

平成30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	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
	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
	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
	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
	原 恵子	国立精神・神経医療研究センター病院 薬剤科 薬剤師

研究要旨

【目的】わが国代表的な乱用薬物である覚せい剤の関連障害患者、ならびに、睡眠薬・抗不安薬と同じく非規制乱用薬物である市販薬の関連障害患者との比較を通じて、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の臨床的特徴を明らかにする。

【方法】「2018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」のデータベースから、睡眠薬・抗不安薬を主たる薬物とし、直近1年間の当該薬物乱用を呈した症例343例を抽出し、これを対象として設定した。一方、同じデータベースから、覚せい剤を主たる薬物とし、直近1年以内の当該薬物乱用を呈した症例452例、ならびに、市販薬を主たる薬物とし、直近1年以内の当該薬物乱用を呈した症例105例を抽出し、これらを対照群とした。この3群間で、人口動態学的データや生活背景、犯罪歴、薬物入手経路、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)を比較した。

【結果】睡眠薬・抗不安薬関連障害患者はその臨床的特徴において、覚せい剤関連障害患者とは様々な相違点がある一方で、市販薬関連障害患者とは共通した部分が多いことが明らかにされた。そして、そのような相違点や共通点は、それぞれの乱用薬物が規制されている違法薬物であるか、あるいは治療目的での使用が許容されている医薬品であるか、さらにはその薬物が持つ薬理作用による違いが関係していると考えられた。また、睡眠薬・抗不安薬関連障害と市販薬関連障害の違いには、前者は精神障害による心理的苦痛に対する医学的治療の過程で生じるのに対し、後者では若年であるゆえに医療にアクセスできないまま、手近な市販薬で対処する結果生じることが考えられた。

【結論】睡眠薬・抗不安薬関連障害患者は、わが国の体表的な規制薬物である覚せい剤の関連障害患者とは様々な点で異なる臨床的特徴を持っている。その点では、むしろ市販薬の関連障害と共通した特徴を持っているが、患者の年代や発症プロセスなどの点で若干の差異がある。

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。そのなかで研究分担者は、薬物関連障害患者の実態調査から、向精神薬乱用・依存患者の増加を報告するとともに（2011）、そうした患者の多くが不眠や不安、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可能性を指摘してきた（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。しかし、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者そのものの臨床的特徴についていまだ明らかにされていないことが多い。

そこで本分担研究では、昨年度、「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における男女間の比較を行った。その結果、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傾向があること、そして男性の場合には、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背景を持ち、アルコール問題や他の違法薬物使用歴を持つ者が多いことを確認した。

今年度は、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の臨床的特徴を明らかにするために、「2018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、わが国の代表的な乱用薬物である覚せい剤の関連障害患者と、睡眠薬・抗不安薬と同じく非規制乱用薬物である市販薬の関連障害患者との比較を行った。よって、ここにその結果を報告するとともに、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の臨床的特徴に関して若干の考察を行いたい。

B．研究方法

1. 2018年全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査（以下、病院調査）について

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

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。

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。

調査項目：調査票の質問項目は、経時的な傾向の把握のために、毎回、以下のような項目を設定している。すなわち、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

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)、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)である。

「主たる薬物」の定義: 該当症例の「主たる薬物」とは、「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、「覚せい剤」「揮発性溶剤(トルエン、シンナー、ガスパン)」「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)」「鎮痛薬(処方オピオイド)」「市販薬(鎮咳薬、感冒薬、鎮痛薬、睡眠薬など)」「ADHD(Attention-Deficit/Hyperactive disorder 注意欠陥・多動症)治療薬」「その他」「多剤」である。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。

3) 調査の結果

2018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。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。さらに全対象症例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。このうち、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。そして、「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。

2. 本研究の対象と方法

2018年病院調査で収集された「1年以内使用あり」症例1149例から、睡眠薬・抗不安薬を主たる薬物とする症例343例を抽出し、これを本研究の対象とした。そして、覚せい剤を主たる薬物とする症例452例、ならびに市販薬を主たる薬物とする症例105例を抽出し、これらを対照群とした。

そのうえで、この3群間で、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)、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)について比較を行った。

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

表 1 に、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者、覚せい剤関連障害患者、市販薬関連障害患者の 3 群間で、人口動態的変数、ならびに心理社会的背景の比較を行った結果を示す。まず性差に関して有意差が認められ ($p<0.001$)、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者 (男性率 49.0%) と市販薬関連障害患者 (男性率 55.2%) では、男女比はほぼ 1:1 であったのに対し、覚せい剤関連障害患者では男性の割合が多かった (男性率 69.7%)。年代に関しても有意差が認められ ($p<0.001$)、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者と覚せい剤関連障害患者は 30~40 代に集中していたが、市販薬関連障害患者の場合には 20~40 代と、それよりは若い年代にも多く見られた。さらに高校卒業以上の学歴を持つ者の割合についても有意差が認められ ($p<0.001$) 睡眠薬・抗不安薬関連障害患者 (65.3%) と市販薬関連障害患者 (64.8%) に比べると、覚せい剤関連障害患者は明らかに高校卒業以上の学歴を持つ者の割合が低かった (40.0%)。なお、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、矯正施設入所歴については覚せい剤関連障害患者で突出して多く、調査時点での有職率、現在のアルコール問題、薬物問題による精神科入院歴については、3 群間で有意差は認められなかった。

表 2 に、乱用薬物の入手経路を比較した結果を示す。薬物入手経路は各群でその違いが明確であり、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者では、精神科医療機関 79.0%、身体科医療機関 33.2% と、医療機関を入手経路とする者が大半を占め、覚せい剤関連障害患者は密売人 54.2%、知人 27.2% といった非公式の入手経路が大半を占め、市販薬関連障害患者では薬局 71.4%、店舗 23.8% であった。なお、興味深いことに、覚せい剤 (9.1%) と市販薬

(9.5%) の関連障害患者では 1 割程度にインターネットを入手経路としている者が認められた。

表 3 に、ICD-10 F1 診断下位分類を比較した結果を示す。3 群間で有意差が認められたのは、「急性中毒」 (7.9% vs. 2.0% vs. 7.6%, $p<0.001$)、 「有害な使用」 (23.9% vs. 13.3% vs. 23.8%, $p<0.001$)、 「離脱状態」 (4.4% vs. 1.5% vs. 7.6%, $p=0.003$)、 「せん妄を伴う離脱状態」 (7.0% vs. 0.7% vs. 3.8%, $p<0.001$)、 「精神病性障害」 (3.5% vs. 28.8% vs. 6.7%, $p<0.001$)、 「残遺性障害・遅発性精神病性障害」 (2.0% vs. 17.9% vs. 5.1%, $p<0.001$) であった。以上から、睡眠薬・抗不安薬と市販薬の関連障害患者は、依存症未満の使用状態 (有害な使用) を呈する者も治療につながっており、また、様々な離脱を呈する者の割合が多く、一方、覚せい剤の関連障害患者では、乱用薬物による急性もしくは残遺性の精神病を呈する者の割合が多いことが明らかにされた。

表 4 に、併存精神障害の ICD-10 診断を比較した結果を示す。3 群間の比較において有意差が認められた併存精神障害は、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」 (5.2% vs. 10.0% vs. 5.7%, $p=0.034$)、 「気分障害」 (27.7% vs. 12.6% vs. 20.0%, $p<0.001$)、 「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」 (24.2% vs. 8.4% vs. 27.6%, $p<0.001$)、 「成人の人格及び行動の障害」 (13.1% vs. 8.6% vs. 21.0%, $p=0.001$) であった。以上より、睡眠薬・抗不安薬および市販薬の関連障害患者では気分障害や神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害の併存が目立つ一方で、覚せい剤関連障害患者では統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の併存が多い傾向があることが明らかにされた。また、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者と市販薬関連障害患者とは併存精神障害において共通する面が多いが、若干ではあるものの、後者において成人の人格及び行動の障害の併存率が高い傾向があることも示唆された。

D . 考察

本研究から明らかにされたのは、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者はその臨床的特徴において、覚せい剤関連障害患者とは様々な相違点がある一方

で、市販薬関連障害患者とは共通した部分が多いということである。そのような相違点や共通点は、それぞれの乱用薬物が規制されている違法薬物であるか、あるいは治療目的での使用が許容されている医薬品であるか、さらにはその薬物が持つ薬理作用による違いが関係していると考えられる。

まず、規制対象か否かの違いは、それぞれ患者の生活背景や薬物入手経路の違いに反映されている。睡眠薬・抗不安薬や市販薬の関連障害患者の場合、医薬品としての性質上、入手経路として医療機関や薬局が多く、そのような医薬品が必要となった背景には気分障害や神経症性障害などの併存精神障害の多さに影響を与えていると考えられる。このことは、たとえば規制薬物である覚せい剤の関連障害患者の場合、早期から学業から離脱し、反社会的な人間関係を通じて薬物を経験し、薬物関連犯罪を重ねる傾向があるのと好対照である。

一方、乱用薬物の薬理作用は、ICD-10 F1 診断の下位分類や併存精神障害の ICD-10 診断に影響を歌えている。睡眠薬・抗不安薬の中心をなすベンゾジアゼピン受容体作動薬は身体依存形成の強い薬剤であり、乱用される市販薬の大半が鎮咳薬・感冒薬であり、それらの含有されるリン酸ジヒドロコデインもまた身体依存形成が速やかな成分である。そのような事情から、両薬物の関連障害では、F1 診断下位分類として離脱状態やせん妄を伴う離脱状態を呈する者が多くなったと推測される。一方、覚せい剤をはじめとする中枢神経興奮薬の場合には、身体依存の形成が目立たない一方で、精神病惹起危険性が高いという特徴がある。その結果、覚せい剤関連精神障害では、F1 診断下位分類として精神病性障害や残遺性障害・遅発性精神病性障害に該当する者が多くなったと考えられる。また、同関連障害では併存精神障害として統合失調症およびその近縁病態を呈する者が多かったが、これはおそらく F1 診断下位分類 2 おける残遺性障害・遅発性精神病性障害のなかで、特に断薬後の症状持続遷延が長期にわたる者に対してそのような診断がなされた可能性が高いと推測される。

なお、睡眠薬・抗不安薬および市販薬の関連障害患者では、依存症候群と相互排除的な診断であ

る有害な使用に該当する者が、覚せい剤関連障害患者に比べて多かった。このことは、睡眠薬・抗不安薬および市販薬関連障害患者における薬物乱用、併存精神障害の治療過程で生じた二次的なものであることによる可能性がある。つまり、乱用の原因として併存精神障害の存在がある。一方、覚せい剤関連障害患者の場合には、まずは覚せい剤乱用が存在し、乱用の結果として、精神病性障害や残遺性障害・遅発性精神病性障害、あるいは統合失調症が存在すると考えるべきである。こうした発症過程の違いが、睡眠薬・抗不安薬および市販薬関連障害患者と覚せい剤関連障害患者における、「有害な使用 / 依存症候群」の比率の違いに影響を与えているように思われる。

それでは、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者と市販薬関連障害患者とのあいだには何らかの相違点はないのだろうか？ 同じ医薬品の関連障害として一括することができるのか、それとも処方薬と市販薬とで患者の属性や背景に違いはないのだろうか？

両者の相違点として本研究で明らかにされた知見は 3 つある。第一に年代である。市販薬関連障害は 20～40 代に中心層が集中しており、患者の 11.3% は 10 代である一方で、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者は 30～40 代を中心層とし、10 代の患者は 0.3% しか存在せず、50 代も 16.3% 存在する。つまり、市販薬関連障害患者の方が若年といえるのである。第二に入手経路である。睡眠薬・抗不安薬関連障害患者が医療機関から入手しているのに対し、市販薬関連障害患者は薬局や店舗、それから一部でインターネットである。そして最後に併存精神障害である。市販薬関連障害患者では、成人の人格及び行動の障害を併存する者の割合が高く、より複雑な生きづらさを抱えていると推測される。

したがって、睡眠薬・抗不安薬関連障害と市販薬関連障害の違いについて、次のように推測することが可能かもしれない。すなわち、前者は、気分障害や神経症性障害を抱えて医療にアクセスした結果、治療過程で二次的に生じてくる傾向があるが、後者の場合には、複雑かつ深刻な生きづらさを抱える若年者が、若年であるゆえに医療にアクセスすることもないまま、ドラッグストアやイン

ターネットを介して市販薬で対処する過程で生じてくる病態と考えられるかもしれない。

以上を総合すると、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者は、わが国の代表的な規制薬物である覚せい剤の関連障害患者とは様々な点で異なる臨床的特徴を持っている。その点では、むしろ市販薬の関連障害と共通した特徴を持っているが、患者の年代や発症プロセスなどの点で若干の差異がある可能性があるといえるであろう。

E . 結論

本研究では、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者の臨床的特徴を明らかにするために、2018年度病院調査のデータベースを用い、わが国の代表的な乱用薬物である覚せい剤の関連障害患者と、睡眠薬・抗不安薬と同じく非規制乱用薬物である市販薬の関連障害患者との比較を試みた。その結果、睡眠薬・抗不安薬関連障害患者はその臨床的特徴において、覚せい剤関連障害患者とは様々な相違点がある一方で、市販薬関連障害患者とは共通した部分が多いことが明らかにされた。そして、そのような相違点や共通点は、それぞれの乱用薬物が規制されている違法薬物であるか、あるいは治療目的での使用が許容されている医薬品であるか、さらにはその薬物が持つ薬理作用による違いが関係していると考えられた。また、睡眠薬・抗不安薬関連障害と市販薬関連障害の違いには、前者は精神障害による心理的苦痛に対する医学的治療の過程で生じるのに対し、後者では若年であるゆえに医療にアクセスもできないまま、手近な市販薬で対処する結果生じることが考えられた。

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.
 - 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) 谷淵由布子, 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) 谷淵由布子, 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癮性障害群からてんかんまで -, 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癮性障害群からてんかんまで -, 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.
 - 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,谷淵由布子,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:嗜癮性障害. *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) 谷淵由布子,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 依存と嗜癮-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 専門家のいらぬ薬物依存治療 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い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 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

G . 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

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.

引用文献

表1: 人口動態的変数および心理社会的背景の比較

		主たる薬物			χ ² 値	df	p*	
		睡眠薬・抗不安薬	覚せい剤	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)				
		n=343	n=452	n=105				
生物学的性別	男	度数 %	168 49.0	315 69.7	58 55.2	36.063	2	<0.001
	その他	度数 %	0.0 0.0	0.0 0.0	0.0 0.0			
現在の年代	10代	度数	1	5	12	103.455	12	<0.001
		%	0.3	1.1	11.4			
	20代	度数	45	56	24			
		%	13.1	12.4	22.9			
	30代	度数	87	135	30			
		%	25.4	29.9	28.6			
	40代	度数	99	150	25			
		%	28.9	33.2	23.8			
	50代	度数	56	84	10			
		%	16.3	18.6	9.5			
60代	度数	29	16	0				
	%	8.5	3.5	0.0				
70代以上	度数	26	6	4				
	%	7.6	1.3	3.8				
高卒以上の学歴(あり)	度数 %	224 65.3	181 40.0	68 64.8	54.594	2	<0.001	
有職(現在何らかの職に就いている)	度数 %	104 30.3	142 31.4	35 33.3	0.356	2	0.837	
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	度数 %	33 9.6	345 76.3	11 10.5	405.542	2	<0.001	
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	度数 %	36 10.5	85 18.8	13 12.4	11.216	2	0.004	
矯正施設入所歴(あり)	度数 %	24 7.0	225 49.8	5 4.8	211.374	2	<0.001	
現在のアルコール問題(あり)	度数 %	76 22.2	97 21.5	30 28.6	2.117	2	0.337	
薬物問題による精神科入院歴(あり)	度数 %	203 59.2	250 55.3	64 61.0	1.548	2	0.461	

*カイ二乗検定

表2: 乱用薬物の薬物入手経路の比較

入手経路 (複数選択)	主たる薬物			χ^2 値	df	p*	
	睡眠薬・抗不安薬	覚せい剤	市販薬 (鎮咳薬・ 感冒薬・鎮痛薬・ 睡眠薬など)				
	n=343	n=452	n=105				
友人	度数	7	54	1	36.365	2	<0.001
	%	2.0	11.9	1.0			
知人	度数	1	123	0	137.966	2	<0.001
	%	0.3	27.2	0.0			
恋人・愛人	度数	2	27	0	22.128	2	<0.001
	%	0.6	6.0	0.0			
家族	度数	4	8	0	2.147	2	0.342
	%	1.2	1.8	0.0			
密売人	度数	0	245	0	333.662	2	<0.001
	%	0.0	54.2	0.0			
医療機関 (精神科)	度数	271	4	5	593.857	2	<0.001
	%	79.0	0.9	4.8			
医療機関 (身体科)	度数	114	2	2	197.198	2	<0.001
	%	33.2	0.4	1.9			
薬局	度数	8	0	75	550.706	2	<0.001
	%	2.3	0.0	71.4			
インターネット	度数	10	41	10	13.113	2	0.001
	%	2.9	9.1	9.5			
店舗	度数	0	1	25	185.479	2	<0.001
	%	0.0	0.2	23.8			
その他	度数	3	1	0	8.667	2	0.034
	%	0.9	0.2	0.0			

*カイ二乗検定

表3: ICD-10 F1診断下位分類の比較

		主たる薬物			χ ² 値	df	p*	
		睡眠薬・抗不安薬	覚せい剤	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)				
		n=343	n=452	n=105				
ICD-10診断 (複数選択)	F1x.0 急性中毒	度数 %	27 7.9	9 2.0	8 7.6	16.409	2	<0.001
	F1x.1 有害な使用	度数 %	82 23.9	60 13.3	25 23.8	16.759	2	<0.001
	F1x.2 依存症候群	度数 %	262 76.4	323 71.5	83 79.0	3.919	2	0.141
	F1x.3 離脱状態	度数 %	15 4.4	7 1.5	8 7.6	11.604	2	0.003
	F1x.4 せん妄を伴う離脱状態	度数 %	24 7.0	3 0.7	4 3.8	23.568	2	<0.001
	F1x.5 精神病性障害	度数 %	12 3.5	130 28.8	7 6.7	98.505	2	<0.001
	F1x.6 健忘症候群	度数 %	1 0.3	7 1.5	1 1.0	3.116	2	0.211
	F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	度数 %	7 2.0	81 17.9	0 5.1	68.625	2	<0.001
	F1x.8 他の精神および行動の障害	度数 %	6 1.7	5 1.1	1 1.0	0.744	2	0.689

*カイ二乗検定

表4: 併存精神障害ICD-10診断の比較

		主たる薬物			χ ² 値	df	p	
		睡眠薬・抗不安薬	覚せい剤	市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)				
		n=343	n=452	n=105				
併存精神障害 (複数選択)	F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 %	7 2.0	4 0.9	0 0.0	3.628	2	0.163
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 %	18 5.2	45 10.0	6 5.7	6.746	2	0.034
	F3 気分障害	度数 %	95 27.7	57 12.6	21 20.0	28.632	2	<0.001
	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	度数 %	83 24.2	38 8.4	29 27.6	45.279	2	<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 %	16 4.7	15 3.3	5 4.8	1.100	2	0.577
	F6 成人の人格及び行動の障害	度数 %	45 13.1	39 8.6	22 21.0	13.415	2	0.001
	F7 知的障害(精神遅滞)	度数 %	9 2.6	25 5.5	6 5.7	4.332	2	0.115
	F8 心理的発達障害	度数 %	22 6.4	17 3.8	9 8.6	5.187	2	0.075
	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 %	6 1.7	19 4.2	5 4.8	4.398	2	0.111

*カイ二乗検定