

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金
(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)

分担研究報告書

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

分担研究者 尾崎 茂 国立精神・神経センター精神保健研究所
研究協力者 和田 清 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨 最近の調査結果から、①メチルフェニデート (MPD) 乱用・依存の特徴について、② TCI を用いた気質・性格の評価についてさらに詳細に検討し、併せて③来年度の本調査へ向けての準備を行った。①2002, 2004 年度調査から MPD 症例を抽出し、覚せい剤症例を対照群として薬物使用歴、依存症重症度等について比較検討した結果、MPD 症例では、覚せい剤の代替薬物として乱用される例があること、また早期に重症の依存症候群を呈する可能性が示唆されることから、うつ病への保険適用を含めて MPD 処方に関する医療者側の意識が見直されるべきである点を指摘した。②薬物関連精神障害患者に対する TCI の信頼性・妥当性についてはまだ十分な結果が得られておらず、臨床的有用性についてはさらに多数例における詳細な検討を要すると考えられた。③次年度調査における関心項目を設定するにあたり、物質使用障害と気分障害との併存、とくに Bipolar spectrum 概念における薬物関連問題についてレビューし、概略を示した。さらに、薬物関連精神障害の臨床に取り組む医療者のネットワーク作りの可能性について検討した。

A. 研究目的

日本における薬物乱用問題は、国内的には依然として第三次覚せい剤乱用期が続いており、大麻、MDMA、さらに“違法ドラッグ (いわゆる脱法ドラッグ)” の乱用も拡大しつつある。警察庁のまとめによれば、全国の警察が 2005 年に摘発した覚せい剤事件の検挙者数は 13,346 人 (前年比 1,126 人増) で 5 年ぶりに増加し、合成麻薬 MDMA が 57 万錠を超えて過去最高、乾燥大麻が約 643kg で過去 2 番目を記録したという。

全国の精神科医療施設を対象とした薬物関連精神疾患の調査研究は、薬物乱用・依存の実態を把握するための多面的疫学研究の一分野として、1987 年以来ほぼ隔年で実施されてきた。今年度は全国調査を行わない年に当たると

め、最近の調査結果の再検討および来年度の調査に向けて質問項目の構成、重点調査項目等について検討を行った。

B. 研究方法

1) 最近の調査結果の再検討

(1) 医薬品とくにメチルフェニデート乱用・依存症例の特徴について

これまでの「病院調査」では、覚せい剤、有機溶剤等の違法薬物ほどではないが、医薬品の乱用・依存例も一定の割合を占めている。中でも、メチルフェニデート (MPD) は、アンフェタミンと類似した構造をもつ中枢刺激剤であり、ADHD やナルコレプシーに対しては一定の臨床効果が認められている医薬品である一方で、「合成覚せい剤」、「Vitamin R」、「skippy」

などの別称をもつ乱用物質でもある。また乱用・依存問題がマスコミ報道されるなど社会的にも問題となっている側面がある。精神科医療の現場におけるMPDの乱用・依存症例については、福井らによる『向精神薬乱用の実態調査（1976, 81, 82）』では、乱用物質としてのMPDの報告はみられなかったが、その後『全国精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査（以下「病院調査」）』が継続的に施行されるようになり、1984年度調査ではじめて2例が報告され¹⁾、以降、各年度の調査において概ね10例前後の報告がみられている。これは、全報告症例の約1%に相当する割合である。最新の調査（2004年度）²⁾では453例の全報告症例のうち、処方薬・医薬品を主たる使用物質とする症例は93例（20.5%）、MPD使用歴を有する症例は19例（4.2%）、MPDを主たる使用物質とする症例は8例（1.8%）であった。これまでの国内の報告は散発的かつ少数の症例記述にとどまっており、MPD乱用・依存の実態の全体像は明らかではない。今年度は、最近の「病院調査」において報告されたMPD乱用・依存症例の特徴についてまとめ、若干の検討を加えた。

方法は、2002年度³⁾、2004年度に施行された「病院調査」から『MPD症例』17例を抽出し、『覚せい剤症例』482例を対照群として、年齢、性比、学歴、物質乱用開始前の交友関係、物質使用歴、精神医学的診断、精神科的病歴、依存症候群の重症度等について比較検討を行った。依存症候群の重症度評価については、ICD-10の診断ガイドラインにおける症状の該当率、SDS（Severity of Dependence Syndrome 日本語版）⁴⁾による主として精神依存の重症度に関する自記式評価、乱用から依存に至る時間的経過の指標としてLOTAD⁵⁾（Length of Time between abuse and Dependence）を用いた。

（2）薬物乱用・依存症におけるパーソナリティの特徴について

一般に精神医療の現場では、薬物関連精神障害患者はさまざまな理由から忌避されることが少なくないが、その要因のひとつとして、薬物依存症者の示すさまざまな問題行動、その背後にあるパーソナリティの問題が指摘される。今年度は、2004年度の「病院調査」において実施したCloningerによるTCIの短縮日本語版（20項目版）⁶⁾⁷⁾の自記式評価の結果をさらに詳細に検討した。

2) 2006年度の調査内容についての検討

次年度の「病院調査」も従来と同様の方法論に基づき、2006年9、10月に全国の有床精神科医療施設（約1,650施設）を対象とし、各医療機関にて診療を行った薬物関連精神疾患患者すべてに関して担当医による質問紙調査を郵送法にて行う予定である。調査項目は、人口動態的データ、生活状況、喫煙・アルコール・薬物使用歴、精神医学的情報等の基礎的項目に加え、関心項目としては気分障害との併存ないし鑑別診断等を検討中である。今年度はこれに関連して、気分障害と物質使用障害の併存について文献的レビューを行った。

C. 結果

1) 最近の調査結果の再検討の結果

（1）メチルフェニデート乱用・依存症例の特徴について（表1～6）⁸⁾

『MPD群』と『覚せい剤群』の全般的な比較からは、年齢、性比では両群間に差がなかった。『MPD群』は『覚せい剤群』より高学歴で、交友関係、刑事司法的処遇歴からは全般的に反社会性が低い傾向がうかがわれた（表1）。

薬物使用歴では、タバコ・アルコールの初回使用年齢、コカイン、大麻などの違法物質の使用歴では両群間に差がなく、有機溶剤の生涯使用率（Lifetime prevalence）では『覚せい剤群』が有意に高く、睡眠薬、抗不安薬は『MPD群』が高かった。また、『MPD群』で半数近く

に覚せい剤使用歴がみられ、覚せい剤の使用開始年齢はMPD使用開始（平均30.7歳）に先行して21.1歳と低年齢であった。一方『覚せい剤群』ではMPD使用歴を有する症例はみられなかった。さらに『MPD群』では薬物併用率が高い傾向がみられた（表2）。

初回使用薬物についてみると、『MPD群』の約30%が覚せい剤であった。一方、『覚せい剤群』では約40%が有機溶剤、半数が覚せい剤を初回使用薬物としていた。『MPD群』における覚せい剤使用歴の結果（表2）と併せて考えると、『MPD群』において、覚せい剤の代替物質としてMPDを使用する例が少なくないことが示唆された（表3）。

『MPD群』におけるMPD使用様態についてみると、摂取経路としては経口が多く（n=10, 58.8%）、経鼻使用が1例（5.9%）で報告された。MPDを初回使用薬物とする『MPD群』（n=7）における初回使用理由は、「疲労感の軽減」（n=4, 57.1%）、「覚醒状態を求めて」（n=3, 42.9%）が多く、「抑うつ状態の軽減」、「不安症状の軽減」がそれぞれ2例（28.6%）にみられた。また、「やせるため」が1例（14.3%）であった。「覚醒状態を求めて」使用を開始した症例がナルコレプシーであることは考えにくく、抑うつ状態を理由に投与開始された症例も30%弱に過ぎないこと、また明らかにMPD本来の治療目的を逸脱した理由で投与を開始された症例が存在することなどから、医療現場におけるMPDの不適切な処方の実態がうかがえる。なお、「ADHDの治療」を理由とする症例は1例のみ報告された。この症例の詳細は不明だが、ADHDに対するMPD投与に伴うMPD乱用・依存問題については、議論のあるところである。ADHD自体が思春期・青年期における薬物乱用のリスク要因であることから、ADHDに対する中枢刺激剤による薬物治療が後の薬物乱用のリスクを減少させるとの報告⁹⁾がある一方で、乱用・依存例の報告もみられるため、この問題については今後

も十分な検討が必要である¹⁰⁾。

次に、ICD-10による診断分類によれば、『覚せい剤群』においては「精神病性障害（F15.5）」と「残遺性障害・遅発性精神病性障害（F15.7）」の割合が高かったのに対し、『MPD群』では約70%が「依存症候群（F15.2）」であった（表4）。

ICD-10「依存症候群（F15.2）」の診断ガイドラインに含まれる6症候のうち5症候で『MPD群』の該当率が有意に高く、とくに「1. 薬物使用への強い欲求または強迫感」、「2. 薬物摂取行動のコントロール困難」といった精神依存に関連した症候においては、『MPD群』全てが該当していた。平均該当数についても『MPD群』4.3、『覚せい剤群』2.6と、前者が有意に多かった（表5）。

依存症の重症度評価では、SDSスコアは『MPD群』の方が有意に高かった（9.3 vs 6.8）。また、LOTADは『覚せい剤群』の平均27.8ヵ月に対して、『MPD群』では12.6ヵ月と短い傾向がみられたが、有意差はみられなかった（表6）。

今回の検討結果から、MPDを覚せい剤の代替物質として乱用する『MPD症例』が少なからず存在し、MPDの乱用・依存に関するポテンシャルが高いことがうかがわれた。診断的には『MPD症例』において依存症候群の割合が高く、その程度もより重症で、MPD使用開始後比較的速やかにより重症の依存状態に陥る例が少なくないことが示唆された。MPD乱用・依存者は、インターネットでさまざまな情報を入手し、容易に処方する医療機関を探し出し、ときには処方箋偽造までして物質を入手しようとする。それは、行動薬理的にみれば精神依存に基づく渴望に伴う物質探索行動でもあり、コントロールはきわめて困難と考えざるを得ない。「抑うつ状態」に対するMPD投与の必然性と有効性を支持する実証的データが十分に存在するとはいえない現状¹¹⁾では、抗うつ剤としての保険適用の見直しなど行政的対応の再検討を含め、医療者自身がMPD処方の意味をあらためて問い

直すべきであると考えられた。

(2) 薬物乱用・依存症における TCI 所見の特徴について

2004 年度調査では、報告症例 453 例（回答率 50.5%）のうち男性 218 例、女性 89 例が TCI 日本語版（20 項目短縮版）の自記式評価を実施した。

主成分分析による内容構成妥当性の検討では 7 因子構造で内容構成的には概ね妥当と思われる、項目-尺度間の相関も高かったが、尺度別にみた信頼性 (Cronbach's α) は 0.1~0.6 とばらつきがあり、十分に高いとはいえなかった。主たる使用薬物別・診断別にみると“新奇希求性 (NS)”で有意差がみられ (median 検定, $p < .05$), 性差の検討では女性で“損害回避 (HA)”, が有意に高スコアを示し (Mann-Whitney U 検定, $p < .05$), “自己超越 (ST)”で高い傾向がみられた ($p = .53$)。アルコール症において「HA」スコアが重症化と相関するとの報告があり¹²⁾, これまでの「病院調査」において女性症例で依存症候群がより重症であることが示唆されていることから、薬物関連精神障害においても「HA」スコアがアルコール症と同様の意味をもつ可能性が示唆された。今回の検討からは、TCI の十分な信頼性・妥当性が確認されたとはいえないため、今後、薬物関連精神障害に対する TCI の臨床的有用性について、さらに多数例において詳細に検討する必要があると考えられた。

2) 2006 年度の調査内容についての検討：物質使用障害と気分障害の併存に関するレビュー

近年、気分障害とくに双極性障害をスペクトラムとして捉えて診断および治療戦略を見直すべきとの立場が注目されている (Akiskal による Bipolar Spectrum の概念)^{13) 14) 15)}。DSM-IV では、気分障害の分類は以下のようなものである。

【うつ病性障害】

- ・ 大うつ病性障害 (Major Depressive Disorder)
- ・ 気分変調性障害 (Dysthymic Disorder)

【双極性障害】

- ・ 双極 I 型障害 (Bipolar I Disorder)
- ・ 双極 II 型障害 (軽躁病エピソードを伴う反復性大うつ病エピソード) (Bipolar II Disorder)
- ・ 気分循環性障害 (Cyclothymic Disorder)

【他の気分障害】

- ・ 物質誘発性気分障害 (Substance-Induced Mood Disorder)

物質使用障害は I 軸内の他のどの疾患よりも双極性障害と併存することが報告されており、とくに双極 II 型障害は臨床的に見逃されやすい傾向があり、自殺企図や物質使用障害の合併率が高い点などで注目されている¹⁶⁾。

物質使用障害と気分障害の併存に関する大規模な疫学的調査研究としては、米国における Epidemiological Catchment Area (ECA) Study の報告がある¹⁷⁾。その中で報告された生涯経験率 (Lifetime prevalence) は、双極性障害 1-2%、物質関連以外の精神疾患 23%、アルコール乱用・依存 13%、アルコール以外の物質乱用・依存 6%であったのに対し、双極性障害で物質乱用・依存 (アルコールを含む) を有する割合は 56.1%、物質依存では 21.8%と高い併存率がみられた。

この問題に関して日本における大規模な疫学研究はないが、2002 年度の本調査³⁾において報告された「薬物使用に直接起因しないと考えられる精神科的障害」の併存率としては、気分障害は全体の 9.6%で、不安障害・神経症性障害の 12.9%に次いで高い割合であった (表 7)。

物質使用障害における気分障害の併存については、コカイン使用障害で双極性障害 5~

30%, アヘン使用障害で 3~5%との報告がある¹⁶⁾。

物質使用障害と気分障害の併存に関する説明としては、①物質使用障害が気分障害の症状として生じる、②物質使用障害が気分障害の自己治療 (self-medication) として生じる、③物質使用障害が気分障害を引き起こす、④物質使用障害と気分障害が共通のリスクファクターをもつ、といった可能性が考えられているが、結論には至っていない¹⁶⁾。しかし、両者の併存に関する臨床的な意義としては、この病態が以下のような治療困難性をもつことが多い点が指摘されている。すなわち、①入院回数がより頻回であること、②攻撃的、暴力的な行為や自殺企図のリスクを増加させること、③治療が継続しにくいこと、④リチウムへの反応性が乏しいこと、⑤物質関連障害に対する治療反応性が乏しいこと、⑥気分障害の発症が早いこと、などである。このうち①、⑥については否定的な報告もある。また、リチウムへの反応性が乏しい反面、バルプロ酸やカルバマゼピンが有効な症例の存在が指摘されている。

このような Bipolar Spectrum 概念に代表されるような、双極性障害を広く捉える考え方は現時点において、必ずしも臨床的なコンセンサスを得られているとは言えない面もある。しかしながら、物質使用障害に関するさまざまな問題行動、とくに“人格障害”に基づく問題行動としてとらえられがちで治療対象とされにくい行動障害や精神症状について、気分障害の視点を導入し、薬物療法も含めて再検討することは臨床的な意義を有すると考えられる。このような点を踏まえて、次年度調査では、気分障害に関する適切な質問項目を設定し、物質使用障害との併存について検討する予定である。

3) その他

次年度調査では、薬物関連精神障害の診断・治療に関心をもつ医療者のネットワーク作り

のため、回答に当たった担当医師の了解の上でメールアドレス等の情報を提供して頂き、「病院調査」に関する各種情報や、薬物関連情報を共有できるようなシステム作りを目指すことを検討している。これにより、調査の円滑化、様々な情報の共有などを図ることが可能になると予想される。

E. 結論

1) 最近の調査結果から、メチルフェニデート (MPD) 乱用・依存の問題と、TCI を用いた気質・性格の評価について詳細な検討を行い、次年度調査における関心項目の検討を行った。

2) MPD 症例と覚せい剤症例を比較検討した結果、MPD はより早期に重症の依存症候群を呈する可能性が示唆され、覚せい剤の代替薬物として乱用する症例の存在もうかがわれたことから、うつ病に対する保険適用を含めて医療者側が MPD 処方について再考する必要があると考えられた。

3) TCI による気質・性格の評価に関する信頼性・妥当性はまだ十分確認されたとはいえない面があるため、さらに多数例で詳細な検討を行い、その臨床的有用性を確認する必要があると思われた。

4) 次年度の関心項目として、双極性障害を中心とする気分障害の併存をその候補とし、物質使用障害と気分障害の併存に関するレビューを行い、臨床的意義を検討した。

F. 研究発表

1) 論文・著書

① 尾崎 茂, 和田 清: Severity of Dependence Scale (SDS) の有用性について—「全国 of 精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」における使用経験から—。Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 40(2): 126-136, 2005。

② 尾崎 茂: Methylphenidate の薬理, 乱用

と依存。「臨床精神薬理」8(6) : 891-898, 2005。

③ 尾崎 茂, 和田 清 : メチルフェニデート乱用・依存の現状。オピニオン・メチルフェニデートの有用性と有害性をめぐって。精神医学 47(6) : 595-597, 2005。

④ Ozaki, S., and Wada, K. : Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital settings. Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 41(2), 2006. (in print)

2) 学会発表

① 尾崎 茂, 和田 清 : Methylphenidate 乱用・依存の現状について。第 40 回日本アルコール・薬物医学会総会。2005/9/9, 金沢。

② 尾崎 茂, 和田 清 : 薬物関連精神障害におけるパーソナリティの特徴について—全国の精神科医療施設における薬物関連精神障害の実態調査から—。第 25 回日本社会精神医学会, 2006/2/23, 東京。

G. 参考文献

1) 福井 進 : Methylphenidate (Ritalin) の依存。向精神剤実態調査事業報告書 (昭和 58 年度) : 23-34, 1984。

2) 尾崎 茂, 和田 清 : 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 16 年度厚生労働科学研究補助金「薬物乱用・依存の実態とその社会的影響・対策に関する研究」研究報告書 : 89-126, 2004。

3) 尾崎 茂, 和田 清 : 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成 14 年度厚生労働科学研究補助金「薬物乱用・依存等の実態把握に関する研究及び社会経済的損失に関する研究」研究報告書 : 87-128, 2002。

4) 尾崎 茂, 和田 清 : Severity of Dependence Scale (SDS) の有用性について—「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」における使用経験から—。Jpn. J. Alcohol

& Drug Dependence 40(2) : 126-136, 2005。

5) Ridenour, T.A., Maldonado-Molina, M., Compton, W.M., Spitznagel, E.L. and Cottler, L.B. : Factors associated with the transition from abuse to dependence among substance abusers: implications for a measure of addictive liability. Drug Alcohol Depend., 80(1):1-14, 2005.

6) 木島伸彦, 齊藤令衣, 竹内美香ほか : Cloninger の気質と性格の 7 次元モデルおよび日本語版 Temperament and Character Inventory (TCI)。季刊精神科診断学 7(3) : 379-399。

7) Kitamura, T., Kijima, N., Suzuki, N., et al : Correlates of problem drinking among young Japanese women : personality and early experiences. Comprehensive Psychiatry 40 : 108-114, 1999.

8) Ozaki, S., and Wada, K. : Characteristics of methylphenidate dependence syndrome in psychiatric hospital settings. Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence 41(2), 2006. (in print, 一部改変引用)

9) Biederman, J. : Pharmacotherapy for attention-deficit/ hyperactivity disorder (ADHD) decreases the risk for substance abuse: findings from a longitudinal follow-up of youths with and without ADHD. J Clin Psychiatry 64 (suppl 11) 3-8, 2003.

10) 山崎晃資, 成瀬 浩 : 注意欠陥/多動性障害への使用。オピニオン・メチルフェニデートの有用性と有害性をめぐって。精神医学 47(6) : 601-604, 2005。

11) 樋口輝彦 : Methylphenidate のうつ病に対する有効性について。精神医学 47(6) : 590-594, 2005。

12) Cloninger CR, Sigvardsson S, et al : Personality antecedents of alcoholism in a national area probability sample. Eur Arch

Psychiatry Clin Neurosci 245(4-5):239-44, 1995.

13) 秋山 剛, 津田 均, 酒井佳永 : Bipolar Spectrum について。最新精神医学 6(2) : 127-133, 2001。

14) 服部晴起 : Bipolar spectrum 概念とその意義。精神科治療学 20(11) : 1099-1105, 2005。

15) 碓氷 章, 本橋伸高 : 双極性障害の診断と

治療の最近の動向。臨床精神薬理 8 : 259-266, 2005。

16) 澤山 透 : 双極性障害とアルコールや他の薬物依存との併存 (comorbidity)。精神科治療学 20 (11), 1127-1134, 2005。

17) Regier DA, Farmer ME, et al : Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse. JAMA 264(19) : 2511-2518, 1990.

表1 MPD 群と覚せい剤群の全般的特徴

	MPD 群 (n=17)			覚せい剤群 (n=482)		
	n	(%)	年	n	(%)	年
年齢			34.4			37.4
性別(男性%)		70.6%			74.5%	
最終学歴**						
高校卒業<	7	41.2%		50	10.4%	
薬物乱用開始前の交友関係						
暴力団関係者	3	17.6%		170	35.3%	
非行グループ	3	17.6%		166	34.4%	
薬物乱用者	4	23.5%		229	47.5%	
薬物乱用開始前の司法・矯正歴						
補導・逮捕	1	5.9%		108	22.4%	
矯正施設入所歴あり	4	23.5%		194	40.2%	

表2 薬物使用歴

	MPD 群 (n=17)		覚せい剤群 (n=482)		P [§]
	生涯使用率	初回使用年齢	生涯使用率	初回使用年齢	
タバコ	52.9%	17.1	55.8%	15.7	
アルコール	41.2%	18	49.0%	16.9	
違法薬物または医薬品					
コカイン	11.8%		8.5%		
有機溶剤	23.5%	24.5	43.6%	24.4	<.05
大麻	17.6%	37.5	24.1%	16.5	
睡眠薬	35.3%	20.7	10.2%	21.8	<.05
抗不安薬	29.4%	36.8	5.0%	30.2	<.05
鎮咳薬	11.8%	25.8	3.1%	32.1	
Methamphetamine	47.1%	18	100.0%	20.9	<.01
MPD	100.0%	21.1	0.0%	22.3	<.01
なし(単剤使用例)	23.5%		45.2%		

([§] 生涯使用率に関する Fisher's exact test)

表3 初回使用薬物

	MPD 群 (n=17)		覚せい剤群 (n=482)	
有機溶剤	3	17.6%	187	38.8%
睡眠薬	1	5.9%	6	1.2%
鎮痛薬	-		3	0.6%
大麻	-		20	4.1%
コカイン	-		1	0.2%
MDMA	-		1	0.2%
覚せい剤	5	29.4%	237	49.2%
MPD	7	41.2%	-	

表4 精神医学的診断(ICD-10)

	MPD 群(n=17)	覚せい剤群 (n=482)
急性中毒 (F15.0)		2.3%
有害な使用 (F15.1)	5.9%	2.3%
依存症候群 (F15.2)	70.6%	13.1%
精神病性障害 (F15.5)		45.0%
残遺性障害および遅発性精神病性障害(F15.7)	5.9%	34.9%

表5 “依存症候群 (F15.2)”に含まれる各診断ガイドライン症候の該当状況

	MPD 群(n=8)	覚せい剤群(n=188)	p
1. 薬物使用への強い欲求または強迫感	100.0%	55.9%	<.05
2. 薬物摂取行動のコントロール困難	100.0%	45.2%	<.01
3. 身体的離脱症状	50.0%	14.9%	<.05
4. 耐性の存在	62.5%	14.4%	<.01
5. 薬物使用に代わる楽しみや興味の無視	25.0%	23.4%	ns
6. 有害な結果にもかかわらず薬物使用を続ける	87.5%	44.1%	<.01
平均該当症候数 (1~6)	4.3±1.0	2.6±1.5	<.05

(Fisher's exact test, ^t t検定)

表6 SDS, LOTAD による依存症候群の重症度比較

	MPD 群	覚せい剤群	p
SDS			
n	6	139	
平均スコア (0~15)	9.3±1.4	6.8±3.5	<.05
LOTAD			
n	8	215	
平均 (months)	12.6±13.5	27.8±37.7	ns

表7 薬物使用に直接起因しない精神科的障害の既往(2000年度調査)

	男性	女性	計
気分障害	56 (8.6%)	28 (12.3%)	84 (9.6%)
不安障害・神経症性障害	69 (10.6%)	44 (19.3%)	113 (12.9%)
ストレス反応・適応障害	39 (6.0%)	26 (11.4%)	65 (7.4%)
身体表現性障害	6 (0.9%)	11 (4.8%)	17 (1.9%)
摂食障害	8 (1.2%)	33 (14.5%)	41 (4.7%)
多動性障害	4 (0.6%)	0 (0.0%)	4 (0.5%)
行為障害	22 (3.4%)	7 (3.1%)	29 (3.3%)