

厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)

薬物乱用・依存状況等のモニタリング 調査と薬物依存症者・家族に対する回復 支援に関する研究 (H29-医薬-一般-001)

平成 30 年度 総括・分担研究報告書

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター
研究代表者 嶋根 卓也
平成 31 年 (2019 年) 3 月

薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と 薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究

目次

I：平成 30 年度 総括研究報告	1
II：平成 30 年度 分担研究報告	
研究 2. 飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査（2018 年）	19
嶋根 卓也（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）	
研究 3. 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査	75
松本 俊彦（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）	
研究 4. 全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する 研究	143
庄司 正実（目白大学人間学部）	
研究 5. 薬物使用のモニタリング調査に関する国際比較研究	171
和田 清（埼玉県立精神医療センター依存症治療研究部）	
研究 6. 精神保健福祉センターにおける家族心理教育プログラムの普及と評価に関する 研究	253
近藤 あゆみ（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）	
研究 7. 民間支援団体における回復プログラムおよびその効果に関する研究	265
引土 絵未（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）	
研究 8. 処方薬乱用予防を目的とした薬薬連携システム構築に関する研究	277
原 恵子（国立精神・神経医療研究センター病院薬剤部）	
III：研究成果の刊行に関する一覧表	297

I : 総括研究報告

総括研究報告書

薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と 薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究

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

【研究要旨】有効な薬物乱用対策を進めるためには、薬物乱用・依存に関する実態を正確に、かつ継続的に把握することが求められる。第五次薬物乱用防止五か年戦略（2018年8月薬物乱用対策推進会議決定）においても、薬物乱用・依存の疫学的研究、薬物乱用・依存に関する意識・実態調査、薬物依存症・中毒者に対する支援の在り方に関する研究等を推進すると定められている。また、再犯防止推進計画（2017年12月閣議決定）において、薬物依存を有する者への一貫性のある支援等が求められている中で、薬物依存症者の社会復帰に向けた支援に関する研究が求められている。本研究では、薬物乱用・依存の状況を多角的に把握すると共に、過去に蓄積されたデータと統合することで、経年的な変化をモニタリングする。また、「刑の一部執行猶予制度」が施行され、地域における再乱用防止対策や回復支援が重視されていることを踏まえ、薬物依存者および家族に対する回復支援に関する研究を実施する。研究計画に基づき、今年度は、以下の研究2～8を実施した。

研究2：飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査（2018年）

研究3：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

研究4：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

研究5：薬物使用のモニタリング調査に関する国際比較研究

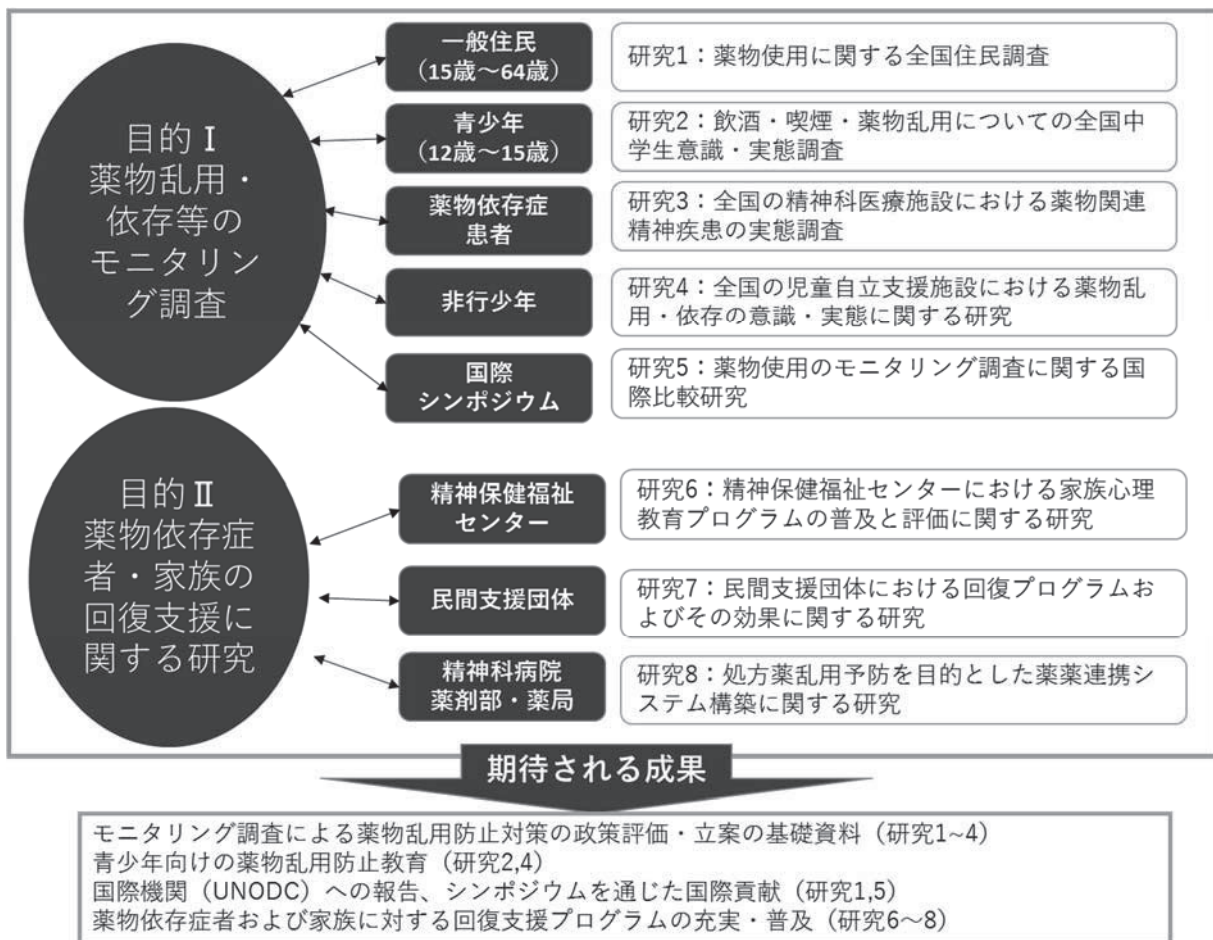
研究6：精神保健福祉センターにおける家族心理教育プログラムの普及と評価に関する研究

研究7：民間支援団体における回復プログラムおよびその効果に関する研究

研究8：処方薬乱用予防を目的とした薬薬連携システム構築に関する研究

【結論】以上の各研究より、次の結論が導かれた。

1. 危険ドラッグ乱用問題が終息に向かっていることが、複数の疫学調査により実証された。
 2. 一般住民においては、大麻乱用者の増加が報告されているが、全国の青少年（中学生および児童自立支援施設入所児）においては、大麻の乱用拡大は確認できなかった。一方で、大麻使用を肯定する考えが増えており、今後の動向に注意が必要である。
 3. 精神科医療施設の薬物関連精神疾患患者においては、市販薬症例および大麻症例の割合が増加していた。
 4. 民間支援団体ダルクへの導入が進んでいる回復プログラム（治療共同体エンカウンター・グループ）は、薬物依存症者の精神的健康度を高め、精神保健福祉センターで導入されている家族心理教育プログラムは、家族の健康状態、家族と本人との関係性や本人に対する感じ方、本人の治療支援状況が改善されることが実証された。
-



研究分担者
 松本俊彦 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部、部長)
 庄司正実 (目白大学人間学部、教授)
 和田 清 (埼玉県立精神医療センター依存症治療研究部、部長)
 近藤あゆみ (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部、診断治療開発研究室長)
 引土 絵未 (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部、外来研究員)
 原 恵子 (国立精神・神経医療研究センター一病院薬剤部、薬剤師)

A. 研究目的

有効な薬物乱用対策を進めるためには、薬物

乱用・依存に関する実態を正確に、かつ継続的に把握することが求められる。第五次薬物乱用防止五か年戦略 (2018年8月薬物乱用対策推進会議決定) においても、薬物乱用・依存の疫学的研究、薬物乱用・依存に関する意識・実態調査、薬物依存症・中毒者に対する支援の在り方に関する研究等を推進すると定められている。また、再犯防止推進計画 (2017年12月閣議決定) において、薬物依存を有する者への一貫性のある支援等が求められている中で、薬物依存症者の社会復帰に向けた支援に関する研究が求められている。本研究では、薬物乱用・依存の状況を多角的に把握すると共に、過去に蓄積されたデータと統合することで、経年的な変化をモニタリングする。また、「刑の一部執行猶予制度」が施行され、地域における再乱用防止対策や回復支援が重視されていることを踏まえ、薬物依存者および家族に対する回復支援に関する研究を実施する。

薬物使用に関する全国住民調査（研究 1）は平成 29 年度に実施済みであり、一般住民における大麻使用者の増加や、有機溶剤使用者の減少を報告した。平成 30 年度は、研究計画に基づき、以下の研究 2～8 を実施した。

モニタリング調査としては、中学生（研究 2）、精神科医療施設における薬物依存患者（研究 3）、児童自立支援施設における非行児童（研究 4）を対象とした実態調査を行い、薬物乱用・依存状況について明らかにすると共に、経年的変化を掴んだ。また、危険ドラッグ等の薬物乱用防止策を国際的な視点で考える上で、台湾との国際シンポジウムを開催した（研究 5）。一方、「刑の一部執行猶予制度」が施行され、薬物依存症者および家族に対する地域支援が重視されている中で、当事者や家族に対する回復支援プログラムを開発・普及・評価していくことは喫緊の課題といえる。本研究では、薬物依存症者をもつ家族支援を行っている精神保健福祉センター等に導入されつつある「家族向け心理教育プログラム」の有効性評価（研究 6）、薬物依存当事者が主体となった民間支援団体であるダルクで導入されつつある「治療共同体（TC）エンカウンター・グループ」の有効性評価（研究 7）を行った。さらに、近年増加傾向にある処方箋乱用に対する予防プログラムとして、精神科病院薬剤部と地域の調剤薬局との連携モデルの構築を検討した（研究 8）。

B. 研究方法、C. 研究結果、D. 考察

研究 2：飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査（2018 年）

分担研究者：嶋根 卓也

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所薬物依存研究部

【研究目的】中学生における飲酒・喫煙・薬物乱用の状況を横断的に把握すると共に、その経年的変化をモニタリングすることが目的である。具体的には、1) 飲酒・喫煙・薬物乱用の実態、2) 薬物乱用に関する害知識の周知状況、3)

薬物乱用経験を持つ生徒の特徴を明らかにすることである。

【研究方法】調査対象は、全国 240 校の中学校における全在校生（想定生徒数：115,316 名）である。対象校は、層別一段集落抽出法にて都道府県毎に無作為抽出した。調査期間は 2018 年 9 月から 12 月であり、各対象校内で無記名自記式の質問紙調査を実施した。調査実施にあたっては、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た（承認番号 A2015-128）。

【研究結果】対象校 240 校のうち、183 校（実施率 76.3%）から合計 71,351 名の有効回答を得た（想定生徒数の 61.9%）。主な知見は次の通りである。

- 1) 飲酒の生涯経験率は、男性（23.6%）、女性（18.8%）、全体（21.3%）であった。喫煙の生涯経験率は、男性（2.8%）、女性（1.5%）、全体（2.2%）であった。
- 2) 薬物乱用の生涯経験率（全体）は、有機溶剤（0.5%）、大麻（0.3%）、覚せい剤（0.3%）、危険ドラッグ（0.3%）、いずれかの薬物（0.6%）であった。
- 3) 2016 年から 2018 年にかけての生涯経験率の変化について、有機溶剤は男性（0.6%→0.6%）、女性（0.3%→0.3%）ともに横這いで推移していた。大麻は、男性では増加（0.4%→0.5%）、女性では横這い（0.2%→0.2%）で推移していた。覚せい剤は、男性では横這い（0.4%→0.4%）、女性では増加（0.1%→0.2%）していた。危険ドラッグは、男性では横這い（0.4%→0.4%）、女性では増加（0.1%→0.2%）していた。
- 4) 薬物を入手できるという回答（「なんとか手に入る」「簡単に手に入る」の合計）は、有機溶剤（11.0%）、大麻（8.4%）、覚せい剤（8.5%）、危険ドラッグ（8.3%）であり、2016 年に比べていずれも減少していた。
- 5) 薬物乱用を肯定する回答（「少々なら構わない」「まったく構わない」の合計）は、有機溶剤（1.6%）、大麻（1.9%）、覚せい剤（1.5%）、

危険ドラッグ（1.3%）であり、2016年に比べていずれも増加していた。

- 6) 薬物乱用に関する害の周知率は、概ね上昇あるいは横這いで推移していた。「薬物依存」および「精神病状態」については、薬物乱用の非経験群の周知率は、経験群に比べて、有意に高かったが、「フラッシュバック」「急性中毒死」「歯の腐食」「多発性神経炎」「無動機症候群」「危険ドラッグの有害性」などに関しては、有意差は認められなかった。
- 7) 薬物乱用経験を持つ生徒の特徴として、「起床時間が一定していない」「朝食を食べない」「学校生活が楽しくない」「親しく遊べる友人、相談事のできる友人がいない」「孤食が多い」「大人不在で過ごす時間が長い」「悩み事を親に相談しない」「遊び目的でのインターネット利用時間が長い」「喫煙率、飲酒率が高い」「薬物乱用の誘いを断る自信がない」といった共通項が認められた。

【考察と結論】本調査は、1996年より隔年で実施され、今回で第12回目の調査となった。2016年から2018年にかけて飲酒・喫煙の生涯経験率はいずれも減少したが、有機溶剤および危険ドラッグは増加し、大麻および覚せい剤は横這いで推移していた。薬物の入手可能性は減少していたが、薬物乱用（特に大麻）を肯定する考えが増加しており、今後の動向に注意が必要である。薬物乱用経験者には、学校や家庭環境における孤立感や、薬物乱用の誘いを断る自信が持てないなどの心理社会的な特徴があることが示された。一方、薬物乱用の生涯経験と害知識との間で関連性がみられないことから、知識を高めるだけの予防教育では、実際の薬物乱用行動を予防できない可能性が示唆された。教育現場では、薬物乱用経験を持つ生徒の特徴を考慮に入れつつ、薬物乱用の誘いを断る力、つまり生徒の自己効力感を高めるような実践的な予防教育を推進していく必要がある。

研究 3：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

研究分担者 松本俊彦

国立精神・神経医療研究センター

【研究目的】本調査は、1987年以来ほぼ現行の方法論を用い、ほぼ隔年で実施されてきたものであり、精神科医療現場における薬物関連精神疾患の実態を把握できる、わが国唯一の悉皆調査である。

【研究方法】対象症例は、調査期間内に対象施設において、2018年9月1日から10月31日までの2ヶ月間に、全国の有床精神科医療施設で入院あるいは外来で診療を受けた、「アルコール以外の精神作用物質使用による薬物関連精神障害患者」のすべてである。情報収集は、診療録転記および面接を通じて収集した個人情報を含まない臨床的情報を、各医療施設の担当医師が調査票に記入する、という方法を採用した。

【研究結果】今年度の調査では、対象施設1566施設のうち、1264施設（80.7%）の協力を得て、246施設（15.7%）の施設から総計2767例の薬物関連精神疾患症例が報告された。このうち患者自身から同意が得られ、重要な情報に欠損のない2609症例を分析対象とした。

生涯使用経験薬物としては、覚せい剤が最多で1725例（66.1%）、次いで揮発性溶剤928例（35.6%）、大麻791例（30.3%）、睡眠薬・抗不安薬777例（29.8%）、危険ドラッグ386例（14.8%）、市販薬303例（11.6%）、MDMA250例（9.6%）、コカイン238例（9.1%）、MDMA以外の幻覚剤207例（7.9%）、鎮痛薬（処方非オピオイド系）74例（2.8%）などが続いた。初めて使用した薬物として最も多かったのは、揮発性溶剤で805例（30.9%）であり、次いで、覚せい剤787例（30.2%）、睡眠薬・抗不安薬409例（15.7%）、大麻241例（9.2%）、市販薬118例（4.5%）、危険ドラッグ81例（3.1%）が続いた。「主たる薬物」として最も多かったのは、覚せい剤1462例（56.0%）であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬446例（17.1%）、揮発性溶剤157例（6.0%）、市販薬155例（5.9%）、多剤133例（5.1%）、大麻108例（4.1%）、危険ドラッグ73

例 (2.8%) が続いた。

また、全対象症例中、1年以内に主たる薬物の使用が認められた症例(「1年以内使用あり」症例)は1149例(44.0%)であった。「1年以内使用あり」症例における主たる薬物として最も多かったのは覚せい剤452例(39.3%)であり、次いで、睡眠薬・抗不安薬343例(29.9%)、市販薬105例(9.1%)、多剤68例(5.9%)、大麻64例(5.6%)、揮発性溶剤49例(4.3%)、その他26例(2.3%)、危険ドラッグ14例(1.2%)が続いた。

【考察と結論】今年度調査では、危険ドラッグ関連精神疾患症例の減少が前回調査に引き続いて顕著であり、危険ドラッグ乱用問題が終息に向かっていることがうかがわれた。一方、最近の乱用が認められる薬物関連精神疾患症例のなかでは、市販薬と大麻の関連精神疾患症例の割合が増加傾向を呈しており、今後も慎重な注視が必要であると考えられた。

研究4：全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

研究分担者 庄司正実

目白大学人間学部

【研究目的】この研究の目的は、薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物への意識および実態を把握することである。これまで1994年度より2016年度まで隔年ごとに児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用の実態を全国調査してきた。

【研究方法】全国の57の児童自立支援施設入所児童を調査対象とした。調査は無記名式調査用紙により行われた。調査項目は薬物乱用関連項目・薬物以外の非行関連項目・一般個人属性などである。

【研究結果】回答が得られた施設は41施設であった(施設回収率71.9%)。最終的調査対象者数は826人(男性618人、女性208人)であった。調査により以下のような結果が得られた

1) 有機溶剤乱用者数は男23人(3.7%)女性26

人(12.5%)、大麻乱用者数は男性10人(1.6%)女性9人(4.3%)、覚せい剤乱用者数は男性3人(0.5%)女性7人(3.4%)、ブタン乱用者数男性25人(4.0%)女性11人(5.3%)であった。その他、睡眠薬乱用者が男性9人(1.5%)女性21人(10.1%)、抗不安薬乱用者が男性8人(1.3%)女性16人(7.7%)、ブロン(咳止め液)乱用が男性3人(0.5%)女性7人(3.4%)、危険ドラッグは男性2人(0.3%)および女性2人(1.0%)に認められた。従来の結果と同様にほとんどの薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。

2) 1994年度からのおもな薬物乱用頻度の変化は以下のとおりであった。有機溶剤乱用はこれまでと同様に減少傾向を示した。特に男性においてこの傾向が著しく、1994年41.2%から2006年以降10%前後に減少し前回3.3%で今回3.7%であった。女性でも1994年59.6%から2006年以降30%となっていたが、前回17.2%今回12.5%となった。覚せい剤乱用は男女とも2000年ころまでやや増加傾向にあったが、2002年以降減少傾向を示しており、男性は2006年以降1%以下で今回0.5%、女性は2008年以降10%以下となっていたが今回は3.4%とわずかに増加した。大麻乱用頻度について、男性は4%から5%前後であったが2010年以降2%ほどであり今回も同様に1.6%であり、一方女性では1994年(22.0%)および1996年(19.0%)はやや高かったが1998年から14%から15%台となり前回3.3%今回4.3%と10%以下となっている。

3) 薬物乱用に対する態度は、許容的態度をしめす者が男性では2%から4%、女性では10%から25%見られ、女性では特に医薬品乱用に対しては許容的傾向であった。入所非行児の非行歴を検討した結果では非行程度がやや軽度化している傾向が示唆された。

【考察】これまでの継続的調査の結果や一般中学生調査の結果も合わせると、現在でも児童自立支援施設入所児童は薬物乱用のハイリスクグループと考えられる。しかし乱用される薬物

は従来のように有機溶剤中心ではなくいろいろな薬物が乱用されている。現在でも有機溶剤乱用やブタンは比較的多いが医薬品が相対的に多い乱用薬物となっている状況が続いている。また危険ドラッグについては非行児においても現在ほとんどみられなくなっていた。薬物以外の非行行動も全般的に少なくなってきたことも合わせると、児童自立支援施設入所児童の非行性は全体的に低下してきていると思われる。しかし施設退所後の健全育成教育のためには非行児の薬物乱用および非行行動全体の実態把握は今後も必要と考えられる。

【結論】児童自立支援施設入所児童を調査対象として薬物乱用の実態について2年ごとの調査を継続した。

今回有機溶剤・ブタンが乱用薬物として比較的多く用いられており、また医薬品乱用も多いことが示された。しかし以前著しく多かった有機溶剤乱用がこの20年間激減したため非行児の薬物乱用頻度自体は大きく低下している。また従来の調査と同様に入所非行児においては女性の方が男性よりも薬物乱用が多かった。

非行児における薬物乱用実態は社会的影響を受け変化しており今後とも継続的実態調査が必要である。

研究5：薬物使用のモニタリング調査に関する国際比較研究

研究分担者 和田 清

埼玉県立精神医療センター
依存症治療研究部

【研究目的】台湾は日本統治下で、世界で初めて阿片乱用・依存問題を実質的に解決した国である。その手法は、日本と台湾との共同によるHarm Reduction政策であった。しかし、戦後、状況は変わり、台湾では2005年に薬物乱用者間でのHIV感染が爆発的に拡大し、2006年からメサドン療法、注射器・針の配付政策といったHarm Reduction政策を実施している。その結果、静脈注射による薬物使用者のHIV感染を劇的に阻止することに成功した。この種のHarm

Reduction政策はHIV感染者の少ないわが国では導入されるべき政策ではないが、台湾での薬物使用者によるHIV感染の爆発は薬物乱用に付随しがちなHIV感染の潜在的爆発力を象徴しており、その意味ではわが国も決して油断してはいけない問題である。

一方、日本はNPS(New Psychoactive Substances)問題に苦しみながらも、何とかこの問題を克服した実績があるが、台湾はNPS問題が社会問題化しており、その対策に苦慮している。そこで、わが国は台湾に対して、NPS対策についての知見を提供し、台湾はわが国についてHIV感染対策としてのHarm Reduction政策についての知見を提供するという相互に学ぶシンポジウムを開催した。

【研究方法】テーマと演者は以下の通りである。

1. 薬物乱用・依存状況

- 日本の薬物乱用・依存状況―“危険ドラッグ”問題を含めて（嶋根卓也：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部、心理社会研究室長）わが国の薬物乱用・依存状況の変遷と今日状況全国住民調査、全国中学生調査、全国精神科病院調査の結果から紹介し、特に、「危険ドラッグ」乱用問題について発表した。
- 台湾の薬物乱用・依存状況―“危険ドラッグ”問題を含めて（李 志恒：高雄医学大学理事、薬学部教授、台湾薬学会理事長、台湾毒物学会理事長）台湾の薬物乱用・依存状況について、日本統治時代のあへんに対するHarm Reduction政策から今日までについて紹介した。さらに、HIV感染の爆発によるHarm Reduction政策の導入と最近のNPS問題の状況を発表した。

2. “危険ドラッグ”問題への対応

- 合成カンナビノイド検出技術の開発（船田正彦：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部、依

存性薬物研究室長) 乱用薬物に合成カンナビノイドが含まれているかを検出する新しい検出法について発表した。

3. 医療的対応の現状

- 日本での医療・司法の対応関係と今日的取り組み — SMARRP の導入 — (松本俊彦：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部、部長) わが国の NPS 乱用・依存状況について、全国精神科病院調査の結果を紹介するとともに、薬物依存症者に対する認知行動療法プログラム：SMARPP について発表した。
- 台湾での医療・司法の対応関係と今日的取り組み — Harm Reduction 政策のインパクト — (衛 漢庭：台北市立総合病院昆明防治中心、精神科主治医師) 2005 年からの薬物乱用者間での HIV 感染爆発に対して、2006 年から導入されたメサドン療法、注射器・針の配付政策といった Harm reduction 政策について発表した。

【研究結果・考察・結論】

薬物乱用・依存問題は世界的な問題でありながら、乱用・依存状況の背景には、それぞれの国毎の諸事情があり、世界一律の政策実施は事実上難しい。そのことは日本と台湾とでも同様であるが、他国で何が起きており、どのような対策を講じているのかを相互に理解することは、現状に対する点検の意味でも、また、将来に対する備えの意味でも大切なことと思われる。

研究 6：精神保健福祉センターにおける家族心理教育プログラムの普及と評価に関する研究

分担研究者 近藤あゆみ

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部

【研究目的】精神保健福祉センター及び医療機関を利用する家族に対して個別相談や家族心

理教育プログラムを提供し、その効果評価を行うことを本研究の目的とする。

【研究方法】平成 29 年 9 月から平成 30 年 7 月までに精神保健福祉センター及び医療機関を訪れ、研究参加に同意登録した 74 名に対して、登録時、登録後 6 ヶ月、登録後 1 年の 3 時点における自記式アンケート調査への回答を依頼した。そのうち、登録時及び登録後 6 ヶ月時の情報が得られた 60 名について 2 時点の前後比較を行うことで家族支援及び家族心理教育プログラムの効果評価を行ったので、その結果を報告する。

本研究は、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を得て実施した。

【研究結果】家族の健康状態については、国民標準値と比較すると対象者の精神的健康状態は不良であることが示された。前後比較を行った結果、SF-8 の下位尺度のひとつ「活力」と精神的健康状態について改善傾向が認められた。また、同様の分析を家族心理教育プログラム参加状況別に行った結果、参加率（低）群では差が認められなかったものの、参加率（高）群では「活力」に有意な改善が認められた。依存症者本人の将来や現状に関する希望について前後比較を行った結果、希望が増大する傾向が認められた。また、同様の分析を家族心理教育プログラム参加状況別に行った結果、参加率（低）群では差が認められなかったものの、参加率（高）群では有意な増大が認められた。次に、対象者と依存症者本人との関係性や依存症者本人に対する感じ方に関する 6 項目について、登録時と登録後 6 ヶ月時において「頻繁にあり」と回答した者の割合がどのように変化するか家族心理教育プログラム参加状況別に検討した結果、参加率（低）群ではいずれの項目についても差が認められなかったが、参加率（高）群では 3 項目について有意差が認められた。有意差が認められたのは、「本人と口論になった」「本来本人がすべきことを本人の代わりにやってあげた」「本人のことをどうしたらよいか考えるのに多くの時間を費やした」の 3 項

目であり、いずれも「頻繁になし」から「頻繁にあり」に変化した者の割合に比べて、「頻繁にあり」から「頻繁になし」に変化した者の割合が有意に高かった。

依存症者本人の治療支援状況については、登録時少なくとも6ヶ月以上治療支援を受けていない状況にあった19名のうち7名(36.8%)が6ヶ月後にはなんらかの治療支援を受けていた。

【考察】多くの家族は薬物・アルコール関連問題の影響を日常的に受け精神的に疲弊しており、その疲弊感は支援を受けたことにより直ちに大きく改善するわけではないものの半年という時間のなかで緩やかに改善していくことが示された。また、心理教育プログラムへの参加が活力の増大につながると考えられた。また、家族心理教育プログラムへの参加によって依存症者本人の将来や現状に関する希望が増大し、家族と依存症者本人との葛藤やイネイブリングが減少し、家族が依存症者本人の問題に支配されて頭を悩ませる時間が短縮される可能性が示された。さらに、家族支援は依存症者本人の治療支援状況の改善にも良い影響を及ぼすものと考えられた。

【結論】期間内に精神保健福祉センター及び医療機関を訪れ、研究参加に同意登録した74名に対して、登録時、登録後6ヶ月、登録後1年の3時点における自記式アンケート調査への回答を依頼した。そのうち、登録時及び登録後6ヶ月時の情報が得られた60名について2時点の前後比較を行うことで家族支援及び家族心理教育プログラムの効果評価を行った。その結果、家族支援によって家族の健康状態、家族と本人との関係性や本人に対する感じ方、本人の治療支援状況が改善されることが示されるとともに、家族心理教育プログラムへの参加がこれらの良い変化を促進することの可能性が示され、個別・集団を合わせた家族支援の重要性を裏付けるものとなった。

研究7：民間支援団体における回復プログラ

ムおよびその効果に関する研究

分担研究者 引土 絵未

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部

【研究目的】本研究の目的は、民間支援団体ダルク等において新たに導入されつつある治療共同体エンカウンター・グループの有効性を明らかにすることにある。これまでの研究において、治療共同体エンカウンター・グループは一定の効果が認められているが、対照群が設定されていないという課題が残されていた。そこで、治療共同体エンカウンター・グループを実施していないダルクを対照群として設定することを試み、効果検証を実施した。

【研究方法】調査対象として、治療共同体エンカウンター・グループを実施する4施設(46名)を介入群、グループを実施していない6施設(73名)を対照群とし、2018年4月をベースライン、FU3ヶ月、FU6ヶ月時点で自記式アンケート調査を実施した。アンケートでは基本属性、利用期間、使用薬物、教育歴、精神科通院の有無、薬物重症度尺度DAST-20および、精神的健康を自己実現の観点から測定することを目的としたSEAS2000を用いた。119名のうち、調査実施3時点でのデータのある介入群(36名)および対照群(25名)の61名を分析対象とした。調査対象除外となった介入群10名、対照群58名については、対照群のうち45名(3施設)はグループ導入により調査対象外となり、その他は、中途退所・施設移動・就労などのほかのプログラムへの移行などの理由が挙げられる。調査実施にあたっては、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た(承認番号A2018-069)。

【研究結果】性別、年齢、利用期間、使用薬物、教育歴、定期的な精神科通院の有無の基本属性について、介入群・対照群内で有意差を確認したところ、有意差は認められなかった。続いて、DAST-20およびSEAS2000について、介入群4

施設間・対照群3施設間の有意差について確認したところ、ベースライン・FU3ヶ月・FU6ヶ月の3時点において有意差が認められなかったため、介入群4施設・対照群3施設を合算して分析を進めた。

次に、ベースライン・FU3ヶ月・FU6ヶ月の3時点における介入群(36名)と対照群(25名)のDAST-20およびSEAS2000の二群間比較を実施したところ、SEAS2000のFU6ヶ月(p=0.012)時点で介入群が対照群より有意に得点が高いことが認められた。

【考察】介入群と対照群における二群間比較を実施した結果、ベースラインおよびFU3カ月時点では有意差が認められず、FU6カ月時点において介入群が対照群よりSEAS2000得点が有意に高くなっており、介入群では精神的健康度が高まっていることが示唆された。これまでの研究では、SEAS2000を用いたアンケート調査において半年後の効果が認められてきたが、対照群の設定が困難であったために、治療共同体エンカウンター・グループ自体の効果であるかどうかの検証が出来ていなかった。今回の結果は、治療共同体エンカウンター・グループ自体の効果について支持するものであると考えられる。しかしながらこれらの調査結果は、測定できない施設間の要因を排除することができていない。今後の研究として、中断時系列デザインや傾向スコア分析を含め新たな調査デザインを検討していく必要がある。また、量的変数では測定できない治療共同体エンカウンター・グループの意義を明らかにすることを目的に、インタビュー調査を実施している。今後、治療共同体エンカウンター・グループの意義についてより検証を進めたいと考える。

【結論】本研究では、民間支援団体ダルクにおける回復プログラムとして、新たに導入されつつある治療共同体エンカウンター・グループに着目し、新たに対照群を設定した効果検証を実施した。2018年4月をベースライン、FU3ヶ月、FU6ヶ月時点で自記式アンケート調査を実施し、調査実施3時点でのデー

タのある介入群(36名)および対照群(25名)の61名を分析対象とした。アンケート調査では、精神的健康を自己実現の観点から測定することを目的としたSEAS2000をアウトカムとして用いた。

ベースライン・FU3カ月・FU6カ月時点でのSEAS2000の二群間比較の結果、FU6ヶ月時点で介入群が対照群より有意に得点が高く(p=0.012)、介入群では精神的健康度が高まっていることが示唆され、治療共同体エンカウンター・グループ自体の効果について支持する1つの結果であると考えられる。

研究8：処方薬乱用予防を目的とした薬薬連携システム構築に関する研究

分担研究者 原 恵子

国立精神・神経医療研究センター
病院薬剤部

【研究目的】医薬品の乱用歴のある入院中の患者が、退院後に利用する薬局薬剤師と共有したい情報を調査することで、退院後に利用する薬局薬剤師との薬薬連携に活かすことを目的とする。

【研究方法】調査対象は、年齢が20歳以上で当院精神科病棟(4北、5北、5南)のいずれかの病棟に入院しており、薬剤管理指導を行う患者のうち過去1年以内に医薬品の乱用歴のあった患者である。調査期間は2018年7月1日から2019年3月31日である。

各病棟担当薬剤師が入院前の薬物乱用歴や生活歴等についてと退院後のフォローについて調査用紙を用いて質問紙調査を実施した。調査実施にあたっては、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た(承認番号A2018-036)。

【研究結果】調査期間内で12人の患者から同意を得てアンケートを回収した。主な知見は次の通りである。

1. 薬局薬剤師と病院薬剤師の情報共有

主病名の共有については可、と回答したのが 9 名(75%)、否と回答したのが 3 名(25%)であった。入院前の困りごとの共有については可、と回答したのが 10 名(83%)、否と回答したのが 2 名(17%)であった。入院後の経過の共有については可、と回答したのが 10 名(83%)、否と回答したのが 2 名(17%)であった。通院コンプライアンスの情報共有については可、と回答したのが 11 名(92%)、否と回答したのが 1 名(8%)であった。他の疾患や他科での服用薬の情報共有については可、と回答したのが 12 名(100%)であった。家族構成の情報共有については可、と回答したのが 11 名(92%)、否と回答したのが 1 名(8%)であった。就労・学業の状況の共有については可、と回答したのが 10 名(83%)、否と回答したのが 2 名(17%)であった。社会参加についての状況の共有については可、と回答したのが 11 名(92%)、否と回答したのが 1 名(8%)であった。経済的な心配の共有については可、と回答したのが 8 名(67%)、否と回答したのが 4 名(33%)であった。サポート体制の共有については可、と回答したのが 10 名(83%)、否と回答したのが 2 名(17%)であった。日常生活での心配についての共有は可、と回答したのが 8 名(67%)、否と回答したのが 4 名(33%)であった。その他の心配(身体、生活、社会的なことなど)の共有については可、と回答したのが 8 名(67%)、否と回答したのが 4 名(33%)であった。入院中の服薬管理の方法の情報共有については可、と回答したのが 12 名(100%)であった。退院後の服薬管理方法の共有については可、と回答したのが 11 名(92%)、否と回答したのは 1 名(8%)であった。退院後の服薬管理に関して心配なことの共有については可、と回答したのが 11 名(92%)、否と回答したのが 1 名(8%)であった。退院後の薬剤調整に関して心配なことの共有については可、と回答したのが 12 名(100%)であった。

2. 情報提供書の作成と譲渡方法

情報提供書の作成方法については薬剤師と患者が共に作成する、が 3 名(25%)、薬剤師が作成し患者が確認する、が 6 名(50%)、薬

剤師のみが作成し患者は関わらない、が 3 名(25%)であった。患者自ら作成する、を選択した患者はいなかった。

譲渡方法については患者が薬局へ直接持参する、が 5 名(42%)、病院薬剤師が FAX で薬局へ送信する、が 6 名(50%)、新たなシステムを構築する、が 1 名(8%)であった。

もし患者自身で調剤薬局へ情報提供書を提出する形式であったとしたら手渡すことが可能、と回答したのは 10 名(83%)、手渡すことができそうもない、と回答したのは 2 名(17%)であった。

3. 薬局薬剤師への相談

過量服薬について今後薬局薬剤師に相談することがあると思うと回答した患者は 4 名(33%)、ないと思うと回答した患者は 8 名(67%)であった。薬の飲みすぎに関連するつらい気持ちや悩みについて今後薬局薬剤師に相談することがあると思うと回答した患者は 2 名(17%)、ないと思うと回答した患者は 10 名(83%)であった。

【考察】今回の調査では 90%以上の患者が情報共有可と回答した①他の疾患や他科での服用薬の情報、②入院中の服薬管理の方法の情報共有、③退院後の服薬管理方法、④通院コンプライアンスの共有、⑤家族構成、⑥社会参加についての状況、⑦退院後の服薬管理に関して心配なこと、⑧退院後の薬剤調整に関して心配なこと、以上 8 項目を掲載した情報提供書の作成は実現可能性が高いと考えられた。情報提供書の作成については病院薬剤師が作成し患者が確認する方法の支持率が高かった。患者が作成する方法を選んだ患者はいなかったため、情報提供書の作成にあたり、病院薬剤師のサポートが必要であると思われる。情報提供書の譲渡の方法についてはあらかじめ病院薬剤師から FAX で薬局薬剤師に送信する方法か患者が薬局へ直接持参する方法を選択する患者が多かった。直接持参する方法の場合、提出可能と回答した患者が多かった。提出が難しいと回答した患者の理由は提出を忘れてしまう不安があるためであった。実際に情報提供書を用いて情報を共

有する際には病院薬剤師が情報提供書を作成し患者に確認してもらい、患者に薬局へ持参してもらい、提出を忘れてしまう不安がある患者についてはあらかじめ FAX で病院薬剤師から薬局薬剤師へ送信するという方法が良いと考えられた。

【結論】医薬品の乱用歴のある入院中の患者が、退院後に利用する薬局薬剤師と共有したい情報を調査することで、情報提供書を用いて薬薬連携する際に共有可能と思われる情報を絞り込むことが出来た。今後はこうした情報を基に情報提供書を作成して実際に薬薬連携を強化していき、地域包括的に医薬品乱用を防ぐ取り組みの実践が課題と思われる。

また、薬局薬剤師に相談したいと回答した患者が少なかった乱用歴のある患者のその原因となるつらい気持ちについても、情報共有ができるように患者からも薬局の薬剤師に相談しやすい環境を構築していくことで共有可能な情報は増えていくと思われる。今後はこうした情報提供書を用いて実際に薬薬連携を強化していき、地域包括的に医薬品乱用を防ぐ取り組みの実践が課題と思われる。ゆくゆくはこうした取り組みを通して乱用を防ぎやすい地域を作ることが重要になってくると考えられた。

E. 結論

以上の各研究より、次の結論が導かれた。

1. 危険ドラッグ乱用問題が終息に向かっていることが、複数の疫学調査により実証された。
2. 一般住民においては、大麻乱用者の増加が報告されているが、全国の青少年（中学生および児童自立支援施設入所児）においては、大麻の乱用拡大は確認できなかった。一方で、大麻使用を肯定する考えが増えており、今後の動向に注意が必要である。
3. 精神科医療施設の薬物関連精神疾患患者においては、市販薬症例および大麻症例の割合が増加していた。
4. 民間支援団体ダルクへの導入が進んでい

る回復プログラム（治療共同体エンカウンター・グループ）は、薬物依存症者の精神的健康度を高め、精神保健福祉センターで導入されている家族心理教育プログラムは、家族の健康状態、家族と本人との関係性や本人に対する感じ方、本人の治療支援状況が改善されることが実証された。

F. 研究発表

<嶋根卓也>

1. 論文発表

- 1) 嶋根卓也：過量服薬に対する薬剤師の役割. 臨床精神薬理. 22(3),293-299, 2019.
- 2) Tanibuchi Y, Matsumoto T, Funada D, Shimane T：The influence of tightening regulations on patients with new psychoactive substance-related disorders in Japan. Neuropsychopharmacol Rep. 38(4), 189-196, 2018.
- 3) 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, ほか：薬物使用経験のある HIV 陽性者において危険ドラッグ使用が服薬アドヒアランスに与える影響、日本エイズ学会雑誌 20(1)：32-40, 2018.
- 4) 佐々木真人, 堀岡広稔, 村岡謙行..., 嶋根卓也：薬局薬剤師を対象としたゲートキーパー研修会が知識・自己効力感・臨床行動に与える影響、日本薬剤師会雑誌, 70(7):849-857, 2018.
- 5) 嶋根卓也：日本における薬物乱用のモニタリング調査と回復支援プログラムについて. 龍谷法学 50(3)：1805-1812, 2018.
- 6) 嶋根卓也：【IV. 知っておきたい！生活サポート&性教育】40 薬物乱用. 小児科 50 (5) 4月臨時増刊号「思春期を診る！」：774-780, 2018.
- 7) 嶋根卓也：薬物乱用防止の最前線：薬剤師に知ってほしいこと. Excellent Pharmacy 5月1日号, pp11-13, 2018.
- 8) 嶋根卓也：薬物乱用防止における薬剤師の役割. ファルマシア 54(6)：541-543, 2018.

- 9) 嶋根卓也：「NO」と言えない子どもたち—酒・タバコ・クスリと援助希求. *こころの科学* №202：47-51, 2018.
- 10) 嶋根卓也：薬物使用の最新動向：大麻からエナジードリンクまで、*KNOW NEWS LETTER* 99号,p2-5,2018.
- 11) 嶋根卓也, 松本俊彦：2.評価尺度の解説(2) 薬物使用障害の評価尺度. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン, 第1章 総論II 診断総論, 新興医学出版社, 東京, pp11-13, 2018.
- 12) 嶋根卓也, 松本俊彦：2.薬物乱用・依存の疫学. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン, 第1章 総論IV 疫学, 新興医学出版社, 東京, pp28-31, 2018.
2. 学会発表
- 1) Shimane T, Wada K, Qiu D : Prevalence of binge drinking and association with substance use : A cross-sectional nationwide general population survey in Japan. 19th World Congress of International Society for Biomedical Research on Alcoholism(ISBRA2018), Kyoto, Japan, 2018.9.12
- 2) Shimane T, Tani M, Yamaki M, Kobayashi M, Kondo A, Takahashi M : Methamphetamine users in Japanese prisons : Comorbid hazardous alcohol consumption. 19th World Congress of International Society for Biomedical Research on Alcoholism(ISBRA2018), Kyoto, Japan, 2018.9.12
- 3) Yamaki M, Takeshita Y, Takahashi M, Kondo A, Shimane T : Prevalence and correlates of adverse childhood experience(aces)among methamphetamine users in Japanese prison . 19th World Congress of International Society for Biomedical Research on Alcoholism(ISBRA2018), Kyoto, Japan, 2018.9.11
- 4) Shimane T : Drug use and addiction in Japan: Increase and decrease with new psychoactive substances. The 20th International Society of Addiction Medicine Annual Meeting(ISAM BUSAN 2018), Busan, Republic of Korea, 2018.11.4.
- 5) 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 米澤雅子, 近藤恒夫, 松本俊彦：民間支援団体利用者のコホート調査と支援の課題に関する研究(第二報). シンポジウム 33 刑の一部執行猶予制度施行後における薬物依存症地域支援の現状と課題. 第114回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
- 6) 大西真由美, 尾崎敬子, 嶋根卓也：国際保健と疫学～フィールドとアカデミアをつなぐために. 第33回日本国際保健医療学会学術大会シンポジウム, 東京, 2018.12.1.
- 7) 嶋根卓也：危険ドラッグ問題の行方：全国住民調査2015年の結果より. 第22回埼玉県薬剤師会学術大会, 埼玉, 2016.11.6.
- 8) 和田清, 合川勇三, 森田展彰, 嶋根卓也：薬物乱用・依存症者におけるHIV・HCV等感染状況と感染ハイリスク行動に関する研究. 平成29年度日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 神奈川, 2017.9.9.
- 9) 嶋根卓也, 邱冬梅, 和田清：一般住民におけるカフェイン製剤使用状況と薬物使用との関連：薬物使用に関する全国住民調査より. 平成30年度日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 京都, 2018.9.10.
- 10) 嶋根卓也, 邱冬梅, 和田清：一般住民におけるエナジードリンク使用状況と薬物使用との関連：薬物使用に関する全国住民調査より. 平成30年度日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 京都, 2018.9.10.
- 11) 嶋根卓也, 邱冬梅, 和田清：一般住民における大麻使用の増加：薬物使用に関する全国住民調査より. 平成30年度日本ア

ルコール・アディクション医学会学術総会, 京都, 2018.9.10.

- 12) 引土絵未, 岡崎重人, 加藤隆, ...嶋根卓也: 回復支援施設における TC エンカウンター・グループの適用に関する研究. 平成30年度日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 京都, 2018.9.10.
- 13) 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, ほか: 薬物使用経験のある HIV 陽性者における亜硝酸エステル使用が服薬アドヒアランスに与える影響. 第32回日本エイズ学会学術集会・総会, 大阪, 2018.12.4.

<松本俊彦>

1. 論文発表

- 1) Takano A, Miyamoto Y, Kawakami N, Matsumoto T: Web-Based cognitive behavioral relapse prevention program with tailored feedback for people with methamphetamine and other drug use problems: Development and Usability Study. JMIR Mental Health 3: 1-17, 2016.
- 2) Okumura Y, Shimizu S, Matsumoto T: Prevalence, prescribed quantities, and trajectory of multipleprescriber episodes for benzodiazepines: A 2-year cohort study. Drug and Alcohol Dependence 158:118-125, 2016.
- 3) Matsumoto T, Tachimori H, Takano A, Tanibuchi Y, Funada D, Wada K: Recent changes in the clinical features of patients with new psychoactive-substances-related disorders in Japan: Comparison of the Nationwide Mental Hospital Surveys on Drug-related Psychiatric Disorders undertaken in 2012 and 2014. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 70: 560-566, 2016.
- 4) 近藤あゆみ, 佐藤嘉孝, 松本俊彦: 薬物依存症外来治療プログラム「STEM」の有効性評価. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 51(1): 26-37, 2016.
- 5) 谷渕由布子, 松本俊彦, 今村扶美, 若林朝子, 川地拓, 引土絵未, 高野歩, 米澤雅子,

加藤隆, 山田美紗子, 和知彩, 網干舞, 和田清: 薬物使用障害患者に対する SMARPP の効果: 終了1年後の転帰に影響する要因の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 51(1): 38-54, 2016.

- 6) 近藤あゆみ, 栗坪千明, 白川雄一郎, 松本俊彦: 民間依存症回復支援 DARC 利用者を対象とした認知行動療法 SMARPP の有効性評価, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 51 (6) , 414-424, 2016.
- 7) 大曲めぐみ, 嶋根卓也, 松本俊彦: 日本の刑事施設における薬物依存離脱指導の評価方法についての文献レビュー. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 51(5): 335-347, 2016.
- 8) 池田朋広, 常岡俊昭, 松本俊彦, 高木のり子, 石坂理江, 種田綾乃, 小池純子, 齋藤勲, 森田展彰, 稲本淳子, 岩波 明: 措置指定病院における精神病性障害と物質使用障害を併せ持つ「精神病性併存性障害者」への集団認知行動療法プログラム実施の意義とその有効性の検討. 日社精医誌 26: 11-24, 2017.
- 9) 伊藤絵美, 吉村由未, 森本雅理, 小畑輝海, 松本俊彦: 報告 女性覚せい剤乱用者に対する回復プログラムの構築と実践 —ローズカフェ第1報—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 52(1): 34-55, 2017.
- 10) 谷渕由布子, 松本俊彦, 船田大輔, 川副泰成, 榊原聡, 成瀬暢也, 池田俊一郎, 角南隆史, 武藤岳夫, 長徹二: わが国の依存症専門医療機関における危険ドラッグ関連障害患者の治療転帰に関する研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 52 (5) : 141-155, 2017.
- 11) 松本俊彦: 健康問題としての薬物依存症—薬物依存症からの回復のために医療者は何ができるか. 日本医事新報 4808: 19-23, 2016.
- 12) 松本俊彦: 薬物使用障害に対する外来治療プログラム「SMARPP」. 精神療法 42(4): 571-579, 2016.

- 13) 松本俊彦: 物質使用障害における自殺—薬物療法のリスクとベネフィット. 臨床精神薬理 19(8): 1125-1136, 2016.
- 14) 松本俊彦, 今村扶美: ワークショップ2: SMARPP の理念と実際——講義とデモセッション—. 日本アルコール関連問題学会雑誌 18(1): 123-125, 2016.
- 15) 谷淵由布子, 松本俊彦: 危険ドラッグ使用者への安全管理. 精神科治療学 31(11): 1449-1454, 11, 2016.
- 16) 松本俊彦: 妊婦の薬物依存. 日産婦医学会報 68(11): 10-11, 2016.
- 17) 谷淵由布子, 松本俊彦: 危険ドラッグ使用者への安全管理. 精神科治療学 31(11): 1449-1454, 11, 2016.
- 18) 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: Voice Bridges Project—薬物依存症地域支援のための「おせっかい」な電話による「声」の架け橋プロジェクト—. 精神科治療学, 32(11): 1445-1451, 2017.
- 19) 松本俊彦: 司法機関から地域の支援資源にどうつなげるべきか. 臨床心理学 17 (6): 814-817, 2017.
- 20) 松本俊彦: 5. オピオイド鎮痛薬による依存の現況と新たな展開 3) オピオイド鎮痛薬依存症並びにケミカルコーピングの予防と治療. ペインクリニック 38: S137-S146, 2017.
- 21) 松本俊彦: 薬物依存をめぐる法整備. 臨床精神医学 46(4): 437-442, 2017.
- 22) 松本俊彦: 物質使用障害. トラウマティック・ストレス 15(1): 49-57, 2017.
- 23) 松本俊彦: 多剤処方規制と背景. 臨床精神薬理 20(9): 975-982, 2017.
- 24) 松本俊彦: 特集 アルコール健康障害対策の推進 医療機関におけるアルコール・薬物依存症の治療プログラム. 公衆衛生 81(9): 730-736, 2017.
- 25) 松本俊彦: 鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害・中毒・離脱. 新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群 (第2版) -物質関連障害および嗜癖性障害群からてんかんまで-III, 85-89, 2017.
- 26) 松本俊彦: 鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害の対応と治療. 新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群 (第2版) -物質関連障害および嗜癖性障害群からてんかんまで-III, 90-94, 2017.
- 27) 松本俊彦: ケミカルコーピングとオピオイド鎮痛薬. Locomotive Pain Frontier 6(2): 46-47, 21017.
- 28) 松本俊彦: 薬物依存症に対する最近のアプローチ. 精神科治療学 32(11): 1403-1404, 2017.
- 29) 松本俊彦: 専門医でなくてもできる薬物依存症治療-アディクションの対義語としてのコネクション-. 精神科治療学 32(11): 1405-1412, 2017.
- 30) 谷淵由布子, 松本俊彦: 規制強化は「危険ドラッグ」関連障害患者をどう変えたか. 精神科治療学 32(11) :1483-1491, 2017.
- 31) 松本俊彦: 人はなぜ依存症になるのか. 日本アルコール関連問題学会雑誌 19 (1): 31-34, 2017.
- 32) 松本俊彦: 特集 さまざまな精神障害の「病識」をどのように治療に生かすか. 精神神経学雑誌 119(12) : 911-917, 2017.
- 33) 松本俊彦, 船田正彦, 嶋根卓也, 近藤あゆみ: 薬物関連問題とどう対峙するか 疫学研究、毒性評価、臨床実践、政策提言, 精神保健研究, 30, 53-61, 2017.
- 34) Hamamura T, Suganuma S, Takano A, Matsumoto T, Shimoyama H: The Efficacy of a Web-Based Screening and Brief Intervention for Reducing Alcohol Consumption Among Japanese Problem Drinkers: Protocol for a Single-Blind Randomized Controlled Trial. JMIR Res. Protoc. 2018;7(5):e10650 doi:10.2196/10650
- 35) Tanibuchi Y, Matsumoto T, Funada D, Shimane T: The influence of tightening regulations on patients with new psychoactive substance-related disorders in Japan.

- Neuropsychopharmacol Rep. 2018 Oct 19. doi: 10.1002/npr.2.12035.
- 36) 引土絵美, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦: 治療共同体エンカウンター・グループの効果とその要因について. 日本アルコール薬物医学会雑誌 53(2) : 83-94, 2018.
- 37) 花岡晋平, 平田豊明, 谷渕由布子, 宋龍平, 合川勇三, 山崎信幸, 撰尚之, 加賀谷有行, 津久江亮太郎, 門脇重理紗, 今井航平, 佐々木浩二, 松本俊彦: わが国の精神科救急医療施設における危険ドラッグ関連障害患者の治療転帰に関する研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 53(5) : 212-225, 2018.
- 38) 松本俊彦: 嗜癖性障害. 最新精神医学 23(2) : 121-129, 2018.
- 39) 松本俊彦: 薬物依存症と対人関係. 精神科治療学 33(4) : 435-440, 2018.
- 40) 松本俊彦: 向精神薬乱用・依存を防ぐために精神科医と薬剤師にできること. 日本精神薬学会誌 1(2) : 12-15, 2018.
- 41) 松本俊彦: 最近の危険ドラッグ関連障害患者における臨床的特徴の変化: 全国の精神科医療施設における薬物関連障害の実態調査: 2012年と2014年の比較. 精神神経学雑誌 120(5): 361-368, 2018.
- 42) 松本俊彦: ワークブックを使った認知行動療法的アプローチはどのようなものか教えてください. モダンフィジシャン 38(8) : 844-846, 2018.
- 43) 松本俊彦: 物質使用障害とトラウマ. 臨床精神医学 47(7) : 799-804, 2018.
- 44) 谷渕由布子, 大宮宗一郎, 松本陽一郎, 石田恵美, 松本俊彦: 薬物事犯の精神科的治療. 精神科治療学 33(8) : 959-964, 2018.
- 45) 松本俊彦: 睡眠薬は是か非か—Pros and Cons: Consの立場から—睡眠薬は精神科薬物療法における「悪貨」である. 精神医学 60(9) : 1019-1023, 2018.
- 46) 松本俊彦: 人はなぜ依存症になるのか—子どもの薬物乱用—. 児童青年精神医学とその近接領域 59(3) : 278-282, 2018.
- 47) 松本俊彦: 「やりたい」「やってしまった」「やめられない」—薬物依存症の心理—. ころの科学 202 特別企画 : 40-46, 2018.
- 48) 高野歩, 熊倉陽介, 松本俊彦: 刑の一部執行猶予制度以降の薬物依存症地域支援の課題—保護観察対象者コホート調査と地域支援体制構築 Voice Bridge Project. 日本アルコール関連問題学会雑誌 20(1) : 39-41, 2018.
- 49) 松本俊彦: 特集 I 依存と嗜癖—その現状と課題—人はなぜ依存症になるのか. 精神科 33(6) : 463-468, 2018.
- 50) 松本俊彦: なぜオピオイド鎮痛薬依存症に陥るのか—臨床の立場から—. ペインクリニック 39(12) : 1570-1578, 2018.
- 51) 高野歩, 郡健太, 熊倉陽介, 佐瀬満雄, 松本俊彦: ハームリダクションの理念と実践. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 53(5) : 151-170, 2018.
- 52) Hiroko Kotajima-Murakami, Ayumi Takano, Yasukazu Ogai, Shotaro Tsukamoto, Maki Murakami, Daisuke Funada, Yuko Tanibuchi, Hisateru Tachimori, Kazushi Maruo, Tsuyoshi Sasaki, Toshihiko Matsumoto, Kazutaka Ikeda. Study of effects of ifenprodil in patients with methamphetamine dependence: protocol for an exploratory, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Neuropsychopharmacol Rep. 2019 (in press).
2. 学会発表
- 1) 松本俊彦: 教育講演 トラウマとアディクション. 第15回日本トラウマティック・ストレス学会, 宮城, 2016.5.20.
- 2) 松本俊彦: 教育講演 法医学との連携が精神医学を変える—薬物乱用と自殺に関する研究を通じて—. 第100次日本法医学学会学術全国集会, 東京, 2016.6.17.
- 3) 松本俊彦: 公開講座 人はなぜ依存症になり、回復ができるのか. 第38回日本アルコール関連問題学会秋田大会, 秋田, 2016.9.10.

- 4) 松本俊彦: 教育講演 薬物依存症の治療～SMARPPを中心に～. 第51回アルコール・アディクション医学会新学会誕生記念特別研修プログラム, 東京, 2016.10.8.
- 5) 松本俊彦: 特別企画シンポジウム 人はなぜ依存症になるのか? 第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 6) 松本俊彦: 教育講演 SMARPP の理念と課題—プログラムの「学習」ではなく、支援ネットワークの交差点を目指して. 第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 7) 松本俊彦: 特別講演 よくわかる SMARPP—あなたにも出来る薬物依存者支援. 集団認知行動療法研究会 第7回学術総会, 東京, 2016.10.30.
- 8) 松本俊彦: 特別企画講演 専門家のいない薬物依存治療—依存症集団療法「SMARPP」. 第34回日本神経治療学会総会, 鳥取, 2016.11.4.
- 9) 松本俊彦: 記念講演 生き延びるための依存症、生き直すための回復. 第23回関西アルコール関連問題学会滋賀大会, 滋賀, 2016.11.27.
- 10) 引土絵未, 岡崎重人, 加藤 隆, 山本 大, 山崎明義, 松本俊彦: 日本型治療共同体モデルとしてのエンカウンター・グループの効果とその要因について. 第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 11) 近藤千春, 藤城 聡, 松本俊彦: 依存症の認知行動療法のグループにおける治療要因の測定結果からの考察. 第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 12) 大曲めぐみ, 嶋根卓也, 松本俊彦: 日本の刑事施設における薬物依存離脱指導の評価方法についての文献レビュー. 日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.7.
- 13) 松本俊彦: 【シンポジウム 2】精神科救急—措置入院制度運用の現状と今後の取り組みをめぐって. 公益社団法人日本精神神経科診療所協会主催 第23回学術研究会東京大会, 東京, 2017.6.17.
- 14) 松本俊彦: 【シンポジウム 35】異常酩酊を考える 薬物依存臨床における異常酩酊. 第113回日本精神神経学会学術総会, 愛知, 2017.6.23.
- 15) 松本俊彦: 【シンポジウム 64】さまざまな精神障害の「病識」をどのように治療するか 物質依存症: 否認の病の「病識」を治療に生かす. 第113回日本精神神経学会学術総会, 愛知, 2017.6.24.
- 16) 松本俊彦: 教育講演 5 人はなぜ依存症になるのか. 日本ペインクリニック学会第51回大会, 岐阜, 2017.7.21.
- 17) 松本俊彦: 大ラウンドテーブルディスカッション 身体経験の成り立ち. 臨床実践の現象学会第3回大会, 東京, 2017.8.6.
- 18) 高野歩, 熊倉陽介, 松本俊彦: 【シンポジウム 8】保護観察対象者コホート調査と地域支援体制構築 Voice Bridges Project. 平成29年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 神奈川, 2017.9.9.
- 19) 松本俊彦: 【シンポジウム 9】薬物依存症の全国拠点としての活動. 平成29年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 神奈川, 2017.9.9.
- 20) 松本俊彦: 【シンポジウム】治療学からの日本への提言. 第2回犯罪学会合同大会・公開シンポジウム, 東京, 2017.9.1.
- 21) 松本俊彦: 【教育講演】薬物依存の現状と治療. 第1回日本精神薬学会総会・学術集会, 東京, 2017.9.24.
- 22) 松本俊彦: 【教育講演 7】人はなぜ依存症になるのか?～子どもの薬物乱用. 第58回日本児童青年精神医学会総会, 奈良, 2017.10.6.
- 23) 松本俊彦: 【プレナリーレクチャー】薬物依存症は孤立の病-安心して「やめられない」といえる社会を目指して. 第31回日本

- エイズ学会学術集会・総会，東京，2017.11.24.
- 24) Takano A, Miyamoto Y, Matsumoto T, Kawakami N : Satisfaction and Usability of a Web-Based Relapse Prevention Program for Japanese Drug Users . the 21st East Asian Forum of Nursing Scholars & 11th International Nursing Conference, Korea, 2018.1.11-12.
- 25) 熊倉陽介，高野歩，松本俊彦：(ポスター) 保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人の地域支援：Voice Bridges Project の対象地域における展開．第 37 回日本社会精神医学会，京都，2018.3.1-2.
- 26) 松本俊彦：【特別講演】人はなぜ依存症になるのか？～依存症と環境・社会～．第 37 回日本社会精神医学会，京都，2018.3.2.
- 27) Yuko Tanibuchi, Toshihiko Matsumoto, Daisuke Funada, Yasunari Kawasoe, Satoshi Sakakibara, Nobuya Naruse, Shunichiro Ikeda, Takashi Sunami, Takeo Muto, Tetsuji Cho : A study on factors of better treatment outcome for patients with new psychoactive-substances-related disorders in specialized clinics or wards for drug dependence in Japan. The College on Problems of Drug dependence 80th Annual Scientific Meeting, San Diego, 2018.6.9-14.
- 28) 熊倉陽介，高野歩，松本俊彦：【シンポジウム 33】保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人を地域で支える Voice Bridges Project. 第 114 回日本精神神経学会学術総会，兵庫，2018.6.21.
- 29) 谷渕由布子，松本俊彦：危険ドラッグ関連障害患者の急増と終息とその後．第 114 回日本精神神経学会学術総会，兵庫，2018.6.21.
- 30) 嶋根卓也，近藤あゆみ，米澤雅子，近藤恒夫，松本俊彦：【シンポジウム 33】民間支援団体利用者のコホート調査と支援の課題に関する研究（第二報）．第 114 回日本精神神経学会学術総会，兵庫，2018.6.21.
- 31) 宇佐美貴士，神前洋帆，徳永弥生，本田洋子，熊倉陽介，高野歩，松本俊彦：保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人の地域視点（Voice Bridges Project）の福岡市での実践報告．第 114 回日本精神神経学会学術総会，兵庫，2018.6.22.
- 32) 花岡晋平，廣瀬祐紀，松本俊彦，平田豊明：精神科救急病棟における尿中薬物検査の実施状況（第一報）．第 114 回日本精神神経学会学術総会，兵庫，2018.6.22.
- 33) 神前洋帆，武藤由也，徳永弥生，本田洋子，宇佐美貴士，熊倉陽介，高野歩，松本俊彦：福岡市における保護観察対象の薬物依存者の地域支援（Voice Bridges Project）．平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，京都，2018.9.10.
- 34) 田中紀子，松本俊彦，森田展彰，木村智和：病的ギャンブラーとギャンブル愛好家とを峻別するものは何か．平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，京都，2018.9.10.
- 35) 引土絵未，岡崎重人，加藤隆，山本大，山崎明義，松本俊彦，嶋根卓也：回復支援施設における TC エンカウンター・グループの適用に関する研究．平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，京都，2018.9.10.
- 36) Ayumi Takano, Yousuke Kumakura, Eriko Ban, Takashi Usami, Toshihiko Matsumoto: Cohort study and development of community-based support for drug users on probation in Japan, Voice Bridges Project. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
- 37) Ayumi Takano, Sachiko Ono, Hayato Yamana, Hiroki Matsui, Toshihiko Matsumoto, Hideo Yasunaga, Norito Kawakami: Risk factors for long-term prescription of benzodiazepine: cohort study using a large health insurance claim database in Japan. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.

- 38) Ayumi Takano, Mitsuo Sase, Toshihiko Matsumoto, Norito Kawakami: Smartphone-based self-monitoring application for drug users: co-production with targeted users. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
- 39) 廣瀬祐紀, 花岡晋平, 井上翔, 深見悟郎, 平田豊明, 松本俊彦: 精神科救急病棟における尿中薬物検査の実施状況 (第二報). 第 26 回日本精神科救急学会学術総会, 沖縄, 2018.10.11.
- 40) 松本俊彦: 【特別講演】刑の一部執行猶予制度以降の薬物依存症地域支援～Voice Bridges Project～. 平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.9.
- 41) 松本俊彦: 【特別講演】ランチョン・レクチャー I 人はなぜ依存症になるのか. 日本精神病理学会第 41 回大会「往還する精神病理学—原点回帰と越境と—」, 兵庫, 2018.10.5.
- 42) 松本俊彦: 【教育講演】アディクション問題の理解と援助. 第 32 回東京精神科病院協会学会, 東京, 2018.10.23.
- 43) 松本俊彦: 【特別講演】薬物依存症からの回復のために必要なこと. 第 65 回日本矯正医学会総会, 東京, 2018.10.25.
- 44) 松本俊彦: 【ワークショップ】自傷行為の理解と援助. 日本認知・行動療法学会第 44 回大会, 東京, 2018.10.28.
- 45) 松本俊彦: 【特別講演】アディクション問題の理解と援助. 第 35 回愛媛県精神神経学会, 愛媛, 2018.12.1.
- 46) 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, 山本政弘, 辻麻理子, 長与由紀子, 松本俊彦: 薬物使用経験のある HIV 陽性者における亜硝酸エステル使用が服薬アドヒアランスに与える影響. 第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会, 大阪, 2018.12.4.
- 47) 松本俊彦: 【特別講演 1】人はなぜ依存症になるのか～患者と同僚、そして自らを薬物依存症から守るために～. 第 25 回日本静脈麻酔学会, 栃木, 2018.12.8.
- <庄司正実>
なし
- <和田 清>
なし
- <近藤あゆみ>
1. 論文発表
近藤あゆみ, 高橋郁絵, 森田展彰: 薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム—補助教材の理解度と有用性—, 日本アルコール関連問題学会雑誌, 19 (2), 93-99, 2018.
2. 学会発表
近藤あゆみ, 高橋 郁絵, 森田 展彰: 薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム, 第 40 回アルコール関連問題学会, 京都, 2018.9.9. (シンポジウム)
- <引土絵未>
1. 論文発表
引土絵未, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦: 治療共同体エンカウンター・グループの効果とその要因について, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 53 (2), 83-94, 2018.
2. 学会発表
引土絵未, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦, 嶋根卓也: 民間回復支援施設における TC エンカウンター・グループの適用に関する研究. 平成 30 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 国立京都国際会館, 2018.9.10.
- <原 恵子>
なし
- G. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)
該当なし

Ⅱ：分担研究報告

研究 2

飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査（2018年）

飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査（2018 年）

分担研究者：嶋根 卓也（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）
研究協力者：猪浦 智史（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）
北垣 邦彦（東京薬科大学薬学部社会薬学研究室）
立森 久照（国立精神・神経医療研究センタートランスレーショナル・メディカルセンター）
邱 冬梅（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）
和田 清（埼玉県立精神医療センター依存症治療研究部）

【研究要旨】

【目的】中学生における飲酒・喫煙・薬物乱用の状況を横断的に把握すると共に、その経年的変化をモニタリングすることが目的である。具体的には、1) 飲酒・喫煙・薬物乱用の実態、2) 薬物乱用に関する害知識の周知状況、3) 薬物乱用経験を持つ生徒の特徴を明らかにすることである。得られた研究成果は、青少年に対する薬物乱用防止対策の基礎資料として供する。

【方法】調査対象は、全国 240 校の中学校における全在校生（想定生徒数：115,316 名）である。対象校は、層別一段集落抽出法にて都道府県毎に無作為抽出した。調査期間は 2018 年 9 月から 12 月であり、各対象校内で無記名自記式の質問紙調査を実施した。調査実施にあたっては、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た（承認番号 A2015-128）。

【結果】対象校 240 校のうち、183 校（実施率 76.3%）から合計 71,351 名の有効回答を得た（想定生徒数の 61.9%）。主な知見は次の通りである。

- 1) 飲酒の生涯経験率は、男性（23.6%）、女性（18.8%）、全体（21.3%）であった。喫煙の生涯経験率は、男性（2.8%）、女性（1.5%）、全体（2.2%）であった。
- 2) 薬物乱用の生涯経験率（全体）は、有機溶剤（0.5%）、大麻（0.3%）、覚せい剤（0.3%）、危険ドラッグ（0.3%）、いずれかの薬物（0.6%）であった。
- 3) 2016 年から 2018 年にかけての生涯経験率の変化について、有機溶剤は男性（0.6%→0.6%）、女性（0.3%→0.3%）ともに横這いで推移していた。大麻は、男性では増加（0.4%→0.5%）、女性では横這い（0.2%→0.2%）で推移していた。覚せい剤は、男性では横這い（0.4%→0.4%）、女性では増加（0.1%→0.2%）していた。危険ドラッグは、男性では横這い（0.4%→0.4%）、女性では増加（0.1%→0.2%）していた。
- 4) 薬物を入手できるという回答（「なんとか手に入る」「簡単に手に入る」の合計）は、有機溶剤（11.0%）、大麻（8.4%）、覚せい剤（8.5%）、危険ドラッグ（8.3%）であり、2016 年に比べていずれも減少していた。
- 5) 薬物乱用を肯定する回答（「少々なら構わない」「まったく構わない」の合計）は、有機溶剤（1.6%）、大麻（1.9%）、覚せい剤（1.5%）、危険ドラッグ（1.3%）であり、2016 年に比べていずれも増加していた。
- 6) 薬物乱用に関する害の周知率は、概ね上昇あるいは横這いで推移していた。「薬物依存」および「精神病状態」については、薬物乱用の非経験群の周知率は、経験群に比べて、有意に高かったが、「フラッシュバック」「急性中毒死」「歯の腐食」「多発性神経炎」「無動機症候群」「危

「危険ドラッグの有害性」などに関しては、有意差は認められなかった。

- 7) 薬物乱用経験を持つ生徒の特徴として、「起床時間が一定していない」「朝食を食べない」「学校生活が楽しくない」「親しく遊べる友人、相談事のできる友人がいない」「孤食が多い」、「大人不在で過ごす時間が長い」「悩み事を親に相談しない」「遊び目的でのインターネット利用時間が長い」「喫煙率、飲酒率が高い」「薬物乱用の誘いを断る自信がない」といった共通項が認められた。

【考察】本調査は、1996年より隔年で実施され、今回で第12回目の調査となった。2016年から2018年にかけて飲酒・喫煙の生涯経験率はいずれも減少したが、有機溶剤および危険ドラッグは増加し、大麻および覚せい剤は横這いで推移していた。薬物の入手可能性は減少していたが、薬物乱用（特に大麻）を肯定する考えが増加しており、今後の動向に注意が必要である。薬物乱用経験者には、学校や家庭環境における孤立感や、薬物乱用の誘いを断る自信が持てないなどの心理社会的な特徴があることが示された。一方、薬物乱用の生涯経験と害知識との間で関連性がみられないことから、知識を高めるだけの予防教育では、実際の薬物乱用行動を予防できない可能性が示唆された。教育現場では、薬物乱用経験を持つ生徒の特徴を考慮に入れつつ、薬物乱用の誘いを断る力、つまり生徒の自己効力感を高めるような実践的な予防教育を推進していく必要がある。

A. 研究目的

青少年における薬物乱用防止は、わが国の薬物政策における重要課題として位置づけられている。例えば、2018年に策定された第五次薬物乱用防止五か年戦略（以下、戦略）では、「青少年を中心とした広報・啓発を通じた国民全体の規範意識の向上による薬物乱用未然防止」を目標の一つとしている。

同戦略では、児童生徒が、薬物乱用の危険性・有害性について正しい知識を持ち、薬物乱用を拒絶する規範意識を向上させることができるように指導・教育内容の充実を図る旨が明記されている。こうした青少年の薬物乱用防止対策を立案し、様々な対策の効果を評価するためには、青少年における薬物乱用の実態を全国規模で、定期的に把握することが求められる。

そこで本研究では、中学生における飲酒・喫煙・薬物乱用の状況を横断的に把握すると共に、その経年的変化をモニタリングすることを目的とした。具体的には、1) 飲酒・喫煙・薬物乱用の実態、2) 薬物乱用に関する害知識の周知状況、3) 薬物乱用経験を持つ生徒の特徴を明らかにすることである。得られた研究成果は、青少年に対する薬物乱用防止対策の基礎資料として供する。

なお、本研究は「飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査」というプロジェクト名で、1996年から隔年で実施され、今回で第12回目の全国調査となった¹⁻¹¹⁾。

B. 研究方法

1. 対象者およびサンプリング

調査対象は、無作為に選ばれた全国240校の中学校における全在校生である。対象校は、層別一段集落抽出法にて決定した。この場合の集落とは学校を指す。各都道府県からも最低1校は抽出されるように、都道府県を層とし、中学生数に比例して抽出対象校数を決定した。すなわち、中学生数が最も少ない鳥取県での対象校数を1として、鳥取県の中学生数との比に従って、残りの都道府県における対象校数を決定した（切り上げ）。なお、各都道府県の対象校を2校以上確保するために、最終的に鳥取県の対象校数を2とした。

なお、抽出には「全国学校総覧2018年版」を用いた。対象校の抽出は、都道府県毎に、上記の手続きで決定された数の中学校を全中学校から無作為で抽出した。その際、学校毎の生徒数に比例して抽出確率を決め、乱数によって抽出した。したがって、中学生数が多い学校ほど

選ばれる抽出確率が高くなる。この操作により、全国の中学校から 240 校（想定生徒数 115,316 名）が選ばれた。

2. 調査方法および倫理的配慮

調査実施機関（国立精神・神経医療研究センター）は、2018 年 6 月、文部科学省担当課、対象校を所管する都道府県教育委員会、市町村教育委員会、対象校の順序で、本調査に関する説明文書、調査用紙、薬物乱用防止に関する書籍、過去の報告書などを送付し、事前通知を行った。その後、2018 年 8 月に、対象校に調査用紙等の書類一式を送付した。

調査期間は、2018 年 9 月から 12 月までであった。自記式質問紙調査を学校内で実施した。調査実施にあたり、教員向けの実施マニュアルを作成した。調査用紙の配布・回収は、対象校の担当教員が行った。「調査への回答は自由意志に基づくものであること」、「回答したくない項目は回答する必要がないこと」、「調査に協力しないことで学校から不利益を被ることは一切ないこと」、「回答済の調査用紙は、個人用封筒に入れ、封をしてから提出すること」、「封筒の開封は学校では行わず、調査実施機関である国立精神・神経医療研究センターで行うこと」等を担当教員が生徒に対して口頭で説明した。以上の手続きにより、対象者は、調査への協力を拒否する権利が保障されている。本研究では、調査への回答をもって、同意取得と判断した。

本調査は無記名であり、個人を特定できる項目はない。生徒のプライバシーを保護し、回答内容が他の生徒や教員に見られることがないように、調査実施にあたり 2 種類の封筒（個人用、クラス用）を配布した。回答後は、生徒自らシール付きの個人用封筒を厳封した。その後、個人用封筒をクラス用封筒に投函させ、クラス単位で回収した。

調査実施後は、対象校の担当教員が調査レポート用紙に、在校生徒数（性別、学年別）や、アンケート実施日の欠席者数などを記載した。クラス単位で回収された調査用紙は調査レポートと共に、国立精神・神経医療研究センター

に返送され、開封作業を行った。

以上の調査手順は、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を遵守するとともに、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た（承認番号 A2015-128）。

3. 調査項目

調査項目は計 35 項目であった。

基本属性および生活習慣に関する設問として、性別、学年、起床・就寝リズム、学校生活、家族関係、インターネット使用時間など 13 項目を尋ねた。

飲酒・喫煙に関する設問として、飲酒・喫煙の生涯経験、初使用年齢、過去 1 年の使用頻度など 7 項目を尋ねた。

薬物乱用に関する設問として、有機溶剤・大麻・覚せい剤・危険ドラッグの 4 種類の薬物について、それぞれの生涯経験、誘われ経験、入手可能性（絶対に不可能、ほとんど不可能、なんとか手に入る、簡単に手に入るの 4 件法）、身近な乱用者、薬物乱用に対する考え（使うべきではない、少々なら構わない、まったく構わないの 3 件法）について尋ねた（計 5 項目）。

最後に薬物乱用に関する害に関する設問として、薬物依存、精神病状態、フラッシュバック、急性中毒死、多発性神経炎、無動機症候群など 10 項目について尋ねた。

なお、薬物の入手可能性については、「絶対不可能」および「ほとんど不可能」という回答を「入手不可」、「なんとか手に入る」および「簡単に手に入る」を「入手可能」として再コーディングした。また、薬物乱用に対する考えは、「少々なら構わない」および「まったく構わない」を「肯定回答」として再コーディングした。

4. 統計解析

調査用紙記載内容の電子メディアへの入力には外部業者に委託した。委託の際には、契約書を作成し、外部業者との委託業務契約を締結した。回答の中に、論理的な矛盾や不備がある場合は、事前に作成したクリーニング・マニュアルに基づき、データ修正を行った。

横断的データについては、性別（男性、女性）、学年（1年生、2年生、3年生）、薬物乱用経験（経験群、非経験群）、大麻乱用経験（経験群、非経験群）で分類し、クロス集計を行った。薬物乱用の生涯経験率などのデータは経年的な変化をみるために、グラフおよび表で推移を示した。なお、群間の有意差は、ピアソンのカイ二乗検定を用いて検定した。

C. 研究結果

1. 回収結果

調査対象校 240 校（国立 1 校、公立 227 校、私立 12 校）のうち、183 校（国立 1 校、公立 175 校、私立 7 校：対象校の 76.3%）から調査協力を得た。このうち 19 校は、学年あるいは学級を限定した形での協力であった。表 1 に都道府県別の対象校数および実施校数（実施率）の状況を示した。各都道府県の実施率は 25%から 100%までバラツキがみられる。

計 183 校の調査協力校より、合計 71,940 名の調査用紙が回収された。これは想定生徒数の 62.4%にあたる。ただし、全国学校要覧による生徒数と実際の在籍生徒数とは必ずしも一致しない可能性がある。このうち 589 名は、性別および学年に明らかな矛盾が生じている生徒（16 名）、回答率が一定水準（今回は 42%未満を除外対象と設定）を満たしていない生徒（175 名）、特別支援学級の生徒（398 名）に該当し、分析対象から除外した。

以上の手続きにより、合計 71,351 名を有効回答とした（想定生徒数の 61.9%）。

2. 対象者の基本属性・生活属性

基本属性・生活属性に関する結果を表 14～表 17 に示した。有効回答となった 71,351 名の内訳は、男性 36,860 名（51.7%）、女性 34,331 名（48.1%）、1 年生 22,647 名（31.7%）、2 年生 24,199 名（33.9%）、3 年生 24,505 名（34.3%）であった。性別や学年に偏りは見られなかった。

生活習慣に関する結果では、起床時間は全体の 82.5%が、就寝時間は全体の 59.1%が「ほぼ一定している」と回答した。朝食の摂食頻度は、

ほとんど毎日（88.0%）が最も多く、時々食べる（7.9%）や、ほとんど食べない（4.0%）という回答は少なかった。

学校生活は、とても楽しい（47.9%）、どちらかと言えば楽しい（41.3%）が過半数を占めていたが、あまり楽しくない（8.3%）、まったく楽しくない（2.2%）という回答もみられた。クラブ活動は、積極的に参加（60.5%）が最も多く、引退した（23.8%）、消極的に参加（8.5%）、参加していない（6.7%）と続いた。親しく遊べる友人は 96.6%が「いる」と回答していたが、3.0%は「いない」と回答した。相談事のできる友人は、90.1%が「いる」と回答していたが、9.3%は「いない」と回答した。

家庭生活に関する結果のうち、家族全員での夕食頻度は、ほとんど毎日（44.7%）が最も多いが、週 2 回（13.9%）、ほとんど食べない（11.4%）、週 5～6 回（10.7%）と続いた。大人不在の状態で過ごす時間は、ほとんどなし（27.5%）が最も多く、1～2 時間（23.5%）、1 時間未満（22.3%）、2～3 時間（13.2%）と続いた。悩み事の親への相談は、どちらかと言えば相談する（32.4%）が最も多く、どちらかと言えば相談しない（22.9%）、ほとんど相談しない（22.7%）、よく相談する（20.2%）と続いた。

3. インターネット使用状況

インターネット使用に関する結果を表 18～21 に示した。遊び目的でのインターネット利用時間（1 日あたり）は、1～2 時間（29.1%）が最も多く、2～3 時間（22.6%）、1 時間未満（20.6%）、3～4 時間（12.3%）、5 時間以上（8.0%）、4～5 時間（5.7%）と続いた。

インターネットを利用する時に、最も使用する機器は、スマートフォン（63.2%）、パソコン（17.0%）、ゲーム機（10.5%）、と続いた。女性は男性に比べてスマートフォンという回答が多く（男性 55.3%、女性 71.8%）、男性は女性に比べてゲーム機という回答が多かった（男性 17.0%、女性 3.5%）。

4. 飲酒・喫煙に関する結果

飲酒・喫煙に関する結果を表 22～表 25 に示した。飲酒の生涯経験率は、男性 (23.3%)、女性 (18.7%)、1 年生 (17.9%)、2 年生 (21.1%)、3 年生 (24.1%)、全体 (21.1%) であった。飲酒場面は、冠婚葬祭 (12.4%) や、家族と一緒に (8.8%) という回答が多くみられた。初回飲酒年齢は、年齢は覚えていない (7.7%) という回答が最も多く、10 歳以下 (6.8%)、12 歳 (2.1%) と続いた。飲酒の過去 1 年経験率は、男性 (12.9%)、女性 (9.5%)、1 年生 (9.5%)、2 年生 (11.2%)、3 年生 (13.0%)、全体 (11.3%) であった。過去 1 年間の飲酒頻度は、1 年間で数回 (10.3%) が最も多かった。未成年者の飲酒に対しては、飲むべきではない (82.6%) が過半数を占めたが、時と場合に応じては構わない (14.3%) や全然構わない (1.9%) という回答もみられた。

一方、喫煙の生涯経験率は、男性 (2.8%)、女性 (1.5%)、1 年生 (1.4%)、2 年生 (2.3%)、3 年生 (2.8%)、全体 (2.2%) であった。喫煙の過去 1 年経験率は、男性 (1.4%)、女性 (0.7%)、1 年生 (0.6%)、2 年生 (1.0%)、3 年生 (1.3%)、全体 (1.0%) であった。初回喫煙年齢は、年齢は覚えていない (0.7%)、10 歳以下 (0.6%) という回答が最も多く、過去 1 年間の喫煙頻度は、1 年間で数回 (0.6%) が最も多かった。未成年者の喫煙に対しては、吸うべきではない (95.6%) という回答が過半数を占める一方で、少々なら構わない (2.1%) や全然構わない (1.2%) という回答もみられた。

飲酒および喫煙の生涯経験率の経年変化を表 9～10 および図 9～10 に示した。飲酒率、喫煙率は、いずれも年々減少傾向にある。

5. 薬物乱用の生涯経験率・誘われ経験・入手可能性などの結果

薬物乱用に関する結果を表 26～表 29 に示した。薬物乱用の生涯経験率は、有機溶剤 (0.5%)、大麻 (0.3%)、覚せい剤 (0.3%)、危険ドラッグ (0.3%)、いずれかの薬物 (0.6%) であった。

薬物乱用に誘われた経験は、有機溶剤 (0.3%)、大麻 (0.3%)、覚せい剤 (0.3%)、危険ドラッグ

(0.3%)、いずれかの薬物 (0.5%) であった。

身近に使っている人がいると答えた者の割合は、有機溶剤 (0.9%)、大麻 (0.7%)、覚せい剤 (0.7%)、危険ドラッグ (0.6%) であった。

薬物の入手可能性は、各薬物ともに「絶対不可能」あるいは「ほとんど不可能」という回答が過半数を占めていたが、「簡単に手に入る」という回答もみられ、有機溶剤 (4.5%)、大麻 (2.7%)、覚せい剤 (2.7%)、危険ドラッグが (2.7%) であった。

薬物乱用に対する考えは、ほとんどの対象者が「使うべきではない」と回答していたものの、わずかながら「まったく構わない」という回答がみられ、有機溶剤 (0.8%)、大麻 (0.9%)、覚せい剤 (0.8%)、危険ドラッグ (0.8%) であった。

薬物乱用に関する経年変化を表 2～8, 11～13, 42 および図 2～8, 11～13, 42 に示した。

2016 年から 2018 年にかけての生涯経験率の変化について、有機溶剤は男性 (0.6%→0.6%)、女性 (0.3%→0.3%) とともに横這いで推移していた。大麻は、男性では増加 (0.4%→0.5%)、女性では横這い (0.2%→0.2%) で推移していた。覚せい剤は、男性では横這い (0.4%→0.4%)、女性では増加 (0.1%→0.2%) していた。危険ドラッグは、男性では横這い (0.4%→0.4%)、女性では増加 (0.1%→0.2%) していた。

薬物を入手できるという回答（「なんとか手に入る」「簡単に手に入る」の合計）は、有機溶剤 (11.0%)、大麻 (8.4%)、覚せい剤 (8.5%)、危険ドラッグ (8.3%) であり、2016 年に比べていずれも減少していた。

薬物乱用を肯定する回答（「少々なら構わない」「まったく構わない」の合計）は、有機溶剤 (1.6%)、大麻 (1.9%)、覚せい剤 (1.5%)、危険ドラッグ (1.3%) であり、2016 年に比べていずれも増加していた。薬物乱用に誘われた経験率は各薬物ともに横這いであった。

6. 薬物乱用に関する害の周知率

薬物乱用に関する害の周知率を表 30～表 33 に示した。それぞれの周知率は、薬物依存 (95.5%)、精神病状態 (89.9%)、フラッシュバ

ック(71.3%)、有機溶剤乱用による急性中毒死(73.2%)、有機溶剤乱用による歯の腐食(69.3%)、有機溶剤乱用による多発性神経炎(62.8%)、無動機症候群(65.4%)、危険ドラッグによる身体・精神症状(71.6%)などであった。

害知識の周知率の経年変化を表 34～表 41 および図 14～図 21 に示した。薬物乱用に関する害の周知率は、概ね上昇あるいは横這いで推移していた。「有機溶剤乱用による多発性神経炎」のみが周知率の低下が確認された。

薬物乱用の誘いを断る自信は、大変ある(79.5%)や、どちらかと言えばある(14.7%)が多数を占めていたが、どちらかと言えない(2.0%)、まったくない(2.6%)という回答もみられた。

7. 薬物乱用経験を持つ生徒の特徴

ここでは、いずれかの薬物乱用経験のある経験群と、薬物乱用経験のない非経験群との群間比較の結果を示した。経験群は非経験群に比べて男性の比率が高く、2年生の比率が高い傾向がみられた。

生活習慣に関する結果(表 16)では、経験群は非経験群に比べて、起床時間や就寝時間が一定していない生徒の比率が高く、朝食を食べないという生徒の比率が高かった。学校生活に関する結果では、経験群は非経験群に比べて、学校生活が楽しくない、クラブ活動に参加していない、親しく遊べる友人がいない、相談事のできる友人がいないという回答が高い傾向がみられた。家庭生活に関する結果では、経験群は非経験群に比べて、家族全員で夕食を食べない、大人不在の状態でご飯時間が長い、悩み事を親に相談しない、遊び目的でのインターネット利用時間が長い傾向がみられた(表 20)。

飲酒・喫煙に関する結果(表 24)では、経験群は非経験群に比べて、生涯飲酒経験率、過去1年飲酒経験率、生涯喫煙経験率、過去1年喫煙経験率のいずれも高かった。また、経験群は非経験群に比べて、未成年者の飲酒や喫煙に対して「全然構わない」と答える比率が高かった。

薬物乱用に関する結果(表 28)では、経験群

は非経験群に比べて、薬物乱用に誘われた経験、身近に使っている人がいると答えた者の割合、薬物の入手可能性、薬物乱用を肯定する考えが多かった。

薬物乱用の害知識に関する結果(表 32)では、「薬物依存」および「精神病状態」については、薬物乱用の非経験群の周知率は、経験群に比べて、有意に高かったが、「フラッシュバック」「急性中毒死」「歯の腐食」「多発性神経炎」「無動機症候群」「危険ドラッグの有害性」などに関しては、有意差は認められなかった。

薬物乱用の誘いを断る自信は、経験群は非経験群に比べて、「まったくない」という回答が多かった。

D. 考察

1. 対象者の特徴

本調査は、1990年に和田らが千葉県公立中学校を対象に実施した調査を原点としている¹²⁻¹⁴⁾。1996年より調査対象を全国規模に拡大し、2年に1回のペースで継続的に実施し、今回が第12回目の実施となる¹⁻¹¹⁾。薬物乱用の好発年齢とされる中学生^{15,16)}における薬物乱用の実態調査としては、わが国で唯一の全国調査である。また、20年以上、同一デザインで調査を行ってきたことで、薬物乱用の生涯経験率などの経年的変化を掴むことができるモニタリング調査としての性質も併せ持っている。

今年度調査の協力率は、対象校の76.3%であり、これまで最も高い協力率となった(図 1)。都道府県別の協力率をみると25%から100%までバラツキはあるが、すべての都道府県から1校以上の協力を得ることができた点も含めて、今年度の協力率は特筆して高いと言える(表 1)。学校行事が立て込む二学期中の調査にご協力をいただいた各対象校および対象校を管轄する各教育委員会にはこの場を借りて心からお礼を申し上げたい。

さて、今年度、協力率が急激に増加した背景にはいくつかの理由が考えられる。一つ目の理由は、学校保健関係の全国大会を通じて、協力要請を行ったことである。全国学校保健・安全

研究大会（鹿児島）および、学校環境衛生・薬事衛生研究協議会（滋賀）において、全国の学校保健関係者に向けて説明と協力要請を実施した。こうしたアナウンスを通じて、当研究が各自治体に周知されたことが影響している可能性がある。

二つ目の理由は、薬物乱用防止に資する教材「危険ドラッグ問題の表と裏¹⁷⁾」を全対象校に事前送付したことである。従来は、調査協力のインセンティブとして、調査実施後に協力校のみに書籍を送付していた。しかし、今年度より協力の有無に関わらず、すべての対象校に事前送付した。この書籍には、過去の調査データが反映されていることから、対象校としては本調査の実績や、調査結果の活用方法などを事前に理解した上で、調査への協力を検討することができる体制となった。こうした事前の情報提供が協力率に影響を与えた可能性が考えられる。

三つ目の理由は、対象校との連絡をより丁寧に行った点である。前回までは、調査期間中に郵送にて実施状況を尋ね、返信ハガキで回答を求めてきた。利便性の向上を目的として、今回より返信をFAXおよびメールに変更した。さらに、返信のない学校に対しては、直接電話をかけ、調査実施状況および意向について確認を行った。こうした対象校との連絡を密にとったことが、結果として協力率向上につながったと考えられる。

四つ目の理由は、調査期間を拡大したことが考えられる。前回までは、10月上旬から11月末までの調査期間であったが、今回は、期間を9月上旬から12月中旬まで拡大して実施した。結果として、夏休み明けの9月上旬や12月中旬、特に、テスト期間が終了した二学期末の時期に調査を実施した学校が多く、学校側が調査を実施し易い時期であったことが考えられた。

2. 飲酒・喫煙の生涯経験率

2016年から2018年にかけて飲酒・喫煙の生涯経験率はいずれも減少した。飲酒・喫煙の生涯経験率は、1998年をピークとして、特に2000年以降は激減している。中学生における飲酒

率・喫煙率低下の背景には、2000年に改正された「未成年者喫煙禁止法及び未成年者飲酒禁止法」が影響していることが考えられる。タバコや酒類の販売時の年齢確認が強化されたことや、自動販売機での購入時に成人識別が必要となったことから、未成年者の入手機会が減った。特にタバコに関しては、健康増進法の影響もあり、中学生の親世代についても禁煙化が進んでいることが想像され、身近な家族からの影響が少なくなった可能性がある。対象者全体の95%以上が「未成年者はタバコを吸うべきではない」と考えていることから、中学生の間でタバコに対する忌避的な考えが広く浸透していることが伺われる。これに対し、「未成年者はお酒を飲むべきではない」という回答は80%程度にとどまっており、タバコと比べると寛容に捉えられる傾向がある。中学生の飲酒に対して、両親やきょうだいなどの家族の飲酒が与える影響は少なくないと推察される。飲酒場面では、「冠婚葬祭」や「家族と一緒に」といった回答が多いことや、未成年者の飲酒に関して「時と場合に応じては構わない」という回答が一定割合みられることから、中学生の周りには大人が飲酒に対しては寛容であることが、結果として中学生の意識にも影響を与えている可能性が考えられる。

3. 薬物乱用の生涯経験率

薬物乱用の生涯経験率は、2016年から2018年にかけて、有機溶剤および危険ドラッグは0.1ポイント上昇し、大麻と覚せい剤は横這いで推移していた。2017年に実施された薬物使用に関する全国住民調査¹⁸⁾では、大麻の生涯経験率が有機溶剤を上回り、我が国で最も乱用される薬物となったことが報告されているが、中学生においては今のところ同様の変化はみられていない。今回、2016年から2018年にかけて有機溶剤および危険ドラッグの生涯経験率がわずかに増加したが、二時点の変化だけで今後の動向を予測することは困難であり、今後もモニタリングを続けていく必要がある。いずれにせよ、中学生においては、薬物乱用の減少がみられて

いないということは言えそうである。

薬物の入手可能性については、減少傾向にある一方で、薬物乱用（特に大麻）を肯定する考えが増えているという結果が得られた。入手可能性の低下は、危険ドラッグに対する指定薬物制度など、薬物乱用の規制が強化されたことで、薬物を入手しづらい環境になっていることを反映した回答と考えられる。一方、薬物乱用を「少々なら構わない」「まったく構わない」といった肯定する考えが増加している背景には、インターネット上に大麻を肯定するような情報や、大麻の安全性を強調するような情報が氾濫していることが青少年に何らかの影響を与えている可能性がある。また近年、北米（アメリカの一部の州およびカナダ）において、医療目的や嗜好目的での大麻が合法化される動きがあるが、こうした海外の薬物政策の転換が、我が国の青少年の意識にも何らかの影響を与えている可能性は否定できない。

4. 薬物乱用経験者の特徴を踏まえた予防教育

薬物乱用経験を持つ生徒の特徴として、「起床時間が一定していない」「朝食を食べない」「学校生活が楽しくない」「親しく遊べる友人、相談事のできる友人がいない」「孤食が多い」「大人不在で過ごす時間が長い」「悩み事を親に相談しない」「遊び目的でのインターネット利用時間が長い」「喫煙率、飲酒率が高い」「薬物乱用の誘いを断る自信がない」といった共通項が認められた。これらの共通項からは、学校や家庭環境における孤立感や、薬物乱用の誘いを断る自信が持てないなどの心理社会的な特徴があることが示唆される。

薬物乱用防止のためには、正しい害知識の普及が必要と言いたいところであるが、薬物乱用経験の有無と、薬物乱用の害知識との間には関連性があまりないことが結果で示されている。つまり、薬物乱用の危険性・有害性を強調するだけの知識伝達型の教育だけでは、実際の薬物乱用行動を予防できない可能性が示唆される。文部科学省が進める薬物乱用防止教育では、薬物乱用の有害性や危険性を学習するだけ

でなく、セルフエスティームや意志決定能力を育むようなライフスキル教育を重視している¹⁹⁾。教育現場では、薬物乱用経験を持つ生徒の特徴を考慮に入れつつ、薬物乱用の誘いを断る力、つまり生徒の自己効力感を高めるような実践的な予防教育を推進していく必要がある。

E. 結論

中学生における飲酒・喫煙・薬物乱用の状況を横断的に把握すると共に、その経年的変化をモニタリングすることが目的として、第12回目となる「飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査」を実施した。

2016年から2018年にかけて飲酒・喫煙の生涯経験率はいずれも減少したが、有機溶剤および危険ドラッグは増加し、大麻および覚せい剤は横這いで推移していた。薬物の入手可能性は減少していたが、薬物乱用（特に大麻）を肯定する考えが増加しており、今後の動向に注意が必要である。

薬物乱用経験者には、学校や家庭環境における孤立感や、薬物乱用の誘いを断る自信が持てないなどの心理社会的な特徴があることが示された。一方、薬物乱用の生涯経験と害知識との間で関連性がみられないことから、知識を高めるだけの予防教育では、実際の薬物乱用行動を予防できない可能性が示唆された。教育現場では、薬物乱用経験を持つ生徒の特徴を考慮に入れつつ、薬物乱用の誘いを断る力、つまり生徒の自己効力感を高めるような実践的な予防教育を推進していく必要がある。

謝辞

本調査の実施にあたり、快くご協力をいただきました各対象校の関係者様、教育委員会の皆様、そして調査にご回答いただきました生徒の皆様、心から感謝いたします。

また、調査用紙の開封・整理作業にご尽力いただいた八王子ダルク・川崎ダルク・横浜ダルクのみみなさま、学生ボランティア（津田塾大学、東京薬科大学、東京経済大学）の皆様にもこの場を借りてお礼を申し上げます。

F. 参考文献

- 1) 和田清, 勝野眞吾, 尾崎米厚, ほか: 中学生における「シンナー遊び」・喫煙・飲酒についての調査研究. 平成 8 年度厚生科学研究費補助金麻薬等対策総合研究事業「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班」研究報告書第 1 分冊 薬物乱用・依存の多面的疫学調査研究 (2), pp21-60, 1997.
- 2) 和田清, 中野良吾, 尾崎米厚, ほか: 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査. 平成 10 年度厚生科学研究費補助金医薬安全総合研究事業「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」研究報告書, pp19-83, 1999.
- 3) 和田清, 菊池安希子, 尾崎米厚, ほか: 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査. 平成 12 年度厚生科学研究費補助金医薬安全総合研究事業「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神障害者等に対する適切な医療のあり方についての研究」研究報告書, pp15-76, 2001.
- 4) 和田清, 畢穎, 尾崎米厚, ほか: 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査. 平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金医薬安全総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」研究報告書, pp19-86, 2003.
- 5) 和田清, 近藤あゆみ, 高橋伸彰, ほか: 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態とその社会的影響・対策に関する研究」研究報告書, pp17-87, 2005.
- 6) 和田清, 近藤あゆみ, 尾崎米厚, ほか: 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査. 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態と乱用・依存者に対する対応策に関する研究」研究報告書, pp17-91, 2007.
- 7) 和田清, 嶋根卓也, 尾崎米厚, ほか: 薬物乱用に関する全国中学生意識・実態調査. 平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究」研究報告書, pp15-85, 2009.
- 8) 和田清, 小堀栄子, 嶋根卓也, ほか: 飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査. 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究」研究報告書, pp17-87, 2011.
- 9) 和田清, 水野奈津美, 嶋根卓也, ほか: 飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査. 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究」研究報告書, pp17-83, 2013.
- 10) 和田清, 邱冬梅, 嶋根卓也, ほか: 飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査. 平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業「『脱法ドラッグ』を含む薬物乱用・依存の実態把握と薬物依存症者の「回復」とその家族に対する支援に関する研究」研究報告書, pp17-93, 2015.
- 11) 嶋根卓也, 大曲めぐみ, 北垣邦彦, ほか: 飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査. 平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業「危険ドラッグを含む薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の社会復帰に向けた支援に関する研究」総括: 分担研究報告書. pp15-74, 2017.

- 12) Wada, K., Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users. *Addiction* 8 8: 89-100,1993.
- 13) 和田清：中学生における有機溶剤乱用の実態とその生活背景－1992 年千葉県調査より－. *学校保健研究* 43:26-38, 2001.
- 14) Wada, K.: Prevalence of Solvent Inhalation among Junior High School Students in Japan and Their Background Lifestyle: Result of Chiba Prefecture Survey 1994. *Japanese Journal of Alcohol Studies and Drug Dependence* 37: 41-56, 2002.
- 15) Wada, K., Fukui, S.: Demographic and Social Characteristics of Solvent Abuse Patients in Japan. *The American Journal on Addictions* 3:165-176, 1994.
- 16) 嶋根卓也, 三砂ちづる：青少年と薬物乱用・依存. *保健医療科学*. 54(2):119-126, 2005.
- 17) 加藤哲太、北垣邦彦、嶋根卓也、ほか：危険ドラッグ問題の表と裏、薬事日報社、2016.
- 18) 嶋根卓也, 邱冬梅, 和田清：薬物使用に関する全国住民調査 (2017 年) . 平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業「薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究」分担研究報告書, pp7-148, 2018.
- 19) 嶋根卓也：学校における薬物乱用防止教育. *精神科治療学*, 31(5) : 573-579, 2016.
- 20) 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, ほか：薬物使用経験のある HIV 陽性者において危険ドラッグ使用が服薬アドヒアランスに与える影響、*日本エイズ学会雑誌* 20(1) : 32-40, 2018.
- 21) 佐々木真人, 堀岡広稔, 村岡謙行..., 嶋根卓也：薬局薬剤師を対象としたゲートキーパー研修会が知識・自己効力感・臨床行動に与える影響, *日本薬剤師会雑誌*, 70(7):849-857, 2018.
- 22) 嶋根卓也：日本における薬物乱用のモニタリング調査と回復支援プログラムについて. *龍谷法学* 50(3) : 1805-1812, 2018.
- 23) 嶋根卓也：【IV. 知っておきたい！生活サポート&性教育】40 薬物乱用. *小児科* 50 (5) 4 月臨時増刊号「思春期を診る！」: 774-780, 2018.
- 24) 嶋根卓也：薬物乱用防止の最前線：薬剤師に知ってほしいこと. *Excellent Pharmacy* 5 月 1 日号, pp11-13, 2018.
- 25) 嶋根卓也：薬物乱用防止における薬剤師の役割. *ファルマシア* 54(6) : 541-543, 2018.
- 26) 嶋根卓也：「NO」と言えない子どもたち－酒・タバコ・クスリと援助希求. *こころの科学* №202 : 47-51, 2018.
- 27) 嶋根卓也：薬物使用の最新動向：大麻からエナジードリンクまで、*KNOW NEWS LETTER* 99 号,p2-5,2018.
- 28) 嶋根卓也, 松本俊彦：2.評価尺度の解説 (2) 薬物使用障害の評価尺度. *新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン*, 第 1 章 総論 II 診断総論, 新興医学出版社, 東京, pp11-13, 2018.
- 29) 嶋根卓也, 松本俊彦：2.薬物乱用・依存の疫学. *新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン*, 第 1 章 総論 IV 疫学, 新興医学出版社, 東京, pp28-31, 2018.

G. 研究発表

1. 論文発表

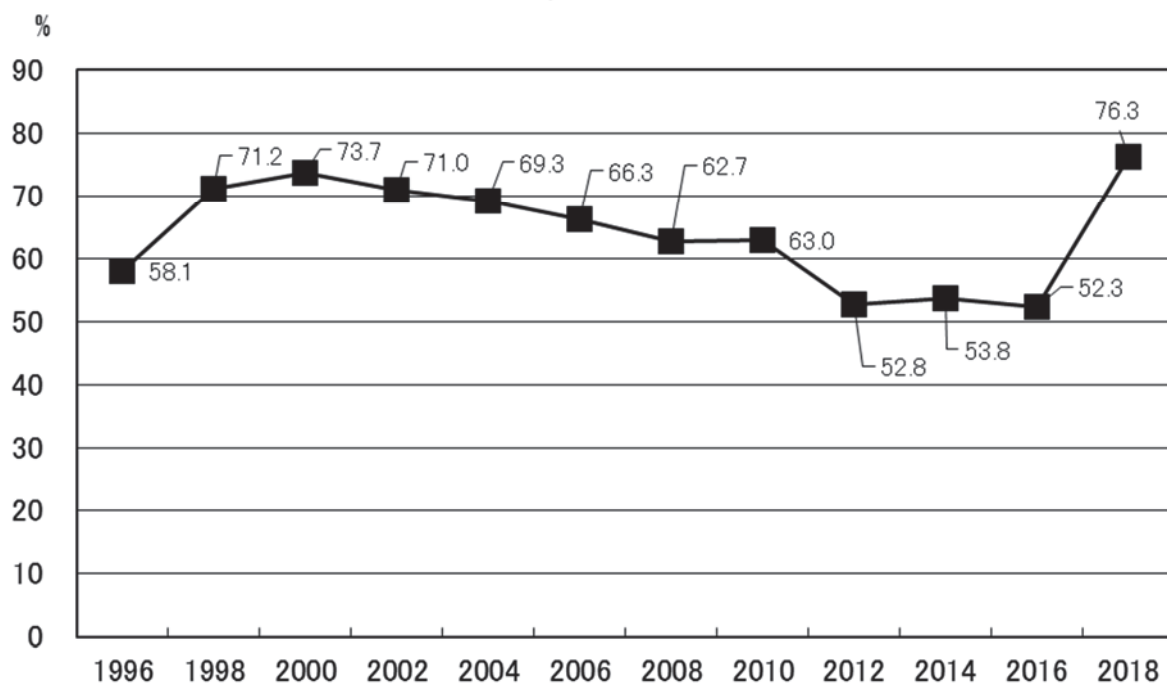
- 1) 嶋根卓也：過量服薬に対する薬剤師の役割. *臨床精神薬理*. 22(3),293-299, 2019.
- 2) Tanibuchi Y, Matsumoto T, Funada D, Shimane T : The influence of tightening regulations on patients with new psychoactive substance-related disorders in Japan. *Neuropsychopharmacol Rep*. 38(4), 189-196, 2018.
- 3) Shimane T, Wada K, Qiu D : Prevalence of

- binge drinking and association with substance use : A cross-sectional nationwide general population survey in Japan. 19th World Congress of International Society for Biomedical Research on Alcoholism(ISBRA2018), Kyoto, Japan, 2018.9.12
- 2) Shimane T, Tani M, Yamaki M, Kobayashi M, Kondo A, Takahashi M : Methamphetamine users in Japanese prisons : Comorbid hazardous alcohol consumption. 19th World Congress of International Society for Biomedical Research on Alcoholism(ISBRA2018), Kyoto, Japan, 2018.9.12
 - 3) Yamaki M, Takeshita Y, Takahashi M, Kondo A, Shimane T : Prevalence and correlates of adverse childhood experience(aces)among methamphetamine users in Japanese prison . 19th World Congress of International Society for Biomedical Research on Alcoholism(ISBRA2018), Kyoto, Japan, 2018.9.11
 - 4) Shimane T : Drug use and addiction in Japan: Increase and decrease with new psychoactive substances. The 20th International Society of Addiction Medicine Annual Meeting(ISAM BUSAN 2018), Busan, Republic of Korea, 2018.11.4.
 - 5) 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 米澤雅子, 近藤恒夫, 松本俊彦 : 民間支援団体利用者のコホート調査と支援の課題に関する研究 (第二報). シンポジウム 33 刑の一部執行猶予制度施行後における薬物依存症地域支援の現状と課題. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
 - 6) 大西真由美, 尾崎敬子, 嶋根卓也 : 国際保健と疫学～フィールドとアカデミアをつなぐために. 第 33 回日本国際保健医療学会学術大会シンポジウム, 東京, 2018.12.1.
 - 7) 嶋根卓也 : 危険ドラッグ問題の行方 : 全国住民調査 2015 年の結果より. 第 22 回埼玉県薬剤師会学術大会, 埼玉, 2016.11.6.
 - 8) 和田清, 合川勇三, 森田展彰, 嶋根卓也 : 薬物乱用・依存症者における HIV・HCV 等感染状況と感染ハイリスク行動に関する研究. 平成 29 年度日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 神奈川, 2017.9.9.
 - 9) 嶋根卓也, 邱冬梅, 和田清 : 一般住民におけるカフェイン製剤使用状況と薬物使用との関連 : 薬物使用に関する全国住民調査より. 平成 30 年度日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 京都, 2018.9.10.
 - 10) 嶋根卓也, 邱冬梅, 和田清 : 一般住民におけるエナジードリンク使用状況と薬物使用との関連 : 薬物使用に関する全国住民調査より. 平成 30 年度日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 京都, 2018.9.10.
 - 11) 嶋根卓也, 邱冬梅, 和田清 : 一般住民における大麻使用の増加 : 薬物使用に関する全国住民調査より. 平成 30 年度日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 京都, 2018.9.10.
 - 12) 引土絵未, 岡崎重人, 加藤隆, ...嶋根卓也 : 回復支援施設における TC エンカウンター・グループの適用に関する研究. 平成 30 年度日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 京都, 2018.9.10.
 - 13) 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, ほか : 薬物使用経験のある HIV 陽性者における亜硝酸エステル使用が服薬アドヒアランスに与える影響. 第 32 回日本エイズ学会学術集会・総会, 大阪, 2018.12.4.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
該当なし

表1. 都道府県別にみた対象校数および実施校数（実施率）の状況

	対象校数	実施校数	実施率(%)		対象校数	実施校数	実施率(%)
北海道	9	5	55.6%	滋賀	3	3	100.0%
青森	3	2	66.7%	京都	5	4	80.0%
岩手	3	3	100.0%	大阪	15	11	73.3%
宮城	4	3	75.0%	兵庫	10	7	70.0%
秋田	2	2	100.0%	奈良	3	3	100.0%
山形	2	1	50.0%	和歌山	2	2	100.0%
福島	4	3	75.0%	鳥取	2	2	100.0%
茨城	6	3	50.0%	島根	2	2	100.0%
栃木	4	4	100.0%	岡山	4	2	50.0%
群馬	4	1	25.0%	広島	6	5	83.3%
埼玉	13	11	84.6%	山口	3	3	100.0%
千葉	11	9	81.8%	徳島	2	1	50.0%
東京	20	17	85.0%	香川	2	2	100.0%
神奈川	16	9	56.3%	愛媛	3	2	66.7%
新潟	4	4	100.0%	高知	2	2	100.0%
富山	2	2	100.0%	福岡	9	6	66.7%
石川	3	2	66.7%	佐賀	2	2	100.0%
福井	2	2	100.0%	長崎	3	2	66.7%
山梨	2	2	100.0%	熊本	4	4	100.0%
長野	4	4	100.0%	大分	2	2	100.0%
岐阜	4	3	75.0%	宮崎	2	2	100.0%
静岡	7	4	57.1%	鹿児島	3	3	100.0%
愛知	14	7	50.0%	沖縄	4	4	100.0%
三重	4	4	100.0%	全体	240	183	76.3%

図1. 回収率の推移(1996-2018年)



＜図表に関する注意事項＞

本研究の図表において、原則として「無回答・無効回答」を分母に含めた状況で割合を計算している。ただし、経年変化など一部のデータについては、「無回答・無効回答」を分母から除いた形で割合を計算しているものがあり、その場合は図表の下部に注釈を付けた。また、クロス集計における有意差検定は、無回答・無効回答を除外して計算した。
 無回答：答えていない場合、無効回答：回答に不備がある場合

表2. 薬物乱用の生涯経験率の推移(1996-2018年) (%)

調査年	有機溶剤	大麻	覚せい剤	危険ドラッグ	いずれかの薬物
1996	1.1	0.6	0.4	-	1.5
1998	1.3	0.7	0.5	-	1.8
2000	1.3	0.4	0.4	-	1.5
2002	1.2	0.5	0.4	-	1.6
2004	1.1	0.5	0.5	-	1.4
2006	0.9	0.4	0.4	-	1.2
2008	0.8	0.3	0.3	-	1.0
2010	0.7	0.3	0.3	-	0.9
2012	0.5	0.2	0.2	0.2	0.8
2014	0.7	0.2	0.2	0.2	1.0
2016	0.4	0.3	0.3	0.2	0.5
2018	0.5	0.3	0.3	0.3	0.6

生涯経験率は無回答・無効回答を除いて計算した。

図2. 薬物乱用の生涯経験率の推移(1996-2018年)

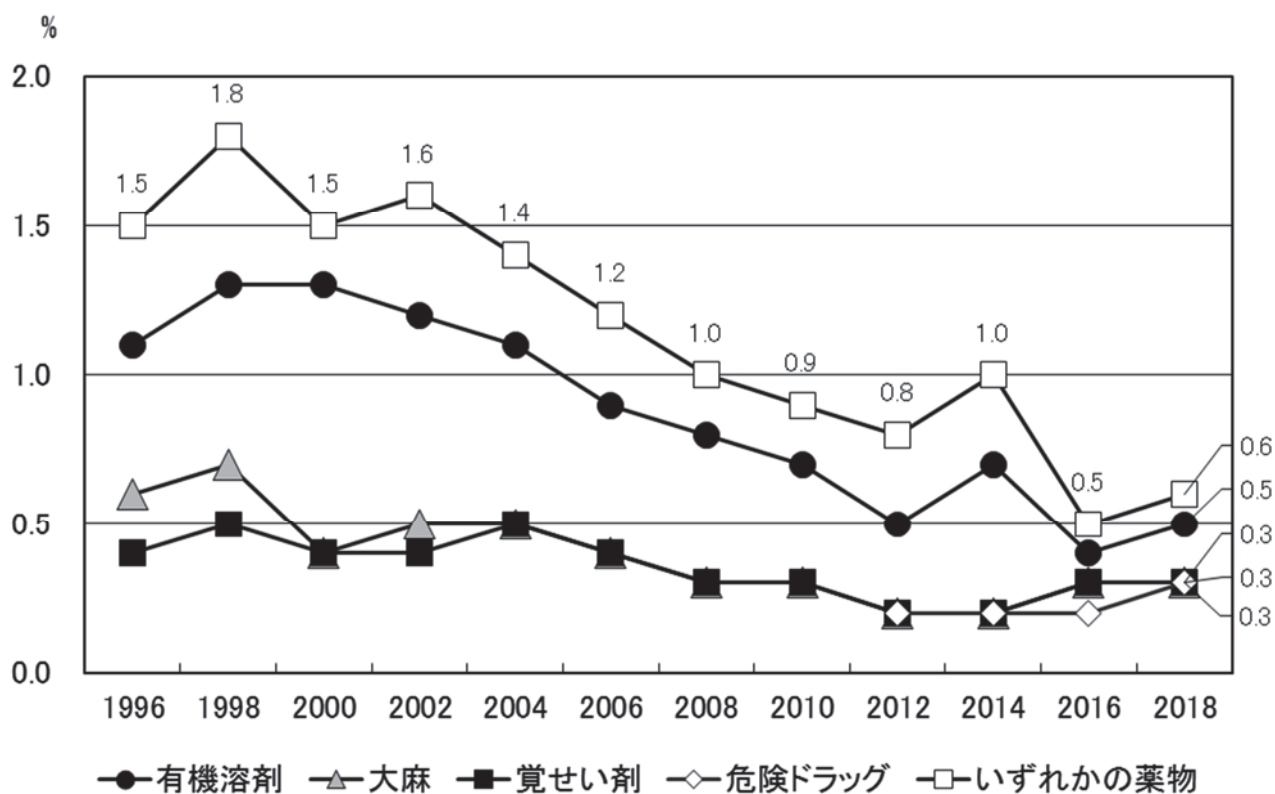


表3. いずれかの薬物乱用の生涯経験率の推移(1996-2018年)

(%)

調査年	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	回答生徒数
1996	1.8	1.5	1.8	2.2	1.0	0.9	1.0	1.0	1.5	1.3	1.5	1.7	108	54,136
1998	2.3	1.8	2.1	2.9	1.2	1.2	1.1	1.3	1.8	1.5	1.6	2.2	148	71,245
2000	2.0	1.7	2.0	2.3	1.1	1.0	1.0	1.2	1.5	1.4	1.5	1.8	140	61,481
2002	1.8	1.7	1.9	1.9	1.3	1.2	1.4	1.3	1.6	1.5	1.7	1.6	149	61,668
2004	1.7	1.4	1.5	1.9	1.2	1.1	1.2	1.2	1.4	1.2	1.3	1.6	147	64,314
2006	1.4	1.3	1.4	1.6	0.9	0.8	0.8	1.1	1.2	1.1	1.1	1.3	138	55,387
2008	1.3	1.0	1.2	1.7	0.8	0.7	0.6	1.0	1.0	0.8	0.9	1.4	133	51,515
2010	1.1	0.9	1.1	1.2	0.7	0.6	0.8	0.8	0.9	0.7	1.0	1.0	121	46,570
2012	1.0	0.9	0.9	1.2	0.6	0.4	0.5	0.7	0.8	0.7	0.7	1.0	124	53,462
2014	1.3	1.3	1.4	1.3	0.6	0.5	0.6	0.6	1.0	0.9	1.0	1.0	129	54,451
2016	0.7	0.5	0.6	1.0	0.3	0.4	0.2	0.3	0.5	0.4	0.4	0.7	126	52,185
2018	0.7	0.5	0.8	0.8	0.4	0.3	0.5	0.3	0.6	0.4	0.7	0.6	183	70,410

*「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。生涯経験率は無回答・無効回答を除いて計算した。

図3. いずれかの薬物乱用の生涯経験率の推移
(全体、男女、1996-2018年)

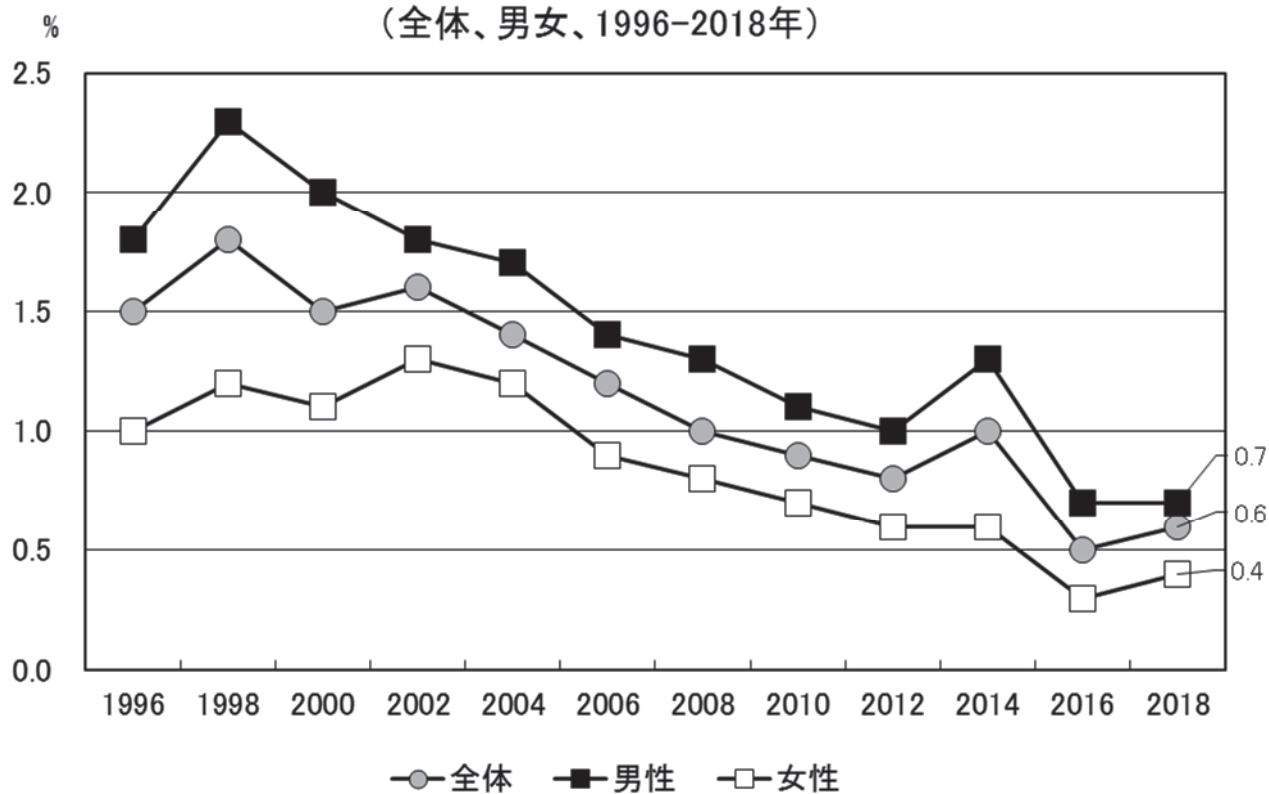


表4. 大麻または覚せい剤乱用の生涯経験率の推移(1996-2018年)

(%)

調査年	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	回答生徒数
1996	0.8	0.5	0.8	1.0	0.4	0.4	0.4	0.4	0.7	0.5	0.7	0.8	108	54,116
1998	1.0	0.9	1.0	1.2	0.5	0.5	0.5	0.6	0.8	0.7	0.8	0.9	148	71,245
2000	0.8	0.6	0.7	0.9	0.4	0.3	0.4	0.4	0.6	0.5	0.6	0.6	140	61,481
2002	0.8	0.6	0.9	0.8	0.5	0.4	0.6	0.6	0.7	0.5	0.8	0.7	149	61,668
2004	0.7	0.5	0.8	0.8	0.5	0.4	0.5	0.6	0.6	0.5	0.6	0.7	147	64,610
2006	0.7	0.6	0.7	0.8	0.4	0.3	0.3	0.6	0.6	0.5	0.5	0.7	138	55,627
2008	0.5	0.4	0.5	0.7	0.3	0.2	0.2	0.5	0.4	0.3	0.4	0.6	133	51,751
2010	0.6	0.4	0.6	0.7	0.3	0.2	0.3	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	121	46,760
2012	0.4	0.3	0.3	0.5	0.2	0.2	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2	0.4	124	53,824
2014	0.4	0.3	0.4	0.4	0.2	0.1	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3	0.3	129	54,943
2016	0.5	0.3	0.4	0.7	0.2	0.1	0.1	0.2	0.3	0.2	0.3	0.4	126	52,193
2018	0.5	0.4	0.5	0.6	0.3	0.1	0.4	0.2	0.4	0.3	0.5	0.4	128	70,433

*「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。生涯経験率は無回答・無効回答を除いて計算した。

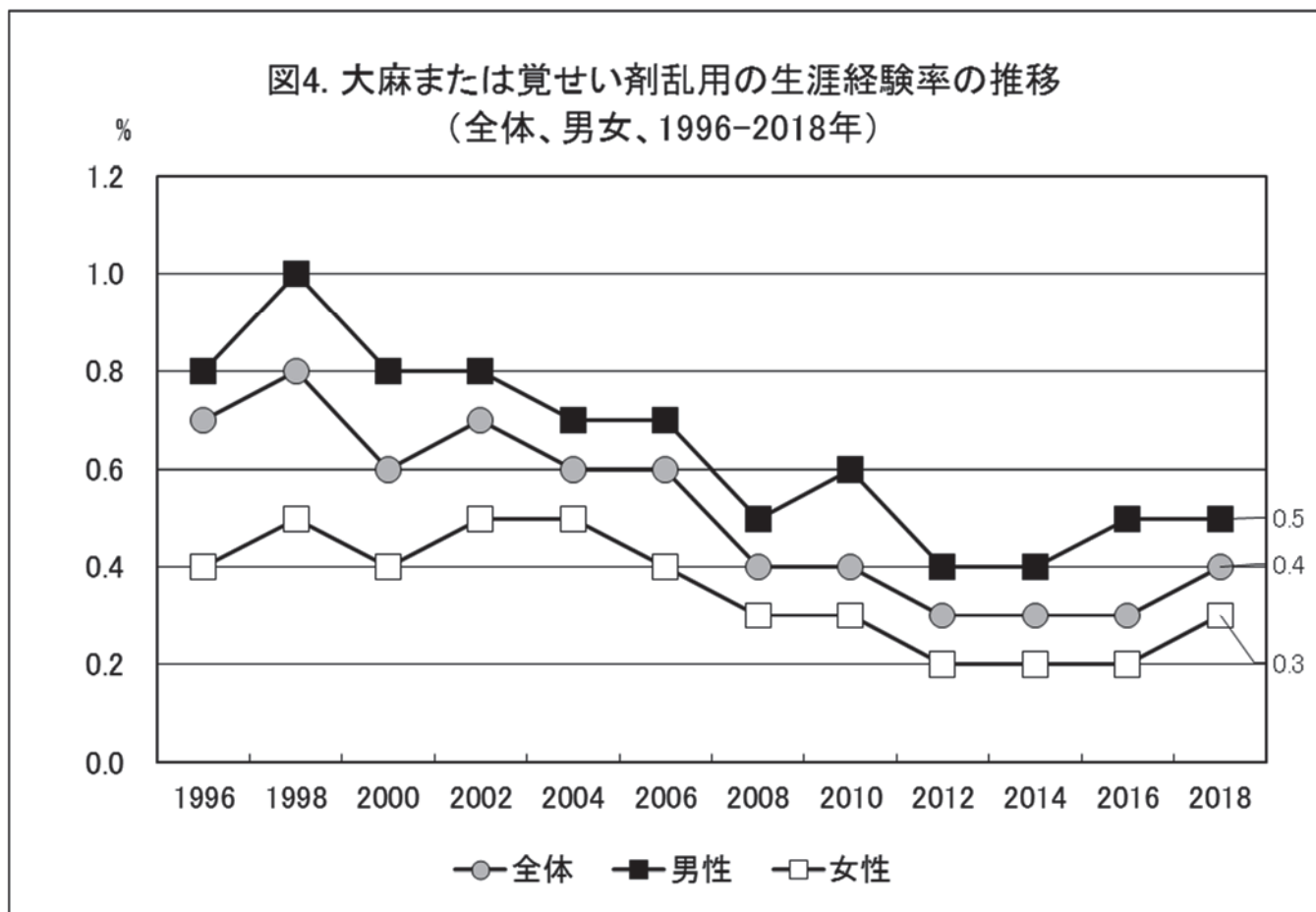


表5. 有機溶剤乱用の生涯経験率の推移(1996-2018年)

(%)

調査年	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	回答生徒数
1996	1.4	1.2	1.3	1.7	0.7	0.7	0.6	0.9	1.1	0.9	1.0	1.3	108	53,440
1998	1.7	1.2	1.6	2.3	0.9	0.9	0.8	1.1	1.3	1.1	1.2	1.7	148	71,299
2000	1.6	1.4	1.6	1.9	0.9	0.8	0.8	1.1	1.3	1.1	1.2	1.5	140	61,675
2002	1.4	1.3	1.4	1.5	1.0	1.0	1.1	1.0	1.2	1.2	1.3	1.3	149	62,413
2004	1.3	1.2	1.1	1.6	1.0	0.9	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.3	147	65,110
2006	1.0	1.0	1.0	1.1	0.7	0.6	0.7	0.8	0.9	0.8	0.8	1.0	138	56,421
2008	0.9	0.7	0.9	1.1	0.6	0.5	0.5	0.9	0.8	0.6	0.7	1.0	133	52,163
2010	0.8	0.7	0.7	0.9	0.6	0.5	0.6	0.7	0.7	0.6	0.7	0.8	121	47,475
2012	0.6	0.6	0.6	0.8	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.6	124	54,174
2014	1.0	1.0	1.0	1.0	0.4	0.4	0.5	0.5	0.7	0.7	0.7	0.8	129	55,270
2016	0.6	0.5	0.5	0.9	0.3	0.3	0.2	0.3	0.4	0.4	0.4	0.6	126	52,300
2018	0.6	0.5	0.5	0.7	0.3	0.3	0.4	0.3	0.5	0.4	0.6	0.5	183	70,585

*「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。生涯経験率は無回答・無効回答を除いて計算した。

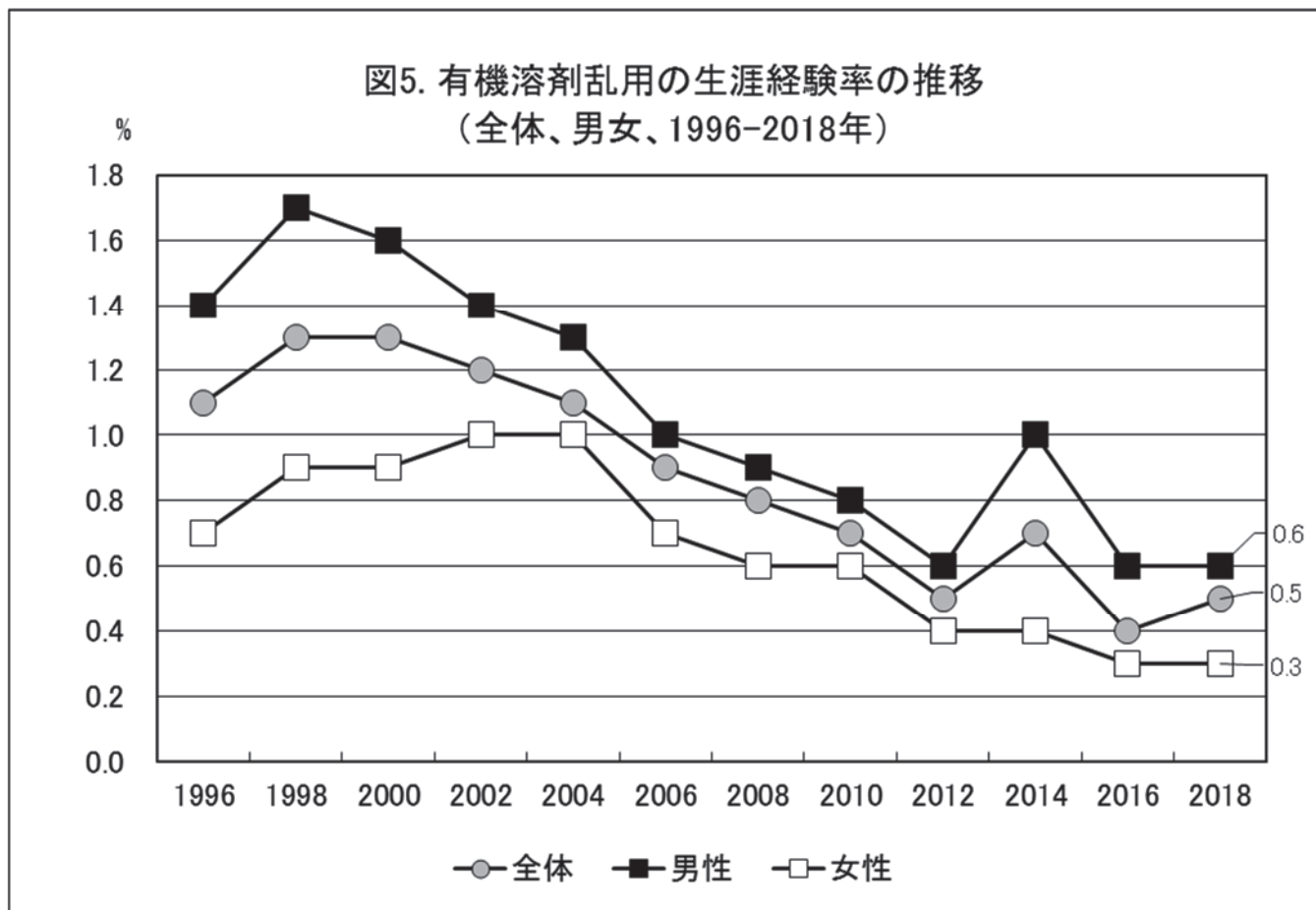


表6. 大麻乱用の生涯経験率の推移(1996-2018年)

(%)

調査年	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	回答生徒数
1996	0.7	0.4	0.8	0.9	0.3	0.3	0.3	0.3	0.6	0.4	0.5	0.6	108	53,271
1998	0.9	0.8	0.8	1.0	0.5	0.5	0.4	0.5	0.7	0.6	0.6	0.8	148	70,846
2000	0.6	0.4	0.6	0.7	0.3	0.2	0.4	0.3	0.4	0.3	0.5	0.5	140	61,477
2002	0.6	0.4	0.8	0.7	0.4	0.3	0.6	0.4	0.5	0.4	0.7	0.5	149	62,255
2004	0.6	0.4	0.7	0.7	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5	0.4	0.5	0.6	147	64,875
2006	0.5	0.4	0.5	0.6	0.4	0.3	0.3	0.5	0.4	0.3	0.4	0.5	138	55,895
2008	0.4	0.3	0.4	0.6	0.2	0.1	0.2	0.4	0.3	0.2	0.3	0.5	133	51,979
2010	0.5	0.3	0.5	0.6	0.2	0.1	0.2	0.3	0.3	0.2	0.4	0.4	121	47,475
2012	0.3	0.3	0.2	0.4	0.2	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.2	0.4	124	54,073
2014	0.3	0.2	0.3	0.3	0.1	0.0	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	129	55,217
2016	0.4	0.3	0.4	0.6	0.2	0.1	0.1	0.2	0.3	0.2	0.2	0.4	126	52,215
2018	0.5	0.4	0.5	0.5	0.2	0.1	0.4	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	183	70,463

*「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。生涯経験率は無回答・無効回答を除いて計算した。

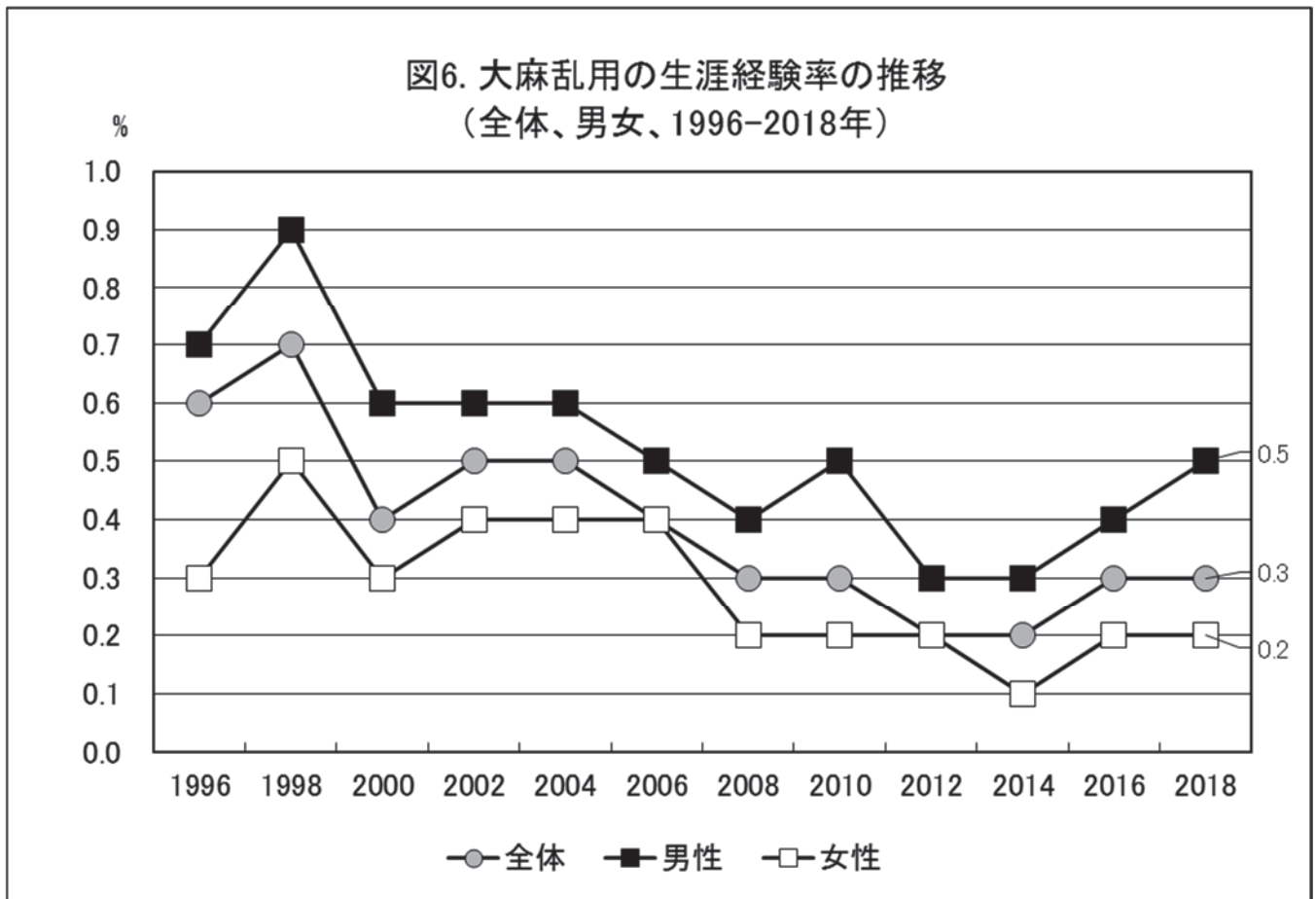


表7. 覚せい剤乱用の生涯経験率の推移(1996-2018年)

(%)

調査年	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	回答生徒数
1996	0.4	0.3	0.4	0.5	0.3	0.3	0.2	0.3	0.4	0.3	0.3	0.4	108	53,197
1998	0.7	0.5	0.7	0.8	0.3	0.2	0.3	0.4	0.5	0.4	0.5	0.6	148	70,819
2000	0.5	0.5	0.5	0.6	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4	140	61,457
2002	0.5	0.4	0.6	0.5	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.5	0.5	149	62,181
2004	0.5	0.4	0.6	0.7	0.4	0.3	0.4	0.4	0.5	0.3	0.5	0.6	147	64,886
2006	0.5	0.4	0.6	0.6	0.3	0.2	0.2	0.5	0.4	0.3	0.4	0.5	138	55,841
2008	0.4	0.3	0.4	0.5	0.2	0.1	0.2	0.4	0.3	0.2	0.3	0.4	133	51,972
2010	0.4	0.2	0.4	0.5	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.4	0.4	121	47,475
2012	0.3	0.2	0.2	0.4	0.2	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3	124	53,908
2014	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	129	55,047
2016	0.4	0.3	0.3	0.6	0.1	0.1	0.1	0.2	0.3	0.2	0.2	0.4	126	52,270
2018	0.4	0.3	0.4	0.4	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	0.2	0.4	0.3	183	70,547

*「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。生涯経験率は無回答・無効回答を除いて計算した。

図7. 覚せい剤乱用の生涯経験率の推移
(全体、男女、1996-2018年)

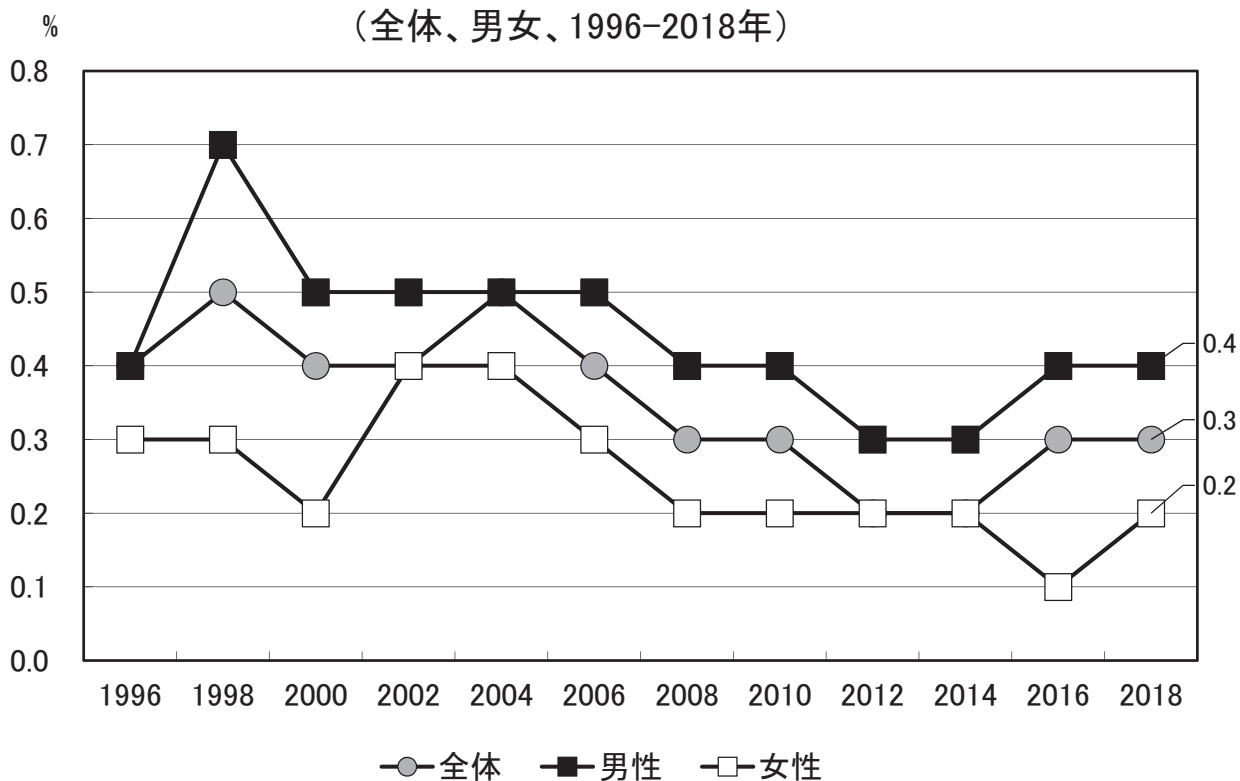


表8. 危険ドラッグ乱用の生涯経験率の推移(2012-2018年)

(%)

調査年	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	回答生徒数
2012	0.3	0.2	0.2	0.5	0.2	0.1	0.1	0.3	0.2	0.1	0.2	0.4	124	54,034
2014	0.3	0.2	0.3	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	129	55,177
2016	0.4	0.2	0.3	0.5	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	126	52,201
2018	0.4	0.4	0.4	0.4	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	0.2	0.4	0.3	183	70,431

※「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体をさす。生涯経験率は無回答・無効回答を除いて計算した。

図8. 危険ドラッグ乱用の生涯経験率の推移
(全体、男女、2012-2018年)

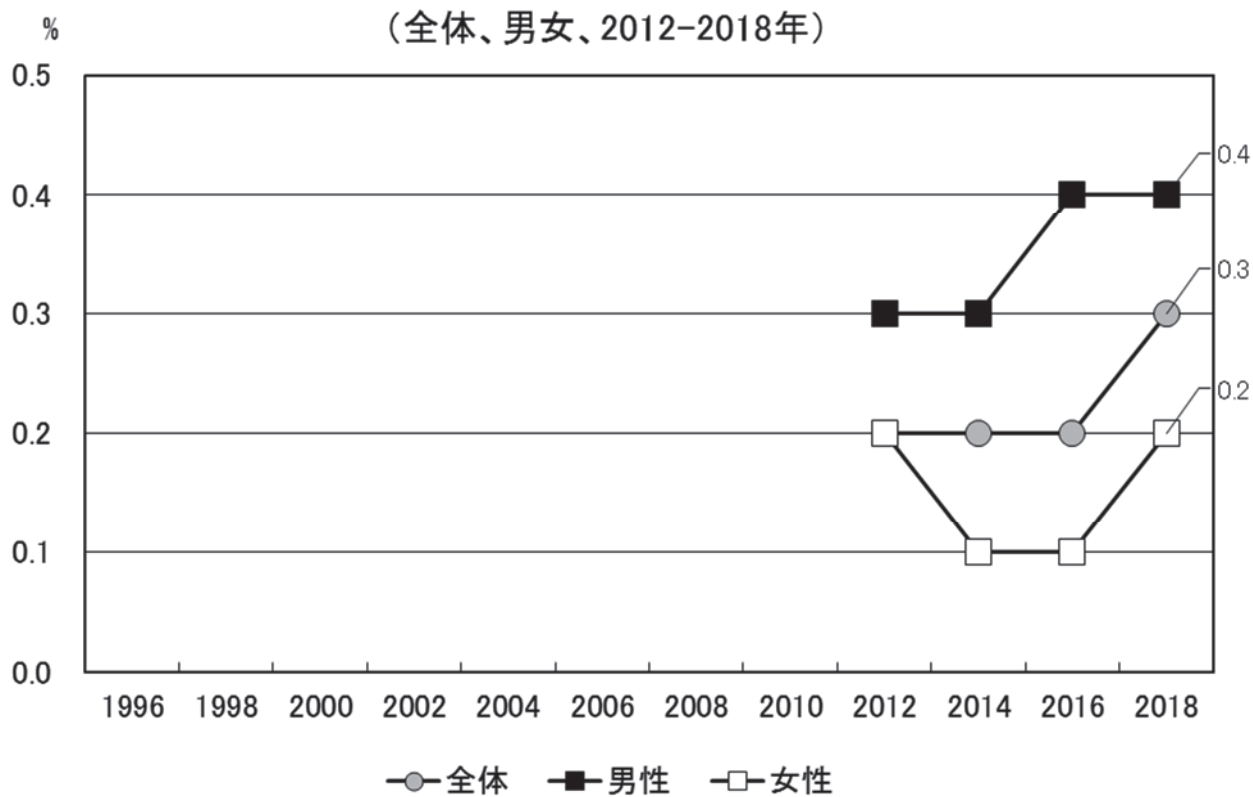


表9. 喫煙の生涯経験率の推移(1996-2018年)

(%)

調査年	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	回答生徒数
1996	29.6	23.6	30.1	34.9	16.9	12.7	17.9	19.9	23.3	18.2	24.1	27.6	108	53,528
1998	31.0	22.0	31.0	39.4	17.5	12.9	18.0	21.4	24.4	17.5	24.7	30.6	148	71,117
2000	27.2	19.4	27.2	34.2	16.5	11.7	15.9	21.6	21.9	15.6	21.7	27.9	140	61,535
2002	20.2	14.6	19.5	26.2	13.7	10.3	13.9	16.7	17.0	12.5	16.8	21.6	149	62,270
2004	14.9	10.0	14.6	20.0	11.2	7.4	11.5	14.3	13.1	8.8	13.1	17.2	147	64,956
2006	11.6	7.3	11.3	16.3	8.4	5.2	8.4	11.5	10.1	6.3	9.8	13.9	138	55,988
2008	9.8	6.7	9.6	13.0	6.9	4.1	7.4	9.3	8.4	5.4	8.5	11.2	133	52,128
2010	8.4	5.7	8.1	11.2	5.5	3.1	5.7	7.7	6.9	4.4	6.9	9.4	121	47,119
2012	6.5	3.6	6.2	9.8	3.5	2.0	3.3	5.2	5.1	2.8	4.8	7.5	124	54,257
2014	4.9	3.6	5.1	5.9	2.4	1.9	2.1	3.1	3.7	2.8	3.7	4.6	129	55,185
2016	2.7	1.7	2.6	3.9	1.5	1.2	1.5	1.9	2.1	1.4	2.0	2.9	126	52,201
2018	2.8	1.9	2.9	3.6	1.5	1.0	1.7	1.9	2.2	1.5	2.3	2.8	183	70,447

*「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。生涯経験率は無回答・無効回答を除いて計算した。

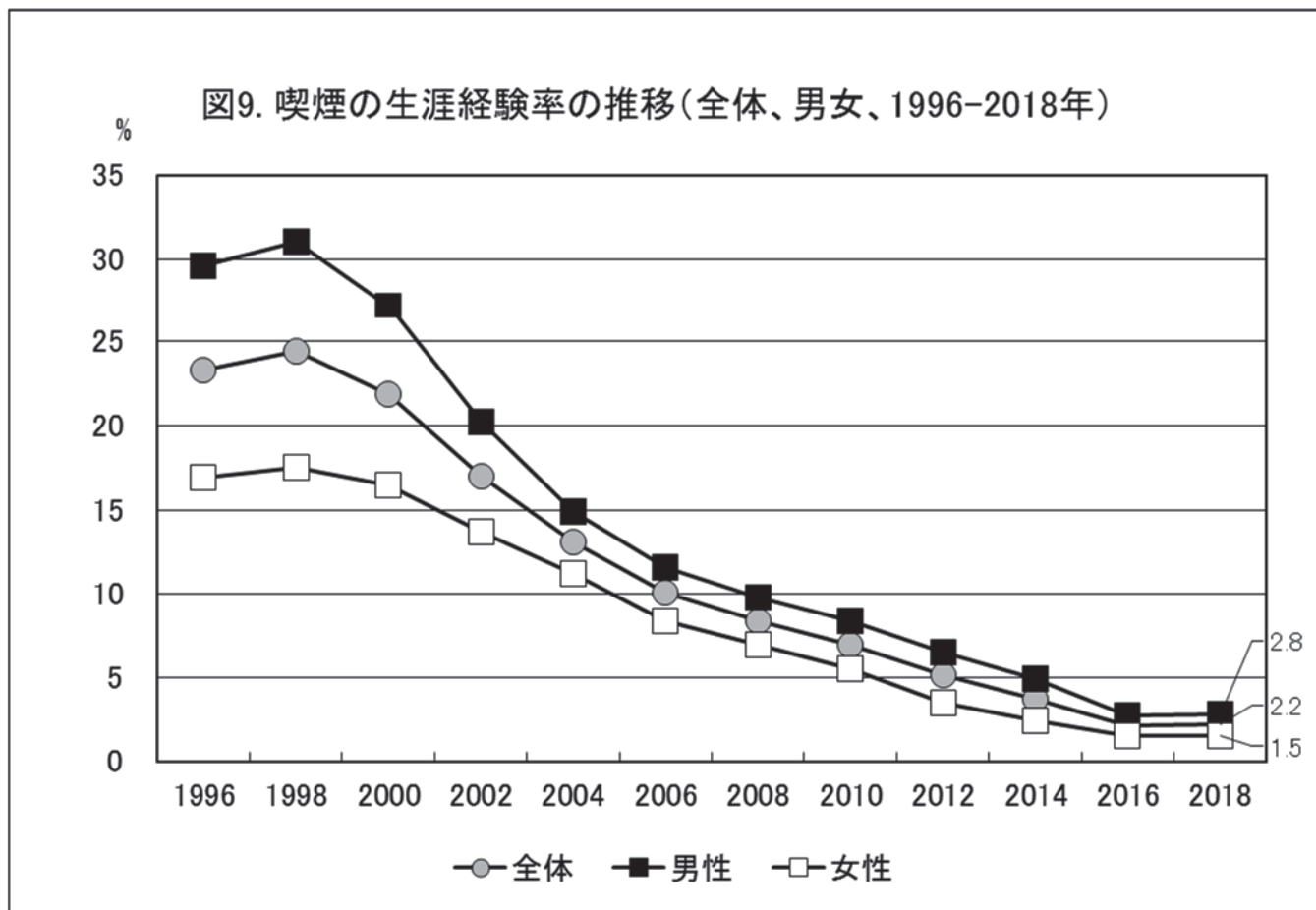


表10. 飲酒の生涯経験率の推移(1996-2018年)

(%)

調査年	男性	1年生	2年生	3年生	女性	1年生	2年生	3年生	全体	1年生	2年生	3年生	校数	回答生徒数
1996	74.2	70.5	73.7	78.3	66.3	60.6	66.8	71.4	70.3	65.6	70.4	74.9	108	53,724
1998	74.9	68.6	75.4	80.3	67.7	61.9	68.5	72.5	71.4	65.3	72.0	76.5	148	71,796
2000	72.9	67.1	72.8	78.2	66.3	59.2	66.1	72.9	69.6	63.2	69.5	75.6	140	61,828
2002	64.4	57.7	65.9	69.5	61.1	53.8	62.2	66.9	62.8	55.9	64.1	68.2	149	62,450
2004	58.3	51.6	58.3	65.0	56.6	49.1	57.6	62.8	57.5	50.4	57.9	63.9	147	65,284
2006	51.3	45.1	51.6	57.4	50.1	42.0	50.6	57.3	50.7	43.6	51.1	57.3	138	56,168
2008	45.7	40.4	45.6	51.0	44.0	35.6	45.7	50.7	44.9	38.0	45.7	50.9	133	52,297
2010	41.4	37.2	41.5	45.4	38.9	32.3	39.3	44.9	40.2	34.8	40.4	45.2	121	47,267
2012	36.5	31.0	35.9	42.6	32.6	26.4	33.1	38.0	34.6	28.8	34.5	40.3	124	54,282
2014	31.5	27.4	31.8	35.0	26.8	23.1	26.5	30.6	29.3	25.4	29.4	32.9	129	55,469
2016	28.6	25.6	27.4	32.8	24.8	21.1	24.5	28.6	26.7	23.3	25.9	30.7	126	52,227
2018	23.6	20.2	23.7	26.7	18.8	15.7	18.6	21.8	21.3	18.1	21.2	24.3	183	70,548

*「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。生涯経験率は無回答・無効回答を除いて計算した。

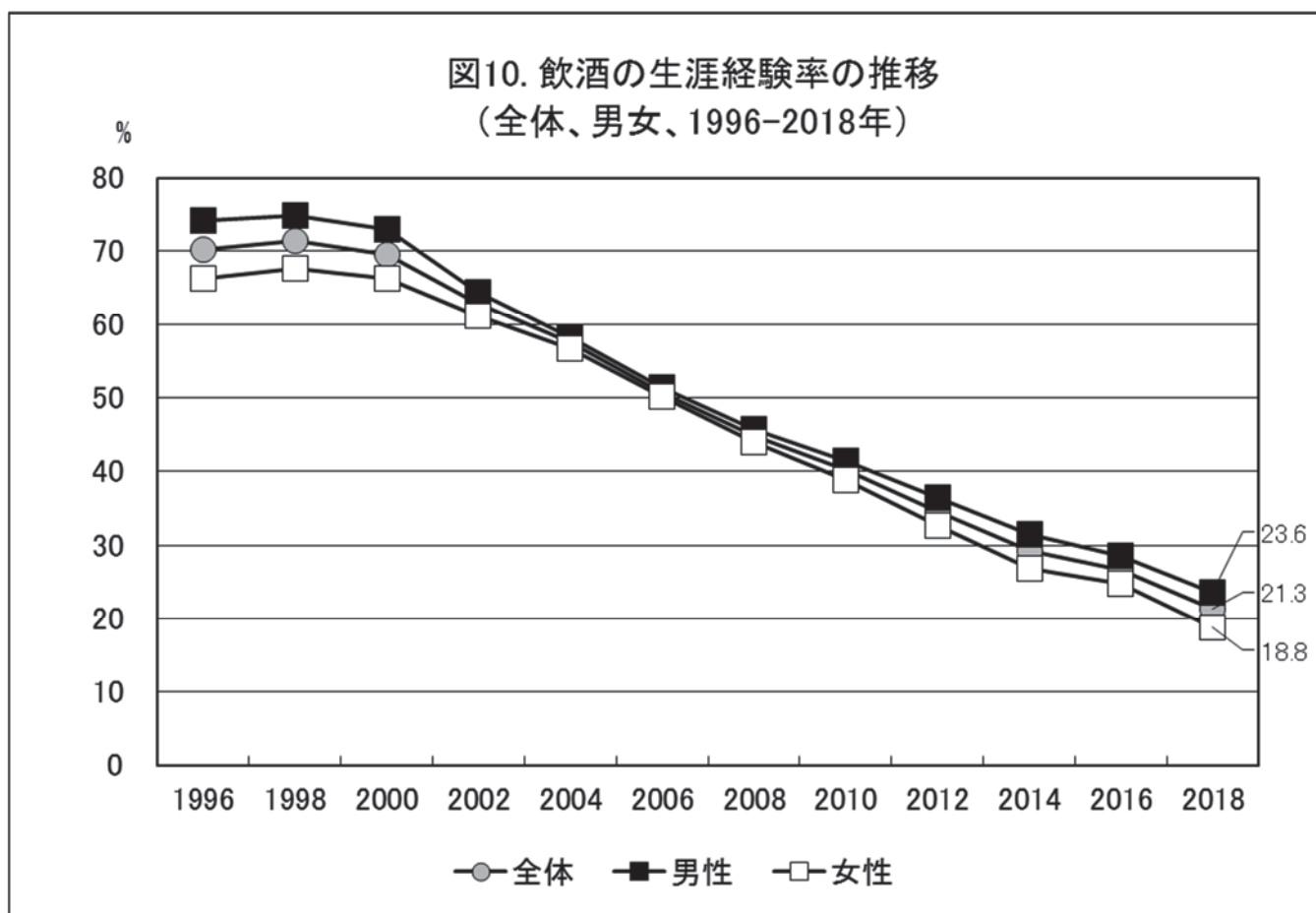


表11. 薬物乱用に誘われた経験の推移(1996-2018年) (%)

調査年	有機溶剤	大麻	覚せい剤	危険ドラッグ
1996	1.7	-	-	-
1998	1.7	-	-	-
2000	1.8	-	-	-
2002	1.6	-	-	-
2004	1.5	-	-	-
2006	1.2	-	-	-
2008	1.0	-	-	-
2010	0.9	-	-	-
2012	0.8	-	-	0.7
2014	0.8	-	-	0.6
2016	0.4	0.3	0.3	0.3
2018	0.3	0.3	0.3	0.3

※薬物乱用に誘われた経験は、無回答・無効回答を除いて計算した。

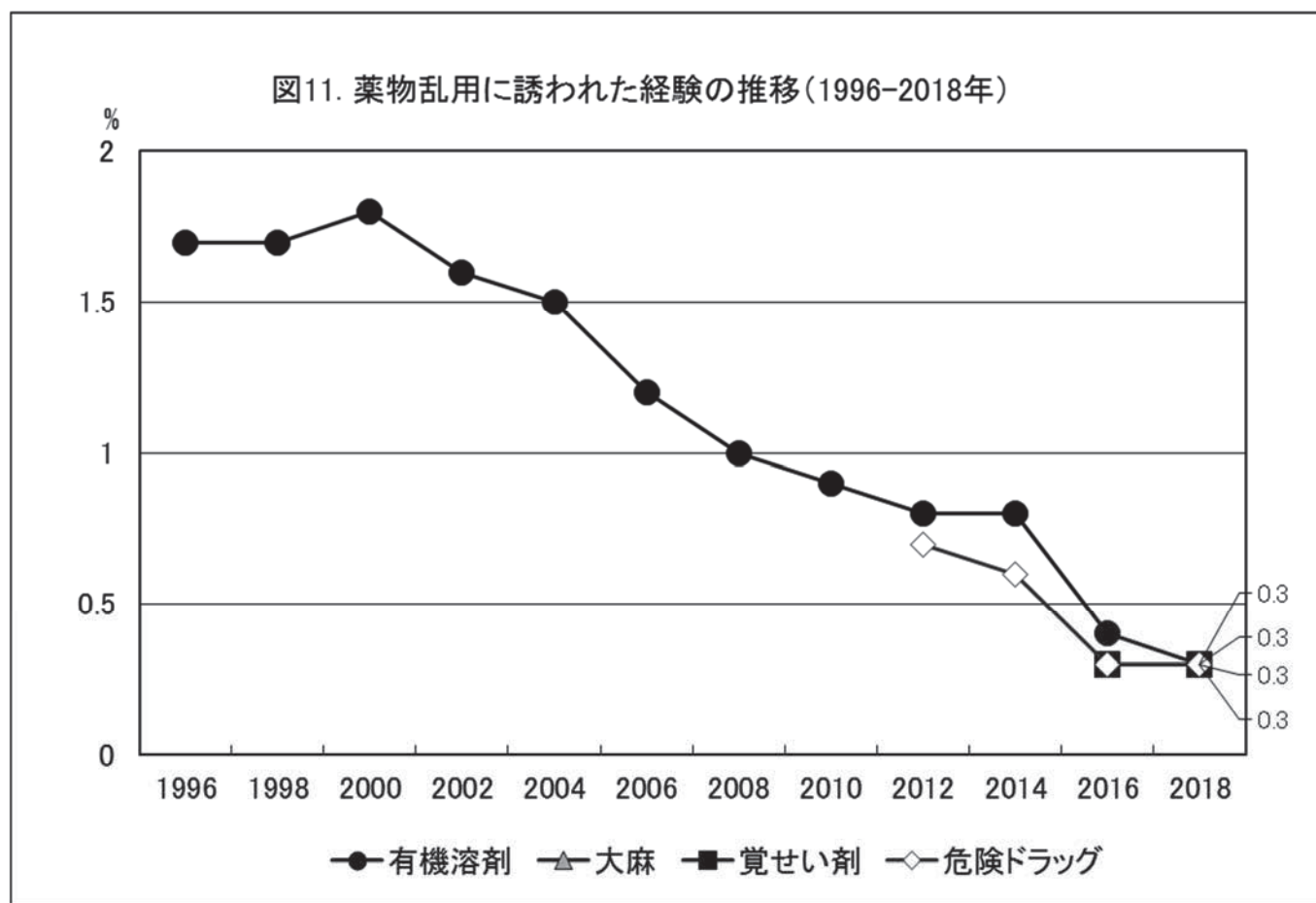


表12. 身近な薬物乱用者の推移(1996-2018年) (%)

調査年	有機溶剤	大麻	覚せい剤	危険ドラッグ
1996	5.2	-	-	-
1998	5.4	-	-	-
2000	4.9	-	-	-
2002	3.7	-	-	-
2004	3.3	-	-	-
2006	2.3	-	-	-
2008	1.9	-	-	-
2010	1.5	-	-	-
2012	1.2	-	-	1.2
2014	1.1	-	-	1.0
2016	0.9	0.7	0.7	0.6
2018	0.9	0.7	0.7	0.7

※身近な薬物乱用者は、無回答・無効回答を除いて計算した。

図12. 身近な薬物乱用者の推移(1996-2018年)

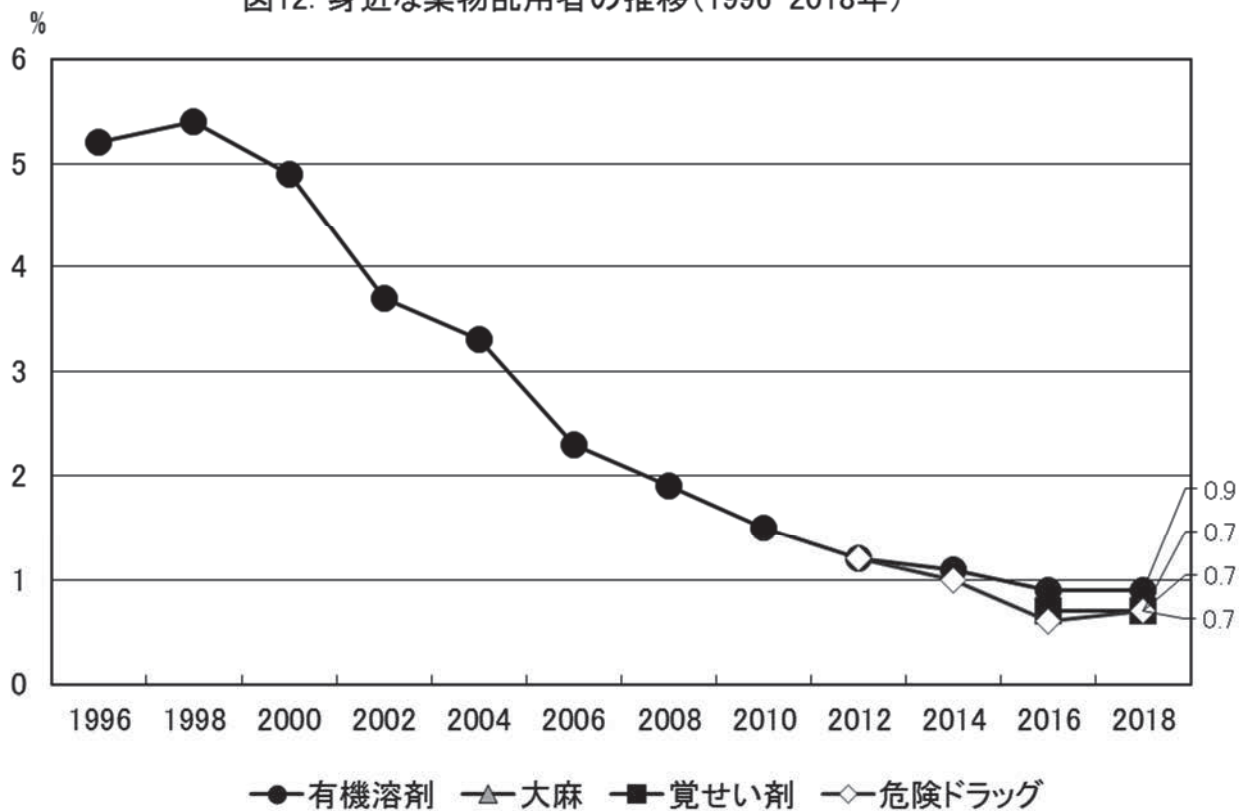


表13. 薬物の入手可能性の推移(1998-2018年) (%)

調査年	有機溶剤	大麻	覚せい剤	危険ドラッグ
1998	38.1	22.2	23.4	-
2000	38.4	23.9	24.9	-
2002	37.4	25.7	26.4	-
2004	24.4	18.0	18.3	-
2006	20.7	14.5	15.0	-
2008	21.1	15.9	15.8	-
2010	18.7	14.7	14.6	-
2012	-	12.5	12.4	15.6
2014	-	14.5	14.5	17.8
2016	12.2	8.8	9.2	9.4
2018	11.0	8.4	8.5	8.3

※「簡単に手に入る」「なんとか手に入る」と回答した者の全体

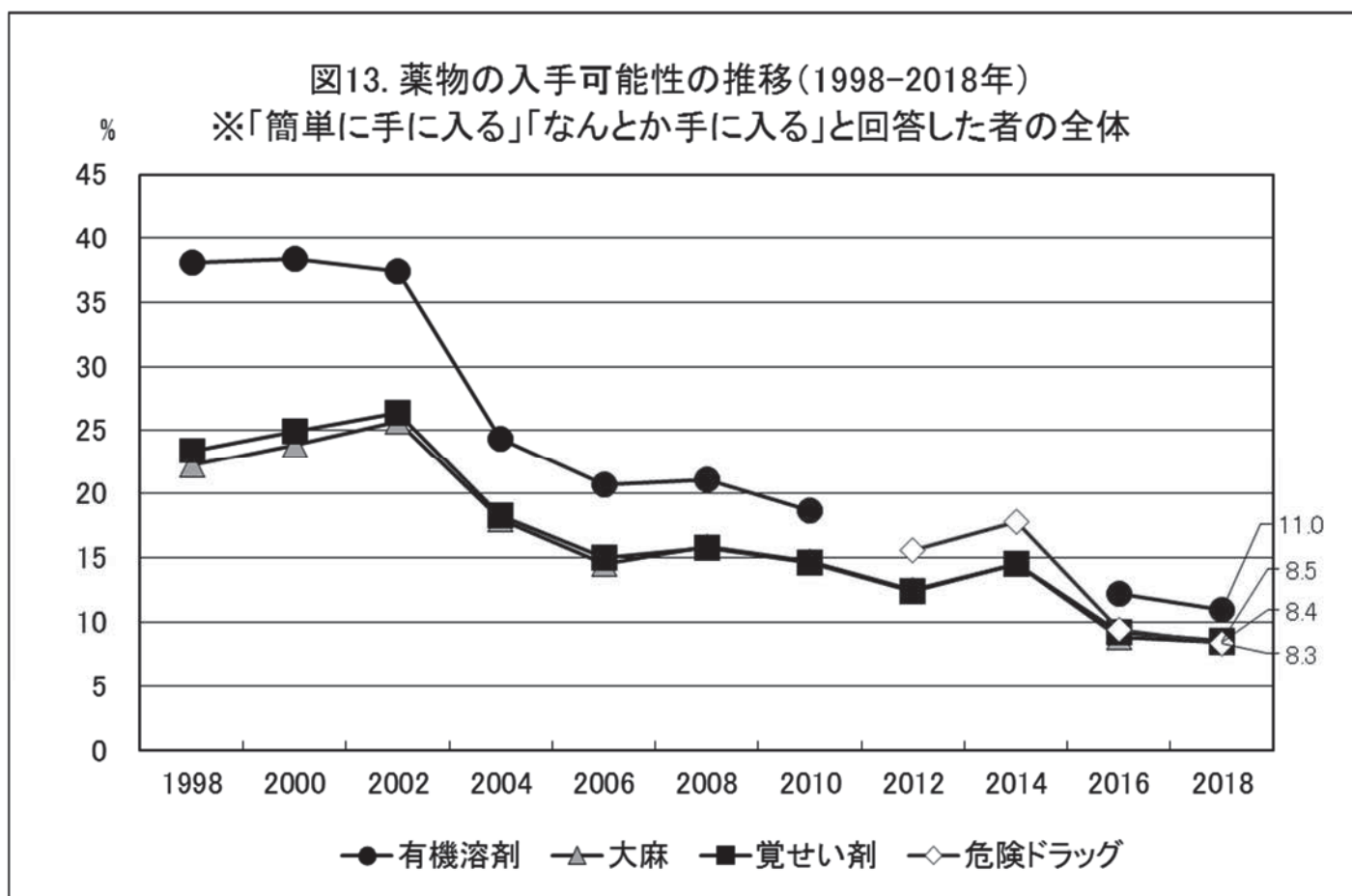


表14. 性別にみた基本属性・生活属性

	性別								p-value
	全体		男性		女性		無回答・無効回答		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
学年									0.056
1年生	22,647	(31.7)	11,711	(31.8)	10,886	(31.7)	50	(31.3)	
2年生	24,199	(33.9)	12,619	(34.2)	11,509	(33.5)	71	(44.4)	
3年生	24,505	(34.3)	12,530	(34.0)	11,936	(34.8)	39	(24.4)	
起床時間について									<0.001
ほぼ一定している	58,834	(82.5)	30,025	(81.5)	28,704	(83.6)	105	(65.6)	
一定していない	12,406	(17.4)	6,778	(18.4)	5,580	(16.3)	48	(30.0)	
無回答・無効回答	111	(.2)	57	(.2)	47	(.1)	7	(4.4)	
就寝時間について									<0.001
ほぼ一定している	42,157	(59.1)	22,139	(60.1)	19,947	(58.1)	71	(44.4)	
一定していない	29,052	(40.7)	14,645	(39.7)	14,324	(41.7)	83	(51.9)	
無回答・無効回答	142	(.2)	76	(.2)	60	(.2)	6	(3.8)	
朝食の摂食頻度									<0.001
ほとんど毎日食べている	62,788	(88.0)	32,313	(87.7)	30,351	(88.4)	124	(77.5)	
時々食べる	5,619	(7.9)	2,886	(7.8)	2,717	(7.9)	16	(10.0)	
ほとんど食べない	2,826	(4.0)	1,595	(4.3)	1,216	(3.5)	15	(9.4)	
無回答・無効回答	118	(.2)	66	(.2)	47	(.1)	5	(3.1)	
学校生活について									<0.001
とても楽しい	34,194	(47.9)	17,946	(48.7)	16,200	(47.2)	48	(30.0)	
どちらかといえば楽しい	29,443	(41.3)	15,137	(41.1)	14,242	(41.5)	64	(40.0)	
あまり楽しくない	5,909	(8.3)	2,778	(7.5)	3,104	(9.0)	27	(16.9)	
まったく楽しくない	1,576	(2.2)	885	(2.4)	679	(2.0)	12	(7.5)	
無回答・無効回答	229	(.3)	114	(.3)	106	(.3)	9	(5.6)	
クラブ活動(部活)への参加									<0.001
積極的に参加している	43,198	(60.5)	22,261	(60.4)	20,846	(60.7)	91	(56.9)	
消極的に参加している	6,099	(8.5)	3,516	(9.5)	2,553	(7.4)	30	(18.8)	
参加していない	4,767	(6.7)	2,680	(7.3)	2,076	(6.0)	11	(6.9)	
かつて参加していたが引退した	16,954	(23.8)	8,231	(22.3)	8,703	(25.4)	20	(12.5)	
無回答・無効回答	333	(.5)	172	(.5)	153	(.4)	8	(5.0)	
親しく遊べる友人									<0.001
いる	68,929	(96.6)	35,507	(96.3)	33,288	(97.0)	134	(83.8)	
いない	2,166	(3.0)	1,237	(3.4)	913	(2.7)	16	(10.0)	
無回答・無効回答	256	(.4)	116	(.3)	130	(.4)	10	(6.3)	
相談事のできる友人									<0.001
いる	64,290	(90.1)	32,731	(88.8)	31,443	(91.6)	116	(72.5)	
いない	6,603	(9.3)	3,908	(10.6)	2,666	(7.8)	29	(18.1)	
無回答・無効回答	458	(.6)	221	(.6)	222	(.6)	15	(9.4)	
家族全員での夕食頻度(週あたり)									<0.001
ほとんど毎日	31,910	(44.7)	16,909	(45.9)	14,945	(43.5)	56	(35.0)	
週5~6回	7,646	(10.7)	3,959	(10.7)	3,665	(10.7)	22	(13.8)	
週4回	7,542	(10.6)	3,884	(10.5)	3,635	(10.6)	23	(14.4)	
週3回	5,854	(8.2)	2,997	(8.1)	2,845	(8.3)	12	(7.5)	
週2回	9,953	(13.9)	4,876	(13.2)	5,063	(14.7)	14	(8.8)	
ほとんど食べない	8,165	(11.4)	4,084	(11.1)	4,054	(11.8)	27	(16.9)	
無回答・無効回答	281	(.4)	151	(.4)	124	(.4)	6	(3.8)	
大人不在の状態過ごす時間(1日あたり)									<0.001
なし、あるいは、ほとんどなし	19,615	(27.5)	9,391	(25.5)	10,192	(29.7)	32	(20.0)	
1時間未満	15,938	(22.3)	8,809	(23.9)	7,105	(20.7)	24	(15.0)	
1~2時間未満	16,789	(23.5)	8,966	(24.3)	7,782	(22.7)	41	(25.6)	
2~3時間未満	9,413	(13.2)	4,729	(12.8)	4,661	(13.6)	23	(14.4)	
3時間以上	9,042	(12.7)	4,651	(12.6)	4,359	(12.7)	32	(20.0)	
無回答・無効回答	554	(.8)	314	(.9)	232	(.7)	8	(5.0)	
悩み事の親への相談									<0.001
よく相談する	14,385	(20.2)	5,649	(15.3)	8,715	(25.4)	21	(13.1)	
どちらかと言えば相談する	23,127	(32.4)	11,308	(30.7)	11,779	(34.3)	40	(25.0)	
どちらかと言えば相談しない	16,372	(22.9)	9,242	(25.1)	7,099	(20.7)	31	(19.4)	
ほとんど相談しない	16,215	(22.7)	9,931	(26.9)	6,231	(18.1)	53	(33.1)	
親がいない	266	(.4)	142	(.4)	121	(.4)	3	(1.9)	
無回答・無効回答	986	(1.4)	588	(1.6)	386	(1.1)	12	(7.5)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表15. 学年別にみた基本属性・生活属性

	学年						p-value
	1年生		2年生		3年生		
	n=22,647		n=24,199		n=24,505		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
性別							0.056
男性	11,711	(51.7)	12,619	(52.1)	12,530	(51.1)	
女性	10,886	(48.1)	11,509	(47.6)	11,936	(48.7)	
無回答・無効回答	50	(.2)	71	(.3)	39	(.2)	
起床時間について							<0.001
ほぼ一定している	18,987	(83.8)	19,828	(81.9)	20,019	(81.7)	
一定していない	3,627	(16.0)	4,321	(17.9)	4,458	(18.2)	
無回答・無効回答	33	(.1)	50	(.2)	28	(.1)	
就寝時間について							<0.001
ほぼ一定している	14,222	(62.8)	14,223	(58.8)	13,712	(56.0)	
一定していない	8,379	(37.0)	9,928	(41.0)	10,745	(43.8)	
無回答・無効回答	46	(.2)	48	(.2)	48	(.2)	
朝食の摂食頻度							<0.001
ほとんど毎日食べている	20,246	(89.4)	21,369	(88.3)	21,173	(86.4)	
時々食べる	1,665	(7.4)	1,817	(7.5)	2,137	(8.7)	
ほとんど食べない	703	(3.1)	969	(4.0)	1,154	(4.7)	
無回答・無効回答	33	(.1)	44	(.2)	41	(.2)	
学校生活について							<0.001
とても楽しい	11,523	(50.9)	10,910	(45.1)	11,761	(48.0)	
どちらかといえば楽しい	8,976	(39.6)	10,424	(43.1)	10,043	(41.0)	
あまり楽しくない	1,681	(7.4)	2,197	(9.1)	2,031	(8.3)	
まったく楽しくない	393	(1.7)	586	(2.4)	597	(2.4)	
無回答・無効回答	74	(.3)	82	(.3)	73	(.3)	
クラブ活動(部活)への参加							<0.001
積極的に参加している	18,673	(82.5)	18,924	(78.2)	5,601	(22.9)	
消極的に参加している	2,343	(10.3)	2,868	(11.9)	888	(3.6)	
参加していない	1,277	(5.6)	1,563	(6.5)	1,927	(7.9)	
かつて参加していたが引退した	254	(1.1)	731	(3.0)	15,969	(65.2)	
無回答・無効回答	100	(.4)	113	(.5)	120	(.5)	
親しく遊べる友人							<0.001
いる	21,957	(97.0)	23,374	(96.6)	23,598	(96.3)	
いない	613	(2.7)	734	(3.0)	819	(3.3)	
無回答・無効回答	77	(.3)	91	(.4)	88	(.4)	
相談事のできる友人							0.109
いる	20,385	(90.0)	21,742	(89.8)	22,163	(90.4)	
いない	2,105	(9.3)	2,301	(9.5)	2,197	(9.0)	
無回答・無効回答	157	(.7)	156	(.6)	145	(.6)	
家族全員での夕食頻度(週あたり)							<0.001
ほとんど毎日	10,696	(47.2)	11,136	(46.0)	10,078	(41.1)	
週5~6回	2,615	(11.5)	2,577	(10.6)	2,454	(10.0)	
週4回	2,351	(10.4)	2,598	(10.7)	2,593	(10.6)	
週3回	1,739	(7.7)	2,025	(8.4)	2,090	(8.5)	
週2回	2,891	(12.8)	3,218	(13.3)	3,844	(15.7)	
ほとんど食べない	2,261	(10.0)	2,558	(10.6)	3,346	(13.7)	
無回答・無効回答	94	(.4)	87	(.4)	100	(.4)	
大人不在の状態で過ごす時間(1日あたり)							<0.001
なし、あるいは、ほとんどなし	7,003	(30.9)	6,878	(28.4)	5,734	(23.4)	
1時間未満	5,254	(23.2)	5,752	(23.8)	4,932	(20.1)	
1~2時間未満	5,033	(22.2)	5,633	(23.3)	6,123	(25.0)	
2~3時間未満	2,511	(11.1)	2,973	(12.3)	3,929	(16.0)	
3時間以上	2,628	(11.6)	2,765	(11.4)	3,649	(14.9)	
無回答・無効回答	218	(1.0)	198	(.8)	138	(.6)	
悩み事の親への相談							<0.001
よく相談する	4,950	(21.9)	4,700	(19.4)	4,735	(19.3)	
どちらかと言えば相談する	7,605	(33.6)	7,662	(31.7)	7,860	(32.1)	
どちらかと言えば相談しない	5,115	(22.6)	5,630	(23.3)	5,627	(23.0)	
ほとんど相談しない	4,594	(20.3)	5,776	(23.9)	5,845	(23.9)	
親がいない	60	(.3)	102	(.4)	104	(.4)	
無回答・無効回答	323	(1.4)	329	(1.4)	334	(1.4)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表16. いずれかの薬物乱用経験別にみた基本属性・生活属性

	いずれかの薬物乱用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n=70,172	n=395	n=784	n (%)	n (%)	n (%)	
性別							<0.001
男性	36,027	(51.3)	257	(65.1)	576	(73.5)	
女性	33,993	(48.4)	133	(33.7)	205	(26.1)	
無回答・無効回答	152	(.2)	5	(1.3)	3	(.4)	
学年							0.001
1年生	22,287	(31.8)	94	(23.8)	266	(33.9)	
2年生	23,793	(33.9)	164	(41.5)	242	(30.9)	
3年生	24,092	(34.3)	137	(34.7)	276	(35.2)	
起床時間について							<0.001
ほぼ一定している	57,961	(82.6)	263	(66.6)	610	(77.8)	
一定していない	12,110	(17.3)	129	(32.7)	167	(21.3)	
無回答・無効回答	101	(.1)	3	(.8)	7	(.9)	
就寝時間について							0.001
ほぼ一定している	41,513	(59.2)	198	(50.1)	446	(56.9)	
一定していない	28,528	(40.7)	192	(48.6)	332	(42.3)	
無回答・無効回答	131	(.2)	5	(1.3)	6	(.8)	
朝食の摂食頻度							<0.001
ほとんど毎日食べている	61,845	(88.1)	286	(72.4)	657	(83.8)	
時々食べる	5,483	(7.8)	50	(12.7)	86	(11.0)	
ほとんど食べない	2,731	(3.9)	56	(14.2)	39	(5.0)	
無回答・無効回答	113	(.2)	3	(.8)	2	(.3)	
学校生活について							<0.001
とても楽しい	33,704	(48.0)	136	(34.4)	354	(45.2)	
どちらかといえば楽しい	28,973	(41.3)	155	(39.2)	315	(40.2)	
あまり楽しくない	5,792	(8.3)	42	(10.6)	75	(9.6)	
まったく楽しくない	1,485	(2.1)	58	(14.7)	33	(4.2)	
無回答・無効回答	218	(.3)	4	(1.0)	7	(.9)	
クラブ活動(部活)への参加							<0.001
積極的に参加している	42,535	(60.6)	207	(52.4)	456	(58.2)	
消極的に参加している	5,973	(8.5)	49	(12.4)	77	(9.8)	
参加していない	4,633	(6.6)	50	(12.7)	84	(10.7)	
かつて参加していたが引退した	16,707	(23.8)	86	(21.8)	161	(20.5)	
無回答・無効回答	324	(.5)	3	(.8)	6	(.8)	
親しく遊べる友人							<0.001
いる	67,850	(96.7)	334	(84.6)	745	(95.0)	
いない	2,075	(3.0)	58	(14.7)	33	(4.2)	
無回答・無効回答	247	(.4)	3	(.8)	6	(.8)	
相談事のできる友人							<0.001
いる	63,322	(90.2)	301	(76.2)	667	(85.1)	
いない	6,414	(9.1)	89	(22.5)	100	(12.8)	
無回答・無効回答	436	(.6)	5	(1.3)	17	(2.2)	
家族全員での夕食頻度(週あたり)							<0.001
ほとんど毎日	31,394	(44.7)	154	(39.0)	362	(46.2)	
週5~6回	7,538	(10.7)	34	(8.6)	74	(9.4)	
週4回	7,429	(10.6)	29	(7.3)	84	(10.7)	
週3回	5,763	(8.2)	28	(7.1)	63	(8.0)	
週2回	9,803	(14.0)	50	(12.7)	100	(12.8)	
ほとんど食べない	7,978	(11.4)	93	(23.5)	94	(12.0)	
無回答・無効回答	267	(.4)	7	(1.8)	7	(.9)	
大人不在の状態で過ごす時間(1日あたり)							<0.001
なし、あるいは、ほとんどなし	19,327	(27.5)	87	(22.0)	201	(25.6)	
1時間未満	15,683	(22.3)	89	(22.5)	166	(21.2)	
1~2時間未満	16,537	(23.6)	73	(18.5)	179	(22.8)	
2~3時間未満	9,270	(13.2)	43	(10.9)	100	(12.8)	
3時間以上	8,833	(12.6)	94	(23.8)	115	(14.7)	
無回答・無効回答	522	(.7)	9	(2.3)	23	(2.9)	
悩み事の親への相談							<0.001
よく相談する	14,187	(20.2)	60	(15.2)	138	(17.6)	
どちらかと言えば相談する	22,817	(32.5)	83	(21.0)	227	(29.0)	
どちらかと言えば相談しない	16,101	(22.9)	83	(21.0)	188	(24.0)	
ほとんど相談しない	15,893	(22.6)	125	(31.6)	197	(25.1)	
親がいない	228	(.3)	34	(8.6)	4	(.5)	
無回答・無効回答	946	(1.3)	10	(2.5)	30	(3.8)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表17. 大麻の乱用経験別にみた基本属性・生活属性

	大麻の乱用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n=70,371		n=249		n=731		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
性別							<0.001
男性	36,159	(51.4)	164	(65.9)	537	(73.5)	
女性	34,058	(48.4)	82	(32.9)	191	(26.1)	
無回答・無効回答	154	(.2)	3	(1.2)	3	(.4)	
学年							0.003
1年生	22,337	(31.7)	57	(22.9)	253	(34.6)	
2年生	23,870	(33.9)	106	(42.6)	223	(30.5)	
3年生	24,164	(34.3)	86	(34.5)	255	(34.9)	
起床時間について							<0.001
ほぼ一定している	58,108	(82.6)	166	(66.7)	560	(76.6)	
一定していない	12,161	(17.3)	81	(32.5)	164	(22.4)	
無回答・無効回答	102	(.1)	2	(.8)	7	(1.0)	
就寝時間について							0.002
ほぼ一定している	41,626	(59.2)	121	(48.6)	410	(56.1)	
一定していない	28,613	(40.7)	124	(49.8)	315	(43.1)	
無回答・無効回答	132	(.2)	4	(1.6)	6	(.8)	
朝食の摂食頻度							<0.001
ほとんど毎日食べている	62,005	(88.1)	176	(70.7)	607	(83.0)	
時々食べる	5,506	(7.8)	29	(11.6)	84	(11.5)	
ほとんど食べない	2,747	(3.9)	42	(16.9)	37	(5.1)	
無回答・無効回答	113	(.2)	2	(.8)	3	(.4)	
学校生活について							<0.001
とても楽しい	33,784	(48.0)	88	(35.3)	322	(44.0)	
どちらかといえば楽しい	29,049	(41.3)	94	(37.8)	300	(41.0)	
あまり楽しくない	5,813	(8.3)	24	(9.6)	72	(9.8)	
まったく楽しくない	1,505	(2.1)	40	(16.1)	31	(4.2)	
無回答・無効回答	220	(.3)	3	(1.2)	6	(.8)	
クラブ活動(部活)への参加							<0.001
積極的に参加している	42,650	(60.6)	125	(50.2)	423	(57.9)	
消極的に参加している	5,999	(8.5)	28	(11.2)	72	(9.8)	
参加していない	4,651	(6.6)	36	(14.5)	80	(10.9)	
かつて参加していたが引退した	16,745	(23.8)	59	(23.7)	150	(20.5)	
無回答・無効回答	326	(.5)	1	(.4)	6	(.8)	
親しく遊べる友人							<0.001
いる	68,027	(96.7)	207	(83.1)	695	(95.1)	
いない	2,095	(3.0)	40	(16.1)	31	(4.2)	
無回答・無効回答	249	(.4)	2	(.8)	5	(.7)	
相談事のできる友人							<0.001
いる	63,478	(90.2)	188	(75.5)	624	(85.4)	
いない	6,452	(9.2)	57	(22.9)	94	(12.9)	
無回答・無効回答	441	(.6)	4	(1.6)	13	(1.8)	
家族全員での夕食頻度(週あたり)							<0.001
ほとんど毎日	31,483	(44.7)	100	(40.2)	327	(44.7)	
週5~6回	7,552	(10.7)	20	(8.0)	74	(10.1)	
週4回	7,443	(10.6)	19	(7.6)	80	(10.9)	
週3回	5,778	(8.2)	17	(6.8)	59	(8.1)	
週2回	9,836	(14.0)	22	(8.8)	95	(13.0)	
ほとんど食べない	8,009	(11.4)	66	(26.5)	90	(12.3)	
無回答・無効回答	270	(.4)	5	(2.0)	6	(.8)	
大人不在の状態で過ごす時間(1日あたり)							<0.001
なし、あるいは、ほとんどなし	19,376	(27.5)	50	(20.1)	189	(25.9)	
1時間未満	15,723	(22.3)	58	(23.3)	157	(21.5)	
1~2時間未満	16,578	(23.6)	45	(18.1)	166	(22.7)	
2~3時間未満	9,295	(13.2)	29	(11.6)	89	(12.2)	
3時間以上	8,870	(12.6)	64	(25.7)	108	(14.8)	
無回答・無効回答	529	(.8)	3	(1.2)	22	(3.0)	
悩み事の親への相談							<0.001
よく相談する	14,220	(20.2)	38	(15.3)	127	(17.4)	
どちらかと言えば相談する	22,856	(32.5)	59	(23.7)	212	(29.0)	
どちらかと言えば相談しない	16,141	(22.9)	50	(20.1)	181	(24.8)	
ほとんど相談しない	15,966	(22.7)	68	(27.3)	181	(24.8)	
親がいない	237	(.3)	26	(10.4)	3	(.4)	
無回答・無効回答	951	(1.4)	8	(3.2)	27	(3.7)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表18. 性別にみたインターネット使用状況

	性別								p-value
	全体		男性		女性		無回答・無効回答		
	n=71,351		n=36,860		n=34,331		n=160		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
インターネット使用時間(1日あたり)									<0.001
1時間未満	14,692	(20.6)	6,979	(18.9)	7,690	(22.4)	23	(14.4)	
1～2時間	20,779	(29.1)	10,743	(29.1)	9,993	(29.1)	43	(26.9)	
2～3時間	16,096	(22.6)	8,440	(22.9)	7,629	(22.2)	27	(16.9)	
3～4時間	8,788	(12.3)	4,622	(12.5)	4,140	(12.1)	26	(16.3)	
4～5時間	4,092	(5.7)	2,111	(5.7)	1,968	(5.7)	13	(8.1)	
5時間以上	5,691	(8.0)	3,140	(8.5)	2,530	(7.4)	21	(13.1)	
無回答・無効回答	1,213	(1.7)	825	(2.2)	381	(1.1)	7	(4.4)	
最も使用するインターネット機器									<0.001
携帯電話(スマートフォン)	45,101	(63.2)	20,370	(55.3)	24,648	(71.8)	83	(51.9)	
パソコン(タブレットを含む)	12,147	(17.0)	6,549	(17.8)	5,568	(16.2)	30	(18.8)	
インターネット接続できるゲーム機	7,509	(10.5)	6,274	(17.0)	1,215	(3.5)	20	(12.5)	
インターネット接続できる音楽端末	929	(1.3)	355	(1.0)	569	(1.7)	5	(3.1)	
その他の機器	692	(1.0)	419	(1.1)	269	(.8)	4	(2.5)	
遊び目的でインターネットは使わない	2,647	(3.7)	1,379	(3.7)	1,265	(3.7)	3	(1.9)	
無回答・無効回答	2,326	(3.3)	1,514	(4.1)	797	(2.3)	15	(9.4)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表19. 学年別にみたインターネット使用状況

	学年						p-value
	1年生		2年生		3年生		
	n=22,647		n=24,199		n=24,505		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
インターネット使用時間(1日あたり)							<0.001
1時間未満	5,736	(25.3)	4,266	(17.6)	4,690	(19.1)	
1～2時間	6,824	(30.1)	6,899	(28.5)	7,056	(28.8)	
2～3時間	4,599	(20.3)	5,777	(23.9)	5,720	(23.3)	
3～4時間	2,373	(10.5)	3,226	(13.3)	3,189	(13.0)	
4～5時間	1,123	(5.0)	1,533	(6.3)	1,436	(5.9)	
5時間以上	1,519	(6.7)	2,114	(8.7)	2,058	(8.4)	
無回答・無効回答	473	(2.1)	384	(1.6)	356	(1.5)	
最も使用するインターネット機器							<0.001
携帯電話(スマートフォン)	12,859	(56.8)	15,625	(64.6)	16,617	(67.8)	
パソコン(タブレットを含む)	4,152	(18.3)	4,021	(16.6)	3,974	(16.2)	
インターネット接続できるゲーム機	3,173	(14.0)	2,542	(10.5)	1,794	(7.3)	
インターネット接続できる音楽端末	223	(1.0)	277	(1.1)	429	(1.8)	
その他の機器	267	(1.2)	218	(.9)	207	(.8)	
遊び目的でインターネットは使わない	1,190	(5.3)	749	(3.1)	708	(2.9)	
無回答・無効回答	783	(3.5)	767	(3.2)	776	(3.2)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表20. いずれかの薬物乱用経験別にみたインターネット使用状況

	いずれかの薬物乱用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n=70,172		n=395		n=784		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
インターネット使用時間(1日あたり)							<0.001
1時間未満	14,547	(20.7)	71	(18.0)	74	(9.4)	
1～2時間	20,606	(29.4)	87	(22.0)	86	(11.0)	
2～3時間	15,971	(22.8)	51	(12.9)	74	(9.4)	
3～4時間	8,691	(12.4)	46	(11.6)	51	(6.5)	
4～5時間	4,041	(5.8)	31	(7.8)	20	(2.6)	
5時間以上	5,551	(7.9)	103	(26.1)	37	(4.7)	
無回答・無効回答	765	(1.1)	6	(1.5)	442	(56.4)	
最も使用するインターネット機器							0.001
携帯電話(スマートフォン)	44,660	(63.6)	222	(56.2)	219	(27.9)	
パソコン(タブレットを含む)	12,021	(17.1)	77	(19.5)	49	(6.3)	
インターネット接続できるゲーム機	7,431	(10.6)	37	(9.4)	41	(5.2)	
インターネット接続できる音楽端末	916	(1.3)	7	(1.8)	6	(.8)	
その他の機器	679	(1.0)	7	(1.8)	6	(.8)	
遊び目的でインターネットは使わない	2,599	(3.7)	28	(7.1)	20	(2.6)	
無回答・無効回答	1,866	(2.7)	17	(4.3)	443	(56.5)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表21. 大麻の乱用経験別にみたインターネット使用状況

	大麻の乱用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n=70,371		n=249		n=731		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
インターネット使用時間(1日あたり)							<0.001
1時間未満	14,577	(20.7)	48	(19.3)	67	(9.2)	
1～2時間	20,656	(29.4)	54	(21.7)	69	(9.4)	
2～3時間	15,998	(22.7)	35	(14.1)	63	(8.6)	
3～4時間	8,717	(12.4)	27	(10.8)	44	(6.0)	
4～5時間	4,053	(5.8)	22	(8.8)	17	(2.3)	
5時間以上	5,601	(8.0)	59	(23.7)	31	(4.2)	
無回答・無効回答	769	(1.1)	4	(1.6)	440	(60.2)	
最も使用するインターネット機器							0.001
携帯電話(スマートフォン)	44,777	(63.6)	136	(54.6)	188	(25.7)	
パソコン(タブレットを含む)	12,052	(17.1)	52	(20.9)	43	(5.9)	
インターネット接続できるゲーム機	7,454	(10.6)	20	(8.0)	35	(4.8)	
インターネット接続できる音楽端末	921	(1.3)	3	(1.2)	5	(.7)	
その他の機器	681	(1.0)	6	(2.4)	5	(.7)	
遊び目的でインターネットは使わない	2,613	(3.7)	18	(7.2)	16	(2.2)	
無回答・無効回答	1,873	(2.7)	14	(5.6)	439	(60.1)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表22. 性別にみた飲酒・喫煙状況

	性別								p-value
	全体		男性		女性		無回答・無効回答		
	n=71,351 n (%)	n=36,860 n (%)	n=34,331 n (%)	n=160 n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
生涯飲酒経験									
あり	15,069 (21.1)	8,598 (23.3)	6,413 (18.7)	58 (36.3)				<0.001	
飲酒場面(複数回答)									
飲酒経験なし	55,155 (77.3)	27,466 (74.5)	27,588 (80.4)	101 (63.1)				<0.001	
冠婚葬祭	8,838 (12.4)	4,953 (13.4)	3,851 (11.2)	34 (21.3)				<0.001	
家族と一緒に	6,262 (8.8)	3,455 (9.4)	2,786 (8.1)	21 (13.1)				<0.001	
パーティーの時に	427 (0.6)	294 (0.8)	133 (0.4)	0 (0)				<0.001	
居酒屋などで	249 (0.3)	152 (0.4)	96 (0.3)	1 (0.6)				0.002	
自分や誰かの部屋で	474 (0.7)	264 (0.7)	208 (0.6)	2 (1.3)				0.052	
一人で	1,054 (1.5)	700 (1.9)	345 (1.0)	9 (5.6)				<0.001	
その他の機会に	230 (0.3)	156 (0.4)	73 (0.2)	1 (0.6)				-	
無回答・無効回答	1,262 (1.8)	872 (2.4)	387 (1.1)	3 (1.9)				-	
初回飲酒年齢								<0.001	
飲酒経験なし	55,639 (78.0)	27,807 (75.4)	27,730 (80.8)	102 (63.8)					
10歳以下	4,834 (6.8)	2,921 (7.9)	1,887 (5.5)	26 (16.3)					
11歳	1,447 (2.0)	877 (2.4)	566 (1.6)	4 (2.5)					
12歳	1,490 (2.1)	902 (2.4)	586 (1.7)	2 (1.3)					
13歳	985 (1.4)	596 (1.6)	385 (1.1)	4 (2.5)					
14歳	661 (0.9)	412 (1.1)	248 (0.7)	1 (0.6)					
15歳以上	179 (0.3)	116 (0.3)	63 (0.2)	0 (0)					
年齢は覚えていない	5,473 (7.7)	2,774 (7.5)	2,678 (7.8)	21 (13.1)					
無回答・無効回答	643 (0.9)	455 (1.2)	188 (0.5)	0 (0)					
過去1年間の飲酒経験									
あり	8,052 (11.3)	4,749 (12.9)	3,267 (9.5)	36 (22.5)				<0.001	
過去1年間の飲酒頻度								<0.001	
1度も飲んでいない	61,713 (86.5)	31,159 (84.5)	30,436 (88.7)	118 (73.8)					
1年間で数回	7,329 (10.3)	4,292 (11.6)	3,010 (8.8)	27 (16.9)					
月に数回	514 (0.7)	330 (0.9)	179 (0.5)	5 (3.1)					
週に数回	89 (0.1)	53 (0.1)	36 (0.1)	0 (0)					
ほとんど毎日	120 (0.2)	74 (0.2)	42 (0.1)	4 (2.5)					
無回答・無効回答	1,586 (2.2)	952 (2.6)	628 (1.8)	6 (3.8)					
未成年者の飲酒が禁止されていることに対する考え								<0.001	
飲むべきではないと思う	58,950 (82.6)	29,490 (80.0)	29,364 (85.5)	96 (60.0)					
時と場合に応じては構わない	10,173 (14.3)	5,817 (15.8)	4,310 (12.6)	46 (28.8)					
全然構わない	1,359 (1.9)	943 (2.6)	404 (1.2)	12 (7.5)					
無回答・無効回答	869 (1.2)	610 (1.7)	253 (0.7)	6 (3.8)					
生涯喫煙経験									
あり	1,562 (2.2)	1,026 (2.8)	526 (1.5)	10 (6.3)				<0.001	
初めて喫煙した年齢								<0.001	
吸ったことがない	69,045 (96.8)	35,297 (95.8)	33,598 (97.9)	150 (93.8)					
10歳以下	413 (0.6)	252 (0.7)	156 (0.5)	5 (3.1)					
11歳	125 (0.2)	84 (0.2)	41 (0.1)	0 (0)					
12歳	174 (0.2)	128 (0.3)	46 (0.1)	0 (0)					
13歳	185 (0.3)	138 (0.4)	47 (0.1)	0 (0)					
14歳	159 (0.2)	109 (0.3)	50 (0.1)	0 (0)					
15歳以上	40 (0.1)	29 (0.1)	11 (0.0)	0 (0)					
年齢は覚えていない	466 (0.7)	286 (0.8)	175 (0.5)	5 (3.1)					
無回答・無効回答	744 (1.0)	537 (1.5)	207 (0.6)	0 (0)					
過去1年間の喫煙経験									
あり	726 (1.0)	498 (1.4)	224 (0.7)	4 (2.5)				<0.001	
過去1年間の喫煙頻度								<0.001	
一度も吸っていない	70,007 (98.1)	35,911 (97.4)	33,940 (98.9)	156 (97.5)					
1年間で数回	454 (0.6)	309 (0.8)	144 (0.4)	1 (0.6)					
月に数回	90 (0.1)	66 (0.2)	24 (0.1)	0 (0)					
週に数回	67 (0.1)	47 (0.1)	20 (0.1)	0 (0)					
ほとんど毎日	115 (0.2)	76 (0.2)	36 (0.1)	3 (1.9)					
無回答・無効回答	618 (0.9)	451 (1.2)	167 (0.5)	0 (0)					
未成年者の喫煙が禁止されていることに対する考え								<0.001	
吸うべきでないとと思う	68,243 (95.6)	34,837 (94.5)	33,263 (96.9)	143 (89.4)					
少々なら構わない	1,516 (2.1)	898 (2.4)	610 (1.8)	8 (5.0)					
全然構わない	873 (1.2)	621 (1.7)	244 (0.7)	8 (5.0)					
無回答・無効回答	719 (1.0)	504 (1.4)	214 (0.6)	1 (0.6)					

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表23. 学年別にみた飲酒・喫煙状況

	学年						p-value
	1年生		2年生		3年生		
	n=22,647		n=24,199		n=24,505		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯飲酒経験							
あり	4,056	(17.9)	5,107	(21.1)	5,906	(24.1)	<0.001
飲酒場面(複数回答)							
飲酒経験なし	18,201	(80.4)	18,709	(77.3)	18,245	(74.5)	<0.001
冠婚葬祭	2,398	(10.6)	3,005	(12.4)	3,435	(14.0)	<0.001
家族と一緒に	1,546	(6.8)	2,122	(8.8)	2,594	(10.6)	<0.001
パーティーの時に	110	(.5)	133	(.5)	184	(.8)	<0.001
居酒屋などで	48	(.2)	80	(.3)	121	(.5)	<0.001
自分や誰かの部屋で	69	(.3)	126	(.5)	279	(1.1)	<0.001
一人で	265	(1.2)	346	(1.4)	443	(1.8)	<0.001
その他の機会に	71	(.3)	85	(.4)	74	(.3)	-
無回答・無効回答	427	(1.9)	426	(1.8)	409	(1.7)	-
初回飲酒年齢							<0.001
飲酒経験なし	18,398	(81.2)	18,872	(78.0)	18,369	(75.0)	
10歳以下	1,662	(7.3)	1,626	(6.7)	1,546	(6.3)	
11歳	562	(2.5)	509	(2.1)	376	(1.5)	
12歳	487	(2.2)	533	(2.2)	470	(1.9)	
13歳	92	(.4)	444	(1.8)	449	(1.8)	
14歳	0	(.0)	142	(.6)	519	(2.1)	
15歳以上	1	(.0)	2	(.0)	176	(.7)	
年齢は覚えていない	1,252	(5.5)	1,851	(7.6)	2,370	(9.7)	
無回答・無効回答	193	(.9)	220	(.9)	230	(.9)	
過去1年間の飲酒経験							
あり	2,147	(9.5)	2,711	(11.2)	3,194	(13.0)	<0.001
過去1年間の飲酒頻度							<0.001
1度も飲んでいない	20,043	(88.5)	20,952	(86.6)	20,718	(84.5)	
1年間で数回	2,017	(8.9)	2,464	(10.2)	2,848	(11.6)	
月に数回	100	(.4)	173	(.7)	241	(1.0)	
週に数回	15	(.1)	25	(.1)	49	(.2)	
ほとんど毎日	15	(.1)	49	(.2)	56	(.2)	
無回答・無効回答	457	(2.0)	536	(2.2)	593	(2.4)	
未成年者の飲酒が禁止されていることに対する考え							<0.001
飲むべきではないと思う	19,349	(85.4)	19,674	(81.3)	19,927	(81.3)	
時と場合に応じては構わない	2,781	(12.3)	3,725	(15.4)	3,667	(15.0)	
全然構わない	240	(1.1)	504	(2.1)	615	(2.5)	
無回答・無効回答	277	(1.2)	296	(1.2)	296	(1.2)	
生涯喫煙経験							
あり	327	(1.4)	556	(2.3)	679	(2.8)	<0.001
初めて喫煙した年齢							<0.001
吸ったことがない	22,085	(97.5)	23,397	(96.7)	23,563	(96.2)	
10歳以下	106	(.5)	158	(.7)	149	(.6)	
11歳	38	(.2)	41	(.2)	46	(.2)	
12歳	63	(.3)	57	(.2)	54	(.2)	
13歳	16	(.1)	94	(.4)	75	(.3)	
14歳	0	(.0)	39	(.2)	120	(.5)	
15歳以上	1	(.0)	3	(.0)	36	(.1)	
年齢は覚えていない	103	(.5)	164	(.7)	199	(.8)	
無回答・無効回答	235	(1.0)	246	(1.0)	263	(1.1)	
過去1年間の喫煙経験							
あり	147	(.6)	252	(1.0)	327	(1.3)	<0.001
過去1年間の喫煙頻度							<0.001
一度も吸っていない	22,312	(98.5)	23,750	(98.1)	23,945	(97.7)	
1年間で数回	126	(.6)	153	(.6)	175	(.7)	
月に数回	7	(.0)	33	(.1)	50	(.2)	
週に数回	5	(.0)	26	(.1)	36	(.1)	
ほとんど毎日	9	(.0)	40	(.2)	66	(.3)	
無回答・無効回答	188	(.8)	197	(.8)	233	(1.0)	
未成年者の喫煙が禁止されていることに対する考え							<0.001
吸うべきでないと思う	21,891	(96.7)	23,050	(95.3)	23,302	(95.1)	
少々なら構わない	365	(1.6)	570	(2.4)	581	(2.4)	
全然構わない	175	(.8)	338	(1.4)	360	(1.5)	
無回答・無効回答	216	(1.0)	241	(1.0)	262	(1.1)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表24. いずれかの薬物乱用経験別にみた飲酒・喫煙状況

	いずれかの薬物乱用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯飲酒経験							
あり	14,759	(21.0)	220	(55.7)	90	(11.5)	<0.001
飲酒場面(複数回答)							
飲酒経験なし	54,740	(78.0)	170	(43.0)	245	(31.3)	<0.001
冠婚葬祭	8,693	(12.4)	96	(24.3)	49	(6.3)	<0.001
家族と一緒に	6,143	(8.8)	84	(21.3)	35	(4.5)	<0.001
パーティーの時に	393	(.6)	31	(7.8)	3	(.4)	<0.001
居酒屋などで	214	(.3)	33	(8.4)	2	(.3)	<0.001
自分や誰かの部屋で	434	(.6)	38	(9.6)	2	(.3)	<0.001
一人で	969	(1.4)	74	(18.7)	11	(1.4)	<0.001
その他の機会に	219	(.3)	6	(1.5)	5	(.6)	-
無回答・無効回答	805	(1.1)	6	(1.5)	451	(57.5)	-
初回飲酒年齢							<0.001
飲酒経験なし	55,215	(78.7)	172	(43.5)	252	(32.1)	
10歳以下	4,708	(6.7)	103	(26.1)	23	(2.9)	
11歳	1,408	(2.0)	21	(5.3)	18	(2.3)	
12歳	1,463	(2.1)	18	(4.6)	9	(1.1)	
13歳	969	(1.4)	8	(2.0)	8	(1.0)	
14歳	647	(.9)	12	(3.0)	2	(.3)	
15歳以上	173	(.2)	5	(1.3)	1	(.1)	
年齢は覚えていない	5,391	(7.7)	53	(13.4)	29	(3.7)	
無回答・無効回答	198	(.3)	3	(.8)	442	(56.4)	
過去1年間の飲酒経験							
あり	7,841	(11.2)	160	(40.5)	51	(6.5)	<0.001
過去1年間の飲酒頻度							<0.001
1度も飲んでいない	61,221	(87.2)	229	(58.0)	263	(33.5)	
1年間で数回	7,202	(10.3)	84	(21.3)	43	(5.5)	
月に数回	493	(.7)	16	(4.1)	5	(.6)	
週に数回	81	(.1)	7	(1.8)	1	(.1)	
ほとんど毎日	65	(.1)	53	(13.4)	2	(.3)	
無回答・無効回答	1,110	(1.6)	6	(1.5)	470	(59.9)	
未成年者の飲酒が禁止されていることに対する考え							<0.001
飲むべきではないと思う	58,501	(83.4)	207	(52.4)	242	(30.9)	
時と場合に応じては構わない	10,006	(14.3)	110	(27.8)	57	(7.3)	
全然構わない	1,261	(1.8)	74	(18.7)	24	(3.1)	
無回答・無効回答	404	(.6)	4	(1.0)	461	(58.8)	
生涯喫煙経験							
あり	1,427	(2.0)	111	(28.1)	24	(3.1)	<0.001
初めて喫煙した年齢							<0.001
吸ったことがない	68,464	(97.6)	280	(70.9)	301	(38.4)	
10歳以下	364	(.5)	42	(10.6)	7	(.9)	
11歳	109	(.2)	14	(3.5)	2	(.3)	
12歳	161	(.2)	8	(2.0)	5	(.6)	
13歳	177	(.3)	6	(1.5)	2	(.3)	
14歳	152	(.2)	5	(1.3)	2	(.3)	
15歳以上	34	(.0)	4	(1.0)	2	(.3)	
年齢は覚えていない	430	(.6)	32	(8.1)	4	(.5)	
無回答・無効回答	281	(.4)	4	(1.0)	459	(58.5)	
過去1年間の喫煙経験							
あり	621	(.9)	96	(24.3)	9	(1.1)	<0.001
過去1年間の喫煙頻度							<0.001
一度も吸っていない	69,394	(98.9)	297	(75.2)	316	(40.3)	
1年間で数回	428	(.6)	22	(5.6)	4	(.5)	
月に数回	77	(.1)	12	(3.0)	1	(.1)	
週に数回	55	(.1)	11	(2.8)	1	(.1)	
ほとんど毎日	61	(.1)	51	(12.9)	3	(.4)	
無回答・無効回答	157	(.2)	2	(.5)	459	(58.5)	
未成年者の喫煙が禁止されていることに対する考え							<0.001
吸うべきでないとと思う	67,676	(96.4)	279	(70.6)	288	(36.7)	
少々なら構わない	1,459	(2.1)	42	(10.6)	15	(1.9)	
全然構わない	788	(1.1)	68	(17.2)	17	(2.2)	
無回答・無効回答	249	(.4)	6	(1.5)	464	(59.2)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表25. 大麻の乱用経験別にみた飲酒・喫煙状況

	大麻の乱用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n=70,371		n=249		n=731		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯飲酒経験							
あり	14,854	(21.1)	136	(54.6)	79	(10.8)	<0.001
飲酒場面(複数回答)							
飲酒経験なし	54,842	(77.9)	109	(43.8)	204	(27.9)	<0.001
冠婚葬祭	8,739	(12.4)	59	(23.7)	40	(5.5)	<0.001
家族と一緒に	6,175	(8.8)	54	(21.7)	33	(4.5)	<0.001
パーティーの時に	402	(.6)	21	(8.4)	4	(.5)	<0.001
居酒屋などで	219	(.3)	27	(10.8)	3	(.4)	<0.001
自分や誰かの部屋で	446	(.6)	26	(10.4)	2	(.3)	<0.001
一人で	996	(1.4)	48	(19.3)	10	(1.4)	<0.001
その他の機会に	223	(.3)	3	(1.2)	4	(.5)	-
無回答・無効回答	807	(1.1)	5	(2.0)	450	(61.6)	-
初回飲酒年齢							<0.001
飲酒経験なし	55,318	(78.6)	111	(44.6)	210	(28.7)	
10歳以下	4,746	(6.7)	67	(26.9)	21	(2.9)	
11歳	1,421	(2.0)	10	(4.0)	16	(2.2)	
12歳	1,472	(2.1)	11	(4.4)	7	(1.0)	
13歳	975	(1.4)	4	(1.6)	6	(.8)	
14歳	652	(.9)	5	(2.0)	4	(.5)	
15歳以上	176	(.3)	2	(.8)	1	(.1)	
年齢は覚えていない	5,412	(7.7)	37	(14.9)	24	(3.3)	
無回答・無効回答	199	(.3)	2	(.8)	442	(60.5)	
過去1年間の飲酒経験							
あり	7,900	(11.2)	106	(42.6)	46	(6.3)	<0.001
過去1年間の飲酒頻度							<0.001
1度も飲んでいない	61,358	(87.2)	140	(56.2)	215	(29.4)	
1年間で数回	7,244	(10.3)	48	(19.3)	37	(5.1)	
月に数回	500	(.7)	8	(3.2)	6	(.8)	
週に数回	82	(.1)	5	(2.0)	2	(.3)	
ほとんど毎日	74	(.1)	45	(18.1)	1	(.1)	
無回答・無効回答	1,113	(1.6)	3	(1.2)	470	(64.3)	
未成年者の飲酒が禁止されていることに対する考え							<0.001
飲むべきではないと思う	58,624	(83.3)	130	(52.2)	196	(26.8)	
時と場合に応じては構わない	10,062	(14.3)	58	(23.3)	53	(7.3)	
全然構わない	1,281	(1.8)	57	(22.9)	21	(2.9)	
無回答・無効回答	404	(.6)	4	(1.6)	461	(63.1)	
生涯喫煙経験							
あり	1,459	(2.1)	79	(31.7)	24	(3.3)	<0.001
初めて喫煙した年齢							<0.001
吸ったことがない	68,630	(97.5)	167	(67.1)	248	(33.9)	
10歳以下	372	(.5)	34	(13.7)	7	(1.0)	
11歳	115	(.2)	8	(3.2)	2	(.3)	
12歳	163	(.2)	7	(2.8)	4	(.5)	
13歳	180	(.3)	2	(.8)	3	(.4)	
14歳	153	(.2)	3	(1.2)	3	(.4)	
15歳以上	35	(.0)	3	(1.2)	2	(.3)	
年齢は覚えていない	441	(.6)	22	(8.8)	3	(.4)	
無回答・無効回答	282	(.4)	3	(1.2)	459	(62.8)	
過去1年間の喫煙経験							
あり	644	(.9)	72	(28.9)	10	(1.4)	<0.001
過去1年間の喫煙頻度							<0.001
一度も吸っていない	69,570	(98.9)	175	(70.3)	262	(35.8)	
1年間で数回	437	(.6)	13	(5.2)	4	(.5)	
月に数回	80	(.1)	9	(3.6)	1	(.1)	
週に数回	57	(.1)	8	(3.2)	2	(.3)	
ほとんど毎日	70	(.1)	42	(16.9)	3	(.4)	
無回答・無効回答	157	(.2)	2	(.8)	459	(62.8)	
未成年者の喫煙が禁止されていることに対する考え							<0.001
吸うべきでないとと思う	67,833	(96.4)	171	(68.7)	239	(32.7)	
少々なら構わない	1,479	(2.1)	22	(8.8)	15	(2.1)	
全然構わない	806	(1.1)	52	(20.9)	15	(2.1)	
無回答・無効回答	253	(.4)	4	(1.6)	462	(63.2)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表26. 性別にみた薬物乱用の生涯経験・誘われた経験・身近な使用者・入手可能性・考え

	性別								p-value
	全体		男性		女性		無回答・無効回答		
	n=71,351		n=36,860		n=34,331		n=160		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物乱用の生涯経験									
有機溶剤	346	(.5)	228	(.6)	114	(.3)	4	(2.5)	<0.001
大麻	249	(.3)	164	(.4)	82	(.2)	3	(1.9)	<0.001
覚せい剤	231	(.3)	150	(.4)	77	(.2)	4	(2.5)	<0.001
危険ドラッグ	215	(.3)	140	(.4)	72	(.2)	3	(1.9)	<0.001
大麻または覚せい剤	274	(.4)	179	(.5)	91	(.3)	4	(2.5)	<0.001
いずれかの薬物	395	(.6)	257	(.7)	133	(.4)	5	(3.1)	<0.001
薬物乱用に誘われた経験									
有機溶剤	234	(.3)	144	(.4)	88	(.3)	2	(1.3)	0.002
大麻	239	(.3)	157	(.4)	78	(.2)	4	(2.5)	<0.001
覚せい剤	233	(.3)	148	(.4)	83	(.2)	2	(1.3)	<0.001
危険ドラッグ	214	(.3)	133	(.4)	78	(.2)	3	(1.9)	0.001
大麻または覚せい剤	300	(.4)	198	(.5)	98	(.3)	4	(2.5)	<0.001
いずれかの薬物	382	(.5)	251	(.7)	127	(.4)	4	(2.5)	<0.001
身近に使っている人がいると答えた者の割合									
有機溶剤	614	(.9)	385	(1.0)	224	(.7)	5	(3.1)	<0.001
大麻	529	(.7)	334	(.9)	192	(.6)	3	(1.9)	<0.001
覚せい剤	488	(.7)	308	(.8)	175	(.5)	5	(3.1)	<0.001
危険ドラッグ	463	(.6)	296	(.8)	163	(.5)	4	(2.5)	<0.001
薬物の入手可能性									
<有機溶剤>									
絶対不可能	53,780	(75.4)	26,222	(71.1)	27,472	(80.0)	86	(53.8)	<0.001
ほとんど不可能	8,514	(11.9)	4,949	(13.4)	3,536	(10.3)	29	(18.1)	
なんとか手に入る	4,597	(6.4)	2,725	(7.4)	1,851	(5.4)	21	(13.1)	
簡単に手に入る	3,227	(4.5)	2,218	(6.0)	992	(2.9)	17	(10.6)	
無回答・無効回答	1,233	(1.7)	746	(2.0)	480	(1.4)	7	(4.4)	
<大麻>									
絶対不可能	55,478	(77.8)	27,289	(74.0)	28,095	(81.8)	94	(58.8)	<0.001
ほとんど不可能	8,580	(12.0)	5,026	(13.6)	3,527	(10.3)	27	(16.9)	
なんとか手に入る	4,042	(5.7)	2,423	(6.6)	1,595	(4.6)	24	(15.0)	
簡単に手に入る	1,920	(2.7)	1,303	(3.5)	609	(1.8)	8	(5.0)	
無回答・無効回答	1,331	(1.9)	819	(2.2)	505	(1.5)	7	(4.4)	
<覚せい剤>									
絶対不可能	55,500	(77.8)	27,486	(74.6)	27,920	(81.3)	94	(58.8)	<0.001
ほとんど不可能	8,549	(12.0)	4,981	(13.5)	3,539	(10.3)	29	(18.1)	
なんとか手に入る	4,099	(5.7)	2,363	(6.4)	1,715	(5.0)	21	(13.1)	
簡単に手に入る	1,942	(2.7)	1,260	(3.4)	674	(2.0)	8	(5.0)	
無回答・無効回答	1,261	(1.8)	770	(2.1)	483	(1.4)	8	(5.0)	
<危険ドラッグ>									
絶対不可能	55,641	(78.0)	27,464	(74.5)	28,082	(81.8)	95	(59.4)	<0.001
ほとんど不可能	8,420	(11.8)	4,904	(13.3)	3,488	(10.2)	28	(17.5)	
なんとか手に入る	4,005	(5.6)	2,347	(6.4)	1,636	(4.8)	22	(13.8)	
簡単に手に入る	1,929	(2.7)	1,309	(3.6)	612	(1.8)	8	(5.0)	
無回答・無効回答	1,356	(1.9)	836	(2.3)	513	(1.5)	7	(4.4)	
薬物乱用に対する考え									
<有機溶剤>									
使うべきではない	69,607	(97.6)	35,613	(96.6)	33,851	(98.6)	143	(89.4)	<0.001
少々なら構わない	589	(.8)	386	(1.0)	196	(.6)	7	(4.4)	
まったく構わない	571	(.8)	436	(1.2)	129	(.4)	6	(3.8)	
無回答・無効回答	584	(.8)	425	(1.2)	155	(.5)	4	(2.5)	
<大麻>									
使うべきではない	69,366	(97.2)	35,393	(96.0)	33,833	(98.5)	140	(87.5)	<0.001
少々なら構わない	756	(1.1)	544	(1.5)	202	(.6)	10	(6.3)	
まったく構わない	625	(.9)	483	(1.3)	136	(.4)	6	(3.8)	
無回答・無効回答	604	(.8)	440	(1.2)	160	(.5)	4	(2.5)	
<覚せい剤>									
使うべきではない	69,689	(97.7)	35,665	(96.8)	33,881	(98.7)	143	(89.4)	<0.001
少々なら構わない	518	(.7)	342	(.9)	170	(.5)	6	(3.8)	
まったく構わない	551	(.8)	420	(1.1)	124	(.4)	7	(4.4)	
無回答・無効回答	593	(.8)	433	(1.2)	156	(.5)	4	(2.5)	
<危険ドラッグ>									
使うべきではない	69,796	(97.8)	35,723	(96.9)	33,929	(98.8)	144	(90.0)	<0.001
少々なら構わない	390	(.5)	270	(.7)	114	(.3)	6	(3.8)	
まったく構わない	551	(.8)	419	(1.1)	126	(.4)	6	(3.8)	
無回答・無効回答	614	(.9)	448	(1.2)	162	(.5)	4	(2.5)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表27. 学年別にみた薬物乱用の生涯経験・誘われた経験・身近な使用者・入手可能性・考え

	学年						p-value
	1年生		2年生		3年生		
	n=22,647		n=24,199		n=24,505		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物乱用の生涯経験							
有機溶剤	85	(.4)	143	(.6)	118	(.5)	0.004
大麻	57	(.3)	106	(.4)	86	(.4)	0.003
覚せい剤	53	(.2)	96	(.4)	82	(.3)	0.008
危険ドラッグ	53	(.2)	91	(.4)	71	(.3)	0.019
大麻または覚せい剤	60	(.3)	116	(.5)	98	(.4)	0.001
いずれかの薬物	94	(.4)	164	(.7)	137	(.6)	0.001
薬物乱用に誘われた経験							
有機溶剤	47	(.2)	94	(.4)	93	(.4)	0.001
大麻	41	(.2)	96	(.4)	102	(.4)	<0.001
覚せい剤	43	(.2)	99	(.4)	91	(.4)	<0.001
危険ドラッグ	36	(.2)	95	(.4)	83	(.3)	<0.001
大麻または覚せい剤	56	(.2)	118	(.5)	126	(.5)	<0.001
いずれかの薬物	75	(.3)	149	(.6)	158	(.6)	<0.001
身近に使っている人がいると答えた者の割合							
有機溶剤	160	(.7)	215	(.9)	239	(1.0)	0.006
大麻	124	(.5)	192	(.8)	213	(.9)	<0.001
覚せい剤	130	(.6)	176	(.7)	182	(.7)	0.051
危険ドラッグ	115	(.5)	166	(.7)	182	(.7)	0.004
薬物の入手可能性							
〈有機溶剤〉							
絶対不可能	17,285	(76.3)	18,534	(76.6)	17,961	(73.3)	<0.001
ほとんど不可能	2,734	(12.1)	2,863	(11.8)	2,917	(11.9)	
なんとか手に入る	1,328	(5.9)	1,446	(6.0)	1,823	(7.4)	
簡単に手に入る	865	(3.8)	971	(4.0)	1,391	(5.7)	
無回答・無効回答	435	(1.9)	385	(1.6)	413	(1.7)	
〈大麻〉							
絶対不可能	17,747	(78.4)	19,039	(78.7)	18,692	(76.3)	<0.001
ほとんど不可能	2,677	(11.8)	2,869	(11.9)	3,034	(12.4)	
なんとか手に入る	1,213	(5.4)	1,267	(5.2)	1,562	(6.4)	
簡単に手に入る	540	(2.4)	597	(2.5)	783	(3.2)	
無回答・無効回答	470	(2.1)	427	(1.8)	434	(1.8)	
〈覚せい剤〉							
絶対不可能	17,714	(78.2)	19,033	(78.7)	18,753	(76.5)	<0.001
ほとんど不可能	2,693	(11.9)	2,864	(11.8)	2,992	(12.2)	
なんとか手に入る	1,233	(5.4)	1,295	(5.4)	1,571	(6.4)	
簡単に手に入る	566	(2.5)	610	(2.5)	766	(3.1)	
無回答・無効回答	441	(1.9)	397	(1.6)	423	(1.7)	
〈危険ドラッグ〉							
絶対不可能	17,831	(78.7)	19,081	(78.9)	18,729	(76.4)	<0.001
ほとんど不可能	2,618	(11.6)	2,837	(11.7)	2,965	(12.1)	
なんとか手に入る	1,182	(5.2)	1,231	(5.1)	1,592	(6.5)	
簡単に手に入る	540	(2.4)	617	(2.5)	772	(3.2)	
無回答・無効回答	476	(2.1)	433	(1.8)	447	(1.8)	
薬物乱用に対する考え							
〈有機溶剤〉							
使うべきではない	22,169	(97.9)	23,574	(97.4)	23,864	(97.4)	<0.001
少々なら構わない	151	(.7)	222	(.9)	216	(.9)	
まったく構わない	135	(.6)	223	(.9)	213	(.9)	
無回答・無効回答	192	(.8)	180	(.7)	212	(.9)	
〈大麻〉							
使うべきではない	22,125	(97.7)	23,510	(97.2)	23,731	(96.8)	<0.001
少々なら構わない	184	(.8)	260	(1.1)	312	(1.3)	
まったく構わない	138	(.6)	243	(1.0)	244	(1.0)	
無回答・無効回答	200	(.9)	186	(.8)	218	(.9)	
〈覚せい剤〉							
使うべきではない	22,172	(97.9)	23,603	(97.5)	23,914	(97.6)	0.001
少々なら構わない	144	(.6)	196	(.8)	178	(.7)	
まったく構わない	135	(.6)	219	(.9)	197	(.8)	
無回答・無効回答	196	(.9)	181	(.7)	216	(.9)	
〈危険ドラッグ〉							
使うべきではない	22,212	(98.1)	23,636	(97.7)	23,948	(97.7)	<0.001
少々なら構わない	97	(.4)	155	(.6)	138	(.6)	
まったく構わない	134	(.6)	218	(.9)	199	(.8)	
無回答・無効回答	204	(.9)	190	(.8)	220	(.9)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表28. いずれかの薬物乱用経験別にみた薬物乱用の生涯経験・誘われた経験・身近な使用者・入手可能性・考え

	いずれかの薬物乱用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n=70,172		n=395		n=784		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物乱用の生涯経験							
有機溶剤	0	(.0)	346	(87.6)	0	(.0)	<0.001
大麻	0	(.0)	249	(63.0)	0	(.0)	<0.001
覚せい剤	0	(.0)	231	(58.5)	0	(.0)	<0.001
危険ドラッグ	0	(.0)	215	(54.4)	0	(.0)	<0.001
大麻または覚せい剤	0	(.0)	274	(69.4)	0	(.0)	<0.001
薬物乱用に誘われた経験							
有機溶剤	144	(.2)	89	(22.5)	1	(.1)	<0.001
大麻	152	(.2)	87	(22.0)	0	(.0)	<0.001
覚せい剤	146	(.2)	85	(21.5)	2	(.3)	<0.001
危険ドラッグ	135	(.2)	78	(19.7)	1	(.1)	<0.001
大麻または覚せい剤	199	(.3)	99	(25.1)	2	(.3)	<0.001
いずれかの薬物	268	(.4)	112	(28.4)	2	(.3)	<0.001
身近に使っている人がいると答えた者の割合							
有機溶剤	486	(.7)	126	(31.9)	2	(.3)	<0.001
大麻	434	(.6)	94	(23.8)	1	(.1)	<0.001
覚せい剤	401	(.6)	85	(21.5)	2	(.3)	<0.001
危険ドラッグ	378	(.5)	85	(21.5)	0	(.0)	<0.001
薬物の入手可能性							
<有機溶剤>							<0.001
絶対不可能	53,482	(76.2)	121	(30.6)	177	(22.6)	
ほとんど不可能	8,447	(12.0)	47	(11.9)	20	(2.6)	
なんとか手に入る	4,525	(6.4)	59	(14.9)	13	(1.7)	
簡単に手に入る	3,044	(4.3)	164	(41.5)	19	(2.4)	
無回答・無効回答	674	(1.0)	4	(1.0)	555	(70.8)	
<大麻>							<0.001
絶対不可能	55,149	(78.6)	161	(40.8)	168	(21.4)	
ほとんど不可能	8,491	(12.1)	69	(17.5)	20	(2.6)	
なんとか手に入る	3,964	(5.6)	71	(18.0)	7	(.9)	
簡単に手に入る	1,823	(2.6)	86	(21.8)	11	(1.4)	
無回答・無効回答	745	(1.1)	8	(2.0)	578	(73.7)	
<覚せい剤>							<0.001
絶対不可能	55,163	(78.6)	165	(41.8)	172	(21.9)	
ほとんど不可能	8,452	(12.0)	77	(19.5)	20	(2.6)	
なんとか手に入る	4,028	(5.7)	62	(15.7)	9	(1.1)	
簡単に手に入る	1,850	(2.6)	81	(20.5)	11	(1.4)	
無回答・無効回答	679	(1.0)	10	(2.5)	572	(73.0)	
<危険ドラッグ>							<0.001
絶対不可能	55,309	(78.8)	168	(42.5)	164	(20.9)	
ほとんど不可能	8,332	(11.9)	67	(17.0)	21	(2.7)	
なんとか手に入る	3,929	(5.6)	69	(17.5)	7	(.9)	
簡単に手に入る	1,841	(2.6)	79	(20.0)	9	(1.1)	
無回答・無効回答	761	(1.1)	12	(3.0)	583	(74.4)	
薬物乱用に対する考え							
<有機溶剤>							<0.001
使うべきではない	69,101	(98.5)	258	(65.3)	248	(31.6)	
少々なら構わない	526	(.7)	58	(14.7)	5	(.6)	
まったく構わない	482	(.7)	77	(19.5)	12	(1.5)	
無回答・無効回答	63	(.1)	2	(.5)	519	(66.2)	
<大麻>							<0.001
使うべきではない	68,842	(98.1)	284	(71.9)	240	(30.6)	
少々なら構わない	720	(1.0)	33	(8.4)	3	(.4)	
まったく構わない	538	(.8)	74	(18.7)	13	(1.7)	
無回答・無効回答	72	(.1)	4	(1.0)	528	(67.3)	
<覚せい剤>							<0.001
使うべきではない	69,154	(98.5)	292	(73.9)	243	(31.0)	
少々なら構わない	480	(.7)	35	(8.9)	3	(.4)	
まったく構わない	475	(.7)	65	(16.5)	11	(1.4)	
無回答・無効回答	63	(.1)	3	(.8)	527	(67.2)	
<危険ドラッグ>							<0.001
使うべきではない	69,257	(98.7)	295	(74.7)	244	(31.1)	
少々なら構わない	360	(.5)	28	(7.1)	2	(.3)	
まったく構わない	471	(.7)	69	(17.5)	11	(1.4)	
無回答・無効回答	84	(.1)	3	(.8)	527	(67.2)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表29. 大麻の乱用経験別にみた薬物乱用の生涯経験・誘われた経験・身近な使用者・入手可能性・考え

	大麻の乱用経験						
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		p-value
	n=70,371		n=249		n=731		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物乱用の生涯経験							
有機溶剤	119	(.2)	222	(89.2)	5	(.7)	<0.001
覚せい剤	22	(.0)	206	(82.7)	3	(.4)	<0.001
危険ドラッグ	10	(.0)	204	(81.9)	1	(.1)	<0.001
大麻または覚せい剤	22	(.0)	249	(100.0)	3	(.4)	<0.001
いずれかの薬物	139	(.2)	249	(100.0)	7	(1.0)	<0.001
薬物乱用に誘われた経験							
有機溶剤	158	(.2)	73	(29.3)	3	(.4)	<0.001
大麻	159	(.2)	79	(31.7)	1	(.1)	<0.001
覚せい剤	157	(.2)	72	(28.9)	4	(.5)	<0.001
危険ドラッグ	144	(.2)	67	(26.9)	3	(.4)	<0.001
大麻または覚せい剤	213	(.3)	83	(33.3)	4	(.5)	<0.001
いずれかの薬物	294	(.4)	83	(33.3)	5	(.7)	<0.001
身近に使っている人がいると答えた者の割合							
有機溶剤	525	(.7)	83	(33.3)	6	(.8)	<0.001
大麻	440	(.6)	87	(34.9)	2	(.3)	<0.001
覚せい剤	410	(.6)	76	(30.5)	2	(.3)	<0.001
危険ドラッグ	383	(.5)	78	(31.3)	2	(.3)	<0.001
薬物の入手可能性							
<有機溶剤>							<0.001
絶対不可能	53,548	(76.1)	91	(36.5)	141	(19.3)	
ほとんど不可能	8,464	(12.0)	38	(15.3)	12	(1.6)	
なんとか手に入る	4,552	(6.5)	34	(13.7)	11	(1.5)	
簡単に手に入る	3,131	(4.4)	82	(32.9)	14	(1.9)	
無回答・無効回答	676	(1.0)	4	(1.6)	553	(75.6)	
<大麻>							<0.001
絶対不可能	55,255	(78.5)	98	(39.4)	125	(17.1)	
ほとんど不可能	8,528	(12.1)	39	(15.7)	13	(1.8)	
なんとか手に入る	3,998	(5.7)	39	(15.7)	5	(.7)	
簡単に手に入る	1,843	(2.6)	69	(27.7)	8	(1.1)	
無回答・無効回答	747	(1.1)	4	(1.6)	580	(79.3)	
<覚せい剤>							<0.001
絶対不可能	55,261	(78.5)	100	(40.2)	139	(19.0)	
ほとんど不可能	8,489	(12.1)	47	(18.9)	13	(1.8)	
なんとか手に入る	4,057	(5.8)	34	(13.7)	8	(1.1)	
簡単に手に入る	1,873	(2.7)	62	(24.9)	7	(1.0)	
無回答・無効回答	691	(1.0)	6	(2.4)	564	(77.2)	
<危険ドラッグ>							<0.001
絶対不可能	55,409	(78.7)	102	(41.0)	130	(17.8)	
ほとんど不可能	8,367	(11.9)	38	(15.3)	15	(2.1)	
なんとか手に入る	3,958	(5.6)	43	(17.3)	4	(.5)	
簡単に手に入る	1,863	(2.6)	60	(24.1)	6	(.8)	
無回答・無効回答	774	(1.1)	6	(2.4)	576	(78.8)	
薬物乱用に対する考え							
<有機溶剤>							<0.001
使うべきではない	69,242	(98.4)	170	(68.3)	195	(26.7)	
少々なら構わない	564	(.8)	19	(7.6)	6	(.8)	
まったく構わない	501	(.7)	59	(23.7)	11	(1.5)	
無回答・無効回答	64	(.1)	1	(.4)	519	(71.0)	
<大麻>							<0.001
使うべきではない	69,014	(98.1)	165	(66.3)	187	(25.6)	
少々なら構わない	733	(1.0)	20	(8.0)	3	(.4)	
まったく構わない	551	(.8)	62	(24.9)	12	(1.6)	
無回答・無効回答	73	(.1)	2	(.8)	529	(72.4)	
<覚せい剤>							<0.001
使うべきではない	69,327	(98.5)	174	(69.9)	188	(25.7)	
少々なら構わない	494	(.7)	19	(7.6)	5	(.7)	
まったく構わない	485	(.7)	55	(22.1)	11	(1.5)	
無回答・無効回答	65	(.1)	1	(.4)	527	(72.1)	
<危険ドラッグ>							<0.001
使うべきではない	69,439	(98.7)	167	(67.1)	190	(26.0)	
少々なら構わない	367	(.5)	20	(8.0)	3	(.4)	
まったく構わない	480	(.7)	61	(24.5)	10	(1.4)	
無回答・無効回答	85	(.1)	1	(.4)	528	(72.2)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表30. 性別にみた薬物乱用の害知識の周知状況

	性別								p-value
	全体		男性		女性		無回答・無効回答		
	n=71,351		n=36,860		n=34,331		n=160		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物乱用による薬物依存									<0.001
知っている	68,164	(95.5)	34,789	(94.4)	33,230	(96.8)	145	(90.6)	
知らない	2,296	(3.2)	1,523	(4.1)	764	(2.2)	9	(5.6)	
無回答・無効回答	891	(1.2)	548	(1.5)	337	(1.0)	6	(3.8)	
薬物乱用による精神病状態									<0.001
知っている	33,138	(89.9)	31,866	(92.8)	144	(90.0)	65,148	(91.3)	
知らない	3,107	(8.4)	2,050	(6.0)	12	(7.5)	5,169	(7.2)	
無回答・無効回答	615	(1.7)	415	(1.2)	4	(2.5)	1,034	(1.4)	
薬物乱用によるフラッシュバック									<0.001
知っている	50,843	(71.3)	25,756	(69.9)	24,965	(72.7)	122	(76.3)	
知らない	19,551	(27.4)	10,520	(28.5)	8,997	(26.2)	34	(21.3)	
無回答・無効回答	957	(1.3)	584	(1.6)	369	(1.1)	4	(2.5)	
有機溶剤乱用による急性中毒死									<0.001
知っている	52,206	(73.2)	26,603	(72.2)	25,482	(74.2)	121	(75.6)	
知らない	18,285	(25.6)	9,744	(26.4)	8,506	(24.8)	35	(21.9)	
無回答・無効回答	860	(1.2)	513	(1.4)	343	(1.0)	4	(2.5)	
有機溶剤乱用による歯の腐食									<0.001
知っている	49,476	(69.3)	24,876	(67.5)	24,479	(71.3)	121	(75.6)	
知らない	20,988	(29.4)	11,440	(31.0)	9,513	(27.7)	35	(21.9)	
無回答・無効回答	887	(1.2)	544	(1.5)	339	(1.0)	4	(2.5)	
有機溶剤乱用による多発神経炎									<0.001
知っている	44,796	(62.8)	22,323	(60.6)	22,360	(65.1)	113	(70.6)	
知らない	25,604	(35.9)	13,965	(37.9)	11,596	(33.8)	43	(26.9)	
無回答・無効回答	951	(1.3)	572	(1.6)	375	(1.1)	4	(2.5)	
大麻や有機溶剤の乱用による無動機症候群									<0.001
知っている	46,667	(65.4)	22,825	(61.9)	23,729	(69.1)	113	(70.6)	
知らない	23,816	(33.4)	13,517	(36.7)	10,257	(29.9)	42	(26.3)	
無回答・無効回答	868	(1.2)	518	(1.4)	345	(1.0)	5	(3.1)	
危険ドラッグ乱用による身体症状および精神症状									0.105
知っている	51,096	(71.6)	26,246	(71.2)	24,737	(72.1)	113	(70.6)	
知らない	19,399	(27.2)	10,097	(27.4)	9,259	(27.0)	43	(26.9)	
無回答・無効回答	856	(1.2)	517	(1.4)	335	(1.0)	4	(2.5)	
危険ドラッグの中には麻薬や覚せい剤よりも脳や体に与える害が強いものがある									<0.001
知っている	45,877	(64.3)	24,008	(65.1)	21,760	(63.4)	109	(68.1)	
知らない	24,669	(34.6)	12,363	(33.5)	12,259	(35.7)	47	(29.4)	
無回答・無効回答	805	(1.1)	489	(1.3)	312	(.9)	4	(2.5)	
薬物乱用の誘いを断る自信									<0.001
大変ある	56,717	(79.5)	29,491	(80.0)	27,117	(79.0)	109	(68.1)	
どちらかと言えばある	10,490	(14.7)	4,894	(13.3)	5,571	(16.2)	25	(15.6)	
どちらかと言えばない	1,428	(2.0)	665	(1.8)	753	(2.2)	10	(6.3)	
まったくない	1,844	(2.6)	1,288	(3.5)	546	(1.6)	10	(6.3)	
無回答・無効回答	872	(1.2)	522	(1.4)	344	(1.0)	6	(3.8)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表31. 学年別にみた薬物乱用の害知識の周知状況

	学年						p-value
	1年生		2年生		3年生		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物乱用による薬物依存							<0.001
知っている	21,570	(95.2)	23,025	(95.1)	23,569	(96.2)	
知らない	832	(3.7)	893	(3.7)	571	(2.3)	
無回答・無効回答	245	(1.1)	281	(1.2)	365	(1.5)	
薬物乱用による精神病状態							<0.001
知っている	20,252	(89.4)	21,898	(90.5)	22,998	(93.9)	
知らない	2,088	(9.2)	1,982	(8.2)	1,099	(4.5)	
無回答・無効回答	307	(1.4)	319	(1.3)	408	(1.7)	
薬物乱用によるフラッシュバック							<0.001
知っている	14,509	(64.1)	16,614	(68.7)	19,720	(80.5)	
知らない	7,881	(34.8)	7,293	(30.1)	4,377	(17.9)	
無回答・無効回答	257	(1.1)	292	(1.2)	408	(1.7)	
有機溶剤乱用による急性中毒死							<0.001
知っている	16,244	(71.7)	16,648	(68.8)	19,314	(78.8)	
知らない	6,180	(27.3)	7,274	(30.1)	4,831	(19.7)	
無回答・無効回答	223	(1.0)	277	(1.1)	360	(1.5)	
有機溶剤乱用による歯の腐食							<0.001
知っている	16,403	(72.4)	16,388	(67.7)	16,685	(68.1)	
知らない	6,011	(26.5)	7,527	(31.1)	7,450	(30.4)	
無回答・無効回答	233	(1.0)	284	(1.2)	370	(1.5)	
有機溶剤乱用による多発神経炎							<0.001
知っている	14,321	(63.2)	14,366	(59.4)	16,109	(65.7)	
知らない	8,072	(35.6)	9,524	(39.4)	8,008	(32.7)	
無回答・無効回答	254	(1.1)	309	(1.3)	388	(1.6)	
大麻や有機溶剤の乱用による無動機症候群							<0.001
知っている	14,213	(62.8)	15,047	(62.2)	17,407	(71.0)	
知らない	8,206	(36.2)	8,884	(36.7)	6,726	(27.4)	
無回答・無効回答	228	(1.0)	268	(1.1)	372	(1.5)	
危険ドラッグ乱用による身体症状および精神症状							<0.001
知っている	15,686	(69.3)	16,509	(68.2)	18,901	(77.1)	
知らない	6,743	(29.8)	7,420	(30.7)	5,236	(21.4)	
無回答・無効回答	218	(1.0)	270	(1.1)	368	(1.5)	
危険ドラッグの中には麻薬や覚せい剤よりも脳や体に与える害が強いものがある							<0.001
知っている	14,148	(62.5)	14,911	(61.6)	16,818	(68.6)	
知らない	8,296	(36.6)	9,029	(37.3)	7,344	(30.0)	
無回答・無効回答	203	(.9)	259	(1.1)	343	(1.4)	
薬物乱用の誘いを断る自信							<0.001
大変ある	17,904	(79.1)	19,321	(79.8)	19,492	(79.5)	
どちらかと言えばある	3,346	(14.8)	3,481	(14.4)	3,663	(14.9)	
どちらかと言えない	487	(2.2)	472	(2.0)	469	(1.9)	
まったくない	668	(2.9)	661	(2.7)	515	(2.1)	
無回答・無効回答	242	(1.1)	264	(1.1)	366	(1.5)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表32. いずれかの薬物乱用経験別にみた薬物乱用の害知識の周知状況

	いずれかの薬物乱用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物乱用による薬物依存							<0.001
知っている	67,154	(95.7)	329	(83.3)	681	(86.9)	
知らない	2,161	(3.1)	57	(14.4)	78	(9.9)	
無回答・無効回答	857	(1.2)	9	(2.3)	25	(3.2)	
薬物乱用による精神病状態							<0.001
知っている	64,217	(91.5)	318	(80.5)	613	(78.2)	
知らない	4,952	(7.1)	66	(16.7)	151	(19.3)	
無回答・無効回答	1,003	(1.4)	11	(2.8)	20	(2.6)	
薬物乱用によるフラッシュバック							0.650
知っている	50,112	(71.4)	274	(69.4)	457	(58.3)	
知らない	19,139	(27.3)	110	(27.8)	302	(38.5)	
無回答・無効回答	921	(1.3)	11	(2.8)	25	(3.2)	
有機溶剤乱用による急性中毒死							0.321
知っている	51,442	(73.3)	277	(70.1)	487	(62.1)	
知らない	17,901	(25.5)	108	(27.3)	276	(35.2)	
無回答・無効回答	829	(1.2)	10	(2.5)	21	(2.7)	
有機溶剤乱用による歯の腐食							0.782
知っている	48,741	(69.5)	268	(67.8)	467	(59.6)	
知らない	20,575	(29.3)	117	(29.6)	296	(37.8)	
無回答・無効回答	856	(1.2)	10	(2.5)	21	(2.7)	
有機溶剤乱用による多発神経炎							0.597
知っている	44,158	(62.9)	241	(61.0)	397	(50.6)	
知らない	25,095	(35.8)	145	(36.7)	364	(46.4)	
無回答・無効回答	919	(1.3)	9	(2.3)	23	(2.9)	
大麻や有機溶剤の乱用による無動機症候群							0.668
知っている	46,011	(65.6)	252	(63.8)	404	(51.5)	
知らない	23,323	(33.2)	134	(33.9)	359	(45.8)	
無回答・無効回答	838	(1.2)	9	(2.3)	21	(2.7)	
危険ドラッグ乱用による身体症状および精神症状							0.050
知っている	50,317	(71.7)	262	(66.3)	517	(65.9)	
知らない	19,031	(27.1)	123	(31.1)	245	(31.3)	
無回答・無効回答	824	(1.2)	10	(2.5)	22	(2.8)	
危険ドラッグの中には麻薬や覚せい剤よりも脳や体に与える害が強いものがある							0.135
知っている	45,145	(64.3)	266	(67.3)	466	(59.4)	
知らない	24,251	(34.6)	121	(30.6)	297	(37.9)	
無回答・無効回答	776	(1.1)	8	(2.0)	21	(2.7)	
薬物乱用の誘いを断る自信							<0.001
大変ある	55,941	(79.7)	230	(58.2)	546	(69.6)	
どちらかと言えばある	10,296	(14.7)	65	(16.5)	129	(16.5)	
どちらかと言えない	1,381	(2.0)	27	(6.8)	20	(2.6)	
まったくない	1,723	(2.5)	65	(16.5)	56	(7.1)	
無回答・無効回答	831	(1.2)	8	(2.0)	33	(4.2)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表33. 大麻の乱用経験別にみた薬物乱用の害知識の周知状況

	大麻の乱用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n=70,371		n=249		n=731		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物乱用による薬物依存							<0.001
知っている	67,325	(95.7)	200	(80.3)	639	(87.4)	
知らない	2,179	(3.1)	45	(18.1)	72	(9.8)	
無回答・無効回答	867	(1.2)	4	(1.6)	20	(2.7)	
薬物乱用による精神病状態							<0.001
知っている	64,376	(91.5)	200	(80.3)	572	(78.2)	
知らない	4,982	(7.1)	44	(17.7)	143	(19.6)	
無回答・無効回答	1,013	(1.4)	5	(2.0)	16	(2.2)	
薬物乱用によるフラッシュバック							0.072
知っている	50,257	(71.4)	164	(65.9)	422	(57.7)	
知らない	19,183	(27.3)	80	(32.1)	288	(39.4)	
無回答・無効回答	931	(1.3)	5	(2.0)	21	(2.9)	
有機溶剤乱用による急性中毒死							0.272
知っている	51,581	(73.3)	174	(69.9)	451	(61.7)	
知らない	17,952	(25.5)	71	(28.5)	262	(35.8)	
無回答・無効回答	838	(1.2)	4	(1.6)	18	(2.5)	
有機溶剤乱用による歯の腐食							0.264
知っている	48,879	(69.5)	165	(66.3)	432	(59.1)	
知らない	20,625	(29.3)	81	(32.5)	282	(38.6)	
無回答・無効回答	867	(1.2)	3	(1.2)	17	(2.3)	
有機溶剤乱用による多発神経炎							0.352
知っている	44,281	(62.9)	149	(59.8)	366	(50.1)	
知らない	25,162	(35.8)	96	(38.6)	346	(47.3)	
無回答・無効回答	928	(1.3)	4	(1.6)	19	(2.6)	
大麻や有機溶剤の乱用による無動機症候群							0.223
知っている	46,138	(65.6)	154	(61.8)	375	(51.3)	
知らない	23,386	(33.2)	92	(36.9)	338	(46.2)	
無回答・無効回答	847	(1.2)	3	(1.2)	18	(2.5)	
危険ドラッグ乱用による身体症状および精神症状							0.009
知っている	50,457	(71.7)	159	(63.9)	480	(65.7)	
知らない	19,081	(27.1)	86	(34.5)	232	(31.7)	
無回答・無効回答	833	(1.2)	4	(1.6)	19	(2.6)	
危険ドラッグの中には麻薬や覚せい剤よりも脳や体に与える害が強いものがある							0.690
知っている	45,292	(64.4)	157	(63.1)	428	(58.5)	
知らない	24,294	(34.5)	89	(35.7)	286	(39.1)	
無回答・無効回答	785	(1.1)	3	(1.2)	17	(2.3)	
薬物乱用の誘いを断る自信							<0.001
大変ある	56,063	(79.7)	147	(59.0)	507	(69.4)	
どちらかと言えばある	10,328	(14.7)	36	(14.5)	126	(17.2)	
どちらかと言えない	1,396	(2.0)	12	(4.8)	20	(2.7)	
まったくない	1,743	(2.5)	51	(20.5)	50	(6.8)	
無回答・無効回答	841	(1.2)	3	(1.2)	28	(3.8)	

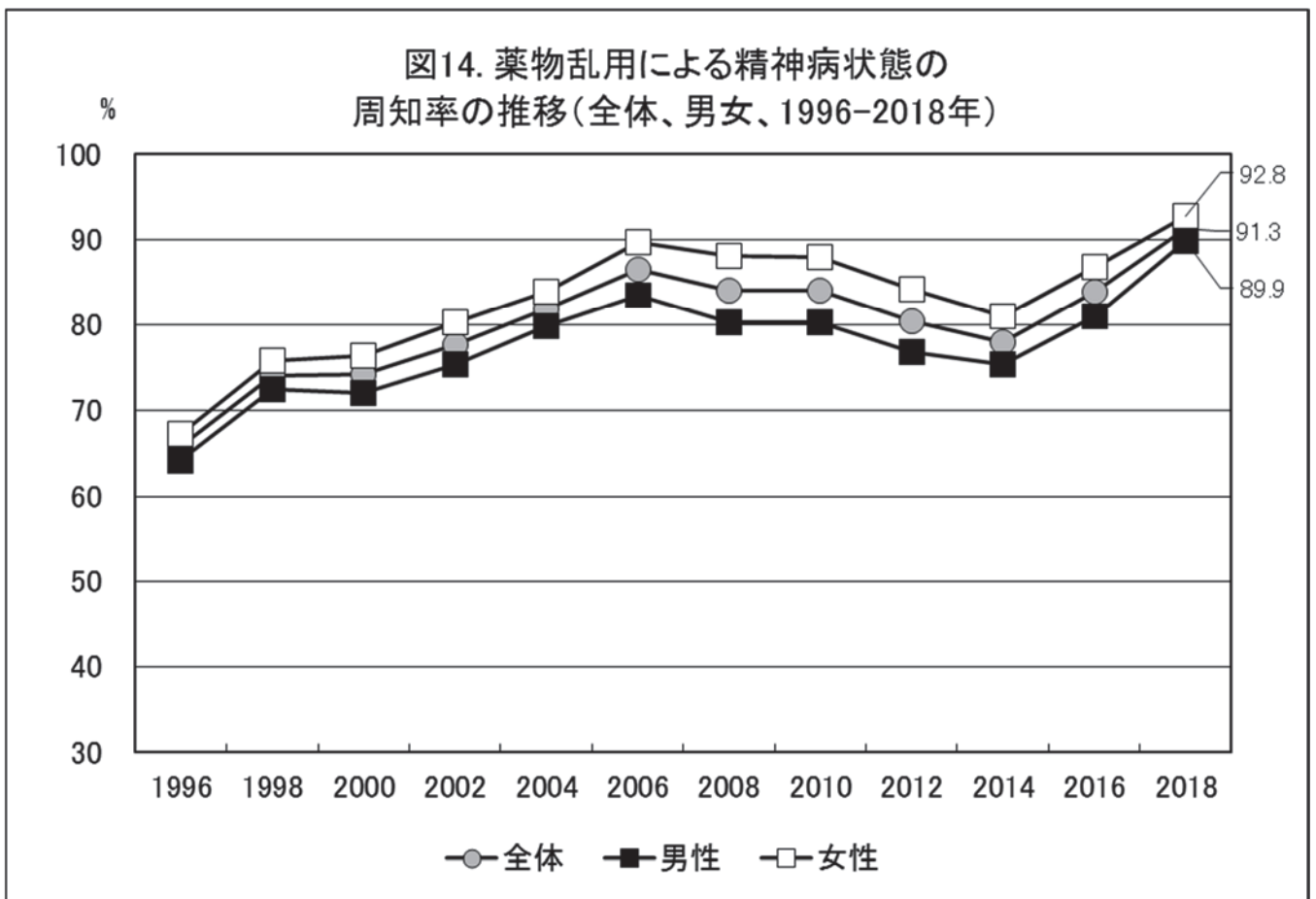
*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表34. 薬物乱用による精神病状態の周知率の推移(1996-2018年)(%)

調査年	男性	女性	全体
1996	64.1	67.2	65.7
1998	72.5	75.8	74.1
2000	72.0	76.4	74.2
2002	75.3	80.3	77.7
2004	79.8	84.0	81.9
2006	83.5	89.8	86.6
2008	80.3	88.1	84.1
2010	80.3	88.0	84.1
2012	76.8	84.2	80.4
2014	75.3	81.0	78.0
2016	81.1	86.8	84.0
2018	89.9	92.8	91.3

※「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。

※2016年調査までは、有機溶剤の乱用に限定して尋ねていた。

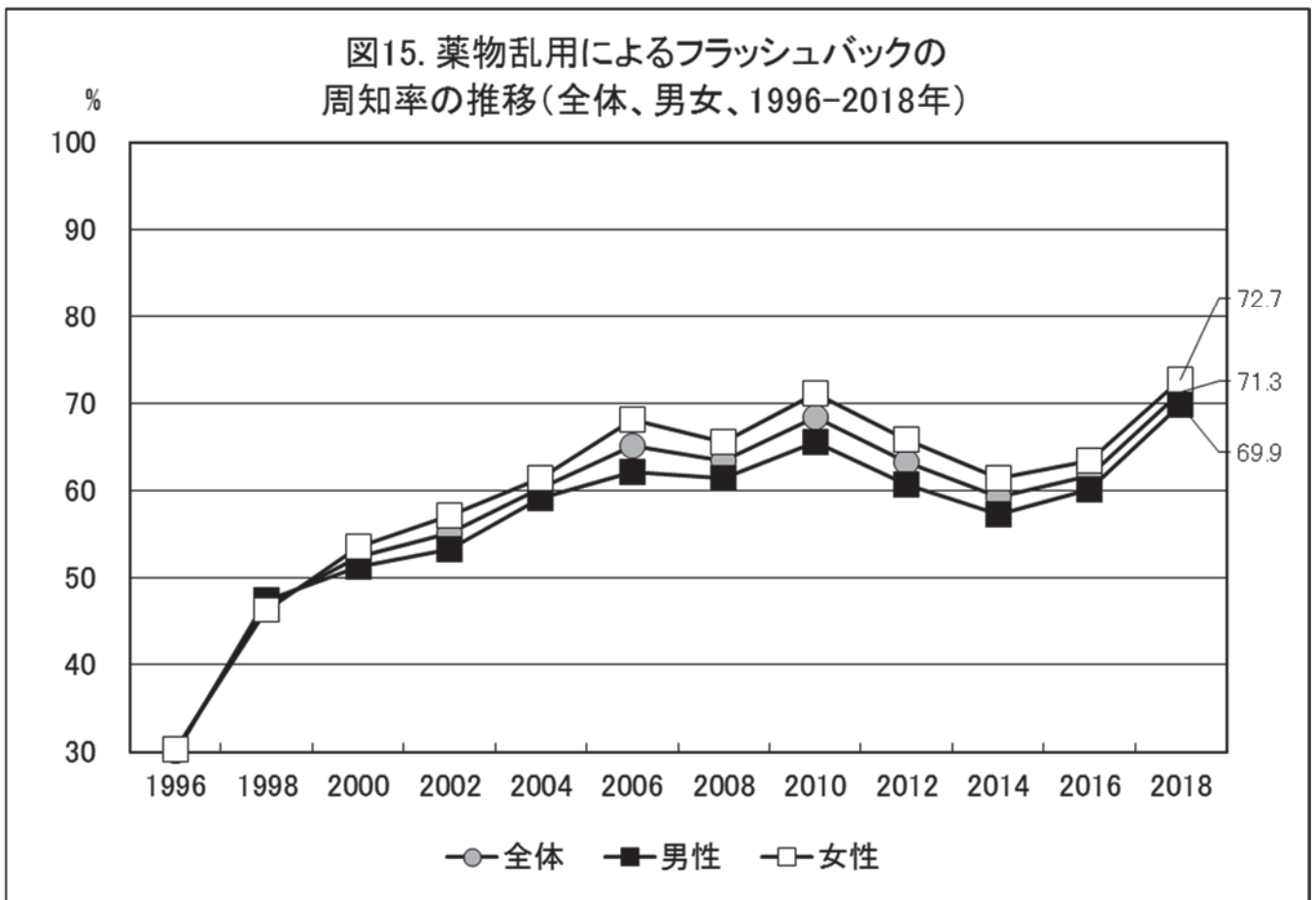


※2016年調査までは、有機溶剤の乱用に限定して尋ねていた。

表35. 薬物乱用によるフラッシュバックの周知率の推移(1996-2018年)(%)

調査年	男性	女性	全体
1996	29.9	30.3	30.1
1998	47.5	46.3	46.9
2000	51.3	53.6	52.5
2002	53.3	57.1	55.1
2004	59.2	61.5	60.3
2006	62.1	68.2	65.1
2008	61.4	65.6	63.4
2010	65.6	71.1	68.4
2012	60.8	65.9	63.3
2014	57.3	61.5	59.3
2016	60.2	63.5	61.8
2018	69.9	72.7	71.3

※「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。
 ※2016年調査までは、有機溶剤の乱用に限定して尋ねていた。



※2016年調査までは、有機溶剤の乱用に限定して尋ねていた。

表36. 有機溶剤乱用による急性中毒死の周知率の推移(1996-2018年)(%)

調査年	男性	女性	全体
1996	59.9	64.6	62.2
1998	65.3	70.1	67.6
2000	60.5	66.8	63.6
2002	61.2	65.8	63.4
2004	63.1	66.4	64.7
2006	64.1	70.3	67.4
2008	58.6	63.9	61.2
2010	58.0	64.0	61.0
2012	55.5	61.0	58.2
2014	56.6	59.1	57.8
2016	70.4	74.2	72.3
2018	72.2	74.2	73.2

※「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。

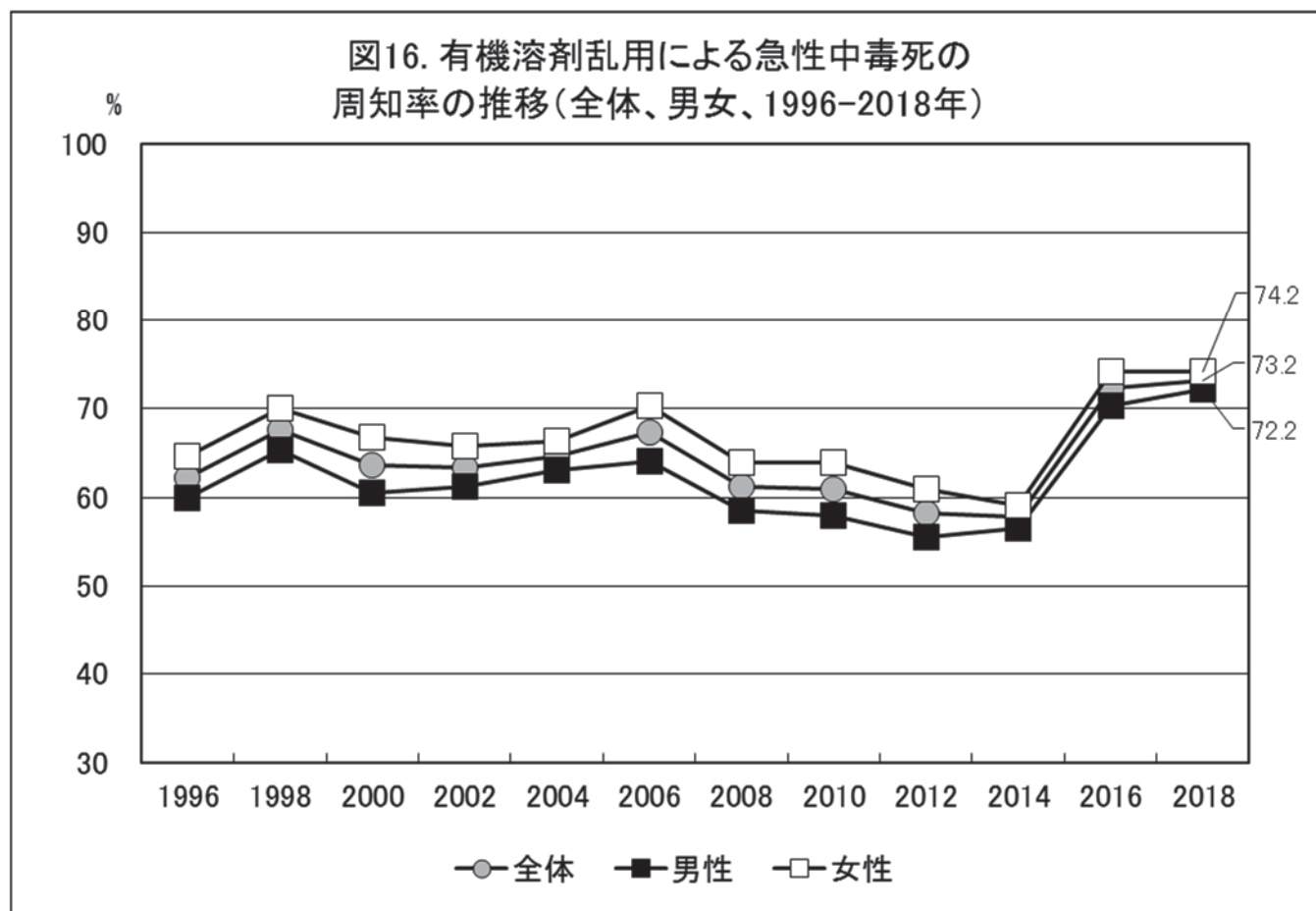


表37. 有機溶剤乱用による歯の腐食の周知率の推移(1996-2018年)(%)

調査年	男性	女性	全体
1996	55.4	52.2	53.8
1998	53.2	51.0	52.2
2000	55.8	55.8	55.8
2002	60.9	62.2	61.5
2004	68.9	69.4	69.2
2006	73.6	76.9	75.2
2008	71.3	75.3	73.3
2010	71.5	76.2	73.8
2012	66.2	72.1	69.2
2014	60.5	65.2	62.7
2016	64.9	70.4	67.7
2018	67.5	71.3	69.3

*「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。

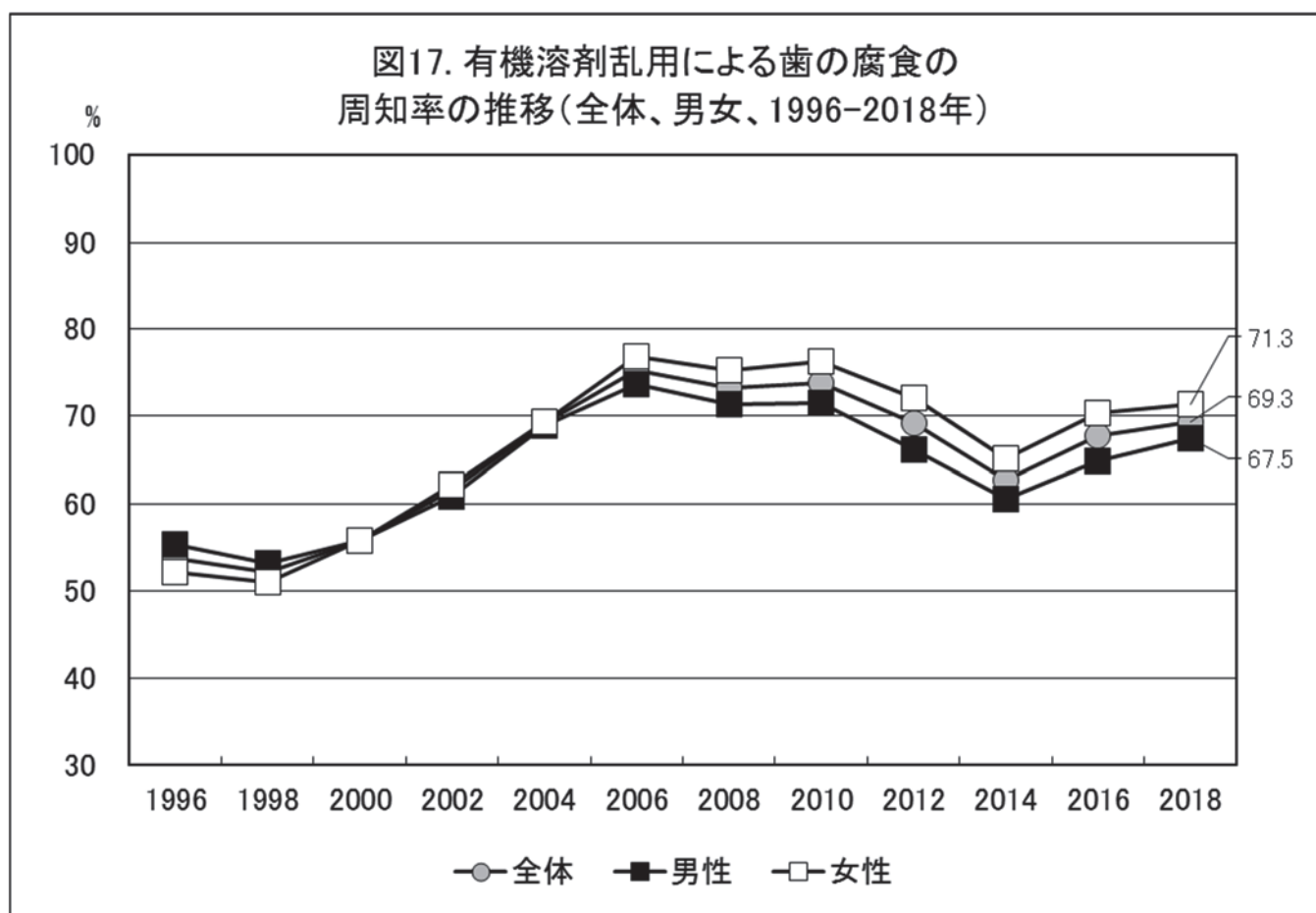


表38. 有機溶剤乱用による多発神経炎の周知率の推移(1996-2018年)

調査年	男性	女性	全体
1996	55.9	60.3	58.1
1998	60.4	65.9	63.0
2000	53.1	60.1	56.6
2002	56.2	62.1	59.1
2004	59.4	64.7	62.0
2006	61.0	69.0	64.9
2008	56.8	65.1	60.8
2010	53.3	59.8	56.6
2012	59.3	64.5	61.9
2014	58.1	62.9	60.3
2016	66.2	72.2	69.3
2018	60.6	65.1	62.8

*「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。

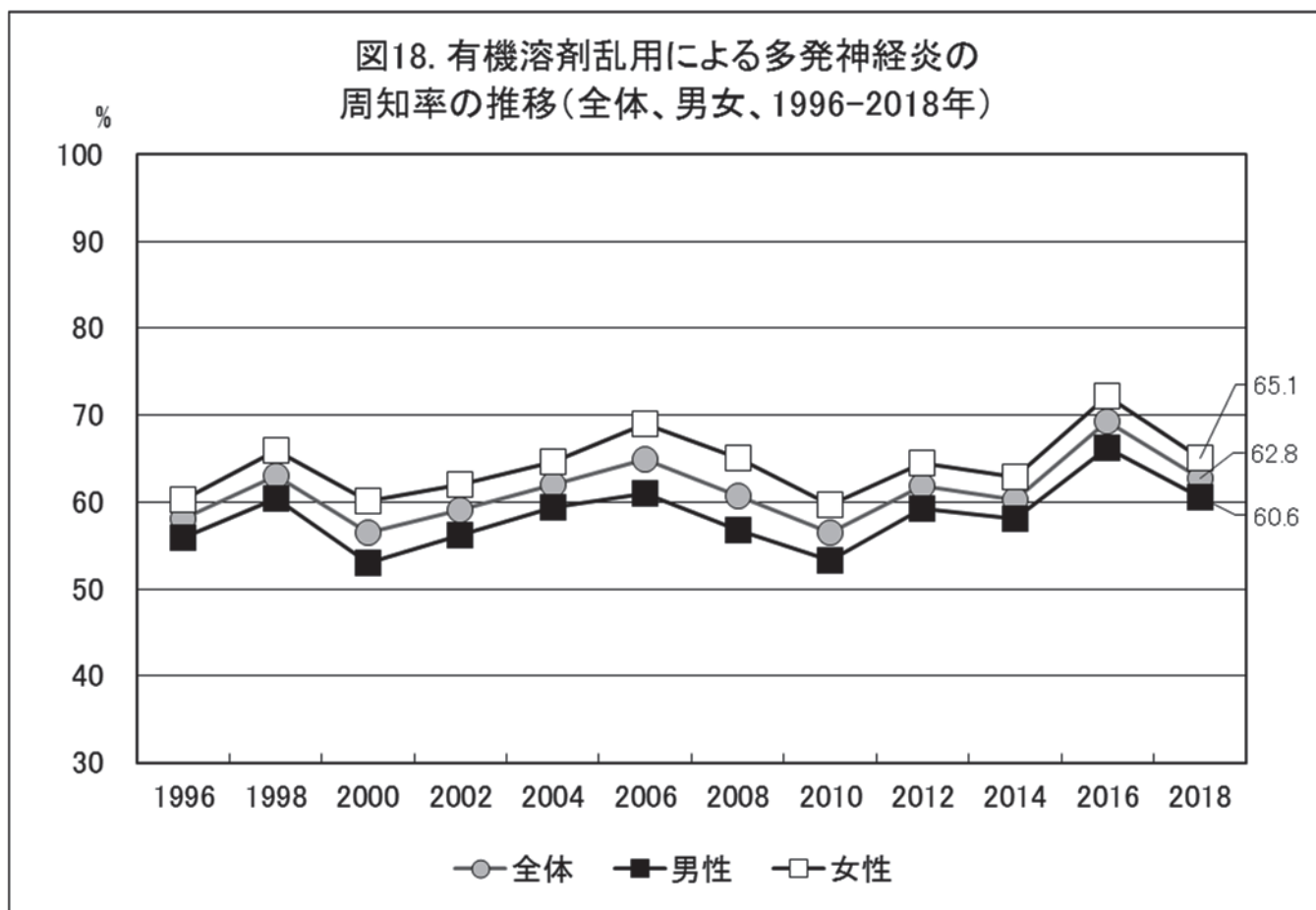
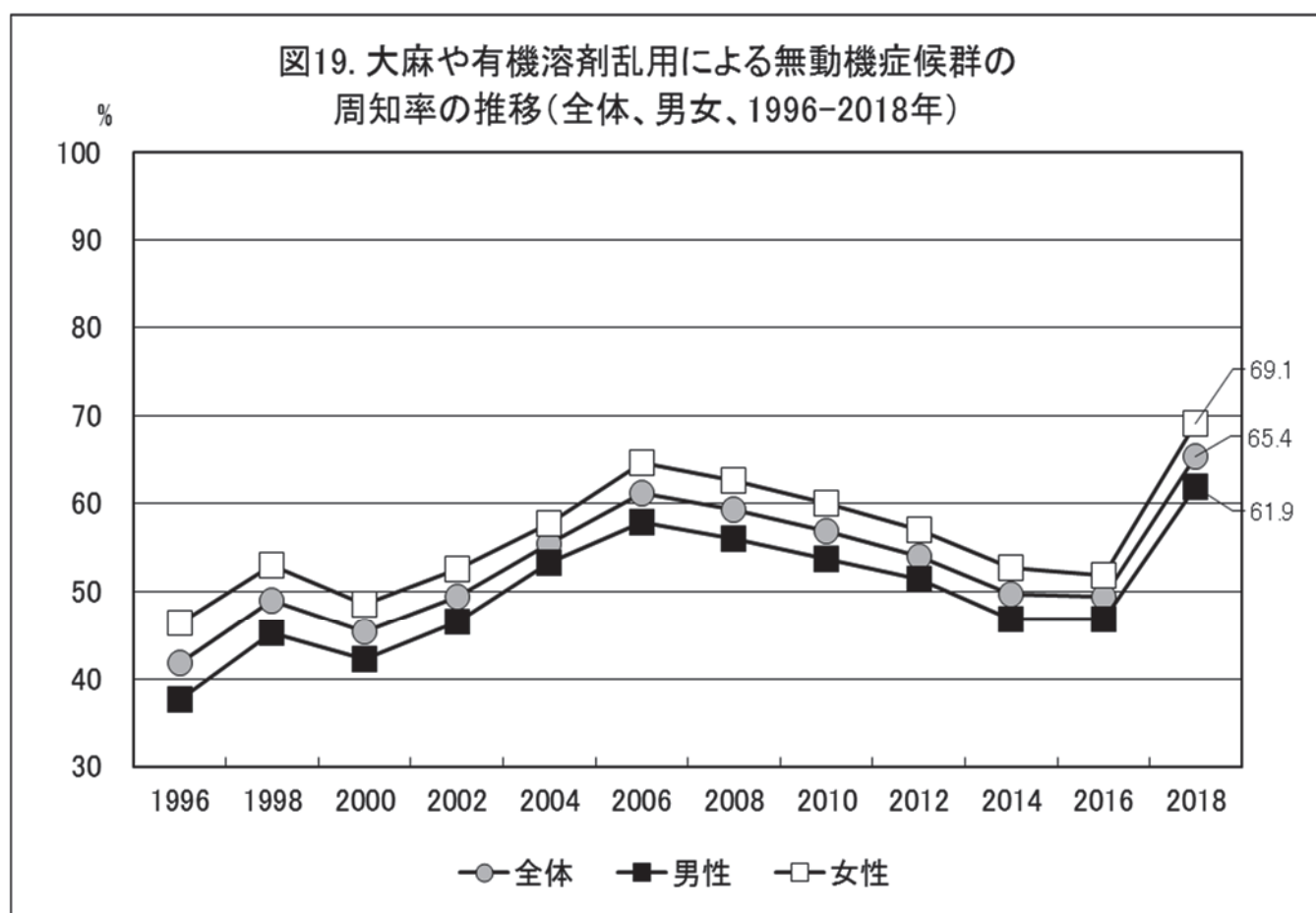


表39. 大麻や有機溶剤乱用による無動機症候群の周知率の推移(1996-2018年)(%)

調査年	男性	女性	全体
1996	37.6	46.4	41.9
1998	45.3	53.0	49.0
2000	42.3	48.6	45.4
2002	46.6	52.6	49.5
2004	53.3	57.8	55.5
2006	57.9	64.7	61.2
2008	56.1	62.7	59.3
2010	53.7	60.1	56.9
2012	51.4	57.0	54.1
2014	46.9	52.8	49.7
2016	46.8	51.9	49.4
2018	61.9	69.1	65.4

*「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。

※2016年調査までは、有機溶剤の乱用に限定して尋ねていた。



※2016年調査までは、有機溶剤の乱用に限定して尋ねていた。

表40. 危険ドラッグ乱用による身体症状および精神症状の周知率の推移(2012-2018年)(%)

調査年	男性	女性	全体
2012	62.2	61.5	61.9
2014	75.0	74.9	75.0
2016	67.6	70.1	68.9
2018	71.2	72.1	71.6

*「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。

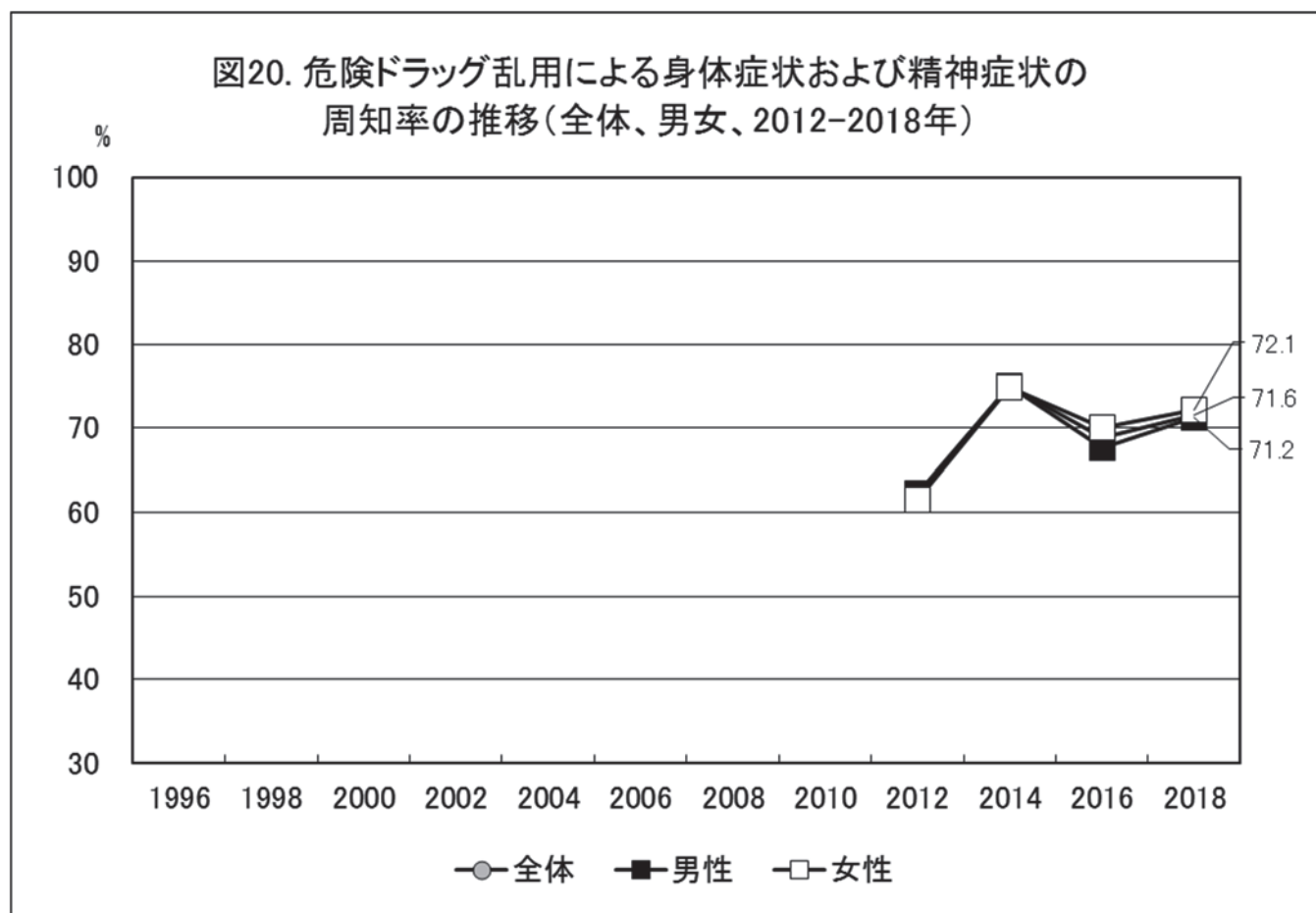


表41. 危険ドラッグの中には麻薬や覚せい剤よりも脳や体に与える害が強いものがあることの周知率の推移(2014-2018年)

調査年	男性	女性	全体
2014	65.3	61.0	63.2
2016	62.4	62.5	62.4
2018	65.1	63.4	64.3

*「全体」とは、男性、女性、性別不明の対象者全体を指す。

図21. 危険ドラッグの中には麻薬や覚せい剤よりも脳や体に与える害が強いものがあることの周知率の推移
(全体、男女、2014-2018年)

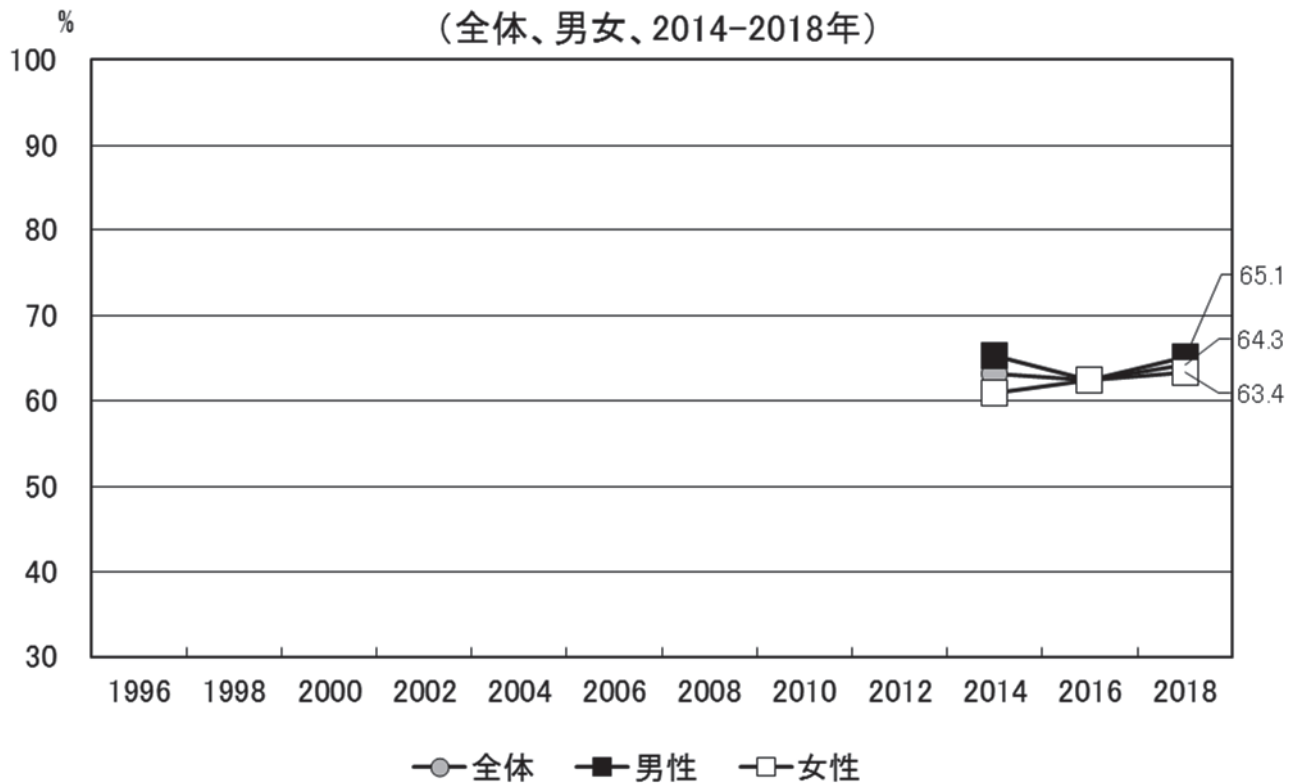
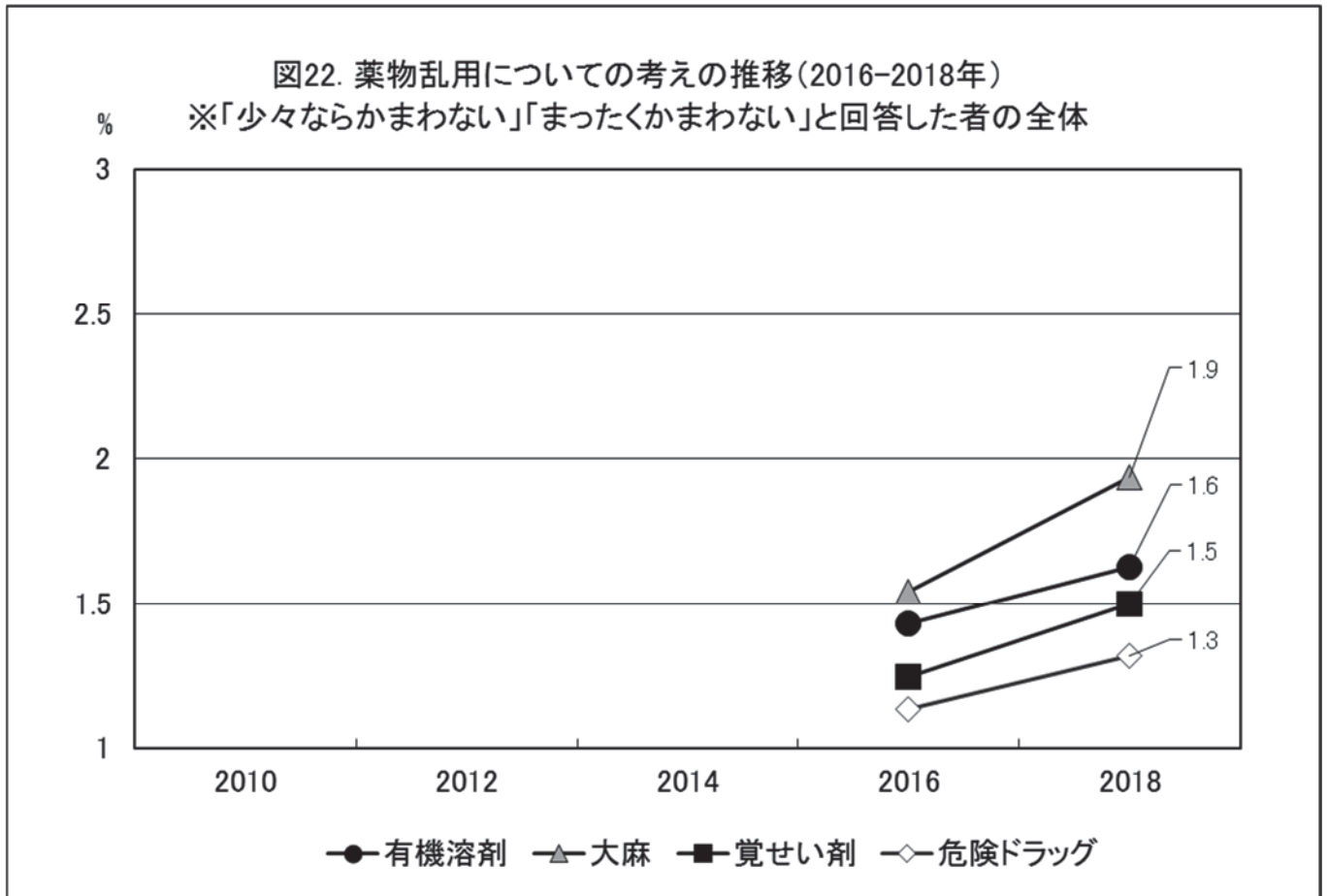


表42. 薬物乱用についての考えの推移(2016-2018年) (%)

調査年	有機溶剤	大麻	覚せい剤	危険ドラッグ
2016	1.4	1.5	1.2	1.1
2018	1.6	1.9	1.5	1.3

※「少々ならかまわない」「まったくかまわない」と回答した者の全体



飲酒・喫煙・薬物乱用についての意識・実態調査 (第12版-18)

このアンケートは、飲酒・喫煙・薬物乱用に対する中学生の考えや、実際にどのくらいの方が経験しているのかを調べ、今後の中学生に向けた対策の参考にします。あなたのプライバシーを守るために、次の項目をご覧ください。

- あなたの名前、住所などの個人情報は記入しないでください。 ● 調査結果は全体をまとめて処理しますので、個人・学校が特定されることはありません。
- 答えたくない質問には答えなくても構いません。 ● アンケートが終わったら、一緒に配られた封筒にアンケート用紙を入れて、シールをしてください。
- アンケートの開封は学校では行いません。下記の研究室に運ばれ、開封され、その後は厳重に保管されます。

各質問に対する回答は、ことわりがない限り、自分の場合に最も近いものの数字を1つだけ、丸で囲んでください。

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

あなたのプロフィールや生活についておたずねします

- 質問1** あなたの性別はどちらに当てはまりますか？ 1. 男性 2. 女性
-
- 質問2** あなたは中学何年生ですか？ 1. 1年生 2. 2年生 3. 3年生
-
- 質問3** 起床時間は、ほぼ一定していますか？ 1. はい 2. いいえ
-
- 質問4** 就寝時間は、ほぼ一定していますか？ 1. はい 2. いいえ
-
- 質問5** 毎朝、朝食を食べていますか？ 1. ほとんど毎日食べている 2. 時々食べる 3. ほとんど食べない
-
- 質問6** 学校生活は次のどれですか？
1. とても楽しい 2. どちらかといえば楽しい
3. あまり楽しくない 4. まったく楽しくない
-
- 質問7** クラブ活動(部活)に参加していますか？
1. 積極的に参加している 2. 消極的に参加している
3. 参加していない 4. かつて参加していたが引退した
-
- 質問8** 夕食を週何回くらい家族全員で食べますか？ 1. ほとんど毎日 2. 5～6回 3. 4回前後
※ここでいう家族とは、現在、一緒に住んでいる家族とします。 4. 3回前後 5. 2回前後 6. ほとんど食べない
-
- 質問9** 学校・塾・習い事・運動での時間以外、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか？
1. なし、あるいは、ほとんどなし 2. 1時間未満 3. 1時間以上2時間未満
4. 2時間以上3時間未満 5. 3時間以上
-
- 質問10** あなたは、親しく遊べる友人がいますか？ 1. いる 2. いない
-
- 質問11** あなたは、相談事のできる友人がいますか？ 1. いる 2. いない
-
- 質問12** あなたは、悩みごとがある時、親に相談する方だと思いますか？
1. よく相談する方である 2. どちらかと言えば相談する方である 3. どちらかと言えば相談しない方である
4. ほとんど相談しない方である 5. 親がいない(単身赴任・死別・別居・離婚など)

質問13-1

あなたは、1日に何時間くらい遊び目的でインターネットを使用しますか？

ここでいう、遊び目的とは、情報検索、動画視聴、音楽試聴、オンラインゲーム、SNS (TwitterやLINEなどのソーシャル・ネットワーキング・サービス) などのインターネット使用を指します。学校でのパソコンを使った学習や、自宅などでの勉強目的でのインターネット使用は含めないでください。

1. 1時間未満 2. 1～2時間 3. 2～3時間 4. 3～4時間 5. 4～5時間 6. 5時間以上

質問13-2

あなたが遊び目的でインターネットを利用する時に、一番よく使う機器を一つだけ選んでください。

1. 携帯電話(スマートフォン) 2. パソコン(タブレットを含む) 3. インターネット接続できるゲーム機
4. インターネット接続できる音楽端末 5. その他の機器 6. 遊び目的でインターネットは使わない

あなたの飲酒・喫煙の経験や考えについておたずねします

質問14

これまでに、下記の時に、一回でも、アルコールを飲んだことがありますか？(当てはまる項目すべてに○を)

※アルコールとは、ビール、日本酒、ワイン、焼酎、ウイスキーなどを指します。このアンケートにおいて、飲酒とは、アルコールを一口以上飲み込むことを指します。「なめただけ」の場合は、「飲酒」には含めないでください。

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

質問15

上記のいずれかの機会で、初めてアルコールを飲んだのは、何歳の時ですか？

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

質問16

この1年間に、どのくらいの頻度でアルコールを飲みましたか？

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

質問17

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

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

質問18

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

※ここでいうタバコとは、紙巻きタバコのみならず、電子タバコ、加熱式タバコも含めます。

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

質問19

この1年間で、タバコを吸ったことがありますか？

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

質問20

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

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

質問21 あなたの身近に、次の薬物を使っている人がいますか？

シンナー (有機溶剤)	1. いない 2. いる	覚せい剤	1. いない 2. いる
大麻 (マリファナ)	1. いない 2. いる	危険ドラッグ	1. いない 2. いる

質問22 あなたは、次の薬物の使用に誘われたことがありますか？

シンナー (有機溶剤)	1. ない 2. ある	覚せい剤	1. ない 2. ある
大麻 (マリファナ)	1. ない 2. ある	危険ドラッグ	1. ない 2. ある

質問23 あなたが次の薬物を手に入れようとした場合、それはどの程度むずかしいですか？

シンナー (有機溶剤)	1. 絶対不可能だ 2. ほとんど不可能だ 3. なんとか手に入る 4. 簡単に手に入る	覚せい剤	1. 絶対不可能だ 2. ほとんど不可能だ 3. なんとか手に入る 4. 簡単に手に入る
大麻 (マリファナ)	1. 絶対不可能だ 2. ほとんど不可能だ 3. なんとか手に入る 4. 簡単に手に入る	危険ドラッグ	1. 絶対不可能だ 2. ほとんど不可能だ 3. なんとか手に入る 4. 簡単に手に入る

質問24 あなたは、これまでに一回でも、次の薬物を使ったことがありますか？
個人は特定されませんので、正直にお答えください。

シンナー (有機溶剤)	1. 経験がない 2. 経験がある	覚せい剤	1. 経験がない 2. 経験がある
大麻 (マリファナ)	1. 経験がない 2. 経験がある	危険ドラッグ	1. 経験がない 2. 経験がある

質問25 薬物乱用は法律で禁止されていますが、あなたは、次の薬物を使うことについて、どう思いますか？

シンナー (有機溶剤)	1. 使うべきではない 2. 少々ならかまわない 3. まったくかまわない
大麻 (マリファナ)	1. 使うべきではない 2. 少々ならかまわない 3. まったくかまわない
覚せい剤	1. 使うべきではない 2. 少々ならかまわない 3. まったくかまわない
危険ドラッグ	1. 使うべきではない 2. 少々ならかまわない 3. まったくかまわない

質問26

薬物乱用を繰り返すと、薬物依存^{やくぶついぞん}（やめたくても、やめられない状態）になることを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

質問27

薬物乱用を繰り返すと、何も無いのに物が見えたり（幻視）^{げんし}、実際には何も聞こえないのに声が聞こえたり（幻聴）^{げんちょう}、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思ひ込んだり（妄想）^{もうそう}する状態（精神病状態）^{せいしんびょうじょうたい}になることがあるのを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

質問28

薬物乱用の結果、精神病状態になってしまうと、それを治療して治っても、その後、薬物乱用をやめていても、疲れ・ストレス・飲酒などで、幻視・幻聴・妄想が再び出ること（フラッシュバック）があるのを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

質問29

シンナーの乱用で死亡すること（急性中毒死）^{きゅうせいちゅうどくし}があるのを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

質問30

シンナーの乱用を繰り返すと、歯がぼろぼろになりやすいことを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

質問31

シンナーの乱用を繰り返すと、手足の筋肉や神経が衰え、物をつかめなくなったり、歩けなくなること（多発神経炎）^{たはつしんけいえん}があるのを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

質問32

大麻やシンナーの乱用を繰り返すと、何事にも関心を持てなくなり、集中力、記憶力が低下し、結果として成績が下がり、仕事も長続きしなくなる（無動機症候群）^{むどうきしょうこうぐん}危険性が高いことを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

質問33

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

1. 知っている 2. 知らない

質問34

危険ドラッグの中には、麻薬や覚せい剤よりも脳や体に与える害が強いものがあることを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

質問35

友人や知り合いに薬物の乱用を誘われたとしたら、あなたは断る自信がどのくらいありますか？

1. 大変ある 2. どちらかと言えばある 3. どちらかと言えない 4. まったくない

アンケート用紙を三つ折りにし、一緒に配った封筒に入れ、封をしてから先生に提出してください。ご協力ありがとうございました。

Ⅱ：分担研究報告

研究 3

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

研究分担者	松本俊彦	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部 部長
研究協力者	宇佐美貴士	国立精神・神経医療研究センター病院 精神科医師
	船田大輔	国立精神・神経医療研究センター病院 精神科医師
	村上真紀	国立精神・神経医療研究センター病院 精神科医師
	谷渕由布子	千葉病院 精神科医長

【研究要旨】

【目的】本調査は、1987 年以来ほぼ現行の方法論を用い、ほぼ隔年で実施されてきたものであり、精神科医療現場における薬物関連精神疾患の実態を把握できる、わが国唯一の悉皆調査である。

【方法】対象症例は、調査期間内に対象施設において、2018 年 9 月～10 月に全国の有床精神科医療施設で入院あるいは外来で診療を受けた、「アルコール以外の精神作用物質使用による薬物関連精神障害患者」のすべてである。情報収集は、診療録転記および面接を通じて、個人情報を含まない臨床的情報に関して、各担当医が調査票に記入する方法を採用した。

【結果】今年度の調査では、対象施設 1566 施設のうち、1264 施設 (80.7%) の協力を得て、246 施設 (15.7%) の施設から総計 2767 例の薬物関連精神疾患症例が報告された。このうち患者自身から同意が得られ、重要な情報に欠損のない 2609 症例を分析対象とした。

生涯使用経験薬物としては、覚せい剤が最多で 1725 例 (66.1%)、次いで揮発性溶剤 928 例 (35.6%)、大麻 791 例 (30.3%)、睡眠薬・抗不安薬 777 例 (29.8%)、危険ドラッグ 386 例 (14.8%)、市販薬 303 例 (11.6%)、MDMA 250 例 (9.6%)、コカイン 238 例 (9.1%)、MDMA 以外の幻覚剤 207 例 (7.9%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 74 例 (2.8%) などが続いた。初めて使用した薬物として最も多かったのは、揮発性溶剤で 805 例 (30.9%) であり、次いで、覚せい剤 787 例 (30.2%)、睡眠薬・抗不安薬 409 例 (15.7%)、大麻 241 例 (9.2%)、市販薬 118 例 (4.5%)、危険ドラッグ 81 例 (3.1%) が続いた。「主たる薬物」として最も多かったのは、覚せい剤 1462 例 (56.0%) であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 446 例 (17.1%)、揮発性溶剤 157 例 (6.0%)、市販薬 155 例 (5.9%)、多剤 133 例 (5.1%)、大麻 108 例 (4.1%)、危険ドラッグ 73 例 (2.8%) が続いた。

また、全対象症例中、1 年以内に主たる薬物の使用が認められた症例 (「1 年以内使用あり」症例) は 1149 例 (44.0%) であった。「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物として最も多かったのは覚せい剤 452 例 (39.3%) であり、次いで、睡眠薬・抗不安薬 343 例 (29.9%)、市販薬 105 例 (9.1%)、多剤 68 例 (5.9%)、大麻 64 例 (5.6%)、揮発性溶剤 49 例 (4.3%)、その他 26 例 (2.3%)、危険ドラッグ 14 例 (1.2%) が続いた。

【考察と結論】今年度調査では、危険ドラッグ関連精神疾患症例の減少が前回調査に引き続いて顕著であり、危険ドラッグ乱用問題が終息に向かっていることがうかがわれた。一方、最近の乱用が認められる薬物関連精神疾患症例のなかでは、市販薬と大麻の関連精神疾患症例の割合が増加傾向を呈しており、今後も慎重な注視が必要であると考えられた。

A. 研究目的

最近 20 年間、わが国の薬物乱用・依存をめぐる状況はめまぐるしく変化し続けている。たとえば、1990 年代半ばより、加熱吸煙法という新たな摂取法の登場により、覚せい剤乱用が一気に若年層拡大して、第 3 次覚せい剤乱用期に突入した。そして、明確な沈静化の兆しがないまま、覚せい剤押収量はこの 5 年間横ばいの状態が続くなかで、覚せい剤取締法事犯によって刑務所に服役する者における再犯者率の高さが問題となっている。その一方で、1990 年以降、わが国は「捕まらない薬物」「取り締まりにくい薬物」の乱用にも曝されてきた。その 1 つが、市販鎮咳薬「ブロン液」の乱用、それから、リタリン（メチルフェニデート）や、ベンゾジアゼピン受容体作動薬などの精神科治療薬の乱用・依存が社会問題化した。そしてこれに並行して、マジックマッシュルームや 5-Meo-DIPT をはじめ、様々な脱法的な薬物が登場し、特に近年では、いわゆる脱法ハーブなどの危険ドラッグの乱用が社会問題化し、乱用者による交通事故や暴力事件によって巷を騒がせたが、国による一連の規制強化によってこうした問題も沈静化に成功してきた。

しかし、わが国における従来の薬物対策が、あくまでも表面的に問題解決にとどまった可能性は否めない。Matsumoto ら (2016) は、全国の有床精神科医療施設で治療を受けた全薬物関連障害患者のデータ解析から、2012～2014 年に行われた危険ドラッグに対する規制強化の結果、医療機関で治療を受ける危険ドラッグ関連障害患者における依存症罹患率が増加したことを明らかにしている。また、Tanibuchi ら (2018) は、危険ドラッグ使用障害患者のなかには、危険ドラッグが入手できなくなったことで、覚せい剤や大麻、あるいは睡眠薬・抗不安薬へと依存対象薬物を変えた者が少なくないことを明らかにしている。実際、危険ドラッグに対する規制強化によって問題は沈静化したものの、あたかもそれと入れ違いのように、近年では大麻取締法事犯による検挙者が年々増加傾向にある。こうした知見は、わが国の薬物対策があまりにも「供給の断絶」に偏り、「需要の低減」のための対策が不十分であった可能性を示唆している。

近年、国際的には過度の供給断絶対策がもたらす弊害が注目されつつある。2011 年、各国の元首

脳などから構成される薬物政策国際委員会は、米国で 40 年間続いた「薬物戦争 War on Drug」のレビューを行い、その政策が皮肉にも乱用者と受刑者、過量摂取による死亡者、HIV 感染者を増加させたばかりか、反社会的組織に巨利をもたらしたことを明らかにし、最終的に同委員会は、「国際的な薬物戦争は、世界中の人々と社会に対して破壊的な影響を与え失敗した」という声明を出した。さらに 2016 年 4 月にニューヨークで開催された国連麻薬特別総会 (UNGASS) では、薬物犯罪に対する厳罰主義の限界について議論がなされた。今日、国際的には薬物問題を犯罪ではなく健康問題として捉える動きが加速しており、欧州の各国や、カナダ、オーストラリアでは様々なハームリダクション政策が展開されている。

欧米に比して薬物汚染が深刻ではないわが国の場合、現時点ではまだこうしたドラスティックな政策転換を議論する段階にはない。しかし、覚せい剤取締法事犯による受刑者の再犯者率の高さは、刑務所の過剰収容の一因となっているばかりか、刑事施設への収容には覚せい剤に対する需要低減に十分な効果がないことは明らかである。こうした状況のなかで、2016 年 6 月に「刑の一部執行猶予制度」が施行され、同年 12 月には再犯防止推進法も施行され、いよいよわが国も「施設内処遇から地域内処遇へ」という方向に舵を切り始めている。今後課題となるのは、現状では、地域における薬物依存症に対する医療体制は依然として不十分な状況であることであり、治療・回復支援医療体制の整備が急がれる。

ともあれ、薬物問題は時代の変化とともに刻一刻と姿を変え、変遷していくものである。その意味では、どの時代、どの文化、どの状況にも通用する、つねに正しい解決策といったものは存在せず、刻一刻と変化する情勢を継続的にモニタリングし、その時代の状況にあった対策を講じていかざるをえない。この「全国の有床精神科医療施設における薬物関連疾患の実態調査」は、まさにそのような理由から、わが国における薬物乱用・依存者の実態を把握するための多面的疫学研究の一分野として、1987 年以来ほぼ現行の方法論を用いて隔年で実施されてきた。本調査は、わが国唯一の、薬物関連精神疾患患者に関する悉皆調査であり、その成果は、これまで数々の薬物乱用対策立案に際しての重要な基礎資料の一つとしての役割を果たしてきた。

我々は、2018年度も、引き続き精神科医療の現場における薬物関連精神疾患の実態を把握するため実態調査を施行したので、ここでその結果を報告する。

B. 研究方法

1. 対象施設

調査対象施設は、全国の精神科病床を有する医療施設で、内訳は国立病院（正確には、国立研究開発法人・独立行政法人国立病院機構）45施設、自治体立病院125施設（都道府県立病院66施設、市町村立病院59施設）、大学病院83施設、そして民間精神病院1,313施設の計1,566施設である。

2. 方法

1) 調査期間および対象症例

調査期間は従来と同様に、2018年9月1日から10月31日までの2ヶ月間とした。対象症例は、調査期間内に対象施設において、入院あるいは外来で診療を受けた、「アルコール以外の精神作用物質使用による薬物関連精神障害患者」のすべてである。

2) 調査用紙の発送および回収

調査対象施設に対して、あらかじめ2018年7月下旬に調査の趣旨と方法を葉書により通知し、本調査への協力を依頼した。8月下旬に依頼文書、調査に関する案内文書（各医療機関掲示用）、調査用紙一式を各調査対象施設宛に郵送し、上記1)の条件を満たす薬物関連精神疾患患者について担当医師による調査用紙への記載を求めた。調査用紙回収の期限は2018年11月30日とし、11月下旬にその時点で未回答の調査対象施設宛に本調査への協力要請の葉書を送付するとともに、必要に応じて電話・FAXなどにより回答内容・状況の確認等の作業を行った。実際には、回収期間終了後も回収作業を継続し、2019年1月中旬までに返送された症例も集計に加えた。

3) 調査項目

① 継続的な調査項目

調査用紙前半の質問項目は、経時的な傾向の把

握のために、以下のような項目による構成とした。

- 人口動態学的データ（生物学的性別、年代）
- 最終学歴（高卒以上・高卒未満）
- 調査時点での就労（有職・無職）
- 犯罪歴（薬物関連犯罪・薬物以外の犯罪、矯正施設被収容歴）
- 現在におけるアルコール問題（ICD-10においてアルコールの「有害な使用」もしくは「依存症候群」に該当する飲酒様態）
- 各種薬物の生涯使用歴
- 初使用薬物の種類
- 現在における「主たる薬物」（後述）の種類と入手経路
- 薬物使用に関する診断（ICD-10分類F1下位診断）（複数選択）
- 併存精神障害に関する診断（ICD-10分類）（複数選択）

② 2018年度に設定した関心項目

- 薬物関連精神疾患症例におけるギャンブル障害やインターネットゲーム障害、窃盗症、パラフィリア障害群などの非物質性嗜癖障害に関する併存の実態
- 薬物関連精神疾患症例における司法的状況——保釈や執行猶予といった司法手続き途中にあるか、あるいは保護観察や、麻薬中毒者としてのアフターケアのような司法的監督下——の実態

4) 「主たる薬物」の定義

該当症例の「主たる薬物」とは、これまでと同様に決定した。すなわち、原則的に調査用紙（巻末資料参照）の質問11)において、「調査時点における『主たる薬物』（＝現在の精神科的症状に関して、臨床的に最も関連が深いと思われる薬物）」として、記載した医師によって選択された薬物とした。また、複数の薬物が選択されている症例については、「多剤」症例とした。

主たる薬物のカテゴリーは、以下の通りである。

【主たる薬物のカテゴリー】

- a 覚せい剤
- b 揮発性溶剤（トルエン、シンナー、ガソリン）

- c 大麻
- d コカイン
- e ヘロイン
- f MDMA
- g MDMA 以外の幻覚剤
- h 危険ドラッグ
- i 睡眠薬・抗不安薬
- j 鎮痛薬（処方非オピオイド）
- k 鎮痛薬（処方オピオイド）
- l 市販薬（鎮咳薬、感冒薬、鎮痛薬、睡眠薬など）
- m ADHD（Attention-Deficit / Hyperactive disorder 注意欠陥・多動症）治療薬
- n その他
- o 多剤

なお、睡眠薬・抗不安薬や各種鎮痛薬、市販薬については、治療薬として適切に用いた場合には「使用」とは見なさず、あくまでも医学的・社会的に逸脱した「乱用水準以上」の様態によるものだけを、「使用」と見なした。

5) 解析方法

本調査結果の解析は以下のように行った。

- ① 全対象症例に関する解析
 - 単純集計
 - 主たる薬物別の各調査項目の比較
- ② 1年以内に薬物使用が見られた症例（「1年以内使用あり」症例）に関する解析
 - 単純集計
 - 主たる薬物別の各項目比較
- ③ 大麻関連精神疾患症例に関する検討: 1年以内の使用の有無に関する比較・検討
- ④ 乱用薬物の詳細情報: 乱用歴のある睡眠薬・抗不安薬、市販薬に関する検討

3. 倫理面への配慮

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

場合は、診療録からの転記とし、この場合、同意取得は不要とした。

なお、本調査研究は、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された（承認番号 A2018-028）。

C. 研究結果

今年度の調査では、対象施設 1566 施設のうち、1264 施設（80.7%）より回答を得ることができた。このうち「該当症例なし」との回答は 1018 施設（65.0%）であった。「該当症例あり」との報告は 246 施設（15.7%）から得られ、その症例数は計 2767 症例であった。しかし、報告された全症例のうち 52 例は面接調査による回答を拒否したため、有効症例としては 2715 症例であった。精神科医療施設の属性別の回答状況、ならびに報告症例数については、表 1 に示した。

本報告書では、有効症例 2715 症例のうち、性別と年代、および主たる薬物に関する情報が欠損していた症例を除外した 2609 症例を分析の対象とした。

以下に、各集計・解析結果を提示する。

1. 全対象症例 2609 例に関する集計結果

1) 全対象症例の属性（表 2）

全対象症例 2609 例中、生物学的な性別の構成は、男性 1839 例（70.5%）、女性 769 例（29.5%）、その他 1 例（0.0%）であった。

全対象の調査時点における年代構成は、10 代 34 例（1.3%）、20 代 238 例（9.1%）、30 代 658 例（25.2%）、40 代 848 例（32.5%）、50 代 552 例（21.2%）、60 代 193 例（7.4%）、70 代以上 86 例（3.3%）であり、30～50 代が中心的な年代層であった。

高卒以上の学歴を持つ症例は、1124 例（43.1%）であった。また、調査時点で何らかの職業を持っている症例は、680 例（26.1%）であった。

犯罪歴については、薬物関連犯罪による補導・逮捕歴を持つ症例は、1337 例（51.2%）と半数あまり占めていたが、一方、薬物関連犯罪以外による補導・逮捕歴を持つ症例は 569 例（21.8%）にとどまった。矯正施設への入所歴がある症例は 1013 例（38.8%）であった。

なお、現在 ICD-10 の「有害な使用」もしくは「依存症候群」水準のアルコール問題が認められた症例は 516 例 (19.8%) であった。また、薬物問題による精神科入院歴を持つ症例は 1627 例 (62.4%) であった。

2) 各種薬物の生涯使用経験 (表 3)

全対象症例において生涯において使用経験のある薬物の種類としては、覚せい剤が最多で 1725 例 (66.1%)、次いで揮発性溶剤 928 例 (35.6%)、大麻 791 例 (30.3%)、睡眠薬・抗不安薬 777 例 (29.8%)、危険ドラッグ 386 例 (14.8%)、市販薬 303 例 (11.6%)、MDMA 250 例 (9.6%)、コカイン 238 例 (9.1%)、MDMA 以外の幻覚剤 207 例 (7.9%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 74 例 (2.8%)、ヘロイン 70 例 (2.7%)、ADHD 治療薬 58 例 (2.2%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) 37 例 (1.4%)、そしてその他が 76 例 (2.9%) であった。

3) 初めて使用した薬物 (表 4)

初めて使用した薬物として最も多かったのは、揮発性溶剤で 805 例 (30.9%) に認められた。次いで、覚せい剤 787 例 (30.2%)、睡眠薬・抗不安薬 409 例 (15.7%)、大麻 241 例 (9.2%)、市販薬 118 例 (4.5%)、危険ドラッグ 81 例 (3.1%)、その他 34 例 (1.3%)、MDMA 以外の幻覚剤 20 例 (0.8%)、MDMA 14 例 (0.6%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 14 例 (0.5%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) 11 例 (0.4%)、ADHD 治療薬 11 例 (0.4%)、コカイン 4 例 (0.2%)、ヘロイン 3 例 (0.1%) という順であった。

4) 主たる薬物 (表 5)

「主たる薬物」として最も多かったのは、覚せい剤 1462 例 (56.0%) であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 446 例 (17.1%)、揮発性溶剤 157 例 (6.0%)、市販薬 155 例 (5.9%)、多剤 133 例 (5.1%)、大麻 108 例 (4.1%)、危険ドラッグ 73 例 (2.8%)、その他 34 例 (1.3%)、ADHD 治療薬 13 例 (0.5%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 10 例 (0.4%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) 9 例 (0.3%)、コカイン 4 例 (0.2%)、ヘロイン 3 例 (0.1%)、MDMA

1 例 (0.0%)、MDMA 以外の幻覚剤 1 例 (0.0%) という順であった。

5) ICD-10 F1 診断下位分類 (表 6)

全対象症例における ICD-10 F1 診断下位分類は、以下ようになった。「F1x.0 急性中毒」65 例 (2.5%)、「F1x.1 有害な使用」320 例 (12.3%)、「F1x.2 依存症候群」1509 例 (57.8%)、「F1x.3 離脱状態」43 例 (1.6%)、「F1x.4 せん妄を伴う離脱状態」41 例 (1.6%)、「F1x.5 精神病的障害」413 例 (15.8%)、「F1x.6 健忘症候群」33 例 (1.3%)、「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病的障害」858 例 (32.9%)、「F1x.8 他の精神および行動の障害」27 例 (1.0%) である。

6) 併存精神障害の ICD-10 診断 (表 7)

全対象症例において認められた併存精神障害の ICD-10 診断としては、「F3 気分障害」410 例 (15.7%) が最多であった。次いで、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」330 例 (12.6%)、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」278 例 (10.7%)、「F6 成人の人格及び行動の障害」269 例 (10.3%)、「F7 知的障害 (精神遅滞)」124 例 (4.8%)、「F8 心理的発達の障害」113 例 (4.3%)、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」35 例 (3.3%)、「F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害」81 例 (3.1%)、「F0 症状性を含む器質性精神障害」52 例 (2.0%)、という順であった。

7) 非物質性の嗜癖行動の合併 (表 8)

全対象症例において何らかの非物質性嗜癖行動を合併している者は 170 例 (6.5%) であった。そのなかで最も多く認められたのは、ギャンブル障害 (DSM-5) 93 例 (3.6%) であった。次いで、窃盗症 (DSM-5) 36 例 (1.4%)、インターネットゲーム障害 (DSM-5) 21 例 (0.8%)、パラフィリア障害群 (DSM-5) 4 例 (0.2%) という順であった。なお、その他として 32 例 (1.2%) があげられていたが、具体的な嗜癖行動としては、買い物、習慣性自傷行為、食行動異常 (食行動異常)、セックス依存などが含まれていた。

8) 司法的状況 (表 9)

全対象症例における司法的状況としては、保護

観察中の者が 95 例 (3.6%) と最も多く、次いで、保護観察なしの執行猶予期間中 82 例 (3.1%)、裁判前の保釈期間中 54 例 (2.1%) という順であり、「麻薬中毒者」としてのアフターケアを受けている者はわずかに 6 例 (0.2%) にとどまった。

なお、その他として 90 例 (3.4%) が該当したが、その大半は心神喪失者等医療観察法の入院ないしは通院処遇中の者であった。

9) 主たる薬物別の各薬物の生涯使用経験 (表 10)

全対象症例に関して主たる薬物別に生涯経験薬物に関する比較をした結果を表 10 に示す。ここでは、表に示された結果のうち、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。覚せい剤を主たる薬物とする症例 (= 覚せい剤関連精神疾患症例) では、揮発性溶剤 (42.4%) と大麻 (34.0%) の生涯経験率が高かった。揮発性溶剤関連疾患症例では他薬物の生涯経験率は高くなく、覚せい剤 (22.3%) と大麻 (16.6%) がやや目立った。大麻関連精神疾患症例では危険ドラッグ (44.4%) の生涯経験率が高く、一方、危険ドラッグ関連精神疾患症例では大麻 (31.5%) の生涯経験率が高かった。睡眠薬および市販薬の関連精神疾患症例では他薬物についてはいずれも生涯経験率は高くなかった。その他の薬物に関する精神疾患症例では、覚せい剤 (65.4%) の生涯経験率が最も多く、次いで揮発性溶剤 (47.4%)、大麻 (43.6%)、睡眠薬・抗不安薬 (41.4%) の生涯経験率の高さが目立った。

10) 主たる薬物別の初使用薬物 (表 11)

全対象症例に関して主たる薬物別に初使用薬物を検討した結果、覚せい剤関連性精神疾患症例では初使用薬物が覚せい剤である者が最も多く (49.9%)、次いで揮発性溶剤 (36.7%) であった。また、コカイン関連精神疾患症例では、大麻を初使用薬物とする者が半数に認められ、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 関連精神疾患症例 (20.0%) と鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) 関連精神疾患症例 (22.2%) では、一定の割合で初使用薬物が睡眠薬・抗不安薬である者が認められた。しかし、それ以外の薬物の関連精神疾患症例では、おおむね主たる薬物が初使用薬物である傾向が認められた。

なお、多剤の関連精神疾患症例では、初使用薬物は揮発性溶剤 (38.3%)、大麻 (15.8%)、覚せい剤 (12.0%) と分散している傾向が見られた。

11) 主たる薬物別の属性比較 (表 12)

全対象症例に関して主たる薬物別に人口動態的属性や心理社会的背景を比較した結果を表 12 に示す。ここでは、表に示された結果のうち、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。

性差については、揮発性溶剤と大麻の関連精神疾患症例では男性の割合が多かった一方で (男性率はそれぞれ 90.4%, 92.6%)、睡眠薬・抗不安薬と市販薬では男性の割合が少なかった (47.8%, 60.0%)。年代では、覚せい剤、揮発性溶剤、睡眠薬・抗不安薬の関連精神疾患症例が 30~50 代に分布していたのに対し、大麻と市販薬の関連精神疾患症例では 20~30 代というより若い年代に分布していた。

高校卒業以上の学歴を有する者については、覚せい剤と揮発性溶剤の関連精神疾患症例では少ない傾向が見られた一方で (31.4%, 22.9%)、大麻 (64.8%)、危険ドラッグ (68.5%)、睡眠薬・抗不安薬 (67.3%)、市販薬 (66.5%) の関連精神疾患症例では多かった。現在何らかの職についている者の割合については、大麻 (39.8%) と危険ドラッグ (39.7%) の関連精神疾患症例で多く、覚せい剤 (23.1%) と揮発性溶剤 (18.5%) の関連精神疾患症例で少ない傾向が見られた。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、覚せい剤関連精神疾患症例で突出して多く (73.2%)、これは揮発性溶剤 (43.3%) や大麻 (49.1%) の関連精神疾患症例と比べても顕著な差であった。薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴は、有機溶剤 (37.6%)、大麻 (27.8%)、覚せい剤 (25.2%) の関連精神疾患症例で多かった。矯正施設入所歴を持つ者の割合は、覚せい剤 (56.4%) と揮発性溶剤 (43.3%) の関連精神疾患症例で突出して多かった。

現在アルコール問題を持っている者の割合については、いずれの薬物でも差はなく、おおむね 2~3 割に認められ、薬物問題による入院は、揮発性溶剤関連精神疾患症例で最も多かった (79.0%)。

12) 主たる薬物別の ICD-10 F1 診断下位分類

(表 13)

全対象症例に関して、主たる薬物別に ICD-10 F1 診断下位分類を比較した結果を表 13 に示す。やはりここでも、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。

F1x.0 急性中毒は、睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例 (24.9%) で特徴的であり、これは、自傷や自殺の意図にもとづく過量服薬を反映した診断と考えられた。F1x. 1 有害な使用に該当する症例が多かったのは、大麻 (22.2%) と睡眠薬・抗不安薬 (24.9%) の関連精神疾患であった。F1x. 2 依存症候群に該当する症例が多かったのは、睡眠薬・抗不安薬 (73.3%) と市販薬 (80.6%) の関連精神疾患症例であった。F1x. 3 離脱状態および F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態に該当する症例は、サンプル数が少ないヘロイン (F1x. 3 33.3%; 0.0%) および鎮痛薬 (処方オピオイド系) (F1x. 3 22.2%; F1x. 4 0.0%) をのぞくと、睡眠薬・抗不安薬 (F1x. 3 3.4%; F1x. 4 5.4%) と市販薬 (F1x. 3 5.8%; F1x. 4 2.6%) で特徴的であった。

F1x. 5 精神病性障害については、覚せい剤 (20.7%)、大麻 (18.5%)、揮発性溶剤 (17.2%)、危険ドラッグ (15.1%) の関連精神疾患症例で特徴的であった。F1x. 6 健忘症候群は、いずれの薬物でも少なく、特に突出して多い薬物は見当たらなかった。F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害については、覚せい剤 (44.8%) と揮発性溶剤 (52.9%) の関連精神疾患症例で突出して多かった。

13) 主たる薬物別の併存精神障害の ICD-10 診断 (表 14)

全対象症例に関して、主たる薬物別に併存精神障害 ICD-10 診断を比較した結果を表 14 に示す。やはりここでも、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。

いずれの薬物の関連精神疾患症例でも、1~2 割程度の症例に「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」および「F3 気分障害」の併存が認められた。なかでも顕著な特徴としては、大麻関連精神疾患症例で「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」(19.4%) と「F8 心理的発達の障害」(11.1%) の併存が多

く、睡眠薬・抗不安薬および市販薬の関連精神疾患症例で、「F4 神経症性障害」(睡眠薬・抗不安薬 26.7%,市販薬 25.8%)、「F6 成人の人格及び行動の障害」(睡眠薬・抗不安薬 14.3%, 1 市販薬 8.7%) の併存が多い傾向が認められたことが挙げられる。

14) 主たる薬物別の非物質性嗜癖行動 (表 15)
やはりここでも、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく、何らかの非物質性嗜癖行動は、危険ドラッグ (11.0%)、睡眠薬・抗不安薬 (9.9%)、市販薬 (10.3%) の関連精神疾患症例で多い傾向があった。非物質性嗜癖行動の内容別に見てみると、主たる薬物別でギャンブル障害、インターネットゲーム障害、パラフィリア障害群の合併率には差がなかった。しかし、窃盗症の合併率には相違が認められ、睡眠薬・抗不安薬 (3.8%) と市販薬 (3.9%) で多い傾向が認められた。

15) 主たる薬物別の司法的状況 (表 16)

十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく、覚せい剤および大麻の関連精神疾患症例では、「裁判前の保釈期間中」(覚せい剤 2.7%, 大麻 7.4%)、「保護観察なしの執行猶予中」(覚せい剤 4.5%, 大麻 5.6%)、「保護観察中」(覚せい剤 5.3%, 大麻 6.5%) に該当する者がいた点が特徴的であった。一方、「麻薬中毒者としてのアフターケア」や「その他」では、主たる薬物別の違いはなく、特に前者に関しては、該当者 6 名中、麻薬中毒の要件を満たす薬物を主たる薬物としていた者は 1 名 (大麻) だけであり、残りは覚せい剤が 4 名、睡眠薬・抗不安薬 1 名と、本来の制度対象外の薬物を主たる薬物としていた。

2. 「1 年以内使用あり」症例 1149 例に関する集計結果

1) 「1 年以内使用あり」症例の属性 (表 17)
全対象症例 2609 例中、1 年以内に主たる薬物の使用が認められた症例 (「1 年以内使用あり」症例) は、1149 例 (44.0%) であった。以下には、この 1149 例に関する集計・解析の結果を提示する。

「1 年以内使用あり」症例における生物学的な性別の構成は、男性 731 例 (63.6%)、女性 417

例 (36.3%)、その他 1 例 (0.1%) であった。「1 年以内使用あり」症例の年代構成は、10 代 30 例 (2.6%)、20 代 170 例 (14.8%)、30 代 342 例 (29.8%)、40 代 328 例 (28.5%)、50 代 184 例 (16.0%)、60 代 52 例 (4.5%)、70 代以上 43 (3.7%) であり、20~50 代が中心的な年代層と、全対象症例に比べると、いくらか若年にシフトした構成となっていた。

また、高卒以上の学歴を持つ症例は、604 例 (52.6%) であり、調査時点で何らかの職業を持っている症例は、362 例 (31.5%) であった。「1 年以内使用あり」症例では、全対象症例に比べて高卒以上の学歴の者が多く、有職者が多い傾向が認められた。このことは、1 年以上使用がないにもかかわらず精神科治療を続けている者は、教育に関するハンディキャップを抱えていたり、薬物乱用の後遺症や併存する精神疾患の影響で生活機能が障害されていたりするなどの理由から、就労できない状況にあることが推測される。

犯罪歴については、薬物関連犯罪による補導・逮捕歴を持つ症例は、491 例 (42.7%) と半数あまり占めていたが、一方、薬物関連犯罪以外による補導・逮捕歴を持つ症例は 178 例 (15.5%) にとどまった。さらに、矯正施設への入所歴がある症例は 310 例 (27.0%) であった。いずれも全対象症例に比べて、刑事司法的な手続きを受けたことのある者の割合は低くなっている。

なお、現在 ICD-10 の「有害な使用」もしくは「依存症候群」に相当する水準のアルコール問題が認められた症例は 249 例 (21.7%) であった。また、薬物問題による精神科入院歴を持つ症例は 668 例 (58.1%) であった。

2) 「1 年以内使用あり」症例における各種薬物の生涯使用経験 (表 18)

「1 年以内使用あり」症例において生涯において使用した経験のある薬物の種類としては、覚せい剤が最多で 594 例 (51.7%)、次いで睡眠薬・抗不安薬 517 例 (45.0%)、大麻 362 例 (31.5%)、揮発性溶剤 304 例 (26.5%)、市販薬 195 例 (17.0%)、危険ドラッグ 169 例 (14.7%)、MDMA 116 例 (10.1%)、コカイン 107 例 (9.3%)、MDMA 以外の幻覚剤 98 例 (8.5%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 45 例 (3.9%)、ヘロイン 30 例 (2.6%)、ADHD 治療薬 26 例 (2.3%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオ

イド含む) 25 例 (2.2%)、そしてその他が 57 例 (5.0%) であった。

3) 「1 年以内使用あり」症例における初めて使用した薬物 (表 19)

「1 年以内使用あり」症例における初使用薬物として最も多かったのは、睡眠薬・抗不安薬 298 例 (25.9%) であり、全対象症例の初使用薬物として揮発性溶剤が最多であったことと異なる点特徴的であった。

次いで揮発性溶剤で 257 例 (22.4%)、覚せい剤 243 例 (21.1%)、大麻 131 例 (11.4%)、市販薬 77 例 (6.7%)、危険ドラッグ 33 例 (3.4%)、その他 21 例 (1.8%)、MDMA 以外の幻覚剤 13 例 (1.1%)、MDMA 8 例 (0.7%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 10 例 (0.9%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) 8 例 (0.7%)、ADHD 治療薬 6 例 (0.5%)、ヘロイン 3 例 (0.3%)、コカイン 2 例 (0.2%) という順であった。

4) 「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物 (表 20)

「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物として最も多かったのは、覚せい剤 452 例 (39.3%) であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 343 例 (29.9%)、市販薬 105 例 (9.1%)、多剤 68 例 (5.9%)、大麻 64 例 (5.6%)、揮発性溶剤 49 例 (4.3%)、その他 26 例 (2.3%)、危険ドラッグ 14 例 (1.2%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 8 例 (0.7%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) 7 例 (0.6%)、ADHD 治療薬 5 例 (0.4%)、コカイン 4 例 (0.3%)、ヘロイン 3 例 (0.3%)、MDMA 以外の幻覚剤 1 例 (0.1%) という順であり、MDMA を主たる薬物とする者は 1 人もいなかった。

「1 年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象の場合と比べて、睡眠薬・抗不安薬および市販薬を主たる薬物とする者の割合が大幅に増える結果となった。

5) 「1 年以内使用あり」症例における ICD-10 F1 診断下位分類 (表 21)

「1 年以内使用あり」症例における ICD-10 F1 診断下位分類は、以下ようになった。「F1x.0 急性中毒」55 例 (4.8%)、「F1x.1 有害な使用」219 例 (19.1%)、「F1x.2 依存症候群」817 例

(71.1%)、「F1x.3 離脱状態」38例(3.3%)、「F1x.4 せん妄を伴う離脱状態」39例(3.4%)、「F1x.5 精神病性障害」199例(17.3%)、「F1x.6 健忘症候群」16例(1.4%)、「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」132例(11.5%)、「F1x.8 他の精神および行動の障害」14例(1.2%)である。

「1年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象の場合と比べて、ICD-10 F1 診断下位分類における「F1x.2 依存症候群」の割合が増え、「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」の割合が減る結果となった。

6) 「1年以内使用あり」症例における併存精神障害の ICD-10 診断 (表 22)

「1年以内使用あり」症例における併存精神障害の ICD-10 診断としては、「F3 気分障害」104例(19.1%)が最多であった。次いで、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」178例(15.5%)、「F6 成人の人格及び行動の障害」130例(11.3%)、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」104例(9.1%)、「F8 心理的発達障害」62例(5.4%)、「F7 知的障害(精神遅滞)」46例(4.0%)、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」41例(3.6%)、「F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害」39例(3.4%)、「F0 症状性を含む器質性精神障害」20例(3.4%)という順であった。

以上より、「1年以内使用あり」症例に限定しても、併存精神障害の ICD-10 診断の分布は全対象の場合と大きな相違はないことが推測された。

7) 「1年以内使用あり」症例における非物質性の嗜癖行動の合併 (表 23)

「1年以内使用あり」症例における非物質性嗜癖行動の合併症例は83例(7.2%)であった。そのなかで最も多く認められたのは、ギャンブル障害(DSM-5)33例(2.9%)であった。次いで、窃盗症(DSM-5)21例(1.8%)、インターネットゲーム障害(DSM-5)11例(1.0%)、パラフィリア障害群(DSM-5)2例(0.2%)という順であった。なお、その他は22例(1.9%)であった。非物質性嗜癖行動の合併率は、「1年以内使用あり」症例と全対象とで大きな相違はないといえた。

8) 司法的状況 (表 24)

「1年以内使用あり」症例における司法的状況としては、保護観察中の者が54例(4.7%)と最も多く、次いで、保護観察なしの執行猶予期間中48例(4.2%)、裁判前の保釈期間中48例(4.2%)という順であり、「麻薬中毒者」としてのアフターケアを受けている者は2例(0.2%)であった。なお、その他は29例(2.5%)であった。司法的状況についても、「1年以内使用あり」症例に限定しても、全対象症例の場合と相違はないといえた。

9) 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物別の属性比較 (表 25)

「1年以内使用あり」症例に関して主たる薬物別に人口動態的属性や心理社会的背景を比較した結果を表 25 に示す。ここでは、表に示された結果のうち、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。

性差については、多くの薬物関連精神疾患症例では男性の割合が多いなか、睡眠薬・抗不安薬(男性率49.0%)と市販薬(男性率55.2%)では男性の割合が少なかった。年代では、多くの薬物関連精神疾患症例が30~50代に分布しているなか、大麻関連精神疾患症例では20~30代というより若い年代に分布していた。

高校卒業以上の学歴を有する者については、揮発性溶剤の関連精神疾患症例で突出して少なく(16.3%)、大麻(62.5%)、危険ドラッグ(68.5%)、睡眠薬・抗不安薬(65.3%)、市販薬(64.8%)の関連精神疾患症例では多かった。現在何らかの職についている者の割合については、大麻の関連精神疾患症例で多かった(45.3%)。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、覚せい剤関連精神疾患症例で突出して多く(76.3%)、一方、薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴は、有機溶剤(22.4%)、大麻(26.6%)で多い傾向が見られた。矯正施設入所歴を持つ者の割合は、覚せい剤(49.8%)と揮発性溶剤(44.9%)の関連精神疾患症例で多かった。

現在アルコール問題を呈している者の割合については、いずれの薬物でも差はなく、おおむね2~3割に認められ、薬物問題による入院は、揮発性溶剤(79.6%)、危険ドラッグ(78.6%)、鎮痛薬(処方オピオイド系)(85.7%)の関連精

神疾患症例で最も多かった。

10) 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物別入手経路 (表 26)

「1年以内使用あり」症例における薬物入手経路に関して、主たる薬物別に比較した結果を表 26 に示す。覚せい剤関連精神疾患症例では売人 (54.2%)、次いで知人 (27.2%)、友人 (11.9%) と続いたが、インターネット (9.1%) という入手経路が上がっていたのは、近年の動きとして興味深い。揮発性溶剤関連精神疾患症例では店舗 (57.1%) が入手経路の大半を占めていた。大麻関連精神疾患症例では密売人 (42.2%) が最も多く、次いで友人 (29.7%)、知人 (25.0%) という順であった。コカイン関連精神疾患症例では密売人 (75.0%) が大半を占め、次いで友人 (25.0%) であった。ヘロイン関連精神疾患症例では知人 (66.7%) が大半を占めた。MDMA 関連精神疾患症例は 1 名しか該当しなかったが、密売人 (100%) が入手経路であった。危険ドラッグ関連精神疾患症例ではインターネット (42.9%) が最も多く、次いで知人 (14.3%) であった。

一方、睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例では医療機関 (精神科) (79.0%) が大半を占め、次いで医療機関 (身体科) (33.2%) であった。鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 関連精神疾患症例では医療機関 (身体科) (50.0%) と薬局 (37.5%) で大半を占めた。鎮痛薬 (処方オピオイド系) 関連精神疾患症例では医療機関 (身体科) (71.4%) とインターネット (28.6%) だけであった。市販薬関連精神疾患症例では薬局 (71.4%) と圧倒的に多く、次いで店舗 (23.8%)、インターネット (9.5%) という順であった。ADHD 治療薬は医療機関 (精神科) (50.0%) が半数を占め、次いで医療機関 (身体科)、密売人、インターネットが同率 (20.0%) であった。

全体として、違法薬物は密売人、友人、知人から、そして処方薬・市販薬は医療機関や薬局から入手する傾向はこれまでの調査と同じ傾向であるが、近年の新たな特徴としていずれの場合にもインターネットという入手経路が登場している点は注目する必要がある。

11) 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物別 ICD-10 F1 診断下位分類 (表 27)

「1年以内使用あり」症例において主たる薬物

別に ICD-10 F1 診断下位分類を比較した結果を表 27 に示す。ここでは、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。

F1x.0 急性中毒は、睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例 (7.9%) と鎮痛薬 (処方非オピオイド) 関連精神疾患症例 (12.5%) で特徴的であり、F1x.1 有害な使用に該当する症例が多かったのは、大麻 (25.0%)、睡眠薬・抗不安薬 (24.9%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド) (25.0%)、鎮痛薬 (処方オピオイド) (28.6%)、市販薬 (23.8%) の関連精神疾患であった。F1x.2 依存症候群に該当する症例が多かったのは、睡眠薬・抗不安薬 (76.4%) と市販薬 (79.0%) の関連精神疾患症例であり、逆に、十分なサンプル数があるなかで該当者が少なかったのは、大麻関連精神疾患症例 (60.9%) であった。F1x.3 離脱状態 および F1x.4 せん妄を伴う離脱状態に該当する症例は、サンプル数が少ないヘロイン (33.3%; 0.0%) および鎮痛薬 (処方オピオイド系) (14.3%; 0.0%) をのぞくと、睡眠薬・抗不安薬 (4.4%; 7.0%) と市販薬 (7.6%; 3.8%) で特徴的であった。

F1x.5 精神病性障害については、覚せい剤 (28.8%)、揮発性溶剤 (26.5%)、大麻 (21.9%) の関連精神疾患症例で特徴的であった。F1x.6 健忘症候群は、いずれの薬物でも少なかったが、そのなかでは大麻関連精神疾患症例 (3.1%) で目立った。F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害については、揮発性溶剤関連精神疾患症例 (24.5%) で最も多かった。

12) 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物別の併存精神障害の ICD-10 診断 (表 28)

「1年以内使用あり」症例に関して、主たる薬物別に併存精神障害 ICD-10 診断を比較した結果を表 28 に示す。やはりここでも、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。

いずれの薬物の関連精神疾患症例でも、1~2 割程度の症例に「F3 気分障害」の併存が認められた。また、揮発性溶剤 (16.3%)、大麻 (12.5%)、危険ドラッグ (28.6%) の関連精神疾患症例で「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が多い傾向が見られた。また、大麻関連精神疾患症例では「F8 心理的発達の障害」(10.9%) の併存が多かった。睡眠薬・抗不安薬および市販薬の

関連精神疾患症例では、「F4 神経症性障害」（睡眠薬 24.2%，市販薬 27.6%）、「F6 成人の人格及び行動の障害」（睡眠薬 13.1%，市販薬 21.0%）の併存が多い傾向が認められた。

13) 「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物別の非物質性嗜癖行動（表 29）

「1 年以内使用あり」症例における何らかの非物質性嗜癖行動は、主たる薬物によって有意な差は認められなかった。非物質性嗜癖行動の内容別に見てみると、パラフィリア障害群の合併率に関して有意差が認められ、その他の薬物の関連精神疾患症例（3.8%）のみで認められた。

14) 「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物別の司法的状況（表 30）

覚せい剤および大麻の関連精神疾患症例では、「裁判前の保釈期間中」（7.5%；12.5%）、「保護観察なしの執行猶予中」（覚せい剤 8.2%，大麻 6.3%）、「保護観察中」（覚せい剤 8.8%，大麻 9.4%）に該当する者がいた点が特徴的であった。一方、「麻薬中毒者としてのアフターケア」や「その他」では、主たる薬物別の違いはなく、特に前者に関しては、該当者 2 名中、麻薬中毒の要件を満たす薬物を主たる薬物としていた者は 1 名（大麻）だけであり、残りは覚せい剤が 1 名、睡眠薬・抗不安薬 1 名と、本来の制度対象外の薬物を主たる薬物としていた。

3. 1 年以内使用の有無による大麻関連精神疾患症例の比較

1) 属性の比較（表 31）

主たる薬物を大麻である薬物関連精神疾患（大麻関連精神疾患）症例 108 例を、1 年以内に大麻使用の有無によって「大麻使用あり」群（N=64）と「大麻使用なし」群（N=44）に分類し、各種属性を比較した。その結果、生物学的性別、年代、高卒以上の学歴、有職率、薬物関連犯罪での補導・逮捕歴、薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴、矯正施設入所歴、現在のアルコール問題、薬物問題による精神科入院歴のいずれについても、両群間で統計学的な有意差は認められなかった。

2) 使用大麻製品の比較（表 32）

大麻関連精神疾患症例の使用していた大麻製品について、1 年以内の大麻使用の有無で比較し

た結果を表 32 に示す。その結果、両群間で使用していた大麻製品に有意差は認められなかった。両群のいずれにおいても乾燥大麻が最も多く（大麻使用あり群 60.9%，大麻使用なし群 59.1%）、次いで大麻樹脂（大麻使用あり群 25.0%，大麻使用なし群 27.3%）、液体大麻（大麻使用あり群 14.1%，大麻使用なし群 6.8%）であった。

3) ICD-10 F1 診断の比較（表 33）

大麻関連精神疾患症例の ICD-10 F1 診断下位分類に関して、1 年以内の大麻使用の有無で比較した結果を表 33 に示す。その結果、9 つの下位分類のなかで 1 つだけに有意差が認められた。すなわち、大麻使用なし群（38.6%）では大麻使用あり群（14.1%）に比べて、有意に「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」に該当する者が多かった（ $p=0.003$ ）。

4) 併存精神障害の ICD-10 分類の比較（表 34）

大麻関連精神疾患症例に併存する ICD-10 F0、F2～F9 の精神障害に関して、1 年以内の大麻使用の有無で比較した結果を表 34 に示す。その結果、大麻使用なし群（29.5%）では、大麻使用あり群（12.5%）に比べて、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」を併存する者が有意に多かった（ $p=0.028$ ）。

5) 司法的状況の比較（表 35）

大麻関連精神疾患症例の調査時点における司法的状況——裁判前の保釈期間中、保護観察なしの執行猶予期間中、保護観察中、麻薬中毒者としてのアフターケアなど——に関して、1 年以内の大麻使用の有無で比較をした。その結果、裁判前の保釈期間中のみで両群間で有意差が認められ（ $p=0.015$ ）、大麻使用あり群（12.5%）では、大麻使用なし群（0.0%）に比べて、調査時点で保釈中の身柄の者が有意に多く認められた。

4. 乱用薬物の詳細情報

1) 乱用されていた睡眠薬・抗不安薬の種類（表 36）

全対象症例が乱用していた睡眠薬・抗不安薬のうち、2 症例以上に認められた薬剤を多い順に表 36 にまとめた。乱用されていた薬剤として最も多かったのは、2016 年 11 月に向精神薬指定されたエチゾラム（243 例）であった。次いで、フ

ルニトラゼパム（188例）、トリアゾラム（154例）、ゾルピデム（111例）という順であった。この上位4薬剤については、前回、前々回と全く同じ順位であり、他の薬剤から突出して多い状況は全く変わっていなかった。

さらにその次に、すでに販売停止された薬剤であるベゲタミン®（58例）、プロチゾラム（48例）、アルプラゾラム（45例）、やはりすでに販売停止となっているニメタゼパム（42例）、ブロマゼパム（39例）、ロラゼパム（35例）と続いた。販売停止後もなおベゲタミンとニメタゼパムは乱用薬剤の上位にあるが、乱用症例数は減少傾向にある。その分、プロチゾラムやアルプラゾラム、ブロマゼパム、ロラゼパムを乱用する症例数が増えた印象がある。

今回の調査で新たに浮上したのは、オレキシン受容体拮抗薬であるスボレンサントの乱用が8症例に認められたことである。これをもってスボレキサントには、ベンゾジアゼピン系薬剤と同様の依存性や潜在的な乱用危険性があると結論することはできず、単に処方件数の多さを反映した結果である可能性は否めないが、上市されてまもない薬剤であるだけに、引き続き注意深いモニタリングが求められるであろう。

2) 乱用されていた市販薬の種類（表37）

全対象症例が乱用していた市販薬のうち、2症例以上に認められた薬剤を多い順に表37にまとめた。乱用されていた市販薬として最も多かった薬剤（商品名）は、前回の2016年度調査と同様、ブロン（錠剤と液剤の双方を含む：鎮咳・去痰剤）（158例）であり、すべての市販薬のなかで突出していた。次いで、パブロン／パブロンゴールド（総合感冒薬）（34例）、ウット（睡眠薬）（32例）、ナロン／ナロンエース（16例）が続っており、これもまた前回調査と全く同じ順位であった。

D. 考察

今年度の調査は、本調査が開始された1987年以来、前回に引き続き回答率ならびに報告症例数が史上最大であった（図1）。しかしこのことは、必ずしも薬物乱用の拡大をそのまま反映したものとはいえない。というのも、今回解析対象とな

った症例の総数は2609例で、前回調査（松本ら、2017）の2262例を大幅に上回っているものの、「1年以内に薬物使用が認められた症例」については、今回1149例に対して前回は1164例と、ほとんど違いがないからである。前回2016調査でも同様の指摘をしたが、やはりこの結果は、最近数年のうちに薬物関連障害患者の医療アクセスが高まり、医療機関との関係を継続しながら断薬を維持している患者が多くなったことの反映と考えるのが妥当であろう。

以下に、今回の調査から見えてきた、精神科医療現場における最近の薬物乱用の状況について考察を行いたい。

1. 近年の精神科医療機関における薬物関連精神疾患の全体的動向

今回の調査では、薬物関連精神疾患症例における主たる薬物の割合（図2）は、覚せい剤1462例（56.0%）が最も多く、その過半数以上を占めた。次いで、睡眠薬・抗不安薬446例（17.1%）、揮発性溶剤157例（6.0%）、市販薬155例（5.9%）、多剤133例（5.1%）、大麻108例（4.1%）、危険ドラッグ73例（2.8%）が続いた。また、「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の割合（図3）においても、最も多かったのはやはり覚せい剤452例（39.3%）であった。しかし、それに次ぐ睡眠薬・抗不安薬は343例（29.9%）であり、その後続く市販薬105例（9.1%）と合わせると、覚せい剤に匹敵する割合であった。このことは、近年におけるわが国の薬物依存症臨床の現場では、ますます「捕まらない（取り締まりにくい）薬物の問題」の比重が高まっていることを示唆している。

2. 揮発性溶剤と危険ドラッグの関連精神疾患症例の減少

2018年調査における乱用薬物の全体的傾向はおおむね前回調査と同様の傾向を示したが、いくつかの微細な変化は確認された。たとえば、全対象症例における主たる薬物の割合についていえば、揮発性溶剤（8.5%：2016年⇒6.0%：2018年）と危険ドラッグ（4.5%：2016年⇒2.8%：2018年）と前回に引き続き減少傾向を示した。これと同様の傾向は、生涯経験率で認められ、揮発性溶剤

(37.1%: 2016⇒35.6%: 2018年)と危険ドラッグ(17.6%: 2016年⇒14.8%: 2018年)は減少しており、最近1年以内に薬物使用が認められた症例に限定しても、揮発性溶剤(7.7%: 2016年⇒4.3%: 2018年)と危険ドラッグ(2.5%: 2016年⇒1.2%: 2018年)は減少傾向を示していた。

長期の経年的推移(図4、図5)のなかで見ると、揮発性溶剤は、主たる薬物においては1990年以降、生涯経験薬物においては2000年以降ほぼ一貫して減少傾向である。したがって、今回の減少もその流れのなかにあるといえるだろう。一方、危険ドラッグについては、2012年調査より乱用薬物の分類カテゴリーとして新設され、2014年にピークを迎えた後に、主たる薬物においても、生涯経験薬物においても急激な減少を見せている。これは、包括指定などの規制強化、さらには、薬事法販売停止命令・検査実施命令の対象拡大により販売店舗の全面撤退により、薬物供給が断たれたことによる効果と考えられる。今回の調査結果は、危険ドラッグが今や薬物依存症臨床の現場ではほとんど遭遇しない薬物となりつつあることを示唆するものといえるであろう。

3. 大麻と市販薬の関連精神疾患症例の微増

一方、今回の調査では、大麻と市販薬の割合が微増していることも確認された。主たる薬物では大麻は、2016年の3.6%から2018年は4.1%と、市販薬は、2016年の5.2%から2018年は5.9%に微増していた。同様の傾向は生涯経験率で認められ、大麻は2016年の28.6%から2018年は30.3%、市販薬は2016年の10.4%から2018年は11.6%と微増している。さらに、最近1年以内に薬物使用が認められた症例における主たる薬物でも、大麻は2016年の4.9%から2018年は5.6%と、市販薬は2016年の8.2%から2018年の9.1%に微増している。主たる薬物における割合の変化については、揮発性溶剤と危険ドラッグが減少した分、相対的に大麻や市販薬の割合が増えたことによる影響とも考えられるが、生涯経験においても微増したことを考慮すれば、それだけでは説明がつかない。おそらく大麻については、危険ドラッグ一禍の収束と逆相関する形で、2014年以降、大麻取締法事犯による検挙者は増加傾向にあることから、大麻にアクセスする者の増加したことが

今回の結果に反映された可能性が高い。一方、市販薬については、この説明は適用できない。ドラッグストアチェーンの店舗拡大や、市販薬のインターネット販売の拡大が、市販薬乱用を促進しているのかもしれない。

4. 大麻関連精神疾患症例の検討——大麻による精神障害の影響

上述したように、大麻取締法事犯者が急増する一方で、米国のワシントン州、コロラド州、カリフォルニア州、それから近年ではカナダなどで、大麻の娯楽的使用が許容される政策が打ち出され、大麻の健康被害に関して世論で様々な議論を呼んでいる。そこで、今回の本報告書では、精神科医療にアクセスした大麻関連精神疾患症例に関して少し掘り下げて検討したい。

「1年以内の薬物使用あり」症例における大麻関連精神疾患症例の特徴は、年代が20～30代と、他の薬物関連精神疾患症例に比べて若く、調査時点で就労している者が多く、比較的高学歴であった。そして、薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴を持つ者も比較的多かった。また、ICD-10 F1 診断下位分類において「有害な使用」に該当する者が比較的多く、「依存症候群」に該当する者が比較的に少なかった。このことは、大麻関連精神疾患症例では、薬物使用様態において依存性がさほど進行していない者が多い可能性を示唆している。さらに、併存精神障害では、覚せい剤関連精神疾患症例に比べると「統合失調症」と「心理的発達障害」に該当する者が多く(これは全対象症例でも同じ傾向であった)、薬物使用以前より生来的な脆弱性を有する者が少なくない可能性も示唆される。

さらに、「1年以内の大麻使用の有無」で、大麻関連精神疾患症例の属性や心理社会的状況、精神医学的問題を比較してみると、両群間で人口動態的属性や心理社会的背景、あるいは主に使用した大麻製品の種類に違いはなく、「1年以内の大麻使用なし」症例では、ICD-10 F1 診断下位分類における「残遺性障害・遅発性精神病性障害」、および併存精神障害として「統合失調症」に該当する症例が比較的多く認められた。また、「1年以内の大麻使用あり」症例では調査時点で保釈中が多かった。

以上の結果から推測すると、現在、精神科治療を受けている大麻関連精神疾患症例は、2つの類型に分類される可能性がある。1つは、大麻取締法で逮捕されたのを受けて、保釈中に法廷戦略の一環で精神科医療にアクセスしている者であり、依存症としての重症度は依存性の進行は軽度で、就労にも支障がないタイプである。もう1つは、大麻使用が長期間内にもかかわらず、残遺性障害・遅発性精神病性障害や統合失調症のために社会参加が阻まれ、精神病症状に対する薬物療法が必要な一群である。後者についていえば、今回の調査では、大麻の使用期間や臨床遺伝学的な家族負因について調べていないことから、両者が全く別の類型なのか、それとも、前者から後者への移行があるのかについては、判断できない。それから、2つの類型双方に共通している特徴もある。それは、薬物使用開始以前より反社会的行動パターンや、心理的発達の障害（典型的には自閉症スペクトラム障害）といった精神医学的脆弱性が存在する者の割合が比較的多いということである。なお、こうした準備要因が大麻使用のリスクを高めるのか、それとも、大麻使用の結果、精神科医療へのアクセスを早める要因なのかについても、本調査からは判断できない。

本調査の結果から現時点でいえるのは、大麻使用の影響には個人差がある可能性が高いということであり、今後、さらに詳細な調査が必要であろう。

5. 捕まらない（取り締まりにくい）薬物——睡眠薬・市販薬

ここで、「1年以内の薬物使用あり」症例の主たる薬物として、覚せい剤に必定する割合を占めた睡眠薬・抗不安薬と市販薬についても、個別にとりあげて検討をしておきたい。

睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例の乱用薬物の入手経路として、依然として精神科医療機関が8割を占めていた。この傾向は2010年以来一貫して継続しており、診療報酬改定によってベンゾジアゼピン受容体作動薬の多剤処方制限されるなどの対策によっても改善は見られていない。乱用薬物の種類に関しても、上位4剤は前回と全く同じであった。そのなかでも突出して多く症例で乱用が認められたエチゾラムについては、2016

年10月に向精神薬指定がなされ、長期処方が困難となったが、現状では乱用患者の低減には至れていない可能性がある。

また、乱用薬剤リストにおいてスボレキサントの乱用が8例に認められた。この薬剤は、ベンゾジアゼピン受容体作動薬とは全く異なる作用機序を持つオレキシン受容体拮抗薬として上市されたが、発売からまだ日が浅く、安全性に関する情報は十分に蓄積されているとはいえない。もちろん、睡眠薬・抗不安薬乱用患者のなかには、気分を変えるための逸脱の使用だけでなく、単純に薬理的な依存性とは関係なく、自殺目的の過量服薬の手段として薬剤を用いる者もおりも、今回の調査結果は単に処方件数の多さを反映しただけの可能性も否めない。しかし、現在乱用薬剤の上位常連薬剤となっているゾルピデムでさえも、かつて上市された際に「非ベンゾジアゼピン」であることが強調され、依存リスクの低さが不当に喧伝されていた経緯がある。その意味では、今後の動向を慎重に観察していく必要がある。

一方、市販薬については、すでに指摘したように、前回調査に比して微増傾向があり、注意を要する。わが国の医療関係者は、患者が他の診療科から処方を受けている薬剤には注意を払う一方で、患者が常用している市販薬についてはほとんども十分に注意を払わないことがある。また、近年、厚生労働省が進めている「セルフメディケーション」政策の動きにより、従来、処方せんなしでは入手できなかった薬剤のなかには、市販薬として市中のドラッグストアで購入できるようになった薬剤もある。さらには、規制緩和によりインターネット販売もなされるようになり、いっそう薬剤入手の抵抗感は減じている。

今回、乱用市販薬として突出して多く報告された市販薬は、前回と同様、ブロンであった。1980年代後半にブロン液の乱用が社会問題化し、エスエス製薬はブロン液の含有成分からリン酸ジヒドロコデインと塩酸メチルエフェドリンを除去することで、社会現象にまでなった乱用は表面上終焉した。しかし、臨床現場では、ブロンの乱用・依存は細々ながら確実に続いていた。その理由は、ブロン液で除去された成分は依然としてブロン錠には含まれており、乱用者はこの錠剤を好んで乱用しているからである。今回、調査票には錠

剤か液剤かを明記していない回答が多く、集計では錠剤と液剤両方をまとめて「ブロン」としたが、明記されていたなかでは錠剤が圧倒的多数を占めていた。

ブロン錠には、液剤にはもはや含有されていない、塩酸メチルエフェドリンという中枢神経興奮薬とリン酸ヒドロコデインという中枢神経抑制薬が含有されており、これにカフェインとマレイン酸クロムフェニラミンとが加わって、相互に薬理作用や依存性を強めていることが指摘されている。今回の調査で、乱用市販薬としてブロンに次ぐ第2位を占めた総合感冒薬パブロンについても、製品ラインナップの1つである「パブロン/ゴールド」は、ブロン錠と全く同じ成分を含有しており、ブロン錠と同じ効果を期待して乱用する者がおり、注意が必要である。

また、乱用市販薬の第3位となったウットについても、長年薬物依存症臨床ではよく知られた市販の睡眠剤である。ウットには、ブロムワレリル尿素やアリルイソプロピル尿素が含まれており、この成分は、前者は依存性や大量摂取時の呼吸抑制作用が問題であり、後者は血小板減少性紫斑病発症の原因となることから、ともに長らく医療では用いられていない成分である。そのような過去の成分をいつまでも漫然と含有させたままにしている点が市販薬の問題点である。他にも、総合感冒薬や鎮痛薬として市販されている薬剤のなかには、カフェインやアリルイソプロピル尿素のような成分を含有するもの（ex. イブA錠、ロキソニンSプレミアムなど）が少なくない。その意味で、最も身近な乱用薬物として可能性を潜在していることを注意すべきであろう。そして、あくまでも研究分担者個人の意見であるが、ウットは現代人の生活にはもはや不要な薬剤であり、販売を中止すべきであると思う。

なお、睡眠薬・抗不安薬や市販薬の関連精神疾患症例の特徴は、覚せい剤や大麻の関連精神疾患症例に比べて、女性の割合が多く、「気分障害」「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」「成人の人格及び行動の障害」を併存する者が多い。その大半が、2016年調査で触れたとおり、大半は併存精神障害を先に発症し、精神障害がもたらす心理的苦痛への対処として、処方された睡眠薬・抗不安薬や、ひそかに購入した市販

薬の乱用を続発している。したがって、乱用防止という観点では、たえず乱用リスクを考慮した薬剤の処方、あるいは患者がひそかに自己治療するのではなく、心理的苦痛を訴えられる治療関係の構築こそが必要である。その意味では、まずもって求められるのは精神科医療の質の向上というべきかもしれない。

6. 非物質性嗜癖行動との関係

2013年に公表されたDSM-5では、物質関連障害の診断カテゴリーのなかに、非物質性の嗜癖行動としてギャンブル障害が含まれるようになり、また、今後研究によって検証される必要のある付録の診断カテゴリーとしてインターネットゲーム障害が提示された。ときを同じくしてわが国でもIR関連法案、カジノ法案などの政治的議論のなかで、ギャンブル依存症対策の必要性が叫ばれるようになった。また、スマートフォンの普及により、近年、十代の子どものインターネットゲームへの耽溺が社会的問題となっている。こうしたなかで、物質に対する依存症と非物質（行為）の依存症との境界が不明瞭となり、学会でも両者の関連や異動に関する議論が盛んとなっている。

このような時代の流れを踏まえ、今回の調査では、薬物関連精神疾患症例における非物質性嗜癖行動の合併率について調査した。その結果、本調査で収集された薬物関連精神疾患症例のなかで、何らかの非物質性嗜癖行動を合併している者は6.5%であり、個別の嗜癖行動で見ると、「ギャンブル障害」（DSM-5）の合併率が3.6%、「インターネットゲーム障害」（DSM-5）の合併率が0.8%、「窃盗症」（DSM-5）が1.4%、「パラフィリア障害群」（DSM-5）が0.2%であった。ギャンブル障害については、一般人口を対象としてSOGS（South Oaks Gambling Screen）を用いた調査（樋口と松下，2017）において、「現在ギャンブル依存症等が疑われる者の割合」は、成人の0.8%と推計されており、評価方法はことなるものの、本調査で得られた3.6%という数字は一般人口よりは高い。その意味では、薬物関連精神疾患症例は非物質性の嗜癖行動とも親和性が高いのかもしれない。一方、ギャンブル障害以外の嗜癖行動については、国内に比較対象とすべきデータがなく、現時点では議論は困難である。なお、これ

らの嗜癖行動の罹患率に関して、おおむね乱用薬物別の比較では統計学的に際立った差は認められなかったが、例外的に窃盗症については、睡眠薬・抗不安薬と市販薬の関連精神疾患症例でやや多い傾向があった。これは、乱用薬物自体の薬理作用というよりも、それらの薬物関連精神疾患症例では女性の割合が多いことから、摂食障害に合併するクレプトマニアが反映された可能性がある。

7. 司法的監督下にある薬物関連精神疾患症例

2016年6月に刑の一部執行猶予制度が施行となり、2017年12月には再犯防止推進計画が閣議決定された。薬物問題を持つ刑務所出所者や保護観察対象者の地域支援は、現在、わが国喫緊の課題となっている。そうしたなかで薬物依存症臨床の現場では、執行猶予中の違法薬物使用で逮捕された者が、「一部執行猶予」の判決を求め、保釈中に薬物依存症専門外来に受診することはめずらしくなくなった。

そこで、今回の調査では薬物関連精神疾患症例のなかでどのくらいの者が司法的監督下にあるのかを明らかにすべく、調査項目を設定した。その結果、裁判前の保釈期間中の者が2.1%、保護観察なしの執行猶予期間中の者が3.1%、保護観察中の者が3.6%に認められた。当然ながら、その大半は主たる薬物が規制薬物である症例であった。このデータについては、現状では比較対象とすべきデータがなく、現時点では議論が困難であるが、今後、本調査で継続的に収集することで、司法と医療の連携状況をモニタリングすることができる可能性がある。理想的には、今後、執行猶予期間中の者、あるいは保護観察中の者の割合を増えることを期待している。それは、司法と専門医療とのシームレスな連携を反映する数値となるであろう。

解釈に苦慮したのは、麻薬及び向精神薬取締法（麻向法）58条の2に規定された「麻薬中毒者」としてのアフターケア中の者の割合であった。その条件を満たす者は、全対象症例中わずかに6名（0.2%）であった。麻薬中毒の定義には曖昧な点があることは否めないものの、おおむねICD-10 F1x.2の依存症候群に合致すると考えられる。だとすると、全対象症例中、潜在的に麻薬中毒届け

対象薬物を主たる薬物とする症例は69例（大麻64例、コカイン3例、ヘロイン2例）存在することになるが、実際に、麻薬中毒者としてのアフターケアを受けている者の主たる薬物は、覚せい剤4例、大麻1例、睡眠薬・抗不安薬1例であった。

この齟齬をどう考えるべきなのだろうか？ 治療経過のなかで問題となっている乱用薬物に変化することは臨床上めずらしくはないが、届け出対象薬物として合致するのが6例中1例（大麻）しかないという事実は、この麻薬中毒者の届け出制度そのものが実際の精神科医療のなかでは、厳密に運用されていない実態を反映したものといわざるをえない。実際、過去10年以上にわたって麻向法による措置入院症例は一例もなく、麻向法の規制対象となっている薬物の関連精神疾患症例の措置入院は、自傷・他害のおそれにもとづく精神保健福祉法による措置入院で対応している現状がある。その意味でも、制度自体の見直しが検討されるべきであろう。

なお、その他の司法的状況下にいる症例が3.4%に認められ、その大半は医療観察法による入院もしくは通院処遇中（他には、鑑定留置中、あるいは医療刑務所での服役中という情報があった）を反映したものであった。

8. 「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」報告症例数上位施設

わが国の薬物依存症からの回復のための医療的資源は深刻に不足しており、一般の精神科医療機関における薬物関連精神疾患患者に対する忌避的感情も強い。そのようななか、少数の精神科医療機関だけが、薬物関連障害の治療に対して果敢に立ち向かっているのが現状である。

本調査に薬物関連精神疾患症例を報告いただいた医療機関は、いずれもそのような施設である。そうした医療機関に敬意を表するとともに、地域における薬物関連精神疾患治療の医療的資源のリストとして参照されることを期待し、報告症例数ランキングとして、本調査において20症例以上の症例を報告してくださった医療機関の名称を表38に挙げさせていただいた。

E. 結論

今年度の調査では、対象施設 1566 施設のうち、1264 施設 (80.7%) の協力を得て、246 施設 (15.7%) の施設から総計 2767 例の薬物関連精神疾患症例が報告された。このうち患者自身から同意が得られ、重要な情報に欠損のない 2609 症例を分析対象とした。

その結果、「主たる薬物」として最も多かったのは、覚せい剤 1462 例 (56.0%) であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 446 例 (17.1%)、揮発性溶剤 157 例 (6.0%)、市販薬 155 例 (5.9%)、多剤 133 例 (5.1%)、大麻 108 例 (4.1%)、危険ドラッグ 73 例 (2.8%) が続いた。また、全対象症例中、1 年以内に主たる薬物の使用が認められた症例 (「1 年以内使用あり」症例) は 1149 例 (44.0%) であった。「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物としては覚せい剤 452 例 (39.3%) が最多であり、次いで、睡眠薬・抗不安薬 343 例 (29.9%)、市販薬 105 例 (9.1%)、多剤 68 例 (5.9%)、大麻 64 例 (5.6%)、揮発性溶剤 49 例 (4.3%)、その他 26 例 (2.3%)、危険ドラッグ 14 例 (1.2%) が続いた。

以上より、今年度の調査からは、危険ドラッグ関連精神疾患症例の減少が前回調査に引き続いて顕著であり、危険ドラッグ乱用問題が終息に向かっていることがうかがわれた。一方、最近の乱用が認められる薬物関連精神疾患症例のなかでは、市販薬と大麻の関連精神疾患症例の割合が増加傾向を呈しており、今後も慎重な注視が必要であると考えられた。

謝辞

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

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Takano A, Miyamoto Y, Kawakami N, Matsumoto T: Web-Based cognitive behavioral relapse prevention program with tailored feedback for people with methamphetamine and other drug use problems: Development and Usability Study. JMIR Mental Health 3: 1-17, 2016.
- 2) Okumura Y, Shimizu S, Matsumoto T: Prevalence, prescribed quantities, and trajectory of multipleprescriber episodes for benzodiazepines: A 2-year cohort study. Drug and Alcohol Dependence 158:118-125, 2016.
- 3) Matsumoto T, Tachimori H, Takano A, Tanibuchi Y, Funada D, Wada K: Recent changes in the clinical features of patients with new psychoactive-substances-related disorders in Japan: Comparison of the Nationwide Mental Hospital Surveys on Drug-related Psychiatric Disorders undertaken in 2012 and 2014. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 70: 560-566, 2016.
- 4) 近藤あゆみ, 佐藤嘉孝, 松本俊彦: 薬物依存症外来治療プログラム「STEM」の有効性評価. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 51(1): 26-37, 2016.
- 5) 谷淵由布子, 松本俊彦, 今村扶美, 若林朝子, 川地拓, 引土絵未, 高野歩, 米澤雅子, 加藤隆, 山田美紗子, 和知彩, 網干舞, 和田清: 薬物使用障害患者に対する SMARPP の効果: 終了 1 年後の転帰に影響する要因の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 51(1): 38-54, 2016.
- 6) 近藤あゆみ, 栗坪千明, 白川雄一郎, 松本俊彦: 民間依存症回復支援 DARC 利用者を対象とした認知行動療法 SMARPP の有効性評価. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 51 (6), 414-424, 2016.
- 7) 大曲めぐみ, 嶋根卓也, 松本俊彦: 日本の刑事施設における薬物依存離脱指導の評価方法についての文献レビュー. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 51(5): 335-347, 2016.
- 8) 池田朋広, 常岡俊昭, 松本俊彦, 高木のり子, 石坂理江, 種田綾乃, 小池純子, 齋藤 勲, 森田展彰, 稲本淳子, 岩波 明: 措置指定病院における精神病性障害と物質使用障害を併せ持つ「精神病性併存性障害者」への集団認知行動療法プログラム実施の意義とその有効性の検討. 日社精医誌 26: 11-24, 2017.

- 9) 伊藤絵美, 吉村由未, 森本雅理, 小畑輝海, 松本俊彦: 報告 女性覚せい剤乱用者に対する回復プログラムの構築と実践 —ローズカフェ第1報—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 52(1): 34-55, 2017.
- 10) 谷渕由布子, 松本俊彦, 船田大輔, 川副泰成, 榊原聡, 成瀬暢也, 池田俊一郎, 角南隆史, 武藤岳夫, 長徹二: わが国の依存症専門医療機関における危険ドラッグ関連障害患者の治療転帰に関する研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 52 (5) : 141-155, 2017.
- 11) 松本俊彦: 健康問題としての薬物依存症—薬物依存症からの回復のために医療者は何ができるか. 日本医事新報 4808: 19-23, 2016.
- 12) 松本俊彦: 薬物使用障害に対する外来治療プログラム「SMARPP」. 精神療法 42(4): 571-579, 2016.
- 13) 松本俊彦: 物質使用障害における自殺—薬物療法のリスクとベネフィット. 臨床精神薬理 19(8) : 1125-1136, 2016.
- 14) 松本俊彦, 今村扶美: ワークショップ2 : SMARPP の理念と実際—講義とデモセッション—. 日本アルコール関連問題学会雑誌 18(1) : 123-125, 2016.
- 15) 谷渕由布子, 松本俊彦: 危険ドラッグ使用者への安全管理. 精神科治療学 31(11) : 1449-1454, 11, 2016.
- 16) 松本俊彦: 妊婦の薬物依存. 日産婦医会報 68(11) : 10-11, 2016.
- 17) 谷渕由布子, 松本俊彦: 危険ドラッグ使用者への安全管理. 精神科治療学 31(11) : 1449-1454, 11, 2016.
- 18) 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: Voice Bridges Project—薬物依存症地域支援のための「おせっかい」な電話による「声」の架け橋プロジェクト—. 精神科治療学, 32(11): 1445-1451, 2017.
- 19) 松本俊彦: 司法機関から地域の支援資源にどうつなげるべきか. 臨床心理学 17 (6) : 814-817, 2017.
- 20) 松本俊彦: 5. オピオイド鎮痛薬による依存の現況と新たな展開 3) オピオイド鎮痛薬依存症並びにケミカルコーピングの予防と治療. ペインクリニック 38: S137-S146, 2017.
- 21) 松本俊彦: 薬物依存をめぐる法整備. 臨床精神医学 46(4): 437-442, 2017.
- 22) 松本俊彦: 物質使用障害. トラウマティック・ストレス 15(1): 49-57, 2017.
- 23) 松本俊彦: 多剤処方規制と背景. 臨床精神薬理 20(9): 975-982, 2017.
- 24) 松本俊彦: 特集 アルコール健康障害対策の推進 医療機関におけるアルコール・薬物依存症の治療プログラム. 公衆衛生 81(9): 730-736, 2017.
- 25) 松本俊彦: 鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害・中毒・離脱. 新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群 (第2版) -物質関連障害および嗜癖性障害群からてんかんまで-III, 85-89, 2017.
- 26) 松本俊彦: 鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害の対応と治療. 新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群 (第2版) -物質関連障害および嗜癖性障害群からてんかんまで-III, 90-94, 2017.
- 27) 松本俊彦: ケミカルコーピングとオピオイド鎮痛薬. Locomotive Pain Frontier 6(2): 46-47, 21017.
- 28) 松本俊彦: 薬物依存症に対する最近のアプローチ. 精神科治療学 32(11): 1403-1404, 2017.
- 29) 松本俊彦: 専門医でなくてもできる薬物依存症治療-アディクションの対義語としてのコネクション-. 精神科治療学 32(11): 1405-1412, 2017.
- 30) 谷渕由布子, 松本俊彦: 規制強化は「危険ドラッグ」関連障害患者をどう変えたか. 精神科治療学 32(11) : 1483-1491, 2017.
- 31) 松本俊彦: 人はなぜ依存症になるのか. 日本アルコール関連問題学会雑誌 19 (1) : 31-34, 2017.
- 32) 松本俊彦: 特集 さまざまな精神障害の「病識」をどのように治療に生かすか. 精神神経学雑誌 119(12) : 911-917, 2017.
- 33) 松本俊彦, 船田正彦, 嶋根卓也, 近藤あゆみ: 薬物関連問題とどう対峙するか 疫学研究、毒性評価、臨床実践、政策提言, 精神保健研究, 30, 53-61, 2017.
- 34) Hamamura T, Suganuma S, Takano A, Matsumoto T, Shimoyama H: The Efficacy of a Web-Based Screening and Brief Intervention for Reducing Alcohol Consumption Among Japanese Problem Drinkers: Protocol for a Single-Blind Randomized Controlled Trial. JMIR Res. Protoc. 2018;7(5):e10650 doi:10.2196/10650
- 35) Tanibuchi Y, Matsumoto T, Funada D, Shimane T: The influence of tightening regulations on patients with new psychoactive substance-related disorders in Japan. Neuropsychopharmacol Rep. 2018 Oct 19. doi: 10.1002/npr2.12035.
- 36) 引土絵美, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦: 治療共同体エンカウンター・グループの効果とその要因について. 日本

- アルコール薬物医学会雑誌 53(2) : 83-94, 2018.
- 37) 花岡晋平, 平田豊明, 谷渕由布子, 宋龍平, 合川勇三, 山崎信幸, 撰尚之, 加賀谷有行, 津久江亮太郎, 門脇亜理紗, 今井航平, 佐々木浩二, 松本俊彦: わが国の精神科救急医療施設における危険ドラッグ関連障害患者の治療転帰に関する研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 53(5) : 212-225, 2018.
- 38) 松本俊彦: 嗜癖性障害. 最新精神医学 23(2) : 121-129, 2018.
- 39) 松本俊彦: 薬物依存症と対人関係. 精神科治療学 33(4) : 435-440, 2018.
- 40) 松本俊彦: 向精神薬乱用・依存を防ぐために精神科医と薬剤師にできること. 日本精神薬学会誌 1(2) : 12-15, 2018.
- 41) 松本俊彦: 最近の危険ドラッグ関連障害患者における臨床的特徴の変化: 全国の精神科医療施設における薬物関連障害の実態調査: 2012年と2014年の比較. 精神神経学雑誌 120(5): 361-368, 2018.
- 42) 松本俊彦: ワークブックを使った認知行動療法的アプローチはどのようなものか教えてください. モダンフィジシャン 38(8) : 844-846, 2018.
- 43) 松本俊彦: 物質使用障害とトラウマ. 臨床精神医学 47(7) : 799-804, 2018.
- 44) 谷渕由布子, 大宮宗一郎, 松本陽一郎, 石田恵美, 松本俊彦: 薬物事犯の精神科的治療. 精神科治療学 33(8) : 959-964, 2018.
- 45) 松本俊彦: 睡眠薬は是か非か—Pros and Cons: Consの立場から—睡眠薬は精神科薬物療法における「悪貨」である. 精神医学 60(9) : 1019-1023, 2018.
- 46) 松本俊彦: 人はなぜ依存症になるのか—子どもの薬物乱用—. 児童青年精神医学とその近接領域 59(3) : 278-282, 2018.
- 47) 松本俊彦: 「やりたい」「やってしまった」「やめられない」—薬物依存症の心理—. こころの科学 202 特別企画 : 40-46, 2018.
- 48) 高野歩, 熊倉陽介, 松本俊彦: 刑の一部執行猶予制度以降の薬物依存症地域支援の課題—保護観察対象者コホート調査と地域支援体制構築 Voice Bridge Project. 日本アルコール関連問題学会雑誌 20(1) : 39-41, 2018.
- 49) 松本俊彦: 特集 I 依存と嗜癖—その現状と課題—人はなぜ依存症になるのか. 精神科 33(6) : 463-468, 2018.
- 50) 松本俊彦: なぜオピオイド鎮痛薬依存症に陥るのか—臨床の立場から—. ペインクリニック 39(12) : 1570-1578, 2018.
- 51) 高野歩, 郡健太, 熊倉陽介, 佐瀬満雄, 松本俊彦: ハームリダクションの理念と実践. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 53(5) : 151-170, 2018.
- 52) Hiroko Kotajima-Murakami, Ayumi Takano, Yasukazu Ogai, Shotaro Tsukamoto, Maki Murakami, Daisuke Funada, Yuko Tanibuchi, Hisateru Tachimori, Kazushi Maruo, Tsuyoshi Sasaki, Toshihiko Matsumoto, Kazutaka Ikeda. Study of effects of ifenprodil in patients with methamphetamine dependence: protocol for an exploratory, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Neuropsychopharmacol Rep. 2019 (in press).

2. 学会発表

- 1) 松本俊彦: 教育講演 ト라우マとアディクション. 第15回日本トラウマティック・ストレス学会, 宮城, 2016.5.20.
- 2) 松本俊彦: 教育講演 法医学との連携が精神医学を変える—薬物乱用と自殺に関する研究を通じて—. 第100次日本法医学会学術全国集会, 東京, 2016.6.17.
- 3) 松本俊彦: 公開講座 人はなぜ依存症になり、回復ができるのか. 第38回日本アルコール関連問題学会秋田大会, 秋田, 2016.9.10.
- 4) 松本俊彦: 教育講演 薬物依存症の治療—SMARPPを中心に—. 第51回アルコール・アディクション医学会新学会誕生記念特別研修プログラム, 東京, 2016.10.8.
- 5) 松本俊彦: 特別企画シンポジウム 人はなぜ依存症になるのか? 第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 6) 松本俊彦: 教育講演 SMARPPの理念と課題—プログラムの「学習」ではなく、支援ネットワークの交差点を目指して. 第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 7) 松本俊彦: 特別講演 よくわかる SMARPP—あなたにも出来る薬物依存者支援. 集団認知行動療法研究会 第7回学術総会, 東京, 2016.10.30.
- 8) 松本俊彦: 特別企画講演 専門家のいない薬物依存治療—依存症集団療法「SMARPP」. 第34回日本神経治療学会総会, 鳥取, 2016.11.4.
- 9) 松本俊彦: 記念講演 生き延びるための依存症、生き直すための回復. 第23回関西アルコール関連問題学会滋賀大会, 滋賀, 2016.11.27.

- 10) 引土絵未, 岡崎重人, 加藤 隆, 山本 大, 山崎明義, 松本俊彦: 日本型治療共同体モデルとしてのエンカウンター・グループの効果とその要因について. 第 51 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 11) 近藤千春, 藤城 聡, 松本俊彦: 依存症の認知行動療法のグループにおける治療要因の測定結果からの考察. 第 51 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 12) 大曲めぐみ, 嶋根卓也, 松本俊彦: 日本の刑事施設における薬物依存離脱指導の評価方法についての文献レビュー. 日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.7.
- 13) 松本俊彦: 【シンポジウム 2】精神科救急措置入院制度運用の現状と今後の取り組みをめぐって. 公益社団法人日本精神神経科診療所協会主催 第23回学術研究会東京大会, 東京, 2017.6.17.
- 14) 松本俊彦: 【シンポジウム 35】異常酩酊を考える 薬物依存臨床における異常酩酊. 第 113 回日本精神神経学会学術総会, 愛知, 2017.6.23.
- 15) 松本俊彦: 【シンポジウム 64】さまざまな精神障害の「病識」をどのように治療するか 物質依存症: 否認の病の「病識」を治療に生かす. 第 113 回日本精神神経学会学術総会, 愛知, 2017.6.24.
- 16) 松本俊彦: 教育講演 5 人はなぜ依存症になるのか. 日本ペインクリニック学会第 51 回大会, 岐阜, 2017.7.21.
- 17) 松本俊彦: 大ラウンドテーブルディスカッション 身体経験の成り立ち. 臨床実践の現象学会第 3 回大会, 東京, 2017.8.6.
- 18) 高野歩, 熊倉陽介, 松本俊彦: 【シンポジウム 8】保護観察対象者コホート調査と地域支援体制構築 Voice Bridges Project. 平成 29 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 神奈川, 2017.9.9.
- 19) 松本俊彦: 【シンポジウム 9】薬物依存症の全国拠点としての活動. 平成 29 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 神奈川, 2017.9.9.
- 20) 松本俊彦: 【シンポジウム】治療学からの日本への提言. 第 2 回犯罪学会合同大会・公開シンポジウム, 東京, 2017.9.1.
- 21) 松本俊彦: 【教育講演】薬物依存の現状と治療. 第 1 回日本精神薬学会総会・学術集会, 東京, 2017.9.24.
- 22) 松本俊彦: 【教育講演 7】人はなぜ依存症になるのか? ~子どもの薬物乱用. 第 58 回日本児童青年精神医学会総会, 奈良, 2017.10.6.
- 23) 松本俊彦: 【プレナリーレクチャー】薬物依存症は孤立の病-安心して「やめられない」といえる社会を目指して. 第 31 回日本エイズ学会学術集会・総会, 東京, 2017.11.24.
- 24) Takano A, Miyamoto Y, Matsumoto T, Kawakami N: Satisfaction and Usability of a Web-Based Relapse Prevention Program for Japanese Drug Users. the 21st East Asian Forum of Nursing Scholars & 11th International Nursing Conference, Korea, 2018.1.11-12.
- 25) 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: (ポスター) 保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人の地域支援: Voice Bridges Project の対象地域における展開. 第 37 回日本社会精神医学会, 京都, 2018.3.1-2.
- 26) 松本俊彦: 【特別講演】人はなぜ依存症になるのか? ~依存症と環境・社会~. 第 37 回日本社会精神医学会, 京都, 2018.3.2.
- 27) Yuko Tanibuchi, Toshihiko Matsumoto, Daisuke Funada, Yasunari Kawasoe, Satoshi Sakakibara, Nobuya Naruse, Shunichiro Ikeda, Takashi Sunami, Takeo Muto, Tetsuji Cho: A study on factors of better treatment outcome for patients with new psychoactive-substances-related disorders in specialized clinics or wards for drug dependence in Japan. The College on Problems of Drug dependence 80th Annual Scientific Meeting, San Diego, 2018.6.9-14.
- 28) 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: 【シンポジウム 33】保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人を地域で支える Voice Bridges Project. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
- 29) 谷淵由布子, 松本俊彦: 危険ドラッグ関連障害患者の急増と終息とその後. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
- 30) 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 米澤雅子, 近藤恒夫, 松本俊彦: 【シンポジウム 33】民間支援団体利用者のコホート調査と支援の課題に関する研究(第二報). 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
- 31) 宇佐美貴士, 神前洋帆, 徳永弥生, 本田洋子, 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: 保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人の地域視点 (Voice Bridges Project) の福岡市での実践報告. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.22.

- 32) 花岡晋平, 廣瀬祐紀, 松本俊彦, 平田豊明: 精神科救急病棟における尿中薬物検査の実施状況(第一報). 第114回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.22.
- 33) 神前洋帆, 武藤由也, 徳永弥生, 本田洋子, 宇佐美貴士, 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: 福岡市における保護観察対象の薬物依存者の地域支援(Voice Bridges Project). 平成30年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
- 34) 田中紀子, 松本俊彦, 森田展彰, 木村智和: 病的ギャンブラーとギャンブル愛好家とを峻別するものは何か. 平成30年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
- 35) 引土絵未, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦, 嶋根卓也: 回復支援施設におけるTCエンカウンター・グループの適用に関する研究. 平成30年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
- 36) Ayumi Takano, Yousuke Kumakura, Eriko Ban, Takashi Usami, Toshihiko Matsumoto: Cohort study and development of community-based support for drug users on probation in Japan, Voice Bridges Project. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
- 37) Ayumi Takano, Sachiko Ono, Hayato Yamana, Hiroki Matsui, Toshihiko Matsumoto, Hideo Yasunaga, Norito Kawakami: Risk factors for long-term prescription of benzodiazepine: cohort study using a large health insurance claim database in Japan. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
- 38) Ayumi Takano, Mitsuo Sase, Toshihiko Matsumoto, Norito Kawakami: Smartphone-based self-monitoring application for drug users: co-production with targeted users. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
- 39) 廣瀬祐紀, 花岡晋平, 井上翔, 深見悟郎, 平田豊明, 松本俊彦: 精神科救急病棟における尿中薬物検査の実施状況(第二報). 第26回日本精神科救急学会学術総会, 沖縄, 2018.10.11.
- 40) 松本俊彦: 【特別講演】刑の一部執行猶予制度以降の薬物依存症地域支援～Voice Bridges Project～. 平成30年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.9.
- 41) 松本俊彦: 【特別講演】ランチョン・レクチャーI 人はなぜ依存症になるのか. 日本精神病理学会第41回大会「往還する精神病理学—原点回帰と越境と—」, 兵庫, 2018.10.5.
- 42) 松本俊彦: 【教育講演】アディクション問題の理解と援助. 第32回東京精神科病院協会学会, 東京, 2018.10.23.
- 43) 松本俊彦: 【特別講演】薬物依存症からの回復のために必要なこと. 第65回日本矯正医学学会総会, 東京, 2018.10.25.
- 44) 松本俊彦: 【ワークショップ】自傷行為の理解と援助. 日本認知・行動療法学会第44回大会, 東京, 2018.10.28.
- 45) 松本俊彦: 【特別講演】アディクション問題の理解と援助. 第35回愛媛県精神神経学会, 愛媛, 2018.12.1.
- 46) 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, 山本政弘, 辻麻理子, 長与由紀子, 松本俊彦: 薬物使用経験のあるHIV陽性者における亜硝酸エステル使用が服薬アドヒアランスに与える影響. 第32回日本エイズ学会学術集会・総会, 大阪, 2018.12.4.
- 47) 松本俊彦: 【特別講演1】人はなぜ依存症になるのか～患者と同僚、そして自らを薬物依存症から守るために～. 第25回日本静脈麻酔学会, 栃木, 2018.12.8.

G. 健康危険情報

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

引用文献

- 樋口 進, 松下幸生 (2017) 国内のギャンブル等依存症に関する疫学調査 (全国調査結果の中間とりまとめ) 障害者対策総合研究開発事業 (国立研究開発法人日本医療研究開発機構) 「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」 (研究代表者 松下幸生) の報告会, 2017.9.29. http://www.kurihama-med.jp/news/20171004_tyousa.pdf (最終確認 2019.2.6)
- 松本俊彦, 伊藤 翼, 高野 歩, ほか (2017) 全国精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 厚生労働科学研究費補助金 (医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業) 危険ドラッグを含む薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の社会復帰に向けた支援に関する研究 (研究代表者 嶋根卓也) 平成 28 年度総括・分担研究報告書: 101-136.
- Matsumoto T, Tachimori H, Takano A et al. (2016) Recent changes in the clinical features of patients with new psychoactive-substances-related disorders in Japan: Comparison of the Nationwide Mental Hospital Surveys on Drug-related Psychiatric Disorders undertaken in 2012 and 2014.. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 70: 560-566.
- Tanibuchi Y, Matsumoto T, Funada D, et al. (2018) The influence of tightening regulations on patients with new psychoactive substance-related disorders in Japan. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2018 Oct 19. doi: 10.1002/npr2.12035.

表1: 精神科医療施設の種別と回答状況

	総施設数	回答のあった施設数と症例数								
		回答あり施設数*		症例報告あり		症例なし				
		施設数	割合	施設数	割合					
国立病院	45	2.9%	39	86.7%	17	37.8%	291	18.6%	22	48.9%
都道府県立病院	66	4.2%	56	84.8%	26	39.4%	1,011	64.6%	30	45.5%
市区町村立病院	59	3.8%	52	88.1%	12	20.3%	27	1.7%	40	67.8%
大学病院	83	5.3%	71	85.4%	17	27.0%	107	4.3%	46	55.4%
民間病院	1,313	83.8%	1,046	79.7%	166	12.6%	1,331	85.0%	880	67.0%
計	1,566	(100.0%)	1,264	(80.7%)	246	(15.7%)	2,767	(176.7%)	1,018	(65.0%)

(回答あり施設数*, 症例報告あり施設数* (計52例)を報告した施設も含む)

表2: 全対象者の属性(N=2609)

	度数	%
男	1839	70.5
生物学的性別		
女	769	29.5
その他	1	0.0
10代	34	1.3
20代	238	9.1
30代	658	25.2
40代	848	32.5
50代	552	21.2
60代	193	7.4
70代以上	86	3.3
高卒以上の学歴(あり)	1124	43.1
職業(あり)	680	26.1
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	1337	51.2
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	569	21.8
矯正施設入所歴(あり)	1013	38.8
現在のアルコール問題(あり)	516	19.8
薬物問題による精神科入院歴(あり)	1627	62.4

表3: 全対象者の各種薬物の生涯使用経験 (N=2609)

	度数	%
覚せい剤	1725	66.1
揮発性溶剤	928	35.6
大麻	791	30.3
コカイン	238	9.1
ヘロイン	70	2.7
MDMA	250	9.6
MDMA以外の幻覚剤	207	7.9
使用経験のある薬物 (複数選択)	386	14.8
危険ドラッグ	777	29.8
睡眠薬・抗不安薬		
鎮痛薬	74	2.8
(処方非オピオイド系)		
鎮痛薬	37	1.4
(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)		
市販薬	303	11.6
ADHD治療薬	58	2.2
その他	76	2.9

処方薬・医薬品については、治療目的以外の不適切な使用

表4: 全対象者の初めて使用した薬物 (N=2609)

	度数	%
覚せい剤	787	30.2
揮発性溶剤	805	30.9
大麻	241	9.2
コカイン	4	0.2
ヘロイン	3	0.1
MDMA	16	0.6
MDMA以外の幻覚剤	20	0.8
危険ドラッグ	81	3.1
睡眠薬・抗不安薬	409	15.7
初めて使用した薬物		
鎮痛薬	14	0.5
(処方非オピオイド系)		
鎮痛薬	11	0.4
(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)		
市販薬		
(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	118	4.5
ADHD治療薬	11	0.4
その他	34	1.3
不明	55	2.1

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

表5: 全対象者の主たる薬物 (N=2609)

	度数	%
覚せい剤	1462	56.0
揮発性溶剤	157	6.0
大麻	108	4.1
コカイン	4	0.2
ヘロイン	3	0.1
MDMA	1	0.0
MDMA以外の幻覚剤	1	0.0
危険ドラッグ	73	2.8
睡眠薬・抗不安薬	446	17.1
鎮痛薬	10	0.4
(処方非オピオイド系)		
鎮痛薬	9	0.3
(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)		
市販薬	155	5.9
(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)		
ADHD治療薬	13	0.5
その他	34	1.3
多剤	133	5.1

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

表6: 全対象者のICD-10 F1診断下位分類 (N=2609)

	度数	%
F1x.0 急性中毒	65	2.5
F1x.1 有害な使用	320	12.3
F1x.2 依存症候群	1509	57.8
F1x.3 離脱状態	43	1.6
F1x.4 せん妄を伴う離脱状態	41	1.6
F1x.5 精神病性障害	413	15.8
F1x.6 健忘症候群	33	1.3
F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	858	32.9
F1x.8 他の精神および行動の障害	27	1.0

F1下位診断分類
(複数選択)

表7: 全対象者における併存精神障害のICD-10診断 (N=2609)

	度数	%
F0	52	2.0
F2	278	10.7
F3	410	15.7
F4	330	12.6
F5	85	3.3
F6	269	10.3
F7	124	4.8
F8	113	4.3
F9	81	3.1

症状性を含む器質性精神障害

統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

気分障害

神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害

生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害

成人の人格及び行動の障害

知的障害(精神遅滞)

心理的発達の障害

小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

併存精神障害
(複数選択)

表8: 全対象者における非物質性嗜癖行動の合併 (N=2609)

	度数	%
非物質性の嗜癖行動合併あり	170	6.5
ギャンブル障害 (DSM-5)	93	3.6
非物質性の嗜癖 行動 (複数選択)	21	0.8
インターネットゲーム障害 (DSM-5)	36	1.4
窃盗症 (DSM-5)	4	0.2
パラフィリア障害群 (DSM-5)	32	1.2
その他		

表9: 全対象者における司法的状況 (N=2609)

	度数	%
裁判前の保釈期間中	54	2.1
保護観察なしの執行猶予期間中	82	3.1
保護観察中	95	3.6
「麻薬中毒者」としてのアフターケア	6	0.2
その他	90	3.4

表10. 主たる薬物と各種薬物の生涯使用経験の比較 (N=2,609)

使用経験のある薬物	主たる薬物											ADHD治療薬	その他	χ ² 値	df	p*		
	覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA	MDMA以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬(処方非オピオイド系)	鎮痛薬(処方オピオイド系)							
	n=1462	n=157	n=108	n=4	n=3	n=1	n=1	n=73	n=446	n=10	n=9	n=155	n=13	n=34	n=133			
覚せい剤	度数 %	1462 100.0	35 22.3	37 34.3	2 50.0	0 0.0	1 100.0	1 12.3	9 12.6	2 20.0	1 11.1	24 15.5	2 15.4	6 17.6	87 65.4	1855.163	14	p<0.001
揮発性溶剤	度数 %	620 42.4	156 99.4	22 20.4	1 25.0	0 0.0	0 0.0	10 13.7	32 7.2	1 10.0	0 0.0	16 10.3	1 7.7	6 17.6	63 47.4	562.795	14	p<0.001
大麻	度数 %	497 34.0	26 16.6	108 100.0	2 50.0	0 0.0	1 100.0	23 31.5	40 9.0	1 10.0	1 11.1	23 14.8	2 15.4	8 23.5	58 43.6	408.892	14	p<0.001
コカイン	度数 %	170 11.6	2 1.3	20 18.5	4 100.0	0 0.0	0 0.0	4 5.5	12 2.7	0 0.0	0 0.0	3 1.9	1 7.7	1 2.9	21 15.8	118.308	14	p<0.001
ヘロイン	度数 %	47 3.2	2 1.3	3 2.8	0 0.0	2 66.7	0 0.0	0 0.0	3 0.7	0 0.0	0 0.0	1 0.6	0 0.0	2 5.9	9 6.8	74.277	14	p<0.001
MDMA	度数 %	175 12.0	3 1.9	25 23.1	0 0.0	0 0.0	1 100.0	4 5.5	11 2.5	0 0.0	0 0.0	5 3.2	0 0.0	4 11.8	22 16.5	99.233	14	p<0.001
MDMA以外の幻覚剤	度数 %	133 9.1	5 3.2	26 24.1	0 0.0	0 0.0	1 100.0	4 5.5	9 2.0	1 10.0	0 0.0	3 1.9	0 0.0	2 5.9	22 16.5	115.130	14	p<0.001
危険ドラッグ	度数 %	203 13.9	6 3.8	48 44.4	0 0.0	0 0.0	1 100.0	70 95.9	17 3.8	0 0.0	0 0.0	9 5.8	2 15.4	4 11.8	26 19.5	537.804	14	p<0.001
睡眠薬・抗不安薬	度数 %	201 13.7	7 4.5	15 13.9	1 25.0	0 0.0	0 0.0	11 15.1	433 97.1	3 30.0	2 22.2	43 27.7	2 15.4	4 11.8	55 41.4	1232.345	14	p<0.001
鎮痛薬(処方非オピオイド系)	度数 %	24 1.6	2 1.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.4	21 4.7	8 80.0	2 22.2	7 4.5	0 0.0	0 0.0	9 6.8	257.364	14	p<0.001
鎮痛薬(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	度数 %	11 0.8	2 1.3	0 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5 1.1	1 10.0	7 77.8	4 2.6	0 0.0	3 8.8	2 1.5	423.775	14	p<0.001
市販薬(鎮痛薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数 %	54 3.7	7 4.5	9 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.4	43 9.6	4 40.0	2 22.2	149 96.1	1 7.7	4 11.8	28 21.1	1215.267	14	p<0.001
ADHD治療薬	度数 %	24 1.6	0 0.0	1 0.9	0 0.0	0 0.0	1 100.0	3 4.1	8 1.8	0 0.0	0 0.0	3 1.9	10 76.9	2 5.9	6 4.5	391.936	14	p<0.001
その他	度数 %	17 1.2	2 1.3	1 0.9	0 0.0	1 33.3	0 0.0	0 0.0	13 2.9	0 0.0	0 0.0	3 1.9	2 15.4	26 76.5	11 8.3	703.243	14	p<0.001

*カイ二乗検定

表11. 主たる薬物と初めて使用した薬物の比較 (N=2609)

人生ではじめて使用した薬物	主たる薬物											多剤	p*		
	覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA	MDMA以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬(処方非オピオイド系)	鎮痛薬(処方オピオイド系)			市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	ADHD治療薬
	n=1462	n=157	n=108	n=4	n=3	n=1	n=1	n=73	n=446	n=10	n=9	n=155	n=13	n=34	n=133
覚せい剤	度数 729 %	3 1.9	4 3.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 4.1	25 5.6	10 10.0	1 11.1	3 1.9	1 7.7	1 2.9	16 12.0
揮発性溶剤	度数 537 %	151 96.2	16 14.8	1 25.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	7 9.6	26 5.8	10 10.0	0 0.0	11 7.1	0 0.0	4 11.8	51 38.3
大麻	度数 99 %	1 0.6	74 68.5	2 50.0	0 0.0	1 100.0	1 13.7	10 13.7	14 3.1	0 0.0	0 0.0	13 8.4	1 7.7	4 11.8	21 15.8
コカイン	度数 0.1 %	0 0.0	1 0.9	1 25.0	0 0.0	0 0.0	1 1.4	1 1.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
ヘロイン	度数 0 %	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 66.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 11.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
MDMA	度数 10 %	0 0.7	2 1.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 0.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.8
MDMA以外の幻覚剤	度数 13 %	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.4	1 1.4	1 0.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5 3.8
危険ドラッグ	度数 23 %	1 0.6	7 6.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	44 60.3	0 0.0	4 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 1.5
睡眠薬・抗不安薬	度数 15 %	0 1.0	2 1.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 8.2	2 2.2	340 76.2	2 20.0	2 22.2	24 15.5	0 0.0	2 5.9	16 12.0
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数 0 %	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 1.3	4 40.0	1 11.1	1 0.6	0 0.0	0 0.0	2 1.5
鎮痛薬 (処方オピオイド系)	度数 2 %	1 0.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.2	0 0.0	3 33.3	1 0.6	0 0.0	1 2.9	2 1.5
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数 3 %	0 0.0	1 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	7 1.6	1 10.0	1 11.1	97 62.6	0 0.0	1 2.9	7 5.3
ADHD治療薬	度数 1 %	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 0.4	0 0.0	0 0.0	1 0.6	7 53.8	0 0.0	0 0.0
その他	度数 6 %	0 0.0	1 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 0.4	0 0.0	0 0.0	1 0.6	2 15.4	17 50.0	5 3.8
不明	度数 23 %	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 33.3	0 0.0	0 0.0	1 1.4	15 3.4	1 10.0	0 0.0	3 1.9	2 15.4	4 11.8	5 3.8

*カイ二乗検定

表12: 主たる薬物の属性比較 (N=2609)

生物学的性別	主たる薬物													χ ² 値	df	p*
	覚せい剤 n=1462	揮発性溶 剤 n=157	大麻 n=108	コカイン n=4	ヘロイン n=3	MDMA n=1	MDMA以 外の覚 醒剤 n=1	危険ドラ ッグ n=73	睡眠薬・抗 不安薬 n=446	鎮痛薬(処 方非オピ オイド系) n=10	鎮痛薬(処 方オピオ イド系, 弱オ ピオイド含 む) n=9	市販薬(鎮 咳薬・感冒 薬・鎮痛 薬・睡眠薬 など) n=155	ADHD治療 薬 n=13			
男	1086	142	100	4	3	1	1	67	213	5	3	93	8	22	91	
%	74.3	90.4	92.6	100.0	100.0	100.0	100.0	91.8	47.8	50.0	33.3	60.0	61.5	64.7	68.4	
女	376	15	8	0	0	0	0	6	233	5	6	62	5	11	42	
%	25.7	9.6	7.4	0.0	0.0	0.0	0.0	8.2	52.2	50.0	66.7	40.0	38.5	32.4	31.6	
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	
10代	5	0	7	0	0	0	0	0	2	0	0	14	0	0	6	
%	0.3	0.0	6.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	9.0	0.0	0.0	4.5	
20代	89	6	22	3	1	0	0	16	49	2	0	28	2	5	15	
%	6.1	3.8	20.4	75.0	33.3	0.0	0.0	21.9	11.0	20.0	0.0	18.1	15.4	14.7	11.3	
30代	315	35	53	0	0	0	0	34	112	1	1	46	1	13	47	
%	21.5	22.3	49.1	0.0	0.0	0.0	0.0	46.6	25.1	10.0	11.1	29.7	7.7	38.2	35.3	
40代	510	58	18	0	1	1	1	20	135	3	4	45	7	8	37	
%	34.9	36.9	16.7	0.0	33.3	100.0	100.0	27.4	30.3	30.0	44.4	29.0	53.8	23.5	27.8	
50代	377	40	6	1	1	0	0	3	77	1	3	15	2	5	21	
%	25.8	25.5	5.6	25.0	33.3	0.0	0.0	4.1	17.3	10.0	33.3	9.7	15.4	14.7	15.8	
60代	125	18	2	0	0	0	0	0	38	1	1	3	1	1	3	
%	8.5	11.5	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.5	10.0	11.1	1.9	7.7	2.9	2.3	
70代以上	41	0	0	0	0	0	0	0	33	2	0	4	0	2	4	
%	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.4	20.0	0.0	2.6	0.0	5.9	3.0	
高卒以上の学歴(あり)	459	36	70	2	2	1	0	50	300	6	8	103	9	23	55	
%	31.4	22.9	64.8	50.0	66.7	100.0	0.0	68.5	67.3	60.0	88.9	66.5	69.2	67.6	41.4	
有職(現在何らかの職に就いている)	337	29	43	3	3	0	1	29	142	2	3	48	3	14	25	
%	23.1	18.5	39.8	75.0	33.3	0.0	100.0	39.7	31.8	20.0	33.3	31.0	23.1	41.2	18.8	
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	1070	68	53	2	1	0	0	19	39	2	0	12	3	4	64	
%	73.2	43.3	49.1	50.0	33.3	0.0	0.0	26.0	8.7	20.0	0.0	7.7	23.1	11.8	48.1	
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	368	59	30	0	0	1	0	10	40	2	0	20	0	4	35	
%	25.2	37.6	27.8	0.0	0.0	100.0	0.0	13.7	9.0	20.0	0.0	12.9	0.0	11.8	26.3	
矯正施設入所歴(あり)	825	68	16	0	1	0	0	7	29	1	0	9	1	5	51	
%	56.4	43.3	14.8	0.0	33.3	0.0	0.0	9.6	6.5	10.0	0.0	5.8	7.7	14.7	38.3	
現在のアルコール問題(あり)	278	34	17	1	1	0	0	10	99	3	2	34	5	9	23	
%	19.0	21.7	15.7	25.0	33.3	0.0	0.0	13.7	22.2	30.0	22.2	21.9	38.5	26.5	17.3	
薬物問題による精神科入院歴(あり)	898	124	61	1	2	1	1	48	268	5	7	101	7	20	83	
%	61.4	79.0	56.5	25.0	66.7	100.0	100.0	65.8	60.1	50.0	77.8	65.2	53.8	58.8	62.4	

*カイ二乗検定

表13: 主たる薬物におけるICD-10 F1診断下位分類の比較 (N=2,609)

ICD-10診断 (複数選択)	主たる薬物													χ ² 値	df	p*		
	覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA	MDMA以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬(処方非オピオイド系)	鎮痛薬(処方オピオイド系)	弱オピオイド系	市販薬(処方オピオイド系・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)				ADHD治療薬	その他
	n=1462	n=157	n=108	n=4	n=3	n=1	n=1	n=73	n=446	n=10	n=9	n=155	n=13	n=34	n=133			
Fix. 0 急性中毒	度数 0.6	5	0	0	0	0	0	3	33	1	0	8	0	5	1	99.450	14	p<0.001
Fix. 1 有害な使用	% 94	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1	7.4	10.0	0.0	5.2	0.0	14.7	0.8	153.335	14	p<0.001
Fix. 2 依存症候群	度数 6.4	9.6	22.2	25.0	0.0	100.0	0.0	16.4	24.9	30.0	33.3	19.4	7.7	26.5	12.0	115.900	14	p<0.001
Fix. 3 離脱状態	% 763	70	64	3	2	0	0	39	327	6	4	12.5	6	16	84	115.900	14	p<0.001
Fix. 4 せん妄を伴う離脱状態	度数 52.2	44.6	59.3	75.0	66.7	0.0	0.0	53.4	73.3	60.0	44.4	80.6	46.2	47.1	63.2	78.190	14	p<0.001
Fix. 5 精神病性障害	% 10	0.6	1.9	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	3.4	0.0	2.2	5.8	0.0	2.9	1.5	66.013	14	p<0.001
Fix. 6 健忘症候群	度数 0.7	1	1	0	0	0	0	0	24	0	0	4	0	2	4	107.935	14	p<0.001
Fix. 7 残遺性障害・選発性精神病性障害	% 302	27	20	0	0	1	1	11	14	0	1	13	7.7	9	13	14.657	14	p=0.472
	度数 20.7	17.2	18.5	0.0	0.0	100.0	100.0	15.1	3.1	0.0	11.1	8.4	7.7	26.5	9.8	394.717	14	p<0.001
	% 18	6	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	3	14.657	14	p=0.472
	度数 1.2	3.8	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.6	0.0	2.9	2.3	394.717	14	p<0.001
	% 655	83	26	0	1	1	0	19	13	0	1	2	4	6	47	394.717	14	p<0.001
	度数 44.8	52.9	24.1	0.0	33.3	100.0	100.0	26.0	2.9	0.0	11.1	1.3	30.8	17.6	35.3	394.717	14	p<0.001
	%																	

*カイ二乗検定

表14: 主たる薬物における併存精神障害ICD-10診断の比較(N=2609)

併存精神障害 (複数選択)	主たる薬物											χ ² 値	df	p*				
	覚せい剤 n=1462	揮発性溶剤 n=157	大麻 n=108	コカイン n=4	ヘロイン n=3	MDMA n=1	MDMA以外の覚醒剤 n=1	危険ドラッグ n=73	睡眠薬・抗不安薬 n=446	鎮痛薬(処方非オピオイド系) n=10	鎮痛薬(処方オピオイド系を含む) n=9				ADHD治療薬 n=13	その他 n=34	多剤 n=133	
F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 1.7	5	1	0	0	0	0	0	10	0	0	1	0	4	6	27.210	14	p=0.018
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	% 154	3.2	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2	0.0	0.0	0.6	0.0	11.8	4.5	4.5	14	p<0.001
F3 気分障害	% 10.5	16.6	19.4	0.0	0.0	100.0	0.0	17.8	4.9	0.0	0.0	10.3	0.0	8.8	16.5	51.936	14	p<0.001
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	度数 11.5	21	9	0	0	0	0	15	121	4	7	30	3	7	25	105.897	14	p<0.001
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	% 122	13.4	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	20.5	27.1	40.0	77.8	19.4	23.1	20.6	18.8	144.284	14	p<0.001
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数 8.3	5.7	7.4	0.0	0.0	0.0	0.0	13.7	26.7	30.0	0.0	25.8	15.4	11.8	9.8	30.540	14	p=0.006
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	% 37	3	3	0	1	0	0	0	27	1	0	8	1	1	3	17	14	p=0.001
F6 成人の人格及び行動の障害	% 2.5	1.9	2.8	0.0	33.3	0.0	0.0	3	6.1	10.0	0.0	5.2	7.7	2.9	2.3	35.682	14	p=0.001
F7 知的障害(精神遅滞)	% 8.5	10.2	5.6	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1	14.3	0.0	11.1	18.7	15.4	17.6	12.8	25.915	14	p=0.027
F8 心理的発達障害	度数 82	15	0	0	0	0	0	3	10	1	0	7	0	0	6	29.631	14	p=0.009
F8 心理的発達障害	% 43	9.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1	2.2	10.0	0.0	4.5	0.0	0.0	4.5	29.631	14	p=0.009
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	度数 2.9	4.5	11.1	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1	5.8	10.0	0.0	8.4	7.7	5.9	3.8	35.781	14	p=0.001
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	% 48	5	2	2	0	0	0	1	10	0	0	7	1	0	5	35.781	14	p=0.001
	3.3	3.2	1.9	50.0	0.0	0.0	0.0	1.4	2.2	0.0	0.0	4.5	7.7	0.0	3.8			

*カイ二乗検定

表15. 主たる薬物における非物質性嗜癖行動の合併の比較 (N=2609)

非物質性の嗜癖行動(合併あり)	主たる薬物											χ ² 値	df	p ^{**}				
	覚せい剤 n=1462	揮発性溶 剤 n=157	大麻 n=108	コカイン n=4	ヘロイン n=3	MDMA n=1	MDMA 以外の幻覚 剤 n=1	MDMA以 外の幻覚 剤 n=1	危険ドラッ グ n=73	睡眠薬・ 抗不安薬 n=446	鎮痛薬 (処方非 オピオイド 系) n=10				鎮痛薬 (処方オ ピオイド 系・弱オ ピオイド 含む) n=9	市販薬 (鎮咳薬・ 感冒薬・ 鎮痛薬・ 睡眠薬な ど) n=155	ADHD治 療薬 n=13	その他 n=34
非物質性の嗜癖行動(合併あり)	度数 69	9	5	0	0	0	0	8	44	1	1	16	1	4	12	26.880	14	p=0.020
	% 4.7	5.7	4.6	0.0	0.0	0.0	0.0	11.0	9.9	10.0	11.1	10.3	7.7	11.8	9.0			
キャンブル障害 (DSM-5)	度数 50	7	3	0	0	0	0	5	17	0	0	5	0	1	5	4.639	14	p=0.990
	% 3.4	4.5	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	6.8	3.8	0.0	0.0	3.2	0.0	2.9	3.8			
インターネットゲーム障害 (DSM-5)	度数 5	2	3	0	0	0	0	1	6	0	0	3	0	1	0	17.381	14	p=0.236
	% 0.3	1.3	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	1.3	0.0	0.0	1.9	0.0	2.9	0.0			
非物質性の嗜癖行動 (複数選択)	度数 6	1	1	0	0	0	0	2	17	0	0	6	0	1	2	39.538	14	p<0.001
	% 0.4	0.6	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	3.8	0.0	0.0	3.9	0.0	2.9	1.5			
パライリア障害群 (DSM-5)	度数 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	21.906	14	p=0.081
	% 0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.8			
その他	度数 12	0	0	0	0	0	0	2	9	1	1	2	1	0	4	31.082	14	p=0.005
	% 0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	2.0	10.0	11.1	1.3	7.7	0.0	3.0			

*カイ二乗検定

表16: 主たる薬物における司法的状況の比較

司法的状況	主たる薬物											χ ² 値	df	p*				
	覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	ニコタイン	ヘロイン	MDMA	MDMA以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬(処方非オピオイド系)	鎮痛薬(処方オピオイド系)				市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	ADHD治療薬	その他	多剤
	n=1462	n=157	n=108	n=4	n=3	n=1	n=1	n=73	n=446	n=10	n=9	n=155	n=13	n=34	n=133			
裁判前の保釈期間中(あり)	度数 2.7	0	8	1	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	2	45.640	14	p<0.001
保護観察なしの執行猶予期間中(あり)	度数 4.5	0	6	0	0	0	0	2	2	0	0	1	0	2	3	32.558	14	p=0.003
保護観察中(あり)	度数 5.3	2	7	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	4	39.732	14	p<0.001
「麻薬中毒者」としてのアフターケア(あり)	度数 0.3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3.769	14	p=0.997
その他	度数 4.0	7.0	6.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	3.0	1.0	0.0	5.0	1.0	0.0	6.0	18.184	14	p=0.199

*カイ二乗検定

表17: 「1年以内使用あり」症例の属性(N=1149)

	度数	%
性別		
男	731	63.6
女	417	36.3
その他	1	0.1
現在の年代		
10代	30	2.6
20代	170	14.8
30代	342	29.8
40代	328	28.5
50代	184	16.0
60代	52	4.5
70代以上	43	3.7
高卒以上の学歴(あり)	604	52.6
職業(あり)	362	31.5
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	491	42.7
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	178	15.5
矯正施設入所歴(あり)	310	27.0
現在のアルコール問題(あり)	249	21.7
薬物問題による精神科入院歴(あり)	668	58.1

表18: 「1年以内に使用あり」症例における各種薬物の生涯使用経験 (N=1149)

	度数	%
覚せい剤	594	51.7
揮発性溶剤	304	26.5
大麻	362	31.5
コカイン	107	9.3
ヘロイン	30	2.6
MDMA	116	10.1
MDMA以外の幻覚剤	98	8.5
危険ドラッグ	169	14.7
睡眠薬・抗不安薬	517	45.0
鎮痛薬	45	3.9
(処方非オピオイド系)		
鎮痛薬	25	2.2
(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)		
市販薬	195	17.0
ADHD治療薬	26	2.3
その他	57	5.0

処方薬・医薬品については、治療目的以外の不適切な使用

表19: 「1年以内に使用あり」症例における初めて使用した薬物(N=1149)

	度数	%
覚せい剤	243	21.1
揮発性溶剤	257	22.4
大麻	131	11.4
コカイン	2	0.2
ヘロイン	3	0.3
MDMA	8	0.7
MDMA以外の幻覚剤	13	1.1
危険ドラッグ	33	3.4
初めて使用した薬物	298	25.9
睡眠薬・抗不安薬		
鎮痛薬	10	0.9
(処方非オピオイド系)		
鎮痛薬	8	0.7
(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)		
市販薬	77	6.7
(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)		
ADHD治療薬	6	0.5
その他	21	1.8
不明(欠損値)	39	3.4

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

表20:「1年以内に使用あり」症例の主たる薬物 (N=1149)

	度数	%
覚せい剤	452	39.3
揮発性溶剤	49	4.3
大麻	64	5.6
コカイン	4	0.3
ヘロイン	3	0.3
MDMA	0	0.0
MDMA以外の幻覚剤	1	0.1
危険ドラッグ	14	1.2
睡眠薬・抗不安薬	343	29.9
鎮痛薬	8	0.7
(処方非オピオイド系)		
鎮痛薬	7	0.6
(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)		
市販薬	105	9.1
(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)		
ADHD治療薬	5	0.4
その他	26	2.3
多剤	68	5.9

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

表21:「1年以内に使用あり」症例におけるICD-10 F1診断下位分類 (N=1149)

	度数	%
F1x. 0	55	4.8
F1x. 1	219	19.1
F1x. 2	817	71.1
F1x. 3	38	3.3
F1x. 4	39	3.4
F1x. 5	199	17.3
F1x. 6	16	1.4
F1x. 7	132	11.5
F1x. 8	14	1.2

F1下位診断分類
(複数選択)

急性中毒

有害な使用

依存症候群

離脱状態

せん妄を伴う離脱状態

精神病性障害

健忘症候群

残遺性障害・遅発性精神病性障害

他の精神および行動の障害

表22: 「1年以内に使用あり」症例における併存精神障害のICD-10診断 (N=1149)

	度数	%
F0	20	1.7
F2	104	9.1
F3	219	19.1
F4	178	15.5
F5	41	3.6
F6	130	11.3
F7	46	4.0
F8	62	5.4
F9	39	3.4

併存精神障害
(複数選択)

症状性を含む器質性精神障害

統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

気分障害

神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害

生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害

成人の人格及び行動の障害

知的障害(精神遅滞)

心理的発達の障害

小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

表23:「1年以内に使用あり」症例における非物質性の嗜癖行動の合併 (N=1149)

	度数	%
非物質性の嗜癖行動合併あり	83	7.2
ギャンブル障害 (DSM-5)	33	2.9
非物質性の嗜癖 行動 (複数選択)	11	1.0
インターネットゲーム障害 (DSM-5)	21	1.8
窃盗症 (DSM-5)	2	0.2
パラフィリア障害群 (DSM-5)	22	1.9
その他		

表24: 「1年以内に使用あり」症例における司法的状況 (N=1149)

	度数	%
裁判前の保釈期間中	48	4.2
保護観察なしの執行猶予期間中	48	4.2
司法的状況	54	4.7
保護観察中	2	0.2
「麻薬中毒者」としてのアフターケア	29	2.5
その他		

表25: 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の属性の比較 (N=1149)

		主たる薬物											多剤	χ ² 値	df	p*
		覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬(処方非オピオイド系)	鎮痛薬(処方オピオイド系: 弱オピオイドを含む)	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)				
		n=452	n=49	n=64	n=4	n=3	n=1	n=14	n=343	n=8	n=7	n=105	n=5	n=26	n=68	
生物学的性別	男	315	42	58	4	3	1	13	168	4	3	58	3	17	42	
	その他	69.7	85.7	90.6	100.0	100.0	100.0	92.9	49.0	50.0	42.9	55.2	60.0	65.4	61.8	
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8	0.0	
	10代	5	0	7	0	0	0	0	1	0	0	12	0	0	5	
		1.1	0.0	10.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	11.4	0.0	0.0	7.4	
	20代	56	4	15	3	1	0	5	45	2	0	24	1	5	9	
		12.4	8.2	23.4	75.0	33.3	0.0	35.7	13.1	25.0	0.0	22.9	20.0	19.2	13.2	
	30代	135	15	30	0	0	0	6	87	1	0	30	1	10	27	
		29.9	30.6	46.9	0.0	0.0	0.0	42.9	25.4	12.5	0.0	28.6	20.0	38.5	39.7	
	40代	150	14	8	0	1	1	3	99	2	3	25	2	5	15	
		33.2	28.6	12.5	0.0	33.3	100.0	21.4	28.9	25.0	42.9	23.8	40.0	19.2	22.1	
	50代	84	12	4	1	1	0	0	56	1	3	10	1	4	7	
		18.6	24.5	6.3	25.0	33.3	0.0	0.0	16.3	12.5	42.9	9.5	20.0	15.4	10.3	
	60代	16	4	0	0	0	0	0	29	1	1	0	0	0	1	
		3.5	8.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.5	12.5	14.3	0.0	0.0	0.0	1.5	
	70代以上	6	0	0	0	0	0	0	26	1	0	4	0	2	4	
		1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.6	12.5	0.0	3.8	0.0	7.7	5.9	
高卒以上の学歴(あり)		181	8	40	2	2	0	9	224	5	6	68	3	19	37	
		40.0	16.3	62.5	50.0	66.7	0.0	64.3	65.3	62.5	85.7	64.8	60.0	73.1	54.4	
有職(現在何らかの職に就いている)		142	10	29	3	1	1	3	104	1	1	35	2	12	18	
		31.4	20.4	45.3	75.0	33.3	100.0	21.4	30.3	12.5	14.3	33.3	40.0	46.2	26.5	
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		345	26	35	2	1	0	4	33	2	0	11	2	3	27	
		76.3	53.1	54.7	50.0	33.3	0.0	28.6	9.6	25.0	0.0	10.5	40.0	11.5	39.7	
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		85	11	17	0	0	0	0	36	2	2	13	0	2	12	
		18.8	22.4	26.6	0.0	0.0	0.0	0.0	10.5	25.0	0.0	12.4	0.0	7.7	17.6	
矯正施設入所歴(あり)		225	22	12	0	1	0	1	24	1	0	5	0	3	16	
		49.8	44.9	18.8	0.0	33.3	0.0	7.1	7.0	12.5	0.0	4.8	0.0	11.5	23.5	
現在のアルコール問題(あり)		97	11	9	1	1	0	1	76	2	1	30	1	8	11	
		21.5	22.4	14.1	25.0	33.3	0.0	7.1	22.2	25.0	14.3	28.6	20.0	30.8	16.2	
薬物問題による精神科入院歴(あり)		250	39	33	1	2	1	11	203	4	6	64	1	14	39	
		55.3	79.6	51.6	25.0	66.7	100.0	78.6	59.2	50.0	85.7	61.0	20.0	53.8	57.4	

*カイ二乗検定

表26: 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の薬物入手経路の比較 (N=1149)

入手経路(複数選択)	主たる薬物											χ ² 値	df	p*				
	n=452	n=49	揮発性溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA 以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・ 抗不安薬	鎮痛薬 (処方非 オピオイド系)	鎮痛薬 (処方非 オピオイド系) 弱オピオイド 含む)				市販薬 (鎮咳薬・ 感冒薬・ 鎮痛薬・ 睡眠薬など)	ADHD治 療薬	その他	n=68
友人	度数 %	54 11.9	3 6.1	19 29.7	1 25.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	7 2.0	0 0.0	0 0.0	1 1.0	0 0.0	1 3.8	2 2.9	83.305	13	p<0.001
知人	度数 %	123 27.2	2 4.1	16 25.0	0 0.0	2 66.7	0 0.0	2 14.3	1 0.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 8.8	170.717	13	p<0.001
恋人・愛人	度数 %	27 6.0	0 0.0	2 3.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 0.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	32.402	13	p=0.002
家族	度数 %	8 1.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 1.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 2.9	6.354	13	p=0.932
密売人	度数 %	245 54.2	3 6.1	27 42.2	3 75.0	0 0.0	1 100.0	3 21.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 20.0	2 7.7	11 16.2	387.687	13	p<0.001
医療機関(精神科)	度数 %	4 0.9	1 2.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	271 79.0	4 50.0	0 0.0	5 4.8	4 80.0	6 23.1	24 35.3	698.785	13	p<0.001
医療機関(身体科)	度数 %	2 0.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 33.3	0 0.0	0 0.0	114 33.2	1 12.5	5 71.4	2 1.9	1 20.0	7 26.9	10 14.7	254.425	13	p<0.001
薬局	度数 %	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	8 2.3	3 37.5	0 0.0	75 71.4	0 0.0	1 3.8	10 14.7	623.632	13	p<0.001
インターネット	度数 %	41 9.1	3 6.1	5 7.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 42.9	10 2.9	0 0.0	2 28.6	10 9.5	1 20.0	3 11.5	4 5.9	46.325	13	p<0.001
店舗	度数 %	1 0.2	28 57.1	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	25 23.8	0 0.0	6 23.1	7 10.3	354.379	13	p<0.001
その他	度数 %	1 0.2	3 6.1	2 3.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 0.9	1 12.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 3.8	3 4.4	33.222	13	p=0.002

*カイ二乗検定

表27: 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物のICD-10 F1診断下位分類の比較(N=1149)

ICD-10診断 (複数選択)	主たる薬物											χ ² 値	df	p*			
	覚せい剤 n=452	揮発性 溶剤 n=49	大麻 n=64	コカイン n=4	ヘロイン n=3	MDMA 以外の 幻覚剤 n=1	危険ド ラッグ n=14	睡眠薬・ 抗不安 薬 n=343	鎮痛薬 (処方非 オピオイド 系) n=8	鎮痛薬 (処方オ ピオイド 系; 弱オ ピオイド 含む) n=7	市販薬 (鎮咳 薬・感冒 薬・鎮痛 薬・睡眠 薬など) n=105				ADHD 治療薬 n=5	その他 n=26	多剤 n=68
Fix. 0 急性中毒	度数 2.0	9	0	0	0	0	0	27	1	0	8	0	5	1	37.501	13	p<0.001
Fix. 1 有害な使用	% 60	8.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.9	12.5	0.0	7.6	0.0	19.2	1.5	25.775	13	p=0.018
Fix. 2 依存症候群	度数 13.3	14.3	25.0	25.0	0.0	0.0	21.4	23.9	25.0	28.6	23.8	0.0	34.6	17.6	33.042	13	p=0.002
Fix. 3 離脱状態	% 323	67.3	60.9	75.0	66.7	0.0	64.3	76.4	62.5	42.9	79.0	40.0	42.3	61.8	24.190	13	p=0.029
Fix. 4 せん妄を伴う離脱状態	度数 71.5	1	2	0	1	0	0	15	0	1	8	0	1	2	29.064	13	p=0.006
Fix. 5 精神病性障害	% 1.5	2.0	3.1	0.0	33.3	0.0	0.0	4.4	0.0	14.3	7.6	0.0	3.8	2.9	111.672	13	p<0.001
Fix. 6 健忘症候群	度数 0.7	2.0	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	24	0	0	4	0	2	4	10.157	13	p=0.681
Fix. 7 残遺性障害・選発性精神病性障害	% 130	13	14	0	0	1	2	12	0	1	7	0	8	11	84.290	13	p<0.001
Fix. 8 他の精神および行動の障害	度数 28.8	26.5	21.9	0.0	0.0	100.0	14.3	3.5	0.0	14.3	6.7	0.0	30.8	16.2	13.499	13	p=0.410
	% 7	4.1	3.1	0.0	0.0	0.0	0	1	0	0	1	0	1	2			
	度数 1.5	81	12	9	0	1	2	7	0	1	0	0	3	16			
	% 179	24.5	14.1	0.0	33.3	0.0	14.3	2.0	0.0	14.3	0.0	0.0	11.5	23.5			
	度数 5	1	0	0	0	0	0	6	0	1	1	0	0	0			
	% 1.1	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.7	0.0	14.3	1.0	0.0	0.0	0.0			

*カイ二乗検定

表28. 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の併存精神障害ICD-10診断の比較(N=1149)

	主たる薬物													χ ² 値	df	p ^{**}	
	覚せい剤 n=452	揮発性 溶剤 n=49	大麻 n=64	ニコイ n=4	ヘロイ n=3	MDMA 以外の幻 覚剤 n=1	危険ド ラッグ n=14	睡眠薬・ 抗不安 薬 n=343	鎮痛薬 (処方非 オピオイ ド系) n=8	鎮痛薬 (処方オ ピオイ ド系・弱オ ピオイ ド 含む) n=7	市販薬 (鎮咳 薬・感冒 薬・鎮痛 薬・睡眠 薬など) n=105	ADHD治 療薬 n=5	その他 n=26				多剤 n=68
F0 症状性を含む器質性精神障害	4 0.9 %	2 4.1 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	7 2.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	3 11.5 %	4 5.9 %	28.837	13	p=0.007
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	45 10.0 %	8 16.3 %	8 12.5 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	4 28.6 %	18 5.2 %	0 0.0 %	0 0.0 %	6 5.7 %	0 0.0 %	2 7.7 %	13 19.1 %	29.668	13	p=0.005
F3 気分障害	57 12.6 %	9 18.4 %	4 6.3 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	3 21.4 %	95 27.7 %	3 37.5 %	5 71.4 %	21 20.0 %	1 20.0 %	5 19.2 %	16 23.5 %	52.680	13	p<0.001
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	38 8.4 %	7 14.3 %	4 6.3 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	1 7.1 %	83 24.2 %	3 37.5 %	0 0.0 %	29 27.6 %	0 0.0 %	3 11.5 %	10 14.7 %	60.929	13	p<0.001
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	15 3.3 %	1 2.0 %	2 3.1 %	0 0.0 %	1 33.3 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 4.7 %	0 0.0 %	0 0.0 %	5 4.8 %	0 0.0 %	1 3.8 %	0 0.0 %	13.773	13	p=0.390
F6 成人の人格及び行動の障害	39 8.6 %	4 8.2 %	4 6.3 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	45 13.1 %	0 0.0 %	1 14.3 %	22 21.0 %	1 20.0 %	5 19.2 %	9 13.2 %	22.344	13	p=0.050
F7 知的障害(精神遅滞)	25 5.5 %	3 6.1 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	9 2.6 %	1 12.5 %	0 0.0 %	6 5.7 %	0 0.0 %	0 0.0 %	2 2.9 %	12.689	13	p=0.472
F8 心理的発達障害	17 3.8 %	2 4.1 %	7 10.9 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	1 7.1 %	22 6.4 %	1 12.5 %	0 0.0 %	9 8.6 %	0 0.0 %	1 3.8 %	2 2.9 %	12.093	13	p=0.520
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	19 4.2 %	2 4.1 %	2 3.1 %	2 50.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	6 1.7 %	0 0.0 %	0 0.0 %	5 4.8 %	1 20.0 %	0 0.0 %	2 2.9 %	37.234	13	p<0.001

*カイ二乗検定

表29: 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の非物質性の嗜癖行動の合併の比較 (N=1149)

非物質性の嗜癖行動 (複数選択)	主たる薬物											χ ² 値	df	p ^{**}			
	覚せい剤 n=452	揮発性 溶剤 n=49	大麻 n=64	コカイン n=4	ヘロイン n=3	MDMA 以外の 幻覚剤 n=1	危険ド ラッグ n=14	睡眠 薬・抗 不安薬 n=343	鎮痛薬 (処方 非オピ オイド 系) n=8	鎮痛薬 (処方オ ピオイド 系・弱 オピオ イド含 む) n=7	市販薬 (鎮咳 薬・感 冒薬・ 鎮痛 薬・睡 眠薬な ど) n=105				ADHD 治療薬 n=5	その他 n=26	多剤 n=68
非物質性の嗜癖行動合併あり	22 4.9	2 4.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	33 9.6	1 12.5	1 14.3	10 9.5	0 0.0	4 15.4	9 13.2	21.336	13	p=0.067
ギャンブル障害 (DSM-5)	12 2.7	4.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	11 3.2	0 0.0	0 0.0	3 2.9	0 0.0	1 3.8	4 5.9	5.903	13	p=0.950
インターネットゲーム障害 (DSM-5)	2 0.4	2.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 1.7	0 0.0	0 0.0	1 1.0	0 0.0	1 3.8	0 0.0	8.109	13	p=0.836
窃盗症 (DSM-5)	3 0.7	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	13 3.8	0 0.0	0 0.0	4 3.8	0 0.0	1 3.8	0 0.0	17.815	13	p=0.165
パラフィリア障害群 (DSM-5)	0 0.0	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 3.8	1 1.5	28.594	13	p=0.007
その他	6 1.3	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	7 2.0	1 12.5	1 14.3	2 1.9	0 0.0	0 0.0	4 5.9	22.041	13	p=0.055

*カイ二乗検定

表30:「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の司法的状況の比較(N=1149)

司法的状況	主たる薬物											χ ² 値	df	p*			
	覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬(処方非オピオイド系)	鎮痛薬(処方オピオイド系)	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)				ADHD治療薬	その他	多剤
	n=452	n=49	n=64	n=4	n=3	n=1	n=14	n=343	n=8	n=7	n=105	n=5	n=26	n=68			
裁判前の保釈期間中(あり)	度数 %	34 7.5	0 0.0	8 12.5	1 25.0	0 0.0	2 14.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.0	0 0.0	0 0.0	2 2.9	53.868	13	p<0.001
保護観察なしの執行猶予期間中(あり)	度数 %	37 8.2	0 0.0	4 6.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 0.6	0 0.0	0 0.0	1 1.0	0 0.0	2 7.7	2 2.9	37.656	13	p<0.001
保護観察中(あり)	度数 %	40 8.8	1 2.0	6 9.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.3	0 0.0	0 0.0	1 1.0	1 20.0	0 0.0	4 5.9	45.382	13	p<0.001
「麻薬中毒者」としてのアフターケア(あり)	度数 %	0 0.0	0 0.0	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	8.667	13	p=0.798
その他	度数 %	16.0 3.5	1.0 2.0	4.0 6.3	0.0 0.0	0.0 0.0	0.0 0.0	3.0 0.9	1.0 12.5	0.0 0.0	2.0 1.9	0.0 0.0	0.0 0.0	2.0 2.9	14.348	13	p=0.350

*カイ二乗検定

表31: 「主たる薬物」が大麻である症例 (N=108)のうち「1年以内における使用」の有無による属性の比較

	N		大麻使用あり n=64		大麻使用なし n=44		χ ² 値	df	p*
	度数	%	度数	%	度数	%			
生物学的性別	男	58	91.6	42	95.5	0.887	1	p=0.346	
	女	6	9.4	2	4.5				
現在の年代	10代	7	10.9	0	0.0				
	20代	15	23.4	7	15.9				
	30代	30	46.9	23	52.3				
	40代	8	12.5	10	22.7	10.375	5	p=0.065	
	50代	4	6.3	2	4.5				
	60代	0	0.0	2	4.5				
	高卒以上の学歴(あり)	40	62.5	30	68.1	0.520	2	p=0.771	
	職業(あり)	29	45.3	14	31.8	1.981	1	p=0.159	
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	35	54.7	18	40.9	1.981	1	p=0.159		
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	17	26.6	13	29.5	0.116	1	p=0.734		
矯正施設入所歴(あり)	12	18.8	4	9.0	2.519	2	p=0.284		
現在のアルコール問題(あり)	9	14.0	8	18.1	1.278	2	p=0.528		
薬物問題による精神科入院歴(あり)	33	51.6	28	63.6	1.546	1	p=0.214		

*カイ二乗検定

表32: 「主たる薬物」が大麻である症例(N=108)における「1年以内における使用」の有無による使用大麻製品の性状の比較

大麻製品の性状	N	大麻使用あり n=64		大麻使用なし n=44		χ^2 値	df	p*
		度数 %	度数 %	度数 %	度数 %			
乾燥大麻(使用あり)	108	39 60.9	26 59.1	0.037	1	p=0.847		
大麻樹脂(使用あり)	108	16 25.0	12 27.3	0.700	1	p=0.791		
液体大麻(使用あり)	108	9 14.1	3 6.8	1.385	1	p=0.239		
その他(使用あり)	108	0 0.0	0 0.0	—	—	—		

*カイ二乗検定

表33: 「主たる薬物」が大麻である症例 (N=108) における「1年以内における使用」の有無によるICD-10 F1診断下位分類の比較

	大麻使用あり		大麻使用なし		χ ² 値	df	p*
	n=64	n=44	n=64	n=44			
F1x.0 急性中毒	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	—	—	—
F1x.1 有害な使用	16 25.0%	8 18.2%	0.701	1	p=0.402		
F1x.2 依存症候群	39 60.9%	25 56.8%	0.183	1	p=0.669		
F1x.3 離脱状態	2 3.1%	0 0.0%	1.401	1	p=0.237		
F1x.4 せん妄を伴う離脱状態	1 1.6%	0 0.0%	0.694	1	p=0.405		
F1x.5 精神病性障害	14 21.9%	6 13.6%	1.173	1	p=0.279		
F1x.6 健忘症候群	2 3.1%	0 0.0%	1.401	1	p=0.237		
F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	9 14.1%	17 38.6%	8.614	1	p=0.003		
F1x.8 他の精神および行動の障害	0 0.0%	0 0.0%	—	—	—	—	—

* カイ二乗検定

表34: 「主たる薬物」が大麻である症例(N=108)における「1年以内における使用」の有無による併存精神障害ICD-10診断の比較

	大麻使用あり		大麻使用なし		χ ² 値	df	p [*]
	n=64	n=44	n=64	n=44			
併存精神障害 (あり)	192	47	45.9	55.3	90.743	5	p<0.001
	度数	度数	%	%			
F0 症状性を含む器質性精神障害	0	1	0.0	2.3	1.468	1	p=0.226
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	8	13	12.5	29.5	4.837	1	p=0.028
F3 気分障害	4	5	6.3	11.4	0.893	1	p=0.345
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	4	4	6.3	9.1	0.307	1	p=0.580
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	2	1	3.1	2.3	0.070	1	p=0.791
F6 成人の人格及び行動の障害	4	2	6.3	4.5	0.144	1	p=0.704
F7 知的障害(精神遅滞)	0	0	0.0	0.0	—	—	—
F8 心理的発達の障害	7	5	10.9	11.4	0.005	1	p=0.945
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	2	0	3.1	0.0	1.401	1	p=0.237
	度数	度数	%	%			

併存精神障害
(複数選択)

表35: 「主たる薬物」が大麻である症例(N=108)における「1年以内における使用」の有無による司法的状況の比較

司法的状況	N	大麻使用あり n=64		大麻使用なし n=44		χ ² 値	df	p*
		度数 %	度数 %	度数 %	度数 %			
裁判前の保釈期間中(あり)	108	8 12.5	0 0.0	5.940	1	p=0.015		
保護観察なしの執行猶予期間中(あり)	108	4 6.3	2 4.5	0.144	1	p=0.704		
保護観察中(あり)	108	6 9.4	1 2.3	2.170	1	p=0.141		
「麻薬中毒者」としてのアフターケア(あり)	108	1 1.6	0 0.0	0.694	1	p=0.405		

*カイ二乗検定

表36: 乱用歴されていた睡眠薬・抗不安薬一覧(2症例以上に認められた薬剤)

一般名	症例数
エチゾラム	243
フルニトラゼパム	188
トリアゾラム	154
ゾルピデム	111
ベゲタミン [®]	58
ブロチゾラム	48
アルプラゾラム	45
ニメタゼパム	42
ブロマゼパム	39
ロラゼパム	35
ニトラゼパム	29
ゾピクロン	14
ペントバルビタール	9
スボレキサント	8
エスゾピクロン	8
クロキサゾラム	8
エスタゾラム	7
ロフラゼプ酸エチル	6
クロナゼパム	5
クロチアゼパム	5
アモバルビタール	5
フェノバルビタール	3
ロルメタゼパム	5
リルマザホン	4
クアゼパム	3
ブロムワレリル尿素	3

表37: 乱用されていた市販薬(2症例以上に認められた薬剤)

商品名	症例数
ブロン錠/ブロン液(鎮咳・去痰薬)	158
パブロン/パブロンゴールド(総合感冒薬)	34
ウット(睡眠薬)	32
ナロン/ナロンエース(鎮痛薬)	16
イブ/イブクイック/イブプロフェン(鎮痛薬)	15
ドリエル(睡眠薬)	12
バファリン(鎮痛薬)	12
コンタック(総合感冒薬)	10
トニン/新トニン/シントニン(鎮咳・去痰薬)	10
セデス(鎮痛薬)	6
ベンザ/ベンザブロック	6
レスタミン(抗アレルギー薬)	6
ロキソニン(鎮痛薬)	6
ルル(総合感冒薬)	5
エスタロンモカ(眠気除去剤)	4
リスロン(睡眠薬)	4
PA/PL/パイロンPL(感冒薬)	3
ノーシン(鎮痛薬)	3
カイゲン(鎮咳・去痰薬)	2
ケロリン(鎮痛薬)	2
プレコール(総合感冒薬)	2

表38:「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」報告症例数上位施設(20症例以上)

順位	医療機関名	症例数
1位	埼玉県立精神医療センター	279
2位	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター病院	151
3位	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪精神医療センター	143
4位	十全会 聖明病院	140
5位	京都府立洛南病院	134
6位	茨城県立こころの医療センター	130
7位	独立行政法人岡山県精神科医療センター	122
8位	十全会 回生病院	122
8位	瀬野川病院	107
10位	赤城高原ホスピタル	85
11位	復光会 垂水病院	65
12位	独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター	61
12位	住吉病院	44
14位	各務原病院	43
15位	東北会病院	41
16位	滋賀県立精神医療センター	38
17位	栃木県立岡本台病院	37
18位	東京都立松沢病院	37
18位	資生会 千歳病院	34
18位	東日本成人矯正医療センター	34
21位	雁の巣病院	33
22位	昭和大学附属烏山病院	31
23位	桜ヶ丘記念病院	28
24位	のぞえ総合心療病院	28
24位	松山記念病院	26
24位	北里大学東病院	25
24位	明和会医療福祉センター 渡辺病院	25
28位	聖マリアンナ会 東横恵愛病院	20

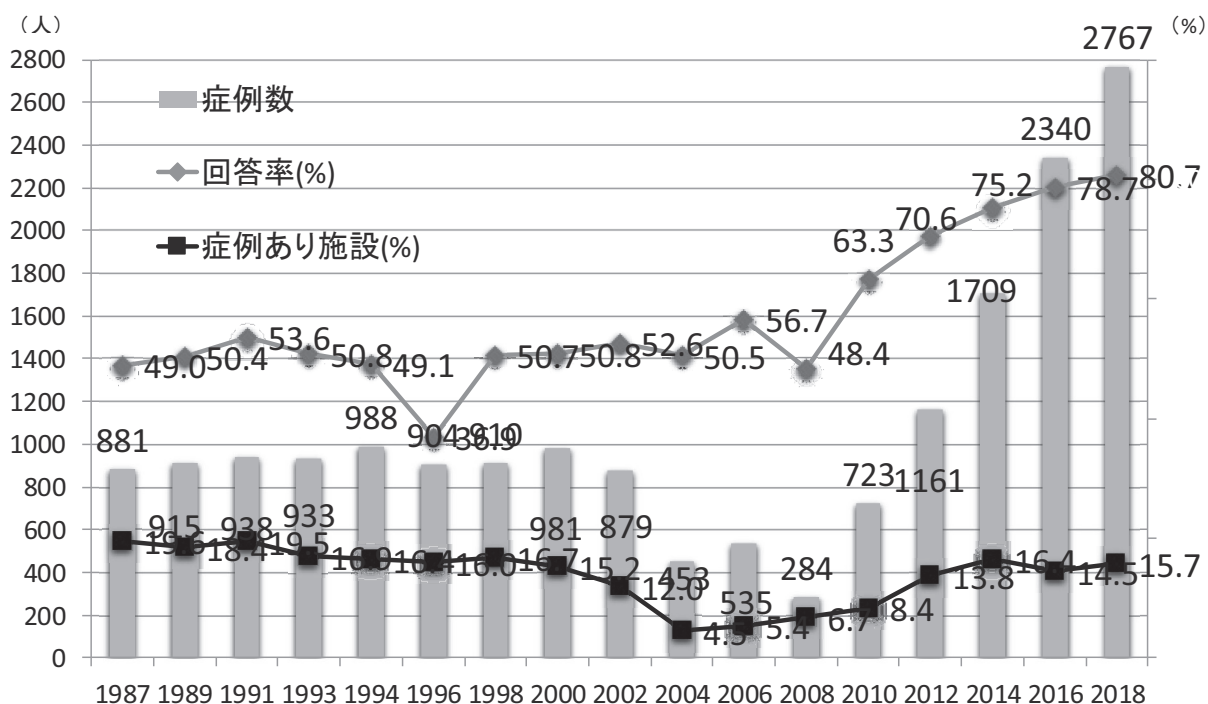


図1: 症例数・回答率などの経年的推移

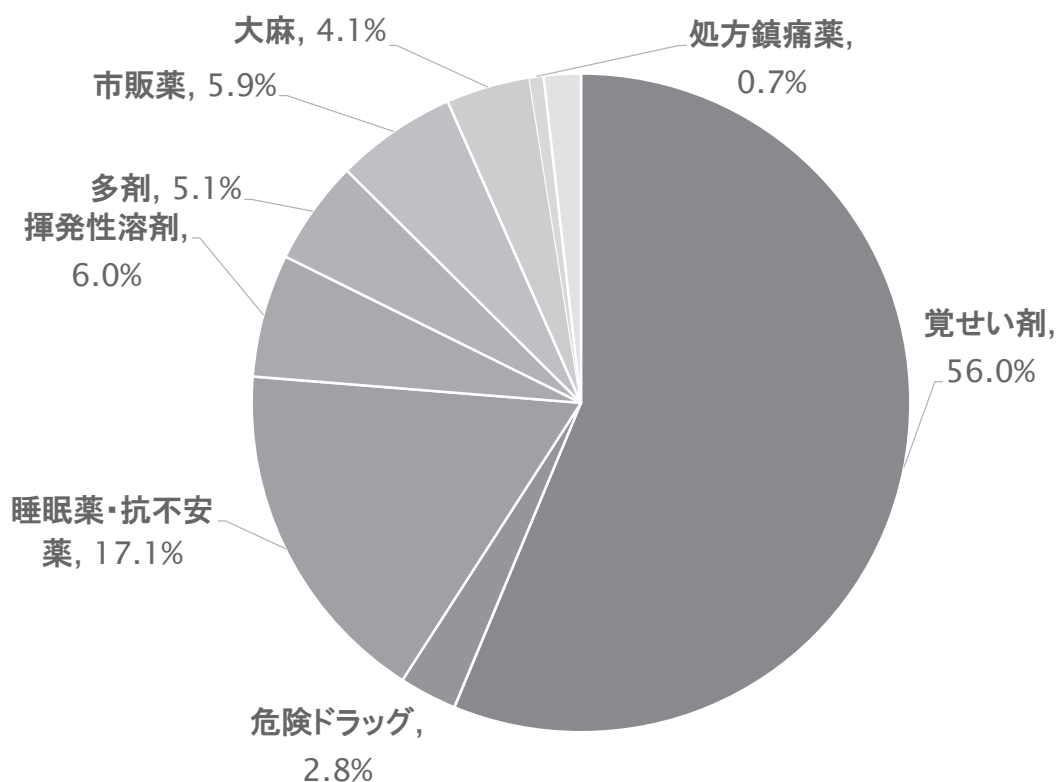


図2: 全対象症例における主たる薬物の比率

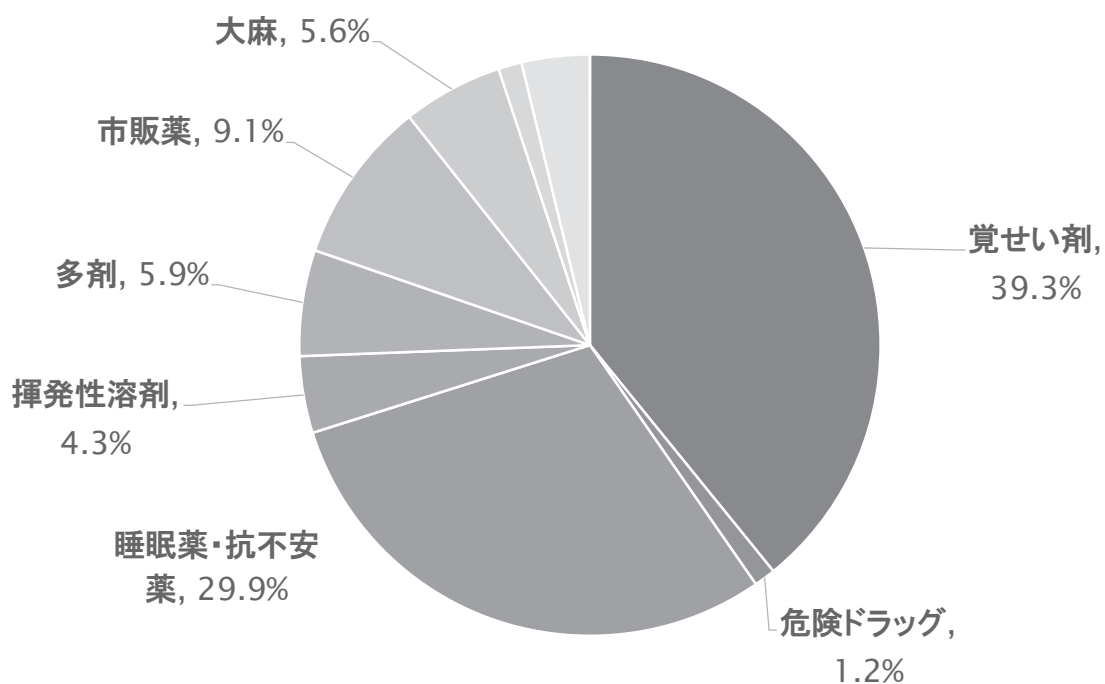


図3: 「1年以内に使用あり」症例における主たる薬物の比率

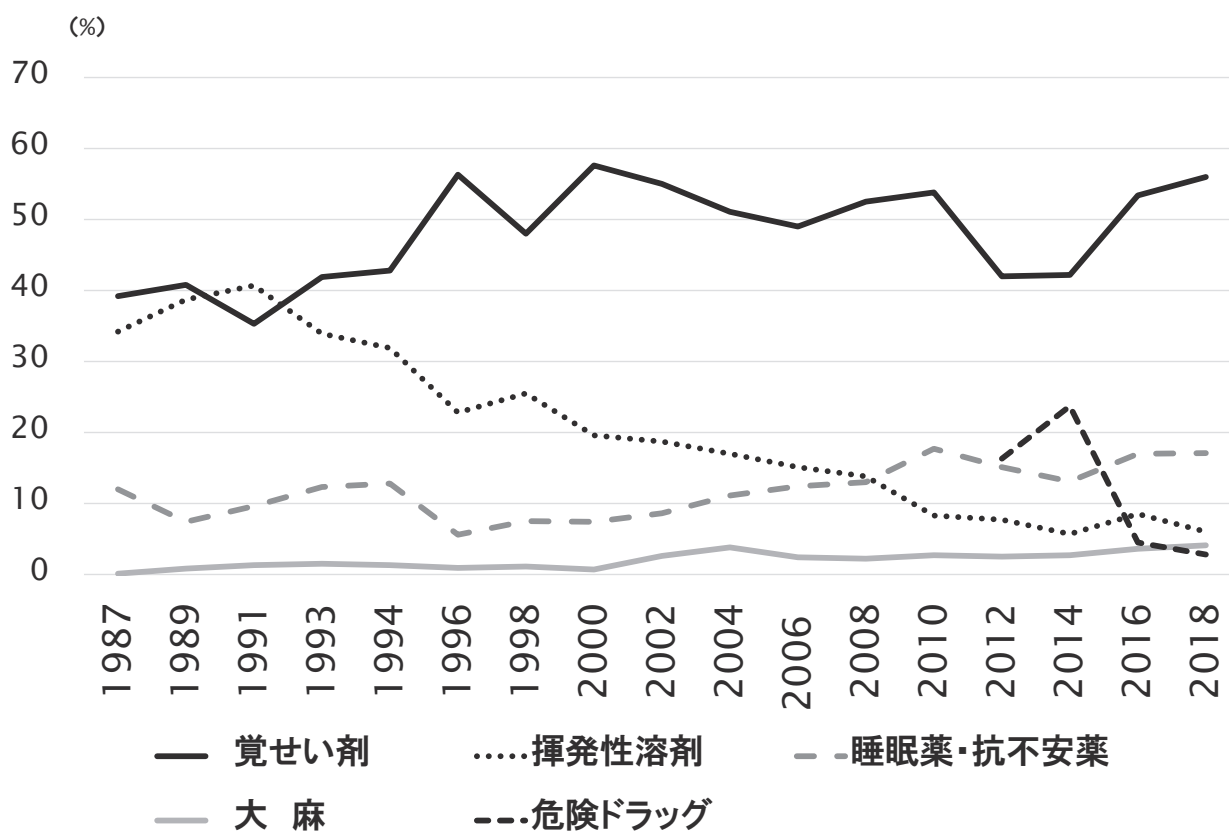


図4: 「主たる薬物」の比率に関する経年的推移

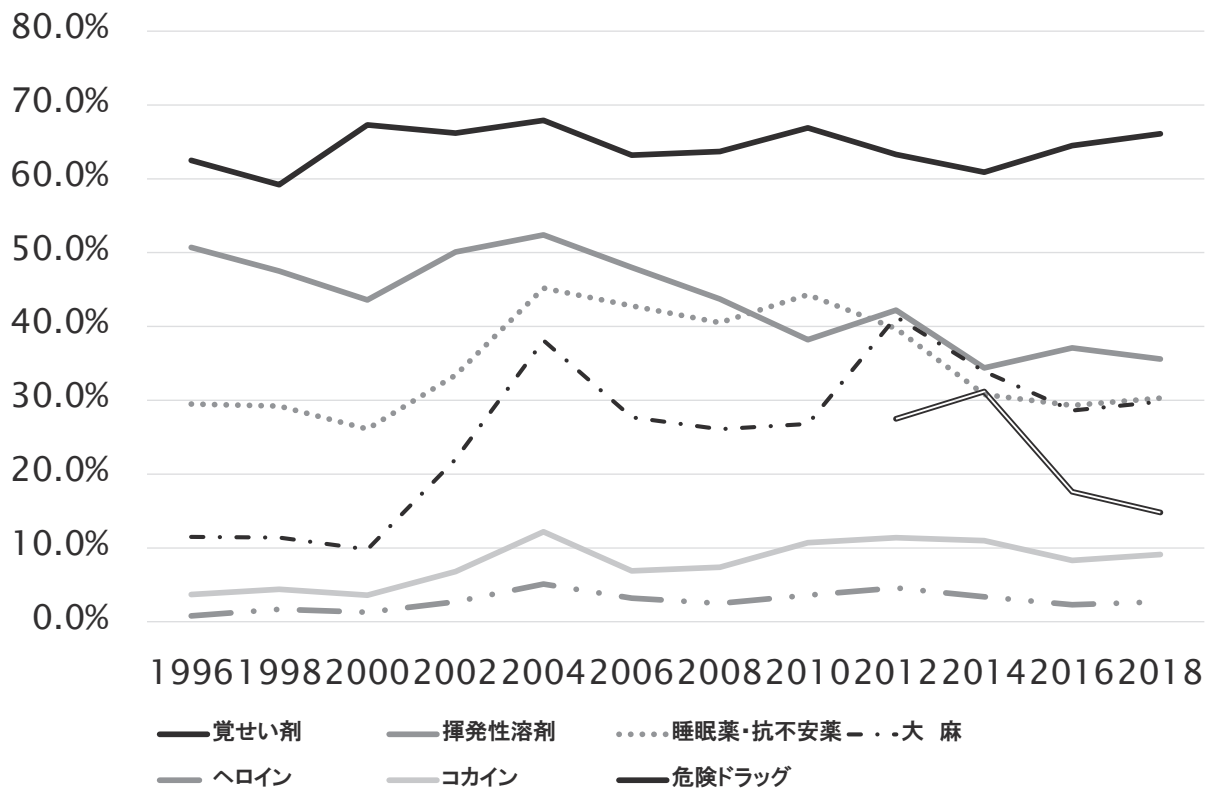


図5: 生涯使用経験のある薬物(%)の経年的推移

薬物関連精神疾患調査用紙

(2018年度版)

本調査の実施要領は以下の通りです;

- (1) **調査期間**: 2018年9月1日～10月31日
- (2) **対象患者**: 上記期間に、貴施設にて外来(初診・再診ともに含みます)または入院で診療を受けた、アルコール以外の薬物を主たる使用薬物とするすべての「薬物関連精神疾患」患者。
- (3) **方法**:
 - ① 対象患者ごとに、調査用紙の質問に対して面接によって回答してください。その際、患者から口頭で同意を得ていただき、そのことを診療録に記載してください。
 - ② 調査時点において同意能力に問題がある、または面接調査が困難な場合(例:病状が不安定な患者、未成年患者、すでに退院している患者など)には、回答可能な項目について診療録からの転記をお願いします。この場合、患者からの同意は必要ありません。
- (4) **調査用紙返送期限**: 2018年11月30日

* 面接による調査 診療録からの転記 (どちらかにチェックをお願いします)

* **報告症例がない場合**, 下記のいずれかにチェックをお願いします

調査期間中に **該当患者なし**

該当患者はいたが面接調査への協力を拒否された

貴施設名 _____

記載年月日 2018年 月 日

記載医師名 _____ 医師

* 本調査に関する問い合わせのため、先生のメールアドレスをお知らせ頂ける場合は、以下に御記入下さい。

_____ @ _____ (職場用, 個人用)

***** お問い合わせは下記までお願いします *****

厚生労働科学研究「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」

研究分担者: 松本俊彦 (E-mail: tmatsu@ncnp.go.jp)

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 薬物依存研究部

〒187-8553 小平市小川東町 4-1-1

【tel】042-341-2712, 内線 6221

【fax】050-3156-1940

巻末資料

- 1) 生物学的性別 1. 男 2. 女 3. その他
- 2) 現在の年代 1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代 7. 70代以上
- 3) 最終学歴 1. 高校中退以下 2. 高校卒業以上 99. 不明
- 4) 現在の就労状況 1. 有職 2. 無職
- 5) 補導・逮捕歴(複数選択可) 0. なし 1. 薬物関連犯罪であり 2. 薬物関連犯罪以外であり 99. 不明
- 6) 矯正施設(少年施設・刑事施設)入所歴 0. なし 1. あり 99. 不明
- 7) 現在のアルコール問題(ICD-10の「有害な使用」もしくは「依存症候群」) 0. なし 1. あり 99. 不明
- 8) 薬物問題による精神科入院歴の有無 0. なし 1. あり 99. 不明

9) これまでのすべての薬物使用歴について、下表の該当する箇所に「○」を記入して下さい(複数回答可)。
ただし、治療目的で処方され、かつ医師からの指示通りに服用していた薬物は除きます。

生涯において使用経験のある薬物	該当する薬物全て「○」をつける
1. 覚せい剤	
2. 揮発性溶剤(シンナー、トルエン、ガスパンなど)	
3. 大麻	
主要な使用大麻製品の性状を選んでください(複数回答可): 1. 乾燥大麻(ガンジャ、大麻煙草など) 2. 大麻樹脂(チョコ、ワックス、ハシシュなど) 3. 液体大麻(電子煙草の液体カートリッジ、ハシシュオイルなど) 4. その他 5. 形状不明	
4. コカイン	
5. ヘロイン	
6. MDMA	
7. MDMA 以外の幻覚剤(LSD、ケタミン、5-Meo-DITP など)	
8. 危険ドラッグ	
9. 睡眠薬・抗不安薬(市販睡眠薬は除く)	
主要な乱用薬剤の商品名を記してください:	
10. 鎮痛薬(処方非オピオイド系)	
主要な乱用薬剤の商品名を記してください:	
11 鎮痛薬(処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	
主要な乱用薬剤の商品名を記してください:	
12. 市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	
主要な乱用薬剤の商品名を記してください:	
13. ADHD 治療薬	
主要な乱用薬剤の商品名を記してください:	
14. その他(薬剤名: _____)	

10) 人生ではじめて使用した薬物は何ですか？ 下表のなかで該当する薬物1つだけ選択してください。

(* 処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(=乱用)とします。)

人生ではじめて使用した薬物	該当薬物1つだけに「○」をつける
1. 覚せい剤	
2. 揮発性溶剤(シンナー、トルエン、ガスパンなど)	
3. 大麻	
4. コカイン	
5. ヘロイン	
6. MDMA	
7. MDMA 以外の幻覚剤(LSD、ケタミン、5-Meo-DIPT など)	
8. 危険ドラッグ	
9. 睡眠薬・抗不安薬(市販睡眠薬は除く)	
10. 鎮痛薬(処方非オピオイド系)	
11. 鎮痛薬(処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	
12. 市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	
13. ADHD 治療薬	
14. その他(薬剤名:)	

11) 調査時点における「主たる薬物」(=現在の精神科的症状に関して臨床的に最も関連が深いと思われる薬物)を下表から1つだけ選択して下さい。(複数の薬物が同程度に関与していると考えられる場合は、15. 多剤として下さい。)

主たる薬物	該当薬物1つだけに「○」をつける
1. 覚せい剤	
2. 揮発性溶剤(シンナー、トルエン、ガスパンなど)	
3. 大麻	
4. コカイン	
5. ヘロイン	
6. MDMA	
7. MDMA 以外の幻覚剤(LSD、ケタミン、5-Meo-DIPT など)	
8. 危険ドラッグ	
9. 睡眠薬・抗不安薬(市販睡眠薬は除く)	
10. 鎮痛薬(処方非オピオイド系)	
11. 鎮痛薬(処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	
12. 市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	
13. ADHD 治療薬	
14. その他(薬剤名:)	
15. 多剤	

12) “質問11)”で選択した「主たる薬物」の最近1年間における主な入手経路は以下のうちどれですか？(複数選択可)

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

13) “質問11)”で選択した「主たる薬物」に関する現在の精神医学的状態は、ICD-10 分類における F1 診断「精神作用物質使用による精神および行動の障害」のいずれの下位診断に該当しますか？ 該当する診断にすべてに○をつけて下さい。(複数選択可。)

ICD-10 診断分類	該当するものに○をつける
1. (F1x.0) 急性中毒	
2. (F1x.1) 有害な使用	
3. (F1x.2) 依存症候群	
4. (F1x.3) 離脱状態	
5. (F1x.4) せん妄を伴う離脱状態	
6. (F1x.5x) 精神病性障害	
7. (F1x.6) 健忘症候群	
8. (F1x.7) 残遺性障害・遅発性精神病性障害	
9. (F1x.8) 他の精神および行動の障害	

14) 現在併存する物質関連障害以外の併存精神障害に関して、以下から該当する ICD-10 診断に「○」をつけてください(複数選択可)。

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

15) この患者には、現在、非物質性の嗜癖行動(もしくは嗜癖様行動)が合併していますか？
あてはまるものを選んでください(複数回答可)。

非物質性の嗜癖行動が合併している(該当すれば右欄に「○」をつける)	
合併がある場合には、該当する嗜癖行動について右側の欄に「○」をつける(複数回答可)	
ギャンブル障害(DSM-5)	
インターネットゲーム障害(DSM-5)	
窃盗症(DSM-5)	
パラフィリア障害群(DSM-5: 窃視症、窃触症、露出症、小児性愛など)	
その他()	

16) この患者は、現在、以下の司法的状況にありますか？ 以下から選んでください(複数回答可)。

裁判前の保釈期間中	
保護観察なしの執行猶予期間中	
保護観察中(仮釈放・全部執行猶予・一部執行猶予)	
「麻薬中毒者」としてのアフターケア中(麻薬及び向精神薬取締法 第 58 条の 2「麻薬中毒者」に該当する者として、県知事に届出を出されている)	
その他()	

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

Ⅱ：分担研究報告

研究 4

全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する

研究

全国の児童自立支援施設における薬物乱用・依存の意識・実態に関する研究

分担研究者：庄司正実（目白大学人間学部）

研究協力者：宇佐見兼市（国立武蔵野学院）青木 健（国立武蔵野学院）

【研究要旨】

【目的】本研究の目的は薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物の実態を継続的に把握し、青少年特に非行児の薬物乱用に対する予防・治療教育の基礎資料を得ることである。

【方法】全国の児童自立支援施設に入所中の児童に無記名式質問紙調査を実施した。有効調査人数は 826 人(男性 618 人、女性 208 人)であり、施設回収率は 71.9%であった。

【結果】

- 1) 有機溶剤乱用者数は男 23 人(3.7%)女性 26 人(12.5%)、大麻乱用者数は男性 10 人(1.6%)女性 9 人(4.3%)、覚せい剤乱用者数は男性 3 人(0.5%)女性 7 人(3.4%)、ブタン乱用者数男性 25 人(4.0%)女性 11 人(5.3%)であった。その他、睡眠薬乱用者が男性 9 人(1.5%)女性 21 人(10.1%)、抗不安薬乱用者が男性 8 人(1.3%)女性 16 人(7.7%)、ブロン(咳止め液)乱用が男性 3 人(0.5%)女性 7 人(3.4%)、危険ドラッグは男性 2 人(0.3%)および女性 2 人(1.0%)に認められた。従来の結果と同様にほとんどの薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。
- 2) 1994 年度からのおもな薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである。有機溶剤乱用はこれまでと同様に減少傾向を示した。特に男性においてこの傾向が著しく、1994 年 41.2%から 2006 年以降 10%前後に減少し前回 3.3%で今回 3.7%であった。女性でも 1994 年 59.6%から 2006 年以降 30%となっていたが、前回 17.2%今回 12.5%となった。覚せい剤乱用は男女とも 2000 年ころまでやや増加傾向にあったが、2002 年以降減少傾向を示しており、男性は 2006 年以降 1%以下で今回 0.5%、女性は 2008 年以降 10%以下となっていたが今回は 3.4%とわずかに増加した。大麻乱用頻度について、男性は 4%から 5%前後であったが 2010 年以降 2%ほどであり今回も同様に 1.6%であり、一方女性では 1994 年(22.0%)および 1996 年(19.0%)はやや高かったが 1998 年から 14%から 15%台となり前回 3.3%今回 4.3%と 10%以下となっている。
- 3) 薬物乱用に対する態度は、許容的態度をしめす者が男性では 2%から 4%、女性では 10%から 25%見られ、女性では特に医薬品乱用に対しては許容的傾向であった。入所非行児の非行歴を検討した結果では非行程度がやや軽度化している傾向が示唆された。

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

A. 研究目的

われわれは、1994年度より2016年度まで隔年ごとに児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用の実態を全国調査してきた^{1)・11)}。その結果、有機溶剤乱用者は男女とも低下してきており特に男性における低下が顕著であるという結果が得られている。また、覚せい剤乱用は男女とも2000年ころまで増加傾向にあったが、2002年以降減少傾向を示していた。大麻乱用頻度について男性は2008年までは4%から6%前後でありその後は1%から2%、女性では2010年までは10%から20%みられたが2012年以降は数%で続いている。その一方で睡眠薬や抗不安薬などの医薬品乱用が特に女性では2016年調査で10%前後と多く認められていた。

これら各種薬物の非行少年における乱用実態を継続的に把握し今後の薬物乱用対策に資することが本研究のおもな目的である。薬物乱用では実際に検挙されず暗数となっている乱用者が多く、特に入所女子非行児では依然薬物乱用問題は重要な位置を占めており、非行児の実際の薬物乱用状況を知ることどうしても必要である。

児童自立支援施設入所非行児における薬物乱用の動態の変化は薬物乱用検挙少年者数動向と類似している。警察庁統計によれば2017年に覚せい剤事犯で送致した少年は91人、大麻事犯で検挙した少年は297人であった¹²⁾。有機溶剤乱用は1990年代初め2万人以上が検挙されていたが、現在激減しており、平成29年の少年検挙数は9名にすぎなかった。

このような検挙数の変化が、実際の非行臨床場面における薬物乱用に反映しているかどうかを把握することは非行臨床の実践にとっても重要である。

本調査では、2016年に引き続き児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用実態を調査することにより薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物乱用の動態を把握する。おもな調査対象薬物は、

われわれの従来調査の結果と比較できることおよび他の調査研究や司法統計資料と比較検討できることより有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタンとしたが、その他の薬物についても簡単に乱用経験および周囲の乱用状況を尋ねる質問項目を追加した。

B. 研究方法

1. 対象

全国の57の児童自立支援施設入所児童に調査用紙を配布した。回答が得られた施設は、41施設であった(施設回収率71.9%)。分析では性別の記載のなかった者を除いた。その結果最終的調査対象者数は826人(男性618人、女性208人)となった。

2. 調査用紙

調査用紙は資料に示した。調査項目は、薬物乱用関連項目、薬物以外の非行関連項目、性格検査項目、一般個人属性などである(資料参照)。調査が今後も同一施設に継続的に実施できるよう、なるべく被調査施設および被調査者の負担にならないように留意した。前回より調査項目を減らし、また回答者である児童にとって見やすいようなレイアウトでふりがなを振り回答に負担がかからないように配慮した。

3. 調査手続き

調査用紙は各施設に郵送し、施設ごと集団で実施してもらった。終了後施設ごと一括して返送してもらった。回答用紙は無記名式である。調査については目白大学倫理審査会の審査を受けた。回答は強制ではなく回答したくない場合は回答しなくてもよく、また回答しなくても不利益は被らないことを説明し実施した。

C. 研究結果

1. 対象者の属性

対象者の、性・学年構成、性・年齢構成、施設入所期間、地域別人数、非行歴、初発非行年齢、家庭裁判所係属歴を表1から表7に示した。

性別にみると男性が618人で全体の74.8%を占めている。就学状況は、中学3年生が男性259人(41.9%)、女性が87人(41.8%)と最も多い(表1)。中学生が多いが、高校生および専門学校生が男性19人(3.1%)、女性9人(5.2%)いた。中学卒業後で無職である者も男性15人(2.4%)、女性8人(3.8%)いた。そのほか小学生が男女それぞれ64人(10.3%)、15人(7.2%)いた。就労者は男女含め3人いた。年齢で見ると中学2年および3年に相当する14歳および15歳が男性でそれぞれ34.3%、25.2%、女性で37.5%、25.0%と多くを占めていた。一方、18歳以上の者は男性1人女性2人であった(表2)。

施設入所期間は、最も多いのは期間6ヶ月から1年で男性143人(23.1%)、女性51人(24.5%)であった。また入所初期の3ヶ月以下の者が男性99人(16.0%)、女性51人(24.5%)であった。一方、2年以上入所している者が男性17人(2.8%)、女性5人(2.4%)いた(表3)。

在住地は、施設の所在地により北海道・東北、関東、中部、関西、中国・四国、九州・沖縄に分けた。国立2施設については児童本人の居住地を確認していないため在住地不詳とした。最も人数の多かった地域は関西(男性158人、女性60人)であり、また調査対象数が最も少なかったのは東北・北海道(男性55人、女性25人)であった(表4)。

非行歴に関しては多いものから順に、男性では怠学365人(59.1%)、傷害352人(57.0%)、家出・外泊341人(55.2%)、金品持ち出し315人(51.0%)、窃盗309人(50.0%)、女性では家出・外泊172人(82.7%)、怠学157人(75.5%)、窃盗116人(55.8%)、金品持ち出し113人(54.3%)、家庭内暴力112人(53.8%)などとなっている(表5)。

初発非行年齢は、男女とも小学校3年から中

学校1年で10%台でありほぼ一定である(表6)。

家庭裁判所への係属歴は、やや男性が多く、男性115人(18.6%)、女性23人(11.1%)である(表7)。

2. 薬物乱用の頻度

調査対象薬物は前回2016年調査と同じく有機溶剤、ブタン、大麻、覚せい剤、コカイン、睡眠薬、抗不安薬(安定剤)、咳止め液、MDMA、リタリン、危険ドラッグである。入所非行児の薬物乱用は女性に多く性差があるため、男女別に検討した。

1) 周囲の薬物乱用頻度(表8)

児童達の交友関係など周囲に各種薬物乱用者がいるかどうか尋ねた。その結果、すべての薬物で女性は男性よりも周囲の薬物乱用頻度が高く、これまで通りであった。

男性では、有機溶剤61人(9.9%)、ブタン42人(6.8%)、大麻38人(6.1%)、覚せい剤35人(5.7%)、抗不安薬28人(4.5%)、咳止め液28人(4.5%)、睡眠薬26人(4.2%)、危険ドラッグ12人(1.9%)、コカイン10人(1.6%)、リタリン4人(0.6%)、MDMA2人(0.3%)の順であった。

女性では、大麻50人(24.0%)、睡眠薬50人(24.0%)、有機溶剤45人(21.6%)、覚せい剤39人(18.8%)、抗不安薬37人(17.8%)、ブタン32人(15.4%)、危険ドラッグ22人(10.6%)、コカイン21人(10.1%)、咳止め液9人(4.3%)、MDMA7人(3.4%)、リタリン6人(2.9%)の順であった。

2) 周囲の薬物乱用による精神症状発現者(表9)

有機溶剤・大麻・覚せい剤・ブタン・睡眠薬/抗不安薬・危険ドラッグの6つについて、身近に使用していて病気や異常になった人がいたかどうか尋ねた(表9)。「いた」「いない」の2件法である。

その結果、男性の周囲で薬物による症状は、有機溶剤17人(2.8%)、睡眠薬16人(2.6%)、覚

せい剤 15 人(2.4%)、大麻 9 人(1.5%)、ブタン 8 人(1.3%)、危険ドラッグ 7 人(1.1%)であった。

一方女性の周囲で薬物による症状は、睡眠薬 22 人(10.6%)、覚せい剤 18 人(8.7%)、大麻 17 人(8.2%)、危険ドラッグ 15 人(7.2%)、有機溶剤 14 人(6.7%)、ブタン 10 人(4.8%)であった。

3) 周囲からの薬物乱用の誘い(表 10)

有機溶剤・大麻・覚せい剤・ブタン・睡眠薬/抗不安薬・危険ドラッグを誘われたことがあるかどうかを尋ねた。「ある」「なし」の 2 件法である。

男性で誘われた薬物は、有機溶剤 27 人(4.4%)、大麻 26 人(4.2%)、ブタン 21 人(3.4%)、睡眠薬 14 人(2.3%)、覚せい剤 10 人(1.6%)、危険ドラッグ 5 人(0.8%)の順であった。

一方女性では、有機溶剤 28 人(13.5%)、大麻 25 人(12.0%)、睡眠薬 22 人(10.6%)、覚せい剤 16 人(7.7%)、ブタン 15 人(7.2%)、危険ドラッグ 9 人(4.3%)の順であった。

4) 薬物の入手性(表 11-1、11-2)

有機溶剤・大麻・覚せい剤・ブタン・睡眠薬/抗不安薬・危険ドラッグの 6 薬物について、入手がどの程度可能であるか尋ねた。「簡単に手に入る」「何とか手に入る」「ほとんど不可能」「絶対に不可能」の 4 件法である。

このうち「簡単に手に入る」としたものは、男性ではブタン 21.7%、有機溶剤 10.7%、睡眠薬 9.8%、大麻 5.6%、覚せい剤 4.3%、危険ドラッグ 3.2%であった。

一方女性では、ブタン 28.9%、睡眠薬 29.2%、有機溶剤 24.1%、大麻 15.3%、覚せい剤 10.6%、危険ドラッグ 7.9%であった。

5) 本人の薬物乱用頻度(表 12)

本人の薬物乱用もほとんどの薬物において女性は男性より頻度が高かった。

男性では、乱用頻度が高い順に、ブタン 25 人(4.0%)、有機溶剤 23 人(3.7%)、大麻 10 人(1.6%)、睡眠薬 9 人(1.5%)、抗不安薬 8 人(1.3%)、覚せい剤 3 人(0.5%)、咳止め液 3 人(0.5%)、危険ドラッグ 2 人(0.3%)、MDMA 1 人(0.2%)、コカイン 1 人(0.2%)であった。リタリンは該当者がいなかった。

女性では、乱用頻度が高い順に、有機溶剤 26 人(12.5%)、睡眠薬 21 人(10.1%)、抗不安薬 16 人(7.7%)、ブタン 11 人(5.3%)、大麻 9 人(4.3%)、咳止め液 7 人(3.4%)、覚せい剤 7 人(3.4%)、MDMA 1 人(0.5%)、危険ドラッグ 2 人(1.0%)、コカイン 2 人(1.0%)であった。リタリンは該当者がいなかった。

各薬物とも無回答者がいたため乱用頻度の少ない薬物では結果の信頼に問題がある。

6) 飲酒歴(表 13、表 14)

2010 年調査より飲酒歴についても確認することとしている。飲酒経験は、男性では 188 人(30.4%)、女性では 123 人(59.1%)であった。飲酒頻度は男性では 1 年で数回とした者(76 人;12.3%)がやや多いが、女性ではほぼ毎日(38 人;18.3%)とした者が多く、女性のほうが飲酒していた。飲酒開始年齢は、男女とも中学校 1 年生がそれぞれ 30%以上、25%以上であり最も多かった。

7) 喫煙歴および喫煙への態度(表 15、表 16、表 17)

喫煙歴についても 2010 年調査より調査項目とした。喫煙歴は男性 192 人(31.1%)、女性 98 人(47.1%)であり、女性のほうが頻度が高かった。喫煙は、飲酒と異なり経験者では使用頻度はほぼ毎日とする者が男女とも最も多かった。男性の 98 人(15.9%)、女性の 58 人(27.9%)が毎日喫煙をしていた。喫煙開始年齢は、男女とも中学校 1 年生がほぼ 30%以上で最も多かった。

法律による未成年の喫煙禁止については、「す

べきではない」「少々ならかまわない」「かまわない」で尋ねた。男性では「かまわない」および「少々ならかまわない」という許容的回答をした者は、男性ではそれぞれ 74 人(12.0%)、107 人(17.3%)、女性ではともに 56 人(26.9%)であった。

8) 有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタンの乱用頻度の年代変化(表 18-1、18-2)

有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用頻度について、1994 年から今回 2018 年調査までの隔年調査結果を表にまとめた。ブタンは調査開始の 2000 年からの結果を示した。

有機溶剤乱用は、男性において一貫して減少しており 1994 年 41.2%から 2008 年には 10.7%となり、今回は前回 2016 年より微増し 3.7%となった。女性有機溶剤乱用率は男性よりも減少率がゆるやかであったがやはり漸減し前回 2016 年 17.2%から今回 12.5%となった。

大麻は男性では 1994 年から 2008 年までほぼ 4%から 6%の範囲であったが、2010 年以降 2%程度が続いており今回 2018 年は 1.6%となった。女性では 1998 年から 2008 年にかけて 14%から 15%台であったが 2012 年以降 10%以下となり前回 2016 年 3.3%から今回 4.3%に微増した。

覚せい剤は男性では 1994 年 1.2%から 2000 年 5.0%まで増加したのち、2002 年 2.5%、2004 年 1.6%となり、2006 年以降 1%以下であり前回 2016 年は 0.8%だったが今回も 0.5%と 1%以下であった。女性では 1994 年 6.6%から 1998 年 16.9%まで増加したが、2000 年 15.2%から 2006 年 10.9%へと低下傾向であり、2008 年以降は 10%以下となり 2012 年からは 5%以下であったが、前回 2016 年の 1.8%に対して今回は 3.4%と増加した。

ブタンは、男性では 2000 年 17.8%からやや減少傾向にあったが 2014 年までは 10%以上見られた。今回は前年と同様に 10%以下の 4.0%であった。女性でも 2000 年 33.3%から減少傾向を示し前回 2016 年 6.2%に急減している。今回も減少し

5.3%だった。男女とも 10%以下で推移している。

9) 地域ごとの有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用頻度 (表 19-1、19-2)

比較的乱用者の多い有機溶剤、大麻、ブタン、睡眠薬、危険ドラッグの各種薬物乱用頻度を地域ごとにみてもみた。

男性では、全体で見ると九州の乱用者が最も多かった。有機溶剤、大麻、睡眠薬は中国・四国で乱用者が多かった。その他の地域で多かったのは、有機溶剤の東北・北海道、ブタンの関西であった。

女性の場合、全体的に東北・北海道あるいは関西で各種薬物乱用者が多かった。関東では有機溶剤や睡眠薬の乱用が多かった。

地域別の検討では対象数が少なくなるので調査年度による変動が大きい。そのため結果についての信頼性は低いと考えられる。

3. 各種薬物に対する意識(表 20-1、20-2)

有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタン、睡眠薬・抗不安薬、危険ドラッグについて薬物使用への意識を尋ねた。回答は「すべきではない」「少々なら構わない」「構わない」「考えたことがない」の 4 件法である。

いずれの薬物も男性は半数以上、女性はほぼ半数の児童が特に薬物乱用をしてはいけないかどうか考えたり意識したりはしていなかったとしている。それ以外の回答では、すべきではないと答えた者が多かった。

男性で「すべきではない」と回答した者は、有機溶剤 42.1%、大麻 43.3%、覚せい剤 45.2%、ブタン 40.2%、睡眠薬・抗不安薬 40.6%、危険ドラッグ 43.7%であった。女性で「すべきではない」と回答した者は、有機溶剤 34.8%、大麻 39.3%、覚せい剤 40.3%、ブタン 35.0%、睡眠薬・抗不安薬 29.9%、危険ドラッグ 42.8%であった。

すべての薬物で男性の方が女性よりも「すべきではない」と答える傾向であった。

4. 有機溶剤、大麻、覚せい剤の乱用頻度・有害性の知識・体験症状

1) 有機溶剤

① 有機溶剤吸引頻度(表 21)

乱用者の男性 14 人女性 22 人が有機溶剤を最も乱用していた時期の吸引頻度を回答した。

「今まで 1、2 回」が男女それぞれ 6 人(42.9%)、13 人(59.1%)と多かった。「ほとんど毎日」と回答した者は男女それぞれ 2 人(14.3%)、1 人(4.5%)であった。

② 有機溶剤の有害性知識 (表 22)

有機溶剤乱用の影響として、急性中毒死、精神病状態(幻覚・妄想など)、フラッシュバックについて知っていたかどうかを尋ねた。

男性の知識は、急性中毒死 161 人(26.1%)、精神病状態 261 人(42.2%)、フラッシュバック 247 人(40.0%)であり、いずれもしらなかったのは 267 人(43.2%)であった。

女性では急性中毒死 75 人(36.1%)、精神病状態 131 人(63.0%)、フラッシュバック 118 人(56.7%)であり、いずれもしらなかったのは 63 人(30.3%)であった。

女性の方が男性よりも有害性知識がある傾向にあった。

③ 有機溶剤で体験した症状(乱用者)(表 23)

乱用者の男性 23 人女性 26 人に有機溶剤による症状の体験を尋ねた。精神病状態が男性乱用者 4 人(17.4%)、女性乱用者 8 人(30.8%)、フラッシュバックは男性乱用者 8 人(34.8%)、女性乱用者 10 人(38.5%)であった。

2) ブタン乱用

① ブタン乱用頻度(表 24)

乱用者の男性 22 人女性 14 人がブタンを最も乱用していた時期の吸引頻度を回答した。「ほとんど毎日」していた経験があるのは、男性 4 人(18.2%)、女性 1 人(7.1%)であった。一方、「い

ままで 1、2 回」のみと回答した者は男性 13 人(59.1%)、女性 7 人(50.0%)であった。

② ブタンの有害性知識(表 25)

ブタン吸引の影響として、精神病状態、急性中毒死を知っていたかどうかについて尋ねた。

男性の知識は、急性中毒死 85 人(13.8%)、精神病状態 91 人(14.7%)、いずれもしらなかったのは 446 人(72.2%)であった。

女性では急性中毒死 44 人(21.2%)、精神病状態 48 人(23.1%)、いずれもしらなかったのは 139 人(66.8%)であった。

女性の方が男性よりも有害性知識がある傾向にあった。男性では乱用者は非乱用者よりも有害性の知識があるが、女性では急性中毒死について乱用者と非乱用者の間に大きな差はないようであった。

③ ブタンで体験した症状(乱用者)(表 26)

乱用者において体験した症状を尋ねた。その結果ブタン乱用によって精神病状態を体験した者は男女それぞれ 5 人(22.7%)、3 人(21.4%)であった。

3) 大麻

① 大麻の知識・関心(表 27)

「大麻を吸う前(使ったことがない人は施設入所前)、大麻についてあなたはどう思っていたか」を尋ねた。

関心がなかったとした者が男性 372 人(60.2%)女性 128 人(61.5%)と最も多かった。一方「見てみたかった」が男性 30 人(4.9%)女性 24 人(11.5%)、「試してみたかった」が男性 23 人(3.7%)女性 18 人(8.7%)であった。

② 最もしていた時の大麻乱用頻度(表 28)

大麻乱用経験者の男性 11 人女性 9 人に最も吸引していた時期の吸引頻度を尋ねた。「今まで 1、2 回」が男性では 5 人(45.5%)女性では 4 人(44.4%)と多かった。また「数回以上」と答えた者も男性 5 人(45.5%)女性 5 人(55.6%)と多か

った。男性で「ほとんど毎日」と答えた者が 1 人(9.1%)みられた。

③ 大麻の有害性知識(表 29)

大麻吸引の影響として、精神病状態になることを知っていたかどうか尋ねた。男女それぞれ 319 人(51.6%)および 134 人(64.4%)が知っていたと回答した。

④ 大麻で体験した症状(乱用者)(表 30)

乱用者に大麻による精神病症状を体験したかどうかを尋ねた。男性 5 人(45.5%)、女性 2 人(22.2%)が精神病症状を体験したと答えた。

4) 覚せい剤

① 覚せい剤への知識・関心(表 31)

「覚せい剤を使う前(使ったことがない人は施設入所前)、覚せい剤についてどう思っていたか」を尋ねた。関心がなかったとした者が男性 416 人(67.3%)女性 131 人(63.0%)と最も多かった。「見てみたかった」および「試してみたかった」という覚せい剤への関心を示した者が、男性でそれぞれ 26 人(4.2%)13 人(2.1%)、女性でそれぞれ 26 人(12.5%)19 人(9.1%)いた。

② 覚せい剤の乱用頻度(表 32)

覚せい剤乱用者男性 5 人女性 8 人が最も乱用していた時期にどの程度乱用していたかを回答した。男女とも「今まで 1、2 回」が多く男女それぞれ 3 人(60.0%)、4 人(50.0%)であり、「数回以上」は女性のみで 4 人(50.0%)いた。男性では「ほとんど毎日」とした者が 2 人(40.0%)いた。

③ 覚せい剤の有害性知識(表 33)

覚せい剤吸引の影響として、精神病状態およびフラッシュバックを知っていたかどうかについて尋ねた。男性の知識は、精神病状態 215 人(34.8%)、フラッシュバック 198 人(32.0%)であり、いずれもしらなかったのは 317 人(51.3%)であった。一方女性は、精神病状態 101 人(48.6%)、フラッシュバック 107 人(51.4%)であり、いずれもしらなかったのは 110 人(52.9%)

であった。

④ 覚せい剤の有害性体験率(表 34)

覚せい剤乱用者に、精神病状態、フラッシュバックの体験について尋ねた。男性では、精神病状態を 2 人(40.0%)、フラッシュバックを 3 人(60.0%)が体験していた。女性では、精神病状態を 3 人(37.5%)、フラッシュバックを 8 人全員が体験していた。

5) 危険ドラッグ

① 危険ドラッグの有害性知識(表 35)

危険ドラッグの影響として、精神病状態および急性中毒死を知っていたかどうかについて尋ねた。男性の知識は、急性中毒死 173 人(28.0%)、精神病状態 222 人(35.9%)、いずれもしらなかったのは 328 人(53.1%)であった。女性では、急性中毒死 76 人(36.5%)、精神病状態 104 人(50.0%)、いずれもしらなかったのは 94 人(45.2%)であった。

② 危険ドラッグと覚せい剤の比較(表 36)

危険ドラッグが覚せい剤より心身への影響が大きい場合があることを知っているかどうかを尋ねた。

知っていたと答えた者は、男性 277 人(44.8%)、女性 122 人(58.7%)であった。

D. 考察

1. 本年度調査の薬物乱用実態

1) 乱用薬物の種類

今年度の調査で、非行児の乱用薬物として多かったのは男性では有機溶剤 23 人(3.7%)およびブタン 25 人(4.0%)、女性では有機溶剤 26 人(12.5%)、睡眠薬 21 人(10.1%)、抗不安薬 11 人(7.7%)、ブタン 11 人(5.3%)などであった。

また 2012 年度より新たに調査対象薬物とした危険ドラッグは、男女それぞれ 2012 年は 25 人(3.6%)および 23 人(8.0%)であったものが、2014 年は 17 人(2.2%)および 19 人(5.8%)、前回 2016

年は5人(0.7%)および2人(0.7%)、今回2018年は2人(0.3%)、2人(1.0%)といずれも1%以下に減少した。これはやはり危険ドラッグ取り締まりの対策によるものと推測される。

薬物乱用で検挙された少年数は近年減少している。特に有機溶剤乱用は1990年頃には2万人以上が検挙されていたが、その後急激に減少していき1994年に1万人以下となり2006年には1000人以下と大きく減少している。2011年には少年の送致件数は100人となり、2014年以降は10人前後となっている。われわれのこれまでの入所非行児調査では以前は男女とも有機溶剤が最も多い乱用薬物であったが、2006年調査以降は男性では有機溶剤乱用よりもブタン乱用の方が多くなっていた。女性においても2014年調査でブタン乱用が有機溶剤乱用よりもやや高い頻度となった。

その一方医薬品である睡眠薬や抗不安薬の乱用が比較的多く認められている。青少年の乱用薬物としてあまり重要視されていないが今後乱用薬物として注意する必要がある。有機溶剤乱用が急減してきたためブタンや抗不安薬が相対的に頻度が高くなり、実態については今後とも把握していく必要がある。

また医薬品として以前より使用されていた咳止め液(ブロン液など)も乱用薬物としてまだ時々みられる。

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

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

2) 薬物乱用の性差

入所非行児の薬物乱用の性差については、従来と同様にすべての薬物において男性より女性の

方が乱用率が高くまた乱用者実数も多かった。一方、警察庁統計によれば¹²⁾、覚せい剤乱用により検挙された少年は女性がやや多く、大麻では男性が圧倒的に多くなっている。われわれの調査対象である入所非行児においては、検挙された犯罪少年の場合とはやや異なるといえる。

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

3) 薬物乱用の地域差

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

今回、男性では有機溶剤乱用は東北・北海道および関東や中国・四国などが高い傾向にあった。またブタン乱用は九州に多かった。一方女性の場合は、全般に有機溶剤乱用が東北・北海道および関東あるいは関西でまたブタン乱用が東北・北海道で高かった。

対象数が少ないため地域差を検討するのは困難であるが、薬物乱用は環境の影響が大きいと考えられるので今後とも地域差については検討をしていく。

2. 薬物乱用の年代変化

乱用頻度の年代変化は回答数や回答施設の変動の影響を受ける。回答者数は今回は836人であった。このような回答率の変動を考慮し結果の解釈には注意が必要である。また薬物乱用には地域差があるので回答する施設が調査ごとに異なる

とその影響も出てくると思われる。さらに対象者のうち1年以上入所している者が30%以上いる。これらの対象者では1年以上前の薬物経験を訪ねていることになるので警察統計の年度と直接比較し評価することは難しい。

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

1) 有機溶剤

男性では1994年度調査より有機溶剤乱用は一貫して減少しており、1994年度から2016年まで2年おきに41.2%、37.3%、30.3%、26.4%、21.6%、14.3%、9.8%、10.7%、7.2%、4.5%、4.5%、3.3%となっている。今回2018年度は微増し3.7%となった。

一方、女性も減少傾向にあるが男性ほど顕著でない。女性では、1994年から1998年までの59.6%、50.6%、48.5%と減少したが、2000年は52.3%とやや上昇し、その後2002年から2016年度まで46.5%、44.2%、31.1%、30.5%、28.6%、21.3%、20.6%、17.2%と減少してきており、今回2018年度さらに減少し12.5%となった。

前述のように有機溶剤乱用により検挙された少年数は1991年ごろは2万人前後であったがその後漸減し、近年の検挙数は10前後までに減少した。この傾向は児童自立支援施設入所非行児の有機溶剤乱用者数の動向は検挙少年数との変化と相関していると思われる。児童自立支援施設入所児童の有機溶剤乱用率が今後とも減少していくか継続的調査が必要である。

2) 大麻

大麻乱用は、男性では1994年および1996年は5.5%、6.7%であったが、1998年から2008年までほぼ4%から5%前後で一定していた。2012年および2014年は2.0%ほどであったが、2016年はさらに1.6%となった。今回は1.6%で横ばいとなっ

た。女性では、1994年から1998年まで22.0%、19.0%、14.4%と漸減し、2000年から2008年まで14%から15%台であり、2010年・2012年・2014年それぞれ12.6%、7.0%、5.5%と低下しつづき、2016年には3.3%となった。今回は4.3%と微増する結果となった。

全体としてみるとこの10年ほど児童自立支援施設入所児の大麻乱用は有機溶剤乱用と比較すると乱用頻度の傾向ははっきりとはしていない。しかし2012年以降男女ともそれ以前よりはかなり減少してきているようである。警察庁は大麻事犯の検挙数増加の要因として若年者層の使用増加を挙げており今後とも経過を見ていく必要がある。

3) 覚せい剤

検挙された覚せい剤乱用少年は1990年代中頃より増加し、その後1998年より減少傾向にある。このような傾向と同様に、児童自立支援施設調査の覚せい剤乱用頻度も、男性では1994年1.2%から2000年5.0%まで増加傾向にあり、2002年度に2.5%へとはじめて減少し、2004年1.6%、2006年0.7%となった。2006年以降ずっと1%以下であり、前回2016年も0.8%であった。今回2018年は0.5%であった。男性非行児においては覚せい剤乱用はほとんど認められなくなってきている。女性では男性よりも乱用者が多いが最近では女性でも減少が目立つ。2006年までは10%以上いたが2008年以降は女性においても覚せい剤乱用は10%以下に減少してきており2014年は3.3%で、2016年1.8%であった。今回2018年は3.4%と前回調査と比べて増加した。全般に覚せい剤乱用は一時増加したが、ここ数年は減少傾向にあるといえよう。

4) ブタン

ブタン乱用ここ数回の調査で有機溶剤と同程度の乱用頻度を示しており、入所非行児において注意される乱用薬物であった。調査開始の2000

年以降がやや減少傾向であり前回 2016 年は乱用頻度は男女それぞれ 3.0%と 6.2%であった。前回は男女とも 2014 年の 1/3 程度に急に減少していた。今回は男性が 4.0%で前回より微増し、女性は 5.3%で減少した。2016 年以降減少している原因についてははっきりしていない。一時テレビ等でガス吸引による死亡が報道されたりしたためその教育的効果かもしれない。今回の調査で乱用頻度が少なかったが入手が容易な物質であるので今後とも動向を注視する必要がある。

3. 対象者の特性

薬物乱用への態度についても一連の研究で継続的に検討している。

1) 薬物乱用に対する態度

従来調査では、対象薬物について、「薬物の乱用そのものについてどう思うか」および「法律で薬物乱用を禁止していることをどう思うか」を尋ねてきた。前回より質問項目数調整のため質問形式および内容を変更した。有機溶剤、大麻、覚せい剤、ブタン、睡眠薬・抗不安薬、危険ドラッグの 6 つの薬物について薬物を使うことについてどう思うかを尋ねた。

前回 2016 年度より「薬物乱用について特に考えたことはない」という回答選択肢をくわえたところ、どの薬物についてでも 50%以上が「薬物乱用について特に考えたことはない」と回答していた。今回も男女とも 50%以上が考えたことはないという回答が多かったため薬物への態度を適切に測れなかった可能性がある。このような制限があるが、考えたことはないという者を除くと、ほとんどの者がすべきではないと答えていた。「少々なら構わない」「構わない」など薬物使用に許容的態度は男性では 5%以下に過ぎなかった。女性は男性よりも薬物乱用に許容的であり、睡眠薬・抗不安薬では 1/5 近くが「少々なら構わない」「構わない」など許容的回答をしていた。有機溶剤や大麻でも

15%ほどが許容的態度を示した。実際の薬物乱用も女性で高いことも合わせて、入所非行児においては女性は男性よりも薬物乱用に親和的であると考えられる。

2) 薬物の有害性知識

有機溶剤、ブタン、大麻、覚せい剤、危険ドラッグにおける精神症状の知識を尋ねた。有機溶剤では急性中毒死・精神病・フラッシュバックに対して 26%から 60%が知っているという回答であった。それに対してブタンでは急性中毒死の知識が 13%から 20%ほどだった。前回 2016 年が 70%ほどの回答があったことと比べると急減している。このことについて今後とも経過を見る必要がある。幻覚などの精神病症状が出ることについては男性 10%台、女性 20%台と少なかった。大麻や覚せい剤では精神病症状について 30%から 50%の者が知っていた。危険ドラッグについても一時的報道の効果か 35%から 50%で精神病症状が出ることを知っていた。また危険ドラッグの症状が覚せい剤よりも有害なことがあるという質問にも 40%から 60%近くの者が知っているとしており教育的知識の効果はあると思われた。

3) 非行歴

薬物非行を非行問題全般中でとらえる必要があると考え、薬物乱用以外の非行経験もこれまで継続的に調査している。入所非行児の処遇を考えるうえでどのような非行状況にあるのか把握することは重要と考える。相対的に薬物非行が多ければ薬物教育の必要性も高まると思われる。最近の入所児童の非行問題の変化の検討のため、代表的な非行行動として「恐喝・ひったくり」「不良交友」「傷害」の頻度を以前のわれわれの調査結果と比較してみる。

「傷害」は 1998 年男性 70.0%女性 57.1%、前回 2016 年は男性 57.7%女性 49.8%であったが、今回は男性 57.0%女性 49.0%でやや減少傾向であ

る。「不良交友」は1998年男性69.4%女性80.5%、前回は男性37.2%女性58.6%、今回は男性26.5%女性52.4%であった。やはりこれも調査当初よりやや減少傾向にあるようである。「恐喝・ひったくり」は1998年男性59.6%女性54.4%、前回男性19.1%女性22.3%で、今回は男性9.9%女性11.1%でありかなり減少傾向にある。

1998年より児童自立支援施設は教護院より名称変更され、施設目的も非行性の除去だけでなく自立への援助が必要な児童への対応となってきた。そのため以前より入所児童の非行度は低下している可能性が示唆される。有機溶剤乱用頻度の減少もこのような入所児童の非行性の低下と一部関連しているのかもしれない。しかし薬物によって乱用頻度が大きく減少しているものとそうでないものがあり乱用と非行性全体の関連ははっきりはしない。一方、家庭裁判所への係属率などはそれほど変化しておらず、一概に非行性が低下しているとも言いきれず、薬物乱用との関連は断定できない。

今後母集団としての入所児童の特性変化に注意しながら薬物乱用調査をしていく必要があると思われる。

4. 方法論上の問題点

1) 対象者の特性

本研究は児童自立支援施設入所非行児の薬物乱用の実態調査であるが、前述のとおり入所児童の特性が以前と変化している可能性がある。今回入所児童のいくつかの非行行動は薬物乱用に限らず次第に減少していることが示唆されている。

施設関係者の間では入所児童が以前ほどいわゆる反社会性が目立たなくなっていると言われている。特に1998年に教護院から児童自立支援施設へと名称変更になり、同時に施設目的がかつての教護院時代の非行性除去ではなく児童への支援となり、さらに入所児童が変化してきていると考えられる。入所児童はおもに反社会性の

高い非行児童であるが、非社会的であったり発達障害などの精神障害を伴い不適応を起こしていたりする児童が増えてきているとされている。国立武蔵野学園による調査では、児童自立支援施設における発達障害の診断率はおよそ20-30%とされる。したがって調査対象そのものの問題が非行などの反社会性よりも養護性となってきた。

以前よりも非行性の軽い児童が多く入所するようになってきているとすると、当然薬物非行もそれに伴い減少している可能性がある。したがって入所児童の特性の変化に注意しながら今後の継続的調査を進めていく必要がある。

2) 対象数の変動

われわれの調査は全国児童自立支援施設を対象としているがこれまで有効回答数は800人から1200人ほどである。今回も836人でほぼこれまでの範囲内と思われるがやや少なかった。人数が少ないと地域差による変動なども受けやすく結果の信頼性も低下する。本調査は比較的質問数が少ないとはいえ、児童および施設にとって調査協力はやはり負担であると思われるので、次回以降の調査でも回答数が極端に減少しないよう配慮した研究計画を作成していく。

3) 無回答率の問題

無回答を減らすために無記名式の質問紙調査としているが、質問内容が薬物乱用という反社会行動であるため無回答が多くなることが予想される。今回の調査で各薬物の乱用経験について2%から3%が無回答であった。乱用率が数%程度の薬物では乱用頻度と無回答率が変らないこととなる。無回答者においては薬物乱用者が多い可能性があるため、特に乱用率の低い薬物では乱用率の信頼性が乏しくなる。薬物乱用の頻度そのものがかなり低下してきているため乱用頻度の信頼性が低いものとなっている。

5. 今後の課題

1) 調査対象数の問題

施設回収率はこれまで 70%から 80%であり、今回も施設回答数が 41 施設(71.9%)であった。年度による施設の調査参加率の変動が大きいと結果の信頼性が低下するので今後とも施設回答率が一定以上保たれるようにする必要がある。回答率を維持するために、まず本調査が施設や児童の抵抗を引き起こさないような内容であることに注意しなければならない。現在でも薬物乱用への質問は無用な関心を引き起こしたり過去の非行を思い出させたりして良くないと考えられる場合があるようである。これらの点に配慮しつつ必要な事柄を聴ける質問紙にしていくことが望まれる。また調査時期が適切かどうかの問題もある。同時期に他の調査の依頼、入所児童の生活態度・状況、施設行事等により調査に参加しにくくなることもある。これらの点を考慮して今後の調査計画を立てる必要があると考えられる。

2) 非行少年における薬物乱用の減少に対する対応

非行少年の薬物乱用は減少してきている。特に男性入所児童において薬物非行は激減した。ただ現在でも女性においては有機溶剤乱用や医薬品乱用などは 10%以上に認められる。

以前は薬物乱用と言えば有機溶剤と覚せい剤であったが、今は多様な薬物が使用されている。使用される薬物が多様であると、その有害性の説明も多様になるであろうし、入手経路などもまた多様になる。全般的な薬物教育は変わらないと思われるが、施設としては多くの乱用薬物について教育することが難しくなっているかもしれない。

近年話題となった危険ドラッグ(以前の脱法ハーブなど)は前回 2016 年調査で男女ともその頻度は 1%以下であったが今回も 1%以下だった。これは危険ドラッグへの取り締まり強化の効果であろう。

薬物非行が目立たなくなると薬物教育そのものがおざなりになることも危惧される。薬物乱用児童にとって施設入所中は薬物教育を受けられる良い機会でありこの間に適切な教育を受けられるかどうかは施設退所後の薬物乱用再発にとって重要と思われる。

非行少年における薬物乱用は有機溶剤乱用中心から多様になってきており、今後そのような変化に合わせた調査や啓蒙教育が必要と思われる。ブタンや医薬品その他薬物を考慮して調査を継続していく必要がある。

E. 結論

薬物乱用のハイリスク群である非行児の薬物への意識および実態を把握する目的のため、全国の児童自立支援施設に入所中の児童に質問紙調査を実施した。有効調査人数は、836 人(男性 618 人、女性 208 人)であった。調査により以下のような結果が得られた。

1) 有機溶剤乱用者数は男 23 人(3.7%)女性 26 人(12.5%)、大麻乱用者数は男性 10 人(1.6%)女性 9 人(4.3%)、覚せい剤乱用者数は男性 3 人(0.5%)女性 7 人(3.4%)、ブタン乱用者数男性 25 人(4.0%)女性 11 人(5.3%)であった。その他、睡眠薬男性 9 人(1.5%)女性 21 人(10.1%)、抗不安薬乱用が男性 8 人(1.3%)女性 16 人(7.7%)、ブロン(咳止め液)乱用が男性 3 人(0.5%)女性 7 人(3.4%)、危険ドラッグは男性 2 人(0.3%)および女性 2 人(1.0%)に認められた。従来の結果と同様にすべての薬物にて女性は男性より乱用頻度が高かった。

2) 1994 年度からの薬物乱用頻度の変化は以下のとおりである。有機溶剤乱用はこれまでと同様に減少傾向を示した。特に男性においてこの傾向が著しく、1994 年 41.2%から 2006 年以降 10%前後に減少し前回 3.3%で今回 3.7%であった。女性でも 1994 年 59.6%から 2006 年以降 30%となっていたが、前回 17.2%今回 12.5%となった。覚せい剤乱用は男女とも 2000 年ころまでやや増加傾向にあったが、2002 年以降減少傾向を示しており、男

性は2006年以降1%以下で今回0.5%女性は2008年以降10%以下となっていたが前回1.8%と比べて今回は7人(3.4%)と増加した。大麻乱用頻度について、男性は4%から5%前後であったが2010年以降2%ほどであり今回も同様に1.6%であった。一方女性では1994年(22.0%)および1996年(19.0%)はやや高かったが1998年から14%から15%台となり前回3.3%今回4.3%と10%以下となっている。

3) 乱用に対する態度は、許容的態度をしめすものは男性では1%から4%女性では10%から25%見られ、女性では特に医薬品乱用に対しては許容的傾向であった。一方、入所非行児の非行歴を検討した結果非行程度がやや軽度化している傾向が示唆された。

謝辞

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

F. 文献

- 1) 阿部恵一郎：児童福祉施設(教護院)における有機溶剤乱用少年・少女の実態調査. 平成6年度厚生科学研究費補助金「麻薬等総合対策研究事業」薬物依存研究の社会的、精神医学的特徴に関する研究 平成6年度研究結果報告書. 1995
- 2) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成10年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究」. 1999
- 3) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成12年度厚生科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」. 2001
- 4) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成14年度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」. 2003
- 5) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成16年度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」. 2005
- 6) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成18年度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究」. 2007
- 7) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成20年度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存等の実態把握と「回復」に向けての対応策に関する研究」. 2009
- 8) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成22年度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存の実態把握と再乱用防止のための社会資源等の現状と課題に関する研究」 2011
- 9) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成24年度厚生労働科学研究「薬物乱用・依存の実態把握と薬物依存者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究」 2013
- 10) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成26年度厚生労働科学研究「脱法ドラッグを含む薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の回復とその家族に対する支援に関する研究」 2015
- 11) 庄司正実：全国の児童自立支援施設における薬物依存の意識・実態に関する研究 平成28年度厚生労働科学研究「危険ドラッグを含む

薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の社会復帰に向けた支援に関する研究」
2017

- 12) 警察庁警察庁生活安全局少年課:平成 29 年中
における少年の補導及び保護の概況 2017

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1 性・学年構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 4年以下	9	1.5	2	1.0
小学 5年	17	2.8	5	2.4
小学 6年	38	6.1	8	3.8
中学 1年	82	13.3	27	13.0
中学 2年	177	28.6	60	28.8
中学 3年	259	41.9	87	41.8
高校 1年	12	1.9	6	2.9
高校 2年	3	0.5	1	0.5
高校 3年	2	0.3	2	1.0
専門学校	2	0.3	0	0.0
中卒 無職	15	2.4	8	3.8
就労中	2	0.3	1	0.5
無回答	0	0.0	1	0.5

表2 性・年齢構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
9歳以下	5	0.8	2	1.0
10歳	10	1.6	3	1.4
11歳	22	3.6	5	2.4
12歳	65	10.5	16	7.7
13歳	122	19.7	40	19.2
14歳	212	34.3	78	37.5
15歳	156	25.2	52	25.0
16歳	14	2.3	5	2.4
17歳	8	1.3	5	2.4
18歳	1	0.2	2	1.0
無回答	3	0.5	0	0.0

表3 施設入所期間

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
3ヶ月以下	99	16.0	51	24.5
4ヶ月から6ヶ月	103	16.7	39	18.8
6ヶ月から1年	143	23.1	51	24.5
1年から1年6ヶ月	126	20.4	33	15.9
1年6ヶ月から2年	51	8.3	15	7.2
2年以上	17	2.8	14	6.7
無回答	79	12.8	5	2.4

表4 地域別人数

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
東北・北海道	55	8.9	25	12.0
関東	140	22.7	41	19.7
中部	77	12.5	25	12.0
関西	158	25.6	60	28.8
中国・四国	84	13.6	26	12.5
九州	68	11.0	31	14.9
不詳	36	5.8	0	0.0

表5 非行歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
学校をさぼった	365	59.1	157	75.5
外泊や家出をした	341	55.2	172	82.7
自転車を盗んだ	191	30.9	77	37.0
人の物やお金を盗んだ	309	50.0	116	55.8
人にけがをさせた	352	57.0	102	49.0
家からお金を持ち出した	315	51.0	113	54.3
不良仲間とつき合った	164	26.5	109	52.4
家の中で暴れた	262	42.4	112	53.8
人の物をわざと壊した	156	25.2	73	35.1
バイクや自動車を盗んだ	96	15.5	35	16.8
ひったくり、カツアゲ	61	9.9	23	11.1
無免許運転	104	16.8	36	17.3
物や家に火をつけた	141	22.8	44	21.2
根性焼きや入墨をした	64	10.4	39	18.8
性関係のこと	179	29.0	99	47.6
その他	63	10.2	44	21.2
暴力団とつき合った	20	3.2	28	13.5
暴走族に入った	13	2.1	6	2.9

表6 初発非行年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学校入学前	42	6.8	14	6.7
小学 1年	50	8.1	19	9.1
小学 2年	38	6.1	17	8.2
小学 3年	86	13.9	21	10.1
小学 4年	75	12.1	28	13.5
小学 5年	89	14.4	26	12.5
小学 6年	76	12.3	30	14.4
中学 1年	68	11.0	31	14.9
中学 2年	27	4.4	3	1.4
中学 3年	1	0.2	3	1.4
中学卒業後	0	0.0	1	0.5
無回答	66	10.7	15	7.2

表7 家庭裁判所への係属歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	115	18.6	23	11.1
ない	478	67.6	178	85.6
無回答	25	3.5	7	3.4

表8 周囲の薬物乱用の頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	61	9.9	45	21.6
大麻	38	6.1	50	24.0
覚せい剤	35	5.7	39	18.8
ブタン	42	6.8	32	15.4
MDMA	2	0.3	7	3.4
コカイン	10	1.6	21	10.1
リタリン	4	0.6	6	2.9
睡眠薬	26	4.2	50	24.0
抗不安薬	28	4.5	37	17.8
咳止め液	28	4.5	9	4.3
危険ドラッグ	12	1.9	22	10.6
その他	19	3.1	11	5.3

表9 周囲の薬物乱用による異常や症状頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	17	2.8	14	6.7
大麻	9	1.5	17	8.2
覚せい剤	15	2.4	18	8.7
ブタン	8	1.3	10	4.8
睡眠薬・抗不安薬	16	2.6	22	10.6
危険ドラッグ	7	1.1	15	7.2

表10 薬物乱用を誘われた頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	27	4.4	28	13.5
大麻	26	4.2	25	12.0
覚せい剤	10	1.6	16	7.7
ブタン	21	3.4	15	7.2
睡眠薬・抗不安薬	14	2.3	22	10.6
危険ドラッグ	5	0.8	9	4.3
その他	7	1.1	8	3.8

表11-1 薬物入手可能性(男性) 単位%

	簡単	何とか 手に入る	ほとんど 不可能	絶対 不可能
	有機溶剤	10.7	8.8	7.7
大麻	5.6	8.8	7.9	77.8
覚せい剤	4.3	6.9	9.0	79.7
ブタン	21.7	4.9	6.0	67.5
睡眠薬・抗不安薬	9.8	10.2	8.1	72.0
危険ドラッグ	3.2	6.4	9.7	80.7

表11-2 薬物入手可能性(女性) 単位%

	簡単	何とか 手に入る	ほとんど 不可能	絶対 不可能
	有機溶剤	24.1	11.0	8.9
大麻	15.3	12.7	12.7	59.3
覚せい剤	10.6	13.2	13.8	62.4
ブタン	28.9	8.4	8.9	53.7
睡眠薬・抗不安薬	29.2	10.4	8.9	51.6
危険ドラッグ	7.9	10.1	16.4	65.6

表12 本人の薬物乱用の頻度

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	23	3.7	26	12.5
大麻	10	1.6	9	4.3
覚せい剤	3	0.5	7	3.4
ブタン	25	4.0	11	5.3
MDMA	1	0.2	1	0.5
コカイン	1	0.2	2	1.0
リタリン	0	0.0	0	0.0
睡眠薬	9	1.5	21	10.1
抗不安薬	8	1.3	16	7.7
咳止め液	3	0.5	7	3.4
危険ドラッグ	2	0.3	2	1.0
その他	7	1.1	6	2.9

表13 飲酒歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ない	412	66.7	77	37.0
1年で数回	76	12.3	28	13.5
月に2-3回	33	5.3	21	10.1
週に2-3回	49	7.9	36	17.3
ほぼ毎日	30	4.9	38	18.3
無回答	18	2.9	8	3.8

表14 飲酒開始 (経験者のみ)

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 1年	5	2.9	9	7.7
小学 2年	6	3.5	2	1.7
小学 3年	13	7.5	7	6.0
小学 4年	18	10.4	5	4.3
小学 5年	20	11.6	19	16.2
小学 6年	25	14.5	20	17.1
中学 1年	61	35.3	31	26.5
中学 2年	17	9.8	19	16.2
中学 3年	8	4.6	5	4.3

表15 喫煙歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ない	409	66.2	102	49.0
1年で数回	49	7.9	18	8.7
月に2-3回	13	2.1	7	3.4
週に2-3回	32	5.2	15	7.2
ほぼ毎日	98	15.9	58	27.9
無回答	17	2.8	8	3.8

表16 喫煙開始

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 1年	5	2.7	2	2.1
小学 2年	4	2.1	2	2.1
小学 3年	13	6.9	8	8.5
小学 4年	27	14.4	10	10.6
小学 5年	21	11.2	13	13.8
小学 6年	34	18.1	12	12.8
中学 1年	52	27.7	30	31.9
中学 2年	23	12.2	12	12.8
中学 3年	7	3.7	5	5.3
不明	2	1.1	0	0.0

表17 法律による未成年の喫煙禁止について

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
すべきではない	385	62.3	82	39.4
少々ならかまわない	107	17.3	56	26.9
かまわない	74	12.0	56	26.9
無回答	52	8.4	14	6.7

表18-1 有機溶剤・大麻・覚せい剤・ブタンの乱用頻度の年代変化(男性)
単位:%

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
有機溶剤	41.2	37.3	30.3	26.4	21.6	14.3	9.8	10.7	7.2	4.5	4.5	3.3	3.7
大麻	5.5	6.7	4.8	5.0	4.9	4.9	2.7	4.0	1.9	2.0	2.1	1.6	1.6
覚せい剤	1.2	1.7	3.9	5.0	2.5	1.6	0.7	0.3	0.4	0.7	0.1	0.8	0.5
ブタン				17.8	17.5	13.7	10.5	11.7	9.1	10.1	11.3	3.0	4.0

表18-2 有機溶剤・大麻・覚せい剤・ブタンの乱用頻度の年代変化(女性)
単位:%

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
有機溶剤	59.6	50.6	48.5	52.3	46.5	44.2	31.1	30.5	28.6	21.3	20.6	17.2	12.5
大麻	22.0	19.0	14.4	14.7	15.9	15.9	14.0	14.0	12.6	7.0	5.5	3.3	4.3
覚せい剤	6.6	10.8	16.9	15.2	13.6	12.4	10.9	6.9	8.3	4.5	3.3	1.8	3.4
ブタン				33.3	27.9	25.7	15.0	18.8	21.5	16.4	21.8	6.2	5.3

表19-1 地域別薬物乱用頻度(男性)

	有機溶剤	大麻	ブタン	睡眠薬	危険ドラッグ
東北・北海道(n=55)	5.5%	0.0%	3.6%	1.8%	1.8%
関東(n=140)	5.0%	1.4%	3.6%	1.4%	0.7%
中部(n=77)	1.3%	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%
関西(n=158)	1.9%	2.5%	4.4%	1.9%	0.0%
中国・四国(n=84)	6.0%	3.6%	1.2%	2.4%	0.0%
九州(n=68)	2.9%	0.0%	8.8%	1.5%	0.0%

表19-2 地域別薬物乱用頻度(女性)

	有機溶剤	大麻	ブタン	睡眠薬	危険ドラッグ
東北・北海道(n=25)	16.0%	4.0%	16.0%	8.0%	0.0%
関東(n=41)	14.6%	4.9%	7.3%	12.2%	2.4%
中部(n=25)	4.0%	0.0%	0.0%	4.0%	0.0%
関西(n=60)	18.3%	6.7%	3.3%	11.7%	1.7%
中国・四国(n=26)	7.7%	0.0%	3.8%	11.5%	0.0%
九州(n=31)	6.5%	6.5%	3.2%	9.7%	0.0%

表20-1 薬物への態度(男性)

	すべきではない	少々なら構わない	構わない	考えたことがない
有機溶剤	42.1%	1.9%	0.5%	55.4%
大麻	43.3%	2.1%	1.7%	52.9%
覚せい剤	45.2%	1.2%	0.7%	52.9%
ブタン	40.2%	1.6%	2.3%	56.0%
睡眠薬・抗不安薬	40.6%	2.1%	1.9%	55.5%
危険ドラッグ	43.7%	0.9%	0.7%	54.8%

表20-2 薬物への態度(女性)

	すべきではない	少々なら構わない	構わない	考えたことがない
有機溶剤	34.8%	7.0%	8.0%	50.2%
大麻	39.3%	7.0%	7.0%	46.8%
覚せい剤	40.3%	7.0%	6.0%	46.8%
ブタン	35.0%	5.5%	8.0%	51.5%
睡眠薬・抗不安薬	29.9%	12.4%	12.9%	44.8%
危険ドラッグ	42.8%	5.0%	4.5%	47.8%

表21 最もしていた時の有機溶剤乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=14)		女性(n=22)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回数回以上	6	42.9	13	59.1
ほとんど毎日	2	14.3	1	4.5

表22 有機溶剤の知識

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	161	26.1	75	36.1
精神病状態	261	42.2	131	63.0
フラッシュバック	247	40.0	118	56.7
いずれも知らなかった	267	43.2	63	30.3

表23 有機溶剤で体験した症状(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者(n=23)		女性乱用者(n=26)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	4	17.4	8	30.8
フラッシュバック	8	34.8	10	38.5

表24 最もしていた時のブタン乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=22)		女性(n=14)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回数回以上	13	59.1	7	50.0
ほとんど毎日	5	22.7	6	42.9
ほとんど毎日	4	18.2	1	7.1

表25 ブタンの知識

	男性(n=618)		女性(n=208)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	85	13.8	44	21.2
精神病状態	91	14.7	48	23.1
いずれも知らなかった	446	72.2	139	66.8

表26 ブタンで体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=22)		女性乱用者(n=14)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	5	22.7	3	21.4

表27 大麻への関心

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
知らなかった	145	23.5	32	15.4
関心がなかった	372	60.2	128	61.5
見てみたかった	30	4.9	24	11.5
試してみたかった	23	3.7	18	8.7
無回答	48	7.8	6	2.9

表28 最もしていた時の大麻乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=11)		女性(n=9)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回数回以上	5	45.5	4	44.4
ほとんど毎日	5	45.5	5	55.6
ほとんど毎日	1	9.1	0	0.0

表29 大麻の知識

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
精神病状態	319	51.6	134	64.4

表30 大麻で体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=11)		女性乱用者(n=9)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	5	45.5	2	22.2

表31 覚せい剤への関心

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
覚せい剤は知らなかった	110	17.8	27	13.0
関心がなかった	416	67.3	131	63.0
見てみたかった	26	4.2	26	12.5
試してみたかった	13	2.1	19	9.1
無回答	53	8.6	5	2.4

表32 覚せい剤乱用頻度

	男性(n=5)		女性(n=8)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	3	60.0	4	50.0
数回以上	0	0.0	4	50.0
ほとんど毎日	2	40.0	0	0.0

表33 覚せい剤の知識

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
精神病状態	215	34.8	101	48.6
フラッシュバック	198	32.0	107	51.4
いずれも知らなかった	317	51.3	110	52.9

表34 覚せい剤で体験した症状

	男性乱用者(n=5)		女性乱用者(n=8)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	2	40.0	3	37.5
フラッシュバック	3	60.0	8	100.0

表35 危険ドラッグの知識

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
精神病状態	222	35.9	104	50.0
急性中毒死	173	28.0	76	36.5
いずれも知らなかった	328	53.1	94	45.2

表36 危険ドラッグが覚せい剤より有害なことがあることへの知識

	男 性		女 性	
	人数	%	人数	%
知っていた	277	44.8	122	58.7

調査へのお願い

- この調査の目的は、薬物などに対するみなさんの考えや経験を知ることです。この調査は、厚生労働省の科学研究費によるもので、現在、全国の一般中学生でも同様な調査が行われています。
- 自分の名前は書く必要はありません。また、集めた用紙もコンピュータで集計しますので誰がどのように答えたのか分かりません。したがって、答えた内容が施設での生活や退院時期に影響することはありません。どうしても答えたくない質問には答えなくてもかまいません。
- 各質問に対する回答は、特にことわらない限りもっともあてはまる内容の番号を一つだけ選んで○をつけて下さい。

目白大学	教授	庄司正実
国立武蔵野学院	院長	青木 建
国立武蔵野学院	医務課長	富田 拓

問1 あなたの年齢はいくつですか？ 年齢を記入してください _____ 歳

問2 学校は？

- 1 小学校 2 中学校 3 高校 4 専門学校 5 中学卒業後で無職 6 しゅうろうちゅう 就労中

問3 何年生ですか？ 学年を記入してください _____ 年生

問4 男性ですか、女性ですか？ 1 男性 2 女性

問5 今回、この施設に入所してからどのくらいになりますか？ _____ 年 _____ ヶ月

問6 これまで^{かていさいばんしよ}家庭裁判所から呼び出されたことはありますか？ 1 ある 2 ない

問7

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

- | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|----|----------------------------|-----|
| 1) シンナーやトルエン（ボンド、マニキュアの除光液なども含む） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 2) マリファナ（大麻、ハッパ、ハシッシも同じ） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 3) 覚せい剤（エス、スピード、シャブも同じ） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 4) ガス（ライター用ガス、カセットコンロ用ガスなど） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 5) MDMA（エクスタシー、エックス、Xも同じ） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 6) コカイン（クラックも同じ） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 7) リタリン（病気治療以外の目的で） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 8) 睡眠薬（病気治療以外の目的で） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 9) 精神安定剤（病気治療以外の目的で） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 10) ブロン薬などのセキ止め液（病気治療以外の目的で） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 11) 危険ドラッグ（脱法ドラッグ、脱法ハーブなども含む） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 12) その他の薬物 | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |

問8

身近な人で、以下の薬物をやった結果病気や異常になった人がいましたか？

- | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|----|----------------------------|-----|
| 1) シンナーやトルエン（ボンド、マニキュアの除光液なども含む） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 2) マリファナ（大麻、ハッパ、ハシッシも同じ） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 3) 覚せい剤（エス、スピード、シャブも同じ） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 4) ガス（ライター用ガス、カセットコンロ用ガスなど） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 5) 睡眠薬・精神安定剤（病気治療以外の目的で） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |
| 6) 危険ドラッグ（脱法ドラッグ、脱法ハーブなども含む） | <input type="checkbox"/> 1 | いた | <input type="checkbox"/> 2 | いない |

問9

あなたは以下のような薬物の使用を誘われたことがありますか？

- | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|----|----------------------------|----|
| 1) シンナーやトルエン（ボンド、マニキュアの除光液なども含む） | <input type="checkbox"/> 1 | ある | <input type="checkbox"/> 2 | ない |
| 2) マリファナ（大麻、ハッパ、ハシッシも同じ） | <input type="checkbox"/> 1 | ある | <input type="checkbox"/> 2 | ない |
| 3) 覚せい剤（エス、スピード、シャブも同じ） | <input type="checkbox"/> 1 | ある | <input type="checkbox"/> 2 | ない |
| 4) ガス（ライター用ガス、カセットコンロ用ガスなど） | <input type="checkbox"/> 1 | ある | <input type="checkbox"/> 2 | ない |
| 5) 睡眠薬・精神安定剤（病気治療以外の目的で） | <input type="checkbox"/> 1 | ある | <input type="checkbox"/> 2 | ない |
| 6) 危険ドラッグ（脱法ドラッグ、脱法ハーブなども含む） | <input type="checkbox"/> 1 | ある | <input type="checkbox"/> 2 | ない |
| 7) その他の薬物 | <input type="checkbox"/> 1 | ある | <input type="checkbox"/> 2 | ない |

問 10

あなた自身は以下のような薬物を1回でも使用したことがありますか？

- | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 1) シンナーやトルエン (ボンド, マニキュアの除光液 ^{じよこうえき} なども含む) | <input type="checkbox"/> 1 ある | <input type="checkbox"/> 2 ない |
| 2) マリファナ (大麻 ^{たいま} , ハッパ, ハシッシも同じ) | <input type="checkbox"/> 1 ある | <input type="checkbox"/> 2 ない |
| 3) 覚せい剤 (エス, スピード, シャブも同じ) | <input type="checkbox"/> 1 ある | <input type="checkbox"/> 2 ない |
| 4) ガス (ライター用ガス, カセットコンロ用ガスなど) | <input type="checkbox"/> 1 ある | <input type="checkbox"/> 2 ない |
| 5) MDMA (エクスタシー, エックス, Xも同じ) | <input type="checkbox"/> 1 ある | <input type="checkbox"/> 2 ない |
| 6) コカイン (クラックも同じ) | <input type="checkbox"/> 1 ある | <input type="checkbox"/> 2 ない |
| 7) リタリン (病気治療以外の目的で) | <input type="checkbox"/> 1 ある | <input type="checkbox"/> 2 ない |
| 8) 睡眠薬 ^{すいみんやく} (病気治療以外の目的で) | <input type="checkbox"/> 1 ある | <input type="checkbox"/> 2 ない |
| 9) 精神安定剤 ^{せいしんあんていざい} (病気治療以外の目的で) | <input type="checkbox"/> 1 ある | <input type="checkbox"/> 2 ない |
| 10) ブロン薬などのセキ止め液 (病気治療以外の目的で) | <input type="checkbox"/> 1 ある | <input type="checkbox"/> 2 ない |
| 11) 脱法ハーブ ^{だつぽう} (脱法ドラッグ ^{だつぽう} , 危険ドラッグなども含む) | <input type="checkbox"/> 1 ある | <input type="checkbox"/> 2 ない |
| 12) その他の薬物 | <input type="checkbox"/> 1 ある | <input type="checkbox"/> 2 ない |

問 11

施設に入る前, あなたが以下のような薬物を手に入れることはどの程度難しいことでしたか？

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| 1) シンナーやトルエン | <input type="checkbox"/> 1 簡単に手に入る | <input type="checkbox"/> 2 少々苦労するが, なんとか手に入る |
| | <input type="checkbox"/> 3 ほとんど不可能だ | <input type="checkbox"/> 4 絶対不可能だ |
| 2) マリファナ
(大麻 ^{たいま} , ハッパ, ハシッシも同じ) | <input type="checkbox"/> 1 簡単に手に入る | <input type="checkbox"/> 2 少々苦労するが, なんとか手に入る |
| | <input type="checkbox"/> 3 ほとんど不可能だ | <input type="checkbox"/> 4 絶対不可能だ |
| 3) 覚せい剤
(エス, スピード, シャブも同じ) | <input type="checkbox"/> 1 簡単に手に入る | <input type="checkbox"/> 2 少々苦労するが, なんとか手に入る |
| | <input type="checkbox"/> 3 ほとんど不可能だ | <input type="checkbox"/> 4 絶対不可能だ |
| 4) ガスパンのためのライター用ガス・
カセットコンロ用ガスなど | <input type="checkbox"/> 1 簡単に手に入る | <input type="checkbox"/> 2 少々苦労するが, なんとか手に入る |
| | <input type="checkbox"/> 3 ほとんど不可能だ | <input type="checkbox"/> 4 絶対不可能だ |
| 5) 睡眠薬 ^{すいみんやく} ・精神安定剤 ^{せいしんあんていざい}
(病気治療以外の目的で) | <input type="checkbox"/> 1 簡単に手に入る | <input type="checkbox"/> 2 少々苦労するが, なんとか手に入る |
| | <input type="checkbox"/> 3 ほとんど不可能だ | <input type="checkbox"/> 4 絶対不可能だ |
| 6) 危険ドラッグ
(脱法ドラッグ ^{だつぽう} , 脱法ハーブ ^{だつぽう} なども含む) | <input type="checkbox"/> 1 簡単に手に入る | <input type="checkbox"/> 2 少々苦労するが, なんとか手に入る |
| | <input type="checkbox"/> 3 ほとんど不可能だ | <input type="checkbox"/> 4 絶対不可能だ |

問 12 施設に入る前，以下の薬物を使うことをどう思っていましたか？

- 1) シンナーやトルエン **1** すべきではないと思っていた **2** 少々ならかまわないと思っていた
3 かまわないと思っていた **4** 特に考えたことはなかった
- 2) マリファナ **1** すべきではないと思っていた **2** 少々ならかまわないと思っていた
(^{たいま}大麻，ハッパ，ハシッシも同じ) **3** かまわないと思っていた **4** 特に考えたことはなかった
- 3) 覚せい剤 **1** すべきではないと思っていた **2** 少々ならかまわないと思っていた
(エス，スピード，シャブも同じ) **3** かまわないと思っていた **4** 特に考えたことはなかった
- 4) ガspanのためのライター用ガス・
カセットコンロ用ガスなど **1** すべきではないと思っていた **2** 少々ならかまわないと思っていた
3 かまわないと思っていた **4** 特に考えたことはなかった
- 5) 睡眠薬・精神安定剤 **1** すべきではないと思っていた **2** 少々ならかまわないと思っていた
(^{すいみんやく}睡眠薬 ^{せいしんあんていざい}精神安定剤)
(病気治療以外の目的で) **3** かまわないと思っていた **4** 特に考えたことはなかった
- 6) 危険ドラッグ **1** すべきではないと思っていた **2** 少々ならかまわないと思っていた
(^{だっぽう}脱法ドラッグ，^{だっぽう}脱法ハーブなども含む) **3** かまわないと思っていた **4** 特に考えたことはなかった

問 13 入所前から以下の薬物使用が法律で禁止されていることを知っていましたか？

- 1) シンナーやトルエン **1** 知っていた **2** 知らなかった
- 2) マリファナ (^{たいま}大麻，ハッパ，ハシッシも同じ) **1** 知っていた **2** 知らなかった
- 3) 覚せい剤 (エス，スピード，シャブも同じ) **1** 知っていた **2** 知らなかった
- 4) 危険ドラッグ (^{だっぽう}脱法ドラッグ，^{だっぽう}脱法ハーブなども含む) **1** 知っていた **2** 知らなかった

問 14 この施設に入る前，お酒（アルコール類）やタバコをどのくらいやりましたか？

- 1) お酒について
1 飲んだことはない **2** 1年で数回 **3** 月2-3回 **4** 週に2-3回 **5** ほぼ毎日
- 2) お酒はいつ頃からやりましたか？（いずれかに○印をつけてください）
1 小学校 **2** 中学校 の_____年生頃から

(問 14 のつづき)

3) タバコについて

- ① 吸ったことはない ② 1年で数回 ③ 月2-3回 ④ 週に2-3回 ⑤ ほぼ毎日

4) タバコはいつ頃からやりましたか？ (いずれかに○印をつけてください)

- ① 小学校 ② 中学校 の_____年生頃から

5) 未成年者のタバコ (喫煙) をどう思っていましたか？

- ① 法律で禁じられているから、すべきではないと思っていた
② 法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思っていた
③ 法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思っていた

シンナー遊びについて

問 15 施設に入る前、最もしていた時で「シンナー遊び」をどのくらいしていましたか？

- ① したことはない ② 今まで1, 2回くらい ③ 数回以上した ④ ほとんど毎日

問 16

「シンナー遊び」をしすぎたり繰り返したりすると、下のようなことがおこることがあります。「シンナー遊び」をする前 (したことがない人は施設入所前)、「シンナー遊び」でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。

- ① 急性中毒死 (吸っていてそのまま急に死ぬこと)
② 精神病状態 (何も無いのに物が見えたり声が聞こえたりする幻覚、誰もいないのに自分が見られているとか自分が噂されていると思いきなりする妄想がでること)
③ フラッシュバック (薬を止めてしばらくたつのに幻覚や妄想がでること)
④ いずれも知らなかった

問 17

「シンナー遊び」の結果、上記のような精神病状態 (幻覚や妄想) やフラッシュバックなどを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください。(もともと「シンナー遊び」をしていない人は③を選んでください)

- ① 精神病状態 ② フラッシュバック ③ 「シンナー遊び」はしたことがない

ガスパン遊び（ガスの吸引）について

問 18 施設に入る前、最もしていた時で「ガスパン遊び」をどのくらいしていましたか？

- ① したことはない ② 今まで1, 2回くらい ③ 数回以上した ④ ほとんど毎日

問 19

「ガスパン遊び」をすると精神病状態（幻覚や妄想）や急性中毒死をおこすことをガスパン遊びをする前に（したことがない人は施設入所前）知っていましたか？「ガスパン遊び」でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。

- ① 精神病状態 ② 急性中毒死 ③ いずれも知らなかった

問 20

「ガス」を使った結果、精神病状態（幻覚や妄想）を体験したことがありますか？

- ① ある ② ない ③ ガスパンは使ったことがない

大麻（マリファナ、ハシッシ、ハッパ）について

問 21

大麻を吸う前（使ったことがない人は施設入所前）、大麻についてあなたはどのように思っていましたか？

- ① 大麻は知らなかった ② 関心がなかった
③ 見てみたかった ④ 試してみたかった

問 22

施設に入る前、最もしていた時で大麻をどのくらい吸っていましたか？

- ① したことはない ② 今まで1, 2回くらい ③ 数回以上した ④ ほとんど毎日

問 23

大麻を吸うと精神病状態（幻覚や妄想）をおこすことを大麻を吸う前に（したことがない人は施設入所前）に知っていましたか？

- ① 知っていた ② 知らなかった

問 24

大麻^{たいま}を吸った結果、精神病状態^{せいしんびょうじょうたい}（幻覚や妄想）を体験したことがありますか？

- ① ある ② ない ③ 大麻^{たいま}は使ったことがない

覚せい剤（スピード、エス）について

問 25

覚せい剤（スピード、エス）を使う前（使ったことがない人は施設入所前）、覚せい剤についてあなたはどのように思っていましたか？

- ① 覚せい剤は知らなかった ② 関心がなかった
③ 見てみたかった ④ 試してみたかった

問 26

施設に入る前、最も使っていた時で覚せい剤（スピード、エス）をどのくらい使っていましたか？

- ① したことはない ② 今まで1、2回くらい ③ 数回以上した ④ ほとんど毎日

問 27

覚せい剤によって精神病状態^{せいしんびょうじょうたい}やフラッシュバックが起こることを覚せい剤を使う前（使ったことがない人は施設入所前）知っていましたか？覚せい剤でおこることとして知っていたものすべてに○をつけてください。

- ① 精神病状態^{せいしんびょうじょうたい} ② フラッシュバック ③ いずれも知らなかった

問 28

覚せい剤を使った結果、精神病状態^{せいしんびょうじょうたい}やフラッシュバックを体験したことがありますか？体験したことすべてに○をつけてください。（もともと覚せい剤を使っていない人は③を選んでください）

- ① 精神病状態^{せいしんびょうじょうたい} ② フラッシュバック ③ 覚せい剤は使ったことがない

危険ドラッグについて

問 29

危険ドラッグをすると精神病状態^{せいしんびょうじょうたい}や急性中毒死^{きゅうせいちゅうどくし}をおこすことを知っていましたか？知っていたものすべてに○をつけてください。

- ① 精神病状態^{せいしんびょうじょうたい} ② 急性中毒死^{きゅうせいちゅうどくし} ③ いずれも知らなかった

Ⅱ：分担研究報告

研究 5

薬物使用のモニタリング調査に関する国際比較研究

薬物使用のモニタリング調査に関する国際比較研究

分担研究者：和田 清（埼玉県立精神医療センター 依存症治療研究部）

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

【研究要旨】

【目的・方法】台湾は日本統治下で、世界で初めて阿片乱用・依存問題を実質的に解決した国である¹⁾。その手法は、日本と台湾との共同による Harm Reduction 政策であった¹⁾。しかし、戦後、状況は変わり、台湾では 2005 年に薬物乱用者間での HIV 感染が爆発的に拡大し、2006 年からメサドン療法、注射器・針の配付政策といった Harm reduction 政策を実施している。その結果、静脈注射による薬物使用者の HIV 感染を劇的に阻止することに成功した。この種の Harm Reduction 政策は HIV 感染者の少ないわが国²⁾では導入されるべき政策ではないが、台湾での薬物使用者による HIV 感染の爆発は薬物乱用に付随しがちな HIV 感染の潜在的爆発力を象徴しており、その意味ではわが国も決して油断してはいけない問題である。一方、日本は NPS(New Psychoactive Substances)問題に苦しみながらも、何とかこの問題を克服した実績があるが、台湾は NPS 問題が社会問題化しており、その対策に苦慮している。そこで、わが国は台湾に対して、NPS 対策についての知見を提供し、台湾はわが国について HIV 感染対策としての Harm reduction 政策についての知見を提供するという相互に学ぶシンポジウムを開催した。

【結果・考察】薬物乱用・依存問題は世界的な問題でありながら、乱用・依存状況の背景には、それぞれの国毎の諸事情があり、世界一律の政策実施は事実上難しい。そのことは日本と台湾とでも同様であるが、他国で何が起きており、どのような対策を講じているのかを相互に理解することは、現状に対する点検の意味でも、また、将来に対する備えの意味でも大切なことと思われる。

以上のような趣旨から、今回のシンポジウムは意義の大きいものであったと考える。

A. 研究目的と研究方法

上記研究要旨に基づいて、2018 年 7 月 17 日、国立精神・神経医療研究センターにて、「薬物依存症について相互に学ぶ日台シンポジウム」を開催した。

シンポジウムのスケジュールは掲載資料の通りである。

参加者数 70 数名であり、関心を持たれた方が多いことを実感した。

(倫理面への配慮)

なお、本シンポジウムは埼玉県立精神医療センター倫理委員会にて、「埼玉県立精神医療セ

ンター倫理委員会設置要綱第 2 条 2(1)の研究には該当せず、倫理委員会では審査を要しないと判断された。

B. 研究結果

各シンポジストの発表内容を掲載資料として、順に掲載したが、各演者の講演テーマは以下の通りである。

I. 薬物乱用・依存状況

■日本の薬物乱用・依存状況－“危険ドラッグ”問題を含めて

嶋根卓也

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

わが国の薬物乱用・依存状況の変遷と今日の状況を全国住民調査、全国中学生調査、全国精神科病院調査の結果から紹介し、特に、「危険ドラッグ」乱用問題について発表した。

■台湾の薬物乱用・依存状況－“危険ドラッグ”問題を含めて

李 志恒

高雄医学大学理事、薬学部教授
台湾薬学会理事長、台湾毒物学会理事長
台湾の薬物乱用・依存状況について、日本統治時代のあへんに対する Harm Reduction 政策から今日までについて紹介した。さらに、HIV 感染の爆発による Harm Reduction 政策の導入と最近の NPS(New Psychoactive Substances) 問題の状況を発表した。

II. “危険ドラッグ”問題への対応

■合成カンナビノイド検出技術の開発

船田正彦

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部
依存性薬物研究室長
乱用薬物に合成カンナビノイドが含まれているかを検出する新しい検出法について発表した。

III. 医療的対応の現状

■日本での医療・司法の対応関係と今日的取り組み－SMARRPの導入－

松本俊彦

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部 部長
わが国の NPS 乱用・依存状況について、全国精神科病院調査の結果を紹介するとともに、薬物依存者に対する認知行動療法プログラム：SMARPP について発表した。

■台湾での医療・司法の対応関係と今日的取

り組み－ Harm Reduction 政策のインパクト－
衛 漢庭
台北市立総合病院 昆明防治中心
精神科主治医師

2005 年からの薬物乱用者間での HIV 感染爆発に対して、2006 年から導入されたメサドン療法、注射器・針の配付政策といった Harm reduction 政策について発表した。

C. 考察 及び D. 結論

薬物乱用・依存問題は世界的な問題でありながら、乱用・依存状況の背景には、それぞれの国毎の諸事情があり、世界一律の政策実施は事実上難しい。そのことは日本と台湾とでも同様であるが、他国で何が起きており、どのような対策を講じているのかを相互に理解することは、現状に対する点検の意味でも、また、将来に対する備えの意味でも大切なことと思われる。

以上のような趣旨から、今回のシンポジウムは意義の大きいものであったと考える。

E. 参考文献

- 1) 劉 明修：台湾統治と阿片問題．山川出版．1983.
- 2) 和田 清、小堀栄子：薬物依存と HIV/HCV 感染－現状と対策－．日本エイズ学会誌 13(1): 1-7, 2011.

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

薬物依存症について 相互に学ぶ日台シンポジウム

I. 薬物乱用・依存状況

- ・日本の薬物乱用・依存状況－“危険ドラッグ”問題を含めて
嶋根卓也

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

- ・台湾の薬物乱用・依存状況－“危険ドラッグ”問題を含めて
李 志恒

高雄医学大学理事、薬学部教授、台湾薬学会理事長、台湾毒物学会理事長

II. “危険ドラッグ”問題への対応

- ・合成カンナビノイド検出技術の開発
船田正彦

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部 依存性薬物研究室長

III. 医療的対応の現状

- ・日本での医療・司法の対応関係と今日的取り組み
－ SMARRP の導入 －

松本俊彦
国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部 部長

- ・台湾での医療・司法の対応関係と今日的取り組み
－ Harm Reduction 政策のインパクト －

衛 漢庭
台北市立総合病院 昆明防治中心
精神科主治医師

2018年7月17日 10:00～16:30

会場：国立精神・神経医療研究センター 研究所3号館1Fセミナー室

コーディネーター：和田 清（埼玉県立精神医療センター 依存症治療研究部長）
戴 伸峰（中正大学 准教授）

問い合わせ先：国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

－ 通訳付き、参加費無料、事前登録不要 －

主催：厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業）
「薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究」

研究代表者：嶋根卓也 研究分担者：和田 清



日本藥物濫用・依賴狀況 -包括危險藥物引發的問題-

嶋根卓也

shimane@ncnp.go.jp

國立研究開發法人 國立精神・神經醫療研究中心
精神保健研究所 藥物依賴研究部 心理社會研究室長

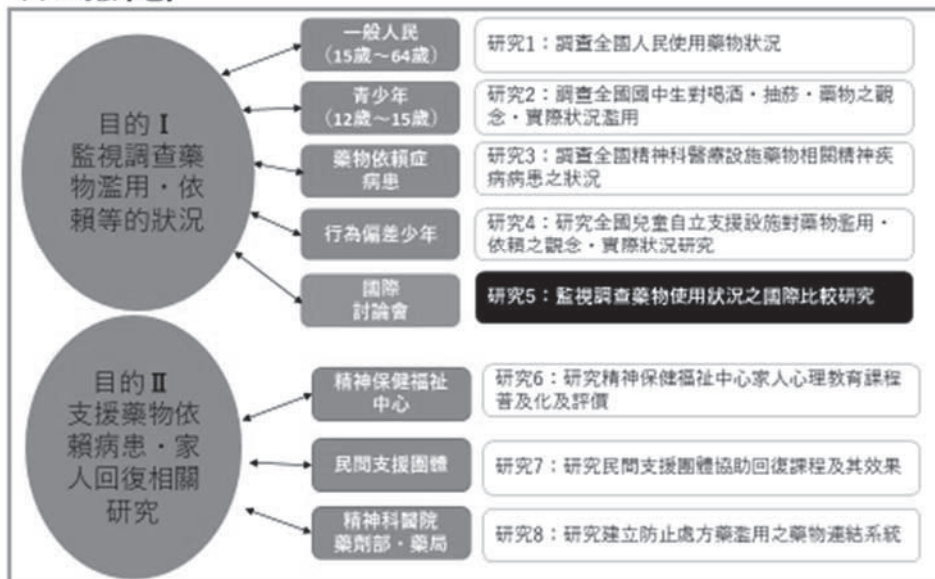


Copyright © 2017 National Center of Health and Psychiatry (NCNP) 1

【頁面 1】

我是剛才提到的嶋根卓也。請各位多多指教。我研究領域為公眾衛生，主要負責藥物使用相關免疫學研究。今天將談論日本藥物濫用・依賴的狀況。從台灣到日本的 Dr. Wei（衛先生），在今年 3 月在台北的醫院初次見面，之後在 4 月拜訪我們的研究所，並且一同策劃今天的討論會。有幸在短時間內和他見面 3 次，我真的覺得非常高興。

平成29年度(2017年) 厚生勞動科學研究費補助款
醫藥品・醫療機器等規範科學政策研究事業
監視調查藥物濫用・依賴狀況等及支援藥物依賴病患・家人回復相關研究 (研究代表人：嶋根卓也)



【頁面 2】本討論會由我擔任研究代表人的研究團隊舉辦。委託和田醫師進行「監視調查藥物使用相關國際比較研究」為主題的研究。託和田醫師和台灣各位醫師的福，才能在和日本關係密切的鄰近國家台灣，成功舉辦聯合討論會，謹在此感謝各位的幫忙。

第四次防止藥物濫用五年戰略 (2013-2018)

1. 加強教育青少年、家庭及地區社會，提升規範觀念，推動事先防止藥物濫用
2. 加強安排藥物濫用者接受治療・協助回歸社會，以及支援其家人，徹底防止再次濫用
3. 徹底消滅秘密販售藥物組織、取締末端濫用者，以及監視、指導日漸多樣化的濫用藥物案例
4. 徹底實施防堵對策，阻止藥物流入國內
5. 推動國際合作、協助，阻止偷渡藥物

減少供應 (Supply Reduction)
降低需求 (Demand Reduction)

3

【頁面 3】日本藥物政策稱為「防止藥物濫用五年戰略」。現今進行的是第四次五年戰略。如同各位看到的，除了取締藥物和防堵藥物對策外，也非常重視教育啟發青少年，以及防止藥物濫用者再次濫用。此處提到的防止再次濫用，提指安排藥物濫用者進行治療，以及協助其回歸社會、支援其家人等。日本的藥物政策以減少供應 (Supply Reduction) 和降低需求 (Demand Reduction) 為中心，減緩傷害 (Harm reduction) 並未包括在政策裡。這部分可能會和台灣的做法不同。

藥物濫用・依賴相關免疫學研究

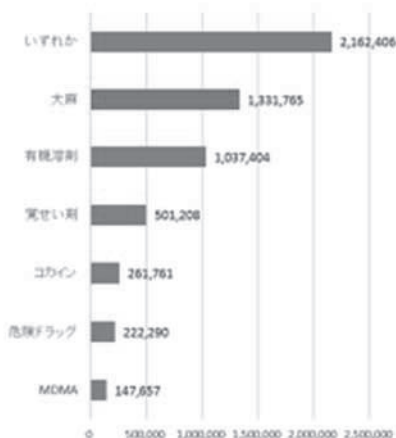
- 一般人民 (15歲~64歲)
- 青少年 (12~15歲、中學生)
- 精神科醫療設施

在治療藥物濫用者・協助回歸社會及支援其家人，以防止再次濫用方面，最重要的莫過於持續掌握實際狀況以及適當給予指導。厚生勞動科學研究中，希望藉由探討調查藥物依賴性・精神毒性、濫用相關意識・實態，以及治療依賴症、提供支援之相關機關合作・對應和推出有效課程，來支援藥物依賴症的病患。
(引用自「第四次防止藥物濫用五年戰略」以及「根絕危險藥物濫用之緊急對策」，2017)

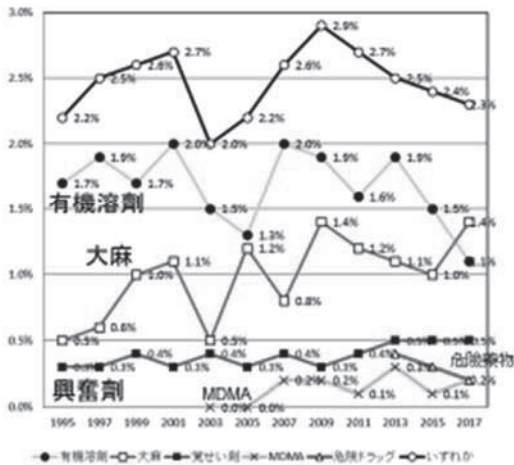
【頁面 4】我們藥物依賴研究部為了掌握日本國內濫用・依賴藥物實際情況，在全國進行 3 個調查。分別是以 15 歲至 64 歲一般人民為對象的家庭調查、12 歲至 15 歲國中生為對象的學校調查，以及全國精神病醫院病患為對象的醫院調查。

到底有多少人使用過藥物？

全國會使用過藥物的國民 超過200萬人



藥物濫用終生盛行率之變化(1995-2017)



在「大麻」濫用最嚴重的年代 藥物濫用歐美化

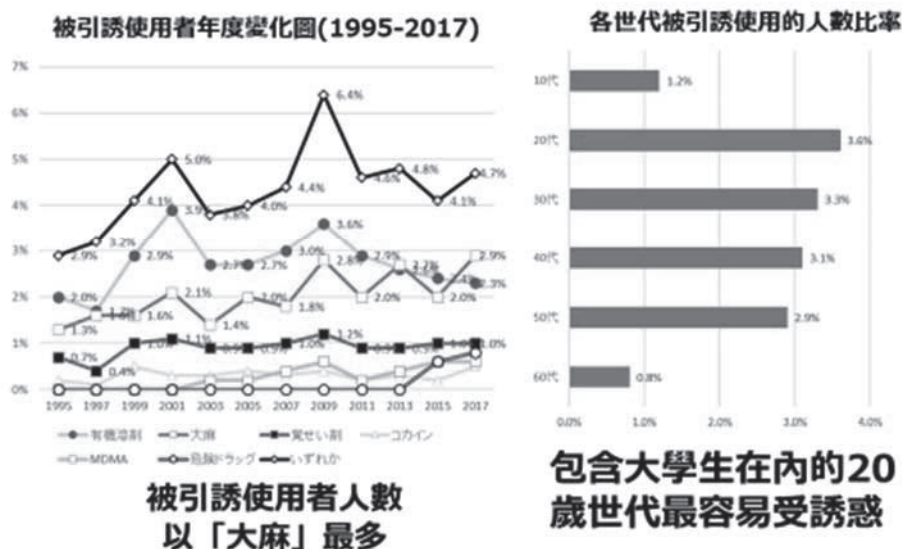
【頁面 5】首先，說明一般人民使用藥物的狀況。有使用過興奮劑、大麻、危險藥物等違法藥物的人民，日本全國約 200 萬人左右。其詳細內容依序為大麻（約 130 萬人）、有機溶劑（約 100 萬人）、興奮劑（約 50 萬人）。本調查自 1995 年開始隔年度實施，右側圖表是終生盛行率(lifetime prevalence)的演變。目前為止，稀釋劑等有機溶劑是濫用最普遍的藥物，但已逐漸減少。另一方面，持續增加的是大麻。在 2017 年調查中，有機溶劑和大麻的排名互換，大麻成為濫用最嚴重的藥物。危險藥物從 2013 年開始納入調查項目裡，一年比一年還要少。興奮劑和 MDMA 則是持平。

國中生(12~15歲)藥物使用終生盛行率變化 (1995-2016年)



【頁面 6】接著,是國中生成使用藥物的狀況。全體呈現減少趨勢,使用藥物的終生盛行率停留在 0.5%。但是,2014 年至 2016 年為止,大麻使用率持續上升中。

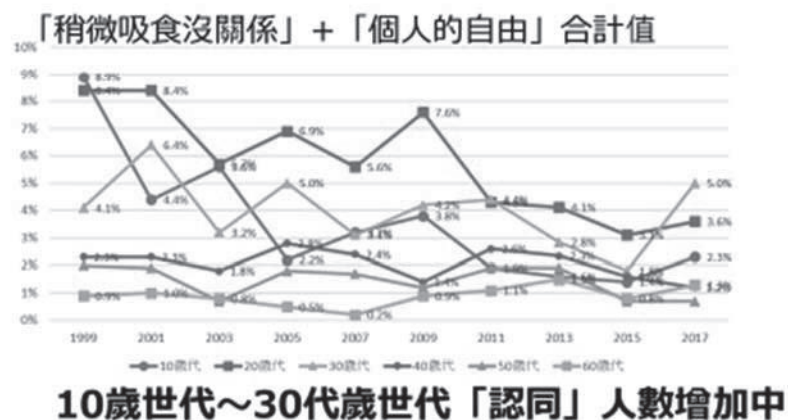
「有這種東西？」被引誘使用的人



【頁面 7】那麼,為何現在日本國內吸食大麻的人數不斷增加呢?第一個是被引誘吸食大麻的人年年增加。在長達 20 年的監視期間內逐漸成長,最後成為數值最高的藥物。尤其是 20 歲世代~30 歲世代的年輕人階層,被引誘吸食大麻的人數最高。

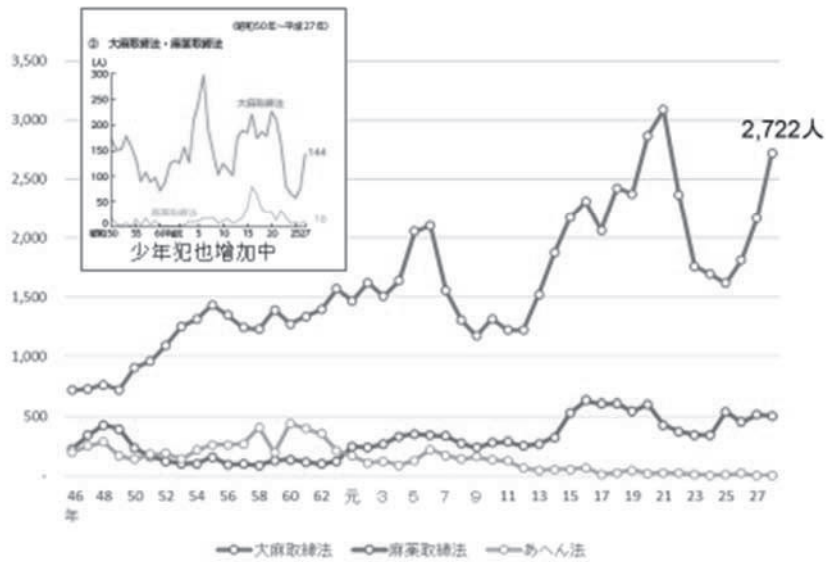
對於大麻受到法律規範一事

1. 法律規範以前,不管有什麼事都不應該吸食
2. 受到法律規範,所以不應該吸食
3. 受到法律規範,但稍微吸食沒關係
4. 不必受到法律規範,這是個人的自由
5. 不清楚・無法判斷



【頁面 8】而在年輕人階層中,可以看到對於吸食大麻的觀念已和以往不同。雖然大麻受到法律規範,例認為「稍微吸食沒關係」和「這是個人的自由」的年輕人愈來愈多。

違反大麻取締法等 遭到檢舉人數增加中 (平成29年版(2017年)犯罪白書)

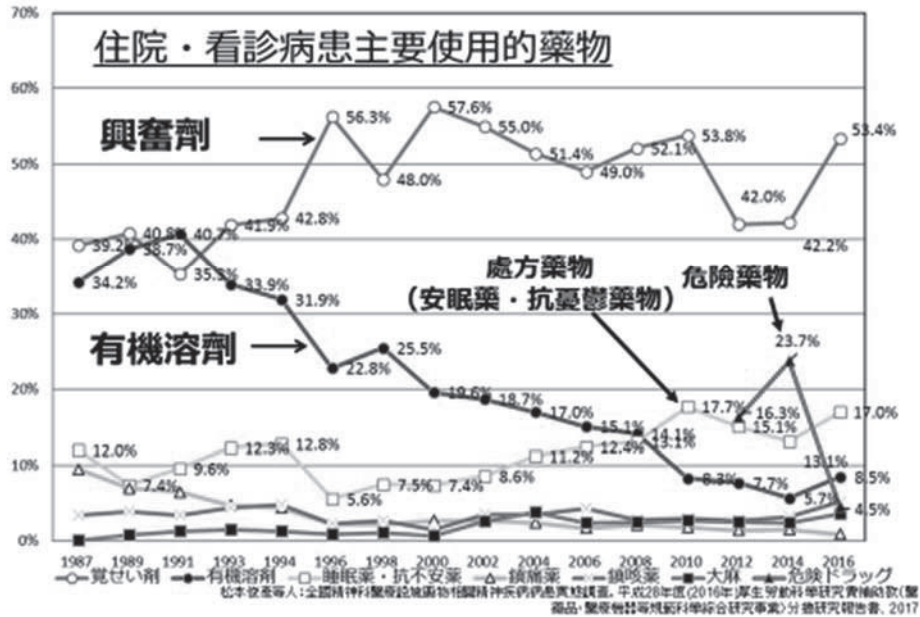


【頁面 9】再來，因為違反大麻取締法而遭到檢舉的人，以及大麻扣壓量也逐漸增加。整體看來，日本國內大麻流通量增加，容易取得大麻，且年輕人階層普遍認同吸食大麻，是造成大麻吸食者人數增加的原因。

危險藥物的盛行和減少

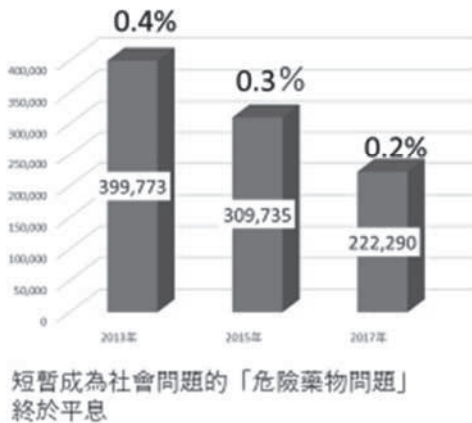
【頁面 10】接著要說明的，是日本國內危險藥物（NPS）使用狀況。

精神科醫療設施的藥物依賴病患



【頁面 11】這一頁是全國精神病醫院住院或就診的藥物使用障礙病患主要使用藥物。這是說到的「主要藥物」，是指現今臨床上，和精神科症狀關係最密切的藥物。2012 年出現使用危險藥物的病例，2014 年達到高峰，之後急遽減少。

危險藥物終生盛行率人數減少中 (2013年~2017年)



知道危險藥物害處的比率

82.5%

(和前次調查結果持平)

知道指定藥物制度的比率

50.1%

(和前次調查結果持平)



【頁面 12】危險藥物的病例有幾個特徵。第一個是年紀輕。相較於興奮劑病例 (39 歲) 和安眠藥病例 (38 歲)，NPS 病例平均年紀只有 28 歲，非常年輕。此外，男性比率偏高也是其特徵之一。危險藥物病例中有 90% 為男性。興奮劑病例常看到的病患參與反社會集團現象，反而在危險藥物病例中不常見。



危險藥物(NPS)盛行背景

容易取得:透過專賣店、網路、自動販賣機販售,價格比興奮劑便宜

販售時強調合法性:日本僅制定法律規範單純持有、使用興奮劑等。販售時強調危險藥物「合法」。

專賣店



自動販賣機

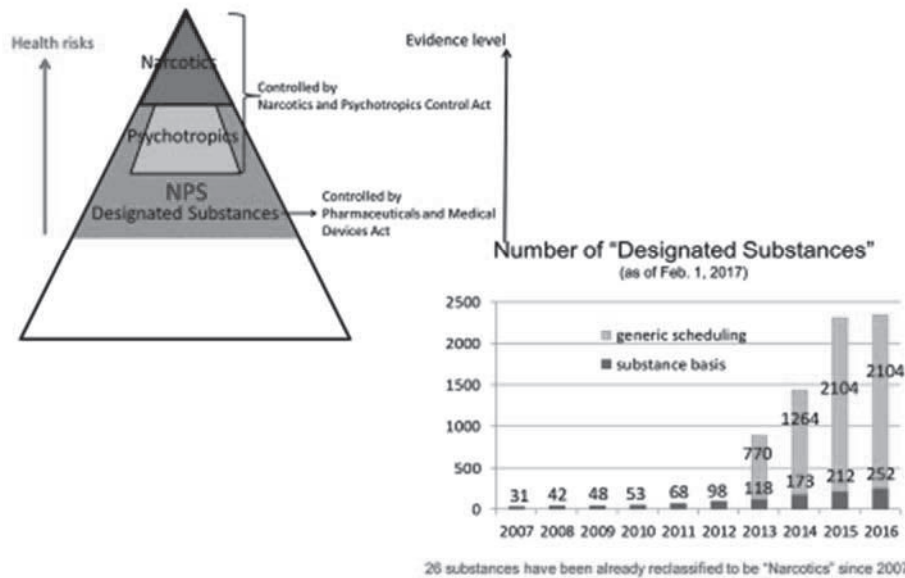


13
Pics from Ministry of Health, Labour and Welfare, JAPAN

【頁面 13】那麼,各位可以思考一下日本國內危險藥物流行的背景因素。首先,原因之一為容易取得。販售照片中危險藥物的店舖,在鬧區裡隨處可見。危險藥物和興奮劑相比價格便宜,甚至還出現販售危險藥物的自動販賣機。除了容易取得外,強調販售合法也是造成危險藥物流行的推手之一。

【頁面 14】然而，2014 年時發生危險藥物使用者在東京鬧區駕駛汽車，發生暴衝造成行人傷亡的事故。

作為危險藥物對策的指定藥物制度



Adapted from Compliance and Narcotics Division, Pharmaceutical and Food Safety Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare, JAPAN

【頁面 15】日本危險藥物對策是以指定藥物制度為中心，制定法律加以規範。指定藥物制度是不必經過指定為麻藥時，所必要的動物實驗，只要評估對中樞神經系統的影響是，是能在短時間內就將其規範的系統。登錄為指定藥物的物質，除了限制進口、製造、販售等之外，也禁止單純持有和使用。採用統一指定擁有類似構造的物質的統一規範（generic scheduling），現今已有超過 2000 種物質列入指定藥物。此一部分船田醫先生會再進一步詳細解說。

加強指定藥物制度(2014年~)

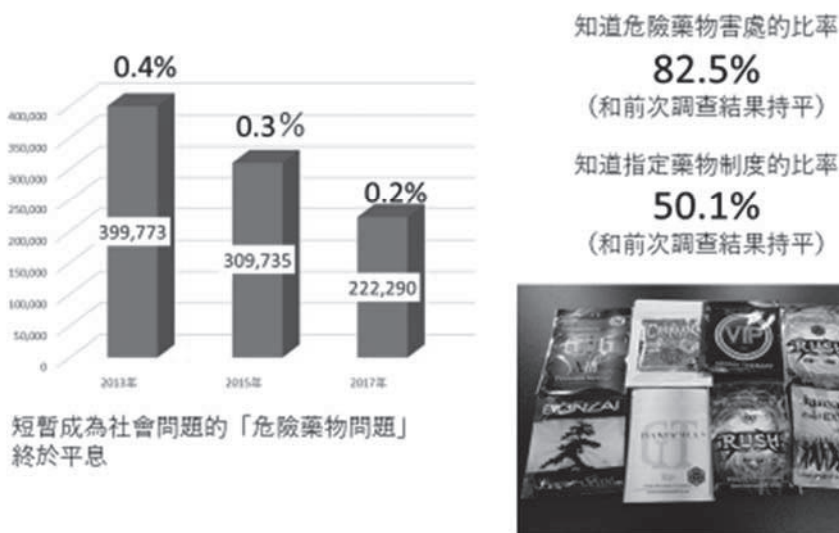
命令檢查
 能命令檢查疑似販售指定藥物等物品的店舖
 命令停止販售、命令停止廣告
 能命令被檢查疑似販售指定藥物等物品的店舖，停止製造、進口、販售、贈與、廣告該物品以及類似之物品



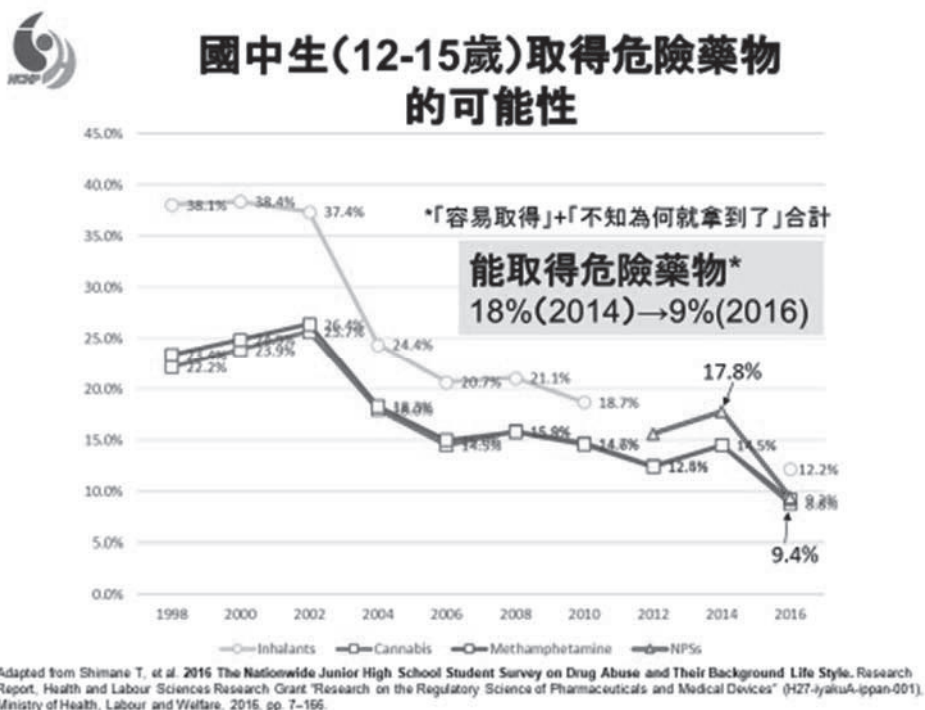
Adapted from Compliance and Narcotics Division, Pharmaceutical and Food Safety Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare, JAPAN

【頁面 16】並且，也發出檢查命令或停止銷售命令，限制銷售端。藉由加強指定藥物制度，全面清空銷售危險藥物的店舖。

危險藥物終生盛行率人數減少中 (2013年~2017年)



【頁面 17】結果，危險藥物的使用者一年比一年減少了。

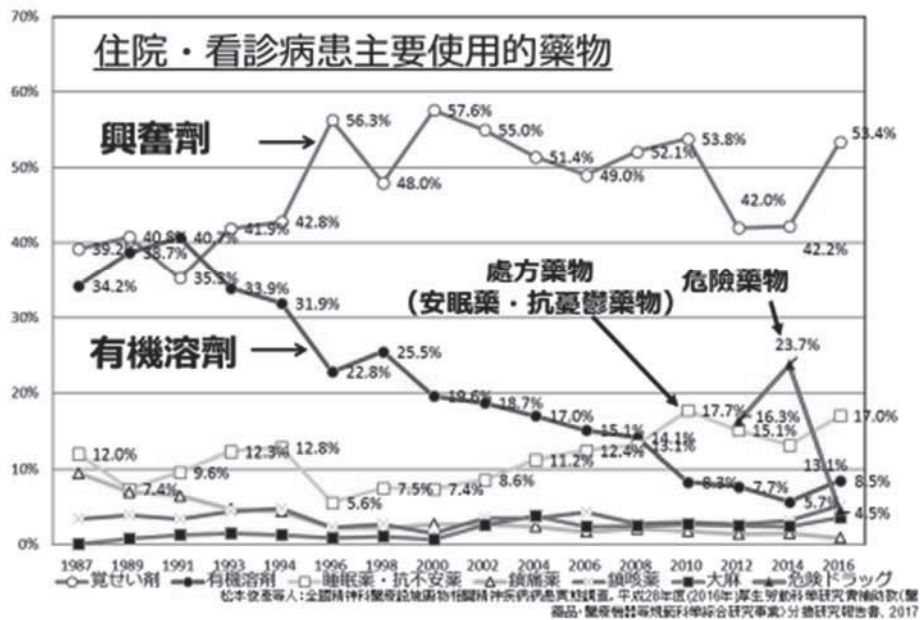


【頁面 18】 國中生取得危險藥品的機率也大幅度地減少了。(從 18%降低為 9%)

危險藥物之後再來是什麼？

【頁面 19】 目前危險藥物的問題已經平息，最後說明今後應關注的藥物使用。

精神科醫療設施的藥物依賴病患



【頁面 20】請參閱本圖表的黃線。安眠藥、抗焦慮劑，以及所謂的苯二氮平類藥物為中心的處方藥依賴病例逐漸增加。現在，此類藥物依賴症已超越危險藥物，病患人數僅次於第一名的興奮劑。

濫用醫藥品排名

精神科醫療設施物質使用障礙病患調查

安眠藥・抗憂鬱藥物

- Etizolam
- 氟硝西泮
- 三唑侖
- 唑吡坦
- Vegetamin®
- 硝甲西泮
- Brotizolam

鴉片類止痛藥

- 噴他佐辛
- 丁基原啡因
- 曲馬多
- 嗎啡
- Stadol
- 吩坦尼

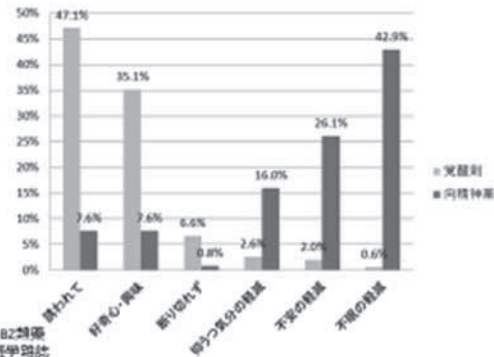
松本俊彦, 伊藤翼, 高野步, 谷淵由布子, 船田大輔, 立森久照: 全國精神科醫療設施藥物相關精神疾病患者調查調查. 平成28年度(2016年)厚生勞動科學研究費補助款 醫藥品・醫療機器等規制科學政策研究事業 監視調査濫用・依賴含危險藥物之藥物濫用狀況及支援藥物依賴患者回歸社會相關研究(研究代表人: 嶋根卓也) 總整理: 分擔研究報告書, pp101-136, 2017.

【頁面 21】我們在此提出依替唑仑、氟硝西泮、三唑仑等短時間作用型藥劑的濫用報告。

安眠藥濫用者特徵

- 年輕女性居多
- 和暴力團體、行為偏差群體之間的關係薄弱
- 曾被逮捕・輔導的人少
- 開始濫用的動機不同
- (是否罹患導致濫用之疾病)
- 無法適當使用藥劑本身就是臨床上主要課題

資料來源: 松本俊彦, 尾崎茂, 小林櫻兒等人: 我國近期鎮靜劑(主要是BZ類藥物)相關障礙之實態及臨床科職 與興奮劑相關障礙之比較. 精神神經學雜誌 113(12): 1184-1198, 2011



安眠藥濫用之動機

抗憂鬱、降低不安感、失眠
(罹患會導致濫用・依賴的疾病)

精神科診所院外處方箋比率: 72.8%

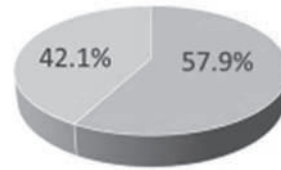
全體診所院外處方箋比率: 56.8%(平成19年(2007年)社會醫療診療行為調查結果之概況, 2007.)

【頁面 22】此外，跟興奮劑症案例相比，藥物依賴症病例以女性居多，跟反社會集團之間的相關性偏低，面臨憂鬱、不安、失眠等精神健康問題為此類病患的特徵之一。

處方藥濫用實際狀況



生前接受精神科治療的自殺病患中，有**57.9%**在自殺之前，已過量服用精神治療藥物



■ 過量服藥あり ■ 過量服藥なし

Hirokawa S, et al. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2012; 66: 292-302.

【頁面 23】亦指出過量服用精神病藥劑(一次服用)是推動自殺的兇手之一。近年來，已轉變為診療費用難以大量開立多種藥物處方箋的模式。另外，也要求藥劑師必須徹底確認藥物剩餘狀況。

【頁面 24】目前流行使用含咖啡因的藥劑，以及飲用相關能量飲料，因此我們也一併進行調查。五年內有超過 100 人因為咖啡因中毒而緊急送醫，其中包括一名因此死亡的病患。

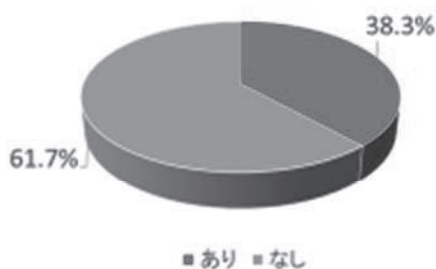
能量飲料和健康風險

- 美國San Diego外來急診病患2158名之中，有1298名曾喝過能量飲料。其中又有429名（33%）曾出現副作用¹
 - 主要副作用：焦躁不安、失眠、心悸、胃腸症狀、頭痛、胸痛、發作など。
 - 飲用能量飲料的動機：想回復精神（57%）、為了讀書/工作（9.5%）、長時間駕駛（2.4%）、提高運動能量（2%）
- 也有和酒精併用、和違法藥物（大麻、興奮劑等）併用的報告^{2,3}

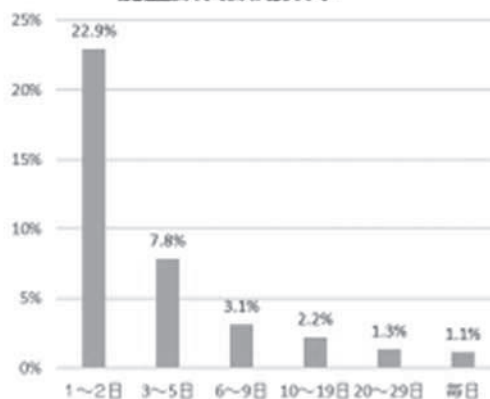
1. Nordt SP, Vika GM, Clark RF, Leo Cantrell F, Chan TC, Galinato M, Nguyen V, Castillo EM. Energy drink use and adverse effects among emergency department patients. J Community Health. 37(5):970-981. 2012.
 2. Nordt SP, Claudius I, Rangan C, Armijo E, Milano P, Yarger S, Tomaszewski C.: Reasons for Energy Drink Use and Reported Adverse Effects Among Adolescent Emergency Department Patients. Pediatr Emerg Care. 33(12):770-773. 2017.
 3. Bonar EE, Cunningham RM, Polshkova S, Chermack ST, Blow FC, Walton MA. Alcohol and energy drink use among adolescents seeking emergency department care. Addict Behav. 43:11-7. 2015.

【頁面 25】在美國，也有發表能量飲料副作用，以及同時吞服能量飲料和酒精、和違法藥物併用的報告。

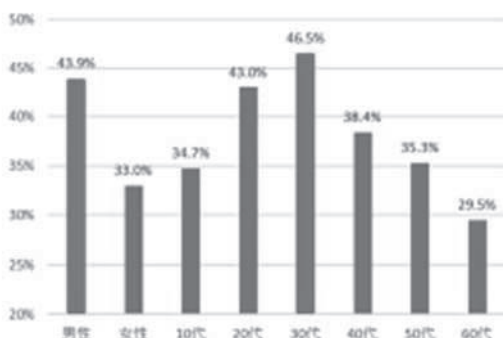
能量飲料飲用比率（過去30天）



能量飲料飲用頻率

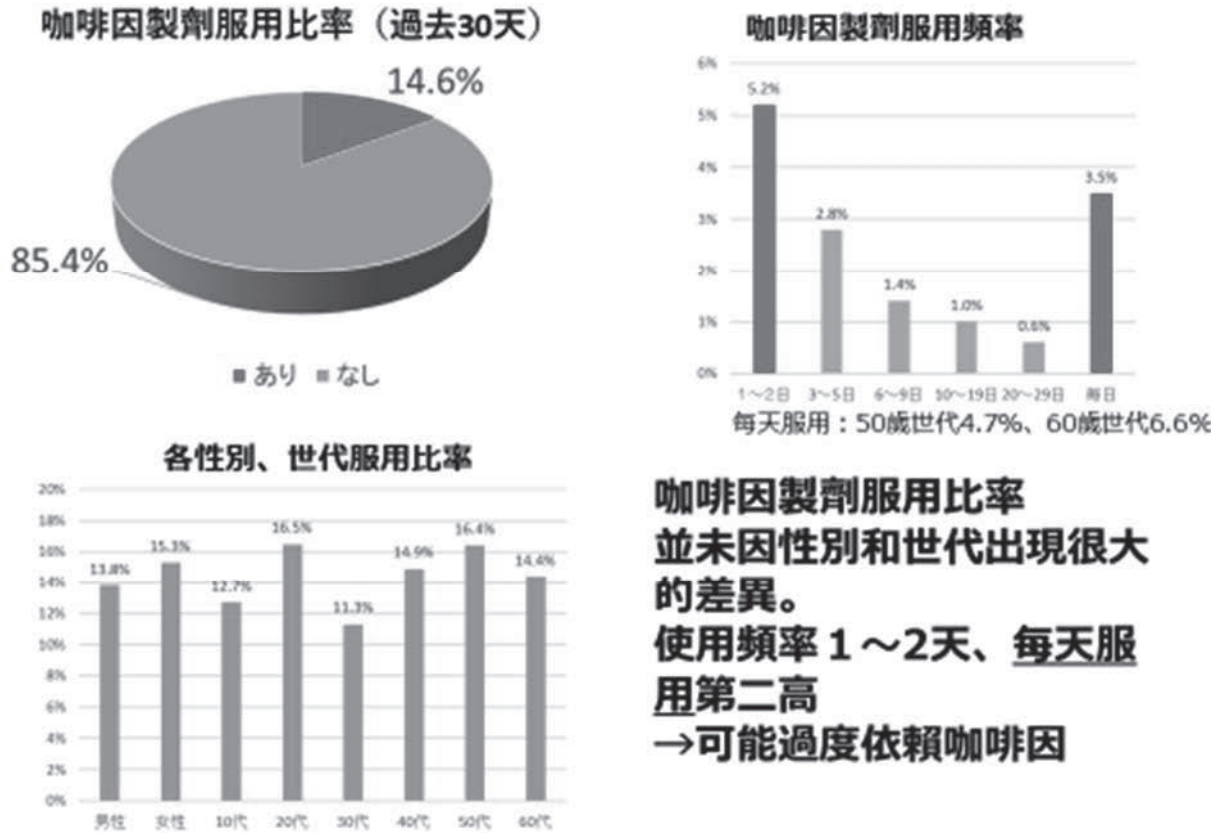


各性別、世代飲用比率



能量飲料飲用比率以男性、30歲世代最高。飲用頻率以1~2天最多，每天飲用者人數沒有想像中的多

【頁面 26】30 多歲的男性是能量飲料主要使用族群。



【頁面 27】調查發現，60 歲以上的銀髮族是咖啡因製劑使用頻率最高的族群。今後，也必須探討咖啡因製劑與能量飲料、藥物濫用之間的關聯性。

日本藥物濫用・依賴狀況 -總整理-

- 一般人民：大麻吸食人數增加，危險藥物使用人數因為加強指定藥物制度而逐漸減少
- 藥物依賴病患：依然以興奮劑病患最多，但BZ類藥劑為中心的安眠藥病患人數日漸增加
- 必須監視使用含咖啡因製品（能量飲料等）的使用狀況

【頁面 28】總結而之，對於一般人民，就是加強危險藥物的指定藥物系統，使危險藥物逐漸沉寂。另一方面，大麻吸食案例明顯增加。藥物依賴病患依然以興奮劑病患居多，但BZ類藥劑為中心的安眠藥、抗憂慮藥物病例逐漸增加。新健康課題將從監控含咖啡因製品使用狀況開始。

以上為在下簡報內容。感謝您專注聆聽。

Summarized paper for the presentation of

“Brief History and Current Situation of Drug Abuse/Dependence in Taiwan”

Jih-Heng Li*, Ling-Yi Feng

School of Pharmacy and Ph.D. Program in Toxicology, College of Pharmacy, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan

*Corresponding author:

Address: Kaohsiung Medical University, 100 Shih-Chuan 1st Road, San-Min District, Kaohsiung 80708, Taiwan.

E-mail: jhlitox@kmu.edu.tw

Tel: +886-7-3121101 ex 2583

Fax: +886-7-3210683

History is a mirror. Learning a mistake made in history could prevent us from relapsing into a similar one.

A. Brief History of Drug Abuse in Taiwan

In the Qing Dynasty in the late 19th century, opium, as a free-trade commodity, became accessible to the general public and opium smoking gradually evolved into pervasive social and health problems. Taiwan, still under the reign of Qing Dynasty at that time, suffered from the same problem. In 1895, Taiwan was ceded to Japan after the Qing Dynasty was defeated by Japan in the first Sino-Japanese War and became a Japanese colony for 50 years. Since then, Taiwan has witnessed three waves of drug epidemics. Each wave involved different types of drugs that caused different types of harm and problems.

1. First Wave of Drug Epidemic: Opium Smoking and Gradual Prohibition Policy in the Japanese Colonial Period

When the Japanese took over Taiwan in 1895, the colonial administration soon realized how serious the opium smoking situation was. Mr. Goto Shinpei, the head of civilian affairs in the colonial government, proposed the “gradual prohibition” policy in February 1896 and formally implemented the policy in January 1897. Under the “gradual prohibition” policy, an opium user who was diagnosed by a public physician with a dependency problem would be eligible for issuance of a license for an opium quota. The opium license system, which provided pharmaceutical-grade opium to opium users through a government monopoly, was similar to today's methadone maintenance program and could be the first harm reduction measure in the world. The opium license was classified into three grades: red (superior), green (second), and yellow (third). Unfortunately, the classification was not based on the doses of opium required for treating different levels of addiction (dependence) but rather on the amounts of tax that the licensees paid for the purity of opium. The gradual prohibition policy eventually ameliorated the situation of opium smoking. According to license issuance records, the number of opium

licensees decreased steadily from some 169,000 (or approximately 6.3% of the total population) in 1900 to 23,237 (0.5%) in 1930. At the same time, the opium monopoly also brought a fortune for the colonial government.

In 1929, the Taiwan People's Party (TPP), led by Mr. Chiang Wei-Shei, petitioned the League of Nations to investigate the continuous sale of opium by the Japanese colonial government which created new opium users. In response, the League of Nations dispatched an investigation team to look into the issue. Facing the accusation, the colonial government declared a new policy that swung back to strict abstinence for opium addiction in January 1930. As a result, professor Tsung-Ming Tu, the first Taiwanese MD/PhD in pharmacology and founder of Taiwan's first private medical school, Kaohsiung Medical College (now Kaohsiung Medical University), was appointed in the same year as the medical director of the newly established Taiwan Rehabilitation Center at the Government Center Hospital, to take charge of the treatment program for opium users. In the initial phase of treatment, Dr. Tu applied small amounts of morphine together with a variety of preparations, such as scopolamine extract (a parasympatholytic agent) and sedatives, to alleviate the withdrawal symptoms of the opium users. The amounts of morphine were gradually tapered off. Urine tests were also performed on the patients to ensure their compliance. By such a treatment regimen, the habit of opium smoking was eliminated in a few weeks with an abstinence rate of 46%. Thereafter, from 1930 till the end of World War II, the number of opium smokers gradually decreased to several thousand in Taiwan.

The opium licensing system for opium quota turned out very similar to today's methadone maintenance treatment program. The policy steadily reduced the number of opium users from about 169,000 (6.3% of the total population) in 1900 to 23,237 (0.5%) in 1930 (Min-Sheu Liu 1983d), indicating its effectiveness.

2. Second Wave of Drug Epidemic: Methamphetamine Use along with Heroin Use and Drug Law Reform in the 1990s

From 1950s to 1980s, drug use was not a major issue until the methamphetamine epidemic occurred in the early 1990s. The raising of martial law in 1987 and the flourishing economy fostered a liberal aura in the late 1980s. However, in the early 1990s, about 5000 illicit methamphetamine users were identified per month, according to the results of urine tests for court referrals.

Owing to the long-term isolation from the international community because of martial law and deprivation of United Nations membership since 1971, Taiwan was ignorant of the UN Convention on Psychotropic Substances that was enacted in 1971 and the subsequent UN Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances in 1988. As a result, the drug-related legislation stagnated at the obsolete "Act for Eradication of Illicit Narcotics" (for illicit narcotic control) and "Narcotics Control Act" (for medical narcotics control), which only abided by the 1961 Single Convention of Narcotic Drugs. As a result, a new "Act for Prevention and Control of Illicit Drug Hazard" was enacted in 1998. The new Act for Prevention and Control of Illicit Drug Hazard, encompassing the spirit of all three UN anti-drug Conventions and stressing both supply and demand sides, stated that smuggling, transportation, manufacturing and "illicit" use of Schedule I (such as opium, heroin and cocaine) and II drugs (such as amphetamines and cannabis) were all criminal offences. However, it is noteworthy that in this Act the status of an illicit drug user changed from a simple law offender to a "diseased offender." This means an illicit drug user who proactively seeks treatment in the government-designated hospitals now does not have to worry about being reported or indicted. But if a person is caught using an illicit schedule I or II drug outside a medical setting and diagnosed as having 'an

addiction tendency' by two psychiatrists, he/she will still be sentenced to jail for coercive treatment.

As a complementary law to the Act for Prevention and Control of Illicit Drug Hazard, the Narcotics Control Act was also revised as the Controlled Drugs Act in 1999 to provide and control the controlled drugs for medical and scientific use.

In less than a decade, the methamphetamine issue was brought under control in Taiwan after the epidemic was first observed in 1990.

3. Third Wave of Drug Epidemic: HIV Spread Due Among Heroin Intravenous Drug Users (IDUs) and the Rise of New Psychoactive Substances (NPS)

In the early 2000s, despite a steady decrease in the proportion of methamphetamine users observed in psychiatric admissions and urine drug testing for court referral, another wave of drug epidemics appeared, and the incidence of HIV/AIDS began to escalate due to needle/syringe sharing among IDUs, mainly heroin users. The percentage of IDUs among all addiction treatment admissions increased from 34.7% in 2000 to 63.9% in 2004, and the percentage of IDUs sharing needles increased from 4.0% in 2000 to 15% in 2004. In this wave, use of club drugs such as MDMA, ketamine, and flunitrazepam (Rohypnol, also known as FM2 in Taiwan) have also become popular in local rave parties and dance clubs. The club drugs are now more familiar to the public as new psychoactive substances (NPS).

On June 30, 2004, one of the authors, J-H. Li, on behalf of the National Bureau of Controlled Drugs (NBCD), presented the first alarming report on the brink of an HIV outbreak due to needle-sharing among IDUs at the weekly meeting of the Department of Health. After a thorough discussion, the Health Minister mandated Taiwan Centers for Disease Control (TCDC) to take appropriate action on the issue. In August 2005, after the approval of the Executive Yuan (the Cabinet), the TCDC in collaboration with other anti-drug related agencies initiated a national pilot harm reduction program (PHRP), with measures including mainly a needle/syringe exchange program, a methadone maintenance treatment program and HIV education and counseling, on 4 of 25 administrative areas in Taiwan. One year after the PHRP, the TCDC reported a dramatic 10% decrease in all new HIV seropositive cases, and a nationwide harm reduction program was subsequently implemented. In addition to the harm reduction policy, other measures including HIV education programs and HIV testing of drug users could also contribute to the effective control of HIV spread.

The National Harm Reduction Program, an expansion of the PHRP to all cities/counties, has been in place since 2006. This was indeed quite different from many other countries' harm reduction movements that were usually promoted from NGO's. In Taiwan, the harm reduction policy and programs were initiated by the NBCD, launched by TCDC and all local health departments, and even coordinated at the level of the Executive Yuan (Cabinet).

Recently, abuse of NPS is on the rise in Taiwan. Epidemiological studies suggest that NPS may play a role in increasing sexual risk behavior and some studies have shown an association between use of certain club drugs and HIV infection.

B. Current Situation of Drug Abuse in Taiwan

Since 1999, the NBCD (later incorporated as part of Taiwan FDA in 2011) has implemented a comprehensive substance abuse detection and reporting system to monitor the trend of substance abuse and identify the high-risk groups for preventive of substance abuse. According to the reporting system, the prevalence rates of drug abuse in Taiwan were 1.2%, 1.4% and 1.29% in 2005, 2009, and 2014, respectively. The main drugs of abuse have been methamphetamine, heroin

and ketamine. The abuse of NPS other than ketamine has also drawn the public's attention. To more effectively tackle the drug-associated problems, new tools such as big data analysis and geographic information system (GIS) monitoring have been established in both central and local governments.

C. NPS abuse in Taiwan

According to the UNODC, the term new psychoactive substances (NPS) is defined as “substances of abuse, either in a pure form or a preparation, that are not controlled by the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs or the 1971 Convention on Psychotropic Substances, but which may pose a public health threat”. The term “new” does not necessarily refer to new inventions — several NPS were first synthesized 40 years ago — but to substances that have recently become available on the market.

To objectively learn the NPS abuse situation in Taiwan, the drug abuse situation was compared between Taiwan and Korea. Taiwan and Korea are geographically adjacent and both countries have experienced the illegal use problems of methamphetamine. It was found that, from 2006 through 2014, while methamphetamine remained as a predominant drug in both Taiwan and Korea for decades, different illegal drug use patterns have been observed in these two countries. In Taiwan, the major illegal drugs were methamphetamine, heroin, and ketamine, whereas in Korea those were methamphetamine and cannabis. By comparison of per capita illicit drug seizures, the illegal drug use situation in Taiwan was at a higher stake than that in Korea. In terms of NPS use, ketamine has been a major drug in Taiwan, but it was seldom found in Korea. Besides ketamine, the major type of NPS was synthetic cathinones in Taiwan whereas it was synthetic cannabinoids and phenethylamines in Korea. The difference in the numbers of controlled NPS items between Taiwan (23) and Korea (93) may be due to the implementation of temporary control on NPS in Korea since 2011.

Besides synthetic NPS, some natural NPS, such as Salvia, have been found available through the internet in Taiwan.

D. Comparison of NPS control and legislative mechanism among Taiwan, Korea and Japan

Further study of NPS control on four Northeast Asian countries, including China, Japan, Korea and Taiwan, also showed that Taiwan controlled the least items of NPS while Japan topped on the control of NPS items from 2007 to 2015.

It was found that the difference in the item numbers of controlled NPS between Taiwan and Korea may be due to the implementation of temporary designation system and analogue control on NPS in Korea since 2011, while the surge of newly controlled NPS items in Japan was due to the promulgation of Designated Drug Regulation and subsequent control of “Dangerous Drug” by the revised Pharmaceutical Affairs Law.

E. Conclusion

Problems resulting from drug use are a global issue. Drug use, once it becomes a compulsive behavior, will turn the pleasure of use into misery no matter how resilient and strong a person is. In the drug abuse history, Taiwan has experienced three waves. Each wave had its own different drugs and associated problems, and the drug problems were solved with different drug policy and measures. The history clearly indicates that an effective drug policy is the one that can adjust and respond to the need of the specific times.

In Taiwan, currently, the major drugs of abuse are ketamine, methamphetamine, and heroin.

Evidence-based drug policy has gradually been adopted in Taiwan and extended from the central governments to the local governments.

The emerging NPS poses a new threat. Therefore, it is advised that:

1. New monitoring and detection tools are needed to face the new challenge. The legislative mechanisms of NPS control in Japan and Korea can be of useful reference.

2. In comparison with users of other drug types, most NPS users tend to be younger. Therefore, it is imperative to educate the youth the danger of NPS use.

Acknowledgements

While this summarized paper is based on the references shown below, it was based mainly from revision of (1) Li, J-H. "Chapter 13. From Gradual Prohibition to Harm Reduction: The Experience of Drug Policy and Law Reform in Taiwan" in "Drug Law Reform in East and Southeast Asia" (eds. Fafa Rahman and Nick Crofts), Lexington Books, 2013; and (2) Feng LY, Yu WJ, Chang W.T, Han E, Chung, H., Li, JH*.(2016). Comparison of illegal drug use pattern in Taiwan and Korea from 2006 to 2014. *Subs Abuse Treat Prev Policy*. 11:34, 13 pages.

References

Li, J.H. et al., (2011): To use or not to use: an update on licit and illicit ketamine use. *Substance Abuse and Rehabilitation* 2: 10-20.

Li, J-H.* (2012): Evolution of the legislative and administrative system of controlled drugs in Taiwan. *Journal of Food and Drug Analysis*, 20(4): 778-785.

Li, J-H. "Chapter 13. From Gradual Prohibition to Harm Reduction: The Experience of Drug Policy and Law Reform in Taiwan" in "Drug Law Reform in East and Southeast Asia" (eds. Fafa Rahman and Nick Crofts), Lexington Books, 2013.

Lee, H-Y., Li, J-H*, Wu, L-T., Wu, J-S., Yen, C-F., Tang, H-P. (2012): Survey of methadone-drug interactions among patients of methadone maintenance treatment program in Taiwan. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 7 (11):1-12.

Lee, H-Y., Yang, Y-H., Yu, W-J., Su, L-W., Lin, T-Y., Chiu, H-J., Tang, H-P., Lin, C-Y., Pan, R-N., Li, J-H.* (2012): Essentiality of HIV testing and education for effective HIV control in the national pilot harm reduction program: the Taiwan experience. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 28: 79-85.

Yu, W-J., Tsay, W-I., Li, J-H.* (2013): Current Status of Substance Abuse and HIV in Taiwan. *Journal of Food and Drug Analysis* 21: s27- s32.

Lin, P-X., Li, J-H.* , S-H, Chen, H-C. Chang, R. McKetin (2014): Quantitative Determination of Salvinorin A, a Natural Hallucinogen with Abuse Liability, in Internet-Available *S. divinorum* and Endemic *Salvia* Plants in Taiwan. *Journal of Food and Drug Analysis* 22: 370-378.

李志恒,蔡文瑛(主編)物質濫用 2014,食品藥物管理署.

Feng LY, Yu WJ, Chang W.T, Han E, Chung, H., Li, JH*.(2016). Comparison of illegal drug use pattern in Taiwan and Korea from 2006 to 2014. *Subs Abuse Treat Prev Policy*. 11:34, 13 pages.

Lee J, Yang S, Kang Y, Han E, Feng LY, Li JH*, Chung H* (2017) Prevalence of new psychoactive substances in Northeast Asia from 2007 to 2015. *Forensic Sci Int*. 272:1-9.

Feng, LY, Batulga A, Han, E, Chung, H*, Li, J-H.* (2017): New psychoactive substances of natural origin: A brief review. *Journal of Food and Drug Analysis* 25: 461-471.

UNODC (2017): World Drug Report.



台灣藥物濫用簡史及目前藥物濫用/依賴情況
(Brief History and Current Situation of Drug
Abuse/Dependence in Taiwan)

李志恒 (Jih-Heng Li)*, 馮齡儀 (Ling-Yi Feng)

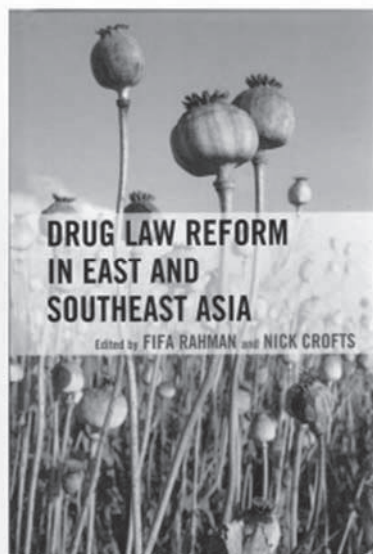
高雄醫學大學藥學系暨毒理學博士學位學程
School of Pharmacy and Ph.D. Program in Toxicology, College of Pharmacy,
Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan

The 2018 Japan-Taiwan Symposium on Drug Dependence, sponsored by National Center of
Neurology and Psychiatry, Japan
Tokyo, July 17, 2018

1

Outline

- ◆ Brief history of drug abuse in Taiwan
- ◆ Current situation of drug abuse in Taiwan
- ◆ Comparison of NPS control and legislative mechanism among Taiwan, Korea and Japan
- ◆ Conclusion



*With history as the mirror, the
rise or fall of a dynasty can be
learned*

-- Emperor Tang Tai Chung,
China

以古為鏡，可以知興替
-唐太宗

Jih-Heng Li: "Chapter 13. *From Gradual Prohibition to Harm Reduction: The Experience of Drug Policy and Law Reform in Taiwan*" in the book "Drug Law Reform in East and Southeast Asia" (eds. Fifi Rahman and Nick Crofts), Lexington Books in October 2013

4

Drug Abuse History in Taiwan: an experience for reference of drug-policy enactment

- ◆ **1st wave: opium smoking** and the “gradual prohibition” policy(漸禁政策) during the Japanese Colonial Period (1895 – 1945).
- ◆ **2nd wave: methamphetamine epidemic** along with heroin abuse: drug law reform in the 1990s.
- ◆ **3rd wave: HIV/AIDS spread associated with heroin injecting use** in the early 2000s. Harm reduction policy was adopted. Abuse of **new psychoactive substances**, esp. ketamine, has been on the rise.

Jih-Heng Li: "Chapter 13. *From Gradual Prohibition to Harm Reduction: The Experience of Drug Policy and Law Reform in Taiwan*" in the book "Drug Law Reform in East and Southeast Asia" (eds. Fifi Rahman and Nick Crofts), Lexington Books in October 2013

1st wave: opium smoking and the “gradual prohibition” policy (漸禁政策) 1895 – 1945: Japanese colonial rule

- ◆ Opium smoking was a serious problem in Taiwan in the late 19th Century under the reign of Qing Dynasty. A prevalence of 6.3% was estimated.



The “gradual prohibition” policy

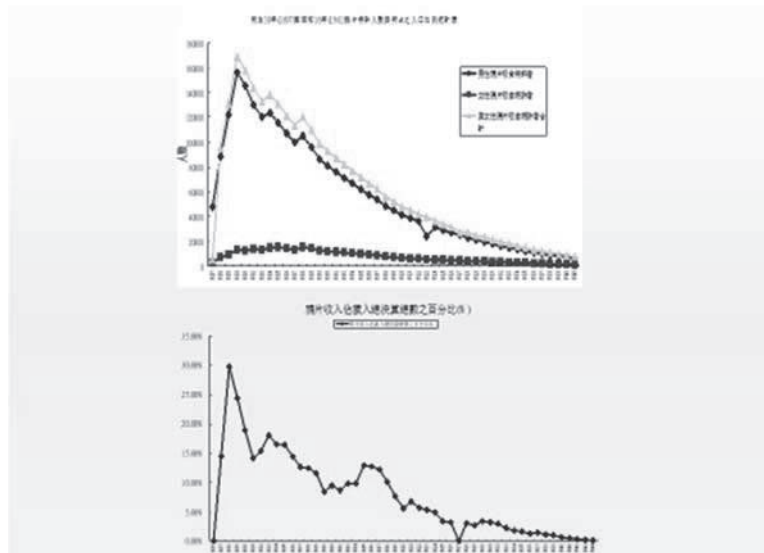
- ◆ Proposed by Mr. Goto Shinpei(後藤新平), the head of civilian affairs in the colonial government, and was implemented in 1897.
- ◆ An opium user who was certified by a physician as an addict could be granted a license for opium quota.
- ◆ Governmental monopoly for opium sale.



Number of licenses issued to opium addicts per year

年	領有執照的鴉片吸食者	占全台人口比	吸食鴉片者的死亡人數	年	領有執照的鴉片吸食者	占全台人口比	吸食鴉片者的死亡人數
1897	50,597	2.1	--	1914	76,995	2.3	5,133
1898	95,449	3.1	--	1915	71,715	2.1	5,308
1899	130,962	5.0	--	1916	66,847	2.0	4,868
1900	169,064	6.3	3,312	1917	62,317	1.8	4,530
1901	157,619	5.7	8,133	1918	55,772	1.6	6,546
1902	143,492	5.0	14,127	1919	52,063	1.5	3,709
1903	132,903	4.5	10,589	1920	48,102	1.3	4,052
1904	137,952	4.7	5,049	1921	44,922	1.3	3,089
1905	130,476	4.2	7,760	1922	42,108	1.2	2,814
1906	121,330	4.0	9,146	1923	39,463	1.1	2,654
1907	113,165	3.7	8,167	1924	36,627	1.1	2,836
1908	119,991	3.9	6,826	1925	33,755	0.9	2,873
1909	109,955	3.5	10,036	1926	31,434	0.8	2,706
1910	98,987	3.2	10,968	1927	29,043	0.7	2,391
1911	92,975	2.9	6,012	1928	26,942	0.6	2,101
1912	87,371	2.7	5,604	1929	24,626	0.6	2,316
1913	82,128	2.5	5,243	1930	23,237	0.6	1,389

註：摘自中央日報86.10.30第19版楊雅雯「假戒毒之名，行斂財之實—日本殖民政府的鴉片政策」。The opium addicts were issued licenses for an opium quota. The number of registered addicts declined gradually from 169,064 in 1900 to 23,237 in 1930.



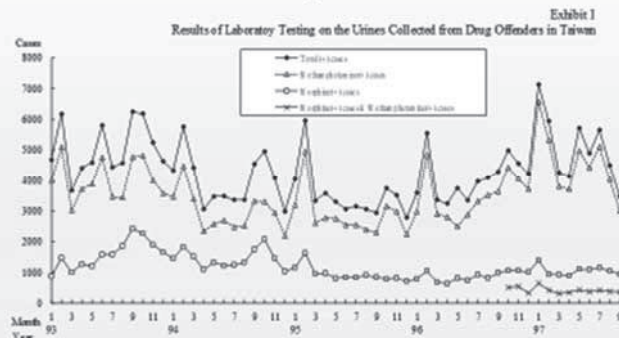
from “gradual prohibition” policy (漸禁政策) to abstinence policy (禁斷政策)

- 1929: A plea to the League of Nations (國際聯盟) by Mr. Chiang Wei-Shei (蔣渭水) forced the Japanese colonial government to switch from “gradual prohibition” policy to abstinence policy.
- 1930: Statute for correction of opium addiction (阿片癮矯正所章程) was enacted and Taipei Rehabilitation Center (台北更生院) was established.
- Headed by Dr. Tsung-Ming Tu (杜聰明博士): Detoxification program with morphine tapering-off together with a variety of preparations, such as scopolamine extract (a parasympatholytic agent) and sedatives
- Urine tests : Meconic acid, an organic acid present in opium, was used for color reaction in the urine.

(Please note there were no high-resolution instruments at that time)



2nd wave: methamphetamine epidemic along with heroin abuse
 The predominant drugs in the 1990s were heroin and methamphetamine



Source: Ministry of Justice, Investigation Bureau; Ministry of Interior, National Police Administration; Ministry of Defense, Headquarters of Military Police; Department of Health, National Laboratories of Foods and Drugs; and All Local Health Departments.
 Li, J.-H., Presented at the Asian Multicity Epidemiology Work Group (AMEWG), 17-21 November 1997, Penang, Malaysia.

The three UN Conventions: International Addictive Substances Control

- 1961 Single Convention on Narcotic Drugs**
 Morphine, heroin, cannabis, coca, --- narcotics
- 1971 Convention on Psychotropic Substances**
 Amphetamines, BZD, --- psychotropic substances
- 1988 Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances**
 Ephedrine, Safrole, --- Precursors

Taiwan has been excluded as a member of UN since 1971. As a result, the 1971 and 1988 Conventions were not implemented in 1990.

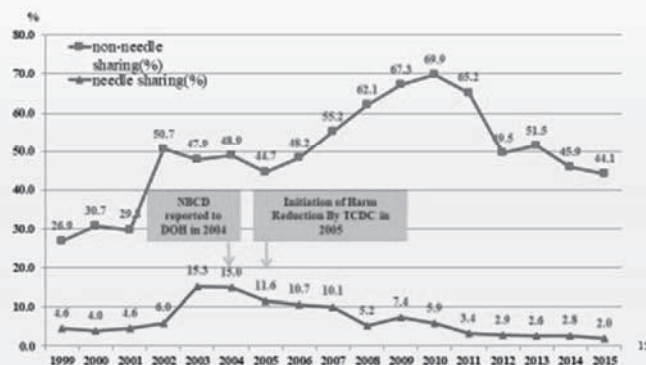
2nd wave: methamphetamine epidemic along with heroin abuse → Drug law reform in the 1990s.

- 1987: martial law was lifted.
- 1990s: Besides the persistent presence of heroin, abuse of newly emerged methamphetamine clearly indicated the defects of obsolete drug laws.
- With reference of the three UN Drug Conventions, the “Act for Prevention and Control of Illicit Drug Hazard and the “Controlled Drugs Act” were promulgated.
- Key issues in the new Acts:
 1. Control of addictive substances by 4 Schedules.
 2. License system established for legal possession and medical use.
 3. Illegal use of schedule I and II drugs: a criminal offense but should be diagnosed and treated as a patient.
 4. Flow Control of Precursors

3rd wave: HIV/AIDS spread associated with heroin injecting use in the early 2000s. Abuse of new psychoactive substances (NPS) has been on the rise.

- ◆ **Heroin injecting use and spread of HIV/AIDS** → Implementation of harm reduction policy
- ◆ **Abuse of club drugs such as MDMA, flunitrazepam (FM2, Rohypnol) and ketamine has gradually evolved into New or Novel Psychoactive Substances (NPS)** → Comprehensive policy for NPS control is still at large.

The ratios of needle sharing and non-needle sharing among treatment admissions in Hospitals from 1999 through 2015 in Taiwan

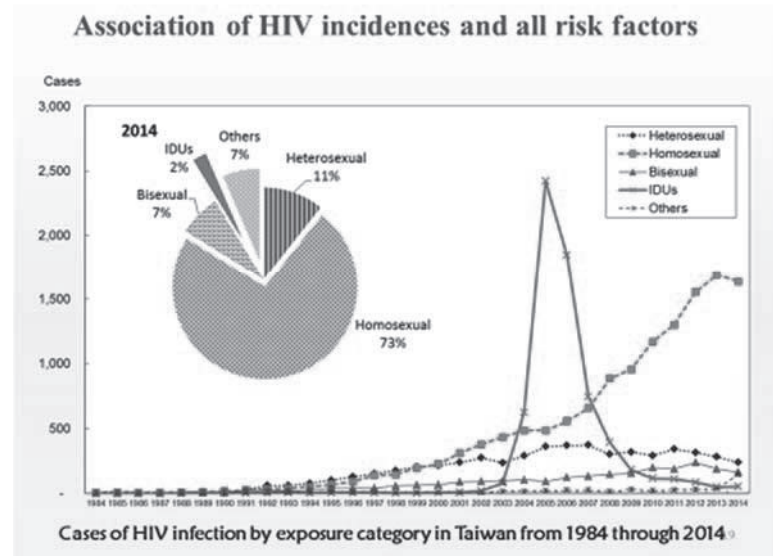
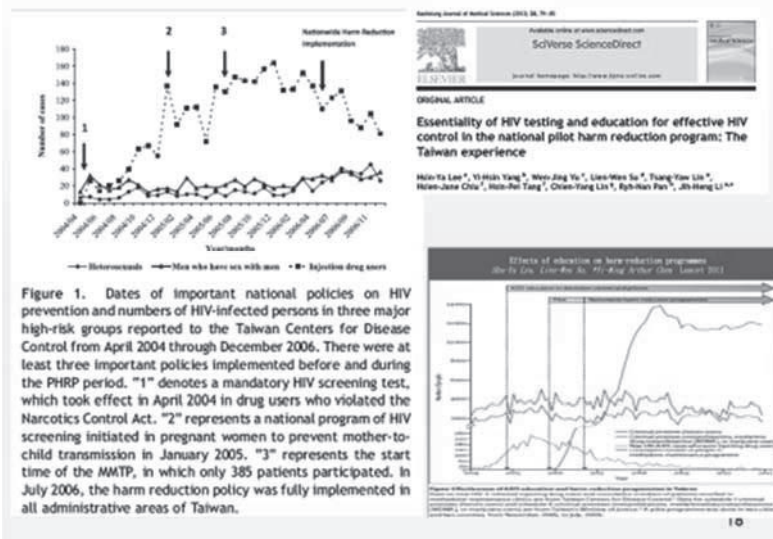
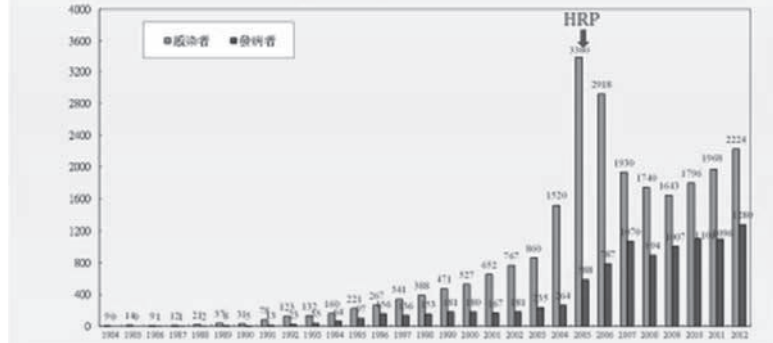


A shift of drug policy from 2R's to 3R's since 2005

- **Supply Reduction**
- **Demand Reduction**
- **Harm Reduction**

Heroin, methamphetamine, and NPS: 2000-

The Executive Yuan adopted a harm reduction policy (減害政策) in 2005 to curb the worsening situation of HIV spread by needle sharing among intravenous drug users. A drastic 10% decrease in HIV incidence was reported by Taiwan's CDC in 2006.



Genes and therapeutic effects of methadone

Research Article

Moving toward Personalized Medicine in the Methadone Maintenance Treatment Program: A Pilot Study on the Evaluation of Treatment Responses in Taiwan

Hsin-Yu Lin,¹ Hsi-Hung Li,^{1,2} Yuh-Ling Chen,¹ Hsin-Pei Tsang,¹ Mei-Chien Chang,¹ Tzu-Chen Tsang,¹ Yi-Chen Yeh,³ Meng-Yaw Wang,⁴ and Hsi-H. Liu¹

¹School of Pharmacy, Kaohsiung Medical University, No. 100 Shih-Chuan 1st Road, Kaohsiung 807, Taiwan
²Department of Health Law and General Pharmacy, Kaohsiung Medical University, No. 100 Shih-Chuan 1st Road, Kaohsiung 807, Taiwan
³School of Pharmacy, Nippon Medical University, No. 1-1-1 Honcho, Shinjuku-ku, Tokyo 162, Japan
⁴Department of Pharmacy, Kaohsiung Medical University Hospital, No. 100 Shih-Chuan 1st Road, Kaohsiung 807, Taiwan

Correspondence should be addressed to Hsi-Hung Li; lihh@kmu.edu.tw

Received October 20th, 2012; Accepted 29 November 2012

Academic Editor: Pragasim Sri

Copyright © 2013 Hsin-Yu Lin et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

This pilot study investigated the effects of various factors, including genetic variations of CYP2B6, CYP2C19, and ABCB1, on the methadone maintenance treatment program (MMP) in Taiwan. A total of 176 patients were recruited from two major hospitals that provided MMP services in medical centers, and information regarding demographic features and adverse events was collected from the National Health Insurance (NHI) program. The results demonstrated that the methadone maintenance dose (193.06 mg/d) and ABCB1 327T allele have positive effects on the methadone plasma concentration. In contrast, patients with CYP2B6 552T polymorphism and polymorphic genotype have a negative response to treatment. Thus, a comprehensive evaluation of treatment response in the MMP should include not only genetic polymorphisms in methadone metabolism and transport proteins but also comorbid diseases, NHI, and other substances use. The results also suggest that personalized medicine may be implemented for the stable outcome of the MMP.

RESEARCH

Survey of methadone-drug interactions among patients of methadone maintenance treatment program in Taiwan

Hsin-Yu Lin¹, Hsi-Hung Li^{1,2}, Yuh-Ling Chen¹, Hsin-Pei Tsang¹, Mei-Chien Chang¹, Tzu-Chen Tsang¹, Yi-Chen Yeh³, Meng-Yaw Wang⁴, and Hsi-H. Liu¹

Abstract

Background: Although methadone has been used for the maintenance treatment of opioid dependence for decades, it was not investigated in China or Taiwan until 2006. Methadone-drug interactions (MDI) have been shown to cause many adverse effects. However, such effects have not been investigated in the ethnic Chinese community.

Methods: The study was performed in two major hospitals in southern Taiwan. A total of 176 non-ill patients aged 18–50 years who had participated in the Methadone Maintenance Treatment Program (MMP) in a hospital were recruited. An MDI is defined as concurrent use of drugs with methadone that may result in an increase or decrease of methadone levels or adverse effects of methadone. To determine the prevalence and clinical characteristics of MDI, various drug sources, including the National Health Insurance (NHI) database, literature reviews, medical records, and medication compliance databases, were listed for analysis. Sociodemographic and clinical factors associated with MDI and co-medications were also examined.

Results: Of 176 MMP patients took oral low medication. Clinically significant MDI included substituted amphetamines, which were found among MMP patients co-administered with topiramate or tramadol (acute CNS depressant effect), which might be associated with use of topiramate or tramadol and adverse CNS and respiratory depression, which could result from use of methadone in combination with disulfiram or tramadol. For amphetamine use, co-treatment with hepatitis C, and a longer duration in the MMP were associated with increased risk of co-medication. Among patients with co-medication, risk significant variations of MDI included the male gender and length of continuation in the MMP.

Conclusions: The study demonstrates clinical evidence of significant MDI among MMP patients. Clinicians should check the past medical history of MMP clients carefully before prescribing medicines because combination of methadone with other psychotropic or cardiometabolic oral drugs treatment outcomes is unpredictable without symptoms. Clinicians should be cautious when prescribing these medications to MMP patients and monitor the therapeutic effects and adverse drug reactions. Although it is difficult to implement medical use from different sources for the use of drug practices, the broader agency should identify pharmacological features to prevent the MDI from occurring. Physicians are also advised to check more carefully on the medication history of their MMP patients.

Keywords: Methadone maintenance program, Methadone-drug interactions, Benzodiazepines, CNS depressant effect, Acute drug reactions or ADR

Current situation of drug abuse in Taiwan

Since 1990, the major abused drugs have been methamphetamine, heroin and ketamine according to the drug abuse reporting system in Taiwan. However, abuse of NPS has gradually become an issue.

Journal of Food and Drug Analysis, Vol. 20, No. 4, 2012, Pages 778-783 doi:10.6227/jfda.2012200306

Evolution of the Legislative and Administrative System of Controlled Drugs in Taiwan

JHI-HENG LI*

School of Pharmacy and Ph.D. Program in Toxicology, College of Pharmacy, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan, R.O.C.

(Received July 17, 2012; Accepted November 19, 2012)

ABSTRACT

Controlled drugs are psychoactive drugs with dependence (addiction) and abuse potentials. They evolved from free-trade goods to scheduled substances that are strictly regulated in the United Nations drug-related Conventions. This paper began with a brief review on the history of addictive substance abuse in Taiwan. Then the progress of controlled-drug-related law enactment and the functions of National Narcotics Bureau and its successor, National Bureau of Controlled Drugs, were succinctly depicted. The experiences of substance abuse prevention and control, which have been accumulated in the past two decades since the methamphetamine deluge, have evolved into a controlled-drug regulatory system that now conforms to the spirit of the three UN anti-drug Conventions in general and a comprehensive system for the surveillance and prevention of substance abuse. However, according to the present substance-abuse problems and future developing trend, it is advised that (1) the operation of scheduling system should be more expanded and the inspection should be further strengthened; (2) whether the narcotic manufacturing maintains the status quo as a monopoly or seeks privatization should be based on the benefits of the general public; (3) in addition to the law enforcement from the supply side, a thorough anti-drug strategy should be equipped with a monitoring and reporting system for early substance-abuse detection and surveillance, a proactive education program that touches the need of the risk groups and a cost-effective and humane treatment program.

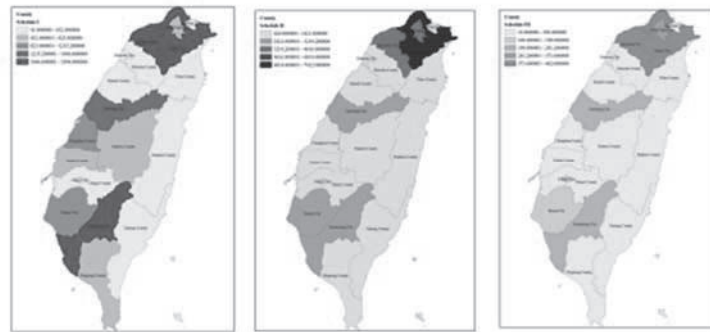


National Household Survey

- **1.2% in 2005 National Household Survey:**
 - The top three most popular illicit drugs were Amphetamine(s), MDMA, and Ketamine.
 - The first time drug use: Amphetamine(s) was most at home; MDMA and ketamine were in clubs or KTVs.
- **1.4% in 2009 National Household Survey:**
 - The top three most popular illicit drugs were Amphetamine(s), Ketamine, and MDMA.
 - The first time drug use was at home and clubs.
- **1.29% in 2014 National Household Survey:**
 - The top three most popular illicit drugs were Amphetamine(s), Ketamine, and Cannabis.

23

2016 Big Data Analysis Project in Taiwan Results of seizure cases in each city/county by schedules



Schedule 1 (mainly heroin)

Schedule 2 (mainly methamphetamine and MDMA)

Schedule 3 (mainly ketamine)

24

Even in the same city/county, drug problems in different districts may be different → localized drug policy in response to the needs of individual city/county has been launched.



25

Using GIS analysis to assess drug problems in each city/county in Taiwan

- Example: Schedule I drug problem from 100(2011)-103(2014) in Kaohsiung → An indicator for the effectiveness of drug policy and measures



26

Abuse of New Psychoactive Substances (NPS) in Taiwan

- Definition of NPS by UNODC

Definition of NPS (UNODC): “substances of abuse, either in a pure form or a preparation, that are not controlled by the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs or the 1971 Convention on Psychotropic Substances, but which may pose a public health threat”. The term “new” does not necessarily refer to new inventions — several NPS were first synthesized 40 years ago — but to substances that have recently become available on the market.

- The issues of NPS

NPS are proliferating at an unprecedented rate, posing a significant risk to public health and a challenge to drug policy. Little is often known about the adverse health effects and social harms of NPS, which pose a considerable challenge for prevention and treatment. Monitoring, information-sharing and risk awareness are needed to counter this new drug problem.

27

Feng et al. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* (2016) 11:34
DOI 10.1186/s13111-016-0079-4

Substance Abuse Treatment,
Prevention, and Policy

RESEARCH

Open Access

Comparison of illegal drug use pattern in Taiwan and Korea from 2006 to 2014

Ling-Yi Feng¹, Wen-Jing Yu¹, Wei-Ting Chang², Eunyoung Han³, Heesun Chung⁴ and Jih-Heng Li^{1*}

Abstract

Background: Illegal drug use has long been a global concern. Taiwan and Korea are geographically adjacent and both countries have experienced the illegal use problems of methamphetamine, a predominant prototype of New Psychoactive Substances (NPS). NPS, a term coined by the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) in recent years, have not been scrutinized for their safety and may become a new threat to public health and security worldwide. To conduct evidence-based drug policy, it is imperative to estimate the trend and pattern of illegal drug use. Therefore, this study aims to analyze and compare the current status of drug-related seizures, arrests and illegal drug use, with a focus on methamphetamine and NPS, between Taiwan and Korea.

Methods: Data of illegal drug (including NPS-related seizures and arrests) were collected via anti-drug related agencies of both countries from 2006 through 2014. Since listing of NPS as controlled substances was a result of NPS abuse liability through official evaluation, the items of controlled NPS were used as an indicator of emerging use. These data obtained from Taiwan and Korea was then compared.

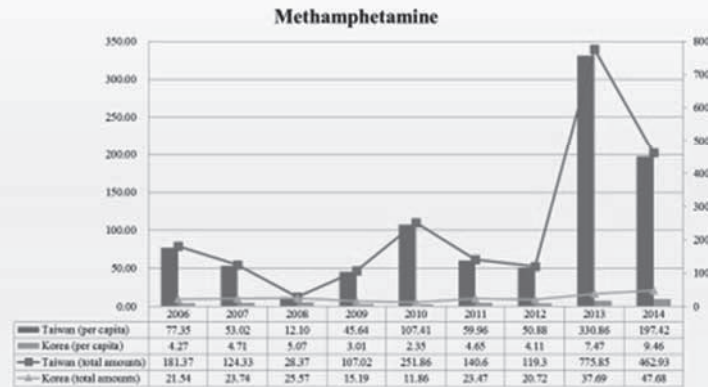
Results: The results showed that while methamphetamine remained as a predominant drug in both Taiwan and Korea for decades, different illegal drug use patterns have been observed in these two countries. In Taiwan, the major illegal drugs were methamphetamine, heroin, and ketamine, whereas in Korea those were methamphetamine and cannabis. By comparison of per capita illicit drug seizures, the illegal drug user situation in Taiwan was at a higher stake than that in Korea. In terms of NPS use, ketamine has been a major drug in Taiwan, but it was seldom found in Korea. Besides ketamine, the major type of NPS was synthetic cannabinoids in Taiwan whereas it was synthetic cannabinoids and phenethylamines in Korea. The difference in the numbers of controlled NPS items between Taiwan (23) and Korea (83) may be due to the implementation of temporary control on NPS in Korea since 2011.

Conclusions: While the problem of methamphetamine still lingers, NPS have emerged as a new issue in both countries. However, the NPS pattern was different between Taiwan and Korea. Although the controlled NPS items in Taiwan were far less than those in Korea, the quantity of total NPS seizures, especially with ketamine, was much larger in Taiwan than in Korea. Different NPS pattern may also imply they were from different sources. Factors other than geographical proximity, such as drug policy and availability and accessibility to drugs, should be taken into account for the current status of illegal drug use in Korea and Taiwan.

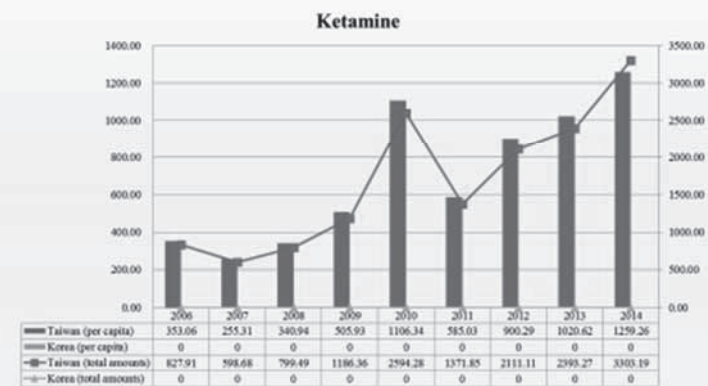
Keywords: New Psychoactive Substances (NPS), Drug seizures, Ketamine, Methamphetamine, Taiwan, Korea

28

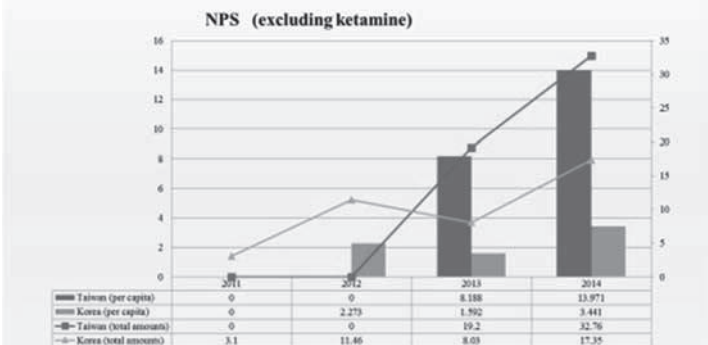
In terms of the amounts of methamphetamine seizure, the problem of methamphetamine has been more severe in Taiwan than in Korea



The amounts of ketamine seizure in Taiwan were far more than those in Korea



So was NPS seizure other than ketamine



However, from 2006-2014, the controlled items of NPS were much more in Korea than in Taiwan

No.	Name	Category/Subclass	Key	Category/Subclass
208	3,4-Diethylphenethylamine (DEAP) / 3,4-Dimethylphenethylamine (DMPEA) / 3,4-Dimethylphenethylamine (DMPEA)	Phenethylamines (2)	3,4-Diethylphenethylamine (DEAP)	Phenethylamines (2)
209	Mephedrone (MHD)	Phenethylamines (2)	Mephedrone (MHD)	Phenethylamines (2)
210	3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA)	Phenethylamines (2)	3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA)	Phenethylamines (2)
211	MPEA (3,4-Methylenedioxyphenethylamine derivative) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA)	Phenethylamines (2)	3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA)	Phenethylamines (2)
212	MDPEA (3,4-Methylenedioxyphenethylamine derivative) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA)	Phenethylamines (2)	3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA)	Phenethylamines (2)
213	MDPEA (3,4-Methylenedioxyphenethylamine derivative) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA)	Phenethylamines (2)	3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA)	Phenethylamines (2)
214	MDPEA (3,4-Methylenedioxyphenethylamine derivative) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA) / 3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA)	Phenethylamines (2)	3,4-Methylenedioxyphenethylamine (MDPEA)	Phenethylamines (2)

Contents lists available at ScienceDirect
Forensic Science International
 journal homepage: www.elsevier.com/locate/forensic

Prevalence of new psychoactive substances in Northeast Asia from 2007 to 2015
 Junhui Lee^a, Songhee Yang^a, Yujin Kang^a, Eumyoung Han^b, Ling-Yi Feng^a, Jih-Heng Li^{a,*}, Heesun Chung^{a,*}

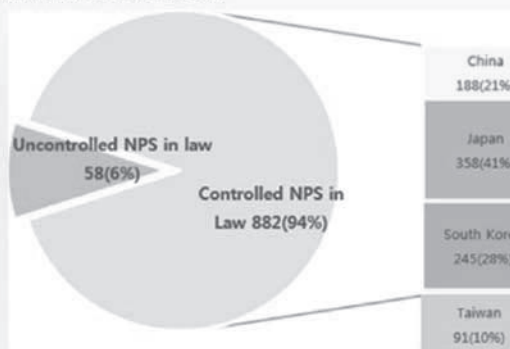
^aGraduate School of Analytical Science and Technology, Chonnam National University, Gwangju, Republic of Korea
^bCollege of Pharmacy, Daegu Gyeongbuk Institute of Science and Technology, Daegu, Republic of Korea
^cSchool of Pharmacy and P.D. Program in Toxicology, College of Pharmacy, Hankyong Medical University, Gyeongsang, Korea

ARTICLE INFO
 Article history:
 Received 5 August 2016
 Received in revised form 11 October 2016
 Accepted 12 October 2016
 Available online 20 October 2016

KEYWORDS
 New psychoactive substances (NPS)
 Northeast Asia
 China; Japan; Korea; Taiwan

ABSTRACT
 The proliferation of new psychoactive substances (NPS) has been a global trend in drug abuse and its regulation has been a worldwide concern. There is no doubt that it is necessary to share information related to these emerging substances between countries and continents for the effective regulation of NPS. With efforts for the efficient regulation of NPS, many studies and information have been published for the prevalence of NPS in the United States and other countries in Europe and Oceania. However, there is lack of information available for the prevalence of NPS in Asian and African countries. Therefore, this research was focused on the investigation of legal status of certain NPS in Northeast Asian countries, including China, Japan, South Korea and Taiwan, in order to provide information on the prevalence and trend of emerging NPS in these countries. The results showed that a total of 940 NPS was reported in 4 Northeast Asian countries from 2007 to 2015. Among 940 NPS, 882 NPS are legally restricted in at least one country (94%) and 58 substances were not currently under control (6%) in these countries. The number of controlled NPS that are currently controlled in all 4 countries was only 25 (3%) out of 882 NPS. Each substance was categorized in 9 groups according to the classification proposed by the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) in Northeast Asia, the most commonly controlled NPS were synthetic cannabinoids, synthetic cathinones, and phenethylamines. It was found that Japan is the most proactive country in terms of the NPS regulation with 41% of the total number of controlled NPS in Northeast Asia, followed by South Korea (21%), China (28%), Taiwan (10%). Comparing the number of NPS newly regulated in each country every year, NPS has been broadly scheduled in 2011 and the number of scheduled NPS has dramatically increased from 2013 to 2015. It was shown that Northeast Asia is also in danger of these emerging NPS and the effective regulation across countries is important for the prevention of NPS. Also, this study will bring attention to local law enforcement in the construction of local drug crime prevention network sharing information for these controlled substances.
 © 2016 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

From 2007-2015, the controlled NPS items in China, Japan and Korea were more than those in Taiwan. Japan controlled more NPS items than the other three Northeast Asian countries.



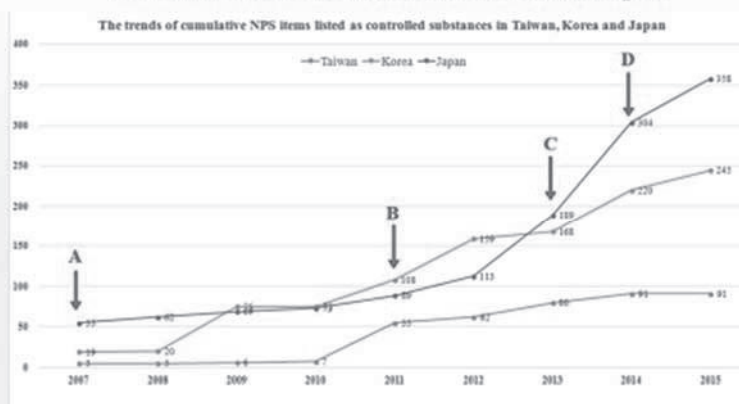
Relationship of drug-related laws among Taiwan, Korea and Japan with the United Nations Conventions

Country	Narcotic Drugs	Psychotropic Substances	Precessors	Status of illegal drug use
United Nations	Single Convention on Narcotic Drugs, 1954	Convention on Psychotropic Substances, 1971	Convention against the Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988	
Taiwan	1. For legal purposes: Statute of Controlled Drugs. 2. For illegal purposes: Statute for the Prevention and Control of Illicit Drugs	1. For legal purposes: Statute of Controlled Drugs. 2. For illegal purposes: Statute for the Prevention and Control of Illicit Drugs	1. For legal purposes: Statute of Controlled Drugs. 2. For illegal purposes: Statute for the Prevention and Control of Illicit Drugs	1. Illegal use of schedule I (such as heroin) and schedule II (such as methamphetamine, MDMA) is a criminal offense: Schedule I drugs: imprisonment for six months to five years. Schedule II drugs: imprisonment for not more than three years. 2. Illegal use of schedule III (such as ketamine, flunitrazepam) and Schedule IV (such as valium, rophidem) is a civil offense.

Korea	Act on the Control of Narcotics	Act on the Control of Narcotics	Act on the Control of Narcotics	1. Illegal use of Narcotic drugs: imprisonment for not more than ten years 2. Psychotropic Agents: imprisonment for not more than ten years 3. Cannabis: imprisonment for not more than five years
Japan	1. Narcotic and Psychotropic Substances Control Law* 2. Opium Control Act 3. Cannabis Control Law	1. Narcotic and Psychotropic Substances Control Law 2. Amphetamine (Stimulant) Control Law**	Narcotic and Psychotropic Substances Control Law	Illegal use of narcotic and psychotropic substances may result in a prison sentence of between one and ten years and a fine of up to 5,000,000 yen. Punishment for illegal use of heroin and amphetamines (stimulants) are the harshest.

Illegal use of addictive substances is regarded as a criminal offense in all three countries.

The trends of cumulative NPS items listed as controlled substances in Taiwan, South Korea, and Japan



A: Japan – Designated Drug Regulation promulgated and ketamine listed as narcotic in 2007
 B: Korea – Temporary designation system and analogue control system implemented in 2011
 C: Japan – JWH-018 analogue control enforced in 2013.
 D: Japan – Dangerous Drug Regulation promulgated by the revised Pharmaceutical Affairs Law in 2014. Cathinone analogue control enforced in 2014, 2015.

Comparison of NPS control and legislative mechanism among Taiwan, Korea and Japan

- ◆ The difference in the item numbers of controlled NPS between Taiwan and Korea may be due to the implementation of temporary designation system (暫時指定列管,或稱緊急列管) and analogue control on NPS in Korea since 2011, while the surge of newly controlled NPS items in Japan was due to the promulgation of Designated Drug Regulation (指定藥物法) and subsequent control of “Dangerous Drug” (危險藥物法) by the revised Pharmaceutical Affairs Law.

New Psychoactive Substances of Natural Origin: NPS are not only synthetic.

JOURNAL OF FOOD AND DRUG ANALYSIS 33 (2015) 391–397

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Journal homepage: www.jfda-online.com

Review Article

New psychoactive substances of natural origin: A brief review

Ling-Yi Feng^a, Ahnsood Battage^a, Eunyoung Han^a, Hsuan Chang^{a,c}, Jih-Heng Li^{a,b,c,*}

^aPhD Program in Toxicology, College of Pharmacy, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan
^bSchool of Pharmacy, College of Pharmacy, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung, Taiwan
^cCollege of Pharmacy, DaYuan University, Seoul, South Korea
^dGraduate Institute of Traditional Chinese and Technology, Chengde National University, Chengde, South Korea
^eDepartment of Medical Research, Kaohsiung Medical University Hospital, Kaohsiung, Taiwan

ARTICLE INFO

Article history:
 Received 27 October 2014
 Received in revised form 16 March 2015
 Accepted 1 April 2015
 Available online 10 April 2015

Keywords:
 New psychoactive substances (NPS)
 Drug
 Salvia
 Magic mushrooms
 Herbalife

ABSTRACT

Plant-based drugs of abuse are as old as recorded human history. Although traditional, addictive substances, such as opium, nicotine and wine, have been controlled by the United States and drug commissions, many, if not most, natural plants with addictive or abuse liability remain illegal. Therefore, the United States Office on Drug and Crime (ODCCO) has issued the emerging threat from new psychoactive substances (NPS), which are mostly derived or modified from the constituents of natural origin. For example, synthetic cannabinoids and synthetic cathinones are derived from the essential oils and plant material, respectively. In this review, we briefly discussed the chemistry, pharmacology and toxicity of the common NPS of natural origin, i.e. Salvia, Salvia, tobacco, magic mushrooms and marijuana. Through this review, we hope the professionals and general public alike can pay more attention to the potential problems caused by natural NPS, and suitable control measures will be taken.

Copyright © 2015, Food and Drug Administration, Taiwan. Published by Elsevier Taiwan. All rights reserved. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfda.2015.03.001>

39

JOURNAL OF FOOD AND DRUG ANALYSIS 33 (2015) 370–378

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

Journal homepage: www.jfda-online.com

Original Article

Quantitative determination of salvinorin A, a natural hallucinogen with abuse liability, in Internet-available *Salvia divinorum* and endemic species of *Salvia* in Taiwan

Po-Xiang Lin^a, Jih-Heng Li^{a,b,c,*}, Su-Hwei Chen^{a,b}, Hsien-Chang Chang^c, Rebecca McKein^d

^aSchool of Pharmacy, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung 807, Taiwan
^bPhD Program in Toxicology, College of Pharmacy, Kaohsiung Medical University, Kaohsiung 807, Taiwan
^cGraduate Institute of Pharmacognosy, College of Pharmacy, Tzupei Medical University, Tzupui 110, Taiwan
^dCentre for Research on Aging Health and Well-being, The Australian National University, Australia

Fig. 1 – Dried leaves and related products of *Salvia divinorum* purchased from the Internet in Taiwan. (A) Dried leaves of *S. divinorum*; (B) *S. divinorum* 100%; (C) *S. divinorum* 30%.

Conclusion

- ✦ In the drug abuse history, Taiwan has experienced three waves. Each wave had its own different drugs and associated problems, and the drug problems were solved with different drug policy and measures. It clearly indicates that an effective drug policy is the one that can adjust and respond to the need of the specific times.
- ✦ Currently, the major drugs of abuse are Ketamine, Methamphetamine, Heroin in Taiwan.
- ✦ Evidence-based drug policy has gradually been adopted in Taiwan and extended from the central governments to the local governments.
- ✦ The emerging NPS poses a new threat. Therefore, it is advised that:
 1. New monitoring and detection tools are needed to face the new challenge. The legislative mechanisms of NPS control in Japan and Korea can be of useful reference.
 2. In comparison with users of other drug types, most NPS users tend to be younger. Therefore, it is imperative to educate the youth the danger of NPS use.

References

- Li, J.H. et al., (2011): To use or not to use: an update on licit and illicit ketamine use. *Substance Abuse and Rehabilitation* 2: 10-20.
- Li, J-H.* (2012): Evolution of the legislative and administrative system of controlled drugs in Taiwan. *Journal of Food and Drug Analysis*, 20(4): 778-785.
- Li, J-H. "Chapter 13. From Gradual Prohibition to Harm Reduction: The Experience of Drug Policy and Law Reform in Taiwan" in "Drug Law Reform in East and Southeast Asia" (eds. Fafa Rahman and Nick Crofts), Lexington Books, 2013.
- Lee, H-Y., Li, J-H*, Wu, L-T., Wu, J-S., Yen, C-F., Tang, H-P. (2012): Survey of methadone-drug interactions among patients of methadone maintenance treatment program in Taiwan. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 7 (11):1-12.
- Lee, H-Y., Yang, Y-H., Yu, W-J., Su, L-W., Lin, T-Y., Chiu, H-J., Tang, H-P., Lin, C-Y., Pan, R-N., Li, J-H.* (2012): Essentiality of HIV testing and education for effective HIV control in the national pilot harm reduction program: the Taiwan experience. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* 28: 79-85.
- Yu, W-J., Tsay, W-L., Li, J-H.* (2013): Current Status of Substance Abuse and HIV in Taiwan. *Journal of Food and Drug Analysis* 21: s27- s32.
- Lin, P-X., Li, J-H.*, S-H, Chen, H-C, Chang, R, McKetin (2014): Quantitative Determination of Salvinorin A, a Natural Hallucinogen with Abuse Liability, in Internet-Available *S. divinorum* and Endemic *Salvia* Plants in Taiwan. *Journal of Food and Drug Analysis* 22: 370-378.
- 李志恒,蔡文瑛(主編)物質濫用2014,食品藥物管理署.
- Feng LY, Yu WJ, Chang WT, Han E, Chung, H., Li, JH* (2016). Comparison of illegal drug use pattern in Taiwan and Korea from 2006 to 2014. *Subs Abuse Treat Prev Policy*. 11:34, 13 pages.
- Lee J, Yang S, Kang Y, Han E, Feng LY, Li JH*, Chung H* (2017) Prevalence of new psychoactive substances in Northeast Asia from 2007 to 2015. *Forensic Sci Int*. 272:1-9.
- Feng, LY, Batulga A, Han, E, Chung, H*, Li, J-H.* (2017): New psychoactive substances of natural origin: A brief review. *Journal of Food and Drug Analysis* 25: 461-471.
- UNODC (2017): World Drug Report.

42

Thank you for listening

43

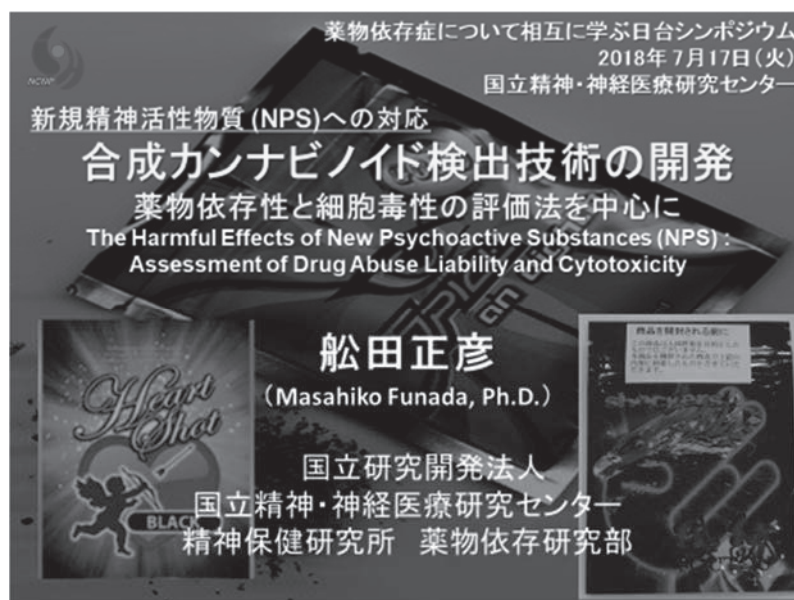
新規精神活性物質 (NPS) への対応
合成カンナビノイド検出技術の開発：
薬物依存性と細胞毒性の評価法を中心に

新興影響精神物質 (NPS) 相關對應
合成大麻素檢測技術的開發：以藥物依存性及細胞毒性的評價法為中心

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 薬物依存研究部
船田正彦

【スライド1】

ただいまご紹介いただきました船田です。本日は、New Psychoactive Substances (NPS) の薬物依存性と細胞毒性を中心に、「薬物の有害作用をどのように評価しているか？」について、お話をさせていただきます。



(1) 我是剛才主持人所介紹的船田。今天我想以 NPS 藥物依存性及細胞毒性為討論中心，跟各位分享一下「我們該如何評斷藥物的危害作用？」這個問題。

【スライド2】

2012～2016年にかけて、日本では“脱法ハーブ”と呼ばれるハーブ製品の乱用が大きな社会問題となりました。写真で示しておりますが、このような、カラフルな製品です。脱法ハーブ乱用に基づく救急搬送、交通事故などが多発しました。脱法ハーブには、新規精神活性物質（NPS）が含まれており、本質はNPSの乱用問題であった訳です。日本では、NPSを危険ドラッグ(Kiken drugs)と呼んでいますが、NPSを規制するためには、NPSの薬物依存性および細胞毒性などの有害作用に関する科学的データが必要になります。当研究部では、規制のための科学的データを収集しております。

本シンポジウムでは、当研究部で実施しているNPSの薬物依存性や細胞毒性の評価方法について解説します。

緒言

2012～2016年にかけて、日本では“脱法ハーブ”と呼ばれるハーブ製品の乱用が大きな社会問題となった。脱法ハーブ乱用に基づく救急搬送、交通事故などが多発した。脱法ハーブには、新規精神活性物質（NPS）が含まれており、本質はNPSの乱用問題であった。日本では、NPSを危険ドラッグ(Kiken drugs)と呼んでいる。NPSを規制するためには、NPSの薬物依存性および細胞毒性などの有害作用に関する科学的データが必要である。本シンポジウムでは、当研究部で実施しているNPSの薬物依存性や細胞毒性の評価方法について解説する。



These products are known by names such as “K2” in the United States and as “Spice” in the EU. 2

(2)

從 2012 至 2016 年，在日本「脱法植物系藥物」的濫用成為一個很嚴重的社會問題。如照片所示，這個藥物相當鮮豔。因為脱法植物系藥物的濫用，導致許多意外或交通事故的發生。脱法植物系藥物裡含有 NPS 物質，所以其實這問題的本質就是 NPS 濫用問題。在日本，NPS 又被稱為「危險藥物」，為了要管制 NPS，我們需要 NPS 藥物依存性及細胞毒性等危害作用相關的科學數據。在我的研究團隊內，也有進行相關的科學資料的收集工作。

在以下的發表，我將針對我們研究團隊所實施的 NPS 藥物依存性及細胞毒性的評價方法，進行解說。

【スライド3】

NPS は、NPS の原末自体、植物を混ぜた製品、液状の製品などとして流通しておりました。

この NPS の代表例は、Synthetic cannabinoids および Synthetic cathinones です。これらの NPS のほとんどが、未規制薬物でした。



(3) NPS 在市場上，主要是以未經加工的物质、混合植物後的製品、以及液體製品等形式流通於市面。

像 Synthetic cannabinoids 及 Synthetic cathinones 可算是 NPS 的代表物質。這些 NPS 幾乎都是非管制藥物。

【スライド4】

我が国では、ここに示すような薬物を規制する法律があります。NPS はこの法の網をかいくぐった薬物で、未規制の薬物です。規制するためには、薬物の精神依存性を含む科学的データが必要です。

Controlled substances in Japan

Law	Substances	Psychic dependence	Physical dependence	Psychosis
Narcotics and Psychotropics Control Law (1953)	Morphine Heroin	+++	+++	-
	Cocaine MDMA	+++	-	++
Stimulants Control Law (1951)	Amphetamine Methamphetamine	+++	-	+++
Cannabis Control Law (1948)	Cannabis Marijuana hashish	+	+/-	+

● New Psychoactive Substances (NPS) は法規制されていない。
NPSs (non-controlled, non-medical-use drugs) are abused, and these kinds of drugs are known as designer drugs.

(4) 在日本有一些管制藥物的法律，請各位參考投影片。而 NPS 是鑽法律漏洞的藥物，所以並不在管制藥物範圍內。因此，為了針對 NPS 進行管制，我們需要一些像藥物精神依存性等等的科學數據。

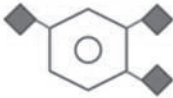
【スライド5】

では、なぜ、NPS が次々に登場するのでしょうか？

その理由は、特定の NPS が規制されますと、化学構造がわずかに異なる「新規の NPS」が登場してきます。我が国の法律では、正確な化学構造による規制システムとなっています。すなわち、「新規の NPS」は規制対象となりません。販売する側は、規制されていない NPS を次々に合成し、販売するというイタチごっこが起こるわけです。未規制の NPS を規制するためには、NPS の薬物依存性や毒性などの有害作用を評価することが必須となります。


**Why are New Psychoactive Substances (NPS)
available ?**

**Controlled
substance**



➔

**Non-controlled
substance**



NPS

The chemical structures of New Psychoactive Substances (NPS) are similar to those of various controlled substances. These kinds of drug have chemical formulas that differ in only small ways from those of controlled substances.

In Japan, New Psychoactive Substances (NPS) are not controlled by law, even though they do show psychotropic effects.

Regulations are imposed on specific individual drugs, so drugs with structures that differ, even if only slightly, from those of the controlled drugs are not covered by the current laws.

5

(5) 那麼，為何 NPS 會一直出現呢？

那是因為，一旦特定的 NPS 被列入管制，與其化學構造稍有差異的「新 NPS」就只會出現在市面。在日本法律中，是針對特定的化學構造進行管制，換句話說，「新 NPS」並不在管制範圍中。販賣 NPS 的人，只要利用未被管制的 NPS 進行化學合成，就可以再次進行販售。因此，為了管制那些尚未被列入管制範圍的 NPS，我們必須要對 NPS 的藥物依存性或毒性等危害作用進行評價。

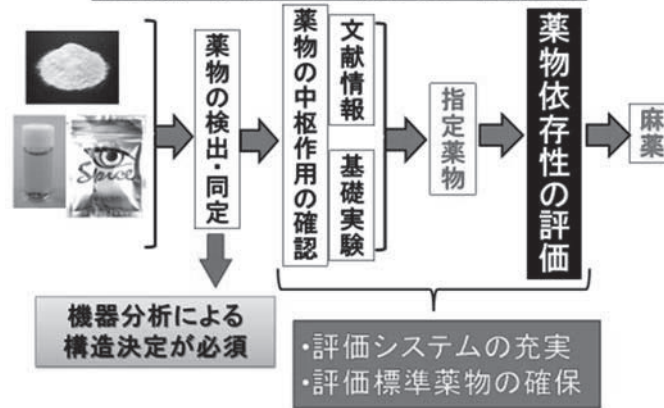
【スライド6】

このスライドは、わが国の NPS の規制の流れを示しています。

まず、製品に含まれている NPS を検出します。この NPS の標準品を使用して、NPS の中枢作用や細胞毒性を調査します。ここまでのデータで指定薬物として流通規制をかけることが可能となります。一方、指定薬物となっても流通が低下しないものや有害作用が強力なもの、重篤な健康被害が発生したもの、については薬物依存性を評価し、より重い罰則規定のある麻薬として規制されます。

基礎研究を通じて、NPS の中枢作用、毒性、薬物依存性などの有害作用を迅速に評価し、規制根拠となる科学的データを迅速に収集することが重要です。我々は、NPS に関する有害作用の評価システムを構築しましたので、ご紹介いたします。

危険ドラッグの検出から規制



(6) 在這張投影片中，大家可以看到日本對 NPS 管制的一個流程。

首先，我們會先檢測製品中所含的 NPS，並且使用 NPS 的標準品，調查這些 NPS 的中樞作用及細胞毒性。根據那些數據資料，將這些 NPS 視為指定藥物，並進行相關的流通管制。另一方面，如果這些 NPS 被視為指定藥物，但其市場流通仍不低減，或其危害作用太過強大，或嚴重影響健康，我們會評定其藥物依存性，將這些 NPS 分類為罰則較重的麻藥，進行相關管制。

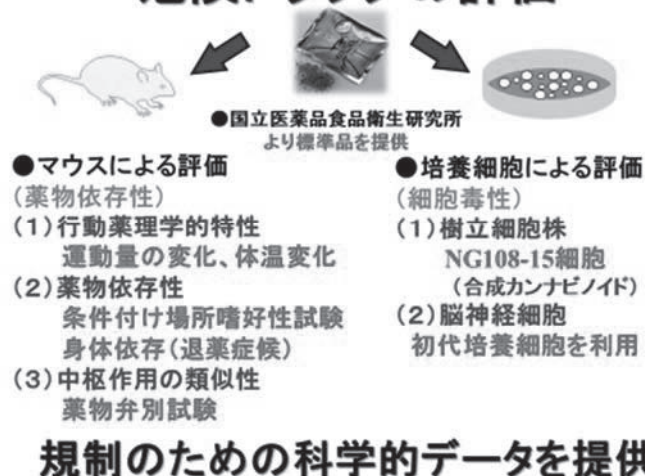
藉由這些基礎研究，我們可以迅速的評價藥物的毒性及依存性，這些科學數據也是重要的管制根據。我們針對 NPS，架構了危害作用的評價系統，我將利用以下的時間向各位報告。

【スライド 7】

NPS の有害作用の評価システムは、動物の行動薬理学的実験による薬物依存性に関する評価と、培養細胞を利用した細胞毒性の評価の 2 系統から構成されています。

薬物依存性につきましては、Conditioned Place Preference (CPP) method による評価、細胞毒性については、Primary cell culture による評価法が中心となり、NPS 規制のための科学的データが収集されています。

危険ドラッグの評価

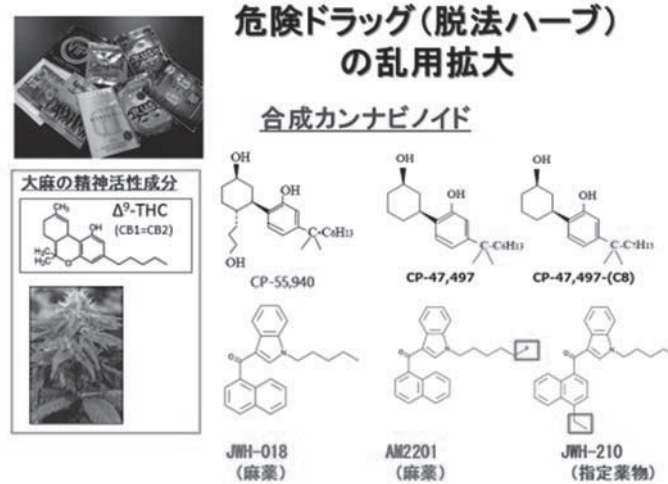


(7) NPS の危害作用評価システム，是由動物行動薬理學實驗所得知的藥物依存性評價，以及利用培養細胞的細胞毒性評價兩個系統所構成的。

有關藥物依存性，是以 CCP method 評價為中心；而細胞毒性，則是以 primary cell culture 評價法為中心。

【スライド8】

NPS については、合成カンナビノイドが数多く流通しています。代表的な合成カンナビノイドとしては、CP シリーズや JWH シリーズなど、化学構造が異なる薬物が存在しています。今日は、この合成カンナビノイドの有害作用の評価データを中心にお話をいたします。

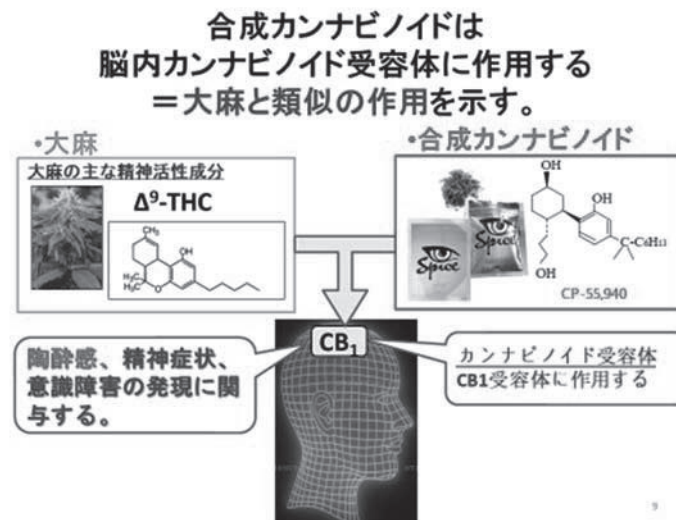


(8) 目前，有許多合成大麻素在市面流通。代表性的合成大麻素裡，有些化學構造相異的藥物，比如像 CP 系列及 JWH 系列等。以下，我想以合成大麻素的危害作用評價資料，作為我報告的中心。

【スライド9】

合成カンナビノイドは、大麻成分である Δ9-THC と類似の作用を示します。合成カンナビノイドおよび大麻の精神作用の発現には、脳内の cannabinoid CB1 receptors が重要な役割をすることが明らかになっています。合成カンナビノイドおよび Δ9-THC とともに、CB1 receptors に作用するために、類似の効果が得られるわけです。言い換えれば、

NPS としての Synthetic cannabinoids” are agonists to cannabinoid receptors (CB1) と言えます。



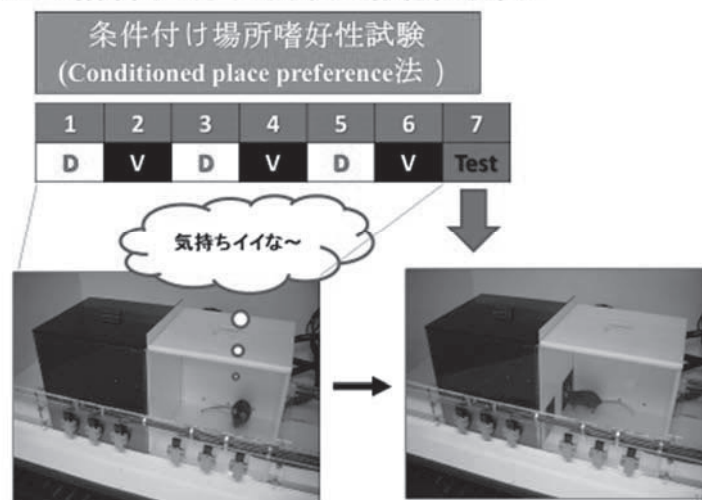
(9) 合成大麻素和大麻成分 Δ9-THC 有著類似的作用。合成大麻素及大麻精神影響作用中，我們發現腦內的 cannabinoid CB1 接收體扮演著重要的角色。合成大麻素及 Δ9-THC 都會對 CB1 接收體產生作用，也會得到類似的效果。換而言之，NPS としての Synthetic cannabinoids” are agonists to cannabinoid receptors (CB1) と言えます。

【スライド 10】

まず、薬物の依存性の評価です。我々は、マウスを使用して、Conditioned Place Preference (CPP) method による評価を行っています。

実験では、白黒2コンパートメントボックスを使用して、1～6日間の条件付けを行います。初日に薬物を投与して、“白”ボックスに30分間閉じ込めます。次の日は、溶媒を投与して、“黒”ボックスに30分間閉じ込めます。これを6日間行います。7日目はテストセッションとなり、テスト用の仕切り板を入れ、動物は薬物溶媒は処置せずに、白黒ボックスの滞在時間を測定します。動物は、薬物に好ましい効果があれば、薬物側のボックスを好むため、白側のボックスの滞在時間が延長するわけです。白ボックス滞在時間－黒ボックス滞在時間をCPPスコアとして、(+)の値の時、薬物依存性があると判断できます。

(1) 精神依存性評価(報酬効果)



(10) 首先，我想先介紹藥物依存性的評價方法。我們使用老鼠進行實驗，進行空間喜好度制約法(CPP) 評價。

實驗中，我們分一黑一白兩個實驗箱，進行一到六天的實驗操弄。第一天投入藥物，並將白箱封閉三十分鐘。隔天投入溶媒，並將黑箱封閉三十分鐘。以此類推進行六天的實驗。第七天是測試階段，我們放入測試用的隔板，動物不再被授予任何藥物。紀錄動物在白箱及黑箱的滯留時間。如果動物對藥物產生喜好的效果，就會留在白箱的時間比較長。接著將白箱滯留時間減去黑箱滯留時間：CPP 得分的方式分析，如果是「正」值，我們則可判定其產生了藥物依存性。

【スライド 11】

実際に条件付けをした結果を示します。

大麻の精神活性成分Δ9-THC および、NPS である CP-55 の条件付けにより、CPP が発現します。また、右の表にありますように、NPS として流通した合成カンナビノイドは、すべて CPP が発現しました。

したがって、大麻および合成カンナビノイド CP-55 は精神依存性があると考えられます。

一方、CPP は CB1 受容体アンタゴニストの前処置により、完全に抑制されました。これらの結果から、大麻及び合成カンナビノイド CP-55 は、CB1 receptors を介して、精神依存を形成することが明らかになりました。

(11) 實際上的結果如投影片所示。

大麻精神活性成分 Δ^9 -THC, 以及 NPS 的 CP-55 這兩項不同條件下, 我們得到了 CPP 結果。如右表所示, 合成大麻素中都可發現 CPP。

由上可知, 大麻及合成大麻素 CP-55 都含有心理依賴性。

另一方面, 在 CB1 接收體被事前處置的情況下, CPP 效果則被完全抑制。由此可知, 大麻及合成大麻素 CP-55 是藉由 CB1 接收體為媒介, 形成心理依賴性。

【スライド 12】

これらの結果から、Conditioned Place Preference (CPP) method による解析は、短期間での評価が可能であり、NPS の薬物依存性を効率よく評価できることから、規制のための科学的データ収集に役立つ評価手法であると考えられる。

危険ドラッグ(合成カンナビノイド)の評価

●条件付け場所嗜好性試験

精神依存性: 合成カンナビノイドの精神依存形成において、カンナビノイドCB1受容体が重要である。
→合成カンナビノイドは、精神依存形成能を有し、大麻よりも強力であることが判明した。

本評価システムは、危険ドラッグの薬物依存性を効率よく評価できることから、規制のための科学的データ収集に役立つと考えられる。



(12) 從以上結果發現, 使用 CPP 方式, 可以得到短期間的评价結果, 且能有效率的判定 NPS 的藥物依存性, 因此我們可將 CPP 方式用於藥物管制的科學數據分析。

【スライド 13】

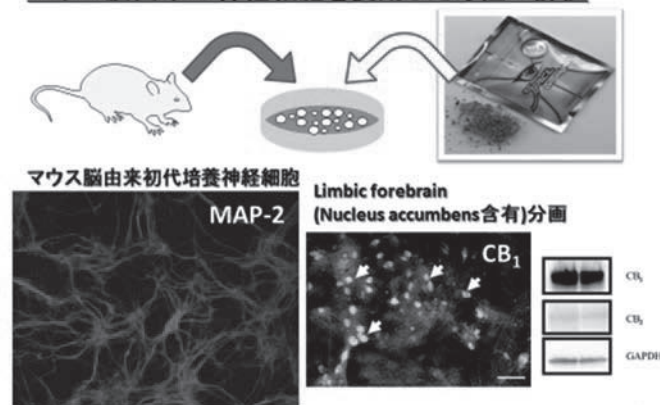
次に、合成カンナビノイドの細胞毒性の評価方法です。

我々は、マウス脳由来の神経細胞を使用した毒性の評価を実施しています。

まず、マウス胎児の脳サンプルから、初代培養神経細胞を作製します。写真で示しますように、作製した細胞の特性は、赤色の MAP2 陽性細胞および緑色の CB1 受容体の存在が確認されており、神経細胞に対する合成カンナビノイドの細胞毒性の評価に使用できることを確認しております。

(2) 合成カンナビノイドの細胞毒性評価

マウス脳由来の神経細胞を使用した毒性の評価



(13) 接下來，我們來看看合成大麻素細胞毒性的評價方法。

我們使用老鼠大腦神經細胞的毒性，進行毒性的評價實驗。

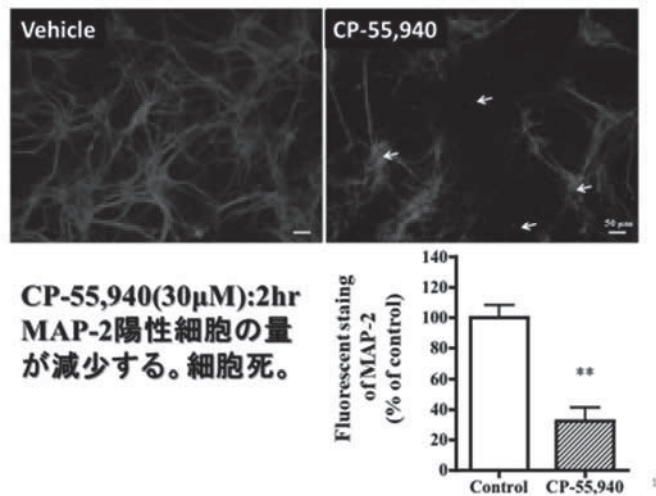
首先，利用老鼠胎兒的大腦樣本，製作第一代的培養神經細胞。如照片所示，製作出來的細胞特性中，我們確定了紅色 MAP2 陽性細胞及綠色的 CB1 接收體的存在。同時，也確定了這些細胞可利用於合成大麻素細胞毒性的評價分析。

【スライド 14】

このスライドは、MAP2 抗体により神経細胞を赤く染色した写真です。

マウス脳由来の初代培養神経細胞に、合成カンナビノイド CP-55 (30 μ M) を添加しますと、わずか 2 時間で MAP2 陽性細胞が減少しました。およそ 70% の神経細胞が死滅していることが判明しました。合成カンナビノイド CP-55 は、強力な細胞毒性を示すことが明らかになりました。

マウス脳由来初代培養神経細胞



(14) 在這張投影片，我們可以看到 MAP2 抗體將神經細胞染紅的照片。

如果我們將來自老鼠大腦的第一代培養神經細胞，添加入合成大麻素 CP55 (30 μ M) 的話，我們發現，只要兩小時，MAP2 陽性細胞就會減少。且，大約有 70% 的神經細胞會滅亡。可見合成大麻素 CP55 具有強而有力的細胞毒性。

【スライド 15】

同様に、死細胞由来のプロテアーゼを化学発光キットを使用して、解析したところ、合成カンナビノイド添加 2 時間以降で、有意な細胞毒性の発現が確認されました。右の表に示しましたすべての合成カンナビノイドで毒性の発現が確認されました。

マウス脳由来の初代培養神経細胞における化学発光キットを使用した解析法は、短時間で多数の薬物の毒性評価が可能であり、有用な毒性評価方法であると考えられます。

(15) 同様に、利用來自死細胞 Protease の化学発光體，進行解析，我們發現添加合成大麻素兩小時後，將出現細胞毒性。如右表所示，所有的合成大麻素都可發現毒性結果。

來自老鼠大腦的第一代培養神經細胞中的化學發光體，可以短時間得到大多數藥物的毒性評價，因此我認為，可將之視為一種有效的毒性評價方法。

マウス脳由来初代培養神経細胞

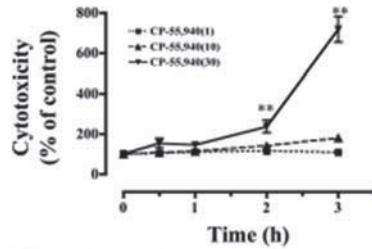


Table 1

	Synthetic cannabinoids (30μM)
	% Change
Control (Basal)	100 ± 3.2
JWH-210	419.2 ± 67.0**
CP-47,497	311.7 ± 24.6**
CP-55,940	191.0 ± 15.1*
JWH-203	255.4 ± 21.3**
JWH-018	169.1 ± 12.2*
CP-47,497-C8	233.2 ± 9.7**
AM2201	178.6 ± 7.9*
MAM2201	218.1 ± 21.3*
RCS-4	145.5 ± 2.5*

*P<0.05, **P<0.01 vs Control.

CytoTox-Glo Cytotoxicity assay

本分析法は、死細胞数を死細胞由来のプロテアーゼ活性化測定を原理とする。

Molecular imager (ChemiDoc-XRS, Bio-Rad)を用いて化学発光強度を解析した。

細胞はDMEM(-)に培養しCP55を濃度別に添加37°C/5%CO₂条件下で培養後解析を行った。

初代培養神経細胞を利用した毒性評価は有効

14

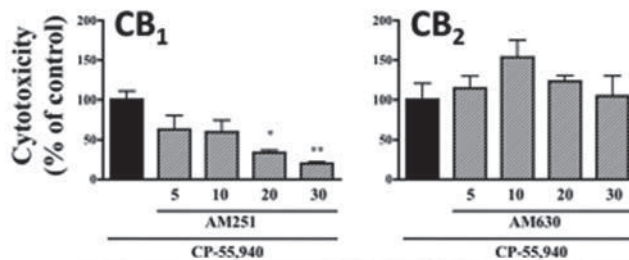
【スライド 16】

次に、合成カンナビノイドCP-55による細胞毒性につきまして、カンナビノイド受容体の役割について検討しました。合成カンナビノイドCP-55による毒性は、CB1受容体拮抗薬AM251の前処置により濃度依存的に抑制されました。一方、CB2受容体拮抗薬AM630の前処置では有意な影響が認められませんでした。

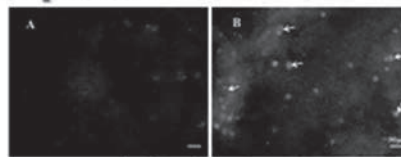
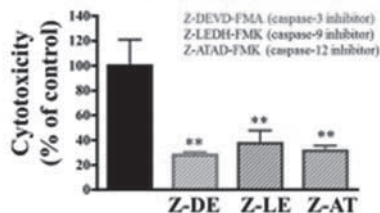
また、合成カンナビノイドCP-55による細胞毒性については、Annexin-V陽性細胞が確認され、caspase-3 inhibitor, caspase-9 inhibitor, caspase-12 inhibitorの前処置により、抑制されました。

以上の結果から、合成カンナビノイドCP-55の細胞毒性は、CB1受容体を介して発現しており、その発現メカニズムにはcaspase cascadeが関与していることが示唆されました。さらに、細胞死のメカニズムとしては、アポトーシスが誘発されていると考えられます。

マウス脳由来初代培養神経細胞



細胞毒性の発現にはCB₁受容体が重要である。



Annexin-V staining (green; arrows)

細胞毒性の発現にはカスパーゼ経路が重要である。15

(16) 接下來，有關合成大麻素 CP55 的細胞毒性，我們來看看大麻素接收體的功能。合成大麻素 CP55 的毒性，會因 CB1 接收體拮抗藥物 AM251 的事前投藥，濃度依存因而被抑制。另一方面，CB2 接收體拮抗藥物 AM630 的事前投藥則看不出有意的影響。有關合成大麻素 CP55 的細胞毒性，我們發現了 AnnexinV 陽性細胞，且因 caspase-3 inhibitor, caspase-9 inhibitor, caspase-12 inhibitor 的事前投藥，細胞毒性因而被抑制。

從以上結果我們發現，合成大麻素 CP55 的細胞毒性是以 CB1 接收體為媒介，且其發現機制是與 caspase cascade 有相關。同時也可能造成細胞死亡。

【スライド 17】

以上の結果から、合成カンナビノイドは CB1 受容体を介して精神依存が形成され、その強度は大麻より強力であることが示された。同様に、CB1 受容体を介して強力な細胞毒性を示すことから、NPS である合成カンナビノイドは乱用すると重篤な健康被害の発生が懸念されます。

危険ドラッグの乱用

●合成カンナビノイドの乱用により精神依存が形成されることが確認された。CB₁受容体
合成カンナビノイドは大麻の20倍強力な作用を示す。



●合成カンナビノイドは強力な細胞毒性を惹起する。CB₁受容体

合成カンナビノイド乱用は危険性が極めて高い！

16

(17) 由以上結果發現，合成大麻素是藉由 CB1 形成精神依存，其強度更勝於大麻。因此我們可以想像，如果濫用合成大麻素，將會對吸食者造成多麼嚴重的健康影響。

【スライド 18】

NPS などの薬物の有害作用の評価システムについてまとめます。

薬物の精神依存性については、Conditioned Place Preference (CPP) method による解析は、短期間での評価が可能であり、薬物依存性を効率よく評価できると考えられます。また、毒性の評価につきましては、マウス脳由来の初代培養神経細胞における化学発光キットを使用した解析法は、短時間で多数の薬物の毒性評価が可能であり、有用な毒性評価方法であると考えられます。

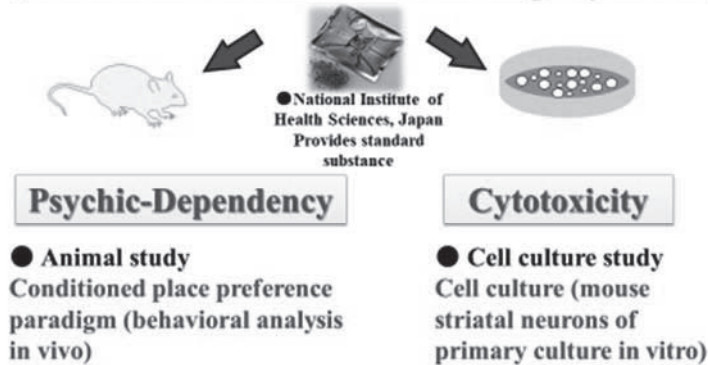
このように、動物実験と培養細胞による薬物の有害作用評価システムは、NPS などの薬物規制のための科学的データ収集に役立つ評価手法であると考えられる。

(18) 關 NPS 等藥物危害作用的評價系統，我們做出以下的結論。

有關藥物精神依存性，如果利用 CPP 的解析方法，可以有效率地評價藥物依存性。另外，有關毒性評價，來自老鼠大腦的第一代培養神經細胞中化學發光體的分析法，則可以短期間得到多數的藥物毒性評價，因此我們可視之為一種有效的毒性評價方法。

如以上所言，動物實驗及細胞培養所構成的藥物危害作用評價系統，對於 NPS 藥物的管制，應該是相當有幫助的評價手法。

Harmful-effects screening system

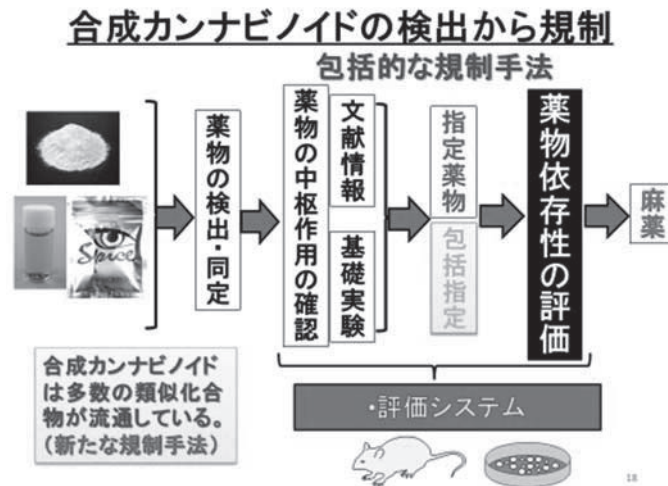


Provides scientific data for regulation

17

【スライド 19】

NPS である合成カンナビノイドは、基本の化学構造が類似している化合物が多いために、新たな規制手法を構築することが急務でした。そこで、動物実験と培養細胞による薬物の有害作用評価システムを応用して、化学構造が似ている合成カンナビノイドは一括で指定する包括指定の導入を検討しました。



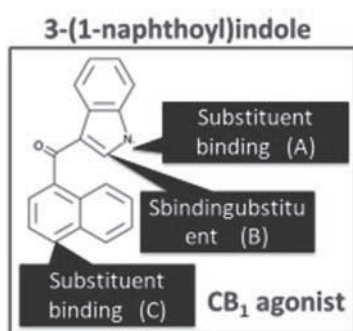
(19) 因為合成大麻素中有許多類似基本化學構造的化合物，因此我們的當務之急就是要建構一個新的管制手法。因此，我利用了動物實驗及細胞培養，將之應用於藥物危害作用評價系統裡，針對化學構造類似的合成大麻素，進行包括指定的導入。

【スライド 20】

現在までに個別で指定されてきた合成カンナビノイドの化学構造の例を示しております。これらの合成カンナビノイドの化学構造に着目しますと、3-(1-naphthoyl) indole を基本としたシリーズが存在することが判明しました。共通の特徴は、CB1 受容体に結合して、作用を示す点です。そこで、3-(1-naphthoyl) indole について、CB1 受容体への結合強度を検証してみますと、(A)、(B)、(C)それぞれの Substituent (置換部位)の構造が CB1 受容体への結合を制御する部位であることが判明しました。包括指定の導入のために、この3か所の構造と CB1 受容体結合強度を検証する手法について、検討しました。

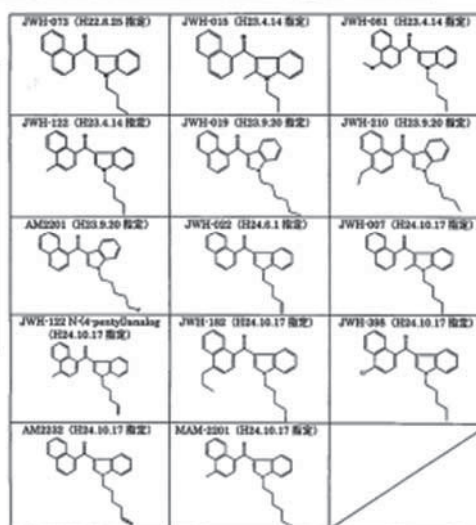
合成カンナビノイド
の「包括指定」

Comprehensive designation of
synthetic cannabinoid for legislation



We have focused on the chemical structure of 3-(1-naphthoyl)indole.

These three substituents have been reported as important for inducing CB₁ receptor agonist activities, so we investigated what substituents are central to the CB₁ receptor agonist activities.



19

(20) 目前為止，我們都是看個別指定的合成大麻素化學構造的例子。如果仔細看這些合成大麻素的化學構造，我們會發現 3-(1-naphthoyl)indole 為基本系列。其共通的特徵，在於他們會與 CB₁ 接收體結合，並產生作用。因此，我們檢證了 3-(1-naphthoyl)indole 對 CB₁ 接收體的結合強度，發現 (A) (B) (C) 各自的置換部位構造，就是制御 CB₁ 接收體結合的部位。為了導入藥物包括指定，我針對這三處構造與 CB₁ 接收體的結合強度，進行了以下的檢測方法。

【スライド 21】

合成カンナビノイドは、CB₁ 受容体を介して、依存性や毒性を示すことから、多くの薬物を検証するために、CB₁ 受容体発現細胞＝CHO-hCB₁ cell を作製しました。この細胞には、CB₁ 受容体が活性化すると蛍光発光する発光因子を遺伝子導入しました。

(21) 合成大麻素是藉由 CB₁ 接收體產生依存性及毒性，因此為了檢證大多數的藥物，我們製作了 CB₁ 接收體發現細胞 (CHO-hCB₁ cell)。在這個細胞裡，我們導入了一種發光因子，如果 CB₁ 接收體產生活性化，這個發光因子就會產生螢光發光。

【スライド 22】

CHO-hCB₁ cell を利用しますと、CB₁ 受容体作用薬である合成カンナビノイドはすべて、蛍光発光で検出が可能となり、蛍光の強さから、その有害作用の強度も推測可能となります。また、どのような化学構造であっても、CB₁ 受容体作用がある薬物については、網羅的に検出できるという利点があります。

(22) 利用 CHO-hCB₁ cell，我們發現 CB₁ 接收體作用藥物合成大麻素可以藉由螢光發光被檢測出來，且從螢光的強度，可以推測其危害作用的強度。另外，不管是哪種化學構造，有關 CB₁ 接收體有作用的藥物，皆可被檢測出來。

【スライド 23】

CHO-hCB1 cell に CP-55 を添加すると、このように緑色の蛍光発光が確認されます。また、この蛍光強度は、CP-55 の濃度依存的に増加しました。一方、CB2 受容体作用薬である JWH-015 では蛍光の増加は確認されませんでした。CHO-hCB1 cell を利用することで、合成カンナビノイドの CB1 受容体作用を解析できることが明らかになりました。

(23) 如果將 CHO-hCB1 cell 添加入 CP55 的話，可以發現出綠色的螢光發光。另外，這樣的螢光強度，會因對 CP55 的濃度依存度逐漸增加。另一方面，CB2 接收體作用藥物 JWH015 的實驗中，我們看不出來螢光增加的實驗結果。可見，如果利用 CHO-hCB1 cell 的話，我們可以解析出合成大麻素的 CB1 接收體作用。

【スライド 24】

合成カンナビノイドの包括指定につきましては、まず、3-(1-naphthoyl)indole=34 化合物について、既知の CB1 受容体活性値を利用して、QSAR 式を作製します。今回は、 $R=0.894$ という高い相関性が得られました。そこで、既知の CB1n 活性値を Table1 に記入し、空白の部分の予測値（赤字）を QSAR 式から計算します。この CB1 作用の推定値から、有害作用を示す危険性がある領域を決定しました。値を参考に新規の薬物を合成し、CHO-hCB1 cell を利用することで、合成カンナビノイドの CB1 受容体作用を検討しました。その結果、この赤い線で示す内側の領域が危険領域となりました。

(24) 有關合成大麻素的包括指定，首先，對於 3-(1-naphthoyl)indole=34 化合物，我們利用已知的 CB1 接收體活性值，設計了 QSAR 公式。結果，得到了 $R=0.894$ 的高相關性結果。因此，我們將已知的 CB1n 活性值記入 Table1，空白處的預測值（紅字）則以 QSAR 公式來計算。從 CB1 作用的推定值，來決定顯示危害作用的危險性領域。我們參考數值來合成新的藥物，並利用 CHO-hCB1 cell，檢測合成大麻素中 CB1 接收體的作用。其結果，我們以紅色的線來表示，紅線以內的區域屬於危險領域。

【スライド 25】

3-(1-naphthoyl)indole について、CB1 受容体への結合強度を検証してみますと、

(A) Substituent では 31 種類、(B) Substituent では 2 種類、(C) Substituent では 12 種類の置換基が有害作用を示すことが明確となりました。

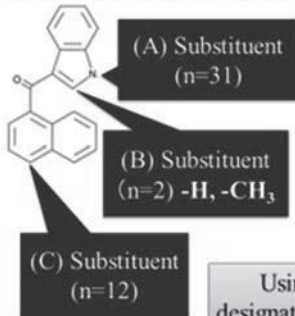
それぞれの組み合わせから、総計 775 種類の合成カンナビノイドが包括的に規制されるに至ったわけです。

(25) 有關 3-(1-naphthoyl)indole，我們檢測了其對於 CB1 接收體的結合強度，我們發現 (A) substituent 有 31 種，(B) Substituent 有兩種，(C) Substituent 有 12 種類の置換基會顯現出危害作用。

而從這些不同種類の相互組合，得到了共 775 種類の合成大麻素，我們可以針對這些合成大麻素進行包括性管制。

Range of Comprehensive designation

3-(1-naphthoyl)indole



(A) Substituent (n=31)
(B) Substituent (n=2) -H, -CH₃
(C) Substituent (n=12)

- Harmful screening system
- CHO-hCB₁ cells

We analyzed three substituents of 3-(1-naphthoyl)indole and evaluated the actions of 31 kinds of synthetic cannabinoid for A, two kinds for B, and 12 kinds for C.

The results suggested that all kinds of synthetic cannabinoids are CB₁ agents and carry a risk of abuse.

Using the combination of A, B, and C designations, we were able to regulate 775 kinds of synthetic cannabinoid.

【スライド 26】

最後に、NPSに関する現在の課題について、お話しします。NPSに関する問題としては、簡易検出手法が存在しない点が挙げられます。救急医療の現場や取締りの現場等でNPSの簡易検出は必須の技術であると考えられます。我々が着目している方法としては、先ほどもお示ししました細胞による解析です。

(26) 最後、我想簡單說明一下有關 NPS 今後的課題。目前對於 NPS 問題，並沒有簡易的檢測方法。然而，在急救醫療現場或取締現場，我認為 NPS 的簡易檢測方法是必須的技術。而經過以上的實驗，我們認為經由細胞解析的手法是有效的。

【スライド 27】

CHO-hCB₁ cell を利用しますと、CB₁ 受容体作用薬である合成カンナビノイドはすべて、蛍光発光で検出が可能となり、蛍光の強さから、その有害作用の強度も推測可能となります。また、どのような化学構造であっても、CB₁ 受容体作用がある薬物については、網羅的に検出できるという利点があります。

(27) 如果利用 CHO-hCB₁，我們發現 CB₁ 接收體作用藥物，即合成大麻素，皆可以藉著螢光發光被檢測出來。而從螢光的強度可以推測其危害作用的強度。另外，不管是哪種化學構造，對 CB₁ 接收體會產生作用的所有藥物，皆可以用這樣的方式檢測出來。

【スライド 28】

こちらに示します合成カンナビノイドについて、CHO-hCB₁ cell を利用して、蛍光発光の有無を検討しました。(A) (B) (C) (D) すべての合成カンナビノイドにおいて、蛍光発光が確認されました。合成カンナビノイドの化学構造に依存しない検出方法として有用であると考えられます。また、この蛍光強度は CB₁ 受容体結合強度と相関性がありました。

以上の結果から、合成カンナビノイドの化学構造に依存しない検出方法として CHO-hCB₁ cell を利用した検出法が有用であると考えております。

(28) 有關合成大麻素，我們利用 CHO-hCB1 cell，來檢測是否會產生螢光發光。結果發現 (A) (B) (C) (D) 所有的合成大麻素都會產生螢光發光的結果。因此我認為這樣的方法，可以作為不需依賴合成大麻素化學構造的一種有效檢測方法。另外，螢光強度也與 CB1 接收體結合強度有著相關性。

由以上結果發現，我認為利用 CHO-hCB1 cell 是一種有效的檢測方法，且可以不需要依賴合成大麻素的化學構造。

【スライド 29】

また、2014 年 4 月には、「指定薬物」の所持・使用に対しても、罰則をつけました。

しかし、これらの対策の効果が出る前に、2014 年 6 月、大事件が起きました。東京・池袋での「脱法ハーブ」使用者による自動車運転死傷事件です。7 人の死傷者を出しました。

この事件が契機となり、「脱法ハーブ」問題が国内最大の問題になりました。連日、新聞、テレビで報じられるとともに、国会でも大問題となりました。

政府が、「脱法ドラッグ」の危険性を喚起するために、「脱法ドラッグ」に変わる新呼称を国民から募ったのは、日本の歴史上、初めてのことだろうと思います。その結果、「脱法ドラッグ」は「危険ドラッグ」と呼ばれることになりました。

(27) 另外，在 2014 年四月，對於「指定藥物」的持有及使用，日本政府也定了罰則。然而，在這些對策發揮效果以前，2014 年的 6 月發生了一起大案件。在東京池袋，有人因為吸食了脫法植物系藥物，造成了交通傷亡事件。造成了七名死者傷患。因為這起事件，脫法植物系藥物成為國內最大的問題。接連好幾天媒體不斷播放，在國會也成為一個重大議題。

日本政府為了讓人民注意到這些「脫法藥物」的危險性，還向人民徵求新的藥物稱呼，這也算是一個創舉。最後才確定這些脫法藥物的新名稱為「危險藥物」。

【スライド 30】

まとめです。

新規精神活性物質 (NPS) の有害作用の評価方法について紹介いたしました。

(1) 薬物の依存性評価については、マウスによる CPP 法が有用であると考えられます。

(2) 細胞毒性の評価につきましては、マウス、脳由来の初代培養神経細胞による評価が有用であると考えられます。

(3) CHO-hCB1 細胞を利用した評価につきましては、有害作用の予測に利用できるとともに、合成カンナビノイドの高感度検出方法として期待できると考えられます。

(4) 包括指定は流通規制のために、極めて重要であると考えられます。

●簡易検出法との組み合わせ＝より効果的になるものと期待されます。

特定の NPS が規制されると、構造が異なる別の NPS が流通する状況が続いています。NPS の標的分子を利用した評価法は、NPS の化学構造に依存しない検出法として、応用可能であると考えられます。

また、簡易キットは危険性予測の指標として有用であり、NPS 流通と規制の「たちごっこ」を打破するための検査方法として期待しています。

(30) 以下為總結。

在以上的報告，我介紹了 NPS 危害作用的評價方法。


1. 有關藥物依存性評價，我認為利用老鼠的反應所得到的 CPP 方法是有效的方法。
2. 有關細胞毒性評價，我認為利用老鼠及其大腦的第一代培養神經細胞的評價方法是有效的。
3. 有關利用 CHO-hCB1 細胞的評價方法，除了可以用於預測對身體的危害作用，也可以作為合成大麻素高感度的檢測方法。
4. 有關藥物的流通管制，包括指定是相當重要的。與簡易檢測法的組合，將會是更有效果的方法。


如果只管制特定的 NPS，那麼構造有些許差異的 NPS 將會繼續在市面流通。如果採用 NPS 標的分子的評價法，則不需依賴 NPS 的化學構造，這樣的檢測方法在實際應用上應該是更為有效的。

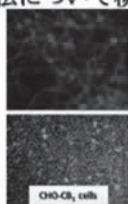
另外，簡易的化學發光體可作為危險性預測指標。同時也可解決目前 NPS 流通與管制方面的不足。

総括

新規精神活性物質 (NPS) の有害作用の評価方法について検討した。

(1) 依存性評価
CPP法：精神依存性 

(2) 細胞毒性
細胞毒性に初代培養神経細胞は有用 

(3) CHO-hCB1細胞を利用した評価
合成カンナビノイドの高感度検出方法として期待できる。 

(4) 包括指定は流通規制のために、極めて重要である。
●簡易検出法との組み合わせ＝より効果的になるものと期待される。

特定のNPSが規制されると、構造が異なる別のNPSが流通する状況である。NPSの標的分子を利用した評価法は、NPSの化学構造に依存しない検出法として、応用可能である。
簡易キットは危険性予測の指標として有用であり、NPS流通と規制の「いたちごっこ」を打破するための検査方法として期待できる。 22

最後に、本研究に携わった共同研究者の先生方に感謝申し上げます。

本日は、貴重な機会を与えていただき、感謝しております。どうもありがとうございました。



謝辞

栗原正明

(国立医薬品食品衛生研究所 有機化学部)

富山健一、大澤美佳、岩野さやか、庄司淑子

(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部)

遠藤伸昭、梶田敬太

(ナード研究所)

加藤重城、橋本美保

(プリマム 基礎研究所)

最後、我想在此向攜手合作本研究的老師們，致上我的感謝之意。

最後也非常感謝在場各位的聆聽，謝謝大家。

(特許申請中につき、一部のスライドは公開できないことをご理解下さい。)

日本での医療・司法の対応関係と今日的取り組み—SMARPP の導入

松本俊彦

国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 薬物依存研究部 部長

薬物依存症治療センター センター長

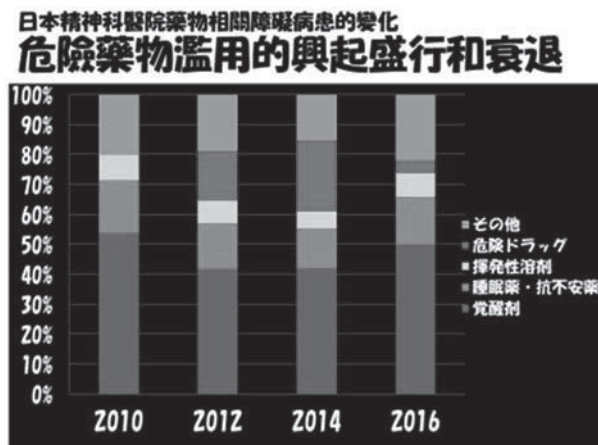
- ・ スライド1
- ・ ただいま紹介していただきました松本です。私は、最近、10年あまり前より、薬物依存症に対する集団認知行動療法プログラムの開発と普及に尽力してきました。私は、日本における薬物依存症の治療という観点から話をさせていただこうと思います。



大家好，我是剛才介紹到的松本。我從10年前開始，投入開發促進藥物依賴症認知行為團體治療課程，以及致力於該課程普及。我將從日本治療藥物依賴症的觀點來為大家說明。

- ・ スライド2
- ・ 本日、嶋根先生、和田先生、嶋根先生より、わが国における危険ドラッグ、すなわちNPSの問題に関して話題が提供されておりました。
- ・ そこで、私もまずはこのNPSから話を始めたいと思います。
- ・ スライドに示したグラフは、私ども薬物依存研究部が、ほぼ隔年で実施している薬物関連障害患者の実態調査の結果です。この調査は、国内で約1600ある日本国内の精神科病院で治療を受けている薬物関連障害の実態を、毎回調査対象とする時期を定めて、経年的にモニタリングするものです。このグラフは、調査で収集された薬物関連障害患者を、主乱用薬物ごとに分類し、それぞれの比率の推移を示したものです。
- ・ グラフの赤い部分が、本日話題になっているNPSです。このNPSは、2012年調査で忽然と出現し、様々な規制にもかかわらず、2014年調査ではさらにその比率を高めました。しかし、様々な規制強化などの取り組みの結果、NPSの流通は激減しました。そして、それに伴って、精神

科病院で治療を受ける患者数も急激に減少しました。そうした状況は、2016年調査におけるNPS乱用患者の比率低下として反映されています。



今天感謝嶋根醫師、和田醫師、嶋根醫師，說明了我國危險藥物，也就是NPS方面產生的問題。所以，我也打算從這個NPS開始說起。

投影片裡的圖表，是我們藥物依賴研究部隔一年實施一次的藥物相關障礙病患的實態調查結果。本調查是以在日本國內約1600間精神科醫院，接受治療的藥物相關障礙病患為對象，在規定的期間內，長時間監視調查對象。這個圖表依主要濫用藥物，分類調查蒐集到的藥物相關障礙病患資料，並畫出各類別佔有比率的變化。

圖表紅色部分就是今天的主題NPS。NPS在2012年調查中忽然出現，雖然制定了各種規範去限制它，其比率仍然在2014年調查時大幅度增加。然而，經由加強執行各種規範後，NPS流通率急遽降低。隨之而來，在精神科醫院接受治療的病人數也迅速減少。2016年調查結果中，NPS濫用病患比率變低，正是反映了剛才說的狀況。

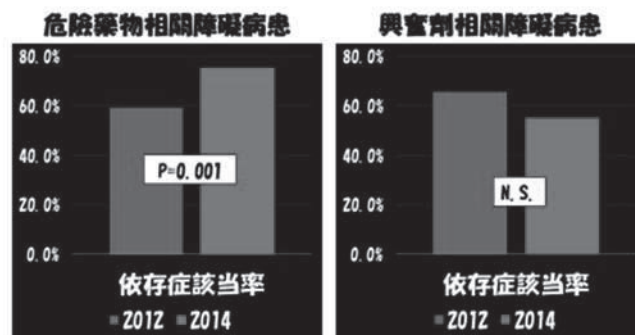
- ・ スライド3
- ・ さて、このグラフは、前に示したグラフから2012年調査と2014年調査の結果を取り出したものです。
- ・ 2012年から2014年にかけての2年間は、日本では2回の包括指定をはじめ、様々な規制強化が進められた時期と一致します。
- ・ 少なくとも2014年調査の時点では、こうした規制強化の取り組みにもかかわらず、NPS関連障害患者の比率は依然として増加傾向にありました。



這個圖表取自於前面圖表中，2012 年調查和 2014 年調查的結果。
 2012 年至 2014 年為止的 2 年，剛好和日本實施 2 次統一指定，加強各種規範的時期一致。
 2014 年進行調查時，雖然政府已經加強規範，但 NPS 相關障礙病患的比率依然持續增加。

- ・ スライド 4
- ・ この、2012 年と 2014 年の 2 つの調査年のあいだで、NPS 関連障害患者における、ICD-10 の「依存症候群」に該当する者の割合がどう変化したのかを検討してみました。比較対照として、同じ時期における覚せい剤関連障害患者における「依存症候群」該当者の割合の変化を示しています。
- ・ その結果はスライドのグラフから明らかなように、覚せい剤関連障害患者における依存症該当率は、この 2 年間で有意な変化を示していなかったにもかかわらず、NPS 関連障害患者における依存症該当率は有意に上昇していたのです。
- ・ この 2 年間、覚せい剤に関しては特に規制強化はなされていませんが、一方の NPS については、すでに述べた通り包括指定をはじめ、規制強化が行われています。それにもかかわらず、自分の意志ではもはや薬物使用を制御できない依存症該当者が増えているのです。この人たちは、NPS が規制によって違法薬物となっても薬物使用を続け、もしも NPS が入手困難となれば、別の依存性薬物の乱用へと向かうのではないのでしょうか？

2012~2014年 危険薬物「**依存症**」人数増加 (Matsumoto et al, PCN, 2016)



在 2012 年和 2014 年這 2 個調查年度之間，有試著去探討 NPS 相關障礙病患中，符合 ICD-10 「**依存症候群**」的人數佔有比率如何變化。對照組則是同一個時期裡，興奮劑相關障礙病患中，符合「**依存症候群**」病患佔有比率的變化。

從投影片的圖表可以非常清楚地看到結果，興奮劑相關障礙病患符合**依存症**的比率，在這 2 年裡並未出現明顯變化，但 NPS 相關障礙病患出現**依存症**比率，卻明顯上升。

雖然這 2 年裡並未特別加強規範興奮劑，不過 NPS 如同前面說到的，從統一指定開始，全面加強規範。但即使如此，無法依靠自己的意志，控制藥物使用的**依存症**病患仍不斷增加。這些人就算 NPS 被法律規範為違法藥物，一樣會繼續使用藥物，如果 NPS 難以取得，是否會轉而濫用其他會產生**依賴性**的藥物呢？

- ・ スライド 5
- ・ 実は、まさにこの点にこそ日本の薬物対策の重要な課題があるのです。
- ・ ご承知のように、国が薬物対策にとりくむ際には、車の両輪となるべき 2 つの対策の柱

があります。1つは、供給の低減、すなわち危険な薬物がコミュニティに流通しないように、厳しく取り締まる対策です。そして、もう一つは、需要の低減です。これは、「薬物を欲しがる人を減らす」対策を意味し、要するに、依存症の治療および回復支援です。

・ 日本の課題はまさにこの需要の低減対策が深刻に不足した状況がつづいておりました。薬物依存症に対する医療的資源は乏しく、薬物依存症に特化した構造化された治療プログラムもありません。そして、一般の精神科医療関係者は薬物依存症患者に対して強い忌避的感情を抱いています。



其實，這一點是日本藥物對策上，非常重要的課題。

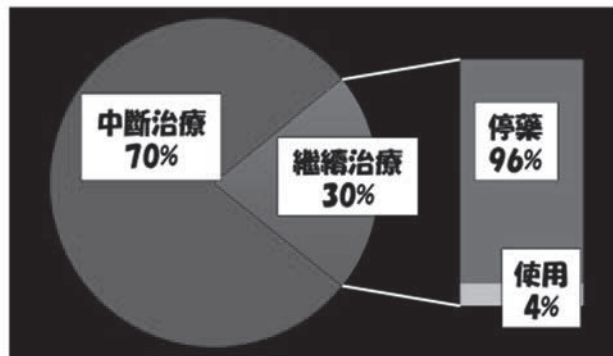
正如大家所知道的，國家在制定藥物對策時，以2個能夠相輔相成的對策為中心。1個是減少供應對策，也就是嚴格取締危險藥物，防止其流通至社區。另一個則是降低需求。這個對策是「減少想要服用藥物的人」，總而言之，就是治療依賴症並協助病患回復。

不過，日本執行降低需求對策的能力嚴重不足。不但欠缺治療藥物依賴症的醫療資源，同時也沒有針對藥物依賴症，制定一連串的治療計劃。而且，一般精神科醫療相關人員對於藥物依賴症病患，仍抱持著避之唯恐不及的態度。

- ・ スライド6
- ・ それでも、少数ながら薬物依存症の専門病院は存在し、専門的な医療サービスを提供してきました。
- ・ しかし、そこにも課題がありました。それは、治療からのドロップアウトが非常に多いということです。
- ・ グラフに示したのは、以前、私が勤務していた薬物依存症専門病院で行った調査結果の一部です。その病院に初診した覚せい剤依存症の、初診から三ヶ月後における治療継続状況を調べてみると、なんと70%が治療から離脱していました。たった3ヶ月で70%も、です。
- ・ さらに、3ヶ月後にも長を継続していた30%の患者について、初診から3ヶ月間、1回も覚せい剤を使わなかった者を調べてみました。すると、なんと96%が1回も覚せい剤を使っていなかったのです。たった3か月とはいえ、不気味なほどすぐれた治療成績です。
- ・ おそらくわずか3か月も薬物を我慢できずに、薬物に手を出してしまった患者は、医師からの叱責が嫌で、あるいは、医師から警察に通報されるのが怖くて治療から離れたのでしょうか。
- ・ しかし、より濃厚な支援が必要なのは、この治療早期にドロップアウトしてしまった70%の患者の方ではないでしょうか？ 事実、様々な学術的な研究は、依存症治療で最も重要なのは、地域における治療の継続性であることを明らかにしています。

藥物依賴症治療容易中斷

藥物依賴症專科外來病患初診3個月後的治療狀況



幸好還是有幾間藥物依賴症專科醫院，提供專業的醫療服務。

但是依然還是有問題必須解決。那就是開始治療之後，有很多病患會中途而廢。

圖表資料是以前在我任職的藥物依賴症專科醫院，進行調查後的一部分結果。調查到該醫院初診的興奮劑依賴症病患，從初診開始三個月後持續接受治療的狀況，結果想不到竟然有 70% 病患中斷治療。短短 3 個月的時間就多達 70%。

接著，調查 3 個月後仍持續接受治療的 30% 病患，從初診開始的 3 個月內，完全未使用興奮劑的狀況。後來結果揭曉，有 96% 那段期間裡完全未使用興奮劑。只不過 3 個月就擁有令人驚訝的優秀治療成績。

至於短短 3 個月無法忍受不服用藥物，受不了拿出藥物服用的病患，或許是不想被醫師責罵，或者害怕醫師向警察通報，所以才會中斷治療吧。

但是，需要更多協助的，不正是這批治療初期階段，就中斷治療的 70% 病患嗎？事實上，各種學術研究也都指出治療依賴症時，最重要的就是讓病患在地區持續接受治療。

- ・ スライド 7
- ・ このした状況を打破すべく、私が 2006 年から取り組んできた、薬物依存症に対する治療プログラムが、「SMARPP (スマープ)」と呼ばれる依存症集団療法です。この治療法は、米国で広く実施されている Matrix Model という、覚せい剤・コカインなどの中枢神経興奮薬の依存症に対する、統合的外来治療プログラムを大幅に改変したものです。



我從 2006 年開始投入研究，並推出能打破前面所提到的困境，且採取團體治療方式來醫治依賴症的藥物依賴症治療課程「SMARPP」。該治療法大幅度變更美國已廣泛實施的 Matrix Model 中，針對興奮劑・古柯鹼等中樞神經興奮藥物依賴症，所採取的統合外來病患治療課程內容。

- スライド 8

- SMARPP のコンセプトは、再乱用防止スキルトレーニングのかたちをとっています。薬物の欲求を刺激するトリガーを同定し、できるだけトリガーへの曝露を酒、万一トリガーに遭遇した場合には、それへの対処スキルを修得するというものです。たとえば、覚せい剤依存症患者の場合、覚せい剤を溶解する際に用いる 500ml のペットボトルの水、あるいは、外出先で覚せい剤を注射するために立てこもるコンビニのトイレや、デパートの障害者用トイレは、覚せい剤の欲求を思い出させるトリガーとなる人がいます。トリガーは人によって様々に異なりますが、グループ療法の場で話しあうことで、自分でも気づかなかったトリガーを発見したり、自分でも思いつかなかった対処スキルを知ることにも少なくありません。SMARPP のグループ療法においては、こうした発見や学びを、参加者が楽しみながら体験出来るように工夫をしています。

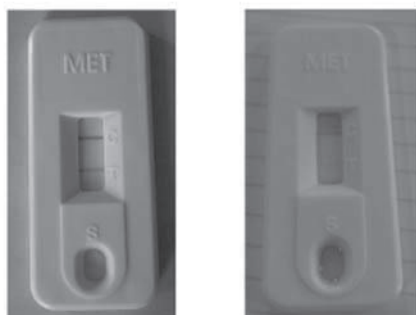


SMARPP の概念，是採取訓練技能的方式來防止再次濫用。找出會造成病患興起服用藥物念頭的刺激因子，儘可能讓病患學會不慎曝露、遇到該刺激因子，如何對應的能力。例如，刺激興奮劑依賴症病患，讓他們想要使用興奮劑的因素，有溶解興奮劑時會使用到的 500ml 瓶裝水，或是外出時為了注射興奮劑，而霸佔的便利商店廁所或百貨公司身障者專用廁所等。刺激因子每個人都不同，但團體治

療會讓大家互相討論，有不少人因此找出自己也未察覺到的刺激因子，或是知道自己未曾想到過的處理技巧。在 SMARPP 的團體療法中，特別花費心思讓參加者在遊玩之中，體驗到剛才所說的發現和學習。

- ・ スライド 9
- ・ 毎回のセッション終了時には、尿検査で覚せい剤使用の有無も調べます。ただし、覚せい剤の陽性反応が認められた場合にも、決して司法的な対応には用いず、あくまでも今後の治療のすすめ方について話し合うための題材とします。当然ですが、覚せい剤使用を叱責することはありません。むしろ陽性反応が出ることを知っていながら、セッションの場にやってきたことを称讃されます。

監視薬物使用 「Oh, 尿液～！」



每次討論會結束時都會檢查尿液，確認是否使用興奮劑。但是，即使興奮劑檢查呈現陽性，也絕對不會採取司法手段，最多也只會將它當作今後和建議治療者討論的話題。當然，也不會責罵使用興奮劑的人，反而會在他出現陽性反應後，仍然出席討論會時給予讚美。

- ・ スライド 10
- ・ SMARPP では、行動療法的なかわりが多用されています。その際、「望ましくない行動」に「罰」を与えるのではなく、「望ましい行動」に「報酬」を与えることが重視されます。そのような観点から、セッションに参加した者は全員飲み物やお菓子が提供されますし、プログラム 1 クール終了時には、参加状況に応じて表彰状を発行したりします。

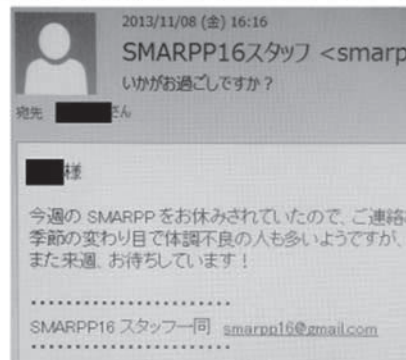
比起責罵，更應該「讚美」！



SMARPP 大量採用行動療法的概念。不是「處罰」他做出「不希望他做的行動」，而是重視在做出「希望他做的行動」時給予「嘉獎」。從此觀點出發，提供飲料和點心給所有參加討論會的人，並且在課程完成 1 個週期時，根據參加狀況頒發獎狀。

- ・ スライド 11
- ・ また、セッションを無断で欠席した人には、あらかじめ本人から教えてもらったメールアドレスにメールを出します。そのメールの内容は、決して欠席を咎めたり、叱責したり、直面化するものとはならないように注意している。むしろメールの文面は、現状を心配し、次回のセッションを待っていることを温かく励ますものとするように心がけています。

經由**官方**電子信件給予提醒

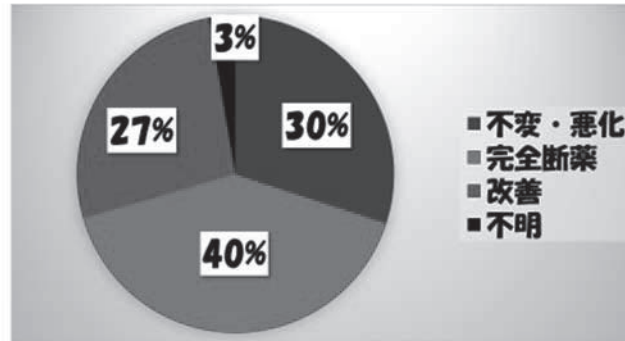


至於無故缺席討論會的人，會寄信到缺席者本人事先給我的電子信箱。編輯電子信件內容時，會特別注意不要責罵缺席、斥責或和其對質。內容主要是擔心他現階段的狀況、期待他參加下一次的討論會等，儘量溫馨、鼓勵他。

- ・ スライド 12
- ・ 私たちは、SMARPP1 クール修了後 1 年経過時点における転帰調査を行っています。それによれば、国立精神・神経医療研究センター病院薬物依存症外来初診後ただちに SMARPP に参加した覚せい剤使用障害患者のうち、1 クール修了から 1 年経過後の薬物使用状況は、初参加時よりも改善した者が 67%、1 年間完全断薬していた者が 40%でした。
- ・ 対象物質や治療環境の違いから単純な比較はあまり意味はありませんが、久里浜方式による 3 ヶ月間の入院治療プログラムを修了したアルコール使用障害患者の、「退院 1 年後の完全断酒率 27%」という数値と比べて高いといえます。
- ・ とはいえ、このような転帰調査をもって「SMARPP は効果がある」と断定するわけにはいきません。というのも、この調査で SMARPP 修了後 1 年間完全断薬していた患者のなかには、その後、覚せい剤を再使用して現在服役中の者がおり、その一方で、修了後 1 年経過時点で薬物乱用がむしろ悪化していた者でも、その後、5 年間以上の断薬を達成し、現在、民間リハビリ施設の職員となっている者もいるからです。
- ・ その意味では、薬物使用障害患者の予後や治療プログラムの効果を評価するうえで、わずか 1 年間という短いスパンでは判断できないといえるでしょう。

SMARPP 結束1年後, 7成獲得改善

~SMARPP 討論會 7成以上參加者才是重點~
(谷淵等八, 日本酒精・藥物醫學會誌, 2016)



我們在參加者完成 SMARPP 1 個週期經過 1 年後, 追蹤調查其後續狀況。根據調查結果, 前往國立精神・神經醫療研究中心醫院, 治藥物依賴症, 且初診結束就馬上參加 SMARPP 的興奮劑使用障礙病患之中, 完成課程 1 個週期經過 1 年後, 藥物使用狀況較初次參加時改善的人有 67%, 1 年裡完全戒斷藥物的人則有 40%。

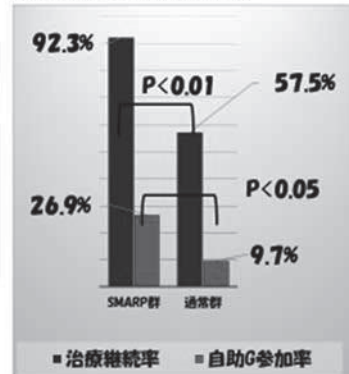
由於藥物種類和治療環境不同, 若只是單純比較也沒有什麼意義, 但仍然比採用久里濱方式, 完成 3 個月住院治療課程的酒精使用障礙病患「出院 1 年後完全戒酒的比率 27%」還高出許多。

雖說如此, 也無法憑藉後續追蹤調查結果, 就斷定「SMARPP 有效」。這是因為完成 SMARPP 課程後 1 年裡, 完全戒除藥物的病患之中, 有的人再次使用興奮劑, 現今正在服刑中, 不過, 也有人雖然完成課程後經過 1 年, 藥物濫用更加嚴重, 但之後花費 5 年以上的時間成功戒除, 目前在民間復健設施任職。

可以藉此成績評價藥物使用障礙病患預後狀況, 以及治療課程的效果, 但不應該憑藉那短短的 1 年, 就果斷做出結論。

- ・ スライド 13
- ・ それよりも私たちが強調したいのは、SMARPP の治療継続性の高さと、他の社会資源の利用率の高さです。
- ・ 私たちは、薬物依存症外来を受診した薬物使用障害患者を、重症度を一致させて、「通常治療群」と「SMARPP 群」との 2 群に分け、治療開始半年間における通院継続率、ならびに自助グループや民間リハビリ施設の利用率を比較しています。
- ・ この症例対照研究では、SMARPP 群では、通常治療群よりも治療継続性が高く、自助グループや民間リハビリ施設といった非医療的な社会資源の利用率が高いことが明らかにされています。
- ・ 一般に、薬物使用障害からの回復は、どの治療法を選択するかではなく、どのくらい長く治療を継続しているかに強く影響されるといわれています。そしてまた、より多くの社会資源にアクセスすることが治療継続性を担保するともいわれています。いいかえれば、薬物使用障害は糖尿病と同じような慢性疾患モデルで捉えられるべきであり、その治療の目標は、1~2 年といった短期的断薬ではなく、地域でのケアの継続性に置かれる必要があるのです。
- ・ その意味で、脱落率が低く、他の社会資源と出会う機会が多い SMARPP は、薬物使用障害の治療プログラムとして必須の要素を備えているといえるでしょう。

提高「持續性」 和更加長時間給予更多幫助息息相關 (松本班: H24年度(2012年) 厚生勞動科學研究報告書)



我們想要強調的是 SMARPP 治療持續性高，且利用其他社會資源的比率也高。

我們找了同樣接受藥物依賴症治療，且病症程度一致的藥物使用障礙病患，將他們分類為「一般治療組」和「SMARPP 組」2 大組，比較 2 組開始治療起半年裡持續就診率，以及利用自助團體和民間復健設施的比率。

在該病例對照研究中，SMARPP 組治療持續性比一般治療組高，利用自助團體和民間復健設施等非醫療性質社會資源的比率，也比一般治療組高。

一般而言，擺脫藥物使用障礙、順利康復，和採用哪種治療法無關，而是深深受到治療能持續多久所影響。當然，可以利用到更多社會資源，也能夠確保治療持續性。換句話說，應該將藥物使用障礙，視為和糖尿病一樣屬於慢性疾病的一種，其治療目標並不是 1~2 年短期戒除，而是必須將重點放在能否在地區內持續受到照護。

這代表者中斷比率低、遇到其他社會資源機會高的 SMARPP，具備了作為治療藥物使用障礙相關課程所必備的要件。

- ・ スライド 14
- ・ SMARPP は、藥物使用障害を抱える当事者だけでなく、援助者に対する効果もあります。
- ・ 私たちの研究では、このプログラムの運営に関与することで、医療機関スタッフの藥物使用障害に対する知識や対応への自信が高まり、藥物使用障害患者に対する陰性感情が低減されることも明らかにされています。

協助者發生變化

(高野等人, 日本酒精・藥物醫學會誌, 2014)



使用 Drug and Drug Problems Perception Questionnaire: (測試對藥物依賴病患的態度 and 知識) 日語版本, 分成「SMARPP 參加組」和「未參加組」, 比較半年裡態度有什麼變化 → 參加課程組對藥物依賴者的態度漸趨正面。

SMARPP 除了出現藥物使用障礙的當事人之外，對於從旁協助者亦有一定的效果。

根據我們的研究，醫療機關人員參與經營課程，能提高自己對藥物使用障礙的認知，以及處理事情的自信，同時也降低其對藥物使用障礙病患負面的情緒。

- ・ スライド 15
- ・ 2018 年 6 月末時点で、SMARPP もしくは SMARPP をベースにしたプログラムを用いて薬物使用障害の治療を行っている施設は、全国の医療機関 37 箇所、保健・行政機関 36 箇所にまで広がっています。この数は、いまだ不十分とはいえ、2006 年以前には想像できなかった水準です。
- ・ また、SMARPP を範とする「依存症集団療法」は、2016 年に医療保険の給付対象となりました。日本の医療保険の歴史のなかで、薬物使用障害に特化した医療技術が医療保険給付の対象となるのは、これが初めてのことでした。



採用 SMARPP，或是以 SMARPP 為基礎編排課程，來治療藥物使用障礙的設施，到 2018 年 6 月底為止，全國有 37 間醫療機關、36 間保健・行政機關。我知道這樣的數量仍然偏低，但已經達到 2006 年以前完全無法想像的水準。

另外，以 SMARPP 為範本的「依賴症團體治療」，2016 年起適用醫療保險給付。這是日本醫療保險發展至今，第一次將針對藥物使用障礙的醫療技術，納入醫療保險給付適用範圍裡。

- ・ スライド 16
- ・ くりかえしになりますが、薬物対策は、供給断絶と需要低減の 2 つの対策が車の両輪となって機能することが重要です。
- ・ わが国は取り締まりに関しては国際的にもトップクラスの水準にありますが、問題は治療や回復支援です。これについては、先進国でも最低水準といわざるを得ません。しかし、SMARPP の登場により、ようやくわが国は公式なかたちで「需要の低減」対策に着手しはじめたこととなります。
- ・ いずれにしても、薬物依存症には、糖尿病と同じく慢性疾患としての特徴があります。どこかである時期、すばらしい治療を受けたとしても、その治療は継続されなければ意味がない病气、すなわち、薬物依存症は、「治療の貯金ができない病气」です。現在、保護観察所や少年院で実施されている薬物再乱用防止プログラムも、私たちが監修して SMARPP をベースにしたものに改変されています。このようにして、司法機関、医療機関、地域の支援機関で一貫したケアが提供される状況が国内のすみずみに浸透させていくことが必要であると考えています。
- ・ 私からの発表は以上です。ご静聴どうもありがとうございます。



**依賴症治療效果是無法儲存的
不讓病患孤立一人、
持續接受治療才是最重要的。**

這邊在重說一次，藥物對策最重要的，就是阻斷供應和降低需求這 2 個對策，必須要相輔相成。

我國取締藥物的水準已經是國際頂尖，問題在於治療和協助回復。老實說，這一部分連已開發國家的最低水準都達不到。但 SMARPP 登場後，我國終於正式開始實施「降低需求」對策。

無論如何，藥物依賴症特徵之一，就是和糖尿病一樣屬於慢性疾病。即使在某個時期前往某個地方，接受非常棒的治療，只要該治療無法持續下去就完全沒有意義，這代表藥物依賴症是「無法儲存治療效果的疾病」。現在保護觀察所和少年院實施的防止再次濫用藥物課程，也是由我們負責監修，根據 SMARPP 修訂課程內容。我認為必須讓司法機關、醫療機關、地區性支援機關提供相同照護的情況，滲透至全國各個角落才行。

以上是我發表的內容。感謝各位的聆聽。

A Merry Mind on Methadone Maintenance!

Treatment of heroin use disorder in Taiwan

Wei, Han-Ting MD.

Taipei City Hospital, Linsen, Chinese Medicine, and Kunming Branch and

Kunming Prevention and Control Center

July 17th, 2018

Abstract:

Heroin dependence is a brain disorder that requires proper bio-psycho-social treatments. Methadone or buprenorphine along with behavioral changes are critical in the recovery process.

In 2005, an outbreak of HIV infection among injecting drug users were noted in Taiwan. Therefore, the Ministry of Health and Welfare started to promote the harm reduction program along with the introduction of methadone substitution therapy.

The number of new HIV/AIDS cases among drug addicts has dropped from 2,420 cases (71.6% of HIV infections) in 2005 to 82 cases (3.5%) in 2015 years. Substitution treatments have achieved remarkable results in controlling the epidemic of AIDS and the abuse of heroin. Annual seizures of the first-class drug users have also declined from 65.8% from 47,580 in 1996 to 16,285 in 2015.

However, there are still misconceptions over methadone maintenance treatment (MMT) which include: MMT is intended primarily for detoxification, one could be completely detoxified and quit using methadone after using it for 2-3months, MMT is not a long-term or even lifetime treatment, and one should attempt to reduce its treatment dosage as methadone is harmful to one's health

Therefore, future perspectives of MMT quality improvement may include: guest dosing services, providing mental health services among patients under MMT, empowerment of self-efficacy of the patients under MMT, public Education and de-stigmatization of substance use disorders and treatment services such as MMT services, strengthening the professional capability of MMT caregivers, strengthening the service care for treating comorbid medical illnesses, prevention of accidents such as traffic accidents or falls, collaboration of professions, such as collaboration of Tradition Chinese Medication professionals, and provide treatment services such as MMTs provided in prisons.



A Merry Mind on Methadone Maintenance!

Treatment of heroin use
disorder in Taiwan

Wei, Han-Ting MD.

Taipei City Hospital

Linsen, Chinese Medicine, and Kunming Branch

Kunming Prevention and Control Center

July 17th, 2018

1

- **Taipei City Hospital**
- **Linsen, Chinese Medicine, and Kunming Branch (Clinical)**
- **Kunming Prevention and Control Center, KPCC (Public Health)**
- First specialized STD clinic (1968) and HIV/STD clinic (1988) in Taipei
- Located in the Ximen area (Downtown Taipei, Kunming street)



2

Methadone Clinic of Taipei City Hospital, Linsen, Chinese Medicine, and Kunming Branch



持續治療 遠離危害 穩定進步

臺北市立聯合醫院 林森中醫昆明院區 / 昆明防治中心

- *This logo is a symbol of stabilization and serenity under the treatment of the medicinal liquid: methadone. It is designed to encourage the patients to maintain treatment and stay away from harm of heroin!*

3

A fast glance on Methadone Maintenance Treatment(1/2)

- Heroin use disorder (Heroin dependence) is a brain disorder that requires proper bio-psycho-social treatments.
- Methadone or buprenorphine along with behavioral changes are critical in the recovery process.
- The use of methadone is not only for the means of relieving opioid withdrawal symptoms or detoxification.
- Methadone maintenance treatment must be maintained in a long-term or even life-long schedule. The major treatment goal is to maintain heroin abstinence.
- The dose of Methadone need to be maintained appropriately. The higher the dose (>60mg per day), the more effective it is to control opioid craving.



Wei, Han-Ting MD.

A fast glance on Methadone Maintenance Treatment(2/2)

- Appropriate methadone maintenance treatment with clinical follow-ups is safe! Pregnant women can take methadone if under intensive clinical monitoring.
- Dosage fluctuation may lead to an interruption of treatment and risk of heroin relapse.
- Abrupt dosage reduction is not a success. An indicated dosage increase is not a failure.
- Methadone significantly decrease mortality rate and is a life-saving and life quality improving treatment.



Wei, Han-Ting MD.

Outline

1. 10-year experience of Methadone Maintenance Treatment in Taiwan
2. Clinical considerations of Methadone Maintenance Treatment
3. Future perspectives



Wei, Han-Ting MD.

伴你，找回人生主控權
【替代治療十週年特輯】



**The 10th Anniversary of
Taiwan Methadone
Maintenance Treatment:
Finding back the control
of your life
(A memorial report from
the Global Views
Magazine)**



7

Wei, Han-Ting MD.

To toast on Methadone Maintenance Treatment in Taiwan for 10 years

替代治療 十年有成
10 years of success!

新北精神科醫師

陳時中

用人道矯治
解救被毒品綁架的人
To save those who were
kidnapped by drugs

新北精神科心理及口腔醫學科可親

譚玉中

跨部會合作的成功一仗
A collaboration of the
government system.

輔政法人財光與大廳紀念醫院院長

侯勝茂

建立多元配套
對抗多樣化藥物

高雄醫學大學藥學研究所長

李志恆

To provide a variety of
treatment models



8

Wei, Han-Ting MD.

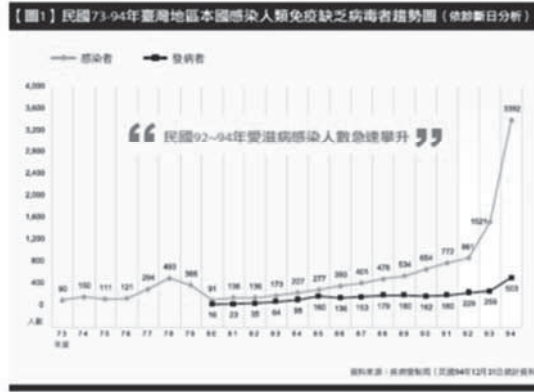
Methadone Maintenance Treatment in Taiwan for 10 years



- In 2005, An outbreak of HIV infection among injecting drug users were noted in Taiwan. Therefore, the Ministry of Health and Welfare started to promote the harm reduction program along with the introduction of methadone substitution therapy
- The number of new HIV/AIDS cases among drug addicts has dropped from 2,420 cases (71.6% of HIV infections) in 2005 to 82 cases (3.5%) in 2015 years. Substitution treatments have achieved remarkable results in controlling the epidemic of AIDS and the abuse of heroin.
- Annual seizures of the first-class drug users have also declined from 65.8% from 47,580 in 1996 to 16,285 in 2015.

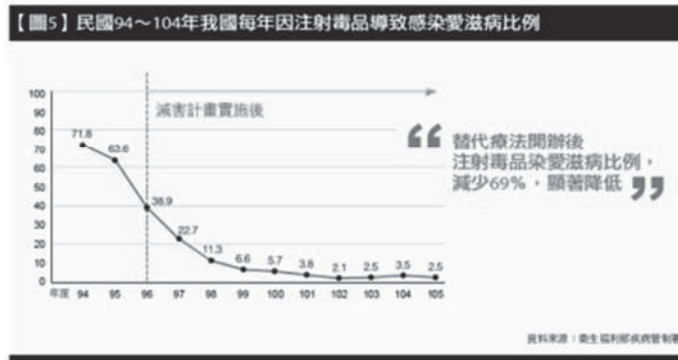
9

The outbreak of HIV among Intravenous drug users in 2005



10

The outbreak of HIV among IDUs had been controlled after MMT was introduced



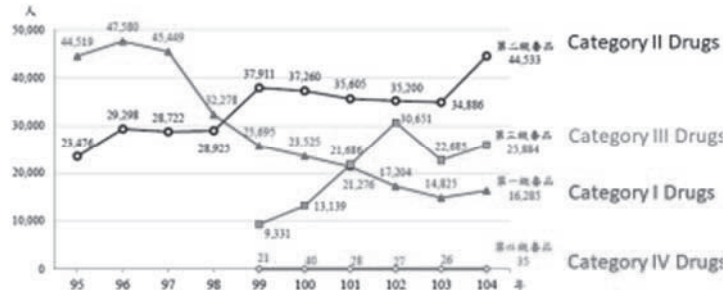
11

Drug Categories in Taiwan

Category	narcotics
I	Cocaine, Heroin, Morphine, Opium...
II	Cannabis, Codeine($\geq 5.0\text{gm}/100\text{ml}$ or 100gm), LSD, GHB, Methadone, (Meth)Amphetamine, MDMA
III	Buprenorphine, Brotizolam, Codeine($\geq 1<5\text{gm}/100\text{ml}$ or 100gm), FM2, Ketamine, Triazolam
IV	Alprazolam, Codeine ($<1\text{gm}/100\text{ml}$), Ephedrine, Lorazepam, Nitrazepam, Zolpidem

Drug Trends in Taiwan

圖 4、查獲毒品施用偵查新收人數



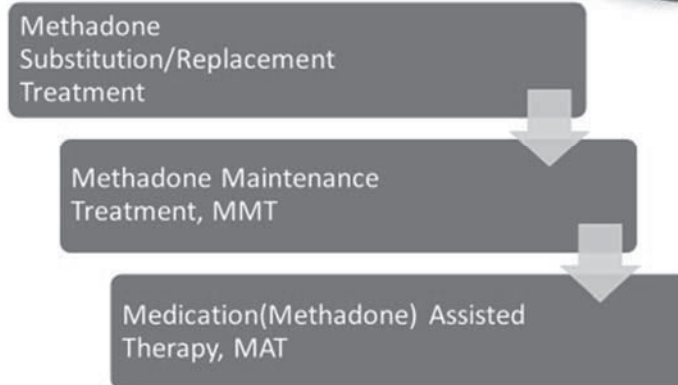
說明：1.第一、二級毒品施用查獲人數為地方法院檢察署偵查新收人數，第三、四級毒品施用則為警察機關查獲施用或持有未滿 20 公克人數。
 2.98 年 5 月 20 日修正公布(同年 11 月 20 日施行)毒品危害防制條例第 11 條之 1，對施用或持有第三、四級毒品未滿 20 公克者裁處行政罰鍰，並命其參加毒品危害講習之規定。

Analysis of drug situation in 2016.06 in Taiwan

13

Quality Improvement among treatment of opioid use disorder

Wei, Han-Ting MD.



14

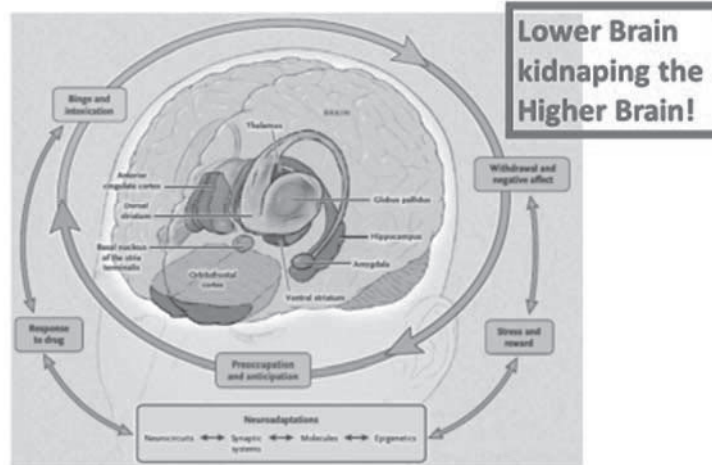
Wei, Han-Ting MD.

Outline

1. 10-year experience of Methadone Maintenance Treatment in Taiwan
2. Clinical considerations of Methadone Maintenance Treatment
3. Future perspectives



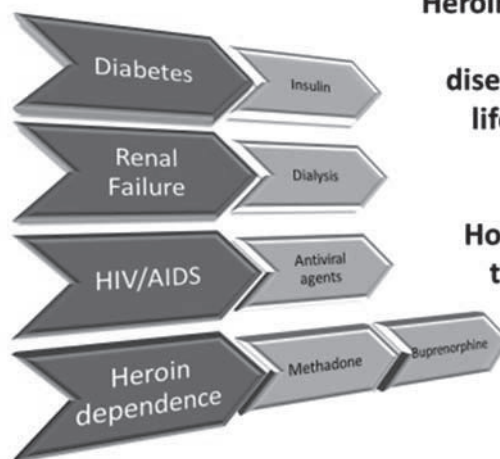
Addiction is a brain disease



N ENGL J MED 374:4 NEJM.ORG JANUARY 28, 2016

Appropriate strategies on treating heroin use disorder

- **Heroin use disorder is a chronic brain disease that may last lifelong with high mortality!**
- Chronic heroin use may result in brain damages that cause dysfunction over cognition, emotions, personality, judgment, and impulse control.
- In order to maintain heroin-abstinence, appropriate strategies such as methadone or buprenorphine treatment are indicated.
- A relapse of heroin use is not just a weakness of mind and will! It is a symptom of poor disease control over heroin use disorder.

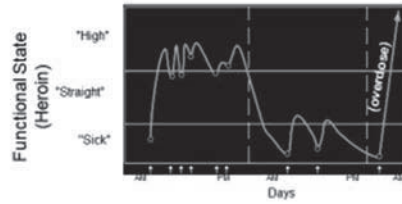


Heroin use disorder is a chronic brain disease that may be lifelong and cause high mortality!

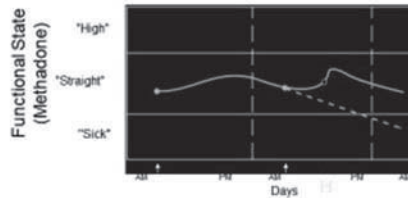
However, It can be treated! And the treatments are effective!

Heroin and Methadone differ greatly in drug properties

Heroin cause physical and mental instability



Methadone, instead of heroin, tend to stabilize the body and mind



Dole, Nyawander and Kreek, 1966; Kreek et al., 1973; 1976; 1977; 1979; 1982; Inturrisi et al, 1973; 1984

Taipei City Hospital Methadone Outpatient Clinic

- Opens 365 days per year
- Opens in holidays and in typhoons
- Close to the needs of patients
- Independent elevator and exits
- Morning and afternoon services
07 : 30 ~ 08 : 30
12 : 30 ~ 20 : 00

- Taipei City Government Service Quality Award in 2013
- SNQ National Quality Award in 2017



20

Iris Recognition technology



(1) Patient enters the station



(2) Using the iris recognition technology for patient identification



(3) Confirming the dosages



(4) Confirming that the patient takes the drug at the station



(5) Discard the cup to the recycling bin



(6) Confirming that the drug has been swallowed



(7) Signature on prescription paper



(8) The patient leaves the station



21

Harm Reduction: Needle-Syringe Program

The Sharps Collectors of the NSP↓



The educational package of the NSP↓



Syringe vending machine

4 Common misconceptions of MMT

1. MMT is intended primarily for detoxification
2. One could be completely detoxified and quit using methadone after using it for 2-3months
3. MMT is not a long-term or even lifetime treatment
4. One should attempt to reduce its treatment dosage as methadone is harmful to one's health

- These misconceptions are common!

Addictive Behaviors 37 (2012) 657–662

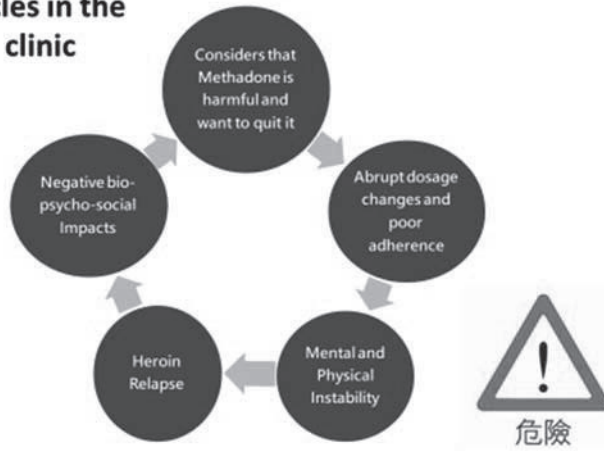


Misconceptions from the patients

- *"Methadone is addictive! It is really annoying to go too the station and take methadone every day. It really sucks!"*
- *"I want to cut the dose of methadone as fast as I can in order to quit it!"*
- *"Methadone is too toxic and it harms my body. How can this small cup of medication easily ease my heroin craving! It must be extremely harmful!"*
- *"I want to stop both heroin and methadone!"*



Common Vicious Cycles in the clinic



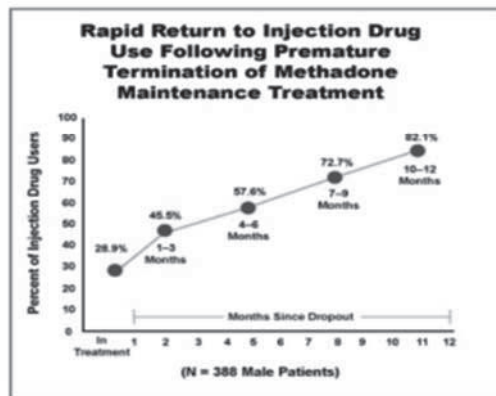
Long-term effects of MMT

- A meta-analysis in China (N=30239) revealed that arrest rate, rate of drug selling, rate of selling sex for drugs and drug-related crime decreased after 6 and 12 months of MMT intervention
- The rate of employment of clients and the proportion of clients having a good relationship with their family increased.
- MMT has significantly reduced criminal activity, and improved employment rate and social well-being.

Sun H-M, et al. BMJ Open BMJ Open. 2015 Jan 8;5(1):e005997.

26

Premature Termination of MMT may result in relapse of heroin use



27

Dosage considerations among MMT

- When the dosage of Methadone exceeds 60 mg, the positive rates for urine drug tests among IDUs is significantly lowered.
- The higher the dose of Methadone, the better the treatment effectiveness will be which include negative rate of drug urine, lower mortality, higher participation rate and employment rate
- Common side effects of methadone may include constipation, insomnia, and drowsiness, while excessive dosage with concurrent heroin use may result in respiratory failure
- Appropriate dosage for MMT (60-120 mg/day) within 10-14 year follow-ups does not cause severe organ damage

S.G. Sullivan et al. / Drug and Alcohol Dependence 133 (2013) 427-432

28

Wei, Han-Ting MD.

Experiences from the Central Taiwan

- Patients with higher methadone dosages maintain in longer treatment periods
- Older patients and patients with a longer history of heroin dependence maintain in longer treatment periods
- Dosage fluctuations are important precursors to the interruption of MMT, while intense dosage changes often lead to termination of MMT
- (N=1944)

Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei) Vol. 29 No. 4 2015

29

Wei, Han-Ting MD.

The mean dosage of Methadone is about 50mg/day

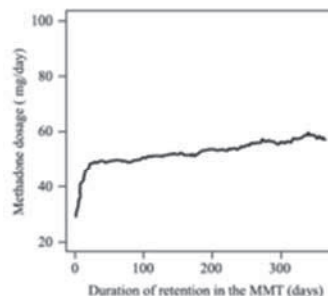


Figure 3. The average daily dosage of methadone in the duration of the methadone maintenance treatment. The average daily dosage of methadone was 49.97 ± 25.8 mg in the whole cohort. The average daily dosage was gradually increased with methadone duration.

Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei) Vol. 29 No. 4 2015

30

Intense dosage fluctuations may result in MMT discontinuation

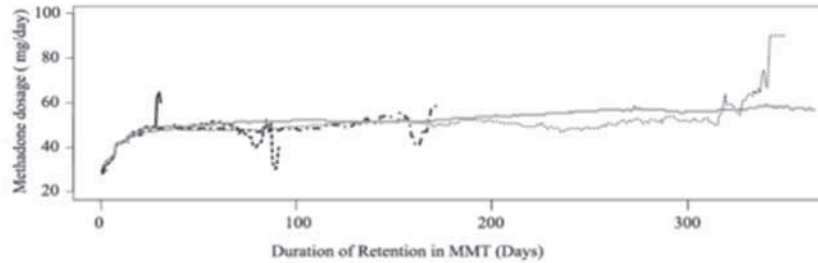


Figure 4. Methadone dosage change and methadone duration in each group. The curve of methadone dosage of each group showed unstable dosage before the termination of the MMT. The unstable dosage of methadone of each group before withdrawal was clearly seen. — the < 30-day group; ----, the 31-90-day group; ····, the 91-180-day group; - · - ·, the 181-360-day group; and — — —, > 361-day group.

Empowerment of patients under MMT

- **Stability is the greatest progress! Abrupt dosage fluctuations may result in heroin relapse!**
- When there is a relapse, discuss with your doctor or case manager!
- Schedule methadone into a part of your life:
Take methadone while you walk your dogs
Take methadone while you go to the market
Take methadone after your work
- Affirm and reward yourself for your efforts!
- MMT is not a secret that you can't tell!



Methadone Man Buprenorphine Babe



Challenges among Buprenorphine use

- Buprenorphine may be convenient and improves life quality, however, clinical challenges are still noted:
 1. Inappropriate drug induction may cause adverse effects such as precipitated withdrawal symptoms
 2. Inadequate dosage may lead to a failure of maintenance treatment and heroin relapse
 3. Lacking of medication assisted treatments may lead to a failure of drug maintenance
 4. Higher costs



Wei, Han-Ting MD.

Outline

1. 10-year experience of Methadone Maintenance Treatment in Taiwan
2. Clinical considerations of Methadone Maintenance Treatment
3. Future perspectives



Wei, Han-Ting MD.

Future perspectives (1/2)

1. Guest dosing (Cross-regional methadone services) in Taiwan (Starting in 2016)
2. Mental health services among patients under MMT (Treatment of insomnia, depressive disorders, anxiety disorder, suicide prevention, etc.)
3. Empowerment of self efficacy of the patients under MMT
4. Public Education and De-stigmatization of substance use disorders and treatment services such as MMT services



Wei, Han-Ting MD.

Methadone Guest Dosing services has been launched in 2016 in Taiwan, which enables patients to work, travel, and visit family or friends around the country without MMT discontinuation

37



Wei, Han-Ting MD.

With **Methadone Guest Dosing** services, You can travel all around Taiwan without discontinuation of MMT!

38

Wei, Han-Ting MD.

Future perspectives (2/2)

5. Strengthen the professional capability of MMT caregivers
6. Strengthen the service care for treating comorbid medical illnesses such as hepatitis B/C, HIV/AIDS, soft tissue infection, chronic pain, etc.
7. Prevention of accidents such as traffic accidents or falls
8. Collaboration of professions, such as collaboration of Tradition Chinese Medication professionals
9. Treatment services such as MMTs provided in prisons

39

Innovative Services Combination of TCM/MMT

- The Merry Mind Treatment (MMT) Special Clinic is a combination of Tradition Chinese Medication and MMT every Friday evening since 2016
- TCM provides treatment for comorbid illnesses such as chronic constipation, pain, anxiety, insomnia, liver disease and is highly appreciated by the patients
- Acupuncture and ear acupuncture was also introduced
- TCM improve the quality of the patients under MMT and had won the 2017 SNQ National Quality Award

40



Wei, Han-Ting MD.

BMJ

CASE REPORT

Traditional Chinese medicine-facilitated treatments may relieve anxiety symptoms during drug switching from methadone to buprenorphine/naloxone for treating opioid dependence

Kai-Chiang Yu,^{1,2} Han-Ting Wei,³ Yuh-Hsiang Yeh,¹ Chung-Hua Hsu^{1,2}



Yu K-C, et al. *BMJ Case Rep* 2017. doi:10.1136/bcr-2017-220815

42

Wei, Han-Ting MD.

Keys indicators for MMT Quality Improvement

To improve the quality of the MMT services, the key indicators may be :

1. Performance of Medication Assisted Therapy
2. Regular urine drug tests
3. Regular hepatitis and HIV/AIDS tests
4. Treatment of comorbid medical/mental illnesses
5. Hepatitis C treatment and referral
6. Promotion of MMT attendance



Wei, Han-Ting MD.



A Merry Mind for Methadone Maintenance

Thank you very much!

Wei, Han-Ting MD.
daw91@tpech.gov.tw



Ⅱ：分担研究報告

研究 6

精神保健福祉センターにおける家族心理教育プログラムの普及と評価に
関する研究

精神保健福祉センターにおける家族心理教育プログラムの 普及と評価に関する研究

分担研究者：近藤あゆみ（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）
研究協力者：白川教人（全国精神保健福祉センター長会常任理事依存症対策担当）
石田恵美（千葉県精神保健福祉センター調査研究課）
大上裕之（堺市こころの健康センター）
加賀谷有行（KONUMA 記念広島薬物依存・地域保健研究所/瀬野川病院）
酒井ルミ（兵庫県精神保健福祉センター）
佐藤嘉孝（岡山県精神科医療センター作業療法班）
松岡明子（広島県立総合精神保健福祉センター地域支援課事業調整員）
室屋亜希子（鹿児島県精神保健福祉センター）
森由貴（香川県精神保健福祉センター）

【研究要旨】

【目的】精神保健福祉センター及び医療機関を利用する家族に対して個別相談や家族心理教育プログラムを提供し、その効果評価を行うことを本研究の目的とする。

【方法】平成 29 年 9 月から平成 30 年 7 月までに精神保健福祉センター及び医療機関を訪れ、研究参加に同意登録した 74 名に対して、登録時、登録後 6 ヶ月、登録後 1 年の 3 時点における自記式アンケート調査への回答を依頼した。そのうち、登録時及び登録後 6 ヶ月時の情報が得られた 60 名について 2 時点の前後比較を行うことで家族支援及び家族心理教育プログラムの効果評価を行ったので、その結果を報告する。

【結果及び考察】家族の健康状態については、国民標準値と比較すると対象者の精神的健康状態は不良であることが示された。前後比較を行った結果、SF-8 の下位尺度のひとつ「活力」と精神的健康状態について改善傾向が認められた。また、同様の分析を家族心理教育プログラム参加状況別に行った結果、参加率（低）群では差が認められなかったものの、参加率（高）群では「活力」に有意な改善が認められた。多くの家族は薬物・アルコール関連問題の影響を日常的に受け精神的に疲弊しており、その疲弊感は支援を受けたことにより直ちに大きく改善するわけではないものの半年という時間のなかで緩やかに改善していくことが示された。また、心理教育プログラムへの参加が活力の増大につながると考えられた。

依存症者本人の将来や現状に関する希望について前後比較を行った結果、希望が増大する傾向が認められた。また、同様の分析を家族心理教育プログラム参加状況別に行った結果、参加率（低）群では差が認められなかったものの、参加率（高）群では有意な増大が認められた。次に、対象者と依存症者本人との関係性や依存症者本人に対する感じ方に関する 6 項目について、登録時と登録後 6 ヶ月時において「頻繁にあり」と回答した者の割合がどのように変化するか家族心理教育プログラム参加状況別に検討した結果、参加率（低）群ではいずれの項目についても差が認められなかったが、参加率（高）群では 3 項目について有意差が認められた。有意差が認められたのは、「本

人と口論になった」「本来本人がすべきことを本人の代わりにやってあげた」「本人のことをどうしたらよいか考えるのに多くの時間を費やした」の3項目であり、いずれも「頻繁になし」から「頻繁にあり」に変化した者の割合に比べて、「頻繁にあり」から「頻繁になし」に変化した者の割合が有意に高かった。家族心理教育プログラムへの参加によって依存症者本人の将来や現状に関する希望が増大し、家族と依存症者本人との葛藤やイネーブリングが減少し、家族が依存症者本人の問題に支配されて頭を悩ませる時間が短縮される可能性が示された。

依存症者本人の治療支援状況については、登録時少なくとも6ヶ月以上治療支援を受けていない状況にあった19名のうち7名(36.8%)が6ヶ月後にはなんらかの治療支援を受けていた。家族支援は依存症者本人の治療支援状況の改善にも良い影響を及ぼすものと考えられた。

以上、精神保健福祉センターや医療機関における家族支援及び家族心理教育プログラムの効果について、家族の健康状態、家族と依存症者本人との関係性や依存症者本人に対する感じ方、依存症者本人の治療支援状況の3つの視点から評価した結果、薬物・アルコール問題の影響を受けて過酷な生活を強いられる家族を継続的に支援していくことが様々な観点から重要であることが示された。

A. 研究目的

依存症の治療や回復を考えるうえで家族支援は欠くことのできない重要な要素のひとつであるにも関わらず、わが国の薬物依存症対策において、家族支援の充実に向けた取り組みは決して積極的なものとはいえない状況が続いてきた。それでもこの十年を振り返ると、地域の医療保健機関における家族支援事業や当事者家族の自助活動によって、一歩ずつ確実に家族支援の充実がはかられ、相談窓口も身近になりつつあることを実感する。平成30年に公表された第四次薬物乱用防止五か年戦略では、目標達成のために推進すべき取り組みとして、家族に対する相談窓口の周知や相談体制の充実、家族に正しい知識を付与するための講習会等の実施などが挙げられており、家族支援のさらなる充実に向けて今後一層の努力と取り組みが求められるところである。

家族支援の充実に資するツールを得ることを目的に、筆者らは、平成22年度から「薬物依存症者をもつ家族に対する心理教育プログラム」(以下、家族心理教育プログラムと記す)の開発に着手した。平成28年度には家族心理教育プログラムを完成させ、また、プログラム受講後アンケートを実施し、参加家族の主観的理解度及び有用性を確認した^{1)~2)}。また、平成29年度からは、精神保健福祉センター及

び医療機関を利用する家族を対象に、家族心理教育プログラムを含む家族支援の効果評価を行うための縦断調査を継続実施している。

今回は、医療保健機関で家族支援を受けた対象者について、登録時と6ヶ月経過時のデータを比較することによる効果評価を行ったので、その結果を報告する。

B. 研究方法

1. 対象

平成29年9月から平成30年7月までの11ヶ月間に対象機関(精神保健福祉センター5箇所/医療機関3箇所)を訪れ、研究参加に同意登録した74名を分析対象とする。

2. 方法

対象者に対して、登録時、登録後6ヶ月、登録後1年の3時点で自記式アンケート調査を実施することによりデータ収集を行う。回答依頼の方法は、対面または郵送のいずれかにより行う。追跡期間中の個別相談及び家族心理教育プログラム参加状況については、対象機関から情報を得る。

3. 調査項目

対象者に関する主な調査項目は、属性、過去の支援状況、心身の健康状態、依存症者本

人（以下、本人と記す）の将来や現状に関する希望の程度、本人との関係性や本人に対する感じ方などである。

本人に関する主な調査項目は、属性、主たる使用薬物、薬物使用状況、過去の治療支援状況、現在の生活状況などである。

対象者の心身の健康状態の評価には SF-8 日本語版³⁾を用いた。SF-8 日本語版は、米国で開発され世界中で広く使用されている包括的健康関連 QOL 質問票 SF-36 の短縮日本版であり、一定の信頼性と妥当性が検証済みである。SF-36 の 8 つの下位尺度（全体的健康感/身体機能/日常役割機能（身体）/体の痛み/活力/社会生活機能/心の健康/日常役割機能（精神））に各 1 項目の質問を割り当てた全 8 項目の尺度であるため、SF-36 に比べて精度が落ちるといふ欠点はあるものの、より少ない負担で実施できるのが最大の利点である。また、SF-36 と同様に、身体的サマリースコアと精神的サマリースコアを算出することも可能であるし、国民標準値に基づいたスコアリングを採用しているため得点の解釈も容易である。身体的サマリースコアの国民標準値は平均 48.6 点 (SD=7.2) であり、精神的サマリースコアは平均 49.4 点 (SD=6.8) である。

本人の将来や現状に関する希望の程度を評価する尺度は、HOPEFULNESS - HOPELESSNESS QUESTIONNAIRE⁴⁾（以下、希望尺度と記す）を邦訳して使用した。希望尺度は、アルコール、薬物、ギャンブルなどの問題を抱える家族のストレスや困難を総合的に評価する一連の尺度の一部であり、5 段階のリッカート尺度で本人の将来や現状に対する家族の希望の程度を評価する。全 10 項目から成り、得点範囲は 10~50 点である。日本語版は開発されていないが、Cronbach's coefficient alpha は 0.862 であり、高い信頼性が確認できた。

（倫理面への配慮）

本研究は、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 対象者の属性等（追跡状況別）

期間内に対象機関を訪れ、研究参加に同意登録した 74 名のうち、登録後 6 ヶ月時点の情報が得られた 60 名（以下、継続群と記す）と得られなかった 14 名（以下、脱落群と記す）の別に、対象者の属性等を示す（表 1）。

脱落群は継続群と比べて、有意に配偶者・パートナーの割合が高く、これまでに継続的な支援を受けた経験がある者の割合が有意に低く、また、年齢が有意に低かった。

2. 対象者の属性等（機関種別）

機関種別ごとの対象者の属性等を表 2 に示す。精神保健福祉センターを利用した 35 名は、医療機関を利用した 25 名と比較して、性別や年齢等の属性に差はないものの、これまでに継続的な支援を受けた経験がある者の割合が優位に高く、本人と同居している者の割合が優位に低かった。また、SF-8 の精神的サマリースコアが優位に高かった。

3. 対象者の属性等（家族心理教育プログラム参加状況別）

対象機関における家族心理教育プログラムの実施頻度は、7 機関が月に 1 度、1 機関が 2 週に 1 度であった。登録時から登録後 6 ヶ月時までの半年間に 3 回以上参加した 38 名を参加率（高）群、3 回未満の 22 名を参加率（低）群としたうえで、両群の属性等を表 3 に示す。両群を比較した結果、属性、これまでに継続的な支援を受けた経験がある者の割合、本人と同居している者の割合、SF-8 の身体的サマリースコア及び精神的サマリースコア、いずれの変数についても差は認められなかった。

また、登録時から登録後 6 ヶ月時までの半年間に個別相談を利用した回数の平均についても、参加率（高）群が 1.4 回 (SD=1.6)、参加率（低）群が 0.8 回 (SD=1.3) であり、差は認められなかった ($p=0.130$)。

4. SF-8 及び希望尺度得点の変化

登録時と登録後6ヶ月時におけるSF-8及び希望尺度得点の変化を家族心理教育プログラム参加状況別に示す(表4)。

SF-8の8つの下位尺度(全体的健康感/身体機能/日常役割機能(身体)/体の痛み/活力/社会生活機能/心の健康/日常役割機能(精神))の各スコア、身体的サマリースコア、精神的サマリースコアの前後比較を行った結果、参加率(低)群においてはいずれも差が認められなかったが、参加率(高)群においては下位尺度「活力」のスコアに有意差があり改善が認められた。

希望尺度の前後比較についても、参加率(低)群では差が認められなかったが、参加率(高)群では有意な改善が認められた。

5. 対象者と本人との関係性や本人に対する感じ方の変化

登録時と登録後6ヶ月時における対象者と本人との関係性や本人に対する感じ方の変化を家族心理教育プログラム参加状況別に示す(表5~10)。

対象者と本人との関係性や本人に対する感じ方に関する6項目(①本人と口論になった、②本来本人がすべきことを本人の代わりにやってあげた、③本人のことをどうしたらよいか考えるのに多くの時間を費やした、④本人のために、自分のやりたいことをあきらめた、⑤帰りが遅いなどの理由で本人に対する不安が高まった、⑥本人を身近に思えず、距離があると感じた)について、「まったくなかった」「たまにあった」「ときどきあった」と回答した群を「頻繁になし」とし、「しばしばあった」「ほぼ毎日あった」と回答した群を「頻繁にあり」とした。そのうえで、登録時と登録後6ヶ月時において「頻繁にあり」の割合がどのように変化するか、家族心理教育プログラム参加状況別に検討した。

「本人と口論になった」の項目については、参加率(高)群にのみ差が認められ、「頻繁になし」から「頻繁にあり」に変化した者の割合(0%)に比べて、「頻繁にあり」から「頻

繁になし」に変化した者の割合(19.4%)が有意に高かった(表5)。

「本来本人がすべきことを本人の代わりにやってあげた」の項目についても、参加率(高)群にのみ差が認められ、「頻繁になし」から「頻繁にあり」に変化した者の割合(0%)に比べて、「頻繁にあり」から「頻繁になし」に変化した者の割合(23.5%)が有意に高かった(表6)。

「本人のことをどうしたらよいか考えるのに多くの時間を費やした」の項目についても、参加率(高)群にのみ差が認められ、「頻繁になし」から「頻繁にあり」に変化した者の割合(5.7%)に比べて、「頻繁にあり」から「頻繁になし」に変化した者の割合(40.0%)が有意に高かった(表7)。

「本人のために、自分のやりたいことをあきらめた」「帰りが遅いなどの理由で本人に対する不安が高まった」「本人を身近に思えず、距離があると感じた」については両群ともに差は認められなかった(表8~10)。

6. 本人の属性等(家族心理教育プログラム参加状況別)

依存症者本人の属性等を家族心理教育プログラム参加状況別に示す(表11)。

参加率(高)群は参加率(低)群に比べて、本人の性別が男性である割合が有意に高く、また、本人が6ヶ月以内になんらかの治療支援を経験している者の割合が有意に低かった。

7. 本人の治療支援状況の変化

登録時における本人の治療支援状況を家族心理教育プログラム参加状況別に示す(表11)。

参加率(低)群22名うち3名については、登録時に本人が6ヶ月以上治療支援を受けていない状況であったが、登録後6ヶ月時にはそのうち1名(33.3%)がなんらかの治療支援を受けていた。

参加率(高)群38名うち16名については、

登録時に本人が6ヶ月以上治療支援を受けていない状況であったが、登録後6ヶ月時にはそのうち6名(37.5%)がなんらかの治療支援を受けていた。

全体では60名のうち19名について、登録時に本人が6ヶ月以上治療支援を受けていない状況であったが、登録後6ヶ月時にはそのうち7名(36.8%)がなんらかの治療支援を受けていた。

登録時には6ヶ月以上治療支援を受けていなかったが登録後6ヶ月時にはなんらかの治療支援を受けていた本人の割合について、参加率(低)群と参加率(高)群で比較した結果、差は認められなかった(Fisher's exact test=1.000)。

D. 考察

1. 効果評価(1) 家族の健康状態

精神保健福祉センターや医療機関の家族支援を利用した全対象者74名の健康状態をSF-8により評価し、国民標準値と比較した結果、身体的健康状態に差はないものの、精神的健康状態が不良であることが示された。

また、登録時から登録後6ヶ月時まで半年間の追跡が可能であった対象者60名の分析結果からは、精神保健福祉センターの対象者よりも医療機関の対象者においてその傾向が顕著であることが示され、その要因のひとつとして、本人との同居率が高いことが考えられた。

上記対象者60名について、登録時と登録後6ヶ月時における前後比較を行った結果、SF-8の下位尺度のひとつ「活力」と精神的健康状態について改善傾向が認められた。また、同様の分析を家族心理教育プログラム参加状況別に行った結果、参加率(低)群では差が認められなかったものの、参加率(高)群では「活力」に有意な改善が認められた。

これらの結果からは、本人との同居も含めて様々な薬物・アルコール関連問題の影響を日常的に受け精神的に疲弊している家族の姿を推察することができる。また、その疲弊感

は支援を受けたことにより直ちに大きく改善するわけではないものの、半年という時間経過の中で緩やかに改善してゆくこと、大変な状況は続きながらも変化は活力を感じられるようになることから起きていることなどが考えられた。さらに、家族心理教育プログラムへの参加が活力の増大につながる可能性も示された。その理由としては、後述するように心理教育を通じて対象者と本人との関係性や本人に対する感じ方が変化することに加え、同じ問題を抱える家族同士が出会い交流を深めることで、共感し合い孤独が軽減されることが考えられよう。

2. 効果評価(2) 家族と本人との関係性や本人に対する感じ方

本人の将来や現状に関する希望の程度を希望尺度により評価し、登録時と登録後6ヶ月時における前後比較を行った結果、希望が増大する傾向が認められた。また、同様の分析を家族心理教育プログラム参加状況別に行った結果、参加率(低)群では差が認められなかったものの、参加率(高)群では有意な増大が認められた。

次に、対象者と本人との関係性や本人に対する感じ方に関する6項目について、登録時と登録後6ヶ月時において「頻繁にあり」と回答した者の割合がどのように変化するか家族心理教育プログラム参加状況別に検討した結果、参加率(低)群ではいずれの項目についても差が認められなかったが、参加率(高)群では3項目について有意差が認められた。有意差が認められたのは、「本人と口論になった」「本来本人がすべきことを本人の代わりにやってあげた」「本人のことをどうしたらよいか考えるのに多くの時間を費やした」の3項目であり、いずれも「頻繁になし」から「頻繁にあり」に変化した者の割合に比べて、「頻繁にあり」から「頻繁になし」に変化した者の割合が有意に高かった。一方で、「本人のために、自分のやりたいことをあきらめた」「帰りが遅いなどの理由で本人に対する不安が高

まった」「本人を身近に思えず、距離があると感じた」の3項目については差が認められなかった。

これらの結果から、家族心理教育プログラムへの参加によって本人の将来や現状に関する希望が増大し、家族と本人との葛藤やイネープリングが減少し、家族が本人の問題に支配されて頭を悩ませる時間が短縮される可能性が示された。

3. 効果評価 (3) 本人の治療支援状況

対象者 60 名について、登録時本人が少なくとも 6 ヶ月以上治療支援を受けていない状況にあったのは 19 名であったが、登録後 6 ヶ月時にはそのうち 7 名 (36.8%) がなんらかの治療支援を受けていた。家族心理教育プログラム参加状況別にみると、参加率 (低) 群では 33.3%がなんらかの治療支援受けるようになり、参加率 (高) 群では 37.5%がなんらかの治療支援を受けるようになっていた。

これらの結果から、本人の治療支援状況について 2 群間に差はないものの、全体としては 6 ヶ月以上未治療であった本人の約 4 割が家族の登録時から 6 ヶ月以内に治療支援につながっていることから、家族支援が本人の治療支援状況の改善にも良い影響を及ぼすものと考えられる。

以上、精神保健福祉センターや医療機関における家族支援及び家族心理教育プログラムの効果について、家族の健康状態、家族と本人との関係性や本人に対する感じ方、本人の治療支援状況の 3 つの視点から評価した結果、薬物・アルコール問題の影響を受けて過酷な生活を強いられる家族を継続的に支援していくことが様々な観点から重要であると考えられた。本研究を継続実施することにより、今後はより長期的な効果評価も行うことを目指す。

E. 結論

期間内に精神保健福祉センター及び医療機

関を訪れ、研究参加に同意登録した 74 名に対して、登録時、登録後 6 ヶ月、登録後 1 年の 3 時点における自記式アンケート調査への回答を依頼した。そのうち、登録時及び登録後 6 ヶ月時の情報が得られた 60 名について 2 時点の前後比較を行うことで家族支援及び家族心理教育プログラムの効果評価を行った。その結果、家族支援によって家族の健康状態、家族と本人との関係性や本人に対する感じ方、本人の治療支援状況が改善されることが示されるとともに、家族心理教育プログラムへの参加がこれらの良い変化を促進することの可能性が示され、個別・集団を合わせた家族支援の重要性を裏付けるものとなった。

F. 引用文献

- 1) 近藤あゆみ, 高橋郁絵, 森田展彰: 薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム—補助教材の理解度と有用性—, 日本アルコール関連問題学会雑誌, 19 (2), 93-99, 2018.
- 2) 近藤あゆみ, 高橋郁絵, 森田展彰: 薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラムの理解度と有用性—医療保健機関家族教室と家族会の参加者を対象としたアンケート調査結果から—, 日本アルコール関連問題学会雑誌, 18 (2), 25-32, 2017.
- 3) 福原俊一, 鈴鴨よしみ: SF-8 日本語版マニュアル. NPO 健康医療評価研究機構, 京都, 2004.
- 4) Orford, J., Templeton, L., Velleman, R. and Copello, A. : Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardised questionnaires for assessing stress, coping and strain, *Addiction*, 100, 1611-1624, 2005.

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 近藤あゆみ, 高橋郁絵, 森田展彰: 薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理

教育プログラム－補助教材の理解度と有用性－，日本アルコール関連問題学会雑誌，19（2），93-99，2018.

2. 学会発表

- 1) 近藤あゆみ，高橋 郁絵，森田 展彰：薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラム，第40回アルコール関連問題学会，京都，2018.9.9.（シンポ

ジウム）

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む）

なし

表1. 対象者の属性等(追跡状況別)

		追跡状況		合計 度数 (%)	p値
		脱落群 度数 (%)	継続群 度数 (%)		
性別	女性	11 (78.6)	44 (73.3)	55 (74.3)	1.000
	男性	3 (21.4)	16 (26.7)	19 (25.7)	
続柄	親	2 (14.3)	45 (75.0)	47 (63.5)	0.000
	配偶者・パートナー	6 (42.9)	9 (15.0)	15 (20.3)	
	兄弟姉妹	4 (28.6)	4 (6.7)	8 (10.8)	
	子ども	1 (7.1)	2 (3.3)	3 (4.1)	
	その他	1 (7.1)	0 (.0)	1 (1.4)	
継続的支援	あり	3 (21.4)	34 (56.7)	37 (50.0)	0.035
	なし	11 (78.6)	26 (43.3)	37 (50.0)	
本人と同居	あり	7 (50.0)	28 (46.7)	35 (47.3)	0.822
	なし	7 (50.0)	32 (53.3)	39 (52.7)	
	合計	14 (100.0)	60 (100.0)	74 (100.0)	
		平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	p値
年齢		48.6 (12.2)	58.7 (11.7)	56.8 (12.4)	0.006
薬物問題に気づいた時期(年前)		9.1 (9.4)	5.3 (5.0)	6.0 (6.2)	0.171
SF-8(身体的健康)		49.2 (8.3)	48.0 (7.5)	48.2 (7.6)	0.587
SF-8(精神的健康)		41.7 (6.4)	40.4 (8.4)	40.7 (8.0)	0.583

Chi-squared test or Fisher's exact test or Student t-test

表2. 対象者の属性等(機関種別)

		機関種別		合計 度数 (%)	p値
		精福センター群 度数 (%)	医療機関群 度数 (%)		
性別	女性	28 (80.0)	16 (64.0)	44 (73.3)	0.167
	男性	7 (20.0)	9 (36.0)	16 (26.7)	
続柄	親	30 (85.7)	15 (60.0)	45 (75.0)	0.076
	配偶者・パートナー	3 (8.6)	6 (24.0)	9 (15.0)	
	兄弟姉妹	2 (5.7)	2 (8.0)	4 (6.7)	
	子ども	0 (.0)	2 (8.0)	2 (3.3)	
継続的支援	あり	24 (68.6)	10 (40.0)	34 (56.7)	0.028
	なし	11 (31.4)	15 (60.0)	26 (43.3)	
本人と同居	あり	12 (34.3)	16 (64.0)	28 (46.7)	0.023
	なし	23 (65.7)	9 (36.0)	32 (53.3)	
	合計	35 (100.0)	25 (100.0)	60 (100.0)	
		平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	p値
年齢		60.3 (9.9)	56.4 (13.8)	58.7 (11.7)	0.230
薬物問題に気づいた時期(年前)		5.5 (4.7)	4.9 (5.6)	5.3 (5.0)	0.635
SF-8(身体的健康)		47.6 (7.1)	48.5 (8.2)	48.0 (7.5)	0.641
SF-8(精神的健康)		42.5 (8.0)	37.6 (8.2)	40.4 (8.4)	0.023

Chi-squared test or Fisher's exact test or Student t-test -6.4

表3. 対象者の属性等(家族心理教育プログラム参加状況別)

		家族心理教育プログラム参加状況			p値
		参加率(低)群	参加率(高)群	合計	
		度数 (%)	度数 (%)	度数 (%)	
性別	女性	15 (68.2)	29 (76.3)	44 (73.3)	0.492
	男性	7 (31.8)	9 (23.7)	16 (26.7)	
続柄	親	15 (68.2)	30 (78.9)	45 (75.0)	0.294
	配偶者・パートナー	4 (18.2)	5 (13.2)	9 (15.0)	
	兄弟姉妹	1 (4.5)	3 (7.9)	4 (6.7)	
	子ども	2 (9.1)	0 (.0)	2 (3.3)	
継続的支援	あり	12 (54.5)	22 (57.9)	34 (56.7)	0.801
	なし	10 (45.4)	16 (42.1)	26 (43.3)	
本人と同居	あり	11 (50.0)	17 (44.7)	28 (46.7)	0.694
	なし	11 (50.0)	21 (55.3)	32 (53.3)	
	合計	22 (100.0)	38 (100.0)	60 (100.0)	
		平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	p値
年齢		56.3 (12.7)	60.0 (11.1)	58.7 (11.7)	0.245
薬物問題に気づいた時期(年前)		4.3 (5.6)	5.8 (4.6)	5.3 (5.0)	0.250
SF-8(身体的健康)		48.1 (8.4)	47.9 (7.1)	48.0 (7.5)	0.902
SF-8(精神的健康)		40.6 (8.9)	40.3 (8.1)	40.4 (8.4)	0.881

Chi-squared test or Fisher's exact test or Student t-test

表4. 登録時と登録後6ヶ月時におけるSF-8及び希望尺度得点の変化(家族心理教育プログラム参加状況別)

	家族心理教育プログラム参加状況								
	参加率(低)群			参加率(高)群			合計		
	ENT	FU6	p値	ENT	FU6	p値	ENT	FU6	p値
	平均値 (SD)	平均値 (SD)		平均値 (SD)	平均値 (SD)		平均値 (SD)	平均値 (SD)	
SF8GH(全体的健康感)	44.3 (7.9)	46.6 (7.1)	0.201	45.6 (8.2)	47.2 (7.5)	0.551	45.1 (8.0)	47.0 (7.3)	0.199
SF8PF(身体機能)	47.4 (8.3)	48.0 (7.6)	0.790	46.6 (8.6)	48.6 (6.8)	0.337	46.9 (8.4)	48.4 (7.1)	0.424
SF8RP(日常役割機能(身体))	46.2 (7.0)	47.7 (6.6)	0.353	46.9 (6.8)	46.9 (8.4)	0.490	46.6 (6.8)	47.2 (7.7)	0.961
SF8BP(体の痛み)	51.3 (9.4)	50.1 (8.8)	0.611	48.8 (8.6)	50.8 (8.5)	0.324	49.7 (8.9)	50.5 (8.6)	0.647
SF8VT(活力)	43.9 (6.7)	45.9 (6.2)	0.185	43.6 (8.7)	47.5 (7.2)	0.016	43.7 (7.9)	46.9 (6.8)	0.006
SF8SF(社会生活機能)	42.4 (10.9)	44.5 (9.4)	0.359	42.7 (9.4)	44.6 (9.5)	0.590	42.6 (9.9)	44.6 (9.4)	0.337
SF8MH(心の健康)	42.6 (8.1)	45.0 (8.5)	0.316	42.0 (8.3)	44.4 (7.6)	0.213	42.2 (8.2)	44.6 (7.9)	0.106
SF8RE(日常役割機能(精神))	44.3 (9.2)	46.4 (-6.4)	0.289	43.4 (9.2)	45.5 (6.8)	0.486	43.8 (9.1)	45.9 (7.3)	0.237
SF8PCS(身体的健康)	48.1 (8.4)	48.2 (6.0)	0.975	47.9 (7.1)	49.0 (7.6)	0.785	48.0 (7.5)	48.7 (7.0)	0.831
SF8MCS(精神的健康)	40.6 (8.9)	43.6 (8.7)	0.164	40.3 (8.1)	43.0 (7.8)	0.208	40.4 (8.4)	43.2 (8.1)	0.061
希望尺度(HOPEFULNESS-HOPELESSNESS QUESTIONNAIRE)	28.9 (6.3)	27.0 (8.5)	0.415	29.1 (7.7)	32.3 (7.1)	0.004	29.0 (7.2)	30.3 (8.0)	0.088

Paired t-test

表5. 登録時と登録後6ヶ月時における対象者と本人との関係性や本人に対する感じ方の変化①(家族心理教育プログラム参加状況別)

			FU6			p値
			頻繁になし 度数 (%)	頻繁にあり 度数 (%)	合計 度数 (%)	
本人と口論になった	参加率 (低)群	ENT	頻繁になし	14 (70.0)	0 (0.0)	0.250
			頻繁にあり	3 (15.0)	3 (15.0)	
			合計	17 (85.0)	3 (15.0)	
	参加率 (高)群	ENT	頻繁になし	29 (80.6)	0 (0.0)	0.016
			頻繁にあり	7 (19.4)	0 (0.0)	
			合計	36 (100.0)	0 (0.0)	

McNemar test

表6. 登録時と登録後6ヶ月時における対象者と本人との関係性や本人に対する感じ方の変化②(家族心理教育プログラム参加状況別)

			FU6			p値
			頻繁になし 度数 (%)	頻繁にあり 度数 (%)	合計 度数 (%)	
本来本人がすべきことを本人の代わりにや てあげた	参加率 (低)群	ENT	頻繁になし	15 (71.4)	5 (23.8)	0.063
			頻繁にあり	0 (0.0)	1 (4.8)	
			合計	15 (71.4)	6 (28.6)	
	参加率 (高)群	ENT	頻繁になし	23 (67.7)	0 (0.0)	0.008
			頻繁にあり	8 (23.5)	3 (8.8)	
			合計	31 (91.2)	3 (8.8)	

McNemar test

表7. 登録時と登録後6ヶ月時における対象者と本人との関係性や本人に対する感じ方の変化③(家族心理教育プログラム参加状況別)

			FU6			p値
			頻繁になし 度数 (%)	頻繁にあり 度数 (%)	合計 度数 (%)	
本人のことをどうしたらよいか考えるのに多くの 時間を費やした	参加率 (低)群	ENT	頻繁になし	6 (27.3)	4 (18.2)	1.000
			頻繁にあり	5 (22.7)	7 (31.8)	
			合計	11 (50.0)	11 (50.0)	
	参加率 (高)群	ENT	頻繁になし	12 (34.3)	2 (5.7)	0.004
			頻繁にあり	14 (40.0)	7 (20.0)	
			合計	26 (74.3)	9 (25.7)	

McNemar test

表8. 登録時と登録後6ヶ月時における対象者と本人との関係性や本人に対する感じ方の変化④(家族心理教育プログラム参加状況別)

			FU6			p値	
本人のために、自分のやりたいことをあきらめた			頻繁になし 度数 (%)	頻繁にあり 度数 (%)	合計 度数 (%)		
家族心理教育 プログラム参加 状況	参加率 (低)群	ENT	頻繁になし	15 (68.2)	3 (13.6)	18 (81.8)	1.000
			頻繁にあり	2 (9.1)	2 (9.1)	4 (18.2)	
		合計	17 (77.3)	5 (22.7)	22 (100.0)		
	参加率 (高)群	ENT	頻繁になし	30 (85.7)	1 (2.9)	31 (88.6)	0.375
		頻繁にあり	4 (11.4)	0 (0.0)	4 (11.4)		
		合計	34 (97.1)	1 (2.9)	35 (100.0)		

McNemar test

表9. 登録時と登録後6ヶ月時における対象者と本人との関係性や本人に対する感じ方の変化⑤(家族心理教育プログラム参加状況別)

			FU6			p値	
帰りが遅いなどの理由で本人に対する不安が高まった			頻繁になし 度数 (%)	頻繁にあり 度数 (%)	合計 度数 (%)		
家族心理教育 プログラム参加 状況	参加率 (低)群	ENT	頻繁になし	15 (68.2)	1 (4.5)	16 (72.7)	0.125
			頻繁にあり	6 (27.3)	0 (0.0)	6 (27.3)	
		合計	21 (95.5)	1 (4.5)	22 (100.0)		
	参加率 (高)群	ENT	頻繁になし	23 (67.6)	2 (5.9)	25 (73.5)	0.109
		頻繁にあり	8 (23.6)	1 (2.9)	9 (26.5)		
		合計	31 (91.1)	3 (8.8)	34 (100.0)		

McNemar test

表10. 登録時と登録後6ヶ月時における対象者と本人との関係性や本人に対する感じ方の変化⑥(家族心理教育プログラム参加状況別)

			FU6			p値	
本人を身近に思えず、距離があると感じた			頻繁になし 度数 (%)	頻繁にあり 度数 (%)	合計 度数 (%)		
家族心理教育 プログラム参加 状況	参加率 (低)群	ENT	頻繁になし	14 (63.6)	2 (9.1)	16 (72.7)	0.688
			頻繁にあり	4 (18.2)	2 (9.1)	6 (27.3)	
		合計	18 (81.8)	4 (18.2)	22 (100.0)		
	参加率 (高)群	ENT	頻繁になし	24 (70.6)	3 (8.8)	27 (79.4)	0.727
		頻繁にあり	5 (14.7)	2 (5.9)	7 (20.6)		
		合計	29 (85.3)	5 (14.7)	34 (100.0)		

McNemar test

表11. 依存症者本人の属性等(家族心理教育プログラム参加状況別)

		家族心理教育プログラム参加状況			p値
		参加率(低)群 度数 (%)	参加率(高)群 度数 (%)	合計 度数 (%)	
性別	男性	14 (63.6)	35 (92.1)	49 (81.7)	0.012
	女性	8 (36.4)	3 (7.9)	11 (18.3)	
使用物質	薬物	16 (72.7)	33 (86.8)	49 (81.7)	0.173
	アルコール	6 (27.3)	5 (13.2)	11 (18.3)	
薬物使用頻度	週に数回以上	10 (45.5)	9 (23.7)	19 (31.7)	0.131
	年に1回以上	1 (4.5)	10 (26.3)	11 (18.3)	
	1年以上断薬	4 (18.2)	7 (18.4)	11 (18.3)	
	不明	7 (31.8)	12 (31.6)	19 (31.7)	
過去の治療支援経験	あり	21 (95.5)	29 (76.3)	50 (83.3)	0.076
	なし	1 (4.5)	9 (23.7)	10 (16.7)	
6ヶ月以内の治療支援経験	あり	19 (86.4)	22 (57.9)	41 (68.3)	0.025
	なし	3 (13.6)	16 (42.1)	19 (31.7)	
	合計	22 (100.0)	38 (100.0)	60 (100.0)	
		平均値 (SD)	平均値 (SD)	平均値 (SD)	p値
年齢		40.6 (14.7)	36.8 (9.5)	38.2 (11.7)	0.226

Chi-squared test or Fisher's exact test or Student t-test

Ⅱ：分担研究報告

研究 7

民間支援団体における回復プログラムおよびその効果に関する研究

民間支援団体における回復プログラムおよびその効果に関する研究

分担研究者：引土 絵未（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部/
日本学術振興会特別研究員）

研究協力者：岡崎 重人（NPO 法人川崎ダルク支援会）
加藤 隆（NPO 法人八王子ダルク）
山本 大（NPO 法人アパリ藤岡ダルク）
山崎 明義（特定非営利活動法人東京ダルク）

【研究要旨】

【目的】本研究の目的は、民間支援団体ダルク等において新たに導入されつつある治療共同体エンカウンター・グループの有効性を明らかにすることにある。これまでの研究において、治療共同体エンカウンター・グループは一定の効果が認められているが、対照群が設定されていないという課題が残されていた。そこで、治療共同体エンカウンター・グループを実施していないダルクを対照群として設定することを試み、効果検証を実施した。

【方法】治療共同体エンカウンター・グループを実施する A ダルク（9 名）、B ダルク（12 名）、C ダルク（15 名）、D ダルク（10 名）の 4 施設（46 名）を介入群、F ダルク（34 名）、G ダルク（6 名）、H ダルク（13 名）、I ダルク（5 名）、J ダルク（6 名）、K ダルク（9 名）の 6 施設（73 名）を対照群とし、2018 年 4 月をベースライン、FU3 ヶ月、FU6 ヶ月時点で自記式アンケート調査を実施した。アンケートでは基本属性、利用期間、主たる使用薬物、教育歴、精神科通院の有無、薬物重症度尺度 DAST-20 および、精神的健康を自己実現の観点から測定することを目的とした SEAS2000 を用いた。計 119 名のうち、調査実施 3 時点でのデータのある介入群 4 施設（36 名）および対照群 3 施設（25 名）の 61 名を分析対象とした。調査実施にあたっては、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た（承認番号 A2018-069）。

【結果】性別、年齢、利用期間、主たる使用薬物、教育歴、定期的な精神科通院の有無の基本属性について、介入群・対照群内で有意差を確認したところ、有意差は認められなかった。続いて、DAST-20 および SEAS2000 について、介入群 4 施設間・対照群 3 施設間の有意差について確認したところ、ベースライン・FU3 ヶ月・FU6 ヶ月の 3 時点において有意差が認められなかったため、介入群 4 施設・対照群 3 施設を合算して分析を進めた。次に、ベースライン・FU3 ヶ月・FU6 ヶ月の 3 時点における DAST-20 および SEAS2000 の二群間比較を実施したところ、SEAS2000 では FU6 ヶ月時点で介入群が対照群より有意に得点が高い ($p=0.012$) ことが認められた。

【考察】介入群と対照群における二群間比較を実施した結果、FU6 か月時点において介入群が対照群より SEAS2000 得点が有意に高くなっており、介入群では精神的健康度が高まっていることが示唆された。今回の結果は、治療共同体エンカウンター・グループ自体の効果について支持するものであると考えられる。しかしながらこれらの調査結果は、測定できない施設間の要因を排除することができていない。今後の研究として、中断時系列デザインや傾向スコア分析を含め新たな調査デザインを検討していく必要がある。また、量的変数では測定できない治療共同体エン

カウンター・グループの意義を明らかにすることを目的に、インタビュー調査を実施している。今後、治療共同体エンカウンター・グループの意義についてより検証を進めたいと考える。

A. 研究目的

刑の一部執行制度の施行により、受け入れ先の一つとしてその役割を期待されているのが、民間支援団体ダルクである。ダルクの成果についてはこれまでも挙げられているが、直近のダルク利用者の追っかけ調査の結果によれば、1年半後の利用者（確認の取れた退所者含む）の完全断薬率は約7割¹⁾とされ、非常に高い断薬率が示されている。しかし一方で、当事者コミュニティゆえの困難も指摘されている。利用者の多様化に伴い、ダルク終了後の社会復帰する場の不足やスタッフの確保、利用者の精神症状への対応など支援における課題²⁾も積み上げられている。

このようなダルクの抱える課題や困難に対して当事者の経験的知識に依拠する伝統的な手法だけではなく、新たな選択肢を提供しようとする動きがある。ワークブックを用いた集団薬物再乱用防止プログラム SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)⁴⁾などの認知行動療法や当事者研究⁶⁾、そして、治療共同体エンカウンター・グループがその一つである。

治療共同体エンカウンター・グループは、治療共同体アプローチの重要かつ基盤となる要素（共感と責任のある関係、現実と向き合う機会、絶対的な誠実さ、個人の変化に不可欠な自己覚知）によって構成されており、それゆえに、治療共同体モデルにおいて象徴的なグループとされている⁷⁾。

報告者らは、2013年よりダルクでの治療共同体エンカウンター・グループの導入を開始し、2019年2月時点で9施設において実践され、2施設が導入準備中となっている。また、2014年より治療共同体研究会を隔月開催し、治療共同体エンカウンター・グループの基礎的な知識・技術を提供するための講義や体験グループなどを実施してきた。治療共同体エンカウンター・グループに従事する、または関心のある民

間支援団体スタッフ、専門職、研究者など25名前後が毎回参加している。研究会で実践上の課題を集約する中で、経験的知識・技術のみで治療共同体モデルを継続していくことの困難が明らかになり、2017年には「依存症者のためのエンパワメント・プログラムファシリテーションガイド」を開発した。また、治療共同体エンカウンター・グループの普及を目的に、研修やワークショップを開催している。

これらの治療共同体エンカウンター・グループについて、2013年よりAダルク、2014年よりBダルク、2015年よりCダルクにて治療共同体エンカウンター・グループを導入すると同時に、自己実現尺度 SEAS2000⁸⁾を用いた自記式アンケート調査による効果検証を実施してきた⁹⁾¹⁰⁾。その結果、治療共同体エンカウンター・グループ参加から半年後の効果が認められた一方で、長期的な効果については明らかにならなかった。また、これまでの研究の大きな課題として、施設内で対照群を設定することができないため、治療共同体エンカウンター・グループ以外の要因の影響を排除できないという課題が残された。その背景として、治療共同体エンカウンター・グループを導入するダルクは10人前後の規模が中心であり、施設内で対照群を設定することは困難であること、また、規模の大きなダルクでも、治療共同体エンカウンター・グループに参加するメンバーは、グループの適用に合わせた選抜メンバーであり、施設内で等質な対照群を設定することが困難であることが挙げられた。そのため、本研究では、治療共同体エンカウンター・グループを実施していないダルクを対照群として設定することを試み、治療共同体エンカウンター・グループの有効性を検証することを目的としている。

B. 研究方法

1. 対象者

治療共同体エンカウンター・グループを実施

する A・B・C・D ダルクにて定期的に治療共同体エンカウンター・グループに参加する利用者 78 名を介入群とした。また、F・G・H・I・J・K ダルク利用者 73 名を対照群とし、計 119 名を対象に自記式アンケート調査を実施した。対照群の選定においては、治療共同体エンカウンター・グループ導入に関心を持ち、報告者の主催する治療共同体研究会に参加したダルクに対し、調査の説明を実施し、同意を得られた施設を調査対象とした。

続いて、119 名のうち調査実施 3 時点でのデータのある介入群(36 名)および対照群(25 名)の 61 名を分析対象とした。調査対象除外となった介入群 10 名、対照群 58 名については、対照群のうち 45 名(3 施設)はグループ導入により調査対象外となり、その他は、中途退所・施設移動・就労などのほかのプログラムへの移行などの理由が挙げられる。

2. 調査方法

1) 調査項目

調査項目は、年齢、性別、利用期間、入所の契機となった主たる使用薬物、最終教育歴、精神科通院歴の有無、薬物依存・乱用の重症度尺度 DAST-20 と自己実現尺度 SEAS2000 である。自己実現尺度 SEAS2000 は、精神的健康を自己実現の観点から測定することを目的とした POI (Personal Orientation Inventory) をもとに、心理学領域で広く展開されるエンカウンター・グループの効果測定尺度として開発された SEAS (Self-Actualization Scale) の改訂版である。SEAS2000 は 4 因子(「ありのままの自己肯定」「とらわれからの解放」「自己信頼」「率直さ」) 24 項目で構成され、「はい」「どちらともいえない」「いいえ」の 3 件法となっている。

本研究では、物質使用障害からの回復という視座によるダルク全体の効果ではなく、治療共同体エンカウンター・グループを通じた変化という視座によるグループの効果重視し、エンカウンター・グループに特化した尺度が適切であると判断した。

2) 実施方法および倫理的配慮

2018 年 4 月をベースラインとし、FU3 ヶ月、FU6 ヶ月の 3 時点において介入群・対照群ともに調査票を配布し、臨床研究に関する倫理指針等に基づき、人権の擁護、インフォームド・コンセント、研究参加による個人への不利益がないことを書面にて説明し、同意を得られた参加者を対象者とした。

また、施設への治療共同体エンカウンター・グループ導入に際しては、ダルクがセルフヘルプコミュニティであるという特性を尊重し、研究を前提とした調査依頼を実施していない。施設から治療共同体エンカウンター・グループ導入希望があった場合にのみ、グループ導入および調査についての説明を実施し、同意を得られた場合に調査を実施した。

本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号 A2018-069)。

3) 分析方法

まず、ベースラインの各調査対象施設の基本属性変数の記述統計を算出し、各施設間の基本属性についての有意差の有無を確認した。続いて、介入群と対照群間の基本属性の有意差の有無を確認した。

次に、ベースライン・FU3 か月・FU6 か月時点の DAST-20 および SEAS2000 得点について、介入群の施設間および対照群の施設間の有意差について Kruskal Wallis 検定にて確認した。

続いて、ベースライン・FU3 か月・FU6 か月時点の DAST-20 および SEAS2000 得点における介入群と対照群間の有意差について Wilcoxon 符号付き順位検定にて確認した。

なお、統計学的解析には SPSS for Windows version24 を用い、両側検定にて $P<0.05$ を有意水準とした。

C. 研究結果

1. 対象施設の基本属性について

各対象施設の概要および基本属性を表 1,2 に示す。介入群 36 名では、性別は全員が男性、年齢の中央値(四分位)は 43 (35.25,47) 歳であった。利用期間は 6 ヶ月未満が 11 名(32.4%)と

最も多く、続いて1～3年が10名(29.4%)、3年以上が8名(23.5%)、6ヶ月～1年が5名(14.7%)であった。入所の契機となった主たる使用薬物は、覚せい剤が25名(71.4%)と最も多く、続いて鎮咳剤3名(8.6%)、危険ドラッグ2名(5.7%)とアルコール2名(5.7%)、大麻1名(2.9%)と処方薬1名(2.9%)とその他4名(2.9%)であった。教育歴については、中学校卒業が12名(33.3%)と最も多く、続いて高校卒業が11名(30.6%)、その他7名(19.4%)、大学卒業6名(16.7%)であった。定期的な精神科通院の有無については、26名72.2%が定期的に精神科通院をしていた。DAST-20では、やや重いが19名(52.8%)と最も多く、続いて重度12名(33.3%)、中等度4名(11.1%)、軽度1名(2.8%)であった。

対照群3施設25名では、性別は全員が男性、年齢の中央値(四分位)は42(34,47.5)歳であった。利用期間は1～3年が9名(37.5%)と最も多く、続いて3年以上8名(33.3%)、6ヶ月未満4名(16.7%)、6ヶ月～1年が3名(12.5%)であった。入所の契機となった主な使用薬物は、覚せい剤が16名(64.0%)と最も多く、続いて危険ドラッグ3名(12.0%)と処方薬が3名(12.0%)、アルコール2名(8.0%)、鎮咳剤1名(4.0%)、大麻とその他は0(0%)であった。教育歴については、中学校卒業が13名(52.0%)と最も多く、続いて高校卒業6名(24.0%)、大学卒業3名(12.0%)とその他が3名(12.0%)であった。定期的な精神科通院の有無については、21名84.0%が定期的に精神科通院をしていた。DAST-20では、やや重いが12名(48.0%)と最も多く、続いて重度6名(24.0%)、軽度5名(20.0%)、中等度2名(8.0%)であった。

続いて、介入群・対照群における各施設間の基本属性についての有意差を確認したところ、有意差は認められなかった。

次に、介入群と対照群間の基本属性についての有意差を確認したところ、性別、年齢、利用期間、使用薬物、教育歴、定期的な精神科通院の有無、重症度について有意差は認められなかった(表3)。

2. 各対象施設のDAST-20およびSEAS2000について

各対象施設におけるベースライン・FU3か月・FU6か月時点のDAST-20およびSEAS2000得点について表4、5に示す。対照群のうちF・G・IダルクについてはFU3か月以降に、治療共同体エンカウンター・グループが導入されたため、FU6か月時点では調査対象外となった。

DAST-20およびSEAS2000得点について、ベースライン・FU3か月・FU6か月の3時点において、介入群・対照群ともに有意差は認められなかった。

介入群、対照群ともに各施設間でのDAST-20およびSEAS2000得点について、ベースライン・FU3か月・FU6か月時点ともに、有意差は認められなかったため、介入群4施設、対照群3施設を合算してその後の分析を進めた。

3. 介入群・対照群におけるDAST-20およびSEAS2000

ベースライン・FU3か月・FU6か月の3時点における介入群36名、対照群25名のDAST-20およびSEAS2000得点について表6に示す。

DAST-20ベースラインにおいて、61名全体の中央値(四分位)は14(11.5,16)、介入群では14(12.25,16)、対照群では14(10,15.5)であり、二群間の有意差は認められなかった。

DAST-20FU3ヶ月において、全体の中央値(四分位)は14(11,15)、介入群では14(12,16)、対照群では14(10.5,15)であり、二群間の有意差は認められなかった。

DAST-20FU6ヶ月において、全体の中央値(四分位)は13(10,15)、介入群では13.5(9.25,15)、対照群では13(10.5,15)であり、二群間の有意差は認められなかった。

続いて、SEAS2000ベースラインにおいて、全体の中央値(四分位)は23(19,27)、介入群では24.5(20,27.75)、対照群では22(18,25.5)であり、二群間の有意差は認められなかった。

SEAS2000FU3ヶ月における全体の中央値(四分位)は24(20,27.5)、介入群では25(20.25,28)、

対照群では 22 (19,26) であり、二群間の有意差は認められなかった。

SEAS2000FU6 ヶ月において、全体の中央値(四分位)は 24 (19.5,28)、介入群では 26 (21,29)、対照群では 20 (18.5,24.5) であり、介入群が対照群より有意に得点が高かった ($p=0.012$)。

D. 考察

本研究では、民間支援団体ダルクにおける回復プログラムとして、治療共同体エンカウンター・グループに着目し、新たに対照群を設定することを試み、その効果について検証した。対照群の設定においては、治療共同体エンカウンター・グループ未実施の施設を対象としたが、その選定においては、ダルクがセルフヘルプコミュニティであるという特性を尊重し、研究を前提とした導入・調査依頼を実施していない。研究を主導としたプログラムの導入により、ダルクのセルフヘルプ機能を阻害することがないよう配慮するためである。そのため、介入群は関東圏であるのに対し、対照群は西日本が多くなっており、地域性に偏りが見られた。そこで、年齢・入所期間・使用薬物、教育歴、精神科受診の有無、DAST-20 を用いて二群間の偏りについて確認した上で、アウトカムである SEAS2000 得点の有意差を確認した。

介入群・対照群間では、3 時点全てにおいて DAST-20 の有意差が認められなかった。この背景として、調査対象者はダルクでの入所生活中であるため、入所時点から DAST-20 に関わる要因が変化していないこと、また、入所という薬物使用から物理的に一定の距離を置くことができる環境という点では施設間の差異が生じにくいことが考えられる。

介入群と対照群の二群間比較において、SEAS2000 については FU6 か月時点で介入群は対照群より有意に得点が高く、介入群では精神的健康度が高まっていることが示唆された。これまでの研究で認められた効果は、治療共同体エンカウンター・グループ以外の影響が排除しきれない課題が残されていたが、本調査結果は、治療共同体エンカウンター・グループ自体の効

果について支持する 1 つの結果であると考えられる。

以上の調査結果には以下の限界が挙げられる。本調査で確認した二群間の変数(基本属性・DAST-20) 以外にも、二群間の差異に影響を及ぼす要因が想定される。施設規模、スタッフ数、スタッフの経験年数、メンバー間の関係など測定していない、または測定することができない変数の影響については本研究では検証することができない。これらの課題は、観察研究の限界であると考えるが、今後より適切かつ実現可能な調査デザインを検討する必要がある。

今後の研究として、2 つの調査方法が考えられる。1 つは、ダルク内での中断時系列デザインである。治療共同体エンカウンター・グループの未実施期間と実施期間の得点変化の差異を検証する方法であるが、調査の有無にかかわらず、プログラムを段階的に設定している機関が限られていることが課題となる。2 つ目は傾向スコアによる変数調整である。二群間の交絡要因を可能な限り排除することを目的に、複数の変数について傾向スコアを算出し、傾向スコアの近い対象者を二群間でマッチングする手法である。先述した測定不可能な変数については検証できないという課題は残されるものの、調査項目上の二群間の差異を調整することは可能となる。今後、以上の調査方法も含め、さらにデータを蓄積し分析を進めていきたい。また、本調査を含め、量的変数では測定できない治療共同体エンカウンター・グループの意義を明らかにすることを目的に、インタビュー調査を実施しており、今後分析を進めていきたい。

E. 結論

本研究では、民間支援団体ダルクにおける回復プログラムとして、新たに導入されつつある治療共同体エンカウンター・グループに着目し、対照群を設定し効果を検証した。治療共同体エンカウンター・グループを実施するダルク 4 施設を介入群とし、治療共同体エンカウンター・グループに関心があり未実施のダルク 3 施設を対象群として二群間比較を実施した。性別、年

齢、利用期間、使用薬物、教育歴、定期的な精神科通院の有無、DAST-20の基本属性について、介入群4施設間・対照群3施設間で有意差が認められなかったため、合算してその後の分析を進めた。

ベースライン・FU3カ月・FU6カ月時点での、DAST-20およびSEAS2000の二群間比較の結果、DAST-20では有意差が認められない一方で、SEAS2000ではFU6カ月時点で介入群が対照群より有意に得点が高く、介入群では精神的健康度が高まっていることが示唆された。これは、治療共同体エンカウンター・グループ自体の効果について支持する1つの結果であると考えられる。

しかし、これらの調査結果は測定できない施設間の要因を排除することができていないため、今後の研究として、中断時系列デザインや傾向スコア分析を含め新たな調査デザインを検討していく必要がある。また、量的変数では測定できない治療共同体エンカウンター・グループの意義を明らかにすることを目的に、インタビュー調査を実施しており、今後分析を進めることで、治療共同体エンカウンター・グループの意義を明らかにしていきたい。

F. 参考文献

- 1) 嶋根卓也,近藤あゆみ,米澤雅子,近藤恒夫,松本俊彦:民間支援団体利用者のコホート調査と支援の課題に関する研究.厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 刑の一部執行猶予下における薬物依存者の地域支援に関する政策研究.平成29年度総括・分担研究報告書,2018.
- 2) 嶋根卓也,森田展彰,末次幸子,岡坂昌子:薬物依存症者による自助グループのニーズは満たされているか—全国ダルク調査から—日本アルコール・薬物医学会雑誌41,100-107,2006.
- 3) 特定非営利活動法人東京ダルク平成21年度社会福祉推進費補助金事業実施報告書 依存症回復途上者の社会復帰に向けての

就労・就学支援事業.2010.

- 4) 小林桜児,松本俊彦,大槻正樹,遠藤桂子,奥平謙一,原井宏明,和田清:覚せい剤依存症患者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP)—.日本アルコール・薬物医学会雑誌,4,507-521,2007.
- 5) 松本俊彦:薬物依存症に対する新たな治療プログラム「SMARPP」司法・医療・地域における継続した支援体制の構築を目指して.精神医学,54,1103-1110,2012.
- 6) 上岡陽江:女性薬物依存症者の当事者研究.臨床心理学増刊第9号みんなの当事者研究,109-114,2017.
- 7) De Leon,G.: The therapeutic community: theory,model,and method. Springer,2000.
- 8) 坂中正義:改訂版自己実現スケール(SEAS2000)作成の試み.福岡教育大学紀要,52,181-188,2003.
- 9) 引土絵未,岡崎重人,山崎明義,松本俊彦:日本型治療共同体モデルの試行と効果について.日本アルコール・薬物医学会雑誌,50,206-221,2014.
- 10) 引土絵未,岡崎重人,加藤隆,山本大,山崎明義,松本俊彦:治療共同体エンカウンター・グループの効果とその要因について:日本アルコール・薬物医学会雑誌,53(2),83-94,2018.

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 引土絵未,岡崎重人,加藤隆,山本大,山崎明義,松本俊彦:治療共同体エンカウンター・グループの効果とその要因について,日本アルコール・薬物医学会雑誌,53(2),83-94,2018.

2. 学会発表

- 1) 引土絵未,岡崎重人,加藤隆,山本大,山崎明義,松本俊彦,嶋根卓也:民間回復支援施設におけるTCエンカウンター・グループの適用に関する研究.平成30年度ア

ルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，
国立京都国際会館，2018.9.10.

なし

2.実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む)

1.特許取得

表1 介入群における各施設基本属性

介入群		A (n=7)	B (n=10)	C (n=12)	D (n=7)	全体 (n=36)	
地域		関東	関東	北関東	関東		
中央値 (四分位数)							p
年齢		44 (31,48)	42.5 (37.5,45.75)	41 (32.25,46.25)	42.5 (40,55)	43 (35.25,47)	0.896
性別		n (%)					
男性		7 (100)	10 (100)	12 (100)	7 (100)	36 (100)	-
利用期間	6か月未満	1 (16.7)	2 (20.0)	5 (41.7)	3 (50.0)	11 (32.4)	0.175
	6か月～1年	3 (50.0)	1 (10.0)	1 (8.3)	0 (0)	5 (14.7)	
	1～3年	2 (33.3)	2 (20.0)	3 (25.0)	3 (50.0)	10 (29.4)	
	3年以上	0 (0)	5 (50.0)	3 (25.0)	0 (0)	8 (23.5)	
主たる対象薬物	覚せい剤	6 (100)	7 (70.0)	7 (58.3)	5 (71.4)	25 (71.4)	0.228
	大麻	0 (0)	0 (0)	1 (8.3)	0 (0)	1 (2.9)	
	鎮咳剤	0 (0)	3 (30.0)	0 (0)	0 (0)	3 (8.6)	
	処方薬	0 (0)	0 (0)	1 (8.3)	0 (0)	1 (2.9)	
	危険ドラッグ	0 (0)	0 (0)	2 (16.7)	0 (0)	2 (5.7)	
	アルコール	0 (0)	0 (0)	1 (8.3)	1 (14.3)	2 (5.7)	
その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)	1 (2.9)		
教育歴	中学卒	2 (28.6)	4 (40.0)	4 (33.3)	2 (28.6)	12 (33.3)	0.587
	高校卒	4 (57.1)	2 (20.0)	3 (25.0)	2 (28.6)	11 (30.6)	
	大学卒	1 (14.3)	2 (20.0)	3 (25.0)	0 (0)	6 (16.7)	
	その他	0 (0)	2 (20.0)	2 (16.7)	3 (42.9)	7 (19.4)	
通院 精神科	有	6 (85.7)	6 (60.0)	7 (58.3)	7 (100)	26 (72.2)	0.157
	無	1 (14.3)	4 (40.0)	5 (41.7)	0 (0)	10 (27.8)	
ベースライン DAST-20	軽度	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (14.3)	1 (2.8)	0.348
	中等度	2 (28.6)	1 (10.0)	0 (0)	1 (14.3)	4 (11.1)	
	やや重い	2 (28.6)	7 (70.0)	7 (58.3)	3 (42.9)	19 (52.8)	
	重度	3 (42.9)	2 (20.0)	5 (41.7)	2 (28.6)	12 (33.3)	

Pearson カイ二乗検定, Kruskal-Wallis 検定

表2 対照群における各施設基本属性

対照群	H (n=13)	J (n=6)	K (n=6)	全体 (n=25)		
地域	中国	九州・沖縄	九州・沖縄			
	中央値 (四分位数)				p	
年齢	42 (34,46.5)	37 (28.5,43.25)	53 (39.25,57.75)	42 (34,47.5)	0.073	
	n (%)					
性別	男性	13 (100)	6 (100)	6 (100)	25 (100)	-
利用期間	6か月未満	1 (8.3)	1 (16.7)	2 (33.3)	4 (16.7)	0.471
	6か月～1年	2 (16.7)	0 (0)	1 (16.7)	3 (12.5)	
	1～3年	4 (33.3)	2 (33.3)	3 (50.0)	9 (37.5)	
	3年以上	5 (41.7)	3 (50.0)	0 (0)	8 (33.3)	
主たる使用薬物	覚せい剤	9 (69.2)	2 (33.3)	5 (83.3)	16 (64.0)	0.551
	大麻	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	鎮咳剤	0 (0)	1 (16.7)	0 (0)	1 (4.0)	
	処方薬	2 (15.4)	1 (16.7)	0 (0)	3 (12.0)	
	危険ドラッグ	1 (7.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	3 (12.0)	
	アルコール	1 (7.7)	1 (16.7)	0 (0)	2 (8.0)	
	その他	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
教育歴	中学卒	8 (61.5)	2 (33.3)	3 (50.0)	13 (52.0)	0.436
	高校卒	3 (23.1)	1 (16.7)	2 (33.3)	6 (24.0)	
	大学卒	2 (15.4)	1 (16.7)	0 (0)	3 (12.0)	
	その他	0 (0)	2 (33.3)	1 (16.7)	3 (12.0)	
通院 精神科	有	9 (69.2)	6 (100)	6 (100)	21 (84.0)	0.111
	無	4 (30.8)	0 (0)	0 (0)	4 (16.0)	
DAST-20 ベークライン	軽度	3 (23.1)	1 (16.7)	1 (16.7)	5 (20.0)	0.524
	中等度	1 (7.7)	0 (0)	1 (16.7)	2 (8.0)	
	やや重い	7 (53.8)	4 (66.7)	1 (16.7)	12 (48.0)	
	重度	2 (15.4)	1 (16.7)	3 (50.0)	6 (24.0)	

Pearson カイ二乗検定, Kruskal-Wallis 検定

表3 介入群・対照群における基本属性の二群間比較

		介入群 (n=36)	対照群 (n=25)	全体 (n=61)	
中央値 (四分位数)					
年齢		43 (35.25,47)	42(34,47.5)	42 (34.5,47)	0.059
n (%)					
性別	男性	36 (100)	25 (100)	61 (100)	-
利用期間	6か月未満	11 (32.4)	4 (16.7)	15 (25.9)	0.516
	6か月～1年	5 (14.7)	3 (12.5)	8 (13.8)	
	1～3年	10 (29.4)	9 (37.5)	19 (32.8)	
	3年以上	8 (23.5)	8 (33.3)	16 (27.6)	
主たる対象 (薬物)	覚せい剤	25 (71.4)	16 (64.0)	41 (68.3)	0.591
	大麻	1 (2.9)	0 (0)	1 (1.7)	
	鎮咳剤	3 (8.6)	1 (4.0)	4 (6.7)	
	処方薬	1 (2.9)	3 (12.0)	4 (6.7)	
	危険ドラッグ	2 (5.7)	3 (12.0)	5 (8.3)	
	アルコール	2 (5.7)	2 (8.0)	4 (6.7)	
	その他	1 (2.9)	0 (0)	1 (1.7)	
教育歴	中学卒	12 (33.3)	13 (52.0)	25 (41.0)	0.532
	高校卒	11 (30.6)	6 (24.0)	17 (27.9)	
	大学卒	6 (16.7)	3 (12.0)	9 (14.8)	
	その他	7 (19.4)	3 (12.0)	10 (16.4)	
精神科通院	有	26 (72.2)	21 (84.0)	47 (77.0)	0.282
	無	10 (27.8)	4 (16.0)	14 (23.0)	
DAST-20 ベースライン	軽度	1 (2.8)	5 (20.0)	6 (9.8)	0.165
	中等度	4 (11.1)	2 (8.0)	6 (9.8)	
	やや重い	19 (52.8)	12 (48.0)	31 (50.8)	
	重度	12 (33.3)	6 (24.0)	18 (29.5)	

Pearson カイ二乗検定, Mann-Whitney の U 検定

表4 介入群におけるベースライン・FU3 ヶ月・FU6 ヶ月時点の DAST-20 および SEAS2000 得点

介入群	A (n=7)	B (n=10)	C (n=12)	D (n=7)	全体 (n=36)	
中央値 (四分位数)						p
DAST-20 ベースライン	15 (10,17)	14 (12,15.25)	14.5 (13,17)	14.0 (10,16)	14 (12.5,16)	0.778
DAST-20 FU3 カ月	15 (12,17)	14.5 (11.25,16.25)	13.5 (10.5,14.75)	14 (4,17)	14 (12,16)	0.641
DAST-20 FU6 か月	10 (9,13)	14 (12.25,16)	13.5 (8.75,15)	14 (3,15)	13.5 (9.25,15)	0.288
SEAS2000 ベースライン	23 (20,28)	25.5 (20.75,28)	23.5 (19.25,28.75)	25 (16,28)	24.5 (20,27.75)	0.893
SEAS2000 FU3 カ月	21 (19,27)	23.5 (22.5,31)	26 (20.5,28.75)	26 (18,27)	25 (20.25,28)	0.742
SEAS2000 FU6 か月	28 (24,29)	25 (20.75,30.75)	26.5 (20.25,28.75)	23 (18,31)	26 (21,29)	0.872

Kruskal-Wallis 検定

表5 対象群におけるベースライン・FU3 ヶ月・FU6 ヶ月時点の DAST-20 および SEAS2000 得点

対象群	H (n=13)	J (n=6)	K (n=6)	全体 (n=25)	
中央値 (四分位数)					p
DAST-20 ベースライン	14 (7.5,15)	13 (9.25,15.25)	13.5 (8.75,16.25)	14 (10,15.5)	0.844
DAST-20 FU3 カ月	14 (11.5,15)	14.5 (8.75,16)	12 (9,14)	14 (10.5,15)	0.321
DAST-20 FU6 か月	14 (13,15.5)	11.5 (8.25,14.25)	11.5 (8.25,14.5)	13 (10.5,15)	0.240
SEAS2000 ベースライン	23 (17.5,26)	19.5 (16.75,21.25)	25 (16.5,26.5)	22 (18,25.5)	0.267
SEAS2000 FU3 カ月	24 (20,27.5)	19 (13.75,22.75)	23.5 (19.75,30.25)	22 (19,26)	0.123
SEAS2000 FU6 か月	21 (20,27)	19 (17,21)	22 (17.5,27.25)	20 (18.5,24.5)	0.228

Kruskal-Wallis 検定

表6 ベースライン・FU3 ヶ月・FU6 ヶ月時点の DAST-20 および SEAS2000 得点二群間比較

	介入群 (n=36)	対照群 (n=25)	全体 (n=61)	
	中央値 (四分位数)			
DAST-20 ベースライン	14 (12.25,16)	14 (10,15.5)	14 (11.5,16)	0.159
DAST-20 FU3 カ月	14 (12.16)	14 (10.5,15)	14 (11,15)	0.344
DAST-20 FU6 カ月	13.5 (9.25,15)	13 (10.5,15)	13 (10,15)	0.802
SEAS2000 ベースライン	24.5 (20,27.75)	22 (18,25.5)	23 (19,27)	0.091
SEAS2000 FU3 カ月	25 (20.25,28)	22 (19,26)	24 (20,27.5)	0.148
SEAS2000 FU6 カ月	26 (21,29)	20 (18.5,24.5)	24 (19.5,28)	0.012*
Wilcoxon 符号付き順位検定				*p<0.05

Ⅱ：分担研究報告

研究 8

処方薬乱用予防を目的とした薬薬連携システム構築に関する研究

処方薬乱用予防を目的とした薬薬連携システム構築に関する研究

分担研究者：原 恵子（国立精神・神経医療研究センター病院 薬剤部）
研究協力者：三浦 拓人（国立精神・神経医療研究センター病院 薬剤部）
帆秋 有花（国立精神・神経医療研究センター病院 薬剤部）
大竹 将司（国立精神・神経医療研究センター病院 薬剤部）
白井 毅（国立精神・神経医療研究センター病院 薬剤部）
嶋根 卓也（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）
渡辺 章功（国立精神・神経医療研究センター病院 薬剤部）
高崎 雅彦（国立精神・神経医療研究センター病院 薬剤部）

【研究要旨】

【目的】本研究の目的は医薬品の乱用歴のある入院中の患者が、退院後に利用する薬局薬剤師と共有したい情報を調査する（聞き取りアンケート調査）。

【方法】対象は同意獲得時に年齢が20歳以上で当院精神科病棟（4北、5北、5南）のいずれかの病棟に入院しており、薬剤管理指導を行った患者のうち過去1年以内に医薬品の乱用歴のあった者で、調査方法として同意を得られた患者から調査用紙を用いて、入院前の薬物乱用歴や生活歴等と退院後の薬薬連携に関する考えなど聞き取り調査を行った。調査実施にあたり、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た。調査期間は2018年7月1日から2019年1月31日であった。

【結果】対象となった患者13名に説明を行い、同意を得られた12名より聞き取り調査を行った。

1. 薬局薬剤師と病院薬剤師の情報共有

主病名の共有については可、と回答したのが9名(75%)、否と回答したのが3名(25%)であった。入院前の困りごとの共有については可、と回答したのが10名(83%)、否と回答したのが2名(17%)であった。入院後の経過の共有については可、と回答したのが10名(83%)、否と回答したのが2名(17%)であった。通院コンプライアンスの情報共有については可、と回答したのが11名(92%)、否と回答したのが1名(8%)であった。他の疾患や他科での服用薬の情報共有については可、と回答したのが12名(100%)であった。家族構成の情報共有については可、と回答したのが11名(92%)、否と回答したのが1名(8%)であった。就労・学業の状況の共有については可、と回答したのが10名(83%)、否と回答したのが2名(17%)であった。社会参加についての状況の共有については可、と回答したのが11名(92%)、否と回答したのが1名(8%)であった。経済的な心配の共有については可、と回答したのが8名(67%)、否と回答したのが4名(33%)であった。サポート体制の共有については可、と回答したのが10名(83%)、否と回答したのが2名(17%)であった。日常生活での心配についての共有は可、と回答したのが8名(67%)、否と回答したのが4名(33%)であった。その他の心配(身体、生活、社会的なことなど)の共有については可、と回答したのが8名(67%)、否と回答したのが4名(33%)であった。入院中の服薬管理の方法の情報共有については可、と回答し

たのが12名(100%)であった。退院後の服薬管理方法の共有については可、と回答したのが12名(100%)であった。退院後の服薬管理に関して心配なことの共有については可、と回答したのが11名(92%)、否と回答したのが1名(8%)であった。退院後の薬剤調整に関して心配なことの共有については可、と回答したのが12名(100%)であった。

2. 情報提供書の作成と譲渡方法

情報提供書の作成方法については薬剤師と患者が共に作成する、が3名(25%)、薬剤師が作成し患者が確認する、が6名(50%)、薬剤師のみが作成し患者は関わらない、が3名(25%)であった。患者自ら作成する、を選択した患者はいなかった。

譲渡方法については患者が薬局へ直接持参する、が5名(42%)、病院薬剤師がFAXで薬局へ送信する、が6名(50%)、新たなシステムを構築する、が1名(8%)であった。

もし患者自身で調剤薬局へ情報提供書を提出する形式であったとしたら手渡すことが可能、と回答したのは10名(83%)、手渡すことができそうもない、と回答したのは2名(17%)であった。

3. 薬局薬剤師への相談

過量服薬について今後薬局薬剤師に相談することがあると思うと回答した患者は4名(33%)、ないと思うと回答した患者は8名(67%)であった。

薬の飲みすぎに関連するつらい気持ちや悩みについて今後薬局薬剤師に相談することがあると思うと回答した患者は2名(17%)、ないと思うと回答した患者は10名(83%)であった。

【結論】今回の調査で、医薬品の乱用歴のある入院患者の90%以上が、退院後に利用する薬局薬剤師と何等かの情報共有を希望していることが明らかになった。また、患者が共有したい情報として、①他の疾患や他科での服用薬の情報、②入院中の服薬管理の方法の情報共有、③退院後の服薬管理方法、④通院コンプライアンスの共有、⑤家族構成、⑥社会参加についての状況、⑦退院後の服薬管理に関して心配なこと、⑧退院後の薬剤調整に関して心配なこと、の8項目が挙げられた。したがって、情報提供書を作成および利用するにあたり、上記の要素を組み入れる必要が不可欠であると考えられる。次に、情報提供書の作成と受け渡しについて、調査結果から病院薬剤師が情報提供書を作成し患者に確認してもらい、患者に薬局へ持参してもらい、あるいは提出を忘れてしまう不安がある患者についてはあらかじめFAXで病院薬剤師から薬局薬剤師へ送信するという方法が良いと考えられる。また、同じ院外薬局を利用すると回答した患者が多かったため、病院薬剤師と薬局薬剤師の薬薬連携をFAXおよび電子媒体で行っていくことを考慮すべきと考えられる。このように情報提供書を用いて実際に薬薬連携を強化していき、地域包括的に医薬品乱用を防ぐ取り組みを実践していくべきと考えられる。一方で、薬局薬剤師への相談についてのアンケートで、薬局薬剤師への相談を希望する乱用歴を有する患者の割合が少ないことから、患者の気持ちに寄り添いつつ、医薬品乱用に関する相談受入が容易になりうるような環境づくりが必要不可欠と考えられる。

A. 研究目的

医薬品の不適切な使用は、近年社会的問題となっている。松本ら¹⁾は、薬物依存患者が入院・通院のきっかけとなった主たる使用物質として、睡眠薬・抗不安薬は覚せい剤に続いて多いことを報告している。しかし、精神科領域で医薬品を乱用している患者を対象とした報告は限られている。医薬品乱用歴のある患者は、入

院中に医薬品の適正使用のための教育を受け、薬剤乱用を予防するための対処法を獲得していく。しかし、一般的に退院後の通院治療時において、患者は院外薬局で薬を受け取るため、病院薬剤師が患者への介入を継続することは難しいことが現状である。そこで、我々は患者の医薬品乱用の予防には、入院時だけでなく退院後のサポートが必要と考えた。すなわち、薬

薬連携を通じて病院薬局、院外薬局双方で情報共有することで、薬局薬剤師の患者理解が深まり、患者が相談しやすい環境づくりや個々の乱用リスクにつながる事項のモニタリング等、患者のサポート体制の充実が期待される。

そこで、我々は、医薬品乱用防止を目的とした薬薬連携のシステム構築に必要な情報収集を目的として、医薬品の乱用歴のある入院中の患者が、退院後に利用する薬局薬剤師と共有したい情報を調査した。

B. 研究方法

1. 対象者及びサンプリング

対象者:同意獲得時において年齢が20歳以上で当院精神科病棟(4北、5北、5南)のいずれかの病棟に入院しており、薬剤管理指導を行う患者のうち過去1年以内に医薬品の乱用歴のあった者

調査方法:各病棟担当薬剤師による調査用紙を用いた聞き取り調査

調査期間:2018年7月1日から2019年1月31日

2. 調査方法および倫理的配慮

入院前に医薬品を乱用していた患者において、退院後のフォローのニーズを調査する観察研究であり、各病棟担当薬剤師が入院前の薬物乱用歴や生活歴等についてと退院後のフォローについて調査用紙を用いて聞き取り調査を行う、介入や侵襲は伴わない質問紙を用いた横断研究。

3. 調査項目

調査項目は次のパートから構成される。

・入院前に関する質問用紙

- 1) 過量服用した医薬品の情報:薬剤名、過量服薬の種類、服用した量、理由など
- 2) 薬剤の管理状況:過去の過量服薬回数、管理の難しさ、相談相手の有無など
- 3) 医療機関の受診状況:継続通院の有無、かかりつけ薬局の有無、かかりつけ薬局の選定理由、薬の受け取り状況など

4) 薬局での対応状況:お薬手帳の確認や残薬の確認など薬局での対応状況について、お薬手帳の活用状況、薬剤の管理者、調剤状況など

5) 薬に関する不安(14項目)

・退院後に関する調査用紙

- 1) 退院後の治療:退院後の通院継続方法、退院後に利用する薬局についてなど
- 2) 薬局薬剤師と病院薬剤師の情報共有:情報提供書を用いた情報共有の賛否、情報共有した方が良い情報、しなくても良い情報など
- 3) 情報提供書作成:情報提供書の作成者とその方法、情報提供書の使用方法など
- 4) 薬局薬剤師への相談:今後薬局薬剤師への過量服薬に関する相談予定の有無と理由、過量服薬の原因について相談予定、退院後薬局薬剤師に期待する協力内容など(10項目)

C. 研究結果

1. 回収結果

調査期間内で12人の患者から同意を得てアンケートを回収した。

男女比は男性3人(25%)、女性9人(75%)であった。

年齢は21歳から59歳までで20代は4人(33%)、30代は4人(33%)、40代は2人(17%)、50代は2人(17%)であった。

同意を得られなかった症例は1症例で薬局薬剤師との関係を悪化させたくないというのが理由であった。(表1~2)

2. 入院前に関する調査

1) 飲みすぎてしまった医薬品の情報

市販薬のみを飲みすぎてしまっていたのは2名(17%)でいずれも解熱鎮痛剤であった。

処方された医薬品に加え市販薬も飲みすぎてしまっていたのは3名(25%)で睡眠薬が1名(8%)、解熱鎮痛剤が1名(8%)、解熱鎮痛剤と総合感冒薬が1名(8%)であった。残りの7名(58%)は処方された医薬品のみを飲みすぎてしまっていた。

処方された医薬品の中ではゾルピデム錠10mgを飲みすぎたのが4名(33%)と最も使用

していた患者数が多かった。飲み方については一度にたくさん飲む飲み方が最も多く 9 名 (75%) であった。規定回数を超えて多く飲む飲み方は 1 名(8%)にみられ、両方とも経験があったのは 2 名 (17%) であった。同効薬を複数服用するなどした経験があるのは 1 名 (8%) であった。飲みすぎってしまった理由については 11 名(92%)が「つらい気持ちから解放されたかった」を選択した。「死にたかった」を選択したのは 4 名 (33%)、「自分がどのくらい絶望しているかを示したかった」を選択したのは 2 名(17%)、「仕返しをしたかった」を選択したのは 1 名 (1%)、「自分が愛されているか知りたかった」を選択したのは 1 名(8%)であった。「その他」を選択したのは 5 名(42%)でその理由は「飲むと落ち着く」「集中力が出る」「暇な時間を持て余していた」「助けてもらいたかった」「ダイエットのあせり」であった。(複数回答可) (表 3)

2) 薬剤の管理状況

過去の過量服用歴は 1 回のみが 1 名 (8%)、2~5 回が 3 名(25%)、6 回以上が 8 名(67%)であった。決められた用法・用量で薬を管理することが難しいと感じていた患者は 7 名 (58%) で難しいと感じていなかった患者は 5 名(42%)であった。薬の管理を自分で行っていた患者は 9 名(75%)、一部を家族または支援者に委託して行っていた患者は 2 名(17%)、すべて家族または支援者に委託している患者は 1 名(8%)であった。(表 4)

3) 医療機関の受診状況

対象者全員が入院前に継続して通院しており、うちいつも同じ薬局を利用していた患者は 10 名(83%)で 2 名(17%)はいつも同じ薬局ではないという回答であった。薬局の選定基準は「通院先から近いから」を選択した患者が 7 名(58%)、「家から近いから」が 5 名(42%)、「待ち時間が短いから」が 4 名、(33%)「対応が丁寧、など雰囲気がいいから」が 1 名(8%)であった。(複数回答可) (表 5)

4) 薬局での対応状況についてなど

薬局でお薬手帳の確認を受けていた患者は 11 名(92%)であった。残薬の確認を受けていた

患者は 3 名(25%)であった。一包化調剤を受けていた患者は 8 名(67%)であり、体調等の聴取を受けていたのは 9 名(75%)であった。薬の説明を受けていた患者は 9 名 (75%)、薬に関する質問・相談などを患者自ら行っていたのは 6 名 (50%)であった。(表 6)

3. 退院後に関する調査

1) 退院後の通院継続方法、退院後に利用する薬についてなど

退院後に当院を継続して通院予定の患者は 11 名(92%)で入院前の医院に通院予定の患者は 1 名(8%)であった。退院後も入院前と同じ薬局を利用予定と回答した患者は 9 名(75%)でまだ決まっていないと回答した患者は 2 名(17%)であった。退院後新たな薬局を利用すると回答した患者は 1 名(8%)であった。(表 7)

2) 薬局薬剤師と病院薬剤師の情報共有

薬局薬剤師と病院薬剤師が情報提供書を用いて情報提供を行うことにとっても賛成と回答したのは 4 名 (33%)、どちらかという賛成と回答したのは 7 名 (58%) であった。残りの 1 名(8%)は賛成でも反対でもどちらでもないという回答であった。情報共有に反対と回答した患者はいなかった。主病名の共有については可、と回答したのが 9 名(75%)、否と回答したのが 3 名(25%)であった。入院前の困りごとの共有については可、と回答したのが 10 名(83%)、否と回答したのが 2 名(17%)であった。入院後の経過の共有については可、と回答したのが 10 名 (83%)、否と回答したのが 2 名(17%)であった。通院コンプライアンスの共有については可、と回答したのが 11 名(92%)、否と回答したのが 1 名(8%)であった。他の疾患や他科での服用薬の共有については可、と回答したのが 12 名(100%)であった。家族構成の共有については可、と回答したのが 11 名(92%)、否と回答したのが 1 名 (8%)であった。就労・学業の状況の共有については可、と回答したのが 10 名(83%)、否と回答したのが 2 名(17%)であった。社会参加についての状況の共有については可、と回答したのが 11 名(92%)、否と回答したのが 1 名(8%)であっ

た。経済的な心配の共有については可、と回答したのが 8 名(67%)、否と回答したのが 4 名(33%)であった。サポート体制の共有については可、と回答したのが 10 名(83%)、否と回答したのが 2 名(17%)であった。日常生活での心配についての共有は可、と回答したのが 8 名(67%)、否と回答したのが 4 名(33%)であった。その他の心配(身体、生活、社会的なことなど)の共有については可、と回答したのが 8 名(67%)、否と回答したのが 4 名(33%)であった。入院中の服薬管理の共有については可、と回答したのが 12 名(100%)であった。退院後の服薬管理方法の共有については可、と回答したのが 11 (92%)であった。退院後の服薬管理に関して心配なことの共有については可、と回答したのが 11 名(92%)、否と回答したのが 1 名(8%)であった。退院後の薬剤調整に関して心配なことの共有については可、と回答したのが 12 名(100%)であった。(表 8)

3) 情報提供書の作成と譲渡方法

情報提供書の作成方法については薬剤師と患者が共に作成する、が 3 名(25%)、薬剤師が作成し患者が確認する、が 6 名(50%)、薬剤師のみが作成し患者は関わらない、が 3 名(25%)であった。患者自ら作成する、を選択した患者はいなかった。

譲渡方法については患者が薬局へ直接持参する、が 5 名(42%)、病院薬剤師が FAX で薬局へ送信する、が 6 名(50%)、データとして閲覧できるような新たなシステムを構築する、が 1 名(8%)であった。

もし患者自身で調剤薬局へ情報提供書を提出する形式であったとしたら手渡すことが可能、と回答したのは 10 名(83%)、手渡すことができそうもない、と回答したのは 2 名(17%)であった。その理由は 2 名とも、調剤薬局で情報提供書を提出することを忘れてしまう不安があると回答された。(表 9)

4) 薬局薬剤師への相談

薬を飲みすぎってしまうことについて今後薬局薬剤師に相談することがあると思うと回答した患者は 4 名 (33%)、ないと思うと回答した

患者は 8 名(67%)であった。

薬の飲みすぎに関連するつらい気持ちや悩みについて今後薬局薬剤師に相談することがあると思うと回答した患者は 2 名 (17%)、ないと思うと回答した患者は 10 名(83%)であった。(表 10)

D. 考察

今回の調査でも既存の報告と同様、医薬品の乱用は女性に多く、年齢は 20~30 代と比較的若い患者が多かった。過量服薬の様式は一度にたくさん服用するタイプのもので多いと分かった。また、過量服薬されやすい薬も既存の報告と同様、睡眠導入剤や解熱鎮痛剤が多かった。これは過量内服してしまう理由として、つらい気持ちから解放されたいと回答した患者が多かったことから、つらい症状を改善させるために一度に決められた量以上に内服してしまうものと考えられる。医薬品の乱用歴は複数回持つ患者が多かった。医薬品の乱用は再発されやすく過去に乱用歴のある患者は再発に留意する必要があることがわかった。患者自ら薬の管理を行っていたのは一部を家族や支援者に委託していた患者も含め 11 名(92%)であった。1 名(8%)は全て家族または支援者に委託していたが普段薬を管理している家族が不在時に過量内服を行った。

病院薬剤師と薬局薬剤師の情報共有に関して、項目によっては共有して欲しくない情報があると 1 名が回答していたが、反対と回答された方はいなかった。病院で伝えたことを再度薬局で伝える必要がないこと、背景を理解してもらうことで安心感が増し、薬局薬剤師に相談しやすくなるとの意見が多く、薬薬連携を行うことで、患者のニーズに応えられることが分かった。今回の調査ではサンプル数が少ないのであくまで参考値であるが情報共有する項目としては、90%以上の患者が情報共有可と回答した①他の疾患や他科での服用薬の情報、②入院中の服薬管理の方法の情報共有、③退院後の服薬管理方法、④通院コンプライアンスの共有、⑤家族構成、⑥社会参加についての状況、⑦退院

後の服薬管理に関して心配なこと、⑧退院後の薬剤調整に関して心配なこと、以上 8 項目を掲載した情報提供書を作成するとよいと考えられる。情報提供書の作成については病院薬剤師が作成し患者が確認する方法の支持率が高かった。患者が作成する方法を選んだ患者はいなかったため、情報提供書の作成にあたり、病院薬剤師のサポートが必要であると思われる。情報提供書の提出方法については、あらかじめ病院薬剤師から FAX で薬局薬剤師に送信する方法か、患者が薬局へ直接持参する方法を選択する患者が多かった。直接持参する方法の場合、提出可能と回答した患者が多かったが、提出が難しいと回答した患者の理由は、提出を忘れてしまう不安があるためであった。実際に情報提供書を用いて情報を共有する際には病院薬剤師が情報提供書を作成し患者に確認してもらった後、薬局へ持参してもらい、もしくは 10 名(83%)がいつも同じ薬局を利用すると回答していたため、あらかじめ FAX で病院薬剤師から薬局薬剤師へ送信するという方法が良いと考えられる。また、11 名(92%)がお薬手帳を利用しているので、お薬手帳に情報提供書を添付するなど、お薬手帳を活用する方法もよいと思われる。医薬品乱用についての相談を薬局薬剤師にするのは難しいと感じる患者と今後相談すると回答した患者は半分程度であった。薬局の薬剤師に相談するより病院で主治医などに相談するといった理由が多かった。一部の意見としてはあまり薬局薬剤師と話すイメージがない、薬局の薬剤師に怒られると怖いなど薬局薬剤師に対するマイナスイメージが見られた。こうしたイメージを正しく教育していくことも今後の課題と思われる。医薬品の乱用に関連する辛い気持ちや悩みについての相談を薬局薬剤師に相談すると回答した患者は少なかった。病院薬剤師と薬局薬剤師が情報共有を行うことで安心感が増し、薬局薬剤師に相談しやすくなるという回答があったことから、今後は患者が薬局薬剤師にも気軽になんでも相談出来るよう連携体制を構築していくことが必要と考える。

E. 結論

医薬品の乱用歴のある入院中の90%以上の患者が退院後に利用する薬局薬剤師と共有したいと回答した情報は①他の疾患や他科での服用薬の情報、②入院中の服薬管理の方法の情報共有、③退院後の服薬管理方法、④通院コンプライアンスの共有、⑤家族構成、⑥社会参加についての状況、⑦退院後の服薬管理に関して心配なこと、⑧退院後の薬剤調整に関して心配なこと、以上の8項目であった。これらの8項目を掲載した情報提供書の作成と利用は実現可能性が高いと考えられた。これらの情報を実際に情報提供書を用いて共有する際には病院薬剤師が情報提供書を作成し患者に確認してもらった後、薬局へ持参してもらい、もしくはあらかじめ FAX で病院薬剤師から薬局薬剤師へ送信するという方法が良いと考えられた。また、情報共有のツールとしてお薬手帳を活用する方法もよいと思われる。

薬局薬剤師に相談したいと回答した患者が少なかった乱用歴のある患者のその原因となるつらい気持ちについても、薬局の薬剤師に相談しやすい環境を構築していくことで共有可能な情報は増えていくと思われる。今後はこうした情報提供書を用いて実際に薬薬連携を強化していき、地域包括的に医薬品乱用を防ぐ取り組みの実践が課題と思われる。ゆくゆくはこうした取り組みを通して乱用を防ぎやすい地域を作ることが重要になってくると考えられた。

F. 参考文献

- 1) 全国の精神科医療施設における薬物関連精神科疾患の実態調査：平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラーサイエンス政策研究事業）分担研究報告書
- 2) 嶋根卓也：多剤併用を防ぐ薬剤師の取り組み ユーザーに最も身近な相談窓口として、月刊薬事、58:1924-1926, 2016
- 3) 『患者のための薬局ビジョン』～『門前』か

ら『かかりつけ』、そして『地域』へ～：厚生労働省平成 27 年 10 月 23 日公表

- 4) 医療安全のための薬局薬剤師と病院薬剤師の連携についての提言：平成 18 年 3 月日本薬剤師会
- 5) 遠藤征裕，ほか：経口抗がん剤単剤に対する病院薬局と保険薬局間の双方向情報共有による共同指導の効果について，日本病院薬剤師会雑誌，52:523-27, 2016
- 6) 木本真司，ほか：會津お薬手帳を用いた薬物医療情報の共有化，日臨救急医学会誌，20:563-571, 2017
- 7) 薬物使用に関する全国住民調査：平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラーサイエンス政策研究事業）分担研究報告書
- 8) 過量服薬の臨床的特徴、診療行為とコスト：急性期病院入院患者における後方視的コホート研究 奥村泰之，清水沙友里，石川光一，松田晋哉，伏見清秀，伊藤弘人 General Hospital Psychiatry 34 (6): 681-685, 2012.
- 9) 救急病院を受診した自殺企図者の性差について：新潟県精神保健福祉センター

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特許取得、実用新案登録、その他

特になし

表1.男女比(n=12)

	男性	女性
	n (%)	n (%)
男女比	3 (25)	9 (75)

表2.年齢(n=12)

	n (%)
20代	4 (33)
30代	4 (33)
40代	2 (17)
50代	2 (17)

表3.飲みすぎてしまった医薬品の情報(n=12)

	n (%)
<u>薬の種類</u>	
市販薬のみ	2 (17)
処方薬+市販薬	3 (25)
処方薬のみ	7 (58)
<u>飲み方</u>	
一度にたくさん	9 (75)
回数を多く	3 (25)
両方	2 (17)
<u>飲みすぎた理由</u>	
つらい気持ちから解放されたかった	11 (92)
死にたかった	4 (33)
自分がどのくらい絶望しているかを示したかった	2 (17)
仕返しをしたかった	1 (8)
自分が本当に愛されているのか知りたかった	1 (8)
その他	5 (42)

表4.薬剤の管理状況(n=12)

	n (%)
<u>過去の過量服薬歴</u>	
1回のみ	1 (8)
2～5回	3 (25)
6回以上	8 (67)
<u>薬を管理する難しさ</u>	
感じる	7 (58)
感じない	5 (42)
<u>薬の管理状況</u>	
自分で行う	9 (75)
一部を家族または 支援者に委託	2 (17)
すべて家族または 支援者に委託	1 (8)

表5.医療機関の受診状況

	n (%)
<u>薬局の利用状況(n=12)</u>	
いつも同じ薬局	10 (83)
いつも同じ薬局ではない	2 (17)
<u>薬局の選定基準(複数回答可能)</u>	
通院先から近い	7 (58)
家から近い	5 (42)
待ち時間が短い	4 (33)
対応、雰囲気が良い	1 (8)

表6.薬局での対応状況について

	n (%)
<u>薬局での対応(複数回答可)</u>	
お薬手帳確認	11 (92)
残薬確認	3 (25)
一包化	8 (67)
体調の聴取	9 (75)
本人への薬の説明	9 (75)
患者から質問・相談する	6 (50)

表7.退院後の通院・薬局利用について

	n (%)
<u>退院後の通院先(n=12)</u>	
当院	11 (92)
入院前の医院	1 (8)
<u>退院後に利用する薬局(n=12)</u>	
入院前と同じ薬局	9 (75)
新たな薬局	1 (8)
未定	2 (17)

表8.薬局薬剤師と病院薬剤師の情報共有について(n=12)

	n (%)
情報提供実施について	
とても賛成	4 (33)
どちらかというと賛成	7 (58)
どちらでもない	1 (8)
主病名の共有	
可	9 (75)
否	3 (25)
入院前の困りごとの共有	
可	10 (83)
否	2 (17)
入院後の経過の共有	
可	10 (83)
否	2 (17)
通院コンプライアンスの共有	
可	11 (92)
否	1 (8)
他の疾患や 他科での服用薬共有	
可	12 (100)
否	0 (0)
家族構成の共有	
可	11 (92)
否	1 (8)
就労・学業の状況の共有	
可	10 (83)
否	2 (17)
社会参加状況の共有	
可	11 (92)
否	1 (8)
経済的な心配の共有	
可	8 (67)
否	4 (25)
サポート体制の共有	
可	10 (83)
否	2 (17)
日常生活での心配の共有	
可	8 (67)
否	4 (25)
その他の心配の共有	
可	8 (67)
否	4 (33)
入院中の服薬管理状況の共有	
可	12 (100)
否	0 (0)
退院後の服薬管理方法の共有	
可	11 (92)
否	1 (8)
退院後の服薬管理についての 心配事の共有	
可	11 (92)
否	1 (8)
退院後の薬剤調整について 心配なこと共有	
可	12 (100)
否	0 (0)

表9.情報提供書の作成と譲渡方法(n=12)

	n (%)
<u>情報提供書作成方法</u>	
薬剤師と患者が ともに作成する	3 (25)
薬剤師が作成し 患者が確認する	6 (50)
薬剤師のみが作成し 患者は関わらない	3 (25)
<u>譲渡方法</u>	
患者が薬局へ持参 病院薬剤師がFAXで 送信	6 (50)
新たなシステムの構築	1 (8)
<u>手渡すことができそうか</u>	
可能	10 (83)
不可能	2 (17)

表10.薬局薬剤師への相談(n=12)

	n (%)
<u>薬を飲みすぎってしまうことについて</u>	
今後薬局薬剤師に相談すること	
あると思う	4 (33)
ないと思う	8 (67)
<u>薬の飲みすぎに関連する つらい気持ちや悩みについて</u>	
今後薬局薬剤師に相談すること	
あると思う	2 (17)
ないと思う	10 (83)

入院前に関する質問用紙

年 月 日

調査開始時刻 時 分

名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男性 ・ 女性

過去1年以内に、お薬（病院で処方される薬、薬局で購入できる薬のどちらも含む）を飲みすぎてしまった方に質問しています。（ここで「飲みすぎ」とは、医師が決めた1回量または1日量を越えて服用すること、購入した薬に規定された一般的な用量を越えて服用することをいいます）

Q1. あなたが飲みすぎてしまった時のことを少し詳しく教えてください。どんな薬をどのように飲みましたか？また、どうして飲みすぎてしまったのでしょうか？直近で飲みすぎてしまった時のことをお答えください。

薬剤名	どのように？	どれくらい？	どうして？ (当てはまるものすべて記載)	普通の用法
(薬剤名がわからない場合は、薬の種類や薬効など、一包化したものであれば用法など、わかる範囲で記載)	①一度にたくさん ②1日量を越えて何度も(1回量は規定内) ③その他(同効薬を複数服用など)	(左の質問の答えが②の場合、1回の量と1日合わせた量の両方を記載)	①つらい気持ちから解放されたかった(不眠、不安、イライラ、寂しい、痛いなど) ②自分自身を罰したかった ③死にたかった ④自分がどれくらい絶望しているかを示したかった ⑤自分が本当に愛されているのを知りたかった ⑥周囲の注意をひきたかった ⑦驚かせたかった ⑧仕返しをしたかった ⑨その他(どのような?)) ⑩いずれも当てはまらない	①定時内服 ②頓服 ③過去に定時内服 ④過去に頓服 ⑤その他(家族の薬など)
(例) マイスリー10mg	②	1錠ずつ3回	① 不眠、⑦	④

Q2. 過去に何回くらいお薬を飲みすぎてしまったことがありますか？

- ① 1回のみ
- ② 2～5回
- ③ 6回以上

Q3. 薬を管理してコントロールすることが難しく、飲みすぎてしまうと感じたことはありましたか？
(飲み忘れに関するのではなく、決められた時刻、決められた用法・用量で飲むこと、適当なタイミングで頓服を使用することが、難しいと感じていたかを教えてください)

- ① はい
- ② いいえ

Q4. Q3で①と回答された方に伺います。その薬の名前、用法、どうして難しいのかを教えてください。

薬剤名 _____

用法 _____

どうして？

Q5. お薬の飲みすぎについて、主治医や家族や支援者など、誰かに相談をしていましたか？

- ① はい (誰に? _____)
- ② いいえ

続いて、あなたの入院前の生活状況について教えてください。

Q6. 継続して通院していましたか？

- ① はい (当院 or 他院 _____ に、 _____ カ月 or _____ 年 くらい)
- ② いいえ

Q7. 継続して通院していた方にお聞きます。いつも同じ薬局を利用していましたか？

- ① はい (薬局名 _____ に、 _____ カ月 or _____ 年 くらい)
- ② いいえ

Q8. その薬局を選択している理由として、当てはまるものをすべてお答えください。

- ① 通院先から近いから
- ② 家から近いから
- ③ 待ち時間が短いから
- ④ (対応が丁寧、説明がわかりやすいなど) 雰囲気がいいから
- ⑤ その他 (_____)

Q9. 薬はご自身で受け取りに行っていましたか？

- ① はい

② いいえ（誰が？）

Q10. これまで、薬局では以下のようなことがされてきましたか？（当てはまるすべてに○）

- ① お薬手帳の確認
- ② 残薬の確認
- ③ 一包化調剤
- ④ 体調等の聴取
- ⑤ 薬の説明
- ⑥ （あなたから）薬に関する質問・相談

Q11. お薬手帳を通院時に持参し、手帳にシールを貼ってもらうなど、活用していましたか？

- ① 持っており、活用していた
- ② 持っているが、活用していなかった
- ③ 持っていなかった

Q12. 薬の管理は誰が行っていましたか？

- ① 自分
- ② 支援を受けて自分
- ③ 自分だが、一部を家族または支援者に委託して
- ④ 全て家族または支援者

Q13. 当科の薬はどのように調剤されていましたか？

- ① 一包化
- ② シートのまま
- ③ 一部一包化
- ④ その他（ ）

Q14. 入院前に薬に関する事で不安なことや心配なことや気になっていることはありましたか？

以上です。ご協力ありがとうございました。

終了時刻 _____ 時 _____ 分

本調査に要した時間：およそ _____ 分

退院後に関する調査用紙

年 月 日

調査開始時刻 時 分

名前 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男性 ・ 女性

あなたへのサポート体制の充実を目的として、退院後に通う薬局の薬剤師と、あなたに関連した情報を共有することを検討しています。今日は、あなたの退院後の通院環境に関する質問の後に、現在私たちが考えている情報共有する方法や項目について、あなたの意見をお聞かせください。

I. あなたは退院後にどのように治療を継続しますか？

- ①当院の外来に通院する
- ②他院の外来に通院する (入院前と同じ医院 ・ 入院前とは違う医院)
- ③その他 ()

II. あなたが通院後に利用する薬局は次のいずれに当てはまりますか？

- ①入院前に利用していた薬局 (薬局名)
- ②新たに利用を開始する薬局 (薬局名)
- ③まだ決まっていない
- ④特定の薬局を決めるつもりはない

III. 私たちは、あなたの情報を薬局の薬剤師と情報を共有する方法として、情報の提供書を作成することを検討しています。情報提供書を用いてあなたに関する情報を薬局の薬剤師と共有することについて、賛成ですか？反対ですか？そうお考えになった理由も教えてください。

- ①とても賛成 ②どちらかという賛成 ③どちらかという反対 ④とても反対

理由

IV. 私たちは、薬局薬剤師と情報共有する内容について、以下の項目を検討しています。最初に各項目に関する問いに答えていただき、その後にその内容を情報共有した方がいいと思うか、共有しなくてもいいと思うかを教えてください。(共有の可否については○または×で回答してください)

		あなたの答え	共有の可否
1	主病名		
2	入院前に困っていた症状・入院までの経過（お薬の飲みすぎに関することを含めて）		
3	入院後の経過（薬の調整に関するこ と、体調の変化、現在の状態を含めて）		
4	通院コンプライアンス	①定期的に通院していた（当院・他院） ②不定期に通院していた（薬がなくなったら、不調になったら受診など）	
5	他の疾患・他科の服薬・市販薬の服薬		
6	家族構成・住環境	①独居 ②家族等と同居（誰？） ③グループホームなど（どのような？）	
7	就労・学業の有無	①復職・復学予定（年 月頃） ②就職・進学希望（どのような？） ③家事・家事手伝い ④特になし ⑤その他（ ）	
8	その他社会参加（デイケア、習い事など）		
9	経済的な心配	①特になし ②心配あり（ ）	
10	サポート体制	①特になし ②訪問看護 ③訪問ヘルパー ③家族の支援（ ） ④その他（ ）	

11	日常生活の 心配ごと	(1) 食欲 ①心配なし ②心配あり() (2) 睡眠 ①心配なし ②心配あり() (3) 便通 ①心配なし ②心配あり() (4) 清潔 ①心配なし ②心配あり() (5) 睡眠 ①心配なし ②心配あり() (6) 外出 ①心配なし ②心配あり() (7) 対人関係 ①心配なし ②心配あり() (8) 金銭管理 ①心配なし ②心配あり()	
12	その他の心配ごと(身体 のこと、生活 のこと、社会 的なことなど)		
13	入院中の服 薬管理	①自己管理 ②頓服以外は自己管理 ③看護師管理 ④その他()	
14	退院後の服 薬管理方法	①自己管理 ②家族の支援 ③家族の管理 ④支援者の支援 ⑤支援者の管理 《管理方法の詳細》	
15	退院後の服 薬管理に関 して心配な こと(すべて に○)	① 決められた量で飲めない (1回量の自己調整) ② 決められた時間に飲めない (頓服的な使用、早飲み、まとめ飲みなど) ③ 衝動的に1回量をたくさん飲んでしまう ④ 規定の量を越えて次から次に飲んでしまう ⑤ 薬がなくなるとほかの病院で処方してもらう ⑥ ODするために薬を買ってしまう ⑦ 飲み忘れてしまう ⑧ その他()	
16	退院後の薬 剤調整に関 して心配な こと(すべて に○)	①増量すること ②減量すること ③種類を変更すること ④特になし ⑤その他() 《詳細》	

V. 上記項目について情報提供書を作成する場合、どのように作成するのが適当であるとお考えですか？あなたの考えに最も近いもののお答えください。

- ①自分で作成する
- ②薬剤師とともに作成する
- ③薬剤師が作成したものを自身で確認する
- ④薬剤師が作成する(ご自身は内容を問わない)

Ⅵ. 情報提供書を用いた情報共有を行う場合、薬局薬剤師に渡す方法として、あなたはどの方法が適切だと思いますか？あなたの考えに最も近いものをお答えください。

- ①処方箋とともに患者さんご自身が手渡す
- ②あらかじめ病院薬剤師から薬局薬剤師にFAXで送信する
- ③その他（ ）

Ⅶ. 情報提供書を患者さんご自身から薬局の薬剤師に手渡すことになった場合、あなたは手渡すことができそうですか？

- ①できそうである
- ②できそうもない（理由 ）

Ⅷ. あなたは、「薬を飲みすぎてしまうことについて、今後薬局の薬剤師に相談することがありそうですか？その理由も教えてください。

- ①あると思う
- ②ないと思う

理由

Ⅸ. あなたは、薬の飲みすぎに関連するつらい気持ちや悩みについて、今後薬局の薬剤師に相談することがありそうですか？その理由も教えてください。

- ①あると思う
- ②ないと思う

理由

X. 最後に、退院後のこれからの生活で、薬局薬剤師に協力してほしいことや薬を受け渡す際に聞いてほしいこと、または聞いてほしくないことなど、薬局薬剤師へのメッセージを教えてください。

--

終了時刻 時 分
本調査に要した時間：およそ 分

Ⅲ：研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松本俊彦、 嶋根卓也	2.評価尺度の解説(2)薬物使用障害の評価尺度.	樋口進、齋藤利和、湯本洋介	新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン	新興医学出版社	東京	2018	11-13
松本俊彦、 嶋根卓也	2.薬物乱用・依存の疫学	樋口進、齋藤利和、湯本洋介	新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン	新興医学出版社	東京	2018	28-31
松本俊彦			薬物依存症	筑摩書房	東京	2018	
岩室紳也、 松本俊彦、 安藤晴敏			つながりから考える薬物依存症—安心して失敗を語れる絆・居場所づくり—	大修館書店	東京	2018	
松本俊彦	Ⅱ章 各論 14 違法薬物摂取が疑われる患者の診療で留意すべき法的問題		救急現場における精神科的問題の初期対応 PEECガイドブック 改訂第2版	ヘルス出版	東京	2018	pp139-145
松本俊彦	7物質依存症		精神科薬物療法マニュアル	南山堂	東京	2018	pp93-105
松本俊彦	第1章 総論 V法的事項と支援者や家族に対する対応 1法的事項		新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン	新興医学出版社	東京	2018	pp32-33
松本俊彦	第3章 軸評価に基づいた問題別対応編 I1軸: アルコール・薬物使用障害の重症度 2薬物使用障害 重症度評価項目 (松本俊彦作成) 高得点者への対応		新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン	新興医学出版社	東京	2018	pp84-85
松本俊彦	part3 薬物依存心に残る症例「やめ方を教えろ」と訴えた覚せい剤依存患者	樋口進	現代社会の新しい依存症が分かる本	日本医事新報社	東京	2018	pp78
松本俊彦	part13 自傷癖	樋口進	現代社会の新しい依存症が分かる本	日本医事新報社	東京	2018	pp234-243

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>嶋根卓也</u>	過量服薬に対する薬剤師の役割	臨床精神薬理	22(3)	293-299	2019
Tanibuchi Y, <u>Matsumoto T</u> , Funada D, <u>Shimane T</u>	The influence of tightening regulations on patients with new psychoactive substance-related disorders in Japan.	Neuropsychopharmacol Rep	38(4)	189-196	2018
<u>嶋根卓也</u> , 今村顕史, 池田和子, 山本政弘, 辻麻理子, 長与由紀子, <u>松本俊彦</u>	薬物使用経験のあるHIV陽性者において危険ドラッグ使用が服薬アドヒアランスに与える影響	日本エイズ学会雑誌	20(1)	32-40	2018
佐々木真人, 堀岡広稔, 村岡謙行, 長崎大武, 田村昌士, 西村直祐, 長田良和, 戸田憲, 宮田祥一, 西森康夫, <u>嶋根卓也</u>	薬局薬剤師を対象としたゲートキーパー研修会が知識・自己効力感・臨床行動に与える影響	日本薬剤師会雑誌	70(7)	849-857	2018
<u>嶋根卓也</u>	日本における薬物乱用のモニタリング調査と回復支援プログラムについて	龍谷法学	50(3)	1805-1812	2018
<u>嶋根卓也</u>	【IV. 知っておきたい！生活サポート&性教育】40 薬物乱用	小児科	50(5)	774-780	2018
<u>嶋根卓也</u>	薬物乱用防止の最前線：薬剤師に知ってほしいこと	Excellent Pharmacy	5月1日号	11-13	2018
<u>嶋根卓也</u>	薬物乱用防止における薬剤師の役割	ファルマシア	54(6)	541-543	2018
<u>嶋根卓也</u>	「NO」と言えない子どもたちー酒・タバコ・クスリと援助希求.	こころの科学	202	47-51	2018
<u>嶋根卓也</u>	薬物使用の最新動向：大麻からエナジードリンクまで	KNOW NEWS LETTER	99	2-5	2018
Hamamura T, Suganuma S, Takano A, <u>Matsumoto T</u> , Shimoyama H	The Efficacy of a Web-Based Screening and Brief Intervention for Reducing Alcohol Consumption Among Japanese Problem Drinkers: Protocol for a Single-Blind Randomized Controlled Trial.	JMIR Res. Protoc.	7(5)		2018
引土絵美, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, <u>松本俊彦</u>	治療共同体エンカウンター・グループの効果とその要因について	日本アルコール薬物医学会雑誌	53(2)	83-94	2018

花岡晋平, 平田豊明, 谷 渕由布子, 宋龍平, 合川 勇三, 山崎信幸, 撰尚 之, 加賀谷有行, 津久江 亮太郎, 門脇亜理紗, 今 井航平, 佐々木浩二, 松 本俊彦	わが国の精神科救急医療施設に おける危険ドラッグ関連障害患 者の治療転帰に関する研究	日本アルコー ル・薬物医学 会雑誌	5385	212-225	2018
松本俊彦	嗜癖性障害	最新精神医学	23(2)	121-129	2018
松本俊彦	薬物依存症と対人関係	精神科治療学	33(4)	435-440	2018
松本俊彦	向精神薬乱用・依存を防ぐため に精神科医と薬剤師にできるこ と	日本精神薬学 会誌	1(2)	12-15	2018
松本俊彦	最近の危険ドラッグ関連障害患 者における臨床的特徴の変化: 全国の精神科医療施設における 薬物関連障害の実態調査:2012 年と2014年の比較	精神神経学雑 誌	120(5)	361-368	2018
松本俊彦	ワークブックを使った認知行動 療法的アプローチはどのような ものか教えてください	モダンフィジ シャン	38(8)	844-846	2018
松本俊彦	物質使用障害とトラウマ	臨床精神医学	47(7)	799-804	2018
谷渕由布子, 大宮宗一 郎, 松本陽一郎, 石田恵 美, 松本俊彦	薬物事犯の精神科的治療	精神科治療学	33(8)	959-964	2018
松本俊彦	睡眠薬は是か非か—Pros and Cons の立場から—睡眠薬は精神 科薬物療法における「悪貨」で ある	精神医学	60(9)	1019- 1023	2018
松本俊彦	人はなぜ依存症になるのか—子 どもの薬物乱用—	児童青年精神 医学とその近 接領域	59(3)	278-282	2018
松本俊彦	「やりたい」「やってしまっ た」「やめられない」—薬物依 存症の心理—	こころの科学	202特 別企 画	40-46	2018
高野歩, 熊倉陽介, 松本 俊彦	シンポジウム8: 刑の一部執行猶 予制度以降の薬物依存症地域支 援の課題—保護観察対象者コホ ート調査と地域支援体制構築 Voice Bridge Project	日本アルコー ル関連問題学 会雑誌	20(1)	39-41	2018

<u>松本俊彦</u>	特集□依存と嗜癖-その現状と課題-人はなぜ依存症になるのか	精神科	33(6)	463-468	2018
<u>松本俊彦</u>	なぜオピオイド鎮痛薬依存症に陥るのか～臨床の立場から～	ペインクリニック	39(12)	1570-1578	2018
高野歩, 郡健太, 熊倉陽介, 佐瀬満雄, <u>松本俊彦</u>	ハームリダクションの理念と実践	日本アルコール・薬物医学会雑誌	53(5)	151-170	2018
<u>近藤あゆみ</u> , 高橋郁絵, 森田展彰	薬物依存症者をもつ家族を対象とした心理教育プログラムー補助教材の理解度と有用性ー	日本アルコール関連問題学会雑誌	19 (2)	93-99	2018

厚生労働科学研究費補助金

(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業)

薬物乱用・依存状況等のモニタリング調査と

薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究 (H29-医薬-一般-001)

平成 30 年度 総括・分担研究報告書

発行日 平成 31 年 3 月 31 日

発行者 研究代表者 嶋根卓也 (国立精神・神経医療研究センター)

発行所 〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

薬物依存研究部 心理社会研究室

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/index.html>

