	5 (1.7)	46 (24.1)	150 (.5)
合計		28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 449.614, df = 4, p = 0.000)$					
女性	よく相談する	5097 (18.6)	25 (12.9)	15 (11.0)	5137 (18.5)
	どちらかといえば相談する	7539 (27.5)	30 (15.5)	21 (15.4)	7590 (27.3)
	どちらかといえば相談しない	6122 (22.3)	31 (16.0)	37 (27.2)	6190 (22.3)
	ほとんど相談しない	8551 (31.1)	79 (40.7)	39 (28.7)	8669 (31.2)
	親がいない	108 (.4)	27 (13.9)	2 (1.5)	137 (.5)
	無回答	47 (.2)	2 (1.0)	22 (16.2)	71 (.3)
合計		27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 750.818, df = 4, p = 0.000)$					
全体	よく相談する	7941 (14.3)	53 (11.0)	30 (9.2)	8024 (14.2)
	どちらかといえば相談する	13558 (24.4)	73 (15.1)	49 (15.0)	13680 (24.2)
	どちらかといえば相談しない	13537 (24.3)	95 (19.6)	78 (23.9)	13710 (24.3)
	ほとんど相談しない	20195 (36.3)	201 (41.5)	98 (30.0)	20494 (36.3)
	親がいない	230 (.4)	55 (11.4)	4 (1.2)	289 (.5)
	無回答	149 (.3)	7 (1.4)	68 (20.8)	224 (.4)
合計		55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 1174.715, df = 4, p = 0.000)$					

表30 親しく遊べる友人がいますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	いる	27040 (96.2)	242 (83.7)	180 (94.2)	27462 (96.1)
	いない	999 (3.6)	45 (15.6)	9 (4.7)	1053 (3.7)
	無回答	65 (.2)	2 (.7)	2 (1.0)	69 (.2)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 117.493, df = 1, p = 0.000)$					
女性	いる	26528 (96.6)	155 (79.9)	120 (88.2)	26803 (96.4)
	いない	851 (3.1)	37 (19.1)	13 (9.6)	901 (3.2)
	無回答	85 (.3)	2 (1.0)	3 (2.2)	90 (.3)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 159.789, df = 1, p = 0.000)$					
全体	いる	53601 (96.4)	397 (82.0)	300 (91.7)	54298 (96.2)
	いない	1855 (3.3)	82 (16.9)	22 (6.7)	1959 (3.5)
	無回答	154 (.3)	5 (1.0)	5 (1.5)	164 (.3)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 269.514, df = 1, p = 0.000)$					

表31 相談事のできる友人がいますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	いる	23438 (83.4)	202 (69.9)	161 (84.3)	23801 (83.3)
	いない	4515 (16.1)	85 (29.4)	29 (15.2)	4629 (16.2)
	無回答	151 (.5)	2 (.7)	1 (.5)	154 (.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 37.771, df = 1, p = 0.000)$					
女性	いる	24704 (90.0)	137 (70.6)	113 (83.1)	24954 (89.8)
	いない	2646 (9.6)	53 (27.3)	22 (16.2)	2721 (9.8)
	無回答	114 (.4)	4 (2.1)	1 (.7)	119 (.4)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 70.861, df = 1, p = 0.000)$					
全体	いる	48171 (86.6)	339 (70.0)	274 (83.8)	48784 (86.5)
	いない	7171 (12.9)	138 (28.5)	51 (15.6)	7360 (13.0)
	無回答	268 (.5)	7 (1.4)	2 (.6)	277 (.5)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 106.035, df = 1, p = 0.000)$					

表32 喫煙の生涯経験率

		1年	2年	3年	合計
男性	喫煙経験なし	8881 (91.9)	8120 (87.9)	8046 (83.0)	25047 (87.6)
	喫煙経験あり	697 (7.2)	1030 (11.2)	1568 (16.2)	3295 (11.5)
	無回答	83 (.9)	84 (.9)	75 (.8)	242 (.8)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 382.787, df = 2, p = 0.000)$					
女性	喫煙経験なし	8653 (94.1)	8165 (91.0)	8462 (87.9)	25280 (91.0)
	喫煙経験あり	474 (5.2)	747 (8.3)	1102 (11.4)	2323 (8.4)
	無回答	70 (.8)	59 (.7)	62 (.6)	191 (.7)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 242.731, df = 2, p = 0.000)$					
全体	喫煙経験なし	17549 (93.0)	16295 (89.4)	16516 (85.5)	50360 (89.3)
	喫煙経験あり	1173 (6.2)	1780 (9.8)	2675 (13.8)	5628 (10.0)
	無回答	153 (.8)	143 (.8)	137 (.7)	433 (.8)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 618.389, df = 2, p = 0.000)$					

表33 喫煙の1年経験率

		1年	2年	3年	合計
男性	経験なし	9378 (97.1)	8777 (95.1)	8941 (92.3)	27096 (94.8)
	経験あり	243 (2.5)	405 (4.4)	709 (7.3)	1357 (4.7)
	無回答	40 (.4)	52 (.6)	39 (.4)	131 (.5)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 250.420, df = 2, p = 0.000)$					
女性	経験なし	9017 (98.0)	8650 (96.4)	9089 (94.4)	26756 (96.3)
	経験あり	147 (1.6)	292 (3.3)	503 (5.2)	942 (3.4)
	無回答	33 (.4)	29 (.3)	34 (.4)	96 (.3)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 189.731, df = 2, p = 0.000)$					
全体	経験なし	18412 (97.5)	17439 (95.7)	18038 (93.3)	53889 (95.5)
	経験あり	390 (2.1)	698 (3.8)	1217 (6.3)	2305 (4.1)
	無回答	73 (.4)	81 (.4)	73 (.4)	227 (.4)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 440.405, df = 2, p = 0.000)$					

表34 未成年の喫煙をどう思いますか？（法の遵守）

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	法律で禁じられているから吸うべきではない	23105 (92.2)	1961 (59.5)	171 (70.7)	25237 (88.3)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	1260 (5.0)	918 (27.9)	18 (7.4)	2196 (7.7)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	586 (2.3)	398 (12.1)	5 (2.1)	989 (3.5)
	無回答	96 (.4)	18 (.5)	48 (19.8)	162 (.6)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
		$(\chi^2 = 3127.202, df = 2, p = 0.000)$			
女性	法律で禁じられているから吸うべきではない	23511 (93.0)	1337 (57.6)	141 (73.8)	24989 (89.9)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	1396 (5.5)	710 (30.6)	19 (9.9)	2125 (7.6)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	311 (1.2)	260 (11.2)	9 (4.7)	580 (2.1)
	無回答	62 (.2)	16 (.7)	22 (11.5)	100 (.4)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
		$(\chi^2 = 3077.650, df = 2, p = 0.000)$			
全体	法律で禁じられているから吸うべきではない	46644 (92.6)	3302 (58.7)	312 (72.1)	50258 (89.1)
	法律で禁じられてはいるが少々なら構わない	2659 (5.3)	1631 (29.0)	37 (8.5)	4327 (7.7)
	法律で禁じられてはいるが全然構わない	898 (1.8)	661 (11.7)	14 (3.2)	1573 (2.8)
	無回答	159 (.3)	34 (.6)	70 (16.2)	263 (.5)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
		$(\chi^2 = 6183.359, df = 2, p = 0.000)$			

表35 未成年の喫煙禁止をどう思いますか？（法規制の必要性）

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	当然だと思う	19764 (78.9)	1368 (41.5)	144 (59.5)	21276 (74.4)
	仕方のないことだと思う	3823 (15.3)	1151 (34.9)	38 (15.7)	5012 (17.5)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	222 (.9)	212 (6.4)	5 (2.1)	439 (1.5)
	法律で決める必要はなく個人の自由	1129 (4.5)	544 (16.5)	10 (4.1)	1683 (5.9)
	無回答	109 (.4)	20 (.6)	45 (18.6)	174 (.6)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
		$(\chi^2 = 2487.028, df = 3, p = 0.000)$			
女性	当然だと思う	20051 (79.3)	875 (37.7)	112 (58.6)	21038 (75.7)
	仕方のないことだと思う	4029 (15.9)	858 (36.9)	36 (18.8)	4923 (17.7)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	229 (.9)	146 (6.3)	6 (3.1)	381 (1.4)
	法律で決める必要はなく個人の自由	886 (3.5)	437 (18.8)	15 (7.9)	1338 (4.8)
	無回答	85 (.3)	7 (.3)	22 (11.5)	114 (.4)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
		$(\chi^2 = 2509.048, df = 3, p = 0.000)$			
全体	当然だと思う	39836 (79.1)	2245 (39.9)	256 (59.1)	42337 (75.0)
	仕方のないことだと思う	7857 (15.6)	2014 (35.8)	74 (17.1)	9945 (17.6)
	成人が吸えて未成年者が吸えないのはおかしい	453 (.9)	358 (6.4)	11 (2.5)	822 (1.5)
	法律で決める必要はなく個人の自由	2020 (4.0)	984 (17.5)	25 (5.8)	3029 (5.4)
	無回答	194 (.4)	27 (.5)	67 (15.5)	288 (.5)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
		$(\chi^2 = 4964.158, df = 3, p = 0.000)$			

表36 健康面から喫煙をどう思いますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	害ばかりで良い面はない	21608 (86.3)	2245 (68.1)	164 (67.8)	24017 (84.0)
	害もあるが良い面もある	2252 (9.0)	740 (22.5)	19 (7.9)	3011 (10.5)
	害よりも良い面の方が多い	206 (.8)	142 (4.3)	4 (1.7)	352 (1.2)
	無回答	981 (3.9)	168 (5.1)	55 (22.7)	1204 (4.2)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 910.652, df = 2, p = 0.000)$					
女性	害ばかりで良い面はない	22754 (90.0)	1573 (67.7)	142 (74.3)	24469 (88.0)
	害もあるが良い面もある	1836 (7.3)	572 (24.6)	17 (8.9)	2425 (8.7)
	害よりも良い面の方が多い	104 (.4)	69 (3.0)	2 (1.0)	175 (.6)
	無回答	586 (2.3)	109 (4.7)	30 (15.7)	725 (2.6)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 1098.347, df = 2, p = 0.000)$					
全体	害ばかりで良い面はない	44387 (88.1)	3824 (67.9)	306 (70.7)	48517 (86.0)
	害もあるが良い面もある	4093 (8.1)	1315 (23.4)	36 (8.3)	5444 (9.6)
	害よりも良い面の方が多い	310 (.6)	212 (3.8)	6 (1.4)	528 (.9)
	無回答	1570 (3.1)	277 (4.9)	85 (19.6)	1932 (3.4)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 2024.350, df = 2, p = 0.000)$					

表37 起床時間は一定していますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	はい	20943 (83.6)	2328 (70.7)	187 (77.3)	23458 (82.1)
	いいえ	4035 (16.1)	956 (29.0)	55 (22.7)	5046 (17.7)
	無回答	69 (.3)	11 (.3)	0 (.0)	80 (.3)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 335.077, df = 1, p = 0.000)$					
女性	はい	21552 (85.3)	1628 (70.1)	164 (85.9)	23344 (84.0)
	いいえ	3675 (14.5)	688 (29.6)	27 (14.1)	4390 (15.8)
	無回答	53 (.2)	7 (.3)	0 (.0)	60 (.2)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 364.663, df = 1, p = 0.000)$					
全体	はい	42519 (84.4)	3961 (70.4)	351 (81.1)	46831 (83.0)
	いいえ	7718 (15.3)	1647 (29.3)	82 (18.9)	9447 (16.7)
	無回答	123 (.2)	20 (.4)	0 (.0)	143 (.3)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 708.997, df = 1, p = 0.000)$					

表38 就寝時間は一定していますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	はい	14240 (56.9)	1363 (41.4)	126 (52.1)	15729 (55.0)
	いいえ	10683 (42.7)	1916 (58.1)	115 (47.5)	12714 (44.5)
	無回答	124 (.5)	16 (.5)	1 (.4)	141 (.5)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 284.163, df = 1, p = 0.000)$					
女性	はい	13709 (54.2)	754 (32.5)	89 (46.6)	14552 (52.4)
	いいえ	11456 (45.3)	1552 (66.8)	100 (52.4)	13108 (47.2)
	無回答	115 (.5)	17 (.7)	2 (1.0)	134 (.5)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 401.924, df = 1, p = 0.000)$					
全体	はい	27966 (55.5)	2121 (37.7)	215 (49.7)	30302 (53.7)
	いいえ	22154 (44.0)	3472 (61.7)	215 (49.7)	25841 (45.8)
	無回答	240 (.5)	35 (.6)	3 (.7)	278 (.5)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 647.259, df = 1, p = 0.000)$					

表39 毎朝、朝食を食べますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	ほとんど毎日食べている	22142 (88.4)	2359 (71.6)	192 (79.3)	24693 (86.4)
	時々食べる	1962 (7.8)	525 (15.9)	31 (12.8)	2518 (8.8)
	ほとんど食べない	888 (3.5)	401 (12.2)	18 (7.4)	1307 (4.6)
	無回答	55 (.2)	10 (.3)	1 (.4)	66 (.2)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 789.649, df = 2, p = 0.000)$					
女性	ほとんど毎日食べている	22455 (88.8)	1556 (67.0)	157 (82.2)	24168 (87.0)
	時々食べる	1992 (7.9)	482 (20.7)	18 (9.4)	2492 (9.0)
	ほとんど食べない	779 (3.1)	273 (11.8)	15 (7.9)	1067 (3.8)
	無回答	54 (.2)	12 (.5)	1 (.5)	67 (.2)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 931.821, df = 2, p = 0.000)$					
全体	ほとんど毎日食べている	44624 (88.6)	3921 (69.7)	349 (80.6)	48894 (86.7)
	時々食べる	3959 (7.9)	1007 (17.9)	49 (11.3)	5015 (8.9)
	ほとんど食べない	1667 (3.3)	676 (12.0)	33 (7.6)	2376 (4.2)
	無回答	110 (.2)	24 (.4)	2 (.5)	136 (.2)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 1702.427, df = 2, p = 0.000)$					

表40 あなたにとって学校生活は？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	とても楽しい	10012 (40.0)	1068 (32.4)	78 (32.2)	11158 (39.0)
	どちらかといえば楽しい	11593 (46.3)	1421 (43.1)	126 (52.1)	13140 (46.0)
	あまり楽しくない	2655 (10.6)	527 (16.0)	18 (7.4)	3200 (11.2)
	まったく楽しくない	739 (3.0)	269 (8.2)	16 (6.6)	1024 (3.6)
	無回答	48 (.2)	10 (.3)	4 (1.7)	62 (.2)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 347.190, df = 3, p = 0.000)$					
女性	とても楽しい	11073 (43.8)	705 (30.3)	75 (39.3)	11853 (42.6)
	どちらかといえば楽しい	10937 (43.3)	990 (42.6)	75 (39.3)	12002 (43.2)
	あまり楽しくない	2615 (10.3)	427 (18.4)	25 (13.1)	3067 (11.0)
	まったく楽しくない	602 (2.4)	193 (8.3)	11 (5.8)	806 (2.9)
	無回答	53 (.2)	8 (.3)	5 (2.6)	66 (.2)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 475.161, df = 3, p = 0.000)$					
全体	とても楽しい	21097 (41.9)	1778 (31.6)	153 (35.3)	23028 (40.8)
	どちらかといえば楽しい	22539 (44.8)	2413 (42.9)	201 (46.4)	25153 (44.6)
	あまり楽しくない	5276 (10.5)	954 (17.0)	43 (9.9)	6273 (11.1)
	まったく楽しくない	1346 (2.7)	463 (8.2)	27 (6.2)	1836 (3.3)
	無回答	102 (.2)	20 (.4)	9 (2.1)	131 (.2)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 810.444, df = 3, p = 0.000)$					

表41 クラブ活動に参加していますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	積極的に参加している	18129 (72.4)	1921 (58.3)	158 (65.3)	20208 (70.7)
	消極的に参加している	2699 (10.8)	532 (16.1)	34 (14.0)	3265 (11.4)
	参加していない	4035 (16.1)	817 (24.8)	46 (19.0)	4898 (17.1)
	無回答	184 (.7)	25 (.8)	4 (1.7)	213 (.7)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 283.619, df = 2, p = 0.000)$					
女性	積極的に参加している	18363 (72.6)	1186 (51.1)	135 (70.7)	19684 (70.8)
	消極的に参加している	2660 (10.5)	388 (16.7)	14 (7.3)	3062 (11.0)
	参加していない	4056 (16.0)	729 (31.4)	38 (19.9)	4823 (17.4)
	無回答	201 (.8)	20 (.9)	4 (2.1)	225 (.8)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 502.521, df = 2, p = 0.000)$					
全体	積極的に参加している	36512 (72.5)	3113 (55.3)	293 (67.7)	39918 (70.8)
	消極的に参加している	5364 (10.7)	920 (16.3)	48 (11.1)	6332 (11.2)
	参加していない	8098 (16.1)	1548 (27.5)	84 (19.4)	9730 (17.2)
	無回答	386 (.8)	47 (.8)	8 (1.8)	441 (.8)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 741.600, df = 2, p = 0.000)$					

表42 週何回、家族全員で夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	ほとんど毎日	7465 (29.8)	886 (26.9)	75 (31.0)	8426 (29.5)
	5-6回	2858 (11.4)	319 (9.7)	24 (9.9)	3201 (11.2)
	4回前後	2642 (10.5)	314 (9.5)	33 (13.6)	2989 (10.5)
	3回前後	2452 (9.8)	285 (8.6)	21 (8.7)	2758 (9.6)
	2回前後	4685 (18.7)	480 (14.6)	39 (16.1)	5204 (18.2)
	ほとんど食べない	4597 (18.4)	967 (29.3)	48 (19.8)	5612 (19.6)
	無回答	348 (1.4)	44 (1.3)	2 (.8)	394 (1.4)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 229.515, df = 5, p = 0.000)$					
女性	ほとんど毎日	7950 (31.4)	588 (25.3)	51 (26.7)	8589 (30.9)
	5-6回	2794 (11.1)	212 (9.1)	18 (9.4)	3024 (10.9)
	4回前後	2461 (9.7)	192 (8.3)	19 (9.9)	2672 (9.6)
	3回前後	2374 (9.4)	178 (7.7)	16 (8.4)	2568 (9.2)
	2回前後	4929 (19.5)	360 (15.5)	40 (20.9)	5329 (19.2)
	ほとんど食べない	4439 (17.6)	772 (33.2)	41 (21.5)	5252 (18.9)
	無回答	333 (1.3)	21 (.9)	6 (3.1)	360 (1.3)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 338.199, df = 5, p = 0.000)$					
全体	ほとんど毎日	15423 (30.6)	1478 (26.3)	126 (29.1)	17027 (30.2)
	5-6回	5657 (11.2)	532 (9.5)	42 (9.7)	6231 (11.0)
	4回前後	5104 (10.1)	506 (9.0)	52 (12.0)	5662 (10.0)
	3回前後	4831 (9.6)	463 (8.2)	37 (8.5)	5331 (9.4)
	2回前後	9618 (19.1)	842 (15.0)	79 (18.2)	10539 (18.7)
	ほとんど食べない	9042 (18.0)	1741 (30.9)	89 (20.6)	10872 (19.3)
	無回答	685 (1.4)	66 (1.2)	8 (1.8)	759 (1.3)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 551.428, df = 5, p = 0.000)$					

表43 週何回、母親と夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	ほとんど毎日	14739 (58.8)	1462 (44.4)	128 (52.9)	16329 (57.1)
	5-6回	3163 (12.6)	433 (13.1)	26 (10.7)	3622 (12.7)
	4回前後	2223 (8.9)	350 (10.6)	23 (9.5)	2596 (9.1)
	3回前後	1301 (5.2)	227 (6.9)	18 (7.4)	1546 (5.4)
	2回前後	1255 (5.0)	213 (6.5)	16 (6.6)	1484 (5.2)
	ほとんど食べない	1460 (5.8)	376 (11.4)	14 (5.8)	1850 (6.5)
	母親がいない	558 (2.2)	185 (5.6)	15 (6.2)	758 (2.7)
	無回答	348 (1.4)	49 (1.5)	2 (.8)	399 (1.4)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 412.314, df = 6, p = 0.000)$					
女性	ほとんど毎日	16795 (66.4)	1077 (46.4)	120 (62.8)	17992 (64.7)
	5-6回	2633 (10.4)	261 (11.2)	17 (8.9)	2911 (10.5)
	4回前後	1676 (6.6)	214 (9.2)	14 (7.3)	1904 (6.9)
	3回前後	1062 (4.2)	147 (6.3)	8 (4.2)	1217 (4.4)
	2回前後	1106 (4.4)	164 (7.1)	13 (6.8)	1283 (4.6)
	ほとんど食べない	1176 (4.7)	277 (11.9)	10 (5.2)	1463 (5.3)
	母親がいない	534 (2.1)	160 (6.9)	4 (2.1)	698 (2.5)
	無回答	298 (1.2)	23 (1.0)	5 (2.6)	326 (1.2)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 615.526, df = 6, p = 0.000)$					
全体	ほとんど毎日	31551 (62.7)	2543 (45.2)	248 (57.3)	34342 (60.9)
	5-6回	5799 (11.5)	695 (12.3)	43 (9.9)	6537 (11.6)
	4回前後	3902 (7.7)	564 (10.0)	37 (8.5)	4503 (8.0)
	3回前後	2365 (4.7)	375 (6.7)	26 (6.0)	2766 (4.9)
	2回前後	2361 (4.7)	378 (6.7)	29 (6.7)	2768 (4.9)
	ほとんど食べない	2640 (5.2)	654 (11.6)	24 (5.5)	3318 (5.9)
	母親がいない	1093 (2.2)	346 (6.1)	19 (4.4)	1458 (2.6)
	無回答	649 (1.3)	73 (1.3)	7 (1.6)	729 (1.3)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 1033.716, df = 6, p = 0.000)$					

表44 週何回、父親と夕食を食べますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	ほとんど毎日	6611 (26.4)	757 (23.0)	58 (24.0)	7426 (26.0)
	5-6回	2911 (11.6)	329 (10.0)	28 (11.6)	3268 (11.4)
	4回前後	2928 (11.7)	318 (9.7)	38 (15.7)	3284 (11.5)
	3回前後	2446 (9.8)	275 (8.3)	17 (7.0)	2738 (9.6)
	2回前後	4010 (16.0)	424 (12.9)	35 (14.5)	4469 (15.6)
	ほとんど食べない	2767 (11.0)	557 (16.9)	30 (12.4)	3354 (11.7)
	父親がいない	3007 (12.0)	584 (17.7)	32 (13.2)	3623 (12.7)
	無回答	367 (1.5)	51 (1.5)	4 (1.7)	422 (1.5)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 215.456, df = 6, p = 0.000)$					
女性	ほとんど毎日	6588 (26.1)	451 (19.4)	33 (17.3)	7072 (25.4)
	5-6回	2886 (11.4)	189 (8.1)	21 (11.0)	3096 (11.1)
	4回前後	2653 (10.5)	192 (8.3)	22 (11.5)	2867 (10.3)
	3回前後	2383 (9.4)	150 (6.5)	17 (8.9)	2550 (9.2)
	2回前後	4166 (16.5)	286 (12.3)	28 (14.7)	4480 (16.1)
	ほとんど食べない	2862 (11.3)	447 (19.2)	24 (12.6)	3333 (12.0)
	父親がいない	3410 (13.5)	584 (25.1)	40 (20.9)	4034 (14.5)
	無回答	332 (1.3)	24 (1.0)	6 (3.1)	362 (1.3)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 420.940, df = 6, p = 0.000)$					
全体	ほとんど毎日	13208 (26.2)	1212 (21.5)	91 (21.0)	14511 (25.7)
	5-6回	5801 (11.5)	519 (9.2)	49 (11.3)	6369 (11.3)
	4回前後	5583 (11.1)	510 (9.1)	60 (13.9)	6153 (10.9)
	3回前後	4831 (9.6)	426 (7.6)	34 (7.9)	5291 (9.4)
	2回前後	8181 (16.2)	711 (12.6)	63 (14.5)	8955 (15.9)
	ほとんど食べない	5634 (11.2)	1005 (17.9)	54 (12.5)	6693 (11.9)
	父親がいない	6419 (12.7)	1169 (20.8)	72 (16.6)	7660 (13.6)
	無回答	703 (1.4)	76 (1.4)	10 (2.3)	789 (1.4)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 579.897, df = 6, p = 0.000)$					

表45 一日の大人不在の平均時間

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	なし、あるいはほとんどなし	8114 (32.4)	807 (24.5)	71 (29.3)	8992 (31.5)
	1時間未満	5143 (20.5)	545 (16.5)	34 (14.0)	5722 (20.0)
	1時間以上2時間未満	5275 (21.1)	583 (17.7)	41 (16.9)	5899 (20.6)
	2時間以上3時間未満	3182 (12.7)	496 (15.1)	47 (19.4)	3725 (13.0)
	3時間以上	3186 (12.7)	829 (25.2)	46 (19.0)	4061 (14.2)
	無回答	147 (.6)	35 (1.1)	3 (1.2)	185 (.6)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 428.848, df = 4, p = 0.000)$					
女性	なし、あるいはほとんどなし	10038 (39.7)	617 (26.6)	60 (31.4)	10715 (38.6)
	1時間未満	4294 (17.0)	285 (12.3)	27 (14.1)	4606 (16.6)
	1時間以上2時間未満	4477 (17.7)	368 (15.8)	37 (19.4)	4882 (17.6)
	2時間以上3時間未満	3149 (12.5)	356 (15.3)	30 (15.7)	3535 (12.7)
	3時間以上	3162 (12.5)	677 (29.1)	34 (17.8)	3873 (13.9)
	無回答	160 (.6)	20 (.9)	3 (1.6)	183 (.7)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 566.212, df = 4, p = 0.000)$					
全体	なし、あるいはほとんどなし	18162 (36.1)	1424 (25.3)	131 (30.3)	19717 (34.9)
	1時間未満	9444 (18.8)	831 (14.8)	61 (14.1)	10336 (18.3)
	1時間以上2時間未満	9759 (19.4)	953 (16.9)	78 (18.0)	10790 (19.1)
	2時間以上3時間未満	6333 (12.6)	855 (15.2)	77 (17.8)	7265 (12.9)
	3時間以上	6351 (12.6)	1509 (26.8)	80 (18.5)	7940 (14.1)
	無回答	311 (.6)	56 (1.0)	6 (1.4)	373 (.7)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 984.421, df = 4, p = 0.000)$					

表46 親と相談するか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	よく相談する	2665 (10.6)	204 (6.2)	14 (5.8)	2883 (10.1)
	どちらかといえば相談する	5614 (22.4)	423 (12.8)	42 (17.4)	6079 (21.3)
	どちらかといえば相談しない	6583 (26.3)	868 (26.3)	65 (26.9)	7516 (26.3)
	ほとんど相談しない	10013 (40.0)	1716 (52.1)	77 (31.8)	11806 (41.3)
	親がいない	83 (.3)	65 (2.0)	2 (.8)	150 (.5)
	無回答	89 (.4)	19 (.6)	42 (17.4)	150 (.5)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 436.309, df = 4, p = 0.000)$					
女性	よく相談する	4832 (19.1)	274 (11.8)	31 (16.2)	5137 (18.5)
	どちらかといえば相談する	7077 (28.0)	477 (20.5)	36 (18.8)	7590 (27.3)
	どちらかといえば相談しない	5621 (22.2)	519 (22.3)	50 (26.2)	6190 (22.3)
	ほとんど相談しない	7630 (30.2)	987 (42.5)	52 (27.2)	8669 (31.2)
	親がいない	80 (.3)	57 (2.5)	0 (.0)	137 (.5)
	無回答	40 (.2)	9 (.4)	22 (11.5)	71 (.3)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 404.665, df = 4, p = 0.000)$					
全体	よく相談する	7501 (14.9)	478 (8.5)	45 (10.4)	8024 (14.2)
	どちらかといえば相談する	12699 (25.2)	903 (16.0)	78 (18.0)	13680 (24.2)
	どちらかといえば相談しない	12207 (24.2)	1388 (24.7)	115 (26.6)	13710 (24.3)
	ほとんど相談しない	17658 (35.1)	2707 (48.1)	129 (29.8)	20494 (36.3)
	親がいない	164 (.3)	123 (2.2)	2 (.5)	289 (.5)
	無回答	131 (.3)	29 (.5)	64 (14.8)	224 (.4)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 901.103, df = 4, p = 0.000)$					

表47 親しく遊べる友人はいますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	いる	24138 (96.4)	3091 (93.8)	233 (96.3)	27462 (96.1)
	いない	849 (3.4)	196 (5.9)	8 (3.3)	1053 (3.7)
	無回答	60 (.2)	8 (.2)	1 (.4)	69 (.2)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 53.699, df = 1, p = 0.000)$					
女性	いる	24450 (96.7)	2175 (93.6)	178 (93.2)	26803 (96.4)
	いない	751 (3.0)	139 (6.0)	11 (5.8)	901 (3.2)
	無回答	79 (.3)	9 (.4)	2 (1.0)	90 (.3)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 62.038, df = 1, p = 0.000)$					
全体	いる	48614 (96.5)	5273 (93.7)	411 (94.9)	54298 (96.2)
	いない	1604 (3.2)	336 (6.0)	19 (4.4)	1959 (3.5)
	無回答	142 (.3)	19 (.3)	3 (.7)	164 (.3)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 117.617, df = 1, p = 0.000)$					

表48 相談事の出来る友人はいますか？

		生涯喫煙経験			合計
		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	いる	20918 (83.5)	2675 (81.2)	208 (86.0)	23801 (83.3)
	いない	3994 (15.9)	607 (18.4)	28 (11.6)	4629 (16.2)
	無回答	135 (.5)	13 (.4)	6 (2.5)	154 (.5)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 12.876, df = 1, p = 0.000)$					
女性	いる	22791 (90.2)	1998 (86.0)	165 (86.4)	24954 (89.8)
	いない	2387 (9.4)	313 (13.5)	21 (11.0)	2721 (9.8)
	無回答	102 (.4)	12 (.5)	5 (2.6)	119 (.4)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 35.459, df = 1, p = 0.000)$					
全体	いる	43732 (86.8)	4679 (83.1)	373 (86.1)	48784 (86.5)
	いない	6389 (12.7)	922 (16.4)	49 (11.3)	7360 (13.0)
	無回答	239 (.5)	27 (.5)	11 (2.5)	277 (.5)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 60.971, df = 1, p = 0.000)$					

表49 飲酒の生涯経験率

	学年			
	1年	2年	3年	合計
男性				
飲んだ経験なし	5279 (54.6)	4447 (48.2)	4116 (42.5)	13842 (48.4) ($\chi^2 = 286.849$, $df = 2$, $p = 0.000$)
冠婚葬祭	2534 (26.2)	2831 (30.7)	3217 (33.2)	8582 (30.0) ($\chi^2 = 114.584$, $df = 2$, $p = 0.000$)
家族と食事などで	2103 (21.8)	2303 (24.9)	2736 (28.2)	7142 (25.0) ($\chi^2 = 108.066$, $df = 2$, $p = 0.000$)
クラス会、打ち上げなど	288 (3.0)	367 (4.0)	633 (6.5)	1288 (4.5) ($\chi^2 = 150.807$, $df = 2$, $p = 0.000$)
カラオケ、居酒屋など	145 (1.5)	170 (1.8)	333 (3.4)	648 (2.3) ($\chi^2 = 93.007$, $df = 2$, $p = 0.000$)
自分の部屋など	191 (1.9)	413 (4.5)	785 (8.1)	1379 (4.8) ($\chi^2 = 412.385$, $df = 2$, $p = 0.000$)
一人で	336 (3.5)	453 (4.9)	786 (8.1)	1575 (5.5) ($\chi^2 = 209.122$, $df = 2$, $p = 0.000$)
その他の機会に	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
無回答	51 (0.5)	45 (0.5)	37 (0.4)	133 (0.5)
合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
女性				
飲んだ経験なし	5296 (57.6)	4424 (49.3)	4098 (42.6)	13818 (49.7) ($\chi^2 = 424.831$, $df = 2$, $p = 0.000$)
冠婚葬祭	2170 (23.6)	2551 (28.4)	2966 (30.8)	7687 (27.7) ($\chi^2 = 126.480$, $df = 2$, $p = 0.000$)
家族と食事などで	2121 (23.1)	2650 (29.5)	3274 (34.0)	8045 (28.9) ($\chi^2 = 276.483$, $df = 2$, $p = 0.000$)
クラス会、打ち上げなど	228 (2.5)	329 (3.7)	627 (6.5)	1184 (4.3) ($\chi^2 = 199.118$, $df = 2$, $p = 0.000$)
カラオケ、居酒屋など	157 (1.7)	220 (2.5)	365 (3.8)	742 (2.7) ($\chi^2 = 81.076$, $df = 2$, $p = 0.000$)
自分の部屋など	173 (1.9)	445 (5.0)	875 (9.1)	1493 (5.4) ($\chi^2 = 485.261$, $df = 2$, $p = 0.000$)
一人で	234 (2.5)	347 (3.9)	606 (6.3)	1187 (4.3) ($\chi^2 = 167.131$, $df = 2$, $p = 0.000$)
その他の機会に	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
無回答	65 (0.7)	22 (0.2)	33 (0.3)	120 (0.4)
合計	9197 (100)	8971 (100)	9625 (100)	27794 (100)
全体				
飲んだ経験なし	10579 (56.0)	8875 (48.7)	8221 (42.5)	27675 (49.1) ($\chi^2 = 699.010$, $df = 2$, $p = 0.000$)
冠婚葬祭	4712 (25.0)	5389 (29.6)	6184 (32.0)	16285 (28.9) ($\chi^2 = 236.645$, $df = 2$, $p = 0.000$)
家族と食事などで	4231 (22.4)	4959 (27.2)	6012 (31.1)	15202 (26.9) ($\chi^2 = 367.333$, $df = 2$, $p = 0.000$)
クラス会、打ち上げなど	517 (2.7)	698 (3.8)	1260 (6.5)	2475 (4.4) ($\chi^2 = 345.092$, $df = 2$, $p = 0.000$)
カラオケ、居酒屋など	302 (1.6)	390 (2.1)	698 (3.6)	1390 (2.5) ($\chi^2 = 172.444$, $df = 2$, $p = 0.000$)
自分の部屋など	354 (1.9)	860 (4.7)	1662 (8.6)	2876 (5.1) ($\chi^2 = 900.239$, $df = 2$, $p = 0.000$)
一人で	570 (3.0)	801 (4.4)	1395 (7.2)	2766 (4.9) ($\chi^2 = 375.674$, $df = 2$, $p = 0.000$)
その他の機会に	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
無回答	116 (0.6)	67 (0.4)	70 (0.4)	253 (0.4)
合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)

表50 「シンナー遊び」経験と飲酒の経験・機会（複数回答）

	生涯シンナー経験			
	経験なし	経験あり	無回答	合計
男性				
飲んだ経験なし	13731 (48.9)	57 (19.7)	54 (28.3)	13842 (48.4) ($\chi^2 = 97.206$, $df = 1$, $p = 0.000$)
冠婚葬祭	8433 (30.0)	95 (32.9)	54 (28.3)	8582 (30.0) ($\chi^2 = 1.118$, $df = 1$, $p = 0.290$)
家族と食事などで	6985 (24.9)	110 (38.1)	47 (24.6)	7142 (25.0) ($\chi^2 = 26.624$, $df = 1$, $p = 0.000$)
クラス会、打ち上げなど	1231 (4.4)	40 (13.8)	17 (8.9)	1288 (4.5) ($\chi^2 = 59.876$, $df = 1$, $p = 0.000$)
カラオケ、居酒屋など	601 (2.1)	40 (13.8)	7 (3.7)	648 (2.3) ($\chi^2 = 177.530$, $df = 1$, $p = 0.000$)
自分の部屋など	1309 (4.7)	62 (21.5)	8 (4.2)	1379 (4.8) ($\chi^2 = 175.595$, $df = 1$, $p = 0.000$)
一人で	1494 (5.3)	69 (23.9)	12 (6.3)	1575 (5.5) ($\chi^2 = 189.421$, $df = 1$, $p = 0.000$)
その他の機会に	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
無回答	88 (3.3)	2 (0.7)	43 (22.5)	133 (0.5)
合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
女性				
飲んだ経験なし	13739 (50.0)	33 (17.0)	46 (33.8)	13818 (49.7) ($\chi^2 = 83.992$, $df = 1$, $p = 0.000$)
冠婚葬祭	7574 (27.6)	84 (43.3)	29 (21.3)	7687 (27.7) ($\chi^2 = 23.780$, $df = 1$, $p = 0.000$)
家族と食事などで	7927 (28.9)	80 (41.2)	38 (27.9)	8045 (28.9) ($\chi^2 = 14.340$, $df = 1$, $p = 0.000$)
クラス会、打ち上げなど	1140 (4.2)	35 (18.0)	9 (6.6)	1184 (4.3) ($\chi^2 = 91.371$, $df = 1$, $p = 0.000$)
カラオケ、居酒屋など	699 (2.5)	37 (19.1)	6 (4.4)	742 (2.7) ($\chi^2 = 203.137$, $df = 1$, $p = 0.000$)
自分の部屋など	1426 (5.2)	53 (27.3)	14 (10.3)	1493 (5.4) ($\chi^2 = 186.347$, $df = 1$, $p = 0.000$)
一人で	1114 (4.1)	63 (32.5)	10 (7.4)	1187 (4.3) ($\chi^2 = 381.824$, $df = 1$, $p = 0.000$)
その他の機会に	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
無回答	93 (3.3)	1 (0.5)	26 (19.1)	120 (0.4)
合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
全体				
飲んだ経験なし	27484 (49.4)	91 (18.8)	100 (30.6)	27675 (49.1) ($\chi^2 = 180.014$, $df = 1$, $p = 0.000$)
冠婚葬祭	16023 (28.8)	179 (37.0)	83 (25.4)	16285 (28.9) ($\chi^2 = 15.593$, $df = 1$, $p = 0.000$)
家族と食事などで	14927 (26.8)	190 (39.3)	85 (26.0)	15202 (26.9) ($\chi^2 = 37.560$, $df = 1$, $p = 0.000$)
クラス会、打ち上げなど	2374 (4.3)	75 (15.5)	26 (8.0)	2475 (4.4) ($\chi^2 = 144.848$, $df = 1$, $p = 0.000$)
カラオケ、居酒屋など	1300 (2.3)	77 (15.9)	13 (4.0)	1390 (2.5) ($\chi^2 = 369.068$, $df = 1$, $p = 0.000$)
自分の部屋など	2739 (4.9)	115 (23.8)	22 (6.7)	2876 (5.1) ($\chi^2 = 352.494$, $df = 1$, $p = 0.000$)
一人で	2612 (4.7)	132 (27.3)	22 (6.7)	2766 (4.9) ($\chi^2 = 525.630$, $df = 1$, $p = 0.000$)
その他の機会に	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
無回答	181 (0.3)	3 (0.6)	69 (21.1)	253 (0.4)
合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)

表51 「シンナー遊び」経験と喫煙経験の関係

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	喫煙経験なし	24796 (88.2)	152 (52.6)	99 (51.8)	25047 (87.6)
	喫煙経験あり	3122 (11.1)	136 (47.1)	37 (19.4)	3295 (11.5)
	無回答	186 (.7)	1 (.3)	55 (28.8)	242 (.8)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 362.400, df = 1, p = 0.000)$					
女性	喫煙経験なし	25106 (91.4)	99 (51.0)	75 (55.1)	25280 (91.0)
	喫煙経験あり	2203 (8.0)	92 (47.4)	28 (20.6)	2323 (8.4)
	無回答	155 (.6)	3 (1.5)	33 (24.3)	191 (.7)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 398.753, df = 1, p = 0.000)$					
全体	喫煙経験なし	49935 (89.8)	251 (51.9)	174 (53.2)	50360 (89.3)
	喫煙経験あり	5334 (9.6)	229 (47.3)	65 (19.9)	5628 (10.0)
	無回答	341 (.6)	4 (.8)	88 (26.9)	433 (.8)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 767.265, df = 1, p = 0.000)$					

表52 喫煙経験と「シンナー遊び」経験の関係

		生涯喫煙経験			合計
生涯シンナー経験		喫煙経験なし	喫煙経験あり	無回答	
男性	経験なし	24796 (99.0)	3122 (94.7)	186 (76.9)	28104 (98.3)
	経験あり	152 (.6)	136 (4.1)	1 (.4)	289 (1.0)
	無回答	99 (.4)	37 (1.1)	55 (22.7)	191 (.7)
	合計	25047 (100)	3295 (100)	242 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 362.400, df = 1, p = 0.000)$					
女性	経験なし	25106 (99.3)	2203 (94.8)	155 (81.2)	27464 (98.8)
	経験あり	99 (.4)	92 (4.0)	3 (1.6)	194 (.7)
	無回答	75 (.3)	28 (1.2)	33 (17.3)	136 (.5)
	合計	25280 (100)	2323 (100)	191 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 398.753, df = 1, p = 0.000)$					
全体	経験なし	49935 (99.2)	5334 (94.8)	341 (78.8)	55610 (98.6)
	経験あり	251 (.5)	229 (4.1)	4 (.9)	484 (.9)
	無回答	174 (.3)	65 (1.2)	88 (20.3)	327 (.6)
	合計	50360 (100)	5628 (100)	433 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 767.265, df = 1, p = 0.000)$					

表53 大麻乱用の生涯経験率

		1年	2年	3年	合計
男性	大麻経験なし	9484 (98.2)	9098 (98.5)	9533 (98.4)	28115 (98.4)
	大麻経験あり	40 (.4)	50 (.5)	55 (.6)	145 (.5)
	無回答	137 (1.4)	86 (.9)	101 (1.0)	324 (1.1)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 2.506, df = 2, p = 0.286)$					
女性	大麻経験なし	9100 (98.9)	8872 (98.9)	9521 (98.9)	27493 (98.9)
	大麻経験あり	25 (.3)	26 (.3)	48 (.5)	99 (.4)
	無回答	72 (.8)	73 (.8)	57 (.6)	202 (.7)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 8.400, df = 2, p = 0.015)$					
全体	大麻経験なし	18601 (98.5)	17982 (98.7)	19066 (98.6)	55649 (98.6)
	大麻経験あり	65 (.3)	77 (.4)	104 (.5)	246 (.4)
	無回答	209 (1.1)	159 (.9)	158 (.8)	526 (.9)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 8.262, df = 2, p = 0.016)$					

表54 「シンナー遊び」経験と大麻乱用経験

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	大麻経験なし	27752 (98.7)	208 (72.0)	155 (81.2)	28115 (98.4)
	大麻経験あり	68 (.2)	73 (25.3)	4 (2.1)	145 (.5)
	無回答	284 (1.0)	8 (2.8)	32 (16.8)	324 (1.1)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 3690.209, df = 1, p = 0.000)$					
女性	大麻経験なし	27261 (99.3)	127 (65.5)	105 (77.2)	27493 (98.9)
	大麻経験あり	29 (.1)	64 (33.0)	6 (4.4)	99 (.4)
	無回答	174 (.6)	3 (1.5)	25 (18.4)	202 (.7)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 6274.229, df = 1, p = 0.000)$					
全体	大麻経験なし	55054 (99.0)	335 (69.2)	260 (79.5)	55649 (98.6)
	大麻経験あり	98 (.2)	138 (28.5)	10 (3.1)	246 (.4)
	無回答	458 (.8)	11 (2.3)	57 (17.4)	526 (.9)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 9334.403, df = 1, p = 0.000)$					

表55 大麻を吸うことをどう思いますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	吸うべきではない	27196 (96.8)	193 (66.8)	163 (85.3)	27552 (96.4)
	麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない	232 (.8)	19 (6.6)	5 (2.6)	256 (.9)
	全く構わない	369 (1.3)	67 (23.2)	7 (3.7)	443 (1.5)
	無回答	307 (1.1)	10 (3.5)	16 (8.4)	333 (1.2)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 1049.097, df = 2, p = 0.000)$					
女性	吸うべきではない	26916 (98.0)	120 (61.9)	114 (83.8)	27150 (97.7)
	麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない	216 (.8)	27 (13.9)	1 (.7)	244 (.9)
	全く構わない	141 (.5)	43 (22.2)	9 (6.6)	193 (.7)
	無回答	191 (.7)	4 (2.1)	12 (8.8)	207 (.7)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 1785.456, df = 2, p = 0.000)$					
全体	吸うべきではない	54152 (97.4)	313 (64.7)	277 (84.7)	54742 (97.0)
	麻薬・覚せい剤と違って少々なら構わない	448 (.8)	46 (9.5)	6 (1.8)	500 (.9)
	全く構わない	511 (.9)	111 (22.9)	16 (4.9)	638 (1.1)
	無回答	499 (.9)	14 (2.9)	28 (8.6)	541 (1.0)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 2613.887, df = 2, p = 0.000)$					

表56 大麻を吸うと精神病状態や無動機候群になることがあるのを知っていますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	知っている	16747 (59.6)	174 (60.2)	90 (47.1)	17011 (59.5)
	知らない	10667 (38.0)	96 (33.2)	83 (43.5)	10846 (37.9)
	無回答	690 (2.5)	19 (6.6)	18 (9.4)	727 (2.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 1.267, df = 1, p = 0.260)$					
女性	知っている	17175 (62.5)	116 (59.8)	81 (59.6)	17372 (62.5)
	知らない	9962 (36.3)	68 (35.1)	49 (36.0)	10079 (36.3)
	無回答	327 (1.2)	10 (5.2)	6 (4.4)	343 (1.2)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 0.005, df = 1, p = 0.945)$					
全体	知っている	33949 (61.0)	290 (59.9)	171 (52.3)	34410 (61.0)
	知らない	20642 (37.1)	164 (33.9)	132 (40.4)	20938 (37.1)
	無回答	1019 (1.8)	30 (6.2)	24 (7.3)	1073 (1.9)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 0.546, df = 1, p = 0.460)$					

表57 覚せい剤の乱用経験 (生涯経験率)

		1年	2年	3年	合計
男性	覚せい剤経験なし	9490 (98.2)	9085 (98.4)	9531 (98.4)	28106 (98.3)
	覚せい剤経験あり	37 (.4)	52 (.6)	55 (.6)	144 (.5)
	無回答	134 (1.4)	97 (1.1)	103 (1.1)	334 (1.2)
	合計	9661 (100)	9234 (100)	9689 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 4.177, df = 2, p = 0.124)$					
女性	覚せい剤経験なし	9075 (98.7)	8879 (99.0)	9505 (98.7)	27459 (98.8)
	覚せい剤経験あり	22 (.2)	22 (.2)	46 (.5)	90 (.3)
	無回答	100 (1.1)	70 (.8)	75 (.8)	245 (.9)
	合計	9197 (100)	8971 (100)	9626 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 10.781, df = 2, p = 0.005)$					
全体	覚せい剤経験なし	18581 (98.4)	17976 (98.7)	19048 (98.6)	55605 (98.6)
	覚せい剤経験あり	59 (.3)	75 (.4)	102 (.5)	236 (.4)
	無回答	235 (1.2)	167 (.9)	178 (.9)	580 (1.0)
	合計	18875 (100)	18218 (100)	19328 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 10.515, df = 2, p = 0.005)$					

表58 「シンナー遊び」経験と覚せい剤乱用経験の関係

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	覚せい剤経験なし	27747 (98.7)	208 (72.0)	151 (79.1)	28106 (98.3)
	覚せい剤経験あり	62 (.2)	75 (26.0)	7 (3.7)	144 (.5)
	無回答	295 (1.0)	6 (2.1)	33 (17.3)	334 (1.2)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 3986.447, df = 1, p = 0.000)$					
女性	覚せい剤経験なし	27226 (99.1)	130 (67.0)	103 (75.7)	27459 (98.8)
	覚せい剤経験あり	24 (.1)	60 (30.9)	6 (4.4)	90 (.3)
	無回答	214 (.8)	4 (2.1)	27 (19.9)	245 (.9)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 6131.147, df = 1, p = 0.000)$					
全体	覚せい剤経験なし	55013 (98.9)	338 (69.8)	254 (77.7)	55605 (98.6)
	覚せい剤経験あり	87 (.2)	136 (28.1)	13 (4.0)	236 (.4)
	無回答	510 (.9)	10 (2.1)	60 (18.3)	580 (1.0)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 9574.129, df = 1, p = 0.000)$					

表59 覚せい剤を使うと精神病状態になりやすく、またフラッシュバックがあることを知っていますか？

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	知っている	17987 (64.0)	175 (60.6)	102 (53.4)	18264 (63.9)
	知らない	9719 (34.6)	105 (36.3)	74 (38.7)	9898 (34.6)
	無回答	398 (1.4)	9 (3.1)	15 (7.9)	422 (1.5)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 0.713, df = 1, p = 0.398)$					
女性	知っている	19357 (70.5)	131 (67.5)	84 (61.8)	19572 (70.4)
	知らない	7901 (28.8)	57 (29.4)	44 (32.4)	8002 (28.8)
	無回答	206 (0.8)	6 (3.1)	8 (5.9)	220 (0.8)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 0.161, df = 1, p = 0.688)$					
全体	知っている	37376 (67.2)	307 (63.4)	186 (56.9)	37869 (67.1)
	知らない	17629 (31.7)	162 (33.5)	118 (36.1)	17909 (31.7)
	無回答	605 (1.1)	15 (3.1)	23 (7.0)	643 (1.1)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 1.325, df = 1, p = 0.250)$					

表60 有機溶剤の入手可能性

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	絶対不可能	17769 (63.2)	96 (33.2)	108 (56.5)	17973 (62.9)
	ほとんど不可能	3980 (14.2)	39 (13.5)	28 (14.7)	4047 (14.2)
	少々苦勞するが手に入る	2984 (10.6)	41 (14.2)	14 (7.3)	3039 (10.6)
	簡単に手に入る	3014 (10.7)	107 (37.0)	24 (12.6)	3145 (11.0)
	無回答	357 (1.3)	6 (2.1)	17 (8.9)	380 (1.3)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 226.241, df = 3, p = 0.000)$					
女性	絶対不可能	17996 (65.5)	59 (30.4)	72 (52.9)	18127 (65.2)
	ほとんど不可能	3821 (13.9)	28 (14.4)	18 (13.2)	3867 (13.9)
	少々苦勞するが手に入る	3225 (11.7)	28 (14.4)	12 (8.8)	3265 (11.7)
	簡単に手に入る	2089 (7.6)	76 (39.2)	21 (15.4)	2186 (7.9)
	無回答	333 (1.2)	3 (1.5)	13 (9.6)	349 (1.3)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 283.811, df = 3, p = 0.000)$					
全体	絶対不可能	35785 (64.3)	155 (32.0)	180 (55.0)	36120 (64.0)
	ほとんど不可能	7809 (14.0)	68 (14.0)	46 (14.1)	7923 (14.0)
	少々苦勞するが手に入る	6211 (11.2)	69 (14.3)	26 (8.0)	6306 (11.2)
	簡単に手に入る	5114 (9.2)	183 (37.8)	45 (13.8)	5342 (9.5)
	無回答	691 (1.2)	9 (1.9)	30 (9.2)	730 (1.3)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 501.421, df = 3, p = 0.000)$					

表61 大麻の入手可能性

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	絶対不可能	19777 (70.4)	117 (40.5)	119 (62.3)	20013 (70.0)
	ほとんど不可能	4084 (14.5)	48 (16.6)	24 (12.6)	4156 (14.5)
	少々苦勞するが手に入る	2634 (9.4)	34 (11.8)	16 (8.4)	2684 (9.4)
	簡単に手に入る	1274 (4.5)	84 (29.1)	15 (7.9)	1373 (4.8)
	無回答	335 (1.2)	6 (2.1)	17 (8.9)	358 (1.3)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 402.522, df = 3, p = 0.000)$					
女性	絶対不可能	19389 (70.6)	70 (36.1)	77 (56.6)	19536 (70.3)
	ほとんど不可能	3745 (13.6)	36 (18.6)	20 (14.7)	3801 (13.7)
	少々苦勞するが手に入る	2865 (10.4)	31 (16.0)	14 (10.3)	2910 (10.5)
	簡単に手に入る	1159 (4.2)	55 (28.4)	14 (10.3)	1228 (4.4)
	無回答	306 (1.1)	2 (1.0)	11 (8.1)	319 (1.1)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 296.997, df = 3, p = 0.000)$					
全体	絶対不可能	39188 (70.5)	187 (38.6)	196 (59.9)	39571 (70.1)
	ほとんど不可能	7837 (14.1)	84 (17.4)	44 (13.5)	7965 (14.1)
	少々苦勞するが手に入る	5504 (9.9)	65 (13.4)	30 (9.2)	5599 (9.9)
	簡単に手に入る	2439 (4.4)	140 (28.9)	29 (8.9)	2608 (4.6)
	無回答	642 (1.2)	8 (1.7)	28 (8.6)	678 (1.2)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 710.898, df = 3, p = 0.000)$					

表62 覚せい剤の入手可能性

		生涯シンナー経験			合計
		経験なし	経験あり	無回答	
男性	絶対不可能	19858 (70.7)	114 (39.4)	120 (62.8)	20092 (70.3)
	ほとんど不可能	4034 (14.4)	52 (18.0)	25 (13.1)	4111 (14.4)
	少々苦勞するが手に入る	2554 (9.1)	31 (10.7)	15 (7.9)	2600 (9.1)
	簡単に手に入る	1352 (4.8)	86 (29.8)	16 (8.4)	1454 (5.1)
	無回答	306 (1.1)	6 (2.1)	15 (7.9)	327 (1.1)
	合計	28104 (100)	289 (100)	191 (100)	28584 (100)
$(\chi^2 = 398.482, df = 3, p = 0.000)$					
女性	絶対不可能	19212 (70.0)	68 (35.1)	76 (55.9)	19356 (69.6)
	ほとんど不可能	3685 (13.4)	29 (14.9)	18 (13.2)	3732 (13.4)
	少々苦勞するが手に入る	2934 (10.7)	40 (20.6)	16 (11.8)	2990 (10.8)
	簡単に手に入る	1349 (4.9)	55 (28.4)	15 (11.0)	1419 (5.1)
	無回答	284 (1.0)	2 (1.0)	11 (8.1)	297 (1.1)
	合計	27464 (100)	194 (100)	136 (100)	27794 (100)
$(\chi^2 = 260.155, df = 3, p = 0.000)$					
全体	絶対不可能	39095 (70.3)	182 (37.6)	196 (59.9)	39473 (70.0)
	ほとんど不可能	7724 (13.9)	81 (16.7)	43 (13.1)	7848 (13.9)
	少々苦勞するが手に入る	5492 (9.9)	71 (14.7)	31 (9.5)	5594 (9.9)
	簡単に手に入る	2708 (4.9)	142 (29.3)	31 (9.5)	2881 (5.1)
	無回答	591 (1.1)	8 (1.7)	26 (8.0)	625 (1.1)
	合計	55610 (100)	484 (100)	327 (100)	56421 (100)
$(\chi^2 = 656.460, df = 3, p = 0.000)$					

分担研究者らによる一連の中学生調査に関する報告書、論文一覧

		報告書	論文
1990年	千葉県12校	福井 進、和田 清、伊豫雅臣：薬物乱用・依存の実態と動向に関する研究－中学生における「シンナー遊び」の実態とその背景－。（班長）佐藤光源。厚生省「精神・神経疾患研究委託費」2指-13。薬物依存の発生機序と臨床及び治療に関する研究。平成2年度研究成果報告書。pp. 27-34, 1991.	Wada, K., Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users. Addiction 88: 89-100, 1993. Wada, K., Fukui, S.: Prevalence of tobacco smoking among junior high school students in Japan and background life style of users. Addiction 89: 331-343, 1994. Wada, K., Price, RK, Fukui, S: Cigarette smoking and solvent use among Japanese adolescents. Drug and Alcohol Dependence 46: 137-145, 1997. Wada, K., Price, RK, Fukui, S: Reflecting Adult Drinking Culture: Prevalence of Alcohol Use and Drinking Situations among Japanese Junior High School Students in Japan. Journal of Studies on Alcohol 59: 381-386, 1998. 和田 清：中学生における飲酒－飲酒文化の反映－。日本アルコール・薬物医学会雑誌 34: 36-48, 1999.
1992年	千葉県14校	和田 清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究。平成4年度厚生科学研究（麻薬等対策総合研究事業）薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）平成4年度研究成果報告書。pp. 25-64, 1993. 3.	Wada, K.: Lifetime Prevalence of Alcohol Drinking, Cigarette Smoking, and Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan: Tradition and Urbanization. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 36: 124-141, 2001. 和田 清：中学生における有機溶剤乱用の実態とその生活背景－1992年千葉県調査より－。学校保健研究 43: 26-38, 2001.
1993年	関東地方14校	和田 清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査	Kikuchi, A., Wada, K.: Factors Associated with Volatile Solvent Use

		研究。平成5年度厚生科学研究（麻薬等対策総合研究事業）薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）平成5年度研究成果報告書。pp. 27-54, 1994. 3.	among Junior High School Students in Kanto, Japan. Addiction 98: 771-784, 2003.
1994年	千葉県15校 中国地方U市 12校	和田 清：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究。平成6年度厚生科学研究（麻薬等対策総合研究事業）薬物依存の社会医学的、精神医学的特徴に関する研究（主任研究者：福井 進）平成6年度研究成果報告書。pp. 35-60, 1995. 3.	Wada, K.: Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and Their Background Lifestyle: Result of Chiba Prefecture Survey 1994. Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence 37: 41-56, 2002. 和田 清：有機溶剤吸引の入り口としての喫煙：1994年千葉県中学生調査より。学校保健研究 45: 512-527, 2004.
1996年	全国108校	和田 清、勝野眞吾、尾崎米厚、中野良吾：中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究。平成8年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）研究報告書「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」（主任研究者：寺元 弘）第1分冊薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究（2）。pp. 21-60, 1997.	
1998年	全国148校	和田 清、中野良吾、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査。平成10年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田 清）。pp. 19-83, 1999.	
2000年	全国140校	和田 清、菊池安希子、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査。平成12年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）研究報告書「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」（主任研究者：和田	

		清). pp.15-76. 2001.	
2002年	全国149校	和田 清、畢 穎、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2002年). 平成14度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)研究報告書「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」(主任研究者：和田 清). pp.19-86. 2003.	
2004年	全国147校	和田 清、近藤あゆみ、高橋伸彰、鈴木紀美子、尾崎米厚、勝野眞吾：薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査(2004年). 平成16度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュトリーサイエンス総合研究事業)研究報告書「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」(主任研究者：和田 清). pp.17-87. 2005.	
2006年	全国138校	今回の報告書	

飲酒・喫煙・薬物乱用についての意識・実態調査

(第8版-06)

飲酒・喫煙・薬物乱用は、心と体の両面にさまざまな害を及ぼします。

この調査は、中学生が飲酒・喫煙・薬物乱用をどのように考えており、また、実際にどのくらいの人が飲酒・喫煙・薬物乱用を経験しているのかを調べ、今後の対策の参考にするものです。

答えにくい質問には答えなくても結構ですが、この調査では、回答者が誰かわからないように以下のような配慮がなされています。

- ・この調査用紙には、氏名など個人を見つけ出せそうなものを書くところはありません。
- ・先生には、必要に応じて、生徒の質問に答えていただきますが、必要以上に生徒の所には行かず、生徒が書きやすいように努めていただきます。
- ・書き終わったら、配られた封筒に用紙を入れて必ず封をし、先生の持っている大きな袋に封筒ごと入れてください。
- ・調査用紙は、封を切られることなく(学校の先生などに結果を知られることなく)、下記の研究室に運ばれ、研究室で開封し、厳重に保管され、研究以外の目的には使用しません。
- ・調査結果は、全体でまとめて処理します。個人が特定されることはありません。

各質問に対する回答は、ことわりのない限り、自分の場合に最も近いものの数字を一つだけ、丸で囲んでください。

実施機関：国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 東京都小平市小川東町4-1-1 TEL.047-372-0141

-
- (質問1) あなたは男性ですか、女性ですか？ 1. 男性 2. 女性
- (質問2) あなたは中学何年生ですか？ 1. 1年生 2. 2年生 3. 3年生
- (質問3) あなたの起床時間は、ほぼ一定していますか？ 1. はい 2. いいえ
- (質問4) あなたの就寝時間は、ほぼ一定していますか？ 1. はい 2. いいえ
- (質問5) あなたは、毎朝、朝食を食べていますか？ 1. ほとんど毎日食べている
2. 時々食べる
3. ほとんど食べない
- (質問6) あなたにとって、学校生活は次のどれですか？ 1. とても楽しい。
2. どちらかといえば楽しい
3. あまり楽しくない
4. まったく楽しくない
- (質問7) あなたはクラブ活動(部活)に参加していますか？ 1. 積極的に参加している
2. 消極的に参加している
3. 参加していない
- (質問8) あなたは、母親と週何回くらい夕食を食べますか？ 1. ほとんど毎日 2. 5～6回 3. 4回前後 4. 3回前後 5. 2回前後
6. ほとんど食べない 7. 母親がいない(単身赴任、死別、別居、離婚など)

(質問9) あなたは、父親と週何回くらい夕食を食べますか？

1. ほとんど毎日 2. 5～6回 3. 4回前後 4. 3回前後 5. 2回前後
6. ほとんど食べない。 7. 父親がいない(単身赴任・死別・別居・離婚など)

(質問10) あなたは、夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？

1. ほとんど毎日 2. 5～6回 3. 4回前後 4. 3回前後 5. 2回前後
6. ほとんど食べない

(質問11) あなたは、学校・塾・習い事・運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？

1. なし、あるいは、ほとんどなし 2. 1時間未満 3. 1時間以上2時間未満
4. 2時間以上3時間未満 5. 3時間以上

(質問12) あなたは、親しく遊べる友人がいますか？

1. いる 2. いない

(質問13) あなたは、相談事のできる友人がいますか？

1. いる 2. いない

(質問14) あなたは、悩みごとがある時、親と相談する方だと思いますか？

1. よく相談する方である 4. ほとんど相談しない方である
2. どちらかと言えば相談する方である 5. 親がいない(単身赴任・死別・別居・離婚など)
3. どちらかと言えば相談しない方である

(質問15) あなたは、これまでに一回でも、タバコを吸ったことがありますか？

(ある場合は、初めて吸った時の年齢を選んでください。)

1. 吸ったことがない 2. 10歳以下 3. 11歳 4. 12歳 5. 13歳
6. 14歳 7. 15歳以上 8. 吸ったことはあるが、年齢はおぼえていない

(質問16) あなたは、この1年間で、タバコを吸ったことがありますか？

1. 一度も吸わなかった 2. 1年間で1～数回吸った 3. 月に数回吸った
4. 週に数回吸った 5. ほとんど毎日吸った

(質問17) あなたは、健康面から、喫煙をどう思いますか？

1. 害ばかりで、良い面はないと思う
2. 害もあるが、良い面もあると思う
3. 害よりも、良い面の方が多いと思う

(質問18) 未成年者の喫煙は法律で禁じられていますが、あなたは未成年者の喫煙をどう思いますか？

1. 法律で禁じられているから、吸うべきでないと思う
2. 法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う
3. 法律で禁じられてはいるが、全然かまわないと思う

(質問19) あなたは、未成年者の喫煙禁止をどう思いますか？

1. 当然だと思う
2. しかたのないことだと思う
3. 成人が吸えて、未成年者が吸えないのはおかしいと思う
4. そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

(質問20) あなたは、これまでに、下記の時に、一回でも、アルコール(ビール、日本酒、焼酎、ワイン、ウイスキーなど)を飲んだことがありますか？

(いくつ選んでもけっこうですが、なめただけの場合は、含めないで下さい。ただし、「1」を選んだときには、その他は選ばないでください。)

1. 飲んだことがない
2. 冠婚葬祭(結婚式・祭り・葬式・法事・盆・正月など)の時に飲んだことがある
3. 家族での食事などの時に、家族といっしょに飲んだことがある
4. クラス会、打ち上げ、友達とのパーティーの時に、仲間と飲んだことがある
5. カラオケボックス、居酒屋、飲み屋などで、仲間と飲んだことがある
6. 自分や誰かの部屋で、仲間と飲んだことがある
7. 一人で飲んだことがある

(質問21) あなたは、上記のいずれかの機会、初めてアルコールを飲んだのは、何歳の時ですか？

(なめただけの場合は、含めないで下さい。)

1. 飲んだことがない 2. 10歳以下 3. 11歳 4. 12歳 5. 13歳
6. 14歳 7. 15歳以上 8. 飲んだことはあるが、年齢はおぼえていない

(質問22) あなたは、この1年間に一回でも、アルコールを飲んだことがありますか？

(飲んだことのある機会をいくつ選んでもけっこうですが、なめただけの場合は、含めないで下さい。ただし、「1」を選んだときには、その他は選ばないでください。)

1. 飲んだことがない
2. 冠婚葬祭(結婚式・祭り・葬式・法事・盆・正月など)の時に飲んだことがある
3. 家族での食事などの時に、家族といっしょに飲んだことがある
4. クラス会、打ち上げ、友達とのパーティーの時に、仲間と飲んだことがある
5. カラオケボックス、居酒屋、飲み屋などで、仲間と飲んだことがある
6. 自分や誰かの部屋で、仲間と飲んだことがある
7. 一人で飲んだことがある

(質問23) あなたは、この1年間に、どのくらいの頻度でアルコールを飲みましたか？

1. 一度も飲まなかった 2. 1年間で1～数回飲んだ 3. 月に数回飲んだ
4. 週に数回飲んだ 5. ほとんど毎日飲んだ

(質問24) あなたは、健康面から、飲酒をどう思いますか？

1. 害ばかりで、良い面はないと思う
2. 害もあるが、良い面もあると思う
3. 害よりも、良い面の方が多いと思う

(質問25) 未成年者の飲酒は禁止されていますが、あなたは、未成年者の飲酒をどう思いますか？

1. 法律で禁止されているから、飲むべきではないと思う
2. 法律で禁止されてはいるが、時と場合に応じては、かまわないと思う
3. 法律で禁止されてはいるが、全然かまわないと思う

(質問26) あなたは、未成年者の飲酒禁止をどう思いますか？

1. 当然だと思う
2. しかたのないことだと思う
3. 成人が飲めて、未成年者が飲めないのはおかしいと思う

4. そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

(質問27) あなたは、「シンナー遊び」をしているところを実際に見たことがありますか？

1. ない 2. ある

(質問28) あなたの身近に、「シンナー遊び」をしている人がいますか？

1. いない 2. いる

(質問29) あなたは、「シンナー遊び」に誘われたことがありますか？

1. ない 2. ある

(質問30) 「シンナー遊び」について、あなたの気持ちは次のどれに最も近いですか？

1. 関心がない 2. 見てみたい 3. 試してみたい 4. 経験がある

(質問31) あなたは、「シンナー遊び」をしている人について、どう思いますか？

1. 自分には無関係の人だと思う
2. 「シンナー遊び」をする気持ちが理解できる気がする
3. 親しみをを感じる

(質問32) あなたは、「シンナー遊び」をしている人と親しくなることについて、どう考えますか？

1. 親しくなりたくない
2. 「シンナー遊び」だけで決めたくはない
3. すでに親しい

(質問33) あなたは、これまでに一回でも、「シンナー遊び」を経験したことがありますか？

(ある場合は、初めて経験した時の年齢を選んでください。)

1. 経験がない 2. 10歳以下 3. 11歳 4. 12歳 5. 13歳 6. 14歳
7. 15歳以上 8. 経験はあるが、年齢はおぼえていない

(質問34) あなたは、この1年間に一回でも、「シンナー遊び」をしたことがありますか？

1. ない 2. ある

(質問35) 「シンナー遊び」は法律で禁止されていますが、あなたは「シンナー遊び」について、どう思いますか？

1. 法律で禁止されているから、すべきではないと思う
2. 法律で禁止されているが、少々ならかまわないと思う
3. 法律で禁止されているが、それを守る必要は全然ないと思う

(質問36) あなたは、法律で「シンナー遊び」を禁止しているのをどう思いますか？

1. 当然だと思う
2. しかたのないことだと思う
3. 麻薬・覚せい剤とちがって、シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかなと思う
4. そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う

(質問37) あなたは、「シンナー遊び」で死亡すること (急性中毒死) があるのを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

(質問38) あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、歯がぼろぼろになりやすいことを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

(質問39) あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、手足の筋肉や神経が衰え、物をつかめなくなったり、歩けなくなること (多発神経炎) があるのを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

(質問40) あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、何も無いのに物が見えたり (幻視)、実際には何も聞こえないのに、声が聞こえたり (幻聴)、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思ひ込んだり (妄想) する状態 (精神病状態) になることがあるのを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

(質問41) あなたは、「シンナー遊び」を繰り返すと、何事にも関心が持てなくなり、結果的に学校を欠席しがちになり、どんな仕事に就いても、長続きしなくなること (無動機症候群) を知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

(質問42) あなたは、「シンナー遊び」の結果、幻視、幻聴、妄想が出るようになってしまうと、それを治して治っても、その後「シンナー遊び」をやめていても、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻視、幻聴、妄想が再び出現すること (フラッシュバック) があるのを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

(質問43) あなたは、「シンナー遊び」をしている人たちは、どうして「シンナー遊び」するのだと思いますか？ (いくつ選んでもけっこうです。)

1. 本人に問題があるから 2. 家庭に問題があるから
3. 学校に問題があるから 4. 社会に問題があるから

(質問44) あなたは、これまでに一回でも、大麻 (マリファナ、ハッシュシュも同じものです) を吸ったことがありますか？ (ある場合は、初めて吸った時の年齢を選んでください。)

1. 経験がない 2. 10歳以下 3. 11歳 4. 12歳 5. 13歳 6. 14歳
7. 15歳以上 8. 経験はあるが、年齢はおぼえていない

(質問45) あなたは、大麻を吸うことをどう思いますか？

1. 吸うべきではないと思う
2. 麻薬・覚せい剤とちがって、少々ならかまわないと思う
3. まったくかまわないと思う

(質問46) あなたは大麻を吸うと、上記の質問40や質問41と同じ精神病状態や無動機症候群になることがあるのを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

(質問47) あなたは、これまでに一回でも、覚せい剤 (スピード、エスも同じものです) を使用したことがありますか？ (ある場合は、初めて使用した時の年齢を選んでください。)

1. 経験がない 2. 10歳以下 3. 11歳 4. 12歳 5. 13歳 6. 14歳
7. 15歳以上 8. 経験はあるが、年齢はおぼえていない

(質問48) 覚せい剤を使うと、上記の質問40と同じ精神病状態になりやすく、また質問42のようなフラッシュバックがあるのを知っていますか？

(質問49) あなたが「シンナー遊び」のために有機溶剤を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？

1. 絶対不可能だ 2. ほとんど不可能だ
3. 少々苦勞するが、なんとか手に入る 4. 簡単に手に入る

(質問50) あなたが大麻を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？

1. 絶対不可能だ 2. ほとんど不可能だ
3. 少々苦勞するが、なんとか手に入る 4. 簡単に手に入る

(質問51) あなたが覚せい剤を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？

1. 絶対不可能だ 2. ほとんど不可能だ
3. 少々苦勞するが、なんとか手に入る 4. 簡単に手に入る

ご協力ありがとうございました。

薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査（2006年）—要約版—

分担研究者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部長
研究協力者 近藤あゆみ 同上（流動研究員）
尾崎米厚 鳥取大学医学部 社会医学講座環境予防医学 助教授
勝野真吾 兵庫教育大学 副学長

わが国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するために、飲酒、喫煙、有機溶剤・大麻・覚せい剤乱用に対する意識・実態調査を実施した。調査期間は、2006年10月中（一部11～12月中）であり、層別一段集落抽出法により選ばれた全国208校の全生徒を対象に、自記式調査を実施した。その結果、138校（対象校の66.3%）より、56,533人（対象校208校の全生徒想定数の57.0%）の回答を得た。有効回答数は56,421人（対象校208校の全生徒想定数の56.9%）であった。

ただし、回答が得られなかった県が2県あり、都道府県毎の回答率には、未だにばらつきがあることをふまえた上で、本調査の結果を利用する必要がある。

このような限界はあるが、以下のような結論を得た。

① これまでに有機溶剤乱用を経験したことがあると回答した男子は1.0%（1年生1.0%、2年生1.0%、3年生1.1%）、女子では0.7%（1年生0.6%、2年生0.7%、3年生0.8%）、全体では0.9%（1年生0.8%、2年生0.8%、3年生1.0%）であった。

この結果は、男女合わせた全体では、1996年に開始した一連の本調査では最低の値である。また、2004年調査まで上昇傾向にあった女子での生涯経験率は初めて減少し、1996年調査のレベルに回復した。

② 有機溶剤乱用の目撃率に関しては男性、女性、全体の全てにおいて、1996年以降、着実に低下しており（全体で11.8%から3.9%）、「身近に経験者がいる」と答えた者の率も、1998年のピークから着実に減少していた（全体で5.4%から2.3%）。

また、有機溶剤乱用に「誘われた」ことのある者の率も、2000年調査をピークに調査年次毎に漸減していた。

③ 以上を総合すると、有機溶剤乱用の勢いは、確実に弱くなってきていると考えられる。

④ 有機溶剤乱用経験者群では、非経験者群に比べて、日常生活の規則性、学校生活、家庭生活、友人関係において、好ましくない傾向が統計学的有意差を持って強いことが再確認された。

⑤ その背景には、家庭生活のあり方が大きく影響していると考えられる。経験者群では、「親との相談頻度」「家族との夕食頻度」が有意に低く、逆に「大人不在での時間」が有意に長く、親子の共有時間が少ない傾向が再確認された。

⑥ 結局、有機溶剤経験者群は、相対的に見れば、家庭にも、学校にもなじみず、友人関係も希薄な中学生たちが多く、「居場所のない子供たち」と推測することができよう。

⑦ また、中学生における喫煙と大人が同伴しない飲酒は、有機溶剤乱用と強い繋がりを持っており、これらは、有機溶剤乱用への「ゲイトウェイ」となっている可能性が再確認された。

⑧ 薬物乱用による健康への害知識に関しては、個々の知識の周知率自体は調査年次毎に上昇しており、薬物乱用防止教育の成果と受け止めることが出来る。

また、これまでの一連の本調査では、往々にして、害知識は有機溶剤乱用経験者群の方が高いという傾向が認められていた。しかし、2004年調査から、有機溶剤の乱用による害としての急性中毒死、多発神経炎、精神病に関しては、非経験者群の方で「知っている」を選んだ者が男女ともに多いという結果が初めて出るようになったが、これは、「害を知らない者が乱用しやすい」という仮説があるとするれば、「望むべき姿」である。しかしながら、今回の2006年調査では、再び「望ましくない姿」に逆戻りしてしまった知識もあり、なおいっそうの薬物乱用防止教育の徹底が要求される結果であった。

⑨ 大麻、覚せい剤の生涯経験者数は無回答者数よりも少なく、その意味では参考データの意味合

いが否定できないが、以下の結果を得た。

大麻の生涯経験率は、男子で0.5%（1年生0.4%、2年生0.5%、3年生0.6%）、女子で0.4%（1年生0.3%、2年生0.3%、3年生0.5%）、全体で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であり、覚せい剤の生涯経験率は、男子で0.5%（1年生0.4%、2年生0.6%、3年生0.6%）、女子で0.3%（1年生0.2%、2年生0.2%、3年生0.5%）、全体で0.4%（1年生0.3%、2年生0.4%、3年生0.5%）であった。

大麻に関しては、男女を問わない全体では、1998年に記録した最高値（0.7%）よりは低く、停滞状態であった2002年、2004年調査の結果（0.5%）より低下し、1996年以降最低であった2000年の0.4%に回復していた。

覚せい剤に関しては、1998年、2004年に記録した最高値（0.5%）よりは低く、1996年、2000年、2002年と同じ0.4%であった。

ただし、トレンド的には大麻も覚せい剤も生涯経験率は2000年以降横ばい状態と見るべきであろう。

⑩ 大麻及び覚せい剤乱用による医学的害知識の周知度は、増加傾向にあり歓迎されるが、そもそもの周知度自体が未だに高いとは言えず、薬物乱用防止教育の一層の推進が望まれる結果であった。

⑪ 違法性薬物の入手可能性については、有機溶剤は日常生活上の必需品であり、その入手可能性は大麻や覚せい剤よりは高かった。しかし、2004年調査では、その入手可能性はこれまでになく激減し、今回の2006年調査ではさらに減少していた。また、大麻、覚せい剤の入手可能性は1998年以降、今回の2006年調査ではさらに減少していた。

これらは、この間の取り締まりの強化による成果の可能性が高い。

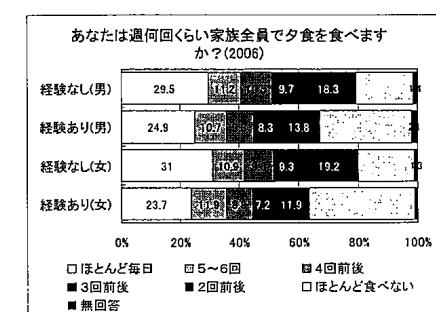
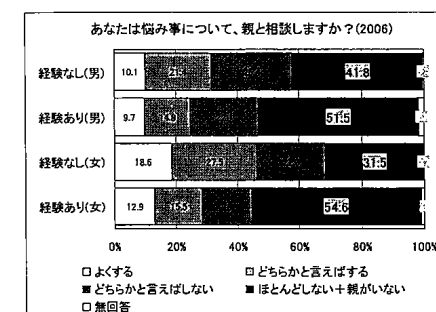
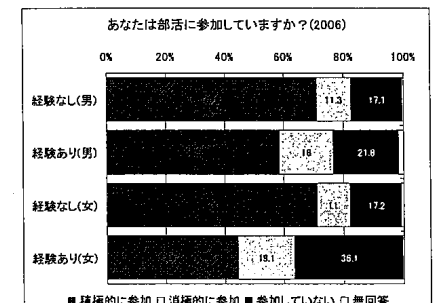
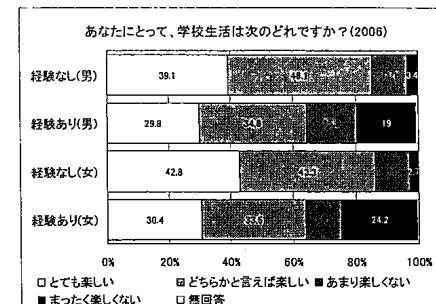
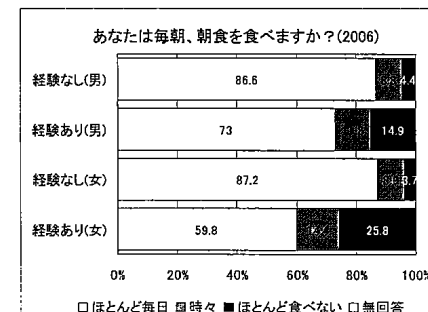
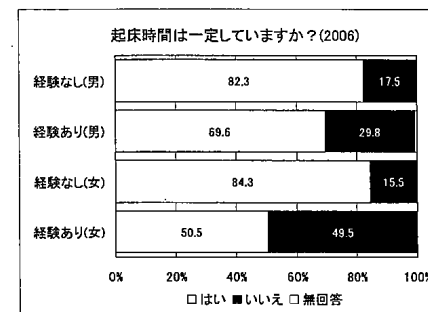
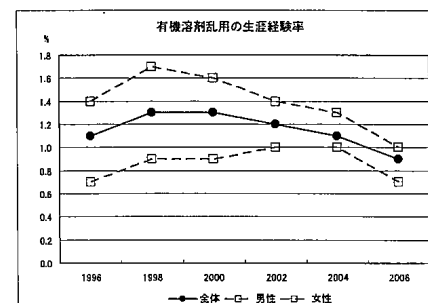
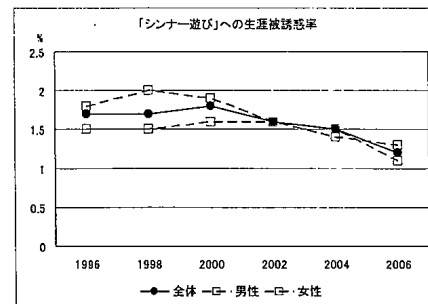
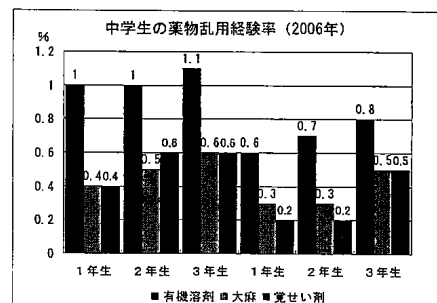
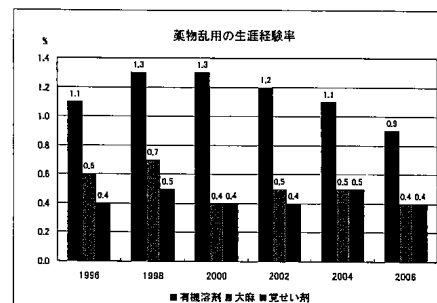
ただし、有機溶剤乱用非経験者群では「絶対不可能」を選択した者が、大麻でも覚せい剤でも男女ともに約70%であるのに対して、有機溶剤乱用経験者群では、大麻に関しては男子で約41%、女子で約44%の者が、また、覚せい剤に関しては男子で約41%、女子で49%の者が入手可能を選択していた。

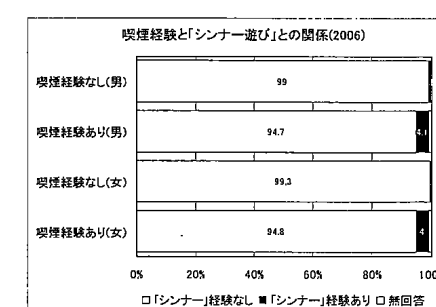
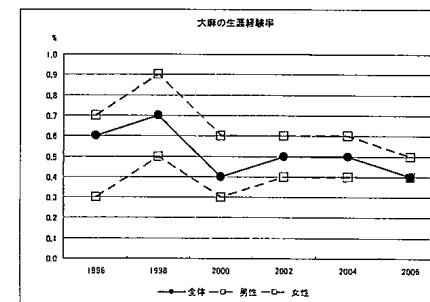
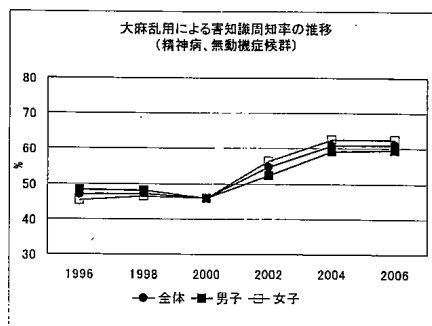
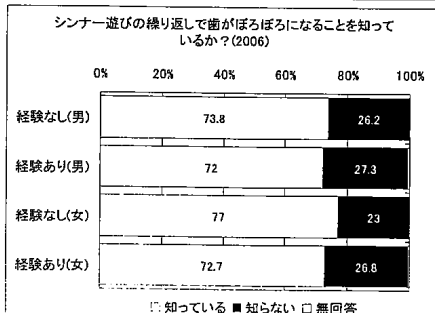
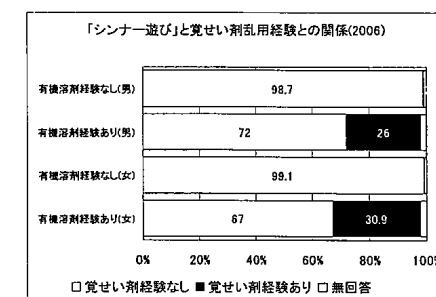
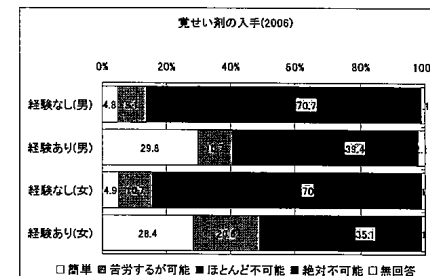
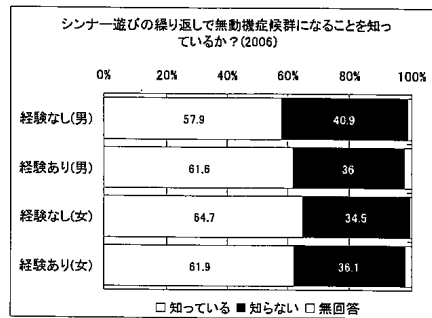
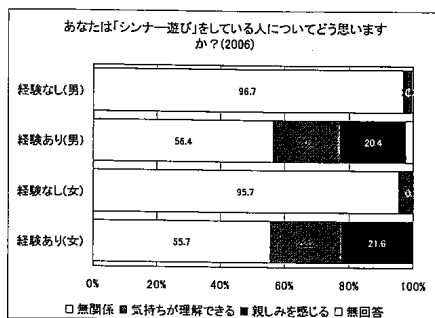
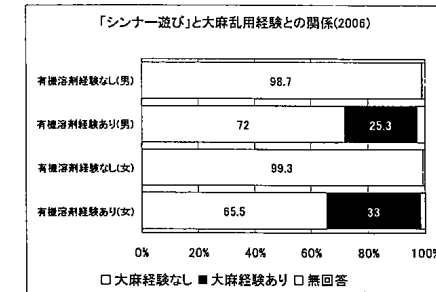
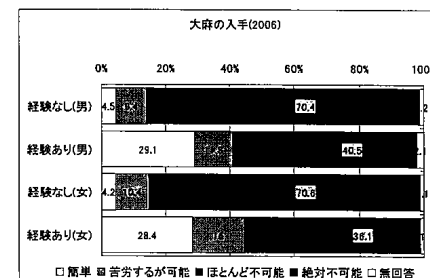
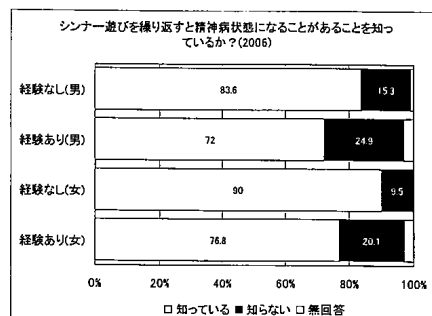
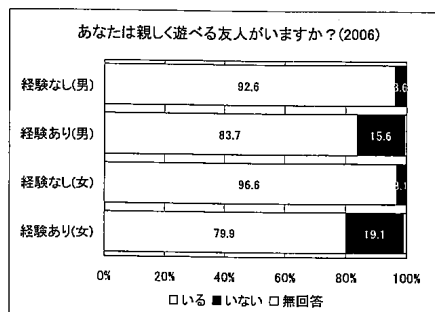
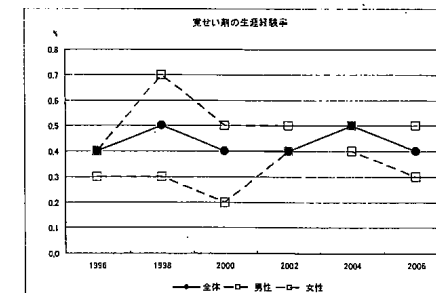
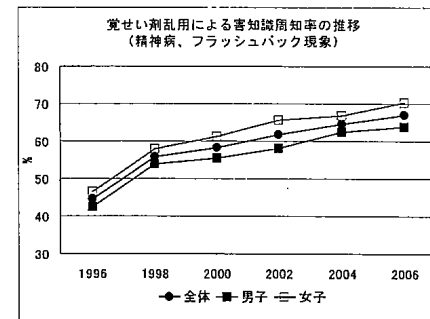
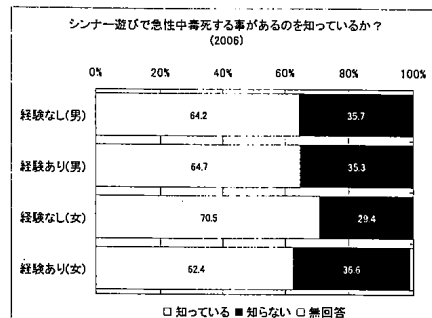
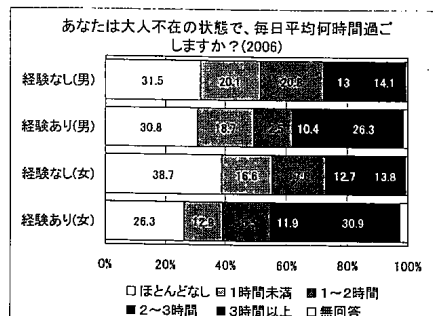
わが国の中学生にとって、有機溶剤を一回での乱用と言うことは、大麻、覚せい剤の入手が身近なものになる状況に入り込むことになる

という特徴を強く示唆する結果であった。さらに、覚せい剤の入手可能性は有機溶剤乱用経験群女子で最も高いという結果であり、女子に対する対策が望まれるところである。

⑫ 薬物の乱用経験率には、法の遵守性が大きく影響すると考えられる。喫煙については全体の7.78%の者が「少々ならかわわない」を選んでいるのに対して、「シンナー遊び」に関してそれを選んだ者は1.5%に過ぎず、大麻では0.9%であったことは、同じ依存性薬物と言えども、有機溶剤及び大麻乱用への心理的垣根は喫煙よりはるかに高いことを物語っている。

⑬ また、有機溶剤乱用経験者群の約29%の者に大麻乱用の経験があり、約28%の者に覚せい剤乱用の経験があり、有機溶剤乱用と大麻・覚せい剤乱用との間には強い結びつきがあることが再確認された。同時に、喫煙経験と有機溶剤乱用経験との間にも結びつきが認められた。このことは、わが国の中学生では、喫煙→有機溶剤乱用→大麻・覚せい剤乱用という流れがあることを強く示唆する結果であった。





分 担 研 究 報 告 書
(1-2)

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

分担研究者 尾崎 茂 国立精神・神経センター精神保健研究所
研究協力者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所
大槻直美 同上(研究助手)

研究要旨 全国の精神科病床を有する医療施設 1,653 施設を対象に、薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて施行し、937 施設(56.7%)から 535 症例の報告を得た。主たる使用薬物別では、『覚せい剤症例』が 262 例(49.0%)と最も多く、『有機溶剤症例』81 例(15.1%)と合わせると全体の 2/3 近くを占めた。『覚せい剤症例』の病態としては、精神病性障害が中心で、従来の調査と同様に長期にわたる遷延性の状態像がうかがわれた。有機溶剤乱用は下火になりつつあるが、「使用歴を有する薬物」としては 48%、「初回使用薬物」としても 44%と高い水準を維持しており、薬物乱用への入門薬としての役割は依然として軽視できないと考えられた。『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』では平均年齢、使用開始年齢など高く、複数の薬物を併用する傾向がみられ、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』の 80%以上が臨床用量依存に該当すると報告された。大麻は乱用拡大が懸念されており、『大麻症例』は全体の 2.4%と前回調査よりは若干減少したものの、「大麻使用歴を有する症例」は全体の 27.7%と高水準を保っており、症状の遷延例も少なからず存在することがうかがわれた。『リタリン症例』は 15 例(2.8%)報告され、「使用歴を有する症例」としては 30 例と増加傾向がみられた。約半数に気分障害の併存がみられ、自傷・自殺企図、成育史上の問題を有する割合も比較的高く、これらが相互に関連している可能性が示唆された。パーソナリティ障害としては、『覚せい剤症例』で反社会性パーソナリティ障害、『多剤症例(医薬品)』、『抗不安薬症例』で境界性パーソナリティ障害の併存率が比較的高かったが、薬物使用後に障害が顕在化した例が少なくないことから、薬物関連精神障害患者におけるパーソナリティの評価は、薬物使用の影響を考慮に入れて慎重に行われるべきと考えられた。その他、新規の麻薬指定物質、改正薬事法における新規指定薬物、知事指定薬物など多様な物質が報告され、臨床現場においても、これらの薬理作用や関連法規等についての知識や情報の迅速かつ適切な共有が必要であると思われた。

A. 研究目的

薬物乱用問題は、国内的には依然として第三次覚せい剤乱用期にあり、大麻、MDMA については検挙者数、押収量の増加が続く、さらに違法ドラッグ(いわゆる脱法ドラッグ)の乱用も問題となっている。世界的にも、覚せい剤を中心とする精神刺激剤の乱用は、“アンフェタミン型中枢刺激剤(Amphetamine Type Stimulants, ATS)問題”として引き続き注目されている。

全国の有床精神科医療施設を対象とした薬物関

連精神疾患の調査研究は、日本における薬物乱用・依存者の実態を把握するための多面的疫学研究の一分野として、1987 年以来ほぼ現行の方法論を用いて隔年で実施されてきた。2006 年度も引き続き精神科医療の現場における薬物関連精神疾患の実態を把握するため、実態調査を施行した。

B. 研究方法

1) 対象施設

調査対象施設は、全国の精神科病床を有する医

療施設で、内訳は国立病院・療養所（独立行政法人含む）47施設、自治体立病院152施設（都道府県立病院77施設、市町村立病院75施設）、大学医学部附属病院84施設、そして民間精神病院1,370施設の計1,653施設である。

2) 方法

(1) 調査期間および対象症例

調査期間は2006年9月1日から10月31日までの2ヶ月間とした。対象症例は、調査期間内に対象施設において、入院あるいは外来で診療を受けた、“アルコール以外の精神作用物質使用による薬物関連精神障害患者”のすべてである。

(2) 調査用紙の発送および回収

調査対象施設に対して、あらかじめ2006年7月下旬に調査の趣旨と方法を葉書により通知し、本調査への協力を依頼した。8月下旬に依頼文書、調査に関する案内文書（各医療機関掲示用）、ならびに調査用紙一式を各調査対象施設宛に郵送し、上記条件（1）を満たす薬物関連精神疾患患者について担当医師による調査用紙への記載を求めた。調査用紙回収の期限は2006年11月30日とし、11月下旬にその時点で未回答の調査対象施設宛に再度本調査への協力要請の葉書を送付するとともに、必要に応じて電話・FAX等により回答内容・状況の確認等の作業を行った。実際には、回収期間終了後も回収作業を継続し、2007年3月上旬までに返送された症例について集計に加えた。

(3) 倫理面への配慮および同意取得について

調査にあたり、あらかじめ各対象医療機関に、調査に関する案内文書を送付し、院内の適切な場所に掲示し、患者に周知してもらうよう依頼した。その上で、面接にあたり原則的に口頭での同意を取得した上で調査を実施することとした。面接可能な状態で明らかに調査への協力を拒否する場合は、調査困難と判断した。また、すでに退院しているなどの理由により面接困難な場合は、診療録からの転記とし、この場合、同意取得は不要とした。

なお本調査研究は、国立精神・神経センター武

蔵地区倫理委員会の承認を得て実施された。

(4) 調査項目について

① 継続的な調査項目について

調査用紙前半の質問項目は、まず経時的な傾向の把握のために、以下のような項目による構成とした。

- ・ 人口動態学的データ
- ・ 交友、婚姻関係
- ・ 矯正・補導歴
- ・ 飲酒・喫煙開始年齢
- ・ 薬物使用歴
- ・ 薬物使用開始の動機
- ・ 契機となった人物
- ・ 診断（ICD-10分類）
- ・ 精神科疾患の家族歴

② 2006年度に設定した関心項目について

今年度は、下記のような関心項目を設定した。

(a) BZ系睡眠薬・抗不安薬の臨床用量依存

現在処方されている睡眠薬、抗不安薬のほとんどはベンゾジアゼピン（BZ）系薬物である。本調査においても、これまで睡眠薬・抗不安薬を主たる使用薬物とする症例は、覚せい剤、有機溶剤に次いで高い割合を占め、主要な乱用・依存薬物のひとつであるが、治療的使用と乱用・依存の境界が明確でなく、さらに依存症候群の中にも相当数のいわゆる臨床用量依存（常用量依存）が含まれていることが予想されたが、これについても実態がはっきりしなかった。また、他の薬物を主たる使用薬物とする症例におけるBZ依存の実態も不明であった。これらのことから、本年度の関心項目として加えた。

臨床用量依存の診断基準としては、決定的なものがないため、井澤らによる下記のような診断ガイドライン¹⁾を用いた。

【臨床用量依存の診断ガイドライン（案）】

- ・ 不安や不眠などの治療目的で開始した臨床用量を6ヵ月以上継続服用している。
- ・ 本来の症状は解消されて寛解状態にある。

- ・ その間、使用量の著しい増加を認めない。
- ・ 中断によって反跳現象／退薬症候が出現する。
- ・ 計画的な漸減・中止により退薬症候の出現が避けられた場合に、ベンゾジアゼピンの服用なしに経過する。

以上の5項目について「はい、いいえ、不明」の回答を求めた。

(b) 成育史上の問題

薬物関連精神疾患患者では、さまざまな成育史上の問題が指摘されており、今回は下記の項目について調査に加えた。

- ・ 15歳以前の親との離別体験
- ・ 不登校
- ・ いじめられ体験
- ・ 家庭内暴力
- ・ 被虐待体験（身体的、性的、心理的等）

(c) 精神科的併存症

薬物関連精神障害では、気分障害、パーソナリティ障害をはじめとして、精神科的併存症がみられることが少なくなく、診断、治療を複雑にする。また、それらの症状や行動パターンが薬物誘発性のものか、本来の疾患ないし人格特性かを鑑別することは臨床上きわめて重要である。今回は下記の併存症についての既往および薬物使用との時間的関連についての質問項目を加えた。

- ・ 気分障害（併存の有無、類型、出現時期）
- ・ 自傷行為・自殺企図の既往歴
- ・ パーソナリティ障害（反社会性パーソナリティ障害、境界性パーソナリティ障害）

(4) “主たる使用薬物”の定義

該当症例の“主たる使用薬物”は、これまでと同様に決定した。すなわち、原則的に調査用紙の質問16)において、“調査時点における「主たる薬物」（＝現在の精神科的症状に関して、臨床的に最も関連が深いと思われる薬物）”として、記載した医師によって選択された薬物とした。複数の薬

物が選択されている症例については、薬物により「多剤（規制薬物）」、「多剤（医薬品）」のいずれかとした。複数の薬物が規制薬物と医薬品の両方を含む場合には、薬物使用歴から判断した。リタリン（メチルフェニデート）を主たる使用薬物とする症例数も一定数みられるため、今年度は独立したカテゴリーとした。主たる使用薬物のカテゴリーは、以下の通りである。

【主たる使用薬物のカテゴリー】

- (i) 覚せい剤（『覚せい剤症例』、以下同様）
- (ii) 有機溶剤（『有機溶剤症例』）
- (iii) 睡眠薬（『睡眠薬症例』）
- (iv) 抗不安薬（『抗不安薬症例』）
- (v) 鎮痛薬（『鎮痛薬症例』）
- (vi) 鎮咳薬（『鎮咳薬症例』）
- (vii) 大麻（『大麻症例』）
- (viii) リタリン（『リタリン症例』）
- (ix) その他（『その他症例』）
- (x) 多剤（医薬品）（『多剤症例（医薬品）』）
- (xi) 多剤（規制薬物）（『多剤症例（規制薬物）』）

C. 結果

1) 対象施設の種別による回答状況（表1）

対象施設1,653施設のうち、937施設（56.7%）より回答を得た。このうち90施設（5.4%）より、有効症例として535症例が報告された。「該当症例なし」の回答は847施設（51.20%）であった。施設別の回答率は、医療機関のすべての種別で50%を超え、「国立病院・療養所」で最も高く70.2%であった。一施設当たりの症例数は、「国立病院・療養所」で14.7例と最も多く、「都道府県立病院」が7.8例、「民間病院」が5.2例とこれに次いでいた。

2) 主たる使用薬物別にみた症例数（表2）

535症例の内訳は、『覚せい剤症例』が262例で報告症例全体の49.0%と最も高い割合を占めた。『有機溶剤症例』が81例（15.1%）とこれに次ぎ、両薬物合わせて症例全体の約2/3を占めていた。このほかはすべて10%未満で、『睡眠薬症例』8.8%、

『多剤症例（医薬品）』4.9%、『鎮咳薬症例』4.3%の順で多かった。

『その他症例』18例（3.4%）における主たる使用薬物は下記の通りであった。

- ・ヘロイン：7例
- ・MDMA：3例
- ・新規規制麻薬、違法ドラッグ等：3例（メチロン、2-CI、4FMP、GBLなど）
- ・市販総合感冒薬（パブロン）等：5例

全体としてみると、規制薬物を主たる使用薬物とする症例（以下、『規制薬物症例』）は391例（73.1%）、医薬品を主たる使用薬物とする症例（以下、『医薬品症例』）は144例（26.9%）と前者が多かった。

3）性別・年齢の分布（表3-1、表3-2）

性比では、『多剤（医薬品）』症例を除くすべての薬物症例群で男性の比率が高かった。

調査時の平均年齢は、『覚せい剤症例』37.5歳、『有機溶剤症例』33.1歳、『睡眠薬症例』42.5歳など、ほぼ30～40歳代を中心に分布していた。『大麻症例』は27.9歳と最も低く、『鎮痛薬症例』が47.3歳と最も高かった。

男女別にみた平均年齢では、『睡眠薬症例』、『鎮痛薬症例』、『鎮咳薬症例』、『リタリン症例』、『その他症例』を除き、女性症例の方が男性より平均年齢でおよそ4～10歳程度低かった。『鎮痛薬症例』と『リタリン症例』では、女性の方が高い平均年齢を示した。

また、65歳以上という高齢の症例も、『睡眠薬症例』で5例、『覚せい剤症例』で4例、『鎮痛薬症例』で2例、『抗不安薬症例』で1例報告された。

4）最終学歴（表4）

全体としては、高校中退までの学歴が52.6%と半数強を占め、中学卒業以下が28.8%であった。主たる使用薬物別にみると、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』および『多剤症例（規制薬物）』においては、中学校卒業以下が概ね35～40%と比較的高い割合であった。一方、『抗不安薬症例』、『リタ

リン症例』、『大麻症例』では短大・大学が1/3以上と高学歴の傾向がみられた。また、薬物全体では13例（2.4%）が在学中であり、このうち6例が覚せい剤症例であった。前回調査より増加傾向がみられた。

5）職業（表5-1、5-2）

薬物乱用開始前には、『有機溶剤症例』で“中学生”が27.2%と最も高く、“土木建築業”が14.8%とこれに次いでいた。『覚せい剤症例』では、“無職”が16.4%、“中学生”、“土木建築業”がこれに次いで高い割合を示した。『リタリン症例』では、会社員・公務員、高校・大学生の割合が高かった。

薬物乱用開始後（現在）“無職”の割合は、一般に『規制薬物症例』で高かった。

6）暴力団との関係（表6）

全体の43.4%は“これまで関係なし”であったが、17～20%に“薬物乱用前”あるいは“薬物乱用後”に関係がみられた。全般的に『規制薬物症例』群で関係を有する割合が高い傾向があり、『覚せい剤症例』では男女とも乱用開始前後に1/4が暴力団との関係を有していた。次いで『多剤（規制薬物）症例』、『有機溶剤症例』で高く、後者では女性の方が高い傾向がみられた。男女とも乱用開始後に、関係を有する割合が2～3倍に上昇していた。

7）非行グループとの関係（表7）

薬物乱用前に非行グループとの関係を有していた割合は症例全体の35.3%で、開始後には14.8%と半減した。薬物別では、『有機溶剤症例』において男女とも最も高い割合を示した。全体の1/3には、非行グループとの関係はみられなかった。

8）薬物乱用者との関係（表8）

薬物乱用の開始前後で、全体の30～40%の症例が他の薬物乱用者との関係を有しており、とくに『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『鎮咳薬症例』などで乱用開始前に40～70%、開始後に20～40%前後と高かった。

9）矯正施設への入所歴（表9）

矯正施設への入所歴を有する割合は、全体の約40%にみられ、男性症例では44.9%、女性症例全体の29.0%と男性の割合が高かった。主たる薬物別では、『覚せい剤症例』、『多剤（規制薬物）症例』、『有機溶剤症例』で高い割合を示した。

10）逮捕・補導歴の有無（表10）

症例全体の27.1%はこれまでに逮捕・補導歴を有していなかったが、薬物乱用開始前には14.6%、開始後では49.9%とほぼ半数が逮捕・補導歴を有していた。『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『多剤症例（規制薬物）』で高かった（表10-1）。

補導・逮捕歴の内容については、薬物乱用開始前には、症例全体で“窃盗”が30.8%、“傷害・暴行”が29.5%にみられた。“薬物関連（所持・使用等）”の割合は、開始前には20.5%だったが、開始後には65.5%と増加していた。とくに『覚せい剤症例』では使用開始後には75.9%と、開始前の約5倍と著しく増加していた（表10-2）。

11）配偶関係（表11）

各症例群の年齢分布の違いを考慮に入れなければならないが、全体的には半数近くが“未婚”で、“離婚”も20.7%と高い割合であった。これらはともに男性で高い傾向がみられた。既婚者の割合は『医薬品症例』で20～30%前後と比較的高かった。

12）主たる使用薬物の初回使用年齢（表12-1～12-5）

各薬物症例群における主たる使用薬物の初回薬物使用年齢の分布をみると、『有機溶剤症例』で10～14歳、15～19歳でそれぞれ40%前後を占め、低年齢での使用開始が示され、平均年齢も16.8歳と最も低年齢であった。『多剤症例（規制薬物）』における有機溶剤使用開始年齢は15.7歳とこれより低い傾向がみられた。次いで、『大麻症例』20.7歳、『覚せい剤症例』21.2歳、『鎮咳薬症例』23.3歳と低かった。

医薬品症例では、薬物使用開始年齢はより高く、概ね30歳前後から使用を開始していた。『多剤症例（医薬品）』における睡眠薬、抗不安薬の初回使

用年齢はこれより低い傾向がみられた。

13）主たる使用薬物の使用期間（表13）

薬物の使用期間の算出は従来と同様で、①最近1年間に薬物使用歴を有する場合は「調査時年齢－初回使用年齢」、②最近1年以内に薬物使用歴がない場合は「最終使用年齢－初回使用年齢」とし、各薬物症例群において“主たる薬物”について算出した。したがってここでの「使用期間」とは、あくまで薬物使用の“始め”と“終わり（あるいは現在）”のみから算出されたものであり、使用期間中の薬物使用様態の変化（使用中断後の再開、使用量の増減等）などは反映していない。

全体的な平均使用期間は、『大麻症例』の5.2年から『鎮咳薬症例』の14.1年と長期に及んでいた。概ね、「5～10年未満」あるいは「10～15年未満」に比較的多く分布していた。5年以上の使用期間は全体の56.5%、10年以上は38.6%にみられ、これまでの調査と同様に薬物関連問題の長期化がうかがわれた。また、使用期間が1年未満の初期乱用者は2.2%であった。

14）併用薬物と初回使用年齢（表14-1、14-2）

主たる使用薬物別に、併用薬物（これまでに使用歴のある薬物）について、それぞれ使用頻度と平均使用開始年齢を示した。

『覚せい剤症例』では、覚せい剤の単独使用症例は全体の30.9%で、最も頻度の高い併用薬物は有機溶剤（54.6%）、次に大麻（35.1%）であった。有機溶剤の使用開始年齢は15.5歳で、『有機溶剤症例』における年齢（16.8歳）よりも低かった。

『有機溶剤症例』においては、単独使用症例は53.1%と半数強を占め、併用率の高い薬物は覚せい剤、大麻で、それぞれ使用歴を有する割合は37.0%、17.3%であった。覚せい剤使用開始年齢は21.8歳で、『覚せい剤症例』におけるそれ（21.2歳）とほぼ同様であった。

『大麻症例』では、単独使用症例の割合は23.1%と低く、他の規制薬物との多剤併用の傾向がみられた。使用歴を有する薬物としては、覚せい剤（46.2%）の割合が高かった。

『多剤症例（規制薬物）』では、覚せい剤、有機溶剤の併用率がそれぞれ77.3%、63.6%と高く、大麻の併用も50%以上にみられた。

医薬品使用の症例では、『睡眠薬症例』では約半数が、『抗不安薬症例』では1/3程度が単独使用であった。『リタリン症例』では、単独使用の割合が1/4弱であり、より多剤併用の傾向がみられた。『多剤症例（医薬品）』の90%近くが睡眠薬、抗不安薬を併用していた。

15) 過去1年間における薬物使用歴（表15-1, 15-2）

『覚せい剤症例』においては過去1年間に覚せい剤使用歴を有する症例の割合は28.6%で1/3に満たず、前回の約55%に比較して低下していた。『有機溶剤症例』では46.9%に有機溶剤使用歴がみられた。60%弱に有機溶剤の使用歴がみられた前回に比してこれも低下傾向にあった。『大麻症例』では、半数強に1年以内の大麻使用歴がみられた。『その他症例』では1/3にヘロイン使用歴がみられた。

『医薬品症例』では、過去1年間ににおいてそれぞれの主たる使用薬物の使用歴を有する割合が概して高い傾向がみられ、睡眠薬では76.6%、抗不安薬では90%を超えていた。鎮痛薬では全例で1年以内の鎮痛薬使用歴があり、鎮咳薬でも50%を超えて高い割合を示した。『多剤症例（医薬品）』では、60%近くが1年以内に睡眠薬および抗不安薬の使用歴がみられた。

16) 喫煙の状況（表16）

症例全体としては、3/4が喫煙経験者で、喫煙開始年齢は平均15.6歳であった。『有機溶剤症例』では14.8歳と最も低年齢で喫煙を開始していた。

非喫煙者の割合は、『リタリン症例』で20%と比較的高かったが、全体としては4.7%と低かった。全般的に『規制薬物症例』において喫煙頻度が高く、より低年齢で喫煙を開始していた。

17) 飲酒状況（表17）

症例全体として約60%に飲酒歴があり、飲酒開始年齢は平均16.6歳であった。『多剤症例（医薬

品）』で15.0歳と最も低年齢で飲酒を開始しており、『抗不安薬症例』が15.9歳とこれに次いでいた。飲酒歴がない割合は、医薬品症例で高い傾向がみられ、『リタリン症例』で1/3にみられた。規制薬物症例で飲酒歴を有する割合が高かったが、飲酒開始年齢では差がみられなかった。

18) 薬物乱用開始から依存に至る期間

薬物乱用開始から依存に至る期間（月換算）を薬物別に示す（表18）。これは依存の重症度の指標として知られる（Length Of Time between Abuse and Dependence, LOTAD）²⁾。LOTADのデータにはばらつきが大きく、個体差や、使用様態（頻度、使用量など）等を詳細に検討しなければ議論するのは難しい面がある。薬物別にみると、覚せい剤、有機溶剤ではそれぞれ概ね30ヵ月、20ヵ月程度で依存に至る傾向がみられる。例数が少ないが、コカイン、ヘロイン、またリタリンなどではより短い傾向がみられた。

19) 初回使用薬物（表19）

症例全体における初回使用薬物は、有機溶剤が44.3%と最も高く、次いで覚せい剤が19.1%、睡眠薬が10.1%、大麻6.5%と高かった。最近の調査では覚せい剤の割合が減少傾向にある。

20) 薬物初回使用の動機（表20-1, 20-2）

規制薬物症例群では、“誘われて”、“刺激を求めて”、“好奇心・興味から”を初回使用動機とする割合が高く、医薬品症例では『鎮咳薬症例』でも比較的高い割合を示した。『覚せい剤症例』の女性では“性的効果を求めて”の割合が9.3%と他の薬物に比較して高い傾向がみられた。『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』等の処方薬・医薬品使用の症例群では、多くが“不眠の軽減”、“不安の軽減”、“疼痛の軽減”など、本来の症状の軽快を目的としたものであったが、これに対して『鎮咳薬症例』において“咳嗽の軽減”を目的として薬物使用を開始した割合は1/3程度に過ぎず、乱用目的での使用開始がうかがわれた。

その他の動機としては、『覚せい剤症例』では2例が、“覚せい剤と知らずに使用した”、“知らない

うちに飲み物に混入された”と報告した。また、『リタリン症例』では、“ADHDの治療”（1例），“ナルコレプシーの治療”（2例）といった治療目的による初回使用が報告されたが、後者のうち1例では、“誤診”だったという。

21) 薬物初回使用の契機となった人物（表21-1, 21-2）

薬物使用のきっかけとなった人物として“同性の友人”としたものが、『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』の男性、『多剤（規制薬物）』の男女で50%前後と高い割合を示した。『多剤症例（規制薬物）』、『有機溶剤症例』、『覚せい剤症例』の女性で、“異性の友人”が30~50%前後と他の薬物症例群に比較して高い割合を示した。これに対して、『鎮痛薬症例』、『鎮咳薬症例』、『多剤症例（医薬品）』などでは、“自発的使用”の割合が比較的高かった。『リタリン症例』では“医師”の割合が最も高かった。なお、『覚せい剤症例』では“密売人”との接触が初回使用のきっかけとなっている症例は男性の約2%にみられた。また、“インターネット”が使用契機となったとの報告が2例でみられた。

22) 最近1年間における薬物の主な入手経路（表22-1, 22-2）

最近1年以内に使用歴のない割合は、『覚せい剤症例』などで高かった。入手経路としては、『覚せい剤症例』、『大麻症例』では10~20%前後が“密売人”と高い割合を示した。『覚せい剤症例』の女性では、“恋人・愛人”が9.3%と他の薬物症例に比較して高い傾向がみられた。一方、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『リタリン症例』および『多剤症例（医薬品）』では“医師”または“薬局”からの入手の割合が高かった。とくに『鎮痛薬症例』、『鎮咳薬症例』ではOTCを使用している割合が高かった。なお、“インターネット”を利用した入手が3例でみられた。

23) 主たる使用薬物別にみた主診断（表23）

症例全体としてみると、“【Flx.2】依存症候群”が37.8%、“【Flx.5】精神病的障害”（症状持続が6

ヶ月以内および6ヵ月以上合わせて）27.2%、“【Flx.7】残遺性障害および遅発性精神病的障害”23.7%と高かった。“【Flx.5】精神病的障害（>6M）”は『覚せい剤症例』、『有機溶剤症例』、『大麻症例』で高く、“【Flx.7】残遺性障害および遅発性精神病的障害”は『多剤症例（規制薬物）』、『覚せい剤症例』、『鎮咳薬症例』でそれぞれ20~40%と高い割合を示した。一方、“【Flx.2】依存症候群”は、医薬品症例群での比率が高く、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』、『多剤症例（医薬品）』などでは70~80%がこれに該当していた（表23-1）。

主・副診断いずれかで“依存症候群”に該当する症例の割合は60~80%と高く、症例全体では68.2%であった。とくに『睡眠薬症例』と『リタリン症例』では高い割合を示し、ともに90%を超えていた（表23-2）。

“【Flx.57】精神病的障害（症状持続>6M）”はICD-10の診断基準からは外れるが、2002年度の調査よりICD-10診断分類に追加した項目である。

24) 性別にみたICD-10による主診断（表24）

女性症例の約50%が“【Flx.2】依存症候群”に該当し、男性症例の約1/3に比較して高い割合であった。“【Flx.57】精神病的障害（症状持続>6M）”および“【Flx.7】残遺性障害および遅発性精神病的障害”では、それぞれ21.0%、25.6%と、いずれも男性において高い傾向がみられた。男女とも慢性的な病態が優位であることがうかがわれた。

25) 臨床用量依存について（表25）

臨床用量依存と考えられる症例を主たる薬物別にみると、『睡眠薬症例』および『抗不安薬症例』、『多剤症例（医薬品）』でいずれも80%を超え、次いで『リタリン症例』でも46.7%と高い割合を示した（表25-1）。

臨床用量依存の診断ガイドライン5項目については、“1）6ヵ月以上の使用”に該当する割合が75%にみられたが、それ以外の項目では半数以下であった（表25-2）。すべての項目を満たす症例はなく、1）~4）の4項目を満たす症例も104例中5例（4.8%）と少なかった。

26) 精神病エピソードの既往と治療開始年齢(表26)

精神病エピソードの既往は、症例全体の54.0%にみられ、平均の発症年齢は27.0歳であった。薬物別にみると『多剤症例(規制薬物)』、『覚せい剤症例』では70%前後と高く、『大麻症例』、『リタリン症例』でも約60%と高い割合を示した。精神病エピソードの発症年齢は、『有機溶剤症例』で23.9歳と最も低かった。

治療開始年齢は、症例全体の平均は29.4歳で、『有機溶剤症例』では24.0歳と最も低かった。医薬品症例では30~40歳と規制薬物症例に比べて高い傾向がみられた。

27) 精神疾患の家族歴(表27)

“精神疾患の家族歴あり”と報告された症例は130例で、症例全体の24.3%であった。薬物別にみてそれほど大きな差はない。具体的に報告された精神疾患としては、アルコール関連障害35例(26.9%)、気分障害21例(16.2%)、薬物関連障害20例(15.4%)、統合失調症など精神病15例(11.5%)、神経症(不安障害、パニック障害含む)11例(8.5%)などであった。

28) 気分障害の併存について(表28)

気分障害の併存があると報告された症例は51例(9.5%)、併存が疑われるとされた症例は88例(16.4%)で、症例全体の約1/4に何らかの気分障害(疑い含む)の併存がみられた。薬物別にみると、『多剤症例(医薬品)』、『リタリン症例』で50~60%以上と高い割合を示し、次いで『睡眠薬症例』で40.4%と高かった(表28-1)。

性別にみると、女性で約1/3に何らかの気分障害の併存が疑われ、男性に比較して高い傾向がみられた(表28-2)。

気分障害の類型(DSM-IV準拠)の内訳をみると、“うつ病性障害”が71.2%と最も高く、“双極性障害”は5.8%と低かった。うつ病性障害は全体として医薬品症例で高い傾向がみられたが、『大麻症例』、『覚せい剤症例』でも70%前後にみられた(表28-3)。性別にみた内訳では大きな差はみられ

なかった(表28-4)。

気分障害の発症と、薬物使用開始との時間的関係について回答のあった103例について、気分障害の類型別に示した(表28-5)。発症が薬物使用開始前と後ではほぼ同数であったが、双極性障害と報告された症例では、薬物使用開始後の発症の割合が71.4%と高かった。また、症例全体からみた気分障害(疑い含む)の発症年齢は、27.8歳であった。

29) 成育史上の問題について(表29)

成育史上の問題としては、親との離別、不登校、いじめられ体験、家庭内暴力、被虐待体験の有無について質問した。薬物別、性別にみた結果をそれぞれ表29-1、表29-2に示す。これらの成育史上の問題は204例で報告され、症例全体の38.1%であった。それぞれの性別症例における割合をみると、女性症例では51.0%で、男性症例の33.3%に比べて有意に高かった。全体としては医薬品症例で高い割合を示し、とくに『抗不安薬症例』、『多剤症例(医薬品)』では60%以上にみられた。被虐待体験は症例全体の24.5%にみられ、女性で有意に高かった。このほか、不登校、いじめられ体験についても、有意な性差がみられた。

30) 自傷行為・自殺企図の既往について(表30)

自傷行為または自殺企図の既往は、症例全体では186例(34.8%)で報告された。薬物別にみると、『多剤症例(医薬品)』、『抗不安薬症例』で60~70%前後と高い割合を示した(表30-1)。性別にみると、女性では56.6%と男性症例の26.7%に比べて有意に高かった(表30-2)。

31) パーソナリティ障害の併存について

反社会性パーソナリティ障害(表31-1、31-2)および境界性パーソナリティ障害(表31-3、31-4)の併存について、薬物別、性別にみた割合を示した。

反社会性パーソナリティ障害の併存(疑い含む)は114例で、症例全体の21.3%にみられた。薬物別にみると、『多剤症例(規制薬物)』、『覚せい剤

症例』で30%前後と高かった。パーソナリティ障害の顕在化と薬物使用開始との時間的関係をみると、全体では38.6%が薬物使用開始前にすでに障害が存在したが、薬物使用開始後の顕在化も29.8%でみられると報告された。

境界性パーソナリティ障害(疑い含む)は、87例(16.3%)で、医薬品症例で高い傾向がみられた。性別では、女性において有意に併存する割合が高かった。境界性パーソナリティ障害は、薬物使用前から顕在化する症例の割合が高かった。

D. 考察

1) 本年度の実態調査の概括

今回の調査対象施設において回答率は56%を超え、これまでの調査で最も高い回収率を得ることができた。全数調査としては十分満足できる数字であると考えられる。回答率を医療施設の種別でみると、国立病院・療養所が70.2%と最も高く、都道府県立病院を除いては60%前後の回答率を得られ、施設種別で大きなばらつきはみられなかった。全体としては、すべての施設種別より、過半数の回答率を得ることができ、疫学的に意義のある調査であったと考えられる。

1 施設あたりの報告症例数は、国立病院・療養所が14.7例と最も多く、前回調査³⁾よりも増加した。次いで都道府県立病院が7.8例、民間病院も5.2例と増加した。全体としてみれば、薬物関連精神疾患の診療においては、国立ないし都道府県立の医療機関に比較的症例が集中している状況はこれまで同様である。

また、ここ数回の調査では、“該当症例あり”と回答する施設は200~270施設、医療機関全体に占める割合は16%前後、症例数が900症例前後であったが、前回(2004年度)の調査では“該当症例あり”の施設数は75施設(施設数全体の4.5%)、報告された有効症例数も453例と激減した。今年度も、前回調査よりは増えたものの、“該当症例あり”施設は90施設(5.4%)で、回答症例も535例とそれ以前に比較すると少なかった。これが、同意取得など調査の方法論に関連した問題なのか、あるいは実際に薬物関連精神障害患者の受診状況

が変化していることによるのかについては、今回の結果だけでは何とも言えない。しかし、薬物関連精神障害患者の中心となる覚せい剤、有機溶剤については事犯者数も減少傾向にあるので、新規乱用による薬物関連精神障害患者の発生は実際に減少しつつあるのかもしれない。施設あたりの症例数は5.9例と前回同様の値で、これまでの調査に比較すると、増加傾向がみられた。

2) 今年度調査における関心項目

従来からの調査における継続的基礎項目に加えて、今年度は①BZ臨床用量依存、②成育史上の問題、③併存症(気分障害、パーソナリティ障害)について関心項目とした。

① BZ臨床用量依存は、十分にコンセンサスを得た診断基準がないため、井澤らによる診断ガイドラインの提案¹⁾に基づいて、5項目の診断基準を試用した。

② 成育史上の問題については、薬物関連精神障害の成因、症状形成に関与すると思われる項目を設定した。すなわち、発達早期における親との離別体験、学校生活の問題としての不登校・いじめ体験、家庭生活の問題としての家庭内暴力や被虐待体験である。

③ 精神科的併存症は、臨床現場や民間リハビリ施設などで問題になりつつある。依存対象となる薬物と治療上不可欠な薬剤とをどのように適切に判断し用いるかは難しい問題をはらんでいる。今回の調査では、臨床問題となることの多い気分障害の併存の有無に焦点をあて、DSM-IVにしたがった類型化を行った。自傷行為と自殺企図についても質問項目として設定した。また、パーソナリティ障害の問題も治療上重要である。とくに薬物関連精神障害患者の処遇の難しさに関与する要因としてパーソナリティ障害がよく指摘されるが、本来のパーソナリティの問題なのか、あるいは薬物依存に伴う行動の変化がパーソナリティ障害を思わせる様態を示すのかについては、必ずしも厳密に考慮されているかどうか問題がある。調査では、薬物関連精神障害に併存することが多いといわれるパーソナリティ障害のうち、反社会性パーソナリティ障害と境界性パーソナリティ障害に

について DSM-IV の診断基準を挙げて、その併存について調べた。気分障害と同様に、薬物使用との関連を検討するため、時間的関係を問う質問も設定した。

3) 各薬物についてのまとめ

(1) 覚せい剤

① 覚せい剤症例の概観

覚せい剤は依然として「第三次乱用期」にあり、現在の日本において最も深刻な問題をひきおこしている乱用薬物である。事犯検挙者数で見ると、やや減少傾向にあるが、2006 年における押収量は粉末・錠剤型ともに増加し、全薬物事犯の 80.4% を占めるなど⁴⁾、乱用薬物の中心であり、予断を許さない状況は続いていると思われる。

覚せい剤症例は今年度の調査でも 49% と全症例の半数を占めていた (図 1)。「使用歴を有する薬物」としては 63.2% と、これまで同様の高い割合を示している (図 2)。一方、「初回使用薬物」としては 19.1% と有機溶剤に次いでいるが (表 1 9)、2000 年頃より割合は低下傾向にある (図 3)。いずれにしても、依然として精神科医療施設の現場においては、覚せい剤が最も主要な乱用薬物のひとつであることが示されている。

② 性・年齢の特徴

『覚せい剤症例』262 例のうち約 80% が男性で、年齢は 20 歳代後半～30 歳代後半を中心としながら、50 歳代まで幅広い分布がみられる。未成年者の比率は 1991 年調査⁵⁾では 5.2%、1993 年⁶⁾は 8.4%、1994 年⁷⁾は 1.9%、1996 年⁸⁾は 2.0%、1998 年⁹⁾は 1.1%、2000 年¹⁰⁾は 2.1%、2002 年度¹¹⁾は 2.7%、2004 年度は 0.9%¹²⁾であったが、今年度は 0.8% とやや減少していた。

年齢分布においては、女性の方がより低年齢にシフトし、覚せい剤使用開始の平均年齢も男性の 39.6 歳に対して女性では 29.5 歳と低かった。

③ 初回使用年齢・使用期間・使用方法

20 歳未満で覚せい剤使用を開始した者の割合は 105 例 (40%) で、これまでと同様の水準であっ

た。初回使用年齢は男性 21.7 歳に対して、女性では 19.5 歳とわずかに低かった。覚せい剤使用期間が 1 年未満である症例は 5 例 (1.9%) と、前回 (4.9%) より低下した。試用期間が 1 年未満の初期乱用例は最近の調査で減少傾向にある (図 4)。

一方、覚せい剤の使用期間が 5 年以上の症例は 58.8% と高い水準にある。10 年以上の使用期間も約 41.6% にみられ、長期使用の傾向がより強く現れていた (図 5)。

覚せい剤初回使用方法では、男性の 71%、女性の 55% が静注で、女性における加熱吸煙の割合が 19.4% と、男性の 16.1% に比較してやや高い傾向がみられた (図 6)。

④ 交友関係・司法矯正歴・社会生活

“暴力団”や“非行グループ”との関係を有する割合は、全般的に高い傾向がみられた。逮捕・補導歴を有する症例の割合も高く、覚せい剤乱用開始後には男女とも 60% 前後に達していた。矯正施設への入所歴は男性症例の半数近くにみられ、男性では 60.6% と薬物別・性別で最も高かった。無職や離婚率も高く、覚せい剤関連問題による深刻な社会的機能の障害がうかがわれた。

⑤ 喫煙・飲酒歴・薬物使用の動機および契機

『覚せい剤症例』における喫煙・飲酒の開始年齢は、他の薬物群に比較してより低年齢の傾向がみられた。覚せい剤初回使用の契機は、男性の約半数が“同性の友人”と高い割合を示した。女性では、“異性の友人”が 31.5%、“恋人・愛人”が 20.4% と高く、これまで同様に異性パートナーの存在が使用開始の契機となっていることがうかがわれた。薬物使用開始の動機としては、男女とも約半数が“誘われて”であり、“好奇心・興味から”もこれに次いで高かった。

⑥ 精神医学的診断

ICD-10 による診断分類では、『覚せい剤症例』の約 40% は『F15.5：精神障害性障害』に該当した。とくに精神病症状の持続が 6 ヶ月以上に及ぶ『F15.57：精神障害性障害 (>6M)』に該当する症例が 1/4 にみられた。“【F15.7】残遺性障害および遅

発性精神障害性障害”も 90 例 (34.4%) と多く、覚せい剤使用による慢性ないし遷延性の病態の存在がうかがわれる。この傾向は、最近 1 年以内における覚せい剤使用率が 28.6% と低いことから想定される。

薬物誘発性の精神障害性障害については、持続期間の設定に議論がある。DSM の改訂も控えているが、今後、このような薬物使用者にみられる長期にわたって持続する精神障害性障害については、さらに詳細かつ実証的な臨床研究と検討を積み重ね、診断基準について日本の臨床経験をもとに適切な意見を述べていく必要があると考えられる。

⑦ 気分障害・生育史上の問題・パーソナリティ

『覚せい剤症例』における気分障害の併存は、56 例 (21.4%) に報告された。そのうち、36 例 (64.3%) は“うつ病性障害”で、双極性障害の割合は 5.4% と低かった。気分障害の発症が覚せい剤使用開始前、後と考えられる症例はそれぞれ 9 例 (16.1%)、37 例 (66.1%) で、後者の方が多かった。覚せい剤誘発性と考えられた症例はこのうち 12 例であった。

生育史的には、15 歳以前の親との離別、不登校が 1/3 にみられ、被虐待体験も 30% 近くに報告された。反社会性パーソナリティ障害 (傾向も含む) と考えられる症例は、70 例 (26.7%) と、『多剤症例 (規制薬物)』に次いで高い割合を示した。薬物乱用開始前の逮捕・補導歴の内容をみても、他の薬物症例に比較すると暴力事件の割合が高い傾向がうかがわれる (表 1 0-2)。ただし、反社会的パーソナリティ障害が薬物使用開始後に顕在化したと報告された症例も 21 例 (30%) あり、これらの症例では、反社会的行動様式が覚せい剤使用とくに依存症に関連する行動、あるいは精神病エピソードに修飾されている可能性も示唆される。したがって、覚せい剤関連精神障害患者の処遇面の難しさを特定のパーソナリティ障害に帰すことは、慎重でなければならないだろう。これは、覚せい剤に限らず、すべての薬物関連精神障害の診断・治療において要請される臨床的態度であると考えられる。

(2) 有機溶剤

① 『有機溶剤症例』の概観

覚せい剤とならび、日本における代表的な乱用薬物であり、検挙者数は次第に減少しているが、若年で乱用が開始されること、深刻な心身の健康問題や社会的障害をもたらすこと、その入手の容易さなどから、依然として軽視すべきでない薬物である。具体的な物質の記載があったのは一部の症例のみだが、以下のものであった。最近、“ガス類”の報告が一定数みられている。

- ・ シンナー：19 例
- ・ ガス類：8 例
- ・ トルエン：7 例
- ・ ボンド：5 例

『有機溶剤症例』が症例全体に占める割合は 15.1% で、引き続き減少傾向がみられている。しかし、“使用歴を有する薬物”としては覚せい剤に次ぎ、50% 前後と高い水準で経過している (図 2)。また、“初回使用薬物”としては若干減少傾向がみられるものの、覚せい剤を上回り 44.3% と最も高い割合であった。薬物乱用への入り口としての有機溶剤は依然として軽視できないことがわかる。

② 性・年齢の特徴

『有機溶剤症例』の特徴は、約 80% が男性で、平均 16.8 歳という低年齢で乱用が開始されることである。これまで、他の併用薬物のない単独使用者の割合が 2/3 程度にみられてきたが、今回も 53.1% と高かった。

③ 喫煙・飲酒歴、薬物使用歴

喫煙は 14.8 歳と最も低年齢で、飲酒も 16.3 歳と、より低年齢で使用を開始する傾向は、毎回の調査でみられる特徴である。有機溶剤に先行する喫煙体験の役割も軽視できない。

使用期間では、1 年未満の“初期乱用者”は 1.3% と減少傾向にあるが、5 年以上の“長期使用者”の割合は約 60% と高く、覚せい剤と同様慢性病態の存在がうかがわれる。

④ 交友関係、逮捕・補導歴

交友関係では、乱用開始前に“非行グループ”との関係を有する割合は53%と高かった。薬物乱用者との関係は、薬物乱用前にはとくに女性の71%にみられ、高い割合を示した。乱用開始後も男女とも半数近くに関係がみられた。逮捕・補導歴は、乱用開始後には男女とも乱用開始前における割合の2.6～3.6倍程度に増加し、女性で目立っていた。

⑤ 薬物使用の契機、動機、入手経路

初回使用の契機となった人物としては、男性の半数、女性の1/3近くが“同性の友人”とし、他の薬物症例群に比較してより高い割合であった。また、女性では約半数が“異性の友人”と回答し、これらが高いのは従来と同様の傾向である。

薬物初回使用の動機としては、男女とも約半数が“誘われて”で、“好奇心”もとくに女性で約2/3と高かった。薬物入手経路は“友人”が比較的多いが、“密売人”も少なからずみられた。従来の結果と同様に、有機溶剤乱用開始におけるpeer pressure、その後の交友関係のあり方に関する特徴をうかがわせる。

⑥ 精神医学的診断

ICD-10による診断分類では、“【F18.2】依存症候群”が36%と最も高い割合を示し、次いで“【F18.57】精神病性障害(>6M)”が約1/4にみられた。“【F18.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”の16%と合わせると、約40%で症状の遷延・持続化が問題になっていることがうかがえる。

⑦ 気分障害・成育史上の問題・パーソナリティ

『有機溶剤症例』における気分障害の併存率は9.9%と低かった。成育史的には、15歳以前の親との離別体験、不登校、家庭内暴力等は『覚せい剤症例』と同様の割合であったが、“いじめられ体験”が若干高い傾向がみられた。被害体験の報告は9.1%と低かった。パーソナリティ障害の併存の割合も全体からみると高いとはいえなかった。

(3) 睡眠薬・抗不安薬・鎮痛薬

これらの薬物を“主たる使用薬物”とする症例

が全体に占める割合としては、各年度の調査において10%前後と高くはない。ただし、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』の1/4～1/2がそれぞれ抗不安薬、睡眠薬を併用しており、また『多剤症例(医薬品)』では、睡眠薬、抗不安薬の使用率が90%を超える。また、規制薬物症例における使用割合も低くない。

これらの症例の平均年齢は30歳代後半～40歳代後半と他の薬物症例に比較して高く、初回使用年齢も通常は30歳代前後で、3/4以上で最近1年間における使用がみられる。

初回使用の契機となった人物としては“医師”が多いが、“自発的使用”もみられ、これらには主として市販薬(OTC)を自ら購入したケースなどが該当すると思われる。

動機としては、約30～75%が“不眠”、“不安”、“疼痛”といった本来の症状と思われる状態の軽減を目的としていた。使用期間では使用薬物ごとにややばらつきがあるが、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』では8～10年、『鎮痛薬症例』では平均約13年と最も長く、前回同様の傾向がみられた。従来、これらの『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』の中には「BZ臨床用量依存」例が含まれると考えられたため、今年度は調査項目に加えた。

BZ臨床用量依存については、前述したように井澤らによる5項目の診断ガイドライン⁹⁾を用いた。臨床的に「臨床用量依存」と半田された症例は104例で、症例全体の19.7%であった。主たる薬物別にみると、当然ながら『睡眠薬症例』および『抗不安薬症例』で該当する例が多く、両者合わせて84.8%が臨床用量依存に該当し、『多剤症例(医薬品)』でも80.8%が該当した。実際には、診断ガイドライン5項目のすべてを満たす症例はなく、とくに「5」計画的な漸減・中止については實際上、かなり困難な作業であることが予想され、これに該当する症例は27例(26%)と最も低い割合であった。1)～4)の4項目を満たす症例も5例(4.8%)と少なかった。また、BZ以外の薬物を主たる使用薬物とする症例でも、併用するBZ系睡眠薬・抗不安薬の臨床用量依存が少なからずみられることがうかがわれた。臨床用量依存については、診断基準を含めて、より詳細な検討が必要と思われる。

『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』では、気分障害の併存が30～40%と比較的高い割合を示し、その多くはうつ病性障害と報告された。『抗不安薬症例』では、成育史上の問題が12例(63.2%)、自殺企図または自傷行為の既往が11例(57.9%)と高い割合にみられた。境界性パーソナリティ障害(傾向も含む)の併存も7例(36.8%)と『多剤症例(医薬品)』に次いで高い割合を示した。境界性パーソナリティ障害の70%以上が、薬物使用開始前から存在したと報告され、これらの症例では、本パーソナリティ障害あるいは近縁の行動障害が原疾患として存在したことがうかがわれる。

一部の症例で具体的に報告された薬物は、以下のようなものであった。

【睡眠薬】

・フルニトラゼパム	28例
・トリアゾラム	19例
・ブロムワレリル尿素製剤(“ウット”、“リスロン”含む)	12例
・ニトラゼパム	10例
・ゾルピデム	9例
・プロチゾラム	8例
・ゾピクロン	7例
・バルビツレート類	7例
・ベグタミン	6例
・ニメタゼパム	2例
・その他(エスタゾラム、ハイミナル、“ドリエル”など)	各1例

以上のうち、“ウット”、“リスロン”、“ドリエル”は市販品(OTC)である。

【抗不安薬】

・エチゾラム	25例
・アルプラゾラム	5例
・プロマゼパム	5例
・ジアゼパム	3例
・クロキサゾラム	2例
・ロラゼパム	1例

【鎮痛薬】

・ペンタゾシン	5例
・ナロン	4例
・セデス	3例

(4) 鎮咳薬

『鎮咳薬症例』は1982年以来、毎回の調査で報告されており⁸⁾、今回の調査では、主たる使用薬物としては4.3%を占め、わずかだが増加傾向にあった。『鎮咳薬症例』では、男女とも平均23.3歳で鎮咳薬の使用を開始しており、性比は男性優位で、過去1年以内の鎮咳薬使用経験は60%近くにみられ、大麻、覚せい剤、有機溶剤などの規制薬物併用率も比較的高い傾向がみられた。また、約半数が薬物乱用前から薬物乱用者との関係を有していた。これらは従来の鎮咳薬症例の傾向とほぼ同様である。

ICD-10による主診断では、65%が“【F19.2】依存症候群”に該当した。また“【F19.7】残遺性障害および遅発性精神病性障害”が1/4を占め、『鎮咳薬症例』においても症状の慢性化、長期化がうかがわれたのは前回調査と同様であった。

なお、具体的に報告された鎮咳薬は以下のようなもので、すべてOTCであった。

・ブロン液	16例
・ブロン錠	10例
・トニン	8例
・ブロン	2例
・ガノン液	1例

(5) 大麻

大麻はこのところ検挙者数、押収量が増加傾向にあり、最も乱用拡大が懸念される薬物のひとつである。『大麻症例』は1987年度調査より報告されるようになったが¹⁰⁾、主たる使用薬物症例数としては少数で推移していた。ところが、2002年度から2%を超えて増加傾向にあり、今年度は前回の3.8%より減じたが、なお2.4%と高い水準にあった。

また、過去に大麻使用歴のある症例は、ここ数年の調査において回答症例全体の10%前後を占めていたが、2002年度は22.0%、2004年度は38.1%へと急増し、今年度も27.7%と高い割合を示した。一般社会での大麻乱用の拡大の影響が、精神医療

の現場に及びつつある。

『大麻症例』は70%以上が男性で、平均27.9歳であった。薬物乱用前に男性の30%が非行グループと、男女合わせて約半数が薬物乱用者との関係を持ち、逮捕・補導歴、矯正施設への入所歴を有する割合は、規制薬物使用症例群の中では低かった。また、半数近くに覚せい剤の使用歴がみられた。これらの特徴は、これまでと同様の傾向である。

一方、『多剤症例（規制薬物）』では半数以上に大麻使用歴があり、初回使用年齢からみると、有機溶剤(16.1歳)→大麻(20.5歳)→覚せい剤(22.4歳)という多剤併用の時間的流れが推測された。また、『覚せい剤症例』では約1/3に大麻使用歴がみられ、初回使用年齢は覚せい剤とほぼ同年齢であった。

『大麻症例』の乱用開始にあたっては、男性症例の半数が“誘われて”、“好奇心・興味から”を動機とし、“同性の友人”を契機としていた。他の薬物症例に比較して、大麻使用における自己治療的な意味合いは少ないことがうかがわれた。最近1年以内の薬物入手は1/4が“友人”、“知人”からで、容易に入手できる状況がうかがわれた。診断としては、“【F12.5】精神病的障害”が60%を超え、症状の長期遷延例も少なからずみられた。これらの傾向はこれまで同様である。

(6) メチルフェニデート（リタリン）

これまでの調査においても、メチルフェニデート（リタリン）症例は一定数の報告がみられていたため、今回の調査では独立した薬物として集計した。

2004年度調査では、リタリンの使用歴を有する症例として19例の報告があったが、今年度は30例(5.6%)と増加した。主たる使用薬物症例としても15例(2.8%)であった。リタリン症例では、気分障害の併存が53.3%にみられたことにも示されているように、その使用開始は何かの治療目的であることが多いが、“刺激を求めて”などの乱用目的も男性症例でみられた。ADHD、ナルコレプシーに対する投与もわずかが報告されている。診断としては、3/4が“【F15.2】依存症候群”に

該当し、乱用開始から依存に至る期間も、平均9.2ヵ月と短かった(表18)。

『リタリン症例』では、半数以上に気分障害の併存が指摘され、そのほとんどがうつ病性障害であった(表28)。成育史上の問題が半数近くで、自傷行為・自殺企図の既往が40%で報告されており、これらが相互に関連している可能性も否定できない。

なお、これまでの調査からリタリン依存は早期に重症化しやすい傾向が指摘されており¹²⁾、うつ病に対するエビデンスも十分とはいえず¹³⁾、多くが医原性の側面をもっていることを考えると、早急に何らかの行政的対応が求められる。

(7) その他の薬物

症例全体で使用歴があると報告されたその他の薬物には以下のようなものがみられた。

- ・ MDMA 51例
- ・ コカイン 37例
- ・ LSD 34例
- ・ ヘロイン 17例
- ・ マジック・マッシュルーム 17例

MDMAは押収量、検挙者数ともに年々倍増しており、本調査においても2004年度より報告数が増加した。大麻とともに乱用拡大がきわめて懸念される乱用物質である。MDMA(あるいはMDA)の錠剤には、その他の成分としてメタンフェタミン、カフェイン、エフェドリン、コカイン、ケタミンなどが混在する錠剤も流通していることが確認されており¹⁴⁾、引き続き注意深く見守ることが必要であろう。

他の薬物としては、以下のような薬物が報告された(各1例)。

【麻薬指定薬物】

- ・ AMT: 3-(2-アミノプロピル)インドール
- ・ 5-Meo-DIPT: 3-[2-(ジイソプロピルアミノ)エチル]-5-メトキシインドール
- ・ 3CPP: 1-(3-クロロフェニル)ピペラジン
- ・ メチロン: 2-メチルアミノ-1-(3,4-メチレンジオキシフェニル)プロパン-1-オン

【薬事法指定薬物】

- ・ 4-FMP: 4-フルオロプロフェタミン

【東京都知事指定薬物】

- ・ 2C-I: 2,5-ジメトキシ-4-メチルフェタミン
- ・ 5-Meo-AMT: 3-(2-アミノプロピル)-2-メトキシインドール

【その他】

- ・ GBL: ガンマブチロラクトン

上記のうち、5-Meo系(俗称“フォクシー”など)は経口、経鼻、経直腸的に摂取され、男性同性愛者などの間で乱用されることがある。サイロシンなどと類似の幻覚作用をもち、中枢神経に対する毒性もかなり強いことが報告されており¹⁵⁾、同様に十分な注意と対策が必要である。2005年4月17日より麻薬として規制されている。

3CPP(俗称“Super Speed Star”など)は、東京都の知事指定薬物であったが、2006年10月13日より麻薬として規制されている。

メチロン(俗称“methyline”など)も、いわゆる脱法ドラッグとして一部で乱用されてきており、知事指定薬物であったが、2007年2月3日より麻薬として規制されることになった。メチロンは化学構造上、MDMAと酷似しており、同様に依存形成と中枢興奮作用を有することが知られている¹⁶⁾。なお、ピリン系解熱鎮痛剤のメチロン(スルピリン)とは異なる。

4-FMPはアンフェタミン類似物質で、2006年の薬事法改正により、第12条第14項「中枢神経系の興奮若しくは抑制又は幻覚的作用(当該作用の維持又は強化の作用を含む。)を有する蓋然性が高く、かつ、人の体に使用された場合に保健衛生上の危害が発生するおそれがある物」として規制される「指定薬物」に含まれる。

2C-I(俗称: Black Label など)、5-Meo-AMT(俗称: Super Speed Star など)は2005年6月より知事指定薬物とされている。

GBLは鎮静作用をもち、欧米では“Party Drug”、ときには“Date-Rape Drug”として乱用や不正使用されることもある。すでに麻薬指定されているGHB(GABA代謝物)の前駆物質で、1,4-ブタンジオ

ールも同様の作用をもつと考えられる。

比較的最近に麻薬として指定された物質や、知事指定薬物、薬事法指定薬物に該当する物質は、その生体作用について厳密な科学的評価が行われていない場合が多く、臨床上の問題も予測しがたい場合がある。急性中毒の症候や、他の薬物との相互作用など不明な点が多いので、現場では注意が必要である。これらの物質の入手経路としてのインターネットも、今回は全体で数例に報告されたに過ぎないが、潜在的にはより多くの例が予想される。予防教育の中でどのように取り上げていくか検討が必要だろう。

E. 結 論

1) 全国の精神科病床を有する医療施設1,653施設を対象に、薬物関連精神疾患の実態調査を郵送法にて施行し、937施設(56.7%)から535症例の報告を得た。

2) 主たる使用薬物別にみると、『覚せい剤症例』が262例(49.0%)と最も多く、『有機溶剤症例』81例(15.1%)と合わせると全体の2/3近くを占め、依然として両薬物が精神医療の現場においても主要な乱用薬物であることが確認された。

3) 次いで、『睡眠薬症例』47例(8.8%)、『鎮咳薬症例』23例(4.3%)、『多剤症例(医薬品)』26例(4.9%)、『多剤症例(規制薬物)』が22例(4.1%)、『抗不安薬症例』19例(3.6%)、『その他症例』18例(3.4%)、『リタリン症例』15例(2.8%)、『大麻症例』13例(2.4%)、『鎮痛薬症例』9例(1.7%)の順で報告が多かった。

4) 『覚せい剤症例』が全症例に占める割合および「使用歴を有する薬物」としてもこれまで同様最も高い割合を占めており、検挙者数はやや減少傾向にあるが、今後の精神医療の現場における推移を注意が必要であると考えられた。

5) 『覚せい剤症例』の病態としては、精神病的障害が中心で、とくに長期にわたる遷延性の状態像がうかがわれ、これは従来の調査と同様の傾向であった。

6) 社会における有機溶剤乱用は全体として下火になりつつあり、本調査における『有機溶剤症例』

の占める割合も徐々に減少傾向にあるが、「使用歴を有する薬物」としては 48%と覚せい剤に次いで高い割合を示し、これまで同様の高い水準を保っていた。また、「初回使用薬物」としては 44.3%と最も高い割合を示しており、薬物乱用への入門薬としての役割は依然として軽視できないと考えられた。

7)『有機溶剤症例』では飲酒・喫煙、薬物乱用がより低年齢で開始されていた。低年齢からの有機溶剤乱用は、成長期における健康問題のみならず、深刻な心理・社会的障害を引き起こすことにつながり、薬物乱用防止教育における重要性があらためて認識された。

8)『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』、『鎮痛薬症例』では平均年齢、使用開始年齢など高く、複数の薬物を併用する傾向がみられた。病態としては、依存症候群を呈する割合が高く、『睡眠薬症例』、『抗不安薬症例』の 80%以上が臨床用量依存に該当すると報告された。

9)『鎮咳薬症例』は主たる使用薬物としては 4.3%とやや増加傾向にあった。比較的 low年齢で乱用を開始しており、性比、交友関係などにおいて規制薬物症例に近い特徴をもっていること、依存症候群に該当する割合は 60%以上と高いこと、等の特徴は従来の調査と同様であった。

10)大麻は乱用拡大が懸念される薬物であり、『大麻症例』は全体の 2.4%と前回調査よりは若干減少したものの、「大麻使用歴を有する症例」は全体の 27.7%と高水準を保ち、症状の遷延例も少なからず存在することがうかがわれた。

11)『リタリン症例』は 15 例 (2.8%) 報告され、使用歴を有する症例としては 30 例と増加傾向がみられた。約半数に気分障害の併存がみられ、自傷・自殺企図、成育史上の問題を有する割合も比較的高く、これらが相互に関連している可能性が示唆された。診断としては依存症候群の割合が高く、依存への進行の速さがうかがわれた。

12) パーソナリティ障害としては、『覚せい剤症例』で反社会性パーソナリティ障害、『多剤症例 (医薬品)』、『抗不安薬症例』で境界性パーソナリティ障害の併存率が高い傾向がみられた。しかし、反社会性パーソナリティ障害では、薬物使用後に障

害が顕在化した例が少なくないことから、薬物関連精神障害患者におけるパーソナリティの評価は、薬物使用の影響を考慮に入れて慎重に行われるべきと考えられた。

13) その他の薬物としては、報告数は少ないものの、新規に麻薬指定を受けた物質、改正薬事法における新規指定薬物、知事指定薬物など多様な物質が報告された。臨床現場においても、これらの薬理作用や関連法規等についての知識や情報の迅速かつ適切な共有が必要であると思われた。

謝 辞

日々の臨床でご多忙の中、本実態調査にご協力いただきました全国の精神科医療施設の医師の皆様ならびに関係者の方々、患者の皆様により厚く御礼申し上げます。

F. 研究発表

1) 論文・著書

- (1) Shigeru Ozaki and Kiyoshi Wada : Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital settings. Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 41(2) : 89-99, 2006.
- (2) 尾崎 茂, 和田 清 : 睡眠薬乱用・依存の実態と対策。臨床精神薬理 9 : 2011-2016, 2006.
- (3) 尾崎 茂, 和田 清 : ベンゾジアゼピン依存の疫学と国際比較。臨床精神医学 35(12) : 1675-1981, 2006.

2) 口頭発表

- (1) 尾崎 茂 : 物質依存と犯罪—その実態と問題点—。第 41 回日本アルコール・薬物医学会総会シンポジウム VI 「アルコール・薬物依存の犯罪と法律」, 2006/7/27, 京都。
- (2) 尾崎 茂, 和田 清 : 薬物関連精神障害患者におけるパーソナリティの特徴。第 41 回日本アルコール・薬物医学会総会, 2006/7/28, 京都。
- (3) 尾崎 茂 : 物質関連障害の診断基準について。

第 18 回日本アルコール精神医学会・第 9 回ニコチン・薬物依存研究フォーラム平成 18 年度合同学術総会, 合同シンポジウム「DSM-V 物質関連障害診断基準草案作成への提言 : DSM-IV の検討課題と今後の研究」。2006/9/29, 千葉。

G. 参考文献

- 1) 井澤志名野, 早川達郎, 和田 清 : ベンゾジアゼピン系薬物の使用原則と臨床用量依存の診断と治療。白倉克之ら編, アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン, p207-222, じほう, 2003.
- 2) Ridenour, T.A., Maldonado-Molina, M., Compton, W.M., et al: Factors associated with the transition from abuse to dependence among substance abusers: implications for a measure of addictive liability. Drug Alcohol Depend., 80(1):1-14, 2005.
- 3) 尾崎 茂, 和田 清 : 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 16 年度厚生労働科学研究補助金 (医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業) 「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」 (主任研究者 : 和田清) 研究報告書 : 89-126, 2005.
- 4) 警察庁刑事局組織犯罪対策部薬物銃器対策課 : 平成 18 年中の薬物・銃器情勢。2007 年 2 月。
- 5) 福井 進, 和田 清, 伊豫雅臣他 : 薬物乱用・依存の実態と動向に関する研究 (その 2) —医療施設実態調査より—。厚生省精神・神経疾患研究委託費—薬物依存の発生機序と臨床および治療に関する研究。平成 3 年度報告書 : 143-152, 1992.
- 6) 清水順三郎, 福井 進 : 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 5 年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会医学的, 精神医学的特徴に関する研究。平成 5 年度研究成果報告書 : 79-104, 1994.
- 7) 清水順三郎 : 精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 6 年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存の社会医学的, 精神医学的特徴に関する研究。平成 6 年度研究成果報告書 : 87-118, 1995.
- 8) 尾崎 茂 : 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 8 年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究。第 1 分冊「薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究」平成 8 年度研究成果報告書 : 61-86, 1997.
- 9) 尾崎 茂, 和田 清, 福井 進 : 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 10 年度厚生科学研究費補助金「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」。平成 10 年度研究報告書 : 85-116, 1999.
- 10) 尾崎 茂, 和田 清, 福井 進 : 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 12 年度厚生科学研究費補助金「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」。平成 12 年度研究報告書 : 77-118, 2001.
- 11) 尾崎 茂, 和田 清 : 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 14 年度厚生科学研究補助金「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究および社会的損失に関する研究」研究報告書 : 87-128, 2003.
- 12) Shigeru Ozaki and Kiyoshi Wada : Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital settings. Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 41(2) : 89-99, 2006.
- 13) 樋口輝彦 : Methylphenidate のうつ病に対する有効性について。精神医学 47(6) : 588-594, 2005.
- 14) Yukiko Makino, Satoshi Tanaka, Shingo

Kurobane, et al. Profiling of Illegal Amphetamine-type Stimulant Tablets in Japan. J. Health Sci., 2003.

- 15) 船田正彦：MDMA 及び脱法ドラッグの神経毒性ならびに精神依存発現メカニズムの解明。平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）研究報告書：1-47, 2004。
- 16) 船田正彦：MDMA 類似誘導体の薬物依存性評価システム構築に関する研究。平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「脱法ドラッグの構造修飾特性とその依存性および神経毒性発現の関連性」研究報告書，9-21, 2006。

表1 精神科医療施設の種別と回答状況

	総施設数	回答のあった施設数と症例数				1施設あたり 回答症 例数
		回答あり 施設数	症例あり		症例なし 施設数	
			施設数	回答症例数		
国立病院・療養所 自治体立病院	47 (2.8%)	33 (70.2%)	10 (21.3%)	147 (27.5%)	23 (48.9%)	14.7
都道府県立病院	77 (4.7%)	40 (51.9%)	12 (15.6%)	93 (17.4%)	28 (36.4%)	7.8
市町村立病院	75 (4.5%)	47 (62.7%)	6 (8.0%)	6 (1.1%)	41 (54.7%)	1.0
大学医学部附属病院	84 (5.1%)	51 (60.7%)	10 (11.9%)	17 (3.2%)	41 (48.8%)	1.7
民間病院	1370 (82.9%)	766 (55.9%)	52 (3.8%)	272 (50.8%)	714 (52.1%)	5.2
	1653 (100.0%)	937 (56.7%)	90 (5.4%)	535 (100.0%)	847 (51.2%)	5.9

表2 主たる使用薬物別にみた症例数(%)

薬物分類	男 性	女 性	合 計
覚せい剤	208 (53.3%)	54 (37.2%)	262 (49.0%)
有機溶剤	64 (16.4%)	17 (11.7%)	81 (15.1%)
睡眠薬	28 (7.2%)	19 (13.1%)	47 (8.8%)
抗不安薬	12 (3.1%)	7 (4.8%)	19 (3.6%)
鎮痛薬	5 (1.3%)	4 (2.8%)	9 (1.7%)
鎮咳薬	16 (4.1%)	7 (4.8%)	23 (4.3%)
大 麻	10 (2.6%)	3 (2.1%)	13 (2.4%)
リタリン	10 (2.6%)	5 (3.4%)	15 (2.8%)
その他	12 (3.1%)	6 (4.1%)	18 (3.4%)
多剤(医薬品)	9 (2.3%)	17 (11.7%)	26 (4.9%)
多剤(規制薬物)	16 (4.1%)	6 (4.1%)	22 (4.1%)
計	390 (100.0%)	145 (100.0%)	535 (100.0%)

表3-1 主たる使用薬物別にみた性別・年齢の分布

性別 性 比	寛せい剤 (262例)		有機溶剤 (81例)		睡眠薬 (47例)		抗不安薬 (19例)		鎮痛薬 (9例)		鎮咳薬 (23例)	
	男性 (79.4%)	女性 (20.6%)	男性 (79.0%)	女性 (21.0%)	男性 (59.6%)	女性 (40.4%)	男性 (63.2%)	女性 (36.8%)	男性 (55.6%)	女性 (44.4%)	男性 (69.6%)	女性 (30.4%)
年齢構成												
≤14	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
15~19	1 (0.5%)	1 (0.5%)	2 (3.1%)	3 (17.6%)	0 (0.0%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
20~24	8 (3.8%)	13 (24.1%)	6 (9.4%)	4 (23.5%)	1 (3.6%)	3 (15.8%)	1 (8.3%)	1 (14.3%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)
25~29	25 (12.0%)	14 (25.9%)	9 (14.1%)	4 (23.5%)	4 (14.3%)	3 (15.8%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)	1 (14.3%)
30~34	42 (20.2%)	13 (24.1%)	11 (17.2%)	2 (11.8%)	6 (21.4%)	2 (10.5%)	2 (16.7%)	2 (28.6%)	1 (20.0%)	2 (50.0%)	2 (12.5%)	1 (14.3%)
35~39	39 (18.8%)	9 (16.7%)	24 (37.5%)	1 (5.9%)	1 (3.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (25.0%)	2 (28.6%)
40~44	35 (16.8%)	1 (1.9%)	5 (7.8%)	1 (5.9%)	4 (14.3%)	1 (5.3%)	4 (33.3%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (18.8%)	0 (0.0%)
45~49	22 (10.8%)	1 (1.9%)	3 (4.7%)	1 (5.9%)	3 (10.7%)	1 (5.3%)	2 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (6.3%)	1 (14.3%)
50~54	16 (7.7%)	1 (1.9%)	1 (1.6%)	1 (5.9%)	1 (14.3%)	1 (5.3%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (25.0%)	1 (14.3%)
55~59	12 (5.8%)	0 (0.0%)	2 (3.1%)	0 (0.0%)	1 (3.6%)	1 (5.3%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
60~64	4 (1.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (7.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
65~	4 (1.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (7.1%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (20.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
不明	0 (0.0%)	1 (1.9%)	1 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
計	208 (100.0%)	54 (100.0%)	64 (100.0%)	17 (100.0%)	28 (100.0%)	19 (100.0%)	12 (100.0%)	7 (100.0%)	5 (100.0%)	4 (100.0%)	16 (100.0%)	7 (100.0%)
平均(男女別)	39.6±10.4	29.5±6.9	34.2±8.3	29.9±10.3	43.2±13.7	41.5±20.6	39.8±10.1	34.7±16.6	47.0±19.4	47.8±16.8	40.9±9.0	37.3±10.4
平均(全体)	37.5±10.6		33.1±8.9		42.5±16.7		37.9±12.7		47.3±17.1		39.8±9.4	

表3-2 主たる使用薬物別にみた性別・年齢の分布

性別 性 比	大麻 (13例)		リタリン (15例)		その他 (18例)		多剤 (医薬品) (26例)		多剤 (規制薬物) (22例)	
	男性 (76.9%)	女性 (23.1%)	男性 (66.7%)	女性 (33.3%)	男性 (66.7%)	女性 (33.3%)	男性 (34.6%)	女性 (65.4%)	男性 (72.7%)	女性 (27.3%)
年齢構成										
≤14	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
15~19	0 (0.0%)	1 (33.3%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	2 (33.3%)
20~24	2 (20.0%)	0 (0.0%)	2 (20.0%)	0 (40.0%)	2 (8.3%)	1 (16.7%)	2 (22.2%)	2 (11.8%)	2 (12.5%)	1 (16.7%)
25~29	4 (40.0%)	1 (33.3%)	2 (20.0%)	1 (20.0%)	4 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (35.3%)	5 (31.3%)	0 (0.0%)
30~34	2 (20.0%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	3 (50.0%)	0 (0.0%)	3 (17.6%)	1 (6.3%)	1 (16.7%)
35~39	2 (20.0%)	0 (0.0%)	3 (30.0%)	1 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	1 (5.9%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)
40~44	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	1 (33.3%)	3 (33.3%)	3 (17.6%)	1 (6.3%)	2 (33.3%)
45~49	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)	0 (0.0%)
50~54	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	1 (8.3%)	1 (0.0%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
55~59	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (12.5%)	0 (0.0%)
60~64	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)
65~	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
不明	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.3%)	0 (0.0%)
計	10 (100.0%)	3 (100.0%)	10 (100.0%)	5 (100.0%)	12 (100.0%)	6 (100.0%)	9 (100.0%)	17 (100.0%)	16 (100.0%)	6 (100.0%)
平均(男女別)	29.0±4.9	24.3±6.7	29.6±7.9	31.8±11.7	33.7±10.3	31.6±6.9	38.7±10.7	29.8±7.5	37.1±13.2	27.5±11.2
平均(全体)	27.9±5.4		30.4±9.1		33.1±9.2		32.8±9.5		34.4±13.1	

表4 主たる使用薬物別にみた最終学歴

最終学歴	寛せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬		大麻		リタリン		その他		多剤 (医薬品)		多剤 (規制薬物)		計
	現在(%)	過去(%)	現在(%)	過去(%)	現在(%)	過去(%)	現在(%)	過去(%)	現在(%)	過去(%)	現在(%)	過去(%)	現在(%)	過去(%)	現在(%)	過去(%)	現在(%)	過去(%)	現在(%)	過去(%)	現在(%)	過去(%)	
小学校	1 (0.4%)				1 (2.1%)																		2 (0.4%)
中学校	4 (1.5%)	2 (2.5%)	30 (37.0%)	6 (12.8%)	1 (5.3%)	1 (11.1%)	4 (17.4%)	1 (6.7%)	2 (7.7%)	8 (38.4%)	138 (25.8%)												3 (0.6%)
高等学校	64 (24.4%)	27 (33.3%)	7 (14.9%)	3 (15.8%)	1 (11.1%)	4 (17.4%)	1 (7.7%)	1 (6.7%)	3 (11.5%)	4 (18.2%)	115 (21.5%)												6 (1.1%)
専門学校	44 (16.8%)	9 (11.1%)	7 (14.9%)	5 (26.3%)	2 (22.2%)	7 (30.4%)	5 (38.5%)	2 (13.3%)	2 (13.3%)	6 (23.1%)	5 (22.7%)	92 (17.2%)											4 (0.7%)
大学	22 (8.4%)	2 (2.5%)	5 (10.8%)	2 (10.5%)	2 (22.2%)	1 (4.3%)	1 (7.7%)	1 (6.7%)	8 (53.3%)	6 (23.1%)	2 (9.1%)	44 (8.2%)											
不明																							
計	262 (100.0%)	81 (100.0%)	47 (100.0%)	19 (100.0%)	9 (100.0%)	23 (100.0%)	13 (100.0%)	15 (100.0%)	18 (100.0%)	26 (100.0%)	22 (100.0%)	535 (100.0%)											

表5-1 主たる使用薬物別にみた職業別(薬物乱用前および現在)

職業別	寛せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬		鎮咳薬	
	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)
1 無職者	3 (1.1%)	2 (0.8%)			1 (1.2%)							
2 商人(卸・小売)												
3 不動産業												
4 金融業	1 (0.4%)	1 (0.4%)										
5 自営職人	2 (0.8%)	3 (1.1%)	1 (1.2%)	1 (1.2%)							1 (11.1%)	
6 露店・行商	2 (0.8%)											
7 その他自営業	2 (0.8%)	1 (0.4%)			1 (2.1%)						2 (22.2%)	
8 団体役員												
9 金店員	9 (3.4%)	8 (3.1%)	1 (1.2%)	8 (17.0%)	2 (4.3%)	2 (4.3%)	2 (10.5%)	1 (5.3%)			3 (13.0%)	2 (8.7%)
10 店員	10 (3.8%)	1 (0.4%)	2 (2.5%)	4 (4.8%)	2 (4.3%)	2 (4.3%)						
11 工員	5 (1.9%)	2 (0.8%)	6 (7.4%)	1 (1.2%)	1 (2.1%)		2 (10.5%)	1 (5.3%)			1 (4.3%)	1 (4.3%)
12 公務員	2 (0.8%)				3 (6.4%)	1 (2.1%)	1 (5.3%)	2 (10.5%)				
13 風俗営業関係	11 (4.2%)	3 (1.1%)	1 (1.2%)	1 (1.2%)	2 (4.3%)	2 (4.3%)					1 (4.3%)	1 (4.3%)
14 飲食業	12 (4.6%)	1 (0.4%)	2 (2.5%)	3 (6.4%)	2 (4.3%)	1 (5.3%)					3 (13.0%)	2 (8.7%)
15 興業関係												
16 旅館業												
17 交通運輸	7 (2.7%)	3 (1.1%)	2 (2.5%)	1 (1.2%)	1 (2.1%)		1 (5.3%)					
18 土木建築業	32 (12.2%)	16 (6.1%)	12 (14.8%)	4 (4.8%)	4 (8.5%)						1 (4.3%)	
19 日雇い労働者	4 (1.5%)				1 (2.1%)							
20 その他の被雇用者	4 (1.5%)	4 (1.5%)			1 (2.1%)		1 (5.3%)				1 (4.3%)	1 (4.3%)
21 医療関係	2 (0.8%)	2 (0.8%)			4 (8.5%)	3 (6.4%)	1 (5.3%)				1 (4.3%)	2 (8.7%)
22 芸能関係	1 (0.4%)	1 (0.4%)									1 (11.1%)	
24 小学生												
25 中学生	35 (13.4%)	22 (27.2%)			1 (2.1%)							
26 高校生	13 (5.0%)	1 (0.4%)	5 (6.2%)	1 (1.2%)	1 (2.1%)		2 (10.5%)	1 (5.3%)				
27 大学生	5 (1.9%)	2 (0.8%)			1 (2.1%)		1 (5.3%)					
28 各種学校生	1 (0.4%)	1 (0.4%)	1 (1.2%)									
29 主婦	4 (1.5%)		3 (3.7%)	2 (4.3%)	3 (6.4%)	1 (5.3%)					2 (22.2%)	
30 家事手伝い	4 (1.5%)											
31 無職	43 (16.4%)	150 (57.3%)	8 (9.9%)	46 (56.8%)	4 (8.5%)	26 (55.3%)	1 (5.3%)	9 (47.4%)	1 (11.1%)	4 (44.4%)	2 (8.7%)	11 (47.8%)
32 不定	5 (3.1%)	4 (1.5%)	3 (3.7%)		1 (2.1%)							
33 不明	25 (9.5%)	22 (8.4%)	10 (12.3%)	9 (11.1%)	1 (2.1%)	3 (6.4%)	1 (5.3%)	2 (10.5%)	2 (22.2%)	1 (11.1%)		
34 その他	23 (8.8%)	24 (9.2%)	5 (6.2%)	6 (7.4%)	6 (12.8%)		3 (15.8%)	1 (5.3%)			1 (11.1%)	4 (17.4%)
計	262 (100.0%)	262 (100.0%)	81 (100.0%)	81 (100.0%)	47 (100.0%)	47 (100.0%)	19 (100.0%)	19 (100.0%)	9 (100.0%)	9 (100.0%)	23 (100.0%)	23 (100.0%)

表5-2 主たる使用薬物別にみた職業歴(薬物乱用前および現在)

	大麻		リタリン		その他		多剤(医薬品)		多剤(規制薬物)	
	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)	乱用前(%)	現在(%)
1 農林漁業										
2 商人(卸・小売り)							1 (3.8)	1 (3.8)		
3 不動産業						1 (5.6)				
4 金融業							1 (3.8)			
5 自営職人										
6 露天・行商	1 (7.7)	1 (7.7)								
7 その他自営業					1 (5.6)	1 (5.6)			1 (4.5)	
8 団体役員										
9 会社員	1 (7.7)	1 (7.7)	4 (26.7)	2 (13.3)	1 (5.6)		2 (7.7)		2 (9.1)	1 (4.5)
10 店員					2 (11.1)		1 (3.8)	1 (3.8)		
11 工員					4 (22.2)	1 (5.6)				
12 公務員			2 (13.3)	3 (20.0)			1 (3.8)			
13 風俗営業関係	1 (7.7)		1 (6.7)	1 (6.7)	1 (5.6)	1 (5.6)	1 (3.8)			1 (4.5)
14 飲食業				1 (6.7)			3 (11.5)		2 (9.1)	
15 興業関係							1 (3.8)			
16 旅館業										
17 交通運輸	1 (7.7)	2 (15.4)								1 (4.5)
18 土木建築業	1 (7.7)					1 (5.6)		2 (9.1)		
19 日雇い労働者										
20 その他の被雇用者	2 (15.4)	1 (7.7)			1 (5.6)	1 (5.6)	1 (3.8)	1 (3.8)		1 (4.5)
21 医療系関係					2 (11.1)		1 (3.8)	1 (3.8)		
22 芸能関係										
24 小学生									1 (4.5)	
25 中学生							2 (7.7)		2 (9.1)	
26 高校生	1 (7.7)	1 (7.7)	2 (13.3)				1 (3.8)		2 (9.1)	
27 大学生	2 (15.4)		2 (13.3)		1 (5.6)		1 (3.8)	1 (3.8)	1 (4.5)	
28 各種学校生			1 (6.7)							
29 主婦						3 (16.7)	1 (3.8)	2 (7.7)		1 (4.5)
30 家事手伝い		1 (7.7)								
31 無職		3 (23.1)	2 (13.3)	6 (40.0)		3 (16.7)	1 (3.8)	12 (46.2)	2 (9.1)	14 (63.6)
32 不定				1 (6.7)	1 (5.6)	1 (5.6)			3 (13.6)	1 (4.5)
33 不明	2 (15.4)	2 (15.4)	1 (6.7)		3 (16.7)	2 (11.1)	6 (23.1)	5 (19.2)	2 (9.1)	1 (4.5)
34 その他	1 (7.7)	1 (7.7)			1 (5.6)	2 (11.1)	1 (3.8)	2 (7.7)	2 (9.1)	
計	13 (100.0)	13 (100.0)	15 (100.0)	15 (100.0)	18 (100.0)	18 (100.0)	26 (100.0)	26 (100.0)	22 (100.0)	22 (100.0)

表6 暴力団との関係(複数回答)

(主たる使用薬物)	乱用開始前		乱用開始後		これまでなし		不明		計	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
覚せい剤 (男)	55 (26.4%)		55 (26.4%)		56 (26.9%)		50 (24.0%)		208 (100.0%)	
覚せい剤 (女)	14 (25.9%)		15 (27.8%)		14 (25.9%)		15 (27.8%)		54 (100.0%)	
有機溶剤 (男)	4 (6.3%)		12 (18.8%)		33 (51.6%)		14 (21.9%)		64 (100.0%)	
有機溶剤 (女)	3 (17.6%)		4 (23.5%)		9 (52.9%)		2 (11.8%)		17 (100.0%)	
睡眠薬 (男)	2 (7.1%)		2 (7.1%)		20 (71.4%)		5 (17.9%)		28 (100.0%)	
睡眠薬 (女)	1 (5.3%)		4 (21.1%)		11 (57.9%)		4 (21.1%)		19 (100.0%)	
抗不安薬 (男)	2 (16.7%)				9 (75.0%)		12 (100.0%)			
抗不安薬 (女)	2 (28.6%)				5 (71.4%)		7 (100.0%)			
鎮痛薬 (男)	1 (20.0%)				2 (40.0%)		1 (20.0%)		5 (100.0%)	
鎮痛薬 (女)					3 (75.0%)		1 (25.0%)		4 (100.0%)	
鎮咳薬 (男)			1 (6.3%)		13 (81.3%)		2 (12.5%)		16 (100.0%)	
鎮咳薬 (女)					6 (85.7%)		1 (14.3%)		7 (100.0%)	
大麻 (男)	1 (10.0%)		1 (10.0%)		6 (60.0%)		2 (20.0%)		10 (100.0%)	
大麻 (女)					1 (33.3%)		2 (66.7%)		3 (100.0%)	
リタリン (男)	1 (10.0%)				9 (90.0%)		10 (100.0%)			
リタリン (女)					5 (100.0%)		5 (100.0%)			
その他 (男)			1 (8.3%)		9 (75.0%)		2 (16.7%)		12 (100.0%)	
その他 (女)					3 (50.0%)		2 (33.3%)		6 (100.0%)	
多剤 (男)	1 (11.1%)		3 (33.3%)		4 (44.4%)		9 (100.0%)			
多剤 (女)	1 (5.9%)		2 (11.8%)		6 (35.3%)		6 (35.3%)		17 (100.0%)	
多剤 (男)	3 (18.8%)		2 (12.5%)		7 (43.8%)		5 (31.3%)		16 (100.0%)	
多剤 (女)	1 (16.7%)		1 (16.7%)		1 (16.7%)		3 (50.0%)		6 (100.0%)	
計 (男)	70 (17.9%)		77 (19.7%)		168 (43.1%)		81 (20.8%)		390 (100.0%)	
計 (女)	22 (15.2%)		26 (17.9%)		64 (44.1%)		36 (24.8%)		145 (100.0%)	
男女計	92 (17.2%)		103 (19.3%)		232 (43.4%)		117 (21.9%)		535 (100.0%)	

表7 非行グループとの関係(複数回答)

(主たる使用薬物)	乱用開始前		乱用開始後		これまでなし		不明		計	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
覚せい剤 (男)	91 (43.8%)		34 (16.3%)		48 (23.1%)		51 (24.5%)		208 (100.0%)	
覚せい剤 (女)	22 (40.7%)		11 (20.4%)		11 (20.4%)		16 (29.6%)		54 (100.0%)	
有機溶剤 (男)	33 (51.6%)		22 (34.4%)		13 (20.3%)		12 (18.8%)		64 (100.0%)	
有機溶剤 (女)	10 (58.8%)		7 (41.2%)		3 (17.6%)		3 (17.6%)		17 (100.0%)	
睡眠薬 (男)			1 (3.6%)		18 (64.3%)		8 (28.6%)		28 (100.0%)	
睡眠薬 (女)	3 (15.8%)				13 (68.4%)		3 (15.8%)		19 (100.0%)	
抗不安薬 (男)	1 (8.3%)				9 (75.0%)		1 (5.3%)		12 (100.0%)	
抗不安薬 (女)	2 (28.6%)				3 (42.9%)		2 (28.6%)		7 (100.0%)	
鎮痛薬 (男)	1 (20.0%)				2 (40.0%)		1 (20.0%)		5 (100.0%)	
鎮痛薬 (女)					3 (75.0%)		1 (25.0%)		4 (100.0%)	
鎮咳薬 (男)	4 (25.0%)				10 (62.5%)		2 (12.5%)		16 (100.0%)	
鎮咳薬 (女)	3 (42.9%)		1 (14.3%)		3 (42.9%)		1 (14.3%)		7 (100.0%)	
大麻 (男)	3 (30.0%)		1 (10.0%)		4 (40.0%)		2 (20.0%)		10 (100.0%)	
大麻 (女)					1 (33.3%)		2 (66.7%)		3 (100.0%)	
リタリン (男)	1 (10.0%)				8 (80.0%)		1 (10.0%)		10 (100.0%)	
リタリン (女)					5 (100.0%)				5 (100.0%)	
その他 (男)	2 (16.7%)				8 (66.7%)		2 (16.7%)		12 (100.0%)	
その他 (女)					2 (33.3%)		3 (50.0%)		6 (100.0%)	
多剤 (男)	2 (22.2%)				5 (55.6%)		9 (100.0%)			
多剤 (女)	3 (17.6%)				5 (29.4%)		6 (35.3%)		17 (100.0%)	
多剤 (男)	7 (43.8%)		1 (6.3%)		6 (37.5%)		3 (18.8%)		16 (100.0%)	
多剤 (女)	1 (16.7%)		1 (16.7%)		1 (16.7%)		4 (66.7%)		6 (100.0%)	
計 (男)	145 (37.2%)		59 (15.1%)		131 (33.6%)		83 (21.3%)		390 (100.0%)	
計 (女)	44 (30.3%)		20 (13.6%)		50 (34.5%)		41 (28.3%)		145 (100.0%)	
男女計	189 (35.3%)		79 (14.8%)		181 (33.8%)		124 (23.2%)		535 (100.0%)	

表8 薬物乱用者との関係(複数回答)

(主たる使用薬物)	乱用開始前		乱用開始後		これまでなし		不明		計	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
覚せい剤 (男)	97 (46.6%)		77 (37.0%)		10 (4.8%)		50 (24.0%)		208 (100.0%)	
覚せい剤 (女)	28 (51.9%)		23 (42.6%)		13 (24.1%)		13 (24.1%)		54 (100.0%)	
有機溶剤 (男)	29 (45.3%)		27 (42.2%)		9 (14.1%)		13 (20.3%)		64 (100.0%)	
有機溶剤 (女)	12 (70.6%)		8 (47.1%)		1 (5.9%)		0		17 (100.0%)	
睡眠薬 (男)			2 (7.1%)		18 (64.3%)		7 (25.0%)		28 (100.0%)	
睡眠薬 (女)	4 (21.1%)		4 (21.1%)		9 (47.4%)		3 (15.8%)		19 (100.0%)	
抗不安薬 (男)	1 (8.3%)		1 (8.3%)		8 (66.7%)		1 (8.3%)		12 (100.0%)	
抗不安薬 (女)	3 (42.9%)		1 (14.3%)		2 (28.6%)		1 (14.3%)		7 (100.0%)	
鎮痛薬 (男)					2 (40.0%)		2 (40.0%)		5 (100.0%)	
鎮痛薬 (女)					3 (75.0%)		1 (25.0%)		4 (100.0%)	
鎮咳薬 (男)	7 (43.8%)		3 (18.8%)		6 (37.5%)		1 (6.3%)		16 (100.0%)	
鎮咳薬 (女)	4 (57.1%)		2 (28.6%)		1 (14.3%)		1 (14.3%)		7 (100.0%)	
大麻 (男)	5 (50.0%)		4 (40.0%)		2 (20.0%)		2 (20.0%)		10 (100.0%)	
大麻 (女)	1 (33.3%)				2 (66.7%)		3 (100.0%)			
リタリン (男)	1 (10.0%)		2 (20.0%)		7 (70.0%)		1 (10.0%)		10 (100.0%)	
リタリン (女)	1 (20.0%)		1 (20.0%)		2 (40.0%)		1 (20.0%)		5 (100.0%)	
その他 (男)	2 (16.7%)		2 (16.7%)		6 (50.0%)		2 (16.7%)		12 (100.0%)	
その他 (女)	2 (33.3%)		1 (16.7%)				2 (33.3%)		6 (100.0%)	
多剤 (男)	3 (33.3%)		1 (11.1%)		3 (33.3%)		9 (100.0%)			
多剤 (女)	2 (11.8%)		2 (23.5%)		4 (47.1%)		6 (70.6%)		17 (100.0%)	
多剤 (男)	4 (25.0%)		5 (31.3%)		4 (25.0%)		3 (18.8%)		16 (100.0%)	
多剤 (女)	2 (33.3%)		2 (33.3%)				2 (33.3%)		6 (100.0%)	
計 (男)	149 (38.2%)		124 (31.8%)		73 (18.7%)		82 (21.0%)		390 (100.0%)	
計 (女)	59 (40.7%)		44 (30.3%)		22 (15.2%)		32 (22.1%)		145 (100.0%)	
男女計	208 (38.9%)		168 (31.4%)		95 (17.8%)		114 (21.3%)		535 (100.0%)	

表9 矯正施設への入所歴の有無

主たる使用薬物	(性)	あり	なし	不明	計
覚せい剤	(男)	126 (60.6%)	54 (26.0%)	28 (13.5%)	208 (100.0%)
	(女)	25 (46.3%)	17 (31.5%)	12 (22.2%)	54 (100.0%)
有機溶剤	(男)	25 (39.1%)	28 (43.8%)	11 (17.2%)	64 (100.0%)
	(女)	6 (35.3%)	11 (64.7%)	17 (100.0%)	17 (100.0%)
睡眠薬	(男)	4 (14.3%)	20 (71.4%)	4 (14.3%)	28 (100.0%)
	(女)	1 (5.3%)	16 (84.2%)	2 (10.5%)	19 (100.0%)
抗不安薬	(男)	1 (8.3%)	10 (83.3%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
	(女)		7 (100.0%)	7 (100.0%)	7 (100.0%)
鎮痛薬	(男)		3 (60.0%)	2 (40.0%)	5 (100.0%)
	(女)		3 (75.0%)	1 (25.0%)	4 (100.0%)
鎮咳薬	(男)	2 (12.5%)	10 (62.5%)	4 (25.0%)	16 (100.0%)
	(女)	2 (28.6%)	3 (42.9%)	2 (28.6%)	7 (100.0%)
大麻	(男)		9 (90.0%)	1 (10.0%)	10 (100.0%)
	(女)		1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (100.0%)
リタリン	(男)	2 (20.0%)	8 (80.0%)		10 (100.0%)
	(女)	2 (40.0%)	2 (40.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)
その他	(男)	3 (25.0%)	7 (58.3%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
	(女)	1 (16.7%)	2 (33.3%)	3 (50.0%)	6 (100.0%)
多剤 (医薬品)	(男)	4 (44.4%)	3 (33.3%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)
	(女)	3 (17.6%)	6 (35.3%)	8 (47.1%)	17 (100.0%)
多剤 (規制薬物)	(男)	8 (50.0%)	6 (37.5%)	2 (12.5%)	16 (100.0%)
	(女)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	6 (100.0%)
計	(男)	175 (44.9%)	158 (40.5%)	57 (14.6%)	390 (100.0%)
	(女)	42 (29.0%)	70 (48.3%)	33 (22.8%)	145 (100.0%)
男女計		217 (40.6%)	228 (42.6%)	90 (16.8%)	535 (100.0%)

表10-1 補導・逮捕歴の有無

	薬物乱用前 にあり	薬物乱用後に あり	これまでなし	不明	計
覚せい剤	(男) 46 (22.1%)	137 (65.9%)	28 (13.5%)	19 (9.1%)	208 (100.0%)
	(女) 6 (11.1%)	29 (53.7%)	10 (18.5%)	8 (14.8%)	54 (100.0%)
有機溶剤	(男) 15 (23.4%)	40 (62.5%)	7 (10.9%)	9 (14.1%)	64 (100.0%)
	(女) 3 (17.6%)	11 (64.7%)	6 (35.3%)	1 (5.9%)	17 (100.0%)
睡眠薬	(男) 4 (14.3%)	6 (21.4%)	15 (53.6%)	4 (14.3%)	28 (100.0%)
	(女) 2 (10.5%)	15 (78.9%)	1 (5.3%)	19 (100.0%)	19 (100.0%)
抗不安薬	(男) 1 (8.3%)		9 (75.0%)	1 (8.3%)	12 (100.0%)
	(女) 1 (14.3%)	6 (85.7%)	7 (100.0%)	7 (100.0%)	7 (100.0%)
鎮痛薬	(男) 2 (40.0%)	2 (40.0%)	2 (40.0%)	5 (100.0%)	5 (100.0%)
	(女) 1 (25.0%)	1 (25.0%)	2 (50.0%)	4 (100.0%)	4 (100.0%)
鎮咳薬	(男) 6 (37.5%)	8 (50.0%)	2 (12.5%)	16 (100.0%)	16 (100.0%)
	(女) 4 (57.1%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	7 (100.0%)	7 (100.0%)
大麻	(男) 1 (10.0%)	6 (60.0%)	3 (30.0%)	10 (100.0%)	10 (100.0%)
	(女) 1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (100.0%)	3 (100.0%)	3 (100.0%)
リタリン	(男) 3 (30.0%)	7 (70.0%)	10 (100.0%)	10 (100.0%)	10 (100.0%)
	(女) 2 (40.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)	5 (100.0%)
その他	(男) 1 (8.3%)	3 (25.0%)	6 (50.0%)	2 (16.7%)	12 (100.0%)
	(女) 2 (33.3%)	2 (33.3%)	2 (33.3%)	6 (100.0%)	6 (100.0%)
多剤 (医薬品)	(男) 3 (33.3%)	3 (33.3%)	9 (100.0%)	9 (100.0%)	9 (100.0%)
	(女) 3 (17.6%)	6 (35.3%)	4 (23.5%)	17 (100.0%)	17 (100.0%)
多剤 (規制薬物)	(男) 2 (12.5%)	11 (68.8%)	4 (25.0%)	16 (100.0%)	16 (100.0%)
	(女) 4 (66.7%)	1 (16.7%)	1 (16.7%)	6 (100.0%)	6 (100.0%)
計	(男) 69 (17.7%)	210 (53.8%)	95 (24.4%)	44 (11.3%)	390 (100.0%)
	(女) 9 (6.2%)	57 (39.3%)	50 (34.5%)	24 (16.6%)	145 (100.0%)
男女計		78 (14.6%)	267 (49.9%)	145 (27.1%)	535 (100.0%)

表10-2 薬物乱用開始前後の補導・逮捕内容(件数)

		補導・逮捕の内容						計(実人数)
		窃盗	傷害・暴行	恐喝	強盗	薬物関連	その他	
覚せい剤	(前)	14 (26.9%)	17 (32.7%)	8 (15.4%)	2 (3.8%)	8 (15.4%)	10 (19.2%)	52
	(後)	18 (10.8%)	39 (23.5%)	14 (8.4%)	4 (2.4%)	126 (75.9%)	20 (12.0%)	166
有機溶剤	(前)	9 (50.0%)	3 (16.7%)	2 (11.1%)	0	5 (27.8%)	2 (11.1%)	18
	(後)	8 (15.7%)	11 (21.6%)	3 (5.9%)	1 (2.0%)	34 (66.7%)	8 (15.7%)	51
大麻	(前)	0	0	0	0	0	0	0
	(後)	0	0	1 (100.0%)	0	0	0	1
睡眠薬	(前)	0	2 (50.0%)	0	0	1 (25.0%)	1 (25.0%)	4
	(後)	2 (25.0%)	5 (62.5%)	0	0	0	1 (12.5%)	8
抗不安薬	(前)	0	1 (100.0%)	0	0	0	0	1
	(後)	0	0	0	0	1 (100.0%)	0	1
鎮痛薬	(前)	0	0	0	0	0	0	0
	(後)	1 (100.0%)	0	0	0	0	0	1
鎮咳薬	(前)	0	0	0	0	0	0	0
	(後)	7 (70.0%)	0	0	0	2 (20.0%)	0	10
リタリン	(前)	0	0	0	0	0	0	0
	(後)	2 (40.0%)	0	1 (20.0%)	0	2 (40.0%)	0	5
多剤 (規制薬物)	(前)	0	0	1 (50.0%)	0	2 (100.0%)	0	2
	(後)	2 (13.3%)	2 (13.3%)	1 (6.7%)	0	6 (40.0%)	1 (6.7%)	15
多剤 (医薬品)	(前)	0	0	0	0	0	0	0
	(後)	2 (33.3%)	1 (16.7%)	0	0	2 (33.3%)	1 (16.7%)	6
その他	(前)	1 (100.0%)	0	0	0	0	0	1
	(後)	1 (33.3%)	0	0	0	2 (66.7%)	0	3
計	(前)	24 (30.8%)	23 (29.5%)	11 (14.1%)	2 (2.6%)	16 (20.5%)	13 (16.7%)	78
	(後)	43 (16.1%)	58 (21.7%)	20 (7.5%)	5 (1.9%)	175 (65.5%)	31 (11.6%)	267

表11 配偶関係

	未婚	同棲	内縁	既婚	別居	離婚	死別	再婚	その他	不明	計
覚せい剤	(男) 89 (42.8%)	2 (1.0%)	1 (0.5%)	17 (8.2%)	4 (1.9%)	68 (32.7%)	1	1 (0.5%)	2	23 (11.1%)	208
	(女) 24 (44.4%)	2 (3.7%)	3 (5.6%)	3 (5.6%)	2 (3.7%)	10 (18.5%)	0	1 (1.9%)	0	9 (16.7%)	54
有機溶剤	(男) 41 (64.1%)	2 (3.1%)	1 (1.6%)	3 (4.7%)	0	9 (14.1%)	0	0	0	8 (12.5%)	64
	(女) 10 (58.8%)	2 (11.8%)	0	2 (11.8%)	0	3 (17.6%)	0	0	0	0	17
睡眠薬	(男) 13 (46.4%)	1 (3.6%)	0	5 (17.9%)	0	5 (17.9%)	2 (7.1%)	1 (3.6%)	0	1 (3.6%)	28
	(女) 5 (26.3%)	0	1 (5.3%)	4 (21.1%)	0	3 (15.8%)	4 (21.1%)	0	0	2 (10.5%)	19
抗不安薬	(男) 7 (58.3%)	0	0	3 (25.0%)	0	0	0	1 (8.3%)	0	1 (8.3%)	12
	(女) 3 (42.9%)	0	0	2 (28.6%)	0	2 (28.6%)	0	0	0	0	7
鎮痛薬	(男) 2 (40.0%)	0	0	1 (20.0%)	0	0	1 (20.0%)	0	0	1 (20.0%)	5
	(女) 1 (25.0%)	0	1 (25.0%)	1 (25.0%)	0	1 (25.0%)	0	0	0	0	4
鎮咳薬	(男) 8 (50.0%)	0	1 (6.3%)	3 (18.8%)	0	1 (6.3%)	0	0	0	3 (18.8%)	16
	(女) 6 (85.7%)	0	0	1 (14.3%)	0	0	0	0	0	0	7
大麻	(男) 8 (80.0%)	0	1 (10.0%)	1 (10.0%)	0	0	0	0	0	0	10
	(女) 3 (100.0%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
リタリン	(男) 7 (70.0%)	0	0	3 (30.0%)	0	0	0	0	0	0	10
	(女) 3 (60.0%)	0	0	0	0	1 (20.0%)	0	0	0	1 (20.0%)	5
その他	(男) 6 (50.0%)	0	0	3 (25.0%)	0	1 (8.3%)	0	0	0	2 (16.7%)	12
	(女) 0	0	0	2 (33.3%)	0	1 (16.7%)	0	0	0	3 (50.0%)	6
多剤	(男) 4 (44.4%)	0	0	1 (11.1%)	0	2 (22.2%)	0	0	0	2 (22.2%)	9
	(女) 5 (29.4%)	1 (5.9%)	1 (5.9%)	2 (11.8%)	0	2 (11.8%)	0	0	0	6 (35.3%)	17
多剤 (医薬品)	(男) 10 (62.5%)	0	0	3 (18.8%)	1 (6.3%)	2 (12.5%)	0	0	0	0	16
	(女) 4 (66.7%)	0	0	0	0	1 (16.7%)	0	1 (16.7%)	0	0	6
計	(男) 195 (50.0%)	5 (1.3%)	4 (1.0%)	43 (11.0%)	5 (1.3%)	88 (22.6%)	4 (1.0%)	3 (0.8%)	2 (0.5%)	41 (10.5%)	390
	(女) 64 (44.1%)	5 (3.4%)	6 (4.1%)	17 (11.7%)	2 (1.4%)	23 (15.9%)	5 (3.4%)	2 (1.4%)	0 (0.0%)	21 (14.5%)	145
男女計	259 (48.4%)	10 (1.9%)	10 (1.9%)	60 (11.2%)	7 (1.3%)	111 (20.7%)	9 (1.7%)	5 (0.9%)	2 (0.4%)	62 (11.6%)	535

表12-1 主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物 (使用薬物)	覚せい剤 (覚せい剤)		有機溶剤 (有機溶剤)		睡眠薬 (睡眠薬)	
年齢(歳)	男性	女性	男性	女性	男性	女性
<10			1 (1.6%)			
10~14	3 (1.4%)	2 (3.7%)	25 (39.1%)	6 (35.3%)		
15~19	72 (34.6%)	28 (51.9%)	26 (40.6%)	7 (41.2%)	1 (3.6%)	3 (15.8%)
20~24	70 (33.7%)	14 (25.9%)	1 (1.6%)	1 (5.9%)	4 (14.3%)	4 (21.1%)
25~29	24 (11.5%)	4 (7.4%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	4 (14.3%)	3 (15.8%)
30~34	12 (5.8%)	1 (1.9%)	2 (3.1%)		4 (14.3%)	1 (5.3%)
35~39	6 (2.9%)		1 (1.6%)		5 (17.9%)	1 (5.3%)
40~44	1 (0.5%)			1 (5.9%)	1 (3.6%)	2 (10.5%)
45~49			1 (1.6%)		2 (7.1%)	
50~54					1 (3.6%)	
55~59						
60~64					1 (3.6%)	
65~						1 (5.3%)
不明	20 (9.6%)	5 (9.3%)	7 (10.9%)	1 (5.9%)	5 (17.9%)	4 (21.1%)
計	208 (100.0%)	54 (100.0%)	64 (100.0%)	17 (100.0%)	28 (100.0%)	19 (100.0%)
平均年齢(男女別)	21.7±5.2	19.5±4.2	16.6±6.3	17.6±7.2	32.7±10.9	30.5±18.3
平均年齢(全体)	21.2±5.1		16.8±6.5		31.8±14.1	

表12-2 主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物 (使用薬物)	抗不安薬 (抗不安薬)		鎮痛薬 (鎮痛薬)		鎮咳薬 (鎮咳薬)	
年齢(歳)	男性	女性	男性	女性	男性	女性
10~14		1 (14.3%)				1 (14.3%)
15~19	1 (8.3%)	1 (14.3%)	1 (20.0%)		5 (31.3%)	2 (28.6%)
20~24	3 (25.0%)	1 (14.3%)		1 (25.0%)	4 (25.0%)	2 (28.6%)
25~29		2 (28.6%)			4 (25.0%)	
30~34	3 (25.0%)			1 (25.0%)		1 (14.3%)
35~39	1 (8.3%)					1 (14.3%)
40~44	3 (25.0%)					
45~49			1 (20.0%)	1 (25.0%)		
50~54					1 (6.3%)	
55~59			1 (20.0%)			
不明	1 (8.3%)	2 (28.6%)	2 (40.0%)	1 (25.0%)	2 (12.5%)	
計	12 (100.0%)	7 (100.0%)	5 (100.0%)	4 (100.0%)	16 (100.0%)	7 (100.0%)
平均年齢(男女別)	30.2±8.3	21.4±6.0	39.7±18.6	34.0±13.5	23.3±9.0	23.3±9.4
平均年齢(全体)	27.4±8.6		36.8±14.8		23.3±8.9	

表12-3 主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物 (使用薬物)	大 麻 (大 麻)		その他 (その他)	
年齢(歳)	男性	女性	男性	女性
15~19	7 (70.0%)	1 (33.3%)		1 (20.0%)
20~24	2 (20.0%)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	1 (20.0%)
25~29		1 (33.3%)	1 (11.1%)	1 (20.0%)
30~34			2 (22.2%)	
35~39			1 (11.1%)	
45~49			2 (22.2%)	
50~54				1 (20.0%)
55~59				1 (20.0%)
不明	1 (10.0%)	1 (33.3%)	1 (11.1%)	(0.0%)
計	10 (100.0%)	3 (100.0%)	9 (100.0%)	5 (100.0%)
平均年齢(男女別)	20.7±4.7	20.5±6.4	31.0±9.1	35.2±18.1
平均年齢(全体)	20.7±4.7		32.4±12.3	

表12-4 主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物 (使用薬物)	多剤(医薬品) (睡眠薬) (抗不安薬)			
年齢(歳)	男性	女性	男性	女性
15~19		2 (16.7%)		3 (25.0%)
20~24		3 (25.0%)		2 (16.7%)
25~29	1 (50.0%)	2 (16.7%)	1 (50.0%)	2 (16.7%)
30~34		3 (25.0%)		3 (25.0%)
35~39				
40~44		1 (8.3%)		1 (8.3%)
不明	1 (50.0%)	1 (8.3%)	1 (50.0%)	1 (8.3%)
計	2 (100.0%)	12 (100.0%)	2 (100.0%)	12 (100.0%)
平均年齢(男女別)	28.0	26.8±6.7	28.0	26.4±7.1
平均年齢(全体)	26.9±6.4		26.5±6.8	

表12-5 主たる使用薬物別にみた薬物初回使用年齢

主たる使用薬物 (使用薬物)	多剤(規制薬物) (有機溶剤) (大麻)			
年齢(歳)	男性	女性	男性	女性
10~14	1 (14.3%)		2 (50.0%)	
15~19	1 (14.3%)		1 (25.0%)	1 (100.0%)
20~24	3 (42.9%)		1 (25.0%)	1 (33.3%)
25~29	1 (14.3%)			1 (33.3%)
30~34		1 (50.0%)		
35~39				1 (33.3%)
不明	1 (14.3%)	1 (50.0%)		2 (100.0%)
計	7 (100.0%)	2 (100.0%)	4 (100.0%)	3 (100.0%)
平均年齢(男女別)	20.5±4.3	33.0	15.8±2.8	15.0
平均年齢(全体)	22.3±6.2		15.7±2.5	

表13 主たる薬物別にみた薬物使用期間

使用期間(年)	主たる使用薬物						
	覚せい剤	有機溶剤	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	大麻
平均	12.0±9.0	12.3±8.1	8.8±8.6	7.6±6.6	7.3±5.4	14.1±7.9	5.2±5.1
<1	5 (1.9%)	1 (1.2%)	0	2 (10.5%)	0	1 (4.3%)	1 (7.7%)
1~2	14 (5.3%)	4 (4.9%)	3 (6.4%)	0	0	1 (4.3%)	2 (15.4%)
2~3	12 (4.6%)	3 (3.7%)	6 (12.8%)	2 (10.5%)	2 (22.2%)	0	1 (15.4%)
3~4	7 (2.7%)	5 (6.2%)	2 (4.3%)	2 (10.5%)	0	0	2 (15.4%)
4~5	6 (2.3%)	3 (3.7%)	2 (4.3%)	0	0	0	1 (7.7%)
5~10	45 (17.2%)	15 (18.5%)	8 (17.0%)	4 (21.1%)	2 (22.2%)	4 (17.4%)	3 (23.1%)
10~15	44 (16.8%)	5 (6.2%)	4 (8.5%)	2 (10.5%)	1 (11.1%)	2 (8.7%)	1 (7.7%)
15~20	26 (9.9%)	14 (17.3%)	4 (8.5%)	2 (10.5%)	1 (11.1%)	3 (13.0%)	1 (7.7%)
20~25	22 (8.4%)	12 (14.8%)	0	1 (5.3%)	0	2 (8.7%)	0
25~30	6 (2.3%)	2 (2.5%)	1 (2.1%)	0	0	3 (13.0%)	0
30~35	8 (3.1%)	1 (1.2%)	0	0	0	2 (8.7%)	0
35~	3 (1.1%)	0	1 (2.1%)	0	0	0	0
不明	64 (24.4%)	16 (19.8%)	16 (34.0%)	4 (21.1%)	3 (33.3%)	5 (21.7%)	1 (7.7%)
計	262 (100.0%)	81 (100.0%)	47 (100.0%)	19 (100.0%)	9 (100.0%)	23 (100.0%)	13 (100.0%)

表14-1 主たる使用薬物別にみた併用薬物と使用開始年齢

(併用薬物)	主たる使用薬物			
	覚せい剤	有機溶剤	大麻	多剤(規制薬物)
なし	81 (30.9%)	43 (53.1%)	3 (23.1%)	0
覚せい剤	262 (100.0%) 21.2±5.1	30 (37.0%) 21.8±5.8	6 (46.2%) 22.8±4.6	17 (77.3%) 22.4±6.6
有機溶剤	143 (54.6%) 15.5±2.9	81 (100.0%) 16.8±6.5	1 (7.7%) 15	14 (63.6%) 16.1±5.0
睡眠薬	28 (10.7%) 27.5±10.2	9 (11.1%) 25.0±9.5	2 (15.4%) 23	4 (18.2%) 34.0±14.7
抗不安薬	17 (6.5%) 29.9±15.0	5 (6.2%) 29.5±10.6	0 (0.0%)	4 (18.2%) 21.7±0.6
鎮痛薬	7 (2.7%) 22.8±11.7	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
鎮咳薬	9 (3.4%) 25.5±10.5	2 (2.5%) 18.5±2.1	0 (0.0%)	1 (4.5%) -
リタリン	6 (2.3%) 25.3±7.9	1 (1.2%) -	1 (7.7%) 21	3 (13.6%) 27.0±10.4
大麻	92 (35.1%) 21.2±5.7	14 (17.3%) 20.9±4.3	13 (100.0%) 20.7±4.7	12 (54.5%) 20.5±5.2
コカイン	29 (11.1%) 23.3±5.3	1 (1.2%) -	1 (7.7%) 34	3 (13.6%) 23.3±2.1
ヘロイン	9 (3.4%) 22.0±5.4	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.5%) 21.0

(複数回答)

表14-2 主たる使用薬物別にみた併用薬物と使用開始年齢

(併用薬物)	主たる使用薬物					
	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	多剤(医薬品)
なし	25 (52.2%)	6 (31.6%)	6 (66.7%)	11 (47.8%)	4 (26.7%)	0
覚せい剤	6 (12.8%) 22.3±4.6	2 (10.5%) 21.5±2.1	0 (0.0%)	4 (17.4%) 23.5±5.0	4 (26.7%) 25.5±6.0	6 (23.1%) 19.2±3.4
有機溶剤	3 (6.4%) 14.3±2.3	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (17.4%) 14.3±2.1	2 (13.3%) -	5 (19.2%) 14.6±0.9
睡眠薬	47 (100.0%) 31.8±14.1	10 (52.6%) 28.1±9.7	3 (33.3%) 53.0±2.8	2 (8.7%) 20.0	6 (40.0%) 24.4±5.7	25 (96.2%) 24.2±6.2
抗不安薬	11 (23.4%) 30.5±6.4	19 (100.0%) 27.4±8.6	2 (22.2%) 51.0	3 (13.0%) 29.5±13.4	6 (40.0%) 23.8±6.4	24 (92.3%) 23.3±5.8
鎮痛薬	4 (8.5%) 28.3±3.4	3 (15.8%) 20.5±7.8	9 (100.0%) 36.8±14.8	1 (4.3%) 20.0	0 (0.0%)	3 (11.5%) 24.5±3.5
鎮咳薬	5 (10.6%) 24.2±10.1	1 (5.3%) 28.0	0 (0.0%)	23 (100.0%) 23.3±8.9	1 (6.7%) 17.0	4 (15.4%) 20.8±2.1
リタリン	2 (4.3%) 29.0±2.8	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.3%) 30.0	15 (100.0%) 22.9±5.4	1 (3.8%) 33
大麻	5 (10.6%) 20.6±5.0	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (26.1%) 15.8±1.9	2 (13.3%) 28.5±0.7	2 (7.7%) 17.5±2.1
コカイン	1 (2.1%) 22.0	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.3%) 20.0	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ヘロイン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

(複数回答)

表15-1 主たる使用薬物別にみた過去1年間における使用薬物

(使用薬物)	主たる使用薬物				
	覚せい剤	有機溶剤	大麻	多剤(規制薬物)	その他
覚せい剤	75 (28.6%)	5 (6.2%)	2 (15.4%)	5 (22.7%)	0 (0.0%)
有機溶剤	7 (2.7%)	38 (46.9%)	0 (0.0%)	4 (18.2%)	0 (0.0%)
大麻	13 (5.0%)	0 (0.0%)	7 (53.8%)	5 (22.7%)	1 (5.6%)
コカイン	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)
ヘロイン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (33.3%)
MDMA	4 (1.5%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)
マジックマッシュルーム	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
LSD	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
睡眠薬	11 (4.2%)	1 (1.2%)	1 (7.7%)	2 (9.1%)	0 (0.0%)
抗不安薬	7 (2.7%)	1 (1.2%)	0 (0.0%)	2 (9.1%)	1 (5.6%)
鎮痛薬	7 (2.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)
鎮咳薬	3 (1.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)
リタリン	2 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (4.5%)	0 (0.0%)
薬物別計	262 (100.0%)	81 (100.0%)	13 (100.0%)	22 (100.0%)	18 (100.0%)

表15-2 主たる使用薬物別にみた過去1年間における使用薬物

(使用薬物)	主たる使用薬物					
	睡眠薬	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン	多剤(医薬品)
覚せい剤	1 (2.1%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (13.3%)	0 (0.0%)
有機溶剤	0 (0.0%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
大麻	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)
コカイン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ヘロイン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	(0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
MDMA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	(0.0%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)
マジックマッシュルーム	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	(0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
LSD	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
睡眠薬	36 (76.6%)	10 (52.6%)	2 (22.2%)	0 (0.0%)	5 (33.3%)	15 (57.7%)
抗不安薬	6 (12.8%)	18 (94.7%)	2 (22.2%)	1 (4.3%)	5 (33.3%)	15 (57.7%)
鎮痛薬	4 (8.5%)	3 (15.8%)	9 (100.0%)	1 (4.3%)	0 (0.0%)	3 (11.5%)
鎮咳薬	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	13 (56.5%)	1 (6.7%)	1 (3.8%)
リタリン	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (66.7%)	0 (0.0%)
薬物別計	47 (100.0%)	19 (100.0%)	9 (100.0%)	23 (100.0%)	15 (100.0%)	26 (100.0%)

表16 主たる使用薬物別にみた喫煙歴

	喫煙歴あり	禁煙中	喫煙歴なし	不明・記載なし	計	平均年齢
(主たる使用薬物)						
覚せい剤	216 (82.4%)	8 (3.1%)	5 (1.9%)	33 (12.6%)	262 (100.0%)	15.3±2.9
有機溶剤	67 (82.7%)	2 (2.5%)	1 (1.2%)	11 (13.6%)	81 (100.0%)	14.8±3.3
大麻	8 (61.5%)	2 (15.4%)	2 (15.4%)	1 (7.7%)	13 (100.0%)	17.0±1.6
睡眠薬	32 (68.1%)	3 (6.4%)	6 (12.8%)	6 (12.8%)	47 (100.0%)	18.8±4.7
抗不安薬	12 (63.2%)	0 (0.0%)	2 (10.5%)	5 (26.3%)	19 (100.0%)	15.6±1.8
鎮痛薬	7 (77.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	9 (100.0%)	18.5±2.1
鎮咳薬	17 (73.9%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)	4 (17.4%)	23 (100.0%)	16.0±2.3
リタリン	9 (60.0%)	1 (6.7%)	3 (20.0%)	2 (13.3%)	15 (100.0%)	15.5±0.6
多剤(規制薬物)	20 (76.9%)	0 (0.0%)	1 (3.8%)	5 (19.2%)	26 (100.0%)	15.4±1.5
多剤(医薬品)	13 (59.1%)	1 (4.5%)	2 (9.1%)	6 (27.3%)	22 (100.0%)	15.2±3.2
その他	9 (50.0%)	2 (11.1%)	2 (11.1%)	5 (27.8%)	18 (100.0%)	20.0±1.0
計	410 (76.6%)	20 (3.7%)	25 (4.7%)	80 (15.0%)	535 (100.0%)	15.6±3.1

表17 主たる使用薬物別にみた飲酒歴

	飲酒歴あり	禁酒中	飲酒歴なし	不明・記載なし	計	平均年齢
覚せい剤	169 (64.5%)	33 (12.6%)	21 (8.0%)	39 (14.9%)	262 (100.0%)	16.2±2.7
有機溶剤	54 (66.7%)	5 (6.2%)	9 (11.1%)	13 (16.0%)	81 (100.0%)	16.3±2.8
大麻	6 (46.2%)	3 (23.1%)	1 (7.7%)	3 (23.1%)	13 (100.0%)	17.3±2.2
睡眠薬	21 (44.7%)	6 (12.8%)	10 (21.3%)	10 (21.3%)	47 (100.0%)	17.9±3.7
抗不安薬	10 (52.6%)	1 (5.3%)	4 (21.1%)	4 (21.1%)	19 (100.0%)	15.9±1.9
鎮痛薬	5 (55.6%)	1 (11.1%)	0 (0.0%)	3 (33.3%)	9 (100.0%)	19.0±1.2
鎮咳薬	17 (73.9%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)	4 (17.4%)	23 (100.0%)	16.3±2.2
リタリン	8 (53.3%)	0 (0.0%)	5 (33.3%)	2 (13.3%)	15 (100.0%)	17.8±1.3
多剤(規制薬物)	15 (57.7%)	3 (11.5%)	4 (15.4%)	4 (15.4%)	26 (100.0%)	20.8±12.1
多剤(医薬品)	11 (50.0%)	1 (4.5%)	5 (22.7%)	5 (22.7%)	22 (100.0%)	15.0±5.7
その他	9 (50.0%)	2 (11.1%)	2 (11.1%)	5 (27.8%)	18 (100.0%)	19.3±4.5
計	325 (60.7%)	57 (10.7%)	61 (11.4%)	92 (17.2%)	535 (100.0%)	16.6±2.9

表18 薬物別にみた乱用開始から依存に至る期間(月)

	薬物別LOTAD*												
	覚せい 剤	有機 製剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA	マジック マッシュ ルーム	LSD	睡眠 剤	抗不安薬	鎮痛薬	鎮咳薬	リタリン
平均	30.2	19.5	32.7	7.0	6.5	10.9	6.5	20.0	28.7	17.7	23.3	22.6	9.2
S.D.	50.2	39.7	53.2	7.1	6.4	15.3	7.8	6.9	36.2	19.2	49.4	30.5	9.3
報告症例数	141	94	17	2	4	6	2	3	38	27	8	15	13

表19 初回使用薬物

	n	%
有機溶剤	237	(44.3%)
覚せい剤	102	(19.1%)
睡眠薬	54	(10.1%)
大麻	35	(6.5%)
抗不安薬	17	(3.2%)
鎮咳薬	17	(3.2%)
リタリン	13	(2.4%)
その他	11	(2.1%)
鎮痛薬	9	(1.7%)
ヘロイン	6	(1.1%)
MDMA(エクスタシー)	5	(0.9%)
不明・記載なし	29	(5.4%)
合計	535	(100.0%)

表20-1 薬物初回使用の動機(複数回答)

	主たる使用薬物									
	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
(動機)										
誘われて	96 (46.2%)	27 (50.0%)	32 (50.0%)	9 (52.9%)	3 (10.7%)	3 (15.8%)	1 (8.3%)	1 (14.3%)	0	0
刺激を求めて	50 (24.0%)	5 (9.3%)	11 (17.2%)	1 (5.9%)	0	0	1 (8.3%)	1 (14.3%)	0	0
好奇心・興味から	101 (48.6%)	18 (33.3%)	26 (40.6%)	11 (64.7%)	2 (7.1%)	4 (21.1%)	1 (8.3%)	0	0	0
断り切れずに	17 (8.2%)	6 (11.1%)	3 (4.7%)	3 (17.6%)	1 (3.6%)	1 (5.3%)	0	1 (14.3%)	0	0
自暴自棄になって	6 (2.9%)	1 (1.9%)	2 (3.1%)	3 (17.6%)	0	2 (10.5%)	0	0	0	0
覚醒効果を求めて	7 (3.4%)	1 (1.9%)	1 (1.6%)	0	0	0	0	0	0	0
疲労の除去	6 (2.9%)	0	0	0	0	0	0	1 (14.3%)	0	0
性的効果を求めて	3 (1.4%)	5 (9.3%)	0	0	0	0	0	0	0	0
ストレス解消	18 (8.7%)	2 (3.7%)	1 (1.6%)	2 (11.8%)	1 (3.6%)	2 (10.5%)	3 (25.0%)	1 (14.3%)	0	0
抑うつ気分の軽減	6 (2.9%)	0	1 (1.6%)	0	3 (10.7%)	1 (5.3%)	4 (33.3%)	1 (14.3%)	0	1 (25.0%)
不安の軽減	6 (2.9%)	2 (3.7%)	1 (1.6%)	2 (11.8%)	8 (28.6%)	6 (31.6%)	9 (75.0%)	2 (28.6%)	0	1 (25.0%)
不眠の軽減	2 (1.0%)	0	2 (3.1%)	0	17 (60.7%)	8 (42.1%)	1 (8.3%)	0	0	1 (25.0%)
疼痛の軽減	1 (0.5%)	0	0	0	0	1 (5.3%)	0	2 (28.6%)	3 (60.0%)	2 (50.0%)
咳嗽の軽減	0	0 (0.0%)	0	0	0	0	0	0	0	0
やせるため	0	3 (5.6%)	2 (3.1%)	0 (1.0%)	0	0	0	0	0	0
その他	3 (1.4%)	2 (3.7%)	1 (1.6%)	0	0	0	0	0	0	0
症例数	208 (100.0%)	54 (100.0%)	64 (100.0%)	17 (100.0%)	28 (100.0%)	19 (100.0%)	12 (100.0%)	7 (100.0%)	5 (100.0%)	4 (100.0%)

表21-1 薬物初回使用の契機となった人物(複数回答)

	主たる使用薬物									
	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
なし(自発的使用)	14 (6.7%)	2 (3.7%)	9 (14.1%)	0	5 (17.9%)	2 (10.5%)	1 (8.3%)	1 (14.3%)	2 (40.0%)	1 (25.0%)
配偶者	0	0	1 (1.6%)	1 (5.9%)	0	0	0	1 (14.3%)	0	0
同棲相手	0	2 (3.7%)	0	1 (5.9%)	1 (3.6%)	0	0	0	0	0
恋人・愛人	1 (0.5%)	11 (20.4%)	1 (1.6%)	1 (5.9%)	0	1 (5.3%)	0	0	0	0
同性の友人	107 (51.4%)	15 (27.8%)	29 (45.3%)	6 (35.3%)	2 (7.1%)	3 (15.8%)	1 (8.3%)	0	0	0
異性の友人	6 (2.9%)	17 (31.5%)	5 (7.8%)	8 (47.1%)	0	0	0	1 (14.3%)	0	0
知人	17 (8.2%)	4 (7.4%)	3 (4.7%)	0	0	0	0	1 (14.3%)	0	0
医師	0	0	0	0	13 (46.4%)	9 (47.4%)	8 (66.7%)	2 (28.6%)	1 (20.0%)	2 (50.0%)
薬剤師	0	0	0	0	2 (7.1%)	0	0	0	0	0
親	1 (0.5%)	0	0	0	1 (3.6%)	0	0	1 (14.3%)	0	0
同胞	5 (2.4%)	0	2 (3.1%)	0	0	0	0	0	0	0
密売人	4 (1.9%)	0	0	0	0	0	1 (8.3%)	0	0	0
その他	8 (3.8%)	2 (3.7%)	2 (3.1%)	0	0	0	1 (8.3%)	0	1 (20.0%)	0
症例数	208 (100.0%)	64 (100.0%)	64 (100.0%)	17 (100.0%)	28 (100.0%)	19 (100.0%)	12 (100.0%)	7 (100.0%)	5 (100.0%)	4 (100.0%)

表21-2 薬物初回使用の契機となった人物(複数回答)

	主たる使用薬物									
	鎮咳薬		大麻		リタリン		多剤 (医薬品)		多剤 (規制薬物)	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
なし(自発的使用)	3 (18.8%)	3 (42.9%)	0	0	0	0	2 (22.2%)	3 (17.6%)	2 (12.5%)	0
配偶者	0	0	0	0	0	0	0	1 (5.9%)	0	1 (16.7%)
同棲相手	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
恋人・愛人	0	1 (14.3%)	0	0	0	0	0	0	0	0
同性の友人	5 (31.3%)	2 (28.6%)	5 (50.0%)	0	0	2 (40.0%)	3 (33.3%)	2 (11.8%)	9 (56.3%)	4 (66.7%)
異性の友人	0	0	0	1 (33.3%)	0	0	0	1 (5.9%)	0	3 (50.0%)
知人	0	1 (14.3%)	1 (10.0%)	0	0	0	0	0	2 (12.5%)	0
医師	1 (6.3%)	0	0	0	8 (80.0%)	3 (60.0%)	3 (33.3%)	7 (41.2%)	0	0
薬剤師	1 (6.3%)	0	0	0	1 (10.0%)	0	0	0	0	0
親	0	0	0	0	0	0	0	1 (5.9%)	1 (6.3%)	0
同胞	0	0	0	0	0	0	0	1 (5.9%)	0	0
密売人	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (6.3%)	0
その他	1 (6.3%)	0	1 (10.0%)	0	0	0	2 (22.2%)	1 (5.9%)	0	0
症例数	16 (100.0%)	7 (100.0%)	10 (100.0%)	3 (100.0%)	10 (100.0%)	5 (100.0%)	9 (100.0%)	17 (100.0%)	16 (100.0%)	6 (100.0%)

表22-1 薬物の入手経路(複数回答)

	主たる使用薬物									
	覚せい剤		有機溶剤		睡眠薬		抗不安薬		鎮痛薬	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
最近1年間は使用せず	113 (54.3%)	24 (44.4%)	24 (37.5%)	4 (23.5%)	3 (10.7%)	2 (10.5%)	0	0	1 (20.0%)	1 (25.0%)
友人	8 (3.8%)	3 (5.6%)	3 (4.7%)	4 (23.5%)	0	0	1 (8.3%)	0	0	0
知人	11 (5.3%)	3 (5.6%)	3 (4.7%)	1 (5.9%)	1 (3.6%)	0	0	0	0	0
恋人・愛人	1 (0.5%)	5 (9.3%)	1 (1.6%)	1 (5.9%)	0	0	0	0	0	0
家族	2 (1.0%)	0	0	0	0	0	0	1 (14.3%)	0	0
密売人(日本人)	28 (13.5%)	4 (7.4%)	4 (6.3%)	3 (17.6%)	0	1 (5.3%)	0	0	0	0
密売人(外国人)	10 (4.8%)	3 (5.6%)	0	0	0	0	0	0	0	0
医師	0	0	0	0	21 (75.0%)	11 (57.9%)	9 (75.0%)	5 (71.4%)	0	2 (50.0%)
薬局	0	0	0	0	4 (14.3%)	2 (21.1%)	1 (16.7%)	1 (14.3%)	2 (40.0%)	2 (50.0%)
その他	3 (1.4%)	2 (3.7%)	11 (17.2%)	5 (29.4%)	0	0	0	0	1 (20.0%)	0
症例数	208 (100.0%)	54 (100.0%)	64 (100.0%)	17 (100.0%)	28 (100.0%)	19 (100.0%)	12 (100.0%)	7 (100.0%)	5 (100.0%)	4 (100.0%)

表22-2 薬物の入手経路(複数回答)

	主たる使用薬物									
	鎮咳薬		大麻		リタリン		多剤 (医薬品)		多剤 (規制薬物)	
	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)	(男)	(女)
最近1年間は使用せず	6 (37.5%)	2 (28.6%)	3 (30.0%)	0	1 (10.0%)	2 (40.0%)	1 (11.1%)	3 (17.6%)	6 (37.5%)	3 (50.0%)
友人	0	0	1 (10.0%)	1 (33.3%)	0	0	0	0	3 (18.8%)	1 (16.7%)
知人	0	0	1 (10.0%)	0	0	0	0	0	2 (12.5%)	1 (16.7%)
恋人・愛人	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
家族	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
密売人(日本人)	0	0	2 (20.0%)	0	0	1 (20.0%)	0	1 (5.9%)	2 (12.5%)	0
密売人(外国人)	0	0	1 (10.0%)	0	0	0	0	0	0	0
医師	0	0	0	0	9 (90.0%)	2 (40.0%)	5 (55.6%)	12 (70.6%)	3 (18.8%)	0
薬局	8 (50.0%)	4 (57.1%)	0	0	0	1 (20.0%)	3 (33.3%)	2 (11.8%)	1 (6.3%)	0
その他	0	1 (14.3%)	0	0	0	0	2 (22.2%)	0	2 (12.5%)	0
症例数	16 (100.0%)	7 (100.0%)	10 (100.0%)	3 (100.0%)	10 (100.0%)	5 (100.0%)	9 (100.0%)	17 (100.0%)	16 (100.0%)	6 (100.0%)

表23-1 主たる使用薬物別にみたICD-10分類による主診断

	ICD-10分類									
	[F1x.0]	[F1x.1]	[F1x.2]	[F1x.4]	[F1x.5]	[F1x.57]	[F1x.6]	[F1x.7]	[F1x.8]	薬物別 症例数
	急性中 毒	有害な 使用	依存症 候群	せん妄 を伴う離 脱状態	精神病 性障害 (症状持 続<6M)	精神病 性障害 (症状持 続>6M)	健忘症 候群	残遺性 障害お よび遅 発性精 神病性 障害	他の精 神およ び行動 の障害	
覚せい剤	13 (5.0%)	5 (1.9%)	46 (17.6%)	0 (0.0%)	34 (13.0%)	66 (25.2%)	0 (0.0%)	90 (34.4%)	8 (3.1%)	262 (100.0%)
有機溶剤	8 (9.9%)	4 (4.9%)	29 (35.8%)	0 (0.0%)	3 (3.7%)	21 (25.9%)	1 (1.2%)	13 (16.0%)	2 (2.5%)	81 (100.0%)
睡眠薬	1 (2.1%)	0 (0.0%)	40 (85.1%)	2 (4.3%)	2 (4.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (4.3%)	0 (0.0%)	47 (100.0%)
抗不安薬	1 (5.3%)	2 (10.5%)	15 (78.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	19 (100.0%)
鎮痛薬	0 (0.0%)	1 (11.1%)	7 (77.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9 (100.0%)
鎮咳薬	0 (0.0%)	0 (0.0%)	15 (65.2%)	0 (0.0%)	2 (8.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (26.1%)	0 (0.0%)	23 (100.0%)
大 麻	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (30.8%)	0 (0.0%)	4 (30.8%)	4 (30.8%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	0 (0.0%)	13 (100.0%)
リタリン	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11 (73.3%)	0 (0.0%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (20.0%)	0 (0.0%)	15 (100.0%)
その他	3 (16.7%)	0 (0.0%)	11 (61.1%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	1 (5.6%)	18 (100.0%)
多剤(医薬品)	1 (3.8%)	2 (7.7%)	19 (73.1%)	1 (3.8%)	0 (0.0%)	1 (3.8%)	0 (0.0%)	2 (7.7%)	0 (0.0%)	26 (100.0%)
多剤(規制薬物)	0 (0.0%)	2 (9.1%)	5 (22.7%)	0 (0.0%)	3 (13.6%)	3 (13.6%)	0 (0.0%)	9 (40.9%)	0 (0.0%)	22 (100.0%)
合 計	27 (5.0%)	16 (3.0%)	202 (37.8%)	3 (0.6%)	50 (9.3%)	96 (17.9%)	1 (0.2%)	127 (23.7%)	12 (2.2%)	535 (100.0%)

(注) 精神病性障害(症状持続>6M)* : ICD-10には含まれない項目

表23-2 主・副診断いずれかにおける依存症候群

	依存症候群に該当する症例(%)		薬物別症例数
覚せい剤	155	(59.2%)	262
有機溶剤	51	(63.0%)	81
大 麻	9	(69.2%)	13
睡眠薬	45	(95.7%)	47
抗不安薬	16	(84.2%)	19
鎮痛薬	7	(77.8%)	9
鎮咳薬	19	(82.6%)	23
リタリン	14	(93.3%)	15
多剤(規制薬物)	15	(68.2%)	22
多剤(医薬品)	22	(84.6%)	26
その他	12	(66.7%)	18
合 計	365	(68.2%)	535

表24 性別にみたICD-10による主診断

	男 性		女 性		計	
【F1x.0】急性中毒	20	(5.1%)	7	(4.8%)	27	(5.0%)
【F1x.1】有害な使用	12	(3.1%)	4	(2.8%)	16	(3.0%)
【F1x.2】依存症候群	129	(33.1%)	73	(50.3%)	202	(37.8%)
【F1x.4】せん妄離脱状態	2	(0.5%)	1	(0.7%)	3	(0.6%)
【F1x.5】精神病性障害(<6M)	34	(8.7%)	16	(11.0%)	50	(9.3%)
【F1x.57】精神病性障害(>6M)	82	(21.0%)	14	(9.7%)	96	(17.9%)
【F1x.6】健忘症候群	1	(0.3%)	0	(0.0%)	1	(0.2%)
【F1x.7】残遺・遅発性障害	100	(25.6%)	27	(18.6%)	127	(23.7%)
【F1x.8】その他	9	(2.3%)	2	(1.4%)	11	(2.1%)
(不明・記載なし)	1	(0.3%)	1	(0.7%)	2	(0.4%)
計	390	(100.0%)	145	(100.0%)	535	(100.0%)

表25-1 主たる使用薬物別にみた臨床用量依存症例

主たる使用薬物	症例数	各薬物別症例における割合(%)	各薬物別症例数
睡眠薬および抗不安薬	56	(84.8%)	66
多剤(医薬品)	21	(80.8%)	26
リタリン	7	(46.7%)	15
多剤(規制薬物)	6	(27.3%)	22
鎮咳薬	4	(17.4%)	23
その他	2	(11.1%)	18
鎮痛薬	1	(11.1%)	9
大 麻	1	(7.7%)	13
覚せい剤	6	(2.3%)	262
合 計	104	(22.9%)	454

表25-2 臨床用量依存のガイドライン項目該当数

診断ガイドライン	該当症例数	(%)
1) 不安や不眠などの治療目的で開始した臨床用量を6ヶ月以上継続服用している	78	(75.0%)
2) 本来の症状は解消されて寛解状態にある	35	(33.7%)
3) その間、使用量の著しい増加を認めない	47	(45.2%)
4) 中断によって反跳現象／退薬症候が出現する	32	(30.8%)
5) 計画的な漸減・中止により退薬症候の出現が避けられた場合に、ベンゾジアゼピンの服用なしに経過する	27	(26.0%)

表26 精神病エピソードの既往と精神科治療開始年齢

主たる使用薬物	精神病エピソードの既往					不明・記載なし	精神科治療開始年齢	薬物別症例数	
	既往あり			既往なし					
	例数	(%)	発症年齢	例数	(%)				
覚せい剤	183	(69.8%)	27.3±8.3	34	(13.0%)	45	(17.2%)	29.3±9.4	262
有機溶剤	41	(50.6%)	23.9±7.2	25	(30.9%)	15	(18.5%)	24.0±7.1	81
大 麻	8	(61.5%)	24.1±5.6	2	(15.4%)	3	(23.1%)	25.5±5.1	13
睡眠薬	11	(23.4%)	34.4±20.8	30	(63.8%)	6	(12.8%)	36.9±18.0	47
抗不安薬	3	(15.8%)	19	16	(84.2%)	0	(0.0%)	32.2±9.8	19
鎮痛薬	4	(44.4%)	41.0±21.9	4	(44.4%)	1	(11.1%)	41.2±14.6	9
鎮咳薬	5	(21.7%)	26.8±5.1	11	(47.8%)	7	(30.4%)	33.2±11.1	23
リタリン	9	(60.0%)	25.8±6.1	5	(33.3%)	1	(6.7%)	24.0±7.1	15
多剤(規制薬物)	16	(72.7%)	26.3±12.0	5	(22.7%)	1	(4.5%)	30.0±12.6	22
多剤(医薬品)	6	(23.1%)	27.5±8.1	14	(53.8%)	6	(23.1%)	28.0±9.1	26
その他	3	(16.7%)	26.0±1.4	9	(50.0%)	6	(33.3%)	31.1±8.9	18
合 計	289	(54.0%)	27.0±9.3	155	(29.0%)	91	(17.0%)	29.4±10.9	535

表27 精神疾患の家族歴

	家族歴なし		家族歴あり		不明・記載なし		薬物別症例数
	例数	(%)	例数	(%)	例数	(%)	
覚せい剤	143	(54.6%)	64	(24.4%)	55	(21.0%)	262
有機溶剤	47	(58.0%)	18	(22.2%)	16	(19.8%)	81
大麻	7	(53.8%)	5	(38.5%)	1	(7.7%)	13
睡眠薬	26	(55.3%)	10	(21.3%)	11	(23.4%)	47
抗不安薬	10	(52.6%)	4	(21.1%)	5	(26.3%)	19
鎮痛薬	2	(22.2%)	3	(33.3%)	4	(44.4%)	9
鎮咳薬	11	(47.8%)	7	(30.4%)	5	(21.7%)	23
リタリン	8	(53.3%)	5	(33.3%)	2	(13.3%)	15
多剤(規制薬物)	10	(45.5%)	5	(22.7%)	7	(31.8%)	22
多剤(医薬品)	10	(38.5%)	7	(26.9%)	9	(34.6%)	26
その他	8	(44.4%)	2	(11.1%)	8	(44.4%)	18
計	282	(52.7%)	130	(24.3%)	123	(23.0%)	535

表28-1 気分障害の併存(薬物別)

	気分障害の併存の有無						不明・記載なし	薬物別 症例数
	(1)併存あり	(2)併存が疑われる	(1)+(2)		併存なし			
覚せい剤	16 (6.1%)	40 (15.3%)	56 (21.4%)	158 (60.3%)	48 (22.4%)	262		
有機溶剤	2 (2.5%)	6 (7.4%)	8 (9.9%)	55 (67.9%)	18 (28.6%)	81		
大麻	1 (7.7%)	3 (23.1%)	4 (30.8%)	8 (61.5%)	1 (8.3%)	13		
睡眠薬	8 (17.0%)	11 (23.4%)	19 (40.4%)	24 (51.1%)	4 (9.3%)	47		
抗不安薬	4 (21.1%)	2 (10.5%)	6 (31.6%)	12 (63.2%)	1 (5.6%)	19		
鎮痛薬	2 (22.2%)	0 (0.0%)	2 (22.2%)	6 (66.7%)	1 (12.5%)	9		
鎮咳薬	3 (13.0%)	4 (17.4%)	7 (30.4%)	15 (65.2%)	1 (4.5%)	23		
リタリン	6 (40.0%)	2 (13.3%)	8 (53.3%)	7 (46.7%)	0 (0.0%)	15		
多剤(規制薬物)	1 (4.5%)	6 (27.3%)	7 (31.8%)	15 (68.2%)	0 (0.0%)	22		
多剤(医薬品)	4 (15.4%)	13 (50.0%)	17 (65.4%)	4 (15.4%)	5 (23.8%)	26		
その他	4 (22.2%)	1 (5.6%)	5 (27.8%)	9 (50.0%)	4 (28.6%)	18		
計	51 (9.5%)	88 (16.4%)	139 (26.0%)	313 (58.5%)	83 (18.4%)	535		

表28-2 気分障害の併存(性別)

気分障害の併存の有無							不明・記載なし	性別症 例数
	(1)併存あり	(2)併存が疑われる	(1)+(2)	併存なし				
男性	34 (8.7%)	55 (14.1%)	89 (22.8%)	239 (61.3%)	62 (15.9%)	390		
女性	17 (11.7%)	33 (22.8%)	50 (34.5%)	74 (51.0%)	21 (14.5%)	145		
計	51 (9.5%)	88 (16.4%)	139 (26.0%)	313 (58.5%)	83 (15.5%)	535		

表28-3 気分障害の類型(薬物別)

	気分障害の類型別症例数(%薬物別気分障害症例)					気分障害の並存 あり(計)
	うつ病性障害	双極性障害	気分循環性障害	NOS・その他		
覚せい剤	36 (64.3%)	3 (5.4%)	2 (3.6%)	7 (12.5%)	56 (100.0%)	
有機溶剤	1 (12.5%)	2 (25.0%)	0 (0.0%)	2 (25.0%)	8 (100.0%)	
大麻	3 (75.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (100.0%)	
睡眠薬	15 (78.9%)	1 (5.3%)	1 (5.3%)	2 (10.5%)	19 (100.0%)	
抗不安薬	6 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	6 (100.0%)	
鎮痛薬	2 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (100.0%)	
鎮咳薬	4 (57.1%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	7 (100.0%)	
リタリン	7 (87.5%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (100.0%)	
多剤(規制薬物)	5 (71.4%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	7 (100.0%)	
多剤(医薬品)	17 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.9%)	17 (100.0%)	
その他	3 (60.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (20.0%)	5 (100.0%)	
計	99 (71.2%)	8 (5.8%)	4 (2.9%)	14 (10.1%)	139 (100.0%)	

(うつ病性障害: 大うつ病性障害, 気分変調性障害を含む)

表28-4 気分障害の類型(性別)

	気分障害の類型別症例数(%薬物別気分障害症例)					気分障害の並存 あり(計)
	うつ病性障害	双極性障害	気分循環性障害	NOS・その他		
男性	61 (68.5%)	8 (9.0%)	3 (3.4%)	6 (6.7%)	89 (100.0%)	
女性	38 (76.0%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	8 (16.0%)	50 (100.0%)	
計	99 (71.2%)	8 (5.8%)	4 (2.9%)	14 (10.1%)	139 (100.0%)	

表28-5 気分障害の発症と薬物使用との時間的關係

	薬物使用前		薬物使用后		計
うつ病性障害	37	(45.7%)	44	(54.3%)	81 (100.0%)
双極性障害	2	(28.6%)	5	(71.4%)	7 (100.0%)
気分循環性障害	3	(100.0%)	0	(0.0%)	3 (100.0%)
特定不能	2	(50.0%)	2	(50.0%)	4 (100.0%)
その他	2	(25.0%)	6	(75.0%)	8 (100.0%)
計	46	(44.7%)	57	(55.3%)	103 (100.0%)

表29-1 成育史上の問題の有無(薬物別)

	成育史上何らかの問題が報告された症例 (%薬物別症例)	成育史上の問題の内容				
		「15歳以前」の親との離別	不登校	いじめられ体験	家庭内暴力	被虐待体験
覚せい剤	98 (37.4%)	37 (37.8%)	35 (35.7%)	22 (22.4%)	22 (22.4%)	28 (28.6%)
有機溶剤	33 (40.7%)	11 (33.3%)	12 (36.4%)	14 (42.4%)	8 (24.2%)	3 (9.1%)
大麻	5 (38.5%)	3 (60.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)	1 (20.0%)
睡眠薬	12 (25.5%)	3 (25.0%)	5 (41.7%)	6 (50.0%)	2 (16.7%)	2 (16.7%)
抗不安薬	12 (63.2%)	4 (33.3%)	3 (25.0%)	2 (16.7%)	4 (33.3%)	4 (33.3%)
鎮痛薬	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
鎮咳薬	7 (30.4%)	3 (42.9%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	3 (42.9%)
リタリン	7 (46.7%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)
多剤(規制薬物)	11 (50.0%)	4 (36.4%)	4 (36.4%)	2 (18.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
多剤(医薬品)	16 (61.5%)	4 (25.0%)	8 (50.0%)	7 (43.8%)	5 (31.3%)	8 (50.0%)
その他	3 (16.7%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)
計	204 (38.1%)	73 (35.8%)	72 (35.3%)	58 (28.4%)	44 (21.6%)	50 (24.5%)

表29-2 成育史上の問題の有無(薬物別)

	成育史上何らかの問題が報告された症例 (%性別症例)	成育史上の問題の内容				
		「15歳以前」の親との離別	不登校	いじめられ体験	家庭内暴力	被虐待体験
男性	130 (33.3%)	47 (36.2%)	45 (34.6%)	30 (23.1%)	28 (21.5%)	26 (20.0%)
女性	74 (51.0%)	26 (35.1%)	27 (36.5%)	28 (37.8%)	16 (21.6%)	24 (32.4%)
計	204 (38.1%)	73 (35.8%)	72 (35.3%)	58 (28.4%)	44 (21.6%)	50 (24.5%)

表30-1 自傷行為または自殺企図の有無(薬物別)

	あり	なし	不明・記載なし	薬物別計
覚せい剤	88 (33.6%)	120 (45.8%)	54 (20.6%)	262 (100.0%)
有機溶剤	21 (25.9%)	47 (58.0%)	13 (16.0%)	81 (100.0%)
大麻	4 (30.8%)	7 (53.8%)	2 (15.4%)	13 (100.0%)
睡眠薬	17 (36.2%)	23 (48.9%)	7 (14.9%)	47 (100.0%)
抗不安薬	11 (57.9%)	5 (26.3%)	3 (15.8%)	19 (100.0%)
鎮痛薬	2 (22.2%)	4 (44.4%)	3 (33.3%)	9 (100.0%)
鎮咳薬	5 (21.7%)	12 (52.2%)	6 (26.1%)	23 (100.0%)
リタリン	6 (40.0%)	8 (53.3%)	1 (6.7%)	15 (100.0%)
多剤(規制薬物)	10 (45.5%)	6 (27.3%)	6 (27.3%)	22 (100.0%)
多剤(医薬品)	18 (69.2%)	7 (26.9%)	1 (3.8%)	26 (100.0%)
その他	4 (22.2%)	9 (50.0%)	5 (27.8%)	18 (100.0%)
計	186 (34.8%)	248 (46.4%)	101 (18.9%)	535 (100.0%)

表30-2 自傷行為または自殺企図の有無(性別)

	あり	なし	不明・記載なし	性別計
男性	104 (26.7%)	212 (54.4%)	74 (19.0%)	390 (100.0%)
女性	82 (56.6%)	36 (24.8%)	27 (18.6%)	145 (100.0%)
計	186 (34.8%)	248 (46.4%)	101 (18.9%)	535 (100.0%)

表31-1 反社会性パーソナリティ障害の併存(薬物別)

	(1)診断基準を満たす	(2)診断基準は満たさないが傾向がある	(1)および(2)	薬物使用との時間的關係	
				薬物使用前から存在した	薬物使用後に顕在化した
覚せい剤	21 (8.0%)	49 (18.7%)	70 (26.7%)	25 (35.7%)	21 (30.0%)
有機溶剤	6 (7.4%)	9 (11.1%)	15 (18.5%)	7 (46.7%)	4 (26.7%)
大麻	1 (7.7%)	2 (15.4%)	3 (23.1%)	2 (66.7%)	0 (0.0%)
睡眠薬	2 (4.3%)	4 (8.5%)	6 (12.8%)	2 (33.3%)	1 (16.7%)
抗不安薬	1 (5.3%)	2 (10.5%)	3 (15.8%)	2 (66.7%)	0 (0.0%)
鎮痛薬	0 (0.0%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)
鎮咳薬	0 (0.0%)	4 (17.4%)	4 (17.4%)	0 (0.0%)	4 (100.0%)
リタリン	0 (0.0%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
多剤(規制薬物)	2 (9.1%)	5 (22.7%)	7 (31.8%)	4 (57.1%)	2 (28.6%)
多剤(医薬品)	0 (0.0%)	3 (11.5%)	3 (11.5%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)
その他	0 (0.0%)	1 (5.6%)	1 (5.6%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)
計	33 (6.2%)	81 (15.1%)	114 (21.3%)	44 (38.6%)	34 (29.8%)

表31-2 反社会性パーソナリティ障害の併存(性別)

	(1)診断基準を満たす	(2)診断基準は満たさないが傾向がある	(1)および(2)	薬物使用との時間的關係	
				薬物使用前から存在した	薬物使用後に顕在化した
男性	27 (6.9%)	66 (16.9%)	93 (23.8%)	34 (36.6%)	26 (28.0%)
女性	6 (4.1%)	15 (10.3%)	21 (14.5%)	10 (47.6%)	8 (38.1%)
計	33 (6.2%)	81 (15.1%)	114 (21.3%)	44 (38.6%)	34 (29.8%)

表31-3 境界性パーソナリティ障害の併存(薬物別)

	(1)診断基準を満たす	(2)診断基準は満たさないが傾向がある	(1)および(2)	薬物使用との時間的關係	
				薬物使用前から存在した	薬物使用後に顕在化した
覚せい剤	7 (2.7%)	28 (10.7%)	35 (13.4%)	11 (31.4%)	5 (14.3%)
有機溶剤	1 (1.2%)	6 (7.4%)	7 (8.6%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)
大麻	1 (7.7%)	0 (0.0%)	1 (7.7%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)
睡眠薬	6 (12.8%)	5 (10.6%)	11 (23.4%)	7 (63.6%)	0 (0.0%)
抗不安薬	3 (15.8%)	4 (21.1%)	7 (36.8%)	5 (71.4%)	1 (14.3%)
鎮痛薬	0 (0.0%)	2 (22.2%)	2 (22.2%)	1 (50.0%)	1 (50.0%)
鎮咳薬	2 (8.7%)	2 (8.7%)	4 (17.4%)	3 (75.0%)	1 (25.0%)
リタリン	0 (0.0%)	4 (26.7%)	4 (26.7%)	2 (50.0%)	1 (25.0%)
多剤(規制薬物)	0 (0.0%)	4 (18.2%)	4 (18.2%)	4 (100.0%)	0 (0.0%)
多剤(医薬品)	5 (19.2%)	6 (23.1%)	11 (42.3%)	4 (36.4%)	1 (9.1%)
その他	1 (5.6%)	0 (0.0%)	1 (5.6%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)
計	26 (4.9%)	61 (11.4%)	87 (16.3%)	41 (47.1%)	11 (12.6%)

表31-4 境界性パーソナリティ障害の併存(性別)

	(1)診断基準を満たす	(2)診断基準は満たさないが傾向がある	(1)および(2)	薬物使用との時間的關係	
				薬物使用前から存在した	薬物使用後に顕在化した
男性	4 (1.0%)	27 (6.9%)	31 (7.9%)	10 (32.3%)	3 (9.7%)
女性	22 (15.2%)	34 (23.4%)	56 (38.6%)	31 (55.4%)	8 (14.3%)
計	26 (4.9%)	61 (11.4%)	87 (16.3%)	41 (47.1%)	11 (12.6%)

図1 主たる使用薬物別にみた症例(%)の推移

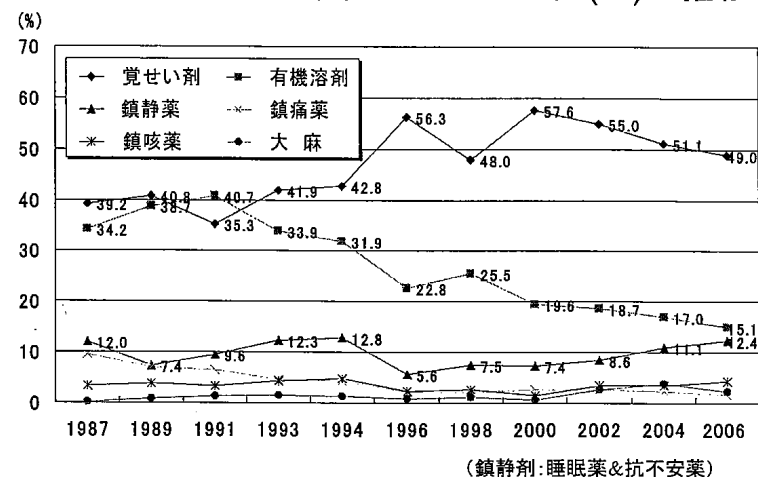


図2 使用歴のある薬物の推移

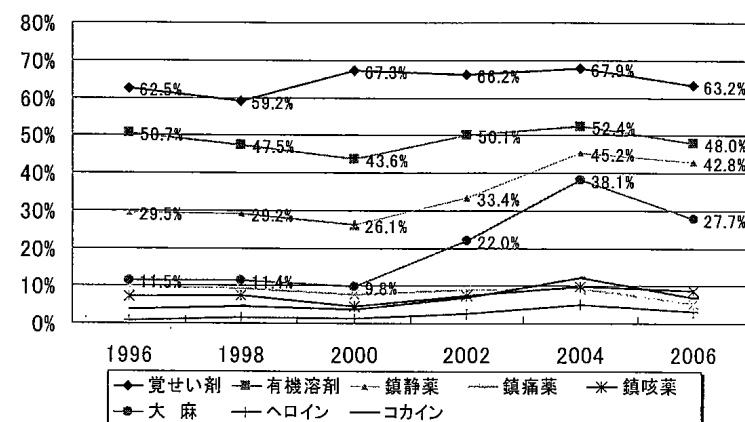


図3 初回使用薬物の推移

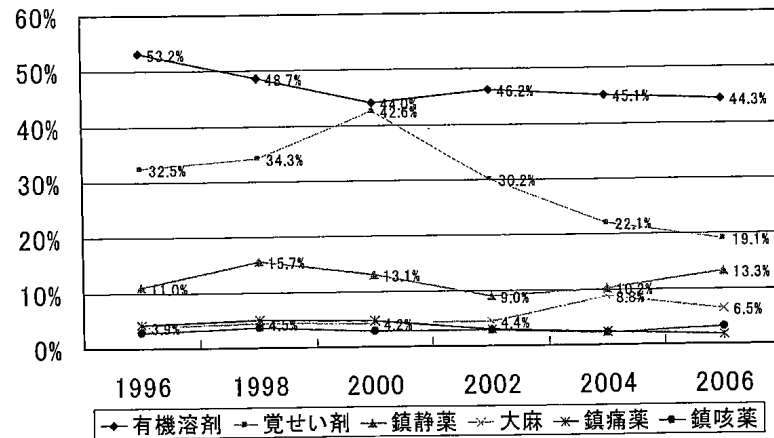


図5 長期乱用例(使用開始後5年以上)の推移
— 覚せい剤, 有機溶剤症例 —

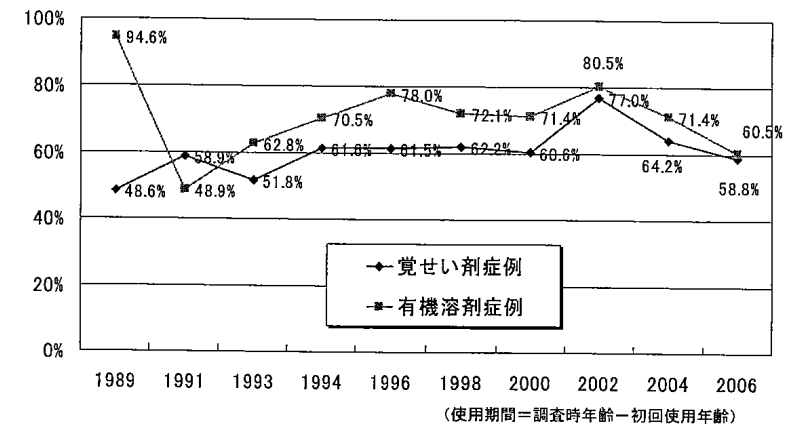


図4 初期乱用例(使用期間:1年未満)の推移
— 覚せい剤, 有機溶剤症例 —

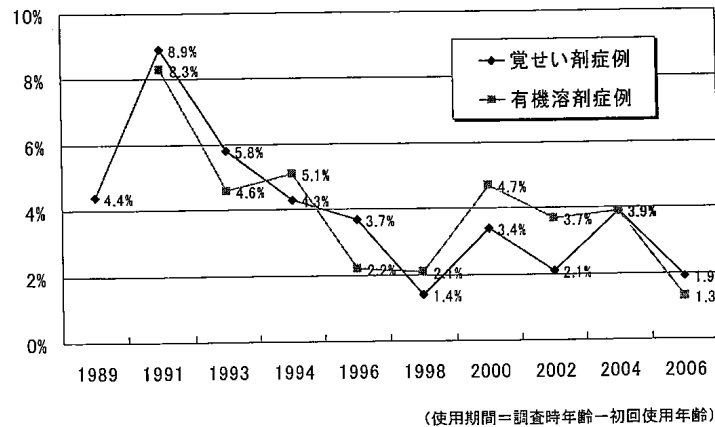
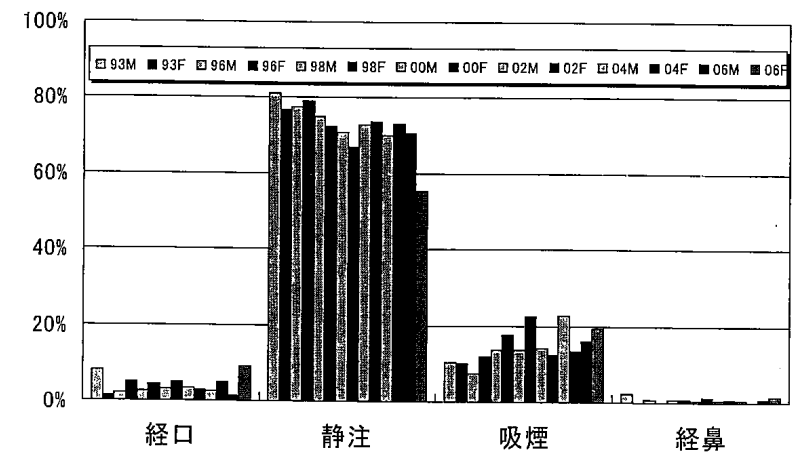


図6 覚せい剤初回使用方法の推移(性別)



薬物関連精神疾患調査用紙

(2006 年度版)

図5 長期乱用症例(使用開始後5年以上)の推移

— 覚せい剤, 有機溶剤症例 —

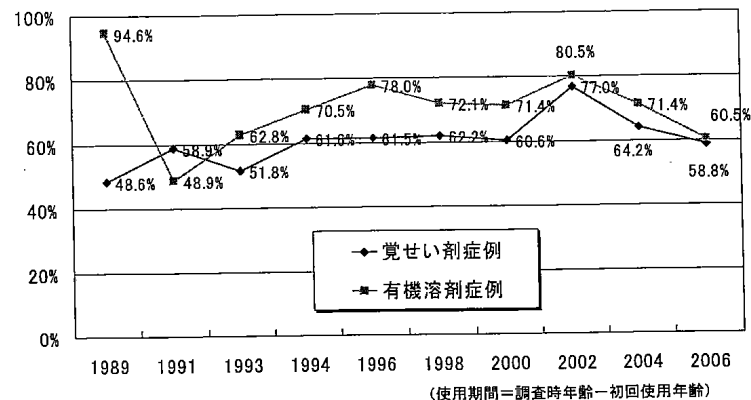
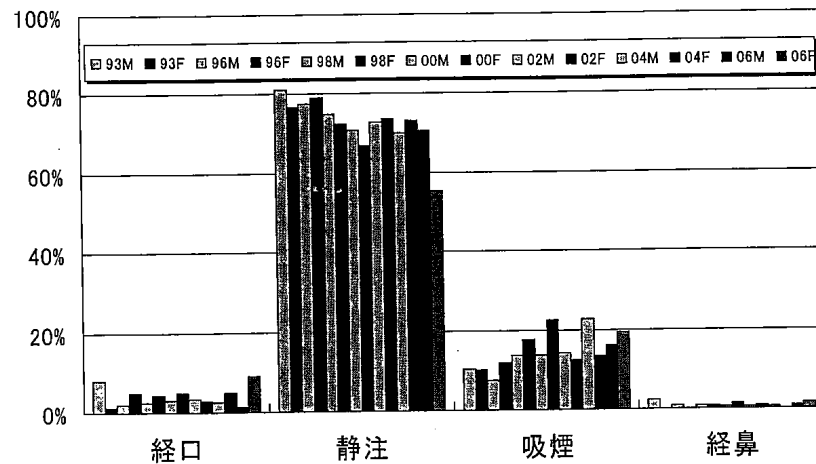


図6 覚せい剤初回使用方法の推移(性別)



本調査の実施要領は以下の通りです;

- (1) 調査期間: 2006 年 9 月 1 日 ~ 10 月 31 日
- (2) 対象患者: 上記期間に, 貴施設にて外来(初診・再診ともに含みます)または入院で診療を受けた, アルコール以外の薬物を主たる使用薬物とするすべての「薬物関連精神疾患」患者。
- (3) 方 法: 口頭で同意を取得できた場合は本調査用紙による面接, また面接調査が困難な場合は診療録からの転記とします。
- (4) 調査用紙返送期限: 2006 年 11 月 30 日

* ☐ 面接による調査 ☐ 診療録からの転記 (どちらかにチェックをお願いします)

* 報告症例がない場合, 下記のいずれかにチェックをお願いします

☐ 調査期間中に **該当患者なし**

☐ 該当患者はいたが面接調査への協力を拒否された

(このような患者さんは何名くらいおられたか, 参考までにお知らせ下さい: 症例数 _____ 例)

貴施設名 _____

記載年月日 2006 年 _____ 月 _____ 日

記載医師名 _____ 医師

* 本調査に関するお知らせ, 追加文書の添付等のため, 先生のメールアドレスをお知らせ頂ける場合は, 右に御記入下さい。 _____ @ _____ (職場用, 個人用)

***** お問い合わせは下記までお願いします *****

厚生労働科学研究「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」

分担研究者: 尾崎 茂 (E-mail: ozaki@ncnp.go.jp) 事務担当: 大槻

国立精神・神経センター精神保健研究所, 薬物依存研究部

〒187-8553 小平市小川東町 4-1-1

【tel】①042-346-1869(直通), ②042-341-2712, 内線 6218・6225 【fax】042-346-1954

- 1)性 別 1.男 2.女
 2)調査時年齢 1.満()歳 99.不明
 3)最終学歴 1.小学校 2.中学校 3.高校 4.専門学校 5.短大 6.大学 99.不明
 4)在学・卒業の別 1.在学中 2.中退 3.卒業 99.不明
 5)職 歴 1.乱用前職業(, 99.不明) 2.現在の職業(, 99.不明)

(下記のコード番号を記入。【例】主婦:29, 無職:31, “暴力団員”の場合は「31.無職」を含め日常的業種を選択)

01. 農林漁業 02. 商人(卸・小売り) 03. 不動産業 04. 金融業 05. 自営の職人 06. 露天・行商 07. その他の自営業 08. 団体役員
 09. 会社員 10. 店員 11. 工員 12. 公務員 13. 風俗営業関係者 14. 風俗営業以外の飲食業関係者 15. 興業関係者 16. 旅館関係者
 17. 交通運輸業関係者 18. 土木建築業関係者 19. 日雇い労働者 20. その他の被雇用者 21. 医療業関係 22. 芸能関係 23. 船員
 24. 小学生 25. 中学生 26. 高校生 27. 大学生 28. 各種学校生 29. 主婦 30. 家事手伝い 31. 無職 32. 不定 33.その他

6)薬物乱用開始前・後における交友関係(複数選択可)

- ①暴力団員との関係 0.これまでなし 1.乱用前にあり 2.乱用後にあり 99.不明
 ②非行グループとの関係 0.これまでなし 1.乱用前にあり 2.乱用後にあり 99.不明
 ③薬物乱用者との関係 0.これまでなし 1.乱用前にあり 2.乱用後にあり 99.不明
 7)補導・逮捕歴 0.これまでなし 1.乱用前にあり(内容_{下記より}:) 2.乱用後にあり(内容_{下記より}:) 99.不明
 【内容】1.窃盗 2.暴行・傷害 3.恐喝 4.強盗 5.薬物関連(所持・使用等) 6.その他 88.不明
 8)矯正施設への入所歴 0.なし 1.あり(2.刑務所・少年刑務所 3.拘置所 4.少年院 5.鑑別所 6.その他:) 99.不明
 9)現在の配偶関係 1.未婚 2.同様 3.内縁 4.既婚 5.別居 6.離婚 7.死別 8.再婚 9.その他() 99.不明
 10)タバコの使用歴 0.使用歴なし 1.使用歴あり(使用開始年齢: 歳, 88.不明) 2.禁煙中 99.使用歴は不明
 11)アルコールの使用歴 0.使用歴なし 1.使用歴あり(使用開始年齢: 歳, 88.不明) 2.禁酒中 99.使用歴は不明

12)これまでの薬物使用歴について(例)にならって記入して下さい。ただし治療で用いた薬物は除きます。

(「方法*」は下欄から該当する番号を選択。「年齢」が不明の場合は「99」。「依存」「乱用」は薬物使用の「コントロール喪失」を目安として。)

使用薬物	【これまで】		【初回使用時】		【過去1年間】		【過去1ヶ月間】		乱用開始から「依存」に至る期間	最終使用年齢
	使用の有無	年齢	方法*	使用の有無	方法*	使用の有無	方法*			
(例) 覚せい剤	1.あり 2.なし 3.不明	20歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	約28か月	25歳	
1. 覚せい剤	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳	
2. 有機溶剤	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳	
規制薬物	*「有機溶剤」(=各種「吸入剤」含む)薬物名:シンナー、トルエン、ラッカー、エナメル、ガス類、その他(薬物名):									
	3. 大麻	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳
	*「大麻」の形態:マリファナ(葉)、樹脂、ハシシオイル、その他:									
	4. コカイン	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳
	5. ヘロイン	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳
	6. MDMA(エクスタシー)	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳
	7. マジックマッシュルーム	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳
	8. LSD	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳
	9. その他①	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳
	*「その他①」(薬物名):									
	10. 睡眠薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳
	*「睡眠薬」剤名:リアゾラム、フルニトラゼパム、プロムプリル尿素、「ウルト」、プロチゾラム、コチゼパム、その他(薬剤名):									
	11. 抗不安薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳
	*「抗不安薬」剤名:エチゾラム、アルプラゾラム、ジアゼパム、プロメセパム、その他(薬剤名):									
	医薬品	12. 鎮痛薬	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	
*「鎮痛薬」剤名:セデス、ナロ、リセゴン・ベンゾジン、その他(薬剤名):										
13. 鎮咳薬		1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳
*「鎮咳薬」剤名(ブロン液、ブロン錠、トニ、その他(薬剤名):										
14. リタリン		1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳
15. その他②	1.あり 2.なし 3.不明	歳	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入	1.あり 2.なし 3.不明	1.経口 2.静注 3.吸入		歳	
*「その他②」(薬物名):										

「方法*」 1. 経口 2. 静注 3. 吸入(主に有機溶剤) 4. 加熱吸煙(いわゆる“あぶり”:コカイン・クラック、覚せい剤など)
 (複数選択可) 5. 喫煙(主に大麻) 6. 経鼻 7. その他 8. 不明

13)はじめて使用した薬物は何か?(*処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(=乱用)とします。)

- 1.覚せい剤 2.有機溶剤 3.大麻 4.コカイン 5.ヘロイン 6.MDMA(エクスタシー) 7.マジックマッシュルーム 8.LSD
 9.睡眠薬 10.抗不安薬 11.鎮痛薬 12.鎮咳薬 13.リタリン 14.その他() 99.不明

14)(質問13)の薬物をはじめて使用した動機は次のうちどれでしたか?(複数選択可)

- 1.誘われて 2.刺激を求めて 3.好奇心・興味から 4.断りきれずに 5.自暴自棄になって 6.覚醒効果を求めて
 7.疲労の除去 8.性的効果を求めて 9.ストレス解消 10.抑うつ気分の軽減 11.不安の軽減 12.不眠の軽減
 13.疼痛の軽減 14.咳嗽の軽減 15.やせるため 16.その他() 99.不明

15)(質問13)の薬物を使用するきっかけとなった人物は次のうち誰でしたか?(複数選択可)

- 1.なし(自発的使用) 2.配偶者 3.同棲中の相手 4.恋人・愛人 5.同性の友人 6.異性の友人 7.知人
 8.医師 9.薬剤師 10.親 11.同胞 12.密売人 13.その他() 99.不明

16)調査時点における「主たる薬物」(=現在の精神科的症状に関して臨床的に最も関連が深いと思われる薬物)をひとつ選択して下さい。(複数の薬物が同程度に関与していると考えられる場合は、複数選択して下さい。)

- 1.覚せい剤 2.有機溶剤 3.大麻 4.コカイン 5.ヘロイン 6.MDMA(エクスタシー) 7.マジックマッシュルーム 8.LSD
 9.睡眠薬 10.抗不安薬 11.鎮痛薬 12.鎮咳薬 13.リタリン 14.その他() 99.不明

17)前問で選択した「主たる薬物」の最近1年間における主な入手経路は以下のうちどれですか?(複数選択可)

- 1.最近1年間は使用していない 2.友人 3.知人 4.恋人・愛人 5.家族 6.密売人(日本人) 7.密売人(外国人)
 8.医師 9.薬局 10.その他() 99.不明

18)質問16)で選択した「主たる薬物」について、現在、精神科的には以下のどの診断(ICD-10)に該当しますか。該当する診断に○をつけて下さい。(主診断:ひとつ、副診断:複数選択可。)

ICD-10 診断分類	主診断	副診断
1. (F1x.0) 急性中毒		
2. (F1x.1) 有害な使用(心身の健康に害が起きているが、「依存症候群」「精神病的障害」は満たさないもの)		
3. (F1x.2) 依存症候群		
4. (F1x.3) 離脱状態		
5. (F1x.4) せん妄を伴う離脱状態(アルコール性振戦せん妄等)		
6. (F1x.5x) 精神病的障害(使用後2週以内の発症、症状の持続は48時間以上で物質使用中中断後6ヶ月以内)		
7. (F1x.57) 精神病的障害(使用後2週以内の発症、症状の持続は48時間以上で物質使用中中断後6ヶ月以上)		
8. (F1x.6) 健忘症候群		
9. (F1x.7) 残遺性障害(フラッシュバック、気分・認知・人格障害等)遅発性の精神病的障害(使用後2~6週の発症)		
10. (F1x.8) 他の精神および行動の障害		

19)前問(質問18)で、主・副診断いずれかで『ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬の「依存症候群」』に該当する場合、いわゆる「臨床用量依存」に該当するか否かについてお尋ねします。下記にあげた「臨床用量依存のガイドライン」5項目のうち、あてはまるものに○をつけて下さい。

- ①不安や不眠などの治療目的で開始した臨床用量を6か月以上継続服用している。 1.はい 2.いいえ 99.不明
 ②本来の症状は解消されて寛解状態にある。 1.はい 2.いいえ 99.不明
 ③その間、使用量の著しい増加を認めない。 1.はい 2.いいえ 99.不明
 ④中断によって反跳現象/退薬症候が出現する。 1.はい 2.いいえ 99.不明
 ⑤計画的な漸減・中止により退薬症候の出現が避けられた場合に、ベンゾジアゼピンの服用なしに経過する。 1.はい 2.いいえ 99.不明

(参考文献:ベンゾジアゼピン系薬物の使用原則と臨床用量依存の診断と治療。白倉ら編:アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン, p207-222, じほう, 2003)

20)これまでに「精神病エピソード」の既往が存在する場合、その発症年齢は何歳でしたか?

1. ()歳 2.既往はあるが発症年齢は不明 3.既往はない 99.既往は不明

21)薬物関連精神疾患に関する精神科治療の開始年齢は何歳でしたか?(他院での治療歴があれば含めて下さい。)

1. ()歳 99.不明

22)精神疾患の家族歴はありますか?(アルコール・薬物関連精神疾患またはその他の精神疾患)

- 0.なし 1.父親 2.母親 3.同胞 4.子供 5.祖父 6.祖母 7.父親の同胞 8.母親の同胞 9.その他() 99.不明
 *「あり」の場合、その精神疾患名(, 不明)

23) 気分障害の一部に物質使用障害の併存率が高いとの指摘があります。この症例では、「気分(感情)障害」の併存(薬物使用開始前の既往も含めて)があると考えられますか？

0. 併存はない 1. 併存が疑われる 2. 併存がある 99. 不明

24) 前問で“併存がある(疑いも含む)”場合、以下の点についてお尋ねします。

- ① 気分障害の類型(DSM-IV): 1. うつ病性障害(大うつ病性障害、気分変調性障害を含む)
2. 双極性障害(3. I型 4. II型* 5. 気分循環性障害 6. 特定不能 88. 病型は不明)
7. その他() 99. 不明 (II型*: 軽躁病エピソードを伴う反復性大うつ病エピソード)

② 発症年齢: ____歳頃, 99. 不明

③ 出現時期: 1. 薬物使用前 2. 薬物使用后 (3. 薬物誘発性*である 4. 薬物誘発性*ではない 88. 不明) 99. 不明
(薬物誘発性*: 薬物使用から1ヵ月以内の出現)

25) これまでに、下記のような**成育史上の問題**がありましたか？(複数回答可)

0. なし 1. 「15歳以前」の親との離別(2. 父親 3. 母親 4. 両親) 5. 不登校 6. いじめられ体験 7. 家庭内暴力
8. 被虐待(その内容: 9. 身体的 10. 性的 11. 心理的(ネグレクトなど) 12. その他(), 年齢: ____歳頃)
13. その他(内容:) 99. 不明

26) これまでに、**自傷行為**または**自殺企図**がみられたことがありますか？

0. なし 1. あり(2. 自傷行為 3. 自殺企図 4. 両方 5. どちらともいえない 88. どちらかは不明) 99. 不明

27) 下記の「**パーソナリティ障害**」(DSM-IV)が併存していますか？以下の診断基準を参考にしてください。

- ① 反社会性パーソナリティ障害: 1. 診断基準を満たす 2. 診断基準は満たさないが傾向がある 99. 不明
② 境界性パーソナリティ障害: 1. 診断基準を満たす 2. 診断基準は満たさないが傾向がある 99. 不明

28) 前問でパーソナリティ障害(傾向も含む)に該当する場合、その特徴は薬物使用前から存在したと考えられますか？

1. 薬物使用前から存在した
2. 薬物使用後に顕在化した(薬物使用に伴う認知・行動の変化に関係があると考えられる)
3. その他() 99. 不明

29) その他コメント等ありましたら、お書き下さい。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

【参考】DSM-IV パーソナリティ障害の診断基準

① 反社会性パーソナリティ障害 (301.7)

A. 他人の権利を無視し侵害する広範な様式で、15歳以降起こっており、以下のうち3つ(またはそれ以上)によって示される。

- (1) 法にかなう行動という点では社会的規範に適合しないこと。これは逮捕の原因になる行為を繰り返し行うことで示される。
(2) 人をだます傾向。これは繰り返し嘘をつくこと、偽名を使うこと、または自分の利益や快楽のために人をだますことによって示される。
(3) 衝動性または将来の計画を立てられないこと。
(4) 易怒性および攻撃性。これは身体的な喧嘩または暴力を繰り返すことによって示される。
(5) 自分または他人の安全を考えない方向見ずさ。
(6) 一貫して無責任であること。これは仕事を安定して続けられない、または経済的な義務を果たさない、ということを繰り返すことによって示される。
(7) 良心の呵責の欠如。これは他人を傷つけたり、いじめたり、または他人のものを盗んだりしたことに無関心であったり、それを正当化したりすることによって示される。

B. その人は少なくとも18歳である。

C. 15歳以前に発症した行為障害の証拠がある。

D. 反社会的な行為が起こるのは、統合失調症や躁病エピソードの経過中のみではない。

② 境界性パーソナリティ障害 (301.83)

対人関係、自己像、感情の不安定および著しい衝動性の広範な様式で、成人期早期までに始まり、種々の状況で明らかになる。以下のうち5つ(またはそれ以上)によって示される。

- (1) 現実、または想像の中で見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力。(注)基準5で取り上げられる自殺行為または自傷行為は含まない。
(2) 理想化とこき下ろしとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる、不安定で激しい対人関係様式。
(3) 同一性障害: 著明で持続的な不安定な自己像または自己感。
(4) 自分を傷つける可能性のある衝動性で、少なくとも2つの領域にわたるもの(例: 浪費、性行為、物質乱用、無謀な運転、むちゃ食い)。(注)基準5で取り上げられる自殺行為または自傷行為は含まない。
(5) 自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し。
(6) 顕著な気分反応性による感情不安定性(例: 通常は2〜3時間持続し、2〜3日以上持続することはまれな、エピソード的に起こる強い不快気分、いらいら、または不安)。
(7) 慢性的な空虚感。
(8) 不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難(例: しばしばかんしゃくを起こす、いつも怒っている、取っ組み合いの喧嘩を繰り返す)。
(9) 過性のストレス関連性の妄想観念または重篤な解離性症状。

分担研究報告書 (1-3)

全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

分担研究者 庄司正実 目白大学
研究協力者 妹尾栄一 東京都精神医学総合研究所
研究協力者 富田 拓 国立武蔵野学院

研究要旨 この研究の目的は、薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物への意識および実態を把握することである。この目的のため、全国の児童自立支援施設に入所中の児童に質問紙調査を実施した。有効調査人数は、986人(男性693人、女性293人)であった。調査により以下のような結果が得られた：1)有機溶剤乱用者数は男性68人(9.8%)女性91人(31.1%)、大麻乱用者数は男性19人(2.7%)女性41人(14.0%)、覚せい剤乱用者数は男性5人(0.7%)女性32人(10.9%)、ブタン乱用者数男性75人(10.8%)女性44人(15.0%)であった。その他、抗不安薬(安定剤)乱用が男性23人(3.3%)女性41人(14.0%)、ブロン(咳止め液)乱用が男性17人(2.5%)女性31人(10.6%)に認められた。従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。2)1994年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである。有機溶剤乱用はこれまで男女とも減少傾向であったが、今回も乱用者は減少した。特に男性においてこの傾向が著しく、1994年41.2%から2006年9.8%に減少した。女性でも1994年59.6%から2006年31.1%まで漸減している。覚せい剤乱用は男女とも2000年ころまで増加傾向にあったが、2002年以降減少傾向を示している。大麻乱用頻度について男性は5%から6%前後であったが今年度は2.7%に減少した。女性では1994年(22.0%)および1996年(19.0%)はやや高かったが1998年から14%から15%代であまり変化はない。今年度も14.0%であった。3)有機溶剤乱用に対する態度の年代変化を検討したところ、1998年と比較して大きな変化は見られなかった。このことより近年の有機溶剤乱用頻度の減少と児童の薬物乱用への態度はあまり関係がないと考えられた。一方、入所非行児の非行歴を検討した結果非行程度がやや軽度化している傾向が疑われ対象集団そのものがやや変化している可能性が示唆された。

児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループである。今回の調査により児童の乱用薬物が従来の有機溶剤という特定の薬物から多様化していることがうかがわれた。今後とも継続的に実態を把握していくことが必要である。

A研究目的

われわれは、1994年度より2004年度まで隔年ごとに児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用の実態を全国調査してきた^{①, ②, ③, ④, ⑤}。その結果、「有機溶剤乱用者は男女とも低下してきており特に男性における低下が顕著である。大麻乱用頻度は男女とも1994年および1996年はやや高かったが1998年からあまり変化はない。覚せい剤乱用

は男性では1998年から2000年ころまで増加傾向にあったが2002年以降減少傾向にある」という結果が得られた。このような入所非行児の薬物乱用の頻度あるいは態度などの変化を継続的に調査し把握することが本研究のおもな目的である。

児童自立支援施設入所非行児における薬物乱用の動態の変化は警察白書による薬物乱用検挙少年者数動向と類似している。警察白書^⑥によれば、

少年の薬物乱用の特徴として、一つには覚せい剤乱用検挙少年数が平成7年以降増加したという点がある。この覚せい剤乱用検挙少年数増加は1998年以降減少傾向に転じた。また、少年の有機溶剤乱用が平成3年ごろは2万人前後検挙されていたが、その後漸減し平成17年の検挙数は1368人であった。警察検挙数の変化が、実際の非行臨床場面における薬物乱用を反映しているかどうかを把握することは非行臨床の実践にとっても重要である。

薬物乱用では実際に検挙されず暗数となっている乱用者が多いため、実際の薬物乱用数を推定するための疫学調査がどうしても必要である。本調査では、2004年に引き続き児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用実態を調査することにより薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物乱用の動態を把握する。おもな調査対象薬物は、われわれの従来調査の結果と比較できることおよび他の調査研究や司法統計資料と比較検討できることより有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタンとしたが、その他の薬物についても簡単に乱用経験および周囲の乱用状況を尋ねる質問項目を追加した。

B方法

1 対象

全国の57の児童自立支援施設入所児童。児童自立支援施設に調査用紙を配布した。大阪にさらに1カ所児童自立支援施設があるが入所対象が他の児童自立支援施設と異なるため調査対象から除いた。回答が得られた施設は、42施設であった(73.7%)。分析では性別の記載のなかった者を除いた。その結果最終的調査対象者数は986人(男性693人、女性293人)であった。

2 調査用紙

調査用紙は資料に示した。調査が今後も同一施設に継続的に実施できるよう、なるべく被調査施設および被調査者の負担にならないように留意し

た。

調査項目は、薬物乱用関連項目、薬物以外の非行関連項目、性格検査項目、一般個人属性などであり、全調査項目数は104となった。薬物乱用に関する質問項目は前回までとほぼ同じである。今回性格検査として一般的性格傾向をみるための特性5因子尺度(20項目5件)法を追加した。

3 調査手続き

調査用紙は各施設に郵送し、施設ごと集団で実施してもらった。終了後施設ごとに一括して返送してもらった。回答は無記名式で、もし回答したくない場合は回答しなくても良い旨を質問紙に書き添えた。

C結果

1 対象者の属性

対象者の、性・学年構成、性・年齢構成、施設入所期間、地域別人数、非行歴、初発非行年齢、家庭裁判所係属歴を表1から表7に示した。

性別にみると男性が693人で全体の70.3%を占めている。就学状況は、中学3年生が男性282人(40.7%)、女性が138人(47.1%)と最も多い。中学生が男性の76.5%、女性の71.0%で多いが、高校生および専門学校生が男性5.8%、女性6.1%であった。中学卒業後で無職である者も男性5.2%、女性11.9%を占めている。そのほか小学生が男女それぞれ8.7%、4.8%いた。就労者は男女それぞれ0.9%、2.4%であった(表1)。年齢で見ると中学2年および3年に相当する14歳および15歳が男性でそれぞれ35.9%、25.0%、女性で30.7%、32.1%と多くを占めていた。一方、18歳以上の者は男女それぞれ0.7%、2.0%であった(表2)。

施設入所期間は、入所初期の3ヶ月以下の者が男性130人(19.8%)、女性68人(23.2%)であった。一方、2年以上入所している者は男性68人(9.8%)、女性16人(5.5%)いた(表3)。

居住地は、施設の所在地により北海道・東北、

関東、中部、関西、中国・四国、九州・沖縄に分けた。国立2施設については児童本人の居住地を確認していないため在住地不詳とした。最も人数が多かった地域は関東(男性172人、女性37人)であり、また調査対象数が最も少なかったのは東北・北海道(男性50人、女性28人)であった(表4)。

非行歴に関しては多いものから順に、男性では怠学500人(72.2%)、家出・外泊474人(68.4%)、自転車盗445人(64.2%)、窃盗444人(64.1%)、女性では怠学240人(81.9%)、家出・外泊235人(80.2%)、不良交友181人(61.8%)、窃盗178人(60.8%)、自転車盗173人(50.9%)などとなっている(表5)。

初発非行年齢は、男女とも小学校5年から中学校1年が10%台で多い。女性では全体に男性より初発非行がやや高い傾向にあり、女性の最も多い初発非行年齢は中学1年の64人(21.8%)であった(表6)。

家庭裁判所への係属歴は、性差はなく、男性181人(26.1%)、女性82人(28.0%)である(表7)。

2 薬物乱用の頻度

前回2004年の調査対象薬物は、有機溶剤、ブタン、大麻、覚せい剤、コカイン、睡眠薬、安定剤、咳止め液、MDMAであったが、睡眠薬や抗不安薬(安定剤)乱用が比較的多かったため、リタリンについても別途対象薬物とした。非行児の薬物乱用は、女性に多いため、男女別に検討した。また、薬物への意識は、薬物乱用者と非乱用者で異なると予想されるので両者を分けて分析した。

1) 周囲の薬物乱用頻度(表8)

少年達の交友関係など周囲に各種薬物乱用者がいるかどうか尋ねた。その結果、すべての薬物で女性は男性よりも周囲の薬物乱用頻度が高かった。

男性では、有機溶剤181人(26.1%)、ブタン129人(18.6%)、大麻85人(12.3%)、覚せい剤76人

(11.0%)、安定剤71人(10.2%)、咳止め液65人(9.4%)、コカイン23人(3.3%)、リタリン18人(2.6%)、MDMA15人(2.2%)、睡眠薬8人(1.2%)の順であった。

女性では有機溶剤180人(64.1%)、安定剤116人(39.6%)、大麻110人(37.5%)、ブタン・覚せい剤101人(34.5%)、咳止め液98人(30.0%)、コカイン53人(18.1%)、MDMA・リタリン28人(7.6%)、睡眠薬16人(5.5%)の順であった。

2) 本人の薬物乱用頻度(表9)

本人の薬物乱用もすべての薬物において女性は男性より頻度が高かった。

男性では、乱用頻度が高い順に、ブタン75人(10.8%)、有機溶剤68人(9.8%)、安定剤23人(3.3%)、大麻19人(2.7%)、咳止め液17人(2.5%)、コカイン7人(1.0%)、覚せい剤5人(0.7%)、MDMA3人(0.4%)、睡眠薬2人(0.3%)、リタリン1人(0.1%)であった。

女性では、乱用頻度が高い順に、有機溶剤91人(31.1%)、ブタン44人(15.0%)、大麻・安定剤41人(14.0%)、覚せい剤32人(10.9%)、咳止め液31人(10.6%)、コカイン・MDMA14人(4.8%)、リタリン・睡眠薬2人(0.7%)であった。

各薬物とも無回答者が男性では3%から4%前後、女性では10%ほどいた。このため乱用頻度の少ない薬物では結果の信頼性に問題がある。男性の場合は有機溶剤、ブタン以外は信頼性に乏しい。女性でも睡眠薬やリタリンなどは信頼性が低い。

3) 有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用頻度の年代変化(表10、表11)

有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用頻度については、1994年、1996年、1998年、2000年、2002年および2004年の従来の調査と今回の結果を表にまとめた。

有機溶剤乱用は、男性において一貫して減少しており1994年41.2%から2006年には9.8%とな

った。女性有機溶剤乱用率は男性よりも減少率がゆるやかであったが前回2004年44.2%から2006年31.1%に減少した。

大麻は男性では1994年から2004年まで5%から6%前後であったが今回は2.7%とはじめて3%以下となった。女性では1998年から2004年にかけて14%から15%代であり今回も14.0%であり大きな変化はない。

覚せい剤は男性では1994年1.2%から2000年5.0%まで増加してきたが、2002年2.5%、2004年1.6%と低下し、今回0.7%とさらに低下した。女性では1994年6.6%から1998年16.9%まで増加したが、2000年15.2%、2002年13.6%、2004年12.4%と低下傾向であったが、今回は10.9%に低下した。

4) 地域ごとの有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用頻度(表12、表13)

有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタンの各種薬物乱用頻度を地域ごとにみてみた。

男性では、有機溶剤乱用は関西が14.6%と最も頻度が高く、ついで東北・北海道12.0%、関東9.3%の順であった。大麻乱用は中国・四国が9.0%と比較的多かった。覚せい剤乱用は男性では関西のみで0.8%であった。ブタン乱用は、東北・北海道12.0%、関東11.6%、関西10.0%に多かった。

女性の場合、有機溶剤乱用は関西36.2%、関東32.4%で多く、その他の地域は10%代から20%代であった。大麻乱用は九州20.8%、関西12.8%、関東10.8%で多かった。覚せい剤乱用は関東13.5%に対し関西6.4%、九州6.3%、中国・四国5.1%であった。ブタン乱用は関東21.6%に多く、関西14.9%、中国・四国11.9%、東北・北海道10.7%であった。

3 有機溶剤、大麻、覚せい剤乱用の意識・実態

1) 有機溶剤

① 周囲の有機溶剤乱用による精神症状発現者(表14)

身近に有機溶剤乱用の結果、病気が異常になった人がいたかどうか訪ねた。

その結果、男性の59人(8.5%)、女性の98人(33.4%)が身近に有機溶剤乱用の結果と思われる異常を訴える人がいたと答えていた。女性に周囲の症状発現者が多かった。

② 有機溶剤入手性(表15)

有機溶剤の入手が困難であるかどうかについて尋ねた。

簡単に手に入るとしたものは、男性では125人(18.0%)、女性では108人(36.9%)であり、女性の方が簡単に手に入るとした者が多かった。

③ 有機溶剤乱用開始年齢(表16)

有機溶剤乱用開始年齢は、男女とも中学1年生あるいは中学2年生である13歳が最も多かった(男性27人(39.7%)、女性30人(33.0%))。続いて14歳、12歳の順となっていた。

④ 有機溶剤吸引頻度(表17)

有機溶剤を最も乱用していた時期の吸引頻度を尋ねた。男性では「今まで1.2回」という機会的乱用37人(54.4%)が多く、女性では「数回以上」が42人(46.2%)と多かった。「ほとんど毎日」と回答した者は男女それぞれ7人(10.3%)、10人(11.0%)であった。乱用頻度に性差はなかった。

⑤ 有機溶剤乱用への態度(表18,19)

この項目は、男女ごとに有機溶剤乱用経験別に比較した。有機溶剤乱用に対して、「法律で禁じられているから、すべきではないと思う」、「法律で禁じられてはいるが、少々ならかわらないと思う」、「法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う」の3件法で回答しても

らった。

「法律で禁じられているからすべきではないと思う」と法的に答えた者は、有機溶剤非乱用者では男性446人(73.6%)、女性112人(62.9%)だったのに対し、有機溶剤乱用者では男性16人(23.5%)、女性22人(24.2%)と少なかった。

一方、「少々ならかわらないと思う」、「法律を守る必要は全然ないと思う」という許容的回答をした者は、乱用者では男性48人(70.6%)および女性68人(74.8%)と多く、一方、非乱用者では男性103人(17.0%)および女性57人(32.0%)と少なかった。

以上、男女とも乱用者は有意に有機溶剤乱用に許容的であった。

⑥ 有機溶剤乱用禁止への態度(表20,21)

法律で有機溶剤乱用を禁止していること自体への意見を尋ねた。「禁止することを当然」としているのは非乱用者では男女それぞれ398人(65.7%)、97人(54.5%)であったのに対し、有機溶剤乱用者では「禁止することを当然」とした者は男女それぞれ24人(35.3%)、18人(19.8%)にすぎなかった。「有機溶剤くらい禁止しなくても良い」「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよい」を合わせた有機溶剤乱用に肯定的意見が、有機溶剤乱用者では、男女それぞれ23人(33.8%)、44人(48.4%)あり、非乱用者よりも多かった。

⑦ 有機溶剤の有害性知識(表22,23)

有機溶剤乱用の影響として、急性中毒死、多発神経炎、精神病状態、無動機症候群、フラッシュバックについて尋ねた。

これらの有害性については、精神病状態およびフラッシュバックが有機溶剤乱用の有無にかかわらず男女とも良く知られていた。精神病状態が生じることを知っていた者は、男性では乱用者53人(77.9%)非乱用者350人(57.8%)、女性では乱用

者80人(87.9%)非乱用者140人(78.7%)であった。また、乱用者・非乱用者とも女性の方が男性よりも有害性知識がある傾向にあった。

⑧ 有機溶剤で体験した症状(乱用者)(表24)

有機溶剤による症状としては精神病状態が男性乱用者17人(25.0%)、女性乱用者20人(22.0%)に訴えられていた。フラッシュバックも男性乱用者9人(13.2%)、女性乱用者21人(23.1%)に見られた。無動機症候群や多発神経炎の症状も尋ねているが、これらは本人の訴えであるので正確な診断ではない。

⑨ 有機溶剤の有害性知識と乱用抑止(表25)

有機溶剤乱用の有害性の知識が有機溶剤乱用を抑止するかどうかを有機溶剤乱用者に尋ねた。「害を知っていたら吸引しなかったと思う」が男性乱用者では16人(23.5%)、女性乱用者では21人(23.1%)であった。一方、「やはりしていたと思う」は男女乱用者それぞれ35人(51.5%)、58人(63.7%)であった。

⑩ 施設退所後、乱用しないと思うか(有機溶剤乱用者のみ)(表26)

今回施設を退所した後有機溶剤を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、「絶対やらないと思う」は男女それぞれ50人(73.5%)、49人(53.8%)であった。一方、「多分やと思う」「絶対やと思う」と答えた者は男性ではそれぞれ3人(4.4%)、2人(2.9%)、女性ではそれぞれ8人(8.8%)、1人(1.1%)と少なかった。

⑪ 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)(表27)

上記退所後乱用すると思うと答えた者にその理由を尋ねた。男性では退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者が少なかったためあまり意味は

ない。女性では「今もやりたいと思っているから」「いやなことがあったらやると思うから」とした者が 5 人(55.6%)いた。「今もやりたいと思っているから」が 2 人(22.2%)でいた。

2) ブタン乱用

① 周囲のブタン乱用による精神症状発現者(表 28)

身近にブタン乱用の結果、病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた。

その結果、男性の 40 人(5.8%)、女性の 48 人(16.4%)が身近にブタン乱用の結果と思われる異常を訴える人がいたと答えていた。女性に周囲のブタンによる症状発現者が多かった。

② ブタン入手困難さ(表 29)

ブタンの入手が困難であるかどうかについて尋ねた。

簡単に手に入ると回答したのは、男性では 252 人(36.4%)、女性では 120 人(41.0%)であり、4 割前後の者がブタン入手は容易としていた。

③ ブタン乱用開始年齢(表 30)

ブタン乱用開始年齢は、13 歳が男性 31 人(41.3%)、女性 16 人(36.4%)で最も多かった。つづいて 12 歳、14 歳が多かった。11 歳以下が男性が 4 人(5.3%)、女性 3 人(6.8%)みられた。

④ ブタン乱用頻度(表 31)

ブタンを最も乱用していた時期の吸引頻度を尋ねた。「ほとんど毎日」していた経験があるのは、男性 10 人(13.3%)、女性 3 人(6.8%)であった。一方、「いままで 1, 2 回」のみと回答した者は男性 20 人(26.9%)、女性 21 人(47.7%)であった。ブタン乱用に関しては男性乱用者の方が女性乱用者よりも乱用頻度が高いようである。

⑤ ブタン乱用への態度(表 32, 33)

男女ごとにブタン乱用経験別に比較した。ブタン乱用についてどう思うかを、「すべきではない」、「少々な

らかまわないと思う」、「かまわないと思う」の 3 件法で回答してもらった。

「乱用すべきではない」と答えた者は、ブタン非乱用者では男性 261 人(38.8%)、女性 83 人(38.2%)だったのに対し、乱用者では男性 13 人(17.3%)および女性 8 人(18.2%)と少なかった。非乱用者ではブタン吸引そのものを知らなかった者が男女それぞれ 243 人(36.1%)、70 人(32.3%)と多かった。

⑥ ブタンの有害性知識(表 34, 35)

ブタン吸引の影響として、精神病状態、急性中毒死について尋ねた。

非乱用者では、精神病状態および急性中毒死いずれも知らなかった者が男性 407 人(68.5%)女性 134 人(45.4%)と多くを占めていた。男性乱用者では精神病状態、急性中毒死を知っていたものはそれぞれ 20 人(26.7%)、22 人(29.3%)であり、非乱用者よりもブタン吸引の有害性をよく知っていた。女性では、精神病状態について知っていた者は乱用者 20 人(26.7%)非乱用者 55 人(18.6%)、急性中毒死について知っていた者は乱用者 18 人(24.0%)非乱用者 42 人(14.2%)であった。女性においても乱用者は非乱用者よりもこれらの有害性知識を持っていた。しかし全体に有機溶剤の場合よりも有害性の知識は少ない。

⑦ ブタンで体験した症状(乱用者)(表 36)

乱用者において体験した症状を尋ねた。その結果ブタン乱用によって精神病状態を体験した者は男女それぞれ 13 人(17.3%)、10 人(22.7%)であり、性差はなかった。フラッシュバック体験率は男女それぞれ 14 人(18.7%)、7 人(15.9%)であった。

⑧ ブタンの有害性知識と抑止(表 37)

ブタンの有害性知識がブタン吸引を抑止するかどうか検討するためブタンの有害性を知っていたら乱用しなかったかどうかを乱用者に尋ねた。男性では「害を知っていたら吸引しなかったと思う」と「やはりしていたと思う」がいずれも 40%前後でほぼ同じであった。一方、女性では「やはりしていたと思う」25 人(56.8%)が「害を知っていたら吸引しなかったと思う」11 人(25.0%)よりも多かった。

⑨ 施設退所後、乱用したいと思うか(ブタン乱用者のみ)(表 38)

今回施設を退所した後ブタンを再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、「多分やと思う」あるいは「絶対やと思う」と答えた者は男性では 5 人(6.7%)、女性では 8 人(18.1%)であり、「絶対やらないと思う」は男女それぞれ 55 人(73.3%)、24 人(54.5%)であった。女性の方が退所後のブタン乱用を示唆する者が多かった。

⑩ 退所後、乱用すると思う理由(「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)(表 39)

退所後乱用すると思うと答えた者にその理由を尋ねた。対象人数が少ないが男女とも「誘われたらやと思うから」が多く(男性 40.0%、女性 50.0%)、誘惑に弱いことを示していた。

3) 大麻

① 周囲の大麻剤乱用による精神症状発現者(表 40)

身近に大麻乱用の結果、病気や異常になった人がいたかどうか尋ねた。

その結果、男性の 46 人(6.9%)、女性の 73 人(24.9%)が身近に大麻乱用の結果と思われる異常

を訴えていた人がいたと答えていた。大麻による周囲の精神症状発現者は女性に多かった。

② 大麻入手困難さ(表 41)

大麻の入手が困難であるかどうかについて尋ねた。

簡単に手に入るとしたのは、男性では 50 人(7.2%)、女性では 70 人(23.9%)であり、女性の方が簡単に手に入るとする者が多かった。

③ 大麻の知識(表 42)

「大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前)、大麻についてあなたはどのように思っていたか」を尋ねた。「見てみたかった」および「試してみなかった」という大麻乱用への関心を示した者が男性の 76 人(11.0%)、女性の 72 人(25.6%)を占めており、女性の方が男性より関心が高かった。

④ 大麻の乱用開始年齢(表 43)

大麻乱用者に乱用開始年齢を尋ねた。男性では 11 人(57.9%)女性では 27 人(65.8%)が 13 歳から 14 歳が開始年齢と回答しており、この年代に開始年齢として多かった。

⑤ 最もしていた時の大麻乱用頻度(表 44)

大麻乱用経験者に最も吸引していた時期の吸引頻度を尋ねた。男性では「今まで 1, 2 回」が 14 人(73.7%)と大半を占めていた。女性では「今まで 1, 2 回」と「数回以上」がそれぞれ 18 人(43.9%)で同数であった。「ほとんど毎日」は男性ではいなかったが、女性では 2 人(4.9%)いた。

⑥ 大麻乱用への態度(表 45, 46)

大麻を吸うことをどう思っていたかを大麻乱用の有無で比較した。大麻非乱用者は、男性 491 人(75.4%)、女性 133 人(59.1%)が、「法律で禁じられているからすべきではないと思う」と答えていた。一方、大麻乱用者では、「すべきではない」

とした者が男女それぞれ5人(26.3%), 4人(9.8%)に過ぎなかった。大麻乱用者では「少々ならかわわないと思う」「それを守る必要は全然ない」をあわせた大麻乱用に肯定的意見が男性で14人(73.7%),女性で34人(82.9%)を占めていた。男女とも乱用者のほうが許容的態度であった。

⑦ 大麻禁止への態度(表 47,48)

法律で大麻を禁止していること自体への意見を尋ねた。有機溶剤乱用の場合と同様、非乱用者は、「禁止することを当然」ととするものが多い(男性 69.9%, 女性 56.4%)のに対し、大麻乱用者では「禁止することを当然」とした者は少なかった(男性 36.8%, 女性 14.6%)。大麻乱用者では「大麻くらい禁止しなくても良い」「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよい」など大麻吸引に肯定的意見が男女それぞれ 21.1%, 41.5%と多かった。

⑧ 大麻の有害性知識(表 49,50)

大麻吸引の影響として、精神病状態、無動機症候群について尋ねた。精神病状態および無動機症候群の知識は男女とも乱用者と非乱用者の間に差はなかった。しかし「いずれも知らなかった」者は、男女とも非乱用者に多かった。

⑨ 大麻で体験した症状(乱用者)(表 51)

乱用者に大麻による精神症状を尋ねた。精神病状態は男性2人(10.5%), 女性6人(14.6%)にみられた。無動機症候群は男性2人(10.5%), 女性13人(31.7%)にみられた。精神病状態および無動機症候群の体験率は性差はなかった。

⑩ 大麻の有害性知識と抑止(表 52)

大麻吸引の有害性の知識が大麻吸引を抑止するかどうかを検討するため、大麻による害を知っていたら吸引しなかったと思うかどうかを大麻乱用者に尋ねた。

「害を知っていたら吸引しなかったと思う」と答えた大麻乱用者は、男女それぞれ9人(47.4%), 6人(14.6%)にすぎず、「やはりしていたと思う」と答えた者が多かった。

⑪ 施設退所後の大麻使用(大麻乱用者のみ)(表 53)

今回施設を退所した後大麻を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、男女ともほとんどの者が「多分やらないと思う」(男性 16人(84.2%), 女性 25人(61.0%))あるいは「絶対やらないと思う」(男性 3人(15.8%), 女性 11人(26.8%))と答えていた。

退所後も乱用する理由としては、女性において「今もやりたいと思っているから」「誘われたらやと思うから」「なんとなくそう思うから」などがあげられた(表 54)。

4) 覚せい剤

① 周囲の覚せい剤乱用による精神症状発現者(表 55)

身近に覚せい剤乱用の結果、病気や異常になった人がいたかどうか訪ねた。

その結果、男性の42人(6.1%), 女性の81人(27.6%)が身近に覚せい剤乱用の結果と思われる異常を訴えていた人がいたとしており、女性の周囲で覚せい剤乱用による精神症状発現者が多かった。

② 覚せい剤入手性(表 56)

覚せい剤の入手が困難であるかどうかについて尋ねた。

簡単に手に入るとした者は、男性では39人(5.6%), 女性では66人(22.5%), また少々苦労するが手に入ると答えた者が男性57人(8.2%), 女性59人(20.1%)であり、女性の方が簡単に手に入るとする者が多かった。

③ 覚せい剤への関心(表 57)

「覚せい剤を使う前(使ったことがない人は施設入所前)、覚せい剤についてどう思っていたか」を尋ねた。「見てみたかった」および「試してみたかった」という覚せい剤への関心を示した者が男性の63人(9.1%), 女性の77人(26.3%)を占めた。女性より男性よりも覚せい剤乱用以前から覚せい剤への関心が高かった。

④ 覚せい剤乱用への誘い(表 58)

「入所前、覚せい剤の使用を誘われたことがあるかどうか」を尋ねた。男性では23人(3.3%), 女性では65人(22.2%)が覚せい剤乱用に誘われていた(この質問項目では無回答が男女それぞれ 223人(32.2%), 78人(26.6%))と多いためその点を考慮する必要がある。

⑤ 覚せい剤の乱用開始年齢(表 59)

覚せい剤乱用者にはじめて覚せい剤を乱用した年齢を尋ねた。男性では乱用者が5人と少ないが12歳から14歳で乱用開始していた。女性では14歳が12人(37.5%)で最も多く、ついで13歳の8人(25.0%)であった。

⑥ 覚せい剤の乱用頻度(表 60)

覚せい剤乱用者が最も乱用していた時期にどの程度乱用していたかを尋ねた。男女とも「今まで1, 2回」が2人(40.0%)および19人(59.4%)と多かった。一方、女性では「ほとんど毎日」とした者も3人(9.4%)いた。

⑦ 覚せい剤の乱用方法(表 61)

乱用方法を「吸引」「注射」「吸引と注射」に分けて尋ねた。吸引のみを乱用方法としてあげた者が男女それぞれ2人(40.0%), 14人(43.8%)と最も多かった。古典的使用法である注射のみをあげた者は男女それぞれ1人(20.0%), 7人(21.9%)であった。「吸引と注射」をあげた者は、男女そ

れぞれ0人, 7人(21.9%)であった。男性では無回答が2人(40.0%), 女性では4人(12.5%)いた。乱用方法に性差は認められなかった。

⑧ 覚せい剤への態度(表 62,63)

男女別乱用経験別に覚せい剤への態度を比較した。男性では乱用者が少ないため乱用有無別の比較はあまり実がない。男性では約80%が「乱用すべきではない」としている。女性では乱用者32人のうち「少々ならかわわないと思う」13人(40.6%)「それを守る必要は全然ない」7人(21.9%)など覚せい剤乱用に肯定的意見が多く「乱用すべきではない」は4人(12.5%)と少なかった。これに対し女性の非乱用者では「乱用すべきではない」が154人(65.8%)で2/3ほどを占めていた。

⑨ 覚せい剤禁止への態度(表 64,65)

法律で覚せい剤を禁止していること自体への意見を尋ねた。これも男性では乱用者が5人と少ないため乱用有無別の比較は意味がない。前記の覚せい剤への態度と同様に男性では「禁止するのは当然である」とする者がおよそ80%であった。女性では乱用者では「禁止するのは当然である」は5人(15.6%)と少なく「そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよい」という覚せい剤使用に肯定的意見が13人(40.6%)にみられた。一方、女性の非乱用者では「禁止するのは当然である」が148人(63.2%)でやはり2/3ほどであった。

⑩ 覚せい剤の有害性知識(表 66,67)

覚せい剤吸引の影響として、精神病状態およびフラッシュバックについて尋ねた。男性では精神病状態について乱用者と非乱用者の間で差はなく精神病状態およびフラッシュバックについて知っているとした者が40%ほどであった。一方、女性では乱用の有無にかかわらず精神病状態については知っている者の割合は60%代であった。フラッシュバックについて知っている者の割合は乱用者

24 人(75.0%)が非乱用者 137 人(58.5%)よりやや高かった。性差では女性の方が男性より知っている者が多かった。

⑪ 覚せい剤の有害性体験率(表 68)

覚せい剤乱用者に、精神病状態、フラッシュバックの体験について尋ねた。男性では、乱用者が少ないこともあり、精神病状態、フラッシュバックの体験した者はいなかった。一方、女性では、精神病状態、フラッシュバックの体験した者はそれぞれ 13 人(40.6%)、12 人(37.5%)いた。

⑫ 覚せい剤の有害性知識と抑止(表 69)

覚せい剤有害性知識が覚せい剤吸引を抑止するかどうかを覚せい剤乱用者に尋ねた。「害を知っていたら吸引しなかったと思う」が男性 1 人(20.0%)、女性 6 人(18.8%)であった。「やはりしていたと思う」とする者が、男性で 2 人(40.0%)、女性で 20 人(62.5%)であり、有害性を知っているも乱用したとするものの方が多かった。

⑬ 施設退所後の乱用可能性(覚せい剤乱用者のみ)(表 70)

今回施設を退所した後覚せい剤を再び乱用すると思うかどうかを乱用者に尋ねた。その結果、男性では回答全員「絶対やらないと思う」と答えていた。女性では 7 人(21.9%)が「多分やと思う」1 人が「絶対やる」と答えていた。理由については、「なんとなくそう思うから」4 人(50.0%)や「誘われたらやと思うから」3 人(37.5%)などが多く認められた(表 71)。

D 考察

1 本年度調査の薬物乱用実態

1) 乱用薬物の種類

今年度の調査で、非行児の乱用薬物として最も多かったのは男性ではブタン 10.8%、女性では有機溶剤 31.1%であった。われわれこれまでの入所

非行児調査では男女とも有機溶剤が最も多い乱用薬物であったが今回はじめて男性においては有機溶剤乱用よりもブタン乱用の方が多くなった。一方、女性ではまだ有機溶剤が最も多い乱用薬物であり、ブタン乱用頻度は有機溶剤乱用頻度のおよそ半分の 15%であった。有機溶剤乱用が減少している現在ブタン乱用は青少年の間で相対的に重要な乱用薬物となってきたと思われる。

安定剤(抗不安薬)の乱用が男女それぞれ 3.3% および 14.0%にみられる。有機溶剤乱用が以前より減少してきたため安定剤も乱用薬物としては相対的に頻度が高く実態について今後検討する必要があると思われる。安定剤(抗不安薬)についてはこれまで非行児を対象に種類や入手経路などあまり検討してきていない。

男性において有機溶剤およびブタン以外は乱用頻度が 3%から 4%以下である。この値は未回答者の頻度と変わらずこれらの薬物乱用頻度は信頼性が低いと考えられる。

全体的に薬物乱用が減少してきているため、特に男性では児童自立支援における薬物問題の重要性は相対的に低下していると考えられる。そのため薬物に対する啓蒙教育があまり行われなくなるのではないかと心配される。

2) 薬物乱用の性差

入所非行児の薬物乱用の性差については、従来と同様にすべての薬物において男性より女性の方が乱用率が高くまた乱用者実数も多かった。一方、2006 年版青少年白によれば、有機溶剤乱用、大麻乱用、覚せい剤乱用により検挙された犯罪少年のうち女性の割合はそれぞれ 41.7%、16.7%、64.9%である。つまり大麻のみ著しく男性に多く、有機溶剤はやや男性が多く、覚せい剤は女性が多い。したがって、われわれの調査対象である入所非行児においては、これは検挙された犯罪少年の場合とはやや異なるといえる。

この理由として、一つには女子非行では性非行

や薬物非行が重要な入所理由となりやすいことが考えられる。児童保護の観点から、薬物問題は男性より女性で重要となりやすい。児童自立支援施設への入所は児童相談所や家庭裁判所の判断によるので、女性の場合の方が薬物乱用をしたことによって施設入所になる可能性が高いと思われる。

3) 薬物乱用の地域差

薬物乱用の頻度を地域ごとの検討した結果、薬物の種類により地域差が認められた。しかし、地域ごとの対象人数はそれほど多くないので乱用率などの結果の変動は大きい。2000 年度調査では、有機溶剤乱用および覚せい剤乱用頻度は関西地域が高く、ブタン乱用は地域差があまりなかった。2002 年調査では北海道・東北地方で有機溶剤乱用、ブタン乱用、大麻乱用が多かった。2004 年度は東北・北海道では全般に各種の薬物乱用が多く九州は有機溶剤乱用がおもな乱用薬物であり他の乱用薬物は比較的少ないという結果であった。

今回も地域ごとに薬物乱用の頻度にやや差があるように思われた。男性よりも女性で地域差があるようで関東および関西で多少薬物乱用率が高いようである。しかし、地域ごとの人数がそれほど多くないため断定的なことは言いにくい。

2 薬物乱用の年代変化

乱用頻度の年代変化は回答数や回答施設の変動の影響を受ける。これまで調査対象数は大体 1200 人から 1300 人ほどであるが今回は調査数が 986 人とやや少なかった。このような回答率の変動を考慮し結果の解釈には注意が必要である。また薬物乱用には地域差があるので回答する施設が調査ごとに異なるとその影響も出てくると思われる。さらに対象者のうち 1 年以上入所している者が 30%以上いる。これらの対象者では 1 年以上前の薬物経験を訪ねていることになるので警察統計の年度と直接比較し評価することは難しい。

以上を考慮したうえで有機溶剤乱用、大麻乱用、

覚せい剤乱用の年次変化についておよそ下記のとおりである。

1) 有機溶剤

男性では 1994 年度調査より有機溶剤乱用は一貫して減少しており、1994 年度から今回 2006 年まで 2 年おきに 41.2%、37.3%、30.3%、26.4%、21.6%、14.3%、9.8%となっている。

一方、女性も減少傾向にあるが男性ほど顕著でない。女性では、1994 年から 1998 年までの 59.6%、50.6%、48.5%と減少したが、2000 年は 52.3%とやや上昇し、その後 2002 年 46.5%、2004 年 44.2%、2006 年 31.1%と減少してきている。

警察白書によれば有機溶剤乱用により検挙された少年数は平成 3 年ごろは 2 万人前後であったがその後漸減し、平成 17 年には 1368 人までに減少した。児童自立支援施設入所非行児の有機溶剤乱用者数の動向は検挙少年数との変化と相関していると思われる。児童自立支援施設入所児童の有機溶剤乱用率が今後とも減少していくか継続的調査が必要である。

2) 大麻

大麻乱用は、男性では 1994 年および 1996 年は 5.5%、6.7%であったが、1998 年から 2004 年までほぼ 5%前後で変化していなかった。しかし今回 2006 年は 2.7%まで低下した。女性では、1994 年から 1998 年まで 22.0%、19.0%、14.4%と漸減し、その後 2000 年 14.7%、2002 年 15.9%、2004 年 15.9%、2006 年 14.0%とあまり変化していない。

全体としてみると児童自立支援施設入所児の大麻乱用は有機溶剤乱用と比較すると 1998 年以降大きな変化はないようである

3) 覚せい剤

警察白書によれば、検挙された覚せい剤乱用少年は平成 7 年頃より増加し、1998 年より減少傾

向にある。このような傾向と同様に、児童自立支援施設調査の覚せい剤乱用頻度も、男性では1994年1.2%から2000年5.0%まで増加傾向にあり、2002年度に2.5%へと始めて減少し、2004年1.6%そして今回2006年0.7%となった。女性では1994年6.6%から1998年16.9%まで急増し、その後は2000年15.2%、2002年13.6%、2002年12.4%とやや減少傾向である。全般に覚せい剤乱用は一時増加したが、ここ数年は減少傾向にあるといえよう。

3 対象者の特性の変化

今回の調査より、有機溶剤乱用の減少がはっきりしてきた。原因のひとつには単純に有機溶剤が乱用薬物として好まれなくなったことが考えられる。その他有機溶剤乱用減少に関連すると思われる要因として、有機溶剤乱用への態度、有機溶剤乱用への知識、入所児童の非行性そのものの変化なども考えられる。以下従来のわれわれの調査結果もふまえて、有機溶剤乱用頻度の減少に対する態度などの要因の影響を検討する。

1) 薬物乱用に対する態度

従来調査と同様に、今回対象薬物について、各薬物の乱用についてどう思うか、および法律で薬物乱用を禁止していることをどう思うかを尋ねた。全体として従来の結果とほぼ同様な結果が得られた。すなわち、乱用者は非乱用者よりも薬物乱用に許容的であり、また乱用を法律で禁止する必要はなく個人の好きにすればよいと考える傾向にある。また、乱用者、非乱用者に限らず女性の方が男性より薬物乱用に許容的である。

縦断的にみても「法律で禁じられているから、有機溶剤を乱用すべきではないと思う」と答えた者の割合は、1998年には男性67.6%女性53.1%であり、2006年度は男性68.5%女性49.8%であった。この間有機溶剤乱用頻度は大きく減少したが有機溶剤乱用への態度はあまり変化してな

いといえる。

また法律で有機溶剤乱用を禁止していることについて「禁止することを当然」「禁止するのは仕方ない」と回答したものの割合は、1998年には男性78.3%女性71.2%であり、2006年度は男性73.9%女性63.9%であった。法律で禁止されていることに対する態度もあまり変化していないといえる。

これらより、近年の入所児童における有機溶剤乱用頻度の減少と有機溶剤乱用に対する態度はあまり関係がないと思われる。確かに乱用別に見ると乱用者は非乱用者よりも薬物乱用に許容的である薬物乱用と乱用への態度は関連があるが、有機溶剤に対する態度は乱用頻度の年代変化を説明するものではないようである。

2) 薬物の有害性知識

具体的有害性知識が乱用前からあったら乱用しなかったかどうかという、有害性知識と乱用抑止の関係も前回同様に検討した。その結果、やはり前回同様な傾向にあった。結果に示したとおり、もし有害性を知っていたら使用しなかったと答えた者は少なく、大多数は有害性知識があっても使用したと答えている。これは、単なる知識としての啓蒙教育で防げるの薬物乱用は全体の一部に過ぎないことを予測させる。ただ、今回も薬物の害について質問紙で簡単に尋ねただけなので、十分な啓蒙教育を実際に実施にその前後で態度の変化を測定しなければ教育による態度変容の効果を判定することは難しい。

このことより近年の有機溶剤乱用の低下は有機溶剤の害知識にそれほど関係していないことが考えられる。われわれの1998年調査において有機溶剤による精神状態について知っている者は男性63.6%女性82.2%、2006年調査では男性58.2%女性75.1%であった。またフラッシュバックについては1998年知っている者は男性40.6%女性50.2%、2006年調査では男性50.4%女性67.6%

であった。つまり精神状態については知っている者がやや減少し、フラッシュバックについてはやや増加している。

これらより有機溶剤の害知識も特に近年の有機溶剤乱用頻度減少を説明するものではないと思われる。

3) 非行歴

入所児童の非行性そのものの変化が薬物乱用頻度と関連していることが考えられる。そこで代表的な非行行動として「恐喝・ひったくり」「不良交友」「傷害」の頻度を以前の調査結果と比較した。

「傷害」は1998年男性70.0%女性57.1%、2006年調査では男性58.3%女性50.9%であった。やや減少傾向にあるように見える。「不良交友」は1998年男性69.4%女性80.5%、2006年調査では男性50.2%女性61.8%であった。やはりこれもやや減少傾向にあるように見える。「恐喝・ひったくり」は1998年男性59.6%女性54.4%、2006年調査では男性34.6%女性34.8%であった。これも減少傾向にある。

1998年より児童自立支援施設は教護院より名称変更され、施設目的も非行性の除去だけでなく自立への援助が必要な児童への対応となってきた。そのため以前より入所児童の非行度は低下している可能性が示唆される。有機溶剤乱用頻度の減少もこのような入所児童の非行性の低下と一部関連しているのかもしれない。しかし薬物によって乱用頻度が大きく減少しているものとそうでないものがあり乱用と非行性全体の関連ははっきりはしない。一方、家庭裁判所への係属率などはそれほど変化しておらず、一概に非行性が低下しているとも言いきれず、薬物乱用との関連は断定できない。

今後母集団としての入所児童の特性変化に注意しながら薬物乱用調査をしていく必要があると思われる。

4 方法論上の問題点

1) 対象者の特性

本研究は児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用の実態調査であるが、前述のとおり入所児童の特性が以前と変化している可能性がある。今回入所児童のいくつかの非行行動は薬物乱用に限らず次第に減少していることが示唆されている。

施設関係者の間では入所児童が以前ほどいわゆる反社会性が目立たなくなってきたと言われている。特に1998年に教護院から児童自立支援施設へと名称変更になり、同時に施設目的がかった教護院時代の非行性除去ではなく児童への支援となり、さらに入所児童が変化してきていると考えられる。入所児童はおもに反社会性の高い非行児童であるが、非社会的であったり精神障害を伴い不適応を起こしていたりする児童が増えてきているといわれている。

以前よりも非行性の軽い児童が多く入所するようになってきているとすると、当然薬物非行もそれに伴い減少している可能性がある。したがって入所児童の特性の変化に注意しながら今後の継続的調査を進めていく必要がある。

2) 対象数の変動

われわれの全国児童自立支援施設薬物乱用実態調査の回答数は、1994年1339人、1996年1194人、1998年1315人、2000年1327人と従来1200人から1300人前後で一定していたが、今回では986人とやや少なかった。人数が少ないと地域差による変動なども受けやすく結果の信頼性も低下する。本調査は比較的質問数が少ないとはいえ、児童および施設にとって調査協力はやはり負担であると思われるので、各年の調査に対して協力が次第に困難になっている可能性がある。次回以降の調査でも回答数が極端に減少しないよう配慮した研究計画を作成すべきと考えている。

3) 無回答率の問題

無回答を減らすために無記名式の質問紙調査と
しているが、質問内容が薬物乱用という反社会行
動であるため無回答が多い。非行児本人の薬物乱
用経験の質問では男性では3%から4%が無回答
であり女性では10%近く無回答があった。乱用率
が数%程度の薬物では乱用頻度と無回答率があま
り変わらないこととなる。無回答者においては薬
物乱用者が多い可能性があるため、特に乱用率の
低い薬物では乱用率の信頼性が乏しくなると考え
られる。男性では有機溶剤およびブタン以外のす
べての薬物、女性ではコカイン、睡眠薬、MDAM
などが乱用率が数%以下であり乱用率結果の信頼
性は低いと思われる。

謝辞

5 今後の課題

1) 調査対象数の問題

これまでの調査ではおおむね回答者数 1200 人
ほどであった。しかし 2002 年調査は回答者数 802
人、今回の 2006 年度 986 人とやや少ない。今後
とも回答者数が一定以上保たれるようにする必要
がある。ひとつにはやはり調査が施設や児童の抵
抗を引き起こさないような内容であることに注意
しなければならない。現在でも薬物乱用への質問
は無用な関心を引き起こしたり過去の非行を思い
出させたりして良くないと考えられているようで
ある。これらの点に配慮しつつ必要な事柄を聴け
る質問紙にしていけることが望まれる。

2) 非行少年における薬物乱用の減少に対する対応

かつて少年における乱用薬物といえば有機溶剤
であったが、現在そのような状況は変化しつつあ
るといえる。薬物乱用少年が減少していることは
好ましいことである。しかし調査する側としては
調査対象薬物を絞りにくくなったといえる。また
入所施設としては特定薬物に対する教育ではなく
薬物乱用一般に対する教育となにかえて指導し
にくくなっていくかもしれない。そもそも薬物乱

用児童が少なくなると薬物乱用教育そのものにも
熱が入らずおざなりになることも危惧される。薬
物乱用児童にとって施設入所中は薬物教育を受け
られる良い機会でありこの間に適切な教育を受け
られるかどうかは施設退所後の薬物乱用再発にと
って重要と思われる。

非行少年における薬物乱用は有機溶剤乱用中心
から多様になってきており、今後そのような変化
に合わせた調査や啓蒙教育が必要と思われる。ブ
タンや医薬品その他 MDMA など各種薬物を考慮
して調査を継続していく必要がある。

本研究は、全国の児童自立支援施設の多くの
方々のご協力により実施ができました。ご協力い
ただいた方々にここで深謝させていただきます。

参考文献

- 1) 阿部恵一郎：児童福祉施設(教護院)における
有機溶剤乱用少年・少女の実態調査。平成 6 年度
厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」
薬物依存研究の社会的、精神医学的特徴に関す
る研究 平成 6 年度研究結果報告書。1995
- 2) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における
薬物依存の意識・実態に関する研究 平成 10 年
度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の疫学的研究
及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあ
り方についての研究」。1999
- 3) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における
薬物依存の意識・実態に関する研究 平成 12 年
度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に
関する研究及び社会経済的損失に関する研究」。
2001
- 4) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における
薬物依存の意識・実態に関する研究 平成 14 年

度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に
関する研究及び社会経済的損失に関する研究」。

2003

5) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における
薬物依存の意識・実態に関する研究 平成 16 年
度厚生科学研究「薬物乱用・依存の実態とその社
会的影響・対策に関する研究」。2005

6) 平成 13 年度警察白書。警察庁編。2002

7) 平成 18 年版青少年白書 内閣府編 2007

表1 性・学年構成

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
小学 4年以下	11	1.6	2	0.7
小学 5年	11	1.6	3	1.0
小学 6年	38	5.5	9	3.1
中学 1年	50	7.2	11	3.8
中学 2年	198	28.6	59	20.1
中学 3年	282	40.7	138	47.1
高校(専門学校) 1年	22	3.2	14	4.8
高校(専門学校) 2年	10	1.4	3	1.0
高校(専門学校) 3年	8	1.2	1	0.3
無職	36	5.2	35	11.9
就労中	6	0.9	7	2.4
無回答ほか	21	3.0	11	3.8
計	693	100.0	293	100.0

表2 性・年齢構成

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
9歳以下	7	1.0	1	0.0
10歳	8	1.2	2	0.7
11歳	19	2.7	3	1.0
12歳	47	6.8	10	3.4
13歳	117	16.9	35	11.9
14歳	249	35.9	90	30.7
15歳	173	25.0	94	32.1
16歳	33	4.8	35	11.9
17歳	27	3.9	14	4.8
18歳	2	0.3	6	2.0
19歳以上	3	0.4	0	0.0
無回答ほか	8	1.2	3	1.0
計	693	100.0	293	100.0

表3 施設入所期間

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
3ヶ月以下	130	18.8	68	23.2
4ヶ月から6ヶ月	114	16.5	49	16.7
6ヶ月から1年	197	28.4	76	25.9
1年から1年6ヶ月	100	14.4	50	17.1
1年6ヶ月から2年	44	6.3	18	6.1
2年以上	68	9.8	16	5.5
無回答	40	5.8	16	5.5

表4 地域別人数

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
東北・北海道	50	7.2	28	9.6
関東	172	24.8	37	12.6
中部	88	12.7	17	5.8
関西	130	18.8	47	16.0
中国・四国	106	15.3	59	20.1
九州	72	10.4	48	16.4
不詳	75	10.8	57	19.5

表5 非行歴

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
学校をさぼった	500	72.2	240	81.9
外泊や家出をした	474	68.4	235	80.2
自転車や盗んだ	445	64.2	173	59.0
人の物やお金を盗んだ	444	64.1	178	60.8
人にけがをさせた	404	58.3	149	50.9
家からお金を持ち出した	400	57.7	169	57.7
不良仲間とつき合った	348	50.2	181	61.8
家の中で暴れた	261	37.7	115	39.2
人の物やみんなの物をわざと壊した	251	36.2	100	34.1
バイクや自動車を盗んだ	244	35.2	98	33.4
ひったくり、カツアゲ	240	34.6	102	34.8
無免許運転	235	33.9	114	38.9
物や家に火をつけた	225	32.5	43	14.7
根性焼きや入墨をした	187	27.0	100	34.1
性関係のこと	169	24.4	145	49.5
その他	108	15.6	65	22.2
暴力団とつき合った	90	13.0	77	26.3
暴走族に入った	50	7.2	32	10.9

表6 初発非行年齢

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
小学校入学前	48	6.9	11	3.8
小学 1年	67	9.7	9	3.1
小学 2年	52	7.5	23	7.8
小学 3年	73	10.5	17	5.8
小学 4年	64	9.2	29	9.9
小学 5年	77	11.1	45	15.4
小学 6年	93	13.4	43	14.7
中学 1年	119	17.2	64	21.8
中学 2年	35	5.1	19	6.5
中学 3年	3	0.4	9	3.1
中学卒業後	6	0.9	0	0.0
無回答	56	8.1	24	8.2
計	693	100.0	293	100.0

表7 家庭裁判所への係属歴

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
ある	181	26.1	82	28.0
ない	433	62.5	183	62.5
無回答	79	11.4	23	7.8

表8 周囲の薬物乱用状況

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	181	26.1	180	61.4
大麻	85	12.3	110	37.5
覚せい剤	76	11.0	101	34.5
ガス	129	18.6	101	34.5
コカイン	23	3.3	53	18.1
リタリン	18	2.6	28	9.6
睡眠薬	8	1.2	16	5.5
安定剤	71	10.2	116	39.6
咳止め液	65	9.4	88	30.0
MDMA	15	2.2	28	9.6
その他	21	3.0	33	11.3

表9 本人の薬物乱用歴

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	68	9.8	91	31.1
大麻	19	2.7	41	14.0
覚せい剤	5	0.7	32	10.9
ガス	75	10.8	44	15.0
コカイン	7	1.0	14	4.8
リタリン	1	0.1	2	0.7
睡眠薬	2	0.3	2	0.7
安定剤	23	3.3	41	14.0
咳止め液	17	2.5	31	10.6
MDMA	3	0.4	14	4.8
その他	8	1.2	15	5.1

表10 有機溶剤・大麻・覚せい剤の乱用頻度の年代変化(単位:%)

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
有機溶剤	41.2	37.3	30.3	26.4	21.6	14.3	9.8
大麻	5.5	6.7	4.8	5.0	4.9	4.9	2.7
覚せい剤	1.2	1.7	3.9	5.0	2.5	1.6	0.7

表10 有機溶剤・大麻・覚せい剤の乱用頻度の年代変化(単位:%)

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
有機溶剤	59.6	50.6	48.5	52.3	46.5	44.2	31.1
大麻	22.0	19.0	14.4	14.7	15.9	15.9	14.0
覚せい剤	6.6	10.8	16.9	15.2	13.6	12.4	10.9

表12 地域別薬物乱用頻度(男性)

	単位:%			
	有機溶剤	大麻	覚せい剤	ブタン
東北・北海道(n=50)	12.0	0.0	0.0	12.0
関東(n=172)	9.3	3.5	0.0	11.6
中部(n=88)	8.0	0.0	0.0	6.8
関西(n=130)	14.6	3.8	0.8	10.0
中国・四国(n=106)	3.8	9.0	0.0	7.5
九州(n=72)	8.3	1.4	0.0	8.3

表13 地域別薬物乱用頻度(女性)

	単位:%			
	有機溶剤	大麻	覚せい剤	ブタン
東北・北海道(n=28)	14.3	3.6	3.6	10.7
関東(n=37)	32.4	10.8	13.5	21.6
中部(n=17)	23.5	0.0	0.0	0.0
関西(n=47)	36.2	12.8	6.4	14.9
中国・四国(n=59)	23.7	5.1	5.1	11.9
九州(n=48)	27.1	20.8	6.3	6.3

表14 自分の周囲の有機溶剤乱用による精神症状発現者

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
いた	59	8.5	98	33.4
いない	605	87.3	177	60.4
無回答	29	4.2	18	6.1

表15 有機溶剤入手困難さ

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	125	18.0	108	36.9
少々苦労するが、なんとか手に入る	71	10.2	42	14.3
ほとんど不可能だ	48	6.9	13	4.4
絶対不可能だ	259	37.4	54	18.4
無回答	190	27.4	76	25.9

表16 有機溶剤乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=68)		女性(n=91)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	2	2.9	5	5.5
11歳	4	5.9	2	2.2
12歳	9	13.2	20	22.0
13歳	27	39.7	30	33.0
14歳	16	23.5	23	25.3
15歳以上	0	0.0	1	1.1
経験はあるが年齢はおぼえていない	6	8.8	2	2.2
無回答	4	5.9	8	8.8

表17 最もしていた時の有機溶剤乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=68)		女性(n=91)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	37	54.4	30	33.0
数回以上	19	27.9	42	46.2
ほとんど毎日	7	10.3	10	11.0
無回答	5	7.4	9	9.9

表18 有機溶剤乱用への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=68)		非乱用者(n=606)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	16	23.5	446	73.6
法律で禁じられているが、少々ならかまわないと思う	27	39.7	67	11.1
法律で禁じられているが、それを守る必要は全然ないと思う	21	30.9	36	5.9
無回答	4	5.9	57	9.4

表19 有機溶剤乱用への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=91)		非乱用者(n=178)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	22	24.2	112	62.9
法律で禁じられているが、少々ならかまわないと思う	41	45.1	38	21.3
法律で禁じられているが、それを守る必要は全然ないと思う	27	29.7	19	10.7
無回答	1	1.1	9	5.1

表20 有機溶剤乱用禁止への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=68)		非乱用者(n=606)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	24	35.3	398	65.7
しかたないことだと思う	16	23.5	16	2.6
法律で禁じられているが、それを守る必要は全然ないと思う	13	19.1	14	2.3
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	10	14.7	49	8.1
無回答	5	7.4	69	11.4

表21 有機溶剤乱用禁止への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=91)		非乱用者(n=178)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	18	19.8	97	54.5
しかたないことだと思う	26	28.6	31	17.4
法律で禁じられているが、それを守る必要は全然ないと思う	21	23.1	6	3.4
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	23	25.3	28	15.7
無回答	3	3.3	16	9.0

表22 有機溶剤の知識(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=68)		非乱用者(n=606)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	31	45.6	202	33.3
多発神経炎	32	47.1	200	33.0
精神病状態	53	77.9	350	57.8
無動機症候群	31	45.6	190	31.4
フラッシュバック	45	66.2	304	50.2
いずれも知らなかった	8	11.8	145	23.9

表23 有機溶剤の知識(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=91)		非乱用者(n=178)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	43	47.3	67	37.6
多発神経炎	54	59.3	84	47.2
精神病状態	80	87.9	140	78.7
無動機症候群	55	60.4	90	50.6
フラッシュバック	73	80.2	125	70.2
いずれも知らなかった	2	2.2	24	13.5

表24 有機溶剤で体験した症状(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者(n=68)		女性乱用者(n=91)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	17	25.0	20	22.0
フラッシュバック	9	13.2	21	23.1
多発神経炎	3	4.4	6	6.6
無動機症候群	14	20.6	25	27.5

表25 有機溶剤の薬害知識と乱用抑止(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者(n=68)		女性乱用者(n=91)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	16	23.5	21	23.1
やはりしていたと思う	35	51.5	58	63.7
無回答	17	25.0	22	24.2

表26 施設退所後、乱用しないと思うか(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者(n=68)		女性乱用者(n=91)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	50	73.5	49	53.8
多分やらないと思う	8	11.8	30	33.0
多分やると思う	3	4.4	8	8.8
絶対やると思う	2	2.9	1	1.1
無回答	5	7.4	3	3.3

表27 退所後、乱用すると思う理由
(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者、重複回答あり)

	男性乱用者(N=5)		女性乱用者(N=9)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやと思うから	2	40.0	5	55.6
今もやりたいと思っているから	2	40.0	2	22.2
いやなことがあったらやると思うから	1	20.0	5	55.6
なんとなくそう思うから	1	20.0	4	44.4

表29 バタン入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	252	36.4	120	41.0
少々苦労するが、なんとか手に入る	28	4.0	23	7.8
ほとんど不可能だ	29	4.2	11	3.8
絶対不可能だ	202	29.1	53	18.1
無回答	182	26.3	86	29.4

表30 バタン乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=75)		女性(n=44)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	0	0.0	1	2.3
11歳	4	5.3	2	4.5
12歳	4	5.3	8	18.2
13歳	31	41.3	16	36.4
14歳	15	20.0	9	20.5
15歳以上	5	6.7	1	2.3
経験はあるが年齢はおぼえていない	2	2.7	2	4.5
無回答	14	18.7	5	11.4

表31 最もしていた時のバタン乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=75)		女性(n=44)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回数回以上	20	26.7	21	47.7
ほとんど毎日	31	41.3	15	34.1
ほとんど毎日	10	13.3	3	6.8
無回答	14	18.7	5	11.4

表32 バタン乱用への態度(男性)

	バタン乱用			
	経験有(n=75)		経験無(n=594)	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	13	17.3	261	38.8
少々ならかまわないと思う	33	44.0	31	4.6
かまわない	24	32.0	20	3.0
知らなかった	3	4.0	243	36.1
無回答	2	2.7	39	5.8

表33 バタン乱用への態度(女性)

	バタン乱用			
	経験有(n=44)		経験無(n=217)	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	8	18.2	83	38.2
少々ならかまわないと思う	16	36.4	28	12.9
かまわない	18	40.9	26	12.0
知らなかった	2	4.5	70	32.3
無回答	0	0.0	10	4.6

表34 バタンの知識(男性)

	バタン乱用			
	経験有(n=75)		経験無(n=594)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	20	26.7	106	17.8
急性中毒死	22	29.3	82	13.8
いずれも知らなかった	41	54.7	407	68.5

表35 バタンの知識(女性)

	バタン乱用			
	経験有(n=44)		経験無(n=217)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	20	26.7	55	18.6
急性中毒死	18	24.0	42	14.2
いずれも知らなかった	17	22.7	134	45.4

表36 バタンで体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=75)		女性乱用者(n=44)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	13	17.3	10	22.7
フラッシュバック	14	18.7	7	15.9

表37 バタンの知識と乱用抑止(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=75)		女性乱用者(n=44)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	30	40.0	11	25.0
やはりしていたと思う	27	36.0	25	56.8
無回答	18	24.0	8	18.2

表38 施設退所後、乱用しないと思うか(バタン乱用者のみ)

	男性乱用者(n=75)		女性乱用者(n=44)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	55	73.3	24	54.5
多分やらないと思う	12	16.0	10	22.7
多分やると思う	3	4.0	6	13.6
絶対やると思う	2	2.7	2	4.5
無回答	3	4.0	2	4.5

表39 退所後、乱用すると思う理由
(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)

	男性乱用者(n=5)		女性乱用者(n=8)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやと思うから	2	40.0	4	50.0
今もやりたいと思っているから	1	20.0	1	12.5
いやなことがあったらやると思うから	2	40.0	4	50.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	2	25.0

表40 自分の周囲の大麻乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	48	6.9	73	24.9
いない	603	87.0	202	68.9
無回答	42	6.1	18	6.1

表41 大麻入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	50	7.2	70	23.9
少々苦労するが、なんとか手に入る	66	9.5	51	17.4
ほとんど不可能だ	65	9.4	21	7.2
絶対不可能だ	331	47.8	71	24.2
無回答	181	26.1	80	27.3

表42 大麻の知識

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
知らなかった	225	32.5	48	16.4
関心がなかった	313	45.2	145	49.5
見てみたかった	42	6.1	28	9.6
試してみたかった	34	4.9	44	15.0
無回答	79	11.4	28	9.6

表43 大麻乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=19)		女性(n=41)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	0		1	
11歳	1	5.3	1	2.4
12歳	1	5.3	4	9.8
13歳	8	42.1	14	34.1
14歳	3	15.8	13	31.7
15歳以上	1	5.3	4	9.8
経験はあるが年齢はおぼえていない	2	10.5	0	0.0
無回答	3	15.8	4	9.8

表44 最もしていた時の大麻乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=19)		女性(n=41)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回数回以上	14	73.7	18	43.9
ほとんど毎日	2	10.5	18	43.9
ほとんど毎日	0	0.0	2	4.9
無回答	3	15.8	3	7.3

表45 大麻乱用への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=19)		経験無(n=65)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	5	26.3	491	75.4
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	13	68.4	56	8.6
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	1	5.3	27	4.1
無回答	0	0.0	77	11.8

表46 大麻乱用への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=41)		経験無(n=22)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	4	9.8	133	59.1
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	26	63.4	53	23.6
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと	8	19.5	18	8.0
無回答	3	7.3	21	9.3

表47 大麻乱用禁止への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=19)		経験無(n=65)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	7	36.8	455	69.9
しかたないことだと思う	7	36.8	69	10.6
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと	4	21.1	12	1.8
法律で禁じられてはいるが、個人の好きにさせればよいと思	0	0.0	40	6.1
無回答	1	5.3	75	11.5

表48 大麻乱用禁止への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=41)		経験無(n=22)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	6	14.6	127	56.4
しかたないことだと思う	17	41.5	45	20.0
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと	5	12.2	4	1.8
法律で禁じられてはいるが、個人の好きにさせればよいと思	12	29.3	32	14.2
無回答	1	2.4	17	7.6

表49 大麻の知識(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=19)		経験無(n=65)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	8	42.1	208	32.0
無動機症候群	5	26.3	139	21.4
いずれも知らなかった	8	42.1	379	58.2

表50 大麻の知識(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=41)		経験無(n=22)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	29	70.7	103	45.8
無動機症候群	22	53.7	77	34.2
いずれも知らなかった	8	19.5	100	44.4

表51 大麻で体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=19) 女性乱用者(n=41)			
	人数	%	人数	%
精神病状態	2	10.5	6	14.6
無動機症候群	2	10.5	13	31.7

表52 大麻の知識と乱用抑止(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=19) 女性乱用者(n=41)			
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	9	47.4	6	14.6
やはりしていたと思う	7	36.8	29	70.7
無回答	3	15.8	6	14.6

表53 施設退所後、乱用しないと思うか(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=19) 女性乱用者(n=41)			
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	16	84.2	25	61.0
多分やらないと思う	3	15.8	11	26.8
多分やると思う	0	0.0	3	7.3
絶対やると思う	0	0.0	0	0.0
無回答	0	0.0	2	4.9

表54 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」)

	男性乱用者(n=19) 女性乱用者(n=41)			
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	0	0.0	1	33.3
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	0	0.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	1	33.3

表55 自分の周囲の覚せい剤乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	42	6.1	81	27.6
いない	606	87.4	187	63.8
無回答	45	6.5	25	8.5

表56 覚せい剤の入手性

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	39	5.6	66	22.5
少々苦労するが、なんとか手に入る	57	8.2	59	20.1
ほとんど不可能だ	72	10.4	27	9.2
絶対不可能だ	346	49.9	66	22.5
無回答	179	25.8	75	25.6

表57 覚せい剤への関心

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
覚せい剤は知らなかった	166	24.0	26	8.9
関心がなかった	371	53.5	156	53.2
見てみたかった	49	7.1	33	11.3
試してみたかった	14	2.0	44	15.0
無回答	93	13.4	34	11.6

表58 覚せい剤乱用への誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	23	3.3	65	22.2
ない	447	64.5	150	51.2
無回答	223	32.2	78	26.6

表59 覚せい剤乱用開始年齢

	男性(n=5)		女性(n=32)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	0	0.0	0	0.0
11歳	0	0.0	4	12.5
12歳	1	20.0	5	15.6
13歳	1	20.0	8	25.0
14歳	1	20.0	12	37.5
15歳	0	0.0	2	6.3
経験はあるが年齢はおぼえていない	2	40.0	1	3.1
無回答	0	0.0	0	0.0

表60 覚せい剤乱用頻度

	男性(n=5)		女性(n=32)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	2	40.0	19	59.4
数回以上	0	0.0	8	25.0
ほとんど毎日	0	0.0	3	9.4
無回答	3	60.0	2	6.3

表61 覚せい剤の乱用方法

	男性(n=5)		女性(n=32)	
	人数	%	人数	%
吸引	2	40.0	14	43.8
注射	1	20.0	7	21.9
吸引と注射	0	0.0	7	21.9
無回答	2	40.0	4	12.5

表62 覚せい剤への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=5)		経験無(n=64)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	4	80.0	530	81.8
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	1	20.0	52	8.0
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと	0	0.0	25	3.9
無回答	0	0.0	41	6.3

表63 覚せい剤への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=3)		経験無(n=23)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	4	12.5	154	65.8
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	13	40.6	50	21.4
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと	7	21.9	21	9.0
無回答	2	6.3	9	3.8

表64 覚せい剤禁止への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=5)		経験無(n=64)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	4	80.0	495	76.4
しかたないことだと思う	1	20.0	66	10.2
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思	0	0.0	36	5.6
無回答	0	0.0	51	7.9

表65 覚せい剤禁止への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=3)		経験無(n=23)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	5	15.6	148	63.2
しかたないことだと思う	13	40.6	42	17.9
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思	13	40.6	36	15.4
無回答	1	3.1	8	3.4

表66 覚せい剤の知識(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有 (n=55)		経験無 (n=64)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	2	40.0	263	40.6
フラッシュバック	2	40.0	219	33.8
いずれも知らなかった	3	60.0	330	50.9

表67 覚せい剤の知識(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有 (n=35)		経験無 (n=23)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	22	68.8	149	63.7
フラッシュバック	24	75.0	137	58.5
いずれも知らなかった	3	9.4	66	28.2

表68 有機溶剤で体験した症状

	男性乱用者 (n=5) 女性乱用者 (n=32)			
	人数	%	人数	%
精神病状態	0	0.0	13	40.6
フラッシュバック	0	0.0	12	37.5

表69 覚せい剤の知識と抑止

	男性乱用者 (n=5) 女性乱用者 (n=32)			
	人数	%	人数	%
使わなかったと思う	1	20.0	6	18.8
やはり使ったと思う	2	40.0	20	62.5
無回答	2	40.0	6	18.8

表70 施設退所後、乱用しないと思うか(覚せい剤乱用者の)

	男性乱用者 (n=5) 女性乱用者 (n=32)			
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	5	100.0	13	40.6
多分やらないと思う	0	0.0	10	31.3
多分やると思う	0	0.0	7	21.9
絶対やると思う	0	0.0	1	3.1
無回答	0	0.0	1	3.1

表71 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)

	男性乱用者 (n=0) 女性乱用者 (n=8)			
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	0	0.0	3	37.5
今もやりたいと思っているから	0	0.0	1	12.5
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	2	25.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	4	50.0

調査へのお願い

この調査の目的は、薬物などに対するみなさんの考えや経験を知ることです。この調査は、厚生労働省の科学研究費によるもので、現在、全国の一般中学生でも同様な調査が行われています。

自分の名前は書く必要はありませんし、集めた用紙もコンピュータで集計しますので、誰がどのように答えたのか分かりません。したがって、答えた内容が施設での生活や退院時期に影響することはありません。どうしても答えたくない質問には答えなくてもかまいません。

各質問に対する回答は、特にことわらない限りもっともあてはまる内容の番号を一つだけ選んで○をつけて下さい。

国立武蔵野学院 医務課長 富田 拓
目白大学 教授 庄司正実

1. あなたの年齢はいくつですか？ 年齢を記入してください _____
2. 学校は？ ①小学校 ②中学校 ③高校 ④専門学校 ⑤中学卒業後で無職 ⑥就労中
3. 何年生ですか？学年を記入してください _____ 年生
4. 男性ですか、女性ですか？ ①男性 ②女性
5. 今回、この施設に入所してからどのくらいになりますか？ _____ 年 _____ ヶ月
6. あなたの身近（友達、先輩、知り合い、家族など）で以下のような薬物をやっている人はいましたか？

(ア) シンナーやトルエン（ボンド、マニキュアの除光液なども含む）	①いた ②いない
(イ) マリファナ（大麻、ハッピー、ハシッシも同じ）	①いた ②いない
(ウ) 覚せい剤（エス、スピード、シャブも同じ）	①いた ②いない
(エ) ガス（ライター用ガス、カセットコンロ用ガスなど）	①いた ②いない
(オ) MDMA（エクスタシー、エックス、Xも同じ）	①いた ②いない
(カ) コカイン（クラックも同じ）	①いた ②いない
(キ) リタリン（病気治療以外の目的で）	①いた ②いない
(ク) 睡眠薬（病気治療以外の目的で）	①いた ②いない
(ケ) 精神安定剤（病気治療以外の目的で）	①いた ②いない
(コ) ブロン薬などのセキ止め液（病気治療以外の目的で）	①いた ②いない
(サ) その他の薬物	①いた ②いない
7. あなた自身は以下のような薬物を1回でも使用したことがありますか？

(ア) シンナーやトルエン（ボンド、マニキュアの除光液なども含む）	①ある ②ない
(イ) マリファナ（大麻、ハッピー、ハシッシも同じ）	①ある ②ない
(ウ) 覚せい剤（エス、スピード、シャブも同じ）	①ある ②ない
(エ) ガス（ライター用ガス、カセットコンロ用ガスなど）	①ある ②ない
(オ) MDMA（エクスタシー、エックス、Xも同じ）	①ある ②ない
(カ) コカイン（クラックも同じ）	①ある ②ない
(キ) リタリン（病気治療以外の目的で）	①いた ②いない
(ク) 睡眠薬（病気治療以外の目的で）	①ある ②ない
(ケ) 精神安定剤（病気治療以外の目的で）	①ある ②ない
(コ) ブロン薬などのセキ止め液（病気治療以外の目的で）	①ある ②ない
(サ) その他の薬物	①ある ②ない
8. この施設に入る前、お酒（アルコール類）をどのくらい飲んでいましたか？

①飲んだことはない ②1年で数回飲んだ ③月に2、3回 ④週に2、3回かそれ以上
9. あなたの身近に「シンナー遊び」の結果、病気や異常になった人がいましたか？

①いた ②いない
10. 入所前、「シンナー遊び」に誘われたことがありますか？ ①ある ②ない
11. 施設に入る前、「シンナー遊び」のために有機溶剤（シンナー、トルエン、その他）を手に入れようとした場合、それはどの程度難しいことでしたか？

①簡単に手に入る ②少々苦勞するが、なんとか手に入る
③ほとんど不可能だ ④絶対不可能だ
12. これまでに一回でも「シンナー遊び」を経験したことがありますか？ある場合は、初めて経験した年齢を選んでください

①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼえていない

13. 施設に入る前、最もしていた時で「シンナー遊び」をどのくらいしていましたか？

①したことはない ②今まで1、2回くらい ③数回以上した ④ほとんど毎日
14. 入所前から「シンナー遊び」が法律で禁止されていることを知っていましたか？

①知っていた ②知らなかった
15. 「シンナー遊び」をする前（したことがない人は施設入所前）、あなたは「シンナー遊び」をどう思っていましたか？

①法律で禁じられているから、すべきではないと思っていた
②法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思っていた
③法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思っていた
16. 法律で「シンナー遊び」を禁止しているのを「シンナー遊び」をする前（したことがない人は施設入所前）どう思っていましたか？

①当然だと思っていた
②しかたないことだと思っていた
③麻薬・覚せい剤とちがって、シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと考えていた
④そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思っていた
17. 「シンナー遊び」をしすぎたり繰り返したりすると、下のようなことが起こることがあります。「シンナー遊び」をする前（したことがない人は施設入所前）、「シンナー遊び」で起こることとして知っていたものすべてに○をつけてください。

①急性中毒死（吸っていきなりそのまま急に死ぬこと）
②多発神経炎（手足の筋肉や神経がおとろえ、物がつかめなくなったり、歩けなくなること）
③精神病状態（何もないのに物が見えたり声が聞こえたりする幻覚、誰もいないのに自分が見られているとか自分が囁きされていると思いこんだりする妄想、がでること）
④無動機症候群（何もする気がなくなり、学校を欠席したり仕事が長続きしなくなるなど）
⑤フラッシュバック（「シンナー遊び」をやめて吸わなくなったのに、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻覚や妄想が出るなど）
⑥いずれも知らなかった
18. 「シンナー遊び」の結果、上記のような精神病状態やフラッシュバックなどを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください。（もともと「シンナー遊び」をしていない人は⑤を選んでください）

①精神病状態 ②フラッシュバック ③多発神経炎
④無動機症候群 ⑤「シンナー遊び」はしたことがない
19. 「シンナー遊び」をすると上記質問のような急性中毒死・多発神経炎・精神病状態・無動機症候群・フラッシュバックをおこすことを知っていたら「シンナー遊び」をしなかったと思いますか？（もともと「シンナー遊び」をしていない人は③を選んでください）

①しなかったと思う ②やはりしていたと思う ③「シンナー遊び」はしたことがない
20. この施設を出た後、「シンナー遊び」はやらないと思いますか？

①絶対やらないと思う ②多分やらないと思う ③多分やると思う ④絶対やると思う
21. 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は、その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください。

①誘われたらやると思うから ②今もやりたいと思っているから
③いやなことがあったらやると思うから ④なんとなくそう思うから

22. あなたの身近に「ガスパン遊び（ガスの吸引）」の結果、病気や異常になった人がいましたか？
①いた ②いない
23. 入所前、「ガスパン遊び」に誘われたことがありますか？ ①ある ②ない
24. 施設に入る前、「ガスパン遊び」のためのライターガスなどを手に入れようとした場合、それはどの程度難しいことでしたか？
①簡単に手に入る ②少々苦勞するが、なんとか手に入る
③ほとんど不可能だ ④絶対不可能だ
25. 「ガスパン遊び」をする前（使ったことがない人は施設入所前）、「ガスパン遊び」についてあなたはどのように思っていましたか？
①「ガスパン遊び」は知らなかった ②関心がなかった ③見てみたかった ④試してみたかった
26. これまでに一回でも「ガスパン遊び」を経験したことがありますか？ある場合は、初めて経験した年齢を選んでください
①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼえていない
27. 施設に入る前、最もしていた時で「ガスパン遊び」をどのくらいしていましたか？
①したことはない ②今まで1、2回くらい ③数回以上した ④ほとんど毎日
28. 「ガスパン遊び」をする前（したことがない人は施設入所前）、あなたは「ガスパン遊び」をどう思っていましたか？
①すべきではないと思っていた ②少々ならかまわないと思っていた
③かまわないと思っていた ④「ガスパン遊び」は知らなかった
29. 「ガスパン遊び」をすると質問15のような精神病状態や急性中毒死をおこすことをガスパン遊びをする前に（したことがない人は施設入所前）知っていましたか？「ガスパン遊び」でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。
①精神病状態 ②急性中毒死 ③いずれも知らなかった
30. 「ガス」を使った結果、精神病状態やフラッシュバックを体験したことがありますか？
体験したことすべてに○をつけてください。（もともと「ガス」を使っていない人は③を選んでください）
①精神病状態 ②フラッシュバック ③「ガスパン遊び」はしたことがない
31. 「ガスパン遊び」をすると、精神病状態や急性中毒死をおこすことがあるのを知っていたら「ガスパン遊び」をしなかったと思いますか？（もともと「ガス」を使っていない人は③を選んでください）
①使わなかったと思う ②やはり使ったと思う ③「ガスパン遊び」はしたことがない
32. この施設を出た後、「ガスパン遊び」はやりないと思いますか？
①絶対やりないと思う ②多分やりないと思う ③多分やると思う ④絶対やると思う
33. 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は、その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください。
①誘われたらやると思うから ②今もやりたいと思っているから
③いやなことがあったらやると思うから ④なんとなくそう思うから
34. あなたの身近に大麻（マリファナ、ハシッシン、ハッパ）を吸った結果、病気や異常になった

- 人がいましたか？ ①いた ②いない
35. 入所前、大麻の使用に誘われたことがありますか？ ①ある ②ない
36. 施設に入る前、大麻を手に入れようとした場合、それはどの程度難しいことでしたか？
①簡単に手に入る ②少々苦勞するが、なんとか手に入る
③ほとんど不可能だ ④絶対不可能だ
37. 大麻を吸う前（使ったことがない人は施設入所前）、大麻についてあなたはどのように思っていましたか？
①大麻は知らなかった ②関心がなかった ③見てみたかった ④試してみたかった
38. これまでに一回でも大麻を吸ったことがありますか？ある場合は、初めて経験した年齢を選んでください
①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼえていない
39. 施設に入る前、最もしていた時で大麻をどのくらい吸っていましたか？
①したことはない ②今まで1、2回くらい ③数回以上した ④ほとんど毎日
40. 入所前から大麻が法律で禁止されていることを知っていましたか？
①知っていた ②知らなかった
41. 大麻を吸う前（使ったことがない人は施設入所前）あなたは大麻をどう思っていましたか？
①法律で禁じられているから、すべきではないと思っていた
②法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思っていた
③法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思っていた
42. 大麻を吸う前（使ったことがない人は施設入所前）、法律で大麻を禁止しているのをどう思っていましたか？
①当然だと思っていた
②しかたないことだと思っていた
③麻薬・覚せい剤とちがって、大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと考えていた
④そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思っていた
43. 大麻を吸うと質問15と同じ精神病状態や無動機症候群をおこすことを大麻を吸う前（したことがない人は施設入所前）に知っていましたか？大麻でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。
①精神病状態 ②無動機症候群 ③いずれも知らなかった
44. 大麻を吸った結果、精神病状態や無動機症候群を体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください。（もともと大麻を使っていない人は③を選んでください）
①精神病状態 ②無動機症候群 ③大麻は使ったことがない
45. 大麻を吸うと精神病状態や無動機症候群をおこすことがあるのを知っていたら大麻を使わなかったと思いますか？（もともと大麻を使っていない人は③を選んでください）
①使わなかったと思う ②やはり使ったと思う ③大麻は使ったことがない
46. この施設を出た後、大麻はやりないと思いますか？
①絶対やりないと思う ②多分やりないと思う ③多分やると思う ④絶対やると思う
47. 「③多分やると思う」「④絶対やると思う」と答えた人は、その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください。
①誘われたらやると思うから ②今もやりたいと思っているから
③いやなことがあったらやると思うから ④なんとなくそう思うから
48. あなたの身近に覚せい剤（スピード、エス）の結果、病気や異常になった人がいましたか？

- ①いた ②いない
49. 入所前、覚せい剤（スピード、エス）の使用を誘われたことがありますか？ ①ある②ない
50. 施設に入る前、覚せい剤（スピード、エス）を手に入れようとした場合、それはどの程度難しいことでしたか？
①簡単に手に入る ②少々苦勞するが、なんとか手に入る
③ほとんど不可能だ ④絶対不可能だ
51. 覚せい剤（スピード、エス）を使う前（使ったことがない人は施設入所前）、覚せい剤についてあなたはどのように思っていましたか？
①覚せい剤は知らなかった ②関心がなかった ③見てみたかった ④試してみたかった
52. これまでに一回でも覚せい剤（スピード、エス）を使用したことがありますか？ある場合は初めて経験した年齢を選んでください
①経験がない ②10歳以下 ③11歳 ④12歳 ⑤13歳
⑥14歳 ⑦15歳以上 ⑧経験はあるが年齢はおぼえていない
53. 施設に入る前、最も使っていた時で覚せい剤（スピード、エス）をどのくらい使っていましたか？
①したことはない ②今まで1、2回くらい ③数回以上した ④ほとんど毎日
54. 覚せい剤（スピード、エス）を使ったことがある人はどんな方法で使いましたか？（もともと覚せい剤をしていない人は④を選んでください）
①吸引 ②注射 ③吸引と注射の両方 ④覚せい剤は使ったことがない
55. 入所前から覚せい剤が法律で禁止されていることを知っていましたか？
①知っていた ②知らなかった
56. 覚せい剤（スピード、エス）を使う前（使ったことがない人は施設入所前）あなたは覚せい剤をどう思っていましたか？
①法律で禁じられているから、すべきではないと思っていた
②法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思っていた
③法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思っていた
57. 覚せい剤（スピード、エス）を使う前（使ったことがない人は施設入所前）、法律で覚せい剤（スピード、エス）を禁止しているのをどう思っていましたか？
①当然だと思っていた
②しかたないことだと思っていた
③そもそも法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思っていた
58. 覚せい剤によって質問15と同じ精神病状態^{せいしんびょうじょうたい}やフラッシュバック^{ふらしゅばく}が起こることを覚せい剤を使う前（したことがない人は施設入所前）知っていましたか？覚せい剤でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。
①精神病状態^{せいしんびょうじょうたい} ②フラッシュバック^{ふらしゅばく} ③いずれも知らなかった
59. 覚せい剤を使った結果、精神病状態^{せいしんびょうじょうたい}やフラッシュバック^{ふらしゅばく}を体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください。（もともと覚せい剤を使っていない人は③を選んでください）
①精神病状態^{せいしんびょうじょうたい} ②フラッシュバック^{ふらしゅばく} ③覚せい剤は使ったことがない
60. 覚せい剤を使うと、精神病状態^{せいしんびょうじょうたい}、フラッシュバック^{ふらしゅばく}をおこすことを知っていたら覚せい剤を使わなかったと思いますか？（もともと覚せい剤を使っていない人は③を選んでください）
①使わなかったと思う ②やはり使ったと思う ③覚せい剤は使ったことがない

61. この施設を出た後、覚せい剤はやらないと思いますか？
①絶対やらないと思う ②多分やらないと思う ③多分やと思う ④絶対やと思う
62. 「③多分やと思う」「④絶対やと思う」と答えた人は、その理由を以下から選んであてはまることすべてに○をつけてください。
①誘われたらやと思うから ②今もやりたいと思っているから
③いやなことがあったらやと思うから ④なんとなくそう思うから
63. シンナー遊び、ガスパン遊び、大麻、覚せい剤のいずれかでも使ったことがある人に聞きます。これまで使った順にそれぞれの（ ）のなかに1から順に番号を付けてください。一つだけしかやっていない人は1のみ、二つやったことがある人は1から2まで、三つやったことがある人は1から3まで、というふう^{このよう}に経験のある薬物の数だけ使った順に番号を付けてください。（いずれも使っていない人は何もつけなくてかまいません）
（ ）シンナー遊び（シンナー、トルエン、ボンド、マニキュアの除光液など）
（ ）ガスパン遊び（ライター用ガス、カセットコンロ用ガスなど）
（ ）マリファナ（大麻、ハッパ、ハシッシも同じ）
（ ）覚せい剤（エス、スピード、シャブも同じ）
（ ）睡眠薬、精神安定薬、咳止め液（病氣治療以外の目的で）
（ ）その他の薬物（コカイン、MDMAなど）
64. 施設（児童自立支援施設）に入ったのはいつですか？
①小学4年生以下 ②小学5年生 ③小学6年生
④中学1年生 ⑤中学2年生 ⑥中学3年生
⑦高校・専門学校生 ⑧就職中 ⑨中卒後無職中
65. 家庭裁判所から呼び出されたことはありますか？ ①ある ②ない
66. 以下のようないわゆる非行について、したことがあるのはどれですか？したことがあるものすべてに○をつけてください。
①外泊や家出をした ②人にけがをさせた ③家からお金を持ち出した
④自転車^{じてんしゃ}を盗んだ ⑤人の物やお金を盗んだ ⑥ひったくり、カツアゲ
⑦家の中で暴れた ⑧暴走族に入った ⑨物や家に火をつけた
⑩学校をさぼった ⑪バイクや自動車を盗んだ ⑫人の物やみんなの物をわざと壊した
⑬不良仲間とつき合った ⑭暴力団とつき合った ⑮根性焼きや入墨^{いりぼく}をした
⑯無免許運転 ⑰性関係のこと ⑱その他
67. このような非行を、あなたが初めてしたのはいつですか？
①小学校入学前 ②小学1年生 ③小学2年生 ④小学3年生 ⑤小学4年生
⑥小学5年生 ⑦小学6年生 ⑧中学1年生 ⑨中学2年生 ⑩中学3年生
⑪中学卒業以後
68. リストカット（手首以外の腕や足やなども含みます）をしたことがありますか？
①ない ②1回ある ③2回から3回程度ある ④数回以上ある
69. 根性焼きをしたことがありますか？
①ない ②1回ある ③2回から3回程度ある ④数回以上ある

70. 以下のようなことはあなたに当てはまりますか？当てはまる番号に○をつけてください。

	5	4	3	2	1
(ア) 心からたよりに出来る友達が少ない	5	4	3	2	1
(イ) なんでも一生けんめいにとりくむ方だ	5	4	3	2	1
(ウ) 失敗しないかいつも心配だ	5	4	3	2	1
(エ) ぼんやりいろいろなことを考えるのが楽しい	5	4	3	2	1
(オ) 目立ちたがり屋である	5	4	3	2	1
(カ) 自分をつまらない人間だと思う	5	4	3	2	1
(キ) 会や集まりの時人よりすすんで働く	5	4	3	2	1
(ク) まちがいをしないかと、気になる	5	4	3	2	1
(ケ) よく空想にふける	5	4	3	2	1
(コ) じっとしているのがきらいだ	5	4	3	2	1
(サ) だれも私の話をよく聞いてくれない	5	4	3	2	1
(シ) きめられた仕事は責任を持ってやりとおす	5	4	3	2	1
(ス) ちょっとしたことをくよくよと気にする	5	4	3	2	1
(セ) できそうにもないことをぼんやり考えることがある	5	4	3	2	1
(ソ) あまりかっとならない	5	4	3	2	1

ど ち ら と も い え	な い	あ ま り あ て は ま ら	い	あ て は ま ら な い
---------------------------------	--------	--------------------------------------	---	---------------------------------

(タ) まわりに親切な人が多い	5	4	3	2	1
(チ) 計画を立てて勉強している	5	4	3	2	1
(ツ) ひとから見られているとおちつかない	5	4	3	2	1
(テ) わけのわからないものにきょうみを持つ	5	4	3	2	1
(ト) おとなしい方だ	5	4	3	2	1
(ナ) 少々危険でもスリルのあるスポーツをするのが好きだ	5	4	3	2	1
(ニ) 少々危険でも活動的な仕事の方が好きだ	5	4	3	2	1
(ヌ) スリルのある活動や冒険（ぼうけん）的な行為は好きだ	5	4	3	2	1
(ネ) 成功する見込みがなくとも、あえて危険をおかす方だ	5	4	3	2	1
(ノ) スピード感のある乗り物が好きだ	5	4	3	2	1
(ハ) 流行に合わせて趣味を変えるのも楽しい	5	4	3	2	1
(ヒ) スキャンダラスなく世の中をさがすような話題が好きだ	5	4	3	2	1
(フ) 騒がしいが楽しい雰囲気（ふんいき）の中で踊るのが好きだ	5	4	3	2	1
(ヘ) 常にマスコミに接して新しい情報を取り入れるのが好きだ	5	4	3	2	1
(ホ) はらはらさせられることがあっても飽きさせない人と					

付き合うのが楽しい

	5	4	3	2	1
(マ) できれば様々な体験をしたい	5	4	3	2	1
(ミ) 目新しく変化に富んだいろいろな事をしてみたい	5	4	3	2	1
(ム) 興奮したりわくわくしたりすることは好きだ	5	4	3	2	1
(メ) 特殊（とくしゅ）で変わった仕事をしてみたい	5	4	3	2	1
(モ) できるだけ体験のできるアルバイトをしてみたい	5	4	3	2	1

質問は以上です。ありがとうございました。

分 担 研 究 報 告 書
(2-1)

薬物関連精神障害者専門病院利用者の予後についての研究

分担研究者 小林桜児 神奈川県立精神医療センターせりがや病院¹⁾
研究協力者 上條敦史 横浜市立大学医学部精神医学教室
松本俊彦 国立精神・神経センター 精神保健研究所
奥平謙一¹⁾、遠藤桂子¹⁾、大槻正樹¹⁾

研究要旨 任意入院・開放病棟を基本とする薬物依存専門病院において、入院による断薬リハビリプログラムに参加した利用者の退院後予後調査を実施した。調査対象は平成14年7月から16年12月までの期間、神奈川県立精神医療センターせりがや病院を退院した者、計100名である。先行調査として入院時に、物質乱用歴や過去の問題行動、被虐待歴、さらに抑うつ症状や解離、食行動異常、ADHDなどに関する評価尺度などの項目を含む自記式調査票を同意者に配布し、回答を得た。さらに、退院後2年目または3年目に当たる対象者に対して、平成17年12月から18年9月までの期間、薬物使用歴の他、生活状況、自助グループ利用状況などの項目を含む自記式予後調査用紙を郵送し、返送による回答を得た。返送の得られなかった対象者については、追跡調査として事前に同意を得た上で電話による聞き取り調査を行った。その結果、調査対象者総数100名中、最近3ヶ月以内の薬物使用歴に関して情報の得られた者は計61名(予後判明率61%)であった。退院後2年または3年予後の判明した61名中、最近3ヶ月以内に薬物乱用歴が無いと返答した断薬群は44名で、72%に達した。他方、再乱用有りと返答した者は9名(15%)、勾留・服役中の者が5名(8%)、死亡が確認された者は3名(5%)であった。さらに予後判明者を断薬群と非断薬群(再乱用、勾留・服役、死亡)に二分し、先行調査項目や他の予後調査項目との関連について統計学的検討を加えた。その結果、入院時の自記式調査で希死念慮有りと返答していた群の方が、無い群よりも有意に断薬率が高かった($p<0.05$)。その他の先行調査項目については有意差を認めなかった。一方、薬物乱用歴以外の予後調査項目と断薬予後の関連については、断薬群と生活の規則正しさとの間には有意な関連性が認められた($p<0.05$)。しかしそれ以外の予後調査項目とは有意差が認められなかった。今回の調査結果から、薬物依存症者の退院2～3年後断薬率は約7割に達し、入院治療後の予後が比較的良好なこと、入院時の希死念慮の存在が、退院後の回復に向けた原動力となりうること、そして退院後の規則正しい生活が断薬と直接関連していることなどが示唆された。

A. 研究目的

全国的に薬物依存症の入院治療を専門に扱う医療機関は数少なく、従来は主に薬物乱用に伴う一過性の中毒性精神病症状に対して、専ら非自発的な入院治療がおこなわれてきたのが実情である。しかし精神病症状の消失や、隔離による強制的な断薬だけでは必ずしも依存症の回復に結びつかないことは、覚せい剤取締法違反者における再犯率の高さからも明白な事実である。

任意入院・開放病棟を基本とする依存症専門病院では、治療目標を「薬物に頼らない生き方への変革」に設定し、退院後の継続的な断薬実現に向けて、精神科薬物・精神療法にとどまらず、ケー

スワークや、自助グループの紹介などを積極的に行ってきた。

しかし任意入院・開放病棟という条件下で入院してくる薬物依存症者の場合、しばしば気分障害や衝動制御障害などの非精神病性精神障害を合併しているため、病棟適応に問題をきたし、比較的短期間で退院となることも多い。そのまま外来治療にもつながらず、治療中断に至るケースも認められる。このため、依存症専門病院を退院した薬物依存症者の断薬予後に関しては、未だ実証的な研究が乏しく不明な点が多い。

本研究では、任意入院・開放病棟を基本とする依存症専門病院に入院した薬物依存症者の退院後

の予後を追跡調査するとともに、入院時点でのプロフィールとの関連性についても検討したのでここに報告する。

B. 研究方法

1. 対象

対象は、平成 14 年 7 月から 16 年 12 月までの期間に、アルコール・薬物依存症の治療を専門とする神奈川県立精神医療センターせりがや病院を退院したアルコールを除く物質関連障害者のうち、郵送および電話による予後調査に対して同意を書面で得ることができた者、計 100 名である。内、男性は 69 名、女性 31 名であった。

2. せりがや病院における入院治療

せりがや病院における薬物依存症の入院治療期間は原則として 1 ヶ月間と設定されている。任意入院が基本であり、保護室で通常は 2 泊 3 日の間、解毒および病態観察を行った後、大部屋に転室してもらう。その後、週間スケジュールに沿って治療プログラムに参加する。プログラムの内容は、ミーティング形式の集団精神療法や、講義形式の疾患教育、運動療法、自助グループのメッセージなどからなる。

2 週間以内は病院敷地内で過ごしてもらい、3～4 週目は病院から歩いて 1 時間以内の範囲までは外出許可となるような任意の行動契約を結んでいる。外泊訓練は一切行わない。

退院希望時には、本人の意思を尊重し、面接による確認の上、精神症状影響下にあるなど医療保護入院の適応でない限りは、応じる場合がほとんどである。薬物の持ち込みや度重なる病棟規則違反などは、病棟の治療構造を守るために速やかに強制退院となる。

退院後は外来通院の他、DARC などの自助グループへの通所や入寮につながるよう入院中から支援していく。

3. 先行調査

先行調査として、平成 14 年 6 月以降、せりがや病院に物質関連障害で入院した患者に対し、入院時に自記式の質問用紙を配布し、下記の項目について評価した。

なお、質問用紙に加えて、退院後に郵送または電話にて予後調査を行う旨、文書で告知し、書面

にて同意を得た。

1. 年齢・性別・身長・体重・最終学歴
2. 喫煙・飲酒開始年齢、現在の喫煙・飲酒習慣
3. アルコール・薬物使用歴
4. 自傷行為の経験、人や物に対する暴力行為
5. 万引きの経験
6. 希死念慮と自殺企図の経験
7. 性的・身体的虐待を受けた経験
8. Beck Depression Inventory (BDI)
9. Wender Utah Rating Scale (WURS)
10. Bulimia Investigatory Test of Edinburgh (BITE)
11. Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES)

4. 自記式調査尺度について

上記のうち、最後の 4 項目はいずれも非精神病的な精神障害を評価する目的で追加した自記式調査尺度である。BDI は一般に使われているうつ病の自己記入式調査尺度であり、特に説明は要しないと思われるため、省略する。

Wender Utah Rating Scale(WURS)は、Wender らが成人 AD/HD の研究のため作成した評価尺度である⁷⁾。回答は 5 段階から選び、100 点満点になるよう作られている。

成人サンプルでは、WURS 得点のカットオフ 36 点の時、AD/HD 群の 96%ならびに正常対照群の 96%が同定可能で、カットオフ 46 点だと、AD/HD 群の 86%と正常対照群の 99%が同定可能といわれている⁷⁾。薬物依存症では、しばしば成人 ADHD の合併が論じられており、本研究でも WURS の日本語版を用いて評価した。

Bulimia Investigatory Test of Edinburgh (BITE)は神経性大食症の評価尺度として、Henderson と Freeman によって開発されたものである⁸⁾。日本語版の有用性と妥当性は中井らにより検討されている⁹⁾。25 点以上の得点の場合、96%の特異度で神経性大食症の臨床診断と一致をみる。薬物依存と合併する摂食障害は神経性大食症が多いため⁸⁾、本スケールを採用した。

最後に A-DES は解離体験スケール (Dissociative Experience Scale: DES)¹⁾ を改良して作成されたもので、30 項目からなる自記式評価尺度である。DES よりも集計が容易で、4 点以上では、ほぼ必ず何

らかの病的な解離症状が存在するといわれている²⁾。自傷者の解離傾向に関して、今回使用した日本語版は A-DES を用いた海外の研究との交差妥当性が確認されている^{3, 4)}。

5. 予後調査

平成 17 年 4 月より予後調査用紙の項目を検討、作成すると共に、書面にて予後調査に同意の得られた対象者を選び出し、調査用紙を郵送するための住所録を作成した。

予後調査項目は下記のとおりである。

1. 居住形態と同居人の有無
2. 自助グループの利用状況
3. 日常生活の規則性
4. 退院後の職歴
5. 退院後の薬物使用状況と使用動機
6. 断薬継続可能であった場合、その理由
7. 飲酒状況
8. 入院治療に対する評価

平成 17 年 12 月より、退院後 2 年または 3 年目に当たる患者に対し、予後調査用紙の郵送を開始した。1 ヶ月以上経過しても返送の無い方については、平成 18 年 2 月より電話で直接聞き取り調査を行った。

平成 18 年 4 月以降、追加で郵送調査を行い、同様に 1 ヶ月以上返送の無い方に対して、同年 5 月以降、電話調査も並行して行った。

平成 18 年 10 月以降、調査結果を集計するとともに、先行調査項目と予後調査項目との関連性について、SPSS ver12.0 または 15.0 を用いて統計学的分析を行った。

C. 研究結果

1. 先行調査

(1) 入院時年齢は最年少 20 歳、最高齢 62 歳であり、平均 34.4 歳±8.8 であった。

身長、体重から計算される BMI については、男性が平均 24.1±4.6、女性が平均 23.0±4.3 で、統計学的に有意な性差は認められなかった。

(2) 学歴は最も多かったのが「高校中退」で 100 名中 28 名を占め、次いで「中卒」と「高卒」が 25 名ずつ、「大卒」は 7 名であった。(表 1)

(3) 喫煙開始年齢の平均は 14 歳±2.6、平均

初飲年齢は 15 歳±3.6 であった。

(4) 入院時に喫煙習慣あり、と答えた者は 88 名で有効回答 97 名中 90.7%を占めた。

(5) 同様に飲酒の習慣がある者は 44 名で、有効回答 96 名中 45.8%を占めた。習慣飲酒者の 1 週間当たりの飲酒回数は平均 5.2 回であった。

(5) 薬物乱用開始年齢は平均 20 歳±7.8 で、最年少が 10 歳、最高齢は 47 歳だった。

(6) 薬物事犯での初回逮捕年齢は平均 22.3 歳±7.4 だった。同罪名での初回服役年齢は平均 26.9 歳±9.3 だった。

(7) 入院時の主たる乱用物質の内訳は、覚せい剤が最も多く、対象総数 100 名中の 54 名を占め、次いで向精神薬が 21 名、有機溶剤が 9 名と続いた。(表 2)

表 1 最終学歴

	女性(人)	男性(人)	合計(人)
中卒	7	18	25
高校中退	10	18	28
高卒	9	16	25
専門学校中退	0	1	1
専門学校卒	2	4	6
短大卒	1	0	1
大学中退	1	4	5
大卒	1	6	7
大学院卒	0	1	1
合計	31	68	99

表 2 主たる乱用薬物

	女性(人)	男性(人)	合計(人)
覚せい剤	18	36	54
有機溶剤	0	9	9
咳止め	0	4	4
向精神薬	9	12	21
大麻	0	2	2
ヘロイン	0	1	1
ブタンガス	2	0	2
LSD	0	1	1
マジック	1	0	1
マッシュルーム			
市販感冒薬	0	1	1
その他	1	3	4
合計	31	69	100

(8) 薬物乱用の頻度が最も高かった年齢は、平均 22.9 歳±8.0 であった。

(9) 減量目的で薬物を乱用した者は、22 名で、有効回答 95 名中 23.2% を占めたにすぎないが、薬物乱用によって「食欲が変化する」、と答えた者は、72 名で有効回答 94 名中 76.6% にのぼった。変化を報告した 72 名中、食欲減退効果を述べていたのが 63 名と 87.5% を占め、食欲増進効果の 7 倍に達した。

(10) 薬物乱用によって「うつ状態」の改善がみられる、と答えた者は 77 名で、有効回答 95 名中の 81.1% を占めた。

(11) 自傷経験者は 56 名で、有効回答 98 名中の 57.1% にのぼった。その内、32 名が男性で、女性は 24 名であった。女性の方が自傷者の占める割合が 80% と男性と比べて (47%)、有意に高かった ($p<0.01$)。初めて自傷した年齢は平均 19.3 歳±6.9 で、最年少は 7 歳、最高齢は 41 歳だった。これまで経験した自傷回数は平均 2.25 回±2.9 だった。

自傷方法の内訳は表 3 のとおりである。刃物で手首を切る (いわゆるリストカット) が最も多く、28 名であった。また、手首切りや抜毛、皮膚引っ掻き行為は女性に有意に多く、逆に頭突きは男性に多くみられた。

自傷行為の動機は表 4 に示す。自殺目的が最も多くを占めたものの、実際にその行為によって死のうと考えていた者は、そうでない者の約半数にとどまった。

性差に関しては、女性の方が有意に気分転換目的での自傷行為を報告していた。

(12) 希死念慮がある、と答えた者は計 79 名で、有効回答 93 名中 84.9% を占めた。

(13) 自殺企図歴のある者は 55 名で、有効回答 88 名中、62.5% を占め、初回企図年齢の平均は 22.8 歳±10.0 で、女性の方が男性と比べ、約 7 歳若かった (表 5-1)。企図回数の平均は 8.2 回±16.4 で、1 回から 100 回まで回数には個人差が幅広く見られた。女性の方が平均回数は男性の約 5 倍と有意に多かった (表 5-1)。

自殺企図の方法では、大量服薬が最も多く有効回答中の過半数を占めた (表 5-2)。

実際に自殺企図後、入院を要したか否かについては、入院したケースが 22 名で有効回答 50 名中 44% を占め、入院しなかったケース 28 名 (56%)

表3 自傷方法(複数回答)

	度数	女性%	男性%
手首を切る***	28	82.6	27.3
根性焼き	27	47.8	48.5
ピアス*	20	52.2	24.2
刺青	15	21.7	30.3
こぶしを打ち付ける	15	20.8	30.3
前腕を切る*	14	39.1	15.2
頭を打ち付ける**	12	4.2	34.4
鋭利な物で皮膚を刺す	11	8.7	27.3
名前彫り*	11	33.3	9.1
その他の部位を切る	10	30.4	9.1
皮膚を引っ掻く**	8	29.2	3.0
抜毛**	6	26.1	0
その他の自傷	4	4.2	9.1

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

表4 自傷行為の動機(複数回答)

	度数 (%)	女性%	男性%
自殺目的	31	62.5	48.5
(その方法で死のうと思った)	(32.5)		
(その方法で死のうとは思わなかった)	(67.5)		
見せしめ	17	32.0	27.3
腹立ち	14	28.0	21.9
気分転換*	14	40.0	12.1
その他の動機	15	32.0	21.2

* $p<0.05$

表5-1 希死念慮と自殺企図

	女性	男性
希死念慮あり	90.0%	82.5%
自殺企図初回平均年齢**	18.2歳	25.6歳
自殺企図平均回数*	16.5回	3.4回
自殺企図後の入院経験	52.4%	37.9%

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

とほぼ二分した。

(14) 過去に一度でも窃盗歴のある者は 69 名で、有効回答 94 名中の 73.4% にのぼった。初回窃盗年齢は平均 12.8 歳±4.7 で、平均窃盗回数は 27.6±74.9 と非常に個人差が大きかった (表 6)。

(15) 性的虐待歴のある者は、25 名で、有効回答 88 名中 28.4% を占めた。25 名中、女性が 17 名、男性 8 名で、この性差は統計学的に有意であった (表 7)。初回被害年齢の平均は 11.7 歳±6.3 で、性差は認めなかった。

身体的虐待歴のある者は 43 名で、有効回答 96 名中、44.8% を占めた。初回身体的虐待の平均年齢は 8.7 歳±4.9 だった。身体虐待に関しては性差を認めなかった。

(16) 不登校については、有効回答 89 名中、48 名が経験あり、と答えており、53.9% にのぼった。小学校から大学までの頻度と性差は表 8 に示す。中学校においてのみ、女性の方が有意に不登校経験率が高かった (表 8)。

(17) 対人、対物暴力癖については、有効回答 90 名中、それぞれ 21 名 (23.3%) と 45 名 (50%) が「あり」と返答した。性差は表 9 に示す。

(18) 各種評価尺度の結果は、BDI の平均値が 26.0 点±11.3 で軽うつレベルであった。BITE、WURS、A-DES の平均値はそれぞれ、16.7 点±10.7、48.3 点±24.5、3.16 点±2.4 であった。BDI と BITE で女性の方が有意に高い点数を示した (表 10)。

2. 予後調査

(1) 居住形態の内訳は表 11、同居人の内訳は表 12 に示す。過半数は賃貸住居で生活し、次いで実家で暮らす者が多かった。同居者は無い者 (独居) が 4 割を占め、親との同居がそれに次いで多かった。

(2) 退院後の自助グループの利用状況は、全く参加していない者が 6 割を超え、性差は見られなかった (表 13)。

なお、入院前に自助グループの利用歴がある者は男女とも 4 人ずつの計 8 名 (8%) であった。

(3) 生活の規則性については、起床時間、掃除片付け、歯磨き洗顔、食事、計画性、夜更かし、の 6 項目について 5 段階で評価してもらった。結果は表 14~19 のとおりである。

(4) 退院後の勤務形態の内訳は表 20 に示す。退院後一度も働いていない「無職」が 30% を占めて最も多く、2 番目に多いのは「週 35 時間の正社員」で 28% を占めていた。

退院後に就いた職種は、飲食業が最も多く約 2 割を占め、ついで会社員、土木建築関係と続いて

表5-2 自殺企図の方法

方法	度数	女性 性別%	男性 性別%
大量服薬	29	63.6	48.4
手首自傷	11	27.3	16.1
その他の方法	13	9.1	35.5
欠損値	47		
合計	100	100.0	100.0

表6 窃盗

	女性	男性
窃盗経験	70.0%	75.0%
初回窃盗年齢(平均)	12.8歳	12.8歳
平均窃盗回数	19.8回	31.0回

表7 性的・身体的虐待経験

	女性	男性
性的虐待***	60.7%	13.3%
初回性的虐待年齢 (平均)	8.0歳	6.0歳
身体的虐待	58.6%	38.8%
初回身体的虐待年齢 (平均)	9.0歳	8.4歳
現在も身体的虐待あり	18.8%	4.8%

*** $p<0.001$

表8 不登校

	度数	女性%	男性%
不登校	29	63.6	48.4
小学校	16	31.8	18.4
中学校*	23	50.0	24.5
高校	17	31.8	20.4
大学	2	4.5	2.0
その他	6	8.3	7.7

* $p<0.05$

表9 対人・対物暴力癖

	度数	女性 性別%	男性 性別%
対人暴力癖	21	25.0	22.6
対物暴力癖	45	53.6	48.4

いた(表21)。

就労期間は3ヶ月以内が1/3を占め、1年以内の就労が2/3を超えている(図1)。短期の就労が多いのが特徴である。

(5) 退院後の乱用薬物の内訳は表22のとおりである。覚せい剤が最も多く、次いで有機溶剤と大麻が同数だった。

退院後に再使用した時期は、「退院直後から3ヶ月以内」が6割を占めていた(表23)。

一方、最近6ヶ月以内に再乱用した人に、理由について選択肢の中から選んでもらったところ(複数回答あり)、最も多かったのは「刺激を求めて」の33.3%で、次いで「疲労除去」の16.7%だった。

(6) 逆に断薬が続いている人に、その理由を複数回答ありで選んでもらったところ、その結果は表24のとおりとなった。最も多かったのは「自分の意思」で、次いで「病院」、「自助グループ」の順であった。

(7) 退院後の飲酒状況については、断薬率が38%で、「週数回」～「ほぼ毎日」飲む習慣飲酒群の26%を上回っていた(表25)。

(8) 最後に依存症専門病院に入院したことについて、利用者の満足度を5段階で評価してもらったところ、「とてもよかった」と「少しよかった」を合わせると84.1%の人が入院したことに対して良い評価を与えていた(表26)。

今回の調査対象者100名の退院転帰は表27に示した。

なお、調査時点で最近3ヶ月以内にせりがや病院受診歴のある者(退院後2～3年を経て外来につながっている患者群)の割合は、全調査対象100名中27名(27%)で、予後判明群のみに限定すると、61名中22名(36%)という結果であった。

3. 断薬予後

(1) 予後調査用紙の郵送あるいは追跡電話調査によって把握された、最近6ヶ月以内の利用者の予後(薬物再乱用の有無、勾留・服役中か否か、など)について、退院後2年目および3年目の2群にわけて円グラフで表示した(図2-1と2-2)。

退院後2年予後群は計47名で、内訳は「断薬中」が20名(43%)、「再乱用」が7名(15%)、「勾留・服役中」が1名(2%)、「死亡」1名(2%)、「不明」18名(38%)である。

表10 評価尺度平均値

	女性	男性
BDI*	29.2	23.8
WURS	54.6	45.5
BITE***	23.7	13.5
A-DES	3.77	2.88

* $p<0.05$, *** $p<0.001$

表11 現住所の内訳

	度数(%)	女性%	男性%
実家	14(29.8)	23.5	33.3
持ち家	4(8.5)	5.9	10.0
賃貸	26(55.3)	64.7	50.0
依存症施設	2(4.3)	5.9	3.3
不定	1(2.1)	0	3.3
合計	47(100)	100.0	100.0

表12 同居者の内訳

	度数(%)	女性%	男性%
パートナー	4(8.3)	5.6	10.0
親	17(35.4)	27.8	40.0
子供	4(8.3)	16.7	3.3
独居	20(41.7)	44.4	40.0
その他	3(6.3)	5.6	6.7
合計	48(100)	100.0	100.0

表13 退院後の自助グループ利用状況

	度数(%)	女性%	男性%
ほぼ毎日	4(8.7)	11.8	6.9
週数回	6(13.0)	11.8	13.8
月数回	1(2.2)	0	3.4
半年で数回	5(10.9)	5.9	13.8
全く参加せず	30(65.2)	70.6	62.1
合計	46(100)	100.0	100.0

表14 生活の規則性 ①起床時間

	度数(%)	女性%	男性%
規則的	24(52.2)	58.8	48.3
やや規則的	9(19.6)	17.6	20.7
どちらともいえない	5(10.9)	11.8	10.3
やや不規則	4(8.7)	11.8	6.9
とても不規則	4(8.7)	0	13.8
合計	46(100)	100.0	100.0

退院後3年予後群は計53名で、内訳は「断薬中」が24名(45%)、「再乱用」が2名(4%)、「勾留・服役中」が4名、「死亡」2名、「不明」21名である。

両群ともに断薬率は4割を超え、不明者の数も4割近い数字であった。一方、2年予後群では3番目に再乱用群が多かったが、3年予後群では勾留・服役中の者が第3位をしめていた。

(2) 両群合わせた全体では、調査対象者100名中61名が予後判明群であった(予後曲線は図3に示す)。その内、断薬中の者が計44名(判明群中72%)、再乱用者が計9名(同15%)、勾留・服役中の者が5名(同8%)、死亡者は3名(5%)であった。

4. 予後不明群について

連絡先などが不明で予後が判明しなかった群(100名中39名)の臨床的特徴を検出するため、先行調査項目すべてについて、予後判明群との比較を試みた。その結果、統計学的に有意な差($p<0.05$)が検出されたのは、以下の3点である。

(1) 予後不明群のBDI得点は平均29.0点で、予後判明群の平均23.2点より有意に高かった。

(2) 予後不明群の方が、自殺企図年齢が26.5歳で、判明群の20.4歳と比べて有意に高かった。

(3) 最近3ヶ月間通院歴が無い者の割合が、予後不明群は87.2%で、判明群の63.9%と比べて有意に高かった。

5. 調査項目と断薬予後との関連

(1) 上述した先行調査の各項目と、断薬予後との関連性を検討するため、まず断薬群と、非断薬群(再乱用、勾留・服役、死亡)に二分し、各項目との χ^2 乗検定または t 検定を行った。その結果、入院時の「希死念慮の有無」($p<0.05$)を除き、他の調査項目はいずれも退院後の予後との統計学的に有意な関連性は認められなかった。

(2) 次に、予後に影響する要因を、交絡因子の影響を除去して抽出するために、2項ロジスティック回帰分析を行い、2年予後に影響を与える因子について確認した。その具体的方法は、入院時における人口統計学および精神医学的事項を独立変数とし、2年後予後に関する変数を従属変数とし、 $p<0.1$ を選択基準として独立変数を投入し、そのうえで p 値の大きい変数から順次除いて

いくという変数減少法による方法を採用した。

その結果、選択条件を満たす独立変数は「希死念慮の有無($p=0.033$)」とBITE総得点25点以上によって定義づけられる「(評価尺度上の)神経性大食症の有無($p=0.067$)」の2つで、最終的に得られたロジスティック・モデルでは、「希死念慮の有無」が有意な変数として抽出された($p=0.044$ 、

表15 生活の規則性 ②掃除片付け

	度数(%)	女性%	男性%
よくする	14(30.4)	41.2	24.1
時々する	8(17.4)	17.6	17.2
どちらともいえない	12(26.1)	11.8	34.5
あまりしない	6(13.0)	11.8	13.8
ほとんどしない	6(13.0)	17.6	10.3
合計	46(100)	100.0	100.0

表16 生活の規則性 ③歯磨き洗顔

	度数(%)	女性%	男性%
毎日する	29(63.0)	88.2	48.3
ほぼ毎日する	7(15.2)	5.9	20.7
どちらともいえない	5(10.9)	5.9	13.8
余り毎日ではない	3(6.5)	0	10.3
ほぼ毎日ではない	2(4.3)	0	6.9
合計	46(100)	100.0	100.0

表17 生活の規則性 ④食事

	度数(%)	女性%	男性%
規則的	15(32.6)	29.4	34.5
やや規則的	7(15.2)	23.5	10.3
どちらともいえない	14(30.4)	35.3	27.6
やや不規則	4(8.7)	0	13.8
とても不規則	6(13.0)	11.8	13.8
合計	46(100)	100.0	100.0

表18 生活の規則性 ⑤計画性

	度数(%)	女性%	男性%
とてもある	15(32.6)	47.1	24.1
ややある	8(17.4)	29.4	10.3
どちらともいえない	10(21.7)	5.9	31.0
あまりない	9(19.6)	17.6	20.7
全くない	4(8.7)	0	13.8
合計	46(100)	100.0	100.0

Odds ratio 4.625, [1.044-20.497]). この結果は、これまで希死念慮を抱いたことのある者は、そうでない者に比して、2年後に断薬をしている確率が4.625倍に高まることを意味している。

(3) 予後調査用紙項目と断薬予後の関連を χ^2 乗検定により確認したところ、生活の規則正しさ(特に歯磨き・洗顔、夜更かし、生活の計画性)においてのみ、退院後の断薬と、統計学的に有意な関連がみられた($p<0.05$)。

D. 考察

1. 先行調査項目について

薬物依存症者の入院時平均年齢は34歳と若い。その入院に至るまでの道のりは、青年期の「生き辛さ」が山積しているといっても過言ではないことが、本調査結果からも浮き彫りになっている。

女性では6割が平均8歳で、男性も1割弱が6歳で性的虐待を経験し、男性女性ともに4~5割がほぼ同時期に身体的虐待も受けている。小学校高学年~中学校に入る年齢になると、タバコ・アルコールといったいわゆる“gateway drug”が始まり、また7割が窃盗を繰り返すようになる。そのまま8割は最終学歴が中卒~高卒止まりとなる。中学や高校を離れ、否応もなく社会適応をせまられる頃、平均19歳で自傷行為が始まり、平均20歳で依存性薬物に手を出すようになる。彼らの8割が、薬物によって「うつが改善する」と感じており、また2割はダイエット目的に乱用する。

依存の形成は速やかで、平均22~3歳頃には使用頻度が最も高くなる時期を迎え、すぐに薬物事犯で逮捕されることとなる。一度逮捕されても、恐らく乱用が止まることのないのであろう。さらに遅れること3~4年、平均26~7歳頃に初回の実刑判決を受けることになる。1~2回の服役を経験して30歳代も半ばにさしかかろうとする頃、ようやく依存症専門病院に出会うのであろう。

今回、調査結果の一部で男女差についても統計学的に検討した。有意差の出たものを挙げるだけでも、女性の薬物依存者の方が男性と比較して高い率で性的虐待を受け、高い率で中学生時代に不登校に陥り、BDIやBITEの点数も高い結果となった。女性の方が自殺企図を始める年齢が平均で7歳も低く、企図回数も男性の5倍に達している。

男性よりも、より早期に「生き辛さ」にぶつかって、うつ症状や食行動異常を呈する中で、薬物依

表19 生活の規則性 ⑥夜更かし

	度数(%)	女性%	男性%
ほとんどしない	13(28.3)	41.2	20.7
余りしない	12(26.1)	23.5	27.6
どちらともいえない	8(17.4)	17.6	17.2
時々する	6(13.0)	0	20.7
しばしばする	7(15.2)	17.6	13.8
合計	46(100)	100.0	100.0

表20 勤務形態(複数回答)

	度数(%)
週35時間の常勤正社員	19(28.8)
週35時間の常勤バイト	10(15.2)
週20~30時間の常勤・パート	3(4.5)
週10~20時間の非常勤・パート	6(9.1)
週10時間以下の非常勤・パート	8(12.1)
無職	20(30.3)
合計回答数	66(100)

表21 職種の内訳(複数回答)

	度数(%)
飲食業(風俗除く)	10(19.6)
会社員	6(11.0)
土木建築	5(9.8)
交通運輸	4(7.8)
商業	3(5.9)
医薬関係	3(5.9)
家事手伝い	3(5.9)
公務員	2(3.9)
その他被雇用者	2(3.9)
無職	2(3.9)
不定	2(3.9)
不動産	1(2.0)
自営職人	1(2.0)
露天行商	1(2.0)
店員	1(2.0)
旅館業	1(2.0)
日雇い労働者	1(2.0)
その他	3(5.9)
合計回答数	51(100)

存とならんで自傷行為も対処行動の一つとなりうる。興味深いのは、自傷行為の方法が、女性の場合はいわゆるリストカットや抜毛、皮膚を引っ掻く、など比較的繊細で自罰的なものがあるに多かったのに対して、男性は「頭突き」といった攻撃的なものが有意に多かった点である。さらに自傷行為の動機についても、「気分転換」目的と答えた人が男性の3倍以上おり、女性の薬物依存症者が不快感から逃れるために、薬物と自傷行為を自己治療的に用いているものと考えられる。

図1 就労期間

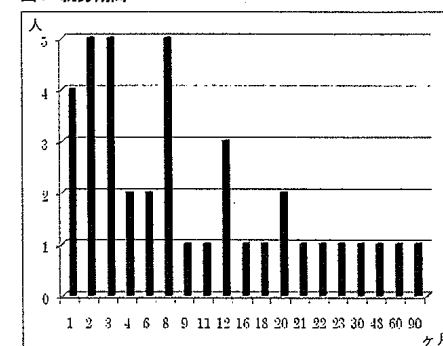


表22 退院後再使用した薬物の内訳

	度数(%)
覚せい剤	14(50)
有機溶剤	3(10.7)
大麻	3(10.7)
睡眠薬	2(7.1)
抗不安薬	2(7.1)
咳止め	2(7.1)
痛み止め	1(3.6)
MDMA	1(3.6)
合計	28(100)

表23 退院後再使用した時期

	度数(%)
退院直後~3ヶ月以内	17(60.7)
退院3ヶ月~6ヶ月以内	3(10.7)
退院6ヶ月~1年以内	4(14.3)
退院1~2年以内	3(10.7)
退院2~3年以内	1(3.6)

表24 断薬が継続できている理由(複数回答)

	度数(%)
自分の意思	12(17.6)
病院に通っていたから	11(16.2)
自助グループに通っていたから	10(14.7)
家族がいてくれたから	9(13.2)
パートナー・友人の助け	8(11.8)
単に使用欲求が無かった	6(8.8)
仕事が多忙だった	5(7.4)
入院・服役中だった	3(4.4)
その他	4(5.9)
合計	68(100)

表25 退院後のアルコール使用状況

	度数(%)	女性%	男性%
断酒中	16(38.1)	50.0	30.8
半年で数回	7(16.7)	6.3	23.1
月数回	8(19)	12.5	23.1
週数回	7(16.7)	25.0	11.5
ほぼ連日	4(9.5)	6.3	11.5
合計	42(100)	100.0	100.0

表26 入院に対する満足度

	度数(%)	女性%	男性%
とてもよかった	21(47.7)	64.7	37.0
少しよかった	16(36.4)	29.4	40.7
よくも悪くもない	2(4.5)	0	7.4
余りよくなかった	3(6.8)	0	11.1
とても良くなかった	2(4.5)	5.9	3.7
合計	44(100)	100.0	100.0

表27 退院転帰

	度数(%)	女性%	男性%
軽快退院	56	61.3	53.6
希望退院	27	32.3	24.6
事故(強制)退院	13	3.2	17.4
転院	2	3.2	1.4
不明	2	0%	2.9
合計	100	100.0	100.0

2. 予後調査項目について

今回の調査結果では、自助グループをほとんど利用せず、独居または親元で暮らしているにも関わらず、生活リズムは比較的保たれ、過半数が断酒または機会飲酒程度、というやや予想外の結果となった。退院後、約半数が週 20 時間以上の仕事に就いた経験があり、内、3 割が週 35 時間以上の正社員として働いていた。また回答者の 6 割以上が現在定期的な通院をしているわけではないにもかかわらず、過去の入院を振り返ってみて、8 割以上が「よかった」と評価していることも意外であった。調査対象者全員の退院転帰を調べてみても、臨床実感に反して、希望退院と事故（強制）退院は合わせて 4 割程度と半数に満たなかった。予後判明者の 7 割が退院して 2~3 年を経ても断薬している、という結果と合わせて、「臨床現場で感じているよりも、実際には薬物依存症は予後が良いのではないかと」、と思わせる結果となった。

予後が判明しなかった群が依然 4 割残っているが、その入院時プロフィールは BDI の得点と初回の自殺企図年齢が高めであることを除くと、他の点では全く判明群と有意差が無く、この群だけが極端に予後が悪いと判断する材料としては不十分であると思われる。

3. 調査項目と断薬予後との関連について

予後が予想以上に良いことと並んで意外な結果であったのは、先行調査項目の 77 個の変数の内、断薬予後との統計学的に有意な関連性が見出されたものは、「希死念慮の有無」だけであった、という点である。

入院時に希死念慮が有る方が、入院プログラム参加に際して障害となり、退院後も自殺企図に結びつきやすいなど、予後を悪くする因子とも思われる。ところが実際は、希死念慮が有る方が、2 年後断薬率が約 4 倍になる、という結果が出た。これは、希死念慮を有するほどの精神状態で入院に至った方が、いわゆる「底尽き体験」として本人に作用し、退院後の断薬生活を目指す動機付けとなった可能性が示唆される。

退院 2~3 年後に実施した予後調査項目の中では、「生活の規則正しさ」を示唆する下位項目が断薬群との関連で有意差を認めた。断薬群の生活リズムが規則正しいのはある意味で当然の結果であり、依存症の回復過程で行動療法的に生活の

図2-1 退院後2年目予後群

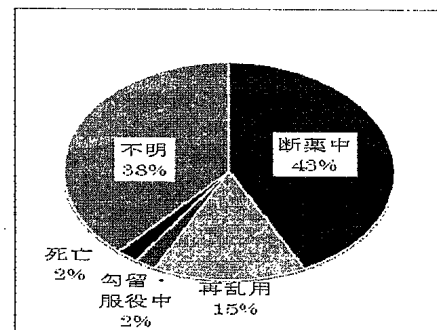


図2-2 退院後3年目予後

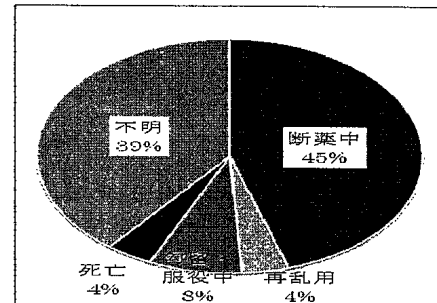
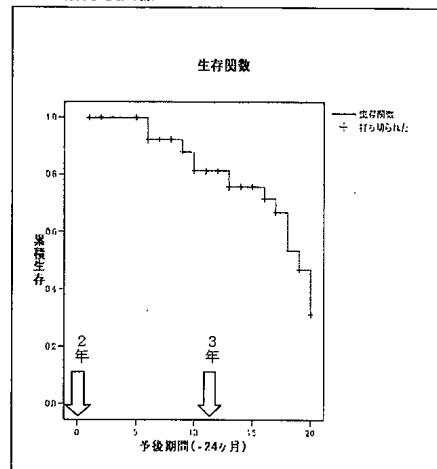


図3 断薬予後曲線



ケジュールを促進することの重要性を示唆する結果と言えよう。

上記以外のほとんどの変数は、今回断薬予後との有意な関連性を見出すことはできなかった。一因としてサンプルサイズの問題も想定しうが、別の見方をすれば、薬物依存症からの回復が意味している「薬物に頼らない生き方」が、実に多様な因子から成り立ち、個別性に富んだ現象であるためとも考えられる。

薬物依存の臨床に携わる者は、自らが勤務している施設から離脱してしまった患者の予後に関しては、しばしば悲観的な見方をしがちである。一方で「依存症の回復に方程式など無い」と、臨床現場で実感させられることが多いのも事実であり、退院転帰や継続的通院、自助グループ通所などの治療的因子がいずれも断薬予後と有意な関連を示さなかったことは、ある意味でこの臨床感覚を裏打ちするものである。

2/3 を超える患者がもはや外来にはつがっていないにもかかわらず、その多くが過去の入院を前向きにとらえ、どのような退院の仕方であれ、とにかく 2~3 年が経過した時点で薬物をやめ続けている、という今回の調査結果は、薬物依存症者に対する入院治療の在り方として、一つの方向性を示唆していると思われる。

E. 結論

任意入院・開放病棟を基本とする薬物依存専門病院において、入院による断薬リハビリプログラムに参加した利用者の退院2年後および3年後予後調査を実施した。入院時点で記入してもらった先行調査項目に加えて、同意者に対して新たに郵送あるいは電話で予後調査を行い、薬物使用を含めた退院後の生活状況を確認した。

入院時の薬物依存症者のプロフィールとしては、早期に虐待を経験し、gateway drug の乱用、窃盗や学校不適応などを経て、自傷行為や薬物乱用に至る「生き辛い青年期」が特徴的であった。

予後調査では、2 年および 3 年予後群に分けられ、それぞれ対象数は 47 名と 53 名であった。そのうち予後が判明したのは 29 名 (62%) と 32 名 (61%) で、断薬率は 29 中 20 名 (68.9%) と 32 名中 23 名 (71.8%) であった。

両群合わせた全体では、調査対象者 100 名中 61 名が予後判明群で、その内、断薬中の者が計 44

名 (判明群中 72%)、再乱用者が計 9 名 (同 15%)、勾留・服役中の者が 5 名 (同 8%)、死亡者は 3 名 (5%) であった。

断薬予後との関連性については、入院時の希死念慮の存在が統計的に有意な因子で、希死念慮があると 2 年後断薬群に入る確率が 4 倍になる、という結果が示された。その他の項目については有意な関連性を認めず、患者個別の因子が多様に予後に影響していることが考えられる。

退院転帰や自助グループの有無が一時的に退院後の予後を規定する因子では無いとするならば、入院治療に当たっては、なおさら各患者に適した個別の治療契約や治療プログラム等の働きかけを通して底尽きを促すことが重要と思われる。

F. 研究発表

1. 論文

なし

2. 口頭発表

なし

3. その他

なし

文献

- 1) Bernstein E, Putnam FW: Development, reliability and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Disease 174: 727-735, 1986
- 2) Armstrong J, Putnam FW, Carson EB: Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES). J Nerv Ment Dis 185: 491-497, 1997
- 3) Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A et al: Habitual self-mutilation in Japan. Psychiatry Clin Neurosci 58: 191-198, 2004
- 4) Matsumoto T, Yamaguchi A, Chiba Y et al: Patterns of self-cutting: A preliminary study on differences in clinical implications between wrist- and arm-cutting using a Japanese juvenile detention center sample. Psychiatry Clin Neurosci 58: 377-382, 2004
- 5) Henderson M, Freeman CPL: A Self-rating Scale for Bulimia, the "BITE". Br J Psychiatry 150: 18-24,

1987

6) 中井義勝, 濱垣誠司, 高木隆郎: 大食症質問表 Bulimic Investigatory Test, Edinburgh(BITE)の有用性と神経性大食症の実態調査. 精神医学 40: 711-716, 1998

7) Ward MF, Wender PH and Reimherr FW: The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 150: 885-890, 1993.

8) 松本俊彦, 山口亜希子, 上條敦史, ほか: 女性物質使用障害における摂食障害: 乱用物質と摂食障害の関係について. 精神医学 45: 119-127, 2003

分担研究報告書 (2-2)

民間治療施設利用者の予後調査(1)

ーダルク利用者の予後調査ー

分担研究者	近藤千春	藤田保健衛生大学
研究協力者	猪瀬健夫	びわこダルク
	栗坪千明	栃木ダルク
	幸田 実	東京ダルク
	川又聡一郎	大分ダルク
	竹内 剛	長野ダルク

研究要旨 薬物依存症の回復に有効だとされる、薬物依存症者の当事者活動団体DARC利用者に
対する縦断的な調査を行い、薬物依存症治療における、ダルク利用の有用性について明らかにする
ことを目的とした。対象は、5箇所のだるくの28名が対象となった。調査項目は、初回面接時に、
①対象者の属性、(年齢、学歴、乱用開始年齢、乱用薬物、乱用期間、乱用に関連する集団等)、②
社会生活に関する事項、③補導・逮捕歴、矯正施設への入所状況、④医療機関の利用状況 ⑤過去
のだるくの利用状況について調査した。追跡調査項目としては、①断薬状況、②薬物依存度、WHO
QOL26 他を調査した。結果、28名のダルク利用者を対象とした。28名のうちダルク入寮中の生活に
ついて追跡できた対象は、7名であった。28名の入院経験、刑務所入所経験、ダルク入所経験等、
これまでの生活背景を基にしたダルク利用に至る背景やその人数をまとめた。表6参照。また、薬
物乱用にかかわる背景とダルク利用に至る経緯については、図にまとめた。図2参照。対象の生活
背景に関する情報を基に、就労難易度を算出し、ダルク利用者の就労能力を予測するための指標と
した。これらから、ダルクの利用期間が1ヶ月未満の者は9名であり、この9名については、ダルク
入寮にあたっての断薬に対する動機が極めて低かったと思われる。長期ダルク滞在者5名は、就
労もしくは、就労のための準備に取り組んだ。一般企業に就職した者のダルク利用期間は20ヶ月で
あった。滞在期間が長い理由として、ダルク滞在中の退寮前半期間は、工場でアルバイトを行い就
労訓練に取り組んでいたことによる。ダルク入寮中の、就労に向けた準備は、本人だけでなく、他
の入寮者の励みにもなり、利用者相互にとって意義があると考ええる。対象者5名のうち3名が、ダ
ルクの職員となるための研修を開始したが、ダルクへの就労の理由には、対象の前歴や年齢などか
ら、一般企業への就職が困難であることなども関連すると思われる。現在のダルク利用に至る背景、
補導や逮捕歴と薬物乱用との関連等については、図表にまとめた。(表6、表7、図2参照)ダルク
利用者の生活背景は、薬物乱用前の準拠集団やこれまでの就労状況など様々である。様々な生活
背景を持つダルク利用者の予後の評価にあたっては対象の就労における難易度を考慮すべきである
と考え、その指標とするものとして、「就労難易度」を算出した。この他、家族の介入が、利用者
のだるく利用の継続に影響をもたらすものである点が示唆され、ダルク利用者と家族との関係にお
いて考慮すべき点があると思われた。

A. 研究目的

薬物依存症の回復に有効だとされる、薬物依存
症者の当事者活動団体DARC(以下ダルク)に
対する縦断的な調査は、ダルク利用の有用性の検

証を行う上で、重要である。ところが、これまで
にダルク利用者に対する縦断的な調査を行った研
究報告は極めて少なく、ダルクの薬物依存症治療
における有用性については、明らかにされている

わけではない。このことから、本研究において、ダルク利用者に対する追跡調査を実施することを通して、薬物依存症治療における、ダルク利用の有用性について明らかにすることを目的とした。

ところが、ダルクは、医療の専門家を含まない当事者活動団体であり、その援助は、ダルクの責任者らによると、規則正しい生活をとのえること、ミーティングの場を通して気持ちを整理すること、社会復帰のための相談を行うことのほか、12ステップにより、新たな生き方を身につけることであるという。（図1参照）そのため、ダルクを民間治療施設として記すためには、薬物依存症治療における治療的な位置付けを明確にすること

が求められる。そこで、ダルクにおける治療とは何かを明らかにするために、ダルクの責任の話を基に、ダルク利用における治療の目標、つまりダルクの利用のゴールが何であるかを明確にしたい。そこで、ダルク利用の有用性の評価を行うことが必要であると考え、ダルク責任者らの話によると、ダルク利用によるゴールは、1、薬物を使わない新たな生き方が必要であると感じること。2、断薬の継続のための動機付けがされること。3、「全体性」の回復であり、physical, mental, social な面での回復に加え、12ステップの1, 2, 3に基づいた考え方による、spiritual な面での回復の3点があげられた。ところが spiritual は、

WHO が、新たな健康の定義にこれを含むことを提案したが、未だ、明確に定義されておらず、理解が困難なものである。依存症と spirituality については、論文やその他の形でまとめられているが、spirituality は、いずれも暫定的な定義付けにとどまっている¹⁾。一方、spiritual は、人間の健康の回復においては、physical, mental, social な面と同様に重要なものであるという研究報告もあり²⁾、ダルクでの薬物依存症の回復を評価するにあたって、physical, mental, social な面に加え、spiritual における変化も視野に入れることが必要であると思われる³⁾。そこで、ここでは、spiritual における変化とは、価値観の変化に基づく「生き方」の変化とし、具体的には、生活の行動面における変化として捉え、ダルク利用者の追跡調査に取り組むことにした。

B. 研究方法

1) 対象

(1) 対象ダルク

調査対象となった施設は、表1に示した5施設であり、いずれも責任者と面識があり協力が得られた施設である。

(2) 対象者

調査対象となったダルクを利用する薬物依存で、追跡調査に協力することを同意した者。

2) 調査方法

(1) 調査項目

A. 対象者の背景に関する調査項目^{a)}

①乱用にかかわる事項

年齢、学歴、乱用開始年齢、乱用薬物、乱用期間、乱用に関連する集団

②社会生活に関する事項

取得している資格、これまでの就労状況、現在の生活費

③司法とのかかわり

補導・逮捕歴、矯正施設への入所状況

④医療機関の利用状況

⑤過去のダルクの利用状況

B 追跡調査項目

①断薬状況

②薬物依存度（依存重症度尺度 日本語版；以下 SDS-J）^{b)}

③生活行動（日常の生活行動尺度：オリジナル）^{c)}

④精神活動（日常における精神活動尺度：オリジナル）^{d)}

⑤12ステッププログラムの理解度（超越性の受容度尺度；オリジナル尺度）^{e)}

⑥QOL（WHO, QOL 26 日本語版）^{f)}

⑦生活状況に関する事項（半構成による質問調査）

C. 研究結果

1) 対象のダルク利用状況と予後

平成17年7月から平成19年3月までに、5箇所のダルクで、28名の利用者から協力を得ることができたが、中途退所者が多く、追跡調査の対象となったのは7名であった。中途退所者については、所在が確認できず、予後については不明である。調査の対象となった28名のダルク利用状況は、表2に示した。追跡調査の対象の7名のうち、5名の者が、薬物を使うことなく、社会復帰を目指し、就職や、将来に向けて研修を受けている。5名の現在の状況を表3に示した。

表3.

	滞在期間	所在	現在の状況
A氏	20ヶ月	退所	民間企業で就職、現在賃貸アパートで1人暮らし
B氏	19ヶ月	滞在中	利用ダルクで、ダルクの職員研修を実施中
C氏	18ヶ月	滞在中	利用ダルクで、ダルクの職員研修を実施中
D氏	15ヶ月	退所	他のダルクで、ダルクの職員研修を実施中
E氏	15ヶ月	退所予定	1ヶ月以内にダルクを退所し、民間企業で就職予定

2) 対象者の背景

(1) 対象者の薬物乱用にかかわる事項

薬物乱用にかかわる生活背景として考えられる学歴、乱用開始年齢、初回飲酒年齢、常用飲酒となった年齢、初めて喫煙を始めた時期、暴力団との関係、非行グループとの関係、薬物利用者との関係、補導歴、逮捕歴等については、表4のような結果であった。

(2) 対象者の社会生活にかかわる事項

現在の経済状況および過去の就労経験など、将来の生計能力にかかわる項目については、表5のような結果であった。

(3) 現在のダルク利用に至る背景

入院経験、刑務所入所経験、ダルク入所経験等、これまでの生活背景を基にしたダルク利用に至る

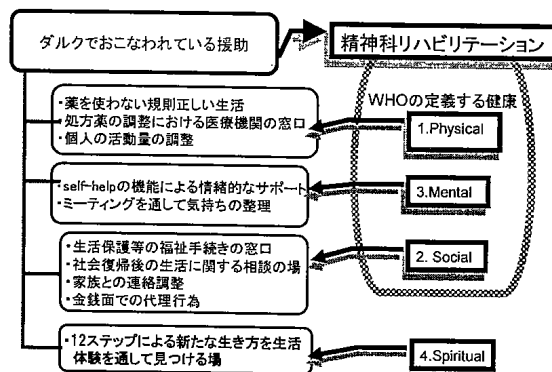


表1

図1 ダルクにおける援助

	定収容員	職員	運営資金
Aダルク	定員8名	責任者1名 スタッフ2名 職員は施設に同居	公的助成金は受けていない。
Bダルク	定員8名	責任者1名 スタッフ1名	公的助成金は受けていない。
Cダルク	定員10名 福祉ホーム	責任者1名 スタッフ4名 職員は全員通勤 夜間は当番での当直制	公的助成金による運営。
Dダルク	定員38名	代表1名 責任者2名 スタッフ4名 スタッフは施設内同居	公的助成金は受けていない
Eダルク	定員5名のグループホーム	責任者1名 スタッフ2名 全員通勤	小規模保護作業所を併設 助成金による施設運営

表4 (1)対象者の薬物乱用にかかわる事項

No	歳	学歴	乱用開始	初回飲酒	常用飲酒	初喫煙	煙草常用	暴力団関係	非行グループ	薬物乱用者	補導歴	逮捕歴
1	38	高校中退	15歳	中学校	20歳以降	小学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	無し	無し
2	53	中学卒	12歳	中学校	中学校	中学校	中学校	乱用後	無し	乱用後	無し	無し
3	28	高校卒業	13歳	小学校	中卒後	中学校	中学校	乱用後	乱用前	乱用前	乱用後	無し
4	43	高校中退	13歳	中学校	無し	小学校	中学校	無し	乱用前	無し	乱用後	乱用後
5	24	大学在学中	18歳	中学校	20歳以降	小学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	無し	無し
6	25	高校中退	15歳	中卒後	無し	小学校	中学校	乱用後	乱用前	乱用前	乱用前	乱用後
7	27	中学卒	22歳	小学校	無し	小学校前	中学校	乱用前	乱用前	無し	無し	無し
8	27	高校卒業	21歳	中学校	無し	中学校	中学校	乱用前	無し	乱用前	無し	乱用後
9	26	中学卒	13歳	中学校	18~19歳	中学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	乱用後	乱用後
10	38	中学卒	14歳	無し	無し	小学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前	乱用後
11	41	中学卒	15歳	中卒後	20歳以降	小学校	小学校	乱用後	乱用前	乱用後	乱用後	乱用後
12	25	大学中退	17歳	小学校前	無し	中学校	中学校	無し	無し	無し	無し	無し
13	不詳	高校卒業	18歳	18~19歳	無し	小学校	中学校	無し	乱用前	乱用前	無し	乱用前
14	19	高校中退	15歳	中卒後	無し	中学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前	無し
15	31	高校中退	26歳	中卒後	無し	中学校	中学校	無し	無し	無し	無し	無し
16	29	専門学校卒	19歳	18~19歳	18~19歳	中学校	中学校	無し	乱用前	乱用前	乱用前	無し
17	46	高校中退	23歳	20歳以降	20歳以降	20歳以降	20歳以降	無し	乱用前	乱用後	乱用前	無し
18	21	高校中退	14歳	小学校前	中学校	小学校前	小学校	無し	無し	無し	無し	乱用前
19	35	高校中退	16歳	中学校	中卒後	中学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前
20	44	中学卒	15歳	中学校	中学校	中学校	中学校	無し	乱用前	乱用前	乱用前	乱用後
21	39	高校中退	17歳	中学校	中卒後	中学校	中学校	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前	乱用前
22	30	専門中退	15歳	中学校	18~19歳	中学校	中学校	無し	無し	無し	乱用前	乱用後
23	31	大学中退	20歳	中学校	中卒後	中学校	中学校	無し	無し	無し	乱用後	乱用後
24	25	高校中退	12歳	小学校	中学校	小学校	中学校	乱用後	乱用前	乱用後	乱用前	乱用前
25	42	中学卒	13歳	中学校	中学校	中学校	中学校	乱用後	乱用後	乱用後	乱用後	乱用後
26	34	中学卒	15歳	中学校	無し	中学校	中学校	無し	無し	乱用前	乱用後	無し
27	24	高校中退	19歳	中学校	無し	中学校	高校	無し	無し	乱用前	乱用前	乱用前
28	35	高校中退	14歳	中学校	中学校	中学校	中学校	乱用後	乱用前	乱用前	乱用後	乱用後

表5 (2)対象者の社会生活にかかわる事項

No	年齢	乱用開始	当ダルク入所期間	生活費の支払い	就労経験	就労経験のうち勤続年数別件数				
						1年未満	1年以上	2年以上	3年以上	5年以上
1	38	15才	2ヶ月	生活保護	3	1	2	0	0	0
2	53	12才	7ヶ月	生活保護	5	0	5	5	3	0
3	28	13才	6ヶ月	生活保護	3	1	2	0	0	0
4	43	13才	14ヶ月	生活保護	8	0	8	5	2	0
5	24	18才	10ヶ月	親	0	0	0	0	0	0
6	25	15才	1ヶ月	生活保護	8	7	1	0	0	0
7	27	22才	1ヶ月	親	3	0	3	1	1	1
8	27	21才	15ヶ月	親	5	5	0	0	0	0
9	26	13才	5ヶ月	生活保護	1	1	0	0	0	0
10	38	14才	10ヶ月	生活保護	4	0	4	4	1	1
11	41	15才	13ヶ月	生活保護	4	3	1	1	0	0
12	25	17才	9ヶ月	親	1	0	1	0	0	0
13	不詳	18才	10ヶ月	親	4	1	3	2	1	0
14	19	15才	6ヶ月	親	3	3	0	0	0	0
15	31	26才	2ヶ月	親	7	1	6	2	1	0
16	29	19才	10ヶ月	親	3	0	3	1	1	0
17	46	23才	5ヶ月	生活保護	2	0	2	2	2	2
18	21	14才	1ヶ月	親	3	2	1	1	0	0
19	35	16才	5ヶ月	親	4	1	3	2	2	1
20	44	15才	8ヶ月	生活保護	4	0	4	4	3	2
21	39	17才	10ヶ月	生活保護	8	3	5	1	1	1
22	30	15才	5ヶ月	親	6	2	4	2	2	0
23	31	20才	1ヶ月	親	2	0	2	0	0	0
24	25	12才	2ヶ月	生活保護	3	2	1	1	1	0
25	42	13才	3ヶ月	生活保護	5	3	2	1	1	1
26	34	15才	5ヶ月	親	3	1	2	1	0	0
27	24	19才	6ヶ月	生活保護	7	4	3	1	0	0
28	35	14才	3ヶ月	生活保護	8	7	1	0	0	0

背景やその人数をまとめると、表6のような結果であった。また、これらを基に薬物乱用にかかわる背景とダルク利用に至る経緯については、図2のようになった。

(4) 補導や逮捕歴と薬物乱用との関連

薬物乱用の開始時期と、補導や逮捕等の社会的逸脱行為と関係や、その人数は、表7のような結果であった。

(5) ダルク利用者の予後にかかわる要因

対象者の様々な生活背景に関する事項を基に、将来の就労能力を予測するものとして、表8のような「就労難易度」を算出した。「就労難易度」は、乱用開始年齢との間で、やや強い負の相関(-0.562**)が認められた。

3) 追跡項目に関する結果

(1) 測定尺度の得点の変化

SDS-J(依存度)尺度やQOL尺度の一部を除いて、使用した尺度の得点には変化が見られなかった。SDS-J(依存度)尺度の得点やQOL尺度の得点は、長期ダルク滞在が、刑務所から出所して初めて家族と面会した後に、顕著な変化が見られた。(図3参照)

(2) 半構成の質問項目の結果

11名の対象者から、31のダルクでの生活体験に関連する思いについての情報を得ることが出来た。31のデータは、「断薬の動機付けの場」、「断薬の仲間作りの場」、「居場所」、「生活における気づきの場」、「処方薬の調整の場」の5つに

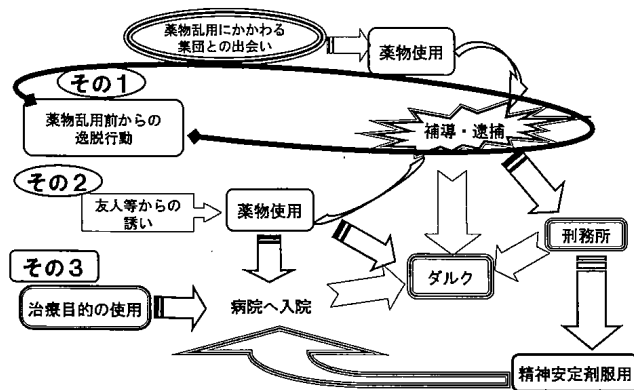


図2. ダルク利用に至る経緯

表6 (3) 現在のダルク利用に至る背景

入所前の施設経験	分類	人数(人)
1、刑務所等の矯正施設への入所のみ	Aタイプ	4
2、病院で入院治療	Bタイプ	0
3、矯正施設入所と入院治療	Cタイプ	4
4、他のダルクへの入所経験のみ	Dタイプ	2
5、ダルク利用と入院	Eタイプ	8
6、ダルク利用と刑務所など	Fタイプ	0
7、矯正施設、入院、ダルク利用	Gタイプ	5
8、その他(施設への入所経験なし)	Hタイプ	5
総 数		28

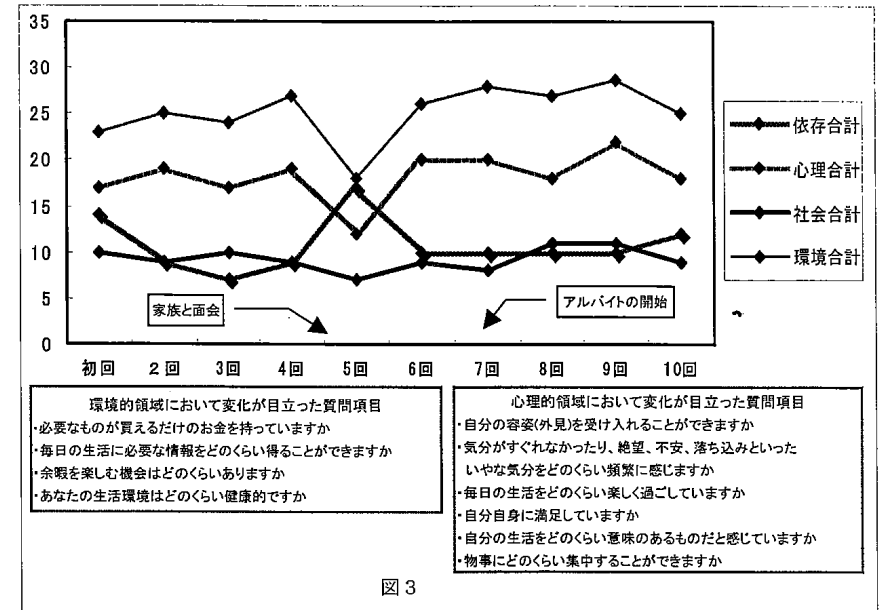


図3

表7. (4) 補導や逮捕歴と薬物乱用との関連

	乱用前に補導	乱用後に補導	補導歴無し	計
乱用前に逮捕	4名		2名	6名
乱用後に逮捕	5名	5名	1名	11名
逮捕歴無し	3名	2名	6名	11名
計	12名	7名	9名	28名

分類し、ダルク利用の特徴として表9にまとめた。

(2) 半構成の質問項目の結果

11名の対象者から、31のダルクでの生活体験に関連する思いについての情報を得ることが出来た。31のデータは、「断薬の動機付けの場」、「断薬の仲間作りの場」、「居場所」、「生活における気づきの場」、「処方薬の調整の場」の5つに分類し、ダルク利用の特徴として表9にまとめた。

これらのデータの収集にあたっては、調査票の質問項目の内容を確認するために、口頭で質問し入手した。面接時、録音することが望ましいが、その承諾を得ることが難しいことから、本人が語った内容を、調査者が声に出して反復し、本人に伝え、本人の了解を得た上で、可能な限り反復した言葉のままを調査票の裏面等に記した。

表 8. 就労難易度

No	年齢	乱用開始	入院回数	ダルク回数	補導ポイント (乱用前 2、 乱用後 1)	逮捕ポイント (乱用前 2、 乱用後 1)	矯正施設 回数	就労ポイント (1 年 ↓ マイナス 5 年 ↑)	就労難易度
1	38	15才	2	5	0	0	0	1	8
2	53	12才	9	2	0	0	0	0	11
3	28	13才	0	5	1	0	0	1	7
4	43	13才	2	3	1	1	0	0	7
5	24	18才	0	0	0	0	0	0	0
6	25	15才	3	8	2	1	0	7	21
7	27	22才	0	0	0	0	0	-1	-1
8	27	21才	0	0	0	1	2	5	8
9	26	13才	2	0	1	1	4	1	9
10	38	14才	2	0	2	1	4	-1	8
11	41	15才	9	2	1	1	3	3	19
12	25	17才	1	1	0	0	0	0	2
13	不詳	18才	0	1	0	2	0	1	4
14	19	15才	0	0	2	0	0	3	5
15	31	26才	0	0	0	0	0	1	1
16	29	19才	0	0	2	0	0	0	2
17	46	23才	1	1	2	0	0	-2	2
18	21	14才	0	0	0	2	2	2	6
19	35	16才	0	0	2	2	1	0	5
20	44	15才	0	0	2	1	4	-2	5
21	39	17才	2	2	2	2	3	2	13
22	30	15才	3	0	2	1	1	2	9
23	31	20才	3	0	2	1	2	0	8
24	25	12才	5	4	2	2	3	2	18
25	42	13才	11	4	1	1	10	2	29
26	34	15才	3	10	1	0	0	1	15
27	24	19才	2	1	2	2	0	4	11
28	35	14才	7	11	1	1	5	7	32

表 9. 対象者のダルク利用にあたっての思い

	ダルクを利用して思うこと	分類名
1	薬を使った人を見て、どうして薬が我慢できんのかなあ	断薬の動機付けの場
2	ダルクにいて薬を使う人は馬鹿だなーと思う	
3	一人暮らしの状態では薬を使わない自信がない	
4	薬を止めるには、「薬を止めたい」という動機と居場所が必要	
5	施設を出たら使うのではないかと自信がない	
6	ダルクにいるから薬を止めている	
7	出たら使うかもしれない	
8	ミーティングでイライラが吹き出せる	
9	生活にメリハリがある	
10	居心地がいい	居場所
11	身近な存在	
12	K 施設だと嫌になって薬を使う	
13	ダルクを出てもダルクに遊びに来る	
14	行くところが無くてダルクに戻った	
15	家には戻っても入れてもらえない	
16	居場所	
17	兄貴のような存在	
18	恩師のような存在であり両親のよう	
19	ミーティングは嫌だけど仲間がいる	断薬の仲間作りの場
20	薬を使うとみんなと同じでいられない	
21	スリッパして人にどう思われているか気になる	
22	ダルクの人間関係は、施設長のキャラクターによる	
23	ダルクの人間関係は、刑務所の上下関係より難しい	
26	ダルクではみんな我慢している	
27	ダルクは、上下関係がない	
24	ミーティングの話からヒントが得られる	気づきの場
25	ミーティングは気づくことができる重要な場	
28	一つ一つの積み重ねで成り立つ場	
29	先ゆく仲間は、気づきを与えてくれる人	
30	刑務所で安定剤を毎食、毎晩投薬された	処方薬の調整の場
31	退院後 K ダルクに 11 ヶ月いて服薬量をだんだん減らしてもらった	

(3)ダルクを利用し、社会復帰に結びついたケースの特徴

28 名の対象者のうち 1 名の者が、ダルクを 20 ヶ月利用した後に、民間の企業に就職した。このケースの生活背景を表 10 にまとめ、依存度得点と、QOL の各項目の得点の推移を図 3 にまとめた。また、面接時に入手したダルク利用にあたって思いについてのデータは、表 11 にまとめた。

D. 考察

1) 対象者のダルク利用状況と予後

(1)ダルク滞在期間について

ダルクの利用期間が 1 ヶ月未満の者は、9 名であった。このうちの 7 名は、ダルクの利用料を家族が支払っており、ダルク利用の動機の背景には、親の強い意向がたったと思われる。

ダルクは、矯正施設でないことから、利用にあたっては、任意での入退所が基本となる。このため、利用にあたっては、本人に薬物を止めたいという動機があることが、条件となる。ところが、ダルクを 1 ヶ月で退寮した 9 名については、断薬に対する動機を持っていたか疑問である。また、

表 10. 事例の生活背景

タイプ	年齢	学歴	就労経験	利用期間	生活費
Aタイプ	27 歳	高校卒業	5 回(1 年未満 5 回)	20 ヶ月	親
逸脱集団とのかかわり			検挙歴		
暴力団関係	非行集団	薬物乱用者	補導歴	逮捕歴	
乱用前	なし	乱用前	なし	乱用後	
依存物質使用歴					
初回飲酒	常用飲酒		初喫煙	タバコ常用	
中学校	なし		中学校	中学校	
乱用開始年齢	初回使用薬	動機	誘った人物	主な薬物	
21 歳	覚醒剤	歯痛の軽減	異性の友人	覚醒剤	

表 11. 事例のダルク利用にあたっての思い

A の語り		分 類
1 居場所、半年以上置いてもらう。居やすい。	ダルクの利用目的	ダルクの利用目的
2 50 万円を貯めることを目標にしている。		
3 ダルクを出たら生活がきつくなる。		
4 100 万円くらい貯まるまで居たい。		
5 薬を止めるには、「薬を止めたい」という動機と居場所が必要	断薬に必要なこと	断薬に必要なこと
6 薬を使った人を見て、どうして薬が我慢できんのかなあ。		
7 ミーティングばかりだと嫌になる。ガチガチだとだめ。		
8 K 施設だと嫌になって薬を可能性大きい。		
9 ダルクにいるから薬を止めている。出たら使うかもしれない。	ダルクへの帰属	ダルクへの帰属
10 ダルクを出てもダルクに遊びに来る。		
11 ダルクの環境が自分にあっているかどうかで居られる。		
12 ミーティングは嫌だけど仲間がいる。		
13 ダルクのカラ（人間関係）は、施設長のキャラクターと、合うかどうかによる。	ダルク退寮後の生活	ダルク退寮後の生活
14 女性とは生活に余裕が出てからでないと、ちゃんと付き合うことができない。		
15 お金がないと遊べない		
16 職場で刑務所に入っていたことが話せない。話題に困る。		
17 ダルクに来てルールがあるから守って生活しているが外に出たら分からない。		

この他の中途退所者についても、断薬に対する動機が、充分なものであったか疑問である。刑務所出所後、行き場所がなくダルクにきた者であっても、自由意志による入寮を基本とするダルクの利用の継続には、住まいとしてだけでなく、断薬への動機に基づくものであると思われる。断薬に対する動機づけは、self-help group の活動を行なうダルクの特徴でもあり、共同生活を行なう仲間の支えによって高まると考えられる⁹⁾。

一方、現在、就労中もしくは、就労に向けての研修中の 5 名のダルク滞在期間は、いずれも 1 年半以上に及んでいるが、途中薬物を再使用したわけではない。面接中に、「ダルクに居るから薬物を止めることができています。ダルクを出たら分からない」という言葉がよく聞かれ、ダルクに滞在している目的が、断薬であることがうかがわれる。またこの他に、就労のための準備期間としてダルクが利用されることも、滞在期間が長くなる理由であると思われる。ダルクを退寮した対象は、退寮する半年前より、工場で働くアルバイトを行っており、アルバイトの期間中、寝坊した際に仲間を起こしてもらうなど、仕事を継続する上で、ダルクの仲間から多くの励ましを受けていたことを面接時、本人や他の調査対象者から聞くことが出来た。こうしたダルク入寮中の、就労に向けた準備は、本人にとっても、将来働くことを考える他のダルク利用者相互にとっても、社会復帰に向けての意識付けとして意義あるものだと思われる。

(2) ダルク退寮後の就労について

対象者 5 名のうち 3 名が、ダルクの職員となるために研修を開始した。3 名のうち 1 名は、過去の就労経験がない。他の 2 名は、いずれも 1 年未満の就労経験が多い。また刑務所の入所経験を持っている。さらに年齢は、38 歳と 41 歳であり、一般企業へ就職は、容易でないとと思われる。平成 18 年度の厚生労働白書によれば、完全失業率は平成 14 年をピークに、減少傾向にあるが、平成 17 年では、4.4%と依然と高く、中高年の就職は、特殊な技術や知識を身につけていないかぎり容易ではない。3 名の対象がダルクを就労先として選択した理由として、就職先を確保することが難しいという事情があることも推察される。また、学歴が中卒であることが、勤務先を決める上で障害となっているという声が、複数の対象者から聞かれ、ダルク利用者の退寮後の就職を困難にしてい

る要因の一つであると思われる。ダルク利用者の中には、十代の前半から薬物乱用を始めてきた者が多く、学歴も中学卒業かもしくは高校中退というものが大半を占めている。そのため、薬物使用が止まっても、就職先が決まらず、ダルクに留まり、スタッフや職員となるか、アルバイトなどの非常勤の仕事に就くなど、経済的に不安定な状況にあると思われる。過去に行われたダルク利用者に対する調査では、「主たる生計状況」が、家族からの援助や生活保護などによる者が多かった⁹⁾。ダルク利用者の予後良好なものとするためには、経済的に自立できるように、ダルク入寮中に職業訓練の機会を設けたり、定時制の高校や大学への通学、または、通信制の教育を受けることが可能なシステムを整えていくことが必要ではないかと思われる。

2) 対象の背景

(1) ダルク利用と準拠集団の変化

対象者の薬物乱用にかかわる事項、社会生活にかかわる事項、現在のダルク利用に至る背景、補導や逮捕歴と薬物乱用との関連等については、表 6、表 7、図 2 にまとめた。

ダルク利用者の過去の生活は、薬物乱用前の準拠集団やこれまでの就労状況などが様々である。社会復帰にあたっては、それらの生活背景の違いを考慮した支援が必要とされる。

若年から薬物乱用を開始した者は、学校や家庭、地域社会において居場所を見つけれず、社会的逸脱集団への帰属により、よりどころを見つけることができたと考えられる。このため、薬物の使用を止めていくためには、薬物を使わない新たな規範を持った集団への帰属意識が形成されることが必要ではないかと思われる。ダルク利用者の語りから、長期のダルク滞在は、ダルクでの生活に居場所を見つけることができたことで、ダルクが新たな準拠集団となったのではないかとと思われる。

(2) ダルク利用者の予後にかかわる要因

薬物乱用者の薬物の再使用を予防する上で、social support の機能が効果的に働くことが有効であることが、外来患者の予後調査から示唆されている⁹⁾。これによると、調査を行った外来患者のうち、有効な social support を活用できる患者のほうが予後がよいという結果であり、依存症から回復するにあたっては、個人の力だけでなく、

周囲の適切な支援が重要であると思われる。このことから、ダルクを退寮した対象者が、今後も引き続きダルクの仲間や自助グループと関係を持ち続け、必要に応じて適切な支援を受けていくことが断薬の継続につながると思われる。

今回の調査の中で、様々な生活背景を持つダルク利用者の予後の評価にあたっては対象の就労における難易度を考慮すべきであると考えた。ダルク利用者の就労における難易度は、これまでの生活背景により異なることが考えられ、対象者個々の就労能力の違いを考慮することが必要であると考え、ダルク利用者の就労の困難さに関連する要因としては、本人側の要因と社会環境側の要因の2つが考えられる。本人側の要因としては、これまでの勤務経験などから推察される職場環境への適応能力などに加え、過去のダルクの利用回数や入院回数など、社会技能や社会への適応能力にかかわるものが考えられる。また、社会環境側の要因としては、刑務所入所経験や履歴等に基づく人物評価などが考えられる。これらの点をふまえ、対象者らの生活背景を基にして、ダルク退寮後の就労の難易度を判断する指標を設けることが必要だと考え、表8のような「就労難易度」を算出した。

これは、過去の就労経験のうち1年未満の勤務回数から、5年以上の勤務回数を引き、就労ポイントとした。このポイントに、補導や逮捕を乱用前後で重み付けしたポイントを加え、これに過去の入院やダルク利用回数などの回数をそのままポイントして加算して算出した。この尺度は、今回の対象が少なく、十分な妥当性の検証に至っていないが、社会適応能力にかかわると思われる乱用開始年齢との間で、負の相関が認められたことから、就労にあたっての困難さを予測する上での参考となるのではないと思われる。

3) 追跡項目に関する結果

(1) 測定尺度の得点の変化

長期ダルク滞在者の依存度とQOLの得点が、刑務所を出所した後の初めての家族との面会後に、変化を示したことから、薬物依存症者のダルク利用における家族がもたらす影響は、大きいものであることがうかがえた。この対象者は、その後もダルクに滞在し、薬物を使用することなく、社会復帰に至った。この対象と調査開始時から行った面接から、依存度やQOLの得点が変化してい

た時期に、ダルクで行われているレクリエーションに関心を持ち、積極的に取り組んでいたことが、ダルクでの生活に対する不満が継続することはなかったようであった。また、この時期に始めたアルバイトで、アパートを借りるためのお金を貯めるという明確な目標を持っていた。これらが、ダルクでの生活を継続させる大きな要因となっていたと考えられる。

(2) 半構面面接による利用者のダルクに対する理解

面接時に対象から得られたデータに基づくと、ダルクは、「断薬の動機付けの場」、「断薬の仲間作りの場」、「居場所」、「生活における気づきの場」、「処方薬の調整の場」の5つに分類された。ダルクは利用者にとって、「薬物を止めるきっかけを掴む場」であり、「断薬の仲間作りの場」と認識されており、同じ薬物依存症の問題を抱えた仲間がいることが、ダルクで生活することの魅力となっているように思われる。ところが、ダルクプログラムの中で重要だとされている、「自分の無力さを認め、自分より偉大な力を信じ、それによって自分が変えられることを委ねる」等に関連する言葉は、面接中に殆ど聞かれなかった。このことは、ダルク利用者が、ダルクの中で取り上げられている12ステップの要素に理解や関心を示すようになるには、時間を必要とすると思われる。つまり、ダルク利用の目標とされている「薬物を使わない新しい生き方を見つける」に至るには、相当の時間を必要と思われる。

(3) ダルクを利用し、社会復帰に結びついたケースの特徴

ダルクを利用して社会復帰に向かったケースの特徴として、学歴が高校卒であること、乱用開始年齢が21歳であることなど、社会への適応能力がいくらか良好な状態であったことも関連すると思われる。また、刑務所に2年半ほど服役していたが、服役中は安定剤を使うことが無かったことなどから、ダルク利用によって、就職やアパートでの一人暮らしの生活が、速やかに進められたのではないと思われる。この対象のダルク利用にあたって思いは、ダルク利用は、薬物をやめるための場所として理解されているが、それとともに、自立した生活のための準備の場所と考え、ダルク滞在中は、アルバイトによって自立した生活をするために必要な資金をためることに大きな関心が

向けられていた。ところが、この利用者は、過去に1年以上同じ職場で勤務した経験が無いことなどから、今後、現在の生活を続けることができるのか、ダルクとのつながりを見ながら見守っていくことが必要であると思われる。

E. 結論

1、ダルク入所者は、様々な生活背景を持つことから、その予後は生活背景に影響されることが考えられる。そのため、ダルク利用の有用性の評価にあたっては、生活背景を考慮して、就労の難易度の指標となるものを設定することが重要であると考えた。今回、ダルク利用者の就労にあたっての難易度を、生活背景を基に「就労難易度」として算出した。しかし、対象数が少なかったことや、調査期間が終了し、この指標を用いて予後を調査することができなかった。今後、ダルクからの協力を得て、就労難易度の妥当性の検証を行っていくことが課題である。

2、追跡調査の対象のダルク利用中の依存度やQOL得点の変化の過程を通し、薬物依存症者のダルク利用において、家族の介入が、利用者のダルク利用の継続に影響をもたらすものである点が確認できた。また、利用者の入所中に行われているレクリエーション活動や、就労支援などの将来に向けての準備は、生活の中で目標を持たせ、ダルクの利用中の危機的な状況を回避させることができた。ダルクのプログラムとして実施しているレクリエーション活動は、対象の施設利用の継続に有効に働くことが示唆され、ミーティング以外のレクリエーション活動を効果的に取り入れていくことが、ダルクの利用を継続させていくために有効であると思われる。

F. 研究発表

口頭発表

- 1) 近藤千春：「DARC 利用者の予後に関する研究」第17回日本嗜癮行動学会。一般演題。熊本市。熊本県民交流館バレア。2006.11.4.
- 2) 近藤千春：「薬物依存症の治療における当事者活動の意義」日本アディクション看護学会第5回学術大会。一般演題。秋田市。秋田大学。2006.11.12.

文献

- 1) Christopher C.H.Cook (2004) Addiction and Spirituality. Addiction. 99, 539-551.
- 2) 垂谷茂弘：癒しにおける聖なる次元と全体性。平成13年～平成15年度科学研究費補助金(基盤研究(B)(1))研究成果報告書：20-53, 2004.
- 3) 森田展彰、末次幸子、岡坂昌子(2003)：自助グループの実態に関する研究。平成14年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究。平成14年度研究報告書：173-188, 2003.
- 4) 尾崎茂、和田清：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成14年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究。平成14年度研究報告書：87-128, 2003.
- 5) 尾崎茂、和田清：(2005) Severity of Dependence Scale (SDS) の有用性について—全国精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査—における使用経験から—。日本アルコール・薬物医学会雑誌。40, 126-136.
- 6) 近藤千春、飯室勉、岩井喜代仁、幸田実(2000) 薬物依存症の回復施設ダルクにおける回復度の関連要因に関する研究。日本アルコール・薬物医学会雑誌。35, 258-270.
- 7) 田崎美弥子、中根允文(1997) WHO QOL 26 手引き。金子書房
- 8) 近藤恒夫、坪倉洋一、盛田邦雅、幸田実、三浦陽二、比江島誠人、村上優、宮永耕：ダルク利用経験者の回復に関する調査研究。平成11年度厚生科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)中毒者のアフターケアに関する研究。平成11年度研究報告書：41-53, 2000.
- 9) Patricia L.Dobkin, Mirella De Civita, Antonios Paraherakis & Kathryn Gill (2002) The role of function social support in treatment retention and outcomes among outpatient substance abusers. Addiction. 97, 347-356.

分 担 研 究 報 告 書
(2-3)

民間治療施設利用者の予後についての研究 (2)
ー沖縄 GAIA 利用者の回復過程とその予後に関する研究ー

分担研究者 近藤 あゆみ 国立精神・神経センター精神保健研究所
研究協力者 加藤 力 特定非営利活動法人セルフ・サポート研究所
鈴木 文一 特定非営利活動法人セルフ・サポート研究所 GAIA

研究要旨 薬物依存症者の長期的回復を支える中間施設の効果評価を行うとともに、これまで十分明らかにされていないわが国における薬物依存症者の予後を明らかにすることを目的に調査研究を実施した。

調査対象は、民間の依存症リハビリテーション施設のひとつである沖縄 GAIA である。平成 17 年 8 月 1 日の調査開始後、平成 19 年 2 月 28 日現在までの 19 ヶ月間の間に GAIA に滞在した延べ 33 名（実人数 32 名）のうち、調査に同意が得られた延べ 30 名（実人数 29 名）を調査対象とした。調査時点は、入寮時、入寮後 3・6・9 ヶ月、退寮後 6・12 ヶ月である。

入所時の情報収集は、インタビュー面接および自記式調査票により行われた。インタビュー面接での調査項目は、入所者の属性、生活歴、薬物使用歴、薬物乱用・依存を含む精神疾患の有無、気分・感情の評価および主観的幸福感の評価などである。入寮後 3・6・12 ヶ月の調査項目は、入寮中の生活、プログラムへの取り組み、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価など、退寮後 6・12 ヶ月の調査項目は、退寮後の生活、就業状況、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価などである。

沖縄 GAIA 利用者の特徴としては、最終学歴が高いこと、親の援助により入寮している者の割合が高いこと、初使用薬物が大麻である者の割合が高いこと、使用開始年齢が比較的遅いこと、主な使用薬物が有機溶剤である者の割合が低いことなどが見出された。

入寮者の入寮 0・3 ヶ月時の生活状況をみると、3/4 が施設内の生活を「有意義に過ごせている」と回答しており、9 割以上が自助グループにも週数回以上参加していた。また、多くの者は「毎朝決まった時間に起きる」など、規則正しい生活を送っていた。気分・感情の状態を評価する POMS の得点も、入寮時は高かったが、入寮 3 ヶ月時点には概ね改善していた。気分・感情の状態はその後 6 ヶ月時点で再度悪化する傾向がみられたが、その原因のひとつとして、この時期からアルバイトを通して再び社会生活に参入していくので、期待する職業や地位と現在の自己とのギャップ、慣れない仕事でのストレスを感じやすい時期であることなどが考えられる。

以上、入寮生活は、プログラムへの取り組み、規則正しい生活リズムの形成、断薬生活の継続などに役立っていると考えられる。また、多くの者がアルバイトを開始する入寮 6 ヶ月時に気分・感情の状態が悪化することを考えると、ある程度就労状態が安定してから、施設の外に居住を移すことは、再使用防止の観点から妥当であると思われる。

退寮者の多くは一人暮らしをしながら常勤の仕事に就いていたが、自分の生活を自分で賄えるようになるまでには退寮後約 1 年を要することが示唆された。心理状態は、退寮後一時期悪化するものの、1 年後には改善が認められた。

再使用率については、退寮 0・3 ヶ月 (10・15%)、退寮 3・6 ヶ月 (15・20%)、退寮 6・12 ヶ月 (30・35%) であり、概ね良好であった。しかし、対象者 20 名のうち、平成 19 年 2 月 28 日現在、6 ヶ月を経過していない者が 6 名、12 ヶ月を経過していない者が 13 名存在することから、6 ヶ月以降の再使用率

は今後も上昇する可能性があり、注視が必要である。また、現時点においてさえ、退寮後6ヶ月までの再使用者と、6・12ヶ月の再使用者がほぼ同数存在していることから、退寮6ヶ月時点での断薬継続は、非常に不安定なものである可能性が高い。このことを考えると、退寮6・12ヶ月において、自助グループにまったく参加していない者が約6割存在すること、約7割が週数回以上の常用飲酒者であることなどは、再発を促す大きな要因となっていないかと懸念される。

今後継続して調査を行うことで、わが国の薬物依存症者の長期予後をより明確に示すとともに、例数を増やし、再使用に寄与する要因の探索を目的とした分析を行うことで、より安全な回復のための支援方針を提供できるよう努めたい。

A. 研究目的

薬物依存症は精神医学的問題のみならず、個人の社会的・情緒的・行動的問題と深く関連していることから、その回復は精神科医療の場でのみ完結するものではなく、引き続き行われるべき生活全体の改善および自己の再構築のための場が不可欠である。これらの場が極めて未整備なわが国では、自らも薬物依存症の経験をもつリカバリング・スタッフが主力を担う民間の薬物依存症リハビリテーション施設がその役割の多くを果たし依存症からの回復に貢献しているが、その客観的評価については未だ不十分である

そこで、薬物依存症リハビリテーション施設の利用者の属性および薬物依存症重症度に関連する諸領域に関する情報を幅広く収集し、前向きに追跡することで、薬物依存症者の長期的回復を支える中間施設の効果評価を行うとともに、これまで十分明らかにされていないわが国における薬物依存症者の予後を明らかにすることを目的に調査研究を実施した。

B. 研究方法

調査対象となった沖縄GAIAは、NPO法人セルフ・サポート研究所（主に依存症者をもつ家族を対象とした相談機関）の下部組織として位置づけられている民間の依存症リハビリテーション施設である。

その他の多くの施設と同様、施設長および職員はリカバリング・スタッフで占められているが、12ステップ・ミーティングや教育プログラムの他に、サーフィン、ダイビング、シュノーケリング、野球などのアウトドア・スポーツを積極的に取り入れていること、施設内で解決が難しい個人的な問題については臨床心理士が電話によるカウンセリングで対応していること、家族の多くがセルフ・サポート研究所で相談やプログラムを受けて

いること、セルフ・サポート研究所との連携や合同面接などを通して、回復過程にある依存症者本人と家族のすり合わせが早い段階から行われていること、などが施設の特徴として挙げられる。

入寮中の重点目標は断薬生活の継続、身体作りなど目にみえる回復、様々な活動を通して仲間とのコミュニケーション・スキルの育成をはかることなどである。また、社会復帰を重視し、施設周辺で自立生活を目指すメンバーの支援にも力を入れている。

平成17年8月1日の調査開始後、平成19年2月28日現在までの19ヶ月間の間にGAIAに滞在した延べ33名（実人数32名）のうち、調査に同意が得られた延べ30名（実人数29名）を調査対象とした。調査開始時の入寮者は7名、その後の入寮者が23名である。

対象者への調査依頼は、筆者またはリカバリング・スタッフにより、書面および口頭で行われた。対象者は、調査の内容、プライバシー保持のための方法、調査不参加による不利益は一切ないこと、希望により個人のフィードバックが得られることなどの説明を受けた上で、調査参加に同意した。

調査時点は、入寮時、入寮後3・6・9ヶ月、退寮後6・12ヶ月である。

入所時の情報収集は、インタビュー面接および自記式調査票により行われた。入寮時のインタビュー面接は、セルフ・サポート研究所またはGAIAにおいて、筆者またはリカバリング・スタッフ1名が実施した。インタビュー面接での調査項目は、入所者の属性、生活歴、薬物使用歴、薬物乱用・依存を含む精神疾患の有無などである。また、自記式調査票により、気分・感情の評価および主観的幸福感の評価を行った。

入寮後3・6・12ヶ月の評価はすべて自記式調査票を用いて行った。調査項目は、入寮中の生活、

プログラムへの取り組み、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価などである。

退寮後6・12ヶ月の評価もすべて自記式調査票を用いて行った。調査項目は、退寮後の生活、就業状況、薬物使用の有無、気分・感情の評価、主観的幸福感の評価などである。

各時点の調査期間は、前後1ヶ月以内と定めた。

データの集計にはSPSS 12.0 J for Windowsを用いた。尚、本報告では、対象者数が不十分のため統計検定は行わず、傾向をみるにとどめた。

精神疾患の評価

インタビュー面接時の精神疾患の評価には、精神科疾患簡易構造化面接法M.I.N.I.

(Mini-International Neuropsychiatric Interview)日本語版¹⁾を用いた。M.I.N.I.は、12ヶ月有病率が0.5%以上の疾患を優先して選択された、17のI軸診断、自殺の危険項目、1つのII軸診断を含む19疾患を診断するための構造化面接で²⁾、所要時間は約15分である。インタビュー面接のうち、精神疾患の評価については、すべて筆者が実施した。

気分・感情の評価

気分・感情の評価には、日本版Profile of Mood States (POMS)³⁾を用いた。POMSは、McNairらにより開発された全65項目の自記式尺度で⁴⁾、「緊張—不安(Tension-Anxiety)」「抑うつ—落込み(Depression-Dejection)」「怒り—敵意(Anger-Hostility)」「活気(Vigor)」「疲労(Fatigue)」「混乱(Confusion)」の6つの気分尺度を同時に測定できる。

主観的幸福感の評価

主観的幸福感の評価には、日本語版The Subjective Well-being Inventory (SUBI)⁵⁾を用いた。SUBIは、世界保健機構(WHO)により開発された全40項目の自記式尺度で⁶⁾、主観的幸福感を陽性感情・陰性感情の両側面から評価できるという特徴を有する。また、陽性・陰性感情とは別に、「満足感」「達成感」「自信」「至福感」「近親者の支え」「社会的な支え」「家族との関係」「精神的なコントロール感」「身体的不健康感」「社会的なつながりの不足」「人生に対する失望感」という11の下位尺度ごとの評価が可能である。

C. 研究結果

1) 各時点の回答率

各時点の回答率を表1に示す。入寮中と比較して、退寮後の回答率が低下する傾向がみられたが、いずれの時点でも5割以上の回答が得られた。

2) 対象者の属性

対象者の入寮時年齢、最終学歴、現在の配偶関係および離婚歴を表2に示す。入寮時の平均年齢は29.7才(SD=6.4)で、二十代から三十代の男性(83.3%)が多かった。最終学歴は高等学校(40.0%)が最も多かった。現在配偶者を有する者はなく、入寮費を含む住たる生活はほとんど(93.3%)が親の補助によって賄われていた。

3) これまでの就業状況および資格の有無

これまでの就業状況については、6ヶ月以上継続して勤務した職業全てについて、その期間と職種をたずねたところ、就業期間平均は83.6ヶ月(SD=66.0)であった。

資格については、8割が普通自動車免許を有していた他、2割が調理師、自動車整備士など就業につながる資格を有していた(表3)。

4) 薬物使用に関連する人間関係の有無

暴力団員との関係は「これまでになし」の回答が多かったが(53.3%)、非行グループとの関係(66.7%)や薬物乱用者との関係(93.3%)をもつ者が多く、またその関係は主に本人の薬物使用に先立って始まっていた(表4)。

5) 補導および逮捕歴

補導および逮捕歴を表5に示す。約7割が過去に逮捕歴を有しており、主に薬物乱用後に逮捕を経験していた。

6) これまでの飲酒および喫煙

初飲酒、アルコールの常用、初喫煙およびタバコの常用開始時期についてたずねた結果を表6に示す。アルコールの常用は中学から高校低学年に始まる者が多く(46.6%)、タバコの常用は中学校時代に始まる者が多かった(53.3%)。

7) 薬物使用歴

これまでに使用した薬物について、経験の有無と使用開始年齢、常用月数(週3回程度以上の使

用)をたずねた結果を表7-1に示す。経験が多かったのは、覚せい剤(86.7%)、大麻(86.7%)、MDMA(66.0%)、有機溶剤(53.3%)、コカイン(56.7%)、睡眠薬(56.7%)などであった。

初使用薬物については表7-2に示す。初使用薬物で最も多かったのは大麻(50.0%)で、有機溶剤(30.0%)が続いていた。使用動機(複数回答可)は「好奇心」(90.0%)が最も多く、「刺激を求めて」(56.7%)、「ストレス解消」(36.7%)と続いていた。使用のきっかけとなった人物は「同性の友人」(70.0%)が最も多かった。

主たる使用薬物については覚せい剤(66.7%)が最も多く、約7割を占めていた(表7-3)。最近1年間の入手経路は、密売人(46.7%)との回答が約半数を占めていた。

薬物使用開始平均年齢および使用期間を表7-4に示す。使用開始平均年齢は17.3才(SD=3.5)で、十代後半に開始する者が多く(66.7%)、平均使用年数は12.0年(SD=5.9)であった。

8) 薬物依存症に関する治療歴

精神科治療歴を有する者は、通院(43.3%)、入院(46.7%)ともに多かった一方で、依存症リハビリテーション施設利用経験がある者は通所(30.0%)、入所(23.3%)ともに少なく、今回の入寮が初めてである者が多かった(表8)。

9) 依存症その他の精神疾患の有無

調査開始後入寮してきた23名については、入寮時に精神科疾患簡易構造化面接法M.I.N.I.を実施し、主要な精神疾患を評価した。約3/4が「最近1年間の薬物乱用」「最近1年間の薬物依存」の基準を満たしており、他には、生涯いずれかの時期における精神病症候群(65.2%)、最近1年間のアルコール乱用(34.8%)などが多かった(表9)。

10) 気分・感情の状態および主観的幸福感

上記と同じ23名について、対象者の入寮時のPOMSおよびSUBI得点を一般男性の平均得点と比較した結果を表10に示す。POMSでは、一般男性と比較して対象者は抑うつ、混乱、不安緊張の得点が高い傾向にあった。また、SUBIについては、11の下位尺度のうち「家族との関係」は配偶者や子どもの関係を評価する項目によるので除外し、10の下位尺度の得点を一般人口男性と比較

したところ、「人生に対する前向きな気持ち」「社会的つながりの不足」「人生に対する失望感」については一般人口男性と比較して得点が低く、一方、「近親者の支え」「社会的な支え」に関しては、一般人口男性と比較して得点が高い傾向が認められた。陽性感情と陰性感情では、陰性感情得点が低かった。

11) 入寮中の生活状況

入寮者の半数以上は、施設内の生活を「有意義に過ごしている」と感じていたが、その割合は、入寮0-3ヶ月(75.0%)、入寮3-6ヶ月(55.6%)、入寮9ヶ月(50.0%)と徐々に低下する傾向があった(表11-1)。

自助グループへは7割以上が週数回程度以上参加していたが、やはりその頻度も、入寮期間が長くなるにつれ次第に低下する傾向がみられた。

薬物使用につながる人との接触や、そのような場所に行くことは少なかったが、薬物に関する情報を見聞きするかどうかについては「ときどきある」「よくある」と回答する者が3-4割程度存在した。

飲酒については、入寮6ヶ月までは斯酒が約6割、機会飲酒が約4割であったが、6-9ヶ月では機会飲酒の割合が約7割と高くなっていた。

生活の規律性については、比較的良好に保たれていたのは、「毎朝決まった時間に起きる」「毎朝歯磨きや洗顔をする」「食事の回数や時間帯は規則的である」「夜更かしをすることはほとんどない」など、規則正しい生活のリズムや身だしなみを整えることに関する項目で、概ね7割程度以上の入寮者が「よくあてはまる」「どちらかというにあてはまる」と回答していた(表11-2)。一方、「身の回りの掃除や片づけをこまめにする」「計画的に時間を遣い毎日を過ごしている」に対し、「よくあてはまる」「どちらかというにあてはまる」と回答した者は、入寮後いずれの時点でも3-5割と低かったが、「計画的に時間を遣い毎日を過ごしている」については、入寮後6-9ヶ月時のみ、その割合が83.4%と顕著に高くなっていた。

調査開始後入寮してきた23名に関する入寮中の薬物使用については、これまでのところ2名(8.7%)のみである。

12) 入寮時中の心理状態の変化

入寮時から入寮3・6・9ヶ月におけるPOMSおよびSUBI得点の経時的変化を表12に示す。

抑うつ、混乱、緊張不安をはじめとして入寮時に高かったPOMS得点は、一般人口平均には至らないものの、入寮3ヶ月時点には概ね改善が認められたが、「活気」を除く全ての状態において、6ヶ月時点で再度悪化し9ヶ月時点で再び改善に向かうという傾向が共通してみられた。9ヶ月時点でも一般人口男性と比較して顕著に得点が高かったのは「抑うつ」である。

SUBI得点は、POMS得点と比較して、3ヶ月には改善が目立たず、下位尺度の「至福感」「近親者の支え」「社会的な支え」などはむしろ低下する傾向にあった。また、全体的には6ヶ月時点で悪化し、9ヶ月時点で再び改善に向かうというPOMS同様の傾向がみられたが、「達成感」「精神的コントロール感」については9ヶ月時点における改善がみられなかった。入寮時低かった陰性症状得点は、9ヶ月時点においても改善していなかった。

13) 退寮後の生活状況

退寮後の生活状況を表13-1~3に示す。両親と生活する者の割合は2割程度で、6-8割は一人暮らしをしていた(表13-1)。退寮後3ヶ月の時点では、4割が自助グループに定期的(週数回以上)に参加していたが、時間の経過と共にその割合は低下し、12ヶ月では14.3%であった。

薬物使用につながるような人間関係や環境をもつ者は少なかったが、飲酒者の割合は高く、2-4割は「ほぼ毎日飲酒している」と回答していた。

生活の規律性を入寮時と比較すると、「身の回りの掃除や片づけをこまめにする」については、むしろ退寮時の方ができている者の割合が高く、一方で、「食事の回数や時間帯は規則的である」「夜更かしをすることはほとんどない」についてはできていない者の割合が高くなっていた(表13-2)。

勤務形態については、常勤職に就いている者の割合が、退寮後0-3ヶ月(40.0%)、3-6ヶ月(66.7%)、6-12ヶ月(71.5%)と上昇していた(表13-3)。主な生活費については、退寮後6ヶ月までは4-6割が親の補助によっていたが、12ヶ月では85.7%が自分で生活費の大部分を賄えるようになっていた。

14) 退寮後の心理状態の変化

入寮9ヶ月の時点では改善していたPOMS得点は、退寮3ヶ月時点で再度悪化し、12ヶ月に向けて改善していくという傾向がみられ、12ヶ月の時点では、一般人口平均に近づいていた(表14)。入寮以降一貫して低かったSUBIの陰性感情得点は12ヶ月の時点で改善傾向にあったが、下位尺度「近親者の支え」「社会的つながりの不足」の得点は一般人口平均と比較して低かった。

15) 退寮後の再使用率

平成19年2月28日現在退所していた21名のうち、職員が所在を確認できている20名を対象に退寮後の再使用率を算出したところ、職員による評価の本人による評価の間に多少の相違があるものの大差なく、退寮0-3ヶ月(10-15%)、退寮3-6ヶ月(15-20%)、退寮6-12ヶ月(30-35%)という結果であった(表15)。

D. 考察

1) 対象者の特性

沖縄GAIA利用者には、薬物依存症者全体と比較した場合、いくつかの特徴がみられると思われる。

まず、精神科医療施設における調査⁷⁾やダルクを対象として行った調査結果⁸⁾と比較して、GAIA入寮者は最終学歴が高いこと、親の援助により入寮している者の割合が著しく高いことなどが挙げられる。

薬物使用に関しては、初使用薬物が大麻である者の割合が高いこと、使用開始年齢が比較的に遅いこと、主な使用薬物が有機溶剤である者の割合が低いことなどが挙げられる。

2) 入寮生活

入寮0-3ヶ月時の生活状況をみると、3/4が施設内の生活を「有意義に過ごしている」と回答しており、9割以上が自助グループにも週数回以上参加していた。また、多くの者は「毎朝決まった時間に起きる」など、規則正しい生活を送っていた。POMS得点でみる気分・感情の状態は、入寮時には抑うつ、混乱、緊張不安の得点が一般人口平均と比較して顕著に高かった。同様の傾向が、ダルク利用者を対象とした過去の研究⁹⁾においても認められていることから、薬物依存症者一般の

特性と捉えることができるが、これらの状態は入寮3ヶ月時点には概ね改善していた。

また、機会飲酒をする者の割合が約4割存在し、規則の徹底ができていないことが懸念される中、入寮中の薬物使用は1割以下と少なく、薬物使用のないクリーンな生活が保たれているといえる。

入寮3-6ヶ月以降自助グループへの参加率が低下すること、3-6ヶ月時点で再び気分・感情の状態が悪化すること、6-9ヶ月時点で機会飲酒者の率が増えることなどは、入寮後6ヶ月前後から、社会復帰に向けて非常勤のアルバイトを始めることを提案しているGAIAの特徴を反映しているものと思われる。アルバイトの開始により自助グループへの参加機会が減ること、施設外の生活時間や対人関係が増えることから、機会飲酒者の割合が増加することは十分に考えられる。また、気分・感情の状態の悪化は、アルバイトを通して再び社会生活に参入していく中で、期待する職業や地位と現在の自己とのギャップ、慣れない仕事でのストレスによることが考えられる。

以上、課題が残るものの、入寮生活は、プログラムへの取り組み、規則正しい生活リズムの形成、断薬生活の継続などに役立っていると考えられる。また、多くの者がアルバイトを開始する入寮6ヶ月時に気分・感情の状態が悪化することを考えると、ある程度就労状態が安定してから、施設の外に居住を移すことは、再使用防止の観点から妥当であると考えられた。

3) 退寮後の生活および予後

退寮者の多くは一人暮らしをしながら常勤の仕事に就いていたが、自分の生活を自分で賄えるようになるまでには退寮後約1年を要することが示唆された。心理状態は、退寮後一時期悪化するものの、1年後には改善が認められた。

再使用率については、退寮0-3ヶ月(10-15%)、退寮3-6ヶ月(15-20%)、退寮6-12ヶ月(30-35%)であり、これまでにわが国の他の中間施設における報告がなされていないので比較は行えないが、概ね良好であるといえよう。しかし、対象者20名のうち、平成19年2月28日現在、6ヶ月を経過していない者が6名、12ヶ月を経過していない者が13名存在することから、6ヶ月以降の再使用率は今後も上昇する可能性があり、注視が必要である。また、現時点においてさえ、退寮後6ヶ月

までの再使用者と、6-12ヶ月の再使用者がほぼ同数存在していることから、退寮6ヶ月時点での断薬継続は、非常に不安定なものである可能性が高い。このことを考えると、退寮6-12ヶ月において、自助グループにまったく参加していない者が約6割存在すること、約7割が週数回以上の常用飲酒者であることなどは、再発を促す大きな要因となっていないかと懸念される。

5) 今後の課題

今後継続して調査を行うことで、わが国の薬物依存症者の長期予後をより明確に示すとともに、例数を増やし、再使用に寄与する要因の探索を目的とした分析を行うことで、より安全な回復のための支援方針を提案できるよう努めたい。

E. 結論

本調査により、薬物依存症リハビリテーション施設における生活が、プログラムへの取り組み、規則正しい生活リズムの形成、断薬生活の継続などに役立っていることが示唆されたが、退寮後6ヶ月を過ぎても再使用率は継続的に上昇しており、断薬生活の安定には長期間を要することが示された。また、対象者の不安定な情動や主観的幸福感からは、薬物依存症者の社会生活復帰の困難さがかえ、依存症者への長期的支援、就労の場の整備などの必要性が感じられた。

謝辞

本調査に多大なご協力をいただきましたNPO法人セルフ・サポート研究所ならびに沖縄GAIAの皆さまには心より厚くお礼を申し上げます。

F. 研究発表

1. 論文
なし

G. 参考文献

- 1) 大坪天平, 宮岡等, 上島国利: M.I.N.I. 精神疾患簡易構造化面接法 改訂版, 株式会社星和書店, 東京, 2003.
- 2) Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al.: The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric

interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry 59 Suppl 20: 22-33; quiz 34-57. 1998.

3) 横山和仁, 荒記俊一: 日本版 POMS 手引, 株式会社金子書房, 1994

4) 11) McNair DM, Lorr M, Droppleman LF: Profile of Mood States. Educational and Industrial Testing, San Diego, 1992

5) 大野裕, 吉村公雄: WHO SUBI(The Subjective Well-being Inventory)手引き, 株式会社金子書房, 2001

6) Nagpal R, Sell H: Assessment of subjective well-being. The subjective well-being inventory (SUBI). Regional Office for South-East Asia, World Health Organization, New Delhi, 1992

7) 尾崎茂: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査, 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究 研究報告書, 2003

8) 三砂ちづる, 加藤則子: 自助施設で断薬を続ける薬物依存症者の実態に関する研究—思春期における薬物問題と嗜癖の視点から—, 平成15年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業) 思春期における暴力行為の原因究明と対策に関する研究 研究報告書, 2004.

9) 森田展彰: 自助グループの実態に関する研究, 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究 研究報告書, 2003

表1. 各時点の回答率

	対象者数	回答者数	回答率
入所時（面接）	30	29	97%
入所時（自記式）	23	23	100%
入所3ヶ月（自記式）	17	13	77%
入所6ヶ月（自記式）	9	9	100%
入所9ヶ月（自記式）	6	5	83%
入所12ヶ月（自記式）	3	2	67%
退所3ヶ月（自記式）	19	10	53%
退所6ヶ月（自記式）	4	8	57%
退所12ヶ月（自記式）	7	6	86%

表2. 対象者の属性

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
入所時年齢	20才未満	0 (.0)	1 (50.0)	1 (3.3)
	20-24	5 (17.9)	0 (.0)	5 (16.7)
	25-29	8 (28.6)	1 (50.0)	9 (30.0)
	30-34	7 (25.0)	0 (.0)	7 (23.3)
	35-39	5 (17.9)	0 (.0)	5 (16.7)
	40才以上	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
最終学歴	中学校	8 (28.6)	1 (50.0)	9 (30.0)
	高校	11 (39.3)	1 (50.0)	12 (40.0)
	専門学校	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	大学	5 (17.9)	0 (.0)	5 (16.7)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
配偶関係	未婚	25 (89.3)	2 (100.0)	27 (90.0)
	離婚	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
現在の主たる生活費	自分で賄っている	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	親の補助	26 (92.9)	2 (100.0)	28 (93.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表3. 対象者の運転免許およびその他専門資格の有無

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
運転免許	普通	23 (82.1)	1 (50.0)	24 (80.0)
	原付	0 (.0)	1 (50.0)	1 (3.3)
	なし	4 (14.3)	0 (.0)	4 (13.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
専門資格	あり	6 (21.4)	0 (.0)	6 (20.0)
	なし	21 (75.0)	2 (100.0)	23 (76.7)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表4. 薬物使用に関連するこれまでの人間関係

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
暴力団員との関係	乱用前にあり	7 (25.0)	1 (50.0)	8 (26.7)
	乱用後にあり	4 (14.3)	1 (50.0)	5 (16.7)
	これまでなし	16 (57.1)	0 (.0)	16 (53.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
非行グループとの関係	乱用前にあり	15 (53.6)	2 (100.0)	17 (56.7)
	乱用後にあり	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	これまでなし	9 (32.1)	0 (.0)	9 (30.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
薬物乱用者との関係	乱用前にあり	17 (60.7)	2 (100.0)	19 (63.3)
	乱用後にあり	9 (32.1)	0 (.0)	9 (30.0)
	これまでなし	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表5. 補導および逮捕歴

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
補導歴	乱用前にあり	11 (39.3)	2 (100.0)	13 (43.3)
	乱用後にあり	4 (14.3)	0 (.0)	4 (13.3)
	これまでなし	12 (42.9)	0 (.0)	12 (40.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
逮捕歴	乱用前にあり	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	乱用後にあり	16 (57.1)	1 (50.0)	17 (56.7)
	これまでなし	8 (28.6)	1 (50.0)	9 (30.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表6. これまでの飲酒および喫煙

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
初飲酒経験 (いたずらを含む)	1度も経験なし	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	小学校以前	2 (7.1)	2 (100.0)	4 (13.3)
	小学校時代	9 (32.1)	0 (.0)	9 (30.0)
	中学校時代	7 (25.0)	0 (.0)	7 (23.3)
	中学後～17才	7 (25.0)	0 (.0)	7 (23.3)
	18～19才	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	20才以降	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
合計		28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
アルコール常用 (月1回程度以上)	1度も経験なし	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	常用には至らない	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	小学校以前	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	小学校時代	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	中学校時代	6 (21.4)	1 (50.0)	7 (23.3)
	中学後～17才	6 (21.4)	1 (50.0)	7 (23.3)
	18～19才	5 (17.9)	0 (.0)	5 (16.7)
	20才以降	6 (21.4)	0 (.0)	6 (20.0)
無回答		1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
合計		28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
初喫煙経験 (いたずらを含む)	1度も経験なし	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	小学校以前	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	小学校時代	4 (14.3)	1 (50.0)	5 (16.7)
	中学校時代	16 (57.1)	1 (50.0)	17 (56.7)
	中学後～17才	4 (14.3)	0 (.0)	4 (13.3)
	18～19才	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	20才以降	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
合計		28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
タバコ常用 (週1回程度以上)	1度も経験なし	2 (7.1)	0 (.0)	2 (6.7)
	常用には至らない	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	小学校以前	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	小学校時代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	中学校時代	15 (53.6)	1 (50.0)	16 (53.3)
	中学後～17才	8 (28.6)	0 (.0)	8 (26.7)
	18～19才	1 (3.6)	1 (50.0)	2 (6.7)
	20才以降	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
無回答		1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
合計		28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表7-1. これまでの使用薬物

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
覚せい剤経験の有無	経験あり	24 (85.7)	2 (100.0)	26 (86.7)
	経験なし	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
有機溶剤経験の有無	経験あり	12 (42.9)	1 (50.0)	13 (43.3)
	経験なし	15 (53.6)	1 (50.0)	16 (53.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
睡眠薬経験の有無	経験あり	15 (53.6)	2 (100.0)	17 (56.7)
	経験なし	12 (42.9)	0 (.0)	12 (40.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
抗不安薬経験の有無	経験あり	8 (28.6)	2 (100.0)	10 (33.3)
	経験なし	19 (67.9)	0 (.0)	19 (63.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
鎮痛薬経験の有無	経験あり	4 (14.3)	0 (.0)	4 (13.3)
	経験なし	23 (82.1)	2 (100.0)	25 (83.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
鎮咳薬経験の有無	経験あり	10 (35.7)	0 (.0)	10 (33.3)
	経験なし	17 (60.7)	2 (100.0)	19 (63.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
大麻経験の有無	経験あり	24 (85.7)	2 (100.0)	26 (86.7)
	経験なし	3 (10.7)	0 (.0)	3 (10.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
コカイン経験の有無	経験あり	17 (60.7)	0 (.0)	17 (56.7)
	経験なし	10 (35.7)	2 (100.0)	12 (40.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
ヘロイン経験の有無	経験あり	4 (14.3)	0 (.0)	4 (13.3)
	経験なし	23 (82.1)	2 (100.0)	25 (83.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
MDMA経験の有無	経験あり	16 (57.1)	2 (100.0)	18 (60.0)
	経験なし	11 (39.3)	0 (.0)	11 (36.7)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
マジックマッシュルーム経験の有無	経験あり	12 (42.9)	1 (50.0)	13 (43.3)
	経験なし	15 (53.6)	1 (50.0)	16 (53.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
その他経験の有無	経験あり	11 (39.3)	1 (50.0)	12 (40.0)
	経験なし	16 (57.1)	1 (50.0)	17 (56.7)
	無回答	1 (3.6)	0 (.0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表7-2. 初使用薬物と最近1年間の入手経路

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
初使用薬物	覚せい剤	2 (7.1)	0 (0)	2 (6.7)
	有機溶剤	8 (28.6)	1 (50.0)	9 (30.0)
	睡眠薬	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	抗不安薬	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	鎮痛薬	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	鎮咳薬	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	大麻	14 (50.0)	1 (50.0)	15 (50.0)
	コカイン	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	ヘロイン	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	MDMA	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	マジックマッシュルーム	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	その他	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
使用動機	刺激を求めて	16 (57.1)	1 (50.0)	17 (56.7)
	好奇心	26 (92.9)	1 (50.0)	27 (90.0)
	自暴自棄になって	4 (14.3)	1 (50.0)	5 (16.7)
	断り切れずに	3 (10.7)	1 (50.0)	4 (13.3)
	覚醒効果を求めて	2 (7.1)	0 (0)	2 (6.7)
	疲労の除去	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	性的効果を求めて	5 (17.9)	0 (0)	5 (16.7)
	ストレス解消	10 (35.7)	1 (50.0)	11 (36.7)
	不安の軽減	6 (21.4)	1 (50.0)	7 (23.3)
	不眠の軽減	3 (10.7)	0 (0)	3 (10.0)
	疼痛の軽減	0 (0)	1 (50.0)	1 (3.3)
	咳嗽の軽減	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
きっかけとなった人物	なし(自発的使用)	3 (10.7)	0 (0)	3 (10.0)
	配偶者	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	同棲中の相手	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	恋人・愛人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	同性の友人	20 (71.4)	1 (50.0)	21 (70.0)
	異性の友人	0 (0)	1 (50.0)	1 (3.3)
	知人	2 (7.1)	0 (0)	2 (6.7)
	医師	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	薬剤師	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	親	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	同胞	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	密売人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	その他	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表7-3. 主な使用薬物

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
主たる使用薬物 (複数回答可)	覚せい剤	18 (64.3)	2 (100.0)	20 (66.7)
	有機溶剤	2 (7.1)	1 (50.0)	3 (10.0)
	睡眠薬	3 (10.7)	0 (0)	3 (10.0)
	抗不安薬	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	鎮痛薬	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	鎮咳薬	4 (14.3)	0 (0)	4 (13.3)
	大麻	3 (10.7)	0 (0)	3 (10.0)
	コカイン	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	ヘロイン	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	MDMA	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	マジックマッシュルーム	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	その他	3 (10.7)	0 (0)	3 (10.0)
	無回答	2 (7.1)	0 (0)	2 (6.7)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
最近1年間の入手経路	1年間使用していない	5 (17.9)	0 (0)	5 (16.7)
	友人	4 (14.3)	0 (0)	4 (13.3)
	知人	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	恋人・愛人	1 (3.6)	1 (50.0)	2 (6.7)
	家族	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	密売人(日本人)	5 (17.9)	1 (50.0)	6 (20.0)
	密売人(外国人)	8 (28.6)	0 (0)	8 (26.7)
	医師	2 (7.1)	0 (0)	2 (6.7)
	薬局	5 (17.9)	0 (0)	5 (16.7)
	その他	3 (10.7)	0 (0)	3 (10.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表7-4. 薬物使用開始年齢および使用期間

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
使用開始年齢	15才未満	3 (10.7)	1 (50.0)	4 (13.3)
	15-19才	19 (67.9)	1 (50.0)	20 (66.7)
	20-24才	3 (10.7)	0 (0)	3 (10.0)
	25-29才	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	30-34才	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
使用期間	5年未満	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	5-10年未満	10 (35.7)	1 (50.0)	11 (36.7)
	10-15年未満	7 (25.0)	1 (50.0)	8 (26.7)
	15-20年未満	6 (21.4)	0 (0)	6 (20.0)
	20-25年未満	2 (7.1)	0 (0)	2 (6.7)
	25-30年未満	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表8. 薬物依存症に関する治療歴

		性別		
		男性	女性	合計
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
精神科治療(通院)	あり	12 (42.9)	1 (50.0)	13 (43.3)
	なし	15 (53.6)	1 (50.0)	16 (53.3)
	無回答	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
精神科治療(入院)	あり	13 (46.4)	1 (50.0)	14 (46.7)
	なし	14 (50.0)	1 (50.0)	15 (50.0)
	無回答	1 (3.6)	0 (0)	1 (3.3)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
依存症リハビリテーション施設(通所)	あり	8 (28.6)	1 (50.0)	9 (30.0)
	なし	18 (64.3)	1 (50.0)	19 (63.3)
	無回答	2 (7.1)	0 (0)	2 (6.7)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)
依存症リハビリテーション施設(入所)	あり	7 (25.0)	0 (0)	7 (23.3)
	なし	19 (67.9)	2 (100.0)	21 (70.0)
	無回答	2 (7.1)	0 (0)	2 (6.7)
	合計	28 (100.0)	2 (100.0)	30 (100.0)

表9. M.I.N.I.による主たる精神疾患の評価

	性別		
	男性	女性	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
特になし	1 (4.3)	0 (0)	1 (4.3)
薬物乱用(最近1年)	17 (73.9)	0 (0)	17 (73.9)
薬物依存(最近1年)	17 (73.9)	0 (0)	17 (73.9)
アルコール乱用(最近1年)	8 (34.8)	0 (0)	8 (34.8)
アルコール依存(最近1年)	2 (8.7)	0 (0)	2 (8.7)
自殺の危険性(高)	2 (8.7)	0 (0)	2 (8.7)
自殺の危険性(中)	1 (4.3)	0 (0)	1 (4.3)
精神病症候群(現在)	2 (8.7)	0 (0)	2 (8.7)
精神病症候群(生涯)	15 (65.2)	0 (0)	15 (65.2)
大うつ病エピソード(現在)	2 (8.7)	0 (0)	2 (8.7)
大うつ病エピソード(生涯)	1 (4.3)	0 (0)	1 (4.3)
パニック障害(現在)	1 (4.3)	0 (0)	1 (4.3)
パニック障害(生涯)	2 (8.7)	0 (0)	2 (8.7)
外傷後ストレス障害現在	1 (4.3)	0 (0)	1 (4.3)
反社会性人格障害生涯	2 (8.7)	0 (0)	2 (8.7)
無回答	1 (4.3)	0 (0)	1 (4.3)
合計	23 (100.0)	0 (0)	23 (100.0)

表10. 一般人口男性と対象者におけるPOMSおよびSUBI得点の比較(n=23)

		一般男性	対象者
		平均 (SD)	平均 (SD)
POMS	緊張不安	12.0 (6.3)	14.5 (7.6)
	抑うつ	9.9 (9.8)	18.8 (13.4)
	怒り敵意	8.0 (8.2)	9.4 (9.2)
	活気	14.2 (6.1)	11.8 (6.6)
	疲労	9.3 (6.2)	10.6 (6.6)
	混乱	8.6 (4.7)	12.0 (6.1)
SUBI	人生に対する前向きな気持ち	5.4 (1.5)	4.7 (1.5)
	達成感	5.2 (1.3)	5.2 (1.4)
	自信	5.9 (1.3)	5.4 (1.8)
	至福感	4.9 (1.3)	5.3 (1.6)
	近親者の支え	6.4 (1.3)	7.4 (1.4)
	社会的な支え	5.8 (1.5)	6.7 (2.1)
	精神的なコントロール感	16.6 (2.5)	16.3 (2.7)
	身体的不健康感	15.1 (2.0)	15.3 (1.6)
	社会的なつながりの不足	7.6 (1.1)	6.8 (1.4)
	人生に対する失望感	7.6 (1.2)	6.6 (1.5)
	陽性感情合計	35.6 (6.1)	34.8 (7.2)
	陰性感情合計	52.2 (5.6)	45.0 (5.8)

表11-1. 入寮3-6ヶ月の生活状況

		入寮0-3ヶ月	入寮3-6ヶ月	入寮6-9ヶ月
		(n=16)	(n=9)	(n=6)
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
施設での生活	有意義に過ごしている	12 (75.0)	5 (55.6)	3 (50.0)
	どちらともいえない	4 (25.0)	4 (44.4)	3 (50.0)
	有意義に過ごしていない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
困ったとき相談できる人	家族	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	共に回復を目指す仲間	9 (56.3)	6 (66.7)	3 (50.0)
	昔からの友人	1 (6.3)	1 (11.1)	0 (0)
	新しくできた友人	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	相談できる人がいない	2 (12.5)	0 (0)	1 (16.7)
	無回答	2 (12.5)	2 (22.2)	2 (33.3)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
自助グループへの参加	3ヶ月で数回	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	月に数回	0 (0)	2 (22.2)	2 (33.3)
	週に数回	14 (87.5)	7 (77.8)	4 (66.7)
	ほぼ毎日	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)
	まったく参加していない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
現在薬物を使っている人とのつきあい	まったくない	14 (87.5)	8 (88.9)	6 (100.0)
	ときどきある	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	よくある	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
薬物が手に入る場所に行く	まったくない	16 (100.0)	8 (88.9)	6 (100.0)
	ときどきある	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)
	よくある	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
薬物が欲しくなるような情報を見聞きする	まったくない	10 (62.5)	5 (55.6)	4 (66.7)
	ときどきある	4 (25.0)	4 (44.4)	2 (33.3)
	よくある	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
最近3ヶ月の飲酒生活	まったく飲まなかった	9 (56.3)	5 (55.6)	1 (16.7)
	3ヶ月で数回飲んだ	5 (31.3)	4 (44.4)	2 (33.3)
	月に数回飲んだ	1 (6.3)	0 (0)	2 (33.3)
	週に数回飲んだ	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	ほぼ毎日飲んだ	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	1 (6.3)	0 (0)	1 (16.7)
	合計	16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)

表11-2. 入寮3・6・9ヶ月の生活規律性

		入寮0-3ヶ月 度数 列 %	入寮3-6ヶ月 度数 (%)	入寮6-9ヶ月 度数 (%)
毎朝決まった時間帯に起きる	よくあてはまる	9 (56.3)	3 (33.3)	3 (50.0)
	どちらかというかとあてはまる	3 (18.8)	4 (44.4)	2 (33.3)
	どちらともいえない	0 (0)	1 (11.1)	1 (16.7)
	どちらかといえばあてはまらない	2 (12.5)	1 (11.1)	0 (0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)
合計		16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
身の回りの掃除や片づけをこまめにする	よくあてはまる	3 (18.8)	0 (0)	0 (0)
	どちらかというかとあてはまる	5 (31.3)	3 (33.3)	2 (33.3)
	どちらともいえない	3 (18.8)	4 (44.4)	2 (33.3)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (6.3)	2 (22.2)	2 (33.3)
	まったくあてはまらない	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)
	無回答	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)
合計		16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
毎日歯磨きや洗顔をする	よくあてはまる	10 (62.5)	6 (66.7)	3 (50.0)
	どちらかというかとあてはまる	3 (18.8)	2 (22.2)	2 (33.3)
	どちらともいえない	0 (0)	1 (11.1)	1 (16.7)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)
合計		16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
食事の回数や時間帯は規則的である	よくあてはまる	8 (50.0)	2 (22.2)	2 (33.3)
	どちらかというかとあてはまる	5 (31.3)	6 (66.7)	3 (50.0)
	どちらともいえない	0 (0)	1 (11.1)	1 (16.7)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)
合計		16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
計画的に時間を遣い毎日を過ごしている	よくあてはまる	3 (18.8)	1 (11.1)	1 (16.7)
	どちらかというかとあてはまる	5 (31.3)	2 (22.2)	4 (66.7)
	どちらともいえない	5 (31.3)	5 (55.6)	1 (16.7)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (6.3)	1 (11.1)	0 (0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)
合計		16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)
夜更かしをすることはほとんどない	よくあてはまる	3 (18.8)	3 (33.3)	2 (33.3)
	どちらかというかとあてはまる	6 (37.5)	3 (33.3)	2 (33.3)
	どちらともいえない	1 (6.3)	1 (11.1)	0 (0)
	どちらかといえばあてはまらない	3 (18.8)	2 (22.2)	2 (33.3)
	まったくあてはまらない	1 (6.3)	0 (0)	0 (0)
	無回答	2 (12.5)	0 (0)	0 (0)
合計		16 (100.0)	9 (100.0)	6 (100.0)

表12. 入寮時から入寮3・6・9ヶ月におけるPOMSおよびSUBI得点の経時的変化

		入寮時 (n=23)	入寮3ヶ月 (n=16)	入寮6ヶ月 (n=9)	入寮9ヶ月 (n=6)
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
POMS	緊張不安	14.5 (7.6)	12.9 (7.2)	15.4 (6.1)	11.7 (3.4)
	抑うつ	18.8 (13.4)	15.5 (12.5)	22.0 (9.9)	16.7 (5.5)
	怒り敵意	9.4 (9.2)	12.5 (11.7)	14.8 (7.5)	11.7 (4.3)
	活気	11.8 (6.6)	12.9 (7.5)	15.1 (4.8)	15.0 (5.1)
	疲労	10.6 (6.6)	9.8 (6.2)	11.8 (4.6)	8.8 (4.1)
	混乱	12.0 (6.1)	10.3 (4.8)	13.7 (4.7)	11.5 (2.4)
SUBI	人生に対する前向きな気持ち	4.7 (1.5)	4.8 (1.4)	4.7 (1.6)	5.5 (1.5)
	達成感	5.2 (1.4)	5.3 (1.6)	4.4 (1.2)	4.3 (1.4)
	自信	5.4 (1.8)	5.3 (1.3)	5.2 (1.4)	6.0 (1.1)
	至福感	5.3 (1.6)	5.1 (1.5)	5.0 (1.3)	5.3 (2.1)
	近親者の支え	7.4 (1.4)	7.1 (1.6)	6.1 (1.6)	6.3 (1.0)
	社会的な支え	6.7 (2.1)	6.4 (2.0)	5.4 (2.6)	5.8 (2.6)
	精神的なコントロール感	16.3 (2.7)	15.3 (3.5)	14.7 (2.8)	14.3 (2.5)
	身体的不健康感	15.3 (1.6)	15.5 (2.3)	14.4 (2.3)	14.8 (2.9)
	社会的なつながりの不足	6.8 (1.4)	6.5 (1.2)	6.1 (1.3)	6.2 (1.2)
	人生に対する失望感	6.6 (1.5)	6.7 (1.7)	6.3 (1.9)	7.0 (1.8)
陽性感情合計		34.8 (7.2)	34.3 (7.2)	30.9 (6.8)	33.3 (7.8)
陰性感情合計		45.0 (5.8)	43.9 (6.3)	41.6 (6.2)	42.3 (3.6)

表13-1. 退寮3・6・12ヶ月の生活状況

		退寮0-3ヶ月 (n=10)	退寮3-6ヶ月 (n=9)	退寮6-12ヶ月 (n=7)
		度数 列 %	度数 (%)	度数 (%)
現在の住居	実家	2 (20.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	自分の持ち家	1 (10.0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	賃貸住宅	7 (70.0)	6 (66.7)	5 (71.4)
	入院	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	依存症治療施設に入所	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	不定	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
共同生活者	パートナー(と子ども)	0 (0)	1 (11.1)	2 (28.6)
	両親(とその子ども)	2 (20.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	友人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	1人暮らし	8 (80.0)	6 (66.7)	4 (57.1)
	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
自由時間を共に過ごす人	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
	家族	1 (10.0)	0 (0)	1 (14.3)
	共に回復を目指す仲間	5 (50.0)	2 (22.2)	3 (42.9)
	昔からの友人	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	新しくできた友人	0 (0)	2 (22.2)	0 (0)
	ひとり	4 (40.0)	4 (44.4)	3 (42.9)
	無回答	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
自由時間の過ごし方に対する満足度	満足している	3 (30.0)	3 (33.3)	4 (57.1)
	どちらともいえない	5 (50.0)	5 (55.6)	2 (28.6)
	不満足である	2 (20.0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
困ったとき相談できる人	家族	1 (10.0)	1 (11.1)	3 (42.9)
	共に回復を目指す仲間	8 (80.0)	5 (55.6)	3 (42.9)
	昔からの友人	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)
	新しくできた友人	0 (0)	2 (22.2)	0 (0)
	相談できる人がいない	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
自助グループへの参加	この3ヶ月で数回	0 (0)	3 (33.3)	0 (0)
	月に数回	2 (20.0)	3 (33.3)	2 (28.6)
	週に数回	4 (40.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	ほぼ毎日	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	まったく参加していない	4 (40.0)	1 (11.1)	4 (57.1)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
現在薬物を使っている人とのつきあい	まったくない	9 (90.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
	ときどきある	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)
	よくある	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
薬物が手に入る場所に行く	まったくない	9 (90.0)	7 (77.8)	7 (100.0)
	ときどきある	1 (10.0)	1 (11.1)	0 (0)
	よくある	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
薬物が欲しくなるような情報を見聞きする	まったくない	6 (60.0)	6 (66.7)	4 (57.1)
	ときどきある	4 (40.0)	3 (33.3)	2 (28.6)
	よくある	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
最近3ヶ月の飲酒生活	まったく飲まなかった	2 (20.0)	3 (33.3)	2 (28.6)
	この3ヶ月で数回飲んだ	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)
	月に数回飲んだ	0 (0)	2 (22.2)	0 (0)
	週に数回飲んだ	4 (40.0)	1 (11.1)	2 (28.6)
	ほぼ毎日飲んだ	3 (30.0)	2 (22.2)	3 (42.9)
	無回答	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)

表13-2. 退寮3・6・12ヶ月の生活規律性

		退寮0-3ヶ月 (n=10)	退寮3-6ヶ月 (n=9)	退寮6-12ヶ月 (n=7)
		度数 列 %	度数 (%)	度数 (%)
毎朝決まった時間帯に起きる	よくあてはまる	5 (50.0)	5 (55.6)	3 (42.9)
	どちらかというあてはまる	3 (30.0)	1 (11.1)	2 (28.6)
	どちらともいえない	0 (0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	どちらかといえばあてはまらない	2 (20.0)	2 (22.2)	0 (0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
身の回りの掃除や片づけをこまめにする	よくあてはまる	3 (30.0)	3 (33.3)	0 (0)
	どちらかというあてはまる	3 (30.0)	3 (33.3)	5 (71.4)
	どちらともいえない	2 (20.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	どちらかといえばあてはまらない	2 (20.0)	1 (11.1)	0 (0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
毎日歯磨きや洗顔をする	よくあてはまる	8 (80.0)	7 (77.8)	5 (71.4)
	どちらかというあてはまる	2 (20.0)	0 (0)	0 (0)
	どちらともいえない	0 (0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	どちらかといえばあてはまらない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
食事の回数や時間帯は規則的である	よくあてはまる	3 (30.0)	1 (11.1)	0 (0)
	どちらかというあてはまる	3 (30.0)	5 (55.6)	2 (28.6)
	どちらともいえない	3 (30.0)	0 (0)	2 (28.6)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (10.0)	2 (22.2)	2 (28.6)
	まったくあてはまらない	0 (0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
計画的に時間を遣い毎日過ごしている	よくあてはまる	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)
	どちらかというあてはまる	3 (30.0)	4 (44.4)	2 (28.6)
	どちらともいえない	4 (40.0)	3 (33.3)	5 (71.4)
	どちらかといえばあてはまらない	2 (20.0)	2 (22.2)	0 (0)
	まったくあてはまらない	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
夜更かしをすることはほとんどない	よくあてはまる	3 (30.0)	1 (11.1)	3 (42.9)
	どちらかというあてはまる	1 (10.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	どちらともいえない	4 (40.0)	2 (22.2)	0 (0)
	どちらかといえばあてはまらない	1 (10.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	まったくあてはまらない	1 (10.0)	2 (22.2)	2 (28.6)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)

分 担 研 究 報 告 書 (2-4)

表13-3. 退寮3・6・12ヶ月の就業状態および主な生活費の出所

		退寮0-3ヶ月 (n=10)	退寮3-6ヶ月 (n=9)	退寮6-12ヶ月 (n=7)
		度数 列 %	度数 (%)	度数 (%)
勤務形態	常勤の正社員	1 (10.0)	1 (11.1)	2 (28.6)
	常勤のアルバイト	3 (30.0)	5 (55.6)	3 (42.9)
	非常勤(週20-30時間)	2 (20.0)	0 (0)	1 (14.3)
	非常勤(週10-20時間)	0 (0)	1 (11.1)	0 (0)
	非常勤(週10時間以下)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無職	4 (40.0)	2 (22.2)	1 (14.3)
	無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)
主な生活費の出所	自分で賄っている	5 (50.0)	3 (33.3)	6 (85.7)
	生活保護	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	親の補助	4 (40.0)	5 (55.6)	0 (0)
	その他	0 (0)	1 (11.1)	1 (14.3)
	無回答	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)
	合計	10 (100.0)	9 (100.0)	7 (100.0)

表14. 退寮3・6・12ヶ月におけるPOMSおよびSUBI得点の経時的変化

		退寮3ヶ月 (n=10)	退寮6ヶ月 (n=9)	退寮12ヶ月 (n=7)
		平均 (SD)	平均 (SD)	平均 (SD)
POMS	緊張不安	13.9 (6.8)	14.3 (9.6)	10.6 (2.4)
	抑うつ	18.9 (14.5)	15.3 (13.1)	10.1 (4.7)
	怒り敵意	15.6 (11.5)	16.1 (12.0)	9.3 (5.4)
	活気	12.3 (6.2)	11.8 (4.7)	11.4 (5.0)
	疲労	12.4 (8.0)	11.0 (9.1)	6.6 (4.4)
	混乱	11.5 (5.5)	12.3 (9.1)	7.3 (1.6)
SUBI	人生に対する前向きな気持ち	5.0 (0.9)	5.4 (1.1)	5.1 (1.5)
	達成感	5.1 (0.9)	5.0 (1.2)	5.1 (1.3)
	自信	5.7 (1.2)	5.4 (1.2)	6.1 (0.4)
	至福感	4.6 (0.9)	5.4 (1.3)	5.0 (1.2)
	近親者の支え	6.2 (1.3)	7.1 (1.6)	5.7 (1.7)
	社会的な支え	6.3 (1.7)	7.0 (1.1)	6.9 (1.8)
	精神的なコントロール感	15.7 (2.3)	14.3 (3.3)	16.3 (2.4)
	身体的不健康感	14.6 (3.1)	14.8 (4.1)	15.6 (1.7)
	社会的なつながりの不足	6.1 (1.3)	6.3 (1.6)	6.7 (1.1)
	人生に対する失望感	6.2 (1.4)	7.5 (0.6)	7.4 (0.8)
	陽性感情合計	32.9 (4.7)	35.3 (4.9)	34.0 (6.3)
	陰性感情合計	42.6 (6.1)	42.1 (8.8)	46.0 (4.0)

表15. 退寮後3・6・12ヶ月の再使用率

	退寮0-3ヶ月 (n=19)	退寮3-6ヶ月 (n=14)	退寮6-12ヶ月 (n=7)
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
職員による評価	3 (15.0)	4 (20.0)	7 (35.0)
本人による評価	2 (10.0)	3 (15.0)	6 (30.0)

注) 平成19年2月28日時点で退所していた21名のうち、職員が所在を確認できている20名が対象

わが国における「治療共同体」導入の可能性に関する研究（2）

分担研究者	宮永 耕	東海大学健康科学部社会福祉学科
研究協力者	栗坪 千明	栃木ダルク
	白川 雄一郎	千葉ダルク
	近藤 あゆみ	国立精神・神経センター 精神保健研究所
	森田 展彰	筑波大学大学院人間総合科学研究科
	松本 俊彦	国立精神・神経センター 精神保健研究所
	和田 清	国立精神・神経センター 精神保健研究所

研究要旨 薬物依存者に対する処遇は、世界的に見ると「治療共同体＝（原語では、”Therapeutic Community”：TC）」を用いて行なわれているものが主流であるといわれる。しかし、わが国においては、そのような治療共同体を地域の中での治療的処遇システムに位置づけた実践は、その必要性の指摘や社会的要請の有無とは別に、いまだ実現していない。

本研究では、一昨年度までの2年間に実施した、主に世界各地で実際に運営されている治療共同体とその関連システムに関する実地調査の成果を基に、現在までの治療共同体概念の整理を行い、その特徴とメリットについて検討する。その上で、この治療共同体のわが国への導入について現状の処遇システムから出発して、その方策について検討することを目的とした。

上記の目的に沿って、世界で実施されているTC治療の現状と課題を総括的に理解するためWFTC（治療共同体世界連盟）の第23回世界会議に出席した他、これまでわが国に紹介される機会の少なかった「民主的モデル」と分類される英国のTC実践についても調査を実施し、資料収集を行った。

また今年度は、薬物乱用・依存問題を対象とした実践領域に関わる実務者や研究者との間でTCに関する諸情報を共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場となる「TC研究会」を定期的に開催して課題を整理した他、より広く一般向けにTC治療に関する公開セミナー、ワークショップ等も企画・開催し、今後の議論のための土台作りを行った。

TC研究会での討議を通して共有された課題として、以下のことが挙げられた。

1. TCコンセプトに基づいた実際の治療施設・サービス機関の不在と薬物関連問題の実態から見たニーズの整理
2. なぜ、わが国にもTCが必要か？（敢えてDARCではなく、TCであることの意味は何か）
3. TCを導入していく場合の基本原則（文化的・制度的・社会的）の明確化と共有
4. 日本において求められるTCのMission（使命）の明文化とAdministration（施設運営）領域に関わる課題の整理

既に世界各地で実施されているTCの直訳的導入を急ぐのではなく、わが国の歴史・社会的、制度的あるいは薬物乱用・依存に関わる諸環境や条件、さらには文化的な側面までをも視野に入れ、既存の資源との連携を前提とした具体的方策について明らかにしていく必要が確認された。

A. 研究目的

薬物依存者に対する治療的処遇は、世界的な潮流として、ここで取り上げる「治療共同体＝（原語で”Therapeutic Community”）」を用いて行なわれているといわれ、そのことはこれまでの研究でも確認されてきた。平成16年度まで2年間の本分担

研究においては、この治療共同体の概念についてこれまでの先行研究・資料に基づいて総括的に調査し、その実際の状況について詳細に報告した。昨年度からは、これまで調査した南北アメリカや欧州社会とわが国との社会諸状況の差異を考慮しつつ、この効果的な治療的処遇施設の導入につ

いて検討していくため、わが国での実践領域に関わる幅広い実務者や研究者等との間で TC に関する情報を共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約するための場を設けた。今年度も引き続き TC の導入に関する諸課題の整理を目的とした。

B. 研究方法

治療共同体 (Therapeutic Community、以下 TC とする) の現状に関する諸情報について総合的に理解するために、TC に関して公開されている海外の文献に加えて、これまでの実地調査で得られた各施設の事業概要・パンフレットや年度統計報告書や記念公刊物等の記述をもとに、TC 概念の整理を行った。

さらに、実践領域に関わる多くの実務者や研究者との間で情報を共有し、各フィールドからの問題提起と具体的方策に関する提案を集約していくための場として「TC 研究会」を昨年度より開始しているが、本年度は公開ワークショップも含めほぼ 2 ヶ月に 1 回定期的に開催し、今後の本分担研究の検討課題と合わせて啓発的活動も行った。

その他、昨年度末の計画に従って 9 月初旬にアメリカ・ニューヨーク市で開催された WFTC (World Federation of Therapeutic Communities: 治療共同体世界連盟) による世界会議 (World Conference: 2 年ごとに開催) に参加し、世界各地の TC が現時点で共通に取り組む課題等について情報収集し、TC 研究会での検討課題に加えた。また、TC 実践の主流を構成する Structured (構造的) Model に対する Alternative (もう一つの) Model として紹介される Democratic (民主・合議的) Model の伝統を持つヨーロッパ諸国、特に今年度はイギリスにおいて、その運営の考え方、特徴について実地調査した。具体的には後述する ATC

(Association of Therapeutic Communities) によって年 1 回開催されている The Winsor Conference に参加し、合わせて Oxford にある TC、Ley Community においてもヒアリングを実施した。

C. 研究結果

1. わが国で行われるべき TC 治療の諸課題 (リブライ)

昨年度の本研究報告書において、わが国における TC に求められる諸課題として、以下の 10 項目を提示し、それぞれ考察した。

- (1) 共同体の運営による相互援助環境の維持と明確な治療 (回復) 指針
- (2) 共同体運営規範の実践的検討
- (3) 生活スキルの獲得可能なプログラム
- (4) 職業訓練と経済的自立に有効なプログラム
- (5) 個別処遇及び Case Management の確保
- (6) Bio-Psycho-Social な課題への総合的ケア
- (7) 司法処遇との連携 (治療的視点に立った Diversion の可否とあわせて)
- (8) 治療契約の確立
- (9) 治療効果の測定方法確立と結果の公開
- (10) 専門援助職 (スタッフ) の養成と確保

「TC 研究会」が課題として検討していくテーマは、これらのすべてについて複合的に関わり得るが、大別すれば 1) 回復プログラムの内容に関すること、2) 制度及び社会システムとのかかわりに関すること、3) 治療環境である TC の運営・維持管理に関すること、の 3 点にまとめられる。これらは、後述する WFTC 世界会議においてもそれぞれ主要なテーマとされており、世界各地で TC 実践を行っている現場での共通課題であることが確認された。

昨年度整理して提示したように、まず TC とは何か、その有効性はどのように理解すべきか、について共通理解を広め、現状の薬物依存者処遇システムの中に TC の位置すべき場所を設定することが重要である。その中で既存の制度、施設、サービス等とどのように関わらせていくことが可能であるのか、その個別な課題が浮上する。実際に TC 環境が日本において実現して運営された後には、その評価が不可欠となり、そのことは TC 治療の継続性、ひいてはそれを含む治療の処遇システム全体の経営 (財政の確保) に関わるが、このことも視野におきつつもまずは TC 実践の開始に当たり最低限必要な条件について整理し、それらを確保することから始めるべきである。その意味では、たとえば上記 (10) に挙げた専門援助職 (スタッフ) の養成と確保の課題は、まず取り組まなければならない分野に分類され、ここにおいて先行

する海外諸国の経験も幅広く取り入れられるべきことがわかる。

2. 世界の TC 治療の現状と課題

TC に関する実践理論に関する情報はこれまでわが国に紹介される機会は少なかったが、既に海外では多くの書籍が刊行され、日常的にも実践に関する様々な情報交換が行われている。その代表的な機会として位置づけられる WFTC 主催の世界会議 World Conference での議論に今回参加する機会を得た。

WFTC は本部を米国・ニューヨーク市に置き、今日ではアフリカ大陸を除くほぼ全世界の TC によって構成される世界連盟である。今回の大会は第 23 回目の世界会議とされているが、第 1 回目は 1976 年に Sweden の Norrköping で開催されており、2006 年はちょうど 30 周年にあたっていた。そのため 1979 年の第 4 回会議以来となる本部所在地ニューヨークでの開催は、50 か国から約 700 人の関係者を集めた盛大な大会となった。同会議は 1976 年から 1994 年までの間は毎年開催 (うち 2 回はキャンセル) され、以後は 2 年に一度の隔年開催となっている。ちなみにアジア諸国では、これまでに 3 回 (1981 6th World Conference Manila - Philippines / 1988 11th World Conference Bangkok - Thailand / 1993 16th World Conference Kuala Lumpur - Malaysia) 同会議が開催されている。

WFTC は加盟する 66 か国から構成される 6 つの地域別連盟の集合体としての側面も持ち、この世界会議は各地域別連盟の枠を超えて一つの都市に集まり、実践現場の体験報告を行ってその評価を求め、また共通に解決していくべき課題の所在を明らかにするなど、重要な役割を持っている。

今回の会議の特徴として、前述のとおり 30 周年に当たる記念大会の要素も至るところにみられたが、歓迎の意を表明する M. Bloomberg ニューヨーク市長及び G. Pataki ニューヨーク州知事の挨拶も含めて、プログラムや会議中発行されたニュース等印刷物ほとんどの文章が英語の他にスペイン語でも表記され第 2 公用語となっていたことは、開催地と本会議参加者の構成を知る上で興味深かった。

(1) 第 23 回 WFTC 世界会議 (WC) でのトピックス

23rd WC では会期中のスケジュールとして、主に午前中はテーマごとの Plenary Sessions (総会) とされ、連盟の事業報告や活動提案を含めて総論に関わるまたは新規参入者向けの入門的内容を含むプログラムで構成され、午後からは Breakout Session として各種の分科会や Workshop, Poster Session 等が行われた。加えて夜間には Social Events として、レセプションや表彰式なども盛大に開催された。

上記 Plenary Sessions では、TC のこれまでの展開を知る上で非常に有益な講義が多数開催されたが、本稿では TC 実践の現状と課題の所在を知る目的で、以下では午後の分科会等の個別討議課題の分類も含めて検討する。(Mini) Plenary Sessions、Technical Assistance (TA) Workshop 及び Breakout Sessions でのテーマ領域は、以下の 4 つであった。

- 1) TC- Original Concept and their Challenges
- 2) Evolution of the Modern TC: Populations, Settings, Issues
- 3) Management and Administration of the Modern TC
- 4) Beyond TC Treatment: Prevention and Intervention in Family and Community

これら 4 つのテーマは、端的に今日の TC が直面する課題の領域を表している。すなわち、1) ではこれまでの実践の継承・共有及び到達点と評価について、2) ではいわゆる多様なニーズに対応した修正型 TC モデルについて、3) では TC の安定的な経営・運営について、4) ではこれまでの依存者本人の治療から予防や家族・地域への介入戦略との関わりについて、であり、世界各地で主流を占める TC にとって共通の課題として意識せざるを得ない領域である。

初期の TC が事業を開始してから既に 40 年以上が経過し、初期の実践者の遺産は Mission (使命) とともにその共有が課題とならざるを得ないことから 1) での議論は重要な課題として意識されている。また、伝統的モデルから展開して今日の薬物依存を巡る幅広い課題に対応すべく TC 自体もそのプログラムを発展させる必要が生じており、それらについて使用者集団や条件設定や問題群に適合したあり方が世界各地で求められ、既に試行錯誤の実践が展開されている事実に伴い 2) のテ

ーマが設定されていた。さらに3)が取り扱うように、広義のNPOとして民間非営利経営を原則とするTCについては、安定的な財源確保は常に重要な課題であって、これまでも治療プログラムとは別にあるいは連動して、多くの紆余曲折を経験してきたことは想像に難くない。そして4)では、TCでの集中的な回復への取り組みの先にRe-Entry(再入場)していくべき現実社会との関わりもまた等しく重要課題であり、TC治療において修得したライフスタイルの維持という面からだけでなく、より早期の予防的活動または家族・地域への積極的介入も求められるようになってきていることを表している。

以下には、実際の1)~4)の討議テーマから主要なものを挙げた。これらの各項目をととしてもTCの共通課題の所在を把握することができる。

1) TC- Original Concept and their Challenges

- ・ Integrating and Fostering Spirituality in the TC (TCにおけるスピリチュアリティ=霊性の統合と涵養)
- ・ Evolution and Diversity (in the European Landscape/ in the British TC/ Asian Perspectives/ an Alaskan Native Cultural Adaptation- Therapeutic Village of Care ; 進歩と多様性)
- ・ Keys to Recovery: Aftercare and Relapse Prevention
- ・ Improving TC Treatment through Research and Evaluation (調査と評価をととしてのTC治療の改善)
- ・ Creating Sanctuary: The Curriculum Based Teaching and Therapeutic Communities
- ・ The Prison Based TC: Treatment and Re-entry Issues (刑務所で展開されるTC ; 治療と社会復帰の問題)
- ・ Measuring TC Effectiveness: Finding and Interpreting the Evidence (TC治療の効果測定)
- ・ TC Approach to Institutional Early Release Programming (早期退所のアプローチ)
- ・ Cultural Developments and the Challenge of Diversity (文化的展開と多様性への挑戦)
- ・ "Treating the Whole Person"- Aspects of Comprehensive TC Treatment (全人的治療の試み)

- ・ Passing the Torch—A Roundtable Discussion between TC Pioneers and Newcomers (TCの先駆者から新規参入者へ灯火の継承)
- 2) Evolution of the Modern TC: Populations, Settings, Issues
 - ・ Vocation and Education: Keystones to Independence (職業と教育: 自立への鍵)
 - ・ Innovative Approaches to Early Intervention and Treatment Engagement for Adolescents and Young Adults
 - ・ Expanding Treatment Options Through Inter-Agency Collaboration: The Methadone and TC Example (機関協働による治療的選択肢の拡張; メタドン処方とTC)
 - ・ Criminal Justice Collaborations and the TC (TCと司法の協働)
 - ・ Special Considerations for Women's treatment Needs (女性の治療的ニーズへの配慮)
 - ・ Enhancing Treatment Options for the Dually Diagnosed Client (二重診断ある利用者に対する機能的な治療的選択肢)
 - ・ Treatment of Co-occurring Psychiatric Issues and Substance Abuse (精神疾患重複診断例と薬物乱用)
 - ・ Motivational Interviewing (MI) in the TC (「動機付け面接法」の活用)
 - ・ Addressing Tobacco Dependence in the TC (タバコ依存への取り組み)
 - ・ Utilization of Buprenorphine in the Therapeutic Community (Buprenorphine: 代替置換薬の効用)
 - ・ Targeted Interventions for Young Adults and the Elderly (若年者及び高齢者に焦点を当てた介入)
 - ・ Clinical Microskills: Improving Counselor Skills around Mental Health, Trauma, and Violence Issues (精神疾患・トラウマ・被暴力問題への臨床的面接技法の改善)
- 3) Management and Administration of the Modern TC
 - ・ Improving Retention in Therapeutic Communities: Using a System's Approach
 - ・ Assessing and Improving TC Staff Competency (TCスタッフの技術向上)
 - ・ Promoting Organizational Functioning and Change

- ・ Assessing and Building Chemical Dependency Counselor Skills in a TC (TCにおける薬物依存カウンセリング技法の養成と査定)
- ・ Program Accreditation and Quality Improvement (プログラムの信頼獲得と質の向上)
- ・ Partnering With the Community (外部機関との連携)
- ・ TC Counselor Training: Turning Experience into Expertise (スタッフ訓練: 経験から知識へ)
- ・ Challenges for the Modern TC: Balancing Tradition with the Demands of Today's Health Care System (TC治療の伝統と精神保健制度の今日的要求とのバランスのあり方)
- ・ Fostering Staff Development through Supervision and Education (スーパービジョンと教育によるスタッフ技能の向上)
- 4) Beyond TC Treatment: Prevention and Intervention in Family and Community
 - ・ A Community-Based Prevention Program
 - ・ A Healing Community for Mother and Children (母と子にとっての癒しの共同体とは)
 - ・ Trauma and Substance Abuse: Issues and Treatment (トラウマと薬物乱用; 問題の所在と対応)
 - ・ Working with Families in the TC (TCにおける家族との関わり)
 - ・ Family Treatment— Relevance and Strategies for Supporting Family Recovery (家族のケア; 家族の回復を支える適合性と戦略)
 - ・ From Dependency to Inter-Dependency: Working with Individuals, Families, Communities (「依存」から「相互依存」へ; 個人・家族・地域との協働)
 - ・ Prevention and Early Intervention (予防と早期介入)

これらのセッションにおける発表とそれに基づく質疑応答が連日繰り返され、その前後にも世界各地から集まったTCの実践者、運営者、研究者らによる情報交換が絶えることはなかった。「TCとは何か」について新参者に解説する講座等は設けられておらず、WCへの参加者にはTCに関する基本的理解が不可欠であることも確認された。

(2) 世界各国のTCと薬物依存治療の概況; 6つの地域連盟ごとに

WFTCは前述のように、6つの地域別のTCで構成される連盟の上部組織となっており、各連盟は独自にも連携協力関係を維持している。6つの連盟はそれぞれ、TCA (Therapeutic Communities of America; 北米3か国)、EFTC (European Federation of Therapeutic Communities; 西・北部欧州16か国)、ATCA (Australasian Therapeutic Communities Association; オセアニア3か国)、FLACT (Federación Latino Americana de Comunidades Terapéuticas/ Latin-American Federation of Therapeutic Communities; 中南米19か国)、AFTC (Asian Federation of Therapeutic Communities; アジア13か国)、FTCCFE (Federation of Therapeutic Communities of Central and Eastern Europe; 中・東部欧州12か国)として組織されている。

以下では、上記6連盟が活動する地域における薬物依存関連問題の概況をまとめた。

1) TCA

アメリカ合衆国(及びカナダ)は、言うまでもなくTC実践領域の先駆的・中心的役割を担って今日に至るが、40年間の社会変化に伴って多様化して展開する薬物乱用・依存問題への対応を常に余儀なくされてきた。DAYTOP VillageやPhoenix House, GAUDENZIA, Second Genesis等の東海岸で展開する代表的なTCの他、Walden HouseやAmity Foundationなど西海岸にも先導的な実践で知られるTCが存在するが、共通する課題としてOver-professionalization、すなわち過度に進んだ専門職化がサービスコストの高騰につながり、医療保障制度の問題と重なって、結果としてTC治療の敷居をも高くし、必要な利用者すら排除しかねない状況を招いているとの指摘がある。

2) EFTC

西部及び北部ヨーロッパのEU諸国が加盟するが、薬物行政・司法政策など統一されている側面と、異なる文化的背景の影響とが混在する。アメリカからのTC Movementの導入以前、主に1960年代までの伝統、特に精神医療領域の伝統との関連で、今日でも総じて精神分析学や現代社会思想、社会学からの影響が強いといわれる。その中で後述するDemocratic TC Modelと呼ばれるような特徴あるTC実践も展開されてきた。

3) ATCA

オセアニアでは西ヨーロッパの影響を受けつつも、地理的な環境からそれらとは異なる TC が展開されている。薬物の供給、使用状況との関わりで Harm Reduction が幅広く展開され、精神疾患に対する処方薬治療に関わる問題もより早期から取り上げられてきた。その意味でヨーロッパ型、アメリカ型、そして後述する隣接のアジア諸国型のそれぞれの要素が混在する TC 実践が行われている。

4) FLACT

メキシコ以南のラテンアメリカ諸国における薬物関連問題は、国家経済や政策のあり方にも大きく関連することが広く知られるほどの規模で存在し、多くの国民が直接間接に薬物問題と関わりざるを得ない状況が続いている。その様な中で、TC はイタリアやスペインといったヨーロッパ諸国を経由して導入され、主に 1980 年代以降に展開してきた。開発問題として括られる貧困者人口との関わりも顕著で、ストリートチルドレンやホームレス援助領域とも深く関わりざるを得ない。1986 年には 3 か国にしか存在しなかった TC 実践は現在では加盟国を 19 に増やし、提供されるプログラム数も 600 以上に上って急速に拡大しつつある。

5) AFTC

アジアは世界の薬物供給における中心地を抱え、ヘロイン使用問題への対応が中心となってきたが、日本の場合にはメタンフェタミンを中心とした独自の問題状況が形成されてきた。外部的に見る限り、アジア諸国の薬物政策は連動して機能しているとは認めがたく、その組織化も課題として指摘される。HIV 感染の広がりが拡大する中で、Harm Reduction 政策、たとえば Needle Exchange (注射針の無料交換) と断薬による薬物使用からの回復推進政策の間で現実的に軋轢と混乱も生じており、わが国にとっても対岸の出来事とはなり得ない。それらに加え、欧米諸国に比べて総じて調査研究も立ち遅れている。なお、現在の加盟国は中国、香港、インド、インドネシア、韓国、マレーシア、ネパール、パキスタン、フィリピン、シンガポール、スリランカ、タイ、ベトナムの 13 か国となっている。

トピックスとして、次回 2008 年に開催予定の 24th WC は、AFTC 加盟国である中国、雲南省・昆明市において開催されることが発表された。

6) FTCCEE

ロシアを含め主にスラブ系の影響が大きい中央・東ヨーロッパ諸国は、総じて 1990 年前後まで社会主義体制の中で、薬物乱用・依存問題はアンダーグラウンドな取り扱いのもと未組織に放置されざるを得なかった。90 年代以降の急激な社会体制変動の中で、資本主義化の進行に合わせて薬物問題も顕在化し、その対応は急務となった。その際、アメリカ型の TC モデルがより直接的・翻訳的に導入されたことは、同じヨーロッパでも前述の EFTC 諸国とは状況を異にしている。旧体制下でも実践的対応の土台が存在し先駆的役割を果たしたポーランド等を経由して、順次旧ソビエト連邦諸国等へも TC 実践が導入され、現在では 30 以上の組織が TC 運営を行っている。

3. Democratic TC Model とは何か

これまで TC をめぐる世界の状況を報告してきたが、本分担当研究課題でもある、現状で TC をもたない日本において、今後導入されるべき TC プログラムのあり方に関して考察する。その際、これまで TC 実践の理解におけるテキストの役割を果たしてきた伝統的 TC モデルとは異なる Alternative として、西ヨーロッパ、特にイギリスで展開しているもう一つの TC モデルについて以下で取り上げる。

これらは外部的には Democratic (民主的・合議的) Model と呼ばれる。これまで述べてきた WFTC を構成する TC 群がいずれも薬物依存、Addiction を治療のターゲットにおくことで共通性を確保したのに対し、以下で紹介する TC 群はその治療・援助対象領域を薬物 (アルコール) 等の物質使用問題に限定しない。ATC を構成する TC メンバーの名称にもそのことが表れており、“—House”、“—Lodge”、あるいは直接的に“—Therapeutic Community”といった名称の他に、例えば“—Clinic”、“—Hospital”といったものが含まれ、CHT (Community Housing & Therapy; 精神疾患やホームレス者に対する治療サービスを伴う住居提供プログラム) として運営される施設も多数含まれている。特に、“therapeutic community”が固有名詞の後に小文字で表記・付加されている場合は、それが一般名詞として扱われていることもわかる。

つまり、対象となる問題へのアプローチが Therapeutic Community という方法を採用するのであ

て、「薬物問題への効果的戦略としての TC」といった設定が一時的に不要になることを意味している。ここで扱われてきた問題群は、今日でもなお理論的な支柱として意識される Maxwell Jones が 1938 年 Mill Hill において開始したとされる当初の意味での治療共同体の構成者とも直接的関係を保ち、精神保健領域を中心に構成されている。このことは、WFTC に代表される Addiction Treatment Model としての TC を相対化するものでもあり、歴史的には TC の源流が今日の社会状況の中で異なった形で社会的に機能し得ることを主張するものとして理解することも可能と思われる。

(1) ATC (Association of Therapeutic Communities)

ATC は主に英国 (イングランドに限定せず) 内の TC によって構成され、現在 UK として 50 団体 (プログラム) が登録されている。その他、国外からも各 1 施設 (プログラム) ずつ、ニュージーランド、インド、ギリシア、スウェーデン、ブルガリア、イタリアの TC が参加している。

その名のとおおり、構成団体は TC プログラムを運営しているが、その対象領域は大別して以下の 5 つになる。

- Personality Disorders (人格障害); including complex PTSD, BPD, eating disorders
- Mental Health Problems (精神保健; 慢性精神疾患) →統合失調症
- Offending Behaviour (触法行為) →刑務所処遇 Prison-based
- Addictions (アディクション; 薬物使用問題) drug and alcohol misuse
- Learning Disability (学習障害) →青少年問題

これら幅広い要援助の問題群に対し、保健、教育、社会 (福祉) サービス、司法処遇 (刑務所) の領域において、TC の環境・方法を用いて児童及び成人に対する援助を行っている機関が ATC に加盟する TC である、と説明される。すなわちここにおいては、WFTC に加盟するような薬物依存を専門の対象とする TC 治療は、より幅広い TC 環境による治療的処遇の一部分を構成するにとどまっておらず、同時に上記の精神保健その他の分野と基本的な方法論を共有していることを示している。

その治療哲学とは、歴史的には霊性と宗教的信条の共有に根ざした根本的な価値を共有するこ

ろから出発し、成員相互の助け合いと尊重とに基づいた積極的な関係作りとその維持に目標設定され、他者の生活に深く関与する積極的な生活と労働の分かち合いによって作られる相互依存関係を重視する。このような共同体においては、スタッフと利用者といった階層性をも不要なものとして、平等を目指した環境が形成される。このことこそ Democratic を鍵概念として特徴付けられる、ATC をともに構成する英国型 TC 群の特徴となっている。

またこれら TC は、Social System としての医療制度、具体的には英国 NHS (National Health Service) とも深く関わって展開してきた経緯がある。TC は 1950 年代より NHS system の中に順次位置づけられ、そのコントロールを受けると同時に運営の保障も確保しながら展開し、司法制度などその外側のシステムとも協働して現在に至っている。

今回参加した ATC の The Windsor (Annual) Conference では、“Insiders and Outsiders”というテーマで 4 日間にわたる議論が行われたが、各 TC 現場での実践を基点としつつ、レポート報告のレジュメには数多く哲学的あるいは現代思想に基づく考察が盛り込まれていた。引用された文献は、たとえば Foucault M. や Heidegger M. であり、Heraclitus, Sophocles といったギリシア思想に及びつつ現実の精神保健問題に対して言語分析的な検討・批判が展開されていた。数多くの実践に基づく考察が展開された WFTC での会議とは明らかに趣を異にしており、伝統的に精神分析学、哲学・現代思想、社会学等との関連が強いとされるヨーロッパの思想的背景を、ATC という TC ネットワークの研修の場で確認できた。

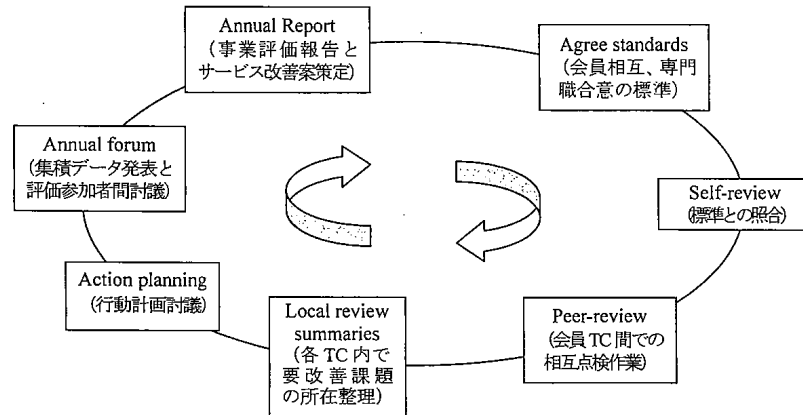
(2) C of C (Community of Communities) と The Annual Cycle (年間行動計画)

C of C (Community of Communities) とは、the Royal College of Psychiatrists' Research and Training Unit (CRTU) と Community Fund からの財政援助を得た前出の ATC によって 2002 年に始められた、TC サービスの標準化と質の向上を目的としたネットワーク・プロジェクトである。異なる実践フィールドで展開する TC での経験を共有することで、それぞれのサービス事業者間の相互理解を深め、アイディアを分かち合い、さらに質を高める

ために具体的な行動計画に基づいて共同事業を行う。それは The Annual Cycle (年間行動計画) として、7つのチェックポイントを設定し、TC 実践を評価基準によって再検討 (standard-based review) するプロセスである。

Cycle の各ポイントは以下のとおりで、これらが循環的に1年かけて毎年展開される。このプロセスには援助職であるスタッフだけでなく、共同体に参加するメンバーや卒業した元利用者也可能な限り討議に参加すべきことが謳われている。

図1 C of C による年間行動プロジェクト



Appendix 1- The Annual Cycle : Service Standards for Therapeutic Communities 5th Edition, 2006

評価ツールとして重要となる Service Standards については、2006年時点ですでに第5版を重ねている。そこでは、Core Standards (中核となる基準) と5つの分野別の詳細な基準を明示している。

Core Standards (16項目; すべての共同体メンバーは…、「定期的にミーティングを持つか」「全員で食事を共にするか」「さまざまな種別の役割と程度の異なる責任を担うか」「新規の参加者(スタッフ)決定の過程に関与するか」「共同体は全参加者に理解される明確な境界・限界・基準を持つか」等)

- 1: Physical Environment (物理的環境: 7/個人空間: 4/ (環境への) 関与: 3、計14項目)
- 2: Staff (人員確保: 4/採用: 1/臨床的管理-Clinical Supervision: 3/実践への反映: 5/チームワーク: 4/訓練への援助: 6/援助理論: 5/経験的訓練: 3/訓練の質: 2、計33項目)

- 3: Joining and Leaving : 入退所 (情報提供: 6/受け入れ: 4/アセスメント: 4/退所過程: 5/事後の生活: 3、計22項目)
- 4: Therapeutic Environment (感受性: 1/開放度: 5/問い求めと反応-Culture of Enquiry: 3/運営の民主性: 5/境界意識: 2/ (治療的) 構造: 5/生活による学び: 7/TCプロセスの質: 3、計31項目)
- 5: External Relations (ネットワーク: 4/経営との疎通: 1/有効性: 5/研究参加: 4、計14項目)

このような明確な評価基準によってメンバーTC間相互に、また客観的にも評価可能となり、そこで発見された諸課題に対しては、上記のような自覚的な計画に基づき展開されるTCサービス向上への取り組みは、外部からの研究資金獲得も可能にしている。ATCに未加盟のまま各地に散在する近接領域のプログラムについても、このC of

Cの作業ネットワークをととして組織化していく可能性が生まれる。

(3) Ley Community, in Oxford

ATCの会員の中から、主に薬物依存者の回復援助を行うTCにおいてヒアリング調査を行い、その運営上に表れる Democratic TC としての特徴を検討した。

Oxfordの中心部からはやや離れた郊外に位置するLey Communityは、1960年代終盤に Littlemore Hospital内に設置されたThe Ley Clinicの一部として始まっているが、1971年にニューヨークのPhoenix Houseでの治療を卒業して帰国した回復者 McCabe, J. によって Synanon- Daytop- Phoenix Houseモデルが紹介されたことにより、それまでの形態を変えて Concept-Based program に再編されて医療機関から独立した院外TCとして成立した。依存者の治療に最適なのは医師や看護師ではなく回復者であるというイギリスTCの伝統的思想に基づいていたが、一方で当初より関心を寄せる法廷、精神医療、保護観察、社会福祉サービスの専門職や地元有力者らがボランティアで運営委員会を組織して援助し、特に財政面での責任を担保した。McCabe, J. 引退後、後継の所長も Ley Communityの卒業生である回復者 Donnelan, B. が、更には長年スタッフを勤めた Toon, P. らが就任し、高い回復率を維持したとされる。その結果、財団より多額の寄付金を受けて現地 Oxford 郊外の Sandy Croft に広大な土地を取得して移転し、メンバーの労働を中心に医に施設の整備を進めていく。1989年には、HIV/AIDSプログラムも別施設で開始する。1993年には、NHS systemの改正と地域ケア法 (Community Care Act) 成立により運営上大きな変更を余儀なくされるが、ロンドンの保護観察機関との間で保釈者の取り扱い協定も結ばれ、アセスメントのため4週間程度の対象者送致を法廷より受託することになった。

2001年までの間に Programme Stage は6段階に拡張し、特に Resettlement staff team が編成されて Ley Community を退所していく利用者への継続的サービスも行われるようになった。現在では回復者が大半を占める有給専任スタッフは9時から5時までの勤務であるが、別に配置される Care Worker が交代で夜間援助と宿直に対応している。

Ley Community は年齢18歳以上で、居住型プログラム未経験の薬物・アルコール依存者が対象となっている。その他の精神疾患を2年以内に発症していないこと、放火・性犯罪・児童に対する犯罪歴のないことが入所条件に示され、少数のスタッフの下で居住環境内のほとんどの仕事は利用者の協働によって維持されていた。訪問時は21歳から52歳までが在在し、男女比では男性のほうが多かった。28人と23人が居住する2棟のスタッフは各3人で、他に上記の Care Worker と呼ばれる回復者スタッフがいる。

TC内の案内を担当してくれた30代の男性入所者は、入寮して6ヶ月経過して第3段階の治療レベルにあったが、司法命令 (Court order: 最長40ヶ月間) による送致のため、週£421の入寮費に対する自己負担は免除されていた。Leyでの生活は入寮者間の関係強化と維持が重視され、安全が確保されたコミュニティ内での「失敗」は自分が選択した行動の結果として、懲罰の対象ではなく学習課題と理解される。この面で特に、回復者がスタッフの大半を占めている意味は大きいといえる。

プログラム段階は以下の6つに分けられ、以下のガイドラインに対し最長12ヶ月までの延長があり得る。入寮中の個人的な金銭使用は認められず、社会保障給付等の口座管理はスタッフが行う。

Stage 1: Safety Net (2 weeks)

Stage 2: Introduction (8 weeks)

Stage 3: The Work (22 weeks) → TC治療の中心段階

Stage 4: Moving on (8 weeks) → 以後の段階が広義の社会復帰段階

Stage 5: Re-entry (12 weeks) → この段階終了時にプログラム修了

Stage 6: Aftercare (12 weeks)

第5段階を修了後12か月後も薬物の再使用がなければ、正式の卒業式 (Graduation Ceremony) に招待され、そこで銀製の指輪が授与される。

プログラムの特徴としては、個人の感情の変化に焦点を当てた心理的介入を積極的に行うものが中心で、以下のような独自の概念が示されている。

- 1) The Feeling Wheel : 毎日の自己感情を外・中・内側3層からなる円周図に表示し、即時的なものからその根源にあるものまでを辿る。同時に共同生活する他者の感情に気付く。

2) The Community Wheel: The Word/ Phrase for the Day を書いて表示し、他者へ感情を Feedback する。

3) Stress and Lemming Concept: ストレス構造の学習。他者との交流の遮断状況に自暴自棄が加わって自己憐憫や合理化をとおして薬物使用につながり、さらに罪悪感から抜けられなくなる構造を図式化して理解する。

4) The Onion Concept: 外見がどのようにして本人の内面を防御しているか、自己理解を妨げているか。

これらのツールは、日常的な Peer Group Exercises and Therapeutic Activities の中では、主として専門心理職スタッフ以外の Senior (時間の経過した) Residents がファシリテータとなって運用されており、プログラムの中における自己の役割もまた治療の進展とともに変化していくことを体験するようになっていた。

なお、施設外部の 12 ステップグループ等との関わりは、Stage 4 以後にパート就労等のために外出することが認められた際に、自己の責任でそれらへの参加を選択した個人の例を除き、総じて一般的ではない、とのことで、Aftercare としても積極的な導入は図られていなかった。

We came here to free ourselves from our past
and to change the way we feel and think without drugs or drink.
To achieve our goals we must learn to see ourselves as others see us.
It is easier to change ourselves than it is to change the world.
So with trust honesty and respect,
we will not use our past as a sofa to lay back on.
But as a springboard to our future.
Alone we have a ray of hope.
Together we have sunshine.
For today is the first day of the rest of our lives.
What you see here
What you hear here
When you leave here
Carry it with you.

D. 考察

わが国における TC に求められる諸課題を検討する上で、今年度の調査をとおして以下の各点が明らかになった。

(1) わが国の回復援助施設をめぐる展開の客観的評価について

Ley Community は、これまで調査してきたアメリカ・ヨーロッパ・南米の TC と介入の具体的プログラム自体では共通する点も多いが、その反面よく整備された静寂な環境とともに、独自の歴史と社会システムとの関連の下に Democratic を本旨とする運営の特徴を示している。医療機関の中に TC プログラムが持ち込まれたことから発展し、医療職主導の伝統的施設治療に対して異を唱える運動が結果する独特の「平等性への希求」は、40 年近い歳月を経てここで回復して社会復帰した卒業生たちの指導と保護の下に、きわめて安定感の高い治療環境を実現し維持していることが理解できた。

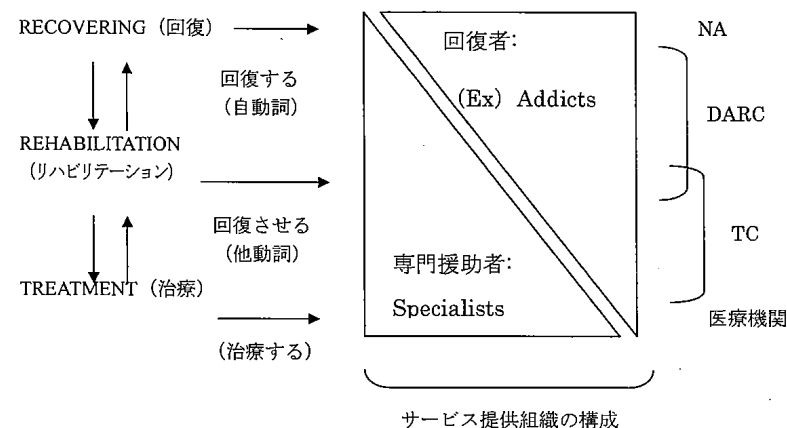
ATC に加盟し、DAYTOP 等の源流をもちつつも現在の WFTC とは独立して展開する Ley Community で日々暗誦されていた Philosophy は、形式もその表現も、たとえば直接的に "drugs or drink" と登場するように異なった印象を与える。それは他のやり方の否定というよりは、歴史的経過の中で選り取られた伝統に近いものとしてとらえるべきと考えられる。

これまでの世界各地で集めた情報によってみても、わが国の DARC に還元される回復援助の経過は独自のものであることがわかる。そのため、現状に直接接合すべき TC モデルを探することは困難な作業とならざるを得ない。

TC については、本稿中も「TC 治療」という表現を用いてきたことにあるように TC Treatment として今日的には理解される。それに対して、DARC が日本で行ってきたことは薬物依存の「治療」ではなく、回復を目指した場、あるいは環境の提供と維持であった。その名のとおり DARC は 1980 年代半ば以降「リハビリテーション・センター」を自認して始められ、治療施設として運営されたことも自らそれを標榜したこともなかった。そのような施設で「援助」というより回復を望むアディ

クトの「サポート」を担うのは当然に回復を体験したアディクトがふさわしく、ごく自然にそのような体制が維持・継承されて現在に至っている。この 20 年間に变化したことは、このプログラムを体験して回復していった人々が増加し、代替となる社会施設の不備が改善しないことによって、全国各地で同種の場、環境が求められ、現状で 40 か所以上にも拡大してきたことである。しかし、そのことをもって DARC の機能が拡大したり変化したりと評価することは適切ではない。

図 2 「回復」と「治療」のキーワードと機関の位置づけ (模式図: 宮永, 2006)



上記の図は、自助組織である AA/NA と医療機関との間に位置される領域に TC と DARC を模式的に位置づけようとしたものである。これまで説明したように、TC は社会的に社会的な側面を含む広義の Treatment をその役割として引き受けて発展してきたと理解できる。対して DARC は、回復者の体験を基礎にその道筋をスタッフが「仲間」として同行すること、そしてそのプロセスは同時に援助者役割を担う同じ依存者 (Addict) であるスタッフ自身の回復の維持にも役立ってきた事実が知られ、DARC 独自の価値として理解されている。

実際のサービス提供組織の構成もどちらに属するものが中心を占めるべきか、ということに関わらず、それぞれの異なる性質と限界、メリットと

デメリットもここでは明らかになっている。専門職が中心となって構成される TC は論理的には考えられるが、DARC の場合それは成立し得ず、その時点で DARC ではなくなってしまうことすら意味する。

たとえば、重い慢性精神疾患と薬物乱用問題を併せ持っている対象者には、どのような種別の治療施設が対応することが合理的か、という問題について、上記の図上でそれはどこにプロットされるべきか。薬物使用を取り除いた生活の中に残存する後遺障害や、処方による症状のコントロールに関わる問題へのケアは、本来的に DARC などリハビリテーション施設に委ねられるべき範疇に属さないことは明白である。では、TC では対応可能か。それら事例に合理的に対応可能な TC のセ

ッティングについては、数多くの実践例をとおり、現在世界各地で共通する主要課題でもあったことは既に述べてきた。

DARC がわが国の社会で期待されてきた役割と、上記の整理に基いた本来的な機能とを細部にわたりつぎ合わせ、そのメリットをより活用していくためにも、協働する別カテゴリーの施設、たとえば TC が求められている理由が確認できよう。これまで述べてきたように、20 年に及ぶわが国社会での独自の経験を今後 TC の導入過程にどのように生かしていくことが可能なのか、今後の「TC 研究会」を初め薬物依存者処遇に関わる専門職にとっても、世界の TC による過去 40 年の歩み自体が既存システムに対してそうであったと同じく「チャレンジ（挑戦）」であることは間違いない。

(2) TC 導入をめぐる条件の整備

前項に報告したとおり、今日アジア諸国においても薬物乱用・依存者処遇の重要な役割を担うものとして TC は位置づけられ実践が重ねられている。WFTC の次回世界会議は、国際的なヘロインの生産、輸送そして治療の問題にも苦闘し、紆余曲折を重ねつつ中国の TC 治療におけるモデル地域となってきた南部・雲南省昆明（Kunming）市が会場となって、世界からの代表を迎える予定になっている。予定会期の 2008 年 9 月は、中国に TC モデル治療が開始されてちょうど 10 年の節目に当たる。

昆明にはかつて「戒毒所」とも呼ばれる政府運営の巨大な犯罪者矯正施設（Reform-through-labor camps）が多数集中していたが、そこでの治療成績は芳しくなく、退所者の多数が再犯者となって再収用される効率の悪さが問題視されていた。

1998 年 9 月に DAYTOP の援助を受けて DAYTOP China, Yunnan-Kunming が創設され、アメリカ型のプログラムが輸入された。この 8 年間に述べ 3,000 人（実数で 1,400 人）が入寮による治療を受け、外来・通所部門では 50,000 人以上がプログラムを利用した。その結果、再使用による再犯率で効果的な結果を示したことから、今日中国政府も 800 万人民币（100 万 USD）の資金補助をもって全国的な TC の導入促進を決定した、と WFTC 会議でも報告されていた。

また近年では、HIV 予防についても事業を展開し、Harm Reduction の取り組みも進めている。こ

れらの変化は 1998 年の DAYTOP プログラムの導入以降急速に起こってきたことであり、それまでの中国の薬物政策自体に大きなインパクトを与えてきた事実は、日本の関係者にもまず知られるべきと思われる。

中国の例と同様に、アメリカの TC プログラムを直接導入することがもっとも近道であるのか、そのことも含め、まずは TC 導入がもたらす施策全体に対するメリットを薬物乱用・依存問題に関わるすべての関係者が共有することから始められなければならない。以下に示したとおり DAYTOP China では、WFTC に集結する世界各地の TC が共通に掲げる英語の Philosophy をそのまま中国語訳して指針としている。

DAYTOP Philosophy : 「戴托普信条（中文）」

我来到这里，是因为我失去了最后的避护地，失去了做人的尊严，我不敢面对自己，不敢正视现实，我内心忍受着巨大的痛苦而无人可以倾诉，我正在堕落。除非有一天，我能将自己内心的痛苦和秘密告诉别人，并忍受由此带来的伤痛，否则，我的心灵没有寄托，也没有安全感，害怕被别人知道，又对自己和他人缺乏了解，我则会永远生活在孤独中。

除了这里之外，我还能在哪里找到这样一个环境，它像一面镜子，让我能清楚地看清自己的真实面目，既不是自己想象中的巨人，也不是心怀恐惧的懦夫，而是作为一个个人，全体成员中的一员，为着共同的目的，与大家分享着痛苦和欢乐，在这个环境里，我们能生根，并且成长，再不会像过去一样的孤独，而是一个为自己和为别人活着的有意义的人。

本研究を一つの契機として、本来既存システムに向けられた運動概念である TC=治療共同体をめぐる議論が進み、新たな関連政策形成を進めるための本格的な「運動」が求められている。

E. 今後の研究課題

平成 17・18 年度は、TC に関するこれまでの分担研究を今一度整理し、わが国の社会状況に適合する TC の諸条件を考察する準備を継続した。今年度より定期的に開催してきた「TC 研究会」での議論を今後も継続拡大し、次年度以降もより効果的に関係各機関に向けて情報発信し、運動となるよう喚起していく必要がある。その過程で日本

型 TC の原型（プロトタイプ）のイメージがより多くの関係者と共有できるかが、実際にどの時点で TC を始められるかの鍵ともなる。

また、自らの文化的・社会的状況に合わせた TC を標榜する際に、欧米型 TC からは見えにくいアジア型の共同体イメージを検証する資料も必要となることが予想されるため、これまでに調査できなかったアジア諸国で先行する共同体運営について実地調査することは重要である。合わせて今年度のイギリス調査によって概要を把握した Democratic Model による TC 実践について、その他の地域でも可能なシステムであるのか、順次別の地域でも追加調査し、オルタナティブとしての情報を収集して、随時「TC 研究会」等で資料提示していきたい。

既に TC プログラムを導入した各国の社会状況分析も、今後より深められなければならない。薬物乱用・依存対策の位置づけを近接する他の援助課題の展開と照合しつつ政策分析することも、わが国のシステムを構想する際に不可欠の資料となろう。これまでアディクションを巡る暴力問題の取り扱いや虐待問題対策については意識的に関連づけて検討されてきたともいえるが、たとえばホームレス対策はどのように進められてきたか、そのことが薬物・アルコール依存者の回復援助とどのように関与してきたのか、という課題はここ 20 年間あまりのそれぞれの対策の評価の上で、今後さらに意識される必要があると考えられた。ホームレス者を処遇することを担われた NPO 等の団体が、少なからず回復プログラムを必要とするアディクトに会って来たことは世界各地の例でも疑いようがなく、ホームレス対策を薬物乱用・依存者対策の特に導入段階にどのように連動させるかは、公費運営を避けられないこれら領域におけるソーシャルコスト対策面からも重要課題とされるべきである。

合わせて、今年度末には DAYTOP International Inc. より TC に関する教育訓練担当者を招聘し、東京及び大阪でワークショップを開催する予定で現在準備中である。次年度はそこに参加したより多くの関心ある専門職をきっかけに、TC 概念とそのメリットに関する理解の普及拡大を実効が期待できる「運動」の段階にまで高める努力を研究者としての課題としたい。

F. 結語

今年度の本分担研究による検討結果については、以下のとおりにまとめられる。

1. WFTC 第 23 回世界会議で研究討議されたトピックスを整理すると、現状の TC 治療における共通課題は、以下の各点にまとめられる。
 - (1) 家族への治療的介入
 - (2) 再発予防プログラム
 - (3) 少数派集団への介入戦略（修正型 TC モデル）
 - (4) 職業訓練教育プログラム
 - (5) ホームレス者 / HIV（+）依存者への早期介入
 - (6) 精神疾患・障害との重複例（Co-Occurring / Dual Diagnosis）
 - (7) 女性犯罪者への司法との共同介入
 - (8) PTSD 被害者の再犠牲化予防
 - (9) Harm Reduction プログラムへのスタンスと協働
 - (10) 高齢または若年依存者に特化したプログラム
 - (11) ヘルスケア・システムと TC のバランス
 - (12) NPO/NGO としての TC 運営における財源の確保

2. 薬物乱用・依存者治療の主流である伝統的 TC モデルに対して、別の流れを持つ Democratic（民主的）モデルとは、以下のような特徴とメリットが挙げられる。
 - (1) 医療機関に内在していた専門職支配の構造的環境の見直しに原点を持つ精神保健運動としての TC
 - (2) アディクション治療はその対象領域の一部を構成
 - (3) 入寮者自身が経験的に操作し治療に役立て得る心理介入技法の開発
 - (4) 異なっているカテゴリー化された処遇課題群と共通の運営・評価指針
 - (5) サービスの質確保のための具体的なネットワーク
 - (6) Co-occurring / Dual Diagnosis（精神疾患重複例）処遇における一貫性と平易なアクセス確保

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- (1) 宮永 耕: 薬物依存者回復支援の現状と展望.
第 14 回日本精神科救急学会総会. 公開プレ・セ
ミナー (OP-3). 広島市. 2006.10.17

<参考文献>

- 1) De Leon, G.: The Therapeutic Community:
Theory, Model, and Method, Springer Publishing
Company, Inc., 2000
- 2) Paradigms: Past, Present and Future, Proceedings
of the Therapeutic Communities of America 1992
Planning Conference, 1994
- 3) Inaba, D. S. and Cohen W. E.: Uppers, Downers,
All Arounders - Physical and Mental Effects of
Psychoactive Drugs (5th Edition), CNS
Publications, Inc., 2004
- 4) White, W. L.: Slaying the Dragon: The History of
Addiction Treatment and Recovery in America,
Lighthouse Training Inst., 1998
- 5) Yablonsky, L.: The Therapeutic Community, A
successful Approach for Treating Substance
Abusers, Gardner Press, Inc., 1989
- 6) Service Standards for Therapeutic Communities
5th Edition, Community of Communities, the
Royal Collage of Psychiatrists' Research and
Training Unit (CRTU) / ATC (Association of
Therapeutic Communities)
- 7) NPO ジャパンマック (J-MAC): 治療からト
ータルサポートへの展望 - アメリカの治療
共同体ドンファームと日本のリハビリ施設の
現状 -、「アディクションリカバリーカウン
セラーワークショップ」報告書)、社会福祉・
医療事業団 (長寿社会福祉基金) 助成事業、
2003.3
- 8) 小池隆生:『現代アメリカにおけるホームレ
ス対策の成立と展開』、専修大学出版局、2006.3
- 9) 和田清: 薬物乱用・依存の現状と鍵概念、「こ
ころの科学 Vol.111 特別企画 薬物乱用・依
存」、日本評論社、2003.9、14-21
- 10) 宮永耕: 薬物依存からの回復 DARC につ
いて、「こころの科学 Vol.111 特別企画 薬
物乱用・依存」、日本評論社、2003.9、79-85
- 11) 宮永耕:「物質依存者のための治療共同体 -
アメリカモデルについて-」、精神科治療学
第 19 巻第 12 号 特集-物質依存症の現状と治
療-II、星和書店、2004.12、1411-1418
- 12) 宮永耕:「治療共同体」に関する研究 (1)、
薬物依存者を対象とした治療共同体の概念と
展開、アメリカ合衆国中部における実地調査
を通して、平成 15 年度厚生労働科学研究費補
助金 (医薬安全総合研究事業) 研究報告書「薬
物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に
関する研究」(主任研究者: 和田清)、2004.3、
165-186
- 13) 宮永耕:「治療共同体」に関する研究 (2)、
薬物依存者を対象とした治療共同体の実践状
況、南北アメリカ、欧州諸国における実地調
査を通して、平成 16 年度厚生労働科学研究費
補助金 (医薬品・医療機器等レギュラトリーサ
イエンス総合研究事業) 研究報告書「薬物乱
用・依存の実態とその社会的影響・対策に
関する研究」(主任研究者: 和田清)、2005.3、
223-274
- 14) 宮永耕: わが国における「治療共同体」導
入の可能性に関する研究 (1)、平成 17 年度厚
生労働科学研究費補助金 (医薬品・医療機器等
レギュラトリーサイエンス総合研究事業) 研
究報告書「薬物乱用・依存等の実態把握と乱
用・依存者に対する対応策に関する研究」(主
任研究者: 和田清)、2006.3、163-170

2006/04/08 TKP 四谷会議場

第 2 回 TC 研究会

参加者: 宮永、梅野、桑山、堀口、今村、栗坪、松本、嶋根、和田、池田、原田、尾崎、近藤 (敬称略)

15:15 開会

15:15 会の目的の再確認と今年度の計画についての話し合い

● 目的

- ① 欧米の治療共同体の実際について学ぶ
- ② 治療共同体の日本への導入の可能性について幅広い見地から検討する

● 今年度の計画

- 参加者はそれぞれ TC のどんなことを深めたいか考えてくる (次回以降)
- ・ めばさん、タケシさんなど当事者の方にお越しいただいて意見交換できるようにしたい (8 月以降で日程調整)
- ・ 日本語訳が必要な資料の翻訳を今後どのようにしていくか (次回以降)

15:30 最近の薬物依存症領域の動向について (宮永先生、和田先生)

15:55 講義:「プロジェクト・オンブレでメンバーの回復を評価するために用いているモジュールの紹介」(講師: 宮永)

資料 2

16:55 今後の内容・日程・会場等について

- 日程は偶数月の第 1 土曜日 (午後 3-5 時)
- 次回会場は順天堂大学を検討 (嶋根さんより近藤に後日連絡)
- 次回内容は、AADAP のプログラム紹介 (講師: 堀口先生)

17:25 閉会

2006/08/05 順天堂大学本郷キャンパス 10 号館 1021 室

第 4 回 TC 研究会

参加者: 宮永、堀口、今村、栗坪、松本、池田、染田、林、吉澤、森田、近藤 (敬称略)

- 15:00 開会
講師紹介（京都ダルク施設長 加藤武士氏）
- 15:10 加藤武士氏による講義
- 関東とは違った形でこれまで発展してきた大阪、京都の薬物依存症者に対する地域支援について
 - 本人の援助を行うダルクと家族支援などその他の役割を担うフリーダムの分化の経緯
 - 子どもをもつ依存症者への支援など世代連鎖の予防、高齢依存症者対策、スタッフの底上げなど、今後の課題について
- 16:10 参加メンバー自己紹介
- 16:30 質疑応答
※ 本研究会の主旨である、治療共同体を含めた新しい治療概念の導入については、「自分たちは当事者として経験を生かして出来ることをやってきたけれど、将来的に選択肢が増えることは喜ばしいことである。そのような流れがあれば、当事者として協働体制をとれるよう努力したい。」とのご意見であった。
- 17:15 次回の案内（倉田めば氏を外部講師に招き、今回に引き続いて関西方面の活動に学ぶ）
- 17:20 閉会

2006/10/07 順天堂大学本郷キャンパス 10 号館 403 室

第 5 回 TC 研究会

参加者：宮永、和田、嶋根、桑山、五十嵐、津久江、尾崎、白川、尾田、堀口、今村、栗坪、松本、池田、染田、吉澤、森田、近藤（敬称略）

- 15:05 開会 講師紹介（フリーダム、大阪ダルク代表 倉田めば氏）
- 15:10 倉田めば氏による講義
- 一定の管理下のもとにおかれる施設での生活の後に、真の回復ともいえる自主性と個性の育成をはかることの重要性について。
 - 施設外にスポンサーをもつことの有用性について。また、スポンサーシップを積極的にとる自助グループの努力について。
 - 女性や性的マイノリティへの支援、兄弟姉妹への支援、様々な家族への対応など多様な支援が必要であること。
 - ワーカーなど専門家との緊密な連携の重要性について。
- 16:14 参加メンバー自己紹介
- 16:30 質疑応答

- 大阪ダルクもそれぞれ規則があるが、個別対応が必要になるケースが多く、臨機応変な対応をとっている。
 - 刑務所からダルクへの連携について、刑務所内へのメッセージの反響がみられていることなど良い点もあるけれど、まだまだ改善点がある。
 - 家族への働きかけも大切であり、身元引受人に対する施設からのメッセージ活動なども試行されている。
 - ゲイコミュニティにおける薬物問題について。かなり重症になってからつながるケースが多い、歴史も浅いのでグループも難しいなど問題点が多い。
 - 加害者と被害者の両視点を盛り込んだ治療の難しさと、女性スタッフが参加することの意義について。
 - 施設移動が難しいなど自立支援法の問題点について。
 - パワーへの志向性を利用した共同体の維持と、パワーからおりるとい回復の方向性は両立しうるかどうかなという問いは、責任や権利の解釈をどう行うかという問題を含んでおり、広義の意味で理解すれば両者は矛盾するものではない。
- 17:25 次回の案内（栗坪氏と白川氏に、米国の治療共同体視察で得られた事柄の報告をいただく予定）
- 17:30 閉会

2006/12/02 順天堂大学本郷キャンパス 10 号館 603 室

第 6 回 TC 研究会

参加者：宮永、和田、嶋根、五十嵐、富永、尾崎、白川、尾田、堀口、今村、栗坪、松本、近藤（敬称略）

- 15:07 開会
今日の講義内容について→WFTC 世界会議の参加経験により得たもの（講師：宮永、白川、栗坪）
- 15:12 ビデオ鑑賞→薬物依存症治療施設の広報ビデオ（オガレスクラレ制作）
- 15:40 2006 年の WFTC の概要（講師：宮永）
- 現在の主なテーマは、時代に合わせて TC がどう変化していくべきか、家族介入、重複障害、職業訓練、マイノリティなどにある。
- 16:08 WFTC に参加しての感想（講師：白川）
- 1 2 ステップ以外の回復のための方法論が多数存在する欧米とほぼ 1 2 ステップのみの日本との相違を改めて感じた。
 - 1 2 ステップ以外の方法論、重複障害をもつ依存症者の回復（方法論及び医療との連携）などに対して強い関心をもった。
 - ヒエラルキーや職業訓練に関しては、ダルクは不十分である。
- 16:31 WFTC に参加しての感想（講師：栗坪）
- TC をどのように理解すればいいか考えさせられた。治療の専門家が様々なプログラムを提供していく場であるという印象をもった。
 - ヒエラルキー、グループワーク、職業訓練等、自施設でも努力をしているが、欧米は

より専門性が高く、規模も大きい。リカバードの限界を感じた。

- 様々な点で先を行く欧米と現在の日本の差を感じたが、かといって、欧米の方法論をそのまま持ち込むことは無理があると思う。類似した文化社会的背景をもつ国の方法論について学びたい。

16:37 自由討論

17:12 連絡事項

17:25 次回予告→AJ 氏 (DAYTOP VILLAGE) を招聘し、東京 (2日) および関西 (1日) でワークショップを行う予定。

17:30 閉会

民間薬物依存症治療施設 Asian American Drug Abuse Program (AADAP) における薬物依存症治療

＝ アジア特有の文化的背景を考慮に入れた治療論を学ぶ ＝

我が国の薬物乱用・依存症の問題は、緊急に取り組むべき重要な社会問題のひとつですが、その治療と支援体制の整備は十分とはいえない状況です。特に地域における回復の場が少なく、現在は、自らも薬物依存症の経験をもつリカバリング・スタッフが主力を担う民間の薬物依存症リハビリテーション施設がその役割の多くを担っていますが、薬物乱用・依存者の多様化・若年化という現状を踏まえ、今後は多様なニーズに対応できるよう選択肢の幅を広げていくことが望まれます。その可能性のひとつとして、欧米の治療共同体 (Therapeutic Community) の導入が考えられますが、欧米と日本では、文化の違いが大きく、依存症治療の方法論を語る際にもその差異を無視することはできません。そこで、アジア系の文化背景をその治療論の中に積極的に取り入れたプログラムを提供している治療共同体の治療方法をご紹介します。

米国カリフォルニア州ロサンゼルスにある民間薬物依存症治療施設 Asian American Drug Abuse Program (AADAP) は、アメリカにおけるアジア系アメリカ人の薬物依存症治療のための、アジア系特有の文化を考慮に入れた全米で最初の治療施設として、1972年に設立された非営利団体です。

様々な人種と文化が共存しているアメリカ社会ですが、薬物依存治療は主に白人男性を対象とした取り組みがなされ、発展したという歴史があります。けれどもその過程で、そのようなプログラムに適合しにくい人種や民族の問題が浮き彫りになり、それぞれのもつ文化に矛盾しないプログラムの必要性が求められるようになりました。現在では多種多様のプログラムがアメリカ各地に展開されるようになっています。

今回の講演では、現在でも全米に二ヶ所しかない、アジア系文化に適合した施設のひとつである AADAP の設立の背景と、プログラム内容、そして薬物依存症の治療のみならず、予防教育から社会復帰のサポートに至るまでの幅広いアプローチをご紹介します。

依存症治療における文化的背景考慮の重要性、また、我が国における治療共同体の導入について考

える貴重な機会になるかと思しますので、日頃より依存症治療に関わっておられる医師・看護師・ソーシャルワーカー・心理士・当事者の方々、その他依存症からの回復に強い関心をお持ちの方は、是非ご参加くださいますようよろしくお願いいたします。

日 時：平成18年6月3日

〔15:00-17:00〕

場 所：順天堂大学本郷キャンパス 10号館1階入ってすぐ

〔講師略歴〕

堀口 忠利

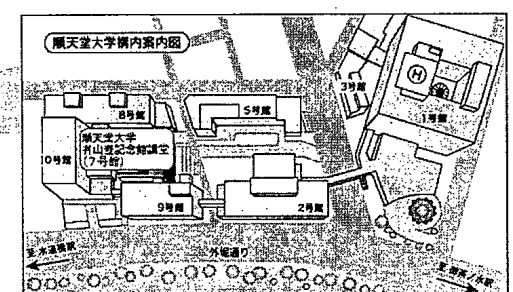
埼玉県生まれ。県立高校卒業後、渡米。カリフォルニア州立大学ノースリッジ校心理学部卒業。

1988年より、カリフォルニア州ロサンゼルス市の民間薬物依存者治療施設 Asian American Drug Abuse Program (AADAP) で依存症カウンセラーとして、個別カウンセリング、グループセラピー、家族カウンセリングおよびインターベンションを行う。ロサンゼルス郡認定ドラッグ・ダイバersionプログラム・インストラクター。連邦政府によるファンディングプログラムである妊娠前後の女性の為のデ・トリートメント・プログラムのデザイン、及び立ち上げに関わる。治療プログラムだけでなく、回復者が社会復帰するための包括的サービスのネットワーク作りも担当。

内観療法、森田療法、ゲシュタルトセラピー、箱庭療法を学び、文化的特色を踏まえた治療のスペシャリストとしてカリフォルニア州内の数々のアジア系社会福祉施設で研修や講演、および全米規模の複数の薬物依存関連会議で講演。

現在は、アルコール及び薬物依存症カウンセラー/コンサルタントとしてだけではなく、摂食障害等の周辺領域を含むアディクション・カウンセラーとして幅広い援助活動を行っている。

〔交通〕 JR または 丸の内線 お茶の水駅 から徒歩5分



問い合わせ先:

〒187-8502 東京都小平市小川東町4-1-1

国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部内

『治療共同体研究会 事務局』担当者: 近藤あゆみ

TEL: 042-341-2712 (内線6222)

FAX: 042-346-1954

E-mail: kondo@ncnp-k.go.jp

第7回 治療共同体研究会 公開講座

「治療共同体とは何か、その思想、構造、戦略と可能性」

我が国の薬物乱用・依存症の問題は、緊急に取り組むべき重要な社会問題のひとつですが、その治療と支援体制は十分とはいえない状況です。特に地域における回復の場が少なく、現在は、自らも薬物依存症の経験をもつリカバリング・スタッフが主力を担う民間の薬物依存症リハビリテーション施設がその役割の多くを担っていますが、今後はより多様なニーズに対応できるよう選択肢の幅を広げていくことが望まれており、その可能性のひとつとして、これまで長い経験と実績を重ねてきた欧米の治療共同体(Therapeutic Communities)から得られるものは非常に大きいと考えられます。

そこで今回は、アメリカで最も長い実践の歴史を持ち、現在も世界の主導的な役割を担っている治療共同体、DAYTOP International Inc. (デイトップ国際センター) の所長アロイシウス・ジョセフ氏をお招きし、治療共同体の歴史と到達点、アディクションと回復の考え方、治療の段階設定、環境と構造、アプローチ、スタッフの役割と機能、援助内容、さらにはTCの様々なバリエーションや治療の効果測定について講義をいただき、参加者の皆様からの質問にも回答してもらいます。また、今回は特にアジア型文化における家族・社会環境での実践の可能性を視野に入れた解説と事例紹介等も行われる予定です。

日頃より依存症治療に関わっておられる医師・看護師・ソーシャルワーカー・心理士・当事者(リカバリング・スタッフ)の方々はもちろんのこと、依存症からの回復に強い関心をお持ちの方はどなたでもご参加ください。

日 時: 平成19年3月24日(土)

[10:00-16:30] (9:30より受付開始)

場 所: 秋葉原ダイビル

5階カンファレンスフロア(5A会議室)

参加費: 無 料

HP: <http://www.akibahall.jp/>

※ この事業は、平成18年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)及び同推進事業の助成により行っています。

問い合わせ先:

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

国立精神・神経センター 精神保健研究所 薬物依存研究部内

『治療共同体研究会 事務局』担当者: 近藤あゆみ

TEL: 042-341-2712 (内線6222)

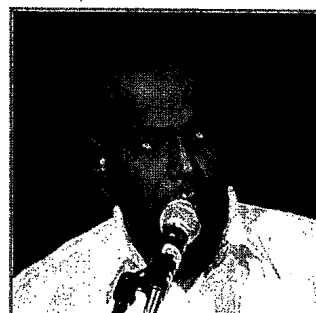
FAX: 042-346-1954

E-mail: kondo@ncnp.go.jp

【講師略歴】

1987年より、アメリカ・ニューヨーク市にあるDAYTOP International Inc. (デイトップ国際センター) のスタッフとして、世界各地特にアジア各国で治療共同体

(Therapeutic Communities)の実践普及に従事、1992年 Collage of Human Services においてプログラム運営(Program Administration)の修士学位取得後、1995年より同所のExecutive Director(所長)に就任、現在に至る。世界各国において薬物依存者の回復支援を行っている治療共同体及び政府機関の技術支援等に活躍中。1955年マレーシア生まれ、52歳。治療共同体未成立の日本に大いなる関心と使命を感じ、今回が初来日。

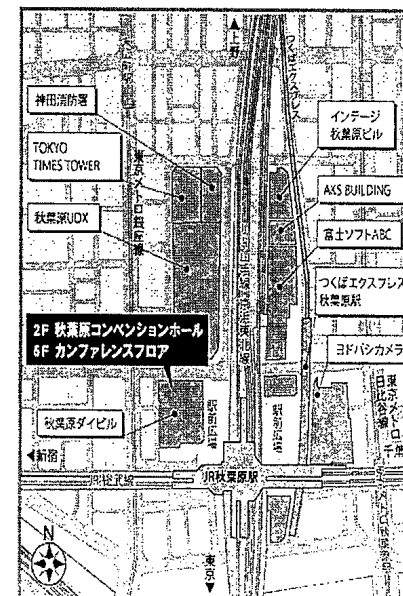


アロイシウス・ジョセフ氏
(Aloysius Joseph, M.Sc.)

【交通】

JR 秋葉原駅 から徒歩 1 分
東京メトロ銀座線 末広町駅から徒歩 3 分
東京メトロ日比谷線 秋葉原駅から徒歩 4 分
つくばエクスプレス 秋葉原駅から徒歩 3 分

周辺地図】



お車で来所される方へ:

秋葉原ダイビル、隣の秋葉原UDX等、
付近に駐車場がございますが、有料となりますので予めご了承ください。

分 担 研 究 報 告 書
(2-5)

薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究

分担研究者	松本俊彦	国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部
研究協力者	今村扶美	国立精神・神経センター武蔵病院
	梅野 充	東京都立松沢病院
	岡田幸之	国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部
	尾崎 茂	国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部
	小田晶彦	独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター
	上條敦史	公立大学法人横浜市立大学医学部精神医学教室
	柑本美和	城西大学現代政策学部
	小林桜児	神奈川県立精神医療センターせりがや病院
	津久江亮太郎	独立行政法人国立病院機構賀茂精神医療センター
	成瀬暢也	埼玉県立精神医療センター
	比江島誠人	独立行政法人国立病院機構琉球病院
	吉澤雅弘	国立精神・神経センター武蔵病院
	(50 音順)	

研究要旨 薬物関連精神障害の臨床では、様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法にもとづく届出義務、入院治療中の規制薬物の持ち込みや自己使用、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者の退院など、医療機関が対応策を考えるうえで、十分な法律の知識が求められる機会が多い。また薬物関連障害の治療では、他患者や医療スタッフに対する暴力行為などが問題となることが多いが、これに対する医療機関の対応を判断する際にも、法律に関する知識・理解が必要となる。しかしこうした法律に関する知識・理解は、医療従事者に広く知られているとはいいがたく、これが、一般精神科医療機関における薬物関連障害に対する抵抗感の一因となっているように思われる。本研究では、専門家会議、全国精神科医療機関調査、および法学者への意見聴取を通じて、薬物関連精神障害の治療過程における司法的問題を明らかにし、その対応指針を作成した。また、薬物関連精神障害の臨床では様々な場面で関わりを持つ警察官の職務に関してその根拠となる法令を整理し、医療従事者として警察官との適切な連携に寄与できる資料を作成した。

A. 研究の目的

薬物関連精神障害の臨床では、その様々な局面において司法的問題との関わりを避けることができない。医療機関受診以前の、警察官による保護、任意採尿、強制採尿はもとより、受診後には、麻薬及び向精神薬取締法（以下、麻向法）にもとづく届出義務、入院治療中の違法薬物の持ち込みや自己使用、通院治療過程における尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった者への対応など、医療者

に十分な薬事関連法に対する知識と理解が求められる場面が多い。そこには、犯罪を告発する義務と守秘義務を遵守して治療を提供する立場との相克があり、さらにいえば、同じ薬物関連精神障害でも、主に薬物中毒性精神病を非自発的入院で治療する場合と、薬物使用障害を自発的入院という形態で治療する場合とは、対応が異なる可能性もあろう。

また薬物関連精神障害の臨床では、医療者は患者からの暴力・脅迫などの触法行為に相当する場

面に曝されることも多く、このことが、一般精神科医療機関において薬物関連障害の患者が忌避される理由の一部となっているようにも思われる。医療者は、そのような事態への対応に際して、薬事関連法以外の法律についても理解しておく必要があるがこうした問題行動への対応を担保する法的問題については、これまであまり扱われてこなかった。

本研究では、このように薬物関連精神障害の臨床で想定される、様々な場面における司法的問題を明らかにし、現状の法制度における薬物関連精神障害臨床の司法的対応指針を作成することを目的としており、最終的にはその研究成果が、一般の精神科医療従事者が抱える、薬物関連精神障害に対する抵抗感を多少とも減じることに寄与することを期待している。

さて、昨年度我々は、専門家会議において、薬物関連精神障害の臨床においてしばしば遭遇する司法的問題を抽出し、最大公約数的なコンセンサスを得るとともに、これらの見解について法学者に意見を求めた。そのうえで、抽出された問題に関して、全国の精神科医療機関を対象として実態調査をするために、アンケートを作成した。今年度は実際にアンケート調査を実施し、その結果を専門家会議の知見と比較・検討を通じて、現行法制度における薬物関連精神障害臨床の司法的対応指針を作成することを目的とした。

さらに今年度における我々の研究のもう1つの目的は、薬物関連精神障害の臨床では様々な場面で関わりを持つこととなる警察官の職務に関して、その根拠となる法令を整理することである。なかでも臨床において最も多く遭遇する薬物関連精神障害患者を保護する場面に関して、精神科医療従事者が警察官の職務とその限界を理解しておくことは重要である。こうした点について十分な知識と理解を持つことは、医療サービスの提供者として警察官との適切な連携に寄与するものと期待される。

B. 研究方法

今年度、我々の分担研究は二つの異なる方法論によって行われた。

1. 研究 (1) の方法

昨年度、我々はわが国の薬物依存症臨床を代表する専門家として、公的な薬物依存症専門医療機関の医師を招聘し、専門家会議を開催した。その会議では、わが国の薬物関連精神障害の臨床において問題となることが多い司法的問題と対応のあり方について整理を行うとともに、それらの知見に関して法学者による立場からの意見を得た。さらに、その整理にもとづいて、全国調査に用いるアンケートを作成した。

アンケートの送付先は、平成 16 年度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究（主任研究者 和田 清）」における研究協力者尾崎 茂の分担研究「全国精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」のなかで、全国 1,658 施設のうちアンケートの回答が得られた 75 施設とした。アンケートを送付した 75 医療機関の内訳は、民間 45 (60.0%)、国立・独立行政法人国立病院機構 14 (18.7%)、都道府県立 7 (9.3%)、市町村立 2 (2.7%) であった。送付されたアンケートは、各医療機関の代表者 1 名によって記入していただき、分担研究者のもとに返送することとした。

返送された結果は集計され、昨年度の研究成果である専門家会議における最大公約数的なコンセンサスと法学者の意見との比較・検討を行った。

2. 研究 (2) の方法

刑法学を専門とする研究協力者（城西大学 柑本美和）に、警察官が薬物関連精神障害者の保護、ならびに強制採尿施行に際して、警察官の行動の根拠となる法令を整理してもらった。

C. 結果

1. 研究 (1) の結果

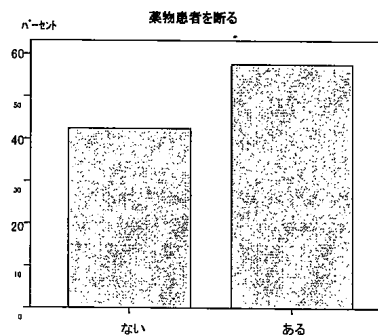
アンケートを送付した 75 施設の精神科医療機関のうち、34 施設からアンケートの返送があった（回収率 45.3%）。この 34 施設の内訳は、民間 19 (55.9%)、国立・独立行政法人国立病院機構 4 (11.8%)、都道府県立 6 (17.6%)、市町村立 0 (0%) であった。

以下に、アンケートの結果を質問項目ごとに提示したい。

① 全施設に対する質問

他施設から薬物関連障害患者の通院もしくは入院治療を、空床がないという病棟運用の問題以外の理由から断ることはあるか。

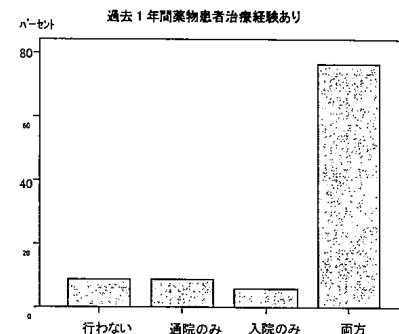
42.4%の施設が、「断ることがある」と答えていた。断った理由としては、「治療設備・治療プログラム・治療技術がない・マンパワー不足」といった人的資源および専門的治療体制の不備、ならびに、「患者本人に断薬の意思がない、治療の意欲がない場合」「施設における規則遵守に同意が得られない、尿検査の同意が得られない場合」などの治療契約上の問題を挙げる施設が多かった。ごく一部で、「ただちに急性期症状があるうちが依存症治療のゴールデンタイムであり、ただちに DARC につなげたいから」、あるいは、「薬物関連精神障害患者はトラブルを起こす人が多いから」という理由が認められた。



② 薬物関連障害の通院治療に関する質問

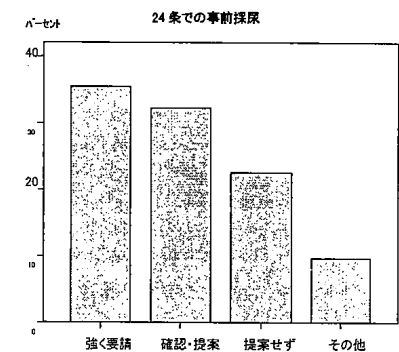
昨年度 1 年間、薬物関連障害（急性薬物中毒性精神病、慢性薬物中毒性精神病、薬物使用障害など）の患者に対して、「通院」もしくは「入院」治療を行ったか。

「行わない」8.8%、「通院のみ行った」8.8%、「入院のみ行った」5.9%、「入院・通院いずれも行った」76.5%であり、回答した施設のほとんどに（34 施設中 31 施設）、何らかの薬物関連精神障害の治療経験があると考えられた。



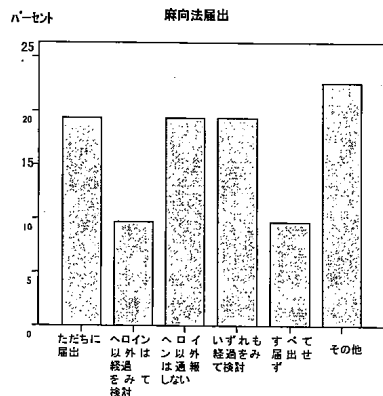
以下は、「通院もしくは入院治療を行った」と回答した 31 施設を対象とした質問である。

24 条通報もしくは警察官の依頼によって薬物関連障害患者の診察をする場合、事前採尿による覚せい剤検査についてどのような対応をとることを原則としているか。



「警察に事前採尿の実施を強く要請する」が 35.5%、「事前採尿実施の確認・提案はするが、実施については警察官にゆだねる」が 32.3%、「事前採尿実施に関する提案はしない」が 22.6%、「その他」が 9.7%であった。事前採尿に対する考え方は施設ごとに様々であるものの、多くの施設でその要請もしくは提案・確認を行う傾向が認められた。

DSM-IVにおける「乱用」もしくは「依存」の基準を満たす、麻薬および向精神薬取締法による届け出対象薬物（ヘロイン、LSD、MDMA、コカイン、大麻など）の乱用者への対応は？



「ただちに都道府県薬務課に届け出をする」が19.4%、「ヘロインなどの狭義の麻薬に関してはただちに届け出を行うが、他の薬物については治療経過をみてから届け出の是非を検討する」が9.7%、「ヘロインなどの狭義の麻薬に関してはただちに届け出を行うが、他の薬物については原則として通報しない」が19.4%、「いずれの対象薬物に関しても、治療経過をみてから届け出の是非を検討する」が19.4%、「原則としていっさい通報しない」が9.7%、「その他」が22.6%であった。

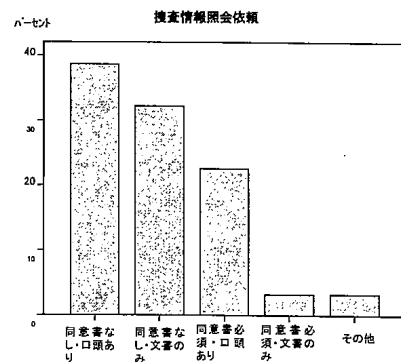
麻薬法届け出に関しても、施設ごとにその考え方が異なっており、ヘロインのような狭義の麻薬とMDMAや大麻とは対応を変えている施設、あるいは、治療経過によって個別に対応している施設が目立った。また、全く通報しないと回答した施設では、その「麻薬中毒の基準が明らかではない」という理由が付記されているものが複数認められた。

通院・入院中の薬物関連障害患者に関する、警察から捜査情報照会依頼への対応は？

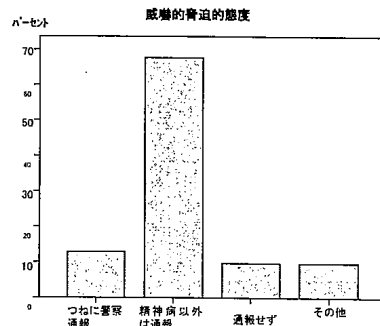
「患者本人の同意書がなくとも回答し、緊急性が高ければ口頭でも行う」が38.7%、「患者本人の

同意書がなくとも回答し、つねに文書で回答する」が32.3%、「患者本人の同意書があることが必須であり、緊急性が高ければ口頭でも行う」が22.6%、「患者本人の同意書があることが必須であり、つねに文書で回答する」が3.2%、「その他」が3.2%であった。

口頭回答を認めるか否かにかかわらず、71%の施設が、警察からの捜査情報照会には、患者本人の同意がなくとも回答していた。



外来における薬物関連障害患者の医療スタッフに対する威嚇的・脅迫的な態度への対応は？



「社会内で行われれば通報に相当する行為であれば、つねに警察に通報する」が12.9%、「社会内で行われれば通報に相当する行為であり、かつ精

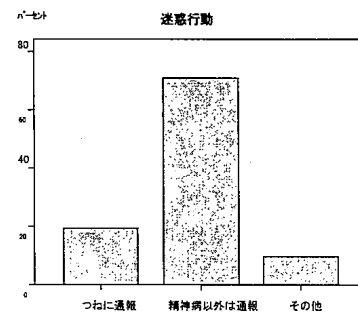
神病症状の影響によらない行動であると判断した場合には警察に通報する」が67.7%、「原則として警察には通報しない」および「その他」が6.7%であった。

精神病症状の影響の有無に関する判断は別によれば、8割あまりの施設は、社会内で行われれば通報に相当する行為であれば、警察への通報をすべきであると考えていた。

通院する薬物関連障害患者の、院内における迷惑行動（院内に居座って帰らない、夜間敷地内侵入など）への対応は？

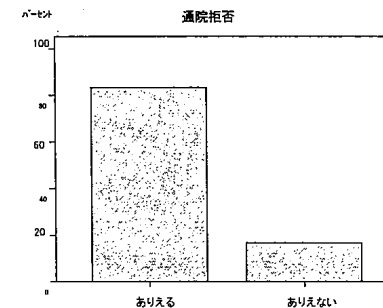
「社会内で行われれば通報に相当する行為であると判断した場合には、つねに警察に通報する」が19.4%、「社会内で行われれば通報に相当する行為であり、かつ精神病症状の影響によらない行動であると判断した場合は警察に通報する」が71.0%、「原則として警察には通報しない」が0%、「その他」が9.7%であった。

ここでも前項と同様に、精神病症状の影響の有無に関する判断は別によれば、9割あまりの施設は、社会内で行われれば通報に相当する行為であれば、警察への通報をすべきであると考えていた。



問題行動・迷惑行動をくりかえす薬物関連障害患者に対する通院拒否について

「ありえる」という施設が83.3%、「ありえない」という施設が16.7%であり、大多数の施設が、一定の条件を満たせば、通院治療を拒むこともあり



うと考えていた。

「ありえる」という施設が83.3%、「ありえない」という施設が16.7%であり、大多数の施設が、一定の条件を満たせば、通院治療を拒むこともありうると考えていた。

「ありえる」と答えた理由については、複数以上の施設で、以下のようなものがあげられていた。

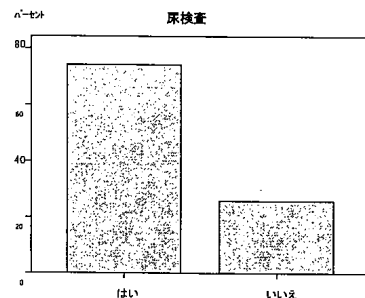
- ・ 問題行動、迷惑行動をくりかえし、治療関係が成立しないと判断した場合
- ・ 治療意欲がない場合、他人に著しい迷惑をかけ続ける場合
- ・ 他患者や職員に対する威嚇的・強迫的言動、粗暴行為が見られる場合
- ・ 治療方針に従わない場合
- ・ 薬物の持ち込みがあった場合
- ・ 他患者に薬物を譲渡するなど、他患者への悪影響が見られる場合
- ・ 病院の診療・業務妨害にあたる迷惑行動が見られる場合

また、1つの施設であげられていた理由としては、以下のものがあつた。

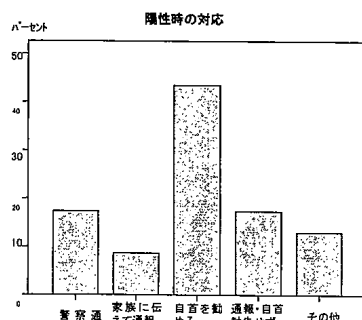
- ・ 自施設の治療能力を超えており、より専門的な診療が必要であると考えられた場合
- ・ 入院費の滞納、ならびに返済の意志がない場合

通院する薬物関連障害患者に対する尿覚せい剤反応検査の実施について

「はい」と答えた施設が74.2%、「いいえ」と答えた施設が25.8%であり、多くの施設が、外来通院患者に対する尿検査による覚せい剤反応を実施していた。

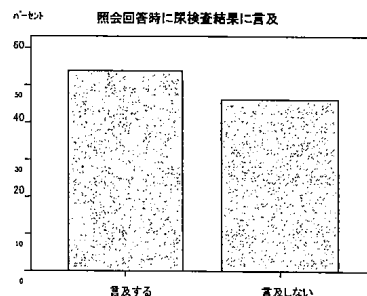


尿検査において覚せい剤反応が「陽性」と出た場合の対応は？



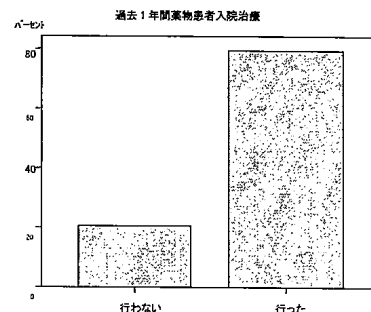
「警察に通報する」が17.4%、「家族などに伝えて通報を依頼する」が8.7%、「本人に自首を勧める」が43.5%、「通報や自首の勧告などはしない」が17.4%、「その他」が13.0%であり、7割程度の施設が、司法的対応をとる、もしくは提案するべきと考えていた。

また、「本人に自首を勧める」「通報や自首の勧告などはしない」と答えた施設のうち、53.8%が、警察からの捜査情報照会依頼に際しては、「覚せい剤反応陽性という尿検査結果に言及する」と答えていた。



③ 薬物関連障害の入院治療に関する質問

昨年度1年間に、薬物関連障害（急性薬物中毒性精神病、慢性薬物中毒性精神病、薬物使用障害など）の患者に対する入院治療を行ったか。



「行った」と答えた施設が79.4%であり、34施設中27施設が薬物関連障害の入院治療を経験していた。

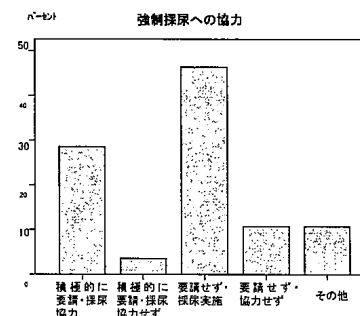
以下は、「薬物関連障害の入院治療を行った」と答えた27施設に対する質問である。

警察から依頼される、薬物関連障害患者に対する「強制採尿への協力要請」について。

「積極的に強制採尿を要請し、採尿処置についても協力する」が28.6%、「積極的に強制採尿を要

請するが、採尿処置については自施設では協力しない」が3.6%、「強制採尿を要請することはないが、令状があれば採尿処置についても協力する」が46.4%、「強制採尿を要請せず、令状があっても採尿処置についても自施設では協力しない」が10.7%、「その他」が10.7%であった。

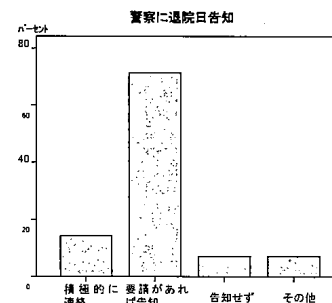
強制採尿を積極的に要請する施設が約3割であるのに対し、半数近くの施設は、法的な手続きをふまえた警察からの要請に応えるという、いわば受動的な形で強制採尿に協力すべきと考えていた。



入院前の尿検査における覚せい剤反応陽性患者の退院日を、警察に教えるか否か。

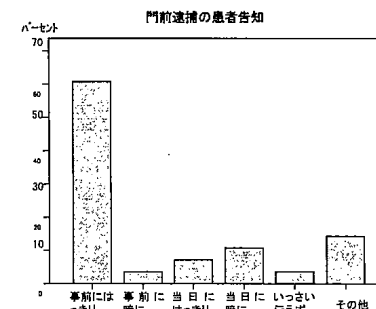
「積極的に警察に連絡して退院日を教える」が14.3%、「警察から要請があれば教える」が71.4%、「警察から要請があっても教えない」および「その他」が各7.1%であった。

多くの施設は、自施設から教えることはないが、



警察からの要請があればそれに協力すると考えていた。

入院前の尿検査における覚せい剤反応陽性患者に対して、退院直後の、いわゆる「門前逮捕」の可能性を伝えるか否か。



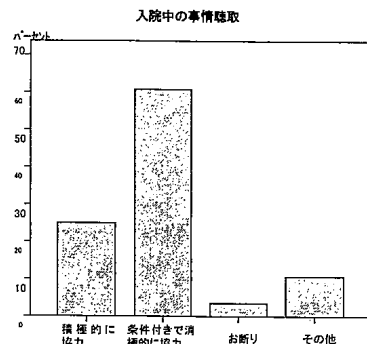
「事前にはっきりと伝える」が60.7%、「事前には暗に伝える」が3.6%、「退院日当日にはっきりと伝える」が7.1%、「退院日当日に暗に伝える」が10.7%、「いっさい伝えない」が3.6%、「その他」が14.3%であった。

6割あまりの施設が、いわゆる「門前逮捕」の可能性を事前に明確に患者本人に伝えるべきと考えていた。

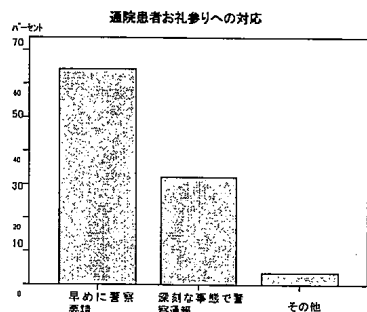
入院中の薬物関連障害患者の、薬物関連犯罪以外の事件に関する、警察からの事情聴取依頼への対応について。

「積極的に協力する」が25.0%、「いくつかの条件つきで（例：病棟内ではなく、外来エリアで実施、短時間のみ実施、病状安定後に実施など）、協力する」が60.7%、「入院治療中の事情聴取はいっさいお断りする」が3.6%、「その他」が10.7%であった。

多くの施設が、病状さえ許容できる状態であれば、警察の事情聴取には協力すべきであると考えていた。



退院して現在通院中の薬物関連障害患者が、いわゆる「お礼参り」を目的として病院にやってきた場合の対応について

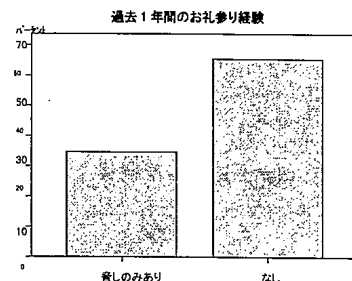


「多少とも危険を感じた時点で早めに警察に通報する」と答えた施設が64.3%、「深刻な事態が生じた時点で警察に通報する」と答えた施設が32.1%、「できるかぎり警察に頼らずに対応する」と答えた施設が0%、「その他」が3.6%であった。警察を要請することはないと答えた施設はなく、警察通報を判断する状況に差が見られるだけであり、6割以上の施設は早い段階での警察通報が必要と考えていた。

なお、昨年度1年間における、いわゆる「お礼参り」などの迷惑行為やその脅しを受けた経験については、「実際に迷惑行為を受けた経験がある」

と答えた施設はなかったが、「その脅しを受けた」と答えた施設が34.6%認められた。

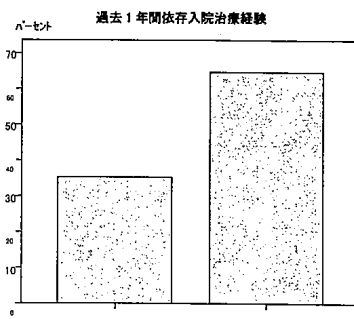
また、いわゆる「お礼参り」による事故を防ぐために心がけていることや対策・工夫については、「高圧的な管理をしない」「日頃からのコミュニケーションを十分にとる」「患者が『お礼参り』を考えているという噂を耳にしたら、早急にその患者と話し合う場を持つようにする」などがあげられていた。



④ 薬物使用障害（薬物乱用・依存）の入院治療に関する質問

昨年度1年間に、薬物使用障害（薬物乱用・依存）の治療を目的とする「入院」治療を行ったか。

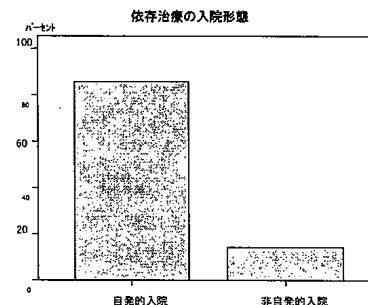
「行った」と答えた施設が64.7%に認められ、34施設中22施設に薬物使用障害に対する入院治



療の経験があった。

以下は、薬物使用障害に対する入院治療を「行った」と答えた22施設に対する質問である。

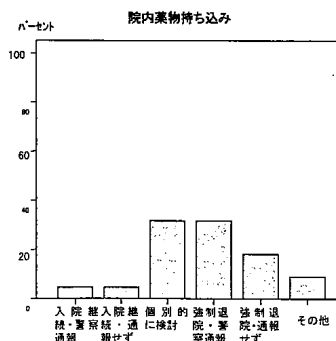
薬物使用障害の入院治療に際しての入院形態について



85.7%の施設が、原則として「自発的入院（任意入院）」で行うと答え、非自発的入院（医療保護・措置入院）」と答えた施設は14.3%に止まった。多くの施設が主体的な治療意欲を重視した入院治療を行っていると考えられた。

入院中の薬物使用障害患者が、意図的に病院内に違法薬物を持ち込んだ場合の対応について。

「入院治療継続かつ警察通報」が4.5%、「入院治療継続かつ通報せず」が4.5%、「入院継続およ



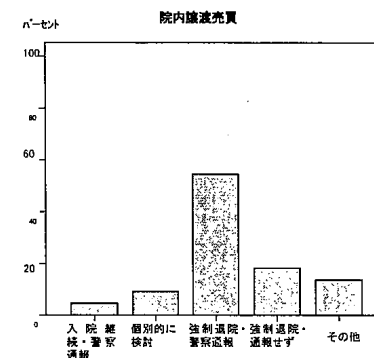
び通報については個別的に検討」が31.8%、「強制退院かつ通報」が31.8%、「強制退院かつ通報せず」が18.2%、「その他」が9.1%であった。

違法薬物を意図的に持ち込んだ患者に対しても、つねに入院治療を継続するという施設は少数であり、約半数の施設は、原則として強制退院とするべきと考えていたが、警察通報の是非について意見が分かれた。

入院中の薬物使用障害患者が、意図的に病院内で違法薬物譲渡・売買をした場合の対応について。

「入院継続かつ警察通報」が4.5%、「入院継続かつ通報せず」が0%、「個別に検討」が9.1%、「強制退院かつ警察通報」が54.5%、「強制退院かつ通報せず」が18.2%、「その他」が13.6%であった。

半数以上の施設は、入院治療を中断し、警察に通報することを原則としていた。

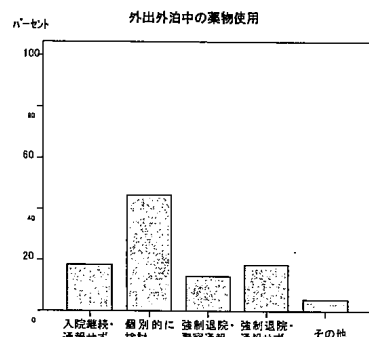


入院中の薬物使用障害患者が、外出・外泊中に違法薬物を使用した場合の対応について。

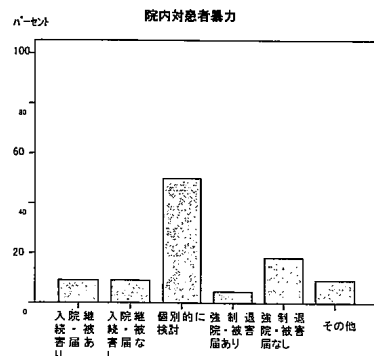
「入院継続かつ警察通報」は0%、「入院継続かつ通報せず」が18.2%、「個別に検討」が45.5%、「強制退院かつ警察通報」が13.6%、「強制退院かつ通報せず」が18.2%、「その他」が4.5%であった。

この場合の対応については、意見が分かれた。「原則として警察に通報すべきである」と考える

施設は少数であり、多くの施設は治療的な観点から個別に検討すると考えていると推測された。



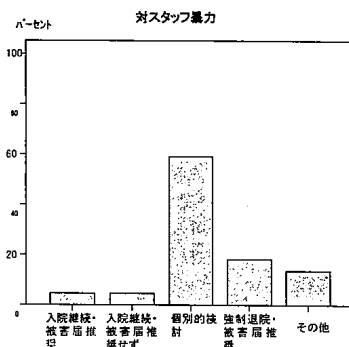
入院中の薬物使用障害患者が、他患者に対して暴力行為を行った場合の対応について。



「入院継続かつ施設から被害届を出す」が 9.1%、「入院継続かつ施設からは被害届は出さず（被害者が被害届を出すことはありえる）」が 9.1%、「個別に検討」が 50.0%、「強制退院かつ施設から被害届を出す」が 4.5%、「強制退院かつ施設からの被害届なし（被害者が被害届を出すことはありえる）」が 18.2%、「その他」が 9.1%であった。
この場合の対応も意見が分かれ、個別に検討するという意見が半数を占めた。

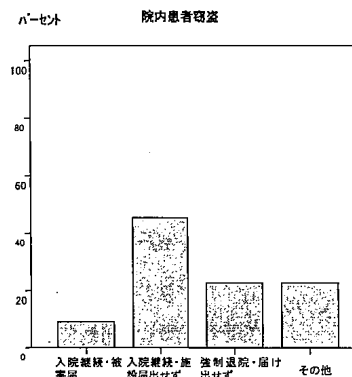
入院中の薬物使用障害患者が、医療スタッフに対して暴力行為を行った場合の対応について。

「入院継続かつ被害スタッフによる被害届を積極的に勧める」が 4.5%、「入院継続かつ被害スタッフによる被害届を勧めない」が 4.5%、「個別に検討する」が 59.1%、「強制退院かつ被害スタッフによる被害届を積極的に勧める」が 18.2%、「強制退院かつ被害スタッフによる被害届を勧めない」は 0%、「その他」が 13.6%であった。
この場合の対応も意見が分かれ、個別に検討するという意見が半数以上を占めた。

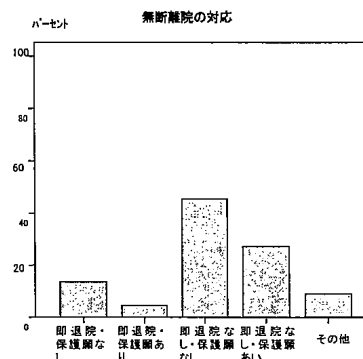


入院中の薬物使用障害患者が、他患者の持ち物を盗んだことが明らかになった場合の対応について。

「入院継続かつ施設から被害届を出す」が 9.1%、「入院継続かつ施設からの被害届なし（被害者が被害届を出すことはありえる）」が 45.5%、「強制退院かつ施設から被害届を出す」が 0%、「強制退院かつ施設からの被害届なし（被害者が被害届を出すことはありえる）」は 22.7%、「その他」が 22.7%であった。
窃盗行為の被害届に関しては、被害患者の意思に委ねている施設が多く、入院継続の是非については各施設における規則に依拠して判断される傾向がみられた。



入院中の薬物使用障害患者が、無断離院をした場合の対応について。



「その時点でただちに退院とし、施設として保護願を出すこともない（家族・保護者に捜索願を出すことを勧めることはありえる）」が 13.6%、「その時点でただちに退院であるが、施設として保護願は出す」が 4.5%、「ただちに退院とはならないが、施設として保護願を出すこともない（家族・保護者に捜索願を出すことを勧めることはありえる）」が 45.5%、「ただちに退院とはならず、施設として保護願も出す」が 27.3%、「その他」が 9.1%であった。
無断離院をただちに退院とする施設は少数であ

ったが、施設として保護願を出すか、あるいは家族・保護者にその責任を委ねるかでは多少意見が分かれるように思われた。

入院中の薬物使用障害患者を強制退院とする際の理由について

以下の項目について、「強制退院の理由となる」と答えた施設の割合をそれぞれ提示したい。

- (1) 他患者への暴力行為: 54.5%
- (2) 他患者への威嚇的・脅迫的態度: 31.8%
- (3) 医療スタッフへの暴力: 54.5%
- (4) 医療スタッフへの威嚇的・脅迫的態度: 31.8%
- (5) 院内施設・物品の損壊行為: 45.5%
- (6) 他患者の持ち物の窃盗行為: 40.9%
- (7) 院内での飲酒: 50.0%
- (8) 院外での飲酒: 18.2%
- (9) 院内への酒類持ち込み: 31.8%
- (10) 院内での薬物使用: 59.1%
- (11) 院外での薬物使用: 22.7%
- (12) 院内への薬物持ち込み: 59.1%
- (13) 異性問題（院内での性的行為）: 27.3%
- (14) 治療プログラム不参加や治療意欲の乏しさ: 22.7%
- (15) 院内での賭け事: 27.3%

（下線は過半数以上の施設で強制退院の理由となるもの）

強制退院の理由としての追加事項には、上記の他に、「金銭の貸し借り」「寝たばなどの危険行動をくりかえす」などの行動があげられていた。また、それぞれ1施設の回答であるが、「上記の行動1回では退院の理由とならないが、くりかえせば強制退院となりうる」という意見、さらには、「原則として強制退院させない」という意見があった。

通院中の薬物使用障害患者が薬物を再使用し、その結果、自ら入院を希望している場合、病床状況以外の理由から、入院をお断りすることはあるか。

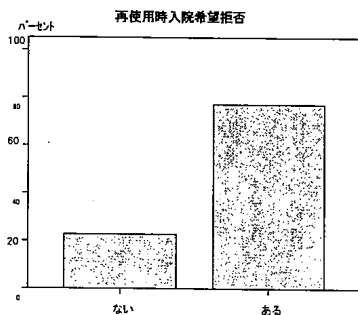
「ある」と答えた施設が 77.3%であり、多数の施設が患者の行動特性やこれまでの経緯から入院治療を断ることがありうると考えていた。

そのような対応をする状況としては、以下のような場合が複数の施設であげられていた。

- ・ 断薬の意欲が乏しく、努力せずにスリッパをくりかえしている場合
- ・ 過去にその患者から多大な被害をこうむった患者が入院治療中である場合
- ・ 強制退院に当たる問題行動があった場合
- ・ 過去に入院治療を受けた際に問題行動（他患者・職員への脅迫・暴力、異性問題、金銭トラブル、窃盗、他患者の扇動などの悪影響）がみられた患者である場合
- ・ 治療方針に関する同意が得られない場合
- ・ 薬物を止めるために必ずしも入院が必要ではない、逃避的・責任回避的な意図がある場合（司法的処分を回避するための入院希望

1 つの施設からの回答としては、以下のような場合があげられていた。

- ・ 入院費の滞納、ならびに返済の意志がない場合



3) 研究 (1) の小括と考察——専門家会議のコンセンサスと全国調査結果の相違点、ならびに、ならびに法学者の意見との照合を中心に——

以上が、今年度実施したアンケート調査の結果

である。この結果を、昨年度報告した専門家会議における最大公約数的なコンセンサス、ならびに法学者の意見と比較したものが、巻末に添付した表 1 (通院治療に関する項目) および表 2 (入院治療に関する項目) である。

ここで、研究 (1) の小括として、専門家会議の見解、全国調査、および法学者の意見の異同について、調査項目ごとに検討しておきたい。

(1) 24 条通報などの警察経由の受診に際しての事前採尿の問題

専門家会議では、事前採尿に関して警察に確認・提案をしても、診察を引き受ける条件として医療機関から警察に強く要請するべきではないという意見で一致していたが、全国調査においては、35%の施設が事前採尿を強く求めると回答しており、若干の違いが見られた。

法学者によれば、警察に事前採尿を要請してもしくなくとも、いずれの場合も法的に抵触することはないということであり、いずれの立場も問題はないといえた。

(2) 通院患者に関する捜査情報照会への対応

専門家会議では、患者自身の同意書を必須とし、口頭での回答はできるだけ避けるべきとしていたのに対し、全国調査では 71%の施設が同意書を必須としないと回答し、口頭での回答についても 60%近くがありえると考えていた。

法学者によれば、刑事訴訟法 197 条第 2 項にもとづく照会であれば、同意書は不要であり、回答の方法も文書・口頭のいずれでも問題ないが、他方で、求められていない情報まで伝えることにより、患者から民事訴訟を提起される可能性があるとのことであった。

(3) 通院患者に対する尿検査の実施とその取り扱い

専門家会議では、尿検査の結果はあくまでも治療的に用いるという意見であった。しかし全国調査では、7 割程度の施設が直接通報したり、本人に警察出頭を促したり、その家族に通報を促したりというように、何らかの司法的対応をす回回答していた。尿検査の取り扱いについては、両者で大きな相違が見られた。

法学者の見解では、医師には患者の覚せい剤使

用に関して通報する義務はないが、他方で、通報したとしても、守秘義務違反には当たらないとのことであり、いずれの立場も法的に問題ないとのことであった。

(4) 麻向法にもとづく規制薬物中毒者の届出に関する問題

麻向法第 58 条第 2 項にもとづく「麻薬中毒者」の届出に関しては、専門家会議と全国調査のいずれでも一致した意見はなく、それぞれの施設もしくは医師がそれぞれの見解にもとづいて判断していると推測された。

法学者によれば、麻薬中毒者と診断した以上は、医師はすみやかに届出を行う義務があるが、その一方で、何を持って「麻薬中毒者」と診断するかに関しては医師の裁量権が大幅に認められているという。したがって、届出しないという選択肢も、「自分はまだその患者を麻薬中毒とは診断していない」という主張によって、法的な問題に抵触しないこととなろう。

(5) 医療スタッフに対する威嚇・脅迫・暴力

専門家会議、全国調査のいずれにおいても、社会内において犯罪と見なされる行為——精神病症状によるものか否かに関する議論はあったが——があれば、警察に通報するという点で一致していた。法学者の立場から見ても、こうした対応に問題はないとのことであった。

(6) 外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買

専門家会議と全国調査のいずれの見解も、警察に通報するというものであった。法学者も、診察室内での治療関係における供述というよりも公共性の高い事柄であるという理由から、通報することに何らの問題もないと指摘していた。

ただし、これをもって通院を拒否するという点については、医師の応召義務との兼ね合いから、慎重な検討が必要である。

また、多くの場合は、外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買といった問題は、あくまでも患者内の噂に止まり、明らかな証拠がないものであり、こうした場合の対応に関して専門家会議の見解は、「警告・注意にとどめる」というものであった。

(7) 院内における薬物関連犯罪（規制薬物の使用・所持・譲渡・売買）

専門家会議の見解は、規制薬物に限らず、アルコールを含めた一切の依存性物質の意図的な持ち込みは強制退院の理由となり、そうした持ち込み患者がただちに再入院することも認めないというものであった。通院も含めて禁止とするか、一定期間後の再入院を認めるかについては、個別的に主治医が判断する。持ち込み患者に関して、病院から通報するか、患者の保護者が通報するかについても、主治医が個別的に判断するというものであった。

全国調査においては、約半数の施設が、違法薬物を意図的に持ち込んだ患者は原則として強制退院とすると回答していたが、警察通報の是非について意見が分かれた。譲渡・売買については、半数以上の施設は、入院治療を中断して警察に通報すべきであると考えており、専門家会議とは若干異なる見解であった。

こうした見解に対して法学者は、警察への通報は何ら法的な問題はないものの、これらの問題をもって強制退院とした場合の問題については、入院形態との関係および医師の応召義務との関係で別の検討が必要となると指摘していた。

(8) 外出・外泊中の規制薬物の自己使用

専門家会議の見解は 2 つに別れた。1 つは、「スリッパ」と見なして、治療動機を深める好機として、再度治療を継続するチャンスを与えるという対応であり、もう 1 つは施設内の使用と同様、入院治療を中止する根拠とする考えであった。いずれの場合にしろ、警察通報という対応はなかった。全国調査の結果もそれと大きく矛盾しないものであり、治療的な観点から個別的に検討するという回答が最も多く、利用者の見解は概ね一致していると考えられた。

法学者の意見としては、入院中の施設外での規制薬物関連の違法行為について、通報してもしくなくとも問題ないとのことであった。ただし、これを根拠に強制退院とすることについては、入院形態ならびに医師の応召義務との関係から、別の検討が必要とのことであった。

(9) 院内における薬物関連犯罪以外の犯罪行為（暴力犯罪・財産犯罪など）

専門家会議と全国調査のいずれでも、暴力に対する対応は意見が分かれていた。強制退院によって入院治療を中止するかどうか、また、病院から警察への通報を行うか、それとも、被害者が被害届を出すかどうかに委ねるのかについては、多くの施設が個別的に検討すると回答していた。暴力に比べると、窃盗については比較的一定した見解であり、病院から通報するのではなく、被害者が被害届を出すか否かに委ね、原則として強制退院とする見解が多く見られた。

、法学者の意見としては、患者の病状と関係のない刑罰法令に触れる行為ならば、警察に通報すべきであるとのことであったが、強制退院の問題についてはやはり入院形態との関係、医師の応召義務との関係で検討を要するとのことであった。

(10) 無断離院への対応とその際の医療施設の責任

任意入院患者の無断離院と保護願に関して、専門家会議と全国調査で見解が異なった。専門家会議では、無断離院をもってただちに退院とし、病院から保護願を出すことはなく、数時間経過しても居場所が不明である場合には、保護者に搜索願を出すように要請する意見という意見が多かった。しかし、全国調査では、無断離院をただちに退院とする施設は少なく、また、病院として保護願を出すという施設も少なくなかった。

このいずれが妥当なものであるかについて、法学者に意見を求めたところ、その見解は全国調査の結果が妥当であることを示唆するものであった。その理由は以下のようなものであった。「患者に自傷他害のおそれがない場合、警察に搜索依頼を行わなくても違法ではないが、他害事件がおきた場合、民事訴訟で敗訴する可能性がある。患者が家に帰ったなど行先がはっきりしている場合は別として、そうでなければ、一度入院患者として引き受けた以上、病院は途中で放り出さずに面倒を見るべきであり、警察へ搜索依頼を行うべきである。したがって、任意入院の患者であっても、無断離院＝退院とするべきではない」。

(11) 強制採尿への協力

専門家会議の見解は、「警察に積極的に強制採尿を求めることはないが、警察から札状を持って協力を求められれば、これに協力する」というもの

であった。全国調査においては、約半数の施設が専門家会議と同様の意見であったが、その一方で約3割の施設が、「強制採尿を積極的に要請する」と回答したことは注目すべき結果であると考えられた。

法学者によれば、強制採尿に協力するかどうかは、司法警察に協力することが望ましいが、最終的な決定は医師の裁量に任されているとのことであった。

(12) 覚せい剤陽性反応者の退院時連絡（「いわゆる門前逮捕」の場合）

専門家会議と全国調査のいずれも、警察から「退院日を教えて欲しい」という要請があれば教える、という意見で一致していた。ただし、患者本人に退院後に「門前逮捕」の可能性があるとをいかにして伝えるかについては、若干の違いがあり、「事前に明確に伝える」という回答は全国調査において多く見られた。

(13) 入院患者に対する警察の事情聴取

専門家会議と全国調査のいずれも、患者の同意があり、病状さえ許容できるものであれば、できるだけ協力すべきという意見であった。

なお、法学者によれば、任意の事情聴取に協力しなくとも問題はないとのことであった。捜査上のある場合には、診療録などの提出命令、搜索・差押え令状が出されることとなるが、その場合でも医師には押収拒絶権がある。

(14) 退院患者の「お礼参り」への対応

専門家会議と全国調査のいずれにおいても、危険を感じた場合には早い段階での警察通報の必要があるという意見であった。また、専門家会議では、「お礼参り」の脅しに対しては、警察にパトロールを依頼する、万一の場合の対応について事前に警察に申し入れをしておくなどの対策をとっているとのことであった。

これについて法学者は、相手が患者であるか否かに関係なく、犯罪に相当する行為があれば、警察に通報すべきであるという意見であった。

(15) 強制退院について

専門家会議では、依存症治療の環境を破壊する行動をとることは原則として強制退院の理由とす

る意見が多かった。具体的には、暴力、窃盗、アルコール類・薬物の院内持ち込み、治療意欲が見られずプログラムに参加しない、病棟規則違反をくりかえす、あからさまな異性トラブルなどである。

一方、全国調査では、強制退院の理由となる問題行動に様々なばらつきが見られた。薬物使用障害の治療を行ったことがあるという施設の半数以上が「強制退院の理由となる」と回答した問題行動は、他患者・医療スタッフへの暴力、院内での飲酒・薬物使用、院内への薬物持ち込みであった。

なお、強制退院についての法学者の見解については、これまでも繰り返し述べてきたように、入院形態ならびに医師の応召義務との関係から、慎重な検討が必要とのことであった。

2. 研究 (2) の結果

2) 結果

柑本によれば、警察官が薬物関連精神障害者を保護する状況を想定した場合、その根拠となる法令には、以下の5つがあるという。

- ・ 警察官職務執行法（以下、警職法）
- ・ 酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律
- ・ 麻薬及び向精神薬取締法
- ・ 精神保健福祉法
- ・ 搜索願と保護願（家出人発見活動要綱にもとづく搜索と警職法、および警察法にもとづく保護）

柑本が、各法令に依拠した、警察官による薬物関連精神障害者の保護について整理・解説した資料1を本報告書の巻末に提示する。

なお、柑本には、上記の他に覚せい剤乱用者を疑った場合の強制採尿に関する法令に関する解説も行ってもらった。これについても、解説をしてもらった。

D. 考察

今年度の研究は、二つの部分から構成されていた。第一の部分は、昨年度、わが国の代表的な公的専門医療機関において薬物使用障害臨床に従事

する専門家を招聘した会議で得たエキスパート・コンセンサスが、全国の精神科医療機関においてどの程度共有される見解であるのかを確認する意味から全国調査を実施し、最終的に臨床的、ならびに法的な観点から妥当な対応指針を示すことである。

第二の部分は、薬物関連精神障害の臨床における様々な局面——なかでも、患者の保護や任意ならびに強制採尿など——で関わることを避けがたい警察官の職務を理解するために、警察官の行動を担保する法律を整理し、薬物関連精神障害の支援にかかわる医療関係者にとって、有用な資料とすることである。

第二の研究については、巻末の資料1がそのまますべて研究の成果となるので、ここでは、第一の研究を中心に議論することとしたい。

1. 専門家会議と全国調査結果の不一致点をめぐって

さて、昨年度・今年度の研究を通じて、薬物関連精神障害の臨床に関して、専門家会議における見解、全国の精神科医療機関における見解、さらに、それらの対応に関して法的観点からの意見を得ることができた。

その結果、他患者や医療スタッフに対する暴力行為、ならびに院内における薬物使用・所持・譲渡・売買への対応には、両者のあいだで特に目立った相違はなく、麻向法にもとづく届出に関する混乱も一致していることが確認された。た。けれども、その一方で、両者の見解にはいくつかの不一致点もあった。それらの不一致点を整理すると、以下のように列挙できると考えられた。

- ・ 全国調査では、専門会議の見解に比して、薬物関連精神障害患者の診察に際しては、警察に強く事前採尿を要請するとの回答が多かった。
- ・ 全国調査では、専門会議の見解に比して、外来で実施した尿検査にて覚せい剤反応が陽性であった場合、直接通報もしくは患者本人や家族に司法的責任をとるように促すとする回答が多かった。
- ・ 全国調査では、専門会議の見解に比して、病院から警察に対して強制採尿を積極的に要請するという回答が多かった。

- ・ 専門家会議の見解は、全国調査における回答に比して、警察からの捜査情報照会において患者本人からの同意書を求めることを必須とする傾向が見られた。
- ・ 専門家会議の見解は、全国調査における回答に比して、患者を強制退院とする対応が目立った。
- ・ 専門家会議の見解は、患者が無断離院した場合に、保護願を出さなかったり、そのまま退院としたりする対応が目立った。

以上をさらに端的に表現すれば、次のようにいいかえることも可能であろう。すなわち、専門家会議の見解は、患者との治療関係の維持を重視し、施設外での薬物使用に対して寛容である一方で、治療環境を守るために強制退院という対応をとることが多い。しかし、全国調査の多数意見は、警察の捜査協力に積極的な傾向が見られ、薬物使用に不寛容で司法的対応を求める一方で、強制退院という対応をとることが少ないというものである。

こうした相違は、一見すると、薬物使用障害を主たる治療対象とする専門医療機関と薬物中毒性精神病性障害を主たる治療対象とする一般精神科医療機関との対応の違いによるものとも思える。現在、国際的な薬物使用障害の治療に関する実証的な指針としては、治療施設における尿検査の結果はあくまでも治療的な利用にかぎり、再使用そのものは治療から離脱してしまうことを回避し、少しでも長く患者を通院治療の場にとどめ置くことが必要であることが指摘されている。その意味で、治療関係の維持に努め、治療阻害的な問題行動に関して一定の限界を提示しながらも、薬物使用に関しては司法的対応よりも治療的な対応を重視するという専門家会議の見解は、薬物使用障害の治療モデルに合致するものと思われる。

けれども、ここで考慮する必要があるのは、全国調査の対象となった医療機関は、尾崎による「全国精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」に回答した医療機関であるということである。回答があったということ自体で一定のバイアスがかかっていると考えられ、比較的熱心に薬物関連精神障害の治療に従事している医療機関である可能性が高い。現に、アンケートの回収ができた34施設のうち、約80%の施設が1年間に薬

物関連精神障害患者の入院治療を行い、約65%が薬物使用障害を標的とした入院治療を経験している。また、この薬物使用障害を標的とした治療経験のある施設の85.7%が、自発的入院（任意入院）によってその治療を行っていた。こうした事実を考慮すれば、全国調査で見られた一連の特徴は、薬物使用障害の臨床に伴う様々な困難に対する工夫を反映したものである可能性がある。

いずれにしても、我々は、昨年度および今年度の研究結果にもとづいて、薬物関連精神障害の臨床における、司法的問題への対処指針を提示することができる。しかも、その指針には、法的問題に抵触しない「基本的対応」と、「自発的な治療意欲に依拠した薬物使用障害の治療構造」において推奨される対応（以下、推奨される対応）という2種類のモデルを提示できると考えた（表3、4）。

以下に、調査項目にしたがって、その2種類の指針を示し、本研究結果の考察としたい。なお、ここでの推奨される対応とは、今回の研究結果にもとづいて、分担研究者が考えた薬物使用障害臨床の理想的なあり方が含まれたものであることを断っておく。

2. 薬物関連精神障害の臨床における司法的問題への対処指針

(1) 24条通報などの警察経由の受診に際しての事前採尿の問題

- ・ 基本的対応：事前採尿を要請しても、法的に抵触することはない。
- ・ 推奨される対応：事前採尿を提案したり、実施の有無を確認してもよいが、診察を引き受ける条件として強く要請するのは、医療機関として妥当ではない。あらかじめ医療機関・保健所・警察とのあいだで何らかのガイドラインを策定しておくことよい。

(2) 通院患者に関する捜査情報照会への対応

- ・ 基本的対応：同意書の有無にかかわらず回答してよい。回答は文書・口頭のいずれでもよいが、あくまでも必要な事項にとどめ、聞かれてないことまで回答してはならない。
- ・ 推奨される対応：できるかぎり同意書をふまえた上で文書にて回答すべきであるが、緊急性の高

い場合にはそのかぎりではない。いずれの場合でも、質問された事項に関してのみ回答するように心がける。

(3) 通院患者に対する尿検査の実施とその取り扱い

- ・ 基本的対応：尿検査による覚せい剤反応が陽性であった場合、通報しても違法とはいえない。また、捜査情報照会依頼において、「最近の覚せい剤使用状況」に関する質問があれば、これに回答することは問題ない。
- ・ 推奨される対応：薬物使用障害の治療においては、尿検査の結果はあくまでも治療的に利用されるべきである。捜査情報照会依頼においては、「最近の覚せい剤使用状況」に関する質問があれば、回答することに問題ない。

(4) 麻向法にもとづく規制薬物中毒者の届出に関する問題

- ・ 基本的対応：何をもって「麻薬中毒者」と診断するかは、医師の裁量に任されており、このことは乱用薬物の種類には特に関係がない。ただし、ひとたび「麻薬中毒者」と診断した以上は、すみやかに都道府県薬務課に届け出るべきである。
- ・ 推奨される対応：麻向法における「麻薬中毒」の概念は、1) 慢性中毒（=依存の状態）を指しており、2) 慢性中毒の診断に際しては、従来、薬物依存の診断において重視されてきた、耐性上昇、禁断（離脱）症状などの身体依存の症候を必ずしも伴うものではないことが付記されている。すなわち、麻薬中毒の診断には、急性中毒による精神病や身体依存は必須の症候ではなく、薬物使用を中心とした生活習慣を変えることが困難であるという、精神依存が重要であることを示している。したがって、麻向法の届出対象となる薬物はヘロインにかぎらないはずであるが、実際の運用実態は、自治体によって著しい差がある。現状では、あらかじめ自治体薬務課との話し合いを持ったうえで、届け出の基準を明らかにし、医療機関と薬務課とのあいだで一定の対応基準を共有しておく必要がある。

(5) 医療スタッフに対する威嚇・脅迫・暴力

- ・ 基本的対応：社会内において犯罪に相当する程

度のものであれば、通報することには全く問題ない。

- ・ 推奨される対応：社会内において通報すべき行為であれば、病院内においても警察に通報すべきである。たとえば、精神病症状によらない職員に対する暴力については、被害者が被害届を出すことはもちろん、病院からの通報することによって、「暴力は認めない」という姿勢を示す必要がある。また、院内居座り、診療妨害、夜間敷地内侵入などの迷惑行為についても、指示に従われば通報する。なお、威嚇・脅迫については、理由を聴取した上で個別に検討する。

(6) 外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買

- ・ 基本的対応：警察に通報することに何ら法的な問題はない。
- ・ 推奨される対応：明らかな場面・証拠を発見次第、警察に通報する。授受・売買が疑われるが、証拠がない場合には、警告・注意にとどめる。なお、このような者の通院を断ることにについては慎重な判断が必要である。初診時点での明確な契約を行うこと、さらには医療機関の側から、尿検査の実施や警察官の立ち寄りを依頼するなどして、治療環境をクリーンに保つ工夫を必要とあろう。

(7) 院内における薬物関連犯罪（規制薬物の使用・所持・譲渡・売買）

- ・ 基本的対応：警察に通報するかどうかは医師の裁量による。ただし、これをもって強制退院としたり、今後の治療を拒否したりすることについては、事前の説明と契約が必要である。
- ・ 推奨される対応：治療環境をクリーンに保つという観点からいえば、規制薬物の持ち込みを強制退院とするのは妥当である。しかしその際には、事前の契約、退院後の他代替的な治療方法の提案が必要であろう。警察への通報に関していえば、治療関係維持の観点から個別的な検討を要するが、譲渡や売買については通報することで医療機関としての姿勢を明確にすべきかもしれない。

(8) 外出・外泊中の規制薬物の自己使用

- ・ 基本的対応：警察に通報するかどうかは医師の裁

量による。ただし、これをもって強制退院としたり、今後の治療を拒否したりすることには慎重な検討を要する。

・推奨される対応：治療動機を深める好機として、再度治療を継続するチャンスを与えるという対応であり、もう1つは強制退院とする方法がある。ただし、強制退院については、医師の応召義務との関係で事前の文書による契約が求められよう。また、警察通報は、たんなる自己使用の場合には、警察への通報は、薬物使用障害の治療という観点から見たとき、治療関係阻害的なものとなる可能性は否めない。

(9) 院内における薬物関連犯罪以外の犯罪行為(暴力犯罪・財産犯罪など)

・基本的対応：病状と関係ない行為ならば、刑罰法令に触れる行為をした場合には、警察に通報してよい。ただし、強制退院の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で慎重な検討が必要となる。

・推奨される対応：病状と関係ない行為ならば、刑罰法令に触れる行為をした場合には、警察に通報してよい。治療環境を非暴力的なものに保つ、という病院側の意向を明確にするために、被害者の意向とは別に、病院として通報するという態度もありえると考えられる。なお、これにもとづく退院の決定については、事前の説明と文書にもとづく契約が求められるであろう。

(10) 無断離院への対応とその際の医療施設の責任

・基本的対応：患者の行き先が明らかでない場合には、病院から保護願をだすべきである。また、退院の決定については、患者の居場所が明らかとなり、その安全が確認されてからとすべきである(本人が医療機関に戻ってくる必要はない)。

・推奨される対応：同上。

(11) 強制採尿への協力

・基本的対応：強制採尿を要請しても、また、強制採尿に協力しなくとも法的には問題ない。

・推奨される対応：警察からの令状にもとづいた要請があれば、これに協力することに問題はない。

(12) 覚せい剤陽性反応者の退院時連絡(「いわゆる門前逮捕」の場合)

・基本的対応：警察からの「退院日を教えてほしい」という要請に応えなくとも違法ではない。

・推奨される対応：警察からの要請があれば、退院日を教えることに問題はない。「門前逮捕」される可能性を患者に伝えるかどうかは、施設ごとの判断による。

(13) 入院患者に対する警察の事情聴取

・基本的対応：警察の捜査に協力しなくとも違法ではない。

・推奨される対応：警察の事情聴取に協力することに何ら問題はないが、病状への配慮、ならびに、その後の治療関係に配慮して患者本人の同意を得ることが望ましい。

(14) 退院患者の「お礼参り」への対応

・基本的対応：犯罪に相当する行為があれば、警察に通報してよい。

・推奨される対応：少しでも危険を感じたら、すみやかに警察に通報する。「お礼参り」の脅しに対しては、警察にパトロールの強化を要請する、何かあった場合の対応について警察に事前に申し入れをしておくなどの対策をとる。

(15) 強制退院について

・基本的対応：薬物使用障害の臨床においては、治療環境をクリーンかつ非暴力的なものに保ち、他の患者を保護するという観点からいえば、「強制退院」という対応はやむを得ないものと考えられる。けれども、任意入院であるからといって、医師の応召義務との関係に配慮しなくてよいわけではない。強制退院を行うにあたっては、事前の文書による契約、退院時に代替治療プランを提案する、あるいは、通院治療の継続などが条件となる。

・推奨される対応：同上。

3. 基本的対応と推奨される対応

上述した通り、我々は、15項目の状況・事態について2つの対応モデルを提示した。このうち、「基本的対応」とは、一般の精神科医療機関において、薬物関連精神障害の患者に対応する場合を想定し、その際に「法律ではこのようになってい

る」ということが参照できるものを示してある。一方、「推奨される対応」とは、薬物使用障害を治療の標的とする治療において、患者が自らの薬物使用を正直に告白できる環境を担保すると同時に、治療環境を安全に保つという臨床的要請を考慮した指針となっている。その特徴としては、規制薬物の使用に関しては、司法的対応よりも治療的対応を重視し、患者との治療関係の維持に努める一方で、他の逸脱的行動に対しては、治療環境を守るという意味から、強制退院や司法的対応をとる場合が多いものとなっている。したがって、たとえば、薬物関連精神障害患者の治療に際して、これらのモデルのいずれを参照するかは、標的とする障害、および自施設の治療構造に依拠することとなる。

けれども、今回の研究からいくつかの課題も明らかになった。我々が提示した推奨される対応のモデルは、「旧・久里浜方式」から発展したアルコール・薬物使用障害の治療モデル——しばしば「自己決定、自己責任」のスローガンをもって語られる——とは2つの点で異なっている。その1つは無断離院時の対応であり、もう1つは強制退院に関する問題であった。

1) 無断離院時の対応について

従来、任意入院にもとづくアルコール・薬物使用障害の入院治療病棟の多くで、無断離院時には原則としてそのまま退院とし、病院側から保護願を出すことはなく、数時間を経過しても居場所が不明である場合にのみ、家族などの保護者に捜索願を出すことを求めるという方針が採用されている。事実、同様の見解は専門家会議においても示されていた。

けれども、法学者によれば、仮に任意入院であったとしても、無断離院者が何らかの他害事件を起こした場合、保護願さえ出さなかった病院がその責任を回避できるかどうかは疑わしく、少なくとも民事的責任は回避しえないのではないかと考えてあった。

この意見を考慮すれば、患者が無断離院した場合には、病院側からも保護願を出し、患者の安全を確認してから退院の手続きをするという対応は、不可避的なものであらうと考えた。こうした判断にもとづく、無断離院時の保護願については、それ自体が基本的対応であると考えて指針に盛り

込むこととした。

2) 強制退院に関する問題

アルコール・薬物使用障害の入院治療は、契約にもとづいて、開放病棟における任意入院によって行われる場合が多く、全国調査に回答した多くの施設もそのようにして入院治療を行っていた。このような治療構造では、事前の契約に抵触する行動があれば、入院治療を中止し、通院治療に切りかえる場合がある。さらに、深刻な治療阻害的行動(たとえば、医療スタッフに対する重篤な暴力や院内における規制薬物の売買など)があった場合には、通院そのものを断ることがある。専門家会議でも、同様の意見が出ていた。

けれども、法学者によれば、強制退院や通院拒否の問題に関しては、かりにその患者が任意入院をしている場合であっても、本人が治療継続を希望し、しかも治療すべき障害が存在するならば、医師の応召義務との関係で問題が生じる可能性があるとのことであった。

とはいえ、病院管理者の立場からいえば、治療環境を安全なものに維持することもまた重要な責務である。また、専門家会議においても、逸脱的行動や病棟規則違反をくりかえす患者は、すでに「治療から気持ちが逸れている」ことが多く、何らの仕切り直しもしないまま入院治療を継続しても、治療成果が上がらない場合がほとんどであるという意見が出ていた。したがって、いったん入院治療を中断することで、患者本人に再度自身の治療について考える機会を与えることは、それ自体が1つの治療行為であるという見方もできる。さらに通院治療においても、薬物使用以外の逸脱的行動や治療阻害的行動(威嚇、脅迫、暴力)がくりかえされる場合にも、患者自身に対する直面化と仕切り直しの目的から、治療を中止することもある。同様の意見は、全国調査のアンケート回答でも少なからず認められた。

今回の我々の研究において、臨床的な必要性からの強制退院や通院拒否を十分に正当化する法的根拠を明らかにできなかった。なぜなら、この問題は民事的な領域に属するものであるゆえに、いまここで確実かつ画一的な対応法を断言することはできないからである。最終的に我々は、強制退院や通院拒否を行うに際しては、あらかじめ十分な説明と文書をもって契約すること、さらに、

入院治療や通院治療の中止に際しては、他の代替治療法や治療施設をについて情報提供するという方法を提案することにとどめることにした。これらの民事的な問題も含めた、薬物関連精神障害臨床における司法的問題の研究については、今後の課題であろう。

4. 麻向法届出

最後に、麻向法による麻薬中毒者届出義務に関して、私見を述べておきたい。

麻向法にもとづく麻薬中毒者の届出については、専門家会議でも全国調査でもあまりにもばらついた意見であり、一定の方向性で整理することが困難な状況であった。法学者の意見では、「麻薬中毒者の診断は医師の裁量」とのことであったが、診断をする医師の側からは、「麻薬中毒者の基準が明確でない」という意見も多く見られた。裁量を優先するあまり、医師ごとに異なる判定となってしまうのも問題である。

また、専門家会議では、自治体薬務課ごとで解釈が異なる点も話題となった。麻向法による麻薬中毒者に対するアフターケアが実施されている自治体もあれば、現実的には長年にわたって全く機能していない自治体もあった。現状では、あらかじめ自治体薬務課との話し合いを持ったうえで、届け出の基準を明らかにし、医療機関と薬務課とのあいだで一定の対応基準を共有しておく必要がある。

なお、全国調査では、「ヘロインのみ届け出る」「ヘロインだけは治療経過を見て届出を検討する」というように、ヘロインを特別視する回答が3割弱の施設に認められた。確かに、麻向法による措置入院はヘロイン依存への対策として制定された経緯があるが、少なくとも法文上はそのような規定はない。

確認のために説明しておく、麻向法における「麻薬中毒者」の概念は、次のように定義されている。「麻薬中毒とは、麻薬に対する精神的身体的欲求を生じこれを自ら抑制することが困難な状態、即ち麻薬に対する精神的身体的依存の状態をいい、必ずしも自覚的または他覚的な禁断症状が認められることを要するものではない（昭和41年厚生省薬務局長通達）」。

この通達の説明には、麻薬中毒とは、1) 慢性中毒（＝依存の状態）を指しており、2) 慢性中毒の

診断に際しては、従来、薬物依存の診断において重視されてきた、耐性上昇、禁断（離脱）症状などの身体依存の症候を必ずしも伴うものではないことが付記されている。すなわち、麻薬中毒の診断には、急性中毒による精神病や身体依存は必須の症候ではなく、薬物使用を中心とした生活習慣を変えることが困難であるという、精神依存が重要であることを示している。

したがって、麻向法の届出対象となる薬物はヘロインにかぎらないこととなり、当然ながら大麻やMDMAをはじめとする薬物の使用障害患者のすべてがその対象となりうる。このような患者すべてを「麻薬中毒者」として届出を行い、時間をかけたアフターケアを行うことが現実的なのかどうかについては、今後の議論が必要であるが、ともあれ、現時点における「麻薬中毒」の定義については、精神科医に広く共有されることが求められる。

E. まとめ

我々は、薬物関連精神障害の臨床において問題となる司法的問題への対応のあり方を明らかにするために、専門家会議、全国精神科医療機関調査、さらには法学者の意見聴取によって、薬物関連精神障害の臨床において問題となる司法的問題への対応指針を作成した。

また、薬物関連精神障害の臨床において接触することの多い警察官の職務を理解するために、保護および強制採尿に関して警察官の行動を担保している法令を整理した。

F. 研究発表

なし。

謝辞

日々の臨床でご多忙ななか、本調査にご協力頂きました全国の精神科医療機関の医師の皆様、ならびに関係者の方々に、心より厚く御礼申し上げます。

表1 薬物関連精神障害臨床における司法的問題に関する見解の比較（通院治療）

	専門家会議	全国調査	法学者の見解
(1) 24条通報などの警察理由の受診に際しての事前採尿の問題	事前採尿には、一定の治療的意義はあり、あらかじめ医療機関・保健所・警察とのあいだで何らかのガイドラインを策定しておく必要があるが、診療を引き受ける条件として医療機関から要請すべきではない	7割近い施設が事前採尿を要請もしくは提案・確認を行っていた。35%の施設はこれを強く求めると答えていた。	覚せい剤中毒者で直近の自己使用が疑われる場合であっても、医師には、警察に対して採尿を依頼する法的必要性はないし、義務もない。しかし、司法警察に協力するという観点から、警察に依頼を行うことにも問題はない。
(2) 通院患者に関する捜査情報照会への対応	患者本人の同意書があることが必須条件であり、原則として文書で照会を受け、きわめて緊急性の高い場合を除いて、できるかぎり文書にて事実のみを回答する。回答に際しての発言は、本人の不利益になる可能性があり、慎重でありたい。	口頭回答を認めるか否かでは施設ごとの違いが見られたが、71%の施設が、警察からの捜査情報照会には、患者本人の同意がなくても回答していた。	法的には、口頭・文書いずれの方法で回答しても、も守秘義務違反、個人情報保護法違反にはあたらない。しかし、聞かれていないことまで漫然と回答するような場合には、法令に基づく照会への回答であっても、患者から民事訴訟を提起される可能性がある
(3) 通院患者に対する尿検査の実施とその取り扱い	診断・治療目的で使用することはあるが、結果が陽性であったからといって警察に通報することはなく、自首を勧めることもない。結果は、患者と今後の治療のあり方について話しあい、治療の仕切り直しをするために活用する（頻回の通院、ダルク参加、麻薬取締官の相談指導の併用など）。しかし、捜査情報照会依頼があれば、文書でその結果に言及する場合はありうる。	74.2%の施設が外来通院患者に対する尿検査による覚せい剤反応を実施していた。また、尿検査にて覚せい剤反応が陽性となった場合には、7割程度の施設が直接に司法的対応を行ったり、本人や家族に通報を提案したりするべきと考えていた。	通報するか否かの判断は、医師の裁量と言える。したがって、通報すべき義務はないと思われる。これは、採尿の結果によるのではなく、患者自身が、自分で自己使用を医師に告白した場合も同様である。しかしその一方で、患者が違法薬物を使用したことを警察官に通報しても、医師の守秘義務に違反する行為ともいえない。
(4) 麻向法にもとづく規制薬物中毒者の届出に関する問題	麻向法の届出については、研究協力者間でも一致しておらず、薬物依存の専門家のなかでも、麻向法の運用は様々に異なっていた。	ただちに通報する、ヘロインのみただちに通報し、他の薬物は治療経過をみて判断したり、そもそも通報しない、などというように、施設によって対応に関する考えは様々に異なっていた。	「麻薬中毒者」の診断には、医師の裁量権が大幅に認められているが、ひとたび診断したならば、すみやかに届け出なければならない。届け出を怠った医師は、麻向法58条の2第1項違反として、6月以下の懲役若しくは20万円以下の罰金に処されるか、これらを併科せられる（麻向法71条）。
(5) 医療スタッフに対する威嚇・脅迫・暴力	社会内において通報すべき行為であれば、病院内においても警察に通報すべきである。たとえば、院内居座り、診療妨害、夜間敷地内侵入などの迷惑行為についても、指示に従わなければ通報する。なお、威嚇・脅迫の場合には、理由を聴取した上で個別的に検討する。	精神症状の影響の有無に関する判断は別にすれば、8割あまりの施設は、社会内で行われれば通報に相当する行為であれば、警察への通報をすべきであると考えていた。	通報するかしないかは、病院・被害者の判断による。被害者が望まない場合であっても、病院が通報することに問題はないし、反対に、もちろん通報する義務もない。通報は、被害者が訴追を望むか否かとは別の問題である。
(6) 外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買	明らかな場面・証拠を発見次第、警察に通報し、規制薬物の授受をした者は、病院への出入りを禁止する。授受・売買が疑われるが、証拠がない場合には、警告・注意にとどめる。	譲渡・売買については、多くの施設が警察に通報するべきであるし、それを根拠として通院を断ることもあったと考えていた。	通報するかしないかは、病院の判断によるが、それらの行為は「犯罪」であることに疑いはない。これは、診察室内で告発された治療関係において重要な事柄というよりも、むしろ公共性の高い事柄であり、通報することに何らの抵触する問題はない。

表2 薬物関連精神障害臨床における司法的問題に関する見解の比較（入院治療）

	専門家会議	全国調査	法学者の見解
(7) 院内における薬物関連犯罪（規制薬物の使用・所持・譲渡・売買）	規制薬物に限らず、アルコールを含めた一切の依存性物質の意図的な持ち込みは強制退院の理由となる。また、そうした持ち込み患者がただちに再入院することは認めない。通院も含めて禁止とするか、一定期間後の再入院を認めるかについては、個別的に主治医が判断する。持ち込み患者に関して、病院から通報するか、患者の保護者が通報するかは、主治医が個別的に判断する。なお、院内で薬物を発見した場合には警察に通報する。	違法薬物を意図的に持ち込んだ患者に対して、つねに入院治療を継続するという施設は少数であり、約半数の施設は、原則として強制退院とすべきと考えていたが、警察通報の是非については意見が分かれた。譲渡・売買については、半数以上の施設は、入院治療を中断し、警察に通報するべきであると考えていた。	通報するか否かは医師の裁量といえる。ただし、通報するか否かはともかく、これらの問題をもって強制退院とした場合の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で別の検討が必要となる。
(8) 外出・外泊中の規制薬物の自己使用	外出・外泊中の規制薬物の自己使用については、対応は2つに別れた。1つは、「スリッパ」と見なし、治療動機を深める好機として、再度治療を継続するチャンスを与えるという対応であり、もう1つは施設内の使用と同様、入院治療を中止する根拠とする考えであった。	「原則として警察に通報すべきである」と考える施設は少数であり、多くの施設は治療的な観点から個別的に検討すると考えていると推測された。	通報するか否かは医師の裁量といえる。ただし、通報するか否かはともかく、これらの問題をもって強制退院とした場合の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で別の検討が必要となる。
(9) 院内における薬物関連犯罪以外の犯罪行為（暴力犯罪・財産犯罪など）	任意入院患者の暴力は原則として強制退院となる。警察への通報を、病院から行うか、被害者から被害届という方法で行うかは、施設によって異なる。非自発的入院患者の場合には、個別的に判断する。また、窃盗については強制退院とし、通報に関しては被害者の意向による。	暴力については、入院治療の継続や警察通報に関する意見が分かれ、個別的に検討するという意見が半数を占めた。また、窃盗行為に関しては、被害届を出すか否かは被害患者の意思に委ねている施設が多く、入院継続の是非については各施設における規則に依拠して判断される傾向がみられた。	患者の病状と関係ない行為ならば、刑罰法令に触れる行為をした場合には、警察に通報すべきであると考えられる。ただし、強制退院の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で別の検討が必要となる。
(10) 無断離院への対応とその際の医療施設の責任	無断離院については、施設ごとに対応が別れた。1) 原則としてそのまま退院。2) 原則として退院であるが、入院継続の意思があり、1週間の行動制限からやり直せば入院を継続できるチャンスを与える。3) 外泊扱いとして4日間は帰院を待ち、戻ってくれば入院継続、戻ってこなければ退院とする。なお、任意入院患者の場合、病院から保護願いを出さず、無断離院後、数時間経過しても居場所が不明な場合には、保護者に捜索願を出すように要請する。	無断離院をただちに退院とする施設は少数であったが、施設として保護願いを出すか、あるいは家族・保護者にその責任を委ねるかは多少意見が分かれた。	患者に自傷他害のおそれがない場合、警察に捜索依頼を行わなくても違法ではないが、他害事件がおきた場合、民事訴訟で敗訴する可能性がある。患者が家に帰ったなど行先がはっきりしている場合は別として、そうでなければ、一度入院患者として引き受けた以上、病院は途中で放り出さずに面倒を見るべきであり、警察へ捜索依頼を行うべきである。したがって、任意入院の患者であっても、無断離院＝退院とするべきではない。
(11) 強制採尿への協力	強制採尿については、いずれの施設でも、施設側から警察に強制採尿を提言するなどの積極的な働きかけがないが、令状による要請があればそれに応えて協力するという方針をとっていた。	約3割の施設が強制採尿を積極的に要請すると考えているのに対し、半数近くの施設は、法的な手続きをふまえた警察からの要請に応えるという、いわば受動的な形で強制採尿に協力すべきと考えていた。	裁判所の捜索差押許可状（強制採尿令状）があれば、医師による医学的に相当と認められる方法によって強制採尿は実施される。この場合、強制採尿に協力するか否かは医師の裁量であり、協力すべき法的義務はないが、できれば司法警察に協力することが望ましい。なお、医師から警察への採尿依頼についても、医師の裁量による。

(12) 覚せい剤陽性反応者の退院時連絡（「いわゆる門前逮捕」の場合）	警察からの「退院日を教えてほしい」という要請には協力する姿勢を示す場合が多かった。しかし警察からの情報をどのようにして患者本人に伝えるかについては、施設ごとで若干の相違がみられた。	多くの施設が、自施設から教えることはないが、警察からの要請があればそれに協力すると考えていた。また、6割あまりの施設が、いわゆる「門前逮捕」の可能性を事前に明確に患者本人に伝えるべきと考えていた。	このような情報について、医師には捜査機関に対する情報提供義務はないと考える。また、警察から捜査照会があった場合であっても、情報提供をしなくても違法ではなく、医師の裁量によるものである。もし回答しなかった場合、それでも捜査の必要があれば、診療録等の提出命令、捜索差押令状が出されることになる。
(13) 入院患者に対する警察の事情聴取	警察の捜査にはできるだけ協力するが、前提として、「患者本人の同意があること」を重視し、他の入院患者には知られないように、外来エリアで実施するように配慮して実施してもらう。	多くの施設が、病状さえ許容できる状態であれば、警察の事情聴取には協力すべきであるとと考えていた。	警察からの照会に対しては、報告すべき義務を負うが、強制する方法がないので、答えなくても制裁は行なわれない。また、事情聴取に協力しなくとも特に問題はない。捜査上の必要がある場合には、診療録などの提出命令、捜索・差押令状が出されることになるが、その場合でも医師には押収拒絶権がある。
(14) 退院患者の「お礼参り」への対応	少しでも危険を感じたら、すみやかに警察に通報する。「お礼参り」の脅しに対しては、警察にパトロールの強化を要請する。何かあった場合の対応について警察に事前に申し入れしておくなどの対策をとる。	9割以上の施設が警察通報の必要性を認めており、6割以上の施設はかなり早い段階での警察通報が必要と考えていた。	相手が患者であるか否かに関係なく、犯罪に相当する行為があれば、警察に通報すべきである。
(15) 強制退院について	暴力や窃盗、アルコール・薬物の持ち込み、治療意欲がみられない、プログラムに参加しない、病棟規則違反をくりかえすなどが見られる場合には、退院とすることがある。異性問題は、軽微なうちは注意にとどめるが、あからさまな場合には強制退院とする。	<ul style="list-style-type: none"> (1) 他患者への暴力行為: 54.5% (2) 他患者への威嚇的・脅迫的態度: 31.8% (3) 医療スタッフへの暴力: 54.5% (4) 医療スタッフへの威嚇的・脅迫的態度: 31.8% (5) 院内施設・物品の損壊行為: 45.5% (6) 他患者の持ち物の窃盗行為: 40.9% (7) 院内での飲酒: 50.0% (8) 院外での飲酒: 18.2% (9) 院内への酒類持ち込み: 31.8% (10) 院内での薬物使用: 59.1% (11) 院外での薬物使用: 22.7% (12) 院内への薬物持ち込み: 59.1% (13) 異性問題（院内での性的行為）: 27.3% (14) 治療プログラム不参加や治療意欲の乏しさ: 22.7% (15) 院内での賭け事: 27.3% 	これらの問題をもって強制退院とした場合の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で問題が生じる可能性がある。

表 3 薬物関連精神障害臨床における司法的問題の対応指針（通院治療）

	基本的対応	推奨される対応
(1) 24 条通報などの警察経由の受診に際しての事前採尿の問題	事前採尿を要請しても、法的に抵触することはない。	事前採尿を提案したり、実施の有無を確認してもよいが、診察を引き受ける条件として強く要請するのは、医療機関として妥当ではない。あらかじめ医療機関・保健所・警察とのあいだで何らかのガイドラインを策定しておくこと。
(2) 通院患者に関する捜査情報照会への対応	同意書の有無にかかわらず、回答してよい。回答については、文書・口頭のいずれでもよいが、回答は必要な事項にとどめるべきで、聞かれていないことまで回答すべきではない。	できるかぎり同意書をふまえた上で文書にて回答すべきであるが、緊急性の高い場合にはそのかぎりではない。いずれの場合でも、質問された事項に関してのみ回答するように心がける。
(3) 通院患者に対する尿検査の実施とその取り扱い	尿検査による覚せい剤反応が陽性であった場合、通報しても違法とはいえない。また、捜査情報照会依頼において、「最近の覚せい剤使用状況」に関する質問があれば、これに回答することは問題ない。	薬物使用障害の治療においては、尿検査の結果はあくまでも治療的に利用されるべきである。捜査情報照会依頼においては、「最近の覚せい剤使用状況」に関する質問があれば、回答することに問題ない。
(4) 麻向法にもとづく規制薬物中毒者の届出に関する問題	何をもって「麻薬中毒者」と診断するかは、医師の裁量に任されており、このことは乱用薬物の種類には特に関係がない。ただし、ひとたび「麻薬中毒者」と診断した以上は、すみやかに都道府県薬務課に届け出るべきである。	すでに昭和 43 年の旧厚生省の通達で、「麻薬中毒者」の定義は、「身体依存や離脱症状の有無は問わず、当該薬物を使う生活習慣があることとされており、その意味では、対象となる薬物はヘロインにかぎらないはずである。しかし現実には、各自自治体によって麻向法の届け出義務の運用実態には著しい差がある。あらかじめ自治体薬務課との話し合いを持ったうえで、届け出の基準を明らかにしておく必要がある。
(5) 医療スタッフに対する威嚇・脅迫・暴力	これらの行為が社会内において犯罪に相当するものであれば、通報することには全く問題ない。	社会内において通報すべき行為であれば、病院内においても警察に通報すべきである。たとえば、精神症状によらない職員に対する暴力については、被害者が被害届を出すことはもちろん、病院からの通報することによって、その姿勢を示す必要がある。また、院内居座り、診療妨害、夜間敷地内侵入などの迷惑行為についても、指示に従われば通報する。なお、威嚇・脅迫の場合には、理由を聴取した上で個別的に検討する。
(6) 外来待合室における規制薬物の使用・所持・譲渡・売買	警察に通報することに何ら法的な問題は無い。	明らかな場面・証拠を発見次第、警察に通報する。授受・売買が疑われるが、証拠がない場合には、警告・注意にとどめる。ただし、このような者の通院を断ることは慎重な判断が必要である。初診時点での明確な契約、さらには尿検査の実施や警察官の立ち寄りなどで、治療環境をクリーンに保つ工夫をする必要がある。

表 4 薬物関連精神障害臨床における司法的問題の対応指針（入院治療）

	基本的対応	推奨される対応
(7) 院内における薬物関連犯罪（規制薬物の使用・所持・譲渡・売買）	警察に通報するか否かは医師の裁量による。ただし、これをもって強制退院としたり、今後の治療を拒否することにも慎重な検討が求められる。	治療環境をクリーンに保つという観点からいえば、規制薬物の持ち込みを強制退院とするのは妥当である。しかしその際には、事前の契約、退院後の別の治療方法の提案が必要であろう。警察への通報に関しては、好ましくないとも思われるが、譲渡や売買については通報する場合もありえる。
(8) 外出・外泊中の規制薬物の自己使用	警察に通報するか否かは医師の裁量による。ただし、これをもって強制退院としたり、今後の治療を拒否することにも慎重な検討が求められる。	治療動機を深める好機として、再度治療を継続するチャンスを与えるという対応であり、もう 1 つは強制退院とする方法がある。ただし、強制退院については、医師の応召義務との関係で、事前の文書による契約が求められよう。治療関係に配慮すれば、警察への通報は好ましくないであろう。
(9) 院内における薬物関連犯罪以外の犯罪行為（暴力犯罪・財産犯罪など）	病状と関係ない行為ならば、刑罰法令に触れる行為をした場合には、警察に通報してよい。ただし、強制退院の問題については、入院形態との関係、医師の応召義務との関係で慎重な検討が必要となる。	病状と関係ない行為ならば、刑罰法令に触れる行為をした場合には、警察に通報してよい。このような行動にもとづいた退院の決定については、あらかじめ文書にもとづく契約をしておくことが望ましい。
(10) 無断離院への対応とその際の医療施設の責任	患者の行き先が明らかでない場合には、病院から保護願をだすべきである。また、退院の決定については、患者の居場所が明らかとなり、その安全が確認されてからとすべきである（本人が医療機関に戻ってくる必要はない）。	左に同じ。
(11) 強制採尿への協力	強制採尿を依頼しても法的な問題はない。また、強制採尿に協力しなくとも違法ではない。	警察からの令状にもとづいた要請があれば、これに協力することに問題はない。
(12) 覚せい剤陽性反応者の退院時連絡（「いわゆる門前逮捕」の場合）	警察からの「退院日を教えてほしい」という要請に応えなくとも違法ではない。	警察からの要請があれば、退院日を教えることに問題はない。「門前逮捕」される可能性を患者に伝えるかどうかは、施設ごとの判断による。
(13) 入院患者に対する警察の事情聴取	警察の捜査に協力しなくとも違法ではない。	警察の事情聴取に協力することに何ら問題はないが、病状への配慮、ならびに、その後の治療関係に配慮して患者本人の同意を得ることが望ましい。
(14) 退院患者の「お礼参り」への対応	犯罪に相当する行為があれば、警察に通報してよい。	少しでも危険を感じたら、すみやかに警察に通報する。「お礼参り」の脅しに対しては、警察にパトロールの強化を要請する。何かあった場合の対応について警察に事前に申し入れをしておくなどの対策をとる。
(15) 強制退院の理由	治療環境をクリーンに保ち、他の患者を保護するという観点からいえば、「強制退院」という対応はやむを得ないものと考ええる。けれども、任意入院であるといつて、医師の応召義務との関係に配慮しなくてよいわけではない。これを行うにあたっては、事前の文書による契約、代替治療プランの提案、通院治療の継続などが条件となるであろう。	左に同じ。

資料1 薬物関連精神障害の臨床に関係する警察官の職務に関する検討

研究協力者 柑本美和 (城西大学現代政策学部)

1. 「警察官職務執行法」による保護

「個人の生命、身体および財産の保護」は警察の責務である(警察法2条)。警察官職務執行法(以下、警職法という)3条は、中でも、精神錯乱者、迷い子、病人など一定の者が、応急の救護を要する場合に、警察官に対して、それらの者について強制措置を含む一時的な保護措置をとることができる権限を認めたものである。戦前の行政執行法の「保護検束」の運用において、治安目的で拘束したりしていたことへの反省から、保護の要件と手続きを明確にし、保護期間も限定するなど、人権に手厚く、警察の権限濫用を防止する内容になっている。

第3条

警察官は、異常な挙動その他周囲の事情から合理的に判断して左の各号の一に該当することが明らかであり、且つ、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当な理由のある者を発見したときは、とりえず警察署、病院、精神病患者収容施設、救護施設等の適当な場所において、これを保護しなければならない。

一、精神錯乱又はでい酔のため、自己または他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者

二、迷い子、病人、負傷者等で適当な保護者を伴わず、応急の救護を要すると認められる者(本人がこれを拒んだ場合を除く。)

2. 前項の措置をとった場合においては、警察官は、できるだけすみやかに、その者の家族、知人その他の関係者にこれを通知し、その者の引取方について必要な手配をしなければならない。責任ある家族、知人等が見つからないときは、すみやかにその事件を適当な公衆保健若しくは公共福祉のための機関又はこの種の者の処置について法令により責任を負う他の公の機関に、その事件を引き継がなければならない。

3. 第1項の規定による警察官の保護は、24時間をこえてはならない。但し、引き続き保護する

ことを承認する簡易裁判所(当該保護をした警察官の属する警察署所在地を管轄する簡易裁判所をいう。以下同じ。)の裁判官の許可状のある場合は、この限りでない。

4. 前項但書の許可状は、警察官の請求に基づき、裁判官において已むを得ない事情があると認めた場合に限り、これを発するものとし、その延長に係る期間は、通じて5日をこえてはならない。この許可状には已むを得ないと認める事情を明記しなければならない。

5. 警察官は、第1項の規定により警察で保護をした者の氏名、住所、保護の理由、保護及び引渡の時日並びに引渡先を毎週簡易裁判所に通知しなければならない。

【解説】

① 本条の目的

要救護者を本来の保護者等に速やかに引き渡すことにある。つまり、それらの者により行われるべき継続的な保護までの間の、一時的な保護を行うことが目的である。

② 保護の要件

ア) 精神錯乱又はでい酔のため、自己または他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者

(a) 精神錯乱

- ・社会通念上、精神が正常ではない状態
- ・医学上の精神病患者と同じではない
- ・薬物の影響、強度のヒステリー、極度の興奮等の一時的原因によるものも含まれる。
- ・精神が不安定なだけでは「精神錯乱」には当たらない。
- ・刑法上の責任能力とは関係ない
- ・覚せい剤等の使用に関連しては、中毒症状(幻聴、被害妄想、感情疎麻およびこれらに基づく攻撃的かつ異常な行動などの症状)が「精神錯乱」にあたるとした事案(岡山地判昭54.9.28判例集未登載、など)と、精神に不安定な面があったこ

とは否定できないが精神錯乱状態にないとした事案(大阪地判昭和61.5.8判時1219号143頁など)等、双方がある。

(b) でい酔

- ・アルコールの影響で意識が混濁し、正常な判断能力や意思能力を欠いた状態
- ・常識的な意味で深酔していると認められる状態(広島高岡山支判昭31・4・17高検速報昭31年23)
- ・医学的な意味での「泥酔」とは必ずしも同じではない
- ・刑法上の責任能力とは関係ない
- ・「でい酔」の程度に至らない者は、本条の保護の対象とはならない。しかし、「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止に関する法律」(昭和36年法律103号、以下、酩酊規制法という)第3条による保護の対象にはなりうる。

(c) 自己または他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれ

- ・「精神錯乱」または「でい酔」に起因するものである
- ・保護の時点で、そのようなおそれが存在する
- ・保護はあくまでも本人のために行われるもので、第三者への危害の防止は本人保護の結果であって主目的ではない。

イ) 応急の救護を要する

- ・すぐに救護しなければ間に合わないほど状況が差し迫っている
- ・本人の保護が主目的であるため、たとえ、他人に対する危害があっても、本人の救護を必要とする状態でなければ、本条の保護措置はとれない。そのような場合には、警職法5条の警告、制止措置など他の手段を用いることになる。

③ 保護の方法

保護の具体的な方法については、警察庁の「保護取扱要綱」(「保護取扱要綱について」[昭35.3.18丙防発第7号])に基づき、各都道府県警察が規定を定めている。たとえば、警視庁では、「警視庁保護取扱規程(昭和34年3月16日訓令甲第6号)」を策定している。

- ＊「とりえず」の意義
- ・警察権の発動は、消極的でなければならない。

本条による警察の保護はあくまでも一時的なものに過ぎず、家族などによる私的な保護が最優先であり、それが出来ないときに、公共の責任による保護が出てくる。警察の役割は、それらの機関に引き継ぐまでの応急かつ一時的な保護となる。

④ 保護の場所

- ・警察署、病院、精神病患者収容施設、救護施設等の適当な場所とされているが、例示なので、これに限定されない。
- ・ここで病院に「保護」することと、後で出てくる「保護の引継ぎ」として病院に引き取らせることとは別のものであることに注意する必要がある。
- ・なお、警視庁の規程では、「警察官は要保護者を発見したときは、救護のため必要な措置を講じ……」、「要保護者は原則として本署に同行しなければならない……」として(第7条)、保護を要すると判断された者は本署で保護されることになる。
- また、「精神錯乱者、でい酔者及びでい酔に至らないめいてい者の保護は次の各号によるものとする」として、保護の場所も詳細に定められている(9条2項)。

⑤ 保護の手段

- ・「精神錯乱又はでい酔のため、自己または他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者」の場合、意思能力を欠いている状態であるので、本人の意思に関係なく強制的に保護できる。
- ・精神錯乱によりその者が暴れているような場合には、必要最小限度であれば、警察署や病院に連れて行く際に手錠等の「戒具の使用」も許される。

⑥ 保護後の措置

ア) 「……できるだけすみやかに、その者の家族、知人その他の関係者にこれを通知し」

- ・社会通念上、本人の保護をする責任があると考えられる者に対して、迅速確実に通知を行う(家族や保護責任者がいない場合は、その他の親族、知人など)ことが求められている。

イ) 「その者の引取方について必要な手配をしなければならない。」

- ・本人の身柄を家族等に引き渡すために必要な措置を講じる(本人を保護した場所まで家族等と呼

び出し本人を引き渡したり、警察官が家族のところまで本人を送り届けたりする)
・家族等への引渡しが終われば、警察の応急的な保護は終了する。

ウ)「責任ある家族、知人等が見つからないとき……」

・家族や知人等が見つからないとき、見つかったも保護能力に欠けると、引取りを拒否したときを意味する。この場合は、以下の「引継ぎ」の手続きを行わなければならない。

エ)「適当な公衆保健若しくは公共福祉のための機関」への引継ぎ

・法令上は保護の義務はないが、その機関の性質からいって、社会通念上保護に適していると認められる施設であり、病人については、病院等がこれにあたる。
・施設に保護の義務はないので、施設が承諾をしたら……ということになる¹
・公私いずれの機関でもよい

オ)「法令により責任を負う他の公の機関」

・精神障害者については、都道府県知事および市町村長(精神保健福祉法 21 条、24 条、29 条、29 条の第 2 項)
・覚せい剤中毒者も同上である。
・麻薬中毒者又はその疑いのある者を発見した場合には都道府県知事に通報(麻取法 58 条の 3)
・アルコールの慢性中毒者又はその疑いのある者を保護した場合には、速やかに最寄の保健所長に通報(酩酊規制法 7 条)

カ)「事件の引継ぎ」

・本人の身柄を公共のための機関、その他法令により責任を負う公の機関に引き渡すこと
・本人を、事実上引き渡すことで警察の応急的保護の責任は終了し、保護の責任は引継ぎを受けた病院等に移る¹¹。

キ) 警視庁の場合

・警視庁では、「精神錯乱者については、人相、特徴、所持品、言動等により所在不明若しくは病院逃走のため手配中の者であるか否かについて調査する等その身元の発見に努め、身元が判明したときは、すみやかに家族等に引き渡すものとし、家

族等に引き渡すことができないときは、関係機関に引き継ぐものとする」(取扱規程 16 条第 1 項)としている。そして、「取扱規程について」という通達によれば、「精神錯乱者で身元が確認できない者については、……家族等が発見できないときは、精神保健福祉法第 21 条に規定する保護者に引き継ぐものとする」とされているので、その場合は市町村長に引継がれることになる。

さらに、「精神錯乱者を保護した場合において、その者が精神保健福祉法第 24 条に規定する通報の対象者であると認めたとときは、その旨を、速やかに最寄りの保健所長を経て都知事に通報するものとする」ともされている。

また、「でい酔者及びでい酔に至らないめいてい者については所持品、言動等により、その身元の発見に努め、身元が判明したときは、すみやかに家族等に引き渡すものとする。なお、家族等に引き渡すことができない者については、救護の必要がなくなったときに、すみやかに保護解除の措置をとるものとする」(取扱規程 16 条第 2 項)とされている。

ク)「第 1 項の規定による警察の保護は、24 時間を超えてはならない」

この「警察の保護」とは、家族などに引き取らせ、その他の公の機関に事件を引き継ぐまでの、まさに、応急的な保護に過ぎない。保護に着手した時点から、ここまでを行うのが原則 24 時間である。このような時間制限を設け、速やかに引継ぎを行わせるのは、保護というのは本人のために行うものであるが、人身の自由に対する重大な侵害でもあり、警察権の濫用を防止するためである。但し、どうしても 24 時間以内に、家族への引渡し、公共の機関・公的機関などへの引継ぎが終了しない場合には(警察による保護延長が必要な場合)、簡易裁判所の裁判官の許可状を得て、5 日まで保護を延長できる。

なお、24 時間以内であっても、保護の要件がなくなれば、それ以後は保護を継続することはできないため、保護解除すべきである。

⑦ 精神保健福祉法との関係

ア) 精神障害のために自傷他害のおそれがあると認められる場合

(a) 精神保健福祉法第 24 条に基づいて、直ちに(可能な限り最短時間内に)保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。なお、精神医学の専門家ではない警察官に、精神障害者であることの正確な認定まで要求しているものとは思われない。

警察による保護と、精神保健福祉法 24 条の通報は別個のものとして行われる。そして、都道府県知事は、「警察官が警察官職務執行法第 3 条第 1 項第 1 号の規定により保護した者について、法第 24 条の規定による通報を行った場合には、速やかに必要な指定医の診察を的確に行うこと」とされている(精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について 昭和 63 年 4 月 6 日健医発第 433 号第 5、2 (3)イによる)。

ただ、警察は、精神保健福祉法 27 条以下の手続きが行われる前であっても、責任ある家族が見つければ、家族に引き渡さなければならず、他方、保護の継続中に、措置入院の決定がなされたような場合は、保護を解除してその者を知事に引継ぎ、家族等には精神病院等に収容された旨を連絡するとされている¹¹。さらに、警職法 3 条の保護が継続しているうちに、家族が見つからず、27 条以下の手続きもなされない場合には、理論的には、警職法 3 条 2 項により、適当な機関に引き継ぐことになる。

(b) 警察官は、保護していた精神障害者を引き継いだ場合、病院収容に協力する必要はあっても、保護を解除した以上、その者に強制力を行使することはできない(引き継いだ時点で、警察の保護責任は終了している)。

イ) 保護した者が、精神保健福祉法 39 条による無断退去・行方不明者であった場合については、以下の、精神保健福祉法第 39 条の箇所を参照のこと。

ウ) 保護した者が酩酊者であった場合は、以下の、酩酊規正法第 7 条の箇所を参照のこと。

11. 「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律」による対応

第 3 条
警察官は、酩酊者が、道路、公園、駅、興行場、飲食店その他の公共の場所又は汽車、電車、乗合

自動車、船舶、航空機その他の公共の乗物(以下「公共の場所又は乗物」という)において、粗野又は乱暴な言動をしている場合において、当該酩酊者の言動、その酔いの程度及び周囲の状況等に照らして、本人のため、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当の理由があると認められるときは、とりあえず救護施設、警察所等の保護するのに適当な場所に、これを保護しなければならない。
2. 前項の措置をとった場合においては、警察官は、できるだけすみやかに、当該酩酊者の親族、知人その他の関係者(以下「親族等」という)にこれを通知し、その者の引取方について必要な手配をしなければならない。
3. 第 1 項の規定による保護は、責任ある親族等の引取りがない場合においては、24 時間をこえない範囲内でその酔いをさますために必要な限度でなければならない。

【解説】

① 保護の要件

ア)「酩酊者」

アルコールの影響により正常な行為ができないおそれのある状態にある者を言うが、でい酔者も含まれると解すべきである。

イ)「本人のため、応急の救護を要する」

警職法と同じで本人のために行われ、「応急の救護を要する」ことが必要である。

ウ)「公共の場所又は乗物」

不特定多数の人が自由に利用したり出入りするところの場所、自由に利用できる乗物である。これらの場所でない時は、警職法 3 条の保護によらざるを得ない(その場合でも、もちろん警職法 3 条の保護の要件を満たしていなければならない)。

エ)「粗野又は乱暴な言動をしている場合において」

場所がらをわきまえない粗野卑なこと、理由もなくあらあらしいことであり、例えば、他人に口論をふっかけたり、からんだり、公園のベンチをひっくり返したりなどといった場合がこれにあたる¹²とされている。

② 保護の方法

ア) 「できるだけすみやかに、当該酩酊者の親族……にこれを通知し、その者の引取方について必要な手配をしなければならない」

警職法第3条2項の規程と同趣旨である。

イ) 「責任ある親族等の引取りがない場合においては、24時間をこえない範囲内で……」

酩酊規制法では、24時間を限度としてのみ保護が認められている。通常の酩酊状態であれば、24時間あれば、正常な状態に戻ると考えられるからである。また、「その酔いをさます限度でなければならぬ」とされているので、24時間を経過しないうちに本人が正常に戻れば、その時点で保護は解除しなければならない。

③ 精神障害の疑いがあるなどの場合

酩酊者のため保護をしたが、例外的な泥酔状態で24時間たっても酔いがさめないとか、精神障害等の理由でさらに保護を継続すべきやむを得ない事由がある場合、酩酊規制法には、24時間を越えた保護が予定されていないがどうすべきか?

→警職法3条による保護の規定が適用されると考えて、それに従った措置を講じればよいのではないと思われる。

第7条

警察官は、第3条第1項又は警察官職務執行法第3条第1項の規定により酩酊者を保護した場合において、当該酩酊者がアルコールの慢性中毒者(精神障害者を除く。)又はその疑いのある者であると認めるときは、すみやかに、もよりの保健所長に通報しなければならない。

第8条

前条の通報を受けた保健所長は、必要があると認めるときは、当該通報に係る者に対し、医師の診察を受けるようにすすめるなければならない。この場合において、保健所長は、当該通報に係る者の治療又は保健指導に適切な他の医療施設を紹介することができる。

本法の保護、あるいは警職法の保護を行った場合で、アルコールの慢性中毒者(精神障害者を除く)又はその疑いのある者のときは、警察官はすみ

やかに、もよりの保健所長に通報しなければならない。ここでは、アルコールの慢性中毒による精神障害者が通報の対象から除外されているが、それは、そのような者で自傷他害のおそれがあると認められれば、精神保健福祉法24条による通報をしなければならないからだと思われる。

ただし、保健所長は、診察を義務付けられているわけではなく、対象となる者に強制できるわけではない。診察を受けるか受けないかはあくまでも本人の意思による。

III. 「麻薬及び向精神薬取締法」による対応

第58条の3

麻薬取締官、麻薬取締員、警察官及び海上保安官は、麻薬中毒者又はその疑いのある者を発見したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢及び性別並びにその者を麻薬中毒者又はその疑いのある者と認めた理由をその者の居住地の都道府県知事に通報しなければならない。

【解説】

① 通報の要件

ア) 「麻薬中毒者又はその疑いのある者」

この判断は、医学的見地からの判断でなくともよい。

イ) 「すみやかに」

これは「直ちに」より緩やかなことを意味する。

ウ) 「通報」

これは、都道府県知事に知らせることである

② 麻薬の不正施用との関係

ア) 刑事手続きと、本法の通報義務とは別のもので考えなければならず、捜査中であっても、通報しなければならない。

イ) なお、通報義務が課せられているからといって入院措置が刑事手続きに優先するわけではない。現に、刑事手続きの進行中または裁判の執行中の者は、原則として入院措置の対象としないとされている(「麻薬中毒者に対する入院措置と刑事手続きについて」昭和38年7月25日薬発第378号)。

VI. 「精神保健福祉法」における対応

第39条精神病院の管理者は、入院中のもので自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれのあるものが無断で退去しその行方が不明になったときは、所轄の警察署長に次の事項を通知してその探索を求めなければならない。

- ・退去者の住所、氏名、性別及び生年月日
- ・退去の年月日及び時刻
- ・症状の概要
- ・退去者を発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項
- ・入院年月日
- ・保護者又はこれに準ずる者の住所及び氏名

2. 警察官は、前項の探索を求められた者を発見したときは、直ちに、その旨を当該精神病院の管理者に通知しなければならない。この場合において、警察官は、当該精神病院の管理者がその者を引き取るまでの間、24時間を限り、その者を、警察署、病院、救護施設等の精神障害者を保護するのに適当な場所に、保護することができる。

【解説】

① 通知探索の対象者

ア) 「入院中」とは、任意入院、医療保護入院、措置入院等すべての入院形式を含む

イ) 「無断で退去しその行方が不明になったとき」とは、脱院し、行方が不明になったときである。行方不明になっていないとき、例えば、病室にはいないが病院の敷地内にいることが明らかであったり、敷地外であっても姿を見失うことなく追跡中であるような場合、さらには、保護者のもとに帰ったことが判明しているときなどは、これにあたらない。

② 「所轄の警察署長に次の事項を通知して探索を求めなければならない」の意義

所轄の警察署長とは、当該精神病院の所在地を管轄する警察署の署長であり、その署長に対して、口頭、文書、電話などにより、法律で定められた事項を通知した上で、探索を求めなければならない。「探索を求めなければならない」とあるので、探索の依頼をすることは、精神病院の管理者の責

務である。そして、探索依頼を受けた警察は、探索をしなければならないということになる。

なお、探索依頼がなされたと認められない場合、無断退去者による他害事故が生じれば、以下のよう

に病院は損害賠償責任を負うこともありうる。事案は、東京武蔵野病院に統合失調症の治療のため医療保護入院していた男性患者が無断離院し、3日後に、当時25歳の女性被害者の自宅付近の路上にて、文化包丁で被害者の右胸を刺し、加療約4週間を要する重傷を負わせたというものである。看護師長は、110番通報を受け来訪した警察官に離院時の症状等を説明し、直ちに、暴行等に及ぶおそれはないと口頭で内容を告げたが、これは法39条1項所定の事項を通知するものではあっても、自傷他害のおそれがある旨を知らせ、探索を求める趣旨のものと言うことはできず、39条1項所定の通知および探索を求める措置が講じられたと認めることはできないとされた(東京地判平成10年3月20日判時1669号85頁)。

この事件で、所轄の警察官は、本件患者の離院に緊急性はなく、自傷他害のおそれはないと判断して通常の保護願として通報を受理していた。警視庁では、保護願を受けた場合には、所轄警察署等の無線台及び警察官が所持する受令機に対し、探索を一回指令するが、39条1項の通知を受けた場合には、生活安全部情報管理課で無断退去についての情報を登録し、外勤警察官などからの照会を受ける扱いにしていた。本件では、保護願とされたため、事件前に加害者を職務質問し、任意同行の上、事情聴取までした警察官から照会があったにもかかわらず、手配なしということで保護されなかったのである。

③ 警察官による保護

警察官が無断退去者を発見した場合、直ちに精神病院の管理者に通知しなければならない。さらに、警察官にはその無断退去者を保護する権限がある。警察官は、探索依頼のなされた者であれば、自傷他害のおそれを判断せずとも、また、警職法3条の要件を満たさない者であっても保護できる。そして、保護のためには、強制措置をとることも可能である。

警察官は、「当該精神病院の管理者がその者を引き取るまでの間」、24時間を限度に、その者を警察署、病院、救護施設等の適当な場所に保護でき

るが、その者を病院に移送しなければならないわけではなく、法文上は、精神病院の管理者が引き取りにくることを想定しているものと思われる。24時間の起算点は保護開始時であり、24時間以内に管理者による引き取りが行われれば、そこで警察官の保護は終了する。24時間以内に引き取りにこなかった場合は、本条には延長の規定がないので、本条に基づく保護を継続することはできない。ただ、警職法3条の要件を満たす者であれば、それに基づく保護を行うことができる。

V. 搜索願と保護願（家出人発見活動要綱にもとづく搜索と警職法・警察法にもとづく保護）

「搜索願」とは、「家出人の所在の搜索について、保護者等から出される願い出」（「家出人発見活動要綱」[昭51年9月21日 警察庁乙保発第5号。乙刑発第4号、以下「要綱」という]第2条4項）をいう。さらに、各都道府県警察が策定する家出人発見活動規程を参照のこと。

家出人には、（一般）家出人と特異家出人の2種類がある（要綱第2条1項、2項）。「精神障害のため、自身を傷つけ又は他人に危害を及ぼすおそれのある家出人」は特異家出人とされ（要綱第2条2項第5号）、要綱にしたがった組織的な捜査・搜索等を行ってもらえる。例えば、その者の名前や特徴、写真などをコンピューターに家出人手配登録をし、保護した者、職務質問した者などの中に、その該当者がいないかどうかを確認できる状態にし、さらに特別な手配も行っている。精神保健福祉法39条1項の通知を受けた場合にも、「特異家出人」に準じた扱いがなされることである。

家出人搜索願届の願出人となれる者は、

ア 家出人の保護者等（親権者、扶養義務者及び後見人をいう）

イ 家出人の配偶者その他の親族

ウ 家出人を現に監護している者（入院患者の場合には、病院の責任者なども含まれると解されよう）
である（要綱 第2条第3項）。

搜索願が出されている家出人を発見した場合には、必要な保護をしなければならないとされている（要綱 第33条第1項、警職法3条等の個別法令に基づく保護のほか、警察法2条による任意の保護も含まれる）。

ただし、搜索願が出されている家出人であつても、保護を必要としないと認められる場合には、本人の意思に反して保護はできず、説得などにとどまる場合もありうる（要綱 第33条第2項では、「当該家出人の意思及び保護者等の意向に配慮し、当該家出人に対して帰宅をするよう説得を行う等事案に応じた適切な措置をとるものとする」としている）。

他方、「保護願」については、搜索願のような手順は定められておらず、文字通り、その者を見つけた場合には保護をして欲しい旨を願い出るにすぎないものようである。前出の判例時報1669号85頁以下の解説によれば、警視庁では、「保護願」を受理した場合、「所轄警察署等の無線台及び外勤警察官が所持する受令機に搜索を1回指令」しているとのことである。ただ、各都道府県で対応が異なる可能性があるため、事前にその点を十分確認する必要があるように思われる。

VI. 覚せい剤使用を疑った場合 ——強制採尿をめぐる——

覚せい剤を使用した者が中毒症状を呈した場合には、被害妄想や脅迫妄想にかられ、「精神錯乱」状態にあると判断されることも多く、その場合には、警職法3条第1項第1号による保護の対象となりうる。もちろん、保護する場合には、自己または他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれがあり、応急の救護を要するという要件を満たしていなければならない（このとき、精神障害のために自傷他害のおそれが認められれば、精神保健福祉法24条の通報をしなければならない。この場合、精神錯乱状態にあるか否かは要件ではない）。

保護した者が覚せい剤中毒であると伺える場合には、その者の尿を得ることが重要である。精神錯乱状態で保護を要する状態にあつても、尿を提出することについて理解できる状態にある者であれば、その者から任意提出を受けることはできるだろう。他方、精神錯乱状態で警職法3条1項1

号の保護下にあるが、尿の任意提出が期待できない者については、強制採尿を行うことが可能であることに留意する必要がある。

事案は、警職法3条1項1号による保護を受け、警察署の保護室に入室していた被告人が、暴れたり奇異な行動をし、「覚せい剤を打った」などと口走っていたことから、警察官が覚せい剤使用を疑ったが、被告人には正当な判断ができず任意採尿では任意性の確保が困難と見て、警察署のマイクロバスで精神病院に搬送し、強制採尿を行ったというものである。最高裁は、「被告人は、錯乱状態に陥っていて任意の尿の提出が期待できない状況にあったものと認められるのであって、本件被疑事実の重大性、嫌疑の存在、当該証拠の重要性とその取得の必要性、適当な代替手段の不存在等の事情に照らせば、本件強制採尿は、犯罪の捜査上真にやむを得ない場合に実施されたものといえるから、右手続きに違法はないとした原判断は正当である」とした（最決平成3年7月16日45巻6号201頁）。

ただ、このような場合であっても、警察は、精神錯乱状態にある者に任意の尿提出が期待できない状況にあるか否かを慎重に見極め、最後の最後まで任意排尿を促す必要があるだろう（本件においても、病院に到着し強制採尿を行う直前まで、任意排尿を促す説得は続けられていた）。

なお、本人が錯乱状態ではなく、ただ犯行を否認し、尿の任意提出を拒否する事案における強制採尿については、最高裁は、既に、「被疑事件の重大性、嫌疑の存在、当該証拠の重要性とその取得の必要性、適当な代替手段の不存在等の事情に照らし、犯罪の捜査上真にやむを得ないと認められる場合には、最終的手段として、適切な法律上の手続きを経てこれを行うことも許される」としている（最決昭和55年10月23日刑集34巻5号300頁）。

i 田宮・河上編『大コンメンタール 警察官職務執行法』（渡辺咲子執筆部分）、青林書院、1993年、269頁

ii 河上和雄『詳釈 警察官職務執行法 全訂版』、日世社、1992年、167頁

iii 馬渡暁『精神衛生法の解説と運用上の諸問題』捜査研究161号36頁

分 担 研 究 報 告 書
(2-6)

薬物依存者に対するその家族の対応法に関する研究
—薬物依存症者をもつ家族の当事者活動に関する実態調査—

分担研究者 近藤 あゆみ 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究協力者 小松崎未知 全国薬物依存症者家族連合会調査部

研究要旨 薬物依存症者の回復を考える際には、家族や身近な周囲の人々が依存症を理解し、回復に向けた適切な関わりを学び実践することが、結果的に依存症者本人の回復に役立つといわれている。しかし、わが国の家族支援体制は極めて未整備の状態にあり、今後家族支援の問題にどう取り組むかは薬物依存症対策を考える上で非常に重要な課題であるが、この課題に取り組むには、まず、わが国の薬物依存症者をもつ家族の実態について理解を深めることが必要である。そこで、①薬物依存症者をもつ家族の実態に関する理解を深めること、②家族の自助活動によってどのような効果が得られているかを検討すること、を主たる目的として調査を実施した。更に、昨年度からの調査結果を踏まえ、薬物依存症者をもつ家族を対象としたパンフレットを作成することを目指した。

ダルク家族会の参加者 190 名に対し、アンケート調査およびインタビュー調査を実施した。

本調査により、家族が依存症の 2 次的症状である様々な問題行動に長期間悩まされているにも関わらず、その解決のために家族を支える資源に巡り合えず時間が経過していること、家族はなんとか問題を解決しようと様々な試行錯誤を繰り返しているが、一家族のみで本人への対応を徹底し続けることは困難であること、薬物使用をコントロールする努力と問題行動の後始末を続ける家族と本人との関係は悪化する一方であり、家族には回復を支援する機能が低下しているにも関わらず、支援が得られず孤軍奮闘せざるを得ない状況であることなどが示された。また、家族が薬物問題を知ってから 10 年以上経過した後も、本人が施設や刑務所に入所している率は高く、状態の安定には長期間を要することが示された。

当事者活動の有効性については、多くの仲間との出会いにより得られる理解・共感、依存症に関する知識や回復に役立つ情報の収集などを有効であると感じている者の割合が高く、これらの要素が家族支援において重要であること、薬物依存症者の回復には時間がかかること、本人への対応の理解、家族の心身の状態の改善、などについては一定の期間を要することなどが明らかになり、本人に対する対応の徹底や家族の心身の状態改善のためには継続的な支援が求められることが示唆された。

A. 研究目的

薬物依存症者の回復を考える際には、家族や身近な周囲の人々が依存症を理解し、回復に向けた適切な関わりを学び実践することが、結果的に依存症者本人の回復に役立つといわれており、これまでの研究からは、依存症者の治療導入に対して家族が重要な役割を果たしていること、家族の適切な関わりが本人の良好な予後と関連していること、などが明らかになっている。^{1) 2)}

しかし多くの場合、薬物依存症者を抱える家族は依存症者本人が引き起こす様々な問題行動に長

期間巻き込まれ、心身ともに疲弊した状態にある。しかも、触法行為や非行問題との関連が深いことから、周囲に薬物問題を明らかにすることを躊躇し、長期間問題を抱え込むことが多い。結果、このような状態が依存症者本人の治療の場への登場を遅らせ、長期化、深刻化を招き、家族の心理状態を更に悪化させることが懸念されている。

このような現状を踏まえて、薬物乱用防止新 5 か年計画では「薬物依存・中毒者の家族に対する支援等」が基本目標として新たに位置づけられたが、その具体策については明言されておらず、体

制は極めて未整備の状態である。

今後家族支援の問題にどう取り組むかは薬物依存症対策を考える上で非常に重要な課題であるが、この課題に取り組むには、まず、わが国の薬物依存症者をもつ家族の実態について理解を深めることが必要である。また、現在試行錯誤しながら行われている家族支援方法の有効性を評価し課題を明らかにすることも、今後の家族支援に関する施策構築のためには有用であろうと思われる。そこで、今年度は、①薬物依存症者をもつ家族の実態に関する理解を深めること、②家族の自助活動によってどのような効果が得られているかを検討すること、を主たる目的として調査を実施した。更に、昨年度からの調査結果を踏まえ、薬物依存症者をもつ家族を対象としたパンフレットを作成することを目指した。

B. 研究方法

調査対象は、約10年ほど前から活動を始め、年数を経て徐々に活動地域とその数を増やし、現在18箇所にとり全国に点在しているダルク家族会の参加者である。その中で最も大きな家族会である「茨城ダルク家族会」については、過去の調査によりその活動の詳細が報告されているので参考にされたい。⁹⁾

まず、全国の家族会参加者の有志からなる全国薬物依存症者家族連合会調査部（以下、調査部と記す）の方に調査の趣旨をご理解いただいた上で、調査部を通して家族会に調査依頼を行った結果、5箇所の家族会から調査協力に同意を得ることができた。家族会名称と人数内訳は、「びわこ家族会（28名）」「愛知家族会（44名）」「茨城ダルク家族会（64名）」「宇都宮家族会（33名）」「仙台ダルク家族会（21名）」であり、総計は190名であった。同一本人に対して複数の家族が家族会に参加している場合があり、家族単位または本人単位でみると147家族である。

調査はアンケート調査とインタビュー調査を実施した。

アンケート調査の調査時期は平成18年12月～平成19年2月で、それぞれの家族会のプログラム時間内に調査票への回答を依頼した。匿名性を確保するために、個別封筒に入れた同意書と無記名の調査票は回答後いったん調査部によって回収され、調査部で個人名とID番号の照合表を作成、

その後調査票のみ研究者が受け取るという形をとった。

調査項目は、家族会参加者の属性、依存症者本人（以下、本人と記す）の薬物問題を家族が初めて知った契機およびその時期、本人の薬物問題に関して初めて利用した関係機関およびその時期、ダルク家族会につながった契機およびその時期、家族会に対する主観的効果などである。本人については、本人の属性、主な使用薬物、薬物使用開始時期、医療機関や中間回復施設といった治療機関利用の有無およびその時期、家族が家族会に参加した時点の居場所・就労状況・薬物使用状況、本人の現在の居場所・就労状況・薬物使用状況などについて聞いた。

インタビュー調査の時期は、平成18年8月～12月で、対象者は17名である。インタビュー調査における調査項目は、家族がこれまでに経験した様々な困難、家族に参加して得られたこと、などである。

データの集計にはSPSS 12.0 J for Windowsを用いた。

C. 研究結果

1) 対象者の属性

対象者の属性を表1-5に示す。性別は男性55名（28.9%）、女性135名（71.1%）と女性が多く、年代は50-60代が約8割を占めていた（表1）。約9割は最終学歴が高等学校以上であり（表2）、また、婚姻状態については約8割が既婚であった（表3）。男性配偶者の職業については、特に偏りはみられなかった（表4）。対象者と本人の続柄は、9割以上が親子であった（表5）。

2) 本人の薬物問題が家族に発覚した時期およびその契機

本人の薬物問題を確めた時から現在までの期間の平均は102.5ヶ月（SD=80.2）であり、既に10年以上が経過している家族が3割以上存在した（表6）。

また、本人の薬物使用が家族に発覚した契機としては、「本人の部屋や家の中で、薬物使用のための道具や実際に使用しているところを目撃した」（50.4%）との回答が最も多く、「本人や友人から打ち明けられた」（22.1%）、「本人が薬物使用・所持で逮捕され、警察から電話があった」（18.3%）

と続いていた（表7）。

3) 本人の薬物問題に関して家族が初めて利用した関係機関とその時期

本人の薬物問題に関して家族が初めて利用した関係機関は、医療機関（32.7%）が最も多く、警察（17.7%）、保健所（保健センター）（16.3%）、精神保健福祉センター（16.3%）と続いていた（表8）。

次に、家族が本人の薬物使用を確信してから初めて関係機関を利用するまでの期間を算出した。算出方法は、家族が本人の薬物使用を確信した時期（調査時点より〇年×ヶ月前）－家族が初めて関係機関を利用した時期（調査時点より〇年×ヶ月前）である。結果を表9に示す。平均期間は25.3ヶ月で、期間別にみると、1年未満（38.8%）が最も多かったが、5-10年以上を要した家族も17%存在した。

4) 家族会への紹介経路、参加時期、参加期間

家族会への紹介経路は「メディアを通じて」（17.0%）が最も多く、「医療機関」（15.6%）、「自助グループ」（15.6%）と続いていた（表10）。

次に、本人の薬物問題が発覚してから家族が家族会に参加するまでの期間を算出した。算出方法は、家族が本人の薬物使用を確信した時期（調査時点より〇年×ヶ月前）－家族が初めて家族会に参加した時期（調査時点より〇年×ヶ月前）である。結果を表11に示す。平均期間は65.6ヶ月で、期間別にみると1年未満（22.4%）が最も多かったが、5年以上経過している者も34.7%存在した。

家族会への参加期間を表12に示す。平均期間は42.7ヶ月で、期間別にみると、2-3年未満（29.9%）、1年未満（23.8%）が多く、約5割を占めていた。

5) 依存症者本人の属性および主な使用薬物

本人の性別は、男性123名（83.7%）、女性（12.9%）、無回答（3.4%）で、男性が8割以上を占めていた。現在の年齢を表13に示す。全体の平均年齢は30.6才で、20代後半から30代前半が約5割を占めていた。最終学歴は、約半数（46.9%）が中学校であった（表14）。

本人の主な使用薬物を表15に示す。覚せい剤

（55.1%）が最も多く、有機溶剤（23.8%）、処方薬（11.6%）市販薬（10.2%）と続いていた。

6) 依存症者本人の状態

家族が家族会に参加した時点の本人の状態を表16に示す。治療を受けず継続使用（34.0%）、刑務所（24.5%）の割合が合わせて約6割と高かった。

また、現在の本人の状態については、表17に示す。現在の状態は、不明が25.9%と多いが、その他では、施設に入所中（22.4%）、刑務所（21.1%）が最も多かった。また、家族が薬物使用を確信してから現在までの期間別に、本人の現在の状態を比較したところ、群間に有意差は認められなかった。

7) 家族会に対する家族の主観的効果

家族会に対する家族の主観的効果に関する回答を表18に示す。多かったのは、「多くの家族に会うことができた」（92.6%）、「依存症の知識を得ることができた」（87.4%）、「他の家族の話聞き参考になった」（86.3%）、「人に話せないことを話せた」（82.6%）、「自分の問題に気づくことができた」（77.4%）、「本人に対する対応の仕方がわかった」（73.7%）などであった。

また、各項目の内容の効果が得られたと感じている者の割合を、家族会への参加期間別に比較した結果、「多くの家族に会うことができた」「依存症の知識を得ることができた」「他の家族の話聞き参考になった」「人に話せないことを話せた」「本人との関係が以前より良くなった」「本人の薬物使用が止まった」「本人を治療につなげることができた」の7項目については、群間差は認められなかったが、「自分の問題に気づくことができた」（ $\chi^2 = 8.47, p = 0.037$ ）「本人に対する対応の仕方がわかった」（ $\chi^2 = 20.92, p < 0.001$ ）「心身の調子が改善した」（ $\chi^2 = 14.24, p = 0.003$ ）「家族関係全体が以前より良くなった」（ $\chi^2 = 13.10, p = 0.004$ ）の4項目については有意差が認められ、それぞれ家族会参加期間が長くなるほど、そのように感じている者の割合が増加していた（表19）。

家族会参加によって得られたものについて、インタビュー調査の逐語録をセンテンスごとに区切り、ラベル付けを行った上で分類した結果、「仲間との出会い」「本人への対応」「知識習得・情報収集」

「自責の念からの解放」「障害の受容」「本人の回復を信じる力」「自分自身・家族関係の見直し」「家族の底上げ」「心身の不調改善」の9つの要素が抽出された(表20)。

8) 家族が経験する様々な困難

最後に、薬物依存症者をもつ家族が経験する様々な困難について、インタビュー調査の逐語録をセンテンスごとに区切り、ラベル付けを行った上で分類した結果、「本人が起こす問題行動」「本人に対する対処行動」「援助・治療機関に関する問題」「本人に対する感情的葛藤」「社会的孤立」「心身の不調」の6つの要素が抽出された(表21)。

D. 考察

1) 家族および本人の属性

家族の最終学歴、配偶者の職種について、同年代の国勢調査結果と比較した結果、平成12年国勢調査結果⁴⁾⁵⁾の55-59才における最終卒業学校の種類(6区分)の率を計算すると、小学校・中学校(31.3%)、高校・旧中(48.3%)、短大・高専(5.3%)、大学・大学院(10.8%)であり、職業(大分類)の率を計算すると、専門的・技術的職業従事者(8.8%)、管理的職業従事者(8.6%)、事務従事者(12.5%)、販売従事者(14.4%)、サービス職業従事者(4.2%)、保安職業従事者

(2.3%)、農林漁業作業(3.6%)、運輸・通信従事者(8.0%)、生産工程・労務作業(36.7%)、分類不能の職業(0.8%)であった。この二点から評価した対象者の社会的地位は一般人口と比較して大差ないように思われる。一方で、本人の教育年数を同年代の一般人口と比較してみると、平成12年国勢調査結果⁴⁾より25-29才における最終卒業学校の種類(6区分)の率を計算すると、小学校・中学校(6.7%)、高校・旧中(42.2%)、短大・高専(23.4%)、大学・大学院(23.1%)であり、一般人口と比較して、対象者の有する薬物依存症の方が顕著に教育年数が短い。結果を併せて考えると、本人の教育年数の短さは、家族の教育歴や社会的地位の影響を強く受けているものではないものと思われる。

2) 薬物依存症者をもつ家族が抱える困難

本調査により、薬物依存症者をもつ家族が、長期間にわたり非常に困難な状況におかれているこ

とが示唆された。

質的調査の分析からは、家族が依存症の2次的症状である様々な問題行動に長期間悩まされているにも関わらず、その解決のために家族を継続的に支える資源に巡り合えず時間が経過する姿が浮き彫りになった。また、家族はなんとか問題を解決しようと様々な試行錯誤を繰り返しているが、たとえ、適切な対応法を学び、行動を変える努力をしても、一家族のみでそれを徹底し続けることの困難さがうかがえた。薬物依存症からの回復には家族の果たす役割が重要であるが、十分な知識を得ず薬物依存症の本質を理解できないまま、薬物使用をコントロールする努力と問題行動の後始末を続ける家族と本人との関係は悪化する一方であり、家族の回復を支援する機能は低下しているにも関わらず、支援が得られず孤軍奮闘せざるを得ない状況であることが示された。

更に、家族が薬物問題を知ってから10年以上経過した後、本人が施設や刑務所に入所している率は高く、状態の安定には長期間を要することが示されている。

これらの状況を考えると、薬物依存症者をもつ家族に対する支援の場の充実が緊急に求められる。

3) 当事者活動により参加者が得られる効果

上記のような厳しい現状の中で、家族会に長期継続参加している家族の心理状態は、短期参加群と比較して良好であるという結果が昨年度の調査により得られている⁶⁾。

当事者活動の有効性については、多くの仲間との出会いにより得られる理解・共感、依存症に関する知識や回復に役立つ情報の収集などを有効であると感じている者の割合が高く、これらの要素が家族支援において重要であることが示唆された。

また、薬物依存症者の回復には時間がかかること、本人への対応の理解、家族の心身の状態の改善、などについては一定の期間を要することが示され、本人に対する対応の徹底や家族の心身の状態改善のためには継続的な支援が求められる。

家族が具体的な支援を求めて多機関を奔走することに時間を費やしていることから、医療機関、保健所、精神保健センターなどでは、同じ経験をもつ家族が集える場の整備、家族支援策の充実に急ぐ必要がある。薬物乱用防止新5か年計画では、「保健所の相談窓口、精神保健福祉センターの家族

教室等の関係諸機関の活動を活用し、家族に対する支援を強化する」と指導されており、実際に、様々な取り組みが行われているが⁷⁾⁸⁾、今回の調査結果をみると、家族が相談に訪れる機関として、保健所や精神保健福祉センターの割合は低く、やはり全体としては十分な支援が行われているとはいえない状況であることがうかがえる。

今後は、家族支援体制整備の充実に急ぐとともに、警察を含む関係機関が、家族支援機関や当事者活動に関する情報を把握し、その周知に努めることが必要である。

E. 結論

本調査により、薬物依存症者をもつ家族が長期間にわたり困難な状況にありながら、適切な支援を得にくく、また、そのことが家族の援助機能を更に低下させるという悪循環が起きているという実態が示された。更に、今後の家族支援体制整備に向けて、同じ経験を有する大勢の家族が出会う場の整備、依存症に関する知識や回復に役立つ情報の提供、継続的な支援が重要であることが改めて再認識された。

2年間の研究成果を踏まえた、薬物依存症者をもつ家族のためのパンフレットを作成した。今後は、精神保健福祉センターなど関係機関に広く配布し、家族の啓蒙教育に役立てたい。

謝辞

本調査に多大なご協力をいただきました全国薬物依存症者家族連合会調査部の小松崎未知氏ならびに家族会の皆さまには心より厚くお礼を申し上げます。

F. 研究発表

1. 論文

なし

2. 口頭発表

1) 近藤あゆみ、和田清：薬物依存症者をもつ家族の当事者活動に関する実態調査、第41回日本アルコール・薬物医学会総会、2006

3. その他

なし

G. 参考文献

1) Marlowe, D.B., Merikle, E.P., Kirby, K.C., Festinger, D.S., McLellan, A.T. (2001) Multidimensional assessment of perceived treatment-entry pressures among substance abusers. *Psychology of Addictive Behaviors* 15: 97-108.

2) Moos, R.H., Finney, J.W. (1983) The expanding scope of alcoholism treatment evaluation. *American Psychologist* 38: 1036-1044

3) 菊池亜希子、和田清：物質依存症の当事者家族への対応—茨城ダルク家族会の活動を中心に—、*精神科治療学*, 19(12), 1419-1426, 2004

4) 国勢調査(最終学歴)

<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/kihon2/Q0/zuhyou/a012.xls>

5) 国勢調査(職種)

<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2000/kihon3/Q0/zuhyou/k00a001.xls>

6) 近藤あゆみ：薬物依存者に対するその家族の対応法に関する研究、平成17年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究 研究報告書, 2006

7) 佐藤久美子、青柳歌織、高橋孝子、飯島羊子、三井敏子：薬物依存症の家族教室を実践して。埼玉県立精神保健総合センター研究紀要, 1997

8) 下野正健：薬物依存に関する地域プログラムの検討、平成11年度厚生科学研究補助金医薬安全総合研究事業「薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究」報告書, 2000

表1. 対象者の性別および年齢

家族会名称	年齢	性別		合計
		男性	女性	
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
びわこ家族会	10代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	20代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	30代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	40代	0 (.0)	5 (23.8)	5 (17.9)
	50代	2 (28.6)	9 (42.9)	11 (39.3)
	60代	5 (71.4)	7 (33.3)	12 (42.9)
	70代以上	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	7 (100.0)	21 (100.0)	28 (100.0)
	平均年齢	61.0 (SD=7.7)	56.0 (SD=6.4)	57.2 (SD=6.9)
愛知家族会	10代	0 (.0)	0	0 (.0)
	20代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	30代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	40代	0 (.0)	6 (18.2)	6 (13.6)
	50代	4 (36.4)	18 (54.5)	22 (50.0)
	60代	7 (63.6)	7 (21.2)	14 (31.8)
	70代以上	0 (.0)	2 (6.1)	2 (4.5)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	11 (100.0)	33 (100.0)	44 (100.0)
	平均年齢	62.7 (SD=4.3)	56.3 (SD=7.6)	57.9 (SD=7.4)
茨城タルク家族会	10代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	20代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	30代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	40代	1 (6.7)	5 (10.2)	6 (9.4)
	50代	2 (13.3)	24 (49.0)	26 (40.6)
	60代	9 (60.0)	18 (36.7)	27 (42.2)
	70代以上	3 (20.0)	2 (4.1)	5 (7.8)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	15 (100.0)	49 (100.0)	64 (100.0)
	平均年齢	64.7 (SD=6.2)	58.1 (SD=6.7)	59.6 (SD=7.1)
宇都宮家族会	10代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	20代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	30代	0 (.0)	1 (5.6)	1 (3.0)
	40代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	50代	4 (26.7)	9 (50.0)	13 (39.4)
	60代	8 (53.3)	7 (38.9)	15 (45.5)
	70代以上	3 (20.0)	1 (5.6)	4 (12.1)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	15 (100.0)	18 (100.0)	33 (100.0)
	平均年齢	63.2 (SD=6.9)	58.9 (SD=8.9)	60.9 (SD=8.2)
仙台タルク家族会	10代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	20代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	30代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	40代	0 (.0)	3 (21.4)	3 (14.3)
	50代	6 (85.7)	9 (64.3)	15 (71.4)
	60代	1 (14.3)	1 (7.1)	2 (9.5)
	70代以上	0 (.0)	1 (7.1)	1 (4.8)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	7 (100.0)	14 (100.0)	21 (100.0)
	平均年齢	56.3 (SD=2.8)	54.1 (SD=7.1)	54.9 (SD=6.0)
家族会合計	10代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	20代	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	30代	0 (.0)	1 (.7)	1 (.5)
	40代	1 (1.8)	19 (14.1)	20 (10.5)
	50代	18 (32.7)	69 (51.1)	87 (45.8)
	60代	30 (54.5)	40 (29.6)	70 (36.8)
	70代以上	6 (10.9)	6 (4.4)	12 (6.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	55 (100.0)	135 (100.0)	190 (100.0)
	平均年齢	62.4 (SD=6.3)	57.0 (SD=7.3)	58.6 (SD=7.4)

表2. 対象者の最終学歴

家族会名称	最終学歴	性別		合計
		男性	女性	
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
びわこ家族会	中学校	2 (28.6)	1 (4.8)	3 (10.7)
	高等学校	2 (28.6)	8 (38.1)	10 (35.7)
	短大・専門学校	0 (.0)	9 (42.9)	9 (32.1)
	四年制大学以上	3 (42.9)	2 (9.5)	5 (17.9)
	その他	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	1 (4.8)	1 (3.6)
	合計	7 (100.0)	21 (100.0)	28 (100.0)
愛知家族会	中学校	0 (.0)	3 (9.1)	3 (6.8)
	高等学校	6 (54.5)	16 (48.5)	22 (50.0)
	短大・専門学校	0 (.0)	11 (33.3)	11 (25.0)
	四年制大学以上	5 (45.5)	2 (6.1)	7 (15.9)
	その他	0 (.0)	1 (3.0)	1 (2.3)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	11 (100.0)	33 (100.0)	44 (100.0)
茨城タルク家族会	中学校	1 (6.7)	9 (18.4)	10 (15.6)
	高等学校	6 (40.0)	27 (55.1)	33 (51.6)
	短大・専門学校	0 (.0)	7 (14.3)	7 (10.9)
	四年制大学以上	8 (53.3)	6 (12.2)	14 (21.9)
	その他	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	15 (100.0)	49 (100.0)	64 (100.0)
宇都宮家族会	中学校	4 (26.7)	4 (22.2)	8 (24.2)
	高等学校	7 (46.7)	11 (61.1)	18 (54.5)
	短大・専門学校	0 (.0)	2 (11.1)	2 (6.1)
	四年制大学以上	4 (26.7)	1 (5.6)	5 (15.2)
	その他	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	15 (100.0)	18 (100.0)	33 (100.0)
仙台タルク家族会	中学校	1 (14.3)	0 (.0)	1 (4.8)
	高等学校	3 (42.9)	9 (64.3)	12 (57.1)
	短大・専門学校	0 (.0)	4 (28.6)	4 (19.0)
	四年制大学以上	3 (42.9)	1 (7.1)	4 (19.0)
	その他	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	無回答	0 (.0)	0 (.0)	0 (.0)
	合計	7 (100.0)	14 (100.0)	21 (100.0)
家族会合計	中学校	8 (14.5)	17 (12.6)	25 (13.2)
	高等学校	24 (43.6)	71 (52.6)	95 (50.0)
	短大・専門学校	0 (.0)	33 (24.4)	33 (17.4)
	四年制大学以上	23 (41.8)	12 (8.9)	35 (18.4)
	その他	0 (.0)	1 (.7)	1 (.5)
	無回答	0 (.0)	1 (.7)	1 (.5)
	合計	55 (100.0)	135 (100.0)	190 (100.0)

表3. 対象者の婚姻状況

家族会名称	婚姻状況	性別		合計
		男性	女性	
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
びわこ家族会	既婚	6 (85.7)	15 (71.4)	21 (75.0)
	同棲	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	別居	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	未婚	0 (0)	1 (4.8)	1 (3.6)
	離婚	0 (0)	2 (9.5)	2 (7.1)
	死別	0 (0)	2 (9.5)	2 (7.1)
	無回答	1 (14.3)	1 (4.8)	2 (7.1)
	合計	7 (100.0)	21 (100.0)	28 (100.0)
愛知家族会	既婚	9 (81.8)	27 (81.8)	36 (81.8)
	同棲	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	別居	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	未婚	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	離婚	1 (9.1)	3 (9.1)	4 (9.1)
	死別	0 (0)	3 (9.1)	3 (6.8)
	無回答	1 (9.1)	0 (0)	1 (2.3)
	合計	11 (100.0)	33 (100.0)	44 (100.0)
茨城ダルク家族会	既婚	14 (93.3)	37 (75.5)	51 (79.7)
	同棲	0 (0)	1 (2.0)	1 (1.6)
	別居	0 (0)	1 (2.0)	1 (1.6)
	未婚	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	離婚	1 (6.7)	5 (10.2)	6 (9.4)
	死別	0 (0)	4 (8.2)	4 (6.3)
	無回答	0 (0)	1 (2.0)	1 (1.6)
	合計	15 (100.0)	49 (100.0)	64 (100.0)
宇都宮家族会	既婚	11 (73.3)	17 (94.4)	28 (84.8)
	同棲	2 (13.3)	0 (0)	2 (6.1)
	別居	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	未婚	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	離婚	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	死別	1 (6.7)	1 (5.6)	2 (6.1)
	無回答	1 (6.7)	0 (0)	1 (3.0)
	合計	15 (100.0)	18 (100.0)	33 (100.0)
仙台ダルク家族会	既婚	6 (85.7)	11 (78.6)	17 (81.0)
	同棲	1 (14.3)	0 (0)	1 (4.8)
	別居	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	未婚	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	離婚	0 (0)	1 (7.1)	1 (4.8)
	死別	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	無回答	0 (0)	2 (14.3)	2 (9.5)
	合計	7 (100.0)	14 (100.0)	21 (100.0)
家族会合計	既婚	46 (83.6)	107 (79.3)	153 (80.5)
	同棲	3 (5.5)	1 (7)	4 (2.1)
	別居	0 (0)	1 (7)	1 (5)
	未婚	0 (0)	1 (7)	1 (5)
	離婚	2 (3.6)	11 (8.1)	13 (6.8)
	死別	1 (1.8)	10 (7.4)	11 (5.8)
	無回答	3 (5.5)	4 (3.0)	7 (3.7)
	合計	55 (100.0)	135 (100.0)	190 (100.0)

表4. 女性対象者の配偶者の職種

	家族会名称					
	びわこ 家族会	愛知 家族会	茨城ダルク 家族会	宇都宮 家族会	仙台ダルク 家族会	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
専門的・技術的職業	2 (11.8)	4 (13.8)	10 (28.6)	2 (13.3)	2 (18.2)	20 (18.7)
管理的職業	4 (23.5)	8 (27.6)	8 (22.9)	3 (20.0)	4 (36.4)	27 (25.2)
事務従事者	0 (0)	1 (3.4)	0 (0)	1 (6.7)	0 (0)	2 (1.9)
販売従事者	3 (17.6)	3 (10.3)	1 (2.9)	0 (0)	2 (18.2)	9 (8.4)
サービス従事者	0 (0)	0 (0)	3 (8.6)	1 (6.7)	1 (9.1)	5 (4.7)
保安職業従事者	0 (0)	2 (6.9)	2 (5.7)	0 (0)	0 (0)	4 (3.7)
農林漁業作業者	1 (5.9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (9)
運輸・通信従事者	0 (0)	2 (6.9)	0 (0)	1 (6.7)	0 (0)	3 (2.8)
生産工程・労務作業者	2 (11.8)	3 (10.3)	3 (8.6)	2 (13.3)	1 (9.1)	11 (10.3)
その他	2 (11.8)	1 (3.4)	1 (2.9)	1 (6.7)	0 (0)	5 (4.7)
無職	1 (5.9)	1 (3.4)	3 (8.6)	4 (26.7)	1 (9.1)	10 (9.3)
無回答	2 (11.8)	4 (13.8)	4 (11.4)	0 (0)	0 (0)	10 (9.3)
合計	17 (100.0)	29 (100.0)	35 (100.0)	15 (100.0)	11 (100.0)	107 (100.0)

表5. 対象者と依存症者本人の続柄

続柄	性別		合計
	男性	女性	
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
配偶者	0 (0)	1 (7)	1 (5)
内縁関係のパートナー	0 (0)	0 (0)	0 (0)
親子	52 (94.5)	128 (94.8)	180 (94.7)
兄弟姉妹	0 (0)	2 (1.5)	2 (1.1)
その他	2 (3.6)	2 (1.5)	4 (2.1)
無回答	1 (1.8)	2 (1.5)	3 (1.6)
合計	55 (100.0)	135 (100.0)	190 (100.0)

表6. 家族が薬物使用を知って
から現在までの期間

期間	度数 (%)
5年未満	41 (27.9)
10年未満	40 (27.2)
10年以上	46 (31.3)
不明	20 (13.6)
合計	147 (100.0)
平均月数	102.5 (SD=80.2)

表7. 本人の薬物使用が家族に発覚した契機
(複数回答可)

	度数 (%)
薬物の使用現場や道具を発見	66 (50.4)
本人や友人から打ち明けられた	29 (22.1)
本人が逮捕され警察から連絡	24 (18.3)
受診を契機に医師から知らされた	11 (8.4)
その他	14 (10.7)
無回答	5 (3.8)
合計	131 (100.0)

表8. 依存症者本人の薬物問題に関して家族が初めて利用した関係機関(複数回答可)

関係機関	家族会名称					
	びわこ 家族会	愛知 家族会	茨城タルク 家族会	宇都宮 家族会	仙台タルク 家族会	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
医療機関	11 (50.0)	13 (38.2)	15 (26.8)	6 (28.6)	3 (21.4)	48 (32.7)
警察	4 (18.2)	7 (20.6)	8 (14.3)	2 (9.5)	5 (35.7)	26 (17.7)
保健所(保健センター)	1 (4.5)	4 (11.8)	13 (23.2)	3 (14.3)	3 (21.4)	24 (16.3)
依存症リハビリ施設	2 (9.1)	1 (2.9)	6 (10.7)	4 (19.0)	0 (0)	13 (8.8)
精神保健福祉センター	2 (9.1)	3 (8.8)	9 (16.1)	7 (33.3)	3 (21.4)	24 (16.3)
家族自助グループ	2 (9.1)	4 (11.8)	3 (5.4)	0 (0)	0 (0)	9 (6.1)
民間相談機関	0 (0)	3 (8.8)	1 (1.8)	0 (0)	0 (0)	4 (2.7)
その他	1 (4.5)	0 (0)	4 (7.1)	0 (0)	1 (7.1)	6 (4.1)
無回答	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (4.8)	1 (7.1)	2 (1.4)
合計	22 (100.0)	34 (100.0)	56 (100.0)	21 (100.0)	14 (100.0)	147 (100.0)

表9. 家族が本人の薬物使用を確信してから
初めて関係機関を利用するまでの期間

期間	度数 (%)
確信前	16 (10.9)
1年未満	57 (38.8)
2-3年未満	18 (12.2)
4-5年未満	7 (4.8)
5-10年未満	15 (10.2)
10年以上	10 (6.8)
未確信	16 (10.9)
不明	8 (5.4)
合計	147 (100.0)
平均月数	25.3 (SD=50.3)

表10. 家族会への紹介経路(複数回答可)

紹介機関	家族会名称					
	びわこ 家族会	愛知 家族会	茨城タルク 家族会	宇都宮 家族会	仙台タルク 家族会	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
医療機関から	5 (22.7)	3 (8.8)	10 (17.9)	2 (9.5)	3 (21.4)	23 (15.6)
警察から	0 (0)	0 (0)	1 (1.8)	5 (23.8)	2 (14.3)	8 (5.4)
保健所(保健センター)から	1 (4.5)	0 (0)	5 (8.9)	1 (4.8)	2 (14.3)	9 (6.1)
依存症リハビリ施設から	0 (0)	2 (5.9)	5 (8.9)	1 (4.8)	2 (14.3)	10 (6.8)
精神保健福祉センターから	2 (9.1)	5 (14.7)	3 (5.4)	2 (9.5)	1 (7.1)	13 (8.8)
自助グループから	9 (40.9)	6 (17.6)	8 (14.3)	0 (0)	0 (0)	23 (15.6)
民間相談機関から	0 (0)	1 (2.9)	2 (3.6)	1 (4.8)	0 (0)	4 (2.7)
知人友人から	1 (4.5)	7 (20.6)	5 (8.9)	4 (19.0)	0 (0)	17 (11.6)
メディアを通じて	4 (18.2)	7 (20.6)	9 (16.1)	2 (9.5)	3 (21.4)	25 (17.0)
講演を通じて	0 (0)	0 (0)	2 (3.6)	0 (0)	0 (0)	2 (1.4)
その他	2 (9.1)	3 (8.8)	8 (14.3)	1 (4.8)	1 (7.1)	15 (10.2)
無回答	0 (0)	1 (2.9)	0 (0)	2 (9.5)	0 (0)	3 (2.0)
合計	22 (100.0)	34 (100.0)	56 (100.0)	21 (100.0)	14 (100.0)	147 (100.0)

表11. 家族が本人の薬物使用を確信して
から家族会に参加するまでの期間

	度数 (%)
確信前	4 (2.7)
1年未満	33 (22.4)
2-3年未満	22 (15.0)
4-5年未満	15 (10.2)
5-10年未満	25 (17.0)
10年以上	26 (17.7)
未確信	16 (10.9)
不明	6 (4.1)
合計	147 (100.0)
平均月数	65.6 (SD=71.4)

表12. 家族会への参加期間

期間	度数 (%)
1年未満	35 (23.8)
2-3年未満	44 (29.9)
4-5年未満	23 (15.6)
5年以上	43 (29.3)
無回答	2 (1.4)
合計	147 (100.0)
平均月数	42.7 (SD=40.6)

表13. 依存症者本人の性別および年齢

年齢	性別			
	男性	女性	無回答	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
20才未満	4 (3.3)	3 (15.8)	0 (0)	7 (4.8)
20-25才未満	10 (8.1)	7 (36.8)	0 (0)	17 (11.6)
25-30才未満	36 (29.3)	4 (21.1)	0 (0)	40 (27.2)
30-35才未満	39 (31.7)	1 (5.3)	0 (0)	40 (27.2)
35-40才未満	22 (17.9)	2 (10.5)	0 (0)	24 (16.3)
40-45才未満	8 (6.5)	1 (5.3)	0 (0)	9 (6.1)
45-50才未満	4 (3.3)	0 (0)	0 (0)	4 (2.7)
50才以上	0 (0)	1 (5.3)	0 (0)	1 (7)
無回答	0 (0)	0 (0)	5 (100.0)	5 (3.4)
合計	123 (100.0)	19 (100.0)	5 (100.0)	147 (100.0)
平均年齢	31.1 (SD=6.1)	27.3 (SD=9.3)		30.6 (SD=6.7)

表14. 依存症者本人の最終学歴

最終学歴	性別			
	男性	女性	無回答	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
中学校	60 (48.8)	9 (47.4)	0 (0)	69 (46.9)
高等学校	41 (33.3)	6 (31.6)	0 (0)	47 (32.0)
短大・専門学校	13 (10.6)	1 (5.3)	0 (0)	14 (9.5)
四年制大学以上	7 (5.7)	1 (5.3)	0 (0)	8 (5.4)
在学中	2 (1.6)	2 (10.5)	0 (0)	4 (2.7)
無回答	0 (0)	0 (0)	5 (100.0)	5 (3.4)
合計	123 (100.0)	19 (100.0)	5 (100.0)	147 (100.0)

表15. 依存症者本人の主な使用薬物(複数回答可)

主な使用薬物	性別			
	男性	女性	無回答	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
覚せい剤	71 (57.7)	10 (52.6)	0 (0)	81 (55.1)
有機溶剤	31 (25.2)	4 (21.1)	0 (0)	35 (23.8)
大麻	6 (4.9)	0 (0)	0 (0)	6 (4.1)
MDMA	1 (8)	1 (5.3)	0 (0)	2 (1.4)
ヘロイン	2 (1.6)	0 (0)	0 (0)	2 (1.4)
コカイン	1 (8)	0 (0)	0 (0)	1 (7)
処方薬	15 (12.2)	2 (10.5)	0 (0)	17 (11.6)
市販薬	14 (11.4)	1 (5.3)	0 (0)	15 (10.2)
その他	10 (8.1)	3 (15.8)	0 (0)	13 (8.8)
無回答	4 (3.3)	1 (5.3)	5 (100.0)	10 (6.8)
合計	123 (100.0)	19 (100.0)	5 (100.0)	147 (100.0)

表16. 家族が家族会に参加した時点における本人の状態

本人の状態	性別			
	男性	女性	無回答	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
刑務所	29 (23.6)	7 (36.8)	0 (0)	36 (24.5)
施設	22 (17.9)	1 (5.3)	1 (20.0)	24 (16.3)
入院	14 (11.4)	3 (15.8)	2 (40.0)	19 (12.9)
施設職員	2 (1.6)	0 (0)	0 (0)	2 (1.4)
施設外断業継続	3 (2.4)	1 (5.3)	0 (0)	4 (2.7)
施設外使用	43 (35.0)	5 (26.3)	2 (40.0)	50 (34.0)
不明	10 (8.1)	2 (10.5)	0 (0)	12 (8.2)
合計	123 (100.0)	19 (100.0)	5 (100.0)	147 (100.0)

表17. 家族が薬物使用を確信してから現在までの期間別にみた現在の本人の状態

本人の状態	家族が薬物使用を確信してから現在までの期間				
	5年未満	5-10年未満	10年以上	不明	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
刑務所	6 (14.6)	6 (15.0)	13 (28.3)	6 (30.0)	31 (21.1)
施設	10 (24.4)	9 (22.5)	10 (21.7)	4 (20.0)	33 (22.4)
入院	0 (0)	1 (2.5)	0 (0)	0 (0)	1 (7)
施設職員	0 (0)	6 (15.0)	5 (10.9)	3 (15.0)	14 (9.5)
施設外断業継続	7 (17.1)	6 (15.0)	2 (4.3)	3 (15.0)	18 (12.2)
施設外使用	6 (14.6)	3 (7.5)	3 (6.5)	0 (0)	12 (8.2)
不明	12 (29.3)	9 (22.5)	13 (28.3)	4 (20.0)	38 (25.9)
合計	41 (100.0)	40 (100.0)	46 (100.0)	20 (100.0)	147 (100.0)

表18. 家族会に対する家族の主観的効果

主観的効果	性別		
	男性	女性	合計
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
多くの家族に会うことができた	48 (87.3)	128 (94.8)	176 (92.6)
人に話せないことを話せた	42 (76.4)	115 (85.2)	157 (82.6)
他の家族の話を聞き参考になった	45 (81.8)	119 (88.1)	164 (86.3)
心身の調子が改善した	28 (50.9)	79 (58.5)	107 (56.3)
自分の問題に気がつくことができた	34 (61.8)	113 (83.7)	147 (77.4)
依存症の知識を得ることができた	46 (83.6)	120 (88.9)	166 (87.4)
本人を治療につなげることができた	17 (30.9)	50 (37.0)	67 (35.3)
本人に対する対応の仕方がわかった	38 (69.1)	102 (75.6)	140 (73.7)
本人の薬物使用が止まった	13 (23.6)	33 (24.4)	46 (24.2)
本人との関係が以前より良くなった	18 (32.7)	33 (24.4)	51 (26.8)
家族関係全体が以前より良くなった	21 (38.2)	53 (39.3)	74 (38.9)
その他	1 (1.8)	1 (7)	2 (1.1)
参加してまもないのでわからない	2 (3.6)	15 (11.1)	17 (8.9)
無回答	0 (0)	1 (7)	1 (5)
合計	55 (100.0)	135 (100.0)	190 (100.0)

表19.家族会への参加期間別にみた家族会に対する家族の主観的効果

本人の状態	家族が薬物使用を知ってから現在までの期間					合計
	1年未満	2-3年未満	3-5年未満	5年以上	無回答	
	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)
多くの家族に会うことができた	42 (91.3)	51 (92.7)	27 (90.0)	52 (94.5)	4 (100.0)	176 (92.6)
人に話せないことを話せた	36 (78.3)	46 (83.6)	23 (76.7)	49 (89.1)	3 (75.0)	157 (82.6)
他の家族の話を聞き参考になった	39 (84.8)	47 (85.5)	27 (90.0)	48 (87.3)	3 (75.0)	164 (86.3)
心身の調子が改善した	18 (39.1)	27 (49.1)	18 (60.0)	41 (74.5)	3 (75.0)	107 (56.3)
自分の問題に気がつくことができた	29 (63.0)	42 (76.4)	24 (80.0)	48 (87.3)	4 (100.0)	147 (77.4)
依存症の知識を得ることができた	39 (84.8)	48 (87.3)	25 (83.3)	51 (92.7)	3 (75.0)	166 (87.4)
本人を治療につなげることができた	10 (21.7)	18 (32.7)	11 (36.7)	26 (47.3)	2 (50.0)	67 (35.3)
本人に対する対応の仕方がわかった	24 (52.2)	38 (69.1)	27 (90.0)	48 (87.3)	3 (75.0)	140 (73.7)
本人の薬物使用が止まった	7 (15.2)	13 (23.6)	6 (20.0)	17 (30.9)	3 (75.0)	46 (24.2)
本人との関係が以前より良くなった	8 (17.4)	13 (23.6)	9 (30.0)	18 (32.7)	3 (75.0)	51 (26.8)
家族関係全体が以前より良くなった	11 (23.9)	17 (30.9)	17 (56.7)	28 (50.9)	1 (25.0)	74 (38.9)
その他	0 (0)	0 (0)	1 (3.3)	1 (1.8)	0 (0)	2 (1.1)
参加してまもないのでわからない	12 (26.1)	4 (7.3)	0 (0)	1 (1.8)	0 (0)	17 (8.9)
無回答	0 (0)	1 (1.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0.5)
合計	46 (100.0)	55 (100.0)	30 (100.0)	55 (100.0)	4 (100.0)	190 (100.0)

表20.家族会参加によって得られたもの

仲間との出会い	理解し合える 正直になれる 回復モデルの存在 希望 知恵 安心感 落ち着き 勇気 孤独感の軽減
本人への対応	具体的な対応法 対応の徹底 タルク職員が対応を代行
知識習得・情報収集	薬物依存症に関する知識 回復に役立つ資源
自責の念からの解放	家族のせいではなかったのではない 家族では治せない
障害の受容	本人が障害をもっていることを受け入れられる 回復は必ずしも期待通りにはいかない
本人の回復を信じる力	回復モデルの存在(本人) 手を放し力を発見
自分自身・家族関係の見直し	自分自身の生き方 子育て 夫婦関係 両親との関係
家族の底上げ	何もかもを失わずにすんだ 他の家族をみて否認が解け危機感をもてた
心身の不調改善	元気になる 笑えるようになる

表21.家族が経験する様々な困難

本人が起こす問題行動	暴言・暴力 盗み 逮捕・補導 子どもがえり 昼夜逆転の生活 怠業・怠学 妄想幻覚による奇異な言動 極度の体調不良
本人に対する対処行動	薬物使用のコントロール 行動監視 世話焼き 経済的援助 就労に関する努力 暴言・暴力 借金・問題行動の後始末 家を出すのが成功せず 本などで学び行動を変える努力
援助・治療機関に関する問題	守秘への不安があり相談困難 具体性のない対応 対応機関わからず多機関奔走 医療機関による治療拒否・中断 中間施設につながらない やくざ・宗教への依頼
本人に対する感情的葛藤	親としての愛情・責任感 親としての平凡な期待 本人への怒り 強い否定感情 期待と絶望の繰り返し 監視・干渉による関係悪化
社会的孤立	周囲への後ろめたさ 批判
心身の不調	極端な痩せ 心療内科の受診

ご家族の薬物問題でお困りの方へ（仮題）

目 次

第1章 薬物依存症を理解しましょう

- (1) 薬物乱用・薬物中毒・薬物依存
- (2) 薬物依存症が生み出す様々な問題
- (3) 薬物依存症の進行と回復の過程

第2章 回復のために家族は何をしたらよいのでしょうか

- (1) 薬物依存症が家族にもたらす影響
- (2) 薬物依存症と家族の悪循環
- (3) 大切な人のために家族ができること

第3章 まずは家族が元気をとりもどしましょう

- (1) 家族の自助活動
- (2) 自助活動の効果

第4章 家族の相談が回復のチャンスを作ります

第5章 Q & A

付録：連絡先一覧

第1章 薬物依存症を理解しましょう

1人の人物を想像してみてください。その人は薬物を使いつづけていて、周囲の人が説得や説教、あるいは叱責したりしても決してそれをやめようとしません。ひょっとすると、一度はそれをやめたり回数・量を減らしたりすることに成功したこともあったのですが、結局はまた使い始めてしまった。もしもこのような人があなたの身近にいたら、その人は「薬物依存症」という障害を抱えている可能性があります。

薬物依存症は国際的に認められている精神障害のひとつで、覚せい剤・シンナー・大麻など依存性のある薬物を使い続けているうちに心身に異変が生じ、薬物を使いたいという気持ち（渴望）が強くなりすぎて自分ではコントロールできなくなり、現実にいるいと不都合が生じているにも関わらず薬物を使い続けてしまう障害です。市販の鎮痛薬や咳止め薬、病院で処方される睡眠薬や精神安定薬なども、使い方を誤ると依存症になる可能性があります。

何回くらい薬物を使うと依存症になってしまうかは個人差が大きいので一概にはいえませんが、通常は一度使っただけで依存症になることはありません。何度も使い続けるうちにその人の中に依存が形成され、異変が生じてきます。ただし、薬物依存に陥った人は、まさか自分がそのような事態になると思わずに最初の一回を使ったわけですから、最初の一回の持つ重みは大きなものです。

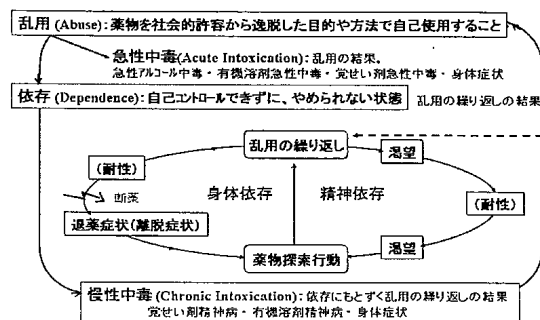


図1 依存性薬物使用の最大の怖さは、依存形成にある

(1) 薬物乱用・薬物中毒・薬物依存

乱用？中毒？依存？
どちらがうの？
イラスト

薬物乱用・薬物中毒・薬物依存は、同じような意味で使われることが多いのですが、本当はそれぞれ違う意味をもっています（図1）。

1. 薬物乱用とは？

薬物乱用とは、ルールに反した「行い」に対する言葉で、社会規範から逸脱した目的や方法で、薬物を自ら使用することを言います。

覚せい剤、麻薬（コカイン、あへん・ヘロイン、LSD、MDMA など）は、製造、所持、売買のみならず、自己使用そのものが法律によって禁止されています。したがって、それらを1回使っただけでも乱用です。未成年者の飲酒・喫煙も法により禁じられているため、1回の飲酒・喫煙でも乱用です。

有機溶剤（シンナー、接着剤など）は、それぞれの用途のために販売されているのであり、吸引は目的の逸脱で、1回の吸引でも乱用です。

また、一回に1錠飲むように指示された睡眠薬、鎮痛薬などの医薬品を、「早く治りたい」と考え、一度に2錠も3錠も飲む行為は、治療の為という目的は妥当ですが、方法的には指示に対する違反で、乱用です。もちろん、医薬品を「遊び」目的で使うことは、目的の逸脱で、乱用です。

また、わが国では、成人が飲酒すること自体は乱用ではありませんが、朝から飲酒して社会生活に影響するようでは妥当な飲み方とは言えず、やはり乱用です。

つまり、乱用という概念は、ルール違反という尺度で評価した用語であり、あくまでも

「行い」に対する用語であると考えべきでしょう。

したがって、その乱用が法に触れる場合、乱用者には警察などの取締機関が対応することになります。これは社会の約束事です。

2. 薬物依存とは？

薬物の乱用を繰り返すと、薬物依存という「状態」に陥ります。薬物依存と言う状態はWHO（世界保健機関）により世界共通概念として定義づけられていますが、簡単に言えば、薬物の乱用の繰り返しの結果として生じた脳の慢性的な異常状態であり、その薬物の使用を止めようと思っても、渴望を自己コントロールできずに薬物を乱用してしまう状態のことです（表1）。

この薬物依存は、便宜上、精神依存と身体依存の2つに分けて考えると理解しやすいようです。

身体依存はアルコールを例にとると理解しやすいでしょう。長年大量のアルコールを飲み続けた人は、いつの間にか、体の中にはアルコールがいつもあるものだという体に変化します。そのような人が、飲酒のできない状況下におかれた場合、体は異変を起こします。

表1 ICD-10による依存症候群(Dependence syndrome)の診断ガイドライン

依存の確定診断は、通常過去1年間のある期間、次の項目のうち3つ以上が経験されるか出現した場合にのみくだすべきである。

- 物質を摂取したいという強い欲求あるいは強迫感。
- 物質使用の開始、終了、あるいは使用量に関して、その物質摂取行動を統制することが困難。
- 物質使用を中止もしくは減量したときの生物学的離脱状態。その物質に特徴的な離脱症候群の出現や、離脱症状を軽減するか避ける意図で同じ物質（もしくは近縁の物質）を使用することが証拠となる。
- はじめはより少量で得られたその精神作用物質の効果をj得るために、使用量を増やさなければならないような耐性の証拠（この顕著な例は、アルコールとアヘンの依存者に認められる。彼らは、耐性のない使用者には耐えられないか、あるいは致死的な量を毎日摂取することがある）。
- 精神作用物質のために、それにかわる楽しみや興味を次第に無視するようになり、その物質を摂取せざるをえない時間や、その効果からの回復に要する時間が延長する。
- 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、いぜんとして物質を使用する。たとえば、過度の飲酒による肝臓障害、ある期間物質を大量使用した結果としての抑うつ気分状態、薬物に関連した認知機能の障害などの害。使用者がその害の性質と大きさに実際に気づいていることを（予測にしろ）確定するよう努力しなければならない。

手の震えや振戦せん妄などの離脱症状（従来は禁断症状といいました）を呈することがあります。このような状態になる場合、その人は身体依存になっているのです。

身体依存になってしまうと、離脱症状の苦痛を避けるために、何としてでもアルコールを入手しようと、家族の目を盗んで自動販売機に向かったりといった、アルコールを手に入れるための行動を起こします。このような行動を薬物探索行動といいます。そして、アルコールを入手し、飲酒が繰り返されることになります。

一方、精神依存とは、渴望（薬物が欲しいという欲求）に抗しきれず、自制が効かなくなった脳の障害（状態）です。その薬物が切れても、身体的な不調は原則的には出ません。

ニコチンには、精神依存を引き起こす強い作用がありますが、身体依存を引き起こす作用は実際上はないと考えられています。喫煙者は、たばこが切れると、時刻、天候に関わらず、労をいわず買いに行きます（薬物探索行動）。職場では、喫煙者どうして「1本もらえる？」と供給し合います。この「1本もらえる？」という言葉も、紛れもない薬物探索行動です。この薬物探索行動は、ニコチンの場合には「1本もらえる？」ですみませんが、覚せい剤の場合には、入手するためには、「まずはお金だ！」ということになります。結局、有り金を使い果たし、その後は、家族、友人に無心し、時にはお金ほしきの犯罪にまで及ぶことまであるわけです。

薬物には、精神依存だけを引き起こす薬物と精神依存と身体依存の両方を引き起こす薬物の2種類があります。アルコールは身体依存のみならず精神依存も引き起こします。ところが、ニコチンや覚せい剤は精神依存は引き起こしますが、身体依存は引き起こしません。したがって、薬物依存とは精神依存のことを言うわけです。

困ったことに、この渴望を押さえる医薬品（治療薬）は未だに開発されていないのが現状です。

3. 薬物中毒とは？

薬物中毒は急性中毒と慢性中毒の2種類に分けられます(図1)。

アルコールの「一気飲み」は薬物乱用です。そのような飲み方は、酔いを一気に通り越して意識不明の状態を生み出しやすく、生命的な危機を招きます。このような状態が急性中毒です。乱用による薬物の直接的薬理作用の結果です。依存状態の有無に関わらず、乱用すれば、誰でもいつでも急性中毒に陥る危険性があります。急性中毒は迅速かつ適切な処置により回復することが多いわけですが、時には亡くなってしまうこともあります。

一方、慢性中毒とは、薬物依存に陥っている人がさらに乱用を繰り返した結果として発生する慢性的状態です。こうなると、原因薬物の使用を中止しても、出現していた症状は自然には消えず、時には進行性に悪化して行く状態です。幻覚や妄想を主症状とする覚せい剤精神病、無動機症候群を特徴とする有機溶剤精神病などがその代表です。

さいわい、覚せい剤精神病的幻覚や妄想は、3ヶ月以内の治療で約80%は消し去ることができます。しかし、幻覚や妄想が治ったからといって、薬物依存までもが「治った」わけではないのです。苦勞して何とか本人を入院させたにもかかわらず、幻覚・妄想の消えた本人に懇願されて退院させたところ、ほどなく覚せい剤を再乱用され、再び本人を病院に連れて行かざるを得なくなったという体験を持つ家族は少なくありません。薬物依存と薬物(慢性)中毒の違いを理解することがきわめて重要です。

4. 乱用・依存・中毒の時間的關係を理解する

もう一つ理解すべきことは、図1に示した薬物乱用、薬物依存、薬物中毒の關係は、ある時点でどれか一つがあるという關係ではないということです(図2)。慢性中毒の基には薬物依存が存在することを忘れてはいけません。しかも、薬物依存は「モグラ叩きの機械」に、薬物乱用は「モグラ」に例えることができます。いくらモグラを叩いても、モグラ叩きの機械が存在する限り、モグラは際限なく現れます。つまり、薬物依存が存在する限り、

いつでも薬物乱用が起きるのです。

一旦、薬物依存に陥ってしまえば、図1に示した薬物乱用、薬物依存、薬物中毒の環は、出口のない悪循環系になってしまいます。ここに薬物依存症を治療することの重要性があります。

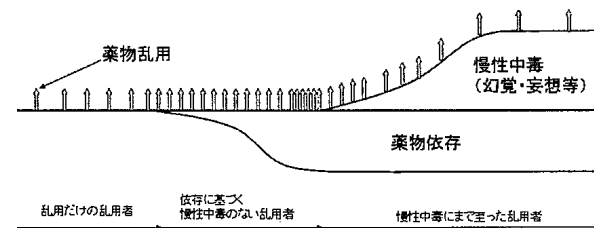


図2 薬物乱用・薬物依存・薬物中毒の時間的關係と乱用者のタイプ

(2) 薬物依存症が生み出す様々な問題

薬物依存症は、その人の心身に異変を起し、薬物を使い続けさせるだけでなく、他にも様々な深刻な問題をもたらします(図3)。これらは薬物依存症という障害がもたらす2次的な問題ですが、肝心の依存症という障害は目に見えず、度重なる借金や暴力、犯罪行為といった問題ばかりが目立ちますので、周囲の人はこういった問題の対応に日々追われるようになります。

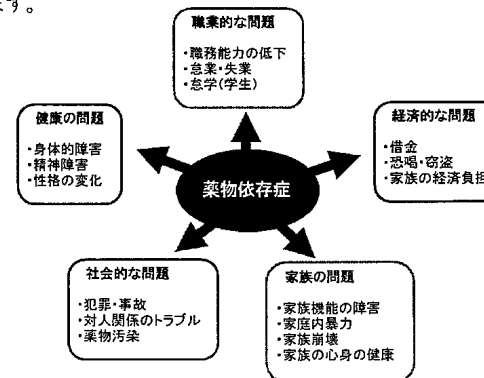


図3 薬物依存症が生み出す様々な問題

西村直行他、「薬物問題をこつ家族のための家族教育」(家族用テキスト)、アジア太平洋地域アディクション研究所、2001より改変

表2に挙げられているのは、ご家族の方からみた代表的な依存症者の問題行動です。これを見ると、薬物依存症は、その人の心身に変化をもたらすだけで

はなく、その人の生活全般や周囲の人々にも被害をもたらす障害であることがわかるでしょう。ただ、このような困った言動の多くは、本来のその人の性格によるもの

ではなく、障害の影響によるものですから、薬物依存症の治療を受けることで少しずつ目立たなくなっていくます。

周囲の人々は、つい目の前の問題に目を奪われてしまい、根本的な

薬物依存症の問題を置き去りにしてしまうことがないように気をつけましょう。

あなたのまわりに
こんなことは
起きていませんか？

イラスト

表2 家族からみた薬物依存症者の行動

薬物依存症者の行動	経験した家族の割合
感情の起伏が激しく、人が変わったようになった	93%
薬物を買うために嘘をついた	84%
薬物について尋ねると不機嫌になった	81%
意味不明な話をしたり行動がまともでないことがあった	78%
家の中で薬物を使用した	76%
薬物使用の道具が出てきた	76%
薬物使用を見つかって開き直ったことがある	69%
薬物を使って大声を出したり暴れたりした	68%
薬物が原因で仕事を解雇された	68%
薬物が原因で身体的問題が起き、受診した	67%
本人が作った借金の督促が来たことがある	67%
薬物を使って暴力を振るうことがあった	61%
薬物使用のために補導・逮捕されたことがある	61%
薬物依存症、薬物中毒、中毒性精神病の診断を受けた	58%
薬物使用をやめるための入院をした	52%

菊池安希子、和田清「物質依存症の当事者家族への対応—茨城ダルク家族会の活動を中心に—」、精神科治療学、19（12）：1419-1426、2004より改変

薬物依存症になるとどうなってしまうの？

障害は治るの？

イラスト

（3）薬物依存症の進行と回復の過程

薬物依存症の進行

ちょっとした好奇心や仲間意識で使い始めた時期から、依存症はみえないところで少しずつ進行していきます（図4）。やがて時間がたつうちに、少しずつ身体の中に依存が形成されて、薬物使用がコントロールできなくなってくるのですが、この時点では、ほとんどの人は問題を認めようとはしません。このように現実を否認するような間違った考え方や感じ方をするようになるのもこの障害の特徴です。

やがて、借金・犯罪・家庭不和などの2次的な問題が深刻化してくるので、まず家族や周囲の身近な人々が「困った」「なんとかしなくちゃ」と考えるようになります。このときすでに依存はかなり進行していることが多いのですが、この時点でも、自分に薬物の問題があることを認められない人が多いのです。

さらに、多くの場合、薬物を使い続けているうちに精神病の症状が現れてきます。この症状は使用している薬物によって違いがありますが、たとえば覚せい剤精神病の場合は、「誰かにつけられている」「警察に見張られている」などの妄想や、「みんなが自分の悪口をいっている」「死ぬという声が聞こえる」などの幻聴が主な症状です。明らかに通常と異なる様子を示すので、精神症状が現れるとご家族や周囲の人は大変不安な気持ちになりますが、これらの症状は薬物使用を中止し、向精神薬の処方など適切な医学的処置を受けると、通常は1から3ヶ月内に治まることが多いといわれています。けれども、表面的な症状が治まったからといって、依存症が治ったということではありません。安心してそのまま依存症の治療をしないで放っておくと、依存症はどんどんと進行していってしまいます。

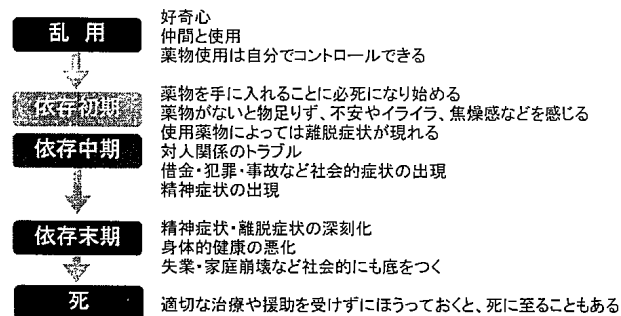


図4 薬物依存症の進行

薬物依存症 家族のためのハンドブック、特定非営利活動法人(NPO法人)セルフ・サポート研究所より改変

薬物依存症からの回復

残念ながら、依存症になってしまった脳はもとの状態には戻らないと考えられています。その意味で、完全に治るということはありませんが、きちんと治療を受けて薬物をやめ続けられれば、多くの人は通常の社会生活を営み、薬物依存症によって失ったものを少しずつ取り戻すことができます。これを回復と言います。

回復には、大まかにいって4つの段階があります。この4つの段階とは、(1) 薬物によって疲弊し衰弱した身体が正常化するという「**身体の回復**」の段階、(2) 薬物による幻覚・妄想がなくなり、思考力や記憶力が正常化するという「**脳の回復**」の段階、(3) 薬物依存症によって歪んでしまった物の考え方、感じ方、生活習慣が正常化するという「**心の回復**」の段階、そして最後に、(4) 薬物依存症によって壊れてしまった人間関係が修復され、周囲からの信頼をとりもどすという「**人間関係の回復**」の段階です。

いいかえれば、薬物依存からの回復には、薬物使用を止めてさらに長い年月を要するわけです。依存症という障害が、短期間のうちに突然生じるものではなく、何年もかけて少しずつその人をむしばみ、発展したものであることを考えれば、むしろこれは当然のことでしょう。このように確かに長い時間はかかりますが、薬物を止めつづければ、

いつの日か失った自分らしさを回復することができるのです。

薬物依存症は、時間がかかるけれども回復可能な障害です。

ご家族の方や周囲の人々は、薬が止まっているかどうかということだけに

一喜一憂しすぎず、一步距離をおいて気長に見守っていく気持ちが大切になります。

回復を支える機関

薬物依存症の人の回復を支える機関がいくつかありますが、それぞれできることとできないことがあります。どこかひとつの機関だけで治療が完結することは、むしろまれなことというべきでしょう(図5)。

図5

家族の人だけで問題を抱え込み解決しようとしなくて、

それぞれの段階に応じて様々な機関を上手に利用していくことがとても重要です。

精神科病院

薬物依存症からの回復には長い時間が必要であり、その中で医療機関が果たす役割は、主に回復の初期段階に限られています。医療機関では、薬物使用による身体的な障害や精神的な障害の治療をします。病院という閉鎖的な場所で安静にし、規則正しい食事をし、必要に応じて投薬治療などを行えば、幻覚や妄想などの症状の大半は改善します。

こんなとき、周囲の人は、まるで完全に治ってしまったかのような錯覚に陥ることがあります。けれども、目立っていた精神症状などが治まったからといって決して安心はできないのです。頭の中にいったん依存が形成され異常が起きてしまった場合、その後薬物を使わないで続けたとしても、残念ながら完全に元に戻ることはないといわれています。いいかえれば、その人の中には依然として薬物依存症という障害が眠ったままの状態で存在しているわけです。したがって、そのまま放っておくと、また障害に操られてすぐに薬物を使ってしまい、最悪の状態に戻ってしまう可能性がきわめて高いということを、ご家族や周囲の人はしっかりと心にとめておく必要があります。

(参考：薬物依存症専門病院での治療)

薬物依存症専門病院では、薬物依存症患者さんの治療を、Ⅰ期治療とⅡ期治療という2つの段階に分けて行っています。このうちⅠ期治療では、薬物によってもたらされる中毒性精神病の症状（幻覚や妄想などのこと）の治療を行うことが目的となります。回復の段階でいえば、身体のリハビリと脳の回復が、そこでの目標となります。多くの薬物依存症患者さんは、幻覚や妄想をきっかけにして精神科病院を訪れるので、治療はこのⅠ期治療から開始されるのが通常です。ここでは、投薬を中心とした治療が行われ、本人が治療に同意しているかどうかは、必ずしも治療の成否に関係がなく、強制的な入院治療によって行われる場合も少なくありません。こうした治療は、なにも専門病院にかぎらなくとも、一般の精神科病院でも行うことができます。

薬物依存症の治療で大切なのはⅡ期治療です。ここでは、薬物依存症そのものが治療の対象となります。このⅡ期治療のプログラムが用意されていることが、まさに薬物依存症専門病院の条件といつてよいでしょう。具体的には、一定期間、病院内の教育的プログラムに参加し、薬物依存症がどんな障害であって、どのようにすれば回復できるのかについて勉強したり、ときには病

院からDARCに通所したり、NAなどの自助グループに参加したりすることもあります。回復の段階でいえば、「心の回復」の最初の一步に着手する段階といつてよいでしょう。

Ⅱ期治療の特徴は、患者さん自らが「この治療を受けたい」と望むことが必要であり、決して強制的に入院させて行える治療ではないということです。なにしろ、自分に快楽をもたらし、それを止めることには大変な苦痛を伴う薬物を止め、薬物なしの新しい生活習慣を築くことが治療目標となるわけです。失敗はあるにしても、七転び八起きの精神でチャレンジしてみようという気持ちはどうしても必要となってきます。

多くの家族は、どうしたら本人がこのⅡ期治療を受ける気になってくれるかという問題で頭を悩ませるものです。そうした悩みにヒントを与えてくれるのが、精神保健福祉センターの家族教室や薬物依存症者の家族のための自助グループなのです（詳しくは第3章をお読みください）。

警察・刑務所

治療機関ではありませんが、依存性薬物の多くは使用自体が犯罪行為ですから、薬物依存症の人は逮捕されたり刑務所に入ることが多くなります。刑務所の中では薬物は使えませんし、刑務所に入れられることで、自分がやったことの社会的な責任について自覚が深まることもあります。ご家族にとっては非常にショックなことです。このような意味で刑務所にも利点がないとはいえません。

けれども、刑務所の中で薬物使用が止まり、「もうこりごりだ」と反省して、「もう二度と薬物なんか使わない」と心から誓ったとしても、それだけで依存症が治るわけではありません。実際に、何年間も刑務所暮らしをした後、やっと出所したと思ったらまたすぐに薬物を使ってしまう人はたくさんいるのです。ご家族の方からみると理解しがたいことかもしれませんが、それが依存症という障害の恐ろしさでもあります。最近では、少しずつ刑務所の中でも薬物に関する教育的指導を行うようになってきていますが、基本的に、刑務所は治療をする場所ではありませんので、ご家族の方は誤解のないよう気をつけてください。逮捕や受刑を回復への大切な機会ととらえ、弁護士や関係者と連携をとりながら、その後の治療へと結びつけることが大切です。

自助活動

長く続く回復の道のりは、薬物依存症の人がともに支えあう地域の自助活動（同じ経験をもつ仲間が相互に助け合うこと）によって支えられています。

自助活動は大きく二つに分けることができます。ひとつは、仲間同士で共同生活をおくりながら、薬物をやめ続けることに成功した人が、今やめられないで困っている人の手助けをして、ともに薬物を使わない生活を目指していくリハビリテーション施設で、ダルク（DARC）などがよく知られています。入寮の形態をとっている施設がほとんどですが、中には通所型のももあります。職員は同じ薬物依存症から立ち直った仲間で、専門家ではありませんから医療を行うことはできませんが、多くのリハビリテーション施設は地域の医療機関と連携をとっています。

もうひとつは、ナルコティクス・アノニマス（NA）という自助グループです。全国にたくさんのグループがあって、主に夕方から夜にかけて薬物依存症の人々が集い、回復のためのミーティングを行っています。

こうした自助活動は、薬物依存症の回復段階における心の回復と人間関係の回復を達成するうえで効果があります。精神症状などの目立った症状は病院で治療を受けると比較的短期間でおさまることが多いのですが、その後は時間をかけて、依存症という障害によって悪影響を受け変化してしまったその人の悪い生活習慣、物事の考え方、対人関係などを改善していく必要があります。

たとえば、昼夜逆転などのライフスタイルや悪い仲間とのつきあいは、そのままにしておくと再使用に非常に結びつきやすいので、規則的で健康的な生活に変えていく必要があります。また、いったん依存症にかかるとその人の体はなんとかして薬物を使い続ける必要がありますから、そのためによく嘘をつくようになったり、真実を見ようとせず都合のいい考えばかりするようになったり、他の人を利用したりするようになります。

このように、障害による2次的な変化をひとつひとつ時間をかけて改善していくことが回復なのです。したがって、回復の全過程は大変時間のかかるものですし、さらに、良くなったり悪くなったりしながら少しずつ回復していくという特徴もっています。

結局のところ薬物が自分や周囲の人々にどれだけの被害をもたらしたのか、長年にわたる薬物使用によって自分がどんなふうにならなくなってしまったかということを認め、回復のための努力を続けることはとても苦しく勇気のいる作業です。けれどもこのようにして実際にたくさんの人が薬物依存症という障害から回復し、自分を取り戻しています。それどころか薬物依存症からの回復過程における様々な経験を通じて、「新しい自分に会うことができた」「障害になる以前の自分よりずっと成長した」といっている回復者が大勢います。

薬物使用が止まるのは
回復の第一歩。
回復の道は長く続きます。

イラスト

第2章 回復のために家族は何をしたらよいのでしょうか

(1) 薬物依存症者が家族にもたらす影響

薬物依存症は
家族を巻き込む障害！

イラスト

薬物依存症は、その人の心と身体をむしばむだけではありません。家族の誰かが薬物依存症にかかる、家族はその悪い影響を受けて、気がつかないうちに変化していきます。依存症が「家族の病」と言われているのはこのためです。

薬物依存症の進行に伴って、家族にも一定の変化がみられるようになります。依存症者の人を長い間抱え込んでいると、心理状態や行動パターンが変わってくるのです（図6）。

薬物依存症の初期、まだ薬物依存症に関する様々な問題が深刻化する前の段階では、多くのご家族は無意識にその問題と向き合うことを避けようとします。「ちょっとした好奇心でやっていることだ。そのうちにやめるだろう。」「お父さんがあの子をきつく叱りすぎるから反抗しているだけで、父と子の関係が良くなりさえすればすべて解決するんだけれど。」

このように、起きている問題を楽観視したり、何か他の原因のせいにしたりすることで、

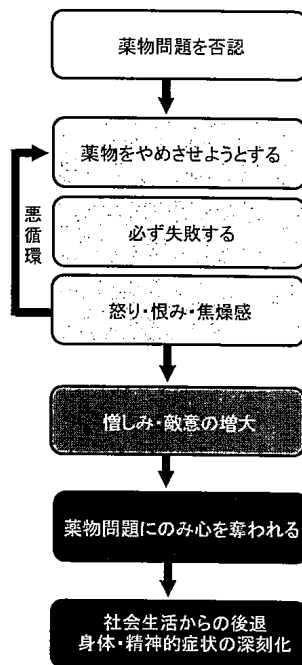


図6 薬物依存症の進行に伴う家族の変化

薬物依存症 家族のためのハンドブック、特定非営利活動法人(NPO 法人)セルフ・サポート研究所より改変

問題の直面化を避けようとするのです。

そのうちご本人の薬物使用がエスカレートして、問題を直視せざるをえなくなると、今度はなんとか薬物をやめさせようとあらゆる努力をするようになります。けれども相手は薬物依存症という障害にかかっている、これらの努力が報われることはめったにありません。ご家族の努力が功を奏し、一時的に薬物使用が止まることもあるかもしれませんが、ほとんどの場合は長つづきしません。ご家族は、期待をしては裏切られるということを繰り返すうち、だんだんとご本人のことを信じることができなくなり、怒りや恨みの感情をもつようになります。また、薬物をやめさせようとして失敗することによって、ご家族は無力感や自責の念を感じるようになります。

一方で、借金や暴力・暴言など、依存症が原因となって起きてくる様々な問題が深刻化し、ご家族を追い詰めていきます。ご家族は、今や一人前の責任を果たすことができなくなっているご本人の代わりに、次から次へと起きてくる問題に対処しなくてはなりません。

このような生活が続けることはご家族にとって大変な負担となります。「心配で夜も眠れない」「悩みばかり増えて心が休まるときがない」、こんな毎日を送っているうちに、知らず知らずのうちに心身が消耗し、本来その人に備わっていたはずの問題を解決する力や冷静な判断力がどんどん失われていってしまうのです。慢性的な危機状態を乗り越えるため、感情が麻痺し、今自分がどのように感じているかがわからなくなってくることもあります。

さらに、薬物依存症者の人と長く暮らすうちに、家族の機能全体がうまく働かなくなってきました。健康な家族というのは、本来それぞれが独立した個を保ちながらゆるやかに結びついているものですが、薬物依存症の人がいる家族では、家族全体が、この危機をなんとか乗り越えようとするのみに目標に動くようになってくるのです。そうすると、個人の成長が妨げられたり、それぞれの境界線が壊れて自立性が保てなくなると

いう問題が起きてきます。

また、このような問題が家庭の中で起きていることを周囲に知られたくないと思うので、どうしても秘密が多くなり、次第に社会から孤立するようになってきます。

このように、薬物依存症は、気がつかないうちに家族全体の健康さを奪っていきます。

家族の声：当時は「20歳になればやめるだろう」と安易な気持ちでした・・・

息子がシンナーを吸い始めたのは高校1年生のとき。それは長い長い多くの人を巻き込んだ薬物との戦いの始まりでした。当時は「20歳になればやめるだろう」と安易な気持ちでした。それでも一向に止める気配はなく、シンナーの怖さの情報が分かった、いてもたってもいられなくなりました。

はじめは「なんで？ どうして？ 何に不満があってシンナーに手を出したの？」という思いばかりでした。主人と2人で「止めなさい!!」と叱りつけたり、「お願いだから止めてちょうだい」と泣きながら懇願したり、その連続でした。当時は、本人の心境など思いが及ばず、本人の苦しみとか、家族間のひずみに気がついたのは、十数年も続く戦いの後、家族会につながってからでした。

(2) 薬物依存症と家族の悪循環

身も心も疲れ果て、誰にも相談できない状態にありながら、大切なご本人をなんとか立ち直らせようと必死になっているご家族の姿は、薬物依存症から見ると格好の利用相手です(図7)。

ご家族が、これを機会に立ち直ってほしいと心から願って「今回だけだよ」とご本人の作った借金の肩代わりをしてあげたとしましょう。そうすると薬物依存症は「これでまた借金ができる」

「また薬物が買える」と大喜びです。たとえご本人の心が感謝の気持ちでいっぱい、ご家族のためにももう二度と薬物を使わないと固く決めたとしても、そんなことはなんの役にも立たないのです。それほどに薬物依存症という障害は強い力を持っています。

ご本人が薬物使用のために体調を崩したときに、なんとか愛情で立ち直らせてあげた

なんとかやめさせようと
こんなにいっしょうけんめい
やっているのに
どうしてうまくいかない
の？！

イラスト

いとご家族が懸命に世話をすることはどうでしょうか。それは薬物依存症者本人からすると「ああ、よかった、体が元気になってくれればまた薬物が使える」ということになります。

図7

なんとか薬物使用をやめさせようとご家族が必死になって止めたり叱ったりすることはどうでしょうか。ご本人は追い詰められるとイライラします。するとその人中にいる薬物依存症は待っていましたとばかりにこうささやくのです。「薬物を使えば嫌な気持ちさが吹っ飛ぶよ」「何もかも忘れてハイになろうよ」。

これではご家族の必死の努力がなんの役にも立たないどころか、かえって薬物依存症という障害を助ける結果となってしまっています。このように、依存症はご本人だけでなく、周囲の人も障害の悪循環に巻き込んでいくという性格をもっていますが、ご家族の方は最初の頃なかなかそのことに気づくことができません。後になってこれでは問題の根本的な解決にならないと気がついたとき、たいていのご家族は困り果てて孤立無援の状態です。そんなとき、家族にできることはどんなことでしょうか。この悪循環から一日でも早く抜け出すために、まず何からはじめるのがよいのでしょうか。

(3) 大切な人のために家族ができること

薬物依存症について学びましょう。
イラスト

回復のためにご家族にできることは三つあるといわれています。

まずひとつは、薬物依存症という障害について学ぶことです。ご本人とご家族の共通の敵である薬物依存症と効率よく戦うには、まずその障害がどういうものかということについて多くの情報を得る必要があります。薬物依存症はれっきとした障害ですから、医学的・心理学的側面から理解を深めることは有益でしょう。また、回復に有効な資源やそこでどのような治療が行われているかを知ることにも必要です。さらに、薬物依存症は様々な犯罪や借金問題と関連することが多いので、法律のことについてもある程度知っておくと役立つでしょう。学ぶべきことがたくさんあります。

薬物依存症者に対する適切な対応方法を身につけましょう。
イラスト

二つ目は、薬物依存症者ご本人に対する適切な対応方法を身につけることです。ご家族の方がなんとかご本人を助けてあげたいと思って一生懸命していることが、実際にはあまり役に立たないどころか、かえってご本人の回復を遅らせてしまうということがよくあります。

たとえば、ご家族の方はよくあの手この手を使ってご本人の薬物使用をやめさせようとしめます。叱ったりお説教をする場合もあるでしょうし、また、何か買ってあげるからと交換条件を出すかもしれません。確かに、このようなご家族の努力は一時的には役に

立つかもしれませんが、薬物依存症になってしまったら、治療を受けない限りそれが長続きする見込みは非常に低いので、結局は問題の先送りにしかありません。

それから、ご家族が、今度こそ立ち直るだろうと思って借金を肩代わりしてあげたり、ご本人が起こした問題の尻ぬぐいをしてあげたりしていると、ご本人はいつまでたっても事態の深刻さに気づくことができず、治療が必要だという気持ちにはなりにくいでしょう。

このように、結果的に見ると、実はご本人の薬物使用を助けてしまっているようなご家族の対応を、専門用語では「イネイブリング行動」といいます。一度決意したことも、ご本人の打ちひしがれた姿をみるとつかわいそうになって結局うやむやになってしまいうことがよくありますが、その場しのぎの対応や感情に左右された一貫性のない対応ではなく、長期的に見てどうすることが薬物依存症からの回復に役立つのかという基本をしっかりと守った対応法を身につけることが大切です。

家族の声：せつせと尻ぬぐいをしました・・・

携帯電話の料金、サラ金の返済など。車も何台も廃車になりました。それは全て私たちがせつせと尻拭いをしました。今にして思うと面倒をみすぎたのですね。ある人から、「非情も愛情の内だから助けたりしてはダメ」と言われたこともありましたが、聞く耳を持っていませんでした。息子の言うこと、やることに抵抗することが出来ずに、どんどんエスカレートさせる結果になりました。原因を作っていたのは私たち家族だったのに、「どうしてこんなに息子に苦しめられなくてはならないの？」と、私は被害妄想で、毎日悩んでいたのです。

家族も仲間と出会って元気を取り戻しましょう。

イラスト

最後に三つ目は、ご家族の方がまず元気を取り戻すことです。一見ご本人のこととは関係がないようですが、実はこれが一番大切なことです。心身が疲れていると問題を上手く解決するための方法をみつけたり、そのための行動を起こしたりすることができないからです。

ご家族の方が元気を取り戻すには、同じような経験をしている仲間と出会うことがとても役に立つでしょう。これまで誰にも言えずに抱え込んできた心配や苦しさは、同じ経験をしている仲間でないとなかなかわかってはもらえません。「もうひとりではない」「わかってくれる人がいる」「一緒に乗り越えていく仲間がいる」、そんなふうに感じられるだけで心が少し軽くなるのではないのでしょうか。仲間の話に耳を傾けることで、希望をもち、回復を信じられるようになってきます。

仲間に出会い薬物依存症に関する知識や対応法を学ぶために、役立ちそうな場所は積極的に利用しましょう。依存症病棟がある医療機関・精神保健福祉センター・保健所などでは家族教室や家族相談を行っているところもあります。依存症者ご本人と同じように、家族同士の自助活動も各地で行われています。ご家族の方が相談にいったからといって警察に通報されるようなことはまずありませんので、ひとりで抱え込まず、勇気を出して身近な専門機関や自助グループに相談してみましょう。

相談するときに気をつけなくてはならないことは、相談相手が薬物依存症に関する知識や経験を十分もっているかどうかをきちんと見きわめることです。薬物依存症をよく知らない周囲の人や友人に相談することはあまりお勧めできません。薬物依存症は風邪などのありふれた障害ではありません。豊富な知識と経験をもった人からの助言でなければ、かえって事態の悪化を招いたり、「親の育て方が悪いからだ」などと責められて傷つくだけの結果になりかねません。

家族の声：精神保健福祉センターの家族教室に参加して・・・

「家族教室で勉強して、本人のために一生懸命やったことが役に立っていなかったとわかってすごいショックだったのですが、気持ちの持ちようが楽になって、ほっとしました。自分らしい生活が持てるようになったことが大きかったです。これからも続けていきたいです」

「同じような人が世の中にいるんだということがわかったのがなによりよかったです」

「いままでこの問題を周りから隠して、隠して、そんなこと外から見たらないふうになってきました。だから、ここに来ること自体がすごく大変で、できれば匿名のまま、仮面でもつけて来たいところだったんです。それが、来てみて、そうやって隠してしまうことが良くないことだったと気づかされました。勇気を持ってここに来ることができたのが、全ての第一歩。来ることができて本当によかったと思っています」

この問題はおおぴらにできないこと、どうしたらよいかわからなかった。一番よかったのは病気だとわかったこと。病気なら進行性だから、どうしていくかということで、本人が施設、治療とつながることが大事という方向がわかった。そういう回復のための道筋が分かり、そのために取り組めるようになったことがなによりよかったこと。

家族の声：いろんなグループを活用することが支えになりました・・・

もう止まるだろうと思って信じていたのに、また息子のポケットから薬物を発見してしまったときは、このままでは自分がもうだめになると思いました。それまでは息子をなんとかしようと思っていろいろ方法を探していたのですが、最終的には、このままだと自分がおかしくなってしまうと思って、その時初めてナラノンに行ったんです。初めての時はすごく不安でしたが、仲間があたたかく迎えてくれて、心からほっとしました。だけどナラノンでは重い話も多くて、話を聞いていることが苦しい時期もありました。そんなとき、自助グループとは違う専門家の先生が開いているグループの存在を知って、そちらのほうにも通うようになりました。そこでは依存症とは何かというような講義が前半にあって、後半は個人の話をするんですが、私の話を聞いてくれるだけではなくて、整理してわかりやすく返してくれるというのが私にはとても役立ちました。こうやっていろんなグループを活用することが、私にはとても支えになったんです。

第3章 まず家族が元気をとりもどしましょう

(1) 家族の自助活動

現在行われている家族の自助活動のひとつに、ダルクという薬物依存症者ご本人のためのリハビリテーション施設と連携をとりながら活動している家族会があります。主な活動内容としては、月に一度集会を開催して、薬物依存症に関する勉強をしたり、みんなで経験を語り合ったり、回復した薬物依存症者ご本人の体験談を聞いたりしています。

どの家族にも当てはまるただひとつの答えというものはありませんから、ご家族の方はいろんな話を聞きながらそれぞれ答えをみつけていかなければなりません。また、いったんわかったような気がしても、いったん出来上がった過去の関係性はなかなか消えてくならず、ちょっと気をゆるめるとすぐに元の関係に戻ってしまいます。そのようなことを防ぐためには定期的な見直しが必要です。このように、ご本人の回復に時間が

かかるのと同じように、ご家族がご本人との間に適切な距離をとれるようになるまでも時間がかかるといわれています。家族会でも多くの方が長い時間をかけて、依存症の勉強をしたり適切な対応法を学んだりしています（図8）。

とにかく困っているご家族の方にとっては、「今すぐなんとかしてほしい」「そんなにのんびりしていたら大変なことになってしまう」と思われるかもしれません。けれども、薬物依存症からの回復に時間がかかるのと同じように、ご家族も普段の冷静さを取り戻し、薬物依存症という障害を理解し、回復に役立つ態度を身につけていくには時間がかかるものです。ご家族の方がまずそのことを受け入れ、落ち着きを取り戻してじっくりと取り組む姿勢がとても大切です。

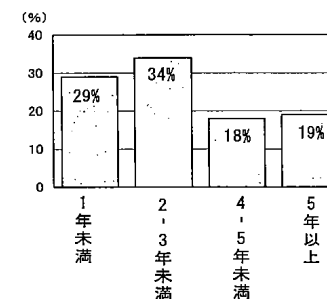


図8 家族会への参加期間

家族の声：何か重たかったものがスーッと抜けて、ホッとする自分がいました・・・

本人がダルクにつながったことで、今度こそはシンナーが止まってよくなってくれるだろうと安易な気持ちでいました。ところが、ダルクで3ヶ月クリーンが続くと、「俺は治った」と言ってダルクを退寮し、アパートに住んで仕事を始めて、3ヶ月ぐらいうるとまた再使用してダルクに戻る。何度も何度も同じことを試みましたが、一向に進歩の見えない息子。どうしてなんだろう。

本人はダルクにいて、一通りプログラムを踏んでいましたが、私たち家族が何も勉強をしていないので知らないのです。シンナーを再使用し、家に帰ってきて暴れる息子に「俺を変えたかったら、親が変われ!」と怒鳴られたこともありましたが、でも、意味は分かりませんでした。

それからしばらくして、私たちも家族会に通い始めました。最初は、皆さん笑顔で、明るくて、「来るところを間違えたかな?」「きっと、私ほど困り果てたご家族はそうはいないのだろう」と思いました。でも、体験を聞いてみると、本当に皆さん多様な問題を抱えてきていることが分かり、本当に驚きました。それと同時に、何か重たかったものがスーッと抜けて、ホッとする自分がいました。それから夢中で家族会に通い続けました。

不思議とその頃から、本人もダルクで落ち着いた生活を続けることが出来るようになり、今では穏やかになった息子と、電話で話すこともあります。本人は本人の人生。私たち夫婦は私たち夫婦の人生を取り戻すことができ、本当に感謝しております。

家族の声：本当に理解できるまでには時間がかかりました・・・

家族会に来て一番良かったことは、皆さん同じ境遇なので互いに理解し合えるということです。家族がどんな風に巻き込まれているか、対応が間違っているかというのは、最初は言われてもなかなか気づけなかったです。半年くらいたってからわかってきたような気がしますね。最初はまず、頭で理解するんですが、その時わかって、また次の月に家族会に行くまでには元の自分に戻ってしまうんです。次の月また話きくと、ああ、なるほど、と思うんですけど、1ヶ月の間にまた考えが変わったりして。そういうのを繰り返して、半年くらいたってから、本当に理解できてきたような気がします。家族会につながってなかったら、たとえ子どもが施設につながっていたとしても、私はこんなに元気に明るく笑えるようにはなっていなかったように思います。家族会があったから、私は子どもと離れることができたような気がします。

この他の自助活動としてはナラノンという自助グループがあり、全国に点在しています。大切な人の薬物問題に悩む人々が集まって、密着しすぎたご本人との距離を見直したり、互いの体験を語ったり、経験から得られた知恵を与え合ったりしています。

家族の声：親ができることは何もないんだと思えた瞬間がターニングポイント・・・

警察に再逮捕されたことは、もう今度こそはやめてくれるだろうと思い込んでいた私にとって、「このまいうちの子は底なし沼に落ちていくんだろうか」と、背筋が寒くなる思いでした。それから初めてナラノンにつながり、色々な勉強会にもとにかく足を運びました。「私の人生と、親子という関係と、クスリの問題は別」と頭の中では理解しても、やはり家に帰ってクスリを使っているであろう息子の顔を見ることは、とても苦しいことでした。

その頃は、ナラノンに行っても、口から出る言葉は今の状態を嘆く言葉ばかりでした。家の息子はクスリを使って暴れることはなかったので、ナラノンの仲間話を聞きながら「まだ息子はそこまでひどくない」という気持ちもあったのかもしれません。でも、本当にたくさんの仲間の話を聞くうちに、「ああ、一緒なんだ。本人のクスリを止めさせるために、親ができることは何もないんだ」と素直に思える瞬間があって、それが私のターニングポイントだったように思います。

家族の回復にも時間がかかります。

家族が手をつないだイラスト

(2) 自助活動の効果

多くの薬物依存症者は、「自分は薬物依存症なんかじゃない」「やめようと思えばいつでもやめられる」などといって、なかなか障害を認めようとせず、治療を受けたがりません。このように自分が障害にかかっていることに気がつかなかったり、うすうす気がついていても決して認めよ

うとしないのもこの障害の特徴であるといわれています。

いやがるご本人をどうやって治療の場につなげるかはご家族にとって深刻な問題です。

ご家族が家族会に参加した時点では治療を拒否していても、1年後にはそのうちの約半数

のご本人がダルクなどの治療機関につながっているということが、家族会を対象とした

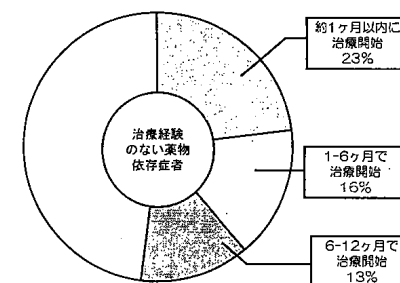


図9 家族会参加時には未治療でも、少しずつ治療につながります

調査から明らかになっています（図 9）

また、家族会に継続的に参加し続けるうちに、ご家族が少しずつ元気や自信を取り戻し、家族関係もよくなることがわかっています（図 10）。

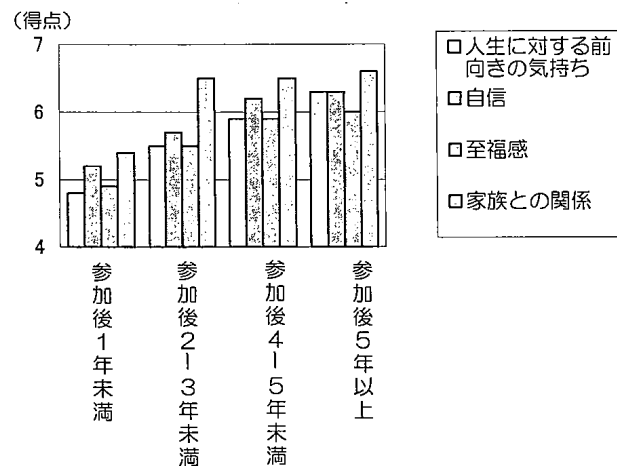


図10 家族会参加後の家族の気持ちの変化

第 4 章 家族の相談が回復のチャンスを作ります

この章では、家族の相談がきっかけになって、最終的には薬物依存症者ご本人が回復するチャンスを手に入れることができた事例を紹介したいと思います。

エリート・サラリーマンだった A 男

A 男は、ごく普通の家庭に生まれ、何不自由なく育てられました。そして、都内の私立大学を卒業した後、ある有名商社に入社しました。仕事は忙しかったですが、学生時代から交際をつづけている恋人に支えられ、何とか仕事をこなしていました。

入社して 1 年を経過し、仕事にも慣れてきた 23 歳のとき、ある宴席で同僚に勧めら

れ、ごく軽い気持ちからはじめて覚せい剤を加熱吸煙（あぶり）で使いました。この当時は、何週間かに一度、友人とのパーティの際に使うという断続的な使用にとどまっており、仕事や家庭に支障が出ることなく、うまくコントロールして覚せい剤を使うことができていました。1 年後、A 男は恋人と結婚し、これを機に実家を出て妻との生活を始めました。

家庭生活の破綻

結婚生活は最初のうちは順調でした。A 男の仕事も順調であり、共稼ぎということもあって経済的にも裕福で都心の高級マンションに住むという優雅な暮らしぶりでした。そして A 男が 27 歳のとき、妻が妊娠しました。

けれども、この頃には覚せい剤の使用頻度はかなり増えていました。「仕事の疲れをとるため」と自分に言い訳しながら、いつしか週 3 回は覚せい剤を使用する状況となっており、会社を欠勤することが多く、仕事上のミスも多くなりました。さらに、子どもが生まれた頃には、A 男はほぼ毎日、覚せい剤を使用するようになってしまっていました。ついに A 男はとりかえしのつかない仕事上のミスをしてしまい、会社を解雇されました。仕事を止めた A 男はますます覚せい剤にのめり込み、生まれたばかりの赤ん坊の世話をする妻に対して、被害妄想による暴言や暴力をくりかえすようになりました。妻は、「私と結婚したことがストレスで、A 男はこんな風になってしまったのか」と自分を責め、誰にも相談できずに苦しい街日を送っていました。

家族教室に参加

しかし、とうとうたえかねた妻は A 男の両親に相談することにしました。妻は、混乱した A 男の母親から「あなたがしっかり支えないからこうなった」と非難されましたが、父親に制され、最終的に 3 人の意見は、「とにかく専門家の意見を聴こう」ということになりました。妻と A 男の両親は精神保健福祉センターに相談に行き、そこで開催されている薬物依存症家族教室に参加しました。このとき A 男の妻は、家族教室に参加

した感想として、「同じような家族が他にもたくさんいて、『自分たちだけではないんだ』
と思い、少しだけ目の前が明るくなりました」と涙ながらに語りました。

さらにA男の妻と両親は、精神保健福祉センターの相談員から教えてもらった民間薬
物依存更生施設 DARC の家族会にも参加するようになりました。そこでは、薬物依存症
がどういった障害であるのかについて理解を深め、A男の行動にどう対応すべきかにつ
いて、多くのことを学びました。

DARC 入所

DARC 家族会に通い始めて半年を経過した頃、妻と両親はA男とこれからのことにつ
いて話し合う場を持つことになりました。家族会でのアドバイスにしたがって、妻はA
男に離婚したいと切り出し、両親も今後いっさいA男の面倒はみないことを伝えました。
と同時に、A男に薬物依存症の治療を受けて欲しいと伝えました。A男はいつになく神
妙に妻の話を聞いていました。この日、2人の離婚が決まりました。

29 歳になったA男は、DARCに入所することを決意しました。けれども、入所してま
だ3ヵ月しか経っていない頃、A男は「もう治った」といいはって施設を出てしまいま
した。A男は退所した足でそのまま元妻のところに向かいましたが、施設からA男退所
の連絡を受けた元妻は、家族会の仲間に相談した結果、実家へ緊急避難することにしま
した。A男は、2日ほどかつての自宅の近くに潜んで、元妻が現れるのを待っていまし
たが、いつになっても現れないので諦めて、今度は自分の両親の家に向かいしました。け
れども、すでに家族会の仲間からA男退所の情報を知らされていた両親は、A男を家には
上げないことに決めました。そのうえで父親は、近くの喫茶店でA男と話し合い、「施
設が回復したというまで、おまえとはいっさいのかかわりを持たない」という意向を伝
えました。

家族のこうした対応の結果、A男は行く場所を失い、しかたなく自分からDARCに戻
ることにしました。その後、A男は、回復のためのプログラムを再開し、1年半の入所

生活を経たのちに、DARCのスタッフの手伝いをするようになりました。

A男がDARCのプログラムに励んでいるあいだにも、両親は月1回開催されるDARC家
族会への参加をつづけました。そこでは、A男の回復のためとはいえ、A男とかかわら
ないでいることの辛さを支えてもらいながら、少しずつ本来の心の落ち着きを取り戻し
ていきました。

家族関係の回復にむかって

A男が入所して2年を経過したとき、A男、両親、DARCスタッフで話し合う場を持ち
ました。そして施設の許可を得て、A男は、家族の再構築を図るために1泊の予定で実
家に帰りました。それ以後、A男は、定期的に施設からの1~2泊の実家に外泊をくり
かえし、何度も家族と今後について話し合う機会を持ちました。そうした話し合いのな
かで、A男はDARCのスタッフになることを決意しました。

現在、A男は、リハビリ施設の回復者カウンセラーとして社会復帰をはたしています。
A男がDARCに入所してから3年の月日が流れています。一時は、A男とかかわることか
ら手を引いた両親でしたが、いまではかつての親子の関係を回復しつつあります。

第5章 Q & A

Q1: どのくらい使えば依存症になるのでしょうか?

A1: どのような薬物であれ、1回使ったらすぐに依存症になるというわけではありません。最初、人は偶然のなかで薬物と出会い、様々な理由からそれをくりかえし使うようになります。たとえば、日々の生活のなかで一息つくときに疲れを癒やしたり、嫌なことを忘れたりするために、あるいは、仕事に対する意欲やセックスの活力を高めて、本来よりも自分を「大きく」「強く」「優れている」ように見せるために、薬物を使います。若い人のなかには、「自分には友だちがたくさんいる」「みんなとうまくやれている」「好かれている、愛されている」「軽く見られていない」という感覚を保ちたくて、勧められた薬物を断らなかつた人もいるかもしれません。とにかく最初のうちは、薬物は自分の不足を補ってくれる面があったのでしょう。

しかし、あるときふと気がつく、薬物なしでは、以前よりも疲れて全身がだるく何も意欲がわかなくなっている自分、あるいは、薬物なしでは本来よりも「小さく」「弱く」「だめな」自分に気がつきます。正確に言えば、どこかでこうした事態に気がつきながらも、薬物依存者は、「まだ大丈夫」「その気になればいつでも止められる」と自分で自分をだましています。さらに、薬物のために周囲にたくさんの嘘をつき、大切な人との約束を破るようになり、生活は乱れ、人間関係は破綻していきます。もはやこの段階では、薬物が生活習慣に深く入り込み、薬物による心理的・社会的な問題が生じているのです。依存症とはこういった状態です。

それでは、1回くらいならば薬物を使っても問題ないといえるのでしょうか？ もちろん、そうではありません。全く薬物を使ったことのない人と1回使ったことがある人とは、次に薬物を使う可能性には雲泥の差があります。その差は、1回使ったことの

ある人と2回使ったことのある人とで同じ比較をした場合とは、とうてい比較にならないほどの圧倒的なものです。

最初の1回に手を出すことで、多くの人はそれまでと違う物の考え方・感じ方をするようになります。後に薬物依存症となった方のなかで、最初の1回るとき、「なんだ、たいしたことないじゃないか」「特に危なくもなさそうだ」「これくらいなら自分でコントロールできる」と感じたという人は意外に多いのです。こんな具合に事実を自分に都合良く歪めてとらえ、いわば「自分で自分をだます」のが、依存症者の特徴ですが、最初の1回の時点で、こうした特徴が早くも芽吹いていることが少なくないというのは、ぜひとも強調しておきたい点です。

Q2: 息子が薬物をやっていることを知りました。私たちの育て方が原因なのでしょうか?

A2: あなたのこどもの育て方によくなかつた部分もあったのですが、完璧な親はいませんし、この原因だけで子どもが薬物を乱用するわけではありません。むしろ親は一番身近で影響力のある援助者なのです。これからどうしていくのがよいのか、前向きに自分たちのこれまでの対応の仕方を総点検してみることが必要です。

ご家族が、「自分たちの育て方が悪かった」と自責すればするほど、ご本人の様々な要求にふりまわされてしまい、結果的に、ご本人の薬物使用を支えてしまうことが多いことを忘れないでください。

まずは、家族が精神保健福祉センターの薬物依存家族教室や家族の自助グループに参加して、薬物依存症に関する知識と理解を深め、これからの対応について学ぶことが大切です。

Q3：薬物を使用して暴れているが、どうしたらよいですか？ 入院させてもらえますか？ それとも、警察に連絡をした方がよいのでしょうか？

A3：まず、最寄りの保健所、もしくは各都道府県にある精神保健福祉センターに相談してみましょう。薬物乱用の影響がどのような程度であるかを見きわめることが大切です。それにまた、いきなり精神科病院に相談しても、病院によっては薬物がらみの患者と聞いただけで断られてしまうことがあるので、薬物関連問題に対応する病院（たとえば、アルコール依存症の治療経験が豊富な病院など）を知るためには、保健所や精神保健福祉センターに行くことが役立ちます。

もしも、幻覚や妄想のような精神病の症状があるのであれば、入院治療に導入することを考える必要があります。たんに急性中毒による精神病症状であれば、薬物使用を止めることにより数日で消失するのが普通ですが、なかには覚せい剤を止めて数日から数週を経過しているのに、精神病症状が消えないことがあります。この場合には、ご本人が治療を希望するか否かにかかわらず、入院治療とする必要があります。

また、その数は多くはないですが、ご本人が断薬（薬物を止めていくこと）したいという動機を固めているのであれば、精神病症状の有無にかかわらず治療への導入を行います。もちろん、興奮が激しく、周囲に危害をもたらしそうなおそれがあれば、警察への連絡を躊躇すべきではありません。

Q4：警察に補導されたが、どうしたらいいのでしょうか？

A4：大抵、警察から家族に連絡が入り、「本人を迎えに来て、引き取ってくれ」といわれますが、その場合、警察の方と今後の対応についてよく話し合っておいて欲しいと思います。また、依存の程度を診断してもらうために、医療機関に受診するチャンスにする必要もあります。

子どもの年齢が高ければ、その年齢にふさわしい責任をとってもらうことも考えるべ

きでしょうが、親の立場にある者にとっては、なかなかその勇気が出にくいものです。子どもがかわいそうだという気持ちと、親の自分がそうさせてしまった責任があるのではないだろうかという自責の気持ちを持っていることが多いからです。それだけに、家族に対するカウンセリングを続けることが必要となってきます。

Q5：子どもが薬物乱用仲間のところへ行ってしまうと、家に戻ってこない。帰ってきても夜遅くであり、注意すると怒鳴ったり暴力をふるったりして手がつけられない。なんとかして縁を切らせることはできないでしょうか？

A5：薬物乱用時やその影響が強いときには、どんなに家族が親身になって対応しても反発することが多いものです。ご本人と落ち着いて話せそうなタイミングを見つけましょう。

その際には、相手を非難することはできるだけ避け、薬物乱用が身体によくないので心配している親の気持ちを素直に伝えることが大切です。また、興奮や暴力がひどいなどの理由により、そのままつづけば一緒に住めなくなってしまうような状況であれば、その旨をきちんと伝える必要があります。ただし、こうした話をたんなる脅しのつもりでするのであれば、かえって暴力をさそうだけに終わるので、両親で話し合い、親としての気持ちをかためる必要があります。

Q6：病院に相談しても、本人を連れてこなければ話にならない、といわれていて、どうにもなりません。

A6：乱用者本人が自ら治療を受ける気になるためには、「底をつく」ことが必要なので、まず家族が、本人をうまく「底つき」に導く方法に習熟することが大切です。「このままではやっていけない。薬物を止めるしかない」と底をついたときにはじめて、薬物依存症のご本人が医療機関に登場するようになるのです。

ですから、最初のうち本人が病院に行こうとしなくとも、まずは家族自身が教育を受け、その対応の方法が変わることご本人の変化（底つき）を生み、相談へとつながることが可能になります。どのようにすればご本人にこうした変化を生じさせることができるかを知るには、精神保健福祉センターの家族教室や家族の自助グループに参加し続けることが必要です。

Q7: 息子の身体がどんどん痩せていくが、このまま放っておいて大丈夫でしょうか？心配です。

A7: 「あなたの健康を大変心配している」と素直に伝えることが大切です。難しいことですが、何よりも家族の愛情と一緒に伝えられることが望ましいのです。混乱したときには親の方もなかなか気持ちの整理がつけられないものですし、自信ももてません。まず家族自らが直接専門家に相談したり、自助グループに参加して、依存から回復するということがどういうことなのかをよく知り、回復（あなたの子どもではなく、あなた自信の回復です）の希望を持つことです。

Q8: 息子が仕事（勉強）もせずにぶらぶらと一日中薬物を使いながら過ごしている。でも、誰に相談したらいいかわかりません。

A8: 精神保健福祉センター、保健所、医療機関、警察などに相談窓口があります。ただ、医療機関の場合にはご本人が受診しなければ対応してくれないことが多いですし、警察の場合には、できれば逮捕などの司法的対応を避けたいという、親なればこそその気持ちから躊躇してしまうことでしょう。その意味では、まずは、精神保健福祉センターや保健所に相談してみることをおすすめします。

学生の場合には、学校に相談するという選択肢もないわけではありませんが、学校によっては「薬物使用」はただちに退学となってしまうこともあります。ですから、親と

しては、学校に相談するかどうかを決める前に、まずは子どもが通っている学校が薬物問題に対してどのように取り組んでいるかを知る必要があるでしょう。

いずれにしても、親としては焦らず見守る姿勢が大事です。

Q9: 薬物を乱用していた仲間がみんな捕まったが、私たちが引き取りを拒否したために、自分の子どもだけが少年院にいくことになって、恨まれています。間違った対応だったのでしょうか？

A9: 目先の情勢だけではどの判断がよかったのかどうかは分からないものです。自分の子の将来を長い目で見てやる必要があります。現実には少年院に行くことが必要だという判断がなされるには、長期の乱用・依存の歴史があったり、もしくはその他の犯罪を伴っている場合がほとんどなわけですから。

家庭裁判所の調査官との根気強い話し合いが重要です。

Q10: 「運転免許をとらせてくれたら薬物を止めるから、金をくれ!」というが、いうとおりにお金を出せば薬物を止めてくれるのでしょうか？

A10: 車の運転免許というのは、少年にとって数少ないアイデンティティのひとつです。免許をとって車を持つことが、多くの少年にとってはひとつの勳章であり、大人への登竜門ですが、金を渡すことの意味を両親がよく話し合い、協力して当たろうという態勢が重要です。

親が免許証取得のためのお金を出してやって、その後、薬物をぶつつり止めたという話はあまり聞いたことがありません。したがって、いうとおりにしても、その約束が守られるとは考えない方がよいでしょう。そのことをふまえたうえで、よく話し合ってみるということです。

Q11: もう私自身が参ってしまいそうです。いっそのこと殺してしまいたい!と思うこともあります。どうしたらいいのでしょうか?

A11: 今は何よりも、そんな風にせっぱ詰まってしまった自分を救うことが必要です。そのためには、家族自らが自分たちの悩みを相談できる相手が必要です。家族の中だけで問題を抱え込み、家族が孤立してしまえば、ますますご本人の状態に一喜一憂してふりまわされ、状況は悪化するばかりです。同じような悩みを抱えている家族は、あなた方だけではありません。

Q12: 子どもの部屋から、薬物らしきものがゴロゴロ出てきて動転しています。どうしたらよいのでしょうか?

A12: 冷静になって、ご本人と今後のことを話し合ひましょう。うろたえたり言い争ったりして、際限のないイタチごっこになってしまうことがないようにしてほしいと思います。子どもとしっかりと向き合う絶好のチャンスなのかもしれません。また、薬物らしきものの同定が必要になると思います。各都道府県の薬務課に相談することをお勧めします。

Q13: 「もうおまえを家に置いておくことはできない!」と叱ってみますが、子どもは逆ギレして怒鳴り散らし、薬物を買いに行ってしまう。どうしたらよいのでしょうか?

A13: 脅かすことで薬物を止めさせようと考えているのであれば、それは無理なことです。ご本人の状態によっては逆効果になりますし、何度も何度もくりかえしているうちに、親のいうことは口先だけなんだと考えるようになります。

もしも本気で一緒に暮らせないと考えるならば、ご両親自らが家を出て行くことも考えなければならないかもしれません。そのようにしてご本人をひとりにして、自分自身のことをゆっくり考える時間を与えることも、本人を「底つき」に導くことがあります。

もちろん、別れて暮らさなくても、ご本人の尻ぬぐいをしないようにすることで、「底つき」に導くことができればよいのですが、そのためには、精神保健福祉センターでの相談と家族教室への参加を継続したり、家族の自助グループに参加することを通じて、対応に関する知識を習得し、家族が多少とも心の余裕を持てるようにするための努力が必要なのです。

Q14: 「あの子さえ薬物を止めてくれれば、この家もうまくいくのに……」と思っています。

A14: これまで子どものためと思って、なんとかして薬物を止めさせようと必死にやっていたのに、結果は、子どもはますます薬物にのめり込んでいってしまったのではないのでしょうか? 親の思惑がことごとく裏目に出ってしまったのは、なぜだったのでしょうか?

その理由のひとつには、親の対応方法に間違いがあったということがあげられると思います。子どもが自分の薬物乱用の結果として起こした様々な不祥事や不始末の尻ぬぐいをし、子どもが薬物を使わないようにと、転ばぬ先の杖を出したりすることはありませんでしたか? そして、こうした間違った対応にどこかで気づいていながらも、子どもの薬物問題に振りまわされるあまり、自分たちの対応や生活を変える余裕が全くなかったのではないのでしょうか?

これからは、子どものことをじっと見守りながら、手を出しすぎることなく、自分たちの心に喜びを感じられるような生活を考えて欲しいと思います。そのためには、家族が悩みを抱えて孤立することなく、専門家や同じ問題を抱えた家族と相談することが必要となってきます。そのような努力のなかで、少しずつご本人は変化をしていくことが多いのです。

Q15: 子どもが薬物をやっているかどうかは、どのようにしたら分かりますか?

A15: 生活の乱れからはじまって、交遊関係、いろいろ神経症状など、学校や病院からの情報を集めれば、多くの場合は早い段階で気がつくことができます。しかし、そんなときに大切なことは、家族内のコミュニケーションを保ち、子どもとの親密な関係をなくさないことです。一方的にしかりとばすことはしないで、子どもの考えていることを素直に聞いてみることから始めましょう。

Q16: 本人の借金や近隣トラブルの後始末に追い回される毎日です。どうすれば問題行動を止められるのでしょうか? それから、本人の借金は、私たち家族が返済していかなければならないのでしょうか?

A16: 借金、それから暴力・暴言や虚言などといった様々な問題行動は、薬物依存症が引き起こす二次的な被害であることが多いと思います。事実、その多くは、薬物依存症からの回復にしたがって、少しずつ消失していくものです。

問題は、どうやってご本人にこの「依存症」という障害を自覚させ、その障害から回復するために行動を起こさせるかです。もっとも大切なことは、家族がこれまで知らず知らずに行っていたご本人の尻ぬぐいをやめることです。家族は、自分たちでも気づかないうちに、様々な尻ぬぐいをしているものです。これらの問題に気づくには、精神保健福祉センターで相談して専門家の立場からの意見を聞いたり、家族の自助グループに参加して、同じ問題を抱えながら、薬物依存症と闘ってきた他の家族の体験を聞いたりすることがとても参考になります。

なお、借金については、保証人になっていないかぎり、家族には返済の義務はありませんし、本人自身に対応させるようにすることで、ご本人が自分の「薬物依存症」という障害に気づくことにつながります。

Q17: 薬物を使うようになってから、本人はまるで別人のように性格が変わってしまいました。かつて優しい息子の面影は、いまはどこを探しても見あたらず、嘘つきでわがまま放題で、家族への気配りなどまったくなく、正直いって、我が子ながら怖いほどです。息子はもう完全におかしくなってしまうって、廃人になってしまったのでしょうか?

A17: 薬物依存症は、その進行に伴って、本来のその人らしさまで変えてしまいます。これは、依存症による二次的な症状であり、依存症に対する治療を受け、薬物を使わない日々を重ねることによって、少しずつ本来の自分らしさをとりもどしていくことが可能です。

Q18: 本人の薬物使用をなんとかしてやめさせようと、家族としてできるかぎりの努力をしてきました。本人が精神的なストレスを減らせればよいかと思い、本人が望むことはできるかぎり応えてあげたりもしました。けれども、本人にはいっこうに薬物を止める気配がありません。家族がどのようにかかわれば、本人は薬物を止めるようになるのでしょうか?

A18: かりに何らかの精神的ストレスから薬物に手を出したとしても、いったん薬物依存症になってしまうと、いくら原因となったストレスを取り除いても、薬物は止まりません。また、何とかご本人の薬物を止めさせようとして、必死になって説教したり、体罰を加えたり、本人とのあいだで取引や約束をしても、薬物依存症になってしまった以上、薬物はそう簡単に止まるものではありません。多くの場合は、家族がエネルギーを消耗して疲れ切ってしまうだけです。

大切なことは、こうした悩みを家族の中だけで抱え込まないことです。信頼できる専門家や同じ問題を抱えている家族の自助グループに参加して、第三者の視点から意見をもらいながら自分たちの行動を決めていくことが、ご本人の薬物依存症からの回復には非常に役立つのです。

Q19: 本人がたびたび家の中で暴れます。家具を壊したり、ときには私たちに手をあげることもあります。妄想や幻覚もあるらしく、部屋の中で夜通しひとりごとをしゃべっていたりもします。どうしたらよいか？

A19: ご本人の暴力に対して、家族が最優先してとらなければならない行動は、自分たちの安全確保です。たびたび暴力的な行動がくりかえされるようならば、前もって避難先を確保しておいたり、緊急時にすぐに対応してもらえるようにあらかじめ警察に事情を話しておいたりするなど、事前の対処法を考えておく必要があります。こうした行動はいずれも薬物依存症にもとづく行動であり、治療によって改善するものですが、ご本人に治療を受けるように勧めるのは、ご本人が興奮しているときでは意味がありません。そうした話は、ご本人が落ち着いた状態のときに、冷静かつ穏やかにするべきです。

家族に危害が加えられたとき、あるいはその危険が高まったときには、とにかくその場から逃げてください。そのうえで警察に支援を要請しましょう。警察官が到着し、精神状態が異常であると判断した場合には、保健所を通じて緊急に精神科医療につなげてくれ、強制的に入院治療となることもあります。こうした手続きをスムーズに進めるためには、日頃から警察に状況を説明しておくといよいでしょう。

ただし、強制的な入院治療に導入されたとしても、ここではあくまでも薬物による中毒性精神病の治療をするだけであるということを忘れてはいけません。やはり根本の問題は薬物依存症であり、この治療は強制的に行うことはできないのです。

ご本人が自分の意志で薬物依存症の治療を受ける気持ちにさせるには、家族が精神保健福祉センターや家族の自助グループでの継続的な相談を行っていくことが役立ちます。

Q20: 本人が違法薬物を使っていたことが分かり、警察に通報したところ逮捕されてしまいました。本人に恨まれているかと思うと、出所した後また本人が帰ってくることが怖いです。

A20: 家族の通報でご本人が刑事処分を受けることは、家族にとっても辛く苦しいことです。たしかに、ご本人がまだ自分の薬物依存症に向き合えていない段階では、出所後に、家族を責めつけ、家族に対する「恨み」を理由に薬物を使いつづける場合もないわけではありません。しかし、忘れないでください。ご本人は何を置いてもまず薬物を使いたいのであって、そのためには理由になりそうなものには何でもしがみつくものです。

実際には、ダルクなどの施設で回復した薬物依存症者本人たちの体験談を聞いていると、刑務所に入ったことが薬物を止めるためのターニングポイントになったケースや、家族への「恨み」がむしろ生きるバネになったというケースも少なくないことに気がつきます。たとえ、一時的には家族に対する「恨み」の感情にとらわれていても、薬物が止まり正常な考え方が出来るようになると、通報した親の苦しみに気づけるようになり、薬物を止めるきっかけをつくってくれた家族に対して「感謝」の気持ちを持ったりするようになることも少なくないのです。

通報してしまったということに対する罪悪感で、家族が自分を責めるのはもう止めましょう。それよりも、逮捕をきっかけにご本人を治療の場に結びつけるために、今自分に何ができるかを考えてください。忘れてはならないのは、逮捕されたり刑務所に入ったりすることは、本人がいままで目を背けていた自分の問題を自覚するきっかけにはなりますが、決してただそれだけで依存症から回復するわけではないということです。何年ものあいだ刑務所の中にいて、その間は薬物を使っていなくても、それは本当の意味で「止めていた」とはいえないのです。本人にとっての「本番」は、社会に戻ってきてからなのです。

ご本人が逮捕されて拘留されていたり、刑務所に服役しているときこそ、本人が出てきてからいかに治療につなげていくかを考える時期です。出所後の本人の回復の成否は、ご本人がこうした司法的処遇を受けているあいだに、家族が精神保健福祉センターや家族の自助グループへの相談を継続できていたかどうかにかかっています。

付録 連絡先一覧

全国の精神保健福祉センター

名称	郵便番号	所在地	電話
北海道立精神保健福祉センター	003-0027	札幌市白石区本通 16 丁目 北 6 番 34 号	011-864-7121
青森県立精神保健福祉センター	038-0031	青森市大字三内字沢部 353-92	017-787-3951
岩手県精神保健福祉センター	020-0015	盛岡市本町通 3-19-1 (岩手県福祉相談センター内)	019-622-6955
宮城県精神保健福祉センター	989-6117	古川市旭 5-7-20	0229-23-0021
秋田県精神保健福祉センター	019-2413	秋田県仙北郡協和町上淀川 字五百刈田 352	018-892-3773
山形県精神保健福祉センター	990-0021	山形市小白川町二丁目 3-30	023-624-1217
福島県精神保健福祉センター	960-8012	福島市御山町 8-30	024-535-3556
茨城県精神保健福祉センター	310-0852	水戸市笠原町 993-2	029-243-2870
栃木県精神保健福祉センター	329-1104	栃木県河内郡河内町下岡本 2145-13	028-673-8785
群馬県こころの健康センター	379-2166	前橋市野中町 368	027-263-1166

埼玉県立精神保健福祉センター	362-0806	北足立郡伊奈町小室 818-2	048-723-1111
千葉県精神保健福祉センター	260-0801	千葉市中央区仁戸名町 666-2	043-263-3891
東京都立精神保健福祉センター	110-0004	東京都台東区下谷 1 丁目 1 番地 3	03-3842-0948
東京都立中部 総合精神保健福祉センター	156-0057	東京都世田谷区上北沢 2-1-7	03-3302-7575
東京都立多摩 総合精神保健福祉センター	206-0036	多摩市中沢 2 丁目 1 番地 3	042-376-1111
神奈川県精神保健福祉センター	233-0006	横浜市港南区芹が谷 2-5-2	045-821-8822
新潟県精神保健福祉センター	950-0994	新潟市上所 2-2-3 新潟 ユニゾンプラザ ハート館 1 階	025-280-0111
富山県心の健康センター	939-8222	富山市雄川町 459-1	076-428-1511
石川県こころの健康センター	920-8201	金沢市鞍月東 2-6	076-238-5761
福井県精神保健福祉センター	910-0005	福井市大手 3-7-1 織協ビル 2 階	0776-26-7100
山梨県立精神保健福祉センター	400-0005	甲府市北新 1-2-12 (山梨福祉プラザ 3 F)	055-254-8644
長野県精神保健福祉センター	380-0928	長野市若里 7-1-7 (社会福祉総合センター 2 階)	026-227-1810
岐阜県精神保健福祉センター	500-8385	岐阜市下奈良 2-2-1 (福祉農業会館 3 階)	058-273-1111
静岡県こころと体の相談センター	422-8031	静岡市有明町 2-20	054-286-9207
愛知県精神保健福祉センター	460-0001	名古屋市中区三の丸 3-2-1 東大手庁舎	052-962-5377
三重県こころの健康センター	514-1101	久居市明神町 2501-1	059-255-2151
滋賀県立精神保健総合センター	525-0072	草津市笠山 8-4-25	077-567-5001

京都府精神保健福祉総合センター	612-8416	京都市伏見区竹田流池町 120	075-641-1810
大阪府こころの健康総合センター	558-0056	大阪市住吉区万代東 3-1-46	06-6691-2811
兵庫県立精神保健福祉センター	651-0073	神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-2	078-252-4980
奈良県精神保健福祉センター	633-0062	桜井市栗殿 1000 (桜井総合庁舎内)	0744-43-3131
和歌山県精神保健福祉センター	640-8319	和歌山市手平 2-1-2	073-435-5194
鳥取県立精神保健福祉センター	680-0901	鳥取市江津 318-1	0857-21-3031
島根県立心と体の相談センター	690-0011	松江市東津田市 1741 番地 3 いきいきプラザ島根	0852-21-2885
岡山県精神保健福祉センター	700-8278	岡山市古京町 1-1-10-101	086-272-8835
広島県立 総合精神保健福祉センター	731-4311	広島県安芸郡坂町北新地 2-3-77	082-884-1051
山口県精神保健福祉センター	755-0241	宇部市東岐波東小沢 4004-2	0836-58-3480
徳島県精神保健福祉センター	770-0855	徳島市新蔵町 3-80	088-625-0610
香川県精神保健福祉センター	760-0068	高松市松島町 1-17-28	087-831-3151
愛媛県精神保健福祉センター	790-0023	松山市末広町 1 番地 1	089-921-3880
高知県立精神保健福祉センター	780-0850	高知市丸の内 2-4-1	088-821-4966
福岡県精神保健福祉センター	816-0804	春日市原町 3-1-7 (南側 2 階)	092-582-7500
佐賀県精神保健福祉センター	845-0001	佐賀県小城郡小城市 178-9	0952-73-5060
長崎県精神保健福祉センター	856-0825	大村市西三城町 12	0957-54-9124
熊本県精神保健福祉センター	860-0844	熊本市水道町 9-16	096-359-6401
大分県精神保健福祉センター	870-1155	大分市大字玉沢字平石 908	097-541-6290
宮崎県精神保健福祉センター	880-0032	宮崎市霧島 1-1-2	0985-27-5663

		宮崎県総合保健センター4 階	
鹿児島県精神保健福祉センター	890-0065	鹿児島市郡元 3-5	099-255-0617
沖縄県総合精神保健福祉センター	901-1104	沖縄県島尻郡南風原町字宮平 212	098-888-1443
政令指定都市			
札幌こころのセンター	060-0042	札幌市中央区大通西 19 丁目 WE S T 194 階	011-622-0556
仙台市精神保健福祉総合センター はあとぼーと仙台	980-0845	仙台市青葉区荒巻字三居沢 1-6	022-265-2191
さいたま市こころの健康センター	330-0800	さいたま市中央区本町東 4-4-3	048-851-5665
千葉市こころの健康センター	261-0003	千葉市美浜区高浜町 2 丁目 1-16	045-204-1582
川崎市精神保健福祉センター	211-0035	川崎市中原区井田 3-16-1	044-754-4555
横浜市こころの健康相談センター	231-0015	横浜市中区尾上町 3-39 尾上町ビル 6 階	045-681-2525
静岡市こころの健康センター	422-8006	静岡市駿河区曲金 3-1-30	054-285-0434
名古屋市精神保健福祉センター	453-0024	名古屋市中区名楽町 4-7-18	052-483-2095
京都市こころの健康増進センター	604-8845	京都市中京区壬生東高田町 1-15	075-314-0355
大阪市こころの健康センター	545-0051	大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-401 号 あべのメディックス内	06-6636-7870
堺市こころの健康センター	591-8021	堺市北区新金岡町 5 丁目 1 番 4 号 北区役所 5 階	072-258-6646
神戸市こころの健康センター	652-0897	神戸市兵庫区駅南通 5-1-2-300	078-672-6500
広島市精神保健福祉センター	730-0043	広島市中区富士見町 11-27	082-245-7731
北九州市立精神保健福祉センター	802-8560	北九州市小倉北区馬借 1-7-1	093-522-8729

福岡市精神保健福祉センター	810-0073	福岡市中央区舞鶴 2-5-1 あいれふ 6 階	092-737-8825
---------------	----------	----------------------------	--------------

全国のダルク家族会

名称	開催場所	問い合わせ先
秋田ダルク家族会 (秋田県秋田市)	サンバル秋田 毎月第 4 日曜日 14:00～17:00	秋田ダルク 018-889-5060 平野内 090-9032-1072
仙台ダルク家族会 (宮城県仙台市)	仙台市市民活動サポートセンター 毎月第 1 日曜日 12:00～17:00 仙台ダルク 毎月第 3 土曜日 19:00～21:00	仙台ダルク 022-261-5341 伏見 090-3642-9516
山形家族会 (山形県山形市)	山形市男女共同参画センターファースト 毎月第 4 土曜日 13:30～15:30	原田 090-7666-7998
郡山家族会 (DA) (福島県郡山市)	郡山中央公民館 毎月第 3 水曜日 18:30～20:30	磐梯ダルク 0241-33-2111 深谷 0248-72-3663
新潟家族会 (新潟県長岡市)	長岡健康センター 毎月第 1 月曜日 19:00～21:00	磐梯ダルク 0241-33-2111 小 西 090-8723-3715
DAKKS (ダックス) とちぎ (栃木県那須塩原市)	乃木杜の家 毎月第 1 土曜日 13:00～17:00	小松崎 090-3692-4457
アディクション家族会とちぎ (栃木県宇都宮市)	城山地区市民センター 毎月最終日曜日 10:00～16:00	事務局 028-652-5541 栃木ダルク 0287-77-7157
茨城ダルク家族会 (茨城県桜川市)	福祉センターあまびき 毎月第 3 土 14:00～日 10:45	茨城ダルク 0296-35-1151
ANAK (アナク)	神栖市社会福祉協議会	事務局 (湊) 090-3215-7850

(茨城県神栖市)	毎月第 1 火曜日 13:00～17:00	
つくば家族会 (茨城県つくば市)	飯室宅 毎月第 1 土曜日 11:00～	飯室 029-866-1594
群馬 DA 家族会 (群馬県藤岡市)	藤岡公民館 毎月第 2 日曜日 13:30～15:30	群馬こころの健康センター 027-263-1166
サルビア (東京都目黒区)	上目黒住区センター 毎月最終土曜日 13:00～16:00	千葉 090-1694-789
ドムクス・しずおか (静岡県静岡市)	もくせい会館 毎月第 2 土曜日 12:00～17:00	岩松 0559-47-2688 (8:00～17:00)
愛知家族会 (愛知県瀬戸市)	ウイルあいち 毎月第 2 土曜日の翌日の日曜日 10:00～15:00 (ビギナー教室 9:00～)	林 090-7866-6753
ピア岐阜 (岐阜県岐阜市)	岐阜市民福祉活動センター 毎月第 1・第 3 土曜日の 2 回 18:00～21:00	ピア岐阜 090-5615-5928
びわこ家族会 (滋賀県大津市)	リバーヒル大石 毎月第 4 土曜日 10:00～16:00 (ビギナー教室 9:00～)	びわこダルク 077-521-2944
九州ダルク家族の会 (福岡県福岡市)	市民福祉プラザふくふくプラザ 毎月第 4 日曜日 13:00～17:00	九州ダルク 092-471-5140 前田 092-581-1338 (pm. 7:00～9:00)
熊本家族会 (熊本県下益城郡富合町)	熊本県立こころの医療センター 2F 毎月第 1 日曜日 13:30～15:30	新村 080-3948-5424

全国のダルク (DARC)

名称	郵便番号	所在地	電話
北海道 DARC	060-0031	北海道札幌市中央区 北一条東 6 丁目 10	011-221-0919
仙台 DARC	980-0011	宮城県仙台市青葉区上杉 2-1-26	022-261-5341
秋田 DARC	019-2441	秋田県大仙市協和小種字下鏡台 217	018-889-5060
箆梯 DARC リカバリー・ハウス	966-0402	福島県耶麻郡北塩原村大塩 4459-1	0241-33-2111
茨城 DARC 「今日一日ハウス」	307-0021	茨城県結城市大字上山川 6847	0296-35-1151
鹿島 DARC	314-0143	茨城県神栖市神栖 1-6-26	0299-93-2486
鹿島 DARC シャローム・ハウス	314-0143	茨城県神栖市神栖 1-6-26	0299-93-5507
栃木 DARC 宇都宮 アウトパセメント	320-0014	栃木県宇都宮市大曾 2-2-14 形松ビル 3 階	028-650-5582
栃木 DARC 那須トリートメント・センター	329-3225	栃木県那須郡那須町豊原丙 3227-2	0287-77-7157
DARC 女性シェルターとちぎ	329-0501	栃木県下野市上古山 1890-2	0285-53-7963
APARI 藤岡研究センター	375-0047	群馬県藤岡市上日野 2594	0274-28-0311
群馬 DARC	370-0002	群馬県高崎市日高町 144	027-363-3308
埼玉 DARC	330-0061	埼玉県さいたま市浦和区 常盤 6-4-12	048-823-3460
千葉 DARC	260-0841	千葉県千葉市中央区白旗 3-16-7	043-209-5564
日本 DARC 本部	116-0002	東京都荒川区荒川 3-33-2	03-3891-9958
日本 DARC 上野インフォメーショ ン・センター	110-0015	東京都台東区東上野 6-21-8 サニーハイツ東上野 2 階	03-3844-4777
日本 DARC	130-0005	東京都墨田区東駒形 3-2-4	03-5819-3877

サンライズ・レジデンス			
日本 DARC トゥデイ・ハウス	299-0244	千葉県袖ヶ浦市野田 39-9	0438-63-5005
APARI 東京本部	110-0015	東京都台東区東上野 6-21-8 サニー ハイツ東上野 1 階	03-5830-1790
APARI クリニック上野	110-0015	東京都台東区東上野 6-21-8 サニーハイツ東上野 1 階	03-5827-1020
DMC (ダルク・メモリアル・ コミュニティ)	116-0002	東京都荒川区荒川 3-33-2	03-6909-6338
東京 DARC	116-0014	東京都荒川区東日暮里 3-10-6	03-3807-9978
東京 DARC セカンド・チャンス	110-0003	東京都台東区根岸 3-18-16 水野ビル 2 階	03-3875-8808
Flicka Be Woman (フリッカ) DARC	114-0014	東京都北区田端 6-3-18 ピラカミムラ 301 号	03-3822-7658 (月・火・水・木)
横浜 DARC デイケア・センター	232-0017	神奈川県横浜市区南区宿町 2-44 宮前ビル 1 階	045-731-8666
川崎 DARC	213-0005	神奈川県川崎市高津区 北見方 3-8-11 名川荘 203 号	044-812-3219
長野 DARC	386-0155	長野県上田市蒼久保 1522-1	0268-36-1525
長野 DARC 薬物問題電話相談室			0268-36-1533
岐阜 DARC	500-8175	岐阜県岐阜市長住町 7-3	058-251-6922
静岡 DARC	419-0111	静岡県田方郡函南町畑毛 205-5	055-978-7750
スルガ DARC	424-0901	静岡県静岡市清水区三保 3243	054-34-4360
名古屋 DARC	462-0834	愛知県名古屋市区北区長田町 4-67	052-915-7284
名古屋 DARC 家族相談室	458-0038	愛知県名古屋市区緑区作の山町 183-1 作の山マンション 404 号	052-895-3966 (090-7049-1093 ←24 時間)
三重 DARC	514-0033	三重県津市丸之内 1-16	059-222-7510

びわこ DARC	520-0813	滋賀県大津市丸の内町 8-9	077-521-2944
京都 DARC	612-0088	京都市伏見区深草出羽屋敷町 10-13	075-645-7105
大阪 DARC	532-0002	大阪府大阪市淀川区東三国 3-1-6 メゾンサクライレブシ北棟 104 号	06-6396-5404
Freedom	533-0021	大阪府大阪市東淀川区下新庄 2-4-6	06-6320-1463
奈良 DARC	635-0066	奈良県大和高田市東中 2-10-18 北橋ビル 2 階	0745-22-0207
鳥取 DARC	681-0001	鳥取県岩美郡岩美町牧谷 645-4	0857-72-1151
和歌山 DARC 設立準備室ハヌマンハウス	640-8319	和歌山県和歌山市手平 5-8-28	073-423-5046
高知 DARC	784-0032	高知県安芸市穴内乙 390-3	0887-35-2997
九州 DARC デイケア・センター	812-0017	福岡県福岡市博多区美野島 2-5-31	092-471-5140
北九州 DARC デイケア・センター	802-0064	福岡県北九州市小倉北区 片野 4-13-30 片野タカケンビル 1 階	093-923-9240
長崎 DARC	850-0045	長崎県長崎市宝町 9-14 サンアイビル 201 号	095-848-3422
熊本 DARC	860-0855	熊本県熊本市北千反畑町 1-9 古荘 201 号	096-345-1713
大分 DARC	870-0813	大分県大分市王子山の手町九組	097-547-2375
宮崎 DARC	880-0027	宮崎県宮崎市西池 11-36	098-538-5099
DARC 女性ハウス九州		(連絡は宮崎 DARC へ)	
沖縄 DARC デイケア・センター	901-2221	沖縄県宜野湾市伊佐 1-7-19	098-893-8406

薬物依存症者をもつ家族のための自助グループ 代表連絡先

NAR-ANON (ナラノン) ジャパン ゼネラルサービスオフィス

〒171-0021 豊島区西池袋 2-1-13 目白ハウス 2E

電話・FAX 03-5951-3571 受付：月曜～金曜（祝祭日は休み）の 10:00～16:00

薬物依存症者本人のための自助グループ 代表連絡先

Narcotics Anonymous (ナルコティクス・アノニマス)

ジャパン セントラル オフィス

〒115-0045 東京都北区赤羽 1-51-3-301

電話・FAX 03-3902-8869

毎週火曜日 19:00～20:00

1,3 週木曜日 19:00～21:00

毎週土曜日 13:00～17:00

(Fax は毎日 24 時間受付けています)

海外渡航報告書

作成者：近藤 あゆみ（国立精神・神経センター精神保健研究所）
小松崎 未知（全国薬物依存症患者家族連合会）

協力：全国薬物依存症患者家族連合会

監修：松本 俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）
和田 清 （国立精神・神経センター精神保健研究所）

このパンフレットは、平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金
（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）
による研究活動の一環として作成しました。

このパンフレットは以下のホームページからダウンロードすることができます。

国立精神・神経センター精神保健研究所薬物依存研究部
<http://www.ncnp-k.go.jp/dyakubutu/index.html>
全国薬物依存症患者家族連合会

分担研究者	和田 清	国立精神・神経センター精神保健研究所	(6/4-6/11)
	尾崎 茂	国立精神・神経センター精神保健研究所	(6/5-6/11)
	松本俊彦	国立精神・神経センター精神保健研究所	(6/5-6/11)
	小林桜児	神奈川県立精神医療センター せりがや病院	(6/5-6/11)
	近藤あゆみ	国立精神・神経センター精神保健研究所	(6/6-6/11)

【1】 渡航先
ロサンゼルス (アメリカ合衆国)

ム内容に関する説明を受け、運用状況等に関する
討論を行った。

【2】 渡航期間
平成 18 年 6 月 4 日～11 日

6/7～8 プログラムを実施している Matrix
Institute on Addictions において、Jeanne L.
Obert, M.F.T., M.S.M. Executive Director による、
Matrix 方式の基本概念と具体的な治療の進め方
に関する研修を受講し、集団プログラムに参加し
た。

【3】 渡航目的

1. 世界的にみると薬物依存症治療が行われる中
心の場は治療共同体 (Therapeutic Community)
であり、わが国においても治療共同体の概念を取
り入れた治療システムの構築は緊急の課題である
が、導入の際には欧米との文化社会的背景の相違
を考慮に入れることが重要であることから、アジ
ア特有の文化的背景を治療に取り入れている治療
共同体の実地調査を行った。
2. わが国における主たる使用薬物である覚せい
剤依存症の治療法として欧米で目覚ましい治療成績
を上げている Matrix 方式 (認知行動療法) の基
本概念と具体的な治療の進め方を学び、わが国へ
の導入可能性を検討した。更に、司法処遇のダイ
バージョンとして効果を上げているドラッグ・コ
ートと Matrix 方式の連携のあり方についての実
地調査を行った。

6/8 AADAP (The Asian American Drug
Abuse Program) の中でも特に青少年を対象とし
た Olympic Academy において、Byron Shinyama
Olympic Academy Director による、Olympic
Academy の基本理念とプログラム内容に関する
説明を受け、討論を行った。

6/9 司法処遇のダイバージョンとして Matrix
方式のプログラムを提供しているドラッグ・コ
ート、Drug Court in Rancho Cucamonga の実地調
査を行い、Ron Gilbert による概要説明を受け、
討論を行った。

6/10～11 ロサンゼルス→成田の移動

【4】 渡航旅程
6/4 成田→ロサンゼルス

6/5 ～6 Matrix 方式のプログラムを管理・提
供している機関 Integrated Substance Abuse
Program, Dept. Psychiatry & Biobehavioral
Science, David Geffen School of Medicine at
UCLA において、Walter Ling, MD らによる
Matrix 方式の概要説明を受け、日米両国の現状等
についての情報交換および討論を行った。

6/6 アジア系の依存症者を対象とした治療共
同体である AADAP (The Asian American Drug
Abuse Program) において、Evelyne Kim TC
Director による、AADAP の基本理念とプログラ

【5】 渡航成果

- ・アジア系の依存症者を対象とした治療共同体で
ある AADAP (The Asian American Drug Abuse
Program) では、アジア系と白人系との違いとし
て、言葉によるコミュニケーション方法の違いを
強調していた。
- ・Matrix 方式は、週 3 回を最低限の参加頻度と
し、そのうちの一回は薬物検出のための尿検査を
実施するという「形」を厳格に守ることを基本と
していた。わが国で応用するためには、施設毎の
実情にあった「形」が必要になろう。
- ・薬物依存からの回復用社会資源あつてのドラッ
グ・コート制度であることが理解出来た。

分担研究者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所

【1】 渡航先

ロンドン、オックスフォード、ブライトン
(英国)

【2】 渡航期間

平成 19 年 2 月 4 日～10 日

【3】 渡航目的

薬物依存症治療の主な治療施設としては、世界的には、Therapeutic Community (TC; 治療共同体) が不可欠である。この TC には二つの系列がある。一つは米国のシナノンの流れを汲む米国流 TC であり、もう一つは薬物依存からの回復に限らず精神障害者全般に対して組織された英国の TC から発展した英国流 TC (Democratic Model) である。本研究者はこれまで米国流の TC を複数箇所訪問し、その概略を調べてきたが、今回は英国流 TC を訪問し、その概略の把握と情報収集を行った。

【4】 渡航旅程

2/4 成田→ロンドン

2/5 Dr. Rex Haigh, Psychiatrist, The Community of Communities より、英国の薬物乱用状況の概略説明を受け、今回の訪問先についてのオリエンテーションを受ける。

2/6 Ley Community (Oxford)を訪問し、実地見学し、Mr. Paul Goodman, Chief Executive 及び Mr. Janie (入寮者) より説明を受ける。米国流 TC とは異なり、Concept House と言う考えで、入寮者を 6 段階に分けて社会復帰を目指している施設であった。

2/7 Featherstone Lodge of Phoenix Futures を訪

問し実地見学。Mr. Richard Phillips, Director of Services 及び Mr. Peter Puoh, Service Manager より説明を受ける。米国の Phoenix House から派生したが、英国流に改変された施設。Stage は 3 つであった。

2/8 Phoenix Future Hove Family Project (Brighten)を訪問し実地見学。Ms. Sam Kirwan より説明を受ける。子供のいる薬物依存症者が子供と一緒に生活しながら回復を図る施設。

2/9 The Community of Communities を訪問し、Ms. Sarah Paget, Project Manager, Dr. Rex Haigh, Psychiatrist と、今回の訪問先について、意見交換し、米国版 TC と英国版 TC との違いについて討論した。

ロンドン→成田の移動

2/10 成田着

【5】 渡航成果

米国の TC のほとんどは、シナノンの流れを汲んでおり、AA の教えである 12 ステップの理解と実践とを考え方・生活規律の柱に据えている。しかし、英国の TC のほとんどは、マクセル・ジョーンズが提唱した精神障害者全般についての考え方をそのコンセプトの基本に据えた TC であった。しかし、マクセル・ジョーンズ版とはいえ、薬物依存者用の TC では構造化された人間関係は必須として最重要視されていた。

また、乱用薬物としては、歴史的にヘロインとコカインであった。

海外渡航報告書

分担研究者 宮永 耕 (東海大学健康科学部社会福祉学科)

【1】 渡航先

ニューヨーク (アメリカ合衆国) 及びロンドン・ウィンザー・オックスフォード (英国)

【2】 渡航期間

平成 18 年 8 月 29 日～9 月 13 日

【3】 渡航目的

薬物依存の治療は、世界的には Therapeutic Community (TC; 治療共同体) をその中心に位置付けたシステムによって行われている。しかし、わが国においては、TC 施設は設置されておらず、情報が少ないこともあり、その概念についても社会的に広く知られていない。

本年度は WFTC (治療共同体世界連盟) の主催する第 23 回世界大会に出席し、世界各地で展開する TC 治療の現状と共通課題について情報・資料収集した。合わせて、伝統的 TC モデルに対して異なったアプローチを展開する英国での TC の考え方について、ATC による年次研修会に出席し、オックスフォードの TC を訪問し、そのプログラムの特徴、人的配置、運営方法等について実地調査した。その結果を国内に公表することによって、わが国の治療システムとしては欠落している治療共同体の必要性について、啓発することが可能となる。

【4】 渡航旅程

8/29 成田発→ニューヨーク着
(8/30 予定なし)

8/31 訪問機関名; ARC、研修内容; ニューヨークで薬物依存者の入寮型施設を運営する ARC を訪問見学し、プログラム、運営構造等について質疑、その後日本からの

研究者と合流し、WFTC (治療共同体世界連盟) 第 23 回世界会議 (World Conference) の参加登録、打ち合わせ

9/1 WFTC 第 23 回世界会議出席

9/2 同上、WFTC 第 23 回世界会議出席

9/3 訪問機関名; DAYTOP Village Inc. 訪問し、TC に関する講義と入寮者が演じる TC をテーマとした演劇 "The Concept" を見学

9/4 WFTC 第 23 回世界会議出席

9/5 WFTC 第 23 回世界会議閉会式出席
(夕刻、ロンドンに移動; 機内泊)

9/6 早朝、ロンドン到着、ウィンザーに移動し、ATC (Association of Therapeutic Communities) 主催の定例宿泊研修会 The Windsor Conference に出席、討議参加

9/7 同上、ATC: The Windsor Conference に出席

9/8 訪問機関名; Ley Community, Oxford、研修内容; 民主的モデルにより薬物依存者治療を行う入寮型 TC 施設訪問と施設見学及び質疑
(9/9 休日のため予定なし)

9/10 ロンドン発ロスアンゼルスへ移動

9/11 訪問機関名; AADAP Inc. Adult Residential Facility、研修内容; アジア系アメリカ人に対応した TC 施設を訪問し、プログラム見学と質疑

9/12 ロスアンゼルス発 (機内泊)

9/13 成田着

【5】 渡航成果 分担研究報告書の通り

(別掲6)

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体 編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

雑誌

発表者名	論文タイトル名	発表紙名	巻	ページ	出版年
和田 清	中学生における薬物乱用から地域の教育力を考える	思春期学	24	315-318	2006
和田 清	中学生における薬物乱用－gateway drugの観点から－	小児科	47	1405-1411	2006
和田 清、近藤あゆみ、高橋伸彰、尾崎米厚、勝野眞吾	青少年の薬物使用問題－全国中学生意識・実態調査（2004年）から－	思春期学	24	70-73	2006
Shigeru Ozaki, Kiyoshi Wada	Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital settings	Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence	41	89-99	2006
尾崎 茂、和田 清	睡眠薬乱用・依存の実態と対策	臨床精神薬理	9	2011-2016	2006
尾崎 茂、和田 清	ベンゾジアゼピン依存の疫学と国際比較	臨床精神医学	35	1675-1981	2006

平成18年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)

薬物乱用・依存等の実態把握と
乱用・依存者に対する対応策に関する研究
(H17-医薬一般-043)

研究報告書

主任研究者：和田 清（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

2007年3月31日 発行