

平成29年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業(精神障害分野)）
「向精神薬の処方実態の解明と適正処方を実践するための薬物療法ガイドラインに関する研究」
(H29-精神 - 一般-001)
分担研究報告書

薬物乱用・依存リスクの高い向精神薬と乱用・依存患者の背景要因に関する研究

研究分担者	松本俊彦	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部 部長
研究協力者	嶋根卓也	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部 心理社会研究室長
	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
	山本泰輔	国立精神・神経医療研究センター病院 精神科レジデント
	前田佳宏	国立精神・神経医療研究センター病院 精神科レジデント
	原 恵子	国立精神・神経医療研究センター病院 薬剤科

研究要旨

【目的】睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の臨床的特徴を検討し、その結果にもとづいて、精神科医療関係者が留意すべきポイントを提言する。

【方法】「2016年 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」で収集された薬物関連障害患者2262例のうち、主たる乱用薬物が覚せい剤、揮発性溶剤、大麻、危険ドラッグ、睡眠薬・抗不安薬、市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）のいずれかであり、しかもそれぞれの主たる乱用薬物を調査時点から1年以内に使用した経験のある患者979例を対象として、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の臨床的特徴を、他の薬物関連障害患者との比較から明らかにした。さらに、対象から睡眠薬・抗不安薬関連障害患者305例を抽出し、その男女別の臨床的特徴を比較するとともに、併存精神障害との継続的関係を検討した。

【結果】睡眠薬・抗不安薬関連障害患者は、大麻や危険ドラッグなどの関連障害患者に比べると、年齢層はやや高く、覚せい剤関連障害患者と同じく30～40代に集中しており、その一方で、覚せい剤をはじめとする違法薬物の関連障害患者とは異なり、女性に多かったのである。また、他の精神障害の併存率が突出して多く、こうした併存精神障害の大半は、薬物使用以前に発症していた。さらに睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の男女別の検討から、女性の場合には、「神経症性障害、ストレス関連障害、および身体表現性障害」と「成人の人格及び行動の障害」を併存する者が多く、その大半はそれらの精神障害から二次的に派生した、依存症未満の逸脱的使用様態を呈していた一方で、男性の場合には、一般的な薬物関連障害と大きくは変わらない心理社会的特徴を持ち、アルコール問題や他の違法薬物使用歴を持つ者が多かった。

【考察と結論】睡眠薬・抗不安薬使用障害予防のためには、女性の場合には、「神経症性障害、ストレス関連障害、および身体表現性障害」や「成人の人格及び行動の障害」を呈する者に対して、そして男性の場合には、アルコールや他の薬物の関連障害を持つ者に対しては、できるだけベンゾジアゼピン受容体作動薬の投与をしないことが必要かもしれないと考えられた。

A. 研究目的

かねてよりわが国の精神科医療においては、睡眠薬や抗不安薬などのベンゾジアゼピン受容体作動薬の安易な処方が問題となってきた。そのなかでも、研究分担者自身は、薬物依存症を専門とする立場から、薬物療法に偏重した精神科医療が引き起こす弊害を実感してきた。たとえば薬物関連障害患者の実態調査から、向精神薬乱用・依存患者の増加を把握するとともに（2011）、そうした患者の84%が、不眠や不安、抑うつ気分などを主訴に精神科治療を受けるなかで治療薬の逸脱的な使用を呈するに至っていることを報告した（2012）。そのなかで、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者は決して「刺激」や「快感」を求めて薬物を乱用しているのではなく、「不安」「不眠」「抑うつ」を緩和する意図からそうした薬物ら乱用しており、その一方で、残薬を顧慮しない漫然とした前倒し処方や診察なし処方など、医師の処方行動にも責任の一端がある可能性を指摘した。

以上の知見は、精神科医療へのアクセスによって皮肉にも睡眠薬・抗不安薬使用障害への罹患リスクが高められてしまう可能性を示唆する。しかし、そのことが、どのような精神障害に罹患している者にも等しく生じる可能性があるのか、また、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者であれば男女を問わず共通する現象なのかどうかについては明らかにされていない。

そこで、今年度の分担研究では、「2016年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」のデータベースを用いて、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の臨床的特徴を検討し、その結果にもとづいて、精神科医療関係者が留意すべきポイントを提言することを試みた。

B. 研究方法

1. 対象

本研究の対象は、「2016年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」で収集された薬物関連精神障害症例2262例のうち、主たる乱用薬物が、近年わが国で問題となっており、かつ乱用者数が比較的多い、覚せい剤、揮発性溶剤、大麻、危険ドラッグ、睡眠薬・抗不安薬、

市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）のいずれかであり、しかもそれぞれの主たる乱用薬物を調査時点から1年以内に使用した経験のある者である（ただし、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」の形態によるものだけを、「使用」と見なした）。

1) 2016年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

ここで、「2016年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」について簡単に説明しておく。この調査の対象施設は、全国の精神科病床を有する医療施設1,576施設（国立病院機構38施設、自治体立病院133施設、大学病院82施設、民間精神病院1,323施設）のであり、2016年9月1日から10月31日までの2ヶ月間に、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」の全例である。

具体的な調査実施方法は、調査対象施設に対して、あらかじめ2016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2016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、2017年1月末までに返送された症例も集計に加えた。

調査項目は、以下のような内容から構成されている。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」に該当する飲酒状態）、各種薬物の生涯使用歴、初使用薬

物の種類、現在における「主たる乱用薬物」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）併存精神障害に関する診断（ICD-10 分類）、併存精神障害と薬物使用との関係（併存精神障害の診断と乱用薬物との関係、併存精神障害の発症と薬物乱用の開始との経時的関係）などである。

2016 年の同調査では、対象施設 1576 施設のうち、1241 施設（78.7%）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 1014 施設（64.3%）であった。「該当症例あり」との報告は 229 施設（14.5%）から得られ、その症例数は計 2340 症例であった。しかし、報告された全症例のうち 38 例は面接調査による回答を拒否したため、そして 40 例は性別と年代、および主たる薬物に関する情報が欠損していたために解析対象から除外し、最終的な薬物関連障害症例は 2262 例となった。

2) 本研究の対象

この 2262 例のうち、主たる乱用薬物が覚せい剤、揮発性溶剤、大麻、危険ドラッグ、睡眠薬・抗不安薬、市販薬（鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など）のいずれかであり、しかもそれぞれの主たる乱用薬物を調査時点から 1 年以内に使用した経験のある者は、覚せい剤 418 例、揮発性溶剤 85 例、大麻 54 例、危険ドラッグ 27 例、睡眠薬・抗不安薬 305 例、市販薬 90 例の計 979 例であった。この 979 例を本研究の対象とした。

2. 方法

本研究では、まず、対象 979 例に関して、主要な乱用薬物による ICD-10 F1 下位診断カテゴリー、ならびに併存精神障害の ICD-10 診断カテゴリーを比較した。続いて、対象 979 例のうち、睡眠薬・抗不安薬を主要な乱用薬物とする 305 例に関して、男女間で年代、学歴、就労状況、犯罪歴、アルコール問題の有無、薬物問題による精神科入院、使用経験のある薬物の種類、ICD-10 F1 下位診断カテゴリーの分布、および併存精神障害の ICD-10 診断カテゴリーを比較した。さらに、睡眠薬・抗不安薬関連障害症例のうち、いずれかの併存精神障害を認める症例を抽出し、併存精神障害発症年齢を、睡眠薬・抗不安薬乱用開始年齢との経時的関係から、「薬物使用前」と「薬物使用後」（併存精神障害の発症とほぼ同時に薬物使用

が開始された場合には、「薬物使用後」とした）に分けて検討した。

3. 統計学的解析

統計学的解析には、IBM・SPSS ver22.0（Chicago, Illinois）を用い、カイ二乗検定によって比率の比較を行った。原則として両側検定で $p < 0.05$ を有意としたが、同じ項目内で多重比較を行った、「使用経験のある薬物の種類」「ICD-10 F1 下位診断カテゴリーの分布」、および「併存精神障害の ICD-10 診断カテゴリーについては、Type エラーを回避するために Bonferroni の方法で有意水準を補正した。

4. 倫理的配慮

「2016 年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、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ものであり（承認番号 A2016-002）、今回の解析は、当初の倫理審査申請段階で計画されていた内容である。

C. 結果

表 1 は、各主要乱用薬物における性比率と調査時点の年代を比較した結果である。性比率には 6 群間で有意差が認められ、睡眠薬・抗不安薬症例と市販薬症例では、男性率がそれぞれ 51.1%、55.6%と、他の乱用薬物症例に比して明らかに低かった。また、年代についても有意差が認められ、覚せい剤症例と睡眠薬・抗不安薬症例では、年代が 30～40 代を中心にやや幅広く分布しているのに対し、大麻、危険ドラッグ、市販薬では、30 代に集中している傾向が認められた。

表 2 は、6 群間で ICD-10 の F1 カテゴリー下位診断の分布を比較した結果である。「有害な使用」「離脱状態」「精神病性障害」「残遺性・遅発性精神病性障害」で有意差が認められた。「有害な使用」に関しては、睡眠薬・抗不安薬症例（23.3%）で該当者が高率であり、「離脱状態」に関しては、大麻症例（9.3%）と睡眠薬・抗不安薬症例（8.9%）で該当者が比較的高率であった。また、「精神病性障害」と「残遺性・遅発性精神病性障害」のいずれに関しても、覚せい剤症例（30.1%、21.1%）で該当者が最も高率であり、素意味薬・抗不安薬

症例では最も該当者が少なかった(3.0%, 2.3%)。

表3は、6群間でいずれかの併存精神障害の有無を比較したものである。その結果、6群間で有意差が認められ、睡眠薬・抗不安薬症例(77.7%)と市販薬症例(72.2%)は、他の4種の薬物症例に比べて顕著にいずれかの精神障害を認める症例の割合が多かった。

表4は、6群間で併存精神障害のICD-10診断カテゴリーを比較したものである。その結果、「気分障害」「神経症性障害、ストレス関連障害、および身体表現性障害」「成人の人格及び行動の障害」「知的障害(精神遅滞)」に関して6群間で、有意差が認められた(Bonferroni補正済)。「気分障害」「神経症性障害、ストレス関連障害、および身体表現性障害」「成人の人格及び行動の障害」に関しては、睡眠薬・抗不安薬症例(各26.6%, 34.7%, 19.7%)と市販薬症例(各28.9%, 23.3%, 25.6%)で該当者が多く、一方、「知的障害(精神遅滞)」に関しては、揮発性溶剤症例(20.0%)で該当者が多かった。

表5は、対象979例から睡眠薬・抗不安薬を主要乱用薬物とする症例305例を抽出し、男女間で、年代、学歴、就労状況、犯罪歴、アルコール問題、精神科入院歴を比較したものである。その結果、男性の睡眠薬・抗不安薬症例は、女性に比べて、「薬物関連犯罪での補導・逮捕歴」(11.7% vs. 4.7%)、「矯正施設入所歴」(12.8% vs. 4.7%)、「現在のアルコール問題」(30.8% vs. 20.8%)を持つ者が有意に多かった。

表6は、睡眠薬・抗不安薬症例305例に関して、男女間で、「使用経験のある薬物」「ICD-10診断」「併存精神障害」に関して比較した結果である。「使用経験のある薬物」に関しては、男性では、女性よりも「覚せい剤」(20.5% vs. 8.7%)と「揮発性溶剤」(15.4% vs. 5.4%)の使用経験者が有意に多かった(Bonferroni補正済)。ICD-10診断に関しては、男性では、女性よりも「急性中毒」(3.2% vs. 12.1%)と「有害な使用」(15.4% vs. 31.5%)の該当者が有意に少なく、一方、男性では女性よりも「依存症候群」の該当者が多かった(Bonferroni補正済)。併存精神障害に関しては、男性は女性よりも「神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」(26.3% vs. 43.0%)、「成人の人格及び行動の障害」(9.6% vs. 30.2%)が有意に少なかった(Bonferroni補正済)。

表7は、併存精神障害を伴う睡眠薬・抗不安薬関連障害症例237例に関して、睡眠薬・抗不安薬乱用の開始と併存精神障害発症の継時的関係を調べた結果を示したものである。表からも明らかのように、「症状性を含む器質性精神障害」と「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」以外の全ての併存精神障害の診断カテゴリーに関して、薬物使用に先立って併存精神障害が発症していた。

D. 考察

本研究は、精神科医療の現場で事例化している睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の臨床的特徴を飽きからにすべく、我々が経年的に実施している、「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」の最も直近のデータを再解析したものである。

本研究では、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者は、他の薬物関連障害患者とは一線を画する人口動態的特徴を持っていることが明らかにされた。すなわち、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者は、大麻や危険ドラッグなどの関連障害患者に比べると、年齢層はやや高く、覚せい剤関連障害患者と同じく30~40代に集中しており、その一方で、覚せい剤をはじめとする違法薬物の関連障害患者とは異なり、女性に多かったのである。このことは、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者は、違法薬物の関連障害患者とは、年代や性比率に関して明らかに異なる人口動態的特徴を持っていることを意味する。また、女性の割合の多さという点では、市販薬関連障害患者と類似した性構成を示していたものの、市販薬関連障害患者では年代が30代で最も多いことから、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者はそれよりは若干年齢層が高いと考えられる。

本研究ではまた、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者では、物質関連障害の病態を反映するICD-10 F1診断下位カテゴリーにおいて「有害な使用」と「離脱状態」に該当する者が多いことが明らかにされた。「離脱状態」の多さについては、ベンゾジアゼピン受容体作動薬が、連用によって耐性・離脱といった身体依存を生じやすい中枢神経抑制薬であることを考えれば、当然の結果といえ

る。しかし、「依存症候群」と相互排他的な診断カテゴリーである「有害な使用」が多いのは意外であった。このことを理解するには、後述する併存精神障害との関係を考慮する必要があるかもしれない。おそらくこの「有害な使用」とは、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者に併存する、「成人の人格及び行動の障害」なかでも情緒不安定性/境界性パーソナリティ障害による行動化としての逸脱的使用や挿話性の過量服薬が含まれているのであろう。

本研究では、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者は、他の薬物の関連障害患者と比べても、他の精神障害の併存率が突出して多く、なかでも、「気分障害」や「神経症性障害、ストレス関連障害、および身体表現性障害」、「成人の人格及び行動の障害」が多いことも明らかにされた。また、こうした併存精神障害の大半は、薬物使用以前に発症していることも明らかにされた。このことは、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の場合には、まずは「気分障害」や「神経症性障害、ストレス関連障害、および身体表現性障害」、「成人の人格及び行動の障害」といった精神障害に罹患し、その治療を求めて医療にアクセスし、精神科薬物療法を受けている過程で睡眠薬・抗不安薬関連障害を発症している者が少なくない可能性を意味する。

ただし、上述した睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の臨床的特徴は、いずれも患者の多くを占める女性の特徴を反映していたものであり、男性の場合には必ずしも当てはまらないかもしれない。というのも、男女別に検討してみると、男性は、犯罪歴を持つ者、アルコール問題を抱えている者、覚せい剤や揮発性溶剤といった他の薬物使用経験を持つ者、「依存症候群」に該当する者が多かったからである。このことから次のことが推測される。すなわち、女性の場合には、「神経症性障害、ストレス関連障害、および身体表現性障害」と「成人の人格及び行動の障害」を併存する者が多く、その大半はそれらの精神障害から二次的に派生した、依存症未満の逸脱的使用様態を呈する一方で、男性の場合には、一般的な薬物関連障害と大きくは変わらない心理社会的特徴を持ち、むしろアルコールや他の違法薬物からの移行者が少なくない可能性である。

以上の知見から、睡眠薬・抗不安薬使用障害を

予防するうえで、精神科医療関係者が留意すべきポイントとして次のような提言があるであろう。すなわち、女性の場合には、「神経症性障害、ストレス関連障害、および身体表現性障害」や「成人の人格及び行動の障害」を呈する者に対して、そして男性の場合には、アルコールや他の薬物の関連障害を持つ者に対しては、睡眠薬・抗不安薬関連障害の罹患リスクを考慮し、できるだけベンゾジアゼピン受容体作動薬の投与をしないことが必要かもしれない。

最後に本研究の限界を述べておく。本研究は、あくまでも睡眠薬・抗不安薬関連障害を発症した者に関する横断的な情報収集にもとづいて、睡眠薬・抗不安薬関連障害の発症リスクを推測したものにすぎず、前方視的な情報収集から厳密な意味での発症リスクを同定したものではない。また、情報収集は、「2016年 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」に協力した医療機関の各担当医によってなされており、精神医学的診断は構造化面接によるものではなく、あくまでも臨床診断に依拠している。このため情報の室にバラツキがある可能性は除外できない。しかしそのような限界にもかかわらず、本研究は、わが国の精神科医療に現場における睡眠薬・抗不安薬関連障害の患者の臨床的特徴を反映した、最大規模の研究であることは強調しておきたい。

E . 結論

今年度の本分担任では、「2016年 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」で収集された薬物関連障害患者 2262 例のうち、主たる乱用薬物が覚せい剤、揮発性溶剤、大麻、危険ドラッグ、睡眠薬・抗不安薬、市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)のいずれかであり、しかもそれぞれの主たる乱用薬物を調査時点から1年以内に使用した経験のある患者 979 例を対象として、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の臨床的特徴を、他の薬物関連障害患者との比較から明らかにした。さらに、対象から睡眠薬・抗不安薬関連障害患者 305 例を抽出し、その男女別の臨床的特徴を比較するとともに、併存精神障害との継時的関係を検討した。その結果、睡眠薬・

抗不安薬関連障害患者には、他の薬物関連障害症例とは異なる臨床的特徴があること、また、同じ睡眠薬・抗不安薬関連障害患者でも男女によって背景にある心理社会的特徴に総意があることが明らかにされた。以上の知見にもとづいて、睡眠薬・抗不安薬使用障害予防のために精神科医療関係者が留意すべきポイントを提言した。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 谷淵由布子, 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 松本俊彦: 多剤処方規制と背景. 臨床精神薬理 20(9): 975-982, 2017.
- 7) 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癮性障害群からてんかんまで-, 85-89, 2017.
- 8) 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癮性障害群からてんかんまで-, 90-94, 2017.
- 9) 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, 2017.
- 10) 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.
- 11) 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.

- 12) 谷淵由布子, 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.
- 13) 松本俊彦: 特集 さ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.

2. 学会発表

- 1) 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る. 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.
- 2) 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.
- 3) 松本俊彦:【シンポジウム64】さまざまな精神障害の「病識」をどのようにちりょうするか 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 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 回日本工
イズ学会学術集会・総会 ,東京 ,2017.11.24.

- 12) 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.

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

G . 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

なし

引用文献

松本俊彦, 尾崎 茂, 小林桜児, ほか (2011)
わが国における最近の鎮静剤 (主としてベン
ゾジアゼピン系薬剤) 関連障害の実態と臨床
的特徴 覚せい剤関連障害との比較
精神神経学雑誌 113: 1184-1198.

松本俊彦, 成瀬暢也, 梅野 充, ほか (2012)
Benzodiazepines 使用障害の臨床的特徴とそ
の発症の契機となった精神科治療の特徴に関
する研究. 日本アルコール・薬物医学会雑誌,
47: 317-330.

表1: 対象6薬物の関連障害症例979例における性比率と年代

		主たる薬物						χ^2 値	df	p*	
		覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	危険ドラッグ	睡眠薬・ 抗不安薬	市販薬 (鎮咳薬・ 感冒薬・ 鎮痛薬・ 睡眠薬など)				
		n=418	n=85	n=54	n=27	n=305	n=90				
生物学的性別 (男性数)	度数	294	65	51	25	156	50	69.359	5	<0.001	
	%	70.3	76.5	94.4	92.6	51.1	55.6				
調査時点の年代	10代	度数 %	2 0.5	0 0.0	2 3.7	0 0.0	2 0.7	3 3.3	82.597	30	<0.001
	20代	度数 %	51 12.2	15 17.6	14 25.9	6 22.2	56 18.4	20 22.2			
	30代	度数 %	136 32.5	24 28.2	26 48.1	15 55.6	88 28.9	30 33.3			
	40代	度数 %	130 31.1	36 42.4	7 13.0	5 18.5	94 30.8	18 20.0			
	50代	度数 %	83 19.9	8 9.4	5 9.3	1 0.7	37 12.1	14 15.6			
	60代	度数 %	14 3.3	2 2.4	0 0.0	0 0.0	16 5.2	3 3.3			
	70代以上	度数 %	2 0.5	0 0.0	0 0.0	0 0.0	12 3.9	2 2.2			

表2: 主要乱用薬物によるICD-10 F1カテゴリー下位診断の比較

		主たる薬物						χ^2 値	df	p*
		覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	危険ドラッグ	睡眠薬・ 抗不安薬	市販薬 (鎮咳薬・ 感冒薬・ 鎮痛薬・ 睡眠薬など)			
		n=418	n=85	n=54	n=27	n=305	n=90			
F1x.0 急性中毒	度数	12	8	0	3	23	4	16.285	5	0.006
	%	2.9	9.4	0.0	11.1	7.5	4.4			
F1x.1 有害な使用	度数	8	5	8	3	71	16	87.070	5	<0.001
	%	1.9	5.9	14.8	11.1	23.3	17.8			
F1x.2 依存症候群	度数	295	65	34	15	235	72	13.504	5	0.019
	%	70.6	76.5	63.0	55.6	77.0	80.0			
F1x.3 離脱状態	度数	10	1	5	0	27	4	22.439	5	<0.001
	%	2.4	1.2	9.3	0.0	8.9	4.4			
F1x.4 せん妄を伴う離脱状態	度数	4	1	0	1	9	0	8.141	5	0.149
	%	1.0	1.2	0.0	3.7	3.0	0.0			
F1x.5 精神病的障害	度数	126	13	13	6	9	6	99.850	5	<0.001
	%	30.1	15.3	24.1	22.2	3.0	6.7			
F1x.6 健忘症候群	度数	4	3	3	0	2	2	11.931	5	0.036
	%	1.0	3.5	5.6	0.0	0.7	2.2			
F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病的障害	度数	88	12	8	3	7	5	61.208	5	<0.001
	%	21.1	14.1	14.8	11.1	2.3	5.6			
F1x.8 他の精神および行動の障害	度数	2	2	0	0	4	0	5.394	5	0.370
	%	0.5	2.4	0.0	0.0	1.3	0.0			

* カイ二乗検定 Bonferroniの補正 (P<0.05/9=0.0056を有意とする)

表3: 主要乱用薬物による精神障害併存率の比較

		主たる薬物						χ^2 値	df	p*
		覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	危険ドラッグ	睡眠薬・ 抗不安薬	市販薬 (鎮咳薬・ 感冒薬・ 鎮痛薬・ 睡眠薬など)			
		n=418	n=85	n=54	n=27	n=305	n=90			
いずれかの併存精神障害あり	度数	192	47	21	13	237	65	90.743	5	<0.001
	%	45.9	55.3	38.9	48.1	77.7	72.2			

* カイ二乗検定 (P<0.05が有意水準)

表4: 主要な乱用薬物による併存精神障害の詳細に関する比較

		主たる薬物						χ^2 値	df	p*
		覚せい剤	揮発性溶剤	大麻	危険ドラッグ	睡眠薬・ 抗不安薬	市販薬 (鎮咳薬・ 感冒薬・ 鎮痛薬・ 睡眠薬など)			
		n=418	n=85	n=54	n=27	n=305	n=90			
F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 %	8 1.9	2 2.4	0 0.0	0 0.0	12 3.9	1 1.0	6.236	5	0.284
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 %	36 8.6	6 7.1	3 5.6	4 14.8	19 6.2	5 5.6	4.367	5	0.498
F3 気分障害	度数 %	68 16.3	11 12.9	11 20.4	4 14.8	81 26.6	26 28.9	18.841	5	0.002
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 %	41 9.8	12 14.1	4 7.4	1 3.7	106 34.8	21 23.3	83.709	5	<0.001
F5 生理的障害および身体的要因に関連した精神障害	度数 %	10 2.4	1 1.2	1 1.9	0 0.0	13 4.3	2 2.2	4.602	5	0.466
F6 成人の人格及び行動の障害	度数 %	28 6.7	6 7.1	3 5.6	3 11.1	60 19.7	23 25.6	45.758	5	<0.001
F7 知的障害(精神遅滞)	度数 %	28 6.7	17 20.0	1 1.9	0 0.0	12 3.9	5 5.6	33.049	5	<0.001
F8 心理的発達障害	度数 %	12 2.9	1 1.2	2 3.7	3 11.1	12 3.9	9 10.0	15.220	5	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 %	21 5.0	3 3.5	0 0.0	0 0.0	9 3.0	4 4.4	5.662	5	0.341

* カイ二乗検定 Bonferroniの補正 (P<0.05/9=0.0056を有意とする)

表5: 睡眠薬・抗不安薬関連障害症例305例における男女比較(1)

		男性 n=156	女性 n=149	χ^2 値	df	p*	
現在の年代	10代	度数 %	1 0.6	1 0.7	4.668	6	0.587
	20代	度数	23	33			
		%	14.7	22.1			
	30代	度数	44	44			
		%	28.2	29.5			
	40代	度数	50	44			
		%	32.1	29.5			
	50代	度数	22	15			
		%	14.1	10.1			
	60代	度数	8	8			
		%	5.1	5.4			
	70代以上	度数	8	4			
		%	5.1	1.3			
	高卒以上の学歴(あり)		度数 %	108 69.2			
有職(現在何らかの職に就いている)		度数 %	55 35.3	48 32.2	2.399	1	0.030
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		度数 %	18 11.5	7 4.7	4.739	1	0.029
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		度数 %	24 15.4	14 9.4	2.506	1	0.113
矯正施設入所歴(あり)		度数 %	20 12.8	7 4.7	6.231	1	0.013
現在のアルコール問題(あり)		度数 %	48 30.8	31 20.8	3.942	1	0.047
薬物問題による精神科入院歴(あり)		度数 %	93 59.6	97 65.1	0.976	1	0.323

* カイ二乗検定 (P<0.05が有意水準)

表6: 睡眠薬・抗不安薬関連障害症例305例における男女比較(2)

N		男性 n=156	女性 n=149	χ^2 値	df	p*		
使用経験のある薬物	覚せい剤	度数 %	32 20.5	13 8.7	8.420	1	0.004	
	揮発性溶剤	度数 %	24 15.4	8 5.4	8.140	1	0.004	
	大麻	度数 %	23 14.7	11 7.4	4.169	1	0.041	
	コカイン	度数 %	8 5.1	1 0.7	5.287	1	0.021	
	ヘロイン	度数 %	2 1.3	0 0.0	1.923	1	0.166	
	MDMA	度数 %	8 5.1	3 2.0	2.127	1	0.145	
	MDMA以外の幻覚剤	度数 %	7 4.5	3 2.0	1.471	1	0.225	
	危険ドラッグ	度数 %	18 11.5	7 4.7	4.739	1	0.029	
	鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数 %	7 4.5	9 6.0	0.370	1	0.543	
	鎮痛薬 (処方オピオイド系・弱オピオイドも含む)	度数 %	2 1.3	0 0.0	1.923	1	0.166	
	市販薬	度数 %	14 9.0	22 14.8	2.455	1	0.117	
	ADHD治療薬	度数 %	3 1.9	2 1.3	0.159	1	0.690	
	ICD-10診断	F1x.0 急性中毒	度数 %	5 3.2	18 12.1	8.610	1	0.003
		F1x.1 有害な使用	度数 %	24 15.4	47 31.5	11.142	1	0.001
F1x.2 依存症候群		度数 %	131 84.0	104 69.8	8.660	1	0.003	
F1x.3 離脱状態		度数 %	19 12.2	8 5.4	4.381	1	0.036	
F1x.4 せん妄を伴う離脱状態		度数 %	4 2.6	5 3.4	0.167	1	0.683	
F1x.5 精神病性障害		度数 %	7 4.5	2 1.3	2.632	1	0.105	
F1x.6 健忘症候群		度数 %	2 1.3	0 0.0	1.923	1	0.166	
F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害		度数 %	5 3.2	2 1.3	1.179	1	0.277	
F1x.8 他の精神および行動の障害		度数 %	0 0.0	4 2.7	4.244	1	0.039	
いずれかの併存精神障害あり	度数 %	113 72.4	124 83.2	5.117	1	0.024		
併存障害の種類	F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 %	8 5.1	4 2.7	1.204	1	0.273	
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 %	13 8.3	6 4.0	2.420	1	0.120	
	F3 気分障害	度数 %	41 26.3	40 26.8	0.120	1	0.911	
	F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	度数 %	42 26.9	64 43.0	8.636	1	0.003	
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数 %	3 1.9	10 6.7	4.282	1	0.039	
	F6 成人の人格及び行動の障害	度数 %	15 9.6	45 30.2	20.438	1	<0.001	
	F7 知的障害(精神遅滞)	度数 %	7 4.5	5 3.4	0.258	1	0.611	
	F8 心理的発達の障害	度数 %	10 6.4	2 1.3	5.179	1	0.023	
	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 %	7 4.5	2 1.3	2.632	1	0.105	

* カイ二乗検定(P<0.05が有意水準:ただし、Bonferroniの補正にもとづき、使用経験のある薬物についてはP<0.05/11=0.0045を、ICD-10診断と併存精神障害についてはP<0.05/9=0.0056をそれぞれ有意とする

表7: 併存精神障害を伴う睡眠薬・抗不安薬関連障害症例237例における睡眠薬・抗不安薬乱用の開始と併存精神障害発症の継時的関係

	N		薬物使用前	薬物使用后
F0 症状性を含む器質性精神障害	12	度数 %	7 58.3	5 41.7
F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	19	度数 %	10 52.6	9 47.4
F3 気分障害	81	度数 %	57 70.4	24 29.6
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	106	度数 %	97 91.5	9 8.5
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	13	度数 %	11 84.6	2 1.5
F6 成人の人格及び行動の障害	60	度数 %	55 91.7	5 8.3
F7 知的障害(精神遅滞)	12	度数 %	12 100.0	0 0.0
F8 心理的発達の障害	12	度数 %	12 100.0	0 0.0
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	9	度数 %	9 100.0	0 0.0