側坐核におけるドパミン放出に関与していることが判明している．また，オピオイドは，μオピオイド受容体を介してGABA神経系を抑制することで，ドパミン神経系を興奮させ，その結果，側坐核でのドパミン放出が促され，ニコチンは腹側被蓋野のドパミン細胞を直接刺激して側坐核でのドパミン放出を増加させる．さらに，コカインや覚せい剤は側坐核でのドパミンの再取り込み阻害作用により，報酬効果を発揮する．

これらの知見は，依存性物質の本質は，脳内報酬系のドパミンレベルを上昇させる点にあることを示している．その意味では，その物質の薬理作用が中枢神経系に対して抑制性もしくは刺激性に作用するか否か，はたまた，身体依存があるかないかといったことは，さして重要な問題ではないのかもしれない．

さらに驚くべきことに，嗜癖行動においても脳内報酬系が関与している可能性を示唆されたのである．すなわち，むちゃ食いや，リストカットのような自傷行為に及んだ直後にはβ-エンドルフィンやエンケファリンといった内因性オピオイドの分泌量が増加しており，内因性オピオイド拮抗薬ナルトレキソンによって，一時的ではあるものの，そうした嗜癖行動が抑制されることが明らかにされたのである[17,18]．

「進行性・非可逆性のコントロール障害」への疑義

これだけの知見が提示されても，なおも物質依存症と嗜癖行動とを峻別すべきと主張する臨床家，研究者は少なくない．しばしば遭遇する反論の一例をあげてみよう．「依存症の治療は断酒・断薬を治療目標としている．事実，ひとたび依存症の水準に達してしまった者が，アルコール・薬物を適度にコントロールして使用することはできない．しかし，神経性大食症患者に対して，『一口でも食べたらコントロールできなくなるから，これからの人生，ずっと断食しろ』とはいえないはずである」．

しかし，物質依存症におけるコントロール障害の非可逆性と進行性は，あくまでも経験的なものであって，十分な実証的根拠があるわけではない．実際，容易に反証をあげることができる．たとえば，1953年にLemereは，死亡した500人のアルコール依存者の生活歴と自然経過の詳細な分析から，全アルコール依存者のうち，28％は死亡する直前まで飲酒を続けており，22％は重篤な疾患に罹患したために断酒し，11％は特に重篤な疾患に罹患したわけではないが断酒していたことを報告するとともに，7％の者は不完全ながらも飲酒のコントロールを取り戻し，3％は完全に適正な飲酒パターンを取り戻していたことに言及している[3]．

そもそも，近年，物質依存症の治療目標は，必ずしもかつてのような「断酒，断薬」一点張りではなくなっている．たとえば，専門外来に初診したアルコール依存症患者に対して最初から断酒という治療方針を提示して治療関係が中断してしまうよりも，患者との対決的なかかわりを避け，暫定的に節酒から治療を始めつつ，動機づけ面接の技法を用いて治療関係を維持するほうが最終的な予後は良いことも明らかにされている[19]．また，治療効果の評価にあたっても，多くの研究が，断酒・断薬率だけでなく，アルコール・薬物の摂取量や摂取頻度の減少をアウトカムとしている．もはや治療目標の違いを根拠にして物質依存症と嗜癖行動を区別することはできないのである．

DSM-5 における嗜癖概念の復活

2013年5月，米国精神医学会は新しい精神障害診断分類DSM-5を発表した．DSM-5の物質関連障害セクションの詳細については他の項に譲るとして，ここでは2つの重大な変更点について簡単にふれておきたい[20)]．

一つは，物質使用障害下位カテゴリーに存在した「依存」および「乱用」という概念が消失し,「使用障害」に一本化されたのである．確かに従来のDSM-IV-TRにおける依存・乱用は，それぞれに着眼点が異なっており，概念として未成熟の部分があった．すなわち，依存が身体依存に力点をおいた医学的概念であるのに対し，乱用は，文化や社会規範，法令によって規定される社会学的概念なのである．DSM-5では，こうした依存と乱用との質的な不連続性をなくすために，診断に際しての身体依存の優位性を減じるとともに，乱用診断における社会規範に依拠する項目を削除するという変更がなされている．むしろ診断に際して重要視されているのは，DSM-IV-TRでは採用されなかった「渇望」の存在である．結果的に，かつて依存もしくは乱用と診断された逸脱的な物質使用の様態は,「使用障害」のカテゴリーにおいて一元的に整理され，重症度評価によって病態の違いを表現することとなっている．

筆者自身は，個人的にこの考え方を高く評価している．というのも，精神保健的な介入を要する問題は，何も「依存」水準の物質使用だけに限らないからである．今日の精神科臨床において，暴力行動や自傷や自殺企図といった自己破壊的行動を促進する要因として，依存水準未満のアルコール乱用や向精神薬乱用は臨床的に重要な意味をもっており，援助・介入の対象となりうる．しかしこれまでは,「依存」という概念があったばかりに，それと対比するかのように,「乱用」が軽視されるむきがあった．たとえば，精神科医療関係者のあいだに,「依存は医学的治療の対象だが，乱用は司法的対応，もしくは自己責任」として，医学的援助の埒外に位置づけるという援助方針がこの好例といえよう．

DSM-5におけるもう一つの重要な変更は,「物質関連障害」というセクションの名称が「物質関連障害および嗜癖性障害群」へと変更され，ギャンブル障害がこのセクションに含まれることとなったという点である．さらに，将来の検討課題として，第III部にカフェイン使用障害，インターネットゲーム障害などを提示している．

このようなドラスティックな変更が行われているDSM-5であるが，批判も少なくない．たとえば，かつての乱用概念に含まれていた司法的問題を診断基準から削除したことについて,「司法的問題による事例化はしばしば治療を求める動機となっており，本当に削除してよいのか」という批判がある．また，DSM-IV作成タスクフォースの責任者であったAllen Francesは，DSM-5ドラフトが発表された時点で，乱用と依存を使用障害に一本化したことに関して,「酒を覚えたての若者から最重度のアルコール依存症者までを同じカテゴリーにひとまとめにしてラベリングしてしまうことが若者の将来に与える影響が危惧される」と述べている[21)]．さらに，物質関連障害がカバーする範囲が拡大したことにより，これまで物質依存症のアナロジーとして定義されてきた嗜癖行動の臨床概念がかえって曖昧化してしまう懸念もある．

こうした批判はある意味で最初から予測可能なものであったはずである．それにもかかわらず，なぜ米国精神医学会はいまさら「嗜癖」という用語を復活させ，「依存症」概念を放棄したのであろうか？ この点に関して，米国精神医学会の物質関連障害作業部会は次のように説明している．「鎮痛薬やβ遮断薬のように，医学的管理下での薬物治療においても身体依存を呈する薬剤は少なくないが，だからといって，通常，これらの治療薬を服用中の患者は治療の対象とはならない．耐性や離脱といった生理学的依存は，中枢神経作用薬に対する神経適応という正常な反応であって，それ単独で病的と決めつけることはできない．治療を要するかどうかの基準は，必ずしも身体依存の有無に依拠せず，どのくらいその人が物質使用にとらわれ，逸脱的・不適応的な行動をもたらしているかである」[22]．

この発言は，物質使用障害の中核的問題は，身体依存の有無ではなく，人が物質にとらわれ，支配される事態—Jellinekのいう「コントロール喪失」であり，今日風にいえば，「精神依存＝渇望」—であることを改めて確認したものである．このようなDSM-5の考え方は，将来の物質関連障害の臨床を変える可能性がある．もちろん，それが望ましい方向か否かについては，現時点では見当もつかないが．

おわりに—人はなぜ嗜癖するのか

人はなぜ物質や行動に嗜癖（addicted）するのであろうか？ かつてKolle[1]は，その理由として，「現代人における現存在の空虚さ（eine Leere des Daseines）が深刻化しているからだ」と述べたが，このような思弁的な言葉では，現代のわれわれには何も伝わらない．あるいは，Edwardsらを中心とする，かつてのWHO作業部会であれば，「それは依存性物質に手を出したことの当然の帰結だ」と説明するであろう．だが，それだけでは，仲間同士でむちゃな飲酒をしていた若者の多くが，依存症に罹患せずに，ある時期を境に節度のある社交的飲酒へと落ち着いていくことの説明ができない．

そうした現象を理解するうえで，KhantzianとAlbanese[23]が唱える「自己治療仮説（self-medication theory）」は説得力がある．彼らは，不眠や不安，抑うつ，多動などの精神医学的症状による苦痛や，その他の現実的な苦悩の存在が依存症罹患脆弱性を準備し，その後の人生において，偶然，そうした苦痛を一時的に緩和する物質に遭遇したとき，人は依存症に罹患するという．実際，アルコールには社交不安障害の症状を一時的に緩和し，ヘロインは幼少期の虐待被害に関連する激しい怒りを鎮め，覚せい剤には抑うつ症状や，幼少時からの多動傾向を改善する可能性がある．そして事実，物質関連障害罹患者における精神障害罹患率は一般人口よりもはるかに高い．このことは，人は，快感や陶酔感を求めてではなく，苦痛を緩和するためにある物質を繰り返し用いるなかで，最終的に依存症に罹患する可能性を示唆している．

それだけではない．あえて「苦痛を求めて」物質摂取をするようにみえる者もいる．たとえば，どんな薬理作用だろうとおかまいなしに，「薬」と名のつくものは何でも乱用する自己破壊的な者，あるいは，すでに何年か物質を断ち，一見，順風満帆な人生を送って

いたのに，突然，物質乱用を再発する者…….前者は，「シラフを避けるためならばいかなる苦痛もいとわない」といわんばかりに，自ら進んで地獄の業火に灼かれようとするし，後者は，再使用がもたらす，ほんの一瞬の快感の後には，果てしない長く続く苦痛がやって来ること知りながら，再使用に及んでしまう．しかしKhantzianとAlbanese[23]は，そのような患者のなかには，生活史記憶から排除された外傷記憶をもつ者が少なくなく，いわば「心の痛みを身体の痛みで蓋をする」[24]というリストカットと同じように，「説明困難な苦痛」を，それよりは多少はマシな「説明可能な苦痛」で抑えている可能性があると指摘している．

こう考えてみると，「物質関連障害および嗜癖性障害群」の臨床とは，たとえ依存対象が違法薬物であったとしても，決して物質という「モノ」の規制や排除ではなく，また，いただけない行動という「コト」をやめさせることでもなく，本質的に痛みを抱えた「ヒト」の支援であることに改めて気づかされる．その意味では，この精神医学の「鬼っ子」は，1980年以降，米国精神医学会のリストから消失した神経症概念に代わって登場した，「現代型神経症」というべきもの，すなわち，精神医学の新たな挑戦対象なのかもしれない．

（松本俊彦）

●文献

1) Kolle K. Psychiatrie ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Stuttgart：Georg Thieme Verlag；1961／塩崎正勝（訳）．K. コッレの精神医学．東京：文光堂；1963.

2) Hazelden Center. The Minnesota Model. http://www.hazelden.org/web/public/minnesotamodel.page

3) White LW. Slaying the Dragon. Bloomington：Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute；1998／鈴木美保子ほか（共訳）．米国アディクション列伝―アメリカにおけるアディクション治療と回復の歴史．東京：特定非営利活動法人ジャパンマック；2007.

4) Levine HG. The alcohol problem in America：From temperance to alcoholism. Br J Addict 1984；79：109-119.

5) 上野加代子．第5章 アディクション・共依存の社会的構築．清水新二（編）．共依存とアディクション―心理・家族・社会．東京：培風舘；2001. pp.182-229.

6) Jellinek EM. Disease Concept of Alcoholism, Reprint version. Piscataway, NJ：Alcohol Research Documentation；1988.

7) American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC：APA；2000／髙橋三郎ほか（訳）．DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引，新訂版．東京：医学書院；2003.

8) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders：Clinical Descriptions and Diagnostic Guideline. Geneva：WHO；1992／融 道男ほか（監訳）．ICD-10精神および行動の障害―臨床記述と診断ガイドライン．東京：医学書院；1993.

9) Edwards G. The alcohol dependence syndrome：Usefulness of this idea. In：Edwards G, Grant M (eds). Alcoholism：New Knowledge and New Response. London：Croom Helm；1977. pp.136-156.

10) Esquirol E. Des Maladies Mentales. Paris：Bailliere；1838.

11) Lacey JH, Evans CD. The impulsivist：A multi-impulsive personality disorder. Br J Addict 1986；81：641-649.

12) Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse. Review of literature. Int J Eat Disord 1994；16：1-34.

13) Krahn D. The relationship of eating disorders and substance abuse. J Subst Abuse 1991；3：239-253.

14) Krahn D, Kurth C, Demitrack M, et al. The relationship of dieting severity and bulimic behaviors to alcohol and other drug use in young women. J Subst Abuse 1992；4：341-353.
15) 洲脇　寛．薬物・アルコール関連用語に関する WHO 専門部会の勧告．臨床精神医学 1983；12：641-646.
16) 洲脇　寛．嗜癖精神医学の展開．東京：新興医学社；2005.
17) Coid J, Allolio B, Rees, LH. Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. Lancet 1983；2：545-546.
18) Jonas JM, Gold MS. The use of opiate antagonists in treating bulimia：A study of low-dose versus high-dose naltrexone. Psychiatry Res 1988；24：195-199.
19) Miller WR. Motivation for treatment：A review with special emphasis on alcoholism. Psychol Bull 1985；98：84-107.
20) American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th edition (DSM-5). Arlington VA：APP；2013／日本精神神経学会（監），髙橋三郎ほか（訳）．DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル．東京：医学書院；2014.
21) Frances A. Opening pandora's box：The 19 worst suggestions for DSM5. Psychiatr Times 2010；27：1-10.
22) American Psychiatry Association. DSM-5 draft. http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx
23) Khantzian EJ, Albanese MJ. Understanding Addiction as Self Medication：Finding Hope Behind the Pain. Lanham, Maryland：Rowman & Littlefield Pub；2008／松本俊彦（訳）．人はなぜ依存症になるのか―自己治療としてのアディクション．東京：星和書店；2013.
24) 松本俊彦．自傷行為の理解と援助．東京：日本評論社；2009.

2-1-5　処方薬乱用への対応

自殺の背景としての処方薬乱用

処方薬乱用と自殺との関連が指摘されている。生前に精神科の受診歴を有する自殺既遂者の多くが，自殺行動に及ぶ直前にベンゾジアゼピン系薬剤を含む処方薬を過量服薬しており，過量服薬によって惹起された酩酊状態あるいは脱抑制効果が，衝動性の高い致死的な行動を促進した可能性があるという[1]。また，処方薬乱用によって生じた薬物依存も増加傾向にあり，「薬剤を貯めている可能性を顧慮せずに漫然と処方を続けることが，薬物依存の発症に影響したと考えられる最大の問題点」という指摘もあるくらいである[2]。このように処方薬乱用は，向精神薬等の多剤大量処方が生み出した「医原病」という見方もできる。平成26年度診療報酬改定では，抗不安薬，睡眠薬等の多剤大量処方を適正化するための見直しが行われた。

ゲートキーパーとしての薬剤師

患者の服薬状況から自殺リスクを察知できるゲートキーパーとして薬剤師の関与が期待されている。薬剤師に対する期待は，「薬剤師は過量服薬のリスクの高い患者のゲートキーパー（厚生労働省，2010年）」「調剤や医薬品販売を通じて住民の健康情報に接する機会の多い薬剤師をゲートキーパーとして養成する（自殺総合対策大綱，2012年）」のように，政策上にも表れている。

薬剤師がゲートキーパーとして期待される背景にはいくつかの理由が考えられる。第一に，処方薬乱用の可能性がある患者との面会機会が多いことがあげられる。院外処方化に伴い，患者が服用する向精神薬等の多くは，地域の薬剤師が調剤・交付している。第二に，服薬状況から自殺のリスクに気づきやすい立場にあることがあげられる。例えば，患者との対話（服薬指導）を通じて，決められた量以上に服用していることに気がつくことや，自宅で保管されている大量の残薬に気がつくこともある。薬局に勤務する薬剤師の26％が，過去1年以内に過量服薬者に応対した経験を有することが報告されている[3]。第三に，薬剤師に対する相談の敷居の低さが考えられる。処方薬乱用という不都合な事実を主治医に話しにくいと感じる患者がいる一方で，薬剤師の前では本音が話せる患者もいるようである。診察室で語られない情報を主治医にフィードバックすることもゲートキーパーとしての薬剤師に期待される役割である。第四に，全国に広がる膨大な薬局数があげられる。全国の薬局数は55,797店舗（衛生行政報告例，2012年）にものぼり，全国のコンビニエンスストア49,323店舗（日本フランチャイズチェーン協会，2013年）を上回る。

薬剤師はこれまで，地域におけるメンタルヘルス支援とは縁のない職種であったかもしれない。しかし，精神保健福祉センターや保健所が薬剤師会等の関係団体と連携しながら，薬剤師対象のゲートキーパー研修会を開催する事例もみられるようになった。

◉参考文献

1)Hirokawa S. et al.：Psychiatry Clin Neurosci. 66, pp. 292-302, 2012.
2)松本俊彦ほか：日本アルコール・薬物医学会雑誌．47（6），pp. 317-330，2012.
3)嶋根卓也：YAKUGAKUZASSHI．133（6），pp. 617-630，2013.

（嶋根卓也）

精神保健福祉白書2015年版

改革ビジョンから10年―これまでの歩みとこれから

2014年11月20日　発行

編　集　　精神保健福祉白書編集委員会
発行者　　荘村明彦
発行所　　中央法規出版株式会社
〒110-0016 東京都台東区台東3-29-1　中央法規ビル
営　業　TEL 03-3834-5817　FAX 03-3837-8037
書店窓口　TEL 03-3834-5815　FAX 03-3837-8035
編　集　TEL 03-3834-5812　FAX 03-3837-8032
URL　http://www.chuohoki.co.jp/

印刷・製本　　株式会社太洋社
装幀・カバー画　　織田信生
ISBN978-4-8058-5074-9

落丁本・乱丁本はお取り替えいたします。
定価はカバーに表示してあります。
本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は、著作権法上での例外を除き禁じられています。また、本書を代行業者等の第三者に依頼してコピー、スキャン、デジタル化することは、たとえ個人や家庭内での利用であっても著作権法違反です。

精神科，26(1)：44-49，2015

特集Ⅰ｜精神科疫学入門

薬物乱用・依存の疫学*

和田　清**
松本俊彦**
舩田正彦**
嶋根卓也**
邱　冬梅**

Key Words：drug abuse, drug dependence, methamphetamine, cannabis, evasive drugs

はじめに

使うこと自体が違法行為である薬物（違法薬物）の乱用実態の把握は，ほとんど不可能な作業である．調査自体が違法行為の掘り起こしになり，調査の協力が得られないからである．しかし，どのような薬物が，どのような人たちによって使われているかをそれなりに把握することなしに，対策を講じることはできない．難しいながらも社会的には必須の調査ということができる．

筆者は，わが国には薬物乱用者は何人いるのかという質問を受けることが多いが，薬物乱用者といっても，1か月前に薬物を乱用した人もいれば，昨日薬物を乱用している人もいる．どのような人たちをカウントすべきなのか，実は，この問い自体が答えに窮する難問なのである．

そこで，調査時点からさかのぼって，1か月以内に使ったことのある人の割合（1か月経験率），1年以内に使ったことのある人の割合（1年経験率），これまでに使ったことのある人の割合（生涯経験率）などといった期間を決めた上での経験率を調べることになる．

さらに，調査対象者からの尿や血液から薬物を検出できれば，客観的な薬物使用状況の把握が可能であろうが，そのようなことが不可能であることは言うまでもない．

そこで採用される方法が，母集団を代表するようなサンプリング法に基づいて調査対象を決め，その人たちに対して聞き取り調査ないしは自記式調査を行うことになる．経験率の高い米国では聞き取り調査が行われているが，経験率のきわめて低いわが国では，自記式調査になるわけであるが，それでも，困難であることに変わりはない．結果的に，薬物の依存，乱用の区別も不可能であり，薬物の生涯経験率を調べるだけで精一杯なのがわが国の現状である．皮肉なことに，この事実は，わが国の違法薬物乱用状況が世界的にはいかに誇れる状況かを物語っている．

本稿では，違法薬物の使用実態把握のために実施されてきた各種調査の調査手法とその結果を紹介することによって，今日のわが国における薬物乱用・依存状況の動向を紹介したい．

わが国の薬物乱用・依存の状況

1．薬物事犯者数

薬物事犯者数とは，製造・販売のみならず，使うこと自体が法により規制されている薬物に関係して検挙された者たちの数であり，そのほ

* Drug abuse and dependence.

** Kiyoshi WADA, M.D., Ph.D., Toshihiko MATSUMOTO, M.D., Ph.D., Masahiko FUNADA, Ph.D., Takuya SHIMANE, M.P.H., Ph.D. & Dongmei QIU, M.P.H., Ph.D.：独立行政法人国立精神・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 東京都小平市小川東町4-1-1〕；Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo 187-8553, JAPAN

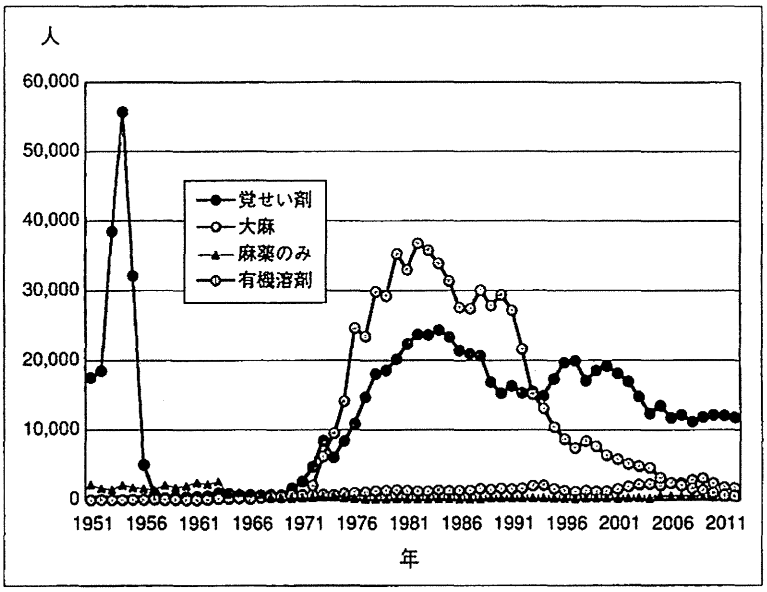


図1　薬物事犯者数(出典：犯罪白書)

とんどは使用者の数である．これは文字どおり「事犯者数」であり，絶対数を示している．

わが国の薬物乱用状況は，覚せい剤乱用の流行をその軸として，覚せい剤取締法事犯者数の推移を基に語られることが多い(図1)．戦後の社会混乱を背景に覚せい剤が乱用された第1次覚せい剤乱用期(1945～1957年)，オイルショックに象徴される実質経済成長率の急落を背景とする第2次覚せい剤乱用期(1970～1994年)，「バブル景気」の崩壊を背景とする第3次覚せい剤乱用期(1995年～)である[1)2)]．

ただし，第2次乱用期では，「毒物及び劇物取締法」事犯者数(事実上，有機溶剤事犯者数)が圧倒的に多く，有機溶剤・覚せい剤が圧倒的な2大乱用薬物であるという「わが国独自型」[2)]とも称すべき，世界的にも稀な乱用・依存状況にあったことに留意しておく必要がある．ところが，第3次覚せい剤乱用期の進行の中で，有機溶剤の乱用は激減し，薬物事犯者数上，2006年には，大麻取締法事犯者数(2,423人)が有機溶剤事犯者数(2,398人)を上回るという，わが国の薬物乱用の歴史上，特筆すべき変化が起きた．

薬物事犯者数からみたわが国の薬物乱用・依存状況は，①最も事犯者数の多い薬物は覚せい剤であり，②第2次乱用期の特徴でもあった有機溶剤事犯者は激減し，事犯者数は大麻事犯者に抜かれて3位となり，③大麻が2位に浮上した，とまとめることができる．

ただし，薬物事犯者とは検挙された者たちであり，世の中にいる乱用経験者のうちの「氷山の一角」にすぎないと同時に，医薬品のように，その使用・所持自体が法規制されていない医薬品や今日社会問題化している法を逃れる「脱法ドラッグ」(「危険ドラッグ」)の使用者は含んではいないと同時に，含むことができないという限界がある．

したがって，薬物事犯者数のみをもってわが国の薬物乱用・依存状況を語ることはできない．

2．一般人口を対象とした調査

その国の薬物乱用・依存状況を語るには，一般住民における薬物使用経験率の把握が必要になる．

(1)薬物使用に関する全国住民調査

この調査は，一般住民における薬物乱用経験率の把握のために，1995年から隔年で継続実施してきたわが国唯一の調査である[3)]．対象は層化二段無作為抽出(都道府県を11地区に分け，さらに各地区内を都市規模によって10分類し，計64層とし，標本数5,000人を64層の各層における人口密度に基づいて，各層に比例配分する方法(調

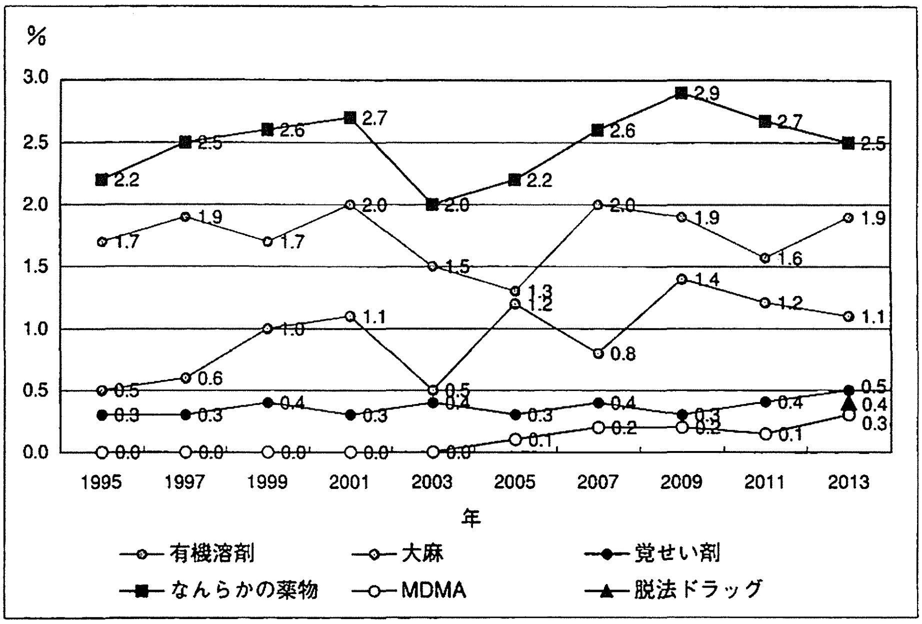


図 2 全国住民調査による違法薬物生涯経験率[3)]

査地点数は350）によって選ばれた全国の5,000人（2009年調査からは年齢の上限を設けて，15～64歳とした）であり，留置自記式調査によって実施されている．

生涯経験率（図 2）の最も高い薬物は有機溶剤であり，2013年では1.9％〔生涯経験者数の推計値：1,825,431人（上限：2,371,675人．下限：1,279,188人）〕である．ただし，1995年以降の推移をみると「横ばい」であり，この経験率は第 2 次覚せい剤乱用期での経験がいまだに残っている結果であると推定できる．2 番目に生涯経験率が高いのが大麻である．2013年では1.1％〔生涯経験者数の推計値：1,073,212人（上限：1,479,350人．下限：667,074人）〕であり，経年的には確実に増加傾向を示している．このことは，現時点でみれば，最も乱用されている薬物は大麻であろうと推定できる．そして，薬物問題といえばその筆頭として扱われがちな覚せい剤の生涯経験率は 3 位〔0.5％．生涯経験者数の推計値：519,721人（上限：802,642人．下限：236,800人）〕であり，経年的にも「横ばい」状態であることがわかる．

ところで，この種の調査では「正直に答えたくない」という心理的バイアスがかかるであろうことは予想に難くない．したがって，この種の調査で算出された生涯経験率は，「少なくともこのくらいはいるであろう」という数字であると同時に，同じ方法で継続調査することによって，生涯経験率の増減傾向とその程度をみることができるというところに重要性がある．

ところで，今日社会問題化している「脱法ドラッグ」については，2013年調査ではじめて調査対象薬物としたが，その結果が「いきなり」の0.4％〔生涯経験者数の推計値：399,773人（上限：630,774人．下限：168,771人）〕であった．2005年調査までは統計誤差内であったMDMAの生涯経験率が統計誤差でなくなったのは2007年調査からであることを考えると，初調査で0.4％となった「脱法ドラッグ」の広がりの勢いは驚異としか言いようがない．

全国住民調査からみたわが国の薬物乱用・依存状況は，①生涯経験率の高い順に，有機溶剤，大麻，覚せい剤であるが，②有機溶剤の生涯経験率は第 2 次覚せい剤乱用期の経験が残っているのであり，今日的にみれば，最も乱用されている薬物は大麻であり，その生涯経験率は増加傾向にある，③覚せい剤の乱用は増えも減りもしていない，④「脱法ドラッグ」は急激に社会に広まっており，今後の動向が注目される最たる

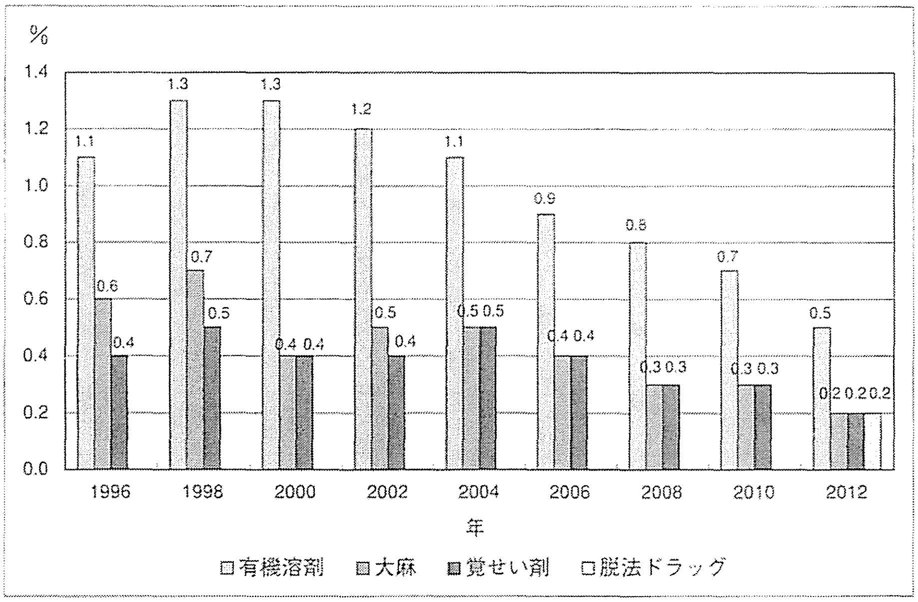


図３　中学生における薬物乱用生涯経験率[4]

薬物である，とまとめることができる．

(2)薬物乱用に関する全国中学生調査

この調査は，薬物乱用開始の最頻年齢である中学生における薬物乱用経験率把握のために，1996年から隔年で継続実施されてきたわが国唯一の全国中学生調査である[4]．対象は層別一段集落抽出法〔都道府県単位で最も中学生数が少ない県(島根県)での調査対象校数を１校とし，それ以外の都道府県での調査対象校数はその都道府県での中学生数が島根県の中学生数の何倍であるかによって決定し，決定された中学校数の中学校を各都道府県の中学校から無作為に選び，選ばれた学校では全生徒を調査対象とする方法．ただし，最終的には，調査対象校１校の場合は，その１校での調査ができなかった場合を考慮して，調査校数を２校とする〕によって選ばれた全国235中学校の全生徒である(2012年調査)．

長年，生涯経験率の高い順に，有機溶剤，大麻，覚せい剤であった(図３)．ところが，2012年調査で，はじめて「脱法ドラッグ」乱用経験を調べてみたところ，割合的には大麻，覚せい剤と同じ0.2%ながらも，人数的には「脱法ドラッグ」の生涯経験率が「突如として」第２位となった．このことは，2011年下半期頃から急激に社会問題化した「脱法ドラッグ」乱用がすでに全国の中学生間にも広まってしまっていることを示唆している．

３．特定の集団を対象とした調査

・全国精神科病院調査

この調査は，どのような薬物が原因で薬物関連精神障害が起きているのかを把握するために，1987年以降，全国の全有床精神科病院に対して(悉皆調査)隔年継続実施されてきた，わが国唯一の全有床精神科病院調査(2012年調査で1,609施設)である[5]．図４は，入院・通院の原因となった薬物の割合を示している．

第２次覚せい剤乱用期には，入院・通院の原因となった薬物の割合は，覚せい剤と有機溶剤がそれぞれ約40%であり，約80%の者が覚せい剤か有機溶剤が原因で入院・通院している時代であった．ところが，第３次覚せい剤乱用期に入ると，有機溶剤の割合が激減し，覚せい剤の割合が相対的に高くなると同時に，睡眠薬・抗不安薬の割合が年々増加し，2010年には睡眠薬・抗不安薬が第２位になった．

この睡眠薬・抗不安薬の割合の増加は，医薬品・処方薬乱用・依存の増加という文脈で捉えることができる．その象徴がリタリン®である．このリタリン®乱用問題は2002年頃から社会問題化し，結果的に2007年の適応症の見直し(「うつ」

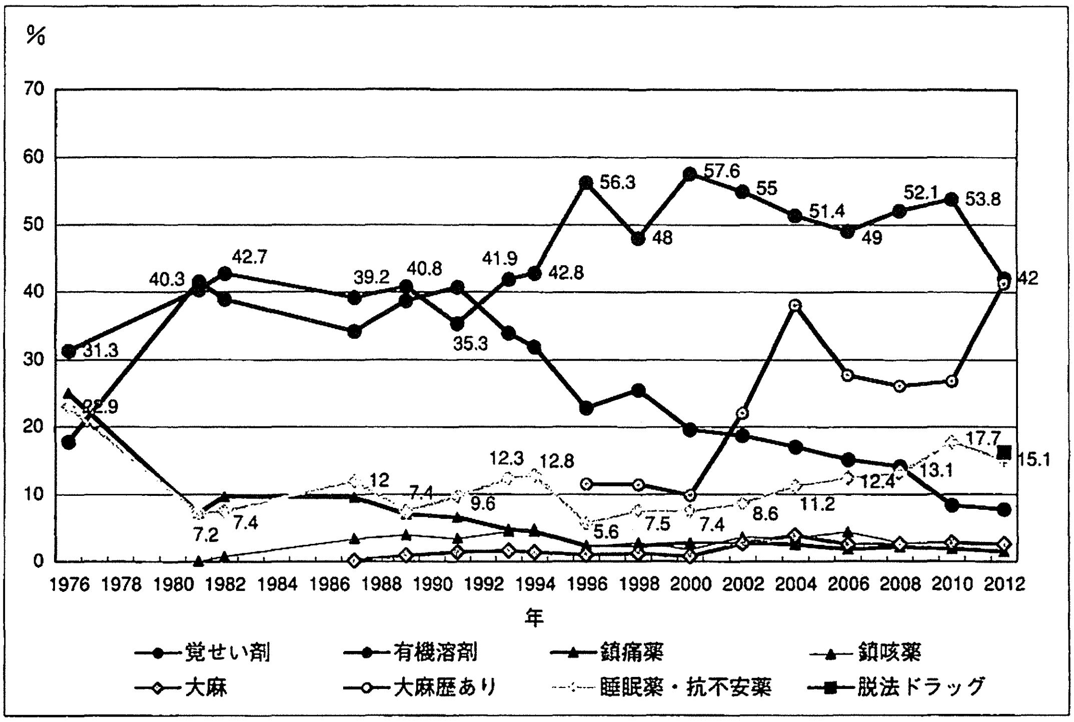


図４　薬物関連精神障害患者の原因薬物[5)]

の除外）と処方医の制限という「流通規制」という行政措置が講じられるに至った問題である[6)].

ところで，2012年調査では，はじめて「脱法ドラッグ」について調べたところ，「脱法ドラッグ」は睡眠薬・抗不安薬の割合をわずかに上まわって，「突如として」第２位となった．この結果は，前述の全国中学生調査の結果と同様であり，「脱法ドラッグ」乱用の急拡大を物語っている．

また，図４によれば，大麻が原因で入院・通院となった症例数はきわめて少ないものの，入院・通院の原因にはならなかったものの，大麻乱用経験のある者の割合は2002年から激増しており，大麻乱用の今日的拡大を示唆している．

全国精神科病院調査の結果は，①有機溶剤乱用・依存の激減と，②睡眠薬・抗不安薬といった医薬品の乱用・依存の拡大，③大麻乱用・依存の浸透と，④「脱法ドラッグ」乱用・依存の急激な拡大を物語っている．

4．今日の薬物乱用・依存状況の特徴

以上，わが国の薬物乱用・依存状況を示唆してくれる代表的なデータを紹介したが，それらをまとめると，①有機溶剤乱用・依存の激減，②覚せい剤乱用・依存の頭打ち，③大麻乱用の確実な浸透，④医薬品乱用の「静かな拡大」，⑤「脱法ドラッグ」乱用の急激な拡大ということになる．しかも，それらは，①「有機溶剤優位型」から「大麻優位型」への変化（「わが国独自型」から「欧米型」への変化），②中毒性精神病惹起作用の「弱い」薬物へのシフトであり，③結局は，「捕まる薬物」から「捕まらない薬物」へのシフトとであるということができる．その象徴が「脱法ドラッグ」であり，全国中学生調査や全国精神科病院調査でいきなり第２位に浮上した事実はそれを支持している．

おわりに

以上のように，わが国の違法薬物生涯経験率は2.5％（2013年）であるが，米国では48.0％（2012年），英国では36.4％（2009～2010年）であり，わが国の違法薬物生涯経験率が国際的にはいかに低いかがわかる．この世界に誇るべき低さを維持するためにも，本質的な「脱法ドラッグ」対策が望まれる．

本稿で紹介した各種疫学データの多くは，厚生労働科学研究費補助金(H23-医薬-一般-014)および(H25-医薬-一般-018)による研究成果の一部である．

文　献

1) 和田　清．薬物乱用の現状と歴史．神経精神薬理 1997；19：913.

2) 和田　清，尾崎　茂，近藤あゆみ．薬物乱用・依存の今日的状況と政策的課題．日本アルコール・薬物医学会雑誌 2008；43：120.

3) 和田　清，邱　冬梅，嶋根卓也．飲酒・喫煙・くすりの使用についてのアンケート調査(2013年)．平成25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)『「脱法ドラッグ」を含む薬物乱用・依存状況の実態把握と薬物依存症者の「回復」とその家族に対する支援に関する研究』(H25-医薬-一般-018, 研究代表者：和田　清)研究報告書．2014．p.17.

4) 和田　清，水野奈津美，嶋根卓也，ほか．飲酒・喫煙・薬物乱用についての全国中学生意識・実態調査(2012年)．平成24年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究」(H23-医薬-一般-014, 研究代表者：和田　清)研究報告書．2013．p.17.

5) 松本俊彦，谷渕由布子，高野　歩，ほか．全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査．平成24年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究」(H23-医薬-一般-014, 研究代表者：和田　清)研究報告書．2013．p.111.

6) 和田　清，嶋根卓也，舩田正彦．わが国における薬物乱用・依存の最近の特徴．日本社会精神医学会雑誌 2011；20：407.

＊　　＊　　＊

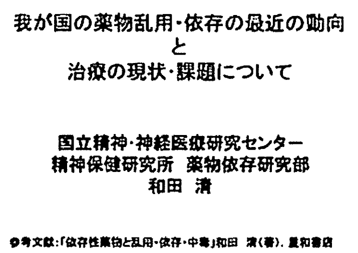
【基調講演①】

我が国の薬物乱用・依存の最近の動向と治療の現状・課題について

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部長
和田　　清

はじめに

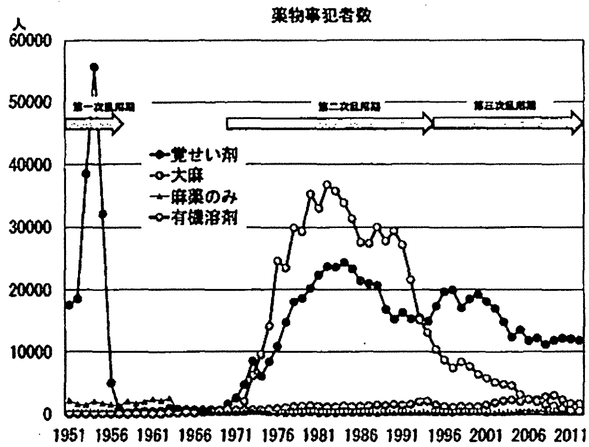
私は、本質的には医者ですが、薬物依存を専門にしており、世の中でどういう薬物が使われていて、どういう人が使っていて、使うとどうなるかということを研究してきました。



本日は、まず、最近の薬物乱用・依存の動向について特に脱法ドラッグに焦点を当ててお話をし、その後、薬物依存とはそもそもどういうことなのかについて触れていきたいと思います。そして、薬物依存に対する治療の在り方について御紹介をするという流れで、お話をしていきたいと思います。

1　薬物事犯者について

これ（次頁の図）は皆さんもよく御存じのように、警察の薬物事犯に係る検挙人員の年次推移です。現在、日本は第三次覚醒剤乱用期にあります。第二次乱用期は覚醒剤以上に有機溶剤——シンナー遊びとも言われていましたが——これが圧倒的に多かった。昔は全国どこに行ってもシンナー遊



びを見ることができました。誰でも見ることができた時代があったのです。それが第三次覚醒剤乱用期になると有機溶剤は人気がなくなっています。乱用者の間でも、「そんな安いものを使ってどうするんだ。」と言われるような世界になっています。その一方で、覚醒剤は一時期増えた後、停滞しています。

薬物事犯の原因別検挙人員を見ると、一番多いのが覚醒剤ですが、2006年になると、大麻は２位になりました。有機溶剤は３位まで転落しています。かつてに比べれば様変わりしている状況です。

ところが、日本の薬物乱用状況は、実際もこうなのかというと、なかなかそうは言い切れません。というのは、これは捕まった人の数に過ぎないからです。捕まった人は必ず「俺は運が悪い。俺以外にいっぱいいるよ。」と言います。私も確かにそうだと思います。社会の実態をより正確に把握するためには、ある程度、氷山の見えない部分がどうなっているかについて考えざるを得ないわけです。しかし、それは至難のわざでもあります。

2　最近の薬物使用の動向について

(1)　薬物使用に関する全国住民調査

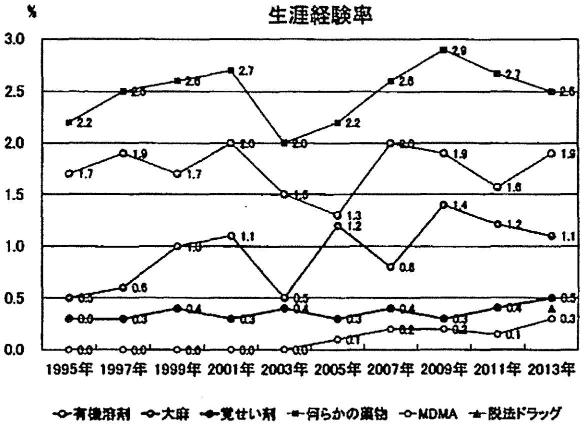
ただ、いわゆる先進国は、それでも何とか自分の国の薬物乱用状況をよ

り正確に把握しようと努め、そのための調査を継続しています。私たちのところでも随分前から始めています。その一つが、全国から5,000人を無作為で選び、調査用紙を配付し後日回収するという、通称「薬物使用に関する全国住民調査」[1]です。

薬物使用に関する全国住民調査

対　　　象：全国の15歳～64歳の国民
サンプリング方式：層化二段無作為抽出
（調査地点数：350）
サンプル数：5,000人
調査方法：個別訪問留置法（自記式）
調査期間：2013年10月17日～10月27日
有効回収数：2,948人
有効回収率：59.0%
有効回答数：2,926人（58.5%）

その調査用紙に「あなたはこれまでに覚醒剤を１回でもやったことがありますか」というような質問があります。もちろん、誰が考えても、やった人間が素直に「はい、やりました。」と書くわけはありませんし、こういう調査で出てくる数字の絶対数を鵜呑みにしてはいけません。ただ、同じ調査を繰り返すことによって、その薬物の経験者が増えているのか減っているのか、その増減を見ていく限りにおいては、有効な指標となります。



その結果をお見せすると、生涯経験率——これは、１回でも違法薬物を「やったことがある」と答えている人たちの割合ですが——このうち、まず、違法薬物の種類にかかわらず１回でもやったことがありますかという質問に対し、「はい」と答えた人たちが、直近では2.5%となっています。その内訳を見ますと、最も多いのは有機溶剤となっており、多少増減はあるものの、全体をならすとほぼ横ばいとなっています。ただ、これは、昔、シ

ンナー遊びをしたことのある人たちがそのように回答しているということであり、第二次覚醒剤乱用期の経験が未だに消えていないということに過ぎません。

しかし、次に多いのが、実は大麻となっています。多少増減はありますが、確実に増えています。したがって、この調査からは、現時点で見れば大麻が一番使われているということになります。ちなみに覚醒剤は、我が国においては薬物の象徴ですが、３番目でして、やや増えているようにも見えますが、ほぼ横ばい。本調査では、検挙者の数と順番が変わることを頭に置いておいていただきたいと思います。

問題になっている脱法ドラッグは、2013年に初めて全国調査の項目に入れたのですが、経験者率はいきなり0.4%となりました。「いきなり」を強調したいと思います。こうした調査で新しい薬物が突然こうした高い数値になるのは、私も初めての体験です。例えば、MDMAについても継続して調べていますが、図表のとおり調査項目に入れてもしばらくの間、まったく有意な数値にはなりませんでした。やっと最近になってこういう数字です。脱法ドラッグはいきなりそれを超えてしまいました。これだけでもすごい勢いだということが分かると思います。

(2)　全国精神科病院調査

基本的に、薬物を使うと精神的に不調をきたし、精神科の病院に来ます。そういうことから、我々は、精神科病院に通院・入院している薬物関連の精神疾患患者の実態調査[2]もやっています。精神疾患によって病院に来る原因となった薬物は何かというと、かつての第二次乱用期には覚醒剤と有機溶剤がそれぞれ40%と、合計８割はいずれかの薬物が原因でした。ところがその後、有機溶剤は人気がなくなり、どんどん減った。その半面、相対的に覚醒剤が割合とし

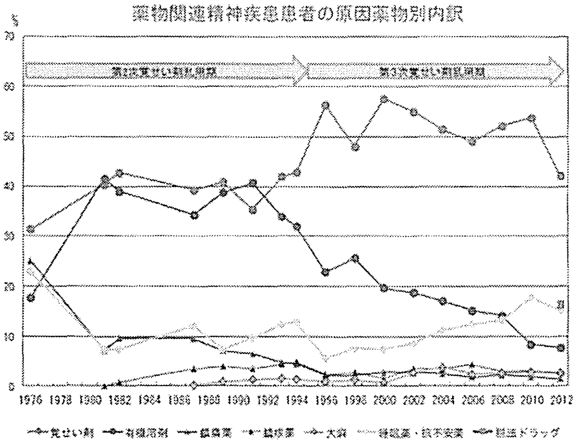
全国精神科病院調査（2012年）

調査対象施設1609施設中
1136施設（70.6%）より回答

・該当症例数:　1161例
・分析対象症例:　848例

て増えていきます。ただ、その陰で、実は睡眠薬・抗不安薬という医薬品が２位になりました。医薬品はいくら使っても捕まらない。犯罪にもならない。それがじわじわ増えているという大変な問題が実は起きていたわけです。

薬物関連精神疾患患者の原因薬物別内訳

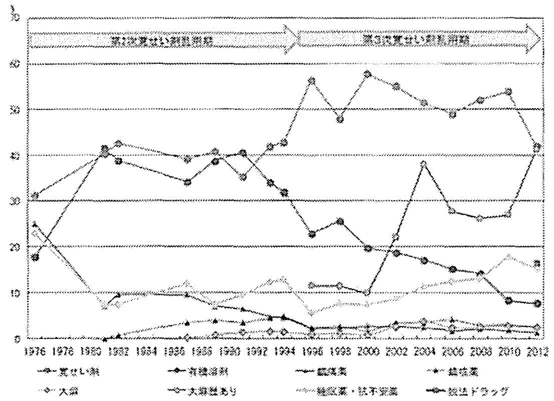


ところが、2012年、この調査でも脱法ドラッグを項目に入れて調べてみたら、２位の睡眠薬・抗不安薬をわずかに超えて、ここでもいきなり２位になりました。すごい勢いです。

先ほど、大麻は現時点で一番使われていると申し上げましたが、実は、大麻で通院・入院している方は少ないです。薬物一般に言えることですが、精神的におかしくする力――これを毒性とでも言うべきでしょうか――これには差がありますから、それによるものだと思います。ただ、大麻を原因とせず、他の薬物を原因として通院・入院している方々の中にも、実は大麻を使ったことがある方がいますから、そういう人たちをカウントしたグラフ（次頁）を見ると、2000年以降、急激に増えています。やはり2000年以降、日本に大麻が一気に広がったと見るべきだと思います。なかなか私たちの目には見えにくいのですが、状況は変わってきているということだと思います。

ちなみに、大麻取締法というのは、他の取締法とは少々違う部分があります。何が違うかと言うと、麻薬・覚醒剤には使用罪があり、基本的に使

薬物関連精神疾患患者の原因薬物内訳



うこと自体が犯罪になっています。ところが、大麻取締法には使用罪はありません。これは歴史的に色々な理由があり、ある意味では合理的なのかもしれませんが、杓子定規に言えば、使うだけでは捕まりません。誤解のないように付言すると、もちろん、現実には、使用罪はなくとも所持罪などで捕まるわけですが、いずれにせよ、大麻は他の薬物とは少し違うようなかたちで扱われてきた面もあります。

(3)　全国中学生調査

もう一つ御紹介します。若者がどんな薬物をどれくらい使っているのかということに関しても、我々は全国の中学生を対象として、その実態に関する全国調査[3]をやっています。これについては、有機溶剤が割合的には多い。ただ、それでも0.5%、200人に1人。ここまで劇的に下がった。この間の努力は相当なものだった思いますが、それが有機溶剤の鎮静化に結実しています。

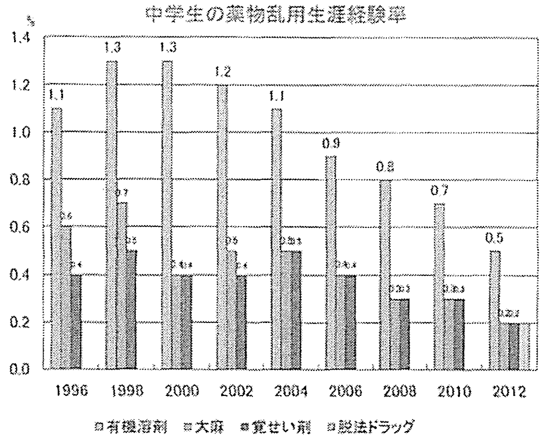
全国中学生調査

・対象校数:　235 校
・対象生徒数: 116, 984　人

・実施校数:　124 校 (52. 8%)
・実施生徒数: 54, 733 人 (46. 8%)
・有効回答数: 54, 486 人 (46. 6%)

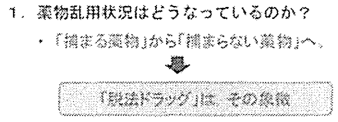
・　男性: 50. 6%
　　女性: 49. 4%

2番目に多いのは大麻、3番目は覚醒剤で、これまで、ずっとこの順でした。しかし、初めて脱法ドラッグについて調べたら、いきなり0.2%と、



大麻、覚醒剤に並びました。パーセンテージは同じですが、絶対数を見ると、実はこの0.2%の中で一番多いのが脱法ドラッグとなっています。脱法ドラッグがここでも第2位に浮上しています。繰り返しになりますが、こういう経験は、私は初めてです。

(4) 捕まる薬物から捕まらない薬物へのシフト



これまでいくつかの調査結果を御紹介してきましたが、それらの結果から見て取れるのは、世の中の薬物乱用者は、「捕まる薬物から捕まらない薬物にシフトしている」ということです。脱法ドラッグは捕まりませんし、医薬品も捕まりません。大麻には使用罪がありません。誰も捕まりたくないというのが今のトレンドであり、私は、その象徴として登場しているのが脱法ドラッグだと考えて良いのではないかと思っています。

3 捕まらない薬物の象徴としての「脱法ドラッグ」

(1) 脱法ドラッグ問題の変遷とその形態

さて、その脱法ドラッグですが、我が国では、今回が3回目の流行だと