

Ⅱ：分担研究報告

研究 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（2024 年）

全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査

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 国立病院機構肥前精神医療センター 医師

沖田 恭治 国立精神・神経医療研究センター病院 精神診療部 医長

西村 晃萌 国立精神・神経医療研究センター病院 精神診療部 医師

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

谷渕 由布子 医療法人同和会千葉病院 医師

大宮 宗一郎 上越教育大学大学院学校教育研究科発達支援・心理臨床教育学系講師

研究要旨

【目的】本調査は、1987 年以来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、2024 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、個人情報を含まない臨床的情報に関して、各担当医が診療録から調査票に転記する方法を採用した。

【結果】今回の調査では、対象施設 1525 施設のうち、1098 施設 (72.0%) の協力を得て、221 施設 (14.5%) の施設から総計 2765 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 2702 症例を分析対象とした。「主たる薬物」として最も多かったのは、覚醒剤 1230 例 (45.5%) であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 470 例 (17.4%)、市販薬 409 例 (15.1%)、多剤 197 例 (7.3%)、大麻 168 例 (6.2%)、揮発性溶剤 117 例 (4.3%)、危険ドラッグ類 35 例 (1.3%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオイド含む) 15 例 (0.6%)、その他 14 例 (0.5%)、MDMA 以外の幻覚剤 12 例 (0.4%)、MDMA 11 例 (0.4%)、コカイン 10 例 (0.4%)、ADHD 治療薬 7 例 (0.3%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 5 例 (0.2%)、ヘロイン 2 例 (0.1%) という順であった。

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 1221 例 (45.2%) であった。「1 年以内使用あり」症例における「主たる薬物」として最多は覚醒剤 342 例 (28.0%) であり、次いで市販薬 312 例 (25.6%)、睡眠薬・抗不安薬 276 例 (22.6%)、大麻 105 例 (8.6%)、多剤 104 例 (8.5%)、揮発性溶剤 28 例 (2.3%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオイド含む) 10 例 (0.8%)、危険ドラッグ類 10 例 (0.8%)、MDMA 以外の幻覚剤 7 例 (0.6%)、MDMA 7 例 (0.6%)、コカイン 5 例 (0.4%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 3 例 (0.2%)、ADHD 治療薬 3 例 (0.2%)、ヘロイン 1 例 (0.1%) であった。

全体症例中 ICD-10 F1 診断下位分類としては「F1x. 2 依存症候群」1692 例 (62.6%)、「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」640 例 (23.7%)、「F1x. 1 有害な使用」442 例 (16.4%) の順となった。併存精神障害では「F3 気分障害」654 例 (24.2%)、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」556 例 (20.6%)、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」315 例 (11.7%) の順であった。

【考察と結論】今回の調査では前回調査よりも症例数が増加した。全体的な増加ではなく、市販薬関連精神疾患症例の増加であり、特に若年層や女性の増加が特徴的であった。この集団は、1 年以内の故意の自傷や自殺企図ありの割合と、1 年以内使用ありの割合がともに高く、また、併存精神障害が高率で治療継続に課題を抱える一群であった。今後の薬物対策は、「逮捕されない薬物」の乱用に関する対策が重要な課題になると考えられる。

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、覚醒剤乱用が一気に若年層に拡大して、第 3 次覚醒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、覚醒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 2010 年代では、いわゆる脱法ハーブなどの危険ドラッグ類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、あくまでも表面的な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精神疾患患者のデータ解析から、2012～2014 年に行われた危険ドラッグ類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精神疾患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、危険ドラッグ類が入手できなくなったことで、覚醒剤や大麻、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。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、危険ドラッグ類から市販薬へとシフトしていることも指摘し、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類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。

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（2019）は、危険ドラッグ類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み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。

わが国に見られるような過剰な供給低減政策がもたらす様々な弊害については、国際的にはすでに共通認識となりつつある。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。

この声明は国際機関の動向に大きな影響を与えた。事実、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」へと移行する決議している（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）。こうした動きは、国際社会における薬物政策がこれまでとは異なる方向に舵を切ったことを示すものといえる。

しかしその一方で、こうした国際的潮流とは異なり、わが国では 2023 年 12 月に大麻取締法及び麻薬及び向精神薬取締法の一部を改正する法律が成立し、2024 年 12 月 12 日に施行された。大麻の厳罰化ともいえるこの改正は国際的な流れと逆行している。時を同じくして 2023 年頃には「大麻グミ」と呼ばれ、THC の構造を変えた半合成カンナビノイド製品が含まれる、いわば脱法大麻のようなものが巷に流通し、社会問題となった。これは危険ドラッグ類の規制により健康被害が増加したという苦い経験を繰り返

返しているのではないかと危惧される。

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 年以来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、2024 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、国立研究開発法人や独立行政法人国立病院機構）43 施設、自治体立病院 124 施設（都道府県立病院 66 施設、市区町村立病院 57 施設）、大学病院 82 施設、そして民間精神病院 1277 施設の計 1525 施設である。

2. 方法

1) 調査期間及び対象症例

調査期間は従来と同様に、2024 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疾患患者」のすべてである。

2) 調査用紙の発送及び回収

調査対象施設に対して、あらかじめ 2024 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診療録を参照してもらい、調査用紙への記載を求めた。調査用紙回

収の期限は 2024 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、2025 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

調査用紙全般の質問項目は、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、矯正施設入所歴）
- 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）
- 入院歴や自助グループ参加歴などの治療の状況
- 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 2024 年度に設定した関心項目

- 最近 1 年以内の故意の自傷（リストカット・過量服薬）や自殺企図の有無
- 現在の司法関連機関の監督下（保護観察や仮釈放など）の状況

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 16) 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 覚醒剤
- b 揮発性溶剤（シンナー、トルエン、ブタン、フロンなど）

- c 大麻
- d コカイン
- e ヘロイン
- f MDMA
- g MDMA 以外の幻覚剤（LSD、ケタミンなど）
- h 危険ドラッグ類
- 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（注意欠如・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」が危険ドラッグ類の場合はそれが半合成カンナビノイド（HHC、THCH、THCO、HHCH、HHCN）に該当するかどうかの情報を、非オピオイド系の鎮痛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を、睡眠薬・抗不安薬やオピオイド系の鎮痛薬、市販薬についてはそれぞれ種類についてカテゴリー化し情報を収集した。

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 1 年以内の故意の自傷や自殺企図に関する解析：各種項目について有無の 2 群に分けて比較・検討
- ④ 年代による比較：各種項目について 10 から 20 代と 30 から 40 代の 2 群に分けて比較・検討
- ⑤ 市販薬 4 種による比較：それぞれ単剤で使用している症例を抽出し 4 群に分けて比較・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

切な場所に掲示して患者に周知するとともに、オプトアウトの機会を作るよう依頼した。

なお、今回の調査では情報収集方法に若干の変更を行った。従来は、診療録からの情報転記を中心としつつも、それを補足すべく、口頭で同意を得た上で適宜追加の面接による情報収集も行っていたが、2022 年 4 月に施行された改正個人情報保護法に対応し、診療録からの転記のみで情報収集を行う方法へと変更したのである。

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 A2024-041）。

C. 研究結果

今回の調査では、対象施設 1525 施設のうち、1098 施設（72.0%）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 877 施設（57.5%）であった。「該当症例あり」との報告は 221 施設（14.5%）から得られ、その症例数は計 2765 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 2765 症例のうち、性別と年代、及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 2702 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 2702 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 2702 例中、生物学的な性別の構成は、男性 1715 例（63.5%）、女性 986 例（36.5%）であった。

全対象の調査時点における年代構成は、10 代 130 例（4.8%）、20 代 393 例（14.5%）、30 代 458 例（17.0%）、40 代 712 例（26.4%）、50 代 655 例（24.2%）、60 代 260 例（9.6%）、70 代以上 94 例（3.5%）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、1390 例（51.4%）であった。なおここには、10 代で多く占める高校在学中の者は含まれていない（中高在籍中は 95 例）。また、調査時点で何らかの職業を持っている症例は、893 例（33.0%）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、1235 例（45.7%）と約半数を占めていたが、一方、薬物関連犯罪以外による補導・逮捕歴を持つ症例は 511 例（18.9%）にとどまった。矯正施設への入所歴がある症例は 924 例（34.2%）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 475 例（17.6%）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 1658 例（61.4%）、さらに自助グループの参加経験がある症例は 842 例（31.2%）、民間リハビリ施設の利用経験がある症例は 572 例（21.2%）であった。

本調査で新たな調査項目として、最近 1 年以内の故意の自傷（リストカットや過量服薬）や自殺企図を行った症例は 525 例（19.4%）であった。

同様に新たな調査項目として、現在の司法的処遇では、全部執行猶予の症例が 54 例（2.0%）、一部執行猶予の症例が 24 例（0.9%）、試験観察の症例が 1 例（0.0%）、保護観察の症例が 77 例（2.8%）、仮釈放の症例が 28 例（1.0%）、麻薬中毒者観察指導に該当する症例はなかった。

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 1221 例（45.2%）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使用経験のある薬物の種類としては、覚醒剤が最多で 1477 例（54.7%）、次いで睡眠薬・抗不安薬 898 例（33.2%）、大麻 739 例（27.4%）、揮発性溶剤 669 例（24.8%）、市販薬 631 例（23.4%）、危険ドラッグ類 280 例（10.4%）、MDMA 249 例（9.2%）、コカイン 223 例（8.3%）、MDMA 以外の幻覚剤 223 例（8.3%）、鎮痛薬（処方非オピオイド系）95 例（3.5%）、鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）60 例（2.2%）、ヘロイン 52 例（1.9%）、ADHD 治療薬 41 例（1.5%）、そしてその他が 54 例（2.0%）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、覚醒剤で 692 例（25.6%）に認められた。次いで、揮発性溶剤 592 例（21.9%）、睡眠薬・抗不安薬 474 例（17.5%）、市販薬 394 例（14.6%）、大麻 349 例（12.9%）、危険ドラッグ類 64 例（2.4%）、MDMA 以外の幻覚剤 18 例（0.7%）、MDMA 13 例（0.5%）、鎮痛薬（処方オピオイド系）15 例（0.6%）、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 8 例（0.3%）、コカイン 3 例（0.1%）、ヘロイン 2 例（0.1%）、そしてその他 33 例（1.2%）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、覚醒剤 1230 例（45.5%）であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 470 例（17.4%）、市販薬 409 例（15.1%）、多剤 197 例（7.3%）、大麻 168 例（6.2%）、揮発性溶剤 117 例（4.3%）、危険ドラッグ類 35 例（1.3%）、鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）15 例（0.6%）、その他 14 例（0.5%）、MDMA 以外の幻覚剤 12 例（0.4%）、MDMA 11 例（0.4%）、コカイン 10 例（0.4%）、ADHD 治療薬 7 例（0.3%）、鎮痛薬（処方非オピオイド系）5 例（0.2%）、ヘロイン 2 例（0.1%）という順であった。

危険ドラッグ類 35 例（1.3%）の内訳として、半合成カンナビノイド製品は 12 例（34.3%）であった。

睡眠薬・抗不安薬の内訳として、エチゾラム 168 例（38.9%）、ゾルピデム 146 例（33.8%）、フルニトラゼパム 109 例（25.2%）、トリアゾラム 67 例（15.5%）であり、その他の回答としてブロチゾラムや海外からの輸入品であるザレプロンなどがみられ、ほとんどがベンゾジアゼピン受容体作動薬で占められた。

鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）の内訳として、トラマドール（トラマル、トラムセットなど）7 例（50.0%）、医療用麻薬（モルヒネ、オキシコドンなど）4 例（28.6%）、向精神薬（ペンタゾシン、ブプレノルフィンなど）2 例（14.3%）、コデイン 1 例（7.1%）の順であった。

市販薬の内訳として、コデイン含有群 248 例（61.4%）、デキストロメトルファン含有群 154 例（38.1%）、ブロムワレリル尿素主剤群 53 例（13.1%）、ジフェンヒドラミン主剤群 41 例（10.1%）、アリルイソプロピルアセチル尿素含有群 26 例（6.4%）、カフェイン単剤群 14 例（3.5%）の順であった。

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」129 例（4.8%）、「F1x. 1 有害な使用」442 例（16.4%）、「F1x. 2 依存症候群」1692 例（62.6%）、「F1x. 3 離脱状態」68 例（2.5%）、「F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態」39 例（1.4%）、「F1x. 5 精神障害」266 例（9.8%）、「F1x. 6 健忘症候群」18 例（0.7%）、「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神障害」640 例（23.7%）、「F1x. 8 他の精神および行動の障害」22 例（0.8%）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」654 例（24.2）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」556 例（20.6%）、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」315 例（11.7%）、「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」226 例（8.4%）、「F6 成人の人格及び行動の障害」209 例（7.7%）、「F8 心理的発達の障害」184 例（6.8%）、「F7 知的障害（精神遅滞）」183 例（6.8%）、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」73 例（2.7%）、「F0 症状性を含む器質性精神障害」44 例（1.6%）という順であった。

2. 「1 年以内使用あり」症例 1221 例に関する集計結果

全対象症例と比べて、「1 年以内使用あり」症例の方がより薬物関連精神疾患の実態を反映させている可能性が高い。医療機関に繋がっていても薬物使用がとまらず、過量服薬のような問題となる使用が持続していると考えられるからだ。

1) 「1 年以内使用あり」症例の属性（表 8）

全対象症例 2702 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、1221 例（45.2%）であった。以下には、この 1221 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 669 例（54.8%）、女性 552 例（45.2%）であった。「1 年以内使用あり」症例の年代構成は、10 代 114 例（9.3%）、20 代 300 例（24.6%）、30 代 239 例（19.6%）、40 代 281 例（23.0%）、50 代 193 例（15.8%）、60 代 66 例（5.4%）、70 代以上 28（2.3%）であり、20～40 代が中心的な年代層となり、全対象症例に比べると、女性の割合が増加し、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、732 例（60.0%）であり、調査時点で何らかの職業を持っている症例は、443 例（36.3%）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や有職者の割合が多かった。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、435 例（35.6%）、薬物関連犯罪以外による補導・逮捕歴を持つ症例は 166 例（13.6%）と半分であった。さらに、矯正施設への入所歴がある症例は 276 例（22.6%）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 246 例（20.1%）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 686 例（56.2%）であった。自助グループの参加経験がある症例は 330 例（27.0%）、民間リハビリ施設の利用経験がある症例は 179 例（14.7%）であった。治療への参加については、全対象症例に比べて割合は少し低くなった。

新たな調査項目である最近 1 年以内の故意の自傷や自殺企図については、413 例（33.8%）であり全体症例に比べて割合は大きく増えた。

現在の司法的処遇の状況は、全部執行猶予の症例が 40 例（3.3%）、一部執行猶予の症例が 9 例（0.7%）、試験観察の症例が 1 例（0.1%）、保護観察の症例が 43 例（3.5%）、仮釈放の症例が 17 例（1.4%）、麻薬中毒者観察指導に該当する症例はなかった。全体症例と割合は大きく変わらなかった。

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」症例において生涯使用経験のある薬物の種類としては、睡眠薬・抗不安薬が最多で 523 例（42.8%）、次いで覚醒剤 448 例（36.7%）、市販薬 438 例（35.9%）、大麻 319 例（26.1%）、揮発性溶剤 151 例（12.4%）、MDMA 120 例（9.8%）、危険ドラッグ類 125 例（10.2%）、MDMA 以外の幻覚剤 104 例（8.5%）、コカイン 97 例（7.9%）、鎮痛薬（処方非オピオイド系）60 例（4.9%）、鎮痛薬（処方オピオイド系：弱オピオイド含む）48 例（3.9%）、ヘロイン 20 例（1.6%）、ADHD 治療薬 19 例（1.6%）、そしてその他が 31 例（2.5%）であった。「1 年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象症例の生涯使用経験薬物に比べると、睡眠薬・抗不安薬の割合が覚醒剤の割合を逆転しており、また市販薬の割合も 3 番目に多くなるなど、違法でない薬物の割合が多くなっていた。

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 295 例 (24.2%) であり、次いで市販薬 293 例 (24.0%)、覚醒剤 213 例 (17.4%)、大麻 188 例 (15.4%)、揮発性溶剤 118 例 (9.7%)、危険ドラッグ類 29 例 (2.4%)、MDMA 10 例 (0.8%)、MDMA 以外の幻覚剤 9 例 (0.7%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオイド含む) 9 例 (0.7%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 8 例 (0.7%)、ADHD 治療薬 5 例 (0.4%)、コカイン 1 例 (0.1%)、ヘロイン 1 例 (0.1%)、そしてその他が 17 例 (2.0%) であった。

「1 年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象症例の初使用薬物と比べると、睡眠薬・抗不安薬の割合が覚醒剤の割合を逆転し、また市販薬も覚醒剤を抜いて割合が 2 番目に多くなり、違法でない薬物の割合が多くなった。

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、覚醒剤 342 例 (28.0%) であった。次いで市販薬 312 例 (25.6%)、睡眠薬・抗不安薬 276 例 (22.6%)、大麻 105 例 (8.6%)、多剤 104 例 (8.5%)、揮発性溶剤 28 例 (2.3%)、鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオイド含む) 10 例 (0.8%)、危険ドラッグ類 10 例 (0.8%)、MDMA 以外の幻覚剤 7 例 (0.6%)、MDMA 7 例 (0.6%)、コカイン 5 例 (0.4%)、鎮痛薬 (処方非オピオイド系) 3 例 (0.2%)、ADHD 治療薬 3 例 (0.2%)、ヘロイン 1 例 (0.1%)、そしてその他が 8 例 (0.7%) であった。

睡眠薬・抗不安薬の内訳として、ゾルピデム 97 例 (37.5%)、エチゾラム 94 例 (36.3%)、フルニトラゼパム 65 例 (25.1%)、トリアゾラム 37 例 (14.3%) であった。全対象症例の内訳と比較すると、ゾルピデムの割合がエチゾラムを逆転していた。

市販薬の内訳として、コデイン含有群 187 例 (60.7%)、デキストロメトルフアン含有群 132 例 (42.9%)、ブロムワレリル尿素主剤群 39 例 (12.7%)、ジフェンヒドラミン主剤群 31 例 (10.1%)、アリルイソプロピルアセチル尿素含有群 19 例 (6.2%)、カフェイン単剤群 9 例 (2.9%) の順であり、全対象の主たる薬物の市販薬の内訳と同様の傾向であった。

「1 年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象の主たる薬物と比べると市販薬を主たる

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「薬局」273 例 (22.4%) で、次いで「医療機関 (精神科)」で 265 例 (21.7%)、「密売人」241 例 (19.7%)、「インターネット」178 例 (14.6%)、「知人」118 例 (9.7%)、「医療機関 (身体科)」115 例 (9.4%)、「友人」93 例 (7.6%)、「店舗」79 例 (6.5%)、「恋人・愛人」37 例 (3.0%)、「家族」21 例 (1.7%)、「その他」13 例 (1.1%) 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」113 例 (9.3%)、「F1x. 1 有害な使用」318 例 (26.0%)、「F1x. 2 依存症候群」882 例 (72.2%)、「F1x. 3 離脱状態」49 例 (4.0%)、「F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態」32 例 (2.6%)、「F1x. 5 精神病性障害」118 例 (9.7%)、「F1x. 6 健忘症候群」14 例 (1.1%)、「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」76 例 (6.2%)、「F1x. 8 他の精神および行動の障害」9 例 (0.7%) である。

「1 年以内使用あり」症例に限定した場合、全対象の ICD-10 F1 診断下位分類比べて、「F1x. 0 急性中毒」、「F1x. 1 有害な使用」、「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。

7) 「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」335 例 (27.4%) 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」323 例 (26.5%)、「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」137 例 (11.2%)、「F6 成人の人格及び行動の障害」126 例 (10.3%)、「F8 心理的発達の障害」117 例 (9.6%)、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」111 例 (9.1%)、「F7 知的障害 (精神遅滞)」82 例 (6.7%)、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」40 例 (3.3%)、「F0 症状性を含む器質

性精神障害」21例（1.7%）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、全対象の併存精神障害の ICD-10 診断と比べると、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「F8 心理的発達の障害」や「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」の割合が増加し、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」や「F6 成人の人格及び行動の障害」の割合が減少した。

8) 「1年以内使用あり」症例における主要4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、サンプル数の多い覚醒剤、大麻、睡眠薬・抗不安薬、市販薬という主要な4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。

生物学的な性別が男性の割合は、覚醒剤症例（75.4%）、大麻症例（87.6%）では男性の割合が多いが、睡眠薬・抗不安薬症例（38.4%）と市販薬症例（32.4%）では女性の割合が多くなった。年代では、覚醒剤及び睡眠薬・抗不安薬症例が30～50代に分布していたのに対し、大麻症例は20～40代に分布し、市販薬症例ではさらに若く10代と20代にピークがあった。

高校卒業以上の学歴を有する者の割合については、覚醒剤症例（48.5%）は少なかった。現在何らかの職についている者の割合については、大麻症例で多かった（51.4%）。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、覚醒剤症例で突出して多く（84.2%）、薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴は、覚醒剤症例（19.0%）、大麻症例（16.2%）で多かった。矯正施設入所歴を持つ者の割合は、覚醒剤症例（59.6%）が突出して多かった。

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（25.0%）で多く、大麻症例（11.4%）は少なかった。薬物問題による精神科入院歴は、市販薬症例（66.0%）が多かった。薬物問題による自助グループの参加経験は覚醒剤症例（39.8%）が突出して多く、民間リハビリ施設の利用経験についても、覚醒剤症例（24.9%）が突出して多いが、いずれも睡眠薬・抗不安薬症例、市販薬症例は少なかった。睡眠薬・抗不安薬症例、市販薬症例は入院加療に繋がる一方で、自助グループにはつながりにくく、主治医との治療に終始しているのかもしれない。

最近1年以内の故意の自傷や自殺企図については、市販薬症例（64.7%）が突出して多く覚醒剤症例（10.8%）や大麻症例（14.3%）は少

ない。これらの差はあわよくば死んでも構わないといった自暴自棄使用が背景にあると考えられる。

9) 「1年以内使用あり」症例における主要4種薬物別の使用経験薬物の比較（表16）

主要4種薬物症例のあいだで使用経験のある薬物を比較した結果を表16に示す。

覚醒剤症例では揮発性溶剤（25.7%）と大麻（33.3%）の使用経験率が、大麻症例では覚醒剤（21.0%）、コカイン（21.9%）、MDMA（21.0%）、MDMA以外の幻覚剤（28.6%）の使用経験率がそれぞれ多かった。一方、睡眠薬・抗不安薬症例では市販薬（15.2%）の使用経験率が、市販薬症例では睡眠薬・抗不安薬（33.0%）の使用経験率が多かった。

10) 「1年以内使用あり」症例における主要4種薬物別の初使用薬物の比較（表17）

主要4種薬物症例における初使用薬物を比較した結果を表17に示す。

覚醒剤症例では覚醒剤（55.3%）が、大麻症例では大麻（89.5%）が、睡眠薬・抗不安薬症例では睡眠薬・抗不安薬（76.8%）が、市販薬症例では市販薬（74.4%）がそれぞれ突出して多かった。このことは、これら4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。

11) 「1年以内使用あり」症例における主要4種薬物別の入手経路（表18）

「1年以内使用あり」症例における主要4種薬物別の薬物入手経路を比較した結果を表18に示す。

覚醒剤症例では密売人（55.8%）、次いで知人（18.1%）、インターネット（14.6%）という順だった。大麻症例では友人（30.5%）最も多く、次いで密売人（25.7%）、知人（19.0%）、インターネット（14.3%）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）（73.6%）が大半を占め、次いで医療機関（身体科）（34.4%）であった。市販薬症例では薬局（76.9%）と圧倒的に多く、次いでインターネット（19.9%）、店舗（16.0%）、という順であった。

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・抗不安薬は医療機関、市販薬は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、インターネットという入手経路の割合は増加傾向にあり注目する必要がある。

12) 「1年以内使用あり」症例における主要4種薬物別のICD-10 F1診断下位の比較(表19)

「1年以内使用あり」症例において主要4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(17.6%)に多く、「F1x. 1 有害な使用」については、覚醒剤症例(14.0%)で該当症例が少なく、市販薬症例(40.7%)はこちらも多かった。「F1x. 2 依存症候群」に該当する症例が多かったのは、覚醒剤症例(81.9%)、睡眠薬・抗不安薬症例(75.0%)だが、大麻症例(68.6%)と市販薬症例(64.4%)で該当症例が少なかった。「F1x. 3 離脱状態」と「F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態」に該当する症例に有意差はなかった。

「F1x. 5 精神病性障害」については、覚醒剤症例(20.2%)、大麻症例(18.1%)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、覚醒剤症例(16.4%)で多かった。

13) 「1年以内使用あり」症例における主要4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4種薬物別に併存精神障害の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、「F3 気分障害」の併存が認められる割合が多く、共通する併存精神障害であることが分かる。なかでも睡眠薬・抗不安薬症例(34.8%)、市販薬症例(30.1%)に多かった。「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」についても同様の傾向にあり、睡眠薬・抗不安薬症例(33.3%)と市販薬症例(36.9%)に多かった。また、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」は有意差がなかった。「F8 心理的発達の障害」は睡眠薬・抗不安薬症例(8.3%)と市販薬症例(17.9%)で多く、「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」については、睡眠薬・抗不安薬症例(4.3%)は少なかった。

3. 「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による比較

今回の調査では、新たに「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無について情報を収集した。「1年以内の故意の自傷や自殺企図」なし

(以下、単に「自傷なし」)(n=2083)、「1年以内の故意の自傷や自殺企図」あり(以下、単に「自傷あり」)(n=525)、不明(n=94)となった。不明の94例を除外し、2群にわけて追加解析を行った。以下に、その結果を提示する。

1) 「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による属性比較(表21)

人口動態的属性や心理社会的背景を比較した結果を表21に示す。

生物学的性別の男性の割合は「自傷なし」(72.5%)、「自傷あり」(29.0%)となり、女性に「自傷あり」が多くみられた。年代では、「自傷なし」が30代~50代に多く分布していたのに対し、「自傷あり」は10代~30代に多く分布していた。

高校卒業以上の学歴を有する者の割合については「自傷あり」(54.7%)に多く、現在何らかの職についている者の割合については「自傷なし」(34.5%)に多かった。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、「自傷なし」(52.8%)に多く、薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴も「自傷なし」(21.0%)に多く、矯正施設入所歴を持つ者の割合も「自傷なし」(39.7%)に多かった。

現在アルコール問題を呈している者の割合については、「自傷あり」(24.2%)に多く、薬物問題による入院も「自傷あり」(68.2%)に多かった。薬物問題による自助グループの参加経験は「自傷なし」(33.1%)に多く、民間リハビリ施設の利用経験についても、「自傷なし」(24.1%)が多かった。最近1年以内の使用については、「自傷あり」(78.7%)となり「自傷なし」(36.9%)と大きな差があった。

2) 「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による主たる薬物の比較(表22)

主たる薬物の比較について表22に示す。

覚醒剤症例(55.3%、16.8%)、揮発性溶剤症例(5.0%、1.9%)、大麻症例(7.0%、3.0%)といった主要な違法薬物に関してはいずれも「自傷なし」の割合が大きく、睡眠薬・抗不安薬症例(16.4%、21.0%)、市販薬(7.9%、43.2%)といった違法でない薬物に関しては「自傷あり」の割合が大きかった。

3) 「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による睡眠薬・抗不安薬及び市販薬の内訳の比較(表23)(表24)

主たる薬物が睡眠薬・抗不安薬の内訳の比較を表23に、主たる薬物が市販薬の内訳の比較を

表 24 に示す。

睡眠薬・抗不安薬の内訳では両群に差はなかった。「自傷なし」ではゾルピデムは 2 番目に多いが、「自傷あり」に関してはゾルピデムが最多となった。市販薬の内訳では、コデイン含有群始め多くは両群に差がなかったが、デキストロメトルファン含有群に関しては、「自傷なし」(23.9%)、「自傷あり」(46.9%)となり「自傷あり」に多かった。市販薬のなかでもデキストロメトルファン含有群については使用者の属性や使われ方に特徴があるものと考えられる。

4) 「1 年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による CD-10 F1 診断下位分類の比較 (表 25)

ICD-10 F1 診断下位分類の比較について表 25 に示す。

「F1x. 0 急性中毒」の割合は「自傷なし」(2.2%)、「自傷あり」(14.3%)、「F1x. 1 有害な使用」の割合は「自傷なし」(11.5%)、「自傷あり」(36.2%)となり「自傷あり」で多かった。「F1x. 2 依存症候群」の割合は「自傷なし」(62.4%)、「自傷あり」(61.9%)となり差はなかった。「F1x. 5 精神病性障害」の割合は「自傷なし」(10.6%)、「自傷あり」(6.9%)となり、「自傷なし」に多かった。「自傷あり」については過量服薬といった使用法が反映されたと考えられる。

5) 「1 年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による併存精神障害の ICD-10 診断の比較 (表 26)

併存精神障害の ICD-10 診断の比較について表 26 に示す。

併存精神障害がない割合は「自傷なし」(40.6%)、「自傷あり」(12.6%)となり、「自傷あり」は 9 割近くが何らかの併存精神障害をもっていた。「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」の割合は「自傷なし」(13.0%)、「自傷あり」(6.1%)となり「自傷なし」に多かった。「F3 気分障害」の割合は「自傷なし」(21.1%)、「自傷あり」(36.2%)、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の割合は「自傷なし」(16.2%)、「自傷あり」(37.3%)となり両群ともに併存精神障害の中で多くを占めるが、どちらも「自傷あり」で多くなった。「F6 成人の人格行動の障害」の割合は「自傷なし」(5.0%)、「自傷あり」(18.7%)、「F7 知的障害(精神遅滞)」の割合は「自傷なし」

(6.0%)、「自傷あり」(10.3%)、「F8 心理的発達の障害」の割合は「自傷なし」(4.9%)、「自傷あり」(14.9%)、「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」の割合は「自傷なし」(7.2%)、「自傷あり」(12.8%)と「自傷あり」に多かった。

4. 年代による比較

「1 年以内に使用あり」症例の中で、10 代から 20 代(以下、「10-20 代」)(n=414)と 30 代から 40 代(以下、「30-40 代」)(n=520)の 934 症例を対象に、2 群に分けて追加解析を行った。以下に、その結果を提示する。

1) 「1 年以内に使用あり」症例の年代による属性比較 (表 27)

人口動態的属性や心理社会的背景を比較した結果を表 27 に示す。

生物学的性別では、男性の割合は「10-20 代」(39.9%)、「30-40 代」(61.2%)であり、「10-20 代」では女性、「30-40 代」では男性が多く有意差があった。

高校卒業以上の学歴を有する者の割合については「10-20 代」(55.8%)、「30-40 代」(64.8%)であり「30-40 代」が多いものの、10 代には在学中の割合も多く単に学歴が低いとも言えない結果である。現在何らかの職についている者の割合については「10-20 代」(32.4%)、「30-40 代」(42.1%)であった。

薬物関連犯罪による補導・逮捕歴は、「30-40 代」(40.8%)に多かった。薬物関連犯罪以外の犯罪による補導・逮捕歴に差はなく、矯正施設入所歴を持つ者の割合は、「30-40 代」(25.0%)に多かった。

現在アルコール問題を呈している者の割合については、「10-20 代」(17.4%)、「30-40 代」(22.7%)であり差はなかった。薬物問題による入院は、「10-20 代」(58.2%)、「30-40 代」(58.8%)であり差はなかった。薬物問題による自助グループの参加経験は「30-40 代」(34.0%)が多く、民間リハビリ施設の利用経験についても、「30-40 代」(18.3%)が多かった。最近 1 年以内の使用については、「10-20 代」(59.7%)が多かった。

2) 「1 年以内に使用あり」症例の年代による主たる薬物の比較 (表 28)

主たる薬物の比較について表 28 に示す。

覚醒剤の割合は「10-20 代」(8.7%)、「30-40 代」(35.0%)であった。大麻は「10-20 代」(15.7%)、「30-40 代」(7.1%)、睡眠

薬・抗不安薬は「10-20 代」（8.9%）、30-40 代（27.7%）、市販薬は「10-20 代」（50.2%）、「30-40 代」（15.2%）となった。これら主たる 4 種類の薬物については、年代で選ばれる薬物に違いが目立つ結果となった。

3) 「1 年以内に使用あり」症例の年代による睡眠薬・抗不安薬及び市販薬の内訳の比較（表 29）（表 30）

主たる薬物が睡眠薬・抗不安薬の内訳の比較を表 29 に、主たる薬物が市販薬の内訳の比較を表 30 に示す。

睡眠薬・抗不安薬の内訳では両群に差はなかった。どちらもゾルピデムが最も選択される薬物であった。市販薬の内訳ではコデイン含有群は「10-20 代」（59.4%）、「30-40 代」（61.8%）となり、ともに最も多かった。デキストロメトルファン含有群は「10-20 代」（54.1%）、「30-40 代」（21.1%）となり「10-20 代」に多かった。ブロムワレリル尿素主剤群は「10-20 代」（9.7%）、「30-40 代」（19.7%）となり、「30-40 代」で多かった。

4) 「1 年以内に使用あり」症例の年代による ICD-10 F1 診断下位分類の比較（表 31）

ICD-10 F1 診断下位分類の比較について表 31 に示す。

「F1x. 0 急性中毒」の割合は「10-20 代」（14.3%）、30-40 代（7.1%）、「F1x. 1 有害な使用」の割合は「10-20 代」（38.6%）、「30-40 代」（21.0%）となり、「10-20 代」に多かった。「F1x. 2 依存症候群」の割合は「10-20 代」（64.0%）、「30-40 代」（75.6%）となり、ともに最も多いが、「30-40 代」に多かった。「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」の割合は「10-20 代」（2.9%）、「30-40 代」（7.5%）となり「30-40 代」で多かった。

5) 「1 年以内に使用あり」症例の年代による併存精神障害の ICD-10 診断の比較（表 32）

併存精神障害の ICD-10 診断の比較について表 32 に示す。

併存精神障害がない割合は「10-20 代」（21.3%）、「30-40 代」（31.3%）となり、「10-20 代」の方が併存精神障害を持つことが多かった。「F3 気分障害」の割合は「10-20 代」（28.3%）、「30-40 代」（25.8%）となり、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の割合は「10-20 代」（32.1%）、「30-40 代」（23.1%）となりこれらを併存に持つことが多く、「10-20 代」は「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体

表現性障害」を併存にもつことが多かった。「F8 心理的発達の障害」の割合は「10-20 代」（16.9%）、「30-40 代」（6.7%）、「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」の割合は「10-20 代」（17.9%）、「30-40 代」（8.7%）となり、「10-20 代」のほうが多かった。

5. 市販薬の中で主な 4 種類の薬物による比較

主たる薬物が市販薬とした症例の中で、その内訳のうちコデイン含有群のみを使用している症例（以下、「COD 群」）（n=160）、デキストロメトルファン含有群のみを使用している症例（以下、「DXM 群」）（n=71）、ブロムワレリル尿素主剤群のみを使用している症例（以下、「BRU 群」）（n=27）、ジフェンヒドラミン主剤群のみを使用している症例（以下、「DPH 群」）（n=17）計 275 症例をそれぞれ抽出し、追加解析を行った。以下に、その結果を提示する。

1) 市販薬 4 種類による属性比較（表 33）

人口動態的属性や心理社会的背景を比較した結果を表 33 に示す。

生物学的性別の割合では、いずれも女性が半数を占めるが、「DXM 群」（66.2%）、「DPH 群」（88.2%）は特に女性が多かった。年代の割合では「COD 群」は 20 代から 40 代、「DXM 群」は 10 代と 20 代、「BRU 群」は 30 代から 50 代、「DPH 群」は 10 代と 20 代にそれぞれピークがあった。

現在アルコール問題を呈している者の割合については、「COD 群」（21.9%）、「DXM 群」（18.3%）と多いが 4 群間で差はなかった。薬物問題による入院はいずれも半数程度の経験があった。最近 1 年以内の故意の自傷や自殺企図の経験の割合は「DXM 群」（60.6%）、「DPH 群」（64.7%）と多かった。最近 1 年以内の使用の割合はいずれも半数を超えた。

2) 市販薬 4 種類による ICD-10 F1 診断下位分類の比較（表 34）

ICD-10 F1 診断下位分類の比較について表 34 に示す。

「F1x. 0 急性中毒」の割合は「DXM 群」（21.1%）、「DPH 群」（17.6%）に多いが 4 群間で有意差はなかった。「F1x. 1 有害な使用」の割合は「DPH 群」（58.8%）に多いが有意差はなかった。「F1x. 2 依存症候群」の割合は「COD 群」（68.1%）、「DXM 群」

(64.8%)、「BRU 群」(81.5%)、「DPH 群」(35.3%)となり、「BRU 群」が多く、「DPH 群」は少なかった。これ以降の下位分類に該当する症例はいずれも少なかった。

3) 市販薬 4 種類による併存精神障害の ICD-10 診断の比較 (表 35)

併存精神障害の ICD-10 診断の比較について表 35 に示す。

併存精神障害がない割合は「DPH 群」(5.9%)に少ないが 4 群間で有意差はなかった。「F3 気分障害」の割合は「COD 群」(22.5%)、「DXM 群」(39.4%)、「BRU 群」(37.0%)、「DPH 群」(47.1%)となり「COD 群」に少なく「DPH 群」で多かった。

「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の割合はいずれも 30%から 40%となり、これらを併存に持つことが多かった。

「F8 心理的発達の障害」の割合や「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」の割合は「BRU 群」で少ないものの有意差はなかった。

D. 考察

今回の調査は、前回調査よりも回答率が 72.0%と減少しているものの症例報告数が増加した(図 1)。全体的な症例数の増加というよりは、10 代や 20 代といった若い世代の増加が顕著であった(図 2)。10 代の主たる薬物の変遷をみると市販薬の割合が大きく増加している(図 3)。前回調査時にも市販薬を主たる薬物とする若い世代の増加がみられたが、この傾向が最近になってさらに加速している状況が見てとれる。

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う。

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 4)は、覚醒剤 1230 例(45.5%)が最多であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬 470 例(17.4%)、市販薬 409 例(15.1%)、多剤 197 例(7.3%)、大麻 168 例(6.2%)、揮発性溶剤 117 例(4.3%)、危険ドラッグ類 35 例(1.3%)、鎮痛薬(処方オピオイド系：弱オピオイド含む) 15 例(0.6%)、その他 14 例(0.5%)、MDMA 以外の幻覚剤 12 例(0.4%)、MDMA 11 例(0.4%)、コカイン 10 例(0.4%)、ADHD 治療薬 7 例(0.3%)、鎮痛

薬(処方非オピオイド系) 5 例(0.2%)ヘロイン 2 例(0.1%)という順であった。前回調査(覚醒剤 49.7%、睡眠薬・抗不安薬 17.6%、揮発性溶剤 4.3%、市販薬 11.1%、多剤 5.2%、大麻 6.3%、危険ドラッグ類 1.4%)と比較すると、覚醒剤の割合の低下と、市販薬や多剤の割合の増加が認められた。

「1 年以内使用あり」症例における主たる薬物の割合(図 5)は、覚醒剤 342 例(28.0%)が最多であり、次いで市販薬 312 例(25.6%)、睡眠薬・抗不安薬 276 例(22.6%)、大麻 105 例(8.6%)、多剤 104 例(8.5%)、揮発性溶剤 28 例(2.3%)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、覚醒剤を主たる薬物とする割合が減少し、睡眠薬・抗不安薬及び市販薬といった違法でない薬物を主たる薬物とする割合が大幅に増えている。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：覚醒剤 28.2%、睡眠薬・抗不安薬 28.7%、市販薬 20.0%)と比較すると、覚醒剤症例の減少と市販薬症例の顕著な増加が認められた。結果的に、患者数において覚醒剤、市販薬、睡眠薬・抗不安薬が拮抗し、いわば「3 大乱用薬物」の様相を呈したことは、今回の調査における重要な特徴であり、わが国の薬物依存症臨床の現在を反映したものといえる。

ともあれ、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」への移行は進行しているといえる。なお、複数の薬物が同程度問題となる多剤も増加しているが、違法薬物を複数使い分けるといよりは処方薬と市販薬の組み合わせが臨床実感では多く、今回の調査ではなぜ増加しているか、どのような集団なのかははっきりしないものの、今後の動向は注目していかなければならない。

図 6、図 7、図 8 に、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、市販薬の著しい増加傾向である。この市販薬関連精神疾患は従来の薬物関連精神疾患とは属性が異なっており(後述)、これまでの対策は効果を示していないどころか弊害とさえなっている可能性も危惧される。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。

乱用薬物の推移のなかで気になるのは、大麻関連精神疾患症例数の動向である。令和 5 年には大麻取締法等の検挙者の数は覚醒剤取締法検挙者を抜いており、ここ 10 年間で大麻取締法等の検挙者は 3 倍に増加し、30 代以下の若年層の増

加が著しいと犯罪白書は明らかにしている。一方、今回の調査では、主たる薬物が大麻である薬物関連精神疾患は若年者を中心に微増にとどまっており、検挙者数と大麻関連精神疾患患者数——すなわち、大麻使用による健康被害を呈して専門医療にアクセスした人の数——とのあいだには大きな乖離があるといわざるを得ない。

こうした結果は、我々が大麻の健康被害に関して再度検討する必要がある可能性を示唆している。すでに正高らは、その SNS を利用した大麻使用者を対象とした調査（2021）から、市中における大麻使用経験者における健康被害は、従来、薬物乱用防止啓発で伝えられている情報と大きく乖離していることを明らかにし、大麻の健康被害がことさらに過剰に喧伝されている可能性を指摘するとともに、大麻使用者のなかで医療にアクセスする者はきわめて特異な一群ではないかという疑義を表明している。2024 年 12 月に施行された改正大麻取締法以降、わが国では大麻関連犯罪は厳罰化へと向かっているが、そうした政策の妥当性検証のためにも、大麻関連精神疾患症例の動向に関する調査を継続する必要があるだろう。

「1 年以内使用あり」症例の推移では、2016 年以降、危険ドラッグ類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、薬機法による販売停止命令・検査実施命令の対象拡大が販売店舗の全面撤退を促し、薬物供給が断たれたことによる効果といえるだろう。

その一方で、大麻関連犯罪の厳罰化が、わが国で使用が許容されている CBD（cannabidiol）を化学的に加工した新たな脱法的薬物——半合成カンナビノイド——の登場を促進する可能性も危惧される。今回の調査では、試みに危険ドラッグ類の下位分類として「半合成カンナビノイド製品かどうか」を尋ねてみたところ、サンプル数は少ないものの、危険ドラッグ類症例の 9 割がそれに該当した。先述した通り大麻に関して規制強化がなされているが、かつての危険ドラッグ類がそうであったように健康被害の増大に繋がらないか見守っていく必要がある。

図 9 は、2012 年以降に実施された本調査に関して、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。このグラフから明らかなように、2014 年以降は報告症例数の増加が顕著となっており、2022 年調査で若干の症例数の減少が見られたとはいえ、依然、高い水準を維持している。2008 年以前、本調査の回収率は 50%を下回る状

況が続いていたが、2010 年調査で本調査の回収率は 60%を、そして 2012 年調査からは 70%を超え、以降、75.2%（2014 年）、78.7%（2016 年）、80.7%（2018 年）、78.1%（2020 年）、74.7%（2022 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、その資料価値を高めてきた。

ここで注意すべきなのは、全報告症例数が年々増加しているからといって、ただちに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、ということである。むしろ注目すべきなのは、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であろう。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可能性を示唆する。

このことの傍証となる研究がある。Yamamoto ら（2022）は、2000 年～2020 年までの病院調査データベースから覚醒剤関連精神疾患症例を抽出し、各年調査の回収率や年代構成を補正したうえで、最近 20 年間の覚醒剤症例の臨床的特徴の変化を検討している。その結果、この 20 年間で、医療にアクセスする覚醒剤症例数は著明に増加するとともに、しかも治療を受けるなかで 1 年以上の断薬を継続している患者が増えていることを指摘している。また、覚醒剤誘発性の精神病を呈する患者が大きく減少するなど、覚醒剤使用に関連する重篤な健康被害が低減されているとともに、医師に対して覚醒剤入手経路に関する情報を隠さずに開示するなど、治療環境が「正直になれる場」となっていることも明らかにされている。そして、今回の調査で現在の司法的処遇について新たに情報を収集したが該当者は少なかった。違法薬物を主たる薬物として病院に受診する症例の多くは、司法的処遇とは関係なく治療を求めているのであろう。

こうした臨床像の変化は、わが国の薬物対策が従来の供給低減一辺倒から需要低減へと舵を切りつつあることを示唆するものだろう。

2. 主要 4 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 4 種の薬物（覚醒剤、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) 覚醒剤関連精神疾患症例

覚醒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。高卒以上の学歴を有するものは 5 割程度になり、8 割に薬物関連犯罪による逮捕歴、6 割に矯正施設入所歴があり、5 割に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醒剤を使い、揮発性溶剤や大麻の使用経験が 3 割であり違法薬物の使用経験が多い。半数以上が密売人から覚醒剤を入手していた。1 割程度の者はインターネットを介して入手していたが前回調査に比較しインターネットの割合は微増している。

症例の 8 割は、ICD-10 F1 診断の「F1x. 2 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、2 割程度に、薬物使用によると思われる「F1x. 5 精神病性障害」、あるいは、薬物使用の有無にかかわらず「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」を呈する者もあり、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。併存精神障害がある割合は半分ほどいるが、「F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」などの併存精神障害の割合は前回調査と比較しても大きな変化はない。覚醒剤関連精神疾患症例については他の薬物と比較するとこれまでの傾向と大きな変化はないようだ。

2) 大麻関連精神疾患症例

大麻症例はその大半が男性であり覚醒剤症例よりもその傾向は強くなる。年代の分布は 20～30 代に集中しているが、前回調査と比較すれば 10 代も増加していた。高校中退以下の学歴の者が半分で、覚醒剤症例よりは教育歴が長いようだ。また、何らかの仕事に就いている割合は半数であり、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が特徴である。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。半数に薬物問題による精神科入院歴がある。

症例の 9 割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、覚醒剤、危険ドラッグ類、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と友人を介して大麻を入手している者が 2～3 割程度となる。

精神医学的な特徴としては、ICD-10 F1 診断の「F1x. 1 有害な使用」に該当する者が 2 割程度お

りこれは睡眠薬・抗不安薬と同等である。

「F1x. 2 依存症候群」に該当する者が 6 割を超えるが、同じ違法薬物である覚醒剤よりは少ない。「F1x. 5 精神病性障害」に該当する割合は覚醒剤と同様に多いが、「F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害」については少ない。外因による一過性の精神病性障害のような病態を呈し精神科治療が大きく必要となる少数派と、依存症候群に該当する多数派に分かれるのかもしれない。とはいえ社会生活はそれなりに送れているようである。併存精神障害がある割合は半分ほどであるが、覚醒剤よりも少ない。統合失調症や注意欠陥・多動症を併存する者がいるが、これらの精神障害が引き起こす症状に対する自己治療 (Khantzian と Albanese, 2008) として大麻を使用している可能性も否定できない。

3) 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、30～50 代と中年層が中心になり、女性が半数を超えるという特徴がある。高校中退以下の学歴の者が 3 割しかおらず、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、5 割に薬物問題による精神科入院歴がある。約 2 割にアルコール問題を抱える者がおり他の薬物よりも多い。対象となる薬物のほとんどがベンゾジアゼピン受容体作動薬であり、これまでの調査と同様にエチゾラム、ゾルピデム、フルニトラゼパム、トリアゾラムの 4 種がブランド化されている。なかでもゾルピデムの割合は大きくなり、1 年以内に使用あり症例では、ゾルピデムがエチゾラムよりもわずかに多くなっていた。

睡眠薬・抗不安薬症例の 8 割弱は睡眠薬・抗不安薬を初使用薬物とし、違法薬物の使用経験を持つ者は少ない。大半は、医療機関から「処方」という合法的な手続きで薬物を入手している。症例の 8 割弱は「F1x. 2 依存症候群」に該当し、「F1x. 1 有害な使用」は 2 割程度であった。前回の調査よりも有害な使用の割合は減少していた。併存精神障害がない割合は 1 割程度と少なく、「F3 気分障害」や「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」などの精神障害を併存する者が多い。睡眠薬・抗不安薬関連精神疾患患者は何らかの精神疾患などの治療のための治療薬として睡眠薬・抗不安薬が開始となり薬物関連精神疾患へと発展した可能性がある。また、アルコールの問題を有する者も一定の割合で存在していることから、改善に乏しい併存精神障害もあると想定され、単に断薬を治療目標に掲げることではできないような病態も少なくないのかもしれない。

4) 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に、女性が半数を超え7割近くとなる。年代については、睡眠薬・抗不安薬症例よりも若年に偏り、10代や20代が中心になる。前回調査よりも女性が占める割合と10代が占める割合が増加していた。

犯罪歴や矯正施設入所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6割もいることから、精神医学的な重症度は高い集団といえるであろう。しかし、自助グループの参加や民間リハビリ施設の利用といった診察以外の治療への参加については少なく、治療のつながりは薄い状況があった。今回の調査で新たに追加した最近1年以内の故意の自傷や自殺企図がある割合は6割となり他の薬物と比較しても突出して多いことも特徴である。

症例の7割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少ないが、その一方で、3割の者は睡眠薬・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。こうした医原性に多剤の問題へと発展してしまうこと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、「F1x.1 有害な使用」が4割、「F1x.2 依存症候群」が6割となる。併存精神障害がない割合は少なく、「F3 気分障害」に該当する割合が3割、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」が4割弱となる。「F8 心理的発達の障害」が2割弱となり他の薬物よりも多い。前回調査よりも「F1x.1 有害な使用」の割合の増加は顕著であり、「F1x.2 依存症候群」の割合は低下し、また、「F8 心理的発達の障害」併存例は増加していた。

睡眠薬・抗不安薬とは違い、有害な使用などをきっかけに精神科医療にアクセスし、治療過程で併存精神障害が判明し、入院治療なども含めたインテンシブな治療を行うものの、なかなか治療が奏功しないといった現状がみてとれる。

3. 「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無による比較

今回の調査では、新たに「1年以内の故意の自傷や自殺企図」の有無について情報を収集した。これら自傷や自殺企図との薬物関連精神疾患との関係について考察したい。

自傷や自殺企図があるものは、女性に多く、10代から30代と比較的若い年代で目立った。一般的に自傷単独の経験について性差はないという結果もあるが、薬物関連精神疾患に関連した自傷や自殺企図は女性に多いといえる。しかし、男性は援助希求が女性よりも低く、主治医が把握していない自傷や自殺企図もあるかもしれないため男性だからといって軽視はできない。

自傷や自殺企図があると入院加療の経験は多くなるが、自助グループの参加や民間リハビリ施設の利用といった診察以外の治療への参加については少なく、治療のつながりは薄い状況がある。最近1年以内の薬物の使用の割合も自傷や自殺企図があると倍以上となった。自傷や自殺企図が薬物の使用について促進的に働く可能性もあるが、人に頼ることができず孤立した状況で孤独な自己治療を要するという共通した背景があると考えられる。

自傷や自殺企図があると主たる薬物にも差があり、覚醒剤や大麻のような違法薬物は少なく、市販薬が多くなった。なかでもデキストロメトルファン含有群を使うことが多くなり、市販薬のなかでも選択する薬物に差があった。自傷をする者には虐待といったトラウマ体験を持つ者が多いことなどを考慮すれば、デキストロメトルファン含有群を過量服薬することで、気分を変えることや、解離を起こしトラウマ症状を緩和することに期待しているのかもしれない。自傷や自殺企図があると「F3 気分障害」や「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「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」など様々な併存精神障害を有することが多くなった。

自傷や自殺企図は薬物関連精神疾患のなかでも市販薬と密接な関係があるといえる。背景には複雑な病態があり、従来の入院治療や自助グループ、リハビリ施設への入所といった薬物関連精神疾患に有効であった治療に馴染まない可能性がある。

4. 年代による比較

今回の調査では10代や20代といった若い世代で症例数の大きな増加がみられた。世代間で使用される薬物の違いにも差がみられた。若い世代について臨床的特徴を明らかにすべく、中核群と考えられる30-40代との比較を試みた。前回調査では全症例に対して比較を行ったが、今回の調査では1年以内に使用あり症例から「10-20代」と「30-40代」を抽出し2群間比較を行った。若い世代の特徴について整理してみ

たい。

「10-20代」は女性が多く、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。自助グループの参加や民間リハビリ施設の利用といった、依存症に特化した非医療的社会資源にアクセスする者が少なかった。加えて、1年以内の故意の自傷や自殺企図がある割合は半数を超えており、その深刻な病態がうかがわれた。

また、主たる薬物に着目すると、「10-20代」は5割が市販薬となり多くを占める。「30-40代」は3割が覚醒剤、3割弱が睡眠薬・抗不安薬、2割弱が市販薬となり世代間で使用する薬剤に差がみられた。興味深いのは、市販薬の種類で両世代とも6割がコデイン含有群を使用しこれに差はない一方で、「10-20代」はデキストロメトルファン含有群の使用が多く、「30-40代」はブロムワレリル尿素主剤群が多い、という明確な特徴が見られた点である。

ICD-10 F1 診断に示される物質関連問題の下位分類に着目すると、「10-20代」には「F1x. 1 有害な使用」が多く、併存精神障害では「10-20代」には「F3 気分障害」や「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「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」など様々な併存精神障害がみられた。

以上の結果をまとめると、今回の調査からは新たな薬物乱用層の出現が見てとれるように思われる。すなわち、デキストロメトルファン含有群を主たる薬物とし、様々な併存精神障害に対して過量服薬や自傷行為を行いながらも生きようとする「10～20代」の集団がそれである。なお、「30-40代」においては、覚醒剤を使用する集団と、睡眠薬・抗不安薬を使用する集団といった、輪郭の明確な2つの集団が存在することも見てとれる。

5. 市販薬の中で主な4種類の薬物による比較

今回の調査では、市販薬のなかでも特にデキストロメトルファン含有群の台頭が著しくこれまでにない薬物関連精神疾患の集団となっていることがわかった。市販薬のなかでもどのような違いがあるか4種類の市販薬の比較検討の結果からこれらについて特徴を整理したい。

1) コデイン含有群

コデインやジヒドロコデインリン酸塩などのコデイン含有群とは、商品名でいえば「エスエスブロン®」や「パブロンゴールド A®」が該当する。男女や年代を問わず多くの市販薬症例で使用があり、わが国では古くから不適切使用に

ついて報告があることから市販薬症例にとってオーソドックスな薬物といえるかもしれない（妹尾ら，1996）。コデイン以外にもカフェインやメチルエフェドリン塩酸塩、ブソイドエフェドリンといった依存性の高い成分が含まれ、アップー系とダウンー系の両方を有する万能薬として機能すると考えられる。1年以内の使用割合も多いことから、断薬が容易ではない可能性が示唆される。

ICD-10 F1 診断に示される物質関連の問題については、「F1x. 1 有害な使用」や「F1x. 2 依存症候群」に該当する割合が多く、併存精神障害として「F3 気分障害」や「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」に該当する割合が多い。物質関連の問題も併存精神障害も他の市販薬と共通することが多く市販薬症例を代表する市販薬といえる。

2) デキストロメトルファン含有群

デキストロメトルファン含有群は商品名でいえば「メジコン®」や「コンタック®」が該当する。2021年8月に「メジコン®」がOTC化され手に入りやすくなった影響か、前回調査で症例が増え今回の調査でさらに増大した。NMDA 受容体を阻害し咳中枢を抑制するが、多量に使用することでケタミンのような解離性薬物と同等の効果をもたらし、幻覚を誘発したり、興奮・錯乱状態を引き起こしたりする危険性がある。

また、セロトニン作動性神経系を興奮させる作用もあることから、大量摂取時にはセロトニン症候群を惹起する危険性がある。柑橘系果汁との併用によって代謝阻害が生じることもあり、最悪の場合には血中濃度の急激な上昇により自発呼吸が抑制され、致死的な結果に至る危険性がある。こうした情報は SNS を通じて乱用者間で共有されており、意図的に使用されることもある。

今回の調査では、女性が多く、10代や20代といった若い世代に使用される特徴がありこの傾向は前回よりも強くなっていた。1年以内の故意の自傷や自殺企図がある割合と、1年以内に使用する割合も他の市販薬に比べて多くなった。ICD-10 F1 診断に示される物質関連の問題については、「F1x. 1 有害な使用」や「F1x. 2 依存症候群」も多いが、有意差はないものの「F1x. 0 急性中毒」に該当する割合も多かった。若い世代を中心にブランド化され危険な使用が続いていると危惧される。

併存精神障害として「F3 気分障害」や「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「F8 心理的発達の障害」や「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」など様々な問題があった。デキストロメトルファン含有群を必要とする集団に対しては、特に市販薬の自己治療を開始する前に、学校保健や児童福祉領域、あるいは、児童精神科医療において1次予防的介入を併用しながら早期介入や早期治療に繋げる必要があるだろう。

3) ブロムワレリル尿素主剤群

ブロムワレリル尿素主剤群は商品名でいえば主に「ウット®」が該当する。このウレイド系の薬物は過量服薬時に危険性や依存性の高さから医薬品のなかでも処方薬では採用されることがなくなった成分であるが、市販薬ではなお入手可能な状況が続いている。今回の調査ではコデイン含有群やデキストロメトルファン含有群よりは症例数は少なく、その結果はあくまでも参考にとどまるものの、他の市販薬との比較検討を試みた。ブロムワレリル尿素主剤群は女性が多く年代は30代や40代に多かった。1年以内の故意の自傷や自殺企図での使用は他の市販薬に比べ少なく、ICD-10 F1診断でも「F1x.2 依存症候群」の割合は多いが、有意差はないものの「F1x.1 有害な使用」の割合は少なかった。併存精神障害がない割合が多く、「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。市販薬症例の中では覚醒剤症例と共通するところも多いかもしれない。

4) ジフェンヒドラミン主剤群

ジフェンヒドラミン主剤群は商品名でいえば「レスタミン®」や「ドリエル®」が該当する。臨床現場ではジフェンヒドラミンをあたかも意識をシャットダウンさせるために多量に使用する者と出会うことがある。その者たちは、コストパフォーマンスや過量服薬のしやすさから「ドリエル®」ではなく「レスタミン®」を使用する傾向があり、SNSでも同様の情報がやりとりされているようである。

今回の調査では、やはりコデイン含有群やデキストロメトルファン含有群よりも症例数は少なく、その結果はあくまでも参考にとどまるものの、他の市販薬との比較検討を試みた。その結果、ジフェンヒドラミン主剤群症例は、デキストロメトルファン含有群よりも女性が多く、年代は10代と20代が中心であった。また、1年以内の故意の自傷や自殺企図のエピソードを有する者が多く、さらに、1年以内の再使用も多かった。

ジフェンヒドラミン主剤群は、ICD-10 F1診断に示される物質関連の問題については、「F1x.1 有害な使用」が多い一方で、「F1x.2 依存症候

群」は少なく、有意差はないものの「F1x.0 急性中毒」に該当する割合も多かった。また、併存精神障害を9割以上がもっており「F3 気分障害」や「F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」の割合が大きく、「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害」も多かった。過食嘔吐など摂食障害といった問題とも関連が深いのかもしれない。

以上より、ジフェンヒドラミン主剤群症例は、多様かつ複雑な病態と顕著な自殺傾向を有する若年女性が多い傾向が推測される。

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20位までの精神科医療機関の名称を、表36に挙げた。

E. 結論

今回の調査では、対象施設1525施設のうち、1098施設(72.0%)の協力を得て、221施設(14.5%)の施設から総計2765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2702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、覚醒剤1230例(45.5%)であった。次いで、睡眠薬・抗不安薬470例(17.4%)、市販薬409例(15.1%)、多剤197例(7.3%)、大麻168例(6.2%)、揮発性溶剤117例(4.3%)、危険ドラッグ類35例(1.3%)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1221例(45.2%)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醒剤342例(28.0%)であり、次いで、市販薬312例(25.6%)、睡眠薬・抗不安薬276例(22.6%)、大麻105例(8.6%)、多

剤 104 例 (8.5%)、揮発性溶剤 28 例 (2.3%) が続いた。前回の調査と比べ覚醒剤の割合は変わらず、睡眠薬・抗不安薬の割合は減少し、市販薬が大きく増加した。

今回の調査では、若年者が増加し、特に女性が増加しており、市販薬が問題となるという前回調査から続く傾向に拍車がかかっていた。病院にはつながっているが、自助グループやプログラムといった治療にはつながらず、故意の自傷や自殺企図と共に薬物の使用がとまらない状態が分かった。背景には様々な併存精神障害をもち、なかでもトラウマ関連の問題は注目される。従来の集団療法に基づく治療に馴染まない可能性もあり、個別具体的なテーラーメイドな治療・回復支援が必要となる集団であろう。

私見ではあるが、このような集団に対する予防啓発として、従来の「ダメ。ゼッタイ。」をキャッチコピーに掲げた薬物乱用防止教室が持つ意義や効果ははなはだ疑わしいといわざるを得ないように思われる。薬物の害を誇張したところで、違法でない薬物への抑止は効かないだろうし、SNS で情報が得られる現代において、脅しよりは正しい情報が必要だろう。薬物を使うものはダメな人だというスティグマにも繋がる内容にも早急な見直しが必要である。まだ未診断ではあるが精神障害を有しており、自傷や自殺といった自分を傷つけてしまう行動をすでに取っている市販薬症例の予備軍もいるなかで、本来は手を差し伸べる側となり得る多数派に対してこのような授業が行われてしまっことは、「助けて」が言えない状況を作ってしまうことになる。自殺予防教育も含んだ授業が必要ではないだろうか。

研究分担者は本調査を 2010 年より担当しているが、この 10 年あまりの調査結果を概観してみると、規制・取締強化が必ずしも薬物問題を解決していない状況を痛感せざるを得ない。2008 年頃に有名大学に在籍する大学生の大麻使用が社会的問題としてメディアに取り上げられた後に、「逮捕されない大麻類似物」として、いわゆる「脱法ハーブ」などの危険ドラッグが登場し、規制強化するたびに精神医療にアクセスする依存症該当者の割合が増加したばかりか (Matsumoto et al, 2016)、健康被害も増加してしまった (Kamijo et al, 2016, Funada et al, 2019)。それでも、薬機法により何とも危険ドラッグの流通を阻止することには成功したもの、その直後から、今度は市販薬がかくも大きな問題として浮上してきたわけである。今回の調査ではまだ明らかな動向としては確認できなかったが、最近、臨床現場では、わが国で市販が認可されている CBD に熱処理や酸添加して

THC (tetrahydrocannabinol) 類似物質を含有するに至った製品が、乱用者のあいだで話題になっているという話をよく耳にする。大麻使用罪創設の動きに危機感を持つ者のなかで、こうした「危険ドラッグ化した CBD」(半合成カンナビノイド) のニーズが高まっている可能性が危惧される。

いずれにしても、薬物問題を解決し、被害の最小化を図るためには、従来の供給低減 (Supply reduction) に偏重した取り組みを見直し、さらに Demand reduction に注力するとともに、わが国なりの弊害低減 (Harm reduction) のあり方を模索していく必要があるといえるだろう。そのような意識を持ちつつ、次の調査でも今後の動向に注目したい。

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さま、ならびに関係者の方々、患者のみなさまに心より厚く御礼申し上げます。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Tanibuchi Y, Omiya S, Usami T, Matsumoto T: Clinical characteristics of over-the-counter (OTC) drug abusers in psychiatric practice in Japan: Comparison of single and multiple OTC product abusers. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2024;00:1–11. <https://doi.org/10.1002/npr2.12415>
- 2) Mizuno S, Shimane T, Inoura S, Matsumoto T. Situational factors affecting abstinence from drugs: Panel data analysis of patients with drug use disorders in residential drug use treatment. *Psychiatry Clin Neurosci Rep*. 2024;3:e174. <https://doi.org/10.1002/pcn5.174>
- 3) Usami T, Okita K, Shimane T, Matsumoto T. Comparison of patients with benzodiazepine receptor agonist-related psychiatric disorders and over-the-counter drug-related psychiatric disorders before and after the COVID-19 pandemic:

- Changes in psychosocial characteristics and types of abused drugs. *Neuropsychopharmacol Rep.* 44: 437-446, 2024.
- 4) Siste K, Ophinni Y, Hanafi E, Yamada C, Novalino R, Limawan AP, Beatrice E, Rafelia V, Alison P, Matsumoto T, Sakamoto R : Relapse Prevention Group Therapy in Indonesia Involving Peers via Videoconferencing for Substance Use Disorder: Development and Feasibility Study *JMIR Form Res* 2024;8:e50452 URL: <https://formative.jmir.org/2024/1/e50452> doi: 10.2196/50452
 - 5) Mizuno S, Shimane T, Inoura S, Matsumoto T. Psychosocial characteristics of the general population who habitually use hypnotics: results from a national survey on drug use among the Japanese. *Psychiatry Clin Neurosci Rep.* 2024;3:e208. <https://doi.org/10.1002/pcn5.208>
 - 6) Kyan R, Kamijo Y, Kohara S, Takai M, Shimane T, Matsumoto T. Prospective multicenter study of the epidemiological features of emergency patients with overdose of over-the-counter drugs in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci Rep.* 2024;3:e225. <https://doi.org/10.1002/pcn5.225>
 - 7) Katayama M, Fujishiro S, Sugiura K, Konishi J, Inada K, Shirakawa N, Matsumoto T. Greater impact of COVID-19 on peer-supported addiction services than government-owned services for addiction in Japan: a nationwide 3-year longitudinal cohort study. *Psychiatry Clin Neurosci Rep.* 2024;3:e70012. <https://doi.org/10.1002/pcn5.70012>
 - 8) Tsutsumi S, Takano A, Usami T, Kumakura Y, Kanazawa Y, Takebayashi T, Sugiyama D, Matsumoto T. Risk and protective factors for early dropout from telephone monitoring for individuals with drug convictions in community mental health centers in Japan. *Journal of substance use and addiction treatment.* 2024 Jul 1;162:209347.
 - 9) Takano A, Takahashi K, Anzai T, Usami T, Tsutsumi S, Kanazawa Y, Kumakura Y, Matsumoto T. Predictors for recurrence of drug use among males on probation for methamphetamine use in Japan: a one-year follow-up study. *Drug and Alcohol Dependence Reports.* 2024 Dec 27:100316.
 - 10) Yuji Masataka, Futaba Umemura, Akihiko Nagamine, Naoko Miki, Yoshiyuki Akahoshi, Toshihiko Matsumoto, hiro Takumi : How Cannabinol Is Utilized in Japan, a Country with Strict Cannabis Regulations—Its Purposes, Medical Effects, Adverse Events, and Dependence. *Integrative Medicine Reports Volume 3.1*, 2024 DOI: 10.1089/imr.2024.0045 Accepted October 17, 2024
 - 11) 片山宗紀, 藤城聡, 松浦寛奈, 小西潤, 稲田健, 白川教人, 松本俊彦 : 医療従事者の薬物使用の通報や刑罰に関する意識とこれに対する支援経験や知識の影響. *日本アルコール関連問題学会雑誌* 25(2) : 51-56, 2024.
 - 12) 宇佐美貴士, 村上真紀, 松本俊彦 : ベンゾジアゼピン受容体作動薬関連障害の類型化と大量使用からの減量法の検討. *精神神経学雑誌* 126(8) : 510-520, 2024.
 - 13) 正高佑志, 平野弘樹, 梅村二葉, 赤星栄志, 荒木李香, 丸山泰弘, 松本俊彦 : 指定薬物制度による THCH 規制が市場流通と事業者に与えた影響についての横断調査. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 59(2) : 41-52, 2024.
 - 14) 松本俊彦 : 薬物依存症のサイエンス. *BRAIN and NERVE* 76(1) : 81-87, 2024.
 - 15) 松本俊彦 : 十代における市販薬乱用・依存～自傷と自殺のあいだ. *小児の精神と神経* 165 : 21-28, 2024.
 - 16) 村田雄一, 立山和久, 山元直道, 浪久悠, 石岡俊之, 吉村直記, 松本俊彦 : Real 生活プログラムとリカバリー医療機関における作業療法士の実践－. *日本アルコール関連問題学会雑誌* 25(2) : 9-14, 2024.
 - 17) 松本俊彦 : 現代の精神科臨床で解離はどのように扱われているか? *精神医学* 66(8) : 1013-1019, 2024.
 - 18) 松本俊彦 : 物質使用症臨床における支持的 精神療法－心的外傷後ストレス症併存使用例に対する harm reduction psychotherapy の実践－. *精神神経学雑誌* 126(8) : 533-539, 2024.
 - 19) 松本俊彦 : オーバードーズ. *日本医師会雑誌* 153(6) : 653-656, 2024.
 - 20) 松本俊彦 : 精神障害の流行がもたらした影響について－臨床症候群の栄枯盛衰に関する個人史－. *精神科治療学* 39(9) : 947-953, 2024.

- 21) 松本俊彦：大麻．精神科治療学 39 増刊号：224-225, 2024.
 - 22) 宇佐美貴士, 松本俊彦：鎮静剤, 睡眠薬または抗不安薬による奇異反応．精神科治療学 39 増刊号：234-235, 2024.
 - 23) 松本俊彦：LSD, phencyclidine, その他幻覚剤など (psilocybin など)．精神科治療学 39 増刊号：230-231, 2024.
 - 24) 松本俊彦：我が国における薬物乱用・依存の実態と対策の課題．ファルマシア 60(11)：1003-1008,
 - 25) 堤史織, 宇佐美貴士, 高野歩, 熊倉陽介, 金澤由佳, 武林亨, 杉山大典, 松本俊彦：薬物犯罪の更生保護施設利用者における健康格差．日本アルコール・薬物医学会雑誌 59(3)：53-66, 2024.
 - 26) 松本俊彦：「わかつちやいるけど、やめられない、とまらない」という精神症状を「依存症」から「アディクション」へ．精神看護 28(1)：32-37, 2024.
- ## 2. 学会発表
- 1) 谷渕由布子, 大宮宗一郎, 宇佐美貴士, 松本俊彦：わが国の精神科臨床現場における市販薬乱用の特徴：単一製品乱用者と複数製品乱用者の比較．第 120 回日本精神神経学会学術総会, 北海道, 2024.6.20-22.
 - 2) 高野歩, 大野昂紀, 奥田華代, 瀬々潤, 湯本洋介, 松下幸生, 松本俊彦：飲酒が心拍数および睡眠に与える影響：ウェアラブル活動量計とスマホアプリを用いた計測．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
 - 3) 田中紀子, 松本俊彦：重複障害の病的ギャングラーにおける回復コミュニティ・アクセス促進要因の研究．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
 - 4) 高野歩, 高橋邦彦, 安齋達彦, 宇佐美貴士, 堤史織, 金澤由佳, 熊倉陽介, 松本俊彦：男性の覚醒剤使用者における違法薬物再使用リスク：保護観察対象者の前向きコホート研究．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
 - 5) 水野聡美, 猪浦智史, 松本俊彦, 嶋根卓也：市販薬乱用と飲酒の関係：薬物使用に関する全国住民調査の結果から．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
 - 6) 正高佑志, 三木直子, 松本俊彦：貴方はなぜ大麻を吸うのですか？：日本人大麻使用者を対象とした質的調査．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.21.
 - 7) 片山宗紀, 藤城聡, 杉浦寛奈, 小西潤, 稲田健, 白川教人, 松本俊彦：COVID-19 が全国の精神保健福祉センター及び民間団体の依存症支援活動に与えた長期的影響の相違-4 年間の長期調査から-. 2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.20.
 - 8) 沖田恭治, 松本俊彦, 齊藤友美, 重本蓉子, 佐藤典子：(ポスター) パーキンソン病治療薬を用いた覚醒剤使用障害の薬物療法開発を目指した脳機能画像研究：中間解析．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.19.
 - 9) 石井香織, 沖田恭治, 齊藤友美, 吉澤一巳, 松本俊彦：(ポスター) 処方薬及び市販薬使用障害患者背景の縦断的調査研究 (第 1 報)．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.19.
 - 10) 堀内健太郎, 常岡俊明, 杉沢諭, 田中紀子, 松本俊彦：(ポスター) GA 参加者の発達傾向に関する調査．2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 東京, 2024.9.20.
 - 11) 松本俊彦：【ワークショップ 6】若者の自傷・自殺や依存．日本学生相談学会 第 42 回大会, 宮城, 2024.5.25.
 - 12) 松本俊彦：【シンポジウム 2】市販薬オーバードーズで SOS に蓋をする～大人の都合に翻弄される子どもたち～．第 15 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, 静岡, 2024.6.9.
 - 13) 松本俊彦：【パネルディスカッション 10】がん治療における心理社会的要因を主とする痛みを再検討する．第 29 回日本緩和医療学会学術大会 第 37 回日本サイコロロジー学会総会 合同学術大会, 兵庫, 2024.6.15.
 - 14) 成瀬暢也, 松本俊彦：【司会】一般シンポジウム 27 市販薬乱用・依存の実態・治療・対策～いま若者たちに何が起きているのか？ 第 120 回日本精神神経学会学術総会, 北海道, 2024.6.20-22.
 - 15) 松本俊彦, 引地和歌子：【一般シンポジウム 27】監察医務院から見た市販薬中毒死の実態．第 120 回日本精神神経学会学術総会, 北海道, 2024.6.20-22.
 - 16) 太刀川弘和, 松本俊彦：【司会】一般シンポジウム メディア×メンタルヘルス 3.0—どう協働すべきか. 第 120 回日本精神神経学会学術総会, 北海道, 2024.6.20-22.

- 17) 松本俊彦：【一般シンポジウム 22】薬物問題をめぐる情報発信のあり方ー専門家だからこそすべきこと。第 120 回日本精神神経学会学術総会，北海道，2024.6.20-22.
 - 18) 松本俊彦：【基調講演】自殺予防と中毒 薬物依存を中心に。第 46 回日本中毒学会総会・学術集会，兵庫，2024.7.24.
 - 19) 松本俊彦：【招待講演】薬物依存症における stigma の克服と inclusion. 第 56 回日本医学教育学会大会，東京，2024.8.9.
 - 20) 水野聡美，堤史織，片山宗紀，新田慎一郎，大野昂紀，安間尚徳，塩澤拓亮，嶋根卓也，松本俊彦，高野歩：【シンポジウム 2 AS2-1】ハームリダクションに基づく支援の導入・普及に関する研究：グループインタビュー調査の実施背景と研究方法の説明。2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.19.
 - 21) 堤史織，片山宗紀，新田慎一郎，水野聡美，大野昂紀，塩澤拓亮，安間尚徳，嶋根卓也，松本俊彦：【シンポジウム 2 AS2-2】アルコール・薬物使用問題の経験がある当事者の視点から見るハームリダクションに基づく支援において重要な要素。2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.19.
 - 22) 片山宗紀，堤史織，新田慎一郎，水野聡美，大野昂紀，塩澤拓亮，安間尚徳，嶋根卓也，松本俊彦，高野歩：【シンポジウム 2 AS2-3】”大きな理想をもって、本当のハーム・リダクションを目指して”・アルコール・薬物の家族の視点から。2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.19.
 - 23) 新田慎一郎，水野聡美，堤史織，片山宗紀，大野昂紀，塩澤拓亮，安間尚徳，嶋根卓也，松本俊彦，高野歩：【シンポジウム 2 AS2-4】”支援者の立場から考える”ハームリダクションに基づく支援における重要な要素。2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.19.
 - 24) 松本俊彦：【シンポジウム 6 PS6-1】薬物依存症臨床から見た医薬品乱用・依存の実態と治療上の課題。2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.20.
 - 25) 松本俊彦：【ワークショップ 2 PWS2-1】トラウマとアディクションからの回復のために何が必要か？ 2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.20.
 - 26) 松本俊彦：【スポンサードセミナー：アッヴィ合同会社】刑務所出所者に対してどう情報提供を行うか？～保護観察から地域精神保健福祉への橋渡しの試みから～。2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.20.
 - 27) 松本俊彦：【市民公開講座】人はなぜアルコールや薬物にハマるのか？ 2024 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会，東京，2024.9.21.
 - 28) 松本俊彦：【教育講演 3】薬物依存症臨床から見た市販薬乱用・依存の実態と治療上の課題。第 8 回日本精神薬学会総会・学術集会，東京，2024.9.22.
 - 29) 松本俊彦：【特別講演】市販薬乱用・依存の理解と援助。第 78 回東北精神神経学会，秋田，2024.10.6.
 - 30) 松本俊彦：【特別鼎談】金融資本主義とアディクション。第 24 回日本外来精神医学学会，東京，2024.10.13.
 - 31) 松本俊彦：【シンポジウム 5】依存症治療の立場からみた若年に広がる物質使用障害の現状、背景、課題。第 65 回日本児童青年精神医学会総会学術集会，愛媛，2024.10.18.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
なし
- I. 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>

法務省、法務総合研究所研究部：令和6年版
犯罪白書。
<https://www.moj.go.jp/content/001429281.pdf>
_（最終確認 2025.2.17）

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.

Khantzian, E.J. & Albanese, M.J.:
Understanding Addiction as Self Medication:
Finding Hope Behind the Pain. Lanham,
Maryland, Rowman & Littlefield Pub Inc,
2008. （邦訳書: 松本俊彦訳「人はなぜ依存症に
なるのか～自己治療としてのアディクション」,
星和書店, 2013）

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.

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
分変更にともなう乱用動態の変化. *精神神経学雑
誌* 98: 127-150.

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.

Yamamoto, T., Kimura, T., Tamakoshi, A.,
Matsumoto, T. (2022) Biennial Changes in
the Characteristics of Patients with
Methamphetamine Use Disorder in Japan
from 2000 to 2020. *Journal of psychoactive
drugs* 1-9.

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
国立病院	43	34	2.8%	13	30.2%	21 48.8%
都道府県立病院	66	47	4.3%	28	42.4%	19 28.8%
大学医学部付属病院	62	53	4.1%	20	32.3%	33 53.2%
大学病院	20	18	1.3%	5	25.0%	13 65.0%
市区町村立病院	57	40	3.7%	9	15.8%	31 54.4%
民間病院	1,277	906	83.7%	146	11.4%	760 59.5%
計	1,525	1,098	(100.0%)	221	(14.5%)	877 (57.5%)

(回答あり施設数*, 症例報告あり施設数*には, 「回答拒否施設 (計1例) を報告した施設も含む」)

表2: 全対象者の属性(N=2702)

		度数	%
生物学的性別	男	1715	63.5
	女	986	36.5
	その他	1	0.0
調査時の年代	10代	130	4.8
	20代	393	14.5
	30代	458	17.0
	40代	712	26.4
	50代	655	24.2
	60代	260	9.6
	70代以上	94	3.5
高卒以上の学歴(あり)		1390	51.4
職業(あり)		893	33.0
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		1235	45.7
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		511	18.9
矯正施設入所歴(あり)		924	34.2
現在のアルコール問題(あり)		475	17.6
薬物問題による精神科入院歴(あり)		1658	61.4
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)		842	31.2
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)		572	21.2
最近1年以内の故意の自傷や自殺企図(あり)		525	19.4
現在の司法的処遇の 状況(あり)	全部執行猶予	54	2.0
	一部執行猶予	24	0.9
	試験観察	1	0.0
	保護観察	77	2.8
	仮釈放	28	1.0
	麻薬中毒者観察指導	0	0
最近1年以内の使用(あり)		1221	45.2
故意の自傷:リストカットや過量服薬			

表3: 全対象者の各種薬物の生涯使用経験 (N=2702)

		度数	%
使用経験のある薬物 (複数選択)	覚せい剤	1477	54.7
	揮発性溶剤	669	24.8
	大麻	739	27.4
	コカイン	223	8.3
	ヘロイン	52	1.9
	MDMA	249	9.2
	MDMA以外の幻覚剤	223	8.3
	危険ドラッグ類	280	10.4
	睡眠薬・抗不安薬	898	33.2
	鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	95	3.5
	鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	60	2.2
	市販薬	631	23.4
	ADHD治療薬	41	1.5
	その他	54	2.0

処方薬・医薬品については、治療目的以外の不適切な使用(乱用)

表4: 全対象者の初めて使用した薬物 (N=2702)

		度数	%
初めて使用した薬物	覚せい剤	692	25.6
	揮発性溶剤	592	21.9
	大麻	349	12.9
	コカイン	3	0.1
	ヘロイン	2	0.1
	MDMA	13	0.5
	MDMA以外の幻覚剤	18	0.7
	危険ドラッグ類	64	2.4
	睡眠薬・抗不安薬	474	17.5
	鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	11	0.4
	鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	15	0.6
	市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	394	14.6
	ADHD治療薬	8	0.3
	その他	33	1.2
	不明(欠損値)	34	1.3

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=2702)

	度数	%
主たる薬物	覚せい剤	1230 45.5
	揮発性溶剤	117 4.3
	大麻	168 6.2
	コカイン	10 0.4
	ヘロイン	2 0.1
	MDMA	11 0.4
	MDMA以外の幻覚剤	12 0.4
	危険ドラッグ類	35 1.3
	睡眠薬・抗不安薬	470 17.4
	鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	5 0.2
	鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	15 0.6
	市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	409 15.1
	ADHD治療薬	7 0.3
	その他	14 0.5
	多剤	197 7.3
危険ドラッグ類の 内訳 (N=35)	半合成カンナビノイド製品である	12 34.3
	半合成カンナビノイド製品でない	12 34.3
	無回答	11 31.4
睡眠薬・抗不安 薬の内訳(複数 選択) (N=432)	エチゾラム	168 38.9
	ゾルピデム	146 33.8
	フルニトラゼパム	109 25.2
	トリアゾラム	67 15.5
	上記以外	143 33.1
鎮痛薬 (処方オピオイド 系:弱オピオイド 含む)の内訳(複 数選択) (N=14)	トラマドール(トラマール、トラムセットなど)	7 50.0
	医療用麻薬(モルヒネ、オキシコドンなど)	4 28.6
	向精神薬(ペンタゾシン、ブプレノルフィン)	2 14.3
	コデイン	1 7.1
	その他	0 0
市販薬 (鎮咳薬・感冒 薬・鎮痛薬・睡 眠薬など)の内 訳(複数選択) (N=404)	コデイン含有群	248 61.4
	デキストロメトルファン含有群	154 38.1
	ブロムワレリル尿素主剤群	53 13.1
	アリルイソプロピルアセチル尿素含有群	26 6.4
	ジフェンヒドラミン主剤群	41 10.1
	カフェイン単剤群	14 3.5
	その他の市販薬群	10 2.5

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

半合成カンナビノイド製品とはHHC、THCH、THCO、THCHO、HHCHなどが該当

表6: 全対象者のICD-10 F1診断下位分類(N=2702)

		度数	%
F1下位診断分類 (複数選択)	F1x. 0 急性中毒	129	4.8
	F1x. 1 有害な使用	442	16.4
	F1x. 2 依存症候群	1692	62.6
	F1x. 3 離脱状態	68	2.5
	F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	39	1.4
	F1x. 5 精神病性障害	266	9.8
	F1x. 6 健忘症候群	18	0.7
	F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	640	23.7
	F1x. 8 他の精神および行動の障害	22	0.8

表7: 全対象者における併存精神障害のICD-10診断(N=2702)

		度数	%
併存精神障害 (複数選択)	F0 症状性を含む器質性精神障害	44	1.6
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	315	11.7
	F3 気分障害	654	24.2
	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	556	20.6
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	73	2.7
	F6 成人の人格及び行動の障害	209	7.7
	F7 知的障害(精神遅滞)	183	6.8
	F8 心理的発達の障害	184	6.8
	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	226	8.4

表8:「1年以内使用あり」症例の属性(N=1221)

		度数	%
性別	男	669	54.8
	女	552	45.2
	その他	0	0.0
現在の年代	10代	114	9.3
	20代	300	24.6
	30代	239	19.6
	40代	281	23.0
	50代	193	15.8
	60代	66	5.4
	70代以上	28	2.3
高卒以上の学歴(あり)		732	60.0
職業(あり)		443	36.3
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		435	35.6
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		166	13.6
矯正施設入所歴(あり)		276	22.6
現在のアルコール問題(あり)		246	20.1
薬物問題による精神科入院歴(あり)		686	56.2
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)		330	27.0
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)		179	14.7
最近1年以内の故意の自傷や自殺企図(あり)		413	33.8
現在の司法的 処遇の状況(あり)	全部執行猶予	40	3.3
	一部執行猶予	9	0.7
	試験観察	1	0.1
	保護観察	43	3.5
	仮釈放	17	1.4
	麻薬中毒者観察指導	0	0
故意の自傷:リストカットや過量服薬			

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=1221)

	度数	%
使用経験のある薬物 (複数選択)	覚せい剤	448 36.7
	揮発性溶剤	151 12.4
	大麻	319 26.1
	コカイン	97 7.9
	ヘロイン	20 1.6
	MDMA	120 9.8
	MDMA以外の幻覚剤	104 8.5
	危険ドラッグ類	125 10.2
	睡眠薬・抗不安薬	523 42.8
	鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	60 4.9
	鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	48 3.9
	市販薬	438 35.9
	ADHD治療薬	19 1.6
	その他	31 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(乱用)

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=1221)

	度数	%
初めて使用した薬物	覚せい剤	213 17.4
	揮発性溶剤	118 9.7
	大麻	188 15.4
	コカイン	1 0.1
	ヘロイン	1 0.1
	MDMA	10 0.8
	MDMA以外の幻覚剤	9 0.7
	危険ドラッグ類	29 2.4
	睡眠薬・抗不安薬	295 24.2
	鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	8 0.7
	鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	9 0.7
	市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	293 24.0
	ADHD治療薬	5 0.4
	その他	17 1.4
	不明(欠損値)	25 2.0

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=1221)

		度数	%
主たる薬物	覚せい剤	342	28.0
	揮発性溶剤	28	2.3
	大麻	105	8.6
	コカイン	5	0.4
	ヘロイン	1	0.1
	MDMA	7	0.6
	MDMA以外の幻覚剤	7	0.6
	危険ドラッグ類	10	0.8
	睡眠薬・抗不安薬	276	22.6
	鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	3	0.2
	鎮痛薬 (処方オピオイド系:弱オピオイド含む)	10	0.8
	市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	312	25.6
	ADHD治療薬	3	0.2
	その他	8	0.7
	多剤	104	8.5
危険ドラッグ類の 内訳(N=10)	半合成カンナビノイド製品である	9	90.0
	半合成カンナビノイド製品でない	0	0.0
	無回答	1	10.0
睡眠薬・抗不安 薬の内訳(複数 選択)(N=259)	エチゾラム	94	36.3
	ゾルピデム	97	37.5
	フルニトラゼパム	65	25.1
	トリアゾラム	37	14.3
	上記以外	93	35.9
鎮痛薬 (処方オピオイド 系:弱オピオイド 含む)の内訳(複 数選択)(N=9)	トラマドール(トラマール、トラムセットなど)	6	66.7
	医療用麻薬(モルヒネ、オキシコドンなど)	2	22.2
	向精神薬(ペンタゾシン、ブプレノルフィン)	0	0.0
	コデイン	1	11.1
	その他	0	0.0
市販薬 (鎮咳薬・感冒 薬・鎮痛薬・睡 眠薬など)の内 訳(複数選択) (N=308)	コデイン含有群	187	60.7
	デキストロメトルファン含有群	132	42.9
	ブロムワレリル尿素主剤群	39	12.7
	アイルイソプロピルアセチル尿素含有群	19	6.2
	ジフェンヒドラミン主剤群	31	10.1
	カフェイン単剤群	9	2.9
	その他の市販薬群	9	2.9

処方薬・医薬品については、治療目的以外の使用(乱用)

半合成カンナビノイド製品とはHHC、THCH、THCO、THCHO、HHCHなどが該当

表12: 「1年以内に使用あり」症例の薬物の入手経路 (N=1221)

		度数	%
入手経路	友人	93	7.6
	知人	118	9.7
	恋人・愛人	37	3.0
	家族	21	1.7
	密売人	241	19.7
	医療機関(精神科)	265	21.7
	医療機関(身体科)	115	9.4
	薬局	273	22.4
	インターネット	178	14.6
	店舗	79	6.5
	その他	13	1.1
	不明	107	8.8

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=1221)

		度数	%
F1下位診断分類 (複数選択)	F1x. 0 急性中毒	113	9.3
	F1x. 1 有害な使用	318	26.0
	F1x. 2 依存症候群	882	72.2
	F1x. 3 離脱状態	49	4.0
	F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	32	2.6
	F1x. 5 精神病性障害	118	9.7
	F1x. 6 健忘症候群	14	1.1
	F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	76	6.2
	F1x. 8 他の精神および行動の障害	9	0.7

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=1221)

		度数	%
併存精神障害 (複数選択)	F0 症状性を含む器質性精神障害	21	1.7
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	111	9.1
	F3 気分障害	335	27.4
	F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	323	26.5
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	40	3.3
	F6 成人の人格及び行動の障害	126	10.3
	F7 知的障害(精神遅滞)	82	6.7
	F8 心理的発達障害	117	9.6
	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	137	11.2

表15: 「1年以内に使用あり」症例における4種類の薬物の属性比較 (N=1035)

		主たる薬物					χ^2 値	df	p*
		覚せい剤	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=342	n=105	n=276	n=312				
生物学的性別	男	度数	258	92	106	101	196.703	3	p<0.001
		%	75.4	87.6	38.4	32.4			
	女	度数	84	13	170	211			
		%	24.6	12.4	61.6	67.6			
現在の年代	10代	度数	4	9	6	82	420.208	18	p<0.001
		%	1.2	8.6	2.2	26.3			
	20代	度数	32	56	31	126			
		%	9.4	53.3	11.2	40.4			
	30代	度数	69	21	72	39			
		%	20.2	20.0	26.1	12.5			
	40代	度数	113	16	72	40			
		%	33.0	15.2	26.1	12.8			
	50代	度数	96	3	53	17			
		%	28.1	2.9	19.2	5.4			
	60代	度数	25	0	24	8			
		%	7.3	0.0	8.7	2.6			
	70代以上	度数	3	0	18	0			
		%	0.9	0.0	6.5	0.0			
高卒以上の学歴(あり)	度数	166	69	193	189	160.016	9	p<0.001	
	%	48.5	65.7	69.9	60.6				
有職(現在何らかの職に就いている)	度数	129	54	106	90	20.403	6	p=0.002	
	%	37.7	51.4	38.4	28.8				
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	度数	288	62	15	25	574.888	3	p<0.001	
	%	84.2	59.0	5.4	8.0				
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	度数	65	17	24	31	18.625	3	p<0.001	
	%	19.0	16.2	8.7	9.9				
矯正施設入所歴(あり)	度数	204	23	11	10	382.254	6	p<0.001	
	%	59.6	21.9	4.0	3.2				
現在のアルコール問題(あり)	度数	64	12	69	58	13.143	6	p=0.041	
	%	18.7	11.4	25.0	18.6				
薬物問題による精神科入院歴(あり)	度数	177	49	140	206	24.002	6	p=0.001	
	%	51.8	46.7	50.7	66.0				
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)	度数	136	25	55	68	57.804	6	p<0.001	
	%	39.8	23.8	19.9	21.8				
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)	度数	85	17	20	31	61.550	6	p<0.001	
	%	24.9	16.2	7.2	10.0				
最近1年以内の故意の自傷や自殺企図(あり)	度数	37	15	91	202	243.771	6	p<0.001	
	%	10.8	14.3	33.0	64.7				

*カイ二乗検定

表16: 「1年以内に使用あり」症例における4種類の薬物の使用経験のある薬物の比較 (N=1035)

使用経験のある薬物	主たる薬物				χ^2 値	df	p*
	覚せい剤	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=342	n=105	n=276	n=312			
覚せい剤	度数	341	22	20	797.475	3	p<0.001
	%	99.7	21.0	7.2			
揮発性溶剤	度数	88	2	9	122.881	3	p<0.001
	%	25.7	1.9	3.3			
大麻	度数	114	105	15	434.699	3	p<0.001
	%	33.3	100.0	5.4			
コカイン	度数	45	23	4	72.965	3	p<0.001
	%	13.2	21.9	1.4			
ヘロイン	度数	10	3	0	10.487	3	p=0.015
	%	2.9	2.9	0.0			
MDMA	度数	58	22	8	73.353	3	p<0.001
	%	17.0	21.0	2.9			
MDMA以外の幻覚剤	度数	40	30	6	95.942	3	p<0.001
	%	11.7	28.6	2.2			
危険ドラッグ類	度数	51	17	5	47.397	3	p<0.001
	%	14.9	16.2	1.8			
睡眠薬・抗不安薬	度数	45	11	268	516.373	3	p<0.001
	%	13.2	10.5	97.1			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	4	0	17	17.672	3	p=0.001
	%	1.2	0.0	6.2			
鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	度数	2	0	9	13.980	3	p=0.003
	%	0.6	0.0	3.3			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数	18	5	42	755.205	3	p<0.001
	%	5.3	4.8	15.2			
ADHD治療薬	度数	5	0	2	2.089	3	p=0.554
	%	1.5	0.0	0.7			
その他	度数	6	0	3	2.086	3	p=0.555
	%	1.8	0.0	1.1			

*カイ二乗検定

表17: 「1年以内に使用あり」症例における4種類の薬物の人生ではじめて使用した薬物の比較 (N=1035)

人生ではじめて使用した薬物		主たる薬物				χ^2 値	df	p*
		覚せい剤	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=342	n=105	n=276	n=312			
覚せい剤	度数	189	2	8	8	1763.461	42	p<0.001
	%	55.3	1.9	2.9	2.6			
揮発性溶剤	度数	71	2	8	4			
	%	20.8	1.9	2.9	1.3			
大麻	度数	46	94	8	11			
	%	13.5	89.5	2.9	3.5			
コカイン	度数	0	1	0	0			
	%	0.0	1.0	0.0	0.0			
ヘロイン	度数	0	0	0	1			
	%	0.0	0.0	0.0	0.3			
MDMA	度数	2	0	1	0			
	%	0.6	0.0	0.4	0.0			
MDMA以外の幻覚剤	度数	6	0	0	1			
	%	1.8	0.0	0.0	0.3			
危険ドラッグ類	度数	11	2	3	4			
	%	3.2	1.9	1.1	1.3			
睡眠薬・抗不安薬	度数	4	1	212	37			
	%	1.2	1.0	76.8	11.9			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	0	0	4	1			
	%	0.0	0.0	1.4	0.3			
鎮痛薬 (処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	度数	0	0	2	4			
	%	0.0	0.0	0.7	1.3			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)	度数	6	1	20	232			
	%	1.8	1.0	7.2	74.4			
ADHD治療薬	度数	0	0	1	1			
	%	0.0	0.0	0.4	0.3			
その他	度数	5	0	1	2			
	%	1.5	0.0	0.4	0.6			

*カイ二乗検定

表18：「1年以内に使用あり」症例における4種類の薬物の入手経路の比較 (N=1035)

入手経路	主たる薬物				χ^2 値	df	p*
	覚せい剤	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=342	n=105	n=276	n=312			
友人	度数	29	32	2	101.443	3	p<0.001
	%	8.5	30.5	0.7			
知人	度数	62	20	3	65.505	3	p<0.001
	%	18.1	19.0	1.1			
恋人・愛人	度数	26	5	1	35.071	3	p<0.001
	%	7.6	4.8	0.4			
家族	度数	3	1	11	11.121	3	p=0.011
	%	0.9	1.0	4.0			
密売人	度数	191	27	1	403.286	3	p<0.001
	%	55.8	25.7	0.4			
医療機関(精神科)	度数	1	0	203	674.623	3	p<0.001
	%	0.3	0.0	73.6			
医療機関(身体科)	度数	0	0	95	282.805	3	p<0.001
	%	0.0	0.0	34.4			
薬局	度数	0	0	9	684.2.02	3	p<0.001
	%	0.0	0.0	3.3			
インターネット	度数	50	15	13	29.482	3	p<0.001
	%	14.6	14.3	4.7			
店舗	度数	1	0	1	113.309	3	p<0.001
	%	0.3	0.0	0.4			
その他	度数	2	4	2	12.009	3	p=0.007
	%	0.6	3.8	0.7			

*カイ二乗検定

表19:「1年以内に使用あり」症例における4種類の薬物のICD-10 F1診断下位分類の比較 (N=1035)

		主たる薬物				χ^2 値	df	p*
		覚せい剤	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=342	n=105	n=276	n=312			
ICD-10診断 (複数選択)	F1x. 0 急性中毒	度数 %	9 2.6	5 4.8	20 7.2	55 17.6	50.468	3 p<0.001
	F1x. 1 有害な使用	度数 %	48 14.0	25 23.8	67 24.3	127 40.7	61.492	3 p<0.001
	F1x. 2 依存症候群	度数 %	280 81.9	72 68.6	207 75.0	201 64.4	27.083	3 p<0.001
	F1x. 3 離脱状態	度数 %	18 5.3	1 1.0	8 2.9	15 4.8	5.280	3 p=0.152
	F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	度数 %	11 3.2	0 0.0	11 4.0	6 1.9	5.703	3 p=0.127
	F1x. 5 精神病的障害	度数 %	69 20.2	19 18.1	2 0.7	9 2.9	94.375	3 p<0.001
	F1x. 6 健忘症候群	度数 %	0 0.0	1 1.0	6 2.2	4 1.3	7.069	3 p=0.070
	F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病的障害	度数 %	56 16.4	7 6.7	1 0.4	2 0.6	91.187	3 p<0.001
	F1x. 8 他の精神および行動の障害	度数 %	1 0.3	1 1.0	2 0.7	1 0.3	1.246	3 p=0.742

表20:「1年以内に使用あり」症例における4種類の薬物の併存精神障害ICD-10診断の比較 (N=1035)

		主たる薬物				χ^2 値	df	p*
		覚せい剤	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=342	n=105	n=276	n=312			
併存精神障害 (複数選択)	併存精神障害(なし)	度数 %	153 44.7	59 56.2	35 12.7	54 17.3	135.020	3 p<0.001
	F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 %	2 0.6	1 1.0	5 1.8	5 1.6	2.309	3 p=0.511
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 %	34 9.9	12 11.4	21 7.6	24 7.7	2.426	3 p=0.489
	F3 気分障害	度数 %	68 19.9	16 15.2	96 34.8	94 30.1	26.371	3 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	度数 %	64 18.7	8 7.6	92 33.3	115 36.9	52.981	3 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	度数 %	5 1.5	0 1.2	19 6.9	13 4.2	17.407	3 p=0.001
	F6 成人の人格及び行動の障害	度数 %	27 7.9	3 2.9	41 14.9	40 12.8	15.998	3 p=0.001
	F7 知的障害(精神遅滞)	度数 %	23 6.7	4 3.8	21 7.6	19 6.1	1.930	3 p=0.587
	F8 心理的発達障害	度数 %	12 3.5	4 3.8	23 8.3	56 17.9	45.843	3 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	度数 %	46 13.5	13 12.4	12 4.3	44 14.1	17.676	3 p=0.001

*カイ二乗検定

表21: 「1年以内の自傷や自殺企図」の有無でわけた属性比較(N=2608)

			自 傷などなし	自 傷などあり	χ^2 値	df	p*
			n=2083	n=525			
生物学的性別	男	度数	1510	152	346.155	2	p<0.001
		%	72.5	29.0			
	女	度数	573	372			
		%	27.5	70.9			
	その他	度数	0	1			
		%	0	0.2			
現在の年代	10代	度数	28	97	588.872	6	p<0.001
		%	1.3	18.5			
	20代	度数	193	181			
		%	9.3	34.5			
	30代	度数	334	100			
		%	16.0	19.0			
	40代	度数	607	83			
		%	29.1	15.8			
	50代	度数	593	50			
		%	28.5	9.5			
	60代	度数	239	11			
		%	11.5	2.1			
	70代以上	度数	89	3			
		%	4.3	0.6			
高卒以上の学歴(あり)		度数	1051	287	230.182	3	p<0.001
		%	50.5	54.7			
有職(現在何らかの職に就いている)		度数	719	138	13.960	2	p=0.001
		%	34.5	26.3			
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)		度数	1100	109	173.171	1	p<0.001
		%	52.8	20.8			
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)		度数	438	59	26.050	1	p<0.001
		%	21.0	11.1			
矯正施設入所歴(あり)		度数	827	78	135.343	2	p<0.001
		%	39.7	14.9			
現在のアルコール問題(あり)		度数	327	127	24.675	2	p<0.001
		%	15.7	24.2			
薬物問題による精神科入院歴(あり)		度数	1250	358	12.404	2	p=0.002
		%	60.0	68.2			
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)		度数	689	132	23.829	2	p<0.001
		%	33.1	25.1			
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)		度数	503	59	50.625	2	p<0.001
		%	24.1	11.2			
最近1年以内の使用(あり)		度数	768	413	295.643	1	p<0.001**
		%	36.9	78.7			

*カイ二乗検定 **Fisherの直接法

表22:「1年以内の自傷や自殺企図」の有無でわけた主たる薬物の比較(N=2608)

		自傷などなし n=2083	自傷などあり n=525	χ^2 値	df	p*
覚せい剤	度数	1110	88	517.868	14	p<0.001
	%	53.3	16.8			
揮発性溶剤	度数	105	10			
	%	5.0	1.9			
大麻	度数	146	16			
	%	7.0	3.0			
コカイン	度数	8	2			
	%	0.4	0.4			
ヘロイン	度数	2	0			
	%	0.1	0			
MDMA	度数	7	4			
	%	0.3	0.8			
MDMA以外の幻覚剤	度数	9	2			
	%	0.4	0.4			
危険ドラッグ類	度数	31	3			
	%	1.5	0.6			
睡眠薬・抗不安薬	度数	341	110			
	%	16.4	21.0			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	5	0			
	%	0.2	0			
鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオ イド含む)	度数	11	4			
	%	0.5	0.8			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡 眠薬など)	度数	165	227			
	%	7.9	43.2			
ADHD治療薬	度数	7	0			
	%	0.3	0			
その他	度数	7	6			
	%	0.3	1.1			
多剤	度数	129	53			
	%	6.2	10.1			

*カイ二乗検定

表23: 「1年以内の自傷や自殺企図」の有無でわけた主たる薬物の睡眠薬・抗不安薬の内訳 (N=414)

		自傷などなし n=318	自傷などあり n=96	χ^2 値	df	p**
睡眠薬・抗不安薬の内訳 (複数選択)	エチゾラム	度数 123 %	37 38.5	0.001	1	p=1.000
	ゾルピデム	度数 103 %	38 39.6	1.699	1	p=0.219
	フルニトラゼパム	度数 76 %	31 32.3	2.710	1	p=0.111
	トリアゾラム	度数 49 %	13 13.5	0.202	1	p=0.745
	上記以外	度数 106 %	30 31.3	0.145	1	p=0.804

**Fisherの直接法

表24: 「1年以内の自傷や自殺企図」の有無でわけた主たる薬物の市販薬の内訳 (N=387)

		自傷などなし n=163	自傷などあり n=224	χ^2 値	df	p**
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)の内訳 (複数選択)	コデイン含有群	度数 102 %	139 62.1	0.011	1	p=1.000
	デキストロメトルフエン含有群	度数 39 %	105 46.9	21.266	1	p<0.001
	ブロムワレリル尿素主剤群	度数 25 %	26 11.6	1.147	1	p=0.291
	アリルイソプロピルアセチル尿素含有群	度数 13 %	12 5.4	1.070	1	p=0.305
	ジフェンヒドラミン主剤群	度数 13 %	26 11.6	1.373	1	p=0.305
	カフェイン単剤群	度数 6 %	7 3.1	0.090	1	p=0.782
	その他の市販薬群	度数 5 %	4 1.8	0.682	1	p=0.502

**Fisherの直接法

表25: 「1年以内の自傷や自殺企図」の有無でわけたICD-10 F1診断下位分類の比較 (N=2608)

			自傷などなし n=2083	自傷などあり n=525	χ^2 値	df	p**
ICD-10診断 (複数選択)	F1x. 0 急性中毒	度数	46	75	138.242	1	p<0.001
		%	2.2	14.3			
	F1x. 1 有害な使用	度数	239	190	186.389	1	p<0.001
		%	11.5	36.2			
	F1x. 2 依存症候群	度数	1299	325	0.037	1	p=0.880
		%	62.4	61.9			
	F1x. 3 離脱状態	度数	46	20	4.358	1	p=0.043
		%	2.2	3.8			
	F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	度数	28	9	0.411	1	p=0.535
		%	1.3	1.7			
	F1x. 5 精神病的障害	度数	221	36	6.647	1	p=0.009
		%	10.6	6.9			
	F1x. 6 健忘症候群	度数	8	9	11.457	1	p=0.003
		%	0.4	1.7			
	F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病的障害	度数	582	47	82.608	1	p<0.001
		%	27.9	9.0			
	F1x. 8 他の精神および行動の障害	度数	17	4	0.015	1	p=1.000
		%	0.8	0.8			

**Fisherの直接法

表26: 「1年以内の自傷や自殺企図」の有無でわけた併存精神障害ICD-10診断の比較 (N=2608)

			自傷などなし n=2083	自傷などあり n=525	χ^2 値	df	p**
併存精神障害 (複数選択)	併存精神障害(なし)	度数	845	66	144.584	1	p<0.001
		%	40.6	12.6			
	F0 症状性を含む器質性精神障害	度数	37	6	1.038	1	p=0.442
		%	1.8	1.1			
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数	271	32	19.526	1	p<0.001
		%	13.0	6.1			
	F3 気分障害	度数	440	190	51.958	1	p<0.001
		%	21.1	36.2			
	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	337	196	115.405	1	p<0.001
		%	16.2	37.3			
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数	43	28	16.920	1	p<0.001
		%	2.1	5.3			
	F6 成人の人格及び行動の障害	度数	104	98	109.722	1	p<0.001
		%	5.0	18.7			
	F7 知的障害(精神遅滞)	度数	126	54	11.714	1	p=0.001
		%	6.0	10.3			
	F8 心理的発達障害	度数	102	78	64.742	1	p<0.001
		%	4.9	14.9			
	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	度数	149	67	17.365	1	p<0.001
		%	7.2	12.8			

**Fisherの直接法

表27: 「1年以内に使用あり」症例の年代でわけた属性比較(N=934)

			10-20代	30-40代	χ^2 値	df	p
			n=414	n=520			
生物学的性別	男	度数	165	318	41.873	1	p<0.001**
		%	39.9	61.2			
	女	度数	249	202			
		%	60.1	38.8			
高卒以上の学歴(あり)	度数		231	337	102.599	3	p<0.001*
	%		55.8	64.8			
有職(現在何らかの職に就いている)	度数		134	219	10.155	2	p=0.006*
	%		32.4	42.1			
薬物関連犯罪での補導・逮捕歴(あり)	度数		94	212	34.142	1	p<0.001**
	%		22.7	40.8			
薬物関連犯罪以外での補導・逮捕歴(あり)	度数		45	74	2.342	1	p=0.139**
	%		10.9	14.2			
矯正施設入所歴(あり)	度数		47	130	30.254	2	p<0.001*
	%		11.4	25.0			
現在のアルコール問題(あり)	度数		72	118	4.038	2	p=0.133*
	%		17.4	22.7			
薬物問題による精神科入院歴(あり)	度数		241	306	1.986	2	p=0.370*
	%		58.2	58.8			
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)	度数		65	177	46.091	2	p<0.001*
	%		15.7	34.0			
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)	度数		34	95	25.102	2	p<0.001*
	%		8.2	18.3			
最近1年以内の故意の自傷や自殺企図(あり)	度数		247	127	127.538	2	p<0.001*
	%		59.7	24.4			

*カイ二乗検定 **Fisherの直接法

表28:「1年以内に使用あり」症例の年代でわけた主たる薬物の比較(N=934)

		10-20代 n=414	30-40代 n=520	χ^2 値	df	p*
覚せい剤	度数	36	182	243.128	13	p<0.001
	%	8.7	35.0			
揮発性溶剤	度数	0	16			
	%	0	3.1			
大麻	度数	65	37			
	%	15.7	7.1			
コカイン	度数	5	0			
	%	1.2	0.0			
ヘロイン	度数	0	0			
	%	0	0			
MDMA	度数	4	3			
	%	1.0	0.6			
MDMA以外の幻覚剤	度数	3	4			
	%	0.7	0.8			
危険ドラッグ類	度数	3	6			
	%	0.7	1.2			
睡眠薬・抗不安薬	度数	37	144			
	%	8.9	27.7			
鎮痛薬 (処方非オピオイド系)	度数	1	2			
	%	0.2	0.4			
鎮痛薬 (処方オピオイド系：弱オピオ イド含む)	度数	2	5			
	%	0.5	1.0			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡 眠薬など)	度数	208	79			
	%	50.2	15.2			
ADHD治療薬	度数	1	1			
	%	0.2	0.2			
その他	度数	3	1			
	%	0.7	0.2			
多剤	度数	46	40			
	%	11.1	7.7			

*カイ二乗検定

表29: 「1年以内に使用あり」症例の年代でわけた主たる薬物の睡眠薬・抗不安薬の内訳 (N = 169)

			10-20代	30-40代	χ^2 値	df	p**
			n=35	n=134			
睡眠薬・抗不安薬の内訳(複数選択)	エチゾラム	度数	10	45	0.317	1	p=0.687
		%	28.6	33.6			
	ゾルピデム	度数	11	61	2.254	1	p=0.179
		%	31.4	45.5			
	フルニトラゼパム	度数	10	38	0.001	1	p=1.000
		%	28.6	28.4			
	トリアゾラム	度数	2	18	1.585	1	p=0.255
		%	5.7	13.4			
	上記以外	度数	16	39	3.488	1	p=0.071
		%	45.7	29.1			

**Fisherの直接法

表30: 「1年以内に使用あり」症例の年代でわけた主たる薬物の市販薬の内訳 (N = 283)

			10-20代	30-40代	χ^2 値	df	p**
			n=207	n=76			
市販薬 (鎮咳薬・感冒薬・鎮痛薬・睡眠薬など)の内訳 (複数選択)	コデイン含有群	度数	123	47	0.136	1	p=0.785
		%	59.4	61.8			
	デキストロメトर्फアン含有群	度数	112	16	24.517	1	p<0.001
		%	54.1	21.1			
	ブロムワレリル尿素主剤群	度数	20	15	5.206	1	p=0.040
		%	9.7	19.7			
	アリルイソプロピルアセチル尿素含有群	度数	12	6	0.411	1	p=0.584
		%	5.8	7.9			
	ジフェンヒドラミン主剤群	度数	23	6	0.625	1	p=0.512
		%	11.1	7.9			
	カフェイン単剤群	度数	6	3	0.199	1	p=0.705
		%	2.9	3.9			
	その他の市販薬群	度数	4	4	2.245	1	p=0.217
		%	1.9	5.3			

**Fisherの直接法

表31: 「1年以内に使用あり」症例の年代でわけたICD-10 F1診断下位分類の比較 (N=934)

			10-20代 n=414	30-40代 n=520	χ^2 値	df	p**
ICD-10診断 (複数選択)	F1x. 0 急性中毒	度数	59	37	12.727	1	p<0.001
		%	14.3	7.1			
	F1x. 1 有害な使用	度数	160	109	35.158	1	p<0.001
		%	38.6	21.0			
	F1x. 2 依存症候群	度数	265	393	14.814	1	p<0.001
		%	64.0	75.6			
	F1x. 3 離脱状態	度数	19	23	0.015	1	p=1.000
		%	4.6	4.4			
	F1x. 4 せん妄を伴う離脱状態	度数	8	14	0.579	1	p=0.519
		%	1.9	2.7			
	F1x. 5 精神病性障害	度数	32	55	2.212	1	p=0.142
		%	7.7	10.6			
	F1x. 6 健忘症候群	度数	2	9	3.083	1	p=0.124
		%	0.5	1.7			
	F1x. 7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	度数	12	39	9.454	1	p=0.002
		%	2.9	7.5			
	F1x. 8 他の精神および行動の障害	度数	4	4	0.105	1	p=0.738
		%	1.0	0.8			

**Fisherの直接法

表32: 「1年以内に使用あり」症例の年代でわけた併存精神障害ICD-10診断の比較 (N=934)

		10-20代 n=414	30-40代 n=520	χ^2 値	df	p**
併存精神障害 (複数選択)	併存精神障害(なし)	度数 88 % 21.3	163 31.3	11.941	1	p=0.001
	F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 4 % 1.0	9 1.7	0.982	1	p=0.406
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 32 % 7.7	54 10.4	1.944	1	p=0.173
	F3 気分障害	度数 117 % 28.3	134 25.8	0.728	1	p=0.414
	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 133 % 32.1	120 23.1	9.556	1	p=0.002
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数 11 % 2.7	16 3.1	0.145	1	p=0.845
	F6 成人の人格及び行動の障害	度数 54 % 13.0	50 9.6	2.737	1	p=0.116
	F7 知的障害(精神遅滞)	度数 33 % 8.0	36 6.9	0.370	1	p=0.615
	F8 心理的発達の障害	度数 70 % 16.9	35 6.7	23.927	1	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	度数 74 % 17.9	45 8.7	17.626	1	p<0.001

**Fisherの直接法

表33: 市販薬症例(単剤使用)における主な4種類の薬物の属性比較 (N=275)

		主たる市販薬(単剤使用)				χ^2 値	df	p*
		コデイン含 有群 n=160	デキストロメ トルファン n=71	プロムワレリ ル尿素主剤 群 n=27	ジフェンヒド ラミン主剤 群 n=17			
生物学的性別	男	度数 77 % 48.1	24 33.8	11 40.7	2 11.8	10.826	3	p=0.013
	女	度数 83 % 51.9	47 66.2	16 59.3	15 88.2			
現在の年代	10代	度数 19 % 11.9	25 35.2	4 14.8	6 35.3	41.161	18	p=0.001
	20代	度数 63 % 39.4	27 38.0	3 11.1	5 29.4			
	30代	度数 30 % 18.8	6 8.5	5 18.5	1 5.9			
	40代	度数 24 % 15.0	8 11.3	7 25.9	1 5.9			
	50代	度数 17 % 10.6	1 1.4	5 18.5	3 17.6			
	60代	度数 5 % 3.1	3 4.2	2 7.4	1 5.9			
	70代以上	度数 2 % 1.3	1 1.4	1 3.7	0 0.0			
現在のアルコール問題(あり)		度数 35 % 21.9	13 18.3	1 3.7	2 11.8	6.396	6	p=0.380
薬物問題による精神科入院歴(あり)		度数 111 % 69.4	44 62.0	20 74.1	8 47.1	5.608	6	p=0.468
薬物問題による自助グループ参加経験(あり)		度数 51 % 31.9	15 21.1	8 29.6	4 23.5	9.819	6	p=0.132
薬物問題による民間リハビリ施設利用経験(あり)		度数 25 % 15.6	10 14.1	2 7.4	1 5.9	4.711	6	p=0.581
最近1年以内の故意の自傷や自殺企図(あり)		度数 76 % 47.5	43 60.6	10 37.0	11 64.7	12.887	6	p=0.045
最近1年以内の使用(あり)		度数 113 % 70.6	59 83.1	17 63.0	13 76.5	5.647	3	p=0.130

*カイ二乗検定

表34: 市販薬症例(単剤使用)における主な4種類の薬物のICD-10 F1診断下位分類の比較(N=275)

		主たる市販薬(単剤使用)				χ^2 値	df	p*	
		コデイン含 有群	デキストロ メトルファン 含有群	ブロムワレ リル尿素 主剤群	ジフェンヒ ドラミン主 剤群				
		n=160	n=71	n=27	n=17				
ICD-10診断 (複数選択)	F1x.0 急性中毒	度数	15	15	2	3	7.187	3	p=0.066
		%	9.4	21.1	7.4	17.6			
	F1x.1 有害な使用	度数	55	25	6	10	6.214	3	p=0.102
		%	34.4	35.2	22.2	58.8			
	F1x.2 依存症候群	度数	109	46	22	6	10.441	3	p=0.015
		%	68.1	64.8	81.5	35.3			
	F1x.3 離脱状態	度数	3	2	2	0	3.328	3	p=0.344
		%	1.9	2.8	7.4	0			
	F1x.4 せん妄を伴う離脱状態	度数	2	2	0	0	1.615	3	p=0.656
		%	1.3	2.8	0	0			
	F1x.5 精神病性障害	度数	6	2	1	1	0.387	3	p=0.943
		%	3.8	2.8	3.7	5.9			
	F1x.6 健忘症候群	度数	3	1	0	0	0.848	3	p=0.838
		%	1.9	1.4	0	0			
	F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	度数	4	1	0	0	1.298	3	p=0.730
		%	2.5	1.4	0	0			
F1x.8 他の精神および行動の障害	度数	0	0	0	0	-	-	-	
	%	0	0	0	0				

*カイ二乗検定

表35: 市販薬症例(単剤使用)における主な4種類の薬物の併存精神障害ICD-10診断の比較(N=275)

		主たる市販薬(単剤使用)				χ^2 値	df	p*
		コデイン含有群	デキストロメトルファン含有群	ブロムワレリル尿素主剤群	ジフェンヒドラミン主剤群			
		n=160	n=71	n=27	n=17			
併存精神障害 (複数選択)	併存精神障害(なし)	度数 %	34 21.3	10 14.1	8 29.6	1 5.9	5.451	3 p=0.142
	F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 %	4 2.5	1 1.4	0 0.0	0 0.0	1.298	3 p=0.730
	F2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 %	14 8.8	5 7.0	0 0.0	3 17.6	4.708	3 p=0.149
	F3 気分障害	度数 %	36 22.5	28 39.4	10 37.0	8 47.1	10.320	3 p=0.016
	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 %	55 34.4	22 31.0	11 40.7	7 41.2	1.189	3 p=0.756
	F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数 %	4 2.5	3 4.2	0 0.0	3 17.6	11.202	3 p=0.011
	F6 成人の人格及び行動の障害	度数 %	16 10.0	10 14.1	2 7.4	2 11.8	1.226	3 p=0.747
	F7 知的障害(精神遅滞)	度数 %	8 5.0	5 7.0	1 3.7	0 0.0	1.582	3 p=0.664
	F8 心理的発達の障害	度数 %	28 17.5	13 18.3	1 3.7	3 17.6	3.530	3 p=0.317
	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 %	18 11.3	11 15.5	1 3.7	1 5.9	3.305	3 p=0.347

*カイ二乗検定

表36:「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20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	369
2	国立精神・神経医療研究センター病院	324
3	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	191
4	茨城県立こころの医療センター	163
5	十全会 聖明病院	154
6	医療法人社団益豊会 回生病院	97
7	瀬野川病院	93
8	赤城高原ホスピタル	83
9	各務原病院	70
10	昭和大学附属烏山病院	64
11	独立行政法人岡山県精神科医療センター	54
12	三光病院	46
13	多摩あおば病院	40
14	服部病院	36
15	山梨県立北病院	34
16	住吉病院	31
17	さわ病院	30
18	静岡県立こころの医療センター	29
19	資生会 千歳病院	28
20	北里大学病院	27
20	明和会医療福祉センター 渡辺病院	27

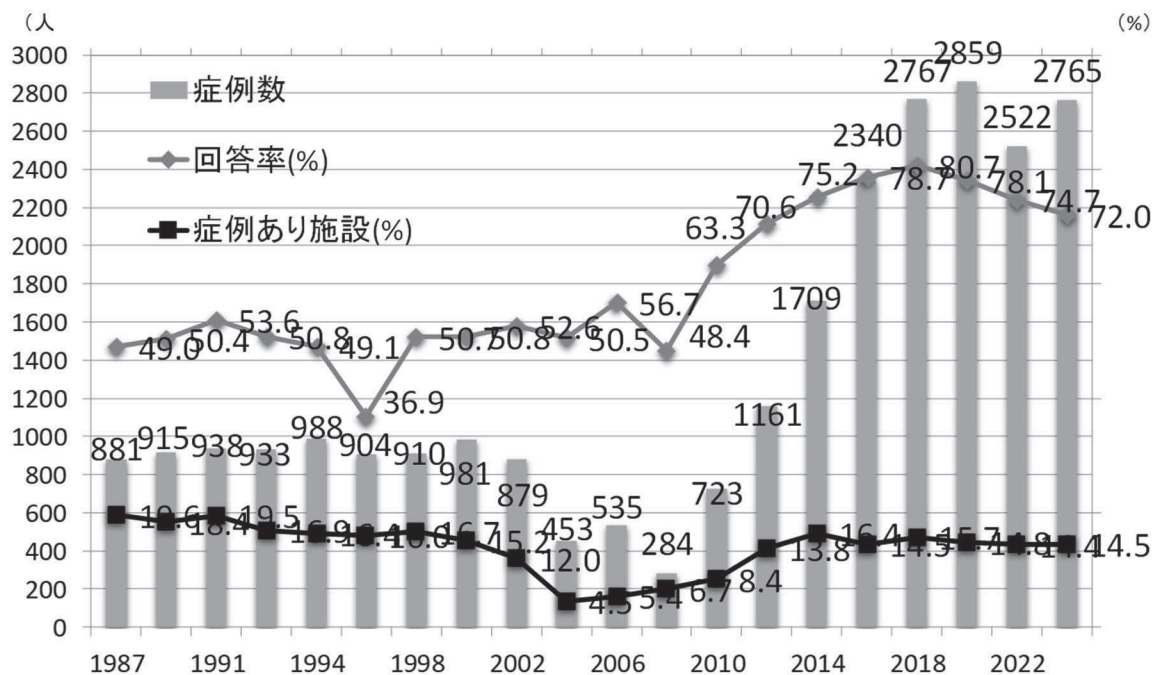


図1: 症例数・回答率などの経年的推移

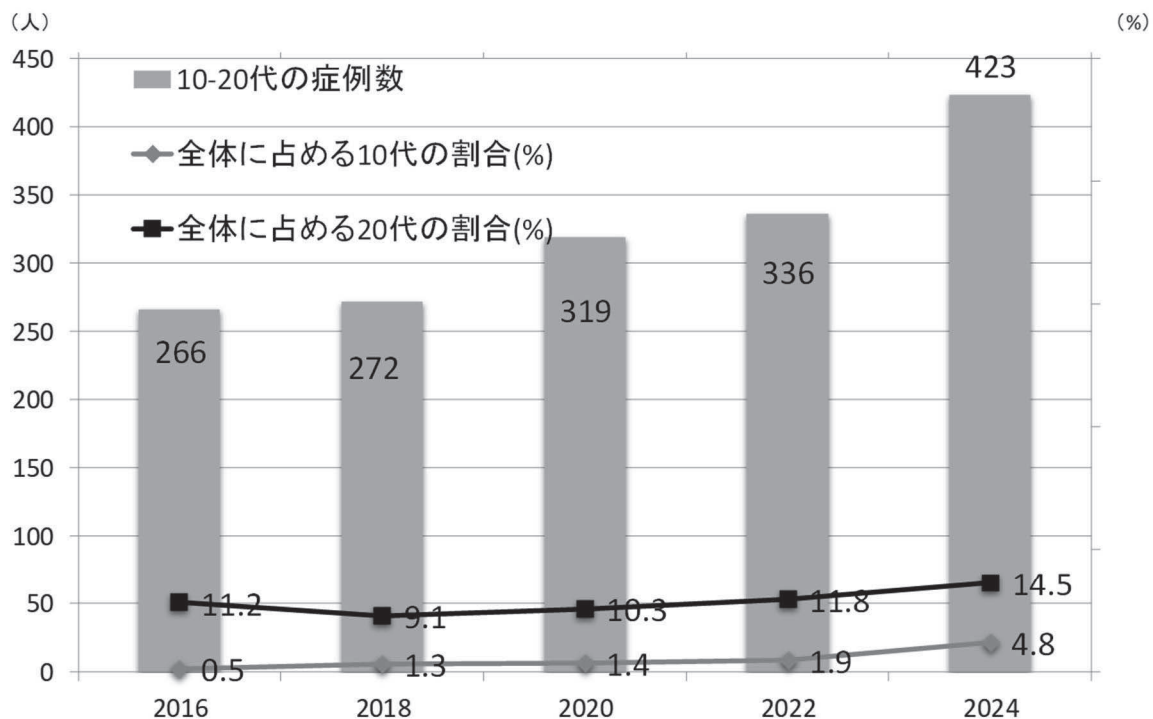


図2: 近年の10代と20代の症例数の推移

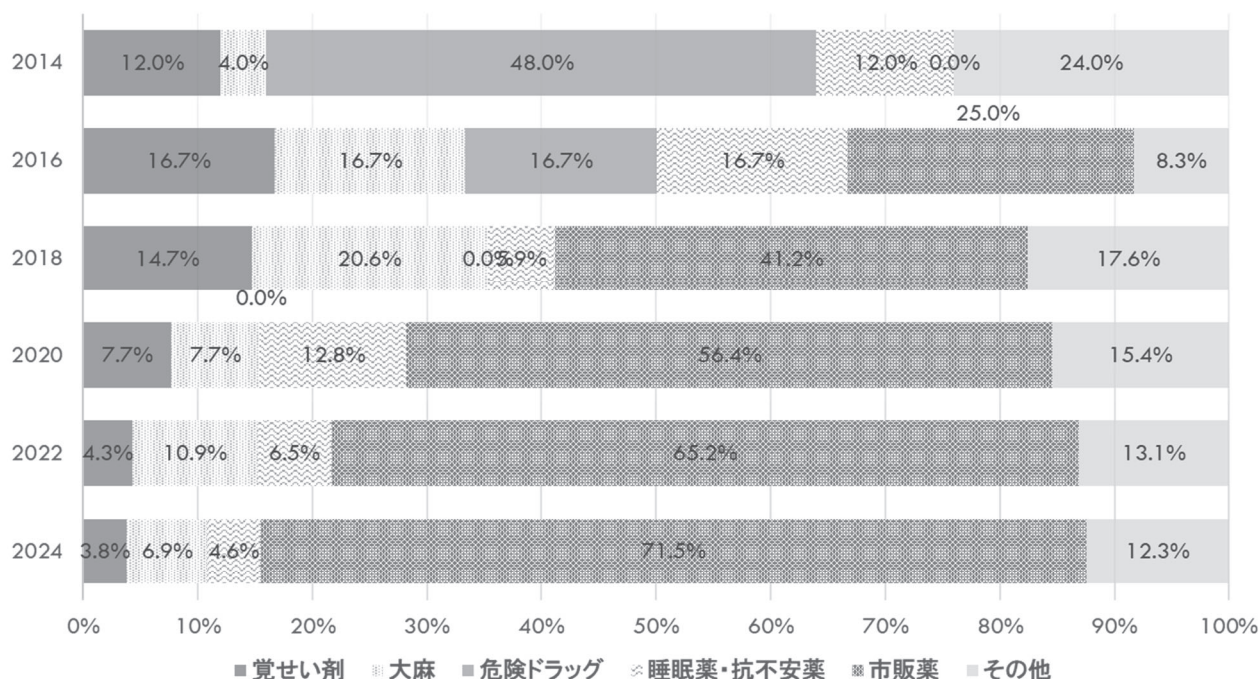


図3: 10代の主たる薬物の推移

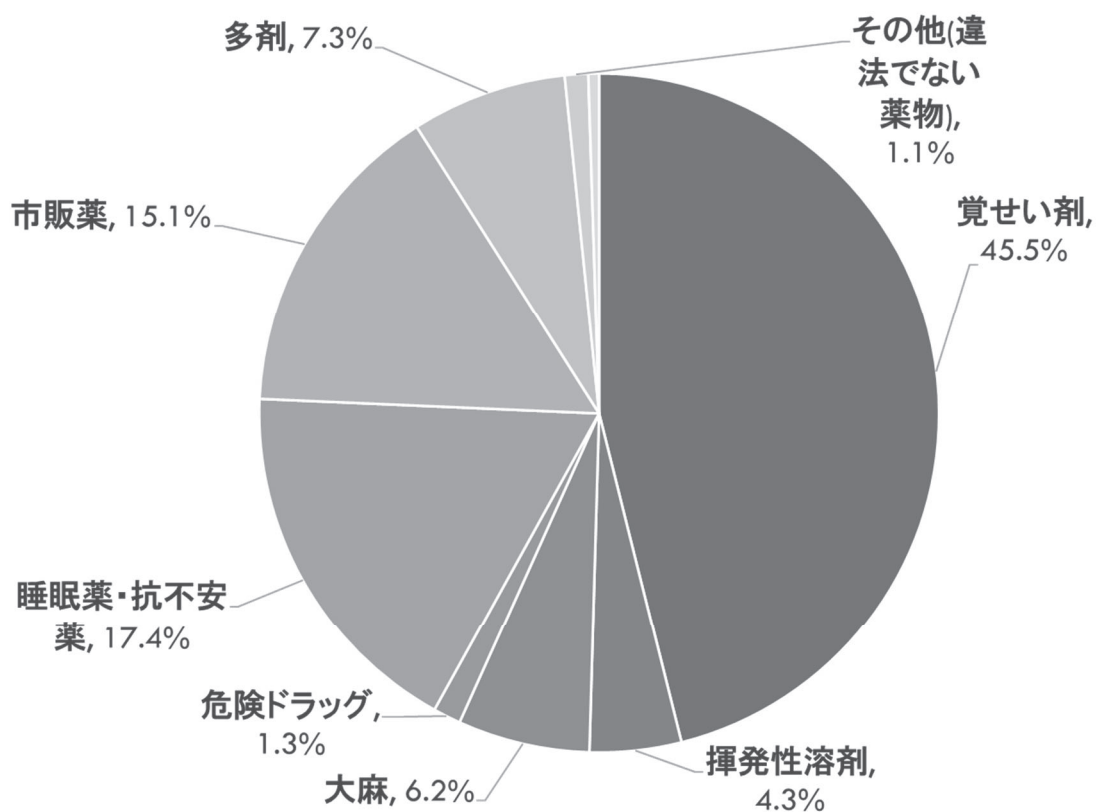


図4: 全対象症例における主たる薬物の比率(N=2702)

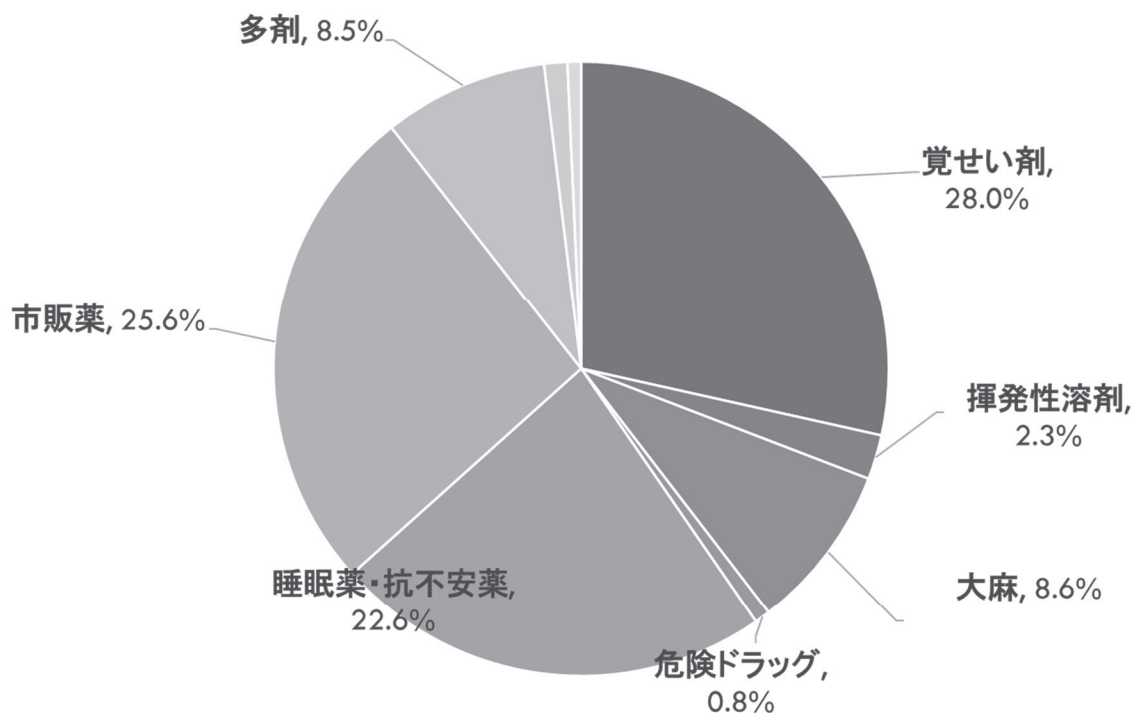


図5: 「1年以内に使用あり」症例における主たる薬物の比率 (N=1221)

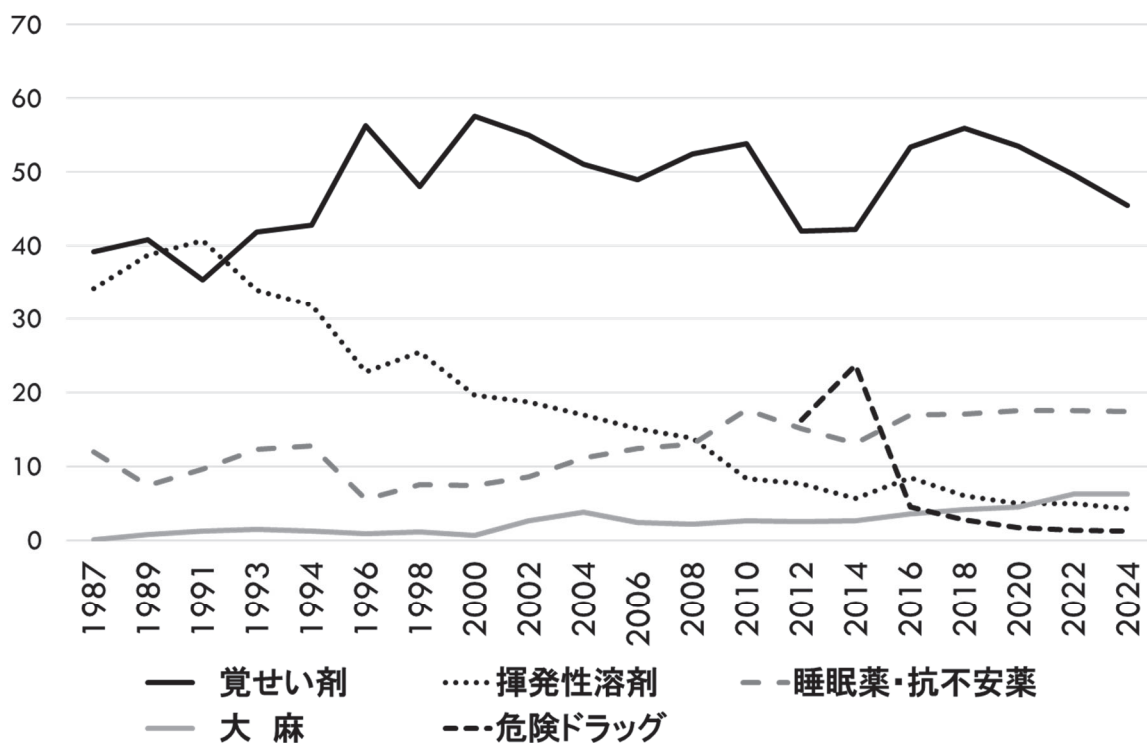


図6: 「主たる薬物」の比率に関する経年的推移

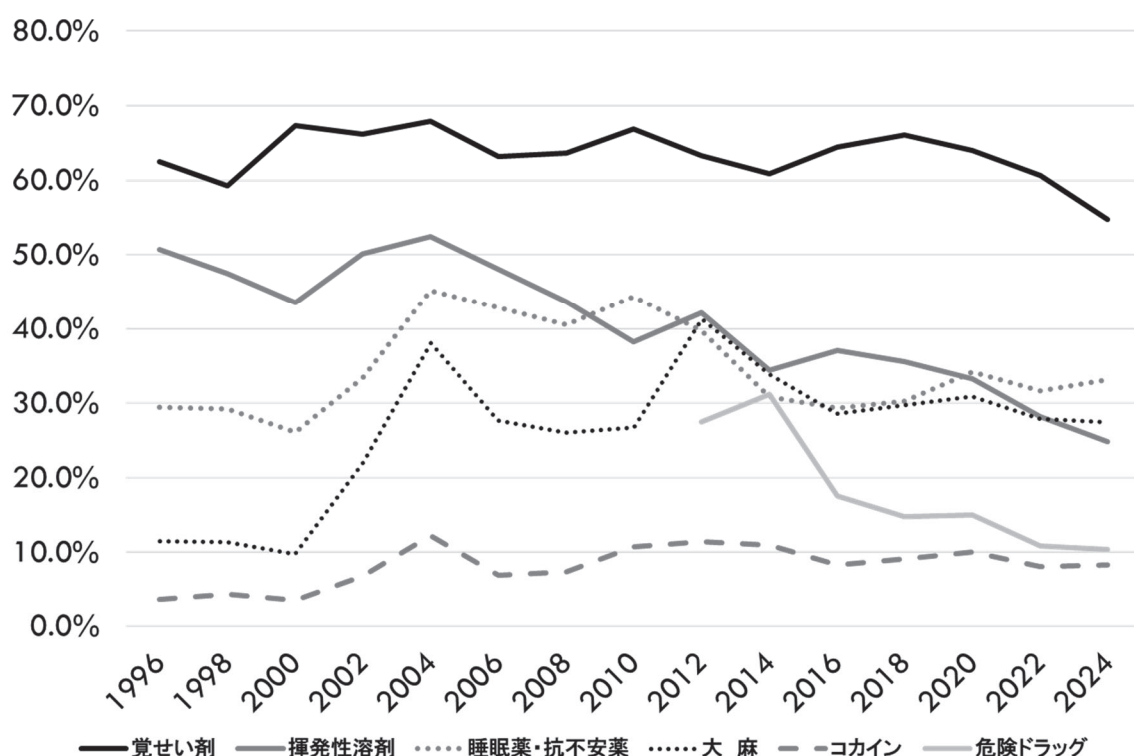


図7: 生涯使用経験のある薬物の比率に関する経年的推移

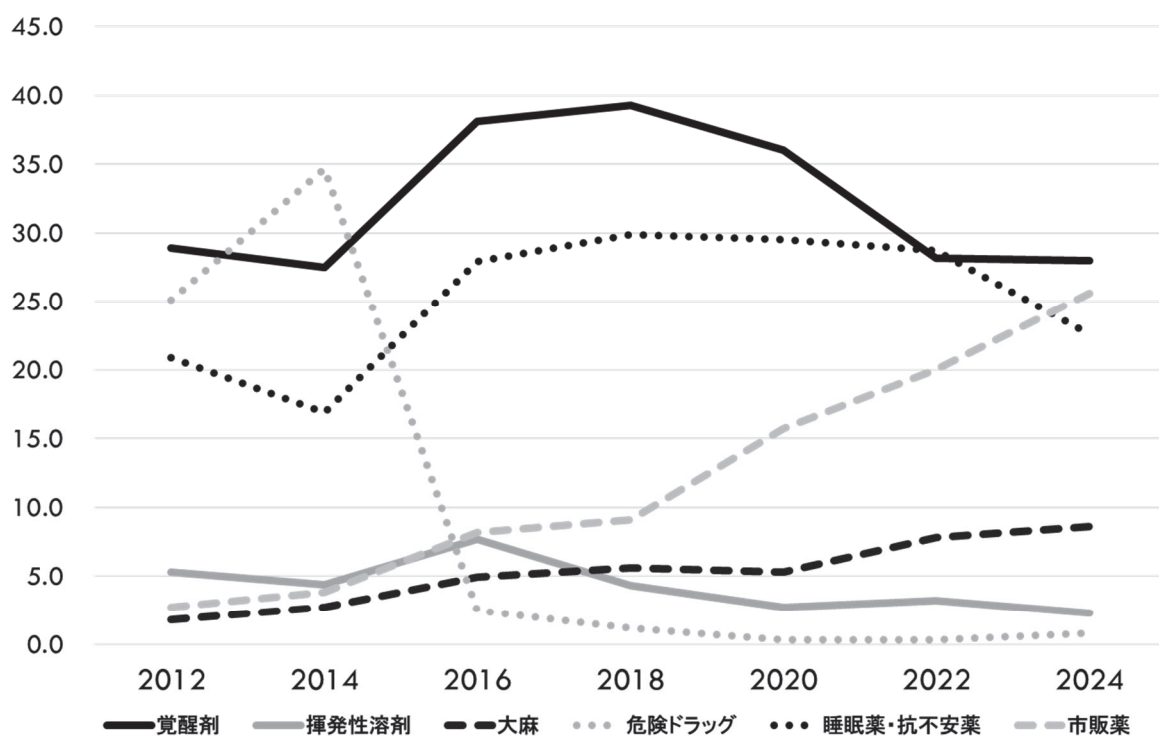


図8: 1年以内使用あり症例の「主たる薬物」の比率に関する経年的推移

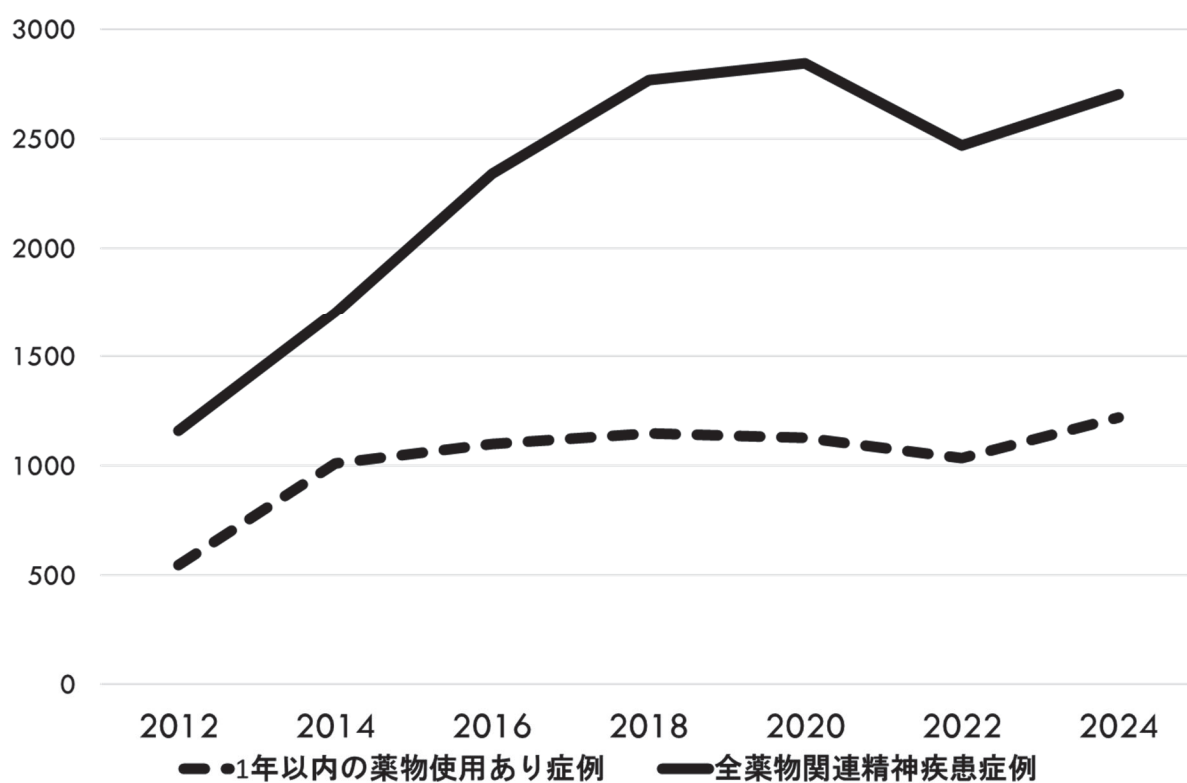


図9: 全薬物関連精神疾患症例数と「1年以内使用あり」症例数の推移

薬物関連精神疾患調査用紙

(2024 年度版)

本調査の実施要領は以下の通りです；

- (1) **調査期間**: 2024 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(ただし、調査に関する公開情報からオプトアウトを表明した患者は除外する)。
- (3) **方 法**: 対象患者ごとに、調査用紙の質問に対して診療録に基づいて回答してください。
- (4) **調査用紙返送期限**: 2024 年 11 月 30 日

* **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**

貴施設名 _____

記載年月日 2024 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。

_____ @ _____

***** 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

- 1) 生物学的性別 1. 男 2. 女 3. その他
- 2) 現在の年代 1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代 7. 70代以上
- 3) 最終学歴 1. 高校中退以下 2. 高校卒業以上 3. 中学・高校在籍中 99. 不明
- 4) 現在の就労状況 1. 有職(常勤、非常勤・パートを問わず) 2. 無職(学生、主婦も含む)
- 5) 補導・逮捕歴(複数選択可) 0. なし 1. 薬物関連犯罪であり 2. 薬物関連犯罪以外であり 99. 不明
- 6) 矯正施設(少年施設・刑事施設)入所歴 0. なし 1. あり 99. 不明
- 7) 現在のアルコール問題(ICD-10の「有害な使用」もしくは「依存症候群」) 0. なし 1. あり 99. 不明
- 8) 薬物問題による精神科入院歴の有無 0. なし 1. あり 99. 不明
- 9) 薬物問題による自助グループ(断酒会、AA/NA)などの参加経験の有無 0. なし 1. あり 99. 不明
- 10) 薬物問題による民間リハビリ施設(DARC/MACなど)の利用経験の有無 0. なし 1. あり 99. 不明
- 11) 薬物問題による依存症集団療法(SMARPPなど)の参加経験の有無 0. なし 1. あり 99. 不明
- 12) 最近1年以内の「故意の自傷」(リストカットや過量服薬)や自殺企図の有無 0. なし 1. あり 99. 不明
- 13) 現在、司法関連機関の監督下にありますか?(以下のうちで該当するものすべて○をつけてください)
- | | | | | | | |
|-----------|-----------|---------|---------|--------|--------------|--------|
| 1. 全部執行猶予 | 2. 一部執行猶予 | 3. 試験観察 | 4. 保護観察 | 5. 仮釈放 | 6. 麻薬中毒者観察指導 | 99. 不明 |
|-----------|-----------|---------|---------|--------|--------------|--------|

- 14) これまでのすべての薬物使用歴について、下表の該当する箇所に「○」を記入して下さい(複数回答可)。
ただし、治療目的で処方され、かつ医師からの指示通りに服用していた薬物は除きます。

これまで経験したことのある薬物	該当する薬物すべてに「○」をつける
1. 覚醒剤	
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. 危険ドラッグ類(指定薬物: 半合成カンナビノイド製品*含む) * 半合成カンナビノイド: 天然に存在する大麻成分(THC や CBD)から化学合成して作られた新規カンナビノイドのこと。HHC、THCH、HHCH、THCHO などの指定薬物が知られている。	
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系)	
11. 処方鎮痛薬(処方オピオイド系: 弱オピオイド含む)	
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) 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. 覚醒剤	
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. 危険ドラッグ類(指定薬物: 半合成カンナビノイド製品を含む)	
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)	
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:)	

16) 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	該当薬物1つだけに「○」
1. 覚醒剤	
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 以外の違法な幻覚薬(LSD、ケタミン、5-Meo-DITP など)	
8. 危険ドラッグ類(指定薬物: 半合成カンナビノイド製品を含む)	
上記は半合成カンナビノイド製品(HHC, THCH, THCO, THCHO, HHCH, HHCO など)に該当する薬物ですか? 1. はい 2. いいえ	
9. 睡眠薬・抗不安薬(市販睡眠薬は除く) 薬剤名に関して以下の該当するものに○(複数選択可)をつけ、「その他」の場合には具体的な薬品名を書いてください	
☐ エチゾラム ☐ ☐ ソルビデム ☐ ☐ フルニトラゼパム ☐ ☐ トリアゾラム ☐ ☐ その他 (薬品名を書いてください)	
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(ベンタゾシン、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)	
主要な乱用薬剤が該当する市販薬群を選択してください(複数回答可): 1. コデイン含有群(エスエスブロン錠、パブロン・ゴールド A、新ルル A、ベンザブロック、トニン液など) 2. デキストロメトルファン含有群(コンタック、メジコン、新ルル A ゴールド、エスエスブロン液 L など) 3. ブロムワレリル尿素主剤群(リスロン、ナロンエース、ウット[ウットは他成分も含有しているが、便宜上ここに分類]) 4. アリルイソプロピルアセチル尿素含有群(イブ A、新セデス、ロキソニン S プレミアムなど) 5. ジフェンヒドラミン主剤群(レスタミン、ドリエルなど) 6. カフェイン単剤群(エスタロンモカ錠など) 7. その他の市販薬群	
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	

17) “質問15)”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	

18) “質問15)”で選択した「主たる薬物」に関する現在の精神医学的状态は、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.5) 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	

19) 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。