

平成 28 年度 文部科学省委託調査

**「依存症予防教育に関する調査研究」報告書**

平成 29 年 3 月

株式会社学研教育アイ・シー・ティー

---

## 目 次

<b>第1章 本事業の概要</b>	
1.1 本事業の目的 .....	1
1.2 本事業の実施体制 .....	1
1.3 本事業の実施工程 .....	2
1.4 本事業の調査内容 .....	2
<b>第2章 青少年の依存症とそれを取り巻く新たな問題</b>	
2.1 依存症とは（依存症の定義） .....	3
2.2 依存症の背景 .....	8
<b>第3章 国内外における依存症に関する青少年の実態</b>	
3.1 薬物依存 .....	9
3.1.1 薬物依存とは .....	9
3.1.2 日本の薬物使用の実態 .....	10
3.1.3 アメリカの薬物使用の実態 .....	13
3.1.4 ヨーロッパ諸国の薬物使用の実態 .....	15
3.2 アルコール依存 .....	17
3.2.1 アルコール依存とは .....	17
3.2.2 日本の青少年の飲酒の実態 .....	18
3.2.3 世界における青少年の飲酒の実態 .....	20
3.2.4 アメリカの青少年の飲酒の実態 .....	23
3.2.5 ヨーロッパ諸国の青少年の飲酒の実態 .....	25
3.3 喫煙依存 .....	26
3.3.1 喫煙依存とは .....	26
3.3.2 日本の喫煙経験の実態 .....	26
3.3.3 世界の喫煙の状況 .....	28
3.3.4 アメリカにおける青少年の喫煙の実態 .....	30
3.3.5 韓国における青少年の喫煙の実態 .....	31
3.3.6 電子タバコ(e-cigarette) .....	32
3.3.7 受動喫煙 .....	34
3.4 ギャンブル依存 .....	35
3.4.1 ギャンブル依存とは .....	35
3.4.2 青少年のギャンブル依存のスクリーニング・テスト .....	35
3.4.3 日本のギャンブル依存の実態 .....	37
3.4.4 世界のギャンブル依存の実態 .....	38
3.4.5 アメリカの青少年のギャンブル依存の実態 .....	39
3.4.6 韓国の青少年のギャンブル依存の実態 .....	40
3.5 インターネット依存 .....	44
3.5.1 インターネット依存の種類 .....	44
3.5.2 日本のインターネット依存の現状 .....	49
3.5.3 ヨーロッパ諸国のインターネット依存の実態 .....	55
3.5.4 韓国のインターネット依存の実態 .....	56

<b>第4章 学校現場の依存症予防教育の実態（アンケート分析報告）</b>	
4.1 調査の概要 .....	60
4.2 結果の概要 .....	61
4.3 回答者の属性 .....	62
4.4 クロス集計結果 .....	63
4.5 結果からの考察 .....	73
4.6 自由記述の分析 .....	74
<b>第5章 国内外の依存症予防教育の事例</b>	
5.1 日本における依存症予防教育の事例 .....	79
5.1.1 薬物乱用予防教室の事例 .....	79
5.1.2 インターネット依存症予防教育の事例 .....	87
5.2 世界の依存症予防教育 .....	91
5.2.1 ギャンブル依存症予防教育の方向性 .....	91
5.3 アメリカにおける依存症予防教育 .....	93
5.3.1 アメリカにおける依存症予防教育の方向性 .....	93
5.3.2 アメリカにおける薬物乱用防止教育 .....	96
5.3.3 アメリカにおけるアルコール依存症予防教育 .....	102
5.3.4 アメリカにおけるギャンブル依存症予防教育 .....	103
5.4 カナダにおける依存症予防教育 .....	105
5.5 ヨーロッパにおける依存症予防教育 .....	106
5.5.1 ヨーロッパ諸国における依存症予防教育 .....	106
5.5.2 スウェーデンにおける依存症予防教育の事例 .....	108
5.5.3 デンマークにおける予防教育の事例 .....	109
5.6 韓国における依存症予防教育 .....	112
5.6.1 韓国におけるギャンブル依存症予防教育 .....	112
5.6.2 韓国におけるインターネット依存症予防教育 .....	112
5.7 専門家ヒアリング .....	117
<b>参考資料</b>	
アンケート調査票 .....	123

## 第1章 本事業の概要

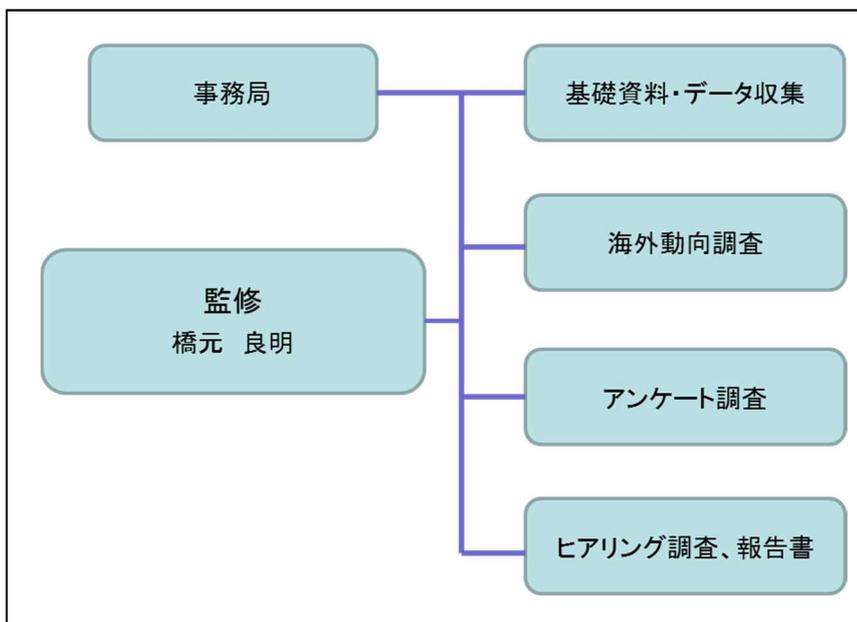
### 1.1 本事業の目的

国内外の依存症（薬物、アルコール、喫煙、ギャンブル、インターネット）に関する青少年等の実態と依存症を事前に防ぐための取組事例等について調査し、青少年の依存症予防に向けた基礎的な資料を作成することを目的とする。

なお、本報告書においては、医学的定義に含まれていない、いわゆるギャンブル依存症やインターネット依存症も依存症に含まれるものとして整理した。

### 1.2 本事業の実施体制

本事業の実施体制は、図表 1-1 の通りである。



図表 1-1 本事業の実施体制

### 1.3 本事業の実施工程

平成 28 年 10 月 27 日～平成 29 年 3 月 10 日

	10月	11月	12月	1月	2月	3月
<b>(1) 青少年の依存症予防に向けた基礎的な資料の収集</b>						
①国内の資料・データの収集		←資料の収集	→資料のまとめ			
②東アジアの資料・データの収集		←資料の収集	→資料のまとめ			
③北米の資料・データの収集		←資料の収集	→資料のまとめ			
④ヨーロッパの資料・データの収集		←資料の収集	→資料のまとめ			
<b>(2) 国内外の依存症に関する青少年等の実態調査</b>						
①国内の取組み事例についての調査		←	→			
②東アジアの取組み事例についての調査		←	→			
③北米の取組み事例についての調査		←	→			
④ヨーロッパの取組み事例についての調査		←	→			
<b>(3) 依存症を事前に防ぐための取組事例等についての資料の収集</b>						
①国内の取組み事例についての調査		←	→			
②国内のアンケート調査(アンケート作成、教育委員会への協力依頼、発送)		←	→			
③国内のアンケートの集計・分析				←	→	
④東アジアの取組み事例についての調査		←	→			
⑤北米の取組み事例についての調査		←	→			
⑥ヨーロッパの取組み事例についての調査		←	→			
⑦専門家ヒアリング		←ヒアリング		→ヒアリング		
<b>(4) 報告書の作成</b>						
①調査データの整理			←	→		
②図表データの作成				←	→	
③原稿の執筆・レイアウト				←	→	
④整理票の作成				←	→	
⑤印刷・製本					←	→
<b>(5) 納品</b>						
①調査報告書の納品						●
②調査報告書の送付						←→

図表 1-2 実施工程

### 1.4 本事業の調査内容

本事業の調査内容は、以下の通りである。

- ①青少年の依存症予防に向けた基礎的な資料を収集する。
- ②国内外の依存症に関する青少年等の実態を調査する。
- ③依存症を事前に防ぐための取組事例等について調査する。
- ④調査報告書を作成する。

## 第2章 青少年の依存症とそれを取り巻く新たな問題

### 2.1 依存症とは(依存症の定義)

世界保健機関（World Health Organization：WHO、以下「WHO」という。）は、依存症を「精神に作用する化学物質の摂取や、快感・高揚感を伴う行為を繰り返し行った結果、さらに刺激を求める抑えがたい渴望が起こり、その刺激を追及する行為が第一優先となり、刺激がないと精神的・身体的に不快な症状を引き起こす状態」と定義している。WHOは、「国際疾病分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems：ICD）」を定めている。ICDは、伝染病、健康管理、臨床利用を目的とした標準的な診断分類である。

ICDは、依存症候群（Dependence Syndrome）について、図表2-1の通り診断ガイドラインを定めている。

図表2-1 依存症候群の診断ガイドライン

ある物質あるいはある種の物質使用が、その人にとって以前にはより大きな価値をもっていた他の行動より、はるかに優先するようになる一群の生理的、行動的、認知的現象。依存症候群の中心となる記述的特徴は、精神作用物質（医学的に処方されたものであってもなくても）、アルコールあるいはタバコを使用したいという欲望（しばしば強く、時に抵抗できない）である。ある期間物質を禁断したあと再使用すると、非依存者よりも早くこの症候群の他の特徴が再出現するという証拠がある。

#### 診断ガイドライン

依存の確定診断は、通常過去1年間のある期間、次の項目のうち3つ以上が経験されるか出現した場合にのみみくすべきである。

- (a) 物質を摂取したいという強い欲望あるいは強迫感。
- (b) 物質使用の開始、終了、あるいは使用量に関して、その物質摂取行動を統制することが困難。
- (c) 物質使用を中止もしくは減量したときの生理学的離脱状態（F1x.3とF1x.4を参照）。その物質に特徴的な離脱症候群の出現や、離脱症状を軽減するか避ける意図で同じ物質（もしくは近縁の物質）を使用することが証拠となる。
- (d) はじめはより少量で得られたその精神作用物質の効果をj得るために、使用量をふやさなければならぬような耐性の証拠（この顕著な例は、アルコールとアヘンの依存者に認められる。彼らは、耐性のない使用者には耐えられないか、あるいは致死的な量を毎日摂取することがある）。
- (e) 精神作用物質使用のために、それにかわる楽しみや趣味を次第に無視するようになり、その物質を摂取せざるをえない時間や、その効果からの回復に要する時間が延長する。
- (f) 明らかに有害な結果が起きているにもかかわらず、いぜんとして物質を使用する。たとえば、過度の飲酒による肝臓障害、ある期間物質を大量使用した結果としての抑うつ気分状態、薬物に関連した認知機能の障害などの害。使用者がその害の性質と大きさに実際に気づいていることを（予測にしろ）確定するよう努力しなければならない。

（抜粋：「ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン」）

またICDは、精神作用物質使用による精神および行動の障害について、有害な使用(Harmful use)として、図表 2-2 の通り診断ガイドラインを定めている。

図表 2-2 有害な使用についての診断ガイドライン

健康に害を及ぼす精神作用物質使用パターン。その障害は身体的なもの（自らの注射によって肝炎になる場合のように）であったり、精神的なもの（たとえば、大量飲酒後の二次的なうつ病性障害のエピソード）であったりする。

#### 診断ガイドライン

診断には、使用者の精神的あるいは身体的な健康に実際に害が起きていることが必要である。

有害な使用パターンはしばしば他人から批判され、またしばしばさまざまな種類の社会的に不運な結果に結びつく。物質使用パターンや物質が、他人あるいはその文化から容認されないものであっても、あるいは逮捕や夫婦関係の破綻のような社会的に不幸な結果に結びついたものであっても、それだけでは有害な使用の証拠とはならない。

急性中毒（F1x.0を参照）、あるいは「二日酔い」だけでは、有害な使用とコードするのに必要な健康への害の十分な証拠とはならない。

有害な使用という診断は、依存症候群（F1x.2）、精神病性障害（F1x.5）、あるいは薬物とアルコールに関連した他の特定の障害がある場合はくさすべきではない。

（抜粋：「ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン」）

ギャンブル障害については、「習慣および衝動の障害」のカテゴリーに入っており、「病的賭博」(Pathological gambling)として診断ガイドラインが定められている（図表 2-3）。

図表 2-3 病的賭博の診断ガイドライン

この障害は、社会的、職業的、物質的および家庭的な価値と義務遂行を損なうまでに患者の生活を支配する、頻回で反復する賭博のエピソードから成り立っている。

この障害を有する人びとは、自分の仕事を危機に陥れ、多額の負債を負い、嘘をついたり法律を犯して金を得たり、あるいは負債の支払いを避けたりすることがある。患者たちは、賭博をしたいという強い衝動を抑えることが困難であり、それとともに賭博行為やそれを取り巻く状況の観念やイメージが頭から離れなくなると述べる。これらの没頭や衝動は、生活にストレスが多くなると、しばしば増強する。

この障害はまた強迫賭博と呼ばれるが、この用語は、行動が専門的な意味では強迫ではないし、強迫神経症に関連した障害でもないのであまり適切ではない。

#### 診断ガイドライン

本障害の本質的な特徴は以下のとおりである。

- (a) 持続的に繰り返される賭博。
- (b) 貧困になる、家族関係が損なわれる、そして個人的生活が崩壊するなどの、不利な社会的結果を招くにもかかわらず、持続し、しばしば増強する。

<含>強迫賭博

〔識別診断〕病的賭博は以下のものと区別されなければならない：

- ①賭博、賭け事（Z72.6）（興奮を求めての、あるいは金を儲けようとしての頻回の賭博。このカテゴリーの人びとはひどい損失、あるいは他の不利な結果に直面すると、おそらくその習慣を抑制するであろう）。
- ②躁病患者（F30.-）の過度の賭博。
- ③社会病質人格者（F60.2）の賭博（社会行動のより広い持続的な障害がみられ、攻撃的な行為あるいは他人の幸福や感情に対する関心の著しい欠如を別の形で示す行為として現れる）。

（抜粋：「ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン」）

もう1つの判断基準は、アメリカ精神医学会が定めている「DSM」である。アメリカ精神医学会は精神疾患の国際的な診断基本マニュアル「精神疾患の分類と診断の手引き (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM)」を定期的に改訂・発行している。2013年に発行された「DSM-5」では、従来の「依存 (Dependence)」ではなく、「嗜癖 (Addiction)」という用語が使われ、「物質使用及びアディクションの障害 (アルコール、タバコなど)」「非物質使用及びアディクションの障害 (ギャンブルなど)」と表現している。インターネット依存症についても、検討を進めている。

また、「DSM-5」はアルコール、カフェイン、大麻、幻覚薬、吸入剤、鎮静剤・睡眠薬・抗不安薬、精神興奮剤 (覚せい剤やコカイン)、タバコなど、薬物ごとに使用障害、中毒、離脱症状 (クスリが切れたときに起こる症状) について述べている。

図表 2-4 物質使用障害の診断基準(DSM-5)

- 以下のような問題が 12 ヶ月以内に 2 つ以上生じ、臨床的に重大な問題や苦痛を引き起こしている。
- ① 当初のつもりよりも大量に、あるいは長期にわたって物質を使用してしまう。
  - ② 使用の量を減らしたい、コントロールしたいという持続的な願望がある。あるいは、それを試みて失敗した経験がある。
  - ③ 入手や使用のため、あるいは影響から回復するためといったような活動に費やす時間が増えている。
  - ④ 渴望、強い欲求や衝動が認められる。
  - ⑤ 職場や学校、家庭での重要な義務や責任を果たせないという事態が繰り返されている。
  - ⑥ 社会的問題や対人関係の問題が持続的あるいは繰り返し引き起こされたり、悪化したりしているにもかかわらず、使用が続いている。
  - ⑦ 物質使用のために重要な社会的活動や職業的活動、余暇活動への参加をやめたり、減らしたりしている。
  - ⑧ 身体的に危険を伴う状況でも、物質的使用を繰り返す。
  - ⑨ 物質使用によって、身体的もしくは心理的な問題が生じたり、悪化したりする事態が続いたり、繰り返されたりすることを知っていながら、物質使用が続いている。
  - ⑩ 耐性が認められる (求める効果を得るための物質の量が著しく増える、あるいは同じ量を使い続けていると効果が著しく減少している)。
  - ⑪ 離脱症状が認められる (その物質に特異な離脱症状がある。離脱症状を軽減したり回避したりするために、同じ物質や似たような物質を使う)。

(抜粋:「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き」)

DSM-4 では、物質依存のアルコール依存については、「アルコール使用障害」(Alcohol Use Disorder) と分類している (図表 2-5)。

図表 2-5 アルコール使用障害(DSM-4)

- A. アルコールの問題となる使用様式で、臨床的に意味のある障害や苦痛が生じ、以下のうち少なくとも 2 つが、12 ヶ月以内に起こることにより示される。
- (1) アルコールを意図していたよりしばしば大量に、または長期的にわたって使用する。
  - (2) アルコールの使用を減量または制限することに対する、持続的な欲求または努力の不成功がある。
  - (3) アルコールを得るために必要な活動、その使用、またはその作用から回復するのに多くの時間が費やされる。
  - (4) 渇望、つまりアルコール使用への強い欲求、または衝動
  - (5) アルコールの反復的な使用の結果、職場、学校、または家庭における重要な役割の責任を果たすことができなくなる。
  - (6) アルコールの作用により、持続的、または反復的に社会的、対人的問題が起こり、悪化しているにもかかわらず、その使用を続ける。
  - (7) アルコールの使用のために、重要な社会的、職業的、または娯乐的活動を放棄、または萎縮している。
  - (8) 身体的に危険な状況においてもアルコールの使用を反復する。
  - (9) 身体的または精神的問題が、持続的または反復的に起こり、悪化しているらしいと知っているにもかかわらず、アルコールの使用を続ける。
  - (10) 耐性、以下のいずれかによって定義されるもの：
    - (a) 中毒または期待する効果に達するために、著しく増大した量のアルコールが必要
    - (b) 同じ量のアルコールの持続作用で効果が著しく減弱
  - (11) 離脱、以下のいずれかによって明らかとなるもの：
    - (a) 特徴的なアルコールの離脱症候群がある  
(222 頁、アルコール離脱の基準 A および B を参照)。
    - (b) 離脱症状を軽減または回避するために、アルコール  
(またはベンゾジアゼピンのような密接に関連した物質) を摂取する。

(抜粋:「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き」)

DSM-5 では、Pathological Gambling（病的賭博）を Gambling Disorder（ギャンブル障害）と名称が変更された。ギャンブル障害の診断基準を図表 2-6 に示す。

図表 2-6 ギャンブル障害の診断基準(DSM-5)

- A.臨床的に意味のある機能障害または苦痛を引き起こすに至る持続的かつ反復性の問題賭博行為で、その人が過去 12 ヶ月間に以下のうち 4 つ（またはそれ以上）を示している。
- (1) 興奮を得たいがために、掛け金を増やして賭博をする要求
  - (2) 賭博をするのを中断したり、または中止したりすると落ち着かなくなる、またはいらだつ
  - (3) 賭博をするのを制限する、減らす、または中止するなどの努力を繰り返し成功しなかったことがある。
  - (4) しばしば賭博に心を奪われている（例：過去の賭博体験を再体験すること、ハンディをつけること、または次の賭けの計画を立てること、賭博をするための金銭を得る方法を考えること、を絶えず考えている）。
  - (5) 苦痛の気分（例：無気力、罪悪感、不安、抑うつ）のときに、賭博をすることが多い。
  - (6) 賭博で金をすった後、別の日にそれを取り戻しに帰ってくる人が多い（失った金を“深追いつする”）。
  - (7) 賭博へののめり込みを隠すために、嘘をつく。
  - (8) 賭博のために、重要な人間関係、仕事、教育、または職業上の機会を危険にさらし、または失ったことがある。
  - (9) 賭博によって引き起こされた絶望的な経済状況を免れるために、他人に金を出してくれるよう頼む。
- B.その賭博行動は、躁病エピソードではうまく説明されない。

（抜粋：「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き」）

DSM-4 では薬物依存の診断基準は、図表 2-7 のように定められている。

図表 2-7 薬物依存の診断基準(DSM-4)

- 薬物依存症は大まかに言えば、「使用していないときに離脱症状（禁断症状）が出る状態」。具体的には、次のうち 3 つ以上が 1 年以内に起こる。
- ①薬物をずっと使っているために、効きにくくなっている。酩酊するか、自分が望む効果を得るためには、かなりの量が必要。
  - ②離脱症状（禁断症状）がある。同じ薬物を再び摂取すれば消えてしまうので、離脱症状を軽くしたり、なくすために使ってしまう。
  - ③しばしば、最初の頃よりも大量に、又長い時間使用している。
  - ④いつも薬物の使用をやめるか減らすかしたいと願っている。しかし、実際にやってみたことがあったとしても、失敗している。
  - ⑤薬物を手に入れるためなら、長時間をかけるのも惜しまない。（例えば、長距離を運転して入手しに行く）また、薬物を使用したり、薬物の作用から回復するために費やす時間も長い。
  - ⑥薬物のために、重要な社会的、職業的な活動ができなかったり、娯楽を放棄しているか、減らしている。
  - ⑦精神的な問題や身体的な問題が薬物のためにいつも起こっており、たとえこれ以上続けると悪化するとわかっているにもかかわらず、やめられない。

（抜粋：「こころの健康事典」 町沢 静夫 著/朝日出版社/1999 年）

---

## 2.2 依存症の背景

依存症の背景には、以下の4つの要因がある。

- (1) 生物学的な要因
- (2) 心理学的な要因
- (3) 家庭の要因
- (4) 社会的な要因

### (1) 生物学的な要因

DSM-5によれば、依存症を引き起こす化学物質やギャンブル行動には、脳の報酬系を活性化させる作用がある。報酬系の本体は中脳から大脳辺縁系に至るドーパミン神経系であり、この神経系の活性化は行動の強化と記憶の生成に関与している。また、行動を抑制する前頭葉の働きも重要であり、眼窩前頭皮質の機能不全による衝動性の亢進が依存症に関係していると言われる。依存症の生物学的背景の一部は遺伝的なもので、ドーパミン受容体の遺伝的多型と依存症の関係が研究されている。生育歴も重要と考えられ、動物実験のレベルでは幼若期や思春期のストレスが依存脆弱性を高めることが知られている。

### (2) 心理学的な要因

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターの中学生を対象にした調査によると、アルコールの経験者の方が未経験者よりも「大人が不在で1日3時間以上を過ごす」「家族と一緒に夕食を食べない」「学校が全く楽しくない」と答えた割合が多かった。

こうしたことから、自分の存在価値が認められていない、自分が必要とされていると感じられる、居場所がない、孤独といった中学生の心理を読み取ることができる。

また、カナダの心理学者アルバート・バンデューラは、「自己効力感」を提唱した。自己効力感とは、自分のことを観察して自分はできるとか、必ずうまくいくと思う感覚のことである。自己効力感が低いと薬物やアルコールなどにとられる可能性がある。そして、自己効力感を上げるために、薬物やアルコールに依存する傾向がある。

依存症は誰でもかかりうる病気だが、コミュニケーションをとるのが苦手で、発達障害やうつ病を抱え、様々な理由で生きづらさを感じている人が、薬物やアルコールなどの物質に依存してしまう側面があると考えられている。

### (3) 家庭の要因

親が依存症、両親の不仲・離婚、親が病弱、貧困など、様々な理由で家庭が機能していない場合、子供は愛情が欠乏し、幸福感を感じずに育つ。機能不全の家庭で育った子供は、依存症になるリスクが高いと言われる。そして、親から子へと依存症は連鎖し、負のスパイラルに陥る可能性が高い。

### (4) 社会的な要因

依存の要因の1つは、手に入りやすいこと、アクセスしやすいことである。ギャンブルを例にとると、日本ではパチンコ・スロットの店は至るところにあり、誰でも容易に行きやすい。一方、薬物はなかなか手に入りにくい。

広告宣伝の方法、メディアでの扱われ方を見ると、例えば日本ではビールなどのアルコール類のテレビコマーシャルの放映は、18時以降に制限されているが、海外諸国のように射幸心をあおるコマーシャルは制限されていない。

---

---

## 第3章 国内外における依存症に関する青少年の実態

### 3.1 薬物依存

#### 3.1.1 薬物依存とは

厚生労働省のホームページ<sup>1</sup>では、「薬物依存症とは、大麻や麻薬、シンナーなどの薬物を繰り返し使いたい、あるいは使っていないと不快になるため使い続ける、やめようと思ってもやめられないという状態」と定義している。薬物依存は

- ・クスリがなくなると不快な離脱症状が出る「身体的依存」
- ・欲しいという欲求が我慢できなくなる「精神的依存」、  
に分けられる。

「身体的依存」は、長い年月の間依存性物質に身体が慣れてしまった結果、起こる状態のことで、薬物が切れると離脱症状（禁断症状）が出る。「精神的依存」は、薬物の効果が切れてくると、薬物が欲しいという強い欲求（渴望）がわいてきて、その渴望をコントロールできずに薬物を使ってしまう状態をいう。

薬物依存の結果、日常生活に支障が出てもやめられない、又薬物を手に入れるためになりふりかまわなくなるといった行動をとる。

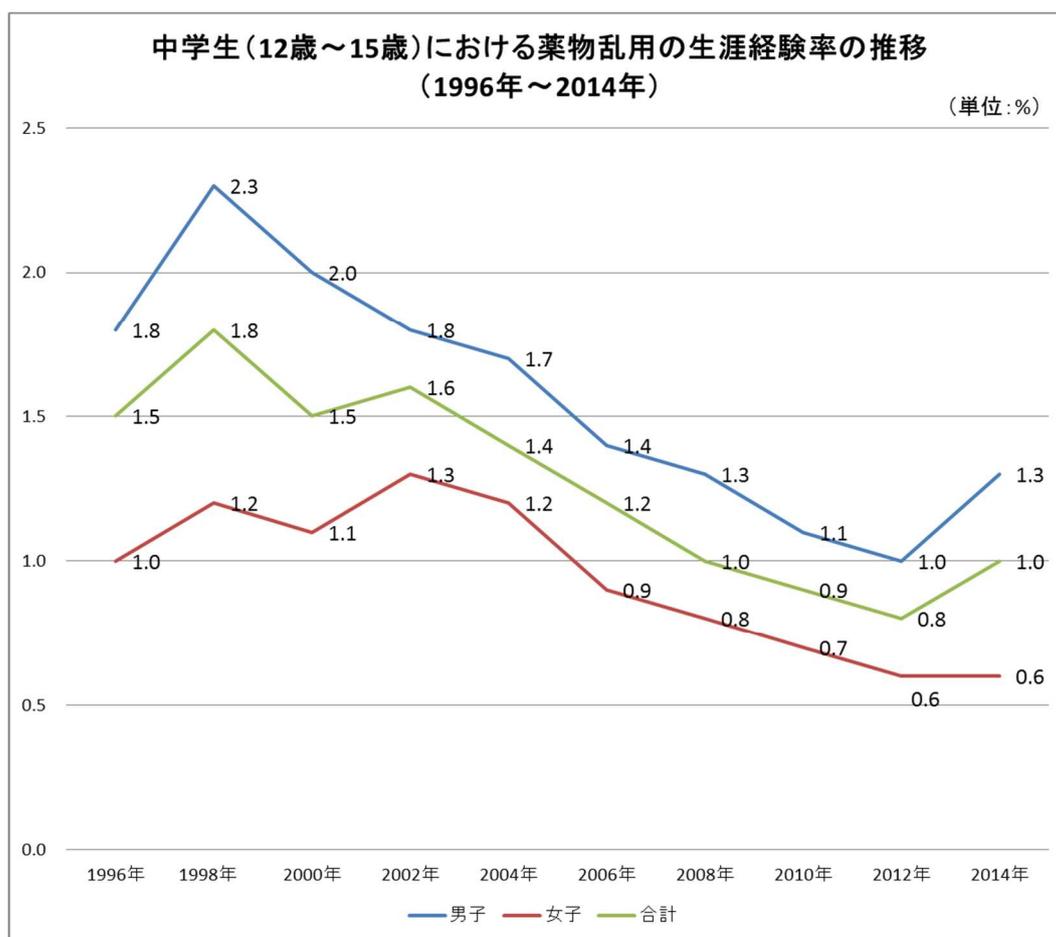
---

<sup>1</sup> 厚生労働省ホームページ [http://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease\\_drug.html](http://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease_drug.html)

### 3.1.2 日本の薬物使用の実態

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターは、全国の中学生を対象に「飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査」を行い、シンナー遊びや薬物使用について、実態をまとめている。この調査の目的は、我が国の中学生における薬物乱用の広がりを把握し、特に有機溶剤乱用に関する危険因子を特定することによって、中学生に対する薬物乱用防止対策の基礎資料に供するためである。

中学生（12歳～15歳）における薬物乱用の生涯経験率の経年の推移（1996年～2014年）を図表3-1に示す。

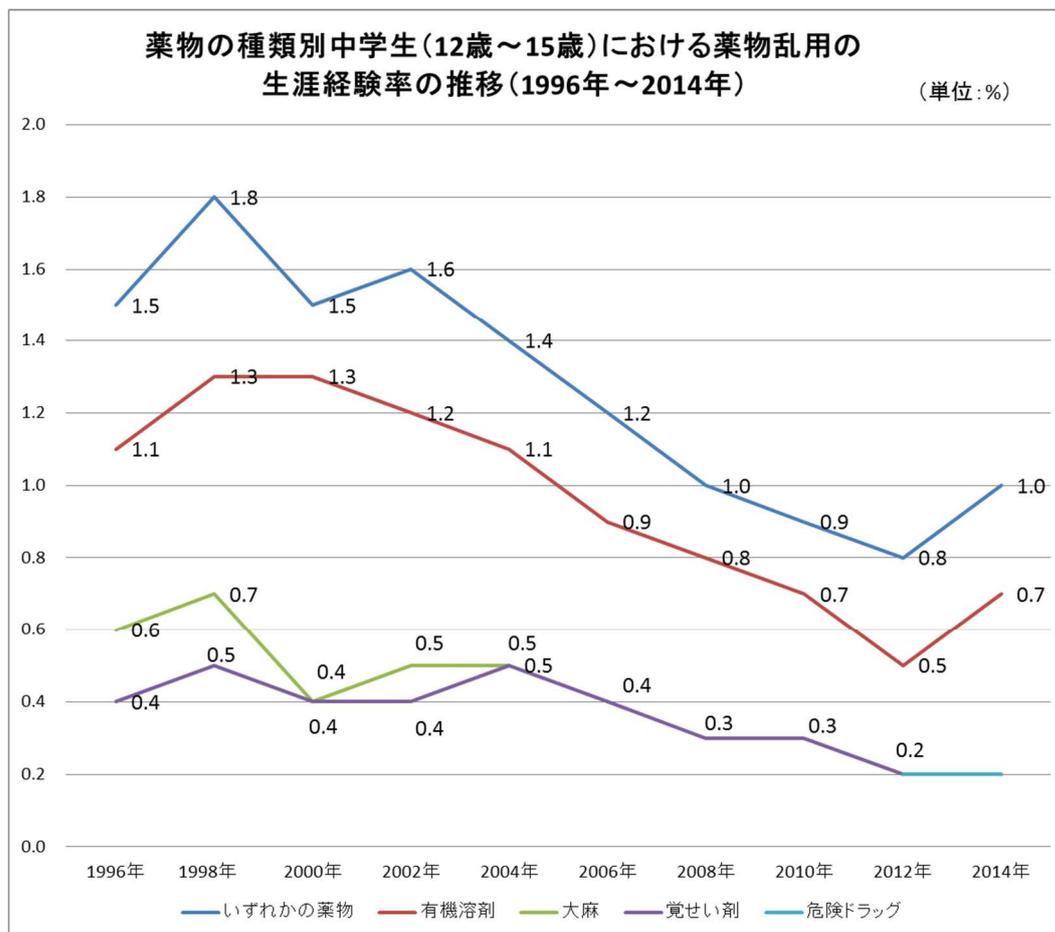


図表 3-1 中学生(12歳～15歳)における薬物乱用の生涯経験率の推移

(出典:「薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査(2014年)」国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、平成26年度厚生労働省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)研究報告書「「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」)

生涯経験率は、男子、女子ともに減少傾向にあるが、男子は2014年増加に転じている。

薬物の種類別中学生（12歳～15歳）における薬物乱用の生涯経験率の推移（1996年～2014年）を図表 3-2 に示す。

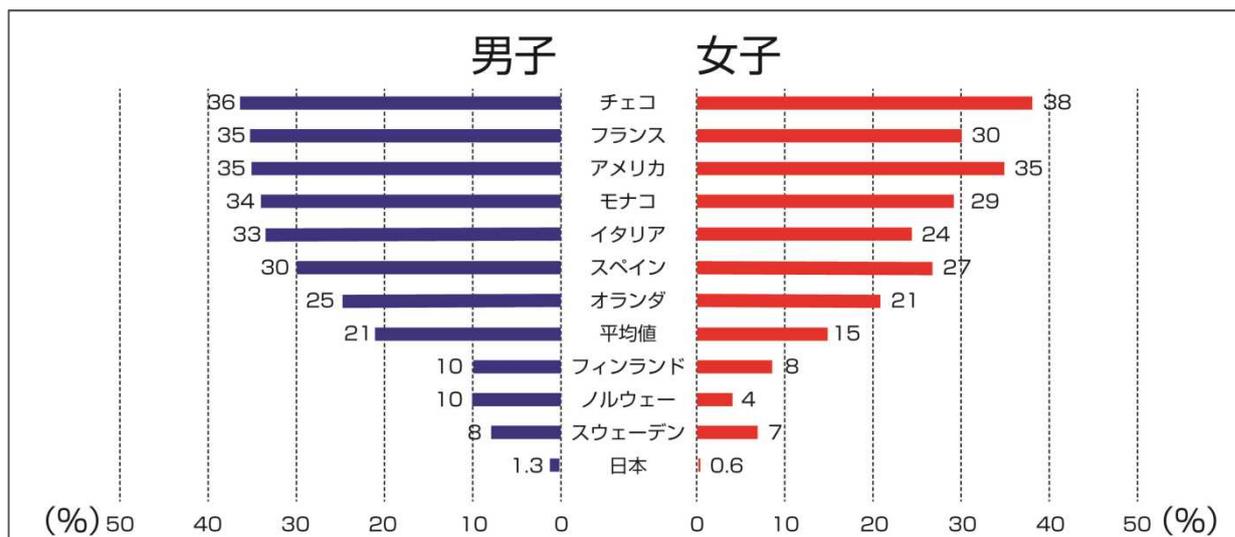


図表 3-2 薬物の種類別中学生（12歳～15歳）における薬物乱用の生涯経験率の推移

（出典：「薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査（2014年）」国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター、平成26年度厚生労働省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）研究報告書「「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」）

「薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査（2014年）」によれば、生涯経験率が一番高いのは有機溶剤である。1998年～2000年がピークで、減少してきているが、2014年増加している。覚せい剤、大麻はともに減少している。危険ドラッグは、2012年、2014年ともに0.2%と報告されている。

いずれかの薬物を経験したことがある中学生は、1.0%である。この数字は、海外の諸国と比べると、非常に低い。世界各国の違法薬物の生涯経験率と日本の生涯経験率を比較すると、日本が各段に薬物経験が少ないことがわかる（図表 3-3）。



図表 3-3 世界各国における違法薬物の生涯経験率(男女別)

(出典: ESPAD Report 2015)

日本の薬物経験の実態とアメリカやヨーロッパ諸国の実態は、差が大きく、単純に比較できないが、青少年の薬物経験が急増した原因、各種薬物がどのように青少年に浸透したか、又どのような影響を及ぼす危険性があるのかなどを把握することは、我が国の青少年を薬物経験から保護するための対策を立てるために意義がある。

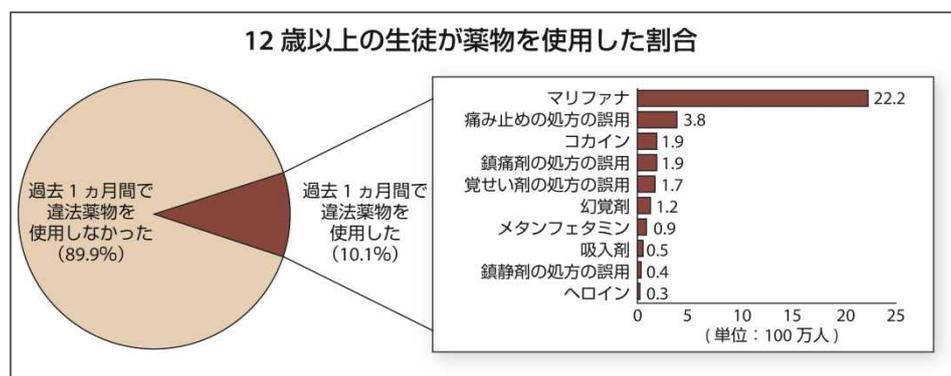
アメリカやヨーロッパ諸国は、青少年における違法薬物を使用する経験の比率が高く、成人になってから薬物依存になる可能性がある。薬物は強い依存性があり、一度依存症になるとなかなか治癒できず、薬物を入手するために法を犯し、再犯率も高いデータがある。そのため、各国政府は青少年における違法薬物を使用する経験率を注視している。

また、「危険ドラッグ」にも注意を払う必要がある。大麻などの違法薬物とよく似た成分を含み、違法薬物と同様、あるいはそれ以上に興奮・幻覚症状が出る危険性がある。危険ドラッグは、インターネットやハーブ専門店、雑貨店などの店舗で売られていたが、取り締まりが厳しくなり、店舗の数は減っている。

### 3.1.3 アメリカの薬物使用の実態

アメリカ保健社会福祉省<sup>2</sup> (United States Department of Health and Human Services : HHS) の精神衛生サービス局 (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 以下「SAMHSA」という) は、全米の 12 歳以上の市民を対象にした違法薬物、アルコール、タバコの使用に関する統計情報 the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) を発表している。

NSDUH によると、12 歳以上の生徒が薬物を使用した割合は 10.1% で、そのうちマリファナ (大麻) の使用が圧倒的に多い。



図表 3-4 アメリカの 12 歳以上の生徒が違法薬物を使用した割合

(抜粋: NSDUH, SAMHSA)

また、アメリカ国立衛生研究所<sup>3</sup> (The National Institutes of Health : NIH) の部局である国立薬物乱用研究所 (National Institute on Drug Abuse : NIDA 以下「NIDA」という) は、全国の中高生を対象に、薬物、アルコール、喫煙の使用実態についての大規模調査「Monitoring the Future Study」を毎年実施している。

<sup>2</sup> アメリカの連邦政府機関で、保健福祉サービスをアメリカ国民に提供するとともに、アメリカ国民の保健福祉の向上を図ることを目的としている。

<sup>3</sup> アメリカ保健社会福祉省の公衆衛生関連部局で、アメリカ国民の健康増進、疾患や障害の克服を図っている。

図表 3-5 アメリカにおける 8 年生、10 年生、12 年生の薬物使用の実態  
(2013 年～2016 年)

(単位:%)

薬物の種類	使用の期間	8年生				10年生				12年生			
		2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
違法薬物	生涯使用率	20.30	20.30	20.50	17.20	38.80	37.40	34.70	33.70	50.40	49.10	48.90	48.30
	過去1年間の使用率	14.90	14.60	14.80	12.00	31.80	29.90	27.90	26.80	40.30	38.70	38.60	38.30
	過去1カ月の使用率	8.50	8.30	8.10	6.90	19.40	18.50	16.50	15.90	25.50	23.70	23.60	24.40
大麻	生涯使用率	16.50	15.60	15.50	12.80	35.80	33.70	31.10	29.70	45.50	44.40	44.70	44.50
	過去1年間の使用率	12.70	11.70	11.80	9.40	29.80	27.80	25.40	23.90	36.40	35.10	34.90	35.60
	過去1カ月の使用率	7.00	6.50	6.50	5.40	18.00	16.60	14.80	14.00	22.70	21.20	21.30	22.50
	毎日使用	1.10	1.00	1.10	0.70	4.00	3.40	3.00	2.50	6.50	5.80	6.00	6.00

(出典:「Monitoring the Future Study: Trends in Prevalence of Various Drugs, 2016」)

2016 年 12 月に公表された「Monitoring the Future Study」によると、過去 1 年間に違法薬物を使用した 8 年生、10 年生、12 年生の生徒数における割合は、8 年生では 12.0%、10 年生では 26.8%、12 年生では 38.3%だった。タバコの喫煙率の 10.5%を多く上回っている。

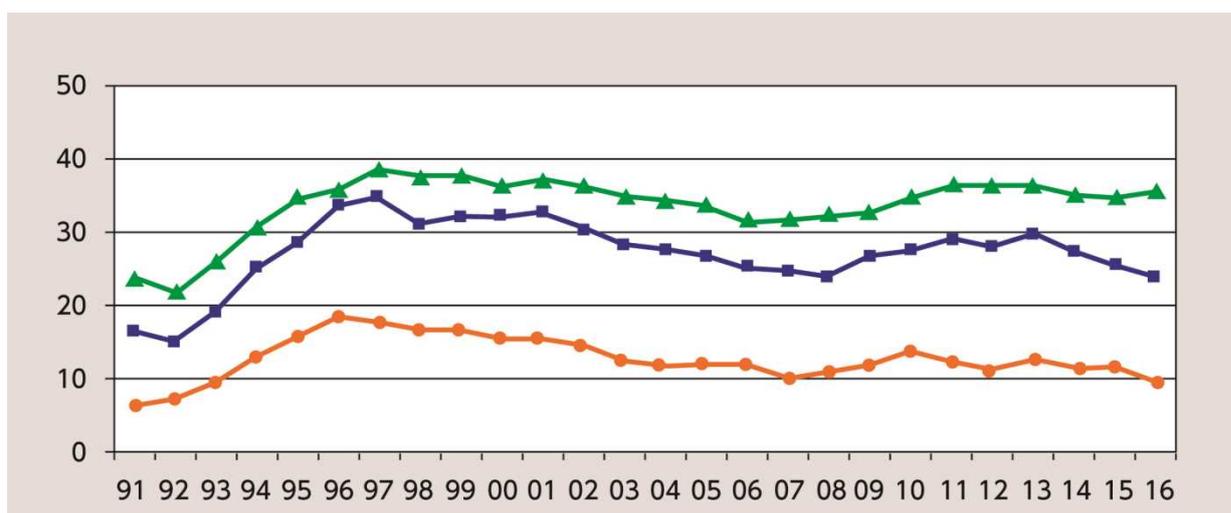
大麻の過去 1 カ月の使用状況を見ると、8 年生は 6.5% (2015 年) から 5.4% (2016 年) に減少している。10 年生は 14% (2016 年) で前年と比べ横ばい。12 年生は 22.5%である。

図表 3-6 大麻草/大麻樹脂の使用率

	8 年生	10 年生	12 年生
生涯使用率	12.8%	29.7%	44.5%
過去 1 年間の使用率	9.4%	23.9%	35.6%
過去 1 カ月の使用率	5.4%	14.0%	22.5%
毎日使用	0.7%	2.5%	6.0%

(出典:「Monitoring the Future Study 2016」)

学年ごと的大麻使用の経年の推移は、図表 3-7 の通りである (薬物の中で大麻使用が一番多い)。



図表 3-7 学年ごと的大麻の使用の割合

(抜粋:「Monitoring Future」 National Institute on Drug Abuse (NIDA))

また、アメリカでは精神治療薬の処方誤用が問題になっている。Monitoring the Future Survey は、12 年生が医療用のマリファナを使用した率が 2016 年には 38.8%に増加したことを懸念している。NSDUH は、痛み止め、鎮痛剤、鎮静剤などの精神治療薬のデータを集め、調査している。

### 3.1.4 ヨーロッパ諸国の薬物使用の実態

現在、ヨーロッパ諸国は大きな薬物依存問題を抱えている。欧州薬物・薬物依存監視センター<sup>4</sup>（European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiciton：EMCDDA 以下「EMCDDA」という）は「European Drug Report」を発行している。2016年版の「European Drug Report」を見ると、特に青少年の薬物乱用は驚くほど広まっていることがわかる。特に大麻の使用率が高く、15～16歳の生徒が抵抗感を感じないまま大麻を使用していることが明らかである。

図表 3-8 ヨーロッパ諸国における青少年の薬物使用状況(単位:%)

国名	年度	COCAIN (コカイン)			AMPHETAMINES (覚せい剤)			MDMA (エクスタシー)			CANNABIS (大麻)		
		生涯経験 率 成人 (15-64 歳)	過去12ヵ 月使用, 若者 (15-34 歳)	生涯経験 率 生徒 (15-16 歳)									
ベルギー	2013	-	0.9	2	-	0.5	2	-	0.8	2	15	10.1	21
ブルガリア	2012	0.9	0.3	4	1.2	1.3	5	2	2.9	4	7.5	8.3	22
チェコ	2014	0.9	0.6	1	2.6	2.3	2	6	3.6	3	28.7	23.9	42
デンマーク	2013	5.2	2.4	2	6.6	1.4	2	2.3	0.7	1	35.6	17.6	18
ドイツ	2012	3.4	1.6	3	3.1	1.8	4	2.7	0.9	2	23.1	11.1	19
エストニア	2008	-	1.3	2	-	2.5	3	-	2.3	3	-	13.6	24
アイルランド	2011	6.8	2.8	3	4.5	0.8	2	6.9	0.9	2	25.3	10.3	18
ギリシア	2004	0.7	0.2	1	0.1	0.1	2	0.4	0.4	2	8.9	3.2	8
スペイン	2013	10.3	3.3	3	3.8	1.2	1	4.3	1.5	1	30.4	17	27
フランス	2014	5.4	2.4	4	2.2	0.7	4	4.2	2.3	3	40.9	22.1	39
クロアチア	2012	2.3	0.9	2	2.6	1.6	1	2.5	0.5	2	15.6	10.5	18
イタリア	2014	7.6	1.8	2	2.8	0.6	1	3.1	1	1	31.9	19	20
キプロス	2012	1.3	0.6	4	0.7	0.4	4	0.9	0.3	3	9.9	4.2	7
ラトビア	2011	1.5	0.3	4	2.2	0.6	4	2.7	0.8	4	12.5	7.3	24
リトアニア	2012	0.9	0.3	2	1.2	0.5	3	1.3	0.3	2	10.5	5.1	20
ルクセンブルク	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ハンガリー	2007	0.9	0.4	2	1.8	1.2	6	2.4	1	4	8.5	5.7	19
マルタ	2013	0.5	-	4	0.3	-	3	0.7	-	3	4.3	-	10
オランダ	2014	5.1	3	2	4.4	2.9	1	7.4	5.5	4	24.1	15.6	27
オーストリア	2008	2.2	1.2	-	2.5	0.9	-	2.3	1	0.8	14.2	6.6	14
ポーランド	2014	1.3	0.4	3	1.7	0.4	4	1.6	0.9	2	16.2	9.8	23
ポルトガル	2012	1.2	0.4	4	0.5	0.1	3	1.3	0.6	3	9.4	5.1	16
ルーマニア	2013	0.8	0.2	2	0.3	0.1	2	0.9	0.3	2	4.6	3.3	7
スロバキア	2012	2.1	1.2	3	0.9	0.8	2	2.1	0.8	2	15.8	10.3	23
スロベニア	2010	0.6	0.4	1	0.5	0.3	1	1.9	0.9	1	10.5	7.3	21
フィンランド	2014	1.9	1	1	3.4	2.4	-	3	2.5	2	21.7	13.5	12
スウェーデン	2008	3.3	1.2	1	5	1.3	1	2.1	1	1	14.4	6.3	6
イギリス	2014	9.8	4.2	2	10.3	1.1	1	9.2	3.5	3	29.2	11.7	19
トルコ	-	-	-	-	0.1	0.1	2	0.1	0.1	2	0.7	0.4	4
ノルウェー	2014	5	2.3	1	4.1	1.1	1	2.3	0.4	1	21.9	8.6	5

(抜粋: European Drug Report、2016)

<sup>4</sup> EUの薬物担当の専門機関。設立されたのは、1993年。本部はポルトガルのリスボンにある。

---

## ●デンマークにおける青少年の薬物使用の実態

デンマークでは、16歳から19歳に初めて薬物を使用するケースが最も多い。

2000年以降薬物使用率は下がっているが、大麻使用率は2000～2010年まで一定の率を維持し、2010年以降増加傾向にある。

特に違法薬物使用が広がっているのは25歳以下の若者であり、25歳以下の若者のうち42%は大麻を使用したことがあるとのことだ。そのうち9%はその他の違法薬物を使用したことがある。

デンマーク全体では33,000人が薬物依存者で、そのうち11,000人が大麻依存者である。

15歳から16歳の学校生徒を対象とした2015年の調査によると、15歳から16歳における大麻や違法薬物の実験的な使用率は減少傾向にある。2011年に18%だった値が2015年には12%になっている。

薬物依存症での治療を受けている18歳以下の若者の数は2,167人。調査対象全体の約33%にあたる(2013年)。

過去30日間に16歳から24歳のうち8.5%が大麻を使用したことある。大麻以外の薬物に関しては1.6%が使用したことがある(2015年)。

(出典:デンマーク統計局「Narkotikasituationen i Danmark」)

デンマーク全体での大麻・その他の薬物の使用率は増加傾向にある。デンマークの16歳から24歳のうち過去30日間に大麻を使用したことのある人の割合は1994年に3.7%だったのに対し、2013年には8.5%に増加している。またデンマークの16歳から24歳のうち過去1ヵ月間に大麻以外の薬物を使用したことのある人の割合は2000年に3.0%だったのに対し、2013年には1.6%に増加している。

薬物依存の若者の多くが家族関係、学校生活、仕事において社会的な問題を抱えている。依存症をサポートしている自治体の社会サービス施設に相談にくる18歳以下の若者は深刻な教育(学校)・仕事・住居問題を抱えている。依存症の18歳以下の若者が抱える問題は、一部の若者にとっては薬物などの依存症によって引き起こされたものだといえるが、大半の若者にとっては乱用を始めた時期よりももっと以前から日常的にこれらの問題が発生していたことが分かっている。

## ●ヨーロッパにおける青少年の薬物使用の実態

欧州薬物・薬物依存監視センター(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction:ESPAD)が発行している「ESPAD 5 Report 2015 (Result from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs)」によると、ヨーロッパ諸国では大麻を入手しやすく、約30%の生徒が入手している。最も多いのはチェコ 50%、スロベニア 45%、ブルガリア 44%、リヒテンシュタイン 44%と続いている。

平均的に生徒の約3%の生徒が、13歳以下で大麻を経験する。最も大麻の使用率が高いのはモナコで8%、フランス、リヒテンシュタインは6%である。

また平均的にESPADに加盟しているヨーロッパ諸国の生徒の1～2%が、大麻を経験した後、不法薬物を使用している。

---

<sup>5</sup> ヨーロッパ40カ国以上の研究機関が、青少年の物質使用について協力して調査している。

## 3.2 アルコール依存

### 3.2.1 アルコール依存とは

厚生労働省のホームページでは、アルコール依存症とは「大量のお酒を長期にわたって飲み続けることで、お酒がないといられなくなる状態」と定義している。その影響が精神面にも、身体面にも表れ、仕事ができなくなるなど生活面にも支障が出てくる。またアルコールが抜けると、イライラや神経過敏、不眠、頭痛・吐き気、下痢、手の震え、発汗、頻脈・動悸などの離脱症状が出てくるので、それを抑えるために、又飲んでしまうといったことが起こる。

(抜粋:[http://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease\\_alcohol.html](http://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease_alcohol.html))

特に、未成年者にとってアルコールの害は深刻である。独立行政法人国立病院機構久里浜医療センターの樋口進院長は、著書「エビデンスにもとづいた新・アルコールの害」の中で、未成年者の飲酒が良くない理由として、下記の点を指摘している。

- ①法律で禁止されている→「未成年者飲酒禁止法」
- ②脳の成長・発達への障害が大きい。
- ③肝臓やその他の臓器への障害が大きい。
- ④急性アルコール中毒の危険が高い。
- ⑤アルコール依存度がより早く進行する。
- ⑥他の薬物の入門薬となり得る。
- ⑦危険な行為に走りやすくなる。

(抜粋:「エビデンスにもとづいた新・アルコールの害」少年写真新聞社)

特にアルコールの脳への影響について、樋口進院長は、以下の点を挙げている。

#### アルコールの影響(成人と比較して)

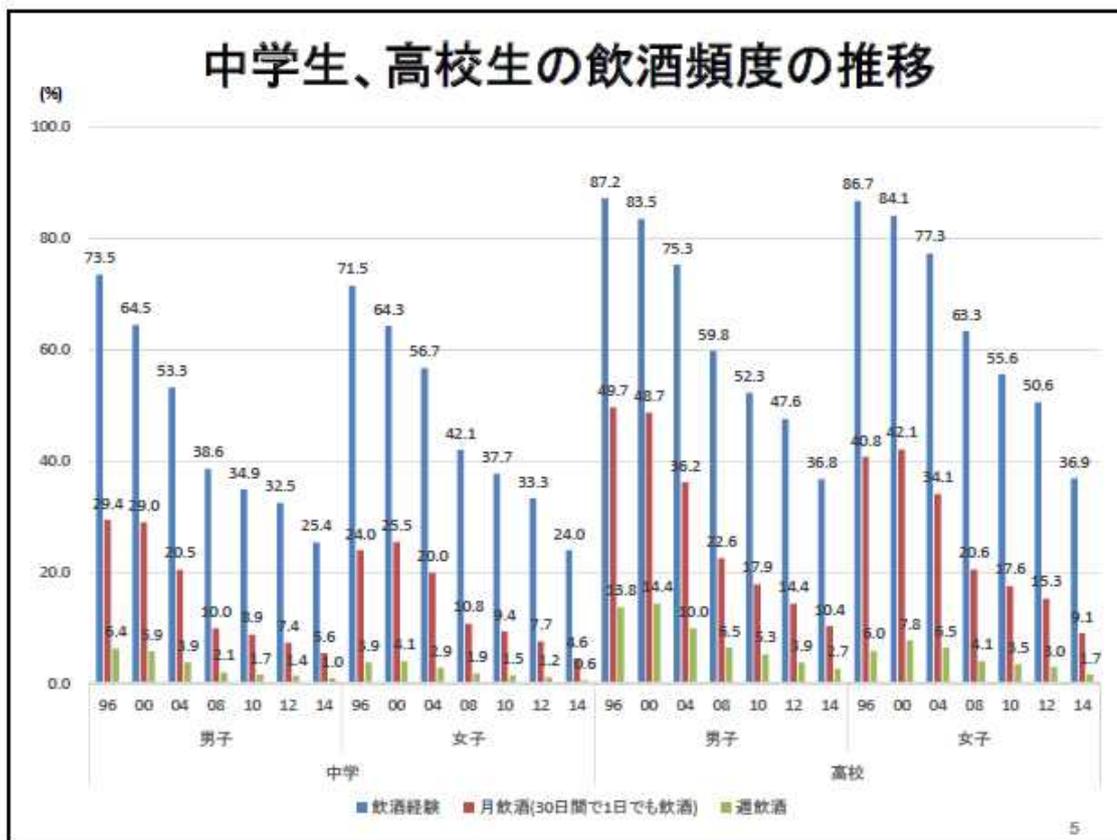
- ①行動の抑制が取れやすくなります。
- ②記憶機能をより低下させます。
- ③脳の神経細胞をより破壊しやすくします。
- ④アルコール依存を起しやすくします。

(抜粋:「エビデンスにもとづいた新・アルコールの害」少年写真新聞社)

### 3.2.2 日本の青少年の飲酒の実態

「未成年の健康課題及び生活習慣に関する実態調査研究」(平成 26 年～27 年度厚生労働科学研究費補助金による研究、研究代表者：大井田隆(日本大学医学部 公衆衛生学分野)) が 2 年ごとに行われている。この調査は、中高生の喫煙及び飲酒行動を調査し、喫煙及び飲酒行動に関連する環境要因、喫煙及び飲酒を取り巻く新たな問題を浮き彫りにしている。

1996 年から 2014 年の中高生の飲酒頻度の推移を図表 3-9 に示す。飲酒経験、月の飲酒の頻度ともに、減少している。



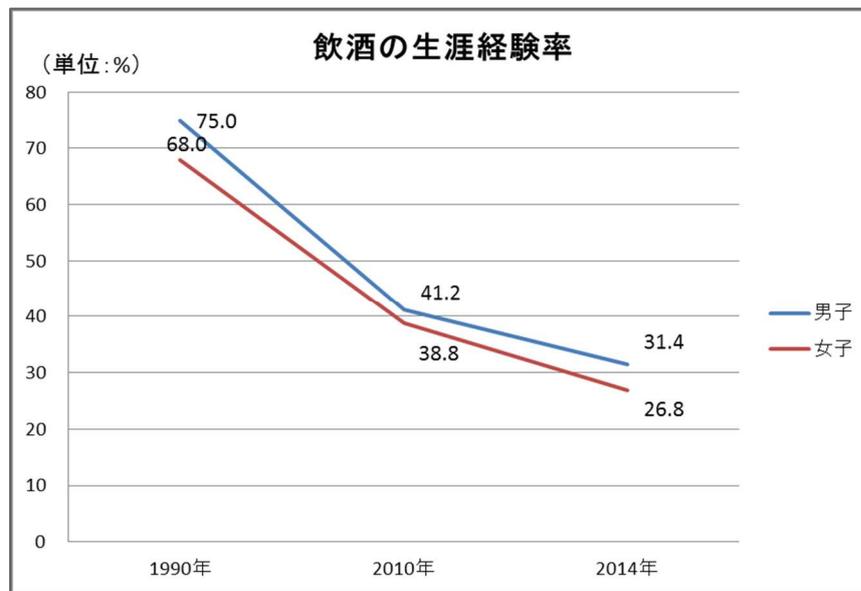
図表 3-9 中学生、高校生の飲酒頻度の推移

(抜粋:「未成年の健康課題及び生活習慣に関する実態調査研究」)

飲酒経験の減少傾向は、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターによる全国の中学生を対象にした「飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査」(2014 年)でも明らかである。

飲酒の生涯経験率(これまでに 1 回でも飲酒したことのある率)は、男子で 31.4%、女子では 26.8% である。

しかし、飲酒機会の多くは、「冠婚葬祭時」及び「家で家族と共に」の飲酒が多く、20 年前と変わっていない。保護者が一緒に飲酒という現状があり、保護者自身の意識の変革が求められる。



図表 3-10 飲酒の生涯経験率

(抜粋:「飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査」  
 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター)

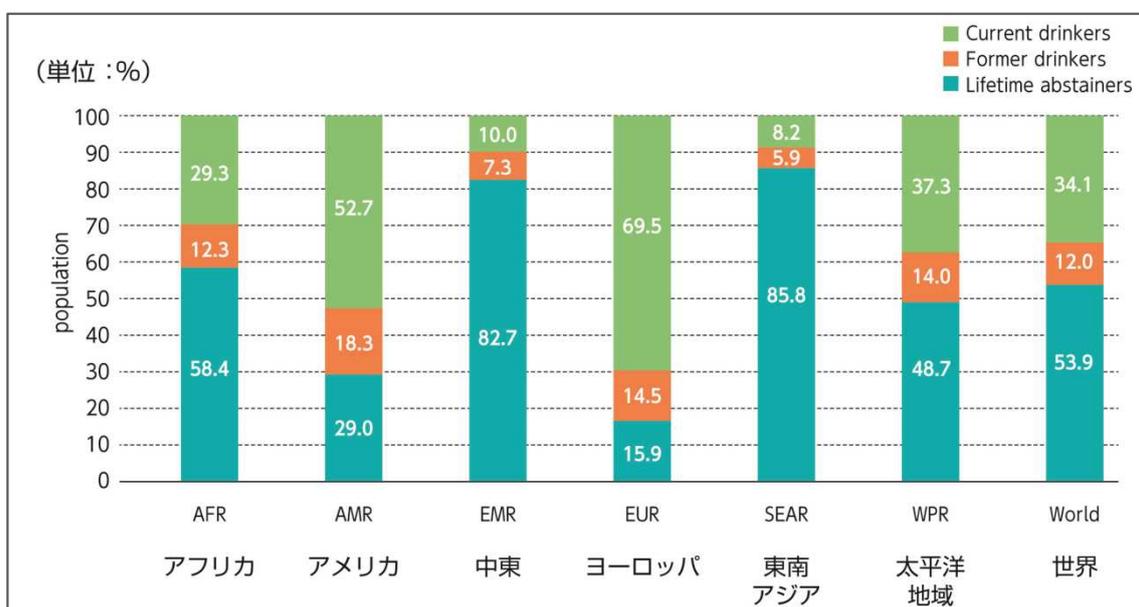
また、「アルコール健康障害対策基本計画」(平成 28 年 5 月 31 日 閣議決定)の「調査前 30 日に 1 回以上飲酒した者の割合」によると、1996 年と 2012 年を比較すると、高校生男子、高校生女子、中学生男子、中学生女子の全てにおいて、減少している。ただし、女子の飲酒した割合が男子よりも高くなっている。

### 3.2.3 世界における青少年の飲酒の実態

WHO の「世界の飲酒と健康の実態報告書 (Global status report on alcohol and health)」は世界のアルコール消費と健康問題を調査・分析して報告している。同報告書は地域、年齢、性別、社会経済の立場、アルコール規制による各国の実態を分析している。

一般的に世界の青少年の約 52%はお酒を飲んだ経験がない。飲んだ経験があるが、常に飲んでい  
るわけではない青少年は 12%、又 1 年の間にお酒を飲んだ経験がある青少年は 34%を占めている。  
地域別にみると、青少年の飲酒経験率が最も高い地域はヨーロッパ、アメリカである。

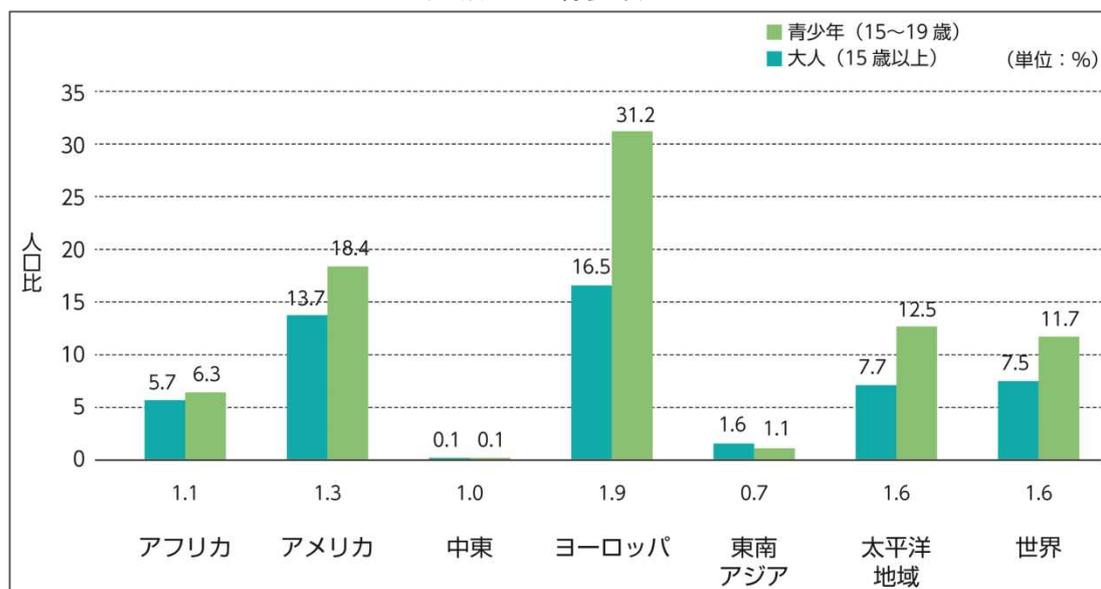
図表 3-11 世界における青少年(15~19 歳)の飲酒経験の割合  
(■ 飲酒経験者 ■ 1 年間禁酒した者 ■ 飲酒経験無しの者)



(抜粋:「Global status report on alcohol and health」 WHO)

図表 3-12 世界地域別の青少年と成人の暴飲経験の比較

(■成人 ■青少年)



(抜粋:「Global status report on alcohol and health」 WHO)

WHOは青少年の暴飲(Heavy episodic drinking (HED))に注目している。図表3-12は、成人と青少年を比較すると、青少年は暴飲の傾向が高いことが示されている。これにより、青少年は、大量に飲む危険性が高いことがわかる。暴飲は病気につながる危険要因とされている。

WHOの「世界の飲酒と健康の実態報告書(Global status report on alcohol and health)」は、有害な飲酒(alcohol related harm)に係る要因として

- ①アルコール消費量(volume of alcohol consumed)
- ②飲酒習慣(pattern of drinking)
- ③消費したアルコールの質(Quality of alcohol consumed)を挙げている。

またOECDの健康に関する統計「Health Statistics 2016」の中の飲酒に関する統計「アルコール消費量(Alcohol consumption)」は、世界のアルコール消費動向をまとめている。

図表 3-13 OECD の 1 人当たり年間アルコール消費量

(単位:リットル)

country	2000	2005	2010	2013	2000-2013
Australia	10.2	10.5	10.3	9.7	0.5
Austria	13.2	12.4	12.1	11.8	1.4
Belgium	11.2	12.3	10.2	11.8	-0.6
Canada	7.6	8	8.4	8.2	-0.6
Chile	6.2	7.6	7.9	..	..
Czech Republic	11.8	12	11.4	11.5	0.3
Denmark	13.1	12.7	10.3	9.4	3.7
Estonia	7.9	13	11.4	11.8	-3.9
Finland	8.6	10	9.7	9.1	-0.5
France	13.8	12.5	11.8	11.1	2.7
Germany	12.9	11.7	11.2	10.9	2
Greece	8.5	10	9	7.5	1
Hungary	12	13	10.8	10.6	1.4
Iceland	6.2	7.1	8.3	7.3	-1.1
Ireland	14.2	13.4	11.6	10.6	3.6
Israel	2.7	2.4	2.7	..	0
Italy	9.8	8.7	7	7.4	2.4
Japan	8.6	8.5	7.3	7.4	1.2
Korea	8.9	9	9	8.7	0.2
Latvia	7.1	9.9	9.8	10.4	-3.3
Luxembourg	13.1	11.8	11.4	11	2.1
Mexico	5.1	5.1	6.5	5.3	-0.2
Netherlands	10.1	9.6	9.2	8.7	1.4
New Zealand	8.9	9.3	9.6	9.2	-0.3
Norway	5.7	6.4	6.6	6.2	-0.5
Poland	8.4	9.1	10	10.8	-2.4
Portugal	11.9	13.3	12.3	10	1.9
Slovak Republic	11	11	10.1	9.9	1.1
Slovenia	11.2	10.3	10.3	9.5	1.7
Spain	11.1	11.9	9.8	9.3	1.8
Sweden	6.2	6.5	7.3	7.3	-1.1
Switzerland	11.2	10.1	10	9.9	1.3
Turkey	1.5	1.3	1.5	1.4	0.1
United Kingdom	10.4	11.4	10.1	9.4	1
United States	8.2	8.5	8.6	8.9	-0.7

(抜粋:「OECD Health Statistics 2016」)

2000年から2013年の統計から、デンマーク、フランス、アイルランド、イタリア、オランダが画期的にアルコール消費量を減らしている。日本も8.6リットルから7.4リットルに1.2リットル減少している。

効果をあげている国の飲酒政策は「最低価格制度」、「時間規制」、「広告規制」、「酒類扱い店の密度規制」などがある。その国と規制を整理した結果を図表3-14に示す。

図表 3-14 アルコール規制政策

規制の種類	国名	制度内容
最低価格制度	カナダ、スコットランド	アルコール 1 リットル当たりの価格を政府が決める政策
酒類販売時間規制	オーストラリア	夜 10 時以降の販売禁止、又販売店の営業日数も制限する。
広告規制	フランス 南アフリカ	エベン (Evin) 法による
酒類扱い店の密度規制	アメリカ スウェーデン	地域の面積と人口比例で酒類販売免許を許可することで酒類販売店の位置、営業時間を制限する

(出典:「根拠基盤のアルコール量減少政策」、韓国保健福祉部)

### 3.2.4 アメリカの青少年の飲酒の実態

アメリカの Healthy People 2020 のウェブサイト (<https://www.healthypeople.gov/>) には肥満、薬物乱用、アルコール乱用等公衆保健関連の様々な情報と勧告(「Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Alcohol Misuse」、アメリカ予防医療専門委員会<sup>6</sup>(U.S Preventive Services Task Force))を出している。そこに提示されているアルコール乱用(Alcohol Abuse)に関する勧告は、アルコール乱用の程度を4段階に定義している。アルコール量によって影響が異なることを示し、お酒の種類による飲酒量の目安を表している。

図表 3-15 アルコール乱用の定義

危険な飲酒	有害な飲酒	アルコール乱用	アルコール依存
男性の場合、1日4ドリンク以上、女性は3ドリンク以上飲む。	身体的、精神的に害をもたらす。	家庭や職場での仕事がおろそかになり、学業にも影響を及ぼす。飲酒運転、法的・社会的な問題を引き起こす。	アルコールを渴望する、飲み過ぎによって自制心を失う、身体的に依存する。
1ドリンクあたり	 ビール 12 オンス (約 340g)	または  ワイン 5 オンス (約 142g)	または  ウィスキー、ブランデーなどの蒸留酒 1.5 オンス (約 43g)

(抜粋:「Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Alcohol Misuse」  
U.S Preventive Services Task Force)

<sup>6</sup> 1984年に設立された独立の機関。アメリカ国民の健康を向上させるために、エビデンスに基づいた勧告を行っている。

NIDA が発表している 2016 年の「Monitoring the Future Study」によると、8 年生、10 年生、12 年生の飲酒率は、図表 3-16 の通りである。

図表 3-16 8 年生、10 年生、12 年生の飲酒率

	8 年生	10 年生	12 年生
生涯飲酒経験率	22.8%	43.4%	61.2%
過去 1 年間の飲酒率	17.6%	38.3%	55.6%
過去 1 カ月間の飲酒率	7.3%	19.9%	33.2%

(出典:「Monitoring the Future Study」 NIDA)

また、SAMHSA は「National Survey on Drug Use and Health」を発表し、12 歳から 17 歳までの生徒のアルコール摂取率を図表 3-17 の通りまとめている。

図表 3-17 12 歳～17 歳の飲酒率

	12 歳～17 歳
生涯飲酒経験率	28.4%
過去 1 年間の飲酒率	22.7%
過去 1 カ月間の飲酒率	9.6%

(出典:「National Survey on Drug Use and Health」(NSDUH)、SAMHSA)

アメリカ・国立アルコール乱用・依存症研究所<sup>7</sup> (The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism : NIAAA、以下「NIAAA」という) は、中高生の飲酒についてレポートをまとめている。

- ・ 15 歳までに、10 代の子供の 35%がお酒を飲んだ経験がある。
- ・ 18 歳までに、10 代の子供の 65%がお酒を飲んだ経験がある。
- ・ 2014 年の調査では、12 歳～17 歳の未成年者の 679,000 人 (この年齢層の 2.7%) は、アルコール障害である。このうち 367,000 人 (この年齢層の 3.0%) は女性である。
- ・ 55,000 人の未成年者 (男性 18,000 人、女性 37,000 人) は、施設で治療している。

(出典:NIAAA のホームページ <https://www.niaaa.nih.gov/>)

アメリカ・疾病管理予防センター<sup>8</sup> (Centers for Disease Control and Prevention : CDC) は、未成年者の飲酒について、下記のようにまとめている。

- ・ 21 歳以下の未成年者の飲酒は法律で禁じられているにもかかわらず、12 歳～20 歳の未成年者のアルコール消費量は、全米のアルコール消費量の 11%を占める。
- ・ 飲みすぎのために毎年 4,300 人以上が死亡している (2010 年調べ)。

2015 年の「Youth Risk Behavior Survey」によると

- ・ 33%の若者がかなりの量のアルコールを飲んでいる。
- ・ 18%の若者は過飲である。

<sup>7</sup>アメリカ国立衛生研究所 (NIH) 公衆衛生局 (United States Public Health Service) の下にある専門部局。

<sup>8</sup>アメリカ保健福祉省 (United States Department of Health and Human Services : HHS) 所管の感染症対策の総合研究所

---

### 3.2.5 ヨーロッパ諸国の青少年の飲酒の実態

#### ●デンマークにおける青少年の飲酒の実態

2013年の1年間に27,416名がアルコール依存症状(alkoholberuselse)及びアルコール肝疾患(leversygdom)の症状により医療機関での処置を受けた。

有害なアルコール使用者・アルコール依存症に対する費用は社会全体で最低130億デンマーククローネ(日本円で約2,130億円)に上るとされている(2015年)。

飲酒率は、

- ・16から24歳の若者で過去1週間にアルコールを摂取した割合は82.75%(2013年)
- ・アルコールの障害経験率は11歳男子22%、女子8%、13歳男子41%、女子34%、15歳男子81%、女子76%。(2014年)

青少年のアルコール疾患率と死亡率を見ると、

- ・2013年の1年間に15歳から19歳の1,450人がアルコール関係(アルコール依存症状(alkoholberuselse)及びアルコール肝疾患(leversygdom))の症状により医療機関での処置を受けた。
- ・毎年5名から9名の若者(15歳から24歳)がアルコール関係の症状により死亡している(2015年)。

青少年でアルコール依存症治療を受けている人の総数を見ると、

- ・アルコール依存症への薬の処方を受けている15歳から19歳は87人(2013年)、アルコール依存症治療を受けている15歳から19歳は40人(2013年)である。

#### ●ヨーロッパにおける青少年の飲酒の実態

「ESPAD Report 2015」によると、ヨーロッパ諸国の生徒が生涯の飲酒経験率は平均で80%である。最も経験率が高いのはチェコ、ギリシア、ハンガリーで93%である。60%以下の国は、アルバニア、ノルウェーである。

過去30日間で飲酒した率の平均は48%である。

### 3.3 喫煙依存

#### 3.3.1 喫煙依存とは

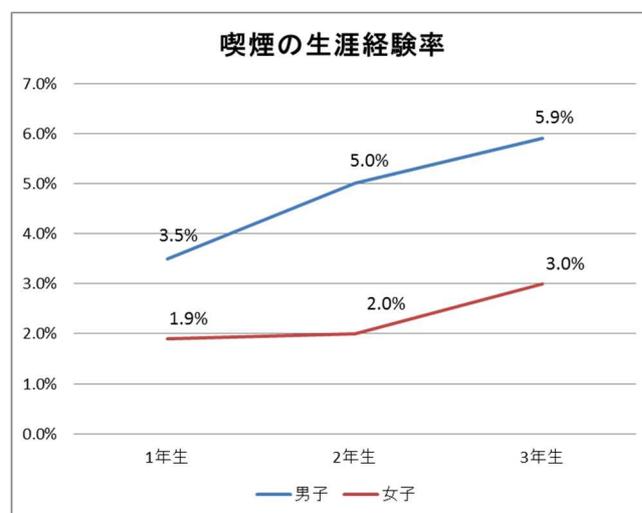
日本医師会が発行している「すすめよう禁煙」<sup>9</sup>では、「やめられない喫煙はニコチン依存症」と言っている。喫煙依存症は、身体的依存と心理的依存という2つの側面がある。

ニコチンは肺から吸収され、脳内に刺激を与え、喫煙者は快感や報酬感を感じる。喫煙を繰り返すと、ニコチンがないとイライラしたり、落ち着かなくなったりして、禁断症状が表れる。これを身体的依存という。

喫煙者は、喫煙するとストレス解消になる、気分がスッキリする、集中力が高まるといったように錯覚し、タバコはなくてはならないものと勘違いしてしまう。そして禁煙すると、楽しみが奪われると思ってしまう。そのような心理から、心理的依存に陥る。

#### 3.3.2 日本の喫煙経験の実態

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターの、中学生を対象とする「飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査」(2014年)によると、喫煙の生涯経験率(これまでに1回でも喫煙したことのある者の率)と学年の間には、男女共に有意差が認められ、学年が進むにしたがって、生涯経験率が増加する傾向があることが明らかになった。

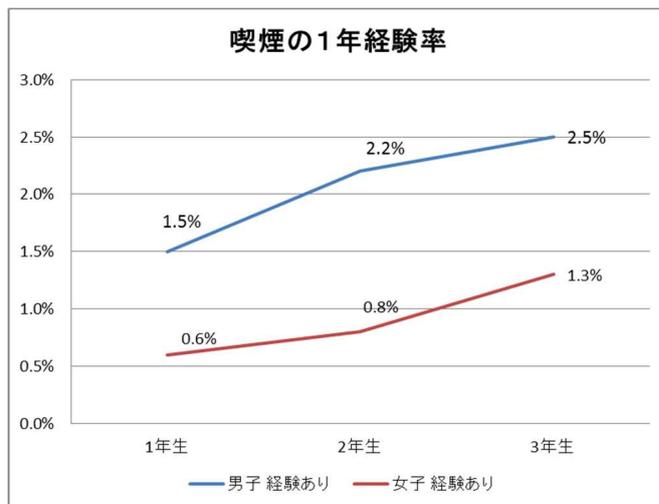


図表 3-18 「学年ごとの喫煙の生涯経験率」

(出典:「飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査」  
国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター)

<sup>9</sup> <http://dl.med.or.jp/dl-med/nosmoke/susumeyou.pdf>

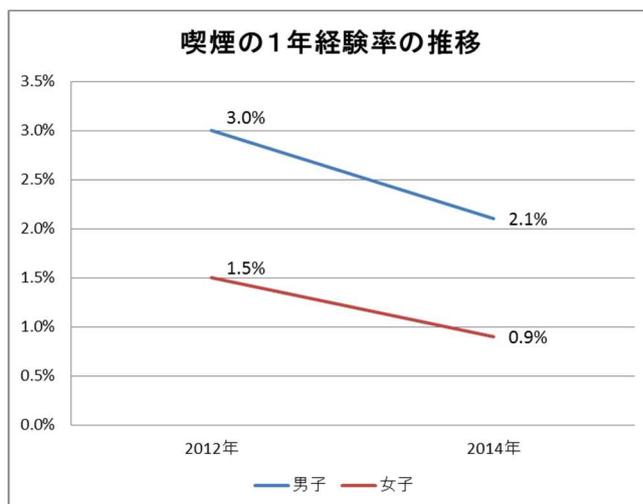
1年喫煙率（この1年間に1回でも喫煙したことのある者の率）と学年との間についても、学年が進むにしたがって、経験率が増加する傾向が認められた。



図表 3-19 「学年ごとの1年喫煙率」

（出典：「飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査」  
国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター）

なお、2012年と2014年を比較すると、喫煙の1年経験率は減少している。



図表 3-20 「喫煙の1年経験率の推移」

（出典：「飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査」  
国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター）

### 3.3.3 世界の喫煙の状況

WHO は 2003 年 5 月、「タバコの規制に関する世界保健機関枠組条約（タバコ規制枠組条約、Framework Convention on Tobacco Control : FCTC）」を採択した。タバコ規制枠組条約は、喫煙が健康・社会・環境及び経済に及ぼす悪影響から、現在及び将来の世代を守ることを目的としている。日本は 2004 年 3 月 9 日に署名し、条約締結国となり、2005 年 2 月 27 日に発効した。内容は、以下の通りである。

- ①職場等の公共の場所におけるたばこの煙にさらされることからの保護を定める効果的な措置をとる。（受動喫煙の防止）
- ②たばこ製品の包装及びラベルについて、消費者に誤解を与えるおそれのある形容的表示等を用いることによりたばこ製品の販売を促進しないことを確保し、主要な表示面の 30%以上を健康警告表示に充てる。
- ③たばこの広告、販売促進及び後援（スポンサーシップ）を禁止し又は制限する。
- ④たばこ製品の不法な取引をなくするため、包装に最終仕向地を示す効果的な表示をさせる等の措置をとる。
- ⑤未成年者に対するたばこの販売を禁止するため効果的な措置をとる。
- ⑥条約の実施状況の検討及び条約の効果的な実施の促進に必要な決定等を行う締約国会議を設置する。締約国は、条約の実施について定期的な報告を締約国会議に提出する。

「タバコの規制に関する世界保健機関枠組条約」の第 16 条において、未成年者に対するタバコの販売を禁止するため効果的な措置をとること、青少年向けの禁煙教育を実施することを規定している。これから分かるように、条約締結国は青少年をタバコの手から守る努力をしてきた。

その結果、タバコの喫煙と健康の関係を示す調査報告書「Report on the Global Tobacco Epidemic」(WHO の調査) と経済協力開発機構 (OECD) が加盟国別に調査した「喫煙率調査」の結果が示すように、世界の青少年の喫煙率は下がる傾向にある。

OECD が実施する世界各国の青少年の喫煙率調査の対象者は 15 歳から 24 歳までの青少年である。喫煙者の喫煙率がピークになる年齢が 20 歳から 24 歳までの青年時期 (Yong Youth) で、この青年の喫煙に大きく影響を与えるのが少年 15 歳から 20 歳未満の喫煙経験である。そのため、15 歳から 24 歳までの時期における喫煙経験に注目している。

OECD の「喫煙率調査」によると、2000 年から 2015 年までの青少年の喫煙率を見てみると、高い喫煙率を表す赤色が低い喫煙率を表す青色へ変わっている。全体的に青少年の喫煙率は下がっている。

ヨーロッパ諸国が全般的に禁煙教育に成果を上げている。特にアイスランド(20.8%から 4.5%)、ノルウェー (29%→4%)、デンマーク (24%→6%) は 2 桁の喫煙喫煙率が 1 桁まで下がっている。またカナダ (22.6%→9.9%)、アメリカ (21%→11%) は緩い変化ではあるが、禁煙教育を着実に進め、成果が出始めている段階である。

OECD の加盟国ではない中国、アフリカ、アジア諸国の状況は WHO の「Report on the Global Tobacco Epidemic」に詳しく示されている。

(単位:%)

country	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Australia	..	20.5	..	..	17	..	..	13.4	..	..	12.6	..	..	11.3	..	..
Austria	..	..	..	..	..	..	29.4	..	..	..	..	..	..	..	26.8	..
Belgium	..	24.6	..	..	22.9	..	..	..	18.7	..	..	..	..	17.2	..	..
Canada	..	22.6	..	18.6	..	15.3	..	16.5	15.7	14.4	13	12.1	12.7	11.9	9.9	..
Chile	..	..	..	42.1	..	..	..	..	..	30.1	..	..	..	..	..	..
Czech Republic	..	..	23.4	33.3	29.9	26.8	30.1	30.2	31.1	32.7	27.8	28.2	33.2	29.8	27	..
Denmark	21	24	21	21	19	..	17	..	..	..	17.5	..	..	14	6	..
Estonia	27.3	..	26.9	..	30.8	..	27	..	22.5	..	25.6	..	21.9	..	15.3	..
Finland	22	26.3	24.4	21.8	22.6	19.9	19.2	19.4	15.5	14	17.7	13.2	14.9	10.2	13.1	..
France	..	..	33.4	..	31.7	..	30.7	..	30	..	25.6	..	27.9	..	23.5	..
Germany	..	..	..	27.9	..	26.2	..	..	..	22.4	..	..	..	18.5	..	..
Greece	..	..	..	..	..	..	..	..	..	9.7	..	..	..	..	17.2	..
Hungary	..	..	..	..	..	..	..	..	..	27.5	..	..	..	..	27.2	..
Iceland	20.8	22.8	22.4	20.2	18.3	19.2	18.9	18.5	17	15.5	10.8	9.4	13.3	7.5	10.6	4.5
Ireland	..	..	30	..	..	..	..	27	..	..	..	..	..	..	..	13
Israel	..	..	19.1	..	21.6	..	23.9	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Italy	21.9	21.6	22.1	22.2	..	21.8	21.4	20.7	21.7	21.6	21.5	21.4	20.7	20.3	18.4	18.4
Korea	..	14.2	..	..	..	18.6	..	18.3	20	20	14	18	14.9	15.2	12.4	..
Luxembourg	..	36	38	39	34	29	25	24	23	19	16.9	14.4	14.6	14.3	13	11.3
Mexico	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6.5	..	..	..	..	..	6.4
Netherlands	..	28.9	28.4	28.1	23.1	21.3	21.5	20.9	19.4	20.8	21.1	18.6	17.6	17.5	18.2	..
New Zealand	..	..	..	..	..	..	24	20.4	21.9	21	..	..	19	16.2	16.2	15.9
Norway	29	29	26	25	24	23	20	17	15	17	12	11	7	7	5	4
Poland	..	..	..	..	..	..	..	..	..	15.6	..	..	..	..	..	..
Portugal	..	..	..	..	..	..	20.2	..	..	..	..	..	..	..	15.1	..
Slovak Republic	..	..	..	..	..	..	..	..	..	16.2	..	..	..	..	18.5	..
Slovenia	..	..	..	..	..	..	..	18.3	..	..	..	..	..	..	16.3	..
Spain	..	..	..	..	..	..	26.9	..	..	26.3	..	21.7	..	..	18.5	..
Sweden	15.7	16.2	14.5	13.1	12.5	10.3	12	12.7	12.6	14.3	12.4	12.3	12.5	11.2	11.5	..
Switzerland	..	..	31.8	..	..	..	..	21.9	..	..	..	..	22.7	..	..	..
Turkey	..	..	..	32.9	..	..	..	..	21.7	..	16.4	..	16.9	..	..	..
United Kingdom	..	..	..	..	..	..	25.5	26.1	26.4	24.8	23.1	24.2	22.2	23.4	..	..
United States	21	20.7	21.4	18.4	17.9	18.5	16	15.4	16	15.2	14.1	13.2	12.6	13.1	11.1	..

図表 3-21 世界各国の青少年の喫煙率

(抜粋:「喫煙率調査」 OECD)

### 3.3.4 アメリカにおける青少年の喫煙の実態

アメリカ疾病予防管理センター（Center for Disease Control and Prevention：CDC、以下「CDC」という）の調査によると、アメリカでは、喫煙により毎年約 48 万人が死亡し、医療費などがかさみ、年間 35 兆円もの損害がある。喫煙者の 90%は 18 歳までの間に喫煙を経験している。一度喫煙を経験すると、大人になってからもスモーカーになる。アメリカ政府は、子供が喫煙しないように取り組まないと、子供が大人になって早死にしてしまうと危機感を抱き、CDC は、10 代の子供の喫煙対策に乗り出している。CDC が発行している「Youth and Tobacco Use」によると、「今の状況の喫煙を続けていると、18 歳以下の青少年の 560 万人は喫煙が原因の病気で早死にする」と警告している。

また、アメリカ食品医薬品局（FDA）は 2009 年から紙タバコに対し規制している。

2014 年、CDC が発表した「National Youth Tobacco Survey (NYTS)」によると、高校生の 22.9%、中学生の 6.5%が、過去 30 日の間に喫煙したことがある。生涯喫煙率は、高校生 46%、中学生 17.7%である。中高生のときに喫煙し始めた人の 4 分の 3 は、大人になってからも喫煙を続けている。そのため、中学校、高校での禁煙教育は重要ととらえている。

アメリカ the Surgeon General（公衆衛生局長官）が 2014 年に発行した「The Health Consequences of Smoking 50 Years of Progress」は以下の点を問題視している。

- ・18 歳未満の 3,200 人以上の子供が、毎日喫煙している。そのため、喫煙依存症になる危険性、健康（特に肺）への悪影響の可能性がある。
- ・アメリカのタバコ産業は、18 歳～25 歳の若者をターゲットにしている。タバコの広告が、テレビ、雑誌、インターネットなどに掲載され、若者や子供に影響を与えている。
- ・フルーツやキャンディの風味のタバコ、煙がでないタバコ、スティック状の水溶性のタバコなど新種のタバコを売り出し、子供たちの関心を引きつけていることを問題視している。

SAMHSA は、全米の 12 歳以上の市民を対象にしたタバコの使用に関する統計情報 the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)を公表している。その中で、青少年を対象に実施した青少年危険行動調査（「National Youth Risk Behavior Survey」）と青少年タバコ調査（「National Youth Tobacco Survey」）を行い、報告書（「Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults」）を公表した。

同報告書は、若者に焦点をあて（11～14 歳、15～17 歳、18 歳～25 歳の年齢層に分けている）、タバコの健康上の影響、喫煙防止を調査している。

同報告書の結論は、以下の通りである。

- ①未成年のときに喫煙を経験すると、依存症を引き起こす可能性が高く、一生涯病気に苦しむことになる。
- ②喫煙を予防する教育は、未成年のときに始める必要がある。その理由は、未成年者の 88%が 18 歳までに喫煙を経験し、若者の 99%が 26 歳までに喫煙を経験するからである。
- ③タバコ会社の宣伝、広報活動により、未成年者が喫煙を続ける結果になっている。
- ④地道な努力により、未成年者のタバコの喫煙は減った。
- ⑤マスメディアのキャンペーン、タバコ製品の値上げ、タバコ税の増税、州レベル、地域レベルでの学校での予防教育が功を奏して、未成年者の喫煙が減った。

### 3.3.5 韓国における青少年の喫煙の実態

韓国では、青少年の健康関連事業の事業評価指標として管理・活用するため毎年統計データを作成し、経年変化を追跡し、分析している。その統計データの集計方法は地域、学校類型別に 800 校の中学校と高校を選定して毎年異なる標本を抽出する。インターネット依存、喫煙経験、アルコール依存等 14 領域の 125 問の調査項目をウェブ上で生徒が直接入力する方法でアンケート調査を行う。2015 年度の生徒のネットアンケートの参加率は 95%で匿名性が保証された環境でより正直な回答が得られたと評価されている。

またこの健康関連データは一般にも公開され、2015 年度時点で学位論文 23 件、学術誌 94 件、その他 12 件でデータを提供して研究にも活用されている。

図表 3-22 韓国における青少年健康実態オンライン調査

指標	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
喫煙の経験率	27.4	28	27.9	28	27.4	26	26.3	24.6	21.4	19.9	17.4
現在喫煙率	11.8	12.8	13.3	12.8	12.8	12.1	12.1	11.4	9.7	9.2	7.8
毎日喫煙率	3.9	5.4	5.9	6.5	6.7	6	6.1	5.4	4.8	4.8	3.8
月20日喫煙	5	6.5	7.2	7.8	7.8	7	7.2	6.6	5.7	5.6	4.6
毎日10本以上喫煙	2.1	3	3	2.8	2.9	2.8	2.8	2.3	1.9	2.1	1.4
進学前の喫煙経験 (中1対象に)	13.1	10.7	11.4	11.2	10.7	9.5	8	8.1	5.9	4.8	3.3
家庭内の受動喫煙 週1回以上	-	40.3	46.9	46.8	41.2	40.8	39.6	32.9	30.7	33.8	29
タバコ購買の容易性 (喫煙者を対象に)	57.7	66.3	65	67.5	64.8	65.7	65.2	64	62.5	64.7	64.9

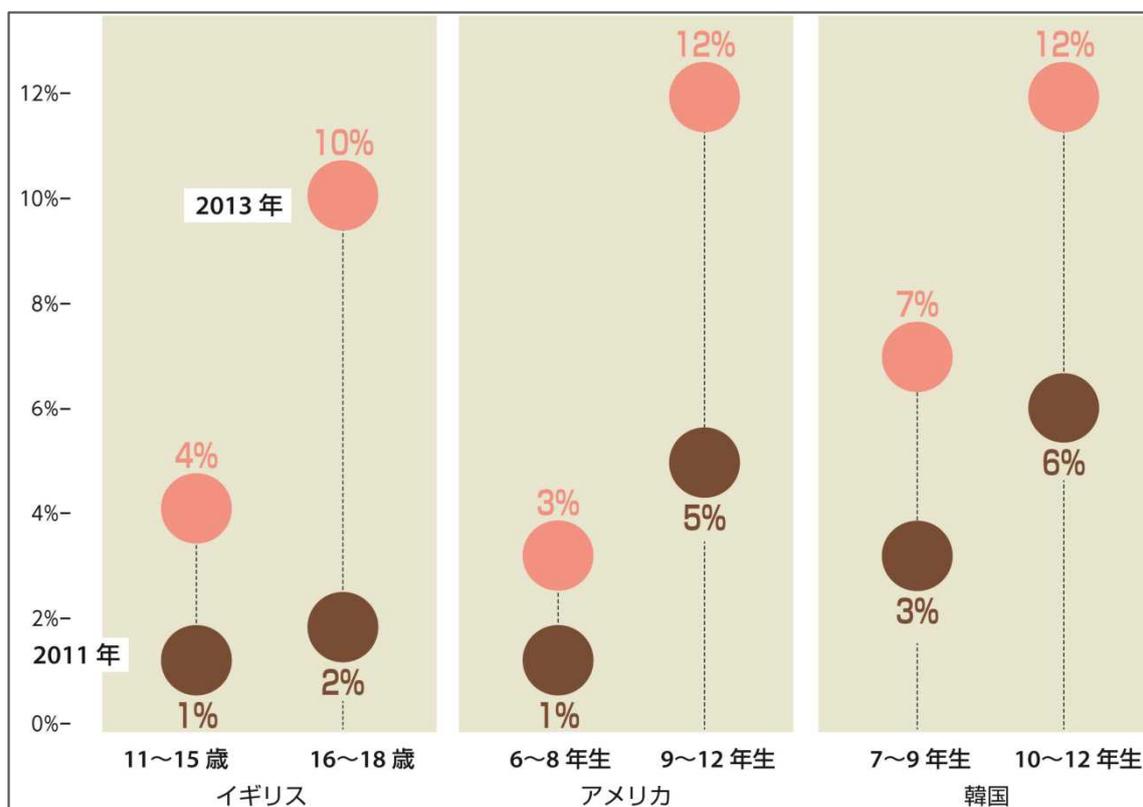
(抜粋:「青少年健康実態オンライン調査の概要及び進行事項について」韓国教育科学部と保健福祉部)

### 3.3.6 電子タバコ(e-cigarette)

従来の喫煙は、大幅に減少しているが、電子タバコが欧米を中心に広がっている。その背景には、電子タバコのメーカーがマーケティングに力を入れ、若者にターゲットをあてている。電子タバコの製品は、簡単にネットで注文することができる。

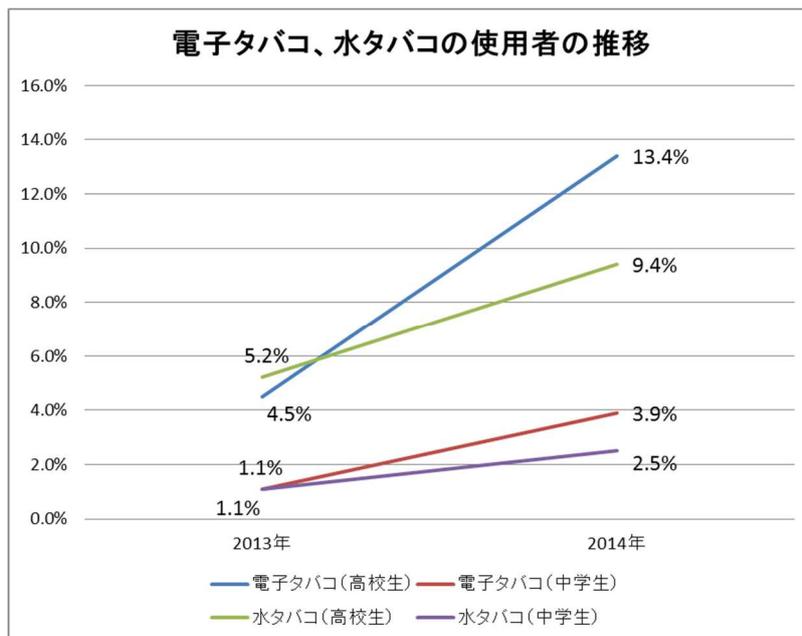
電子タバコとは、専用の液体リキッドを加熱して発生する蒸気を吸うもの。煙を吸わないため、体内に発がん物質のタールが蓄積しないと言われるが、他の有害な化学物質を体内に取り込むために身体への悪影響が懸念されている。

調査によると 2011 年から 2013 年の間、イギリスでは 11～15 歳が 1%→4%、16～18 歳が 2%→10%へと増加。アメリカでは、6～8 年生が 1%→3%、9～12 年生が 5%→12%へと増加、韓国では 7～9 年生が 3%→7%、10～12 年生が 6%→12%へと増加したと報告した。



図表 3-23 各国の青少年の電子タバコの使用率の増加

(抜粋: 「Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group 2011、Youth Smoking Survey 2012  
Florida Department of Health 2012)



図表 3-24 アメリカにおける電子タバコ、水タバコの使用者の推移

(出典:「Surgeon General's Reports」CDC)

2016年にアメリカのCDCが発表した「Surgeon General's Reports」は、以下のように注意を喚起している。

- ①電子タバコが急速に普及し、多種多様な製品が出回っている。喫煙者がエアゾールを吸い込むことにより、ニコチンをはじめ依存物質や香りが体内に取り込まれる。
- ②若者が電子タバコを使用しており、健康面の悪影響が懸念される。18歳～24歳の喫煙者は、25歳以上の喫煙者を上回っている。
- ③若者は電子タバコをごく普通に喫煙している。2014年には、電子タバコ喫煙率は従来のタバコを上回った。電子タバコの喫煙は、他のタバコ製品の喫煙と深く関連している。
- ④ニコチンを含む製品を取り込むことは、若者、妊娠している女性、胎児にとって非常に危険である。どんな形であっても、ニコチンを体内に取り込むことは危険である。
- ⑤電子タバコのエアゾールは、有害である。エアゾールには、ニコチンなどの有害物質が含まれている。思春期にニコチンを吸入すると、依存を引き起こし、脳にも悪影響を及ぼす。
- ⑥電子タバコは、香りをつけることにより広く普及し、又、多彩なメディアチャンネルから広報されている。
- ⑦国、州政府、地域など様々なレベルで対策がとられなければならない。電子タバコについての行動計画を従来のタバコの政策に組み込む、電子タバコの価格を値上げしたり、税をかけたことにより若者が電子タバコを入手できないようにする、流通の免許下付、若者を引きつけるようなマーケティングに規制をかける、若者を対象にした教育などを検討しなければならない。

喫煙の新しい傾向がみられる中、新しい喫煙手段、喫煙習慣に合わせて喫煙予防教育を開発し適用する必要がある。

またアメリカ政府は、喫煙は病気を引き起こす原因となることに注目し、タバコを取り巻く様々な要素について綿密に調査・分析を行い、喫煙に影響を及ぼす要素を洗い出し、相関関係を究明している。

---

### 3.3.7 受動喫煙

WHO は、全世界で受動喫煙によって毎年数十万人の非喫煙者が死亡していて、国を問わず青少年が受動喫煙の煙に曝されている現状を示している。年齢が低いほど血清ニコチン濃度は高くなる傾向がある。従来、受動喫煙の主な被害者は乳児と非喫煙者の女性との認識が一般的だったが、WHO の他、多数の研究（[WHO] Regional Office for Europe、2007）、Öberg、Jaakkola、Prüss-Üstün、Schweizer、Woodward(2010) は、0歳から14歳の子供の40%が受動喫煙にさらされていることを明らかにした。

青少年は家庭で親から、又学校や公共の場では友達から頻繁に煙に曝されている。目のかゆみ、目の痛み、のどの痛み、頭痛、吐き気、咳、喘鳴、呼吸抑制等々の軽い症状だけでなく、慢性的な影響により、がん、心臓疾患及び呼吸器系疾患等まで様々な疾病の危険が高まる健康上の問題を引き起こす。またこのような身体的・精神的な悪影響を受けるだけでなく、思春期は友達との関係を大事にする特徴があり、身近な人の煙を吸う受動喫煙が直接喫煙につながる危険性も高まることに注目している。

## 3.4 ギャンブル依存

### 3.4.1 ギャンブル依存とは

いわゆるギャンブル依存については、医学的定義では「習慣および衝動の障害」の категорияに入っており、「病的賭博」(Pathological gambling)として、ICD-10の中で診断ガイドラインが定められている (P4 参照)。

また、アメリカ精神医学会は、「精神疾患の診断と統計マニュアル」(DCM)を出している。2013年のDSM-5の改訂に伴い、ギャンブル依存は「Gambling disorder (ギャンブル障害)」という疾病名に変更された。同時に、「Substance Use and Addictive Disorders (物質使用障害と嗜癖障害)」のcategoryに入れられることになった (ギャンブル障害の判断基準については P6 参照)。

### 3.4.2 青少年のギャンブル依存のスクリーニング・テスト

一般的なギャンブル依存度の尺度ではなく、青少年向けで現在用いられている尺度を以下に示す。

#### ●SOGS-RA (South Oaks Gambling Screen)

SOGS-RAは、アメリカのサウスオークス財団がギャンブル依存症の診断のために開発した質問表「サウスオークス・ギャンリング・スクリーン (SOGS)」を青少年向けに改定したものである。16項目の質問があり、その回答結果から算出した点数が4点以上の場合、「ギャンブル依存症」と診断される。2点～3点の場合は、将来ギャンブル依存症になる可能性が高い危険群と分類される。検査時間が5分～10分程度で済むため、幅広く用いられている。

質問表は、以下のサイトに掲載されている。

<https://www.problemgambling.ca/EN/ResourcesForProfessionals/Pages/SouthOaksGamblingScreen.aspx>

#### ●DSM-IV-J (青少年向け精神障害のスクリーニングと統計マニュアル)

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)<sup>10</sup>を基に青少年のギャンブル依存を診断するために開発された質問票である。質問には精神障害を生じる病的ギャンブルに関する執着、禁断、統制喪失、逃避、嘘、不法行為等と、青少年の親との関係、学校生活に関する項目がある。特に青少年がどのようにお小遣いを得ているか、交通費、給食費などをギャンブルに回しているか、窃盗や万引きの経験があるかについて質問している。

図表 3-25 DSM-IV-J(青少年向け精神障害の診断と統計マニュアル)の概要

症状	説明
熱中する	ギャンブルのことばかり考えている (例:過去のギャンブルを思い出したり、次にギャンブルするときのことを考えて予測したり計画したり、ギャンブルをするためのお金をどうやって得るかということばかり考えている)。
掛け金が増える	望んでいた期待感・高揚感を得るためにだんだんギャンブルにつぎ込むお金の額が増える。
イライラする	現実に直面している問題について考えようとせず、ギャンブルをする。ある

<sup>10</sup> P5を参照。

	いは問題から逃げるため、問題から起きる様々な不快な気持ちやストレスを解消するためにギャンブルをする。
負けを追いかける	ギャンブルで損をした後、その負けを取り戻そうと又ギャンブルをする。
嘘をつく	ギャンブルをやり続けるために、もしくはギャンブルによって生じた借金を含めた諸問題を隠すために嘘をつく（例：ギャンブル掛け金に交通費、見学料を使った。）
止められない	ギャンブルをなんとか止めよう、あるいは減らそうと努力するが、うまくいかない。
犯罪をする	ギャンブルをする金やギャンブルで作った借金を返済するために 偽造、詐欺、窃盗、横領などを犯す：青少年向けには家庭で親の財布からお金を抜き取ったり、商店で万引きをしたりするなど中身を変えている。
生活が破壊する	ギャンブルのために大切な家族関係、友情関係、仕事、教育を受ける機会などを失いそうになる、あるいは失った。
借金をする	ギャンブルによって破滅的になった経済状況を借金によって一時的に対処しようとする。

（出典：「青少年向けギャンブル依存診断尺度の妥当性についての研究」<sup>11</sup>、韓国）

#### ●Canadian Problem Gambling Index (CAGI)

カナディアン・コンソーシアム<sup>12</sup> (The Canadian Consortium for Gambling Research : CCGR) は、カナダ全地域のギャンブル依存症を把握し、推定率を計算し、それを青少年向けギャンブル対策・教育プログラムを立案するために活用している。

CAGI は、Trembley, Stinchfield Wiebe, Wynne が開発した青少年向けのギャンブル依存診断尺度である。13歳~17歳の中高校生を対象に問題行動を判断する質問票が設定されている。

質問票には、ギャンブル活動のタイプ、参加回数、掛け金の総額、費やした時間、ギャンブルの結果と深刻さについて 24 項目の質問が記載されている。診断の結果は 1 水準 (Green) 問題ない、2 水準 (Yellow) 低いもしくは中間並みの問題、3 水準 (Red) 深刻な状態の 3 つに分けられる。

この診断尺度は、日本に適用して診断された実績がないが、青少年向けギャンブル依存尺度として世界で広く使われている。

<sup>11</sup> 韓国の資料はアメリカの「Youth Gambling: Prevalence, Risk and Protective Factors and Clinical Issues」を参考に作成された。

<sup>12</sup> ギャンブルに関する規制、治療について研究しているカナダの団体。

### 3.4.3 日本のギャンブル依存の実態

2014年8月、「厚生労働省科学研究費補助金 WHO 世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究」(研究代表者=樋口進・国立病院機構久里浜アルコール症センター院長)に基づき、ギャンブル依存症と疑われる人が約536万人に上るとの推計値が公表された。研究班は、厚生労働省の科学研究費補助金を受け、日本の成人の飲酒行動や他の依存等に関する実態調査を行った。調査は2013年7月、国民のなかから無作為に抽出した7,052人のうち承諾を得られた4,153人に面接し、アルコールや他の依存、うつ病などを評価した。

研究班の調査結果は、図表3-26の通りである。男女比で見ると、男性8.8%、女性1.8%である。外国のギャンブル依存者の比率と比べてみると、圧倒的に高い。

図表 3-26 世界各国のギャンブル依存症有病率

国名	調査年	調査数(人)	有病率(%)	
オーストラリア	2001	276,777	男性	2.4
			女性	1.7
カナダ	2002	4,603		0.9
フランス	2008	529		1.24
香港	2001	2,004		1.8
ニュージーランド	2000	1,029		0.8
韓国	2006	5,333		0.8
スウェーデン	1997	7,139		0.6
スイス	2008	2,808		0.5
アメリカ(ルイジアナ)	2002	1,353		1.58
日本	2008	4,123	男性	9.6
			女性	1.6
	2013	4,153	男性	8.8
			女性	1.8

(出典:2014年 厚生労働省の研究班による「日本の成人の飲酒行動や他の依存等に関する実態調査」)

青少年を対象にしたギャンブル依存に関する調査結果はない。

日本では、駅前や幹線道路沿いにパチンコ店、スロット店が数多くあり、アクセスのしやすさから、若者が気楽にパチンコやスロットを始めてしまう環境が整っている。しかし、日本ではパチンコ、スロットは「遊技」とされており、ギャンブルとみなされていない。

「病的ギャンブリング(いわゆるギャンブル依存)の概念の検討と各関連機関の適切な連携に関する研究」(厚生労働科学研究補助金(障害者対策総合研究事業)平成23年度分担研究報告書 2012)によると、ギャンブルを始める年齢の平均は、男性は18歳、女性は24歳である。

### 3.4.4 世界のギャンブル依存の実態

世界の青少年のギャンブル依存度は図表 3-27 の通りである。スウェーデン、マレーシア、韓国では、毎年調査が行われているが、青少年のギャンブル依存の調査は少ない。カナダのノバスコシャ、オンタリオ州では積極的に調査が行われている。

図表 3-27 世界のギャンブル依存度の有病率

国名	発表機関・著者	調査 年度	ギャンブル有病率 (%)			備考
			危険な ギャンブル	問題のある ギャンブル	合計	
イギリス	The Gambling Commission /Wardle et al.	2011	1.8	0.7	2.5	-
		2007	1.4	0.5	1.9	-
フランス	Barometre sante	2011	0.9	0.4	1.3	-
オーストラリア	Productivity Commission	2010	1.7	0.7	2.4	全国平均
	Queensland Government	2010	1.6	0.37	1.97	クィーンズランド
ニュージーランド	Ministry of Health	2009	1.3	0.4	1.7	-
アメリカ	Gonnerman, M.E. & Lutz, G.M.	2011	2.6	0.6	3.2	アイオア州
	Volberg, R.A. & Bernhard, B.	2006	2.2	0.6	2.8	ニューメキシコ州
カナダ	Kairouz.S et al	2011	1.3	0.7	2	ケベック州
	Statistics Canada	2008	1.5	0.2	1.7	
ノルウェー	Pran.KR. & Ukkelberg	2010	2.3	2.1	4.4	-
スウェーデン	National	2012	1.0	0.4	1.4	
マレーシア	National	2011	2.9	0.8	3.7	
韓国	National	2016	3.8	1.3	5.1	

(出典:「韓国ギャンブル監督委員会の海外動向調査報告書」)

ギャンブル有病率が高い国は、イギリス、オーストラリア、アメリカ、ノルウェー、マレーシア、韓国である。

---

### 3.4.5 アメリカの青少年のギャンブル依存の実態

アメリカの14歳～21歳の若者の2.1%が、ギャンブル障害に苦しんでいる。また、6.5%がギャンブル障害の危険性がある。

アメリカでは、ギャンブルを始めるのは高校生又は大学生からである。12歳未満の年齢でギャンブルを始めた子供は、ギャンブル依存症になる確率が4倍高いという調査結果がある。

SAMHSAは「Leading Change 2.0: Advancing the Behavioral Health of the Nation 2015-2018」の中で、2018年までの6つの基本戦略を明らかにしている。

(1) 戦略1：「Prevention of Substance Abuse & Mental Illness」（薬物乱用と精神的な病）

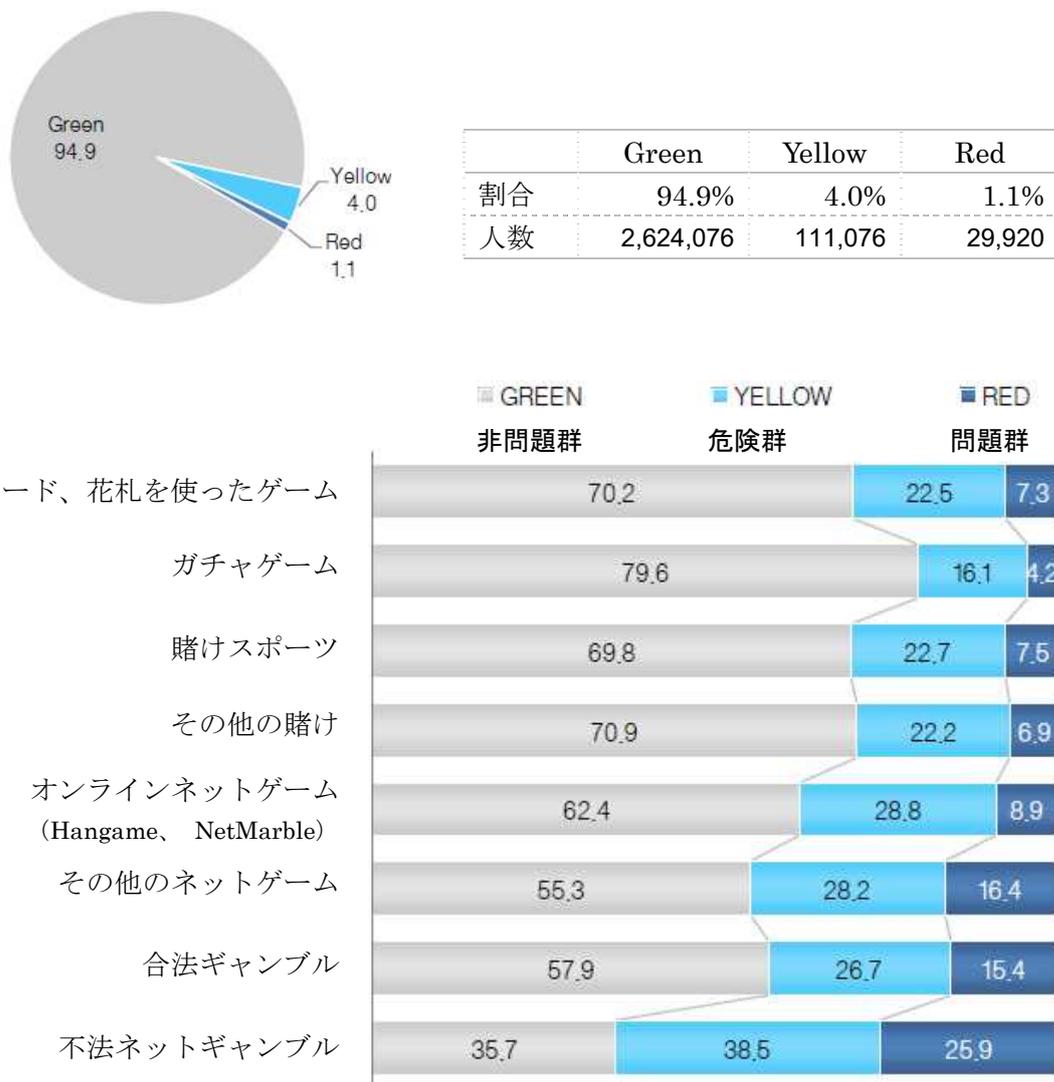
この中で、ハイリスクのギャンブルの問題の1つとして、未成年者のギャンブル依存を挙げている。2.1%の若者が過去1年間で問題のあるギャンブルを行っており、6.5%が病的なギャンブルを行っている指摘している。また、問題のあるギャンブルや病的なギャンブルは、反社会的な行動や薬物依存にもつながると警告している。

(2) 戦略2：「Health Care and Health Systems Integration」

問題のあるギャンブルを早期に食い止めることが、国の健康予算を削減する方法であると述べている。ギャンブル依存者は、失業、破産、離婚、貧困の確率が高いため、ギャンブル依存者にかかる社会的なコストは、70億ドルに達すると懸念している。

### 3.4.6 韓国の青少年のギャンブル依存の実態

全国規模でギャンブルに関する実態調査を行っているのは、世界的に韓国のみである。2014 年在籍している全国の中学 1、2、3 年生 6,000 人（120 校）と高校 1、2 年生 6,000 人（130 校）の学校へ訪問して、直接、面談・アンケート調査を行った。また、調査の対象には学校に通学している生徒以外も含まれている。青少年支援センター、保護観察所、少年院、非認可の学校（教育科学技術部の認可外）などの青少年 1,500 人を調査の対象にしている。そのような学校別、青少年機関別の標本を決め調査が行われたため、学年、地域、学校類型、学校系列（一般学校、特別目的学校、特性高校等々）の分析もできる。調査の診断尺度はカナダの CAGI（Canadian Problem Gambling Index；CAGI）を韓国版に改定したものが用いられた。



図表 3-28 韓国の在学生在が利用したギャンブル  
(3 カ月以内にギャンブルをした経験がある生徒を対象に、単位%)

(抜粋：「韓国における青少年ギャンブル実態調査」2015 年)

ギャンブル頻度についての調査結果(図表 3-28)をみると3つの水準(Green、Yellow、Red)全部が1カ月に1回の頻度でギャンブルをすると答えたが、非問題群(Green)、危険群(Yellow)、問題群(Red)と程度が甚だしい水準へ行くほど頻度が増える傾向が見られた。各水準別にこの頻度は1週間1回が5.1%→9.8%→12.5%に、1週間2~3回が4.3%→11.3%→24.6%、毎日するが0.4%→2.1%→9.1%に増加した。地域は相対的に高い2地域(慶北、忠南)があった。

過去3カ月以内にギャンブルに使った時間は在学学生平均で38.3分、1時間未満が73.4%で一番多く、96.9%は3時間未満だと答えた。掛け金は1万ウォン未満を在学学生の83%が使った経験があった。主に友達と週末に経験したと答えている(図表 3-29)。

図表 3-29 在学学生のギャンブル頻度  
(3カ月以内にギャンブルをした経験がある生徒を対象に、単位%)

区分	対象者	1カ月 1回	1カ月 2~3回	一週間 1回	一週間 2~6回	毎日 する	計	
全体	(3,393)	66.3	20	6.2	6.4	1.1	100	
性別	男性	(1,993)	62.1	21.4	7	8	1.5	100
	女性	(1,401)	72.2	18	5.1	4.1	0.6	100
年齢別	12~15	(1,958)	66.3	20.2	6.3	6.3	0.9	100
	16~18	(1,435)	66.4	19.8	6	6.4	1.3	100
学年別	中1	(517)	66.6	20.1	5.8	6.7	0.8	100
	中2	(609)	68.2	19.9	5.2	5	1.7	100
	中3	(685)	66.2	20.9	6.9	5.5	0.5	100
	高1	(756)	64.1	19.6	7.7	7.4	1.2	100
	高2	(826)	66.9	19.7	5.3	6.9	1.2	100
学校別	中学生	(1,811)	67	20.3	6	5.7	1	100
	高校生	(1,582)	65.5	19.7	6.4	7.2	1.2	100

(抜粋：「韓国における青少年ギャンブル実態調査」2015年)

図表 3-30 オンラインギャンブルサイトに接続する環境  
(3 カ月以内にギャンブルをした経験がある生徒を対象に、単位%)

区分	対象者数	パソコン	スマートフォン	計
Green (非問題群)	(422)	42.8	57.2	100
Yellow (危険群)	(194)	45.9	54.1	100
Red (問題群)	(86)	39.1	60.9	100

(抜粋：「韓国における青少年ギャンブル実態調査、2015」)

インターネットへの接続環境はパソコンからスマートフォンへ移り変わっていることがわかる(図表 3-30)。問題群の 60%が気軽にいつでも接続するスマートフォンを好んでいる。特に韓国のインターネット環境、公共施設・場所での無線ネットワーク、ネットゲームを楽しめる環境が整備されたことが背景にある。

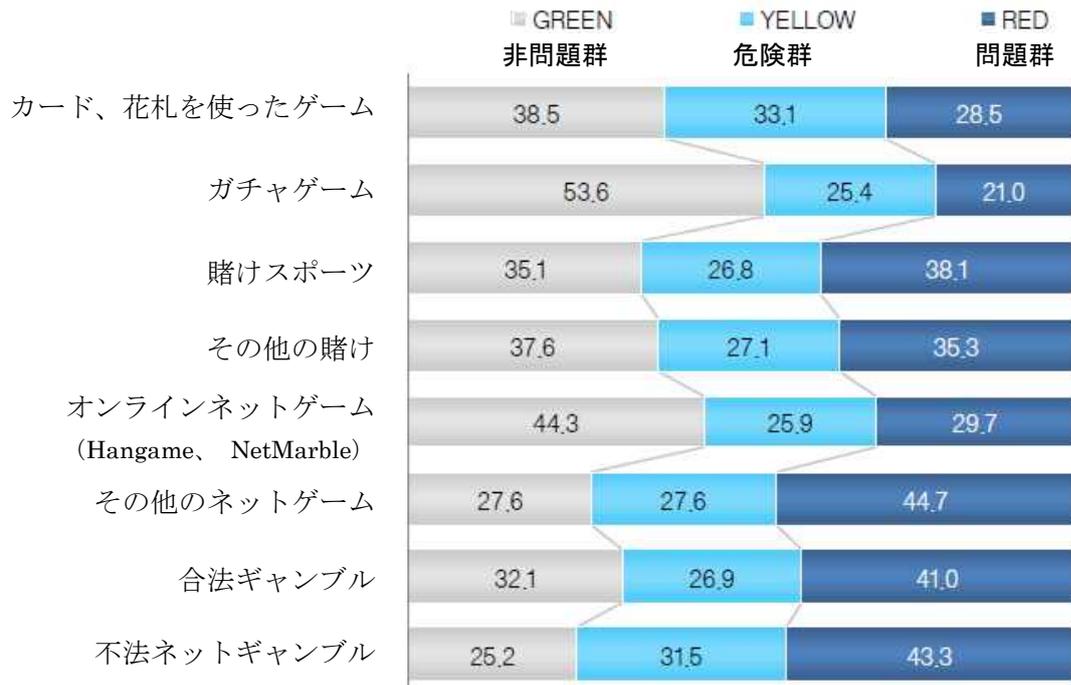
学校以外の青少年のギャンブル経験を調査した結果をみると、危険群 (Yellow) が 10.6%、問題群 (Red) が 9.2%であって、学校内の在学学生より危険群 (Yellow) は 2.5 倍、問題群 (Red) は 9 倍も高い水準であった。有害な環境に接した経験は、学校の生徒より学校以外の施設にいる青少年の方が多かったと報告された。

このように韓国の調査は無作為に抽出した青少年を対象に調査することにより、細かい結果が得られたことに注目する必要がある。

図表 3-31 学校以外の環境における青少年のギャンブル依存

区分	対象者	Green (非問題群)	Yellow (危険群)	Red (問題群)	計	
全体	(1,200)	80.1	10.8	9.2	100	
性別	男性	(766)	76.2	11.6	12.1	100
	女性	(434)	86.9	9.2	3.9	100
年齢別	12~15	(195)	87.7	9.7	2.6	100
	16~18	(1,005)	78.6	10.9	10.4	100
機関別	青少年支援センター	(537)	87.0	8.2	4.8	100
	非認可学校	(123)	81.3	8.1	10.6	100
	保護観察所	(281)	84.0	11.4	4.6	100
	少年院	(259)	61.0	16.6	22.4	100

(抜粋：「韓国における青少年ギャンブル実態調査」2015 年)



図表 3-32 学校以外の環境で青少年が利用したギャンブル  
(3カ月以内にギャンブルをした経験がある生徒対象/単位%)

(抜粋：「韓国における青少年ギャンブル実態調査」2015年)

---

## 3.5 インターネット依存

### 3.5.1 インターネット依存の類型

インターネット依存の問題は国ごとに異なっている。

韓国では、インターネットの過剰な使用による成績不振、インターネットを通じたコミュニケーションが中心となり、対面の人間関係を構築しづらくなっていることが挙げられている。2006年に韓国情報文化振興院が実施した調査では、韓国全体の9.2%、青少年の14.0%がインターネット依存状態であるという結果が出て、急遽「インターネット中毒予防相談センター」が開設された。韓国では、ゲームセンターで80時間以上オンラインゲームに興じていた少年が血栓症で死亡する事件や、オンラインゲームにのめり込んでいた医師が、それを注意した臨月の妻を殺害するという事件なども発生している。そうした背景から、インターネット依存対策を強化するために、2011年からは午前0時から6時まで16歳未満のオンラインゲームサイトへのアクセス制限を設ける「青少年夜間ゲームシャットダウン制 以下「シャットダウン制」<sup>13</sup>が施行された。

アメリカでは、インターネットゲームの暴力性に影響された問題行為や犯罪が問題視されている。ヨーロッパ諸国では、青少年の売春、ポルノグラフィーの悪影響が懸念されている。

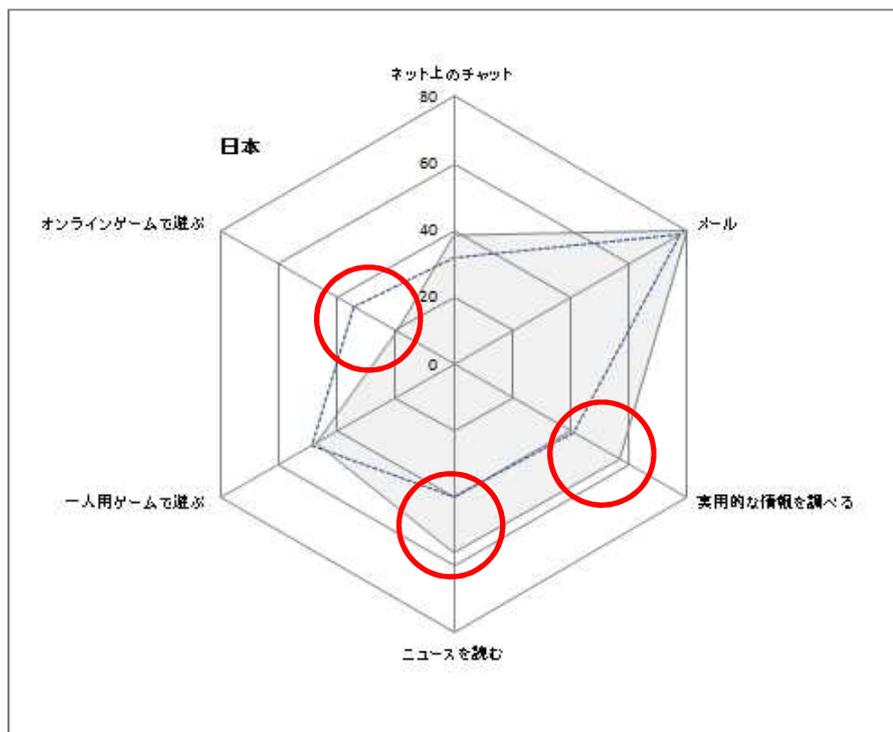
日本では、SNSサイトから発信したり、写真を投稿したり、無料通話アプリのチャットを通じて友達とやりとりする傾向がある。

また、インターネットの使い方が、経済的に恵まれている家庭と恵まれない家庭では異なっている。恵まれない生徒がオンラインゲームを楽しんでいるのに対し、恵まれた生徒はインターネットで自分のために必要な情報を収集し、調べている（図表3-33）。特に「オンラインゲームで遊ぶ」「実用的な情報を調べる」「ニュースを読む」という項目において、社会経済的に恵まれない生徒と恵まれた生徒の差が大きいことが、日本の特徴である。

---

<sup>13</sup> 16歳未満のユーザーは午前0時から午前6時の間、オンラインゲームのプレイを禁じるという法案。2011年4月29日、「シャットダウン制」が韓国国会を通過した。2011年11月から施行。

図表 3-33 生徒の社会経済的背景別、学校以外の場所における一般的なコンピュータの余暇活動  
(日本)



(出典:「21 世紀の ICT 学習環境—生徒・コンピュータ・学習を結びつける」2015 年 OECD)

インターネット依存の類型はキンバリー・ヤングが臨床の経験から分けた5つのインターネット依存タイプが一般的で、国ごとに青少年の問題とインターネット依存の問題が結びついて、新しい様相を見せている。

- 01 サイバーセックス(Cyber sexual addiction) : サイバーセックスやサイバーポルノのためにアダルト・サイトを使う。
- 02 オンラインの人間関係(Cyber-relationship addiction) : オンラインの人間関係にのめりこみすぎる。
- 03 ネット強迫(Net compulsion) : とりつかれたようにオンライン・ギャンブル、オンライン・ショッピング、オンライン取引にのめりこむ。
- 04 情報過多(Information overload) : ネットサーフィンや検索してサイトを閲覧する。
- 05 コンピュータ依存(Computer addiction) : コンピュータゲームを使用する。韓国でよくみられるタイプで日常に障害が生じる。

もともとインターネット依存は、パソコンからインターネットに接続することを前提としていたが、最近では世界的にスマートフォン・ユーザーが増加し、スマートフォンからインターネットに接続している。パソコンからのアクセスと異なる点は、スマートフォンはいつでも、どこでもインターネットに接続することができることである。また、無料通話アプリを使って友達とつながり続けたり、SNS から投稿したり、投稿を閲覧したりして、スマートフォンを経由してインターネットを利用し続ける。パソコンからインターネットに接続する場合とは異なる問題が浮上している。

しかも、学校でも ICT を活用した授業が行われ、日常的にインターネットで資料を調べたり、学習したり、コミュニケーションしたりして、様々な人とつながっている。21 世紀を生きる若者にとって、インターネットは不可欠なメディアである。さらにスマートフォン、タブレット端末の普及

に伴い、国を問わずインターネット依存の危険性は強まるだろうと予測されている。しかし、インターネットを長時間使用し、つながり続けることがインターネット依存症であると誤解してはならない。また、インターネット依存による悪い結果やインターネットの不適切な使い方を強調しすぎてはいけなと指摘する研究者もいる。

インターネット依存の危険性は、実際の生活の中で自己効力感が低いために、自己効力感を求めてネットに逃避し、ネットの世界で架空のアイデンティティを見出そうとしていることである。こうした危険性は、他の依存症と共通する面がある。

### ●インターネット依存のスクリーニング・テスト

アメリカ精神医学会は、DSM の改訂の際、インターネット依存(「インターネット・ゲーム障害」)を「物質使用障害」に加えるかどうか議論されたが、現状では「非物質使用障害」とされている。

インターネット依存については、1993年アメリカの精神医学者のイヴァン・ゴールドバーグが「インターネット依存障害 (Internet Addiction Disorder : IAD) を問題提起した。1995年ゴールドバーグは、Web上に「インターネット依存症の診断基準」を発表した。

1996年、アメリカの心理学者キンバリー・ヤングは、アメリカ心理学会で「新しい臨床的疾患の出現」と題して、「インターネット依存症」を発表した。キンバリー・ヤングは「インターネット中毒」を刊行し、依存の症状を持つ人を実証的に研究した。1996年、キンバリー・ヤングは8項目からなり、うち5項目以上があてはまると「依存傾向」と診断される「ヤングのネット中毒診断基準」を発表した。

図表 3-34 ヤングの8項目基準(8項目のうち5項目以上該当すれば「依存傾向」)

①あなたはネットに夢中ですか？
②満足感を得るために、もっと長くネットを利用したいですか？
③ネットの利用を抑えたり、やめようとして失敗したことが何度もありますか？
④ネットの利用をやめようとして、落ち着かなくなったり、落ち込んだりしますか？
⑤始めたときの予定より、長い時間ネットにアクセスしますか？
⑥ネットが原因で、仕事や学校での大切な人間関係を壊したことがありますか？
⑦家族や先生に、ネットの利用について嘘をついたことがありますか？
⑧現実問題から逃避したり、憂鬱などの不快感情を和らげたりする目的でネットを利用しますか？

(出典:橋元研究室)

さらに1998年、強迫性キャンブル・アルコール依存症の診断基準を参考にして、インターネット依存症かどうかを自分自身で判定する「インターネット依存度テスト (Internet Addiction Test : IAT 以下「IAT」という) (「ヤング基準」) を提起した。

インターネット依存度テストは、インターネット依存を衝動制御障害 (impulse-control disorders) の一種と捉え、20項目 (5段階尺度) の質問テストである。「インターネット依存」の可視化を図った自己評価の尺度で、一般的に世界で使われている尺度である。そしてインターネット依存に関する調査で多く使用されている。

前出の「インターネット中毒」の中で、ヤングはアメリカ精神医学会刊行の「精神障害の診断と統計マニュアル第4版 (DSM-4)」にも記されているギャンブル依存症診断基準を発展させた20項目のインターネット依存診断基準を紹介している。図表3-34はその後ヤング自身が整備し、標準版としたものを東京大学大学院情報学環の橋元良明教授 (以下「橋元研究室」という) で訳出した

ものである。

ヤングの「インターネット依存尺度」は、図表 3-35 の通りである。

図表 3-35 ヤングの 20 項目基準

- ① 気がつく、思っていたより長い時間ネットをしていることがありますか？
- ② ネットを長く利用していたために、家庭での役割や家事(炊事、掃除、洗濯など)をおろそかにすることがありますか？
- ③ 配偶者や友達と過ごすよりも、ネットを利用したいと思うことがありますか？
- ④ ネットで新しく知り合いを作ることがありますか？
- ⑤ 周りの人から、ネットを利用する時間や頻度について文句を言われたことがありますか？
- ⑥ ネットをしている時間が長くて、学校の成績や学業に支障をきたすことがありますか？
- ⑦ ネットが原因で、仕事の能率や成果に悪影響が出ることがありますか？
- ⑧ 他にやらなければならないことがあっても、まず先に電子メールや SNS などをチェックすることがありますか？
- ⑨ 人にネットで何をしているのか聞かれたとき、いいわけをしたり、隠そうとしたりすることがありますか？
- ⑩ 日々の生活の問題から気をそらすために、ネットで時間を過ごすことがありますか？
- ⑪ 気がつけば、又次のネット利用を楽しみにしていることがありますか？
- ⑫ ネットのない生活は、退屈で、むなしく、わびしいだろうと不安に思うことがありますか？
- ⑬ ネットをしている最中に誰かに邪魔をされると、いらいらしたり、怒ったり、言い返したりすることがありますか？
- ⑭ 夜遅くまでネットをすることが原因で、睡眠時間が短くなっていますか？
- ⑮ ネットをしていないときでも、ネットのことを考えてぼんやりしたり、ネットをしているところを空想したりすることがありますか？
- ⑯ ネットをしているとき「あと数分だけ」と自分で言い訳していることがありますか？
- ⑰ ネットをする時間や頻度を減らそうとしても、できないことがありますか？

(出典:橋元研究室)

各項目について「1.全くない」「2.まれにある」「3.ときどきある」「4.よくある」「5.いつもある」の中からあてはまるものを一つ選択し、その合計点が 70 点以上を依存傾向「高」と判定する。

しかし、キンバリー・ヤングの「インターネット依存度テスト」は 1998 年に提起されたものであり、その後、インターネットを取り巻く環境は様変わりしている。情報技術が日進月歩で進化し、携帯電話、スマートフォンが登場し、多種多様なサービスやアプリなどが利用されている。私たちの現実の生活にインターネットが入りこみ、バーチャル(ネット)と現実の区別がつきにくくなってきている。そうした社会状況及び新しい技術やサービスに合った「インターネット依存度テスト」を基にインターネット依存かどうかを判断する必要がある。

一方、韓国では独自のインターネット依存自己評価スケール（K-scale）<sup>14</sup>を生み出している。若者がネットゲームに没頭して死亡したり、自殺したりしたことが社会問題になったのが始まりである。このような背景から、韓国政府は、青少年のインターネット依存をスクリーニングするために、インターネット依存度テスト IAT の韓国版である K-scale を開発した。K-scale は、インターネット依存度を診断するための尺度である。2004年から K-scale を活用した全国調査を毎年行っている。

当初は 40 項目の質問から構成されていたが、その後 20 項目版、15 項目版などが次々と開発された。また K-scale は、対象とする人の年齢、評価する人、使用している機器等により細分化された。例えば、自分で回答するタイプの自己評価用、相談者・保護者などの観察者用がある。また、機器ごとに分類され、スマートフォン用もある。依存の診断結果も危険度が高い使用者、潜在的に危険な使用者、一般使用者、環境改善が必要な者に分けられる。K-scale を整理すると、図表 3-36 の通りである。

図表 3-36 K-scale

対 象	インターネット依存診断	ゲーム依存診断	スマートフォン依存診断
児 童	観察者用 (15 問)	観察者用 (15 問)	観察者用 (15 問)
青少年	自己評価用 (15 問)	自己評価用 (15 問)	自己評価用 (15 問)
	観察者用 (15 問)	観察者用 (15 問)	観察者用 (15 問)
成 人	自己評価用 (15 問)	自己評価用 (15 問)	自己評価用 (15 問)
	観察者用 (15 問)	観察者用 (15 問)	観察者用 (15 問)
	高危険/潜在危険/一般	高危険/潜在危険/ 一般/環境改善	高危険/潜在危険/一般

(抜粋: 韓国情報化振興院のホームページ)

インターネット依存の現状を把握する診断尺度、評価方法、対象者の基準が定着していないため、国全体を把握する経年別の統計調査が世界でまだ定着していない。韓国だけが 2004 年度から毎年全国民を対象に家庭訪問式で調査を行っており、標本誤差は $\pm 1.22\%p$  (信頼度 95%、2015 年基準) と信頼性は高い。

<sup>14</sup> 韓国政府が開発した青少年のインターネット依存を自己評価するためのスケール。

### 3.5.2 日本のインターネット依存の現状

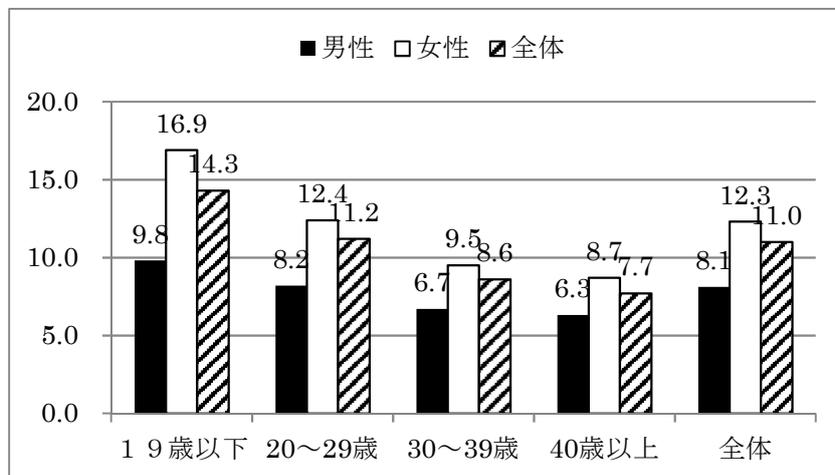
#### ●「安心ネットづくり促進協議会」委託調査

橋元研究室が2001年12月に実施したメディア利用に関する全国調査(対象は全国12歳から69歳の男女、層化二段無作為抽出訪問留置回収法、N=1,878)の中でインターネット依存についても調査を実施した。インターネット依存に関する無作為抽出全国調査としては日本で最初のものである。このときの調査対象者におけるネットの利用率(携帯間の@付メール交換を含む)は42%であったが、ネット利用者中インターネット依存に該当する比率は8.5%であった。数字の絶対値自体はともかく、属性別では男性(6.3%)より女性(11.2%)、年層別では20代(11.5%)、40代(9.0%)、10代(8.6%)の順で多く、職業別では専業主婦(14.5%)、学生(11.5%)、無職(10.3%)が多かった。これらの傾向は現在の調査結果とほぼ同様である。当時は、動画サイトもソーシャルメディアもなかったが、それなりにネットにのめり込んでいると自覚する人たちがいたのである。依存的傾向の人たちは「出会い系・友達サイト」「オンライン・ショッピング」の利用率が高かった。

2010年から3年間、同研究室では「安心ネットづくり促進協議会」の委託によるインターネット依存プロジェクトを開始した。依存者グループインタビュー、東京都中学生パネル調査、大手SNS運営会社の協力による5万人調査、オンライン・パネル調査、依存者性格調査など数回依存に関する調査を実施したが、ここでは5万人調査の結果を簡単に紹介しておく。

SNS利用者5万人調査は当時の日本におけるSNSの最大手の運営会社の協力を得て2010年10月に実施した<sup>15</sup>。調査対象者は当該SNS利用者で呼びかけに応じた人々であり最終的な有効回答は56,272票である。アンケートの回答は携帯サイトを通して実施された。

図表 3-37 SNS利用者5万人調査による依存者の比率(単位:%)N=56,272人



(出典:『インターネット依存の現状—2010年調査』から橋元研究室が作成)

この調査におけるインターネット依存の基準はヤングの8項目基準であり、8項目中5項目以上あてはまる場合に「依存傾向」と判断した。

<sup>15</sup>橋元良明・小室広佐子・小笠原盛浩・大野志郎・河井大介・天野美穂子・堀川裕介『インターネット依存の現状—2010年調査』(「安心ネットづくり促進協議会」委託調査報告書)参照。調査対象は大手SNSユーザーで調査協力に応じた56,272人。2010年10月に携帯サイトを通じて調査を実施。

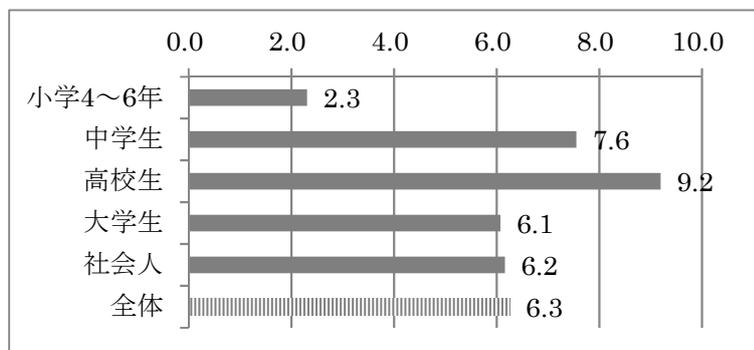
図表 3-37 が依存傾向者の比率を男女別、年層別に示したものである。男性より女性、年層が下がるにつれ依存傾向者の比率が高いことが示された。職業別には「学生(13.2%)」「主婦・主夫(11.9%)」に依存傾向者が多かった。また、依存傾向者の 36.9%が「つぶやき機能」を利用していた。

この調査において「比率」の数値自体はあまり意味がない。そもそもインターネット調査では標本母集団が確定的に定義され得ず、又ヤングの 8 項目基準は 20 項目基準より依存者が高めに出る傾向があるからである。

この調査結果で興味を引くのは、「SNS の利用において負担に感じることは何か」という質問に対する回答である。「コメントを書くこと (26.4%)」「足あとチェック(25.5%)」「荒らしや勧誘対応(24.4%)」などを凌いで、依存的傾向者の 52.1%が「SNS 上の人間関係」と答えた。つまり、依存的傾向者は皆が楽しんで SNS を利用しているわけではなく、半数が日常でもよくありうるように、人間関係を負担に感じていたのである。

### ●橋元研究室・総務省の共同研究

青少年のインターネット依存問題について総務省情報通信政策研究所も関心を示し、2013 年 2 月にインターネット調査<sup>16</sup>、2014 年 1 月に東京都都立高校生調査<sup>17</sup>、2015 年 2 月～3 月には横浜市中学生調査<sup>18</sup>を実施した。依存の判定基準としてともにヤングの 20 項目基準を用いた。



図表 3-38 2013 年 2 月ネット調査での依存傾向「高」の比率(単位:%) N=2,605

(出典:2013 年 2 月のオンライン調査の共同研究調査から橋元研究室が作成)

インターネット調査の結果は図表 3-38 に示すとおりであり、この調査では調査対象者全体のインターネット依存傾向「高」の比率が 6.3%、高校生のインターネット依存傾向「高」の比率が 9.2%

<sup>16</sup> 2013 年 2 月 8 日から 12 日にオンライン調査を実施。マクロミルに登録している調査協力パネル(約 110 万人)のうち、104,299 サンプルに事前アンケートを配信し、小学生 519、中学生 516、高校生 522、大学生 691、社会人 357、合計有効票 2,605 サンプルを得た。

<sup>17</sup> 東京都教育庁の協力を得て、都立の全日制及び定時制高等学校 154 校に調査票を配布。教育庁が同時期に企画していた別のアンケート調査対象校および実施不能校を除くほぼ全校が対象(計 154 校)。無記名自記式質問紙調査。各高等学校において学年毎に 1 クラスずつを抽出。有効回収票は 1 年生 5,413、2 年生 5,164、3 年生 4,614、合計 15,191。調査期間は 2014 年 1 月 7 日から 31 日。調査結果の詳細は下記サイト参照。

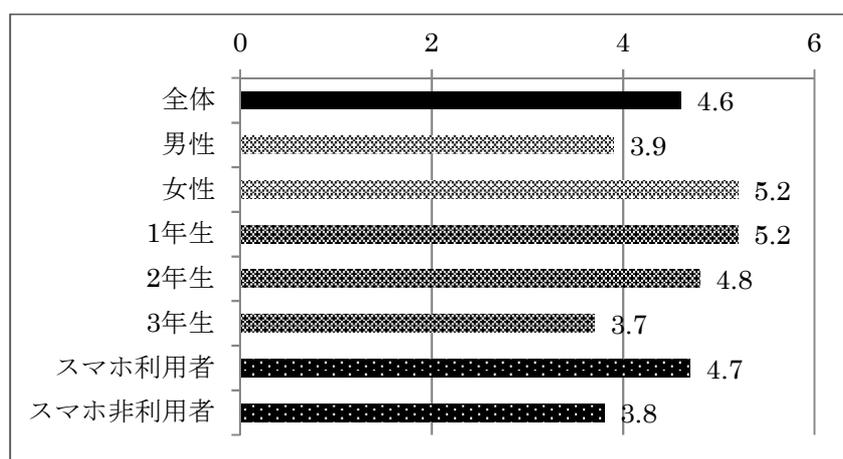
<http://www.soumu.go.jp/iicp/chousakenkyu/data/research/survey/telecom/2013/internet-addiction.pdf>

<sup>18</sup> 横浜市の協力を得て、市内の公立中学校を対象に紙媒体質問票による配布回収調査を実施した。調査対象校は横浜市内の公立中学校 148 校(生徒総数 81,279 人)のうち、横浜市教育委員会を通じて調整を行ない、調査への協力が得られた 22 校(同 11,589 人)。調査対象者は各中学校において全学年、全クラスの生徒。中学校に一括して調査票を郵送し、各中学校で生徒に調査票を配布、無記名で記入されたものを回収した。有効回答数は 10,596 票(1 年生:3,550 票、2 年生:3,636 票、3 年生:3,410 票)。

であった。

この調査を実施した背景には若年層におけるスマートフォンの急速な普及がある。橋元研究室と総務省情報通信政策研究所が別途 2013 年 11 月から 12 月にかけて実施した全国調査<sup>19</sup>（ランダムロケーションクォータサンプリング、訪問留置法、N=1,500）では、スマートフォンの利用者が 10 代で 63.3%、20 代で 87.9%に達していた。スマートフォンの普及はソーシャルメディアの利用率も押し上げた。同調査では 10 代の 76.3%、20 代の 91.0%がソーシャルメディアを利用していた。なお、その後、2015 年に橋元研究室が実施した「日本人の情報行動調査」<sup>20</sup>（ランダムサンプリング、訪問留置法、N=1,362）では、スマートフォンの利用率が 10 代で 81.4%、20 代で 91.8%、ソーシャルメディアの利用率が 10 代で 80.7%、20 代で 93.2%に達している。

図表 3-38 で示したインターネット調査でスマートフォン利用者と非利用者を比べた場合、依存度「高」の比率（調査対象者全体中）は、スマートフォン利用者が 6.9%であり、非利用者の 5.8%とは有意な差が出た。また、依存度「高」の人は、依存度がそれより低い人に比べ、ソーシャルメディアの書き込み頻度（「ほぼ毎日」が 45.9%）も書き込み時間（1 日平均 28.4 分）も長かった。その他、「動画を見る」についても、依存度「高」の人は、それ以外の人に比べ、頻度・時間量ともに多かった。結果として、スマートフォンの普及及びソーシャルメディアの利用、動画視聴が「インターネット依存」と何らかの関連にあることが示唆された。



図表 3-39 東京都高校生調査によるインターネット依存「高」の比率(単位:%) N=15, 191

(出典:2014 年 1 月の東京都都立高校生調査の共同研究調査から橋元研究室が作成)

図表 3-39 は 2014 年 1 月に実施した東京都高校生調査による依存度「高」の比率である(依存の判断はヤングの 20 項目基準)。この調査では高校生の依存的傾向者の比率は 4.6%であり、前年のネット調査よりかなり低い値が示されている。ちなみにこの高校生調査では「スマートフォンでインターネットを利用している」と答えた生徒の比率が 83.6%であり、前年のネット調査の高校生スマー

<sup>19</sup> 調査対象は全国 13 歳から 69 歳の男女 1,500 名でランダム・ロケーションサンプリング。調査期間は 2013 年 11 月から 12 月。アンケート調査と日記式記録票調査からなる。結果の概要については下記総務省サイト参照。

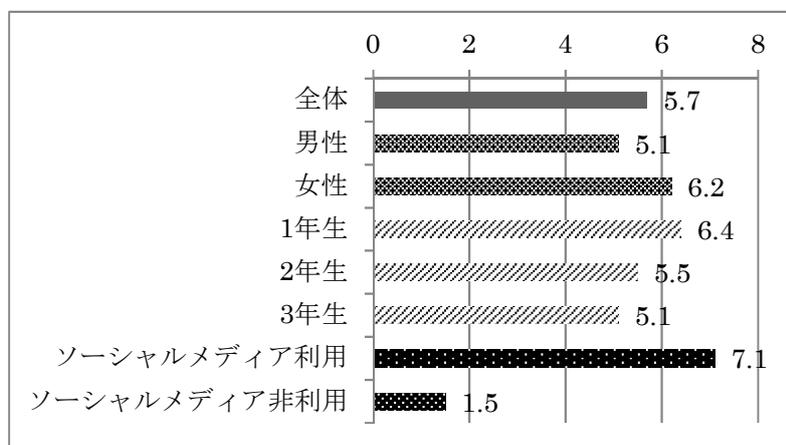
<http://www.soumu.go.jp/iicp/chousakenkyu/seika/houkoku-since2011.html>

<sup>20</sup> 「日本人の情報行動調査」の調査対象者は前項 13 歳から 69 歳の男女。住民基本台帳に基づくランダムサンプリングによる訪問留置調査。有効回収数 1,362 票。橋元良明編著(2016)『日本人の情報行動』、東京大学出版会、参照。

トフォン保有率 51.1%より高い。

同じ高校生、同じ判定基準（ヤングの 20 項目基準）であり、なおかつスマートフォンの利用率が高くなっているにもかかわらず、インターネット依存度「高」の比率が半減しているのはなぜか。その大きな理由は標本母集団の違いに起因する。すなわち、インターネット調査の標本母集団が、インターネット調査会社のモニターとして自分の意志で登録している人であるのに対し、東京都高校生調査の標本母集団は、そのまま東京都立高校生である。前者が 100%インターネットユーザーであり、パソコンでもインターネットを利用しており、調査モニターとして自ら登録する積極的ユーザーであるのに対し、後者は普通の高中生でありパソコンでのインターネット利用者も 75.6%にとどまる（どのような機器でも全くインターネットを利用していないと答えた人は 1.8%）。しかも、インターネットを利用するといっても利用頻度はネット調査モニターよりかなり低い。

図表 3-40 は 2015 年 2 月に実施した横浜市中学生調査による依存「高」の生徒の比率である。この調査では、調査対象者全体の依存「高」の率が 5.7%であり、男性より女性、学年が低くなるほど依存「高」の比率が高かった。



図表 3-40 横浜市中学生調査によるインターネット依存「高」の比率 N=10,596

(出典:2015年2月～3月の横浜市中学生調査を基に橋元研究室が作成)

最後に橋元研究室と総務省情報通信政策研究所が共同で毎年実施しているランダムサンプリング、訪問留置法による全国調査<sup>21</sup>の結果を示しておく。

図表 3-41 総務省・橋元研究室の全国調査によるインターネット依存率(単位:%)N=1,500

	2014	2015
10代	2.9	13.7
20代	5.9	7.3
30代	3.2	4.4
40代	0.7	2.3
50代	1.2	1.2
60代	0.7	0.3
全体	2.2	3.9

(出典:総務省・橋元研究室の全国調査の共同研究調査から橋元研究室が作成)

<sup>21</sup> 調査対象は全国 13 歳から 69 歳の男女 1,500 名でランダム・ロケーションサンプリング。調査期間は 2014 年、2015 年とも 11 月。2015 年調査の結果は下記サイト参照。

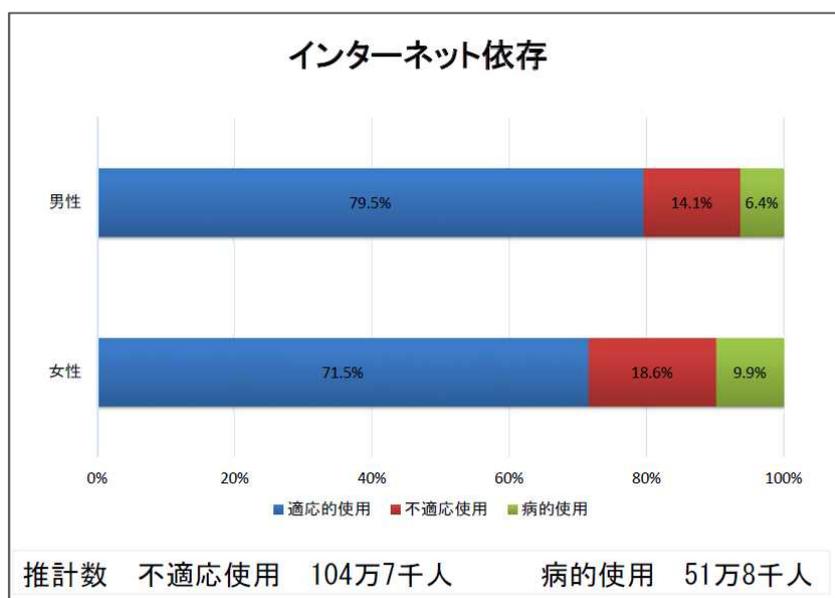
[http://www.soumu.go.jp/iicp/chousakenkyu/data/research/survey/telecom/2016/02\\_160825mediariyou\\_houkokusho.pdf](http://www.soumu.go.jp/iicp/chousakenkyu/data/research/survey/telecom/2016/02_160825mediariyou_houkokusho.pdf)

調査は全国 13 歳から 69 歳が対象で、メディア利用について利用時間量等を明らかにすることが中心的な目的であるが、アンケート質問調査票において、依存度についても測定している（ヤングの 8 項目基準）。2014 年と 2015 年のインターネット依存率を示したのが図表 3-41 である。

図表 3-41 に示される通り、2014 年から 2015 年にかけて特に 10 代の依存率が 2.9%から 13.7%に急増している。20 代、30 代においてもやはり依存率は増加傾向にある。その背景には、スマートフォンの普及率の増加、ソーシャルメディア利用者の増加が関係していると推測される。ただし、この調査ではサンプルの割振りが人口の実態に比例させており、10 代のサンプル数が 140 であることから、若干の誤差が混入している可能性は否定できない。この調査は 2016 年にも実施されたが（集計中）、その結果が注目される。

また、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金 循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業「未成年の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」（研究代表者大井田隆(日本大学・医・公衆衛生)）が 2013 年 8 月に公表された。

この報告書の中で、「インターネット依存」になっている「病的な使用」とされた中学生と高校生は 8.1%に上り、全国では 51 万 8,000 人に達すると推計されると公表された。中高生別では中学生 6%、高校生 9.4%で、男女別では男子生徒 6.4%、女子生徒 9.9%である。

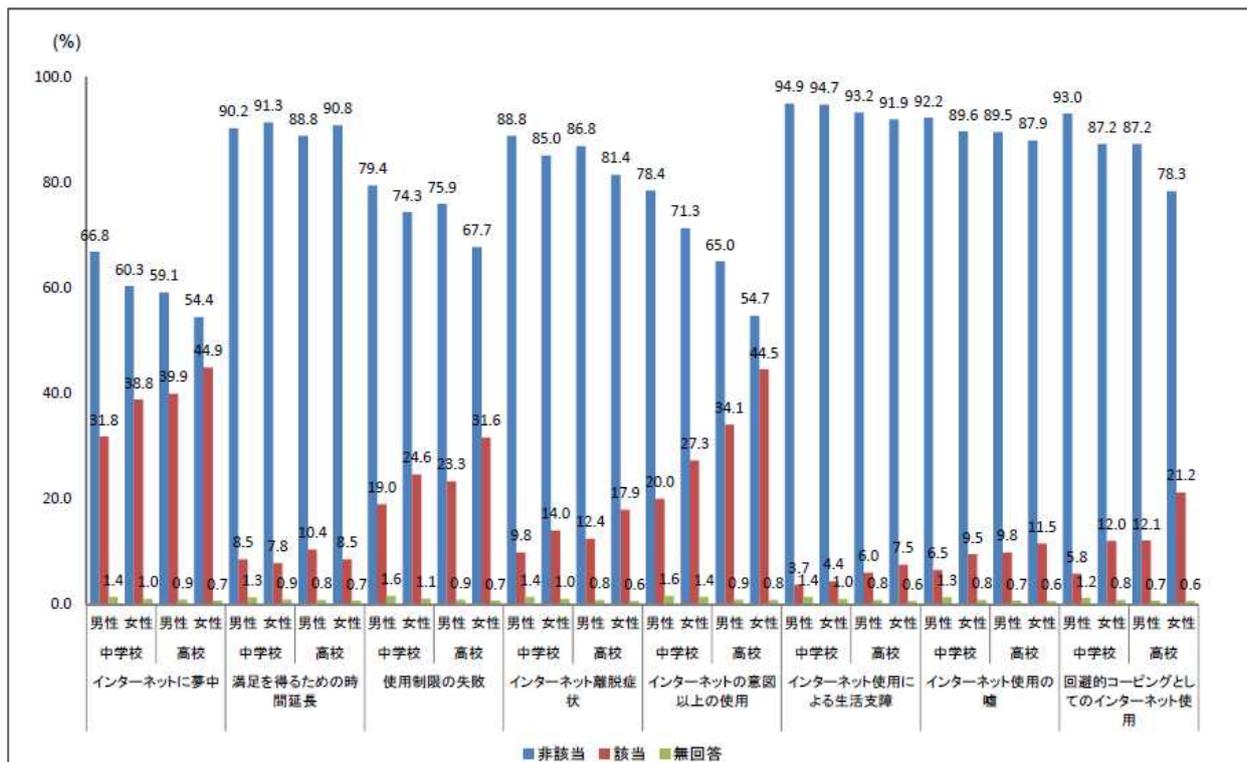


図表 3-42 インターネットの不適応使用、病的使用の割合

(抜粋:「未成年の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」)

「病的な使用」とされた中高生のうち 23.2%が眠りに就きにくいと訴え、「睡眠時間が 6 時間未満」と答えたのは 43.0%。調査時点の直近 1 カ月の午前中の体調が「常に悪かった」「しばしば悪かった」と回答したのも 24.0%に上り、ネットに依存していない人と比べて割合が 1.6~2.7 倍高かった。

また、実態調査では、インターネットから離れるとイライラするなどの症状を感じたことがある中学生は、男子で 9.8%、女子で 14.0%、高校生は男子で 12.4%、女子で 17.9%にも上った。



図表 3-43 インターネット依存傾向の状況

(抜粋:「未成年の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」)

---

### 3.5.3 ヨーロッパ諸国のインターネット依存の実態

EU では、“Research on Internet Addictive Behaviours among European adolescents” (Tsitsika、 Tzavela and Mavromati 2012) という調査が行われた。この調査の目的は、ヨーロッパ諸国の子供のインターネット依存行動のリスクを調べることである。EU 諸国の 14 歳～17 歳の 13,284 人が調査対象となっている。インタビューによる定性調査も行われた。同調査は、ギリシア、ドイツ、オランダ、アイスランド、ポーランド、ルーマニア、スペインで行われた。

インターネット依存は全体の 1.2%であり、12.7%が危険な兆候がある。

危険なインターネット活用は 4 つのタイプに分けられる。

#### (1) 現実の生活になじめず、インターネットにはまり込む (Stuck Online)

学校、友達との付き合い、勉強を無視して、インターネットにはまり込んでいる。その結果、睡眠障害などの悪影響があることがわかっているにもかかわらず、インターネット利用をやめられない状態に陥る。このタイプは、現実の生活をきちんと送りたいと思っているものの、社会的なスキル (ソーシャルスキル) が不十分なため、いじめられたり、疎外されたりして、結局インターネットにはまり込んでしまう。

#### (2) オフラインでもオンラインでもコミュニケーションし続ける

このタイプの子供は、現実の生活をきちんと送ろうと考えている。現実 (オフライン) の人間関係を強めるため、オンラインでもコミュニケーションをとっている。

#### (3) 積極的なインターネットの活用

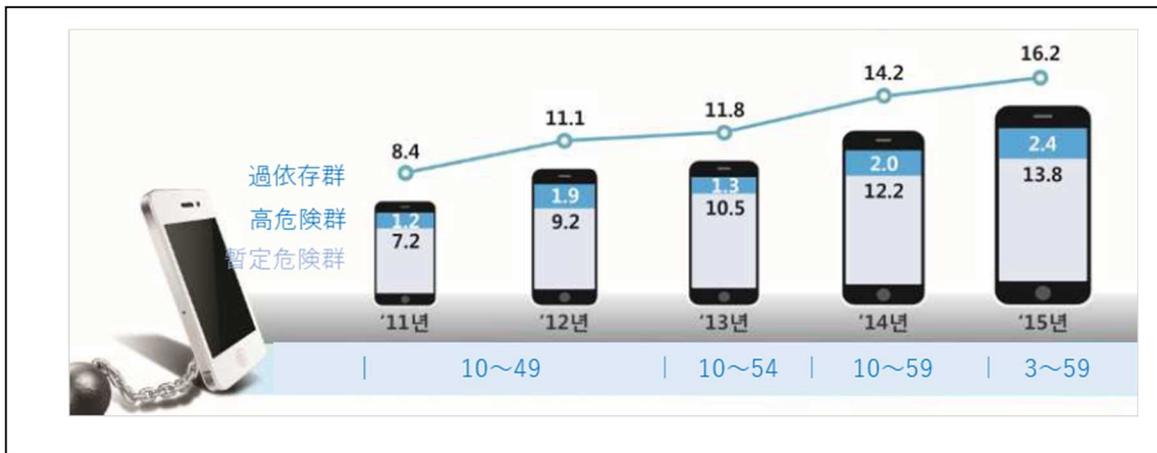
自分を変えたいと思い、積極的にインターネットを活用している。インターネットを活用することで、生活が飽和状態になっている。その結果、身体への悪影響、成績の低下、親との確執などの問題を引き起こしている。

#### (4) 暇つぶし

実際の生活が退屈で、他に何も興味がないので、インターネットに逃避する。オンラインで過ごす心地いいので、やめられない。

### 3.5.4 韓国のインターネット依存の実態

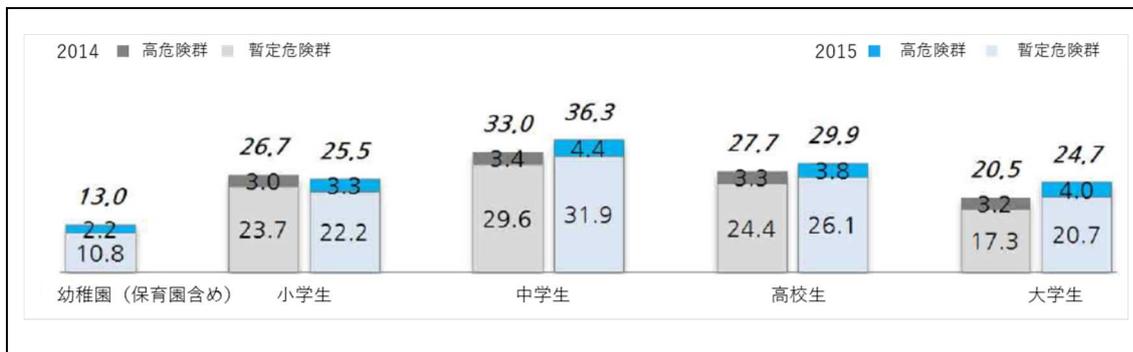
韓国政府はインターネットに接続する機器の変化に着目し、2004年度から行っていたインターネット依存調査内容に付け加え、スマートフォンの利用についても調査を行っている。調査の対象者も当初10歳から49歳であったが、スマートフォンを使う年齢が高齢者と児童へ拡大していることから、3歳から59歳までに再設定した。K-scaleを用いて児童1,022千人、青少年5,401千人、成人2,930千人を調べた結果、依存群は16.2%、高危険群は2.4%、暫定危険群は13.8%になっていた。男女の差はあまりなく10代と20代に依存群が集中していることがわかった。



図表 3-44 韓国におけるスマートフォン依存の推移

(抜粋:2013年「青少年媒体利用実態調査」、韓国・女性家族部)

青少年のインターネット依存群（高危険群と暫定危険群を含む）は成人に比べ2倍以上多いことが分かった（2008年度「青少年媒体利用実態調査報告書」による）。インターネット依存群は2008年度8.8%から2015年5.8%へ徐々に減っているが、その代わりにスマートフォン依存は急増している。また、携帯電話を持ち始める年齢が中学生から小学生低学年へ移ることで、スマートフォン依存の危険性も低年齢化している。



図表 3-45 学年別のインターネット依存危険群の割合

(抜粋:2015年度「インターネット依存実態調査」、韓国情報化振興院)

韓国政府は調査結果から依存傾向者をスクリーニングし、11泊12日のキャンププログラム、入院によるインターネット依存治療を提供している。また2011年11月より16歳未満に対するシャ

ットダウン制を開始した。

韓国では、図表 3-46 のようにインターネット依存について定量的に統計情報を収集している。

- 標本数：人口・性別・年齢・地域対比に配分した 18,500 世帯
- 調査対象者：対象世帯の構成員の 3 歳から 59 歳の人で最近 1 カ月の間にインターネットを利用した経験がある人
- 調査方法：家庭訪問してアンケート調査と面談
- 調査期間：3 か月
- 調査内容：以下の表

図表 3-46 韓国におけるインターネット依存度調査の内訳

性別	男性	学年別	保育園・幼稚園
	女性		小学生
年齢別	児童 (3～9 歳)	中学生	
	青少年 (10～19 歳)	高校生	
	成人 (20～59 歳)	大学生	
	20 代	学歴別	中卒以下
	30 代		高卒
40 代	大学卒以上		
50 代			
障害の有無	有り	職業別	専門・管理職
	無し		事務職
国際結婚家庭かどうか	はい		サービス・販売職
	いいえ		農林水業
スマートフォンの使用の可否	有り		生産関連・その他
	無し		専業主婦
家庭のタイプ	国際結婚家庭		学生
	共働き家庭		無職
	母子家庭	月平均所得 (単位：ウォン)	200 万未満
	祖父母家庭		200～400 万
		400 万～600 万	
		600 万以上	

(抜粋：「インターネット過依存実態調査」韓国情報化振興院の資料)

スマートフォン依存の結果は、以下の通りである。

- 青少年のスマートフォン依存群<sup>22</sup>は 31.6%(1,704 千人)で、成人 15.3%に比べ 2 倍多く、青少年 10 人のうち 3 人が依存である。
- 年齢と性別から見ると女性の青少年の依存の割合 (32.4%) が最も高い
- 月平均 200 万ウォン未満の低所得層 (21.7%) と 600 万ウォン以上 (20.3%) の高所得層がス

<sup>22</sup>スマートフォンを経由してインターネットにアクセスし、どこにいてもインターネットを使い続けることができるため、パソコンを経由してインターネットを使用する場合よりも依存傾向が高い。

---

スマートフォン依存になりやすい。

- 母子家庭の青少年、多文化家庭の青少年のスマートフォン依存の割合（33.4%）が普通家庭（31.5%）より 1.9%高い。
- 共働き家庭も青少年のスマートフォン過依存の割合が片働き家庭より 2.1%高い（32.4%）。

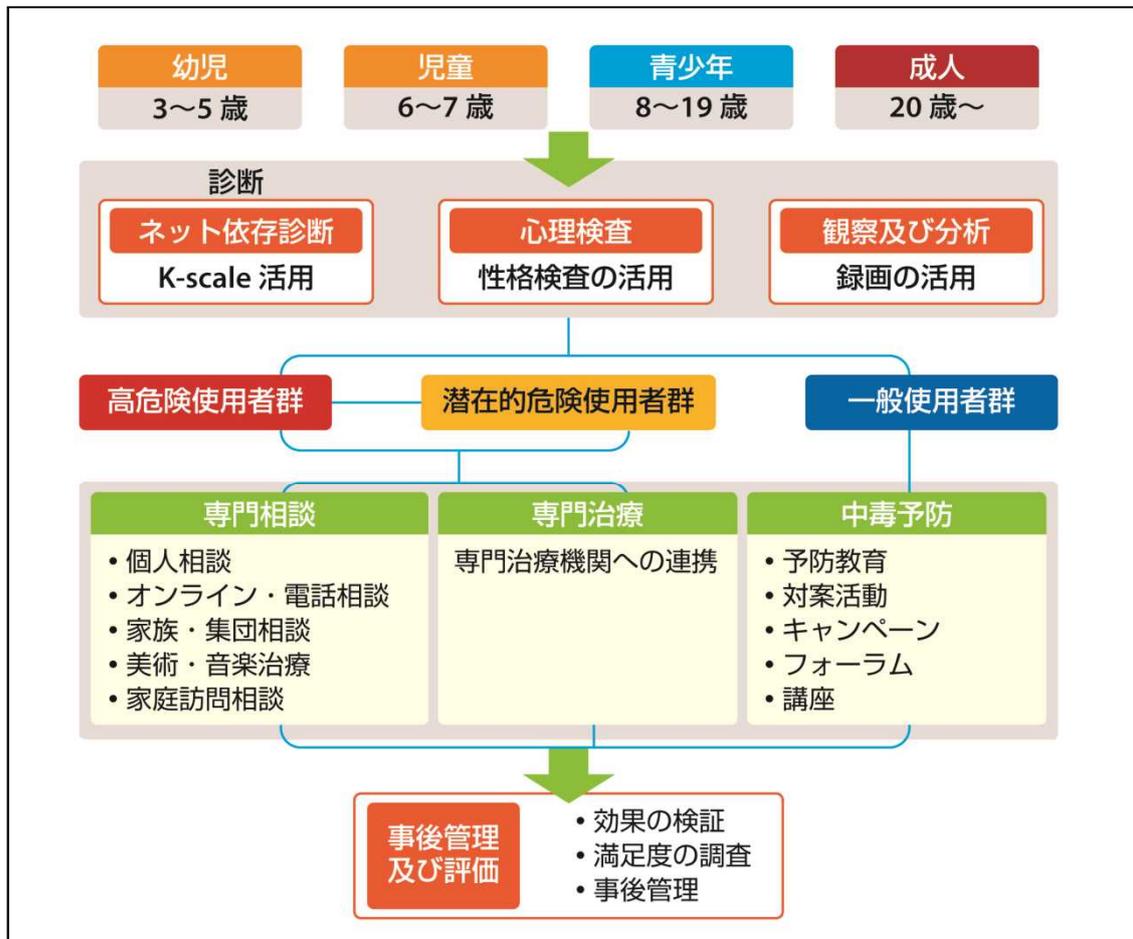
インターネット依存の結果は、以下の通りである。

- インターネット依存群の割合は青少年（13.1%）、成人（5.8%）、児童（5%）の順である。
- 学年別のインターネット依存群の割合は大学生（15.6%）、中学生（15.4%）、高校生（13.2%）、小学生（9.6%）の順である。
- 月平均 200 万ウォン未満の低所得層（8.4%）と 600 万ウォン以上（9.5%）の高所得層がインターネット依存になりやすい。
- 小学生・中学生を除いてインターネット依存の危険性は女性の方が高かった。インターネットゲームに没頭する小学生・中学生は男性の方が高いと想定される。

その他、スマートフォンとインターネットの利用目的、よく利用するサービス、利用時間、対象者別の問題行動などについて地域、性別、年齢、所得等の要因別に分析している。

中国は、新聞出版総局(<http://www.gapp.gov.cn>)が強力な 4 段階のネット中毒解消のためのシステムを導入している。

韓国も青少年のインターネット依存防止事業を実施し、その事業評価の報告をまとめている。



図表 3-47 韓国におけるインターネット依存防止事業のしくみ

(抜粋: 韓国情報化振興院のスマート休み (shim) のホームページ)

このように世界各国で、青少年がインターネット依存になりやすい状況になっており、今後深刻な問題を引き起こすことが懸念されている。

## 第4章 学校現場の依存症予防教育の実態（アンケート分析報告）

### 4.1 調査の概要

#### (1) 調査主体

文部科学省より委託され、株式会社学研教育アイ・シー・ティーが調査を実施した。

#### (2) 調査対象

- ・全国の公立の中学校、高等学校、特別支援学校

#### (3) サンプルング方法

- ・各都道府県教育委員会および政令指定都市教育委員会の協力により、1,232校を任意に選出。
- ・各教育委員会による選定段階において、中学校に関しては地域の偏り、高等学校に関しては高校種（普通科、商業科、工業科など）ならびに地域の偏りが生じないように配慮した。

#### (4) 調査方法

- ・調査主体で作成した質問紙を各学校へ郵送、メールにて配送し、質問紙調査を実施した。

#### (5) 調査実施期間

- ・2016年12月14日 - 2017年1月20日

#### (6) 有効回収票

- ・1,232校のうち、540校より有効回答を回収した。（回収率43%）

---

## 4.2 結果の概要

本調査の目的は、教育現場における生徒の依存予防教育の現状を探ることである。調査の結果、依存の種類によって予防教育に対する学校側の認識や実施状況に違いのあることが明らかとなった。

依存のうち、薬物依存や喫煙依存に関しては、学校側の関心や予防教育の必要性に対する認識が高く、外部との連携も含め十分な予防教育が講じられていた。インターネット依存に関しては、学校が高い危惧の念を持ち、予防教育への関心や必要性認識を有していることに加え、ある程度の対策を実施しているところであるが、他の依存と比べて相談が頻発していることから対策が不十分と考える学校が比較的多数に上った。これら予防教育が比較的充実している依存に対し、アルコール依存やギャンブル依存に関しては、そもそも学校側の危機意識が薄く、対策が十分とは言い難い現状が明らかとなった。

また、依存予防教育を今後推進していくにあたっては、教職員における専門知識の習得、授業時間の確保、家庭や外部機関との連携などが必要であると学校側が認識していることが明らかとなった。

以下では回答者属性とアンケート質問の集計結果を示す。本稿の作成に当たっては「中高種別」「都市規模別」「生徒総数別」「地域別」の4つの属性についてクロス集計を行ったが<sup>23</sup>、本文では原則的に「中高種別」の集計結果のみを紹介した。他の属性に関する集計結果は巻末参考資料を参照されたい。

---

<sup>23</sup> 対象校が一部に限定される「高校種別」についてはクロス集計を行わなかった。

### 4.3 回答者の属性(中高種・高校種・都市規模・生徒総数・地域別の校数及び比率)

図表 4-1 中高種<sup>24</sup>、高校種、都市規模、生徒総数、地域別の校数及び比率

		校数	比率(%)
中高種別	中学校	384	71.1
	高等学校	138	25.6
	特別支援学校	18	3.3
	NA	0	0.0
	合計	540	100
高校種	普通高校	66	47.8
	商業高校	16	11.6
	工業高校	16	11.6
	水産高校	4	2.9
	農業高校	7	5.1
	その他	19	13.8
	NA	10	7.3
	合計	138	100
都市規模	市・特別区(100万人以上)	73	13.5
	市(30~100万人未満)	77	14.3
	市(30万人未満)	277	51.3
	町村	108	20.0
	NA	5	0.9
合計	540	100	
生徒総数	500人以上	179	33.2
	400~500人未満	70	13.0
	300~400人未満	80	14.8
	200~300人未満	67	12.4
	100~200人未満	72	13.3
	100人未満	70	13.0
	NA	2	0.4
合計	540	100	
地域	北海道・東北	97	18.0
	関東	113	20.9
	中部	117	21.7
	近畿	81	15.0
	中国・四国	53	9.8
	九州・沖縄	79	14.6
	NA	0	0.0
	合計	540	100

(参考) アンケート配布先の内訳 高等学校：400校、中学校：808校、特別支援学校：24校

<sup>24</sup> 特別支援学校は、中等部と高等部が併設されている学校が多く中高の判別が困難であるため、中学校・高等学校とは別枠で集計した。

## 4.4 クロス集計結果

### (1) 生徒や保護者からの相談の有無 (Q1)

インターネット依存、アルコール依存、ギャンブル依存、薬物依存、喫煙依存のそれぞれについて、過去1年間に生徒や保護者から相談を受けたことがある学校の比率を見たところ、全体ではインターネット依存に関する相談を受けたと回答した学校が最多となり、他の依存に関する相談を受けた学校は相対的に少数であった。

また、校種別をはじめとするいずれの属性によるクロス集計でも、インターネット依存の相談比率が最多となった（校種別の集計結果は図表 4-2、他の集計結果は巻末参考資料の図表 T1、S1、C1 を参照）。

図表 4-2 生徒や保護者から依存に関する相談を受けた比率(単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
ネット依存	28.7	24.6	33.3	27.8
アルコール依存	1.8	1.5	0.0	1.7
ギャンブル依存	0.8	0.7	0.0	0.7
薬物依存	1.8	3.6	0.0	2.2
喫煙依存	6.8	8.0	0.0	6.9

\*分析対象：回答者全体(n=540、ただし欠損値は除いて集計)

### (2) 生徒の依存又は依存傾向に対する危惧 (Q2)

(Q2)では、学校側が生徒の依存又は依存傾向について危惧している度合いを尋ねた。

「あてはまる」「ややあてはまる」の回答を合計した比率を見ると、全体ではインターネット依存の75.7%が突出して高く、喫煙依存の19.5%がこれに次いだ。インターネット依存の比率が突出して高いのは、中高生までインターネットが普及している現状を背景にインターネット依存に対する危機意識が高まっているためと考えられる。

校種別をはじめとするいずれの属性によるクロス集計でも、インターネット依存の危惧比率が最も高い結果となった（校種別の集計結果は図表 4-3、他の集計結果は巻末集計表の図表 T2、S2、C2 を参照）。

図表 4-3 依存又は依存傾向を危惧する学校の比率(単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
ネット依存	75.0	78.1	72.2	75.7
アルコール依存	6.8	4.4	0.0	6.0
ギャンブル依存	3.9	2.9	0.0	3.5
薬物依存	7.3	8.7	0.0	7.4
喫煙依存	19.4	21.7	5.6	19.5

\*分析対象：回答者全体(n=540、ただし欠損値は除いて集計)

### (3) 依存を危惧する理由 (Q2SQ1)

(Q2)で「あてはまる」「ややあてはまる」と回答した学校に対し、なぜ依存を危惧しているか尋ねた附問の回答結果を見ると、全体では「生活習慣が乱れる」(96.8%)、「身体への悪影響を及ぼす」(75.3%)、「人間関係に悪影響を及ぼす」(72.6%)、「成績が下がる」(63.6%)といった選択肢の該当比率が50%を越えた。

また、校種別をはじめとするいずれの属性によるクロス集計でも、2位以下の順位に異同があるものの、上記4つの選択肢の該当比率が高い結果が見られた(校種別の集計結果は図表4-4、他の集計結果は巻末参考資料の図表T2S1、S2S1、C2S1を参照)。

図表 4-4 依存を危惧する理由(単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
生活習慣が乱れる	96.5	97.2	100.0	96.8
成績が下がる	63.0	71.0	15.4	63.6
身体への悪影響を及ぼす	78.9	66.4	69.2	75.3
人間関係に悪影響を及ぼす	73.4	71.0	69.2	72.6
将来、社会に適應できなくなる	46.0	41.1	30.8	44.3
学校の評価が下がる	6.9	6.5	7.7	6.9
その他	4.5	0.0	7.7	3.4

\*分析対象：Q2で「あてはまる」「ややあてはまる」と回答した学校(n=411、ただし欠損値は除いて集計)

\*複数回答可

### (4) 依存予防教育への関心 (Q3)

(Q3)では、学校側が依存を予防するための教育に関心を持っている度合いについて尋ねた。

「あてはまる」「ややあてはまる」の回答を合計した比率を見ると、全体ではインターネット依存の比率が95.0%と極めて高く、喫煙依存(66.9%)と薬物依存(66.1%)がほぼ同率でこれに続いた。他方、アルコール依存やギャンブル依存の比率は50%を下回り、相対的な関心の低さがうかがわれた。

校種別のクロス集計では、いずれの校種もインターネット依存が最多であったが、2位になったのは中学校では喫煙依存、高校と特別支援学校では薬物依存であった(以上、図表4-5を参照)。

都市規模など校種以外の属性によるクロス集計でも、2位以下の順位に異同があるものの、インターネット依存への関心が最も高い点は共通していた。(都市規模別ほかの集計結果は巻末参考資料の図表T3、S3、C3を参照)。

図表 4-5 依存予防教育に関心のある学校の比率（単位：%）

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
ネット依存	96.3	92.8	83.3	95.0
アルコール依存	53.5	37.0	50.0	49.2
ギャンブル依存	32.4	27.5	44.4	31.5
薬物依存	67.4	62.3	66.7	66.1
喫煙依存	70.4	60.1	44.4	66.9

\*分析対象：回答者全体(n=540、ただし欠損値は除いて集計)

#### (5) 依存予防教育の必要性に対する認識 (Q4)

(Q4)では、依存予防教育の必要性について尋ねている。

「そう思う」「ややそう思う」の回答を合計した比率を見ると、全体では**全ての依存で 50%を越え、インターネット依存ではほぼ 100%、薬物依存や喫煙依存では 90%前後の学校が依存予防教育を必要と考えていた**。それらに比べると**アルコール依存やギャンブル依存の比率はやや低く、依存予防教育の必要性に対する認識が相対的に低い**ことがうかがわれた。

校種別のクロス集計では、全体と同様にインターネット依存、薬物依存、喫煙依存が 1 位から 3 位を占めた。アルコール依存とギャンブル依存は、中学校・高校では全体と同じく 4 位・5 位となったが、特別支援学校では同率同順位となった（以上、図表 4-6 を参照）。

都市規模など校種以外の属性によるクロス集計では、2 位から 4 位の順序は比較カテゴリーごとに若干の異同が見られたものの、インターネット依存が首位、ギャンブル依存が最下位である点は共通していた（都市規模別ほかの集計結果は巻末参考資料の図表 T4、S4、C4 を参照）。

図表 4-6 依存予防教育を必要と考える学校の比率(単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
ネット依存	99.0	97.6	94.4	98.5
アルコール依存	76.3	72.3	72.2	75.1
ギャンブル依存	55.7	62.0	72.2	57.9
薬物依存	91.2	89.1	83.3	90.4
喫煙依存	90.4	84.7	77.8	88.5

\*分析対象：回答者全体(n=540、ただし欠損値は除いて集計)

#### (6) 依存予防教育を必要と考える理由 (Q4SQ1)

(Q4)で「そう思う」「ややそう思う」と回答した学校に対し、なぜ依存予防教育を必要と考えるか尋ねた附問 1 の回答結果を見ると、全体では「**依存(嗜癖)が社会的に問題になっている(82.3%)**が最多で、「その他」を除いた他の選択肢も**60%を超える学校が該当する**とした。

校種別のクロス集計では、中学校と高校で「依存(嗜癖)が社会的に問題になっている」が最多で全体と同様であったが、特別支援学校では「生活習慣を身に付けさせる上で必要である」(88.2%)が最多となった（以上、図表 4-7 を参照）。

都市規模など校種以外の属性によるクロス集計でも、ほとんどでは「依存(嗜癖)が社会的に問

題になっている」が最多であったが、生徒総数別における 400～500 人未満の学校と、地域別における中国四国では、「生活習慣を身に付けさせる上で必要である」が最多となった（ただし中国四国では「依存（嗜癖）が社会的に問題になっている」と同率 1 位。（都市規模別ほかの集計結果は巻末参考資料の図表 T4S1、S4S1、C4S1 を参照）。

図表 4-7 依存予防教育を必要と考える理由(単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
依存（嗜癖）が社会的に問題になっている	82.6	82.2	76.5	82.3
本来家庭で教育すべきだが、不十分なために学校で行わなければならない	64.4	50.4	58.8	60.6
未成年のギャンブル、喫煙、アルコールは非社会的な行為であることを周知・徹底しなければならない	65.2	64.4	58.8	64.8
生活習慣を身に付けさせるうえで必要である	74.1	68.2	88.2	73.1
社会の一員として生きるうえで必要である	63.9	63.7	76.5	64.2
その他	4.2	3.0	23.5	4.5

\*分析対象：Q4 で「そう思う」「ややそう思う」と回答した学校(n=532、ただし欠損値は除いて集計)

\*複数回答可

#### (7) 依存に関連した授業・生活指導の実施状況 (Q5SQ1)

依存予防教育に関連して、依存に関するどのような授業や生活指導を学校で実際に実施しているか尋ねた結果を示す。全体では「**保健体育の授業**」(94.0%)、「**薬物乱用防止教室**」(92.2%)、「**インターネットやスマートフォン関連のセーフティ教室(以下、セーフティ教室)**」(84.1%)を挙げた学校が多く、これらが現時点で最もポピュラーな依存予防教育であることが示唆された。

校種別のクロス集計では中学校・高校が全体と同様の選択肢順位となっていたが、特別支援学校では「保健体育の授業」「セーフティ教室」が同率 1 位で、3 位は「依存（嗜癖）に関する生活指導(以下、生活指導)」であった。特別支援学校では「保健体育の授業」「セーフティ教室」「薬物乱用防止教室」の実施比率が中学校・高校より低く、「生活指導」で代替されている可能性はあるものの、依存予防教育のリソース不足が懸念される(以上、図表 4-8 を参照)。

都市規模など校種以外の属性によるクロス集計では、順位の異同はあるものの「保健体育の授業」「薬物乱用防止教室」「セーフティ教室」が 90%前後の実施比率を示した点で、全体と同様の結果となった(都市規模別ほかの集計結果は巻末参考資料の図表 T5S1、S5S1、C5S1 を参照)。なお、都市規模別の比較において、都市規模が大きいほど「非行予防教室」の実施比率が高くなる傾向が見られた(図表 4-9 を参照)。

図表 4-8 依存に関連した授業や生活指導の実施状況(中高種別、単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
保健体育の授業	94.3	94.3	70.6	94.0
ネットやスマホ関連のセーフティ教室	84.8	83.8	70.6	84.1
薬物乱用防止教室	93.5	94.3	41.2	92.2
非行予防教室	33.3	22.1	23.5	30.1
依存(嗜癖)に関する生活指導	29.8	28.7	52.9	30.1
その他	5.5	2.2	23.5	5.2
実施していない	1.3	0.7	0.0	1.1

\*分析対象：回答者全体(n=540、ただし欠損値は除いて集計)

\*複数回答可

図表 4-9 依存に関連した授業や生活指導の実施状況(都市規模別、単位:%)

	市・特別区(100万人以上) (n=73)	市(30~100万人未満) (n=77)	市(30万人未満) (n=277)	町村 (n=108)	全体 (n=540)
保健体育の授業	98.6	94.8	94.3	95.3	94.2
ネットやスマホ関連のセーフティ教室	84.9	85.7	82.9	87.7	84.5
薬物乱用防止教室	91.8	92.2	91.6	94.3	92.3
非行予防教室	50.7	32.5	28.1	19.8	30.2
依存(嗜癖)に関する生活指導	27.4	33.8	28.5	33.0	30.0
その他	2.7	2.6	5.8	7.6	5.3
実施していない	1.4	0.0	1.1	1.9	1.1

\*分析対象：回答者全体(n=540、ただし欠損値は除いて集計)

\*複数回答可

#### (8) 依存に関連した授業・生活指導を実施する理由(Q5SQ2)

(Q5SQ1)で、特に「セーフティ教室」「薬物乱用防止教室」「非行予防教室」「依存に関する生活指導」を実施していた学校に対し、なぜそのような授業や生活指導を実施しているか尋ねた附問の回答結果を見ると、全体では「依存危険性を周知・徹底するため」(91.4%)、「生徒の健全育成のため」(89.7%)、「依存の知識を身につけさせるため」(78.2%)の該当比率が高い結果となった。

校種別のクロス集計では、いずれの校種でも選択肢の順位に違いは見られなかったが、特別支援学校では「一部の生徒に依存傾向が見られたため」が中学校・高校と比べ 20 ポイント以上高い比率を示していた(以上、図表 4-10 を参照)。

都市規模など校種以外の属性によるクロス集計でも、1位・2位の順位に異同はあるものの、「依存危険性を周知・徹底するため」「生徒の健全育成のため」「依存の知識を身につけさせるため」の該当比率が高い結果が見られた(都市規模別ほかの集計結果は巻末参考資料の図表 T5S2、S5S2、C5S2 を参照)。

図表 4-10 依存に関連した授業や生活指導を実施する理由(単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
依存の知識を身につけさせるため	79.4	75.9	66.7	78.2
依存危険性を周知・徹底するため	90.6	93.2	93.3	91.4
生徒の健全育成のため	89.6	91.0	80.0	89.7
一部の生徒に依存傾向が見られたため	17.4	14.3	40.0	17.2
その他	1.3	0.8	0.0	1.2

\*分析対象：Q5SQ1 で選択肢 2、3、4、5 のいずれかに該当した学校(n=526、ただし欠損値は除いて集計)

\*複数回答可

### (9) 依存予防教育に関する外部機関との連携 (Q6)

依存予防教育を行う際に、行政機関、警察、医療機関、企業、NPO 法人などの外部機関との連携を行っているか尋ねた結果を示す。

全体では、インターネット依存、薬物依存、喫煙依存において行政機関や警察との連携を挙げた学校が多かったのに対し、アルコール依存やギャンブル依存では「連携していない」を挙げる学校が最多となった。アルコール依存やギャンブル依存については、依存予防教育への関心や必要性認識が低く(図表 4-5)、外部機関との連携があまり図られていない点にも取組が十分ではない状況がうかがわれる。

依存の種類によって連携相手にも違いが見られた。例えばインターネット依存では企業や NPO 法人の、薬物依存や喫煙依存では医療機関の比率が高く、それぞれにおいて警察、行政機関に続く 3 位を占めていた。これは、学校がそれぞれの依存に対して専門的知見を有する外部機関への協力をあおいだ結果と考えられる(以上、図表 4-11 数値を参照)。

校種別をはじめとする各種属性によるクロス集計では、インターネット依存、薬物依存、喫煙依存で警察との連携比率が最多で、アルコール依存とギャンブル依存で「連携していない」が最多である点は共通していたが、2 位以下の順位はまちまちであり、これといった特徴は見いだせなかった(校種別の集計結果は図表 4-11、都市規模別ほかの集計結果は巻末参考資料の図表 T6、S6、C6 を参照)。

図表 4-11 依存予防教育に関する外部機関との連携状況(単位:%)

		行政機関	警察	医療機関	企業	NPO法人	その他	連携していない
ネット依存	中学校	43.9	59.1	6.4	28.3	13.1	4.3	12.3
	高等学校	24.8	51.1	5.1	35.8	8.8	2.9	25.6
	特別支援学校	23.5	41.2	5.9	11.8	11.8	5.9	23.5
	全体	38.3	56.4	6.1	29.7	11.9	4.0	16.1
アルコール依存	中学校	25.3	27.3	12.5	0.6	2.3	6.0	46.6
	高等学校	9.8	21.1	9.8	1.5	2.3	0.8	72.2
	特別支援学校	18.8	31.3	6.3	0.0	0.0	12.5	56.3
	全体	21.0	25.8	11.6	0.8	2.2	4.8	53.7
ギャンブル依存	中学校	7.3	15.5	1.2	0.3	0.6	0.9	80.7
	高等学校	6.1	15.9	3.8	1.5	2.3	0.8	80.3
	特別支援学校	5.9	23.5	0.0	0.0	0.0	5.9	70.6
	全体	6.9	15.9	1.8	0.6	1.0	1.0	80.2
薬物依存	中学校	38.7	58.9	19.7	0.8	5.3	14.7	8.8
	高等学校	29.9	65.7	18.9	2.2	8.8	11.7	10.2
	特別支援学校	23.5	47.1	5.9	0.0	0.0	11.8	35.3
	全体	35.9	60.3	18.9	1.1	6.1	13.8	10.0
喫煙依存	中学校	31.6	41.8	18.8	0.0	2.2	9.1	28.5
	高等学校	12.6	26.7	14.1	1.5	1.5	3.0	62.2
	特別支援学校	11.8	41.2	11.8	0.0	0.0	11.8	47.1
	全体	25.9	37.8	17.4	0.4	2.0	7.6	38.0

\*分析対象：回答者全体(n=540、ただし欠損値は除いて集計)

\*複数回答可

### (11) 依存予防教育は十分に実施できているか (Q7)

(Q7)では、自らの学校で依存の予防教育を十分に実施できていると考えるか尋ねた。

「そう思わない」「あまりそう思わない」の回答を合計した比率を見ると、全体では**ギャンブル依存の比率(77.9%)**が突出して高く、**学校側としてもギャンブル依存の予防教育が不十分と認識している**ことを示す結果と考えられる。これまで示された結果と考え合わせると、多くの学校ではギャンブル依存に対する危惧や関心自体が低い状況であるため(図表 4-7、図表 4-8を参照)、予防教育の充実もさることながらそもそもの意識喚起を図っていくことがこれからの課題になるものと考えられる。

不十分と考える比率が次に高かったのは**アルコール依存(42.6%)**と**インターネット依存(35.6%)**

である。アルコール依存はギャンブル依存に次いで学校側の関心が低い依存であり（図表 4-3、図表 4-5 を参照）、対策も不十分と認識されているものと考えられる。これに対し、インターネット依存は学校側の危惧や関心が高く（図表 4-3、図表 4-5 を参照）、「セーフティ教室」などの予防教育も充実しているが（図表 4-8 を参照）、学校に寄せられる相談も多いことから（図表 4-2 を参照）、現状ではまだまだ不十分と認識する学校が多かったものと考えられる。

以上に対して、**喫煙依存（24.0%）や薬物依存（15.5%）は比率が低い部類に入る**。双方とも依存予防教育への関心や必要性認識が比較的高く（図表 4-5 を参照）、薬物依存については「薬物乱用防止教室」の実施比率が全体で 92.2%に達するなど対策も充実している（図表 4-8）。また相談件数が比較的少ないことから（図表 4-2）、予防教育は十分だと考える学校が多かったものと考えられる（以上、図表 4-12 数値を参照）。

校種別のクロス集計では、中学校と高校が全体と同様の順位となっていたが、特別支援学校では喫煙依存が 3 位、薬物依存が 4 位、インターネット依存が 5 位となった。特に薬物依存については、特別支援学校の「薬物乱用防止教室」の実施比率が中高の半分にとどまっていることから見て（図表 4-8）、実施不十分と考える学校が多かったものと考えられる。インターネット依存についても、「セーフティ教室」の実施比率が中高と比べ低い（図表 4-8）こともあり同様の認識になったものと考えられる（以上、図表 4-13 比較を参照）。

都市規模など校種以外の属性によるクロス集計では、2 位以下に若干順位の異同があったものの、ギャンブル依存（の予防教育が不十分と考える学校）の比率が 70～80%台、アルコール依存とインターネット依存が 30～40%台、薬物依存と喫煙依存が 10～20%台という、全体と同様の比率を示した（都市規模別ほかの集計結果は巻末参考資料の図表 T7、S7、C7 を参照）。

図表 4-12 依存予防教育が十分実施できていないと考える学校の比率(単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
ネット依存	34.7	38.0	35.3	35.6
アルコール依存	43.7	38.2	52.9	42.6
ギャンブル依存	80.6	69.1	88.2	77.9
薬物依存	15.4	12.4	41.2	15.5
喫煙依存	22.3	25.7	47.1	24.0

\*分析対象：回答者全体(n=540、ただし欠損値は除いて集計)

## (12) 依存予防教育が十分に実施できていない理由 (Q7SQ1)

(Q7)で「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答した学校に対し、依存予防教育を十分に実施できていないと考える理由を尋ねた結果を見ると、全体では「学校教育だけでは十分ではないから」(54.1%)、「教員が依存についての専門的な情報を集め、授業を行う余裕がないから」(44.3%)、「依存症予防のための適切な教材がないから」(41.7%)といった回答が高い比率となっており、学校外との連携や教育体制の整備に課題が残されている可能性がうかがわれた。

また、校種別をはじめとするいずれの属性によるクロス集計でも、順位には異同があるものの、全体の結果と同じ3つの選択肢が1位から3位を占める点は共通していた（校種別の集計結果は図表 4-13、都市規模別ほかの集計結果は巻末参考資料の図表 T7S1、S7S1、C7S1 を参照）。

図表 4-13 依存予防教育が十分に実施できていない理由(単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
依存症予防のための適切な教材がないから	42.1	42.6	26.7	41.7
教員が依存についての専門的な情報を集め、授業を行う余裕がないから	45.1	41.6	46.7	44.3
家庭との連携が不足しているから	12.2	12.9	13.3	12.4
依存を予防する社会的なしくみがまだ十分ではないから	30.3	30.7	26.7	30.2
学校教育だけでは十分ではないから	54.3	54.5	46.7	54.1
その他	15.1	23.8	40.0	18.1

\*分析対象：Q7で「そう思わない」「あまりそう思わない」と回答した学校(n=445、ただし欠損値は除いて集計)

\*複数回答可

### (13) 家庭における依存予防教育の是非(Q8SQ1)

(Q8SQ1)では、学校だけでなく家庭においても依存予防教育を行うべきと考えるか尋ねた。

「そう思う」「ややそう思う」の回答を合計した比率を見ると、全体では **97.8%の学校が家庭での依存予防教育に賛成**する結果となった。

(Q7SQ1)では「学校教育だけでは十分ではないから」の該当比率が最も高かったが(図表 4-13を参照)、本問の結果と考え合わせれば、学校だけの努力には限界があり、家庭の協力がなければ依存予防教育を十分に実施することはできないと学校側が認識していることがうかがわれる。

校種別のクロス集計では、中学校、高校、特別支援学校の順に賛成の比率が高い結果が見られた(図表 4-14を参照)。

都市規模別のクロス集計では、都市規模が小さいほど賛成の比率が高い傾向が見られ、町村では賛成比率が99.1%に達した。生徒総数別と地域別のクロス集計ではカテゴリー間でこれといった特徴は見られなかった(都市規模ほかの集計結果は巻末参考資料の図表 T8S1、S8S1、C8S1を参照)。

図表 4-14 家庭における依存予防教育を行うべきと考える学校の比率(単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
	98.2	97.6	88.9	97.8

\*分析対象：回答者全体(n=540、ただし欠損値は除いて集計)

### (14) 家庭における依存予防教育が抱える問題点(Q8SQ2)

依存予防教育を進める上で家庭教育が抱える問題点について尋ねた結果を示す。

全体では「**家庭の教育力が低下している**」(80.2%)、「**家庭の危機感が薄い(飲酒、喫煙などを許している)**」(69.7%)、「**家庭環境に問題がある**」(58.1%)を挙げた学校が多かった。ほとんどの学校が依存予防教育には家庭の協力が必要だと考えているが(図表 4-14を参照)、その反面、家庭での依存予防教育には一定程度の不安もあることがうかがわれた。

校種別のクロス集計では、中学校と高校が全体と同様の選択肢順位となったが、特別支援学校では「家庭の危機感が薄い」(72.2%)が最多で、「家庭の教育力が低下している」「家庭環境に問題がある」(いずれも55.6%)が同率2位となった(以上、図表 4-15を参照)。

都市規模など校種以外の属性によるクロス集計では、都市規模別の30~100万人未満の市で「家

庭の危機感が薄い」と「家庭環境に問題がある」が同率 2 位（64.9%）となったのを除き、いずれの  
 カテゴリーも全体と同様の選択肢順位となった（都市規模別ほかの集計結果は巻末参考資料の図  
 表 T8S2、S8S2、C8S2 を参照）。

図表 4-15 家庭における依存予防教育が抱える問題点(単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
家庭の危機感が薄い（飲酒、喫煙などを許している）	70.3	67.7	72.2	69.7
家庭の教育力が低下している	64.0	72.8	55.6	60.2
仮に依存（嗜癖）が問題になっていても、家庭が学校に相談しない	26.3	31.6	33.3	27.9
家庭環境に問題がある	57.8	59.8	55.6	58.1
その他	7.1	3.7	11.1	6.4
特に問題はない	3.2	3.7	11.1	3.6

\*分析対象：回答者全体(n=540、ただし欠損値は除いて集計)

\*複数回答可

#### (15) 地域ボランティアや NPO との連携 (Q9SQ1)

(Q9SQ1)では、地域ボランティアや NPO などに依存予防教育への協力を望むか尋ねた。

「そう思う」「ややそう思う」の回答を合計した比率を見ると、全体では**連携に賛成の比率が 88.2%**となり、依存予防教育には家庭だけでなく地域ボランティアや NPO などの助けも必要であると、多くの学校が認識していることが明らかとなった。

校種別のクロス集計では高校、中学校、特別支援学校の順に賛成比率が高く、特別支援学校では全体比率より低い値となった（図表 4-16 を参照）。

都市規模など校種以外の属性によるクロス集計では、カテゴリー間にこれといった特徴は見られなかった（都市規模別ほかの集計結果は巻末参考資料の T9S1、S9S1、C9S1 を参照）。

図表 4-16 地域ボランティア・NPO との連携を行うべきと考える学校の比率(単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
	87.9	89.6	83.3	88.2

\*分析対象：回答者全体(n=540、ただし欠損値は除いて集計)

#### (16) 地域ボランティアや NPO との連携が抱える問題点 (Q9SQ2)

依存予防教育を行う上で、地域ボランティアや NPO との連携にどのような障壁があるかと考えるか尋ねた結果を見ると、全体では「**地域ボランティアなどが、生徒の行動変容を促す教育を実施できるかわからない**」(50.4%)、「**地域ボランティアなどに生徒の依存（嗜癖）について情報を開示できない**」(34.7%)の比率が高い結果になった。

校種別のクロス集計ではいずれの校種も全体と同様の選択肢順位となった。都市規模など他の属性による集計では、2 位以下の順位に異同が見られたが、「生徒の行動変容を促す教育を実施できるかわからない」が 1 位である点は共通していた（校種別の集計結果は図表 4-17、都市規模別ほかの集計結果は巻末参考資料の図表 T9S2、S9S2、C9S2 を参照）。

図表 4-17 地域ボランティアや NPO との連携が抱える問題点(単位:%)

	中学校	高等学校	特別支援学校	全体
地域ボランティアなどに生徒の依存（嗜癖）について情報を開示できない	32.9	38.4	44.4	34.7
地域ボランティアなどが、生徒の行動変容を促す教育を実施できるかわからない	51.2	47.4	55.6	50.4
地域ボランティアなどが、学校の授業に参加しづらい	12.6	21.1	16.7	14.9
協力してくれる地域ボランティアがいない	26.6	18.8	22.2	24.4
その他	8.0	4.5	11.1	7.2
特に障壁はない	20.3	23.3	16.7	20.9

\*分析対象：回答者全体(n=540、ただし欠損値は除いて集計)

\*複数回答可

## 4.5 結果からの考察

本調査の結果からは、依存予防教育の現状は (a) 実際にも学校の認識としても既に十分実施されているもの（薬物依存、喫煙依存）、(b) 実際にはある程度実施されているが、学校の認識としては不十分なもの（インターネット依存）、(c) 現時点では必要性すら十分認識されていないもの（アルコール依存・ギャンブル依存）の3つに類型化できると考えられる。

(a) に含まれる薬物依存、喫煙依存は、生徒や保護者からの相談件数（図表 4-2 を参照）や依存への危惧（図表 4-3 を参照）はさほど高くないものの、予防教育への関心や必要性認識は高い（図表 4-7 を参照）。薬物乱用防止教室など予防教育の実施比率が高く（図表 4-8 を参照）、医療機関のような専門機関との連携もある程度実施していることから（図表 4-11 を参照）、学校自身としても依存予防教育を十分実施していると認識していた（図表 4-14 を参照）。

(b) に含まれるインターネット依存については、インターネット・スマートフォン関連セーフティ教室の実施（図表 4-8 を参照）や企業・NPO との連携（図表 4-11 を参照）に見られるように、予防教育はある程度充実している。しかし、相談件数が他の依存と比べて多いためか（図表 4-2 を参照）、予防教育はまだまだ不十分であると認識している学校が多い（図表 4-13 を参照）。専門知識や指導法の普及、外部との連携体制構築など、さらなる教育リソースの整備が求められる分野と考えられる。

(c) に含まれるアルコール依存やギャンブル依存は、生徒や保護者からの相談件数が少なく（図表 4-2 を参照）、学校側における危惧、関心、予防教育の必要性認識も総じて低かった（図表 4-3、図表 4-5、図表 4-6）。

※「学校現場の依存症予防教育の実態」アンケート集計表については、P133 をご参照ください。

## 4.6 自由記述の分析

### (1) 分析対象

自由記述に関するデータは、アンケート（巻末参考資料を参照）の最後に尋ねた Q10FA「学校で依存（嗜癖）の予防を実施する際に課題があれば、ご記入ください。」に対する回答である。

自由記述の設問には、540 校中 146 校が回答した（回答率 27.0%）。ただし、「特になし」等の記述は無回答とし、分析には含めていない。

### (2) 分析方法

分析にあたっては、個別のデータから一般的なテーマを見出すことを目指す帰納的な方法を用いた。したがって、同一校による回答でも複数のテーマに分類されているものがある。なお、コーディングに際しては複数のコーダーにより複数回実施し、データごとにテーマが該当するかどうかを再確認した。

### (3) 分析結果

以下では、本調査において特に多くの意見が出された以下の 6 つのテーマについて、テーマを代表する意見とともに紹介する。必要に応じて、1 つのテーマの中でも更にサブテーマを設けているものもある。引用する意見の選定にあたっては、テーマの代表性及び表現のわかりやすさを重視しており、回答者による原文ママを引用しているため、表記には多少の誤字・誤植がある。

## 1. 予防教育の必要性に対する意見

ネット依存に対する必要性の認識が高く、ギャンブル依存に対しては認識が低い傾向にあった。本調査で対象とした 5 つの依存以外にも、「マスク依存」「リストカット依存」などへの対策が指摘された。

- ・ギャンブル依存予防の対応として、本校の実態などから、今の所予防教室を開くほどではないと感じている。
- ・中学校でアルコール依存・ギャンブル依存の予防教室を行う必要性をあまり感じない。
- ・他の依存に比べ生徒に対しての（ギャンブル依存）教育についての気運がそこまで高まっていないと思われる。
- ・中学校の発育段階ではこれからネット依存に対しての取り組みは不可欠である。
- ・学校によっては喫煙依存も問題になっているが、現段階では本校にはその問題はない。薬物依存は大きな問題として扱っている。
- ・マスク依存やリストカット依存の生徒が増えているように感じます。依存症予防教育に力を入れていくのであれば、この 2 つの予防策も講じて欲しいです。

## 2 予防教育の実施に対する意見

予防教育を実施するにおいて、学校単体で行うことの困難さや、教職員の知識不足、指導方法の確立などの問題点があることが多く指摘された。

### ①学校教育の状況

- ・学校の対応が、事後対応におわれていること。
- ・薬物乱用防止やサイバー犯罪防止は、取り組みやすく生徒の関心も高いが、アルコール依存症・ギャンブル依存・喫煙依存などは、家庭との連携も必要であり、学校のみでは取り組みにくい。

## ②生徒の関心

- ・ネット、アルコール、タバコへの依存は生徒にも分かりやすい話題だが、薬物、ギャンブル依存は自分自身のこととは考えにくく、生徒が関心を持って防止教育を受ける事は難しい。
- ・ネット依存については、そもそも「これも立派な依存症である」と自覚している生徒が少ないのでは、という印象がある。その分、予防教育も難しいと感じている。
- ・「自分には関係ない」と言ったような意識の低い生徒に対して、より効果的な方法があれば紹介して欲しい。

## ③現状把握の困難さ

- ・何をもって依存とするかの定義がない。依存を把握する手段が本人との会話の中での推測でしかなく、現状を正確に把握することは難しい。
- ・ネット・アルコール・薬物・喫煙に対する依存防止教育については年間計画の中に組み込み、学校全体で取り組んでいるが、ギャンブル依存に関しては、生徒の実態把握が困難なため現在は実施していない。
- ・生徒の実態を把握する必要性。それをまとめて指導内容を吟味して計画を立てて・・・とても大変。

## ④継続的指導の困難さ

- ・健康教育の指導をしても取り扱うが、その場では知識・理解が深まるが今後も維持して、しっかり予防しようという意識をしっかりとっていられるか、こちらも継続の指導が必要である(継続になると実際には呼びかけとなってしまふ)。
- ・一度きりの指導では効果がないので、定期的に、そして様々なアプローチで生徒・保護者に啓発し、教職員も研修を積む必要がある。
- ・個々の課題について、教員の指導と家庭への周知が必要であり、計画的に進める必要があること。

## ⑤教職員の意識、知識

- ・ネットについては使用方法も含めて子供の知識に追いつけないと感じている。一つを防止しても、その時には先に行っている感じがする。
- ・指導する教員の専門知識不足。特に支援、手立て等を全体に周知させるような研修の場が必要だと思われる。
- ・予防するためには正しい情報や知識を専門的な立場の方に話をしてもらう必要になる。しかし聴覚に障害があるので、しっかり内容を伝えるためには情報保障や支援が必要となり、学校職員では専門的な内容を支援する技術や知識が乏しい。
- ・親や、教員（特に若い教員）の中には危機感が無いものが少なからずいるため、共通理解が得られない場合もある。
- ・専門的な知識を身に付けたり、情報を収集したりする時間を確保すること。

## ⑥指導手法、教材、時間の整備

- ・生徒にとって依存（嗜好）への興味や関心が高まらないような指導の工夫が必要である。
- ・生徒の発達段階に応じた内容を工夫して指導することが難しい。
- ・本校の生徒の様々な特性に合わせ、一人一人が理解できるような指導・支援や授業を実施することの困難さを感じている。

- ・生徒の意識や興味、関心の差が有る。全体指導と個別指導をどう組み合わせるか。
- ・ネットの使用に関しては中学生でも法に反する行為ではないために規制したり、指導したりすることが難しい。
- ・ネット依存以外の依存については生徒に指導するための教材を選別する作業が進んでいない。
- ・地域の特徴や生徒の発達段階に応じたカリキュラムの開発が重要である。
- ・教育課程の中で十分な時間数を確保できない。(同様 22 件)
- ・依存は生徒の将来に対する影響が大きいので、予防教育はとても大切だと考えている。しかし、学校教育では、時間の確保や教材・人材の不足などの課題があり、十分な指導ができていないといえない。
- ・教科等の授業時数の確保・行事の精選を進める中で、時間の確保に苦慮することがある。
- ・交通安全教育、主権者教育等、学校に求められていることが多すぎるため、それぞれに対応するだけの時間的ゆとりがないため、重要度の高いものから行っているのが現状である。したがって、重要度の低いものについては、隔年実施等で対応し、緊急性の高くないものや重要度の低いもの、個人的な要素が強いものについては、例え将来的に必要な知識であっても取り組むことが難しい状況にある。

### 3. 予防教育の効果に対する意見

予防教育を実施した場合においても、それがどの程度の効果をもたらしているのかが判然としないといった意見が多かった。

- ・毎度に 1 回程度「携帯・スマホ安全教室」「薬物依存禁止」を啓発する講和を設定しているが、実際に依存の予防として大きな効果があったとは言い切れない。
- ・依存予防に関する学習や講演会等を実施しているが、そのことが、どの程度予防に繋がっているかチェックする術もない。

### 4. 外部（地域・専門機関）との連携に対する意見

外部機関との連携に際しては、そもそも連携先の情報が不足していること、外部機関による指導の効果が明確ではないこと、費用拠出が難しいことなどが多く指摘された。

#### ①連携先の情報不足

- ・学校教育とスムーズに連携できる機関の情報が欲しい。または、そのような機関を増やして欲しい。
- ・このことに限らないが、都市部にある学校、それ以外の学校との、関係機関との連携（支援、協力等）に関する格差があってはならない。このネット社会において、都市部と地方とで、様々な情報が同じように入手できる世の中である。
- ・適当な連携先が見つからない。(ギャンブル・薬物・タバコ)
- ・地域の人材情報が把握できていない、活用できていない点も課題と言える。

#### ②効果の不透明さ

- ・外部の方で本当に生徒の実態を理解し、生徒が引き込まれる授業をしていただけるなら、時間を作ることは不可能ではありませんが、指導時間が少ない中でそれだけの授業をしていただける方になかなか出会えていません。
- ・学校全体で講演会等を行った場合に生徒一人ひとりにどれくらい浸透しているかが分かりづらい。

- ・講師を招く事でその力量が未知数である。
- ・専門的な外部講師に依頼する際、こちらの希望している内容と講師の話す内容が合わない場合がある。
- ・外部から招いた講師の方が健全な児童生徒への指導経験が主体で障害者の実態に合った指導が難しいと思われることがあった。
- ・外部との連携や年間に実施する回数等についても、どの程度が適当なのかが分かりづらい。

### ③費用

- ・無料で来てくれるボランティアがいない。
- ・学校職員では専門的な内容を支援する技術や知識が乏しいため、外部機関の支援を利用しなければならないが、その際予算が伴う。その予算的な面が課題となることが時々ある。

#### □家庭との連携に対する意見

多く学校が家庭との連携を重視している一方で、家庭にも問題点が内在していることや連携体制が確立されていないといった課題が明らかになった。

## 5. 家庭教育における課題

- ・家庭・保護者への予防教育が十分でないこと
- ・家庭での容認（喫煙）。
- ・家庭の協力が不可欠であるが、依存に対する家庭の危機感が低い（特にネット）。
- ・家庭の協力をいかに得るか、また意識を高めるにはどうしたらよいか。
- ・家庭内で初期対応する事象であり、初期段階で発見する事が困難であること。発見や相談があったときには、ある程度進行してしまっている場合があること。
- ・保護者の協力が必要不可欠なのに、聞いて欲しい保護者が参加しないことが多い。
- ・保護者の理解や啓発を図っていくことが現在の課題である。
- ・アルコールについては、親子共に危機感が薄い。

### ①家庭内における依存問題

- ・家庭との連携が不可欠であるが、依存について問題を抱えている家庭が存在している。
- ・保護者（家族を含む）が依存及び依存傾向で治療等を行っている生徒への心のケアが必要となる。
- ・保護者が依存症の場合もあり、その際教材の取り扱いに注意しないと生徒を傷つけてしまう恐れがある。

### ②学校と家庭間の意識格差

- ・家庭において必要性をあまり感じていない中で、学校だけで行うのは無理がある。
- ・ネット依存等への意識が各家庭によってかなり異なる事。家庭によっては学校の範囲を上回っている状態にある事。
- ・依存傾向がある子供や家庭など、それに関する危機感が伝わりにくい。それらの悪循環をどう変えていくかが大きな課題。
- ・ネット等の依存について、家庭と学校との意識が違う。保護者にも依存傾向が見られ、スマホを預けておけば自分が安心できる。と言う理由で家庭での指導や約束もなく、子供に与えてしまう保護者もいる。
- ・飲酒について保護者が黙認しているケースがある。（まれに公認も）指導しても許されていると

いうケースがあった。

### ③学校と家庭間の連携における課題

- ・依存に対して家庭との連携と啓蒙。
- ・地域、家庭と連携して取り組むためのガイドラインが国レベルで必要だと考える。
- ・家庭との協力体制を確立すること。
- ・日常的な指導や、家庭と連携した指導が必要だ。
- ・家庭、病院等との連絡が十分でなければ、生徒への指導が難しい。
- ・ネット依存に関しては、家庭の個室の中で行われていることが多く、学校として依存の状態がつかみにくい。

## 6. 社会的要因・施策に対する意見

依存症の背景として社会的要因の存在を指摘する学校が多かった。また、依存予防指導において社会的な施策の導入を求める意見が見られた。

- ・大人がつくり出す家庭環境や社会の変化に子供たちは大きく影響されている。何より子供たちを取り巻く社会環境の変化による影響が大きい。タバコ等については、健康増進法により、生徒の周辺環境も変わり、生徒の喫煙低下に効果はあったと感じているが、薬物については違法薬物等が社会的に注目されるなど、学校教育においてそれぞれの環境においてしっかりとした気持ちを持った生徒の育成の難しさを感じる。よい良い社会環境作りを地域と一体になって取り組む必要性を強く感じます。
- ・どの問題でも同じようにアンケート・情報提供・ポスター・冊子・学校教育ではなく、原因は大人による「金儲け」であるのははっきりしているので、そこから目を背けず、まずは原因となる商品の販売やサービスを行っている企業へのアプローチによる社会的な問題の解決に予算を使うべきだと感じます。
- ・カジノが合法化されるような流れの中で、子供たちにギャンブルの危険性をどのように教えるのか。国や地方公共団体がギャンブルを推進しているのに、学校でだけギャンブル依存症を食い止めるのには矛盾があり、限界がある。
- ・本校での課題は何と言っても携帯（スマホ）依存です。現状として保護者が簡単に子供に買い与えるため、子供同士のトラブル（LINE等の誹謗中傷）の責任を学校に押し付けようとするが、学校では指導の限界が有り、早急に社会（国や都道府県レベル）でもルール、条例が必要と考える。
- ・ネット依存を問題にするならば、まずスマートフォンの利用・購入等について年齢制限をするべきである。法的に何も制限のない状態で依存について危惧しても、根本的な問題は解決できないと考えます。