

1. フランスの薬物対策法制度

- 基本法=1970年12月31日の法律（刑法典ではなく公衆衛生法典中に編入）

「薬物中毒との闘争の衛生処分ならびに有害物質の取引および違法な使用の処罰に関する法律」

\*法律で規制されている有害物質は、主に危険物質、麻薬物質、向精神薬に分けられ、本法律で規制の対象とされるのはそのうちの麻薬物質に分類されるもの。

法律上はいわゆるハードドラッグ、ソフトドラッグの区別は設けられていないが、その後の実務において法務大臣通達によりカンナビスおよびその派生物（マリファナ、ハンシシュ）の使用については非刑罰化が図られている。

- 1970年法の制定要因

1960年代後半における薬物中毒問題の量的および質的变化

量的変化=薬物犯罪の認知件数の著しい増加。中でも自己使用事犯と若年層の占める割合の急増。

質的变化=薬物使用者層の変化と薬物中毒形態の変化。すなわち、薬物が新しい信奉者を増やし、とりわけ若年層に拡大し、また複数種の薬物を混合使用することにより過量摂取による死亡者の増加や解毒治療の困難性を招いた。

→青少年における薬物中毒の増加は世論の重大な関心事となり、政府はその対策を急務として立法作業に着手。

- 1970年法の特徴

薬物の取引罪と自己使用罪を明確に区別した二分化政策を採用

（\*薬物取引罪に関する規定は、1992年の新刑法典編纂作業の際に公衆衛生法典から刑法典中に再編入）

薬物の違法な自己使用一般を同法によって犯罪化しつつ、医療的対応の原則によって刑事処分からのダイヴェージョンを図っているのがフランスの薬物自己使用対策の特徴。

→公衆衛生法典中に編入された1970年法は冒頭に「麻薬に分類される物質または植物を違法に使用した者は、衛生機関の監督下に置かれる」との原則規定を置き、自己使用については刑罰的対応ではなく医療的対応を原則としている。この医療的対応の原則は、治療の匿名性・無料制、治療を受けた事実による刑事訴追の免除の制度によって、実効性が担保されている。

- 薬物中毒者に対する処遇の流れ

3つの衛生機関へのルート=本人の自発的な来訪、医師やソーシャルワーカーなどによる発見、刑事機関からの移送

自発性の重視=本人による施設や医師の選択の自由

治療を受けた場合、医療証明書の発行=その自己使用の事実について刑事訴追が免除される。

刑事手続上では、検察官、予審判事、少年係判事、判決裁判所にそれぞれ衛生機関へと移送する権限が認められている。

最終的に刑事裁判所で無罪判決を受けた場合にも、刑の免除や刑の宣告猶予、あるいは治療を遵守事項とした保護観察付執行猶予等の一般的な刑の個別化の枠内での対処の柔軟化が可能。

衛生機関においては、まず、医学検査および家族生活、職業生活、社会生活に関する調査手続がと

られ、その結果、入院を予定した解毒治療を受ける薬物中毒者、通院を予定した医療的監督を受ける非中毒者およびとくに治療を必要としない者に分けられる。刑事機関から移送された薬物使用者が解毒治療あるいは医療的監督を免れる場合は、薬物自己使用罪（1年の拘禁刑もしくは2万5千フランの罰金あるいはその併科）の適用が担保されている。

## 2. フランスの薬物政策の展開

### ・1980年代の動き

1970年代以降も、統計上薬物自己使用犯は増加している。

保守政権（RPR）→犯罪増加・治安悪化の原因の一つとして薬物犯罪を捉え、厳しい態度で望んできた。

1986年の司法大臣による、自己使用罪の重罰化および家族の同意による「危険な薬物中毒者」に対する強制入院制度を含む法改正提案→司法官職組合や薬物中毒者の治療に携わっている医師を中心とした強い反対によって挫折した。

薬物自己使用問題に関する専門家・実務家の意見では、処罰モデルへの批判とソフトドラッグ（カンナビス）の非刑罰化が特徴的である。例えば政府の諮問委員会の見解として、予防、広報活動、専門家の養成教育に基づく薬物政策を提唱した1978年のベルチエ報告書や、過半数でカンナビスの非刑罰化を結論した1994年のアンリオン報告書が挙げられる。なお、1994年には国家倫理諮問委員会も薬物の自由化と処罰の間の第三の道を提唱しており、世論における薬物自己使用の非刑罰化の支持の流れが見受けられる。

### ・1990年代における薬物政策の新展開

1993年および1995年の政府の「薬物との闘争」計画＝薬物中毒問題に関し従来の抑止政策から積極的な厚生政策の展開へとフランス政府の政策転換

背景事情

→肝炎あるいはエイズ感染者の増大や薬物の過量摂取による死亡者の増大など薬物中毒者のおかれている衛生状態の悪化

→1993年のヨーロッパ統合条約において薬物中毒対策が公衆衛生上の重要関心事に位置づけられ、共同体の活動領域として条文上明記

具体的には、注射器の流通の自由化から最終的には政府による薬物中毒者に対する注射器の交換プログラムの実施、メタドンなどの代替物処方プログラムの拡大、病院内への薬物中毒専門病床の増床や解毒後のアフターケアのための宿泊付受入施設の増加、専門医の増員と養成教育の実施といった形によって行われ、そのための必要予算として3年間で総額4億3900万フランが計上されている。

## フランス公衆衛生法典（抄訳）

### 第1巻

### 第3部 社会的災厄との闘争

### 第6編 薬物中毒との闘争

L 355-14条 麻薬に分類される物質又は植物を違法に使用した者は、衛生機関の監督下に置かれる。

### 第1章 共和国検事により通報された者に対する特別規定

L 355-15条 共和国検事は、L 628-1条の適用によって、麻薬を違法に使用した者に対し解毒治療を受けること又は医療的監督のもとに身を置くことを厳命したときは、管轄する衛生機関にその旨を通知する。当該衛生機関は、当人の医学検査及び家族生活、職業生活、社会生活に関する調査の手續をとる。

L 355-16条 1項 医学検査の後、中毒者であると判明したときは、衛生機関は彼に対し解毒治療を受けるために、職権による施設の指定のない場合には、当人の選択した認可施設へ出頭することを厳命する。

2項 勧告された治療を彼が始めた場合、看護の始まりの日付、治療の予定期間、入院あるいは通院治療が行われている施設を明記した医療証明書が衛生機関に届けられる。

3項 衛生機関は治療の展開を管理し、当人の医療的、社会的状況について定期的に検察に通知する。

4項 治療の中断の場合、施設長あるいは治療担当医は直ちにその旨を衛生機関に通知し、衛生機関は検察へ通告する。

L 355-17条 1項 医学検査の後、彼の状態が解毒治療を必要としていないことが衛生機関に判明したときは、当該衛生機関は彼に対し、必要な場合、一あるいは彼の選択した医師の、あるいは社会衛生相談所（無料診察所）の、あるいは公設又は私設の認可衛生施設の一医療的監督のもとに身を置くことを厳命しうる。

2項 彼が勧告された医療的監督のもとに身をおいた場合、当該監督の始まりの日付及びその予定期間を明記した医療証明書が衛生機関に届けられる。

3項 衛生機関は治療の展開を管理し、当人の医療的、社会的状況について定期的に検察に通知する。

4項 医療的監督の中断の場合、治療担当医は直ちにその旨を衛生機関に通知し、衛生機関は検察へ通告する。

### 第2章 医療及び社会機関により通報された者に対する特別規定

L 355-18条 衛生機関は麻薬を違法に使用した者のケースを、あるいは医師の証明書あるいはソーシャル・アシスタントの報告によって掌握することができる。その場合、当該衛生機関は、当人の医学検査及び家族生活、職業生活、社会生活に関する調査の手續をとる。

L 355-19条 医学検査の後、中毒者であると判明したときは、衛生機関は彼に対し解毒治療を受けるために、職権による施設の指定のない場合には、当人の選択した認可施設へ出頭すべきであること又その治療の証明を提出することを厳命する。

L 355-20条 医学検査の後、彼の状態が解毒治療を必要としていないことが衛生機関に判明したときは、当該衛生機関は彼に対し、必要な場合、一あるいは彼の選択した医師の、あるいは社会衛生相談所（無料診察所）の、あるいは公設又は私設の認可衛生施設の一医療的監督のもとに身を置くことを厳命しうる。

### 第3章 予防又は治療機関に自発的に出頭した者に対する特別規定

- L 355-21条 1項 治療を受けるために無料診療所又は病院施設に自発的に出頭する薬物中毒者は、上記の規定に服さない。彼は、明白に望む場合には、受理の際に匿名にすることができる。この匿名性は麻薬の違法な使用の処罰以外の理由によってしか明かされえない。
- 2項 前項に規定する条件において治療を受けた者は、治療を行った医師に対して治療の日付、期間、対象に言及した記名の証明書を要求することができる。
- L 355-21-1条 薬物中毒者の看護の特別センターは、デクレに定められた条件のもとで、その役割に厳格に対応した薬を供給することができる。

## 第5部 薬品

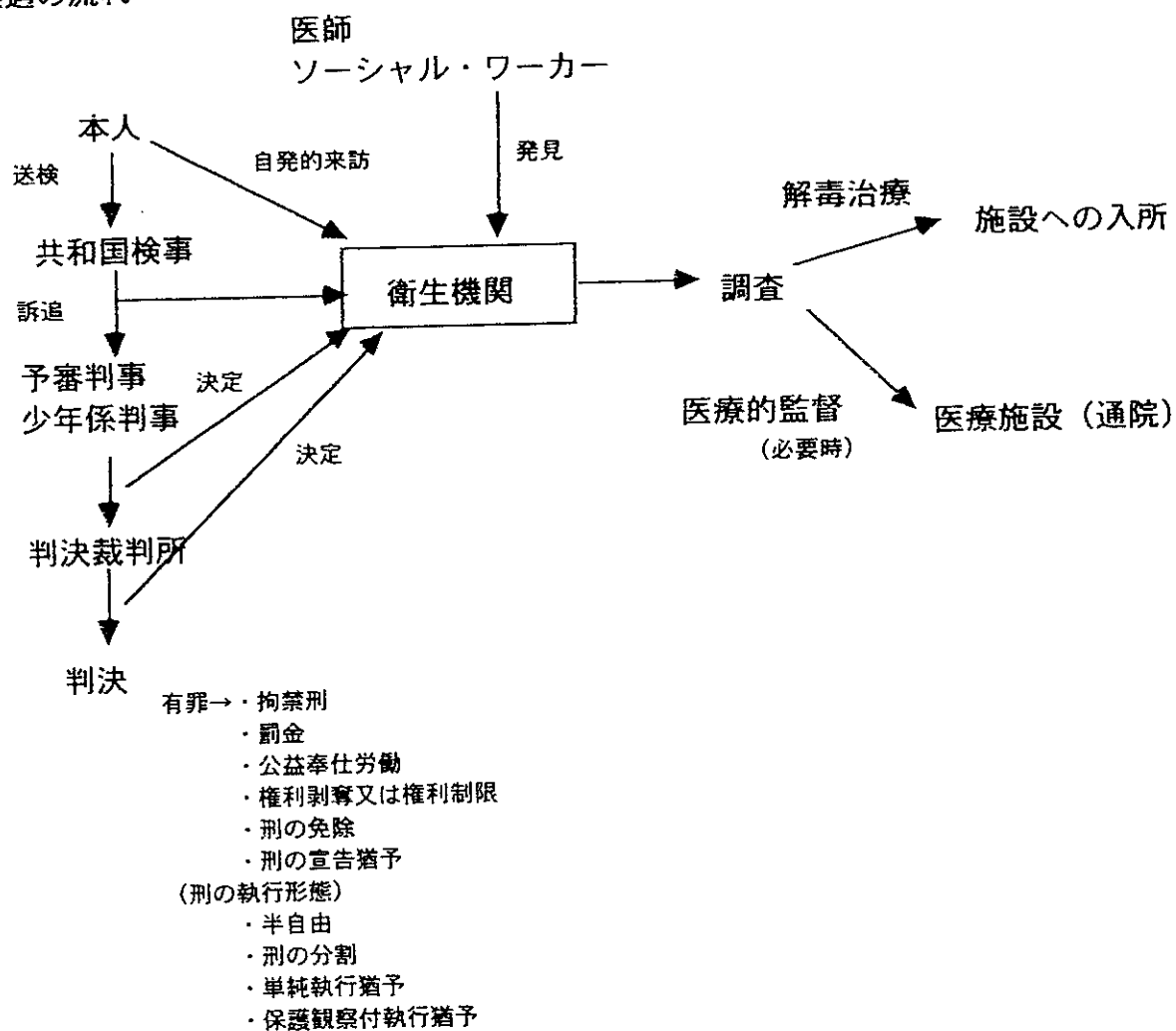
### 第3編 特定の物質及び特定の物体の商取引の規制

#### 第1章 有害物質

- L 626条 (省略)
- L 626-1条 (省略)
- L 627条 政令によって麻薬に分類される有害な植物又は物質の生産、製造、運搬、輸入、輸出、所持、提供、譲渡し、取得又は利用の条件は、コンセイユデタのデクレによって定められる。
- L 628条 違法な方法で麻薬に分類される有害な植物又は物質のいずれかを使用した者は、1年の拘禁刑若しくは2万5千フランの罰金又はその併科に処せられる。
- L 628-1条 1項 共和国検事は、麻薬を違法に使用した者に対し、L 355-15条からL 355-17条に規定する条件において解毒治療を受けること又は医療的監督のもとに身を置くことを厳命することができる。
- 2項 処方された医療処置に応じ、その期間中同処置にしたがった者に対しては、公訴は提起されない。
- 3項 同様に、麻薬を違法に使用した者が非難される行為事実のあったとき以降、L 355-18条からL 355-21条に規定する条件において、解毒治療を受け又は医療的監督のもとに身を置いたことが証明される場合、公訴は提起されない。
- 4項 本条に規定されたすべての場合において、差し押さえられた物質及び植物の没収は、必要な場合、共和国検事の意見書に基づき大審裁判所裁判長の命令によって言い渡される。
- 5項 上記第2項、第3項の規定は、認定された第1回目の犯罪にのみ適用される。犯罪が反復される場合、第1項の条件において、検事は公訴を提起すべきか否かを評価する。
- L 628-2条 1項 L 628条に規定する軽罪の嫌疑を受けた者に対し、医療処置の範囲内にあることが証明された場合、予審判事若しくは少年係判事の命令によって、医療的監督又は彼の状態に見合ったりハビリテーションの措置を伴う解毒治療を受けることを強制することができる。
- 2項 同治療の命令の執行は、必要な場合、証拠調べの終了後に進められ、場合によっては刑事訴訟法典第148-1条(2項から4項)に定められる規則が適用される。
- L 628-3条 1項 判決裁判所は、同様に、前条の対象者に対し、特に前条の予定する命令を確認しもしくはその効果を継続しながら、解毒治療を受けることを強制することができる。この2つの場合には、当該処分は保護処分として仮執行が宣言される。その他の場合には、同処分は同じ名目で仮執行が宣言されることができる。
- 2項 L 628-2条及び本条1項の規定が適用された場合、管轄裁判所はL 628条に規定する刑罰の言い渡しをしないことができる。
- L 628-4条 1項 解毒治療を命じた決定の執行を免れる者は、L 628条に規定する刑罰に処せられ、場合によってはL 628-2条およびL 628-3条の新たな適用を妨げない。

	2項	但し、解毒治療が、保護観察付執行猶予を伴う拘禁刑を宣告された者に特に課された義務を構成するときは、この制裁は適用されない。
L 628-5条	1項	L 628-2条およびL 628-3条に規定する解毒治療は、あるいは特別施設においてあるいは医療的監督の下で行われる。司法機関は担当医によってその展開および結果について通知される。コンセイユデータのデクレによって治療の行われる条件が定められる。
L 628-6条	2項	治療施設の設備費用、L 628-1条からL 628-3条までの適用から生じる入院費用、治療および医療的監督の費用は、国が負担する。上記の政令がこの規定の適用の様式を定める。
L 629条		予審判事あるいは管轄裁判所が予審対象者に対し医療的監督のもとに身を置くことを命令した場合あるいは解毒治療を強制した場合、これらの処分の執行は上記L 628-2条からL 628-5条までの規定に従う。解毒に関して、これらの規定は刑事訴訟法典138条（2項から10項）及び139条以下の条文の例外をなす。
L 629-1条		L 628条に規定するケースについては、裁判所は差し押さえられた物質又は植物の没収を命令しなければならない。但し、この軽罪が薬局で行われ、行為者がその店の管理人に過ぎないときは、薬局の所有者が共犯行為を行っていない限り、あるいは当該物質又は植物の所持が違法でない限り、その没収は言い渡され得ない。
L 629-2条	1項	刑事訴訟法典第706-33条及び刑法典第222-49条第1項の規定は、L 628条に規定する軽罪に対する訴追の場合にも適用できる。
	2項	L 628条又は刑法典第222-34条から第222-39条までに規定する犯罪の場合、知事は、3ヶ月を超えない期間の、犯罪の行われたホテル、貸家、ペンション、酒場、レストラン、クラブ、サークル、ダンス場、興行場、あるいはそれらの付属施設、あるいは公衆向け又は公衆が利用する施設の閉鎖を命令することができる。
	3項	内務大臣は、同じ条件において、1年に及ぶ期間の、同じ施設等の閉鎖を命令することができる。この場合、地方長官によって言い渡された閉鎖の期間は大臣によって言い渡された閉鎖の期間に算入される。
	4項	前2項に規定する処分は、免訴あるいは無罪の判決の場合には当然その効果を停止する。行政機関による閉鎖の期間は予審の審理によって言い渡された閉鎖の期間に算入される。
L 630条	1項	本条の適用により言い渡された閉鎖の決定に違反する事実は、6月の拘禁刑及び5万フランの罰金に処せられる。
	2項	L 628条に規定する軽罪もしくは刑法典第222-34条から第222-39条に規定する犯罪を教唆する事実は、たとえその結果が発生しない場合であっても、5年の拘禁刑及び50万フランの罰金に処せられる。これらの犯罪を好意的な角度から提示する事実についても同様である。
	3項	麻薬に分類される物質又は植物の効果を有するとして提示された物質の使用を教唆する事実についても、たとえその結果が発生しない場合であっても、同様である。
	4項	本条に規定する軽罪が印刷物あるいはオーディオヴィジュアルを媒介として行われた場合、責任者の特定に関しては、当該分野を規制する法律の特別規定が適用される。

処遇の流れ



## II. 分 担 研 究 報 告

### 6. 諸外国との比較

— 治療・リハビリテーションに関する文献レビュー —

分担研究者 原 井 宏 明

## 諸外国との比較

### 治療・リハビリテーションに関する文献レビュー

分担研究者 原井宏明 国立療養所菊池病院

#### 研究主旨

日本における薬物依存・中毒に関する治療・リハビリテーションに関する研究は諸外国と比べてまだ不十分であると考えられる。治療・リハビリテーションに関する英語によるレビュー文献を系統的に検索し、その内容をまとめた。その結果に基づいて日本の今後の課題を指摘した。

#### I. 目的

薬物依存に対する医療もEBM (Evidence Based Medicine) に従う必要がある。EBMとは、「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、自分自身の専門技能を活用して医療を行うこと」であり、実践的な手法である。医療技術評価の成果を医療現場で利用する具体的な方法として、米国などから医療技術評価の結果に基づき、医療技術の使用に関する基準や指針が記された診療ガイドラインが作成され、広く公開されている(厚生省健康政策局, 1999)。本研究ではEBMの原則に従った系統的レビューや治療ガイドラインを調べ、解説する。

#### II. 方法

Ovid社が提供するmedline (1995から1998) を用いて、1) テーマが主旨にあって、2) RCTを中心とした系統的レビューまたは治療ガイドライン、の二つの条件を満たす文献を選んだ。次の文献を得た。レビューとして、Crits-Christophら (1996)、治療ガイドラインとして、NIHのConsensus Statement

Report (NIH, 1997)、アメリカ精神医学学会の治療ガイドライン (American Psychiatric Association, 1995) が得られた。さらに米国政府機関が提供する治療ガイドラインを調べた。Center for Substance Abuse Treatment が Treatment Improvement Protocols という現在30本からなる治療ガイドラインを刊行している。外来治療に関しては Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse という A4版90ページ以上の小冊子がある (Center for Substance Abuse Treatment, 1994)。司法や医療、福祉、リハビリテーション施設で使われることを意図した実際的なものである。http://www.samhsa.gov/csac/csac.htm または http://www.health.org で入手可能である。

これらの中で治療の対象になっている薬物は麻薬 (ヘロインなど) とコカインがほとんどであった。マリファナについても研究があるが、治療法について結論を出すのに十分な研究がなかった。コカインは覚醒剤に類似していると考えられるので、コカインに対する治療を重点的に取り上げた。

#### III. 結果

##### 1. 薬物の種類

系統的レビューや治療ガイドラインではヘロインなどのオピオイドとコカイン、マリファナが扱われていた。オピオイドとコカインについては特に詳細な記載があった。覚醒剤や吸入剤 (有機溶剤) に特定した記載は今回調べたレビューの中ではなかった。1995から98年のMedlineでこれらの薬物について言及しているレビューを検索すると3本しかなかった。その内容はごく限られていた。



## 2. 用語

### 1) 嗜癖と依存

Addiction (嗜癖) が dependence よりも広く使われていた。Dependence は身体的依存を意味することが多く、身体依存を起こさない薬物をカバーするのにふさわしくないこと、強迫的な薬物使用や薬物探索行動、有害であることを知りつつ使用すること (罰に対する抵抗) が薬物関連問題の中心であることが理由であると考えられる。

### 2) 行動療法と認知行動療法、認知療法

これらの分類はしばしば恣意的で、内容よりも言葉が使われる周囲の状況に応じて使い分けられることが多い。一般的には exposure やオペラント操作 (随伴性契約など) が主に用いられた場合を行動療法、A.T.Beck の認知理論に忠実な場合を認知療法、いろいろな技法を取り合わせて治療パッケージにしている場合を認知行動療法と呼ぶ場合が多い。認知行動療法の治療パッケージの例として Relapse prevention technique (RPT 再発予防)、Motivational enhancement therapy または Motivational Interviewing (動機付け療法、動機付け面接) がある。行動療法は単独の技法が含まれる。随伴性マネジメント、Cue exposure、Aversion therapy (嫌悪療法) などがある。CRA (Community Reinforcement Approach 地域強化アプローチ) は地域精神医療を組み込んだ大規模な治療パッケージであるが、創案者の嗜好から行動療法に分類されている。実際に臨床で使う場合にはこれらの方法が単独で用いられることはない。

### 3) 精神医学的管理

臨床試験では治療対象の問題と治療的介入が特定される。実際の臨床では治療対象になる問題も用いられる治療方法も複数である。直接患者の状態を改善することとは関わりないが、治療について患者の協力を求めたり、家族にオリエンテーションしたり、適切な環境 (外来、入院、デイホスピタル) を用意したり、選択したりすることが必要である。こうした非特異的で臨床試験にはなじまないが、臨床に不可欠な活動は Psychiatric Management, Clinical Management と呼ばれる。臨床試験における対照群には精神医学的管理のみが行われることが多い。

## 3. 治療の目標

薬物嗜癖は慢性に経過し再発を繰り返す精神障害である。一回の治療で完全に断薬することを期待するのは非現実的である。2、3年後の時点で断薬が達成されているかどうかで治療効果を評価するならば、この論文の中で取り上げている治療のどれをとっても比較群との間には差がない。厳しい条件を満たした臨床試験で効果が示されている治療があるが、その場合でも結果は相対的である。治療の目標は再発と再発の間の期間を長くすること、再発した場合の生活の困難の程度を軽くし、再発している期間を短くすることにある (Leshner, A, 1997)。最終的に断薬できたかどうかで治療の成果を計るならば、治療は役立たないということになる。

### 4. 検討されている治療法・リハビリテーション

次のような治療方法について臨床研究の報告があり、レビューに取り上げられていた。

#### 1) Supportive-expressive psychodynamic therapy (SE 力動的的精神療法)

このモデルによれば、薬物使用関連問題は患者の対人関係と精神内界の機能の観点から解釈できる。中心的な葛藤関係のテーマの考えが理解の枠組みを提供する。患者の中心的な葛藤関係のテーマと防衛、自己の影響力についての見方が薬物使用をやめたり、嗜癖に関連する問題を明らかにするのに必要なステップを複雑にしている。治療者は指示的かつ解釈的テクニックを用いる。特に、患者の中心的な葛藤関係のテーマに関する解釈が重要視される。このテーマが患者が目標を達成することをもっとも阻んでいるからである。

#### 2) Cognitive therapy (認知療法)

A.T.Beck が提唱したうつ病の関する認知理論から始まった治療法である。患者が持つ非合理的信念や考え方が薬物使用に関連しているという仮説を持つ。薬物嗜癖に対する認知療法は、1) 協力の概念化、2) 症例の概念化、3) 構造化、4) 患者が認知モデルを理解できるようにする、5) 認知療法と行動療法の技法を用いて認知の変容を図る、からなる。認知療法の技法として、ソクラテス的質問、利点と欠点の比較分析、薬物に関連する信念のモニタリングがある。行動療法の技法として、行動モニタリング、スケジューリング、現実場面で信念を試してみるこ

と、ロールプレイがある。

### 3) Standard drug counseling (標準的薬物カウンセリング)

個人と集団の場合がある。回数を限った精神療法である。薬物使用の引き金となる刺激を回避することや生活の仕方を変えること、運動などの健康的な行動を増やすことなどの患者の行動の変化を促すことで脱慣と断薬の継続を促す。個人で行う場合は特定の目標行動を持った段階的な治療が行われる。12ステップによる方法と共通した理念を持つ。すなわち、嗜癖は個人を身体的にも感情的にも精神的にも害する病気であり、回復は段階的なプロセスであるとするものである。自助グループへの参加が強く促される。

集団で行われる場合は、嗜癖からの回復について教育を行い、12ステップのプログラムへの参加を強く促し、メンバーが気持ちを素直に表現したり、抱えている問題について相談したりがしやすく、仲間同士互いに支えあうような雰囲気を作るようにする。最初の3ヶ月は心理教育的、次の3ヶ月はフリーディスカッションのように段階的に行われる。後半では回復に至る様々な問題を解決するために互いに相談しあうことに重点が置かれる。

### 4) Relapse Prevention (再発予防)

認知行動療法に分類される治療パッケージの一つである。再発を起こしやすい状況を特定することやこうした状況に対する対処法を身につけること、素面の生活の仕方を身につけること、スリップを失敗ではなく次へのステップとしてとらえるようにすることなどが行われる。

### 5) 12step support group(NAタイプの自助グループ)

AAに準じたものである。魂の回復を重んじている。臨床試験によるデータはないが、一般に有用な治療方法と信じられている。Rational recoveryなどのようにNAから宗教的要素を排除したグループもある。薬物嗜癖の場合は精神障害を合併している患者がかなりある。いっさいの向精神薬を禁ずるグループには入りにくいところがあり、こうした向精神薬の継続服用が必要な患者を集めたグループ(Double trouble) などもある。

### 6) Contingency management program (随伴性マネジメントプログラム)

応用行動分析を元にした行動療法の一つである。増やしたい行動に対して強化子(報酬)を与え、減らしたい行動に対して強化子を与えることを差し控えたり、罰刺激(不快な刺激)を与えたりすることが系統的に行われる。行動を増やす場合を正の随伴性と呼び、良く用いられる。罰刺激を用いる場合は負の随伴性と呼ぶ。薬物嗜癖の場合には、薬物使用と両立しない行動をとった場合に(例えば、尿検査を行い薬物が検出されなかった場合)に対してメサドンなどの薬物を持ち帰る権利や金銭、レジャーの機会を与えることが行われる。

正の随伴性コントロールにより効果が上がることが繰り返し示されている。負の随伴性よりも正の随伴性を用いることがより良い結果を生むことは行動療法の常識である。しかし、このプログラムは実際に用いられることが少ない。実際の臨床では罰刺激(薬物使用しなくても特別得られるものはないが、使用すれば厳罰)が用いられることが通常である。正しいことを行うこと自体に対して報酬を与えることが、この治療に不慣れた人には不快に感じられるからだと思われる。薬物嗜癖は未だに道徳・犯罪の問題として考えられることが多いことが背景にあると考えられる(Hallら, 1996)。

### 7) Community reinforcement approach (CRA地域強化アプローチ)

随伴性マネジメントプログラムを地域精神医療と組み合わせた方法である。個人精神療法に加えて、地域の資源が利用される。患者用の社交クラブなどのプログラムが作られ、薬物を使用していない間は、患者はそうした資源を利用することができる(Azrinら, 1994)。

### 8) Family therapy (家族療法)

未成年の患者に対しては治療パッケージの一つとして家族への介入が重要視されている。

### 9) Cue exposure (渴望誘発刺激に対する暴露・脱感作)

レスポネント条件付けによる行動療法の一つである。薬物から離脱し、一時的に渴望が収まった患者も、退院し日常生活に戻ると渴望が強まることがしばしば見られる。この様な場合、薬物使用時に存在する様々な日常生活上の刺激に対して渴望が条件付けられていると考えられる。渴望と条件づけられ

た刺激に暴露させると同時に薬物使用をさせないことで、渴望反応が消去されると考えられる。この結果、渴望が原因となる再使用を予防できると考えられる。(Montiら, 1989)らがこの方法を紹介している。

#### 10) 薬物療法

薬物は、1) 急性中毒と離脱、渴望を緩和するもの、2) 薬物使用時の強化効果を減弱するもの、3) 薬物使用時に不快な反応を起こさせるもの、4) アゴニスト代替療法、5) 薬物使用障害に合併する精神障害を治療するもの、に分類することができる。

#### 5. 推奨されている治療法・リハビリテーション

##### 1) 心理社会的治療

心理社会的治療同士を比較した研究があり、治療の間に効果の差があることが示されている。

特定の心理社会的治療のうちでCRA(地域強化アプローチ)がもっとも効果を上げている。特にデータがそろっているのはコカイン依存の患者に対してである。

思春期の患者の場合には、患者のみの集団療法よりも家族療法の方が良い結果が出ている。

再発予防は広く使われるようになっているが、特異的に効果があることを示す研究は少ない。

##### 2) 薬物療法

###### (1) ヘロインなどの麻薬

メサドンなどの長時間作用型オピオイドアゴニストによる維持療法は1年以上の長期間にわたる嗜癖がある患者に対して嗜癖の重症度を軽減することが示されている。

ナルトレキソンのようなアンタゴニストによる維持療法は患者のコンプライアンスが不良であり、有用性が限られる。

###### (2) コカイン

離脱を緩和したり、薬物使用を予防したりする十分な根拠がある薬物はなく、薬物療法は通常推奨されない。心理社会的な治療から脱落したり、反応しなかったりした場合に、塩酸アママンタジン、プロモクリプチンなどのドーパミン動作性薬物を考慮しても良い。

###### (3) 気分障害や精神病性障害が合併する場合

それらの治療に必要な薬物療法を併用することが推奨される。

#### 6. 治療を実際に行う場合の問題

##### 1) 治療の密度

多くのコントロールスタディで次のようなことが示されている。

- ・週に一回のセッションは不足である。最低2回以上が必要である。

- ・3ヶ月以下の外来プログラムは短すぎる。6ヶ月以上で良い結果が得られている。

- ・解毒のみを行った場合と比べて治療が転帰を改善するのは、入院患者で1年以後、外来患者で6ヶ月以後である。これ以下の短期間の転帰では解毒のみを行った場合と比べて治療によるメリットは現れない。

以上からまとめると、最初の2、3ヶ月は週に2、3の集中的プログラムを行い、その後6ヶ月目まで週に一回程度のプログラムを継続することが推奨される。

##### 2) 治療の場所

治療はできる限り、制限の少ない環境で行うべきである。

入院は、1) 薬物の大量使用や重篤な離脱症状の可能性があり解毒を外来では安全に行えない場合、2) 過去の治療歴で外来などの制限の少ない環境での治療で失敗している場合、3) 合併する他の精神障害のために入院が必要な場合、4) 自傷他害のおそれがある場合、に限られる。

薬物リハビリテーション施設のような入院以外の住み込み型治療は入院の必要はないが、生活資源や職業上のスキルが限られていたり、薬物を使用せざるを得ない環境に住む患者に対して有用である。3ヶ月以上の住み込み型治療は短期間のものよりも良い結果をもたらすことが示されている。

デイホスピタルやナイトホスピタルの様な部分入院が有用な場合もある。

##### 3) 治療プログラムからの脱落

治療転帰と治療への参加は比例している。しかし、臨床試験の中で厳密なIntent-to-treat analysisを行ったものが少なく、また脱落した患者の転帰を把握した研究も少ない。

薬物嗜癖の患者は治療から脱落しやすいと一般に信じられている。6週間の治療プログラムで見ると脱落率は5~60%である。30~40%が多い。12週で

は脱落率は16～86%に及ぶ。50～80%というものが多い。

ただし、薬物嗜癖以外の精神障害に対する心理社会的治療の脱落率は平均すると46%程度になる。このことを考えると、薬物嗜癖の脱落率がとりわけ高いとまでは言えない。

#### 4) 患者の特性

合併精神障害を持つ患者が多い。こうした患者に対しては薬物嗜癖の治療と合併する精神障害の治療の両方を行う必要がある。こうした患者向けに治療プログラムの工夫を行う必要がある。

#### 7. 治療評価の問題

薬物使用の有無では不足である。使用していても問題が少ないのならよとすべきである。

犯罪や職業、家族の問題、合併する精神障害を評価の対象にすべきである。

#### IV. 考 察

様々な治療方法があり、それらは組み合わせられて、治療の期間もさまざまである。一方、患者の使用する薬物、患者の背景もさまざまである。効率よくかつ効果的に治療を行うためには患者に合わせて治療を組み立てる必要があると考えられるが、それに答えるだけの臨床研究はまだ不十分である。

日本では覚醒剤と有機溶剤が乱用薬物として多いが、これらを対象にした臨床研究はまだ数が少なく、今回参照したレビューでは取り上げられていなかった。アルコールを含めた物質使用障害に対する治療は共通点が多いと考えられ、コカインとヘロインについての臨床研究のデータは覚醒剤や有機溶剤の場合でもある程度参考になると考えられる。しかし、これらに対する臨床研究が行われない限り、結論づけることはできない。

また、治療方法を実現するのに必要な資源が日本では限られている。例えば12ステップは患者の参加率が不十分なので他の治療方法を用意しておく必要があるとされているが、日本では他のプログラムは得られない。認知行動療法はしばしば登場するが、日本の行動療法学会で薬物依存を取り上げた発表は皆無に近く、薬物依存と認知行動療法の両者について知識と経験がある臨床家はほとんどいないといって差し支えない。

今後、日本の薬物使用や医療の実情にあった治療方

法を開発し、適切な臨床試験を行い、治療ガイドラインを作成することが必要であると考えられる。

#### V. 文 献

American Psychiatric Association. (1995). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1-59.

Azrin, N. H., McMahon, P. T., Donohue, B., Besalel, V. A., Lapinski, K. J., Kogan, E. S., Acierno, R. E., & Galloway, E. (1994). Behavior therapy for drug abuse: a controlled treatment outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 857-866.

Center for Substance Abuse Treatment. (1994). DHHS Publication No. (SMA) 94B2077. Center for Substance Abuse Treatment.

Crits-Christoph, P. & Siqueland, L. (1996). Psychosocial treatment for drug abuse. Selected review and recommendations for national health care. [Review] [54 refs]. *Archives of General Psychiatry*, 53, 749-756.

Hall, S. M., Clark, H. W., & Sees, K. L. (1996). Drug Abuse, Drug Treatment, and Public Policy. In: W. K. Bickel, & R. J. DeGrandpre (Eds.), *Drug Policy and Human Nature: Psychological Perspectives on the Prevention, Management, and Treatment of Illicit Drug Abuse*. (pp. 77-98). New York: Plenum Press.

Leshner, A. I. (1997). Drug Abuse and Addiction Treatment Research: the Next Generation. *Archives of General Psychiatry*, 84, 691-694.

Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence: a coping skills training guide*. New York: Guilford Press.

NIH. (1997). *Effective Medical Treatment of Opiate Addiction*. NIH Consensus Statement, 15, 1-38.

厚生省健康政策局. (1999). 医療技術評価推進検討会 平成10年度報告書. 東京: 厚生省.

## II. 分 担 研 究 報 告

### 7. 高校生における薬物関連問題の調査研究

分担研究者 鈴木 健二

## 高校生における薬物関連問題の調査研究

分担研究者 鈴木健二<sup>1)</sup>研究協力者 村上 優<sup>2)</sup>、西村直之<sup>2)</sup>、杠 岳文<sup>2)</sup>藤林武史<sup>3)</sup>

1) 国立療養所久里浜病院

2) 国立肥前療養所

3) 佐賀県精神保健福祉センター

### 研究要旨

この研究はパイロットスタディとして高校生に対し薬物関連問題の調査を行い、高校生の薬物乱用の実態を把握するための基礎資料を得ること、また効果的な薬物乱用防止教育の方法を考えるために行った。神奈川県と九州地方の8つの公立高校の生徒3393名に対し、薬物への関心と共に、シンナー・大麻・覚醒剤の使用経験にまで踏み込んだ調査を行った。調査対象の高校生の中に、シンナー経験者は5.1%、大麻経験者は1.1%、覚醒剤経験者は0.8%存在した。こうした薬物乱用者の周りには予備群が存在し、薬物に誘われた経験のある高校生はシンナー13.6%、大麻2.4%、覚醒剤2.5%が存在し、誘われたら使って見たいと回答した生徒はシンナー3.7%、大麻3.5%、覚醒剤2.5%であった。これらの薬物乱用群・予備群には男女差が存在しないことも特徴であった。これらの調査結果は、過去の調査と比較して高い頻度が認められた。また対象の高校生の薬物の害への知識は全体に低い水準であった。薬物使用者、薬物に誘われた経験者、薬物をやって見たいと考えている者などは、問題飲酒群（大量飲酒者）や現在喫煙者の中に多く含まれており、問題飲酒群や喫煙者は薬物乱用へのハイリスクグループであると推定された。またすでに多剤乱用の状態にあると推定される高校生も存在した。これらの調査結果は、高校生における飲酒・喫煙・薬物乱用の問題は統一的に対策を立てる必要があることを示しており、また乱用群に対するアプローチが必要になっていると考えられる。

### I. 研究目的

第3次覚醒剤乱用期の到来が叫ばれ、1995年以降高校生の覚醒剤による検挙者が飛躍的に増大している。総理府の薬物乱用対策本部は、対策の柱のひとつに未成年者への薬物乱用防止対策を打ち出している。しかし、未成年者の薬物乱用防止対策を用意するに当たって、未成年者の薬物乱用の実態の基礎的データは明らかに不足しており、不十分である。シンナー乱用についての調査は数多く積み重ねられているが、大麻・覚醒剤についてはほとんどない。福井ら（1997）は薬物乱用・依存の世帯調査において、15才以上の男女5千人の中で、有機溶剤の経験者1.8%、大麻0.5%、覚醒剤0.3%を抽出し、15～19才の未成年者における薬物経験者は、有機溶剤1.0%、大麻0.3%、覚醒剤0%と報告しているが、未成年者の調査人数は287名であり信頼性が少ない。和田ら（1996）は中学生5万人のシンナー乱用についての全国調査を行い、中学生の1.1%がシンナー経験を持っていたと報告しているが、大麻と覚醒剤についてのデータは参考値にとどめている。総務庁青少年対策本部（1997）が行った中学生・高校生の調査は、シンナー・大麻・覚醒剤についての関心と興味に限定されている。藤林ら（1996）の佐賀県の高校生の調査においては、シンナー・大麻・覚醒剤の誘いを受けた経験の有無に限定されており、野津ら（1997）の秋田県の調査でも同様である。横浜市学校保健会（1996）が市立高校性に行った調査では、シンナー・覚醒剤などのドラッグ全般の経験者を質問して

いる。このように、シンナー以外の薬物についての調査は部分的・限定的である。

このように過去の未成年者の薬物乱用の調査は限定的ではあるが、これらの調査で未成年者の数パーセントがシンナーばかりでなく大麻や覚醒剤使用の誘いを経験しており、薬物に対する意識においても「使ってみよう」とか「使わないのは個人の自由」などの薬物容認的な態度を持つ生徒が数パーセント存在することが明らかにされている。

この研究は従来の調査研究の限界を越えるために、高校生の薬物乱用の実態と彼らの薬物への意識について、大麻・覚醒剤の使用経験まで質問として踏み込んだ調査とその分析である。調査対象は地域的にも限定され、調査を行なったのは我々の熱意を理解してくれた8つの高校のみであり、あくまでこの調査はパイロットスタディとしての位置付けでしかない。学校単位での違法性の強い薬物の調査は学校の抵抗が強いが、このパイロットスタディの目的の第1は、少しづつでも高校生の薬物乱用の実態の基礎データを積み上げていく必要性を明らかにすることであり、第2の目的は、高校生の薬物乱用防止教育の効果的方法を見つけるためである。

## II. 研究方法

調査対象は神奈川県の高校4校と、九州地方の高校4校の合計8校である。この8校に対して筆者らは薬物乱用防止教育の一環として薬物関連問題の講演を生徒たちに行ったが、その講演の前に学校側に依頼して調査を行った。調査は無記名のアンケートであり、ホームルームの時間を使って実施した。この時、調査の自発性と匿名性を確保するために、アンケートと共に封筒を生徒に配付し、回答したアンケートを生徒自身が封筒に入れ教師は封筒ごと回収して研究班に届けてもらう方法をとった（九州地方の4校のみ）。調査の実施はひとつの学年のみの学校や学校全体で実施した学校もある。

調査期間は、1998年6-10月である。調査内容は、性別・学年・年齢と共に、飲酒・喫煙についての質問、有機溶剤（この調査ではシンナーと呼称した）・大麻・覚醒剤のそれぞれの薬物に対する意識・使用している人を知っているかどうか、誘われた経験、使用経験、薬物の害についての知識などの26項目の質問である。

調査対象の高校生は3792人であったが、回収されたアンケートは3427通であり、調査への参加率は90.4%であった。回収されたアンケートのうち、34通は回答に不備があったので除外し、3393通を有効回答とみなした。有効回答率は99.0%であった。有効回答3393名のうち、男子は1867名、女子は1526名、1年生は1504名、2年生は1051名、3年生は838名で平均年齢は16.4±1.1歳であった。有効回答者のうち、神奈川県は981名、九州地方の生徒は2412名であった。データの分析は、飲酒、喫煙、薬物使用の実態を抽出すると共に、それらの相互関係を分析した。統計計算は東大計算機センターのSASパッケージを使用した。

## III. 研究結果

表1に、高校生の飲酒・喫煙・薬物関連問題についての主要な質問に対する回答を示した。飲酒状況では、週に1回以上飲酒している生徒は13.4%（男子16.0%、女子10.1%、以下男女を略す）、1回あたり3杯以上飲酒する生徒は24.4%（30.3%、16.7%）であった。筆者が考案した飲酒頻度と飲酒量の組み合わせによる未成年者飲酒問題スケール（QFスケール）を当てはめてみると、正常群46.5%（41.1%、53.8%）、飲酒群42.3%（43.9%、40.4%）、問題飲酒群10.9%（15.0%、5.8%）という割合であった。ここで言う問題飲酒群とは、身体的・心理的にリスクの高い飲酒をしている未成年者である。高校生の飲酒に対する意識を明らかにするために、未成年者飲酒禁止法への意見を質問したが、「飲む飲まないは個人の自由」と回答した高校生は46.0%（47.2%、44.5%）と高い割合であった。喫煙経験についての質問に対して、過去に吸ったことがあると回答した生徒は22.2%（23.3%、21.1%）、現在時々吸っている生徒は6.6%（7.2%、5.9%）、であり、ほぼ毎日吸っている生徒は23.5%（32.3%、12.4%）であった。シンナーについての質問では、「誘われたら使ってみよう」と回答した生徒は3.7%（3.8%、3.3%）であったが、「シンナーを吸っている人を知っている」と回答した生徒は29.9%（29.5%、30.4%）と多く、「シンナーに誘われた経験あり」と回答した生徒は13.6%（16.0%、11.0%）も存在していた。シンナー吸引経験の質問に対して、「過去にやったことがある」と回答した生徒は3.2%（3.8%、2.5%）、「最近1年間にやったことがある」

と回答した生徒は1.9% (2.1%, 1.7%) であり、合計してシンナー吸引経験を持っている生徒は5.1% (5.9%, 4.2%) であった。一方シンナーの害についての知識は低く、「依存症の危険がある」という回答をした生徒は55.4% (56.3%, 53.4%)、「精神病になる危険がある」と回答した生徒は53.5% (50.5%, 57.2%) であった。

大麻についての質問では、「誘われたらやってみよう」と回答した生徒は3.5% (4.2%, 2.4%) であり、「大麻を吸う人を知っている」と回答した生徒は5.8% (6.0%, 5.2%)、「大麻に誘われた経験がある」と回答した生徒は2.4% (2.7%, 1.8%) であった。大麻の使用経験に対する質問に対しては、「過去に使用したことがある」と回答した生徒は0.6% (0.9%, 0.2%)、「最近1年間に使用したことがある」と回答した生徒は0.5% (0.8%, 0.3%) であり、合計して大麻の使用経験がある生徒は1.1% (1.7%, 0.5%) であった。大麻の害についての知識は、「依存症になる」という回答はシンナーの害についての回答より高く、88.3% (87.0%, 89.9%) であるが、精神病の危険や無気力についてはシンナーの害についての回答と

同じレベルであった。

覚醒剤についての質問では、「誘われたらやってみよう」と回答した生徒は2.4% (2.6%, 2.0%) であり、「覚醒剤を使う人を知っている」と回答した生徒は6.9% (6.7%, 6.8%)、覚醒剤に誘われた経験を持つ生徒は2.5% (2.6%, 1.9%) であった。覚醒剤の使用経験は「過去に使用したことがある」と回答した生徒は0.5% (0.5%, 0.5%)、「最近1年間に使用したことがある」と回答した生徒は0.3% (0.5%, 0.1%)、合計して覚醒剤の使用経験を持つ生徒は0.8% (1.0%, 0.6%) であった。覚醒剤の害についての知識は「依存症になる」と回答した生徒は88.7% (87.4%, 90.4%)、「フラッシュバック」と回答した生徒は68.3% (67.8%, 68.9%) と高かったが、精神病や無気力と回答した生徒は半数以下であった。

表1から、シンナー乱用は依然として高校生の中に根強く広がっていると共に、大麻と覚醒剤も高校生の中に乱用者が存在していることが示されている。また飲酒と喫煙においては男女差が存在するが、シンナー・大麻・覚醒剤においては男女差が少ないことも示されている。

表1 高校生の飲酒・喫煙・薬物関連問題

	全体 (N=3393)	男子 (N=1867)	女子 (N=1526)
飲酒頻度			
飲まない	21.0 (%)	18.8 (%)	23.9 (%)
年に1~2回	36.1	33.9	39.0
月に1~2回	29.5	31.2	27.0
週に1回	9.4	11.1	7.3
週に数回	4.0	4.9	2.8
飲酒量 (1回あたり)			
飲まない	20.5	17.9	24.0
1杯以下	39.1	33.8	45.6
2杯	16.1	18.0	13.7
3~6杯	16.9	19.9	13.2
6杯以上	7.5	10.4	3.5
飲酒状況 (QFスケールによる分類)			
正常群	46.8	41.1	53.8
飲酒群	42.3	43.9	40.4
問題飲酒群	10.9	15.0	5.8
未成年者飲酒禁止法への意見			
法律は正しく飲むべきでない	18.4	18.9	17.9
法律はあるが少しならいい	35.6	33.9	37.6
飲む飲まないは個人の自由	46.0	47.2	44.5



表1 高校生の飲酒・喫煙・薬物関連問題（続き）

	全体 (N=3393)	男子 (N=1867)	女子 (N=1526)
<b>喫煙経験</b>			
吸ったことがない	47.6 (%)	37.1 (%)	60.6 (%)
過去に吸ったことがある	22.2	23.3	21.1
現在時々吸う	6.6	7.2	5.9
ほぼ毎日吸っている	23.5	32.3	12.4
<b>シンナーへの意識</b>			
法律で禁止なので使わない	29.5	34.4	23.8
怖いので使いたくない	66.8	61.7	72.9
誘われたら使ってみたい	3.7	3.8	3.3
シンナーを吸う人を知っている	29.9	29.5	30.4
シンナーに誘われた経験あり	13.6	16.0	11.0
<b>シンナー吸引経験</b>			
過去にやったことがある	3.2	3.8	2.5
最近1年間にやったことがある	1.9	2.1	1.7
<b>シンナーの害についての知識</b>			
死亡の危険がある	33.7	33.8	33.6
依存症	55.4	56.3	53.4
小脳失調	38.7	37.9	39.6
精神病	53.5	50.5	57.2
無気力	60.5	54.8	67.3
<b>大麻への意識</b>			
法律で禁止なので使いたくない	31.7	37.2	25.2
怖いので使いたくない	64.8	58.6	72.3
誘われたらやってみたい	3.5	4.2	2.4
大麻を使う人を知っている	5.8	6.0	5.2
大麻に誘われた経験あり	2.4	2.7	1.8
<b>大麻使用経験</b>			
過去に使用あり	0.6	0.9	0.2
最近1年間に使用あり	0.5	0.8	0.3
<b>大麻の害についての知識</b>			
依存症	88.3	87.0	89.9
精神病	49.5	47.9	51.5
無気力	48.1	43.3	54.0
<b>覚醒剤への意識</b>			
法律で禁止なので使いたくない	32.0	36.7	26.4
怖いので使いたくない	65.6	60.7	71.6
誘われたらやってみたい	2.4	2.6	2.0
覚醒剤を使う人を知っている	6.9	6.7	6.8
覚醒剤に誘われた経験あり	2.5	2.6	1.9
<b>覚醒剤使用経験</b>			
過去にあり	0.5	0.5	0.5
最近1年間に使用あり	0.3	0.5	0.1
<b>覚醒剤の害への知識</b>			
依存症	88.7	87.4	90.4
精神病	49.4	46.9	52.4
無気力	45.6	39.9	52.4
フラッシュバック	68.3	67.8	68.9

表に示していないが、学年別の薬物使用経験では、シンナーは1年生3.8%、2年生5.6%、3年生6.9%、大麻は1年生0.8%、2年生1.5%、3年生1.3%、覚醒剤は1年生0.3%、2年生0.9%、3年生1.7%であった。神奈川県は生徒は高校1年生中心であったためか薬物使用経験は九州地方の生徒より低い頻度であった。

表2は対象の高校生の飲酒状態と喫煙・シンナー・大麻・覚醒剤乱用との関連を示した。対象の高校生をQFスケールによって正常群、飲酒群、問題飲酒群の3つのグループに分割し、3つの群の比較を行った。問題飲酒群は未成年者飲酒禁止法に対し、「飲む飲ま

ないは個人の自由」と回答している者が76.4%存在し、他の2群との間に有意の差が存在した ( $\chi^2=856$ ,  $df=3$ ,  $p<0.005$ )。喫煙経験において、問題飲酒群は時々喫煙している者と毎日喫煙している者とを合計した現在喫煙者が78.6%存在し、他の2群との間には有意の差が存在した ( $\chi^2=938$ ,  $df=3$ ,  $p<0.005$ )。

問題飲酒群はシンナーの誘いに対し、「誘われたらやってみたい」と回答した者が11.9%存在し、他の2群との間に有意の差が存在した ( $\chi^2=112$ ,  $df=3$ ,  $p<0.005$ )。問題飲酒群は「シンナーを吸う人を知っている」と回答した者が63.6%に及び他の2群との間

表2 飲酒状態と薬物関連問題との相関

	問題飲酒群 (N=366)	飲酒群 (N=1425)	正常群 (N=1577)	有意差
未成年者飲酒禁止法への意見				$p<0.005$
法律は正しく飲むべきでない	4.2 (%)	6.6 (%)	33.2 (%)	
法律は正しいが少しならいい	19.4	41.7	33.6	
飲む飲まないは個人の自由	76.4	51.7	33.4	
喫煙経験				$p<0.005$
喫煙経験なし	10.4	32.4	70.2	
過去に経験あり	11.0	27.3	20.4	
現在喫煙している	78.6	40.2	9.5	
シンナーへの意識				$p<0.005$
法律で禁止なのでやらない	28.3	26.7	32.6	
怖いのでやらない	59.9	68.8	66.4	
誘われたらやってみたい	11.9	4.4	1.0	
シンナーを吸う人を知っている	63.6	37.7	15.3	$p<0.005$
シンナーの誘いの経験あり	44.8	17.5	3.4	$p<0.005$
シンナー吸引経験あり	20.6	5.8	1.1	$p<0.005$
大麻への意識				$p<0.005$
法律で禁止なのでやらない	31.8	29.2	33.9	
怖いからやらない	52.0	67.3	65.7	
誘われたらやってみたい	16.2	3.5	0.5	
大麻を吸う人を知っている	21.9	6.2	1.5	$p<0.005$
大麻の誘いの経験あり	10.9	2.2	0.4	$p<0.005$
大麻使用経験あり	6.5	0.6	0.3	$p<0.005$
覚醒剤への意識				$p<0.005$
法律で禁止なのでやらない	30.1	29.7	34.4	
怖いからやらない	59.7	68.1	64.8	
誘われたらやってみたい	10.1	2.1	0.6	
覚醒剤を使う人を知っている	25.0	7.1	2.4	$p<0.005$
覚醒剤の誘いの経験あり	12.1	1.8	0.7	$p<0.005$
覚醒剤使用経験あり	4.6	0.4	0.3	$p<0.005$

に有意の差が存在した ( $\chi^2=171$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )。問題飲酒群は「シンナーに誘われたことがある」と回答した者は44.8%に及び、他の2群との間には有意の差が存在した ( $\chi^2=454$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )。問題飲酒群にはシンナー吸引経験者が20.6%も存在し、他の2群との間には有意の差が存在した ( $\chi^2=231$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )。

問題飲酒群は大麻に「誘われたらやってみたい」と回答した者が16.2%存在し、他の2群との間には有意の差が存在した ( $\chi^2=225$ ,  $df=3$ ,  $p<0.005$ )。問題飲酒群は「大麻を吸う人を知っている」と回答した者が21.9%も存在し、他の2群との間に有意の差が存在した ( $\chi^2=229$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )。問題飲酒群は10.9%の者が大麻に誘われた経験を持っており、他の

2群との間には有意の差が存在した ( $\chi^2=145$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )。問題飲酒群には大麻の経験者が6.5%存在し、他の2群との間には有意の差が存在した ( $\chi^2=113$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )。

問題飲酒群は覚醒剤に対し、「誘われたらやってみたい」と回答した者が10.1%存在し、他の2群との間には有意の差が存在した ( $\chi^2=124$ ,  $df=3$ ,  $p<0.005$ )。問題飲酒群は「覚醒剤を使う人を知っている」と回答した者が25%も存在し他の2群との間には有意の差が存在した ( $\chi^2=496$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )。問題飲酒群は覚醒剤の誘いを受けた経験をもってる者が12.1%存在し、他の2群との間には有意の差が存在した ( $\chi^2=166$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )。問題飲酒群には覚醒剤使用の経験者が4.6%も存在し他の2群との間には有意

表3 喫煙経験と薬物関連問題との相関

	現在喫煙あり (N=1009)	過去の喫煙あり (N=750)	喫煙経験なし (N=1603)	有意差
飲酒状況				$p<0.005$
正常群	14.9 (%)	42.9 (%)	68.8 (%)	
飲酒群	56.7	51.8	28.8	
問題飲酒群	28.4	5.3	2.4	
シンナーへの意識				$p<0.005$
法律で禁止なのでやらない	25.1	28.5	33.1	
怖いからやらない	64.7	70.3	66.3	
誘われたらやってみたい	10.2	1.2	0.6	
シンナーを吸う人を知っている	51.8	33.1	14.6	$p<0.005$
シンナーの誘いの経験あり	34.7	9.8	2.4	$p<0.005$
シンナー吸引経験あり	15.8	1.6	0.1	$p<0.005$
大麻への意識				$p<0.005$
法律で禁止なのでやらない	28.4	30.3	34.5	
怖いからやらない	61.7	68.4	65.1	
誘われたらやってみたい	9.9	1.3	0.4	
大麻を吸う人を知っている	14.0	4.3	1.1	$p<0.005$
大麻の誘いの経験あり	6.7	0.8	0.3	$p<0.005$
大麻使用経験あり	3.0	0.4	0.3	$p<0.005$
覚醒剤への意識				$p<0.005$
法律で禁止なのでやらない	28.8	30.4	34.9	
怖いからやらない	65.4	68.0	64.6	
誘われたらやってみたい	5.9	1.6	0.4	
覚醒剤を使う人を知っている	16.0	5.2	1.8	$p<0.005$
覚醒剤の誘いの経験あり	7.0	0.7	0.3	$p<0.005$
覚醒剤使用経験あり	2.5	0.1	0.1	$p<0.005$

の差が存在した ( $\chi^2=72.8$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )。

表2において高校生における問題飲酒群は喫煙、シンナー・大麻・覚醒剤乱用に強い親和性を持つグループであることが示されており、問題飲酒群は薬物乱用のハイリスクグループであることが示されている。この傾向には男女差は存在しなかった。

表3は、喫煙経験と薬物関連問題の相関を示している。対象の高校生を、喫煙経験なし、過去に喫煙経験あり、現在喫煙しているという3つのグループに分割し、3つのグループの間での薬物関連問題の比較を行った。現在喫煙者には問題飲酒群が28.4%が存在しており、他の2群との間には有意の差が存在した ( $\chi^2=938$ ,  $df=3$ ,  $p<0.005$ )。現在喫煙者においては、「シンナーに誘われたらやってみたい」と回答した者が19.2%存在し、他の2群との間には有意の差が存在し ( $\chi^2=187$ ,  $df=3$ ,  $p<0.005$ )、「シンナーを吸う人を知っている」と回答した者が51.8%おり、他の2群との間には有意の差が存在し ( $\chi^2=326$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、シンナーに誘われた経験を持つ者が34.7%含まれており、他の2群との間には有意の差が存在し ( $\chi^2=560$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、シンナー吸引経験を持っている者が15.8%存在し、他の2群との間には有意の差がある ( $\chi^2=338$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )。現在喫煙者において「大麻に誘われたらやってみたい」と回答した者は9.9%存在し、他の2群との間には有意の差が認められ ( $\chi^2=186$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、「大麻を吸う人を知っている」と回答した者は14.0%に及び、他の2群との間には有意の差が存在し ( $\chi^2=197$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、大麻に誘われた経験を持つ者は6.7%含まれており、他の2群との間には有意の差が存在し ( $\chi^2=125$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、大麻使用経験者は3.0%存在し他の2群との間には有意の差が認められた ( $\chi^2=46.7$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )。現在喫煙者においては、「覚醒剤に誘われたらやってみたい」と回答した者が5.9%存在し、他の2群との間には有意の差が存在し ( $\chi^2=88.5$ ,  $df=3$ ,  $p<0.005$ )、「覚醒剤を使う人を知っている」と回答した者は16.0%に及び、他の2群との間には有意の差は存在し ( $\chi^2=200$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、覚醒剤に誘われた経験者は7.0%含まれており、他の2群との間には有意の差があり ( $\chi^2=131$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、覚醒剤の経験者は2.5%存在し、他の2群との間には有意の差が存在していた ( $\chi^2=47.3$ ,

$df=2$ ,  $p<0.005$ )。

表3から、高校生における喫煙者は、飲酒・シンナー・大麻・覚醒剤乱用と強い親和性があることがわかる。高校生における喫煙者は薬物乱用のハイリスクグループであると推定される。この傾向に男女差は認められなかった。

表4は、対象群をシンナーに誘われた経験の有無で2分し、それぞれの薬物関連問題を比較した。ここでシンナーに誘われた経験を持つ者とは、薬物接近群と考えることができる。シンナーに誘われた経験を持つ者は、問題飲酒群が有意に多く ( $\chi^2=455$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ )、現在喫煙者も有意に多く ( $\chi^2=560$ ,  $df=3$ ,  $p<0.005$ )、「シンナーに誘われたらやってみたい」と回答した者も有意に多く ( $\chi^2=302$ ,  $df=3$ ,  $p<0.005$ )、「シンナーを吸う人を知っている」と回答した者も有意に多く ( $\chi^2=778$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、シンナー吸引経験者も有意に多く ( $\chi^2=867$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、「大麻に誘われたらやってみたい」と回答した者が有意に多く ( $\chi^2=234$ ,  $df=3$ ,  $p<0.005$ )、「大麻を吸う人を知っている」と回答した者も有意に多く ( $\chi^2=325$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、大麻に誘われた経験者も有意に多く ( $\chi^2=291$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、大麻使用経験者も有意に多く ( $\chi^2=91.0$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、「覚醒剤に誘われたらやってみたい」と回答した者が有意に多く ( $\chi^2=113$ ,  $df=3$ ,  $p<0.005$ )、「覚醒剤を使う人を知っている」と回答した者が有意に多く ( $\chi^2=407$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )、覚醒剤に誘われた経験者も有意に多く ( $\chi^2=276$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ ) 覚醒剤使用経験者も有意に多い ( $\chi^2=60.5$ ,  $df=2$ ,  $p<0.005$ )。

表4から、シンナーに誘われた経験を持つ高校生は、薬物接近群と規定できるし、薬物乱用のハイリスクグループであることが示されている。男女差も認められなかった。

表5は、飲酒・喫煙・薬物乱用の集積状況を示した。対象の高校生の中で、シンナー経験者は174名、大麻経験者は37名、覚醒剤経験者は28名存在した。表5に示すように、問題飲酒群の高校生は、シンナー経験者の43.1%、大麻経験者の64.9%、覚醒剤経験者の60.7%に存在しており、高校生の現在喫煙者は、シンナー経験者の92.0%、大麻経験者の78.4%、覚醒剤経験者の89.3%に存在している。シンナー経験を持つ高校生