

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 実態把握のための全国調査と 近年の動向を踏まえた 大麻等の乱用に関する研究 (23KC2006)

令和6年度 総括・分担研究報告書

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

Health Labor Research Grant from the Ministry of Health, Labor, and Welfare,
Research on Pharmaceutical and Medical Regulatory Science

A nationwide survey to grasp the actual situation of drug abuse
and dependence, and research on the abuse of cannabis
and other drugs based on recent drug use trends (23KC2006)

Research Report 2024

Principal investigator: Takuya Shimane, MPH, PhD.

Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry



令和6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)
総括・分担研究報告書

薬物乱用・依存状況の実態把握のための全国調査と
近年の動向を踏まえた大麻等の乱用に関する研究

目次

Executive Summary	1
I：令和6年度 総括研究報告	13
II：令和6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（2024年） 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）	29
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（2024年） 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）	99
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 上條吉人（埼玉医科大学医学部臨床中毒学）	157
研究5. 米国における嗜好用大麻の合法化が在米日本人の意識・行動に与える影響に関する研究 Tooru Nemoto（Public Health Institute, U.S.）	167
研究6. 豪州における大麻規制の現状と青少年に対する予防教育に関する研究 富山健一（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）	177
III：研究成果の刊行に関する一覧表	213

Executive Summary

2024 Nationwide school survey of substance use among junior high school students in Japan.

Objective: The purpose of this study is to understand the current situation regarding drug abuse, including drinking and smoking, among junior high school students in Japan. The survey results will be provided to related organizations as basic information for taking measures to prevent substance use among young people. This is the only survey of drug abuse in Japan that is continuously conducted among junior high school students nationwide. This is the 14th nationwide epidemiological survey to have been conducted.

Method: The survey subjects were all students (estimated number of students: 114,084) in 244 junior high schools (225 public schools, 17 private schools, and 2 national schools) randomly selected by prefecture (stratified one-stage sampling method). The survey period was from September to December 2024, and anonymous self-administered surveys by questionnaires or online were conducted at each target school. The survey was approved by the Ethics Committee of the National Center of Neurology and Psychiatry, approval number A2022-027.

Results: A total of 124 schools (119 public schools and 5 private schools) cooperated with the survey (response rate: 50.8%). Of the 38,277 total respondents, 310 who met the exclusion criteria were excluded from the analysis, and the remaining 37,967 were included in the analysis. The main findings are as follows:

1. The lifetime prevalence of alcohol use was 14.9%, and the past year prevalence was 5.7% (estimated).
2. The lifetime prevalence of tobacco use was 1.3%, and the past year prevalence was 0.7% (estimated).
3. The lifetime prevalence of illegal drugs was 0.07% for cannabis, 0.13% for organic solvents, 0.06% for stimulants, 0.06% for dangerous drugs, and 0.18% for any illegal drugs (estimated). The past year prevalence of illegal drugs was 0.04% for cannabis, 0.08% for organic solvents, 0.03% for stimulants, 0.03% for dangerous drugs, and 0.11% for any illegal drugs (estimated). The lifetime prevalence of all illegal drugs had decreased compared to the previous survey (2022).

4. The prevalence of over-the-counter drug abuse within the past year was 1.8% overall, 1.5% for men, and 2.0% for women (estimated). The most common source of over-the-counter drugs was physical stores such as pharmacies and drugstores (64.2%), followed by home medicines (33.3%), friends, lovers, and acquaintances (3.6%), and the Internet (3.5%).

Discussion: The lifetime prevalence of all illegal drugs decreased compared to the previous survey. Even after COVID-19 became a Class 5 infectious disease and social activities returned to normal, the risk of illegal drug abuse among junior high school students in Japan may continue to decrease. However, it is important to note that there was an increase in positive thoughts about drug abuse, especially positive thoughts about cannabis use. Our study was the first in Japan to investigate over-the-counter drug abuse among junior high school students. Approximately 1 in 55 junior high school students had abused over-the-counter drugs within the past year, suggesting that the problem of over-the-counter drug abuse may be widespread throughout Japan. It was revealed that junior high school students who have abused over-the-counter drugs have psychosocial characteristics such as being isolated at school and at home and having various difficulties in daily life. Since the main source of acquisition of abused over-the-counter drugs is physical stores such as pharmacies and drugstores, it is important to be careful about selling them to minors and to thoroughly speak to them when you notice something unusual. As a certain number of responses indicated that they obtained medicines from the household's regular supplies, it will also be important to ask parents to manage medicines at home.

March 2025

Principal investigator: Takuya Shimane, MPH, PhD.

Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry

**Table 1. Annual change for junior high school students nationwide:
Prevalence of illicit drug use in lifetime (by gender)**

Year of survey	All students			Male students			Female students		
	Point estimate (%)	95%CI		Point estimate (%)	95%CI		Point estimate (%)	95%CI	
		Lower	Upper		Lower	Upper		Lower	Upper
Marijuana (lifetime)									
2010	0.30	0.22	0.39	0.40	0.30	0.53	0.18	0.13	0.25
2012	0.25	0.20	0.30	0.30	0.24	0.39	0.19	0.13	0.27
2014	0.18	0.14	0.22	0.24	0.19	0.31	0.10	0.06	0.15
2016	0.25	0.20	0.32	0.37	0.28	0.48	0.14	0.09	0.21
2018	0.34	0.29	0.40	0.43	0.35	0.51	0.25	0.18	0.33
2022	0.12	0.09	0.17	0.13	0.07	0.22	0.08	0.05	0.11
2024	0.07	0.05	0.11	0.08	0.04	0.14	0.04	0.02	0.07
Inhalants (lifetime)									
2010	0.67	0.57	0.79	0.75	0.61	0.91	0.59	0.48	0.71
2012	0.52	0.44	0.61	0.62	0.51	0.75	0.41	0.31	0.52
2014	0.74	0.64	0.84	0.99	0.85	1.14	0.46	0.34	0.61
2016	0.40	0.33	0.49	0.54	0.42	0.69	0.27	0.20	0.35
2018	0.47	0.41	0.55	0.58	0.49	0.68	0.36	0.27	0.47
2022	0.20	0.16	0.26	0.23	0.16	0.32	0.12	0.08	0.17
2024	0.13	0.09	0.18	0.16	0.09	0.26	0.07	0.04	0.12
Methamphetamine (lifetime)									
2010	0.31	0.24	0.38	0.35	0.26	0.46	0.25	0.18	0.34
2012	0.23	0.18	0.29	0.29	0.20	0.40	0.17	0.11	0.24
2014	0.24	0.17	0.32	0.30	0.20	0.41	0.17	0.10	0.25
2016	0.22	0.17	0.28	0.32	0.23	0.43	0.12	0.08	0.19
2018	0.33	0.27	0.40	0.40	0.32	0.50	0.25	0.18	0.34
2022	0.11	0.08	0.15	0.10	0.06	0.15	0.07	0.05	0.11
2024	0.06	0.03	0.09	0.05	0.02	0.11	0.03	0.02	0.06
New Psychoactive Substances (NSP) (lifetime)									
2012	0.22	0.17	0.28	0.27	0.19	0.37	0.15	0.11	0.20
2014	0.19	0.14	0.25	0.28	0.20	0.38	0.09	0.05	0.14
2016	0.22	0.17	0.27	0.31	0.23	0.41	0.12	0.08	0.19
2018	0.30	0.25	0.37	0.37	0.30	0.46	0.23	0.16	0.32
2022	0.13	0.10	0.18	0.13	0.08	0.18	0.09	0.05	0.15
2024	0.06	0.04	0.09	0.07	0.03	0.13	0.02	0.01	0.04
Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS (lifetime)									
2010	0.40	0.32	0.49	0.50	0.38	0.64	0.29	0.21	0.38
2012	0.32	0.26	0.39	0.40	0.30	0.51	0.24	0.17	0.33
2014	0.30	0.23	0.39	0.38	0.28	0.50	0.21	0.14	0.31
2016	0.28	0.22	0.34	0.41	0.32	0.53	0.15	0.10	0.21
2018	0.38	0.32	0.45	0.47	0.39	0.57	0.28	0.21	0.37
2022	0.12	0.08	0.19	0.19	0.12	0.30	0.18	0.10	0.30
2024	0.10	0.07	0.14	0.11	0.06	0.19	0.05	0.03	0.09
Any illicit drugs (lifetime)									
2010	0.87	0.75	1.01	1.01	0.85	1.20	0.72	0.59	0.87
2012	0.78	0.67	0.91	0.97	0.82	1.15	0.58	0.47	0.72
2014	1.01	0.87	1.17	1.38	1.17	1.61	0.61	0.47	0.78
2016	0.46	0.38	0.55	0.63	0.50	0.78	0.29	0.22	0.38
2018	0.55	0.47	0.63	0.67	0.57	0.78	0.42	0.33	0.53
2022	0.18	0.12	0.26	0.26	0.17	0.37	0.31	0.20	0.45
2024	0.18	0.13	0.24	0.22	0.14	0.33	0.10	0.06	0.15

NSP have been included in the survey since 2012.

The data for "marijuana, methamphetamine, or NSP" have included NSP since the 2022 survey.

95%CI: 95% confidence interval

The 2020 survey was canceled due to the spread of COVID-19.

For the estimation of values, R (ver. 4.4.1) and the survey package (ver. 4.4-2) were used to calculate point estimates and 95% confidence intervals.

**Table 2. Annual change for junior high school students nationwide:
Prevalence of illicit drug use in lifetime (by grade)**

Year of survey	1st-year students			2nd-year students			3rd-year students		
	Point estimate (%)	95%CI		Point estimate (%)	95%CI		Point estimate (%)	95%CI	
		Lower	Upper		Lower	Upper		Lower	Upper
Marijuana (lifetime)									
2010	0.18	0.12	0.26	0.31	0.18	0.49	0.39	0.25	0.57
2012	0.18	0.12	0.27	0.17	0.11	0.27	0.38	0.28	0.49
2014	0.12	0.07	0.19	0.21	0.14	0.30	0.21	0.14	0.29
2016	0.18	0.10	0.30	0.22	0.16	0.29	0.36	0.27	0.48
2018	0.29	0.20	0.40	0.41	0.31	0.54	0.32	0.23	0.42
2022	0.10	0.06	0.16	0.11	0.06	0.17	0.15	0.08	0.27
2024	0.09	0.04	0.16	0.07	0.03	0.14	0.05	0.02	0.12
Inhalants (lifetime)									
2010	0.63	0.48	0.80	0.68	0.51	0.88	0.71	0.54	0.90
2012	0.42	0.32	0.55	0.47	0.36	0.60	0.65	0.51	0.82
2014	0.65	0.49	0.84	0.77	0.59	0.98	0.79	0.63	0.99
2016	0.34	0.23	0.46	0.32	0.24	0.43	0.54	0.42	0.69
2018	0.39	0.29	0.52	0.54	0.43	0.68	0.48	0.36	0.63
2022	0.15	0.09	0.23	0.18	0.13	0.25	0.27	0.18	0.39
2024	0.14	0.08	0.23	0.16	0.09	0.27	0.09	0.04	0.17
Methamphetamine (lifetime)									
2010	0.19	0.12	0.27	0.33	0.21	0.50	0.38	0.27	0.53
2012	0.16	0.10	0.25	0.19	0.12	0.27	0.33	0.24	0.44
2014	0.20	0.12	0.31	0.28	0.16	0.45	0.24	0.16	0.33
2016	0.16	0.08	0.28	0.19	0.13	0.26	0.31	0.23	0.42
2018	0.27	0.18	0.38	0.39	0.28	0.52	0.33	0.23	0.45
2022	0.08	0.05	0.13	0.11	0.06	0.17	0.12	0.07	0.20
2024	0.07	0.03	0.13	0.06	0.03	0.10	0.04	0.01	0.11
New Psychoactive Substances (NSP) (lifetime)									
2012	0.11	0.07	0.17	0.16	0.10	0.24	0.37	0.27	0.49
2014	0.14	0.07	0.25	0.23	0.14	0.34	0.20	0.13	0.28
2016	0.14	0.07	0.25	0.20	0.14	0.28	0.30	0.22	0.41
2018	0.27	0.18	0.38	0.37	0.27	0.50	0.27	0.19	0.38
2022	0.09	0.05	0.13	0.17	0.10	0.27	0.14	0.08	0.22
2024	0.07	0.04	0.13	0.05	0.03	0.09	0.05	0.01	0.11
Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS (lifetime)									
2010	0.25	0.17	0.34	0.44	0.29	0.63	0.49	0.34	0.69
2012	0.25	0.16	0.37	0.24	0.17	0.34	0.46	0.35	0.59
2014	0.26	0.17	0.37	0.35	0.23	0.52	0.31	0.22	0.42
2016	0.20	0.11	0.34	0.24	0.17	0.32	0.39	0.30	0.51
2018	0.30	0.21	0.41	0.46	0.35	0.59	0.38	0.28	0.50
2022	0.12	0.08	0.19	0.19	0.12	0.30	0.18	0.10	0.30
2024	0.12	0.07	0.21	0.11	0.06	0.19	0.05	0.02	0.12
Any illicit drugs (lifetime)									
2010	0.75	0.59	0.93	0.93	0.73	1.16	0.92	0.71	1.16
2012	0.65	0.51	0.82	0.68	0.55	0.82	1.00	0.81	1.22
2014	0.90	0.69	1.15	1.09	0.83	1.40	1.04	0.86	1.26
2016	0.38	0.26	0.52	0.36	0.28	0.47	0.62	0.49	0.78
2018	0.43	0.33	0.56	0.64	0.51	0.78	0.56	0.43	0.72
2022	0.18	0.12	0.26	0.26	0.17	0.37	0.31	0.20	0.45
2024	0.20	0.13	0.31	0.23	0.14	0.36	0.10	0.04	0.18

NSP have been included in the survey since 2012.

The data for "marijuana, methamphetamine, or NSP" have included NSP since the 2022 survey.

95%CI : 95% confidence interval

The 2020 survey was canceled due to the spread of COVID-19.

For the estimation of values, R (ver. 4.4.1) and the survey package (ver. 4.4-2) were used to calculate point estimates and 95% confidence intervals.

**Table 3. Annual change for junior high school students nationwide:
Prevalence of alcohol and tobacco use in lifetime and past year (by gender)**

Year of survey	All students			Male students			Female students		
	Point estimate (%)	95%CI		Point estimate (%)	95%CI		Point estimate (%)	95%CI	
		Lower	Upper		Lower	Upper		Lower	Upper
Alcohol(lifetime)									
2010	41.0	39.8	42.3	42.3	41.0	43.6	39.7	38.1	41.3
2012	35.6	34.4	36.9	37.7	36.3	39.2	33.5	32.2	34.8
2014	29.9	28.9	31.0	32.4	31.2	33.6	27.2	26.0	28.4
2016	27.8	26.7	29.0	29.5	28.1	30.9	26.2	24.9	27.5
2018	21.9	21.0	22.8	24.0	23.0	25.0	19.6	18.7	20.6
2022	14.8	14.1	15.5	17.3	16.4	18.3	11.8	11.1	12.6
2024	14.9	14.0	15.8	17.4	16.2	18.6	12.0	11.0	13.0
Alcohol(past year)									
2010	24.7	23.8	25.7	25.0	24.0	26.1	24.4	23.2	25.8
2012	20.9	19.7	22.1	21.5	20.2	22.9	20.2	19.0	21.5
2014	17.5	16.7	18.2	18.6	17.8	19.5	16.2	15.3	17.1
2016	15.2	14.2	16.2	16.8	15.6	18.0	13.6	12.7	14.6
2018	11.9	11.3	12.5	13.5	12.8	14.3	10.1	9.5	10.8
2022	7.4	7.0	7.8	8.9	8.3	9.5	5.7	5.3	6.2
2024	5.7	5.3	6.1	6.9	6.3	7.5	4.3	3.8	4.8
Tobacco (lifetime)									
2010	7.2	6.5	7.9	8.9	8.0	9.9	5.5	4.8	6.2
2012	5.3	4.7	5.9	7.0	6.1	8.0	3.5	3.1	4.0
2014	3.7	3.4	4.1	5.0	4.5	5.6	2.3	2.0	2.7
2016	2.2	1.9	2.5	2.8	2.4	3.2	1.6	1.3	2.0
2018	2.2	2.0	2.5	2.8	2.5	3.2	1.6	1.4	1.8
2022	1.3	1.1	1.4	1.6	1.4	1.9	0.8	0.6	0.9
2024	1.3	1.1	1.6	1.7	1.4	2.1	0.9	0.7	1.1
Tobacco (past year)									
2010	3.4	3.0	3.9	4.0	3.5	4.6	2.8	2.3	3.3
2012	2.3	1.9	2.7	3.1	2.5	3.8	1.5	1.2	1.8
2014	1.5	1.3	1.7	2.1	1.7	2.5	0.8	0.7	1.0
2016	1.0	0.9	1.2	1.4	1.2	1.7	0.6	0.5	0.8
2018	1.0	0.9	1.2	1.4	1.2	1.6	0.7	0.5	0.8
2022	0.6	0.5	0.7	0.8	0.7	1.0	0.3	0.3	0.4
2024	0.7	0.6	0.9	1.0	0.7	1.3	0.4	0.3	0.5

95%CI : 95% confidence interval

The 2020 survey was canceled due to the spread of COVID-19.

For the estimation of values, R (ver. 4.4.1) and the survey package (ver. 4.4-2) were used to calculate point estimates and 95% confidence intervals.

**Table 4. Annual change for junior high school students nationwide:
Prevalence of alcohol and tobacco use in lifetime and past year (by grade)**

Year of survey	1st-year students			2nd-year students			3rd-year students		
	Point estimate (%)	95%CI		Point estimate (%)	95%CI		Point estimate (%)	95%CI	
		Lower	Upper		Lower	Upper		Lower	Upper
Alcohol (lifetime)									
2010	35.7	34.1	37.4	40.3	39.0	41.6	46.6	44.8	48.4
2012	29.2	28.0	30.4	35.5	34.1	36.9	41.6	39.5	43.8
2014	25.7	24.5	27.0	29.9	28.4	31.3	33.8	32.5	35.2
2016	24.5	22.8	26.3	26.2	25.0	27.5	32.6	30.9	34.3
2018	18.3	17.2	19.3	21.9	20.6	23.2	25.0	23.7	26.3
2022	12.8	11.9	13.7	15.3	14.2	16.4	15.9	15.0	16.9
2024	15.5	14.2	16.8	13.9	12.8	15.1	15.3	13.6	17.2
Alcohol (past year)									
2010	19.9	18.5	21.3	24.0	23.0	25.1	29.9	28.6	31.2
2012	14.7	13.6	15.8	20.9	19.6	22.2	26.5	24.6	28.5
2014	13.6	12.8	14.5	17.6	16.6	18.7	20.9	19.8	22.0
2016	13.0	11.9	14.2	13.9	13.0	14.9	18.4	17.0	19.9
2018	9.8	9.1	10.6	11.6	10.9	12.4	13.9	12.8	15.0
2022	6.7	6.1	7.4	7.4	6.8	8.1	7.9	7.3	8.6
2024	5.9	5.3	6.6	5.2	4.6	5.8	6.0	5.1	7.0
Tobacco (lifetime)									
2010	4.5	4.0	5.1	6.7	6.0	7.5	10.1	8.7	11.6
2012	2.9	2.5	3.4	4.9	4.3	5.5	7.8	6.7	8.9
2014	2.8	2.4	3.3	3.9	3.4	4.6	4.4	4.0	4.9
2016	1.7	1.3	2.1	2.0	1.7	2.3	2.9	2.5	3.4
2018	1.5	1.3	1.7	2.3	2.0	2.6	2.9	2.5	3.3
2022	1.0	0.8	1.2	1.2	0.9	1.4	1.6	1.3	2.0
2024	1.2	0.9	1.5	1.4	1.1	1.7	1.5	1.1	1.8
Tobacco (past year)									
2010	1.9	1.5	2.2	2.9	2.5	3.4	5.3	4.3	6.4
2012	1.0	0.7	1.3	2.2	1.8	2.7	3.6	3.0	4.4
2014	1.1	0.8	1.4	1.6	1.2	2.0	1.8	1.6	2.1
2016	0.8	0.6	1.2	0.9	0.7	1.1	1.4	1.2	1.7
2018	0.6	0.5	0.8	1.0	0.8	1.2	1.4	1.1	1.6
2022	0.5	0.4	0.7	0.6	0.4	0.7	0.8	0.6	1.0
2024	0.6	0.4	0.8	0.7	0.5	1.0	0.8	0.5	1.2

95%CI : 95% confidence interval

The 2020 survey was canceled due to the spread of COVID-19.

For the estimation of values, R (ver. 4.4.1) and the survey package (ver. 4.4-2) were used to calculate point estimates and 95% confidence intervals.

Table 5. Prevalence of illicit drug use in lifetime for junior high school students nationwide (by gender and grade)

Experience of illicit drug in the lifetime									
	All students			Male students			Female students		
	point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI	
		lower	upper		lower	upper		lower	upper
Marijuana	0.07	0.05	0.11	0.08	0.04	0.14	0.04	0.02	0.07
Inhalants	0.13	0.09	0.18	0.16	0.09	0.26	0.07	0.04	0.12
Methamphetamine	0.06	0.03	0.09	0.05	0.02	0.11	0.03	0.02	0.06
New Psychoactive Substances (NPS)	0.06	0.04	0.09	0.07	0.03	0.13	0.02	0.01	0.04
Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS	0.10	0.07	0.14	0.11	0.06	0.19	0.05	0.03	0.09
Any illicit drugs	0.18	0.13	0.24	0.22	0.14	0.33	0.10	0.06	0.15
	1st-year students			2nd-year students			3rd-year students		
	point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI	
		lower	upper		lower	upper		lower	upper
Marijuana	0.09	0.04	0.16	0.07	0.03	0.14	0.05	0.02	0.12
Inhalants	0.14	0.08	0.23	0.16	0.09	0.27	0.09	0.04	0.17
Methamphetamine	0.07	0.03	0.13	0.06	0.03	0.10	0.04	0.01	0.11
New Psychoactive Substances (NPS)	0.07	0.04	0.13	0.05	0.03	0.09	0.05	0.01	0.11
Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS	0.12	0.07	0.21	0.11	0.06	0.19	0.05	0.02	0.12
Any illicit drugs	0.20	0.13	0.31	0.23	0.14	0.36	0.10	0.04	0.18

95%CI : 95% confidence interval

For the estimation of values, R (ver. 4.4.1) and the survey package (ver. 4.4-2) were used to calculate point estimates and 95% confidence intervals.

Table 6. Prevalence of illicit drug use in the past year for junior high school students nationwide (by gender and grade)

Experience of illicit drug in the past year									
	All students			Male students			Female students		
	point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI	
		lower	upper		lower	upper		lower	upper
Marijuana	0.04	0.02	0.07	0.05	0.02	0.10	0.02	0.00	0.05
Inhalants	0.08	0.04	0.13	0.09	0.04	0.17	0.05	0.02	0.09
Methamphetamine	0.03	0.01	0.05	0.03	0.01	0.07	0.01	0.00	0.03
New Psychoactive Substances (NPS)	0.03	0.01	0.05	0.04	0.02	0.09	0.01	0.00	0.03
Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS	0.05	0.03	0.08	0.07	0.03	0.12	0.02	0.00	0.05
Any illicit drugs	0.11	0.07	0.16	0.13	0.07	0.22	0.06	0.03	0.11
	1st-year students			2nd-year students			3rd-year students		
	point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI	
		lower	upper		lower	upper		lower	upper
Marijuana	0.05	0.02	0.10	0.02	0.01	0.06	0.04	0.01	0.09
Inhalants	0.08	0.04	0.15	0.10	0.05	0.19	0.05	0.02	0.13
Methamphetamine	0.03	0.02	0.06	0.02	0.01	0.05	0.02	0.00	0.07
New Psychoactive Substances (NPS)	0.04	0.02	0.06	0.02	0.00	0.05	0.03	0.01	0.09
Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS	0.08	0.04	0.13	0.03	0.01	0.07	0.04	0.01	0.10
Any illicit drugs	0.12	0.07	0.21	0.12	0.06	0.21	0.07	0.03	0.15

95%CI : 95% confidence interval

For the estimation of values, R (ver. 4.4.1) and the survey package (ver. 4.4-2) were used to calculate point estimates and 95% confidence intervals.

Table 7. Prevalence of over-the-counter drug abuse in the past year for junior high school students nationwide (by gender and grade)

Experience of over-the-counter drug abuse in the past year									
	All students			Male students			Female students		
	point estimation (%)	95%CI		point estimation (%)	95%CI		point estimation (%)	95%CI	
		lower	upper		lower	upper		lower	upper
Past year	1.8	1.6	2.0	1.5	1.3	1.7	2.0	1.7	2.3
	1st-year students			2nd-year students			3rd-year students		
	point estimation (%)	95%CI		point estimation (%)	95%CI		point estimation (%)	95%CI	
		lower	upper		lower	upper		lower	upper
Past year	2.1	1.8	2.4	1.8	1.5	2.1	1.6	1.3	1.9

95%CI : 95% confidence interval

For the estimation of values, R (ver. 4.4.1) and the survey package (ver. 4.4-2) were used to calculate point estimates and 95% confidence intervals.

Table 8. Prevalence of alcohol use in lifetime and the past year for junior high school students nationwide (by gender and grade)

Alcohol use in the lifetime and the past year									
	All students			Male students			Female students		
	point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI	
		lower	upper		lower	upper		lower	upper
Lifetime	14.9	14.0	15.8	17.4	16.2	18.6	12.0	11.0	13.0
Past year	5.7	5.3	6.1	6.9	6.3	7.5	4.3	3.8	4.8
	1st-year students			2nd-year students			3rd-year students		
	point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI	
		lower	upper		lower	upper		lower	upper
Lifetime	15.5	14.2	16.8	13.9	12.8	15.1	15.3	13.6	17.2
Past year	5.9	5.3	6.6	5.2	4.6	5.8	6.0	5.1	7.0

95%CI : 95% confidence interval

For the estimation of values, R (ver. 4.4.1) and the survey package (ver. 4.4-2) were used to calculate point estimates and 95% confidence intervals.

Table 9. Prevalence of tobacco use in lifetime and the past year for junior high school students nationwide (by gender and grade)

Tobacco use in the lifetime and the past year									
	All students			Male students			Female students		
	point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI	
		lower	upper		lower	upper		lower	upper
Lifetime	1.3	1.1	1.6	1.7	1.4	2.1	0.9	0.7	1.1
Past year	0.7	0.6	0.9	1.0	0.7	1.3	0.4	0.3	0.5
	1st-year students			2nd-year students			3rd-year students		
	point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI		point estimation n (%)	95%CI	
		lower	upper		lower	upper		lower	upper
Lifetime	1.2	0.9	1.5	1.4	1.1	1.7	1.5	1.1	1.8
Past year	0.6	0.4	0.8	0.7	0.5	1.0	0.8	0.5	1.2

95%CI : 95% confidence interval

For the estimation of values, R (ver. 4.4.1) and the survey package (ver. 4.4-2) were used to calculate point estimates and 95% confidence intervals.

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のための全国調査と 近年の動向を踏まえた大麻等の乱用に関する研究

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がを目的とする。

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（2024 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（2024 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在米日本人の意識・行動に与える影響に関する研究

研究 6：豪州における大麻規制の現状と青少年に対する予防教育に関する研究

※なお、次の研究課題は令和 5 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（2023 年）

【結論】研究 2～6 により、以下の結論が得られた。

1. 全国 124 校の中学校より、計 37,967 名の有効回答が得られた。中学生における違法薬物の生涯経験率は、大麻 0.07%、有機溶剤 0.13%、覚醒剤 0.06%、危険ドラッグ 0.06%、いずれかの違法薬物 0.18%であった。いずれの違法薬物も 2022 年調査に比べて減少していた。コロナ禍後、社会活動が正常化した後においても、中学生における違法薬物の乱用リスクの減少が続いている可能性がある。ただし、大麻使用を肯定する考えが増加している点には注意が必要である（研究 2）。
2. 市販薬の乱用経験のある中学生の割合は全体の約 1.8%（約 55 人に 1 人の割合）であり、市販薬の乱用問題が全国的に広がっている可能性がある。市販薬の乱用経験のある中学生は、学校や家庭で孤立状態にあり、日常生活で様々な生きづらさを抱えているといった心理社会的な特徴を有することが明らかとなった（研究 2）。
3. 全国の精神科医療施設 221 施設から、計 2,756 症例が報告された。このうち、受診した患者において、1 年以内に主たる薬物の使用が認められた症例は計 1,221 症例であった。その内訳は、覚醒剤 28.0%、市販薬 25.6%、睡眠薬・抗不安薬 22.6%、大麻 8.6%、多剤 8.5%、揮発性溶剤 2.3%、鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）0.8%、危険ドラッグ類 0.8%、MDMA 以外の幻覚剤 0.6%、MDMA 0.6%、コカイン 0.4%、鎮痛薬（処方非オピオイド系）

0.2%、ADHD 治療薬 0.2%、ヘロイン 0.1%であった（研究 3）。

4. 精神科医療施設を受診した患者の症例数は前回調査よりも増加していたが、これは全体的な増加ではなく、市販薬関連精神疾患症例の増加、とりわけ若年層や女性の増加によるものであった。この集団は、1 年以内の故意の自傷・自殺行動の挿話を持つものが多く、他の精神疾患の併存率が高かった、加えて、過去 1 年以内の薬物使用者が多く、依存症集団療法参加率や依存症関連の社会資源利用率が低いことから、断薬が困難である者が多く、既存の依存症治療に適合しない 1 群である可能性も示唆された（研究 3）。
 5. 救急医療施設（計 8 施設）へ搬送された急性市販薬中毒患者 124 症例が報告された。市販薬の新たな過剰摂取を防ぐためには、患者の背景や薬剤の入手経路に関する詳細な疫学的研究を継続するとともに、依存性を引き起こす市販薬の成分の調査が必要である。繰り返される過剰摂取は依存症候群による可能性があるため、将来的には、繰り返される過剰摂取に対する治療プログラムの確立が極めて重要である（研究 4）。
 6. 嗜好用大麻が合法化されている米国に在住する日本人を対象とする調査を通じて、大麻使用者の実態の一端が明らかとなった。大麻使用者の約半数が定期的（週 1 回程度）に大麻を使用しており、コカイン、LSD、エクスタシー等の他の薬物を使用した経験がある対象者もいた。さらに、厳しい大麻規制があるにも関わらず、大麻使用者の約 1/4 は日本でも大麻使用経験があった。大麻非使用者と比較すると、大麻使用者は娯楽目的および医療目的の両方のマリファナ合法化を支持する傾向があり、米国における嗜好大麻合法化が長期日本人滞在者の薬物使用に影響を与えている可能性がある。多くの対象者は、嗜好用大麻の合法化が大麻使用を助長する可能性があるが、医療用大麻は合法化すべきであり、日本の大麻に対する規制は厳しすぎると考えていた（研究 5）。
 7. 豪州では、大麻が最も乱用されている違法薬物であった。個人の違反については、刑事罰から民事または刑事司法を回避するダイバージョン制度が適用されるなど将来的な社会ステイグマへの対応や警察・司法の負担の軽減を目指す政策が打ち出されていた。また、国民の 4 割以上で、大麻の使用経験があるような状況下では、厳罰政策よりも寛容的政策の方が社会資源の確保または司法の経済性の観点からも現実的である。一方で、大麻に関する慣用政策が青少年における薬物意識に与える影響は不明であり、また薬物乱用防止のハードルを上げる可能性も考えられた（研究 6）。
-

○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、近年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 薬物使用に関する全国住民調査(嶋根卓也)
- 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(嶋根卓也)
- 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(松本俊彦)

薬物乱用・依存に関連する近年の重要課題

- 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(上條吉人)
- 研究5 米国における嗜好用大麻の合法化が在米日本人の意識・行動に与える影響に関する研究(Tooru Nemoto)
- 研究6 豪州における大麻規制の現状と青少年に対する予防教育に関する研究(富山健一)

期待される主な知見

- 一般住民における違法薬物および医薬品乱用の動向(生涯経験率、過去1年経験率の推計値)と乱用者の特徴
- 中学生における違法薬物および医薬品乱用の動向(生涯経験率、過去1年経験率の推計値)と乱用者の特徴
- 物質使用障害患者の動向(主たる薬物)と患者の特徴

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/MSによる分析)、中毒症例の詳細
- 米国における嗜好目的での大麻使用の合法化が在米日本人に与える影響
- 豪州における大麻の規制状況や青少年に対する予防教育プログラムの詳細

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か年戦略に関連する基礎資料として活用(目標1,2)
UNODCなどの国際機関での活用(生涯経験率、過去1年経験率など)

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)
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)
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.)
富山健一 (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

薬物乱用の予防および薬物依存症者の支援を推進する上で、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。第六次薬物乱用防止五か年戦略(2023年

8月薬物乱用対策推進会議)においては、施策の一つとして薬物乱用実態の研究の推進が明記されている。具体的な取組として、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されている。

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。

具体的には、研究1「薬物使用に関する全国住民調査」により、全国の一般住民における違法薬物および医薬品乱用(市販薬、睡眠薬、精神安定薬)の経験率(生涯・過去1年)および

経験者数の推定値を算出する。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」により、全国の中学生における飲酒・喫煙・薬物乱用の経験率（生涯・過去 1 年）および経験者数の推定値を算出する。研究 3「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」により全国精神科医療現場における乱用薬物の動向、ならびに薬物関連精神疾患患者の臨床的特徴を明らかにする。研究 1 は 1995 年より、研究 2 は 1996 年より、研究 3 は 1987 年より継続しているモニタリング調査でもある。これまでの研究 1、2 によって、一般住民および青少年において大麻使用者が増加していることに加え、研究 3 によって鎮咳去痰薬などの市販薬を主たる薬物とする依存症例が急増していることを報告した。

個別の課題については、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」により、救急医療施設に搬送される一般用医薬品の過量服用患者の実態調査：背景、症状、臨床経過、予後を調べるとともに、カフェインやジフェンヒドラミン、デキストロメトルフアンなどの乱用対象となっている有効成分について、定性・定量分析などの機器分析を施行し調査する。研究 5「米国における嗜好用大麻の合法化が在米日本人の意識・行動に与える影響に関する研究」により、米国における嗜好用大麻の合法化が、在米日本人の米国滞在中および帰国後に想定される大麻使用行動に与える影響を質的・量的に検証する。研究 6「豪州における大麻規制の現状と青少年に対する予防教育に関する研究」により、わが国と同じく WHO の西太平洋地区に位置する豪州における大麻の規制状況および青少年に対する薬物乱用防止教育に関する情報を収集・整理する。研究費配分の都合上、各研究は単年度での実施となる。

研究計画に基づき、今年度は、以下の研究 2～6 を実施した。なお、研究 1 は令和 5 年度の実施済みであり、すでに研究報告を終えている。

【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（2024 年）

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・喫煙を含めた薬物乱用に関連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対策を講じる上での基礎資料として関係機関に供する。本研究は、全国の中学生を対象に継続的に実施しているわが国で唯一の薬物乱用の実態調査である。今回は 14 回目の実施となった。

B. 研究方法

調査対象は、都道府県単位で無作為（層別一段集落抽出法）に選ばれた計 244 校（公立校 225 校、私立校 17 校、国立校 2 校）の中学校における全在校生（想定生徒数 114,084 名）であった。調査期間は 2024 年 9 月から 12 月であり、各対象校内で、無記名の自記式調査（質問紙あるいはオンライン）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

計 124 校（公立校 119 校、私立校 5 校）から調査協力が得られた（回収率 50.8%）。回答が得られた計 38,277 名のうち、除外基準に該当する 310 名を分析対象から除外し、残りの 37,967 名を分析対象とした。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 14.9%、過去 1 年経験率は 5.7%、ノンアルコール飲料の過去 1 年経験率は 8.2%であった（いずれも推定値）。
2. タバコの生涯経験率は 1.3%、過去 1 年経験率は 0.7%であった（いずれも推定値）。
3. 違法薬物の生涯経験率は、大麻 0.07%、有

機溶剤 0.13%、覚醒剤 0.06%、危険ドラッグ 0.06%、いずれかの違法薬物 0.18%であった（いずれも推定値）。違法薬物の過去 1 年経験率は、大麻 0.04%、有機溶剤 0.08%、覚醒剤 0.03%、危険ドラッグ 0.03%、いずれかの違法薬物 0.11%であった（いずれも推定値）。すべての違法薬物の生涯経験率は、前回調査（2022 年）に比べて減少していた。

4. 過去 1 年以内の市販薬の乱用経験率は、全体 1.8%、男子 1.5%、女子 2.0%であった（推定値）。乱用した市販薬の入手先は、薬局・ドラッグストア等の実店舗（64.2%）が最も多く、家の常備薬から（33.3%）、友人・恋人・知人（3.6%）、インターネット（3.5%）と続いた。

D. 考察・結論

いずれの違法薬物も生涯経験率が前回調査（2022 年）に比べて減少していた。新型コロナウイルス感染症が 5 類感染症に移行し、社会活動が正常化した後においても、中学生における違法薬物の乱用リスクの減少が続いている可能性がある。ただし、違法薬物の生涯経験率が低下した一方で、薬物乱用を肯定する考え、特に大麻使用を肯定する考えが増加している点には注意が必要である。

咳止め薬などの市販薬の乱用・依存症例が急増していることを背景に、本研究では中学生における市販薬の乱用経験を初めて調べた。過去 1 年以内に市販薬の乱用経験のある中学生は約 55 人に 1 人の割合であり、市販薬の乱用問題が全国的に広がっている可能性がある。市販薬の乱用経験のある中学生は、学校や家庭で孤立状態にあり、日常生活で様々な生きづらさを抱えているといった心理社会的な特徴を有することが明らかとなった。乱用した市販薬の主たる入手先は、薬局やドラッグストア等の実店舗であることから、未成年者に対する販売を慎重に行うことや、異変に気づいた際の声かけなどを徹底することが重要である。家の常備薬を入手先とする回答も一定数みられたことから、家庭内での医薬

品の管理を保護者に求めていくことも重要となる。

【研究 3】

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査（2024 年）

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

本研究は、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ものであり、わが国唯一の、薬物関連精神疾患患者に関する悉皆調査として、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。2024 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ことを目的として、本研究を実施した。

B. 研究方法

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（国立研究開発法人や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、市区町村立病院 57 施設）、大学病院 82 施設、そして民間精神病院 1277 施設の計 1525 施設である。

調査期間は従来と同様に、2024 年 9 月から 10 月までの 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、入院もしく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疾患患者」のすべてである。

情報収集は、調査対象期間の各担当医師による、診療録から今人を特定できない臨床情報を転記する、という方法によって行った。

本研究は、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 A2024-041）。

C. 研究結果

今回の調査では、対象施設 1525 施設のうち、1098 施設（72.0%）の協力を得て、221 施設（14.5%）の施設から総計 2765 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 2702 症例を分析対象とした。「主たる薬物」として最も多かったのは、覚醒剤 1230 例（45.5%）であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 470 例（17.4%）、市販薬 409 例（15.1%）、多剤 197 例（7.3%）、大麻 168 例（6.2%）、揮発性溶剤 117 例（4.3%）、危険ドラッグ類 35 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%）、その他 14 例（0.5%）、MDMA 以外の幻覚剤 12 例（0.4%）、MDMA 11 例（0.4%）、コカイン 10 例（0.4%）、ADHD 治療薬 7 例（0.3%）、鎮痛薬（処方非オピオイド系）5 例（0.2%）、ヘロイン 2 例（0.1%）という順であった。

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 1221 例（45.2%）であった。「1 年以内使用あり」症例における「主たる薬物」として最多は覚醒剤 342 例（28.0%）であり、次いで市販薬 312 例（25.6%）、睡眠薬・抗不安薬 276 例（22.6%）、大麻 105 例（8.6%）、多剤 104 例（8.5%）、揮発性溶剤 28 例（2.3%）、鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）10 例（0.8%）、危険ドラッグ類 10 例（0.8%）、MDMA 以外の幻覚剤 7 例（0.6%）、MDMA 7 例（0.6%）、コカイン 5 例（0.4%）、鎮痛薬（処方非オピオイド系）3 例（0.2%）、ADHD 治療薬 3 例（0.2%）、ヘロイン 1 例（0.1%）であった。

全体症例中 ICD-10 F1 診断下位分類としては「F1x. 2 依存症候群」1692 例（62.6%）、「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」640 例（23.7%）、「F1x. 1 有害な使用」442 例（16.4%）の順となった。併存精神障害では「F3 気分障害」654 例

（24.2%）、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」556 例（20.6%）、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」315 例（11.7%）の順であった。

D. 考察

今回の調査は、前回調査よりも回答率が 72.0%と減少したものの、症例報告数自体は増加していた。これは、全年代にわたって症例数が均質に増加したというよりは、10 代や 20 代といった若い世代、特に女性の増加によるものであり、とりわけ 10 代の市販薬関連精神疾患症例の増加が顕著であった。この傾向は前回調査においても認められたものであるが、今回、そうした傾向がさらに拍車がかかっていることがうかがわれた。

本調査は、今日の薬物対策に関して 2 つの課題を提示している。1 つは、乱用防止教育のあり方を根本的に見直す必要性である。これまでわが国の乱用防止教育は、「ダメ。ゼッタイ。」なる標語のもと、若者が「最初の 1 回」に手を出さないことに注力するかたちで行われてきたが、今日、精神科医療現場で問題となっている薬物は、多くの国民が使用経験を持ち、アクセスが容易な薬物となっていることは無視できない、しかも、市販薬関連精神疾患症例は自傷・自殺傾向が著明であることを踏まえると、「薬物による健康被害を誇張して脅す」という予防啓発には限界がある。

そしてもう 1 つは、依存症治療の選択肢を増やす必要性である。今回増加が顕著であった市販薬関連精神疾患症例は、依存症集団療法参加率、自助具ルーフや民間回復施設の利用率が非常に低い一方で、他精神疾患の併存率、および最近における自傷・自殺率がきわめて高かった。このことは、これまで依存症治療の主流とされてきた集団療法から、個人の特性やニーズに応じたテーラーメイドな治療法を要する可能性を示唆する。

E. 結論

今回の調査では前回調査よりも症例数が増

加したが、これは全体的な増加ではなく、市販薬関連精神疾患症例の増加、とりわけ若年層や女性の増加によるものであった。この集団は、1年以内の故意の自傷・自殺行動の挿話を持つものが多く、他の精神疾患の併存率が高かった、加えて、過去1年以内の薬物使用者が多く、依存症集団療法参加率や依存症関連の社会資源利用率が低いことから、断薬が困難である者が多く、既存の依存症治療に適合しない1群である可能性も示唆された。

【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（2024年）
上條吉人（埼玉医科大学医学部臨床中毒学）

A. 研究目的

本研究は、一般医薬品の過量服用の背景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（計8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濫用や依存が問題となる主成分の血中濃度を集積・解析した。

B. 研究方法

対象者は、2021年5月から2022年12月までに一般用医薬品の過量服薬により救急医療機関を受診し、研究参加に同意した者とした。質問紙により、患者背景や、薬物/情報へのアクセス経路、服用した医薬品の商品名と量、併用した薬物/物質、今回の過量服用の目的などを調査し、回収・分析した。調査実施にあたり、埼玉医科大学病院倫理委員会の機関審査委員会の承認を得た（承認番号2021-004）。

C. 研究結果

基盤機関および協力施設から計124症例が登録された。対象者は、女性が98人（79%）、年

齢の中央値は22.0歳（12～85歳）であった。87.9%が何らかの社会的活動に参加しており、83.1%に同居人がいた。常習的に過量服用歴のある患者33名（26.6%）を習慣群、ない患者91名（73.4%）を非習慣群と群分けし、両群間で背景を比較した。習慣群は非習慣群と比べて年齢が低く（ $p = 0.037$ ）、インターネット（ $p = 0.013$ ）や友人（ $p < 0.001$ ）から市販薬に関する情報をより多く得ており、実店舗で市販薬を入手する者が多かった（ $p = 0.009$ ）。一方、非習慣群では家庭にある薬を使用する傾向がみられた（ $p = 0.052$ ）。

非習慣群では過剰摂取の目的が自殺と自傷が多く（ $p = 0.002$ ）、習慣群ではそれ以外の目的が多かった（ $p < 0.001$ ）。過剰摂取した薬品に関して、非習慣群では解熱鎮痛薬が多く選択され（ $p = 0.031$ ）、習慣群では鎮咳去痰薬（ $p \leq 0.001$ ）と抗ヒスタミン薬（ $p = 0.003$ ）が選択される傾向が高かった。含有成分では、デキストロメトルフアンが習慣群で多く認められた（ $p = 0.001$ ）。

D. 考察

市販薬の過剰摂取により救急搬送される患者数は年々増加しており、中には過剰摂取を繰り返す患者もいる。本研究では、33人の患者（26.6%）に習慣的な市販薬の過剰摂取の履歴があった。

本研究の患者の大多数（87.9%）がフルタイム勤務やアルバイト、学生等の社会活動に参加しており、そのほとんど（83.1%）が家族やパートナーと暮らしていることを考えると、一見、患者は孤独ではないように思えるかもしれない。しかし、彼らは自傷行為や自殺を試み、市販薬の過剰摂取によって苦痛を和らげ、現実から逃避しようとした。たとえ同居人や家族がいても、活発な会話をする時間や機会が十分になかったため、家庭内や社会全体で孤立感を感じていた可能性がある。嶋根ら（2021）が実施した2021年全国高校生薬物乱用・生活習慣調査では、市販薬濫用歴のある高校生は、濫用歴のない高校生と比較して、睡眠時間が短く、朝食

の回数が少なく、家族全員で夕食をとる回数が少なく、大人と離れて過ごす時間が多く、一緒に遊んだり問題を話し合ったりする友人が少なく、問題について親と話をせず、インターネットの長時間使用率（1日6時間以上）が高いことが報告されている。今後、市販薬の過剰摂取に至った患者の状況をより詳細に調査することで、患者が抱える課題をより深く理解し、患者が家族や支援者にその課題を伝えることが可能となり、市販薬の過剰摂取防止に向けた環境整備につながることを期待される。

本調査では、習慣群は、インターネット上で薬物関連の情報を積極的に探し、友人と共有する可能性が有意に高かった。青少年は、社会的なつながりや解決策を求めて、薬物使用などの危険な行動につながる可能性のある試練や苦難に遭遇することが多い。Vannucci ら (2020) も、家族や他の人々と良好な関係を築くことができない孤立した青少年は、ソーシャルメディアを通じて自己アイデンティティ、仲間との関係、受容、承認を求める傾向があると指摘している。同様の状況にある仲間とつながるためにオンラインで自分の薬物使用行動を明らかにし、仲間からの受容と承認を得るために情報を共有するプロセスは、多くの青少年の間で市販薬の過剰摂取が蔓延する一因となっている可能性がある。

本研究では、習慣群の患者の 87.9% が実店舗で市販薬を購入していた。松本ら (2021) が全国の精神科施設における薬物関連精神疾患を対象に実施した調査では、市販薬の入手経路はインターネット (16.4%) を除けば薬局 (71.5%) とドラッグストア (22.2%) が最多であった。つまり、購入の「即時性」が実店舗での購入を好む理由の一つであることが示唆される。しかし、これはまた、薬剤師が実店舗でゲートキーパーとして行動し、顧客と交流することで、青少年の市販薬濫用を予防できる可能性があることを示唆している。市販薬の過剰摂取に対する予防策を開発するには、薬の入手経路に関する詳細な研究が不可欠である。逆に、非習慣群では、同居人が所有しているなど、近くで入手可能な

薬を使用する傾向が強かった。解熱鎮痛剤は、非習慣群によって頻繁に選択された。解熱鎮痛剤には、過剰摂取すると臓器障害を引き起こす可能性があるカフェインやアセトアミノフェンなどの成分が含まれているため、同居人が市販薬を含む薬を厳重に監視することが、過剰摂取を防ぐ上で重要な側面である可能性がある。

非習慣群は主に自傷や自殺企図の手段として過剰摂取していたのに対し、習慣群はリラクゼーションなど自傷・自殺以外の目的で過剰摂取していた割合が高かった。濫用される鎮咳薬の主成分であるデキストロメトルファンと抗ヒスタミン薬はどちらも娯楽目的で繰り返し乱用され、依存を引き起こすことが報告されている。濫用を繰り返すと、依存性物質への渴望は強迫的に反復的かつ制御不能になり、自律神経症状と耐性を伴う離脱症状につながる。抗ヒスタミン薬が反復的な虐待行為にどのように作用するかメカニズムはまだ判明していないが、感情、記憶、報酬系、注意、動機の制御に関与していると考えられている中脳辺縁系におけるドーパミン伝達の増加が関与している可能性があると Saran ら (2017) が報告している。

本研究の結果から、社会生活を送っている一部の若年の患者が経験する心理的孤立が明らかになった。これらの患者の孤立行動を悪化させないためには、患者の気持ちに寄り添うことが不可欠である。そのためには、まず、市販薬を過剰に使用する理由や目的を明らかにする必要がある。次に、が必要とするサポート（医療、行政、教育、またはそのすべて）を提供することが重要である。さらに、過剰摂取行動を繰り返す原因の一部が依存性物質への渴望である場合、必要なのは規制や処罰ではなく、心理療法、薬物療法などの治療である。現在、市販薬依存症の治療プログラムは不足しており、医療、行政、教育機関の協力を得て確立する必要がある。

E. 結論

本調査を通じて、救急医療施設に搬送される

一般医薬品の過量服用の実態を把握することができた。市販薬の新たな過剰摂取を防ぐためには、患者の背景や薬剤の入手経路に関する詳細な疫学的研究を継続するとともに、依存性を引き起こす市販薬の成分の調査が必要である。繰り返される過剰摂取は依存症候群による可能性があるため、将来的には、繰り返される過剰摂取に対する治療プログラムの確立が極めて重要である。

【研究 5】

米国における嗜好用大麻の合法化が在米日本人の意識・行動に与える影響に関する研究
Tooru Nemoto (Public Health Institute, U.S.)

A. 研究目的

カリフォルニア及び他 30 州での、嗜好品大麻の合法化は邦人留学生や長期滞在者の大麻及び薬物使用に何らかの影響を与えることが危惧される。しかし、米国で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ものであり、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業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、予防及び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

対象は、米国に住む長期滞業者である。選択基準は、1) 米国に 90 日以上滞在している邦人、2) 18 歳以上の者とした。オンライン掲示板、配布、口コミ、ブロガー等を通じて被験者を募り、募集ポスターに記載したオンラインのスクリーニングアンケートを通じて対象者を選択した。事前にトレーニングを受けた調査員が対象者個別に E メールで無記名自記式のオンラインアンケートのリンクを送り、30 分程の量的オンラインアンケートを実施した。

調査項目は、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)、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等である。個人を特定する情報は収集していない。質的研究のデータに基づき、Alchemer (オンライン調査プラットフォーム) を用いて、量的調査の質問項目を日本語で作成した。

本研究では、以下の 4 つの尺度を使用した。

1) 嗜好用大麻使用の合法化に対する肯定的態度尺度 (Positive Attitude toward Legalization of Marijuana Use: PALMU)

($\alpha=0.78$)、2) 日本における大麻使用禁止法に対する否定的態度尺度 (Negative Attitude toward laws against Marijuana use: NAMU)

($\alpha=0.74$)、3) 大麻・薬物使用に対する肯定的規範尺度 (Positive Norms toward Marijuana use: PNMU) ($\alpha=0.86$)、4) 薬物乱用スクリーニングテスト-30 (DAST-20) (大麻使用者のみ対象) ($\alpha=0.89$)

倫理面への配慮とし、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 2023 年 10 月～2024 年 6 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

対象者 117 人からオンラインアンケートの回答を回収した。参加者は平均年齢 40 歳、女性 63%、男性 36%、ジェンダーノンバイナリー 1%、大学卒以上 61%、米国滞在年数平均 12 年、就労ビザ 16%、学生ビザ 30%、グリーンカード 36% (表 1 参照)。半数 (50%) がカリフォルニア在住、93.6% の対象者が医療用大麻の使用が合法的な州に居住、82.5% が嗜好用大麻の使用が合法的な州に居住していた。

属性、例えば年齢、性別、婚姻状況、ビザの種類、医療用大麻が合法化されている州での居住状況において、大麻使用者と非使用者間に有意な差は見られなかった。しかし、大麻使用者は非使用者と比較して、有職者または自営業者である割合が高いこと ($\chi^2=18.36$, $p<.01$)、および娯楽用大麻が合法化されている州に居住している割合が高いこと

($\chi^2=19.00$, $p<.01$) が明らかとなった。更に、大麻使用者の平均滞在期間は非使用者と比較して有意に長い (14.4 年 vs. 9.6 年) 結果が得られた、 $t(113) = 2.29$, $p<.05$ 。

大麻使用者の薬物使用歴：

大麻：生涯大麻使用者は 65 人であり、そのうち 19 人 (29.2%) が日本でも使用経験があり、61 人 (93.8%) が米国で、4 人 (6.2%) がタイで大麻を使用していた。生涯大麻使用者のうち 35 人 (53.8%) が米国での過去 6 ヶ月大麻使用者であり、過去 6 ヶ月の大麻使用頻度はリッカート尺度 (5 段階評価) で平均 2.62 (SD=1.50; 1 週間に一度弱) であった、又 18.5% が「月に 1 回未満」、7.7% が「ほぼ毎日」と回答した。

その他の薬物：最初に使用した薬物は大麻であると回答した者は 58 人 (89.2%) であった。初めての薬物使用国は、米国が 45 人 (70.3%)、日本が 16 人 (25%) であった。大麻使用者のうちコカイン生涯経験者数は 18 人 (29.5%) で、そのうち 6 人 (33.3%) が日本で、17 人 (94.4%) が米国で使用経験ありと回答した。LSD 生涯経験者数は 19 人 (30.6%) でそのうち 3 人 (15.8%) が日本で、18 人 (94.7%) が米国で使用経験ありと回答した。エクスタシー生涯経験者数は 16 人 (26.2%)。そのうち 3 人 (18.8%) が日本で、15 人 (93.8%) が米国で使用したと回答した。

大麻使用の動機：生涯大麻使用者の 78.5% が、過去に米国で薬物の使用を勧められた経験があり、その中でも最も多かったのは大麻 (73.8%) で、場所は、パーティー (46.1%) やクラブ・バー (27.7%) であった。友人からの薬物使用の誘いを常に断ると回答したのは 24.6% のみであった。

薬物使用の理由：最も多かったのは「普段と違った感覚が楽しめる為」(43.1%)、次いで「友人の影響」(36.9%)、「ストレス解消」(23.1%) であった。

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：

大麻使用者 (30.8%) より、大麻非使用者 (48.1%) の方が「医療用大麻の合法化には賛成するが、嗜好用大麻の合法化には反対する」と回答し、その割合に有意な差が認められた ($\chi^2=13.79$, $p<0.01$)。さらに、大麻使用者の 58.4% が「ハードドラッグは違法のままにすべきだが、嗜好用大麻の使用は合法化すべきである」と考えていたが、大麻非使用者ではこの考えに同意する割合が 28.9% と低く、有意な差がみられた ($\chi^2=18.71$, $p<0.01$)。また、「日本の大麻規制はアメリカやカナダと比較して厳しすぎる」と考える割合は、大麻使用者 (64.6%) の方が大麻非使用者 (38.4%) よりも有意に高かった ($p<0.01$)。さらに、日本における医療用大麻の合法化を支持する割合は、大麻使用者 (80%) が大麻非使用者 (67.3%) よりも有意に高かった ($p<0.01$)。4 つの心理社会的尺度には強い相関がみられた。「嗜好用大麻合法化に対する肯定的態度尺度 (PALMU)」は、「日本における大麻規制に対する否定的態度尺度 (NAMU)」($r=0.56$, $p<0.01$) および「大麻・薬物使用に対する肯定的規範尺度 (PNMU)」($r=0.47$, $p<0.01$) と有意に相関していた。さらに、「日本における大麻規制に対する否定的態度尺度 (NAMU)」と「大麻・薬物使用に対する肯定的規範尺度 (PNMU)」も有意な相関を示した ($r=0.40$, $p<0.01$)。一方で、「薬物乱用スクリーニングテスト-20 (DAST)」は「大麻・薬物使用に対する肯定的規範尺度 (PNMU)」($r=0.33$, $p<0.05$) との間に強い相関を示した。

D. 考察

日本国内の厳しい大麻禁止法は、海外に在住または旅行する日本人の大麻使用を規制する法的権限は持たない。日本の政策立案者や研究者は、医療用大麻の合法化に向けた検討や、大

麻及び薬物の乱用を防ぐための教育プログラムの導入を考える時期に来ているのかもしれない。

E. 結論

大麻使用者の約半数が定期的（週 1 回程度）に大麻を使用しており、コカイン、LSD、エクスタシー等の他の薬物を使用した経験がある対象者もいた。さらに、厳しい大麻規制があるにも関わらず、大麻使用者の約 1/4 は日本でも大麻使用経験があった。大麻非使用者と比較すると、大麻使用者は娯楽目的および医療目的の両方のマリファナ合法化を支持する傾向があり、米国における嗜好大麻合法化が長期日本人滞在者の薬物使用に影響を与えている可能性がある。多くの対象者は、嗜好用大麻の合法化が大麻使用を助長する可能性があるが、医療用大麻は合法化すべきであり、日本の大麻に対する規制は厳しすぎると考えていた。近年かなりの数の日本人が米国、カナダ、タイなどの国を訪れ、大麻を試したり、大麻を使用する目的で海外に渡航したりしている事も考えられ、今後これらの日本人を対象にした薬物予防、治療のプログラムの設立が望まれる。

【研究 6】

豪州における大麻規制の現状と青少年に対する予防教育に関する研究

富山健一（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

近年、我が国では、大麻の乱用が広まり、特に青少年における逮捕者が増加の一途を辿っている。一方で、医療目的での大麻使用、または、成人向けにお酒やタバコと同じような嗜好品としての利用を認めるなど諸外国において大麻規制のあり方に変化が起きている。こうした規制の変化は、我が国でも世界の「大麻の合法化」として情報が伝わり、特に青少年における大麻乱用の動機となっている恐れがある。オーストラリア（豪州）は、1980 年代から薬物問

題に対してハームリダクションを政策に取り入れ、2016 年からは医療目的での大麻使用を認めるなど大麻政策の変革を進める国の一つである。そこで本研究では、豪州における薬物犯罪状況、大麻乱用実態、法規制・薬物政策および青少年に対する予防教育の制度を調査することでその実態を明らかにし、我が国の大麻規制のあり方や依存症対策・青少年に対する予防教育の基礎資料とすることを目的とした。

B. 研究方法

インターネット上より連邦政府・議会、州政府・議会、民間団体等の公開資料、学術論文または報道資料より、大麻関連の法律、制度の運用、大麻使用に関連する社会状況および青少年に対する薬物乱用予防教育の制度を調査した。

C. 研究結果

本調査研究では、豪州における大麻に関する政策や乱用の実態など以下 10 の項目に分けまとめた。

- 1) 豪州連邦の概要：豪州は連邦制を採用しており、連邦政府とは別にニューサウスウェールズ州、ビクトリア州、クインズランド州、南オーストラリア州、西オーストラリア州、タスマニア州の 6 州、北部準州の 1 準州およびキャンベラ首都特別区ごとに独自の薬物政策を採用している。
- 2) 豪州における薬物犯罪の発生状況：豪州における薬物事犯の逮捕者は、2016～2020 年度の調査から 14 万人～16 万人台で推移し、大麻に関連する逮捕者は全薬物事犯の 46.1～50.1%とほぼ半数を占めている。豪州における犯罪発生状況のうち薬物犯罪は全体の 3 番目となり、薬物の分類で見ると大麻関連犯罪が最も多い状況になっていることが確認できた。
- 3) 豪州の国家薬物戦略：豪州では、10 カ年の長期計画の国家薬物戦略（the National Drug Strategy 2017-2026）を策定し、危害最小化の原則の下に、①薬物の売買や海外からも持ち込みを削減する供給削減、②

- 教育やキャンペーン活動などを通じた需要削減、③薬物使用による健康被害や、家族・友人そして広範な地域社会などへの害を削減するハームリダクションの3本の柱を定めている。
- 4) 豪州の大麻乱用状況:2022年度版国家薬物戦略家計調査 (Australian Institute of Health and Welfare, AIHW) によると、14歳以上のほぼ2人に1人(47%)が生涯に違法薬物を使用した経験があり、中でも大麻が41%と最も多くなっている。2019年度から若い女性の大麻使用率が増加し、2022年度では男性とほぼ同水準と報告されている。過去一年に大麻使用の経験があるもののうち、41%が常用している状況となっている。
- 5) 豪州の大麻規制状況:連邦と並んで、強い行政権限を持つ各州・準州が大麻規制で、非刑罰化(民事罰)制度とともに、大麻の個人的な使用を通常の刑事司法手続きから外すダイバージョン制度の組み合わせを独自に導入している。民事罰制度が初めて導入されたのは、1987年の南オーストラリア州で、個人に限定した大麻使用、所持と栽培が民事罰(罰金)で済まされるようになった。2006年以降全国で多様なダイバージョン制度が導入・運用されていることが確認された。
- 6) ニューサウスウェールズ州の取り組み:ニューサウスウェールズ州では、2000年に成人大麻注意制度 (Cannabis cautioning scheme, CCS) が導入・運用されている。CCSは、18歳以上の大麻事犯にダイバージョンする経路を設けた制度である。州警察は、軽微な大麻取締法違反に対して、起訴ではなくCCSを検討できる権限を有し、2002年では検挙者の28.6%に適用されていた。
- 7) 連邦法と州・準州の取り組み:豪州では、連邦法 (Narcotic Drugs Act 1967 ならびに Criminal Code Act 1995) および各州法において大麻は違法薬物として規制されている。2016年以降、特定の条件下で医療用大麻を必要としている患者にのみ、特別アクセス・スキームにより入手や利用が可能となっている。一方で、流通や供給に対する取り締まりは厳しく行われており、2020年度では55,199件の大麻の押収と密売の摘発は24,255件と報告されている。そのほかにも大麻の影響下での運転には、運転資格の剥奪などの罰則が課せられ、薬物運転の路上唾液検査を可能にする法律が可決されている。
- 8) ACT 特別区の「実験」:2020年からキャンベラ首都特別区 (ACT) では、18歳以上の成人を対象に、一定量の大麻の個人所持・栽培が非犯罪化された。規則を定め、違反した場合は警察の取り締まり対象となる。18歳未満においては、ダイバージョン制度が適用される。ACTの取り組みは、成人向けに全面的な大麻使用を認めた法案ではなく、あくまで条件付きの「非犯罪化」であることが確認された。
- 9) 豪州の若年層における大麻の乱用実態:豪州では中高生を対象としたアルコール・薬物調査が3年ごとに行われている。2022年度の調査では、以前に大麻の使用経験があるかの回答で12-15歳は9%であることに對し、16-17歳では23.8%となっていた。また、12-17歳の男子では11.6%に對し、女子生徒では14.8%と高いことが確認された。中高生においても、大麻が最も使用されている違法薬物であった。
- 10) 若年層向けの大麻乱用の予防教育:豪州では、連邦政府と大学などが協力して作成した薬物教育資料がオンライン上で提供されている。これらの教材とは別に、州政府からの支出によって、早期介入予防を目指したプログラムが中高生を対象に学校カリキュラム内で実施されている。生徒自身または仲間が薬物を使用している状況において、薬物による害を軽減するための社会的スキルを身につける内容となっている。

D. 考察

本研究では、豪州における薬物犯罪状況、大麻の乱用実態、法規制・薬物政策および若年層の大麻問題について調査を行なった。豪州の連邦レベルでは、大麻は特別に許可された医療目的での使用以外、依然として違法薬物として規制されているが、州や準州においては独自の制度を運用するなど複雑な実態が明らかとなった。ACT では、制限付きで大麻の個人使用について非犯罪化しており、こうした状況が国内外において大麻の合法化と誤って伝わっている可能性がある。豪州における、大麻の非犯罪化やダイバージョン制度などの寛容政策が、その後の個人的な薬物使用、健康問題や公共の安全などにどのような影響を与えるか、引き続き注視が必要だと考えられる。豪州では、16 歳以上になると急に大麻の使用率が上昇しており、大麻使用の動機の一端に、諸外国における大麻規制の緩和などの影響が示唆される。今後、薬物防止教育の内容について精査するとともに、実際の実施状況やその効果測定など予防教育の有効性を調査し、我が国の啓発資料としての活用可能性を検証していく予定である。

E. 結論

豪州では、大麻が最も乱用されている違法薬物である。個人の違反については、刑事罰から民事または刑事司法を回避するダイバージョン制度が適用されるなど将来的な社会スティグマへの対応や警察・司法の負担の軽減を目指す政策が打ち出されている。また、国民の 4 割以上で、大麻の使用経験があるような状況下では、厳罰政策よりも寛容的政策の方が社会資源の確保または司法の経済性の観点からも現実的である。一方で、大麻に関する慣用政策が青少年における薬物意識に与える影響は不明であり、また薬物乱用防止のハードルを上げる可能性も考えられる。近年の国際的な大麻規制の改革も含め、こうした社会的変化によって、豪州の青少年の薬物問題がどのように変化して

いくか、またそのための対策や予防教育の取り組みがどのように進められていくのか注視して行くことで、さまざまな情報を集めることが可能となり、我が国の教育資料として活用が期待できる。さらに、豪州の情報は新しい知見となり、世界の大麻に対する取り組みを多角的に理解するための資料となり、我が国の薬物行政や政策立案に貢献できる。

E. 研究班全体の結論

1. 全国 124 校の中学校より、計 37,967 名の有効回答が得られた。中学生における違法薬物の生涯経験率は、大麻 0.07%、有機溶剤 0.13%、覚醒剤 0.06%、危険ドラッグ 0.06%、いずれかの違法薬物 0.18%であった。いずれの違法薬物も 2022 年調査に比べて減少していた。コロナ禍後、社会活動が正常化した後においても、中学生における違法薬物の乱用リスクの減少が続いている可能性がある。ただし、大麻使用を肯定する考えが増加している点には注意が必要である（研究 2）。
2. 市販薬の乱用経験のある中学生の割合は全体の約 1.8%（約 55 人に 1 人の割合）であり、市販薬の乱用問題が全国的に広がっている可能性がある。市販薬の乱用経験のある中学生は、学校や家庭で孤立状態にあり、日常生活で様々な生きづらさを抱えているといった心理社会的な特徴を有することが明らかとなった（研究 2）。
3. 全国の精神科医療施設 221 施設から、計 2,756 症例が報告された。このうち、受診した患者において、1 年以内に主たる薬物の使用が認められた症例は計 1,221 症例であった。その内訳は、覚醒剤 28.0%、市販薬 25.6%、睡眠薬・抗不安薬 22.6%、大麻 8.6%、多剤 8.5%、揮発性溶剤 2.3%、鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）0.8%、危険ドラッグ類 0.8%、MDMA 以外の幻覚剤 0.6%、MDMA 0.6%、コカイン 0.4%、鎮痛薬（処方非オピオイド系）0.2%、ADHD 治療薬 0.2%、ヘロイン 0.1%であっ

- た（研究 3）。
4. 精神科医療施設を受診した患者の症例数は前回調査よりも増加していたが、これは全体的な増加ではなく、市販薬関連精神疾患症例の増加、とりわけ若年層や女性の増加によるものであった。この集団は、1 年以内の故意の自傷・自殺行動の挿話を持つものが多く、他の精神疾患の併存率が高かった、加えて、過去 1 年以内の薬物使用者が多く、依存症集団療法参加率や依存症関連の社会資源利用率が低いことから、断薬が困難である者が多く、既存の依存症治療に適合しない 1 群である可能性も示唆された（研究 3）。
 5. 救急医療施設（計 8 施設）へ搬送された急性市販薬中毒患者 124 症例が報告された。市販薬の新たな過剰摂取を防ぐためには、患者の背景や薬剤の入手経路に関する詳細な疫学的研究を継続するとともに、依存性を引き起こす市販薬の成分の調査が必要である。繰り返される過剰摂取は依存症候群による可能性があるため、将来的には、繰り返される過剰摂取に対する治療プログラムの確立が極めて重要である（研究 4）。
 6. 嗜好用大麻が合法化されている米国に在住する日本人を対象とする調査を通じて、大麻使用者の実態の一端が明らかとなった。大麻使用者の約半数が定期的（週 1 回程度）に大麻を使用しており、コカイン、LSD、エクスタシー等の他の薬物を使用した経験がある対象者もいた。さらに、厳しい大麻規制があるにも関わらず、大麻使用者の約 1/4 は日本でも大麻使用経験があった。大麻非使用者と比較すると、大麻使用者は娯楽目的および医療目的の両方のマリファナ合法化を支持する傾向があり、米国における嗜好大麻合法化が長期日本人滞在者の薬物使用に影響を与えている可能性がある。多くの対象者は、嗜好用大麻の合法化が大麻使用を助長する可能性があるが、医療用大麻は合法化すべきであり、日本の大麻に対する規制は厳しすぎると考えていた（研究 5）。
 7. 豪州では、大麻が最も乱用されている違法薬物であった。個人の違反については、刑事罰から民事または刑事司法を回避するダイバージョン制度が適用されるなど将来的な社会スティグマへの対応や警察・司法の負担の軽減を目指す政策が打ち出されていた。また、国民の 4 割以上で、大麻の使用経験があるような状況下では、厳罰政策よりも寛容的政策の方が社会資源の確保または司法の経済性の視点からも現実的である。一方で、大麻に関する慣用政策が青少年における薬物意識に与える影響は不明であり、また薬物乱用防止のハードルを上げる可能性も考えられた（研究 6）。

F. 研究発表

各分担報告に記載した。

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（2024 年）

令和 6 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)

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（2024 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：水野 聡美（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）

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）

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）

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レギュラトリーサイエンス研究室）

富永 孝治（日本薬剤師会、日本学校保健会）

竹原 健二（国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部）

【研究要旨】

【目的】本研究の目的は、全国の中中学生における飲酒・喫煙を含めた薬物乱用に関連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対策を講じる上での基礎資料として関係機関に供する。本研究は、全国の中中学生を対象に継続的に実施しているわが国で唯一の薬物乱用の実態調査である。今回は 14 回目の実施となった。

【方法】調査対象は、都道府県単位で無作為（層別一段集落抽出法）に選ばれた計 244 校（公立校 225 校、私立校 17 校、国立校 2 校）の中学校における全在校生（想定生徒数 114,084 名）であった。調査期間は 2024 年 9 月から 12 月であり、各対象校内で、無記名の自記式調査（質問紙あるいはオンライン）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）。

【結果】計 124 校（公立校 119 校、私立校 5 校）から調査協力が得られた（回収率 50.8%）。回答が得られた計 38,277 名のうち、除外基準に該当する 310 名を分析対象から除外し、残りの 37,967 名を分析対象とした。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 14.9%、過去 1 年経験率は 5.7%、ノンアルコール飲料の過去 1 年経験率は 8.2%であった（いずれも推定値）。
2. タバコの生涯経験率は 1.3%、過去 1 年経験率は 0.7%であった（いずれも推定値）。
3. 違法薬物の生涯経験率は、大麻 0.07%、有機溶剤 0.13%、覚醒剤 0.06%、危険ドラッグ 0.06%、いずれかの違法薬物 0.18%であった（いずれも推定値）。違法薬物の過去 1 年経験率は、大麻 0.04%、有機溶剤 0.08%、覚醒剤 0.03%、危険ドラッグ 0.03%、いずれかの違法薬物 0.11%であった（いずれも推定値）。すべての違法薬物の生涯経験率は、前回調査（2022 年）に比べて減少していた。
4. 過去 1 年以内の市販薬の乱用経験率は、全体 1.8%、男子 1.5%、女子 2.0%であった（推定値）。乱用した市販薬の入手先は、薬局・ドラッグストア等の実店舗（64.2%）が最も多く、家の常備薬から（33.3%）、友人・恋人・知人（3.6%）、インターネット（3.5%）と続いた。

【考察】いずれの違法薬物も生涯経験率が前回調査（2022 年）に比べて減少していた。新型コロナウイルス感染症が 5 類感染症に移行し、社会活動が正常化した後においても、中学生における

違法薬物の乱用リスクの減少が続いている可能性がある。ただし、違法薬物の生涯経験率が低下した一方で、薬物乱用を肯定する考え、特に大麻使用を肯定する考えが増加している点には注意が必要である。咳止め薬などの市販薬の乱用・依存症例が急増していることを背景に、本研究では中学生における市販薬の乱用経験を初めて調べた。過去1年以内に市販薬の乱用経験のある中学生は約55人に1人の割合であり、市販薬の乱用問題が全国的に広がっている可能性がある。市販薬の乱用経験のある中学生は、学校や家庭で孤立状態にあり、日常生活で様々な生きづらさを抱えているといった心理社会的な特徴を有することが明らかとなった。乱用した市販薬の主たる入手先は、薬局やドラッグストア等の実店舗であることから、未成年者に対する販売を慎重に行うことや、異変に気づいた際の声かけなどを徹底することが重要である。家の常備薬を入手先とする回答も一定数みられたことから、家庭内での医薬品の管理を保護者に求めていくことも重要となる。

A. 研究目的

本研究の目的は、全国の中学生における飲酒・喫煙を含めた薬物乱用に関連する実態を把握することである。得られた研究結果は、青少年に対する薬物乱用対策の立案・評価を行う際の基礎資料として供される。

本研究は、全国の中学生を対象とするわが国で唯一の薬物乱用に関する実態調査である。

「飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査」として、1996年より同一研究デザインに基づき、経年的に実施してきた¹⁻¹⁴⁾。ただし、2020年は、COVID-19パンデミックの影響で中止となった。今年度は、第14回目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籍生徒であった（想定生徒数114,084名）。校種の内訳は、公立校225校、私立校17校、国立校2校であった。調査対象校の抽出には2024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）を用いて、層別一段集落抽出法により決定した。ここでいう集落とは各学校を指す。各都道府県から1校以上を抽出するため、各都道府県を層とし、中学生数に比例して抽出対象校数を決定した。抽出対象校数を決定するにあたり、調査時点において中学生数が最も少ない鳥取県を基準とした。鳥取県における中学生数

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。小数点以下は切り上げとした。例えば、鳥取県の中学生数を基準とした比は、埼玉県が12.4、高知県が1.2となり、抽出される対象校数は、埼玉県13校、高知県2校となる。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校とした。各都道府県の調査対象校は、抽出確率をもとに乱数を用いて無作為抽出した。その際の抽出確率は、各学校の生徒数に応じて定め、生徒数が多い学校ほど抽出確率が高くなるようにした。

2. 調査に関する事前通知および依頼

2024年6月、文部科学省担当課、都道府県教育委員会、対象校を所管する市区町村教育委員会に対して、本研究の実施に関する事前通知を文書で行った。教育委員会への通知後、各対象校に対しては、調査に関する依頼状、アンケート用紙のサンプル、調査協力の意向を確認するための用紙（返答フォーム）を郵送した。なお、返答フォームには、対象校の名称、都道府県名、校長先生（あるいは担当教員）の氏名、メールアドレスに加え、調査実施の意向（実施予定、検討中、協力辞退）、実施方法（調査用紙への回答、オンライン回答、未定）を記載していただき、メールあるいはFAXにて当センターまで返答を依頼した。調査実施にあたり、保護者向けの説明文書を作成し、学校のホームページに掲載するか、保護者宛てに通知を行うように依

頼した。

3. 調査の実施方法

調査実施期間は、2024 年 9 月から 12 月までであった。一部例外的に、学校の事情により 2024 年 8 月あるいは 2025 年 1 月に調査を実施した学校もあった。

本研究は、無記名の自記式調査によって実施した。調査の回答方法は、従来のアンケート用紙を使った質問紙調査（以降、質問紙回答と記載）と、学習用端末を用いたオンライン調査（以降、オンライン回答と記載）のどちらかを学校単位で選択できるようにした。今回、オンライン調査を取り入れた背景には、教育現場からのニーズが高まったことが影響している。文部科学省では、2019 年より GIGA スクール構想を進めており、学習用端末を活用した教育が提供される機会が増えている。本研究に対しても、学習用端末を用いた調査の実施を希望する学校が年々増加していることを受け、今年度の調査よりオンライン調査を取り入れた。オンライン回答は学校で使用する学習用端末に限定し、スマートフォン等の個人の端末での回答は認めなかった。なお、オンライン回答のシステムは、Google フォームを用いた。

2024 年 8 月以降、対象校の意向に応じて、質問紙回答の場合は、全生徒分の調査書類一式を郵送した。オンライン回答の場合は、対象校ごとに作られたフォームへの接続情報（URL）をメールで伝えた。その際、担当教員向けの調査実施マニュアルを併せて送付した。

調査の実施は、いずれの回答方法であっても、原則として学校内での集団実施として依頼した。具体的には、ホームルーム、保健体育や道徳などの教科の時間、総合的な学習の時間などを例示し、クラス単位での実施を依頼した。場合によっては、薬物乱用防止教室に併せて、学年単位あるいは学校単位での実施も認めた。質問紙回答の場合は、教室内でアンケート用紙と個人用封筒を配布し、各担当教員が調査の注意事項（別添のアンケート用紙の冒頭に記載）を読み上げてから回答するように依頼した。オン

ライン回答であっても、同様の手続きをとった。

具体的な注意事項としては、「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。調査への同意は、アンケート冒頭の同意確認欄に○を付けることで、同意を確認した。同意できない場合は、白紙のまま提出すること、無記名調査のため、アンケート提出後に同意を撤回することができない旨を記載した。以上の手続きにより、対象者が調査に協力することを拒否する権利を保障した。

アンケート回答後は、生徒自身でアンケート用紙を折りたたみ、個人用封筒に入れ、封をしてから提出させた。オンライン回答の場合は、ブラウザを各自閉じることで調査完了とした。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、データのクリーニングを行った。

本研究は、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を受けて実施した（承認番号 A2022-027）。

4. 調査項目

調査項目は計 32 項目であった（別添アンケート用紙を参照）。

基本属性および生活に関する項目としては、性別、学年、朝食の摂食頻度、学校生活への満足度、大人不在下で過ごす時間、友人関係、親への相談頻度など 11 項目を尋ねた。今回の調査では、日常生活や学校生活での「生きづらさ」に関する質問を 1 問追加した。過去 1 年間を振り返り、「あなたは日常生活や学校生活など様々な場面で『生きづらさ』をどのくらい感じていますか？」という質問を行い、「かなり感じている、どちらかと言えば感じている、どちらかと言えば感じていない、まったく感じていない」の 4 件法で回答を求めた。

飲酒・喫煙に関する項目としては、アルコール・タバコの生涯経験、初回使用年齢、過去 1 年経験および使用頻度、過去 1 年以内のノンアルコール飲料の使用頻度など 7 項目を尋ねた。

薬物乱用に関する項目としては、有機溶剤・大麻・覚醒剤・危険ドラッグの 4 種類の薬物について、各薬物の生涯経験、過去 1 年経験、誘われ経験を尋ねた。また、薬物の入手可能性を 4 件法（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）、薬物乱用に対する考えを 3 件法（使うべきではない、少々なら構わない、まったく構わない）で尋ねた。

今回の調査では、市販薬の乱用に関する項目を 2 問追加した。まず、過去 1 年以内の市販薬乱用経験の有無を尋ねた。乱用の対象となる市販薬として、咳止め薬、風邪薬、解熱鎮痛薬の 3 種類の医薬品カテゴリーを例示した。そして、乱用目的とは治療目的ではなく、「ハイになるために、気分をかえるために決められた量や回数を超えて使用すること」と意図的な過量服薬を想定した質問とした。次に、市販薬の乱用経験がある場合は、乱用に使った市販薬の入手先を尋ねた。回答選択肢は、「薬局・ドラッグストア等の実店舗で購入した」「インターネットで購入した」「友人・恋人・知人から譲り受けた」「家の常備薬から」「その他の方法で入手した」から構成され、複数回答可とした。

最後に薬物乱用の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、大麻使用による健康影響、市販薬乱用による健康影響など 8 項目の周知状況について尋ねた。また、友人や知り合いに薬物の乱用を誘われた際の断る自信（自己効力感）を 4 件法（大変ある、どちらかと言えばある、どちらかと言えばない、まったくない）で尋ねた。

5. 統計解析

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。データ集計にあたり、一部の変数は再コーディングを行った。例えば、薬物の入手可能性に関する項目は、「絶

対不可能」および「ほとんど不可能」という回答を「入手できない」、「なんとか手に入る」および「簡単に手に入る」を「入手できる」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「薬物乱用に対する肯定回答」として再コーディングした。違法薬物の使用経験に関する項目は、「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。

アルコール、タバコ、薬物乱用の各経験率については、観測値および推定値の両方を算出した。観測値とは、今回得られた回答者全体を分母とした単純な百分率である。中学生全体、性別（男子、女子）、学年（1 年生、2 年生、3 年生）それぞれの経験率を算出し、経年データと合わせて記載した（表 2～13）。一部、表に対応するグラフも作成した（図 2～13）。

一方、推定値とは、サンプリングや回答状況を考慮し、重み付けをした値であり、母集団（日本の中学生全体）の特性値を標本データから統計学的に推測した値である。推定値の算出には、R (ver. 4.4.1), survey (ver. 4.4-2) を用い、点推定値および 95%信頼区間を算出した。推定値についても中学生全体、性別（男子、女子）、学年（1 年生、2 年生、3 年生）それぞれの経験率を推計し、経年データと合わせて記載した（表 40～49）。ただし、経年データは現在のサンプリング方法を採用した 2010 年以降の推定値を記載した。推定値の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⁾。一部、表に対応するグラフも作成した（図 14～21）。

クロス集計については、性別（男子、女子、その他・不明）、学年（1 年生、2 年生、3 年生）、過去 1 年以内の大麻使用経験（非経験群、経験群）、過去 1 年以内の市販薬乱用経験（非経験群、経験群）に分類し、すべての変数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二乗検定を採用した。ただし、期待値が 5 未満のセルが全体

の20%を超える場合は、フィッシャーの直接確率法を採用した。

C. 研究結果

1. 回収結果

調査対象校244校のうち、計124校（公立校119校、私立校5校）から調査協力を得た。回収率は50.8%であった（図1）。調査を実施した124校のうち、質問紙回答は69校（55.6%）、オンライン回答は55校（44.3%）であった。また、調査を実施した124校のうち、24校は学年あるいは学級を限定した形で協力を得た。

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%（秋田県、福島県、福井県、島根県）から100%（岩手県、富山県、山梨県、和歌山県、鳥取県、山口県、徳島県、香川県、高知県、宮崎県）までばらつきがみられた。

計124校の調査協力校より、計38,277名の回答が得られた。これは想定生徒数の33.6%に該当する。ただし、データベース（全国学校データ）に掲載された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。回答が得られた38,277名のうち、白紙回答、一定以上の回答が得られていないケースなど除外基準に合致する310名を分析対象から除外し、残りの37,967名を有効回答とした。

「以下の結果は、特に記載がない場合は観測値を示し、推定値の場合はその旨を明記した。

2. 基本属性

基本属性・生活に関する結果を表14~17に示した。対象者の性別は、男子19,007名（50.1%）、女子18,462名（48.6%）、その他・不明397名（1.0%）、無回答・無効回答101名（0.3%）であった。学年は、1年生12,847名（33.8%）、2年生12,726名（33.5%）、3年生12,394名（32.6%）であった。

家庭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（82.2%）、一定していない（17.6%）であった。就寝時間は、ほぼ一定している（61.0%）、一定していない（38.8%）であ

った。朝食の摂食頻度は、ほとんど毎日食べる（85.7%）、時々食べる（9.1%）、ほとんど食べない（5.0%）であった。大人不在の状態で過ごす時間（1日あたり）は、1~2時間未満（25.0%）が最も多く、ほとんどなし（24.9%）、1時間未満（22.1%）、2~3時間未満（15.8%）、3時間以上（11.8%）と続いた。悩み事の親への相談頻度は、どちらかと言えば相談する（35.5%）が最も多く、ほとんど相談しない（21.7%）、どちらかと言えば相談しない（21.2%）、よく相談する（20.9%）であった。

学校生活に関する項目としては、学校生活に対する満足度は、とても楽しい（45.1%）、どちらかと言えば楽しい（45.0%）、どちらかと言えば楽しくない（7.7%）、まったく楽しくない（1.8%）であった。友人関係は、親しく遊べる友人がいる（96.7%）、相談事ができる友人がいる（90.0%）であった。

生活上の「生きづらさ」については、まったく感じていない（35.7%）、どちらかと言えば感じていない（35.6%）、どちらかと言えば感じている（21.4%）、かなり感じている（6.4%）であった。生きづらさを「かなり感じている」とする回答は、男子（5.0%）に比べて女子（7.3%）が、1年生（6.1%）に比べて3年生（6.6%）が高い傾向が認められた。

3. アルコール

アルコールに関する結果を表10, 18~21, 42, 43, 47, 49に示した。アルコールの生涯経験率は、全体14.7%、男子16.9%、女子12.2%、1年生14.9%、2年生14.9%、3年生14.4%であった（表10）。過去1年経験率は、全体5.6%、男子6.7%、女子4.4%、1年生5.8%、2年生5.7%、3年生5.4%であった（表18, 19）。ノンアルコール飲料の過去1年経験率は、全体8.3%、男子8.9%、女子7.5%、1年生8.8%、2年生8.4%、3年生7.6%であった（表18, 19）。

推定値の結果を表47, 49に示した。アルコール使用の推定値は、生涯経験率14.9%、過去1年経験率5.7%、ノンアルコール飲料（過去1年）8.2%であった。

4. タバコ

タバコに関する結果を表 9, 22~25, 42, 43 に示した。タバコの生涯経験率は、全体 1.4%、男子 1.8%、女子 0.9%、1 年生 1.3%、2 年生 1.5%、3 年生 1.5%であった（表 9）。過去 1 年経験率は、全体 0.8%、男子 1.0%、女子 0.4%、1 年生 0.7%、2 年生 0.8%、3 年生 0.8%であった（表 22, 23）。

推定値の結果を表 48 に示した。タバコ使用の推定値は、生涯経験率 1.3%、過去 1 年経験率 0.7%であった。

5. 薬物乱用に関する項目

薬物乱用に関する結果を表 2~8, 11~13, 26~41, 44~46 に示した。薬物乱用の生涯経験率は、大麻 0.08%（男子 0.07%、女子 0.04%）、有機溶剤 0.14%（男子 0.16%、女子 0.07%）、覚醒剤 0.07%（男子 0.06%、女子 0.03%）、危険ドラッグ 0.07%（男子 0.08%、女子 0.02%）、いずれかの違法薬物 0.19%（男子 0.23%、女子 0.10%）であった（表 3-8）。

薬物乱用の過去 1 年経験率は、大麻 0.04%（男子 0.05%、女子 0.02%）、有機溶剤 0.08%（男子 0.08%、女子 0.05%）、覚醒剤 0.03%（男子 0.04%、女子 0.01%）、危険ドラッグ 0.03%（男子 0.04%、女子 0.01%）、いずれかの違法薬物 0.11%（男子 0.14%、女子 0.06%）であった（表 26）。

違法薬物の生涯経験率の推定値を表 44 に示した。大麻 0.07%（男性 0.08%、女性 0.04%）、有機溶剤 0.13%（男性 0.16%、女性 0.07%）、覚醒剤 0.06%（男性 0.05%、女性 0.03%）、危険ドラッグ 0.06%（男性 0.07%、女性 0.02%）、いずれかの違法薬物 0.18%（男性 0.22%、女性 0.10%）であった（表 44）。

違法薬物の過去 1 年経験率の推定値を表 45 に示した。大麻 0.04%（男性 0.05%、女性 0.02%）、有機溶剤 0.08%（男性 0.09%、女性 0.05%）、覚醒剤 0.03%（男性 0.03%、女性 0.01%）、危険ドラッグ 0.03%（男性 0.04%、女性 0.01%）、いずれかの違法薬物 0.11%（男性 0.13%、女性 0.06%）であった（表 45）。

薬物乱用に誘われた経験は、大麻 0.8%、有機溶剤 0.7%、覚醒剤 0.7%、危険ドラッグ 0.7%であった（表 11）。違法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」という回答を合計した「入手できる」とする回答は、大麻 5.9%、有機溶剤 7.0%、覚醒剤 5.6%、危険ドラッグ 5.1%であった（表 12）。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」という回答を合計した「薬物乱用に対する肯定回答」は、大麻 2.1%、有機溶剤 1.5%、覚醒剤 1.7%、危険ドラッグ 1.3%であった（表 13）。

6. 薬物乱用に関する知識

薬物乱用に関する知識の結果を表 34~37 に示した。「知っている」と回答した知識は、薬物依存症 88.7%、フラッシュバック 78.5%、大麻使用による認知・運動機能低下 84.9%、大麻の長期使用による記憶障害 77.2%、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 79.9%、市販薬乱用による薬物依存症 76.6%、市販薬の過剰使用による急性中毒死 78.4%であった。薬物乱用の誘いを断る自信については、大変ある 76.0%、どちらかと言えばある 17.1%、どちらかとも言えない 2.6%、まったくない 3.0%であった（表 34）。

7. 市販薬の乱用について

市販薬の乱用経験に関する結果を表 38, 39, 46 に示した。過去 1 年以内の市販薬の乱用経験率は、全体 1.9%、男子 1.5%、女子 2.2%、1 年生 2.1%、2 年生 1.9%、3 年生 1.7%であった。乱用に使った市販薬の入手先は、薬局・ドラッグストア等の実店舗（64.2%）が最も多く、家の常備薬（33.3%）、友人・恋人・知人（3.6%）、インターネット（3.5%）と続いた（表 38, 39）。

市販薬の乱用経験率の推定値は、全体 1.8%、男子 1.5%、女子 2.0%、1 年生 2.1%、2 年生 1.8%、3 年生 1.6%であった（表 46）。

8. 大麻乱用経験の属性・生活上の特徴（表 16）
過去 1 年以内の大麻乱用経験者は、非経験者

に比べて男子の比率が高く（経験群 60.0%、非経験群 50.0%）、起床（経験群 40.0%、非経験群 17.6%）および就寝時間（経験群 66.7%、非経験群 38.8%）が一定しておらず、朝食をほとんど食べない（経験群 26.7%、非経験群 5.0%）という回答が多い傾向がみられた。

学校生活においては、学校生活がまったく楽しくない（経験群 26.7%、非経験群 1.8%）、親しく遊べる友人がいない（経験群 13.3%、非経験群 2.8%）、相談事のできる友人がいない（経験群 33.3%、非経験群 9.5%）といった回答が多い傾向がみられた。

家庭生活においては、悩み事があっても親にはほとんど相談しない（経験群 46.7%、非経験群 21.6%）、大人不在の状態で 1 日あたり 3 時間以上過ごす者が多い（経験群 33.3%、非経験群 11.8%）といった傾向がみられた。生きづらさを「かなり感じている」という回答（経験群 33.3%、非経験群 6.4%）は、非経験群に比べて経験群の方が高い傾向がみられた。

9. 市販薬乱用経験者の属性・生活上の特徴 （表 17）

過去 1 年以内の市販薬乱用経験者は、非経験者に比べて、女性の比率が高く（経験群 55.8%、非経験群 48.6%）、起床（経験群 29.4%、非経験群 17.4%）および就寝時間（経験群 50.1%、非経験群 38.5%）が一定しておらず、朝食をほとんど食べない（経験群 9.9%、非経験群 4.9%）という回答が多い傾向がみられた。

学校生活においては、学校生活がまったく楽しくない（経験群 7.2%、非経験群 1.7%）、親しく遊べる友人がいない（経験群 5.8%、非経験群 2.8%）、相談事のできる友人がいない（経験群 17.5%、非経験群 9.3%）といった回答が多い傾向がみられた。

家庭生活においては、悩み事があっても親にはほとんど相談しない（経験群 30.4%、非経験群 21.5%）、大人不在の状態で 1 日あたり 3 時間以上過ごす者が多い（経験群 17.8%、非経験群 11.7%）といった傾向がみられた。生きづらさを「かなり感じている」という回答（経験群

21.1%、非経験群 6.1%）は、非経験群に比べて経験群の方が高い傾向がみられた。

10. 経年的変化について

表 2～13 および図 2～13 にアルコール、タバコ、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 14～21 に示した。こちらは、サンプリング等を考慮した重み付けを行った推計値である。

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（2022 年）から減少した（図 2）。具体的には、大麻（2022 年 0.10%、2024 年 0.08%）、有機溶剤（2022 年 0.20%、2024 年 0.14%）、覚醒剤（2022 年 0.10%、2024 年 0.07%）、危険ドラッグ（2022 年 0.10%、2024 年 0.07%）、いずれかの薬物（2022 年 0.30%、2024 年 0.19%）であった。

アルコール、タバコの生涯経験率は、ほぼ横ばいで推移していた（図 9,10）。違法薬物を「入手できる」という回答は、前回調査からわずかに減少していた（図 12）。薬物乱用に対する肯定回答の割合は、いずれの薬物についても前回調査からわずかに増加していた（図 13）。

D. 考察

1. 調査の実施状況について

本研究は、青少年においてシンナー等の有機溶剤の乱用が社会問題化したことを背景に、1990 年に千葉県内の公立中学校を対象に実態調査を開始したことが原点となっている^{15,16}。1996 年より対象エリアを全国に拡大し、都道府県単位で無作為に抽出された対象校に対して全国的な疫学調査を開始した。本研究は、1996 年以降、COVID-19 パンデミックの影響により中止となった 2020 年を除き、経年的に隔年で実施してきた。そのため、本研究は、横断的な薬物乱用の現状を把握するだけでなく、同一研究デザインで繰り返し実施することで、わが国の中学生における薬物乱用の動向をモニタリ

ングする役割も担っている。

今年度の調査に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対し、この場を借りて心からお礼を申し上げたい。また、調査実施には至らなかったものの、検討いただいたすべての対象校にも感謝したい。

さて、今年度の回収率は 50.8%であった。これは 2022 年調査に比べて 10%以上低く、過去に実施された全国調査の中で最も低い回収率となった。調査協力が得られなかった背景には複数の要因が考えられる。第一に、調査項目の内容に関する理由が考えられる。特に違法薬物の乱用経験は、無記名調査とはいえ、過去の犯罪行動を掘り起こすことになり、「寝た子を起こすな」と調査への協力を拒む学校が一定の割合で存在する。とはいえ、違法薬物の使用実態を調べることで自体を主たる目的とする本研究を実施する上で、これは避けがたい課題といえる。本研究の成果が青少年の薬物問題に対する対策を講じる上での基礎資料となること、調査に回答すること自体が薬物乱用防止に対する意識を高めるきっかけとなること、そして調査への参加は誰でも拒否できるといった任意性を繰り返し伝え、引き続き理解を求めていく必要がある。

第二に、学校行事が忙しく、外部からの調査を受ける余裕がないという理由が考えられる。2023 年 5 月、新型コロナウイルス感染症が 5 類感染症に移行してから、多くの学校行事は平時に戻り、対面での行事が確実に増えている。実際、調査への協力意向を事前に示していたものの、日常の業務が多忙のため、結果として実施に至らなかった学校もみられた。また学校長などの管理職からしてみれば、働き方改革との兼ね合いで、各教員の負担を必要以上に増やしたくないという本音も垣間見える。教育現場の負担を少しでも軽減する方法として、今年度からオンライン調査を導入した。オンライン調査を導入することで、調査用紙の配布や回収、発送作業といった調査実施に関わる事務的な作業を省略することが可能となる。今年度、半数近

くの学校がオンラインでの回答を希望していることから、現場のニーズは高いと考えられる。今後、調査手順をさらに見直し、教育現場へのさらなる負担軽減を検討していきたい。

2. 違法薬物の経験率について

コロナ禍に実施された 2022 年調査では、いずれの違法薬物の生涯経験率についても 2018 年から減少していることを報告した。今回の 2024 年調査では、生涯経験率のさらなる減少が認められた。本研究では、大麻、覚醒剤、有機溶剤、危険ドラッグの 4 種類の薬物乱用経験を調べているが、我々が過去に実施したどの調査よりも低い生涯経験率となった。コロナ禍においては、さまざまな社会的活動が制限されていた中で、違法薬物の使用に誘われる機会や、入手する機会が減少した結果として、生涯経験率が低下したと考えられる。そして、今回の調査では、さらなる減少がみられたことから、新型コロナウイルス感染症が 5 類感染症に移行し、社会活動が正常化した後においても、中学生における違法薬物の乱用リスクは減少が続いている可能性がある。

青少年における物質使用状況の変化は米国でも報告されている。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を報告している¹⁷⁾。その後、2022 年調査¹⁸⁾でも減少は維持され、2024 年調査¹⁹⁾では、ほとんどの薬物において減少が継続し、数十年ぶりに薬物使用率が最も低いという結果となり、薬物使用のリスク低下に寄与した要因に対する研究の必要性が強調されている。

3. 大麻使用を肯定する考え

違法薬物の生涯経験率が低下した一方で、薬物乱用に対する肯定回答はわずかに増加している点には注意が必要である。本研究では、薬

物乱用に対する意識を3件法で尋ね、「少々なら構わない」と「まったく構わない」の合計を肯定回答とした。いずれの薬物についても、前回調査に比べてわずかな増加が確認されたが、特に大麻に対する肯定回答が、他の違法薬物に比べて高いことが明らかとなった。

青少年の薬物乱用に対する考えの背景としては、ピアの影響、SNSを含むインターネットの情報、海外における大麻の規制を取り巻く変化など、様々な背景要因が影響を与えていると考えられる。今後、大麻に対する肯定的な考えの背景要因について分析するとともに、肯定的な考えが、実際に大麻使用にどの程度影響を与えるのかについても検討していくことが必要であろう。

4. 市販薬乱用の広がりについて

鎮咳薬や風邪薬といった市販薬を過量服薬し、急性中毒や依存症となるケースが増加していることを背景として、本研究では中学生における市販薬の乱用経験、乱用した市販薬の入手方法、市販薬乱用に関連する健康被害の知識について調べた。

中学生における市販薬の乱用経験率（過去1年以内）は、1.8%と推計された。これは約55人に1人の割合に該当する。この結果は、市販薬の乱用が全国の中学校に広がっている可能性を示唆している。2021年に全国の高校生（全日制課程）を対象に実施した実態調査²⁰⁾によると、高校生全体の市販薬の乱用経験率は1.6%と推計されており、本研究のデータはこれに近似している。市販薬の乱用経験率には性差がみられ、男子生徒（1.5%）に比べて、女子生徒（2.0%）が高い傾向があった。市販薬の乱用が、男性よりも女性に多いという傾向は、高校生調査、一般住民調査²¹⁾、精神科医療施設調査²²⁾でも報告されており一貫性のある結果と言える。

市販薬の乱用経験を持つ中学生の特徴として、起床時間や就寝時間が一定ではない、朝食の欠食が多いなど、生活習慣上の乱れや偏りがみられた。また、学校生活においては、親しい友人がおらず、学校生活に満足していないとい

った特徴がみられた。さらに家庭生活においては、悩み事があっても親には相談せず、大人不在の状態で過ごす時間が長いといった特徴がみられた。つまり、市販薬の乱用経験のある中学生は学校でも家庭でも孤立しており、安心できる居場所がない姿が浮き彫りになっている。日常生活や学校生活での「生きづらさ」については、市販薬の乱用経験のある中学生のうち、26%が「どちらかと言えば感じている」、21%が「かなり感じている」と回答していることから、市販薬乱用の背後に何らかの「生きづらさ」が関係しているというこれまでの指摘を裏付けるような結果となった。市販薬の乱用問題のある中学生の早期発見、早期介入という観点では、乱用リスクのある生徒の特徴を踏まえた上で、関わりを持つことが重要であろう。

市販薬の入手方法としては、「薬局・ドラッグストア等の実店舗」での購入が最も多かった。現在、厚生労働省では「濫用等のおそれのある医薬品」として、コデイン、ジヒドロコデインなどの6成分を指定し、これらの成分を含有する市販薬を販売する際には、原則として一人1個までの販売に制限している。また、若年者に販売する際には、氏名や年齢を確認するなどの対策がとられている。未成年者に対してこれらの医薬品を販売する際には、乱用や依存のリスクに注意しながら慎重に行うことや、異変に気づいた際の声かけなどを徹底することも重要である。

2025年1月に厚生労働省が公表した「薬機法等制度改正に関するとりまとめ」によれば、「濫用等のおそれのある医薬品」の販売方法を厳格化するための取り組みとして、20歳未満への大容量製品または複数個の販売を禁止するとともに、小容量製品であっても、対面またはオンラインでの販売を義務付けるべきという案が記載されている。一方、「家の常備薬」を入手経路とする回答も一定の割合でみられたことから、家庭内での医薬品管理を徹底することの重要性を保護者に周知することが求められる。

E. 結論

いずれの違法薬物も生涯経験率が前回調査（2022 年）に比べて減少していた。新型コロナウイルス感染症が 5 類感染症に移行し、社会活動が正常化した後においても、中学生における違法薬物の乱用リスクの減少が続いている可能性がある。ただし、違法薬物の生涯経験率が低下した一方で、薬物乱用を肯定する考え、特に大麻使用を肯定する考えが増加している点には注意が必要である。

咳止め薬などの市販薬の乱用・依存症例が急増していることを背景に、本研究では中学生における市販薬の乱用経験を初めて調べた。過去 1 年以内に市販薬の乱用経験のある中学生は約 55 人に 1 人の割合であり、市販薬の乱用問題が全国的に広がっている可能性がある。市販薬の乱用経験のある中学生は、学校や家庭で孤立状態にあり、日常生活で様々な生きづらさを抱えているといった心理社会的な特徴を有することが明らかとなった。乱用した市販薬の主たる入手先は、薬局やドラッグストア等の実店舗であることから、未成年者に対する販売を慎重に行うことや、異変に気づいた際の声かけなどを徹底することが重要である。家の常備薬を入手先とする回答も一定数みられたことから、家庭内での医薬品の管理を保護者に求めていくことも重要となる。

謝辞

本調査の実施にあたり、快くご協力をいただきました各対象校の関係者の皆様、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に、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 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 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 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 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 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 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) 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. 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 (研究代表者: 嶋根卓也)」総括・分担研究報告書. pp11-76, 2023.
 - 15) 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.
 - 16) 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.
 - 17) 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
 - 18) 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> on 2023, March 17
- 19) NIDA. 2024, December 17. Reported use of most drugs among adolescents remained low in 2024. Retrieved from <https://nida.nih.gov/news-events/news-releases/2024/12/reported-use-of-most-drugs-among-adolescents-remained-low-in-2024> on 2025, February 20
 - 20) 嶋根卓也、ほか. 厚生労働省依存症に関する調査研究事業「薬物使用と生活に関する全国高校生調査（2021）」、令和4年度研究報告書, 2022.
 - 21) 嶋根卓也、水野聡美、猪浦智史、ほか：薬物使用に関する全国住民調査（2023年）. 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のための全国調査と近年の動向を踏まえた大麻等の乱用に関する研究（研究代表者：嶋根 卓也）」令和5年度総括・分担研究報告書、国立精神・神経医療研究センター、東京, 2024, pp8-156.
 - 22) 松本俊彦、宇佐美貴士、船田大輔、ほか：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（研究代表者：嶋根卓也）」総括・分担研究報告書, pp77-140, 2023.
- G. 研究発表**
1. 論文発表（原著・総説・書籍）
 - 1) Usami T, Okita K, Shimane T, Matsumoto T. Comparison of patients with benzodiazepine receptor agonist-related psychiatric disorders and over-the-counter drug-related psychiatric disorders before and after the COVID-19 pandemic: Changes in psychosocial characteristics and types of abused drugs. *Neuropsychopharmacol Rep* 44(2):437-446. 2024.
 - 2) Mizuno S, Shimane T, Inoura S, Matsumoto T: Psychosocial characteristics of the general population who habitually use hypnotics: Results from a national survey on drug use among the Japanese. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 9:3(3):e208 2024.
 - 3) Mizuno S, Inoura S, Matsumoto T, Shimane T: Characteristics of drinking habits of people who overdose on over-the-counter drugs: Insights from a nationwide Japanese survey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, 2024.
 - 4) Kyan R, Kamijo Y, Kohara S, Takai M, Shimane T, Matsumoto T, Fukushima H, Narumi S, Chiba T, Sera T, Otani N, Iwasaki Y. Prospective multicenter study of the epidemiological features of emergency patients with overdose of over-the-counter drugs in Japan. *PCN Rep*. 15:3(3):e225. 2024.
 - 5) Omiya S, Shimane T, Takagishi Y, et al. Gender differences in the effect of trust on substance abuse severity among incarcerated stimulant offenders in Japan. *Neuropsychopharmacology Reports* 45(1): e12517
 - 6) 喜多村 真紀, 嶋根 卓也, 高橋 哲, 小林美智子, 大伴 真理恵, 鈴木 愛弓, 松本俊彦：薬物使用のトリガーとしての月経前症状を持つ女性の特徴—覚醒剤使用のメリット・デメリットに焦点を当てて—。女性心身医学 28(3): 349-356, 2024.
 - 7) 高橋 哲, 鈴木 愛弓, 近藤 あゆみ, 服部真人, 小林 美智子, 喜多村 真紀, 嶋根 卓

- 也. 覚醒剤事犯受刑者における自殺念慮の生涯経験率とその関連要因の検討. 自殺予防と危機介入 44(1): 82-89, 2024.
- 8) 助友裕子、市瀬雄一、細川佳能、大浦麻絵、嶋根卓也、ほか. 高等学校2年生のがんリスク認知の関連要因：がん対策推進に資するがん教育ロジックモデルに基づく全国調査データの解析、日本公衆衛生学会雑誌 2025 (in press)
 - 9) 嶋根卓也：保健室から考えるオーバードーズをする子への対応. 心とからだの健康 28(9)：18-23, 2024.
 - 10) 嶋根卓也：薬物使用—市販薬の過剰服薬(オーバードーズ). 小児内科 56(9)：1409-1412, 2024.
 - 11) 嶋根卓也：市販薬のオーバードーズの理解と薬剤師の役割. 日本病院薬剤師会雑誌 60(10)：1072-1076, 2024.
 - 12) 嶋根卓也：市販薬乱用の理解とゲートキーパーとしての薬剤師. ファルマシア 60(11)：1045-1049, 2024.
2. 学会発表
 1. 嶋根卓也：「助けて」が言えない子どもたち-市販薬の乱用・依存を例として-. 第127回日本小児学会学術集会, モーニング実践講座, 2024.4.20.
 2. 嶋根卓也：「助けて」が言えない子どもたち-市販薬の乱用・依存を例として-. 日本社会薬学会 社会薬学フォーラム 2024, 2024.4.28.
 3. 嶋根卓也：「濫用等のおそれのある医薬品」の販売制度の現状と課題. シンポジウム「市販薬過量服用の現状とその対策」第8回日本臨床・分析中毒学会 総会・学術集会, 神奈川, 2024.5.10.
 4. 嶋根卓也：(ランチョンセミナー)「助けて」が言えない子どもたち：急増する市販薬のオーバードーズの背景と対応を考える. 第8回日本臨床・分析中毒学会 総会・学術集会, 神奈川, 2024.5.10.
 5. Shimane T. Children Who Can't Say "Help": The Increasing of Over-the-Counter Drug Overdose in Japan. 2024 Drug Treatment Systems and Recidivism Prevention Symposium, Taiwan (Jiayi), 2024.5.30.
 6. Shimane T. Children Who Can't Say "Help": The Increasing of Over-the-Counter Drug Overdose in Japan. Bali Psychiatric Center, Minister of Health and Welfare, Taiwan (Bali), 2024.5.31.
 7. 嶋根卓也：(シンポジウム) 大麻乱用による健康被害と断るスキル：有効な、有効ではない予防教育. 第57回日本薬剤師会学術大会, 埼玉, 2024.9.23.
 8. 水野聡美, 堤史織, 片山宗紀, 新田慎一郎, 大野昂紀, 安間尚徳, 塩澤拓亮, 嶋根卓也, 松本俊彦, 高野歩：(シンポジウム) ハーム・リダクションに基づく支援の導入・普及に関する研究：グループインタビュー調査の実施背景と研究方法の説明. 2024年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.19.
 9. 堤史織, 片山宗紀, 新田慎一郎, 水野聡美, 大野昂紀, 塩澤拓亮, 安間尚徳, 嶋根卓也, 松本俊彦：(シンポジウム) アルコール・薬物使用問題の経験がある当事者の視点からみるハーム・リダクションに基づく支援において重要な要素. 2024年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.19.
 10. 片山宗紀, 堤史織, 新田慎一郎, 水野聡美, 大野昂紀, 塩澤拓亮, 安間尚徳, 嶋根卓也, 松本俊彦, 高野歩：(シンポジウム) “大きな理想をもって、本当のハーム・リダクションを目指して”—アルコール・薬物の家族の視点から. 2024年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.19.
 11. 新田慎一郎, 水野聡美, 堤史織, 片山宗紀, 大野昂紀, 塩澤拓亮, 安間尚徳, 嶋根卓也, 松本俊彦, 高野歩：(シンポジウム)

- ム) “支援者の立場から考える”ハーム・リダクションに基づく支援における重要な要素. 2024 年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.19.
12. 嶋根卓也, 片山宗紀, 榊原幹夫: (シンポジウム) 市販薬の乱用・依存とゲートキーパーとしての薬剤師. 2024 年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.19.
 13. 新田慎一郎, 嶋根卓也: (シンポジウム) 覚醒剤依存症のゲイ・バイセクシュアル男性における支援ニーズ. 2024 年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.20.
 14. 嶋根卓也: (シンポジウム 39) 市販薬のオーバードーズとさりげない「おせっかい」-ゲートキーパーとしての薬剤師-. 第 34 回日本医療薬学会年会, 千葉, 2024.11.3.
 15. 嶋根卓也, 猪浦智史, 喜多村真紀, 松本俊彦: 「助けて」が言えない子どもたち-市販薬の乱用・依存を例として-. 第 127 回日本小児科学会学術集会, 九州, 2024.4.1.
 16. 引土絵未, 嶋根卓也, 小高真美, 秋元恵一郎, 加藤隆, 大吉努, 山村りつ, 吉野美樹: 依存症者の就労支援に関する研究: ハローワークを対象とした依存症者の就労に関する実態および意識調査. 2024 年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.20.
 17. 喜多村真紀, 高田雅弘, 江藤不二子, 首藤誠, 嶋根卓也: X (旧 Twitter) 上の『OD レポ』解析を通じた市販薬過量服薬の現状把握と予防啓発の検討. 2024 年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
 18. 喜多村真紀, 嶋根卓也, 水野聡美, 松本俊彦: 「トー横キッズ」における物質使用関連問題と支援に関する研究. 2024 年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
 19. 水野聡美, 猪浦智史, 松本俊彦, 嶋根卓也: 市販薬乱用と飲酒の関係: 薬物使用に関する全国住民調査の結果から. 2024 年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
 20. Tooru Nemoto, Mariko Iwamoto, Emiko Kamitani, Min Zhengv, Takuya Shimane: Marijuana and Other Substance Use Behaviors among Japanese Nationals Temporarily Staying in the U.S. 2024 年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
 21. 嶋根卓也, 水野聡美, 猪浦智史, 邱冬梅: 一般住民における市販薬乱用の経験率の推計: 薬物使用に関する全国住民調査 2023 より. 2024 年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
 22. Takuma Ofuchi, Takuya Shimane, Toshihiko Matsumoto: The Role of Spirituality in Methamphetamine Abstinence Among Japanese Participants in 12-Step and DARC Programs. 2024 年度 アルコール・薬物依存関連学会 合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
- 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

以下の図表データには、観察値と推定値のデータが混在しているため注意が必要である。観測値とは、今回得られた回答者全体を分母とした単純な百分率である。一方、推定値とは、サンプリングや回答状況の考慮し、重み付けをした値であり、母集団（日本の中学生全体）の特性値を標本データから統計学的に推測した値である。推定値の算出には、R（ver. 4.4.1）、survey（ver. 4.4-2）を用い、点推定値および95%信頼区間を算出した。

表1. 都道府県別にみた対象校数および実施校数（回収率）の状況

都道府県	対象校数	実施校数	協力率(%)	都道府県	対象校数	実施校数	協力率(%)
北海道	9	6	66.7%	滋賀	3	1	33.3%
青森	2	1	50.0%	京都	5	4	80.0%
岩手	2	2	100.0%	大阪	15	4	26.7%
宮城	4	3	75.0%	兵庫	10	4	40.0%
秋田	2	0	0.0%	奈良	3	1	33.3%
山形	2	1	50.0%	和歌山	2	2	100.0%
福島	4	0	0.0%	鳥取	2	2	100.0%
茨城	6	3	50.0%	島根	2	0	0.0%
栃木	4	2	50.0%	岡山	4	1	25.0%
群馬	4	2	50.0%	広島	6	4	66.7%
埼玉	13	6	46.2%	山口	3	3	100.0%
千葉	11	6	54.5%	徳島	2	2	100.0%
東京	22	10	45.5%	香川	2	2	100.0%
神奈川	16	6	37.5%	愛媛	3	1	33.3%
新潟	4	2	50.0%	高知	2	2	100.0%
富山	2	2	100.0%	福岡	10	5	50.0%
石川	2	1	50.0%	佐賀	2	1	50.0%
福井	2	0	0.0%	長崎	3	1	33.3%
山梨	2	2	100.0%	熊本	3	1	33.3%
長野	4	3	75.0%	大分	4	3	75.0%
岐阜	4	3	75.0%	宮崎	3	3	100.0%
静岡	7	5	71.4%	鹿児島	4	3	75.0%
愛知	15	4	26.7%	沖縄	4	3	75.0%
三重	4	1	25.0%	全体	244	124	50.8%

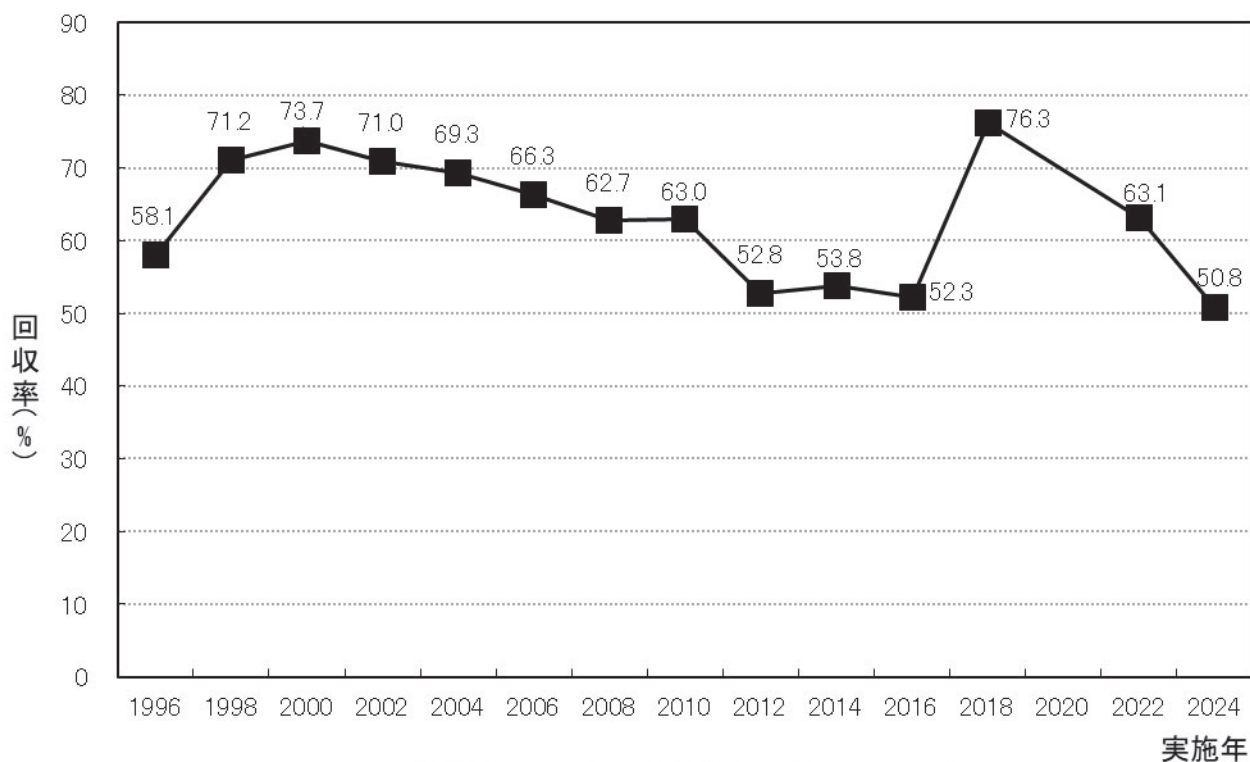


図1. 対象校数に対する実施校数の割合(回収率)
(1996-2024年)

表2. 違法薬物乱用の生涯経験率の推移(1996-2024年)(%)

調査年	大麻	有機溶剤	覚醒剤	危険ドラッグ	いずれかの違法薬物
1996	0.51	1.07	0.33	—	1.41
1998	0.67	1.34	0.50	—	1.76
2000	0.44	1.27	0.39	—	1.54
2002	0.51	1.23	0.43	—	1.56
2004	0.49	1.13	0.46	—	1.38
2006	0.44	0.86	0.42	—	1.16
2008	0.34	0.79	0.31	—	1.02
2010	0.33	0.68	0.32	—	0.90
2012	0.24	0.52	0.22	0.21	0.77
2014	0.19	0.72	0.23	0.19	0.98
2016	0.28	0.45	0.25	0.24	0.50
2018	0.35	0.48	0.30	0.30	0.55
2022	0.10	0.20	0.10	0.10	0.30
2024	0.08	0.14	0.07	0.07	0.19

生涯経験率は無回答・無効回答を除いて計算した。
 2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。
 測定されていない場合にはハイフン(—)とした。
 危険ドラッグは2012年より調査項目に加えた。

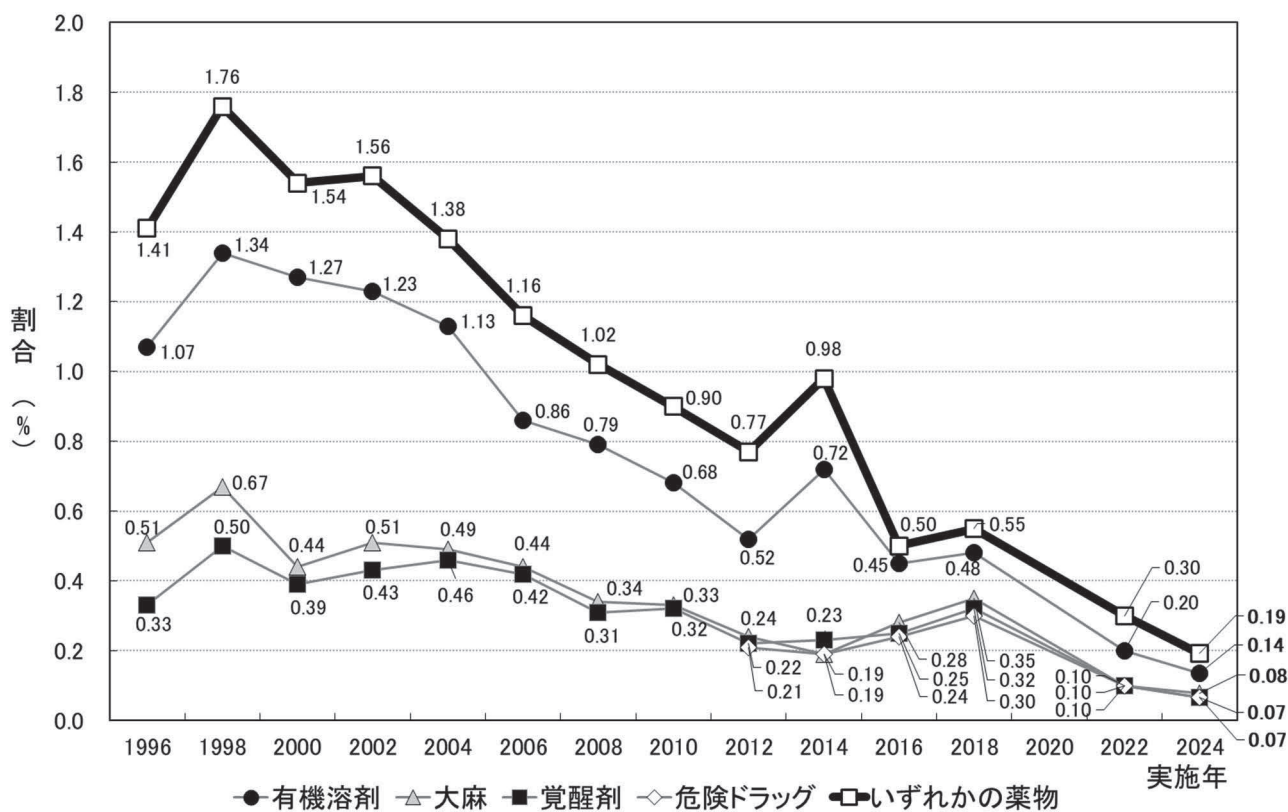


図2. 違法薬物別の生涯経験率の推移(1996-2024年)

表3. いずれかの違法薬物の生涯経験率の推移(1996-2024年)(%)

調査年	男子	1年生	2年生	3年生	女子	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
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
2024	0.23	0.27	0.33	0.08	0.10	0.14	0.10	0.07	0.19	0.23	0.23	0.11	124	37,967

「全体」とは、男子、女子、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。

2024年から小数点第2位まで表記した。

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

測定されていない場合にはハイフン(―)とした。

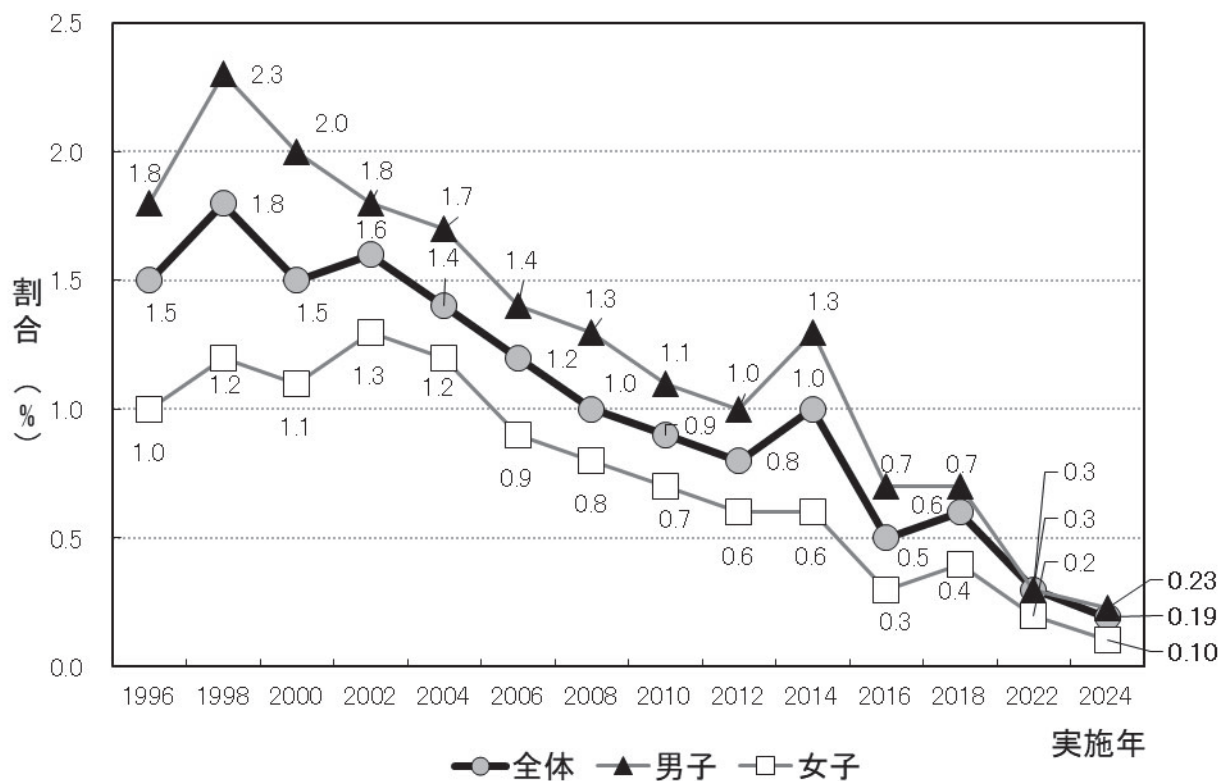


図3. いずれかの違法薬物の生涯経験率の推移
(1996-2024年)

表4. 大麻、覚醒剤および危険ドラッグの生涯経験率の推移(1996-2024年)(%)

調査年	男子	1年生	2年生	3年生	女子	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
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
2024	0.12	0.17	0.14	0.05	0.05	0.05	0.07	0.05	0.11	0.13	0.12	0.08	124	37,967

「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。

2024年から小数点第2位まで表記した。

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。

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

測定されていない場合にはハイフン(—)とした。

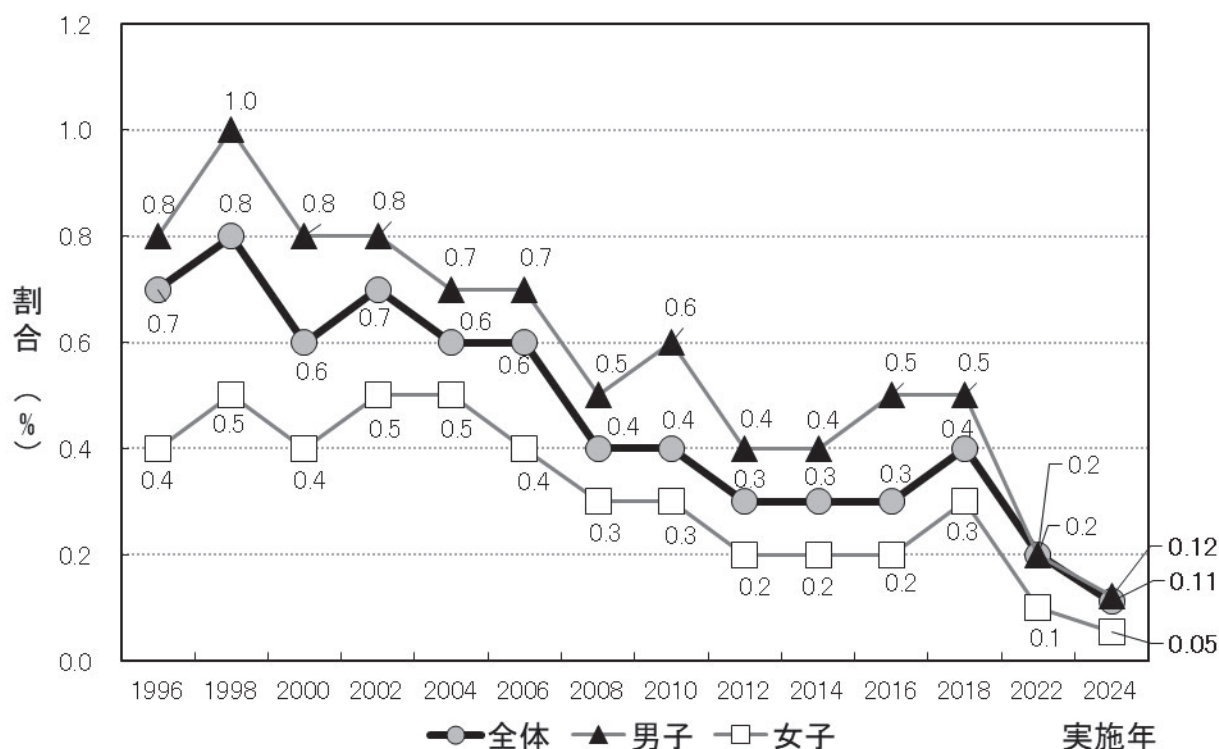


図4. 大麻、覚醒剤および危険ドラッグの生涯経験率の推移
(1996-2024年)

表5. 大麻の生涯経験率の推移(1996-2024年)(%)

調査年	男子	1年生	2年生	3年生	女子	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
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
2024	0.07	0.11	0.08	0.03	0.04	0.02	0.05	0.05	0.08	0.09	0.07	0.07	124	37,967

「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。

2024年から小数点第2位まで表記した。

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

測定されていない場合にはハイフン(—)とした。

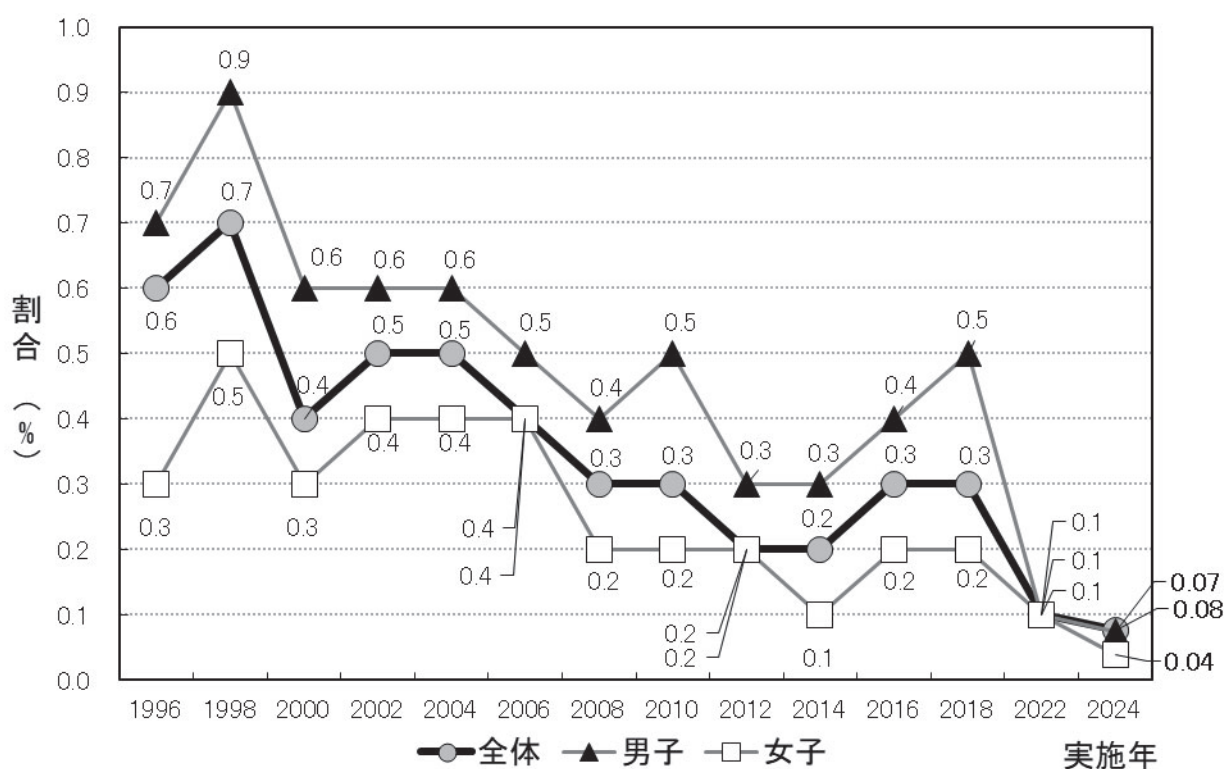


図5. 大麻の生涯経験率の推移
(1996-2024年)

表6. 有機溶剤の生涯経験率の推移(1996-2024年)(%)

調査年	男子	1年生	2年生	3年生	女子	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
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
2024	0.16	0.19	0.22	0.06	0.07	0.10	0.07	0.05	0.14	0.16	0.15	0.10	124	37,967

「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。

2024年から小数点第2位まで表記した。

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

測定されていない場合にはハイフン(―)とした。

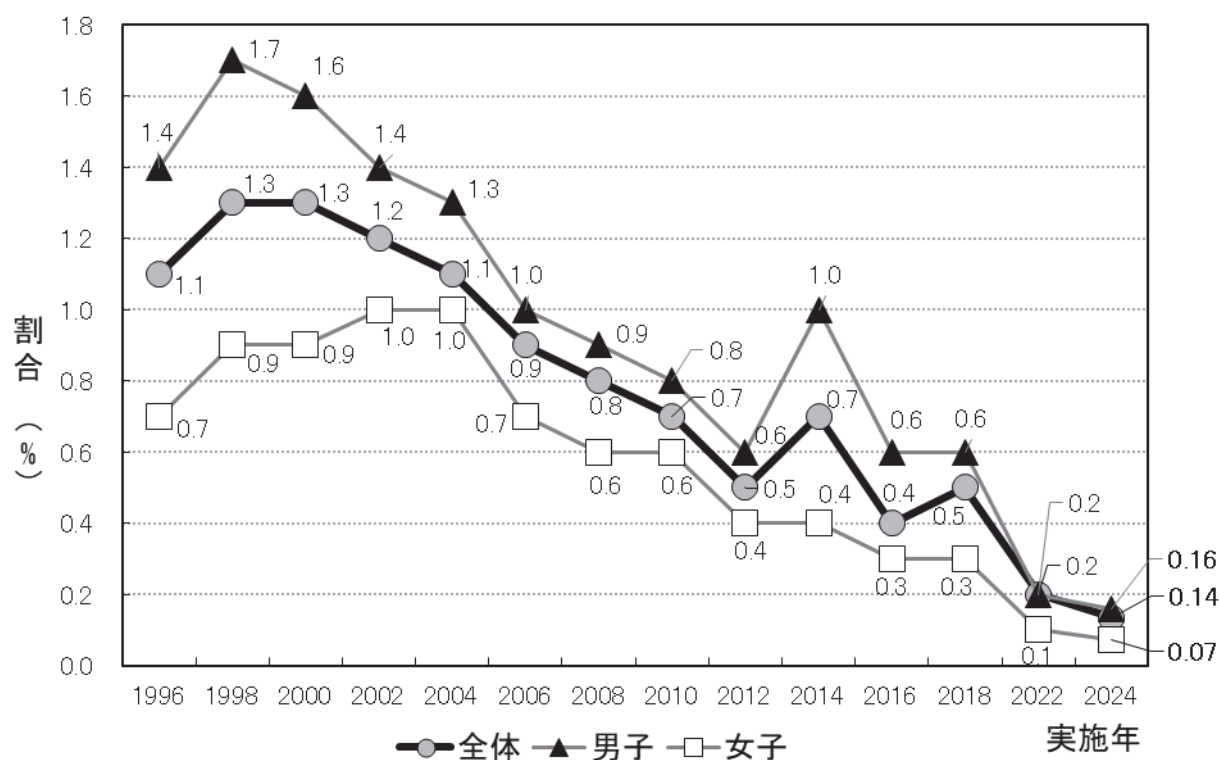


図6. 有機溶剤の生涯経験率の推移
(1996-2024年)

表7. 覚醒剤の生涯経験率の推移(1996-2024年)(%)

調査年	男子	1年生	2年生	3年生	女子	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
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
2024	0.06	0.08	0.08	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.07	0.07	0.06	0.07	124	37,967

「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。

2024年から小数点第2位まで表記した。

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

測定されていない場合にはハイフン(―)とした。

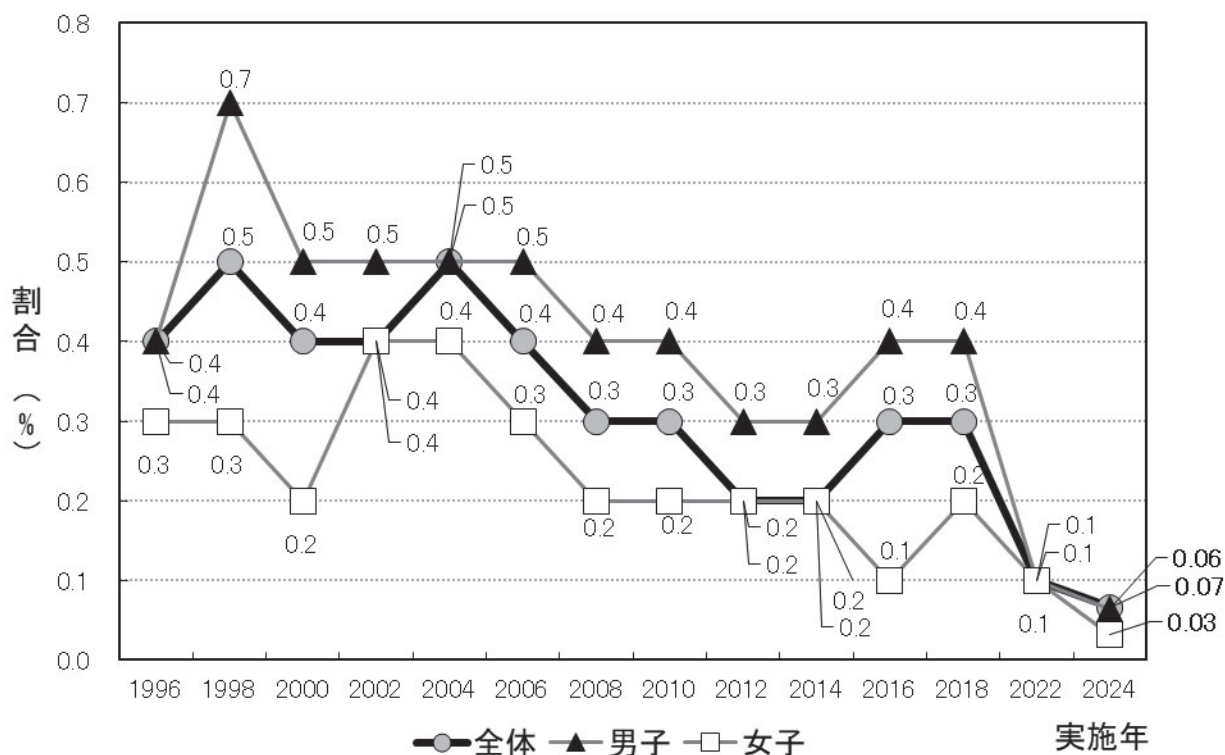


図7. 覚醒剤の生涯経験率の推移
(1996-2024年)

表8. 危険ドラッグの生涯経験率の推移(2012-2024年)(%)

調査年	男子	1年生	2年生	3年生	女子	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
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
2024	0.08	0.14	0.06	0.03	0.02	0.00	0.02	0.03	0.07	0.08	0.06	0.07	124	37,967

「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。

2024年から小数点第2位まで表記した。

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

測定されていない場合にはハイフン(―)とした。

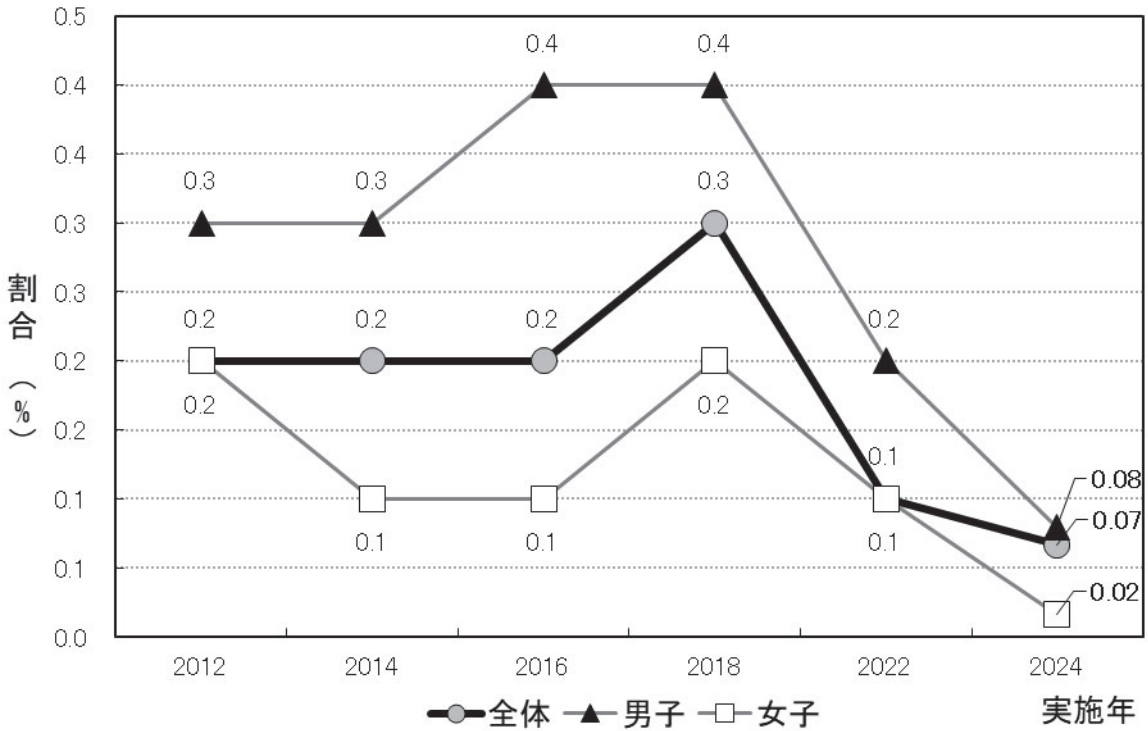


図8. 危険ドラッグの生涯経験率の推移
(2012-2024年)

表9. タバコの生涯経験率の推移(1996-2024年)(%)

調査年	男子	1年生	2年生	3年生	女子	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
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
2024	1.83	1.73	1.86	1.91	0.89	0.82	1.02	0.82	1.41	1.31	1.47	1.45	124	37,967

「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。

2024年から小数点第2位まで表記した。

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

測定されていない場合にはハイフン(―)とした。

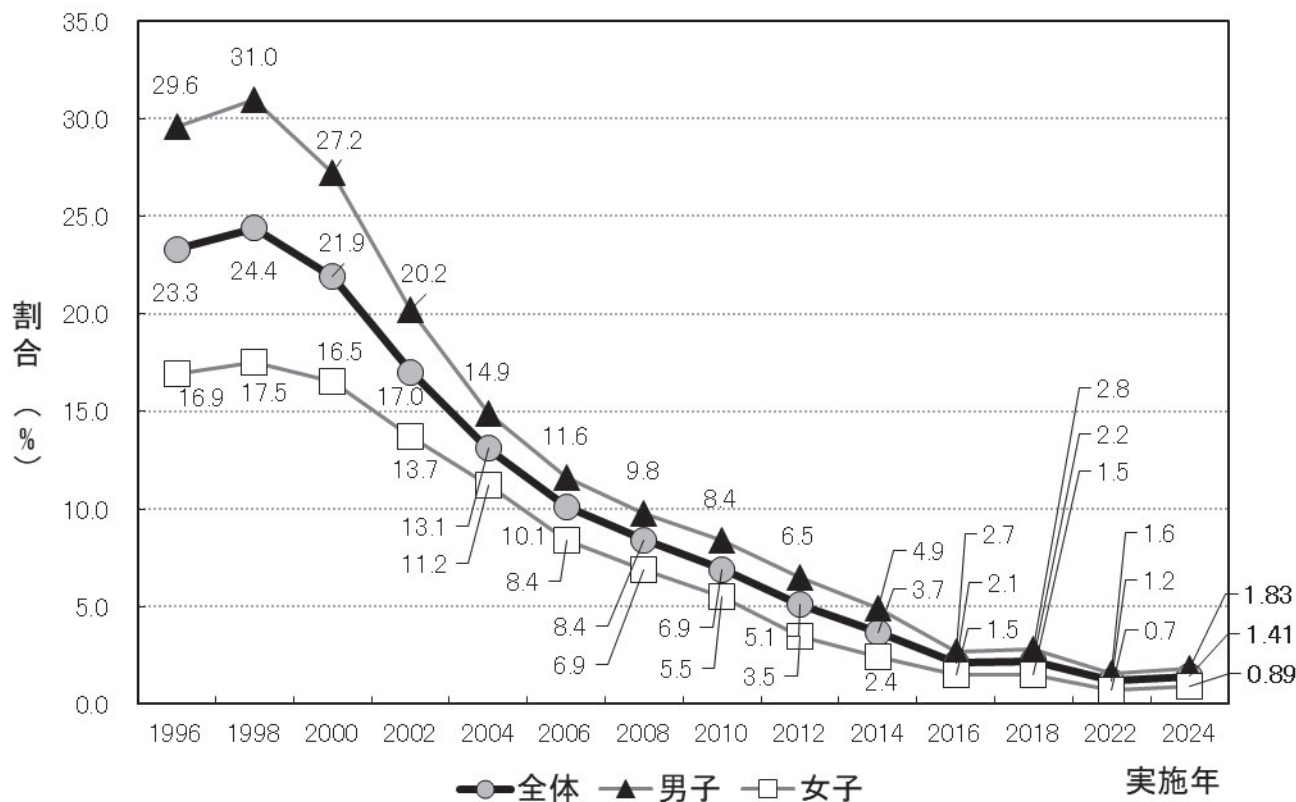


図9. タバコの生涯経験率の推移
(1996-2024年)

表10. アルコールの生涯経験率の推移(1996-2024年)(%)

調査年	男子	1年生	2年生	3年生	女子	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
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
2024	16.87	16.81	17.09	16.71	12.15	12.53	12.37	11.53	14.73	14.87	14.94	14.38	124	37,967

「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。

2024年から小数点第2位まで表記した。

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

測定されていない場合にはハイフン(―)とした。

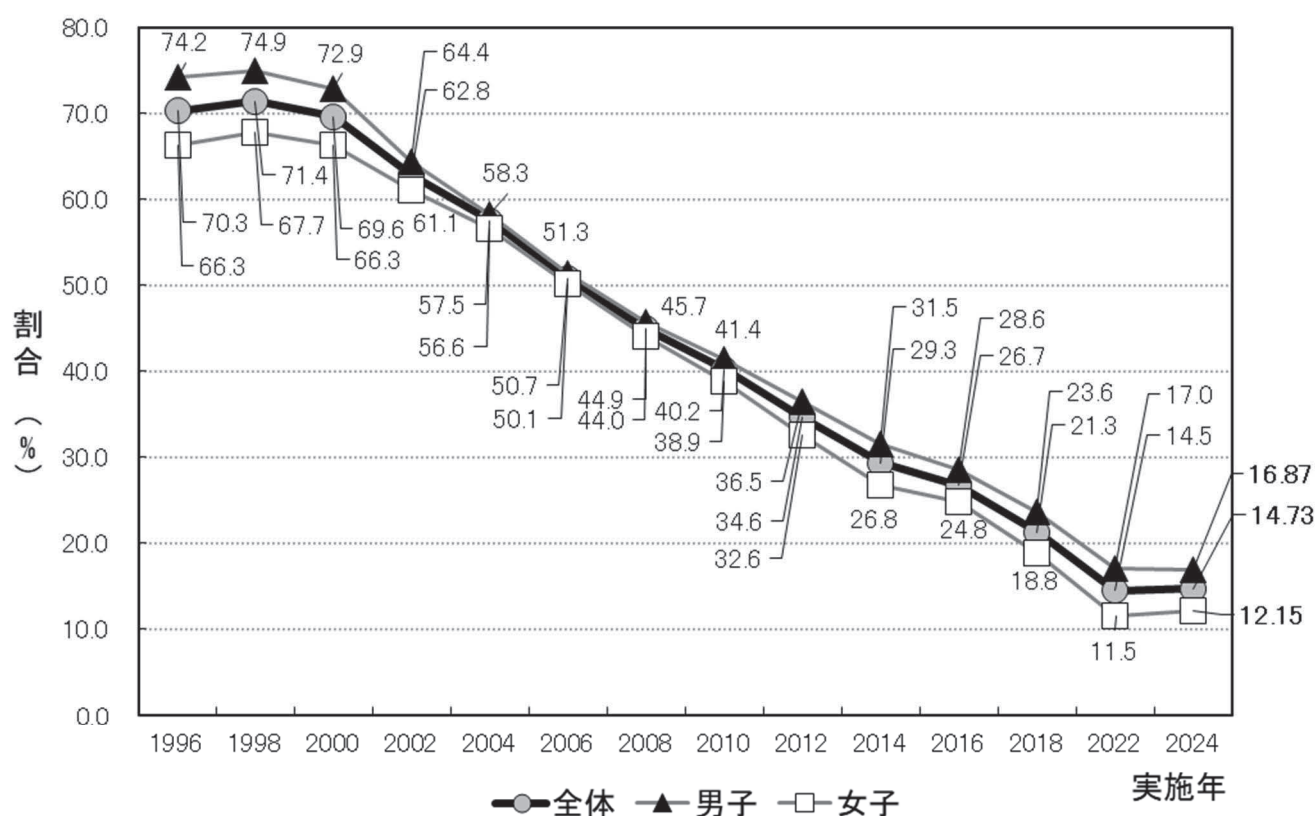


図10. アルコールの生涯経験率の推移
(1996-2024年)

表11. 薬物乱用に誘われた経験の推移(1996-2024年)(%)

調査年	大麻	有機溶剤	覚醒剤	危険ドラッグ	校数	回答生徒数
1996	—	1.7	—	—	108	53,724
1998	—	1.7	—	—	148	71,796
2000	—	1.8	—	—	140	61,828
2002	—	1.6	—	—	149	62,450
2004	—	1.5	—	—	147	65,284
2006	—	1.2	—	—	138	56,168
2008	—	1.0	—	—	133	52,297
2010	—	0.9	—	—	121	47,267
2012	—	0.8	—	0.7	124	54,282
2014	—	0.8	—	0.6	129	55,469
2016	0.3	0.4	0.3	0.3	126	52,227
2018	0.3	0.3	0.3	0.3	183	70,548
2022	0.8	0.7	0.7	0.7	154	53,133
2024	0.82	0.69	0.74	0.69	124	37,967

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。

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

測定されていない場合にはハイフン(—)とした。

大麻及び覚醒剤は2016年より調査項目に加えた。

危険ドラッグは2012年より調査項目に加えた。

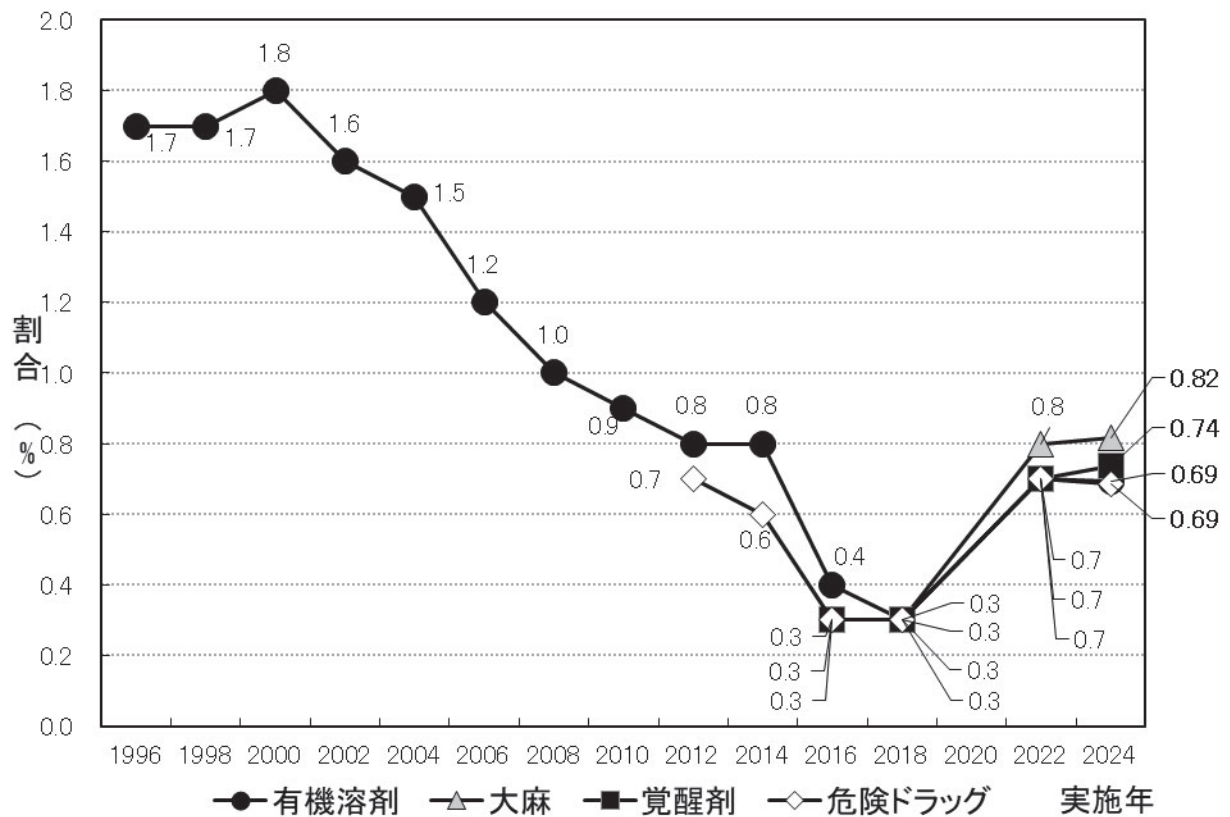


図11. 違法薬物の使用に誘われた経験の推移
(1996-2024年)

表12. 違法薬物を「入手できる」とする回答の推移(1998-2024年)(%)

調査年	大麻	有機溶剤	覚醒剤	危険ドラッグ	校数	回答生徒数
1998	22.2	38.1	23.4	—	148	71,796
2000	23.9	38.4	24.9	—	140	61,828
2002	25.7	37.4	26.4	—	149	62,450
2004	18.0	24.4	18.3	—	147	65,284
2006	14.5	20.7	15.0	—	138	56,168
2008	15.9	21.1	15.8	—	133	52,297
2010	14.7	18.7	14.6	—	121	47,267
2012	12.5	—	12.4	15.6	124	54,282
2014	14.5	—	14.5	17.8	129	55,469
2016	8.8	12.2	9.2	9.4	126	52,227
2018	8.4	11.0	8.5	8.3	183	70,548
2022	6.7	7.8	6.4	5.8	154	53,133
2024	5.90	6.97	5.59	5.10	124	37,967

「簡単に手に入る」「なんとか手に入る」という回答を合計し、「入手できる」とした。

2024年から小数点第2位まで表記した。

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

測定されていない場合にはハイフン(—)とした。

危険ドラッグは2012年より調査項目に加えた。

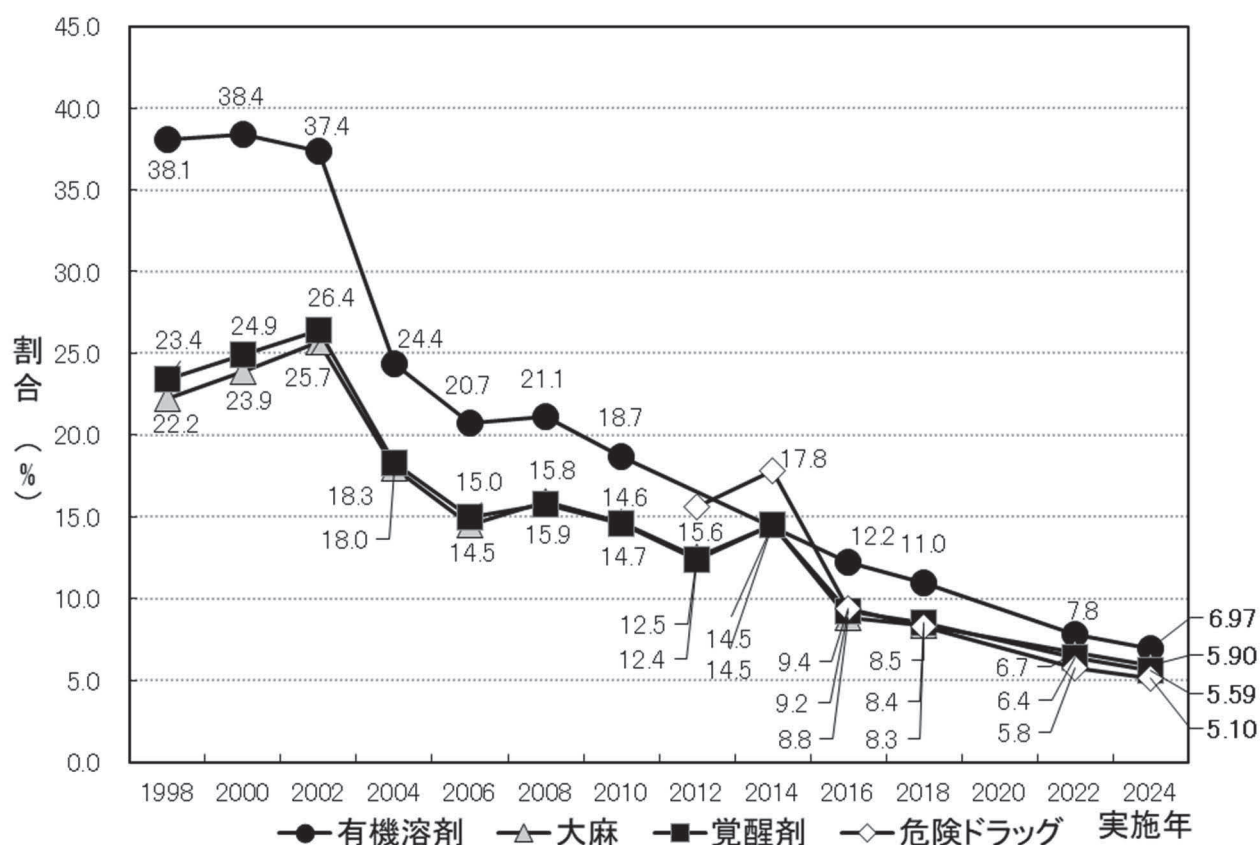


図12. 違法薬物を「入手できる」とする回答の推移(1998-2024年)

「簡単に手に入る」「なんとか手に入る」という回答を合計し、「入手できる」とした人の割合

表13.「薬物乱用に対する肯定回答」の推移(2016-2024年)(%)

調査年	大麻	有機溶剤	覚醒剤	危険ドラッグ	校数	回答生徒数
2016	1.5	1.4	1.2	1.1	126	52,227
2018	1.9	1.6	1.5	1.3	183	70,548
2022	1.9	1.3	1.3	1.1	154	53,133
2024	2.07	1.53	1.72	1.30	124	37,967

「少々なら構わない」「まったく構わない」という回答を合計し、「薬物乱用に対する肯定回答」とした。

2024年から小数点第2位まで表記した。

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

測定されていない場合にはハイフン(―)とした。

2016年から、有機溶剤、大麻、覚醒剤、危険ドラッグに関する本調査項目を加えた。

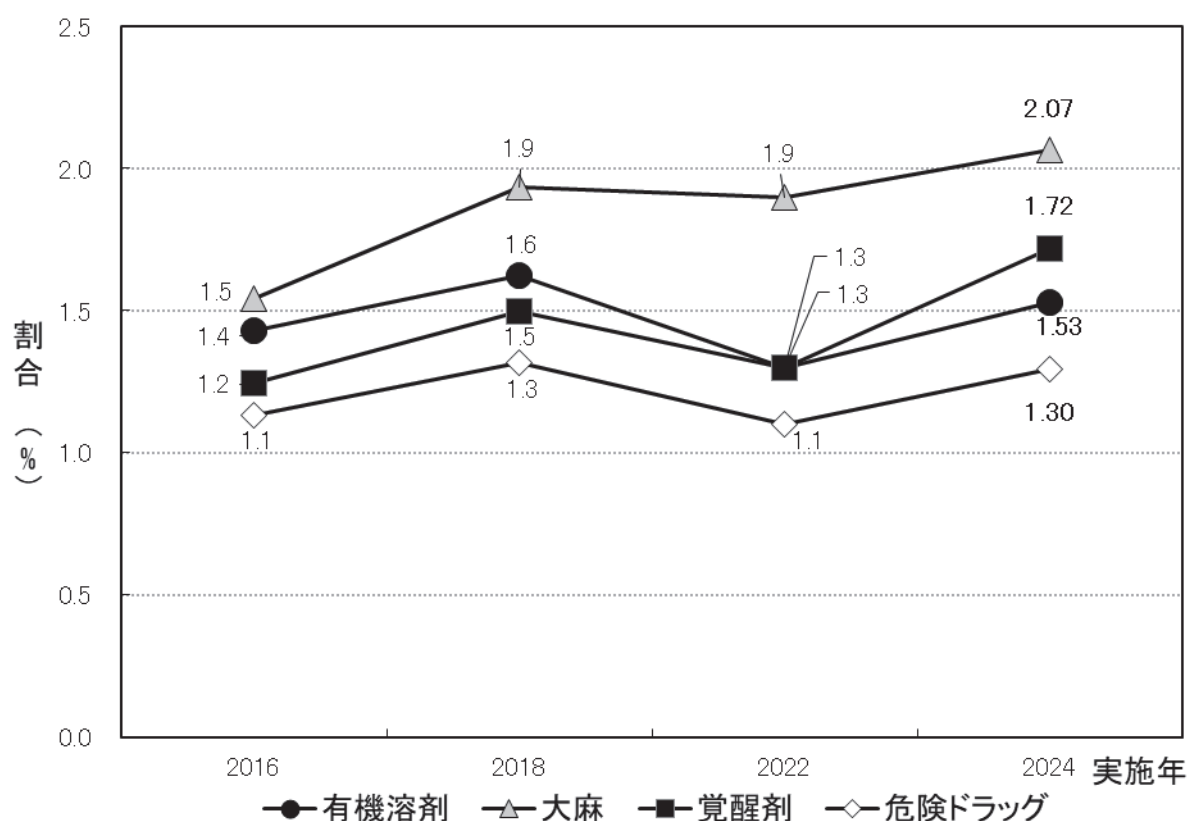


図13.「薬物乱用に対する肯定回答」の推移 (2016-2024年)

「少々なら構わない」「まったく構わない」という回答を合計し、「薬物乱用に対する肯定回答」とした人の割合

表14.性別にみた基本属性・生活属性

	性別										p-value
	男子		女子		その他・不明		無回答・無効回答		合計		
	n=19,007		n=18,462		n=397		n=101		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
学年											0.140
1年生	6,425	(33.8)	6,278	(34.0)	113	(28.5)	31	(30.7)	12,847	(33.8)	
2年生	6,373	(33.5)	6,187	(33.5)	134	(33.8)	32	(31.7)	12,726	(33.5)	
3年生	6,209	(32.7)	5,997	(32.5)	150	(37.8)	38	(37.6)	12,394	(32.6)	
起床時間について											<0.001
ほぼ一定している	15,658	(82.4)	15,189	(82.3)	274	(69.0)	73	(72.3)	31,194	(82.2)	
一定していない	3,310	(17.4)	3,245	(17.6)	120	(30.2)	23	(22.8)	6,698	(17.6)	
無回答・無効回答	39	(.2)	28	(.2)	3	(.8)	5	(5.0)	75	(.2)	
就寝時間について											<0.001
ほぼ一定している	11,821	(62.2)	11,105	(60.2)	173	(43.6)	52	(51.5)	23,151	(61.0)	
一定していない	7,149	(37.6)	7,320	(39.6)	222	(55.9)	44	(43.6)	14,735	(38.8)	
無回答・無効回答	37	(.2)	37	(.2)	2	(.5)	5	(5.0)	81	(.2)	
朝食の摂食頻度											<0.001
ほとんど毎日食べている	16,455	(86.6)	15,696	(85.0)	300	(75.6)	79	(78.2)	32,530	(85.7)	
時々食べる	1,546	(8.1)	1,847	(10.0)	60	(15.1)	11	(10.9)	3,464	(9.1)	
ほとんど食べない	969	(5.1)	905	(4.9)	34	(8.6)	7	(6.9)	1,915	(5.0)	
無回答・無効回答	37	(.2)	14	(.1)	3	(.8)	4	(4.0)	58	(.2)	
学校生活について											<0.001
とても楽しい	9,285	(48.9)	7,735	(41.9)	90	(22.7)	26	(25.7)	17,136	(45.1)	
どちらかといえば楽しい	8,191	(43.1)	8,655	(46.9)	182	(45.8)	42	(41.6)	17,070	(45.0)	
どちらかといえば楽しくない	1,191	(6.3)	1,635	(8.9)	70	(17.6)	16	(15.8)	2,912	(7.7)	
まったく楽しくない	282	(1.5)	350	(1.9)	53	(13.4)	7	(6.9)	692	(1.8)	
無回答・無効回答	58	(.3)	87	(.5)	2	(.5)	10	(9.9)	157	(.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	4,340	(22.8)	4,986	(27.0)	98	(24.7)	25	(24.8)	9,449	(24.9)	
1時間未満	4,485	(23.6)	3,826	(20.7)	65	(16.4)	12	(11.9)	8,388	(22.1)	
1～2時間未満	4,930	(25.9)	4,455	(24.1)	99	(24.9)	26	(25.7)	9,510	(25.0)	
2～3時間未満	2,951	(15.5)	2,960	(16.0)	61	(15.4)	14	(13.9)	5,986	(15.8)	
3時間以上	2,223	(11.7)	2,161	(11.7)	73	(18.4)	19	(18.8)	4,476	(11.8)	
無回答・無効回答	78	(.4)	74	(.4)	1	(.3)	5	(5.0)	158	(.4)	
親しく遊べる友人											<0.001
いる	18,416	(96.9)	17,874	(96.8)	349	(87.9)	86	(85.1)	36,725	(96.7)	
いない	520	(2.7)	516	(2.8)	41	(10.3)	5	(5.0)	1,082	(2.8)	
無回答・無効回答	71	(.4)	72	(.4)	7	(1.8)	10	(9.9)	160	(.4)	
相談事のできる友人											<0.001
いる	17,329	(91.2)	16,485	(89.3)	261	(65.7)	78	(77.2)	34,153	(90.0)	
いない	1,597	(8.4)	1,862	(10.1)	132	(33.2)	15	(14.9)	3,606	(9.5)	
無回答・無効回答	81	(.4)	115	(.6)	4	(1.0)	8	(7.9)	208	(.5)	
悩み事の親への相談											<0.001
よく相談する	3,090	(16.3)	4,779	(25.9)	42	(10.6)	18	(17.8)	7,929	(20.9)	
どちらかといえば相談する	6,784	(35.7)	6,588	(35.7)	88	(22.2)	24	(23.8)	13,484	(35.5)	
どちらかといえば相談しない	4,440	(23.4)	3,531	(19.1)	67	(16.9)	15	(14.9)	8,053	(21.2)	
ほとんど相談しない	4,546	(23.9)	3,462	(18.8)	183	(46.1)	34	(33.7)	8,225	(21.7)	
親がいない(単身赴任・死別・別居・離婚など)	76	(.4)	52	(.3)	17	(4.3)	2	(2.0)	147	(.4)	
無回答・無効回答	71	(.4)	50	(.3)	0	(.0)	8	(7.9)	129	(.3)	
過去1年間の「生きづらさ」											<0.001
かなり感じている	945	(5.0)	1,352	(7.3)	119	(30.0)	17	(16.8)	2,433	(6.4)	
どちらかと言えば感じている	3,357	(17.7)	4,625	(25.1)	126	(31.7)	34	(33.7)	8,142	(21.4)	
どちらかと言えば感じていない	6,625	(34.9)	6,783	(36.7)	84	(21.2)	23	(22.8)	13,515	(35.6)	
まったく感じていない	7,936	(41.8)	5,555	(30.1)	64	(16.1)	16	(15.8)	13,571	(35.7)	
無回答・無効回答	144	(.8)	147	(.8)	4	(1.0)	11	(10.9)	306	(.8)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表15.学年別にみた基本属性・生活属性

	学年								p-value
	1年生		2年生		3年生		合計		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
性別									0.140
男子	6,425	(50.0)	6,373	(50.1)	6,209	(50.1)	19,007	(50.1)	
女子	6,278	(48.9)	6,187	(48.6)	5,997	(48.4)	18,462	(48.6)	
その他・不明	113	(.9)	134	(1.1)	150	(1.2)	397	(1.0)	
無回答・無効回答	31	(.2)	32	(.3)	38	(.3)	101	(.3)	
起床時間について									0.310
ほぼ一定している	10,590	(82.4)	10,398	(81.7)	10,206	(82.3)	31,194	(82.2)	
一定していない	2,232	(17.4)	2,297	(18.0)	2,169	(17.5)	6,698	(17.6)	
無回答・無効回答	25	(.2)	31	(.2)	19	(.2)	75	(.2)	
就寝時間について									<0.001
ほぼ一定している	8,009	(62.3)	7,680	(60.3)	7,462	(60.2)	23,151	(61.0)	
一定していない	4,807	(37.4)	5,015	(39.4)	4,913	(39.6)	14,735	(38.8)	
無回答・無効回答	31	(.2)	31	(.2)	19	(.2)	81	(.2)	
朝食の摂食頻度									<0.001
ほとんど毎日食べている	11,222	(87.4)	10,898	(85.6)	10,410	(84.0)	32,530	(85.7)	
時々食べる	1,093	(8.5)	1,169	(9.2)	1,202	(9.7)	3,464	(9.1)	
ほとんど食べない	517	(4.0)	628	(4.9)	770	(6.2)	1,915	(5.0)	
無回答・無効回答	15	(.1)	31	(.2)	12	(.1)	58	(.2)	
学校生活について									<0.001
とても楽しい	5,994	(46.7)	5,441	(42.8)	5,701	(46.0)	17,136	(45.1)	
どちらかといえば楽しい	5,622	(43.8)	5,980	(47.0)	5,468	(44.1)	17,070	(45.0)	
どちらかといえば楽しくない	942	(7.3)	1,017	(8.0)	953	(7.7)	2,912	(7.7)	
まったく楽しくない	228	(1.8)	229	(1.8)	235	(1.9)	692	(1.8)	
無回答・無効回答	61	(.5)	59	(.5)	37	(.3)	157	(.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	3,529	(27.5)	3,134	(24.6)	2,786	(22.5)	9,449	(24.9)	
1時間未満	2,842	(22.1)	3,062	(24.1)	2,484	(20.0)	8,388	(22.1)	
1～2時間未満	3,102	(24.1)	3,228	(25.4)	3,180	(25.7)	9,510	(25.0)	
2～3時間未満	1,844	(14.4)	1,872	(14.7)	2,270	(18.3)	5,986	(15.8)	
3時間以上	1,461	(11.4)	1,382	(10.9)	1,633	(13.2)	4,476	(11.8)	
無回答・無効回答	69	(.5)	48	(.4)	41	(.3)	158	(.4)	
親しく遊べる友人									0.011
いる	12,458	(97.0)	12,306	(96.7)	11,961	(96.5)	36,725	(96.7)	
いない	321	(2.5)	376	(3.0)	385	(3.1)	1,082	(2.8)	
無回答・無効回答	68	(.5)	44	(.3)	48	(.4)	160	(.4)	
相談事のできる友人									0.083
いる	11,518	(89.7)	11,416	(89.7)	11,219	(90.5)	34,153	(90.0)	
いない	1,236	(9.6)	1,250	(9.8)	1,120	(9.0)	3,606	(9.5)	
無回答・無効回答	93	(.7)	60	(.5)	55	(.4)	208	(.5)	
悩み事の親への相談									<0.001
よく相談する	2,790	(21.7)	2,539	(20.0)	2,600	(21.0)	7,929	(20.9)	
どちらかといえば相談する	4,758	(37.0)	4,432	(34.8)	4,294	(34.6)	13,484	(35.5)	
どちらかといえば相談しない	2,630	(20.5)	2,706	(21.3)	2,717	(21.9)	8,053	(21.2)	
ほとんど相談しない	2,579	(20.1)	2,944	(23.1)	2,702	(21.8)	8,225	(21.7)	
親がいない(単身赴任・死別・別居・離婚など)	37	(.3)	61	(.5)	49	(.4)	147	(.4)	
無回答・無効回答	53	(.4)	44	(.3)	32	(.3)	129	(.3)	
過去1年間の「生きづらさ」									<0.001
かなり感じている	787	(6.1)	825	(6.5)	821	(6.6)	2,433	(6.4)	
どちらかと言えば感じている	2,603	(20.3)	2,754	(21.6)	2,785	(22.5)	8,142	(21.4)	
どちらかと言えば感じていない	4,506	(35.1)	4,562	(35.8)	4,447	(35.9)	13,515	(35.6)	
まったく感じていない	4,825	(37.6)	4,480	(35.2)	4,266	(34.4)	13,571	(35.7)	
無回答・無効回答	126	(1.0)	105	(.8)	75	(.6)	306	(.8)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表16.過去1年間の大麻使用経験別にみた基本属性・生活属性

過去1年間の大麻使用経験									
	非経験群		経験群		無回答・ 無効回答		合計		p-value
	n=37,677		n=15		n=275		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
性別									<0.001
男子	18,834	(50.0)	9	(60.0)	164	(59.6)	19,007	(50.1)	
女子	18,353	(48.7)	3	(20.0)	106	(38.5)	18,462	(48.6)	
その他・不明	390	(1.0)	3	(20.0)	4	(1.5)	397	(1.0)	
無回答・無効回答	100	(.3)	0	(.0)	1	(.4)	101	(.3)	
学年									0.795
1年生	12,740	(33.8)	5	(33.3)	102	(37.1)	12,847	(33.8)	
2年生	12,631	(33.5)	4	(26.7)	91	(33.1)	12,726	(33.5)	
3年生	12,306	(32.7)	6	(40.0)	82	(29.8)	12,394	(32.6)	
起床時間について									0.035
ほぼ一定している	30,971	(82.2)	9	(60.0)	214	(77.8)	31,194	(82.2)	
一定していない	6,632	(17.6)	6	(40.0)	60	(21.8)	6,698	(17.6)	
無回答・無効回答	74	(.2)	0	(.0)	1	(.4)	75	(.2)	
就寝時間について									0.034
ほぼ一定している	22,991	(61.0)	5	(33.3)	155	(56.4)	23,151	(61.0)	
一定していない	14,610	(38.8)	10	(66.7)	115	(41.8)	14,735	(38.8)	
無回答・無効回答	76	(.2)	0	(.0)	5	(1.8)	81	(.2)	
朝食の摂食頻度									0.001
ほとんど毎日食べている	32,298	(85.7)	10	(66.7)	222	(80.7)	32,530	(85.7)	
時々食べる	3,433	(9.1)	1	(6.7)	30	(10.9)	3,464	(9.1)	
ほとんど食べない	1,888	(5.0)	4	(26.7)	23	(8.4)	1,915	(5.0)	
無回答・無効回答	58	(.2)	0	(.0)	0	(.0)	58	(.2)	
学校生活について									<0.001
とても楽しい	17,027	(45.2)	3	(20.0)	106	(38.5)	17,136	(45.1)	
どちらかといえば楽しい	16,920	(44.9)	8	(53.3)	142	(51.6)	17,070	(45.0)	
どちらかといえば楽しくない	2,894	(7.7)	0	(.0)	18	(6.5)	2,912	(7.7)	
まったく楽しくない	680	(1.8)	4	(26.7)	8	(2.9)	692	(1.8)	
無回答・無効回答	156	(.4)	0	(.0)	1	(.4)	157	(.4)	
大人不在の状態で過ごす時間(1日あたり)									0.035
なし、あるいは、ほとんどなし	9,376	(24.9)	5	(33.3)	68	(24.7)	9,449	(24.9)	
1時間未満	8,334	(22.1)	1	(6.7)	53	(19.3)	8,388	(22.1)	
1～2時間未満	9,441	(25.1)	4	(26.7)	65	(23.6)	9,510	(25.0)	
2～3時間未満	5,947	(15.8)	0	(.0)	39	(14.2)	5,986	(15.8)	
3時間以上	4,429	(11.8)	5	(33.3)	42	(15.3)	4,476	(11.8)	
無回答・無効回答	150	(.4)	0	(.0)	8	(2.9)	158	(.4)	
親しく遊べる友人									0.066
いる	36,453	(96.8)	13	(86.7)	259	(94.2)	36,725	(96.7)	
いない	1,068	(2.8)	2	(13.3)	12	(4.4)	1,082	(2.8)	
無回答・無効回答	156	(.4)	0	(.0)	4	(1.5)	160	(.4)	
相談事のできる友人									0.010
いる	33,902	(90.0)	10	(66.7)	241	(87.6)	34,153	(90.0)	
いない	3,570	(9.5)	5	(33.3)	31	(11.3)	3,606	(9.5)	
無回答・無効回答	205	(.5)	0	(.0)	3	(1.1)	208	(.5)	
悩み事の親への相談									<0.001
よく相談する	7,860	(20.9)	3	(20.0)	66	(24.0)	7,929	(20.9)	
どちらかといえば相談する	13,395	(35.6)	0	(.0)	89	(32.4)	13,484	(35.5)	
どちらかといえば相談しない	7,998	(21.2)	0	(.0)	55	(20.0)	8,053	(21.2)	
ほとんど相談しない	8,155	(21.6)	7	(46.7)	63	(22.9)	8,225	(21.7)	
親がいない(単身赴任・死別・別居・離婚など)	141	(.4)	5	(33.3)	1	(.4)	147	(.4)	
無回答・無効回答	128	(.3)	0	(.0)	1	(.4)	129	(.3)	
過去1年間の「生きづらさ」									<0.001
かなり感じている	2,398	(6.4)	5	(33.3)	30	(10.9)	2,433	(6.4)	
どちらかと言えば感じている	8,085	(21.5)	6	(40.0)	51	(18.5)	8,142	(21.4)	
どちらかと言えば感じていない	13,417	(35.6)	1	(6.7)	97	(35.3)	13,515	(35.6)	
まったく感じていない	13,476	(35.8)	3	(20.0)	92	(33.5)	13,571	(35.7)	
無回答・無効回答	301	(.8)	0	(.0)	5	(1.8)	306	(.8)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表17.過去1年間の市販薬乱用経験別にみた基本属性・生活属性

過去1年間の市販薬乱用経験									
	非経験群		経験群		無回答・ 無効回答		合計		p-value
	n=36,915		n=724		n=328		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
性別									<0.001
男子	18,529	(50.2)	289	(39.9)	189	(57.6)	19,007	(50.1)	
女子	17,925	(48.6)	404	(55.8)	133	(40.5)	18,462	(48.6)	
その他・不明	367	(1.0)	26	(3.6)	4	(1.2)	397	(1.0)	
無回答・無効回答	94	(.3)	5	(.7)	2	(.6)	101	(.3)	
学年									0.042
1年生	12,428	(33.7)	271	(37.4)	148	(45.1)	12,847	(33.8)	
2年生	12,383	(33.5)	242	(33.4)	101	(30.8)	12,726	(33.5)	
3年生	12,104	(32.8)	211	(29.1)	79	(24.1)	12,394	(32.6)	
起床時間について									<0.001
ほぼ一定している	30,433	(82.4)	510	(70.4)	251	(76.5)	31,194	(82.2)	
一定していない	6,413	(17.4)	213	(29.4)	72	(22.0)	6,698	(17.6)	
無回答・無効回答	69	(.2)	1	(.1)	5	(1.5)	75	(.2)	
就寝時間について									<0.001
ほぼ一定している	22,621	(61.3)	359	(49.6)	171	(52.1)	23,151	(61.0)	
一定していない	14,218	(38.5)	363	(50.1)	154	(47.0)	14,735	(38.8)	
無回答・無効回答	76	(.2)	2	(.3)	3	(.9)	81	(.2)	
朝食の摂食頻度									<0.001
ほとんど毎日食べている	31,740	(86.0)	532	(73.5)	258	(78.7)	32,530	(85.7)	
時々食べる	3,303	(8.9)	117	(16.2)	44	(13.4)	3,464	(9.1)	
ほとんど食べない	1,819	(4.9)	72	(9.9)	24	(7.3)	1,915	(5.0)	
無回答・無効回答	53	(.1)	3	(.4)	2	(.6)	58	(.2)	
学校生活について									<0.001
とても楽しい	16,753	(45.4)	256	(35.4)	127	(38.7)	17,136	(45.1)	
どちらかといえば楽しい	16,598	(45.0)	318	(43.9)	154	(47.0)	17,070	(45.0)	
どちらかといえば楽しくない	2,781	(7.5)	95	(13.1)	36	(11.0)	2,912	(7.7)	
まったく楽しくない	632	(1.7)	52	(7.2)	8	(2.4)	692	(1.8)	
無回答・無効回答	151	(.4)	3	(.4)	3	(.9)	157	(.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	9,214	(25.0)	156	(21.5)	79	(24.1)	9,449	(24.9)	
1時間未満	8,189	(22.2)	145	(20.0)	54	(16.5)	8,388	(22.1)	
1～2時間未満	9,249	(25.1)	178	(24.6)	83	(25.3)	9,510	(25.0)	
2～3時間未満	5,821	(15.8)	113	(15.6)	52	(15.9)	5,986	(15.8)	
3時間以上	4,301	(11.7)	129	(17.8)	46	(14.0)	4,476	(11.8)	
無回答・無効回答	141	(.4)	3	(.4)	14	(4.3)	158	(.4)	
親しく遊べる友人									<0.001
いる	35,738	(96.8)	677	(93.5)	310	(94.5)	36,725	(96.7)	
いない	1,026	(2.8)	42	(5.8)	14	(4.3)	1,082	(2.8)	
無回答・無効回答	151	(.4)	5	(.7)	4	(1.2)	160	(.4)	
相談事のできる友人									<0.001
いる	33,273	(90.1)	592	(81.8)	288	(87.8)	34,153	(90.0)	
いない	3,443	(9.3)	127	(17.5)	36	(11.0)	3,606	(9.5)	
無回答・無効回答	199	(.5)	5	(.7)	4	(1.2)	208	(.5)	
悩み事の親への相談									<0.001
よく相談する	7,706	(20.9)	145	(20.0)	78	(23.8)	7,929	(20.9)	
どちらかといえば相談する	13,156	(35.6)	222	(30.7)	106	(32.3)	13,484	(35.5)	
どちらかといえば相談しない	7,870	(21.3)	124	(17.1)	59	(18.0)	8,053	(21.2)	
ほとんど相談しない	7,927	(21.5)	220	(30.4)	78	(23.8)	8,225	(21.7)	
親がいない(単身赴任・死別・別居・離婚など)	136	(.4)	10	(1.4)	1	(.3)	147	(.4)	
無回答・無効回答	120	(.3)	3	(.4)	6	(1.8)	129	(.3)	
過去1年間の「生きづらさ」									<0.001
かなり感じている	2,252	(6.1)	153	(21.1)	28	(8.5)	2,433	(6.4)	
どちらかと言えば感じている	7,890	(21.4)	188	(26.0)	64	(19.5)	8,142	(21.4)	
どちらかと言えば感じていない	13,226	(35.8)	182	(25.1)	107	(32.6)	13,515	(35.6)	
まったく感じていない	13,263	(35.9)	195	(26.9)	113	(34.5)	13,571	(35.7)	
無回答・無効回答	284	(.8)	6	(.8)	16	(4.9)	306	(.8)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表18.性別にみた飲酒状況

	性別										p-value
	男子		女子		その他・不明		無回答・無効回答		合計		
	n=19.007	(%)	n=18.462	(%)	n=397	(%)	n=101	(%)	n=37.967	(%)	
	n		n		n		n		n		
生涯飲酒経験											<0.001
あり	3,191	(16.8)	2,236	(12.1)	120	(30.2)	24	(23.8)	5,571	(14.7)	
なし	15,723	(82.7)	16,166	(87.6)	276	(69.5)	76	(75.2)	32,241	(84.9)	
無回答・無効回答	93	(.5)	60	(.3)	1	(.3)	1	(1.0)	155	(.4)	
初回飲酒年齢											<0.001
飲酒経験なし	15,723	(82.7)	16,166	(87.6)	276	(69.5)	76	(75.2)	32,241	(84.9)	
10歳以下	1,060	(5.6)	678	(3.7)	39	(9.8)	11	(10.9)	1,788	(4.7)	
11歳	199	(1.0)	124	(.7)	5	(1.3)	1	(1.0)	329	(.9)	
12歳	240	(1.3)	144	(.8)	8	(2.0)	0	(.0)	392	(1.0)	
13歳	181	(1.0)	134	(.7)	1	(.3)	0	(.0)	316	(.8)	
14歳	129	(.7)	76	(.4)	3	(.8)	0	(.0)	208	(.5)	
15歳以上	31	(.2)	19	(.1)	2	(.5)	2	(2.0)	54	(.1)	
年齢は覚えていない	1,351	(7.1)	1,061	(5.7)	62	(15.6)	10	(9.9)	2,484	(6.5)	
無回答・無効回答	93	(.5)	60	(.3)	1	(.3)	1	(1.0)	155	(.4)	
過去1年間の飲酒経験											<0.001
あり	1,265	(6.7)	816	(4.4)	46	(11.6)	12	(11.9)	2,139	(5.6)	
なし	17,632	(92.8)	17,585	(95.2)	348	(87.7)	88	(87.1)	35,653	(93.9)	
無回答・無効回答	110	(.6)	61	(.3)	3	(.8)	1	(1.0)	175	(.5)	
過去1年間の飲酒頻度											<0.001
1度も飲んでいない	17,632	(92.8)	17,585	(95.2)	348	(87.7)	88	(87.1)	35,653	(93.9)	
1年間で1回～数回	1,143	(6.0)	733	(4.0)	33	(8.3)	12	(11.9)	1,921	(5.1)	
月に数回	80	(.4)	58	(.3)	5	(1.3)	0	(.0)	143	(.4)	
週に数回	23	(.1)	16	(.1)	2	(.5)	0	(.0)	41	(.1)	
ほとんど毎日	19	(.1)	9	(.0)	6	(1.5)	0	(.0)	34	(.1)	
無回答・無効回答	110	(.6)	61	(.3)	3	(.8)	1	(1.0)	175	(.5)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用経験											<0.001
あり	1,695	(8.9)	1,390	(7.5)	55	(13.9)	10	(9.9)	3,150	(8.3)	
なし	17,158	(90.3)	16,964	(91.9)	338	(85.1)	90	(89.1)	34,550	(91.0)	
無回答・無効回答	154	(.8)	108	(.6)	4	(1.0)	1	(1.0)	267	(.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	17,158	(90.3)	16,964	(91.9)	338	(85.1)	90	(89.1)	34,550	(91.0)	
1年間で1回～数回	1,388	(7.3)	1,152	(6.2)	40	(10.1)	10	(9.9)	2,590	(6.8)	
月に数回	205	(1.1)	176	(1.0)	5	(1.3)	0	(.0)	386	(1.0)	
週に数回	64	(.3)	41	(.2)	4	(1.0)	0	(.0)	109	(.3)	
ほとんど毎日	38	(.2)	21	(.1)	6	(1.5)	0	(.0)	65	(.2)	
無回答・無効回答	154	(.8)	108	(.6)	4	(1.0)	1	(1.0)	267	(.7)	
20歳未満の飲酒に対する考え											<0.001
飲むべきではないと思う	16,146	(84.9)	16,532	(89.5)	283	(71.3)	83	(82.2)	33,044	(87.0)	
時と場合に応じては構わない	2,110	(11.1)	1,528	(8.3)	68	(17.1)	10	(9.9)	3,716	(9.8)	
全然構わない	584	(3.1)	314	(1.7)	43	(10.8)	3	(3.0)	944	(2.5)	
無回答・無効回答	167	(.9)	88	(.5)	3	(.8)	5	(5.0)	263	(.7)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表19.学年別にみた飲酒状況

	学年								p-value
	1年生		2年生		3年生		合計		
	n=12,847		n=12,726		n=12,394		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯飲酒経験									0.331
あり	1,901	(14.8)	1,894	(14.9)	1,776	(14.3)	5,571	(14.7)	
なし	10,880	(84.7)	10,785	(84.7)	10,576	(85.3)	32,241	(84.9)	
無回答・無効回答	66	(.5)	47	(.4)	42	(.3)	155	(.4)	
初回飲酒年齢									<0.001
飲酒経験なし	10,880	(84.7)	10,785	(84.7)	10,576	(85.3)	32,241	(84.9)	
10歳以下	722	(5.6)	599	(4.7)	467	(3.8)	1,788	(4.7)	
11歳	180	(1.4)	90	(.7)	59	(.5)	329	(.9)	
12歳	179	(1.4)	134	(1.1)	79	(.6)	392	(1.0)	
13歳	61	(.5)	147	(1.2)	108	(.9)	316	(.8)	
14歳	2	(.0)	70	(.6)	136	(1.1)	208	(.5)	
15歳以上	2	(.0)	0	(.0)	52	(.4)	54	(.1)	
年齢は覚えていない	755	(5.9)	854	(6.7)	875	(7.1)	2,484	(6.5)	
無回答・無効回答	66	(.5)	47	(.4)	42	(.3)	155	(.4)	
過去1年間の飲酒経験									0.277
あり	741	(5.8)	729	(5.7)	669	(5.4)	2,139	(5.6)	
なし	12,033	(93.7)	11,942	(93.8)	11,678	(94.2)	35,653	(93.9)	
無回答・無効回答	73	(.6)	55	(.4)	47	(.4)	175	(.5)	
過去1年間の飲酒頻度									0.053
1度も飲んでいない	12,033	(93.7)	11,942	(93.8)	11,678	(94.2)	35,653	(93.9)	
1年間で1回～数回	670	(5.2)	669	(5.3)	582	(4.7)	1,921	(5.1)	
月に数回	50	(.4)	35	(.3)	58	(.5)	143	(.4)	
週に数回	11	(.1)	16	(.1)	14	(.1)	41	(.1)	
ほとんど毎日	10	(.1)	9	(.1)	15	(.1)	34	(.1)	
無回答・無効回答	73	(.6)	55	(.4)	47	(.4)	175	(.5)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用経験									0.003
あり	1,128	(8.8)	1,074	(8.4)	948	(7.6)	3,150	(8.3)	
なし	11,601	(90.3)	11,567	(90.9)	11,382	(91.8)	34,550	(91.0)	
無回答・無効回答	118	(.9)	85	(.7)	64	(.5)	267	(.7)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用頻度									0.021
1度も飲んでいない	11,601	(90.3)	11,567	(90.9)	11,382	(91.8)	34,550	(91.0)	
1年間で1回～数回	931	(7.2)	887	(7.0)	772	(6.2)	2,590	(6.8)	
月に数回	140	(1.1)	131	(1.0)	115	(.9)	386	(1.0)	
週に数回	30	(.2)	40	(.3)	39	(.3)	109	(.3)	
ほとんど毎日	27	(.2)	16	(.1)	22	(.2)	65	(.2)	
無回答・無効回答	118	(.9)	85	(.7)	64	(.5)	267	(.7)	
20歳未満の飲酒に対する考え									<0.001
飲むべきではないと思う	11,236	(87.5)	11,029	(86.7)	10,779	(87.0)	33,044	(87.0)	
時と場合に応じては構わない	1,258	(9.8)	1,283	(10.1)	1,175	(9.5)	3,716	(9.8)	
全然構わない	248	(1.9)	327	(2.6)	369	(3.0)	944	(2.5)	
無回答・無効回答	105	(.8)	87	(.7)	71	(.6)	263	(.7)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表20.過去1年間の大麻の使用経験別にみた飲酒状況

	過去1年間の大麻使用経験								p-value
	非経験群		経験群		無回答・ 無効回答		合計		
	n=37.677 n	(%)	n=15 n	(%)	n=275 n	(%)	n=37.967 n	(%)	
生涯飲酒経験									<0.001
あり	5,521	(14.7)	14	(93.3)	36	(13.1)	5,571	(14.7)	
なし	32,060	(85.1)	1	(6.7)	180	(65.5)	32,241	(84.9)	
無回答・無効回答	96	(.3)	0	(.0)	59	(21.5)	155	(.4)	
初回飲酒年齢									<0.001
飲酒経験なし	32,060	(85.1)	1	(6.7)	180	(65.5)	32,241	(84.9)	
10歳以下	1,764	(4.7)	8	(53.3)	16	(5.8)	1,788	(4.7)	
11歳	328	(.9)	0	(.0)	1	(.4)	329	(.9)	
12歳	390	(1.0)	0	(.0)	2	(.7)	392	(1.0)	
13歳	313	(.8)	1	(6.7)	2	(.7)	316	(.8)	
14歳	206	(.5)	2	(13.3)	0	(.0)	208	(.5)	
15歳以上	53	(.1)	0	(.0)	1	(.4)	54	(.1)	
年齢は覚えていない	2,467	(6.5)	3	(20.0)	14	(5.1)	2,484	(6.5)	
無回答・無効回答	96	(.3)	0	(.0)	59	(21.5)	155	(.4)	
過去1年間の飲酒経験									<0.001
あり	2,108	(5.6)	13	(86.7)	18	(6.5)	2,139	(5.6)	
なし	35,455	(94.1)	1	(6.7)	197	(71.6)	35,653	(93.9)	
無回答・無効回答	114	(.3)	1	(6.7)	60	(21.8)	175	(.5)	
過去1年間の飲酒頻度									<0.001
1度も飲んでいない	35,455	(94.1)	1	(6.7)	197	(71.6)	35,653	(93.9)	
1年間で1回～数回	1,900	(5.0)	5	(33.3)	16	(5.8)	1,921	(5.1)	
月に数回	140	(.4)	2	(13.3)	1	(.4)	143	(.4)	
週に数回	40	(.1)	0	(.0)	1	(.4)	41	(.1)	
ほとんど毎日	28	(.1)	6	(40.0)	0	(.0)	34	(.1)	
無回答・無効回答	114	(.3)	1	(6.7)	60	(21.8)	175	(.5)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用経験									<0.001
あり	3,125	(8.3)	8	(53.3)	17	(6.2)	3,150	(8.3)	
なし	34,349	(91.2)	7	(46.7)	194	(70.5)	34,550	(91.0)	
無回答・無効回答	203	(.5)	0	(.0)	64	(23.3)	267	(.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	34,349	(91.2)	7	(46.7)	194	(70.5)	34,550	(91.0)	
1年間で1回～数回	2,577	(6.8)	2	(13.3)	11	(4.0)	2,590	(6.8)	
月に数回	381	(1.0)	1	(6.7)	4	(1.5)	386	(1.0)	
週に数回	105	(.3)	2	(13.3)	2	(.7)	109	(.3)	
ほとんど毎日	62	(.2)	3	(20.0)	0	(.0)	65	(.2)	
無回答・無効回答	203	(.5)	0	(.0)	64	(23.3)	267	(.7)	
20歳未満の飲酒に対する考え									<0.001
飲むべきではないと思う	32,870	(87.2)	5	(33.3)	169	(61.5)	33,044	(87.0)	
時と場合に応じては構わない	3,686	(9.8)	2	(13.3)	28	(10.2)	3,716	(9.8)	
全然構わない	921	(2.4)	8	(53.3)	15	(5.5)	944	(2.5)	
無回答・無効回答	200	(.5)	0	(.0)	63	(22.9)	263	(.7)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表21.過去1年間の市販薬乱用経験別にみた飲酒状況

過去1年間の市販薬乱用経験									
	非経験群		経験群		無回答・無効回答		合計		p-value
	n=36,915		n=724		n=328		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯飲酒経験									
あり	5,331	(14.4)	188	(26.0)	52	(15.9)	5,571	(14.7)	<0.001
なし	31,504	(85.3)	532	(73.5)	205	(62.5)	32,241	(84.9)	
無回答・無効回答	80	(.2)	4	(.6)	71	(21.6)	155	(.4)	
初回飲酒年齢									
飲酒経験なし	31,504	(85.3)	532	(73.5)	205	(62.5)	32,241	(84.9)	<0.001
10歳以下	1,698	(4.6)	65	(9.0)	25	(7.6)	1,788	(4.7)	
11歳	308	(.8)	15	(2.1)	6	(1.8)	329	(.9)	
12歳	378	(1.0)	10	(1.4)	4	(1.2)	392	(1.0)	
13歳	300	(.8)	13	(1.8)	3	(.9)	316	(.8)	
14歳	198	(.5)	10	(1.4)	0	(.0)	208	(.5)	
15歳以上	48	(.1)	6	(.8)	0	(.0)	54	(.1)	
年齢は覚えていない	2,401	(6.5)	69	(9.5)	14	(4.3)	2,484	(6.5)	
無回答・無効回答	80	(.2)	4	(.6)	71	(21.6)	155	(.4)	
過去1年間の飲酒経験									
あり	2,011	(5.4)	109	(15.1)	19	(5.8)	2,139	(5.6)	<0.001
なし	34,808	(94.3)	611	(84.4)	234	(71.3)	35,653	(93.9)	
無回答・無効回答	96	(.3)	4	(.6)	75	(22.9)	175	(.5)	
過去1年間の飲酒頻度									
1度も飲んでいない	34,808	(94.3)	611	(84.4)	234	(71.3)	35,653	(93.9)	<0.001
1年間で1回～数回	1,824	(4.9)	81	(11.2)	16	(4.9)	1,921	(5.1)	
月に数回	128	(.3)	14	(1.9)	1	(.3)	143	(.4)	
週に数回	34	(.1)	5	(.7)	2	(.6)	41	(.1)	
ほとんど毎日	25	(.1)	9	(1.2)	0	(.0)	34	(.1)	
無回答・無効回答	96	(.3)	4	(.6)	75	(22.9)	175	(.5)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用経験									
あり	2,997	(8.1)	123	(17.0)	30	(9.1)	3,150	(8.3)	<0.001
なし	33,741	(91.4)	597	(82.5)	212	(64.6)	34,550	(91.0)	
無回答・無効回答	177	(.5)	4	(.6)	86	(26.2)	267	(.7)	
過去1年間のノンアルコール飲料使用頻度									
1度も飲んでいない	33,741	(91.4)	597	(82.5)	212	(64.6)	34,550	(91.0)	<0.001
1年間で1回～数回	2,490	(6.7)	78	(10.8)	22	(6.7)	2,590	(6.8)	
月に数回	356	(1.0)	24	(3.3)	6	(1.8)	386	(1.0)	
週に数回	97	(.3)	10	(1.4)	2	(.6)	109	(.3)	
ほとんど毎日	54	(.1)	11	(1.5)	0	(.0)	65	(.2)	
無回答・無効回答	177	(.5)	4	(.6)	86	(26.2)	267	(.7)	
20歳未満の飲酒に対する考え									
飲むべきではないと思う	32,295	(87.5)	548	(75.7)	201	(61.3)	33,044	(87.0)	<0.001
時と場合に応じては構わない	3,576	(9.7)	115	(15.9)	25	(7.6)	3,716	(9.8)	
全然構わない	881	(2.4)	54	(7.5)	9	(2.7)	944	(2.5)	
無回答・無効回答	163	(.4)	7	(1.0)	93	(28.4)	263	(.7)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表22.性別にみた喫煙状況

	性別										p-value
	男子		女子		その他・不明		無回答・ 無効回答		合計		
	n=19,007		n=18,462		n=397		n=101		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯喫煙経験											<0.001
あり	346	(1.8)	163	(.9)	22	(5.5)	1	(1.0)	532	(1.4)	
なし	18,532	(97.5)	18,225	(98.7)	372	(93.7)	99	(98.0)	37,228	(98.1)	
無回答・無効回答	129	(.7)	74	(.4)	3	(.8)	1	(1.0)	207	(.5)	
初めて喫煙した年齢											<0.001
吸ったことがない	18,532	(97.5)	18,225	(98.7)	372	(93.7)	99	(98.0)	37,228	(98.1)	
10歳以下	68	(.4)	37	(.2)	7	(1.8)	1	(1.0)	113	(.3)	
11歳	17	(.1)	8	(.04)	0	(.0)	0	(.0)	25	(.1)	
12歳	42	(.2)	12	(.1)	2	(.5)	0	(.0)	56	(.1)	
13歳	51	(.3)	22	(.1)	2	(.5)	0	(.0)	75	(.2)	
14歳	51	(.3)	13	(.1)	4	(1.0)	0	(.0)	68	(.2)	
15歳以上	7	(.04)	7	(.04)	2	(.5)	0	(.0)	16	(.08)	
年齢は覚えていない	110	(.6)	64	(.3)	5	(1.3)	0	(.0)	179	(.5)	
無回答・無効回答	129	(.7)	74	(.4)	3	(.8)	1	(1.0)	207	(.5)	
過去1年間の喫煙経験											<0.001
あり	196	(1.0)	77	(.4)	18	(4.5)	0	(.0)	291	(.8)	
なし	18,726	(98.5)	18,335	(99.3)	378	(95.2)	100	(99.0)	37,539	(98.9)	
無回答・無効回答	85	(.4)	50	(.3)	1	(.3)	1	(1.0)	137	(.4)	
過去1年間の喫煙頻度											<0.001
一度も吸っていない	18,726	(98.5)	18,335	(99.3)	378	(95.2)	100	(99.0)	37,539	(98.9)	
1年間で1回～数回	136	(.7)	56	(.3)	5	(1.3)	0	(.0)	197	(.5)	
月に数回	29	(.2)	8	(.04)	3	(.8)	0	(.0)	40	(.1)	
週に数回	14	(.1)	7	(.04)	3	(.8)	0	(.0)	24	(.1)	
ほとんど毎日	17	(.1)	6	(.03)	7	(1.8)	0	(.0)	30	(.1)	
無回答・無効回答	85	(.4)	50	(.3)	1	(.3)	1	(1.0)	137	(.4)	
20歳未満の喫煙に対する考え											<0.001
吸うべきでないと思う	17,872	(94.0)	17,703	(95.9)	330	(83.1)	94	(93.1)	35,999	(94.8)	
少々なら構わない	619	(3.3)	479	(2.6)	30	(7.6)	2	(2.0)	1,130	(3.0)	
全然構わない	391	(2.1)	197	(1.1)	32	(8.1)	1	(1.0)	621	(1.6)	
無回答・無効回答	125	(.7)	83	(.4)	5	(1.3)	4	(4.0)	217	(.6)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表23. 学年別にみた喫煙状況

	学年				p-value
	1年生	2年生	3年生	合計	
	n=12,847 n (%)	n=12,726 n (%)	n=12,394 n (%)	n=37,967 n (%)	
生涯喫煙経験					0.498
あり	167 (1.3)	186 (1.5)	179 (1.4)	532 (1.4)	
なし	12,589 (98.0)	12,479 (98.1)	12,160 (98.1)	37,228 (98.1)	
無回答・無効回答	91 (.7)	61 (.5)	55 (.4)	207 (.5)	
初めて喫煙した年齢					<0.001
吸ったことがない	12,589 (98.0)	12,479 (98.1)	12,160 (98.1)	37,228 (98.1)	
10歳以下	42 (.3)	40 (.3)	31 (.3)	113 (.3)	
11歳	14 (.1)	9 (.1)	2 (.02)	25 (.1)	
12歳	34 (.3)	14 (.1)	8 (.1)	56 (.1)	
13歳	18 (.1)	39 (.3)	18 (.1)	75 (.2)	
14歳	2 (.02)	22 (.2)	44 (.4)	68 (.2)	
15歳以上	0 (.0)	0 (.0)	16 (.1)	16 (.12)	
年齢は覚えていない	57 (.4)	62 (.5)	60 (.5)	179 (.5)	
無回答・無効回答	91 (.7)	61 (.5)	55 (.4)	207 (.5)	
過去1年間の喫煙経験					0.861
あり	94 (.7)	100 (.8)	97 (.8)	291 (.8)	
なし	12,697 (98.8)	12,583 (98.9)	12,259 (98.9)	37,539 (98.9)	
無回答・無効回答	56 (.4)	43 (.3)	38 (.3)	137 (.4)	
過去1年間の喫煙頻度					0.080
一度も吸っていない	12,697 (98.8)	12,583 (98.9)	12,259 (98.9)	37,539 (98.9)	
1年間で1回～数回	66 (.5)	73 (.6)	58 (.5)	197 (.5)	
月に数回	18 (.1)	10 (.1)	12 (.1)	40 (.1)	
週に数回	6 (.05)	8 (.1)	10 (.1)	24 (.1)	
ほとんど毎日	4 (.03)	9 (.1)	17 (.1)	30 (.1)	
無回答・無効回答	56 (.4)	43 (.3)	38 (.3)	137 (.4)	
20歳未満の喫煙に対する考え					0.009
吸うべきでないと思う	12,179 (94.8)	12,072 (94.9)	11,748 (94.8)	35,999 (94.8)	
少々なら構わない	397 (3.1)	382 (3.0)	351 (2.8)	1,130 (3.0)	
全然構わない	173 (1.3)	212 (1.7)	236 (1.9)	621 (1.6)	
無回答・無効回答	98 (.8)	60 (.5)	59 (.5)	217 (.6)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表24.過去1年間の大麻の使用経験別にみた喫煙状況

過去1年間の大麻使用経験							p-value
非経験群	経験群	無回答・ 無効回答		合計			
n=37,677 n (%)	n=15 n (%)	n=275 n (%)	n=37,967 n (%)				
生涯喫煙経験							<0.001
あり	514 (1.4)	11 (73.3)	7 (2.5)	532 (1.4)			
なし	37,017 (98.2)	4 (26.7)	207 (75.3)	37,228 (98.1)			
無回答・無効回答	146 (.4)	0 (.0)	61 (22.2)	207 (.5)			
初めて喫煙した年齢							<0.001
吸ったことがない	37,017 (98.2)	4 (26.7)	207 (75.3)	37,228 (98.1)			
10歳以下	107 (.3)	5 (33.3)	1 (.4)	113 (.3)			
11歳	23 (.1)	1 (6.7)	1 (.4)	25 (.1)			
12歳	53 (.1)	2 (13.3)	1 (.4)	56 (.1)			
13歳	74 (.2)	0 (.0)	1 (.4)	75 (.2)			
14歳	65 (.2)	2 (13.3)	1 (.4)	68 (.2)			
15歳以上	16 (.04)	0 (.0)	0 (.0)	16 (.04)			
年齢は覚えていない	176 (.5)	1 (6.7)	2 (.7)	179 (.5)			
無回答・無効回答	146 (.4)	0 (.0)	61 (22.2)	207 (.5)			
過去1年間の喫煙経験							<0.001
あり	276 (.7)	11 (73.3)	4 (1.5)	291 (.8)			
なし	37,324 (99.1)	4 (26.7)	211 (76.7)	37,539 (98.9)			
無回答・無効回答	77 (.2)	0 (.0)	60 (21.8)	137 (.4)			
過去1年間の喫煙頻度							<0.001
一度も吸っていない	37,324 (99.1)	4 (26.7)	211 (76.7)	37,539 (98.9)			
1年間で1回～数回	191 (.5)	3 (20.0)	3 (1.1)	197 (.5)			
月に数回	39 (.1)	1 (6.7)	0 (.0)	40 (.1)			
週に数回	22 (.1)	1 (6.7)	1 (.4)	24 (.1)			
ほとんど毎日	24 (.1)	6 (40.0)	0 (.0)	30 (.1)			
無回答・無効回答	77 (.2)	0 (.0)	60 (21.8)	137 (.4)			
20歳未満の喫煙に対する考え							<0.001
吸うべきでないと思う	35,805 (95.0)	5 (33.3)	189 (68.7)	35,999 (94.8)			
少々なら構わない	1,117 (3.0)	1 (6.7)	12 (4.4)	1,130 (3.0)			
全然構わない	601 (1.6)	9 (60.0)	11 (4.0)	621 (1.6)			
無回答・無効回答	154 (.4)	0 (.0)	63 (22.9)	217 (.6)			

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表25.過去1年間の市販薬乱用経験別にみた喫煙状況

過去1年間の市販薬乱用経験									
	非経験群		経験群		無回答・ 無効回答		合計		p-value
	n=36,915		n=724		n=328		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
生涯喫煙経験									
あり	487	(1.3)	37	(5.1)	8	(2.4)	532	(1.4)	<0.001
なし	36,327	(98.4)	684	(94.5)	217	(66.2)	37,228	(98.1)	
無回答・無効回答	101	(.3)	3	(.4)	103	(31.4)	207	(.5)	
初めて喫煙した年齢									
吸ったことがない	36,327	(98.4)	684	(94.5)	217	(66.2)	37,228	(98.1)	<0.001
10歳以下	100	(.3)	11	(1.5)	2	(.6)	113	(.3)	
11歳	23	(.1)	2	(.3)	0	(.0)	25	(.1)	
12歳	50	(.1)	5	(.7)	1	(.3)	56	(.1)	
13歳	71	(.2)	3	(.4)	1	(.3)	75	(.2)	
14歳	64	(.2)	4	(.6)	0	(.0)	68	(.2)	
15歳以上	12	(.03)	4	(.6)	0	(.0)	16	(.04)	
年齢は覚えていない	167	(.5)	8	(1.1)	4	(1.2)	179	(.5)	
無回答・無効回答	101	(.3)	3	(.4)	103	(31.4)	207	(.5)	
過去1年間の喫煙経験									
あり	260	(.7)	27	(3.7)	4	(1.2)	291	(.8)	<0.001
なし	36,622	(99.2)	695	(96.0)	222	(67.7)	37,539	(98.9)	
無回答・無効回答	33	(.1)	2	(.3)	102	(31.1)	137	(.4)	
過去1年間の喫煙頻度									
一度も吸っていない	36,622	(99.2)	695	(96.0)	222	(67.7)	37,539	(98.9)	<0.001
1年間で1回～数回	185	(.5)	10	(1.4)	2	(.6)	197	(.5)	
月に数回	36	(.1)	3	(.4)	1	(.3)	40	(.1)	
週に数回	21	(.1)	3	(.4)	0	(.0)	24	(.1)	
ほとんど毎日	18	(.0)	11	(1.5)	1	(.3)	30	(.1)	
無回答・無効回答	33	(.1)	2	(.3)	102	(31.1)	137	(.4)	
20歳未満の喫煙に対する考え									
吸うべきでないと思う	35,189	(95.3)	617	(85.2)	193	(58.8)	35,999	(94.8)	<0.001
少々なら構わない	1,060	(2.9)	61	(8.4)	9	(2.7)	1,130	(3.0)	
全然構わない	574	(1.6)	41	(5.7)	6	(1.8)	621	(1.6)	
無回答・無効回答	92	(.2)	5	(.7)	120	(36.6)	217	(.6)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表26.性別にみた違法薬物の生涯経験・1年経験・誘われた経験

	性別										p-value
	男子		女子		その他・不明		無回答・無効回答		合計		
	n=19,007		n=18,462		n=397		n=101		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
違法薬物経験（生涯）											
大麻	14	(.1)	7	(.04)	8	(2.0)	0	(.0)	29	(.1)	<0.001
有機溶剤	30	(.2)	13	(.1)	8	(2.0)	0	(.0)	51	(.1)	<0.001
覚醒剤	12	(.1)	6	(.03)	7	(1.8)	0	(.0)	25	(.1)	<0.001
危険ドラッグ	15	(.1)	3	(.02)	7	(1.8)	0	(.0)	25	(.1)	<0.001
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ	23	(.1)	10	(.1)	9	(2.3)	0	(.0)	42	(.1)	<0.001
いずれかの違法薬物	43	(.2)	19	(.1)	10	(2.5)	0	(.0)	72	(.2)	<0.001
違法薬物経験（過去1年間）											
大麻	9	(.05)	3	(.02)	3	(.76)	0	(.00)	15	(.04)	<0.001
有機溶剤	16	(.08)	9	(.05)	5	(1.26)	0	(.00)	30	(.08)	<0.001
覚醒剤	7	(.04)	2	(.01)	3	(.76)	0	(.00)	12	(.03)	<0.001
危険ドラッグ	8	(.04)	1	(.01)	3	(.76)	0	(.00)	12	(.03)	<0.001
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ	14	(.07)	4	(.02)	4	(1.01)	0	(.00)	22	(.06)	<0.001
いずれかの違法薬物	26	(.14)	12	(.06)	5	(1.26)	0	(.00)	43	(.11)	<0.001
違法薬物の誘われ経験											
大麻	189	(1.0)	102	(.6)	15	(3.8)	2	(2.0)	308	(.8)	<0.001
有機溶剤	166	(.9)	83	(.4)	10	(2.5)	2	(2.0)	261	(.7)	<0.001
覚醒剤	172	(.9)	92	(.5)	10	(2.5)	3	(3.0)	277	(.7)	<0.001
危険ドラッグ	161	(.8)	86	(.5)	10	(2.5)	1	(1.0)	258	(.7)	<0.001
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ	222	(1.2)	113	(.6)	18	(4.5)	4	(4.0)	357	(.9)	<0.001
いずれかの違法薬物	238	(1.3)	116	(.6)	18	(4.5)	5	(5.0)	377	(1.0)	<0.001

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

違法薬物の過去一年間の経験率については、小数点第2位まで記載した。

表27.学年別にみた違法薬物の生涯経験・1年経験・誘われた経験

	学年								p-value
	1年生		2年生		3年生		合計		
	n=12,847		n=12,726		n=12,394		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
違法薬物経験（生涯）									
大麻	11	(.1)	9	(.1)	9	(.1)	29	(.1)	0.895
有機溶剤	20	(.2)	19	(.1)	12	(.1)	51	(.1)	0.375
覚醒剤	9	(.1)	8	(.1)	8	(.1)	25	(.1)	0.972
危険ドラッグ	10	(.1)	7	(.1)	8	(.1)	25	(.1)	0.773
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ	17	(.1)	15	(.1)	10	(.1)	42	(.1)	0.443
いずれかの違法薬物	29	(.2)	29	(.2)	14	(.1)	72	(.2)	0.057
違法薬物経験（過去1年間）									
大麻	5	(.04)	4	(.03)	6	(.05)	15	(.12)	0.795
有機溶剤	10	(.1)	13	(.1)	7	(.1)	30	(.1)	0.435
覚醒剤	4	(.03)	4	(.03)	4	(.03)	12	(.09)	0.999
危険ドラッグ	4	(.03)	3	(.02)	5	(.04)	12	(.09)	0.757
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ	9	(.1)	6	(.05)	7	(.1)	22	(.1)	0.745
いずれかの違法薬物	16	(.1)	17	(.1)	10	(.1)	43	(.1)	0.410
違法薬物の誘われ経験									
大麻	97	(.8)	100	(.8)	111	(.9)	308	(.8)	0.434
有機溶剤	86	(.7)	89	(.7)	86	(.7)	261	(.7)	0.957
覚醒剤	93	(.7)	90	(.7)	94	(.8)	277	(.7)	0.892
危険ドラッグ	90	(.7)	82	(.6)	86	(.7)	258	(.7)	0.836
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ	119	(.9)	114	(.9)	124	(1.0)	357	(.9)	0.686
いずれかの違法薬物	124	(1.0)	123	(1.0)	130	(1.0)	377	(1.0)	0.757

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表28.過去1年間の大麻の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年間の大麻使用経験									
	非経験群		経験群		無回答・ 無効回答		合計		p-value
	n=37,677		n=15		n=275		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
違法薬物経験(生涯)									
大麻	14	(.04)	15	(100.0)	0	(.0)	29	(.1)	<0.001
有機溶剤	42	(.1)	9	(60.0)	0	(.0)	51	(.1)	<0.001
覚醒剤	16	(.04)	9	(60.0)	0	(.0)	25	(.1)	<0.001
危険ドラッグ	16	(.04)	9	(60.0)	0	(.0)	25	(.1)	<0.001
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ	27	(.1)	15	(100.0)	0	(.0)	42	(.1)	<0.001
いずれかの違法薬物	57	(.2)	15	(100.0)	0	(.0)	72	(.2)	<0.001
違法薬物経験(過去1年間)									
有機溶剤	22	(.1)	8	(53.3)	0	(.0)	30	(.1)	<0.001
覚醒剤	4	(.01)	8	(53.3)	0	(.0)	12	(.0)	<0.001
危険ドラッグ	3	(.01)	9	(60.0)	0	(.0)	12	(.0)	<0.001
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ	7	(.02)	15	(100.0)	0	(.0)	22	(.1)	<0.001
いずれかの違法薬物	28	(.1)	15	(100.0)	0	(.0)	43	(.1)	<0.001
違法薬物の誘われ経験									
大麻	298	(.8)	8	(53.3)	2	(.7)	308	(.8)	<0.001
有機溶剤	254	(.7)	6	(40.0)	1	(.4)	261	(.7)	<0.001
覚醒剤	270	(.7)	6	(40.0)	1	(.4)	277	(.7)	<0.001
危険ドラッグ	250	(.7)	7	(46.7)	1	(.4)	258	(.7)	<0.001
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ	345	(.9)	10	(66.7)	2	(.7)	357	(.9)	<0.001
いずれかの違法薬物	365	(1.0)	10	(66.7)	2	(.7)	377	(1.0)	<0.001

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表29.過去1年間の市販薬乱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年間の市販薬乱用経験									
	非経験群		経験群		無回答・ 無効回答		合計		p-value
	n=36,915		n=724		n=328		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
違法薬物経験（生涯）									
大麻	18	(.05)	11	(1.5)	0	(.0)	29	(.1)	<0.001
有機溶剤	36	(.1)	12	(1.7)	3	(.9)	51	(.1)	<0.001
覚醒剤	15	(.04)	10	(1.4)	0	(.0)	25	(.1)	<0.001
危険ドラッグ	16	(.04)	9	(1.2)	0	(.0)	25	(.1)	<0.001
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ	28	(.1)	14	(1.9)	0	(.0)	42	(.1)	<0.001
いずれかの違法薬物	52	(.1)	17	(2.3)	3	(.9)	72	(.2)	<0.001
違法薬物経験（過去1年間）									
大麻	8	(.02)	7	(1.0)	0	(.0)	15	(.04)	<0.001
有機溶剤	23	(.1)	7	(1.0)	0	(.0)	30	(.1)	<0.001
覚醒剤	6	(.02)	6	(.8)	0	(.0)	12	(.03)	<0.001
危険ドラッグ	6	(.02)	6	(.8)	0	(.0)	12	(.03)	<0.001
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ	12	(.03)	10	(1.4)	0	(.0)	22	(.1)	<0.001
いずれかの違法薬物	31	(.1)	12	(1.7)	0	(.0)	43	(.1)	<0.001
違法薬物の誘われ経験									
大麻	281	(.8)	26	(3.6)	1	(.3)	308	(.8)	<0.001
有機溶剤	241	(.7)	19	(2.6)	1	(.3)	261	(.7)	<0.001
覚醒剤	253	(.7)	22	(3.0)	2	(.6)	277	(.7)	<0.001
危険ドラッグ	235	(.6)	21	(2.9)	2	(.6)	258	(.7)	<0.001
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ	322	(.9)	32	(4.4)	3	(.9)	357	(.9)	<0.001
いずれかの違法薬物	341	(.9)	33	(4.6)	3	(.9)	377	(1.0)	<0.001

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表30.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
	男子		女子		その他・不明		無回答・無効回答		合計		
	n=19,007		n=18,462		n=397		n=101		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物の入手可能性											
＜大麻＞											<0.001
絶対不可能	14,650	(77.1)	15,774	(85.4)	251	(63.2)	70	(69.3)	30,745	(81.0)	
ほとんど不可能	2,607	(13.7)	1,613	(8.7)	64	(16.1)	16	(15.8)	4,300	(11.3)	
なんとか手に入る	974	(5.1)	562	(3.0)	34	(8.6)	1	(1.0)	1,571	(4.1)	
簡単に手に入る	414	(2.2)	169	(.9)	39	(9.8)	3	(3.0)	625	(1.6)	
無回答・無効回答	362	(1.9)	344	(1.9)	9	(2.3)	11	(10.9)	726	(1.9)	
＜有機溶剤＞											<0.001
絶対不可能	14,305	(75.3)	15,654	(84.8)	243	(61.2)	67	(66.3)	30,269	(79.7)	
ほとんど不可能	2,622	(13.8)	1,650	(8.9)	63	(15.9)	15	(14.9)	4,350	(11.5)	
なんとか手に入る	1,052	(5.5)	575	(3.1)	41	(10.3)	3	(3.0)	1,671	(4.4)	
簡単に手に入る	645	(3.4)	233	(1.3)	39	(9.8)	5	(5.0)	922	(2.4)	
無回答・無効回答	383	(2.0)	350	(1.9)	11	(2.8)	11	(10.9)	755	(2.0)	
＜覚醒剤＞											<0.001
絶対不可能	14,719	(77.4)	15,754	(85.3)	253	(63.7)	69	(68.3)	30,795	(81.1)	
ほとんど不可能	2,624	(13.8)	1,634	(8.9)	63	(15.9)	15	(14.9)	4,336	(11.4)	
なんとか手に入る	916	(4.8)	553	(3.0)	40	(10.1)	3	(3.0)	1,512	(4.0)	
簡単に手に入る	367	(1.9)	170	(.9)	30	(7.6)	3	(3.0)	570	(1.5)	
無回答・無効回答	381	(2.0)	351	(1.9)	11	(2.8)	11	(10.9)	754	(2.0)	
＜危険ドラッグ＞											<0.001
絶対不可能	14,764	(77.7)	15,831	(85.7)	255	(64.2)	71	(70.3)	30,921	(81.4)	
ほとんど不可能	2,655	(14.0)	1,643	(8.9)	69	(17.4)	14	(13.9)	4,381	(11.5)	
なんとか手に入る	847	(4.5)	489	(2.6)	32	(8.1)	2	(2.0)	1,370	(3.6)	
簡単に手に入る	350	(1.8)	145	(.8)	30	(7.6)	3	(3.0)	528	(1.4)	
無回答・無効回答	391	(2.1)	354	(1.9)	11	(2.8)	11	(10.9)	767	(2.0)	
薬物乱用に対する考え											
＜大麻＞											<0.001
使うべきではない	18,338	(96.5)	18,143	(98.3)	351	(88.4)	95	(94.1)	36,927	(97.3)	
少々なら構わない	369	(1.9)	158	(.9)	24	(6.0)	2	(2.0)	553	(1.5)	
まったく構わない	154	(.8)	52	(.3)	18	(4.5)	2	(2.0)	226	(.6)	
無回答・無効回答	146	(.8)	109	(.6)	4	(1.0)	2	(2.0)	261	(.7)	
＜有機溶剤＞											<0.001
使うべきではない	18,491	(97.3)	18,162	(98.4)	357	(89.9)	98	(97.0)	37,108	(97.7)	
少々なら構わない	231	(1.2)	135	(.7)	20	(5.0)	0	(.0)	386	(1.0)	
まったく構わない	128	(.7)	47	(.3)	15	(3.8)	1	(1.0)	191	(.5)	
無回答・無効回答	157	(.8)	118	(.6)	5	(1.3)	2	(2.0)	282	(.7)	
＜覚醒剤＞											<0.001
使うべきではない	18,465	(97.1)	18,115	(98.1)	356	(89.7)	96	(95.0)	37,032	(97.5)	
少々なら構わない	254	(1.3)	178	(1.0)	23	(5.8)	1	(1.0)	456	(1.2)	
まったく構わない	132	(.7)	46	(.2)	13	(3.3)	1	(1.0)	192	(.5)	
無回答・無効回答	156	(.8)	123	(.7)	5	(1.3)	3	(3.0)	287	(.8)	
＜危険ドラッグ＞											<0.001
使うべきではない	18,540	(97.5)	18,180	(98.5)	358	(90.2)	97	(96.0)	37,175	(97.9)	
少々なら構わない	179	(.9)	107	(.6)	20	(5.0)	0	(.0)	306	(.8)	
まったく構わない	122	(.6)	46	(.2)	13	(3.3)	1	(1.0)	182	(.5)	
無回答・無効回答	166	(.9)	129	(.7)	6	(1.5)	3	(3.0)	304	(.8)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表31.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		合計		
	n=12,847		n=12,726		n=12,394		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物の入手可能性									
<大麻>									
絶対不可能	10,399	(80.9)	10,165	(79.9)	10,181	(82.1)	30,745	(81.0)	<0.001
ほとんど不可能	1,488	(11.6)	1,528	(12.0)	1,284	(10.4)	4,300	(11.3)	
なんとか手に入る	512	(4.0)	571	(4.5)	488	(3.9)	1,571	(4.1)	
簡単に手に入る	176	(1.4)	245	(1.9)	204	(1.6)	625	(1.6)	
無回答・無効回答	272	(2.1)	217	(1.7)	237	(1.9)	726	(1.9)	
<有機溶剤>									
絶対不可能	10,233	(79.7)	9,995	(78.5)	10,041	(81.0)	30,269	(79.7)	<0.001
ほとんど不可能	1,531	(11.9)	1,532	(12.0)	1,287	(10.4)	4,350	(11.5)	
なんとか手に入る	547	(4.3)	599	(4.7)	525	(4.2)	1,671	(4.4)	
簡単に手に入る	251	(2.0)	371	(2.9)	300	(2.4)	922	(2.4)	
無回答・無効回答	285	(2.2)	229	(1.8)	241	(1.9)	755	(2.0)	
<覚醒剤>									
絶対不可能	10,381	(80.8)	10,184	(80.0)	10,230	(82.5)	30,795	(81.1)	<0.001
ほとんど不可能	1,500	(11.7)	1,549	(12.2)	1,287	(10.4)	4,336	(11.4)	
なんとか手に入る	505	(3.9)	538	(4.2)	469	(3.8)	1,512	(4.0)	
簡単に手に入る	177	(1.4)	224	(1.8)	169	(1.4)	570	(1.5)	
無回答・無効回答	284	(2.2)	231	(1.8)	239	(1.9)	754	(2.0)	
<危険ドラッグ>									
絶対不可能	10,480	(81.6)	10,191	(80.1)	10,250	(82.7)	30,921	(81.4)	<0.001
ほとんど不可能	1,490	(11.6)	1,586	(12.5)	1,305	(10.5)	4,381	(11.5)	
なんとか手に入る	435	(3.4)	499	(3.9)	436	(3.5)	1,370	(3.6)	
簡単に手に入る	153	(1.2)	214	(1.7)	161	(1.3)	528	(1.4)	
無回答・無効回答	289	(2.2)	236	(1.9)	242	(2.0)	767	(2.0)	
薬物乱用に対する考え									
<大麻>									
使うべきではない	12,504	(97.3)	12,372	(97.2)	12,051	(97.2)	36,927	(97.3)	0.050
少々なら構わない	161	(1.3)	203	(1.6)	189	(1.5)	553	(1.5)	
まったく構わない	84	(.7)	62	(.5)	80	(.6)	226	(.6)	
無回答・無効回答	98	(.8)	89	(.7)	74	(.6)	261	(.7)	
<有機溶剤>									
使うべきではない	12,536	(97.6)	12,438	(97.7)	12,134	(97.9)	37,108	(97.7)	0.319
少々なら構わない	134	(1.0)	138	(1.1)	114	(.9)	386	(1.0)	
まったく構わない	70	(.5)	53	(.4)	68	(.5)	191	(.5)	
無回答・無効回答	107	(.8)	97	(.8)	78	(.6)	282	(.7)	
<覚醒剤>									
使うべきではない	12,502	(97.3)	12,401	(97.4)	12,129	(97.9)	37,032	(97.5)	0.018
少々なら構わない	165	(1.3)	172	(1.4)	119	(1.0)	456	(1.2)	
まったく構わない	74	(.6)	55	(.4)	63	(.5)	192	(.5)	
無回答・無効回答	106	(.8)	98	(.8)	83	(.7)	287	(.8)	
<危険ドラッグ>									
使うべきではない	12,562	(97.8)	12,453	(97.9)	12,160	(98.1)	37,175	(97.9)	0.258
少々なら構わない	108	(.8)	114	(.9)	84	(.7)	306	(.8)	
まったく構わない	64	(.5)	54	(.4)	64	(.5)	182	(.5)	
無回答・無効回答	113	(.9)	105	(.8)	86	(.7)	304	(.8)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が 1.0 以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表32.過去1年間の大麻の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年間の大麻使用経験									
	非経験群		経験群		無回答・ 無効回答		合計		p-value
	n=37,677		n=15		n=275		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物の入手可能性									
<大麻>									
絶対不可能	30,723	(81.5)	1	(6.7)	21	(7.6)	30,745	(81.0)	<0.001
ほとんど不可能	4,292	(11.4)	1	(6.7)	7	(2.5)	4,300	(11.3)	
なんとか手に入る	1,566	(4.2)	3	(20.0)	2	(.7)	1,571	(4.1)	
簡単に手に入る	614	(1.6)	10	(66.7)	1	(.4)	625	(1.6)	
無回答・無効回答	482	(1.3)	0	(.0)	244	(88.7)	726	(1.9)	
<有機溶剤>									
絶対不可能	30,244	(80.3)	3	(20.0)	22	(8.0)	30,269	(79.7)	<0.001
ほとんど不可能	4,348	(11.5)	0	(.0)	2	(.7)	4,350	(11.5)	
なんとか手に入る	1,663	(4.4)	4	(26.7)	4	(1.5)	1,671	(4.4)	
簡単に手に入る	912	(2.4)	8	(53.3)	2	(.7)	922	(2.4)	
無回答・無効回答	510	(1.4)	0	(.0)	245	(89.1)	755	(2.0)	
<覚醒剤>									
絶対不可能	30,769	(81.7)	4	(26.7)	22	(8.0)	30,795	(81.1)	<0.001
ほとんど不可能	4,331	(11.5)	0	(.0)	5	(1.8)	4,336	(11.4)	
なんとか手に入る	1,505	(4.0)	4	(26.7)	3	(1.1)	1,512	(4.0)	
簡単に手に入る	562	(1.5)	7	(46.7)	1	(.4)	570	(1.5)	
無回答・無効回答	510	(1.4)	0	(.0)	244	(88.7)	754	(2.0)	
<危険ドラッグ>									
絶対不可能	30,898	(82.0)	3	(20.0)	20	(7.3)	30,921	(81.4)	<0.001
ほとんど不可能	4,374	(11.6)	2	(13.3)	5	(1.8)	4,381	(11.5)	
なんとか手に入る	1,362	(3.6)	4	(26.7)	4	(1.5)	1,370	(3.6)	
簡単に手に入る	521	(1.4)	6	(40.0)	1	(.4)	528	(1.4)	
無回答・無効回答	522	(1.4)	0	(.0)	245	(89.1)	767	(2.0)	
薬物乱用に対する考え									
<大麻>									
使うべきではない	36,876	(97.9)	4	(26.7)	47	(17.1)	36,927	(97.3)	<0.001
少々なら構わない	544	(1.4)	6	(40.0)	3	(1.1)	553	(1.5)	
まったく構わない	217	(.6)	5	(33.3)	4	(1.5)	226	(.6)	
無回答・無効回答	40	(.1)	0	(.0)	221	(80.4)	261	(.7)	
<有機溶剤>									
使うべきではない	37,055	(98.3)	4	(26.7)	49	(17.8)	37,108	(97.7)	<0.001
少々なら構わない	379	(1.0)	5	(33.3)	2	(.7)	386	(1.0)	
まったく構わない	184	(.5)	5	(33.3)	2	(.7)	191	(.5)	
無回答・無効回答	59	(.2)	1	(6.7)	222	(80.7)	282	(.7)	
<覚醒剤>									
使うべきではない	36,977	(98.1)	6	(40.0)	49	(17.8)	37,032	(97.5)	<0.001
少々なら構わない	449	(1.2)	5	(33.3)	2	(.7)	456	(1.2)	
まったく構わない	186	(.5)	4	(26.7)	2	(.7)	192	(.5)	
無回答・無効回答	65	(.2)	0	(.0)	222	(80.7)	287	(.8)	
<危険ドラッグ>									
使うべきではない	37,120	(98.5)	5	(33.3)	50	(18.2)	37,175	(97.9)	<0.001
少々なら構わない	300	(.8)	5	(33.3)	1	(.4)	306	(.8)	
まったく構わない	175	(.5)	5	(33.3)	2	(.7)	182	(.5)	
無回答・無効回答	82	(.2)	0	(.0)	222	(80.7)	304	(.8)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表33.過去1年間の市販薬乱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年間の市販薬乱用経験									
非経験群			経験群		無回答・ 無効回答		合計		p-value
n=36,915			n=724		n=328		n=37,967		
n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
薬物の入手可能性									
<大麻>									
絶対不可能	30,006	(81.3)	537	(74.2)	202	(61.6)	30,745	(81.0)	<0.001
ほとんど不可能	4,186	(11.3)	88	(12.2)	26	(7.9)	4,300	(11.3)	
なんとか手に入る	1,502	(4.1)	57	(7.9)	12	(3.7)	1,571	(4.1)	
簡単に手に入る	590	(1.6)	29	(4.0)	6	(1.8)	625	(1.6)	
無回答・無効回答	631	(1.7)	13	(1.8)	82	(25.0)	726	(1.9)	
<有機溶剤>									
絶対不可能	29,546	(80.0)	525	(72.5)	198	(60.4)	30,269	(79.7)	<0.001
ほとんど不可能	4,230	(11.5)	93	(12.8)	27	(8.2)	4,350	(11.5)	
なんとか手に入る	1,607	(4.4)	52	(7.2)	12	(3.7)	1,671	(4.4)	
簡単に手に入る	877	(2.4)	37	(5.1)	8	(2.4)	922	(2.4)	
無回答・無効回答	655	(1.8)	17	(2.3)	83	(25.3)	755	(2.0)	
<覚醒剤>									
絶対不可能	30,065	(81.4)	530	(73.2)	200	(61.0)	30,795	(81.1)	<0.001
ほとんど不可能	4,221	(11.4)	87	(12.0)	28	(8.5)	4,336	(11.4)	
なんとか手に入る	1,439	(3.9)	59	(8.1)	14	(4.3)	1,512	(4.0)	
簡単に手に入る	534	(1.4)	32	(4.4)	4	(1.2)	570	(1.5)	
無回答・無効回答	656	(1.8)	16	(2.2)	82	(25.0)	754	(2.0)	
<危険ドラッグ>									
絶対不可能	30,178	(81.7)	540	(74.6)	203	(61.9)	30,921	(81.4)	<0.001
ほとんど不可能	4,271	(11.6)	85	(11.7)	25	(7.6)	4,381	(11.5)	
なんとか手に入る	1,306	(3.5)	52	(7.2)	12	(3.7)	1,370	(3.6)	
簡単に手に入る	492	(1.3)	30	(4.1)	6	(1.8)	528	(1.4)	
無回答・無効回答	668	(1.8)	17	(2.3)	82	(25.0)	767	(2.0)	
薬物乱用に対する考え									
<大麻>									
使うべきではない	36,001	(97.5)	674	(93.1)	252	(76.8)	36,927	(97.3)	<0.001
少々なら構わない	521	(1.4)	27	(3.7)	5	(1.5)	553	(1.5)	
まったく構わない	207	(.6)	17	(2.3)	2	(.6)	226	(.6)	
無回答・無効回答	186	(.5)	6	(.8)	69	(21.0)	261	(.7)	
<有機溶剤>									
使うべきではない	36,177	(98.0)	679	(93.8)	252	(76.8)	37,108	(97.7)	<0.001
少々なら構わない	360	(1.0)	19	(2.6)	7	(2.1)	386	(1.0)	
まったく構わない	174	(.5)	17	(2.3)	0	(.0)	191	(.5)	
無回答・無効回答	204	(.6)	9	(1.2)	69	(21.0)	282	(.7)	
<覚醒剤>									
使うべきではない	36,112	(97.8)	667	(92.1)	253	(77.1)	37,032	(97.5)	<0.001
少々なら構わない	421	(1.1)	30	(4.1)	5	(1.5)	456	(1.2)	
まったく構わない	173	(.5)	18	(2.5)	1	(.3)	192	(.5)	
無回答・無効回答	209	(.6)	9	(1.2)	69	(21.0)	287	(.8)	
<危険ドラッグ>									
使うべきではない	36,245	(98.2)	676	(93.4)	254	(77.4)	37,175	(97.9)	<0.001
少々なら構わない	277	(.8)	24	(3.3)	5	(1.5)	306	(.8)	
まったく構わない	167	(.5)	15	(2.1)	0	(.0)	182	(.5)	
無回答・無効回答	226	(.6)	9	(1.2)	69	(21.0)	304	(.8)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が 1.0 以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表34.性別にみた薬物乱用の害知識の周知状況・誘いを断る自信

	性別										p-value
	男子		女子		その他・不明		無回答・無効回答		合計		
	n=19,007		n=18,462		n=397		n=101		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物依存症は精神疾患(心の病気)であること											<0.001
知っている	16,458	(86.6)	16,786	(90.9)	340	(85.6)	87	(86.1)	33,671	(88.7)	
知らない	2,264	(11.9)	1,480	(8.0)	52	(13.1)	13	(12.9)	3,809	(10.0)	
無回答・無効回答	285	(1.5)	196	(1.1)	5	(1.3)	1	(1.0)	487	(1.3)	
薬物乱用によるフラッシュバック											<0.001
知っている	14,398	(75.8)	14,987	(81.2)	326	(82.1)	81	(80.2)	29,792	(78.5)	
知らない	4,327	(22.8)	3,287	(17.8)	68	(17.1)	19	(18.8)	7,701	(20.3)	
無回答・無効回答	282	(1.5)	188	(1.0)	3	(.8)	1	(1.0)	474	(1.2)	
大麻使用の認知・運動機能低下による交通事故の危険性											<0.001
知っている	15,782	(83.0)	16,022	(86.8)	343	(86.4)	85	(84.2)	32,232	(84.9)	
知らない	2,941	(15.5)	2,227	(12.1)	50	(12.6)	15	(14.9)	5,233	(13.8)	
無回答・無効回答	284	(1.5)	213	(1.2)	4	(1.0)	1	(1.0)	502	(1.3)	
大麻の長期使用による記憶障害											<0.001
知っている	14,342	(75.5)	14,578	(79.0)	320	(80.6)	77	(76.2)	29,317	(77.2)	
知らない	4,382	(23.1)	3,679	(19.9)	74	(18.6)	23	(22.8)	8,158	(21.5)	
無回答・無効回答	283	(1.5)	205	(1.1)	3	(.8)	1	(1.0)	492	(1.3)	
18歳未満からの大麻使用で依存症になる危険性											<0.001
知っている	13,118	(69.0)	13,578	(73.5)	293	(73.8)	70	(69.3)	27,059	(71.3)	
知らない	5,609	(29.5)	4,671	(25.3)	101	(25.4)	30	(29.7)	10,411	(27.4)	
無回答・無効回答	280	(1.5)	213	(1.2)	3	(.8)	1	(1.0)	497	(1.3)	
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	14,786	(77.8)	15,159	(82.1)	329	(82.9)	79	(78.2)	30,353	(79.9)	
知らない	3,921	(20.6)	3,096	(16.8)	64	(16.1)	20	(19.8)	7,101	(18.7)	
無回答・無効回答	300	(1.6)	207	(1.1)	4	(1.0)	2	(2.0)	513	(1.4)	
市販薬の乱用による薬物依存症											<0.001
知っている	14,242	(74.9)	14,439	(78.2)	310	(78.1)	80	(79.2)	29,071	(76.6)	
知らない	4,453	(23.4)	3,798	(20.6)	82	(20.7)	19	(18.8)	8,352	(22.0)	
無回答・無効回答	312	(1.6)	225	(1.2)	5	(1.3)	2	(2.0)	544	(1.4)	
市販薬の過量服薬による急性中毒死											<0.001
知っている	14,417	(75.9)	14,938	(80.9)	331	(83.4)	81	(80.2)	29,767	(78.4)	
知らない	4,307	(22.7)	3,312	(17.9)	62	(15.6)	18	(17.8)	7,699	(20.3)	
無回答・無効回答	283	(1.5)	212	(1.1)	4	(1.0)	2	(2.0)	501	(1.3)	
薬物乱用の誘いを断る自信											<0.001
大変ある	14,615	(76.9)	13,944	(75.5)	234	(58.9)	63	(62.4)	28,856	(76.0)	
どちらかといえばある	2,952	(15.5)	3,424	(18.5)	101	(25.4)	22	(21.8)	6,499	(17.1)	
どちらかといえない	423	(2.2)	520	(2.8)	27	(6.8)	7	(6.9)	977	(2.6)	
まったくない	735	(3.9)	365	(2.0)	30	(7.6)	4	(4.0)	1,134	(3.0)	
無回答・無効回答	282	(1.5)	209	(1.1)	5	(1.3)	5	(5.0)	501	(1.3)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表35.学年別にみた薬物乱用の害知識の周知状況・誘いを断る自信

	学年				p-value
	1年生	2年生	3年生	合計	
	n=12,847 n (%)	n=12,726 n (%)	n=12,394 n (%)	n=37,967 n (%)	
薬物依存症は精神疾患(心の病気)であること					<0.001
知っている	11,156 (86.8)	11,294 (88.7)	11,221 (90.5)	33,671 (88.7)	
知らない	1,538 (12.0)	1,283 (10.1)	988 (8.0)	3,809 (10.0)	
無回答・無効回答	153 (1.2)	149 (1.2)	185 (1.5)	487 (1.3)	
薬物乱用によるフラッシュバック					<0.001
知っている	9,087 (70.7)	10,045 (78.9)	10,660 (86.0)	29,792 (78.5)	
知らない	3,602 (28.0)	2,530 (19.9)	1,569 (12.7)	7,701 (20.3)	
無回答・無効回答	158 (1.2)	151 (1.2)	165 (1.3)	474 (1.2)	
大麻使用の認知・運動機能低下による交通事故の危険性					<0.001
知っている	10,333 (80.4)	10,843 (85.2)	11,056 (89.2)	32,232 (84.9)	
知らない	2,346 (18.3)	1,723 (13.5)	1,164 (9.4)	5,233 (13.8)	
無回答・無効回答	168 (1.3)	160 (1.3)	174 (1.4)	502 (1.3)	
大麻の長期使用による記憶障害					<0.001
知っている	9,176 (71.4)	9,820 (77.2)	10,321 (83.3)	29,317 (77.2)	
知らない	3,512 (27.3)	2,748 (21.6)	1,898 (15.3)	8,158 (21.5)	
無回答・無効回答	159 (1.2)	158 (1.2)	175 (1.4)	492 (1.3)	
18歳未満からの大麻使用で依存症になる危険性					<0.001
知っている	8,172 (63.6)	9,078 (71.3)	9,809 (79.1)	27,059 (71.3)	
知らない	4,505 (35.1)	3,492 (27.4)	2,414 (19.5)	10,411 (27.4)	
無回答・無効回答	170 (1.3)	156 (1.2)	171 (1.4)	497 (1.3)	
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	9,410 (73.2)	10,216 (80.3)	10,727 (86.5)	30,353 (79.9)	
知らない	3,267 (25.4)	2,337 (18.4)	1,497 (12.1)	7,101 (18.7)	
無回答・無効回答	170 (1.3)	173 (1.4)	170 (1.4)	513 (1.4)	
市販薬の乱用による薬物依存症					<0.001
知っている	9,158 (71.3)	9,690 (76.1)	10,223 (82.5)	29,071 (76.6)	
知らない	3,497 (27.2)	2,860 (22.5)	1,995 (16.1)	8,352 (22.0)	
無回答・無効回答	192 (1.5)	176 (1.4)	176 (1.4)	544 (1.4)	
市販薬の過量服薬による急性中毒死					<0.001
知っている	9,386 (73.1)	9,887 (77.7)	10,494 (84.7)	29,767 (78.4)	
知らない	3,287 (25.6)	2,680 (21.1)	1,732 (14.0)	7,699 (20.3)	
無回答・無効回答	174 (1.4)	159 (1.2)	168 (1.4)	501 (1.3)	
薬物乱用の誘いを断る自信					<0.001
大変ある	9,868 (76.8)	9,497 (74.6)	9,491 (76.6)	28,856 (76.0)	
どちらかといえばある	2,028 (15.8)	2,388 (18.8)	2,083 (16.8)	6,499 (17.1)	
どちらかといえばない	306 (2.4)	334 (2.6)	337 (2.7)	977 (2.6)	
まったくない	468 (3.6)	358 (2.8)	308 (2.5)	1,134 (3.0)	
無回答・無効回答	177 (1.4)	149 (1.2)	175 (1.4)	501 (1.3)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表36.過去1年間の大麻の使用経験別にみた薬物乱用の害知識の周知状況・誘いを断る自信

過去1年間の大麻使用経験									
	非経験群		経験群		無回答・ 無効回答		合計		p-value
	n=37,677		n=15		n=275		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物依存症は精神疾患(心の病気)であること									0.057
知っている	33,462	(88.8)	11	(73.3)	198	(72.0)	33,671	(88.7)	
知らない	3,751	(10.0)	4	(26.7)	54	(19.6)	3,809	(10.0)	
無回答・無効回答	464	(1.2)	0	(.0)	23	(8.4)	487	(1.3)	
薬物乱用によるフラッシュバック									0.526
知っている	29,602	(78.6)	11	(73.3)	179	(65.1)	29,792	(78.5)	
知らない	7,627	(20.2)	4	(26.7)	70	(25.5)	7,701	(20.3)	
無回答・無効回答	448	(1.2)	0	(.0)	26	(9.5)	474	(1.2)	
大麻使用の認知・運動機能低下による交通事故の危険性									0.047
知っている	32,021	(85.0)	10	(66.7)	201	(73.1)	32,232	(84.9)	
知らない	5,180	(13.7)	5	(33.3)	48	(17.5)	5,233	(13.8)	
無回答・無効回答	476	(1.3)	0	(.0)	26	(9.5)	502	(1.3)	
大麻の長期使用による記憶障害									0.342
知っている	29,137	(77.3)	10	(66.7)	170	(61.8)	29,317	(77.2)	
知らない	8,077	(21.4)	5	(33.3)	76	(27.6)	8,158	(21.5)	
無回答・無効回答	463	(1.2)	0	(.0)	29	(10.5)	492	(1.3)	
18歳未満からの大麻使用で依存症になる危険性									0.385
知っている	26,887	(71.4)	9	(60.0)	163	(59.3)	27,059	(71.3)	
知らない	10,321	(27.4)	6	(40.0)	84	(30.5)	10,411	(27.4)	
無回答・無効回答	469	(1.2)	0	(.0)	28	(10.2)	497	(1.3)	
大麻の繰り返し使用による学業への悪影響									0.003
知っている	30,168	(80.1)	7	(46.7)	178	(64.7)	30,353	(79.9)	
知らない	7,024	(18.6)	8	(53.3)	69	(25.1)	7,101	(18.7)	
無回答・無効回答	485	(1.3)	0	(.0)	28	(10.2)	513	(1.4)	
市販薬の乱用による薬物依存症									0.348
知っている	28,887	(76.7)	10	(66.7)	174	(63.3)	29,071	(76.6)	
知らない	8,276	(22.0)	5	(33.3)	71	(25.8)	8,352	(22.0)	
無回答・無効回答	514	(1.4)	0	(.0)	30	(10.9)	544	(1.4)	
市販薬の過量服薬による急性中毒死									0.049
知っている	29,591	(78.5)	8	(53.3)	168	(61.1)	29,767	(78.4)	
知らない	7,616	(20.2)	6	(40.0)	77	(28.0)	7,699	(20.3)	
無回答・無効回答	470	(1.2)	1	(6.7)	30	(10.9)	501	(1.3)	
薬物乱用の誘いを断る自信									<0.001
大変ある	28,696	(76.2)	3	(20.0)	157	(57.1)	28,856	(76.0)	
どちらかといえばある	6,448	(17.1)	3	(20.0)	48	(17.5)	6,499	(17.1)	
どちらかといえばない	959	(2.5)	4	(26.7)	14	(5.1)	977	(2.6)	
まったくない	1,108	(2.9)	4	(26.7)	22	(8.0)	1,134	(3.0)	
無回答・無効回答	466	(1.2)	1	(6.7)	34	(12.4)	501	(1.3)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表37.過去1年間の市販薬の乱用経験別にみた薬物乱用の害知識の周知状況・誘いを断る自信

過去1年間の市販薬乱用経験									
	非経験群		経験群		無回答・ 無効回答		合計		p-value
	n=36,915		n=724		n=328		n=37,967		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
薬物依存症は精神疾患(心の病気)であること									0.099
知っている	32,770	(88.8)	622	(85.9)	279	(85.1)	33,671	(88.7)	
知らない	3,685	(10.0)	85	(11.7)	39	(11.9)	3,809	(10.0)	
無回答・無効回答	460	(1.2)	17	(2.3)	10	(3.0)	487	(1.3)	
薬物乱用によるフラッシュバック									0.324
知っている	29,016	(78.6)	554	(76.5)	222	(67.7)	29,792	(78.5)	
知らない	7,451	(20.2)	156	(21.5)	94	(28.7)	7,701	(20.3)	
無回答・無効回答	448	(1.2)	14	(1.9)	12	(3.7)	474	(1.2)	
大麻使用の認知・運動機能低下による交通事故の危険性									0.205
知っている	31,373	(85.0)	595	(82.2)	264	(80.5)	32,232	(84.9)	
知らない	5,070	(13.7)	110	(15.2)	53	(16.2)	5,233	(13.8)	
無回答・無効回答	472	(1.3)	19	(2.6)	11	(3.4)	502	(1.3)	
大麻の長期使用による記憶障害									0.436
知っている	28,533	(77.3)	547	(75.6)	237	(72.3)	29,317	(77.2)	
知らない	7,915	(21.4)	163	(22.5)	80	(24.4)	8,158	(21.5)	
無回答・無効回答	467	(1.3)	14	(1.9)	11	(3.4)	492	(1.3)	
18歳未満からの大麻使用で依存症になる危険性									0.613
知っている	26,336	(71.3)	506	(69.9)	217	(66.2)	27,059	(71.3)	
知らない	10,113	(27.4)	203	(28.0)	95	(29.0)	10,411	(27.4)	
無回答・無効回答	466	(1.3)	15	(2.1)	16	(4.9)	497	(1.3)	
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	29,575	(80.1)	534	(73.8)	244	(74.4)	30,353	(79.9)	
知らない	6,859	(18.6)	170	(23.5)	72	(22.0)	7,101	(18.7)	
無回答・無効回答	481	(1.3)	20	(2.8)	12	(3.7)	513	(1.4)	
市販薬の乱用による薬物依存症									0.001
知っている	28,337	(76.8)	513	(70.9)	221	(67.4)	29,071	(76.6)	
知らない	8,065	(21.8)	196	(27.1)	91	(27.7)	8,352	(22.0)	
無回答・無効回答	513	(1.4)	15	(2.1)	16	(4.9)	544	(1.4)	
市販薬の過量服薬による急性中毒死									0.033
知っている	29,006	(78.6)	541	(74.7)	220	(67.1)	29,767	(78.4)	
知らない	7,440	(20.2)	168	(23.2)	91	(27.7)	7,699	(20.3)	
無回答・無効回答	469	(1.3)	15	(2.1)	17	(5.2)	501	(1.3)	
薬物乱用の誘いを断る自信									<0.001
大変ある	28,191	(76.4)	435	(60.1)	230	(70.1)	28,856	(76.0)	
どちらかといえばある	6,293	(17.0)	154	(21.3)	52	(15.9)	6,499	(17.1)	
どちらかといえばない	898	(2.4)	67	(9.3)	12	(3.7)	977	(2.6)	
まったくない	1,065	(2.9)	52	(7.2)	17	(5.2)	1,134	(3.0)	
無回答・無効回答	468	(1.3)	16	(2.2)	17	(5.2)	501	(1.3)	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表38.性別にみた過去1年間の市販薬乱用の経験及び市販薬乱用時に用いた市販薬の入手先

	性別										p-value	
	男子		女子		その他・不明		無回答・無効回答		合計			
	n=19,007		n=18,462		n=397		n=101		n=37,967			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
過去1年間の市販薬乱用経験												<0.001
あり	289	(1.5)	404	(2.2)	26	(6.5)	5	(5.0)	724	(1.9)		
なし	18,529	(97.5)	17,925	(97.1)	367	(92.4)	94	(93.1)	36,915	(97.2)		
無回答・無効回答	189	(1.0)	133	(.7)	4	(1.0)	2	(2.0)	328	(.9)		
市販薬乱用経験者が乱用時に用いた市販薬の入手先(乱用経験のある者を分母として割合を算出した、複数回答可)												
薬局・ドラッグストア等の実店舗	186	(64.4)	265	(65.6)	10	(38.5)	4	(80.0)	465	(64.2)	0.001	
インターネット	9	(3.1)	13	(3.2)	3	(11.5)	0	(0.0)	25	(3.5)	0.105	
友人・恋人・知人	5	(1.7)	18	(4.5)	3	(11.5)	0	(0.0)	26	(3.6)	0.028	
家の常備薬	65	(22.5)	162	(40.1)	12	(46.2)	2	(40.0)	241	(33.3)	<0.001	
その他	16	(5.5)	17	(4.2)	4	(15.4)	0	(0.0)	37	(5.1)	0.050	
入手先不明	17	(5.9)	12	(3.0)	1	(3.8)	0	(0.0)	30	(4.1)	0.101	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表39.学年別にみた過去1年間の市販薬乱用の経験及び市販薬乱用時に用いた市販薬の入手先

	学年								p-value	
	1年生		2年生		3年生		合計			
	n=12,847		n=12,726		n=12,394		n=37,967			
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
過去1年間の市販薬乱用経験										0.053
あり	271	(2.1)	242	(1.9)	211	(1.7)	724	(1.9)		
なし	12,428	(96.7)	12,383	(97.3)	12,104	(97.7)	36,915	(97.2)		
無回答・無効回答	148	(1.2)	101	(.8)	79	(.6)	328	(.9)		
市販薬乱用経験者が乱用時に用いた市販薬の入手先(乱用経験のある者を分母として割合を算出した、複数回答可)										
薬局・ドラッグストア等の実店舗	175	(64.6)	155	(64.0)	135	(64.0)	465	(64.2)	0.993	
インターネット	4	(1.5)	9	(3.7)	12	(5.7)	25	(3.5)	0.037	
友人・恋人・知人	7	(2.6)	4	(1.7)	15	(7.1)	26	(3.6)	0.004	
家の常備薬	85	(31.4)	83	(34.3)	73	(34.6)	241	(33.3)	0.612	
その他	14	(5.2)	14	(5.8)	9	(4.3)	37	(5.1)	0.773	
入手先不明	10	(3.7)	9	(3.7)	11	(5.2)	30	(4.1)	0.630	

検定は、無回答・無効回答を除外して行った。

割合(%)が1.0以下となる場合、小数点の表記は、例えば「0.1」であれば「(.1)」と記載した。

表40.全国中学生の推定値：違法薬物生涯経験率（性別）の推移

調査年	中学生全体			男子中学生			女子中学生		
	点推定値 (%)	95%CI		点推定値 (%)	95%CI		点推定値 (%)	95%CI	
		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
2024年	0.07	0.05	0.11	0.08	0.04	0.14	0.04	0.02	0.07
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
2024年	0.13	0.09	0.18	0.16	0.09	0.26	0.07	0.04	0.12
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
2024年	0.06	0.03	0.09	0.05	0.02	0.11	0.03	0.02	0.06
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
2024年	0.06	0.04	0.09	0.07	0.03	0.13	0.02	0.01	0.04
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ									
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
2024年	0.10	0.07	0.14	0.11	0.06	0.19	0.05	0.03	0.09
いずれかの違法薬物									
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
2024年	0.18	0.13	0.24	0.22	0.14	0.33	0.10	0.06	0.15

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。

95%CI: 95%信頼区間 (95% confidence interval)

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

推定値の算出には、R (ver. 4.4.1), survey (ver. 4.4-2) を用い、点推定値および95%信頼区間を算出した。

表41.全国中学生の推定値：違法薬物生涯経験率(学年別)の推移

調査年	1年生			2年生			3年生		
	点推定値 (%)	95%CI		点推定値 (%)	95%CI		点推定値 (%)	95%CI	
		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
2024年	0.09	0.04	0.16	0.07	0.03	0.14	0.05	0.02	0.12
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
2024年	0.14	0.08	0.23	0.16	0.09	0.27	0.09	0.04	0.17
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
2024年	0.07	0.03	0.13	0.06	0.03	0.10	0.04	0.01	0.11
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
2024年	0.07	0.04	0.13	0.05	0.03	0.09	0.05	0.01	0.11
大麻、覚醒剤および危険ドラッグ									
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
2024年	0.12	0.07	0.21	0.11	0.06	0.19	0.05	0.02	0.12
いずれかの違法薬物									
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
2024年	0.20	0.13	0.31	0.23	0.14	0.36	0.10	0.04	0.18

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。

95%CI: 95%信頼区間 (95% confidence interval)

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

推定値の算出には、R (ver. 4.4.1), survey (ver. 4.4-2) を使い、点推定値および95%信頼区間を算出した。

表42.全国中学生の推定値:アルコール・タバコの経験率(生涯、過去1年間)(性別)の推移

調査年	中学生全体			男子中学生			女子中学生		
	点推定値 (%)	95%CI		点推定値 (%)	95%CI		点推定値 (%)	95%CI	
		下限	上限		下限	上限		下限	上限
アルコール使用(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
2024年	14.9	14.0	15.8	17.4	16.2	18.6	12.0	11.0	13.0
アルコール使用(過去1年間)									
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
2024年	5.7	5.3	6.1	6.9	6.3	7.5	4.3	3.8	4.8
タバコ使用(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
2024年	1.3	1.1	1.6	1.7	1.4	2.1	0.9	0.7	1.1
タバコ使用(過去1年間)									
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
2024年	0.7	0.6	0.9	1.0	0.7	1.3	0.4	0.3	0.5

95%CI: 95%信頼区間 (95% confidence interval)

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

推定値の算出には、R (ver. 4.4.1), survey (ver. 4.4-2) を用い、点推定値および95%信頼区間を算出した。

表43.全国中学生の推定値:アルコール・タバコの経験率(生涯、過去1年間)(学年別)の推移

調査年	1年生			2年生			3年生		
	点推定値 (%)	95%CI		点推定値 (%)	95%CI		点推定値 (%)	95%CI	
		下限	上限		下限	上限		下限	上限
アルコール使用(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
2024年	15.5	14.2	16.8	13.9	12.8	15.1	15.3	13.6	17.2
アルコール使用(過去1年間)									
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
2024年	5.9	5.3	6.6	5.2	4.6	5.8	6.0	5.1	7.0
タバコ使用(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
2024年	1.2	0.9	1.5	1.4	1.1	1.7	1.5	1.1	1.8
タバコ使用(過去1年間)									
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
2024年	0.6	0.4	0.8	0.7	0.5	1.0	0.8	0.5	1.2

95%CI: 95%信頼区間 (95% confidence interval)

2020年調査はCOVID-19の感染拡大に伴い中止とした。

推定値の算出には、R (ver. 4.4.1), survey (ver. 4.4-2) を用い、点推定値および95%信頼区間を算出した。

表44. 全国中学生の推定値(全体、性別、学年別): 違法薬物の生涯経験率

生涯経験(Lifetime use)									
	中学生全体 (Total)			男子 (Male)			女子 (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
大麻 (Marijuana)	0.07	0.05	0.11	0.08	0.04	0.14	0.04	0.02	0.07
有機溶剤 (Inhalants)	0.13	0.09	0.18	0.16	0.09	0.26	0.07	0.04	0.12
覚醒剤 (Methamphetamine)	0.06	0.03	0.09	0.05	0.02	0.11	0.03	0.02	0.06
危険ドラッグ (NPS)	0.06	0.04	0.09	0.07	0.03	0.13	0.02	0.01	0.04
大・覚・危のいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)	0.10	0.07	0.14	0.11	0.06	0.19	0.05	0.03	0.09
いずれかの違法薬物 (Any illicit drugs)	0.18	0.13	0.24	0.22	0.14	0.33	0.10	0.06	0.15
	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)	0.09	0.04	0.16	0.07	0.03	0.14	0.05	0.02	0.12
有機溶剤 (Inhalants)	0.14	0.08	0.23	0.16	0.09	0.27	0.09	0.04	0.17
覚醒剤 (Methamphetamine)	0.07	0.03	0.13	0.06	0.03	0.10	0.04	0.01	0.11
危険ドラッグ (NPS)	0.07	0.04	0.13	0.05	0.03	0.09	0.05	0.01	0.11
大・覚・危のいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)	0.12	0.07	0.21	0.11	0.06	0.19	0.05	0.02	0.12
いずれかの違法薬物 (Any illicit drugs)	0.20	0.13	0.31	0.23	0.14	0.36	0.10	0.04	0.18

NPS: New Psychoactive Substances

大・覚・危のいずれか: 大麻・覚醒剤・危険ドラッグのいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)

95%CI: 95%信頼区間 (95% confidence interval)

推定値の算出には、R (ver. 4.4.1), survey (ver. 4.4-2) を用い、点推定値および95%信頼区間を算出した。

表45. 全国中学生の推定値(全体、性別、学年別): 違法薬物の過去1年間の経験率

過去1年間の経験 (Use in the past year)									
	中学生全体 (Total)			男子 (Male)			女子 (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
大麻 (Marijuana)	0.04	0.02	0.07	0.05	0.02	0.10	0.02	0.00	0.05
有機溶剤 (Inhalants)	0.08	0.04	0.13	0.09	0.04	0.17	0.05	0.02	0.09
覚醒剤 (Methamphetamine)	0.03	0.01	0.05	0.03	0.01	0.07	0.01	0.00	0.03
危険ドラッグ (NPS)	0.03	0.01	0.05	0.04	0.02	0.09	0.01	0.00	0.03
大・覚・危のいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)	0.05	0.03	0.08	0.07	0.03	0.12	0.02	0.00	0.05
いずれかの違法薬物 (Any illicit drugs)	0.11	0.07	0.16	0.13	0.07	0.22	0.06	0.03	0.11
	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)	0.05	0.02	0.10	0.02	0.01	0.06	0.04	0.01	0.09
有機溶剤 (Inhalants)	0.08	0.04	0.15	0.10	0.05	0.19	0.05	0.02	0.13
覚醒剤 (Methamphetamine)	0.03	0.02	0.06	0.02	0.01	0.05	0.02	0.00	0.07
危険ドラッグ (NPS)	0.04	0.02	0.06	0.02	0.00	0.05	0.03	0.01	0.09
大・覚・危のいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)	0.08	0.04	0.13	0.03	0.01	0.07	0.04	0.01	0.10
いずれかの違法薬物 (Any illicit drugs)	0.12	0.07	0.21	0.12	0.06	0.21	0.07	0.03	0.15

NPS: New Psychoactive Substances

大・覚・危のいずれか: 大麻・覚醒剤・危険ドラッグのいずれか (Any of Marijuana, Methamphetamine and NPS)

95%CI: 95%信頼区間 (95% confidence interval)

推定値の算出には、R (ver. 4.4.1), survey (ver. 4.4-2) を用い、点推定値および95%信頼区間を算出した。

表46.全国中学生の推定値(全体、性別、学年別):市販薬乱用の過去1年間の経験率

市販薬乱用(Over-the-counter drug abuse)									
	中学生全体 (Total)			男子 (Male)			女子 (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)	1.8	1.6	2.0	1.5	1.3	1.7	2.0	1.7	2.3
	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)	2.1	1.8	2.4	1.8	1.5	2.1	1.6	1.3	1.9

95%CI: 95%信頼区間 (95% confidence interval)

推定値の算出には、R (ver. 4.4.1), survey (ver. 4.4-2) を用い、点推定値および95%信頼区間を算出した。

表47.全国中学生の推定値(全体、性別、学年別):アルコールの経験率(生涯、過去1年間)

アルコール使用(Alcohol use)

	中学生全体 (Total)			男子 (Male)			女子 (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)	14.9	14.0	15.8	17.4	16.2	18.6	12.0	11.0	13.0
過去1年 (Past year)	5.7	5.3	6.1	6.9	6.3	7.5	4.3	3.8	4.8
	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)	15.5	14.2	16.8	13.9	12.8	15.1	15.3	13.6	17.2
過去1年 (Past year)	5.9	5.3	6.6	5.2	4.6	5.8	6.0	5.1	7.0

95%CI: 95%信頼区間 (95% confidence interval)

推定値の算出には、R (ver. 4.4.1), survey (ver. 4.4-2) を用い、点推定値および95%信頼区間を算出した。

表48.全国中学生の推定値(全体、性別、学年別):タバコの経験率(生涯、過去1年間)

タバコの使用(Tobacco use)

	中学生全体 (Total)			男子 (Male)			女子 (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	1.6	1.7	1.4	2.1	0.9	0.7	1.1
過去1年 (Past year)	0.7	0.6	0.9	1.0	0.7	1.3	0.4	0.3	0.5
	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)	1.2	0.9	1.5	1.4	1.1	1.7	1.5	1.1	1.8
過去1年 (Past year)	0.6	0.4	0.8	0.7	0.5	1.0	0.8	0.5	1.2

95%CI: 95%信頼区間 (95% confidence interval)

推定値の算出には、R (ver. 4.4.1), survey (ver. 4.4-2) を用い、点推定値および95%信頼区間を算出した。

表49.全国中学生の推定値(全体、性別、学年別):ノンアルコール飲料の過去1年間の経験率

ノンアルコール飲料(Non-alcoholic beverages)

	中学生全体 (Total)			男子 (Male)			女子 (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	7.7	8.7	8.9	8.2	9.5	7.3	6.7	8.0
	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)	8.9	8.2	9.6	8.2	7.5	8.8	7.4	6.6	8.2

95%CI: 95%信頼区間 (95% confidence interval)

推定値の算出には、R (ver. 4.4.1), survey (ver. 4.4-2) を用い、点推定値および95%信頼区間を算出した。

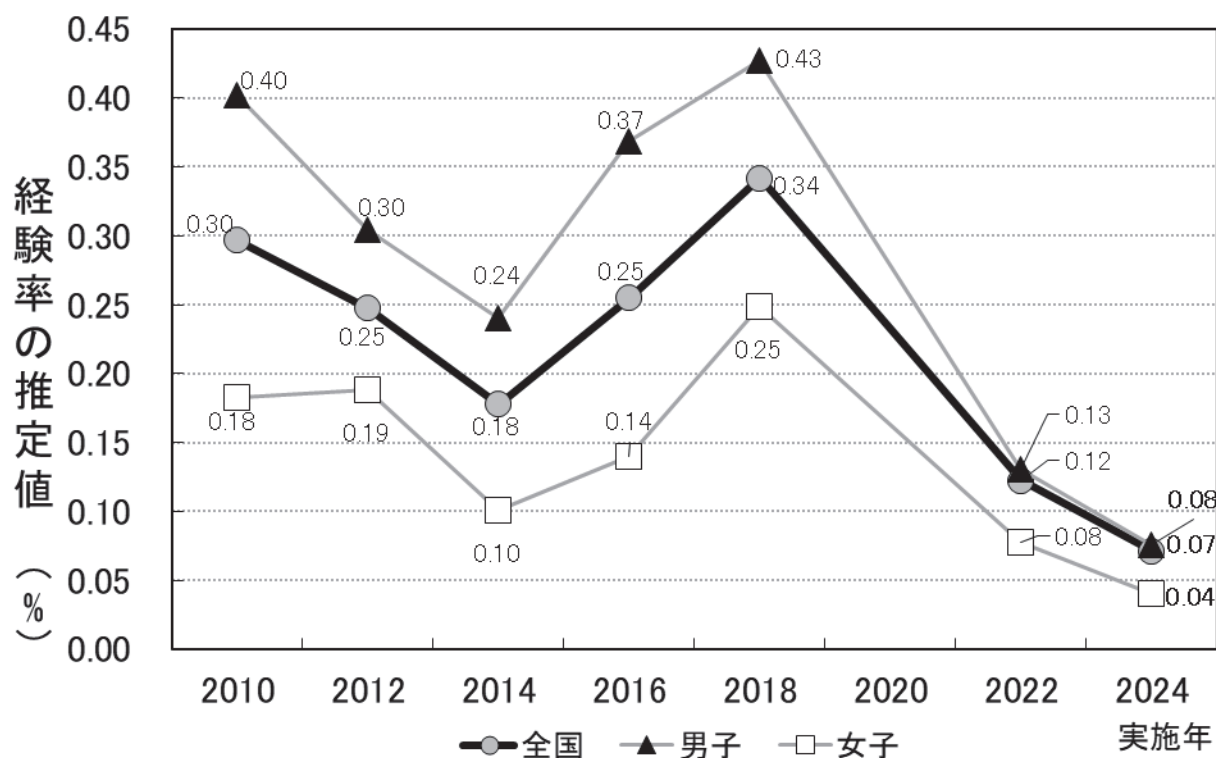


図14. 大麻生涯経験率の推定値の推移（2010-2024年）

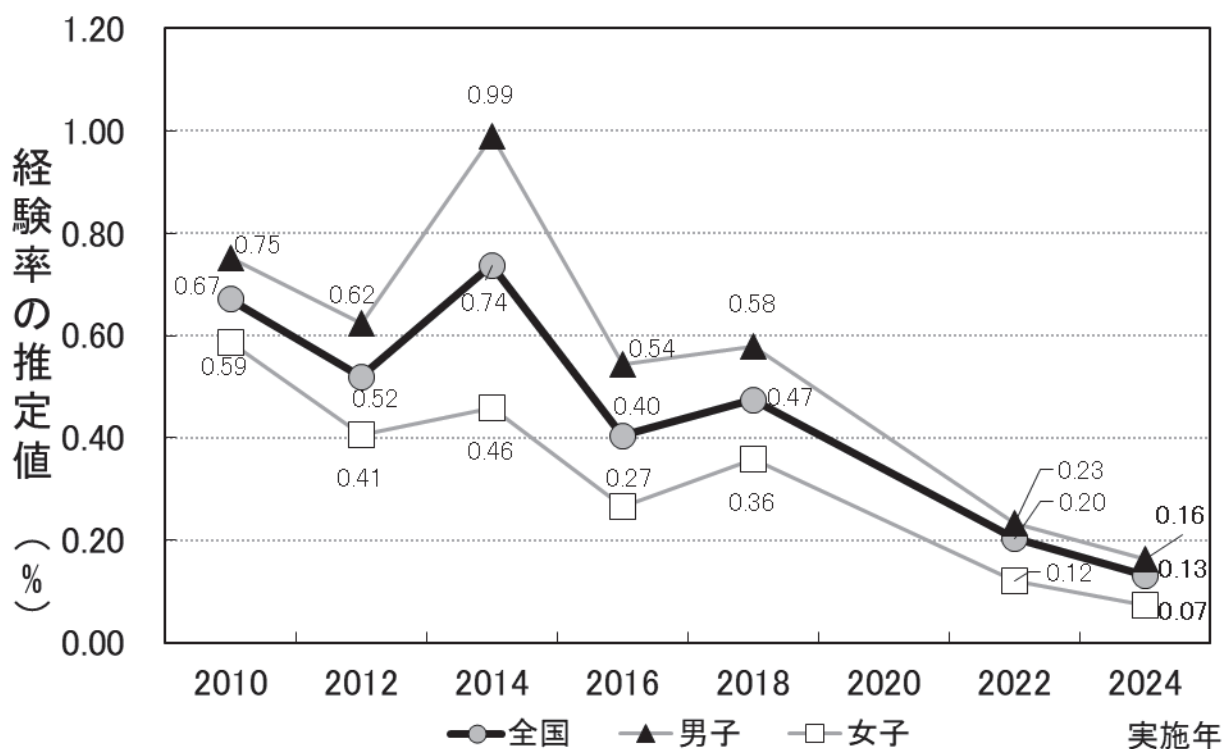


図15. 有機溶剤生涯経験率の推定値の推移（2010-2024年）

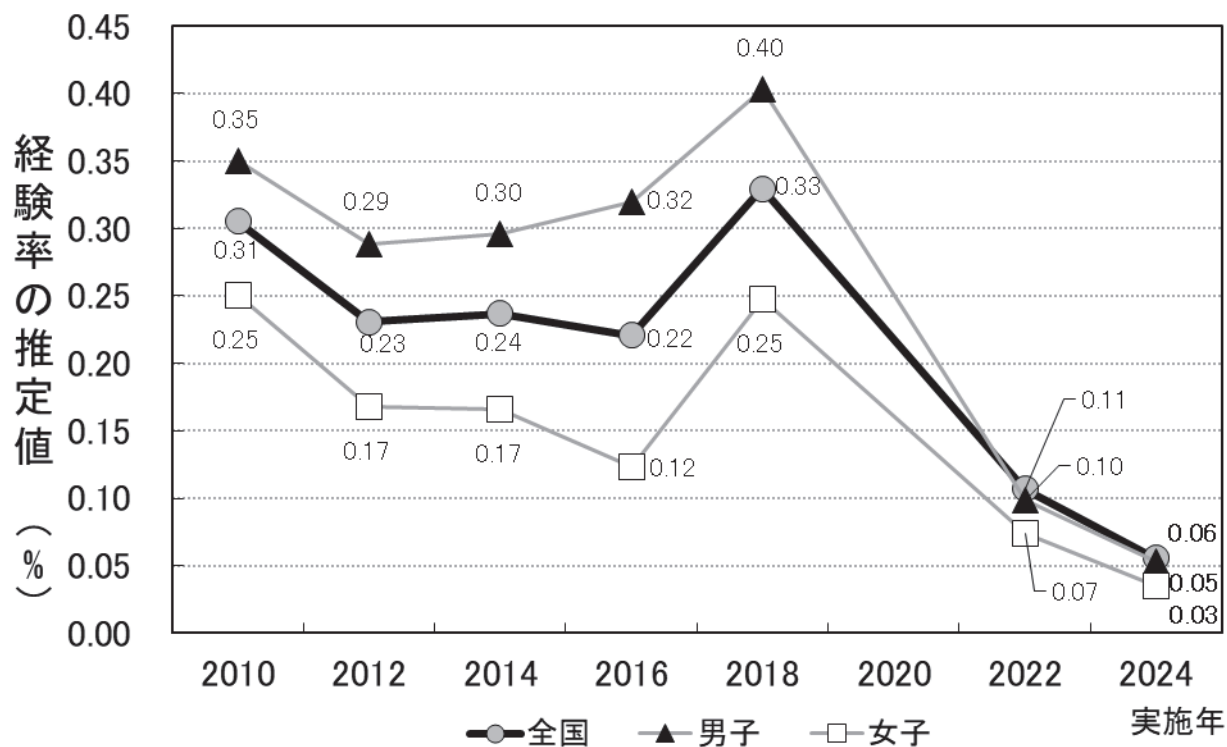


図16. 覚醒剤生涯経験率の推定値の推移（2010-2024年）

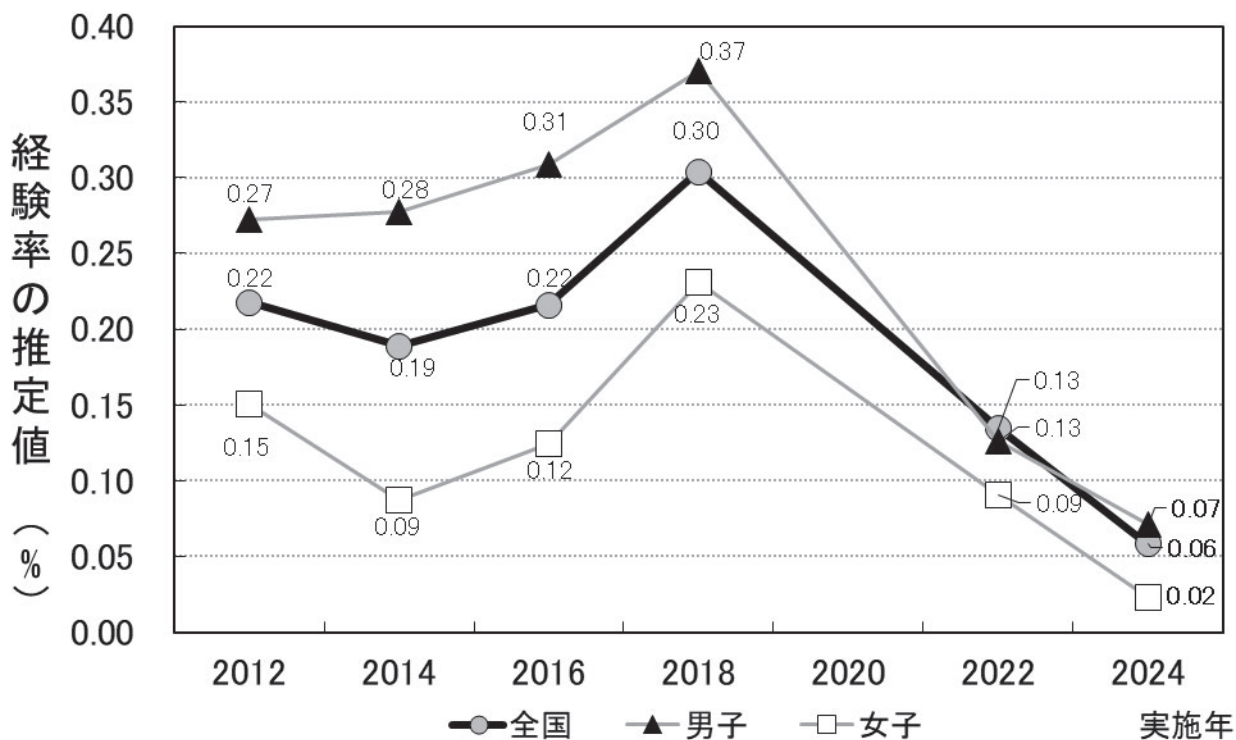


図17. 危険ドラッグ生涯経験率の推定値の推移（2012-2024年）

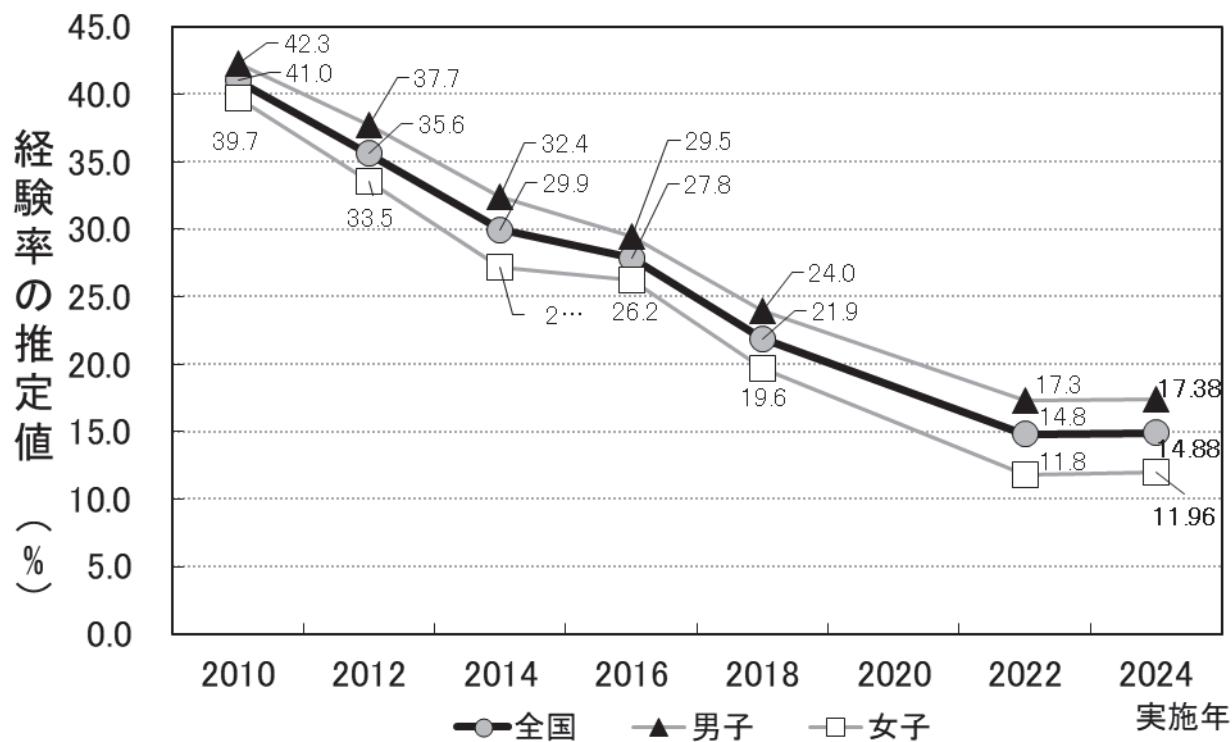


図18. アルコール生涯経験率の推定値の推移（2010-2024年）

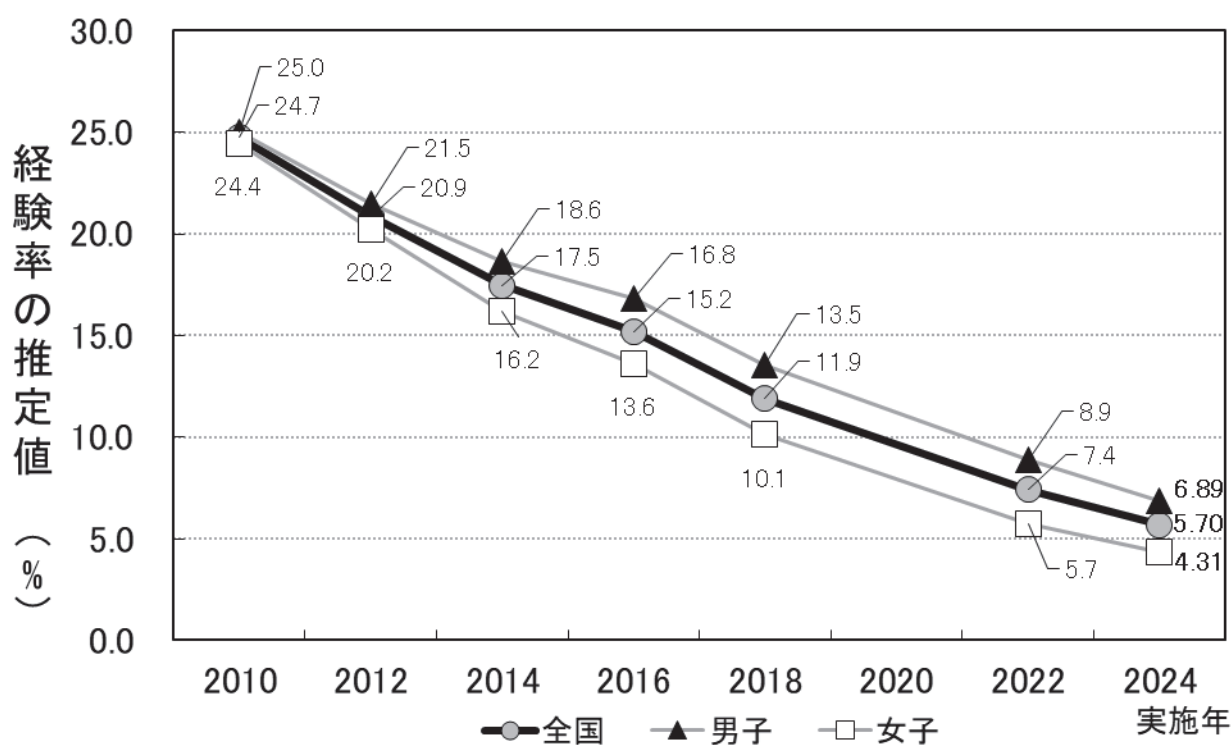


図19. アルコール過去1年経験率の推定値の推移（2010-2024年）

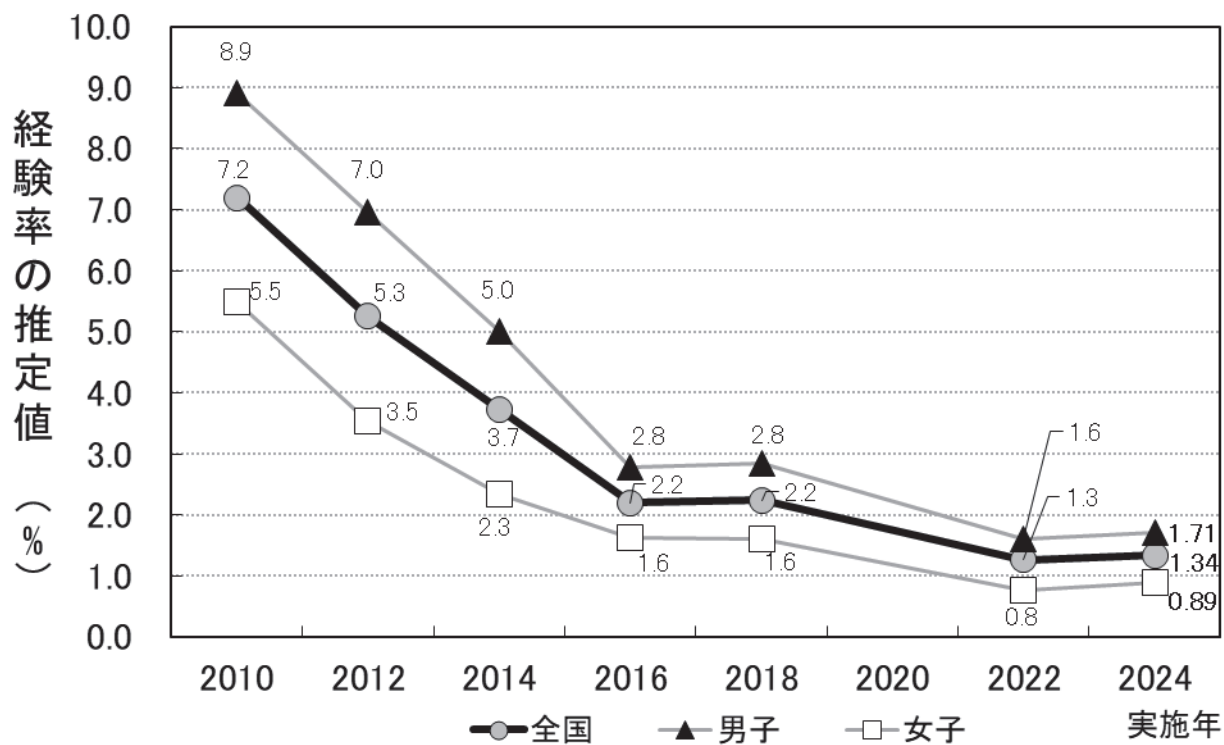


図20. タバコ生涯経験率の推定値の推移（2010-2024年）

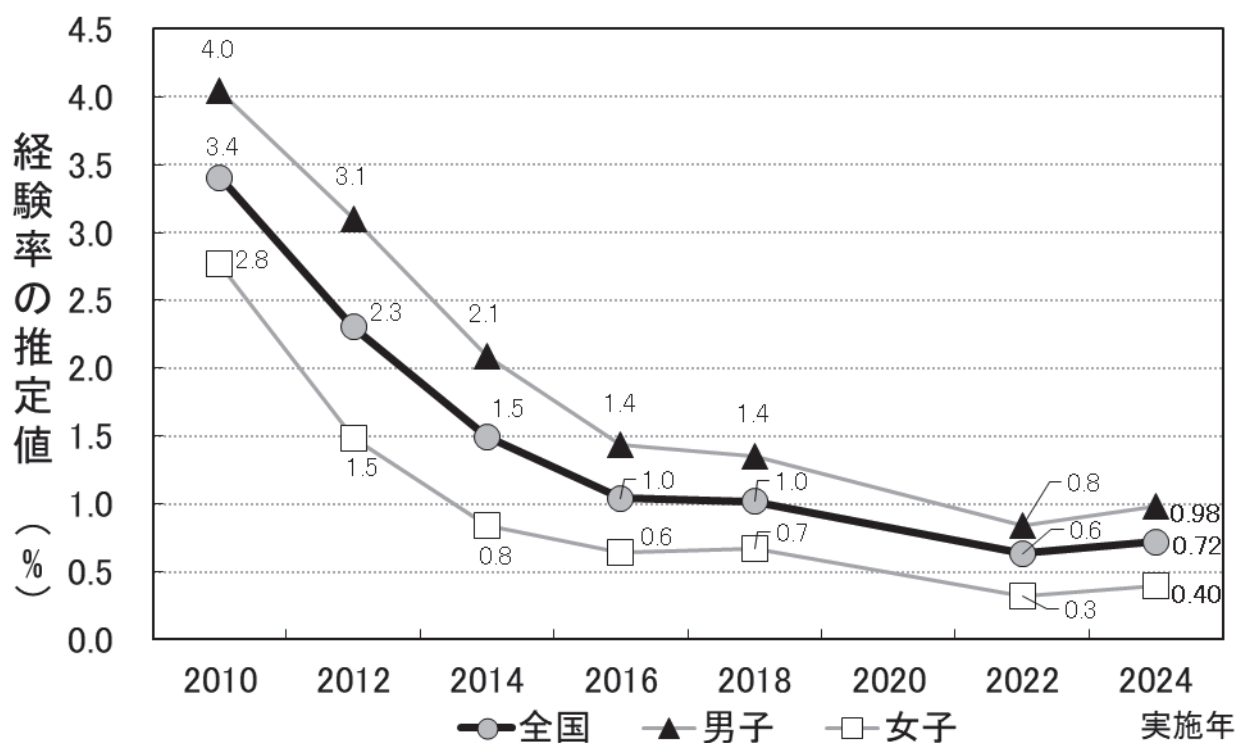


図21. タバコ過去1年経験率の推定値の推移（2010-2024年）

飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査2024 (第14版-24)

このアンケートは、全国の中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てます。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、ことわりのない限り、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封をして提出してください。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、下記の同意欄(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、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。



同意する

※こちらに○が付いていない場合は、アンケートの回答状況を確認の上、同意と判断させていただく場合がございますので、予めご承知おさください。

調査主体

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)



国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター
National Center of Neurology and Psychiatry

- 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、大人が不在の状態で、毎日平均どの程度の時間を過ごしますか?
1. なし、あるいは、ほとんどなし 2. 1時間未満 3. 1～2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. 両親がいない(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。あなたは日常生活や学校生活などの様々な場面で「生きづらさ」をどのくらい感じていますか?
1. かなり感じている 2. どちらかといえば感じている
3. どちらかといえば感じていない 4. まったく感じていない

質問12 これまでに1回でも、アルコールを飲んだことがありますか?ある場合は、初めて飲んだ時の年齢を選んでください。

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13 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14 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15 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16 これまでに1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17 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18 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19 この1年間に、あなたは市販薬(咳止め薬、風邪薬、解熱鎮痛薬など)を乱用目的(治療目的ではなく)で使用したことがありますか?ここでいう乱用目的とは「ハイになるために、気分をかえるために決められた量や回数を超えて使用すること」と定義します。

1. ある 2. ない

質問19-1 この1年間に、市販薬の乱用経験がある人のみお答えください。

乱用に用いた市販薬をどのように入手しましたか?(当てはまるものすべてに○)

1. 一度も乱用経験がない 2. 薬局・ドラッグストア等の実店舗で購入した 3. インターネットで購入した
4. 友人・恋人・知人から譲り受けた 5. 家の常備薬から
6. その他の方法で入手した(具体的に: _____)

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「シンナー（有機溶剤）」の使用とは、乱用目的での自己摂取を指します。

※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
たいま 大麻（マリファナ）	1	2
ゆうきようざい シンナー（有機溶剤）	1	2
かくせいざい 覚醒剤	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
たいま 大麻（マリファナ）	1	2	3	4
ゆうきようざい 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ありません。また、そのような義務がないことも確認しています。

	1. 1回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
たいま 大麻（マリファナ）	1	2	3
ゆうきようざい 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
たいま 大麻（マリファナ）	1	2	3
ゆうきようざい 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、やめたくてもやめられない状態となる薬物依存症が精神疾患(心の病気)であることを知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

質問25 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26 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27 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、記憶に悪影響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28 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知っていますか？

1. 知っている 2. 知らない

質問29 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30 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、一度に大量の薬を飲むことで(オーバードーズ)、意識を失ってしまったり(意識障害)、呼吸ができなくなったりして(呼吸障害)、最悪の場合、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32 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（2024 年）

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

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

研究協力者 宇佐美 貴士 国立病院機構肥前精神医療センター 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

西村 晃萌 国立精神・神経医療研究センター病院 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

谷渕 由布子 医療法人同和会千葉病院 医師

大宮 宗一郎 上越教育大学大学院学校教育研究科発達支援・心理臨床教育学系講師

研究要旨

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

【方法】対象症例は、2024 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、個人情報を含まない臨床的情報に関して、各担当医が診療録から調査票に転記する方法を採用した。

【結果】今回の調査では、対象施設 1525 施設のうち、1098 施設 (72.0%) の協力を得て、221 施設 (14.5%) の施設から総計 2765 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 2702 症例を分析対象とした。「主たる薬物」として最も多かったのは、覚醒剤 1230 例 (45.5%) であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 470 例 (17.4%)、市販薬 409 例 (15.1%)、多剤 197 例 (7.3%)、大麻 168 例 (6.2%)、揮発性溶剤 117 例 (4.3%)、危険ドラッグ類 35 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%)、その他 14 例 (0.5%)、MDMA 以外の幻覚剤 12 例 (0.4%)、MDMA 11 例 (0.4%)、コカイン 10 例 (0.4%)、ADHD 治療薬 7 例 (0.3%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 5 例 (0.2%)、ヘロイン 2 例 (0.1%) という順であった。

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 1221 例 (45.2%) であった。「1 年以内使用あり」症例における「主たる薬物」として最多は覚醒剤 342 例 (28.0%) であり、次いで市販薬 312 例 (25.6%)、睡眠薬・抗不安薬 276 例 (22.6%)、大麻 105 例 (8.6%)、多剤 104 例 (8.5%)、揮発性溶剤 28 例 (2.3%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオイド含む) 10 例 (0.8%)、危険ドラッグ類 10 例 (0.8%)、MDMA 以外の幻覚剤 7 例 (0.6%)、MDMA 7 例 (0.6%)、コカイン 5 例 (0.4%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 3 例 (0.2%)、ADHD 治療薬 3 例 (0.2%)、ヘロイン 1 例 (0.1%) であった。

全体症例中 ICD-10 F1 診断下位分類としては「F1x. 2 依存症候群」1692 例 (62.6%)、「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」640 例 (23.7%)、「F1x. 1 有害な使用」442 例 (16.4%) の順となった。併存精神障害では「F3 気分障害」654 例 (24.2%)、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」556 例 (20.6%)、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」315 例 (11.7%) の順であった。

【考察と結論】今回の調査では前回調査よりも症例数が増加した。全体的な増加ではなく、市販薬関連精神疾患症例の増加であり、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 年以内の故意の自傷や自殺企図ありの割合と、1 年以内使用ありの割合がともに高く、また、併存精神障害が高率で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、覚醒剤乱用が一気に若年層に拡大して、第 3 次覚醒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、覚醒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 2010 年代では、いわゆる脱法ハーブなどの危険ドラッグ類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、あくまでも表面的な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精神疾患患者のデータ解析から、2012～2014 年に行われた危険ドラッグ類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精神疾患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、危険ドラッグ類が入手できなくなったことで、覚醒剤や大麻、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。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、危険ドラッグ類から市販薬へとシフトしていることも指摘し、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類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。

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（2019）は、危険ドラッグ類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み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。

この声明は国際機関の動向に大きな影響を与えた。事実、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ものといえる。

しかしその一方で、こうした国際的潮流とは異なり、わが国では 2023 年 12 月に大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の一部を改正する法律が成立し、2024 年 12 月 12 日に施行された。大麻の厳罰化ともいえるこの改正は国際的な流れと逆行している。時を同じくして 2023 年頃には「大麻グミ」と呼ばれ、THC の構造を変えた半合成カンナビノイド製品が含まれる、いわば脱法大麻のようなものが巷に流通し、社会問題となった。これは危険ドラッグ類の規制により健康被害が増加したという苦い経験を繰り返

返しているのではないかと危惧される。

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、2024 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、国立研究開発法人や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、市区町村立病院 57 施設）、大学病院 82 施設、そして民間精神病院 1277 施設の計 1525 施設である。

2. 方法

1) 調査期間及び対象症例

調査期間は従来と同様に、2024 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疾患患者」のすべてである。

2) 調査用紙の発送及び回収

調査対象施設に対して、あらかじめ 2024 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診療録を参照してもらい、調査用紙への記載を求めた。調査用紙回

収の期限は 2024 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、2025 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

調査用紙全般の質問項目は、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、矯正施設入所歴）
- 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）
- 入院歴や自助グループ参加歴などの治療の状況
- 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 2024 年度に設定した関心項目

- 最近 1 年以内の故意の自傷（リストカット・過量服薬）や自殺企図の有無
- 現在の司法関連機関の監督下（保護観察や仮釈放など）の状況

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 16) 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 覚醒剤
- b 揮発性溶剤（シンナー、トルエン、ブタン、フロンなど）

- 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 危険ドラッグ類
- 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（注意欠如・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」が危険ドラッグ類の場合はそれが半合成カンナビノイド（HHC、THCH、THCO、HHCH、HHCN）に該当するかどうかの情報を、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、睡眠薬・抗不安薬やオピオイド系の鎮痛薬、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 年以内に使用あり」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 1 年以内の故意の自傷や自殺企図に関する解析：各種項目について有無の 2 群に分けて比較・検討
- ④ 年代による比較：各種項目について 10 から 20 代と 30 から 40 代の 2 群に分けて比較・検討
- ⑤ 市販薬 4 種による比較：それぞれ単剤で使用している症例を抽出し 4 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 A2024-041）。

C. 研究結果

今回の調査では、対象施設 1525 施設のうち、1098 施設（72.0%）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 877 施設（57.5%）であった。「該当症例あり」との報告は 221 施設（14.5%）から得られ、その症例数は計 2765 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 2765 症例のうち、性別と年代、及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 2702 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 2702 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 2702 例中、生物学的な性別の構成は、男性 1715 例（63.5%）、女性 986 例（36.5%）であった。

全対象の調査時点における年代構成は、10 代 130 例（4.8%）、20 代 393 例（14.5%）、30 代 458 例（17.0%）、40 代 712 例（26.4%）、50 代 655 例（24.2%）、60 代 260 例（9.6%）、70 代以上 94 例（3.5%）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、1390 例（51.4%）であった。なおここには、10 代で多く占める高校在学中の者は含まれていない（中高在籍中は 95 例）。また、調査時点で何らかの職業を持っている症例は、893 例（33.0%）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、1235 例（45.7%）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 511 例（18.9%）にとどまった。矯正施設への入所歴がある症例は 924 例（34.2%）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 475 例（17.6%）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 1658 例（61.4%）、さらに自助グループの参加経験がある症例は 842 例（31.2%）、民間リハビリ施設の利用経験がある症例は 572 例（21.2%）であった。

本調査で新たな調査項目として、最近 1 年以内の故意の自傷（リストカットや過量服薬）や自殺企図を行った症例は 525 例（19.4%）であった。

同様に新たな調査項目として、現在の司法的処遇では、全部執行猶予の症例が 54 例（2.0%）、一部執行猶予の症例が 24 例（0.9%）、試験観察の症例が 1 例（0.0%）、保護観察の症例が 77 例（2.8%）、仮釈放の症例が 28 例（1.0%）、麻薬中毒者観察指導に該当する症例はなかった。

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 1221 例（45.2%）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使用経験のある薬物の種類としては、覚醒剤が最多で 1477 例（54.7%）、次いで睡眠薬・抗不安薬 898 例（33.2%）、大麻 739 例（27.4%）、揮発性溶剤 669 例（24.8%）、市販薬 631 例（23.4%）、危険ドラッグ類 280 例（10.4%）、MDMA 249 例（9.2%）、コカイン 223 例（8.3%）、MDMA 以外の幻覚剤 223 例（8.3%）、鎮痛薬（処方非オピオイド系）95 例（3.5%）、鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）60 例（2.2%）、ヘロイン 52 例（1.9%）、ADHD 治療薬 41 例（1.5%）、そしてその他が 54 例（2.0%）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、覚醒剤で 692 例（25.6%）に認められた。次いで、揮発性溶剤 592 例（21.9%）、睡眠薬・抗不安薬 474 例（17.5%）、市販薬 394 例（14.6%）、大麻 349 例（12.9%）、危険ドラッグ類 64 例（2.4%）、MDMA 以外の幻覚剤 18 例（0.7%）、MDMA 13 例（0.5%）、鎮痛薬（処方オピオイド系）15 例（0.6%）、鎮痛薬（処方非オピオイド系：弱オピオイド含む）11 例（0.4%）、ADHD 治療薬 8 例（0.3%）、コカイン 3 例（0.1%）、ヘロイン 2 例（0.1%）、そしてその他 33 例（1.2%）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、覚醒剤 1230 例（45.5%）であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 470 例（17.4%）、市販薬 409 例（15.1%）、多剤 197 例（7.3%）、大麻 168 例（6.2%）、揮発性溶剤 117 例（4.3%）、危険ドラッグ類 35 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%）、その他 14 例（0.5%）、MDMA 以外の幻覚剤 12 例（0.4%）、MDMA 11 例（0.4%）、コカイン 10 例（0.4%）、ADHD 治療薬 7 例（0.3%）、鎮痛薬（処方非オピオイド系）5 例（0.2%）、ヘロイン 2 例（0.1%）という順であった。

危険ドラッグ類 35 例（1.3%）の内訳として、半合成カンナビノイド製品は 12 例（34.3%）であった。

睡眠薬・抗不安薬の内訳として、エチゾラム 168 例（38.9%）、ゾルピデム 146 例（33.8%）、フルニトラゼパム 109 例（25.2%）、トリアゾラム 67 例（15.5%）であり、その他の回答としてブロチゾラムや海外からの輸入品であるザレプロンなどがみられ、ほとんどがベンゾジアゼピン受容体作動薬で占められた。

鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）の内訳として、トラマドール（トラマル、トラムセットなど）7 例（50.0%）、医療用麻薬（モルヒネ、オキシコドンなど）4 例（28.6%）、向精神薬（ペンタゾシン、ブプレノルフィンなど）2 例（14.3%）、コデイン 1 例（7.1%）の順であった。

市販薬の内訳として、コデイン含有群 248 例（61.4%）、デキストロメトルファン含有群 154 例（38.1%）、ブロムワレリル尿素主剤群 53 例（13.1%）、ジフェンヒドラミン主剤群 41 例（10.1%）、アリルイソプロピルアセチル尿素含有群 26 例（6.4%）、カフェイン単剤群 14 例（3.5%）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」129 例（4.8%）、「F1x. 1 有害な使用」442 例（16.4%）、「F1x. 2 依存症候群」1692 例（62.6%）、「F1x. 3 離脱状態」68 例（2.5%）、「F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態」39 例（1.4%）、「F1x. 5 精神障害」266 例（9.8%）、「F1x. 6 健忘症候群」18 例（0.7%）、「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神障害」640 例（23.7%）、「F1x. 8 他の精神および行動の障害」22 例（0.8%）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」654 例（24.2）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」556 例（20.6%）、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」315 例（11.7%）、「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」226 例（8.4%）、「F6 成人の人格及び行動の障害」209 例（7.7%）、「F8 心理的発達の障害」184 例（6.8%）、「F7 知的障害（精神遅滞）」183 例（6.8%）、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」73 例（2.7%）、「F0 症状性を含む器質性精神障害」44 例（1.6%）という順であった。

2. 「1 年以内使用あり」症例 1221 例に関する集計結果

全対象症例と比べて、「1 年以内使用あり」症例の方がより薬物関連精神疾患の実態を反映させている可能性が高い。医療機関に繋がっていても薬物使用がとまらず、過量服薬のような問題となる使用が持続していると考えられるからだ。

1) 「1 年以内使用あり」症例の属性（表 8）

全対象症例 2702 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、1221 例（45.2%）であった。以下には、この 1221 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 669 例（54.8%）、女性 552 例（45.2%）であった。「1 年以内使用あり」症例の年代構成は、10 代 114 例（9.3%）、20 代 300 例（24.6%）、30 代 239 例（19.6%）、40 代 281 例（23.0%）、50 代 193 例（15.8%）、60 代 66 例（5.4%）、70 代以上 28（2.3%）であり、20～40 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、732 例（60.0%）であり、調査時点で何らかの職業を持っている症例は、443 例（36.3%）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や有職者の割合が多かった。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、435 例（35.6%）、薬物関連犯罪以外による補導・逮捕歴を持つ症例は 166 例（13.6%）と半分であった。さらに、矯正施設への入所歴がある症例は 276 例（22.6%）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 246 例（20.1%）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 686 例（56.2%）であった。自助グループの参加経験がある症例は 330 例（27.0%）、民間リハビリ施設の利用経験がある症例は 179 例（14.7%）であった。治療への参加については、全対象症例に比べて割合は少し低くなった。

新たな調査項目である最近 1 年以内の故意の自傷や自殺企図については、413 例（33.8%）であり全体症例に比べて割合は大きく増えた。

現在の司法的処遇の状況は、全部執行猶予の症例が 40 例（3.3%）、一部執行猶予の症例が 9 例（0.7%）、試験観察の症例が 1 例（0.1%）、保護観察の症例が 43 例（3.5%）、仮釈放の症例が 17 例（1.4%）、麻薬中毒者観察指導に該当する症例はなかった。全体症例と割合は大きく変わらなかった。

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」症例において生涯使用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 523 例（42.8%）、次いで覚醒剤 448 例（36.7%）、市販薬 438 例（35.9%）、大麻 319 例（26.1%）、揮発性溶剤 151 例（12.4%）、MDMA 120 例（9.8%）、危険ドラッグ類 125 例（10.2%）、MDMA 以外の幻覚剤 104 例（8.5%）、コカイン 97 例（7.9%）、鎮痛薬（処方非オピオイド系）60 例（4.9%）、鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）48 例（3.9%）、ヘロイン 20 例（1.6%）、ADHD 治療薬 19 例（1.6%）、そしてその他が 31 例（2.5%）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醒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 295 例 (24.2%) であり、次いで市販薬 293 例 (24.0%)、覚醒剤 213 例 (17.4%)、大麻 188 例 (15.4%)、揮発性溶剤 118 例 (9.7%)、危険ドラッグ類 29 例 (2.4%)、MDMA 10 例 (0.8%)、MDMA 以外の幻覚剤 9 例 (0.7%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオイド含む) 9 例 (0.7%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 8 例 (0.7%)、ADHD 治療薬 5 例 (0.4%)、コカイン 1 例 (0.1%)、ヘロイン 1 例 (0.1%)、そしてその他が 17 例 (2.0%) であった。

「1 年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象症例の初使用薬物と比べると、睡眠薬・抗不安薬の割合が覚醒剤の割合を逆転し、また市販薬も覚醒剤を抜いて割合が 2 番目に多くなり、違法でない薬物の割合が多くなった。

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、覚醒剤 342 例 (28.0%) であった。次いで市販薬 312 例 (25.6%)、睡眠薬・抗不安薬 276 例 (22.6%)、大麻 105 例 (8.6%)、多剤 104 例 (8.5%)、揮発性溶剤 28 例 (2.3%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオイド含む) 10 例 (0.8%)、危険ドラッグ類 10 例 (0.8%)、MDMA 以外の幻覚剤 7 例 (0.6%)、MDMA 7 例 (0.6%)、コカイン 5 例 (0.4%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 3 例 (0.2%)、ADHD 治療薬 3 例 (0.2%)、ヘロイン 1 例 (0.1%)、そしてその他が 8 例 (0.7%) であった。

睡眠薬・抗不安薬の内訳として、ゾルピデム 97 例 (37.5%)、エチゾラム 94 例 (36.3%)、フルニトラゼパム 65 例 (25.1%)、トリアゾラム 37 例 (14.3%) であった。全対象症例の内訳と比較すると、ゾルピデムの割合がエチゾラムを逆転していた。

市販薬の内訳として、コデイン含有群 187 例 (60.7%)、デキストロメトルフアン含有群 132 例 (42.9%)、ブロムワレリル尿素主剤群 39 例 (12.7%)、ジフェンヒドラミン主剤群 31 例 (10.1%)、アリルイソプロピルアセチル尿素含有群 19 例 (6.2%)、カフェイン単剤群 9 例 (2.9%) 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「薬局」273 例 (22.4%) で、次いで「医療機関 (精神科)」で 265 例 (21.7%)、「密売人」241 例 (19.7%)、「インターネット」178 例 (14.6%)、「知人」118 例 (9.7%)、「医療機関 (身体科)」115 例 (9.4%)、「友人」93 例 (7.6%)、「店舗」79 例 (6.5%)、「恋人・愛人」37 例 (3.0%)、「家族」21 例 (1.7%)、「その他」13 例 (1.1%) 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」113 例 (9.3%)、「F1x. 1 有害な使用」318 例 (26.0%)、「F1x. 2 依存症候群」882 例 (72.2%)、「F1x. 3 離脱状態」49 例 (4.0%)、「F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態」32 例 (2.6%)、「F1x. 5 精神病性障害」118 例 (9.7%)、「F1x. 6 健忘症候群」14 例 (1.1%)、「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」76 例 (6.2%)、「F1x. 8 他の精神および行動の障害」9 例 (0.7%) 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. 0 急性中毒」、「F1x. 1 有害な使用」、「F1x. 2 依存症候群」の割合が増え、「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」の割合が減る結果となった。

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」335 例 (27.4%) 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」323 例 (26.5%)、「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」137 例 (11.2%)、「F6 成人の人格及び行動の障害」126 例 (10.3%)、「F8 心理的発達障害」117 例 (9.6%)、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」111 例 (9.1%)、「F7 知的障害 (精神遅滞)」82 例 (6.7%)、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」40 例 (3.3%)、「F0 症状性を含む器質

性精神障害」21例（1.7%）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、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「F8 心理的発達の障害」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」や「F6 成人の人格及び行動の障害」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、サンプル数の多い覚醒剤、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。

生物学的な性別が男性の割合は、覚醒剤症例（75.4%）、大麻症例（87.6%）では男性の割合が多いが、睡眠薬・抗不安薬症例（38.4%）と市販薬症例（32.4%）では女性の割合が多くなった。年代では、覚醒剤及び睡眠薬・抗不安薬症例が 30～50 代に分布していたのに対し、大麻症例は 20～40 代に分布し、市販薬症例ではさらに若く 10 代と 20 代にピークがあった。

高校卒業以上の学歴を有する者の割合については、覚醒剤症例（48.5%）は少なかった。現在何らかの職についている者の割合については、大麻症例で多かった（51.4%）。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、覚醒剤症例で突出して多く（84.2%）、薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴は、覚醒剤症例（19.0%）、大麻症例（16.2%）で多かった。矯正施設入所歴を持つ者の割合は、覚醒剤症例（59.6%）が突出して多かった。

現在アルコール問題を呈している者の割合については、睡眠薬・抗不安薬症例（25.0%）で多く、大麻症例（11.4%）は少なかった。薬物問題による精神科入院歴は、市販薬症例（66.0%）が多かった。薬物問題による自助グループの参加経験は覚醒剤症例（39.8%）が突出して多く、民間リハビリ施設の利用経験についても、覚醒剤症例（24.9%）が突出して多いが、いずれも睡眠薬・抗不安薬症例、市販薬症例は少なかった。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。

最近 1 年以内の故意の自傷や自殺企図については、市販薬症例（64.7%）が突出して多く覚醒剤症例（10.8%）や大麻症例（14.3%）は少

ない。これらの差はあわよくば死んでも構わないといった自暴自棄使用が背景にあると考えられる。

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ある薬物を比較した結果を表 16 に示す。

覚醒剤症例では揮発性溶剤（25.7%）と大麻（33.3%）の使用経験率が、大麻症例では覚醒剤（21.0%）、コカイン（21.9%）、MDMA（21.0%）、MDMA 以外の幻覚剤（28.6%）の使用経験率がそれぞれ多かった。一方、睡眠薬・抗不安薬症例では市販薬（15.2%）の使用経験率が、市販薬症例では睡眠薬・抗不安薬（33.0%）の使用経験率が多かった。

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。

覚醒剤症例では覚醒剤（55.3%）が、大麻症例では大麻（89.5%）が、睡眠薬・抗不安薬症例では睡眠薬・抗不安薬（76.8%）が、市販薬症例では市販薬（74.4%）がそれぞれ突出して多かった。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。

覚醒剤症例では密売人（55.8%）、次いで知人（18.1%）、インターネット（14.6%）という順だった。大麻症例では友人（30.5%）最も多く、次いで密売人（25.7%）、知人（19.0%）、インターネット（14.3%）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）（73.6%）が大半を占め、次いで医療機関（身体科）（34.4%）であった。市販薬症例では薬局（76.9%）と圧倒的に多く、次いでインターネット（19.9%）、店舗（16.0%）、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・抗不安薬は医療機関、市販薬は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、インターネットという入手経路の割合は増加傾向にあり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診断下位の比較(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(17.6%)に多く、「F1x. 1 有害な使用」については、覚醒剤症例(14.0%)で該当症例が少なく、市販薬症例(40.7%)はこちらも多かった。「F1x. 2 依存症候群」に該当する症例が多かったのは、覚醒剤症例(81.9%)、睡眠薬・抗不安薬症例(75.0%)だが、大麻症例(68.6%)と市販薬症例(64.4%)で該当症例が少なかった。「F1x. 3 離脱状態」と「F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態」に該当する症例に有意差はなかった。

「F1x. 5 精神病性障害」については、覚醒剤症例(20.2%)、大麻症例(18.1%)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、覚醒剤症例(16.4%)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の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、「F3 気分障害」の併存が認められる割合が多く、共通する併存精神障害であることが分かる。なかでも睡眠薬・抗不安薬症例(34.8%)、市販薬症例(30.1%)に多かった。「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」についても同様の傾向にあり、睡眠薬・抗不安薬症例(33.3%)と市販薬症例(36.9%)に多かった。また、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」は有意差がなかった。「F8 心理的発達の障害」は睡眠薬・抗不安薬症例(8.3%)と市販薬症例(17.9%)で多く、「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」については、睡眠薬・抗不安薬症例(4.3%)は少なかった。

3. 「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による比較

今回の調査では、新たに「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無について情報を収集した。「1年以内の故意の自傷や自殺企図」なし

(以下、単に「自傷なし」)(n=2083)、「1年以内の故意の自傷や自殺企図」あり(以下、単に「自傷あり」)(n=525)、不明(n=94)となった。不明の94例を除外し、2群にわけて追加解析を行った。以下に、その結果を提示する。

1) 「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による属性比較(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。

生物学的性別の男性の割合は「自傷なし」(72.5%)、「自傷あり」(29.0%)となり、女性に「自傷あり」が多くみられた。年代では、「自傷なし」が30代~50代に多く分布していたのに対し、「自傷あり」は10代~30代に多く分布していた。

高校卒業以上の学歴を有する者の割合については「自傷あり」(54.7%)に多く、現在何らかの職についている者の割合については「自傷なし」(34.5%)に多かった。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、「自傷なし」(52.8%)に多く、薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴も「自傷なし」(21.0%)に多く、矯正施設入所歴を持つ者の割合も「自傷なし」(39.7%)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、「自傷あり」(24.2%)に多く、薬物問題による入院も「自傷あり」(68.2%)に多かった。薬物問題による自助グループの参加経験は「自傷なし」(33.1%)に多く、民間リハビリ施設の利用経験についても、「自傷なし」(24.1%)が多かった。最近1年以内の使用については、「自傷あり」(78.7%)となり「自傷なし」(36.9%)と大きな差があった。

2) 「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による主たる薬物の比較(表22)

主たる薬物の比較について表22に示す。

覚醒剤症例(55.3%、16.8%)、揮発性溶剤症例(5.0%、1.9%)、大麻症例(7.0%、3.0%)といった主要な違法薬物に関してはいずれも「自傷なし」の割合が大きく、睡眠薬・抗不安薬症例(16.4%、21.0%)、市販薬(7.9%、43.2%)といった違法でない薬物に関しては「自傷あり」の割合が大きかった。

3) 「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による睡眠薬・抗不安薬及び市販薬の内訳の比較(表23)(表24)

主たる薬物が睡眠薬・抗不安薬の内訳の比較を表23に、主たる薬物が市販薬の内訳の比較を

表 24 に示す。

睡眠薬・抗不安薬の内訳では両群に差はなかった。「自傷なし」ではゾルピデムは 2 番目に多いが、「自傷あり」に関してはゾルピデムが最多となった。市販薬の内訳では、コデイン含有群始め多くは両群に差がなかったが、デキストロメトルファン含有群に関しては、「自傷なし」(23.9%)、「自傷あり」(46.9%)となり「自傷あり」に多かった。市販薬のなかでもデキストロメトルファン含有群については使用者の属性や使われ方に特徴があるものと考えられる。

4) 「1 年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による CD-10 F1 診断下位分類の比較 (表 25)

ICD-10 F1 診断下位分類の比較について表 25 に示す。

「F1x. 0 急性中毒」の割合は「自傷なし」(2.2%)、「自傷あり」(14.3%)、「F1x. 1 有害な使用」の割合は「自傷なし」(11.5%)、「自傷あり」(36.2%)となり「自傷あり」で多かった。「F1x. 2 依存症候群」の割合は「自傷なし」(62.4%)、「自傷あり」(61.9%)となり差はなかった。「F1x. 5 精神病性障害」の割合は「自傷なし」(10.6%)、「自傷あり」(6.9%)となり、「自傷なし」に多かった。「自傷あり」については過量服薬といった使用法が反映されたと考えられる。

5) 「1 年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による併存精神障害の ICD-10 診断の比較 (表 26)

併存精神障害の ICD-10 診断の比較について表 26 に示す。

併存精神障害がない割合は「自傷なし」(40.6%)、「自傷あり」(12.6%)となり、「自傷あり」は 9 割近くが何らかの併存精神障害をもっていた。「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「自傷なし」(13.0%)、「自傷あり」(6.1%)となり「自傷なし」に多かった。「F3 気分障害」の割合は「自傷なし」(21.1%)、「自傷あり」(36.2%)、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の割合は「自傷なし」(16.2%)、「自傷あり」(37.3%)となり両群ともに併存精神障害の中で多くを占めるが、どちらも「自傷あり」で多くなった。「F6 成人の人格行動の障害」の割合は「自傷なし」(5.0%)、「自傷あり」(18.7%)、「F7 知的障害(精神遅滞)」の割合は「自傷なし」

(6.0%)、「自傷あり」(10.3%)、「F8 心理的発達の障害」の割合は「自傷なし」(4.9%)、「自傷あり」(14.9%)、「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「自傷なし」(7.2%)、「自傷あり」(12.8%)と「自傷あり」に多かった。

4. 年代による比較

「1 年以内に使用あり」症例の中で、10 代から 20 代(以下、「10-20 代」)(n=414)と 30 代から 40 代(以下、「30-40 代」)(n=520)の 934 症例を対象に、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) 「1 年以内に使用あり」症例の年代による属性比較 (表 27)

人口動態的属性や心理社会的背景を比較した結果を表 27 に示す。

生物学的性別では、男性の割合は「10-20 代」(39.9%)、「30-40 代」(61.2%)であり、「10-20 代」では女性、「30-40 代」では男性が多く有意差があった。

高校卒業以上の学歴を有する者の割合については「10-20 代」(55.8%)、「30-40 代」(64.8%)であり「30-40 代」が多いものの、10 代には在学中の割合も多く単に学歴が低いとも言えない結果である。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」(32.4%)、「30-40 代」(42.1%)であった。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、「30-40 代」(40.8%)に多かった。薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴に差はなく、矯正施設入所歴を持つ者の割合は、「30-40 代」(25.0%)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」(17.4%)、「30-40 代」(22.7%)であり差はなかった。薬物問題による入院は、「10-20 代」(58.2%)、「30-40 代」(58.8%)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「30-40 代」(34.0%)が多く、民間リハビリ施設の利用経験についても、「30-40 代」(18.3%)が多かった。最近 1 年以内の使用については、「10-20 代」(59.7%)が多かった。

2) 「1 年以内に使用あり」症例の年代による主たる薬物の比較 (表 28)

主たる薬物の比較について表 28 に示す。

覚醒剤の割合は「10-20 代」(8.7%)、「30-40 代」(35.0%)であった。大麻は「10-20 代」(15.7%)、「30-40 代」(7.1%)、睡眠

薬・抗不安薬は「10-20 代」（8.9%）、30-40 代（27.7%）、市販薬は「10-20 代」（50.2%）、「30-40 代」（15.2%）となった。これら主たる 4 種類の薬物については、年代で選ばれる薬物に違いが目立つ結果となった。

3) 「1 年以内に使用あり」症例の年代による睡眠薬・抗不安薬及び市販薬の内訳の比較（表 29）（表 30）

主たる薬物が睡眠薬・抗不安薬の内訳の比較を表 29 に、主たる薬物が市販薬の内訳の比較を表 30 に示す。

睡眠薬・抗不安薬の内訳では両群に差はなかった。どちらもゾルピデムが最も選択される薬物であった。市販薬の内訳ではコデイン含有群は「10-20 代」（59.4%）、「30-40 代」（61.8%）となり、ともに最も多かった。デキストロメトルファン含有群は「10-20 代」（54.1%）、「30-40 代」（21.1%）となり「10-20 代」に多かった。ブロムワレリル尿素主剤群は「10-20 代」（9.7%）、「30-40 代」（19.7%）となり、「30-40 代」で多かった。

4) 「1 年以内に使用あり」症例の年代による ICD-10 F1 診断下位分類の比較（表 31）

ICD-10 F1 診断下位分類の比較について表 31 に示す。

「F1x. 0 急性中毒」の割合は「10-20 代」（14.3%）、30-40 代（7.1%）、「F1x. 1 有害な使用」の割合は「10-20 代」（38.6%）、「30-40 代」（21.0%）となり、「10-20 代」に多かった。「F1x. 2 依存症候群」の割合は「10-20 代」（64.0%）、「30-40 代」（75.6%）となり、ともに最も多いが、「30-40 代」に多かった。「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」の割合は「10-20 代」（2.9%）、「30-40 代」（7.5%）となり「30-40 代」で多かった。

5) 「1 年以内に使用あり」症例の年代による併存精神障害の ICD-10 診断の比較（表 32）

併存精神障害の ICD-10 診断の比較について表 32 に示す。

併存精神障害がない割合は「10-20 代」（21.3%）、「30-40 代」（31.3%）となり、「10-20 代」の方が併存精神障害を持つことが多かった。「F3 気分障害」の割合は「10-20 代」（28.3%）、「30-40 代」（25.8%）となり、「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」（32.1%）、「30-40 代」（23.1%）となりこれらを併存に持つことが多く、「10-20 代」は「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体

表現性障害」を併存にもつことが多かった。「F8 心理的発達の障害」の割合は「10-20 代」（16.9%）、「30-40 代」（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」の割合は「10-20 代」（17.9%）、「30-40 代」（8.7%）となり、「10-20 代」のほうが多かった。

5. 市販薬の中で主な 4 種類の薬物による比較

主たる薬物が市販薬とした症例の中で、その内訳のうちコデイン含有群のみを使用している症例（以下、「COD 群」）（n=160）、デキストロメトルファン含有群のみを使用している症例（以下、「DXM 群」）（n=71）、ブロムワレリル尿素主剤群のみを使用している症例（以下、「BRU 群」）（n=27）、ジフェンヒドรามイン主剤群のみを使用している症例（以下、「DPH 群」）（n=17）計 275 症例をそれぞれ抽出し、追加解析を行った。以下に、その結果を提示する。

1) 市販薬 4 種類による属性比較（表 33）

人口動態的属性や心理社会的背景を比較した結果を表 33 に示す。

生物学的性別の割合では、いずれも女性が半数を占めるが、「DXM 群」（66.2%）、「DPH 群」（88.2%）は特に女性が多かった。年代の割合では「COD 群」は 20 代から 40 代、「DXM 群」は 10 代と 20 代、「BRU 群」は 30 代から 50 代、「DPH 群」は 10 代と 20 代にそれぞれピークがあった。

現在アルコール問題を呈している者の割合については、「COD 群」（21.9%）、「DXM 群」（18.3%）と多いが 4 群間で差はなかった。薬物問題による入院はいずれも半数程度の経験があった。最近 1 年以内の故意の自傷や自殺企図の経験の割合は「DXM 群」（60.6%）、「DPH 群」（64.7%）と多かった。最近 1 年以内の使用の割合はいずれも半数を超えた。

2) 市販薬 4 種類による ICD-10 F1 診断下位分類の比較（表 34）

ICD-10 F1 診断下位分類の比較について表 34 に示す。

「F1x. 0 急性中毒」の割合は「DXM 群」（21.1%）、「DPH 群」（17.6%）に多いが 4 群間で有意差はなかった。「F1x. 1 有害な使用」の割合は「DPH 群」（58.8%）に多いが有意差はなかった。「F1x. 2 依存症候群」の割合は「COD 群」（68.1%）、「DXM 群」

(64.8%)、「BRU 群」(81.5%)、「DPH 群」(35.3%)となり、「BRU 群」が多く、「DPH 群」は少なかった。これ以降の下位分類に該当する症例はいずれも少なかった。

3) 市販薬 4 種類による併存精神障害の ICD-10 診断の比較 (表 35)

併存精神障害の ICD-10 診断の比較について表 35 に示す。

併存精神障害がない割合は「DPH 群」(5.9%)に少ないが 4 群間で有意差はなかった。「F3 気分障害」の割合は「COD 群」(22.5%)、「DXM 群」(39.4%)、「BRU 群」(37.0%)、「DPH 群」(47.1%)となり「COD 群」に少なく「DPH 群」で多かった。「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の割合はいずれも 30%から 40%となり、これらを併存に持つことが多かった。「F8 心理的発達の障害」の割合や「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」の割合は「BRU 群」で少ないものの有意差はなかった。

D. 考察

今回の調査は、前回調査よりも回答率が 72.0%と減少しているものの症例報告数が増加した(図 1)。全体的な症例数の増加というよりは、10 代や 20 代といった若い世代の増加が顕著であった(図 2)。10 代の主たる薬物の変遷をみると市販薬の割合が大きく増加している(図 3)。前回調査時にも市販薬を主たる薬物とする若い世代の増加がみられたが、この傾向が最近になってさらに加速している状況が見てとれる。

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う。

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、覚醒剤 1230 例(45.5%)が最多であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 470 例(17.4%)、市販薬 409 例(15.1%)、多剤 197 例(7.3%)、大麻 168 例(6.2%)、揮発性溶剤 117 例(4.3%)、危険ドラッグ類 35 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%)、その他 14 例(0.5%)、MDMA 以外の幻覚剤 12 例(0.4%)、MDMA 11 例(0.4%)、コカイン 10 例(0.4%)、ADHD 治療薬 7 例(0.3%)、鎮痛

薬(処方非オピオイド系) 5 例(0.2%)ヘロイン 2 例(0.1%)という順であった。前回調査(覚醒剤 49.7%、睡眠薬・抗不安薬 17.6%、揮発性溶剤 4.3%、市販薬 11.1%、多剤 5.2%、大麻 6.3%、危険ドラッグ類 1.4%)と比較すると、覚醒剤の割合の低下と、市販薬や多剤の割合の増加が認められた。

「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物の割合(図 5)は、覚醒剤 342 例(28.0%)が最多であり、次いで市販薬 312 例(25.6%)、睡眠薬・抗不安薬 276 例(22.6%)、大麻 105 例(8.6%)、多剤 104 例(8.5%)、揮発性溶剤 28 例(2.3%)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、覚醒剤を主たる薬物とする割合が減少し、睡眠薬・抗不安薬及び市販薬といった違法でない薬物を主たる薬物とする割合が大幅に増えている。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：覚醒剤 28.2%、睡眠薬・抗不安薬 28.7%、市販薬 20.0%)と比較すると、覚醒剤症例の減少と市販薬症例の顕著な増加が認められた。結果的に、患者数において覚醒剤、市販薬、睡眠薬・抗不安薬が拮抗し、いわば「3 大乱用薬物」の様相を呈したことは、今回の調査における重要な特徴であり、わが国の薬物依存症臨床の現在を反映したものといえる。

ともあれ、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」への移行は進行しているといえる。なお、複数の薬物が同程度問題となる多剤も増加しているが、違法薬物を複数使い分けるといよりは処方薬と市販薬の組み合わせが臨床実感では多く、今回の調査ではなぜ増加しているか、どのような集団なのかははっきりしないものの、今後の動向は注目していかなければならない。

図 6、図 7、図 8 に、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、市販薬の著しい増加傾向である。この市販薬関連精神疾患は従来の薬物関連精神疾患とは属性が異なっており(後述)、これまでの対策は効果を示していないどころか弊害とさえなっている可能性も危惧される。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。

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。令和 5 年には大麻取締法等の検挙者の数は覚醒剤取締法検挙者を抜いており、ここ 10 年間で大麻取締法等の検挙者は 3 倍に増加し、30 代以下の若年層の増

加が著しいと犯罪白書は明らかにしている。一方、今回の調査では、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にとどまっており、検挙者数と大麻関連精神疾患患者数——すなわち、大麻使用による健康被害を呈して専門医療にアクセスした人の数——とのあいだには大きな乖離があるといわざるを得ない。

こうした結果は、我々が大麻の健康被害に関して再度検討する必要がある可能性を示唆している。すでに正高らは、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喧伝されている可能性を指摘するとともに、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はないかという疑義を表明している。2024 年 12 月に施行された改正大麻取締法以降、わが国では大麻関連犯罪は厳罰化へと向かっているが、そうした政策の妥当性検証のためにも、大麻関連精神疾患症例の動向に関する調査を継続する必要があるだろう。

「1 年以内使用あり」症例の推移では、2016 年以降、危険ドラッグ類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。

その一方で、大麻関連犯罪の厳罰化が、わが国で使用が許容されている CBD（cannabidiol）を化学的に加工した新たな脱法的薬物——半合成カンナビノイド——の登場を促進する可能性も危惧される。今回の調査では、試みに危険ドラッグ類の下位分類として「半合成カンナビノイド製品かどうか」を尋ねてみたところ、サンプル数は少ないものの、危険ドラッグ類症例の 9 割がそれに該当した。先述した通り大麻に関して規制強化がなされているが、かつての危険ドラッグ類がそうであったように健康被害の増大に繋がらないか見守っていく必要がある。

図 9 は、2012 年以降に実施された本調査に関して、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。そして、今回の調査で現在の司法的処遇について新たに情報を収集したが該当者は少なかった。違法薬物を主たる薬物として病院に受診する症例の多くは、司法的処遇とは関係なく治療を求めているのであろう。

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（覚醒剤、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) 覚醒剤関連精神疾患症例

覚醒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。高卒以上の学歴を有するものは 5 割程度になり、8 割に薬物関連犯罪による逮捕歴、6 割に矯正施設入所歴があり、5 割に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醒剤を使い、揮発性溶剤や大麻の使用経験が 3 割であり違法薬物の使用経験が多い。半数以上が密売人から覚醒剤を入手していた。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に比較しインターネットの割合は微増している。

症例の 8 割は、ICD-10 F1 診断の「F1x. 2 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、2 割程度に、薬物使用によると思われる「F1x. 5 精神病性障害」、あるいは、薬物使用の有無にかかわらず「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」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。併存精神障害がある割合は半分ほどいるが、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」などの併存精神障害の割合は前回調査と比較しても大きな変化はない。覚醒剤関連精神疾患症例については他の薬物と比較するとこれまでの傾向と大きな変化はないようだ。

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覚醒剤症例よりもその傾向は強くなる。年代の分布は 20～30 代に集中しているが、前回調査と比較すれば 10 代も増加していた。高校中退以下の学歴の者が半分で、覚醒剤症例よりは教育歴が長いようだ。また、何らかの仕事に就いている割合は半数であり、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。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。半数に薬物問題による精神科入院歴がある。

症例の 9 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、覚醒剤、危険ドラッグ類、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 2～3 割程度となる。

精神医学的な特徴としては、ICD-10 F1 診断の「F1x. 1 有害な使用」に該当する者が 2 割程度お

りこれは睡眠薬・抗不安薬と同等である。

「F1x. 2 依存症候群」に該当する者が 6 割を超えるが、同じ違法薬物である覚醒剤よりは少ない。「F1x. 5 精神病性障害」に該当する割合は覚醒剤と同様に多いが、「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」については少ない。外因による一過性の精神病性障害のような病態を呈し精神科治療が大きく必要となる少数派と、依存症候群に該当する多数派に分かれるのかもしれない。とはいえ社会生活はそれなりに送れているようである。併存精神障害がある割合は半分ほどであるが、覚醒剤よりも少ない。統合失調症や注意欠陥・多動症を併存する者がいるが、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、30～50 代と中年層が中心になり、女性が半数を超えるという特徴がある。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、5 割に薬物問題による精神科入院歴がある。約 2 割にアルコール問題を抱える者がおり他の薬物よりも多い。対象となる薬物のほとんどがベンゾジアゼピン受容体作動薬であり、これまでの調査と同様にエチゾラム、ゾルピデム、フルニトラゼパム、トリアゾラムの 4 種がブランド化されている。なかでもゾルピデムの割合は大きくなり、1 年以内に使用あり症例では、ゾルピデムがエチゾラムよりもわずかに多くなっていた。

睡眠薬・抗不安薬症例の 8 割弱は睡眠薬・抗不安薬を初使用薬物とし、違法薬物の使用経験を持つ者は少ない。大半は、医療機関から「処方」という合法的な手続きで薬物を入手している。症例の 8 割弱は「F1x. 2 依存症候群」に該当し、「F1x. 1 有害な使用」は 2 割程度であった。前回の調査よりも有害な使用の割合は減少していた。併存精神障害がない割合は 1 割程度と少なく、「F3 気分障害」や「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」などの精神障害を併存する者が多い。睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患患者は何らかの精神疾患などの治療のための治療薬として睡眠薬・抗不安薬が開始となり薬物関連精神疾患へと発展した可能性がある。また、アルコールの問題を有する者も一定の割合で存在していることから、改善に乏しい併存精神障害もあると想定され、単に断薬を治療目標に掲げることではできないような病態も少なくないのかもしれない。

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に、女性が半数を超え7割近くとなる。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代や20代が中心になる。前回調査よりも女性が占める割合と10代が占める割合が増加していた。

犯罪歴や矯正施設入所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。しかし、自助グループの参加や民間リハビリ施設の利用といった診察以外の治療への参加については少なく、治療のつながりは薄い状況があった。今回の調査で新たに追加した最近1年以内の故意の自傷や自殺企図がある割合は6割となり他の薬物と比較しても突出して多いことも特徴である。

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。こうした医原性に多剤の問題へと発展してしまうこと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、「F1x.1 有害な使用」が4割、「F1x.2 依存症候群」が6割となる。併存精神障害がない割合は少なく、「F3 気分障害」に該当する割合が3割、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」が4割弱となる。「F8 心理的発達の障害」が2割弱となり他の薬物よりも多い。前回調査よりも「F1x.1 有害な使用」の割合の増加は顕著であり、「F1x.2 依存症候群」の割合は低下し、また、「F8 心理的発達の障害」併存例は増加していた。

睡眠薬・抗不安薬とは違い、有害な使用などをきっかけに精神科医療にアクセスし、治療過程で併存精神障害が判明し、入院治療なども含めたインテンシブな治療を行うものの、なかなか治療が奏功しないといった現状がみてとれる。

3. 「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による比較

今回の調査では、新たに「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無について情報を収集した。これら自傷や自殺企図との薬物関連精神疾患との関係について考察したい。

自傷や自殺企図があるものは、女性に多く、10代から30代と比較的若い年代で目立った。一般的に自傷単独の経験について性差はないという結果もあるが、薬物関連精神疾患に関連した自傷や自殺企図は女性に多いといえる。しかし、男性は援助希求が女性よりも低く、主治医が把握していない自傷や自殺企図もあるかもしれないため男性だからといって軽視はできない。

自傷や自殺企図があると入院加療の経験は多くなるが、自助グループの参加や民間リハビリ施設の利用といった診察以外の治療への参加については少なく、治療のつながりは薄い状況がある。最近1年以内の薬物の使用の割合も自傷や自殺企図があると倍以上となった。自傷や自殺企図が薬物の使用について促進的に働く可能性もあるが、人に頼ることができず孤立した状況で孤独な自己治療を要するという共通した背景があると考えられる。

自傷や自殺企図があると主たる薬物にも差があり、覚醒剤や大麻のような違法薬物は少なく、市販薬が多くなった。なかでもデキストロメトルファン含有群を使うことが多くなり、市販薬のなかでも選択する薬物に差があった。自傷をする者には虐待といったトラウマ体験を持つ者が多いことなどを考慮すれば、デキストロメトルファン含有群を過量服薬することで、気分を変えることや、解離を起こしトラウマ症状を緩和することに期待しているのかもしれない。自傷や自殺企図があると「F3 気分障害」や「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「F8 心理的発達の障害」、「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」など様々な併存精神障害を有することが多くなった。

自傷や自殺企図は薬物関連精神疾患のなかでも市販薬と密接な関係があるといえる。背景には複雑な病態があり、従来の入院治療や自助グループ、リハビリ施設への入所といった薬物関連精神疾患に有効であった治療に馴染まない可能性がある。

4. 年代による比較

今回の調査では10代や20代といった若い世代で症例数の大きな増加がみられた。世代間で使用される薬物の違いにも差がみられた。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。前回調査では全症例に対して比較を行ったが、今回の調査では1年以内に使用あり症例から「10-20代」と「30-40代」を抽出し2群間比較を行った。若い世代の特徴について整理してみ

たい。

「10-20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といった、依存症に特化した非医療的社会資源にアクセスする者が少なかった。加えて、1年以内の故意の自傷や自殺企図がある割合は半数を超えており、その深刻な病態がうかがわれた。

また、主たる薬物に着目すると、「10-20代」は5割が市販薬となり多くを占める。「30-40代」は3割が覚醒剤、3割弱が睡眠薬・抗不安薬、2割弱が市販薬となり世代間で使用する薬剤に差がみられた。興味深いのは、市販薬の種類で両世代とも6割がコデイン含有群を使用しこれに差はない一方で、「10-20代」はデキストロメトルファン含有群の使用が多く、「30-40代」はブロムワレリル尿素主剤群が多い、という明確な特徴が見られた点である。

ICD-10 F1 診断に示される物質関連問題の下位分類に着目すると、「10-20代」には「F1x. 1 有害な使用」が多く、併存精神障害では「10-20代」には「F3 気分障害」や「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「F8 心理的発達の障害」、「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」など様々な併存精神障害がみられた。

以上の結果をまとめると、今回の調査からは新たな薬物乱用層の出現が見てとれるように思われる。すなわち、デキストロメトルファン含有群を主たる薬物とし、様々な併存精神障害に対して過量服薬や自傷行為を行いながらも生きようとする「10～20代」の集団がそれである。なお、「30-40代」においては、覚醒剤を使用する集団と、睡眠薬・抗不安薬を使用する集団といった、輪郭の明確な2つの集団が存在することも見てとれる。

5. 市販薬の中で主な4種類の薬物による比較

今回の調査では、市販薬のなかでも特にデキストロメトルファン含有群の台頭が著しくこれまでにない薬物関連精神疾患の集団となっていることがわかった。市販薬のなかでもどのような違いがあるか4種類の市販薬の比較検討の結果からこれらについて特徴を整理したい。

1) コデイン含有群

コデインやジヒドロコデインリン酸塩などのコデイン含有群とは、商品名でいえば「エスエスブロン®」や「パブロンゴールド A®」が該当する。男女や年代を問わず多くの市販薬症例で使用があり、わが国では古くから不適切使用に

ついて報告があることから市販薬症例にとってオーソドックスな薬物といえるかもしれない（妹尾ら，1996）。コデイン以外にもカフェインやメチルエフェドリン塩酸塩、ブソイドエフェドリンといった依存性の高い成分が含まれ、アップー系とダウンー系の両方を有する万能薬として機能すると考えられる。1年以内の使用割合も多いことから、断薬が容易ではない可能性が示唆される。

ICD-10 F1 診断に示される物質関連の問題については、「F1x. 1 有害な使用」や「F1x. 2 依存症候群」に該当する割合が多く、併存精神障害として「F3 気分障害」や「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」に該当する割合が多い。物質関連の問題も併存精神障害も他の市販薬と共通することが多く市販薬症例を代表する市販薬といえる。

2) デキストロメトルファン含有群

デキストロメトルファン含有群は商品名でいえば「メジコン®」や「コンタック®」が該当する。2021年8月に「メジコン®」がOTC化され手に入りやすくなった影響か、前回調査で症例が増え今回の調査でさらに増大した。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す、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がある。柑橘系果汁との併用によって代謝阻害が生じることもあり、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、致死的な結果に至る危険性がある。こうした情報は SNS を通じて乱用者間で共有されており、意図的に使用されることもある。

今回の調査では、女性が多く、10代や20代といった若い世代に使用される特徴がありこの傾向は前回よりも強くなっていた。1年以内の故意の自傷や自殺企図がある割合と、1年以内に使用する割合も他の市販薬に比べて多くなった。ICD-10 F1 診断に示される物質関連の問題については、「F1x. 1 有害な使用」や「F1x. 2 依存症候群」も多いが、有意差はないものの「F1x. 0 急性中毒」に該当する割合も多かった。若い世代を中心にブランド化され危険な使用が続いていると危惧される。

併存精神障害として「F3 気分障害」や「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「F8 心理的発達の障害」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」など様々な問題があった。デキストロメトルファン含有群を必要とする集団に対しては、特に市販薬の自己治療を開始する前に、学校保健や児童福祉領域、あるいは、児童精神科医療において1次予防的介入を併用しながら早期介入や早期治療に繋げる必要があるだろう。

3) ブロムワレリル尿素主剤群

ブロムワレリル尿素主剤群は商品名でいえば主に「ウット®」が該当する。このウレイド系の薬物は過量服薬時に危険性や依存性の高さから医薬品のなかでも処方薬では採用されることがなくなった成分であるが、市販薬ではなお入手可能な状況が続いている。今回の調査ではコデイン含有群やデキストロメトルファン含有群よりは症例数は少なく、その結果はあくまでも参考にとどまるものの、他の市販薬との比較検討を試みた。ブロムワレリル尿素主剤群は女性が多く年代は30代や40代に多かった。1年以内の故意の自傷や自殺企図での使用は他の市販薬に比べ少なく、ICD-10 F1 診断でも「F1x.2 依存症候群」の割合は多いが、有意差はないものの「F1x.1 有害な使用」の割合は少なかった。併存精神障害がない割合が多く、「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。市販薬症例の中では覚醒剤症例と共通するところも多いかもしれない。

4) ジフェンヒドラミン主剤群

ジフェンヒドラミン主剤群は商品名でいえば「レスタミン®」や「ドリエル®」が該当する。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。

今回の調査では、やはりコデイン含有群やデキストロメトルファン含有群よりも症例数は少なく、その結果はあくまでも参考にとどまるものの、他の市販薬との比較検討を試みた。その結果、ジフェンヒドラミン主剤群症例は、デキストロメトルファン含有群よりも女性が多く、年代は10代と20代が中心であった。また、1年以内の故意の自傷や自殺企図のエピソードを有する者が多く、さらに、1年以内の再使用も多かった。

ジフェンヒドラミン主剤群は、ICD-10 F1 診断に示される物質関連の問題については、「F1x.1 有害な使用」が多い一方で、「F1x.2 依存症候

群」は少なく、有意差はないものの「F1x.0 急性中毒」に該当する割合も多かった。また、併存精神障害を9割以上がもっており「F3 気分障害」や「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の割合が大きく、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」も多かった。過食嘔吐など摂食障害といった問題とも関連が深いのかもしれない。

以上より、ジフェンヒドラミン主剤群症例は、多様かつ複雑な病態と顕著な自殺傾向を有する若年女性が多い傾向が推測される。

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20位までの精神科医療機関の名称を、表36に挙げた。

E. 結論

今回の調査では、対象施設1525施設のうち、1098施設(72.0%)の協力を得て、221施設(14.5%)の施設から総計2765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2702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、覚醒剤1230例(45.5%)であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬470例(17.4%)、市販薬409例(15.1%)、多剤197例(7.3%)、大麻168例(6.2%)、揮発性溶剤117例(4.3%)、危険ドラッグ類35例(1.3%)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1221例(45.2%)であった。「1年以内使用あり」症例における主たる薬物として最も多かったのは覚醒剤342例(28.0%)であり、次いで、市販薬312例(25.6%)、睡眠薬・抗不安薬276例(22.6%)、大麻105例(8.6%)、多

剤 104 例 (8.5%)、揮発性溶剤 28 例 (2.3%) が続いた。前回の調査と比べ覚醒剤の割合は変わらず、睡眠薬・抗不安薬の割合は減少し、市販薬が大きく増加した。

今回の調査では、若年者が増加し、特に女性が増加しており、市販薬が問題となるという前回調査から続く傾向に拍車がかかっていた。病院にはつながっているが、自助グループやプログラムといった治療にはつながらず、故意の自傷や自殺企図と共に薬物の使用がとまらない状態が分かった。背景には様々な併存精神障害をもち、なかでもトラウマ関連の問題は注目される。従来の集団療法に基づく治療に馴染まない可能性もあり、個別具体的なテーラーメイドな治療・回復支援が必要となる集団であろう。

私見ではあるが、このような集団に対する予防啓発として、従来の「ダメ。ゼッタイ。」をキャッチコピーに掲げた薬物乱用防止教室が持つ意義や効果ははなはだ疑わしいといわざるを得ないように思われる。薬物の害を誇張したところで、違法でない薬物への抑止は効かないだろうし、SNS で情報が得られる現代において、脅しよりは正しい情報が必要だろう。薬物を使うものはダメな人だというスティグマにも繋がる内容にも早急な見直しが必要である。まだ未診断ではあるが精神障害を有しており、自傷や自殺といった自分を傷つけてしまう行動をすでに取っている市販薬症例の予備軍もいるなかで、本来は手を差し伸べる側となり得る多数派に対してこのような授業が行われてしまっていることは、「助けて」が言えない状況を作ってしまうことになる。自殺予防教育も含んだ授業が必要ではないだろうか。

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、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 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」(半合成カンナビノイド) 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さま、ならびに関係者の方々、患者のみなさまに心より厚く御礼申し上げます。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Tanibuchi Y, Omiya S, Usami T, Matsumoto T: Clinical characteristics of over-the-counter (OTC) drug abusers in psychiatric practice in Japan: Comparison of single and multiple OTC product abusers. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2024;00:1–11.
<https://doi.org/10.1002/npr2.12415>
- 2) Mizuno S, Shimane T, Inoura S, Matsumoto T. Situational factors affecting abstinence from drugs: Panel data analysis of patients with drug use disorders in residential drug use treatment. *Psychiatry Clin Neurosci Rep*. 2024;3:e174.
<https://doi.org/10.1002/pcn5.174>
- 3) Usami T, Okita K, Shimane T, Matsumoto T. Comparison of patients with benzodiazepine receptor agonist-related psychiatric disorders and over-the-counter drug-related psychiatric disorders before and after the COVID-19 pandemic:

- Changes in psychosocial characteristics and types of abused drugs. *Neuropsychopharmacol Rep.* 44: 437-446, 2024.
- 4) Siste K, Ophinni Y, Hanafi E, Yamada C, Novalino R, Limawan AP, Beatrice E, Rafelia V, Alison P, Matsumoto T, Sakamoto R : Relapse Prevention Group Therapy in Indonesia Involving Peers via Videoconferencing for Substance Use Disorder: Development and Feasibility Study *JMIR Form Res* 2024;8:e50452 URL: <https://formative.jmir.org/2024/1/e50452> doi: 10.2196/50452
 - 5) Mizuno S, Shimane T, Inoura S, Matsumoto T. Psychosocial characteristics of the general population who habitually use hypnotics: results from a national survey on drug use among the Japanese. *Psychiatry Clin Neurosci Rep.* 2024;3:e208.<https://doi.org/10.1002/pcn5.208>
 - 6) Kyan R, Kamijo Y, Kohara S, Takai M, Shimane T, Matsumoto T. Prospective multicenter study of the epidemiological features of emergency patients with overdose of over-the-counter drugs in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci Rep.* 2024;3:e225. <https://doi.org/10.1002/pcn5.225>
 - 7) Katayama M, Fujishiro S, Sugiura K, Konishi J, Inada K, Shirakawa N, Matsumoto T. Greater impact of COVID-19 on peer-supported addiction services than government-owned services for addiction in Japan: a nationwide 3-year longitudinal cohort study. *Psychiatry Clin Neurosci Rep.* 2024;3:e70012.<https://doi.org/10.1002/pcn5.70012>
 - 8) Tsutsumi S, Takano A, Usami T, Kumakura Y, Kanazawa Y, Takebayashi T, Sugiyama D, Matsumoto T. Risk and protective factors for early dropout from telephone monitoring for individuals with drug convictions in community mental health centers in Japan. *Journal of substance use and addiction treatment.* 2024 Jul 1;162:209347.
 - 9) Takano A, Takahashi K, Anzai T, Usami T, Tsutsumi S, Kanazawa Y, Kumakura Y, Matsumoto T. Predictors for recurrence of drug use among males on probation for methamphetamine use in Japan: a one-year follow-up study. *Drug and Alcohol Dependence Reports.* 2024 Dec 27:100316.
 - 10) Yuji Masataka, Futaba Umemura, Akihiko Nagamine, Naoko Miki, Yoshiyuki Akahoshi, Toshihiko Matsumoto, hiro Takumi : How Cannabinol Is Utilized in Japan, a Country with Strict Cannabis Regulations—Its Purposes, Medical Effects, Adverse Events, and Dependence. *Integrative Medicine Reports Volume 3.1*, 2024 DOI: 10.1089/imr.2024.0045 Accepted October 17, 2024
 - 11) 片山宗紀, 藤城聡, 松浦寛奈, 小西潤, 稲田健, 白川教人, 松本俊彦 : 医療従事者の薬物使用の通報や刑罰に関する意識とこれに対する支援経験や知識の影響. *日本アルコール関連問題学会雑誌* 25(2) : 51-56, 2024.
 - 12) 宇佐美貴士, 村上真紀, 松本俊彦 : ベンゾジアゼピン受容体作動薬関連障害の類型化と大量使用からの減量法の検討. *精神神経学雑誌* 126(8) : 510-520, 2024.
 - 13) 正高佑志, 平野弘樹, 梅村二葉, 赤星栄志, 荒木李香, 丸山泰弘, 松本俊彦 : 指定薬物制度による THCH 規制が市場流通と事業者に与えた影響についての横断調査. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 59(2) : 41-52, 2024.
 - 14) 松本俊彦 : 薬物依存症のサイエンス. *BRAIN and NERVE* 76(1) : 81-87, 2024.
 - 15) 松本俊彦 : 十代における市販薬乱用・依存～自傷と自殺のあいだ. *小児の精神と神経* 165 : 21-28, 2024.
 - 16) 村田雄一, 立山和久, 山元直道, 浪久悠, 石岡俊之, 吉村直記, 松本俊彦 : Real 生活プログラムとリカバリー医療機関における作業療法士の実践－. *日本アルコール関連問題学会雑誌* 25(2) : 9-14, 2024.
 - 17) 松本俊彦 : 現代の精神科臨床で解離はどのように扱われているか? *精神医学* 66(8) : 1013-1019, 2024.
 - 18) 松本俊彦 : 物質使用症臨床における支持的 精神療法－心的外傷後ストレス症併存使用例に対する harm reduction psychotherapy の実践－. *精神神経学雑誌* 126(8) : 533-539, 2024.
 - 19) 松本俊彦 : オーバードーズ. *日本医師会雑誌* 153(6) : 653-656, 2024.
 - 20) 松本俊彦 : 精神障害の流行がもたらした影響について－臨床症候群の栄枯盛衰に関する個人史－. *精神科治療学* 39(9) : 947-953, 2024.

- 21) 松本俊彦：大麻．精神科治療学 39 増刊号：224-225, 2024.
- 22) 宇佐美貴士, 松本俊彦：鎮静剤, 睡眠薬または抗不安薬による奇異反応．精神科治療学 39 増刊号：234-235, 2024.
- 23) 松本俊彦：LSD, phencyclidine, その他幻覚剤など (psilocybin など)．精神科治療学 39 増刊号：230-231, 2024.
- 24) 松本俊彦：我が国における薬物乱用・依存の実態と対策の課題．ファルマシア 60(11)：1003-1008,
- 25) 堤史織, 宇佐美貴士, 高野歩, 熊倉陽介, 金澤由佳, 武林亨, 杉山大典, 松本俊彦：薬物犯罪の更生保護施設利用者における健康格差．日本アルコール・薬物医学会雑誌 59(3)：53-66, 2024.
- 26) 松本俊彦：「わかつちやいるけど、やめられない、とまらない」という精神症状を「依存症」から「アディクション」へ．精神看護 28(1)：32-37, 2024.

2. 学会発表

- 1) 谷渕由布子, 大宮宗一郎, 宇佐美貴士, 松本俊彦：わが国の精神科臨床現場における市販薬乱用の特徴：単一製品乱用者と複数製品乱用者の比較．第 120 回日本精神神経学会学術総会, 北海道, 2024.6.20-22.
- 2) 高野歩, 大野昂紀, 奥田華代, 瀬々潤, 湯本洋介, 松下幸生, 松本俊彦：飲酒が心拍数および睡眠に与える影響：ウェアラブル活動量計とスマホアプリを用いた計測．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
- 3) 田中紀子, 松本俊彦：重複障害の病的ギャングラーにおける回復コミュニティ・アクセス促進要因の研究．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
- 4) 高野歩, 高橋邦彦, 安齋達彦, 宇佐美貴士, 堤史織, 金澤由佳, 熊倉陽介, 松本俊彦：男性の覚醒剤使用者における違法薬物再使用リスク：保護観察対象者の前向きコホート研究．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
- 5) 水野聡美, 猪浦智史, 松本俊彦, 嶋根卓也：市販薬乱用と飲酒の関係：薬物使用に関する全国住民調査の結果から．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
- 6) 正高佑志, 三木直子, 松本俊彦：貴方はなぜ大麻を吸うのですか？：日本人大麻使用者を対象とした質的調査．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
- 7) 片山宗紀, 藤城聡, 杉浦寛奈, 小西潤, 稲田健, 白川教人, 松本俊彦：COVID-19 が全国の精神保健福祉センター及び民間団体の依存症支援活動に与えた長期的影響の相違-4 年間の長期調査から-. 2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.20.
- 8) 沖田恭治, 松本俊彦, 齊藤友美, 重本蓉子, 佐藤典子：(ポスター) パーキンソン病治療薬を用いた覚醒剤使用障害の薬物療法開発を目指した脳機能画像研究：中間解析．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.19.
- 9) 石井香織, 沖田恭治, 齊藤友美, 吉澤一巳, 松本俊彦：(ポスター) 処方薬及び市販薬使用障害患者背景の縦断的調査研究 (第 1 報)．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.19.
- 10) 堀内健太郎, 常岡俊明, 杉沢諭, 田中紀子, 松本俊彦：(ポスター) GA 参加者の発達傾向に関する調査．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.20.
- 11) 松本俊彦：【ワークショップ 6】若者の自傷・自殺や依存．日本学生相談学会 第 42 回大会, 宮城, 2024.5.25.
- 12) 松本俊彦：【シンポジウム 2】市販薬オーバードーズで SOS に蓋をする～大人の都合に翻弄される子どもたち～．第 15 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, 静岡, 2024.6.9.
- 13) 松本俊彦：【パネルディスカッション 10】がん治療における心理社会的要因を主とする痛みを再検討する．第 29 回日本緩和医療学会学術大会 第 37 回日本サイコロロジー学会総会 合同学術大会, 兵庫, 2024.6.15.
- 14) 成瀬暢也, 松本俊彦：【司会】一般シンポジウム 27 市販薬乱用・依存の実態・治療・対策～いま若者たちに何が起きているのか？ 第 120 回日本精神神経学会学術総会, 北海道, 2024.6.20-22.
- 15) 松本俊彦, 引地和歌子：【一般シンポジウム 27】監察医務院から見た市販薬中毒死の実態．第 120 回日本精神神経学会学術総会, 北海道, 2024.6.20-22.
- 16) 太刀川弘和, 松本俊彦：【司会】一般シンポジウム メディア×メンタルヘルス 3.0—どう協働すべきか. 第 120 回日本精神神経学会学術総会, 北海道, 2024.6.20-22.

- 17) 松本俊彦：【一般シンポジウム 22】薬物問題をめぐる情報発信のあり方ー専門家だからこそすべきこと。第 120 回日本精神神経学会学術総会，北海道，2024.6.20-22.
 - 18) 松本俊彦：【基調講演】自殺予防と中毒 薬物依存を中心に。第 46 回日本中毒学会総会・学術集会，兵庫，2024.7.24.
 - 19) 松本俊彦：【招待講演】薬物依存症における stigma の克服と inclusion. 第 56 回日本医学教育学会大会，東京，2024.8.9.
 - 20) 水野聡美，堤史織，片山宗紀，新田慎一郎，大野昂紀，安間尚徳，塩澤拓亮，嶋根卓也，松本俊彦，高野歩：【シンポジウム 2 AS2-1】ハームリダクションに基づく支援の導入・普及に関する研究：グループインタビュー調査の実施背景と研究方法の説明。2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.19.
 - 21) 堤史織，片山宗紀，新田慎一郎，水野聡美，大野昂紀，塩澤拓亮，安間尚徳，嶋根卓也，松本俊彦：【シンポジウム 2 AS2-2】アルコール・薬物使用問題の経験がある当事者の視点から見るハームリダクションに基づく支援において重要な要素。2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.19.
 - 22) 片山宗紀，堤史織，新田慎一郎，水野聡美，大野昂紀，塩澤拓亮，安間尚徳，嶋根卓也，松本俊彦，高野歩：【シンポジウム 2 AS2-3】”大きな理想をもって、本当のハーム・リダクションを目指して”・アルコール・薬物の家族の視点から。2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.19.
 - 23) 新田慎一郎，水野聡美，堤史織，片山宗紀，大野昂紀，塩澤拓亮，安間尚徳，嶋根卓也，松本俊彦，高野歩：【シンポジウム 2 AS2-4】”支援者の立場から考える”ハームリダクションに基づく支援における重要な要素。2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.19.
 - 24) 松本俊彦：【シンポジウム 6 PS6-1】薬物依存症臨床から見た医薬品乱用・依存の実態と治療上の課題。2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.20.
 - 25) 松本俊彦：【ワークショップ 2 PWS2-1】トラウマとアディクションからの回復のために何が必要か？ 2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.20.
 - 26) 松本俊彦：【スポンサードセミナー：アッヴィ合同会社】刑務所出所者に対してどう情報提供を行うか？～保護観察から地域精神保健福祉への橋渡しの試みから～。2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.20.
 - 27) 松本俊彦：【市民公開講座】人はなぜアルコールや薬物にハマルのか？ 2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.21.
 - 28) 松本俊彦：【教育講演 3】薬物依存症臨床から見た市販薬乱用・依存の実態と治療上の課題。第 8 回日本精神薬学会総会・学術集会，東京，2024.9.22.
 - 29) 松本俊彦：【特別講演】市販薬乱用・依存の理解と援助。第 78 回東北精神神経学会，秋田，2024.10.6.
 - 30) 松本俊彦：【特別鼎談】金融資本主義とアディクション。第 24 回日本外来精神医学学会，東京，2024.10.13.
 - 31) 松本俊彦：【シンポジウム 5】依存症治療の立場からみた若年に広がる物質使用障害の現状、背景、課題。第 65 回日本児童青年精神医学会総会学術集会，愛媛，2024.10.18.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
なし
- I. 引用文献
- 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
- 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)
- 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>

法務省、法務総合研究所研究部：令和6年版
犯罪白書。
<https://www.moj.go.jp/content/001429281.pdf>
_（最終確認 2025.2.17）

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

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.

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）

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.

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.

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
分変更にともなう乱用動態の変化. *精神神経学雑
誌* 98: 127-150.

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.

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.

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	回答のあった施設数と症例数								
		回答あり施設数＊		症例報告あり		症例なし				
		施設数	割合	施設数＊	割合	施設数	割合			
国立病院	43	2.8%	34	2.2%	13	30.2%	399	14.4%	21	48.8%
都道府県立病院	66	4.3%	47	3.1%	28	42.4%	968	35.0%	19	28.8%
大学医学部付属病院	62	4.1%	53	3.5%	20	32.3%	104	3.8%	33	53.2%
大学病院	20	1.3%	18	1.2%	5	25.0%	36	1.3%	13	65.0%
市区町村立病院	57	3.7%	40	2.6%	9	15.8%	42	1.5%	31	54.4%
民間病院	1,277	83.7%	906	59.4%	146	11.4%	1,216	44.0%	760	59.5%
計	1,525	(100.0%)	1,098	(72.0%)	221	(14.5%)	2,765	(100.0%)	877	(57.5%)

(回答あり施設数*, 症例報告あり施設数*には, 「回答拒否施設 (計1例) を報告した施設も含む」)

表2: 全対象者の属性(N=2702)

		度数	%
生物学的性別	男	1715	63.5
	女	986	36.5
	その他	1	0.0
調査時の年代	10代	130	4.8
	20代	393	14.5
	30代	458	17.0
	40代	712	26.4
	50代	655	24.2
	60代	260	9.6
	70代以上	94	3.5
高卒以上の学歴(あり)		1390	51.4
職業(あり)		893	33.0
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		1235	45.7
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		511	18.9
矯正施設入所歴(あり)		924	34.2
現在のアルコール問題(あり)		475	17.6
薬物問題による精神科入院歴(あり)		1658	61.4
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)		842	31.2
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)		572	21.2
最近1年以内の故意の自傷や自殺企図(あり)		525	19.4
現在の司法的処遇の 状況(あり)	全部執行猶予	54	2.0
	一部執行猶予	24	0.9
	試験観察	1	0.0
	保護観察	77	2.8
	仮釈放	28	1.0
	麻薬中毒者観察指導	0	0
最近1年以内の使用(あり)		1221	45.2
故意の自傷:リストカットや過量服薬			

表3: 全対象者の各種薬物の生涯使用経験 (N=2702)

		度数	%
使用経験のある薬物 (複数選択)	覚せい剤	1477	54.7
	揮発性溶剤	669	24.8
	大麻	739	27.4
	コカイン	223	8.3
	ヘロイン	52	1.9
	MDMA	249	9.2
	MDMA以外の幻覚剤	223	8.3
	危険ドラッグ類	280	10.4
	睡眠薬・抗不安薬	898	33.2
	鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	95	3.5
	鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	60	2.2
	市販薬	631	23.4
	ADHD治療薬	41	1.5
	その他	54	2.0

処方薬・医薬品については、治療目的以外の不適切な使用(乱用)

表4: 全対象者の初めて使用した薬物 (N=2702)

		度数	%
初めて使用した薬物	覚せい剤	692	25.6
	揮発性溶剤	592	21.9
	大麻	349	12.9
	コカイン	3	0.1
	ヘロイン	2	0.1
	MDMA	13	0.5
	MDMA以外の幻覚剤	18	0.7
	危険ドラッグ類	64	2.4
	睡眠薬・抗不安薬	474	17.5
	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)	15	0.6
	市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	394	14.6
	ADHD治療薬	8	0.3
	その他	33	1.2
	不明(欠損値)	34	1.3

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=2702)

	度数	%
主たる薬物	覚せい剤	1230 45.5
	揮発性溶剤	117 4.3
	大麻	168 6.2
	コカイン	10 0.4
	ヘロイン	2 0.1
	MDMA	11 0.4
	MDMA以外の幻覚剤	12 0.4
	危険ドラッグ類	35 1.3
	睡眠薬・抗不安薬	470 17.4
	鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	5 0.2
	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)	409 15.1
	ADHD治療薬	7 0.3
	その他	14 0.5
	多剤	197 7.3
危険ドラッグ類の 内訳 (N=35)	半合成カンナビノイド製品である	12 34.3
	半合成カンナビノイド製品でない	12 34.3
	無回答	11 31.4
睡眠薬・抗不安 薬の内訳(複数 選択) (N=432)	エチゾラム	168 38.9
	ゾルピデム	146 33.8
	フルニトラゼパム	109 25.2
	トリアゾラム	67 15.5
	上記以外	143 33.1
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=14)	トラマドール(トラマール、トラムセットなど)	7 50.0
	医療用麻薬(モルヒネ、オキシコドンなど)	4 28.6
	向精神薬(ペンタゾシン、ブプレノルフィン)	2 14.3
	コデイン	1 7.1
	その他	0 0
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=404)	コデイン含有群	248 61.4
	デキストロメトルファン含有群	154 38.1
	ブロムワレリル尿素主剤群	53 13.1
	アリルイソプロピルアセチル尿素含有群	26 6.4
	ジフェンヒドラミン主剤群	41 10.1
	カフェイン単剤群	14 3.5
	その他の市販薬群	10 2.5

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

半合成カンナビノイド製品とはHHC、THCH、THCO、THCHO、HHCHなどが該当

表6: 全対象者のICD-10 F1診断下位分類(N=2702)

		度数	%
F1下位診断分類 (複数選択)	F1x. 0 急性中毒	129	4.8
	F1x. 1 有害な使用	442	16.4
	F1x. 2 依存症候群	1692	62.6
	F1x. 3 離脱状態	68	2.5
	F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	39	1.4
	F1x. 5 精神病性障害	266	9.8
	F1x. 6 健忘症候群	18	0.7
	F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	640	23.7
	F1x. 8 他の精神および行動の障害	22	0.8

表7: 全対象者における併存精神障害のICD-10診断(N=2702)

		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	44	1.6
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	315	11.7
	F3 気分障害	654	24.2
	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	556	20.6
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	73	2.7
	F6 成人の人格及び行動の障害	209	7.7
	F7 知的障害(精神遅滞)	183	6.8
	F8 心理的発達の障害	184	6.8
	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	226	8.4

表8:「1年以内使用あり」症例の属性(N=1221)

		度数	%
性別	男	669	54.8
	女	552	45.2
	その他	0	0.0
現在の年代	10代	114	9.3
	20代	300	24.6
	30代	239	19.6
	40代	281	23.0
	50代	193	15.8
	60代	66	5.4
	70代以上	28	2.3
高卒以上の学歴(あり)		732	60.0
職業(あり)		443	36.3
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		435	35.6
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		166	13.6
矯正施設入所歴(あり)		276	22.6
現在のアルコール問題(あり)		246	20.1
薬物問題による精神科入院歴(あり)		686	56.2
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)		330	27.0
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)		179	14.7
最近1年以内の故意の自傷や自殺企図(あり)		413	33.8
現在の司法的 処遇の状況(あり)	全部執行猶予	40	3.3
	一部執行猶予	9	0.7
	試験観察	1	0.1
	保護観察	43	3.5
	仮釈放	17	1.4
	麻薬中毒者観察指導	0	0
故意の自傷:リストカットや過量服薬			

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=1221)

	度数	%
使用経験のある薬物 (複数選択)	覚せい剤	448 36.7
	揮発性溶剤	151 12.4
	大麻	319 26.1
	コカイン	97 7.9
	ヘロイン	20 1.6
	MDMA	120 9.8
	MDMA以外の幻覚剤	104 8.5
	危険ドラッグ類	125 10.2
	睡眠薬・抗不安薬	523 42.8
	鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	60 4.9
	鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	48 3.9
	市販薬	438 35.9
	ADHD治療薬	19 1.6
	その他	31 2.5

処方薬・医薬品については、治療目的以外の不適切な使用(乱用)

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=1221)

	度数	%
初めて使用した薬物	覚せい剤	213 17.4
	揮発性溶剤	118 9.7
	大麻	188 15.4
	コカイン	1 0.1
	ヘロイン	1 0.1
	MDMA	10 0.8
	MDMA以外の幻覚剤	9 0.7
	危険ドラッグ類	29 2.4
	睡眠薬・抗不安薬	295 24.2
	鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	8 0.7
	鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	9 0.7
	市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	293 24.0
	ADHD治療薬	5 0.4
	その他	17 1.4
	不明(欠損値)	25 2.0

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=1221)

		度数	%
	覚せい剤	342	28.0
	揮発性溶剤	28	2.3
	大麻	105	8.6
	コカイン	5	0.4
	ヘロイン	1	0.1
	MDMA	7	0.6
	MDMA以外の幻覚剤	7	0.6
	危険ドラッグ類	10	0.8
主たる薬物	睡眠薬・抗不安薬	276	22.6
	鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	3	0.2
	鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	10	0.8
	市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	312	25.6
	ADHD治療薬	3	0.2
	その他	8	0.7
	多剤	104	8.5
危険ドラッグ類の 内訳(N=10)	半合成カンナビノイド製品である	9	90.0
	半合成カンナビノイド製品でない	0	0.0
	無回答	1	10.0
睡眠薬・抗不安 薬の内訳(複数 選択)(N=259)	エチゾラム	94	36.3
	ゾルピデム	97	37.5
	フルニトラゼパム	65	25.1
	トリアゾラム	37	14.3
	上記以外	93	35.9
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=9)	トラマドール(トラマール、トラムセットなど)	6	66.7
	医療用麻薬(モルヒネ、オキシコドンなど)	2	22.2
	向精神薬(ペンタゾシン、ブプレノルフィン)	0	0.0
	コデイン	1	11.1
	その他	0	0.0
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=308)	コデイン含有群	187	60.7
	デキストロメトルフアン含有群	132	42.9
	ブロムワレリル尿素主剤群	39	12.7
	アイルイソプロピルアセチル尿素含有群	19	6.2
	ジフェンヒドラミン主剤群	31	10.1
	カフェイン単剤群	9	2.9
	その他の市販薬群	9	2.9

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

半合成カンナビノイド製品とはHHC、THCH、THCO、THCHO、HHCHなどが該当

表12: 「1年以内に使用あり」症例の薬物の入手経路 (N=1221)

		度数	%
入手経路	友人	93	7.6
	知人	118	9.7
	恋人・愛人	37	3.0
	家族	21	1.7
	密売人	241	19.7
	医療機関(精神科)	265	21.7
	医療機関(身体科)	115	9.4
	薬局	273	22.4
	インターネット	178	14.6
	店舗	79	6.5
	その他	13	1.1
	不明	107	8.8

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=1221)

		度数	%
F1下位診断分類 (複数選択)	F1x. 0 急性中毒	113	9.3
	F1x. 1 有害な使用	318	26.0
	F1x. 2 依存症候群	882	72.2
	F1x. 3 離脱状態	49	4.0
	F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	32	2.6
	F1x. 5 精神病性障害	118	9.7
	F1x. 6 健忘症候群	14	1.1
	F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	76	6.2
	F1x. 8 他の精神および行動の障害	9	0.7

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=1221)

		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	21	1.7
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	111	9.1
	F3 気分障害	335	27.4
	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	323	26.5
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	40	3.3
	F6 成人の人格及び行動の障害	126	10.3
	F7 知的障害(精神遅滞)	82	6.7
	F8 心理的発達障害	117	9.6
	F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	137	11.2

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=1035)

		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=342	n=105	n=276	n=312				
生物学的性別	男	度数	258	92	106	101	196.703	3	p<0.001
		%	75.4	87.6	38.4	32.4			
	女	度数	84	13	170	211			
		%	24.6	12.4	61.6	67.6			
現在の年代	10代	度数	4	9	6	82	420.208	18	p<0.001
		%	1.2	8.6	2.2	26.3			
	20代	度数	32	56	31	126			
		%	9.4	53.3	11.2	40.4			
	30代	度数	69	21	72	39			
		%	20.2	20.0	26.1	12.5			
	40代	度数	113	16	72	40			
		%	33.0	15.2	26.1	12.8			
	50代	度数	96	3	53	17			
		%	28.1	2.9	19.2	5.4			
	60代	度数	25	0	24	8			
		%	7.3	0.0	8.7	2.6			
	70代以上	度数	3	0	18	0			
		%	0.9	0.0	6.5	0.0			
高卒以上の学歴(あり)	度数	166	69	193	189	160.016	9	p<0.001	
	%	48.5	65.7	69.9	60.6				
有職(現在何らかの職に就いている)	度数	129	54	106	90	20.403	6	p=0.002	
	%	37.7	51.4	38.4	28.8				
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	度数	288	62	15	25	574.888	3	p<0.001	
	%	84.2	59.0	5.4	8.0				
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	度数	65	17	24	31	18.625	3	p<0.001	
	%	19.0	16.2	8.7	9.9				
矯正施設入所歴(あり)	度数	204	23	11	10	382.254	6	p<0.001	
	%	59.6	21.9	4.0	3.2				
現在のアルコール問題(あり)	度数	64	12	69	58	13.143	6	p=0.041	
	%	18.7	11.4	25.0	18.6				
薬物問題による精神科入院歴(あり)	度数	177	49	140	206	24.002	6	p=0.001	
	%	51.8	46.7	50.7	66.0				
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)	度数	136	25	55	68	57.804	6	p<0.001	
	%	39.8	23.8	19.9	21.8				
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)	度数	85	17	20	31	61.550	6	p<0.001	
	%	24.9	16.2	7.2	10.0				
最近1年以内の故意の自傷や自殺企図(あり)	度数	37	15	91	202	243.771	6	p<0.001	
	%	10.8	14.3	33.0	64.7				

*カイ二乗検定

表16: 「1年以内に使用あり」症例における4種類の薬物の使用経験のある薬物の比較 (N=1035)

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=342	n=105	n=276	n=312			
覚せい剤	度数	341	22	20	797.475	3	p<0.001
	%	99.7	21.0	7.2			
揮発性溶剤	度数	88	2	9	122.881	3	p<0.001
	%	25.7	1.9	3.3			
大麻	度数	114	105	15	434.699	3	p<0.001
	%	33.3	100.0	5.4			
コカイン	度数	45	23	4	72.965	3	p<0.001
	%	13.2	21.9	1.4			
ヘロイン	度数	10	3	0	10.487	3	p=0.015
	%	2.9	2.9	0.0			
MDMA	度数	58	22	8	73.353	3	p<0.001
	%	17.0	21.0	2.9			
MDMA以外の幻覚剤	度数	40	30	6	95.942	3	p<0.001
	%	11.7	28.6	2.2			
危険ドラッグ類	度数	51	17	5	47.397	3	p<0.001
	%	14.9	16.2	1.8			
睡眠薬・抗不安薬	度数	45	11	268	516.373	3	p<0.001
	%	13.2	10.5	97.1			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	4	0	17	17.672	3	p=0.001
	%	1.2	0.0	6.2			
鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	度数	2	0	9	13.980	3	p=0.003
	%	0.6	0.0	3.3			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数	18	5	42	755.205	3	p<0.001
	%	5.3	4.8	15.2			
ADHD治療薬	度数	5	0	2	2.089	3	p=0.554
	%	1.5	0.0	0.7			
その他	度数	6	0	3	2.086	3	p=0.555
	%	1.8	0.0	1.1			

*カイ二乗検定

表17: 「1年以内に使用あり」症例における4種類の薬物の人生ではじめて使用した薬物の比較 (N=1035)

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	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=342	n=105	n=276	n=312			
覚せい剤	度数	189	2	8	8	1763.461	42	p<0.001
	%	55.3	1.9	2.9	2.6			
揮発性溶剤	度数	71	2	8	4			
	%	20.8	1.9	2.9	1.3			
大麻	度数	46	94	8	11			
	%	13.5	89.5	2.9	3.5			
コカイン	度数	0	1	0	0			
	%	0.0	1.0	0.0	0.0			
ヘロイン	度数	0	0	0	1			
	%	0.0	0.0	0.0	0.3			
MDMA	度数	2	0	1	0			
	%	0.6	0.0	0.4	0.0			
MDMA以外の幻覚剤	度数	6	0	0	1			
	%	1.8	0.0	0.0	0.3			
危険ドラッグ類	度数	11	2	3	4			
	%	3.2	1.9	1.1	1.3			
睡眠薬・抗不安薬	度数	4	1	212	37			
	%	1.2	1.0	76.8	11.9			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	0	0	4	1			
	%	0.0	0.0	1.4	0.3			
鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	度数	0	0	2	4			
	%	0.0	0.0	0.7	1.3			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数	6	1	20	232			
	%	1.8	1.0	7.2	74.4			
ADHD治療薬	度数	0	0	1	1			
	%	0.0	0.0	0.4	0.3			
その他	度数	5	0	1	2			
	%	1.5	0.0	0.4	0.6			

*カイ二乗検定

表18：「1年以内に使用あり」症例における4種類の薬物の入手経路の比較 (N=1035)

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=342	n=105	n=276	n=312			
友人	度数	29	32	2	15	101.443	3	p<0.001
	%	8.5	30.5	0.7	4.8			
知人	度数	62	20	3	18	65.505	3	p<0.001
	%	18.1	19.0	1.1	5.8			
恋人・愛人	度数	26	5	1	2	35.071	3	p<0.001
	%	7.6	4.8	0.4	0.6			
家族	度数	3	1	11	3	11.121	3	p=0.011
	%	0.9	1.0	4.0	1.0			
密売人	度数	191	27	1	0	403.286	3	p<0.001
	%	55.8	25.7	0.4	0.0			
医療機関(精神科)	度数	1	0	203	3	674.623	3	p<0.001
	%	0.3	0.0	73.6	1.0			
医療機関(身体科)	度数	0	0	95	1	282.805	3	p<0.001
	%	0.0	0.0	34.4	0.3			
薬局	度数	0	0	9	240	684.2.02	3	p<0.001
	%	0.0	0.0	3.3	76.9			
インターネット	度数	50	15	13	62	29.482	3	p<0.001
	%	14.6	14.3	4.7	19.9			
店舗	度数	1	0	1	50	113.309	3	p<0.001
	%	0.3	0.0	0.4	16.0			
その他	度数	2	4	2	1	12.009	3	p=0.007
	%	0.6	3.8	0.7	0.3			

*カイ二乗検定

表19:「1年以内に使用あり」症例における4種類の薬物のICD-10 F1診断下位分類の比較(N=1035)

		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=342	n=105	n=276	n=312			
ICD-10診断 (複数選択)	F1x. 0 急性中毒	度数 9 % 2.6	5 4.8	20 7.2	55 17.6	50.468	3	p<0.001
	F1x. 1 有害な使用	度数 48 % 14.0	25 23.8	67 24.3	127 40.7	61.492	3	p<0.001
	F1x. 2 依存症候群	度数 280 % 81.9	72 68.6	207 75.0	201 64.4	27.083	3	p<0.001
	F1x. 3 離脱状態	度数 18 % 5.3	1 1.0	8 2.9	15 4.8	5.280	3	p=0.152
	F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	度数 11 % 3.2	0 0.0	11 4.0	6 1.9	5.703	3	p=0.127
	F1x. 5 精神病的障害	度数 69 % 20.2	19 18.1	2 0.7	9 2.9	94.375	3	p<0.001
	F1x. 6 健忘症候群	度数 0 % 0.0	1 1.0	6 2.2	4 1.3	7.069	3	p=0.070
	F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病的障害	度数 56 % 16.4	7 6.7	1 0.4	2 0.6	91.187	3	p<0.001
	F1x. 8 他の精神および行動の障害	度数 1 % 0.3	1 1.0	2 0.7	1 0.3	1.246	3	p=0.742

表20:「1年以内に使用あり」症例における4種類の薬物の併存精神障害ICD-10診断の比較(N=1035)

		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=342	n=105	n=276	n=312			
併存精神障害 (複数選択)	併存精神障害(なし)	度数 153 % 44.7	59 56.2	35 12.7	54 17.3	135.020	3	p<0.001
	F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 2 % 0.6	1 1.0	5 1.8	5 1.6	2.309	3	p=0.511
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 34 % 9.9	12 11.4	21 7.6	24 7.7	2.426	3	p=0.489
	F3 気分障害	度数 68 % 19.9	16 15.2	96 34.8	94 30.1	26.371	3	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 64 % 18.7	8 7.6	92 33.3	115 36.9	52.981	3	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 5 % 1.5	0 1.2	19 6.9	13 4.2	17.407	3	p=0.001
	F6 成人の人格及び行動の障害	度数 27 % 7.9	3 2.9	41 14.9	40 12.8	15.998	3	p=0.001
	F7 知的障害(精神遅滞)	度数 23 % 6.7	4 3.8	21 7.6	19 6.1	1.930	3	p=0.587
	F8 心理的発達障害	度数 12 % 3.5	4 3.8	23 8.3	56 17.9	45.843	3	p<0.001
	F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	度数 46 % 13.5	13 12.4	12 4.3	44 14.1	17.676	3	p=0.001

*カイ二乗検定

表21: 「1年以内の自傷や自殺企図」の有無でわけた属性比較(N=2608)

			自 傷などなし	自 傷などあり	χ^2 値	df	p*
			n=2083	n=525			
生物学的性別	男	度数	1510	152	346.155	2	p<0.001
		%	72.5	29.0			
	女	度数	573	372			
		%	27.5	70.9			
	その他	度数	0	1			
		%	0	0.2			
現在の年代	10代	度数	28	97	588.872	6	p<0.001
		%	1.3	18.5			
	20代	度数	193	181			
		%	9.3	34.5			
	30代	度数	334	100			
		%	16.0	19.0			
	40代	度数	607	83			
		%	29.1	15.8			
	50代	度数	593	50			
		%	28.5	9.5			
	60代	度数	239	11			
		%	11.5	2.1			
	70代以上	度数	89	3			
		%	4.3	0.6			
高卒以上の学歴(あり)		度数	1051	287	230.182	3	p<0.001
		%	50.5	54.7			
有職(現在何らかの職に就いている)		度数	719	138	13.960	2	p=0.001
		%	34.5	26.3			
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		度数	1100	109	173.171	1	p<0.001
		%	52.8	20.8			
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		度数	438	59	26.050	1	p<0.001
		%	21.0	11.1			
矯正施設入所歴(あり)		度数	827	78	135.343	2	p<0.001
		%	39.7	14.9			
現在のアルコール問題(あり)		度数	327	127	24.675	2	p<0.001
		%	15.7	24.2			
薬物問題による精神科入院歴(あり)		度数	1250	358	12.404	2	p=0.002
		%	60.0	68.2			
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)		度数	689	132	23.829	2	p<0.001
		%	33.1	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	503	59	50.625	2	p<0.001
		%	24.1	11.2			
最近1年以内の使用(あり)		度数	768	413	295.643	1	p<0.001**
		%	36.9	78.7			

*カイ二乗検定 **Fisherの直接法

表22:「1年以内の自傷や自殺企図」の有無でわけた主たる薬物の比較(N=2608)

		自傷などなし n=2083	自傷などあり n=525	χ^2 値	df	p*
覚せい剤	度数	1110	88	517.868	14	p<0.001
	%	53.3	16.8			
揮発性溶剤	度数	105	10			
	%	5.0	1.9			
大麻	度数	146	16			
	%	7.0	3.0			
コカイン	度数	8	2			
	%	0.4	0.4			
ヘロイン	度数	2	0			
	%	0.1	0			
MDMA	度数	7	4			
	%	0.3	0.8			
MDMA以外の幻覚剤	度数	9	2			
	%	0.4	0.4			
危険ドラッグ類	度数	31	3			
	%	1.5	0.6			
睡眠薬・抗不安薬	度数	341	110			
	%	16.4	21.0			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	5	0			
	%	0.2	0			
鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオ イド含む)	度数	11	4			
	%	0.5	0.8			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡 眠薬など)	度数	165	227			
	%	7.9	43.2			
ADHD治療薬	度数	7	0			
	%	0.3	0			
その他	度数	7	6			
	%	0.3	1.1			
多剤	度数	129	53			
	%	6.2	10.1			

*カイ二乗検定

表23: 「1年以内の自傷や自殺企図」の有無でわけた主たる薬物の睡眠薬・抗不安薬の内訳 (N=414)

			自傷などなし	自傷などあり	χ^2 値	df	p**
			n=318	n=96			
睡眠薬・抗不安薬の内訳 (複数選択)	エチゾラム	度数	123	37	0.001	1	p=1.000
		%	38.7	38.5			
	ゾルピデム	度数	103	38	1.699	1	p=0.219
		%	32.4	39.6			
	フルニトラゼパム	度数	76	31	2.710	1	p=0.111
		%	23.9	32.3			
	トリアゾラム	度数	49	13	0.202	1	p=0.745
		%	15.4	13.5			
	上記以外	度数	106	30	0.145	1	p=0.804
		%	33.3	31.3			

**Fisherの直接法

表24: 「1年以内の自傷や自殺企図」の有無でわけた主たる薬物の市販薬の内訳 (N=387)

			自傷などなし	自傷などあり	χ^2 値	df	p**
			n=163	n=224			
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	102	139	0.011	1	p=1.000
		%	62.6	62.1			
	デキストロメトルフエン含有群	度数	39	105	21.266	1	p<0.001
		%	23.9	46.9			
	ブロムワレリル尿素主剤群	度数	25	26	1.147	1	p=0.291
		%	15.9	11.6			
	アリルイソプロピルアセチル尿素含有群	度数	13	12	1.070	1	p=0.305
		%	8.0	5.4			
	ジフェンヒドラミン主剤群	度数	13	26	1.373	1	p=0.305
		%	8.0	11.6			
	カフェイン単剤群	度数	6	7	0.090	1	p=0.782
		%	3.7	3.1			
	その他の市販薬群	度数	5	4	0.682	1	p=0.502
		%	3.1	1.8			

**Fisherの直接法

表25: 「1年以内の自傷や自殺企図」の有無でわけたICD-10 F1診断下位分類の比較 (N=2608)

			自傷などなし n=2083	自傷などあり n=525	χ^2 値	df	p**
ICD-10診断 (複数選択)	F1x. 0 急性中毒	度数	46	75	138.242	1	p<0.001
		%	2.2	14.3			
	F1x. 1 有害な使用	度数	239	190	186.389	1	p<0.001
		%	11.5	36.2			
	F1x. 2 依存症候群	度数	1299	325	0.037	1	p=0.880
		%	62.4	61.9			
	F1x. 3 離脱状態	度数	46	20	4.358	1	p=0.043
		%	2.2	3.8			
	F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	度数	28	9	0.411	1	p=0.535
		%	1.3	1.7			
	F1x. 5 精神病的障害	度数	221	36	6.647	1	p=0.009
		%	10.6	6.9			
	F1x. 6 健忘症候群	度数	8	9	11.457	1	p=0.003
		%	0.4	1.7			
	F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病的障害	度数	582	47	82.608	1	p<0.001
		%	27.9	9.0			
	F1x. 8 他の精神および行動の障害	度数	17	4	0.015	1	p=1.000
		%	0.8	0.8			

**Fisherの直接法

表26: 「1年以内の自傷や自殺企図」の有無でわけた併存精神障害ICD-10診断の比較 (N=2608)

			自傷などなし n=2083	自傷などあり n=525	χ^2 値	df	p**
併存精神障害 (複数選択)	併存精神障害(なし)	度数	845	66	144.584	1	p<0.001
		%	40.6	12.6			
	F0 症状性を含む器質性精神障害	度数	37	6	1.038	1	p=0.442
		%	1.8	1.1			
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数	271	32	19.526	1	p<0.001
		%	13.0	6.1			
	F3 気分障害	度数	440	190	51.958	1	p<0.001
		%	21.1	36.2			
	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	337	196	115.405	1	p<0.001
		%	16.2	37.3			
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数	43	28	16.920	1	p<0.001
		%	2.1	5.3			
	F6 成人の人格及び行動の障害	度数	104	98	109.722	1	p<0.001
		%	5.0	18.7			
	F7 知的障害(精神遅滞)	度数	126	54	11.714	1	p=0.001
		%	6.0	10.3			
	F8 心理的発達障害	度数	102	78	64.742	1	p<0.001
		%	4.9	14.9			
	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	149	67	17.365	1	p<0.001
		%	7.2	12.8			

**Fisherの直接法

表27: 「1年以内に使用あり」症例の年代でわけた属性比較(N=934)

			10-20代	30-40代	χ^2 値	df	p
			n=414	n=520			
生物学的性別	男	度数	165	318	41.873	1	p<0.001**
		%	39.9	61.2			
	女	度数	249	202			
		%	60.1	38.8			
高卒以上の学歴(あり)	度数		231	337	102.599	3	p<0.001*
	%		55.8	64.8			
有職(現在何らかの職に就いている)	度数		134	219	10.155	2	p=0.006*
	%		32.4	42.1			
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	度数		94	212	34.142	1	p<0.001**
	%		22.7	40.8			
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	度数		45	74	2.342	1	p=0.139**
	%		10.9	14.2			
矯正施設入所歴(あり)	度数		47	130	30.254	2	p<0.001*
	%		11.4	25.0			
現在のアルコール問題(あり)	度数		72	118	4.038	2	p=0.133*
	%		17.4	22.7			
薬物問題による精神科入院歴(あり)	度数		241	306	1.986	2	p=0.370*
	%		58.2	58.8			
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)	度数		65	177	46.091	2	p<0.001*
	%		15.7	34.0			
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)	度数		34	95	25.102	2	p<0.001*
	%		8.2	18.3			
最近1年以内の故意の自傷や自殺企図(あり)	度数		247	127	127.538	2	p<0.001*
	%		59.7	24.4			

*カイ二乗検定 **Fisherの直接法

表28:「1年以内に使用あり」症例の年代でわけた主たる薬物の比較(N=934)

		10-20代 n=414	30-40代 n=520	χ^2 値	df	p*
覚せい剤	度数	36	182	243.128	13	p<0.001
	%	8.7	35.0			
揮発性溶剤	度数	0	16			
	%	0	3.1			
大麻	度数	65	37			
	%	15.7	7.1			
コカイン	度数	5	0			
	%	1.2	0.0			
ヘロイン	度数	0	0			
	%	0	0			
MDMA	度数	4	3			
	%	1.0	0.6			
MDMA以外の幻覚剤	度数	3	4			
	%	0.7	0.8			
危険ドラッグ類	度数	3	6			
	%	0.7	1.2			
睡眠薬・抗不安薬	度数	37	144			
	%	8.9	27.7			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	1	2			
	%	0.2	0.4			
鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオ イド含む)	度数	2	5			
	%	0.5	1.0			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡 眠薬など)	度数	208	79			
	%	50.2	15.2			
ADHD治療薬	度数	1	1			
	%	0.2	0.2			
その他	度数	3	1			
	%	0.7	0.2			
多剤	度数	46	40			
	%	11.1	7.7			

*カイ二乗検定

表29: 「1年以内に使用あり」症例の年代でわけた主たる薬物の睡眠薬・抗不安薬の内訳 (N = 169)

			10-20代	30-40代	χ^2 値	df	p**
			n=35	n=134			
睡眠薬・抗不安薬の内訳(複数選択)	エチゾラム	度数	10	45	0.317	1	p=0.687
		%	28.6	33.6			
	ゾルピデム	度数	11	61	2.254	1	p=0.179
		%	31.4	45.5			
	フルニトラゼパム	度数	10	38	0.001	1	p=1.000
		%	28.6	28.4			
	トリアゾラム	度数	2	18	1.585	1	p=0.255
		%	5.7	13.4			
	上記以外	度数	16	39	3.488	1	p=0.071
		%	45.7	29.1			

**Fisherの直接法

表30: 「1年以内に使用あり」症例の年代でわけた主たる薬物の市販薬の内訳 (N = 283)

			10-20代	30-40代	χ^2 値	df	p**
			n=207	n=76			
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	123	47	0.136	1	p=0.785
		%	59.4	61.8			
	デキストロメトर्फアン含有群	度数	112	16	24.517	1	p<0.001
		%	54.1	21.1			
	ブロムワレリル尿素主剤群	度数	20	15	5.206	1	p=0.040
		%	9.7	19.7			
	アリルイソプロピルアセチル尿素含有群	度数	12	6	0.411	1	p=0.584
		%	5.8	7.9			
	ジフェンヒドラミン主剤群	度数	23	6	0.625	1	p=0.512
		%	11.1	7.9			
	カフェイン単剤群	度数	6	3	0.199	1	p=0.705
		%	2.9	3.9			
	その他の市販薬群	度数	4	4	2.245	1	p=0.217
		%	1.9	5.3			

**Fisherの直接法

表31: 「1年以内に使用あり」症例の年代でわけたICD-10 F1診断下位分類の比較 (N=934)

			10-20代 n=414	30-40代 n=520	χ^2 値	df	p**
ICD-10診断 (複数選択)	F1x. 0 急性中毒	度数	59	37	12.727	1	p<0.001
		%	14.3	7.1			
	F1x. 1 有害な使用	度数	160	109	35.158	1	p<0.001
		%	38.6	21.0			
	F1x. 2 依存症候群	度数	265	393	14.814	1	p<0.001
		%	64.0	75.6			
	F1x. 3 離脱状態	度数	19	23	0.015	1	p=1.000
		%	4.6	4.4			
	F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	度数	8	14	0.579	1	p=0.519
		%	1.9	2.7			
	F1x. 5 精神病性障害	度数	32	55	2.212	1	p=0.142
		%	7.7	10.6			
	F1x. 6 健忘症候群	度数	2	9	3.083	1	p=0.124
		%	0.5	1.7			
	F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	度数	12	39	9.454	1	p=0.002
		%	2.9	7.5			
	F1x. 8 他の精神および行動の障害	度数	4	4	0.105	1	p=0.738
		%	1.0	0.8			

**Fisherの直接法

表32: 「1年以内に使用あり」症例の年代でわけた併存精神障害ICD-10診断の比較 (N=934)

		10-20代 n=414	30-40代 n=520	χ^2 値	df	p**
併存精神障害 (複数選択)	併存精神障害(なし)	度数 88 % 21.3	163 31.3	11.941	1	p=0.001
	F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 4 % 1.0	9 1.7	0.982	1	p=0.406
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 32 % 7.7	54 10.4	1.944	1	p=0.173
	F3 気分障害	度数 117 % 28.3	134 25.8	0.728	1	p=0.414
	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 133 % 32.1	120 23.1	9.556	1	p=0.002
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数 11 % 2.7	16 3.1	0.145	1	p=0.845
	F6 成人の人格及び行動の障害	度数 54 % 13.0	50 9.6	2.737	1	p=0.116
	F7 知的障害(精神遅滞)	度数 33 % 8.0	36 6.9	0.370	1	p=0.615
	F8 心理的発達障害	度数 70 % 16.9	35 6.7	23.927	1	p<0.001
	F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	度数 74 % 17.9	45 8.7	17.626	1	p<0.001

**Fisherの直接法

表33: 市販薬症例(単剤使用)における主な4種類の薬物の属性比較 (N=275)

		主たる市販薬(単剤使用)				χ^2 値	df	p*
		コデイン含 有群 n=160	デキストロメ トルファン n=71	プロムワレリ ル尿素主剤 群 n=27	ジフェンヒド ラミン主剤 群 n=17			
生物学的性別	男	度数 77 % 48.1	24 33.8	11 40.7	2 11.8	10.826	3	p=0.013
	女	度数 83 % 51.9	47 66.2	16 59.3	15 88.2			
	10代	度数 19 % 11.9	25 35.2	4 14.8	6 35.3			
	20代	度数 63 % 39.4	27 38.0	3 11.1	5 29.4			
現在の年代	30代	度数 30 % 18.8	6 8.5	5 18.5	1 5.9	41.161	18	p=0.001
	40代	度数 24 % 15.0	8 11.3	7 25.9	1 5.9			
	50代	度数 17 % 10.6	1 1.4	5 18.5	3 17.6			
	60代	度数 5 % 3.1	3 4.2	2 7.4	1 5.9			
	70代以上	度数 2 % 1.3	1 1.4	1 3.7	0 0.0			
	現在のアルコール問題(あり)	度数 35 % 21.9	13 18.3	1 3.7	2 11.8			
	薬物問題による精神科入院歴(あり)	度数 111 % 69.4	44 62.0	20 74.1	8 47.1			
	薬物問題による自助グループ参加経験(あり)	度数 51 % 31.9	15 21.1	8 29.6	4 23.5			
最近1年以内の故意の自傷や自殺企図(あり)	薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)	度数 25 % 15.6	10 14.1	2 7.4	1 5.9	4.711	6	p=0.581
	最近1年以内の使用(あり)	度数 76 % 47.5	43 60.6	10 37.0	11 64.7			
最近1年以内の使用(あり)		度数 113 % 70.6	59 83.1	17 63.0	13 76.5	5.647	3	p=0.130

*カイ二乗検定

表34: 市販薬症例(単剤使用)における主な4種類の薬物のICD-10 F1診断下位分類の比較(N=275)

		主たる市販薬(単剤使用)				χ^2 値	df	p*	
		コデイン含 有群	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				
		n=160	n=71	n=27	n=17				
ICD-10診断 (複数選択)	F1x.0 急性中毒	度数	15	15	2	3	7.187	3	p=0.066
		%	9.4	21.1	7.4	17.6			
	F1x.1 有害な使用	度数	55	25	6	10	6.214	3	p=0.102
		%	34.4	35.2	22.2	58.8			
	F1x.2 依存症候群	度数	109	46	22	6	10.441	3	p=0.015
		%	68.1	64.8	81.5	35.3			
	F1x.3 離脱状態	度数	3	2	2	0	3.328	3	p=0.344
		%	1.9	2.8	7.4	0			
	F1x.4 せん妄を伴う離脱状態	度数	2	2	0	0	1.615	3	p=0.656
		%	1.3	2.8	0	0			
	F1x.5 精神病性障害	度数	6	2	1	1	0.387	3	p=0.943
		%	3.8	2.8	3.7	5.9			
	F1x.6 健忘症候群	度数	3	1	0	0	0.848	3	p=0.838
		%	1.9	1.4	0	0			
	F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	度数	4	1	0	0	1.298	3	p=0.730
		%	2.5	1.4	0	0			
F1x.8 他の精神および行動の障害	度数	0	0	0	0	-	-	-	
	%	0	0	0	0				

*カイ二乗検定

表35: 市販薬症例(単剤使用)における主な4種類の薬物の併存精神障害ICD-10診断の比較(N=275)

		主たる市販薬(単剤使用)				χ^2 値	df	p*
		コデイン含有群	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			
		n=160	n=71	n=27	n=17			
併存精神障害 (複数選択)	併存精神障害(なし)	度数 %	34 21.3	10 14.1	8 29.6	1 5.9	5.451	3 p=0.142
	F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 %	4 2.5	1 1.4	0 0.0	0 0.0	1.298	3 p=0.730
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 %	14 8.8	5 7.0	0 0.0	3 17.6	4.708	3 p=0.149
	F3 気分障害	度数 %	36 22.5	28 39.4	10 37.0	8 47.1	10.320	3 p=0.016
	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 %	55 34.4	22 31.0	11 40.7	7 41.2	1.189	3 p=0.756
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数 %	4 2.5	3 4.2	0 0.0	3 17.6	11.202	3 p=0.011
	F6 成人の人格及び行動の障害	度数 %	16 10.0	10 14.1	2 7.4	2 11.8	1.226	3 p=0.747
	F7 知的障害(精神遅滞)	度数 %	8 5.0	5 7.0	1 3.7	0 0.0	1.582	3 p=0.664
	F8 心理的発達の障害	度数 %	28 17.5	13 18.3	1 3.7	3 17.6	3.530	3 p=0.317
	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 %	18 11.3	11 15.5	1 3.7	1 5.9	3.305	3 p=0.347

*カイ二乗検定

表36:「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20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	369
2	国立精神・神経医療研究センター病院	324
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	191
4	茨城県立こころの医療センター	163
5	十全会 聖明病院	154
6	医療法人社団益豊会 回生病院	97
7	瀬野川病院	93
8	赤城高原ホスピタル	83
9	各務原病院	70
10	昭和大学附属烏山病院	64
11	独立行政法人岡山県精神科医療センター	54
12	三光病院	46
13	多摩あおば病院	40
14	服部病院	36
15	山梨県立北病院	34
16	住吉病院	31
17	さわ病院	30
18	静岡県立こころの医療センター	29
19	資生会 千歳病院	28
20	北里大学病院	27
20	明和会医療福祉センター 渡辺病院	27

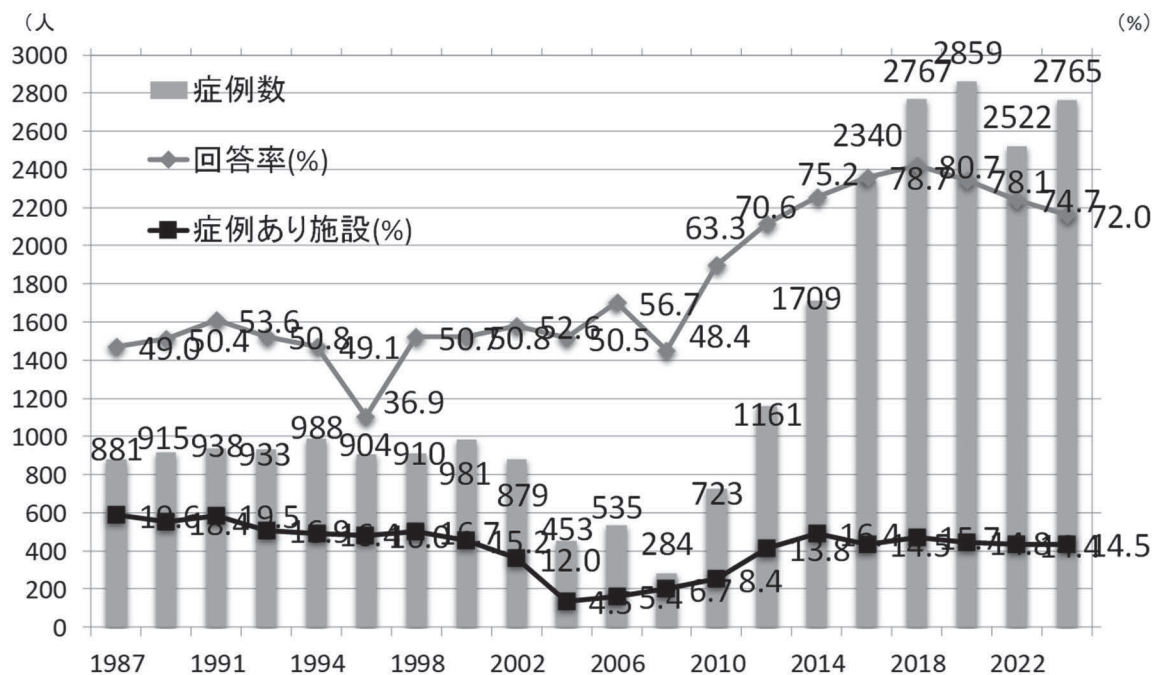


図1: 症例数・回答率などの経年的推移

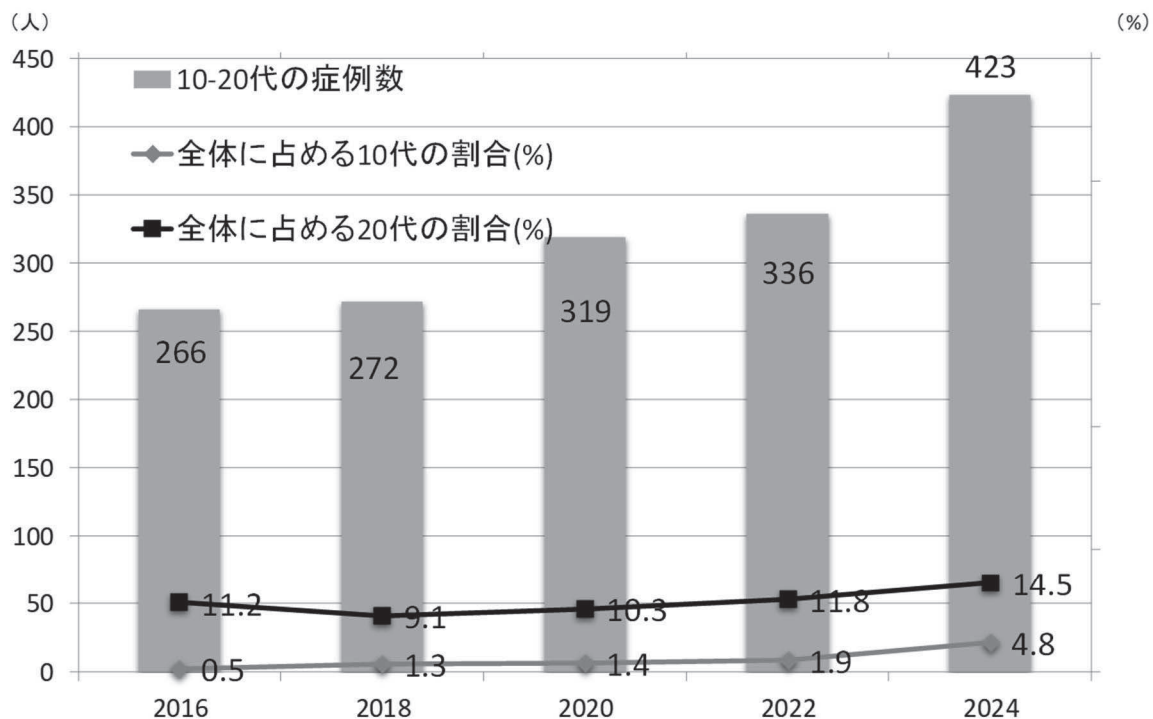


図2: 近年の10代と20代の症例数の推移

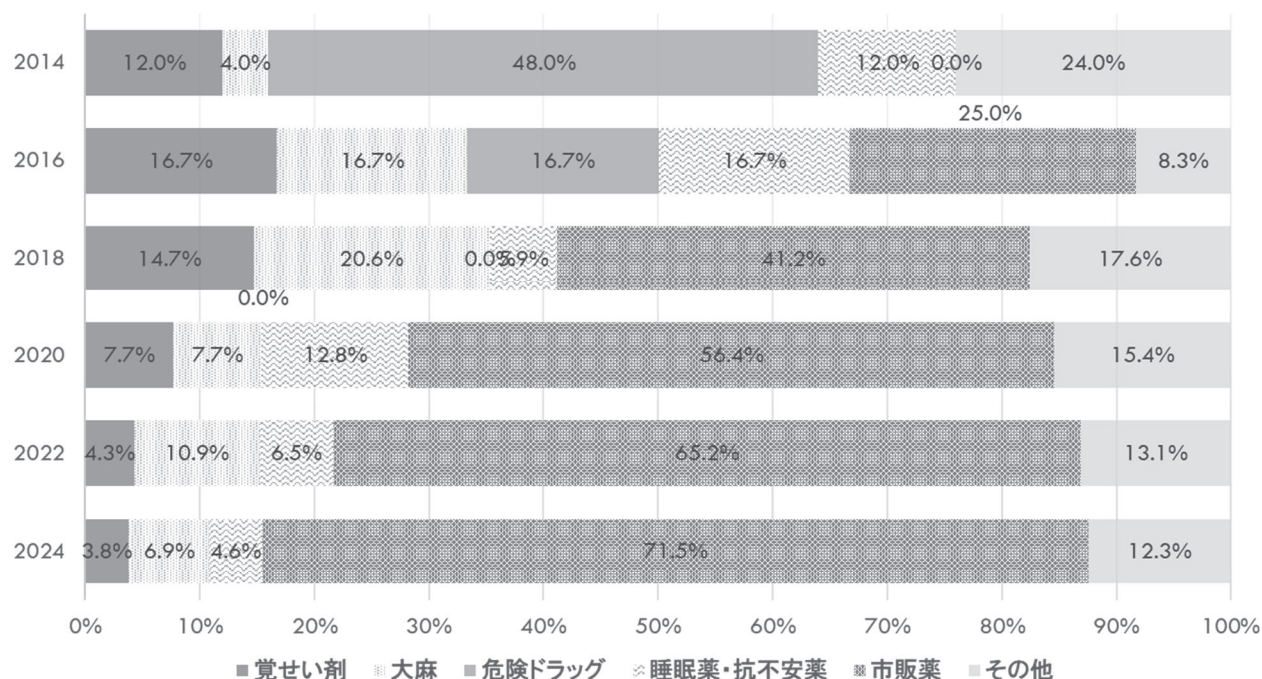


図3: 10代の主たる薬物の推移

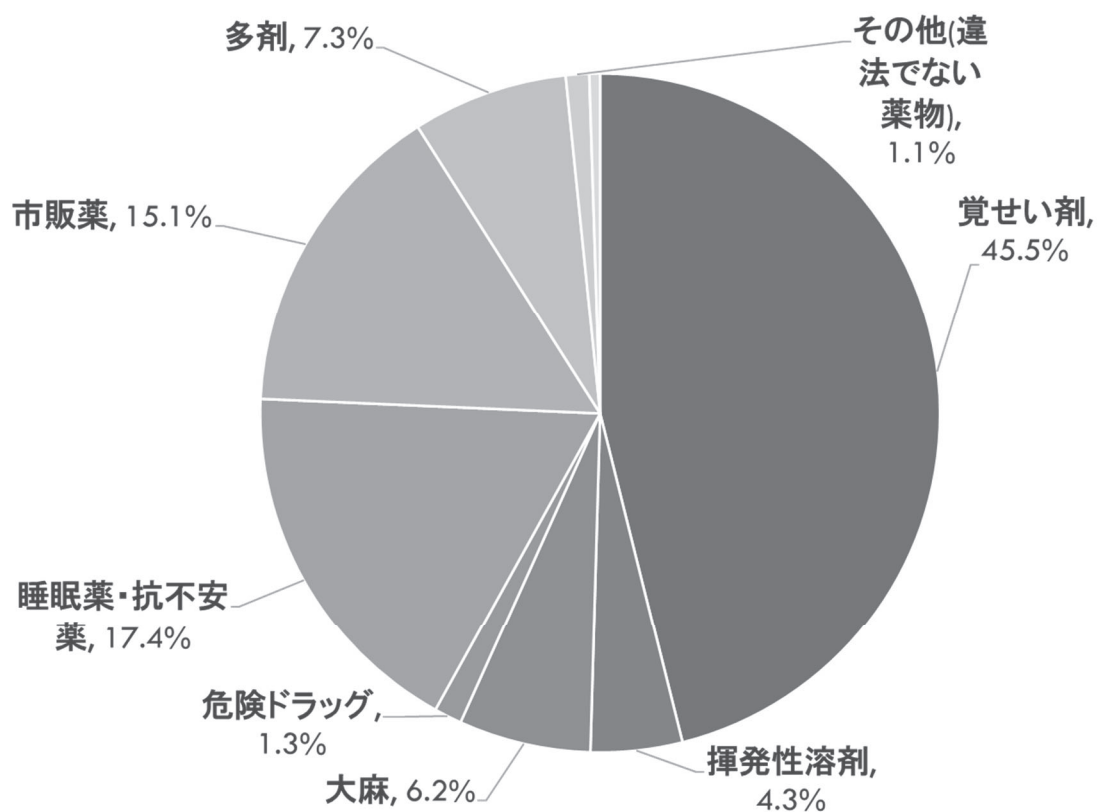


図4: 全対象症例における主たる薬物の比率(N=2702)

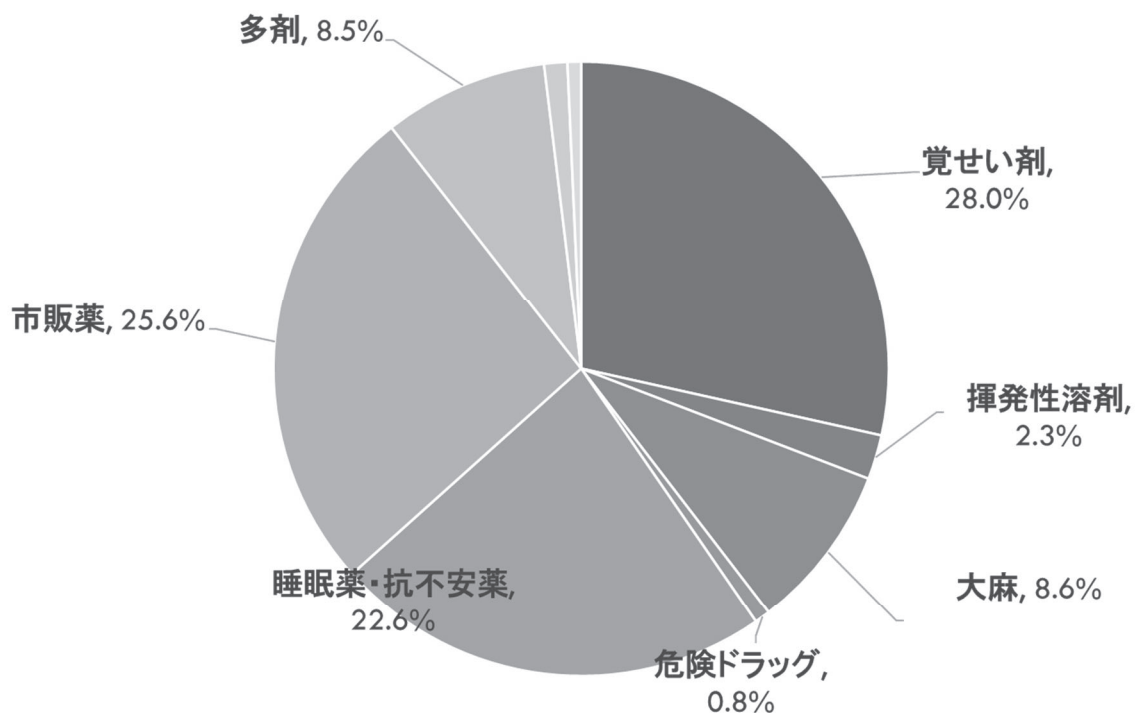


図5: 「1年以内に使用あり」症例における主たる薬物の比率 (N=1221)

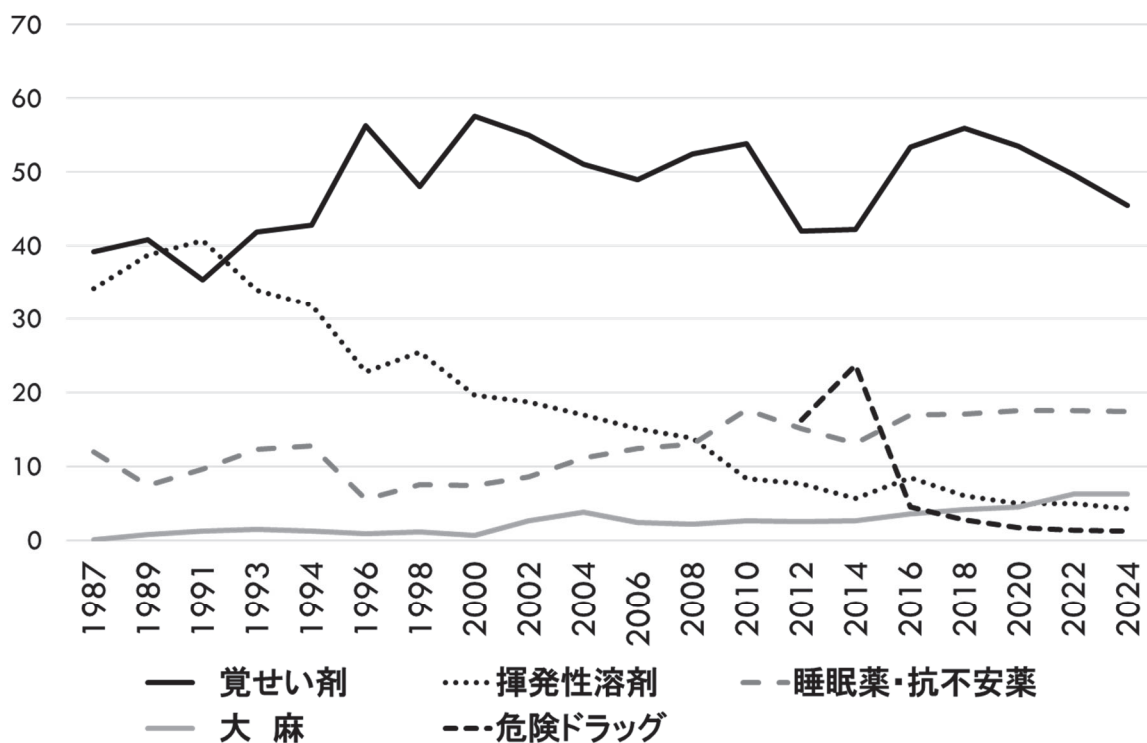


図6: 「主たる薬物」の比率に関する経年的推移

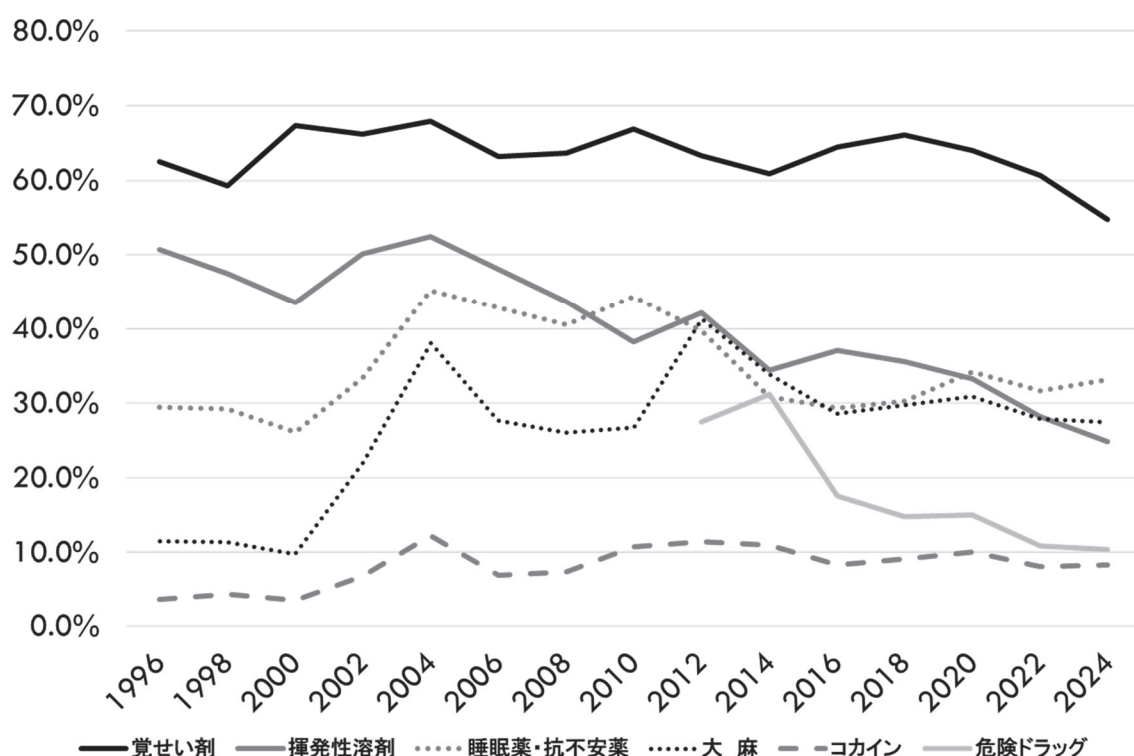


図7: 生涯使用経験のある薬物の比率に関する経年的推移

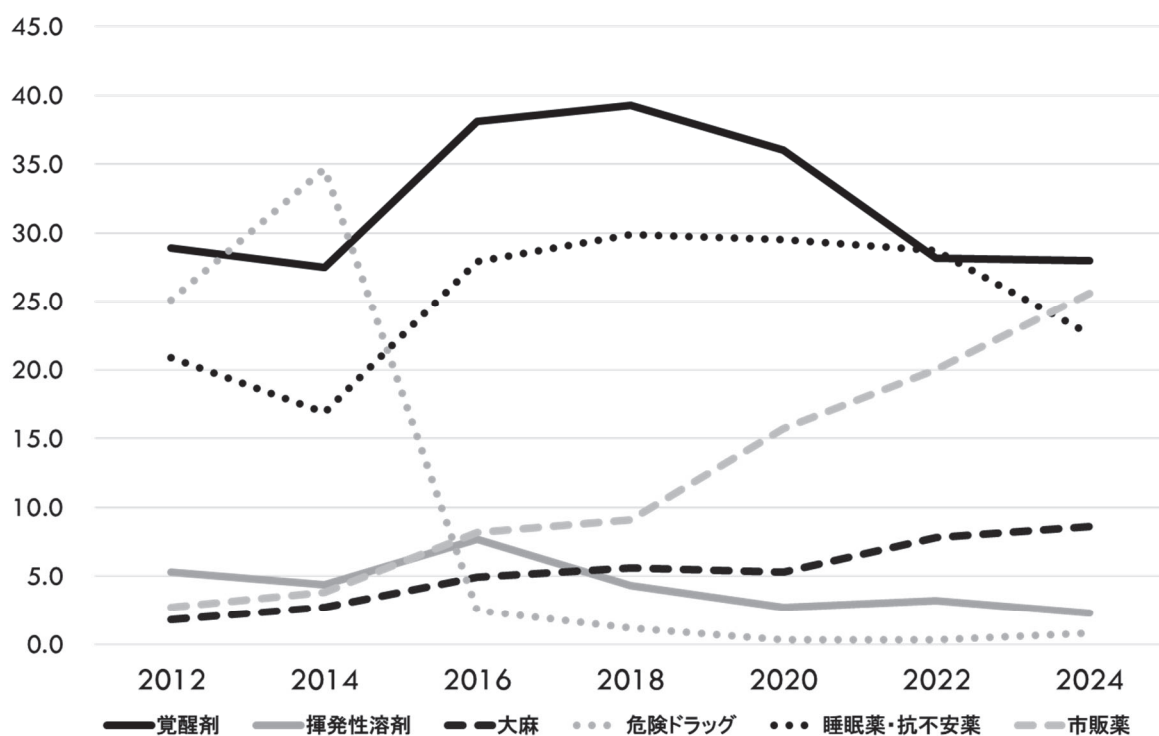


図8: 1年以内使用あり症例の「主たる薬物」の比率に関する経年的推移

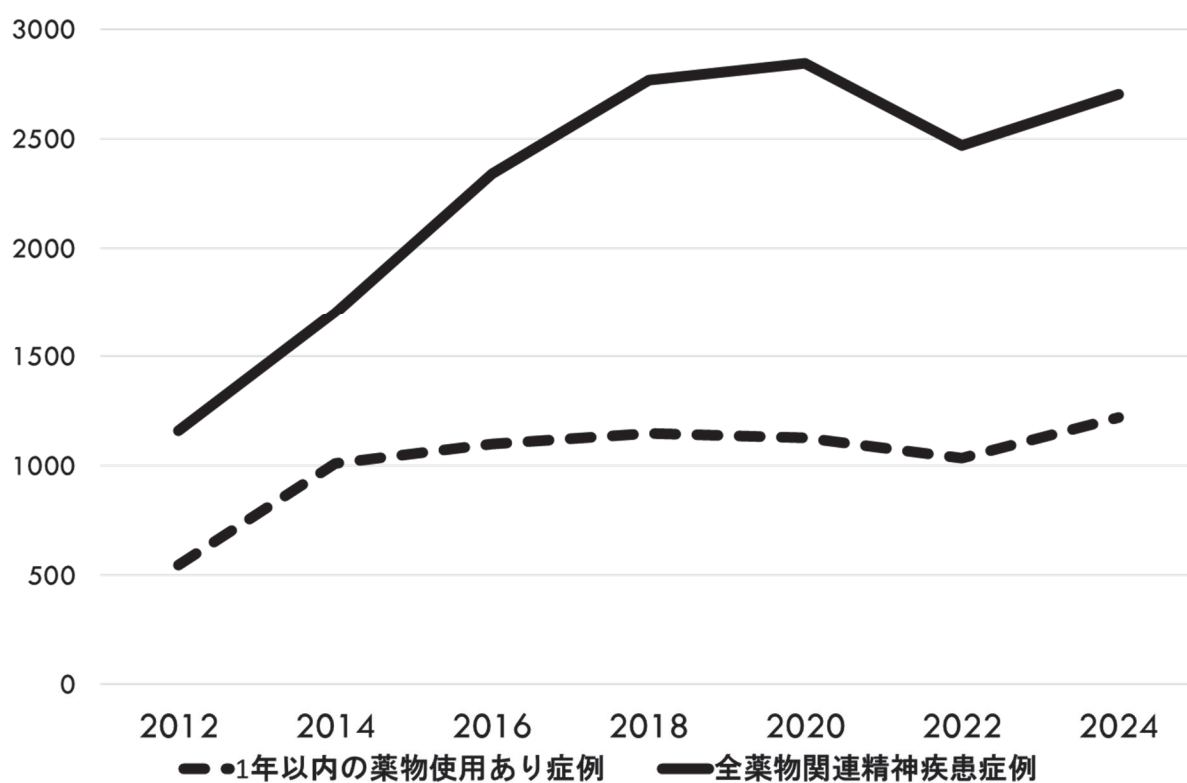


図9: 全薬物関連精神疾患症例数と「1年以内使用あり」症例数の推移

薬物関連精神疾患調査用紙

(2024 年度版)

本調査の実施要領は以下の通りです；

- (1) **調査期間**: 2024 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(ただし、調査に関する公開情報からオプトアウトを表明した患者は除外する)。
- (3) **方 法**: 対象患者ごとに、調査用紙の質問に対して診療録に基づいて回答してください。
- (4) **調査用紙返送期限**: 2024 年 11 月 30 日

* **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**

貴施設名 _____

記載年月日 2024 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。

_____ @ _____

***** 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 3. 中学・高校在籍中 99. 不明
- 4) 現在の就労状況 1. 有職(常勤、非常勤・パートを問わず) 2. 無職(学生、主婦も含む)
- 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) 薬物問題による依存症集団療法(SMARPPなど)の参加経験の有無 0. なし 1. あり 99. 不明
- 12) 最近1年以内の「故意の自傷」(リストカットや過量服薬)や自殺企図の有無 0. なし 1. あり 99. 不明
- 13) 現在、司法関連機関の監督下にありますか?(以下のうちで該当するものすべて○をつけてください)
- | | | | | | | |
|-----------|-----------|---------|---------|--------|--------------|--------|
| 1. 全部執行猶予 | 2. 一部執行猶予 | 3. 試験観察 | 4. 保護観察 | 5. 仮釈放 | 6. 麻薬中毒者観察指導 | 99. 不明 |
|-----------|-----------|---------|---------|--------|--------------|--------|

- 14) 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	該当する薬物すべてに「○」をつける
1. 覚醒剤	
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. 危険ドラッグ類(指定薬物: 半合成カンナビノイド製品*含む) * 半合成カンナビノイド: 天然に存在する大麻成分(THC や CBD)から化学合成して作られた新規カンナビノイドのこと。HHC、THCH、HHCH、THCHO などの指定薬物が知られている。	
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:)	

15) 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. 覚醒剤	
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. 危険ドラッグ類(指定薬物: 半合成カンナビノイド製品を含む)	
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:)	

16) 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	該当薬物1つだけに「○」
1. 覚醒剤	
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 以外の違法な幻覚薬(LSD、ケタミン、5-Meo-DITP など)	
8. 危険ドラッグ類(指定薬物: 半合成カンナビノイド製品を含む)	
上記は半合成カンナビノイド製品(HHC, THCH, THCO, THCHO, HHCH, HHCO など)に該当する薬物ですか? 1. はい 2. いいえ	
9. 睡眠薬・抗不安薬(市販睡眠薬は除く) 薬剤名に関して以下の該当するものに○(複数選択可)をつけ、「その他」の場合には具体的な薬品名を書いてください	
☐ エチゾラム	☐ ソルビデム
☐ フルニトラゼパム	☐ トリアゾラム
☐ その他 (薬品名を書いてください)	
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)	
1. ترامドール(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(ベンタゾシン、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(エスエスブロン錠、パブロン・ゴールド A、新ルル A、ベンザブロック、トニン液など) 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、エスエスブロン液 L など) 3. ブロムワレリル尿素主剤群(リスロン、ナロンエース、ウット[ウット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	

17) “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	

18) “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态は、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.5) 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	

19) 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

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（2024 年）

研究分担者：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（埼玉医科大学医学部臨床中毒学）

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（埼玉医科大学医学部臨床中毒学）

【研究要旨】

【目的】一般用医薬品の依存と乱用については、精神科医療機関では複数の研究が行われてきたが、一般病院を対象とした大規模な疫学研究はない。一般用医薬品の過量服用患者の中には、精神科受診歴のない者も多く、今後社会問題となっている一般用医薬品の依存・乱用対策を推進する上で、精神科医療機関を介さない症例も含めた調査は極めて重要である。そこで、一般用医薬品の過量服用の背景を明らかにするため、救急外来を基盤とした大規模疫学調査を実施した。

【方法】一般用医薬品の過量服用に関する大規模疫学調査への賛同を得た 8 施設において、当院を基盤機関とする多施設共同研究を行った。対象者は、2021 年 5 月から 2022 年 12 月までに一般用医薬品の過量服薬により救急医療機関を受診し、研究参加に同意した者とした。質問紙により、患者背景や、薬物/情報へのアクセス経路、服用した医薬品の商品名と量、併用した薬物/物質、今回の過量服用の目的などを調査し、回収・分析した。

【結果】対象は 124 名で女性は 98 人（79%）、年齢の中央値は 22.0 歳（12～85 歳）だった。87.9%が何らかの社会的活動に参加しており、83.1%に同居人がいた。常習的に過量服用歴のある患者 33 名（26.6%）を習慣群、ない患者 91 名（73.4%）を非習慣群とし、両群間で背景を比較した。習慣群は有意に若く（ $p=0.037$ ）、インターネット（ $p=0.013$ ）や友人（ $p<0.001$ ）から市販薬に関する情報をより多く得、実店舗で市販薬を入手する者が有意に多かった（ $p=0.009$ ）。一方、非習慣群では家庭にある薬を使用する傾向がみられた（ $p=0.052$ ）。過剰摂取の理由は非習慣群では自殺と自傷が有意に多く（ $p=0.002$ ）、習慣群ではそれ以外の目的が有意に多かった（ $p<0.001$ ）。薬品選択は解熱鎮痛薬が非習慣群に有意に多く（ $p=0.031$ ）、鎮咳去痰薬（ $p\leq 0.001$ ）と抗ヒスタミン薬（ $p=0.003$ ）が習慣群に有意に多かった。含有成分では、デキストロメトルファンが習慣群で有意に多かった（ $p=0.001$ ）。

【考察】本研究により一般用医薬品を乱用する一部の若者は社会生活を営んでいるにもかかわらず、心理的孤立を経験していることが明らかになった。今後、患者を取り巻く状況をより詳細に調査することで、市販薬の過量服薬防止のための環境整備や市販薬依存症の治療プログラムの確立が望まれる。

また本調査では、習慣群の 87.9%が実店舗で市販薬を購入していた。薬剤師が実店舗でゲートキーパーとして顧客と接することで、市販薬乱用を防止できる可能性がある。

A. 研究目的

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濫用や依存が問題となる主成分の血中濃度を集積・解析した。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

日本臨床・分析中毒学会は、病院、大学、研究機関に所属する医師、薬剤師、その他の研究者で構成される臨床毒性学および分析毒性学の学会である。2021年2月16日、日本臨床・分析中毒学会会員の救急医がいる救急医療施設16施設に、市販薬過剰摂取に関する疫学調査への参加を依頼するメールを送付した。

1. 研究対象者

研究対象者は、2021年5月から2022年12月までに市販薬の過剰摂取により救急医療施設を受診した患者で、未成年であっても研究への参加に同意した患者とした。本研究では、全患者から文書による同意を得た。未成年患者の場合は、同意文書を用いて説明を行い、患者と保護者の両方から文書による同意を得た。市販薬は、医師の処方箋がなくても薬局で購入できる医薬品とした。このうちカフェイン錠は日本では市販薬またはサプリメントとして購入でき、本研究では両方のカフェインを対象とした。過剰摂取または過度の使用は、推奨用量を超える用量を摂取した場合と定義した。本研究では、市販薬の過剰摂取を自白した患者、これらの薬物の過剰摂取を目撃した患者、現場で残留薬物を所持していたことが判明した患者を対象とした。ま

た、本研究の目的は市販薬の過剰摂取の実態を調査することであるため、処方薬やアルコールと市販薬を併用した患者も除外しなかった。市販薬の摂取量は、患者の自白、現場で患者の周囲で見つかった空箱、ボトル、パッケージなどから推定した。

2. 調査項目

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、濫用や依存が問題となる主成分についての薬物分析による血中濃度

3. 手続き・倫理的配慮

上記の項目についての調査質問票に、各機関の担当者が記入し、埼玉医科大学病院臨床中毒科で収集され、分析された。本研究は、埼玉医科大学病院倫理委員会の機関審査委員会の承認を得た（2021-004）

4. 統計分析

患者は、市販薬の習慣的な過剰摂取歴のある「習慣群」と習慣的な過剰摂取歴のない「非習慣群」の2つのグループに分けられた。調査質問票から、「市販薬の習慣的な過剰摂取歴」とは、「患者が3回以上の過剰摂取の履歴があり、定められた目的外使用で日常的に過剰摂取している場合」と定義した。得られたデータは、数値変数については Student *t* 検定または Welch *t* 検定を、名義変数については IBM® SPSS® バージョン 29.0 を使用してピアソンの χ^2 検定を実行し、 α 水準 0.05 を統計的に有意と判定した。

C. 研究結果

登録期間中、協力施設のうち 8 施設から、124 例が登録された。除外患者はいなかった。

1. 対象者の属性

全患者のうち、男性 26 名 (21%)、女性 98 名 (79%) で、年齢の中央値は 22.0 歳 (12～85 歳) であった。職業は、学生 43 名 (34.7%)、正社員 32 名 (25.8%)、パートタイム労働者 20 名 (16.1%)、無職 11 名 (8.9%)、専業主婦 5 名 (4.0%)、休学・休職中 3 名 (2.4%)、求職中 1 名 (0.8%)、フリーランス 1 名 (0.8%)、その他 8 名 (6.5%) であった。合計 102 人 (82.3%) の患者は未婚、12 人 (9.7%) は既婚、4 人 (3.2%) は離婚、2 人 (1.6%) は内縁関係、3 人 (3.2%) は不明であった。さらに、87 人 (70.2%) の患者は家族と同居し、12 人 (9.7%) はパートナーと、2 人 (1.6%) は友人と、2 人 (1.6%) は他人と、18 人 (14.5%) は一人暮らし、3 人 (2.4%) は不明であった。

2. 習慣群と非習慣群の比較

市販薬の習慣的な過剰使用歴のある患者「習慣群」は 33 名 (26.6%)、習慣的な過剰使用歴のない患者「非習慣群」は 91 名 (73.4%) だった。2 つの群間で患者背景を比較した (表 1)。性別、職業、同居人、精神疾患の履歴、飲酒や喫煙の履歴に関しては有意差は認められなかったが、習慣群の患者は有意に若年であった ($t(122) = 2.11$, $p = .037$)。さらに、習慣群の患者は市販薬についての情報をインターネット ($\chi^2(1) = 6.14$, $p = .013$) または友人 ($\chi^2(1) = 17.39$, $p < .001$) からより多く得ていた。また、習慣群ではより多くの患者が実店舗 (薬局やドラッグストアなど) から市販薬を入手していた ($\chi^2(1) = 6.74$, $p = .009$)。対照的に、非習慣群では家庭においてあった医薬品を使用する傾向があった ($\chi^2(1) = 3.78$, $p = .052$) (表 2)。自殺と自傷行為は非習慣群で有意に多く ($\chi^2(1) = 9.21$, p

$= .002$)、自殺または自傷行為以外の目的は習慣群で有意に多く見られた ($\chi^2(1) = 32.27$, $p < .001$)。自殺または自傷行為以外の目的には、現実逃避、精神的苦痛からの解放、リラクゼーション、特に理由なしなどが含まれていた (表 3)。

市販薬のカテゴリーでは、解熱鎮痛薬は非習慣群で有意に多く選択されており ($\chi^2(1) = 4.63$, $p = 0.031$)、鎮咳去痰薬 ($\chi^2(1) = 12.08$, $p \leq 0.001$) および抗ヒスタミン薬 ($\chi^2(1) = 9.07$, $p = 0.003$) は習慣群で有意に多く選ばれていた (表 5)。市販薬の成分として、デキストロメトルフアンは習慣性群で有意に多かった ($\chi^2(1) = 10.47$, $p = 0.001$) (表 4)。

D. 考察

市販薬の過剰摂取により救急搬送される患者数は年々増加しており、中には過剰摂取を繰り返す患者もいる。日本では、精神科施設に通院する薬物関連障害患者のうち、主に市販薬に依存している患者の割合は 2012 年から 2020 年の間に約 6 倍に増加しており、薬物関連障害で精神科医の治療を受けていた 20 歳未満の患者の約 40% に市販薬乱用の履歴があった¹⁾。本研究では、33 人の患者 (26.6%) に習慣的な市販薬の過剰摂取の履歴があった。

本研究の患者の大多数 (87.9%) が社会活動に参加しており、そのほとんど (83.1%) が家族やパートナーと暮らしていることを考えると、一見、患者は孤独ではないように思えるかもしれない。しかし、彼らは自傷行為や自殺を試み、市販薬の過剰摂取によって苦痛を和らげ、現実から逃避しようとした。たとえ同居人や家族がいても、活発な会話をする時間や機会が十分になかったため、家庭内や社会全体で孤立感を感じていた可能性がある。これを裏付ける先行研究として、2021 年全国高校生薬物乱用・生活習慣調査²⁾ では、市販薬濫用歴のある高校生は、濫用歴のない高校生と比較して、睡眠時間が短く、朝食の回数が少なく、家族全員で夕食をとる回数が少な

く、大人と離れて過ごす時間が多く、一緒に遊んだり問題を話し合ったりする友人が少なく、問題について親と話をせず、インターネットの長時間使用率（1日6時間以上）が高いことが報告されている。今後、市販薬の過剰摂取に至った患者の状況をより詳細に調査することで、患者が抱える課題をより深く理解し、患者が家族や支援者にその課題を伝えることが可能となり、市販薬の過剰摂取防止に向けた環境整備につながることを期待される。

ソーシャルメディアやその他のメディア上で影響力のある人々が薬物情報や薬物使用の印象を広めることは、より広範囲のさまざまな地域の個人に情報を広める役割を果たしている³⁾。本調査では、習慣群は、インターネット上で薬物関連の情報を積極的に探し、友人と共有する可能性が有意に高かった。青少年は、社会的なつながりや解決策を求めて、薬物使用などの危険な行動につながる可能性のある試練や苦難に遭遇することが多い。家族や他の人々と良好な関係を築くことができない孤立した青少年は、ソーシャルメディアを通じて自己アイデンティティ、仲間との関係、受容、承認を求める傾向がある⁴⁾。同様の状況にある仲間とつながるためにオンラインで自分の薬物使用行動を明らかにし、仲間からの受容と承認を得るために情報を共有するプロセスは、多くの青少年の間で市販薬の過剰摂取が蔓延する一因となっている可能性がある。

本研究では、習慣群の患者の87.9%が実店舗で市販薬を購入していた。同様に、2022年に松本らが全国の子精神科施設における薬物関連精神疾患を対象に実施した調査⁵⁾では、市販薬の入手経路はインターネット（16.4%）を除けば薬局（71.5%）とドラッグストア

（22.2%）が最多であった。また、2022年に厚生労働省が実施した全国調査の結果⁶⁾によると、店頭（薬局・ドラッグストア等）でOTC医薬品を購入する理由として最も多かったのは「すぐに入手・使用できるから」

（73.7%）であり、次いで「実際に店頭で選ぶから」（64.2%）であった。このことから、購入の「即時性」が実店舗での購入を好む理由の一つであることが示唆される。しかし、これはまた、薬剤師が実店舗でゲートキーパーとして行動し、顧客と交流することで、青少年の市販薬濫用を予防できる可能性があることを示唆している。市販薬の過剰摂取に対する予防策を開発するには、薬の入手経路に関する詳細な研究が不可欠である。逆に、非習慣群では、同居人が所有しているなど、近くで入手可能な薬を使用する傾向が強かった。解熱鎮痛剤は、非習慣群によって有意に頻繁に選択された。解熱鎮痛剤には、過剰摂取すると臓器障害を引き起こす可能性があるカフェインやアセトアミノフェンなどの成分が含まれているため、同居人が市販薬を含む薬を厳重に監視することが、過剰摂取を防ぐ上で重要な側面である可能性がある。

非習慣群は主に自傷や自殺企図の手段として過剰摂取していたのに対し、習慣群はリラクゼーションなど自傷・自殺以外の理由で過剰摂取していた割合が有意に高かった。鎮咳薬、去痰薬、抗ヒスタミン薬は習慣群で有意に多く選択された。鎮咳薬、去痰薬、抗ヒスタミン薬は用量によって効果が異なり、リラクゼーション目的での使用は世界的に懸念されている^{7) 8) 9) 10)}。濫用される鎮咳薬の主成分であるデキストロメトルファン^{11) 12)}と抗ヒスタミン薬¹³⁾はどちらも娯楽目的での繰り返し乱用への依存を引き起こすと報告されている。デキストロメトルファン依存患者は再発リスクが特に高く¹¹⁾、1年後の再発率は89.29%と報告されている。この割合は、オピオイドやアルコール依存症患者(>65%)、コカインやマリファナ依存症患者(>75%)の割合よりもはるかに高い。N-メチル-D-アスパラギン酸受容体拮抗薬であるデキストロメトルファンは、リゼルグ酸ジエチルアミドやケタミンと同様の精神活性効果を持つ物質のグループに属する¹⁴⁾。依存行動の病因において、γ-アミノ酪酸/抗グルタミン酸作用機序は、依

存性の発達に重要な役割を果たしていると考えられている。濫用を繰り返すと、依存性物質への渴望は強迫的に反復的かつ制御不能になり、自律神経症状と耐性を伴う離脱症状につながる。抗ヒスタミン薬が反復的な虐待行為にどのように作用するかメカニズムはまだ判明していないが、感情、記憶、報酬系、注意、動機の制御に関与していると考えられている中脳辺縁系におけるドーパミン伝達の増加が関与している可能性がある」と報告されている¹³⁾。

本研究により、市販薬の過剰摂取の要因の1つとして、社会生活を送っているにもかかわらず一部の若者が経験する心理的孤立が明らかになった。これらの患者の孤立行動を悪化させないためには、患者の気持ちに寄り添うことが不可欠である。そのためには、まず、市販薬を過剰に使用する理由を明らかにする必要がある。次に、患者が必要とするサポート（医療、行政、教育、またはそのすべて）を提供することが重要である。さらに、過剰摂取行動を繰り返す原因の一部が依存性物質への渴望である場合、必要なのは規制や処罰ではなく、心理療法、薬物療法などの治療である。現在、市販薬依存症の治療プログラムは不足しており、医療、行政、教育機関の協力を得て確立する必要がある。

E. 結論

市販薬の新たな過剰摂取を防ぐためには、患者の背景や薬剤の入手経路に関する詳細な疫学的研究を継続するとともに、依存性を引き起こす市販薬の成分の調査が必要である。繰り返される過剰摂取は依存症候群による可能性があるため、将来的には、繰り返される過剰摂取に対する治療プログラムの確立が極めて重要である。

F. 参考文献

- 1) Shimane T, Inoura S, Matsumoto T. Proposed indicators for Sustainable Development Goals (SDGs) in drug

abuse fields based on national data from Japan. *Journal of the National Institute of Public Health*. 2021;70(3):252-61.

- 2) Shimane T et al. The Nationwide High School Survey on Drug Use and Lifestyle 2021, Research grant from the Division of Research, National Center for Addiction Services Administration (2022-04), 2022:1-90. [In Japanese]. 2022.
- 3) Boyer EW, Lapen PT, Macalino G, Hibberd PL. Dissemination of psychoactive substance information by innovative drug users. *Cyberpsychol Behav*. 2007;10(1):1-6.
- 4) Vannucci A, Simpson EG, Gagnon S, Ohannessian CM. Social media use and risky behaviors in adolescents: A meta-analysis. *J Adolesc*. 2020;79:258-74.
- 5) Matsumoto T, Usami T, Funada D, et al. Nationwide Mental Hospital Survey on Drug-related Psychiatric Disorders 2020, Research on Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices, Health, Labour and Welfare Policy Research Grants, 2021:41-104. [In Japanese]. 2021.
- 6) Adachi K, Beppu S, Terashima M, Kobari W, Shimizu M, Yamazaki H. Pharmacokinetic modeling of over-the-counter drug diphenhydramine self-administered in overdoses in Japanese patients admitted to hospital. *J Pharm Health Care Sci*. 2021;7(1):32.
- 7) Schifano F, Chiappini S, Miuli A, Mosca A, Santovito MC, Corkery JM, et al. Focus on Over-the-Counter Drugs' Misuse: A Systematic Review on Antihistamines, Cough Medicines, and Decongestants. *Front Psychiatry*. 2021;12:657397.

- 8) Paul IM, Reynolds KM, Kauffman RE, Banner W, Bond GR, Palmer RB, et al. Adverse events associated with pediatric exposures to dextromethorphan. Clin Toxicol (Phila). 2017;55(1):25-32.
- 9) Ontiveros S, Cantrell L. Fatal cold medication poisoning in an adolescent. Am J Emerg Med. 2022;52:269 e1- e2.
- 10) Nemanich A, Liebelt E, Sabbatini AK. Increased rates of diphenhydramine overdose, abuse, and misuse in the United States, 2005-2016. Clin Toxicol (Phila). 2021;59(11):1002-8.
- 11) Xu J, Ou H, Sun P, Qin S, Yuan TF. Brief Report: Predictors of Relapse for Patients With Dextromethorphan Dependence. Am J Addict. 2021;30(2):192-4.
- 12) Mutschler J, Koopmann A, Grosshans M, Hermann D, Mann K, Kiefer F. Dextromethorphan withdrawal and dependence syndrome. Dtsch Arztebl Int. 2010;107(30):537-40.
- 13) Saran JS, Barbano RL, Schult R, Wiegand TJ, Selioutski O. Chronic diphenhydramine abuse and withdrawal: A diagnostic challenge. Neurol Clin Pract. 2017;7(5):439-41.
- 14) Banken JA, Foster H. Dextromethorphan. Ann N Y Acad Sci. 2008;1139:402-11.

G. 研究発表

1. 論文発表 (原著・総説・書籍)

- 1) Kyan R, Kamijo Y, Kohara S, Takai M, Shimane T, Matsumoto T, Fukushima H, Narumi S, Chiba T, Sera T, Otani N, Iwasaki Y. Prospective multicenter study of the epidemiological features of emergency patients with overdose of over-the-counter drugs in Japan. PCN Reports 2024;3(3):e225.

2. 学会発表

- 1) 喜屋武玲子 上條吉人 花澤朋樹 芳澤朋大 高井美智子. 当院に搬送された市販薬中毒症例から見えた傾向. 日本中毒学会(埼玉)2023
- 2) Ryoko Kyan. Abuse, Dependence, and Overdose of Over-the-counter drugs in Japan. North American Congress of Clinical Toxicology (Montreal) 2024

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

特になし

表 1 患者背景

		非習慣群 n=91	習慣群 n=33	p. 値
年齢	; 平均	27.02	21.82	0.037
性別	; 女性 (%)	70	28	0.338
職業	; yes (%)	76	27	0.824
同居人	; yes (%)	74	29	0.602
精神科受診歴	; yes (%)	50	21	0.387
飲酒歴	; yes (%)	50	12	0.083
喫煙歴	; yes (%)	18	2	0.088
併用薬物/物質	; yes (%)	35	12	0.732

表 2 薬物および情報の入手経路

		非習慣群 n=91	習慣群 n=33	p. 値
薬物入手経路 (total 129)				
実店舗	; yes	58	29	0.009
家屋が所有	; yes	26	2	0.008
インターネット	; yes	8	4	0.579
その他	; yes	1	1	0.451
薬物情報入手経路 (total 131)				
インターネット	; yes	20	19	0.013
実店舗	; yes	22	3	0.064
SNS	; yes	13	9	0.094
友人	; yes	0	6	<0.001
その他	; yes	24	5	0.192

表 3 使用の目的

		非習慣群 n=91	習慣群 n=33	p. 値
使用の目的 (total 191)				
自殺/自傷	; yes	78	20	0.002
その他	; yes	15	23	<0.001
現実逃避	; yes	5	6	
苦痛緩和	; yes	7	7	
リラクゼーション	; yes	2	13	
特に理由はない	; yes	2	3	

表 4 薬剤のカテゴリー

	非習慣群 n=91	習慣群 n=33	p. 値
薬剤カテゴリー (合計144)			
解熱鎮痛薬	32	5	0.031
風邪薬	18	8	0.59
鎮咳去痰薬	16	16	<0.001
催眠鎮静剤	14	2	0.171
めまい防止薬	6	1	0.447
抗ヒスタミン薬	5	8	0.003
眠気防止剤 (カフェイン製剤)	9	0	0.061
漢方薬	4	0	0.221

表 5 含有成分

	非習慣群 n=91	習慣群 n=33	p. 値
含有成分 (合計386)			
無水カフェイン	65	21	0.406
dl-メチルエフェドリン塩酸塩	37	19	0.094
クロルフェニラミンマレイン酸塩	33	15	0.353
ジヒドロコデインリン酸塩 / コデインリン酸塩水和物	32	15	0.297
塩酸ジフェンヒドラミン / サリチル酸ジフェンヒドラミン	24	11	0.447
アセトアミノフェン	22	10	0.491
イブプロフェン	26	4	0.059
デキストロメトर्फアン臭化水素酸塩水和物	7	10	0.001
アスピリン (アセチルサリチル酸)	11	2	0.333
プロモバレリル尿素	9	0	0.061
ジプロフィリン	5	2	0.904
塩酸プソイドエフェドリン	3	3	0.291

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
在米日本人の意識・行動に与える影響に関する研究

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 (2023 年)

分担研究者：根本 透 (Public Health Institute, U.S.)

研究協力者：岩本 まりこ (Public Health Institute, U.S.)

Min Zheng (Public Health Institute, U.S.)

-
- 【研究要旨】本研究の目的は、オンラインアンケート形式での量的研究（対象者 117 名）を通じて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ことであり、米国多州における大麻合法化により、邦人滞在者の薬物使用の現状と大麻使用に対する意識が把握できた。
- 【目的】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その他の薬物使用の最新動向を検証することである。
- 【方法】オンラインで参加者を募集しスクリーニングを行った後（対象者は 18 歳以上で米国に一時滞在している日本国籍保持者 117 名）、参加者に日本語で大麻使用に関する法律への態度や薬物使用状況についての自己記入式オンラインアンケートに回答してもらった。
- 【結果】米国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。約半数（65 名）が大麻を使用した経験があり、そのうち米国での使用が 94%、日本での使用が 29%であった。さらに大麻使用者の中では、31%が LSD、30%がコカイン、26%がエクスタシーを使用したと答えた。半数以上の参加者が嗜好用大麻合法化は青少年の薬物使用を助長すると答えたが、これは大麻使用者に顕著であった。59%の大麻使用者はヘロインやコケインなどのハードドラッグは規制されるべきだが嗜好用大麻は合法化されるべきだと答えたのに対し、非使用者では 23%であった ($p<.01$)。半数の参加者（50%）が「日本の大麻禁止法は厳しすぎる」と考えており、特に大麻使用者の間でその傾向が強かった ($p<.01$)。
- 【考察】邦人米国滞在者を対象にした量的調査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

カリフォルニア及び他 30 州での、嗜好品大麻の合法化は邦人留学生や長期滞在者の大麻及び薬物使用に何らかの影響を与えることが危惧される。しかし、米国での嗜好品大麻の合法化が邦人滞滞者に与える影響を調べた研究はこれまでにない。本研究は嗜好用大麻が邦人滞滞者に与える影響を検証する初めてのもの

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滞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、予防及び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

対象は、米国に住む長期滞在者である。選択基準は、1) 米国に90日以上滞在している邦人、2) 18歳以上の者とした。オンライン掲示板、配布、口コミ、ブロガー等を通じて被験者を募り、募集ポスターに記載したオンラインのスクリーニングアンケートを通じて対象者を選択した。事前にトレーニングを受けた調査員が対象者個別にEメールで無記名自記式のオンラインアンケートのリンクを送り、30分程の量的オンラインアンケートを実施した。調査期間は2023年10月～2024年6月であった。

調査項目は、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）、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等である。個人を特定する情報は収集していない。質的研究のデータに基づき、Alchemer（オンライン調査プラットフォーム）を用いて、量的調査の質問項目を日本語で作成した。

本研究では、以下の4つの尺度を使用した。1) 嗜好用大麻使用の合法化に対する肯定的態度尺度（Positive Attitude toward Legalization of Marijuana Use: PALMU）（ $\alpha=0.78$ ）、2) 日本における大麻使用禁止法に対する否定的態度尺度（Negative Attitude toward laws against Marijuana use: NAMU）（ $\alpha=0.74$ ）、3) 大麻・薬物使用に対する肯定的規範尺度（Positive Norms toward Marijuana use: PNMU）（ $\alpha=0.86$ ）、4) 薬物乱用スクリーニングテスト-30（DAST-20）（大麻使用者のみ対象）（ $\alpha=0.89$ ）

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, Institutional Review Board (IRB) の承認を2023年1月24日に得た（承

認番号 I22-015）。

当初、質的調査をするにあたり、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。結果とし質的調査開始に約6か月以上の遅れが生じた故、その後実施すべき量的調査開始にも遅れが生じる事となった。

C. 研究結果

対象者 117 人からオンラインアンケートの回答を回収した。参加者は平均年齢 40 歳、女性 63%、男性 36%、ジェンダーノンバイナリー1%、大学卒以上 61%、米国滞在年数平均 12 年、就労ビザ 16%、学生ビザ 30%、グリーンカード 36%（表 1 参照）。半数（50%）がカリフォルニア在住、次に 13.7% ジョージア州、7.7% ワシントン州であった。93.6%の対象者が医療用大麻の使用が合法的な州に居住、82.5% が嗜好用大麻の使用が合法的な州に居住していた。

属性、例えば年齢、性別、婚姻状況、ビザの種類、医療用大麻が合法化されている州での居住状況において、大麻使用者と非使用者間に有意な差は見られなかった。しかし、大麻使用者は非使用者と比較して、有職者または自営業者である割合が高いこと（ $\chi^2=18.36$, $p<.01$ ）、および娯楽用大麻が合法化されている州に居住している割合が高いこと（ $\chi^2=19.00$, $p<.01$ ）が明らかとなった。更に、米国在期間においても有意な差が認められた。大麻使用者の平均滞在期間は非使用者と比較して有意に長い（14.4 年 vs. 9.6 年）結果が得られた、 $t(113)=2.29$, $p<.05$ 。

飲酒：全対象者のうち、生涯飲酒経験者の過去 6 か月の平均飲酒頻度はリッカート尺度（5 段階評価）で 2.47（ $n=105$, $SD=1.19$ ）であった（「2」は月に 2～3 回、「3」は週に 1 回程度の頻度に相当）（表に含まない）。また、飲酒経験者の

37.8% が生涯に少なくとも 1 回の一気飲み（ビンジ・ドリンキング）を経験していた（表 2 参照）。

喫煙：対象者の 42.7%（50 人）が生涯喫煙者であり（表 2 参照）、過去 1 年の使用者数は 17 人（34.0%）、そのうち 9 人（52.9%）は、ほぼ毎日喫煙していた（表に含まない）。

大麻使用者の薬物使用歴：

大麻：生涯大麻使用者は 65 人であり、そのうち 19 人（29.2%）が日本でも使用経験があり、61 人（93.8%）が米国で、4 人（6.2%）がタイで大麻を使用していた（表 3 と表 4 参照）。生涯大麻使用者のうち 35 人（53.8%）が米国での過去 6 ヶ月大麻使用者であり（表 5 参照）、過去 6 ヶ月の大麻使用頻度はリッカート尺度（5 段階評価）で平均 2.62（SD=1.50；1 週間に一度弱）であった（表に含まない）。

その他の薬物：大麻使用者のうちコカイン生涯経験者数は 18 人（29.5%）で、そのうち 6 人（33.3%）が日本で、17 人（94.4%）が米国で使用経験ありと回答した。同様に大麻使用者のうちメタンフェタミン生涯経験者数は 4 人（6.5%）であり、そのうち 3 人（75%）が日本で、4 人（100%）が米国で使用経験ありと回答。LSD 生涯経験者数は 19 人（30.6%）。そのうち 3 人（15.8%）が日本で、18 人（94.7%）が米国で使用経験ありと回答した。ヘロイン生涯経験者数は 4 人（6.3%）。そのうち 1 人（25.0%）が日本で、3 人（75.0%）が米国で使用したと回答した。エクスタシー生涯経験者数は 16 人（26.2%）。そのうち 3 人（18.8%）が日本で、15 人（93.8%）が米国で使用したと回答した。

最初に使用した薬物は大麻であると回答した者は 58 人（89.2%）であった。3 人（4.6%）はボンド/シンナーが最初に使用した薬物であったと報告した（表に含まない）。初めての薬物使用国は、米国が 45 人（70.3%）、日本が 16 人（25%）であった。

薬物に費やす月額費用は、27.7%が「50 ドル未満」、15.4%が「100 ドル以上」と回答した（表 3 参照）。更に、大麻経験者の 67.7%が、薬物の

影響下で性的な行為を行った経験があると回答した。

全対象者のうち 3 人が（2.6%）がアルコール依存症の治療プログラムに参加した経験があり、そのうち 2 人（1.7%）は日本で、3 人（2.6%）は米国で治療を受けていたと回答した。薬物依存治療プログラムに参加経験があると回答した対象者はいなかった（表に含まない）。

大麻使用の動機：生涯大麻使用者の 78.5%が、過去に米国で薬物の使用を勧められた経験があり、その中でも最も多かったのは大麻（73.8%）で、場所は、パーティー（46.1%）やクラブ・バー（27.7%）であった。友人からの薬物使用の誘いを常に断ると回答したのは 24.6%のみであった（表 3 参照）。

薬物使用の理由：最も多かったのは「普段と違った感覚が楽しめる為」（43.1%）、次いで「友人の影響」（36.9%）、「ストレス解消」（23.1%）であった（表 3 参照）。過去 6 か月の米国での大麻使用頻度については、18.5%が「月に 1 回未満」、7.7%が「ほぼ毎日」と回答した（表 5 参照）。

大麻使用状況：15.4%が「主に一人で使用」、10.8%が「日本人以外の友人と使用」、7.7%が「日本人の友人と使用」と回答し、大麻の主な入手方法は「ディスペンサリー（合法販売店）」（49.2%）、次いで「自分で購入」（27.7%）、「友人」（26.1%）であった（表 3 参照）。

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：

大麻使用者（30.8%）より、大麻非使用者（48.1%）の方が「医療用大麻の合法化には賛成するが、嗜好用大麻の合法化には反対する」と回答し、その割合に有意な差が認められた（ $\chi^2=13.79$, $p<0.01$ ）（表 6 参照）。さらに、大麻使用者の 58.4%が「ハードドラッグは違法のままにすべきだが、嗜好用大麻の使用は合法化すべきである」と考えていたが、大麻非使用者ではこの考えに同意する割合が 28.9%と低く、有意な差がみられた（ $\chi^2=18.71$, $p<0.01$ ）。また、「日本の大麻規制はアメリカやカナダと比較して厳しすぎる」と考える割合は、大麻使用者（64.6%）の方が大麻非使用者（38.4%）よりも有意に高かった（ $p<0.01$ ）。

さらに、日本における医療用大麻の合法化を支持する割合は、大麻使用者（80%）が大麻非使用者（67.3%）よりも有意に高かった（ $p<0.01$ ）。

4 つの心理社会的尺度には強い相関がみられた（表 7 参照）。「嗜好用大麻合法化に対する肯定的態度尺度（PALMU）」は、「日本における大麻規制に対する否定的態度尺度（NAMU）」（ $r=0.56$, $p<0.01$ ）および「大麻・薬物使用に対する肯定的規範尺度（PNMU）」（ $r=0.47$, $p<0.01$ ）と有意に相関していた。さらに、「日本における大麻規制に対する否定的態度尺度（NAMU）」と「大麻・薬物使用に対する肯定的規範尺度（PNMU）」も有意な相関を示した（ $r=0.40$, $p<0.01$ ）。一方で、「薬物乱用スクリーニングテスト-20（DAST）」は「大麻・薬物使用に対する肯定的規範尺度（PNMU）」（ $r=0.33$, $p<0.05$ ）との間に強い相関を示した。

D. 考察

本質的研究の結果を一般化する際には、サンプリング方法や サンプルサイズの影響を考慮する必要がある。更に、本研究結果は、対象者がオンライン調査で遡及的に回答したデータに基づいており、バイアスや記憶の欠落、自己開示の動機等の影響を受けている可能性がある事も考慮すべきである。

日本国内の厳しい大麻禁止法は、海外に在住または旅行する日本人の大麻使用を規制する効果はなく、また海外での行動を規制する法的権限も持たない。日本の政策立案者や研究者は、医療用大麻の合法化に向けた検討や、大麻及び薬物の乱用を防ぐための教育プログラムの導入を考える時期に来ているのかもしれない。

E. 結論

大麻使用者の約半数が定期的（週 1 回程度）に大麻を使用しており、コカイン、LSD、エクスタシー等の他の薬物を使用した経験がある対象者もいた。さらに、厳しい大麻規制があるにも関わらず、大麻使用者の約 1/4 は日本でも大麻使用経験があった。大麻非使用者と比較す

ると、大麻使用者は娯楽目的および医療目的の両方のマリファナ合法化を支持する傾向がり、米国における嗜好大麻合法化が長期日本人滞在者の薬物使用に影響を与えているのが把握できた。多くの対象者は、嗜好用大麻の合法化が大麻使用を助長する可能性があるが、医療用大麻は合法化すべきであり、日本の大麻禁止法は厳しすぎると考えていた。近年かなりの数の日本人が米国、カナダ、タイなどの国を訪れ、大麻を試したり、大麻を使用する目的で海外に渡航したりしている事も考えられ、今後これらの日本人を対象にした薬物予防、治療のプログラムの設立が望まれる。

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

- 1) Nemoto, T., Iwamoto, M., Kamitani, E., Zheng, M., & Shimane, T. (2024, September). Marijuana and Other Substance Use Behaviors among Japanese Nationals Temporarily Staying in the U.S. Oral presentation at the Japanese Alcohol, Nicotine & Addiction Conference.

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

Table 1 : Demographics (Marijuana Users vs Non-Users) (n=117)

	Marijuana User	Non-Marijuana User	t/ χ^2	p Value
Avg. Age	(n=65)	(n=52)	-0.074	0.942
	39.4 yrs	39.5 yrs		
Years living in the US	(n=63)	(n=50)	2.292	0.024*
	14.4 yrs	9.6 yrs		
Gender	(n=63)	(n=51)	2.72	0.257
Male	26 (41.3%)	15 (29.4%)		
Female	36 (57.1%)	36 (70.6%)		
Trans/Non-Binary	1 (1.6%)	0 (0%)		
Marital Status	(n=64)	(n=52)	2.282	0.319
Single	14 (21.9%)	17 (32.7%)		
Married/Partner	38 (59.4%)	29 (55.8%)		
Other	12 (18.8%)	6 (11.5%)		
Sexual Orientation	(n=59)	(n=50)	1.268	0.737
Heterosexual	55 (93.2%)	46 (92%)		
Homosexual	1 (1.7%)	1 (2.0%)		
Lesbian	0 (0%)	1 (2.0%)		
Bisexual	3 (5.1%)	2 (4.0%)		
Education	(n=65)	(n=52)	5.024	0.081
College degree or above	35 (53.8%)	36 (69.2%)		
Graduated technical college/ two-year college/currently in college	20 (30.8%)	14 (26.9%)		
Other (e.g., graduated high school, Junior high or less than Junior high)	10 (15.4%)	2 (3.8%)		
Occupation	(n=63)	(n=50)	18.358	0.01*
Student	5 (7.9%)	12 (24%)		
Employed	32 (51%)	13 (26%)		
Self-Employed	12 (19%)	6 (12%)		
Freelance	5 (7.9%)	5 (10%)		
Others (e.g., Unemployed)	9 (14.3%)	14 (28%)		
Visa Status	(n=60)	(n=50)	4.270	0.371
Tourist Visa	1 (1.7%)	1 (2%)		
Student Visa	20 (33.3%)	13 (26%)		
Working Visa	9 (15%)	8 (16%)		
Permanent Resident	24 (40%)	16 (32%)		
Others	6 (10%)	12 (24%)		

Living in state with legal medical marijuana use	(n=56)	(n=38)	0.244	0.621
	35 (92.1%)	53 (94.6%)		
Living in states with legal recreational marijuana use	(n=59)	(n=44)	19.002	0.000**
	57 (96.6%)	28 (63.6%)		

* $p < .05$, ** $p < .01$

Table 2 : Alcohol and Cigarettes Use Behaviors

	n (%)
Ever drunk alcohol (n=117)	58 (49.6%)
Ever had binge drinking (n=98)	
No bingo drink	61(62.2)
One binge drink a month	22(22.4)
More than one binge drink in a moth	4(4.1)
More than one binge drink a month	7(7.1)
Almost everyday	4(4.1)
Frequency of binge drinking (n=42)	
About less than a month	14(33.3)
2 to 3 times a month	8(19.0)
once a week	7(16.7)
3 to 4 times a week	6(14.3)
Almost every day	7(16.7)
Ever smoked cigarettes (n=117)	50(42.7)

Table 3 : Substance Use Behavior among Marijuana Users (n=65)

	n (%)
Ever used drugs	
Cocaine (n=61)	18 (29.5%)
Methamphetamines (n=62)	4 (6.5%)
LSD (n=62)	19 (30.6%)
Heroin (n=63)	4 (6.3%)
Ecstasy (n=61)	16 (26.2%)
Ever asked to use drugs in the U.S.	51 (78.5%)
Type of drug being asked to use in the U.S. :	
Marijuana	48 (73.8%)
LSD/Mushroom	22 (33.8%)
Cocaine	21 (32.3%)
Ecstasy	11 (16.9%)
Location/occasions being asked to use drugs in the U.S.	

Party	30 (46.1%)
Clubs/Bars	18 (27.7%)
On the street	9 (13.8%)
Always refused to use drugs when friends asked in the U.S.	16 (24.6%)
Reason for drug use	
Enjoy different sensitivity	28 (43.1%)
Their friends used and asked me to use	24 (36.9%)
Make them good spirit and release stress	15 (23.1%)
Increase imagination	13 (20.0%)
Forget bad or unwanted things	13 (20.0%)
People used marijuana with	
Mostly by myself	10 (15.4%)
With non-Japanese friends	7 (10.8%)
With Japanese friends	5 (7.7%)
With both Japanese and non-Japanese	5 (7.7%)
The ways obtained marijuana	
Through dispensaries	32 (49.2%)
Purchasing by themselves	18 (27.7%)
Ask friends to get marijuana	17 (26.1%)
Amount spent for drugs per month	
Less than \$50	18 (27.7%)
\$50 to \$100	11 (16.9%)
More than \$100	10 (15.4%)
Ever have had sex under the influence of drugs	44 (67.7%)

Table 4 : Substance Use Behaviors in Different Countries among Marijuana Users (n=65)

Items	Japan	USA	Thailand	Other Countries
Country where first used drugs (n=64)	16 (25%)	45 (70.3%)	0%	3 (4.7%)
Country where ever purchased drugs (n=65)	9 (13.8%)	39 (60.9%)	3 (4.6%)	6 (9.2%)
Types of drugs used (lifetime)				
Marijuana (n=65)	19 (29.2%)	61 (93.8%)	4 (6.2%)	14 (21.5%)
Cocaine (n=18)	6 (33.3%)	17 (94.4%)	1 (5.6%)	2 (11.1%)
Methamphetamines (n=4)	3 (75.0%)	4 (100%)	1 (25%)	1 (25%)
LSD/Mushroom (n=19)	3 (15.8%)	18 (94.7%)	1 (5.3%)	2 (10.5%)
Heroin (n=4)	1 (25.0%)	3 (75.0%)	0%	0%
Ecstasy (n=16)	3 (18.8%)	15 (93.8%)	2 (12.5%)	1 (6.3%)

Table 5: Marijuana Use among Marijuana Users in the Past 6 Months (n=65)

Items	n (%)
Used Marijuana (Past 6 months)	35 (53.8%)
Frequency of marijuana use in the U.S.	
Less than once a month	12 (18.5%)
2 to 3 times a month	7 (10.8%)
About once a week	5 (7.7%)
3 to 4 times a week	6 (9.2%)
Almost everyday	5 (7.7%)

Table6: Attitudes and Opinions toward Legalization of Medical and Recreational Marijuana Use (n=117)

Items	Agree/Strongly agree		t/ χ^2	P value
	Marijuana Users (n= 65)	Non-Users (n= 52)		
Legalization of recreational marijuana use facilitates marijuana and other drug use.	28 (43.1%)	27 (51.9%)	6.750	0.15
Agree with legalization of medical marijuana use but not recreational marijuana use.	20 (30.8%)	25 (48.1%)	13.788	0.008**
Legalization of recreational marijuana use in the U.S. facilitate drug use among adolescents.	38 (58.4%)	34 (65.4%)	7.741	0.102
Hard drugs (e.g., heroin and cocaine) should be controlled by law but recreational marijuana use should be legalized.	38 (58.4%)	15 (28.9%)	18.710	<0.001**
Many Japanese visiting or staying in state where recreational marijuana use is legalized to have more opportunities to use marijuana.	46 (70.8%)	34 (65.4%)	2.832	0.59
Japanese laws are too strict toward marijuana use compared to the U.S. and Canada.	42 (64.6%)	20 (38.4%)	15.037	0.005**
First of all, Japan should legalize medical marijuana use.	52 (80.0%)	35 (67.3%)	13.410	0.009**

*p<.05, **p<.01

Table7: Correlations between Psychosocial Sales

	PALMU (n=117)	NAMU (n=117)	PNMU (n=117)	DAST (n=65)
PALMU	1	0.559**	0.470**	0.055
NAMU		1	0.400**	-.180
PNMU			1	0.326*
DAST				1

*p<0.05, ** p < 0.01

Ⅱ：分担研究報告

研究 6

豪州における大麻規制の現状と青少年に対する予防教育に関する研究

分担研究報告書

豪州における大麻規制の現状と青少年に対する予防教育に関する研究

分担研究者：富山 健一（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：山本 俊明（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】近年、我が国では、大麻の乱用が広まり、特に青少年における逮捕者が増加の一途を辿っている。世界的に見ると大麻は最も乱用されている薬物であり、国際条約である「麻薬に関する単一条約」によって厳しい規制を受けている薬物でもある。一方で、大麻成分の有効性に着目した医療目的での大麻使用、または、成人向けにお酒やタバコと同じような嗜好品としての利用を認めるなど諸外国において大麻規制のあり方に変化が起きている。こうした規制の変化は、我が国でも世界の「大麻の合法化」として情報が伝わり、特に青少年における大麻乱用の動機となっている恐れがある。オーストラリア（豪州）は、1980 年代から薬物問題に対してハームリダクションを政策に取り入れ、2016 年からは医療目的での大麻使用を認めるなど大麻政策の変革を進める国の一つである。また、我が国の若年層でも留学、ワーキングホリデーや旅行先として人気が高く、さまざまな情報に触れる機会が多い国だと考えられる。したがって、豪州における大麻政策は、我が国の青少年の大麻使用に影響を与える可能性がある。豪州は、米国と同様に連邦政府と州・準州によって薬物規制については仕組みが複雑であることから、正確な情報が理解されていない可能性が高い。そこで、本研究では、豪州における薬物犯罪状況、大麻の乱用実態、法規制・薬物政策および青少年に対する予防教育の制度を調査することでその実態を明らかにし、我が国の大麻規制のあり方や依存症対策・青少年に対する予防教育の基礎資料とする。

【方法】インターネット上より連邦政府、州政府、民間団体等の公開資料、学術論文または報道資料より、大麻関連の法律、制度、大麻使用に関連する社会状況および青少年に対する薬物乱用予防教育の制度を調査する。

【結果】1) 豪州連邦の概要：豪州は連邦制を採用しており、連邦政府とは別にニューサウスウェールズ州、ビクトリア州、クインズランド州、南オーストラリア州、西オーストラリア州、タスマニア州の 6 州、北部準州の 1 準州およびキャンベラ首都特別区ごとに独自の薬物政策を採用している。2) 豪州における薬物犯罪の発生状況：豪州における薬物事犯の逮捕者は、2016～2020 年度の調査から 14 万人～16 万人台で推移し、大麻に関連する逮捕者は全薬物事犯の 46.1～50.1%とほぼ半数を占めている。州別で見ると、大麻事犯による逮捕者は、クインズランド州が最も多く、ニューサウスウェールズ州そしてビクトリア州が続く状況となっていた。豪州における犯罪発生状況のうち薬物犯罪は全体の 3 番目となり、薬物の分類で見ると大麻関連犯罪が最も多い状況になっていることが確認できた。3) 豪州の国家薬物戦略：豪州では、10 カ年の長期計画の国家薬物戦略（the National Drug Strategy 2017-2026）を策定し、危害最小化の原則の下に、①薬物の売買や海外からも持ち込みを削減する供給削減、②教育やキャ

ンペーン活動などを通じた需要削減、③薬物使用による健康被害や、家族・友人そして広範な地域社会などへの害を削減するハームリダクションの3本の柱を定めている。

4) 豪州の大麻乱用状況：2022年度版国家薬物戦略家計調査（Australian Institute of Health and Welfare, AIHW）によると、14歳以上のほぼ2人に1人（47%）が生涯に違法薬物を使用した経験があり、中でも大麻が41%と最も多くなっている（推定で約880万人）。2019年度から若い女性の大麻使用率が増加し、2022年度では男性とほぼ同水準と報告されている。過去一年に大麻使用の経験があるもののうち、41%が常用している状況となっている。また、経年的に生涯経験率は増加し、併せて大麻の合法化支持率も45%と増加している。

5) 豪州の大麻規制状況：連邦と並んで、強い行政権限を持つ各州・準州が大麻規制で、非刑罰化（民事罰）制度とともにそれぞれのダイバージョン制度の組み合わせを独自に導入している。民事罰制度が初めて導入されたのは、1987年の南オーストラリア州の贖罪制度（Cannabis Expiation Notice, CEN）で、個人に限定した大麻使用、所持と栽培が民事罰（罰金）で済まされるようになった。それ以降も1997年にビクトリア州の大麻警告プログラム（Cannabis Cautioning Program）などで、大麻の個人的な使用を通常の刑事司法手続きから外すダイバージョン制度が導入されている。2006年以降全国で多様なダイバージョン制度が導入・運用されていることが確認された。

6) ニューサウスウェールズ州の取り組み：ニューサウスウェールズ州では、2000年に成人大麻警告制度（Cannabis cautioning scheme, CCS）が導入・運用されている。CCSは、18歳以上の大麻事犯にダイバージョンする経路を設けた制度である。州警察は、軽微（Minor）な大麻取締法違反に対して、起訴ではなくCCSを検討できる権限を有し、2002年では検挙者の28.6%に適用されていた。

7) 連邦法と州・準州の取り組み：豪州では、連邦法（Narcotic Drugs Act 1967ならびにCriminal Code Act 1995）および各州法において大麻は違法薬物として規制されている。2016年以降、特定の条件下で医療用大麻を必要としている患者にのみ、豪州保健省管轄機関（The Therapeutic Goods Administration, TGA）の特別アクセス・スキームにより入手や利用が可能となっている。各州・準州においては、個人的な大麻事犯には、一定の基準を満たす場合にダイバージョン制度などにみられる独自の制度を適用している。一方で、流通や供給に対する取り締まりは厳しく行われており、2020年度では55,199件の大麻の押収と密売の摘発は24,255件と報告されている。そのほかにも大麻の影響下での運転には、運転資格の剥奪などの罰則が課せられ、薬物運転の路上唾液検査を可能にする法律が可決されている。

8) ACT 特別区の「実験」：2020年からキャンベラ特別区（ACT）では、18歳以上の成人を対象に、一定量の大麻の個人所持・栽培が非犯罪化された。規則を定め、違反した場合は警察の取り締まり対象となる。18歳未満においては、ダイバージョン制度が適用される。ACTの取り組みは、成人向けに全面的な大麻使用を認めた法案ではなく、あくまで条件付きの「非犯罪化」であることが確認された。

9) 豪州の若年層における大麻の乱用実態：国家薬物戦略枠組みにおいて、全国学校薬物教育戦略（National School Drug Education Strategy）が定められており、学校に違法薬物を持ち込ませないことを最大の目標としている。この目標のため豪州では中高生を対象としたアルコール・薬物調査（Australian secondary school students alcohol and drug, ASSAD）が3年ごとに行われている。2022年度の調査では、以前に大麻の使用経験があるかの回答で12-15歳は9%であることに對し、16-17歳では23.8%となっていた。また、12～17歳の男子では11.6%に對し、女子生徒では14.8%と高いことが確認された。中高生においても、大麻が最も使用されている違法薬物であった。

10) 若年層向けの大麻乱用の予防教育：豪州では、連邦政府と大学などが協力して作成した薬物教育資料がオンライン上で提供されている。また予防的アプローチとして、一方的な情報伝達よりも、双方向での対話型に効果があ

るとし、地域コミュニティ、家庭内や学校で実践されている。これらの教材とは別に、州政府からの支出によって、早期介入予防を目指したプログラムが中高生を対象に学校カリキュラム内で実施されている。生徒自身または仲間が薬物を使用している状況において、薬物による害を軽減するための社会的スキルを身につける内容となっている。

【考察】本研究では、豪州における薬物犯罪状況、大麻の乱用実態、法規制・薬物政策および若年層の大麻問題について調査を行なった。豪州の連邦レベルでは、大麻は特別に許可された医療目的での使用以外、依然として違法薬物として規制されているが、州や準州においては独自の制度を運用するなど複雑な実態が明らかとなった。また、大麻規制においては、合法化（Legalize）、非犯罪化（Decriminalize）そして刑罰軽減措置（Depenalize）という用語が用いられており、さらに豪州の特徴的な取り組みとして、大麻の取り締まりにダイバージョン制度を活用していることで、大麻規制制度の全体像の理解を困難にしている。ACT では、制限付きで大麻の個人使用について非犯罪化しており、こうした状況が国内外において大麻の合法化と誤って伝わっている可能性がある。合法化と非犯罪化は異なる概念であり注意が必要である。豪州における、大麻の非犯罪化やダイバージョン制度などの寛容政策が、その後の個人的な薬物使用、健康問題や公共の安全などにどのような影響を与えるか、引き続き注視が必要だと考えられる。豪州では、16 歳以上になると急激に大麻の使用率が上昇しており、大麻使用の動機的一端に、諸外国における大麻規制の緩和などの影響が示唆される。大麻使用開始の年代を見定めることで、早期の予防的介入の重要なタイミングになると考えられる。予防教育においては、対話を重視するアプローチが推奨されており、国家薬物戦略や全国学校薬物教育戦略の試みも合わせ、継続的な調査を行うことで、有効な手法や問題点などを整理し、我が国の若年層向けの薬物防止教育に役立てることが可能となる。豪州の大麻規制に関する情報の収集は、我が国でも新しい試みであり、得られた知見は、世界の大麻に大麻する取り組みを多角的に理解するための資料になることが期待できる。

A. 研究目的

近年、世界的に大麻規制の変革が進んでおり、大麻規制を見直す流れが起きている。米国では、大麻を **Controlled Substances Act**（規制物質法）によって違法薬物と定めている¹⁾。しかし、州単位では、1996 年にカリフォルニア州で医療目的による使用、2012 年にはコロラド州とワシントン州で成人向けに嗜好用目的による大麻の使用を州内で合法化するなど規制の変化が活発化している²⁾。また、カナダはウルグアイに続いて、2018 年より成人向けの大麻使用を規定した **Cannabis Act** が施行され、18 歳以上の成人に対して一定の制限の中で嗜好用目的での大麻使用を国家として認めている³⁾。我々はこれまでに北米における大麻規制の変化について調べ、その実態を報告してきた²⁾。一方で、日本と関係の深いオーストラリア（豪州）においても、2016 年より医療目的での大麻使用を認めており、他方で嗜好用目的での大麻使用につ

いては、州・準州や首都キャンベラがある首都特別地域（ACT）で、それぞれ独自の大麻規制や政策を採用していることから、大麻規制の現状は非常に複雑な状況となっている⁴⁾。豪州は、我が国の経済的繋がりや若年層でも留学、ワーキングホリデーや旅行先（インバウンドで日本への観光客が多い）として人気が高く、さまざまな情報に触れる機会が多い国だと考えられる。したがって、豪州における大麻政策は、我が国の青少年の大麻使用に影響を与える可能性があるため、その規制手法を正しく理解することが重要である。一方で、世界的に見ても、豪州は大麻の生涯経験率の高い国と考えられ、大麻乱用については、さまざまな刑事司法制度、ダイバージョン制度または政策が実施されているものと推察される。経年的な豪州の社会状況の変化を調べることで、政策等が大麻問題にどのように影響するか検討が可能となる。また、そのような環境に合わせて青少年への予防教

育や使ってしまった場合の対応がなされているものと考えられる。本研究では、豪州における大麻関連の法律、制度、大麻使用に関連する社会状況および青少年に対する予防教育の制度を調査することでその実態を明らかにし、我が国の大麻規制のあり方や依存症対策・青少年に対する予防教育の基礎資料のための調査を行なった。

B. 研究方法

インターネット上より連邦政府・議会、州政府・議会、民間団体等の公開資料、学術論文または報道資料より、大麻関連の法律、制度の運用、大麻使用に関連する社会状況および青少年に対する薬物乱用予防教育の制度を調査した。

(倫理面への配慮)

本研究課題は、ヒトを対象とした研究ではなく、論文または公表されている情報の調査研究のみの実施であることから、倫理面の配慮は必要ないと判断した。

C. 研究結果

1. 豪州連邦の概要

豪州は南半球に位置し、国土は日本の約20倍の大陸で、四方を海に囲まれた海洋国家で、人口はおよそ2,720万人(2024年6月、連邦統計局)と報告されている⁵⁾。アングロサクソン系など欧米人種が中心(かつては「白豪主義」)だが、現在は中東系やアジア系移民、なども多く「多文化主義(マルチカルチャリズム)の優等生」と評価されている。マイノリティーとして先住民(アボリジニ、トーレス諸島民)が存在する。

政治体制は、英国王を元首に戴く立憲君主制であり、英連邦の一員。オーストラリア連邦議会は2院制で、保守連合(自由党・国民党)と労働党が交互に政権を担う2大政党制である。近年は大麻に寛容な緑の党(グリーン)など少数政党も増え、ニューサウスウェールズ州など一部州議会では「大麻合法化党」も議席を獲得している⁶⁾。20カ国・地域(G20)首脳会議の構成国でもある。

連邦制のため、中央(連邦)政府と並び、八つの州・準州・特別行政区(ニューサウスウェールズ州=略称NSW=、ビクトリア州=VIC=、クインズランド州=QLD=、南オーストラリア州=SA=、西オーストラリア州=WA=、タスマニア州=TAS=、北部準州=NT=、キャンベラ首都特別区=ACT=)がそれぞれ独立した強い行政権限を有する。各州の議会も2大政党制である。州独立性の一例を挙げると、鉄道のレール規格が各州で、標準、広軌、狭軌とばらばらであることに現れている。薬物規制も例外ではなく、各州が独立した強い権限を持っていることから多様で、オーストラリア人だけでなく、外国人にとっても理解が難しい状況となっている。

2. 豪州における薬物犯罪の発生状況

豪州の大麻規制の実情を知る手掛かりとして、刑事犯における薬物犯、薬物別逮捕者、大麻関係犯罪について連邦統計局のデータを表1にまとめた⁷⁾。収監総数(Prisoner)は2013年の30,773件から2023年の41,929件と増加傾向にある。違法薬物は3,630件から2018年には6,779件でピークをつけた後、減少傾向に転じ、2023年は5,205件となった。違法薬物が全体に占める割合は2013年の11.8%から2018年に15.8%で最大となったものの、その後は低下を続け、2023年には12.4%に下がっている。収監者の犯罪分類で見ると薬物事犯は、2023年度豪州傷害(11,272件)、性的暴行(6,821件)に続いて第3位となっている。薬物の種類別割合については、The Australian Criminal Intelligence Commission(豪犯罪情報委員会=旧豪犯罪委員会)のIllicit Drug Data Report2020~2021年度の情報より表2にまとめた⁸⁾。2016~17年から2020~21年までの薬物関係の逮捕者は、14万~16万人台で推移している。特に、大麻は全体の46.1%~50.1%とほぼ半数を占めている。大麻に関連する犯罪については、違法薬物データ報告(2013~14年版から2020~21年版まで)より表3にまとめた^{8,9)}。全国の逮捕者は2013~2014年度の56,784人から、2015~2016年度に67,073人に増加し、

その後減少に転じたが、2019～2020 年度に再び 67,561 人と大幅に増加し、2020～2021 年度になると 59,348 人と 6 万人を下回っている。州別で見ると、大麻事犯による逮捕者は、クインズランド州が最も多く、ニューサウスウェールズ州そしてビクトリア州が続く状況となっていた（表 5）。キャンベラ首都特別区（ACT）が 2018～19 年度から急減しているが、大麻の個人的な使用の非犯罪化（8. ACT 特別区の「実験」）が影響しているものと推察される。

3. 豪州の国家薬物戦略

1985 年 4 月に連邦政府と各州政府が参加した「薬物に関する特別首相会議（the Special Premiers' Conference on Drugs）」が開催された¹⁰⁾。共同声明によると、「オーストラリアにおける増大する薬物乱用と依存問題を撲滅するため各政府があらゆる対策を講じる」ことが誓約され、特に声明の中で、①教育や治療を通じた薬物需要の削減、②-特に若者のリハビリ、③ハードドラッグ対策に重点を置くとの宣言がなされた。宣言の中では、「薬物乱用による社会的または医療的なコストは高く、また複雑な問題であることから、即効性のある単一の解決策は存在しないとの認識を示した上で、解決には長い年月を必要とする持続的な努力を要することで意見が一致した」と声明で表明している。同時に違法薬物によって生じる問題は、警察司法による厳罰主義中心ではなく、広範な健康と社会問題であるとの認識を示している。共同声明を受け国家薬物戦略（the National Drug Strategy）が策定された。2 大政党制で政権が交代しても同戦略は踏襲・改定され現在まで継続している。現行の「国家薬物戦略 2017～2026」は第 7 次改訂版であり、かつ初の 10 カ年の長期計画となっている¹¹⁾。国家戦略の基本的な枠組みは、「危害最小化の原則」の下に、需要削減、供給削減そして薬物使用による健康被害や家族・友人または地域社会などへの害を削減するハームリダクションと 3 本の柱を定めている。需要削減はアルコールやタバコを含む薬物摂取の開始時期が遅くなるよう対策するこ

とや依存症者に対するエビデンスベースでの回復支援となっている。供給削減は、違法薬物の生産と供給に対する事案発生前の防止、事案の停止や妨害、合法薬物の管理などが該当する。そして特徴的なハームリダクション政策は、薬物使用がもたらす使用者、家族および社会に対する健康的、社会的、経済的悪影響の減少となっている（図 1）。国家薬物戦略により、薬物政策の権限が連邦司法長官から、健康問題の中心官庁である Department of Health and Aged Care（保健省）に移り、各省・各州政府とのとりまとめも保健省が行うこととなった。2006 年に、大麻は薬物問題において最も一般的な薬物であるとして、初の大麻国家戦略（National Cannabis Strategy 2006-2009）が策定された¹²⁾。ただ大麻国家戦略は一回限りで終了した。また、2008 年に国民向けに大麻情報や治療相談などを提供する National Cannabis Prevention and Information Centre（NCPIC）も設立されたが、2016 年 12 月に資金など様々な事情から現在は廃止されている¹³⁾。

4. 豪州の大麻使用状況

豪州では、薬物国家戦略の下、大麻を含む違法薬物の動向について、厚生省傘下の健康福祉研究所（Australian Institute of Health and Welfare, AIHW）が 3 年ごとに国家薬物戦略家計調査（National Drug Strategy Household Survey 2022-2023, NDSHS）を行っている¹⁴⁾。2022 年度版によれば、14 歳以上のほぼ 2 人に 1 人（47%）が生涯に違法薬物を使用した経験があり、中でも大麻が 41%（推定で約 880 万人）と最も多くなっている。最も大麻を使用する年齢層は、18-24 歳で全体の 26%に当たる。若年層（14-39 歳）では減少しているが、40 歳以上では増加している。過去 12 カ月間では、推定で約 250 万人（人口の 11.5%）が大麻を使用した。2019 年（11.6%）比では横ばいで安定していると評価されている。特に、女性の大麻使用率が 2019 年度の 8.6%から 2022 年度は 9.8%と上昇した。男性は 14.75%から 13.1%と減少している（図 2）。過去 12 カ月間で大麻を使っ

たことがあると回答した者のうち、41%が常用している（図 3）。過去 12 カ月間に大麻を使用し、高リスク使用と特定された女性の割合は、1.8%から 4.8%へと 2 倍以上増加した。14～17 歳では、18 歳以上の 11.6%と比較して、過去 12 カ月間に大麻を使用した可能性は 9.7%と低いものの、大麻を使用した場合は、ほぼ 4 人に 1 人（23%）が中程度のリスクがあると判断されている¹⁴⁾。NDSHS には、アルコール、喫煙、薬物使用スクリーニングテスト（ASSIST-Lite）の質問がいくつか含まれており、薬物の使用を低リスク、中程度リスク、高リスクに分類している。高リスクのスコアは薬物依存の問題を示している可能性があり、薬物の使用について専門家の評価と治療が必要になる可能性が高いとされる¹⁵⁾。また、NDSHS2022-2023 よりゲイ、レズビアン、バイセクシャルの、3 人に 1 人（33%）が過去 12 カ月間に大麻を使用したのに対し、異性愛者の場合は 10 人に 1 人（10.4%）と報告されている。年齢の違いを調整すると、ゲイ、レズビアン、バイセクシャルの人が過去 12 カ月間に大麻を使用した可能性は異性愛者の 2.6 倍であった。トランスジェンダーや性別が多様な人々の 4 人に 1 人以上（28%）が過去 1 年間に大麻を使用しており、シスジェンダー（出生時に割り当てられた性別と自認する性別が一致している人）の 11.4%よりも 2.4 倍の確率で使用していた。また、アボリジニなど先住民のほぼ 5 人に 1 人（17.0%）が過去 12 カ月間に大麻を使用していた。年齢の違いを調整すると、先住民が大麻を使用した可能性は非先住民の 1.2 倍であった。国連薬物犯罪事務所（United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC）の 2008 年リポート Drug Policy and Results in Australia によると、豪州の大麻使用率は国際的にみて高く、15～64 歳の年齢層における大麻使用の年間有病率は 2007 年には 11.4%だった¹⁶⁾。これは世界平均 3.9%の約 3 倍で、北米（10.5%）、中西欧（6.9%）またはアジア（2.0%）の平均よりも高い。AIHW 家計調査でも、2021 年にオーストラリアとニュージーランドで少なくとも 1 回大麻を摂取した 15～

64 歳の人の割合は 12.1%と、世界平均の 4.3%（UNODC 2023）よりも高かった¹⁷⁾。豪州における大麻使用率の推移と大麻使用に関する意識の変化について、解析を行った。ヘロインの蔓延などに苦しむオーストラリアでは、1970 年代からは大麻、1980 年代からはヘロイン、1990 年代からはエクスタシー（MDMA）が若者の間で流行し始めたと言われる。家計調査によると大麻生涯使用率は 1990 年代に上昇し、1998 年に 39.1%と最初のピーク（「第 1 のピーク」）を迎えている（表 4）。また、同年より国民の意識として、大麻使用の合法化または犯罪として取り締まりの支持率についても調査が行われ始めている。大麻使用の合法化を支持する割合は 29.4%で、違法薬物としての規制を続け、犯罪として取り締まることを支持する割合は 48.2%であった。その前年となる 1997 年に当時のハワード首相（保守連合）が、麻薬規制に厳しい態度で臨むため総合的かつ包括的な国家取り組み「タフ・オン・ドラッグズ（Tough on Drugs）」を打ち出した¹⁸⁾。国境警備の強化、供給業者の摘発強化、学校教育やコミュニティーの取り組みへのテコ入れ、研究に重点を置くことなどで 5 億 1600 万ドルの予算措置を打ち出し、1998 年から 2008 年まで計 14 億ドルに上る予算が投入された¹⁶⁾。その結果、1998 年の生涯使用率は 39.21%であったのに対し 2007 年では 33.5%となった。大麻合法化支持率も同様の傾向を示し、29.4%から 21.2%まで低下した¹⁹⁾。タフ・オン・ドラッグズの下では、学校周辺での麻薬密売には「ゼロトレランス」アプローチが導入された。教育現場での取り組みもあり、1996 年から 2007 年に中高生の大麻使用率が劇的に改善した¹⁶⁾。しかしその後、2016 年に医療目的での大麻使用が認められ、カナダが国として、成人向けに大麻の嗜好用目的での使用が合法化され、米国においても一部の州で大麻規制が緩和された流れを受け、豪州においても 2022～2023 年の調査では 41%と過去最高の生涯使用率（「第 2 のピーク」）が報告されている。大麻の合法化の支持率も 2016 年に 35%となり、その後 40%を超える状況となっ

いる。合法化の支持率と対照的に犯罪とする支持率は30%を割り、2019年には22%となっている。AIHW 家計調査によると、大麻使用の合法化を支持する割合は、2010年の25%から増加の一途を辿り、2022～2023年には45%と、大麻の販売または供給に対する罰則強化の支持率39%を初めて上回っている。また、個人による大麻の単純所持においては、犯罪化すべきではないという意見の割合が2010年の66%から2022～2023年の調査では80%に上った。

5. 豪州における大麻規制の現状

豪州は、前述した概要の通り、各州・準州が強い行政権限を持つことに加え、民事罰制度やダイバージョン制度（刑事事件について、通常の刑事手続を回避して、他の非刑罰的方法を取る制度）の組み合わせを独自に導入していることから、大麻規制の現状は複雑化している。豪州の注目すべき点は、個人使用のための大麻栽培と所持に罰金など民事罰制度を採用した最初の国であることだ²⁰。民事罰制度が初めて導入されたのは、1987年の南オーストラリア州の贖罪（しょくざい）制度となる Cannabis Expiation Notice (CEN) とされる²¹。南オーストラリア州では過去には警察によって微罪は現場処理されてきたが、controlled substances act 1984 を1986年に改正し、個人使用に限定した大麻の使用、所持と栽培が民事罰で済まされるようになった²²。具体的には、乾燥大麻最大100グラム、または20 resin までの樹脂の所持、さらに10株までの栽培に対して150～300豪ドルの罰金が科される。その後、南オーストラリア州に続き、1992年にキャンベラ首都特別区（ACT）では単純大麻違反通告制度（SCON）²³、1996年に北部準州ではCEN²⁴、1997年にビクトリア州で導入された大麻警告プログラム（Cannabis Cautioning Project, CCP）など²⁵、軽度の個人使用を通常の刑事司法手続きから外すダイバージョンとリンクさせた制度が徐々に導入された²⁶。1999年には、州、準州および連邦政府が初めて、違法薬物使用者のための薬物転換ダイバージョンを提供

する全国的な取り組み「オーストラリア政府・違法薬物流用イニシアチブ（Council Of Australian Government-Illicit Drug Diversion Initiative, COAG-IDDI）」で合意した²⁷。この取り組みは、警察と裁判所の両方を通じて未成年の薬物使用者をダイバージョンすることを目的としている。

6. ニューサウスウェールズ州の取り組み

豪州最大の州であるニューサウスウェールズ州の州警察が取り締まりのガイドライン「CANNABIS CAUTIONING SCHEME GUIDELINES FOR POLICE」を公表している²⁸。1999年に開かれた州薬物サミットを経て、2000年4月に成人の大麻警告制度（CCS）が導入された²⁹。CCSの概要は、7つの項目にまとめられる。1）軽微（Minor）な大麻取締法違反に対して、起訴ではなく警告する裁量権（Discretion）を警察に与え、2）警察の裁量権は、30グラム以下の乾燥大麻の使用、所持または大麻を使用するための器具の所持が検出された成人に対して適用し、3）CCSでは、警告の許容回数は最大2回と定め、それ以上の大麻犯罪は、たとえ軽微であっても起訴となり、4）合成カンナビノイド製剤を使用、または所持している人は、CCSに該当せず、通常の違法薬物に関連する法律で処罰を行い、5）1回目の警告受領者には、CCSラインの連絡先情報が提供され、資格のあるアルコールおよびその他の薬物（Alcohol and other drugs, AOD）の専門家によって提供される遠隔医療セッションを利用することが強く奨励され（2回目の警告の受領者は、より集中的な遠隔医療介入のためにCCSに連絡することも可能）、6）重大な薬物犯罪の前科がある者は、その前科の効力が消滅しない限り、CCSの対象外となり、7）大麻取締制度は、低レベルの薬物犯罪を対象とする早期薬物流用イニシアチブ（Early Drug Diversion Initiative）と並行して実施されるものと定められている。CCSの対象は、個人使用に限定された成人であり、18歳未満の場

合は、1997年に制定された青年犯罪者法が適用される。また、重大な薬物犯罪の前科がないことが条件となる。CCSは2001年9月に改正され、2回目の警告を受けたものに対して必須の教育セッションが導入された。CCS導入後の2003年にニューサウスウェールズ州警察による検証が行われた。NSW警察、地方裁判所、Alcohol and Drug Information Service (ADIS) のデータを分析し、35人の情報提供者へのインタビューをまとめた内容となっている。本稿では、一部データを抜粋した。CCSによる警告処分的大部分は18歳から24歳の若い男性で、軽微な大麻犯罪に対する起訴（法的措置）の3分の1程度であった（表5）。警告の96%は所持によるもので、75%以上が5g以下の少量の大麻所持だった。起訴されたケースは、CCSの基準（所持量制限、大麻以外の薬物所持、犯歴の有無）を満たさなかった可能性があると考えられる²⁸⁾。ただ警察の裁量は、必ずしも公平な判断が下されとは限らず、人種的な差別、貧困地区や繁華街のような地域的な差別があるのではないかと懸念される²⁹⁾。また大麻の個人使用は、司法以外にも経済的な損失を引き起こす恐れもある。雇用主は、従業員らの安全と健康を守るため薬物・アルコール規制ポリシーにより検査を行っている³⁰⁾。フェアワーク法により、不当解雇された者は苦情を申し立てできる。ただ、検査で不合格となったり、検査を拒否したりした場合は、解雇は合法かつ合理的とみなされる³¹⁾。経営者がゼロトレランスを採用している場合、医療目的での大麻使用も労働者にとって不利に働く可能性がある。豪州においても軽微な大麻取締法違反で刑事訴追された場合、風評被害、スティグマ、雇用の喪失、収入の減少、人間関係やウェルビーイング（幸福追求）への影響が大きい。

7. 連邦法と州・準州の取り組み

豪州では、連邦法において大麻は違法薬物として規制されている⁴⁾。薬物規制に関する法律は複雑で連邦法、州法および物質規制の法令に

よって定められている。連邦法では、1961年の大麻に関する単一条約を批准して、大麻を含む薬物規制のためのNarcotic Drugs Act 1967、薬物犯罪を規定したCriminal Code Act 1995が定められている。連邦法および州法では、大麻の所持、使用、製造、販売、または大麻の影響下での運転に対して罰則を規定している⁴⁾。また、一部の州および準州では、水パイプやその他の喫煙器具の販売および所持を禁止する法律が定められている³²⁾。違反した場合には、罰金、禁固刑、更生命令、運転資格の剥奪などが規定されている。米国の規制物質法（Controlled Substances Act, CSA）の薬物分類方法と似た制度として、豪州保健省管轄機関（The Therapeutic Goods Administration, TGA）は、オーストラリア全土における物質（医薬品および毒物）の統一的な分類基準を定めた毒物基準（The Poisons Standard）または医薬品および毒物の統一スケジューリングに関する基準（The Standard for the Uniform Scheduling of Medicines and Poisons, SUSMP）を定め、医薬品としての使用や入手等を規定している³³⁾。各州と準州は独自に薬物規制の法律を運用しているが、基本的に医薬品や毒物はSUSMPに従って分類されている。SUSMPでは大麻をスケジュール8に規定しており、いずれの州においても同様となっている³⁴⁾。スケジュール8は、規制医薬品（Control Drug）として濫用、誤用および身体的・精神的依存を減らすために製造、供給、流通、所有および使用の制限を必要とする物質と定めている。2016年以降、特定の条件下で大麻を必要としている患者にのみ、TGAの特別アクセス・スキームにより入手・利用が可能となっている³⁵⁾。TGAおよび該当する州または準州の保健省の承認があれば、どの医師でも医療目的に大麻を処方することが可能となっている³⁶⁾。患者が慢性疾患を患っており、従来の治療法が適さない、または、その疾患に大麻の医療利用が有効であるという証拠がある場合は、大麻の試験的使用を認められる可能性がある。豪州では、多くの大麻製品がAustralian Register of Therapeutic

Goods (ARTG) に登録されていないため、医師から処方箋を受けたとしても一般的な薬局では取り扱われておらず、従来の登録医薬品と同様に入手することはできない。2024 年に SUSMP の分類として、THC が 2% 以下の大麻医薬品はスケジュール 4 に分類され、それ以外の大麻医薬品はスケジュール 8 に分類された。スケジュール 4 は処方限定医薬品 (Prescription Only Medicine) で、州または特別地域の法律によって処方箋の作成を許可された者またはそれに類する者が使用または供給し、処方箋に基づいて薬剤師から入手できる物質となっている。2025 年 2 月時点では tetrahydrocannabinol (THC) と cannabidiol (CBD) の合剤である製品名 Sativex® (スケジュール 8) および CBD のみを主成分とする製品名 Epidiolex® (スケジュール 4) のみが登録されている³⁴⁾。ARTG に未登録の大麻製品は全てスケジュール 8 に分類される。医師が患者に大麻 (未承認の医薬品) の処方を行う場合は、個人患者では The Special Access Scheme (SAS) 制度の利用、または、特定の患者グループにおいては医師自身が TGA に申請し、Authorised Prescriber (AP) となって、未承認の医薬品を処方することが可能となる³⁷⁾。一方で、大麻の流通や供給に対する取り締まりは厳しく行われており、2020 年度では 55,199 件の大麻の押収と国境での密売の摘発は 24,255 件と報告されている⁸⁾。そのほかにも大麻の影響下での運転には、運転資格の剥奪、減点、多額の罰金、禁固刑などの罰則が科せられ、薬物運転の路上唾液検査を可能にする法律が可決されている^{4,38)}。また、医療目的での大麻使用も同様である³⁹⁾。豪州では警察官による路上薬物検査 (Roadside Drug Testing, RDT) を実施している。例えば、クインズランド州では、年間 5 万件ほどの RDT を実施しており、4 件に 1 件は陽性結果が検出されると報告している⁴⁰⁾。豪州の大麻規制においては、合法化 (Legalize)、非犯罪化 (Decriminalize)、刑罰軽減措置 (Depenalize) という概念が存在する。我が国では、マスコミやソーシャルネットワークサービス (SNS)

を通じて、カナダや米国やオーストラリアなどの大麻規制緩和が合法化 (使用はすべて容認されている) として誤って紹介されることがあり、特に若年層においてその理解を歪めている可能性がある。国連薬物犯罪事務所 (UNODC) は 2022 年の報告書で、国際麻薬統制委員会 (INCB) は、少量の薬物の個人使用および所持を非犯罪化する措置は、薬物規制条約の規定に一致するという判断を示し、非犯罪化が直ちに国際条約に反するものではないという柔軟な姿勢をとっている⁴¹⁾。一方で、非犯罪化という用語は、さまざまな文脈や言語で異なる意味で使用されてきたと認めている。UNODC において、非犯罪化と合法化は、まったく異なる概念であり、軽微な薬物使用に関する非犯罪化は国際的な薬物条約の規定の範囲内であるが、合法化はその規定に違反していると懸念を示している。ニューサウスウェールズ大学社会政策研究センターの Alison Ritter 教授も法律化されていない制度については、資格基準などに関する情報へのアクセスが困難で、解釈も難しく、また頻繁に方針が変更されるため、制度に関する明確性や透明性が欠けており、さらに多くの管轄区域では、非犯罪者対応の詳細や適格基準を概説した警察マニュアルや手順書が公開されていないと現状の問題点を指摘している⁴²⁾。州独自のダイバージョン制度については、O'Reolly らが調査したダイバージョン制度の概要を表 6 にまとめた⁴²⁾。ダイバージョン制度については、それぞれの州で修正や変更等が起きている可能性もあり、制度内容については注意が必要である。Ritter らは大麻規制のあり方について、表 7 の分類を提起している。加えて、州・準州での大麻に関する取り締まりの様態も異なっており、ダイバージョンについても基準や裁量などが多様で変化し続けており、全体像の理解が困難な状況となっている⁴³⁾。

8. ACT 特別区の「実験」

ACT 特別区では、2020 年から大麻の個人使用で初の「非犯罪化」に道を開いた。ACT は豪州で、最初に裁判所の薬物ダイバージョンプロ

グラムが導入された司法管轄区であり、また前述のように南オーストラリア州に次いで、1992 年に大麻所持に対し単純大麻違反通告制度 (SCON) が導入された。大麻の非犯罪化法案は、2018 年に ACT 議会に与党労働党議員による議員立法として提出された。与党労働党議員による提案だった。法案の意図は、1) 大麻の使用を刑事司法の問題ではなく、健康問題として扱い、スティグマと刑事司法への悪影響を軽減、大麻使用者へのサポートを奨励し、警察資源の使用を減らす、2) 薬用大麻を入手する基準を満たさない慢性的な健康問題や痛みを抱える人々が、医療目的で大麻を使用できるようにする、3) 薬物に対する危害最小化 (harm minimization) アプローチとの整合性を確保する、などである。2019 年に ACT 議会で、与党労働党と少数政党緑の党の賛成多数で薬物依存法 (1989 年) の修正案が可決され、2020 年 1 月末から施行となり、豪州で初めて大麻の個人所持・栽培が非犯罪化された。非犯罪化の概要は、1) 対象は 18 歳以上 (18 歳未満は大麻栽培、使用、所持は引き続き SCON が適用される)、2) 乾燥大麻の許容上限 50 グラムなど大麻の形態によって所持量を制定、3) 大麻栽培は 1 人で最大 2 株、1 世帯当たり最大 4 株とし、4) 使用可能な場所は、自宅で公共の場では違法行為と定め、5) 子供や若者に大麻を使用させることは違法、6) 子供の手に届くところに大麻を保管することも違法、7) 一般人がアクセスできる場所で栽培することは違法、8) 大麻の売買、共有、贈与は禁止、9) 大麻が体内に入っている状態での自動車運転は違法、10) 人工栽培 (室内などでの栽培) による大麻草の栽培は禁止と 10 項目を定めた。以上のことから、成人向けに全面的な大麻使用を認めた法案ではなく、あくまで条件付きの「非犯罪化」であることが確認された。特別区政府による検証報告書によると、ACT の成人における大麻の使用率は、非犯罪化導入前の 2019 年度の 10.5% に対して、2022 年度では 8.7% となっていた⁴⁴⁾。ACT における法改正は大麻消費に大きな影響を及ぼしていないと考えられる。検証報告書では、豪州全国下

水薬物監視プログラムのデータを引用し、ACT の THC の推定消費量は、2020 年 4 月から 2023 年 10 月にかけて増加傾向にあることが示されている。特に、COVID-19 流行中にすでに大麻を使用していた人々による消費頻度や使用量増加が示唆されている。2021 年以降、ACT で医療用大麻の処方量が増加しており、下水薬物監視プログラムでは非処方大麻との区別ができない点は留意する必要がある。また、同期間ニューサウスウェールズ州の廃水データも増加の傾向を示したことから、大麻の消費量については ACT の大麻取締制度変化の影響は少ないものと推察されている。また、警察による逮捕者数は、2019 年度の 29 人に対して、2022 年度では 0 人となった (表 8)。この間の逮捕者は、非犯罪化されていない 18 歳未満の未成年に対する罪と 50g 以上所持していた所持罪となっている。SCON の発行は 2020 年以前から減少しており、2021 年以降はゼロとなっている。大麻使用による救急搬送等の事例は、2018 年から 2020 年にかけて増加したが、以後の増減は認められていない。法改正は、個人使用のために少量の大麻を所持・栽培する人々の刑事司法制度への関与を減らすという法律の趣旨に沿った効果をもたらしている。警察による大麻のダイバージョンプログラムへの紹介の仕組みが継続されたことに加え、市民とのコミュニケーション、警察の実務とガバナンスがうまく機能していると報告した。しかしながら、本報告書は与党労働党と大麻寛容政策を進める少数政党緑の党によって作成されている点を考慮し、慎重にその成果を検証する必要がある。野党自由党は非犯罪化に批判的立場を表明している。

9. 豪州の若年層における大麻の乱用実態

大麻はオーストラリアの中高生の間で最も一般的に使用されている違法薬物である。そこで、連邦政府は、国家薬物戦略枠組み (National Drug Strategic Framework) の下で策定される国家薬物行動計画 (National Drug Action Plan) の一つとして、全国学校薬物教育戦略 (National School Drug Education Strategy)

を定めている。本計画は、合法・違法薬物の使用から生じる害を減らすための優先事項、優先事項に取り組むための戦略、成果指標を盛り込んでいる。全国学校薬物教育戦略の目標は、学校に違法薬物を持ち込ませないことである。この目的のため豪州では1984年から3年ごとに中高生を対象としたアルコール・薬物調査（Australian secondary school students alcohol and drug, ASSAD）がアンケート形式で行われている。2022-2023年版では、全国83校で11,145人を対象にオンラインで調査し、10,314人の有効回答が得られた⁴⁵⁾。その結果を表9に示す。大麻ではこれまでの使用経験（生涯経験率）は13.4%、男子は11.6%なのに対し、女子が14.8%と3ポイント以上高かった。性別に見る大麻使用率の推移は、女子生徒よりも男子生徒の使用率が高かったが、2022-2023年度最新の調査で女子生徒が上回った点が注目される（表10）。これまでに一度でも大麻を使用したことのある証左において、12-15歳（中校生）が9.0%なのに対し、16-17歳（高校生）が23.8%と2倍以上だった（表10）。また、2008年以降では、高学年の生徒の間でわずかに大麻使用が増加している。諸外国における大麻の医療使用を認める法律の導入やカンナビノイドを含む物質の規制緩和などの影響と分析している。過去1カ月に使用した者は、12-15歳は4.6%、16~17歳は11.3%であった。中学生と高校生の大麻使用率の経年的な変化を図5に示す。これまでに一度でも大麻を使用した経験がある若年者は、12-15歳、16-17歳の層はそれぞれ1996年の28.4%、52.1%から2008年には9.4%、24.3%まで劇的に減少した。その後16-17歳はほぼ20%台、12-15歳はほぼ9%台で安定している。過去1ヶ月の使用においても同様の推移を示している。過去1年間に大麻を使用したことがある学生のほとんどが、普段は bong やパイプで吸う（56%）か、ジョイントで吸う（30%）と回答した。過去1年間の使用者の4分の3（75%）が、普段は他の人と一緒に大麻を吸ったり使用したりすると回答し、約6人に1人（16%）が、一人で大麻を使用したり、

他の人とほぼ同じ頻度で大麻を使用したと回答した。最後に大麻を吸ったり使ったりした場所について尋ねると、過去1年間の使用者は、友人の家（39%）で吸ったという回答が最も多く、次いで自分の家（19%）、パーティー（15%）、公園（14%）だった。大麻以外の薬物の使用状況を表11に示す。他の物質の生涯使用率では、シンナーなど吸入剤が2014年度の15.9%から2022年度は20.3%と増加している。MDMAは、2017年度の5.1%から2022年度は3.2%減少傾向にある。そのほか特徴的な変化は少ないが、鎮痛剤がいずれの調査においても中高生で最も高い使用率を報告している。鎮痛剤は主に Panadol（アセトアミノフェン）、Nurofen（イブプロフェン）または Disprin（アスピリン）で、過去1ヶ月で見ると男子生徒62%に対し女子生徒69%となっている。過去1年間に鎮痛剤を使用した学生のうち、最後に鎮痛剤を服用した理由として最も多く挙げられたのは、頭痛または偏頭痛（男子40%、女子33%）と、風邪やインフルエンザの症状緩和（男子36%、女子23%）であった。また、男子生徒ではスポーツによる痛みを理由に挙げた人も多く（13%）、女子生徒の3分の1近く（31%）は月経痛を理由に鎮痛剤を服用していた。鎮痛剤を服用した理由に医学的な理由はないと答えた学生はわずか1%であった。一般的に、学生が他の違法薬物（幻覚剤、アンフェタミン、コカイン、オピオイド、MDMA など）を使用したことがあると報告することはまれであった。学生全体の15%が大麻を含む違法薬物を使用したことがあると回答したが、大麻を除外すると、その割合はわずか6%に減少した。2022度には、15%の生徒が大麻を含む違法薬物の使用経験があると報告し、8%が過去1か月の使用経験があると報告した（図6）。大麻を除いた場合、違法薬物の使用経験がある学生は6%で、直近1か月以内の使用経験は2%であった。2022度には、それぞれの割合が最低水準に達したが、2017年と2022度の間に有意な差が見られたのは直近1か月以内の違法薬物使用（大麻を除く）のみであった。全体で17%の生徒は、感情や行動の間

題により、過去 1 年間に医療専門家に相談したことがあると回答した。アルコールまたは薬物関連の問題で医療専門家のサポートを求めたケースは 2%となっている。

10. 若年層向けの大麻乱用の予防教育

豪州では、オンライン上に教師や親が利用可能な薬物教育のための資料が提供されている⁴⁶⁾。教育資料は、連邦政府とニューサウスウェールズ大学が中心となり豪州全土の研究者、教師、保護者、学生との共同作業により開発された。例えば、大麻では 5 分弱のアニメ動画で、大麻が脳に与える悪影響、記憶障害を引き起こすこと、モチベーション（意欲）の喪失や不安感、将来の職業機会の喪失の可能性などが紹介される⁴⁷⁾。生徒向けには *Mythbusters: Common drug myths exposed* と題した、薬物ごとのファクトシートや、ビデオが対象年齢ごとに多数そろえられている⁴⁸⁾。学校教育の成果については、1) コミュニティ・ベースのアプローチ、2) 家族ベースのアプローチ、3) メディアに基づくアプローチ、4) 学校を拠点とした薬物乱用防止を予防的アプローチとして検証している⁴⁹⁾。特に、学校は地域社会に根ざした犯罪防止イニシアチブを開始するためのプラットフォームとして有効だと評価されている。また、一方的な情報伝達よりも、生徒同士のピアサポートを通じた双方向での対話型に効果があるとされる。対話型プログラムは非対話型プログラム（教訓的な方法で実施されるプログラム）よりも効果的で、1970 年代から 1980 年代初頭にかけて最も流行した知識普及や情操教育的アプローチなどに重点を置いたアプローチは、あまり効果がないことが証明されている。

Ritter らは、2022 年度の政府予算で薬物に関連する予算支出状況を調べ、その中の学校教育に関する項目を紹介する⁵⁰⁾。豪州では、学校ベースの教育活動 (School-based drug education, SBDE) として、州政府から支出される早期介入予防を目指したプログラムが実施されている。カリキュラムでは、生徒自身または仲間が薬物を使用している状況において、害を軽減す

るための社会的スキルを身につけるよう薬物使用の害に関する情報を生徒に提供する。この SBDE は各州・準州のカリキュラムに組み込まれた教育活動である。SBDE は、主に 7-10 年生の自己啓発、健康または保健の授業で教えられ、ニューサウスウェールズ州の場合は 11-12 年生にライフスキルの履修が義務付けられている。また学校ごとに独自の教育プログラム (Alcohol and other drugs, AOD education programs) を採用する場合がある。AOD プログラムは主に学校が追加の費用を負担する。学校での違法薬物教育に費やす時間についての情報は限られている。ビクトリア州の学校では *Get Ready* という教材を使用し、7 年生から 9 年生までの各学年で 1 時間の授業が 10 回行われている。ニューサウスウェールズ州の場合は 11-12 年次に *Life Ready* コースで約 3.5 時間が当てられることになっている。また薬物教育のカリキュラムは、出席率等に依存せず実施されていると想定されている。

D. 考察

本研究では、豪州における薬物政策、法規制や大麻の乱用実態について調査を行なった。これまで、北米における大麻規制状況や社会実態については、継続的な調査を行ってきたが²⁾、豪州の情報は新しい知見となり、世界の大麻に対する取り組みを多角的に理解するための資料になり得ることが期待できる。

豪州は、米国やカナダと同様に政治制度として連邦制を採用しており、構成される八つの州、準州および特別行政区がそれぞれ独自の政体を取っている。薬物規制も例外ではなく、各州が独立した強い権限を持っていることから、オーストラリア人だけでなく、外国人にとっても規制の仕組みが複雑で理解が難しい状況となっている。そこで本調査では、豪州における大麻を基本とした薬物関連犯罪の発生状況やその対処方法として司法的な取り組みの実態、連邦政府として政策について整理を行なった。

豪州全体では、薬物関連逮捕者数は、2019 年度はおよそ 16 万人で 2020 年度には 14 万人へ

と人減少した。大麻事犯の占める割合は 2019 年度の 76,669 人 (46.1%) から 2020 年度は 66,285 人 (47.1%) となり薬物事犯のほぼ半数を占めていた。豪州における主要な乱用薬物は大麻であることが明らかとなった。一方で、薬物事犯のうち刑事事件として有罪が確定して収監された者では 2023 年の場合 5,205 件で刑事犯罪全体の 12.4% (犯罪分類別に見ると第 3 位) となっている。薬物関連逮捕者数と比べ収監される数が少ないことは、本稿の 5. 豪州における大麻規制の現状、6. ニューサウスウェールズ州の取り組みや 8. ACT 特別区の「実験」の項目で解説した、逮捕・起訴後にダイバージョンとして司法手続きを回避することなどが影響していると考えられる。豪州における大麻の取り締まりの歴史では、1926 年にオーストラリア臨時首都 (1927 年までメルボルン) があらゆる形態の大麻と麻を違法としたことに始まる。その後、各州が追随し、1961 年に採択された国際条約である麻薬に関する単一条約を受けて、連邦法の大麻の規制のための *Narcotic Drugs Act 1967* や各州法などで規制の強化が行われてきた。しかし、ベトナム戦争やサブカルチャーの影響で大麻をはじめさまざまな違法薬物の乱用は続き、1985 年の連邦政府と各州政府が参加した薬物に関する「特別首相会議」で、豪州の増大する薬物乱用と依存問題を撲滅するため各政府があらゆる対策を講じる共同声明が宣言され、教育や治療を通じた薬物需要の削減、若者のリハビリ、ハードドラッグ対策に重点が置かれることとなった。特に、個人の薬物乱用が広まり続けているような状況下において、警察司法による厳罰主義中心では対応しきれないとの認識を表明したこと、薬物乱用と依存の問題については健康と社会問題と捉えられたことは、今でこそ世界的にも普及し始めている概念であるが、1980 年代当時として薬物の個人使用対策において新しいアプローチの転機になったと考えられる。その後、国家薬物戦略が策定され、政権が交替しても継続され、2017 年からは 10 ヶ年計画である現行の国家薬物戦略が策定され、長期的かつ包括的なア

プローチが試みられている。国家戦略の基本的な枠組みは、危害最小化の原則に基づき、供給削減、需要削減そして薬物使用による健康被害や家族・友人または地域社会などへの害を削減するハームリダクションとなっている。この国家戦略の基本的な枠組みは、前回の 2010-2015 年国家薬物戦略によって、エビデンスベースに基づく供給削減、需要削減およびハームリダクション戦略によって、12-15 歳の喫煙率の低下、飲酒による健康リスクの低下、違法薬物の使用または薬物注射をする人数の低下が認められるなど良好な結果が得られていたと報告されている¹⁴⁾。現在の国家薬物戦略 2017-2026 は、初の 10 年間の長期戦略となり、一定の期間ごとに中間レビューを行い、新たな問題や課題を特定するとともに様々な評価尺度に関する知見が発表されることとなっている。豪州の国家薬物戦略を注視していくことで、我が国の薬物政策を検討するための参考資料として役立つものと考えられる。引き続き、豪州における国家薬物戦略 2017-2026 の進展状況を解析して、供給削減、需要削減およびハームリダクション政策の成果を経年的に収集するものとする。

一方で、豪州国民における大麻規制の意識として、医療目的での大麻使用の合法化や諸外国での大麻規制に変化を受け、罰則の強化よりも大麻使用の合法化を支持する傾向が強まっていることが明らかとなった。5 分の 4 (80%) が非犯罪化を支持することになり、「事実上の非犯罪化の容認」という見方もできる。国家戦略においてアルコール、タバコおよびその他薬物の問題を減らすための、全国的に合意された *harm minimization* の目標が記されているが、薬物使用を容認するものではないことも合わせて注意している。米国のコロラド州では、2021 年の *Impacts of Marijuana Legalization in Colorado* にて州内で成人向けに大麻使用を認めているが、合法化前後で大麻の使用率は増加している⁵¹⁾。国家として成人向けに大麻使用を認めているカナダでは、2022 年の調査によると、16 歳以上の大麻使用率は、2021 年の 25% から 2022 年には 27% に増加し、特に 25 歳以

上では、2021 年の 22%から 2022 年には 25%に増加したことが報告されている⁵²⁾。また、コロラドなどでは大麻使用に関連する健康被害、救急搬送や交通事故の増加も懸念されている⁵¹⁾。国や地方政府の権限で、大麻の使用、栽培や流通をコントロールすることで、大麻使用に関連する社会的または公衆衛生的な問題を抑制できるかは未知であり、オーストラリア国民による合法化の支持が国家薬物戦略上に有効であるかは、重大な問題であり、連邦政府および州政府の動きについて特に注視が必要である。豪州では 2022 年度の AIHW 家計調査によると大麻の生涯経験率は 41%となり、国民の 5 人に 2 人が使用経験を持つ計算となっている。こうした状況にも関わらず大麻の単純所持から組織的な犯罪まで一様に取り締まりを受ける可能性があり、特に人種的な差別による不公平さ、逮捕による失職や家庭崩壊・離別などを伴う社会的スティグマというネガティブな側面は、他国の規制改革のみならず合法化を支持する動機となり得るものと推察できる。

また、連邦と並んで、強い行政権限を持つ各州・準州が大麻規制で、民事罰制度とダイバージョン制度の組み合わせを独自に導入していることが、自国民における大麻規制の現状の理解を困難にさせ、かつ警察官に付与された「裁量権」という不明瞭な取り締まり制度が一般国民の間で不満を高めていることが示唆されている。豪州では、1987 年に南オーストラリア州で個人における一定量の大麻所持や栽培では、罰金を科すことで対処することが始まり²¹⁾、1997 年にはビクトリア州で大麻の個人使用を通常の刑事司法手続きから外すダイバージョンとリンクさせた CCP 制度が導入された²⁵⁾。南オーストラリア州における CEN 制度の影響を調査した研究では、1985-1995 年の 10 年間で生涯大麻使用率は、26%から 36%と増加している⁵³⁾。一方で、同期間、ビクトリア州 (26%から 32%)、タスマニア州 (21%から 33%)、ニューサウスウェールズ州 (26%から 33%) でも大幅な増加が見られていた。南オーストラリア州の大麻使用率の増加は、CEN 制度の導入が

直接の原因とは考えにくく、複合的な要因によるものと推察している⁵³⁾。2006 年までに全国的に各種ダイバージョンが導入・展開されている。大麻取締法違反に対して、起訴ではなく正式にダイバージョンの裁量権を警察に与えているニューサウスウェールズ州のデータによると、2002 年度の警察による大麻取締りにおいて、9,533 件の逮捕に対して、司法手続きを回避したケースは 2,723 件で 28.6%であった²⁹⁾。起訴されたケースは、所持量が上限を上回ったり、大麻以外の薬物所持または犯歴があったりした基準を上回ったことなどが想定されている。また本報告書では、警察はガイドラインに従って警告を行っており、制度は全体的に順調に運用されていると評価している²⁹⁾。しかし現場での警告に関するいくつかの運用上の問題（薬物の重さを正確に測るスケールの持ち運びなど）も報告されている。また、警告を受けた者のうち、ADIS に連絡した者は非常に少なく、健康や法的影響についての教育効果は限定的であったと推察されている。加えて、実態は現場の警察官の裁量に任され透明性に欠けることが、逮捕や起訴が多いという結果に反映されているのではないかという疑念をもたらしている。実際に、マイノリティーである先住民アボリジニへの警察の対応が恣意的だと批判されている⁵⁴⁾。2013 年から 2017 年の 5 年間で、少量の大麻を発見されたアボリジニの 80%以上が、逮捕・起訴の司法プロセスに乗せられていることに対し、非先住民は 52.29%で数値に有意な差があった。そのほかにも白人富裕層が住む地区と、そうではない地区や歓楽街では薬物摘発・路上検査の頻度などが違う可能性も指摘されている²⁹⁾。今後の制度改善点として、警告の対象基準を広げること（軽微な前科がある者や同時に軽微な犯罪者も対象にする）、警察に対するさらなる訓練とフィードバックの提供、現場での警告発行を容易にするための手続きの改善（小型の薬物袋や警告書の導入）などが提案されている。

職場環境において雇用主は、従業員らの安全と健康を守るため薬物・アルコール規制ポリシ

一により検査を行っている³⁰⁾。航空業界、運輸業界、建設業界など一部の業種では、検査を義務付けている。薬物検査は、職場の事故や怪我の予防面からも重要であり合法化かつ推奨されている。検査で不合格となったり、検査を拒否したりした場合は、解雇は合法かつ合理的とみなされる³¹⁾。また、従業員が、病状について話すことを要求されたり、シフトを減らされたり、プライバシーを侵害される恐れがある。職場での薬物所持、使用や薬物陽性反応は、大麻による犯罪行為または非犯罪行為とは異なる問題であり、規制ポリシーに鑑みると薬物使用者が不利な判定を受ける妥当性は否定できない。大麻を一度摂取すると生体から THC が排出されるまで、一定の時間を要することが知られている^{51,55)}。薬物検査結果の判定は慎重に行わなければならないが、ACT のように制限付きの非犯罪化のような状況においても、環境や公衆衛生上の安全を守ることはアルコールの問題等と同様であり、不要な誤解が生じないように雇用者と従業員は適切な理解を進めていく必要があると考えられる。一方で、豪州では、医療目的での大麻使用が認められている。しかし、医療用大麻と違法な大麻を区別することは不可能である。実際に医療用大麻による不当な解雇ではいくつかの裁判が行われている。**Sheldon Haigh v Platinum Blasting Services Pty Ltd [2023] FWC 2465** の裁判では、会社が医療用大麻を使用した従業員の雇用契約を終了する判断を支持する判決を下している。本雇用主のポリシーでは、従業員は、仕事の要件を安全に実行する能力に影響を与える可能性のある薬を開示することが義務付けられていたが、**Sheldon Haigh** 氏は医療用大麻を処方されていたにもかかわらず開示していなかったため、処方された大麻の使用を開示する必要があると裁判所は判断している。裁判所では、大麻の使用が、人の仕事能力に影響を与える可能性があることを認めている (FWC 2465)。一方で、**Sydney Trains v Gary Hilder [2020] FWCFB 1373** の裁判では、雇用主の医療大麻に対するゼロトレランスアプローチによる解雇は不当と

判断を下している (FWCFB 1373)。薬物影響の懸念を払拭することは困難であり、それが医療目的であったとしても、さまざまな医薬品薬の利用と同様に雇用者と従業員は、就業規則の相互理解が重要である。我が国でも改正大麻取締法により、将来的に大麻成分の医療目的使用の可能性が開かれている⁵⁶⁾。豪州の判例状況を確認することで、就業規則等社会的ルールの策定に役立つものと考えられる。#

大麻で逮捕・起訴された場合、家族やパートナーとの関係が崩れる、職場に知られた場合仕事を失うなどでスティグマが押されることになる。そうした背景から、州議会委員会からは、大麻取締制度を改革し、警察の裁量権を制限し、犯罪歴や前科に関係なく司法プロセスを回避すべきだとの意見が出されている。豪州では、現場レベルでの大麻取締り制度が多様化している。しかしながら、警察官レベルでの裁量権については、様々な観点から懸念されている実態が明らかとなった。こうした状況が今後の州または連邦レベルでどのように影響していくか我が国から見ても重要な調査項目になると考えられる。

豪州では、連邦法において大麻は禁止薬物として規制されている⁴⁾。2016 年以降、特定の条件下で医療用大麻を必要としている患者にのみ、TGA の特別アクセス・スキームにより入手や利用が可能となった³⁵⁾。各州・準州においては個人に対する使用等にはダイバージョン制度などにみられる独自の制度を運用している²⁶⁻²⁸⁾。一方で、流通や供給に対する取り締まりは厳しく行われており、2020 年度では 55,199 件の大麻の押収と密売の摘発は 24,255 件と報告されている。また大麻の影響によって自動車運転能力の低下や自動車事故との関連性についての報告は多数ある^{51, 57-59)}。豪州ではアルコールや薬物影響下での自動車運転を全ての州と準州で禁止しており、路上での無作為薬物検査も行われている^{4, 38)}。たとえば南オーストラリア州では、道路の安全を確保するために、全てのドライバーは路上で無作為に止められ、唾液検査等を受ける可能性があり、拒否は犯罪行

為となる³⁸⁾。

本調査では、豪州における大麻規制の用語の整理も行なった。豪州では、合法化(Legalize)、非犯罪化(Decriminalize)、刑罰軽減措置(Depenalize)という概念が存在する。これらは似て非なるものであり、例えば、ACT 特別区では、2020 年から大麻の個人使用の初非犯罪化を導入している。対象は 18 歳以上の成人で、乾燥大麻の所持 50 g や 2 株までの大麻草の栽培などは取り締まりの対象外となっている⁶⁰⁾。そのほかにも使用可能な場所の制限や売買の禁止など規制も設けられている。なお ACT では、2023 年 10 月から簡易薬物違反通告制度(Simple Drug Offence Notice, SDON)により大麻以外にコカインやヘロインなど 8 種類の薬物の少量所持もダイバージョンもしくは罰金化された。ACT では政府による検証報告書も公開されており⁴³⁾、これらの資料を参考に薬物をめぐる状況を継続的に調査することで、大麻の使用状況など社会的影響を検証していく予定である。一方で、ACT に見られる条件付きの非犯罪化であるが、我が国などに伝わる過程では複雑な条件など除かれ、「合法化」としての言葉が先行して若年層などに情報が広まり、大麻に対する寛容的な思考に誘導されている恐れがある。実際に ACT 政府のウェブサイトでは大麻は合法化されていないと明記されている⁶⁰⁾。ACT を除き豪州では、2025 年 2 月 13 日時点で、大麻の非合法化は行なわれておらず、引き続き、各州・準州の政策の変化を注視すると共に、不正確な情報が広まることのないよう、情報の発信元には注意が必要である。

青少年の大麻乱用実態では、1984 年から 3 年ごとに中高生を対象としたアルコール・薬物調査(ASSAD)が行われている⁴⁵⁾。薬物の生涯経験率の高い国においては、青少年における薬物の乱用防止教育のハードルは高いことが予想され、そのような環境中の推移を調べることで、教育や政策の有効性を検証する手掛かりになると考えられる。豪州では、2008 年以降中高生において大麻の女子の経験率が増加傾向にあることが注目される。2022-2023 年 ASSAD 調

査で生涯に大麻を使用したことがあると回答した 12~17 歳の女子生徒は 14.8%と、男子生徒の 11.6%を上回った。また別の調査(2022~2023 年度の国家薬物戦略の家計調査)でも、14~17 歳の男子(6.8%)よりも女子(12.9%)の使用率が顕著に高い状況が示された。我が国では、大麻は男性に好まれる傾向にあり、豪州は男女逆転している点が興味深い。本結果が一過性によるものか、今後の調査で注目すべき点の一つとなる。また、中高生が他の違法薬物(幻覚剤、アンフェタミン、コカイン、オピオイド、MDMA など)を使用したことがあると報告することはまれであり、大麻を除いた場合、違法薬物の使用経験がある中高生は 6%で、直近 1 か月以内の使用経験は 2%となっている。大麻は生徒が最も一般的に使用する違法薬物であり、他の違法薬物よりもはるかに高い使用率であるため、大麻を含めた場合と含めない場合の両方で、違法薬物の使用について調査することで薬物の特徴的な使用実態が推察できる可能性がある。青少年の大麻使用の増加に関しては、諸外国における大麻の医療使用を認める法律の導入やカンナビノイドを含む物質の規制緩和などの影響と調査報告書の中で分析している⁴⁵⁾。したがって、大麻規制の緩和という情報が SNS などを通じて認知されることにより、子どもたちの心理的なハードルが下がり、また薬物入手の可能性が高い環境が併存することで大麻使用の要因になっているものと推測できる。豪州では、SNS に暴力、薬物、危険なダイエットなどに関する情報があふれていることから、青少年保護の一環として 16 歳未満の SNS 利用を禁止する法律が 2025 年末に導入されることも注目されよう^{61, 62)}。アルコールまたは薬物関連の問題で、医療専門家のサポートを求めたケースは 2%であった。学生全体の 15%が大麻を含む違法薬物を使用したことがあると回答した結果から見ると、医療機関にかかる割合は低いように考えられる。実際薬物使用での健康上の問題が少ないのか、適切なサポートが受けられていないのか、本情報からは読み取れないため、引き続き、実態把握に努め

るものとする。

豪州の予防教育では、大麻が脳に与える悪影響、記憶障害を引き起こすこと、モチベーション（意欲）の喪失や不安感、将来の職業機会の喪失の可能性など使用により自身に不利益が生じる恐れがあることを伝え、かつ子どもと大人の対話を重視した教育資料が作成されている。今回の調査によって、実際に教育で使用されている資料の一部に至ることができた。学校教育現場では、カリキュラムに違法薬物に関する予防教育が組み込まれており、薬物を使用している状況において、害を軽減するための社会的スキルを身につける実践的な内容で行われている。今後は教育現場で使用されている教材情報を集め、その内容を調査する予定である。学校ベースの教育活動（SBDE）に費やされている時間は、限られた調査の中、ビクトリア州では、7～10年生の間でおよそ10時間、ニューサウスウェールズ州の場合は11～12年生の間でおよそ3.5時間となっていた。一方で、SBDEとは別に学校ごとで独自の教育プログラム（AOD）を採用する場合もある。SBDEはカリキュラムからおよその時間枠を推測可能とされているが、AODは政府の教育カリキュラムではないため、実施実態は不明である。今後、教育内容について精査するとともに、実際の実施状況やその効果測定など予防教育の有効性を調査し、我が国の啓発資料としての活用可能性を検証していく予定である。

また、今回の調査では、大麻に関連する公衆衛生上の問題として健康問題や交通事故の発生状況、ヘンプのような産業用大麻の規則や大麻産業による経済的影響、医療用大麻の詳細な制度や疾患別での利用状況、青少年向けの予防教育や具体的な手法・資料の内容また法系体や制度・取り組みなどその境界が不明瞭な点も多く、引き続き、多角的に詳細な情報の整理を行うとともに今回調査を行なった情報の経年的な推移も注視して行かなければならない。

E. 結論

本研究では、豪州における薬物犯罪状況、大

麻の乱用実態、法規制・薬物政策および若年層の大麻問題について調査を行なった。豪州では、大麻が最も乱用されている違法薬物である。個人の違反については、刑事罰から民事または刑事司法を回避するダイバージョン制度が適用されるなど将来的な社会スティグマへの対応や警察・司法の負担の軽減を目指す政策が打ち出されている。また、国民の4割以上で、大麻の使用経験があるような状況下では、厳罰政策よりも寛容的政策の方が社会資源の確保または司法の経済性の視点からも現実的である。一方で、大麻に関する寛容政策が青少年における薬物意識に与える影響は不明であり、また薬物乱用防止のハードルを上げる可能性も考えられる。近年の国際的な大麻規制の改革も含め、こうした社会的変化によって、豪州の青少年の薬物問題がどのように変化していくか、またそのための対策や予防教育の取り組みがどのように進められていくのか注視して行くことで、さまざまな情報を集めることが可能となり、我が国の教育資料として活用が期待できる。さらに、豪州の情報は新しい知見となり、世界の大麻に対する取り組みを多角的に理解するための資料となり、我が国の薬物行政や政策立案に貢献できる。

F. 参考文献

- 1) U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration: Drug scheduling. Available at: <https://www.dea.gov/drug-information/drug-scheduling>, (Accessed Feb 4, 2025).
- 2) 船田正彦、富山健一：大麻に関する海外の規制状況と社会問題：米国及び加国の現状。令和5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）。大麻をはじめとする薬物の効果的な予防啓発活動の実施及び効果検証に向けた調査研究。令和5年度。分担研究報告書 p35-52, 2024.
- 3) Government of Canada, Drugs and medication, Cannabis. Available at: <http>

- s://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis.html, (Accessed Feb 14, 2025).
- 4) Commonwealth of Australia, Department of Health and Aged Care, Drug laws in Australia. Available at: <https://www.health.gov.au/topics/drugs/about-drugs/drug-laws-in-australia>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 5) Australian Bureau of Statistics, National, state and territory population. Available at: <https://www.abs.gov.au/statistics/people/population/national-state-and-territory-population/jun-2024>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 6) Legalise Cannabis Australia. Available at: <https://www.legalisecannabis.org.au/>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 7) Australian Bureau of Statistics, Prisoners in Australia 2024. Available at: <https://www.abs.gov.au/statistics/people/crime-and-justice/prisoners-australia/latest-release#data-downloads>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 8) The Australian Criminal Intelligence Commission, Illicit Drug Data Report 2021-22. Available at: https://www.acic.gov.au/sites/default/files/2023-10/illicit_drug_data_report_2020-21_forweb.pdf, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 9) The Australian Criminal Intelligence Commission, Illicit Drug Data Report 2013-14. Available at: <https://web.archive.nla.gov.au/awa/20160615100434/http://www.crimecommission.gov.au/publications/intelligence-products/illicit-drug-data-report>, (Accessed Feb 26, 2025).
 - 10) Department of the Prime Minister and Cabinet, Special Premier's Conference on Drugs. Available at: <https://pmtranscripts.pmc.gov.au/sites/default/files/original/00006613.pdf>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 11) Department of Health and Aged Care, Australian Government, NATIONAL DRUG STRATEGY 2017–2026. Available at: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-drug-strategy-2017-2026.pdf>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 12) Ministerial Council on Drug Strategy, National Cannabis Strategy 2006-2009, Department of Health and Ageing. Available at: <https://www.indigenousjustice.gov.au/resources/national-cannabis-strategy-2006-2009/>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 13) Fogarty, Siobhan (4 November 2016). Cannabis addiction support centre to close doors after government cuts funding. Available at: <https://www.abc.net.au/news/2016-11-04/cannabis-support-centre-to-close-after-funding-cut/7994558>, 4 Nov, 2016, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 14) Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government, National-Drug-Strategy-Household-Survey-2022-2023. Available at: <https://pp.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/national-drug-strategy-household-survey/contents/about>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 15) Ali R, Meena S, Eastwood B, Richards I & Marsden J: Ultra-rapid screening for substance-use disorders: the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST-Lite), Drug and Alcohol Dependence 132: 352–361, 2012.
 - 16) United Nations Office on Drugs and Crime, UNDOC Drug Policy and Results in Australia October 2008. Available at: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Drug_Policy_Australia_Oct2008.pdf, (Accessed Feb 14, 2025).

- 17) DEXECUTIVE SUMMARY, UNODC, World Drug Report 2022. Available at: https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_DP.pdf, (Accessed Feb 14, 2025).
- 18) Howard, John Winston, Launch of the National Illicit Drugs Strategy, The Ted Noffs Foundation, Randwick, Sydney. Available at: https://pmtranscripts.pmc.gov.au/release/transcript-10614_02/11/1997, (Accessed Feb 14, 2025).
- 19) Robin MacKay, Law and Government Division, NATIONAL DRUG POLICY: AUSTRALIA, prepared for the Senate Special Committee On Illegal Drugs, 20 December 2001, LIBRARY OF PARLIAMENT. Available at: <http://www.parl.gc.ca/37/1/parlbus/commbus/senate/Committee/library-e/robin-mac.htm>, (Accessed Feb 19, 2025).
- 20) Caitlin Elizabeth Hughes: The Australian experience and opportunities for cannabis law reform, Legalizing Cannabis. 15: 337-374, 2020.
- 21) Robert Ali, et al: The social impacts of the cannabis expiation notice scheme in South Australia Summary Report, Monograph Series No.34, Summary Report Presented to the Ministerial Council on Drug Strategy 4 Mar 1998, Department of Health and Aged Care, Canberra. Available at: <https://ncet.a.flinders.edu.au/application/files/9816/0156/0128/EN3.pdf>, (Accessed Feb 14, 2025).
- 22) PARLIAMENT of AUSTRALIA, Illicit drugs, their use and the law in Australia. Available at: <https://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/search/display/display.w3p;query=Id%3A%22library%2Fprspub%2F05E30%22;src1=sm1#:~:text=In%201986%2C%20the%20South%20Australian,was%20established%20for%20adult%20offenders,> (Accessed Feb 14, 2025).
- 23) Review of the operation of the Drugs of Dependence (Personal Cannabis Use) Amendment Act 2019. Available at: https://www.act.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/2570890/Review-of-the-operation-of-the-Drugs-of-Dependence-Personal-Cannabis-Use-Amendment-Act-2019.pdf, (Accessed Feb 14, 2025).
- 24) Northern territory of australia, Misuse of amendment act 1996, No4. Of 1996. Available at: <https://legislation.nt.gov.au/api/sitecore/Bill/APDF?id=17150>, (Accessed Feb 14, 2025).
- 25) PARLIAMENT OF VICTORIA, DRUGS AND CRIME PREVENTION COMMITTEE, INTERIM REPORT, INQUIRY INTO THE VICTORIAN, GOVERNMENT'S DRUG REFORM, STRATEGY, TURNING THE TIDE, Victorian Government Printer, No. 66 - Session 1996-97.
- 26) Maruan Shanahan, Caitlin Hughes, Tim McSweeney: NDLERF, Australian police diversion for cannabis offences: Assessing program outcomes and effectiveness, Monograph Series No.66, 2016.
- 27) Caitlin Hughes and Alison Ritter, A SUMMARY OF DIVERSION PROGRAMS FOR DRUG AND DRUG-RELATED OFFENDERS IN AUSTRALIA, National Drug and Alcohol Research Centre, DRUG POLICY MODELLING PROGRAM, Monograph 16, 2008.
- 28) Commissioner's Executive Team, Cannabis Cautioning Scheme Guidelines for Police, State crime command, 1-11, 2024.
- 29) Joanne Baker and Derek Goh: Cannabis Cautioning Scheme Three Years O

- n: An Implementation and Outcome Evaluation, New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research, 1-60, August 2004.
- 30) State of New South Wales (The Safe Work NSW website), Alcohol and other drugs. Available at: <https://www.safework.nsw.gov.au/safety-starts-here/mental-health-at-work-the-basics/alcohol-and-other-drugs>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 31) Attorney-General's Department, Department of Employment and Workplace Relations, Fair Work Act 2009, Compilation No. 45. Available at: <https://www.legislation.gov.au/C2009A00028/2021-09-11/text>, No. 28, 2009, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 32) Governments of Australia and South Australia, Simple Cannabis Offences, Drug Offences, Criminal and Traffic Offences. Available at: <https://www.lawhandbook.sa.gov.au/ch12s10s02.php>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 33) Department of Health and Aged Care, Australian Government, The Poisons Standard and scheduling of medicines and chemicals. Available at: <https://www.tga.gov.au/how-we-regulate/ingredient-s-and-scheduling-medicines-and-chemicals/poisons-standard-and-scheduling-medicines-and-chemicals>, (Accessed Feb 18, 2025).
 - 34) Department of Health and Aged Care, Australian Government, Medicinal cannabis: access pathways and usage data. Available at: <https://www.tga.gov.au/products/unapproved-therapeutic-goods/medicinal-cannabis-hub/medicinal-cannabis-access-pathways-and-usage-data>, (Accessed Feb 18, 2025).
 - 35) Department of Health and Aged Care, Australian Government, Guidance for the use of medicinal cannabis in Australia: Overview. Available at: <https://www.tga.gov.au/resources/resource/reference-material/guidance-use-medicinal-cannabis-australia-overview>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 36) The University of Sydney, How to get medicinal cannabis. Available at: <https://www.sydney.edu.au/lambert/how-to-get-medicinal-cannabis.html>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 37) Department of Health and Aged Care, Australian Government, Prescribe an unapproved therapeutic good (health practitioners). Available at: <https://www.tga.gov.au/products/unapproved-therapeutic-goods/prescribe-unapproved-therapeutic-good-health-practitioners>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 38) Government of South Australia, Drug driving, Behavioural issues, Towards Zero Together. Available at: https://www.dpti.sa.gov.au/towardszerotogether/Safer_behaviours/Drug_driving2, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 39) Thomas R Arkell, Danielle McCartney, Iain S McGregor: Medical cannabis and driving. *AJGP* Vol. 50, No. 6, June 2021.
 - 40) The State of Queensland, Queensland marks 15th anniversary of Roadside Drug Testing. Available at: <https://mypolice.qld.gov.au/news/2022/12/01/queensland-marks-15th-anniversary-of-roadside-drug-testing/>, myPolice Queensland Police News, QPS Media on Dec 1, 2022 @ 2:00pm, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 41) Booklet 3 - Drug market trends of Cannabis and Opioids. Available at: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2022_booklet-3.html, UNODC, World Drug Report 2022, (Accessed Feb 14, 2025).

- Feb 14, 2025).
- 42) Kellin O'Reolly and Alison Ritter: Non-criminal responses to drug use and personal possession in Australia, Drug Policy Modelling Program, Social Policy Research Centre, UNSW Social Policy Research Centre, Bulletin No. 31 June 2024.
 - 43) Nicole Lee and Alison Ritter: Australia's recreational drug policies aren't working, so what are the options for reform?. Available at: https://www.unsw.edu.au/research/ndarc/news-events/blogs/2016/03/australia_s-recreational-drug-policies-arent-working--so-what-ar, UNSW Sydney and Curtin University, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 44) Review of the operation of the Drugs of Dependence (Personal Cannabis Use) Amendment Act 2019. Available at: https://www.act.gov.au/__data/assets/pdf_file/0004/2570890/Review-of-the-operation-of-the-Drugs-of-Dependence-Personal-Cannabis-Use-Amendment-Act-2019.pdf, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 45) Maree Scully, Ian Koh, Emily Bain, Melanie Wakefield, Sarah Durkin: Australian secondary school students' use of alcohol and other substances – 2022–2023, Australian Government Department of Health and Aged Care, December 2023.
 - 46) Positive Choices is an online portal to help Australian schools and communities access accurate, up-to-date evidence based alcohol and other drug education resources. Available at: <https://positivechoices.org.au/>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 47) Effects of Cannabis on the Teenage Brain. Available at: <https://positivechoices.org.au/teachers/effects-of-cannabis-on-the-teenage-brain>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 48) Mythbusters: Common drug myths exposed. Available at: <https://positivechoices.org.au/students/mythbusters-common-drug-myths-exposed>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 49) David W. Soole, Lorraine Mazerolle, Sacha Rombouts: SCHOOL BASED DRUG PREVENTION: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE EFFECTIVENESS ON ILLICIT DRUG USE, DRUG POLICY MODELLING PROJECT MONOGRAPH 07, December 2005.
 - 50) Alison Ritter, Meg Grealy, Paul Kelaita, Michala Kowalski: The Australian 'drug budget': Government drug policy expenditure 2021/22, 4 Jun 2024, DP MP Monograph No. 36, 10.26190/unsworks/30075
 - 51) Impacts of Marijuana Legalization in Colorado, A Report Pursuant to C.R.S. 24-33.4-516. Available at: https://cdpsdocs.state.co.us/ors/docs/reports/2021_SB13-283_Rpt.pdf, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 52) Cannabis, Substances and Addiction, Canadian Centre on Substance Use and Addiction, Demographic Trends for Cannabis Use. Available at: <https://www.ccsa.ca/cannabis>, (Accessed Feb 14, 2025).
 - 53) Donnelly, Neil, Wayne Hall, and Paul Christie. The effects of the Cannabis Expiation Notice system on the prevalence of cannabis use in South Australia: evidence from the National Drug Strategy Household Surveys 1985–95. Drug and Alcohol Review, 19: 265-269, 2000.
 - 54) Why are Aboriginal adults less likely to receive cannabis cautions?. Available

- e at: <https://bocsar.nsw.gov.au/documents/publications/cjb/cjb251-300/cjb258-report-cannabis-cautioning-2023.pdf>, (Accessed Feb 14, 2025).
- 55) Musshoff F, Madea B. Review of biologic matrices (urine, blood, hair) as indicators of recent or ongoing cannabis use. *Ther Drug Monit.* 28: 155-163, 2006.
- 56) 厚生労働省, 令和 6 年 12 月 12 日に「大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の一部を改正する法律」の一部が施行されます. Available at: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_43079.html, (Accessed Feb 14, 2025).
- 57) Ramaekers JG, Moeller MR, van Ruitenbeek P, Theunissen EL, Schneider E, Kauert G. Cognition and motor control as a function of Delta9-THC concentration in serum and oral fluid: limits of impairment. *Drug Alcohol Depend.* 85: 114-122, 2006.
- 58) Ortiz-Peregrina S, Oviedo-Trespalacios O, Ortiz C, Anera RG. Self-Regulation of Driving Behavior Under the Influence of Cannabis: The Role of Driving Complexity and Driver Vision. *Hum Factors.* 65: 1506-1524, 2023.
- 59) Adhikari K, Maas A, Trujillo-Barrera A. Revisiting the effect of recreational marijuana on traffic fatalities. *Int J Drug Policy.* 2023 May;115:104000.
- 60) ACT policing, Drugs and the law, Alcohol and drugs, Community Safety. Available at: <https://police.act.gov.au/community-safety/alcohol-and-drugs/>, (Accessed Feb 14, 2025).
- 61) PARLIAMENT of AUSTRALIA. Online Safety Amendment (Social Media Minimum Age) Bill 2024. Available at: [https://www.reuters.com/world/asia-pacific/australia-launches-landmark-bill-ban-social-media-children-under-16-2024-11-21/](https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Bills_Legislation/Bills_Search_Results/Result?bId=r7284#:~:text=Online%20Safety%20Amendment%20(Social%20Media%20Minimum%20Age)%20Bill%202024,-Type%20Government&text=Establishes%20a%20minimum%20age%20for,an%20account%20with%20the%20platform,(Accessed Feb 27, 2025).</p>
<p>62) Renju Jose. Australia launches 'landmark' bill to ban social media for children under 16. Available at: <a href=), (Accessed Feb 27, 2025).

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

表１：オーストラリアの犯罪収監者数、２０１３年から２０２３年

罪状／年	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
総数											
殺人	2,833	2,876	3,000	3,042	3,110	3,168	3,258	3,246	3,292	3,257	3,293
傷害	6,251	7,072	7,651	8,364	9,344	9,659	9,824	9,467	10,775	10,557	11,272
性的暴行	3,517	3,694	4,069	4,386	4,785	5,283	5,671	5,798	6,187	6,446	6,821
危険・過失	764	926	1,065	1,197	1,559	1,770	1,712	1,625	1,700	1,528	1,511
誘拐・ハラスメント	404	434	482	592	640	550	589	587	619	554	549
強盗・恐喝	3,000	3,158	3,238	3,152	3,086	3,240	3,097	3,047	2,943	2,586	2,588
不法侵入	3,613	3,970	4,055	4,360	4,302	4,378	4,164	3,886	3,717	3,305	3,594
窃盗	1,230	1,379	1,479	1,737	1,605	1,548	1,559	1,239	1,258	1,205	1,398
詐欺	737	771	871	960	978	964	942	735	767	664	586
違法薬物	3,630	4,032	4,731	5,236	6,155	6,779	6,573	6,124	6,325	5,515	5,205
武器爆発物	305	409	476	562	613	823	845	796	841	752	787
物的損害・環境汚染	390	449	466	542	503	594	587	603	570	598	562
公序良俗違反	194	232	221	227	226	257	210	136	109	138	154
交通・車両規制違反	785	813	826	828	778	706	572	385	481	402	388
司法への犯罪	2,969	3,420	3,330	3,445	3,318	3,066	3,243	3,169	3,195	2,891	3,039
その他	75	86	91	106	91	77	86	71	86	86	76
合計	30,773	33,789	36,134	38,845	41,202	42,974	43,028	41,060	42,970	40,591	41,929

罪状／年	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
比率（％）											
殺人	9.2	8.5	8.3	7.8	7.5	7.4	7.6	7.9	7.7	8.0	7.9
傷害	20.3	20.9	21.2	21.5	22.7	22.5	22.8	23.1	25.1	26.0	26.9
性的暴行	11.4	10.9	11.3	11.3	11.6	12.3	13.2	14.1	14.4	15.9	16.3
危険・過失	2.5	2.7	2.9	3.1	3.8	4.1	4.0	4.0	4.0	3.8	3.6
誘拐・ハラスメント	1.3	1.3	1.3	1.5	1.6	1.3	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3
強盗・恐喝	9.7	9.3	9.0	8.1	7.5	7.5	7.2	7.4	6.8	6.4	6.2
不法侵入	11.7	11.7	11.2	11.2	10.4	10.2	9.7	9.5	8.7	8.1	8.6
窃盗	4.0	4.1	4.1	4.5	3.9	3.6	3.6	3.0	2.9	3.0	3.3
詐欺	2.4	2.3	2.4	2.5	2.4	2.2	2.2	1.8	1.8	1.6	1.4
違法薬物	11.8	11.9	13.1	13.5	14.9	15.8	15.3	14.9	14.7	13.6	12.4
武器爆発物	1.0	1.2	1.3	1.4	1.5	1.9	2.0	1.9	2.0	1.9	1.9
物的損害・環境汚染	1.3	1.3	1.3	1.4	1.2	1.4	1.4	1.5	1.3	1.5	1.3
公序良俗違反	0.6	0.7	0.6	0.6	0.5	0.6	0.5	0.3	0.3	0.3	0.4
交通・車両規制違反	2.6	2.4	2.3	2.1	1.9	1.6	1.3	0.9	1.1	1.0	0.9
司法への犯罪	9.6	10.1	9.2	8.9	8.1	7.1	7.5	7.7	7.4	7.1	7.2
その他	0.2	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Table 3 Prisoners, Most serious offence/charge, 2014–2024 より改変

<https://www.abs.gov.au/statistics/people/crime-and-justice/prisoners-australia/2023>

表 2 : 薬物別逮捕者割合、2016-17 年から 2020-21 年

	2016-2017年		2017-2018年		2018-2019年		2019-2020年		2020-2021年	
	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)	人数	割合 (%)
アンフェタミン系	47,531	30.7	44,887	30.3	46,437	30.3	49,638	29.8	35,885	25.5
大麻	77,549	50.1	72,381	48.8	71,151	46.4	76,669	46.1	66,285	47.1
ヘロイン・オピオイド	2,970	1.9	3,029	2	3,129	2	3,514	2.1	2,826	2
コカイン	3,366	2.2	4,325	2.9	5,016	3.3	5,393	3.2	5,958	4.2
ステロイド	1,244	0.8	1,201	0.8	1,264	0.8	1,160	0.7	1,320	0.9
幻覚薬	945	0.6	995	0.7	1,029	0.7	1,135	0.7	1,278	0.9
その他・未知	21,045	13.6	21,545	14.5	25,351	16.5	28,812	17.3	27,022	19.3
全体	154,650	100	148,363	100	153,377	100	166,321	100	140,624	100

Illicit Drug Data Report 2020-21 より改変

表 3 : 大麻犯罪逮捕者数、2013-2014 年から 2020-2021 年

	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021
NSW	15,756	16,795	17,809	16,765	16,679	16,224	17,474	15,101
VIC	8,558	10,292	9,717	10,164	9,675	10,485	11,860	11,855
QLD	20,219	23,850	25,307	23,836	21,126	21,780	23,697	20,437
SA	2,305	2,173	1,973	1,877	1,672	1,141	3,482	2,439
WA	8,286	7,942	9,434	10,523	9,342	8,917	8,921	7,577
TAS	930	1,446	1,452	1,460	1,591	1,435	1,598	1,439
NT	464	464	1,048	627	507	555	412	426
ACT	266	334	333	304	338	188	117	74
全体	56,784	63,296	67,073	65,556	60,930	60,725	67,561	59,348

Illicit Drug Data Report , 2013-2014 から 2020-21 より改変

NSW : ニューサウスウェールズ州、VIC : ビクトリア州、QDL : クインズランド州、SA : 南オーストラリア州、WA : 西オーストラリア州、TAS : タスマニア州、NT : 北部準州、ACT : キャンベラ特別区

「全国薬物戦略（the National Drug Strategy）」

危害最小化の原則 (The Principle of Harm Minimization) 3つの柱

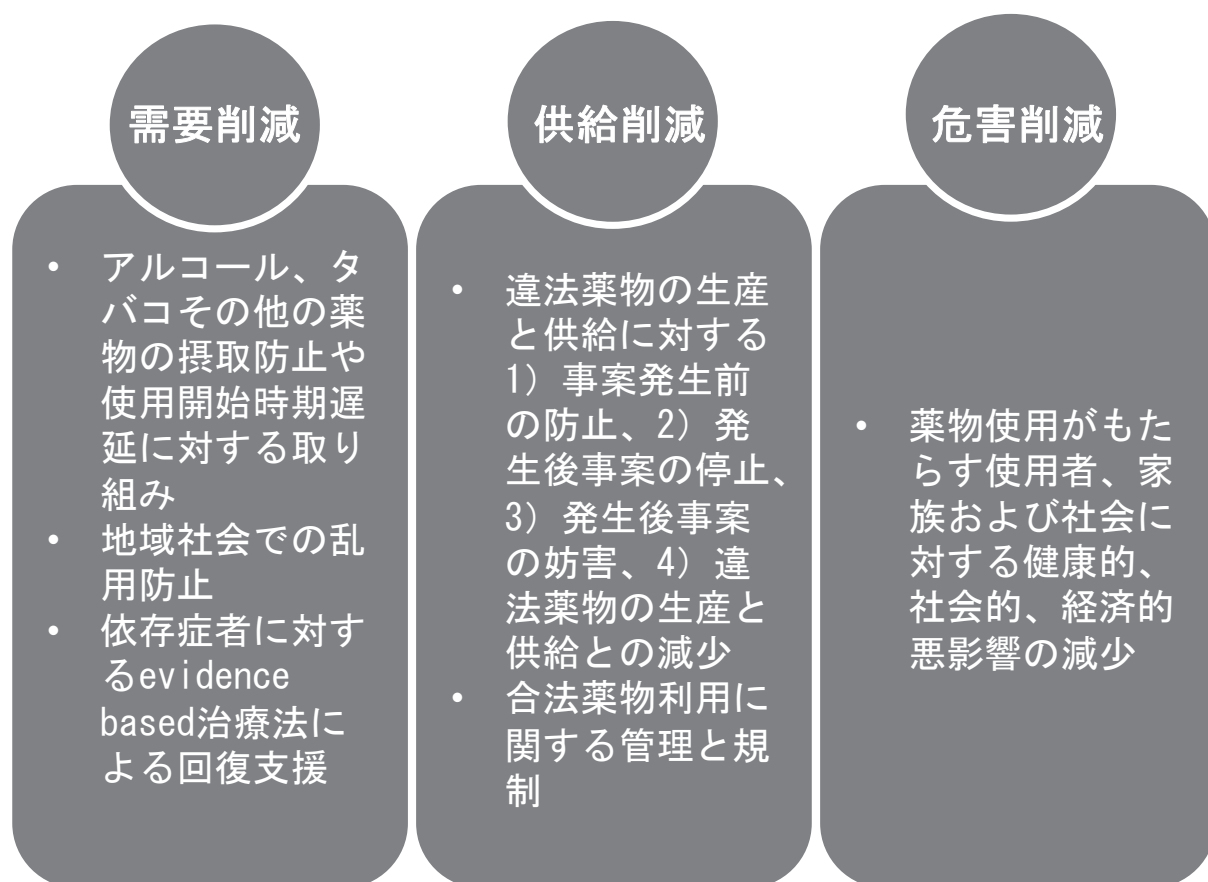


図 1. A Balanced Approach Across the three Pillars of Harm Minimization

アルコール、タバコ、その他の薬物に関する国の優先方針を確認することにより以下の項目を理解する。1) サービス提供事業者や地域社会とのパートナーシップによる政府の行動指針、2) 効果的な需要・供給・ハームリダクション戦略のバランスの良い採用による危害最小化方針。本方針に基づいて、個人、家族、地域社会間でのアルコール、タバコ、その他薬物による健康、社会、文化、経済的有害事象の予防と最小化により健康かつ安全で活気のあるオーストラリアを築く。

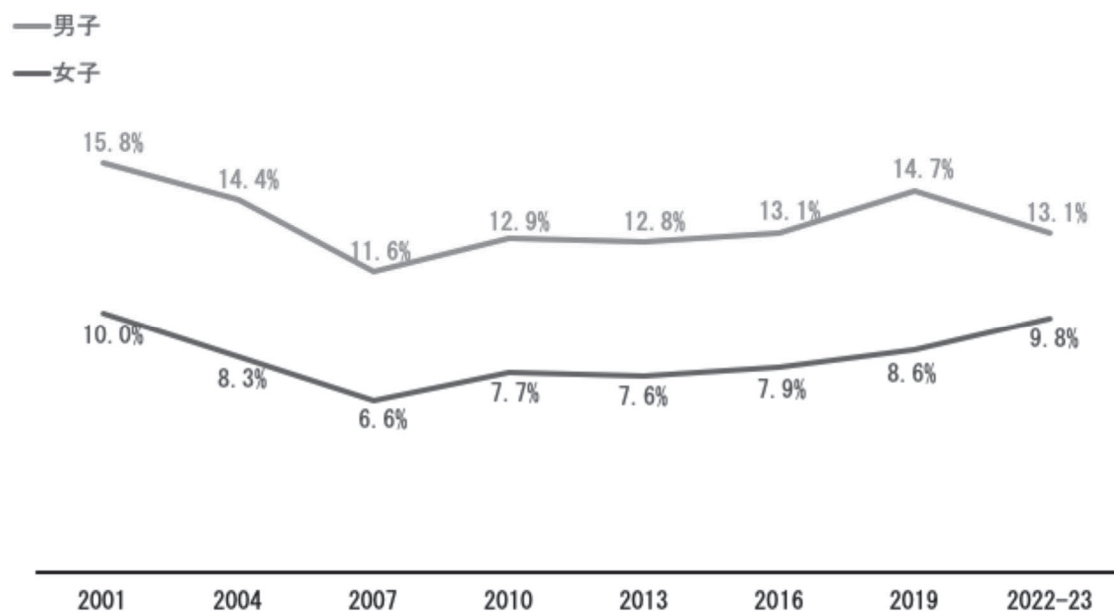


図 2 : Use of cannabis in the previous 12 months by gender, people in Australia aged 14 and over, 2001 to 2022–2023

National Drug Strategy Household Survey 2022–2023 より改変

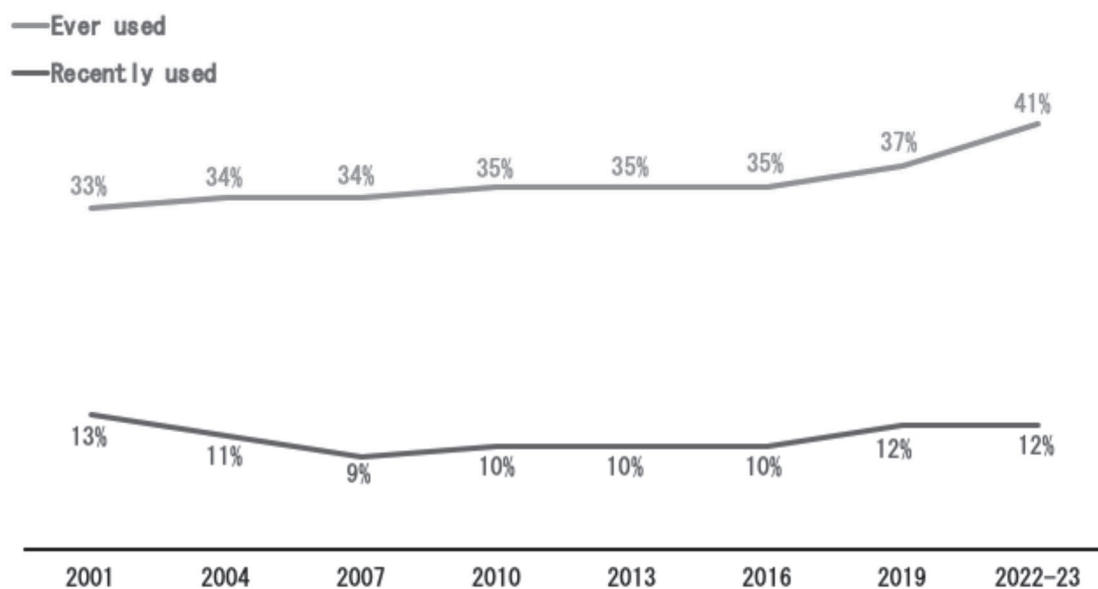


図 3: Use of cannabis in Australia, people aged 14 and over, 2001 to 2022–2023

National Drug Strategy Household Survey 2022–2023 より改変

表 4 : オーストラリアの大麻意識調査の長期変遷

	1991	1993	1995	1998	2001	2004	2007	2010	2013	2016	2019	2022-2023
合法化支持				29.40%	29.10%	27%	21.20%	24.80%	26%	35%	41%	45%
犯罪化支持				48.20%	37.70%	38%	38.70%	35.00%	33%	26%	22%	NA
生涯使用率	32.50%	34.70%	31.00%	39.10%	33.10%	33.60%	33.50%	34.30%	35.00%	35.00%	36.00%	41.00%

AIHW, National Drug Strategy Household Survey, National Drug Policy: australia prepared for the special senate committee on illegal drugs (Robin Mackay, Law and Government)より一部改変

表 5 : NSW における CCS 利用の割合

	2000年4月～01年3月	2001年4月～02年3月	2002年4月～03年3月
警告件数	2350	4162	2723
起訴	7680	7769	6810
警告比率	23.40%	34.90%	28.60%

Cannabis Cautioning Scheme Three Years On: An Implementation and Outcome Evaluation より一部改変

表 6：州別の法律

	薬物の種類	政策のタイプ	対応	裁量	ダイバージョン回数	年齢制限
NSW	大麻	警察の手続き	第1回注意 第2回注意 &電話健康介入	警察裁量	2	18歳以上
	その他の違法薬物	警察の手続き	電話健康介入	警察裁量	2	18歳以上
VIC	大麻	警察の手続き	注意 選択教育プログラム	警察裁量	2	17歳以上
	その他の違法薬物	警察の手続き	健康評価 治療介入	警察裁量	2 大麻含む	10歳以上
QLD	違法薬物	法律	第1回警告 第2回3回薬物評価 教育セッション	選択の余地なし (mandatory)	3	18歳以上
SA	大麻	法律	償い通知（罰金） 量に応じ250~400ドル	選択の余地なし	制限なし	18歳以上
	その他の違法薬物	法律	健康評価	選択の余地なし	4年で2回	18歳以上
WA	大麻	法律	教育セッション	警察裁量	成人 1回 未成年2回	14歳以上
	その他の違法薬物	警察の手続き	3回治療セッション	警察裁量	1	18歳以上
TAS	大麻	警察の手続き	1回目注意 2回目短期介入 3回目評価・対処	警察裁量	10年で3回	18歳以上
	その他の違法薬物	警察の手続き	評価・対処	警察裁量	10年で3回	18歳以上
NT	大麻	法律	罰金	裁量の余地なし	制限なし	17歳以上
	その他の違法薬物	不明	健康サービス	不明	不明	不明
ACT	大麻	法律	成人罰なし 未成年罰金	裁量の余地なし	制限なし	18歳以上 罰なし
	その他の違法薬物	法律	罰金もしくは 健康教育セッション	警察裁量	制限なし	制限なし

ニューサウスウェールズ州（NSW）、ビクトリア州（VIC）、クインズランド州（QLD）、南オーストラリア州（SA）、西オーストラリア州（WA）、タスマニア州（TAS）の6州、北部準州（NT）の1準州およびキャンベラ特別区（ACT）

Kellin O'Reolly and Alison Ritter: Non-criminal responses to drug use and personal possession in Australia より改変

表 7 : 大麻規制

I. 完全禁止 (full illegal) :	薬物の使用、所持、供給は犯罪であり、犯罪記録がつき、場合によっては実刑判決となる。
II. 免罪化措置 (depenalize) :	薬物の使用と所持は依然刑事犯罪であるが、罰則軽減される（評価、教育、治療のための照会が行われる）。薬物供給は刑事犯罪のままとなる。
III. 非犯罪化 (decriminalize) :	薬物の使用や所持に対する刑事罰の撤廃。違法薬物は引き続き違法であるが刑事罰は民事罰（罰金など）に置き換えられる。薬物を使用または所持した人は、特に罰金の支払いや審査に応じない場合、起訴される可能性がある。薬物供給は刑事犯罪。
IV. 合法化 (legalize) :	大麻の使用・所持は合法。供給も合法。

Nicole Lee and Alison Ritter: Australia's recreational drug policies aren't working, so what are the options for reform?より一部改変

表 8 : オーストラリア・キャンベラ特別区 大麻逮捕者・件数・押収量

	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度
逮捕人数	95	82	52	55	29	0
押収件数	739	765	608	655	638	387
押収量グラム	288, 993	177, 106	152, 507	344, 362	384, 689	245, 215

Review of the operation of the Drugs of Dependence (Personal Cannabis Use) Amendment Act 2019 より一部改変

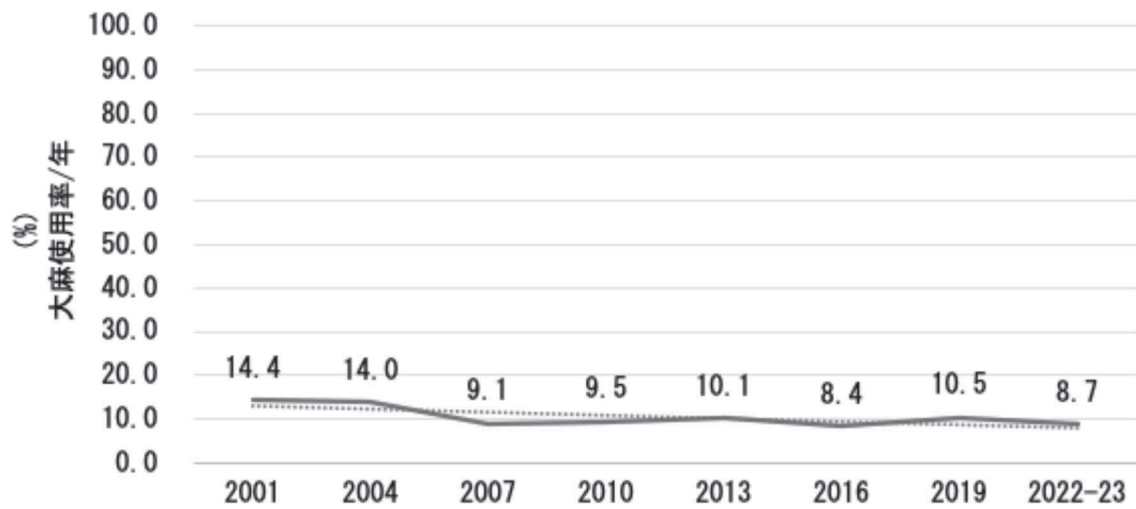


図 4 : Percentage of people aged 14 years and older reporting recent (previous 12 months) cannabis use in the ACT (blue) and trend over time (red), 2001 to 2022-23

Review of the operation of the Drugs of Dependence (Personal Cannabis Use) Amendment Act 2019 より一部改変

表 9 : オーストラリアの中高生における大麻使用率、2022/2023 年

	合計	性別		年齢層	
		男性	女性	12-15	16-17
直近の期間	(n=9, 523) ^a	(n=5, 022)	(n=4, 193)	(n=6, 671)	(n=2, 852)
	(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)	(95% CI)
生涯（これまで）使用	13.4 (11.0–16.2)	11.6 (9.1–14.7)	14.8 (12.3–17.6)	9.0 (6.8–11.7)	23.8 (19.6–28.5)
過去1年間の使用	11.8 (9.7–14.4)	10.2 (7.8–13.2)	13.1 (10.9–15.7)	7.8 (5.8–10.4)	21.2 (17.4–25.6)
前月の使用	6.6 (5.2–8.4)	5.9 (4.3–8.0)	6.7 (5.2–8.6)	4.6 (3.4–6.3)	11.3 (8.8–14.5)
過去1週間の使用	3.8 (2.8–5.1)	4.2 (2.8–6.2)	3.4 (2.5–4.7)	2.6 (1.7–3.9)	6.7 (4.9–9.0)

Maree Scully, Ian Koh, Emily Bain, Melanie Wakefield, Sarah Durkin: Australian secondary school students' use of alcohol and other substances – 2022–2023 より一部改変

表 10 : オーストラリアの中高生における大麻使用率、1996 年から 2022/2023 年

直近の期間	性別	1996	1999	2002	2005	2008	2011	2014	2017	2022/2023
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
生涯（これまで）使用	男性	37.5	32.0	27.5	19.4	14.4	16.2	17.1	16.7	11.6
	女性	31.6	26.7	22.6	16.1	12.7	13.4	14.4	15.0	14.8
過去1年間の使用	男性	33.1	26.6	22.8	15.6	12.0	13.8	14.4	15.0	10.2
	女性	28.2	22.7	18.6	12.9	10.7	11.6	12.6	13.8	13.1
前月の使用	男性	21.1	15.5	13.2	8.7	6.9	7.9	8.3	8.8	5.9
	女性	15.8	11.9	9.7	5.6	5.4	5.7	5.8	7.4	6.7
過去1週間の使用	男性	13.7	10.2	8.0	5.4	4.5	4.5	5.0	5.3	4.2
	女性	8.7	6.3	5.2	2.9	2.5	2.7	2.9	3.5	3.4

Maree Scully, Ian Koh, Emily Bain, Melanie Wakefield, Sarah Durkin: Australian secondary school students' use of alcohol and other substances – 2022–2023 より一部改変

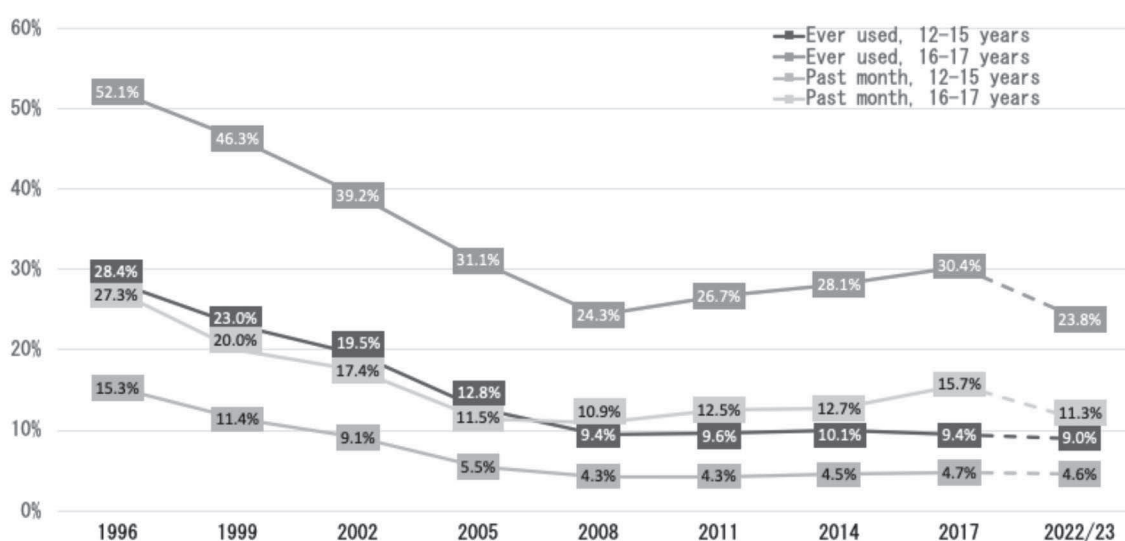


図5： Cannabis use over time among Australian secondary school students by recency and age group, 1996-2022/2023

Maree Scully, Ian Koh, Emily Bain, Melanie Wakefield, Sarah Durkin: Australian secondary school students' use of alcohol and other substances – 2022–2023 より一部改変

表 11： オーストラリアの中学生における他の物質の経時的使用の有病率、2014～2022/2023 年

物質	生涯使用			前月の使用		
	2014	2017	2022/2023	2014	2017	2022/2023
	%	%	%	%	%	%
鎮痛剤	95.2	94.9	87.2	69.0	65.9	64.6
精神安定剤	18.3	19.0	18.0	4.9	5.5	5.6
大麻	15.8	15.9	13.4	7.1	8.1	6.6
吸入剤（シンナーなど）	15.9	17.7	20.3	6.1	7.4	7.4
幻覚剤	2.8	3.3	2.7	0.9	1.1	0.8
MDMA（エクスタシー）	3.1	5.1	3.2	1.3	2.1	1.1
コカイン	1.9	2.2	1.9	0.8	0.8	0.6
デキサアンフェタミン	–	1.5	2.0	–	0.6	0.9
メタンフェタミン	–	1.6	1.7	–	0.8	0.7
ヘロイン	–	0.8	0.6	–	0.5	0.2
医薬品オピオイド	–	5.4	5.2	–	1.9	1.4
身体強化薬	2.3	2.3	2.3	1.1	1.0	0.9

Maree Scully, Ian Koh, Emily Bain, Melanie Wakefield, Sarah Durkin: Australian secondary school students' use of alcohol and other substances – 2022–2023 より一部改変

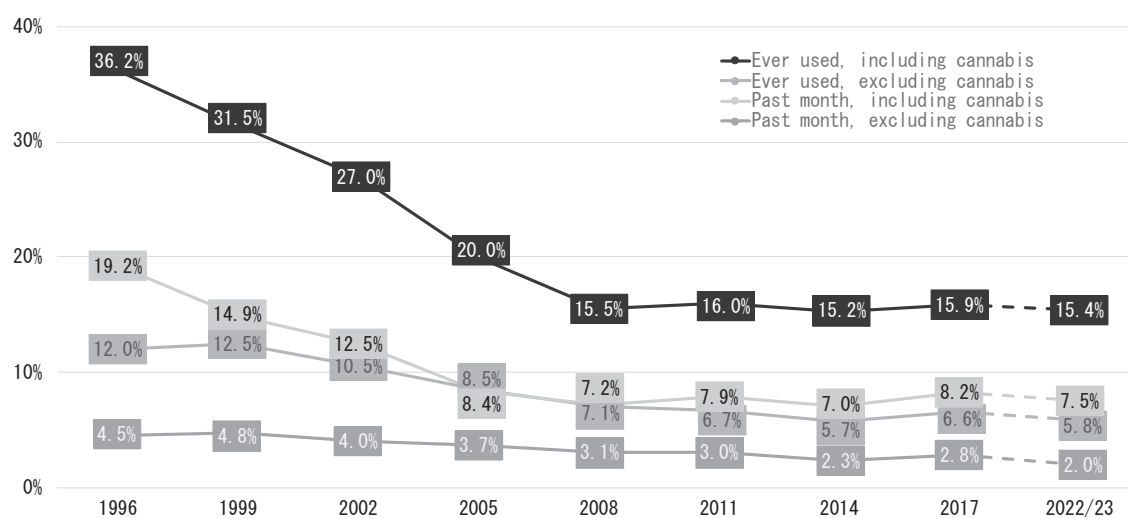


図 6 : Any illicit drug use over time among Australian secondary school students by recency, 1996-2022/2023

Maree Scully, Ian Koh, Emily Bain, Melanie Wakefield, Sarah Durkin: Australian secondary school students' use of alcohol and other substances – 2022–2023 より一部改変

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>	子どもたちに広がる市販薬のオーバードーズ	日本子どもを守る会	子ども白書	かもがわ出版	京都	2024	92-93
<u>松本俊彦</u>	大麻の新常識：大麻では死なない、大麻に身体依存はない、でも...	新見正則	大麻の新常識	新興医学出版社	東京	2024	139
<u>松本俊彦</u>	薬物	監修：松本俊彦	10代からのヘルスリテラシー, 第1巻	大月書店	東京	2024	48
<u>松本俊彦</u>	お酒・たばこ	監修：松本俊彦	10代からのヘルスリテラシー, 第2巻	大月書店	東京	2024	48
<u>松本俊彦</u>	スマホ・ゲーム	監修：松本俊彦	10代からのヘルスリテラシー, 第3巻	大月書店	東京	2024	48
<u>松本俊彦</u>	ダイエット・摂食障害	監修：松本俊彦	10代からのヘルスリテラシー, 第4巻	大月書店	東京	2024	48
<u>松本俊彦</u>	最強にわかる依存症	監修：松本俊彦	ニュートン超図解新書	ニュートンプレス	東京	2024	200

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
Usami T, Okita K, <u>Shimane T</u> , <u>Matsumoto T</u>	Comparison of patients with benzodiazepine receptor agonist-related psychiatric disorders and over-the-counter drug-related psychiatric disorders before and after the COVID-19 pandemic: Changes in psychosocial characteristics and types of abused drugs.	Neuropsychopharmacol Reports	44(2)	437-446	2024

Mizuno S, <u>Shimane T</u> , Inoura S, <u>Matsumoto T</u>	Psychosocial characteristics of the general population who habitually use hypnotics: Results from a national survey on drug use among the Japanese.	Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports	3(3)	e208	2024
Kyan R, <u>Kamijo Y</u> , Kohara S, Takai M, <u>Shimane T</u> , <u>Matsumoto T</u> , Fukushima H, Narumi S, Chiba T, Sera T, Otani N, Iwasaki Y.	Prospective multicenter study of the epidemiological features of emergency patients with overdose of over-the-counter drugs in Japan.	Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports	3(3)	e225	2024
Mizuno S, Inoura S, <u>Matsumoto T</u> , <u>Shimane T</u>	Characteristics of drinking habits of people who overdose on over-the-counter drugs: Insights from a nationwide Japanese survey.	Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports	3(4)	e70027	2024
Omiya S, <u>Shimane T</u> , Takagishi Y, et al.	Gender differences in the effect of trust on substance abuse severity among incarcerated stimulant offenders in Japan.	Neuropsychopharmacology Reports	45(1)	e12517	2025
Tanibuchi Y, Omiya S, Usami T, <u>Matsumoto T</u>	Clinical characteristics of over-the-counter (OTC) drug abusers in psychiatric practice in Japan: Comparison of single and multiple OTC product abusers.	Neuropsychopharmacology Reports	44(1)	176-186	2024
Siste K, Ophinni Y, Hanafi E, Yamada C, Novalino R, Limawan AP, Beatrice E, Rafelia V, Alison P, <u>Matsumoto T</u> , Sakamoto R	Relapse Prevention Group Therapy in Indonesia Involving Peers via Videoconferencing for Substance Use Disorder: Development and Feasibility Study.	JMIR Formative Research	8	e50452	2024
Katayama M, Fujishiro S, Sugiura K,	Greater impact of COVID-19 on peer-supported addiction services than government-owned	Psychiatry and Clinical Neurosciences	3(4)	e70012	2024

Konishi J, Inada K, Shirakawa N, <u>Matsumoto T</u>	services for addiction in Japan: a nationwide 3-year longitudinal cohort study.	Reports			
Takano A, Takahashi K, Anzai T, Usami T, Tsutsumi S, Kanazawa Y, Kumakura Y, <u>Matsumoto T</u>	Predictors for recurrence of drug use among males on probation for methamphetamine use in Japan: a one-year follow-up study.	Drug and Alcohol Dependence Reports		10031-6	2024
Masataka Y, Umemura F, Nagamine A, Miki N, Akahoshi Y, <u>Matsumoto T</u> , Takumi H	How Cannabinol Is Utilized in Japan, a Country with Strict Cannabis Regulations	Integrative Medicine Reports	3(1)	145-153	2024
喜多村真紀, <u>嶋根卓也</u> , 高橋哲, 小林美智子, 大伴真理恵, 鈴木愛弓, 松本俊彦	薬物使用のトリガーとしての月経前症状を持つ女性の特徴—覚醒剤使用のメリット・デメリットに焦点を当てて—	女性心身医学	28(3)	349-356	2024
高橋哲, 鈴木愛弓, 近藤あゆみ, 服部真人, 小林美智子, 喜多村真紀, <u>嶋根卓也</u>	覚醒剤事犯受刑者における自殺念慮の生涯経験率とその関連要因の検討	自殺予防と危機介入	44(1)	82-89	2024
<u>嶋根卓也</u>	保健室から考えるオーバードーズをする子への対応	心とからだの健康	28(9)	18-23	2024
<u>嶋根卓也</u>	薬物使用—市販薬の過剰服薬（オーバードーズ）	小児内科	56(9)	1409-1412	2024
<u>嶋根卓也</u>	市販薬のオーバードーズの理解と薬剤師の役割	日本病院薬剤師会雑誌	60(10)	1072-1076	2024
<u>嶋根卓也</u>	市販薬乱用の理解とゲートキーパーとしての薬剤師	ファルマシア	60(11)	1045-1049	2024
助友裕子, 市瀬雄一, 細川佳能, 大浦麻絵, <u>嶋根卓也</u> , 杉崎弘周, 中川明日香, 東尚弘	高等学校 2 年生のがんリスク認知の関連要因：がん対策推進に資するがん教育ロジックモデルに基づく全国調査データの解析	日本公衆衛生雑誌	in press		2025

片山宗紀, 藤城聡, 松浦寛奈, 小西潤, 稲田健, 白川教人, <u>松本俊彦</u>	医療従事者の薬物使用の通報や刑罰に関する意識とこれに対する支援経験や知識の影響.	日本アルコール関連問題学会雑誌	25(2)	51-56	2024
宇佐美貴士, 村上真紀, <u>松本俊彦</u>	ベンゾジアゼピン受容体作動薬関連障害の類型化と大量使用からの減量法の検討.	精神神経学雑誌	126(8)	510-520	2024
正高佑志, 平野弘樹, 梅村二葉, 赤星栄志, 荒木李香, 丸山泰弘, <u>松本俊彦</u>	指定薬物制度による THCH 規制が市場流通と事業者に与えた影響についての横断調査.	日本アルコール・薬物医学会雑誌	59 (2)	41-52	2024
<u>松本俊彦</u>	薬物依存症のサイエンス.	Brain and Nerve	76(1)	81-87	2024
村田雄一, 立山和久, 山元直道, 浪久悠, 石岡俊之, 吉村直記, <u>松本俊彦</u>	Real 生活プログラムとリカバリー医療機関における作業療法士の実践一.	日本アルコール関連問題学会雑誌	25(2)	9-14	2024
<u>松本俊彦</u>	現代の精神科臨床で解離はどのように扱われているか?	精神医学	66(8)	1013-1019	2024
<u>松本俊彦</u>	物質使用症臨床における支持的精神療法ー心的外傷後ストレス症併存使用例に対する harm reduction psychotherapy の実践一.	精神神経学雑誌	126(8)	533-539	2024
<u>松本俊彦</u>	オーバードーズ.	日本医師会雑誌	153(6)	653-656	2024
<u>松本俊彦</u>	精神障害の流行がもたらした影響についてー臨床症候群の栄枯盛衰に関する個人史一.	精神科治療学	39(9)	947-953	2024
<u>松本俊彦</u>	大麻.	精神科治療学	39 増刊号	224-225	2024
宇佐美貴士, <u>松本俊彦</u>	鎮静剤, 睡眠薬または抗不安薬による奇異反応.	精神科治療学	39 増刊号	234-235	2024
<u>松本俊彦</u>	LSD, phencyclidine, その他幻覚剤など (psilocybin など).	精神科治療学	39 増刊号	230-231	2024

<u>松本俊彦</u>	我が国における薬物乱用・依存の実態と対策の課題.	ファルマシア	60(11)	1003-1008	2024
堤史織, 宇佐美貴士, 高野歩, 熊倉陽介, 金澤由佳, 武林亨, 杉山大典, <u>松本俊彦</u>	薬物犯罪の更生保護施設利用者における健康格差.	日本アルコール・薬物医学会雑誌	59(3)	53-66	2024
<u>松本俊彦</u>	「わかつちやいるけど、やめられない、とまらない」という精神症状を「依存症」から「アディクション」へ.	精神看護	28(1)	32-37	2024

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のための全国調査と
近年の動向を踏まえた大麻等の乱用に関する研究 (23KC2006)
令和 6 年度 総括・分担研究報告書

2025 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 アトミ

<引用>

嶋根卓也、ほか. 令和 6 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のための全国調査と近年の動向を踏まえた大麻等の乱用に関する研究 (23KC2006)」総括・分担研究報告書, 2025.

Takuya Shimane, et al, A nationwide epidemiological survey to understand the actual situation of drug abuse and addiction in Japan, and research on the abuse of cannabis and other drugs based on recent drug use trends, Research on Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices, Health, Labour and Welfare Policy Research Grants, 23KC2006, 2025.

令和7年4月2日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 薬物乱用・依存状況の実態把握のための全国調査と近年の動向を踏まえた大麻等の乱用に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 薬物依存研究部 心理社会研究室長
(氏名・フリガナ) 嶋根 卓也 シマネ タクヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立精神・神経医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

令和7年4月2日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 薬物乱用・依存状況の実態把握のための全国調査と近年の動向を踏まえた大麻等の乱用に関する研究 (23KC2006)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 精神保健研究所 薬物依存研究部・部長
(氏名・フリガナ) 松本 俊彦 ・ マツモト トシヒコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	国立精神・神経医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☐	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

厚生労働大臣 殿

機関名 埼玉医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 竹内 勤

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 薬物乱用・依存状況の実態把握のための全国調査と近年の動向を踏まえた大麻等の乱用に関する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 臨床中毒科／臨床中毒センター・教授／センター長
(氏名・フリガナ) 上條 吉人・カミジョウ ヨシト

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	埼玉医科大学病院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

- (※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
- (※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

- (留意事項)
- ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和7年4月2日

厚生労働大臣 殿

機関名 Public Health Institute, U.S

所属研究機関長 職 名 President and Chief Executive Officer

氏 名 Mary A. Pittman, DrPH

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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

2. 研究課題名 薬物乱用・依存状況の実態把握のための全国調査と近年の動向を踏まえた大麻等の乱用に関する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) Health Intervention Projects for Underserved Populations (HIPUP)・Research Program Director

(氏名・フリガナ) Tooru Nemoto (トオル ネモト)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	Institutional Review Board at Public Health Institute, U.S.	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

令和7年4月2日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和6年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 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
2. 研究課題名 薬物乱用・依存状況の実態把握のための全国調査と近年の動向を踏まえた大麻等の乱用に関する研究（23KC2006）
3. 研究者名 （所属部署・職名）薬物依存研究部・室長
（氏名・フリガナ）富山健一・トミヤマケンイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）