令和７年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）「処方薬や市販薬の乱用又は依存症に対する新たな治療方法及び支援方法・支援体制構築のための研究」
（研究代表者 松本俊彦）
分担研究報告書

処方薬・市販薬依存症患者の実態と通院治療プログラムの開発に関する研究

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

【研究要旨】
研究目的： 本研究分担班の目的は、処方薬・市販薬などの医薬品使用症患者の臨床的特徴を明らかにするとともに、同患者に対する依存症集団療法の効果を明らかにすることにある。
研究方法： 研究班最終年度にあたる令和７年度は、本分担研究班では、２つの研究プロジェクトを実施した。１つは、「2024 年全国精神科医療施設における実態調査」（以下、全国精神科病院調査）のデータを二次解析し、処方薬・市販薬関連精神疾患症例の臨床的特徴を明らかにする研究（研究 1）である。そしてもう１つは、令和６年度よりリクルートを実施している、「処方薬・市販薬などの医薬品依存症患者に対する集団療法の効果に関する非劣性試験」（研究 2）である。研究１では、「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」データベースの二次解析を行い、睡眠薬・抗不安薬・市販薬症例（医薬品群）を対象に、臨床的特徴と治療資源の利用状況を検討した。研究２においては、2024 年５月～2025 年４月までの１年間に、国立精神・神経医療研究センター病院、埼玉県立精神医療センター、昭和大学烏山病院に初診した覚醒剤、大麻、処方薬、市販薬のいずれかの物質の使用症患者のうち、依存症集団療法に参加し、かつ、対象要件を満たした者を対象として 24 週間の追跡を行い、その社会的・心理的・職業的機能、外来通院や依存症集団療法参加の状況、精神的健康、薬物使用日数および危険な使用の有無に関する情報収集を行い、その結果を「医薬品群」と「違法薬物群」の２群で比較した。
研究結果： 研究１からは、医薬品使用症患者では、女性が多く、最近１年以内の自傷・自殺企図経験を持つ者、併存精神疾患を有する者が顕著であり、依存症集団療法や自助グループ、民間回復施設といった、従来の依存症回復支援資源を利用する者が少なく、逆に、精神医学的危機介入のための精神科入院を必要とする者が多い傾向が明らかにされた。一方、研究 2 では、リクルート期間に本研究の対象要件を満たし、かつ、研究参加に同意した者は 24 例と少なかった。その 24 例中、12 例が医薬品群（処方薬３例、市販薬９例）に、そして残る 12 例が違法薬物群（全例覚醒剤）に分類された。両群に対する依存症集団療法による介入の効果は、違法薬物群では、24 週後における薬物使用および危険な薬物使用が有意に減少し、一方、医薬品群では、24 週後における薬物使用日数と危険な薬物使用が有意に減少した。なお、GHQ30 得点については両群ともに有意に低下した。以上より、依存症集団療法は医薬品使用症患者に対しても効果的である可能性が示唆された。
考察と結論： 依存症集団療法にマッチする医薬品使用症患者は比較的少ないが、参加可能な精神医学的状態にある者にとっては、依存症集団療法は医薬品使用症患者にとっても重要な医療的資源となる可能性がある。今後は、医薬品使用症に対する依存症集団療法の効果に関して、さらにサンプル数を増やして検証を継続する必要がある。同時に、女性かつ若年、自殺ハイリスクな重複障害症例という特徴を持つ医薬品使用症患者に特化した、治療法の開発も必要であろう。

研究協力者
成瀬暢也　埼玉県立精神医療センター
常岡俊昭　昭和医科大学烏山病院
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
西村晃萌　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
樋口早子 国立精神･神経医療研究センター病院 司法精神診療部
高野歩　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
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
喜多村真紀　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
梅村二葉　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
宇佐美貴士　福岡県立精神医療センター太宰府病院
谷渕由布子　医療法人同和会 千葉病院
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
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. 研究の背景と目的

2000 年代以降､わが国では精神科医療へのアクセスが確実に向上してきたが、反面、そのことが､2010 年以降の睡眠薬･抗不安薬などの処方薬の不適切使用問題を助長してきたのは、周知の通りである。加えて近年では、国民の高齢化と長寿化に伴う医療費の増大への対策として、わが国では、医療費削減目的と国民の医薬品アクセス向上目的による「セルフメディケーション」政策が推進されてきた。具体的には、頻用処方薬の市販薬化に加え、市販薬のインターネット販売に関する規制緩和 (2014)､セルフメディケーション税制の導入（2017）などの施策がそれにあたるが、それに伴って、わが国のドラッグストアチェーン業界の急成長も見られている。事実、同業界は、最近 20 年で他業界では類例を見ないほどの活況を呈し、市場規模は 8 兆円を超える水準に達するとともに、毎年国内では約 1000～1500 店舗のドラッグストアが新規開店している状況である。

このような状況は、確実に処方薬や市販薬などの医薬品による健康被害を増大させている。研究分担者が実施している「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」(以下、病院調査）によれば、2010 年以降、睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例が、そして、2018 年以降は市販薬関連精神疾患症例が増加している。さらに、現時点における最も直近の同調査である 2024 年調査では、過去 1 年以内に薬物使用が見られる薬物関連精神疾患症例の半数が、処方薬と市販薬を主たる乱用薬物としている。こうした状況は精神科医療現場にとどまらず、救急医療の現場からも、近年における医薬品過量摂取による救急搬送患者――ことに市販薬過量摂取患者の急激な増加として報告がなされている。

しかし、以上のような実態があるにもかかわらず、その治療体制は不十分である。というのも、すでに 2016 年度より、わが国では研究代表者らが開発した、薬物依存症に対する集団療法「せりがや覚せい剤依存再発防止プログラム（Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program : SMARPP)」が診療報酬の算定対象となっているものの、その対象は覚醒剤や大麻、危険ドラッグといった違法薬物の依存症に限定され、医薬品の依存症に対する専門療法として診療報酬算定対象となっているものが存在しない状況にある。

そこで、本研究分担班は、「処方薬・市販薬使用症患者の実態と通院治療プログラムの開発に関する研究」という研究課題を掲げ、3 年間の研究期間において、一般精神科医療・依存症専門医療における処方薬・市販薬関連障害患者の臨床的特徴を明らかにするとともに、3 箇所の依存症専門医療機関（NCNP 病院、埼玉県立精神医療センター、昭和医科大学烏山病院）をフィールドとして、処方薬・市販薬依存症に対す

る依存症集団療法（通称「SMARPP」）の効果検証を行うことを計画している。

研究班最終年度にあたる令和 7 年度、本研究分担課題では、2 つの研究プロジェクトを実施した。1 つは、「2024 年全国精神科医療施設における実態調査」(以下、全国精神科病院調査)のデータを二次解析し、処方薬・市販薬関連精神疾患症例の臨床的特徴を明らかにする研究である。そしてもう 1 つは、令和 6 年度よりリクルートを実施している、「処方薬・市販薬などの医薬品使用症患者に対する集団療法の効果に関する非劣性試験」である。本報告書では、この 2 つの研究プロジェクトについて報告する。

B. 研究方法

【研究 1: 「2024 年全国精神科病院調査」データの二次解析】

1．全国精神科病院調査について

研究分担者が所属する、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では、1987 年以降ほぼ隔年で全国の有床精神科医療施設を対象とする薬物関連精神疾患症例の悉皆調査を行っている。研究 1 では、2024 年の全国精神科病院調査データを二次解析することにより実施した。

全国精神科病院調査の対象期間は、2024 年 9～10 月の 2 か月間である。調査対象施設は、精神科の入院病床を有するすべての病院である。

調査対象者は、調査対象施設において通院・入院治療を受けた患者で、アルコール以外の精神作用物質使用による ICD–10 F1 分類「精神作用物質による精神および行動の障害」の該当患者である。アルコール単独使用の患者を除き、何らかの薬物とアルコールを併用している患者は含まれる。情報収集は診療録からの転記による後方視的な方法を採用した。

具体的には、調査対象施設の各担当医師が、条件を満たす薬物関連精神障害患者に関して診療録より個人特定不能な情報を調査票に転記し、記入済みの調査用紙は郵送によって研究責任者（松本俊彦）のもとに集約された。なお、調査対象期間中は各調査実施施設にて本調査に関する公告を行い、本調査に対するオプトアウトの機会を設けた。

調査項目は、年齢、性別、教育歴、就労状況、犯罪歴、最近 1 年以内の薬物使用状況、現在の「主たる薬物」の種類、薬物使用に関する ICD–10 F1 分類の下位診断、併存精神障害などであり、毎回これらの項目に関して、同じ質問文および同じ定義によって情報収集している。

2. 対象

本研究の対象者は、2024 年の全国精神科病院調査のデータから抽出した。調査実施施設 1525 施設中、1098 施設（72.0%）より回答が得られた。221 施設（14.5%）から症例が提出された。同意が得られ、かつ、人口動態的変数と使用薬物に関する情報が欠損していなかった 2702 例が対象となった。

以上が 2024 年調査の概要である。全 2702 症例の中から最近 1 年以内に使用がなく、薬物の乱用が止まっている 1481 例を除外した。残り 1221 症例の中で、「主たる薬物」の上位 4 種である覚醒剤、大麻、睡眠薬・抗不安薬、市販薬症例を抽出した。その結果、覚醒剤症例 277 例、大麻症例 91 例、睡眠薬・抗不安薬症例 246 例、市販薬症例 277 例を抽出し、これら計 891 例を本研究の対象者とした。

さらに、この対象者のうち、覚醒剤症例と大麻症例とを合わせた 368 例を「違法薬物群」とし、そして睡眠薬・抗不安薬症例および市販薬症例を合わせた 523 例を「医薬品群」として分類した。

3. 変数

本研究は、違法薬物群と医薬品群について臨床的特徴の相違を明らかにすること、両群間における治療・回復支援のための医療的、非医療的資源の利用の相違を明らかにすることの 2 つを目的としている。この目的に基づき、以下の変数を設定した。

臨床的特徴に関しては、先行研究および2群比較の結果を踏まえ、性別、年代（10–20代／30歳以上）、自傷・自殺企図歴、F1x.2依存症候群の有無、併存精神疾患の有無を独立変数とした。なお、F1x.1有害な使用はF1x.2依存症候群と相互排他的であるため分析から除外した。

治療・回復資源に関しては、わが国で一般的に提供されているサービス内容を参考に、医療的資源と非医療的資源に分類した。医療的資源としては、薬物関連精神障害に関連する診療報酬算定項目である依存症集団療法と薬物依存症入院医療管理加算に対応するものとして、「外来依存症集団療法参加経験」と「薬物問題による精神科入院歴」を選択した。非医療的資源としては、すでに薬物依存症を抱える者の地域支援としてなくてはならない存在となっているNAなどの「自助グループ参加経験」と、DARCなどの「民間依存症回復施設の利用経験」に関する情報を抽出した。

4. 統計学的解析

本研究では、違法薬物群と医薬品群の臨床的特徴および治療資源利用状況を比較するために、各項目のリスク差（risk difference, RD）を算出した。なお、RDが5%以上の場合を臨床的に意味のある差とみなすこととした。

次に、薬物の種類（従属変数：医薬品＝1、違法薬物＝0）と関連する要因を明らかにするために、ロジスティック回帰分析を実施した。モデルは段階的に構築し、Model 1では人口統計学的特性（性別、年代）、Model 2では精神医学的特性（自傷・自殺企図歴、F1下位診断の依存症候群の該当、併存精神疾患の有無）を追加し、Model 3では治療・回復支援に関する特性（自助グループ参加、依存症集団療法参加、精神科入院歴、民間リハビリ施設利用）を加えた。各モデルにおいてオッズ比（odds ratio, OR）を算出した。

すべての解析は、IBM SPSS version25を用いて行い、両側検定5%を有意水準に設定した。

5. 倫理的配慮

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）。

【研究 2: 処方薬・市販薬などの医薬品使用症患者に対する集団療法の効果に関する非劣性試験】

1. 対象

（1）選択基準

以下の5つの条件をすべて満たす者

① 医薬品または違法薬物の使用症と診断された者（主治医によるDSM－5診断）
② 過去3か月間に治療の対象となっている主たる薬物の乱用がある者
③ 研究参加時点で初めて集団療法に参加する者
④ 調査委託会社とメールでのやりとりができ、オンラインでアンケート回答可能な者
⑤ 18歳以上

（2）除外基準

以下のいずれかに該当する者

① 薬物使用に関する公判中、執行猶予中、保護観察中の者
② リクルート時点で入院予定がある者
③ 集団療法の参加に同意しない者
④ 医薬品と違法薬物の両方を乱用している者
⑤ その他、主治医または研究者が不適当と判断した者
⑥ 日本語の読み書きができない人

(3) 予定する研究対象者数

目標症例数は、研究全体で80名である。国立精神・神経医療研究センター（National Center of Neurology and Psychiatry： NCNP）を含む3施設にて、医薬品依存症を有する通院患者（医薬品群）を30名、集団療法での診療報酬算定が可能となっている違法薬物依存症を有する通院患者（違法薬物群）を50名リクルートする。医薬品群において治療対象となっている主な薬物

の種類は市販薬と処方薬である。違法薬物群において治療対象となっている薬物の種類は、覚醒剤、大麻、そのほかの違法薬物である。

なお、目標症例数の設定にあたっては、各群（市販薬群と違法薬物群）の治療プログラム参加前後の比較の検定力を 0.8、有意水準 0.05、効果量を 0.5～0.8 と想定した場合、必要とするサンプルサイズを計算すると、各グループ 25～65 人となる。さらに各施設の外来に訪れる過去一年間の患者数を考慮し、各施設における両群のサンプル数を決定した。

2. 方法

1) 研究説明・同意取得・ベースライン時のアンケート調査

① 主治医は、集団療法に参加することが治療上好ましいと判断された外来患者の中から、医薬品群および違法薬物群の研究参加者の選定基準に合致する患者を外来受診時にリクルートする。

② 主治医は、研究参加候補者となった患者に対して、書面により研究説明を行い、書面による同意取得を行う。または、主治医が口頭で研究説明を行い研究参加への意思が確認できた場合は、主治医以外の研究者が書面により研究説明を行い、書面による同意取得を行う。

③ 研究者は、同意が得られた患者に対して、同意取得先着順に ID を付与する。

④ 研究者は、同意が得られた患者から研究参加に必要な情報（氏名、メールアドレス、電話番号、住所）を取得し、調査委託会社に伝える。

⑤ 調査委託会社（株式会社マイ.ビジネスサービス.）は、研究対象者となった患者に対して、オンラインアンケートの URL を含むメールを送り、ベースライン・オンラインアンケートへの回答を依頼する。

(ア) 研究対象者は、一週間以内にアンケートに回答する。

⑥ 調査委託会社は、主治医に対して、研究対象者となった患者の a. 治療対象となっている主な使用薬物の種類（医薬品群または違法薬物群のいずれであるか）、b. ベースライン時の Global Assessment of Functioning (GAF)、c. 併存する精神疾患名を調査委託会社に報告するように依頼する。主治医は a. から c. について調査委託会社に報告する。

2) 調査期間

① 調査委託会社は、研究対象者に、研究参加同意日から 4 週間後、12 週間後、24 週間後にメールを送り、フォローアップ 1 回目（FU1）、2 回目（FU2）、3 回目（FU3）のオンラインアンケートに回答するように依頼する。

② 研究対象者は、FU1、FU2、FU3 のオンラインアンケートに、一週間以内に回答する。

③ 調査委託会社は、ベースライン、FU1、FU2、FU3 のオンラインアンケートへ回答するごとに、研究対象者に対して謝礼を送る。

④ 調査委託会社は、研究に参加してから 24 週間経過した研究対象者の GAF の測定を主治医に依頼する。主治医は研究対象者の 24 週間後の GAF を測定し、結果を調査委託会社に伝える。

3) 調査期間終了後

調査委託会社は、研究に組み入れられた研究対象者の調査終了予定日に、オンラインアンケート結果及び GAF の測定結果を含む研究用データセットを研究対象者の個人情報を含まない状態（研究対象者の氏名、電話番号、メールアドレス、住所、主治医及び主治医のメールアドレス、ID を削除した状態）にして、研究責任者（松本俊彦）に送付する。

3. 観察地点と調査項目

1) 診察及び自己申告オンラインアンケート調査のスケジュール表

情報収集は、登録時（ベースライン）、4 週後（FU1）、12 週後（FU2）、24 週後（FU3）の 4 つのポイントで実施する。

2) 調査項目

① 個人情報: 研究対象者の氏名、電話番号、メールアドレス、住所

② 基本属性: 性別、年齢、最終学歴、就労状況、婚姻状況、社会資源使用状況（精神保健福祉センター、自助グループ、薬物依存回復施設等の利用の有無）

③ 薬物関連変数: 治療の対象となっている主たる使用薬物の種類、主たる乱用薬物の初使用年齢、薬物依存症関連問題の重症度、ベースライン時から過去1か月間の入院の有無

④ 治療対象となる主たる薬物: DSM－5 診断をもとに決定された主治医評価による研究対象者の医薬品群及び違法薬物群の分類

⑤ 社会的・心理的・職業的機能: GAF を用いて社会的・心理的・職業的機能を評価する。GAF 評価とは、GAF 尺度を用いて算出した評価数値を指す。GAF 尺度とは、社会的・心理的・職業的機能を評価するために 1～100 で数値化されたスケールのことである。数値が大きいほど良好と判断される。24 週間経過した時点から過去 2 カ月以内に外来受診がなかった研究対象者の 24 週間後の GAF は測定しない。

⑥ 外来通院継続の有無: 過去 28 日間における定期的な外来通院の有無

⑦ 集団療法参加継続の有無: 過去 28 日間における定期的な集団療法への参加の有無

⑧ 精神的健康: 精神的健康調査票短縮版（General Health Questionnaire 30 : GHQ30）により測定する。12 歳以上対象の尺度で、30 項目、4 件法である。4 種類の選択肢のうち、左から 2 つの場合は 0 を与え、右から 2 つを選択した場合は 1 を与えて合計点を算出する（0～30 点）。7 点以上で精神的健康に問題があるとされる。

⑨ 薬物乱用日数: 治療対象となっている主たる薬物の過去 28 日間における使用日数

⑩ 危険な使用の有無と内容: 過去 28 日間における使用量の増加や過剰服薬といった治療対象となっている主たる薬物の危険使用の有無と内容を調査する。

4. 統計解析の方法

研究対象者から取得した調査項目におけるベースライン時、ベースライン時から 4 週間後、12 週間後、24 週間後の結果に対し、記述統計解析を行い、医薬品群及び違法薬物群におけるベースライン時と 24 週後の結果をそれぞれ比較して、集団療法実施の効果を検討する。具体的には、市販薬群および違法薬物群における介入前後（特にベースライン時の状態と最終アンケート回答時点）の薬物使用日数などの変化を、別々に対応のある 2 標本の t 検定もしくは Wilcoxon の符号付き順位検定で比較し、両者の結果を並列的に提示し、それぞれが臨床的に意味のある変化かどうかを考察する。

なお、補足的に、各調査時点間における物質使用や変数の変化量に関して、市販薬群と違法薬物群の 2 群間で比較する。臨床経験に基づく印象では、治療経過中の再使用頻度は医薬品と違法薬物では根本的に異なる。というのも、前者ではアクセスが容易であるのに対し、後者の場合には違法であり、密売人との接触を要するからである。

5. 倫理的配慮

本研究は、研究主幹施設である国立精神・神経医療研究センター倫理委員会（承認番号 B2023-122）、ならびに、埼玉県立精神医療センターおよび昭和医科大学烏山病院の倫理委員会の承認を得て実施された。

C. 研究結果

【研究 1: 「2024 年全国精神科病院調査」データの二次解析】

1. 医薬品群と違法薬物群の臨床的特徴の比較

表 1 に、医薬品群と違法薬物群における属性比較の結果を示す。性別は医薬品群に女性が多

く（66.2% vs 21.2%、RD = 45.0%）、年齢層は10～20代が医薬品群に多かった（42.1% vs 23.1%、RD = 19.0%）。自傷・自殺企図の経験は医薬品群に多く（53.2% vs 12.0%、RD = 41.2%）であった。

ICD-10下位診断では、急性中毒（F1x.0）は医薬品群に多く（13.2% vs 2.7%、RD = 10.5%）、有害な使用（F1x.1）も医薬品群に多かった（33.3% vs 15.2%、RD = 18.1%）。依存症候群（F1x.2）は違法薬物群に多く（69.0% vs 82.1%、RD = −13.1%）、精神病性障害（F1x.5）も違法薬物群に多かった（1.9% vs 19.8%、RD = −17.9%）。残遺性障害・遅発性精神病性障害（F1x.7）も違法薬物群に多かった（0.6% vs 11.4%、RD = −10.8%）。

併存精神障害がある者は医薬品群に多かった（84.3% vs 53.8%、RD = 30.5%）。中でも気分障害（F3）（31.2% vs 19.6%、RD = 11.6%）、神経症性障害（F4）（35.4% vs 17.7%、RD = 17.7%）、成人の人格および行動の障害（F6）（14.1% vs 7.6%、RD = 6.5%）、心理的発達の障害（F8）が医薬品群に多かった（14.3% vs 3.5%、RD = 10.8%）。

治療・回復資源の利用では、外来依存症集団療法の参加経験（29.3% vs 54.1%、RD = −24.8%）、自助グループ参加経験（21.8% vs 39.9%、RD = −18.1%）、民間回復施設利用は違法薬物群に多かった（9.2% vs 24.2%、RD = −15.0%）。薬物問題による精神科入院歴は医薬品群に多かった（59.5% vs 50.3%、RD = 9.2%）。

2. 治療・回復支援の選択に影響する要因

続いて、表2に、2項ロジスティック回帰分析の結果を示す。表から明らかなように、モデル3の結果では、医薬品群であることは女性（OR = 3.454, 95%CI: 2.419–4.932, p < 0.001）、過去1年の自傷・自殺企図あり（OR = 3.995, 95%CI: 2.619–6.093, p < 0.001）、併存精神疾患あり（OR = 2.252, 95%CI: 1.564–3.242, p < 0.001）と有意に関連していた。

一方、外来依存症集団療法の参加経験は医薬品群で少なく（OR = 0.509, 95%CI: 0.348–0.746, p = 0.001）、精神科入院歴は多かった（OR = 1.572, 95%CI: 1.105–2.236, p = 0.012）。自助グループの参加経験および民間依存症回復施設の利用経験は、モデル3では有意な関連は認められなかった（それぞれ OR = 0.657, 95%CI: 0.413–1.046, p = 0.076、OR = 0.851, 95%CI: 0.497–1.457, p = 0.557）。

【研究 2: 処方薬・市販薬などの医薬品使用症患者に対する集団療法の効果に関する非劣性試験】

1. 対象の属性

NCNP病院、ならびに昭和医科大学烏山病院では、2024年5月より、そして埼玉県立精神医療センターでは2024年6月より対象者リクルートを開始している。

2025年4月末のリクルート終了までに、NCNP病院13名、昭和医科大学烏山病院8名、埼玉県立精神医療センター6名と、総計27名のリクルートが完了した。しかし、このうち3名は、同意こそしたものの、ベースライン調査を実施できなかったことから、解析対象から除外し、残る24名を最終的な対象とした。

この24名中、12名が違法薬物群（12全例が覚醒剤使用症）であり、12名が医薬品群（市販薬9名、処方薬3名）に分類された。

違法薬物群と医薬品群の属性を比較した結果を表3に示す。両群間において、年齢（違法薬物群 vs. 医薬品群, 39.42［標準偏差 7.95］ vs. 34.00［15.68］）、性別（女性率 41.7% vs. 66.7%）、教育歴（大卒以上率 25.0% vs. 50.0%）、就労状況（無職率 41.7% vs. 25.0%）、婚姻状況（未婚率 58.3% vs. 66.7%）といった、人口動態的変数や生活背景に差がなかった。

また、薬物乱用開始年齢（違法薬物群 vs. 医薬品群, 24.25［標準偏差 9.34］ vs. 27.50［10.49］）、併存精神疾患を持つ者の割合（41.5% vs. 66.7%）、DAST-20 得点（25.58［2.64］ vs. 28.08［3.92］）、GAF 得点（58.83

［12.40］ vs. 49.42［8.63］）にも統計学的な有意差は認められなかった。

2. 違法薬物群と医薬品群における各観察地点での横断的比較（表 4）

調査期間において追跡した変数は、社会資源の利用（精神保健福祉センター、民間回復支援施設、自助グループ）、ならびに、過去 4 週間以内の薬物使用状況（薬物使用の有無、安全ではない薬物使用の有無、薬物の使用日数）、全般的な精神的健康の状態（GHQ-30）であった。また、4 週後、12 週後、24 週後においては、過去の 4 週間における治療継続状況（継続受診、依存症集団療法参加）に関しても追跡を行った。

表 4 に、各観察地点における追跡変数に関する両群間の横断的比較の結果を示す。登録時点では、民間回復支援施設の利用のみ違法薬物群で有意に多かった（50.0% vs. 0.0%, p=0.005）。4 週後の時点ではすべての追跡変数に関して両群間で有意差は認められなかった。12 週後の時点では自助グループの利用のみ違法薬物群で有意に多かったが（57.1% vs. 0.0%）、他の項目では有意差が認められなかった。24 週後時点では、過去 4 週間の継続受診に関してのみ有意差が認められ、違法薬物群は医薬品群よりも通院継続者の割合が多かった（42.9% vs. 0.0%）。

3. 違法薬物群に関する追跡変数の縦断的変化

続いて、各群における追跡変数の縦断的変化に関して、各観察時点間、および登録時・24 週後間で Wilcoxon の符号付き順位検定を行った結果について述べる。

表 5 に、違法薬物群に関する追跡変数の縦断的変化を示す。違法薬物群では、「過去 4 週間の薬物使用」に関して、登録時～4 週後（p=0.008）、および登録時～24 週後（p=0.038）に有意な改善が見られた。また、「過去 4 週間の安全ではない薬物使用」に関して、登録時～4 週後（p=0.006）、および登録時～24 週後（p=0.014）に有意な改善が認められた。さらに、GHQ-30 得点に関して、登録時～24 週後において有意な減少が認められた（p=0.028）。

なお、GAF 得点に関しては、登録時および 24 週後の追跡終了時点で有意な変化は認められなかった。

4. 医薬品群に関する追跡変数の縦断的変化

表 6 に、医薬品群に関する追跡変数の縦断的変化を示す。

医薬品群では、「民間回復支援施設の利用」に関して 4～12 週後に有意な改善が見られた一方で（p=0.046）、「自助グループへの参加」に関して 4～12 週後に悪化が見られた（p=0.046）。また、「過去 4 週間の薬物使用」に関して登録時～4 週後に有意な改善が（p=0.004）、そして「過去 4 週間の薬物使用日数」に関して登録時～24 週後に有意な減少が認められた（p=0.007）。「過去 4 週間の安全ではない薬物使用」に関しても、登録時～4 週間（p=0.008）、および登録時～24 週後（p=0.020）に有意な改善が認められた。さらに、GHQ-30 得点については、登録時～24 週後に有意な減少が認められた（p=0.035）。

なお、GAF 得点に関しては、登録時および 24 週後の追跡終了時点で有意な変化は認められなかった。

以上の結果は、医薬品群においても、治療の標的となっている乱用薬物の使用様態に関して、違法薬物群と同様の改善が認められること、そして、精神的健康度の改善が認められることを示している。

D. 考察

【研究 1:「2024 年全国精神科病院」データの二次解析】

1. 医薬品群と違法薬物群の臨床的特徴の違い

2 群比較の結果、医薬品群は若年女性に多く、精神的脆弱性の高い層が多く含まれている可能性が示唆された。すなわち、アルコール問題を伴うなど多物質乱用傾向を有し、自傷等の挿話がある者が多く、他の精神障害の併存率が高かった。

また、医薬品群では、「有害な使用」に該当する者も多かった。このことは、若年者が多いために薬物使用期間が比較的短く、依存症候群未満の比較的軽症であることによる可能性、そして同時に、彼らの薬物使用様態が、習慣的使用の様態というよりも、間欠的ないしは挿話的に行われる自己破壊的行動としての性質を帯びている可能性を反映した結果と考えられる。

さらに、医薬品群は、精神科入院のような、精神医学的問題全般に対する危機介入的要素を伴う治療を比較的高頻度に利用していたのに対し、外来依存症集団療法や自助グループ、民間依存症回復施設といった依存症に特化した医療的・非医療的資源の利用は比較的少なかった。

一方、違法薬物群は男性で年齢が高く、依存症候群や精神病性障害の診断が多かった。依存症候群の多さは、年代の高さから長期間に及ぶ習慣的な薬物使用様態を反映している可能性があり、精神病性障害が多かったのは、覚醒剤や大麻の薬理作用を考慮すれば、当然の結果といえるであろう。また、外来集団療法や自助グループ、民間回復施設といった、依存症に特化した医療的、非医療的資源へのアクセスも高く、既存の薬物依存症地域支援で汎用されてきた資源にマッチする層であると推測される。

以上の結果は、多変量解析によっていっそう明確なものとなって示された。すなわち、女性、自傷・自殺企図の既往、他の精神疾患の併存が一貫して医薬品群と有意に関連しており、人口統計学的要因や依存症診断、治療資源利用を調整した後も、これらが医薬品群を特徴づける独立した因子であった。このことから、医薬品群は若年女性を含み、自己破壊的行動や精神疾患を背景に抱える割合が高いことが強く示唆され、治療において薬物種別以外の臨床指標（自傷リスク、併存精神疾患、性別）を重視する必要があると考えられた。

2. 医療的、非医療的資源の利用の違い

本研究では、治療資源利用に関しては、医薬品群は精神科入院歴が多い一方で、外来依存症集団療法や自助グループ、民間回復施設の利用は少なかった。違法薬物群は逆に、依存症に特化した医療的・非医療的資源の利用が多く、地域における依存症支援資源と親和性の高い層であることがうかがわれた。

多変量解析によっても、外来集団療法は医薬品群で有意に少なく、精神科入院歴は有意に多いことが確認された。これは、医薬品群が依存症治療というよりも、精神症状や自傷リスクに対する危機介入的資源を利用しやすい傾向を示している。一方、外来依存症集団療法は、ある程度精神症状が安定し、依存症に特化した治療に集中できる層を対象とした資源であることを反映しているのだろう。精神科入院には、自傷・自殺企図の既往、他の精神疾患の併存を考慮すると、物質使用症治療というよりも、一般的な精神医学的危機への介入として機能している実態を反映していると考えられる。

薬物使用症の治療・支援は、依存症に特化した医療的･非医療的資源の利用を基軸としつつ、必要に応じて精神科入院など非特異的な危機介入を挿入するハイブリッド型の治療モデルが現実的であることが示唆された。

3. 女性と医薬品の特殊性と今後の支援体制の構築

従来、日本では薬物依存症臨床の中心的薬物は覚醒剤であり、覚醒剤使用障害患者の大多数は中年男性であった。そのため、依存症に特化した医療的および非医療的資源はいずれも、「男性・中年・覚醒剤」という比較的均質な集団を念頭に置いて開発や展開がなされてきた。その結果、「女性・若年・医薬品」といった特徴を持つ集団は、いずれの資源においても少数派となってしまい、既存の資源が自身にとっての「安心・安全な居場所」として機能しなくなっている可能性は否めない。

女性の場合、男性と比較し社会的な問題や併存精神障害の存在などから治療の脱落の多さや、男性中心の治療には馴染まない可能性があり、女性に合わせた治療の選択肢を増やし工夫することで回復の機会は増加するのかもしれない。今後は、「女性・若年・医薬品」という属性を持

つ集団に特化した資源を増やしていくことが求められる。

それと同時に、「女性・若年・医薬品」の多くが広範な自己破壊的傾向と高い精神疾患併存率を有し、非特異的な危機介入として精神科入院を経験している。近年、厚生労働省主導で薬物依存症専門医療機関の拡充が行われているが、今後、求められるのは、「薬物依存症専門医療機関の拡充」ではなく、「薬物関連患者への対応を嫌がらない一般精神科医療機関の拡充」なのかもしれない。

【研究 2: 処方薬・市販薬などの医薬品使用症患者に対する集団療法の効果に関する非劣性試験】

研究 2 に関しては、リクルートできた対象者数は、違法薬物群と医薬品群の双方ともに、当初、計画した目標数に遠く及ばなかった。

その理由としては、違法薬物群の場合、覚醒剤や大麻の問題を主訴として受診する患者の多くが、公判を控えた保釈中の身柄であったり、執行猶予、あるいは仮釈放や保護観察といった法的状況にあったりするなど、除外条件に該当していたことが挙げられる。一方、医薬品群の場合、併存精神疾患の影響で集団場面に適応できる者が少なく、依存症集団療法に導入する以前に併存精神疾患の治療が優先されること、そして、若年女性が多いことから、中高年男性の覚醒剤使用症患者が大多数を占める集団療法に参加させることが、担当医および患者本人の双方にとって躊躇せざるを得ない事情があったこと、さらには、治療経過中に入院治療を要する事態を呈する者が多く、リクルートの機会が制限されたことが関係している。

その意味では、研究 2 において依存症集団療法に参加できた医薬品群は、医薬品使用症患者の典型的症例とはいえない可能性がある。事実、本研究分担課題の「研究 1」で明らかにされたように、医薬品使用症患者は、違法薬物使用症患者に比べ、依存症集団療法参加経験が明らかに少ない。したがって、依存症集団療法による介入の効果を検討する際には、こうした限界を考慮する必要があろう。

研究 2 においては、違法薬物群と医薬品群ともに、介入初期および 24 週後（プログラム終了時）において、薬物使用の有無や安全ではない使用に有意な改善が見られた。加えて、医薬品群では薬物使用日数に関しても有意な減少が認められた。さらに、両群ともに精神的健康度の改善も認められていた。

これらの結果を踏まえると、もともと違法薬物使用症の治療を目的として開発された依存症集団療法は、医薬品使用症に関しても同等の効果を有する可能性があるといえるだろう。ただし、本研究は非常にサンプルサイズが小さいこと、また、介入の効果はかなり初期（4 週後）に見られ、効果は 24 週後にも維持されていたものの、プログラムや通院継続率は両群ともに芳しくなかったことには注意する必要がある。

E. 結論

研究班最終年度にあたる令和 7 年度は、本分担研究班では、2 つの研究プロジェクトを実施した。1 つは、「2024 年全国精神科医療施設における実態調査」(以下、全国精神科病院調査)のデータを二次解析し、処方薬・市販薬関連精神疾患症例の臨床的特徴を明らかにする研究（研究 1）である。そしてもう 1 つは、令和 6 年度よりリクルートを実施している、「処方薬・市販薬などの医薬品使用症患者に対する集団療法の効果に関する非劣性試験」（研究 2）である。

研究 1 からは、医薬品使用症患者では、若年女性が多く、最近 1 年以内の自傷・自殺企図経験を持つ者、併存精神疾患を有する者が顕著であり、違法薬物使用症患者に比べて、依存症集団療法や自助グループ、民間回復施設など、従来の依存症回復支援資源を利用する者が少なく、逆に、精神医学的危機介入のための入院を必要とする者が多い傾向が明らかにされた。以上より、医薬品使用症の治療においては、患者の個

別的ニーズに合わせた、テーラーメイドの治療法を開発する必要があるといえるだろう。

一方、研究２からは、限られたサンプル数の解析結果であるとはいえ、依存症集団療法が、医薬品使用症患者に対しても、違法薬物使用症患者に対するのと同等の治療効果を有する可能性が示唆された。このことは、研究１で明らかにされたように、依存症集団療法にマッチする医薬品使用症患者は比較的少ないながらも、そのプログラムへの参加ができるような精神医学的状態にある者にとっては、依存症集団療法が重要な医療的資源となる可能性を示している。

今後は、さらにサンプル数を増やすかたちで、医薬品使用症に対する依存症集団療法の効果を検証する必要がある。同時に、若年女性、かつ、精神疾患併存率が高く、自殺ハイリスクな特徴を有する医薬品使用症患者に特化した、治療法の開発が求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Omiya S, Shimane T, Takagishi Y, Kondo A, Kobayashi M, Takahashi M, Otomo M, Nakazawa A, Matsumoto T: Gender Differences in the Effects of Trust on Substance Abuse Severity Among Incarcerated Stimulant Offenders in Japan. Neuropsychopharmacol Rep. 2025 Mar;45(1):e12517. doi: 10.1002/npr2.12517.

2) Mizuno S, Shimane T, Inoura S, Kitamura M, Matsumoto T: Characteristics linked to mortality risk among individuals with drug use disorders enrolled in drug rehabilitation facilities in Japan. Psychiatry Clin Neurosci Rep. 2025;4:e70112. https://doi.org/10.1002/pcn5.70112

3) Masataka Y, Akahoshi Y, Katayama M, Umemura F, Miki N, Nakazawa R, Shibata K, Yoshida C, Mikami A, Matsumoto T, Akino K, Takumi I (2025) How has Japan's Cannabis Control Act been amended? Cannabis and Cannabinoid Research 00:0, 000–000, DOI:10.1089/can.2025.0006.

4) Masataka Y, Katayama M, Umemura F, Sugiyama T, Miki N, Akahoshi Y, Oka C, Asahi T, Matsumori T, Takumi I, Murata H, Matsumoto T: Revisiting the Gateway Drug Hypothesis for Cannabis: A Secondary Analysis of a Nationwide Survey Among Community Users in Japan. Neuropsychopharmacology Reports, https://doi.org/10.1002/npr2.70033

5) Ofuchi T, Shimane T, Matsumoto T: Spirituality and Continued Abstinence Among Methamphetamine Users in a 12-Step Program in Japan: Data From a Cohort Study of Residential Substance Use Treatment. Neuropsychopharmacology Reports, https://doi.org/10.1002/npr2.70032

6) Hirohashi D, Masataka Y, Miki N, Akahoshi Y, Takumi I, Matsumoto T: Why do you smoke cannabis? Qualitative interviews of Japanese cannabis users. Drug Science, Policy and Law, 11: 1–9.

7) Matsumoto T, Usami T, Nishimura A, Higuchi1 S, Okita K, Shimane T : Clinical Characteristics of Patients With Cannabis-Related Mental Disorders and an Examination of Factors Influencing Their Access to Medical and Nonmedical Resources: Comparison of

Methamphetamine-Related Mental Disorders. Neuropsychopharmacology Reports, 2025; 45:e70051 https://doi.org/10.1002/npr2.70051

8) Mizuno S, Shimane T, Inoura S, Matsumoto T: Co-occurring mental and substance use disorders among residents of Drug Addiction Rehabilitation Centers (DARCs) in Japan: characterizing dual-diagnosis profiles. Psychiatry Clin Neurosci Rep. 2025;4:e70196. https://doi.org/10.1002/pcn5.70196

9) Matsumoto T, Usami T, Nishimura A, Higuchi S, Okita K, Shimane T: Deliberate self-harm in adolescents with OTC-related psychiatric disorders: A study of prevalence and associated factors. Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports. 2025 Dec 15;4(4):e70271. doi: 10.1002/pcn5.70271. eCollection 2025 Dec.

10) Usami T, Matsumoto T, Okita K, Nakao T, Shimane T: Clinical characteristics and treatment resource utilization among patients with substance use disorders: A comparative study of individuals who misuse pharmaceuticals and use illegal drugs. Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports. 2025 Dec 23;4(4):e70277. doi: 10.1002/pcn5.70277. eCollection 2025 Dec.

11) Takano A, Okuda K, Sese J, Ono K, Matsumoto T: Individual variability in physiological responses and psychological conditions associated with methamphetamine use: Pilot study using wearable device and self-monitoring mobile application. JMIR Formative Research. 18/12/2025:73790 (forthcoming/in press)

12) 松本俊彦：市販薬問題が私たちに訴えていること 社会が「毒親」化していないか? 精神看護 28(2) ： 93-103，2025.

13) 西村晃萌，沖田恭治，松本俊彦：覚醒剤と幻覚，症状と治療．臨床精神医学 54(3) ： 261-266，2025.

14) 松本俊彦：依存症回復支援施設「ダルク」入寮者の実名報道について．心と社会 56(1) ： 65-69，2025.

15) 松本俊彦：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．日本精神薬学会誌 8(2) ：14-16，2025.

16) 松本俊彦：現代カルチャーと依存症臨床の現在．精神医学 67(4) ： 449-456，2025.

17) 松本俊彦：市販薬オーバードーズ問題は大人たちに何を訴えているのか？－自傷行為と自殺との関係=．子ども学 13 ： 139-159，2025.

18) 松本俊彦：依存症臨床における「ベンゾ掃除」のやり方－ベンゾジアゼピン受容体作動薬使用症の治療－．精神科治療学 40(5) ： 527-532，2025.

19) 松本俊彦：今あらためて問う，「アディクションとは何か？」．精神療法 増刊第 12 号 アディクション支援のフロントライン：7-12，2025.

20) 松本俊彦：わが国の大麻政策の課題と大麻使用症治療の実際．精神療法 増刊第 12 号 アディクション支援のフロントライン：189-195，2025.

21) 宇佐美貴士，松本俊彦：ベンゾジアゼピン受容体作動薬使用症の治療．精神療法 増刊第 12 号 アディクション支援のフロントライン：198-205，2025.

22) 松本俊彦：精神科臨床現場における市販薬使用症の実態．治療 総合診療を語り明かす 107(8) 72-76，2025.

23) 松本俊彦：薬物規制法と地域精神保健福祉的支援－司法と地域を結ぶ架け橋「Voice Bridge Project」の試み．医学のあゆみ 294 (3) ： 268-272，2025.

24) 松本俊彦：子どもの市販薬乱用の現状と対策．小児内科 57(7) ： 960-963，2025.
25) 松本俊彦：市販薬オーバードーズについて．プライマリケア 10(4) ： 58-60，2025.
26) 松本俊彦：アルコール・薬物依存．今日の診断指針 第 9 版，東京，pp1385-1387，2025.
27) 松本俊彦：人生を生き延びるために．生きるためのブックガイド，岩波書店，東京，pp2-8，2025.
28) 松本俊彦：第 2 章各論 9 アディクションと診断エラー．失敗から学ぶ 小児神経診断エラー学，東京，pp110-116，2025.
29) 松本俊彦：自助グループはハームリダクションされた宗教!? 自閉症スペクトラム症の私は、いかにこの世界を生きているか，金剛出版，東京，PP139-153，2025.
30) 松本俊彦：各論 21 物質使用症又は嗜癖行動症群 2 精神作用物質．日本精神神経学会 精神科専門医テキスト，東京，pp550-564，2025.

2. 学会発表

1) 松本俊彦：【教育講演 6】SNS 時代の精神科医の役割．第 43 回日本社会精神医学会，東京，2025.3.14.
2) 松本俊彦：【教育講演 5】オーバードーズの現状と対応．第 128 回日本小児科学会学術集会，愛知，2025.4.18.
3) 松本俊彦：【ワークショップ】自傷・オーバードーズ、薬物依存の理解と対応．日本学生相談学会第 43 回大会，愛知，2025.5.10.
4) 松本俊彦：【特別企画 2】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～．第 61 回日本肝臓学会，東京，2025.6.6.
5) 松本俊彦：【ワークショップ 6（広報委員会】精神科医によるソーシャルメディア配信のトリセツー誤解を解き、正しい知識を届けるためにー．第 121 回日本精神神経学会学術総会，兵庫，2025.6.20.
6) 松本俊彦：【シンポジウム 14】子どものアディクション～自傷とオーバードーズを中心に～．第 47 回日本アルコール関連問題学会 熊本大会，熊本，2025.9.5.
7) 松本俊彦：【特別講演 2】若年女性の自殺予防～市販薬のオーバードーズ．第 49 回日本自殺予防学会総会，島根，2025.9.7.
8) 松本俊彦：【特別講演】自分を傷つけずにはいられない！～自傷とオーバードーズの理解と対応．第 43 回日本小児心身医学会学術集会，東京，2025.9.19.
9) 松本俊彦：【シンポジウム 1】社会に発信する精神科診断はどうあるべきか．第 44 回日本精神科診断学会，大阪，2025.10.4.
10) 松本俊彦：【教育講演 3】ハームリダクションの理解と臨床への応用～依存症グレーゾーンの支援実績にどう生かすか? 第 44 回日本精神科診断学会，大阪，2025.10.4.
11) 松本俊彦：【スポンサードシンポジウム 1】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～．第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会，東京，2025.10.24.
12) 宇佐美貴士，松本俊彦，嶋根卓也：【シンポジウム 9】全国の依存症専門医療機関を受診する患者における市販薬乱用の実態に関する研究．第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会，東京，2025.10.24.
13) 嶋根卓也，片山宗紀，榊原幹夫，松本俊彦：【シンポジウム 9】市販薬の販売に従事する薬剤師向けゲートキーパー研修プログラムの開発について．第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会，東京，2025.10.24.
14) 松本俊彦：【特別講演 4】市販薬オーバードーズの実態と対策の課題～薬剤師にできることは何か？～．第 58 回日本薬剤師会学術大会，京都，2025.10.13.

15) 松本俊彦: 【教育講演 4】市販薬オーバードーズの理解と援助. 第 46 回日本臨床薬理学会学術総会, 東京, 2025.12.5.

16) 宇佐美貴士, 松本俊彦, 嶋根卓也：デキストロメトルファンにおける市販薬関連精神障害の特徴：依存症専門医療機関に対する市販薬調査より. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.24.

17) 高野歩, 水野聡美, 片山宗紀, 堤史織, 新田慎一郎, 大野昴紀, 安間尚徳, 塩澤拓亮, 嶋根卓也, 松本俊彦：ハームリダクション実践における重要な要素：フォーカスグループインタビューと文献レビューによる質的研究. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.24.

18) 高野歩, 水野聡美, 片山宗紀, 堤史織, 新田慎一郎, 大野昴紀, 安間尚徳, 塩澤拓亮, 嶋根卓也, 松本俊彦：ハームリダクション実践における重要な要素：デルファイ調査. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.24.

19) 正高佑志, 片山宗紀, 太組一朗, 松本俊彦：大麻はゲートウェイドラッグなのか？：市中大麻使用者を対象とした大規模オンライン調査二次解析. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.24.

20) 水野聡美, 嶋根卓也, 猪浦智史, 喜多村真紀, 松本俊彦：日本の薬物依存症回復施設利用者における 5 年間の死亡率と死亡原因の分析：DARC 追っかけ調査の結果から. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.24.

21) 堤史織, 高野歩, 宇佐美貴士, 熊倉陽介, 金澤由佳, 武林亨, 杉山大典, 松本俊彦：薬物関連の服役経験をもつ人々の出所後における困りごとと主観的な生活評価の関連：時期・性別による特徴. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.24.

22) 嶋根卓也, 宇佐美貴士, 松本俊彦：市販薬の乱用にはブランド嗜好性がある：依存症専門医療機関を受診する患者を対象とする全国調査より. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.24.

23) 嶋根卓也, 片山宗紀, 榊原幹夫, 松本俊彦：市販薬の販売時における乱用リスクの認知について：薬剤師向けゲートキーパー研修の効果に関する研究より. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.24.

24) 宇佐美貴士, 西村晃萌, 沖田恭治, 山本泰輔, 谷渕由布子, 大宮宗一郎, 松本俊彦：違法薬物と医薬品関連精神障害の比較から精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査から. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.25.

25) 宇佐美貴士, 西村晃萌, 沖田恭治, 山本泰輔, 谷渕由布子, 大宮宗一郎, 松本俊彦：「故意の自傷や自殺企図」と薬物関連精神疾患に関連する要因の検討. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.25.

26) 石井香織, 沖田恭治, 齋藤友美, 吉澤一巳, 松本俊彦：処方薬および市販薬使用障害患者における心理的特徴の比較検討. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.23-25.

27) 大野昴紀, 奥田華代, 瀬々潤, 松本俊彦, 高野歩：ウェアラブル活動量計を用いたハイリスク飲酒がある人の睡眠質推定アルゴリズムの開発. 第 60 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2025.10.23-25.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1　違法薬物群と医薬品群における２群比較（N=891）

		主乱用薬物				p
		違法薬物群 N=368		医薬品群 N=523		
		N	%	N	%	
性別	男性	290	78.8	177	33.8	<0.001
	女性	78	21.2	346	66.2	
現在の年代	10代-20代	85	23.1	220	42.1	<0.001
	30代以上	283	76.9	303	57.9	
現在のアルコールの問題あり		58	15.8	116	22.2	0.020
最近1年以内の「故意の自傷」や自殺企図の経験あり		44	12.0	278	53.2	<0.001
薬物使用に関する診断（ICD-10 分類F1下位診断）	F1x.0　急性中毒	10	2.7	69	13.2	<0.001
	F1x.1　有害な使用	56	15.2	174	33.3	<0.001
	F1x.2　依存症候群	302	82.1	361	69.0	<0.001
	F1x.3　離脱状態	18	4.9	20	3.8	0.501
	F1x.4　せん妄を伴う離脱状態	11	3.0	13	2.5	0.678
	F1x.5　精神病性障害	73	19.8	10	1.9	<0.001
	F1x.6　健忘症候群	1	0.3	9	1.7	0.053
	F1x.7　残遺性障害・遅発性精神病性障害	42	11.4	3	0.6	<0.001
	F1x.8　他の精神および行動の障害	0	0.0	3	0.6	0.272
併存精神疾患の有無と内容（ICD-10分類の大カテゴリー）	何らかの併存精神障害あり	198	53.8	441	84.3	<0.001
	F0　症状性を含む器質性精神障害	3	0.8	10	1.9	0.258
	F2　統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	38	10.3	40	7.6	0.186
	F3　気分障害	72	19.6	163	31.2	<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	65	17.7	185	35.4	<0.001
	F5　生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	5	1.4	26	5.0	0.005
	F6　成人の人格及び行動の障害	28	7.6	74	14.1	0.003
	F7　知的障害（精神遅滞）	20	5.4	36	6.9	0.404
	F8　心理的発達の障害	13	3.5	75	14.3	<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	50	13.6	51	9.8	0.086
治療・回復のための資源利用経験	外来依存症集団療法の参加経験あり	199	54.1	153	29.3	<0.001
	薬物問題による精神科入院歴の経験あり	185	50.3	311	59.5	0.008
	薬物依存症の自助グループ参加経験あり	147	39.9	114	21.8	<0.001
	民間依存症回復施設の利用経験あり	89	24.2	48	9.2	<0.001

表2:薬物使用群（違法薬物群＝0、医薬品群＝1）を従属変数とした階層的ロジスティ

	モデル1				モデル2				モデル3			
	OR	95% CI lower	95% CI upper	p	OR	95% CI lower	95% CI upper	p	OR	95% CI lower	95% CI upper	p
女性（比較対象　男性）	**6.659**	**4.873**	**9.101**	**<0.001**	**3.780**	**2.691**	**5.310**	**<0.001**	**3.454**	**2.419**	**4.932**	**<0.001**
30歳以上（比較対象　10-20歳代）	**0.559**	**0.402**	**0.777**	**0.001**	0.839	0.575	1.223	0.360	0.873	0.589	1.292	0.497
過去1年の自傷または自殺企図あり（比較対象　なし）	-	-	-	-	**4.174**	**2.779**	**6.270**	**<0.001**	**3.995**	**2.619**	**6.093**	**<0.001**
F1x.2依存症候群に該当（比較対象　該当なし）	-	-	-	-	0.687	0.467	1.012	0.057	0.822	0.548	1.231	0.341
他精神疾患の併存あり（比較対象　なし）	-	-	-	-	**2.432**	**1.709**	**3.460**	**<0.001**	**2.252**	**1.564**	**3.242**	**<0.001**
依存症集団療法参加あり（比較対象　なし）	-	-	-	-	-	-	-	-	**0.509**	**0.348**	**0.746**	**0.001**
精神科入院歴あり（比較対象　なし）	-	-	-	-	-	-	-	-	**1.572**	**1.105**	**2.236**	**0.012**
自助グループ参加経験あり（比較対象　なし）									0.657	0.413	1.046	0.076
民間リハビリ施設利用あり（比較対象　なし）	-	-	-	-	-	-	-	-	0.851	0.497	1.457	0.557

モデル1：人口統計学的特性のみ（性別・年代）

モデル2：モデル1 + 精神医学的特性（自傷・自殺、依存症、併存精神疾患）

モデル3：モデル2 + 治療・回復特性（自助グループ、集団療法、入院、民間施設）

表3: 違法薬物群と医薬品群における属性の比較

		違法薬物群 N=12		医薬品群 N=12			
		人数	百分率	人数	百分率	χ^2値	p値
依存性薬物種類	覚醒剤	12	100.0%	—	—	—	—
	大麻	0	0.0%	—	—		
	処方薬（睡眠薬・抗不安薬）	—	—	3	25.0%		
	市販薬	—	—	9	75.0%		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t値	p値
年齢（歳）		39.42	7.95	34.00	15.68	1.07	0.301
		人数	百分率	人数	百分率	χ^2値	p値
性別	男性	7	58.3%	4	33.3%	1.510	0.219
	女性	5	41.7%	8	66.7%		
最終学歴	中学卒業	3	25.0%	2	16.7%	2.819	0.420
	高校卒業	5	41.7%	2	16.7%		
	短大・専門学校卒	1	8.3%	2	16.7%		
	大学卒業・大学院修了	3	25.0%	6	50.0%		
就労状況	常勤	3	25.0%	4	33.3%	1.643	0.896
	非常勤	1	8.3%	1	8.3%		
	学生	0	0.0%	1	8.3%		
	主夫／主婦	1	1.0%	8	8.3%		
	無職	5	41.7%	3	25.0%		
	その他	2	16.7%	2	16.7%		
婚姻状況	既婚	2	16.7%	2	16.7%	1.067	0.785
	未婚	7	58.3%	8	66.7%		
	離婚	2	16.7%	2	16.7%		
	その他	1	8.3%	0	0.0%		
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t値	p値
乱用開始年齢（歳）		24.25	9.34	27.50	10.49	0.801	0.432
		人数	百分率	人数	百分率	χ^2値	p値
併存精神疾患		5	41.7%	8	66.7%	1.510	0.219
DAST-20得点		25.58	2.64	28.08	3.92	1.832	0.082
GAF得点		58.83	12.40	49.42	8.63	2.159	0.082

表4: 違法薬物群と医薬品群における各観察地点での横断的比較

		違法薬物群		医薬品群			
		N=12		N=12			
		人数	百分率	人数	百分率	χ^2値	p値
登録時	精神保健福祉センターの利用	3	25.0%	4	33.3%	0.202	0.653
	民間回復支援施設の利用	**6**	**50.0%**	**0**	**0.0%**	**8.000**	**0.005**
	自助グループの利用	4	33.3%	3	25.0%	0.202	0.653
	過去4週間以内の薬物使用	7	58.3%	8	66.7%	0.178	0.673
	過去4週間の安全ではない薬物使用	8	66.7%	7	58.3%	0.178	0.673
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t値	p値
	過去4週間の使用日数（日）	6.86	9.55	27.50	10.74	1.220	0.244
	GHQ-30得点	18.83	5.04	21.08	4.27	1.179	0.251
4週後		N=9		N=9			
		人数	百分率	人数	百分率	χ^2値	p値
	精神保健福祉センターの利用	3	33.3%	2	20.0%	0.434	0.510
	民間回復支援施設の利用	2	22.2%	0	0.0%	2.484	0.115
	自助グループの利用	5	55.6%	4	40.0%	0.460	0.498
	過去4週間以内の薬物使用	3	33.3%	4	40.0%	0.900	0.764
	過去4週間の安全ではない薬物使用	2	22.2%	3	30.0%	0.148	0.701
	過去4週間の継続受診	2	22.2%	1	10.0%	0.532	0.466
	過去4週間の依存症集団療法参加	2	22.2%	2	20.0%	0.014	0.906
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t値	p値
	過去4週間の使用日数（日）	1.67	1.16	14.75	8.96	2.455	0.058
	GHQ-30得点	11.44	7.50	16.70	8.13	1.466	0.161
12週後		N=7		N=8			
		人数	百分率	人数	百分率	χ^2値	p値
	精神保健福祉センターの利用	2	28.6%	2	22.2%	0.085	0.771
	民間回復支援施設の利用	4	57.1%	5	55.6%	0.004	0.949
	自助グループの利用経験	**4**	**57.1%**	**0**	**0.0%**	**6.857**	**0.009**
	過去4週間以内の薬物使用	3	42.9%	4	44.4%	0.004	0.949
	過去4週間の安全ではない薬物使用	2	28.6%	4	44.4%	0.423	0.515
	過去4週間の継続受診	3	42.9%	1	11.1%	2.116	0.146
	過去4週間の依存症集団療法参加	3	42.9%	3	33.3%	0.152	0.696
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t値	p値
	過去4週間の使用日数（日）	5.67	7.23	10.00	6.38	0.825	0.438
	GHQ-30得点	14.86	9.79	14.33	9.19	0.109	0.915
24週後		N=7		N=8			
		人数	百分率	人数	百分率	χ^2値	p値
	精神保健福祉センターの利用	3	42.9%	3	37.5%	0.045	0.833
	民間回復支援施設の利用	3	42.9%	2	25.0%	0.536	0.464
	自助グループの利用経験	4	57.1%	4	50.0%	0.077	0.782
	過去4週間以内の薬物使用	3	42.9%	4	50.0%	0.077	0.782
	過去4週間の安全ではない薬物使用	2	28.6%	5	62.5%	1.727	0.189
	過去4週間の継続受診	**3**	**42.9%**	**0**	**0.0%**	**4.286**	**0.038**
	過去4週間の依存症集団療法参加	5	71.4%	2	25.0%	3.233	0.072
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	t値	p値
	過去4週間の使用日数（日）	9.00	9.54	11.25	7.97	0.331	0.758
	GHQ-30得点	6.86	7.15	10.75	6.65	1.087	0.298

表5. 違法薬物群に関する追跡変数の縦断的変化（Wilcoxon の符号付き順位検定）

	登録時 N=12		4週間後 N=9		12週間後 N=7		24週間後 N=7	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
精神保健福祉センターの利用	**0.25**	0.45	**0.33**	0.50	**0.29**	0.49	**0.43**	0.54
民間回復支援施設の利用	**0.50**	0.55	**0.22**	0.44	**0.57**	0.54	**0.43**	0.54
自助グループへの参加	**0.33**	0.49	**0.56**	0.53	**0.57**	0.54	**0.57**	0.54
過去4週間の薬物使用	**1.58**	0.52	**0.33**	0.50	**0.42**	0.54	**0.43**	0.54
	登録時～4週後 p=0.008							
	登録時～24週後 p=0.038							
過去4週間の薬物使用日数	**6.86**	9.55	**1.67**	1.16	**5.67**	7.23	**9.00**	9.54
過去4週間の安全ではない薬物使用	**1.67**	0.49	**0.22**	0.44	**0.29**	0.49	**0.29**	0.49
	登録時～4週後 p=0.006							
	登録時～24週後 p=0.014							
過去4週間の受診継続	—	—	**0.22**	0.44	**0.43**	0.54	**0.43**	0.54
過去4週間の依存症集団療法参加	—	—	**0.22**	0.44	**0.43**	0.54	**0.71**	0.49
GAF	**58.83**	12.40	—	—	—	—	**60.83**	14.63
GHQ30	**18.83**	5.04	**11.44**	7.50	**14.86**	9.788	**6.86**	7.15
	登録時～24週後 p=0.028							

表6. 医薬品群に関する追跡変数の縦断的変化（Wilcoxon の符号付き順位検定）

	Base N=12		4週間後 N=9		12週間後 N=8		24週間後 N=8	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
精神保健福祉センターの利用	**0.36**	0.51	**0.22**	0.44	**0.22**	0.44	**0.38**	0.52
民間回復支援施設の利用	**0.00**	0.00	**0.00**	0.00	**0.56**	0.53	**0.25**	0.46
	4週後～12週後 p=0.046							
自助グループへの参加	**0.27**	0.47	**0.44**	0.53	**0.00**	0.00	**0.50**	0.54
	4週後～12週後 p=0.046							
過去4週間の薬物使用	**1.64**	0.51	**0.44**	0.53	**0.44**	0.53	**0.50**	0.54
	登録時～4週後 p=0.004							
過去4週間の薬物使用日数	**14.57**	10.88	**14.75**	10.00	**10.00**	6.38	**11.25**	7.97
	登録時～24週後 p=0.007							
過去4週間の安全ではない薬物使用	**1.55**	0.52	**0.33**	0.50	**0.44**	0.53	**0.63**	0.52
	登録時～4週後 p=0.008							
	登録時～24週後 p=0.020							
過去4週間の受診継続	—	—	**0.00**	0.00	**0.11**	0.33	**0.00**	0.00
過去4週間の依存症集団療法参加	—	—	**0.11**	0.33	**0.33**	0.50	**0.25**	0.46
GAF	**50.57**	9.78	—	—	—	—	**56.86**	21.51
GHQ30	**20.82**	4.38	**15.78**	8.04	**14.33**	9.192	**10.75**	6.65
	登録時～24週後 p=0.035							