

厚生労働行政推進調査事業費補助金
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 (21KC2002)

令和4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



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 目次

I : 令和4年度 総括研究報告	1
II : 令和4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 (2022年)	11
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	77
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. 救急医療における薬物関連中毒症例に関する実態調査： 一般医薬品を中心に (2022年)	141
上條吉人 (埼玉医科大学医学部臨床中毒学)	
研究5. 米国における嗜好用大麻の合法化が邦人留学生の意識・行動に与える影響に 関する研究 (2022年)	159
Tooru Nemoto (Public Health Institute, U.S.)	
※研究1は令和3年度に実施済みである	
III : 研究成果の刊行に関する一覧表	163

I : 総括研究報告

総括研究報告書

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（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】本研究班では、わが国の薬物乱用・依存に関する最新状況およびその経年的変化を異なる対象集団に対する全国規模の疫学調査を通じて情報を収集するとともに、大麻や一般用医薬品の乱用といった近年、公衆衛生上の問題が拡大しつつある個別の課題について掘り下げることを目的とした。

研究計画に基づき、令和4年度は、以下の分担研究課題を実施した。

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（2022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（2022年）

研究4：救急医療における薬物関連中毒症例に関する実態調査：一般用医薬品を中心に

研究5：米国における嗜好用大麻の合法化が邦人留学生の意識・行動に与える影響に関する研究

※なお、次の研究課題は令和3年度に実施済みである。

研究1：薬物使用に関する全国住民調査（2021年）

【結論】薬物乱用・依存の実態把握を目的とするモニタリング的な全国調査（中学校における中学生、精神科医療施設を受診する患者）、および一般用医薬品（市販薬）と大麻の乱用問題を掘り下げた研究を実施し、次の結論が得られた。

1. 全国の中学生において、アルコール、タバコ、薬物乱用（有機溶剤、大麻、覚醒剤、危険ドラッグ）のいずれの経験率も前回調査（2018年）に比べて有意に減少したことが確認された。これらの結果は、コロナ禍においてアルコールや薬物乱用といった物質使用を行う中学生が減っていることを示唆している。
2. 全国の精神科医療機関を受診する薬物関連精神障害患者において、睡眠薬・抗不安薬、市販薬の関連精神疾患症例の明らかな増加を認め、特に若年層や女性の増加が特徴的であった。この患者層は、1年以内の薬物使用率が高く、併存精神障害が高率でありながら、治療継続に課題を抱える一群であった。
3. 市販薬過量服用で救急搬送された患者は、「若年」「女性」が多く、メンタルヘルスの不調を抱えながらもどうにか社会生活を送っていて、精神科医療や相談支援等につなげていない若者が自殺手段や不快気分の解消、つらい現状を忘れる方法として市販薬を過量服用している現状が浮かび上がった。自傷・自殺以外の目的での服用も多く、依存の傾向も認められた。
4. 米国カリフォルニア州における大麻合法化により、邦人米国滞在者は日常的に大麻が蔓延している環境におかれている。嗜好目的での大麻使用が合法化し、ディスペンサリーで容易に

大麻が購入できる事から、邦人米国滞在者の大麻使用への意識は「個人の自由である」と肯定的であった。合法化に伴い、大麻の普及や日常化が進み、今後邦人滞在者間で大麻使用者が増加する可能性が懸念される。

○薬物乱用・依存の実態を全国レベル/複数のフィールドで調べつつ、個別の重要課題についても掘り下げていく

全国レベルでの薬物乱用・依存の実態把握

研究1 全国一般住民調査
研究2 全国中学生調査
研究3 全国病院調査

個別の重要課題

研究4 一般用医薬品(救急医療における中毒症例)
研究5 大麻(米国の邦人留学生における大麻使用と意識)

期待される主な知見

- ・ 一般住民における違法薬物使用の最新動向(生涯経験率、過去1年経験率)
- ・ 中学生における薬物乱用の最新動向(生涯経験率)、薬物乱用の健康被害の周知状況
- ・ 物質使用障害患者の最新動向(主たる薬物)、各患者群の臨床的特徴

期待される主な知見

- ・ 急性中毒の対象となる一般用医薬品の製品名(GC/MS、LC/MS/MSIによる分析)、中毒症例の詳細、処置、予後
- ・ 米国における嗜好目的での大麻使用の合法化が邦人留学生に与えるインパクト

薬物乱用・依存の各種対策の基礎資料として活用

第五次薬物乱用防止五カ年戦略に関連する基礎資料として活用(目標1,2)
UNODCなどの国際機関に報告される(生涯経験率、過去1年経験率など)
SDGs3.5の根拠データとして活用できる

研究分担者

嶋根卓也(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部、心理社会研究室長)

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)

上條吉人(埼玉医科大学医学部臨床中毒学)

Tooru Nemoto (Public Health Institute, U.S.)

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カ年戦略(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明記されている。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。

本研究班では、わが国の薬物乱用・依存に関する最新状況およびその経年的変化を異なる対象集団に対する全国規模の疫学調査を通じて情報を収集するとともに、大麻や一般用医薬品の乱用といった近年、公衆衛生上の問題が拡大しつつある個別の課題について掘り下げることを目的とする。研究計画に基づき、今年度

は、以下の分担研究課題を実施した。

【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（2022 年）

研究分担者 嶋根 卓也

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所薬物依存研究部

A. 研究目的

本研究の目的は、全国の中学生における飲酒・喫煙を含めた薬物使用の状況、および生活に関する実態を把握することである。調査結果は、青少年に対する各種依存症対策を講じる上での基礎資料として関係機関に提供する。

B. 研究方法

調査対象は、全国から都道府県単位で無作為に選ばれた計 244 校の中学校における全在校生（想定生徒数 113,722 名）であった。対象校は、層別一段集落抽出法にて無作為抽出した。調査期間は 2022 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 A2022-027）。

C. 研究結果

調査対象校 244 校のうち、154 校から調査協力を得た。回収率は 63.1%であった。合計 54,613 名の調査用紙が回収され、このうち除外基準に該当する 990 名を分析対象から除外し、残った計 53,623 名を有効回答とした（想定生徒数の 46.6%）。主な知見は以下の通りである。

1. アルコールの生涯経験率は 14.8%、過去 1 年経験率は 7.4%、ノンアルコール飲料の過去 1 年経験率は 8.2%であった。（推計値）
2. タバコの生涯経験率は 1.3%、過去 1 年経験率は 0.6%であった。
3. 薬物乱用の生涯経験率は、大麻 0.12%、有機溶剤 0.20%、覚醒剤 0.11%、危険ドラッグ 0.13%、いずれかの違法薬物 0.25%であ

った。（推計値）

4. 薬物乱用の過去 1 年経験率は、大麻 0.09%、有機溶剤 0.13%、覚醒剤 0.08%、危険ドラッグ 0.09%、いずれかの違法薬物 0.18%であった。（推計値）
5. 薬物乱用に関する経年的変化をみた場合、薬物乱用の生涯経験率は、すべての薬物について前回調査（2018 年）に比べて有意に減少した。

D. 考察

薬物乱用に関する経年的変化をみた場合、いずれの薬物の生涯経験率も前回調査（2018 年）に比べて有意に減少したことが示された。これまでの調査結果を再分析した 2020 年調査では、有機溶剤の生涯経験率は一貫して減少傾向にある一方で、大麻の生涯経験率は 2014 年から 2018 年にかけて増加傾向にあること、覚醒剤および危険ドラッグについては横ばいであることを報告した。しかし、今回の調査ではいずれの薬物についても 2018 年から 2022 年にかけて有意な減少が認められた。この結果は、COVID-19 パンデミックが続く現在、薬物乱用を行う中学生が減っている可能性を示唆している。減少の背景には、COVID-19 パンデミックによって学校生活を含む様々な社会的活動が制限されている中で、薬物を使う機会が少なくなったことが影響している可能性がある。いずれの薬物の入手可能性が一貫して低下していることも COVID-19 パンデミックの影響があるのかもしれない。

一方、薬物乱用に誘われた経験は若干増加していることには注意が必要である。誘われた経験が増加した一方で、使用率自体は減少していることから、薬物乱用の誘いを断れる生徒はむしろ増加している可能性がある。本調査では誘われた経験についての詳細は得られていない。身近な友人や知人から対面で直接的に誘われる場合もあるだろうし、SNS などを通じた誘いを経験している場合も想定される。今後は、誘われた状況を掘り下げていくような追加調査が必要と考えられる。

E. 結論

第13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」が2018年以来、4年ぶりに実施された。アルコール、タバコ、薬物乱用のいずれの経験率も前回調査(2018年)に比べて有意に減少したことが確認された。これらの結果は、アルコールや薬物乱用といった物質使用を行う中学生が減っていることを示唆している。減少の背景として、COVID-19パンデミックにより学校生活を含む様々な社会的活動が制限されている中で、アルコールや薬物を使う機会が少なくなったことが影響している可能性が考えられた。

【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

分担研究者 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

A. 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。

B. 研究方法

対象症例は、2022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。

C. 研究結果

対象施設1531施設のうち、1143施設(74.7%)の協力を得て、221施設(14.4%)の施設から総計2522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2468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1495例(60.6%)、次いで睡眠薬・抗不安薬780例(31.6%)、揮発性溶剤696例(28.2%)、大麻688例(27.9%)、市販薬450例(18.2%)、危険ドラッグ270例(10.9%)、MDMA227例(9.2%)、コカイン199例(8.1%)、MDMA以外の幻覚剤193例(7.8%)、鎮痛薬(処方非オピオイド系)100例(4.1%)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、覚醒剤で721例(29.2%)であり、次いで、揮発性溶剤612例(24.8%)、睡眠薬・抗不安薬419例(17.0%)、大麻275例(11.1%)、市販薬234例(9.5%)、危険ドラッグ60例(2.4%)が続いた。「主たる薬物」として最も多かったのは、覚せい剤1227例(49.7%)であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬435例(17.6%)、市販薬273例(11.1%)、大麻156例(6.3%)、多剤128例(5.2%)、揮発性溶剤123例(5.0%)、危険ドラッグ34例(1.4%)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1036例(42.0%)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睡眠薬・抗不安薬297例(28.7%)であり、次いで、覚せい剤292例(28.2%)、市販薬207例(20.0%)、大麻81例(7.8%)、多剤60例(5.8%)、揮発性溶剤33例(3.2%)、その他28例(2.7%)が続いた。

D. 考察およびE. 結論

今年度調査では、久しぶりに症例数の減少がみられた。睡眠薬・抗不安薬、市販薬の関連精神疾患症例の明らかな増加を認め、特に若年層や女性の増加が特徴的であった。この集団は、1年以内使用ありの割合が高く、また、併存精神障害が高率でありながら、治療継続に課題を抱える一群であった。今後の薬物対策は、「逮捕されない薬物」の乱用に関する対策が重要な課題になると考えられる。

【研究4】

救急医療における薬物関連中毒症例に関する
実態調査：一般用医薬品を中心に（2022年）
分担研究者 上條 吉人
埼玉医科大学医学部臨床中毒科

研究 4-1 市販薬過量服用で救急搬送された患者
の依存・乱用に関する多施設共同調査

A. 研究目的

救急医療施設に搬送された市販薬の過量服用患者の臨床症状や過量服用した背景の特徴を明らかにすること。

B. 研究方法

2021年4月から2022年12月までに市販薬の過量服用により埼玉医科大学病院を受診した患者のうち研究同意が得られた25名を対象とし、①DAST-20日本語版、②Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)日本語版、③市販薬過量服薬患者質問票の3つの質問紙を使用して患者の乱用・依存の重症度、自殺傾向、心理社会的特徴を調べた。

C. 研究結果

性別は、男性9名（36%）、女性16名（64%）、平均年齢23.3歳（中央値21.0歳）と若年の女性が多い傾向が示された。市販薬の乱用・依存の重症度を測るDAST-20の結果は、16名（64%）が軽度で、外来治療や集中治療が必要とされる中度以上が9名（36%）認められた。また、7名（28%）が日常的に市販薬を過量服用しており、市販薬への依存がかなり進行している状態であった。M.I.N.I.の「自殺リスク」セクションの平均得点は25.6点（中央値27.0点）であり、市販薬の過量服用により救急搬送された患者の多くが、自殺する危険性が非常に高い心理状態であることが示された。

過量服用した市販薬は、ジフェンヒドラミンを主成分とする催眠鎮静薬（抗ヒスタミン剤）が13件（27%）と最も多く、次いでアセトア

ミノフェンやイブプロフェンを主成分とする解熱鎮痛薬12件（25%）、総合感冒薬9件（18%）の順に多かった。

過量服用した市販薬の情報源としては、インターネット検索が14件（52%）と最も多かった。

過量服用のきっかけとなった心理社会的要因としては、「健康問題」が12件（30%）と最も多く、次いで「勤務問題」8件（20%）、「学校問題」6件（15%）、「男女問題」、「経済的問題」、「その他」がそれぞれ4件（10%）、「家庭問題」2件（5%）であった。

過量服用の目的は、「死ぬため」17件（50%）、「気分不快感の解消」9件（26%）、「気分や意欲をあげるため」3件（9%）、「リセットするため」と「意識をとばすため」がともに2件（6%）、「頭痛の緩和」1件（3%）であった。

D. 考察

メンタルヘルスの不調を抱えながらもどうか社会生活を送っていて、精神科医療や相談支援等につながっていない若者が自殺手段や不快気分の解消、つらい現状を忘れる方法として市販薬を過量服用している現状がある。さらには、市販薬の過量服用を繰り返す中で依存症が形成されている可能性も示唆された。「市販薬の過量服用」であっても、自殺する危険性が高い心理状態であること、さらには依存症が加わると自殺の危険性がより高まることを医療者が理解することが大切である。

E. 結論

若者が抱える多様な心理社会的問題に対して、医師だけでなく看護師、薬剤師、臨床心理士、精神保健福祉士等が協働し、患者一人ひとりに対しての精神科的治療を含む支援を提供することが重要である。

研究 4-2 救急医療施設に搬送となった急性市販薬中毒の疫学的・臨床的特徴に関する調査および主要成分血中濃度測定

A. 研究目的

救急医療施設へ搬送された急性市販薬中毒患者の背景、臨床症状、治療経過、予後などに加えて市販薬に含有されるカフェインやジフェンヒドラミンなどの有効成分の血中濃度を集積・解析し、市販薬過量摂取の現状を明らかにする。

B. 研究方法

多機関共同、前方視的に、市販薬中毒症例の患者診療録および中毒の原因となった市販薬に含有されている有効成分の血中濃度測定記録を用いた症例集積研究。埼玉医科大学病院臨床中毒センターが基盤機関となり、日本臨床・分析中毒学会 (Japanese Society of Clinical & Analytical Toxicology) に所属する救急医療施設へ参加を依頼し、2021年5月1日～2022年12月31日で症例登録を施行した。参加施設には質問票を郵送し、すべてのアンケートは埼玉医科大学病院で回収された。また、参加施設からは初診時などに採血された残余検体を収集し、服用した薬物の有効成分を分析することとした。

C. 研究結果

7つの救急医療機関から122名の患者を対象とした質問票および残余検体を収集した。性別は男性25名(20.5%)、女性97名(79.5%)、平均年齢25.8歳(中央値22.0歳)と若年の女性が多かった。86名(70.5%)が家族と同居しており、12名(9.8%)が内縁関係のパートナーもしくは恋人、友人・その他と同居がそれぞれ2名(1.6%)であった。17名(13.9%)が独居であった。既往歴は、身体的既往歴のみが14名(11.5%)、精神科既往歴のみは63名(51.6%)、身体的既往歴と精神科既往歴のいずれもありが8名(6.6%)であった。

過量服用に使用された市販薬の種類は平均 1.5 ± 1.1 個(中央値1.0)で、錠数は平均 101.8 ± 106.9 錠(中央値76.5)であった。また、47名(38.5%)が市販薬に加えて併存薬物の過量摂取が認められた。過量服用の目的は、「自傷・

自殺目的」97件(74.0%)が多かったが、「その他の目的」も31件(23.7%)あった。意図的な濫用が33名(27.0%)にあった。入手経路は、実店舗が85件(65.9%)と最も多く、次いで置き薬20件(15.5%)、インターネット購入12件(9.3%)、家族所有が10件(7.8%)の順であった。過量服薬された市販薬は83種類189品目で、カテゴリー分類では「解熱鎮痛薬」47件(24.9%)、鎮咳去痰薬35件(18.5%)が最も多く、ついで「かぜ薬」34件(18.0%)、「催眠鎮静薬」28件(1.8%)、「抗ヒスタミン薬主薬製剤」14件(7.4%)、「眠気防止薬」9件(4.8%)、「鎮うん薬(乗物酔い防止薬、つわり用薬を含む)」9件(4.8%)の順に多かった。過量服用された市販薬に含有されている主成分のうち、濫用または/および依存が問題とされている成分として最も多かったのが無水カフェイン84件(22.2%)、次いでdl-メチルエフェドリン塩酸塩55件(14.4%)、クロルフェニラミンマレイン酸塩/d-クロルマレイン酸塩/マレイン酸フェニラミン48件(12.6%)、ジヒドロコデインリン酸塩/コデインリン酸塩水和物47件(12.3%)、ジフェンヒドラミン塩酸塩/ジフェンヒドラミンサリチル酸塩35件(9.2%)、アセトアミノフェン31件(8.1%)、イブプロフェン29件(7.6%)、デキストロメトर्फェン臭化水素酸塩水和物16件(4.2%)、アスピリン13件(3.4%)、ブロモバレリル尿素9件(2.4%)、ジプロフィリン7件(1.8%)、プソイドエフェドリン塩酸塩/塩酸プソイドエフェドリン3件(0.8%)の順であった。服用から受診までの中央値270分で、不明も9件(7.3%)あった。73名(59.8%)の対象者に嘔気嘔吐や腹痛等の消化器症状があり、54名(44.3%)に意識障害や不穏興奮、イライラ等の中枢神経症状が認められた。また、振戦や頭痛、耳鳴りといった神経症状が38名(31.1%)、不整脈等の循環器症状が54名(44.3%)あった。113名(92.6%)が入院となり、69名(56.6%)が集中治療室での治療を要した。入院日数は平均 3.4 ± 2.7 日(中央値2.0)で、身体的には111名(91.0%)が完全回復し、11名(9.0%)が退院時に残遺症状が認められた。死亡事例はなか

った。

122 事例全ての血液検体を収集し、LC/QTOF-MS 法、LC MS/MS 法、GC-MS 法などで市販薬に含有されているカフェインやジフェンヒドラミンをはじめとする主成分の血中濃度の分析法を構築している。成分分析についての結果は次年度以降に報告する。

D. 考察

今回の研究において、市販薬過量摂取患者では、「若年」「女性」が多い傾向が認められた。自傷・自殺以外の目的での服用も多く、依存の傾向も認められた。すぐに手に入れられる手軽さからか実店舗での購入が多かった。実店舗での対策が市販薬過量服用の抑制につながる可能性があるかもしれない。中毒症状としては中枢神経症状や不整脈などの循環器症状が半数近くに認められた。急変に備えた慎重なモニタリングの必要性や、精神的な不安定さから、集中治療室への入床が多かった。

E. 結論

今後は、含有成分の種類や血中濃度などと症状の関連についても、さらに症例を重ねて調査していく必要がある。

研究 4-3 救急医療施設に搬送されたカフェインを主成分とする市販薬の過量摂取による急性カフェイン中毒の疫学的・臨床学的特徴に関する追跡調査

A. 研究目的

本邦における急性カフェイン中毒患者の疫学および臨床的特徴について、5 年間の追跡後方視的研究を実施した。

B. 研究方法

対象は、2016 年 4 月から 2021 年 3 月の間に、カフェインを主成分とするサプリメントおよび/またはエナジードリンクを大量に摂取し、救急外来に搬送された患者とした。日本国内の 32 の救急医療機関に参加を依頼した。参

加施設には質問票を郵送した。すべてのアンケートは埼玉医科大学病院で回収され、分析された。

C. 研究結果

11 の救急医療機関から 76 名の患者を対象とした。ほとんどの患者は若年者であった（年齢中央値 23 歳、範囲 15～54 歳、男性 37 名、女性 39 名）。精神科受診歴のある患者は 36 名、自殺未遂や自傷行為でカフェイン入りの製品を摂取した患者は 65 名であった。カフェイン含有量の多い錠剤の摂取経験者が 74 名(97%)であり、カフェイン含有量の少ない液体の摂取経験者はいなかった。75 名の患者のカフェイン摂取量が推定された（中央値 7.0 g、範囲 0.6～68.0 g）。24 人の患者が血液浄化を受け、10 人が人工呼吸器によるサポートを必要とした。心停止した症例は 3.0%に認めたが、全例が救命された。

D. 考察

カフェイン含有量の多い錠剤は、重篤なカフェイン中毒の危険性が高いことが再確認された。また、今回調査した症例では、血液浄化処置を行った症例を多く認め、死亡例が少なかった要因である可能性が示唆された。

E. 結論

カフェイン中毒の患者に対して、救急科から精神科に診察を依頼することで、自殺や自傷行為のゲートキーパーとなるべきであると考ええる。

【研究 5】米国における嗜好用大麻の合法化が邦人留学生の意識・行動に与える影響に関する研究（2022 年）

分担研究者 Tooru Nemoto

Public Health Institute, U. S.

A. 研究目的

カリフォルニア州では、嗜好品大麻の合法化に伴い、邦人留学生や長期滞在者は、米国滞在

中に大麻使用行動に何らかの影響を受けることが危惧される。しかし、米国の嗜好品大麻の合法化が邦人留学生に与える影響を調べた研究はこれまでにない。本研究は、米国における嗜好用大麻が邦人留学生や長期滞在者に与える影響を検証する初めての研究であり、社会安全上・薬物乱用対策上の意義が高いと言える。得られた知見は、今後米国に留学する学生や長期滞在者に向けた薬物乱用防止教育プログラムや、帰国後の大麻使用に関するアセスメントや、大学と治療プログラムとの連携に関する提言を行う。

B. 研究方法

本研究は、質的研究および量的研究を組み合わせた混合研究法で実施した。

質的研究：サンフランシスコ・ベイエリアに住む長期滞在者を対象とした質的インタビューを実施した。選択基準としては、1) サンフランシスコ・ベイエリアに 90 日以上滞在している邦人、2) 18 歳以上の者とした。対象者 11 名をインターネットやチラシ配布を通じてリクルートとし、質的インタビューを実施した。調査員が、対象者から大麻使用に関する意識・行動や、米国での嗜好用大麻の合法化に関する考え、などを日本語で聞き取った。

量的研究：質的研究のデータに基づき、量的調査の質問項目を完成させる。対象者の選択基準は質問調査と同じである。量的調査はオンラインアンケート形式を使い、選択肢と自由記載で回答してもらう。対象者は米国に 90 日以上滞在している邦人 100 名で、日本人向けのローカル紙、インターネット、チラシ配布を通じてリクルートし量的調査を実施する。事前にトレーニングを受けた調査員が、対象者にアンケートリンクを渡し、無記名自記式のオンラインアンケートに回答してもらう。

予定している調査項目としては、基本属性、日本と米国でのアルコール・大麻を含む薬物使用、DAST-20 (薬物依存の重症度を評価するスクリーニング) などである。個人を特定する情報は収集しない。

倫理面への配慮として、調査員は、候補者が選択基準を満たしていることを再度確認した上で、問題がなければ、候補者にインフォメーションシート (書面同意) を事前に渡した。質問等がある場合は、メールで問い合わせを促し、参加同意を確認したうえで正式に対象者として研究に参加してもらうという手順をとった。調査期間は 2022 年 9~2023 年 3 月であり、調査実施にあたり、Public Health Institute の IRB 承認を 2023 年 1 月 24 日に得た (承認番号 I22-015)。

C. 研究結果

計 11 名の質的調査を実施した (女性 64%、男性 36%、平均年齢 49 歳、平均米国滞在歴 18 年)。大麻使用に関する意識・行動や、米国での嗜好用大麻の合法化に関する考え、薬物使用の実態は以下の通りである。

- 1) 米国での大麻使用の蔓延性：11 人全員が、カリフォルニア州の大麻合法化に伴い、簡単に大麻ディスペンサリーで買えたり、自家栽培したりと、大麻使用は日常的に見られる、特に若者の間では、娯楽的感覚で使用されていると回答。
- 2) 米国での大麻使用に関する見解：11 人中 8 人が大麻を使用する友人や知人がいると回答。9 人が、周りの人が大麻を使うことに異議はなく、合法なので個人の自由と回答。
- 3) 日本における大麻取締法：11 人中 5 人が大麻取締法は厳し過ぎ、取り締まる根拠が不明であると回答。残りの 5 人は取締法があるが故、米国ほど蔓延していないと回答。
- 4) 違法薬物使用：11 人中人が過去 6 か月以上前にマッシュルームを使用と回答。違法薬物使用：11 人中人が過去 6 か月以上前にマッシュルームを使用と回答。
- 5) 米国での大麻使用：11 人中 3 人 (全員男性) が過去 6 か月以内に大麻を使用 (吸引、食す) し、ディスペンサリーで定期的に購入していた。そのうち 1 人は日本で大麻の

使用経験があり、残り 2 人は渡米してから使用したと回答した。1 人は週末にパートナーとリラックスする目的で 1 回の使用につき 5—7 回程吸引すると回答。残りの 2 人は、集中力や活動力を促す為大麻を、毎日使用していると回答。

- 6) 米国での飲酒：11 人中 8 人が過去 6 か月以内に飲酒。頻度は週 1—2 回から毎日、量はグラス 1 杯から多くてビール 3 杯、ショット 4 杯程と回答。8 人中 7 人が、アクセスや文化的背景により、日本に居る時のほうが頻繁に飲んでいたらと回答。

D. 考察

質的研究をとおり、カリフォルニア州における大麻合法化により、邦人米国滞在者は日常的に大麻が蔓延している環境におかれていることが把握できた。嗜好目的での大麻使用が合法化し、ディスペンサリーで容易に大麻が購入できることから、年齢を問わず邦人米国滞在者の大麻使用への意識は「個人の自由である」と肯定的であった。過去 6 か月以内に大麻を使用していると回答したのは男性 3 人で少人数であるが、日常的に大麻を使用しており、特に 30 代の比較的若い対象者 2 人は集中力や活動力向上を求め、効率よく大麻を日常生活に取り入れていると回答。少数のサンプルだが、合法化に伴い、大麻の普及や日常化が進み、今後邦人滞在中で大麻使用者が増加する可能性が懸念される結果となった。

日本での大麻使用経験者数及び大麻取締法違反による検挙人員は、近年増え続けている。例えば平成 30 年における大麻取締法違反の検挙人員は 3,762 名であり、これは過去最多記録となっている。大麻使用者が増加する背景には以下の要因が関係していると考えられる。

1) 大麻の入手機会の増加である。嶋根班らの研究によれば、大麻使用に誘われる機会は確実に増加しており、2019 年調査では、大麻使用に誘われた経験を持つ一般住民は、全体の 3.4% (男性 4.4%、女性 2.5%) である。これは 1995 年からの 20 年以上におよぶモニタリング期間中

で最も高い値である。こうした入手機会の増加が、使用者増加の背景の一つとして考えられる。

2) 大麻使用に対する意識の変化である。大麻使用を肯定する考えが若年層や米国やカナダなど嗜好目的での大麻使用が合法化されている国への渡航経験のある人々の間で広がりつつある。嶋根らの研究によれば、大麻を使うことに対しては、9 割以上の一般住民が「使うべきではない」と考えている一方で、「少しなら構わない」あるいは「個人の自由」と考える者が特に 20 代において広がっている (約 5%)。特に今回の質的調査で判明したことは米国在住参加者全員が、大麻使用が合法化されている、いないに関わらず大麻使用は個人の自由であると肯定する考えを示した。2023 年 2 月の時点でアメリカ 26 州及びカナダにおいて、嗜好目的での大麻使用が認められている。こうした大麻使用に関するアメリカでの政策またアメリカなどで大麻を使用した人との交流が、日本の若年層に影響を与えていると思われる。

3) 近年の危険ドラッグ規制により、今まで危険ドラッグを使用していた者が大麻の使用に転向した可能性である。嶋根班らの研究によればアンダーグラウンド化した危険ドラッグを探し、インターネット上をさまよいつづけている者もいれば、規制強化を契機に薬物使用を中止した者もいる。また、危険ドラッグから依存対象を他の物質に切り替えた者もいる。大麻使用者の増加の背景には、危険ドラッグ・ブームの終息が何らかの影響を与えている可能性は否定できない。

E. 結論

現在、日本で一般住民の間で最も使われているのは大麻であり、生涯経験者数は約 161 万人、過去 1 年経験者数は約 9 万人と推計されている。本研究は量的調査の準備中であるが、今後アメリカに滞在している日本人を対象にした量的調査を通じて、大麻使用の最新動向を把握することが本研究の目的であり、研究結果をもとに今後日本人でアメリカなどの海外渡航計画をしている若者、また米国滞在中を対象にした大

麻使用、乱用予防のためプログラムを考察することが最終目的である。

後邦人滞在者間で大麻使用者が増加する可能性が懸念される。

研究班全体の結論

薬物乱用・依存の実態把握を目的とするモニタリング的な全国調査（中学校における中学生、精神科医療施設を受診する患者）、および一般用医薬品（市販薬）と大麻の乱用問題を掘り下げた研究を実施し、次の結論が得られた。

1. 全国の中学生において、アルコール、タバコ、薬物乱用（有機溶剤、大麻、覚醒剤、危険ドラッグ）のいずれの経験率も前回調査（2018年）に比べて有意に減少したことが確認された。これらの結果は、コロナ禍においてアルコールや薬物乱用といった物質使用を行う中学生が減っていることを示唆している。
2. 全国の精神科医療機関を受診する薬物関連精神障害患者において、睡眠薬・抗不安薬、市販薬の関連精神疾患症例の明らかな増加を認め、特に若年層や女性の増加が特徴的であった。この患者層は、1年以内の薬物使用率が高く、併存精神障害が高率でありながら、治療継続に課題を抱える一群であった。
3. 市販薬過量服用で救急搬送された患者は、「若年」「女性」が多く、メンタルヘルスの不調を抱えながらもどうか社会生活を送っていて、精神科医療や相談支援等につながっていない若者が自殺手段や不快気分の解消、つらい現状を忘れる方法として市販薬を過量服用している現状が浮かび上がった。自傷・自殺以外の目的での服用も多く、依存の傾向も認められた。
4. 米国カリフォルニア州における大麻合法化により、邦人米国滞在者は日常的に大麻が蔓延している環境におかれている。嗜好目的での大麻使用が合法化し、ディスペンサリーで容易に大麻が購入できることから、邦人米国滞在者の大麻使用への意識は「個人の自由である」と肯定的であった。合法化に伴い、大麻の普及や日常化が進み、今

研究発表：各分担報告に掲載

知的財産権の出願・登録状況：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（2022 年）

分担研究報告書

飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査（2022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）
小出 彰宏（横浜薬科大学薬学部臨床薬学科レギュラトリーサイエンス研究室）
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）
堤 史織（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）
山口 裕貴（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】本研究の目的は、全国の中学生における飲酒・喫煙を含めた薬物使用の状況、および生活に関する実態を把握することである。調査結果は、青少年に対する各種依存症対策を講じる上での基礎資料として関係機関に提供する。

【方法】調査対象は、全国から都道府県単位で無作為に選ばれた計244校の中学校における全在校生（想定生徒数113,722名）であった。対象校は、層別一段集落抽出法にて無作為抽出した。調査期間は2022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A2022-027）。調査対象校244校のうち、154校から調査協力を得た。回収率は63.1%であった。合計54,613名の調査用紙が回収され、このうち除外基準に該当する990名を分析対象から除外し、残った計53,623名を有効回答とした（想定生徒数の47.2%）。

【結果】主な知見は以下の通りであった。

1. アルコールの生涯経験率は14.8%、過去1年経験率は7.4%、ノンアルコール飲料の過去1年経験率は8.2%であった。（推計値）
2. タバコの生涯経験率は1.3%、過去1年経験率は0.6%であった。
3. 薬物乱用の生涯経験率は、大麻0.12%、有機溶剤0.20%、覚醒剤0.11%、危険ドラッグ0.13%、いずれかの違法薬物0.25%であった。（推計値）
4. 薬物乱用の過去1年経験率は、大麻0.09%、有機溶剤0.13%、覚醒剤0.08%、危険ドラッグ0.09%、いずれかの違法薬物0.18%であった。（推計値）
5. 薬物乱用に関する経年的変化をみた場合、薬物乱用の生涯経験率は、すべての薬物について前回調査（2018年）に比べて有意に減少した。

【考察】第13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」が2018年以來、4年ぶりに実施された。アルコール、タバコ、薬物乱用のいずれの経験率も前回調査（2018年）に比べて有意に減少したことが確認された。これら結果は、アルコールや薬物乱用といった物質使用を行う中学生が減っていることを示唆している。減少の背景として、COVID-19パンデミックにより学校生活を含む様々な社会的活動が制限されている中で、アルコールや薬物を使う機会が少なくなったことが影響している可能性が考えられた。

A. 研究目的

本研究の目的は、全国の中学生における飲酒・喫煙を含めた薬物使用の状況、および生活に関する実態を把握することである。調査結果は、青少年に対する各種依存症対策を講じる上での基礎資料として関係機関に提供する。本研究は、同一デザインに基づく疫学調査により、薬物乱用のモニタリング調査としての側面も有する。

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てきた1-13。しかしCOVID-19（新型コロナウイルス感染症）パンデミックの影響により、2020年調査は中止となった。第13回目となる今回の調査は、2018年調査から4年ぶりの全国調査となった。

B. 研究方法

1. 対象者およびサンプリング

調査対象は、全国から都道府県単位で無作為に選ばれた計244校の中学校における全在校生であった。調査対象校は、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。現在、中学生数が最も少ない鳥取県での対象校数を基準として、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、対象校の抽出には全国学校総覧 2022年版（原書房）および2022年版全国学校データ中学校（教育ソリューション株式会社）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244校（想定生徒数113,722

名）が選ばれた。

調査方法および倫理的配慮

2022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、市区町村教育委員会、調査対象校の順序で、本調査に関する説明文書、アンケート用紙や回収用封筒、過去の報告書などを送付し、事前通知を行った。その後、2022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、2022年9月から12月までであった。ただし、2022年7月に実施した学校が1校、2023年1月に実施した学校が1校あったが、いずれも有効回答として扱った。

匿名の自記式アンケートを学校内で実施した。研究対象者となる中学生に対する調査説明としては、研究目的に加え、「アンケートは無記名であり、個人は特定されないこと」、「アンケートへの回答は自由意志に基づくものであること」、「答えたくない質問には答えなくても構わないこと」、「アンケートに協力しないことで成績が下がるなど、何らかの不利益が生じることはないこと」などが含まれる。このように対象者が調査に協力することを拒否する権利を保障する。これらの説明内容は、アンケート用紙の冒頭で内容を記載するとともに、アンケート実施前に担当教員が読み上げ、説明内容を確認した。

対象者の同意の有無は、アンケート冒頭の同意欄への記入によって確認した。調査実施にあたり、担当教員向けの実施マニュアルを作成し、事前に配布した。アンケートの配布と回収は各対象校の担当教育が行った。アンケート回答後は、生徒各自でアンケート用紙を封筒に入れてから、提出させた。クラス単位で回収したアンケート用紙をダンボール箱に入れて、国立精神・神経医療研究センターに返送された。アンケートの開封作業、インプット作業の一部は、外部業者に委託した。インプットされた電子データは、クリーニングルールに基づき、データクリーニングを行った。

以上の調査手順は、人を対象とする生命科

学・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 A2022-027）。

2. 調査項目

調査項目は計 33 項目であった。

基本属性および生活に関する設問として、性別、学年、起床時間、就寝時間、朝食の摂食、学校生活、大人不在で過ごす時間、友人関係、親への相談など 11 項目を尋ねた。今回の調査から、新型コロナウイルス感染症関連ストレスについての調査項目を追加した。過去 1 年を振り返り、「新型コロナウイルスの感染拡大に伴って、日常生活や学校生活など様々な場面で自粛が求められる生活が続いていることに、どのくらいのストレスを感じているのか」という質問を行い、「かなりストレスを感じている～まったくストレスを感じていない」までの 4 件法で回答を求めた。「かなりストレスを感じている」「どちらかと言えばストレスを感じている」「どちらかと言えばストレスを感じていない」「まったくストレスを感じていない」を「ストレスあり」とし、「どちらかと言えばストレスを感じていない」「まったくストレスを感じていない」を「ストレスなし」として再コーディングした。

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 8 項目を尋ねた。今回の調査から、アルコールを含まないノンアルコール飲料の使用経験に関する調査項目を追加した。過去 1 年を振り返り、「どのくらいの頻度で、アルコールを含まないノンアルコール飲料（ノンアルコールビールやノンアルコールチューハイなど）を飲みましたか？」という質問を行い、「一度も飲まなかった～ほとんど毎日」までの 5 件法で回答を求めた。

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、過去 1 年経験、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）、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 4 項目）。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。各薬物の乱用経験は、これまで生涯経験のみを調べてきたが、より直近の経験を調べるために、今回の調査より「過去 1 年以内に使った」「過去 1 年より前に使った」から選択する形式に変更した。「過去 1 年以内に使った」を選択した場合、過去 1 年経験者とし、「過去 1 年以内に使った」「過去 1 年より前に使った」のいずれかを選択した者を生涯経験者と定義した。なお、市販薬の乱用経験に関する質問項目を試験的に追加したが、乱用ではなく、治療目的での使用との混同が多くみられたため、今回のデータ集計からは除外した。

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、フラッシュバックなど 10 項目について尋ねた。近年の大麻使用者の増加をふまえ、今回の調査より、大麻による認知機能や運動機能の低下、大麻の長期使用による記憶障害、若年期からの大麻使用による薬物依存のリスク増大、大麻による学業への悪影響に関する知識を追加した。また、精神科医療施設における市販薬を主たる使用薬物とする薬物依存症の増加をふまえ、市販薬の乱用による薬物依存症、市販薬の過量服薬（オーバードーズ）による死亡リスクに関する知識を追加した。

3. 統計解析

アンケート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、その他・不明）、学年（1 年生、2 年生、3 年生）、

過去1年大麻使用経験（経験群、非経験群）、コロナ禍ストレス（なし、あり）に分類し、各項目とのクロス集計を行った。

なお、群間の有意差検定はカテゴリカル変数についてはカイ2乗検定を採用した。ただし、期待値が5未満のセルが全体の20%を上回る場合は、フィッシャーの直接確率法を採用した。

アルコール、タバコ、薬物乱用の経験率については、デザインウェイトで重み付けをした推計値を算出した。算出方法および結果の解釈は2020年調査の報告書に記載した方法と同じである¹³。なお、推定値の解析には、R言語 v4.0.014) ならびに R 言語のパッケージ survey v4.015) を用いた。

C. 研究結果

1. 回収結果

調査対象校 244 校（国立 2 校、公立 222 校、私立 20 校）のうち、154 校（公立 143 校、私立 11 校）から調査協力を得た。回収率は 63.1% であった（図 1）。このうち 29 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 0%（鳥取県、佐賀県）から 100%（岩手県、秋田県、福井県、滋賀県、奈良県、和歌山県、山口県、徳島県、香川県、高知県、長崎県、大分県、鹿児島県）までバラツキがみられた。

計 154 校の調査協力校より、合計 54,613 名の調査用紙が回収された。これは想定生徒数の 47.4%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 990 名は、調査協力への同意が得られないなどの除外基準に合致し、分析対象から除外した。以上の手続きにより、合計 53,623 名を有効回答とした（想定生徒数の 47.2%）。

2. 基本属性

基本属性・生活属性に関する結果を表 15~18 に示した。有効回答者の内訳は、男性 26,391 名

（49.2%）、女性 26,279 名（49.0%）、その他・不明 729 名（1.4%）、無回答・無効回答（0.4%）であった。また、1年生 16,680 名（31.1%）、2年生 18,334 名（34.2%）、3年生 18,609 名（34.7%）であった。性別や学年に偏りは見られなかった。

生活に関する項目

生活に関する結果を表 15~18 に示した。

家庭での生活に関する項目としては、起床時間は、ほぼ一定している（81.0%）、一定していない（18.9%）であった。就寝時間は、ほぼ一定している（60.4%）、一定していない（39.4%）であった。朝食の摂食頻度は、ほとんど毎日食べる（86.2%）、時々食べる（8.9%）、ほとんど食べない（4.7%）であった。大人不在の状態で過ごす時間（1日あたり）は、なし、あるいは、ほとんどなし（24.8%）、1~2 時間未満（24.0%）、1 時間未満（20.6%）、2~3 時間未満（16.7%）、3 時間以上（13.3%）であった。悩み事がある時の親への相談は、どちらかと言えば相談する（34.5%）、ほとんど相談しない（23.9%）、どちらかと言えば相談しない（21.3%）、よく相談する（19.8%）であった。

学校での生活に関する項目としては、学校生活は、とても楽しい（43.0%）、どちらかと言えば楽しい（45.6%）、どちらかと言えば楽しくない（8.6%）、まったく楽しくない（2.3%）であった。親しく遊べる友人は、いる（96.4%）、いない（3.2%）であった。

コロナ禍ストレスは、どちらかと言えばストレスを感じている（37.5%）、どちらかと言えばストレスを感じていない（29.9%）、まったくストレスを感じていない（18.4%）、かなりストレスを感じている（13.6%）であり、全体の 51.5% がコロナ禍の自粛生活に対してストレスを感じていた。

3. アルコール

アルコールに関する結果を表 10, 19~22, 43~48, 51~52 示した。アルコールの生涯経験率は、全体 14.8%、男性 17.3%、女性 11.8%、1年生 12.8%、2年生 15.3%、3年生 15.9%であった。過去1年経験率は、全体 7.4%、男性 8.9%、

女性 5.7%、1 年生 6.7%、2 年生 7.4%、3 年生 7.9%であった。ノンアルコール飲料の過去 1 年経験率は、全体 8.2%、男性 9.0%、女性 7.3%、1 年生 8.0%、2 年生 8.2%、3 年生 8.4%であった。(いずれも推計値)

4. タバコ

タバコに関する結果を表 9, 23~26, 43~46, 49~50 に示した。タバコの生涯経験率は、全体 1.3%、男性 1.6%、女性 0.8%、1 年生 1.0%、2 年生 1.2%、3 年生 1.6%であった。過去 1 年経験率は、全体 0.6%、男性 0.8%、女性 0.3%、1 年生 0.5%、2 年生 0.6%、3 年生 0.8%であった。

(いずれも推計値)

5. 薬物乱用に関する項目

薬物乱用に関する結果を表 27~34, 39~42, 53~56 に示した。薬物乱用の生涯経験率は、大麻 0.12% (男性 0.13%、女性 0.08%)、有機溶剤 0.20% (男性 0.23%、女性 0.12%)、覚醒剤 0.11% (男性 0.10%、女性 0.07%)、危険ドラッグ 0.13% (男性 0.13%、女性 0.09%)、いずれかの違法薬物 0.25% (男性 0.28%、女性 0.15%) であった。過去 1 年経験率は、大麻 0.09% (男性 0.10%、女性 0.05%)、有機溶剤 0.13% (男性 0.08%、女性 0.06%)、覚醒剤 0.08% (男性 0.08%、女性 0.06%)、危険ドラッグ 0.09% (男性 0.09%、女性 0.07%)、いずれかの違法薬物 0.18% (男性 0.21%、女性 0.12%) であった。(いずれも推計値)

薬物乱用に誘われた経験は、大麻 0.8% (男性 1.0%、女性 0.5%)、有機溶剤 0.7% (男性 0.9%、女性 0.4%)、覚醒剤 0.7% (男性 0.9%、女性 0.4%)、危険ドラッグ 0.7% (男性 0.8%、女性 0.4%) であった。

薬物の入手可能性について、「簡単に手に入る」「なんとか手に入る」と回答したのは、有機溶剤 7.8%、大麻 6.7%、覚醒剤 6.4%、危険ドラッグ 5.8%であった。薬物を使うことに対して、「少々なら構わない」「全く構わない」と回答したのは、有機溶剤 1.3%、大麻 1.9%、覚醒剤 1.3%、危険ドラッグ 1.1%であった。薬物乱用の誘いを

断る自信について、大変ある 76.7%、どちらかと言えばある 17.1%、どちらかと言えばない 2.5%、まったくない 2.6%と回答した。

6. 薬物乱用に関する知識

薬物乱用に関する知識に関する結果を表 35~38 に示した。「知っている」と回答した知識は、薬物依存 97.1%、精神病状態 94.0%、フラッシュバック 77.8%、大麻使用による認知・運動機能低下 85.7%、大麻の長期使用による記憶障害 74.1%、若年期からの大麻使用による依存症リスク 71.3%、大麻使用による学業への悪影響 79.5%、市販薬乱用による薬物依存 71.6%、市販薬の大量使用による死亡リスク 78.0%であった。

7. 経年的変化について

表 2~14 および図 2~14 にアルコール使用、タバコ使用、薬物乱用に関する経年的変化に関する結果を示した。これらはいずれも各調査で得られた値(観測値)であり、推計値ではない。推計値に関する経年的変化は図 15~22 に示した。こちらはデザインウェイトによる重み付けを行った推計値である。

図 2~8 および図 15~18 に示したように、薬物乱用(大麻、有機溶剤、覚醒剤、危険ドラッグ)の生涯経験率は、いずれの薬物についても前回調査(2018 年)から有意に減少した。アルコールやタバコの経験率についても、前回調査から有意に減少した(図 9,10, 19-22)。

薬物乱用に誘われた経験は、いずれも前回調査から増加した(図 11)。薬物の入手可能性について、「簡単に手に入る」「なんとか手に入る」と回答した割合は前回調査から緩やかに減少した(図 13)。薬物乱用に対する考えについて、「少々なら構わない」「まったく構わない」と回答した割合は、覚醒剤、有機溶剤、危険ドラッグは減少したが、大麻については横ばいであった(図 14)。

D. 考察

1. コロナ禍での全国調査

本調査は、1990年に和田らが千葉県の中公立中学校を対象に実施した調査を原点としている¹⁴⁻¹⁶。1996年より調査対象を全国規模に拡大し、隔年で実施してきた。薬物乱用の好発年齢とされる中学生^{17,18}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。2020年調査はCOVID-19パンデミックの影響により、一斉休校などの措置がとられていたこともあり、実施ができなかった。今回の調査は2018年調査から4年ぶりの全国調査となった。

今回の回収率は63.1%であった。前回調査(76.3%)に比べると回収率は減少したが、コロナ禍における全国調査としては、多くの中学校から調査協力が得られたと考えられる。例えば、2021年に実施された「薬物使用と生活に関する全国高校生調査」における回収率は39.6%であり、今回の回収率は、高校生調査の回収率を大幅に上回っている。コロナ禍で様々な制限がある中で、調査にご協力をいただいた対象校の全生徒および教職員の皆様、そして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。また、調査にはご協力いただけなかったものの、調査実施についてご検討いただいたすべての対象校にもお礼を申し上げたい。

2. コロナ禍で薬物乱用が減少

薬物乱用に関する経年的変化をみた場合、いずれの薬物の生涯経験率も前回調査(2018年)に比べて有意に減少したことが示された。これまでの調査結果を再分析した2020年調査では、有機溶剤の生涯経験率は一貫して減少傾向にある一方で、大麻の生涯経験率は2014年から2018年にかけて増加傾向にあること、覚醒剤および危険ドラッグについては横ばいであることを報告した。しかし、今回の調査ではいずれの薬物についても2018年から2022年にかけて有意な減少が認められた。この結果は、

COVID-19パンデミックが続く現在、薬物乱用を行う中学生が減っている可能性を示唆している。

減少の背景には、COVID-19パンデミックによって学校生活を含む様々な社会的活動が制限されている中で、薬物を使う機会が少なくなったことが影響している可能性がある。いずれの薬物の入手可能性が一貫して低下していることもCOVID-19パンデミックの影響があるのかもしれない。

コロナ禍における青少年の薬物使用率の変化は、国外でも報告されている。例えば、青少年における薬物使用のモニタリング調査として知られているモニタリング・ザ・フューチャー(Monitoring the Future survey, MTF)では、COVID-19パンデミックに伴う一斉休校やソーシャルディスタンスに関する変化が始まった2020年から2021年にかけて、ほぼすべての薬物使用率が劇的に減少したことが報告されている¹⁹。MTFは、米国薬物乱用研究所

(National Institute on Drug Abuse)の研究費を使って、米国ミシガン大学の社会調査研究所が実施している全国調査である。アメリカ合衆国の第8年生(日本における中学2年生)、第10年生(高校1年生)、第12年生(高校3年生)に該当する約50,000名の青少年を対象とし、物質使用および関連する態度に関する全国調査を毎年実施している。2022年の最新調査では、多くの学校では対面式の授業、課外活動、その他の社会的な活動が元に戻りつつある中で、各薬物の使用率は、低下した状態で維持されていたことが報告されている²⁰。

一方、薬物乱用に誘われた経験は若干増加していることには注意が必要である。誘われた経験が増加した一方で、使用率自体は減少していることから、薬物乱用の誘いを断れる生徒はむしろ増加している可能性がある。本調査では誘われた経験についての詳細は得られていない。身近な友人や知人から対面で直接的に誘われる場合もあるだろうし、SNSなどを通じた誘いを経験している場合も想定される。今後は、誘われた状況を掘り下げていくような追加調査

が必要と考えられる。

E. 結論

第13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」が2018年以来、4年ぶりに実施された。コロナ禍にも関わらず、60%を超える学校から調査協力が得られた。薬物乱用の生涯経験率は、大麻0.12%、有機溶剤0.20%、覚醒剤0.11%、危険ドラッグ0.13%、いずれかの違法薬物0.25%であった。過去1年経験率は、大麻0.09%、有機溶剤0.13%、覚醒剤0.08%、危険ドラッグ0.09%、いずれかの違法薬物0.18%であった。(いずれも推計値)薬物乱用に関する経年的変化をみた場合、薬物乱用の生涯経験率は、すべての薬物について前回調査(2018年)に比べて有意に減少した。これら結果は、コロナ禍で薬物乱用を行う中学生が減っていることを意味しており、学校生活を含む様々な社会的活動が制限されている中で、薬物を使う機会が少なくなったことが影響している可能性が考えられた。

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、アンケート用紙の開封からデータ入力までの委託業務を担当していただきました株式会社マイ・ビジネスサービス。の皆様にも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) 嶋根卓也, 猪浦智史, 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 30 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・依存状態等のモニタリング調査と薬物依存者・家族に対する回復支援に関する研究」総括・分担研究報告書. pp19-73, 2019.
 - 13) 嶋根卓也, 猪浦智史, 立森久照, 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. 令和 2 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金医薬品・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. pp15-39, 2021.
 - 14) Wada, K., Fukui, S.: Prevalence of volatile solvent inhalation among junior high school students in Japan and background life style of users. *Addiction* 88: 89-100, 1993.
 - 15) 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.
 - 16) 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.
 - 17) Wada, K., Fukui, S.: Demographic and Social Characteristics of Solvent Abuse Patients in Japan. *The American Journal on Addictions* 3:165-176, 1994.
 - 18) 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.
 - 19) NIDA. 2021, December 15. Percentage of adolescents reporting drug use decreased significantly in 2021 as the COVID-19 pandemic endured. Retrieved from <https://nida.nih.gov/news-events/news-releases/2021/12/percentage-of-adolescents-reporting-drug-use-decreased-significantly-in-2021-as-the-covid-19-pandemic-endured> on 2023, March 17
 - 20) NIDA. 2022, December 15. Most reported substance use among adolescents held steady in 2022. Retrieved from <https://nida.nih.gov/news-events/news-releases/2022/12/most-reported-substance-use-among-adolescents-held-steady-in-2022>

releases/2022/12/most-reported-substance-use-among-adolescents-held-steady-in-2022 on 2023, March 17

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Takahashi M, Yamaki M, Kondo A, Hattori M, Kobayashi M, Shimane T: Prevalence of adverse childhood experiences and their association with suicidal ideation and non-suicidal self-injury among incarcerated methamphetamine users in Japan. *Child Abuse & Neglect* 131: 105763-105763, 2022.
- 2) 服部真人, 小林美智子, 高橋哲, 高岸百合子, 大宮宗一郎, 谷真如, 嶋根卓也: 覚醒剤使用の引き金に関する実証的研究—薬物依存と他のアディクションの併存に焦点を当てて—. *日本アルコール・薬物医学会誌* 57(3):127-142 2022.
- 3) 山田理沙, 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 米澤雅子, 松本俊彦: 薬物依存症回復支援施設の利用者を対象とした物質使用と HIV 感染リスクの高い性行動に関する研究. *日本エイズ学会誌* 24(3): 89-97, 2022.
- 4) 服部真人, 小林美智子, 高橋哲, 高岸百合子, 大宮宗一郎, 谷真如, 嶋根卓也: 薬物依存と他のアディクションが併存する覚醒剤事犯者の特徴. *犯罪心学研究* 60(1): 1-15, 2022.
- 5) 新田慎一郎, 嶋根卓也, 猪浦智史, 近藤あゆみ, 米澤雅子, 松本俊彦: 覚醒剤使用に問題を抱えるゲイ・バイセクシュアル男性の特徴 —ヘテロセクシュアル男性との比較から—. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 57(5): 182-192, 2022.
- 6) 引土絵未, 喜多村真紀, 新田慎一郎, 菊池美名子, 岡崎重人, 加藤 隆, 山本 大, 山崎明義, 嶋根卓也: 依存症回復支援施設における治療共同体 エンカウンター・グループの意義に関する質的考察. *日本アル*

コール・薬物医学会誌, 57(6), 2023. (in press)

- 7) 嶋根卓也: 市販薬乱用とセルフメディケーション. *精神科治療学* 37(7) :793-797, 2022.
- 8) 嶋根卓也: コロナ禍における薬物使用の動向: 薬物使用に関する全国住民調査 2021 より. *Newsletter KNOW (麻薬・覚せい剤乱用防止センター)* 第 107 号: 2-6, 2022.
- 9) 嶋根卓也: OTC 薬乱用の現状と対応—最も身近な医薬品の意外な落とし穴. *日本医事新報 No.5133* : 18-34, 2022.
- 10) 嶋根卓也: 「助けて」という気持ちをクスリと一緒に飲み込んでしまう. *こころの科学* 226 : 71-75, 2022.
- 11) 嶋根卓也: 若年者における薬物乱用の理解と課題. ダメ、ゼツタイで終わらせない薬物乱用防止教育. 令和 4 年度全国学校保健・安全研究大会 課題別研究協議会: 114-117, 2022.
- 12) 嶋根卓也: 20.物質使用障害. 医療者のための LGBTQ 講座 (総編集: 吉田絵理子), 南山堂, 東京, 2022.

2. 学会発表

- 1) Shimane T, Funada M, Tomiyama K, Matsumoto T: Increase in Abuse of Over-the-counter Drugs Including Opioids Such as Dihydrocodeine in Japan. The 2nd International Forum on Drug Policy, Shanghai, China, 2022. 8.4. (Best Paper Award)
- 2) Shimane T: Current Situation and Response to Over-the-Counter Drug Abuse in Japan. International symposium on prevention and counseling of drug abuse for juveniles. National Chung Cheng University, Taiwan, 2022.11.2.
- 3) Shimane T: Understanding and support for marijuana using youth in Japan.

2022 Drug Control Cross-network
Innovation as Scientific and
Technological Intelligence Drug
Prevention Achievements Publication
and International Symposium, Taiwan,
2022.11.4.

- 4) 嶋根卓也：法務総合研究所との共同研究による支援者向けの小冊子の作成：覚醒剤事犯者の理解とサポート 2021. シンポジウム 10 覚醒剤事犯者の理解とサポート(3). 2022 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，宮城，2022.9.9.
- 5) 嶋根卓也：高校生における大麻使用状況と大麻使用少年の心理社会的特徴：薬物使用と生活に関する全国高校生調査 2018 より. シンポジウム 13 大麻使用少年の理解とサポート(1). 2022 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，宮城，2022.9.10.
- 6) 嶋根卓也：覚醒剤使用者における危険な性行動：覚醒剤事犯者を対象とする全国調査

より. シンポジウム 15 物質使用と性感染症・性行動・セクシュアリティ(1). 2022 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，宮城，2022.9.10.

- 7) 引土絵未，嶋根卓也，小高真美，秋元恵一郎，大吉 努，加藤 隆，栗坪千明，山村りつ，吉野美樹，松本俊彦：薬物依存症者の就労支援のあり方に関する研究：インタビュー調査から. 2022 年度日本アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，宮城（オンライン），2022.9.9.
- 8) 中島美鈴，児玉臨，森治美，嶋根卓也：身近な人とのコミュニケーションスキルに焦点づけた少年用大麻再乱用防止プログラムの作成(1)．第 22 回認知療法・認知行動療法学会，東京，2022.11.12.

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

<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	7	77.8%	滋賀	3	3	100.0%
青森	2	1	50.0%	京都	5	2	40.0%
岩手	3	3	100.0%	大阪	15	8	53.3%
宮城	4	1	25.0%	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	0	0.0%
茨城	6	3	50.0%	島根	2	1	50.0%
栃木	4	2	50.0%	岡山	4	1	25.0%
群馬	4	3	75.0%	広島	6	4	66.7%
埼玉	13	5	38.5%	山口	3	3	100.0%
千葉	11	6	54.5%	徳島	2	2	100.0%
東京	21	18	85.7%	香川	2	2	100.0%
神奈川	16	12	75.0%	愛媛	3	2	66.7%
新潟	4	3	75.0%	高知	2	2	100.0%
富山	2	1	50.0%	福岡	10	5	50.0%
石川	3	1	33.3%	佐賀	2	0	0.0%
福井	2	2	100.0%	長崎	3	3	100.0%
山梨	2	1	50.0%	熊本	4	2	50.0%
長野	4	2	50.0%	大分	3	3	100.0%
岐阜	4	2	50.0%	宮崎	3	2	66.7%
静岡	7	3	42.9%	鹿児島	4	4	100.0%
愛知	14	6	42.9%	沖縄	4	2	50.0%
三重	4	3	75.0%	全体	244	154	63.1%

図1. 回収率の推移(1996-2022年)

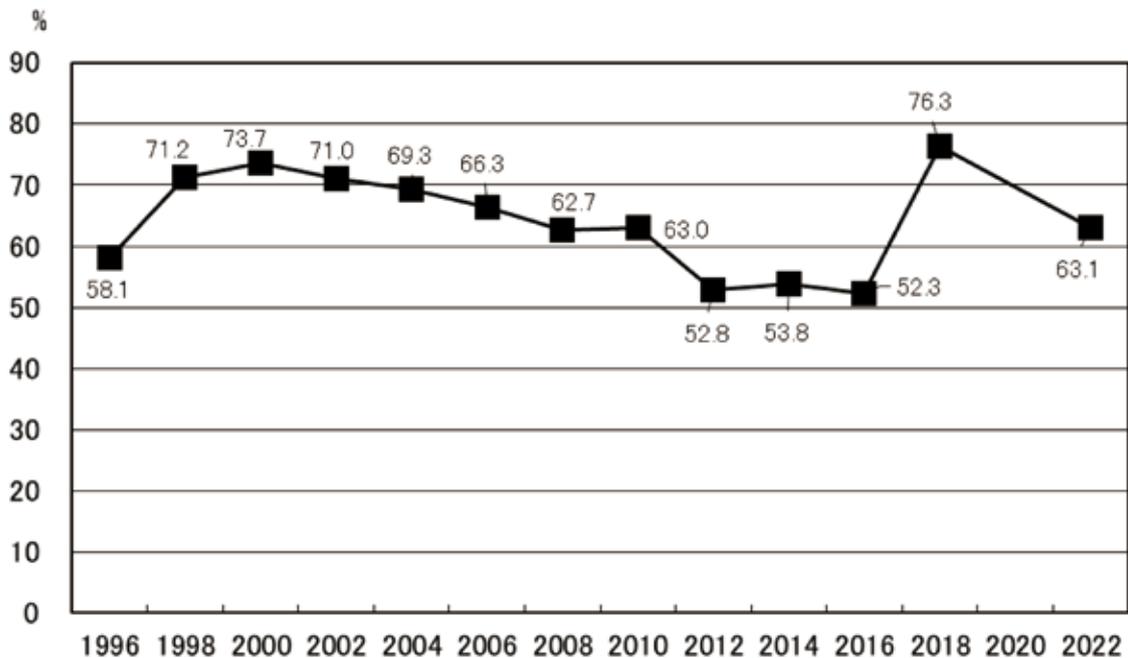


表2. 薬物乱用の生涯経験率の推移(1996-2022年) (%)

調査年	有機溶剤	大麻	覚醒剤	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
2020	-	-	-	-	-
2022	0.2	0.1	0.1	0.1	0.3

生涯経験率は無回答・無効回答を除いて計算した。

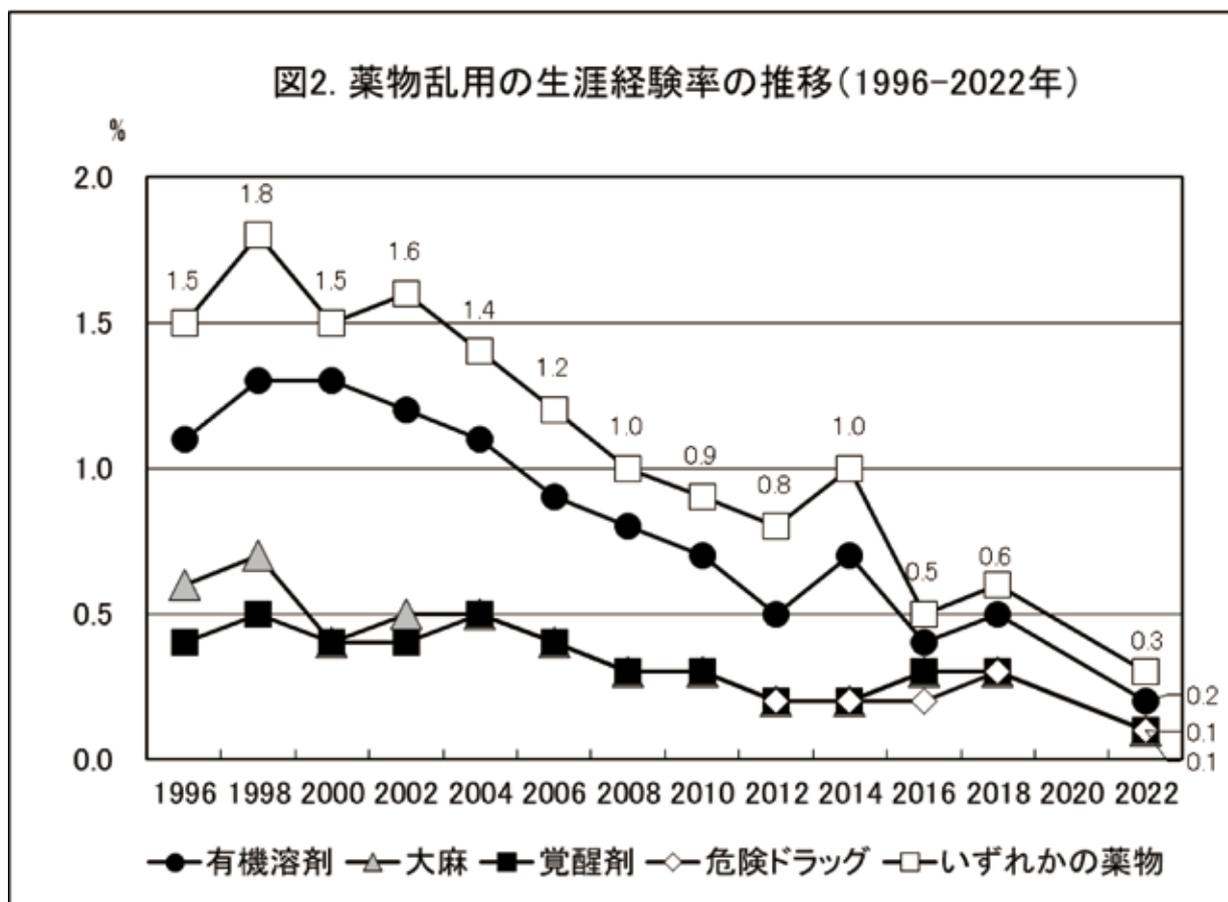


表3. いずれかの薬物乱用の生涯経験率の推移(1996-2022年)

(%)

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
2020														
2022	0.3	0.3	0.2	0.3	0.2	0.1	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3	0.3	154	53,088

*「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、1996-2022年)

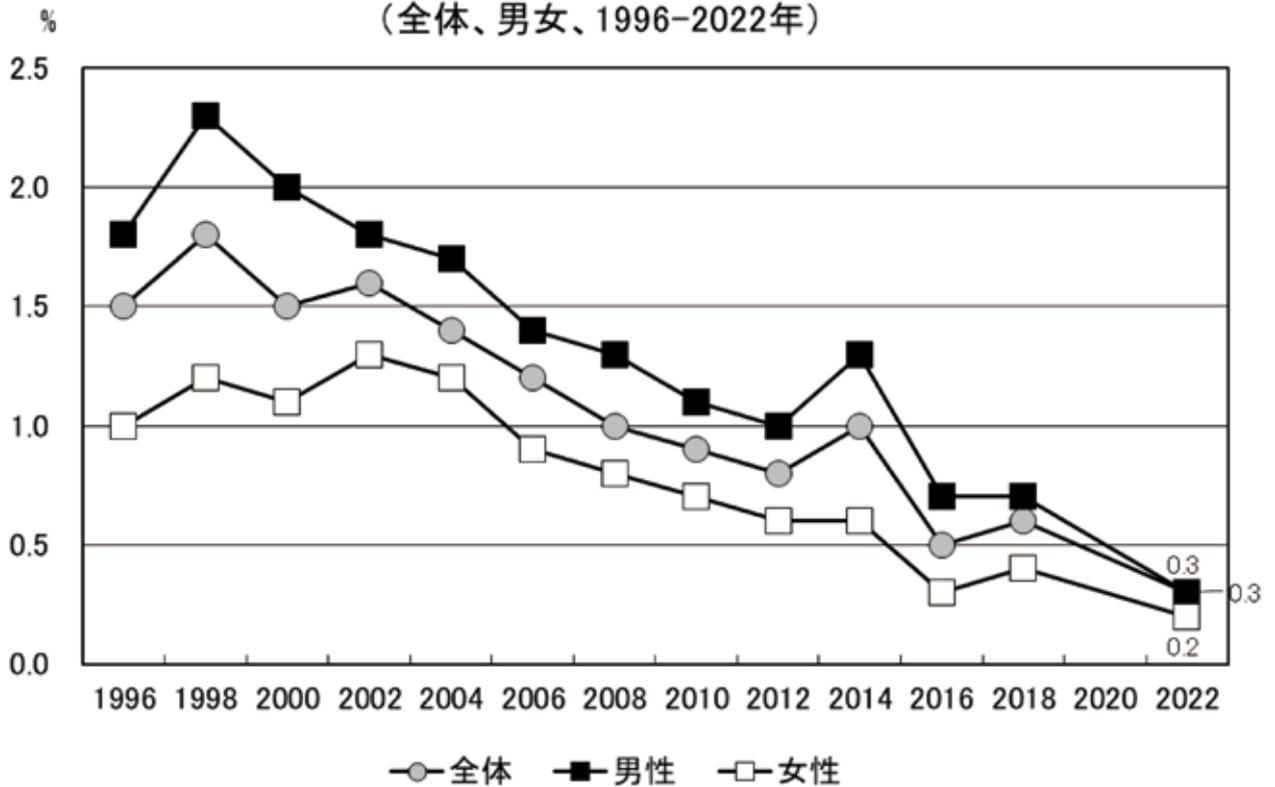


表4. 大麻、覚醒剤または危険ドラッグ乱用の生涯経験率の推移(1996-2022年)

(%)

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	183	70,433
2020														
2022	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	154	53,085

*「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。

*2022年調査より、危険ドラッグ乱用の生涯経験率を含んだ数値を示した。

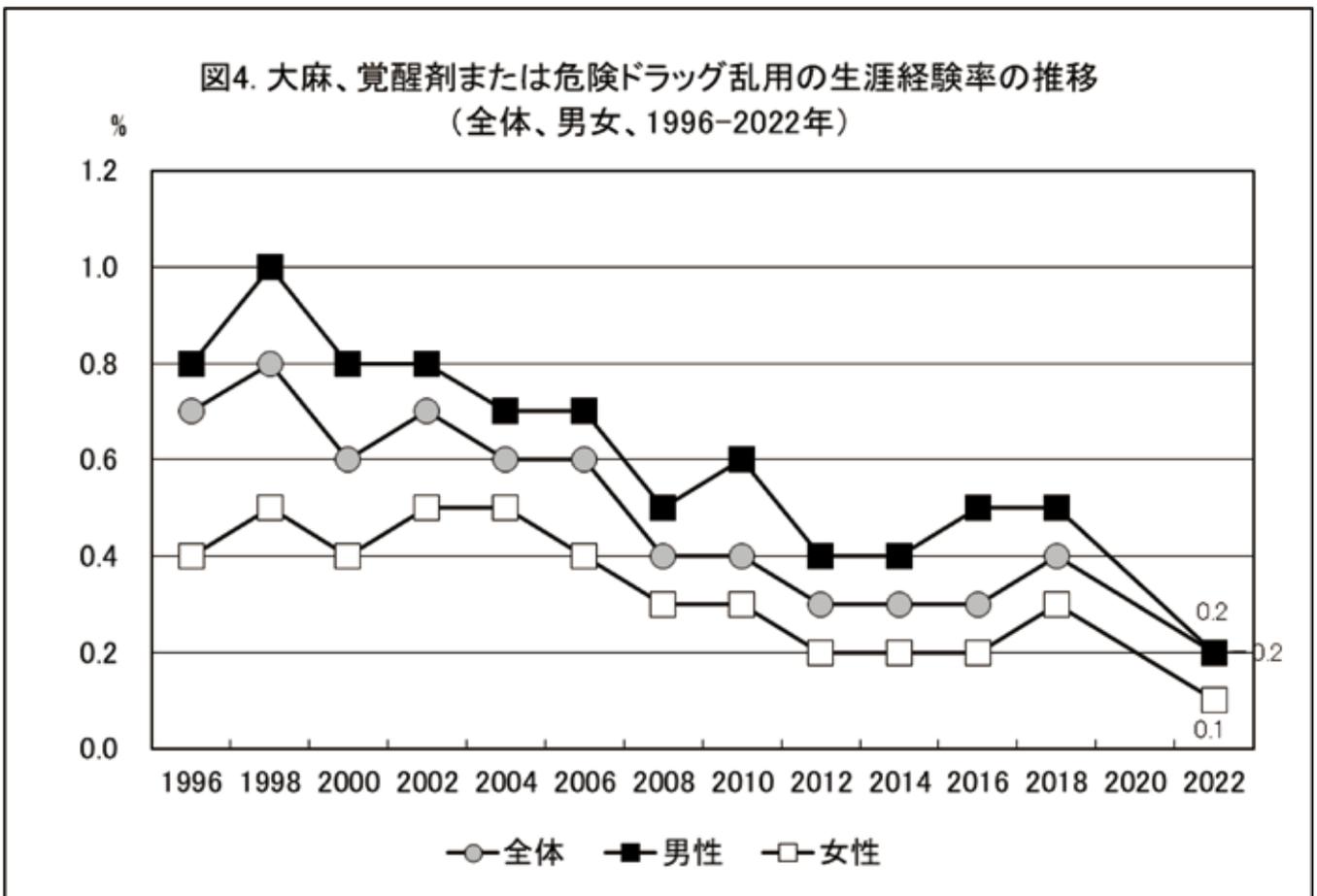


表5. 有機溶剤乱用の生涯経験率の推移(1996-2022年)

(%)

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
2020														
2022	0.2	0.2	0.2	0.3	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	154	53,077

*「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。

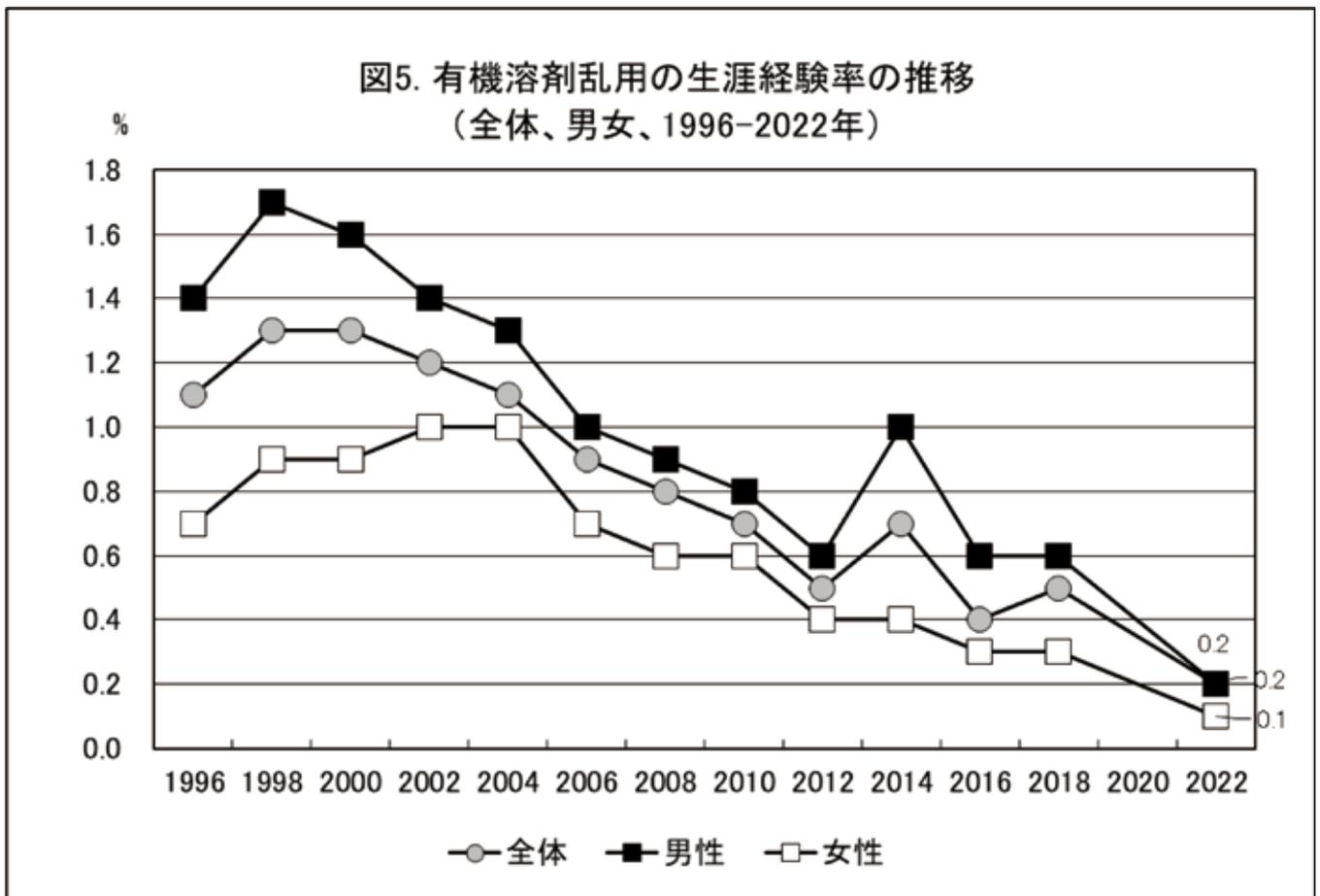


表6. 大麻乱用の生涯経験率の推移(1996-2022年)

(%)

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
2020														
2022	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	154	53,079

*「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。

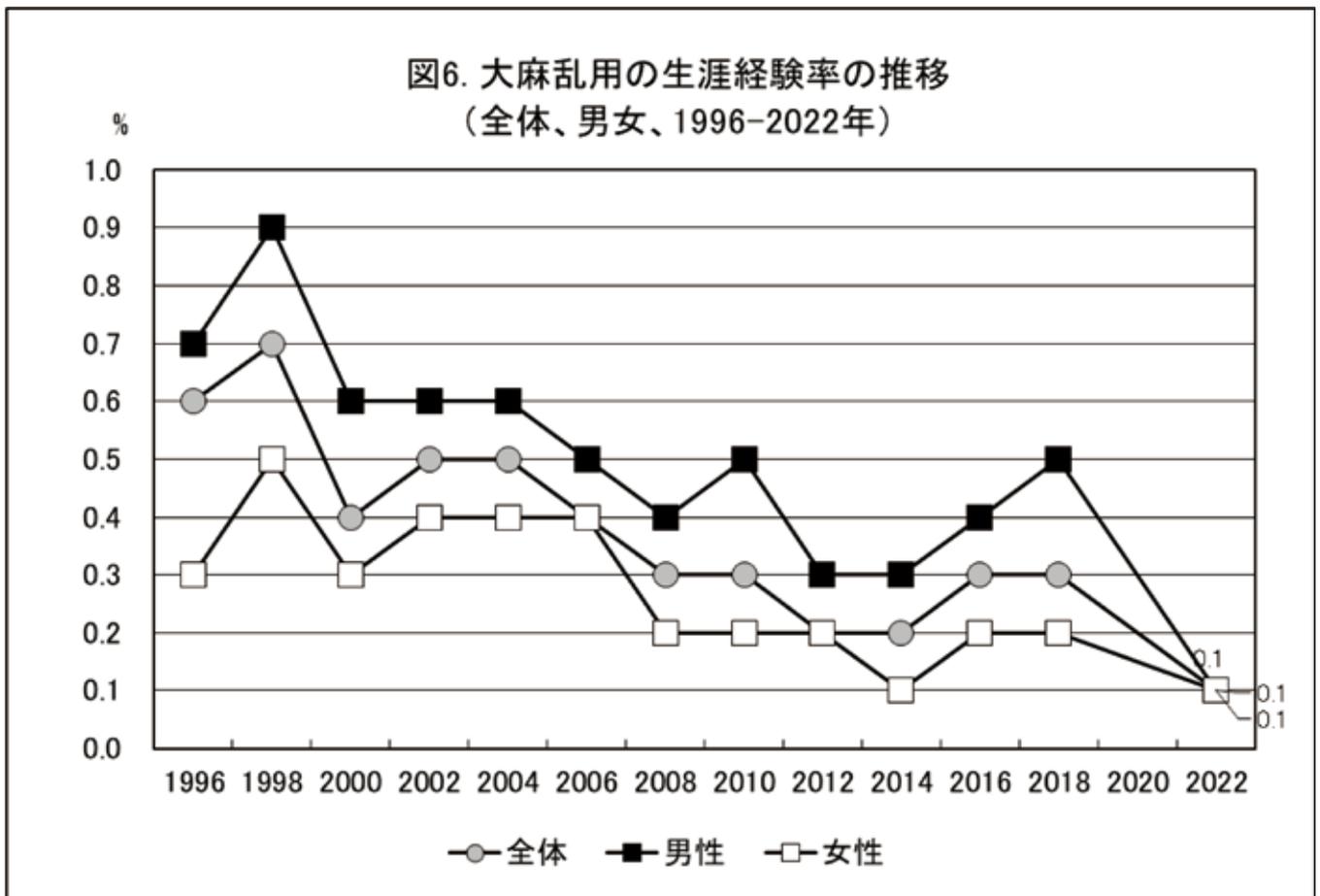


表7. 覚醒剤乱用の生涯経験率の推移(1996-2022年)

(%)

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
2020														
2022	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	154	53,060

*「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。

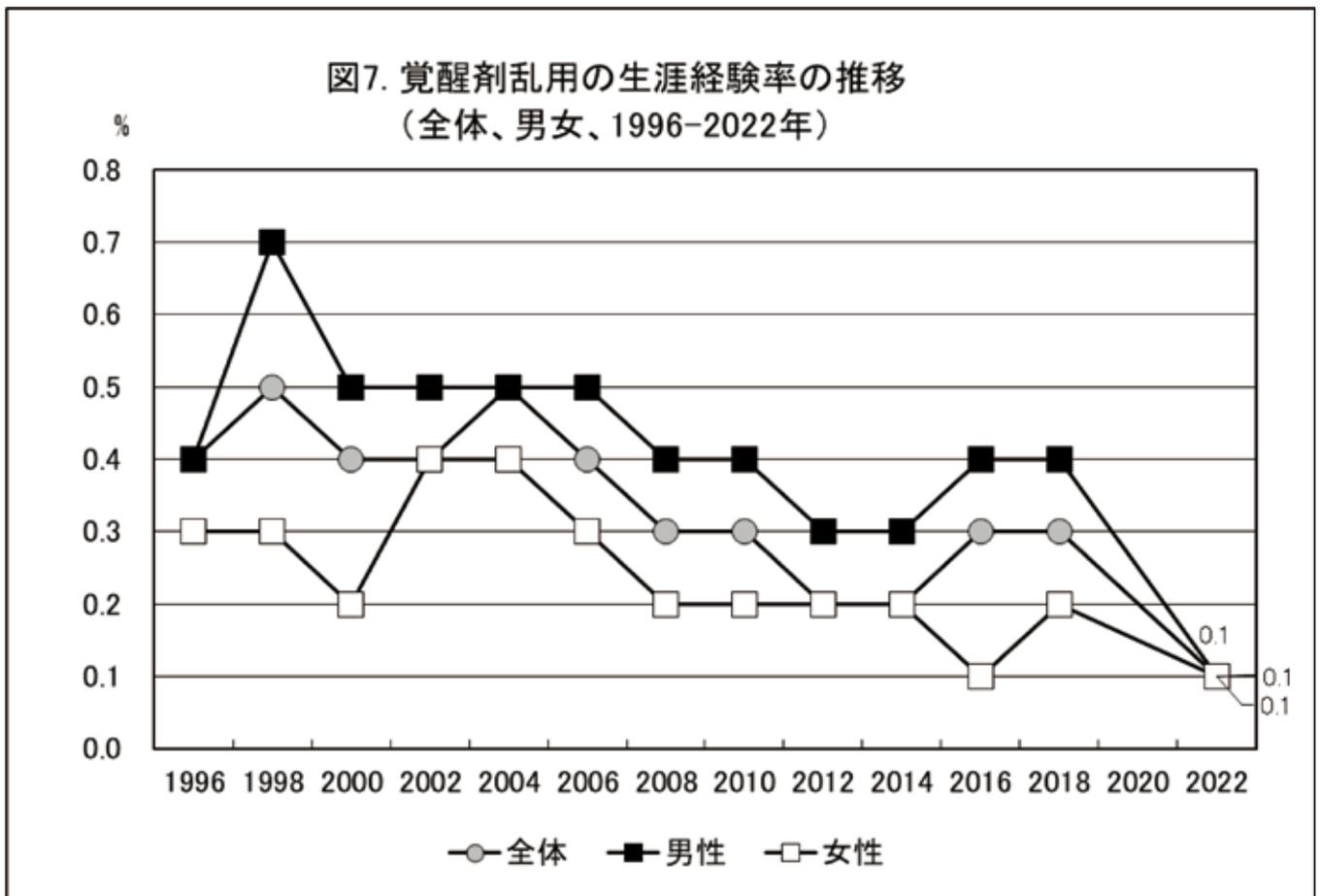


表8. 危険ドラッグ乱用の生涯経験率の推移(2012-2022年)

(%)

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
2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2022	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	154	53,003

※「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。

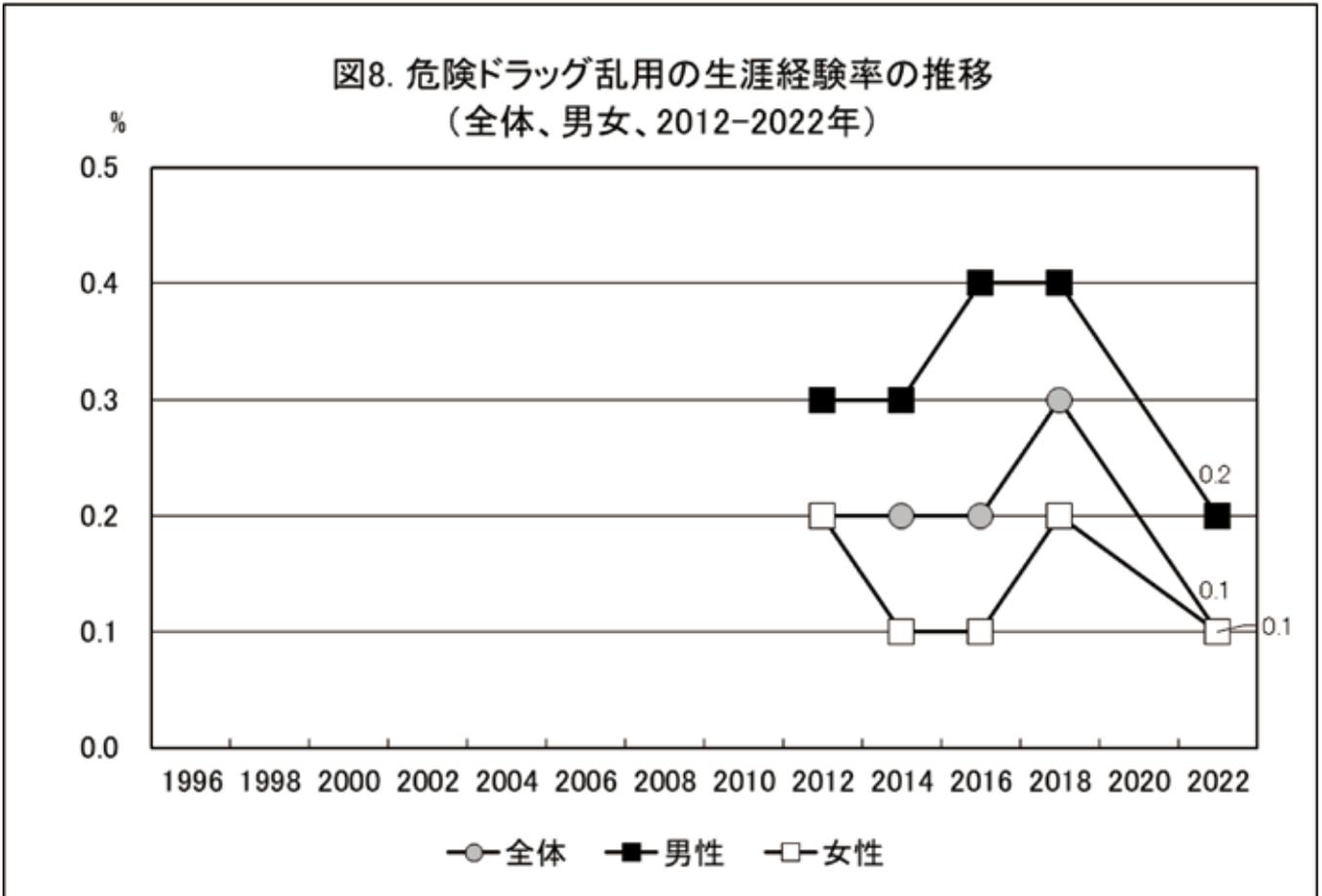


表9. 喫煙の生涯経験率の推移(1996-2022年)

(%)

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	
2020															
2022	1.6	1.2	1.4	2.0	0.7	0.5	0.7	0.9	1.2	1.0	1.1	1.5	154	53,082	

*「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。

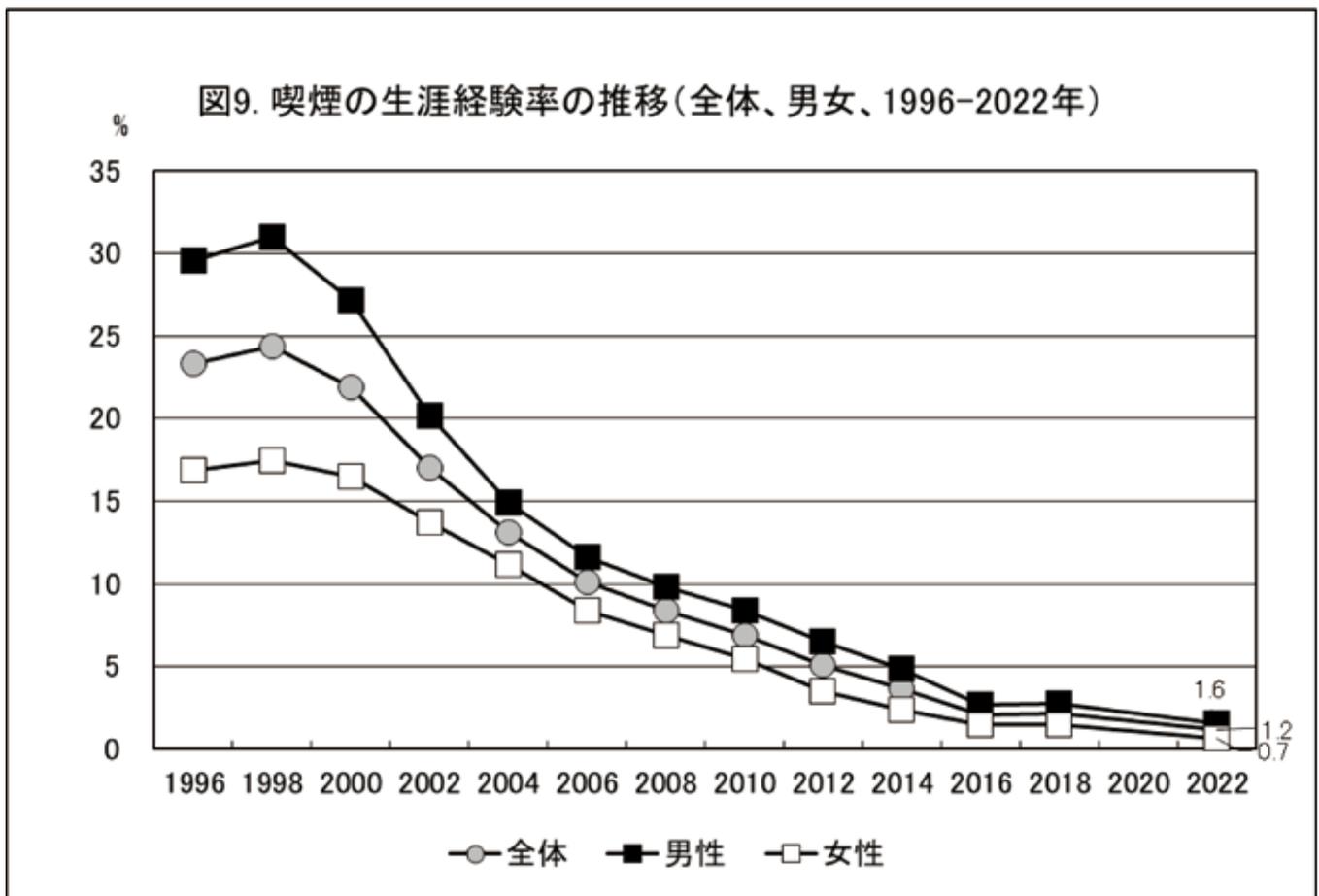


表10. 飲酒の生涯経験率の推移(1996-2022年)

(%)

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
2020														
2022	17.0	15.3	17.2	18.4	11.5	10.0	11.4	12.9	14.5	12.8	14.5	15.9	154	53,133

*「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。

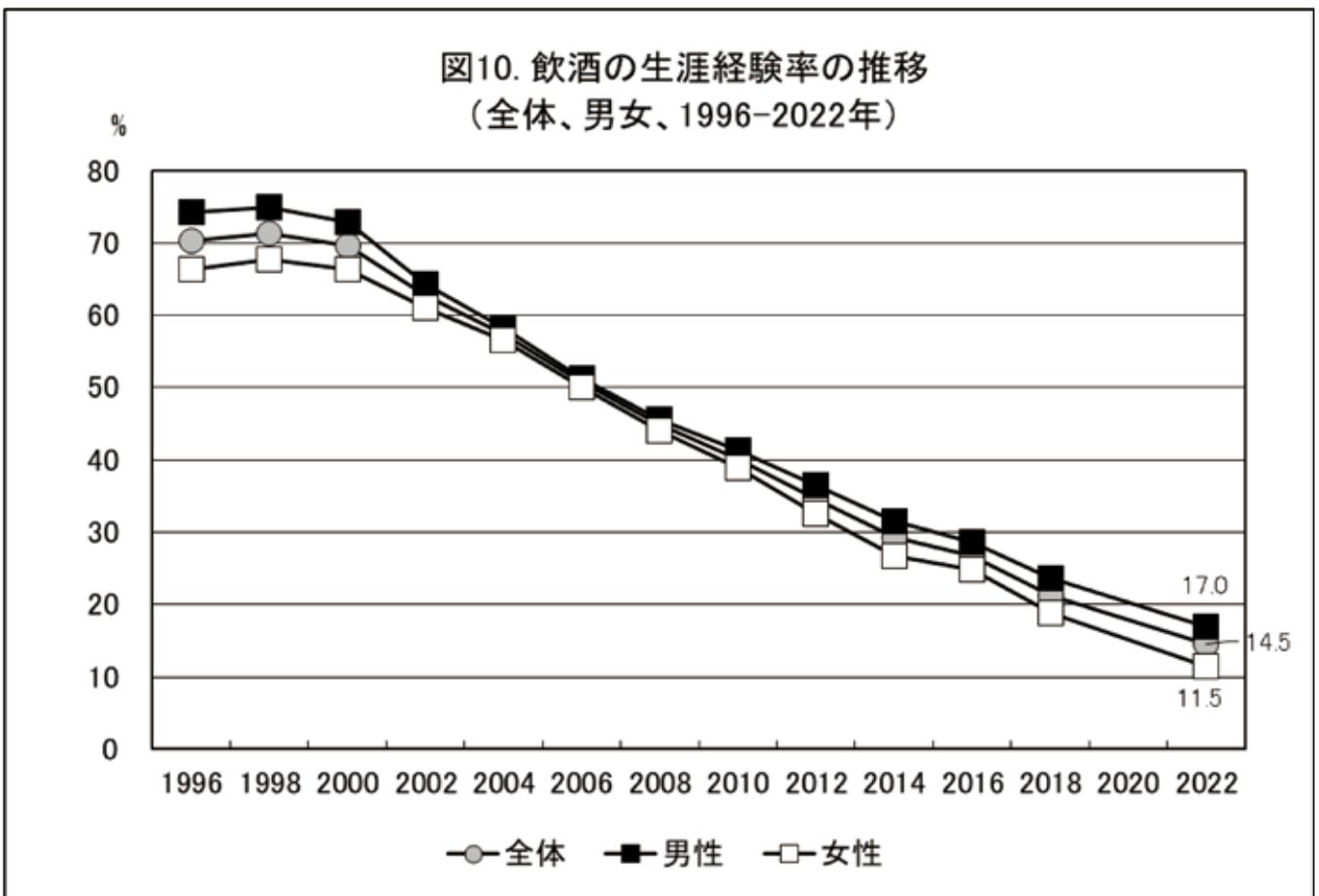


表11. 薬物乱用に誘われた経験の推移(1996-2022年) (%)

調査年	有機溶剤	大麻	覚醒剤	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
2020	-	-	-	-
2022	0.7	0.8	0.7	0.7

※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。

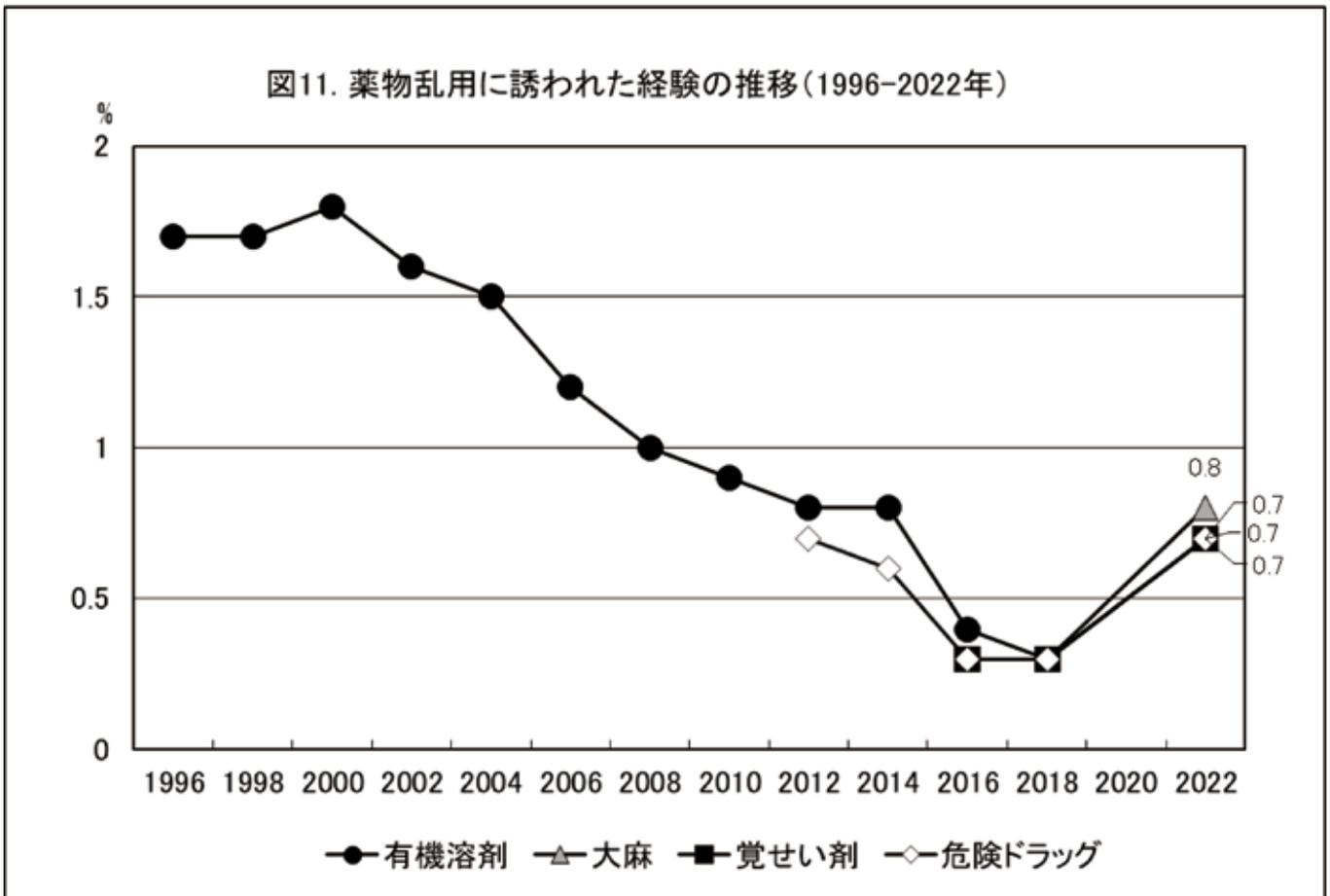


表 12,図 12 は該当なし。

表13. 薬物の入手可能性の推移(1998-2022年) (%)

調査年	有機溶剤	大麻	覚醒剤	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
2020	-	-	-	-
2022	7.8	6.7	6.4	5.8

※「簡単に手に入る」「なんとか手に入る」と回答した者の全体

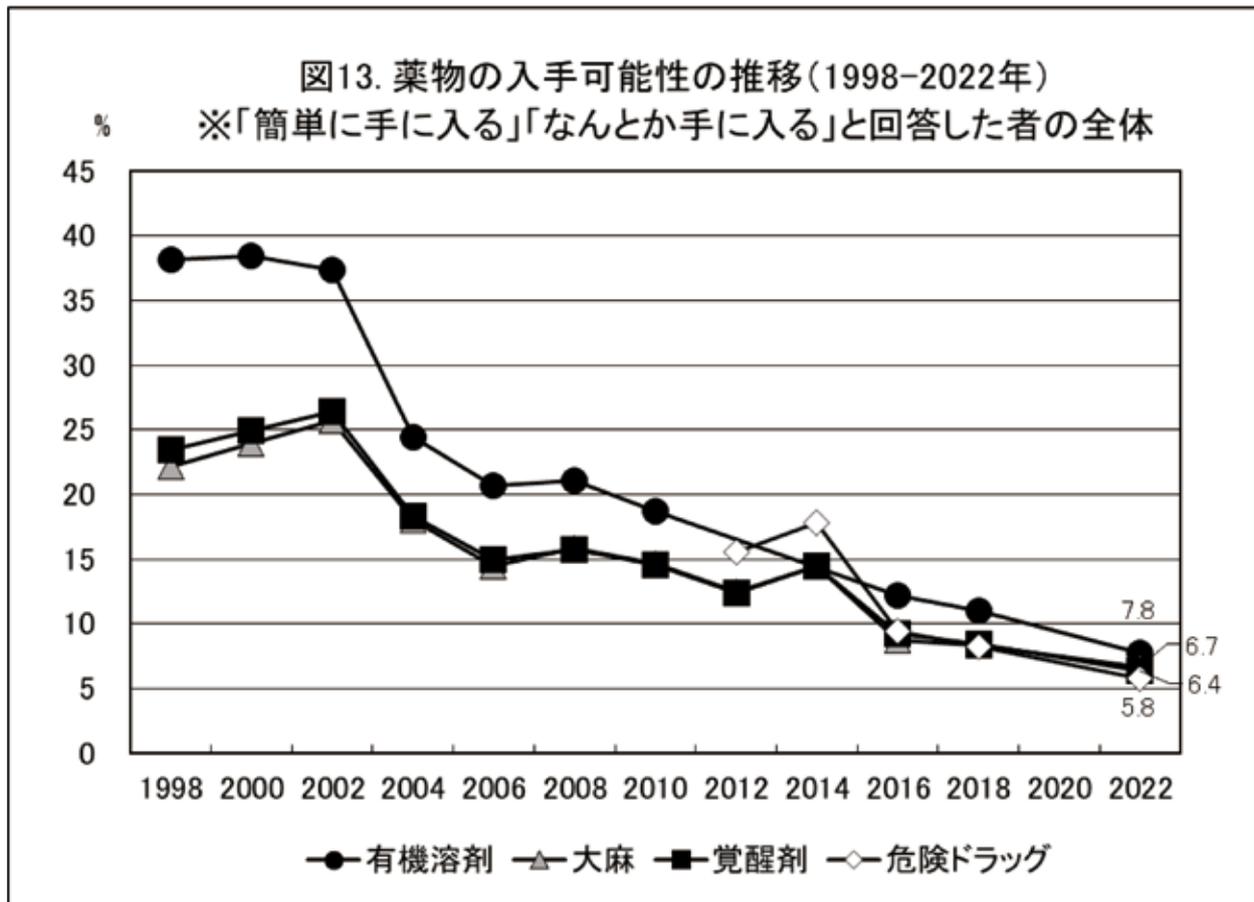


表14. 薬物乱用についての考えの推移(2016-2022年) (%)

調査年	有機溶剤	大麻	覚醒剤	危険ドラッグ
2016	1.4	1.5	1.2	1.1
2018	1.6	1.9	1.5	1.3
2020	-	-	-	-
2022	1.3	1.9	1.3	1.1

※「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

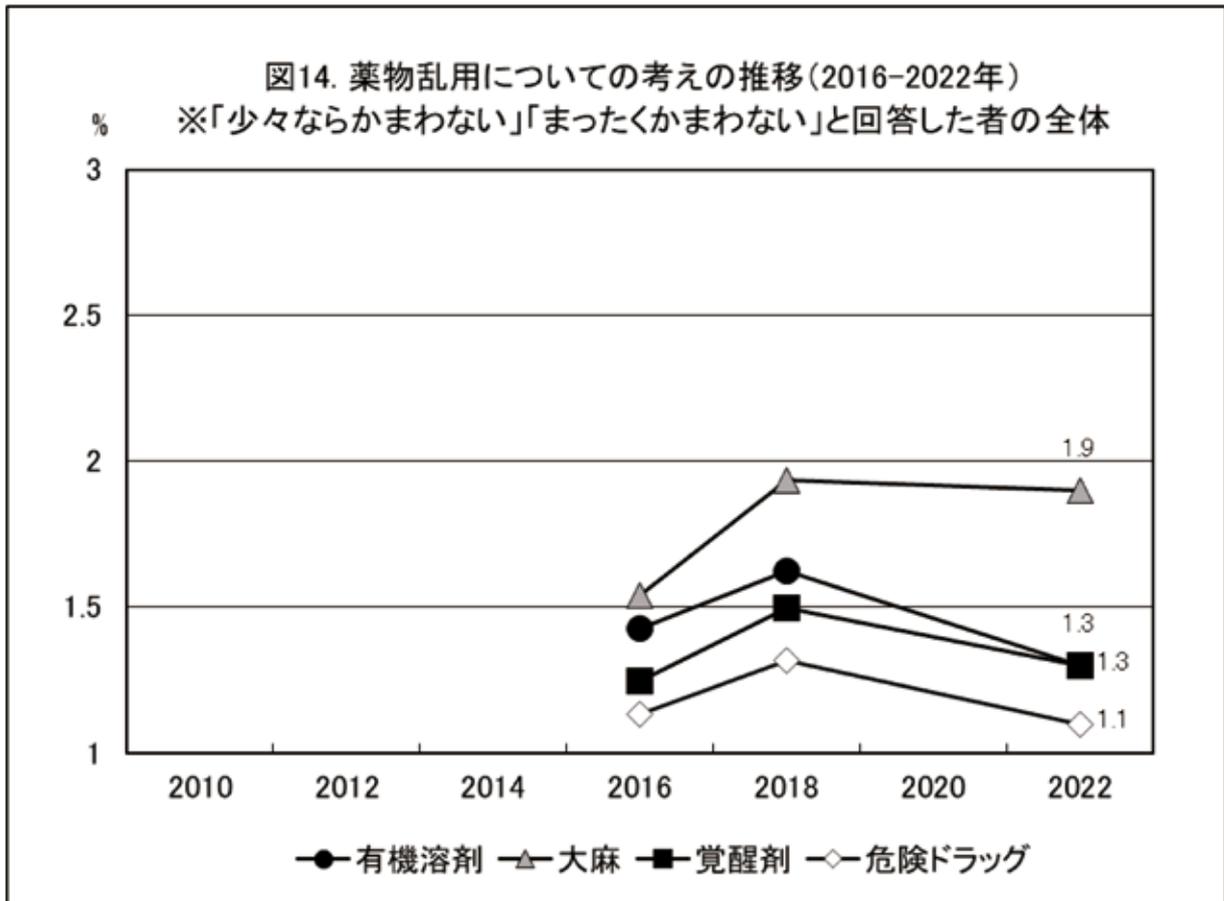


表15. 性別にみた基本属性・生活属性

	性別					p-value				
	合計		男性		女性		その他・不明	無回答・無効回答		
	n	(%)	n	(%)	n		(%)	n	(%)	
学年						0.198				
1年生	16,680	(31.1)	8,304	(31.5)	8,086	(30.8)	211	(28.9)	79	(35.3)
2年生	18,334	(34.2)	9,032	(34.2)	8,975	(34.2)	253	(34.7)	74	(33.0)
3年生	18,609	(34.7)	9,055	(34.3)	9,218	(35.1)	265	(36.4)	71	(31.7)
起床時間について						<0.001				
ほぼ一定している	43,436	(81.0)	21,548	(81.6)	21,255	(80.9)	473	(64.9)	160	(71.4)
一定していない	10,108	(18.9)	4,805	(18.2)	4,994	(19.0)	253	(34.7)	56	(25.0)
無回答・無効回答	79	(.1)	38	(.1)	30	(.1)	3	(.4)	8	(3.6)
就寝時間について						<0.001				
ほぼ一定している	32,407	(60.4)	16,633	(63.0)	15,356	(58.4)	306	(42.0)	112	(50.0)
一定していない	21,104	(39.4)	9,707	(36.8)	10,876	(41.4)	417	(57.2)	104	(46.4)
無回答・無効回答	112	(.2)	51	(.2)	47	(.2)	6	(.8)	8	(3.6)
朝食の摂食頻度						<0.001				
ほとんど毎日食べている	46,241	(86.2)	22,846	(86.6)	22,681	(86.3)	532	(73.0)	182	(81.3)
時々食べる	4,749	(8.9)	2,192	(8.3)	2,429	(9.2)	106	(14.5)	22	(9.8)
ほとんど食べない	2,527	(4.7)	1,297	(4.9)	1,130	(4.3)	89	(12.2)	11	(4.9)
無回答・無効回答	106	(.2)	56	(.2)	39	(.1)	2	(.3)	9	(4.0)
学校生活について						<0.001				
とても楽しい	23,047	(43.0)	12,198	(46.2)	10,641	(40.5)	143	(19.6)	65	(29.0)
どちらかといえば楽しい	24,434	(45.6)	11,682	(44.3)	12,306	(46.8)	343	(47.1)	103	(46.0)
どちらかといえば楽しくない	4,610	(8.6)	1,850	(7.0)	2,582	(9.8)	147	(20.2)	31	(13.8)
まったく楽しくない	1,217	(2.3)	532	(2.0)	590	(2.2)	87	(11.9)	8	(3.6)
無回答・無効回答	315	(.6)	129	(.5)	160	(.6)	9	(1.2)	17	(7.6)
大人不在の状態ですぐす時間(1日あたり)						<0.001				
なし、あるいは、ほとんどなし	13,298	(24.8)	6,007	(22.8)	7,064	(26.9)	182	(25.0)	45	(20.1)
1時間未満	11,024	(20.6)	5,723	(21.7)	5,143	(19.6)	121	(16.6)	37	(16.5)
1～2時間未満	12,874	(24.0)	6,502	(24.6)	6,189	(23.6)	133	(18.2)	50	(22.3)
2～3時間未満	8,969	(16.7)	4,401	(16.7)	4,407	(16.8)	116	(15.9)	45	(20.1)
3時間以上	7,141	(13.3)	3,593	(13.6)	3,351	(12.8)	164	(22.5)	33	(14.7)
無回答・無効回答	317	(.6)	165	(.6)	125	(.5)	13	(1.8)	14	(6.3)
親しく遊べる友人						<0.001				
いる	51,719	(96.4)	25,521	(96.7)	25,375	(96.6)	635	(87.1)	188	(83.9)
いない	1,741	(3.2)	813	(3.1)	828	(3.2)	86	(11.8)	14	(6.3)
無回答・無効回答	163	(.3)	57	(.2)	76	(.3)	8	(1.1)	22	(9.8)
相談事のできる友人						<0.001				
いる	47,652	(88.9)	23,760	(90.0)	23,255	(88.5)	479	(65.7)	158	(70.5)
いない	5,657	(10.5)	2,505	(9.5)	2,875	(10.9)	239	(32.8)	38	(17.0)
無回答・無効回答	314	(.6)	126	(.5)	149	(.6)	11	(1.5)	28	(12.5)
悩み事の親への相談						<0.001				
よく相談する	10,636	(19.8)	4,140	(15.7)	6,392	(24.3)	71	(9.7)	33	(14.7)
どちらかといえば相談する	18,511	(34.5)	9,291	(35.2)	9,040	(34.4)	135	(18.5)	45	(20.1)
どちらかといえば相談しない	11,400	(21.3)	5,907	(22.4)	5,305	(20.2)	141	(19.3)	47	(21.0)
ほとんど相談しない	12,799	(23.9)	6,937	(26.3)	5,422	(20.6)	360	(49.4)	80	(35.7)
親がいない(単身赴任・死別・別居・離婚など)	150	(.3)	59	(.2)	75	(.3)	15	(2.1)	1	(.4)
無回答・無効回答	127	(.2)	57	(.2)	45	(.2)	7	(1.0)	18	(8.0)
過去1年間のコロナ禍におけるストレス						<0.001				
かなりストレスを感じている	7,314	(13.6)	3,940	(14.9)	3,193	(12.2)	150	(20.6)	31	(13.8)
どちらかと言えばストレスを感じている	20,096	(37.5)	8,953	(33.9)	10,844	(41.3)	217	(29.8)	82	(36.6)
どちらかと言えばストレスを感じていない	16,051	(29.9)	7,320	(27.7)	8,489	(32.3)	179	(24.6)	63	(28.1)
まったくストレスを感じていない	9,873	(18.4)	6,015	(22.8)	3,650	(13.9)	175	(24.0)	33	(14.7)
無回答・無効回答	289	(.5)	163	(.6)	103	(.4)	8	(1.1)	15	(6.7)

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表16. 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	(%)	n	(%)	n	(%)	
性別							0.198
男性	8,304	(49.8)	9,032	(49.3)	9,055	(48.7)	
女性	8,086	(48.5)	8,975	(49.0)	9,218	(49.5)	
その他・不明	211	(1.3)	253	(1.4)	265	(1.4)	
無回答・無効回答	79	(.5)	74	(.4)	71	(.4)	
起床時間について							0.047
ほぼ一定している	13,474	(80.8)	14,779	(80.6)	15,183	(81.6)	
一定していない	3,178	(19.1)	3,526	(19.2)	3,404	(18.3)	
無回答・無効回答	28	(.2)	29	(.2)	22	(.1)	
就寝時間について							<0.001
ほぼ一定している	10,403	(62.4)	10,982	(59.9)	11,022	(59.2)	
一定していない	6,240	(37.4)	7,310	(39.9)	7,554	(40.6)	
無回答・無効回答	37	(.2)	42	(.2)	33	(.2)	
朝食の摂食頻度							<0.001
ほとんど毎日食べている	14,469	(86.7)	15,912	(86.8)	15,860	(85.2)	
時々食べる	1,445	(8.7)	1,535	(8.4)	1,769	(9.5)	
ほとんど食べない	728	(4.4)	841	(4.6)	958	(5.1)	
無回答・無効回答	38	(.2)	46	(.3)	22	(.1)	
学校生活について							<0.001
とても楽しい	7,507	(45.0)	7,411	(40.4)	8,129	(43.7)	
どちらかといえば楽しい	7,296	(43.7)	8,691	(47.4)	8,447	(45.4)	
どちらかといえば楽しくない	1,369	(8.2)	1,698	(9.3)	1,543	(8.3)	
まったく楽しくない	372	(2.2)	436	(2.4)	409	(2.2)	
無回答・無効回答	136	(.8)	98	(.5)	81	(.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	4,516	(27.1)	4,754	(25.9)	4,028	(21.6)	
1時間未満	3,640	(21.8)	3,896	(21.3)	3,488	(18.7)	
1～2時間未満	3,826	(22.9)	4,301	(23.5)	4,747	(25.5)	
2～3時間未満	2,520	(15.1)	2,954	(16.1)	3,495	(18.8)	
3時間以上	2,044	(12.3)	2,326	(12.7)	2,771	(14.9)	
無回答・無効回答	134	(.8)	103	(.6)	80	(.4)	
親しく遊べる友人							0.003
いる	16,125	(96.7)	17,700	(96.5)	17,894	(96.2)	
いない	493	(3.0)	581	(3.2)	667	(3.6)	
無回答・無効回答	62	(.4)	53	(.3)	48	(.3)	
相談事のできる友人							0.001
いる	14,762	(88.5)	16,212	(88.4)	16,678	(89.6)	
いない	1,797	(10.8)	2,019	(11.0)	1,841	(9.9)	
無回答・無効回答	121	(.7)	103	(.6)	90	(.5)	
悩み事の親への相談							<0.001
よく相談する	3,433	(20.6)	3,456	(18.9)	3,747	(20.1)	
どちらかといえば相談する	5,830	(35.0)	6,364	(34.7)	6,317	(33.9)	
どちらかといえば相談しない	3,325	(19.9)	3,889	(21.2)	4,186	(22.5)	
ほとんど相談しない	3,993	(23.9)	4,527	(24.7)	4,279	(23.0)	
親がいない(単身赴任・死別・別居・離婚など)	50	(.3)	56	(.3)	44	(.2)	
無回答・無効回答	49	(.3)	42	(.2)	36	(.2)	
過去1年間のコロナ禍におけるストレス							<0.001
かなりストレスを感じている	2,251	(13.5)	2,286	(12.5)	2,777	(14.9)	
どちらかと言えばストレスを感じている	6,031	(36.2)	6,827	(37.2)	7,238	(38.9)	
どちらかと言えばストレスを感じていない	5,037	(30.2)	5,640	(30.8)	5,374	(28.9)	
まったくストレスを感じていない	3,253	(19.5)	3,481	(19.0)	3,139	(16.9)	
無回答・無効回答	108	(.6)	100	(.5)	81	(.4)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表17. 過去1年大麻使用経験別にみた基本属性・生活属性

	過去1年大麻使用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n=53,026		n=53		n=544		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
学年							0.985
1年生	16,446	(31.0)	17	(32.1)	217	(39.9)	
2年生	18,158	(34.2)	18	(34.0)	158	(29.0)	
3年生	18,422	(34.7)	18	(34.0)	169	(31.1)	
起床時間について							<0.001
ほぼ一定している	42,990	(81.1)	29	(54.7)	417	(76.7)	
一定していない	9,963	(18.8)	22	(41.5)	123	(22.6)	
無回答・無効回答	73	(.1)	2	(3.8)	4	(.7)	
就寝時間について							0.069
ほぼ一定している	32,067	(60.5)	24	(45.3)	316	(58.1)	
一定していない	20,854	(39.3)	26	(49.1)	224	(41.2)	
無回答・無効回答	105	(.2)	3	(5.7)	4	(.7)	
朝食の摂食頻度							0.006
ほとんど毎日食べている	45,757	(86.3)	36	(67.9)	448	(82.4)	
時々食べる	4,678	(8.8)	7	(13.2)	64	(11.8)	
ほとんど食べない	2,489	(4.7)	7	(13.2)	31	(5.7)	
無回答・無効回答	102	(.2)	3	(5.7)	1	(.2)	
学校生活について							<0.001
とても楽しい	22,836	(43.1)	18	(34.0)	193	(35.5)	
どちらかといえば楽しい	24,164	(45.6)	18	(34.0)	252	(46.3)	
どちらかといえば楽しくない	4,530	(8.5)	5	(9.4)	75	(13.8)	
まったく楽しくない	1,188	(2.2)	8	(15.1)	21	(3.9)	
無回答・無効回答	308	(.6)	4	(7.5)	3	(.6)	
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	13,179	(24.9)	7	(13.2)	112	(20.6)	
1時間未満	10,914	(20.6)	8	(15.1)	102	(18.8)	
1～2時間未満	12,749	(24.0)	10	(18.9)	115	(21.1)	
2～3時間未満	8,867	(16.7)	10	(18.9)	92	(16.9)	
3時間以上	7,014	(13.2)	17	(32.1)	110	(20.2)	
無回答・無効回答	303	(.6)	1	(1.9)	13	(2.4)	
親しく遊べる友人							<0.001
いる	51,157	(96.5)	42	(79.2)	520	(95.6)	
いない	1,712	(3.2)	9	(17.0)	20	(3.7)	
無回答・無効回答	157	(.3)	2	(3.8)	4	(.7)	
相談事のできる友人							0.011
いる	47,140	(88.9)	40	(75.5)	472	(86.8)	
いない	5,578	(10.5)	11	(20.8)	68	(12.5)	
無回答・無効回答	308	(.6)	2	(3.8)	4	(.7)	
悩み事の親への相談							<0.001
よく相談する	10,527	(19.9)	6	(11.3)	103	(18.9)	
どちらかといえば相談する	18,310	(34.5)	19	(35.8)	182	(33.5)	
どちらかといえば相談しない	11,275	(21.3)	8	(15.1)	117	(21.5)	
ほとんど相談しない	12,651	(23.9)	13	(24.5)	135	(24.8)	
親がいない(単身赴任・死別・別居・離婚など)	141	(.3)	5	(9.4)	4	(.7)	
無回答・無効回答	122	(.2)	2	(3.8)	3	(.6)	
過去1年間のコロナ禍におけるストレス							0.008
かなりストレスを感じている	7,230	(13.6)	15	(28.3)	69	(12.7)	
どちらかと言えばストレスを感じている	19,891	(37.5)	15	(28.3)	190	(34.9)	
どちらかと言えばストレスを感じていない	15,877	(29.9)	11	(20.8)	163	(30.0)	
まったくストレスを感じていない	9,748	(18.4)	8	(15.1)	117	(21.5)	
無回答・無効回答	280	(.5)	4	(7.5)	5	(.9)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表18. コロナ禍のストレス有無別にみた基本属性・生活属性

	コロナ禍のストレス						p-value
	なし		あり		無回答・無効回答		
	n=25,924		n=27,410		n=289		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
学年							<0.001
1年生	8,290	(32.0)	8,282	(30.2)	108	(37.4)	
2年生	9,121	(35.2)	9,113	(33.2)	100	(34.6)	
3年生	8,513	(32.8)	10,015	(36.5)	81	(28.0)	
起床時間について							0.646
ほぼ一定している	21,034	(81.1)	22,202	(81.0)	200	(69.2)	
一定していない	4,855	(18.7)	5,177	(18.9)	76	(26.3)	
無回答・無効回答	35	(.1)	31	(.1)	13	(4.5)	
就寝時間について							<0.001
ほぼ一定している	15,967	(61.6)	16,293	(59.4)	147	(50.9)	
一定していない	9,913	(38.2)	11,063	(40.4)	128	(44.3)	
無回答・無効回答	44	(.2)	54	(.2)	14	(4.8)	
朝食の摂食頻度							0.047
ほとんど毎日食べている	22,323	(86.1)	23,683	(86.4)	235	(81.3)	
時々食べる	2,282	(8.8)	2,439	(8.9)	28	(9.7)	
ほとんど食べない	1,280	(4.9)	1,229	(4.5)	18	(6.2)	
無回答・無効回答	39	(.2)	59	(.2)	8	(2.8)	
学校生活について							0.002
とても楽しい	11,279	(43.5)	11,656	(42.5)	112	(38.8)	
どちらかといえば楽しい	11,644	(44.9)	12,669	(46.2)	121	(41.9)	
どちらかといえば楽しくない	2,242	(8.6)	2,347	(8.6)	21	(7.3)	
まったく楽しくない	634	(2.4)	577	(2.1)	6	(2.1)	
無回答・無効回答	125	(.5)	161	(.6)	29	(10.0)	
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	6,753	(26.0)	6,493	(23.7)	52	(18.0)	
1時間未満	5,279	(20.4)	5,697	(20.8)	48	(16.6)	
1～2時間未満	6,072	(23.4)	6,731	(24.6)	71	(24.6)	
2～3時間未満	4,254	(16.4)	4,676	(17.1)	39	(13.5)	
3時間以上	3,437	(13.3)	3,662	(13.4)	42	(14.5)	
無回答・無効回答	129	(.5)	151	(.6)	37	(12.8)	
親しく遊べる友人							<0.001
いる	24,893	(96.0)	26,568	(96.9)	258	(89.3)	
いない	955	(3.7)	777	(2.8)	9	(3.1)	
無回答・無効回答	76	(.3)	65	(.2)	22	(7.6)	
相談事のできる友人							<0.001
いる	22,922	(88.4)	24,496	(89.4)	234	(81.0)	
いない	2,859	(11.0)	2,769	(10.1)	29	(10.0)	
無回答・無効回答	143	(.6)	145	(.5)	26	(9.0)	
悩み事の親への相談							<0.001
よく相談する	4,961	(19.1)	5,639	(20.6)	36	(12.5)	
どちらかといえば相談する	8,732	(33.7)	9,698	(35.4)	81	(28.0)	
どちらかといえば相談しない	5,570	(21.5)	5,754	(21.0)	76	(26.3)	
ほとんど相談しない	6,559	(25.3)	6,186	(22.6)	54	(18.7)	
親がいない(単身赴任・死別・別居・離婚など)	56	(.2)	92	(.3)	2	(.7)	
無回答・無効回答	46	(.2)	41	(.1)	40	(13.8)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表19. 性別にみた飲酒状況

	性別										p-value
	合計		男性		女性		その他・不明		無回答・無効回答		
	n=53,623		n=26,391		n=26,279		n=729		n=224		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯飲酒経験											<0.001
あり	7,688	(14.3)	4,441	(16.8)	3,005	(11.4)	205	(28.1)	37	(16.5)	
飲酒場面(複数回答)											
飲酒経験なし	45,027	(84.0)	21,327	(80.8)	23,008	(87.6)	512	(70.2)	180	(80.4)	<0.001
冠婚葬祭	3,653	(6.8)	2,104	(8.0)	1,453	(5.5)	84	(11.5)	12	(5.4)	<0.001
家族と一緒に	3,848	(7.2)	2,189	(8.3)	1,546	(5.9)	93	(12.8)	20	(8.9)	<0.001
パーティーの時に	204	(.4)	117	(.4)	72	(.3)	13	(1.8)	2	(.9)	<0.001
居酒屋などで	172	(.3)	95	(.4)	64	(.2)	12	(1.6)	1	(.4)	<0.001
自分や誰かの部屋で	264	(.5)	144	(.5)	99	(.4)	19	(2.6)	2	(.9)	<0.001
一人で	514	(1.0)	318	(1.2)	155	(.6)	39	(5.3)	2	(.9)	<0.001
その他の機会に	114	(.2)	71	(.3)	37	(.1)	5	(.7)	1	(.4)	-
無回答・無効回答	972	(1.8)	657	(2.5)	296	(1.1)	12	(1.6)	7	(3.1)	-
初回飲酒年齢											<0.001
飲酒経験なし	45,445	(84.7)	21,607	(81.9)	23,141	(88.1)	516	(70.8)	181	(80.8)	
10歳以下	2,635	(4.9)	1,588	(6.0)	946	(3.6)	83	(11.4)	18	(8.0)	
11歳	734	(1.4)	480	(1.8)	234	(.9)	18	(2.5)	2	(.9)	
12歳	804	(1.5)	524	(2.0)	267	(1.0)	11	(1.5)	2	(.9)	
13歳	518	(1.0)	298	(1.1)	210	(.8)	6	(.8)	4	(1.8)	
14歳	375	(.7)	219	(.8)	148	(.6)	8	(1.1)	0	(.0)	
15歳以上	82	(.2)	46	(.2)	33	(.1)	3	(.4)	0	(.0)	
年齢は覚えていない	2,540	(4.7)	1,286	(4.9)	1,167	(4.4)	76	(10.4)	11	(4.9)	
無回答・無効回答	490	(.9)	343	(1.3)	133	(.5)	8	(1.1)	6	(2.7)	
過去1年間の飲酒経験											<0.001
あり	3,833	(7.1)	2,299	(8.7)	1,413	(5.4)	104	(14.3)	17	(7.6)	
過去1年間の飲酒頻度											<0.001
1度も飲んでいない	48,553	(90.5)	23,344	(88.5)	24,409	(92.9)	602	(82.6)	198	(88.4)	
1年間で1回~数回	3,498	(6.5)	2,101	(8.0)	1,302	(5.0)	79	(10.8)	16	(7.1)	
月に数回	251	(.5)	154	(.6)	87	(.3)	9	(1.2)	1	(.4)	
週に数回	50	(.1)	29	(.1)	18	(.1)	3	(.4)	0	(.0)	
ほとんど毎日	34	(.1)	15	(.1)	6	(.02)	13	(1.8)	0	(.0)	
無回答・無効回答	1,237	(2.3)	748	(2.8)	457	(1.7)	23	(3.2)	9	(4.0)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用経験											<0.001
あり	4,413	(8.2)	2,384	(9.0)	1,889	(7.2)	117	(16.0)	23	(10.3)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用頻度											<0.001
1度も飲んでいない	48,174	(89.8)	23,379	(88.6)	24,009	(91.4)	592	(81.2)	194	(86.6)	
1年間で1回~数回	3,606	(6.7)	1,921	(7.3)	1,582	(6.0)	85	(11.7)	18	(8.0)	
月に数回	563	(1.0)	313	(1.2)	234	(.9)	13	(1.8)	3	(1.3)	
週に数回	149	(.3)	91	(.3)	54	(.2)	4	(.5)	0	(.0)	
ほとんど毎日	95	(.2)	59	(.2)	19	(.1)	15	(2.1)	2	(.9)	
無回答・無効回答	1,036	(1.9)	628	(2.4)	381	(1.4)	20	(2.7)	7	(3.1)	
20歳未満者の飲酒に対する考え											<0.001
飲むべきではないと思う	45,147	(84.2)	21,559	(81.7)	22,917	(87.2)	489	(67.1)	182	(81.3)	
時と場合に応じては構わない	6,709	(12.5)	3,680	(13.9)	2,843	(10.8)	152	(20.9)	34	(15.2)	
全然構わない	1,155	(2.2)	727	(2.8)	346	(1.3)	77	(10.6)	5	(2.2)	
無回答・無効回答	612	(1.1)	425	(1.6)	173	(.7)	11	(1.5)	3	(1.3)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表20. 学年別にみた飲酒状況

	1年生		2年生		3年生		p-value
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯飲酒経験							<0.001
あり	2,115	(12.7)	2,643	(14.4)	2,930	(15.7)	
飲酒場面(複数回答)							
飲酒経験なし	14,226	(85.3)	15,419	(84.1)	15,382	(82.7)	<0.001
冠婚葬祭	987	(5.9)	1,246	(6.8)	1,420	(7.6)	<0.001
家族と一緒に	992	(5.9)	1,356	(7.4)	1,500	(8.1)	<0.001
パーティーの時に	49	(.3)	68	(.4)	87	(.5)	0.031
居酒屋などで	48	(.3)	57	(.3)	67	(.4)	0.481
自分や誰かの部屋で	57	(.3)	98	(.5)	109	(.6)	0.003
一人で	136	(.8)	160	(.9)	218	(1.2)	0.001
その他の機会に	56	(.3)	32	(.2)	26	(.1)	-
無回答・無効回答	369	(2.2)	292	(1.6)	311	(1.7)	-
初回飲酒年齢							<0.001
飲酒経験なし	14,390	(86.3)	15,536	(84.7)	15,519	(83.4)	
10歳以下	835	(5.0)	932	(5.1)	868	(4.7)	
11歳	283	(1.7)	278	(1.5)	173	(.9)	
12歳	290	(1.7)	291	(1.6)	223	(1.2)	
13歳	63	(.4)	251	(1.4)	204	(1.1)	
14歳	0	(.0)	82	(.4)	293	(1.6)	
15歳以上	1	(.01)	0	(.0)	81	(.4)	
年齢は覚えていない	643	(3.9)	809	(4.4)	1,088	(5.8)	
無回答・無効回答	175	(1.0)	155	(.8)	160	(.9)	
過去1年間の飲酒経験							<0.001
あり	1,093	(6.6)	1,313	(7.2)	1,427	(7.7)	
過去1年間の飲酒頻度							<0.001
1度も飲んでいない	15,174	(91.0)	16,612	(90.6)	16,767	(90.1)	
1年間で1回~数回	1,024	(6.1)	1,205	(6.6)	1,269	(6.8)	
月に数回	53	(.3)	78	(.4)	120	(.6)	
週に数回	10	(.1)	16	(.1)	24	(.1)	
ほとんど毎日	6	(.03)	14	(.1)	14	(.1)	
無回答・無効回答	413	(2.5)	409	(2.2)	415	(2.2)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用経験							0.781
あり	1,352	(8.1)	1,526	(8.3)	1,535	(8.2)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用頻度							0.652
1度も飲んでいない	14,993	(89.9)	16,473	(89.8)	16,708	(89.8)	
1年間で1回~数回	1,112	(6.7)	1,261	(6.9)	1,233	(6.6)	
月に数回	164	(1.0)	183	(1.0)	216	(1.2)	
週に数回	48	(.3)	53	(.3)	48	(.3)	
ほとんど毎日	28	(.2)	29	(.2)	38	(.2)	
無回答・無効回答	335	(2.0)	335	(1.8)	366	(2.0)	
20歳未満者の飲酒に対する考え							<0.001
飲むべきではないと思う	14,243	(85.4)	15,422	(84.1)	15,482	(83.2)	
時と場合に応じては構わない	1,956	(11.7)	2,313	(12.6)	2,440	(13.1)	
全然構わない	270	(1.6)	404	(2.2)	481	(2.6)	
無回答・無効回答	211	(1.3)	195	(1.1)	206	(1.1)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表21. 過去1年大麻使用経験別にみた飲酒状況

	過去1年大麻使用経験						
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		p-value
	n=53,026		n=53		n=544		
n	(%)	n	(%)	n	(%)		
生涯飲酒経験							<0.001
あり	7,619	(14.4)	25	(47.2)	44	(8.1)	
飲酒場面(複数回答)							
飲酒経験なし	44,859	(84.6)	28	(52.8)	140	(25.7)	<0.001
冠婚葬祭	3,623	(6.8)	11	(20.8)	19	(3.5)	0.001
家族と一緒に	3,823	(7.2)	8	(15.1)	17	(3.1)	0.055
パーティーの時に	197	(.4)	5	(9.4)	2	(.4)	<0.001
居酒屋などで	161	(.3)	8	(15.1)	3	(.6)	<0.001
自分や誰かの部屋で	252	(.5)	9	(17.0)	3	(.6)	<0.001
一人で	498	(.9)	10	(18.9)	6	(1.1)	<0.001
その他の機会に	108	(.2)	2	(3.8)	4	(.7)	-
無回答・無効回答	611	(1.2)	0	(.0)	361	(66.4)	-
初回飲酒年齢							<0.001
飲酒経験なし	45,275	(85.4)	28	(52.8)	142	(26.1)	
10歳以下	2,604	(4.9)	15	(28.3)	16	(2.9)	
11歳	732	(1.4)	1	(1.9)	1	(.2)	
12歳	797	(1.5)	3	(5.7)	4	(.7)	
13歳	517	(1.0)	0	(.0)	1	(.2)	
14歳	371	(.7)	3	(5.7)	1	(.2)	
15歳以上	82	(.2)	0	(.0)	0	(.0)	
年齢は覚えていない	2,516	(4.7)	3	(5.7)	21	(3.9)	
無回答・無効回答	132	(.2)	0	(.0)	358	(65.8)	
過去1年間の飲酒経験							<0.001
あり	3,789	(7.1)	19	(35.8)	25	(4.6)	
過去1年間の飲酒頻度							<0.001
1度も飲んでいない	48,373	(91.2)	31	(58.5)	149	(27.4)	
1年間で1回~数回	3,472	(6.5)	5	(9.4)	21	(3.9)	
月に数回	247	(.5)	2	(3.8)	2	(.4)	
週に数回	47	(.1)	2	(3.8)	1	(.2)	
ほとんど毎日	23	(.04)	10	(18.9)	1	(.2)	
無回答・無効回答	864	(1.6)	3	(5.7)	370	(68.0)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用経験							<0.001
あり	4,360	(8.2)	22	(41.5)	31	(5.7)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用頻度							<0.001
1度も飲んでいない	47,999	(90.5)	30	(56.6)	145	(26.7)	
1年間で1回~数回	3,579	(6.7)	6	(11.3)	21	(3.9)	
月に数回	549	(1.0)	6	(11.3)	8	(1.5)	
週に数回	148	(.3)	1	(1.9)	0	(.0)	
ほとんど毎日	84	(.2)	9	(17.0)	2	(.4)	
無回答・無効回答	667	(1.3)	1	(1.9)	368	(67.6)	
20歳未満者の飲酒に対する考え							<0.001
飲むべきではないと思う	44,973	(84.8)	28	(52.8)	146	(26.8)	
時と場合に応じては構わない	6,677	(12.6)	9	(17.0)	23	(4.2)	
全然構わない	1,130	(2.1)	15	(28.3)	10	(1.8)	
無回答・無効回答	246	(.5)	1	(1.9)	365	(67.1)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表22. コロナ禍のストレス有無別にみた飲酒状況

	コロナ禍のストレス						
	なし		あり		無回答・無効回答		p-value
	n=25,924		n=27,410		n=289		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯飲酒経験							<0.001
あり	3,426	(13.2)	4,210	(15.4)	52	(18.0)	
飲酒場面(複数回答)							
飲酒経験なし	22,032	(85.0)	22,768	(83.1)	227	(78.5)	<0.001
冠婚葬祭	1,658	(6.4)	1,975	(7.2)	20	(6.9)	<0.001
家族と一緒に	1,653	(6.4)	2,168	(7.9)	27	(9.3)	0.055
パーティーの時に	76	(.3)	126	(.5)	2	(.7)	0.002
居酒屋などで	70	(.3)	100	(.4)	2	(.7)	0.054
自分や誰かの部屋で	117	(.5)	143	(.5)	4	(1.4)	0.250
一人で	235	(.9)	276	(1.0)	3	(1.0)	0.243
その他の機会に	55	(.2)	57	(.2)	2	(.7)	-
無回答・無効回答	492	(1.9)	469	(1.7)	11	(3.8)	-
初回飲酒年齢							<0.001
飲酒経験なし	22,251	(85.8)	22,963	(83.8)	231	(79.9)	
10歳以下	1,208	(4.7)	1,400	(5.1)	27	(9.3)	
11歳	325	(1.3)	405	(1.5)	4	(1.4)	
12歳	365	(1.4)	432	(1.6)	7	(2.4)	
13歳	240	(.9)	278	(1.0)	0	(.0)	
14歳	136	(.5)	235	(.9)	4	(1.4)	
15歳以上	28	(.1)	54	(.2)	0	(.0)	
年齢は覚えていない	1,124	(4.3)	1,406	(5.1)	10	(3.5)	
無回答・無効回答	247	(1.0)	237	(.9)	6	(2.1)	
過去1年間の飲酒経験							<0.001
あり	1,647	(6.4)	2,154	(7.9)	32	(11.1)	
過去1年間の飲酒頻度							<0.001
1度も飲んでいない	23,655	(91.2)	24,655	(89.9)	243	(84.1)	
1年間で1回~数回	1,500	(5.8)	1,975	(7.2)	23	(8.0)	
月に数回	112	(.4)	134	(.5)	5	(1.7)	
週に数回	23	(.1)	25	(.1)	2	(.7)	
ほとんど毎日	12	(.04)	20	(.1)	2	(.7)	
無回答・無効回答	622	(2.4)	601	(2.2)	14	(4.8)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用経験							<0.001
あり	1,903	(7.3)	2,480	(9.0)	30	(10.4)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用頻度							<0.001
1度も飲んでいない	23,497	(90.6)	24,433	(89.1)	244	(84.4)	
1年間で1回~数回	1,562	(6.0)	2,026	(7.4)	18	(6.2)	
月に数回	227	(.9)	329	(1.2)	7	(2.4)	
週に数回	76	(.3)	72	(.3)	1	(.3)	
ほとんど毎日	38	(.1)	53	(.2)	4	(1.4)	
無回答・無効回答	524	(2.0)	497	(1.8)	15	(5.2)	
20歳未満者の飲酒に対する考え							0.001
飲むべきではないと思う	21,933	(84.6)	22,987	(83.9)	227	(78.5)	
時と場合に応じては構わない	3,108	(12.0)	3,565	(13.0)	36	(12.5)	
全然構わない	584	(2.3)	557	(2.0)	14	(4.8)	
無回答・無効回答	299	(1.2)	301	(1.1)	12	(4.2)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表23. 性別にみた喫煙状況

	性別										p-value
	合計		男性		女性		その他・不明		無回答・無効回答		
	n=53,623		n=26,391		n=26,279		n=729		n=224		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯喫煙経験											<0.001
あり	646	(1.2)	412	(1.6)	190	(.7)	40	(5.5)	4	(1.8)	
初めて喫煙した年齢											<0.001
吸ったことがない	52,436	(97.8)	25,590	(97.0)	25,953	(98.8)	675	(92.6)	218	(97.3)	
10歳以下	152	(.3)	95	(.4)	42	(.2)	15	(2.1)	0	(.0)	
11歳	52	(.1)	35	(.1)	13	(.04)	4	(.5)	0	(.0)	
12歳	74	(.1)	50	(.2)	18	(.1)	4	(.5)	2	(.9)	
13歳	94	(.2)	60	(.2)	32	(.1)	1	(.1)	1	(.4)	
14歳	54	(.1)	39	(.1)	13	(.04)	1	(.1)	1	(.4)	
15歳以上	22	(.04)	15	(.1)	6	(.02)	1	(.1)	0	(.0)	
年齢は覚えていない	198	(.4)	118	(.4)	66	(.3)	14	(1.9)	0	(.0)	
無回答・無効回答	541	(1.0)	389	(1.5)	136	(.5)	14	(1.9)	2	(.9)	
過去1年間の喫煙頻度											<0.001
一度も吸っていない	52,816	(98.5)	25,839	(97.9)	26,066	(99.2)	692	(94.9)	219	(97.8)	
1年間で1回～数回	201	(.4)	138	(.5)	54	(.2)	8	(1.1)	1	(.4)	
月に数回	41	(.1)	24	(.1)	16	(.1)	1	(.1)	0	(.0)	
週に数回	40	(.1)	27	(.1)	9	(.03)	3	(.4)	1	(.4)	
ほとんど毎日	44	(.1)	22	(.1)	9	(.03)	12	(1.6)	1	(.4)	
無回答・無効回答	481	(.9)	341	(1.3)	125	(.5)	13	(1.8)	2	(.9)	
20歳未満者の喫煙に対する考え											<0.001
吸うべきでないと思う	50,778	(94.7)	24,696	(93.6)	25,261	(96.1)	613	(84.1)	208	(92.9)	
少々なら構わない	1,433	(2.7)	780	(3.0)	595	(2.3)	50	(6.9)	8	(3.6)	
全然構わない	763	(1.4)	482	(1.8)	224	(.9)	54	(7.4)	3	(1.3)	
無回答・無効回答	649	(1.2)	433	(1.6)	199	(.8)	12	(1.6)	5	(2.2)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表24. 学年別にみた喫煙状況

	学年						p-value
	1年生		2年生		3年生		
	n=16,680		n=18,334		n=18,609		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯喫煙経験							<0.001
あり	158	(.9)	208	(1.1)	280	(1.5)	
初めて喫煙した年齢							<0.001
吸ったことがない	16,327	(97.9)	17,955	(97.9)	18,154	(97.6)	
10歳以下	50	(.3)	50	(.3)	52	(.3)	
11歳	16	(.1)	15	(.1)	21	(.1)	
12歳	28	(.2)	26	(.1)	20	(.1)	
13歳	10	(.1)	41	(.2)	43	(.2)	
14歳	1	(.01)	13	(.1)	40	(.2)	
15歳以上	1	(.01)	1	(.01)	20	(.1)	
年齢は覚えていない	52	(.3)	62	(.3)	84	(.5)	
無回答・無効回答	195	(1.2)	171	(.9)	175	(.9)	
過去1年間の喫煙頻度							0.011
一度も吸っていない	16,427	(98.5)	18,070	(98.6)	18,319	(98.4)	
1年間で1回～数回	58	(.3)	69	(.4)	74	(.4)	
月に数回	9	(.1)	14	(.1)	18	(.1)	
週に数回	9	(.1)	7	(.0)	24	(.1)	
ほとんど毎日	7	(.04)	16	(.1)	21	(.1)	
無回答・無効回答	170	(1.0)	158	(.9)	153	(.8)	
20歳未満者の喫煙に対する考え							<0.001
吸うべきでないと思う	15,856	(95.1)	17,383	(94.8)	17,539	(94.3)	
少々なら構わない	422	(2.5)	493	(2.7)	518	(2.8)	
全然構わない	182	(1.1)	241	(1.3)	340	(1.8)	
無回答・無効回答	220	(1.3)	217	(1.2)	212	(1.1)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表25. 過去1年大麻使用経験別にみた喫煙状況

	過去1年大麻使用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n=53,026		n=53		n=544		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯喫煙経験							<0.001
あり	619	(1.2)	19	(35.8)	8	(1.5)	
初めて喫煙した年齢							<0.001
吸ったことがない	52,227	(98.5)	34	(64.2)	175	(32.2)	
10歳以下	139	(.3)	11	(20.8)	2	(.4)	
11歳	52	(.1)	0	(.0)	0	(.0)	
12歳	72	(.1)	2	(3.8)	0	(.0)	
13歳	91	(.2)	1	(1.9)	2	(.4)	
14歳	52	(.1)	1	(1.9)	1	(.2)	
15歳以上	21	(.03)	0	(.0)	1	(.2)	
年齢は覚えていない	192	(.4)	4	(7.5)	2	(.4)	
無回答・無効回答	180	(.3)	0	(.0)	361	(66.4)	
過去1年間の喫煙頻度							<0.001
一度も吸っていない	52,602	(99.2)	36	(67.9)	178	(32.7)	
1年間で1回～数回	193	(.4)	4	(7.5)	4	(.7)	
月に数回	41	(.1)	0	(.0)	0	(.0)	
週に数回	39	(.1)	1	(1.9)	0	(.0)	
ほとんど毎日	31	(.1)	12	(22.6)	1	(.2)	
無回答・無効回答	120	(.2)	0	(.0)	361	(66.4)	
20歳未満者の喫煙に対する考え							<0.001
吸うべきでないと思う	50,580	(95.4)	37	(69.8)	161	(29.6)	
少々なら構わない	1,417	(2.7)	3	(5.7)	13	(2.4)	
全然構わない	742	(1.4)	13	(24.5)	8	(1.5)	
無回答・無効回答	287	(.5)	0	(.0)	362	(66.5)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表26. コロナ禍のストレス有無別にみた喫煙状況

	コロナ禍のストレス						p-value
	なし		あり		無回答・無効回答		
	n=25,924		n=27,410		n=289		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯喫煙経験							0.003
あり	274	(1.1)	366	(1.3)	6	(2.1)	
初めて喫煙した年齢							0.094
吸ったことがない	25,371	(97.9)	26,785	(97.7)	280	(96.9)	
10歳以下	68	(.3)	83	(.3)	1	(.3)	
11歳	19	(.1)	33	(.1)	0	(.0)	
12歳	29	(.1)	45	(.2)	0	(.0)	
13歳	35	(.1)	57	(.2)	2	(.7)	
14歳	22	(.1)	31	(.1)	1	(.3)	
15歳以上	11	(.04)	11	(.04)	0	(.0)	
年齢は覚えていない	90	(.3)	106	(.4)	2	(.7)	
無回答・無効回答	279	(1.1)	259	(.9)	3	(1.0)	
過去1年間の喫煙頻度							0.023
一度も吸っていない	25,541	(98.5)	26,993	(98.5)	282	(97.6)	
1年間で1回～数回	82	(.3)	117	(.4)	2	(.7)	
月に数回	14	(.1)	25	(.1)	2	(.7)	
週に数回	19	(.1)	21	(.1)	0	(.0)	
ほとんど毎日	14	(.1)	29	(.1)	1	(.3)	
無回答・無効回答	254	(1.0)	225	(.8)	2	(.7)	
20歳未満者の喫煙に対する考え							0.035
吸うべきでないと思う	24,510	(94.5)	26,011	(94.9)	257	(88.9)	
少々なら構わない	678	(2.6)	743	(2.7)	12	(4.2)	
全然構わない	403	(1.6)	356	(1.3)	4	(1.4)	
無回答・無効回答	333	(1.3)	300	(1.1)	16	(5.5)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表27. 性別にみた薬物乱用の生涯経験・1年経験・誘われた経験

	性別										p-value
	合計		男性		女性		その他・不明		無回答・無効回答		
	n=53,623		n=26,391		n=26,279		n=729		n=224		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
薬物乱用経験											
大麻	76	(.1)	39	(.1)	25	(.1)	11	(1.5)	1	(.4)	<0.001
有機溶剤	113	(.2)	60	(.2)	37	(.1)	15	(2.1)	1	(.4)	<0.001
覚醒剤	67	(.1)	32	(.1)	23	(.1)	11	(1.5)	1	(.4)	<0.001
危険ドラッグ	79	(.1)	40	(.2)	24	(.1)	13	(1.8)	2	(.9)	<0.001
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ	97	(.2)	51	(.2)	29	(.1)	15	(2.1)	2	(.9)	<0.001
いずれかの違法薬物	138	(.3)	73	(.3)	44	(.2)	19	(2.6)	2	(.9)	<0.001
薬物乱用経験(過去1年間)											
大麻	53	(.1)	27	(.1)	17	(.1)	8	(1.1)	1	(.4)	<0.001
有機溶剤	78	(.1)	39	(.1)	29	(.1)	9	(1.2)	1	(.4)	<0.001
覚醒剤	51	(.1)	25	(.1)	18	(.1)	7	(1.0)	1	(.4)	<0.001
危険ドラッグ	57	(.1)	29	(.1)	19	(.1)	8	(1.1)	1	(.4)	<0.001
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ	71	(.1)	38	(.1)	22	(.1)	10	(1.4)	1	(.4)	<0.001
いずれかの違法薬物	98	(.2)	51	(.2)	33	(.1)	13	(1.8)	1	(.4)	<0.001
薬物乱用の誘われ経験											
大麻	405	(.8)	257	(1.0)	119	(.5)	27	(3.7)	2	(.9)	<0.001
有機溶剤	360	(.7)	227	(.9)	105	(.4)	26	(3.6)	2	(.9)	<0.001
覚醒剤	379	(.7)	237	(.9)	114	(.4)	27	(3.7)	1	(.4)	<0.001
危険ドラッグ	354	(.7)	222	(.8)	106	(.4)	24	(3.3)	2	(.9)	<0.001
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ	445	(.8)	268	(1.0)	141	(.5)	33	(4.5)	3	(1.3)	<0.001
いずれかの違法薬物	497	(.9)	302	(1.1)	155	(.6)	37	(5.1)	3	(1.3)	<0.001

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表28. 学年別にみた薬物乱用の生涯経験・1年経験・誘われた経験

	学年						p-value
	1年生		2年生		3年生		
	n=16,680		n=18,334		n=18,609		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
薬物乱用経験							
大麻	25	(.1)	23	(.1)	28	(.2)	0.765
有機溶剤	31	(.2)	37	(.2)	45	(.2)	0.501
覚醒剤	20	(.1)	21	(.1)	26	(.1)	0.774
危険ドラッグ	20	(.1)	31	(.2)	28	(.2)	0.495
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ	28	(.2)	35	(.2)	34	(.2)	0.886
いずれかの違法薬物	38	(.2)	48	(.3)	52	(.3)	0.639
薬物乱用経験(過去1年間)							
大麻	17	(.1)	18	(.1)	18	(.1)	0.985
有機溶剤	21	(.1)	28	(.2)	29	(.2)	0.735
覚醒剤	15	(.1)	18	(.1)	18	(.1)	0.969
危険ドラッグ	15	(.1)	26	(.1)	16	(.1)	0.194
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ	21	(.1)	29	(.2)	21	(.1)	0.473
いずれかの違法薬物	28	(.2)	37	(.2)	33	(.2)	0.751
薬物乱用の誘われ経験							
大麻	115	(.7)	129	(.7)	161	(.9)	0.102
有機溶剤	101	(.6)	118	(.6)	141	(.8)	0.191
覚醒剤	116	(.7)	124	(.7)	139	(.7)	0.715
危険ドラッグ	96	(.6)	120	(.7)	138	(.7)	0.174
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ	129	(.8)	148	(.8)	168	(.9)	0.403
いずれかの違法薬物	141	(.8)	164	(.9)	192	(1.0)	0.181

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表29. 過去1年大麻使用経験別にみた薬物乱用の生涯経験・1年経験・誘われた経験

	過去1年大麻使用経験						
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		p-value
	n=53,026		n=53		n=544		
n	(%)	n	(%)	n	(%)		
薬物乱用経験							
大麻	23	(.04)	53	(100.0)	0	(.0)	<0.001
有機溶剤	63	(.1)	48	(90.6)	2	(.4)	<0.001
覚醒剤	19	(.03)	46	(86.8)	2	(.4)	<0.001
危険ドラッグ	31	(.1)	45	(84.9)	3	(.6)	<0.001
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ	40	(.1)	53	(100.0)	4	(.7)	<0.001
いずれかの違法薬物	81	(.2)	53	(100.0)	4	(.7)	<0.001
薬物乱用経験(過去1年間)							
有機溶剤	33	(.1)	45	(84.9)	0	(.0)	<0.001
覚醒剤	4	(.01)	46	(86.8)	1	(.2)	<0.001
危険ドラッグ	12	(.02)	44	(83.0)	1	(.2)	<0.001
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ	16	(.02)	53	(100.0)	2	(.4)	<0.001
いずれかの違法薬物	43	(.1)	53	(100.0)	2	(.4)	<0.001
薬物乱用の誘われ経験							
大麻	383	(.7)	16	(30.2)	6	(1.1)	<0.001
有機溶剤	344	(.6)	13	(24.5)	3	(.6)	<0.001
覚醒剤	361	(.7)	15	(28.3)	3	(.6)	<0.001
危険ドラッグ	339	(.6)	12	(22.6)	3	(.6)	<0.001
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ	426	(.8)	16	(30.2)	3	(.6)	<0.001
いずれかの違法薬物	474	(.9)	17	(32.1)	6	(1.1)	<0.001

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表30. コロナ禍のストレス有無別にみた薬物乱用の生涯経験・1年経験・誘われた経験

	コロナ禍のストレス有無						
	なし		あり		無回答・無効回答		p-value
	n=25,924		n=27,410		n=289		
n	(%)	n	(%)	n	(%)		
薬物乱用経験							
大麻	27	(.1)	45	(.2)	4	(1.4)	0.060
有機溶剤	43	(.2)	66	(.2)	4	(1.4)	0.056
覚醒剤	25	(.1)	38	(.1)	4	(1.4)	0.158
危険ドラッグ	33	(.1)	41	(.1)	5	(1.7)	0.491
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ	38	(.1)	54	(.2)	5	(1.7)	0.163
いずれかの違法薬物	57	(.2)	76	(.3)	5	(1.7)	0.187
薬物乱用経験(過去1年間)							
大麻	19	(.1)	30	(.1)	4	(1.4)	0.170
有機溶剤	28	(.1)	46	(.2)	4	(1.4)	0.064
覚醒剤	18	(.1)	29	(.1)	4	(1.4)	0.159
危険ドラッグ	25	(.1)	28	(.1)	4	(1.4)	0.836
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ	29	(.1)	38	(.1)	4	(1.4)	0.386
いずれかの違法薬物	40	(.2)	54	(.2)	4	(1.4)	0.243
薬物乱用の誘われ経験							
大麻	179	(.7)	223	(.8)	3	(1.0)	0.103
有機溶剤	167	(.6)	189	(.7)	4	(1.4)	0.526
覚醒剤	176	(.7)	199	(.7)	4	(1.4)	0.513
危険ドラッグ	166	(.6)	184	(.7)	4	(1.4)	0.657
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ	204	(.8)	235	(.9)	6	(2.1)	0.368
いずれかの違法薬物	224	(.9)	267	(1.0)	6	(2.1)	0.184

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表31. 性別にみた薬物の入手可能性・薬物乱用に対する考え

	性別										p-value
	合計		男性		女性		その他・不明		無回答・無効回答		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物の入手可能性											
＜有機溶剤＞											<0.001
絶対不可能	42,587	(79.4)	19,648	(74.4)	22,316	(84.9)	468	(64.2)	155	(69.2)	
ほとんど不可能	6,000	(11.2)	3,533	(13.4)	2,321	(8.8)	118	(16.2)	28	(12.5)	
なんとか手に入る	2,564	(4.8)	1,606	(6.1)	872	(3.3)	64	(8.8)	22	(9.8)	
簡単に手に入る	1,530	(2.9)	1,052	(4.0)	402	(1.5)	65	(8.9)	11	(4.9)	
無回答・無効回答	942	(1.8)	552	(2.1)	368	(1.4)	14	(1.9)	8	(3.6)	
＜大麻＞											<0.001
絶対不可能	43,205	(80.6)	20,057	(76.0)	22,508	(85.7)	481	(66.0)	159	(71.0)	
ほとんど不可能	5,952	(11.1)	3,542	(13.4)	2,263	(8.6)	118	(16.2)	29	(12.9)	
なんとか手に入る	2,530	(4.7)	1,581	(6.0)	857	(3.3)	67	(9.2)	25	(11.2)	
簡単に手に入る	1,023	(1.9)	684	(2.6)	287	(1.1)	49	(6.7)	3	(1.3)	
無回答・無効回答	913	(1.7)	527	(2.0)	364	(1.4)	14	(1.9)	8	(3.6)	
＜覚醒剤＞											<0.001
絶対不可能	43,391	(80.9)	20,250	(76.7)	22,491	(85.6)	487	(66.8)	163	(72.8)	
ほとんど不可能	5,940	(11.1)	3,550	(13.5)	2,245	(8.5)	119	(16.3)	26	(11.6)	
なんとか手に入る	2,412	(4.5)	1,432	(5.4)	897	(3.4)	61	(8.4)	22	(9.8)	
簡単に手に入る	938	(1.7)	603	(2.3)	282	(1.1)	48	(6.6)	5	(2.2)	
無回答・無効回答	942	(1.8)	556	(2.1)	364	(1.4)	14	(1.9)	8	(3.6)	
＜危険ドラッグ＞											<0.001
絶対不可能	43,566	(81.2)	20,322	(77.0)	22,599	(86.0)	483	(66.3)	162	(72.3)	
ほとんど不可能	6,080	(11.3)	3,624	(13.7)	2,300	(8.8)	126	(17.3)	30	(13.4)	
なんとか手に入る	2,174	(4.1)	1,322	(5.0)	772	(2.9)	60	(8.2)	20	(8.9)	
簡単に手に入る	861	(1.6)	572	(2.2)	239	(.9)	46	(6.3)	4	(1.8)	
無回答・無効回答	942	(1.8)	551	(2.1)	369	(1.4)	14	(1.9)	8	(3.6)	
薬物乱用に対する考え											
＜有機溶剤＞											<0.001
使うべきではない	52,418	(97.8)	25,603	(97.0)	25,935	(98.7)	665	(91.2)	215	(96.0)	
少々なら構わない	428	(.8)	262	(1.0)	136	(.5)	28	(3.8)	2	(.9)	
まったく構わない	281	(.5)	186	(.7)	64	(.2)	28	(3.8)	3	(1.3)	
無回答・無効回答	496	(.9)	340	(1.3)	144	(.5)	8	(1.1)	4	(1.8)	
＜大麻＞											<0.001
使うべきではない	52,115	(97.2)	25,345	(96.0)	25,907	(98.6)	653	(89.6)	210	(93.8)	
少々なら構わない	667	(1.2)	462	(1.8)	161	(.6)	37	(5.1)	7	(3.1)	
まったく構わない	347	(.6)	245	(.9)	68	(.3)	31	(4.3)	3	(1.3)	
無回答・無効回答	494	(.9)	339	(1.3)	143	(.5)	8	(1.1)	4	(1.8)	
＜覚醒剤＞											<0.001
使うべきではない	52,429	(97.8)	25,633	(97.1)	25,918	(98.6)	664	(91.1)	214	(95.5)	
少々なら構わない	424	(.8)	240	(.9)	152	(.6)	29	(4.0)	3	(1.3)	
まったく構わない	273	(.5)	177	(.7)	65	(.2)	28	(3.8)	3	(1.3)	
無回答・無効回答	497	(.9)	341	(1.3)	144	(.5)	8	(1.1)	4	(1.8)	
＜危険ドラッグ＞											<0.001
使うべきではない	52,552	(98.0)	25,688	(97.3)	25,974	(98.8)	675	(92.6)	215	(96.0)	
少々なら構わない	309	(.6)	190	(.7)	98	(.4)	19	(2.6)	2	(.9)	
まったく構わない	263	(.5)	173	(.7)	60	(.2)	27	(3.7)	3	(1.3)	
無回答・無効回答	499	(.9)	340	(1.3)	147	(.6)	8	(1.1)	4	(1.8)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表32. 学年別にみた薬物の入手可能性・薬物乱用に対する考え

	学年						p-value
	1年生		2年生		3年生		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物の入手可能性							
＜有機溶剤＞							0.035
絶対不可能	13,237	(79.4)	14,565	(79.4)	14,785	(79.5)	
ほとんど不可能	1,849	(11.1)	2,103	(11.5)	2,048	(11.0)	
なんとか手に入る	803	(4.8)	824	(4.5)	937	(5.0)	
簡単に手に入る	432	(2.6)	535	(2.9)	563	(3.0)	
無回答・無効回答	359	(2.2)	307	(1.7)	276	(1.5)	
＜大麻＞							0.503
絶対不可能	13,347	(80.0)	14,790	(80.7)	15,068	(81.0)	
ほとんど不可能	1,838	(11.0)	2,064	(11.3)	2,050	(11.0)	
なんとか手に入る	823	(4.9)	828	(4.5)	879	(4.7)	
簡単に手に入る	329	(2.0)	351	(1.9)	343	(1.8)	
無回答・無効回答	343	(2.1)	301	(1.6)	269	(1.4)	
＜覚醒剤＞							0.295
絶対不可能	13,409	(80.4)	14,861	(81.1)	15,121	(81.3)	
ほとんど不可能	1,821	(10.9)	2,053	(11.2)	2,066	(11.1)	
なんとか手に入る	771	(4.6)	802	(4.4)	839	(4.5)	
簡単に手に入る	323	(1.9)	309	(1.7)	306	(1.6)	
無回答・無効回答	356	(2.1)	309	(1.7)	277	(1.5)	
＜危険ドラッグ＞							0.495
絶対不可能	13,512	(81.0)	14,902	(81.3)	15,152	(81.4)	
ほとんど不可能	1,867	(11.2)	2,117	(11.5)	2,096	(11.3)	
なんとか手に入る	662	(4.0)	717	(3.9)	795	(4.3)	
簡単に手に入る	282	(1.7)	286	(1.6)	293	(1.6)	
無回答・無効回答	357	(2.1)	312	(1.7)	273	(1.5)	
薬物乱用に対する考え							
＜有機溶剤＞							0.075
使うべきではない	16,291	(97.7)	17,956	(97.9)	18,171	(97.6)	
少々なら構わない	115	(.7)	146	(.8)	167	(.9)	
まったく構わない	85	(.5)	84	(.5)	112	(.6)	
無回答・無効回答	189	(1.1)	148	(.8)	159	(.9)	
＜大麻＞							<0.001
使うべきではない	16,230	(97.3)	17,873	(97.5)	18,012	(96.8)	
少々なら構わない	166	(1.0)	210	(1.1)	291	(1.6)	
まったく構わない	97	(.6)	103	(.6)	147	(.8)	
無回答・無効回答	187	(1.1)	148	(.8)	159	(.9)	
＜覚醒剤＞							0.755
使うべきではない	16,272	(97.6)	17,961	(98.0)	18,196	(97.8)	
少々なら構わない	131	(.8)	144	(.8)	149	(.8)	
まったく構わない	85	(.5)	84	(.5)	104	(.6)	
無回答・無効回答	192	(1.2)	145	(.8)	160	(.9)	
＜危険ドラッグ＞							0.370
使うべきではない	16,322	(97.9)	18,002	(98.2)	18,228	(98.0)	
少々なら構わない	87	(.5)	102	(.6)	120	(.6)	
まったく構わない	80	(.5)	82	(.4)	101	(.5)	
無回答・無効回答	191	(1.1)	148	(.8)	160	(.9)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表33. 過去1年大麻使用経験別にみた薬物の入手可能性・薬物乱用に対する考え

	過去1年大麻使用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n=53,026		n=53		n=544		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物の入手可能性							
<有機溶剤>							
絶対不可能	42,497	(80.1)	28	(52.8)	62	(11.4)	<0.001
ほとんど不可能	5,986	(11.3)	7	(13.2)	7	(1.3)	
なんとか手に入る	2,554	(4.8)	4	(7.5)	6	(1.1)	
簡単に手に入る	1,508	(2.8)	13	(24.5)	9	(1.7)	
無回答・無効回答	481	(.9)	1	(1.9)	460	(84.6)	
<大麻>							
絶対不可能	43,113	(81.3)	29	(54.7)	63	(11.6)	<0.001
ほとんど不可能	5,936	(11.2)	5	(9.4)	11	(2.0)	
なんとか手に入る	2,523	(4.8)	3	(5.7)	4	(.7)	
簡単に手に入る	999	(1.9)	15	(28.3)	9	(1.7)	
無回答・無効回答	455	(.9)	1	(1.9)	457	(84.0)	
<覚醒剤>							
絶対不可能	43,298	(81.7)	29	(54.7)	64	(11.8)	<0.001
ほとんど不可能	5,927	(11.2)	5	(9.4)	8	(1.5)	
なんとか手に入る	2,400	(4.5)	7	(13.2)	5	(.9)	
簡単に手に入る	921	(1.7)	11	(20.8)	6	(1.1)	
無回答・無効回答	480	(.9)	1	(1.9)	461	(84.7)	
<危険ドラッグ>							
絶対不可能	43,470	(82.0)	31	(58.5)	65	(11.9)	<0.001
ほとんど不可能	6,066	(11.4)	6	(11.3)	8	(1.5)	
なんとか手に入る	2,165	(4.1)	4	(7.5)	5	(.9)	
簡単に手に入る	845	(1.6)	11	(20.8)	5	(.9)	
無回答・無効回答	480	(.9)	1	(1.9)	461	(84.7)	
薬物乱用に対する考え							
<有機溶剤>							
使うべきではない	52,292	(98.6)	38	(71.7)	88	(16.2)	<0.001
少々なら構わない	423	(.8)	4	(7.5)	1	(.2)	
まったく構わない	269	(.5)	11	(20.8)	1	(.2)	
無回答・無効回答	42	(.1)	0	(.0)	454	(83.5)	
<大麻>							
使うべきではない	51,991	(98.0)	37	(69.8)	87	(16.0)	<0.001
少々なら構わない	662	(1.2)	4	(7.5)	1	(.2)	
まったく構わない	333	(.6)	12	(22.6)	2	(.4)	
無回答・無効回答	40	(.1)	0	(.0)	454	(83.5)	
<覚醒剤>							
使うべきではない	52,302	(98.6)	38	(71.7)	89	(16.4)	<0.001
少々なら構わない	417	(.8)	4	(7.5)	3	(.6)	
まったく構わない	261	(.5)	11	(20.8)	1	(.2)	
無回答・無効回答	46	(.1)	0	(.0)	451	(82.9)	
<危険ドラッグ>							
使うべきではない	52,426	(98.9)	38	(71.7)	88	(16.2)	<0.001
少々なら構わない	303	(.6)	4	(7.5)	2	(.4)	
まったく構わない	249	(.5)	11	(20.8)	3	(.6)	
無回答・無効回答	48	(.1)	0	(.0)	451	(82.9)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表34. コロナ禍のストレス有無別にみた薬物の入手可能性・薬物乱用に対する考え

	コロナ禍のストレス有無						p-value
	なし		あり		無回答・無効回答		
	n=25,924 n (%)	n=27,410 n (%)	n=289 n (%)	n=289 n (%)	n=289 n (%)		
薬物の入手可能性							
＜有機溶剤＞							0.928
絶対不可能	20,594 (79.4)	21,777 (79.4)	216 (74.7)				
ほとんど不可能	2,882 (11.1)	3,094 (11.3)	24 (8.3)				
なんとか手に入る	1,238 (4.8)	1,307 (4.8)	19 (6.6)				
簡単に手に入る	730 (2.8)	789 (2.9)	11 (3.8)				
無回答・無効回答	480 (1.9)	443 (1.6)	19 (6.6)				
＜大麻＞							0.695
絶対不可能	20,897 (80.6)	22,094 (80.6)	214 (74.0)				
ほとんど不可能	2,884 (11.1)	3,041 (11.1)	27 (9.3)				
なんとか手に入る	1,190 (4.6)	1,319 (4.8)	21 (7.3)				
簡単に手に入る	488 (1.9)	527 (1.9)	8 (2.8)				
無回答・無効回答	465 (1.8)	429 (1.6)	19 (6.6)				
＜覚醒剤＞							0.747
絶対不可能	20,999 (81.0)	22,174 (80.9)	218 (75.4)				
ほとんど不可能	2,843 (11.0)	3,073 (11.2)	24 (8.3)				
なんとか手に入る	1,147 (4.4)	1,249 (4.6)	16 (5.5)				
簡単に手に入る	454 (1.8)	473 (1.7)	11 (3.8)				
無回答・無効回答	481 (1.9)	441 (1.6)	20 (6.9)				
＜危険ドラッグ＞							0.428
絶対不可能	21,071 (81.3)	22,276 (81.3)	219 (75.8)				
ほとんど不可能	2,943 (11.4)	3,113 (11.4)	24 (8.3)				
なんとか手に入る	1,010 (3.9)	1,147 (4.2)	17 (5.9)				
簡単に手に入る	419 (1.6)	433 (1.6)	9 (3.1)				
無回答・無効回答	481 (1.9)	441 (1.6)	20 (6.9)				
薬物乱用に対する考え							
＜有機溶剤＞							0.848
使うべきではない	25,331 (97.7)	26,812 (97.8)	275 (95.2)				
少々なら構わない	211 (0.8)	213 (0.8)	4 (1.4)				
まったく構わない	133 (0.5)	146 (0.5)	2 (0.7)				
無回答・無効回答	249 (1.0)	239 (0.9)	8 (2.8)				
＜大麻＞							0.246
使うべきではない	25,167 (97.1)	26,675 (97.3)	273 (94.5)				
少々なら構わない	343 (1.3)	319 (1.2)	5 (1.7)				
まったく構わない	166 (0.6)	178 (0.6)	3 (1.0)				
無回答・無効回答	248 (1.0)	238 (0.9)	8 (2.8)				
＜覚醒剤＞							0.906
使うべきではない	25,331 (97.7)	26,823 (97.9)	275 (95.2)				
少々なら構わない	207 (0.8)	212 (0.8)	5 (1.7)				
まったく構わない	134 (0.5)	137 (0.5)	2 (0.7)				
無回答・無効回答	252 (1.0)	238 (0.9)	7 (2.4)				
＜危険ドラッグ＞							0.903
使うべきではない	25,396 (98.0)	26,878 (98.1)	278 (96.2)				
少々なら構わない	146 (0.6)	161 (0.6)	2 (0.7)				
まったく構わない	129 (0.5)	132 (0.5)	2 (0.7)				
無回答・無効回答	253 (1.0)	239 (0.9)	7 (2.4)				

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表35. 性別にみた誘いを断る自信・薬物乱用の害知識の周知状況

	性別										p-value
	合計		男性		女性		その他・不明		無回答・無効回答		
	n=53,623		n=26,391		n=26,279		n=729		n=224		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物乱用による薬物依存											<0.001
知っている	52,060	(97.1)	25,376	(96.2)	25,783	(98.1)	687	(94.2)	214	(95.5)	
知らない	939	(1.8)	648	(2.5)	258	(1.0)	29	(4.0)	4	(1.8)	
無回答・無効回答	624	(1.2)	367	(1.4)	238	(.9)	13	(1.8)	6	(2.7)	
薬物乱用による精神病状態											<0.001
知っている	50,401	(94.0)	24,538	(93.0)	24,973	(95.0)	681	(93.4)	209	(93.3)	
知らない	2,598	(4.8)	1,489	(5.6)	1,065	(4.1)	36	(4.9)	8	(3.6)	
無回答・無効回答	624	(1.2)	364	(1.4)	241	(.9)	12	(1.6)	7	(3.1)	
薬物乱用によるフラッシュバック											<0.001
知っている	41,705	(77.8)	20,061	(76.0)	20,855	(79.4)	604	(82.9)	185	(82.6)	
知らない	11,346	(21.2)	6,012	(22.8)	5,189	(19.7)	113	(15.5)	32	(14.3)	
無回答・無効回答	572	(1.1)	318	(1.2)	235	(.9)	12	(1.6)	7	(3.1)	
大麻使用による認知・運動機能低下											<0.001
知っている	45,943	(85.7)	22,186	(84.1)	22,933	(87.3)	629	(86.3)	195	(87.1)	
知らない	7,120	(13.3)	3,894	(14.8)	3,115	(11.9)	88	(12.1)	23	(10.3)	
無回答・無効回答	560	(1.0)	311	(1.2)	231	(.9)	12	(1.6)	6	(2.7)	
大麻の長期使用による記憶障害											<0.001
知っている	39,761	(74.1)	19,152	(72.6)	19,866	(75.6)	569	(78.1)	174	(77.7)	
知らない	13,294	(24.8)	6,914	(26.2)	6,188	(23.5)	148	(20.3)	44	(19.6)	
無回答・無効回答	568	(1.1)	325	(1.2)	225	(.9)	12	(1.6)	6	(2.7)	
18歳以前からの大麻使用による依存症になる危険性											<0.001
知っている	38,252	(71.3)	18,085	(68.5)	19,460	(74.1)	549	(75.3)	158	(70.5)	
知らない	14,790	(27.6)	7,973	(30.2)	6,592	(25.1)	165	(22.6)	60	(26.8)	
無回答・無効回答	581	(1.1)	333	(1.3)	227	(.9)	15	(2.1)	6	(2.7)	
大麻の繰り返し使用による学業への悪影響											<0.001
知っている	42,618	(79.5)	20,461	(77.5)	21,359	(81.3)	621	(85.2)	177	(79.0)	
知らない	10,405	(19.4)	5,589	(21.2)	4,680	(17.8)	95	(13.0)	41	(18.3)	
無回答・無効回答	600	(1.1)	341	(1.3)	240	(.9)	13	(1.8)	6	(2.7)	
市販薬乱用による薬物依存											<0.001
知っている	38,375	(71.6)	18,682	(70.8)	18,951	(72.1)	565	(77.5)	177	(79.0)	
知らない	14,652	(27.3)	7,370	(27.9)	7,092	(27.0)	151	(20.7)	39	(17.4)	
無回答・無効回答	596	(1.1)	339	(1.3)	236	(.9)	13	(1.8)	8	(3.6)	
市販薬の大量使用による死の可能性											<0.001
知っている	41,837	(78.0)	19,840	(75.2)	21,184	(80.6)	626	(85.9)	187	(83.5)	
知らない	11,222	(20.9)	6,232	(23.6)	4,868	(18.5)	91	(12.5)	31	(13.8)	
無回答・無効回答	564	(1.1)	319	(1.2)	227	(.9)	12	(1.6)	6	(2.7)	
薬物乱用の誘いを断る自信											<0.001
大変ある	41,111	(76.7)	20,579	(78.0)	19,914	(75.8)	462	(63.4)	156	(69.6)	
どちらかといえばある	9,168	(17.1)	4,035	(15.3)	4,925	(18.7)	160	(21.9)	48	(21.4)	
どちらかといえばない	1,362	(2.5)	544	(2.1)	761	(2.9)	47	(6.4)	10	(4.5)	
まったくない	1,397	(2.6)	899	(3.4)	449	(1.7)	47	(6.4)	2	(.9)	
無回答・無効回答	585	(1.1)	334	(1.3)	230	(.9)	13	(1.8)	8	(3.6)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表36. 学年別にみた誘いを断る自信・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	16,044	(96.2)	17,847	(97.3)	18,169	(97.6)	
知らない	423	(2.5)	292	(1.6)	224	(1.2)	
無回答・無効回答	213	(1.3)	195	(1.1)	216	(1.2)	
薬物乱用による精神病状態							<0.001
知っている	15,169	(90.9)	17,285	(94.3)	17,947	(96.4)	
知らない	1,312	(7.9)	848	(4.6)	438	(2.4)	
無回答・無効回答	199	(1.2)	201	(1.1)	224	(1.2)	
薬物乱用によるフラッシュバック							<0.001
知っている	11,275	(67.6)	14,310	(78.1)	16,120	(86.6)	
知らない	5,221	(31.3)	3,844	(21.0)	2,281	(12.3)	
無回答・無効回答	184	(1.1)	180	(1.0)	208	(1.1)	
大麻使用による認知・運動機能低下							<0.001
知っている	13,783	(82.6)	15,840	(86.4)	16,320	(87.7)	
知らない	2,712	(16.3)	2,326	(12.7)	2,082	(11.2)	
無回答・無効回答	185	(1.1)	168	(.9)	207	(1.1)	
大麻の長期使用による記憶障害							<0.001
知っている	11,486	(68.9)	13,583	(74.1)	14,692	(79.0)	
知らない	5,011	(30.0)	4,571	(24.9)	3,712	(19.9)	
無回答・無効回答	183	(1.1)	180	(1.0)	205	(1.1)	
18歳以前からの大麻使用による依存症になる危険性							<0.001
知っている	10,568	(63.4)	13,135	(71.6)	14,549	(78.2)	
知らない	5,926	(35.5)	5,016	(27.4)	3,848	(20.7)	
無回答・無効回答	186	(1.1)	183	(1.0)	212	(1.1)	
大麻の繰り返し使用による学業への悪影響							<0.001
知っている	12,156	(72.9)	14,673	(80.0)	15,789	(84.8)	
知らない	4,328	(25.9)	3,477	(19.0)	2,600	(14.0)	
無回答・無効回答	196	(1.2)	184	(1.0)	220	(1.2)	
市販薬乱用による薬物依存							<0.001
知っている	10,871	(65.2)	13,243	(72.2)	14,261	(76.6)	
知らない	5,614	(33.7)	4,901	(26.7)	4,137	(22.2)	
無回答・無効回答	195	(1.2)	190	(1.0)	211	(1.1)	
市販薬の大量使用による死の可能性							<0.001
知っている	11,962	(71.7)	14,394	(78.5)	15,481	(83.2)	
知らない	4,538	(27.2)	3,768	(20.6)	2,916	(15.7)	
無回答・無効回答	180	(1.1)	172	(.9)	212	(1.1)	
薬物乱用の誘いを断る自信							<0.001
大変ある	12,762	(76.5)	13,823	(75.4)	14,526	(78.1)	
どちらかといえばある	2,750	(16.5)	3,362	(18.3)	3,056	(16.4)	
どちらかといえばない	411	(2.5)	527	(2.9)	424	(2.3)	
まったくない	571	(3.4)	435	(2.4)	391	(2.1)	
無回答・無効回答	186	(1.1)	187	(1.0)	212	(1.1)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表37. 過去1年大麻の使用経験別にみた誘いを断る自信・薬物乱用の害知識の周知状況

	過去1年大麻使用経験						p-value
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		
	n=53,026	n=53	n=544	n	(%)	n	
薬物乱用による薬物依存							0.002
知っている	51,506	(97.1)	45	(84.9)	509	(93.6)	
知らない	911	(1.7)	5	(9.4)	23	(4.2)	
無回答・無効回答	609	(1.1)	3	(5.7)	12	(2.2)	
薬物乱用による精神病状態							0.003
知っている	49,883	(94.1)	42	(79.2)	476	(87.5)	
知らない	2,531	(4.8)	8	(15.1)	59	(10.8)	
無回答・無効回答	612	(1.2)	3	(5.7)	9	(1.7)	
薬物乱用によるフラッシュバック							0.825
知っている	41,302	(77.9)	40	(75.5)	363	(66.7)	
知らない	11,165	(21.1)	10	(18.9)	171	(31.4)	
無回答・無効回答	559	(1.1)	3	(5.7)	10	(1.8)	
大麻使用による認知・運動機能低下							0.580
知っている	45,482	(85.8)	42	(79.2)	419	(77.0)	
知らない	6,998	(13.2)	8	(15.1)	114	(21.0)	
無回答・無効回答	546	(1.0)	3	(5.7)	11	(2.0)	
大麻の長期使用による記憶障害							0.138
知っている	39,395	(74.3)	33	(62.3)	333	(61.2)	
知らない	13,079	(24.7)	17	(32.1)	198	(36.4)	
無回答・無効回答	552	(1.0)	3	(5.7)	13	(2.4)	
18歳以前からの大麻使用による依存症になる危険性							0.512
知っている	37,856	(71.4)	34	(64.2)	362	(66.5)	
知らない	14,604	(27.5)	16	(30.2)	170	(31.3)	
無回答・無効回答	566	(1.1)	3	(5.7)	12	(2.2)	
大麻の繰り返し使用による学業への悪影響							0.026
知っている	42,198	(79.6)	34	(64.2)	386	(71.0)	
知らない	10,244	(19.3)	16	(30.2)	145	(26.7)	
無回答・無効回答	584	(1.1)	3	(5.7)	13	(2.4)	
市販薬乱用による薬物依存							0.704
知っている	37,973	(71.6)	35	(66.0)	367	(67.5)	
知らない	14,475	(27.3)	15	(28.3)	162	(29.8)	
無回答・無効回答	578	(1.1)	3	(5.7)	15	(2.8)	
市販薬の大量使用による死の可能性							0.019
知っている	41,420	(78.1)	32	(60.4)	385	(70.8)	
知らない	11,060	(20.9)	17	(32.1)	145	(26.7)	
無回答・無効回答	546	(1.0)	4	(7.5)	14	(2.6)	
薬物乱用の誘いを断る自信							<0.001
大変ある	40,716	(76.8)	30	(56.6)	365	(67.1)	
どちらかといえばある	9,056	(17.1)	5	(9.4)	107	(19.7)	
どちらかといえばない	1,332	(2.5)	3	(5.7)	27	(5.0)	
まったくない	1,356	(2.6)	12	(22.6)	29	(5.3)	
無回答・無効回答	566	(1.1)	3	(5.7)	16	(2.9)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表38. コロナ禍のストレス有無別にみた誘いを断る自信・薬物乱用の害知識の周知状況

	コロナ禍のストレス						p-value
	なし		あり		無回答・無効回答		
	n=25,924		n=27,410		n=289		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物乱用による薬物依存							0.037
知っている	25,144	(97.0)	26,650	(97.2)	266	(92.0)	
知らない	482	(1.9)	445	(1.6)	12	(4.2)	
無回答・無効回答	298	(1.1)	315	(1.1)	11	(3.8)	
薬物乱用による精神病状態							<0.001
知っている	24,257	(93.6)	25,893	(94.5)	251	(86.9)	
知らない	1,372	(5.3)	1,199	(4.4)	27	(9.3)	
無回答・無効回答	295	(1.1)	318	(1.2)	11	(3.8)	
薬物乱用によるフラッシュバック							<0.001
知っている	19,771	(76.3)	21,731	(79.3)	203	(70.2)	
知らない	5,881	(22.7)	5,391	(19.7)	74	(25.6)	
無回答・無効回答	272	(1.0)	288	(1.1)	12	(4.2)	
大麻使用による認知・運動機能低下							<0.001
知っている	21,966	(84.7)	23,740	(86.6)	237	(82.0)	
知らない	3,700	(14.3)	3,383	(12.3)	37	(12.8)	
無回答・無効回答	258	(1.0)	287	(1.0)	15	(5.2)	
大麻の長期使用による記憶障害							<0.001
知っている	18,830	(72.6)	20,736	(75.7)	195	(67.5)	
知らない	6,832	(26.4)	6,384	(23.3)	78	(27.0)	
無回答・無効回答	262	(1.0)	290	(1.1)	16	(5.5)	
18歳以前からの大麻使用による依存症になる危険性							<0.001
知っている	18,097	(69.8)	19,977	(72.9)	178	(61.6)	
知らない	7,551	(29.1)	7,143	(26.1)	96	(33.2)	
無回答・無効回答	276	(1.1)	290	(1.1)	15	(5.2)	
大麻の繰り返し使用による学業への悪影響							<0.001
知っている	20,308	(78.3)	22,098	(80.6)	212	(73.4)	
知らない	5,332	(20.6)	5,013	(18.3)	60	(20.8)	
無回答・無効回答	284	(1.1)	299	(1.1)	17	(5.9)	
市販薬乱用による薬物依存							<0.001
知っている	18,346	(70.8)	19,843	(72.4)	186	(64.4)	
知らない	7,292	(28.1)	7,273	(26.5)	87	(30.1)	
無回答・無効回答	286	(1.1)	294	(1.1)	16	(5.5)	
市販薬の大量使用による死の可能性							<0.001
知っている	19,976	(77.1)	21,658	(79.0)	203	(70.2)	
知らない	5,686	(21.9)	5,466	(19.9)	70	(24.2)	
無回答・無効回答	262	(1.0)	286	(1.0)	16	(5.5)	
薬物乱用の誘いを断る自信							0.008
大変ある	19,783	(76.3)	21,134	(77.1)	194	(67.1)	
どちらかといえばある	4,493	(17.3)	4,628	(16.9)	47	(16.3)	
どちらかといえばない	650	(2.5)	700	(2.6)	12	(4.2)	
まったくない	728	(2.8)	654	(2.4)	15	(5.2)	
無回答・無効回答	270	(1.0)	294	(1.1)	21	(7.3)	

*検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

表39.中学生における薬物使用の生涯経験率の推定値(全体、男子、女子)(%)

調査年	中学生全体			男子中学生			女子中学生		
	点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値	
		下限	上限		下限	上限		下限	上限
大麻									
2010年	0.30	0.22	0.39	0.40	0.30	0.53	0.18	0.13	0.25
2012年	0.25	0.20	0.30	0.30	0.24	0.39	0.19	0.13	0.27
2014年	0.18	0.14	0.22	0.24	0.19	0.31	0.10	0.06	0.15
2016年	0.25	0.20	0.32	0.37	0.28	0.48	0.14	0.09	0.21
2018年	0.34	0.29	0.40	0.43	0.35	0.51	0.25	0.18	0.33
2022年	0.12	0.09	0.17	0.13	0.07	0.22	0.08	0.05	0.11
有機溶剤									
2010年	0.67	0.57	0.79	0.75	0.61	0.91	0.59	0.48	0.71
2012年	0.52	0.44	0.61	0.62	0.51	0.75	0.41	0.31	0.52
2014年	0.74	0.64	0.84	0.99	0.85	1.14	0.46	0.34	0.61
2016年	0.40	0.33	0.49	0.54	0.42	0.69	0.27	0.20	0.35
2018年	0.47	0.41	0.55	0.58	0.49	0.68	0.36	0.27	0.47
2022年	0.20	0.16	0.26	0.23	0.16	0.32	0.12	0.08	0.17
覚醒剤									
2010年	0.31	0.24	0.38	0.35	0.26	0.46	0.25	0.18	0.34
2012年	0.23	0.18	0.29	0.29	0.20	0.40	0.17	0.11	0.24
2014年	0.24	0.17	0.32	0.30	0.20	0.41	0.17	0.10	0.25
2016年	0.22	0.17	0.28	0.32	0.23	0.43	0.12	0.08	0.19
2018年	0.33	0.27	0.40	0.40	0.32	0.50	0.25	0.18	0.34
2022年	0.11	0.08	0.15	0.10	0.06	0.15	0.07	0.05	0.11
危険ドラッグ									
2012年	0.22	0.17	0.28	0.27	0.19	0.37	0.15	0.11	0.20
2014年	0.19	0.14	0.25	0.28	0.20	0.38	0.09	0.05	0.14
2016年	0.22	0.17	0.27	0.31	0.23	0.41	0.12	0.08	0.19
2018年	0.30	0.25	0.37	0.37	0.30	0.46	0.23	0.16	0.32
2022年	0.13	0.10	0.18	0.13	0.08	0.18	0.09	0.05	0.15
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ									
2010年	0.40	0.32	0.49	0.50	0.38	0.64	0.29	0.21	0.38
2012年	0.32	0.26	0.39	0.40	0.30	0.51	0.24	0.17	0.33
2014年	0.30	0.23	0.39	0.38	0.28	0.50	0.21	0.14	0.31
2016年	0.28	0.22	0.34	0.41	0.32	0.53	0.15	0.10	0.21
2018年	0.38	0.32	0.45	0.47	0.39	0.57	0.28	0.21	0.37
2022年	0.12	0.08	0.19	0.19	0.12	0.30	0.18	0.10	0.30
いずれかの薬物									
2010年	0.87	0.75	1.01	1.01	0.85	1.20	0.72	0.59	0.87
2012年	0.78	0.67	0.91	0.97	0.82	1.15	0.58	0.47	0.72
2014年	1.01	0.87	1.17	1.38	1.17	1.61	0.61	0.47	0.78
2016年	0.46	0.38	0.55	0.63	0.50	0.78	0.29	0.22	0.38
2018年	0.55	0.47	0.63	0.67	0.57	0.78	0.42	0.33	0.53
2022年	0.18	0.12	0.26	0.26	0.17	0.37	0.31	0.20	0.45

※危険ドラッグは2012年から調査対象となった。

※「大麻、覚醒剤または危険ドラッグ」のデータは、2022年調査より危険ドラッグのデータを含んだ。

※区間推定値:95%信頼区間を示した。

※2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

表40.中学生における薬物使用の生涯経験者数の推定値(全体、男子、女子)

調査年	中学生全体			男子中学生			女子中学生		
	点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値	
		下限	上限		下限	上限		下限	上限
大麻									
2010年	10,715	8,052	13,974	7,252	5,331	9,637	3,290	2,305	4,554
2012年	8,692	7,002	10,665	5,345	4,136	6,797	3,310	2,245	4,703
2014年	6,318	5,036	7,826	4,278	3,309	5,442	1,796	1,147	2,678
2016年	8,886	7,078	11,014	6,427	4,824	8,390	2,443	1,594	3,581
2018年	11,513	9,676	13,597	7,200	5,955	8,629	4,190	3,062	5,598
2022年	4,030	2,817	5,588	2,152	1,193	3,574	1,272	815	1,893
有機溶剤									
2010年	24,199	20,432	28,454	13,544	11,034	16,451	10,567	8,589	12,861
2012年	18,208	15,337	21,457	10,952	8,998	13,203	7,126	5,424	9,191
2014年	26,222	22,799	30,012	17,583	15,114	20,338	8,151	5,964	10,873
2016年	14,101	11,515	17,091	9,468	7,377	11,964	4,638	3,417	6,154
2018年	15,972	13,658	18,565	9,767	8,263	11,463	6,053	4,582	7,844
2022年	6,724	5,178	8,588	3,822	2,702	5,249	1,967	1,322	2,817
覚醒剤									
2010年	11,011	8,741	13,689	6,316	4,707	8,295	4,513	3,246	6,110
2012年	8,101	6,440	10,059	5,065	3,568	6,978	2,941	1,981	4,203
2014年	8,422	6,068	11,385	5,260	3,631	7,369	2,946	1,813	4,522
2016年	7,703	5,981	9,765	5,574	4,087	7,423	2,156	1,346	3,275
2018年	11,107	9,103	13,420	6,792	5,418	8,408	4,163	2,984	5,652
2022年	3,528	2,535	4,779	1,630	1,001	2,508	1,210	762	1,825
危険ドラッグ									
2012年	7,630	5,913	9,689	4,778	3,400	6,528	2,645	1,904	3,578
2014年	6,708	4,958	8,873	4,938	3,554	6,681	1,548	919	2,445
2016年	7,526	5,943	9,401	5,388	3,988	7,119	2,162	1,352	3,278
2018年	10,232	8,334	12,431	6,234	5,008	7,668	3,886	2,724	5,375
2022年	4,444	3,231	5,963	2,069	1,392	2,961	1,486	809	2,499
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ									
2010年	14,350	11,499	17,692	8,957	6,855	11,497	5,223	3,877	6,885
2012年	11,343	9,224	13,802	7,000	5,336	9,017	4,253	3,002	5,848
2014年	10,838	8,325	13,869	6,741	5,035	8,838	3,773	2,501	5,463
2016年	9,734	7,812	11,985	7,161	5,496	9,170	2,572	1,696	3,739
2018年	12,892	10,890	15,154	7,972	6,564	9,592	4,762	3,555	6,246
2022年	5,561	4,101	7,370	2,864	1,823	4,283	1,725	1,013	2,745
いずれかの薬物									
2010年	31,398	26,942	36,375	18,302	15,292	21,726	12,946	10,559	15,709
2012年	27,490	23,643	31,781	17,076	14,387	20,116	10,236	8,250	12,552
2014年	35,995	30,942	41,632	24,445	20,781	28,563	10,843	8,370	13,815
2016年	15,964	13,241	19,081	10,973	8,744	13,594	5,028	3,779	6,558
2018年	18,479	15,961	21,279	11,237	9,600	13,073	7,055	5,476	8,945
2022年	8,366	6,517	10,575	4,625	3,301	6,302	2,515	1,657	3,660

※危険ドラッグは2012年から調査対象となった。

※「大麻、覚醒剤または危険ドラッグ」のデータは、2022年調査より危険ドラッグのデータを含んだ。

※区間推定値:95%信頼区間を示した。

※2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

表41.中学生における薬物使用の生涯経験率の推定値(1年生、2年生、3年生)(%)

調査年	1年生			2年生			3年生		
	点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値	
		下限	上限		下限	上限		下限	上限
大麻									
2010年	0.18	0.12	0.26	0.31	0.18	0.49	0.39	0.25	0.57
2012年	0.18	0.12	0.27	0.17	0.11	0.27	0.38	0.28	0.49
2014年	0.12	0.07	0.19	0.21	0.14	0.30	0.21	0.14	0.29
2016年	0.18	0.10	0.30	0.22	0.16	0.29	0.36	0.27	0.48
2018年	0.29	0.20	0.40	0.41	0.31	0.54	0.32	0.23	0.42
2022年	0.10	0.06	0.16	0.11	0.06	0.17	0.15	0.08	0.27
有機溶剤									
2010年	0.63	0.48	0.80	0.68	0.51	0.88	0.71	0.54	0.90
2012年	0.42	0.32	0.55	0.47	0.36	0.60	0.65	0.51	0.82
2014年	0.65	0.49	0.84	0.77	0.59	0.98	0.79	0.63	0.99
2016年	0.34	0.23	0.46	0.32	0.24	0.43	0.54	0.42	0.69
2018年	0.39	0.29	0.52	0.54	0.43	0.68	0.48	0.36	0.63
2022年	0.15	0.09	0.23	0.18	0.13	0.25	0.27	0.18	0.39
覚醒剤									
2010年	0.19	0.12	0.27	0.33	0.21	0.50	0.38	0.27	0.53
2012年	0.16	0.10	0.25	0.19	0.12	0.27	0.33	0.24	0.44
2014年	0.20	0.12	0.31	0.28	0.16	0.45	0.24	0.16	0.33
2016年	0.16	0.08	0.28	0.19	0.13	0.26	0.31	0.23	0.42
2018年	0.27	0.18	0.38	0.39	0.28	0.52	0.33	0.23	0.45
2022年	0.08	0.05	0.13	0.11	0.06	0.17	0.12	0.07	0.20
危険ドラッグ									
2012年	0.11	0.07	0.17	0.16	0.10	0.24	0.37	0.27	0.49
2014年	0.14	0.07	0.25	0.23	0.14	0.34	0.20	0.13	0.28
2016年	0.14	0.07	0.25	0.20	0.14	0.28	0.30	0.22	0.41
2018年	0.27	0.18	0.38	0.37	0.27	0.50	0.27	0.19	0.38
2022年	0.09	0.05	0.13	0.17	0.10	0.27	0.14	0.08	0.22
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ									
2010年	0.25	0.17	0.34	0.44	0.29	0.63	0.49	0.34	0.69
2012年	0.25	0.16	0.37	0.24	0.17	0.34	0.46	0.35	0.59
2014年	0.26	0.17	0.37	0.35	0.23	0.52	0.31	0.22	0.42
2016年	0.20	0.11	0.34	0.24	0.17	0.32	0.39	0.30	0.51
2018年	0.30	0.21	0.41	0.46	0.35	0.59	0.38	0.28	0.50
2022年	0.12	0.08	0.19	0.19	0.12	0.30	0.18	0.10	0.30
いずれかの薬物									
2010年	0.75	0.59	0.93	0.93	0.73	1.16	0.92	0.71	1.16
2012年	0.65	0.51	0.82	0.68	0.55	0.82	1.00	0.81	1.22
2014年	0.90	0.69	1.15	1.09	0.83	1.40	1.04	0.86	1.26
2016年	0.38	0.26	0.52	0.36	0.28	0.47	0.62	0.49	0.78
2018年	0.43	0.33	0.56	0.64	0.51	0.78	0.56	0.43	0.72
2022年	0.18	0.12	0.26	0.26	0.17	0.37	0.31	0.20	0.45

※危険ドラッグは2012年から調査対象となった。

※「大麻、覚醒剤または危険ドラッグ」のデータは、2022年調査より危険ドラッグのデータを含んだ。

※区間推定値:95%信頼区間を示した。

※2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

表42. 中学生における薬物使用の生涯経験者数の推定値(1年生、2年生、3年生)

調査年	1年生			2年生			3年生		
	点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値	
		下限	上限		下限	上限		下限	上限
大麻									
2010年	2,212	1,489	3,164	3,693	2,187	5,837	4,676	3,022	6,906
2012年	2,111	1,349	3,146	2,044	1,272	3,111	4,393	3,282	5,758
2014年	1,367	784	2,214	2,466	1,671	3,508	2,451	1,681	3,452
2016年	2,084	1,151	3,470	2,508	1,837	3,344	4,222	3,162	5,522
2018年	3,266	2,284	4,526	4,625	3,488	6,014	3,566	2,611	4,757
2022年	1,092	658	1,703	1,173	702	1,841	1,700	876	2,976
有機溶剤									
2010年	7,525	5,744	9,680	8,131	6,102	10,615	8,489	6,516	10,868
2012年	4,960	3,752	6,430	5,469	4,187	7,019	7,634	5,997	9,577
2014年	7,665	5,760	9,995	9,111	7,013	11,635	9,384	7,418	11,708
2016年	3,896	2,726	5,397	3,769	2,797	4,969	6,317	4,864	8,067
2018年	4,413	3,297	5,784	6,102	4,809	7,633	5,352	3,989	7,030
2022年	1,633	1,016	2,488	1,990	1,382	2,773	2,957	1,959	4,282
覚醒剤									
2010年	2,259	1,495	3,276	4,005	2,558	5,972	4,604	3,212	6,393
2012年	1,905	1,178	2,913	2,196	1,436	3,215	3,888	2,837	5,199
2014年	2,336	1,420	3,621	3,272	1,863	5,326	2,812	1,924	3,968
2016年	1,842	940	3,243	2,154	1,464	3,057	3,645	2,634	4,914
2018年	2,990	2,047	4,217	4,356	3,191	5,806	3,680	2,620	5,024
2022年	929	563	1,444	1,180	683	1,898	1,368	769	2,248
危険ドラッグ									
2012年	1,343	845	2,026	1,836	1,155	2,771	4,287	3,138	5,719
2014年	1,678	848	2,977	2,684	1,687	4,055	2,335	1,570	3,341
2016年	1,662	869	2,878	2,336	1,634	3,236	3,487	2,508	4,720
2018年	3,021	2,074	4,252	4,167	3,047	5,563	3,014	2,084	4,215
2022年	951	577	1,475	1,915	1,139	3,016	1,503	874	2,410
大麻、覚醒剤または危険ドラッグ									
2010年	2,978	2,077	4,135	5,300	3,532	7,637	5,886	4,051	8,264
2012年	2,958	1,927	4,342	2,842	1,976	3,958	5,387	4,101	6,948
2014年	3,050	2,030	4,402	4,138	2,677	6,109	3,645	2,590	4,986
2016年	2,370	1,328	3,904	2,733	1,981	3,675	4,554	3,444	5,906
2018年	3,369	2,382	4,627	5,149	3,925	6,632	4,268	3,152	5,649
2022年	1,341	838	2,035	2,136	1,333	3,244	2,000	1,137	3,261
いずれかの薬物									
2010年	9,021	7,144	11,238	11,163	8,764	14,010	11,057	8,592	14,004
2012年	7,649	5,989	9,625	7,929	6,477	9,609	11,667	9,465	14,224
2014年	10,653	8,220	13,575	12,923	9,887	16,589	12,376	10,192	14,887
2016年	4,367	3,067	6,031	4,229	3,234	5,432	7,229	5,708	9,028
2018年	4,860	3,698	6,270	7,147	5,745	8,786	6,318	4,853	8,084
2022年	1,992	1,311	2,902	2,819	1,893	4,040	3,393	2,247	4,915

※危険ドラッグは2012年から調査対象となった。

※「大麻、覚醒剤または危険ドラッグ」のデータは、2022年調査より危険ドラッグのデータを含んだ。

※区間推定値:95%信頼区間を示した。

※2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

表43.中学生における飲酒・喫煙の経験率(生涯、過去1年)の推定値(全体、男子、女子)(%)

調査年	中学生全体			男子中学生			女子中学生		
	点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値	
		下限	上限		下限	上限		下限	上限
飲酒経験(生涯)									
2010年	41.0	39.8	42.3	42.3	41.0	43.6	39.7	38.1	41.3
2012年	35.6	34.4	36.9	37.7	36.3	39.2	33.5	32.2	34.8
2014年	29.9	28.9	31.0	32.4	31.2	33.6	27.2	26.0	28.4
2016年	27.8	26.7	29.0	29.5	28.1	30.9	26.2	24.9	27.5
2018年	21.9	21.0	22.8	24.0	23.0	25.0	19.6	18.7	20.6
2022年	14.8	14.1	15.5	17.3	16.4	18.3	11.8	11.1	12.6
飲酒経験(過去1年)									
2010年	24.7	23.8	25.7	25.0	24.0	26.1	24.4	23.2	25.8
2012年	20.9	19.7	22.1	21.5	20.2	22.9	20.2	19.0	21.5
2014年	17.5	16.7	18.2	18.6	17.8	19.5	16.2	15.3	17.1
2016年	15.2	14.2	16.2	16.8	15.6	18.0	13.6	12.7	14.6
2018年	11.9	11.3	12.5	13.5	12.8	14.3	10.1	9.5	10.8
2022年	7.4	7.0	7.8	8.9	8.3	9.5	5.7	5.3	6.2
喫煙経験(生涯)									
2010年	7.2	6.5	7.9	8.9	8.0	9.9	5.5	4.8	6.2
2012年	5.3	4.7	5.9	7.0	6.1	8.0	3.5	3.1	4.0
2014年	3.7	3.4	4.1	5.0	4.5	5.6	2.3	2.0	2.7
2016年	2.2	1.9	2.5	2.8	2.4	3.2	1.6	1.3	2.0
2018年	2.2	2.0	2.5	2.8	2.5	3.2	1.6	1.4	1.8
2022年	1.3	1.1	1.4	1.6	1.4	1.9	0.8	0.6	0.9
喫煙経験(過去1年)									
2010年	3.4	3.0	3.9	4.0	3.5	4.6	2.8	2.3	3.3
2012年	2.3	1.9	2.7	3.1	2.5	3.8	1.5	1.2	1.8
2014年	1.5	1.3	1.7	2.1	1.7	2.5	0.8	0.7	1.0
2016年	1.0	0.9	1.2	1.4	1.2	1.7	0.6	0.5	0.8
2018年	1.0	0.9	1.2	1.4	1.2	1.6	0.7	0.5	0.8
2022年	0.6	0.5	0.7	0.8	0.7	1.0	0.3	0.3	0.4

※区間推定値:95%信頼区間を示した。

※2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

表44.中学生における飲酒・喫煙の経験者数(生涯、過去1年)の推定値(全体、男子、女子)

調査年	中学生全体			男子中学生			女子中学生		
	点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値	
		下限	上限		下限	上限		下限	上限
飲酒経験(生涯)									
2010年	1,480,319	1,436,141	1,524,800	763,594	740,369	786,962	716,514	688,297	745,018
2012年	1,250,145	1,207,052	1,293,742	661,622	636,443	687,088	588,271	565,269	611,612
2014年	1,064,115	1,027,718	1,101,056	576,061	554,977	597,452	483,755	462,605	505,348
2016年	970,885	929,778	1,012,809	514,326	490,241	538,913	457,222	434,927	480,055
2018年	737,064	707,441	767,344	404,039	386,927	421,530	330,771	314,723	347,273
2022年	487,123	465,142	509,737	285,610	270,893	300,791	194,988	182,588	207,920
飲酒経験(過去1年)									
2010年	892,567	857,537	928,304	451,266	432,145	470,801	441,121	418,118	464,747
2012年	732,557	691,974	774,418	377,454	354,433	401,263	354,957	333,538	377,124
2014年	621,032	594,478	648,276	330,966	315,818	346,525	288,072	272,182	304,511
2016年	529,479	496,059	564,249	293,192	272,804	314,463	237,026	221,024	253,739
2018年	400,436	379,472	422,138	228,077	215,057	241,585	170,411	159,253	182,076
2022年	244,113	230,379	258,402	146,389	136,351	156,915	94,322	87,253	101,783
喫煙経験(生涯)									
2010年	259,698	235,828	285,182	160,649	144,458	178,019	99,087	86,851	112,483
2012年	184,557	164,181	206,652	122,205	106,283	139,698	62,030	54,662	70,085
2014年	132,724	120,388	145,944	88,960	79,169	99,578	41,488	36,217	47,297
2016年	76,670	67,469	86,752	48,456	42,140	55,429	28,270	22,804	34,635
2018年	75,394	68,045	83,306	47,866	42,684	53,490	26,908	23,316	30,889
2022年	41,561	36,198	47,485	26,297	22,305	30,788	12,710	10,410	15,364
喫煙経験(過去1年)									
2010年	122,907	107,209	140,192	72,912	63,458	83,331	50,025	41,293	60,014
2012年	80,815	67,849	95,490	54,480	44,604	65,834	26,022	21,448	31,270
2014年	53,211	45,765	61,508	37,173	31,039	44,145	14,943	12,388	17,867
2016年	36,350	30,640	42,807	24,981	20,533	30,095	11,276	9,042	13,891
2018年	34,332	30,036	39,064	22,791	19,640	26,298	11,250	9,094	13,760
2022年	20,944	17,765	24,524	13,828	11,214	16,864	5,329	4,148	6,741

※区間推定値:95%信頼区間を示した。

※2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

表45.中学生における飲酒・喫煙の経験率(生涯、過去1年)の推定値(1年生、2年生、3年生)(%)

調査年	1年生			2年生			3年生		
	点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値	
		下限	上限		下限	上限		下限	上限
飲酒経験(生涯)									
2010年	35.7	34.1	37.4	40.3	39.0	41.6	46.6	44.8	48.4
2012年	29.2	28.0	30.4	35.5	34.1	36.9	41.6	39.5	43.8
2014年	25.7	24.5	27.0	29.9	28.4	31.3	33.8	32.5	35.2
2016年	24.5	22.8	26.3	26.2	25.0	27.5	32.6	30.9	34.3
2018年	18.3	17.2	19.3	21.9	20.6	23.2	25.0	23.7	26.3
2022年	12.8	11.9	13.7	15.3	14.2	16.4	15.9	15.0	16.9
飲酒経験(過去1年)									
2010年	19.9	18.5	21.3	24.0	23.0	25.1	29.9	28.6	31.2
2012年	14.7	13.6	15.8	20.9	19.6	22.2	26.5	24.6	28.5
2014年	13.6	12.8	14.5	17.6	16.6	18.7	20.9	19.8	22.0
2016年	13.0	11.9	14.2	13.9	13.0	14.9	18.4	17.0	19.9
2018年	9.8	9.1	10.6	11.6	10.9	12.4	13.9	12.8	15.0
2022年	6.7	6.1	7.4	7.4	6.8	8.1	7.9	7.3	8.6
喫煙経験(生涯)									
2010年	4.5	4.0	5.1	6.7	6.0	7.5	10.1	8.7	11.6
2012年	2.9	2.5	3.4	4.9	4.3	5.5	7.8	6.7	8.9
2014年	2.8	2.4	3.3	3.9	3.4	4.6	4.4	4.0	4.9
2016年	1.7	1.3	2.1	2.0	1.7	2.3	2.9	2.5	3.4
2018年	1.5	1.3	1.7	2.3	2.0	2.6	2.9	2.5	3.3
2022年	1.0	0.8	1.2	1.2	0.9	1.4	1.6	1.3	2.0
喫煙経験(過去1年)									
2010年	1.9	1.5	2.2	2.9	2.5	3.4	5.3	4.3	6.4
2012年	1.0	0.7	1.3	2.2	1.8	2.7	3.6	3.0	4.4
2014年	1.1	0.8	1.4	1.6	1.2	2.0	1.8	1.6	2.1
2016年	0.8	0.6	1.2	0.9	0.7	1.1	1.4	1.2	1.7
2018年	0.6	0.5	0.8	1.0	0.8	1.2	1.4	1.1	1.6
2022年	0.5	0.4	0.7	0.6	0.4	0.7	0.8	0.6	1.0

※区間推定値:95%信頼区間を示した。

※2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

表46.中学生における飲酒・喫煙の経験者数(生涯、過去1年)の推定値(1年生、2年生、3年生)

調査年	1年生			2年生			3年生		
	点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値		点推定値	区間推定値	
		下限	上限		下限	上限		下限	上限
飲酒経験(生涯)									
2010年	429,987	410,401	449,874	484,721	469,165	500,399	560,090	538,396	581,865
2012年	341,526	327,248	356,072	415,454	398,851	432,283	486,854	461,597	512,396
2014年	304,924	290,095	320,114	353,827	336,609	371,414	401,026	384,978	417,313
2016年	284,607	264,541	305,413	304,713	290,329	319,433	378,490	359,035	398,340
2018年	205,099	193,656	216,925	245,718	231,803	260,071	280,385	265,963	295,188
2022年	140,614	131,179	150,471	167,485	155,436	180,090	174,996	164,332	186,069
飲酒経験(過去1年)									
2010年	238,983	222,968	255,626	289,163	276,877	301,722	359,313	344,111	374,798
2012年	172,063	159,615	185,095	244,113	228,828	259,946	310,498	287,909	333,899
2014年	161,331	151,385	171,680	208,616	196,218	221,464	247,321	234,673	260,337
2016年	151,081	138,353	164,529	162,044	151,089	173,484	214,244	197,956	231,281
2018年	110,619	102,519	119,134	130,630	122,548	139,051	155,838	143,334	169,003
2022年	73,511	66,695	80,796	81,783	74,934	89,050	87,236	79,987	94,920
喫煙経験(生涯)									
2010年	54,606	47,976	61,861	81,025	72,175	90,598	121,229	104,785	139,293
2012年	34,215	29,321	39,672	56,798	49,797	64,467	90,903	78,434	104,658
2014年	33,119	28,023	38,852	46,553	39,840	54,036	52,283	46,955	58,027
2016年	19,530	15,506	24,264	22,809	19,334	26,719	33,870	28,635	39,762
2018年	16,438	14,334	18,761	25,551	21,928	29,590	32,157	28,005	36,737
2022年	10,499	8,613	12,671	12,664	10,235	15,490	17,618	14,281	21,490
喫煙経験(過去1年)									
2010年	22,409	18,536	26,839	35,185	29,691	41,375	63,752	52,212	76,967
2012年	11,485	8,569	15,065	25,475	20,676	31,035	42,461	34,785	51,274
2014年	12,596	9,654	16,145	18,498	14,262	23,581	21,741	18,795	25,012
2016年	9,791	6,622	13,938	10,137	8,149	12,459	16,147	13,439	19,234
2018年	7,198	5,816	8,806	11,282	9,170	13,731	15,231	12,788	18,001
2022年	5,586	4,099	7,435	6,236	4,711	8,095	8,778	6,998	10,869

※区間推定値:95%信頼区間を示した。

※2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

表47.飲酒の経験率の推定値(n=53,623)

飲酒 (Alcohol use)									
	合計 (Total)			男性 (Male)			女性 (Female)		
	点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
生涯 (Lifetime)	14.8	14.1	15.5	17.3	16.4	18.3	11.8	11.1	12.6
過去1年 (Past year)	7.4	7.0	7.8	8.9	8.3	9.5	5.7	5.3	6.2
	1年生 (First year)			2年生 (Second year)			3年生 (Third year)		
	点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
生涯 (Lifetime)	12.8	11.9	13.7	15.3	14.2	16.4	15.9	15.0	16.9
過去1年 (Past year)	6.7	6.1	7.4	7.4	6.8	8.1	7.9	7.3	8.6

Rを用いて、点推定および区間推定(95%信頼区間)を推計した。

95%CI: 95%の信頼区間

表48.飲酒の経験者数の推定値(n=53,623)

	合計 (Total)			男性 (Male)			女性 (Female)		
	点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
生涯 (Lifetime)	487,123	465,142	509,737	285,610	270,893	300,791	194,988	182,588	207,920
過去1年 (Past year)	244,113	230,379	258,402	146,389	136,351	156,915	94,322	87,253	101,783
	1年生 (First year)			2年生 (Second year)			3年生 (Third year)		
	点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
生涯 (Lifetime)	140,614	131,179	150,471	167,485	155,436	180,090	174,996	164,332	186,069
過去1年 (Past year)	73,511	66,695	80,796	81,783	74,934	89,050	87,236	79,987	94,920

Rを用いて、点推定および区間推定(95%信頼区間)を推計した。

95%CI:95%の信頼区間

表49.喫煙の経験率の推定値(n=53,623)

	合計 (Total)			男性 (Male)			女性 (Female)		
	点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
生涯 (Lifetime)	1.3	1.1	1.4	1.6	1.4	1.9	0.8	0.6	0.9
過去1年 (Past year)	0.6	0.5	0.7	0.8	0.7	1.0	0.3	0.3	0.4
	1年生 (First year)			2年生 (Second year)			3年生 (Third year)		
	点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
生涯 (Lifetime)	1.0	0.8	1.2	1.2	0.9	1.4	1.6	1.3	2.0
過去1年 (Past year)	0.5	0.4	0.7	0.6	0.4	0.7	0.8	0.6	1.0

Rを用いて、点推定および区間推定(95%信頼区間)を推計した。

95%CI:95%の信頼区間

表50.喫煙の経験者数の推定値(n=53,623)

	合計 (Total)			男性 (Male)			女性 (Female)		
	点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
生涯 (Lifetime)	41,561	36,198	47,485	26,297	22,305	30,788	12,710	10,410	15,364
過去1年 (Past year)	20,944	17,765	24,524	13,828	11,214	16,864	5,329	4,148	6,741
	1年生 (First year)			2年生 (Second year)			3年生 (Third year)		
	点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
生涯 (Lifetime)	10,499	8,613	12,671	12,664	10,235	15,490	17,618	14,281	21,490
過去1年 (Past year)	5,586	4,099	7,435	6,236	4,711	8,095	8,778	6,998	10,869

Rを用いて、点推定および区間推定(95%信頼区間)を推計した。

95%CI:95%の信頼区間

表51.ノンアルコール飲料の使用経験率の推定値(n=53,623)

ノンアルコール飲料 (Non-alcoholic beverages)									
	合計 (Total)			男性 (Male)			女性 (Female)		
	点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
過去1年 (Past year)	8.2	7.8	8.6	9.0	8.4	9.5	7.3	6.8	7.7
	1年生 (First year)			2年生 (Second year)			3年生 (Third year)		
	点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
過去1年 (Past year)	8.0	7.4	8.6	8.2	7.6	8.8	8.4	7.8	9.1

Rを用いて、点推定および区間推定(95%信頼区間)を推計した。

95%CI: 95%の信頼区間

表52.ノンアルコール飲料の使用経験者数の推定値(n=53,623)

ノンアルコール飲料 (Non-alcoholic beverages)									
	合計 (Total)			男性 (Male)			女性 (Female)		
	点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
過去1年 (Past year)	263,572	263,572	296,518	148,259	131,786	164,732	115,313	115,313	131,786
	1年生 (First year)			2年生 (Second year)			3年生 (Third year)		
	点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
過去1年 (Past year)	87,857	76,875	98,839	87,857	87,857	98,839	87,857	87,857	98,839

Rを用いて、点推定および区間推定(95%信頼区間)を推計した。

95%CI: 95%の信頼区間

表53.違法薬物の生涯使用経験率の推定値(n=53,623)
生涯使用経験(Lifetime use)

	合計 (Total)				男性 (Male)				女性 (Female)			
	点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper			
大麻 (Marijuana)	0.12	0.09	0.17	0.13	0.07	0.22	0.08	0.05	0.11			
有機溶剤 (Inhalants)	0.20	0.16	0.26	0.23	0.16	0.32	0.12	0.08	0.17			
覚醒剤 (Methamphetamine)	0.11	0.08	0.15	0.10	0.06	0.15	0.07	0.05	0.11			
危険ドラッグ (NPS*)	0.13	0.10	0.18	0.13	0.08	0.18	0.09	0.05	0.15			
大麻・覚醒剤・危険ドラッグのいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)	0.17	0.12	0.22	0.17	0.11	0.26	0.10	0.06	0.17			
いずれかの違法薬物 (Any illicit drugs)	0.25	0.20	0.32	0.28	0.20	0.38	0.15	0.10	0.22			
	1年生 (First year)				2年生 (Second year)				3年生 (Third year)			
	点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI				
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper			
大麻 (Marijuana)	0.10	0.06	0.16	0.11	0.06	0.17	0.15	0.08	0.27			
有機溶剤 (Inhalants)	0.15	0.09	0.23	0.18	0.13	0.25	0.27	0.18	0.39			
覚醒剤 (Methamphetamine)	0.08	0.05	0.13	0.11	0.06	0.17	0.12	0.07	0.20			
危険ドラッグ (NPS*)	0.09	0.05	0.13	0.17	0.10	0.27	0.14	0.08	0.22			
大麻・覚醒剤・危険ドラッグのいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)	0.12	0.08	0.19	0.19	0.12	0.30	0.18	0.10	0.30			
いずれかの違法薬物 (Any illicit drugs)	0.18	0.12	0.26	0.26	0.17	0.37	0.31	0.20	0.45			

*1 NPS: New Psychoactive Substances

Rを用いて、点推定および区間推定(95%信頼区間)を推計した。

95%CI: 95%の信頼区間

表54.違法薬物の生涯使用経験者数の推定値(n=53,623)

生涯使用経験 (Lifetime use)

	合計 (Total)				男性 (Male)				女性 (Female)			
	点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
大麻 (Marijuana)	4,030	2,817	5,588	2,152	1,193	3,574	1,272	815	1,893			
有機溶剤 (Inhalants)	6,724	5,178	8,588	3,822	2,702	5,249	1,967	1,322	2,817			
覚醒剤 (Methamphetamine)	3,528	2,535	4,779	1,630	1,001	2,508	1,210	762	1,825			
危険ドラッグ (NPS*)	4,444	3,231	5,963	2,069	1,392	2,961	1,486	809	2,499			
大麻・覚醒剤・危険ドラッグのいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)	5,561	4,101	7,370	2,864	1,823	4,283	1,725	1,013	2,745			
いずれかの違法薬物 (Any illicit drugs)	8,366	6,517	10,575	4,625	3,301	6,302	2,515	1,657	3,660			
	1年生 (First year)				2年生 (Second year)				3年生 (Third year)			
	点推定値 point estimation (人)	下限 lower	上限 upper	点推定値 point estimation (人)	下限 lower	上限 upper	点推定値 point estimation (人)	下限 lower	上限 upper	点推定値 point estimation (人)	下限 lower	上限 upper
大麻 (Marijuana)	1,092	658	1,703	1,173	702	1,841	1,700	876	2,976			
有機溶剤 (Inhalants)	1,633	1,016	2,488	1,990	1,382	2,773	2,957	1,959	4,282			
覚醒剤 (Methamphetamine)	929	563	1,444	1,180	683	1,898	1,368	769	2,248			
危険ドラッグ (NPS*)	951	577	1,475	1,915	1,139	3,016	1,503	874	2,410			
大麻・覚醒剤・危険ドラッグのいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)	1,341	838	2,035	2,136	1,333	3,244	2,000	1,137	3,261			
いずれかの違法薬物 (Any illicit drugs)	1,992	1,311	2,902	2,819	1,893	4,040	3,393	2,247	4,915			

*1 NPS: New Psychoactive Substances

Rを用いて、点推定および区間推定 (95%信頼区間) を推計した。

95%CI: 95%の信頼区間

表55.違法薬物の過去1年使用経験率の推定値(n=53,623)

過去1年使用経験 (Use in the past year)

	合計 (Total)				男性 (Male)				女性 (Female)			
	点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
大麻 (Marijuana)	0.09	0.05	0.13	0.10	0.05	0.18	0.05	0.03	0.05	0.03	0.09	
有機溶剤 (Inhalants)	0.13	0.10	0.17	0.14	0.10	0.19	0.10	0.06	0.10	0.06	0.15	
覚醒剤 (Methamphetamine)	0.08	0.05	0.11	0.08	0.04	0.13	0.06	0.03	0.06	0.03	0.10	
危険ドラッグ (NPS*)	0.09	0.06	0.13	0.09	0.06	0.12	0.07	0.03	0.07	0.03	0.14	
大麻・覚醒剤・危険ドラッグのいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)	0.13	0.09	0.18	0.14	0.08	0.22	0.08	0.04	0.08	0.04	0.15	
いずれかの違法薬物 (Any illicit drugs)	0.18	0.14	0.24	0.21	0.14	0.29	0.12	0.07	0.12	0.07	0.19	
		1年生 (First year)			2年生 (Second year)			3年生 (Third year)				
	点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI		点推定値 point estimation (%)	95%CI				
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper			
大麻 (Marijuana)	0.07	0.03	0.12	0.08	0.05	0.13	0.10	0.04	0.10	0.04	0.22	
有機溶剤 (Inhalants)	0.09	0.05	0.15	0.13	0.09	0.19	0.16	0.10	0.16	0.10	0.25	
覚醒剤 (Methamphetamine)	0.06	0.03	0.11	0.09	0.05	0.14	0.08	0.04	0.08	0.04	0.15	
危険ドラッグ (NPS*)	0.07	0.04	0.11	0.14	0.08	0.24	0.06	0.03	0.06	0.03	0.11	
大麻・覚醒剤・危険ドラッグのいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)	0.09	0.05	0.15	0.16	0.09	0.25	0.12	0.05	0.12	0.05	0.24	
いずれかの違法薬物 (Any illicit drugs)	0.13	0.08	0.20	0.19	0.13	0.29	0.22	0.13	0.22	0.13	0.34	

*1 NPS: New Psychoactive Substances

Rを用いて、点推定および区間推定 (95%信頼区間) を推計した。

95%CI: 95%の信頼区間

表56. 違法薬物の過去1年使用経験者数の推定値 (n=53,623)

過去1年使用経験(Use in the past year)

	合計 (Total)				男性 (Male)				女性 (Female)			
	点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI	
		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper		下限 lower	上限 upper
大麻 (Marijuana)	2,829	1,780	4,269	1,598	741	3,005	865	480	1,435			
有機溶剤 (Inhalants)	4,361	3,331	5,607	2,257	1,567	3,146	1,621	1,025	2,437			
覚醒剤 (Methamphetamine)	2,594	1,793	3,631	1,285	726	2,105	988	564	1,605			
危険ドラッグ (NPS*)	3,011	2,074	4,224	1,410	929	2,051	1,222	576	2,273			
大麻・覚醒剤・危険ドラッグのいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)	4,161	2,905	5,775	2,308	1,347	3,689	1,391	713	2,443			
いずれかの違法薬物 (Any illicit drugs)	6,091	4,643	7,848	3,391	2,310	4,801	2,024	1,215	3,167			
	1年生 (First year)				2年生 (Second year)				3年生 (Third year)			
	点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI		点推定値 point estimation (人)	95%CI	
大麻 (Marijuana)	733	380	1,279	898	509	1,468	1,151	450	2,412			
有機溶剤 (Inhalants)	1,028	597	1,649	1,437	960	2,066	1,807	1,134	2,732			
覚醒剤 (Methamphetamine)	712	384	1,206	969	557	1,565	890	442	1,598			
危険ドラッグ (NPS*)	733	398	1,237	1,555	859	2,587	709	357	1,263			
大麻・覚醒剤・危険ドラッグのいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)	1,027	589	1,663	1,741	1,028	2,759	1,346	600	2,597			
いずれかの違法薬物 (Any illicit drugs)	1,437	893	2,189	2,135	1,376	3,162	2,406	1,464	3,725			

*1 NPS: New Psychoactive Substances
Rを用いて、点推定および区間推定 (95%信頼区間) を推計した。
95%CI: 95%の信頼区間

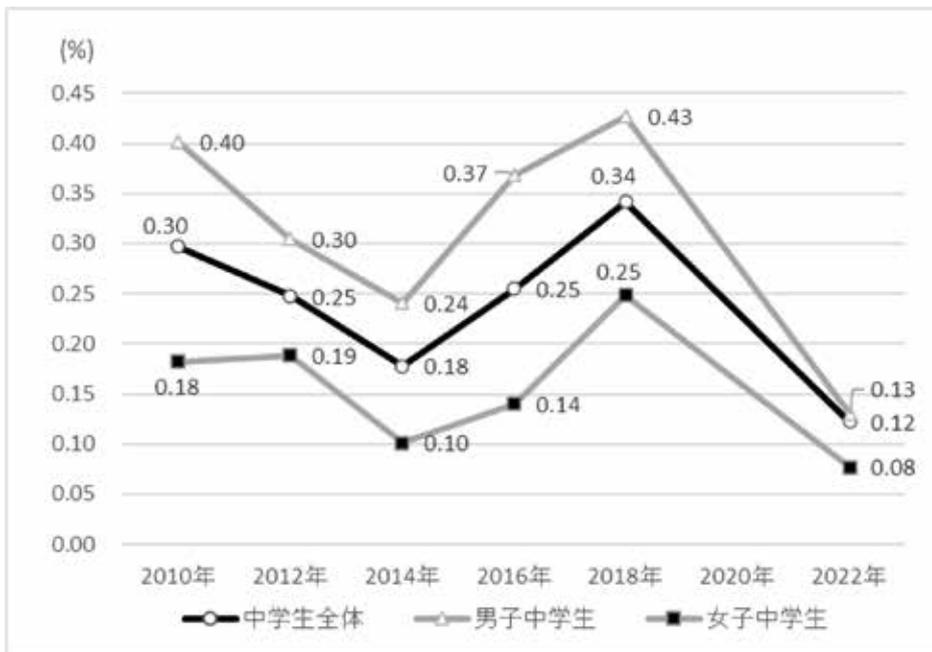


図 15. 大麻使用の生涯経験率の推計値（2010-2022年）

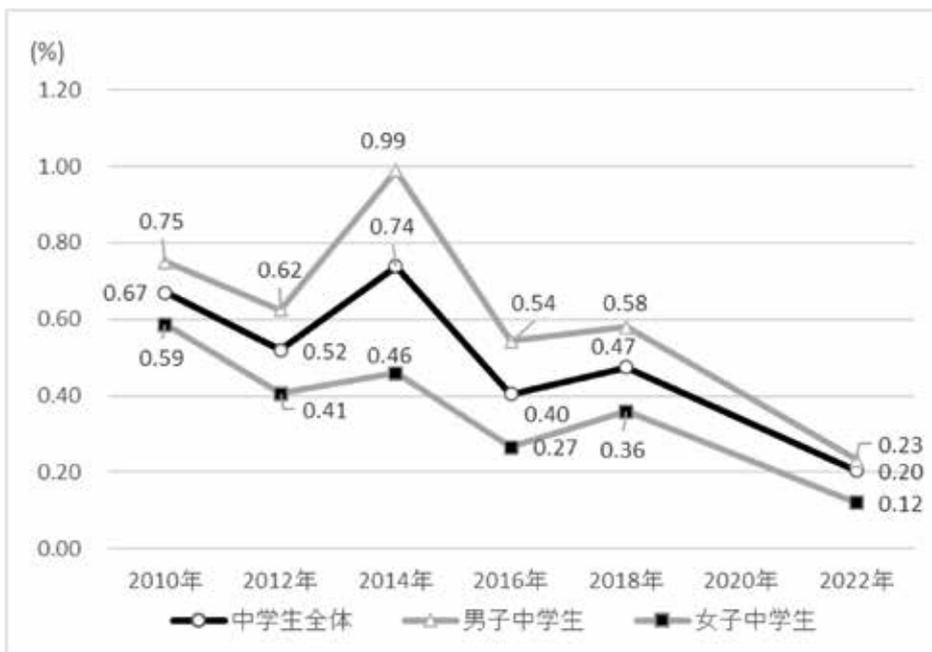


図 16. 有機溶剤乱用の生涯経験率の推計値（2010-2022年）

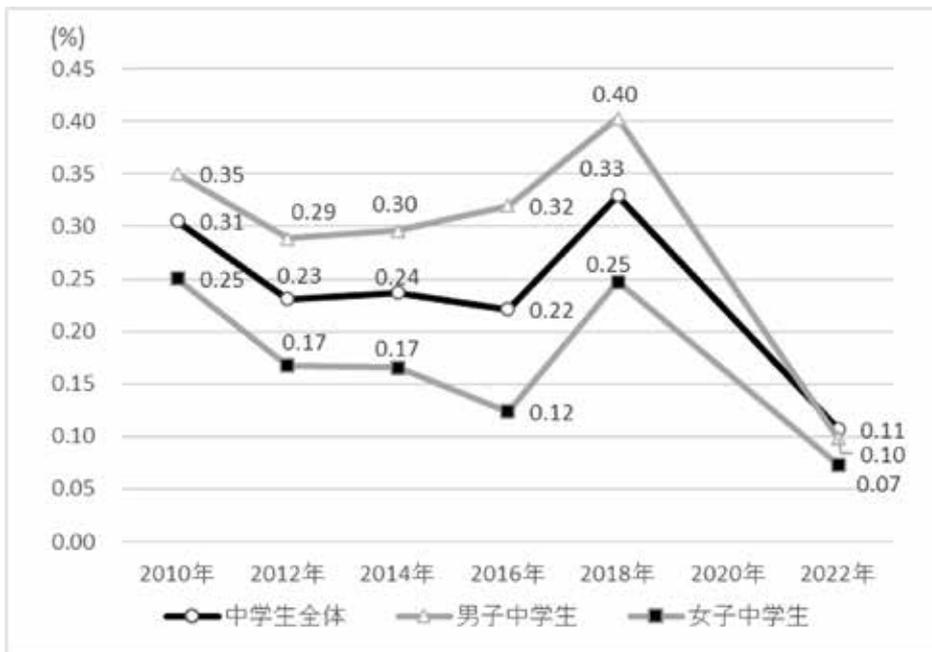


図 17. 覚醒剤使用の生涯経験率の推計値（2010-2022年）

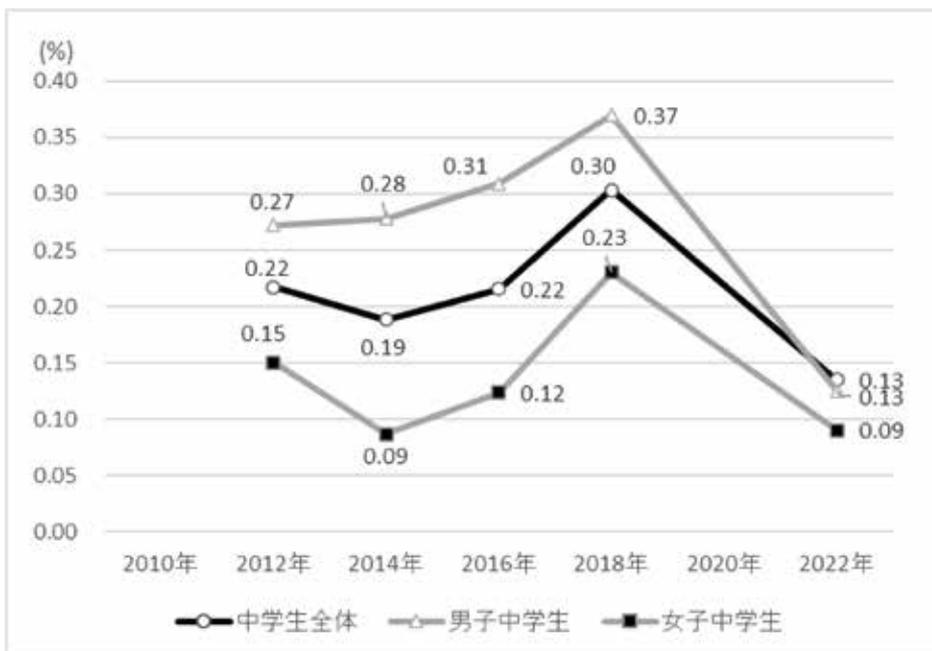


図 18. 危険ドラッグ使用の生涯経験率の推計値（2012-2022年）



図 19. アルコール使用の生涯経験率の推計値（2010-2022 年）

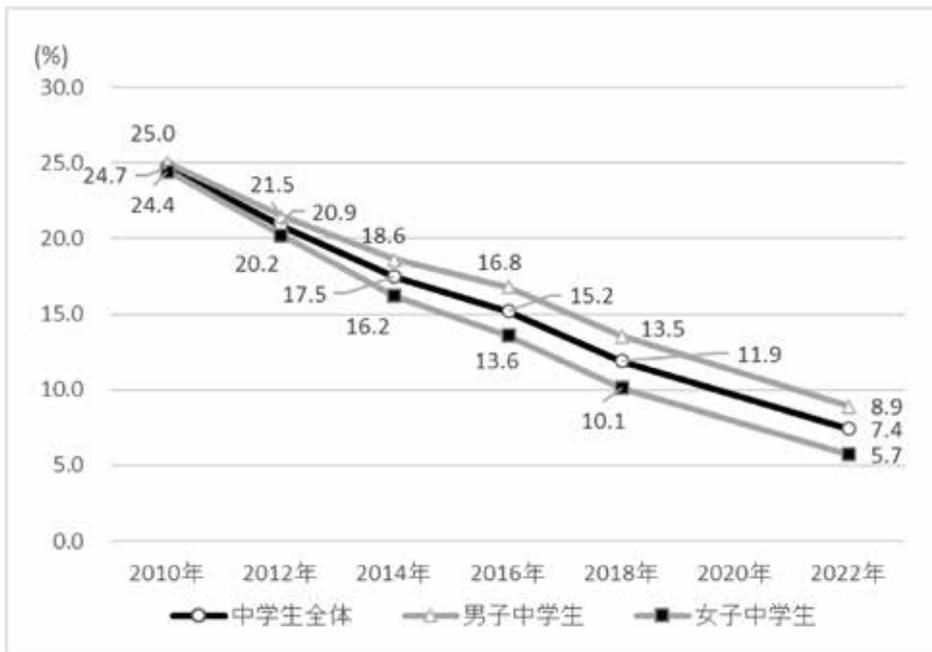


図 20. アルコール使用の過去 1 年経験率の推計値（2010-2022 年）

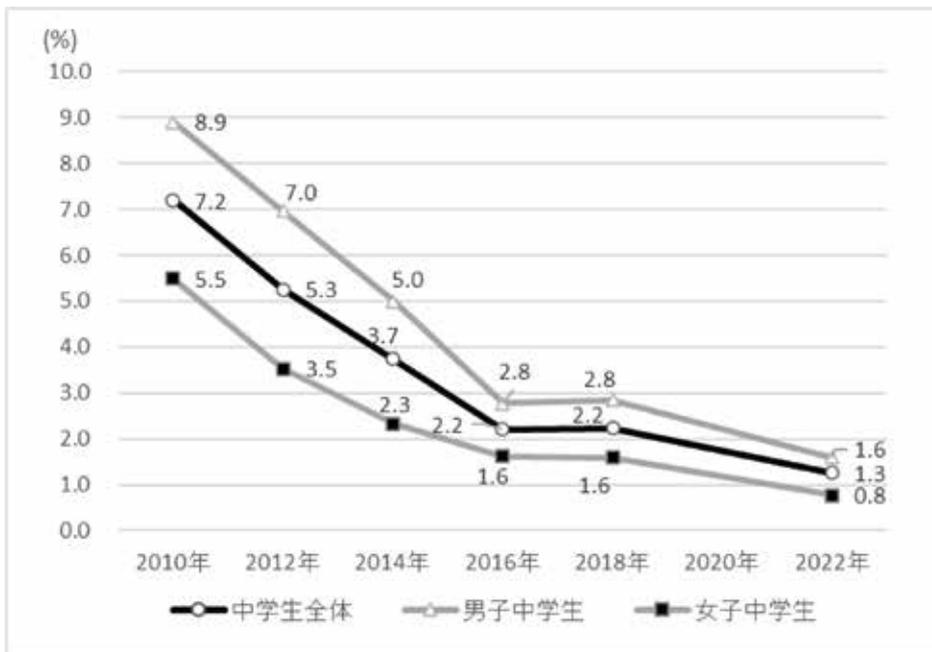


図 21. タバコ使用の生涯経験率の推計値 (2010-2022 年)

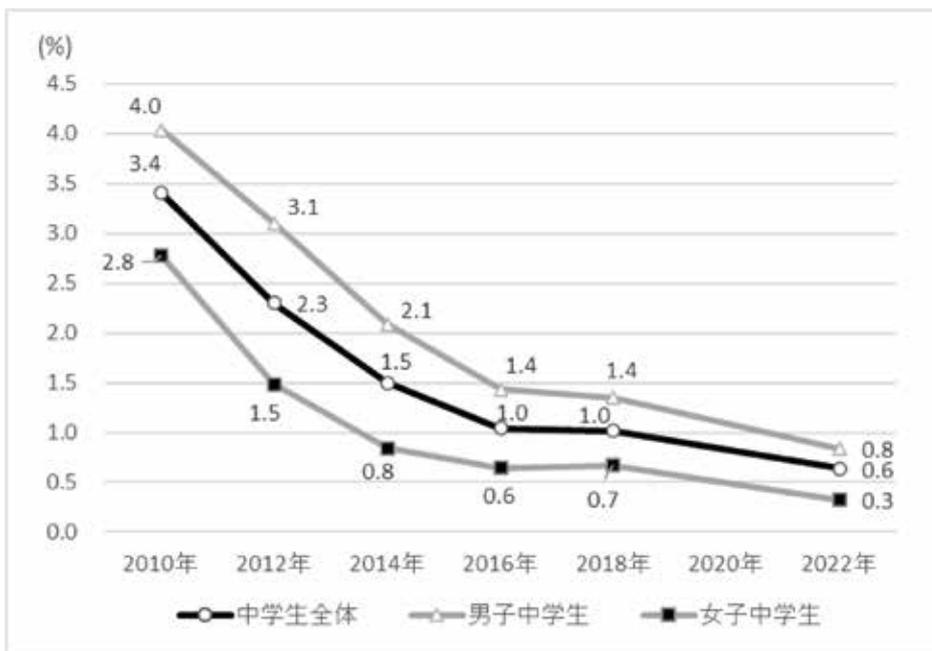


図 22. タバコ使用の過去 1 年経験率の推計値 (2010-2022 年)

飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査 (第13版-22)

このアンケートは、全国の中学生を対象に飲酒、喫煙を含めた薬物乱用に関する実態を調べ、中学生を含む青少年に対する予防教育などの対策を考えるために役立っています。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。

- (1)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。
- (2)このアンケートは無記名で実施します。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、個人名や学校名が特定されることはありません。
- (3)あなたの自由意志に基づいてアンケートにお答えください。答えたくない質問には答えなくても結構です。
また、アンケートに協力しないことで成績が下がるなど、何らかの不利益が生じることはありません。
- (4)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から提出してください。アンケートの開封は学校では行いません。
アンケートの集計は下記の研究機関が行います。
- (5)全体を集計した結果は、こちらのホームページで公開されます。 <https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/index.html>

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)

アンケートにお答えいただける場合は、下記の「1. 同意する」に○をつけてください。
お答えいただけない場合は「2. 同意しない」に○をつけ、白紙のままご提出ください。
無記名のため、アンケート用紙の提出後に同意を撤回することはできません。

わたしは、アンケートへの回答に 1. 同意する 2. 同意しない

- 質問1 あなたの性別をお答えください。 1. 男性 2. 女性 3. その他・不明
- 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 現在、あなたにとっての学校生活は次のどれに当てはまりますか?
1. とても楽しい 2. どちらかと言えば楽しい 3. どちらかと言えば楽しくない 4. まったく楽しくない
- 質問7 学校・塾・習い事・運動での時間以外、大人が不在の状態、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. 1～2時間未満
4. 2～3時間未満 5. 3時間以上
- 質問8 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9 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10 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 2. どちらかと言えば相談する 3. どちらかと言えば相談しない
4. ほとんど相談しない 5. 親がいない(単身赴任・死別・別居・離婚など)
- 質問11 この1年間についてお答えください。新型コロナウイルスの感染拡大に伴って、日常生活や学校生活などの様々な場面で自粛が求められる生活が続いていることに、あなたはどのくらいストレスを感じていますか?
1. かなりストレスを感じている 2. どちらかと言えばストレスを感じている
3. どちらかと言えばストレスを感じていない 4. まったくストレスを感じていない

質問12 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. 冠婚葬祭(結婚式・かんこんそうさい祭り・そうしき葬式・ほうじ法事・ぼん盆・正月など)の時に
3. 家族での食事などの時に、家族といっしょに
4. クラス会、打ち上げ、友達とのパーティーの時に、仲間と
5. カラオケボックス、居酒屋、飲み屋などで、仲間と
6. 自分や誰かの部屋で、仲間と
7. 一人で

質問13 質問12のいずれかの機会、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、年齢は覚えていない

質問14 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回～数回
3. 月に数回
4. 週に数回
5. ほとんど毎日

質問15 この1年間に、どのくらいの頻度で、アルコールを含まないノンアルコール飲料(ノンアルコールビールやノンアルコールチューハイなど)を飲みましたか？

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

質問16 20歳未満の飲酒は禁止されていますが、あなたは20歳未満の飲酒をどう思いますか？

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

質問17 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、ニコチンを含有する電子タバコ、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、年齢は覚えていない

質問18 この1年間に、どのくらいの頻度でタバコを吸いましたか？

※ここでいうタバコとは、紙巻きタバコのみならず、ニコチンを含有する電子タバコ、加熱式タバコも含めます。

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

質問19 20歳未満の喫煙は法律で禁じられていますが、あなたは20歳未満の喫煙をどう思いますか？

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

質問20 あなたは、次の薬物の使用に誘われたことがありますか？

※ここでいう危険ドラッグとは、法律で禁止されている薬物の一部を変えた薬物のことを指します。
「脱法ドラッグ」「合法ハーブ」と呼ばれることもあります。

	1. ない	2. ある		1. ない	2. ある
大麻(マリファナ)	1	2	かくせいざい 覚醒剤	1	2
シンナー(有機溶剤)	1	2	危険ドラッグ	1	2

質問21 あなたが次の薬物を手に入れようとした場合、それはどの程度難しいですか？

	1. 絶対不可能	2. ほとんど不可能	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	2	3	4
シンナー(有機溶剤)	1	2	3	4
かくせいざい 覚醒剤	1	2	3	4
危険ドラッグ	1	2	3	4

質問22 あなたは、これまでに、次の薬物を使ったことがありますか？

※私たちが薬物使用の事実を知ったとしても警察等に通報することはしません。また、そのような義務がないことも確認しています。
※ここでいう市販薬とは、ドラッグストアなどで売られている医薬品のうち、咳止め薬、風邪薬、解熱鎮痛薬などを指します。市販薬については、治療目的ではなく乱用目的(決められた量や回数を超えて使用すること)での使用経験がある場合を「使った(2あるいは3)」としてください。

	1. 一度も使ったことがない	2. 過去1年以内に使った	3. 過去1年より前に使った
大麻(マリファナ)	1	2	3
シンナー(有機溶剤)	1	2	3
かくせいざい 覚醒剤	1	2	3
危険ドラッグ	1	2	3
市販薬(咳止め、風邪薬、 解熱鎮痛薬)	1	2	3

質問23 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？

	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	2	3
シンナー(有機溶剤)	1	2	3
かくせいざい 覚醒剤	1	2	3
危険ドラッグ	1	2	3

質問24 薬物乱用を繰り返すと、薬物依存（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25 薬物乱用を繰り返すと、何も無いのに物が見えたり（幻視）、実際には何も聞こえないのに声が聞こえたり（幻聴）、誰も何とも思っていないのに、人が自分の事を非難していると思ひ込んだり（妄想）する状態（精神病状態）になることがあるのを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

質問26 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27 大麻を使うと、認知機能や運動機能が低下し、交通事故の危険性が高く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28 大麻を長期間に渡って使用すると、脳の記憶に関する神経（海馬）が減少し、記憶に障害が出ることを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

質問29 若年期（13～18歳）から大麻を使い始めた人は、成人してから大麻を使い始めた人に比べて、薬物依存症になる危険性が何倍も高く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30 大麻を繰り返し使う人ほど、学業に悪影響（学校の卒業ができない、単位を取得できない、IQが低下するなど）が生じる可能性が高く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31 市販薬（ドラッグストア等で売られている医薬品）の中には、決められた量や回数を超えて使うことで（乱用することで）、薬物依存症になる可能性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32 市販薬（ドラッグストア等で売られている医薬品）の中には、一度に大量の薬を飲むことで（オーバードーズ）、死に至る可能性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33 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. どちらかと言えばない 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

分担研究報告書

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

研究分担者	松本俊彦	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	北九州市立精神保健福祉センター 医師
	船田大輔	国立精神・神経医療研究センター病院 精神診療部 医師
	沖田恭治	国立精神・神経医療研究センター病院 精神診療部 医長
	植野絵里子	国立精神・神経医療研究センター病院 司法精神診療部 医師
	山本泰輔	北海道大学大学院 医学研究院・医学院 社会医学分野 公衆衛生学教室

【研究要旨】

【目的】本調査は、1987年以來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、2022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1531施設のうち、1143施設(74.7%)の協力を得て、221施設(14.4%)の施設から総計2522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2468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1495例(60.6%)、次いで睡眠薬・抗不安薬780例(31.6%)、揮発性溶剤696例(28.2%)、大麻688例(27.9%)、市販薬450例(18.2%)、危険ドラッグ270例(10.9%)、MDMA227例(9.2%)、コカイン199例(8.1%)、MDMA以外の幻覚剤193例(7.8%)、鎮痛薬(処方非オピオイド系)100例(4.1%)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、覚醒剤で721例(29.2%)であり、次いで、揮発性溶剤612例(24.8%)、睡眠薬・抗不安薬419例(17.0%)、大麻275例(11.1%)、市販薬234例(9.5%)、危険ドラッグ60例(2.4%)が続いた。「主たる薬物」として最も多かったのは、覚せい剤1227例(49.7%)であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬435例(17.6%)、市販薬273例(11.1%)、大麻156例(6.3%)、多剤128例(5.2%)、揮発性溶剤123例(5.0%)、危険ドラッグ34例(1.4%)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1036例(42.0%)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睡眠薬・抗不安薬297例(28.7%)であり、次いで、覚せい剤292例(28.2%)、市販薬207例(20.0%)、大麻81例(7.8%)、多剤60例(5.8%)、揮発性溶剤33例(3.2%)、その他28例(2.7%)が続いた。

【考察と結論】今年度調査では、久しぶりに症例数の減少がみられた。睡眠薬・抗不安薬、市販薬の関連精神疾患症例の明らかな増加を認め、特に若年層や女性の増加が特徴的であった。この集団は、1年以内使用ありの割合が高く、また、併存精神障害が高率でありながら、治療継続に課題を抱える一群であった。今後の薬物対策は、「逮捕されない薬物」の乱用に関する対策が重要な課題になると考えられる。

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、近年では、覚せい剤取締法による刑務所服役者における再入所者率の上昇傾向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た。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を指摘する研究が、近年相次いで明らかにされている。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。これらの知見は、わが国の薬物対策があまりにも「供給低減」に偏り、「需要低減」のための対策が不十分であった可能性を示唆している。

加えて、こうした対策の不十分さは、乱用薬物の不毛なイタチごっこが生み出した可能性もある。事実、Tanibuchi ら (2018) は、危険ドラッグ関連精神疾患患者のなかには、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報告している。また、さらに、宇佐美と松本 (2020) は、10 代における主な乱用薬物が、2016 年以降、危険ドラッグから市販薬へとシフトしていることも指摘し、さらに Kamijo ら (2018) も、2015 年以降、国内の救命

救急センターに搬送される危険ドラッグの急性中毒患者が減少した一方で、市販薬に含有されるカフェインの急性中毒患者が増加したことを報告している。

それだけではない。供給低減に偏った対策は、市中に流通する薬物をいっそう危険なものとした可能性もある。Funada ら (2018) は、危険ドラッグに対する規制強化に伴い、薬物依存症専門医療機関で治療を受ける危険ドラッグ関連精神疾患症例に併存する重篤な神経症状（意識障害やけいれん発作）が年々増加したことを報告している。また、Kamijo ら (2016) は、規制強化によって全国の救命救急センターに搬送される患者に見られる横紋筋融解症や肝障害が増加し、死亡症例が増加したことを報告している。これらはいずれも、むやみな規制強化と薬物使用者個人における健康被害の深刻化との密接な関連を支持する知見である。

わが国に見られるような過剰な供給低減政策がもたらす様々な弊害については、国際的にはすでに共通認識となりつつある。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 Global Commission on Drug Policy (2011) は、1961 年の麻薬に関する単一条約（麻薬単一条約）以降、50 年間続いた規制と刑罰による薬物政策が、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、「薬物に対する厳罰政策は、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。さらに国連麻薬特別総会 (UNGASS) は、2016 年と 2019 年の 2 回にわたって、薬物犯罪に対する厳罰主義の限界を取り上げ、ハームリダクション政策の必要性を強調している。そのようななかで、2020 年 12 月、国連麻薬委員会 (CND) は、WHO 勧告に従い、麻薬単一条約の附表における大麻の位置づけを「IV」から「I」へと移行する決議している（これは国連が大麻の医療的価値を認めたことを意味する）。こうした動きは、国際社会における薬物政策がこれまでとは異なる方向に舵を切ったことを示す者といえるだろう。

わが国では、依然として薬物問題は健康問題としてよりも司法的問題として、刑事司法の文脈で語られる傾向が強いが、そのなかでも少しずつ変化も生じている。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。そうした政策の妥当性を担保する学術的知見も報告されている。法務省保護局のデータを解析した Hazama と Katsuta (2019) の研究では、仮釈放となった保護観察所に係属した覚せい剤取締法事犯者の再犯予測因子として、刑務所服役期間の長さや服役回数の多さ、保護観察期間の短さが同定されている。このことは、刑務所服役が再犯防止の抑止力とはなっていない可能性、さらには、施設内処遇よりも社会内処遇の方が有効である可能性を示唆するものといえるであろう。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ている状況である。

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の企画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、2022 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）43 施設、自治体立病院 124 施設（都道府県立病院 66 施設、

市町村立病院 58 施設）、大学病院 83 施設、そして民間精神病院 1281 施設の計 1531 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、2022 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 2022 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 2022 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、2021 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 2022 年度に設定した関心項目
- 市販薬・処方オピオイド系鎮痛薬に関する詳細な情報
- 自助グループの参加経験や民間リハビリ施設の利用経験

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 15) 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、ガスパン）
- c 大麻
- d コカイン
- e ヘロイン
- f MDMA
- g MDMA 以外の幻覚剤（LSD、ケタミンなど）
- 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

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。また、「主たる薬物」が睡眠薬・抗不安薬や非オピオイド系の鎮痛薬であるものについては、その具体的な薬剤名、商品名に関する情報を、オピオイド系の鎮痛薬や市販薬についてはそれぞれ種類についてカテゴリー化し情報を収集した。

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 性別による比較: 各種項目について男女に分けて比較・検討
- ④ 年代による比較: 各種項目について 10～20代と 30～40代の 2群に分けて比較・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て患者に周知するとともに、オプトアウトの機会を作るよう依頼した。

なお、今回の調査では情報収集方法に若干の変更を行った。従来は、診療録からの情報転記を中心としつつも、それを補足すべく、口頭で同意を得た上で適宜追加の面接による情報収集も行っていたが、2022年4月に施行された改正個人情報保護法に対応し、診療録からの転記のみで情報収集を行う方法へと変更したのである。

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 A2022-018）。

C. 研究結果

今年度の調査では、対象施設 1531 施設のうち、1143 施設（74.7%）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 922 施設（60.2%）であった。「該当症例あり」との報

告は 221 施設 (14.4%) から得られ、その症例数は計 2522 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 2522 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 2468 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 2468 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 2468 例中、生物学的な性別の構成は、男性 1614 例 (65.4%)、女性 850 例 (34.4%) であった。

全対象の調査時点における年代構成は、10 代 46 例 (1.9%)、20 代 290 例 (11.8%)、30 代 470 例 (19.0%)、40 代 747 例 (30.3%)、50 代 620 例 (25.1%)、60 代 206 例 (8.3%)、70 代以上 89 例 (3.6%) 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、1168 例 (47.3%) 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、744 例 (30.1%) 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、1186 例 (48.1%) と約半数を占めていたが、一方、薬物関連犯罪以外による補導・逮捕歴を持つ症例は 526 例 (21.3%) にとどまった。矯正施設への入所歴がある症例は 882 例 (35.7%) 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 419 例 (17.0%) 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 1513 例 (61.3%) であった。自助グループの参加経験がある症例は 771 例 (31.2%)、民間リハビリ施設の利用経験がある症例は 507 例 (20.5%) であった。

他院も含めた、薬物問題に関する全治療期間としては、「1 年未満」が 389 例 (15.8%)、「1 年以上~3 年未満」が 385 例 (15.6%)、「3 年以上~5 年未満」が 229 例 (9.3%)、「5 年以上~10 年未満」が 450 例 (18.2%)、「10 年以上」が 902 例 (36.5%)、「不明」が 113 例 (4.6%) であった。対象の半数以上が 5 年以上の長期に

わたる治療を継続していることがうかがわれた。

最近 1 か月の医師による診察以外の回復プログラム (依存症集団療法やデイケア、民間回復施設のプログラム、自助グループなど) の参加頻度は、「なし」が最も多く 1834 例 (74.3%)、「月 1 回未満の参加」が 107 例 (4.3%)、「月 1 回以上~週 1 回未満の参加」157 例 (6.4%)、「週 1 回以上の参加」が 370 例 (15.0%) であった。

全対象における最近 1 年以内の薬物使用が認められた症例は 1036 例 (42.0%) 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 1495 例 (60.6%)、次いで睡眠薬・抗不安薬 780 例 (31.6%)、揮発性溶剤 696 例 (28.2%)、大麻 688 例 (27.9%)、市販薬 450 例 (18.2%)、危険ドラッグ 270 例 (10.9%)、MDMA 227 例 (9.2%)、コカイン 199 例 (8.1%)、MDMA 以外の幻覚剤 193 例 (7.8%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 100 例 (4.1%)、ADHD 治療薬 61 例 (2.5%)、ヘロイン 44 例 (1.8%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む) 41 例 (1.7%)、そしてその他が 71 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、覚せい剤で 721 例 (29.2%) に認められた。次いで、揮発性溶剤 612 例 (24.8%)、睡眠薬・抗不安薬 419 例 (17.0%)、大麻 275 例 (11.1%)、市販薬 234 例 (9.5%)、危険ドラッグ 60 例 (2.4%)、その他 37 例 (1.5%)、MDMA 以外の幻覚剤 13 例 (0.5%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系) 12 例 (0.5%)、ADHD 治療薬 12 例 (0.5%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系:弱オピオイド含む) 11 例 (0.4%)、MDMA 10 例 (0.4%)、コカイン 8 例 (0.3%)、ヘロイン 1 例 (0.0%) 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 1227 例 (49.7%) であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 435 例 (17.6%)、市販薬 273 例 (11.1%)、大麻 156 例 (6.3%)、多剤 128 例 (5.2%)、揮発性溶剤 123 例 (5.0%)、危険ド

ラッグ 34 例 (1.4%)、その他 32 例 (1.3%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオイド含む) 15 例 (0.6%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 15 例 (0.6%)、ADHD 治療薬 14 例 (0.6%)、MDMA 以外の幻覚剤 8 例 (0.3%)、MDMA 4 例 (0.2%)、コカイン 3 例 (0.1%)、ヘロイン 1 例 (0.0%) という順であった。

鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオイド含む) 15 例 (0.6%) の内訳として、医療用麻薬 (モルヒネ、オキシコドンなど) 6 例 (40.0%)、トラマドール (トラマール、トラムセットなど) 5 例 (33.3%)、向精神薬 (ペンタゾシン、ブプレノルフィンなど) 4 例 (26.7%) の順であった。

市販薬の内訳として、コデイン含有群 197 例 (73.8%)、プロムワレリル尿素主剤群 38 例 (14.2%)、デキストロメトルファン含有群 36 例 (13.5%)、アリルイソプロピルアセチル尿素含有群 31 例 (11.6%)、ジフェンヒドラミン主剤群 27 例 (10.1%) の順であった。

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」81 例 (3.3%)、「F1x.1 有害な使用」328 例 (13.3%)、「F1x.2 依存症候群」1534 例 (62.2%)、「F1x.3 離脱状態」40 例 (1.6%)、「F1x.4 せん妄を伴う離脱状態」25 例 (1.0%)、「F1x.5 精神病的障害」253 例 (10.3%)、「F1x.6 健忘症候群」22 例 (0.9%)、「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病的障害」733 例 (29.7%)、「F1x.8 他の精神および行動の障害」25 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」578 例 (23.4%) 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」419 例 (17.0%)、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」276 例 (11.2%)、「F6 成人の人格及び行動の障害」216 例 (8.8%)、「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」164 例 (6.6%)、「F7 知的障害 (精神遅滞)」136 例 (5.5%)、「F8 心理的発達の障害」131 例 (5.3%)、「F0 症状性を含む器質性精神障害」77 例 (3.1%)、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」77 例 (3.1%)

という順であった。

2. 「1 年以内使用あり」症例 1036 例に関する集計結果

1) 「1 年以内使用あり」症例の属性 (表 8)

全対象症例 2468 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、1036 例 (42.0%) であった。以下には、この 1036 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 586 例 (56.6%)、女性 448 例 (43.2%) であった。「1 年以内使用あり」症例の年代構成は、10 代 38 例 (3.7%)、20 代 221 例 (21.3%)、30 代 236 例 (22.8%)、40 代 269 例 (26.0%)、50 代 185 例 (17.9%)、60 代 48 例 (4.6%)、70 代以上 39 例 (3.8%) であり、20～50 代が中心的な年代層となり、全対象症例に比べると、女性の割合が増加し、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、600 例 (57.9%) であり、調査時点で何らかの職業を持っている症例は、358 例 (34.6%) 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、359 例 (34.7%) と半数弱を占めていたが、一方、薬物関連犯罪以外による補導・逮捕歴を持つ症例は 155 例 (15.0%) にとどまった。さらに、矯正施設への入所歴がある症例は 222 例 (21.4%) 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 202 例 (19.5%) 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 608 例 (58.7%) であった。自助グループの参加経験がある症例は 297 例 (28.7%)、民間リハビリ施設の利用経験がある症例は 157 例 (15.2%)

であった。いずれも、全対象症例に比べて割合は少し低くなった。

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 9)

「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、睡眠薬・抗不安薬が最多で 464 例 (44.8%)、次いで覚せい剤 430 例 (41.5%)、市販薬 307 例 (29.6%)、大麻 261 例 (25.2%)、揮発性溶剤 182 例 (17.6%)、MDMA 106 例 (10.2%)、危険ドラッグ 102 例 (9.8%)、MDMA 以外の幻覚剤 82 例 (7.9%)、コカイン 77 例 (7.4%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 56 例 (5.4%)、ADHD 治療薬 33 例 (3.2%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) 24 例 (2.3%)、ヘロイン 11 例 (1.1%)、そしてその他が 52 例 (5.0%) であった。「1年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象症例の生涯使用経験薬物に比べると、睡眠薬・抗不安薬の割合が覚せい剤の割合を逆転しており、また市販薬の割合も 3 番目に多くなるなど、違法でない薬物の割合が多くなっていた。

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 10)

「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 279 例 (26.9%) であり、次いで覚せい剤 193 例 (18.6%)、市販薬 178 例 (17.2%)、揮発性溶剤 151 例 (14.6%)、大麻 122 例 (11.8%)、危険ドラッグ 22 例 (2.1%)、その他 26 例 (2.5%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 8 例 (0.8%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) 7 例 (0.7%)、MDMA 7 例 (0.7%)、MDMA 以外の幻覚剤 6 例 (0.6%)、ADHD 治療薬 5 例 (0.5%)、コカイン 2 例 (0.2%) という順でヘロインは 0 例であった。

「1年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象症例の初使用薬物と比べると、生涯使用経験薬物と同様に睡眠薬・抗不安薬の割合が覚せい剤の割合を逆転し、市販薬の割合が 3 番目に多くなり、違法でない薬物の割合が多くなっていた。

4) 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物 (表 11)

「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、睡眠薬・抗不安薬 297 例 (28.7%) であった。次いで、覚せい剤 292 例 (28.2%)、市販薬 207 例 (20.0%)、大麻 81 例 (7.8%)、多剤 60 例 (5.8%)、揮発性溶剤 33 例 (3.2%)、その他 28 例 (2.7%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 11 例 (1.1%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) 8 例 (0.8%)、ADHD 治療薬 8 例 (0.8%)、MDMA 以外の幻覚剤 4 例 (0.4%)、危険ドラッグ 3 例 (0.3%)、MDMA 3 例 (0.3%)、コカイン 1 例 (0.1%)、という順でヘロインは 0 例であった。

市販薬の内訳として、コデイン含有群 150 例 (73.5%)、ブロムワレリル尿素主剤群 34 例 (16.7%)、デキストロメトルファン含有群 30 例 (14.7%)、アリルイソプロピルアセチル尿素含有群 23 例 (11.3%)、ジフェンヒドラミン主剤群 18 例 (8.8%) の順であり、全対象の主たる薬物の市販薬の内訳と同様の傾向であった。

「1年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象の主たる薬物と比べると、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」症例における入手経路 (表 12)

「1年以内使用あり」症例における入手経路として最も多かったのは、「医療機関 (精神科)」で 287 例 (27.7%)、次いで「密売人」172 例 (16.6%)、「薬局」166 例 (16.0%)、「医療機関 (身体科)」120 例 (11.6%)、「インターネット」107 例 (10.3%)、「知人」87 例 (8.4%)、「友人」86 例 (8.3%)、「店舗」86 例 (8.3%)、「恋人・愛人」34 例 (3.3%)、「家族」19 例 (1.8%)、「その他」10 例 (1.0%) という順であった。

6) 「1年以内使用あり」症例における ICD-10 F1 診断下位分類 (表 13)

「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」68 例 (6.6%)、「F1x.1 有害な使用」240 例 (23.2%)、「F1x.2 依存症候群」754 例 (72.8%)、「F1x.3 離脱状態」30 例 (2.9%)、「F1x.4 せん妄を伴う離脱状態」17 例 (1.6%)、「F1x.5 精神病性障害」106 例 (10.2%)、「F1x.6 健忘症候群」12 例 (1.2%)、「F1x.7 残遺性

障害・遅発性精神病性障害」120例(11.6%)、「F1x.8他の精神および行動の障害」8例(0.8%)である。

「1年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象のICD-10 F1診断下位分類比べて、「F1x.2依存症候群」の割合と「F1x.1有害な使用」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。

7) 「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14)

「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」309例(29.8%)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」234例(22.6%)、「F6成人の人格及び行動の障害」116例(11.2%)、「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」99例(9.6%)、「F2統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」92例(8.9%)、「F8心理的発達の障害」69例(6.7%)、「F7知的障害(精神遅滞)」53例(5.1%)、「F5生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」40例(3.9%)、「F0症状性を含む器質性精神障害」29例(2.8%)という順であった。

「1年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象の併存精神障害のICD-10診断と比べると、「F6成人の人格及び行動の障害」や「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」の割合が増加し、「F2統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の割合が減少した。

8) 「1年以内使用あり」症例における主要4種薬物別の属性比較(表15)

「1年以内使用あり」症例に関して、比較的サンプル数の多い覚せい剤、大麻、睡眠薬・抗不安薬、市販薬という主要な4種の薬物別に、人口動態的属性や心理社会的背景を比較した結果を表15に示す。

性差については、覚せい剤関連精神疾患症例(男性率68.8%)、大麻症例(男性率90.1%)では男性の割合が多いなか、一方で睡眠薬・抗不安薬症例(男性率44.8%)と市販薬症例(男性率39.6%)では女性の割合が高くなった。年代では、覚せい剤および睡眠薬・抗不安薬症例が30~50代に分布していたのに対し、大麻および市販薬症

例では20~40代と、やや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の割合については、覚せい剤症例(45.2%)は低く、睡眠薬・抗不安薬症例(67.3%)、市販薬症例(65.7%)は高かった。現在何らかの職についている者の割合については、大麻症例で高かった(45.7%)。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、覚せい剤症例で突出して多く(75.7%)、一方、薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴は、覚せい剤症例(19.2%)、で多かった。矯正施設入所歴を持つ者の割合は、覚せい剤症例(47.9%)が突出して高かった。

現在アルコール問題を呈している者の割合については、睡眠薬・抗不安薬症例(22.2%)で最も高かったが他と差は小さく、大麻症例(8.6%)は低かった。薬物問題による入院は、市販薬症例(63.3%)が高く、睡眠薬・抗不安薬症例(60.3%)が続く違法でない薬物の割合が高かった。薬物問題による自助グループの参加経験は覚せい剤症例(41.4%)が突出して高く、民間リハビリ施設の利用経験についても、覚せい剤症例(27.7%)が突出して高いが、いずれも睡眠薬・抗不安薬症例、市販薬症例は低かった。睡眠薬・抗不安薬症例、市販薬症例は入院加療に繋がる一方で、自助グループにはつながりにくく、主治医との治療に終始しているのかもしれない。

9) 「1年以内使用あり」症例における主要4種薬物別の使用経験薬物の比較(表16)

主要4種薬物症例のあいだで使用経験の他の薬物に関する比較した結果を表16に示す。

覚せい剤症例では揮発性溶剤(30.5%)と大麻(31.8%)の使用経験率が、大麻症例では覚せい剤(29.6%)とMDMA(28.4%)の使用経験率がそれぞれ高かった。一方、睡眠薬・抗不安薬症例では市販薬(14.8%)の使用経験率が、市販薬症例では睡眠薬・抗不安薬(33.3%)の使用経験率が高かった。

10) 「1年以内使用あり」症例における主要4種薬物別の初使用薬物の比較(表17)

主要4種薬物症例における初使用薬物を比較した結果を表17に示す。

覚せい剤症例では覚せい剤(54.0%)が、大麻症例では大麻(79.0%)が、睡眠薬・抗不安薬症

例では睡眠薬・抗不安薬（77.6%）が、市販薬症例では市販薬（71.1%）がそれぞれ突出して高かった。このことは、これら4種薬物症例の多くは最初から主たる薬物にアクセスしていることを示唆する。

11) 「1年以内使用あり」症例における主要4種薬物別の入手経路（表18）

「1年以内使用あり」症例における主要4種薬物別の薬物入手経路を比較した結果を表18に示す。

覚せい剤症例では密売人（43.2%）、次いで知人（21.6%）であった。インターネット（8.9%）が入手先となるケースもあるようだ。大麻症例では密売人（39.5%）が最も多く、次いで友人（37.0%）、知人（14.8%）、インターネット（14.8%）という順であった。

一方、睡眠薬・抗不安薬症例では医療機関（精神科）（82.2%）が大半を占め、次いで医療機関（身体科）（30.0%）であった。市販薬症例では薬局（71.5%）と圧倒的に多く、次いで店舗（22.2%）、インターネット（16.4%）という順であった。

全体として、違法薬物は密売人、友人、知人から、そして睡眠薬・抗不安薬や市販薬は医療機関や薬局から入手するのはこれまでの調査と同じ傾向であるが、近年における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、少しずつその割合が大きくなっている点は注目する必要がある。

12) 「1年以内使用あり」症例における主要4種薬物別のICD-10 F1診断下位分類比較（表19）

「1年以内使用あり」症例において主要4種薬物のあいだでICD-10 F1診断下位分類を比較した結果を表19に示す。

「F1x.0急性中毒」は、市販薬症例（10.1%）でやや多く、「F1x.1有害な使用」については、覚せい剤症例（6.8%）で該当症例の少なさが目立った。「F1x.2依存症候群」に該当する症例が多かったのは、覚せい剤症例（72.9%）、睡眠薬・抗不安薬症例（76.1%）、市販薬症例（78.7%）であり、逆に、大麻症例（65.4%）で該当症例が少なかった。「F1x.3離脱状態」に該当する症例は、睡眠薬・抗不安薬（5.4%）でやや多かった。

「F1x.4せん妄を伴う離脱状態」はいずれの薬物

症例でも該当者は少なかったが、睡眠薬・抗不安薬（3.4%）でやや多かった。

「F1x.5精神病性障害」については、覚せい剤症例（18.8%）、大麻症例（13.6%）で該当者が多かった。「F1x.6健忘症候群」は、いずれの薬物でもきわめて少なかった。「F1x.7残遺性障害・遅発性精神病性障害」については、覚せい剤症例（25.3%）や大麻症例（17.3%）で多かった。

13) 「1年以内使用あり」症例における主要4種薬物別の併存精神障害のICD-10診断（表20）

「1年以内使用あり」症例に関して、主要4種薬物別に併存精神障害ICD-10診断を比較した結果を表20に示す。

いずれの薬物の関連精神疾患症例でも、1～3割程度の症例に「F3気分障害」の併存が認められ、これが最も共通する併存精神障害であることがうかがわれた。「F3気分障害」および「F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」については、睡眠薬・抗不安薬症例（42.8%;34.3%）と市販薬症例（37.2%;30.9%）で突出して多かった。また、「F2統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」については大麻症例（11.1%）で多かった。「F9小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害」についても大麻症例（14.8%）が目立った。

3. 男女による比較

今年度の調査では、前年度までと比較し全対象者における女性の割合、「1年以内使用あり」症例における女性の割合が増加し、特に「1年以内使用あり」については男女の差はより小さくなっていた。生物学的性別で男（n=1614）または女（n=850）と回答があった2464名を対象に、男女の2群に分けて追加解析を行った。以下に、その結果を提示する。

1) 男女による属性比較（表21）

人口動態的属性や心理社会的背景を比較した結果を表21に示す。

年代では、男性が30代～50代に多く分布していたのに対し、女性は20代～40代に多く分布していた。また女性が男性よりも多い年代として10代（男性n=16 vs 女性n=30）、20代（男性n=130 vs 女性n=160）があった。

高校卒業以上の学歴を有する者の割合につい

ては女性（50.6%）に多かった。現在何らかの職についている者の割合については男性（30.6%）、女性（29.3%）であり差はなかった。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、男性（55.3%）に多く、薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴も男性（27.8%）に多く、矯正施設入所歴を持つ者の割合も、男性（42.1%）に多かった。

現在アルコール問題を呈している者の割合については、男性（16.8%）、女性（17.4%）であり差はなかった。薬物問題による入院は、男性（62.3%）、女性（59.6%）であり差はなかった。薬物問題による自助グループの参加経験は男性（34.1%）が多く、民間リハビリ施設の利用経験についても、男性（24.0%）が多かった。最近1年以内の使用については、女性（52.7%）が多かった。

2) 男女による使用経験薬物の比較（表 22）

使用経験のある薬物の比較について表 22 に示す。

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、危険ドラッグといった違法薬物に関してはいずれも男性の割合が大きかった。その中でも揮発性溶剤や大麻、危険ドラッグについては男性が女性の約 2 倍であった。一方で、睡眠薬・抗不安薬、鎮痛薬（処方非オピオイド系）、市販薬といった違法ではない薬物については女性の割合が大きく、いずれも約 2 倍の差があった。

3) 男女による初使用薬物の比較（表 23）

初使用薬物の比較について表 23 に示す。

覚せい剤の割合は男性（31.3%）、女性（26.7%）となり、男性では最も高かった。揮発性溶剤は男性（29.9%）、女性（16.4%）となった。大麻は男性（14.2%）、女性（5.9%）となった。睡眠薬・抗不安薬は男性（10.9%）、女性（29.4%）となり、女性では最も高かった。市販薬は男性（5.9%）、女性（16.7%）となった。使用経験のある薬物と同様に男性では違法薬物が多く、女性では違法でない薬物が多い傾向がみられていた。

4) 男女による主たる薬物の比較（表 24）

主たる薬物の比較について表 24 に示す。

覚せい剤の割合は男性（54.6%）、女性（40.5%）

となり、男女ともに最も高かった。大麻は男性（8.6%）、女性（2.0%）となったが、男性では 3 番目に高かった。睡眠薬・抗不安薬は男性（12.8%）、女性（26.7%）となり男女ともに 2 番目の高さであった。市販薬は男性（7.5%）、女性（17.9%）となり、女性では 3 番目に高かった。

5) 男女による鎮痛薬及び市販薬の内訳の比較（表 25）（表 26）

主たる薬物が鎮痛薬（処方オピオイド系）であるものの鎮痛薬の内訳の比較を表 25 に、主たる薬物が市販薬であるものの内訳の比較を表 26 に示す。

市販薬の内訳で、コデイン含有群は男性（76.5%）、女性（71.6%）となり男女ともに最も高かった。デキストロメトルファン含有群は男性（7.6%）、女性（18.2%）となり女性が多かった。ジフェンヒドラミン主剤群は男性（3.4%）、女性（15.5%）となり女性が多かった。女性は男性と比較し市販薬について幅広く使用し、また同時に複数の市販薬を使用している可能性が示唆される。

6) 「1 年以内使用あり」症例における男女による主たる薬物の比較（表 27）

「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物の比較について表 27 に示す。

覚せい剤の割合は男性（34.3%）、女性（20.1%）となり、男性では最も高く、女性では 3 番目に高かった。睡眠薬・抗不安薬は男性（22.7%）、女性（36.4%）となり男性では 2 番目の高さとなり、女性では最も高かった。市販薬は男性（14.0%）、女性（27.9%）となり、男性では 3 番目には高く、女性では 2 番目に高かった。

7) 男女による薬物の入手経路の比較（表 28）

入手経路の比較について表 28 に示す。

密売人の割合は男性（22.4%）、女性（9.2%）となり、男性では最も高く、女性では 3 番目に高かった。医療機関（精神科）の割合は男性（20.6%）、女性（36.8%）と男性では 2 番目に高く、女性では最も高かった。薬局の割合は男性（11.6%）、女性（21.9%）で男性では 3 番目に高く、女性では 2 番目に高かった。これらの差は主たる薬物の違いを反映したものと考えられる。

8) 男女による CD-10 F1 診断下位分類の比較 (表 29)

ICD-10 F1 診断下位分類の比較について表 29 に示す。

「F1x.1 有害な使用」の割合は男性 (9.2%)、女性 (21.2%) となり、女性では 2 番目に高かった。「F1x.2 依存症候群」の割合は男性 (59.5%)、女性 (67.1%) となり、男女ともに最も高かった。

「F1x.5 精神病性障害」の割合は男性 (11.5%)、女性 (8.0%) となり、男性では 2 番目に高かった。「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」の割合は男性 (36.4%)、女性 (17.1%) となり、男性では 2 番目に高く、女性では 3 番目に高かったが、男性の方が多かった。「F1x.0 急性中毒」や「F1x.3 離脱状態」も女性の方が多かった。女性は睡眠薬・抗不安薬、市販薬を使用する傾向にあり、過量服薬のような使用法がみられることが示唆される。

9) 男女による併存精神障害の ICD-10 診断の比較 (表 30)

併存精神障害の ICD-10 診断の比較について表 30 に示す。

「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の割合は男性 (12.7%)、女性 (8.4%) となり、男性では 2 番目の高さだった。「F3 気分障害」の割合は男性 (19.6%)、女性 (30.5%) となり、男女ともに最も高かった。「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の割合は男性 (10.8%)、女性 (28.7%) となり男性では 3 番目の高さとなり、女性は 2 番目の高さであった。「F6 成人の人格及び行動の障害」の割合は、男性 (6.0%)、女性 (13.8%) となり、女性では 3 番目の高さであった。総じて併存症の割合は女性に高かったが、「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」の割合は男性 (6.1%)、女性 (7.8%) となり差がなかった。

4. 年代での比較

10代から20代 (以下、10-20代) (n=336) と30代から40代 (以下、30-40代) (n=1217) の1553名を対象に、2群に分けて追加解析を行った。以下に、その結果を提示する。

1) 年代での属性比較 (表 31)

人口動態的属性や心理社会的背景を比較した結果を表 31 に示す。

生物学的性別では、男性が10-20代 (43.5%)、30-40代 (64.3%) であり、10-20代では女性が半分を超えていた。

高校卒業以上の学歴を有する者の割合については10-20代 (52.7%)、30-40代 (52.8%) であり差はなかった。現在何らかの職についている者の割合については10-20代 (35.7%)、30-40代 (33.9%) であり差はなかった。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、30-40代 (47.8%) に多く、薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴も30-40代 (19.5%) に多く、矯正施設入所歴を持つ者の割合も、30-40代 (33.8%) に多かった。

現在アルコール問題を呈している者の割合については、10-20代 (17.3%)、30-40代 (16.6%) であり差はなかった。薬物問題による入院は、10-20代 (54.8%)、30-40代 (62.1%) であり30-40代に多かった。薬物問題による自助グループの参加経験は30-40代 (36.7%) が多く、民間リハビリ施設の利用経験についても、30-40代 (25.5%) が多かった。最近1年以内の使用については、10-20代 (77.1%) が多かった。

2) 年代での使用経験薬物の比較 (表 32)

使用経験のある薬物の比較について表 32 に示す。

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、危険ドラッグといった違法薬物に関してはいずれも30-40代の割合が大きかった。その中でも覚せい剤や揮発性溶剤、危険ドラッグについては30-40代が10-30代の約2倍であった。睡眠薬・抗不安薬は差がなかった。市販薬に関しては、10-20代の割合が大きかった。10代-20代は大麻を除く違法薬物の使用経験は少なく、30-40代と傾向が異なっていた。

3) 年代での初使用薬物の比較 (表 33)

初使用薬物の比較について表 33 に示す。

覚せい剤の割合は10-20代 (10.9%)、30-40代 (29.8%) となり、30-40代では最も高かった。揮発性溶剤は10-20代 (3.6%)、30-40代 (24.1%) となり、30-40代では2番目に高かった。大麻は10-20代 (23.6%)、30-40代 (13.9%) となり、

10-20代では2番目に高かった。睡眠薬・抗不安薬は10-20代(19.1%)、30-40代(17.0%)となり、ともに3番目に高かった。市販薬は10-20代(35.8%)、30-40代(6.8%)となり、10-20代では最も高かった。

4) 年代での主たる薬物の比較(表34)

主たる薬物の比較について表34に示す。

覚せい剤の割合は10-20代(16.7%)、30-40代(50.3%)となり、10-20代では3番目の高さで、30-40代では最も高かった。大麻は10-20代(17.6%)、30-40代(7.1%)となり、10-20代では2番目に高かった。睡眠薬・抗不安薬は10-20代(16.7%)、30-40代(17.5%)となり10-20代では覚せい剤と同じく3番目の高さであり、30-40代では2番目の高さであった。市販薬は10-20代(36.0%)、30-40代(8.9%)となり、10-20代では最も高かった。10-20代では初使用薬物とほぼ傾向が一致していた。

5) 年代での鎮痛薬及び市販薬の内訳の比較(表35)(表36)

主たる薬物が鎮痛薬(処方オピオイド系)であるものの鎮痛薬の内訳の比較を表35に、主たる薬物が市販薬であるものの内訳の比較を表36に示す。

市販薬の内訳で、コデイン含有群は10-20代(80.0%)、30-40代(71.2%)となり、ともに最も高かった。デキストロメトルフエン含有群は10-20代(22.5%)、30-40代(6.7%)となり10-20代で2番目に多かった。ブロムワレリル尿素主剤群は10-20代(14.2%)、30-40代(15.4%)となり、30-40代では2番目の高さであった。アリルイソプロピルアセチル尿素含有群は10-20代(8.3%)、30-40代(14.4%)となり、30-40代では3番目の高さであった。ジフェンヒドラミン主剤群は10-20代(11.7%)、30-40代(6.7%)となり10-20代で3番目の高さであった。10-20代の傾向は女性が使用する市販薬の傾向と一致していた。

6) 「1年以内使用あり」症例における年代での主たる薬物の比較(表37)

「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の比較を表37に示す。

覚せい剤の割合は10-20代(12.0%)、30-40

代(33.5%)となり、30-40代では最も高かった。大麻は10-20代(16.2%)、30-40代(6.9%)となり、10-20代では3番目に高かった。睡眠薬・抗不安薬は10-20代(18.9%)、30-40代(29.5%)となり、ともに2番目の高さであった。市販薬は10-20代(40.2%)、30-40代(14.9%)となり、10-20代では最も高く、30-40代では3番目に高かった。

7) 年代での薬物の入手経路の比較(表38)

入手経路の比較について表38に示す。

友人の割合は、10-20代(12.7%)、30-40代(7.9%)となり10-20代で多かった。密売人の割合は10-20代(12.7%)、30-40代(18.8%)となり30-40代で多かった。医療機関(精神科)の割合は10-20代(19.7%)、30-40代(28.1%)と10-20代では2番目に高く、30-40代では最も高かった。医療機関(身体科)の割合は10-20代(5.4%)、30-40代(12.3%)となり、30-40代では3番目に高かった。薬局の割合は10-20代(31.7%)、30-40代(12.7%)で10-20代では最も高く、30-40代では2番目に高かった。インターネットの割合は10-20代(13.5%)、30-40代(12.1%)で10-20代では3番目に高かった。

8) 年代でのCD-10 F1診断下位分類の比較(表39)

ICD-10 F1診断下位分類の比較について表39に示す。

「F1x.0急性中毒」の割合は10-20代(7.1%)、30-40代(3.5%)となり、10-20代で多かった。

「F1x.1有害な使用」の割合は10-20代(32.4%)、30-40代(11.2%)となり、10-20代では2番目に高く、30-40代は3番目に高かった。「F1x.2依存症候群」の割合は10-20代(67.3%)、30-40代(67.4%)となり、ともに最も高かった。

「F1x.7残遺性障害・遅発性精神病性障害」の割合は10-20代(9.8%)、30-40代(26.1%)となり、10-20代では3番目に高く、30-40代では2番目に高かった。

9) 年代での併存精神障害のICD-10診断の比較(表40)

併存精神障害のICD-10診断の比較について表40に示す。

「F2統合失調症、統合失調症型障害及び妄想

性障害」の割合は 10-20 代 (7.7%)、30-40 代 (11.9%) となり、30-40 代では 3 番目の高さだった。「F3 気分障害」の割合は 10-20 代 (26.2%)、30-40 代 (23.7%) となり、ともに最も高かった。

「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の割合は 10-20 代 (24.4%)、30-40 代 (16.8%) となり、ともに 2 番目の高さであった。「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」の割合は 10-20 代 (15.5%)、30-40 代 (8.1%) となり、10-20 代では 3 番目に高かった。

D. 考察

今年度の調査は、最近では久しぶりに症例報告数が減少した (図 1)。回答率に関しても 74.7% となり、前回調査よりも減少している。これには、個人情報保護法の改定による影響や、各医療機関がコロナ感染拡大防止対策に迫られるなどによる負担増大の影響があるのかもしれない。全症例報告数が減少した一方で、若い世代についてみると症例報告数が増加していた (図 2)。10 代の主たる薬物の変遷をみると大麻の割合が微増し、市販薬の割合が大きく増加している (図 3)。

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 4) は、覚せい剤 1227 例 (49.7%) が最も多く、これまでの調査と同様、全対象の過半数を占めた。次いで、睡眠薬・抗不安薬 435 例 (17.6%)、市販薬 273 例 (11.1%)、大麻 156 例 (6.3%)、多剤 128 例 (5.2%)、揮発性溶剤 123 例 (5.0%)、危険ドラッグ 34 例 (1.4%)、その他 32 例 (1.3%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 15 例 (0.6%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオイド含む) 15 例 (0.6%)、ADHD 治療薬 14 例 (0.6%)、MDMA 以外の幻覚剤 8 例 (0.3%)、MDMA 4 例 (0.2%) コカイン 3 例 (0.1%)、ヘロイン 1 例 (0.0%) という順であった。前回調査 (覚せい剤 53.5%、睡眠薬・

抗不安薬 17.6%、揮発性溶剤 5.0%、市販薬 8.4%、多剤 6.8%、大麻 4.5%、危険ドラッグ 1.7%) と比較すると、市販薬症例や大麻症例の増加、危険ドラッグ症例の減少が認められた。

「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物の割合 (図 5) においては、睡眠薬・抗不安薬 297 例 (28.7%) が最多となり、次いで、覚せい剤 292 例 (28.2%)、市販薬 207 例 (20.0%)、大麻 81 例 (7.8%)、多剤 60 例 (5.8%)、揮発性溶剤 33 例 (3.2%) という順であった。「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、覚せい剤を主たる薬物とする者の割合が減少し、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。前回調査 (「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物の割合：覚せい剤 36.0%、睡眠薬・抗不安薬 29.5%、市販薬 15.7%) と比較すると、覚せい剤症例の減少と市販薬症例の顕著な増加が認められ、全体として、睡眠薬・抗不安薬や市販薬といった医薬品の問題が占める割合が増加している。その意味では、近年一貫してみられる「捕まらない (取り締まりにくい) 薬物」への移行は、ますますその特徴を際立たせているといえるだろう。

図 6、図 7、図 8 には、本調査における「主たる薬物」、「生涯経験薬物」、ならびに「1 年以内使用あり症例の主たる薬物」に関する経年的推移を示した。これら 3 つのグラフから共通して読み取れるのは、すでに述べてきたように、覚せい剤、睡眠薬・抗不安薬、大麻に関しては、生涯経験と最近の使用のいずれに関してもほぼ横ばいであり、その一方で、市販薬の著しい増加傾向である。この傾向は続いており、何らかの実効的な対策を講じる必要があると考えられる。

これらの乱用薬物の推移のなかで気になるのは、大麻関連精神疾患症例数の動向である。今回の病院調査で、主たる薬物が大麻である薬物関連精神疾患は若年者を中心に微増していたが、近年における、若年層を中心とした大麻取締法検挙者の顕著な増加と照らしてみると、両者のあいだには大きな乖離が認められる。正高らは、その SNS を利用した大麻使用者を対象とした調査 (2021) から、市中における大麻使用経験者における健康被害は、従来、薬物乱用防止啓発で伝えられている情報と大きく乖離していることを明らかにし、

大麻の健康被害がことさらに過剰に就職されて喧伝されている可能性とともに、大麻使用者のなかで医療にアクセスする者はきわめて特異な一群である可能性を指摘している。大麻関連精神疾患の特徴については後述するが、今後の動向について引き続き調査の継続が必要と考える。

また、「1年以内使用あり」症例の推移では、2016年以降、危険ドラッグ症例の顕著な減少が確認されている。これについては、包括指定などの規制強化、さらには、薬機法による販売停止命令・検査実施命令の対象拡大が販売店舗の全面撤退を促し、薬物供給が断たれたことによる効果といえるだろう。今回の調査では「1年以内使用あり」症例の「主たる薬物」で、睡眠薬・抗不安薬が覚せい剤を逆転している。かつて危険ドラッグが覚せい剤を上回ったことがあったが、先述の通り流行と規制の流れの中での一時的なものであった。近年の継続した覚せい剤の割合の減少と睡眠薬・抗不安薬、市販薬という違法でない薬物の割合の増加を考えれば、この傾向は一過性ではないのかもしれない。

図9は、2012年以降に実施された6回の本調査に関して、各調査年において報告された全薬物関連精神疾患症例数と、「1年以内（薬物）使用あり」症例数の経年的な推移をグラフ化したものである。このグラフから明らかなように、2014年以降は報告症例数の増加が顕著となっており、2022年調査で若干の症例数の減少が見られたとはいえ、依然、高い水準を維持している。2008年以前、本調査の回収率は50%を下回る状況が続いていたが、2010年調査で本調査の回収率は60%を、そして2012年調査からは70%を超え、以降、75.2%（2014年）、78.7%（2016年）、80.7%（2018年）、78.1%（2020年）、74.7%（2022年）と高い数値を維持し、精神科医療現場の薬物関連精神疾患症例の実態を反映する悉皆調査として、その資料価値を高めてきた。

ここで注意すべきなのは、全報告症例数が年々増加しているからといって、ただちにわが国における薬物問題の深刻化を意味するものではない、ということである。むしろ注目すべきなのは、全症例数が増加しながらも「1年以内使用あり」症例数が近年横ばいであるという点であろう。この事実は、薬物関連精神疾患を抱える者の精神科医

療アクセスが近年徐々に促進され、しかも、精神科医療につながるなかで断薬を継続する者が出ている可能性を示唆する。

このことの傍証となる研究がある。Yamamotoら（2022）は、2000年～2020年までの病院調査データベースから覚醒剤関連精神疾患症例を抽出し、各年調査の回収率や年代構成を補正したうえで、最近20年間の覚醒剤症例の臨床的特徴の変化を検討している。その結果、この20年間で、医療にアクセスする覚醒剤症例数は著明に増加するとともに、しかも治療を受けるなかで1年以上の断薬を継続している患者が増えていることを指摘している。また、覚醒剤誘発性の精神病を呈する患者が大きく減少するなど、覚醒剤使用に関連する重篤な健康被害が低減されているとともに、医師に対して覚醒剤入手経路に関する情報を隠さずに開示するなど、治療環境が「正直になれる場」となっていることも明らかにされている。こうした臨床像の変化は、わが国の薬物対策が従来の供給低減一辺倒から需要低減へと舵を切りつつあることを示唆するものだろう。

2. 主要4種薬物の関連精神疾患の臨床的特徴

本調査では、「1年以内使用あり」症例のなかで、サンプルサイズが統計学的解析に耐える大きさを持つ4種の薬物（覚せい剤、大麻、睡眠薬・抗不安薬、市販薬）に関して、属性や心理社会的背景、使用経験薬物、初使用薬物、薬物入手経路、ICD-10 F1 診断下位分類、併存精神障害のICD-10 診断に関する比較を行い、各薬物関連精神疾患症例の臨床的特徴を浮き彫りにすることを試みた。

その結果に基づいて、以下に各薬物関連精神疾患症例の特徴を整理しておきたい。

1) 覚せい剤関連精神疾患症例

覚せい剤症例は男性が多く、年代の分布は30～50代といった中年層が中心である。半数あまりは高校中退以下の教育歴であり、症例の7～8割に薬物関連犯罪による逮捕歴、4～5割に矯正施設入所歴および精神科病院入院歴がある。

初使用薬物としては、半数近くが最初から覚せい剤を使っているが、覚せい剤使用を継続するなかで3割の者は揮発性溶剤や大麻の使用経験もある。症例の4割は密売人から覚せい剤を入手して

いた。前回の調査では密売人が6割程度を占めていたが、減少し代わりに知人や友人、恋人などが微増していた。1割程度の者はインターネットを介して入手していたが前回調査と同様の傾向であった。

症例の7割は、ICD-10 F1 診断の依存症候群に該当し、「やめられない、止まらない」という使用様態を主訴に医療にアクセスしていることがうかがわれる。その一方で、1~3割程度に、薬物使用による急性精神病、あるいは、薬物使用の有無にかかわらず、後遺症としての慢性精神病を呈する者もあり、精神病症状に対する精神科治療を必要としていると推測される。

2) 大麻関連精神疾患症例

大麻症例はその大半が男性であり、年代の分布は20~30代に集中している。半数は薬物関連犯罪による逮捕歴を持ち、2割に矯正施設入所歴がある。高校中退以下の学歴の者が半分で、覚せい剤症例よりは教育歴が長いようだ。また、何らかの事に就いている者も4割認められ、他の薬物の関連精神疾患症例に比べると、社会的機能が維持されている者が多いのが特徴である。しかし、それとは矛盾するようではあるが、半数に薬物問題による精神科入院歴がある。

症例の8割が最初から大麻を使用しており、大麻使用の過程で2~3割の者は、覚せい剤、危険ドラッグ、MDMA や他の幻覚薬の使用経験がある。入手経路として密売人をあげる者と友人を介して大麻を入手している者が3~4割程度となる。インターネットをあげる者は覚せい剤関連精神疾患症例よりは多く1~2割という結果となった。

精神医学的な特徴としては、ICD-10 F1 診断の依存症候群に該当する者が6割を超えるが、他の薬物症例に比べて少ないこと、その一方で、薬物使用による精神病性障害を呈する者は覚せい剤症例について多いことが挙げられる。また、統合失調症や注意欠陥・多動症を併存する者が多く、これらの精神障害が引き起こす症状に対する自己治療 (Khantzian と Albanese, 2008) として大麻を使用している可能性も否定できない。

3) 睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例

睡眠薬・抗不安薬症例の年代は、20~50代と幅

広く分布し、女性が半数を超えているという特徴がある。やはり高校中退以下の学歴の者が3割しかおらず、教育歴が長い一群である。

薬物関連犯罪や他の犯罪による逮捕歴、あるいは矯正施設入所歴を持つ者は少ないが、6割に薬物問題による精神科入院歴があるなど、その病態が軽いとはいえない。

症例の8割弱は睡眠薬・抗不安薬を初使用薬物とし、他の違法薬物の使用経験を持つ者は少ない。また、同じく症例の大半は、医療機関から「処方」という合法的な手続きで乱用薬物を入手している。症例の8割弱は依存症候群に該当する問題を主訴として精神科医療につながっており、うつ病などの気分障害や神経症性障害などの精神障害を併存する者が非常に多く、さらに、約2割にアルコール問題を抱える者がいる。

4) 市販薬関連精神疾患症例

市販薬症例も睡眠薬・抗不安薬症例と同様、女性が半数を超え6割となる。しかし年代については、睡眠薬・抗不安薬症例よりも若年に偏り、10~40代に分布し20代中心になる。犯罪歴や矯正施設服役歴を持つ者は少ないが、薬物問題による入院歴を持つ者は6割もいることから、精神医学的な重症度は高い集団といえるであろう。

症例の7割は市販薬を初使用薬物としており、他の違法薬物の使用経験を持つ者は非常に少ないが、その一方で、3割の者は睡眠薬・抗不安薬の乱用経験を持っていることは注目する必要がある。おそらく精神科治療にアクセスすることで、今度は、治療薬として処方された薬剤の乱用が始まってしまう可能性があるであろう。こうした医原性悪化の防止も精神科医療の大切な役割であると思われる。

ICD-10 F1 診断に示される物質関連の問題については、症例の8割弱は依存症候群、すなわち、物質使用のコントロール喪失を主訴としているが、それとは別に、気分障害や神経症性障害、パーソナリティ障害、発達障害など、多様な精神医学的問題が併存している点の特徴である。

3. 男女による比較

今回の調査は前回の調査と比べ、全症例及び

「1年以内使用あり」症例の数はともに減少していたが、女性に限ってみればどちらも割合だけでなく症例数が増加しているという結果であった。全体の薬物関連精神疾患の割合では男性が有意に多いものの、睡眠薬・抗不安薬、市販薬では女性が有意となり、薬物によっては逆転することもみられた。男女による2群間比較の結果から、女性の特徴について整理してみたい。

薬物関連精神疾患で病院を受診する女性は、年代が若く、薬物関連犯罪や他の犯罪による逮捕歴、あるいは矯正施設入所歴を持つ者は少ない。入院加療の経験は多いが、自助グループの参加や民間リハビリ施設の利用、診察以外の治療への参加といった、治療へのつながりは薄い状況であった。「1年以内使用あり」は半数を超えており、治療状況が影響している可能性がある。

使用経験薬物と初使用薬物は総じて男性に違法薬物が多く、女性は違法でない薬物が多くなる。主たる薬物では男女ともに覚せい剤が最も高いが、それ以外となると女性は違法でない薬物の使用が多くなる。「1年以内使用あり」に限った主たる薬物では、女性は覚せい剤の割合が下がり、睡眠薬・抗不安薬、市販薬が半数を占めるようになる。違法でない薬物の使用という特徴が際立っていた。

ICD-10 F1 診断に示される物質関連の問題については、有害な使用、依存症候群、離脱状態が高いが、残遺性障害・遅発性精神病性障害は男性が高い。覚せい剤と比較し、睡眠薬・抗不安薬、市販薬は身体依存も強いことから、依存症候群や離脱状態が増え、睡眠薬・抗不安薬、市販薬は挿話的な過量服薬が問題となることもあり有害な使用が多いと考えられる。併存症は神経症が女性に多く睡眠薬・抗不安薬については当初は治療として開始したがその過程で薬物関連精神疾患へと進行した可能性がある。

使用する市販薬の内訳をみると、コデイン含有群が7割を超え圧倒的であり、男女間での差はなかったが、デキストロメトルファン含有群、ブロムワレリル尿素主剤群、ジフェンヒドラミン主剤群の使用が2割弱となり女性が有意に多い結果となった。臨床実感としてこれらは最近臨床現場で問題となっている市販薬であり SNS などで使い方を含めた情報交換が活発にされている市販薬

である。女性の方が流行に敏感であり、複数の市販薬を使い分け使用している可能性も考えられる。

4. 年代による比較

今回の調査は前回の調査と比べ、全体の症例の数は減少していたが、10代や20代といった若い世代では症例数が増加しているという結果であった。今回の調査の年代のピークは40代となるが、世代間で使用される薬物の違いに差がみられたこともあり、増加した若い世代について臨床的特徴を明らかにすべく、中核群と考えられる30-40代との比較を試みた。10-20代と30-40代の2群間比較の結果から、若い世代の特徴について整理してみたい。

薬物関連精神疾患で病院を受診する若い世代は女性が多く、薬物関連犯罪や他の犯罪による逮捕歴、あるいは矯正施設入所歴を持つ者は少ない。自助グループの参加や民間リハビリ施設の利用、診察以外の治療への参加といった、治療へのつながりは薄く、「1年以内使用あり」は半数を超えていた。

使用経験薬物は3割が大麻と睡眠薬・抗不安薬となり、5割弱が市販薬となる。初使用薬物は3割が市販薬となり、2割が大麻と睡眠薬・抗不安薬となる。主たる薬物では3割が市販薬となり、2割弱が大麻、睡眠薬・抗不安薬となっていた。初使用薬物を使用続ける傾向と、市販薬を経験する者が多い傾向が示唆される。「1年以内使用あり」症例に限った主たる薬物では、市販薬が4割、2割弱が大麻、睡眠薬・抗不安薬となっており、市販薬の割合が増加するが、全体の主たる薬物とは傾向が変わらないように思われる。市販薬の内訳ではコデイン含有群が8割と圧倒的に多く差はないが、若い世代では、デキストロメトルファン含有群が2割となり、有意差がみられた。

ICD-10 F1 診断に示される物質関連の問題については、若い世代には有害な使用に該当する者が多く、残遺性精神障害に該当する者は少なかった。有害な使用については、睡眠薬・抗不安薬、市販薬などの挿話的な過量服薬をみているのかもしれない。また、併存精神障害として若い世代においては神経症や発達障害が多く認められ、こうした精神障害に起因する心理的苦痛への自己

治療的対処として、医薬品の不適切使用がなされている可能性が推測される。

5. 医薬品乱用の実態に関する詳細

今回の調査では、近年問題となっている医薬品乱用について、従来よりも詳細な情報収集を試みた。睡眠薬・抗不安薬については、従来通りと同じく、主たる薬物を睡眠薬・抗不安薬とする関連精神疾患症例が選択した薬剤名を調べた。また、非がん性疼痛への適応拡大による不適切使用の増加が危惧される処方オピオイド系鎮痛薬については、前回調査に引き続き、オピオイドに関する知識が乏しい精神科医にもオピオイドの種類を判別できるように、法的な分類に従ったカテゴリーをあらかじめ調査票に設定した。そして、市販薬は成分に着目し、コデイン含有群（ブロン／パブロン系薬剤など）、デキストロメトルファン含有群（コンタック、メジコンなど）など7つにカテゴリーし調査票に設定した。デキストロメトルファンは海外では若年者を中心とした乱用が報告されていたが、わが国でも近年乱用が問題となっている。コロナ禍でデキストロメトルファンを主剤とするメジコンが2021年にOTC化されたことは大きな変化である。

以下に、睡眠薬・抗不安薬、処方オピオイド系鎮痛薬、市販薬に関して、調査結果の考察をしたい。

1) 睡眠薬・抗不安薬（表 41）

今回の調査でも、これまで同様、乱用症例の多い薬剤の上位4剤は、etizolam、zolpidem、flunitrazepam、triazolamであった。zolpidemは従来は第4位の位置であったが、前回の調査で第3位となり、今回は第2位になった。2016年10月に向精神薬指定がなされたことで、etizolamに「長期処方」という乱用者にとってのアドバンテージがなくなった一方で、ベンゾジアゼピン受容体作動薬でありながら、ともすれば「非ベンゾ」と喧伝されるzolpidemが安易に処方されている状況が懸念される。

なお、今回も、睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例の薬物入手経路の大半は精神科医療機関となっていた。2010年以来一貫して続くこの傾向は、診療報酬改定によるベンゾジアゼピン受容体作動薬の多剤処方への減算などの施策によって

も十分な改善には至っておらず、今後も注視する必要がある。

2) 処方オピオイド系鎮痛薬

処方オピオイド系鎮痛薬症例15例で最も乱用頻度が高いのは、医療用麻薬（モルヒネ、オキシコドン、ヒドロモルフォン、フェンタニル、メサドン、タペンタドールなど）であり、次いでトラマドール（トラマール、トラムセットなど）、向精神薬（ペンタゾシン、ブプレノルフィン）、コデインという順であった。

15例の中で「1年以内に使用あり」症例は8例となり、4例が医療用麻薬、3例がトラマドール、2例がコデインという結果だった。全症例に対する処方オピオイド系鎮痛薬症例が主たる薬物の割合は小さいものの、増加傾向にあり、今後も注視する必要がある。

3) 市販薬

今回の調査でも、全症例における主たる薬物、「1年以内に使用あり」症例に限った主たる薬物での市販薬の内訳は同じ傾向にあり、7割がコデイン含有群となり、1割にブロムワレリル尿素主剤群、デキストロメトルファン含有群、アリルイソプロピルアセチル尿素含有群、ジフェンヒドラミン主剤群という順となっていた。コデイン含有群が大半を占める傾向は従来通りであるが、今回の調査では、デキストロメトルファン含有群の増加と、ジフェンヒドラミン主剤群の増加が特徴的であった。

デキストロメトルファン含有群が含まれる市販薬として、「メジコン[®]」や「コンタック[®]」シリーズなどの鎮咳薬がある。単剤である「メジコン[®]」が2021年8月にOTC化されたことはこの増加と無関係ではないと思われる。というのも、2020年調査ではデキストロメトルファン含有群に該当する市販薬は、乱用薬剤として浮かび上がってこなかったからである。すでに年代別比較の項で指摘したように、このタイプの市販薬が、この1,2年のうちに急速に若年層のあいだで支持を集めている可能性が危惧される。

なお、デキストロメトルファンはNMDA受容体を阻害し咳中枢を抑制するが、多量に使用することでケタミンのような解離性薬物と同等の効

果をもたらし、幻覚を誘発したり、興奮・錯乱状態を引き起こしたりする危険性がある。また、セロトニン作動性神経系を興奮させる作用もあることから、大量摂取時にはセロトニン症候群を惹起する危険性もある。その意味では、デキストロメトルファン含有市販薬乱用患者に対する SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) 投与は、慎重に行う必要があるといえるだろう。

また、柑橘系果汁との併用で代謝が阻害されて薬理効果が強まり、最悪の場合には血中濃度の急激な上昇により自発呼吸が抑制され、致命的な結果に至る危険性がある。我々が臨床現場において仄聞したところでは、こうした情報は SNS を通じて乱用者間ですでに共有されており、意図的に使用されているようである。

ジフェンヒドラミン含有群が含まれる製品として、睡眠改善薬の「ドリエル」や、抗アレルギー薬の「レスタミン」がある。臨床現場ではジフェンヒドラミンをあたかも意識をシャットダウンさせるために多量に使用する者と出会うことがある。その者たちは、コストパフォーマンスや過量服薬のしやすさから「ドリエル」ではなく「レスタミン」を使用する傾向があり、SNS でも同様の情報がやりとりされているようである。使われ方はブロムワレリル尿素主剤群の「ウット」に近いのかもしれない。

これまでの調査で市販薬による薬物関連精神疾患といえば、「ブロン」シリーズや「パブロン」シリーズに代表されるコデイン含有群、「ウット」に含まれるブロムワレリル尿素主剤群であった。今回の調査では、それらに加えて、デキストロメトルファン含有群やジフェンヒドラミン主剤群という新たな市販薬の台頭がみえてきた。男女の比較や世代による比較で述べた通り、これらの 2 剤は女性や若い世代で増加が強かった。今後さらなる調査が必要と考える。

6. 「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、報告症例数上位 30 位までの精神科医療機関の名称を、表 42 に挙げた。

E. 結論

今年度の調査では、対象施設 1531 施設のうち、1143 施設 (74.7%) の協力を得て、221 施設 (14.4%) の施設から総計 2522 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 2468 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 1227 例 (49.7%) であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 435 例 (17.6%)、市販薬 273 例 (11.1%)、大麻 156 例 (6.3%)、多剤 128 例 (5.2%)、揮発性溶剤 123 例 (5.0%)、危険ドラッグ 34 例 (1.4%) 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 1036 例 (42.0%) 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睡眠薬・抗不安薬 297 例 (28.7%) であり、次いで、覚せい剤 292 例 (28.2%)、市販薬 207 例 (20.0%)、大麻 81 例 (7.8%)、多剤 60 例 (5.8%)、揮発性溶剤 33 例 (3.2%)、その他 28 例 (2.7%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 11 例 (1.1%) が続いた。前回の調査と比べ覚せい剤の割合は減少し、睡眠薬・抗不安薬が逆転した。

今回の調査では、従来調査に比べると、若い世代の増加とその中で女性の増加という特徴が認められた。睡眠薬・抗不安薬、市販薬といった違法でない薬物を使用している者であり、やめられない状態が続いていて病院にはつながっている。しかし、自助グループやプログラムといった治療にはつながっていない。神経症や発達障害の併存症をもち生きづらさの対処としての薬物の使用が想定される。その意味では、従来治療法

に馴染まない状況がある可能性もあり、今後、治療・回復支援のあり方に関する検討も求められるであろう。

研究分担者は本調査を 2010 年より担当しているが、この 10 年あまりの調査結果を概観してみると、規制・取締強化が必ずしも薬物問題を解決していない状況を痛感せざるを得ない。2008 年頃に有名大学に在籍する大学生の大麻使用が社会的問題としてメディアに取り上げられた後に、「逮捕されいない大麻類似物」として、いわゆる「脱法ハーブ」などの危険ドラッグが登場し、規制強化するたびに精神医療にアクセスする依存症該当者の割合が増加したばかりか (Matsumoto et al, 2016)、健康被害も増加してしまった (Kamijo et al, 2016, Funada et al, 2019)。それでも、薬機法により何とも危険ドラッグの流通を阻止することには成功したものの、その直後から、今度は市販薬がかくも大きな問題として浮上してきたわけである。今回の調査ではまだ明らかな動向としては確認できなかったが、最近、臨床現場では、わが国で市販が認可されている CBD (cannabidiol) に熱処理や酸添加して THC (tetrahydrocannabinol) 類似物質を含有するに至った製品が、乱用者のあいだで話題になっているという話をよく耳にする。大麻使用罪創設の動きに危機感を持つ者のなかで、こうした「危険ドラッグ化した CBD」のニーズが高まっている可能性が危惧される。

いずれにしても、薬物問題を解決し、被害の最小化を図るためには、従来の供給低減 (Supply reduction) に偏重した取り組みを見直し、さらに Demand reduction に注力するとともに、わが国なりの弊害低減 (Harm reduction) のあり方を模索していく必要があるといえるだろう。そのような意識を持ちつつ、次回の調査でも今後の動向に注目したい。

謝辞

コロナ禍のご多忙の中、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らず、ならびに関係者の方々、患者のみならず心より厚く御礼申し上げます。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kyoji Okita, Toshihiko Matsumoto, Daisuke Funada, Maki Murakami, Koichi Kato, Yoko Shigemoto, Noriko Sato and Hiroshi Matsuda: Potential Treat-to-Target Approach for Methamphetamine Use Disorder: A Pilot Study of Adenosine 2A Receptor Antagonist With Positron Emission Tomography. *Front. Pharmacol.*, 11 May 2022
<https://doi.org/10.3389/fphar.2022.820447>
- 2) Takano A, Miyamoto Y, Shinozaki T, Matsumoto T, Kawakami N. Effects of a web-based relapse prevention program on abstinence: Secondary subgroup analysis of a pilot randomized controlled trial. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2022;00:1-6. doi:10.1002/npr2.12272."
- 3) Taisuke Yamamoto, Takashi Kimura, Akiko Tamakoshi, Toshihiko Matsumoto: Biennial Changes in the Characteristics of Patients with Methamphetamine Use Disorder in Japan from 2000 to 2020. *Journal of psychoactive drugs* 1-9 2022.
- 4) Masataka Y, Sugiyama T, Akahoshi Y, Matsumoto T. Risk factors for cannabis use disorders and cannabis psychosis in Japan: Second report of a survey on cannabis-related health problems among community cannabis users using social networking services. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2022;00:1-10. <https://doi.org/10.1002/npr2.12272>.
- 5) 山田理沙, 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 米澤雅子, 松本俊彦: 薬物依存症回復支援施設の利用者を対象とした物質使用と HIV 感染リスクの高い性行動に関する研究. *日本エイズ学会誌* 24(3): 89-97, 2022.
- 6) 宇佐美貴士, 熊倉陽介, 高野歩, 金澤由佳, 松本俊彦: 薬物犯罪による保護観察対象者の 1 年後転帰に関する検討: 保護観察から地域精神保健的支援への架け橋「Voice Bridges Project」. *日本アルコール・薬物医学学会雑誌* 57(3): 143-157, 2022.
- 7) 松本俊彦: 自分を傷つけずにはいられない子どもたち「見える」傷の背後にある「見えない傷」の理解と支援. *障害者問題研究* 49(4): 306-312, 2022.
- 8) 松本俊彦: 職域で見られる物質使用障害. *産業精神保健* 30(1): 6-10, 2022.

- 9) 松本俊彦：物質使用障害治療と QOL. 精神医学 64(3) : 341-348, 2022.
 - 10) 松本俊彦：医療従事者に生じる陰性感情と、その対応法. 調剤と情報 28(6) : 16-19, 2022.
 - 11) 松本俊彦：アルコールとうつ、自殺～「死のトライアングル」を防ぐために. 日本旅行医学会学会誌 16(1) : 69-73, 2022.
 - 12) 沖田恭治, 松本俊彦：大麻・覚醒剤使用障害. 精神医学 64(5)増大号 : 784-789, 2022.
 - 13) 松本俊彦：専門家として情報発信すること. 精神療法 増刊第9号 : 194-201, 2022.
 - 14) 松本俊彦, 船田大輔, 沖田恭治：物質依存症のゴール設定をどう考えるか. 臨床精神医学 51(6) : 635-643, 2022.
 - 15) 松本俊彦：市販薬のオーバードーズについて. 健康教室 860 : 94-96, 2022.
 - 16) 松本俊彦：人はなぜ依存症になるのか～思春期の薬物乱用～. 愛媛県小児科医会雑誌 3(1) : 38-43, 2022.
 - 17) 沖田恭治, 松本俊彦：精神作用物質使用に伴う精神障害に対する薬物療法の適応と注意すべき点. 臨床精神薬理 25(8) : 871-878, 2022.
 - 18) 松本俊彦：薬物依存症診療におけるたとえ話－「背水の陣」「保険」「心の松葉杖」－. 精神科治療学 37(7) : 769-771, 2022.
 - 19) 井出聡一郎, 伊佐正, 西谷陽子, 南雅文, 村井俊哉, 高橋英彦, 宮田久嗣, 久我弘典, 松本俊彦, 中込和幸, 池田和隆：わが国におけるアディクション研究の方向性. 精神科 41(2) : 279-285, 2022
 - 20) 松本俊彦：薬物依存症における法と医療. 精神科 41(2) : 272-278, 2022
 - 21) 松本俊彦：コロナ禍がもたらした依存症回復支援への影響－依存症のケア－. 精神療法 48(4) : 496-501, 2022
 - 22) 松本俊彦：安克昌先生によるアディクション臨床への影響. HUMAN MIND SPECIAL ISSUE 2022 こころの科学 統合失調症のひろば編集部編 安克昌の臨床作法 : 21-27, 2022.
 - 23) 松本俊彦：薬物使用症. 日本医師会雑誌 151 特別号(2)生涯教育シリーズ 103 : 227-228, 2022.
 - 24) 松本俊彦：「大麻は薬物じゃない. 植物だ」－周囲の説得により渋々受診した大麻使用障害患者－. 精神科治療学 37 巻増刊号, 186-190, 2022
 - 25) 松本俊彦：市販薬乱用について. 少年写真新聞 高校保健ニュース, 768 : 1, 2022.
 - 26) 松本俊彦：10代の市販薬乱用・オーバードーズ. チャイルドヘルス, 25(11) : 1, 2022.
 - 27) 林直樹, 松本俊彦, 黒田章史, 奥野栄子：参考／BPD 当事者の家族の状況についての調査報告 (要約). 精神療法 48(6) : 68-70, 2022.
 - 28) 水野雅文, 松本俊彦：一般社団法人日本社会精神医学会 見解 相模原市障害者施設殺傷事件を再考する. 日本社会精神医学会雑誌 31(4) : 323-327, 2022.
 - 29) 松本俊彦：「シャブ漬け生娘の何が問題なのか. 心の社会 53(4) : 44-48, 2022.
 - 30) 松本俊彦：子どもの自傷・自殺－基本的な考え方と近年の動向. 小児科 63(12) : 1347-1354, 2022.
 - 31) 松本俊彦：自殺企図. 小児疾患診療のための病態生理 3 改訂第6版 小児内科 54 巻増刊号 : 786-790, 2022.
 - 32) 松本俊彦：精神領域に”神話”がうまれやすい要因は何だろうか? 精神看護 26(1) 6-8, 2022.
 - 33) 松本俊彦：「ダメ、ゼッタイ」を覆した エッセイ「誰がために医師はいる」. 精神看護 26(1) : 9-13, 2022.
- 2. 学会発表**
- 1) Ayumi Takano, Takashi Usami, Yuka Kanazawa, Yousuke Kumakura, Toshihiko Matsumoto: The College on Problems of Drug Dependence (CPDD) 84th Annual Scientific Meeting Risk and preventive factors associated with illicit drug use among male methamphetamine users on probation in Japanese criminal justice system: a one-year prospective cohort study, Poster session 2022.6.12 (2022.6.11-15).
 - 2) 金澤由佳, 熊倉陽介, 宇佐美貴士, 堤史織, 高野歩, 松本俊彦：新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)の流行に伴う VBP および薬物依存症地域支援への影響に関するアンケート調査 vol.2. 第 18 回日本司法精神医学会, オンライン, 2022.7.9-10.
 - 3) 正高佑志, 杉山岳史, 赤星栄志, 松本俊彦：SNS を活用した市中大麻使用者における大麻関連健康被害に関する実態調査. 2022 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 宮城, 2022.9.9.
 - 4) 引土絵未, 嶋根卓也, 小高真美, 秋元恵一郎, 大吉努, 加藤隆, 栗坪千明, 山村せ

- つ、吉野美樹，松本俊彦：薬物依存症者の就労支援のあり方に関する研究：インタビュー調査から。2022年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，宮城，2022.9.9.
- 5) 松本俊彦：【相模原事件特別委員会企画シンポジウム】相模原事件を考える～事件を風化させないため。日本社会精神科学会フォーラム，オンライン，2022.2.26.
 - 6) 松本俊彦：【教育講演 2】薬物依存症臨床におけるADHD。日本ADHD学会第13回総会，オンライン（動画），2022.3.6.
 - 7) 松本俊彦：【シンポジウム 46】「逮捕される薬物」と「逮捕されない薬物」～規制協会の功罪。第118回日本精神神経学会学術総会，福岡，2022.6.17.
 - 8) 松本俊彦：【シンポジウム 106】依存症治療・回復支援におけるオンライン社会資源。第118回日本精神神経学会学術総会，福岡（オンデマンド配信），2022.6.17.
 - 9) 松本俊彦：【教育講演 1】わが国における薬物乱用・依存の最近の動向。第44回日本中毒学会総会・学術集会，Web，2022.7.15.
 - 10) 松本俊彦：【教育講演 3】子どもの自傷・ODに対する理解と対応。第35回日本小児救急医学会学術集会，東京，2022.7.31.
 - 11) 松本俊彦：【シンポジウム 4 医療用麻薬依存患者の多彩な対応法を知る～ペインクリニック・精神科医・薬剤師のコラボから見えてくる依存患者の本質～】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56回学術集会，オンライン，2022.7.8.
 - 12) 松本俊彦：【特別講演Ⅱ】思春期の自殺・自殺予防の最前線。日本カウンセリング学会第54回Web大会，Web，2022.8.6.
 - 13) 松本俊彦：【特別講演Ⅲ】自傷・自殺、市販薬乱用の理解と援助。日本学校心理学会第24回オンライン大会，オンデマンド，2022.8.12～2022.8.23.
 - 14) 松本俊彦：【市民公開講座】薬物乱用。日本病院薬剤師会関東ブロック第52回学術大会，神奈川，2022.8.21.
 - 15) 松本俊彦：【対談 T1 アディクションケースにおける、トラウマからの回復支援～心理職に求められるもの】依存症専門医療機関における実践から。2022年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，宮城，2022.9.9.
 - 16) 松本俊彦：【スポンサードシンポジウム 1】わが国における薬物関連精神疾患の現状。2022年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，宮城，2022.9.9.
 - 17) 松本俊彦：【シンポジウム 11】医療現場における医療用麻薬不適切使用の実態。2022年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，宮城，2022.9.10.
 - 18) 松本俊彦：【シンポジウム 2】物質関連障害。第30回日本精神科救急学会学術総会，埼玉，2022.9.30.
 - 19) 松本俊彦：【シンポジウム 72】society5.0からの孤立を防ぐ為のHIV陽性者、薬物依存患者らへ対応～生きづらさに寄り添う薬剤師の役割～。第32回日本医療薬学会年会，動画，2022.9.25.
 - 20) 松本俊彦：【シンポジウム 73】あなたの担当患者、飲酒量多すぎませんか？増加するアレコール関連疾患に対して薬剤師ができることを考える。第32回日本医療薬学会年会，動画，2022.9.25.
 - 21) 松本俊彦：【シンポジウム 2】物質関連障害。第30回日本精神科救急学会学術総会，埼玉，2022.9.30.
 - 22) 松本俊彦：【専門医共通・救急科領域講習】薬物乱用を防ぐには。第50回日本救急医学会総会・学術集会，オンデマンド配信，2022.10.21.
 - 23) 松本俊彦：【教育講演 EL27】人はなぜ依存症になるのか～物質依存症の理解と援助。BPCNPNNPPP4学会合同年会，オンデマンド配信，2022.11.5.
 - 24) 松本俊彦：【シンポジウム 30】人はなぜ依存症になるのか。BPCNPNNPPP4学会合同年会，東京，2022.11.5.
 - 25) 松本俊彦：【シンポジウム】トラウマと依存症。関西アルコール関連問題学会第28会兵庫大会，オンライン，2022.11.27.
 - 26) 松本俊彦：【シンポジウム 31】国内外におけるカンナビノイド規制の現状。第96回日本薬理学会年会 第43回日本臨床薬理学会学術総会 同時期開催，神奈川，2022.12.2.
 - 27) 松本俊彦：【教育講演 6】自傷と市販薬乱用の理解と援助。日本子ども虐待防止学会第28回学術集会ふくおか大会，福岡，2022.12.11.
 - 28) 松本俊彦：【特別講演 3】大学生における薬物乱用・依存。全国大学メンタルヘルス学会第44回総会，東京，2022.12.23.
- 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

I. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

なし

引用文献

- 1) Funada, D., Matsumoto, T., Tanibuchi, Y., et al. (2019) Changes of clinical symptoms in patients with new psychoactive substance (NPS)-related disorders from fiscal year 2012 to 2014: A study in hospitals specializing in the treatment of addiction. *Neuropsychopharmacology Reports*. 2019;1-11. doi: 10.1002/npr2.12053
- 2) Global Commission on Drug Policy: War on Drugs (2011) Report of the Global Commission on Drug Policy. <file:///C:/Users/toshi/Downloads/global-commission-report-english-20110624.pdf> (最終確認 2021.2.5)
- 3) Hazama, K., Katsuta, S. (2019) Factors associated with drug-related recidivism among paroled amphetamine-type stimulant users in Japan. *Asian Journal of Criminology* 2019: <https://doi.org/10.1007/s11417-019-09299-8>
- 4) Kamijo, Y., Takai, M., Fujita, Y., et al. (2016) A multicenter retrospective survey of poisoning after consumption of products containing novel psychoactive substances from 2013 to 2014 in Japan. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 42: 513-519
- 5) Kamijo, Y., Takai, M., Fujita, Y., Usui, K. (2018) Retrospective Study on the Epidemiological and Clinical Features of Emergency Patients with Large or Massive Consumption of Caffeinated Supplements or Energy Drinks in Japan. *Intern Med*. 2018 Aug 1;57(15):2141-2146. doi: 10.2169/internalmedicine.0333-17.
- 6) Khantzian, E.J., & Albanese, M.J.: *Understanding Addiction as Self Medication: Finding Hope Behind the Pain*. Lanham, Maryland, Rowman & Littlefield Pub Inc, 2008. (邦訳書: 松本俊彦訳「人はなぜ依存症になるのか～自己治療としてのアディクション」, 星和書店, 2013)
- 7) 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.
- 8) 松本俊彦, 宇佐美貴士, 船田大輔ほか (2019) 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 平成30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(研究代表者 嶋根卓也) 総括・分担研究報告書: pp75-141.
- 9) 妹尾栄一, 森田展彰, 斎藤学, ほか (1996) 市販鎮咳剤の乱用に関する社会精神医学的研究 成分変更にとまなう乱用動態の変化. *精神神経学雑誌* 98: 127-150.
- 10) 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.
- 11) 宇佐美貴士, 松本俊彦 (2020) 10代における乱用薬物の変遷と薬物関連精神障害患

者の臨床的特徴. 精神医学 62(8) : 1139-1148.

- 12) Yamamoto, T., Kimura, T., Tamakoshi, A., Matsumoto, T. (2022) Biennial Changes in the Characteristics of Patients with Methamphetamine Use Disorder in Japan from 2000 to 2020. Journal of psychoactive drugs 1-9.

表1: 精神科医療施設の種別と回答状況

	総施設数		回答あり施設数		回答のあった施設数と症例数					
	施設数	%	施設数	%	症例報告あり		症例なし			
					施設数	%	施設数	%		
国立病院	43	2.8%	32	2.1%	16	37.2%	389	15.4%	16	37.2%
都道府県立病院	66	4.3%	52	3.4%	28	42.4%	921	36.5%	24	36.4%
大学病院	83	5.4%	69	4.5%	27	32.5%	139	5.5%	42	50.6%
市区町村立病院	58	3.8%	40	2.6%	10	17.2%	24	1.0%	30	51.7%
民間病院	1,281	83.7%	950	62.1%	140	10.9%	1,049	41.6%	810	63.2%
計	1,531	(100.0%)	1,143	(74.7%)	221	(14.4%)	2,522	(100.0%)	922	(60.2%)

表2: 全対象者の属性(N=2468)

		度数	%
生物学的性別	男	1614	65.4
	女	850	34.4
	その他	4	0.2
調査時の年代	10代	46	1.9
	20代	290	11.8
	30代	470	19.0
	40代	747	30.3
	50代	620	25.1
	60代	206	8.3
	70代以上	89	3.6
高卒以上の学歴(あり)		1168	47.3
職業(あり)		744	30.1
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		1186	48.1
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		526	21.3
矯正施設入所歴(あり)		882	35.7
現在のアルコール問題(あり)		419	17.0
薬物問題による精神科入院歴(あり)		1513	61.3
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)		771	31.2
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)		507	20.5
治療期間	1年未満	389	15.8
	1年以上～3年未満	385	15.6
	3年以上～5年未満	229	9.3
	5年以上～10年未満	450	18.2
	10年以上	902	36.5
	不明	113	4.6
最近1か月の診察以外の回復プログラムの参加頻度	なし	1834	74.3
	月1回未満の参加	107	4.3
	月1回以上～週1回未満の参加	157	6.4
	週1回以上の参加	370	15.0
最近1年以内の使用(あり)		1036	42.0

表3: 全対象者の各種薬物の生涯使用経験(N=2468)

	度数	%
覚せい剤	1495	60.6
揮発性溶剤	696	28.2
大麻	688	27.9
コカイン	199	8.1
ヘロイン	44	1.8
MDMA	227	9.2
MDMA以外の幻覚剤	193	7.8
使用経験のある薬物 (複数選択)		
危険ドラッグ	270	10.9
睡眠薬・抗不安薬	780	31.6
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	100	4.1
鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	41	1.7
市販薬	450	18.2
ADHD治療薬	61	2.5
その他	71	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=2468)

	度数	%
覚せい剤	721	29.2
揮発性溶剤	612	24.8
大麻	275	11.1
コカイン	8	0.3
ヘロイン	1	0.0
MDMA	10	0.4
MDMA以外の幻覚剤	13	0.5
危険ドラッグ	60	2.4
初めて使用した薬物		
睡眠薬・抗不安薬	419	17.0
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	11	0.4
鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	12	0.5
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	234	9.5
ADHD治療薬	12	0.5
その他	37	1.5
不明(欠損値)	43	1.7

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=2468)

	度数	%
	1227	49.7
	123	5.0
	156	6.3
	3	0.1
	1	0.0
	4	0.2
	8	0.3
	34	1.4
主たる薬物	435	17.6
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	15	0.6
鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	15	0.6
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	273	11.1
ADHD治療薬	14	0.6
その他	32	1.3
多剤	128	5.2
鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)の内訳(複数選択)(N=15)	5	33.3
トラマドール(トラマール、トラムセットなど)	6	40.0
医療用麻薬(モルヒネ、オキシコドンなど)	4	26.7
向精神薬(ペンタゾシン、ブプレノルフィン)	2	13.3
コデイン	2	13.3
その他	2	13.3
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)の内訳(複数選択)(N=267 ※6名は回答なし)	197	73.8
コデイン含有群	36	13.5
デキストロメトルファン含有群	38	14.2
ブロムワレリル尿素主剤群	31	11.6
アリルイソプロピルアセチル尿素含有群	27	10.1
ジフェンヒドラミン主剤群	10	3.7
カフェイン単剤群	7	2.6
その他の市販薬群	7	2.6

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=2468)

		度数	%	
F1下位診断分類 (複数選択)	F1x. 0	急性中毒	81	3.3
	F1x. 1	有害な使用	328	13.3
	F1x. 2	依存症候群	1534	62.2
	F1x. 3	離脱状態	40	1.6
	F1x. 4	せん妄を伴う離脱状態	25	1.0
	F1x. 5	精神病性障害	253	10.3
	F1x. 6	健忘症候群	22	0.9
	F1x. 7	残遺性障害・遅発性精神病性障害	733	29.7
	F1x. 8	他の精神および行動の障害	25	1.0

表7: 全対象者における併存精神障害のICD-10診断(N=2468)

		度数	%	
併存精神障害 (複数選択)	F0	症状性を含む器質性精神障害	77	3.1
	F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	276	11.2
	F3	気分障害	578	23.4
	F4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	419	17.0
	F5	生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	77	3.1
	F6	成人の人格及び行動の障害	216	8.8
	F7	知的障害(精神遅滞)	136	5.5
	F8	心理的発達障害	131	5.3
	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	164	6.6

表8: 「1年以内使用あり」症例の属性(N=1036)

		度数	%
性別	男	586	56.6
	女	448	43.2
	その他	2	0.2
現在の年代	10代	38	3.7
	20代	221	21.3
	30代	236	22.8
	40代	269	26.0
	50代	185	17.9
	60代	48	4.6
	70代以上	39	3.8
高卒以上の学歴(あり)		600	57.9
職業(あり)		358	34.6
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		359	34.7
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		155	15.0
矯正施設入所歴(あり)		222	21.4
現在のアルコール問題(あり)		202	19.5
薬物問題による精神科入院歴(あり)		608	58.7
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)		297	28.7
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)		157	15.2
治療期間	1年未満	276	26.6
	1年以上～3年未満	209	20.2
	3年以上～5年未満	107	10.3
	5年以上～10年未満	151	14.6
	10年以上	245	23.6
	不明	48	4.6
最近1か月の診察以外の回復プログラムの参加頻度	なし	773	74.6
	月1回未満の参加	63	6.1
	月1回以上～週1回未満の参加	87	8.4
	週1回以上の参加	113	10.9

表9: 「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=1036)

	度数	%	
覚せい剤	430	41.5	
揮発性溶剤	182	17.6	
大麻	261	25.2	
コカイン	77	7.4	
ヘロイン	11	1.1	
MDMA	106	10.2	
MDMA以外の幻覚剤	82	7.9	
使用経験のある薬物 (複数選択)	危険ドラッグ	102	9.8
睡眠薬・抗不安薬	464	44.8	
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	56	5.4	
鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	24	2.3	
市販薬	307	29.6	
ADHD治療薬	33	3.2	
その他	52	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10: 「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=1036)

	度数	%	
覚せい剤	193	18.6	
揮発性溶剤	151	14.6	
大麻	122	11.8	
コカイン	2	0.2	
ヘロイン	0	0.0	
MDMA	7	0.7	
MDMA以外の幻覚剤	6	0.6	
危険ドラッグ	22	2.1	
初めて使用した薬物	睡眠薬・抗不安薬	279	26.9
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	8	0.8	
鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	7	0.7	
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	178	17.2	
ADHD治療薬	5	0.5	
その他	26	2.5	
不明(欠損値)	30	2.9	

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

表11: 「1年以内に使用あり」症例の主たる薬物 (N=1036)

	度数	%
	292	28.2
	33	3.2
	81	7.8
	1	0.1
	0	0.0
	3	0.3
	4	0.4
	3	0.3
主たる薬物	297	28.7
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	11	1.1
鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	8	0.8
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	207	20.0
ADHD治療薬	8	0.8
その他	28	2.7
多剤	60	5.8
鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)の内訳(複数選択)(N=8)	3	37.5
トラマドール(トラマール、トラムセットなど)	4	50.0
医療用麻薬(モルヒネ、オキシコドンなど)	0	0.0
向精神薬(ペンタゾシン、ブプレノルフィン)	2	25.0
コデイン	1	12.5
その他		
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)の内訳(複数選択)(N=204 ※3名は回答なし)	150	73.5
コデイン含有群	30	14.7
デキストロメトルファン含有群	34	16.7
ブロムワレリル尿素主剤群	23	11.3
アリルイソプロピルアセチル尿素含有群	18	8.8
ジフェンヒドラミン主剤群	9	4.4
カフェイン単剤群	5	2.5
その他の市販薬群		

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

表12: 「1年以内に使用あり」症例の薬物の入手経路 (N=1036)

		度数	%
入手経路	友人	86	8.3
	知人	87	8.4
	恋人・愛人	34	3.3
	家族	19	1.8
	密売人	172	16.6
	医療機関(精神科)	287	27.7
	医療機関(身体科)	120	11.6
	薬局	166	16.0
	インターネット	107	10.3
	店舗	86	8.3
	その他	10	1.0
	不明	102	9.8

表13: 「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=1036)

		度数	%
F1下位診断分類 (複数選択)	F1x. 0 急性中毒	68	6.6
	F1x. 1 有害な使用	240	23.2
	F1x. 2 依存症候群	754	72.8
	F1x. 3 離脱状態	30	2.9
	F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	17	1.6
	F1x. 5 精神病性障害	106	10.2
	F1x. 6 健忘症候群	12	1.2
	F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	120	11.6
	F1x. 8 他の精神および行動の障害	8	0.8

表14: 「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=1036)

		度数	%
併存精神障害 (複数選択)	F0 症状性を含む器質性精神障害	29	2.8
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	92	8.9
	F3 気分障害	309	29.8
	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	234	22.6
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	40	3.9
	F6 成人の人格及び行動の障害	116	11.2
	F7 知的障害(精神遅滞)	53	5.1
	F8 心理的発達の障害	69	6.7
	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	99	9.6

表15: 「1年以内に使用あり」症例における4種類の薬物の属性比較 (N=877)

		主たる薬物				χ ² 値	df	p*	
		覚せい剤	大麻	睡眠薬・抗不安薬	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)				
		n=292	n=81	n=297	n=207				
生物学的性別	男	度数	201	73	133	82	96.755	6	p<0.001
		%	68.8	90.1	44.8	39.6			
	女	度数	90	8	163	125			
		%	30.8	9.9	54.9	60.4			
	その他	度数	1	0	1	0			
		%	0.3	0.0	0.3	0.0			
現在の年代	10代	度数	2	3	3	26	230.842	18	p<0.001
		%	0.7	3.7	1.0	12.6			
	20代	度数	29	39	46	78			
		%	9.9	48.1	15.5	37.7			
	30代	度数	56	22	79	47			
		%	19.2	27.2	26.6	22.7			
	40代	度数	113	13	70	28			
		%	38.7	16.0	23.6	13.5			
	50代	度数	74	2	56	22			
		%	25.3	2.5	18.9	10.6			
	60代	度数	15	2	19	4			
		%	5.1	2.5	6.4	1.9			
	70代以上	度数	3	0	24	2			
		%	1.0	0.0	8.1	1.0			
高卒以上の学歴(あり)	度数	132	41	200	136	42.463	6	p<0.001	
	%	45.2	50.6	67.3	65.7				
有職(現在何らかの職に就いている)	度数	109	37	101	66	5.536	3	p=0.137	
	%	37.3	45.7	34.0	31.9				
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	度数	221	49	30	14	384.859	3	p<0.001	
	%	75.7	60.5	10.1	6.8				
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	度数	56	12	39	22	7.987	3	p=0.046	
	%	19.2	14.8	13.1	10.6				
矯正施設入所歴(あり)	度数	140	17	26	11	177.839	3	p<0.001	
	%	47.9	21.0	8.8	5.3				
現在のアルコール問題(あり)	度数	59	7	66	41	7.496	3	p=0.058	
	%	20.2	8.6	22.2	19.8				
薬物問題による精神科入院歴(あり)	度数	152	40	179	131	9.455	3	p=0.024	
	%	52.1	49.4	60.3	63.3				
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)	度数	121	22	61	52	33.768	3	p<0.001	
	%	41.4	27.2	20.5	25.1				
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)	度数	81	11	19	20	59.365	3	p<0.001	
	%	27.7	13.6	6.4	9.7				
治療期間	1年未満	度数	74	44	63	54	50.137	15	p<0.001
		%	25.3	54.3	21.1	26.1			
	1年以上～3年未満	度数	56	13	63	52			
		%	19.2	16.0	21.1	25.1			
	3年以上～5年未満	度数	28	8	35	24			
		%	9.6	9.9	11.8	11.6			
	5年以上～10年未満	度数	43	4	45	32			
		%	14.7	4.9	15.2	15.5			
	10年以上	度数	78	12	71	34			
		%	26.7	14.8	23.9	16.4			
	不明	度数	13	0	20	11			
		%	4.5	0.0	6.7	5.3			
なし	度数	197	55	246	163				
	%	67.5	67.9	82.8	78.7				
最近1か月の診察以外の回復プログラムの参加頻度	月1回未満の参加	度数	18	7	17	13	34.209	9	p<0.001
		%	6.2	8.6	5.7	6.3			
	月1回以上～週1回未満の参加	度数	38	12	11	10			
		%	13.0	14.8	3.7	4.8			
	週1回以上の参加	度数	39	7	23	21			
		%	13.4	8.6	7.7	10.1			

*カイ二乗検定

表16: 「1年以内に使用あり」症例における5種類の薬物の使用経験のある薬物の比較(N=877)

使用経験のある薬物	主たる薬物				χ^2 値	df	p*	
	覚せい剤	大麻	睡眠薬・抗不安薬	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)				
	n=292	n=81	n=297	n=207				
覚せい剤	度数	291	24	39	23	582.370	3	p<0.001
	%	99.7	29.6	13.1	11.1			
揮発性溶剤	度数	89	11	18	11	90.239	3	p<0.001
	%	30.5	13.6	6.1	5.3			
大麻	度数	93	81	29	16	320.247	3	p<0.001
	%	31.8	100.0	9.8	7.7			
コカイン	度数	35	16	9	6	40.743	3	p<0.001
	%	12.0	19.8	3.0	2.9			
ヘロイン	度数	4	1	1	2	1.865	3	p=0.601
	%	1.4	1.2	0.3	1.0			
MDMA	度数	42	23	10	7	64.635	3	p<0.001
	%	14.4	28.4	3.4	3.4			
MDMA以外の幻覚剤	度数	32	21	10	7	53.610	3	p<0.001
	%	11.0	25.9	3.4	3.4			
危険ドラッグ	度数	38	17	14	13	27.401	3	p<0.001
	%	13.0	21.0	4.7	6.3			
睡眠薬・抗不安薬	度数	34	7	288	69	509.209	3	p<0.001
	%	11.6	8.6	97.0	33.3			
鎮痛薬(処方非オピオイド系)	度数	3	0	22	9	19.686	3	p<0.001
	%	1.0	0.0	7.4	4.3			
鎮痛薬(処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	度数	2	0	8	3	5.476	3	p=0.140
	%	0.7	0.0	2.7	1.4			
市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数	11	8	44	197	566.348	3	p<0.001
	%	3.8	9.9	14.8	95.2			
ADHD治療薬	度数	2	1	8	4	3.704	3	p=0.295
	%	0.7	1.2	2.7	1.9			
その他	度数	4	0	13	6	7.618	3	p=0.055
	%	1.4	0.0	4.4	2.9			

*カイ二乗検定

表17: 「1年以内に使用あり」症例における5種類の薬物の人生ではじめて使用した薬物の比較 (N=877)

人生ではじめて使用した薬物		主たる薬物				χ^2 値	df	p*
		覚せい剤 n=285	大麻 n=81	睡眠薬・抗不安薬 n=290	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など) n=201			
覚せい剤	度数	154	2	16	10	1380.586	33	p<0.001
	%	54.0	2.5	5.5	5.0			
揮発性溶剤	度数	78	10	16	8			
	%	27.4	12.3	5.5	4.0			
大麻	度数	29	64	8	4			
	%	10.2	79.0	2.8	2.0			
コカイン	度数	0	0	0	1			
	%	0.0	0.0	0.0	0.5			
MDMA	度数	4	1	0	0			
	%	1.4	1.2	0.0	0.0			
MDMA以外の幻覚剤	度数	3	0	1	0			
	%	1.1	0.0	0.3	0.0			
危険ドラッグ	度数	7	4	2	4			
	%	2.5	4.9	0.7	2.0			
睡眠薬・抗不安薬	度数	3	0	225	27			
	%	1.1	0.0	77.6	13.4			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	0	0	2	2			
	%	0.0	0.0	0.7	1.0			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数	4	0	14	143			
	%	1.4	0.0	4.8	71.1			
ADHD治療薬	度数	0	0	1	2			
	%	0.0	0.0	0.3	1.0			
その他	度数	3	0	5	0			
	%	1.1	0.0	1.7	0.0			

*カイ二乗検定

表18:「1年以内に使用あり」症例における5種類の薬物の入手経路の比較(N=877)

入手経路	主たる薬物				χ^2 値	df	p*	
	覚せい剤	大麻	睡眠薬・抗不安薬	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)				
	n=292	n=81	n=297	n=207				
友人	度数	37	30	7	3	115.462	3	p<0.001
	%	12.7	37.0	2.4	1.4			
知人	度数	63	12	5	1	95.170	3	p<0.001
	%	21.6	14.8	1.7	0.5			
恋人・愛人	度数	29	2	1	0	50.212	3	p<0.001
	%	9.9	2.5	0.3	0.0			
家族	度数	7	0	7	5	1.978	3	p=0.577
	%	2.4	0.0	2.4	2.4			
密売人	度数	126	32	3	0	250.107	3	p<0.001
	%	43.2	39.5	1.0	0.0			
医療機関(精神科)	度数	0	0	244	3	647.173	3	p<0.001
	%	0.0	0.0	82.2	1.4			
医療機関(身体科)	度数	0	0	89	0	193.435	3	p<0.001
	%	0.0	0.0	30.0	0.0			
薬局	度数	0	0	4	148	555.043	3	p<0.001
	%	0.0	0.0	1.3	71.5			
インターネット	度数	26	12	15	34	20.192	3	p<0.001
	%	8.9	14.8	5.1	16.4			
店舗	度数	1	0	0	46	151.949	3	p<0.001
	%	0.3	0.0	0.0	22.2			
その他	度数	2	2	1	0	6.693	3	p=0.082
	%	0.7	2.5	0.3	0.0			

*カイ二乗検定

表19:「1年以内に使用あり」症例における5種類の薬物のICD-10 F1診断下位分類の比較(N=877)

ICD-10診断 (複数選択)		主たる薬物				χ^2 値	df	p*
		覚せい剤	大麻	睡眠薬・ 抗不安薬	市販薬 (鎮咳薬・ 感冒薬・ 鎮痛薬・ 睡眠薬など)			
		n=292	n=81	n=297	n=207			
F1x.0 急性中毒	度数	9	4	20	21	10.854	3	p=0.013
	%	3.1	4.9	6.7	10.1			
F1x.1 有害な使用	度数	20	17	104	55	70.089	3	p<0.001
	%	6.8	21.0	35.0	26.6			
F1x.2 依存症候群	度数	213	53	226	163	6.252	3	p=0.100
	%	72.9	65.4	76.1	78.7			
F1x.3 離脱状態	度数	3	1	16	6	10.714	3	p=0.013
	%	1.0	1.2	5.4	2.9			
F1x.4 せん妄を伴う離脱状態	度数	2	0	10	3	8.168	3	p=0.043
	%	0.7	0.0	3.4	1.4			
F1x.5 精神病性障害	度数	55	11	4	10	61.434	3	p<0.001
	%	18.8	13.6	1.3	4.8			
F1x.6 健忘症候群	度数	3	1	5	1	1.610	3	p=0.657
	%	1.0	1.2	1.7	0.5			
F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	度数	74	14	7	2	108.049	3	p<0.001
	%	25.3	17.3	2.4	1.0			
F1x.8 他の精神および行動の障害	度数	0	1	0	0	9.838	3	p=0.020
	%	0.0	1.2	0.0	0.0			

*カイ二乗検定

表20:「1年以内に使用あり」症例における5種類の薬物の併存精神障害ICD-10診断の比較(N=877)

併存精神障害 (複数選択)		主たる薬物				χ^2 値	df	p*
		覚せい剤	大麻	睡眠薬・ 抗不安薬	市販薬 (鎮咳薬・ 感冒薬・ 鎮痛薬・ 睡眠薬など)			
		n=292	n=81	n=297	n=207			
F0 症状性を含む器質性精神障害	度数	6	3	8	3	1.672	3	p=0.643
	%	2.1	3.7	2.7	1.4			
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数	25	9	20	20	2.272	3	p=0.518
	%	8.6	11.1	6.7	9.7			
F3 気分障害	度数	43	13	127	77	68.497	3	p<0.001
	%	14.7	16.0	42.8	37.2			
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	33	4	102	64	66.086	3	p<0.001
	%	11.3	4.9	34.3	30.9			
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数	5	1	14	15	11.693	3	p=0.009
	%	1.7	1.2	4.7	7.2			
F6 成人の人格及び行動の障害	度数	20	3	47	25	17.054	3	p=0.001
	%	6.8	3.7	15.8	12.1			
F7 知的障害(精神遅滞)	度数	13	5	13	11	0.649	3	p=0.885
	%	4.5	6.2	4.4	5.3			
F8 心理的発達障害	度数	12	5	24	16	4.496	3	p=0.213
	%	4.1	6.2	8.1	7.7			
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	36	12	19	20	8.208	3	p=0.042
	%	12.3	14.8	6.4	9.7			

*カイ二乗検定

表21: 生物学的性別の男女でわけた属性比較 (N=2464)

			男性 n=1614	女性 n=850	χ^2 値	df	p
現在の年代	10代	度数	16	30	134.698	6	p<0.001*
		%	1.0	3.5			
	20代	度数	130	160			
		%	8.1	18.8			
	30代	度数	269	199			
		%	16.7	23.4			
	40代	度数	513	234			
%		31.8	27.5				
50代	度数	454	165				
	%	28.1	19.4				
60代	度数	169	36				
	%	10.5	4.2				
70代以上	度数	63	26				
	%	3.9	3.1				
高卒以上の学歴(あり)		度数	736	430	7.082	2	p=0.029*
		%	45.6	50.6			
有職(現在何らかの職に就いている)		度数	494	249	0.396	1	p=0.518**
		%	30.6	29.3			
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		度数	893	291	98.396	1	p<0.001**
		%	55.3	34.2			
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		度数	448	77	114.987	1	p<0.001**
		%	27.8	9.1			
矯正施設入所歴(あり)		度数	680	200	83.107	1	p<0.001**
		%	42.1	23.5			
現在のアルコール問題(あり)		度数	271	148	0.111	1	p=0.693**
		%	16.8	17.4			
薬物問題による精神科入院歴(あり)		度数	1005	507	1.504	1	p=0.207**
		%	62.3	59.6			
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)		度数	550	219	17.533	1	p<0.001**
		%	34.1	25.8			
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)		度数	388	117	35.446	1	p<0.001**
		%	24.0	13.8			
治療期間	1年未満	度数	254	134	30.867	5	p<0.001*
		%	15.7	15.8			
	1年以上～3年未満	度数	222	163			
		%	13.8	19.2			
	3年以上～5年未満	度数	138	91			
		%	8.6	10.7			
	5年以上～10年未満	度数	285	164			
		%	17.7	19.3			
	10年以上	度数	646	254			
		%	40.0	29.9			
不明	度数	69	44				
	%	4.3	5.2				
なし		度数	1141	690			
		%	70.7	81.2			
最近1か月の診察以外の回復プログラムの参加頻度	月1回未満の参加	度数	62	45	48.635	3	p<0.001*
		%	3.8	5.3			
	月1回以上～週1回未満の参加	度数	119	38			
		%	7.4	4.5			
	週1回以上の参加	度数	292	77			
%	18.1	9.1					
最近1年以内の使用		度数	586	448	60.806	1	p<0.001**
		%	36.3	52.7			

*カイ二乗検定 **Fisherの直接法

表22: 生物学的性別の男女でわけた使用経験のある薬物の比較 (N=2464)

使用経験のある薬物	男性 n=1614		女性 n=850		χ^2 値	df	p**																																																																																																																																																								
	度数	%	度数	%																																																																																																																																																											
覚せい剤	度数	1061	432		51.240	1	p<0.001																																																																																																																																																								
	%	65.7	50.8					揮発性溶剤	度数	537	158		58.554	1	p<0.001	%	33.3	18.6		大麻	度数	536	152		64.231	1	p<0.001	%	33.2	17.9		コカイン	度数	147	52		6.309	1	p = 0.010	%	9.1	6.1		ヘロイン	度数	36	8		4.568	1	p = 0.024	%	2.2	0.9		MDMA	度数	163	64		4.094	1	p=0.040	%	10.1	7.5		MDMA以外の幻覚剤	度数	145	48		8.131	1	p=0.003	%	9.0	5.6		危険ドラッグ	度数	213	56		24.330	1	p<0.001	%	13.2	6.6		睡眠薬・抗不安薬	度数	388	391		123.181	1	p<0.001	%	24.0	46.0		鎮痛薬（処方非オピオイド系）	度数	49	51		11.813	1	p=0.001	%	3.0	6.0		鎮痛薬（処方オピオイド系: 弱オピオイド含む）	度数	27	14		0.000	1	p=1.000	%	1.7	1.6		市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）	度数	214	235		76.358	1	p<0.001	%	13.3	27.6		ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892	%	2.5	2.4		その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705
揮発性溶剤	度数	537	158		58.554	1	p<0.001																																																																																																																																																								
	%	33.3	18.6					大麻	度数	536	152		64.231	1	p<0.001	%	33.2	17.9		コカイン	度数	147	52		6.309	1	p = 0.010	%	9.1	6.1		ヘロイン	度数	36	8		4.568	1	p = 0.024	%	2.2	0.9		MDMA	度数	163	64		4.094	1	p=0.040	%	10.1	7.5		MDMA以外の幻覚剤	度数	145	48		8.131	1	p=0.003	%	9.0	5.6		危険ドラッグ	度数	213	56		24.330	1	p<0.001	%	13.2	6.6		睡眠薬・抗不安薬	度数	388	391		123.181	1	p<0.001	%	24.0	46.0		鎮痛薬（処方非オピオイド系）	度数	49	51		11.813	1	p=0.001	%	3.0	6.0		鎮痛薬（処方オピオイド系: 弱オピオイド含む）	度数	27	14		0.000	1	p=1.000	%	1.7	1.6		市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）	度数	214	235		76.358	1	p<0.001	%	13.3	27.6		ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892	%	2.5	2.4		その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705	%	2.8	3.1									
大麻	度数	536	152		64.231	1	p<0.001																																																																																																																																																								
	%	33.2	17.9					コカイン	度数	147	52		6.309	1	p = 0.010	%	9.1	6.1		ヘロイン	度数	36	8		4.568	1	p = 0.024	%	2.2	0.9		MDMA	度数	163	64		4.094	1	p=0.040	%	10.1	7.5		MDMA以外の幻覚剤	度数	145	48		8.131	1	p=0.003	%	9.0	5.6		危険ドラッグ	度数	213	56		24.330	1	p<0.001	%	13.2	6.6		睡眠薬・抗不安薬	度数	388	391		123.181	1	p<0.001	%	24.0	46.0		鎮痛薬（処方非オピオイド系）	度数	49	51		11.813	1	p=0.001	%	3.0	6.0		鎮痛薬（処方オピオイド系: 弱オピオイド含む）	度数	27	14		0.000	1	p=1.000	%	1.7	1.6		市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）	度数	214	235		76.358	1	p<0.001	%	13.3	27.6		ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892	%	2.5	2.4		その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705	%	2.8	3.1																					
コカイン	度数	147	52		6.309	1	p = 0.010																																																																																																																																																								
	%	9.1	6.1					ヘロイン	度数	36	8		4.568	1	p = 0.024	%	2.2	0.9		MDMA	度数	163	64		4.094	1	p=0.040	%	10.1	7.5		MDMA以外の幻覚剤	度数	145	48		8.131	1	p=0.003	%	9.0	5.6		危険ドラッグ	度数	213	56		24.330	1	p<0.001	%	13.2	6.6		睡眠薬・抗不安薬	度数	388	391		123.181	1	p<0.001	%	24.0	46.0		鎮痛薬（処方非オピオイド系）	度数	49	51		11.813	1	p=0.001	%	3.0	6.0		鎮痛薬（処方オピオイド系: 弱オピオイド含む）	度数	27	14		0.000	1	p=1.000	%	1.7	1.6		市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）	度数	214	235		76.358	1	p<0.001	%	13.3	27.6		ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892	%	2.5	2.4		その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705	%	2.8	3.1																																	
ヘロイン	度数	36	8		4.568	1	p = 0.024																																																																																																																																																								
	%	2.2	0.9					MDMA	度数	163	64		4.094	1	p=0.040	%	10.1	7.5		MDMA以外の幻覚剤	度数	145	48		8.131	1	p=0.003	%	9.0	5.6		危険ドラッグ	度数	213	56		24.330	1	p<0.001	%	13.2	6.6		睡眠薬・抗不安薬	度数	388	391		123.181	1	p<0.001	%	24.0	46.0		鎮痛薬（処方非オピオイド系）	度数	49	51		11.813	1	p=0.001	%	3.0	6.0		鎮痛薬（処方オピオイド系: 弱オピオイド含む）	度数	27	14		0.000	1	p=1.000	%	1.7	1.6		市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）	度数	214	235		76.358	1	p<0.001	%	13.3	27.6		ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892	%	2.5	2.4		その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705	%	2.8	3.1																																													
MDMA	度数	163	64		4.094	1	p=0.040																																																																																																																																																								
	%	10.1	7.5					MDMA以外の幻覚剤	度数	145	48		8.131	1	p=0.003	%	9.0	5.6		危険ドラッグ	度数	213	56		24.330	1	p<0.001	%	13.2	6.6		睡眠薬・抗不安薬	度数	388	391		123.181	1	p<0.001	%	24.0	46.0		鎮痛薬（処方非オピオイド系）	度数	49	51		11.813	1	p=0.001	%	3.0	6.0		鎮痛薬（処方オピオイド系: 弱オピオイド含む）	度数	27	14		0.000	1	p=1.000	%	1.7	1.6		市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）	度数	214	235		76.358	1	p<0.001	%	13.3	27.6		ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892	%	2.5	2.4		その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705	%	2.8	3.1																																																									
MDMA以外の幻覚剤	度数	145	48		8.131	1	p=0.003																																																																																																																																																								
	%	9.0	5.6					危険ドラッグ	度数	213	56		24.330	1	p<0.001	%	13.2	6.6		睡眠薬・抗不安薬	度数	388	391		123.181	1	p<0.001	%	24.0	46.0		鎮痛薬（処方非オピオイド系）	度数	49	51		11.813	1	p=0.001	%	3.0	6.0		鎮痛薬（処方オピオイド系: 弱オピオイド含む）	度数	27	14		0.000	1	p=1.000	%	1.7	1.6		市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）	度数	214	235		76.358	1	p<0.001	%	13.3	27.6		ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892	%	2.5	2.4		その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705	%	2.8	3.1																																																																					
危険ドラッグ	度数	213	56		24.330	1	p<0.001																																																																																																																																																								
	%	13.2	6.6					睡眠薬・抗不安薬	度数	388	391		123.181	1	p<0.001	%	24.0	46.0		鎮痛薬（処方非オピオイド系）	度数	49	51		11.813	1	p=0.001	%	3.0	6.0		鎮痛薬（処方オピオイド系: 弱オピオイド含む）	度数	27	14		0.000	1	p=1.000	%	1.7	1.6		市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）	度数	214	235		76.358	1	p<0.001	%	13.3	27.6		ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892	%	2.5	2.4		その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705	%	2.8	3.1																																																																																	
睡眠薬・抗不安薬	度数	388	391		123.181	1	p<0.001																																																																																																																																																								
	%	24.0	46.0					鎮痛薬（処方非オピオイド系）	度数	49	51		11.813	1	p=0.001	%	3.0	6.0		鎮痛薬（処方オピオイド系: 弱オピオイド含む）	度数	27	14		0.000	1	p=1.000	%	1.7	1.6		市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）	度数	214	235		76.358	1	p<0.001	%	13.3	27.6		ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892	%	2.5	2.4		その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705	%	2.8	3.1																																																																																													
鎮痛薬（処方非オピオイド系）	度数	49	51		11.813	1	p=0.001																																																																																																																																																								
	%	3.0	6.0					鎮痛薬（処方オピオイド系: 弱オピオイド含む）	度数	27	14		0.000	1	p=1.000	%	1.7	1.6		市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）	度数	214	235		76.358	1	p<0.001	%	13.3	27.6		ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892	%	2.5	2.4		その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705	%	2.8	3.1																																																																																																									
鎮痛薬（処方オピオイド系: 弱オピオイド含む）	度数	27	14		0.000	1	p=1.000																																																																																																																																																								
	%	1.7	1.6					市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）	度数	214	235		76.358	1	p<0.001	%	13.3	27.6		ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892	%	2.5	2.4		その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705	%	2.8	3.1																																																																																																																					
市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）	度数	214	235		76.358	1	p<0.001																																																																																																																																																								
	%	13.3	27.6					ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892	%	2.5	2.4		その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705	%	2.8	3.1																																																																																																																																	
ADHD治療薬	度数	41	20		0.022	1	p = 0.892																																																																																																																																																								
	%	2.5	2.4					その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705	%	2.8	3.1																																																																																																																																													
その他	度数	45	26		0.065	1	p = 0.705																																																																																																																																																								
	%	2.8	3.1																																																																																																																																																												

**Fisherの直接法

表23: 生物学的性別の男女でわけた人生ではじめて使用した薬物の比較 (N=2421)

人生ではじめて使用した薬物	男性		女性		χ^2 値	df	p*
	度数	n=1587	度数	n=834			
覚せい剤	度数	497	度数	223	272.464	13	p<0.001
	%	31.3	%	26.7			
揮発性溶剤	度数	474	度数	137			
	%	29.9	%	16.4			
大麻	度数	226	度数	49			
	%	14.2	%	5.9			
コカイン	度数	3	度数	5			
	%	0.2	%	0.6			
ヘロイン	度数	1	度数	0			
	%	0.1	%	0.0			
MDMA	度数	7	度数	3			
	%	0.4	%	0.4			
MDMA以外の幻覚剤	度数	11	度数	2			
	%	0.7	%	0.2			
危険ドラッグ	度数	54	度数	6			
	%	3.4	%	0.7			
睡眠薬・抗不安薬	度数	173	度数	245			
	%	10.9	%	29.4			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	7	度数	4			
	%	0.4	%	0.5			
鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	度数	9	度数	3			
	%	0.6	%	0.4			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数	94	度数	139			
	%	5.9	%	16.7			
ADHD治療薬	度数	7	度数	5			
	%	0.4	%	0.6			
その他	度数	24	度数	13			
	%	1.5	%	1.6			

*カイ二乗検定

表24：生物学的性別の男女でわけた主たる薬物の比較(N=2464)

		男性 n=1614	女性 n=850	χ^2 値	df	p*
覚せい剤	度数	881	344	226.857	14	p<0.001
	%	54.6	40.5			
揮発性溶剤	度数	106	17			
	%	6.6	2.0			
大麻	度数	139	17			
	%	8.6	2.0			
コカイン	度数	1	2			
	%	0.1	0.2			
ヘロイン	度数	1	0			
	%	0.1	0.0			
MDMA	度数	4	0			
	%	0.2	0.0			
MDMA以外の幻覚剤	度数	8	0			
	%	0.5	0.0			
危険ドラッグ	度数	26	7			
	%	1.6	0.8			
睡眠薬・抗不安薬	度数	207	227			
	%	12.8	26.7			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	6	9			
	%	0.4	1.1			
鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオ イド含む)	度数	10	5			
	%	0.6	0.6			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡 眠薬など)	度数	121	152			
	%	7.5	17.9			
ADHD治療薬	度数	8	6			
	%	0.5	0.7			
その他	度数	20	12			
	%	1.2	1.4			
多剤	度数	76	52			
	%	4.7	6.1			

*カイ二乗検定

表25: 生物学的性別の男女でわけた主たる薬物の鎮痛薬の内訳 (N = 25)

		男性 n=10	女性 n=5	χ^2 値	df	p**
鎮痛薬 (処方オピオイド系・弱オピオイド含む)の内訳(複数選択)	トラマドール(トラマール、トラムセットなど)	度数 %	5 50	0 0.0	1.838	1 p=0.101
	医療用麻薬(モルヒネ、オキシコドンなど)	度数 %	3 30	3 60.0	0.313	1 p=0.329
	向精神薬(ペンタゾシン、プレンノルフィン)	度数 %	3 30	1 20.0	0.000	1 p=1.000
	コデイン	度数 %	2 20	0 0.0	0.072	1 p=0.524

**Fisherの直接法

表26: 生物学的性別の男女でわけた主たる薬物の市販薬の内訳 (N = 267)

		男性 n=119	女性 n=148	χ^2 値	df	p**
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)の内訳 (複数選択)	コデイン含有群	度数 %	91 76.5	106 71.6	0.571	1 p=0.403
	デキストロメトロールフェン含有群	度数 %	9 7.6	27 18.2	5.567	1 p=0.012
	ブロムワレリル尿素主剤群	度数 %	11 9.2	27 18.2	3.670	1 p=0.052
	アリルイソプロピルアセチル尿素含有群	度数 %	14 11.8	17 11.5	0.000	1 p=1.000
	ジフェンヒドラミン主剤群	度数 %	4 3.4	23 15.5	9.466	1 p=0.001
	カフェイン単剤群	度数 %	3 2.5	7 4.7	0.385	1 p=0.520
	その他の市販薬群	度数 %	4 3.4	3 2.0	0.086	1 p=0.704

**Fisherの直接法

表27：「1年以内使用あり」症例における生物学的性別の男女でわけた主たる薬物の比較(N=1034)

		男性 n=586	女性 n=448	χ^2 値	df	p*
覚せい剤	度数	201	90	121.962	13	p<0.001
	%	34.3	20.1			
揮発性溶剤	度数	28	5			
	%	4.8	1.1			
大麻	度数	73	8			
	%	12.5	1.8			
コカイン	度数	0	1			
	%	0.0	0.2			
ヘロイン	度数	0	0			
	%	0.0	0.0			
MDMA	度数	3	0			
	%	0.5	0.0			
MDMA以外の幻覚剤	度数	4	0			
	%	0.7	0.0			
危険ドラッグ	度数	3	0			
	%	0.5	0.0			
睡眠薬・抗不安薬	度数	133	163			
	%	22.7	36.4			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	4	7			
	%	0.7	1.6			
鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオ イド含む)	度数	5	3			
	%	0.9	0.7			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡 眠薬など)	度数	82	125			
	%	14.0	27.9			
ADHD治療薬	度数	5	3			
	%	0.9	0.7			
その他	度数	18	10			
	%	3.1	2.2			
多剤	度数	27	33			
	%	4.6	7.4			

*カイ二乗検定

表28 : 生物学的性別の男女でわけた入手経路の比較 (N=1034)

※1年以内使用あり症例		男性 n=586	女性 n=448	χ^2 値	df	p*
友人	度数	56	30	2.361	1	p=0.112
	%	9.6	6.7			
知人	度数	56	31	1.961	1	p=0.142
	%	9.6	6.9			
恋人・愛人	度数	13	21	4.122	1	p=0.034
	%	2.2	4.7			
家族	度数	4	15	8.578	1	p=0.002
	%	0.7	3.3			
密売人	度数	131	41	30.972	1	p<0.001
	%	22.4	9.2			
医療機関(精神科)	度数	121	165	32.423	1	p<0.001
	%	20.6	36.8			
医療機関(身体科)	度数	60	60	2.164	1	p=0.118
	%	10.2	13.4			
薬局	度数	68	98	19.119	1	p<0.001
	%	11.6	21.9			
インターネット	度数	65	42	0.632	1	p=0.410
	%	11.1	9.4			
店舗	度数	47	39	0.079	1	p=0.734
	%	8.0	8.7			
その他	度数	7	3	0.285	1	p=0.528
	%	1.2	0.7			

**Fisherの直接法

表29:生物学的性別の男女でわけたICD-10 F1診断下位分類の比較(N=2464)

		男性 n=1614	女性 n=850	χ^2 値	df	p**	
ICD-10診断 (複数選択)	F1x.0 急性中毒	度数 %	34 2.1	47 5.5	19.455	1	p<0.001
	F1x.1 有害な使用	度数 %	148 9.2	180 21.2	68.520	1	p<0.001
	F1x.2 依存症候群	度数 %	960 59.5	570 67.1	13.269	1	p<0.001
	F1x.3 離脱状態	度数 %	19 1.2	21 2.5	5.050	1	p=0.019
	F1x.4 せん妄を伴う離脱状態	度数 %	12 0.7	13 1.5	2.686	1	p=0.088
	F1x.5 精神病性障害	度数 %	185 11.5	68 8.0	6.873	1	p=0.008
	F1x.6 健忘症候群	度数 %	12 0.7	10 1.2	0.741	1	p=0.271
	F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	度数 %	588 36.4	145 17.1	99.059	1	p<0.001
	F1x.8 他の精神および行動の障害	度数 %	17 1.1	8 0.9	0.003	1	p=1.000

**Fisherの直接法

表30:生物学的性別の男女でわけた併存精神障害ICD-10診断の比較(N=2464)

		男性 n=1614	女性 n=850	χ^2 値	df	p**	
併存精神障害 (複数選択)	F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 %	55 3.4	21 2.5	1.337	1	p=0.222
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 %	205 12.7	71 8.4	10.152	1	p=0.001
	F3 気分障害	度数 %	317 19.6	259 30.5	35.856	1	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 %	174 10.8	244 28.7	125.732	1	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 %	22 1.4	55 6.5	46.305	1	p<0.001
	F6 成人の人格及び行動の障害	度数 %	97 6.0	117 13.8	41.247	1	p<0.001
	F7 知的障害(精神遅滞)	度数 %	72 4.5	62 7.3	8.148	1	p=0.004
	F8 心理的発達の障害	度数 %	75 4.6	56 6.6	3.792	1	p=0.047
	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 %	98 6.1	66 7.8	2.303	1	p=0.126

**Fisherの直接法

表31: 年代でわけた属性比較(N=1553)

			10-20代 n=336	30-40代 n=1217	χ^2 値	df	p
生物学的性別	男	度数	146	782	48.481	2	p<0.001*
		%	43.5	64.3			
	女	度数	190	433			
		%	56.5	35.6			
	その他	度数	0.0	2.0			
		%	0.0	0.2			
高卒以上の学歴(あり)		度数	177	642	4.662	2	p=0.097*
		%	52.7	52.8			
有職(現在何らかの職に就いている)		度数	120	412	0.326	1	p=0.559**
		%	35.7	33.9			
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		度数	88	582	49.352	1	p<0.001**
		%	26.2	47.8			
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		度数	39	237	10.691	1	p=0.001**
		%	11.6	19.5			
矯正施設入所歴(あり)		度数	55	411	37.143	1	p<0.001**
		%	16.4	33.8			
現在のアルコール問題(あり)		度数	58	202	0.042	1	p=0.804**
		%	17.3	16.6			
薬物問題による精神科入院歴(あり)		度数	184	756	5.663	1	p=0.017**
		%	54.8	62.1			
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)		度数	61	447	40.434	1	p<0.001**
		%	18.2	36.7			
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)		度数	35	310	33.674	1	p<0.001**
		%	10.4	25.5			
治療期間	1年未満	度数	130	164	259.123	5	p<0.001*
		%	38.7	13.5			
	1年以上～3年未満	度数	116	178			
		%	34.5	14.6			
	3年以上～5年未満	度数	33	140			
		%	9.8	11.5			
	5年以上～10年未満	度数	40	261			
		%	11.9	21.4			
	10年以上	度数	6	413			
		%	1.8	33.9			
不明	度数	11	61				
	%	3.3	5.0				
最近1か月の診察以外の回復プログラムの参加頻度	なし	度数	276	840	28.968	3	p<0.001*
		%	82.1	69.0			
	月1回未満の参加	度数	16	60			
		%	4.8	4.9			
	月1回以上～週1回未満の参加	度数	20	88			
		%	6.0	7.2			
	週1回以上の参加	度数	24	229			
%		7.1	18.8				
最近1年以内の使用	あり	度数	259	505	132.004	1	p<0.001**
		%	77.1	41.5			

*カイ二乗検定 **Fisherの直接法

表32: 年代でわけた使用経験のある薬物の比較 (N=1553)

使用経験のある薬物	10-20代		30-40代		χ^2 値	df	p**
	度数	n=336	度数	n=1217			
覚せい剤	度数	92	767	133.892	1	p<0.001	
	%	27.4	63.0				
揮発性溶剤	度数	27	336	55.233	1	p<0.001	
	%	8.0	27.6				
大麻	度数	105	420	1.110	1	p=0.269	
	%	31.3	34.5				
コカイン	度数	20	123	4.950	1	p = 0.019	
	%	6.0	10.1				
ヘロイン	度数	2	19	1.189	1	p = 0.283	
	%	0.6	1.6				
MDMA	度数	32	161	2.990	1	p=0.076	
	%	9.5	13.2				
MDMA以外の幻覚剤	度数	28	125	0.906	1	p=0.352	
	%	8.3	10.3				
危険ドラッグ	度数	26	204	16.289	1	p<0.001	
	%	7.7	16.8				
睡眠薬・抗不安薬	度数	121	399	1.090	1	p=0.268	
	%	36.0	32.8				
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	13	48	0.000	1	p=1.000	
	%	3.9	3.9				
鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	度数	6	25	0.008	1	p=1.000	
	%	1.8	2.1				
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数	162	193	154.491	1	p<0.001	
	%	48.2	15.9				
ADHD治療薬	度数	10	43	0.108	1	p = 0.735	
	%	3.0	3.5				
その他	度数	14	37	0.727	1	p = 0.302	
	%	4.2	3.0				

**Fisherの直接法

表33: 年代でわけた人生ではじめて使用した薬物の比較 (N=1528)

人生ではじめて使用した薬物		10-20代 n=330	30-40代 n=1198	χ^2 値	df	p*
	度数					
覚せい剤	度数	36	357	275.586	12	p<0.001
	%	10.9	29.8			
揮発性溶剤	度数	12	289			
	%	3.6	24.1			
大麻	度数	78	167			
	%	23.6	13.9			
コカイン	度数	2	5			
	%	0.6	0.4			
MDMA	度数	1	8			
	%	0.3	0.7			
MDMA以外の幻覚剤	度数	1	10			
	%	0.3	0.8			
危険ドラッグ	度数	10	38			
	%	3.0	3.2			
睡眠薬・抗不安薬	度数	63	204			
	%	19.1	17.0			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	2	3			
	%	0.6	0.3			
鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	度数	1	6			
	%	0.3	0.5			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数	118	82			
	%	35.8	6.8			
ADHD治療薬	度数	2	8			
	%	0.6	0.7			
その他	度数	4	21			
	%	1.2	1.8			

*カイ二乗検定

表34：年代でわけた主たる薬物の比較(N=1553)

		10-20代 n=336	30-40代 n=1217	χ^2 値	df	p*
覚せい剤	度数	56	612	253.707	13	p<0.001
	%	16.7	50.3			
揮発性溶剤	度数	6	56			
	%	1.8	4.6			
大麻	度数	59	86			
	%	17.6	7.1			
コカイン	度数	2	1			
	%	0.6	0.1			
ヘロイン	度数	0	0			
	%	0.0	0.0			
MDMA	度数	2	2			
	%	0.6	0.2			
MDMA以外の幻覚剤	度数	2	5			
	%	0.6	0.4			
危険ドラッグ	度数	3	26			
	%	0.9	2.1			
睡眠薬・抗不安薬	度数	56	213			
	%	16.7	17.5			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	4	5			
	%	1.2	0.4			
鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオ イド含む)	度数	1	8			
	%	0.3	0.7			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡 眠薬など)	度数	121	108			
	%	36.0	8.9			
ADHD治療薬	度数	5	7			
	%	1.5	0.6			
その他	度数	5	12			
	%	1.5	1.0			
多剤	度数	14	76			
	%	4.2	6.2			

**Fisherの直接法

表35: 年代でわけた主たる薬物の鎮痛薬の内訳(N=9)

		10-20代	30-40代	χ^2 値	df	p**	
		n=1	n=8				
鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)の内訳(複数選択)	トラマドール(トラマール、トラムセットなど)	度数 %	0 50.0	4 50.0	0.000	1	p=1.000
	医療用麻薬(モルヒネ、オキシコドンなど)	度数 %	0 0	4 50.0	0.000	1	p=1.000
	向精神薬(ペンタゾシン、プレンアルフィン)	度数 %	0 0	1 12.5	0.000	1	p=1.000
	コデイン	度数 %	0 0	1 12.5	0.000	1	p=1.000
	その他	度数 %	1 100	0 0.0	1.723	1	p=0.111

**Fisherの直接法

表36: 年代でわけた主たる薬物の市販薬の内訳(N=224)

		10-20代	30-40代	χ^2 値	df	p*	
		n=120	n=104				
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)の内訳(複数選択)(N=267 ※6名は回答なし) (10-20代 N=120) (30-40代 N=104)	コデイン含有群	度数 %	96 80.0	74 71.2	1.924	1	p=0.158
	デキストロトルファン含有群	度数 %	27 22.5	7 6.7	9.571	1	p=0.001
	ブロムワレリル尿素主剤群	度数 %	17 14.2	16 15.4	0.005	1	p=0.851
	ア rilイソプロピルアセチル尿素含有群	度数 %	10 8.3	15 14.4	1.515	1	p=0.201
	ジフェンヒドラミン主剤群	度数 %	14 11.7	7 6.7	1.069	1	p=0.254
	カフェイン単剤群	度数 %	5 4.2	2 1.9	0.333	1	p=0.454
	その他の市販薬群	度数 %	2 1.7	2 1.9	0.000	1	p=1.000

**Fisherの直接法

表37: 「1年以内使用あり」症例による年代でわけた主たる薬物の比較 (N=764)

		10-20代 n=259	30-40代 n=505	χ^2 値	df	p*
覚せい剤	度数	31	169	112.108	13	p<0.001
	%	12.0	33.5			
揮発性溶剤	度数	5	17			
	%	1.9	3.4			
大麻	度数	42	35			
	%	16.2	6.9			
コカイン	度数	0	1			
	%	0.0	0.2			
ヘロイン	度数	0	0			
	%	0.0	0.0			
MDMA	度数	2	1			
	%	0.8	0.2			
MDMA以外の幻覚剤	度数	2	1			
	%	0.8	0.2			
危険ドラッグ	度数	0	2			
	%	0.0	0.4			
睡眠薬・抗不安薬	度数	49	149			
	%	18.9	29.5			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	3	4			
	%	1.2	0.8			
鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオ イド含む)	度数	1	5			
	%	0.4	1.0			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡 眠薬など)	度数	104	75			
	%	40.2	14.9			
ADHD治療薬	度数	5	2			
	%	1.9	0.4			
その他	度数	4	10			
	%	1.5	2.0			
多剤	度数	11	34			
	%	4.2	6.7			

**Fisherの直接法

表38：年代でわけた入手経路の比較 (N=764)

※1年以内使用あり症例		10-20代 n=259	30-40代 n=505	χ^2 値	df	p**
友人	度数	33	40	4.431	1	p=0.037
	%	12.7	7.9			
知人	度数	16	50	2.554	1	p=0.102
	%	6.2	9.9			
恋人・愛人	度数	10	20	0.004	1	p=1.000
	%	3.9	4.0			
家族	度数	6	10	0.093	1	p=0.792
	%	2.3	2.0			
密売人	度数	33	95	4.099	1	p=0.040
	%	12.7	18.8			
医療機関(精神科)	度数	51	142	6.002	1	p=0.011
	%	19.7	28.1			
医療機関(身体科)	度数	14	62	8.274	1	p=0.002
	%	5.4	12.3			
薬局	度数	82	64	38.071	1	p<0.001
	%	31.7	12.7			
インターネット	度数	35	61	0.203	1	p=0.566
	%	13.5	12.1			
店舗	度数	29	38	2.445	1	p=0.105
	%	11.2	7.5			
その他	度数	1	7	0.828	1	p=0.277
	%	0.4	1.4			

*カイ二乗検定

表39:年代でわけたICD-10 F1診断下位分類の比較 (N=1553)

		10-20代 n=336	30-40代 n=1217	χ^2 値	df	p**	
ICD-10診断 (複数選択)	F1x.0 急性中毒	度数 %	24 7.1	43 3.5	7.459	1	p=0.006
	F1x.1 有害な使用	度数 %	109 32.4	136 11.2			
	F1x.2 依存症候群	度数 %	226 67.3	820 67.4	0.000	1	p=1.000
	F1x.3 離脱状態	度数 %	4 1.2	23 1.9			
	F1x.4 せん妄を伴う離脱状態	度数 %	4 1.2	13 1.1	0.000	1	p=0.772
	F1x.5 精神病性障害	度数 %	26 7.7	122 10.0			
	F1x.6 健忘症候群	度数 %	4 1.2	8 0.7	0.405	1	p=0.303
	F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	度数 %	33 9.8	318 26.1			
	F1x.8 他の精神および行動の障害	度数 %	3 0.9	12 1.0	0.000	1	p=1.000

**Fisherの直接法

表40:年代でわけた併存精神障害ICD-10診断の比較 (N=1553)

		10-20代 n=336	30-40代 n=1217	χ^2 値	df	p**	
併存精神障害 (複数選択)	F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 %	5 1.5	26 2.1	0.283	1	p=0.659
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 %	26 7.7	145 11.9			
	F3 気分障害	度数 %	88 26.2	288 23.7	0.783	1	p=0.350
	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 %	82 24.4	205 16.8			
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数 %	15 4.5	42 3.5	0.505	1	p=0.412
	F6 成人の人格及び行動の障害	度数 %	40 11.9	126 10.4			
	F7 知的障害(精神遅滞)	度数 %	27 8.0	61 5.0	3.955	1	p=0.045
	F8 心理的発達の障害	度数 %	35 10.4	71 5.8			
	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 %	52 15.5	98 8.1	15.790	1	p<0.001

**Fisherの直接法

表41: 睡眠薬・抗不安薬を主たる薬物とする症例における薬剤の内訳 (N=435)

	度数	%
etizolam	137	31.5
zolpidem	103	23.7
flunitrazepam	93	21.4
triazolam	37	8.5
bromazepam	28	6.4
alprazolam	22	5.1
brotizolam	21	4.8
lorazepam	21	4.8
clonazepam	12	2.8
nitrazepam	10	2.3
diazepam	9	2.1
eszopiclon	9	2.1
zopiclon	7	1.6
estazolam	6	1.4
cloxazolam	5	1.1
lemborexant	3	0.7
quazepam	2	0.5
clotiazepam	2	0.5
barbitutates	1	0.2
rilmazafone	1	0.2
ethyl Loflazepate	1	0.2

表42:「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(上位30施設)

順位	医療機関名	症例数
1	埼玉県立精神医療センター	320
2	国立精神・神経医療研究センター病院	274
3	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	164
4	茨城県立こころの医療センター	134
5	十全会 回生病院	114
6	十全会 聖明病院	108
7	独立行政法人岡山県精神科医療センター	107
8	瀬野川病院	97
9	赤城高原ホスピタル	80
10	独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター	55
11	三光病院	41
12	昭和大学附属烏山病院	37
13	北里大学病院	35
14	群馬県立精神医療センター	34
15	資生会 千歳病院	30
15	京都府立洛南病院	30
17	多摩あおば病院	28
17	各務原病院	28
17	明和会医療福祉センター 渡辺病院	28
20	山梨県立北病院	26
20	服部病院	26
22	東京都立松沢病院	25
22	復光会 垂水病院	25
24	八事病院	21
25	さわ病院	20
25	のぞえ総合心療病院	20
27	独立行政法人国立病院機構 さいがた医療センター	19
27	雁の巣病院	19
29	静岡県立こころの医療センター	18
30	山容会 山容病院	15
30	晴明会 糸満晴明病院	15

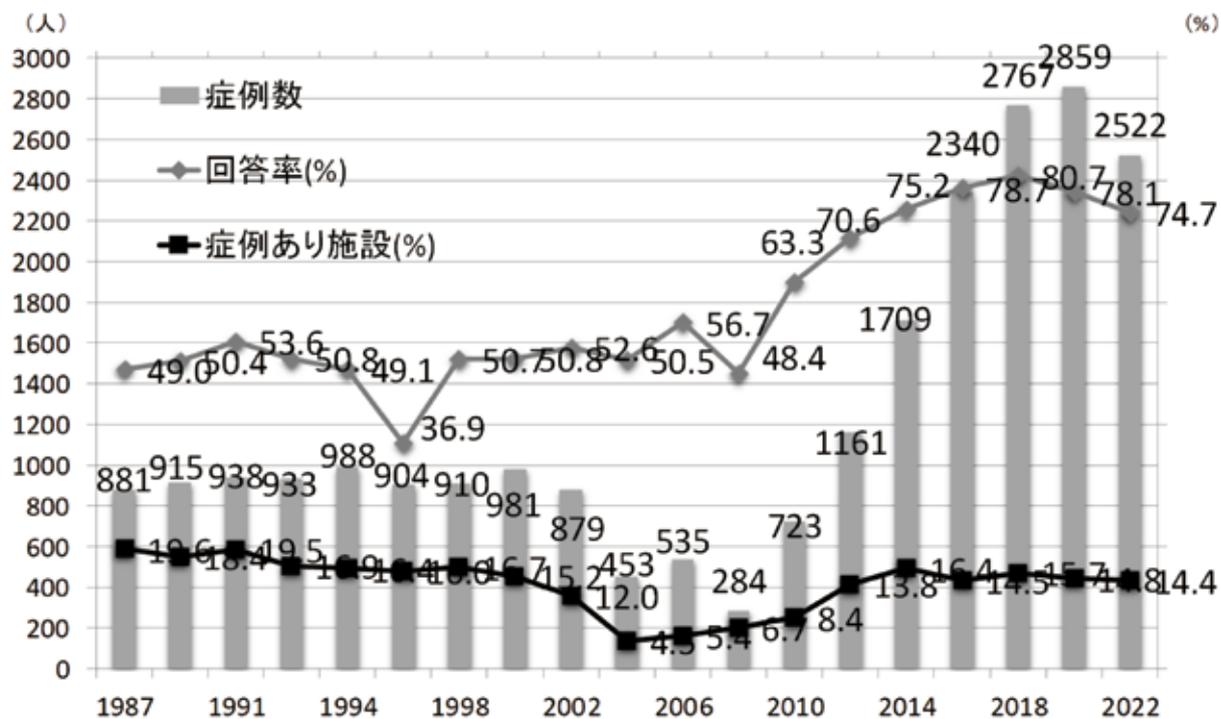


図1: 症例数・回答率などの経年的推移

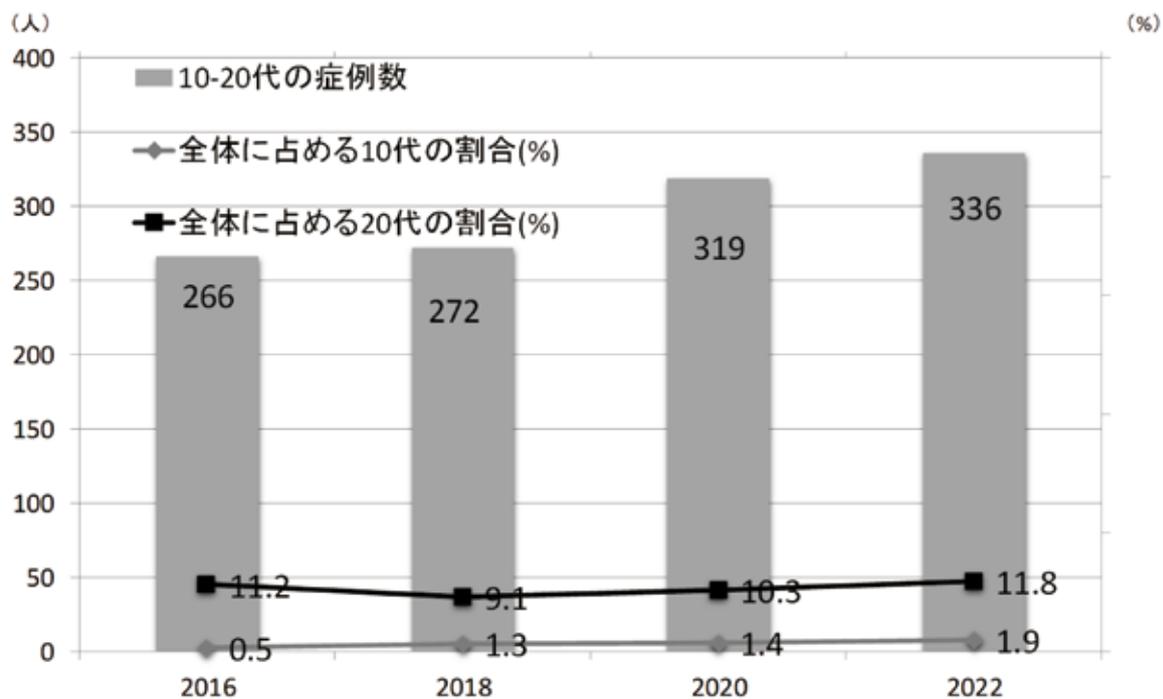


図2: 近年の10代と20代の症例数の推移

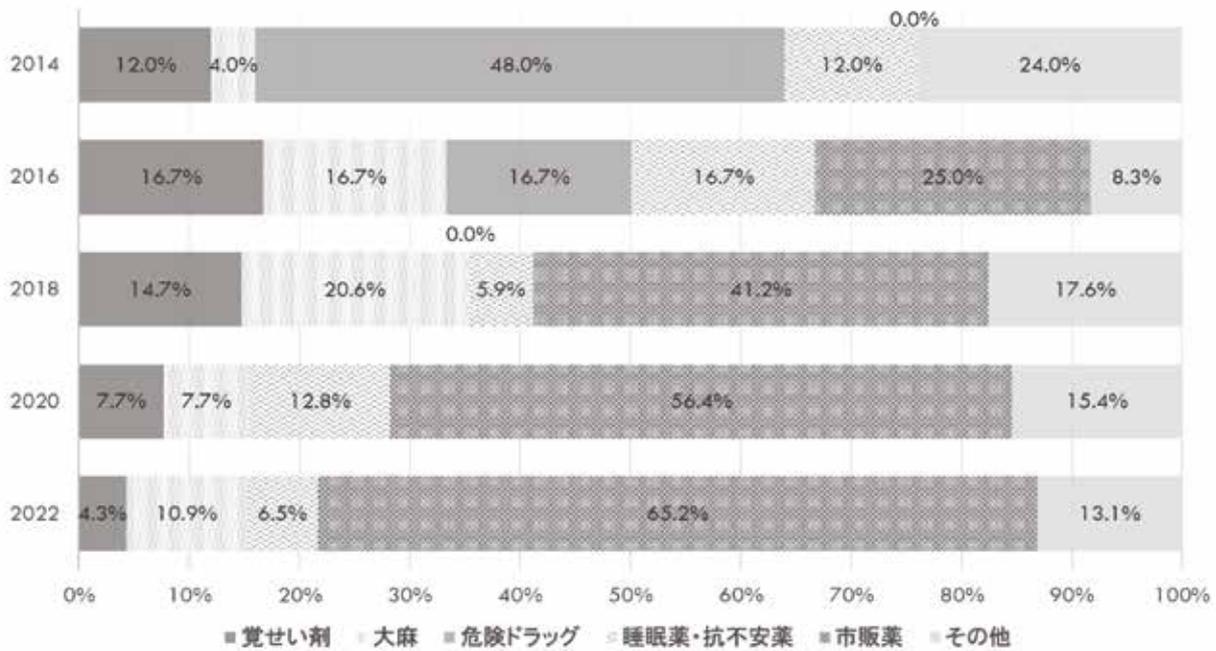


図3: 10代の主たる薬物の推移

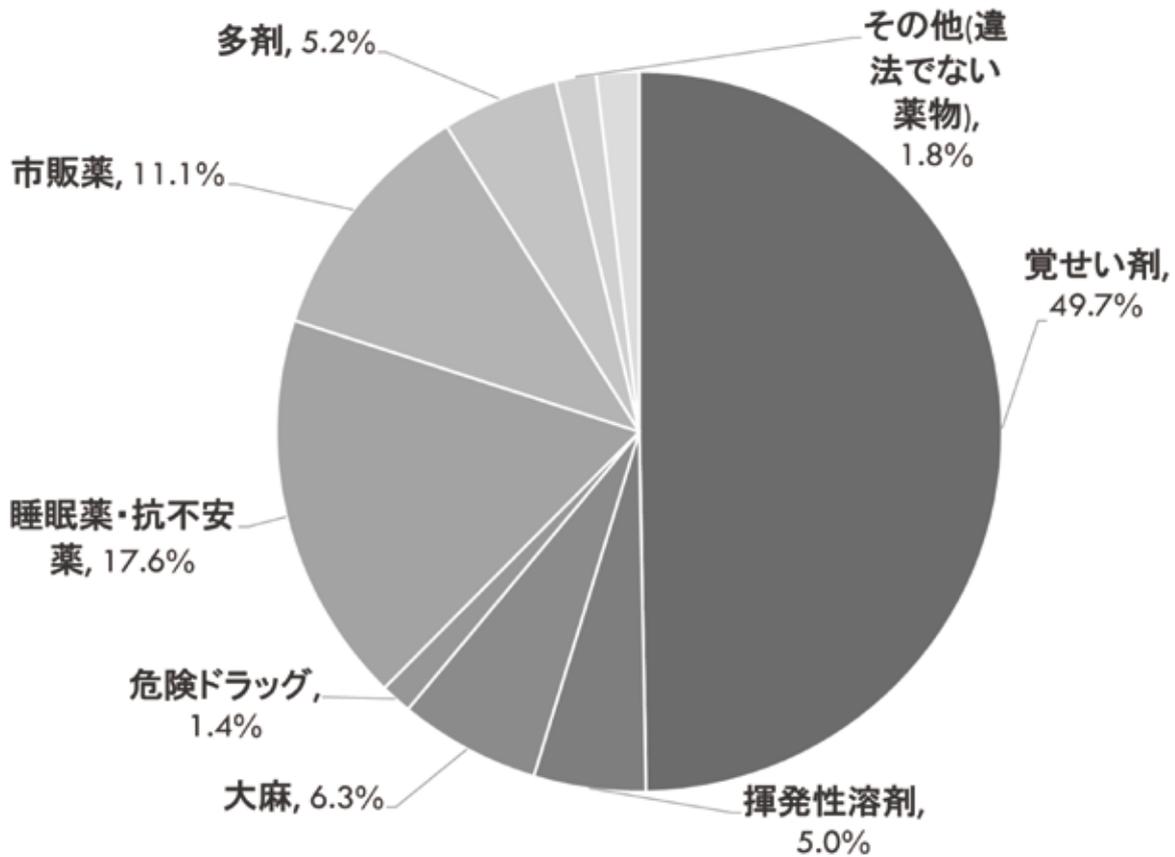


図4: 全対象症例における主たる薬物の比率

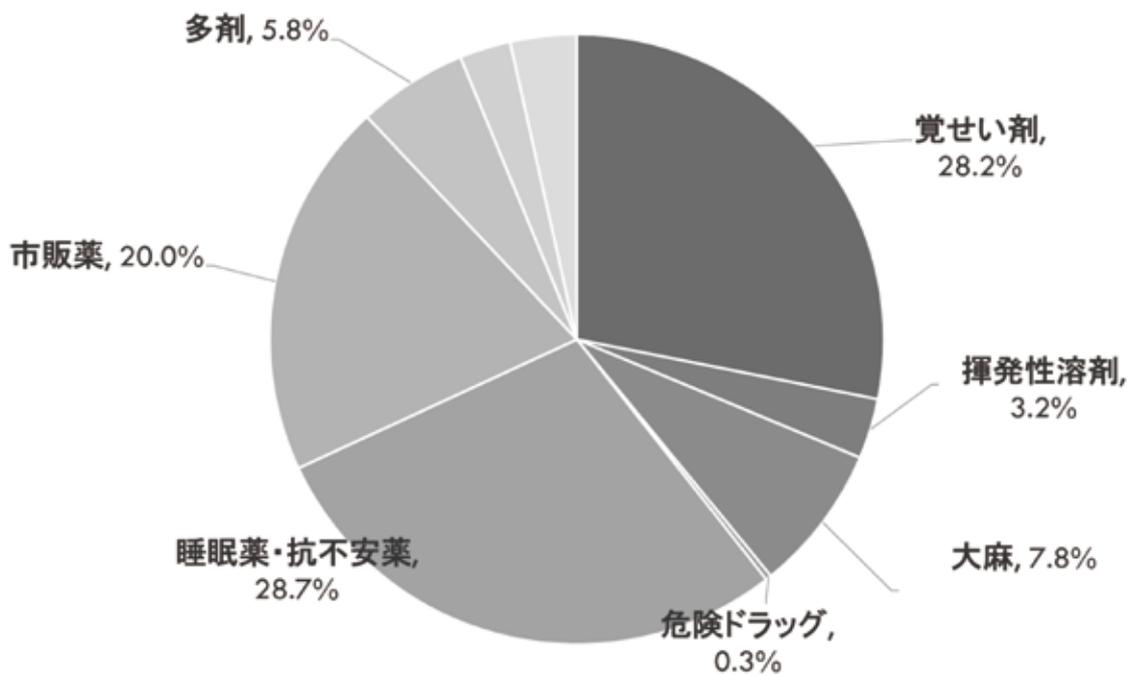


図5: 「1年以内に使用あり」症例における主たる薬物の比率

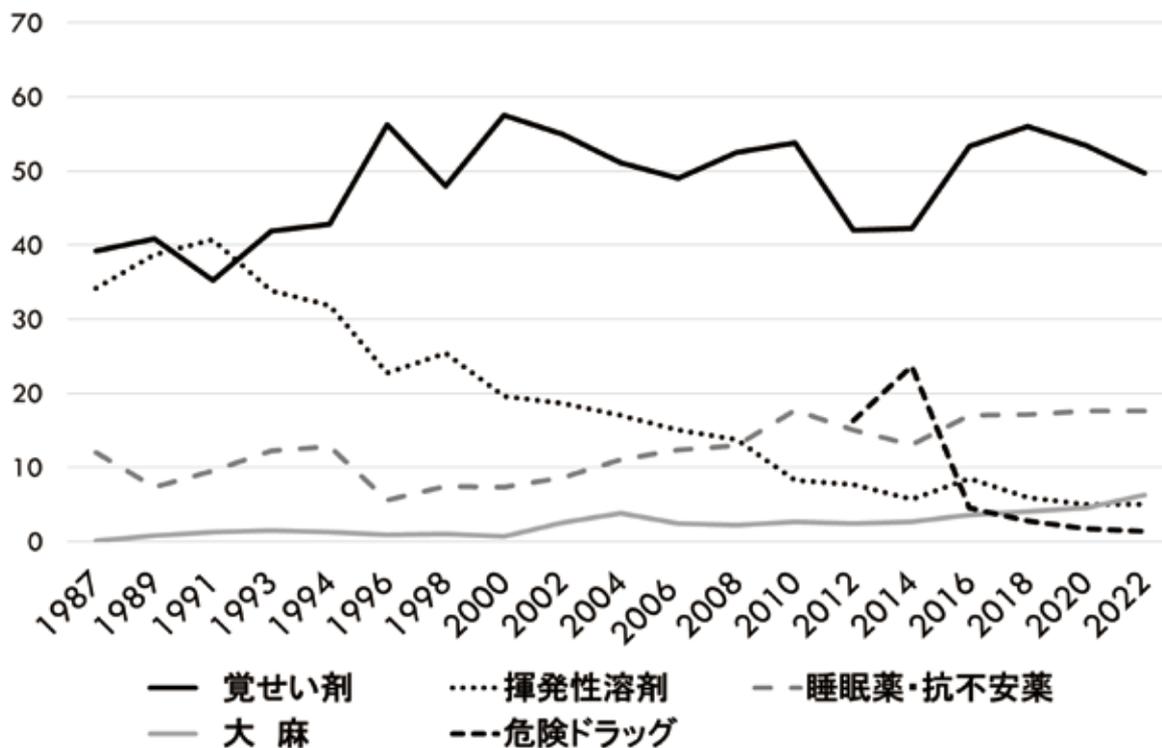


図6: 「主たる薬物」の比率に関する経年的推移

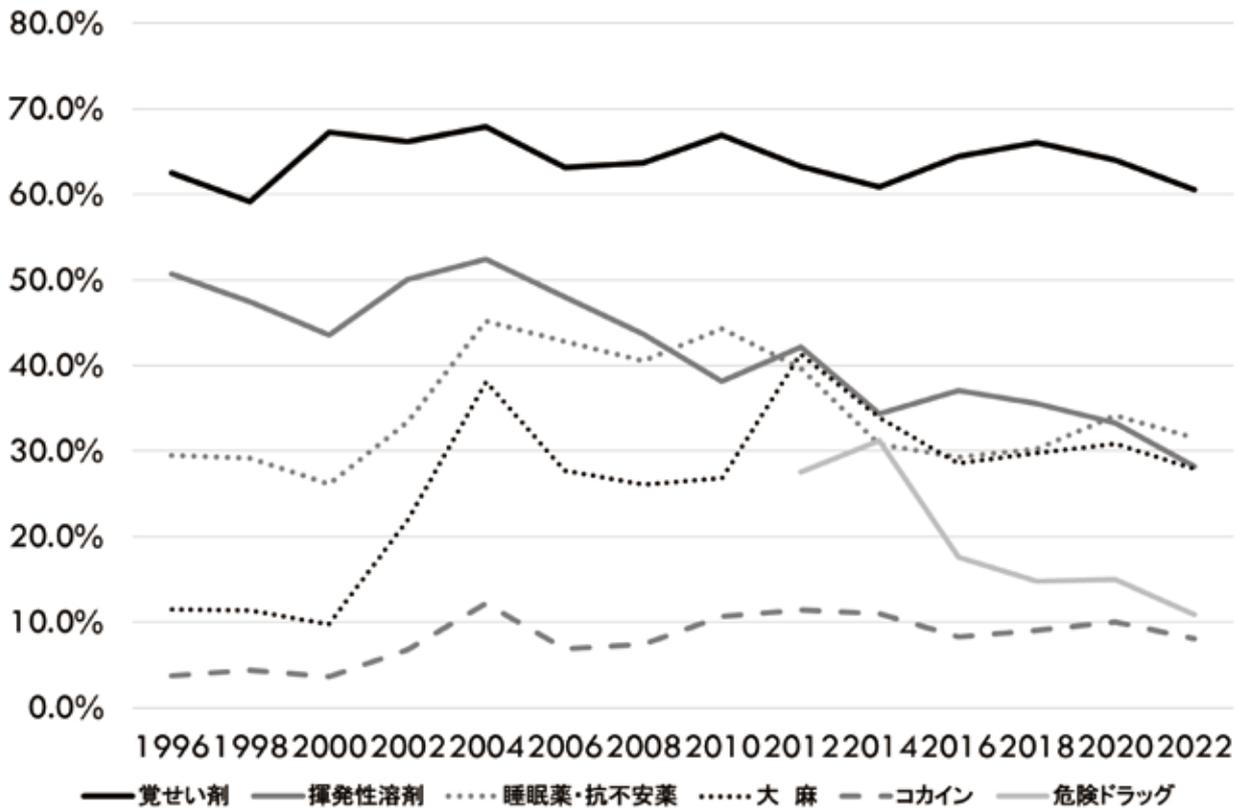


図7: 生涯使用経験のある薬物の比率に関する経年的推移

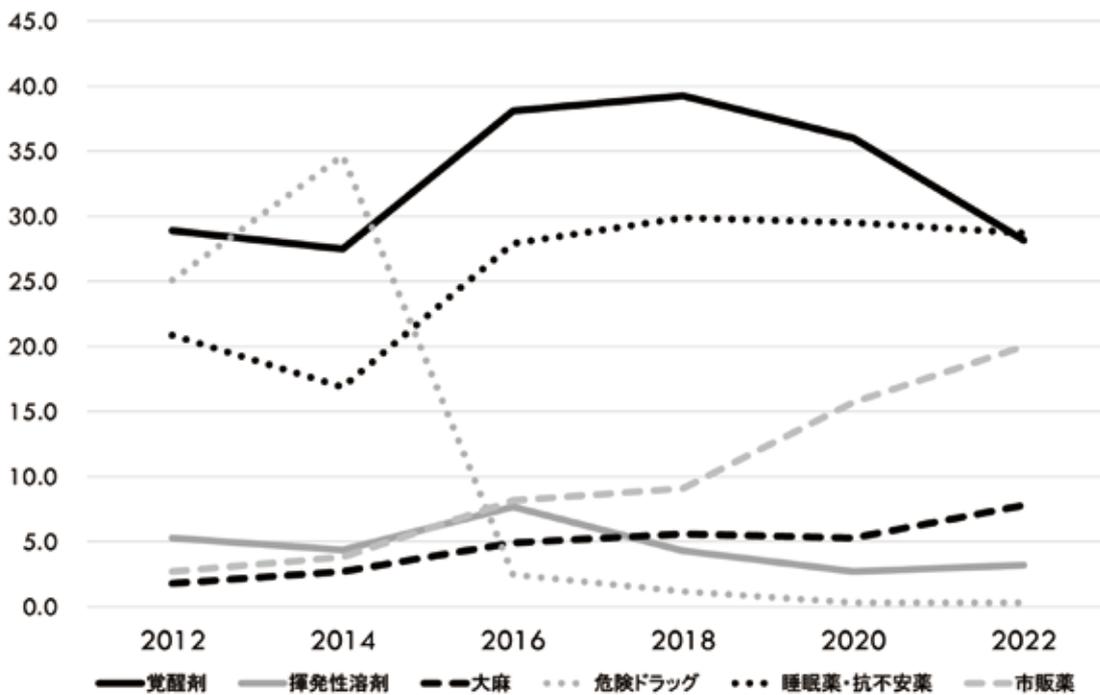


図8: 1年以内使用あり症例の「主たる薬物」の比率に関する経年的推移

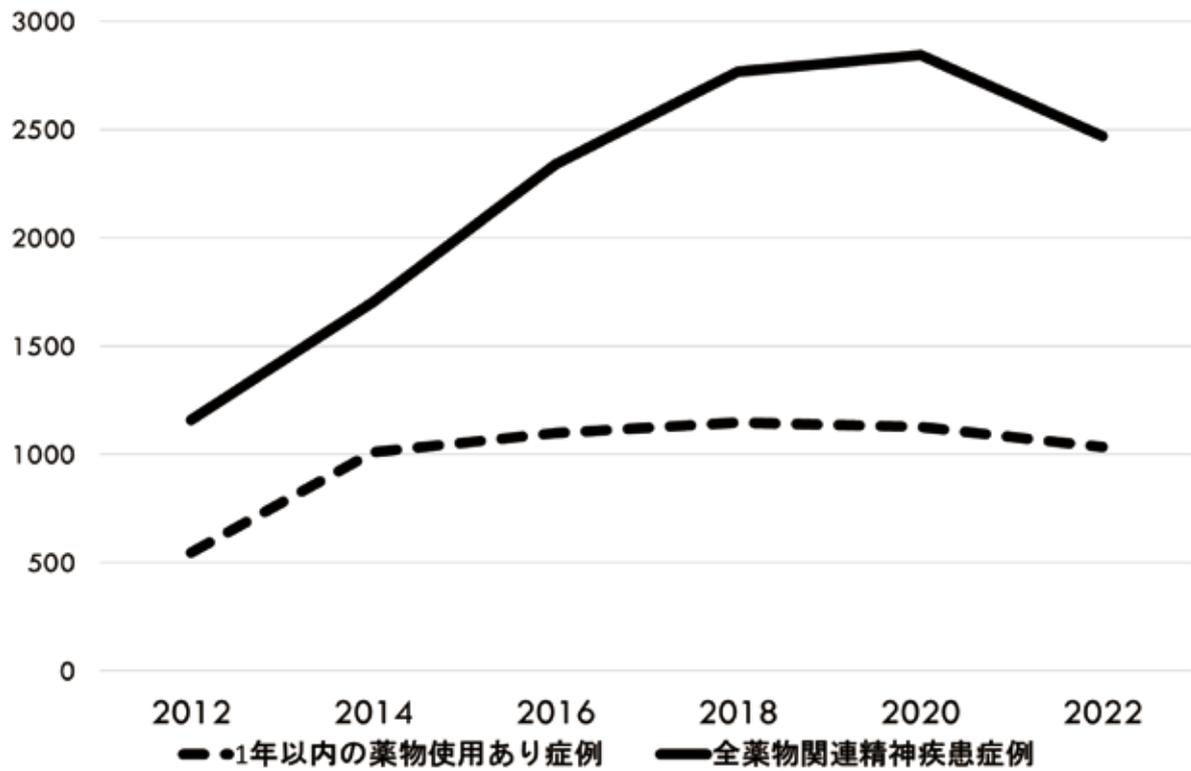


図9: 全薬物関連精神疾患症例数と「1年以内使用あり」症例数の推移

薬物関連精神疾患調査用紙

(2022年度版)

本調査の実施要領は以下の通りです；

- (1) 調査期間: 2022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: 2022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 2022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

- 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) 薬物問題による自助グループ(断酒会、AA/NA)などの参加経験の有無 0. なし 1. あり 99. 不明
- 10) 薬物問題による民間リハビリ施設(DARC/MACなど)の利用経験の有無 0. なし 1. あり 99. 不明
- 11) 薬物問題に関する治療期間(前医での治療歴があれば含めてください)
 1. 1年未満 2. 1年以上～3年未満 3. 3年以上～5年未満 4. 5年以上～10年未満 5. 10年以上 99. 不明
- 12) 最近1ヶ月における、担当医の診察以外の回復プログラムへの参加頻度(医療機関や精神保健福祉センターでのSMARPP、自助グループ、民間リハビリ施設などを含む)
 0. なし 1. 月1回未満の参加 2. 月1回以上～週1回未満の参加 3. 週1回以上の参加 99. 不明
- 13) 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。

これまで経験したことのある薬物	該当する薬物 <u>すべて</u> に「○」をつける
1. 覚せい剤	
2. 揮発性溶剤(シンナー、トルエン、ブタン[ガスパン]、フロンなど)	
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. 処方鎮痛薬(NSAIDなどの処方非オピオイド系)	
11. 処方鎮痛薬(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:)	

14) 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、ブタン[ガスパン]、フロンなど)	
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. 処方鎮痛薬(NSAID などの処方非オピオイド)	
11. 処方鎮痛薬(処方オピオイド: 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) 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。)

生涯において使用経験のある薬物	該当する薬物全て「○」
1. 覚せい剤	
2. 揮発性溶剤(シンナー、トルエン、ブタン[ガスパン]、フロンなど)	
3. 大麻	
4. コカイン	
5. ヘロイン	
6. MDMA	
7. MDMA 以外の幻覚薬(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. 処方鎮痛薬(NSAID などの処方非オピオイド)	
主要な乱用薬剤の商品名を記してください:	
11. 処方鎮痛薬(処方オピオイド: 弱オピオイド含む)	
主要な乱用薬剤の種類を以下から選択し、○をつけてください:(複数回答可) <ol style="list-style-type: none"> 1. ترامadol(トラマール、トラムセットなど) 2. 医療用麻薬(モルヒネ、オキシコドン、ヒドロモルフォン、フェンタニル、メサドン、タペンタドールなど) 3. 向精神薬(ペンタゾシン、ブプレノルフィン) 4. コデイン 5. その他(_____) 	

12. 市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	
主要な乱用薬剤が該当する 市販薬群 を選択してください(複数回答可): 1. コデイン含有群(ブロン、パブロン、新ルル A、ベンザブロックなど) 2. デキストロメトルファン含有群(コンタック、メジコン、新ルル A ゴールドなど) 3. ブロムワレリル尿素主剤群(リスロン、ウツ[ウツは他成分も含有しているが、便宜上ここに分類]) 4. アリルイソプロピルアセチル尿素含有群(イブ A、新セデス、ロキソニン S プレミアムなど) 5. ジフェンヒドラミン主剤群(レスタミン、ドリエルなど) 6. カフェイン単剤群(エスタロンモカ錠など) 7. その他の市販薬群	
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: _____)	
15. 多剤	

16) “質問15)”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

17) “質問15)”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	該当するものすべてに○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	

18) 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、該当する ICD-10 診断**すべてに「○」**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	

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

救急医療における薬物関連中毒症例に関する実態調査：一般用医薬品を
中心に（2022 年）

分担研究報告書

救急医療における薬物関連中毒症例に関する実態調査：
一般用医薬品を中心に（2022年）

分担研究者：上條 吉人（埼玉医科大学医学部臨床中毒学）
研究協力者：喜屋武 玲子（埼玉医科大学医学臨床中毒学）
小原 佐衣子（国立病院機構災害医療センター救命救急センター）
高井 美智子（埼玉医科大学医学臨床中毒学）
花澤 朋樹（埼玉医科大学医学臨床中毒学）
芳澤 朋大（埼玉医科大学医学臨床中毒学）
宮本 政宗（埼玉医科大学医学臨床中毒学）

【研究①要旨】

【目的】救急医療施設に搬送された市販薬の過量服用患者の臨床症状や過量服用した背景の特徴を明らかにすること。

【方法】2021年4月から2022年12月までに市販薬の過量服用により埼玉医科大学病院を受診した患者のうち研究同意が得られた25名を対象とし、①DAST-20日本語版、②Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)日本語版、③市販薬過量服薬患者質問票の3つの質問紙を使用して患者の乱用・依存の重症度、自殺傾向、心理社会的特徴を調べた。

【結果】性別は、男性9名(36%)、女性16名(64%)、平均年齢23.3歳(中央値21.0歳)と若年の女性が多い傾向が示された。市販薬の乱用・依存の重症度を測るDAST-20の結果は、16名(64%)が軽度で、外来治療や集中治療が必要とされる中度以上が9名(36%)認められた。また、7名(28%)が日常的に市販薬を過量服用しており、市販薬への依存がかなり進行している状態であった。M.I.N.I.の「自殺リスク」セクションの平均得点は25.6点(中央値27.0点)であり、市販薬の過量服用により救急搬送された患者の多くが、自殺する危険性が非常に高い心理状態であることが示された。

過量服用した市販薬は、ジフェンヒドラミンを主成分とする催眠鎮静薬(抗ヒスタミン剤)が13件(27%)と最も多く、次いでアセトアミノフェンやイブプロフェンを主成分とする解熱鎮痛薬12件(25%)、総合感冒薬9件(18%)の順に多かった。

過量服用した市販薬の情報源としては、インターネット検索が14件(52%)と最も多かった。

過量服用のきっかけとなった心理社会的要因としては、「健康問題」が12件(30%)と最も多く、次いで「勤務問題」8件(20%)、「学校問題」6件(15%)、「男女問題」、「経済的問題」、「その他」がそれぞれ4件(10%)、「家庭問題」2件(5%)であった。

過量服用の目的は、「死ぬため」17件(50%)、「気分不快感の解消」9件(26%)、「気分や意欲をあげるため」3件(9%)、「リセットするため」と「意識をとぼすため」がともに2件(6%)、「頭痛の緩和」1件(3%)であった。

【考察】

メンタルヘルスの不調を抱えながらもどうにか社会生活を送っていて、精神科医療や相談支援等につながっていない若者が自殺手段や不快気分の解消、つらい現状を忘れる方法として市販薬を過量服用している現状がある。さらには、市販薬の過量服用を繰り返す中で依存症が形成されている可能性も示唆された。「市販薬の過量服用」であっても、自殺する危険性が高い心理状態であること、さらには依存症が加わると自殺の危険性がより高まることを医療者が理解することが大切である。若者が抱える多様な心理社会的問題に対して、医師だけでなく看護師、薬剤師、臨床心理士、精神保健福祉士等が協働し、患者一人ひとりに対しての精神科的治療を含む支援を提供することが重要である。

【研究②要旨】

【目的】救急医療施設へ搬送された急性市販薬中毒患者の背景、臨床症状、治療経過、予後などに加えて市販薬に含有されるカフェインやジフェンヒドรามミンなどの有効成分の血中濃度を集積・解析し、市販薬過量摂取の現状を明らかにする。

【方法】多機関共同、前方視的に、市販薬中毒症例の患者診療録および中毒の原因となった市販薬に含有されている有効成分の血中濃度測定記録を用いた症例集積研究。埼玉医科大学病院臨床中毒センターが基盤機関となり、日本臨床・分析中毒学会 (Japanese Society of Clinical & Analytical Toxicology) に所属する救急医療施設へ参加を依頼し、2021年5月1日～2022年12月31日で症例登録を施行した。参加施設には質問票を郵送し、すべてのアンケートは埼玉医科大学病院で回収された。また、参加施設からは初診時などに採血された残余検体を収集し、服用した薬物の有効成分を分析することとした。

【結果】7つの救急医療機関から122名の患者を対象とした質問票および残余検体を収集した。性別は男性25名(20.5%)、女性97名(79.5%)、平均年齢25.8歳(中央値22.0歳)と若年の女性が多かった。86名(70.5%)が家族と同居しており、12名(9.8%)が内縁関係のパートナーもしくは恋人、友人・その他と同居がそれぞれ2名(1.6%)であった。17名(13.9%)が独居であった。既往歴は、身体的既往歴のみが14名(11.5%)、精神科既往歴のみは63名(51.6%)、身体的既往歴と精神科既往歴のいずれもありが8名(6.6%)であった。

過量服用に使用された市販薬の種類は平均1.5±1.1個(中央値1.0)で、錠数は平均101.8±106.9錠(中央値76.5)であった。また、47名(38.5%)が市販薬に加えて併存薬物の過量摂取が認められた。過量服用の目的は、「自傷・自殺目的」97件(74.0%)が多かったが、「その他の目的」も31件(23.7%)あった。意図的な濫用が33名(27.0%)にあった。入手経路は、実店舗が85件(65.9%)と最も多く、次いで置き薬20件(15.5%)、インターネット購入12件(9.3%)、家族所有が10件(7.8%)の順であった。過量服薬された市販薬は83種類189品目で、カテゴリー分類では「解熱鎮痛薬」47件(24.9%)、鎮咳去痰薬35件(18.5%)が最も多く、ついで「かぜ薬」34件(18.0%)、「催眠鎮静薬」28件(1.8%)、「抗ヒスタミン薬主薬製剤」14件(7.4%)、「眠気防止薬」9件(4.8%)、「鎮うん薬(乗物酔い防止薬、つわり用薬を含む)」9件(4.8%)の順が多かった。過量服用された市販薬に含有されている主成分のうち、濫用または/および依存が問題とされている成分として最も多かったのが無水カフェイン84件(22.2%)、次いでdl-メチルエフェドリン塩酸塩55件(14.4%)、クロルフェニラミンマレイン酸塩/d-クロルマレイン酸塩/マレイン酸フェニラミン48件(12.6%)、ジヒドロコデインリン酸塩/コデインリン酸塩水和物47件(12.3%)、ジフェンヒドรามミン塩酸塩/ジフェンヒドรามミンサリチル酸塩35件(9.2%)、アセトアミノフェン31件(8.1%)、イブプロフェン29件(7.6%)、デキス

トロメトルファン臭化水素酸塩水和物 16 件 (4.2%)、アスピリン 13 件 (3.4%)、ブロモバレリル尿素 9 件 (2.4%)、ジプロフィリン 7 件 (1.8%)、プソイドエフェドリン塩酸塩/塩酸プソイドエフェドリン 3 件 (0.8%) の順であった。

服用から受診までの中央値 270 分で、不明も 9 件(7.3%)あった。73 名 (59.8%) の対象者に嘔気嘔吐や腹痛等の消化器症状があり、54 名 (44.3%) に意識障害や不穏興奮、イライラ等の中枢神経症状が認められた。また、振戦や頭痛、耳鳴りといった神経症状が 38 名 (31.1%)、不整脈等の循環器症状が 54 名 (44.3%) があった。113 名 (92.6%) が入院となり、69 名 (56.6%) が集中治療室での治療を要した。入院日数は平均 3.4 ± 2.7 日 (中央値 2.0) で、身体的には 111 名 (91.0%) が完全回復し、11 名 (9.0%) が退院時に残遺症状が認められた。死亡事例はなかった。

122 事例全ての血液検体を収集し、LC/QTOF-MS 法、LC MS/MS 法、GC-MS 法などで市販薬に含有されているカフェインやジフェンヒドラミンをはじめとする主成分の血中濃度の分析法を構築している。成分分析についての結果は次年度以降に報告する。

【考察】

今回の研究において、市販薬過量摂取患者では、「若年」「女性」が多い傾向が認められた。自傷・自殺以外の目的での服用も多く、依存の傾向も認められた。すぐに手に入れられる手軽さからか実店舗での購入が多かった。実店舗での対策が市販薬過量服用の抑制につながる可能性があるかもしれない。中毒症状としては中枢神経症状や不整脈などの循環器症状が半数近くに認められた。急変に備えた慎重なモニタリングの必要性や、精神的な不安定さから、集中治療室への入床が多かった。今後は、含有成分の種類や血中濃度などと症状の関連についても、さらに症例を重ねて調査していく必要がある。

【研究③要旨】

【目的】本邦における急性カフェイン中毒患者の疫学および臨床的特徴について、5 年間の追跡後方視的研究を実施した。

【方法】日本国内の 32 の救急医療機関に参加を依頼した。参加施設には質問票を郵送した。すべてのアンケートは埼玉医科大学病院で回収され、分析された。対象は、2016 年 4 月から 2021 年 3 月の間に、カフェインを主成分とするサプリメントおよび/またはエナジードリンクを大量に摂取し、救急外来に搬送された患者とした。

【結果】11 の救急医療機関から 76 名の患者を対象とした。ほとんどの患者は若年者であった (年齢中央値 23 歳, 範囲 15~54 歳, 男性 37 名, 女性 39 名)。精神科受診歴のある患者は 36 名、自殺未遂や自傷行為でカフェイン入りの製品を摂取した患者は 65 名であった。カフェイン含有量の多い錠剤の摂取経験者が 74 名(97%)であり、カフェイン含有量の少ない液体の摂取経験者はいなかった。75 名の患者のカフェイン摂取量が推定された (中央値 7.0 g、範囲 0.6~68.0 g)。24 人の患者が血液浄化を受け、10 人が人工呼吸器によるサポートを必要とした。心停止した症例は 3.0%に認めたが、全例が救命された。

【考察】カフェイン含有量の多い錠剤は、重篤なカフェイン中毒の危険性が高いことが再確認された。また、今回調査した症例では、血液浄化処置を行った症例を多く認め、死亡例が少なかった要因である可能性が示唆された。また、カフェイン中毒の患者に対して、救急科から精神科に診察を依頼することで、自殺や自傷行為のゲートキーパーとなるべきであると考えられる。

【研究① 市販薬過量服用で救急搬送された患者の依存・乱用に関する多施設共同調査】

A. 研究目的

救急医療施設に搬送された市販薬の過量服

用患者の臨床症状や過量服用した背景の特徴を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象者

2021年4月から2022年12月までに市販薬の過量服用により埼玉医科大学病院救急センター・臨床中毒センターに搬送あるいは直接来院された患者のうち研究同意が得られた25名（男性9名、女性16名、平均年齢23.3歳、中央値21.0歳）を対象とした。

2. 質問紙

本研究では、以下3つの質問紙を使用して患者の乱用・依存の重症度、自殺傾向、心理社会的特徴を調べた。

① DAST-20 日本語版¹⁾

薬物乱用・依存の重症度を測定する自己記入式尺度。過去12ヶ月間における薬物使用に関する経験について計20項目の回答により評価する。得点に応じて、重症度の目安（問題なし／軽度／中度／相当程度／重度）と必要な対応（経過観察／簡易的なカウンセリング／外来治療／集中治療）が示される。

② Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) 日本語版²⁾

M.I.N.I.日本語版の「自殺リスク」のセクションを用いて、自殺傾向を評価する。「自殺リスク」セクションは、最近および生涯における自殺や自殺念慮・計画・企図経験をたずねる6項目から構成される。総得点が10点以上の場合、「高度自殺リスク（自殺するリスクが非常に高い）」と評価される。

③ 市販薬過量服薬患者質問票

年齢、性別、婚姻、生活環境・状況、既往、過量服薬した市販薬の内容、過量服薬のきっかけ・動機、身体合併症の有無、入院期間、過量服薬歴、市販薬の乱用（情報源、開始時期、乱用目的、常用使用の有無）、社会資源の使用状況についての情報を収集するための質問票を本研究のため独自に作成した。

3. 手続き・倫理的配慮

救急外来もしくは入院病床において、研究対

象者に対して、研究の内容や倫理的配慮等について研究内容説明書に沿って口頭および書面で説明を行い、文書による同意を取得した。なお、対象者が20歳未満の場合は、本人だけでなく代諾者にもこの研究の内容について説明書を用いて十分に説明し、文書にて同意を得た。研究参加に同意した対象者に質問紙への回答を依頼した。

本研究は、埼玉医科大学病院IRBの承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 対象者の属性

計25名の対象者の属性ならびに尺度得点を算出した（表1）。性別は、男性9名（36%）、女性16名（64%）、平均年齢23.3歳（中央値21.0歳）と若年の女性が多い傾向が示された。年代別にみると、10代（32%）と20代（52%）が患者全体の84%を占めていた。

婚姻については、未婚20名（80%）、既婚4名（16%）、離婚または死別1名（4%）であった。就労状況は、学生13名（52%）、フルタイム8名（32%）、無職や休職等の未就労4名（16%）であった。

市販薬の乱用・依存の重症度を測るDAST-20の結果は、16名（64%）が軽度で、外来治療や集中治療が必要とされる中度以上が9名（36%）認められた。また、7名（28%）が日常的に市販薬を過量服用しており、市販薬への依存がかなり進行している状態であった。

M.I.N.I.の「自殺リスク」セクションの平均得点は25.6点（中央値27.0点）であり、市販薬の過量服用により救急搬送された患者の多くが、自殺する危険性が非常に高い心理状態であることが示された。

2. 過量服用した市販薬の種類と情報源

過量服用した市販薬は、ジフェンヒドラミンを主成分とする催眠鎮静薬（抗ヒスタミン剤）が14件（28%）と最も多く、次いでアセトアミノフェンやイブプロフェンを主成分とする解熱鎮痛薬12件（24%）、総合感冒薬9件（18%）の順に多かった。

過量服用した市販薬の情報源としては、インターネット検索が 14 件 (52%) と最も多かった。ただし、「自殺」や「死」というキーワードで検索したのではなく、「毎日がしんどい」や「学校に行くのがつらい」等の日々のつらさを吐露した言葉を打ち込み、そこから市販薬過量服用の SNS や情報サイトにつながり方法を知っていた。また、市販薬を過量服用した経験のある知人・友人やネット友 (インターネット友達) から勧められるという事例が 3 件 (11%) みられた。

3. 市販薬の過量服用のきっかけと目的

過量服用のきっかけとなった心理社会的要因に関して計 40 件の回答があった。「健康問題」が 12 件 (30%) と最も多く、次いで「勤務問題」8 件 (20%)、「学校問題」6 件 (15%)、「男女問題」、「経済的問題」、「その他」がそれぞれ 4 件 (10%)、「家庭問題」2 件 (5%) であった。

過量服用の目的は、「死ぬため」17 件 (50%)、「気分不快感の解消」9 件 (26%)、「気分や意欲をあげるため」3 件 (9%)、「リセットするため」と「意識をとばすため」がともに 2 件 (6%)、「頭痛の緩和」1 件 (3%) であった。

D. 考察

国内外において、コロナ禍で自傷や自殺企図による救急搬送数が増加しており、わが国では市販薬の過量服用や乱用が臨床現場で問題となっている。本研究の結果から、救急医療施設に市販薬の過量服用で搬送された患者の特徴として、「若年」、「女性」、「乱用・依存」の傾向が認められた。全国の救急医療機関を対象とした、カフェイン含有の市販薬による急性薬物中毒の実態把握³⁾では、101 事例のうち、10 代と 20 代を合わせた割合は約 73% と大半を占めており、市販薬を過量服用する患者の多くが 10 代や 20 代の若年世代であるという傾向が本研究結果からも示唆された。また、全国の精神科医療施設を対象に実施した薬物関連精神疾患の実態調査⁴⁾の中で、10 代と 20 代の若者による市販薬の乱用が特徴的であることが示され、特に 10 代の薬物関連障害患者の 56.8% が市販薬

を主たる薬物として使用していたことが示されていた。周囲からのサポートが得づらい 10 代や 20 代の過量服用患者に対する精神的・心理社会的支援を導入する入口として救急医療が担う役割は大きいと考える。

本研究の結果から、市販薬を過量服用する患者に自殺するリスクが非常に高い傾向が認められた。自殺者の生前の心理状態を調査する心理学的剖検調査では、自殺者の 98% が亡くなる直前に何らかの精神疾患に罹患しており、うつ病に次いで物質使用障害が多いことが明らかとなっている⁵⁾。さらには、物質使用障害患者の自殺リスクに影響を与えるのは、乱用物質の種類や量ではなく、「若年」、「女性」、そして「うつ病の併存」であることが先行研究よりわかっている⁶⁾。しかしながら、市販薬に限らず医薬品の過量服用は、全般的に、致死性の低さや自殺念慮の不明確さから医療の現場では軽視されがちである⁷⁾。たとえ少量の過量服用であっても、自殺リスクの丁寧な評価をするとともに、「若年」「依存」「女性」が自殺する危険性を押し上げていることに留意すべきであろう。

本研究の結果から、市販薬を過量服用した人のほとんどがフルタイムの仕事をしていたり、学校生活を送る等の何らかの社会活動に参加していた。この結果は、これまでの過量服薬や自殺に関する研究⁷⁾⁸⁾で示唆される“社会的に孤立した状態”とは異なる就労状況を示していた。市販薬を過量服用した患者は、社会生活を送れているものの、困難や苦痛を抱えていて、家族や友人などの身近な人々やメンタルヘルスの専門家を頼ることをせず、もしくは出来ず、自分一人でどうにか乗り切ろうとして過量服用している可能性がうかがえた。

本研究で過量服用された市販薬は、厚生労働省が指定している「濫用等のおそれのある医薬品」⁹⁾の鎮咳薬に比べ催眠鎮静薬や解熱鎮痛薬が多かった。つまり、高揚感や覚醒効果を期待した乱用目的よりも、気分の落ち込みや不安感などの精神的な苦痛を一時的に緩和することや自殺を目的とした過量服用が多かった。ただ

し、いずれの目的でも、インターネットや SNS に情報が溢れていて、市販薬自体の入手も比較的容易であることが、過量服用や依存を助長していると考えられる。

本研究より、心身の健康状態についての悩みや、職場環境や学校生活からのストレス、生活困窮、家族や恋人といった身近な人間とのトラブルなど様々な問題が過量服用の誘因となっていた。このような多種多様な問題を抱えた状態の患者に対して何の策も講じないまま退院となった場合、患者は再び生きづらい環境や状況に戻ることになり、最悪の場合、再度、過量服用をする可能性がある。

前述の通り、市販薬の過量服用には精神医学的な問題だけではなく様々な心理社会的要因が関連していることから、医師だけでなく看護師、薬剤師、臨床心理士、精神保健福祉士が協働し、患者の情報を共有し合いながら患者一人ひとりに対しての適切な援助方法を提供することは過量服薬のみならず自殺企図の再発予防の観点からも重要であろう。

本稿では、多施設共同調査における埼玉医科大学病院救急センター・臨床中毒センターでの 25 事例を対象とした結果をもとに、市販薬の過量服用に関連する心理社会的特徴や再発予防に向けた支援について報告した。今後は多施設の症例数を含めた解析を実施し、より効果的な対策や支援を検討していく必要があることを付記しておく。

E. 結論

本研究の結果より、メンタルヘルスの不調を抱えながらも、身近な人々や専門家を頼ることをしない、もしくはできない若年者が、自分一人でどうにかつらさを乗り越えようとする方法として、さらには、心理社会的影響により精神的に追い詰められた結果、自殺手段として市販薬を過量服用している可能性が示唆された。インターネットや SNS に情報が溢れていて、市販薬自体の入手も比較的容易であることが、過量服用を助長していると考えられた。

F. 参考文献

- 1) Shimane T, Imamura A, Ikeda K, et al: Reliability and validity of the Japanese version of the DAST-20]. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*.50(6):310-24, (Japanese), 2015
- 2) Sheehan, D. V., Lecrubier, Y.(大坪天平, 宮岡等, 上島国利訳) : M.I.N.I.精神疾患簡易構造化面接法. 星和書店, 東京, 2003
- 3) Kamijo Y, Takai M, Fujita Y, et al: A Retrospective Study on the Epidemiological and Clinical Features of Emergency Patients with Large or Massive Consumption of Caffeinated Supplements or Energy Drinks in Japan. *Intern Med*, 57: 1-6, 2018.
- 4) 松本俊彦, 宇佐美貴士, 船田大輔ほか: 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. 令和 2 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) 分担研究報告書, 2020.
- 5) Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. : Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25(4): 147-155, 2004.
- 6) 松本俊彦, 松下幸生, 奥平謙一ほか: 【精神医学のフロンティア】物質使用障害患者における自殺の危険因子とその性差: 年齢, 乱用物質の種類, およびうつ病との関連. *精神神経医学雑誌*, 115(7): 703-710, 2013.
- 7) 高井美智子, 上條吉人, 井出文字: 向精神薬による急性薬物中毒の実態および関連する心理社会的要因についての考察: 臨床心理士の立場からの提言. *日本臨床救急医学会雑誌*, 18: 22-29, 2015.
- 8) 坂東宏樹, 杉本達哉, 山田妃沙子, 他: 過量服薬患者の心理的・社会背景と予防策. *中毒研究*, 24: 9-15, 2011.
- 9) 厚生労働省: 濫用等のおそれのある市販薬

の適正使用について. 医薬品・医療機器等
安全性情報,2019.

G. 研究発表

1. 論文発表（原著・総説・書籍）

- 1) 高井美智子：市販薬過量服用患者の心理社会的背景. レジデント, 医学出版, 東京, 2023. (in press)
- 2) 高井美智子, 上條吉人：市販薬の過量服用で救急医療施設に搬送された患者の依存・乱用と心理社会的特徴について. 総合病院精神医学 (35)・2023. (in press)

2. 学会発表

- 1) 高井美智子, 喜屋武玲子, 芳賀佳之, 上條吉人：市販薬の過量服用で救急医療施設に

搬送された患者の実態 -依存・乱用と自殺リスクについて-. 第46回日本自殺予防学会総会, 2022.

- 2) 高井美智子：コロナ禍における自殺未遂者対応—中毒症例に焦点をあてて—. 第35回日本総合病院精神医学会総会, 2022.
- 3) 高井美智子, 喜屋武玲子, 芳賀佳之, 上條吉人：市販薬の過量服用により救急医療施設に搬送された患者の依存・乱用ならびに心理社会的特徴について. 第35回日本総合病院精神医学会総会, 2022

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

なし

表 1. 市販薬の過量服用患者の属性と尺度得点 (N=25)

	n (%)	平均値 (SD)	中央値 (IQR)
性 別			
男性	9 (36.0)		
女性	16 (64.0)		
年 齢		24.3 (10.3)	21.0(19.0-24.5)
婚 姻			
未婚	20 (80.0)		
既婚	4 (16.0)		
離婚	1 (4.0)		
DAST-20		5.3 (2.7)	4.0(4.0-6.3)
相当程度 (11~15点)	2 (8.0)		
中度 (6~10点)	7 (28.0)		
軽度 (1~5点)	16 (64.0)		
M. I. N. I (自殺傾向セクション)		25.6 (8.5)	29.0(21.0-33.0)

DAST-20 ; The Drug Abuse Screening Test

M. I. N. I ; Mini International Neuropsychiatric Interview

SD ; Standard Deviation (標準偏差)

IQR ; Interquartile Range (四分位範囲)

【研究② 救急医療施設に搬送となった急性市販薬中毒の疫学的・臨床的特徴に関する調査および主要成分血中濃度測定】

A. 研究目的

市販薬の過量服薬の現状を明らかにすることを目的に、埼玉医科大学病院臨床中毒センターが基盤機関となり、日本臨床・分析中毒学会 (Japanese Society of Clinical & Analytical Toxicology) に所属する救急医療施設へ搬送された急性市販薬中毒患者の背景、臨床症状、治療経過、予後などに加えて市販薬に含有されるカフェインやジフェンヒドラミンなどの主成分の血中濃度を集積・解析する。これにより、市販薬の危険性が明らかになれば、厚生労働省などを通じて注意喚起するとともに、市販薬を用いた自殺企図・自傷行為の予防に向けた提言を行っていく。

B. 研究方法

1) 対象

本研究の対象は、2021年5月1日から2022年12月31日までに急性市販薬中毒により救急4医療施設に搬送された122名（男性25名、女性97名、平均年齢25.8±12.4歳、中央値22.0歳）である。

2) 調査項目

本研究では、独自の調査用紙を作成し下記情報を収集した。年齢、性別、職業、婚姻について、同居人について、使用された市販薬の商品名および服用量と内服目的、併用薬物（アルコールを含む）、既往歴（精神疾患の有無を含む）、合併症、飲酒歴、喫煙歴、服用した回数（初回なのか、複数回なのか）、服用に至った理由、服用薬物の入手経路、服用薬物についての情報入手経路、摂取から医療機関を受診するまでの時間、初診時の意識レベルおよびバイタルサイン、初診時の検査所見、全経過の臨床症状、合併症、集中治療室での治療の有無、人工呼吸器または急性血液浄化法などの施行の有無、治療薬使用の有無、予後（記入時間：約20分）。また、全症例について基盤施設に初診時及び治療経過中の血液検体を集積してカフェインやジ

フェンヒドラミンなどの有効成分についてLC/QTOF-MS法、LC MS/MS法、GC-MS法などによる機器分析によって血中濃度を測定した

今回の市販薬定義としては、処方箋なしに手に入れられることができる薬物全般とし、カフェイン製剤などのサプリメントや、個人輸入で手に入れられる薬などを含めたことから、あえて一般用医薬品と表記せず「市販薬」とした。

3) 手続き

1. 基盤機関である埼玉医科大学病院臨床中毒センターは9救急医療機関の研究責任者に研究協力依頼を行った。

2. 9施設より研究参加の同意が得られた。共同研究機関に急性市販薬中毒の患者が搬送された際は、共同研究機関の研究責任者もしくは研究担当者は、被験者から文書にて研究参加に対する同意を確認した後、「急性市販薬中毒患者来院」の旨をFAXまたはメールにて基盤機関に連絡し、基盤機関はその症例にIDを付与する。

3. 共同研究機関は通常の外注の方法で初診時の採血の残り血清、および血液浄化法を施行した際は、その前後の採血の残り血清があればその血清を基盤機関に送付した。

4. 基盤機関は調査用紙を共同研究機関に送付する、または調査用紙のファイルをメールで添付して送付し、記入を依頼する。

5. 基盤機関はPESI法、GC-MS法、LC MS/MS法などで市販薬に含有されているカフェインやジフェンヒドラミンをはじめとする主成分の血中濃度を測定し、その結果を共同研究機関にフィードバックした。

6. 共同研究機関は患者が退院してから一か月以内に調査用紙を埼玉医科大学病院臨床中毒センターに送付する。

7. 埼玉医科大学病院臨床中毒センターは、調査用紙から得られた情報をデータベース化し、結果の解析を実施した。尚、検体は氏名、IDなど個人情報の代わりに研究特有の新規コードを割り付け、仮名化した状態で送付された。

4) 倫理的配慮

基盤機関ならびに共同研究機関は、各機関における倫理審査で承認を得た後に研究を開始した。

研究対象者に対して、研究の内容や倫理的配慮等について研究内容説明書に沿って口頭および書面で説明を行い、文書による同意を取得した。なお、対象者が20歳未満の場合は、本人だけでなく代諾者にもこの研究の内容について説明書を用いて十分に説明し、文書にて同意を得た。

C. 研究結果

研究登録期間中、計9施設の共同研究機関(埼玉医科大学病院、国立災害医療センター、奈良県立医科大学高度救命救急センター、佐賀医科大学付属病院、県立広島病院、国際医療福祉大学病院、呉医療センター・中国がんセンター、聖路加国際病院、国立国際医療研究センター(NCGM)病院)のうち7施設から、122例が登録された。

1. 属性

対象の属性を算出した。性別は男性25名(20.5%)、女性97名(79.5%)、平均年齢25.8歳(中央値22.0歳)と若年の女性が多かった。婚姻については、未婚100名(82.0%)、既婚12名(9.8%)、離婚4名(3.3%)、内縁2名(1.6%)、不明3名(2.5%)であった。職業は、学生41名(33.6%)で最も多く、次いでフルタイム32名(26.2%)、アルバイト・パート20名(16.4%)、無職11名(9.0%)、その他8名(6.6%)、主婦・主夫5名(4.1%)、休職中・休学中3名(2.5%)、就活中・自称がそれぞれ1名(0.8%)であった。

対象者のうち86名(70.5%)が家族と同居しており、12名(9.8%)が内縁関係のパートナーもしくは恋人、友人・その他と同居がそれぞれ2名(1.6%)であった。17名(13.9%)が独居で、不明3名(2.5%)であった。

飲酒状況については、56名(45.9%)が飲酒しておらず、機会飲酒が36名(29.5%)、

ほぼ毎日飲酒が15名(12.3%)、週数回の飲酒が11名(9.0%)、不明4名(3.3%)であった。喫煙は、「喫煙しない」が80名(65.6%)、「喫煙する」20名(16.4%)、不明22名(18.0%)であった。

既往歴は、身体的既往歴のみが14名(11.5%)、精神科既往歴のみは63名(51.6%)、身体的既往歴と精神科既往歴のいずれもありが8名(6.6%)、不明が1名(0.8%)であった。身体的既往については31件の回答(重複あり)があり、「腎・尿路生殖器系疾患」が8名(25.8%)、「筋骨格系疾患」が4名(12.9%)、ついで「循環器系疾患」「呼吸器系疾患」「神経系疾患」が各3名(9.7%)、「消化器系疾患」「妊娠、分娩および産じょくに係る疾患」が各2名(6.5%)、「悪性新生物」「内分泌、栄養及び代謝疾患」が各1名(3.2%)、「その他の疾患」が4名(12.9%)であった。精神科既往歴については60件の回答(重複あり)があり、ICD-10(国際疾病分類第10版(2013年版))に則った分類を以下に示す。「F3気分[感情]障害」30名(50.0%)、「F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」29名(48.3%)が一番多く、ついで「F8心理的発達の障害」8名(13.3%)、「F6成人の人格及び行動の障害」5名(8.3%)、「F2統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」4名(6.7%)、「F9小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害」4名(6.7%)、「F1精神作用物質使用による精神及び行動の障害」2名(3.3%)、「F0症状性を含む器質性精神障害」1名(1.7%)、「F5生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群」1名(1.7%)、「F7知的障害(精神遅滞)」1名(1.7%)、「F99詳細不明の精神障害」2名(3.3%)であった。過量服用での救急受診歴については、「あり」が74名(60.7%)、「なし」が40名(32.8%)、不明が8名(6.6%)であった。

2. 過量服用した市販薬について

過量服用に使用された市販薬の種類は平均 1.5 ± 1.1 個(中央値1.0)で、錠数は平均 101.8 ± 106.9 錠(中央値76.5)であった。ま

た、47名(38.5%)が市販薬に加えて併存薬物の過量摂取が認められた。

市販薬の過量服回数について、初回が77名(63.1%)、2回目が6名(4.9%)、常用が33名(27.0%)、不明が6名(4.9%)であった。

過量服用の目的は、「自傷・自殺目的」97件(74.0%)、「その他の目的」31件(23.7%)、「かぜ症状の緩和」2件(1.5%)、「特になし」1件(0.8%)であった。また、意図的な濫用(本来の目的以外の使用)があったのは33名(27.0%)であった。

市販薬についての情報源としては、インターネット検索が49件(38.0%)と最も多く、実店舗23件(17.8%)、SNS22件(17.1%)、知人・友人6件(4.7%)、その他の情報29件(22.5%)であった。

過量服用に使用した市販薬の入手経路について計129件の回答があり、実店舗での購入が85件(65.9%)、置き薬が20件(15.5%)、インターネットで購入が12件(9.3%)、家族がもともと所有していたのが10件(7.8%)、その他2件(1.6%)であった。

平成21年6月から薬事法に基づき、一般用医薬品の販売におけるリスク区分が実施されている。区分は「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則上の規定」に従い、「第1類医薬品」「第2類医薬品」「第3類医薬品」に分類され、さらに、第2類医薬品のうち、特別の注意を要するものとして厚生労働大臣が指定するものとして「指定第2類医薬品」がある。その副作用等により日常生活に支障を来す程度の健康被害を生ずるおそれがある程度において、厚生労働大臣が指定し、販売方法も区分に基づき異なっている。本研究では、一般用医薬品に加えて個人輸入薬品や食品としてのサプリメントも対象としているため、一般用医薬品以外はその他に分類した。「第1類医薬品」は2件(2.4%)、「第2類医薬品」17件(20.5%)、「指定第2類医薬品」52件(62.7%)、「第3類医薬

品」2件(2.4%)、「指定なし」8件(9.6%)、「不明」2件(2.4%)であった。

過量服薬された市販薬は83種類189品目であった。カテゴリー分類では189品目中「解熱鎮痛薬」47件(24.9%)、鎮咳去痰薬35件(18.5%)が最も多く、ついで「かぜ薬」34件(18.0%)、「催眠鎮静薬」28件(1.8%)、「抗ヒスタミン薬主薬製剤」14件(7.4%)、「眠気防止薬」9件(4.8%)、「鎮うん薬(乗物酔い防止薬、つわり用薬を含む)」9件(4.8%)、「漢方製剤」2件(1.1%)、「その他」11件(5.8%)であった(図1 過量服薬された市販薬のカテゴリー)。

2件以上服用された市販薬について表1に商品名及び回数、カテゴリーを示す。

過量服用された市販薬に含有されている主成分のうち、12種類の濫用や依存が問題とされている成分「ジヒドロコデインリン酸塩/コデインリン酸塩水和物」「プロモバレリル尿素」「プソイドエフェドリン塩酸塩/塩酸プソイドエフェドリン」「dl-メチルエフェドリン塩酸塩」「アセトアミノフェン」「無水カフェイン」「ジプロフィリン」「クロルフェニラミンマレイン酸塩/d-クロルマレイン酸塩/マレイン酸フェニラミン」「ジフェンヒドラミン塩酸塩/ジフェンヒドラミンサリチル酸塩」「デキストロメトルフアン臭化水素酸塩水和物」「アスピリン(アセチルサリチル酸)」「イブプロフェン」「その他」について、計382件を算出した。過量服用した市販薬の成分として最も多かったのが無水カフェイン84件(22.2%)、次いでdl-メチルエフェドリン塩酸塩55件(14.4%)、クロルフェニラミンマレイン酸塩/d-クロルマレイン酸塩/マレイン酸フェニラミン48件(12.6%)、ジヒドロコデインリン酸塩/コデインリン酸塩水和物47件(12.3%)、ジフェンヒドラミン塩酸塩/ジフェンヒドラミンサリチル酸塩35件(9.2%)、アセトアミノフェン31件(8.1%)、イブプロフェン29件(7.6%)、デキストロメトルフアン臭化水素酸塩水和物16件(4.2%)、アスピリン13件(3.4%)、プロモバレリル尿素9件(2.4%)、ジプロフィリン7件(1.8%)、その他5件

(1.3%)、プソイドエフェドリン塩酸塩/塩酸プソイドエフェドリン 3 件 (0.8%) であった (図 2: 過量服用された市販薬含有成分)

3. 初診時の臨床所見と予後

初診時の臨床所見及び検査結果を表 2 に示す。

服用から受診までの時間が判明していたのは 113 件(92.6%)で、中央値 270 分[25%tile 値 120, 75%tile 値 540]、不明であったのは 9 件 (7.3%)であった。73 名 (59.8%) の対象者に嘔気嘔吐や腹痛等の消化器症状があり、54 名 (44.3%) に意識障害や不穏興奮、イライラ等の中枢神経症状が認められた。また、振戦や頭痛、耳鳴りといった神経症状が 38 名 (31.1%)、不整脈等の循環器症状が 54 名 (44.3%) あった。

救急搬送後、113 名 (92.6%) が入院となり、69 名 (56.6%) が集中治療室での治療を要した。

治療に関しては、薬物の吸収阻害として「胃洗浄」を施行したのは 10 件(8.2%)で、「活性炭の単回投与」を施行したのは 35 件 (28.7%)であった。また、薬物の排泄促進として血液浄化療法を施行したのは 7 件(5.7%)で全例血液透析療法を施行されていた。人工呼吸器管理を要したのは 6 件(4.9%)であった。入院日数は平均 3.4 ± 2.7 日 (中央値 2.0) で、111 名 (91.0%) が完全回復し、11 名 (9.0%) が退院時に残遺症状が認められた。死亡事例はなかった。

4. 血中濃度の測定

122 事例全ての初診時及び治療経過中の血液検体を収集し、現在、LC/QTOF-MS 法、LC MS/MS 法、GC-MS 法などで市販薬に含有されているカフェインやジフェンヒドラミンをはじめとする主成分の血中濃度を解析している。成分分析についての結果は次年度以降に報告する。

D. 考察

1. 2022 年の総括

本研究は、市販薬の過量摂取の現状を明らか

にすることを目的に、救急医療施設へ搬送された急性市販薬中毒患者を対象に行われた。調査用紙による患者背景、臨床症状、治療経過、予後に関しては、7 施設から当初の目標の 100 例を超える 122 例の結果を集積することができた。また、初診時及び治療経過中の血液検体については、症例登録した全 122 例で問題なく収集することができた。しかし、市販薬に含有されるカフェインやジフェンヒドラミンなどの主成分の血中濃度を集積・解析することについては、日本の市販薬独特の複数成分配合という特徴から、血中濃度分析に至るまでには予想以上に時間がかかることが判明した。現時点では分析メソッドの構築中であり、実際の血中濃度分析までには至っていない。こちらに関しては、効率的な分析方法を模索しながら、次年度中には分析を行えるようにする予定である。

また、今後の課題については、中毒症例の搬送施設基準が地域によって偏っている可能性が示唆されたことである。今回の回収の結果には施設によって症例数の偏りが生じていた。具体的には東京都では 100 錠以上の過量服用に対しては、搬送先として自動的に 3 次救急施設が選定されるが、東京以外の施設ではそのような基準がなく、3 次救急施設への急性中毒症例そのものの搬送割合が少ないことが推測された。このことから、次回の研究において、参加協力施設の対象を広げて行う必要があると考える。

2. 考察

今回の研究において、市販薬過量摂取患者では、「若年」「女性」が多い傾向が認められた。また、内訳は 10 代 43 名 (35.2%)、20 代 50 名 (41.0%) であり、最年少は 12 歳であった。婚姻については「未婚」が 82% と多い一方で、家族など他者と同居している割合は 70.5% と多かった。このことから、同じ世帯で同居している者がいても、なかなか悩みを打ち明けられない状況が多いことが考えられる。市販薬についての情報源としてインターネット検索が 38% と最も多いことから、誰にも話せずに悩みを内に抱えてしまっているケースが多いのではないかと考えられる。

飲酒や喫煙の状況は、習慣的に飲酒している（ほぼ毎日もしくは週数回以上）割合は、21.3%、喫煙者は16.4%と比較的低く、対象者が若年であることと関連している可能性がある。

既往症については全くないというケース36件(29.5%)よりも何らかの既往があるケースが85名(69.7%)と多く、疾患による苦痛を緩和したい、逃れたい、気を紛らわせたいという理由での過量服薬を助長している可能性はある。

本調査において、市販薬過量服用の目的は「自傷・自殺目的」97件(74.0%)、「その他の目的」31件(23.7%)、「なぜ症状の緩和」2件(1.5%)、「特になし」1件(0.8%)であった。「自傷」の中には特に死にたいというわけではないが、「いなくなってしまうたい」、「自らを罰したい、傷付けたい」などの意見も含まれていた。「その他」の中には「気分を上げたい」「元気を出したい」などの活力剤として服用する、「嫌なことを忘れたかった」「薬になりたかった」などの現実逃避目的、「薬をたくさん飲みたくなってしまいうから」、「過量服薬したくなるから」という依存性につながるような意見、「精神科の薬を服用したかったが、精神科を受診できなかつたから」「お酒が買えないので市販薬を購入した」など手に入れにくい他の物の代用として市販薬を選んだという意見が見られた。

なぜ市販薬を過量服用する事案が増えているのか。それは、手に入りやすさが関係していることは間違いない。市販薬の入手ルートとしては、実店舗、ネット購入、家族や知人から入手するなどが主な経路である。市販薬はリスクに基づき第1～3類医薬品に分類され販売されており、第1～3類医薬品全てがインターネットで購入可能となっている。市販薬の販売ルール¹⁾について表3にまとめた。インターネットで購入する場合には薬剤師による確認事項があるが、自己申告であるためチェック機構としては限界がある。第2類医薬品のうち、特別の注意を要するものとして厚

生労働大臣が指定するものを指定第2類といい、具体的にはコデイン、ジヒドロコデイン、ジフェンヒドラミン、プソイドエフェドリンなどが含まれている。濫用が問題となる多くの市販薬は、第2類医薬品もしくは指定第2類医薬品に分類されている。指定第2類医薬品は「情報を提供するための設備から7m以内の範囲に陳列する」などの規制はあるものの、副作用などの情報提供に関しては努力義務にとどまっており、使用者自身の情報収集力や用法容量の遵守に判断が委ねられているとも言える。今回の調査では実店舗での購入が85件(65.9%)と多かった。ドラッグストアは全国で増加しており、思い立った時にすぐに手に入れられる手軽さが実店舗での購入の多さに表れている。これは、逆に考えると実店舗での対策が市販薬過量服用の抑制につながる可能性を示唆している。例えば複数の実店舗で購入したケースでは、1店舗目で薬剤師がいたため複数個購入できず、3店舗を回って集めたと話している。このケースでは一見チェック機構が正常に働いているように見えるが、「他店からの購入事項」確認の義務がないことから複数店舗で購入することで手に入れることができたチェック機構の穴を浮き彫りにしているとも言える。市販薬の購入履歴などについて、販売店同士の横のつながりのシステムを構築するなどの改善が必要な部分もあるが、利便性やプライバシーの問題などが出現してくることが予測されるため、議論が必要である。若年者で家族と同居している例が多かったためか、置き薬が20件

(15.5%)、家族がもともと所有していたのが10件(7.8%)と、自宅でふと目にした薬に興味を引かれたりする例も見られたが、インターネットでの購入は12件(9.3%)と少なかった。自殺の手段として、あるいは非日常感を体験したいという好奇心など様々な使用理由はあるが、身近にあり容易に手に入る、「合法的」な市販薬は、使用する側の罪悪感を薄めていると考えられる。さらに「市販されている薬だから安全だろう」という誤解も、過

量服用するというハードルを簡単に越えさせてしまう一因となっている。市販薬過量服用では、含有成分により一時的な高揚を感じたり、逆に眠気が強くなったりする。また中枢神経作用がある成分では時に、幻覚のようなものを見ることもある。このような作用を求めて一時的な現実逃避やストレス発散の手段として使用するケースも見られた。また、自らの経験などをインターネットや SNS で配信するケースも多く、情報は真偽に関わらず瞬く間に拡散している。このような情報拡散も過量服用のハードルを下げる要因の一つであるとされており²⁾、「みんなやっているのだから」「自分も大丈夫だ」という安易な考えで過量服用してしまう若者も多いと考えられる。

過量服用が問題となる市販薬としては、精神神経用薬として分類されている「かぜ薬」「解熱・鎮痛薬」「催眠・鎮静薬」「眠気防止薬」などに加えて、「抗ヒスタミン薬主薬製剤」

「鎮うん薬(乗り物酔い防止・つわり防止を含む)」が知られている。日本における市販薬、特に総合感冒薬などの特徴として、一つの薬に複数の成分が混合されていることが挙げられる。市販薬を選ぶ際に多くの症状に効く、効き目が強い、早く、長く効くなどのさまざまな要望に対して、消費者の意見に寄り添った細やかな製品を作ってきたことで、複数の物質が組み合わさるという、日本独特とも言える市販薬が出来上がってきたと言える。現在販売されているかぜ薬だけでも年齢や飲むタイミングなどの用途別にさまざまなタイプが市販されておりその数は 600 件を超える。かぜ薬に含まれている、クロルフェニラミンマレイン酸塩などの抗ヒスタミン薬は、眠くなることが多く、諸症状を緩和し、解熱鎮痛効果を高めるために配合されているブロモバレリル尿素などの鎮静剤や、ジヒドロコデインリン酸塩などの中枢性の鎮咳剤も眠くなることが知られている。しかし、体調が悪くても仕事を休めない、運転しなければならないなどの場合に、眠くならないかぜ薬が望まれていることも、日本人特有の労働慣習の

所以であると言えるかもしれない。また、仕事以外でも、結婚式や旅行、受験など外せない日は誰にでもある。そんな時に、選んでしまうのは、やはり多くの症状に、早く、長く効く薬であるが、このようなかぜ薬には眠くならないように、カフェインが含有されていることが多いのだ。折下コロナ禍となり、風邪をひいた時はしっかり休もうという風潮に変わってきたように思えるが、関節痛や頭痛を緩和したり、早く元気になったと実感したりする目的で、カフェインが含有されていることも多い。実際に本研究では「眠気防止薬」としてカフェイン単剤での過量服薬は 9 件(4.8%)と少ないように見えるが、過量服用された市販薬に含有されている主成分の調査では最も多かったのが無水カフェイン 84 件

(22.2%) となっている。市販薬の用法・用量通りであればそれぞれの成分は微量であっても、過量服用時には有害事象が生じる可能性がある。そしてこれらの中には、依存性物質が含まれていることも忘れてはいけない。薬物関連精神疾患の実態調査³⁾では、依存症候群を呈した症例は、覚醒剤症例 80.6%、睡眠薬・抗不安薬症例 81.1%を抑えて、市販薬症例 83.1%と高い値となっている。本調査においても、意図的な濫用(本来の目的以外の使用) 33 名(27.0%)に認められた。本調査で算出した濫用が問題となっている 12 の成分「ジヒドロコデインリン酸塩/コデインリン酸塩水和物」「ブロモバレリル尿素」「プソイドエフェドリン塩酸塩/塩酸プソイドエフェドリン」「dl-メチルエフェドリン塩酸塩」「アセトアミノフェン」「無水カフェイン」「ジプロフィリン」「クロルフェニラミンマレイン酸塩/d-クロルマレイン酸塩/マレイン酸フェニラミン」「ジフェンヒドラミン塩酸塩/ジフェンヒドラミンサリチル酸塩」「デキストロメトर्फアン臭化水素酸塩水和物」「アスピリン(アセチルサリチル酸)」「イブプロフェン」のうち、依存性が知られているのは「ジヒドロコデインリン酸塩/コデインリン酸塩水和物」「ブロモバレリル尿素」「プソイドエフェドリン塩酸塩/塩酸プ

ソイドエフェドリン」「dl-メチルエフェドリン塩酸塩」「デキストロメトルファン臭化水素酸塩水和物」の5つであるが、過量服薬される市販薬にこれらの成分の含有は非常に多いことが今回わかった。今後はこのような濫用・依存につながるような市販薬の調査も行っていく必要がある。

市販薬過量服用における治療は、アセトアミノフェン以外には有効な解毒拮抗薬はなく、支持療法が中心となる。中枢神経症状や不整脈などの循環器症状はいずれも44.3%と半数近くに認められており、慎重なモニタリングが必要とされることから、集中治療室への入床が多い理由となっていると考えられる。また、服用理由として「自傷・自殺目的」が74.0%と多く、目の届きにくい一般病棟での加療を難しくしている。市販薬過量服用における中毒症例は、血圧や呼吸などのバイタルが安定しているように見えても急激な状態変化のリスクや、精神的な不安定さがあり、管理が慎重とならざるを得ない。多くの症例では良好な結果を辿ってはいるが、緊急事態にいつでも備えられるような状態で管理しているからこそその結果であると言える。

今後は、含有成分の種類や血中濃度などと症状の関連についても、さらに症例を重ねて調査していく必要がある。

E. 結論

本研究は、実際に救急搬送が必要となった市販薬過量摂取による急性中毒症例に対して行われた初めての疫学的調査である。本研究により、市販薬過量服薬に関する傾向として、「若年」「女性」に多いこと、服用の理由として「自傷・自殺目的」が多いものの、活力剤としての使用や、現実逃避、未成年に対する酒など手に入りやすい物質の代替としての市販薬服用など、自傷・自殺以外の目的があることがわかった。また、濫用・依存の問題があることも判明した。しかし、本研究はコロナ禍という特殊な時期に施行されたこと、また、初回の調査であり、増加などの傾向に関しては掴めていない。今後も

調査を継続していくだけではなく、調査施設を拡大していく必要性が示唆された。

F. 参考文献

- 1) 厚生労働省 医薬食品局 総務課「一般用医薬品のインターネット販売について」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11120000-Iyakushokuhinkyoku/sinseido.pdf>
- 2) 嶋根卓也：OTC薬乱用の現状と対応—最も身近な医薬品の意外な落とし穴.日本維持新報 No5133:p18-34,2022
- 3) 松本俊彦、宇佐美貴士、船田大輔、他：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査.令和2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 分担研究報告書. pp41-105.2020.

G. 研究発表

1. 論文発表（原著・総説・書籍）

喜屋武玲子：我が国における市販薬過量服用の実態.レジデント，医学出版，東京，2023. (in press)

2. 学会発表

- 1) 喜屋武 玲子, 高井 美智子, 小原 小衣子, 上條 吉人：市販薬の依存・乱用,過量服用 救急医療施設に搬送となった急性市販薬中毒の疫学のおよび臨床的特徴に関する調査. 第35回日本総合病院精神医学会総会. (東京) 2022.10.28-29
- 2) 喜屋武 玲子, 花澤 朋樹, 芳澤 朋大:心身総合の中毒診療の必要性. 第44回日本中毒学会総会・学術集会 (web開催) 2022.7.15-16
- 3) 喜屋武玲子 上條吉人 小原佐衣子 花澤朋樹 芳澤朋大 宮本政宗 高井美智子:救急医療施設に搬送となった急性市販薬中毒の疫学のおよび臨床的特徴に関する調査中間報告 202.第6回日本臨床・分析中毒学会学術総会(東京)2023.3.11

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)
未定

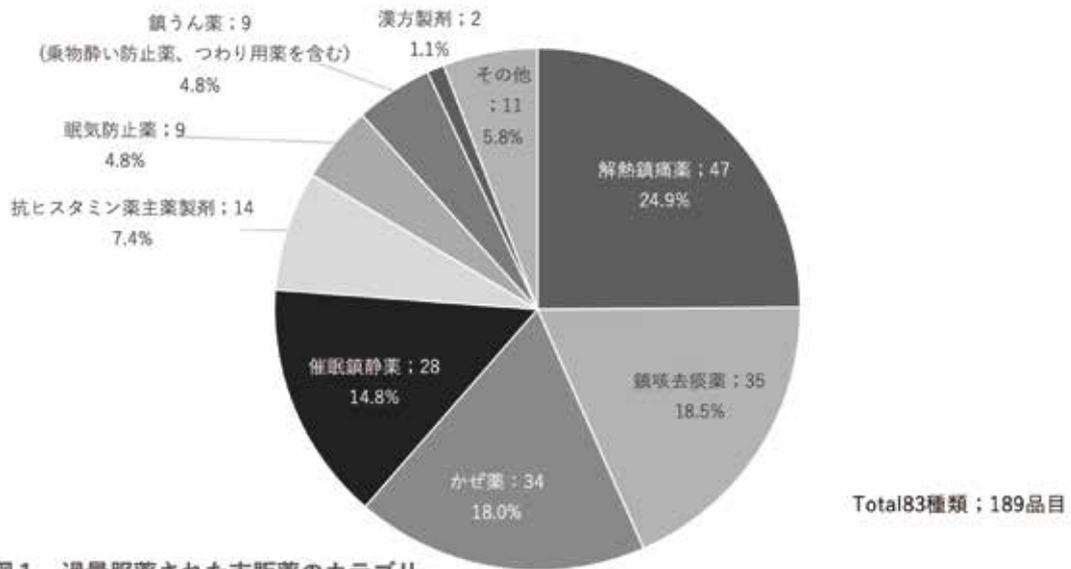


図1 過量服薬された市販薬のカテゴリー

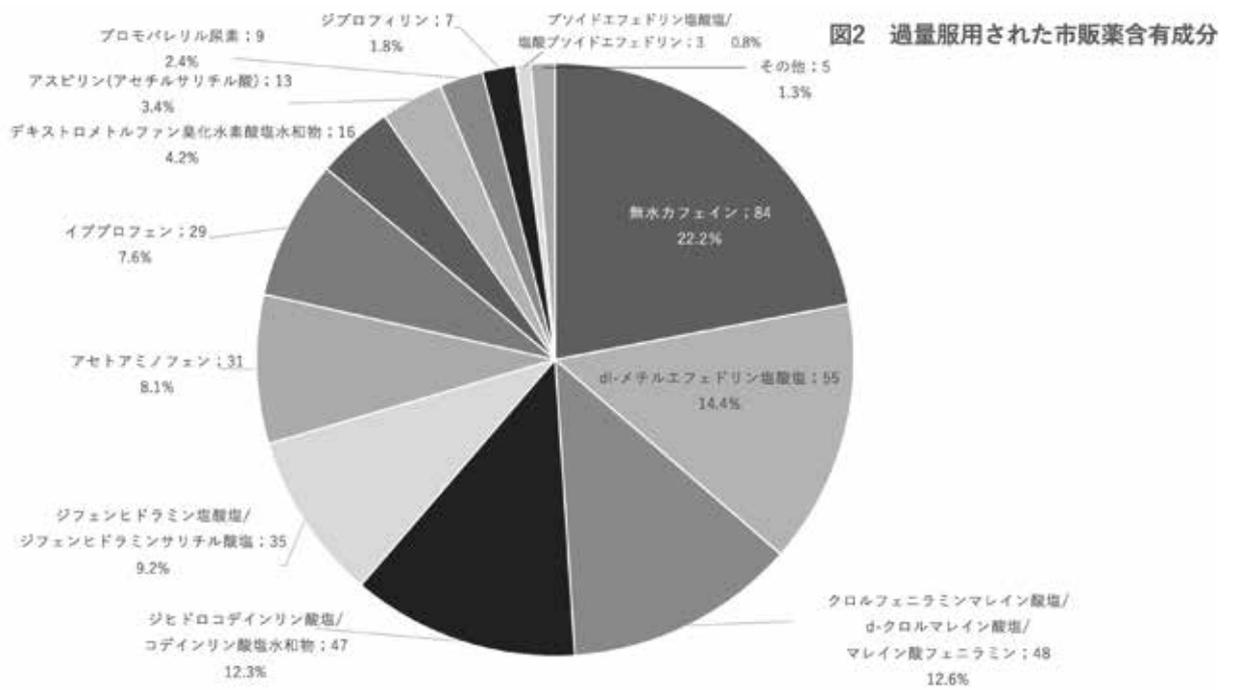


図2 過量服用された市販薬含有成分

表 1：2 件以上服用された市販薬

商品名	服薬件数	カテゴリー
エスエスブロン錠	26	鎮咳去痰薬
レスタミンコーワ糖衣錠	13	抗ヒスタミン薬主薬製剤
バファリンA	13	解熱鎮痛薬
バブロンゴールドA<錠>	9	かぜ薬
イブA錠	7	解熱鎮痛薬
ドリエル	7	催眠鎮静薬
ウット	5	催眠鎮静薬
トラベルミン	5	鎮うん薬
バブロンSα<錠>	4	かぜ薬
メジコンせき止め錠Pro	4	鎮咳去痰薬
エスタロンモカ12	3	眠気防止薬
エスタロンモカ錠	3	眠気防止薬
ナロンエースT	3	解熱鎮痛薬
バファリンプレミアム	3	解熱鎮痛薬
ベンザエースA:	3	かぜ薬
新ルル-A錠s	3	かぜ薬
ドリーミンZ	2	催眠鎮静薬
ドリエルEX:	2	催眠鎮静薬
ナロン錠	2	催眠鎮静薬
ハイブロン	2	催眠鎮静薬
ディバシオ(詳細不明)	2	解熱鎮痛薬
ディバシオIPa:	2	解熱鎮痛薬
リコリプラスエースa	2	解熱鎮痛薬
エスタック総合感冒	2	かぜ薬
新ルルAゴールドs	2	かぜ薬
トラベルミンR:	2	鎮うん薬
バブロン鼻炎カプセルSα	2	その他

表 2：初診時の臨床所見及び検査結果

	度数	平均値	中央値	標準偏差	四分位範囲	
	n				25%	75%
呼吸数	122	21.31	20	8.018	18	24
収縮期血圧	122	126.24	122.5	19.538	114.75	137.25
拡張期血圧	122	81.28	81	16.176	72	92
脈拍	122	104.11	104.5	30.331	87	122.5
GCS	118	13.19	15	2.923	13	15
体温	122	36.9525	36.9	0.59975	36.5	37.325
Tbil	122	0.60246	0.5	0.525461	0.4	0.7
GOT	122	27.1557	20	37.86842	17	23.25
GRP	122	19.7951	13	21.24316	9	21
CK	121	787.7273	90	4539.8	66	145
AMY	104	89.3846	72.5	69.10079	49.5	99.5
BUN	122	10.2131	9.6	6.5201	7.075	11.6
Cr	122	0.702	0.68	0.18435	0.5675	0.81
Glu	122	120.8361	110	55.01455	93.75	133.25
HbA1c	14	5.6286	5.45	0.83981	5.075	5.875
Na	122	139.3721	139	3.15111	138	141
K	122	3.4998	3.6	0.58885	3.1	3.9
Cl	122	100.6066	101	4.38359	97.75	103.25
IP	71	3.2958	3.3	1.08252	2.6	3.8
乳酸値	118	3.3759	2.1	6.85435	1.5	3.5019

【研究③ 救急医療施設に搬送されたカフェインを主成分とする市販薬の過量摂取による急性カフェイン中毒の疫学的・臨床学的特徴に関する追跡調査】

A. 研究目的

埼玉医科大学病院臨床中毒科が基盤施設となり、日本臨床・分析中毒学会 (Japanese Society of Clinical & Analytical Toxicology) に正会員が所属する救急医療施設を研究協力施設として、救急医療施設に搬送されたカフェインを主成分とする市販薬の過量摂取による急性カフェイン中毒患者の背景、臨床症状、治療経過、予後などを集積・解析する。本研究から、カフェインを主成分とする市販薬の危険性を明らかにし、厚生労働省などを通じて注意喚起するとともに、カフェインを用いた自殺企図・自傷行為の予防に向けた提言を行いたい。

B. 研究方法

2016年4月1日～2021年3月31日までの間に、カフェインを主成分とする市販薬を過量摂取して各救急医療施設に救急搬送された急性カフェイン中毒症例が対象である。年齢、性別、カフェインを含有する製品の商品名および服用量、カフェイン推定総摂取量、併用薬剤、既往歴 (精神疾患の有無を含む)、服薬した回数 (初回なのか複数回なのか)、服薬に至った理由 (カフェイン摂取の目的)、服薬薬物の入手経路、意識レベルおよびバイタルサイン、血液生化学所見、カフェイン血中濃度測定の有無とその数値、薬物分析による血中濃度測定の有無とその数値、心電図所見、全経過の臨床症状、合併症、治療の有無 (消化管除染、薬剤、人工呼吸器、急性血液浄化法、経皮的心肺補助の有無など)、入院期間、予後・転機など、調査票を用いて調査する。

調査実施にあたり、埼玉医科大学病院の倫理審査で承認を得た (承認番号: 2021-064)。

C. 研究結果

11の救急医療機関から76名の患者を対象とした。ほとんどの患者は若年者であった (年齢

中央値23歳、範囲15～54歳、男性37名、女性39名)。精神科受診歴のある患者は36名、自殺未遂や自傷行為でカフェイン入りの製品を摂取した患者は65名であった。カフェイン含有量の多い錠剤の摂取経験者が74名(97%)であり、カフェイン含有量の少ない液体の摂取経験者はいなかった。75名の患者のカフェイン摂取量が推定された (中央値7.0g、範囲0.6～68.0g)。24名の患者が血液浄化を受け、10人が人工呼吸器によるサポートを必要とした。心停止した症例は3.0%に認めたが、全例が救命された。

D. 考察

2018年、上條らは、2011年4月から2016年3月にかけて、日本でカフェイン入りのサプリメントやエナジードリンクを大量・多量に摂取した救急患者の疫学的・臨床的特徴に関する多施設共同後ろ向き研究を発表した。その研究、カフェインを多く含有する錠剤の摂取に伴う毒性リスクを強調した¹⁾。しかし、その後も急性カフェイン中毒の症例が続出し、中には重篤な症例や死亡例も認めた。そこで、さらにその後の5年間の追跡調査を実施した。本研究では、ほとんどの患者がカフェイン入りの錠剤を摂取した。死亡例はなかったものの、多くの患者が人工呼吸器のサポートや血液浄化などの集中治療を必要とした。このことから、カフェイン含有量の多い錠剤は重篤なカフェイン中毒のリスクが高いことが再確認された。今までのカフェインの報告と比較し、今回の調査では血液浄化を行った患者が多い傾向にあった。この傾向は、死亡率0%に寄与している可能性がある。近年、重症カフェイン中毒に対して血液浄化法が有効であるとの報告が散見される²⁾。一連の研究により、重症カフェイン中毒の治療法として血液浄化法が導入されやすくなったと思われる。

本研究では、患者の精神科的病歴と過量服用の理由を調査した。半数近くが精神科受診歴を有していた。ほとんどの患者が自殺や自傷行為の企てでカフェインを摂取していた。カフェイ

ンは自殺サイトや SNS で「自殺可能な市販薬の成分」として紹介されており³⁾、多くの患者がインターネットからカフェインに関する情報を入手していた。救急搬送された過量服用患者の大半は精神科の既往があり、通常、致命的でない結果を期待して過量服用すると報告されている⁴⁾。しかし、本研究では、ほとんどの患者が致死量以上(5.0g以上)のカフェインを摂取しており、致命的な結果を想定して過量摂取を試みた可能性があることが示された。これらの患者が自殺を再試行する可能性が高いことを考慮すると、精神科医の診察が不可欠である。

E. 結論

日本では、カフェイン含有量の多い錠剤は、インターネットやドラッグストア、コンビニエンスストアなどで簡単かつ安価に手に入れることが可能である。今回の調査結果をふまえ、販売制限や入手のしやすさの見直し、改訂が必要であると考え。また、カフェイン中毒の患者に対して、救急科から精神科に診察を依頼することで、自殺や自傷行為のゲートキーパーとなるべきであると考え。

F. 参考文献

- 1) Kamijo Y, Takai M, Fujita Y, et al. A Retrospective Study on the Epidemiological and Clinical Features of Emergency Patients with Large or Massive Consumption of Caffeinated Supplements or Energy Drinks in Japan. *Intern Med* 57:2141-2146, 2018.
- 2) Yoshizawa T, Kamijo Y, Hanazawa T, et al. Criterion for initiating hemodialysis based on serum caffeine concentration in treating severe caffeine poisoning. *Am J Emerg Med* 46:70-73, 2021.
- 3) Hirose M, Hirakawa A, Niwa W, et al. Acute Drug Poisoning among

Adolescents Using Over-the-counter Drugs: Current Status. *The Pharmaceutical Society of Japan* 141:1389-1392, 2021.

- 4) Matsumoto T. Presence and future of overdosing in psychiatric practice. *Rinsho-seishinyakuri (Clinical psychopharmacology)* 22:231-241, 2019, in Japanese.

G. 研究発表

1. 論文発表 (原著・総説・書籍)

Acute Medicine & Surgery へ投稿中

2. 学会発表

- 1) 小原 佐衣子, 喜屋武 玲子, 高井 美智子, 上條 吉人: 市販薬の依存・乱用, 過量服用救急医療施設に搬送となった急性カフェイン中毒の疫学的・臨床学的特徴に関する追跡調査. 第 35 回日本総合病院精神医学会総会. (東京) 2022.10.28-29
- 2) 小原 佐衣子: 救急医療施設に搬送となった急性カフェイン中毒の疫学的・臨床学的特徴に関する追跡調査. 第 6 回日本臨床・分析中毒学会学術総会(東京)2023.3.11

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

未定

Ⅱ：分担研究報告

研究 5

米国における嗜好用大麻の合法化が邦人留学生の意識・行動に与える
影響に関する研究（2022 年）

分担研究報告書

米国における嗜好用大麻の合法化が邦人留学生の意識・行動に与える
影響に関する研究 (2022年)

分担研究者: Tooru Nemoto (Public Health Institute, U.S.)

研究協力者: Mariko Iwamoto (Public Health Institute, U.S.)

【研究要旨】本研究は、質的研究(対象者11名)および、オンラインアンケート形式での量的研究(対象者100名)を組み合わせ、米国における嗜好用大麻が邦人米国滞在者に与える影響を検証する。数人の対象者からではあるが、質的研究を通して、カリフォルニア州における大麻合法化により、邦人米国滞在者がおかれている環境や大麻使用への意識が把握できた。

【目的】本研究は、米国における嗜好用大麻が邦人米国滞在者に与える影響や薬物使用の最新動向を検証する。

【方法】本研究は、質的研究および量的研究を組み合わせた混合研究方法である。質的研究対象者は、米国サンフランシスコ・ベイエリアに90日以上滞在している邦人11名である。量的研究対象者は米国に90日以上滞在している邦人100名で、オンラインアンケート形式で回答してもらう。

【結果】計11名に質的調査を実施した結果、カリフォルニア州における大麻合法化により、邦人米国滞在者は日常的に大麻が蔓延している環境におかれていることが把握できた。さらに、嗜好目的での大麻使用合法化にともない、年齢を問わず邦人米国滞在者の大麻使用への意識は「個人の自由である」と肯定的で、大麻使用者はリラックス効果や集中力向上を求め効率よく大麻を日常的に使用している事が把握できた。

【考察】邦人米国滞在者を対象にした量的調査を通じて、薬物使用の最新動向をさらに把握し、研究結果をもとに今後大麻使用及び乱用予防のためプログラムを考察することが必要であると考えられる。

A. 研究目的

カリフォルニア州では、嗜好品大麻の合法化に伴い、邦人留学生や長期滞在者は、米国滞在中に大麻使用行動に何らかの影響を受けることが危惧される。しかし、米国の嗜好品大麻の合法化が邦人滞業者に与える影響を調べた研究はこれまでにない。本研究は、米国における嗜好用大麻が邦人滞業者に与える影響を検証する初めての研究であり、社会安全上・薬物乱用対策上の意義が高いと言える。得られた知見を元に、今後米国に留学する学生や長期滞在者

に向けた薬物乱用防止教育プログラムや、帰国後の大麻使用に関するアセスメントや、大学と治療プログラムとの連携に関する提言を行う。

B. 研究方法

1. 対象者およびサンプリング

本研究は、質的研究および量的研究を組み合わせた混合研究方法で実施した。

質的研究: 米国サンフランシスコ・ベイエリアに住む長期滞在者を対象とした質的インタビューを実施した。選択基準としては、1) サン

フランシスコ・ベイエリアに 90 日以上滞在している邦人、2) 18 歳以上の者とした。研究計画では対象を邦人留学生としていたが、日本国内における青少年の大麻使用状況を踏まえると、邦人留学生は米国での大麻事情に必ずしも詳しくない可能性が考えられた。そこで質的調査では、対象を邦人米国滞在者に拡大した。

対象者 11 名をインターネットやチラシ配布を通じてリクルートし、質的インタビューを実施した。調査員が、対象者に大麻使用に関する意識・行動や、米国での嗜好用大麻の合法化に関する考えなどを日本語で聞き取った。

量的研究：質的研究のデータに基づき、量的調査の質問項目を完成させる。対象者の選択基準は質問調査と同じである。量的調査はオンラインアンケート形式を使い、選択肢と自由記載で回答してもらう。対象者は米国に 90 日以上滞在している邦人 100 名で（少なくとも 70 人は過去 6 ヶ月に大麻を使用した者をサンプルする）、日本人向けのローカル紙、インターネット、チラシ配布等を通じてリクルートし、量的調査を実施する。事前にトレーニングを受けた調査員が対象者にアンケートリンクを渡し、無記名自記式のオンラインアンケートに回答してもらう。調査項目としては、基本属性、日本と米国でのアルコール・大麻を含む薬物使用、DAST-20（薬物依存の重症度を評価するスクリーニング）などである。個人を特定する情報は収集しない。（量的研究の結果は、令和 5 年度以降の研究報告書に掲載する予定である）

2. 倫理面への配慮

調査員は、候補者が選択基準を満たしていることを再度確認した上で、問題がなければ、候補者にインフォメーションシート（書面同意）を事前に渡した。質問等がある場合は、メールで問い合わせを促し、参加同意を確認したうえで正式に対象者として研究に参加してもらうという手順をとった。調査実施にあたり、Public Health Institute の IRB 承認を 2023 年 1 月 24 日に得た（承認番号 I22-015）。

当初、大麻を使用する邦人米国滞在者を対象

とし、米国滞在中また帰国後の大麻を含む薬物使用の調査を目的としていたが、特定人種の違法薬物使用を調査するにあたり研究対象者に対する人権擁護上の懸念から、IRB の指示にて調査項目さらに研究方法を再度に渡り変更し、研究対象者に対する不利益や危険性の排除に努めた。結果とし、調査開始に約 6 か月以上の遅れが生じる事となった。

C. 研究結果

計 11 名に質的調査を実施した（女性 64%、男性 36%、平均年齢 49 歳、平均米国滞在歴 18 年、大卒又はそれ以上の学歴 91%）。大麻使用に関する意識・行動や、米国での嗜好用大麻の合法化に関する考え、薬物使用の実態は以下の通りである。

- 1) **米国での大麻使用の蔓延性**：11 人全員がカリフォルニア州の大麻合法化に伴い、簡単に大麻がディスペンサリー店で買えたり、自家栽培したりと、大麻使用は日常的に見られ、「スターバックスに行く感覚」、「タバコレベルで使われている」、「コンビニみたいな感じで店に行けばどこにでも売ってる」と娯楽的感覚で使用されていると回答。
「安いし、年齢チェックだけで店（ディスペンサリー）で買えるし、宅配サービスもしてくれるので、手に入り安いです。」
「めっちゃ簡単。ハーブブロック先に結構おしゃれな感じのマリファナのお店があって、繁盛してます。」
- 2) **米国での大麻使用に関する見解**：11 人中 8 人が大麻を使用する友人や知人がいると回答。9 人が、友人等が大麻を使うことに異議はなく、合法なので個人の自由と回答。
「個人の自由ですし、アディクト性や問題性も低いので、得に何も思わなかったです。」
「逃避目的で使って、だらっとなるのは良くないと思うけど、目的を持ってコントロールし、環境（周りの人達）に配慮して使う分にはいいと思います。」
- 3) **日本における大麻取締法**：半分の対象者（10

人中 5 人) が大麻取締法は厳し過ぎ、取り締まる根拠が不明であると回答。残りの 5 人は取締法があるが故、米国ほど大麻が蔓延していないと回答。

「戦後から取り締まりが始まったけど、でもなぜって思う。改善が必要なような気がする。規制する理由がよくわからないです。理由も根拠もない、国にとってもお金になるのに。メディカルマリファナとか、使ってる人に利点があるのに、(取り締まりは) やりすぎだと思う。異文化ですね。なぜって思う。大麻イコールヘロイン的に扱われているし。日本も考え直す時期だと思えます。」

「取り締まる人は違法だからダメでは説得力が無いと思います。高価、成長を損なう等デメリットを言うのは簡単だけど、科学的に説明し、メリットがあるにもかかわらず、なぜ合法化しないのかを説明し、マリファナ使用の対処法をもっと具体化するべきです。メリット、デメリットに対する討論がないと思います。」

4) 違法薬物使用 : 11 人中 1 人のみが過去 6 か月以上前にマッシュルームを使用と回答。

5) 米国での大麻使用 : 11 人中 3 人 (全員男性) が過去 6 か月以内に大麻を使用し (吸引、食す)、ディスペンサリー店で定期的に購入していた。そのうち 1 人は日本でも大麻の使用経験があり、残り 2 人は渡米してから使いだしたと回答した。1 人は週末にパートナーとリラックスする目的で 1 回の使用につき 5—7 回程吸引すると回答。残りの 2 人は、集中力や活動力を促す為、大麻を毎日使用していると回答。

「ADHD のせいで注意散漫になりがちなので、集中力や想像力をあげるために(大麻を)使っています。... 葉っぱは、1 グラム、キセルで吸って、1 日に 6 パフほど。葉っぱをお茶にブレンドしたりして飲んだりもします。あと、オイルもイーシガレットのようにベイプで使ったり、時間がたつと葉っぱの効果が下がってくるので、オイルで微妙に調整するって感じで使ってます。」

「自分はキャンディーになったやつを使っ

ていて、朝起きた時に食べて、ジムに行って、仕事して、1 日が始まる感じです。体質的に、ハイになったらアクティブになるので。リクリエーション目的で使っている人もいるけど、自分はコーヒー代わりに使ってます。」

6) 米国での飲酒 : 11 人中 8 人が過去 6 か月以内に飲酒。頻度は週 1—2 回から毎日、量はグラス 1 杯から多くてビール 3 杯、ショット 4 杯程と回答。8 人中 7 人が、アクセスや文化的背景により、日本に居る時のほうが頻繁に飲んでいたらと回答。

「アメリカでは自由性が高いので、自分のスタイルで飲めるし、飲まなくても無理じいさせられることも無いのでいいなと思います。... 日本に居たときは、飲む回数は多かったです。お酒は強くないのですが、付き合いで飲まないといけない事が多かったですね。協調性を重要視すると言う日本の文化ですよ。」

「日本では、電車などの交通手段があるので、飲んでも運転しなくてもいいので。」

「日本では、(お酒が) 簡単にどこでも買えるし、コミュニケーションの手段となっているような気がします。仕事の後、じゃあ飲みに行くかあ的な ... アメリカに来て知ってる人もいなかったし... 飲まなくなりましたね。あと、飲むまでにいろいろあって、邪魔くさいし、外では飲むとか、外で飲むときは紙袋に入れるとか、ID 見せろとか。」

D. 考察

質的研究を通し、カリフォルニア州における大麻合法化により、邦人米国滞在者は日常的に大麻が蔓延している環境におかれていることが把握できた。嗜好目的での大麻使用が合法化し、ディスペンサリーで容易に大麻が購入できる事から、年齢を問わず邦人米国滞在者の大麻使用への意識は「個人の自由である」と肯定的であった。過去 6 か月以内に大麻を使用していると回答したのは男性 3 人で少人数であるが、日常的に大麻を使用しており、特に 30 代の比較的若い対象者 3 人は集中力や活動力向上を求め、効率よく大麻を日常生活に取り入れていると回答。少数のサンプルだが、合法化に伴い、

大麻の普及や日常化が進み、今後邦人滞在者間で大麻使用者が増加する可能性が懸念される結果となった。

日本での大麻使用経験者数及び大麻取締法違反による検挙人員は、近年増え続けている。例えば平成 30 年における大麻取締法違反の検挙人員は 3,762 名であり、これは過去最多記録となっている。大麻使用者が増加する背景には以下の要因が関係していると考えられる。

- 1) 大麻の入手機会の変化である。嶋根らの研究によれば、大麻使用に誘われる機会は確実に増加しており、2019 年調査では、大麻使用に誘われた経験を持つ一般住民は、全体の 3.4% (男性 4.4%、女性 2.5%) である。これは 1995 年からの 20 年以上におよぶモニタリング期間中で最も高い値である。こうした入手機会の増加が、使用者増加の背景の一つとして考えられる。
- 2) 大麻使用に対する意識の変化である。大麻使用を肯定する考えが、若年層や米国やカナダなど嗜好目的での大麻使用が合法化されている国に渡航経験のある人々の間で広がりつつある。嶋根らの研究によれば、大麻を使うことに対しては、9 割以上の一般住民が「使うべきではない」と考えている一方で、「少しなら構わない」あるいは「個人の自由」と考える者が増加している。大麻使用を肯定する考えは、特に 20 代において広がっている (約 5%)。2023 年 2 月の時点でアメリカ 26 州及びカナダにおいて、嗜好目的での大麻使用が認められている。こうした大麻使用に関する政策が日本の若年層に影響を与えていると思われる。
- 3) 近年の危険ドラッグ規制により、今まで危険ドラッグを使用していた者が大麻の使用に転向した可能性である。嶋根らの研究によれば、アンダーグラウンド化した危険ドラッグ

を探し、インターネット上をさまよいつづけている者もいれば、規制強化を契機に薬物使用を中止した者もいる。また、危険ドラッグから依存対象を他の物質に切り替えた者もいる。大麻使用者の増加の背景には、危険ドラッグ・ブームの終息が何らかの影響を与えている可能性は否定できない。

E. 結論

現在、日本で一般住民の間で最も使われているのは大麻であり、生涯経験者数は約 161 万人、過去 1 年経験者数は約 9 万人と推計されている。本研究はいまだ量的調査の準備中であるが、今後アメリカに滞在している日本人を対象にした量的調査を通じて、薬物使用の最新動向を把握することが本研究の目的であり、研究結果をもとに今後大麻使用・乱用予防のためプログラムを考察することが最終目的である。

F. 参考文献

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 (原著・総説・書籍)
なし
2. 学会発表
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

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
<u>嶋根卓也</u>	20.物質使用障害.	吉田絵理子	医療者のための LGBTQ講座	南山堂	東京	2022	

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
Takahashi M, Yamaki M, Kondo A, Hattori M, Kobayashi M, <u>Shimane T</u>	Prevalence of adverse childhood experiences and their association with suicidal ideation and non-suicidal self-injury among incarcerated methamphetamine users in Japan.	Child Abuse & Neglect	131	105763	2022
Okita K, <u>Matsumoto T</u> , Funada D, Murakami M, Kato K, Shigemoto Y, Sato N, Matsuda H	Potential Treat-to-Target Approach for Methamphetamine Use Disorder: A Pilot Study of Adenosine 2A Receptor Antagonist With Positron Emission Tomography.	Frontiers in pharmacology	11	820447	2022
Takano A, Miyamoto Y, Shinozaki T, <u>Matsumoto T</u> , Kawakami N.	Effects of a web-based relapse prevention program on abstinence: Secondary subgroup analysis of a pilot randomized controlled trial.	Neuropsychoparmacology reports	42(3)	362-367	2022
Yamamoto T, Kimura T, Tamakoshi A, <u>Matsumoto T</u>	Biennial Changes in the Characteristics of Patients with Methamphetamine Use Disorder in Japan from 2000 to 2020.	Journal of psychoactive drugs		1-9	2022
Masataka Y, Sugiyama T, Akahoshi Y, <u>Matsumoto T</u> .	Risk factors for cannabis use disorders and cannabis psychosis in Japan: Second report of a survey on cannabis-related health problems among community cannabis users using social networking services.	Neuropsychoparmacology reports	43(1)	85-94	2022

山田理沙, <u>嶋根卓也</u> , 近藤あゆみ, 米澤雅子, <u>松本俊彦</u>	薬物依存症回復支援施設の利用者を対象とした物質使用と HIV 感染リスクの高い性行動に関する研究.	日本エイズ学会誌	24(3)	89-97	2022
服部真人, 小林美智子, 高橋哲, 高岸百合子, 大宮宗一郎, 谷真如, <u>嶋根卓也</u>	薬物依存と他のアディクションが併存する覚醒剤事犯者の特徴.	犯罪心学研究	犯罪心学研究 60(1)	1-15	2022
服部真人, 小林美智子, 高橋哲, 高岸百合子, 大宮宗一郎, 谷真如, <u>嶋根卓也</u>	覚醒剤使用の引き金に関する実証的研究—薬物依存と他のアディクションの併存に焦点を当てて—.	日本アルコール・薬物医学会雑誌	57(3)	127-142	2022
新田慎一郎, <u>嶋根卓也</u> , 猪浦智史, 近藤あゆみ, 米澤雅子, <u>松本俊彦</u>	覚醒剤使用に問題を抱えるゲイ・バイセクシュアル男性の特徴 —ヘテロセクシュアル男性との比較から—	日本アルコール・薬物医学会雑誌	57(5)	182-192	2022
引土絵未, 喜多村真紀, 新田慎一郎, 菊池美名子, 岡崎重人, 加藤 隆, 山本 大, 山崎明義, <u>嶋根卓也</u>	依存症回復支援施設における治療共同体 エンカウンター・グループの意義に関する質的考察.	日本アルコール・薬物医学会雑誌	57(6)	In press	2023
<u>嶋根卓也</u>	市販薬乱用とセルフメディケーション.	精神科治療学	37(7)	793-797	2022
<u>嶋根卓也</u>	コロナ禍における薬物使用の動向：薬物使用に関する全国住民調査 2021 より.	Newsletter KNOW (麻薬・覚せい剤乱用防止センター)	(107)	2-6	2022
<u>嶋根卓也</u>	OTC 薬乱用の現状と対応—最も身近な医薬品の意外な落とし穴.	日本医事新報	No.5133	18-34	2022
<u>嶋根卓也</u>	「助けて」という気持ちをクスリと一緒に飲み込んでしまう.	こころの科学	226	71-75	2022
<u>嶋根卓也</u>	若年者における薬物乱用の理解と課題. ダメ、ゼッタイで終わらせない薬物乱用防止教育.	令和 4 年度全国学校保健・安全研究大会 課題別研究協議会		114-117	2022

宇佐美貴士, 熊倉陽介, 高野歩, 金澤由佳, <u>松本俊彦</u>	薬物犯罪による保護観察対象者の1年後転帰に関する検討: 保護観察から地域精神保健的支援への架け橋「Voice Bridges Project」.	日本アルコール・薬物医学会雑誌	57(3)	143-157	2022
<u>松本俊彦</u>	自分を傷つけずにはいられない子どもたち「見える」傷の背後にある「見えない傷」の理解と支援.	障害者問題研究	49(4)	306-312	2022
<u>松本俊彦</u>	職域で見られる物質使用障害.	産業精神保健	30(1)	6-10	2022
<u>松本俊彦</u>	物質使用障害治療と QOL.	精神医学	64(3)	341-348	2022
<u>松本俊彦</u>	医療従事者に生じる陰性感情と, その対応法.	調剤と情報	28(6)	16-19	2022
<u>松本俊彦</u>	アルコールとうつ, 自殺〜「死のトライアングル」を防ぐために.	日本旅行医学会学会誌	16(1)	69-73	2022
沖田恭治, <u>松本俊彦</u>	大麻・覚醒剤使用障害.	精神医学	64(5) 増 大号	784-789	2022
<u>松本俊彦</u>	専門家として情報発信すること.	精神療法	増刊第 9 号	194-201	2022
<u>松本俊彦</u> , 船田大輔, 沖田恭治	物質依存症のゴール設定をどう考えるか.	臨床精神医学	51(6)	635-643	2022
<u>松本俊彦</u>	市販薬のオーバードーズについて.	健康教室	860	94-96	2022
<u>松本俊彦</u>	人はなぜ依存症になるのか〜思春期の薬物乱用〜.	愛媛県小児科医会雑誌	3(1)	38-43	2022
沖田恭治, <u>松本俊彦</u>	精神作用物質使用に伴う精神障害に対する薬物療法の適応と注意すべき点.	臨床精神薬理	25(8)	871-878	2022
<u>松本俊彦</u>	薬物依存症診療におけるたとえ話ー「背水の陣」「保険」「心の松葉杖」ー.	精神科治療学	37(7)	769-771	2022

井出聡一郎, 伊佐正, 西谷陽子, 南雅文, 村井俊哉, 高橋英彦, 宮田久嗣, 久我弘典, <u>松本俊彦</u> , 中込和幸, 池田和隆	わが国におけるアディクション研究の方向性.	精神科	41(2)	279-285	2022
<u>松本俊彦</u>	薬物依存症における法と医療.	精神科	41(2)	272-278	2022
<u>松本俊彦</u>	コロナ禍がもたらした依存症回復支援への影響—依存症のケア—.	精神療法	48(4)	496-501	2022
<u>松本俊彦</u>	安克昌先生によるアディクション臨床への影響. HUMAN MIND SPECIAL ISSUE 2022	こころの科学 統合失調症の ひろば編集部 編 安克昌の臨 床作法		21-27	2022
<u>松本俊彦</u>	薬物使用症.	日本医師会雑誌 151 特別号 (2)生涯教育シリーズ	103	227-228	2022
<u>松本俊彦</u>	「大麻は薬物じゃない. 植物だ」—周囲の説得により渋々受診した大麻使用障害患者—.	精神科治療学 37 巻増刊号		186-190	2022
<u>松本俊彦</u>	市販薬乱用について.	少年写真新聞 高校保健ニュース	768	1	2022
<u>松本俊彦</u>	10代の市販薬乱用・オーバードーズ.	チャイルドヘルス	25(11)	1	2022
林直樹, <u>松本俊彦</u> , 黒田章史, 奥野栄子	参考/BPD 当事者の家族の状況についての調査報告 (要約).	精神療法	48(6)	68-70	2022
水野雅文, <u>松本俊彦</u>	一般社団法人日本社会精神医学会見解 相模原市障害者施設殺傷事件を再考する.	日本社会精神医学会雑誌	31(4)	323-327	2022
<u>松本俊彦</u>	「シヤブ漬け生娘の何が問題なのか.	心の社会	53(4)	44-48	2022

松本俊彦	子どもの自傷・自殺ー基本的な考え方と近年の動向.	小児科	63(12)	1347-1354	2022
松本俊彦	自殺企図. 小児疾患診療のための病態生理 3	小児内科	54 巻増刊号	786-790	2022
松本俊彦	精神領域に”神話”がうまれやすい要因は何だろうか?	精神看護	26(1)	6-8	2022
松本俊彦	「ダメ、ゼッタイ」を覆した エッセイ「誰がために医師はいる」.	精神看護	26(1)	9-13	2022

厚生労働行政推進調査事業費補助金
(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
令和4年度 総括・分担研究報告書
2023年3月31日 発行
編著者 嶋根 卓也
発行者 嶋根 卓也
発行所 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
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/index.html>
印刷・製本 株式会社 トーキョーアート

<本研究報告書を引用する際の記載方法>

嶋根卓也、ほか. 令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金医薬品・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, 2023.

