

## 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

研究分担者	松本俊彦	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部 部長
研究協力者	宇佐美貴士	国立精神・神経医療研究センター病院 精神科医師
	船田大輔	国立精神・神経医療研究センター病院 精神科医師
	村上真紀	国立精神・神経医療研究センター病院 精神科医師
	谷渕由布子	千葉病院 精神科医長

### 【研究要旨】

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

【方法】対象症例は、調査期間内に対象施設において、2018 年 9 月～10 月に全国の有床精神科医療施設で入院あるいは外来で診療を受けた、「アルコール以外の精神作用物質使用による薬物関連精神障害患者」のすべてである。情報収集は、診療録転記および面接を通じて、個人情報を含まない臨床的情報に関して、各担当医が調査票に記入する方法を採用した。

【結果】今年度の調査では、対象施設 1566 施設のうち、1264 施設 (80.7%) の協力を得て、246 施設 (15.7%) の施設から総計 2767 例の薬物関連精神疾患症例が報告された。このうち患者自身から同意が得られ、重要な情報に欠損のない 2609 症例を分析対象とした。

生涯使用経験薬物としては、覚せい剤が最多で 1725 例 (66.1%)、次いで揮発性溶剤 928 例 (35.6%)、大麻 791 例 (30.3%)、睡眠薬・抗不安薬 777 例 (29.8%)、危険ドラッグ 386 例 (14.8%)、市販薬 303 例 (11.6%)、MDMA 250 例 (9.6%)、コカイン 238 例 (9.1%)、MDMA 以外の幻覚剤 207 例 (7.9%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 74 例 (2.8%) などが続いた。初めて使用した薬物として最も多かったのは、揮発性溶剤で 805 例 (30.9%) であり、次いで、覚せい剤 787 例 (30.2%)、睡眠薬・抗不安薬 409 例 (15.7%)、大麻 241 例 (9.2%)、市販薬 118 例 (4.5%)、危険ドラッグ 81 例 (3.1%) が続いた。「主たる薬物」として最も多かったのは、覚せい剤 1462 例 (56.0%) であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 446 例 (17.1%)、揮発性溶剤 157 例 (6.0%)、市販薬 155 例 (5.9%)、多剤 133 例 (5.1%)、大麻 108 例 (4.1%)、危険ドラッグ 73 例 (2.8%) が続いた。

また、全対象症例中、1 年以内に主たる薬物の使用が認められた症例 (「1 年以内使用あり」症例) は 1149 例 (44.0%) であった。「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物として最も多かったのは覚せい剤 452 例 (39.3%) であり、次いで、睡眠薬・抗不安薬 343 例 (29.9%)、市販薬 105 例 (9.1%)、多剤 68 例 (5.9%)、大麻 64 例 (5.6%)、揮発性溶剤 49 例 (4.3%)、その他 26 例 (2.3%)、危険ドラッグ 14 例 (1.2%) が続いた。

【考察と結論】今年度調査では、危険ドラッグ関連精神疾患症例の減少が前回調査に引き続いて顕著であり、危険ドラッグ乱用問題が終息に向かっていることがうかがわれた。一方、最近の乱用が認められる薬物関連精神疾患症例のなかでは、市販薬と大麻の関連精神疾患症例の割合が増加傾向を呈しており、今後も慎重な注視が必要であると考えられた。

## A. 研究目的

最近 20 年間、わが国の薬物乱用・依存をめぐる状況はめまぐるしく変化し続けている。たとえば、1990 年代半ばより、加熱吸煙法という新たな摂取法の登場により、覚せい剤乱用が一気に若年層拡大して、第 3 次覚せい剤乱用期に突入した。そして、明確な沈静化の兆しがないまま、覚せい剤押収量はこの 5 年間横ばいの状態が続くなかで、覚せい剤取締法事犯によって刑務所に服役する者における再犯者率の高さが問題となっている。その一方で、1990 年以降、わが国は「捕まらない薬物」「取り締まりにくい薬物」の乱用にも曝されてきた。その 1 つが、市販鎮咳薬「ブロン液」の乱用、それから、リタリン（メチルフェニデート）や、ベンゾジアゼピン受容体作動薬などの精神科治療薬の乱用・依存が社会問題化した。そしてこれに並行して、マジックマッシュルームや 5-Meo-DIPT をはじめ、様々な脱法的な薬物が登場し、特に近年では、いわゆる脱法ハーブなどの危険ドラッグの乱用が社会問題化し、乱用者による交通事故や暴力事件によって巷を騒がせたが、国による一連の規制強化によってこうした問題も沈静化に成功してきた。

しかし、わが国における従来の薬物対策が、あくまでも表面的に問題解決にとどまった可能性は否めない。Matsumoto ら (2016) は、全国の有床精神科医療施設で治療を受けた全薬物関連障害患者のデータ解析から、2012~2014 年に行われた危険ドラッグに対する規制強化の結果、医療機関で治療を受ける危険ドラッグ関連障害患者における依存症罹患率が増加したことを明らかにしている。また、Tanibuchi ら (2018) は、危険ドラッグ使用障害患者のなかには、危険ドラッグが入手できなくなったことで、覚せい剤や大麻、あるいは睡眠薬・抗不安薬へと依存対象薬物を変えた者が少なくないことを明らかにしている。実際、危険ドラッグに対する規制強化によって問題は沈静化したものの、あたかもそれと入れ違いのように、近年では大麻取締法事犯による検挙者が年々増加傾向にある。こうした知見は、わが国の薬物対策があまりにも「供給の断絶」に偏り、「需要の低減」のための対策が不十分であった可能性を示唆している。

近年、国際的には過度の供給断絶対策がもたらす弊害が注目されつつある。2011 年、各国の元首

脳などから構成される薬物政策国際委員会は、米国で 40 年間続いた「薬物戦争 War on Drug」のレビューを行い、その政策が皮肉にも乱用者と受刑者、過量摂取による死亡者、HIV 感染者を増加させたばかりか、反社会的組織に巨利をもたらしたことを明らかにし、最終的に同委員会は、「国際的な薬物戦争は、世界中の人々と社会に対して破壊的な影響を与え失敗した」という声明を出した。さらに 2016 年 4 月にニューヨークで開催された国連麻薬特別総会 (UNGASS) では、薬物犯罪に対する厳罰主義の限界について議論がなされた。今日、国際的には薬物問題を犯罪ではなく健康問題として捉える動きが加速しており、欧州の各国や、カナダ、オーストラリアでは様々なハームリダクション政策が展開されている。

欧米に比して薬物汚染が深刻ではないわが国の場合、現時点ではまだこうしたドラスティックな政策転換を議論する段階にはない。しかし、覚せい剤取締法事犯による受刑者の再犯者率の高さは、刑務所の過剰収容の一因となっているばかりか、刑事施設への収容には覚せい剤に対する需要低減に十分な効果がないことは明らかである。こうした状況のなかで、2016 年 6 月に「刑の一部執行猶予制度」が施行され、同年 12 月には再犯防止推進法も施行され、いよいよわが国も「施設内処遇から地域内処遇へ」という方向に舵を切り始めている。今後課題となるのは、現状では、地域における薬物依存症に対する医療体制は依然として不十分な状況であることであり、治療・回復支援医療体制の整備が急がれる。

ともあれ、薬物問題は時代の変化とともに刻一刻と姿を変え、変遷していくものである。その意味では、どの時代、どの文化、どの状況にも通用する、つねに正しい解決策といったものは存在せず、刻一刻と変化する情勢を継続的にモニタリングし、その時代の状況にあった対策を講じていかざるをえない。この「全国の有床精神科医療施設における薬物関連疾患の実態調査」は、まさにそのような理由から、わが国における薬物乱用・依存者の実態を把握するための多面的疫学研究の一分野として、1987 年以来ほぼ現行の方法論を用いて隔年で実施されてきた。本調査は、わが国唯一の、薬物関連精神疾患患者に関する悉皆調査であり、その成果は、これまで数々の薬物乱用対策立案に際しての重要な基礎資料の一つとしての役割を果たしてきた。

我々は、2018年度も、引き続き精神科医療の現場における薬物関連精神疾患の実態を把握するため実態調査を施行したので、ここでその結果を報告する。

## B. 研究方法

### 1. 対象施設

調査対象施設は、全国の精神科病床を有する医療施設で、内訳は国立病院（正確には、国立研究開発法人・独立行政法人国立病院機構）45施設、自治体立病院125施設（都道府県立病院66施設、市町村立病院59施設）、大学病院83施設、そして民間精神病院1,313施設の計1,566施設である。

### 2. 方法

#### 1) 調査期間および対象症例

調査期間は従来と同様に、2018年9月1日から10月31日までの2ヶ月間とした。対象症例は、調査期間内に対象施設において、入院あるいは外来で診療を受けた、「アルコール以外の精神作用物質使用による薬物関連精神障害患者」のすべてである。

#### 2) 調査用紙の発送および回収

調査対象施設に対して、あらかじめ2018年7月下旬に調査の趣旨と方法を葉書により通知し、本調査への協力を依頼した。8月下旬に依頼文書、調査に関する案内文書（各医療機関掲示用）、調査用紙一式を各調査対象施設宛に郵送し、上記1)の条件を満たす薬物関連精神疾患患者について担当医師による調査用紙への記載を求めた。調査用紙回収の期限は2018年11月30日とし、11月下旬にその時点で未回答の調査対象施設宛に本調査への協力要請の葉書を送付するとともに、必要に応じて電話・FAXなどにより回答内容・状況の確認等の作業を行った。実際には、回収期間終了後も回収作業を継続し、2019年1月中旬までに返送された症例も集計に加えた。

#### 3) 調査項目

##### ① 継続的な調査項目

調査用紙前半の質問項目は、経時的な傾向の把

握のために、以下のような項目による構成とした。

- 人口動態学的データ（生物学的性別、年代）
- 最終学歴（高卒以上・高卒未満）
- 調査時点での就労（有職・無職）
- 犯罪歴（薬物関連犯罪・薬物以外の犯罪、矯正施設被収容歴）
- 現在におけるアルコール問題（ICD-10においてアルコールの「有害な使用」もしくは「依存症候群」に該当する飲酒様態）
- 各種薬物の生涯使用歴
- 初使用薬物の種類
- 現在における「主たる薬物」（後述）の種類と入手経路
- 薬物使用に関する診断（ICD-10分類F1下位診断）（複数選択）
- 併存精神障害に関する診断（ICD-10分類）（複数選択）

##### ② 2018年度に設定した関心項目

- 薬物関連精神疾患症例におけるギャンブル障害やインターネットゲーム障害、窃盗症、パラフィリア障害群などの非物質性嗜癖障害に関する併存の実態
- 薬物関連精神疾患症例における司法的状況——保釈や執行猶予といった司法手続き途中にあるか、あるいは保護観察や、麻薬中毒者としてのアフターケアのような司法的監督下——の実態

#### 4) 「主たる薬物」の定義

該当症例の「主たる薬物」とは、これまでと同様に決定した。すなわち、原則的に調査用紙（巻末資料参照）の質問11)において、「調査時点における『主たる薬物』（＝現在の精神科的症状に関して、臨床的に最も関連が深いと思われる薬物）」として、記載した医師によって選択された薬物とした。また、複数の薬物が選択されている症例については、「多剤」症例とした。

主たる薬物のカテゴリーは、以下の通りである。

#### 【主たる薬物のカテゴリー】

- a 覚せい剤
- b 揮発性溶剤（トルエン、シンナー、ガソリン）



- c 大麻
- d コカイン
- e ヘロイン
- f MDMA
- g MDMA 以外の幻覚剤
- h 危険ドラッグ
- i 睡眠薬・抗不安薬
- j 鎮痛薬（処方非オピオイド）
- k 鎮痛薬（処方オピオイド）
- l 市販薬（鎮咳薬、感冒薬、鎮痛薬、睡眠薬など）
- m ADHD（Attention-Deficit / Hyperactive disorder 注意欠陥・多動症）治療薬
- n その他
- o 多剤

なお、睡眠薬・抗不安薬や各種鎮痛薬、市販薬については、治療薬として適切に用いた場合には「使用」とは見なさず、あくまでも医学的・社会的に逸脱した「乱用水準以上」の様態によるものだけを、「使用」と見なした。

### 5) 解析方法

本調査結果の解析は以下のように行った。

- ① 全対象症例に関する解析
  - 単純集計
  - 主たる薬物別の各調査項目の比較
- ② 1年以内に薬物使用が見られた症例（「1年以内使用あり」症例）に関する解析
  - 単純集計
  - 主たる薬物別の各項目比較
- ③ 大麻関連精神疾患症例に関する検討: 1年以内の使用の有無に関する比較・検討
- ④ 乱用薬物の詳細情報: 乱用歴のある睡眠薬・抗不安薬、市販薬に関する検討

### 3. 倫理面への配慮

調査にあたり、あらかじめ各対象医療機関に、調査に関する案内文書を送付し、院内の適切な場所に掲示し、患者に周知してもらうように依頼した。その上で、面接にあたり原則的に口頭での同意を取得した上で調査を実施することとした。面接可能な状態で明らかに調査への協力を拒否する場合は、調査困難と判断し「調査への協力拒否」として該当例数の報告を求めた。また、病状やすでに退院しているなどの理由により面接困難な

場合は、診療録からの転記とし、この場合、同意取得は不要とした。

なお、本調査研究は、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施された（承認番号 A2018-028）。

### C. 研究結果

今年度の調査では、対象施設 1566 施設のうち、1264 施設（80.7%）より回答を得ることができた。このうち「該当症例なし」との回答は 1018 施設（65.0%）であった。「該当症例あり」との報告は 246 施設（15.7%）から得られ、その症例数は計 2767 症例であった。しかし、報告された全症例のうち 52 例は面接調査による回答を拒否したため、有効症例としては 2715 症例であった。精神科医療施設の属性別の回答状況、ならびに報告症例数については、表 1 に示した。

本報告書では、有効症例 2715 症例のうち、性別と年代、および主たる薬物に関する情報が欠損していた症例を除外した 2609 症例を分析の対象とした。

以下に、各集計・解析結果を提示する。

#### 1. 全対象症例 2609 例に関する集計結果

##### 1) 全対象症例の属性（表 2）

全対象症例 2609 例中、生物学的な性別の構成は、男性 1839 例（70.5%）、女性 769 例（29.5%）、その他 1 例（0.0%）であった。

全対象の調査時点における年代構成は、10 代 34 例（1.3%）、20 代 238 例（9.1%）、30 代 658 例（25.2%）、40 代 848 例（32.5%）、50 代 552 例（21.2%）、60 代 193 例（7.4%）、70 代以上 86 例（3.3%）であり、30～50 代が中心的な年代層であった。

高卒以上の学歴を持つ症例は、1124 例（43.1%）であった。また、調査時点で何らかの職業を持っている症例は、680 例（26.1%）であった。

犯罪歴については、薬物関連犯罪による補導・逮捕歴を持つ症例は、1337 例（51.2%）と半数あまり占めていたが、一方、薬物関連犯罪以外による補導・逮捕歴を持つ症例は 569 例（21.8%）にとどまった。矯正施設への入所歴がある症例は 1013 例（38.8%）であった。

なお、現在 ICD-10 の「有害な使用」もしくは「依存症候群」水準のアルコール問題が認められた症例は 516 例 (19.8%) であった。また、薬物問題による精神科入院歴を持つ症例は 1627 例 (62.4%) であった。

#### 2) 各種薬物の生涯使用経験 (表 3)

全対象症例において生涯において使用経験のある薬物の種類としては、覚せい剤が最多で 1725 例 (66.1%)、次いで揮発性溶剤 928 例 (35.6%)、大麻 791 例 (30.3%)、睡眠薬・抗不安薬 777 例 (29.8%)、危険ドラッグ 386 例 (14.8%)、市販薬 303 例 (11.6%)、MDMA 250 例 (9.6%)、コカイン 238 例 (9.1%)、MDMA 以外の幻覚剤 207 例 (7.9%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 74 例 (2.8%)、ヘロイン 70 例 (2.7%)、ADHD 治療薬 58 例 (2.2%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む) 37 例 (1.4%)、そしてその他が 76 例 (2.9%) であった。

#### 3) 初めて使用した薬物 (表 4)

初めて使用した薬物として最も多かったのは、揮発性溶剤で 805 例 (30.9%) に認められた。次いで、覚せい剤 787 例 (30.2%)、睡眠薬・抗不安薬 409 例 (15.7%)、大麻 241 例 (9.2%)、市販薬 118 例 (4.5%)、危険ドラッグ 81 例 (3.1%)、その他 34 例 (1.3%)、MDMA 以外の幻覚剤 20 例 (0.8%)、MDMA 14 例 (0.6%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 14 例 (0.5%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む) 11 例 (0.4%)、ADHD 治療薬 11 例 (0.4%)、コカイン 4 例 (0.2%)、ヘロイン 3 例 (0.1%) という順であった。

#### 4) 主たる薬物 (表 5)

「主たる薬物」として最も多かったのは、覚せい剤 1462 例 (56.0%) であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 446 例 (17.1%)、揮発性溶剤 157 例 (6.0%)、市販薬 155 例 (5.9%)、多剤 133 例 (5.1%)、大麻 108 例 (4.1%)、危険ドラッグ 73 例 (2.8%)、その他 34 例 (1.3%)、ADHD 治療薬 13 例 (0.5%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 10 例 (0.4%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む) 9 例 (0.3%)、コカイン 4 例 (0.2%)、ヘロイン 3 例 (0.1%)、MDMA

1 例 (0.0%)、MDMA 以外の幻覚剤 1 例 (0.0%) という順であった。

#### 5) ICD-10 F1 診断下位分類 (表 6)

全対象症例における ICD-10 F1 診断下位分類は、以下ようになった。「F1x.0 急性中毒」65 例 (2.5%)、「F1x.1 有害な使用」320 例 (12.3%)、「F1x.2 依存症候群」1509 例 (57.8%)、「F1x.3 離脱状態」43 例 (1.6%)、「F1x.4 せん妄を伴う離脱状態」41 例 (1.6%)、「F1x.5 精神病的障害」413 例 (15.8%)、「F1x.6 健忘症候群」33 例 (1.3%)、「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病的障害」858 例 (32.9%)、「F1x.8 他の精神および行動の障害」27 例 (1.0%) である。

#### 6) 併存精神障害の ICD-10 診断 (表 7)

全対象症例において認められた併存精神障害の ICD-10 診断としては、「F3 気分障害」410 例 (15.7%) が最多であった。次いで、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」330 例 (12.6%)、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」278 例 (10.7%)、「F6 成人の人格及び行動の障害」269 例 (10.3%)、「F7 知的障害 (精神遅滞)」124 例 (4.8%)、「F8 心理的発達の障害」113 例 (4.3%)、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」35 例 (3.3%)、「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」81 例 (3.1%)、「F0 症状性を含む器質性精神障害」52 例 (2.0%)、という順であった。

#### 7) 非物質性の嗜癖行動の合併 (表 8)

全対象症例において何らかの非物質性嗜癖行動を合併している者は 170 例 (6.5%) であった。そのなかで最も多く認められたのは、ギャンブル障害 (DSM-5) 93 例 (3.6%) であった。次いで、窃盗症 (DSM-5) 36 例 (1.4%)、インターネットゲーム障害 (DSM-5) 21 例 (0.8%)、パラフィリア障害群 (DSM-5) 4 例 (0.2%) という順であった。なお、その他として 32 例 (1.2%) があげられていたが、具体的な嗜癖行動としては、買い物、習慣性自傷行為、食行動異常 (食行動異常)、セックス依存などが含まれていた。

#### 8) 司法的状況 (表 9)

全対象症例における司法的状況としては、保護

観察中の者が 95 例 (3.6%) と最も多く、次いで、保護観察なしの執行猶予期間中 82 例 (3.1%)、裁判前の保釈期間中 54 例 (2.1%) という順であり、「麻薬中毒者」としてのアフターケアを受けている者はわずかに 6 例 (0.2%) にとどまった。

なお、その他として 90 例 (3.4%) が該当したが、その大半は心神喪失者等医療観察法の入院ないしは通院処遇中の者であった。

#### 9) 主たる薬物別の各薬物の生涯使用経験 (表 10)

全対象症例に関して主たる薬物別に生涯経験薬物に関する比較をした結果を表 10 に示す。ここでは、表に示された結果のうち、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。覚せい剤を主たる薬物とする症例 (= 覚せい剤関連精神疾患症例) では、揮発性溶剤 (42.4%) と大麻 (34.0%) の生涯経験率が高かった。揮発性溶剤関連疾患症例では他薬物の生涯経験率は高くなく、覚せい剤 (22.3%) と大麻 (16.6%) がやや目立った。大麻関連精神疾患症例では危険ドラッグ (44.4%) の生涯経験率が高く、一方、危険ドラッグ関連精神疾患症例では大麻 (31.5%) の生涯経験率が高かった。睡眠薬および市販薬の関連精神疾患症例では他薬物についてはいずれも生涯経験率は高くなかった。その他の薬物に関する精神疾患症例では、覚せい剤 (65.4%) の生涯経験率が最も多く、次いで揮発性溶剤 (47.4%)、大麻 (43.6%)、睡眠薬・抗不安薬 (41.4%) の生涯経験率の高さが目立った。

#### 10) 主たる薬物別の初使用薬物 (表 11)

全対象症例に関して主たる薬物別に初使用薬物を検討した結果、覚せい剤関連性精神疾患症例では初使用薬物が覚せい剤である者が最も多く (49.9%)、次いで揮発性溶剤 (36.7%) であった。また、コカイン関連精神疾患症例では、大麻を初使用薬物とする者が半数に認められ、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 関連精神疾患症例 (20.0%) と鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) 関連精神疾患症例 (22.2%) では、一定の割合で初使用薬物が睡眠薬・抗不安薬である者が認められた。しかし、それ以外の薬物の関連精神疾患症例では、おおむね主たる薬物が初使用薬物である傾向が認められた。

なお、多剤の関連精神疾患症例では、初使用薬物は揮発性溶剤 (38.3%)、大麻 (15.8%)、覚せい剤 (12.0%) と分散している傾向が見られた。

#### 11) 主たる薬物別の属性比較 (表 12)

全対象症例に関して主たる薬物別に人口動態的属性や心理社会的背景を比較した結果を表 12 に示す。ここでは、表に示された結果のうち、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。

性差については、揮発性溶剤と大麻の関連精神疾患症例では男性の割合が多かった一方で (男性率はそれぞれ 90.4%, 92.6%)、睡眠薬・抗不安薬と市販薬では男性の割合が少なかった (47.8%, 60.0%)。年代では、覚せい剤、揮発性溶剤、睡眠薬・抗不安薬の関連精神疾患症例が 30~50 代に分布していたのに対し、大麻と市販薬の関連精神疾患症例では 20~30 代というより若い年代に分布していた。

高校卒業以上の学歴を有する者については、覚せい剤と揮発性溶剤の関連精神疾患症例では少ない傾向が見られた一方で (31.4%, 22.9%)、大麻 (64.8%)、危険ドラッグ (68.5%)、睡眠薬・抗不安薬 (67.3%)、市販薬 (66.5%) の関連精神疾患症例では多かった。現在何らかの職についている者の割合については、大麻 (39.8%) と危険ドラッグ (39.7%) の関連精神疾患症例で多く、覚せい剤 (23.1%) と揮発性溶剤 (18.5%) の関連精神疾患症例で少ない傾向が見られた。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、覚せい剤関連精神疾患症例で突出して多く (73.2%)、これは揮発性溶剤 (43.3%) や大麻 (49.1%) の関連精神疾患症例と比べても顕著な差であった。薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴は、有機溶剤 (37.6%)、大麻 (27.8%)、覚せい剤 (25.2%) の関連精神疾患症例で多かった。矯正施設入所歴を持つ者の割合は、覚せい剤 (56.4%) と揮発性溶剤 (43.3%) の関連精神疾患症例で突出して多かった。

現在アルコール問題を持っている者の割合については、いずれの薬物でも差はなく、おおむね 2~3 割に認められ、薬物問題による入院は、揮発性溶剤関連精神疾患症例で最も多かった (79.0%)。

#### 12) 主たる薬物別の ICD-10 F1 診断下位分類



(表 13)

全対象症例に関して、主たる薬物別に ICD-10 F1 診断下位分類を比較した結果を表 13 に示す。やはりここでも、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。

F1x.0 急性中毒は、睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例 (24.9%) で特徴的であり、これは、自傷や自殺の意図にもとづく過量服薬を反映した診断と考えられた。F1x. 1 有害な使用に該当する症例が多かったのは、大麻 (22.2%) と睡眠薬・抗不安薬 (24.9%) の関連精神疾患であった。F1x. 2 依存症候群に該当する症例が多かったのは、睡眠薬・抗不安薬 (73.3%) と市販薬 (80.6%) の関連精神疾患症例であった。F1x. 3 離脱状態および F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態に該当する症例は、サンプル数が少ないヘロイン (F1x. 3 33.3%; 0.0%) および鎮痛薬 (処方オピオイド系) (F1x. 3 22.2%; F1x. 4 0.0%) をのぞくと、睡眠薬・抗不安薬 (F1x. 3 3.4%; F1x. 4 5.4%) と市販薬 (F1x. 3 5.8%; F1x. 4 2.6%) で特徴的であった。

F1x. 5 精神病性障害については、覚せい剤 (20.7%)、大麻 (18.5%)、揮発性溶剤 (17.2%)、危険ドラッグ (15.1%) の関連精神疾患症例で特徴的であった。F1x. 6 健忘症候群は、いずれの薬物でも少なく、特に突出して多い薬物は見当たらなかった。F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害については、覚せい剤 (44.8%) と揮発性溶剤 (52.9%) の関連精神疾患症例で突出して多かった。

13) 主たる薬物別の併存精神障害の ICD-10 診断 (表 14)

全対象症例に関して、主たる薬物別に併存精神障害 ICD-10 診断を比較した結果を表 14 に示す。やはりここでも、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。

いずれの薬物の関連精神疾患症例でも、1~2 割程度の症例に「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」および「F3 気分障害」の併存が認められた。なかでも顕著な特徴としては、大麻関連精神疾患症例で「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」(19.4%) と「F8 心理的発達の障害」(11.1%) の併存が多

く、睡眠薬・抗不安薬および市販薬の関連精神疾患症例で、「F4 神経症性障害」(睡眠薬・抗不安薬 26.7%,市販薬 25.8%)、「F6 成人の人格及び行動の障害」(睡眠薬・抗不安薬 14.3%, 1 市販薬 8.7%) の併存が多い傾向が認められたことが挙げられる。

14) 主たる薬物別の非物質性嗜癖行動 (表 15)

やはりここでも、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく、何らかの非物質性嗜癖行動は、危険ドラッグ (11.0%)、睡眠薬・抗不安薬 (9.9%)、市販薬 (10.3%) の関連精神疾患症例で多い傾向があった。非物質性嗜癖行動の内容別に見てみると、主たる薬物別でギャンブル障害、インターネットゲーム障害、パラフィリア障害群の合併率には差がなかった。しかし、窃盗症の合併率には相違が認められ、睡眠薬・抗不安薬 (3.8%) と市販薬 (3.9%) で多い傾向が認められた。

15) 主たる薬物別の司法的状況 (表 16)

十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく、覚せい剤および大麻の関連精神疾患症例では、「裁判前の保釈期間中」(覚せい剤 2.7%, 大麻 7.4%)、「保護観察なしの執行猶予中」(覚せい剤 4.5%, 大麻 5.6%)、「保護観察中」(覚せい剤 5.3%, 大麻 6.5%) に該当する者がいた点が特徴的であった。一方、「麻薬中毒者としてのアフターケア」や「その他」では、主たる薬物別の違いはなく、特に前者に関しては、該当者 6 名中、麻薬中毒の要件を満たす薬物を主たる薬物としていた者は 1 名 (大麻) だけであり、残りは覚せい剤が 4 名、睡眠薬・抗不安薬 1 名と、本来の制度対象外の薬物を主たる薬物としていた。

## 2. 「1 年以内使用あり」症例 1149 例に関する集計結果

1) 「1 年以内使用あり」症例の属性 (表 17)

全対象症例 2609 例中、1 年以内に主たる薬物の使用が認められた症例 (「1 年以内使用あり」症例) は、1149 例 (44.0%) であった。以下には、この 1149 例に関する集計・解析の結果を提示する。

「1 年以内使用あり」症例における生物学的な性別の構成は、男性 731 例 (63.6%)、女性 417

例 (36.3%)、その他 1 例 (0.1%) であった。「1 年以内使用あり」症例の年代構成は、10 代 30 例 (2.6%)、20 代 170 例 (14.8%)、30 代 342 例 (29.8%)、40 代 328 例 (28.5%)、50 代 184 例 (16.0%)、60 代 52 例 (4.5%)、70 代以上 43 (3.7%) であり、20~50 代が中心的な年代層と、全対象症例に比べると、いくらか若年にシフトした構成となっていた。

また、高卒以上の学歴を持つ症例は、604 例 (52.6%) であり、調査時点で何らかの職業を持っている症例は、362 例 (31.5%) であった。「1 年以内使用あり」症例では、全対象症例に比べて高卒以上の学歴の者が多く、有職者が多い傾向が認められた。このことは、1 年以上使用がないにもかかわらず精神科治療を続けている者は、教育に関するハンディキャップを抱えていたり、薬物乱用の後遺症や併存する精神疾患の影響で生活機能が障害されていたりするなどの理由から、就労できない状況にあることが推測される。

犯罪歴については、薬物関連犯罪による補導・逮捕歴を持つ症例は、491 例 (42.7%) と半数あまり占めていたが、一方、薬物関連犯罪以外による補導・逮捕歴を持つ症例は 178 例 (15.5%) にとどまった。さらに、矯正施設への入所歴がある症例は 310 例 (27.0%) であった。いずれも全対象症例に比べて、刑事司法的な手続きを受けたことのある者の割合は低くなっている。

なお、現在 ICD-10 の「有害な使用」もしくは「依存症候群」に相当する水準のアルコール問題が認められた症例は 249 例 (21.7%) であった。また、薬物問題による精神科入院歴を持つ症例は 668 例 (58.1%) であった。

2) 「1 年以内使用あり」症例における各種薬物の生涯使用経験 (表 18)

「1 年以内使用あり」症例において生涯において使用した経験のある薬物の種類としては、覚せい剤が最多で 594 例 (51.7%)、次いで睡眠薬・抗不安薬 517 例 (45.0%)、大麻 362 例 (31.5%)、揮発性溶剤 304 例 (26.5%)、市販薬 195 例 (17.0%)、危険ドラッグ 169 例 (14.7%)、MDMA 116 例 (10.1%)、コカイン 107 例 (9.3%)、MDMA 以外の幻覚剤 98 例 (8.5%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 45 例 (3.9%)、ヘロイン 30 例 (2.6%)、ADHD 治療薬 26 例 (2.3%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオ

イド含む) 25 例 (2.2%)、そしてその他が 57 例 (5.0%) であった。

3) 「1 年以内使用あり」症例における初めて使用した薬物 (表 19)

「1 年以内使用あり」症例における初使用薬物として最も多かったのは、睡眠薬・抗不安薬 298 例 (25.9%) であり、全対象症例の初使用薬物として揮発性溶剤が最多であったことと異なる点特徴的であった。

次いで揮発性溶剤で 257 例 (22.4%)、覚せい剤 243 例 (21.1%)、大麻 131 例 (11.4%)、市販薬 77 例 (6.7%)、危険ドラッグ 33 例 (3.4%)、その他 21 例 (1.8%)、MDMA 以外の幻覚剤 13 例 (1.1%)、MDMA 8 例 (0.7%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 10 例 (0.9%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) 8 例 (0.7%)、ADHD 治療薬 6 例 (0.5%)、ヘロイン 3 例 (0.3%)、コカイン 2 例 (0.2%) という順であった。

4) 「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物 (表 20)

「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物として最も多かったのは、覚せい剤 452 例 (39.3%) であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 343 例 (29.9%)、市販薬 105 例 (9.1%)、多剤 68 例 (5.9%)、大麻 64 例 (5.6%)、揮発性溶剤 49 例 (4.3%)、その他 26 例 (2.3%)、危険ドラッグ 14 例 (1.2%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 8 例 (0.7%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) 7 例 (0.6%)、ADHD 治療薬 5 例 (0.4%)、コカイン 4 例 (0.3%)、ヘロイン 3 例 (0.3%)、MDMA 以外の幻覚剤 1 例 (0.1%) という順であり、MDMA を主たる薬物とする者は 1 人もいなかった。

「1 年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象の場合と比べて、睡眠薬・抗不安薬および市販薬を主たる薬物とする者の割合が大幅に増える結果となった。

5) 「1 年以内使用あり」症例における ICD-10 F1 診断下位分類 (表 21)

「1 年以内使用あり」症例における ICD-10 F1 診断下位分類は、以下ようになった。「F1x.0 急性中毒」55 例 (4.8%)、「F1x.1 有害な使用」219 例 (19.1%)、「F1x.2 依存症候群」817 例



(71.1%)、「F1x.3 離脱状態」38例(3.3%)、「F1x.4 せん妄を伴う離脱状態」39例(3.4%)、「F1x.5 精神病性障害」199例(17.3%)、「F1x.6 健忘症候群」16例(1.4%)、「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」132例(11.5%)、「F1x.8 他の精神および行動の障害」14例(1.2%)である。

「1年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象の場合と比べて、ICD-10 F1 診断下位分類における「F1x.2 依存症候群」の割合が増え、「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」の割合が減る結果となった。

6) 「1年以内使用あり」症例における併存精神障害の ICD-10 診断 (表 22)

「1年以内使用あり」症例における併存精神障害の ICD-10 診断としては、「F3 気分障害」104例(19.1%)が最多であった。次いで、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」178例(15.5%)、「F6 成人の人格及び行動の障害」130例(11.3%)、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」104例(9.1%)、「F8 心理的発達障害」62例(5.4%)、「F7 知的障害(精神遅滞)」46例(4.0%)、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」41例(3.6%)、「F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害」39例(3.4%)、「F0 症状性を含む器質性精神障害」20例(3.4%)という順であった。

以上より、「1年以内使用あり」症例に限定しても、併存精神障害の ICD-10 診断の分布は全対象の場合と大きな相違はないことが推測された。

7) 「1年以内使用あり」症例における非物質性の嗜癖行動の合併 (表 23)

「1年以内使用あり」症例における非物質性嗜癖行動の合併症例は83例(7.2%)であった。そのなかで最も多く認められたのは、ギャンブル障害(DSM-5)33例(2.9%)であった。次いで、窃盗症(DSM-5)21例(1.8%)、インターネットゲーム障害(DSM-5)11例(1.0%)、パラフィリア障害群(DSM-5)2例(0.2%)という順であった。なお、その他は22例(1.9%)であった。非物質性嗜癖行動の合併率は、「1年以内使用あり」症例と全対象とで大きな相違はないといえた。

8) 司法的状況 (表 24)

「1年以内使用あり」症例における司法的状況としては、保護観察中の者が54例(4.7%)と最も多く、次いで、保護観察なしの執行猶予期間中48例(4.2%)、裁判前の保釈期間中48例(4.2%)という順であり、「麻薬中毒者」としてのアフターケアを受けている者は2例(0.2%)であった。なお、その他は29例(2.5%)であった。司法的状況についても、「1年以内使用あり」症例に限定しても、全対象症例の場合と相違はないといえた。

9) 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物別の属性比較 (表 25)

「1年以内使用あり」症例に関して主たる薬物別に人口動態的属性や心理社会的背景を比較した結果を表 25 に示す。ここでは、表に示された結果のうち、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。

性差については、多くの薬物関連精神疾患症例では男性の割合が多いなか、睡眠薬・抗不安薬(男性率49.0%)と市販薬(男性率55.2%)では男性の割合が少なかった。年代では、多くの薬物関連精神疾患症例が30~50代に分布しているなか、大麻関連精神疾患症例では20~30代というより若い年代に分布していた。

高校卒業以上の学歴を有する者については、揮発性溶剤の関連精神疾患症例で突出して少なく(16.3%)、大麻(62.5%)、危険ドラッグ(68.5%)、睡眠薬・抗不安薬(65.3%)、市販薬(64.8%)の関連精神疾患症例では多かった。現在何らかの職についている者の割合については、大麻の関連精神疾患症例で多かった(45.3%)。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、覚せい剤関連精神疾患症例で突出して多く(76.3%)、一方、薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴は、有機溶剤(22.4%)、大麻(26.6%)で多い傾向が見られた。矯正施設入所歴を持つ者の割合は、覚せい剤(49.8%)と揮発性溶剤(44.9%)の関連精神疾患症例で多かった。

現在アルコール問題を呈している者の割合については、いずれの薬物でも差はなく、おおむね2~3割に認められ、薬物問題による入院は、揮発性溶剤(79.6%)、危険ドラッグ(78.6%)、鎮痛薬(処方オピオイド系)(85.7%)の関連精

神疾患症例で最も多かった。

10) 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物別入手経路 (表 26)

「1年以内使用あり」症例における薬物入手経路に関して、主たる薬物別に比較した結果を表 26 に示す。覚せい剤関連精神疾患症例では売人 (54.2%)、次いで知人 (27.2%)、友人 (11.9%) と続いたが、インターネット (9.1%) という入手経路が上がっていたのは、近年の動きとして興味深い。揮発性溶剤関連精神疾患症例では店舗 (57.1%) が入手経路の大半を占めていた。大麻関連精神疾患症例では密売人 (42.2%) が最も多く、次いで友人 (29.7%)、知人 (25.0%) という順であった。コカイン関連精神疾患症例では密売人 (75.0%) が大半を占め、次いで友人 (25.0%) であった。ヘロイン関連精神疾患症例では知人 (66.7%) が大半を占めた。MDMA 関連精神疾患症例は 1 名しか該当しなかったが、密売人 (100%) が入手経路であった。危険ドラッグ関連精神疾患症例ではインターネット (42.9%) が最も多く、次いで知人 (14.3%) であった。

一方、睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例では医療機関 (精神科) (79.0%) が大半を占め、次いで医療機関 (身体科) (33.2%) であった。鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 関連精神疾患症例では医療機関 (身体科) (50.0%) と薬局 (37.5%) で大半を占めた。鎮痛薬 (処方オピオイド系) 関連精神疾患症例では医療機関 (身体科) (71.4%) とインターネット (28.6%) だけであった。市販薬関連精神疾患症例では薬局 (71.4%) と圧倒的に多く、次いで店舗 (23.8%)、インターネット (9.5%) という順であった。ADHD 治療薬は医療機関 (精神科) (50.0%) が半数を占め、次いで医療機関 (身体科)、密売人、インターネットが同率 (20.0%) であった。

全体として、違法薬物は密売人、友人、知人から、そして処方薬・市販薬は医療機関や薬局から入手する傾向はこれまでの調査と同じ傾向であるが、近年の新たな特徴としていずれの場合にもインターネットという入手経路が登場している点は注目する必要がある。

11) 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物別 ICD-10 F1 診断下位分類 (表 27)

「1年以内使用あり」症例において主たる薬物

別に ICD-10 F1 診断下位分類を比較した結果を表 27 に示す。ここでは、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。

F1x.0 急性中毒は、睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例 (7.9%) と鎮痛薬 (処方非オピオイド) 関連精神疾患症例 (12.5%) で特徴的であり、F1x.1 有害な使用に該当する症例が多かったのは、大麻 (25.0%)、睡眠薬・抗不安薬 (24.9%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド) (25.0%)、鎮痛薬 (処方オピオイド) (28.6%)、市販薬 (23.8%) の関連精神疾患であった。F1x.2 依存症候群に該当する症例が多かったのは、睡眠薬・抗不安薬 (76.4%) と市販薬 (79.0%) の関連精神疾患症例であり、逆に、十分なサンプル数があるなかで該当者が少なかったのは、大麻関連精神疾患症例 (60.9%) であった。F1x.3 離脱状態 および F1x.4 せん妄を伴う離脱状態に該当する症例は、サンプル数が少ないヘロイン (33.3%; 0.0%) および鎮痛薬 (処方オピオイド系) (14.3%; 0.0%) をのぞくと、睡眠薬・抗不安薬 (4.4%; 7.0%) と市販薬 (7.6%; 3.8%) で特徴的であった。

F1x.5 精神病性障害については、覚せい剤 (28.8%)、揮発性溶剤 (26.5%)、大麻 (21.9%) の関連精神疾患症例で特徴的であった。F1x.6 健忘症候群は、いずれの薬物でも少なかったが、そのなかでは大麻関連精神疾患症例 (3.1%) で目立った。F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害については、揮発性溶剤関連精神疾患症例 (24.5%) で最も多かった。

12) 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物別の併存精神障害の ICD-10 診断 (表 28)

「1年以内使用あり」症例に関して、主たる薬物別に併存精神障害 ICD-10 診断を比較した結果を表 28 に示す。やはりここでも、十分なサンプル数が確保された薬物についてのみその顕著な特徴を列挙しておく。

いずれの薬物の関連精神疾患症例でも、1~2 割程度の症例に「F3 気分障害」の併存が認められた。また、揮発性溶剤 (16.3%)、大麻 (12.5%)、危険ドラッグ (28.6%) の関連精神疾患症例で「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が多い傾向が見られた。また、大麻関連精神疾患症例では「F8 心理的発達の障害」 (10.9%) の併存が多かった。睡眠薬・抗不安薬および市販薬の

関連精神疾患症例では、「F4 神経症性障害」（睡眠薬 24.2%、市販薬 27.6%）、「F6 成人の人格及び行動の障害」（睡眠薬 13.1%、市販薬 21.0%）の併存が多い傾向が認められた。

13) 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物別の非物質性嗜癖行動（表 29）

「1年以内使用あり」症例における何らかの非物質性嗜癖行動は、主たる薬物によって有意な差は認められなかった。非物質性嗜癖行動の内容別に見てみると、パラフィリア障害群の合併率に関して有意差が認められ、その他の薬物の関連精神疾患症例（3.8%）のみで認められた。

14) 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物別の司法的状況（表 30）

覚せい剤および大麻の関連精神疾患症例では、「裁判前の保釈期間中」（7.5%；12.5%）、「保護観察なしの執行猶予中」（覚せい剤 8.2%、大麻 6.3%）、「保護観察中」（覚せい剤 8.8%、大麻 9.4%）に該当する者がいた点が特徴的であった。一方、「麻薬中毒者としてのアフターケア」や「その他」では、主たる薬物別の違いはなく、特に前者に関しては、該当者 2 名中、麻薬中毒の要件を満たす薬物を主たる薬物としていた者は 1 名（大麻）だけであり、残りは覚せい剤が 1 名、睡眠薬・抗不安薬 1 名と、本来の制度対象外の薬物を主たる薬物としていた。

### 3. 1年以内使用の有無による大麻関連精神疾患症例の比較

1) 属性の比較（表 31）

主たる薬物を大麻である薬物関連精神疾患（大麻関連精神疾患）症例 108 例を、1年以内に大麻使用の有無によって「大麻使用あり」群（N=64）と「大麻使用なし」群（N=44）に分類し、各種属性を比較した。その結果、生物学的性別、年代、高卒以上の学歴、有職率、薬物関連犯罪での補導・逮捕歴、薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴、矯正施設入所歴、現在のアルコール問題、薬物問題による精神科入院歴のいずれについても、両群間で統計学的な有意差は認められなかった。

2) 使用大麻製品の比較（表 32）

大麻関連精神疾患症例の使用していた大麻製品について、1年以内の大麻使用の有無で比較し

た結果を表 32 に示す。その結果、両群間で使用していた大麻製品に有意差は認められなかった。両群のいずれにおいても乾燥大麻が最も多く（大麻使用あり群 60.9%、大麻使用なし群 59.1%）、次いで大麻樹脂（大麻使用あり群 25.0%、大麻使用なし群 27.3%）、液体大麻（大麻使用あり群 14.1%、大麻使用なし群 6.8%）であった。

3) ICD-10 F1 診断の比較（表 33）

大麻関連精神疾患症例の ICD-10 F1 診断下位分類に関して、1年以内の大麻使用の有無で比較した結果を表 33 に示す。その結果、9 つの下位分類のなかで 1 つだけに有意差が認められた。すなわち、大麻使用なし群（38.6%）では大麻使用あり群（14.1%）に比べて、有意に「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」に該当する者が多かった（ $p=0.003$ ）。

4) 併存精神障害の ICD-10 分類の比較（表 34）

大麻関連精神疾患症例に併存する ICD-10 F0、F2～F9 の精神障害に関して、1年以内の大麻使用の有無で比較した結果を表 34 に示す。その結果、大麻使用なし群（29.5%）では、大麻使用あり群（12.5%）に比べて、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」を併存する者が有意に多かった（ $p=0.028$ ）。

5) 司法的状況の比較（表 35）

大麻関連精神疾患症例の調査時点における司法的状況——裁判前の保釈期間中、保護観察なしの執行猶予期間中、保護観察中、麻薬中毒者としてのアフターケアなど——に関して、1年以内の大麻使用の有無で比較をした。その結果、裁判前の保釈期間中のみで両群間で有意差が認められ（ $p=0.015$ ）、大麻使用あり群（12.5%）では、大麻使用なし群（0.0%）に比べて、調査時点で保釈中の身柄の者が有意に多く認められた。

## 4. 乱用薬物の詳細情報

1) 乱用されていた睡眠薬・抗不安薬の種類（表 36）

全対象症例が乱用していた睡眠薬・抗不安薬のうち、2 症例以上に認められた薬剤を多い順に表 36 にまとめた。乱用されていた薬剤として最も多かったのは、2016 年 11 月に向精神薬指定されたエチゾラム（243 例）であった。次いで、フ



ルニトラゼパム（188例）、トリアゾラム（154例）、ゾルピデム（111例）という順であった。この上位4薬剤については、前回、前々回と全く同じ順位であり、他の薬剤から突出して多い状況は全く変わっていなかった。

さらにその次に、すでに販売停止された薬剤であるベゲタミン®（58例）、プロチゾラム（48例）、アルプラゾラム（45例）、やはりすでに販売停止となっているニメタゼパム（42例）、ブロマゼパム（39例）、ロラゼパム（35例）と続いた。販売停止後もなおベゲタミンとニメタゼパムは乱用薬剤の上位にあるが、乱用症例数は減少傾向にある。その分、プロチゾラムやアルプラゾラム、ブロマゼパム、ロラゼパムを乱用する症例数が増えた印象がある。

今回の調査で新たに浮上したのは、オレキシン受容体拮抗薬であるスボレンサントの乱用が8症例に認められたことである。これをもってスボレンサントには、ベンゾジアゼピン系薬剤と同様の依存性や潜在的な乱用危険性があると結論することはできず、単に処方件数の多さを反映した結果である可能性は否めないが、上市されてまもない薬剤であるだけに、引き続き注意深いモニタリングが求められるであろう。

## 2) 乱用されていた市販薬の種類（表37）

全対象症例が乱用していた市販薬のうち、2症例以上に認められた薬剤を多い順に表37にまとめた。乱用されていた市販薬として最も多かった薬剤（商品名）は、前回の2016年度調査と同様、ブロン（錠剤と液剤の双方を含む：鎮咳・去痰剤）（158例）であり、すべての市販薬のなかで突出していた。次いで、パブロン／パブロンゴールド（総合感冒薬）（34例）、ウット（睡眠薬）（32例）、ナロン／ナロンエース（16例）が続っており、これもまた前回調査と全く同じ順位であった。

## D. 考察

今年度の調査は、本調査が開始された1987年以来、前回に引き続き回答率ならびに報告症例数が史上最大であった（図1）。しかしこのことは、必ずしも薬物乱用の拡大をそのまま反映したものとはいえない。というのも、今回解析対象とな

った症例の総数は2609例で、前回調査（松本ら、2017）の2262例を大幅に上回っているものの、「1年以内に薬物使用が認められた症例」については、今回1149例に対して前回は1164例と、ほとんど違いがないからである。前回2016調査でも同様の指摘をしたが、やはりこの結果は、最近数年のうちに薬物関連障害患者の医療アクセスが高まり、医療機関との関係を継続しながら断薬を維持している患者が多くなったことの反映と考えるのが妥当であろう。

以下に、今回の調査から見えてきた、精神科医療現場における最近の薬物乱用の状況について考察を行いたい。

## 1. 近年の精神科医療機関における薬物関連精神疾患の全体的動向

今回の調査では、薬物関連精神疾患症例における主たる薬物の割合（図2）は、覚せい剤1462例（56.0%）が最も多く、その過半数以上を占めた。次いで、睡眠薬・抗不安薬446例（17.1%）、揮発性溶剤157例（6.0%）、市販薬155例（5.9%）、多剤133例（5.1%）、大麻108例（4.1%）、危険ドラッグ73例（2.8%）が続いた。また、「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の割合（図3）においても、最も多かったのはやはり覚せい剤452例（39.3%）であった。しかし、それに次ぐ睡眠薬・抗不安薬は343例（29.9%）であり、その後続く市販薬105例（9.1%）と合わせると、覚せい剤に匹敵する割合であった。このことは、近年におけるわが国の薬物依存症臨床の現場では、ますます「捕まらない（取り締まりにくい）薬物の問題」の比重が高まっていることを示唆している。

## 2. 揮発性溶剤と危険ドラッグの関連精神疾患症例の減少

2018年調査における乱用薬物の全体的傾向はおおむね前回調査と同様の傾向を示したが、いくつかの微細な変化は確認された。たとえば、全対象症例における主たる薬物の割合についていえば、揮発性溶剤（8.5%：2016年⇒6.0%：2018年）と危険ドラッグ（4.5%：2016年⇒2.8%：2018年）と前回に引き続き減少傾向を示した。これと同様の傾向は、生涯経験率で認められ、揮発性溶剤

(37.1%: 2016⇒35.6%: 2018年)と危険ドラッグ(17.6%: 2016年⇒14.8%: 2018年)は減少しており、最近1年以内に薬物使用が認められた症例に限定しても、揮発性溶剤(7.7%: 2016年⇒4.3%: 2018年)と危険ドラッグ(2.5%: 2016年⇒1.2%: 2018年)は減少傾向を示していた。

長期の経年的推移(図4、図5)のなかで見ると、揮発性溶剤は、主たる薬物においては1990年以降、生涯経験薬物においては2000年以降ほぼ一貫して減少傾向である。したがって、今回の減少もその流れのなかにあるといえるだろう。一方、危険ドラッグについては、2012年調査より乱用薬物の分類カテゴリーとして新設され、2014年にピークを迎えた後に、主たる薬物においても、生涯経験薬物においても急激な減少を見せている。これは、包括指定などの規制強化、さらには、薬事法販売停止命令・検査実施命令の対象拡大により販売店舗の全面撤退により、薬物供給が断たれたことによる効果と考えられる。今回の調査結果は、危険ドラッグが今や薬物依存症臨床の現場ではほとんど遭遇しない薬物となりつつあることを示唆するものといえるであろう。

### 3. 大麻と市販薬の関連精神疾患症例の微増

一方、今回の調査では、大麻と市販薬の割合が微増していることも確認された。主たる薬物では大麻は、2016年の3.6%から2018年は4.1%と、市販薬は、2016年の5.2%から2018年は5.9%に微増していた。同様の傾向は生涯経験率で認められ、大麻は2016年の28.6%から2018年は30.3%、市販薬は2016年の10.4%から2018年は11.6%と微増している。さらに、最近1年以内に薬物使用が認められた症例における主たる薬物でも、大麻は2016年の4.9%から2018年は5.6%と、市販薬は2016年の8.2%から2018年の9.1%に微増している。主たる薬物における割合の変化については、揮発性溶剤と危険ドラッグが減少した分、相対的に大麻や市販薬の割合が増えたことによる影響とも考えられるが、生涯経験においても微増したことを考慮すれば、それだけでは説明がつかない。おそらく大麻については、危険ドラッグ一禍の収束と逆相関する形で、2014年以降、大麻取締法事犯による検挙者は増加傾向にあることから、大麻にアクセスする者の増加したことが

今回の結果に反映された可能性が高い。一方、市販薬については、この説明は適用できない。ドラッグストアチェーンの店舗拡大や、市販薬のインターネット販売の拡大が、市販薬乱用を促進しているのかもしれない。

### 4. 大麻関連精神疾患症例の検討——大麻による精神障害の影響

上述したように、大麻取締法事犯者が急増する一方で、米国のワシントン州、コロラド州、カリフォルニア州、それから近年ではカナダなどで、大麻の娯楽的使用が許容される政策が打ち出され、大麻の健康被害に関して世論で様々な議論を呼んでいる。そこで、今回の本報告書では、精神科医療にアクセスした大麻関連精神疾患症例に関して少し掘り下げて検討したい。

「1年以内の薬物使用あり」症例における大麻関連精神疾患症例の特徴は、年代が20～30代と、他の薬物関連精神疾患症例に比べて若く、調査時点で就労している者が多く、比較的高学歴であった。そして、薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴を持つ者も比較的多かった。また、ICD-10 F1 診断下位分類において「有害な使用」に該当する者が比較的多く、「依存症候群」に該当する者が比較的に少なかった。このことは、大麻関連精神疾患症例では、薬物使用様態において依存性がさほど進行していない者が多い可能性を示唆している。さらに、併存精神障害では、覚せい剤関連精神疾患症例に比べると「統合失調症」と「心理的発達障害」に該当する者が多く(これは全対象症例でも同じ傾向であった)、薬物使用以前より生来的な脆弱性を有する者が少なくない可能性も示唆される。

さらに、「1年以内の大麻使用の有無」で、大麻関連精神疾患症例の属性や心理社会的状況、精神医学的問題を比較してみると、両群間で人口動態的属性や心理社会的背景、あるいは主に使用した大麻製品の種類に違いはなく、「1年以内の大麻使用なし」症例では、ICD-10 F1 診断下位分類における「残遺性障害・遅発性精神病性障害」、および併存精神障害として「統合失調症」に該当する症例が比較的多く認められた。また、「1年以内の大麻使用あり」症例では調査時点で保釈中が多かった。

以上の結果から推測すると、現在、精神科治療を受けている大麻関連精神疾患症例は、2つの類型に分類される可能性がある。1つは、大麻取締法で逮捕されたのを受けて、保釈中に法廷戦略の一環で精神科医療にアクセスしている者であり、依存症としての重症度は依存性の進行は軽度で、就労にも支障がないタイプである。もう1つは、大麻使用が長期間内にもかかわらず、残遺性障害・遅発性精神病性障害や統合失調症のために社会参加が阻まれ、精神病症状に対する薬物療法が必要な一群である。後者についていえば、今回の調査では、大麻の使用期間や臨床遺伝学的な家族負因について調べていないことから、両者が全く別の類型なのか、それとも、前者から後者への移行があるのかについては、判断できない。それから、2つの類型双方に共通している特徴もある。それは、薬物使用開始以前より反社会的行動パターンや、心理的発達の障害（典型的には自閉症スペクトラム障害）といった精神医学的脆弱性が存在する者の割合が比較的多いということである。なお、こうした準備要因が大麻使用のリスクを高めるのか、それとも、大麻使用の結果、精神科医療へのアクセスを早める要因なのかについても、本調査からは判断できない。

本調査の結果から現時点でいえるのは、大麻使用の影響には個人差がある可能性が高いということであり、今後、さらに詳細な調査が必要であろう。

## 5. 捕まらない（取り締まりにくい）薬物——睡眠薬・市販薬

ここで、「1年以内の薬物使用あり」症例の主たる薬物として、覚せい剤に必定する割合を占めた睡眠薬・抗不安薬と市販薬についても、個別にとりあげて検討をしておきたい。

睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例の乱用薬物の入手経路として、依然として精神科医療機関が8割を占めていた。この傾向は2010年以来一貫して継続しており、診療報酬改定によってベンゾジアゼピン受容体作動薬の多剤処方制限されるなどの対策によっても改善は見られていない。乱用薬物の種類に関しても、上位4剤は前回と全く同じであった。そのなかでも突出して多く症例で乱用が認められたエチゾラムについては、2016

年10月に向精神薬指定がなされ、長期処方が困難となったが、現状では乱用患者の低減には至れていない可能性がある。

また、乱用薬剤リストにおいてスボレキサントの乱用が8例に認められた。この薬剤は、ベンゾジアゼピン受容体作動薬とは全く異なる作用機序を持つオレキシン受容体拮抗薬として上市されたが、発売からまだ日が浅く、安全性に関する情報は十分に蓄積されているとはいえない。もちろん、睡眠薬・抗不安薬乱用患者のなかには、気分を変えるための逸脱の使用だけでなく、単純に薬理的な依存性とは関係なく、自殺目的の過量服薬の手段として薬剤を用いる者もおりも、今回の調査結果は単に処方件数の多さを反映しただけの可能性も否めない。しかし、現在乱用薬剤の上位常連薬剤となっているゾルピデムでさえも、かつて上市された際に「非ベンゾジアゼピン」であることが強調され、依存リスクの低さが不当に喧伝されていた経緯がある。その意味では、今後の動向を慎重に観察していく必要がある。

一方、市販薬については、すでに指摘したように、前回調査に比して微増傾向があり、注意を要する。わが国の医療関係者は、患者が他の診療科から処方を受けている薬剤には注意を払う一方で、患者が常用している市販薬についてはほとんすれば十分に注意を払わないことがある。また、近年、厚生労働省が進めている「セルフメディケーション」政策の動きにより、従来、処方せんなしでは入手できなかった薬剤のなかには、市販薬として市中のドラッグストアで購入できるようになった薬剤もある。さらには、規制緩和によりインターネット販売もなされるようになり、いっそう薬剤入手の抵抗感は減じている。

今回、乱用市販薬として突出して多く報告された市販薬は、前回と同様、ブロンであった。1980年代後半にブロン液の乱用が社会問題化し、エスエス製薬はブロン液の含有成分からリン酸ジヒドロコデインと塩酸メチルエフェドリンを除去することで、社会現象にまでなった乱用は表面上終焉した。しかし、臨床現場では、ブロンの乱用・依存は細々ながら確実に続いていた。その理由は、ブロン液で除去された成分は依然としてブロン錠には含まれており、乱用者はこの錠剤を好んで乱用しているからである。今回、調査票には錠



剤か液剤かを明記していない回答が多く、集計では錠剤と液剤両方をまとめて「ブロン」としたが、明記されていたなかでは錠剤が圧倒的多数を占めていた。

ブロン錠には、液剤にはもはや含有されていない、塩酸メチルエフェドリンという中枢神経興奮薬とリン酸ヒドロコデインという中枢神経抑制薬が含有されており、これにカフェインとマレイン酸クロムフェニラミンとが加わって、相互に薬理作用や依存性を強めていることが指摘されている。今回の調査で、乱用市販薬としてブロンに次ぐ第2位を占めた総合感冒薬パブロンについても、製品ラインナップの1つである「パブロン／ゴールド」は、ブロン錠と全く同じ成分を含有しており、ブロン錠と同じ効果を期待して乱用する者がおり、注意が必要である。

また、乱用市販薬の第3位となったウットについても、長年薬物依存症臨床ではよく知られた市販の睡眠剤である。ウットには、ブロムワレリル尿素やアリルイソプロピル尿素が含まれており、この成分は、前者は依存性や大量摂取時の呼吸抑制作用が問題であり、後者は血小板減少性紫斑病発症の原因となることから、ともに長らく医療では用いられていない成分である。そのような過去の成分をいつまでも漫然と含有させたままにしている点が市販薬の問題点である。他にも、総合感冒薬や鎮痛薬として市販されている薬剤のなかには、カフェインやアリルイソプロピル尿素のような成分を含有するもの（ex. イブA錠、ロキソニンSプレミアムなど）が少なくない。その意味で、最も身近な乱用薬物として可能性を潜在していることを注意すべきであろう。そして、あくまでも研究分担者個人の意見であるが、ウットは現代人の生活にはもはや不要な薬剤であり、販売を中止すべきであると思う。

なお、睡眠薬・抗不安薬や市販薬の関連精神疾患症例の特徴は、覚せい剤や大麻の関連精神疾患症例に比べて、女性の割合が多く、「気分障害」「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」「成人の人格及び行動の障害」を併存する者が多い。その大半が、2016年調査で触れたとおり、大半は併存精神障害を先に発症し、精神障害がもたらす心理的苦痛への対処として、処方された睡眠薬・抗不安薬や、ひそかに購入した市販

薬の乱用を続発している。したがって、乱用防止という観点では、たえず乱用リスクを考慮した薬剤の処方、あるいは患者がひそかに自己治療するのではなく、心理的苦痛を訴えられる治療関係の構築こそが必要である。その意味では、まずもって求められるのは精神科医療の質の向上というべきかもしれない。

## 6. 非物質性嗜癖行動との関係

2013年に公表されたDSM-5では、物質関連障害の診断カテゴリーのなかに、非物質性の嗜癖行動としてギャンブル障害が含まれるようになり、また、今後研究によって検証される必要のある付録の診断カテゴリーとしてインターネットゲーム障害が提示された。ときを同じくしてわが国でもIR関連法案、カジノ法案などの政治的議論のなかで、ギャンブル依存症対策の必要性が叫ばれるようになった。また、スマートフォンの普及により、近年、十代の子どものインターネットゲームへの耽溺が社会的問題となっている。こうしたなかで、物質に対する依存症と非物質（行為）の依存症との境界が不明瞭となり、学会でも両者の関連や異動に関する議論が盛んとなっている。

このような時代の流れを踏まえ、今回の調査では、薬物関連精神疾患症例における非物質性嗜癖行動の合併率について調査した。その結果、本調査で収集された薬物関連精神疾患症例のなかで、何らかの非物質性嗜癖行動を合併している者は6.5%であり、個別の嗜癖行動で見ると、「ギャンブル障害」（DSM-5）の合併率が3.6%、「インターネットゲーム障害」（DSM-5）の合併率が0.8%、「窃盗症」（DSM-5）が1.4%、「パラフィリア障害群」（DSM-5）が0.2%であった。ギャンブル障害については、一般人口を対象としてSOGS（South Oaks Gambling Screen）を用いた調査（樋口と松下，2017）において、「現在ギャンブル依存症等が疑われる者の割合」は、成人の0.8%と推計されており、評価方法はことなるものの、本調査で得られた3.6%という数字は一般人口よりは高い。その意味では、薬物関連精神疾患症例は非物質性の嗜癖行動とも親和性が高いのかもしれない。一方、ギャンブル障害以外の嗜癖行動については、国内に比較対象とすべきデータがなく、現時点では議論は困難である。なお、これ

らの嗜癖行動の罹患率に関して、おおむね乱用薬物別の比較では統計学的に際立った差は認められなかったが、例外的に窃盗症については、睡眠薬・抗不安薬と市販薬の関連精神疾患症例でやや多い傾向があった。これは、乱用薬物自体の薬理作用というよりも、それらの薬物関連精神疾患症例では女性の割合が多いことから、摂食障害に合併するクレプトマニアが反映された可能性がある。

## 7. 司法的監督下にある薬物関連精神疾患症例

2016年6月に刑の一部執行猶予制度が施行となり、2017年12月には再犯防止推進計画が閣議決定された。薬物問題を持つ刑務所出所者や保護観察対象者の地域支援は、現在、わが国喫緊の課題となっている。そうしたなかで薬物依存症臨床の現場では、執行猶予中の違法薬物使用で逮捕された者が、「一部執行猶予」の判決を求め、保釈中に薬物依存症専門外来に受診することはめずらしくなくなった。

そこで、今回の調査では薬物関連精神疾患症例のなかでどのくらいの者が司法的監督下にあるのかを明らかにすべく、調査項目を設定した。その結果、裁判前の保釈期間中の者が2.1%、保護観察なしの執行猶予期間中の者が3.1%、保護観察中の者が3.6%に認められた。当然ながら、その大半は主たる薬物が規制薬物である症例であった。このデータについては、現状では比較対象とすべきデータがなく、現時点では議論が困難であるが、今後、本調査で継続的に収集することで、司法と医療の連携状況をモニタリングすることができる可能性がある。理想的には、今後、執行猶予期間中の者、あるいは保護観察中の者の割合が増えることを期待している。それは、司法と専門医療とのシームレスな連携を反映する数値となるであろう。

解釈に苦慮したのは、麻薬及び向精神薬取締法（麻向法）58条の2に規定された「麻薬中毒者」としてのアフターケア中の者の割合であった。その条件を満たす者は、全対象症例中わずかに6名（0.2%）であった。麻薬中毒の定義には曖昧な点があることは否めないものの、おおむねICD-10 F1x.2の依存症候群に合致すると考えられる。だとすると、全対象症例中、潜在的に麻薬中毒届け

対象薬物を主たる薬物とする症例は69例（大麻64例、コカイン3例、ヘロイン2例）存在することになるが、実際に、麻薬中毒者としてのアフターケアを受けている者の主たる薬物は、覚せい剤4例、大麻1例、睡眠薬・抗不安薬1例であった。

この齟齬をどう考えるべきなのだろうか？ 治療経過のなかで問題となっている乱用薬物に変化することは臨床上めずらしくはないが、届け出対象薬物として合致するのが6例中1例（大麻）しかないという事実は、この麻薬中毒者の届け出制度そのものが実際の精神科医療のなかでは、厳密に運用されていない実態を反映したものといわざるをえない。実際、過去10年以上にわたって麻向法による措置入院症例は一例もなく、麻向法の規制対象となっている薬物の関連精神疾患症例の措置入院は、自傷・他害のおそれにもとづく精神保健福祉法による措置入院で対応している現状がある。その意味でも、制度自体の見直しが検討されるべきであろう。

なお、その他の司法的状況下にいる症例が3.4%に認められ、その大半は医療観察法による入院もしくは通院処遇中（他には、鑑定留置中、あるいは医療刑務所での服役中という情報があった）を反映したものであった。

## 8. 「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」報告症例数上位施設

わが国の薬物依存症からの回復のための医療的資源は深刻に不足しており、一般の精神科医療機関における薬物関連精神疾患患者に対する忌避的感情も強い。そのようななか、少数の精神科医療機関だけが、薬物関連障害の治療に対して果敢に立ち向かっているのが現状である。

本調査に薬物関連精神疾患症例を報告いただいた医療機関は、いずれもそのような施設である。そうした医療機関に敬意を表するとともに、地域における薬物関連精神疾患治療の医療的資源のリストとして参照されることを期待し、報告症例数ランキングとして、本調査において20症例以上の症例を報告してくださった医療機関の名称を表38に挙げさせていただいた。

## E. 結論

今年度の調査では、対象施設 1566 施設のうち、1264 施設 (80.7%) の協力を得て、246 施設 (15.7%) の施設から総計 2767 例の薬物関連精神疾患症例が報告された。このうち患者自身から同意が得られ、重要な情報に欠損のない 2609 症例を分析対象とした。

その結果、「主たる薬物」として最も多かったのは、覚せい剤 1462 例 (56.0%) であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 446 例 (17.1%)、揮発性溶剤 157 例 (6.0%)、市販薬 155 例 (5.9%)、多剤 133 例 (5.1%)、大麻 108 例 (4.1%)、危険ドラッグ 73 例 (2.8%) が続いた。また、全対象症例中、1 年以内に主たる薬物の使用が認められた症例 (「1 年以内使用あり」症例) は 1149 例 (44.0%) であった。「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物としては覚せい剤 452 例 (39.3%) が最多であり、次いで、睡眠薬・抗不安薬 343 例 (29.9%)、市販薬 105 例 (9.1%)、多剤 68 例 (5.9%)、大麻 64 例 (5.6%)、揮発性溶剤 49 例 (4.3%)、その他 26 例 (2.3%)、危険ドラッグ 14 例 (1.2%) が続いた。

以上より、今年度の調査からは、危険ドラッグ関連精神疾患症例の減少が前回調査に引き続いて顕著であり、危険ドラッグ乱用問題が終息に向かっていることがうかがわれた。一方、最近の乱用が認められる薬物関連精神疾患症例のなかでは、市販薬と大麻の関連精神疾患症例の割合が増加傾向を呈しており、今後も慎重な注視が必要であると考えられた。

## 謝辞

ご多忙の中、本実態調査にご協力いただきました全国の精神科医療施設の医師のみなさま、ならびに関係者の方々、患者のみなさまに心より厚く御礼申し上げます。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Takano A, Miyamoto Y, Kawakami N, Matsumoto T: Web-Based cognitive behavioral relapse prevention program with tailored feedback for people with methamphetamine and other drug use problems: Development and Usability Study. JMIR Mental Health 3: 1-17, 2016.
- 2) Okumura Y, Shimizu S, Matsumoto T: Prevalence, prescribed quantities, and trajectory of multipleprescriber episodes for benzodiazepines: A 2-year cohort study. Drug and Alcohol Dependence 158:118-125, 2016.
- 3) Matsumoto T, Tachimori H, Takano A, Tanibuchi Y, Funada D, Wada K: Recent changes in the clinical features of patients with new psychoactive-substances-related disorders in Japan: Comparison of the Nationwide Mental Hospital Surveys on Drug-related Psychiatric Disorders undertaken in 2012 and 2014. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 70: 560-566, 2016.
- 4) 近藤あゆみ, 佐藤嘉孝, 松本俊彦: 薬物依存症外来治療プログラム「STEM」の有効性評価. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 51(1): 26-37, 2016.
- 5) 谷淵由布子, 松本俊彦, 今村扶美, 若林朝子, 川地拓, 引土絵未, 高野歩, 米澤雅子, 加藤隆, 山田美紗子, 和知彩, 網干舞, 和田清: 薬物使用障害患者に対する SMARPP の効果: 終了 1 年後の転帰に影響する要因の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 51(1): 38-54, 2016.
- 6) 近藤あゆみ, 栗坪千明, 白川雄一郎, 松本俊彦: 民間依存症回復支援 DARC 利用者を対象とした認知行動療法 SMARPP の有効性評価. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 51 (6), 414-424, 2016.
- 7) 大曲めぐみ, 嶋根卓也, 松本俊彦: 日本の刑事施設における薬物依存離脱指導の評価方法についての文献レビュー. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 51(5): 335-347, 2016.
- 8) 池田朋広, 常岡俊昭, 松本俊彦, 高木のり子, 石坂理江, 種田綾乃, 小池純子, 齋藤 勲, 森田展彰, 稲本淳子, 岩波 明: 措置指定病院における精神病性障害と物質使用障害を併せ持つ「精神病性併存性障害者」への集団認知行動療法プログラム実施の意義とその有効性の検討. 日社精医誌 26: 11-24, 2017.



- 9) 伊藤絵美, 吉村由未, 森本雅理, 小畑輝海, 松本俊彦: 報告 女性覚せい剤乱用者に対する回復プログラムの構築と実践 —ローズカフェ第1報—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 52(1): 34-55, 2017.
- 10) 谷渕由布子, 松本俊彦, 船田大輔, 川副泰成, 榊原聡, 成瀬暢也, 池田俊一郎, 角南隆史, 武藤岳夫, 長徹二: わが国の依存症専門医療機関における危険ドラッグ関連障害患者の治療転帰に関する研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 52 (5) : 141-155, 2017.
- 11) 松本俊彦: 健康問題としての薬物依存症—薬物依存症からの回復のために医療者は何ができるか. 日本医事新報 4808: 19-23, 2016.
- 12) 松本俊彦: 薬物使用障害に対する外来治療プログラム「SMARPP」. 精神療法 42(4): 571-579, 2016.
- 13) 松本俊彦: 物質使用障害における自殺—薬物療法のリスクとベネフィット. 臨床精神薬理 19(8) : 1125-1136, 2016.
- 14) 松本俊彦, 今村扶美: ワークショップ2 : SMARPP の理念と実際—講義とデモセッション—. 日本アルコール関連問題学会雑誌 18(1) : 123-125, 2016.
- 15) 谷渕由布子, 松本俊彦: 危険ドラッグ使用者への安全管理. 精神科治療学 31(11) : 1449-1454, 11, 2016.
- 16) 松本俊彦: 妊婦の薬物依存. 日産婦医会報 68(11) : 10-11, 2016.
- 17) 谷渕由布子, 松本俊彦: 危険ドラッグ使用者への安全管理. 精神科治療学 31(11) : 1449-1454, 11, 2016.
- 18) 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: Voice Bridges Project—薬物依存症地域支援のための「おせっかい」な電話による「声」の架け橋プロジェクト—. 精神科治療学, 32(11): 1445-1451, 2017.
- 19) 松本俊彦: 司法機関から地域の支援資源にどうつなげるべきか. 臨床心理学 17 (6) : 814-817, 2017.
- 20) 松本俊彦: 5. オピオイド鎮痛薬による依存の現況と新たな展開 3) オピオイド鎮痛薬依存症並びにケミカルコーピングの予防と治療. ペインクリニック 38:S137-S146, 2017.
- 21) 松本俊彦: 薬物依存をめぐる法整備. 臨床精神医学 46(4): 437-442, 2017.
- 22) 松本俊彦: 物質使用障害. トラウマティック・ストレス 15(1): 49-57, 2017.
- 23) 松本俊彦: 多剤処方規制と背景. 臨床精神薬理 20(9): 975-982, 2017.
- 24) 松本俊彦: 特集 アルコール健康障害対策の推進 医療機関におけるアルコール・薬物依存症の治療プログラム. 公衆衛生 81(9): 730-736, 2017.
- 25) 松本俊彦: 鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害・中毒・離脱. 新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群 (第2版) -物質関連障害および嗜癖性障害群からてんかんまで-III, 85-89, 2017.
- 26) 松本俊彦: 鎮静薬, 睡眠薬, または抗不安薬使用障害の対応と治療. 新領域別症候群シリーズ No.39 精神医学症候群 (第2版) -物質関連障害および嗜癖性障害群からてんかんまで-III, 90-94, 2017.
- 27) 松本俊彦: ケミカルコーピングとオピオイド鎮痛薬. Locomotive Pain Frontier 6(2): 46-47, 21017.
- 28) 松本俊彦: 薬物依存症に対する最近のアプローチ. 精神科治療学 32(11): 1403-1404, 2017.
- 29) 松本俊彦: 専門医でなくてもできる薬物依存症治療-アディクションの対義語としてのコネクション-. 精神科治療学 32(11): 1405-1412, 2017.
- 30) 谷渕由布子, 松本俊彦: 規制強化は「危険ドラッグ」関連障害患者をどう変えたか. 精神科治療学 32(11) : 1483-1491, 2017.
- 31) 松本俊彦: 人はなぜ依存症になるのか. 日本アルコール関連問題学会雑誌 19 (1) : 31-34, 2017.
- 32) 松本俊彦: 特集 さまざまな精神障害の「病識」をどのように治療に生かすか. 精神神経学雑誌 119(12) : 911-917, 2017.
- 33) 松本俊彦, 船田正彦, 嶋根卓也, 近藤あゆみ: 薬物関連問題とどう対峙するか 疫学研究、毒性評価、臨床実践、政策提言, 精神保健研究, 30, 53-61, 2017.
- 34) Hamamura T, Suganuma S, Takano A, Matsumoto T, Shimoyama H: The Efficacy of a Web-Based Screening and Brief Intervention for Reducing Alcohol Consumption Among Japanese Problem Drinkers: Protocol for a Single-Blind Randomized Controlled Trial. JMIR Res. Protoc. 2018;7(5):e10650 doi:10.2196/10650
- 35) Tanibuchi Y, Matsumoto T, Funada D, Shimane T: The influence of tightening regulations on patients with new psychoactive substance-related disorders in Japan. Neuropsychopharmacol Rep. 2018 Oct 19. doi: 10.1002/npr2.12035.
- 36) 引土絵美, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦: 治療共同体エンカウンター・グループの効果とその要因について. 日本

- アルコール薬物医学会雑誌 53(2) : 83-94, 2018.
- 37) 花岡晋平, 平田豊明, 谷渕由布子, 宋龍平, 合川勇三, 山崎信幸, 撰尚之, 加賀谷有行, 津久江亮太郎, 門脇亜理紗, 今井航平, 佐々木浩二, 松本俊彦: わが国の精神科救急医療施設における危険ドラッグ関連障害患者の治療転帰に関する研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 53(5) : 212-225, 2018.
- 38) 松本俊彦: 嗜癖性障害. 最新精神医学 23(2) : 121-129, 2018.
- 39) 松本俊彦: 薬物依存症と対人関係. 精神科治療学 33(4) : 435-440, 2018.
- 40) 松本俊彦: 向精神薬乱用・依存を防ぐために精神科医と薬剤師にできること. 日本精神薬学会誌 1(2) : 12-15, 2018.
- 41) 松本俊彦: 最近の危険ドラッグ関連障害患者における臨床的特徴の変化: 全国の精神科医療施設における薬物関連障害の実態調査: 2012年と2014年の比較. 精神神経学雑誌 120(5): 361-368, 2018.
- 42) 松本俊彦: ワークブックを使った認知行動療法的アプローチはどのようなものか教えてください. モダンフィジシャン 38(8) : 844-846, 2018.
- 43) 松本俊彦: 物質使用障害とトラウマ. 臨床精神医学 47(7) : 799-804, 2018.
- 44) 谷渕由布子, 大宮宗一郎, 松本陽一郎, 石田恵美, 松本俊彦: 薬物事犯の精神科的治療. 精神科治療学 33(8) : 959-964, 2018.
- 45) 松本俊彦: 睡眠薬は是か非か—Pros and Cons: Consの立場から—睡眠薬は精神科薬物療法における「悪貨」である. 精神医学 60(9) : 1019-1023, 2018.
- 46) 松本俊彦: 人はなぜ依存症になるのか—子どもの薬物乱用—. 児童青年精神医学とその近接領域 59(3) : 278-282, 2018.
- 47) 松本俊彦: 「やりたい」「やってしまった」「やめられない」—薬物依存症の心理—. こころの科学 202 特別企画 : 40-46, 2018.
- 48) 高野歩, 熊倉陽介, 松本俊彦: 刑の一部執行猶予制度以降の薬物依存症地域支援の課題—保護観察対象者コホート調査と地域支援体制構築 Voice Bridge Project. 日本アルコール関連問題学会雑誌 20(1) : 39-41, 2018.
- 49) 松本俊彦: 特集 I 依存と嗜癖—その現状と課題—人はなぜ依存症になるのか. 精神科 33(6) : 463-468, 2018.
- 50) 松本俊彦: なぜオピオイド鎮痛薬依存症に陥るのか—臨床の立場から—. ペインクリニック 39(12) : 1570-1578, 2018.
- 51) 高野歩, 郡健太, 熊倉陽介, 佐瀬満雄, 松本俊彦: ハームリダクションの理念と実践. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 53(5) : 151-170, 2018.
- 52) Hiroko Kotajima-Murakami, Ayumi Takano, Yasukazu Ogai, Shotaro Tsukamoto, Maki Murakami, Daisuke Funada, Yuko Tanibuchi, Hisateru Tachimori, Kazushi Maruo, Tsuyoshi Sasaki, Toshihiko Matsumoto, Kazutaka Ikeda. Study of effects of ifenprodil in patients with methamphetamine dependence: protocol for an exploratory, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Neuropsychopharmacol Rep. 2019 (in press).

## 2. 学会発表

- 1) 松本俊彦: 教育講演 ト라우マとアディクション. 第15回日本トラウマティック・ストレス学会, 宮城, 2016.5.20.
- 2) 松本俊彦: 教育講演 法医学との連携が精神医学を変える—薬物乱用と自殺に関する研究を通じて—. 第100次日本法医学会学術全国集会, 東京, 2016.6.17.
- 3) 松本俊彦: 公開講座 人はなぜ依存症になり、回復ができるのか. 第38回日本アルコール関連問題学会秋田大会, 秋田, 2016.9.10.
- 4) 松本俊彦: 教育講演 薬物依存症の治療—SMARPPを中心に—. 第51回アルコール・アディクション医学会新学会誕生記念特別研修プログラム, 東京, 2016.10.8.
- 5) 松本俊彦: 特別企画シンポジウム 人はなぜ依存症になるのか? 第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 6) 松本俊彦: 教育講演 SMARPPの理念と課題—プログラムの「学習」ではなく、支援ネットワークの交差点を目指して. 第51回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 7) 松本俊彦: 特別講演 よくわかる SMARPP—あなたにも出来る薬物依存者支援. 集団認知行動療法研究会 第7回学術総会, 東京, 2016.10.30.
- 8) 松本俊彦: 特別企画講演 専門家のいない薬物依存治療—依存症集団療法「SMARPP」. 第34回日本神経治療学会総会, 鳥取, 2016.11.4.
- 9) 松本俊彦: 記念講演 生き延びるための依存症、生き直すための回復. 第23回関西アルコール関連問題学会滋賀大会, 滋賀, 2016.11.27.

- 10) 引土絵未, 岡崎重人, 加藤 隆, 山本 大, 山崎明義, 松本俊彦: 日本型治療共同体モデルとしてのエンカウンター・グループの効果とその要因について. 第 51 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 11) 近藤千春, 藤城 聡, 松本俊彦: 依存症の認知行動療法のグループにおける治療要因の測定結果からの考察. 第 51 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.8.
- 12) 大曲めぐみ, 嶋根卓也, 松本俊彦: 日本の刑事施設における薬物依存離脱指導の評価方法についての文献レビュー. 日本アルコール・アディクション医学会学術総会, 東京, 2016.10.7.
- 13) 松本俊彦: 【シンポジウム 2】精神科救急措置入院制度運用の現状と今後の取り組みをめぐって. 公益社団法人日本精神神経科診療所協会主催 第23回学術研究会東京大会, 東京, 2017.6.17.
- 14) 松本俊彦: 【シンポジウム 35】異常酩酊を考える 薬物依存臨床における異常酩酊. 第 113 回日本精神神経学会学術総会, 愛知, 2017.6.23.
- 15) 松本俊彦: 【シンポジウム 64】さまざまな精神障害の「病識」をどのように治療するか 物質依存症: 否認の病の「病識」を治療に生かす. 第 113 回日本精神神経学会学術総会, 愛知, 2017.6.24.
- 16) 松本俊彦: 教育講演 5 人はなぜ依存症になるのか. 日本ペインクリニック学会第 51 回大会, 岐阜, 2017.7.21.
- 17) 松本俊彦: 大ラウンドテーブルディスカッション 身体経験の成り立ち. 臨床実践の現象学会第 3 回大会, 東京, 2017.8.6.
- 18) 高野歩, 熊倉陽介, 松本俊彦: 【シンポジウム 8】保護観察対象者コホート調査と地域支援体制構築 Voice Bridges Project. 平成 29 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 神奈川, 2017.9.9.
- 19) 松本俊彦: 【シンポジウム 9】薬物依存症の全国拠点としての活動. 平成 29 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 神奈川, 2017.9.9.
- 20) 松本俊彦: 【シンポジウム】治療学からの日本への提言. 第 2 回犯罪学会合同大会・公開シンポジウム, 東京, 2017.9.1.
- 21) 松本俊彦: 【教育講演】薬物依存の現状と治療. 第 1 回日本精神薬学会総会・学術集会, 東京, 2017.9.24.
- 22) 松本俊彦: 【教育講演 7】人はなぜ依存症になるのか? ~子どもの薬物乱用. 第 58 回日本児童青年精神医学会総会, 奈良, 2017.10.6.
- 23) 松本俊彦: 【プレナリーレクチャー】薬物依存症は孤立の病-安心して「やめられない」といえる社会を目指して. 第 31 回日本エイズ学会学術集会・総会, 東京, 2017.11.24.
- 24) Takano A, Miyamoto Y, Matsumoto T, Kawakami N: Satisfaction and Usability of a Web-Based Relapse Prevention Program for Japanese Drug Users. the 21st East Asian Forum of Nursing Scholars & 11th International Nursing Conference, Korea, 2018.1.11-12.
- 25) 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: (ポスター) 保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人の地域支援: Voice Bridges Project の対象地域における展開. 第 37 回日本社会精神医学会, 京都, 2018.3.1-2.
- 26) 松本俊彦: 【特別講演】人はなぜ依存症になるのか? ~依存症と環境・社会~. 第 37 回日本社会精神医学会, 京都, 2018.3.2.
- 27) Yuko Tanibuchi, Toshihiko Matsumoto, Daisuke Funada, Yasunari Kawasoe, Satoshi Sakakibara, Nobuya Naruse, Shunichiro Ikeda, Takashi Sunami, Takeo Muto, Tetsuji Cho: A study on factors of better treatment outcome for patients with new psychoactive-substances-related disorders in specialized clinics or wards for drug dependence in Japan. The College on Problems of Drug dependence 80th Annual Scientific Meeting, San Diego, 2018.6.9-14.
- 28) 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: 【シンポジウム 33】保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人を地域で支える Voice Bridges Project. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
- 29) 谷淵由布子, 松本俊彦: 危険ドラッグ関連障害患者の急増と終息とその後. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
- 30) 嶋根卓也, 近藤あゆみ, 米澤雅子, 近藤恒夫, 松本俊彦: 【シンポジウム 33】民間支援団体利用者のコホート調査と支援の課題に関する研究(第二報). 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.21.
- 31) 宇佐美貴士, 神前洋帆, 徳永弥生, 本田洋子, 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: 保護観察の対象となった薬物依存症をもつ人の地域視点 (Voice Bridges Project) の福岡市での実践報告. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.22.



- 32) 花岡晋平, 廣瀬祐紀, 松本俊彦, 平田豊明: 精神科救急病棟における尿中薬物検査の実施状況(第一報). 第114回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018.6.22.
- 33) 神前洋帆, 武藤由也, 徳永弥生, 本田洋子, 宇佐美貴士, 熊倉陽介, 高野歩, 松本俊彦: 福岡市における保護観察対象の薬物依存者の地域支援(Voice Bridges Project). 平成30年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
- 34) 田中紀子, 松本俊彦, 森田展彰, 木村智和: 病的ギャンブラーとギャンブル愛好家とを峻別するものは何か. 平成30年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
- 35) 引土絵未, 岡崎重人, 加藤隆, 山本大, 山崎明義, 松本俊彦, 嶋根卓也: 回復支援施設におけるTCエンカウンター・グループの適用に関する研究. 平成30年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.10.
- 36) Ayumi Takano, Yousuke Kumakura, Eriko Ban, Takashi Usami, Toshihiko Matsumoto: Cohort study and development of community-based support for drug users on probation in Japan, Voice Bridges Project. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
- 37) Ayumi Takano, Sachiko Ono, Hayato Yamana, Hiroki Matsui, Toshihiko Matsumoto, Hideo Yasunaga, Norito Kawakami: Risk factors for long-term prescription of benzodiazepine: cohort study using a large health insurance claim database in Japan. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
- 38) Ayumi Takano, Mitsuo Sase, Toshihiko Matsumoto, Norito Kawakami: Smartphone-based self-monitoring application for drug users: co-production with targeted users. The 19th Congress of the International Society for Biomedical Research on Alcoholism, Kyoto, 2018.9.9-13.
- 39) 廣瀬祐紀, 花岡晋平, 井上翔, 深見悟郎, 平田豊明, 松本俊彦: 精神科救急病棟における尿中薬物検査の実施状況(第二報). 第26回日本精神科救急学会学術総会, 沖縄, 2018.10.11.
- 40) 松本俊彦: 【特別講演】刑の一部執行猶予制度以降の薬物依存症地域支援～Voice Bridges Project～. 平成30年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 京都, 2018.9.9.
- 41) 松本俊彦: 【特別講演】ランチョン・レクチャーI 人はなぜ依存症になるのか. 日本精神病理学会第41回大会「往還する精神病理学—原点回帰と越境と—」, 兵庫, 2018.10.5.
- 42) 松本俊彦: 【教育講演】アディクション問題の理解と援助. 第32回東京精神科病院協会学会, 東京, 2018.10.23.
- 43) 松本俊彦: 【特別講演】薬物依存症からの回復のために必要なこと. 第65回日本矯正医学学会総会, 東京, 2018.10.25.
- 44) 松本俊彦: 【ワークショップ】自傷行為の理解と援助. 日本認知・行動療法学会第44回大会, 東京, 2018.10.28.
- 45) 松本俊彦: 【特別講演】アディクション問題の理解と援助. 第35回愛媛県精神神経学会, 愛媛, 2018.12.1.
- 46) 嶋根卓也, 今村顕史, 池田和子, 山本政弘, 辻麻理子, 長与由紀子, 松本俊彦: 薬物使用経験のあるHIV陽性者における亜硝酸エステル使用が服薬アドヒアランスに与える影響. 第32回日本エイズ学会学術集会・総会, 大阪, 2018.12.4.
- 47) 松本俊彦: 【特別講演1】人はなぜ依存症になるのか～患者と同僚、そして自らを薬物依存症から守るために～. 第25回日本静脈麻酔学会, 栃木, 2018.12.8.

## G. 健康危険情報

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 引用文献

樋口 進, 松下幸生 (2017) 国内のギャンブル等依存症に関する疫学調査 (全国調査結果の中間とりまとめ) 障害者対策総合研究開発事業 (国立研究開発法人日本医療研究開発機構) 「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」 (研究代表者 松下幸生) の報告会, 2017.9.29. [http://www.kurihama-med.jp/news/20171004\\_tyousa.pdf](http://www.kurihama-med.jp/news/20171004_tyousa.pdf) (最終確認 2019.2.6)

松本俊彦, 伊藤 翼, 高野 歩, ほか (2017) 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. 厚生労働科学研究費補助金 (医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業) 危険ドラッグを含む薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の社会復帰に向けた支援に関する研究 (研究代

表者 嶋根卓也) 平成 28 年度総括・分担研究報告書: 101-136.

Matsumoto T, Tachimori H, Takano A et al. (2016) Recent changes in the clinical features of patients with new psychoactive-substances-related disorders in Japan: Comparison of the Nationwide Mental Hospital Surveys on Drug-related Psychiatric Disorders undertaken in 2012 and 2014.. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 70: 560-566.

Tanibuchi Y, Matsumoto T, Funada D, et al. (2018) The influence of tightening regulations on patients with new psychoactive substance-related disorders in Japan. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2018 Oct 19. doi: 10.1002/npr2.12035.

表1: 精神科医療施設の種別と回答状況

	総施設数	回答のあった施設数と症例数								
		回答あり施設数*		症例報告あり		症例なし				
		施設数*	割合	施設数*	割合					
国立病院	45	2.9%	39	86.7%	17	37.8%	291	18.6%	22	48.9%
都道府県立病院	66	4.2%	56	84.8%	26	39.4%	1,011	64.6%	30	45.5%
市区町村立病院	59	3.8%	52	88.1%	12	20.3%	27	1.7%	40	67.8%
大学病院	83	5.3%	71	85.4%	17	27.0%	107	4.3%	46	55.4%
民間病院	1,313	83.8%	1,046	79.7%	166	12.6%	1,331	85.0%	880	67.0%
計	1,566	(100.0%)	1,264	(80.7%)	246	(15.7%)	2,767	(176.7%)	1,018	(65.0%)

(回答あり施設数\*, 症例報告あり施設数\* (計52例)を報告した施設も含む)



表2: 全対象者の属性 (N=2609)

	度数	%
生物学的性別		
男	1839	70.5
女	769	29.5
その他	1	0.0
調査時の年代		
10代	34	1.3
20代	238	9.1
30代	658	25.2
40代	848	32.5
50代	552	21.2
60代	193	7.4
70代以上	86	3.3
高卒以上の学歴(あり)	1124	43.1
職業(あり)	680	26.1
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	1337	51.2
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	569	21.8
矯正施設入所歴(あり)	1013	38.8
現在のアルコール問題(あり)	516	19.8
薬物問題による精神科入院歴(あり)	1627	62.4

表3: 全対象者の各種薬物の生涯使用経験 (N=2609)

	度数	%
覚せい剤	1725	66.1
揮発性溶剤	928	35.6
大麻	791	30.3
コカイン	238	9.1
ヘロイン	70	2.7
MDMA	250	9.6
MDMA以外の幻覚剤	207	7.9
使用経験のある薬物 (複数選択)	386	14.8
危険ドラッグ	777	29.8
睡眠薬・抗不安薬		
鎮痛薬	74	2.8
(処方非オピオイド系)		
鎮痛薬	37	1.4
(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)		
市販薬	303	11.6
ADHD治療薬	58	2.2
その他	76	2.9

処方薬・医薬品については、治療目的以外の不適切な使用

表4: 全対象者の初めて使用した薬物 (N=2609)

	度数	%
覚せい剤	787	30.2
揮発性溶剤	805	30.9
大麻	241	9.2
コカイン	4	0.2
ヘロイン	3	0.1
MDMA	16	0.6
MDMA以外の幻覚剤	20	0.8
危険ドラッグ	81	3.1
睡眠薬・抗不安薬	409	15.7
初めて使用した薬物		
鎮痛薬	14	0.5
(処方非オピオイド系)		
鎮痛薬	11	0.4
(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)		
市販薬		
(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	118	4.5
ADHD治療薬	11	0.4
その他	34	1.3
不明	55	2.1

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)



表5: 全対象者の主たる薬物 (N=2609)

	度数	%
覚せい剤	1462	56.0
揮発性溶剤	157	6.0
大麻	108	4.1
コカイン	4	0.2
ヘロイン	3	0.1
MDMA	1	0.0
MDMA以外の幻覚剤	1	0.0
危険ドラッグ	73	2.8
睡眠薬・抗不安薬	446	17.1
鎮痛薬	10	0.4
(処方非オピオイド系)		
鎮痛薬	9	0.3
(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)		
市販薬	155	5.9
(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)		
ADHD治療薬	13	0.5
その他	34	1.3
多剤	133	5.1

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

表6: 全対象者のICD-10 F1診断下位分類 (N=2609)

	度数	%
F1x.0 急性中毒	65	2.5
F1x.1 有害な使用	320	12.3
F1x.2 依存症候群	1509	57.8
F1x.3 離脱状態	43	1.6
F1x.4 せん妄を伴う離脱状態	41	1.6
F1x.5 精神病性障害	413	15.8
F1x.6 健忘症候群	33	1.3
F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	858	32.9
F1x.8 他の精神および行動の障害	27	1.0

F1下位診断分類  
(複数選択)

表7: 全対象者における併存精神障害のICD-10診断 (N=2609)

	度数	%
F0	52	2.0
F2	278	10.7
F3	410	15.7
F4	330	12.6
F5	85	3.3
F6	269	10.3
F7	124	4.8
F8	113	4.3
F9	81	3.1

症状性を含む器質性精神障害

統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

気分障害

神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害

生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害

成人の人格及び行動の障害

知的障害(精神遅滞)

心理的発達の障害

小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

併存精神障害  
(複数選択)



表8: 全対象者における非物質性嗜癖行動の合併 (N=2609)

	度数	%
非物質性の嗜癖行動合併あり	170	6.5
ギャンブル障害 (DSM-5)	93	3.6
非物質性の嗜癖 行動	21	0.8
インターネットゲーム障害 (DSM-5)	36	1.4
窃盗症 (DSM-5)	4	0.2
(複数選択)		
パラフィリア障害群 (DSM-5)	32	1.2
その他		

表9: 全対象者における司法的状況 (N=2609)

	度数	%
裁判前の保釈期間中	54	2.1
保護観察なしの執行猶予期間中	82	3.1
保護観察中	95	3.6
「麻薬中毒者」としてのアフターケア	6	0.2
その他	90	3.4

表10. 主たる薬物と各種薬物の生涯使用経験の比較 (N=2,609)

使用経験のある薬物	主たる薬物											ADHD治療薬	その他	χ <sup>2</sup> 値	df	p*		
	覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA	MDMA以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬(処方非オピオイド系)	鎮痛薬(処方オピオイド系)							
	n=1462	n=157	n=108	n=4	n=3	n=1	n=1	n=73	n=446	n=10	n=9	n=155	n=13	n=34	n=133			
覚せい剤	度数 %	1462 100.0	35 22.3	37 34.3	2 50.0	0 0.0	1 100.0	1 12.3	9 12.6	2 20.0	1 11.1	24 15.5	2 15.4	6 17.6	87 65.4	1855.163	14	p<0.001
揮発性溶剤	度数 %	620 42.4	156 99.4	22 20.4	1 25.0	0 0.0	0 0.0	10 13.7	32 7.2	1 10.0	0 0.0	16 10.3	1 7.7	6 17.6	63 47.4	562.795	14	p<0.001
大麻	度数 %	497 34.0	26 16.6	108 100.0	2 50.0	0 0.0	1 100.0	23 31.5	40 9.0	1 10.0	1 11.1	23 14.8	2 15.4	8 23.5	58 43.6	408.892	14	p<0.001
コカイン	度数 %	170 11.6	2 1.3	20 18.5	4 100.0	0 0.0	0 0.0	4 5.5	12 2.7	0 0.0	0 0.0	3 1.9	1 7.7	1 2.9	21 15.8	118.308	14	p<0.001
ヘロイン	度数 %	47 3.2	1.3	2.8	0.0	66.7	0.0	0.0	0.7	0.0	11.1	0.6	0.0	5.9	6.8	74.277	14	p<0.001
MDMA	度数 %	175 12.0	3 1.9	25 23.1	0 0.0	0.0	100.0	4 5.5	11 2.5	0 0.0	0 0.0	5 3.2	0 0.0	4 11.8	22 16.5	99.233	14	p<0.001
MDMA以外の幻覚剤	度数 %	133 9.1	5 3.2	26 24.1	0 0.0	0.0	100.0	4 5.5	9 2.0	1 10.0	0 0.0	3 1.9	0 0.0	2 5.9	22 16.5	115.130	14	p<0.001
危険ドラッグ	度数 %	203 13.9	6 3.8	48 44.4	0 0.0	0.0	100.0	70 95.9	17 3.8	0 0.0	0 0.0	9 5.8	2 15.4	4 11.8	26 19.5	537.804	14	p<0.001
睡眠薬・抗不安薬	度数 %	201 13.7	7 4.5	15 13.9	1 25.0	0 0.0	0.0	11 15.1	433 97.1	3 30.0	2 22.2	43 27.7	2 15.4	4 11.8	55 41.4	1232.345	14	p<0.001
鎮痛薬(処方非オピオイド系)	度数 %	24 1.6	2 1.3	0 0.0	0 0.0	0.0	0.0	1 1.4	21 4.7	8 80.0	2 22.2	7 4.5	0 0.0	0 0.0	9 6.8	257.364	14	p<0.001
鎮痛薬(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	度数 %	11 0.8	2 1.3	0 0.9	0 0.0	33.3	0.0	0.0	5 1.1	1 10.0	7 77.8	4 2.6	0 0.0	3 8.8	2 1.5	423.775	14	p<0.001
市販薬(鎮痛薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数 %	54 3.7	7 4.5	9 8.3	0 0.0	0.0	100.0	1 1.4	43 9.6	4 40.0	2 22.2	149 96.1	1 7.7	4 11.8	28 21.1	1215.267	14	p<0.001
ADHD治療薬	度数 %	24 1.6	0 0.0	1 0.9	0 0.0	0.0	100.0	3 4.1	8 1.8	0 0.0	0 0.0	3 1.9	10 76.9	2 5.9	6 4.5	391.936	14	p<0.001
その他	度数 %	17 1.2	2 1.3	1 0.9	0 0.0	33.3	0.0	0.0	13 2.9	0 0.0	0 0.0	3 1.9	2 15.4	26 76.5	11 8.3	703.243	14	p<0.001

\*カイ二乗検定



表11. 主たる薬物と初めて使用した薬物の比較 (N=2609)

人生ではじめて使用した薬物	主たる薬物											多剤	p*		
	覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA	MDMA以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬(処方非オピオイド系)	鎮痛薬(処方オピオイド系)			市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	ADHD治療薬
	n=1462	n=157	n=108	n=4	n=3	n=1	n=1	n=73	n=446	n=10	n=9	n=155	n=13	n=34	n=133
覚せい剤	度数 729 %	3 1.9	4 3.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 4.1	25 5.6	10 10.0	1 11.1	3 1.9	1 7.7	1 2.9	16 12.0
揮発性溶剤	度数 537 %	151 96.2	16 14.8	1 25.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	7 9.6	26 5.8	10 10.0	0 0.0	11 7.1	0 0.0	4 11.8	51 38.3
大麻	度数 99 %	1 0.6	74 68.5	2 50.0	0 0.0	1 100.0	1 10.0	10 13.7	14 3.1	0 0.0	0 0.0	13 8.4	1 7.7	4 11.8	21 15.8
コカイン	度数 0.1 %	0 0.0	1 0.9	1 25.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
ヘロイン	度数 0 %	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 66.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 11.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
MDMA	度数 10 %	0 0.7	2 1.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 0.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.8
MDMA以外の幻覚剤	度数 13 %	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.4	1 1.4	1 0.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5 3.8
危険ドラッグ	度数 23 %	1 0.6	7 6.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	44 60.3	0 0.0	4 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 1.5
睡眠薬・抗不安薬	度数 15 %	0 1.0	2 1.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 8.2	2 2.2	340 76.2	2 20.0	2 22.2	24 15.5	0 0.0	2 5.9	16 12.0
鎮痛薬(処方非オピオイド系)	度数 0 %	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 1.3	4 40.0	1 11.1	1 0.6	0 0.0	0 0.0	2 1.5
鎮痛薬(処方オピオイド系)	度数 2 %	1 0.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.2	0 0.0	3 33.3	1 0.6	0 0.0	1 2.9	2 1.5
市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数 3 %	0 0.0	1 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	7 1.6	1 10.0	1 11.1	97 62.6	0 0.0	1 2.9	7 5.3
ADHD治療薬	度数 1 %	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 0.4	0 0.0	0 0.0	1 0.6	7 53.8	0 0.0	0 0.0
その他	度数 6 %	0 0.0	1 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 0.4	0 0.0	0 0.0	1 0.6	2 15.4	17 50.0	5 3.8
不明	度数 23 %	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 33.3	0 0.0	0 0.0	1 1.4	15 3.4	1 10.0	0 0.0	3 1.9	2 15.4	4 11.8	5 3.8

\*カイ二乗検定

表12: 主たる薬物の属性比較 (N=2609)

生物学的性別	主たる薬物													χ <sup>2</sup> 値	df	p*
	覚せい剤 n=1462	揮発性溶 剤 n=157	大麻 n=108	コカイン n=4	ヘロイン n=3	MDMA n=1	MDMA以 外の覚 醒剤 n=1	危険ドラ ッグ n=73	睡眠薬・抗 不安薬 n=446	鎮痛薬(処 方非オピ オイド系) n=10	鎮痛薬(処 方オピオ イド系, 弱オ ピオイド含 む) n=9	市販薬(鎮 咳薬・感冒 薬・鎮痛 薬・睡眠薬 など) n=155	ADHD治療 薬 n=13			
男	1086	142	100	4	3	1	1	67	213	5	3	93	8	22	91	
%	74.3	90.4	92.6	100.0	100.0	100.0	100.0	91.8	47.8	50.0	33.3	60.0	61.5	64.7	68.4	
女	376	15	8	0	0	0	0	6	233	5	6	62	5	11	42	
%	25.7	9.6	7.4	0.0	0.0	0.0	0.0	8.2	52.2	50.0	66.7	40.0	38.5	32.4	31.6	
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	
10代	5	0	7	0	0	0	0	0	2	0	0	14	0	0	6	
%	0.3	0.0	6.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	9.0	0.0	0.0	4.5	
20代	89	6	22	3	1	0	0	16	49	2	0	28	2	5	15	
%	6.1	3.8	20.4	75.0	33.3	0.0	0.0	21.9	11.0	20.0	0.0	18.1	15.4	14.7	11.3	
30代	315	35	53	0	0	0	0	34	112	1	1	46	1	13	47	
%	21.5	22.3	49.1	0.0	0.0	0.0	0.0	46.6	25.1	10.0	11.1	29.7	7.7	38.2	35.3	
40代	510	58	18	0	1	1	1	20	135	3	4	45	7	8	37	
%	34.9	36.9	16.7	0.0	33.3	100.0	100.0	27.4	30.3	30.0	44.4	29.0	53.8	23.5	27.8	
50代	377	40	6	1	1	0	0	3	77	1	3	15	2	5	21	
%	25.8	25.5	5.6	25.0	33.3	0.0	0.0	4.1	17.3	10.0	33.3	9.7	15.4	14.7	15.8	
60代	125	18	2	0	0	0	0	0	38	1	1	3	1	1	3	
%	8.5	11.5	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.5	10.0	11.1	1.9	7.7	2.9	2.3	
70代以上	41	0	0	0	0	0	0	0	33	2	0	4	0	2	4	
%	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.4	20.0	0.0	2.6	0.0	5.9	3.0	
高卒以上の学歴(あり)	459	36	70	2	2	1	0	50	300	6	8	103	9	23	55	
%	31.4	22.9	64.8	50.0	66.7	100.0	0.0	68.5	67.3	60.0	88.9	66.5	69.2	67.6	41.4	
有職(現在何らかの職に就いている)	337	29	43	3	3	0	1	29	142	2	3	48	3	14	25	
%	23.1	18.5	39.8	75.0	33.3	0.0	100.0	39.7	31.8	20.0	33.3	31.0	23.1	41.2	18.8	
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	1070	68	53	2	1	0	0	19	39	2	0	12	3	4	64	
%	73.2	43.3	49.1	50.0	33.3	0.0	0.0	26.0	8.7	20.0	0.0	7.7	23.1	11.8	48.1	
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	368	59	30	0	0	1	0	10	40	2	0	20	0	4	35	
%	25.2	37.6	27.8	0.0	0.0	100.0	0.0	13.7	9.0	20.0	0.0	12.9	0.0	11.8	26.3	
矯正施設入所歴(あり)	825	68	16	0	1	0	0	7	29	1	0	9	1	5	51	
%	56.4	43.3	14.8	0.0	33.3	0.0	0.0	9.6	6.5	10.0	0.0	5.8	7.7	14.7	38.3	
現在のアルコール問題(あり)	278	34	17	1	1	0	0	10	99	3	2	34	5	9	23	
%	19.0	21.7	15.7	25.0	33.3	0.0	0.0	13.7	22.2	30.0	22.2	21.9	38.5	26.5	17.3	
薬物問題による精神科入院歴(あり)	898	124	61	1	2	1	1	48	268	5	7	101	7	20	83	
%	61.4	79.0	56.5	25.0	66.7	100.0	100.0	65.8	60.1	50.0	77.8	65.2	53.8	58.8	62.4	

\*カイ二乗検定

表13: 主たる薬物におけるICD-10 F1診断下位分類の比較 (N=2,609)

ICD-10診断 (複数選択)	主たる薬物											χ <sup>2</sup> 値	df	p*				
	覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA	MDMA以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬(処方非オピオイド系)	鎮痛薬(処方オピオイド系)				市販薬(処方オピオイド系)	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	ADHD治療薬	その他
	n=1462	n=157	n=108	n=4	n=3	n=1	n=1	n=73	n=446	n=10	n=9	n=155	n=13	n=34	n=133			
Fix. 0 急性中毒	度数 0.6	5	0	0	0	0	0	3	33	1	0	8	0	5	1	99.450	14	p<0.001
Fix. 1 有害な使用	% 94	3.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.1	7.4	10.0	0.0	5.2	0.0	14.7	0.8	153.335	14	p<0.001
Fix. 2 依存症候群	度数 6.4	9.6	22.2	25.0	0.0	100.0	0.0	16.4	24.9	30.0	33.3	19.4	7.7	26.5	12.0	115.900	14	p<0.001
Fix. 3 離脱状態	% 763	70	64	3	2	0	0	39	327	6	4	12.5	6	16	84	115.900	14	p<0.001
Fix. 4 せん妄を伴う離脱状態	度数 52.2	44.6	59.3	75.0	66.7	0.0	0.0	53.4	73.3	60.0	44.4	80.6	46.2	47.1	63.2	78.190	14	p<0.001
Fix. 5 精神病性障害	% 10	0.7	1.9	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	3.4	0.0	2.2	5.8	0.0	2.9	1.5	66.013	14	p<0.001
Fix. 6 健忘症候群	度数 5	1	1	0	0	0	0	0	24	0	0	4	0	2	4	107.935	14	p<0.001
Fix. 7 残遣性障害・選発性精神病性障害	% 302	27	20	0	0	1	1	11	14	0	1	13	7.7	9	13	14.657	14	p=0.472
	度数 20.7	17.2	18.5	0.0	0.0	100.0	100.0	15.1	3.1	0.0	11.1	8.4	7.7	26.5	9.8	394.717	14	p<0.001
	% 18	6	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	3	14.657	14	p=0.472
	度数 1.2	3.8	1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	0.0	0.6	0.0	2.9	2.3	394.717	14	p<0.001
	% 655	83	26	0	1	1	0	19	13	0	1	2	4	6	47	394.717	14	p<0.001
	度数 44.8	52.9	24.1	0.0	33.3	100.0	0.0	26.0	2.9	0.0	11.1	1.3	30.8	17.6	35.3	394.717	14	p<0.001
	%																	

\*カイ二乗検定



表14: 主たる薬物における併存精神障害ICD-10診断の比較(N=2609)

併存精神障害 (複数選択)	主たる薬物											χ <sup>2</sup> 値	df	p*			
	覚せい剤 n=1462	揮発性溶剤 n=157	大麻 n=108	コカイン n=4	ヘロイン n=3	MDMA n=1	MDMA以外の覚醒剤 n=1	危険ドラッグ n=73	睡眠薬・抗不安薬 n=446	鎮痛薬(処方非オピオイド系) n=10	鎮痛薬(処方オピオイド系を含む) n=9				市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など) n=155	ADHD治療薬 n=13	その他 n=34
F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 1.7	3.2	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	4.5	6	27.210	p=0.018
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 154	26	21	0	0	1	0	13	22	0	0	16	0	3	22	51.936	p<0.001
F3 気分障害	度数 168	21	9	0	0	0	0	15	121	4	7	30	3	7	25	105.897	p<0.001
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	度数 122	9	8	0	0	0	0	10	119	3	0	40	2	4	13	144.284	p<0.001
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数 37	3	3	0	1	0	0	0	27	1	0	8	1	3	3	30.540	p=0.006
F6 成人の人格及び行動の障害	度数 125	16	6	0	0	0	0	3	64	0	1	29	2	6	17	35.682	p=0.001
F7 知的障害(精神遅滞)	度数 82	15	0	0	0	0	0	3	10	1	0	7	0	0	6	25.915	p=0.027
F8 心理的発達障害	度数 43	7	12	0	0	0	0	3	26	1	0	13	1	2	5	29.631	p=0.009
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	度数 48	5	2	2	0	0	0	1	10	0	0	7	1	0	5	35.781	p=0.001
	度数 3.3	3.2	1.9	50.0	0.0	0.0	0.0	1.4	2.2	0.0	0.0	4.5	7.7	3.8	3.8		

\*カイ二乗検定

表15. 主たる薬物における非物質性嗜癖行動の合併の比較 (N=2609)

	主たる薬物											χ <sup>2</sup> 値	df	p <sup>**</sup>				
	覚せい剤 n=1462	揮発性溶 剤 n=157	大麻 n=108	コカイン n=4	ヘロイン n=3	MDMA n=1	MDMA 以外の幻覚 剤 n=1	MDMA以 外の幻覚 剤 n=1	危険ドラッ グ n=73	睡眠薬・ 抗不安薬 n=446	鎮痛薬 (処方非 オピオイド 系) n=10				鎮痛薬 (処方オ ピオイド 系・弱オ ピオイド 含む) n=9	市販薬 (鎮咳薬・ 感冒薬・ 鎮痛薬・ 睡眠薬な ど) n=155	ADHD治 療薬 n=13	その他 n=34
非物質性の嗜癖行動合併あり	度数 69	9	5	0	0	0	0	8	44	1	1	16	1	4	12	26.880	14	p=0.020
	% 4.7	5.7	4.6	0.0	0.0	0.0	0.0	11.0	9.9	10.0	11.1	10.3	7.7	11.8	9.0			
キャンブル障害 (DSM-5)	度数 50	7	3	0	0	0	0	5	17	0	0	5	0	1	5	4.639	14	p=0.990
	% 3.4	4.5	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	6.8	3.8	0.0	0.0	3.2	0.0	2.9	3.8			
インターネットゲーム障害 (DSM-5)	度数 5	2	3	0	0	0	0	1	6	0	0	3	0	1	0	17.381	14	p=0.236
	% 0.3	1.3	2.8	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	1.3	0.0	0.0	1.9	0.0	2.9	0.0			
非物質性の嗜 癖行動 (複数選択)	度数 6	1	1	0	0	0	0	2	17	0	0	6	0	1	2	39.538	14	p<0.001
	% 0.4	0.6	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	3.8	0.0	0.0	3.9	0.0	2.9	1.5			
パライリア障害群 (DSM-5)	度数 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	21.906	14	p=0.081
	% 0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.9	0.8			
その他	度数 12	0	0	0	0	0	0	2	9	1	1	2	1	0	4	31.082	14	p=0.005
	% 0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	2.0	10.0	11.1	1.3	7.7	0.0	3.0			

\*カイ二乗検定

表16: 主たる薬物における司法的状況の比較

司法的状況	主たる薬物											χ <sup>2</sup> 値	df	p*				
	覚せい剤 n=1462	揮発性 溶剤 n=157	大麻 n=108	ニコイ ン n=4	ヘロイ ン n=3	MDMA n=1	MDMA 以外の 幻覚剤 n=1	危険ド ラッグ n=73	睡眠薬・ 抗不安 薬 n=446	鎮痛薬 (処方非 オピオイ ド系) n=10	鎮痛薬 (処方オ ピオイ ド系; 弱オ ピオイ ド 含む) n=9				市販薬 (鎮咳 薬・感冒 薬・鎮痛 薬・睡眠 薬など) n=155	ADHD 治療薬 n=13	その他 n=34	n=133
裁判前の保釈期間中(あり)	度数 39 2.7	0 0.0	8 7.4	1 25.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3 4.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.6	0 0.0	0 0.0	2 1.5	45.640	14	p<0.001
保護観察なしの執行猶予期間中(あり)	度数 66 4.5	0 0.0	6 5.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 2.7	2 0.4	0 0.0	0 0.0	1 0.6	0 0.0	2 5.9	3 2.3	32.558	14	p=0.003
保護観察中(あり)	度数 78 5.3	2 1.3	7 6.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 0.4	0 0.0	0 0.0	1 0.6	1 7.7	0 0.0	4 3.0	39.732	14	p<0.001
「麻薬中毒者」としてのアフターケア(あり)	度数 4 0.3	0 0.0	1 0.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	3.769	14	p=0.997
その他	度数 59.0 4.0	7.0 4.5	6.0 5.6	0.0 0.0	0.0 0.0	0.0 0.0	0.0 0.0	2.0 2.7	3.0 0.7	1.0 10.0	0.0 0.0	5.0 3.2	1.0 7.7	0.0 0.0	6.0 4.5	18.184	14	p=0.199

\*カイ二乗検定

表17: 「1年以内使用あり」症例の属性(N=1149)

	度数	%
性別		
男	731	63.6
女	417	36.3
その他	1	0.1
現在の年代		
10代	30	2.6
20代	170	14.8
30代	342	29.8
40代	328	28.5
50代	184	16.0
60代	52	4.5
70代以上	43	3.7
高卒以上の学歴(あり)	604	52.6
職業(あり)	362	31.5
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	491	42.7
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	178	15.5
矯正施設入所歴(あり)	310	27.0
現在のアルコール問題(あり)	249	21.7
薬物問題による精神科入院歴(あり)	668	58.1



表18: 「1年以内に使用あり」症例における各種薬物の生涯使用経験 (N=1149)

	度数	%
覚せい剤	594	51.7
揮発性溶剤	304	26.5
大麻	362	31.5
コカイン	107	9.3
ヘロイン	30	2.6
MDMA	116	10.1
MDMA以外の幻覚剤	98	8.5
危険ドラッグ	169	14.7
睡眠薬・抗不安薬	517	45.0
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	45	3.9
鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	25	2.2
市販薬	195	17.0
ADHD治療薬	26	2.3
その他	57	5.0

処方薬・医薬品については、治療目的以外の不適切な使用

表19: 「1年以内に使用あり」症例における初めて使用した薬物(N=1149)

	度数	%
覚せい剤	243	21.1
揮発性溶剤	257	22.4
大麻	131	11.4
コカイン	2	0.2
ヘロイン	3	0.3
MDMA	8	0.7
MDMA以外の幻覚剤	13	1.1
危険ドラッグ	33	3.4
初めて使用した薬物	298	25.9
睡眠薬・抗不安薬		
鎮痛薬	10	0.9
(処方非オピオイド系)		
鎮痛薬	8	0.7
(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)		
市販薬	77	6.7
(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)		
ADHD治療薬	6	0.5
その他	21	1.8
不明(欠損値)	39	3.4

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

表20:「1年以内に使用あり」症例の主たる薬物 (N=1149)

	度数	%
覚せい剤	452	39.3
揮発性溶剤	49	4.3
大麻	64	5.6
コカイン	4	0.3
ヘロイン	3	0.3
MDMA	0	0.0
MDMA以外の幻覚剤	1	0.1
危険ドラッグ	14	1.2
睡眠薬・抗不安薬	343	29.9
鎮痛薬	8	0.7
(処方非オピオイド系)		
鎮痛薬	7	0.6
(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)		
市販薬	105	9.1
(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)		
ADHD治療薬	5	0.4
その他	26	2.3
多剤	68	5.9

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

表21:「1年以内に使用あり」症例におけるICD-10 F1診断下位分類 (N=1149)

	度数	%
F1x. 0 急性中毒	55	4.8
F1x. 1 有害な使用	219	19.1
F1x. 2 依存症候群	817	71.1
F1x. 3 離脱状態	38	3.3
F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	39	3.4
F1x. 5 精神病性障害	199	17.3
F1x. 6 健忘症候群	16	1.4
F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	132	11.5
F1x. 8 他の精神および行動の障害	14	1.2

F1下位診断分類  
(複数選択)



表22: 「1年以内に使用あり」症例における併存精神障害のICD-10診断 (N=1149)

		度数	%
F0	症状性を含む器質性精神障害	20	1.7
F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	104	9.1
F3	気分障害	219	19.1
F4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	178	15.5
F5	生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	41	3.6
F6	成人の人格及び行動の障害	130	11.3
F7	知的障害(精神遅滞)	46	4.0
F8	心理的発達の障害	62	5.4
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	39	3.4

併存精神障害  
(複数選択)

表23:「1年以内に使用あり」症例における非物質性の嗜癖行動の合併 (N=1149)

	度数	%
非物質性の嗜癖行動合併あり	83	7.2
ギャンブル障害 (DSM-5)	33	2.9
非物質性の嗜癖 行動 (複数選択)	11	1.0
インターネットゲーム障害 (DSM-5)	21	1.8
窃盗症 (DSM-5)	2	0.2
パラフィリア障害群 (DSM-5)	22	1.9
その他		

表24: 「1年以内に使用あり」症例における司法的状況 (N=1149)

	度数	%
裁判前の保釈期間中	48	4.2
保護観察なしの執行猶予期間中	48	4.2
司法的状況	54	4.7
保護観察中	2	0.2
「麻薬中毒者」としてのアフターケア	29	2.5
その他		

表25: 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の属性の比較 (N=1149)

		主たる薬物											多剤	χ <sup>2</sup> 値	df	p*
		覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬(処方非オピオイド系)	鎮痛薬(処方オピオイド系: 弱オピオイドを含む)	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)				
		n=452	n=49	n=64	n=4	n=3	n=1	n=14	n=343	n=8	n=7	n=105	n=5	n=26	n=68	
生物学的性別	男	315	42	58	4	3	1	13	168	4	3	58	3	17	42	
	その他	69.7	85.7	90.6	100.0	100.0	100.0	92.9	49.0	50.0	42.9	55.2	60.0	65.4	61.8	
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	
		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8	0.0	
現在の年代	10代	5	0	7	0	0	0	0	1	0	0	12	0	0	5	
		1.1	0.0	10.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	11.4	0.0	0.0	7.4	
		56	4	15	3	1	0	5	45	2	0	24	1	5	9	
		12.4	8.2	23.4	75.0	33.3	0.0	35.7	13.1	25.0	0.0	22.9	20.0	19.2	13.2	
		135	15	30	0	0	0	6	87	1	0	30	1	10	27	
		29.9	30.6	46.9	0.0	0.0	0.0	42.9	25.4	12.5	0.0	28.6	20.0	38.5	39.7	
		150	14	8	0	1	1	3	99	2	3	25	2	5	15	
		33.2	28.6	12.5	0.0	33.3	100.0	21.4	28.9	25.0	42.9	23.8	40.0	19.2	22.1	
		84	12	4	1	1	0	0	56	1	3	10	1	4	7	
		18.6	24.5	6.3	25.0	33.3	0.0	0.0	16.3	12.5	42.9	9.5	20.0	15.4	10.3	
		16	4	0	0	0	0	0	29	1	1	0	0	0	1	
		3.5	8.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.5	12.5	14.3	0.0	0.0	0.0	1.5	
		6	0	0	0	0	0	0	26	1	0	4	0	2	4	
		1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.6	12.5	0.0	3.8	0.0	7.7	5.9	
高卒以上の学歴(あり)		181	8	40	2	2	0	9	224	5	6	68	3	19	37	
		40.0	16.3	62.5	50.0	66.7	0.0	64.3	65.3	62.5	85.7	64.8	60.0	73.1	54.4	
有職(現在何らかの職に就いている)		142	10	29	3	1	1	3	104	1	1	35	2	12	18	
		31.4	20.4	45.3	75.0	33.3	100.0	21.4	30.3	12.5	14.3	33.3	40.0	46.2	26.5	
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		345	26	35	2	1	0	4	33	2	0	11	2	3	27	
		76.3	53.1	54.7	50.0	33.3	0.0	28.6	9.6	25.0	0.0	10.5	40.0	11.5	39.7	
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		85	11	17	0	0	0	0	36	2	2	13	0	2	12	
		18.8	22.4	26.6	0.0	0.0	0.0	0.0	10.5	25.0	0.0	12.4	0.0	7.7	17.6	
矯正施設入所歴(あり)		225	22	12	0	1	0	1	24	1	0	5	0	3	16	
		49.8	44.9	18.8	0.0	33.3	0.0	7.1	7.0	12.5	0.0	4.8	0.0	11.5	23.5	
現在のアルコール問題(あり)		97	11	9	1	1	0	1	76	2	1	30	1	8	11	
		21.5	22.4	14.1	25.0	33.3	0.0	7.1	22.2	25.0	14.3	28.6	20.0	30.8	16.2	
薬物問題による精神科入院歴(あり)		250	39	33	1	2	1	11	203	4	6	64	1	14	39	
		55.3	79.6	51.6	25.0	66.7	100.0	78.6	59.2	50.0	85.7	61.0	20.0	53.8	57.4	

\*カイ二乗検定



表26: 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の薬物入手経路の比較 (N=1149)

入手経路(複数選択)	主たる薬物											χ <sup>2</sup> 値	df	p*			
	n=452	n=49	n=64	n=4	n=3	MDMA 以外の幻 覚剤	危険ド ラッグ	睡眠薬・ 抗不安薬	鎮痛薬 (処方非 オピオイ ド系)	鎮痛薬 (処方オ ピオイ ド系:弱オ ピオイ ド含む)	市販薬 (鎮咳薬・ 感冒薬・ 鎮痛薬・ 睡眠薬な ど)				n=5	n=26	n=68
友人	度数 %	54 11.9	3 6.1	19 29.7	1 25.0	0 0.0	1 7.1	7 2.0	0 0.0	0 0.0	1 1.0	0 0.0	1 3.8	2 2.9	83.305	13	p<0.001
知人	度数 %	123 27.2	2 4.1	16 25.0	0 0.0	2 66.7	2 14.3	1 0.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 8.8	170.717	13	p<0.001
恋人・愛人	度数 %	27 6.0	0 0.0	2 3.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 0.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	32.402	13	p=0.002
家族	度数 %	8 1.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 1.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 2.9	6.354	13	p=0.932
密売人	度数 %	245 54.2	3 6.1	27 42.2	3 75.0	1 100.0	3 21.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 20.0	2 7.7	11 16.2	387.687	13	p<0.001
医療機関(精神科)	度数 %	4 0.9	1 2.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	271 79.0	4 50.0	0 0.0	5 4.8	4 80.0	6 23.1	24 35.3	698.785	13	p<0.001
医療機関(身体科)	度数 %	2 0.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 33.3	0 0.0	114 33.2	1 12.5	5 71.4	2 1.9	1 20.0	7 26.9	10 14.7	254.425	13	p<0.001
薬局	度数 %	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	8 2.3	3 37.5	0 0.0	75.0 71.4	0 0.0	1 3.8	10 14.7	623.632	13	p<0.001
インターネット	度数 %	41.0 9.1	3.0 6.1	5.0 7.8	0.0 0.0	0.0 0.0	6.0 42.9	10.0 2.9	0.0 0.0	2.0 28.6	10.0 9.5	1.0 20.0	3.0 11.5	4.0 5.9	46.325	13	p<0.001
店舗	度数 %	1.0 0.2	28.0 57.1	1.0 1.6	0.0 0.0	0.0 0.0	1.0 7.1	0.0 0.0	0.0 0.0	0.0 0.0	25.0 23.8	0.0 0.0	6.0 23.1	7.0 10.3	354.379	13	p<0.001
その他	度数 %	1.0 0.2	3.0 6.1	2.0 3.1	0.0 0.0	0.0 0.0	0.0 0.0	3.0 0.9	1.0 12.5	0.0 0.0	0.0 0.0	0.0 0.0	1.0 3.8	3.0 4.4	33.222	13	p=0.002

\*カイ二乗検定

表27: 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物のICD-10 F1診断下位分類の比較(N=1149)

		主たる薬物											χ <sup>2</sup> 値	df	p*		
		覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬(処方非オピオイド系)	鎮痛薬(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)				ADHD治療薬	その他
		n=452	n=49	n=64	n=4	n=3	n=1	n=14	n=343	n=8	n=7	n=105	n=5	n=26	n=68		
Fix. 0	急性中毒	9 2.0	4 8.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 7.9	1 12.5	0 0.0	8 7.6	0 0.0	5 19.2	1 1.5	37.501	p<0.001
Fix. 1	有害な使用	60 13.3	7 14.3	16 25.0	1 25.0	0 0.0	0 0.0	3 21.4	82 23.9	2 25.0	2 28.6	25 23.8	0 0.0	9 34.6	12 17.6	25.775	p=0.018
Fix. 2	依存症候群	323 71.5	33 67.3	39 60.9	3 75.0	2 66.7	0 0.0	9 64.3	262 76.4	5 62.5	3 42.9	83 79.0	2 40.0	11 42.3	42 61.8	33.042	p=0.002
Fix. 3	離脱状態	7 1.5	1 2.0	2 3.1	0 0.0	1 33.3	0 0.0	0 0.0	15 4.4	0 0.0	1 14.3	8 7.6	0 0.0	1 3.8	2 2.9	24.190	p=0.029
Fix. 4	せん妄を伴う離脱状態	3 0.7	1 2.0	1 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	24 7.0	0 0.0	0 0.0	4 3.8	0 0.0	2 7.7	4 5.9	29.064	p=0.006
Fix. 5	精神病性障害	130 28.8	13 26.5	14 21.9	0 0.0	0 0.0	1 100.0	2 14.3	12 3.5	0 0.0	1 14.3	7 6.7	0 0.0	8 30.8	11 16.2	111.672	p<0.001
Fix. 6	健忘症候群	7 1.5	2 4.1	2 3.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 0.3	0 0.0	0 0.0	1 1.0	0 0.0	1 3.8	2 2.9	10.157	p=0.681
Fix. 7	残遺性障害・選発性精神病性障害	81 17.9	12 24.5	9 14.1	0 0.0	1 33.3	0 0.0	2 14.3	7 2.0	0 0.0	1 14.3	0 0.0	0 0.0	3 11.5	16 23.5	84.290	p<0.001
Fix. 8	他の精神および行動の障害	5 1.1	1 2.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 1.7	0 0.0	1 14.3	1 1.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	13.499	p=0.410

\*カイ二乗検定

表28. 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の併存精神障害ICD-10診断の比較(N=1149)

	主たる薬物													χ <sup>2</sup> 値	df	p <sup>**</sup>	
	覚せい剤 n=452	揮発性 溶剤 n=49	大麻 n=64	ニコチン n=4	ヘロイン n=3	MDMA 以外の幻 覚剤 n=1	危険ド ラッグ n=14	睡眠薬・ 抗不安 薬 n=343	鎮痛薬 (処方非 オピオイ ド系) n=8	鎮痛薬 (処方オ ピオイ ド系・弱オ ピオイ ド 含む) n=7	市販薬 (鎮咳 薬・感冒 薬・鎮痛 薬・睡眠 薬など) n=105	ADHD治 療薬 n=5	その他 n=26				多剤 n=68
F0 症状性を含む器質性精神障害	4 0.9 %	2 4.1 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	7 2.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	3 11.5 %	4 5.9 %	28.837	13	p=0.007
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	45 10.0 %	8 16.3 %	8 12.5 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	4 28.6 %	18 5.2 %	0 0.0 %	0 0.0 %	6 5.7 %	0 0.0 %	2 7.7 %	13 19.1 %	29.668	13	p=0.005
F3 気分障害	57 12.6 %	9 18.4 %	4 6.3 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	3 21.4 %	95 27.7 %	3 37.5 %	5 71.4 %	21 20.0 %	1 20.0 %	5 19.2 %	16 23.5 %	52.680	13	p<0.001
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	38 8.4 %	7 14.3 %	4 6.3 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	1 7.1 %	83 24.2 %	3 37.5 %	0 0.0 %	29 27.6 %	0 0.0 %	3 11.5 %	10 14.7 %	60.929	13	p<0.001
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	15 3.3 %	1 2.0 %	2 3.1 %	0 0.0 %	1 33.3 %	0 0.0 %	0 0.0 %	16 4.7 %	0 0.0 %	0 0.0 %	5 4.8 %	0 0.0 %	1 3.8 %	0 0.0 %	13.773	13	p=0.390
F6 成人の人格及び行動の障害	39 8.6 %	4 8.2 %	4 6.3 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	45 13.1 %	0 0.0 %	1 14.3 %	22 21.0 %	1 20.0 %	5 19.2 %	9 13.2 %	22.344	13	p=0.050
F7 知的障害(精神遅滞)	25 5.5 %	3 6.1 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	9 2.6 %	1 12.5 %	0 0.0 %	6 5.7 %	0 0.0 %	0 0.0 %	2 2.9 %	12.689	13	p=0.472
F8 心理的発達障害	17 3.8 %	2 4.1 %	7 10.9 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	1 7.1 %	22 6.4 %	1 12.5 %	0 0.0 %	9 8.6 %	0 0.0 %	1 3.8 %	2 2.9 %	12.093	13	p=0.520
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	19 4.2 %	2 4.1 %	2 3.1 %	2 50.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	0 0.0 %	6 1.7 %	0 0.0 %	0 0.0 %	5 4.8 %	1 20.0 %	0 0.0 %	2 2.9 %	37.234	13	p<0.001

\*カイ二乗検定

表29: 「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の非物質性の嗜癖行動の合併の比較 (N=1149)

非物質性の嗜癖行動 (複数選択)	主たる薬物											χ <sup>2</sup> 値	df	p <sup>**</sup>			
	覚せい剤 n=452	揮発性 溶剤 n=49	大麻 n=64	コカイン n=4	ヘロイン n=3	MDMA 以外の 幻覚剤 n=1	危険ド ラッグ n=14	睡眠 薬・抗 不安薬 n=343	鎮痛薬 (処方 非オピ オイド 系) n=8	鎮痛薬 (処方オ ピオイド 系・弱 オピオ イド含 む) n=7	市販薬 (鎮咳 薬・感 冒薬・ 鎮痛 薬・睡 眠薬な ど) n=105				ADHD 治療薬 n=5	その他 n=26	多剤 n=68
非物質性の嗜癖行動合併あり	22 4.9	2 4.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	33 9.6	1 12.5	1 14.3	10 9.5	0 0.0	4 15.4	9 13.2	21.336	13	p=0.067
ギャンブル障害 (DSM-5)	12 2.7	4.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	11 3.2	0 0.0	0 0.0	3 2.9	0 0.0	1 3.8	4 5.9	5.903	13	p=0.950
インターネットゲーム障害 (DSM-5)	2 0.4	2.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 1.7	0 0.0	0 0.0	1 1.0	0 0.0	1 3.8	0 0.0	8.109	13	p=0.836
窃盗症 (DSM-5)	3 0.7	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	13 3.8	0 0.0	0 0.0	4 3.8	0 0.0	1 3.8	0 0.0	17.815	13	p=0.165
パラフィリア障害群 (DSM-5)	0 0.0	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 3.8	1 1.5	28.594	13	p=0.007
その他	6 1.3	0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	7 2.0	1 12.5	1 14.3	2 1.9	0 0.0	0 0.0	4 5.9	22.041	13	p=0.055

\*カイ二乗検定

表30:「1年以内使用あり」症例における主たる薬物の司法的状況の比較(N=1149)

司法的状況	主たる薬物											χ <sup>2</sup> 値	df	p*
	覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	コカイン	ヘロイン	MDMA以外の幻覚剤	危険ドラッグ	睡眠薬・抗不安薬	鎮痛薬(処方非オピオイド系)	鎮痛薬(処方オピオイド系)	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)			
	n=452	n=49	n=64	n=4	n=3	n=1	n=14	n=343	n=8	n=7	n=105	n=5	n=26	n=68
裁判前の保釈期間中(あり)	度数 34	0	8	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	2
	% 7.5	0.0	12.5	25.0	0.0	0.0	14.3	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	2.9
保護観察なしの執行猶予期間中(あり)	度数 37	0	4	0	0	0	0	2	0	0	1	0	2	2
	% 8.2	0.0	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	1.0	0.0	7.7	2.9
保護観察中(あり)	度数 40	1	6	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	4
	% 8.8	2.0	9.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	1.0	20.0	0.0	5.9
「麻薬中毒者」としてのアフターケア(あり)	度数 0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	% 0.0	0.0	1.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	度数 16.0	1.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	1.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0
	% 3.5	2.0	6.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	12.5	0.0	1.9	0.0	0.0	2.9

\*カイ二乗検定



表31: 「主たる薬物」が大麻である症例 (N=108)のうち「1年以内における使用」の有無による属性の比較

	N		大麻使用あり n=64		大麻使用なし n=44		χ <sup>2</sup> 値	df	p*
	度数	%	度数	%	度数	%			
生物学的性別	男	58	91.6	42	95.5	0.887	1	p=0.346	
	女	6	9.4	2	4.5				
現在の年代	10代	7	10.9	0	0.0				
	20代	15	23.4	7	15.9				
	30代	30	46.9	23	52.3				
	40代	8	12.5	10	22.7	10.375	5	p=0.065	
	50代	4	6.3	2	4.5				
	60代	0	0.0	2	4.5				
高卒以上の学歴 (あり)	40	62.5	30	68.1	0.520	2	p=0.771		
職業 (あり)	29	45.3	14	31.8	1.981	1	p=0.159		
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴 (あり)	35	54.7	18	40.9	1.981	1	p=0.159		
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴 (あり)	17	26.6	13	29.5	0.116	1	p=0.734		
矯正施設入所歴 (あり)	12	18.8	4	9.0	2.519	2	p=0.284		
現在のアルコール問題 (あり)	9	14.0	8	18.1	1.278	2	p=0.528		
薬物問題による精神科入院歴 (あり)	33	51.6	28	63.6	1.546	1	p=0.214		

\*カイ二乗検定

表32: 「主たる薬物」が大麻である症例(N=108)における「1年以内における使用」の有無による使用大麻製品の性状の比較

大麻製品の性状	N	大麻使用あり n=64		大麻使用なし n=44		$\chi^2$ 値	df	p*
		度数 %	度数 %	度数 %	度数 %			
乾燥大麻(使用あり)	108	39 60.9	26 59.1	0.037	1	p=0.847		
大麻樹脂(使用あり)	108	16 25.0	12 27.3	0.700	1	p=0.791		
液体大麻(使用あり)	108	9 14.1	3 6.8	1.385	1	p=0.239		
その他(使用あり)	108	0 0.0	0 0.0	—	—	—		

\*カイ二乗検定

表33: 「主たる薬物」が大麻である症例 (N=108) における「1年以内における使用」の有無によるICD-10 F1診断下位分類の比較

	大麻使用あり		大麻使用なし		χ <sup>2</sup> 値	df	p*
	n=64	n=44	n=64	n=44			
F1x.0 急性中毒	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	—	—	—
F1x.1 有害な使用	16 25.0	8 18.2	0.701	1	p=0.402		
F1x.2 依存症候群	39 60.9	25 56.8	0.183	1	p=0.669		
F1x.3 離脱状態	2 3.1	0 0.0	1.401	1	p=0.237		
F1x.4 せん妄を伴う離脱状態	1 1.6	0 0.0	0.694	1	p=0.405		
F1x.5 精神病性障害	14 21.9	6 13.6	1.173	1	p=0.279		
F1x.6 健忘症候群	2 3.1	0 0.0	1.401	1	p=0.237		
F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	9 14.1	17 38.6	8.614	1	p=0.003		
F1x.8 他の精神および行動の障害	0 0.0	0 0.0	—	—	—	—	—

\* カイ二乗検定

表34: 「主たる薬物」が大麻である症例(N=108)における「1年以内における使用」の有無による併存精神障害ICD-10診断の比較

		大麻使用あり 大麻使用なし		χ <sup>2</sup> 値	df	p <sup>*</sup>
		n=64	n=44			
併存精神障害 (あり)		192	47	90.743	5	p<0.001
		45.9	55.3			
F0	症状性を含む器質性精神障害	0	1	1.468	1	p=0.226
		0.0	2.3			
F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	8	13	4.837	1	p=0.028
		12.5	29.5			
F3	気分障害	4	5	0.893	1	p=0.345
		6.3	11.4			
F4	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	4	4	0.307	1	p=0.580
		6.3	9.1			
F5	生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	2	1	0.070	1	p=0.791
		3.1	2.3			
F6	成人の人格及び行動の障害	4	2	0.144	1	p=0.704
		6.3	4.5			
F7	知的障害(精神遅滞)	0	0	—	—	—
		0.0	0.0			
F8	心理的発達の障害	7	5	0.005	1	p=0.945
		10.9	11.4			
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	2	0	1.401	1	p=0.237
		3.1	0.0			

併存精神障害  
(複数選択)

表35: 「主たる薬物」が大麻である症例(N=108)における「1年以内における使用」の有無による司法的状況の比較

司法的状況	N	大麻使用あり n=64		大麻使用なし n=44		χ <sup>2</sup> 値	df	p*
		度数 %	度数 %	度数 %	度数 %			
裁判前の保釈期間中(あり)	108	8 12.5	0 0.0	5.940	1	p=0.015		
保護観察なしの執行猶予期間中(あり)	108	4 6.3	2 4.5	0.144	1	p=0.704		
保護観察中(あり)	108	6 9.4	1 2.3	2.170	1	p=0.141		
「麻薬中毒者」としてのアフターケア(あり)	108	1 1.6	0 0.0	0.694	1	p=0.405		

\*カイ二乗検定



表36: 乱用歴されていた睡眠薬・抗不安薬一覧(2症例以上に認められた薬剤)

一般名	症例数
エチゾラム	243
フルニトラゼパム	188
トリアゾラム	154
ゾルピデム	111
ベゲタミン <sup>®</sup>	58
ブロチゾラム	48
アルプラゾラム	45
ニメタゼパム	42
ブロマゼパム	39
ロラゼパム	35
ニトラゼパム	29
ゾピクロン	14
ペントバルビタール	9
スボレキサント	8
エスゾピクロン	8
クロキサゾラム	8
エスタゾラム	7
ロフラゼプ酸エチル	6
クロナゼパム	5
クロチアゼパム	5
アモバルビタール	5
フェノバルビタール	3
ロルメタゼパム	5
リルマザホン	4
クアゼパム	3
ブロムワレリル尿素	3

表37: 乱用されていた市販薬(2症例以上に認められた薬剤)

商品名	症例数
ブロン錠/ブロン液(鎮咳・去痰薬)	158
パブロン/パブロンゴールド(総合感冒薬)	34
ウット(睡眠薬)	32
ナロン/ナロンエース(鎮痛薬)	16
イブ/イブクイック/イブプロフェン(鎮痛薬)	15
ドリエル(睡眠薬)	12
バファリン(鎮痛薬)	12
コンタック(総合感冒薬)	10
トニン/新トニン/シントニン(鎮咳・去痰薬)	10
セデス(鎮痛薬)	6
ベンザ/ベンザブロック	6
レスタミン(抗アレルギー薬)	6
ロキソニン(鎮痛薬)	6
ルル(総合感冒薬)	5
エスタロンモカ(眠気除去剤)	4
リスロン(睡眠薬)	4
PA/PL/パイロンPL(感冒薬)	3
ノーシン(鎮痛薬)	3
カイゲン(鎮咳・去痰薬)	2
ケロリン(鎮痛薬)	2
プレコール(総合感冒薬)	2

表38:「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」報告症例数上位施設(20症例以上)

順位	医療機関名	症例数
1位	埼玉県立精神医療センター	279
2位	国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター病院	151
3位	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪精神医療センター	143
4位	十全会 聖明病院	140
5位	京都府立洛南病院	134
6位	茨城県立こころの医療センター	130
7位	独立行政法人岡山県精神科医療センター	122
8位	十全会 回生病院	122
8位	瀬野川病院	107
10位	赤城高原ホスピタル	85
11位	復光会 垂水病院	65
12位	独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター	61
12位	住吉病院	44
14位	各務原病院	43
15位	東北会病院	41
16位	滋賀県立精神医療センター	38
17位	栃木県立岡本台病院	37
18位	東京都立松沢病院	37
18位	資生会 千歳病院	34
18位	東日本成人矯正医療センター	34
21位	雁の巣病院	33
22位	昭和大学附属烏山病院	31
23位	桜ヶ丘記念病院	28
24位	のぞえ総合心療病院	28
24位	松山記念病院	26
24位	北里大学東病院	25
24位	明和会医療福祉センター 渡辺病院	25
28位	聖マリアンナ会 東横恵愛病院	20

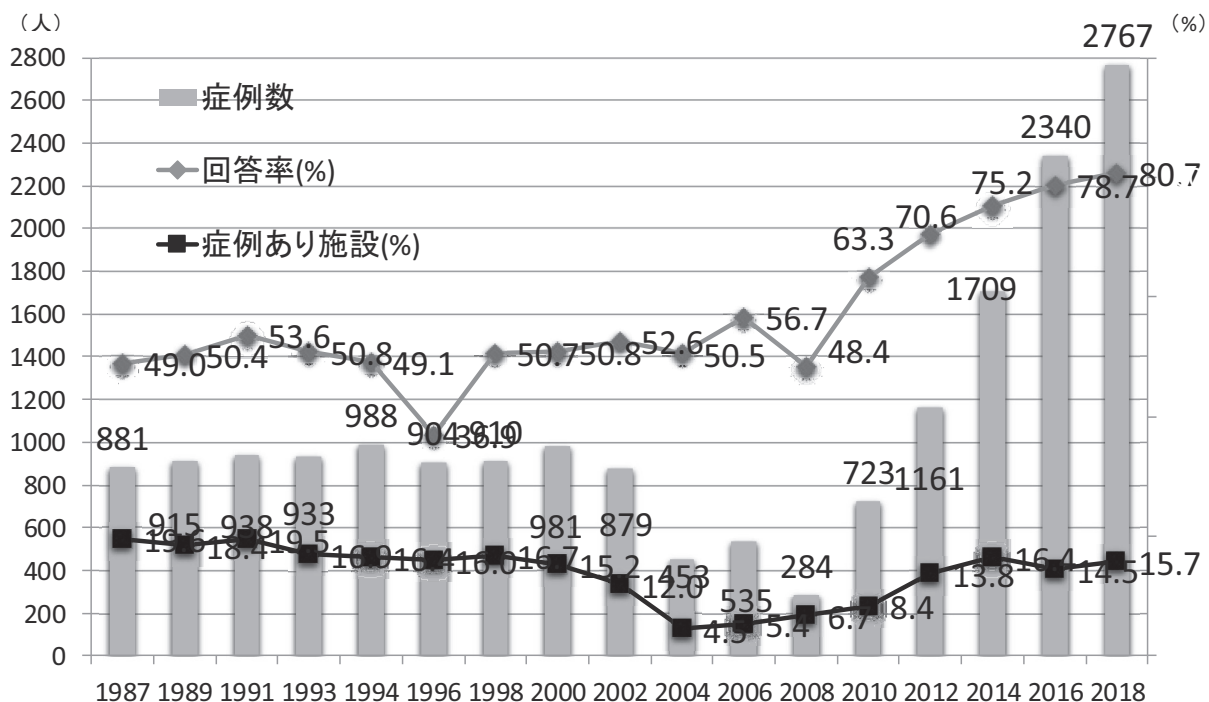


図1: 症例数・回答率などの経年的推移

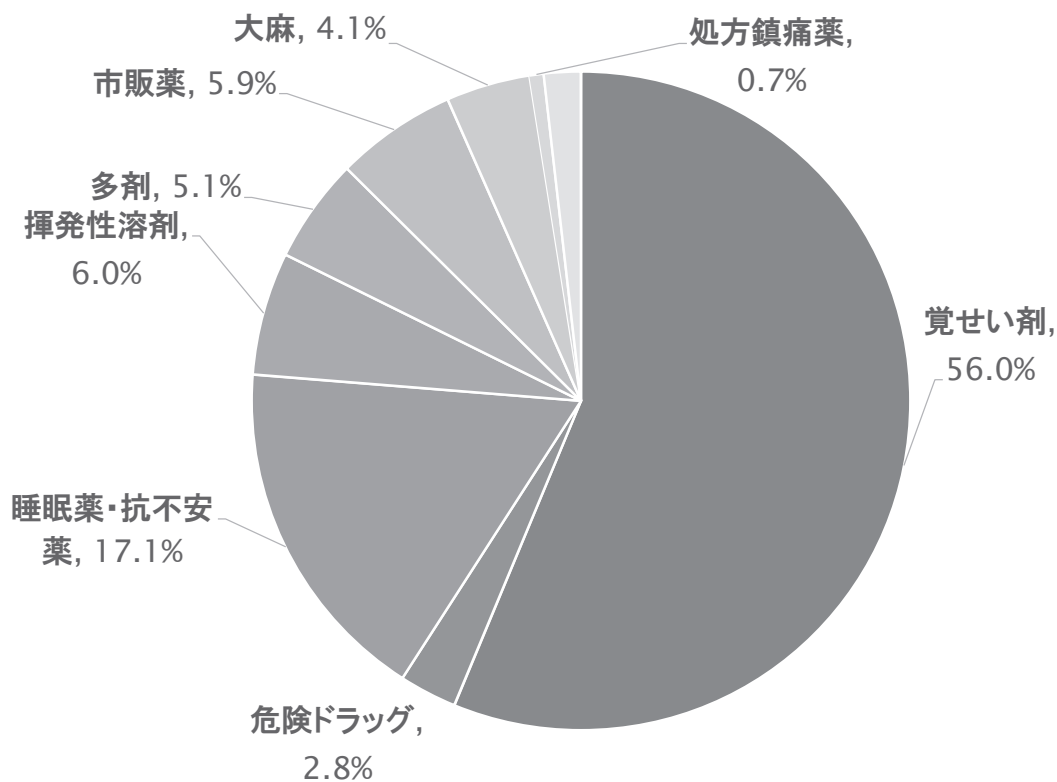


図2: 全対象症例における主たる薬物の比率

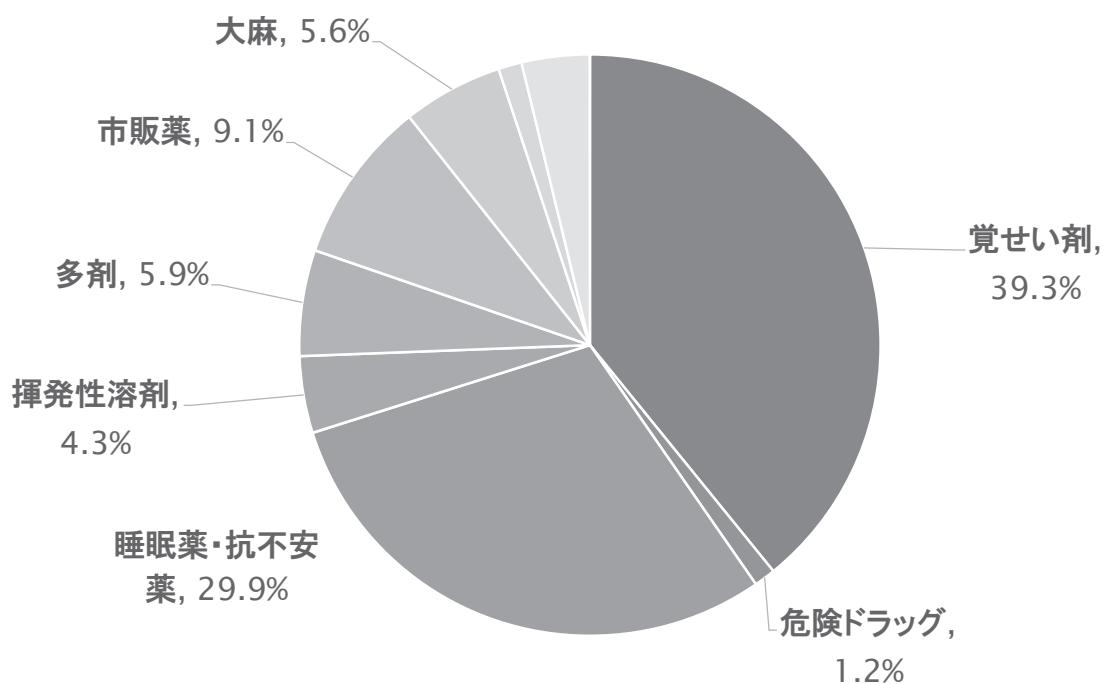


図3: 「1年以内に使用あり」症例における主たる薬物の比率

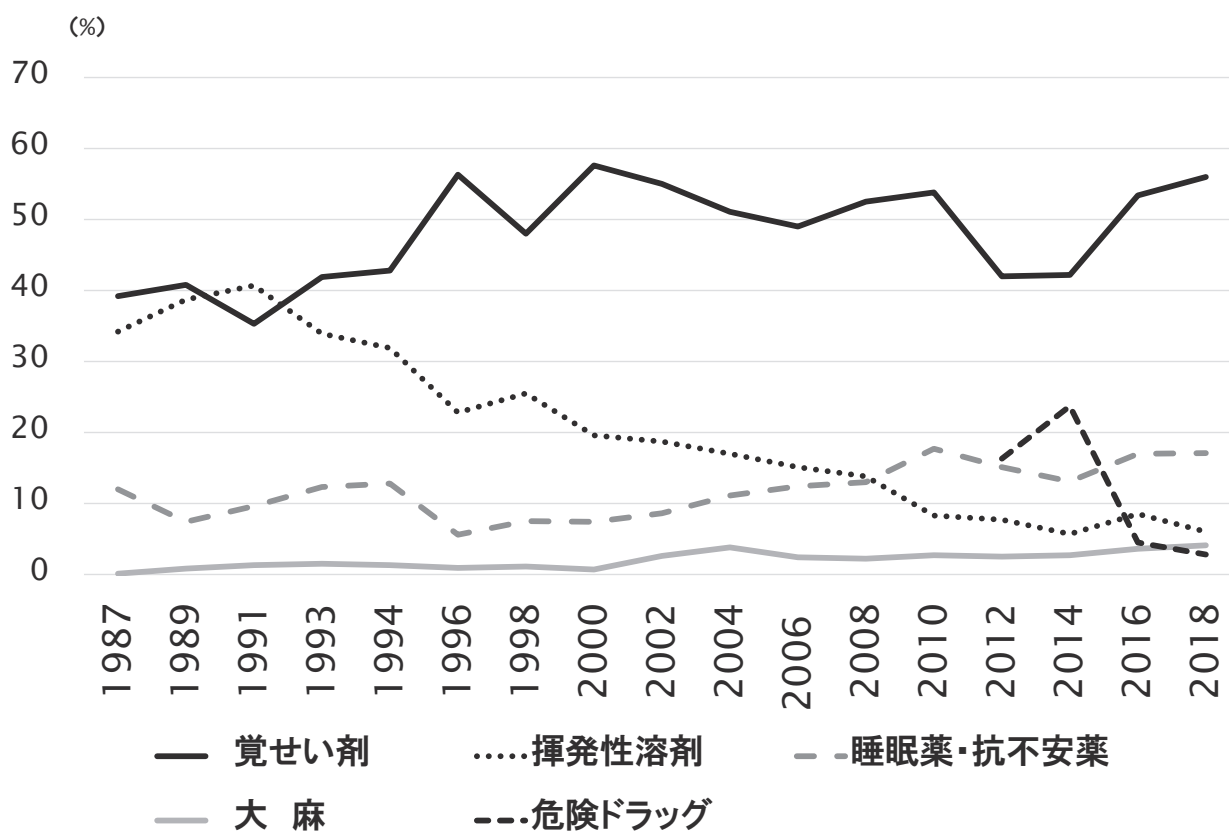


図4: 「主たる薬物」の比率に関する経年的推移



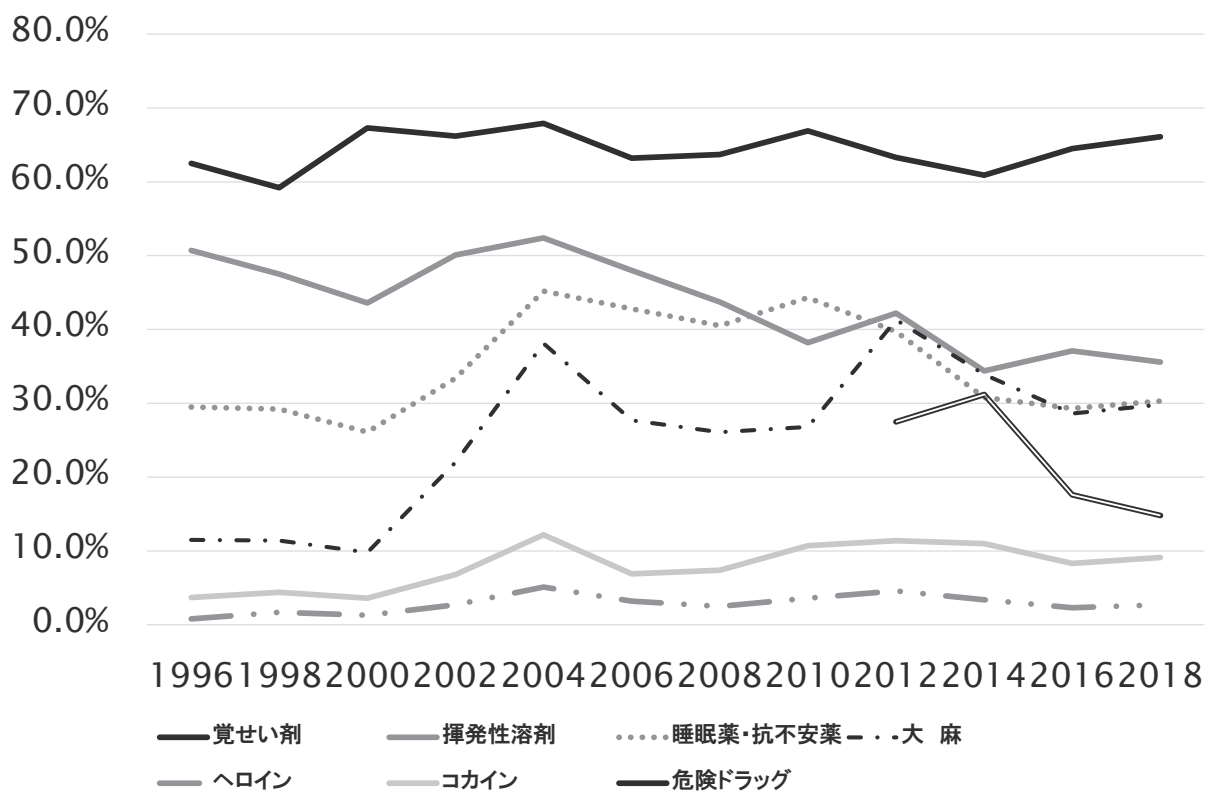


図5: 生涯使用経験のある薬物(%)の経年的推移

# 薬物関連精神疾患調査用紙

(2018年度版)

本調査の実施要領は以下の通りです;

- (1) **調査期間**: 2018年9月1日～10月31日
- (2) **対象患者**: 上記期間に、貴施設にて外来(初診・再診ともに含みます)または入院で診療を受けた、アルコール以外の薬物を主たる使用薬物とするすべての「薬物関連精神疾患」患者。
- (3) **方法**:
  - ① 対象患者ごとに、調査用紙の質問に対して面接によって回答してください。その際、患者から口頭で同意を得ていただき、そのことを診療録に記載してください。
  - ② 調査時点において同意能力に問題がある、または面接調査が困難な場合(例:病状が不安定な患者、未成年患者、すでに退院している患者など)には、回答可能な項目について診療録からの転記をお願いします。この場合、患者からの同意は必要ありません。
- (4) **調査用紙返送期限**: 2018年11月30日

\*  面接による調査     診療録からの転記    (どちらかにチェックをお願いします)

\* **報告症例がない場合**, 下記のいずれかにチェックをお願いします

調査期間中に **該当患者なし**

該当患者はいたが面接調査への協力を拒否された

貴施設名 \_\_\_\_\_

記載年月日    2018年        月        日

記載医師名    \_\_\_\_\_ 医師

\* 本調査に関する問い合わせのため、先生のメールアドレスをお知らせ頂ける場合は、以下に御記入下さい。

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ (職場用, 個人用)

\*\*\*\*\* お問い合わせは下記までお願いします \*\*\*\*\*

厚生労働科学研究「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」

研究分担者: 松本俊彦 (E-mail: tmatsu@ncnp.go.jp)

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 薬物依存研究部

〒187-8553 小平市小川東町 4-1-1

【tel】042-341-2712, 内線 6221

【fax】050-3156-1940

巻末資料

- 1) 生物学的性別      1. 男      2. 女      3. その他
- 2) 現在の年代      1. 10代    2. 20代    3. 30代    4. 40代    5. 50代    6. 60代    7. 70代以上
- 3) 最終学歴      1. 高校中退以下      2. 高校卒業以上      99. 不明
- 4) 現在の就労状況      1. 有職      2. 無職
- 5) 補導・逮捕歴(複数選択可) 0. なし    1. 薬物関連犯罪であり    2. 薬物関連犯罪以外であり    99. 不明
- 6) 矯正施設(少年施設・刑事施設)入所歴      0. なし    1. あり    99. 不明
- 7) 現在のアルコール問題(ICD-10の「有害な使用」もしくは「依存症候群」) 0. なし    1. あり    99. 不明
- 8) 薬物問題による精神科入院歴の有無      0. なし    1. あり    99. 不明

9) これまでのすべての薬物使用歴について、下表の該当する箇所に「○」を記入して下さい(複数回答可)。ただし、治療目的で処方され、かつ医師からの指示通りに服用していた薬物は除きます。

生涯において使用経験のある薬物	該当する薬物全て「○」をつける
1. 覚せい剤	
2. 揮発性溶剤(シンナー、トルエン、ガスパンなど)	
3. 大麻	
主要な使用大麻製品の性状を選んでください(複数回答可): 1. 乾燥大麻(ガンジャ、大麻煙草など)    2. 大麻樹脂(チョコ、ワックス、ハシシュなど)    3. 液体大麻(電子煙草の液体カートリッジ、ハシシュオイルなど)    4. その他    5. 形状不明	
4. コカイン	
5. ヘロイン	
6. MDMA	
7. MDMA 以外の幻覚剤(LSD、ケタミン、5-Meo-DITP など)	
8. 危険ドラッグ	
9. 睡眠薬・抗不安薬(市販睡眠薬は除く)	
主要な乱用薬剤の商品名を記してください:	
10. 鎮痛薬(処方非オピオイド系)	
主要な乱用薬剤の商品名を記してください:	
11. 鎮痛薬(処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	
主要な乱用薬剤の商品名を記してください:	
12. 市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	
主要な乱用薬剤の商品名を記してください:	
13. ADHD 治療薬	
主要な乱用薬剤の商品名を記してください:	
14. その他(薬剤名: _____ )	

10) 人生ではじめて使用した薬物は何ですか？ 下表のなかで該当する薬物1つだけ選択してください。

( \* 処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(=乱用)とします。 )

人生ではじめて使用した薬物	該当薬物1つだけに「○」をつける
1. 覚せい剤	
2. 揮発性溶剤(シンナー、トルエン、ガスパンなど)	
3. 大麻	
4. コカイン	
5. ヘロイン	
6. MDMA	
7. MDMA 以外の幻覚剤(LSD、ケタミン、5-Meo-DIPT など)	
8. 危険ドラッグ	
9. 睡眠薬・抗不安薬(市販睡眠薬は除く)	
10. 鎮痛薬(処方非オピオイド系)	
11. 鎮痛薬(処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	
12. 市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	
13. ADHD 治療薬	
14. その他(薬剤名: )	

11) 調査時点における「主たる薬物」(=現在の精神科的症状に関して臨床的に最も関連が深いと思われる薬物)を下表から1つだけ選択して下さい。(複数の薬物が同程度に関与していると考えられる場合は、15. 多剤として下さい。)

主たる薬物	該当薬物1つだけに「○」をつける
1. 覚せい剤	
2. 揮発性溶剤(シンナー、トルエン、ガスパンなど)	
3. 大麻	
4. コカイン	
5. ヘロイン	
6. MDMA	
7. MDMA 以外の幻覚剤(LSD、ケタミン、5-Meo-DIPT など)	
8. 危険ドラッグ	
9. 睡眠薬・抗不安薬(市販睡眠薬は除く)	
10. 鎮痛薬(処方非オピオイド系)	
11. 鎮痛薬(処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	
12. 市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	
13. ADHD 治療薬	
14. その他(薬剤名: )	
15. 多剤	

12) “質問11)”で選択した「主たる薬物」の最近1年間における主な入手経路は以下のうちどれですか？(複数選択可)

- 1.最近1年間は使用していない 2.友人 3.知人 4.恋人・愛人 5.家族 6.密売人  
 7.医療機関(精神科) 8.医療機関(身体科) 9.薬局 10.インターネット 11.店舗  
 12.その他( ) 99.不明

13) “質問11)”で選択した「主たる薬物」に関する現在の精神医学的状態は、ICD-10 分類における F1 診断「精神作用物質使用による精神および行動の障害」のいずれの下位診断に該当しますか？ 該当する診断にすべてに○をつけて下さい。(複数選択可。)

ICD-10 診断分類	該当するものに○をつける
1. (F1x.0) 急性中毒	
2. (F1x.1) 有害な使用	
3. (F1x.2) 依存症候群	
4. (F1x.3) 離脱状態	
5. (F1x.4) せん妄を伴う離脱状態	
6. (F1x.5x) 精神病性障害	
7. (F1x.6) 健忘症候群	
8. (F1x.7) 残遺性障害・遅発性精神病性障害	
9. (F1x.8) 他の精神および行動の障害	

14) 現在併存する物質関連障害以外の併存精神障害に関して、以下から該当する ICD-10 診断に「○」をつけてください(複数選択可)。

併存精神障害の種類	該当するものすべてに「○」をつける
①F0: 症状性を含む器質性精神障害	
②F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	
③F3: 気分障害	
④F4: 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	
⑤F5: 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	
⑥F6: 成人の人格及び行動の障害	
⑦F7: 知的障害(精神遅滞)	
⑧F8: 心理的発達の障害	
⑨F9: 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	

15) この患者には、現在、非物質性の嗜癖行動(もしくは嗜癖様行動)が合併していますか？  
あてはまるものを選んでください(複数回答可)。

非物質性の嗜癖行動が合併している(該当すれば右欄に「○」をつける)	
合併がある場合には、該当する嗜癖行動について右側の欄に「○」をつける(複数回答可)	
ギャンブル障害(DSM-5)	
インターネットゲーム障害(DSM-5)	
窃盗症(DSM-5)	
パラフィリア障害群(DSM-5: 窃視症、窃触症、露出症、小児性愛など)	
その他( )	

16) この患者は、現在、以下の司法的状況にありますか？ 以下から選んでください(複数回答可)。

裁判前の保釈期間中	
保護観察なしの執行猶予期間中	
保護観察中(仮釈放・全部執行猶予・一部執行猶予)	
「麻薬中毒者」としてのアフターケア中(麻薬及び向精神薬取締法 第 58 条の 2「麻薬中毒者」に該当する者として、県知事に届出を出されている)	
その他( )	

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。