

Ⅱ：分担研究報告

研究 4

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）

分担研究報告書

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 |
| | 沖田恭治 | 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 | 医療法人同和会 千葉病院 精神科医長 |
| | 山本泰輔 | 北海道大学大学院 医学研究院・医学院 社会医学分野 公衆衛生学教室 |
| | 山口重樹 | 獨協医科大学医学部 麻酔科学講座 教授 |

研究要旨

【目的】本調査は、1987年以來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、2020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1558施設のうち、1217施設(78.1%)の協力を得て、232施設(14.9%)の施設から総計2859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2733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1748例(64.0%)、次いで睡眠薬・抗不安薬935例(34.2%)、揮発性溶剤911例(33.3%)、大麻845例(30.9%)、市販薬429例(15.7%)、危険ドラッグ409例(15.0%)、MDMA 291例(10.6%)、コカイン273例(10.0%)、MDMA以外の幻覚剤252例(9.2%)、鎮痛薬(処方非オピオイド系)122例(4.5%)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811例(29.7%)であり、次いで、覚せい剤726例(26.6%)、睡眠薬・抗不安薬451例(16.5%)、大麻306例(11.2%)、市販薬205例(7.5%)、危険ドラッグ78例(2.9%)が続いた。「主たる薬物」として最も多かったのは、覚せい剤1461例(53.5%)であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬480例(17.6%)、市販薬229例(8.4%)、多剤186例(6.8%)、揮発性溶剤138例(5.0%)、大麻124例(4.5%)、危険ドラッグ46例(1.78%)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1129例(41.3%)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407例(36.0%)であり、次いで、睡眠薬・抗不安薬333例(29.5%)、市販薬177例(15.7%)、多剤82例(7.3%)、大麻60例(5.3%)、揮発性溶剤31例(2.7%)、その他8例(0.7%)、コカイン5例(0.4%)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る一方で、睡眠薬・抗不安薬、市販薬の関連精神疾患症例の明らかな増加が認められた。調査全体としては、薬物関連精神疾患症例の増加が見られる一方で、最近1年以内に薬物使用が見られた症例は横ばいの傾向が続いていることが確認され、近年、薬物問題を抱える人の精神科医療へのアクセスが増えているだけでなく、精神科医療のな

かで薬物使用が止まっている人が増えている可能性が示唆された。

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に拡大して、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、近年では、覚せい剤取締法による刑務所服役者における再入所者率の上昇傾向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た。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を指摘する研究が、近年相次いで明らかにされている。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。これらの知見は、わが国の薬物対策があまりにも「供給低減」に偏り、「需要低減」のための対策が不十分であった可能性を示唆している。

加えて、こうした対策の不十分さは、乱用薬物の不毛なイタチごっこが生み出した可能性もある。事実、Tanibuchi ら（2018）は、危険ドラッグ関連精神疾患患者のなかには、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報告している。また、さらに、宇佐美と松本（2020）は、10 代における主な乱用薬物が、2016 年以降、危険ドラッグから市販薬へとシフトしていることも指摘し、さらに Kamijo ら（2018）も、2015 年以降、国内の救命

救急センターに搬送される危険ドラッグの急性中毒患者が減少した一方で、市販薬に含有されるカフェインの急性中毒患者が増加したことを報告している。

それだけではない。供給低減に偏った対策は、市中に流通する薬物をいっそう危険なものとした可能性もある。Funada ら（2018）は、危険ドラッグに対する規制強化に伴い、薬物依存症専門医療機関で治療を受ける危険ドラッグ関連精神疾患症例に併存する重篤な神経症状（意識障害やけいれん発作）が年々増加したことを報告している。また、Kamijo ら（2016）は、規制強化によって全国の救命救急センターに搬送される患者に見られる横紋筋融解症や肝障害が増加し、死亡症例が増加したことを報告している。これらはいずれも、むやみな規制強化と薬物使用者個人における健康被害の深刻化との密接な関連を支持する知見である。

近年、国際的には過度の供給低減政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 Global Commission on Drug Policy（2011）は、1961 年の麻薬に関する単一条約（麻薬単一条約）以降、50 年間続いた規制と刑罰による薬物政策が、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、「薬物に対する厳罰政策は、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。さらに国連麻薬特別総会（UNGASS）は、2016 年と 2019 年の 2 回にわたって、薬物犯罪に対する厳罰主義の限界を取り上げ、ハームリダクション政策の必要性を強調している。そのようななかで、2020 年 12 月、国連麻薬委員会（CND）は、WHO 勧告に従い、麻薬単一条約の附表における大麻の位置づけを「IV」から「I」へと移行する決議するなど（これは国連が大麻の医療的価値を認めたことを意味する）、明らかに国際社会における薬物政策の潮流に変化が生じている。

わが国では、依然として薬物問題は健康問題としてよりも司法的問題として、刑事司法の文脈で語られる傾向が強いが、そのなかでも少しずつ変化も生じている。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。そうした政策の妥当性を担保する学術的知見も報告されている。法務省保護局のデータを解析した Hazama と Katsuta (2019) の研究では、仮釈放となった保護観察所に係属した覚せい剤取締法事犯者の再犯予測因子として、刑務所服役期間の長さや服役回数の多さ、保護観察期間の短さが同定されている。このことは、刑務所服役が再犯防止の抑止力とはなっていない可能性、さらには、施設内処遇よりも社会内処遇の方が有効である可能性を示唆するものといえるであろう。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ている状況である。

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年以來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の企画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、2020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）44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（大学医学部付属病院63施設、大学病院20施設）、そして民間精神病院1,306施設の計1,558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、2020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2020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2020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、2021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 2020 年度に設定した関心項目
- 市販薬・処方オピオイド系鎮痛薬に関する詳細な情報
- 薬物関連精神疾患症例の治療期間・頻度に関する詳細な情報
- COVID-19 が薬物関連精神疾患症例の薬物使用、ならびに治療状況に与えた影響

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、ガスパン)
- 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

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。また、「主たる薬物」が睡眠薬・抗不安薬や各種鎮痛薬、市販薬であるものについては、その具体的な薬剤名、商品名に関する情報も収集した。

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 A2020-041)。

C. 研究結果

今年度の調査では、対象施設 1558 施設のうち、1217 施設 (78.1%) 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 232 施設 (14.9%) から得られ、その症例数は計 2859 症例であった。しかし、報告された全症例のうち 67 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2792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2792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2733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2733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2733例中、生物学的な性別の構成は、男性1902例(69.6%)、女性831例(30.4%)であった。

全対象の調査時点における年代構成は、10代39例(1.4%)、20代280例(10.2%)、30代625例(22.9%)、40代877例(32.1%)、50代628例(23.0%)、60代198例(7.2%)、70代以上86例(3.1%)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、1249例(45.7%)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、766例(28.0%)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、1413例(51.7%)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589例(21.6%)にとどまった。矯正施設への入所歴がある症例は1009例(36.9%)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504例(18.4%)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1728例(63.2%)であった。

他院も含めた、薬物問題に関する全治療期間としては、「1年未満」が424例(15.5%)、「1年以上~3年未満」が375例(13.7%)、「3年以上~5年未満」が330例(12.1%)、「5年以上~10年未満」が556例(20.3%)、「10年以上」が933例(34.1%)、「不明」が115例(4.2%)であった。対象の半数以上が5年以上の長期にわたる治療を継続していることがうかがわれた。

最近1か月の医師による診察以外の回復プログラム(依存症集団療法やデイケア、民間回復施設のプログラム、自助グループなど)の参加頻度

は、「なし」が最も多く1873例(68.5%)、「月1回未満の参加」が120例(4.4%)、「月1回以上~週1回未満の参加」179例(6.5%)、「週1回以上の参加」が503例(18.4%)であった。

全対象における最近1年以内の薬物使用が認められた症例は1129例(41.3%)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1748例(64.0%)、次いで睡眠薬・抗不安薬935例(34.2%)、揮発性溶剤911例(33.3%)、大麻845例(30.9%)、市販薬429例(15.7%)、危険ドラッグ409例(15.0%)、MDMA291例(9.2%)、コカイン273例(10.0%)、MDMA以外の幻覚剤252例(9.2%)、鎮痛薬(処方非オピオイド系)122例(4.5%)、ヘロイン85例(3.1%)、ADHD治療薬55例(2.0%)、鎮痛薬(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)51例(1.9%)、そしてその他が68例(2.5%)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811例(29.7%)に認められた。次いで、覚せい剤726例(26.6%)、睡眠薬・抗不安薬451例(16.5%)、大麻306例(11.2%)、市販薬205例(7.5%)、危険ドラッグ78例(2.9%)、MDMA26例(1.0%)、その他22例(0.8%)、MDMA以外の幻覚剤19例(0.7%)、鎮痛薬(処方オピオイド系)14例(0.5%)、鎮痛薬(処方非オピオイド系:弱オピオイド含む)11例(0.4%)、ADHD治療薬7例(0.3%)、コカイン4例(0.1%)、ヘロイン4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1461例(53.5%)であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬480例(17.6%)、市販薬229例(8.4%)、多剤186例(6.8%)、揮発性溶剤138例(5.0%)、大麻124例(4.5%)、危険ドラッグ46例(1.7%)、鎮痛薬(処方オピオイド系:弱オピオイド含む)15例(0.5%)、その他14例(0.5%)、鎮痛薬(処方非オピオイド系)12例(0.4%)、MDMA以外の幻覚剤9例(0.3%)、

ADHD 治療薬 7 例 (0.3%)、コカイン 6 例 (0.2%)、ヘロイン 3 例 (0.1%)、MDMA 3 例 (0.1%) 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」53 例 (1.9%)、「F1x.1 有害な使用」294 例 (10.8%)、「F1x.2 依存症候群」1762 例 (64.5%)、「F1x.3 離脱状態」29 例 (1.1%)、「F1x.4 せん妄を伴う離脱状態」12 例 (0.4%)、「F1x.5 精神病性障害」323 例 (11.8%)、「F1x.6 健忘症候群」17 例 (0.6%)、「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」841 例 (30.8%)、「F1x.8 他の精神および行動の障害」47 例 (1.7%) 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」523 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」407 例 (14.9%)、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」318 例 (11.6%)、「F6 成人の人格及び行動の障害」237 例 (8.7%)、「F7 知的障害 (精神遅滞)」136 例 (5.0%)、「F8 心理的発達の障害」135 例 (4.9%)、「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」127 例 (4.6%)、「F0 症状性を含む器質性精神障害」72 例 (2.6%)、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」63 例 (2.3%) という順であった。

2. 「1 年以内使用あり」症例 1129 例に関する集計結果

1) 「1 年以内使用あり」症例の属性 (表 8)

全対象症例 2733 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、1129 例 (41.3%) であった。以下には、この 1129 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 729 例 (64.6%)、女性 400 例 (35.4%) であった。「1 年以内使用あり」症例の年代構成は、10 代 37 例 (2.6%)、20 代 178 例 (15.8%)、30 代 299 例 (26.5%)、40 代 311 例 (29.3%)、50 代 205 例 (18.2%)、60 代 46

例 (4.1%)、70 代以上 33 例 (2.9%) 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、655 例 (58.0%) であり、調査時点で何らかの職業を持っている症例は、327 例 (29.0%) 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、471 例 (41.7%) と半数弱を占めていたが、一方、薬物関連犯罪以外による補導・逮捕歴を持つ症例は 197 例 (17.4%) にとどまった。さらに、矯正施設への入所歴がある症例は 267 例 (23.6%) 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 241 例 (23.6%) 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 628 例 (55.6%) 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 9)

「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 541 例 (47.9%)、次いで睡眠薬・抗不安薬 531 例 (47.0%)、市販薬 288 例 (25.5%)、大麻 333 例 (29.5%)、揮発性溶剤 235 例 (20.8%)、危険ドラッグ 154 例 (13.6%)、MDMA 131 例 (11.6%)、コカイン 117 例 (10.4%)、MDMA 以外の幻覚剤 116 例 (10.3%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 71 例 (6.3%)、ヘロイン 35 例 (3.1%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオイド含む) 31 例 (2.7%)、ADHD 治療薬 30 例 (2.7%)、そしてその他が 38 例 (3.4%) 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 10）

「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 303 例（26.8%）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が特徴的であった。

次いで覚せい剤 213 例（18.9%）、揮発性溶剤 201 例（17.8%）、大麻 143 例（12.7%）、市販薬 143 例（12.7%）、危険ドラッグ 28 例（2.5%）、MDMA 14 例（1.2%）、その他 14 例（1.2%）、MDMA 以外の幻覚剤 13 例（1.2%）、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 4 例（0.4%）、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 11）

「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 407 例（36.0%）であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 333 例（29.5%）、市販薬 177 例（15.7%）、多剤 82 例（7.3%）、大麻 60 例（5.3%）、揮発性溶剤 31 例（2.7%）、鎮痛薬（処方非オピオイド系）8 例（0.7%）、その他 8 例（0.7%）、鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）6 例（0.5%）、コカイン 5 例（0.4%）、MDMA 以外の幻覚剤 5 例（0.4%）、危険ドラッグ 3 例（0.3%）、ADHD 治療薬 2 例（0.2%）、ヘロイン 1 例（0.1%）、MDMA 1 例（0.1%）という順であった。

「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」症例における入手経路（表 12）

「1年以内使用あり」症例における入手経路として最も多かったのは、「医療機関（精神科）」で 300 例（26.6%）、次いで「密売人」273 例（24.2%）、「薬局」153 例（13.6%）、「医療機関（身体科）」120 例（10.6%）、「知人」110 例（9.7%）、「インターネット」96 例（8.5%）、「友人」71 例（6.3%）、「店舗」69 例（6.1%）、「恋人・愛人」30 例（2.7%）、「家族」17 例（1.5%）、「その他」6 例（0.5%）という順であ

った。

6) 「1年以内使用あり」症例における ICD-10 F1 診断下位分類（表 13）

「1年以内使用あり」症例における ICD-10 F1 診断下位分類は、以下のようになった。「F1x.0 急性中毒」47 例（4.2%）、「F1x.1 有害な使用」187 例（16.6%）、「F1x.2 依存症候群」895 例（79.3%）、「F1x.3 離脱状態」26 例（2.3%）、「F1x.4 せん妄を伴う離脱状態」8 例（0.7%）、「F1x.5 精神病性障害」141 例（12.5%）、「F1x.6 健忘症候群」7 例（0.6%）、「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」104 例（9.2%）、「F1x.8 他の精神および行動の障害」13 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 14）

「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」275 例（24.4%）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」205 例（18.2%）、「F6 成人の人格及び行動の障害」125 例（11.1%）、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」108 例（9.6%）、「F8 心理的発達の障害」73 例（6.5%）、「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」71 例（6.3%）、「F7 知的障害（精神遅滞）」55 例（5.0%）、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」33 例（2.9%）、「F0 症状性を含む器質性精神障害」22 例（1.9%）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かった。

7) 「1年以内使用あり」症例における主要 5 種薬物別の属性比較（表 15）

「1年以内使用あり」症例に関して、比較的サンプル数の多い覚せい剤、揮発性溶剤、大麻、睡眠薬・抗不安薬、市販薬という主要な 5 種の薬物

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 15 に示す。

性差については、覚せい剤、揮発性溶剤、大麻の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 47.7%）と市販薬（男性率 54.8%）では男性の割合が少なかった。年代では、覚せい剤および睡眠薬・抗不安薬症例が 30～50 代に分布していたのに対し、大麻症例では 20～30 代、市販薬症例では 20～40 代と、やや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の割合については、揮発性溶剤症例で突出して低く（32.3%）、大麻症例（70.0%）、睡眠薬・抗不安薬症例（70.0%）では目立って高かった。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高かった（41.7%）。

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（80.3%）、一方、薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴は、覚せい剤（21.4%）、揮発性溶剤（22.6%）、大麻（25.0%）といった違法薬物症例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、覚せい剤症例（44.7%）が突出して高かった。

現在アルコール問題を呈している者の割合については、睡眠薬・抗不安薬症例（28.2%）で最も高かった。薬物問題による入院は、揮発性溶剤症例（90.3%）で突出して高く、次いで市販薬症例（65.0%）が続き、覚せい剤症例（46.7%）が最も低かった。

8) 「1 年以内使用あり」症例における主要 5 種薬物別の使用経験薬物の比較（表 16）

主要 5 種薬物症例のあいだで使用経験の他の薬物に関する比較を行ったところ、覚せい剤症例では揮発性溶剤（32.2%）と大麻（40.3%）の使用経験率が、揮発性溶剤症例では覚せい剤（25.8%）と大麻（25.8%）の使用経験率が、大麻症例では覚せい剤（33.3%）と危険ドラッグ（26.7%）の使用経験率がそれぞれ高かった。一方、睡眠薬・抗不安薬症例では市販薬（16.8%）の使用経験率が、市販薬症例では睡眠薬・抗不安薬（35.6%）の使用経験率が高かった。

9) 「1 年以内使用あり」症例における主要 5 種薬物別の初使用薬物の比較（表 17）

主要 5 種薬物症例における初使用薬物の比較

では、覚せい剤症例では覚せい剤（46.5%）が、揮発性溶剤症例では揮発性溶剤（90.3%）が、大麻症例では大麻（84.7%）が、睡眠薬・抗不安薬症例では睡眠薬・抗不安薬（78.1%）が、市販薬症例では市販薬（64.9%）がそれぞれ突出して高かった。このことは、これら 5 種薬物症例の多くは最初から主たる薬物にアクセスしていることを示唆する。

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 18）

「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 18 に示す。覚せい剤症例では密売人（59.0%）、次いで知人（18.4%）であった。さらにその次にインターネット（10.6%）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。揮発性溶剤症例では店舗（67.7%）が入手経路の大半を占めていた。大麻症例では密売人（31.7%）が最も多く、次いで友人（23.3%）、知人（18.3%）、インターネット（13.3%）という順であった。

一方、睡眠薬・抗不安薬症例では医療機関（精神科）（76.6%）が大半を占め、次いで医療機関（身体科）（31.2%）であった。市販薬症例では薬局（71.8%）と圧倒的に多く、次いで店舗（23.2%）、インターネット（11.3%）という順であった。A

全体として、違法薬物は密売人、友人、知人から、そして睡眠薬・抗不安薬や市販薬は医療機関や薬局から入手するのはこれまでの調査と同じ傾向であるが、近年における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、前回調査に比べて少しずつその割合が大きくなっている点は注目する必要がある。

11) 「1 年以内使用あり」症例における主要 5 種薬物別の ICD-10 F1 診断下位分類比較（表 19）

「1 年以内使用あり」症例において主要 5 種薬物のあいだで ICD-10 F1 診断下位分類を比較した結果を表 19 に示す。

「F1x. 0 急性中毒」は、市販薬症例（7.9%）でやや多く、「F1x. 1 有害な使用」については、覚せい剤症例（9.3%）で該当症例の少なさが目立った。「F1x. 2 依存症候群」に該当する症例が多かったのは、覚せい剤症例（80.6%）、睡眠薬・抗不安薬症例（81.1%）、市販薬症例（83.1%）

であり、逆に、大麻症例（58.3%）で該当症例が少なかった。「F1x.3 離脱状態」に該当する症例は、睡眠薬・抗不安薬（3.6%）でやや多かった。

「F1x.4 せん妄を伴う離脱状態」はいずれの薬物症例でも該当者はきわめて少なかった。

「F1x.5 精神病性障害」については、揮発性溶剤症例（22.6%）、大麻症例（26.7%）で該当者が多かった。「F1x.6 健忘症候群」は、いずれの薬物でもきわめて少なかった。「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」については、揮発性溶剤症例（22.6%）が目立った。

12) 「1年以内使用あり」症例における主要5種薬物別の併存精神障害のICD-10診断（表20）

「1年以内使用あり」症例に関して、主要5種薬物別に併存精神障害ICD-10診断を比較した結果を表20に示す。

いずれの薬物の関連精神疾患症例でも、1~3割程度の症例に「F3 気分障害」の併存が認められ、これが最も共通する併存精神障害であることがうかがわれた。そのなかで、「F3 気分障害」および「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」については、睡眠薬・抗不安薬症例（33.6%; 27.9%）と市販薬症例（27.7%; 20.9%）で突出して多かった。また、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」については大麻症例（23.3%）で多かった。「小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害」についても大麻症例（10.0%）が目立った。

3. 新型コロナウイルス（COVID-19）による影響

今年度の調査では、各調査実施施設の担当医から見て、コロナ禍のなかで当該患者の薬物使用状況が悪化したかどうか、さらには、治療状況（通院の継続性や回復プログラム、自助グループへの参加頻度）が悪化したかどうかについても情報収集した。その結果、全対象2733症例中、「薬物使用が悪化した」と判断された症例は170例（6.2%）であり、「治療状況が悪化した」と判断された症例は273例（10.0%）であった。

以下に、「薬物使用の悪化」および「治療状況の悪化」に関連する要因を探るために、それぞれの有無に関して、本調査で収集した変数について2群間比較を行った結果を提示する。

1) 新型コロナウイルス（COVID-19）の薬物使用への影響

①属性・心理社会的背景・治療状況に関する比較（表21）

全対象2733症例について、「薬物使用状況の悪化の有無」で属性・心理社会的背景に関する比較を行った結果、「年代」（ $p=0.014$ ）、「高卒以上の学歴」（ $p<0.001$ ）、「薬物関連犯罪での補導・逮捕歴」（ $p=0.032$ ）、「矯正施設入所歴」（ $p<0.001$ ）、「現在のアルコール問題」（ $p=0.001$ ）で有意差が認められた。薬物使用が悪化した症例は、40代までの比較的若年症例、高卒以上の学歴を持つ症例（64.7% vs. 44.4%）、アルコール問題のある症例（28.8% vs. 17.8%）に多かった。また、薬物関連犯罪による逮捕歴のある症例（17.1% vs. 21.8%）、矯正施設入所歴のある症例（21.2% vs. 38.0%）では少なかった。

コロナ禍での薬物使用の悪化と治療状況との関連については、治療期間が「1年未満」「1年以上~3年未満」と、比較的治療歴の短い症例で悪化した者が有意に多かった（ $p<0.001$ ）。また、診察以外の回復プログラム参加頻度については、「月1回未満」「月1回以上~週1回未満」と中程度の者で多い一方で（ $p<0.001$ ）、「なし」および「週1回以上」の関連はなかった。さらに、最近1年以内に薬物使用のある症例では、薬物使用の悪化した者が有意に多かった（ $p<0.001$ ）。

②主たる薬物別の比較（表22）

主たる薬物の種類とコロナ禍における薬物使用悪化の有無による比較では有意差が認められた（ $p<0.001$ ）。なかでも悪化が多い傾向が見られたのは、睡眠薬・抗不安薬症例（悪化あり21.8% vs. 悪化なし17.3%）と市販薬症例（悪化あり19.4% vs. 悪化なし7.6%）であった。

③ICD-10 F1 診断下位分類に関する比較（表23）

コロナ禍における薬物使用悪化の有無とICD-10 F1 診断下位分類ごとの比較では、薬物使用の悪化と「F1x.2 依存症候群」とは有意な正の関連が認められたが（悪化あり88.2% vs. 悪化なし62.9%, $p<0.001$ ）、その一方で、「F1x.5 精神病性障害」（悪化あり7.1% vs. 悪化なし12.1%, $p=0.049$ ）と「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」（悪化あり6.5% vs. 悪化なし32.4%、

p<0.001) とのあいだには有意な負の関連が認められた。

④併存精神障害に関する比較 (表 24)

コロナ禍における薬物使用の悪化は「F3 気分障害」(悪化あり 28.8% vs. 18.5%, p=0.002)、「F8 心理的発達の障害」(悪化あり 9.4% vs. 悪化なし 4.6%, p=0.010)、ならびに「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」(悪化あり 13.5% vs. 悪化なし 4.1%, p<0.001) とのあいだで有意な正の関連が認められた。しかしその一方で、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」(悪化 5.9% vs. 悪化なし 12.0%, p=0.002) とのあいだでは有意な負の関連が認められた。

2) 新型コロナウイルス (COVID-19) の治療状況への影響

①属性・心理社会的背景・治療状況に関する比較 (表 25)

全対象 2733 症例について、「治療状況が悪化の有無」で属性・心理社会的背景に関する比較を行った結果、「生物学的性別」(p<0.001)、「年代」(p=0.032)、「高卒以上の学歴」(p=0.040)、「薬物関連犯罪での補導・逮捕歴」(p=0.048)、「薬物年代による精神科病院入院歴」(p=0.017) で有意差が認められた。コロナ禍で治療状況が悪化した症例は、男性に多く(悪化あり 80.2% vs. 悪化なし 68.4%)。30~40 代の年代に多く、高卒以上の学歴を持つ症例(51.6% vs. 45.0%)、薬物関連犯罪による逮捕歴のある症例(57.5% vs. 51.1%)、ならびに、薬物問題による精神科入院歴を持つ症例(70.0% vs. 62.5%) に多かった。

コロナ禍での治療状況の悪化との関連については、治療期間が「1 年以上~3 年未満」「3 年以上~5 年未満」「5 年以上~10 年未満」と中程度の治療期間を持つ者で治療状況が悪化している傾向が見られた(p<0.001)。また、診察以外の回復プログラム参加頻度については、「月 1 回未満」「月 1 回以上~週 1 回未満」「週一回以上」と頻度の高いものほど悪化している傾向が見られた(p<0.001)。なお、最近 1 年以内に薬物使用の有無とコロナ禍での治療状況の悪化とは有意な関連は認められなかった。

②主たる薬物別の比較 (表 26)

主たる薬物の種類とコロナ禍における治療状

況の悪化とのあいだには、有意な関連は認められなかった。

③ICD-10 F1 診断下位分類に関する比較 (表 27)

コロナ禍における治療状況悪化の有無と ICD-10 F1 診断下位分類ごとの比較では、「F1x.2 依存症候群」が治療状況の悪化と有意な正の関連が認められた(悪化あり 78.8% vs. 悪化なし 62.9%, p<0.001)。その一方で、「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」(悪化あり 22.7% vs. 悪化なし 31.7%, p=0.002) とのあいだには有意な負の関連が認められた。

④併存精神障害に関する比較 (表 28)

コロナ禍における治療状況の悪化は、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」(悪化あり 0.4% vs. 悪化なし 2.5%, p=0.018) とのあいだでのみ有意な負の関連が認められた。

4. 医薬品乱用の詳細

1) 睡眠薬・抗不安薬 (表 29)

睡眠薬・抗不安薬症例 480 例に関して、判明したかぎりの乱用薬剤名を収集した。その結果、最も多く乱用されていたのは、「etizolam」で 158 症例(睡眠薬・抗不安薬症例の 32.9%)であった。次いで、「flunitrazepam」108 症例(22.5%)、「zolpidem」100 症例(20.8%)、「triazolam」62 症例(12.9%)、「brotizolam」30 症例(6.3%)、「bromazepam」26 症例(5.4%)、「alprazolam」23 症例(4.8%)、「lorazepam」16 症例(3.3%)、「nitrazepam」12 症例(2.5%)、「diazepam」10 症例(2.1%) という順であった。

2) 処方オピオイド系鎮痛薬 (表 30)

処方オピオイド系鎮痛薬症例 15 例に関して、乱用していたオピオイド系鎮痛薬の種類が次の 5 つのカテゴリーのいずれに該当するのかを調べた。そのカテゴリーとは、「1. ترامドール(トラマール、トラムセットなど)」、「2. 医療用麻薬(モルヒネ、オキシコドン、ヒドロモルフォン、フェンタニル、メサドン、タペンタドールなど)」、「3. 向精神薬(ペンタゾシン、ブプレノルフィン)」、「4. コデイン」 「5. その他」である。その結果は、「 ترامドール」6 症例(40.0%)、「医療用麻薬」6 症例(40.0%)、「向精神薬」5 症例(33.3%)、「コデイン」4 症例(26.7%)、

「その他」2 症例 (13.3%) というものであった。

なお、処方オピオイド系鎮痛薬症例 15 例中、初使用薬物が鎮痛薬であった症例は 9 例 (60.0%) であり、最初に投与された鎮痛薬としては、1 例がトラマドール (この症例は調査時点でもトラマドールを乱用していた) であり、残り 8 例はその他のオピオイド系鎮痛薬であった。

また、処方オピオイド系鎮痛薬症例 15 例中 6 例は、初使用薬物が鎮痛薬以外であり、その内訳は、覚せい剤 1 例、揮発性溶剤 3 例、睡眠薬・抗不安薬 2 例、市販薬 1 例であった。そこで、初使用薬物が鎮痛薬/非鎮痛薬で 15 例を分類し、上記の乱用していたオピオイド系鎮痛薬の各カテゴリーに関して両群間で比較を行った (表 31)。その結果、「向精神薬」に関してのみ有意差が認められ ($p=0.025$)、初使用薬物が鎮痛薬である症例 9 例中 5 例 (55.6%) は「向精神薬」を乱用していたのに対し、初使用が非鎮痛薬である症例では、「向精神薬」乱用例は 6 例中 1 例も認められなかった。

3) 市販薬 (表 32)

①ブロン/パブロン系製品の詳細

前回の 2018 年調査において、乱用されている市販薬としてブロンおよびパブロン系の製品が突出して多いことが明らかにされた。しかし、ブロン/パブロン系の製品には多数の種類があり、それぞれ微妙に含有成分が異なる。そこで、今回の調査では、市販薬症例 229 例に関して、ブロン/パブロン系を乱用している場合には、あらかじめ調査票にリストアップした各製品名から選択することを求め、乱用者がいかなる成分を含有する製品を選択する傾向があるのかを明らかにすることを試みた。

その結果、最も多かったのは、「エスエスブロン錠」で 83 症例 (36.2%) に認められた。次いで、「パブロン S ゴールド W」23 症例 (10.0%)、「新ブロン液エース」25 症例 (10.9%)、「パブロンゴールド A」14 症例 (6.1%)、「エスエスブロン液 L」7 症例 (3.1%)、「新エスエスブロン錠エース」7 症例 (3.1%)、「パブロンエース Pro」3 症例 (1.3%) と続き、「パブロン Sa」「パブロンメディカル T」「パブロンメディカル C」「パブロンメディカル N」はいずれも 1 症例 (0.4%) であった。なお、ブロン/パブロン系の製品の「品名不明・その他」が 117 症例 (51.1%)

も存在した。

②他の市販薬

ブロン/パブロン以外の市販薬として最も多かったのは、「ウット」33 症例 (14.4%)、次いで、「イブ/イブクイック/エスタックイブ」(総合感冒薬) 13 症例 (5.7%)、「ナロンエース/ナロン」(鎮痛薬) 10 症例 (4.4%)、「レスタミン錠」(抗アレルギー薬) 9 症例 (3.9%)、「ルル/新ルル」(総合感冒薬) 8 症例 (3.5%)、「トニン/新トニン液」(鎮咳薬) 7 症例 (3.1%)、「コンタック」(総合感冒薬) 6 症例 (2.6%)、「ドリエル」(睡眠・鎮静薬) 5 症例 (2.2%)、「ベンザブロック」(総合感冒薬) 4 症例 (1.7%) という順であった。

5. 最近 1 年内の薬物使用の有無と治療期間・回復プログラム参加頻度との関連 (表 33)

今回の調査では、治療期間の長さや回復プログラムに頻回に参加することが、患者が断薬を維持するうえでどのように貢献しているのかを明らかにするために、最近 1 年内の薬物使用の有無と治療期間・回復プログラム参加頻度との関連を検討した。

1) 治療期間との関連

治療期間の長さとして最近 1 年以内の薬物使用の有無とのあいだには、有意な正の関連が認められた ($p<0.001$)。治療期間が「5 年以上～10 年未満」(使用なし 22.2% vs. 使用あり 17.7%)、および「10 年以上」(使用なし 45.9% vs. 17.5%) と長期におよぶ者では、最近 1 年以内の薬物使用のないものが多い傾向が認められた。

2) 回復プログラム参加頻度との関連

回復プログラム参加頻度の多さと最近 1 年以内の薬物使用の有無とのあいだにも、有意な正の関連が認められた ($p<0.001$)。「(診察以外の回復プログラムへの参加) なし」～「月 1 回以上～週 1 回未満の参加」までの頻度では、最近 1 年以内の薬物使用の有無に差は認められなかったが、「週 1 回以上の参加」をしていた症例では、最近 1 年以内の薬物使用のない者が多い傾向が認められた (使用なし 21.0% vs. 使用あり 14.7%)。

D. 考察

今年度の調査は、本調査が開始された 1987 年以來、前回に引き続き報告症例数が史上最大であった(図 1)。回答率に関しては 78.1%と、各医療機関がコロナ感染拡大防止対策に追われるなどによる負担増大の影響か、前回調査(80.7%)より若干低下した。しかし、それにもかかわらず、報告症例数が前回調査を上回ったのは、近年における薬物関連精神疾患症例の医療アクセス促進傾向に加え、コロナ禍において生じた様々な生活上の制約が薬物関連問題を増加させ、医療的ニーズを高めたことを暗に示しているのかもしれない。

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 1461 例(53.5%)が最も多く、これまでの調査と同様、全対象の過半数を占めた。次いで、睡眠薬・抗不安薬 480 例(17.6%)、市販薬 229 例(8.4%)、多剤 186 例(6.8%)、揮発性溶剤 138 例(5.0%)、大麻 124 例(4.5%)、危険ドラッグ 46 例(1.7%)、鎮痛薬(処方オピオイド系:弱オピオイド含む) 15 例(0.5%)、その他 14 例(0.5%)、鎮痛薬(処方非オピオイド系) 12 例(0.4%)、MDMA 以外の幻覚剤 9 例(0.3%)、ADHD 治療薬 7 例(0.3%)、コカイン 6 例(0.2%)、ヘロイン 3 例(0.1%)、MDMA 3 例(0.1%)という順であった。前回調査(覚せい剤 56.0%、睡眠薬・抗不安薬 17.1%、揮発性溶剤 6.0%、市販薬 5.9%、多剤 5.1%、大麻 4.1%、危険ドラッグ 2.8%)と比較すると、市販薬症例の増加、ならびに、揮発性溶剤症例と危険ドラッグ症例のさらなる減少が認められた。

「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、覚せい剤 407 例(36.0%)が最多であるのは同じであり、次いで、睡眠薬・抗不安薬 333 例(29.5%)、市販薬 177 例(15.7%)、多剤 82 例(7.3%)、大麻 60 例(5.3%)、揮発性溶剤 31 例(2.7%)という順であった。「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。前回調査(「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物の割合:覚せい剤 39.3%、睡眠薬・抗不安薬 29.9%、市販薬 9.1%)と比較すると、覚せい剤症例の減少と市販薬症例の顕著な増加が認められ、全体として、睡眠薬・抗不安薬や市販薬といった医薬品の問題が占める割合が増加している。その意味では、近年一貫してみられる「捕まらない(取り締まりにくい)薬物への移行は、ますますその特徴を際立たせているといえるだろう。

図 4、図 5、図 6 には、本調査における「主たる薬物」、「生涯経験薬物」、ならびに「1 年以内使用あり症例の主たる薬物」に関する経年的推移を示した。これら 3 つのグラフから共通して読み取れるのは、すでに述べてきたように、覚せい剤、睡眠薬・抗不安薬、大麻に関しては、生涯経験と最近の使用のいずれに関してもほぼ横ばいであり、その一方で、市販薬の著しい増加傾向である。

これらの乱用薬物の推移のなかで気になるのは、近年、大麻取締法による検挙者の顕著な増加が報告されているにもかかわらず、同じ傾向は精神科医療の実態には反映されていない、という事実である。大麻関連精神疾患を抱える人の精神科医療アクセスを阻害する何らかの要因があるのか、あるいは、大麻使用は精神科治療を要するような健康被害を引き起こしにくいと考えるべきなのか、今後、慎重な検討を要する。また、前回調査でもその増加を指摘した市販薬症例であるが、今回の調査ではさらなる増加が認められており、そろそろ何らかの実効的な対策を講じる必要があると考えられる。

また、「1 年以内使用あり」症例の推移では、2016 年以降、危険ドラッグ症例の顕著な減少が確認されている。これについては、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いえるだろう。

図 7 は、2012 年以降に実施された 5 回の本調査に関して、各調査年において報告された全薬物

関連精神疾患症例数と、「1年以内（薬物）使用あり」症例数の経年的な推移をグラフ化したものである。かつて本調査の回収率は50%を下回る状況が続いていたが、2012年調査より本調査の回収率は70%を超え、以降、75.2%（2014年）、78.7%（2016年）、80.7%（2018年）、78.1%（2020年）と高い数値を維持し、精神科医療現場の薬物関連精神疾患症例の実態を反映する悉皆調査として、資料価値を高めている。

なお、全報告症例数が年々増加しているのは、必ずしもわが国における薬物問題の深刻化を意味するものではないことに注意してほしい。むしろ全症例数が増加しながらも「1年以内使用あり」症例数が近年横ばいであるという点こそ注目すべきである。この事実は、薬物関連精神疾患を抱える者の精神科医療アクセスが近年徐々に促進され、しかも、精神科医療につながるなかで断薬を継続する者が出ている、という捉え方をするのが妥当であろう。

2. 主要5種薬物の関連精神疾患の臨床的特徴

本調査では、「1年以内使用あり」症例のなかで、サンプルサイズが統計学的解析に耐える大きさを持つ5種の薬物（覚せい剤、揮発性溶剤、大麻、睡眠薬・抗不安薬、市販薬）に関して、属性や心理社会的背景、使用経験薬物、初使用薬物、薬物入手経路、ICD-10 F1 診断下位分類、併存精神障害のICD-10 診断に関する比較を行い、各薬物関連精神疾患症例の臨床的特徴を浮き彫りにすることを試みた。

その結果に基づいて、以下に各薬物関連精神疾患症例の特徴を整理しておきたい。

1) 覚せい剤関連精神疾患症例

覚せい剤症例は男性が多く、年代の分布は30～50代といった中年層が中心である。半数あまりは高校中退以下の教育歴であり、症例の8割に薬物関連犯罪による逮捕歴、4～5割に矯正施設入所歴および精神科病院入院歴がある。

初使用薬物としては、半数近くが最初から覚せい剤を使っているが、覚せい剤使用を継続するなかで3～4割の者は揮発性溶剤や大麻の使用経験もある。症例の6割は密売人から覚せい剤を入手しているが、1割程度の者はインターネットを介して入手しているという点も無視できない。

症例の8割は、ICD-10 F1 診断の依存症候群に該当し、「やめられない、止まらない」という使用様態を主訴に医療にアクセスしていることがうかがわれる。その一方で、1～2割程度、薬物使用による急性精神病、あるいは、薬物使用の有無にかかわらず、後遺症としての慢性精神病を呈する者もおり、精神病症状に対する精神科治療を必要としていると推測される。

2) 揮発性溶剤関連精神疾患症例

揮発性溶剤症例の大半は男性であり、40代に多い。症例の7割近くが高校中退以下の学歴である。薬物関連犯罪による逮捕歴、あるいは矯正施設入所歴を持つ者は、覚せい剤症例に比べると少ないが、症例の9割に薬物問題による精神科入院歴が認められることから、精神医学的問題が、覚せい剤症例よりもはるかに重篤であると推測される。

症例の大半は有機溶剤を初使用薬物としているが、4分の1程度の者は覚せい剤や大麻の使用経験がある。薬物の入手経路としては、7割近くが店舗をあげており、おそらくは量販型工具店やスーパーマーケットなどであると推測される。

覚せい剤同様、8割近い症例が依存症候群に該当するが、覚せい剤症例よりも、薬物使用の有無にかかわらず、後遺症としての慢性精神病を呈する者が多い、という点が、重要な臨床的特徴といえるであろう。

3) 大麻関連精神疾患症例

大麻症例もその大半が男性であり、年代の分布は20～30代に集中している。半数は薬物関連犯罪による逮捕歴を持ち、2割に矯正施設入所歴がある。高校中退以下の学歴の者は3割弱しかおらず、教育歴が長い。また、何らかの仕事に就いている者も4割認められ、他の薬物の関連精神疾患症例に比べると、社会的機能が維持されている者が多いのも特徴である。しかし、それとは矛盾するようではあるが、半数に薬物問題による精神科入院歴がある。

症例全例が最初から大麻を使用しており、大麻使用の過程で2～3割の者は、覚せい剤、危険ドラッグ、MDMAや他の幻覚薬の使用経験がある。入手経路として密売人をあげる者は覚せい剤に比べて少なく3割程度にとどまり、同じく2割あ

まりの者は友人を介して大麻を入手している。

精神医学的な特徴としては、ICD-10 F1 診断の依存症候群に該当する者が6割弱と、他の薬物症例に比べて少ないこと、その一方で、薬物使用による精神病性障害を呈する者が最も多く、さらには、統合失調症や注意欠陥・多動症を併存する者が多い傾向がある。

4) 睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例

睡眠薬・抗不安薬症例の年代は、覚せい剤症例と同じく30～50代の中年層を中心とするが、性構成に明らかな違いがあり、半数あまりを女性が占めているという特徴がある。やはり高校中退以下の学歴の者が3割しかおらず、大麻症例とならんで教育歴が長い一群である。

薬物関連犯罪や他の犯罪による逮捕歴、あるいは矯正施設入所歴を持つ者は少ないが、6割弱に薬物問題による精神科入院歴があるなど、その病態が軽いとはいえない。

症例の大半は睡眠薬・抗不安薬を初使用薬物とし、他の違法薬物の使用経験を持つ者は少ない。また、同じく症例の大半は、医療機関から「処方」という合法的な手続きで乱用薬物を入手している。

症例の8割は依存症候群に該当する問題を主訴として精神科医療につながっており、うつ病などの気分障害や神経症性障害などの精神障害を併存する者が非常に多く、さらに、約3割にアルコール問題を抱える者がいる。

5) 市販薬関連精神疾患症例

市販薬症例も睡眠薬・抗不安薬症例と同様、約半数が女性である。しかし年代については、睡眠薬・抗不安薬症例よりもやや若年に偏り、20～40代が中心である。犯罪歴や矯正施設服役歴を持つ者は少ないが、薬物問題による入院歴を持つ者は7割弱もいることから、精神医学的な重症度は高い集団といえるであろう。

症例の大半は市販薬を初使用薬物としており、他の違法薬物の使用経験を持つ者は非常に少ないが、その一方で、4割弱の者は睡眠薬・抗不安薬の乱用経験を持っていることは注目する必要がある。おそらく精神科治療にアクセスすることで、今度は、治療薬として処方された薬剤の乱用

が始まってしまう可能性があるであろう。こうした医原性悪化の防止も精神科医療の大切な役割であると思われる。

ICD-10 F1 診断に示される物質関連の問題については、症例の大半は依存症候群、すなわち、物質使用のコントロール喪失を主訴としているが、それとは別に、気分障害や神経症性障害、パーソナリティ障害、発達障害など、多様な精神医学的問題が併存している点が特徴である。

3. 新型コロナウイルス (COVID-19) による薬物使用および治療状況への影響

今回の調査では、前回調査に比べて国内の精神科医療施設からの回収率は若干の減少が認められた。これは、各医療機関において新型コロナウイルス感染拡大防止への対応、あるいは新型コロナウイルス感染患者への対応に忙殺され、従来通りの調査は協力がままならない状況があったためと推測される。しかしその一方で、報告症例数そのものは、本調査が開始された1987年以降最大であった。これは、薬物関連精神疾患を抱える当事者からのニーズは、コロナ禍にあって減少せず、それどころか増大した可能性を示唆する。

しかし、コロナ禍においては、薬物依存症からの回復のための社会資源はかなり制限される状況となった。昨年3月より国内各地の自助グループは開催が続々と中止されたばかりか、精神保健福祉センターや保護観察所の集団回復プログラム、あるいは、ダルクなどの民間リハビリ施設の通所プログラムも一時的に中止された。医療機関において、緊急事態宣言期間中は新患受付の停止や、依存症集団療法やデイケアの中止などの対策がとられた。その後、医療機関や精神保健福祉センターでは活動を再開したものの、保護観察所や自助グループの活動に関してはいまだ部分的な再開にとどまり、特に自助グループについては、オンラインミーティングの立ち上げこそ進んだものの、リアルな集会の再開はかつてとは比較にならないほど縮小された状況が続いている。このような状況のなかで、薬物問題を抱えている当事者の社会的孤立が進行することで、薬物の再使用や治療中断などが生じていることが危惧されている。

そこで、今回の調査では、このような、新型コ

コロナウイルス（COVID-19）による薬物使用および治療状況への影響に関する情報収集も行った。

その結果、全対象の 6.2%に薬物使用の悪化が、そして 10.0%に治療状況の悪化が確認された。

また、コロナ禍での薬物使用の悪化に関連する要因としては、①比較的若年であること、②比較的高学歴であること、③アルコール問題を抱えていること、④睡眠薬・抗不安薬や市販薬を主たる薬物としていること、⑤回復プログラムに中等度の頻度で参加していること、⑥最近 1 年以内に薬物使用のあること、⑦ICD-10 の「F1x.2 依存症候群」に該当すること、⑧「F1x.5 精神病性障害」と「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」に該当しないこと、⑨「F3 気分障害」「F8 心理的発達の障害」「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」が併存すること、⑩「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が併存しないことが同定された。

以上の結果から推測されるのは、コロナ禍に薬物使用が悪化しやすいのは、いまだ安定した断薬状態にない、若年の処方薬もしくは市販薬症例である。こうした症例は、精神病症状がなく、外界に対する関心の高さが維持されている反面、様々な社会の状況や情報に翻弄されやすい不安定さを抱えており、そうした傾向は併存する気分障害や発達障害、あるいはアルコール問題によって助長されている可能性が推測される。具体的な例としては、「Stay Home」によって過密化した家庭内で、家族との葛藤や先行きの見えない不安に、大量の市販薬で対処する若い女性症例を挙げることができる。

一方、コロナ禍での治療状況の悪化に関連する要因としては、①30～40 代の男性であること、②高卒以上の学歴を持つこと、③薬物関連犯罪による逮捕歴があること、④薬物問題による精神科入院歴を持つこと、⑤治療期間が 1 年以上～10 年未満」と中程度の治療期間を持つこと、⑥高頻度に回復プログラムに参加していること、⑦「F1x.2 依存症候群」に該当すること、⑧「F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」や「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」に該当しないことが同定された。

この結果から推測されるのは、中年男性の違法薬物依存症症例で、通院や入院など、これまであ

る程度インテンシブに治療を受け、自助グループなどにも熱心に参加してきたものの、感染拡大防止のために、これまで参加してきた社会資源を活用できない状況に追い込まれたケースが彷彿としてくる。

ただし、本調査では治療状況の悪化は必ずしも最近の薬物使用とは関連しておらず、自助グループや回復プログラムの中止がただちに再使用につながっているわけではないことは付言しておきたい。

4. 医薬品乱用の実態に関する詳細

今回の調査では、近年問題となっている医薬品乱用について、従来よりも詳細な情報収集を試みた。睡眠薬・抗不安薬については、従来通りと同じく、主たる薬物を睡眠薬・抗不安薬とする関連精神疾患症例が選択した薬剤名を調べた。また、非がん性疼痛への適応拡大による不適切使用の増加が危惧される処方オピオイド系鎮痛薬については、オピオイドに関する知識が乏しい精神科医にもオピオイドの種類を判別できるように、法的な分類に従ったカテゴリーをあらかじめ調査票に設定した。そして、前回調査でブロン/パブロン系薬剤の問題が示唆された市販薬に関しては、乱用の原因となっている成分を同定するために、多種あるブロン/パブロン系薬剤のなかから具体的な製品を同定することとした。

以下に、睡眠薬・抗不安薬、処方オピオイド系鎮痛薬、市販薬に関して、調査結果の考察をした。

1) 睡眠薬・抗不安薬

今回の調査でも、これまで同様、乱用症例の多い薬剤の上位 4 剤は、etizolam、flunitrazepam、zolpidem、triazolam であった。ただし、従来と異なるのは、etizolam、flunitrazepam、triazolam、zolpidem と、つねに第 4 位のポジションにあった zolpidem が、triazolam を抜けて、第 3 位になったことである。2016 年 10 月に向精神薬指定がなされたことで、etizolam に「長期処方」という乱用者にとってのアドバンテージがなくなった一方で、ベンゾジアゼピン受容体作動薬でありながら、ともすれば「非ベンゾ」と喧伝される zolpidem が安易に処方されている状況が懸念される。

なお、今回も、睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患症例の薬物入手経路の大半は精神科医療機関となっていた。2010年以來一貫して続くこの傾向は、診療報酬改定によるベンゾジアゼピン受容体作動薬の多剤処方への減算などの施策によっても十分な改善には至っておらず、今後も注視する必要がある。

2) 処方オピオイド系鎮痛薬

処方オピオイド系鎮痛薬症例 15 例で最も乱用頻度が高いのは、トラマドール（トラマール、トラムセットなど）と医療用麻薬（モルヒネ、オキシコドン、ヒドロモルフォン、フェンタニル、メサドン、タペンタドールなど）であり、次いで向精神薬（ペンタゾシン、ブプレノルフィン）、コデインという順であった。

また、この 15 例中、初使用薬物が鎮痛薬であった症例は 9 例であり、このうち 1 例のみがトラマドールであり（この症例は、調査時点でもトラマドールを主たる薬物としていた）、8 例は他の処方オピオイド系鎮痛薬であった。トラマドールを初使用薬物としていた。少なくとも精神科医療にアクセスした処方オピオイド系鎮痛薬症例を見る限りでは、トラマドールが医療用麻薬や向精神薬の不適切使用のゲートウェイになっていないわけではないと思われた。

一方、6 例は鎮痛薬以外の薬物（睡眠薬・抗不安薬、覚せい剤、揮発性溶剤、市販薬）が初使用薬物であったが、この 6 例の特徴は、調査時点で主たる薬物が向精神薬である者が 1 例もおらず、そのことが、初使用薬物が鎮痛薬であった症例と好対照であった。初使用薬物が鎮痛薬であった症例 9 例は、身体疾患に起因する疼痛を契機として身体科で鎮痛薬としてペンタゾシンなどを投与されたのがオピオイドの適切使用の端緒となっただのに対し、おそらく鎮痛薬以外の薬物を初使用薬物としたこの 6 例は、ごく通常の薬物乱用者として刺激希求をエスカレートさせるなかで、身体科で頻用されるペンタゾシンなどを経験しないまま、密売人などを介してオキシコドンを入手し、使用に至った可能性が推測される。

3) 市販薬

① ブロン／パブロン系市販鎮咳・感冒薬に関する調査

る調査

今回の調査では、市販鎮咳・感冒薬であるブロン／パブロン系製品の詳細に関する情報収集を行った。残念ながら、半数以上が「品名不明・その他」となってしまったが、製品名が判明したなかでは、やはり「エスエスブロン錠」が際立って多く、かなりの差があつて、「パブロン S ゴールド W」「新ブロン液エース」「パブロンゴールド A」、「エスエスブロン液 L」「新エスエスブロン錠エース」が同数で続いた。他に、ごく少数例ながら、「パブロンエース Pro」「パブロン Sa」「パブロンメディカル T」「パブロンメディカル C」「パブロンメディカル N」が報告された。

市販鎮咳・感冒薬の主要な成分としては、古くよりジヒドロコデインリン酸塩（オピオイドの一種、中枢神経抑制薬）、dl-メチルエフェドリン塩酸塩（10%以上の含有率の場合には覚せい剤原料と見なされる中枢神経興奮薬）、クロルフェニラミンマレイン酸（抗ヒスタミン作用を持つ中枢神経抑制薬）、無水カフェイン（中枢神経興奮薬）の 4 種が知られており、なかでもジヒドロコデインリン酸塩ないしは dl-メチルエフェドリン塩酸塩が依存性の責任成分と考えられ、1980 年末、首都圏において若者の「ブロン液乱用」が社会問題化した際、エスエス製薬がブロン液からこの 2 成分の除去することで（エスエスブロン液 L）、乱用拡大の鎮静化に成功したとされている（妹尾ら、1996）。しかし実際には、その後も両成分を含有する市販鎮咳・感冒薬の販売は続き、薬物依存症臨床の現場にも同薬剤の乱用によって薬物関連精神疾患を発症する患者は後を絶たなかった。

表 34 に、今回の調査で乱用が判明したすべてのブロン／パブロン製品に関して、それぞれの主要な含有成分を比較した結果を示す。表からも明らかのように、すべての製品に共通する成分は、クロルフェニラミンマレイン酸塩であり、5 製品に共通するのはジヒドロコデインリン酸塩、4 製品に共通しているのは無水カフェインであり、dl-メチルエフェドリン塩酸塩を含有しているのは 2 製品のみである。そして、最も乱用症例数の多いエスエスブロン錠、ならびに、症例数 4 番目のパブロンゴールド A は、4 種の成分をすべて備えている。

おそらく市販鎮咳・感冒薬の乱用者は、中枢神

経系に対する興奮もしくは抑制といった一方向性の作用、あるいは、ある特定成分の薬理効果を期待しているのではなく、複数の成分による多方向的な効果、あるいは総合的な効果を期待し、薬物乱用を継続しているのであろう。若者を中心に市販薬乱用が社会問題となっている今日、製薬会社には、市販鎮咳・感冒薬に含有されるジヒドロコデインリン酸塩と dl-メチルエフェドリン塩酸塩を他の成分で代替することを検討してもらいたい。

②その他の市販薬

その他の市販薬としては、ウット（睡眠・鎮静薬）、イブ／イブクイック／エスタックイブ（総合感冒薬）、ナロンエース／ナロン（鎮痛薬）など、例年通りの製品名が報告されていた。

なかでもウットは、今日、市販されていること自体が不可解な製品である。ウットは、ブロン／パブロン系市販薬に次ぐ乱用市販薬として、救命救急医療や薬物依存症臨床では長年問題視されており、含有されるブロムワレリル尿素（この成分はナロンエースにも含有されている）やアリルイソプロピルアセチル尿素（この成分はイブ A にも含有されている）は深刻な健康被害を引き起こす危険性がある。前者は依存形成が速やかに生じ、大量摂取時の呼吸抑制作用も問題である。また、後者に関しては、すでに 80 年前に血小板減少性紫斑病発症の原因となるとの報告もある。いずれも、今日、その有害性ゆえに医療現場では使用されなくなった成分であることを強調しておきたい。

5. 治療期間とプログラム参加頻度に関する検討

今回の調査では、治療期間の長さや回復プログラムに頻回に参加することが、患者の断薬維持にどのように貢献するのかを明らかにすべく、最近 1 年内の薬物使用の有無と治療期間・回復プログラム参加頻度との関連を検討した。その結果、治療期間を長期間継続している者、医師の診察とは別に高頻度に回復プログラム（医療機関や精神保健福祉センターの依存症集団療法や自助グループ、民間リハビリ施設の通所プログラムの利用）に参加している者は、最近 1 年以内の薬物使用がない傾向があることが確認された。

すでに述べたように、2012 年以降、本調査の報告症例数は年々増加しながらも、「1 年以内使用あり」症例数が近年横ばいを維持している、という事実は、薬物乱用者の精神科医療アクセスが促進されるとともに、そのなかで断薬を継続する者が出ている可能性を強く示唆する。このことに加えて、上述の分析結果は、精神科医療に長期にわたってつながり続け、医療のみならず地域の様々な回復のための社会資源を利用し続けることで、薬物のない生活を実現できる可能性が高まることを意味する。

ともすれば、規制・取締・刑罰という供給低減に偏向しがちなわが国の薬物対策であるが、ここに来て少しずつ依存症の治療と回復支援による需要低減施策も実を結びつつあるといえるかもしれない。

6. 「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、報告症例数上位 30 位までの精神科医療機関の名称を、表 35 に挙げた。

E. 結論

今年度の調査では、対象施設 1558 施設のうち、1217 施設（78.1%）の協力を得て、232 施設（14.9%）の施設から総計 2859 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 2733 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 1461 例（53.5%）であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 480 例（17.6%）、市販薬

229例(8.4%)、多剤186例(6.8%)、揮発性溶剤138例(5.0%)、大麻124例(4.5%)、危険ドラッグ46例(1.78%)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1129例(41.3%)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407例(36.0%)であり、次いで、睡眠薬・抗不安薬333例(29.5%)、市販薬177例(15.7%)、多剤82例(7.3%)、大麻60例(5.3%)、揮発性溶剤31例(2.7%)、その他8例(0.7%)、コカイン5例(0.4%)が続いた。

以上より、今回の調査では、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る一方で、睡眠薬・抗不安薬、市販薬の関連精神疾患症例の増加も明らかであった。調査全体としては、薬物関連精神疾患症例の増加が見られる一方で、最近1年以内に薬物使用が見られた症例は横ばいの傾向が続いていることが確認され、近年、薬物問題を抱える人の精神科医療へのアクセスが増えているだけでなく、精神科医療のなかで薬物使用が止まっている人が増えている可能性が示唆された。

謝辞

コロナ禍のご多忙の中、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らず、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) Ayumi Takano, Yuki Miyamoto, Tomohiro Shinozaki, Toshihiko Matsumoto, Norito Kawakami: Effect of a web-based relapse prevention program on abstinence among Japanese drug users: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment* 111: 37-46, 2020.
- 2) Toshihiko Matsumoto, Toshitaka Kawabata, Kyoji Okita, Yuko Tanibuchi, Daisuke Funada, Maki Murakami, Takashi Usami, Rie Yokoyama, Nobuya

Naruse, Yuzo Aikawa, Aizo Furukawa, Chie Komatsuzaki, Nozomu Hashimoto, Osamu Fujita, Aiko Umemoto, Ariyuki Kagaya, Takuya Shimane: 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; 00: 1-10.

<https://doi.org/10.1002/npr2.12133>

- 3) Inoura S, Shimane T, Kitagaki K, Wada K, Matsumoto T: Parental drinking according to parental composition and adolescent binge drinking: findings from a nationwide high school survey in Japan. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1878. <http://doi.org/10.1186/s12889-020-09969-8>.
- 4) Ayumi Kondo, Takuya Shimane, Masaru Takahashi, Yoshiko Takeshita, Michiko Kobayashi, Yuriko Takagishi, Soichiro Omiya, Youichi Takano, Mayuko Yamaki, Toshihiko Matsumoto: Gender Differences in Triggers of Stimulant Use Based on the National Survey of Prisoners in Japan. *Subst Use Misuse.* 2020 Oct 24;1-7. doi: 10.1080/10826084.2020.1833930
- 5) Masahiro Takeshima, Tempei Otsubo, Daisuke Funada, Maki Murakami, Takashi Usami, Yoshihiro Maeda, Taisuke Yamamoto, Toshihiko Matsumoto, Takuya Shimane, Yumi Aoki, Takeshi Otowa, Masayuki Tani, Gaku Yamanaka, Yojiro Sakai, Tomohiko Muraio, Ken Inada, Hiroki Yamada, Toshiaki Kikuchi, Tsukasa Sasaki, Norio Watanabe, Kazuo Mishima, Yoshikazu Takaesu: Does cognitive behavioral therapy for anxiety disorders assist the discontinuation of benzodiazepines among patients with anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2021 Jan 15. doi: 10.1111/pcn.13195. Online ahead of print.
- 6) Risa Yamada, Takuya Shimane, Ayumi Kondo, Masako Yonezawa, Toshihiko Matsumoto: The relationship between severity of drug problems and perceived interdependence of drug use and sexual intercourse among adult males in drug addiction rehabilitation centers in Japan. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2021 Jan 7;16(1):5. doi: 10.1186/s13011-020-00339-6.
- 7) 今井航平, 浅見隆康, 松本俊彦: 依存症家族支援プログラム GIFT の有効性に関する

- 検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 54(6) : 247-259, 2020.
- 8) 宇佐美貴士, 松本俊彦 : 10代における乱用薬物の変遷と薬物関連精神障害患者の臨床的特徴. 精神医学 62(8) : 1139-1148, 2020.
 - 9) 松本俊彦 : 特別企画 : 「依存症が社会に与えるインパクト」に寄せて. ストレス科学 34(3) : 153, 2020.
 - 10) 松本俊彦 : 人はなぜ依存症になるのか. ストレス科学 34(3) : 154-160, 2020.
 - 11) 松本俊彦 : 薬物依存症の対策. 日本医師会雑誌 特集 痛みの診断と治療最前線 149(1) : 56, 2020.
 - 12) 松本俊彦 : 麻酔科医の薬物依存 徹底分析 シリーズ 誰に相談したらよいか 救いの道は, ある. Lisa 27(4) : 432-437, 2020.
 - 13) 松本俊彦 : 薬物依存症と孤立. 精神科治療学 35(4) : 385-390, 2020.
 - 14) 松本俊彦 : 十代の自殺死亡率. 小児内科 52(5) : 657-660, 2020.
 - 15) 松本俊彦 : ハームリダクションについて. 精神科治療学 35(5) : 541-545, 2020.
 - 16) 松本俊彦 : 村上真紀, 松本俊彦 : Self-harm in over8s : long-term management (NICE clinical guideline, CG133). 精神医学 62(5)増大号 : 775-778, 2020.
 - 17) 松本俊彦, 今村扶美 : 薬物依存症—認知行動療法的手法を活用した依存症集団療法 「SMARPP」. 西晋療法 増刊第7号 : 136-147, 2020.
 - 18) 松本俊彦 : 依存症は「孤立の病」アディクションの対義語はコネクション. 看護 72(9) : 88-89, 2020.
 - 19) 松本俊彦 : 向精神薬乱用・依存を防ぐために臨床医にできること. 中央区医師会雑誌 33 : 5-7, 2020
 - 20) 松本俊彦 : ゴルピデムの依存リスクは低い. Lisa 27(7) : 676-678, 2020.
 - 21) 松本俊彦 : 薬物依存症の治療. CLINICAL NEUROSCIENCE 「ドラッグ」の神経科学 38(8) : 1001-1004, 2020.
 - 22) 松本俊彦 : 麻薬中毒者届出制度の意義と課題. 精神神経学雑誌 122(8) : 602-6069, 2020.
 - 23) 宇佐美貴士, 松本俊彦 : 2. 物質関連障害 および嗜癖性障害群 1)物質関連障害. 臨床精神医学 49(8) : 1219-1226, 2020.
 - 24) 松本俊彦 : 行動嗜癖と物質依存症. 日本医師会雑誌 149(6) : 10471-1044, 2020.
 - 25) 松本俊彦 : 依存症から物質使用障害・嗜癖性障害へ. 精神科治療学 35(9) : 1005-1009, 2020.
 - 26) 松本俊彦 : 保護観察の対象となった薬物依存症者のコホート調査システムの開発とその転帰に関する研究—「声の架け橋」プロジェクト (Voice Bridge Projects) . 刑法雑誌 59(3) : 432-439, 2020.
 - 27) 松本俊彦 : アルコールとうつ, 自殺 「死のトライアングル」に引き込まれないために. 月刊保団連 1334 : 4-10, 2020.
 - 28) 松本俊彦 : 薬物使用者を支える地域づくり ハームリダクションに依拠した薬物使用者の支援. 公衆衛生 84(12) : 801-806, 2020.
 - 29) 沖田恭治, 松本俊彦 : アディクションに関わる不安とその対応. 精神科治療学 35(12) : 1349-1354, 2020.
 - 30) 松本俊彦 : 「津久井やまゆり園」入所者殺傷事件に見る, 障害者差別・偏見を生み出す背景. 保健師ジャーナル 77(1) : 39-43, 2021.
 - 31) 松本俊彦 : 物質使用症. 研修医の為の精神科ハンドブック, 医学書院, 東京, pp57-59, 2020.
 - 32) 松本俊彦 : 精神医学の観点から見た裁判での議論. パンドラの箱は閉じられたのか, 創出版, 東京, pp170-175, 2020.
 - 33) 松本俊彦 : 心はなぜアディクションに捕捉されるのか—痛みと孤立と嘘の精神病理学. アディクション・スタディーズ 薬物依存症を捉えなおす 13章, 日本評論社, 東京, pp12-25, 2020
 - 34) 松本俊彦 : なぜハームリダクションが必要なのか—つながりと包摂の公衆衛生政策. アディクション・スタディーズ 薬物依存症を捉えなおす 13章, 日本評論社, 東京, pp116-139, 2020.
 - 35) 松本俊彦 : 愚痴は生きのびるための技術だ. 「死にたい」「消えたい」と思ったことがあるあなたへ, 河出書房新社, 東京, pp63-72, 2020.
- ## 2. 学会発表
- 1) 松本俊彦 : 【ランチタイムセミナーII】人はなぜ依存症になるのか? 第19回日本トラウマティック・ストレス学会, Web (オンデマンド) 開催, 2020.9.21~2020.10.20.
 - 2) 松本俊彦 : 【シンポジウム62】わが国における市販薬乱用の実態と課題. 第116回日本精神神経学会学術総会, Web (オンデマンド開催), 2020.9.29.

- 3) 松本俊彦：【シンポジウム 98】摂食障害における食行動異常と物質使用との交代性サイクルは嗜癖なのか？ 第 116 回日本精神神経学会学術総会，Web（オンデマンド開催），2020.9.30.
 - 4) 松本俊彦：【シンポジウム 6】最近の精神科医療における薬物乱用の動向．第 28 回日本精神科救急学会学術総会 Web（ライブ），2020.10.10.
 - 5) 松本俊彦：【シンポジウム 2 精神】アディクションとトラウマ支援者が気づく事ことの意義と気づいた後にしたいこと．第 36 回日本ストレス学会・学術総会，Web（オンデマンド開催），2020.10.24.
 - 6) 松本俊彦：【招待講演 10】人はなぜ依存症になるのか？ 日本臨床麻酔学会第 40 回大会，Web（オンデマンド配信），2020.11.6～30.
 - 7) 松本俊彦：【シンポジウム 7】アディクション研究拠点設置において薬物依存症研究に求められるものは何か．第 55 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会，Web 開催，2020.11.23.
 - 8) 松本俊彦：【シンポジウム 10】大麻使用による依存症と慢性精神病の発症リスク要因に関する研究：精神科医療施設における大麻関連精神障害患者に対する調査から．第 55 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会，Web 開催，2020.11.23.
 - 9) 松本俊彦：【シンポジウム 8】精神科医療におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬関連障害の現状と課題．第 55 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会，Web 開催，2020.11.23.
 - 10) 松本俊彦：【教育講演 1】ハームリダクションとは何か～わが国の課題と可能性．日本犯罪心理学会第 58 回大会，Web（オンデマンド開催），2020.11.21～31.
 - 11) リサ・ナジャヴィッツ，松本俊彦：【対談】トラウマと薬物使用からの回復～Seeking Safety～．日本犯罪心理学会第 58 回大会，Web（オンデマンド開催），2020.11.21～31.
 - 12) 松本俊彦：【学術講演】ハームリダクションとは何か？～つながりと包摂の公衆衛生政策～．第 27 回日本精神科看護専門学術集会，Web，2020.12.5.
 - 13) 松本俊彦：【シンポジウム 18】日本におけるハームリダクション的実践の可能性．第 34 回日本エイズ学会学術集会・総会，Web（オンデマンド配信），2020.11.27～12.25.
 - 14) 松本俊彦：【シンポジウム 5】薬物依存・乱用．第 33 回日本総合病院精神医学会総会，Web（オンデマンド開催），2020.12.7～13.
 - 15) 松本俊彦：【シンポジウム 4】睡眠薬は安全？：高齢者に睡眠薬を処方する際に注意すべきこと．第 35 回日本老年精神医学会，Web 開催，2020.12.21.
 - 16) 山本泰輔，木村尚史，玉腰暁子，松本俊彦：覚せい剤依存症患者の性別ごとの特性と治療予後の関連．第 79 回日本公衆衛生学会総会 2020，京都（オンライン開催），2020.10.20.
 - 17) 大宮宗一郎，嶋根卓也，近藤あゆみ，高岸百合子，小林美智子，酒谷徳二，服部真人，喜多村真紀，伴恵理子，松本俊彦：薬物関連問題と飲酒問題を有する覚せい剤事犯者の特徴：信頼感に注目した分析から．第 55 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会，Web 開催，2020.11.22.
 - 18) 引土絵未，嶋根卓也，小高真美，秋元恵一郎，加藤隆，来栖次郎，栗坪千明，山村せつ，吉野美樹，松本俊彦：薬物依存症者の就労に関する研究：特例子会社を対象とした依存症者の就労に関する意識調査．第 55 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会，Web 開催，2020.11.22.
 - 19) 船田大輔，今村扶美，外山愛，田川美保，吉野直記，近藤あゆみ，堀越勝，松本俊彦：市販薬依存症と複雑性 PTSD を併存し、切迫した自殺行動を呈した際に CPT を施行した患者の治療経過．第 55 回日本アルコール・アディクション医学会学術総会，Web 開催，2020.11.23.
- 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

- Funada, D., Matsumoto, T., Tanibuchi, Y., et al. (2019) Changes of clinical symptoms in patients with new psychoactive substance (NPS)-related disorders from fiscal year 2012 to 2014: A study in hospitals specializing in the treatment of addiction. *Neuropsychopharmacology Reports*. 2019;1–11. doi: 10.1002/npr2.12053
- Global Commission on Drug Policy: War on Drugs (2011) Report of the Global Commission on Drug Policy. file:///C:/Users/toshi/Downloads/global-commission-report-english-20110624.pdf (最終確認 2021.2.5)
- Hazama, K., Katsuta, S. (2019) Factors associated with drug-related recidivism among paroled amphetamine-type stimulant users in Japan. *Asian Journal of Criminology* 2019: <https://doi.org/10.1007/s11417-019-09299-8>
- Kamijo, Y., Takai, M., Fujita, Y., et al. (2016) A multicenter retrospective survey of poisoning after consumption of products containing novel psychoactive substances from 2013 to 2014 in Japan. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 42: 513-519
- Kamijo, Y., Takai, M., Fujita, Y., Usui, K. (2018) Retrospective Study on the Epidemiological and Clinical Features of Emergency Patients with Large or Massive Consumption of Caffeinated Supplements or Energy Drinks in Japan. *Intern Med*. 2018 Aug 1;57(15):2141-2146. doi: 10.2169/internalmedicine.0333-17.
- 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.
- 松本俊彦, 宇佐美貴士, 船田大輔ほか (2019) 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 30 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・依存状況等のモニタリング調査と薬物依存症者・家族に対する回復支援に関する研究 (研究代表者 嶋根卓也) 総括・分担研究報告書: pp75-141.
- 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.
- 宇佐美貴士, 松本俊彦 (2020) 10 代における乱用薬物の変遷と薬物関連精神障害患者の臨床的特徴. *精神医学* 62(8): 1139-1148.
- 妹尾栄一, 森田展彰, 斎藤学, ほか (1996) 市販鎮咳剤の乱用に関する社会精神医学的研究成分変更にもなう乱用動態の変化. *精神神経学雑誌* 98: 127-150.

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 | 施設数 | 割合 | | | |
| 国立病院 | 44 | 2.8% | 36 | 81.8% | 17 | 38.6% | 372 | 23.9% | 19 | 43.2% |
| 都道府県立病院 | 66 | 4.2% | 53 | 80.3% | 28 | 42.4% | 1,025 | 65.8% | 25 | 37.9% |
| 大学医学部付属病院 | 63 | 4.0% | 57 | 90.5% | 16 | 25.4% | 86 | 5.5% | 41 | 65.1% |
| 大学病院 | 20 | 1.3% | 19 | 95.0% | 5 | 25.0% | 39 | 2.5% | 14 | 70.0% |
| 市区町村立病院 | 59 | 3.8% | 49 | 83.1% | 6 | 10.2% | 35 | 2.2% | 43 | 72.9% |
| 民間病院 | 1,306 | 83.8% | 1,001 | 76.6% | 158 | 12.1% | 1,293 | 83.0% | 843 | 64.5% |
| 計 | 1,558 | (100.0%) | 1,217 | (78.1%) | 232 | (14.9%) | 2,859 | (183.5%) | 985 | (63.2%) |

(回答あり施設数*, 症例報告あり施設数*には, 「回答拒否例 (計67例)」を報告した施設も含む)

表2: 全対象者の属性 (N=2733)

| | 度数 | % |
|---------------------------------|------|------|
| 生物学的性別 | | |
| 男 | 1902 | 69.6 |
| 女 | 831 | 30.4 |
| 調査時の年代 | | |
| 10代 | 39 | 1.4 |
| 20代 | 280 | 10.2 |
| 30代 | 625 | 22.9 |
| 40代 | 877 | 32.1 |
| 50代 | 628 | 23.0 |
| 60代 | 198 | 7.2 |
| 70代以上 | 86 | 3.1 |
| 高卒以上の学歴(あり) | 1249 | 45.7 |
| 職業(あり) | 766 | 28.0 |
| 薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり) | 1413 | 51.7 |
| 薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり) | 589 | 21.6 |
| 矯正施設入所歴(あり) | 1009 | 36.9 |
| 現在のアルコール問題(あり) | 504 | 18.4 |
| 薬物問題による精神科入院歴(あり) | 1728 | 63.2 |
| 治療期間 | | |
| 1年未満 | 424 | 15.5 |
| 1年以上～3年未満 | 375 | 13.7 |
| 3年以上～5年未満 | 330 | 12.1 |
| 5年以上～10年未満 | 556 | 20.3 |
| 10年以上 | 933 | 34.1 |
| 不明 | 115 | 4.2 |
| なし | 1873 | 68.5 |
| 最近1か月の診察以外 の回復プログラムの 参加頻度 | | |
| 月1回未満の参加 | 120 | 4.4 |
| 月1回以上～週1回未満の参加 | 179 | 6.5 |
| 週1回以上の参加 | 503 | 18.4 |
| 不明 | 58 | 2.1 |
| 最近1年以内の薬物使用(あり) | 1129 | 41.3 |

表3: 全対象者の各種薬物の生涯使用経験 (N=2733)

| | 度数 | % |
|---------------------|------|------|
| 覚せい剤 | 1748 | 64.0 |
| 揮発性溶剤 | 911 | 33.3 |
| 大麻 | 845 | 30.9 |
| コカイン | 273 | 10.0 |
| ヘロイン | 85 | 3.1 |
| MDMA | 291 | 10.6 |
| MDMA以外の幻覚剤 | 252 | 9.2 |
| 危険ドラッグ | 409 | 15.0 |
| 睡眠薬・抗不安薬 | 935 | 34.2 |
| 鎮痛薬 | 122 | 4.5 |
| (処方非オピオイド系) | | |
| 鎮痛薬 | 51 | 1.9 |
| (処方オピオイド系:弱オピオイド含む) | | |
| 市販薬 | 429 | 15.7 |
| ADHD治療薬 | 55 | 2.0 |
| その他 | 68 | 2.5 |

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=2733)

| | 度数 | % |
|---------------------|-----|------|
| 覚せい剤 | 726 | 26.6 |
| 揮発性溶剤 | 811 | 29.7 |
| 大麻 | 306 | 11.2 |
| コカイン | 4 | 0.1 |
| ヘロイン | 4 | 0.1 |
| MDMA | 26 | 1.0 |
| MDMA以外の幻覚剤 | 19 | 0.7 |
| 危険ドラッグ | 78 | 2.9 |
| 睡眠薬・抗不安薬 | 451 | 16.5 |
| 初めて使用した薬物 | | |
| 鎮痛薬 | 11 | 0.4 |
| (処方非オピオイド系) | | |
| 鎮痛薬 | 14 | 0.5 |
| (処方オピオイド系:弱オピオイド含む) | | |
| 市販薬 | 205 | 7.5 |
| (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など) | | |
| ADHD治療薬 | 7 | 0.3 |
| その他 | 22 | 0.8 |
| 不明 | 49 | 1.8 |

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=2733)

| | 度数 | % |
|---------------------|------|------|
| 覚せい剤 | 1461 | 53.5 |
| 揮発性溶剤 | 138 | 5.0 |
| 大麻 | 124 | 4.5 |
| コカイン | 6 | 0.2 |
| ヘロイン | 3 | 0.1 |
| MDMA | 3 | 0.1 |
| MDMA以外の幻覚剤 | 9 | 0.3 |
| 危険ドラッグ | 46 | 1.7 |
| 主たる薬物 | 480 | 17.6 |
| 睡眠薬・抗不安薬 | | |
| 鎮痛薬 | 12 | 0.4 |
| (処方非オピオイド系) | | |
| 鎮痛薬 | 15 | 0.5 |
| (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) | 229 | 8.4 |
| ADHD治療薬 | 7 | 0.3 |
| その他 | 14 | 0.5 |
| 多剤 | 186 | 6.8 |

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=2733)

| | 度数 | % |
|-----------------------|------|------|
| F1x.0 急性中毒 | 53 | 1.9 |
| F1x.1 有害な使用 | 294 | 10.8 |
| F1x.2 依存症候群 | 1762 | 64.5 |
| F1x.3 離脱状態 | 29 | 1.1 |
| F1x.4 せん妄を伴う離脱状態 | 12 | 0.4 |
| F1x.5 精神病性障害 | 323 | 11.8 |
| F1x.6 健忘症候群 | 17 | 0.6 |
| F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害 | 841 | 30.8 |
| F1x.8 他の精神および行動の障害 | 47 | 1.7 |

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=2733)

| | 併存精神障害 (複数選択) | 度数 | % |
|----|--------------------------|-----|------|
| F0 | 症状性を含む器質性精神障害 | 72 | 2.6 |
| F2 | 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 | 318 | 11.6 |
| F3 | 気分障害 | 523 | 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 | 407 | 14.9 |
| F5 | 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害 | 63 | 2.3 |
| F6 | 成人の人格及び行動の障害 | 237 | 8.7 |
| F7 | 知的障害(精神遅滞) | 136 | 5.0 |
| F8 | 心理的発達の障害 | 135 | 4.9 |
| 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 | 127 | 4.6 |

表8:「1年以内使用あり」症例の属性(N=1129)

| 性別 | 度数 | | % |
|----------------------|------------|-----|------|
| | 男 | 女 | |
| 現在の年代 | | | |
| | 10代 | 37 | 3.3 |
| | 20代 | 178 | 15.8 |
| | 30代 | 299 | 26.5 |
| | 40代 | 331 | 29.3 |
| | 50代 | 205 | 18.2 |
| | 60代 | 46 | 4.1 |
| | 70代以上 | 33 | 2.9 |
| 高卒以上の学歴(あり) | 655 | | 58.0 |
| 職業(あり) | 327 | | 29.0 |
| 薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり) | 471 | | 41.7 |
| 薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり) | 197 | | 17.4 |
| 矯正施設入所歴(あり) | 267 | | 23.6 |
| 現在のアルコール問題(あり) | 241 | | 21.3 |
| 薬物問題による精神科入院歴(あり) | 628 | | 55.6 |
| 治療期間 | | | |
| | 1年未満 | 324 | 28.7 |
| | 1年以上～3年未満 | 211 | 18.7 |
| | 3年以上～5年未満 | 146 | 12.9 |
| | 5年以上～10年未満 | 200 | 17.7 |
| | 10年以上 | 198 | 17.5 |
| | 不明 | 50 | 4.4 |

表9: 「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=1129)

| | 度数 | % |
|---------------------|-----|------|
| 覚せい剤 | 541 | 47.9 |
| 揮発性溶剤 | 235 | 20.8 |
| 大麻 | 333 | 29.5 |
| コカイン | 117 | 10.4 |
| ヘロイン | 35 | 3.1 |
| MDMA | 131 | 11.6 |
| MDMA以外の幻覚剤 | 116 | 10.3 |
| 危険ドラッグ | 154 | 13.6 |
| 睡眠薬・抗不安薬 | 531 | 47.0 |
| 鎮痛薬 | 71 | 6.3 |
| (処方非オピオイド系) | | |
| 鎮痛薬 | 31 | 2.7 |
| (処方オピオイド系:弱オピオイド含む) | | |
| 市販薬 | 288 | 25.5 |
| ADHD治療薬 | 30 | 2.7 |
| その他 | 38 | 3.4 |

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10: 「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=1129)

| | 度数 | % |
|---------------------|-----|------|
| 覚せい剤 | 213 | 18.9 |
| 揮発性溶剤 | 201 | 17.8 |
| 大麻 | 143 | 12.7 |
| コカイン | 2 | 0.2 |
| ヘロイン | 3 | 0.3 |
| MDMA | 14 | 1.2 |
| MDMA以外の幻覚剤 | 13 | 1.2 |
| 危険ドラッグ | 28 | 2.5 |
| 睡眠薬・抗不安薬 | 303 | 26.8 |
| 初めて使用した薬物 | | |
| 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 | 143 | 12.7 |
| (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など) | | |
| ADHD治療薬 | 4 | 0.4 |
| その他 | 14 | 1.2 |
| 不明(欠損値) | 33 | 2.9 |

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

表11: 「1年以内に使用あり」症例の主たる薬物 (N=1129)

| | 度数 | % |
|---------------------|-----|------|
| 覚せい剤 | 407 | 36.0 |
| 揮発性溶剤 | 31 | 2.7 |
| 大麻 | 60 | 5.3 |
| コカイン | 5 | 0.4 |
| ヘロイン | 1 | 0.1 |
| MDMA | 1 | 0.1 |
| MDMA以外の幻覚剤 | 5 | 0.4 |
| 危険ドラッグ | 3 | 0.3 |
| 主たる薬物 | 333 | 29.5 |
| 睡眠薬・抗不安薬 | | |
| 鎮痛薬 | 8 | 0.7 |
| (処方非オピオイド系) | | |
| 鎮痛薬 | 6 | 0.5 |
| (処方オピオイド系:弱オピオイド含む) | | |
| 市販薬 | 177 | 15.7 |
| (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など) | | |
| ADHD治療薬 | 2 | 0.2 |
| その他 | 8 | 0.7 |
| 多剤 | 82 | 7.3 |

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

表12: 「1年以内に使用あり」症例の薬物の入手経路 (N=1129)

| | 度数 | % |
|-----------|-----|------|
| 友人 | 71 | 6.3 |
| 知人 | 110 | 9.7 |
| 恋人・愛人 | 30 | 2.7 |
| 家族 | 17 | 1.5 |
| 密売人 | 273 | 24.2 |
| 医療機関(精神科) | 300 | 26.6 |
| 医療機関(身体科) | 120 | 10.6 |
| 薬局 | 153 | 13.6 |
| インターネット | 96 | 8.5 |
| 店舗 | 69 | 6.1 |
| その他 | 6 | 0.5 |
| 不明 | 118 | 10.5 |

入手経路

表13: 「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=1129)

| | 度数 | % |
|-----------------------|-----|------|
| F1x.0 急性中毒 | 47 | 4.2 |
| F1x.1 有害な使用 | 187 | 16.6 |
| F1x.2 依存症候群 | 895 | 79.3 |
| F1x.3 離脱状態 | 26 | 2.3 |
| F1x.4 せん妄を伴う離脱状態 | 8 | 0.7 |
| F1x.5 精神病性障害 | 141 | 12.5 |
| F1x.6 健忘症候群 | 7 | 0.6 |
| F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害 | 104 | 9.2 |
| F1x.8 他の精神および行動の障害 | 13 | 1.2 |

F1下位診断分類
(複数選択)

表14: 「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=1129)

| | 度数 | % |
|----|-----|------|
| F0 | 22 | 1.9 |
| F2 | 108 | 9.6 |
| F3 | 275 | 24.4 |
| F4 | 205 | 18.2 |
| F5 | 33 | 2.9 |
| F6 | 125 | 11.1 |
| F7 | 57 | 5.0 |
| F8 | 73 | 6.5 |
| F9 | 71 | 6.3 |

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15: 「1年以内に使用あり」症例における主要5種薬物の属性比較 (N=1008)

| 生物学的性別 | 主たる薬物 | | | | | χ ² 値 | df | p* |
|----------------------|---------------|---------------|-------------|-------------------|---|------------------|----|---------|
| | 覚せい剤 n=407 | 揮発性溶剤 n=31 | 大麻 n=60 | 睡眠薬・抗不安薬 n=333 | 市販薬(鎮咳薬・ 感冒薬・鎮痛薬・ 睡眠薬など) n=177 | | | |
| 男 | 度数 311 | 27 | 52 | 159 | 97 | | | |
| 女 | % 76.4 | 87.1 | 86.7 | 47.7 | 54.8 | 92.545 | 4 | p<0.001 |
| | 度数 96 | 4 | 8 | 174 | 80 | | | |
| | % 23.6 | 12.9 | 13.3 | 52.3 | 45.2 | | | |
| 10代 | 度数 3 | 0 | 3 | 5 | 21 | | | |
| | % 0.7 | 0.0 | 5.0 | 1.5 | 11.9 | | | |
| 20代 | 度数 32 | 5 | 22 | 46 | 47 | | | |
| | % 7.9 | 16.1 | 36.7 | 13.8 | 26.6 | | | |
| 30代 | 度数 117 | 6 | 24 | 85 | 41 | | | |
| | % 28.7 | 19.4 | 40.0 | 25.5 | 23.2 | | | |
| 40代 | 度数 152 | 15 | 9 | 79 | 47 | | | |
| | % 37.3 | 48.4 | 15.0 | 23.7 | 26.6 | 188.453 | 24 | p<0.001 |
| 50代 | 度数 87 | 3 | 2 | 74 | 12 | | | |
| | % 21.4 | 9.7 | 3.3 | 22.2 | 6.8 | | | |
| 60代 | 度数 12 | 1 | 0 | 24 | 7 | | | |
| | % 2.9 | 3.2 | 0.0 | 7.2 | 4.0 | | | |
| 70代以上 | 度数 4 | 1 | 0 | 20 | 2 | | | |
| | % 1.0 | 3.2 | 0.0 | 6.0 | 1.1 | | | |
| 高卒以上の学歴(あり) | 度数 190 | 10 | 42 | 233 | 112 | | | |
| | % 46.7 | 32.3 | 70.0 | 70.0 | 63.3 | 55.050 | 4 | p<0.001 |
| 有職(現在何らかの職に就いている) | 度数 120 | 8 | 25 | 95 | 45 | | | |
| | % 29.5 | 25.8 | 41.7 | 28.5 | 25.4 | 6.000 | 4 | p=0.199 |
| 薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり) | 度数 327 | 20 | 31 | 33 | 20 | | | |
| | % 80.3 | 64.5 | 51.7 | 9.9 | 11.3 | 461.229 | 4 | p<0.001 |
| 薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり) | 度数 87 | 7 | 15 | 42 | 24 | | | |
| | % 21.4 | 22.6 | 25.0 | 12.6 | 13.6 | 14.618 | 4 | p=0.006 |
| 矯正施設入所歴(あり) | 度数 182 | 6 | 12 | 25 | 17 | | | |
| | % 44.7 | 19.4 | 20.0 | 7.5 | 9.6 | 166.396 | 4 | p<0.001 |
| 現在のアルコール問題(あり) | 度数 70 | 7 | 9 | 94 | 38 | | | |
| | % 17.2 | 22.6 | 15.0 | 28.2 | 21.5 | 14.843 | 4 | p=0.005 |
| 薬物問題による精神科入院歴(あり) | 度数 190 | 28 | 31 | 191 | 115 | | | |
| | % 46.7 | 90.3 | 51.7 | 57.4 | 65.0 | 35.138 | 4 | p<0.001 |

*カイ二乗検定

表16: 「1年以内に使用あり」症例における主要5種薬物の使用経験のある薬物の比較 (N=1008)
主たる薬物

| 使用経験のある薬物 | 覚せい剤 n=407 | 揮発性溶剤 n=31 | 大麻 n=60 | 睡眠薬・抗不安薬 n=333 | 市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など) n=177 | χ^2 値 | df | p* |
|--------------------------|---------------|---------------|-------------|-------------------|---------------------------------|------------|----|---------|
| 覚せい剤 | 度数 99.5 | 8 25.8 | 20 33.3 | 37 11.1 | 25 14.1 | 705.436 | 4 | p<0.001 |
| 揮発性溶剤 | 度数 32.2 | 31 100.0 | 6 10.0 | 23 6.9 | 17 9.6 | 208.008 | 4 | p<0.001 |
| 大麻 | 度数 40.3 | 8 25.8 | 60 100.0 | 33 9.9 | 29 16.4 | 244.048 | 4 | p<0.001 |
| コカイン | 度数 15.5 | 0 0.0 | 8 13.3 | 13 3.9 | 15 8.5 | 32.449 | 4 | p<0.001 |
| ヘロイン | 度数 2.9 | 0 0.0 | 2 3.3 | 6 1.8 | 9 5.1 | 5.436 | 4 | p=0.245 |
| MDMA | 度数 17.7 | 1 3.2 | 15 25.0 | 14 4.2 | 11 6.2 | 51.478 | 4 | p<0.001 |
| MDMA以外の幻覚剤 | 度数 17.0 | 1 3.2 | 11 18.3 | 7 2.1 | 9 5.1 | 57.688 | 4 | p<0.001 |
| 危険ドラッグ | 度数 19.2 | 4 12.9 | 16 26.7 | 18 5.4 | 15 8.5 | 43.783 | 4 | p<0.001 |
| 睡眠薬・抗不安薬 | 度数 17.4 | 5 16.1 | 11 18.3 | 325 97.6 | 63 35.6 | 525.702 | 4 | p<0.001 |
| 鎮痛薬 (処方非オピオイド系) | 度数 2.9 | 1 3.2 | 2 3.3 | 24 7.2 | 13 7.3 | 9.294 | 4 | p=0.054 |
| 鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) | 度数 0.7 | 1 3.2 | 0 0.0 | 7 2.1 | 8 4.5 | 11.083 | 4 | p=0.026 |
| 市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など) | 度数 3.4 | 5 16.1 | 5 8.3 | 56 16.8 | 172 97.2 | 614.738 | 4 | p<0.001 |
| ADHD治療薬 | 度数 3.2 | 1 3.2 | 1 1.7 | 7 2.1 | 4 2.3 | 1.236 | 4 | p=0.872 |
| その他 | 度数 1.2 | 5 15.2 | 2 3.3 | 15 4.5 | 2 1.1 | 10.969 | 4 | p=0.027 |

*カイ二乗検定

表17: 「1年以内に使用あり」症例における主要5種薬物の人生ではじめて使用した薬物の比較 (N=1008)
主たる薬物

| 人生ではじめて使用した薬物 | 覚せい剤 n=407 | 揮発性溶剤 n=31 | 大麻 n=60 | 睡眠薬・抗不安薬 n=333 | 市販薬(鎮咳薬・ 感冒薬・鎮痛薬・ 睡眠薬など) n=177 | χ^2 値 | df | p* |
|-----------------------------|----------------|---------------|------------|-------------------|---|------------|----|---------|
| 覚せい剤 | 度数 185 % | 0 0.0 | 0 0.0 | 15 4.6 | 4 2.3 | | | |
| 揮発性溶剤 | 度数 114 % | 28 90.3 | 5 8.5 | 20 6.2 | 12 6.9 | | | |
| 大麻 | 度数 49 % | 1 3.2 | 50 84.7 | 16 4.9 | 12 6.9 | | | |
| ヘロイン | 度数 0 % | 0 0.0 | 0 0.0 | 0 0.0 | 2 1.1 | | | |
| MDMA | 度数 12 % | 0 0.0 | 0 0.0 | 1 0.3 | 0 0.0 | | | |
| MDMA以外の幻覚剤 | 度数 3.0 % | 0 0.0 | 0 0.0 | 0 0.0 | 0 0.0 | | | |
| 危険ドラッグ | 度数 14 % | 1 3.2 | 3 5.1 | 1 0.3 | 4 2.3 | 1544.747 | 48 | p<0.001 |
| 睡眠薬・抗不安薬 | 度数 6 % | 0 0.0 | 0 0.0 | 253 78.1 | 25 14.4 | | | |
| 鎮痛薬(処方非オピオイド系) | 度数 0 % | 0 0.0 | 0 0.0 | 2 0.6 | 2 1.1 | | | |
| 鎮痛薬(処方オピオイド系: 弱オピ オイド含む) | 度数 1 % | 0 0.0 | 0 0.0 | 0 0.0 | 0 0.0 | | | |
| 市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・ 睡眠薬など) | 度数 2 % | 1 3.2 | 1 1.7 | 11 3.4 | 113 64.9 | | | |
| ADHD治療薬 | 度数 1 % | 0 0.0 | 0 0.0 | 1 0.3 | 0 0.0 | | | |
| その他 | 度数 2 % | 0 0.0 | 0 0.0 | 4 1.2 | 0 0.0 | | | |

*カイ二乗検定

表18: 「1年以内に使用あり」症例における主要5種薬物の入手経路の比較 (N=1008)

| 入手経路 | 主たる薬物 | | | | | χ ² 値 | df | p* |
|-----------|---------|--------------------|------------|-------------------|------------------------|------------------|----|---------|
| | 覚せい剤 | 揮発性溶剤 | 大麻 | 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=407 | n=31 | n=60 | n=333 | n=177 | | | |
| 友人 | 度数 % | 40 9.8 | 1 3.2 | 14 23.3 | 5 1.5 | 66.698 | 4 | p<0.001 |
| 知人 | 度数 % | 75 18.4 | 4 12.9 | 11 18.3 | 7 2.1 | 82.399 | 4 | p<0.001 |
| 恋人・愛人 | 度数 % | 28 6.9 | 0 0.0 | 2 3.3 | 0 0.0 | 38.097 | 4 | p<0.001 |
| 家族 | 度数 % | 9 2.2 | 0 0.0 | 1 1.7 | 6 1.8 | 2.577 | 4 | p=0.631 |
| 密売人 | 度数 % | 240 59.0 | 1 3.2 | 19 31.7 | 0 0.0 | 420.619 | 4 | p<0.001 |
| 医療機関(精神科) | 度数 % | 0 0.0 | 0 0.0 | 0 0.0 | 255 76.6 | 687.503 | 4 | p<0.001 |
| 医療機関(身体科) | 度数 % | 1 0.2 | 0 0.0 | 0 0.0 | 104 31.2 | 230.887 | 4 | p<0.001 |
| 薬局 | 度数 % | 0 0.0 | 1 3.2 | 0 0.0 | 5 1.5 | 643.323 | 4 | p<0.001 |
| インターネット | 度数 % | 43 10.6 | 3 9.7 | 8 13.3 | 10 3.0 | 19.115 | 4 | p=0.001 |
| 店舗 | 度数 % | 1 0.2 | 21 67.7 | 0 0.0 | 0 0.0 | 337.714 | 4 | p<0.001 |
| その他 | 度数 % | 3 0.7 | 0 0.0 | 1 1.7 | 0 0.0 | 3.977 | 4 | p=0.409 |

*カイ二乗検定

表19: 「1年以内に使用あり」症例における主要5種薬物のICD-10 F1診断下位分類の比較 (N=1008)

| ICD-10診断 (複数選択) | 主たる薬物 | | | | | χ ² 値 | df | p* |
|-----------------------|---------------|---------------|------------|-------------------|---------------------------------|------------------|----|---------|
| | 覚せい剤 n=407 | 揮発性溶剤 n=31 | 大麻 n=60 | 睡眠薬・抗不安薬 n=333 | 市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など) n=177 | | | |
| F1x.0 急性中毒 | 度数 9 | 2 | 1 | 14 | 14 | 11.896 | 4 | p=0.018 |
| | % 2.2 | 6.5 | 1.7 | 4.2 | 7.9 | | | |
| F1x.1 有害な使用 | 度数 38 | 7 | 12 | 73 | 37 | 26.032 | 4 | p<0.001 |
| | % 9.3 | 22.6 | 20.0 | 21.9 | 20.9 | | | |
| F1x.2 依存症候群 | 度数 328 | 24 | 35 | 270 | 147 | 18.891 | 4 | p=0.001 |
| | % 80.6 | 77.4 | 58.3 | 81.1 | 83.1 | | | |
| F1x.3 離脱状態 | 度数 5 | 1 | 1 | 12 | 4 | 4.861 | 4 | p=0.302 |
| | % 1.2 | 3.2 | 1.7 | 3.6 | 2.3 | | | |
| F1x.4 せん妄を伴う離脱状態 | 度数 2 | 0 | 1 | 3 | 1 | 1.531 | 4 | p=0.821 |
| | % 0.5 | 0.0 | 1.7 | 0.9 | 0.6 | | | |
| F1x.5 精神病性障害 | 度数 81 | 7 | 16 | 8 | 8 | 78.529 | 4 | p<0.001 |
| | % 19.9 | 22.6 | 26.7 | 2.4 | 4.5 | | | |
| F1x.6 健忘症候群 | 度数 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 5.208 | 4 | p=0.267 |
| | % 0.2 | 0.0 | 0.0 | 1.2 | 0.0 | | | |
| F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害 | 度数 63 | 7 | 9 | 3 | 9 | 60.295 | 4 | p<0.001 |
| | % 15.5 | 22.6 | 15.0 | 0.9 | 5.1 | | | |
| F1x.8 他の精神および行動の障害 | 度数 2 | 1 | 2 | 2 | 4 | 8.442 | 4 | p=0.077 |
| | % 0.5 | 3.2 | 3.3 | 0.6 | 2.3 | | | |

*カイ二乗検定

表20: 「1年以内に使用あり」症例における主要5種薬物の併存精神障害ICD-10診断の比較 (N=1008)

| | | 主たる薬物 | | | | | χ ² 値 | df | p [*] |
|----|--------------------------|-----------------|---------------|------------|-------------------|---------------------------------|------------------|----|----------------|
| | | 覚せい剤 n=407 | 揮発性溶剤 n=31 | 大麻 n=60 | 睡眠薬・抗不安薬 n=333 | 市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など) n=177 | | | |
| F0 | 症状性を含む器質性精神障害 | 度数 1.5 % | 0 0.0 | 0 0.0 | 10 3.0 | 3 1.7 | 4.405 | 4 | p=0.354 |
| F2 | 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 | 37 9.1 % | 3 9.7 | 14 23.3 | 17 5.1 | 21 11.9 | 22.706 | 4 | p<0.001 |
| F3 | 気分障害 | 72 17.7 % | 6 19.4 | 10 16.7 | 112 33.6 | 49 27.7 | 28.445 | 4 | 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 | 48 11.8 % | 5 16.1 | 5 8.3 | 93 27.9 | 37 20.9 | 36.435 | 4 | 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 | 5 1.2 % | 0 0.0 | 1 1.7 | 16 4.8 | 9 5.1 | 11.779 | 4 | p=0.019 |
| F6 | 成人の人格及び行動の障害 | 31 7.6 % | 3 9.7 | 3 5.0 | 45 13.5 | 31 17.5 | 16.520 | 4 | p=0.002 |
| F7 | 知的障害(精神遅滞) | 10 2.5 % | 3 9.7 | 2 3.3 | 17 5.1 | 12 6.8 | 8.707 | 4 | p=0.069 |
| F8 | 心理的発達の障害 | 10 2.5 % | 3 9.7 | 1 1.7 | 31 9.3 | 19 10.7 | 23.791 | 4 | p<0.001 |
| 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 | 30 7.4 % | 2 6.5 | 6 10.0 | 11 3.3 | 14 7.9 | 8.082 | 4 | p=0.089 |

*カイ二乗検定

表21: 全症例における新型コロナウイルス(COVID-19)による薬物使用の影響の比較 (N=2733)

| | | | COVID-19による薬物使用の悪化の有無 | | χ^2 値 | df | p* |
|-------------------------|----------------|------|-----------------------|-------------|------------|----|---------|
| | | | なし | あり | | | |
| 生物学的性別 | 男 | 度数 | 1785 | 117 | 0.510 | 1 | p=0.863 |
| | | % | 69.6 | 68.8 | | | |
| 女 | 度数 | 778 | 53 | | | | |
| | % | 30.4 | 31.2 | | | | |
| 現在の年代 | 10代 | 度数 | 35 | 4 | 16.030 | 6 | p=0.014 |
| | | % | 1.4 | 2.4 | | | |
| | 20代 | 度数 | 257 | 23 | | | |
| | | % | 10.0 | 13.5 | | | |
| | 30代 | 度数 | 576 | 49 | | | |
| | | % | 22.5 | 28.8 | | | |
| | 40代 | 度数 | 819 | 58 | | | |
| | | % | 32.0 | 34.1 | | | |
| 50代 | 度数 | 599 | 29 | | | | |
| | % | 23.4 | 17.1 | | | | |
| 60代 | 度数 | 192 | 6 | | | | |
| | % | 7.5 | 3.5 | | | | |
| 70代以上 | 度数 | 85 | 1 | | | | |
| | % | 3.3 | 0.6 | | | | |
| 高卒以上の学歴(あり) | | 度数 | 1139 | 110 | 26.386 | 1 | p<0.001 |
| | | % | 44.4 | 64.7 | | | |
| 薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり) | | 度数 | 1339 | 74 | 4.848 | 1 | p=0.032 |
| | | % | 52.2 | 43.5 | | | |
| 薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり) | | 度数 | 560 | 29 | 2.164 | 1 | p=0.149 |
| | | % | 21.8 | 17.1 | | | |
| 矯正施設入所歴(あり) | | 度数 | 973 | 36 | 19.291 | 1 | p<0.001 |
| | | % | 38.0 | 21.2 | | | |
| 現在のアルコール問題(あり) | | 度数 | 455 | 49 | 12.992 | 1 | p=0.001 |
| | | % | 17.8 | 28.8 | | | |
| 薬物問題による精神科入院歴(あり) | | 度数 | 1628 | 100 | 1.512 | 1 | p=0.219 |
| | | % | 63.5 | 58.8 | | | |
| 治療期間 | 1年未満 | 度数 | 379 | 45 | 55.563 | 5 | p<0.001 |
| | | % | 14.8 | 26.5 | | | |
| | 1年以上3年未満 | 度数 | 335 | 40 | | | |
| | | % | 13.1 | 23.5 | | | |
| | 3年以上5年未満 | 度数 | 308 | 22 | | | |
| | | % | 12.0 | 12.9 | | | |
| | 5年以上10年未満 | 度数 | 517 | 39 | | | |
| | | % | 20.2 | 22.9 | | | |
| 10年以上 | 度数 | 910 | 23 | | | | |
| | % | 35.5 | 13.5 | | | | |
| 不明 | 度数 | 113 | 1 | | | | |
| | % | 4.4 | 0.6 | | | | |
| 最近1か月の診察以外の回復プログラムの参加頻度 | なし | 度数 | 1784 | 89 | 63.865 | 4 | p<0.001 |
| | | % | 69.6 | 52.4 | | | |
| | 月1回未満の参加 | 度数 | 96 | 24 | | | |
| | | % | 3.7 | 14.1 | | | |
| | 月1回以上～週1回未満の参加 | 度数 | 155 | 24 | | | |
| | | % | 6.0 | 14.1 | | | |
| | 週1回以上の参加 | 度数 | 471 | 32 | | | |
| | | % | 18.4 | 18.8 | | | |
| 不明 | 度数 | 57 | 1 | | | | |
| | % | 2.2 | 0.6 | | | | |
| 最近1年以内の使用(あり) | | 度数 | 971 | 158 | 199.318 | 1 | p<0.001 |
| | | % | 37.9 | 92.9 | | | |

*カイ二乗検定

表22: 全症例における主たる薬物別にみた新型コロナウイルス(COVID-19)による薬物使用の影響の比較(N=2733)

| 主たる薬物 | COVID-19による薬物使用の悪化の有無 | | χ ² 値 | df | p* |
|----------------------------|-----------------------|-------------|------------------|----|---------|
| | なし n=2563 | あり n=170 | | | |
| 覚せい剤 | 度数 1376 | 85 | | | |
| | % 53.7 | 50.0 | | | |
| 揮発性溶剤 | 度数 134 | 4 | | | |
| | % 5.2 | 2.4 | | | |
| 大麻 | 度数 120 | 4 | | | |
| | % 4.7 | 2.4 | | | |
| コカイン | 度数 4 | 2 | | | |
| | % 0.2 | 1.2 | | | |
| ヘロイン | 度数 3 | 0 | | | |
| | % 0.1 | 0.0 | | | |
| MDMA | 度数 3 | 0 | | | |
| | % 0.1 | 0.0 | | | |
| MDMA以外の幻覚剤 | 度数 8 | 1 | | | |
| | % 0.3 | 0.6 | | | |
| 危険ドラッグ | 度数 45 | 1 | 54.637 | 14 | p<0.001 |
| | % 1.8 | 0.6 | | | |
| 睡眠薬・抗不安薬 | 度数 443 | 37 | | | |
| | % 17.3 | 21.8 | | | |
| 鎮痛薬(処方非オピオイド系) | 度数 12 | 0 | | | |
| | % 0.5 | 0.0 | | | |
| 鎮痛薬(処方オピオイド系:弱オピ オイド含む) | 度数 15 | 0 | | | |
| | % 0.6 | 0.0 | | | |
| 市販薬(鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・ 睡眠薬など) | 度数 196 | 33 | | | |
| | % 7.6 | 19.4 | | | |
| ADHD治療薬 | 度数 6 | 1 | | | |
| | % 0.2 | 0.6 | | | |
| その他 | 度数 14 | 0 | | | |
| | % 0.5 | 0.0 | | | |
| 多剤 | 度数 184 | 2 | | | |
| | % 7.2 | 1.2 | | | |

*カイ二乗検定

表23: 全症例におけるICD-10 F1診断下位分類にみた新型コロナウイルス(COVID-19)による薬物使用の影響の比較(N=2733)

| | | COVID-19による薬物使用の悪化の有無 | | χ ² 値 | df | p* |
|-------|-----------------|-----------------------|--------------------|------------------|----|---------|
| | | なし | あり | | | |
| | | n=2563 | n=170 | | | |
| F1x.0 | 急性中毒 | 度数 49 1.9% | 4 2.4% | 0.163 | 1 | p=0.569 |
| F1x.1 | 有害な使用 | 度数 270 10.5% | 24 14.1% | 2.132 | 1 | p=0.158 |
| F1x.2 | 依存症候群 | 度数 1612 62.9% | 150 88.2 | 44.692 | 1 | p<0.001 |
| F1x.3 | 離脱状態 | 度数 25 1.0% | 4 2.4% | 2.882 | 1 | p=0.102 |
| F1x.4 | せん妄を伴う離脱状態 | 度数 11 0.4% | 1 0.6% | 0.092 | 1 | p=0.538 |
| F1x.5 | 精神病性障害 | 度数 311 12.1% | 12 7.1% | 3.941 | 1 | p=0.049 |
| F1x.6 | 健忘症候群 | 度数 17 0.7% | 0 0.0% | 1.135 | 1 | p=0.620 |
| F1x.7 | 残遺性障害・遅発性精神病性障害 | 度数 830 32.4% | 11 6.5% | 50.254 | 1 | p<0.001 |
| F1x.8 | 他の精神および行動の障害 | 度数 45 1.8% | 2 1.2% | 0.317 | 1 | p=0.767 |

*カイ二乗検定

表24: 全症例における併存精神障害でみた新型コロナウイルス(COVID-19)による薬物使用の影響の比較(N=2733)

| | | COVID-19による薬物使用の悪化の有無 | | χ ² 値 | df | p* |
|----|--------------------------|-----------------------|------------|------------------|----|---------|
| | | なし | あり | | | |
| | | n=2563 | n=170 | | | |
| F0 | 症状性を含む器質性精神障害 | 度数 71 2.8% | 1 | 2.959 | 1 | p=0.130 |
| F2 | 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 | 度数 308 12.0% | 10 5.9 | 5.836 | 1 | p=0.013 |
| F3 | 気分障害 | 度数 474 18.5% | 49 28.8 | 10.993 | 1 | p=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 374 14.6% | 33 19.4 | 2.922 | 1 | p=0.095 |
| F5 | 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害 | 度数 57 2.2% | 6 3.5 | 1.206 | 1 | p=0.283 |
| F6 | 成人の人格及び行動の障害 | 度数 216 8.4% | 21 12.4 | 3.102 | 1 | p=0.090 |
| F7 | 知的障害(精神遅滞) | 度数 130 5.1% | 6 3.5 | 0.802 | 1 | p=0.467 |
| F8 | 心理的発達の障害 | 度数 119 4.6% | 16 9.4 | 7.721 | 1 | p=0.010 |
| 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 104 4.1% | 23 13.5 | 32.278 | 1 | p<0.001 |

*カイ二乗検定

表25: 全症例における新型コロナウイルス(COVID-19)による治療の影響の比較(N=2733)

| | | | COVID-19による治療状況の悪化の有無 | | χ^2 値 | df | p* |
|-------------------------|----------------|------|-----------------------|------|------------|----|---------|
| | | | なし | あり | | | |
| 生物学的性別 | 男 | 度数 | 1683 | 219 | 16.183 | 1 | p<0.001 |
| | | % | 68.4 | 80.2 | | | |
| | 女 | 度数 | 777 | 54 | | | |
| | | % | 31.6 | 19.8 | | | |
| 現在の年代 | 10代 | 度数 | 39 | 0 | 13.756 | 6 | p=0.032 |
| | | % | 1.6 | 0.0 | | | |
| | 20代 | 度数 | 255 | 25 | | | |
| | | % | 10.4 | 9.2 | | | |
| | 30代 | 度数 | 554 | 71 | | | |
| | | % | 22.5 | 26.0 | | | |
| | 40代 | 度数 | 780 | 97 | | | |
| | | % | 31.7 | 35.5 | | | |
| 50代 | 度数 | 564 | 64 | | | | |
| | % | 22.9 | 23.4 | | | | |
| 60代 | 度数 | 185 | 13 | | | | |
| | % | 7.5 | 4.8 | | | | |
| 70代以上 | 度数 | 83 | 3 | | | | |
| | % | 3.4 | 1.1 | | | | |
| 高卒以上の学歴(あり) | | 度数 | 1108 | 141 | 4.324 | 1 | p=0.040 |
| | | % | 45.0 | 51.6 | | | |
| 薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり) | | 度数 | 1256 | 157 | 4.097 | 1 | p=0.048 |
| | | % | 51.1 | 57.5 | | | |
| 薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり) | | 度数 | 518 | 71 | 3.562 | 1 | p=0.063 |
| | | % | 21.1 | 26.0 | | | |
| 矯正施設入所歴(あり) | | 度数 | 902 | 107 | 0.674 | 1 | p=0.428 |
| | | % | 36.7 | 39.2 | | | |
| 現在のアルコール問題(あり) | | 度数 | 446 | 58 | 1.586 | 1 | p=0.217 |
| | | % | 18.1 | 21.2 | | | |
| 薬物問題による精神科入院歴(あり) | | 度数 | 1537 | 191 | 5.919 | 1 | p=0.017 |
| | | % | 62.5 | 70.0 | | | |
| 治療期間 | 1年未満 | 度数 | 402 | 22 | 26.289 | 5 | p<0.001 |
| | | % | 16.3 | 8.1 | | | |
| | 1年以上3年未満 | 度数 | 329 | 46 | | | |
| | | % | 13.4 | 16.8 | | | |
| | 3年以上5年未満 | 度数 | 283 | 47 | | | |
| | | % | 11.5 | 17.2 | | | |
| | 5年以上10年未満 | 度数 | 490 | 66 | | | |
| | | % | 19.9 | 24.2 | | | |
| 10年以上 | 度数 | 846 | 87 | | | | |
| | % | 34.4 | 31.9 | | | | |
| 不明 | 度数 | 109 | 5 | | | | |
| | % | 4.4 | 1.8 | | | | |
| 最近1か月の診察以外の回復プログラムの参加頻度 | なし | 度数 | 1814 | 59 | 341.554 | 4 | p<0.001 |
| | | % | 73.7 | 21.6 | | | |
| | 月1回未満の参加 | 度数 | 88 | 32 | | | |
| | | % | 3.6 | 11.7 | | | |
| | 月1回以上～週1回未満の参加 | 度数 | 133 | 46 | | | |
| | | % | 5.4 | 16.8 | | | |
| | 週1回以上の参加 | 度数 | 369 | 134 | | | |
| | | % | 15.0 | 49.1 | | | |
| | 不明 | 度数 | 56 | 2 | | | |
| | | % | 2.3 | 0.7 | | | |
| 最近1年以内の使用(あり) | | 度数 | 1007 | 122 | 1.428 | 1 | p=0.244 |
| | | % | 40.9 | 44.7 | | | |

*カイ二乗検定

表26: 全症例における主たる薬物別にみた新型コロナウイルス (COVID-19) による治療の影響の比較 (N=2733)

| 主たる薬物 | なし n=2460 | | あり n=273 | | χ^2 値 | df | p* |
|--------------------------|--------------|------|-------------|------|------------|----|---------|
| | 度数 | % | 度数 | % | | | |
| 覚せい剤 | 1304 | 53.0 | 157 | 57.5 | 21.014 | 14 | p=0.101 |
| 揮発性溶剤 | 126 | 5.1 | 12 | 4.4 | | | |
| 大麻 | 116 | 4.7 | 8 | 2.9 | | | |
| コカイン | 4 | 0.2 | 2 | 0.7 | | | |
| ヘロイン | 2 | 0.1 | 1 | 0.4 | | | |
| MDMA | 2 | 0.1 | 1 | 0.4 | | | |
| MDMA以外の幻覚剤 | 8 | 0.3 | 1 | 0.4 | | | |
| 危険ドラッグ | 40 | 1.6 | 6 | 2.2 | | | |
| 睡眠薬・抗不安薬 | 448 | 18.2 | 32 | 11.7 | | | |
| 鎮痛薬 (処方非オピオイド系) | 11 | 0.4 | 1 | 0.4 | | | |
| 鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) | 12 | 0.5 | 3 | 1.1 | | | |
| 市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など) | 200 | 8.1 | 29 | 10.6 | | | |
| ADHD治療薬 | 7 | 0.3 | 0 | 0.0 | | | |
| その他 | 13 | 0.5 | 1 | 0.4 | | | |
| 多剤 | 167 | 6.8 | 19 | 7.0 | | | |

*カイ二乗検定

表27: 全症例におけるICD-10 F1診断下位分類にみた新型コロナウイルス(COVID-19)による治療の影響の比較 (N=2733)

| | COVID-19による治療状況の悪化の有無 | | χ ² 値 | df | p* |
|-----------------------|--------------------------|--------------------|------------------|----|---------|
| | なし n=2460 | あり n=273 | | | |
| F1x.0 急性中毒 | 度数 50 2.0% | 3 1.1% | 1.126 | 1 | p=0.362 |
| F1x.1 有害な使用 | 度数 265 10.8% | 29 10.6% | 0.006 | 1 | p=1.000 |
| F1x.2 依存症候群 | 度数 1547 62.9% | 215 78.8 | 27.013 | 1 | p<0.001 |
| F1x.3 離脱状態 | 度数 25 1.0% | 4 1.5% | 0.472 | 1 | p=0.526 |
| F1x.4 せん妄を伴う離脱状態 | 度数 11 0.4% | 1 0.4% | 0.037 | 1 | p=1.000 |
| F1x.5 精神病性障害 | 度数 299 12.2% | 24 8.8% | 2.667 | 1 | p=0.114 |
| F1x.6 健忘症候群 | 度数 16 0.7% | 1 0.4% | 0.321 | 1 | p=1.000 |
| F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害 | 度数 779 31.7 | 62 22.7 | 9.252 | 1 | p=0.002 |
| F1x.8 他の精神および行動の障害 | 度数 42 1.7% | 5 1.8% | 0.022 | 1 | p=0.806 |

*カイ二乗検定

表28: 全症例における併存精神障害でみた新型コロナウイルス(COVID-19)による治療の影響の比較 (N=2733)

| | | COVID-19による治療状況の悪化の有無 | | χ ² 値 | df | p* |
|----|--------------------------|-----------------------|-------------|------------------|----|---------|
| | | なし | あり | | | |
| | | n=2460 | n=273 | | | |
| F0 | 症状性を含む器質性精神障害 | 度数 69 2.8% | 3 1.1% | 2.788 | 1 | p=0.110 |
| F2 | 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 | 度数 288 11.7% | 30 11.0% | 0.123 | 1 | p=0.842 |
| F3 | 気分障害 | 度数 469 19.1% | 54 19.8% | 0.081 | 1 | p=0.808 |
| 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 369 15.0% | 38 13.9% | 0.226 | 1 | p=0.720 |
| F5 | 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害 | 度数 62 2.5% | 1 0.4% | 5.063 | 1 | p=0.018 |
| F6 | 成人の人格及び行動の障害 | 度数 216 8.8% | 21 7.7% | 0.367 | 1 | p=0.650 |
| F7 | 知的障害(精神遅滞) | 度数 120 4.9% | 16 5.9% | 0.502 | 1 | p=0.463 |
| F8 | 心理的発達の障害 | 度数 122 5.0% | 13 4.8% | 0.020 | 1 | p=1.000 |
| 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 109 4.4% | 18 6.6% | 2.593 | 1 | p=0.127 |

併存精神障害
(複数選択)

*カイ二乗検定

表29: 睡眠薬・抗不安薬を主たる薬物とする症例における薬剤の内訳 (N=480)

| | 度数 | % |
|-------------------|-----|------|
| etizolam | 158 | 32.9 |
| flunitrazepam | 108 | 22.5 |
| zolpidem | 100 | 20.8 |
| triazolam | 62 | 12.9 |
| brotizolam | 30 | 6.3 |
| bromazepam | 26 | 5.4 |
| alprazolam | 23 | 4.8 |
| lorazepam | 16 | 3.3 |
| nitrazepam | 12 | 2.5 |
| diazepam | 10 | 2.1 |
| clonazepam | 9 | 1.9 |
| barbiturates | 6 | 1.3 |
| eszopiclon | 5 | 1.0 |
| zopiclon | 5 | 1.0 |
| clonazepam | 4 | 0.8 |
| quazepam | 2 | 0.4 |
| suvorexant | 2 | 0.4 |
| clotiazepam | 2 | 0.4 |
| estazolam | 2 | 0.4 |
| lormetazepam | 2 | 0.4 |
| ethyl Loflazepate | 1 | 0.2 |

表30: 処方オピオイド系鎮痛薬を主たる薬物とする症例における薬剤の内訳 (N=15)

| | 度数 | % |
|-------------------------|----|------|
| 鎮痛薬 | 6 | 40.0 |
| (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む) | 6 | 40.0 |
| トラマドール | 5 | 33.3 |
| 医療用麻薬 向精神薬 | 4 | 26.7 |
| コデイン | 2 | 13.3 |
| その他 | 2 | 13.3 |

表31: 処方オピオイド系鎮痛薬を主たる薬物とする症例における薬剤の内訳 (N=15)

| | 初使用が鎮痛薬 | | 初使用が鎮痛薬以外の薬物 | | χ ² 値 | df | p* |
|--------|---------|------|--------------|------|------------------|----|-------|
| | 度数 | % | 度数 | % | | | |
| トラマドール | 2 | 22.2 | 2 | 33.3 | 0.227 | 1 | 0.634 |
| 医療用麻薬 | 2 | 22.2 | 3 | 50.0 | 1.250 | 1 | 0.264 |
| 向精神薬 | 5 | 55.6 | 0 | 0.0 | 5.000 | 1 | 0.025 |
| コデイン | 1 | 11.1 | 1 | 16.7 | 0.096 | 1 | 0.756 |
| その他 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | — | — | — |

*カイ二乗検定

表32: 市販薬を主たる薬物とする症例における薬剤の内訳 (N=229)

| | 度数 | % |
|-------------------|------------|-------------|
| ブロン・パブロン系の 市販薬 | 18 | 7.9 |
| 新ブロン液エース | 7 | 3.1 |
| エスエスブロン液L | 7 | 3.1 |
| 新エスエスブロン錠エース | 83 | 36.2 |
| エスエスブロン錠 | 23 | 10.0 |
| パブロンSゴールドW | 1 | 0.4 |
| パブロンSα | 14 | 6.1 |
| パブロンゴールドA | 1 | 0.4 |
| パブロンメデイカルT | 1 | 0.4 |
| パブロンメデイカルC | 1 | 0.4 |
| パブロンメデイカルN | 1 | 0.4 |
| パブロンエースPro | 3 | 1.3 |
| 商品名不明・その他 | 117 | 51.1 |
| ブロンパブロン以外 の市販薬 | 33 | 14.4 |
| ウツト | 13 | 5.7 |
| イブ/イブクイック/エスタックイブ | 10 | 4.4 |
| ナロンエース/ナロン | 9 | 3.9 |
| レスタミン錠 | 8 | 3.5 |
| ルル/新ルル | 7 | 3.1 |
| トニン/新トニン液 | 6 | 2.6 |
| コンタック | 5 | 2.2 |
| ドリエル | 4 | 1.7 |
| ベンザブロック | 3 | 1.3 |
| ナロン | 2 | 0.9 |
| アネトン | 2 | 0.9 |
| エスタロンモカ | 2 | 0.9 |
| バファリン | 2 | 0.9 |

表33: 全症例における最近1年内の薬物使用の有無と治療期間・回復プログラム参加頻度との関連(N=2733)
 最近1年以内の薬物使用あり

| | なし N=1603 | あり N=1129 | χ^2 値 | df | p* | | | |
|------|-------------------------|----------------|--------------|---------|--------|-------------|--------|---|
| 治療期間 | 1年未満 | 100 6.2 | 324 28.7 | 413.377 | <0.001 | | | |
| | 1年以上3年未満 | 164 10.2 | 211 18.7 | | | | | |
| | 3年以上5年未満 | 184 11.5 | 146 12.9 | | | | | |
| | 5年以上10年未満 | 356 22.2 | 200 17.7 | | | | | |
| | 10年以上 | 735 45.9 | 198 17.5 | | | | | |
| | 不明 | 64 4.0 | 50 4.4 | | | | | |
| | 最近1か月の診察以外の回復プログラムの参加頻度 | なし | 1114 69.5 | | | 759 67.9 | 59.545 | 4 |
| | | 月1回未満の参加 | 46 2.6 | | | 74 6.6 | | |
| | | 月1回以上～週1回未満の参加 | 89 5.5 | | | 90 8.0 | | |
| | | 週1回以上の参加 | 337 21.0 | | | 166 14.7 | | |
| 不明 | | 18 1.1 | 40 3.5 | | | | | |

*カイ二乗検定

表34: ブロン/パブロン系市販薬製品に含有される主要成分の比較

| | 症例数 | ジヒドロコデインリン酸塩 | クロルフェニラミンマレイン酸塩 | dl-メチルエフェドリン塩酸塩 | 無水カフェイン |
|--------------|-----|--------------|-----------------|-----------------|---------|
| エスエスブロン錠 | 36 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| パブロンSゴールドW | 23 | ○ | ○ | × | × |
| 新ブロン液エース | 25 | ○ | ○ | × | ○ |
| パブロンゴールドA | 14 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| エスエスブロン液L | 7 | × | ○ | × | ○ |
| 新エスエスブロン錠エース | 7 | ○ | ○ | ○ | × |
| パブロンエースPro | 3 | ○ | ○ | ○ | ○ |
| パブロンSa | 1 | × | × | ○ | ○ |
| パブロンメデイカルT | 1 | ○ | ○ | ○ | × |
| パブロンメデイカルC | 1 | ○ | ○ | ○ | × |
| パブロンメデイカルN | 1 | ○ | ○ | ○* | × |

パブロンメデイカルNには、dl-メチルエフェドリン塩酸塩の代わりに、同じく10%以上の含有率の場合には覚せい剤原料となるブソイドエフェドリンが含有されている

表35:「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(上位30施設)

| 順位 | 医療機関名 | 症例数 |
|----|-----------------------------|-----|
| 1 | 埼玉県立精神医療センター | 349 |
| 2 | 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター病院 | 247 |
| 3 | 茨城県立こころの医療センター | 149 |
| 4 | 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 | 140 |
| 5 | 十全会 聖明病院 | 138 |
| 6 | 独立行政法人岡山県精神科医療センター | 131 |
| 7 | 瀬野川病院 | 115 |
| 8 | 十全会 回生病院 | 112 |
| 9 | 東北会病院 | 88 |
| 9 | 独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター | 88 |
| 11 | 赤城高原ホスピタル | 75 |
| 12 | 復光会 垂水病院 | 72 |
| 13 | 昭和大学附属烏山病院 | 61 |
| 14 | 各務原病院 | 42 |
| 15 | 資生会 千歳病院 | 40 |
| 16 | 京都府立洛南病院 | 34 |
| 16 | 雁の巣病院 | 34 |
| 18 | 熊本県立こころの医療センター | 33 |
| 19 | 東京都立松沢病院 | 30 |
| 20 | 聖マリアンナ会 東横恵愛病院 | 25 |
| 21 | 市立釧路総合病院 | 23 |
| 21 | 北里大学病院 | 23 |
| 23 | 桜ヶ丘記念病院 | 20 |
| 24 | 耕仁会 札幌太田病院 | 19 |
| 25 | 松山記念病院 | 18 |
| 26 | 栃木県立岡本台病院 | 16 |
| 26 | 群馬県立精神医療センター | 16 |
| 28 | 多摩あおば病院 | 15 |
| 28 | 滋賀県立精神医療センター | 15 |
| 28 | 更生会 草津病院 | 15 |

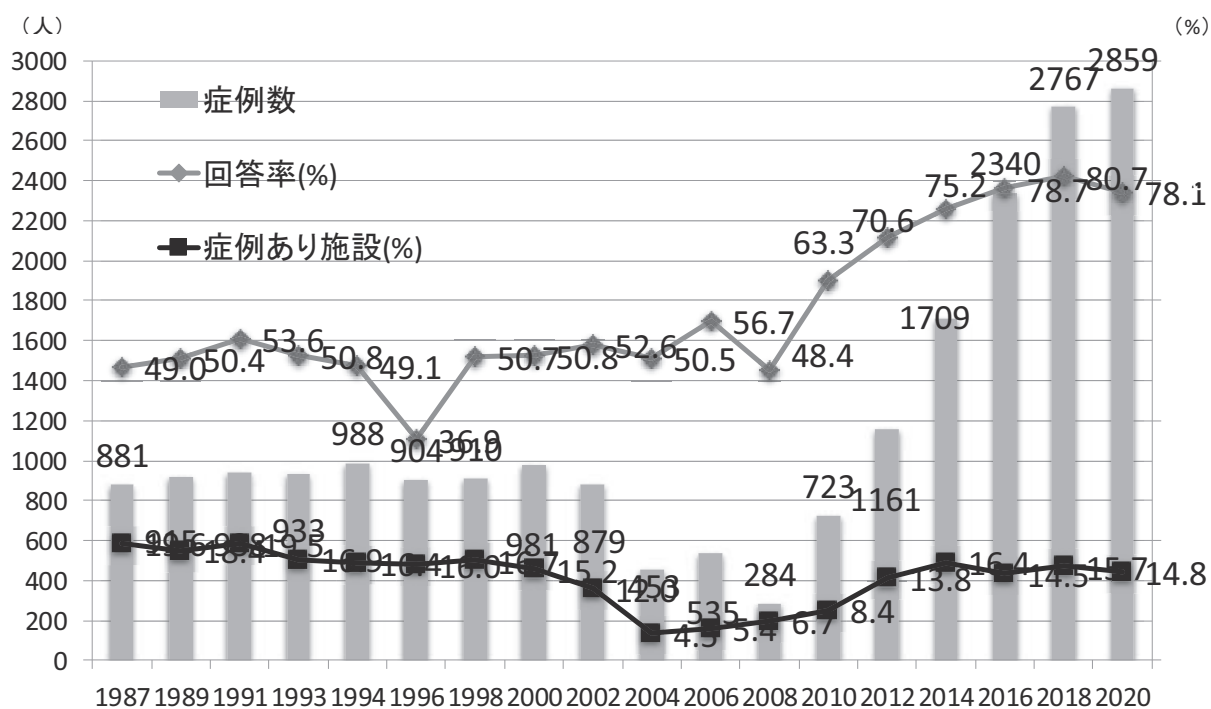


図1: 症例数・回答率などの経年的推移

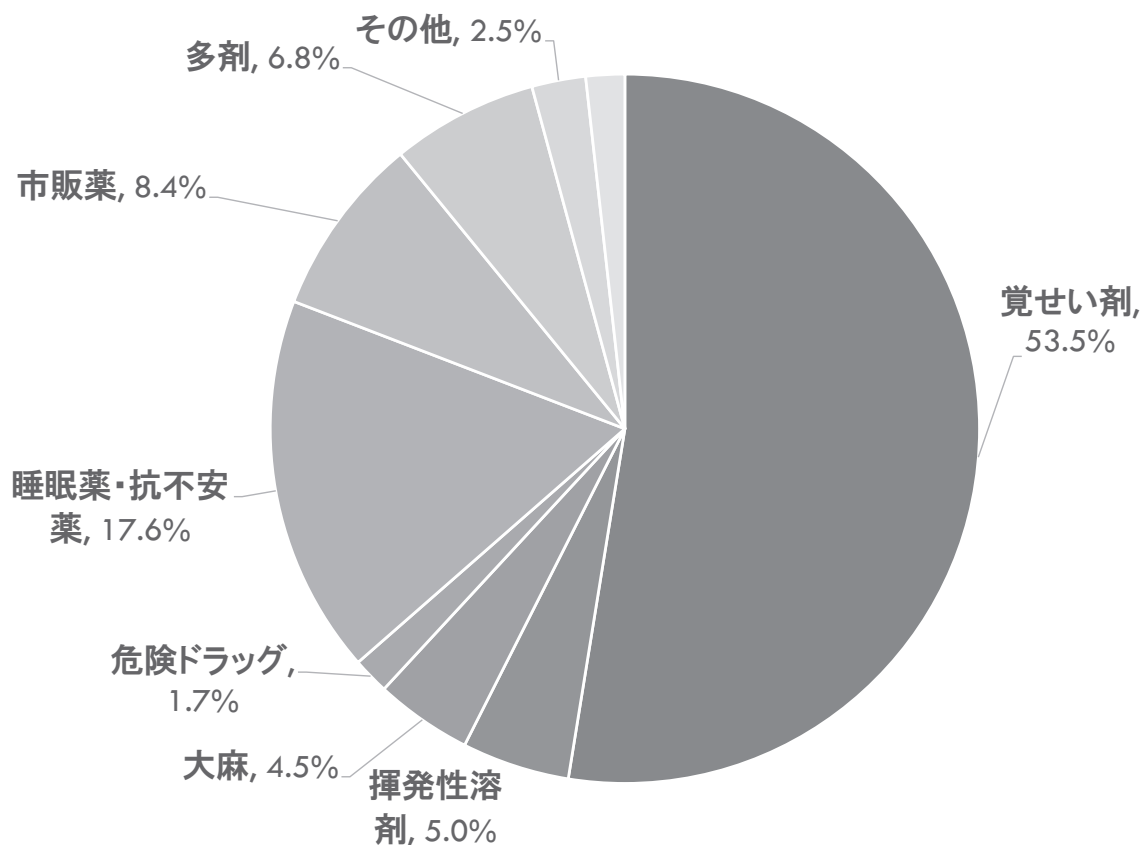


図2: 全対象症例における主たる薬物の比率

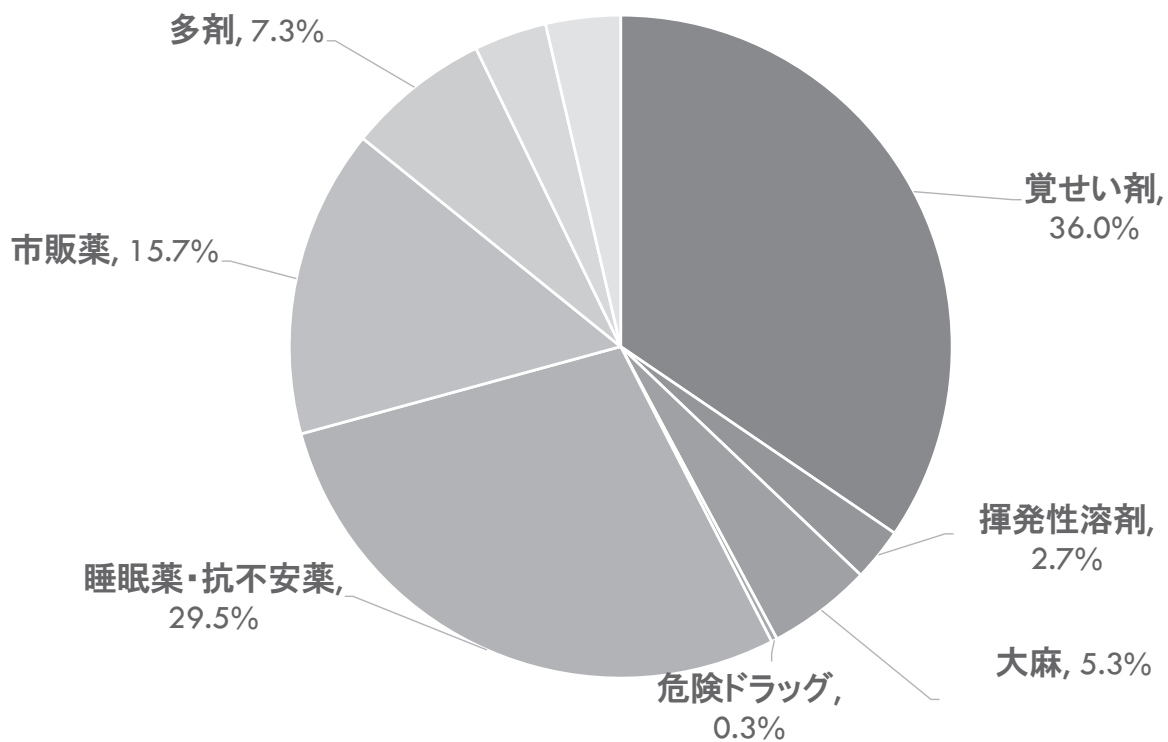


図3: 「1年以内に使用あり」症例における主たる薬物の比率

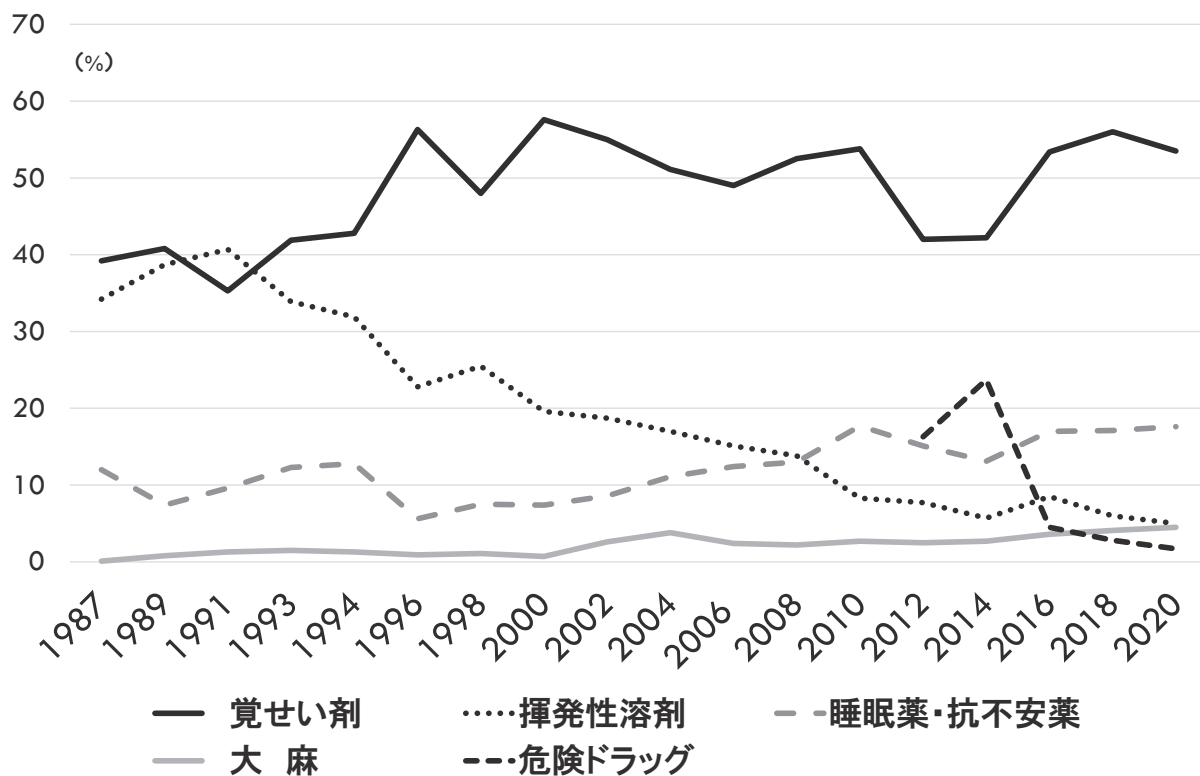


図4: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患実態調査: 「主たる薬物」の比率に関する経年的推移

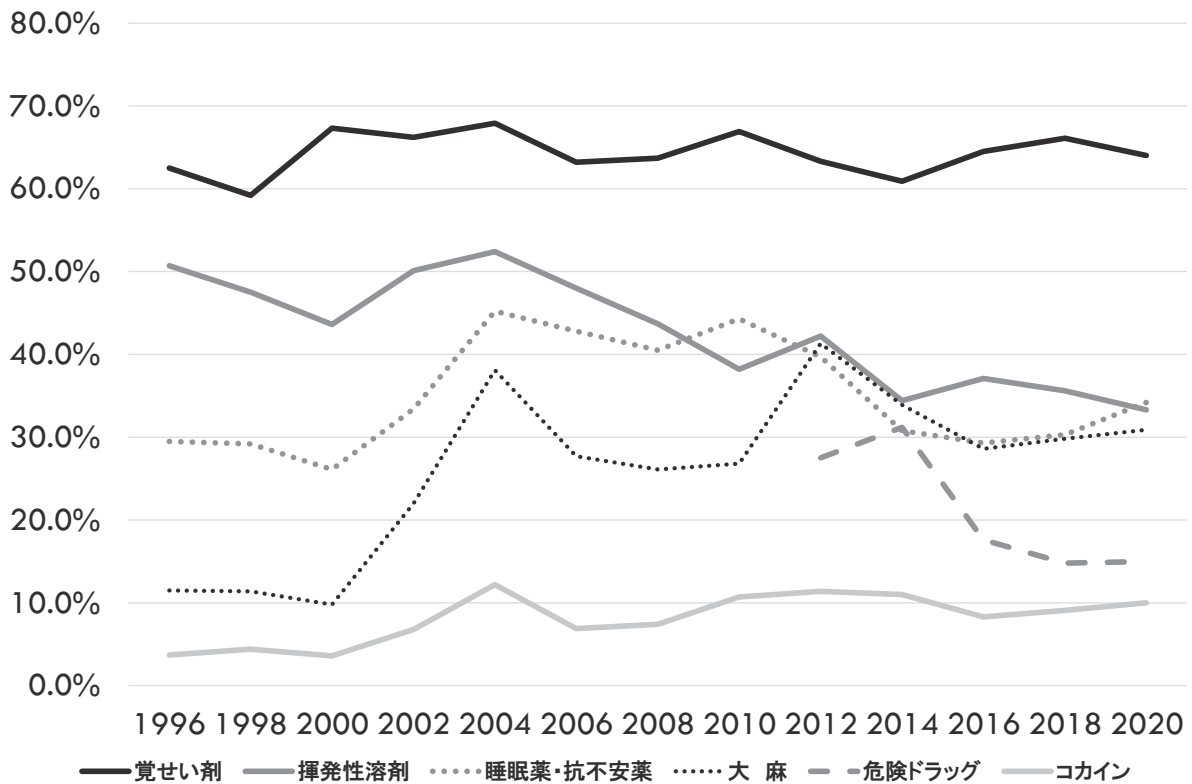


図5: 生涯使用経験のある薬物(%)の経年的推移

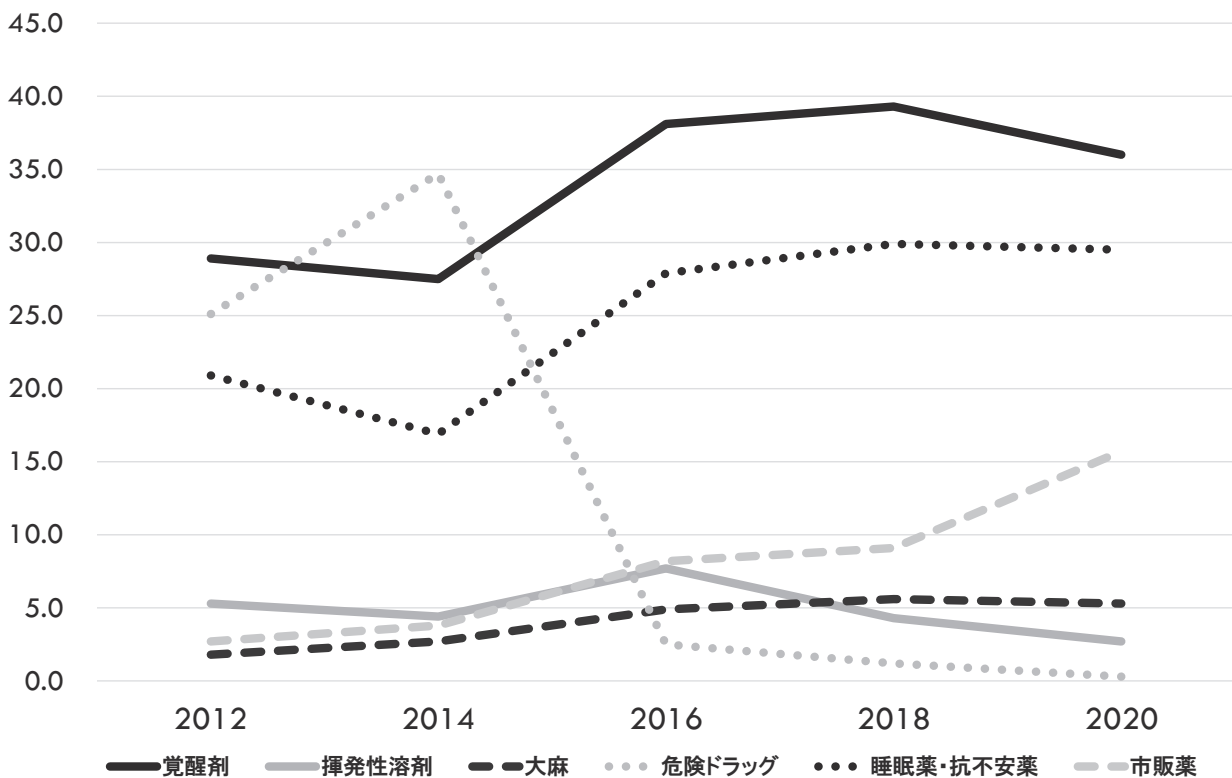


図6: 1年以内使用あり症例の「主たる薬物」の推移

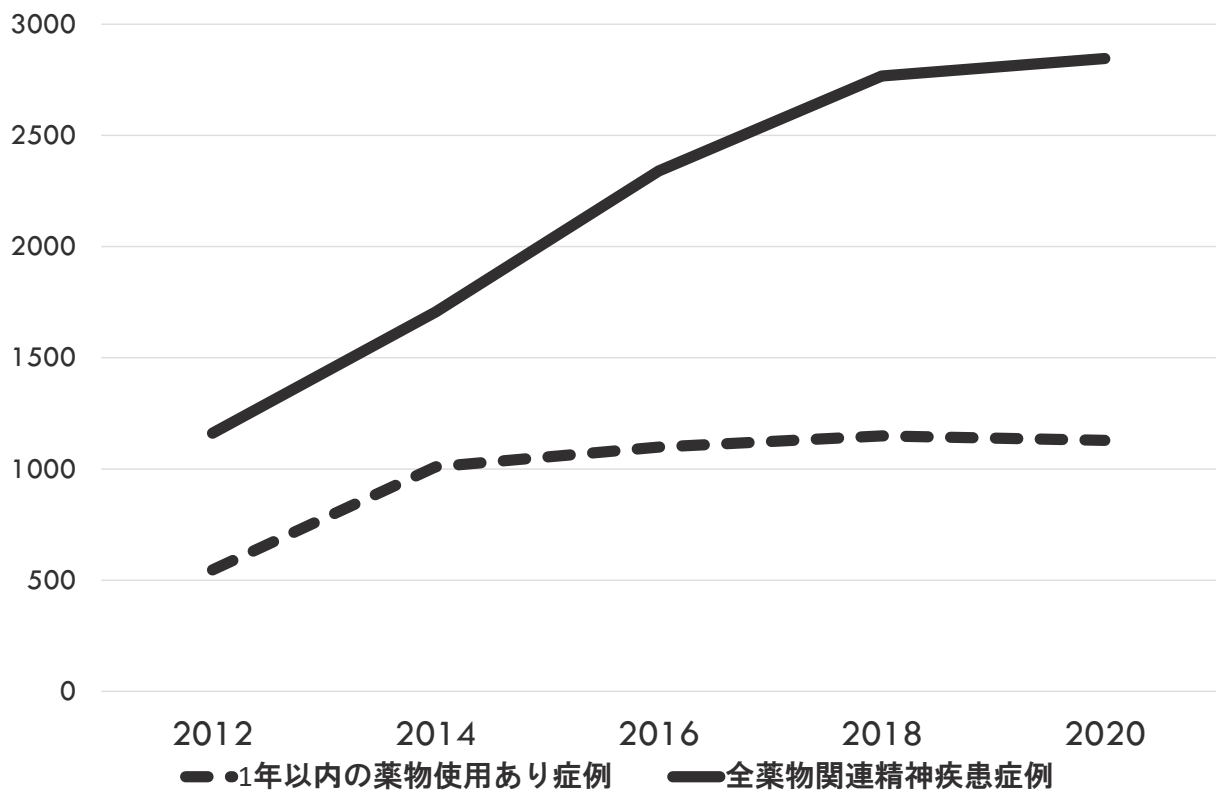


図7: 全薬物関連精神疾患症例数と「1年以内使用あり」症例数の推移

薬物関連精神疾患調査用紙

(2020年度版)

本調査の実施要領は以下の通りです；

- (1) **調査期間**: 2020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**: 2020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 2020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

14) 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、ブタン[ガスパン]、フロンなど) | |
| 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. 処方鎮痛薬(NSAID などの処方非オピオイド) | |
| 11. 処方鎮痛薬(処方オピオイド: 弱オピオイド含む) | |
| 以下のうちのいずれか1つを選択してください。 | |
| 1. ترامドール 2. その他のオピオイド(医療用麻薬、向精神薬、コデインなど) | 99. 不明 |
| 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) 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。)

| 生涯において使用経験のある薬物 | 該当する薬物全て「○」 |
|--|-------------|
| 1. 覚せい剤 | |
| 2. 揮発性溶剤(シンナー、トルエン、ブタン[ガスパン]、フロンなど) | |
| 3. 大麻 | |
| 4. コカイン | |
| 5. ヘロイン | |
| 6. MDMA | |
| 7. MDMA 以外の幻覚薬(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. 処方鎮痛薬(NSAID などの処方非オピオイド) | |
| 主要な乱用薬剤の商品名を記してください: | |
| 11. 処方鎮痛薬(処方オピオイド: 弱オピオイド含む) | |
| 主要な乱用薬剤の種類を以下から選択し、○をつけてください:(複数回答可) | |
| 1. ترامドール(トラマール、トラムセットなど) 2. 医療用麻薬(モルヒネ、オキシコドン、ヒドロモルフォン、フェンタニル、メサドン、タペンタドールなど) 3. 向精神薬(ペンタゾシン、ブプレノルフィン) 4. コデイン 5. その他(_____) | |

| | |
|---|--|
| 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 を選択してください(複数回答可): 【ブロン】 1. 新ブロン液エース 2. エスエスブロン液L 3. 新エスエスブロン錠エース 4. エスエスブロン錠 【パブロン】 5. パブロンSゴールドW 6. パブロンSα 7. パブロンゴールドA 8. パブロンメディカルT 9. パブロンメディカルC 10. パブロンメディカルN 11. パブロンエースPro 【その他】 12. 上記以外の市販薬(商品名を書いてください) | |
| 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: _____) | |
| 15. 多剤 | |

16) “質問14)”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

17) “質問14)”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 | 該当するものすべてに○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 | |

18) 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、該当する ICD-10 診断**すべてに「○」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 | |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。