

表1 性・学年構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 4年以下	3	0.4	2	0.6
小学 5年	16	2.1	6	1.8
小学 6年	40	5.1	25	7.6
中学 1年	99	12.7	25	7.6
中学 2年	182	23.4	74	22.4
中学 3年	310	40.0	133	40.3
高校 1年	14	1.8	9	2.7
高校 2年	6	0.8	3	0.9
高校 3年	2	0.3	2	0.6
専門学校	2	0.3	0	0.0
中卒 無職	4	0.6	6	1.8
就労中	0	0.0	0	0.0
無回答ほか	99	12.7	45	13.6
計	777	100.0	330	100.0

表2 性・年齢構成

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
9歳以下	2	0.3	2	0.6
10歳	5	0.6	3	0.9
11歳	30	3.9	16	4.8
12歳	75	9.7	20	6.0
13歳	139	17.9	63	19.1
14歳	267	34.3	97	29.4
15歳	215	27.7	105	32.0
16歳	27	3.5	14	4.2
17歳	5	0.6	5	1.5
18歳	0	0.0	2	0.6
無回答ほか	12	1.5	3	0.9
計	777	100.0	330	100.0

表3 施設入所期間

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
3ヶ月以下	164	21.1	80	24.2
4ヶ月から6ヶ月	132	17.0	54	16.4
6ヶ月から1年	224	28.8	87	26.4
1年から1年6ヶ月	137	17.6	61	18.5
1年6ヶ月から2年	62	8.0	26	7.9
2年以上	58	7.5	22	6.7
無回答	0	0.0	0	0.0
計	777	100.0	330	100.0

表4 地域別人数

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
東北・北海道	121	15.6	39	11.8
関東	125	16.1	43	13.0
中部	122	15.7	51	15.4
関西	106	13.6	43	13.0
中国・四国	113	14.5	53	16.1
九州	84	10.8	46	13.9
不詳	106	13.6	55	16.7
計	777	100.0	330	100.0

表5 非行歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
学校をさぼった	479	61.8	265	80.3
外泊や家出をした	424	54.6	252	76.4
自転車を盗んだ	376	48.4	156	47.3
人の物やお金を盗んだ	387	49.8	194	58.8
人にけがをさせた	411	52.9	155	47.0
家からお金を持ち出した	387	49.8	194	58.8
不良仲間とつき合った	335	43.1	172	52.1
家の中で暴れた	236	30.4	158	47.9
人の物をわざと壊した	235	30.2	109	33.0
バイクや自動車を盗んだ	213	27.4	61	18.5
ひったくり、カツアゲ	148	19.0	52	15.8
無免許運転	209	26.9	65	19.7
物や家に火をつけた	211	27.2	59	17.9
根性焼きや入墨をした	175	22.5	75	22.7
性関係のこと	233	29.9	137	41.5
その他	126	16.2	60	18.2
暴力団とつき合った	56	7.2	40	17.0
暴走族に入った	33	4.2	16	4.8

表6 初発非行年齢

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学校入学前	38	4.9	22	6.7
小学 1年	50	6.4	15	4.5
小学 2年	65	8.4	31	9.3
小学 3年	79	10.2	26	7.9
小学 4年	98	12.6	47	14.2
小学 5年	112	14.4	57	17.2
小学 6年	111	14.3	41	12.4
中学 1年	123	15.8	52	15.8
中学 2年	31	4.0	13	3.9
中学 3年	4	0.5	3	0.9
中学卒業後	8	1.0	1	0.3
無回答	58	7.5	22	6.7
計	777	100.0	330	100.0

表7 家庭裁判所への係属歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	167	21.5	45	13.6
ない	510	65.6	258	78.2
無回答	100	12.9	27	8.2
計	777	100.0	330	100

表8 周囲の薬物乱用状況

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	106	13.6	122	37.0
大麻	57	7.3	58	17.6
覚せい剤	60	7.7	70	21.2
ブタン	88	11.3	72	21.8
コカイン	19	2.4	19	5.8
リタリン	10	1.3	11	3.3
睡眠薬	9	1.2	8	2.4
抗不安薬	52	6.7	89	27.0
咳止め液	49	6.3	65	19.7
MDMA	7	0.9	12	3.6
危険ドラッグ	65	8.4	68	20.6
その他	16	2.1	19	5.8

表9 本人の薬物乱用歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
有機溶剤	35	4.5	68	20.6
大麻	16	2.1	18	5.5
覚せい剤	1	0.1	11	3.3
ブタン	88	11.3	72	21.8
コカイン	3	0.4	4	1.2
リタリン	3	0.4	2	0.6
睡眠薬	1	0.1	1	0.3
抗不安薬	18	2.3	38	11.5
咳止め液	14	1.8	33	10.0
MDMA	0	0.0	8	2.4
危険ドラッグ	17	2.2	19	5.8
その他	5	0.6	8	2.4

表10 飲酒歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
1年で数回	144	18.5	52	15.8
月に2-3回	104	13.4	58	17.6
週に2-3回	89	11.5	62	18.8
ほぼ毎日	83	10.7	61	18.5
	420	54.1	233	70.7

表11 飲酒開始

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 1年	5	0.6	13	3.9
小学 2年	5	0.6	4	1.2
小学 3年	17	2.2	20	6.1
小学 4年	31	4.0	19	5.8
小学 5年	39	5.0	25	7.6
小学 6年	73	9.4	25	7.6
中学 1年	153	19.7	78	23.6
中学 2年	52	6.7	25	7.6
中学 3年	7	0.9	6	1.8
	382	49.1	215	65.2

表12 喫煙歴

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
1年で数回	72	9.3	36	10.9
月に2-3回	32	4.1	17	5.2
週に2-3回	38	4.9	22	6.7
ほぼ毎日	268	34.5	139	42.1
	410	52.8	214	64.9

表13 喫煙開始

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
小学 1年	0	0.0	5	1.5
小学 2年	11	1.4	6	1.8
小学 3年	26	3.3	10	3.0
小学 4年	46	5.9	24	7.3
小学 5年	47	6.0	26	7.9
小学 6年	85	10.9	23	7.0
中学 1年	109	14.0	70	21.2
中学 2年	45	5.8	26	7.9
中学 3年	5	0.7	4	1.2
	374	48.0	194	58.8

表14 有機溶剤・大麻・覚せい剤の乱用頻度の年代変化(男性)

	単位:%										
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
有機溶剤	41.2	37.3	30.3	26.4	21.6	14.3	9.8	10.7	7.2	4.5	4.5
大麻	5.5	6.7	4.8	5.0	4.9	4.9	2.7	4.0	1.9	2.0	2.1
覚せい剤	1.2	1.7	3.9	5.0	2.5	1.6	0.7	0.3	0.4	0.7	0.1

表15 有機溶剤・大麻・覚せい剤の乱用頻度の年代変化(女性)

	単位:%										
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
有機溶剤	59.6	50.6	48.5	52.3	46.5	44.2	31.1	30.5	28.6	21.3	20.6
大麻	22.0	19.0	14.4	14.7	15.9	15.9	14.0	14.0	12.6	7.0	5.5
覚せい剤	6.6	10.8	16.9	15.2	13.6	12.4	10.9	6.9	8.3	4.5	3.3

表16 地域別薬物乱用頻度(男性)

	有機溶剤	大麻	ブタン	抗不安薬	危険ドラッグ
東北・北海道(n=121)	9.1%	3.3%	13.2%	4.1%	4.1%
関東(n=125)	5.6%	0.0%	4.0%	3.2%	0.0%
中部(n=122)	0.8%	0.0%	2.5%	0.0%	1.6%
関西(n=106)	6.6%	3.8%	7.5%	2.8%	4.7%
中国・四国(n=113)	1.8%	1.8%	14.2%	0.9%	1.8%
九州(n=84)	1.2%	1.2%	3.6%	2.4%	2.4%

表17 地域別薬物乱用頻度(女性)

	有機溶剤	大麻	ブタン	抗不安薬	危険ドラッグ
東北・北海道(n=39)	20.5%	0.0%	7.7%	7.7%	2.6%
関東(n=43)	9.3%	4.7%	7.0%	4.7%	4.7%
中部(n=51)	21.6%	2.0%	7.8%	2.0%	2.0%
関西(n=43)	18.6%	18.6%	11.6%	23.3%	9.3%
中国・四国(n=53)	11.3%	1.9%	13.2%	7.5%	1.9%
九州(n=46)	26.1%	0.0%	15.2%	10.9%	6.5%

表18 自分の周囲の有機溶剤乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	31	4.0	47	14.2
いない	730	94.0	270	81.8
無回答	16	2.0	13	3.9
	777	100.0	330	100.0

表19 有機の誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	45	5.8	71	21.5
ない	711	91.5	252	76.4
無回答	21	2.7	7	2.1
	777	100.0	330	100.0

表20 有機溶剤入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	82	10.6	65	19.7
なんとか手に入る	64	8.2	37	11.2
ほとんど不可能だ	46	5.9	19	5.8
絶対不可能だ	229	29.5	84	25.5
無回答	356	45.8	125	37.9
	777	100.0	330	100.0

表21 有機溶剤乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=35)		女性(n=68)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	2	5.7	4	5.9
11歳	0	0.0	4	5.9
12歳	3	8.6	3	4.4
13歳	7	20.0	14	20.1
14歳	4	11.4	2	2.9
15歳以上	0	0.0	1	1.4
年齢はおぼえていない	4	11.4	4	5.9
無回答	15	42.9	36	52.9
	35	100.0	68	99.4

表22 最もしていた時の有機溶剤乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=35)		女性(n=68)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回	13	37.1	13	19.1
数回以上	12	34.3	16	23.5
ほとんど毎日	6	17.1	2	2.9
無回答	4	11.4	37	54.4
	35	100.0	68	100.0

表23 有機への法律知識(乱用者のみ)

	男性(n=35)		女性(n=68)	
	人数	%	人数	%
知っていた	29	82.9	56	82.4
知らなかった	5	14.3	9	13.2
無回答	1	2.9	3	4.4
	35	100.0	68	100.0

表24 有機溶剤乱用への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=35)		非乱用者(n=742)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	11	31.4	547	73.7
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	11	31.4	51	7.0
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	11	31.4	31	4.2
無回答	2	5.7	101	15.2
	35	100	742	100.0

表25 有機溶剤乱用への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=68)		非乱用者(n=262)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	25	36.8	162	61.8
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	21	30.9	34	13.0
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	15	22.1	21	8.0
無回答	7	10.3	45	17.1
	68	100.0	262	100.0

表26 有機溶剤乱用禁止への態度(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=35)		非乱用者(n=742)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	6	17.1	465	62.7
しかたないことだと思う	4	11.4	52	7.0
シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	2	5.7	11	1.5
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	19	54.3	85	11.5
無回答	4	11.4	129	17.3
	35	100.0	742	100.0

表27 有機溶剤乱用禁止への態度(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者(n=68)		非乱用者(n=262)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	18	26.5	135	51.5
しかたないことだと思う	19	27.9	13	5.0
シンナーくらい禁止しなくてもいいのではないかと思う	10	14.7	6	2.3
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	13	19.1	32	12.2
無回答	8	11.8	54	20.6
	68	100.0	227	100.0

表28 有機溶剤の知識(男性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者 (n=35)		非乱用者 (n=742)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	11	31.4	197	26.5
多発神経炎	11	31.4	216	29.1
精神病状態	22	62.8	374	50.4
無動機症候群	13	37.1	181	24.4
フラッシュバック	20	57.1	334	45.0
いずれも知らなかった	7	20.9	232	31.3

表29 有機溶剤の知識(女性)

	有機溶剤乱用			
	乱用者 (n=68)		非乱用者 (n=262)	
	人数	%	人数	%
急性中毒死	32	47.0	102	38.9
多発神経炎	28	41.2	107	40.8
精神病状態	53	77.9	169	64.5
無動機症候群	30	44.1	102	38.9
フラッシュバック	47	69.1	161	61.4
いずれも知らなかった	9	13.2	43	16.4

表30 有機溶剤で体験した症状(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者 (n=35)		女性乱用者 (n=68)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	4	11.4	12	17.6
フラッシュバック	7	20.0	11	16.1
多発神経炎	0	0.0	2	2.9
無動機症候群	1	2.9	12	17.6
症状なし	12	34.2	34	50.0

表31 有機溶剤の被害知識と乱用抑止(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者 (n=35)		女性乱用者 (n=68)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	7	20.0	7	10.3
やはりしていたと思う	12	34.2	24	35.3
無回答	16	45.7	37	54.4

表32 施設退所後、乱用しないと思うか(有機溶剤乱用者)

	男性乱用者 (n=35)		女性乱用者 (n=68)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	27	77.1	41	60.3
多分やらないと思う	8	22.9	15	22.1
多分やると思う	0	0.0	8	11.8
絶対やると思う	0	0.0	2	2.9
無回答	0	0.0	2	2.9
	35	100.0	68	100.0

表33 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者、重複回答あり)

	男性乱用者 (n=0)		女性乱用者 (n=10)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	0	0.0	6	60.0
今もやりたいから	0	0.0	3	30.0
いやなことがあったら	0	0.0	6	60.0
なんとなくそう思うから	0	0.0	2	20.0

表34 自分の周囲のブタン乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	33	4.2	28	8.5
いない	703	90.5	285	86.4
無回答	41	5.3	17	5.2
	777	100.0	330	100.0

表35 ブタンの誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	66	8.5	47	14.2
ない	635	81.7	257	77.9
無回答	76	9.8	26	7.9
	777	100.0	330	100.0

表36 ブタン入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	207	26.6	104	31.5
なんとか手に入る	33	4.2	16	4.8
ほとんど不可能だ	33	4.2	13	3.9
絶対不可能だ	211	27.2	71	21.5
無回答	292	37.6	126	38.2
	776	100.0	330	100.0

表37 ガスパンへの関心

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
知らなかった	480	61.8	161	48.8
関心がなかった	188	24.2	109	33.0
見てみたかった	18	2.3	17	5.2
試してみたかった	29	3.7	19	5.8
無回答	62	8.0	24	7.3
	777	100.0	330	100.0

表38 ブタン乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=88)		女性(n=72)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	1	1.1	1	1.4
11歳	3	3.4	2	2.8
12歳	7	8.0	4	5.6
13歳	13	14.7	14	19.4
14歳	8	9.1	8	11.1
15歳以上	0	0.0	0	0.0
年齢は覚えていない	3	3.4	2	2.8
無回答	53	60.2	41	56.9
	88	100.0	72	100.0

表39 最もしていた時のブタン乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=88)		女性(n=72)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回数回以上	16	18.1	16	22.2
ほとんど毎日	2	2.3	4	5.5
無回答	56	63.6	44	61.1
	88	100.0	72	100.0

表40 ブタン乱用への態度(男性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=88)		経験無(n=689)	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	32	36.3	287	41.6
少々ならかまわない	27	30.7	24	3.6
かまわない	11	12.5	15	2.2
知らなかった	16	18.2	292	42.3
無回答	2	2.3	71	10.3
	88	100.0	689	100.0

表41 ブタン乱用への態度(女性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=72)		経験無(n=258)	
	人数	%	人数	%
すべきではないと思う	18	25.0	93	36.0
少々ならかまわない	17	23.6	19	7.4
かまわない	19	26.4	18	7.0
知らなかった	11	15.3	104	40.3
無回答	7	9.7	24	9.3
	72	100.0	258	100.0

表42 ブタンの知識(男性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=88)		経験無(n=689)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	27	30.6	91	13.2
急性中毒死	22	25.0	76	11.0
いずれも知らなかった	39	44.3	522	75.8

表43 ブタンの知識(女性)

	ブタン乱用			
	経験有(n=72)		経験無(n=258)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	31	43.0	69	26.7
急性中毒死	15	16.7	50	19.3
いずれも知らなかった	26	36.1	139	53.8

表44 ブタンで体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=88)		女性乱用者(n=72)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	9	10.2	5	6.9
フラッシュバック	7	7.9	4	5.5

表45 ブタンの知識と乱用抑止(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=88)		女性乱用者(n=72)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思う	21	23.8	6	8.3
やはりしていたと思う	13	14.7	20	27.8
無回答	54	61.4	46	63.8
	88	100.0	72	100.0

表46 施設退所後, 乱用しないと思うか(ブタン乱用者のみ)

	男性乱用者(n=88)		女性乱用者(n=72)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	67	76.1	47	65.2
多分やらないと思う	17	19.3	15	20.8
多分やると思う	1	1.1	4	5.6
絶対やると思う	1	1.1	3	4.2
無回答	2	2.3	3	4.2
	88	100.0	72	100.0

表47 退所後, 乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と)

	男性乱用者(n=2)		女性乱用者(n=7)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	0	0.0	5	71.4
今もやりたいと思って いるから	0	0.0	1	14.2
いやなことがあったら やると思うから	1	50.0	5	71.4
なんとなくそう思うから	2	100.0	2	28.5

表48 自分の周囲の大麻乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	43	5.5	41	12.4
いない	710	91.4	278	84.2
無回答	24	3.1	11	3.3
	777	100.0	330	100.0

表49 大麻の誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	34	4.4	47	14.2
ない	676	87.0	262	79.4
無回答	67	8.6	21	6.4
	777	100.0	330	100.0

表50 大麻入手困難さ

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	45	5.8	40	12.1
少々苦勞するが、なんとか手に入る	62	8.0	42	12.7
ほとんど不可能だ	61	7.9	21	6.4
絶対不可能だ	306	39.4	107	32.4
無回答	303	38.9	120	36.5
	777	100.0	330	100.0

表51 大麻への関心

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
知らなかった	233	30.0	73	22.1
関心がなかった	389	50.1	180	54.5
見てみたかった	29	3.7	29	8.8
試してみたかった	18	2.3	16	4.8
無回答	108	13.9	32	9.7
	777	100.0	330	100.0

表52 大麻乱用開始年齢(乱用者のみ)

	男性(n=16)		女性(n=18)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	0	0.0	1	5.6
11歳	0	0.0	1	5.6
12歳	1	6.2	1	5.6
13歳	11	68.8	8	44.4
14歳	2	12.5	4	22.2
15歳以上	1	6.2	1	5.5
経験はあるが年齢はおぼえていない	0	0.0	0	0.0
無回答	1	6.2	2	11.1
	16	100.0	18	100.0

表53 最もしていた時の大麻乱用頻度(乱用者のみ)

	男性(n=16)		女性(n=18)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回数以上	9	56.2	10	55.5
数回以上	6	37.5	5	27.7
ほとんど毎日	0	0.0	1	5.5
無回答	1	6.3	2	11.1
	16	100.0	18	100.0

表54 大麻への法律知識(乱用者のみ)

	男性(n=16)		女性(n=18)	
	人数	%	人数	%
知っていた	15	93.7	17	94.4
知らなかった	0	0.0	1	5.6
無回答	1	6.3	0	0.0
	16	100.0	18	100.0

表55 大麻乱用への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=16)		経験無(n=761)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	1	6.3	591	77.6
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	8	50.0	36	4.8
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	5	31.2	23	3.1
無回答	2	12.5	111	14.6
	16	100.0	761	100.0

表56 大麻乱用への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=18)		経験無(n=312)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	3	16.7	200	64.1
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	8	44.4	43	13.8
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	7	38.8	20	6.4
無回答	0	0.0	49	15.7
	18	100.0	312	100.0

表57 大麻乱用禁止への態度(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=16)		経験無(n=761)	
	人数	%	人数	%
当然だと思ふ	2	12.5	537	70.5
しかたないことだと思ふ	3	18.7	41	5.4
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思ふ	5	31.2	3	0.4
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思ふ	4	25.0	70	9.2
無回答	2	12.5	99	14.5
	16	100.0	750	100.0

表58 大麻乱用禁止への態度(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=18)		経験無(n=312)	
	人数	%	人数	%
当然だと思ふ	3	16.7	182	58.3
しかたないことだと思ふ	4	22.2	37	11.9
大麻くらい禁止しなくてもいいのではないかと思ふ	3	16.7	7	2.2
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思ふ	7	38.9	33	10.6
無回答	1	5.5	25	17.0

表59 大麻の知識(男性)

	大麻乱用			
	経験有(n=16)		経験無(n=761)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	9	56.2	249	32.7
無動機症候群	6	37.5	147	19.3
いずれも知らなかった	7	43.8	427	56.1

表60 大麻の知識(女性)

	大麻乱用			
	経験有(n=18)		経験無(n=312)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	15	83.3	147	47.1
無動機症候群	7	38.9	97	31.1
いずれも知らなかった	3	16.7	126	40.4

表61 大麻で体験した症状(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=16)		女性乱用者(n=18)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	3	18.7	9	50.0
無動機症候群	5	31.2	4	22.2

表62 大麻の知識と乱用抑止(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=16)		女性乱用者(n=18)	
	人数	%	人数	%
しなかったと思ふ	5	31.2	2	11.1
やはりしていたと思ふ	8	50.0	14	77.8
無回答	3	18.8	2	11.1
	16	100.0	18	100.0

表63 施設退所後、乱用しないと思ふか(乱用者のみ)

	男性乱用者(n=16)		女性乱用者(n=18)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思ふ	11	68.7	9	50.0
多分やらないと思ふ	3	18.7	5	27.8
多分やると思ふ	0	0.0	3	16.6
絶対やると思ふ	0	0.0	0	0.0
無回答	2	12.5	1	5.5
	16	100.0	18	100.0

表64 退所後、乱用すると思ふ理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)

	男性乱用者(n=0)		女性乱用者(n=3)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思ふから	0	0.0	2	66.7
今もやりたいと思っているから	0	0.0	0	0.0
いやなことがあったらやると思ふから	0	0.0	3	100.0
なんとなくそう思ふから	0	0.0	3	100.0
	0	0.0	8	266.7

表65 自分の周囲の覚せい剤乱用による精神症状発現者

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
いた	22	2.8	44	13.3
いない	725	93.3	272	82.4
無回答	30	3.9	14	4.2
	777	100.0	330	100.0

表66 覚せい剤の入手性

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
簡単に手に入る	31	4.0	34	10.3
少々苦勞するが、なんとか手に入る	60	7.7	42	12.7
ほとんど不可能だ	65	8.4	30	9.1
絶対不可能だ	322	41.4	101	30.6
無回答	299	38.5	123	37.3
	777	100.0	330	100.0

表67 覚せい剤への関心

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
覚せい剤は知らなかった	206	26.5	46	13.9
関心がなかった	438	56.4	212	64.2
見てみたかった	26	3.3	28	8.5
試してみたかった	12	1.5	17	5.2
無回答	95	12.2	27	8.2
	777	100.0	330	100.0

表68 覚せい剤乱用への誘い

	男性		女性	
	人数	%	人数	%
ある	16	2.1	36	10.9
ない	520	66.9	228	69.1
無回答	241	31.0	66	20.0
	777	100.0	330	100.0

表69 覚せい剤乱用開始年齢

	男性(n=1)		女性(n=11)	
	人数	%	人数	%
10歳以下	0	0.0	0	0.0
11歳	0	0.0	1	9.1
12歳	0	0.0	0	0.0
13歳	0	0.0	3	27.3
14歳	0	0.0	2	18.2
15歳	0	0.0	4	36.4
経験はあるが年齢はおぼえていない	0	0.0	1	9.1
無回答	1	100.0	0	0.0
	1	100.0	11	100.0

表70 覚せい剤乱用頻度

	男性(n=1)		女性(n=11)	
	人数	%	人数	%
今まで1, 2回数回以上	1	100.0	6	54.5
ほとんど毎日	0	0.0	4	36.3
無回答	0	0.0	1	9.0
	1	100.0	11	100.0

表71 覚せい剤の乱用方法

	男性(n=1)		女性(n=11)	
	人数	%	人数	%
吸引	1	100.0	6	54.5
注射	0	0.0	4	36.4
吸引と注射	0	0.0	1	9.1
無回答	0	0.0	0	0.0
	1	100.0	11	100.0

表72 覚せい剤への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=1)		経験無(n=776)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	0	0.0	611	78.7
法律で禁じられているが、少々ならかまわないと思う	0	0.0	37	4.8
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	1	100.0	27	3.5
無回答	0	0.0	101	13.0
	1	100.0	776	100.0

表73 覚せい剤への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有(n=11)		経験無(n=319)	
	人数	%	人数	%
法律で禁じられているから、すべきではないと思う	1	9.1	205	64.2
法律で禁じられてはいるが、少々ならかまわないと思う	6	54.5	51	16.0
法律で禁じられてはいるが、それを守る必要は全然ないと思う	4	36.4	17	5.3
無回答	0	0.0	46	14.4
	11	100.0	319	100.0

表74 覚せい剤禁止への態度(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有 (n=1)		経験無 (n=776)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	0	0.0	561	72.2
しかたないことだと思う	0	0.0	39	5.0
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	1	100.0	78	10.1
無回答	0	0.0	98	12.6
	1	100.0	776	100.0

表75 覚せい剤禁止への態度(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有 (n=11)		経験無 (n=319)	
	人数	%	人数	%
当然だと思う	0	0.0	196	61.4
しかたないことだと思う	7	63.6	33	10.3
法律で決める必要はなく、個人の好きにさせればよいと思う	4	36.4	43	13.5
無回答	0	0.0	34	14.7
	11	100.0	306	100.0

表76 覚せい剤の知識(男性)

	覚せい剤乱用			
	経験有 (n=1)		経験無 (n=776)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	0	0.0	270	40.5
フラッシュバック	0	0.0	246	36.9
いずれも知らなかった	1	20.0	390	58.6

表77 覚せい剤の知識(女性)

	覚せい剤乱用			
	経験有 (n=11)		経験無 (n=319)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	9	81.8	171	53.6
フラッシュバック	8	72.7	160	50.1
いずれも知らなかった	1	9.0	93	29.1

表78 有機溶剤で体験した症状

	男性乱用者 (n=1)		女性乱用者 (n=11)	
	人数	%	人数	%
精神病状態	0	0.0	7	63.6
フラッシュバック	0	0.0	4	36.4

表79 覚せい剤の知識と抑止

	男性乱用者 (n=1)		女性乱用者 (n=11)	
	人数	%	人数	%
使わなかったと思う	1	100.0	0	0.0
やはり使ったと思う	0	0.0	10	91.0
無回答	0	0.0	1	9.0
	1	100.0	11	100.0

	男性乱用者 (n=1)		女性乱用者 (n=11)	
	人数	%	人数	%
絶対やらないと思う	1	100.0	3	27.3
多分やらないと思う	0	0.0	5	45.5
多分やると思う	0	0.0	2	18.1
絶対やると思う	0	0.0	1	9.1
無回答	0	0.0	0	0.0
	1	100.0	11	100.0

表81 退所後、乱用すると思う理由(退所後「多分やる」「絶対やる」と答えた者のみ)

	男性乱用者 (n=0)		女性乱用者 (n=2)	
	人数	%	人数	%
誘われたらやると思うから	0	0.0	2	66.7
今もやりたいと思っているから	0	0.0	2	66.7
いやなことがあったらやると思うから	0	0.0	2	66.7
なんとなくそう思うから	0	0.0	3	100.0

分 担 研 究 報 告 書
(1-5)

監察医務院における異状死にみられる薬物乱用・依存等の実態に関する研究

分担研究者 福永龍繁 東京都監察医務院 院長
研究協力者 谷藤隆信, 引地和歌子, 鈴木秀人, 柴田幹良, 阿部伸幸 東京都監察医務院

研究要旨 2005～2014年に東京都監察医務院で取り扱った異状死に関し、発生件数と行政解剖体より検出された薬毒物件数の分布を調査することにより、東京都23区における薬物乱用・依存等の実態を把握することを目的とした。医薬品等の行政解剖件数に対する割合は近年増加した。また、精神神経用剤の検出件数は高止まりで推移した。東京23区内における危険ドラッグ関連死は、2012年4件、2013年16件であった。医薬品及び危険ドラッグ関連死の発生動向に関して、今後も注視する必要性が示唆された。

A. 研究目的

薬物乱用・依存の現状実態を正確に把握するためには、違法者の検挙数や救急病院など医療機関を窓口調査する方法などがあるが、医学的診断、薬毒物の分析の正確さに問題があり、確実な数値の把握は困難である。

東京都監察医務院は、東京都23区で発生した異状死を取り扱う行政機関である。異状死には全ての薬毒物中毒死と自殺例のみならず、死因に薬物が関与した薬物関連死も含まれることから、東京都監察医務院で取り扱った異状死より検出した薬毒物の情報は、検出母集団が行政解剖施行例に限定するものの、東京都23区における薬毒物の蔓延状況を捉える一つの指標になり得ると考える。

そこで本研究では、東京都23区における薬物乱用・依存等の実態を把握するための一助とすべく、2005～2014年に東京都監察医務院で取り扱った異状死に関し、発生件数と行政解剖体より検出された薬毒物件数の分布を調査するとともに、危険ドラッグ関連死に関して調査したので、ここに報告する。

B. 研究方法

1. 調査対象

1) 薬毒物検出件数の調査

2005～2014年に東京都監察医務院で取り扱った異状死の発生件数ならびに、行政解剖事例より検出した薬毒物の件数を対象とした。

2) 危険ドラッグの乱用実態の調査

2012～2013年における東京都23区で発生した危険ドラッグ関連死を対象とした。なお、危険ド

ラッグ関連死とは、警察官の検視において死亡時に危険ドラッグの使用が疑われた可能性がある事例とした。

2. 調査項目

1) 薬毒物検出件数の調査

東京都監察医務院の死因統計データベースより、調査対象年の検案と行政解剖の発生件数の年次の推移を調査した。また、行政解剖体より検出された薬毒物の件数、成分、種類に関して年次の推移を調査した。

2) 危険ドラッグの乱用実態の調査

2012～2013年における東京都23区内で発生した危険ドラッグ関連死に関して、死体検案通報書と死体検案調書より、性別、年齢、職業、事例概要を後方視的に調査した。なお、死体検案通報書とは、警察官による死亡者の生前情報を記載した書類であり、死体検案調書とは、監察医による遺体所見などを記載した書類である。

（倫理面への配慮）

研究の倫理面については、「疫学研究に関する倫理指針」を遵守し、東京都監察医務院倫理委員会の承認を得て行った。

C. 研究結果

1. 薬毒物検出件数の調査

1) 検案と行政解剖の発生件数の年次の推移

行政解剖体より検出する薬毒物を調査するにあたり、検出母集団となる検案と行政解剖の件数に関して年次の推移を調査した。

検案件数は10年と比較して1,327件増加した。

検案件数の年次的推移では、2009年まで年間12,000件台であったが、2010年に年間14,000件を超え、以降、年間13,000件台に減少して、2014年は13,301件であった。また、行政解剖件数は2005年の年間2,702件より、増減しながら推移して、2010年の年間2,938件が最も多かった。以降は減少に転じ、2014年は2,229件であった。

2) 行政解剖体より検出された薬毒物件数の年次的推移

東京都監察医務院において薬毒物として集計される項目は、医薬品等、エタノール、一酸化炭素、青酸、覚せい剤等、農薬、その他の6項目である。過去10年間の検出件数より、各項目の全薬毒物に対する割合を算出した結果を図1に示す。医薬品等52.6%、エタノール40.8%、残りの4項目は合算して6.6%であった。

以下、薬毒物の半数以上を占める医薬品等に関して、その概形及び構成する項目の年次的推移を示す。まず、医薬品等の概形として、年間の検出件数は、2005年の年間599件より、増減しながら推移して、2011年の年間946件が最多であった。以降、行政解剖件数の減少に伴い、医薬品等の検出件数も減少して、2014年は年間663件であった。また、医薬品等の行政解剖件数に対する検出割合を年次的に観察した結果、2009年までは、その割合は30%未満であったものが、2011年より以降は30%を超えて推移して、2014年は29.7%であった。

次に、医薬品等を構成する項目の検出件数の年次的推移を示す。構成する項目は精神神経用剤、催眠導入剤、抗てんかん剤、解熱鎮痛消炎剤、アルカロイド、その他薬物の6つである。過去10年間の検出件数より各項目の医薬品等に対する割合を算出すると、精神神経用剤は37.2%、催眠導入剤は33.1%、抗てんかん剤は10.3%、解熱鎮痛消炎剤は2.6%、アルカロイドは1.0%、その他薬物は15.8%であった。以下、精神神経用剤、催眠導入剤、抗てんかん剤に関して、検出件数の年次的推移を表1に示す。精神神経用剤の検出件数は2005～2008年まで年間200件前後で推移したが、2009年より増加して、2010～2013年は年間300件を超え、2014年は年間265件であった。2009年以降は高止まりのまま推移したことになる。催眠導入剤の検出件数は、2005年の年間227件より4年間はほぼ増減せずに推移した。2010年に

年間300件を超え、翌2011年は最多検出の343件であった。以降、減少し続け2014年は年間163件であった。抗てんかん剤の検出件数は2005年より、年間50件前後で推移して、2011年より年間100件前後に増加した。2014年は年間88件であった。

2. 危険ドラッグの乱用実態の調査

東京都監察医務院の異状死にみる危険ドラッグ関連死は、2012年より確認して、同年は4件のみであったが、翌2013年には16件と大きく増加した。20件の詳細は男性16、女性4であった。平均年齢は37.0歳であった。職業は、有職者13例、無職者4例、不詳は3例であった。有職者13例の職業は会社員5例、自営業2例、音楽家2例、風俗関連2例、歯科医1例、アルバイト1例であった。以下に2事例を示す。

① 事例1

20代の女性。デリバリーヘルス嬢。死亡当日、ホテルへ派遣される。客が所持していたハーブを吸った後、具合が悪くなり、ベッド横で嘔吐。客は水を飲ませるも、死亡者の呼吸は荒く顔面蒼白となる。その後、ベッドに仰向けの状態で1時間放置するも、呼びかけに応じなくなる。駆けつけた客の友人により119番通報された。

② 事例2

40代の男性。無職。約1年前に薬物治療センターを退所、路上生活をしたのち、現在は生活保護を受給して妻と暮らしている。覚せい剤による逮捕歴5回あり。自宅トイレで脱法ハーブを使用したところ錯乱状態となる。包丁を取り出して「警察がいる。部屋にビデオがついている。お巡りが逮捕状を持っている、逮捕されたら15年くらいい、死んだ方がましだ」など、意味不明なことを言う。包丁を側頭部に押し当てたのち、制止されたので、電気コードを首に巻き、その端をクローゼットの取手に結び付け縊死した。

D. 考察

本研究は、東京都23区における薬物乱用・依存等の実態を把握するための一助とすべく、2005～2014年に東京都監察医務院で取り扱った異状死に関し、発生件数と行政解剖体より検出された薬毒物件数の分布を調査するとともに、危険ドラッグ関連死に関して調査した。この結果、以下3点の重要なことが明らかになった。

まず、東京都 23 区内の異状死より検出した医薬品等の行政解剖件数に対する検出割合は近年増加した。そして、医薬品等のなかでも精神神経用剤の検出件数は、近年高止まりに推移した。最後に、東京 23 区内における危険ドラッグ関連死が 2013 年に前年 4 件より、16 件に急増したことである。

医薬品等の行政解剖件数に対する割合の増加とは、異状死において医薬品等による関連死や医薬品等の服用事例の増加を意味する。精神神経用剤の検出件数は、近年高止まりに推移したことから、医薬品等による薬物関連死の動向には、今後引き続き注視する必要がある。

東京 23 区内における危険ドラッグ関連死は、全国の危険ドラッグ検挙者数の増加と相関して急増していた。これは、危険ドラッグが社会に広く蔓延している深刻な状況を裏付けるものである。そして、その概形として、4:1 で男性優位であり、平均年齢は 37.0 歳、最頻年代も 30 歳代という若年層に多く、有職者は 65%であった。これらの情報は多くの調査研究により、補完されることが望まれる。今後、危険ドラッグ関連死は社会的に大きな問題であり、異状死の発生状況は注意深く観察する必要がある。

今回ここに示した結果は、調査対象が東京 23 区内で発生した事例に限定していること、薬物検出は行政解剖事例に限定された結果であるものの、対象地域の全異状死より得られた情報であることに違いなく、東京都 23 区における薬物乱用状況を示したものとして一定の意義があろう。

E. 結論

本研究は、2005～2014 年に東京都監察医務院で取り扱った異状死を対象とし、その発生件数と行政解剖体より検出された薬毒物件数の分布を調査するとともに、2012 及び 2013 年の危険ドラッグ関連死を調査した。その結果、異状死より検出した医薬品等の行政解剖件数に対する割合が近年増

加したこと、医薬品等のなかでも精神神経用剤の検出件数が近年高止まりに推移したこと、そして東京 23 区内における危険ドラッグ関連死が 2013 年に急増したことが明らかになった。異状死を対象とした調査は非常に重要であり、今後も継続的な研究が必要である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

3. その他

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

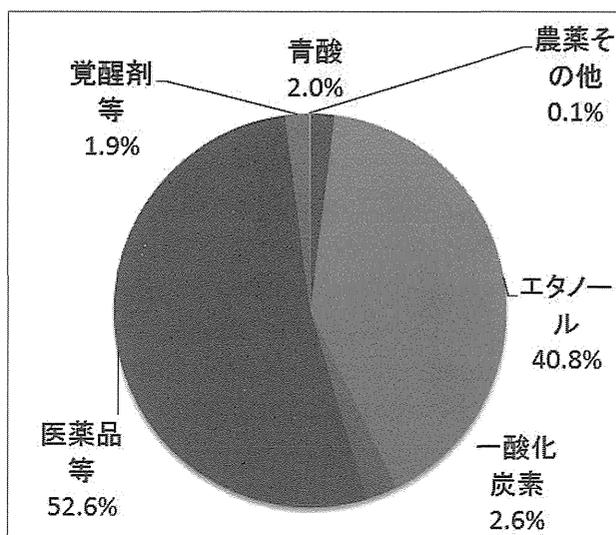


図 1. 過去 10 年間における行政解剖体より検出した薬毒物の構成割合

表 1. 過去 10 年間における医薬品等の構成項目の検出結果

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	合計
催眠導入剤	227	223	221	224	225	306	343	254	193	163	2379
抗てんかん剤	49	55	51	47	52	79	97	108	113	88	739
精神神経用剤	198	230	221	219	270	303	325	331	305	265	2667
解熱鎮痛消炎剤	12	9	15	11	22	25	37	18	19	20	188
その他薬物	109	113	102	86	90	124	135	130	136	106	1131
アルカロイド	4	3	2	3	2	6	9	7	17	21	74
合計	599	633	612	590	661	843	946	848	783	663	7178

分 担 研 究 報 告 書
(1-6)

薬局を情報源とする処方薬乱用・依存の実態把握に関する研究

研究分担者 嶋根卓也 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部
研究協力者 藤原英憲 日本薬剤師会
宮野廣美 日本薬剤師会、埼玉県薬剤師会
西川真司 日本薬剤師会、兵庫県薬剤師会

研究要旨 【目的】保険薬局に勤務する薬剤師を対象として、向精神薬等の過量服薬防止に重点を置いたゲートキーパートレーニング（以下、GKT）を実施し、薬剤師の臨床行動の変化を追うことで、GKTの効果を検証する。【方法】埼玉県薬剤師会に所属する薬剤師を対象に、計7時間（グループワークを含む）のGKTを実施した。介入効果は、自記式質問紙調査法により、介入2ヶ月前（T1）、介入直前（T2）、介入直後（T3）、介入6ヶ月後（T4）の4時点で測定した。薬剤師の臨床行動（①過量服薬者との対応経験、②良好な服薬指導、③処方医への情報提供④支援機関への紹介）をメインアウトカムとした。【結果】介入群83名、対照群231名より有効回答を得た（性別、年代、学歴は群間に有意差なし）。GKTの前後で、介入群では「処方医への情報提供」ができる薬剤師が有意に増えるが、対照群では同様の変化はみられなかった（介入群：T1,53.8%、T4,73.1%、対照群：T1,50.9%、T4,42.2%）。「良好な服薬指導」および「支援機関への紹介」については、数値の上昇はみられたものの、有意な変化は認められなかった。一方、介入群の知識スコア、自己効力感スコアは介入直後（T3）に上昇し、スコアの上昇は介入後6ヶ月（T4）まで維持されていた。【考察】介入群における「処方医との情報共有」ができる対象者の増加は、ゲートキーパーとしての薬剤師が担う臨床行動が改善したことを意味しており、GKTがもたらした効果と言える。診察時に語られなかった過量服薬者の情報を薬局から処方医へ提供し、共有することで、再乱用防止に向けた注意喚起となる可能性や、処方が過量服薬に配慮した内容（処方量、処方日数、使用薬剤）に見直される可能性も期待できる。一方、「良好な服薬指導」および「支援機関への紹介」に関しては数値の上昇はみられなかったことから、現時点でGKTによる効果があったとは判断できない。今後、兵庫県薬剤師会の結果を踏まえて、最終的に評価する必要がある。

A. 研究目的

近年、睡眠薬や抗不安薬（主としてベンゾジアゼピン系薬剤、以下BZ薬と表記）などの処方薬乱用者が増加している。精神科医療施設における薬物関連精神障害患者を対象とした全国調査によれば、睡眠薬・抗不安薬を主たる使用薬物とする薬物依存患者は、過去10年間で2倍以上に増加していることが報告されている¹⁾。

処方薬乱用が引き起こす問題は、薬物依存の増加だけにとどまらない。近年、自殺の背景として向精神薬等の過量服薬（オーバードーズ）が関与する可能性が指摘されている。自殺既遂者の遺族を対象とした心理学的剖検調査によれば、生前に精神科の受診歴を有する自殺者の約60%が、自殺行動におよぶ直前にBZ薬を含む処方薬を過量服薬していたことが報告され、過量服薬によって惹

起された酩酊状態あるいは脱抑制効果が、衝動性の高い致死的な行動を促進した可能性が指摘されている²⁾。

処方薬乱用の背後には、「薬剤を貯めている可能性を顧慮せずに漫然と処方続けることが、薬物依存の発症に影響したと考えられる一般精神科における最大の問題点」という指摘もあり³⁾、向精神薬等の多剤大量処方が生み出した「医原病」という一面も否定できない。そこで、平成26年度診療報酬改定では、抗不安薬、睡眠薬等の多剤大量処方を適正化するための見直しが行われた。

しかし、処方薬乱用への対応は、前述した診療報酬改定のような供給側への対策（処方量の制限）のみならず、需要側への対策（乱用リスクの高い患者の早期発見・介入）についても併せて行う必要がある。近年、患者の服薬状況から乱用リスク

を早期に察知できる医療従事者として薬剤師の関与が注目されている。「薬剤師は過量服薬のリスクの高い患者のゲートキーパー（厚生労働省、2010）」、「調剤や医薬品販売を通じて住民の健康情報に接する機会の多い薬剤師をゲートキーパーとして養成する（自殺総合対策大綱、2012）」のように、薬剤師はゲートキーパーとしての役割を担うことが期待されている⁴⁾。

ゲートキーパーとは、内閣府が提唱する自殺対策で用いられる概念であり、「悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る人」のことである。海外では、QPRのようなゲートキーパートレーニングプログラムが多くの学校や職場で導入されている。QPRとは、誰でも可能な自殺予防であり、Question（話を聞く）、Persuade（説得する）、Refer（つなぐ）の3ステップで構成される⁵⁾。こうしたゲートキーパートレーニングにより、参加者の知識やスキルを向上させる効果は示されているものの、自殺未遂など自殺行動の低下に与える効果については未だ不明である⁶⁾。

以上の背景を踏まえ、本研究では保険薬局に勤務する薬剤師を対象として、向精神薬等の過量服薬防止に重点を置いたゲートキーパートレーニング（以下、GKT）を実施し、薬剤師の臨床行動の変化を追うことで、GKTの効果を検証する。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

ランダム化されていない比較試験（集団単位で行う介入研究）

2. 対象者

対象者は、埼玉県薬剤師会において保険調剤を行う全薬局（1879施設）における薬剤師である。介入効果は、自記式質問紙調査法によって測定した。調査時点は、介入2ヶ月前（T1）、介入直前（T2）、介入直後（T3）、介入6ヶ月後（T4）の4時点である。複数の薬剤師が勤務している場合は、薬局単位で1名の薬剤師を選出させた。

- 介入群：GKTに参加し、T1からT4までの自記式調査に回答した薬剤師（n=83）
- 対照群：GKTに参加せず、T1からT4までの自記式調査に回答した薬剤師（n=231）

なお、本研究は兵庫県薬剤師会においても同様

に実施している。調査時点は、介入8ヶ月前（T0）、介入2ヶ月前（T1）、介入直前（T2）、介入直後（T3）、介入6ヶ月後（T4）の5時点である。平成27年1月現在、介入後のフォローアップ中であるため、本報告ではT0～T3までの中間データを報告する（図表のみ）。

3. 介入プログラム

GKTは、講義とグループワークから構成され、合計7時間実施した。講義は、研究者のほか、精神保健福祉センター職員、回復支援施設ダルク職員によって行われた。グループワークは、1グループ8名程度に分かれ、過量服薬者等との服薬指導（ロールプレイ）や、地域のメンタルヘルス支援資源に関するグループワークを実施した。

4. 調査項目

本研究におけるメインアウトカムは、薬剤師の臨床行動の変化である。ここでいう臨床行動とは、①過量服薬者との対応経験率、②良好な服薬指導、③処方医との情報共有、④支援機関への紹介、の4項目を指す（T1、T4）。サブアウトカムとして、知識スコア（12項目：5段階リッカートスケール）および自己効力感スコア（3項目：10段階リッカートスケール）の変化を調べた（T1、T2、T3、T4）。

なお、質問紙調査および分析を行うに際し、以下の用語を定義した。

- 向精神薬：BZ薬のみならず、抗精神病薬や選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）を含めた広義の向精神薬を指す。
- 過量服薬者：向精神薬をまとめて服用した経験を持つ患者を指す。自殺意図は問わず。
- 過量服薬者との対応経験：過量服薬者に気づき、声をかけた経験を指す。
- 良好な服薬指導：過量服薬者との服薬指導を4段階リッカートスケールで自己評価し、「1.よくできた」、「2.どちらかと言えばできた」を選択した場合を指す。
- 処方医との情報共有：4段階リッカートスケールで自己評価し、「1.した」、「2.どちらかと言えばした」を選択した場合を指す。
- 支援機関：保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所などのメンタルヘルス支援機関への紹介を指す。

- 支援機関への紹介：4段階リッカートスケールで自己評価し、「1.した」、「2.どちらかと言えばした」を選択した場合を指す。

5. 統計解析

介入群と対照群の属性を比較する際には、カイ二乗検定を採用した。介入群、対照群の臨床行動、知識、自己効力感の変化を検証する際には、対応のあるノンパラメトリック検定（ウィルコクソンの符号順位検定、McNemar 検定にて調査時点間の変化（例えば、T1 から T2 への変化）を検証した。

6. 倫理的配慮

本研究は「人体から採取された試料を用いない集団単位で行う介入研究」である。疫学研究に関する倫理指針によれば、本研究の場合、「研究対象者からインフォームド・コンセントを受けることを必ずしも要しない」とされている。したがって、書面による同意取得は行わず、自記式質問紙調査への参加をもって、本人の同意を得たものと判断した。また、本研究では匿名化された情報のみを扱い、個人情報とは取り扱わなかった。各調査時点における個票データを連結させる際には、質問票に付された ID 番号を用いた。なお、本研究の実施にあたり（独）国立精神・神経医療研究センターの研究倫理委員会の承認を得た上で実施した（承認番号 A2013-043）。

C. 研究結果

1. 対象者の基本属性

表 1 に介入群、対照群の基本属性を示した。対象者の性別、年代、最終学歴に関しては、群間に有意差は認められなかった。介入群は、対照群に比べて勤務薬剤師数が多く（介入群 5.6 名、対照群 4.0 名）、過去に GKT を受講している割合が高く（介入群 16.9%、対照群 6.9%）、月あたりの応需処方箋枚数も多く、主として精神科から処方箋を応需している割合が高く（介入群 10.8%、対照群 1.7%）、いずれも有意差が認められた。

2. ゲートキーパーとしての臨床行動の変化

表 2 に対象者のゲートキーパーとしての臨床行動の変化を示した。「過量服薬患者との対応経験率」は、介入群では 32.5% (T1) から 32.5% (T4)

と変化がなく、対照群では 23.9% (T1) から 19.7% (T4) に減少した。T1 では、群間に有意な差は認められなかったが、T4 では介入群の対応経験率の方が有意に高かった ($p=0.015$) T1 から T4 にかけての時点変化は、介入群、対照群ともに有意差は認められなかった。

「良好な服薬指導」ができた対象者は、介入群では 50.0% (T1) から 65.4% (T4) に増加し、対照群では 88.9% (T1) から 82.2% (T4) に減少した。T1 では、対照群の方が有意に高かったが ($p<0.001$)、T4 では群間に有意な差は認められなかった。T1 から T4 にかけての時点変化は、介入群、対照群ともに有意差は認められなかった。

「処方医との情報共有」ができた対象者は、介入群では 53.8% (T1) から 73.1% (T4) に増加し、対照群では 50.9% (T1) から 42.2% (T4) に減少した。T1 では、群間に有意な差は認められなかったが、T4 では介入群の情報提供率の方が有意に高かった ($p=0.012$)。介入群では、T1 から T4 にかけて有意な時点変化が認められたが ($p=0.031$)、対照群は有意な時点変化が認められなかった。

「支援機関への紹介」ができた対象者は、介入群では 12.5% (T1) から 15.4% (T4) に増加し、対照群では 34.0% (T1) から 22.2% (T4) に減少した。T1 では、対照群の方が有意に高かったが ($p=0.050$)、T4 では群間に有意な差は認められなかった。T1 から T4 にかけての時点変化は、介入群、対照群ともに有意差は認められなかった。

3. 知識スコアの変化

表 3 に知識スコアの変化を示した。T1 では、群間に有意な差は認められなかったが、T4 では介入後の知識スコアが対照群を上回り、すべての項目で有意差が認められた。介入群における時点変化は、T1 から T2 はほとんど変化がみられないが、T1 から T3 にかけて知識スコアが上昇し、T4 まで維持されていた。一方、対照群では T1 から T4 にかけて大幅な増加は認められなかった。

4. 自己効力感スコアの変化

表 4 に自己効力感スコアの変化を示した。T1 では、対照群のスコアが高い傾向がみられたが、T4 では群間に有意な差は認められなかった。

介入群における時点変化は、T1 から T2 にかけてスコアの有意な減少が認められ、T1 から T3 にかけてスコアが有意に上昇し、T4 まで維持されていた。一方、対照群では T1 から T4 にかけて有意な変化は認められなかった。

D. 考察

1. 研究デザインについて

向精神薬等の過量服薬防止の一環として、薬剤師がゲートキーパーの役割を担うことが期待されている背景を踏まえ、本研究では地域の保険薬局に勤務する薬剤師を対象に、GKT による介入を行い、その効果を検証した。今回の GKT は、薬剤師会の事業として開催されたため、無作為割付はできなかったが、対照群を設定した上で効果を検証した研究デザインを考えれば、得られるエビデンスの信頼性は比較的高いと言える。

介入群と対照群の基本属性（性別、年代、学歴）は、群間に差はみられなかった。しかし、介入群は対照群に比べて、GKT 受講歴があり、勤務薬剤師数が多く、応需処方箋枚数が多く、主として精神科の処方を応需する割合が高いという結果を得た（表 1）。これらの結果から、介入群の薬剤師が勤務する薬局は、対照群よりも規模が大きく、向精神薬の調剤頻度が高いことが示唆される。そのため、過量服薬や GKT に対しても関心の高い集団となった可能性が考えられる。

2. GKT による臨床行動の変化

GKT による介入前後の臨床行動を測定した結果、介入群では「処方医との情報共有」ができる薬剤師が有意に増えるという結果を得た。一方、「良好な服薬指導」および「支援機関への紹介」についても、数値の上昇はみられたものの、有意な変化は認められなかった。また、過量服薬者との応対経験自体も GKT 前後で有意な変化は認められなかった。

「処方医との情報共有」ができる対象者の増加は、ゲートキーパーとしての薬剤師が担う臨床行動が改善したことを意味しており、GKT がもたらした効果と言える。診察時に語られなかった過量服薬者の情報を薬局から処方医へ提供し、共有することで、再乱用防止に向けた注意喚起となる可能性や、処方量が過量服薬に配慮した内容（処方量、処方日数、使用薬剤）に見直される可能性も期待

できる。

この効果は、研修会に取り入れたグループワークによってもたらされた可能性が高いと示唆される。グループワークは過量服薬者との服薬指導を含めた応対シナリオを予め配布し、配役（患者役、薬剤師役、医師役など）を決め、薬局での服薬指導や処方医とのやり取りを模擬的に体験させた（ロールプレイ、図 1）。さらに、臨床業務で実際に経験したケースを話し合い、グループ独自の応対シナリオを作成させ、再びロールプレイを実施した。このグループワークを通じて、処方医と情報共有することの意義を感じ、ゲートキーパーが担う役割を体験的に理解したのかもしれない。

なお、埼玉県薬剤師会の協働により、過量服薬者との服薬指導を含む DVD 教材を作成した（厚生労働省委託事業：薬局・薬剤師を活用した健康情報拠点推進事業）。薬剤師向けの GKT での活用を想定した内容となっている（図 2）。

もともと、処方医とコメディカルスタッフとの情報共有は、精神病院等では日常的に行われる行為と言えるが、院外処方化が進んだ現在、処方医と地域の保険薬局とのコミュニケーションは、必ずしもスムーズとは言えない。処方医とのコミュニケーションに自信がない薬剤師（調整済オッズ比 2.7 倍）や、処方医とのトラブルを避けたいと考えている薬剤師（調整済オッズ比 1.7 倍）は、処方医への情報提供を「不良」になるリスクが高くなることが報告されている⁷⁾。

実際、医師とのやり取りを通じて苦い経験を持つ薬剤師は少なくない。多剤大量処方に対して、繰り返し処方変更の提案をしても「前回通りの処方なので、このままで問題ない」と取り合わない医師や、薬剤師からの疑義照会を極端に嫌がる医師、電話口で一方的に激昂する医師もいることが報告されている⁸⁾。こうした背景を踏まえれば、薬局で知り得た過量服薬者に関する情報を処方医と共有できるようになった事実は、薬剤師がゲートキーパーとしての役割を担う上で有意義な効果であったと言えよう。

一方、GKT 前後で過量服薬者との応対経験率に変化がみられなかった結果は、対象者が勤務する薬局が、介入前後で変わっていないことが原因と推察される。日々来訪する患者の属性や処方内容がフォローアップ期間中に変化しなかったため、過量服薬者との接触機会も一定であり、結果とし

て対応経験率に変化がみられなかった可能性がある。なお、「良好な服薬指導」および「支援機関への紹介」に関しては数値の上昇はみられたものの、有意な改善がみられなかったことから、現時点でGKTによる効果があったとは判断できない。今後、兵庫県薬剤師会の結果を踏まえて、最終的に評価する必要がある。

3. GKTによる知識・自己効力感の改善

GKTにより、介入群の知識スコア、自己効力感スコアは、介入直後に改善し（表 3,4,6,7）、スコアの上昇は、T4（介入後6ヶ月）まで維持されていた（表 3,4）。知識の獲得や、自己効力感の改善が一時的な変化ではなく、介入6ヶ月後まで維持されていたという知見は、GKTによる介入効果の一つと言える。過量服薬者との対応経験の有無に関わらず、今後の対応に対する準備が整ったという副次的効果があったと判断できる。

4. 研究の限界と今後の展望

本研究では、GKTが「処方医との情報共有」というゲートキーパーとしての臨床行動の改善に役立つことが確かめられた。本研究の限界の一つは、こうした薬剤師の臨床行動の変容が、患者の過量服薬リスクをどの程度低下させる効果があるのかは、本研究で得られた知見だけでは判断できないという点である。こうした疑問に答えるためには、向精神薬を服用している患者を対象に、過量服薬エピソードの発生をモニタリングするような追跡研究が必要となる。しかし、患者の過量服薬の発生には、患者の病態、処方内容、医師の診療など様々な要因が関与していると考えられる。ゲートキーパーとしての薬剤師による抑止効果を数量的に算出するためには、こうした複雑な要因の影響を除外することが求められる。

もう一つの限界は、介入群、対照群の無作為割付ができなかった点である。GKTが薬剤師会の事業として実施された背景を踏まえれば、やむを得ない事情と言えるが、結果に与える影響は考慮に入れる必要がある。結果として性別・年代・学歴については、介入群と対照群との間で偏りはみられなかったものの、勤務する薬局の規模や、処方箋を応需する診療科には偏りがみられている。こうした対象を取り巻く環境的な差異が交絡因子となり、薬剤師の臨床行動に与える影響も無視でき

ない。交絡因子の可能性のある薬局特性（規模や応需診療科）の影響を取り除くためには、多変量解析による検証が今後必要となる。

E. 結論

向精神薬等の過量服薬防止に重点をおいたGKTにより、「処方医との情報共有」ができる薬剤師が増加することが示された。診察時に語られなかった過量服薬者の情報を薬局から処方医へ提供し、共有することで、再乱用防止に向けた注意喚起となる可能性や、処方が過量服薬に配慮した内容（処方量、処方日数、使用薬剤）に見直される可能性も期待できる。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Shimane T, Matsumoto T, Wada K: Clinical behavior of Japanese community pharmacists for preventing prescription drug overdose, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2014 (in press)
- 2) 嶋根卓也: 青少年はなぜ薬物に手を出すのか. *教育と医学* 738 : 58-67, 2014.
- 3) 嶋根卓也: 社会問題化する危険ドラッグに薬剤師はどのように関われるか. *日本薬剤師会雑誌* 2014, 66 (11) : 17 - 20, 2014.
- 4) 嶋根卓也: 心に悩みを抱えた患者の支援—ゲートキーパーとしての薬剤師. *月刊薬事*, 56(10) : 41-44, 2014.
- 5) 嶋根卓也: 医薬品乱用・依存のゲートキーパーとしての薬剤師. *薬局*, Vol.65 No.3,149-155,2014.
- 6) 和田清, 松本俊彦, 舩田正彦, 嶋根卓也, 邱冬梅: 薬物乱用・依存の疫学. *精神科*, 26 (1) 44-49, 2015.

2. 学会発表

- 1) Shimane T, Matsumoto T, Wada K: The Japanese community pharmacist as a "Gatekeeper" for preventing prescription drug overdose. ISAM2014 16th International Society of Addiction Medicine Annual Meeting, Kanagawa, 2014.10.06.
- 2) 嶋根卓也: 薬局・薬剤師向けゲートキーパー教材の開発—心に悩みを抱えた患者の支援—.

第 20 回埼玉県薬剤師会学術大会，埼玉，
2014.11.16.

3.その他（書籍）

- 1) 嶋根卓也：変わる薬物依存・変わる支援～危険ドラッグから処方薬乱用まで～. 季刊リカバリーアイランド沖縄, Vol.7, p6-7, 2015.
- 2) 嶋根卓也：処方薬乱用への対応. 精神保健福祉白書 2015 年版, 中央法規出版株式会社, 東京, p41, 2014.
- 3) 嶋根卓也：心に悩みを抱えた患者の支援～ゲートキーパーとしての薬局・薬剤師～（ゲートキーパーDVD 教材紹介）. Excellent Pharmacy, 5(5), p 11, 2015.

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む） 特になし

文献

- 1) 松本俊彦ほか：わが国における最近の鎮静剤（主としてベンゾジアゼピン系薬剤）関連障害の実態と臨床的特徴 覚せい剤関連障害との比較. 精神神経学雑誌 113(12): 1184-1198, 2011.
- 2) Hirokawa S, et al. Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide

completers with psychiatric treatment before death: A psychological autopsy study of 76 cases. *Psychiatry Clin. Neurosci*; 66: 292–302. 2012.

- 3) 松本俊彦ほか: Benzodiazepines 使用障害の臨床的特徴とその発症の契機となった精神科治療の特徴に関する研究, 日本アルコール・薬物医学会雑誌.47(6);317-330,2012.
- 4) 嶋根卓也：ゲートキーパーとしての薬剤師：医薬品の薬物乱用・依存への対応. YAKUGAKUZASSHI. 133(6), 617-630. 2013.
- 5) Quinnet P. QPR for suicide prevention. Spokane (WA): QPR Institute; 1995.
- 6) Isaac,M., et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 260–268. 2009.
- 7) Shimane T, Matsumoto T, Wada K. Clinical behavior of Japanese community pharmacists for preventing prescription drug overdose. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 (in press)
- 8) 嶋根卓也：薬剤師から見た向精神薬の過量服薬,精神科治療学 27(1),87-93,2012.