

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）「国連の持続可能な開発目標 3（SDG3） - 保健関連指標における日本の達成状況の評価および国際発信のためのエビデンス構築に関する研究」

令和 2 年度 分担研究報告書

「全国データに基づく薬物乱用領域の SDGs 指標の提案」

Proposal of Sustainable Development Goal (SDGs) indicator for drug abuse fields
based on national data in Japan

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

研究協力者 猪浦智史

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 リサーチフェロー

研究要旨：

【目的】薬物乱用の予防・治療に該当する SDGs3.5 指標に関しては、国連が具体的な指標の定義や算出方法を公表していないという前提がある。また、日本では地域における潜在的な薬物依存症者の患者数が推定されておらず、治療介入のカバレッジを直接的に算出することができない状況にある。そこで本研究では、国内で公表されている既存データベースをもとに地域住民における違法薬物の使用状況、青少年における予防教育の実施状況、精神科医療施設における薬物依存治療の状況から日本の SDGs3.5 指標案を検討することを目的とした。

【方法】本研究では、次のデータベースを取り上げた。データベースの選択基準は、研究目的に合致した情報が含まれている、調査が継続的に行われている、インターネットで情報が公開されていることを条件とした。

1. 薬物使用に関する全国住民調査（2007～2019 年）
2. 薬物乱用防止教室開催状況（2015～2018 年）
3. 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（2012～2020 年）
4. 精神保健福祉資料（2014～2017 年）

【結果】各データベースより、以下の結果が得られた。

1. 薬物使用に関する全国住民調査

2019 年における一般住民における生涯経験率は、大麻（1.81%）、覚醒剤（0.39%）、有機溶剤（1.09%）、MDMA（0.30%）、コカイン（0.34%）、ヘロイン（0.13%）、危険ドラッグ（0.31%）、LSD（0.30%）であった。大麻の生涯経験率は、2007 年から

2019年にかけて有意に増加した。一方、有機溶剤の生涯経験率は、2007年から2019年にかけて有意に減少した。その他の薬物は信頼区間に重なりがあり、横這いで推移していた。

2. 薬物乱用防止教室開催状況

2018年における開催率は、小学校（78.6%）、中学校（90.6%）、義務教育学校（91.0%）、高等学校（85.8%）、中等教育学校（76.5%）であった。全学校種の開催率は2015年から2018年にかけて横這いで推移していた。

3. 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

2020年における主たる薬物の比率は、覚醒剤（36.0%）、睡眠薬・抗不安薬（29.5%）、一般用医薬品（15.7%）、多剤（7.3%）、大麻（5.3%）、有機溶剤（2.7%）、非オピオイド鎮痛薬（0.7%）、オピオイド鎮痛薬（0.5%）、危険ドラッグ（0.3%）と続いた。2012年から2020年にかけて最も比率が高いのは覚醒剤症例であった。睡眠薬・抗不安薬、および一般用医薬品の症例は、2012年から2020年にかけて増加していた。危険ドラッグは2016年以降、急速に減少していた。

4. 精神保健福祉資料

薬物依存症の精神病床での入院患者数は、2014年（1689名）、2015年（1437名）、2016年（1431名）、2017年（2416名）であった。薬物依存症外来患者数（1回以上）は、2014年（6636名）、2015年（6321名）、2016年（6458名）、2017年（10746名）であった。薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数は、2014年（494施設）、2015年（503施設）、2016年（487施設）、2017年（709-711施設）であった。薬物依存症を外来診療している医療機関数は、2014年（1719施設）、2015年（1721施設）、2016年（1745施設）、2017年（2486施設）であった。

【結論】経年的な研究プロジェクトや政府統計を情報源とするデータの蓄積性や継続性を踏まえ、1)地域住民における違法薬物の生涯経験率、2)学校における薬物乱用防止教室の実施率、3)精神科医療施設における物質使用障害者の主たる薬物の構成比率、4)薬物依存症の患者数および診療機関数を日本のSGDs3.5指標とすることが妥当と結論付けた。

A. 研究目的

持続可能な開発目標（SDGs：Sustainable Development Goals）とは、2001年に策定されたミレニアム開発目標（MDGs）の後継として、2015年9月の国連サミットで加盟国の全会一致で

採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」に記載された、2030年までに持続可能でよりよい世界を目指す国際目標である（外務省）。保健分野の目標は、目標3：あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉

を促進する（Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages）に含まれている¹⁾。

薬物乱用については、目標 3.5：薬物乱用やアルコールの有害な摂取を含む、物質乱用の防止・治療を強化する（Goal 3.5: Strengthen the prevention and treatment of substance abuse, including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol）において目標が設定されている。SDGs の各目標には、グローバル指標（Global indicator）が設定され、目標 3.5 に対しては、指標 3.5.1：物質使用障害に対する治療介入（薬理的、心理社会的、リハビリ及びアフターケア・サービス）の適用範囲（Indicator 3.5.1: Coverage of treatment interventions (pharmacological, psychosocial and rehabilitation and aftercare services) for substance use disorders）が設定されている²⁾。

現在、日本国内における薬物政策は、主として厚生労働省を主管とする第五次薬物乱用防止五か年戦略をもとに進められている³⁾。予防という観点では、「目標 1 青少年を中心とした広報・啓発を通じた国民全体の規範意識の向上による薬物乱用未然防止」において青少年の薬物乱用防止が重視されている。具体的な施策としては、学校における薬物乱用防止教育の充実、科学的知見に基づく広報・啓発の強化などが含まれている。一方、治療という観点では、「目標 2 薬物乱用者

に対する適切な治療と効果的な社会復帰支援による再乱用防止」において、薬物乱用者への対応が重視されている。具体的な施策としては、薬物依存症治療の医療提供体制の強化、刑事司法機関による社会復帰のための指導・支援などが含まれている。

覚醒剤などの違法薬物に対する治療介入は、かつては幻覚や妄想などの慢性中毒性の精神病に対する治療が中心であったが、現在では薬物依存に焦点を当てた治療・支援が中心となっている。例えば、2006 年には薬物依存症向けの再発予防プログラムである Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) が開発された^{4,5)}。これは、コカイン使用者に対する集中的な外来治療プログラム（Intensive outpatients program）として米国で高い評価を受けていた Matrix model⁶⁾をベースに、我が国の依存症臨床の中核的な患者層である覚醒剤使用者向けに修正を加えた認知行動療法プログラムである。現在、全国の精神科医療施設や精神保健福祉センターを対象に普及が進められている。2016 年には、依存症集団療法として診療報酬化された。

目標 3.5 で定義されている物質使用障害に対する治療介入のカバレッジを算出するには、地域において治療介入の対象となる薬物依存症者数が算出されていることが前提となる。しかし、日本では覚

醒剤などの違法薬物の使用者が少なく、地域住民を対象として潜在的な薬物依存症者数を推計することが難しい状況にある。さらには、薬物乱用分野をカバーする SDGs の指標 3.5.1 は、国際的な合意を得た定義又は算出方法が国連から公表されていない指標 (Indicator for which internationally agreed definition nor computation method has not been released by United Nations so far) とされており、指標の定義や算出方法は依然として定まっていない。こうした制限を踏まえ、本研究では研究目的で経年的に実施している全国調査のデータ、公開されている行政情報等を使い、薬物乱用分野における我が国の SDGs 指標案を提示することを目的とした。具体的には、地域住民における違法薬物の使用状況、青少年における予防教育の実施状況、および精神科医療施設における薬物依存治療の状況から指標案を検討することを目的とした。

C. 研究方法

本研究では次のデータベースを取り上げた。データベースの選択基準は、研究目的に合致した情報が含まれている、調査が継続的に行われている、インターネットで情報が公開されていることを条件とした。また、各データベースの中から、SDGs 指標案とするアウトカムを決定した。必要に応じて、データベースの

調査主体にメールや電話を行い、データベースに関する問い合わせを行った。

1. 薬物使用に関する全国住民調査⁷⁾

実施主体は国立精神・神経医療研究センターである。一般住民における薬物使用の実態を把握するとともに、その経年変化を調べることを目的とする全国調査。対象はランダムに選ばれた 15 歳から 64 歳までの一般住民 7000 名である。無記名の自記式質問紙により情報を収集している。1995 年から隔年で実施されている。

SDGs 指標案となるメインアウトカムは、違法薬物 (大麻、覚醒剤、有機溶剤、MDMA、コカイン、ヘロイン、危険ドラッグ、LSD の 8 物質) の生涯経験率の推定値 (点推定値および 95%信頼区間) である。なお、過去 1 年経験率の推定値をサブアウトカムとした。本研究では、違法薬物の生涯経験率等の推定値が公表されている 2007 年～2019 年のデータを参照した。なお、調査年ごとの経年変化は、95%信頼区間の重なりに基づき判断した。つまり、X 年における薬物 A の区間推定値の上限値と、Y 年における薬物 A の区間推定値の下限値を比べ、Y 年における下限値が X 年における上限値を上回っている場合、X 年から Y 年にかけて薬物 A の生涯経験率が有意に増加したものと判断した。

2. 薬物乱用防止教室開催状況⁸⁾

調査主体は文部科学省である。第五次薬物乱用防止五か年戦略において、薬物乱用防止教室は学校保健計画に位置づけ、すべての中学校及び高等学校において年1回は開催するとともに、地域の実情に応じて小学校においても開催に努めることとされている。各都道府県および政令指定都市の教育委員会を通じて各学校に調査し、薬物乱用防止教室の開催状況を毎年公表している。

全学校種および学校種別（小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校）の薬物乱用防止教室開催率をメインアウトカムとした。本研究では、インターネットで公表されている2015年～2018年のデータを参照した。

3. 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⁹⁾

実施主体は国立精神・神経医療研究センターである。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」を対象とする全国調査。診療録の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で情報を収集している。1987年より、ほぼ隔年で実施されている。

メインアウトカムは、対象患者における主たる薬物（Principal drugs）の比率

である。過去1年以内に使用歴のある患者を対象とする。主たる薬物とは、「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」と定義し、調査票に記載した医師が次のカテゴリから原則一つを選択する方法で調べた。主たる薬物のカテゴリ：覚醒剤、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）、鎮痛薬（処方オピオイド）、一般用医薬品（鎮咳薬、感冒薬、鎮痛薬など）、ADHD治療薬、その他、多剤。なお、本研究では、過去1年以内に使用歴のある患者データが公表されている2012年～2020年のデータを参照した。

4. 精神保健福祉資料（NDB）¹⁰⁾

実施主体は国立精神・神経医療研究センターである。レセプト情報・特定健診等情報データベースであるNDB（ナショナルデータベース）を用いて、年間を通じた地域の疾患ごとの診療実績や入院患者の動態、さらには認知症疾患医療センターや救急車搬送時間等の情報も加えた資料を公表している。NDBとは厚生労働省が構築したレセプト情報・特定健診等情報データベースであり、国民皆保険制度の日本における保険診療レセプトの全数データである。

全国の薬物依存症の精神病床での入院患者数、薬物依存症外来患者数(1回以上)、依存症集団療法を受けた外来患者数をメインアウトカムとした。薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数、薬物依存症を外来診療している医療機関数、依存症集団療法を外来で算定された医療機関数をサブアウトカムとした。本研究では、インターネットで公表されている2014年から2017年までの情報を参照した。

<倫理的配慮>

なお本研究は、いずれもインターネットで公表されている既存データベースを利用した研究であり、対象者から新たな情報を取得しない。したがって、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針の対象ではない。

C. 研究結果

1. 薬物使用に関する全国住民調査

表1に15歳から64歳までの一般住民における違法薬物の生涯経験率の推定値を示した。2019年における生涯経験率は、大麻(1.81%)、覚醒剤(0.39%)、有機溶剤(1.09%)、MDMA(0.30%)、コカイン(0.34%)、ヘロイン(0.13%)、危険ドラッグ(0.31%)、LSD(0.30%)であった。8種類の違法薬物の中では、大麻の生涯経験率が最も高かった。大麻の生涯経験率は、2007年から2019年にかけて有意に増加した。一方、有機溶剤の生涯経験率は、

2007年から2019年にかけて有意に減少した。その他の薬物は信頼区間に重なりがあり、横這いで推移していた。過去1年経験率は、値自体が非常に小さいことに加え、該当者が存在しない項目が多かった(表2)。

表3に一般住民における違法薬物の生涯経験率に関する国際比較を示した。US、EU、カナダと比較すると、日本の違法薬物の生涯経験率は著しく低かった。一方、日本と同じアジア地域であるタイのデータと比較した場合、大麻、覚醒剤、ヘロインの生涯経験率についてはタイの方が高いが、有機溶剤、MDMA、コカインの生涯経験率については日本の方が高かった。

2. 薬物乱用防止教室開催状況

表4に、学校種別にみた薬物乱用防止教室の開催状況を示した。2018年における開催率は、小学校(78.6%)、中学校(90.6%)、義務教育学校(91.0%)、高等学校(85.8%)、中等教育学校(76.5%)であった。全学校種における薬物乱用防止教室の開催率は、2015年(81.0%)、2016年(82.5%)、2017年(83.5%)、2018年(83.2%)と横這いであった。

3. 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

表5に全国の精神科医療施設における薬物関連精神障害患者の主たる薬物の比率を示した。2020年における比率は、覚醒剤(36.0%)、睡眠薬・抗不安薬(29.5%)、一般用医薬品(15.7%)、多剤(7.3%)、大麻(5.3%)、有機溶剤(2.7%)、非オピオイド鎮痛薬(0.7%)、オピオイド鎮痛薬(0.5%)、危険ドラッグ(0.3%)と続いた。2012年から2020年にかけて最も比率が高いのは覚醒剤症例であった。睡眠薬・抗不安薬、および一般用医薬品の症例は、2012年から2020年にかけて増加していた。危険ドラッグは2016年以降、急速に減少していた。

4. 精神保健福祉資料

表6にNDBをデータソースとする薬物依存症患者の実数を示した。薬物依存症の精神病床での入院患者数は、2014年(1689名)、2015年(1437名)、2016年(1431名)、2017年(2416名)であった。薬物依存症外来患者数(1回以上)は、2014年(6636名)、2015年(6321名)、2016年(6458名)、2017年(10746名)であった。依存症集団療法を受けた外来患者数は、2016年(57名)、2017年(142名)であった。

表7にNDBをデータソースとする薬物依存症の診療機関数を示した。薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ

病院数は、2014年(494施設)、2015年(503施設)、2016年(487施設)、2017年(709-711施設)であった。薬物依存症を外来診療している医療機関数は、2014年(1719施設)、2015年(1721施設)、2016年(1745施設)、2017年(2486施設)であった。依存症集団療法を外来で算定された医療機関数は、2016年(5施設)、2017年(11施設)であった。

D. 考察

1. 地域住民における違法薬物の生涯経験率

本研究では、全国の一般住民における違法薬物の生涯経験率をSDGs3.5.1指標案の一つとした。情報源としたデータベースは政府統計ではなく、公的研究費による研究プロジェクトに基づいている。このプロジェクトは1990年代から20年以上に渡り、隔年で実施されてきた実績がある。したがって、データの持続性は今後も高いと考えられる。指標とした違法薬物の生涯経験率は、過去の経験も含まれるため、必ずしも現在の薬物乱用の流行状況を反映したデータではないという限界がある。本来、過去1年経験など直近の使用状況を指標とした方が、現在の薬物乱用状況をより反映したデータとなることは言うまでもない。しかしながら、諸外国に比べて、薬物使用者が少ない日本では、過去1年経験率は著しく低い値、あるいは該当者がいないという結

果となっている。こうした事情を踏まえ、生涯経験率を指標案とせざるを得ないと考えられる。また、覚醒剤やコカインなどの使用自体が法律で禁止されている厳罰主義の日本において、過去の経験とはいえ違法薬物の使用経験を答えることは、それなりのレポートバイアスが生じている可能性は否定できない。

2007年から2019年にかけての変化としては、有機溶剤の有意な減少と、大麻の有意な増加がみられたことである。これは薬物犯罪の動向とも類似している。例えば、法務省が公表している犯罪白書¹¹によれば、有機溶剤の乱用を規制している毒物及び劇物取締法違反の検挙者数は、1980年代には年間2万人を超える状況が続いていたが、1990年代に入ると減少傾向となり、2019年の検挙者数はわずか177名であった。一方、大麻については、2009年に年間3000人を超えるピークがあったがその後減少傾向となった。しかし、2014年以降、再び増加傾向となり、2019年の検挙者数は4570名と過去最多となっている。大麻取締法違反の検挙者の多くが20-30代の若年層である。大麻増加の背景には、諸外国における大麻の合法化のムーブメントが少なからず影響を与えている可能性がある。例えば、大麻取締法違反の検挙者（違反態様が単純所持）を対象とする警察庁の調査によれば、大麻の危険性を軽視する理由として「大麻が合法的な国があ

るから」という回答が最も多いことが報告されている¹²。一般住民においても、20~30代の若年層を中心に「大麻を使うことは個人の自由である」「少しなら構わない」といった大麻使用を肯定する考えが広がっていることが報告されている⁷。

2. 学校における薬物乱用防止教室の開催率

現在、日本の青少年が薬物乱用防止に関して教育を受ける機会は、一般教科での予防教育と、外部講師による薬物乱用防止教室がある。学習指導要領には小学校から高等学校にかけて薬物乱用防止教育に関連する記載があり、主として保健体育の教科の中で教育されている。一方、薬物乱用防止教室は警察職員、薬剤師、薬物乱用防止指導員などの外部の専門家により実施される。文部科学省のデータベースによれば、中学校および高等学校における薬物乱用防止教室の開催率は、小学校における開催率に比べて高いという結果が得られた。中学校や高等学校における開催率が高い背景には、日本の薬物政策である第5次薬物乱用防止5カ年戦略において、「薬物乱用防止教室は、学校保健計画に位置付け、すべての中学校及び高等学校において年1回は開催する」と明記されていることが影響していると考えられる。

この指標案は、指標 3.5 における物質乱用防止の強化（Strengthen the prevention of substance abuse）に該当する。情報源となるデータベースは、文部科学省がインターネット上で公開しており、指標の継続性は高いと考えられる。その一方で、この指標で把握できるのは予防教育の実施率という量的な側面のみという限界がある。したがって、予防教育で取り上げるテーマや、取り扱う依存性薬物の種類などの質的な部分は把握することができない。また、薬物乱用防止教室を担当する外部講師の職種によっても、教育のスタイルや青少年に向けたメッセージは異なる可能性がある。例えば、警察職員が担当すれば、違法薬物の犯罪性などが強調される可能性が高く、薬剤師が担当すれば、依存性薬物の薬理作用や健康影響などが強調される可能性が高いと考えられる。なお、文部科学省のデータベースでは、薬物乱用防止教室を担当した講師の職種に関する情報も公開されている⁸⁾。

3. 精神科医療施設における物質使用障害者の主たる薬物の構成比率

本研究では、全国の精神科医療施設におけるアルコール以外の物質使用障害に関する主たる薬物を指標案の一つとした。過去1年以内に薬物の使用歴のある症例に限定することで、現在の薬物依存の流行状況をより反映した指標となっ

ている。オーストラリアでは、主たる薬物による構成比率をSDGs3.5の指標とする先行事例¹³⁾もあり、国際比較も可能な指標であると考えられる。

日本の精神科医療施設において最も比率が高い症例は一貫として覚醒剤症例であった。覚醒剤症例は他の症例に比べると年齢層が高い。例えば、覚醒剤症例は40代の患者が占める割合が最も高いが、睡眠薬・抗不安薬症例は30代、一般用医薬品症例は20代が占める割合が最も高い⁹⁾。覚醒剤症例が依然として日本の精神科医療における中心的な患者層であることには変わりはないが、今後は次第に比率が低下する可能性が考えられる。覚醒剤取締法違反による検挙者数はすでに減少傾向にある。法務省の報告によれば、覚醒剤取締法違反の検挙者数は1997年には年間2万人近くまでに増加したが、その後減少傾向にあり、2019年には約40年ぶりに1万人を下回った¹¹⁾。

覚醒剤に次いで、多い症例が、睡眠薬・抗不安薬、一般用医薬品といった医薬品を乱用する症例である。睡眠薬・抗不安薬症例の多くが、ベンゾジアゼピン系薬剤（BZ）を乱用する症例であり、Etizolam, flunitrazepam, zolpidemなどが高頻度で乱用されている⁹⁾。一般用医薬品症例では、DihydrocodeineやMethyl ephedrineを含有する鎮咳去痰薬や総合感冒薬、Bromvalerylureaなどを含有す

る鎮痛薬が高頻度で乱用されている⁹⁾。これらの医薬品に共通するのが、使用自体が法律で禁止されている覚醒剤とは異なり、使用自体が規制されていないということである。こうした医薬品の依存症例は、覚醒剤症例に比べて、年齢が若く、犯罪傾向が低く、高学歴であることが報告されている。覚醒剤症例では「刺激を求めて」「好奇心から」「誘われて」「断りきれず」に乱用を開始する症例が多いが、医薬品症例では「不眠症に対処するため」「対人恐怖から逃れるため」のように自己治療的（セルフメディケーション）に乱用を開始している症例が多い^{14,15)}。

日本は諸外国に比べ、ベンゾジアゼピン系薬剤の消費量が多く、同系統の薬剤が多数処方されるポリファーマシーの問題が指摘されている¹⁶⁾。ポリファーマシー対策としては、医師が多剤処方や長期処方をしにくいような診療報酬や、薬剤師の処方提案による減薬を評価した調剤報酬などの新しい制度¹⁸⁾が作られたが、依然として依存症例は増加傾向にある。また、一般用医薬品については、薬局やドラッグストアにおいて販売個数を制限したり、大量・頻回購入者に対して使用目的を確認したりといった対応が取られているが¹⁵⁾、やはり根本的な解決策には至っていない。

4. 薬物依存症の患者数および診療機関数

本研究では、NDBを情報源として、薬物依存症の治療を受けている患者数や、薬物依存症を診療している医療機関数を指標案の一つとした。この指標案は、全国の医療機関における医療介入の状況を網羅的に把握できるという側面がある。しかし、公表されているデータは、2014～2017年の4年分だけであることに加え、2018年以降のデータが未だ公表されていない。NDBを情報源にしていることから、データベースの継続性は高いと言える。今後のインターネットでの公表が期待される。一方、SGDs指標には薬理的、心理社会的、リハビリ及びアフターケア・サービスのように治療介入の具体的な種類が明記されているものの、この指標では治療介入の種類についての詳細は把握することができない。ただし、2016年から診療報酬の対象となったSMARPPなどの依存症に対する集団療法は、心理社会的な治療介入として分類することができる。

精神病床での入院患者数および薬物依存症外来患者数は2014年から2016年まではほぼ一定であるが、2016年から2017年にかけて顕著に増加していた。また、薬物依存症を診療している医療機関数も2016年から2017年にかけて大幅に増加していた。薬物依存症の患者数や診療を行う医療機関数が増加しているこ

とは、物質使用障害の問題が拡大していると評価するよりも、治療介入のカバレッジが増加していると評価すべきと考えられる。なぜなら、薬物依存症に対する治療介入の受け皿は従来から不足しており、厚生労働省は、薬物依存症を含む依存症治療の拠点となる医療機関を全国に設置する事業を進めている¹⁹⁾。本来、治療介入のカバレッジを算出するには、地域における潜在的な薬物依存症患者数を推定する必要があるが、現時点ではそのようなデータは公表されていない。将来的には、地域における潜在的な患者数を推定した上で、治療介入のカバレッジを算出することも必要であろう。

E. 結論

薬物乱用の予防・治療に該当するSGDs3.5 指標に関しては、国連が具体的な指標の定義や算出方法を公表していないという前提がある。また、日本では地域における潜在的な薬物依存症者の患者数が推定されておらず、治療介入のカバレッジを直接的に算出することができない状況にある。そこで本研究では、国内で公表されている既存データベースをもとに地域住民における違法薬物の使用状況、青少年における予防教育の実施状況、精神科医療施設における薬物依存治療の状況から日本のSDGs3.5 指標案を検討した。経年的な研究プロジェクトや政府統計を情報源するデータの蓄積性や継続性を踏まえ、1)地域住民における違

法薬物の生涯経験率、2)学校における薬物乱用防止教室の実施率、3)精神科医療施設における物質使用障害者の主たる薬物の構成比率、4)薬物依存症の患者数および診療機関数を日本のSGDs3.5 指標とすることが妥当と結論付けた。

F. 引用文献

1. Department of Economic and Social Affairs, United Nations. Goals3 Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.
<https://sdgs.un.org/goals/goal3>.
2. Department of Economic and Social Affairs, United Nations. Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development.
https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%202021%20refinement_Eng.pdf
3. 薬物乱用対策推進会議, 第五次薬物乱用防止五か年戦略.
<https://www.mhlw.go.jp/content/11126000/000341876.pdf>
4. Kobayashi O, Matsumoto T, Otsuki M, Endo K, Okudaira K, Harai H, Wada K. [A preliminary study on outpatient relapse prevention program for methamphetamine dependent patients: Serigaya Methamphetamine

- Relapse Prevention Program (SMARPP)]. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. 2007 Oct;42(5):507-21. Japanese. PMID: 18051470.
5. Tanibuchi Y, Matsumoto T, Imamura F, Wakabayashi A, Kawachi H, Hikitsuchi E, Takano A, Yonezawa M, Kato T, Yamada M, Wachi A, Aboshi M, Wada K. [Efficacy of the Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP): for patients with drug use disorder: A study on factors influencing 1-year follow-up outcomes]. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. 2016 Feb;51(1):38-54. Japanese. PMID: 27295823.
 6. Obert, J. L., M. J. McCann, P. Marinelli-Casey, A. Weiner, S. Minsky, P. Brethen, and R. Rawson. 2000. The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: history and description. Journal of Psychoactive Drugs 32 (2):157-64. doi:10.1080/02791072.2000.10400224
 7. 嶋根卓也, ほか: 薬物使用に関する全国住民調査 (2019年). 令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業「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)」分担研究報告書, pp19-120, 2020. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/index.html>
 8. 文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課、薬物乱用防止教室について. https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1297198.htm
 9. 松本俊彦, 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. 令和2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政策研究事業「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)」分担研究報告書, pp41-104, 2021. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/index.html>
 10. 国立精神・神経医療研究センター、精神保健医療福祉に関する資料. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>
 11. 法務省法務総合研究所: 令和2版犯罪白書、2020.
 12. 警察庁: 大麻乱用者の実態に関する調査結果, NEWS LETTER KNOW, 麻薬・覚醒剤乱用防止センター、2020.
 13. Australian Government's Reporting Platform on the SDG Indicators, Indicator 3.5.1.

<https://www.sdgdata.gov.au/goals/good-health-and-well-being/3.5.1>

14. Matsumoto T, Tachimori H, Tanibuchi Y, Takano A, Wada K. Clinical features of patients with designer-drug-related disorder in Japan: a comparison with patients with methamphetamine- and hypnotic/anxiolytic-related disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 May;68(5):374-82. doi: 10.1111/pcn.12140. Epub 2014 Jan 9. PMID: 24405505.
15. 嶋根卓也：令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金厚生労働科学特別研究事業「一般用医薬品の適正使用の一層の推進に向けた依存性の実態把握と適切な販売のための研究」総括・分担研究報告書，2020.
16. Hirano Y, Ii Y. Changes in Prescription of Psychotropic Drugs After Introduction of Polypharmacy Reduction Policy in Japan Based on a Large-Scale Claims Database. *Clin Drug Investig*. 2019 Nov;39(11):1077-1092. doi: 10.1007/s40261-019-00838-w. PMID: 31399894.
17. 竹島 正浩、綾部 直子、三島 和夫：睡眠薬・抗不安薬の減薬 3 剤以上使用例からの整理. *臨床精神薬理* 23(2), 147-156, 2020.
18. 安里 芳人, 筒井 大輔, 杉田 康, 上野 隼平, 橋本 倫季, 天羽 恵佑, 上田 一志, 中崎 正太郎, 狭間 研至: 服用薬剤調整支援料に伴う減薬医薬品の実態調査 ハザマ薬局における算定例 123 名の検討. *在宅薬学* 7(1), 33-41, 2020.
19. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部. 精神・障害保健課心の健康支援室：依存症対策全国拠点機関設置運営事業の概要について. <https://www.ncasa-japan.jp/pdf/document01.pdf>

G.研究発表 学会発表

児玉知子, 大澤絵里, 浅見真理、戸次加奈江、松岡佐織、嶋根卓也、松本俊彦、三浦宏子、樺田尚樹、横山徹爾。日本における Universal Health Coverage の達成状況と課題。第 35 回日本国際保健医療学会学術大会。グローバルヘルス合同大会 2020。2020 年 11 月。大阪。抄録集。P202.

論文発表

1. Matsumoto T, Kawabata T, Okita K, Tanibuchi Y, Funada D, Murakami M, Usami T, Yokoyama R, Naruse N, Aikawa Y, Furukawa A, Komatsuzaki C, Hashimoto N, Fujita O, Umemoto A, Kagaya A, Shimane T. Risk factors for the onset of dependence and chronic psychosis due to cannabis use: Survey of patients with cannabis-related psychiatric disorders.

Neuropsychopharmacol Rep. 2020

Dec;40 (4) :332-341.

2. 嶋根卓也, 邱 冬梅, 和田 清: 日本における大麻使用の現状: 薬物使用に関する全国住民調査 2017 より, YAKUGAKU ZASSHI, 140 (2) ,173-178, 2020.
3. 嶋根卓也. 薬物乱用状況のアップデート: 薬物使用に関する全国住民調査 2019 より. Newsletter KNOW (麻薬・覚せい剤乱用防止センター)、第 103 号、p2-5,2020.
4. 嶋根卓也: 薬物依存症者の理解とサポート、法律のひろば 74 (1) , 57-66, 2021.

H.知的財産権の出願・登録状況

該当なし

表1. 15歳から64歳までの一般住民における違法薬物の生涯経験率の推定値（2007-2019年）（％）

Year	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Cannabis	0.84 (0.55-1.28)	1.43 (1.02-1.99)	1.21 (0.82-1.79)	1.10 (0.75-1.60)	1.01 (0.68-1.48)	1.45 (0.85-2.43)	1.81 (1.40-2.35)
Methamphetamine	0.44 (0.24-0.81)	0.34 (0.18-0.63)	0.41 (0.22-0.75)	0.53 (0.31-0.92)	0.53 (0.31-0.91)	0.54 (0.30-0.99)	0.39 (0.21-0.73)
Inhalant	2.03 (1.58-2.62)	1.88 (1.43-2.47)	1.57 (1.15-2.13)	1.87 (1.39-2.51)	1.47 (1.07-2.02)	1.13 (0.78-1.63)	1.09 (0.80-1.48)
MDMA	0.19 (0.08-0.47)	0.22 (0.10-0.50)	0.15 (0.06-0.35)	0.27 (0.12-0.61)	0.13 (0.05-0.29)	0.16 (0.06-0.41)	0.30 (0.15-0.59)
Cocaine	0.13 (0.00-0.38)	0.22 (0.09-0.57)	0.08 (0.00-0.26)	0.08 (0.00-0.34)	0.05 (0.05-0.31)	0.28 (0.11-0.72)	0.34 (0.17-0.67)
Heroin	0.07 (0.00-0.27)	N/A	N/A	0.07 (0.00-0.27)	0.07 (0.00-0.24)	N/A	0.13 (0.04-0.41)
NPS	-	-	-	0.41 (0.23-0.73)	0.33 (0.17-0.63)	0.24 (0.09-0.64)	0.31 (0.15-0.61)
LSD	-	-	-	-	-	-	0.30 (0.20-0.60)

出典：国立精神・神経医療研究センター、薬物使用に関する全国住民調査、<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/index.html>

※点推定値および区間推定値（95%信頼区間）を示した。

※推定にはSPSSコンプレックスサンプルズを用い、抽出計画を考慮し重み付けをした。

※危険ドラッグ（NPS）は2013年より、LSDは2019年より調査対象となった。

表2. 15歳から64歳までの一般住民における違法薬物の過去1年経験率の推定値（2007-2019年）（％）

Year	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Cannabis	0.06 (0.00-0.24)	0.01 (0.00-0.09)	0.05 (0.00-0.19)	N/A	0.04 (0.00-0.15)	0.10 (0.00-0.74)	0.10 (0.05-0.24)
Methamphetamine	0.03 (0.00-0.25)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0.04 (0.00-0.17)
Inhalant	N/A	N/A	N/A	N/A	0.04 (0.00-0.18)	0.10 (0.00-0.30)	0.11 (0.00-0.38)
MDMA	0.04 (0.00-0.26)	N/A	N/A	0.04 (0.00-0.31)	N/A	N/A	0.04 (0.01-0.09)
Cocaine	0.05 (0.00-0.35)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0.04 (0.01-0.09)
Heroin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	0.04 (0.00-0.16)
NPS	-	-	-	0.15 (0.06-0.39)	N/A	N/A	0.04 (0.01-0.09)
LSD	-	-	-	-	-	-	0.04 (0.01-0.09)

出典：国立精神・神経医療研究センター、薬物使用に関する全国住民調査、<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/index.html>

※点推定値および区間推定値（95%信頼区間）を示した。該当者がいない場合は、N/Aと示した。

※推定にはSPSSコンプレックスサンプルズを用い、抽出計画を考慮し重み付けをした。

※危険ドラッグ（NPS）は2013年より、LSDは2019年より調査対象となった。

表3. 一般住民における違法薬物の生涯経験率の国際比較 (%)

	Japan	US	EU	Canada	Thailand
Year	2019	2019	2020	2017	2019
Age	15-64	18 or older	15-64	15 or older	12-65
Cannabis	1.81 (1.40-2.35)	46.2	27.2	46.6 (44.3-48.8)	2.55 (2.34-2.79)
Methamphetamine	0.39 (0.21-0.73)	5.8	3.7 ^b	3.7 (2.8-4.6)	2.34 (2.14-2.57)
Inhalant	1.09 (0.80-1.48)	9.1	-	-	0.35 (0.27-0.46)
MDMA	0.30 (0.15-0.59)	7.3	4.1	7.6 (6.2-9.0)	0.23 (0.16-0.32)
Cocaine	0.34 (0.17-0.67)	15.1	5.4	10.4 (9.0-11.9)	0.12 (0.07-0.20)
Heroin	0.13 (0.04-0.41)	2.1	-	0.7 (0.3-1.1)	0.25 (0.18-0.37)
NPS	0.31 (0.15-0.61)	-	-	-	-
LSD	0.30 (0.20-0.60)	10	-	14.3 (12.6-15.9) [#]	-

All data represent estimates prevalence (data in Japan, Canada, and Thailand indicate 95% confidence level)

(-): Data not available

#: Data for Hallucinogens

b: Data for Amphetamine

Japan: 薬物使用に関する全国住民調査

US: National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)

EU: European Monitoring Center for Drug and Drug Addiction (EMCDDA)

Canada: Canadian Tobacco, Alcohol and Drugs Survey (CTADS)

Thailand: Survey on quality of living and size estimation on substance use

表4. 学校種別にみた薬物乱用防止教室の開催状況（2015-2018年）（%）

Year	2015	2016	2017	2018
全学校種	81.0	82.5	83.5	83.2
小学校	76.5	77.3	79.1	78.6
中学校	88.9	91.0	91.0	90.6
義務教育学校	-	100.0	83.3	91.0
高等学校	84.6	86.3	86.4	85.8
中等教育学校	78.0	76.9	66.7	76.5

※出典：文部科学省初等中等教育局健康教育・食育課、薬物乱用防止教室について、
https://www.mext.go.jp/a_menu/kenko/hoken/1297198.htm

※第五次薬物乱用防止五か年戦略において、薬物乱用防止教室は学校保健計画に位置づけ、すべての中学校及び高等学校において年1回は開催するとともに、地域の実情に応じて小学校においても開催に努めることとされている。

※義務教育学校は、小学校課程から中学校課程まで義務教育を一貫して行う学校であり、学校教育法の改正により2016年に新設された。

表5. 全国の精神科医療施設における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主たる薬物の比率（2012-2020年）（%）

Year	2012 (n=546)	2014 (n=1010)	2016 (n=1,098)	2018 (n=1,149)	2020 (n=1,129)
Methamphetamine	28.9	27.5	38.1	39.3	36.0
Inhalant	5.3	4.4	7.7	4.3	2.7
Cannabis	1.8	2.7	4.9	5.6	5.3
Cocaine	0.2	0.0	0.1	0.3	0.4
Heroin	0.4	0.1	0.3	0.3	0.1
MDMA	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1
Hallucinogen other than MDMA	0.4	0.0	0.3	0.1	0.4
NPS	25.1	34.7	2.5	1.2	0.3
Sedative, Hypnotic	20.9	16.9	27.9	29.9	29.5
NSAIDs	2.0	1.8	1.0	0.7	0.7
Opioid	0.0	0.0	0.5	0.6	0.5
OTC	2.7	3.8	8.2	9.1	15.7
ADHD Medications	0.2	0.2	0.1	0.4	0.2
Others	4.8	3.0	1.2	2.3	0.7
Poly drug	7.3	4.9	7.3	5.9	7.3

出典：国立精神・神経医療研究センター、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、
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/index.html>

※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」と定義し、調査票に記載した医師が次のカテゴリーから原則一つを選択する方法で調べた。

※過去1年以内に使用歴のある症例のみを抽出した。