

厚生労働省厚生科学研究費補助金

医薬安全総合研究事業

平成13年度総括・分担研究報告書

精神安定剤および睡眠薬の乱用・依存の実  
態と予防に関する研究

平成14年3月31日

主任研究者

川上憲人

岡山大学大学院医歯学総合研究科

# 目 次

## 総括研究報告書

川上憲人：精神安定剤および睡眠薬の乱用・依存の実態と予防に関する研究.....	1
---	---

## 分担研究報告書

1. 川上憲人：地域住民における精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症の実態把握とその対策に関する研究.....	13
2. 宮里勝政：精神科受療者における精神安定剤および睡眠薬の乱用・依存に関する研究.....	24
3. 富田 拓：非行少年・少女における精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存の実態に関する研究.....	38
資料1 睡眠のセルフケア小冊子「ぐっすり眠る」.....	55
資料2 精神安定剤・睡眠薬の適切な使い方についてのパンフレット.....	87

厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）  
総括研究報告書

精神安定剤および睡眠薬の乱用・依存の実態と予防に関する研究

主任研究者 川上憲人 岡山大学大学院医歯学総合研究科教授

本研究は、地域住民、精神科患者および非行少年少女を対象として精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症の実態を明らかにし、対策を検討することを目的とする。最終年度の本年度は、一般住民における睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の予防対策として、①睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の医師用および一般住民用のスクリーニング尺度を開発した。②睡眠の行動科学的指導法パンフレットの試用を、保健婦、地域高齢者および通信健康教育受講者において行ない、「わかりやすい」「実際に使えそう」「有用だった」との評価を得た。③睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の予防パンフレットを作成した。今後は、医師を対象として睡眠薬・精神安定剤の適切な処方・服薬指示についての教育・研修が行われる必要がある。精神科患者においては、精神安定剤・睡眠薬依存症の頻度が高いことが見いだされた。精神安定剤・睡眠薬依存症を予防するためのガイドラインなどが作成される必要がある。非行少年少女における睡眠薬・精神安定剤の乱用については、①自己治療タイプ、②トッピングドラッグタイプ、③機会的使用タイプの3つに分類できた。日本の非行少年においては、精神安定剤および睡眠薬がゲートウェイ・ドラッグとなる可能性は低いと思われたが、複数の薬物の複合乱用については注意が必要である。対策として、①医療からの入手経路を考慮した対策、2) 学校における精神安定剤および睡眠薬の乱用防止教育、3) 複合乱用への対策の3つを提案した。

[研究組織]

○川上憲人（岡山大学大学院医歯学総合研究科教授）

宮里勝政（聖マリアンナ医科大学助教授）

富田 拓（国立武蔵野学院医務課長）

ストレス性疾患や睡眠障害の増加にともない、精神科だけでなく一般診療科においても精神安定剤や睡眠薬の処方が日常化している。精神安定剤・睡眠薬を使用した犯罪の発生やインターネットなどによる精神安定剤・睡眠薬の薬物売買広告の増加などからも、その不適正な入手や使用、乱用の機会が今日きわめて一般

A. 研究目的

化しつつあることが危惧される。麻薬や覚醒剤など法的に厳しい規制がなされている物質以外にも、精神安定剤や睡眠薬の不適正使用、乱用あるいは依存症が増加していると推測される。平成9年度厚生白書は青少年における薬物乱用対策が今後の課題であると指摘しているが、不眠に悩む高齢者にも精神安定剤・睡眠薬の乱用や依存が増加している可能性がある。

本研究の目的は、一般住民および2つのハイリスク群（精神科患者および非行少年少女）における精神安定剤・睡眠薬の使用状況、不適正使用（医師の指示に従わない使用や目的外使用など）、精神科診断基準による乱用および依存症の実態を明らかにすることである。また、精神安定剤・睡眠薬の種類、入手経路（処方による適正な入手やそれ以外の経路からの入手）、使用目的、効果、副作用、社会心理的障害について明らかにする。最終的にはこれらの成果に基づいて、わが国における精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症の予防対策を立案することを目的としている。

最終年度の本年度は、(1)一般住民における睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の予防対策として、①睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の医師用および一般住民用のスクリーニング尺度を開発した。②睡眠の行動科学的指導法パンフレットの試用を、保健婦、地域高齢者および通信健康教育受講者において行った。③睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の予防パンフレット作成のための情報収集と文献レビューを実施し、パンフレットを作成した。(2)精神科受療者における精神安定

剤および睡眠薬の乱用・依存の実態と関連要因を明らかにするため、総合病院精神科外来受診者を対象としてWHOの統合国際診断面接より抜粋した面接表を用いた調査への回答者207名（男性79名女性128名）のデータの解析を進め、精神安定剤および睡眠薬依存者の特徴をさらに明らかにした。(3)国立児童自立支援施設に入所している児童男性43名、女性55名を対象として、薬物の使用経験についての調査を行い、そのうち精神安定剤または睡眠薬乱用歴のあった男性3名、女性5名を対象として詳細な半構造化面接を行い、これまでの知見、従来の論文等の考察により、非行少年の精神安定剤および睡眠薬乱用のパターンの分類を試みた。

以上から、一般住民、精神科通院患者および非行少年少女における睡眠薬・精神安定剤の乱用・依存症の防止対策のあり方について提言を行った。

## B. 研究方法

### 1. 一般住民における対策の検討

#### 1) 精神安定剤および睡眠薬の依存症スクリーニング尺度の開発

##### (1) 対象と調査方法

対象のうち、精神安定剤および睡眠薬の依存群は総合病院(聖マリアンナ医科大学病院)精神科外来受診者である。これらの対象に精神保健指定医の資格をもつ2名の精神科医がWHO 統合国際診断面接(CIDI)から抜粋した精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症診断面接票(川上訳)を用いて面接調査を行った。2000年11月～12月の間に順次面接を続け総数が200名

を越えた日に終了とした。面接の結果、19名が ICD-10 診断基準で睡眠薬・精神安定剤依存症と診断された。これらを「依存群」とした。内訳は男性5名、女性14名、平均年齢は38歳であった。

岐阜県都市部G市（人口約40万人）の20歳以上全人口から選挙人名簿に基づいて2012名を無作為に集出した。これらに対して2日間の訓練を受けた面接員（学生、看護婦、主婦）約30名が個別に調査を実施した。結果として合計1031名の面接を実施した。薬物依存症については特に精神安定剤（睡眠薬を含む）に限定して調査を実施した。これらの2種類の薬物に対して、これまでに(A)処方による服用の際の問題のある服用の仕方（処方以上の量や期間の使用あるいは習慣性・依存性の自覚）、(B)処方された以外で非医療的な目的（リラックスする。気分がよくなる等）のために6回以上の使用の経験を質問し、(A)または(B)に該当した場合に、さらに乱用・依存症の診断のために必要なCIDIの質問を行った。回答からWHOから提供された計算プログラムを利用してICD-10診断に基づいた精神安定剤依存症あるいは有害な使用の診断を行った。うち78名が(B)または(C)の項目を満たし、さらにうち3名が精神安定剤依存症あるいは有害な使用と診断された。これらを除く75名を、非依存症者として解析に使用した。内訳は男性30名、女性45名、平均年齢は63.5歳であった。

倫理面での配慮：地域住民に対する調査にあたっては、調査の目的や守秘について十分に説明した上で、インフォーム

ドコンセントにサインをもらった。

## (2) 解析方法

依存群と非依存群との間で、CIDIの依存症診断のための9の質問項目(L12-L20)の回答を比較した。依存群をスクリーニングするとした場合の、それぞれの項目ごとの感度と特異度の合計を計算し、睡眠薬・精神安定剤依存症スクリーニング尺度の項目選定の基準とした。9項目（全項目）から、感度と特異度の合計の低い順に項目を1つずつ減らし、5項目までの尺度（案）を作成した。それぞれの尺度について、依存群＋非依存群合計(94名)での内的整合性による信頼性係数（クロンバック $\alpha$ 係数）を計算した。また「はい」を1点、「いいえ」を0点として得点を計算し、平均得点を依存群と非依存群で比較した（t検定）。Receiver Operating Characteristics (ROC) 曲線を作成し、最適カットオフ点とそのカットオフ点における感度と特異度を計算した。感度、特異度ともに95%以上の尺度であることを最低限の基準として、最小の項目で睡眠薬・精神安定剤をスクリーニングできる尺度を採用した。

## 2) 睡眠の行動科学的指導パンフレットの試用

平成12年度に作成した睡眠の行動科学的なセルフケアパンフレット教材（資料1）を実際に試用して、その実用性をテストするために3つの調査を行った。

### (1) 保健婦における感想聴取

岡山健保連合会の保健婦約25名に対して、睡眠の行動科学的指導法の理論について説明を行った後に、同パンフレッ

トを渡し、実際に希望者に試用してその感想を葉書で提出するように求めた。最終的に16名(64%)から、試用の感想が返送された。

### (2) 地域高齢者における感想聴取

岡山市の高齢者100名に対して、不眠の健康指導法「ぐっすり眠る」パンフレットを送付して、その感想を葉書で回答してもらった。結果として21名(21%)から回答が寄せられた。

### (3) 通信教育における感想聴取

「ぐっすり眠る」パンフレットと最小限の行動療法を用いた1か月の簡便な通信プログラムによって、睡眠関連習慣行動の改善と睡眠行動の改善が図られるかどうかを検討した。

対象は、A健保組合が全被保険者を対象に実施する1か月の通信制生活習慣改善プログラムの睡眠改善コースに応募した114名(男性52名、女62名)である。本プログラムは、1998年に運動、食事、歯磨き、喫煙、飲酒、休養の6コースで開始し、1999年からは体重コントロールを加えた7つの習慣から参加者がコースも目標行動も選択し、一月間のセルフモニタリングを行なうという、セルフケア支援型の習慣改善プログラムである。被保険者に案内と申込書を兼ねたパンフレットを配布し、参加者にはいくつかの習慣から一つを選び、申込書の習慣を自己チェックし、改善のヒントの例から自分で3つ以内の目標行動を選んで申し込みをするように促した。担当者は、参加者の選択目標を転記した記録用紙、記録方法や意義の説明書、テーマ毎の既製の教材(睡眠では『ぐっすり眠る』)を送付

し、教材を読んで目標の達成の有無を記録用紙に記録するよう教示した。また、一月後に記録用紙と開始時と同一の習慣評価と感想についての質問表に回答するように伝えた。プログラムに対する感想は1ヶ月後に目標行動の記録と質問表を返送した96名について行なった。

### 3) 精神安定剤および睡眠薬の適切な使用のためのパンフレットの作成

平成12年度に実施したクイーンズランド大学(オーストラリア)での情報収集とその後の文献レビューから、精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症の適切な服用に関するパンフレットを作成した。

## 2. 精神科患者調査

対象は総合病院(聖マリアンナ医科大学病院)精神科外来受診者である。これらの対象に精神保健指定医の資格をもつ2名の精神科医が面接調査を行った。2000年11月~12月の間に順次面接を続け総数が200名を越えた日に終了とした。得られた調査資料から本年度は米国精神医学会の診断分類DSM-IVにおける物質乱用と依存の頻度を中心に解析した。

面接にはWHO統合国際診断面接CIDIより抜粋した精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症診断面接表(川上訳)を用いた。面接は文書による説明と同意の手続きを経てから行った。

## 3. 非行少年少女調査

### 1) 対象

第1次調査として、国立男子児童自立支援施設の在籍者43名と、国立女子児童

自立支援施設の在籍者55名を対象として、各種の薬物の使用経験の有無についての聞き取り調査を行った。そのうち、向精神薬の乱用経験のある者は、男性4名、女性6名であった。このうち、卒業等により調査を行えなかった者を除き、半構造化面接による第2次調査を行った。第2次調査対象者は男性3名、女性5名であった。調査は、平成13年12月から14年3月にかけて行った。

## 2) 方法

これまでの調査を参考にして半構造化面接のための質問票を作成し、薬物使用の実態、併用薬物の有無とその使用実態及びそれら薬物の入手経路を中心とした面接を行った。この面接の結果に基づいて、事例検討を行った。なお、第1次調査では、使用薬物名として「精神安定剤」「睡眠薬」を分けて聞き取りを行ったが、第2次調査において、実際には対象者が両者を区別できていないことが明らかになったので、以下、両者を併せて「精神安定剤および睡眠薬」と表記する。

倫理面での配慮：地域住民および精神科患者に対する調査にあたっては、調査の目的や守秘について十分に説明した上で、インフォームドコンセントにサインをもらった。調査については岐阜大学医学部および聖マリアンナ医科大学研究倫理審査委員会で承認されている。

非行少年少女の調査は、著者が勤務している武蔵野学院、及び精神医学面でのケアを担当しているきぬ川学院において、研究者が児童の入所時に行う問診と同等の質問であった。第2次調査については、

各児童の担当寮長と本人の了承を得た上で面接を行い、インタビュー後、各児童に対して個別に、向精神薬の乱用の危険性に関する教育を行った。

## C. 結果

### 1. 一般住民における対策の検討

#### 1) 睡眠薬・精神安定剤の依存症スクリーニング尺度の開発

WHO-CIDI の物質依存の質問項目 L12-L20 までの回答を、依存群と非依存群で比較した結果を表1に示した。いずれの項目の回答も両群間で有意な差があったが、感度と特異度の合計は質問 L12, L13, L14, L16 で高い傾向にあった。

感度と特異度の合計を参考に、これが低い項目から順に削除して、9項目（全項目）から5項目までの候補尺度を作成した。これらの内的整合性による信頼性係数（クロンバック $\alpha$ ）および依存群、非依存群における平均点の比較を表2に示した。項目数が減少してもクロンバック $\alpha$ 係数はそれほど変化しなかった。いずれの尺度でも2群間で有意な平均値の差がみられた。

これらの候補尺度について ROC 曲線を描いたところ、各項目の最適カットオフ点および感度、特異度は、9項目 3+, 100%, 99%; 8項目 3+, 100%, 99%; 7項目 2+, 100%, 95%; 6項目 2+, 100%, 95%; 5項目 2+, 95%, 95%であった。項目数を減らしても、最適カットオフ点でのスクリーニング効率ほとんど変化しなかった。以上の結果から、最も項目数の少ない5項目尺度を最終尺度として採用した（川上の分担研究報告書表3）。

質問項目が多少複雑であること、本来の WHO-CIDI が訓練を受けた者の面接による使用を前提としていたことから、この 5 項目尺度は、医師による問診によって使用されるのが適切であると考えた。さらに、この 5 項目尺度のそれぞれの項目を、簡便に修正して作成した一般住民用のチェックリストを作成した（川上の分担研究報告書表 4）。この尺度自体の信頼性・妥当性の検討はできていないが、内容的には医師用 5 項目尺度と同等のスクリーニング効率を有すると期待される。

## 2) 睡眠の行動科学的指導パンフレットの試用

### (1) 保健婦における感想聴取

回答を寄せた 16 名中 10 名が同パンフレットの「内容はわかりやすい」と、6 名が「内容はまあわかりやすい」としていた。14 名が「実際の保健指導に試用できそう」と回答した。2 名は無回答だった。8 名が「効果ありそう」、6 名が「まあ効果ありそう」、2 名が「あまり効果なさそう」と回答していた。

### (2) 地域高齢者における感想聴取

回答を寄せた 21 名中 18 名が同パンフレットの「内容はわかりやすい」と、3 名が「内容はまあわかりやすい」としていた。6 名が「実際に使用できそう」、12 名が「まあ使用できそう」と回答した。2 名は「使用はやや難しい」、1 名は無回答だった。試用期間が短期であったためか、実際に試用した結果を報告した者はいなかった。

### (3) 通信教育における感想聴取

睡眠に関しては、いずれも、質問表に

よる自己申告であるが、睡眠時間の有意な延長と、入眠潜時と要起床時間の短縮傾向が認められた。すなわち入眠時刻が 11.4 分早くなる傾向と入眠潜時が 7 分短縮する傾向が認められ ( $p<.06$ )、本人が申告した全睡眠時間が  $5.96 \pm 0.75$  時間から  $6.18 \pm 0.75$  時間へと 13.2 分間長くなった ( $p<.01$ )。また、目覚めてから起床までに要する時間が 9 分程短縮する傾向が認められた ( $p<.08$ )。

睡眠関連の習慣行動については、良い習慣が高得点になるよう 3 段階で、それぞれの項目毎に前後の得点を比較した。前後の比較を行なった 10 項目の習慣のうち、明らかな改善が認められたのは、「就寝直前までの仕事や勉強」「カフェイン摂取」「ベッドでのテレビや仕事」「目覚めたらすぐに起きる」「のんびりとした入浴」「定期的な運動」の 6 項目であり、「休日の朝寝坊」では改善傾向がみられた ( $p<.1$ )。

プログラムに対する感想については、プログラムの 1 か月という期間については、適当が 89% と圧倒的に多く、目標の選択もスムーズにできた者が 68% と多数であった。記録は毎日行なった者は 25% と少なく、まちまち (43%) だったり、まとめて書いた (30%) 者が多かった。記録用紙は使い易いが約半数で、終了後は自分でだいたい続けられる (51%) と半分くらいはできる (41%) で殆どを占めた。教材は半数が「1 回はじっくりと読み」「2 回以上」も 12% みられた。教材の内容は「大変役立った」が 22%、「少し役立った」が 49% であった。プログラムについては、「少し役立った」が



34.4%と最も多く、「まあまあ役立った」が28.1%、「大変役立った」が13.5%で、あまり役立たなかったも17.7%あった。

### 3) 精神安定剤および睡眠薬の適切な使用のためのパンフレットの作成

平成12年度に試作した、睡眠薬・精神安定剤の適切な服用に関するパンフレットをさらに改善して、一般住民用のパンフレットを完成した(資料2)。このパンフレットには、精神安定剤および睡眠薬の種類、そのメカニズム、適切な服用方法、依存の症状および発生メカニズム、依存にならないための方法、依存以外の副作用、依存になった場合の治療法に加えて、本年度研究で作成した5項目の一般住民用の精神安定剤および睡眠薬依存症チェックリストを加えた。

## 2. 精神科患者調査

調査対象全体207名(男性79名女性128名)におけるDSM-IV精神安定剤乱用は13.5%(男性11.4%,女性14.8%)、同依存は6.8%(男性6.3%,女性7.0%)に認められた。

DSM-IV診断(物質乱用群、物質依存群、非該当群)別の特徴では、睡眠薬の使用で学業、仕事、家事に支障が生じていたのは乱用群53.6%、依存群64.3%、非該当群0.6%であった( $P<0.01$ )。睡眠薬の使用で友人職場学校問題が生じていたのは、乱用群25.0%、依存群42.9%、非該当群0%であった( $P<0.01$ )。睡眠薬の使用で警察問題が生じていたのは、乱用群3.6%、依存群7.1%、非該当群0%であった( $P<0.01$ )。これらの問題を認識

後も薬物を使用していたのは、乱用群10.7%、依存群21.4%、非該当群0%であった( $P<0.01$ )。受傷するような危険な状況で安定剤睡眠薬の反復使用が生じていたのは、乱用群57%、依存群57.1%、非該当群0.6%であった( $P<0.01$ )。

耐性がみられたのは、乱用群21.4%、依存群71.4%、非該当群5.7%であった( $P<0.01$ )。摂取欲求は、乱用群35.7%、依存群64.3%、非該当群66.2%であった( $P<0.01$ )。使用薬物の減量や断薬意志は乱用群64.3%、依存群50.0%、非該当群66.2%で3群間に有意差はない。薬物探索行動や効果消失に長時間要したのは、乱用群14.3%、依存群35.7%、非該当群0.6%であった( $P<0.01$ )。薬物を初めのつもり以上に使用したり、中止不能が認められたのは、乱用群7.1%、依存群57.1%、非該当群0.6%であった( $P<0.01$ )。退薬症候の経験があったのは、退薬症候は乱用群25.0%、依存群78.6%、非該当群4.5%にみられた。乱用群および依存群ともに非該当群より有意に多かった(それぞれ $P<0.05, P<0.01$ )。退薬症候抑制のための薬物使用は、乱用群3.6%、依存群64.3%、非該当群1.9%にみられた( $P<0.01$ )。

不注意で過量使用とか肝炎や怪我など健康問題、健康問題が分かった後も使用継続は、乱用群10.7%、依存群35.7%、非該当群0.6%にみられた( $P<0.01$ )。健康問題が分かった後も使用継続がみられたのは、乱用群3.6%、依存群21.4%、非該当群0%であった( $P<0.01$ )。精神的心理的問題があったのは乱用群3.6%、依存群28.6%、非該当群0.6%であった

( $P<0.01$ )。精神的問題が分かった後も使用継続がみられたのは、乱用群 3.6%、依存群 21.4%、非該当群 0%であった ( $P<0.01$ )。

精神安定剤および睡眠薬使用のために重要な活動低下が認められたのは、乱用群 0%、依存群 7.1%、非該当群 0.6%であった ( $P<0.01$ )。

ICD-10 依存症候群と DSM-IV 依存群では上記各項目すべてにおいて肯定率に有意差はなかった

### 3. 非行少年少女調査

事例から、非行少年における精神安定剤および睡眠薬の乱用において、いくつかの異なるタイプがみられた。

#### 1) 自己治療タイプ。

非行少年によく見られる素因として情緒的に不安定である場合に、医師の診断によらず家族等から精神安定剤および睡眠薬を入手し、いわば自己治療的に服薬しているタイプ(事例4)。このタイプは、主に精神安定剤および睡眠薬の本来の薬効を求めて服用しているわけだが、精神科の診断を受けた上で投薬を受けているわけでないので、当然ながら服薬の管理がなされず、結果的に依存を形成しやすいとも考えられる。本研究での事例のうち、DSM-IV の診断基準によって依存と診断しうるのはこの事例だけであった。

#### 2) トッピングドラッグタイプ

精神安定剤および睡眠薬を乱用しているが、薬自体の作用が主目的ではなく、他のハードなドラッグ、つまり覚醒剤や有機溶剤と言った薬物の催幻覚性や陶酔感・高揚感をより高めることを目的とし

て、それらの薬物に対していわばトッピングするように精神安定剤および睡眠薬を用いるタイプ(事例3、5、6)。このタイプにおける精神安定剤および睡眠薬の使用には、以下のような特徴が見られた。①向精神薬そのものは目的ではない。②そのため、精神安定剤および睡眠薬単体ではあまり使用しない。③ハードなドラッグの使用が主目的なので、精神安定剤および睡眠薬がなくても特に困らない。④しかし、精神安定剤および睡眠薬を併用すると、ハードなドラッグの効果がより高まるように感じられるので、あれば精神安定剤および睡眠薬を使う。⑤以上のような形での使用であるため、精神安定剤および睡眠薬へのこだわりは希薄で、いわば「軽い」使われ方であり、精神安定剤および睡眠薬がなくなっても、特に入手するための努力をしない。⑥覚醒剤のような興奮系の薬物にも、有機溶剤のような抑制系の薬物のいずれとも併用されていた。

#### 3) 機会的使用タイプ。

特に強い動機はなく、好奇心などのために、たまたま入手できた精神安定剤および睡眠薬を、数回程度使用し、それ以上は使用しないタイプ(事例2、7、8)。

## D. 考察

### 1. 一般住民における精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症の対策

本研究では、睡眠薬・精神安定剤への依存症をチェックする医師用および一般住民用のスクリーニング尺度が作成された。医師問診用の尺度は5項目と簡便にもかかわらず、感度 95%、特異度 95%

と高いスクリーニング効率を示した。これによって、一般内科医などが睡眠薬・精神安定剤を投与している患者の依存度を知ることができ、より適切な投薬のための手がかりを得ることができるようになった。

一般住民用の尺度については、本研究の範囲では十分にその信頼性、妥当性の検討を行うことができておらず、さらに検討が必要であるが、医師用尺度をもとに作成されており、ある程度信頼した評価を与えるものと思われる。睡眠薬・精神安定剤を服用している一般住民が自分の依存度をチェックし、医師に相談することで、医師による薬剤の変更や依存への指導などによって依存のリスクを減らすことが可能になると考える。

また、睡眠の非薬物的指導法（行動科学的指導法）のセルフケア用パンフレットは、保健指導を担当する保健婦、地域の高齢者、通信教育による睡眠指導を受けた群で、おおむね理解しやすい、使用しやすい資料であると評価を受けた。睡眠薬・精神安定剤の問題のある使用の頻度の高い高齢者においても理解しやすいと評価されたことは本パンフレットの有用性を示すものである。さらに通信教育による指導群では、7割近くが「大変役だった」あるいは「少し役立った」と回答していた。また実際に通信教育指導群では睡眠時間などの指標が改善する傾向にあり、本パンフレットを用いた睡眠の行動科学的指導が睡眠の改善に有効である証拠がある程度得られたと考える。このような睡眠の指導法教材を使用することで、睡眠薬・精神安定剤の使用頻度を

減らすとともに、すでに睡眠補助剤を使用している者においても、薬剤の量をコントロールすることが可能になると思われる。

睡眠薬・精神安定剤の適切な使用のためのパンフレットが本研究の成果として作成された。このパンフレットには、本研究で開発された一般住民用の依存度チェックリストが掲載された。このようなパンフレットを睡眠薬・精神安定剤を服用する患者や一般住民に配布して、睡眠薬・精神安定剤の適切な服用と依存防止のための習慣について啓発することで、睡眠薬・精神安定剤の乱用・依存症を地域で予防することができると思われる。また上記の睡眠の指導法パンフレットと組み合わせることで、睡眠薬・精神安定剤の過剰な使用を防止することができると思われる。

昨年度の研究では、高齢者は不眠などの症状が多く、そのために精神安定剤を処方される機会が多い可能性が指摘されている。特に、その使用にあたって十分に医師の指示が行われているか、またそれが遵守されているかが問題となる。高齢者における精神安定剤の問題のある使用を予防するために、高齢者への精神安定剤の処方の方法や使用についての医師の指示管理の方法について、一般医、精神科医を含めた教育・研修・啓発が行われることが残された課題であると考えられる。

## 2. 精神科患者における精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症の実態と対策

本研究では総合病院精神科外来を受診

した患者中に、米国精神医学会の診断基準DSM - IV乱用および依存に相当する者がかなりの高頻度に（合計で5人に1人、一般住民の40倍程度）見られることが明らかとなった。精神科外来受診者において精神安定剤・睡眠薬使用の体験者におけるDSM - IV診断（物質乱用、物質依存）別の薬物関連問題の実態が得られた。また、物質乱用や物質依存に相当しない群は、医療目的での使用下にあるといえる。しかしそのような対象でも、薬物摂取欲求が66%にみられること、減量あるいは断薬したいとする人が同じように66%にみられることは留意されるべきであろう。今後、精神科患者における精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存の予防と対処のためのマニュアルづくりが必要と考えられる。

精神科受診者における精神安定剤・睡眠薬乱用・依存の対策のためには、医師が診療のなかで、乱用・依存を評価し、対応することがよいと考える。医師は、精神安定剤・睡眠薬を投与している患者について、乱用では学業・家事・仕事への支障、受傷するような危険な状況での使用、依存では学業・仕事・家事への支障、受傷するような危険な状況での使用、耐性、強迫的薬物摂取欲求、薬物の減量や中止欲求がありながら不可能なこと、規定量を守れないこと、退薬症候（離脱症状）などを定期的に評価することが望ましい。

依存症治療が臨床状態の第一目的になれば一旦は依存症治療を行う。退薬症候の治療例として、2～6週間にわたって徐々に用量を減らしていき、休薬へと向かう。短時間作用性薬物への依存症の場

合には、長時間型作用性薬物にいったん置き換えてから、徐々に減らしていくなどの対応をとる。また、依存症への移行が疑われる場合には、予防の観点から抗うつ薬、気分安定薬、抗精神病薬など依存性のない向精神薬の使用を考慮する。精神安定剤および睡眠薬の常用量で効果が乏しい場合もこれらの薬剤の使用を考慮する。

今後、こうした内容を盛り込んだ精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症の予防と対処のための医師向けマニュアルが作成され、医師向けの啓発活動が、医師会、製薬会社、行政などの手によって進められる必要があると考える。

### 3. 非行少年少女における精神安定剤・睡眠薬の乱用の実態と対策

非行少年における精神安定剤および睡眠薬乱用を3つのパターンに分類しうることを見いだした。これらの様態からみて、日本の非行少年においては、精神安定剤および睡眠薬がいわゆるゲートウェイ・ドラッグとなる可能性は低いものと思われる。本研究の事例は全例で複合乱用が見られるが、そのうち、他の薬物に対して精神安定剤および睡眠薬の乱用が先行したのは1例（事例4）のみであった。

#### 1) 入手経路について

本研究の事例では、8例中7例が友人、あるいは先輩から精神安定剤および睡眠薬を入手しており、1例のみが友人以外に祖父、母親から入手していた。先輩から入手した者のうち1例では、その先輩は母親から薬を入手していた。これら

は、いずれも不正入手ではあるが、当初は医師が親に正式に処方したものを子どもが譲り受ける事例が少なくなかった。以上から、医師が精神安定剤および睡眠薬を処方する際に、依存性などについての十分な服薬指導を行い、薬を譲渡をすることの危険性をはっきりと伝えることで、医師から、親、さらに少年へという精神安定剤および睡眠薬の流れをある程度防ぐことができる可能性があると考えた。

### 2) 精神安定剤・睡眠薬の乱用防止のための教育

本研究の事例において、精神安定剤および睡眠薬の乱用の害についての知識があった者が8例中2例に過ぎなかった。精神安定剤および睡眠薬の乱用防止教育では、学校において、精神科や心理カウンセリングの有用性とその適切な受診方法についての教育を行い、医師の指示に従って使用する場合は精神安定剤および睡眠薬は十分に安全な薬物であることを明確に伝えた上で、その乱用の害について教育することが望ましいと考えられた。

### 3) 複合乱用について

本研究の事例は8例全例が複合乱用であった。ゲートウェイ・ドラッグ仮説も、薬物乱用はその過程において複合乱用となる可能性が高いことを示している。従来、例えば有機溶剤や覚醒剤と言った一つの乱用物質に的を絞った予防教育から、より乱用の実態に即した、複合乱用を前提としたものとし、複合乱用によってより危険性が高まることを伝えることも重要であると思われる。

## E. 結論

本研究は、地域住民、精神科患者および非行少年少女を対象として精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症の実態を明らかにし、対策を検討することを目的とする。最終年度の本年度は、一般住民における睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の予防対策として、①睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の医師用および一般住民用のスクリーニング尺度を開発した。②睡眠の行動科学的指導法パンフレットの試用を、保健婦、地域高齢者および通信健康教育受講者において行ない、「わかりやすい」「実際に使えそう」「有用だった」との評価を得た。③睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の予防パンフレットを作成した。今後は、医師を対象として睡眠薬・精神安定剤の適切な処方・服薬指示についての教育・研修が行われる必要がある。精神科患者においては、精神安定剤・睡眠薬依存症の頻度が高いことが見いだされた。精神安定剤・睡眠薬依存症を予防するためのガイドラインなどが作成される必要がある。非行少年少女における睡眠薬・精神安定剤の乱用については、①自己治療タイプ、②トッピングドラッグタイプ、③機会的使用タイプの3つに分類できた。日本の非行少年においては、精神安定剤および睡眠薬がゲートウェイ・ドラッグとなる可能性は低いと思われたが、複数の薬物の複合乱用については注意が必要である。対策として、①医療からの入手経路を考慮した対策、②学校における精神安定剤および睡眠薬の乱用防止教育、③複合乱用への対

策の3つを提案した。

厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）  
分担研究報告書

地域住民における睡眠薬・精神安定剤の乱用・依存症の実態把握と  
その対策に関する研究

分担研究者	川上 憲人	岡山大学大学院医歯学総合研究科教授
研究協力者	清水 弘之	岐阜大学医学部公衆衛生学教室教授
	谷口さやか	岡山大学大学院医歯学総合研究科院生
	小林 由佳	同上
	足達 淑子	あだち健康行動学研究所所長
	羽山 順子	久留米大学比較文化研究科
	国柄 后子	朝日新聞健保組合保健婦
	田中 秀樹	広島国際大学人間環境学部院生

要旨：最終年度の本年度は、一般住民における睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の予防対策として、①睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の医師用および一般住民用のスクリーニング尺度を開発するために、依存症者19名と非依存症者75名のWHO 統合国際診断面接の質問に対する回答を比較し、感度および特異度の高い5項目を選んで、スクリーニング尺度を作成した。この尺度は高い内的整合性による信頼性（クロンバック  $\alpha$  0.84）および妥当性（感度 95%、特異度 95%）を示した。②睡眠の行動科学的指導法パンフレットの試用を、保健婦、地域高齢者および通信健康教育受講者において行ったところ、いずれも群でもおおむね「わかりやすい」「実際に使えそう」「有用だった」との回答が多かった。③睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の予防パンフレット作成のための情報収集と文献レビューを実施し、パンフレットを作成した。以上により、一般住民における睡眠薬・精神安定剤の乱用・依存症の予防のためのツール類が整った。今後は、一般内科医を中心として睡眠薬・精神安定剤の適切な処方および服薬指示についての教育・研修が行われる必要があると考える。

#### A. はじめに

ストレス性疾患や睡眠障害の増加とともない、精神科だけでなく一般診療科においても精神安定剤や睡眠薬の処方が日

常化している。精神安定剤・睡眠薬を使用した犯罪の発生やインターネットなどによる精神安定剤・睡眠薬の薬物売買広告の増加などからも、その不適正な入手

や使用、乱用の機会が今日きわめて一般化しつつあることが危惧される。麻薬や覚醒剤など法的に厳しい規制がなされている物質以外にも、精神安定剤や睡眠薬の不適正使用、乱用あるいは依存症が増加していると推測される。平成9年度厚生白書は青少年における薬物乱用対策が今後の課題であること指摘しているが、不眠に悩む高齢者にも精神安定剤・睡眠薬の乱用や依存が増加している可能性がある。

本分担研究では、地域住民における精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症の実態を明らかにするために、岐阜県都市部G市（人口約40万人）およびT市（人口8万人）一般住民1305名を調査し、精神安定剤・睡眠薬の2週間以上服用経験者は9%、不適正使用者は5%、乱用・依存症者（DSM-IV診断）は0.4%であることを明らかにした。精神安定剤・睡眠薬の使用は高齢者に多かった。またG市の調査対象者のうち過去12ヶ月間に精神安定剤・睡眠薬を使用した28名に対する追加電話面接（WHO薬物疫学モジュール）では、薬物の入手先は半数以上が内科などの非精神科医であり、決まった量の服用指示を受けてない者が1/4みられた。1年以上の服用者が2/3あった。以上から①非精神科医師による患者への精神安定剤・睡眠薬の服薬指導と②一般住民の不眠の対策が精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症予防として重要と考えられた。

最終年度の本年度は、一般住民における睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の予防対策として、①睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の医師用および一般住民用の

スクリーニング尺度を開発した。②睡眠の行動科学的指導法パンフレットの試用を、保健婦、地域高齢者および通信健康教育受講者において行った。③睡眠薬・精神安定剤乱用・依存症の予防パンフレット作成のための情報収集と文献レビューを実施し、パンフレットを作成した。

## B. 研究方法

1. 研究1：睡眠薬・精神安定剤の依存症スクリーニング尺度の開発

### 1) 対象

#### (1) 睡眠薬・精神安定剤の依存群

対象は総合病院（聖マリアンナ医科大学病院）精神科外来受診者である。これらの対象に精神保健指定医の資格をもつ2名の精神科医がWHO 統合国際診断面接（CIDI）から抜粋した精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症診断面接票（川上訳）を用いて面接調査を行った。2000年11月～12月の間に順次面接を続け総数が200名を越えた日に終了とした。面接の結果、19名がICD-10診断基準で睡眠薬・精神安定剤依存症と診断された。これらを「依存群」とした。内訳は男性5名、女性14名、平均年齢は38歳であった。

#### (2) 非依存群

岐阜県都市部G市（人口約40万人）の20歳以上全人口から選挙人名簿に基づいて2012名を無作為に集出した。これらに対して2日間の訓練を受けた面接員（学生、看護婦、主婦）約30名が個別に調査を実施した。結果として合計1031名の面接を実施した。

### 2) 方法

#### (1) 依存群



面接にはWHOの統合国際診断面接CIDIより抜粋した精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症診断面接表(川上訳)を用いた。面接は文書による説明と同意の手続きを経てから行った。尚、研究の実施に先立ち聖マリアンナ医科大学生命倫理委員会で承認を得た。

## （2）非依存群

訓練を受けた面接員が、電話あるいは直接訪問によって地域住民から選ばれた対象者に接触し、調査への参加を依頼した。調査への参加に同意した対象者の自宅を訪問し、1人あたり平均約1時間の面接を実施した。

面接における調査項目は、性別、年齢、家族構成などの基本的属性のほか、WHO統合国際診断面接(CIDI)のミシガン大学修正版(UM-CIDI)から、うつ病、躁病、パニック(恐慌性)障害、全般性不安障害、アルコール・薬物依存症に関する質問項目である。

薬物依存症については特に精神安定剤(睡眠薬を含む)に限定して調査を実施した。これらの2種類の薬物に対して、これまでに(A)処方による服用の際の問題のある服用の仕方(処方以上の量や期間の使用あるいは習慣性・依存性の自覚)、(B)処方された以外で非医療的な目的(リラックスする。気分がよくなる等)のために6回以上の使用の経験を質問し、(A)または(B)に該当した場合に、さらに乱用・依存症の診断のために必要なCIDIの質問を行った。回答からWHOから提供された計算プログラムを利用してICD-10診断に基づいた精神安定剤依存症あるいは有害な使用の診断を行った。

うち78名が(B)または(C)の項目を満たし、さらにうち3名が精神安定剤依存症あるいは有害な使用と診断された。これらを除く75名を、非依存症者として解析に使用した。内訳は男性30名、女性45名、平均年齢は63.5歳であった。

倫理面での配慮：地域住民に対する調査にあたっては、調査の目的や守秘について十分に説明した上で、インフォームドコンセントにサインをもらった。本調査については岐阜大学医学部研究倫理審査委員会で審査を受け、承認されている。

## （3）解析方法

依存群と非依存群との間で、CIDIの依存症診断のための9の質問項目(L12-L20)の回答を比較した。依存群をスクリーニングするとした場合の、それぞれの項目ごとの感度と特異度の合計を計算し、睡眠薬・精神安定剤依存症スクリーニング尺度の項目選定の基準とした。9項目(全項目)から、感度と特異度の合計の低い順に項目を1つずつ減らし、5項目までの尺度(案)を作成した。それぞれの尺度について、依存群+非依存群合計(94名)での内的整合性による信頼性係数(クロンバック $\alpha$ 係数)を計算した。また「はい」を1点、「いいえ」を0点として得点を計算し、平均得点を依存群と非依存群で比較した(t検定)。Receiver Operating Characteristics(ROC)曲線を作成し、最適カットオフ点とそのカットオフ点における感度と特異度を計算した。感度、特異度ともに95%以上の尺度であることを最低限の基準として、最小の項目で睡眠薬・精神安定剤をスクリーニングできる尺度を採用した。

## 2. 研究2：睡眠の行動科学的指導パンフレットの試用

平成12年度に作成した睡眠の行動科学的なセルフケアパンフレット教材（資料として添付）を実際に試用して、その実用性をテストするために3つの調査を行った。

### 1) 保健婦における感想聴取

岡山健保連合会の保健婦約25名に対して、睡眠の行動科学的指導法の理論について説明を行った後に、同パンフレットを渡し、実際に希望者に試用してその感想を葉書で提出するように求めた。最終的に16名(64%)から、試用の感想が返送された。

### 2) 地域高齢者における感想聴取

岡山市の高齢者100名に対して、不眠の健康指導法「ぐっすり眠る」パンフレットを送付して、その感想を葉書で回答してもらった。結果として21名(21%)から回答が寄せられた。

### 3) 通信教育における感想聴取

「ぐっすり眠る」パンフレットと最小限の行動療法を用いた1か月の簡便な通信プログラムによって、睡眠関連習慣行動の改善と睡眠行動の改善が図られるかどうかを検討した。

対象は、A健保組合が全被保険者を対象に実施する1か月の通信制生活習慣改善プログラムの睡眠改善コースに応募した114名(男性52名、女62名)である。本プログラムは、1998年に運動、食事、歯磨き、喫煙、飲酒、休養の6コースで開始し、1999年からは体重コントロールを加えた7つの習慣から参加者がコース

も目標行動も選択し、一月間のセルフモニタリングを行なうという、セルフケア支援型の習慣改善プログラムである。

被保険者に案内と申込書を兼ねたパンフレットを配布し、参加者にはいくつかの習慣から一つを選び、申込書の習慣を自己チェックし、改善のヒントの例から自分で3つ以内の目標行動を選んで申し込みをするように促した。担当者は、参加者の選択目標を転記した記録用紙、記録方法や意義の説明書、テーマ毎の既製の教材（睡眠では『ぐっすり眠る』）を送付し、教材を読んで目標の達成の有無を記録用紙に記録するよう教示した。また、一月後に記録用紙と開始時と同一の習慣評価と感想についての質問表に回答するように伝えた。プログラムに対する感想は1ヶ月後に目標行動の記録と質問表を返送した96名について行なった。

## 3. 研究3：睡眠薬・精神安定剤の適切な使用のためのパンフレットの作成

平成12年度に実施したクイーンズランド大学（オーストラリア）での情報収集とその後の文献レビューから、精神安定剤・睡眠薬の乱用・依存症の適切な服用に関するパンフレットを作成した。

## C. 結果

### 1. 研究1：睡眠薬・精神安定剤の依存症スクリーニング尺度の開発

WHO-CIDIの物質依存の質問項目L12-L20までの回答を、依存群と非依存群で比較した結果を表1に示した。いずれの項目の回答も両群間で有意な差があったが、感度と特異度の合計は質問L12、

L13, L14, L16 で高い傾向にあった。

感度と特異度の合計を参考に、これが低い項目から順に削除して、9項目（全項目）から5項目までの候補尺度を作成した。これらの内的整合性による信頼性係数（クロンバック $\alpha$ ）および依存群、非依存群における平均点の比較を表2に示した。項目数が減少してもクロンバック $\alpha$ 係数はそれほど変化しなかった。いずれの尺度でも2群間で有意な平均値の差がみられた。

これらの候補尺度について ROC 曲線を描いたものを図1に示した。各項目の最適カットオフ点および感度、特異度は、9項目 3+, 100%, 99%; 8項目 3+, 100%, 99%; 7項目 2+, 100%, 95%; 6項目 2+, 100%, 95%; 5項目 2+, 95%, 95%であった。項目数を減らしても、最適カットオフ点でのスクリーニング効率ほとんど変化しなかった。以上の結果から、最も項目数の少ない5項目尺度を最終尺度として採用した。

表3には、この5項目尺度を示した。質問項目が多少複雑であること、本来のWHO-CIDI が訓練を受けた者の面接による使用を前提としていたことから、この5項目尺度は、医師による問診によって使用されるのが適切であると考えた。

表4には、この5項目尺度のそれぞれの項目を、簡便に修正して作成した一般住民用のスクリーニング尺度を示した。この尺度自体の信頼性・妥当性の検討はできていないが、内容的には医師用5項目尺度と同等のスクリーニング効率を有すると期待される。

2. 研究2：睡眠の行動科学的指導パンフレットの試用

1) 保健婦における感想聴取

回答を寄せた16名中10名が同パンフレットの「内容はわかりやすい」と、6名が「内容はまあわかりやすい」としていた。14名が「実際の保健指導に試用できそう」と回答した。2名は無回答だった。8名が「効果ありそう」、6名が「まあ効果ありそう」、2名が「あまり効果なさそう」と回答していた。

2) 地域高齢者における感想聴取

回答を寄せた21名中18名が同パンフレットの「内容はわかりやすい」と、3名が「内容はまあわかりやすい」としていた。6名が「実際に使用できそう」、12名が「まあ使用できそう」と回答した。2名は「使用はやや難しい」、1名は無回答だった。試用期間が短期であったためか、実際に試用した結果を報告した者はいなかった。

3) 通信教育における感想聴取

睡眠に関しては、いずれも、質問表による自己申告であるが、睡眠時間の有意な延長と、入眠潜時と要起床時間の短縮傾向が認められた。すなわち入眠時刻が11.4分早くなる傾向と入眠潜時が7分短縮する傾向が認められ ( $p<.06$ )、本人が申告した全睡眠時間が  $5.96 \pm 0.75$  時間から  $6.18 \pm 0.75$  時間へと13.2分間長くなった ( $p<.01$ )。また、目覚めてから起床までに要する時間が9分程短縮する傾向が認められた ( $p<.08$ )。睡眠関連の習慣行動については、良い習慣が高得点になるよう3段階で、それぞれの項目毎に前後の得点を比較した。前後の比較を

行なった 10 項目の習慣のうち、明らかな改善が認められたのは、「就寝直前までの仕事や勉強」「カフェイン摂取」「ベッドでのテレビや仕事」「目覚めたらすぐに起きる」「のんびりとした入浴」「定期的な運動」の 6 項目であり、「休日の朝寝坊」では改善傾向がみられた ( $p < .1$ )。

プログラムに対する感想については、プログラムの 1 か月という期間については、適当が 89%と圧倒的に多く、目標の選択もスムーズにできた者が 68%と多数であった。記録は毎日行なった者は 25% と少なく、まちまち (43%) だったり、まとめて書いた (30%) 者が多かった。記録用紙は使い易いが約半数で、終了後は自分でだいたい続けられる (51%) と半分くらいはできる (41%) で殆どを占めた。教材は半数が「1 回はじっくりと読み」「2 回以上」も 12%みられた。教材の内容は「大変役立った」が 22%、「少し役立った」が 49%であった。プログラムについては、「少し役立った」が 34.4%と最も多く、「まあまあ役立った」が 28.1%、「大変役立った」が 13.5%で、あまり役立たなかったも 17.7%あった。

### 3. 研究 3 :

平成 12 年度に試作した、睡眠薬・精神安定剤の適切な服用に関するパンフレットをさらに改善して、一般住民用のパンフレットを完成した (資料参照)。このパンフレットには、睡眠薬・精神安定剤の種類、そのメカニズム、適切な服用方法、依存の症状および発生メカニズム、依存にならないための方法、依存以外の副作用、依存になった場合の治療法に加

えて、本年度研究で作成した 5 項目の一般住民用の睡眠薬・精神安定剤依存症チェックリストを加えた。

### D. 考察

本研究では、睡眠薬・精神安定剤への依存症をチェックする医師用および一般住民用のスクリーニング尺度が作成された。医師問診用の尺度は 5 項目と簡便にもかかわらず、感度 95%、特異度 95%と高いスクリーニング効率を示した。これによって、一般内科医などが睡眠薬・精神安定剤を投与している患者の依存度を知ることができ、より適切な投薬のための手がかりを得ることができるようになったと考える。

一般住民用の尺度については、本研究の範囲では十分にその信頼性、妥当性の検討を行うことができず、さらに検討が必要であるが、医師用尺度をもとに作成されており、ある程度信頼した評価を与えるものと思われる。睡眠薬・精神安定剤を服用している一般住民が自分の依存度をチェックし、医師に相談することで、医師による薬剤の変更や依存への指導などによって依存のリスクを減らすことが可能になると考える。

また、睡眠の非薬物的指導法 (行動科学的指導法) のセルフケア用パンフレットは、保健指導を担当する保健婦、地域の高齢者、通信教育による睡眠指導を受けた群で、おおむね理解しやすい、使用しやすい資料であると評価を受けた。睡眠薬・精神安定剤の問題のある使用の頻度の高い高齢者においても理解しやすいと評価されたことは本パンフレットの有