

- 榎本みのり, 野崎健太郎, 村上裕樹, 守口善也, 清夏 岡有, 樋口重和, 三島和夫. 【ポスター発表】生体リズムの個人特性と睡眠恒常性維持反応との関連. 第17回日本時間生物学会学術大会. 東京, 2010年11月.
29. 栗山健一, 本間元康, 三島和夫, 金吉晴. 【ポスター発表】習慣的睡眠時刻前後の恐怖記憶特性における性差. 第17回日本時間生物学会学術大会. 東京, 2010年11月.
30. 榎本みのり, 岡田(有竹)清夏, 樋口重和, 肥田昌子, 北村真吾, 三島和夫. 【ポスター発表】メラトニン分泌開始時刻(DLMO)と入眠潜時の関係. 第17回日本時間生物学会学術大会. 東京, 2010年11月.
31. 樋口重和, 肥田昌子, 金城陽平, 福田知美, 三島和夫. 【ポスター発表】ヒトのメラノプシン遺伝子の一塩基多型と瞳孔の光調節反応の関係. 第17回日本時間生物学会学術大会. 東京, 2010年11月.
32. 肥田昌子, 三島和夫. 【シンポジウム】概日リズム睡眠障害の診断法の確立に向けて. 第17回日本時間生物学会学術大会. 東京, 2010年11月.
38. 肥田昌子, 渡邊真紀子, 加藤美恵, 北村真吾, 榎本みのり, 亀井雄一, 角谷寛, 内山真, 井上雄一, 三島和夫. 【ポスター発表】概日リズム睡眠障害および睡眠特性と時計遺伝子多型の関連解析. 第17回日本時間生物学会学術大会. 東京, 2010年11月.
39. 榎本みのり, 有竹清夏, 樋口重和, 肥田昌子, 北村真吾, 三島和夫. メラトニン分泌開始時刻(DLMO)と入眠潜時の関係. 第26回不眠研究会. 東京, 2010年12月.
40. 三島和夫. 【記念講演】概日リズム睡眠障害の病態生理と治療 -ヒト生物時計障害の高精度診断技法の開発をめざして-. 日本生理学会第243回東京談話会. 埼玉, 2010年12月.

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業  
高齢者に対する向精神薬の使用実態と適切な使用方法の確立に関する研究  
分担研究報告書

生活習慣病罹患における睡眠薬の使用実態に関する調査

主任研究者 兼板佳孝<sup>1</sup>、三島和夫<sup>2</sup>

研究協力者 草薙宏明<sup>2,3</sup>、榎本みのり<sup>2</sup>、北村真吾<sup>2</sup>、筒井孝子<sup>4</sup>、大冢賀政昭<sup>4</sup>

1 日本大学医学部公衆衛生学教室

2 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神生理研究部

3 秋田大学医学部運動器学講座精神医学分野

4 国立保健医療科学院福祉サービス部

研究要旨

【目的】慢性不眠症は生活習慣病罹患のリスク要因であり、逆に生活習慣病は不眠の原因となる。また、生活習慣病の有病率は加齢とともに増加するため、睡眠薬の服用の際には Risk-benefit balance や薬物相互作用に留意が必要である。本研究では診療報酬データを用いて生活習慣病治療と不眠治療の罹患実態について調査を行った。

【対象と方法】複数の健保団体加入者の診療報酬データを用いて、2005年4月1日～同年6月30日の3ヶ月間に被保険者となっていた20歳～74歳の215,988名について、生活習慣病(糖尿病、高血圧、高脂血症)病名、生活習慣病治療薬処方、睡眠障害病名、睡眠障害を除く精神疾患病名、睡眠薬処方について調査した。

【結果】以下の諸点が明らかになった。

1. 生活習慣病の罹患患者数は高血圧、高脂血症、糖尿病の順に多かった。
2. 睡眠薬処方率は、生活習慣病非罹患患者(1.74%、一般人口における推定値では2.42%)に比較して生活習慣病罹患患者(8.23%、同10.66%)と高かった。
3. いずれの生活習慣病罹患患者においても女性の睡眠薬処方率が高かった。
4. 睡眠薬処方率の交絡要因として強くはたらいっている精神疾患罹患患者を対象からはずしても、生活習慣病罹患患者の睡眠薬処方率が非罹患患者よりも各年齢層で高かった。

【考察】生活習慣病罹患患者は非罹患者に比べて睡眠薬処方率が有意に高いことが示された。これは精神疾患による不眠という交絡要因の1つを取り除いても同様であった。実際に処方されている患者でもこれだけの差があることが確認されたため、受療していない

者を含めると生活習慣病における不眠の頻度は更に高い可能性がある。生活習慣病における不眠リスク、睡眠医療の実態に関する啓発は今後も重要と考えられた。

#### A. 研究目的

平成 12 年(2000 年)から 21 世紀における国民健康づくり運動(健康日本 21)が推進されている。その後医療制度改革が進められる中で、国民の健康づくりを推進するための法的基盤として、健康日本 21 を中核とする健康増進法が平成 14 年(2002 年)に成立し、生活習慣病はこれまで以上に重要視されるようになった。さらに平成 15 年(2003 年)3 月には、健康日本 21 に定められた睡眠に関する目標を達成するために、健康づくりのための睡眠指針が策定された。

生活習慣病は、生活習慣により発症すると考えられる疾患すべての総称である。その中でも糖尿病、高血圧、高脂血症は生活習慣病の中の 3 大疾患として重要視されている。これらの生活習慣病は動脈硬化を引き起こし、動脈硬化性疾患である脳血管性疾患や虚血性心疾患を引き起こす原因となる。脳血管疾患と心疾患は悪性新生物に次ぐ日本国民の死因の上位を占めるものであり、死に至らずとも発症後の QOL を著しく低下させる。

睡眠も健康のための重要な要素である。慢性不眠は日中の眠気や認知機能の低下を招き、社会機能を低下させる。したがって国民の健康を推進する上で、生活習慣病も睡眠障害もどちらも積極的に取り組むべき問題であるといえる。特に高齢者では、動脈

硬化性疾患による ADL 低下や認知機能低下、認知機能の低下に続く認知症状の増悪や徘徊、焦燥、興奮、暴力行為などの行動障害、不眠に伴うせん妄、などを引き起こす。これらは家族を含む介護者を疲弊させるほか、医療費や介護費用の増大にもつながる。

糖尿病では入眠困難、中途覚醒が多く、HbA1c 高値や糖尿病神経障害の存在といった重症度が高い患者ほど不眠の頻度が高まると言われている。また不眠によってインスリン抵抗性が増悪して血糖値が上昇し、睡眠障害が改善すると糖尿病治療による HbA1C の改善幅が大きくなるという報告もある。高血圧も不眠と関係がある。一晩の断眠だけでも圧受容体反射のセットポイントが変化して血圧が上昇する。前向き研究では、入眠困難や中途覚醒のある群で高血圧の発症リスクが約 2 倍に高まるという結果が報告されている。高血圧の患者は、頭重感、肩こり、動悸、めまい、疲労感、いらいら感などを訴えることがあるが、これらの症状が不眠の原因となりうる。高脂血症(脂質異常症)も不眠と切り離せない。短時間睡眠のときには食欲と空腹感が増すが、これは短時間睡眠によって空腹シグナルであるグレリンが終日高値を示し、満腹のシグナルであるレプチンが終日低値を示す結果と考えられている。睡眠時間は短すぎても長すぎても肥満度が

高くなるという報告がある。また肥満度が高いほど閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)での無呼吸低呼吸指数(apnea hypopnea index: AHI)は高値を示し、夜間の睡眠の質が低下する。肥満は糖尿病、高血圧、高脂血症の危険因子であり、それぞれ相互に危険因子や増悪因子となる。

このように生活習慣病と睡眠障害は独立したのではなく相互に影響しあう。しかし生活習慣病の治療を受けている患者の6割はかかりつけ医に不眠の相談をしておらず、生活習慣病の治療に当たる医師の7割が不眠についての問診を行っていないというアンケート調査報告もある。そこで本研究では、大型診療報酬データを用いて日本の臨床現場における生活習慣病(糖尿病、高血圧、高脂血症)治療と不眠治療の実態に関する横断調査を行った。

## B. 研究対象と方法

解析対象は、2005年4月1日～同年6月30日の3ヶ月間に日本医療データセンター(JMDC)が保有する5つの大型健保団体に加入していた20歳～74歳の被保険者215,988名(男性128,273名、女性87,715名)の連結可能匿名化された診療報酬データである。このデータは、JMDC社がもつID化技術によって同一被保険者の毎月の診療報酬データを結合したものであり、調査対象患者を特定することなく個人の受療状況を継続的に追跡することが可能である。

同期間内の診療報酬データの中から抽出した情報は、年齢、性別、表1に示した睡眠

薬の処方の有無、表2に示した精神疾患および睡眠障害のICD-10コード、表3-1から表3-3に示した生活習慣病(糖尿病、高血圧、高脂血症)病名のICD-10コード、表4-1から表4-3に示した糖尿病治療薬・高血圧治療薬・高脂血症治療薬の処方の有無、である。長期処方例があることを考慮し、3ヶ月の調査対象期間に1度でも処方があれば、調査対象期間に該当薬剤の処方あり、と定義した。病名についても同様に、調査対象期間内に1度でも病名がついていれば、該当病名あり、と定義した。そのうえで、生活習慣病病名とその治療薬の両方があるときに、その者を生活習慣病罹患者と定義した。例えば、高血圧の病名があり、高血圧治療薬が処方されていれば、その者は高血圧の罹患患者であるとみなし、高血圧の治療に用いることのある薬剤(利尿薬など)が処方されていても、高血圧の病名がついていなければ、高血圧の罹患患者とはみなさない、といった定義様式である。生活習慣病では生活指導のみで薬物治療が行われない場合があるが、このような症例は生活習慣病の境界群として、今回の解析では生活習慣病罹患者には含めなかった。精神疾患の罹患者の定義には生活習慣病のそれとは異なる方法を用いた。精神疾患は、1つの病名に対して固有の治療薬が存在することは稀で、薬物治療は対症療法的であることが多々ある。すなわち病名と治療薬の対応がかなり非特異的であることから、生活習慣病と同様の定義様式では罹患者を抽出できない。このため、精神疾患病名があれば精神疾患の罹患者と定義し

た。

これらの情報をクロス集計し、生活習慣病と睡眠薬処方の実態について解析した。

#### [倫理面への配慮]

本研究で用いられたデータは、複数の大型健保団体からJMDC社に提供された診療報酬データをJMDC内で連結可能匿名化された上で国立精神・神経医療研究センター向けに固有IDを割り振られて供出されたものであり、患者を特定できる個人情報には付帯されていない。

### C. 結果

糖尿病、高血圧、高脂血症の罹患者数および被保険者における割合を表5-1、表5-2および図1に示した。図の左側は被保険者における罹患率であり、右側は一般人口における推定罹患率である。推定罹患率の算出には、5歳階級・男女別の保団体加入者における服用率と平成17年国勢調査・年齢別人口データを用いた。これらの生活習慣病の中では高血圧の罹患率が最も高く、次いで高脂血症、糖尿病と続いた。

糖尿病・高血圧・高脂血症罹患者の睡眠薬の3ヶ月処方率(以下、処方率)と、これらの生活習慣病に罹患していない者の睡眠薬処方率を比較した(図2、表6-1、表6-2)。図の左側は被保険者での睡眠薬処方率であり、右側は一般人口における睡眠薬処方率である。推定処方率は生活習慣病の推定罹患率を求めるときと同様に算出した。生活

習慣病に罹患していない者に比べて、生活習慣病罹患者では有意に睡眠薬処方率が高かった。高血圧と高脂血症では糖尿病よりも睡眠薬処方率が高かったが、有意差は認めなかった。被保険者データでは、生活習慣病の合併数による睡眠薬処方率の差は認めなかった。一般人口における推定値では、単独の生活習慣病罹患または3種すべての生活習慣病罹患に比較して、生活習慣病の合併数が2つのときに特に男性での睡眠薬処方率が高かった。図表に示したどの場合においても女性の睡眠薬処方率が高かった。

一般に、精神疾患では不眠を生じやすいことが知られているが、今回の調査対象においても、精神疾患罹患者と睡眠障害以外の精神疾患病名のない者との睡眠薬処方率はそれぞれ35.47%と1.02%であり、精神疾患罹患者では明らかに睡眠薬処方率が高かった。これに生活習慣病の有無を加えて睡眠薬処方率を比較した(図3、表7-1、表7-2)。被保険者データでは、精神疾患罹患者では生活習慣病の有無が睡眠薬処方率に影響していなかったが、精神疾患に罹患していない者においては生活習慣病罹患者の睡眠薬処方率は生活習慣病に罹患していない者の6~7倍であり、有意に高かった。一般人口における推定値では、精神疾患罹患者でも生活習慣病を合併した者の睡眠薬推定処方率は、生活習慣病に罹患していない者の約2倍であった。精神疾患に罹患していない者においては、生活習慣病罹患者の睡

眠薬推定処方率は、生活習慣病に罹患していない者の12～13倍であった。生活習慣病の有無別に精神疾患罹患者の比率を見ると、生活習慣病に罹患していない群よりも生活習慣病罹患群で精神疾患罹患者の比率が高かった（図4-1、図4-2：図中の「精神疾患(+)」は精神疾患罹患者の群を、「精神疾患(-)」は精神疾患に罹患していない群を示す）。にもかかわらず、睡眠薬を処方されている者の中で生活習慣病に罹患していない群における精神疾患罹患者の比率よりも、生活習慣病罹患群におけるそれは低かった（図5-1、5-2）。これは被保険者においても、一般人口における推定値でも同様であった。

生活習慣病有無別、男女別、年齢階層別の睡眠薬処方率を図6に示した。また、生活習慣病及び精神疾患の有無別の睡眠薬処方率を図7に示した。すべての年齢層で生活習慣病罹患群では生活習慣病に罹患していない者よりも睡眠薬の処方率が高かった。生活習慣病罹患群で、かつ睡眠薬処方を受けている者では、若年時には精神疾患を合併している者が多数を占めていた。

このように睡眠薬処方率には精神疾患の有無が交絡要因として強くはたらいっている。そこで精神疾患に罹患していない者のみを対象として生活習慣病の有無で睡眠薬処方率をみると、生活習慣病罹患群では精神疾患の有無とは独立して睡眠薬処方率が高いことが示された（図8）。また、生活習慣病の有無にかかわらず、年齢が高くなるほど

睡眠薬の処方率は高くなる傾向が、精神疾患の影響を除いても認められた。

#### D. 考察

本研究では、診療報酬データから解析を行った。診療報酬データの病名は診療行為に対してその必要性を説明するための病名という位置づけになっている。したがって病名の有無が疾患の有無を保証するものではない。また、何らかの生活習慣病があっても受診していない者は、たとえそれが睡眠薬を処方されている者であったとしても抽出することができないという限界がある。また、生活習慣病病名のみで治療薬が処方されていない者には、以下の者が含まれるだろう：検査データに異常はあるが一時的な所見でないかどうかを評価する期間内にいる者、一時的な検査データの異常をきたして病名がついたが改善した後も速やかに病名が削除されることなく残っている者、まずは生活指導で改善できないかを評価する期間内にいる者、生活指導のみで改善が得られている者、境界域の検査データ異常の者、他の疾患の治療を受けていて、新たに生活習慣病を指摘されたが、生活習慣病の薬物治療を拒否している者、など様々なケース。ここには生活習慣病の罹患群とそうでない者が含まれ、その内訳を知ることはできない。そのためこれらの雑多な群を対象から除外し、病名と治療薬の両方がそろった確実性の高い群を罹患群とした。よって本研究における

生活習慣病罹患率は日本における生活習慣病の実態とは異なる可能性がある。実際、厚生労働省が発表した平成14年度糖尿病実態調査報告では「糖尿病が強く疑われる人」は約740万人でその約半数、すなわち370万人が治療を受けているという推定値になっているが、本研究のデータから求めた推定受療者数は約300万人であり、少し開きがある。75歳以上の人口層がデータベースにないことも影響しているだろう。

本研究は明らかな生活習慣病罹患の中での睡眠薬処方の実態を知ることが目的とした。糖尿病、高血圧、高脂血症といった生活習慣病の罹患者は、それらの生活習慣病に罹患していない者に比べると、有意に睡眠薬の服用率が高いことが示された。本研究で得られた睡眠薬の処方率は症候論的に定義された不眠の罹患率とは異なるが、少なくとも睡眠薬を用いた医療を要するような中等度以上の不眠症が生活習慣病に併存しやすいことを明瞭に示している。本研究が対象とした集団では、生活習慣病が1つであっても複数合併しても睡眠薬服用率には有意な差は認めなかったため、生活習慣病の合併数ではなく、その有無が重要であるものと考えられた。一方、一般人口における推定値では、生活習慣病を2つ合併した群で、単独の生活習慣病罹患者や3つすべての生活習慣病罹患者よりも睡眠薬処方率が高いという結果であった。生活習慣病3つの合併よりも2つの合併で睡

眠薬処方率が高いのは、身体疾患が多数あって身体症状がより重篤である患者の場合、不眠があっても全身状態が悪いために睡眠薬の処方がためられるケースが多く含まれてくるためかもしれない。

睡眠薬処方率は年齢とともに増加するが、生活習慣病罹患者でも同様であった。調査対象とした集団では、精神疾患罹患者では生活習慣病の有無で睡眠薬の処方率に変化はなかったが、もともと精神疾患に伴う不眠があった者であればその後生活習慣病を合併しても新たに睡眠薬を処方されるわけではないことや、精神疾患での睡眠薬処方率がもともとかなり高いために生活習慣病による不眠の影響が検出できなかった可能性がある。一方、精神疾患なしの群では、生活習慣病の有無で睡眠薬の処方率に6~7倍の差があった。これは生活習慣病によって不眠を生じるリスクが高まる可能性があることを示しているのかもしれない。

一般人口における推定値では、精神疾患罹患者でも生活習慣病に罹患している群では非罹患者に比較して睡眠薬処方率が増加している。その比は2倍であり、精神疾患に罹患していない者の12~13倍に比べると小さいが、数値としては約35%から約70%への明らかな増加である。睡眠薬の処方を受けている生活習慣病罹患者において、精神疾患に罹患していない者の比率が精神疾患罹患者を上回っていたという結果(図5-1, 図5-2)は、実際の処方件数が精神疾患罹患者群よりも精神疾患

に罹患していない群で多かったことを表している。そのため、生活習慣病治療にあたる精神科・心療内科以外の医師の不眠治療における役割は重要であるといえる。

冒頭で述べた質問紙による調査では、ある働く世代の集団では、検診で血糖値異常、高血圧、高脂血症を指摘されても放置している人は、治療を受けている人の約3倍もおり、生活習慣病の治療群よりも放置群の方がより多く不眠を抱えているという実態がある。しかも治療を受けている群でも、医師に不眠の相談をしない者が約6割もおり、放置群では約8割にも及ぶ。本研究は生活習慣病の治療を受けている者を生活習慣病の罹患患者として解析対象とした。生活習慣病の放置群や生活習慣病の治療を受けていても不眠を放置している群も加えると、生活習慣病全体における不眠の併存率は睡眠薬処方率よりも更に大きい値になる可能性がある。国民の生活習慣病実態をより正確に把握するためには、非受診者の実態も明らかにする必要がある、受療率を高めるための啓発はまだまだ重要であると思われる。

#### E. 結語

本年度は約21万5千人の診療報酬データを用いて、生活習慣病の有無による睡眠薬処方方の差異について、その実態を調査した。今後は、不眠の重症度の1つの指標である処方力価を含めた解析や、他の向精神薬についての同様の解析、臨床転記に関する調

査を実施する予定である。

#### F. 研究発表

##### G-1) 論文発表

1. Akahoshi T, Uematsu A, Akashiba T, Nagaoka K, Kiyofuji K, Kawahara S, Hattori T, Kaneita Y, Yoshizawa T, Takahashi N, Uchiyama M, Hashimoto S. Obstructive sleep apnoea is associated with risk factors comprising the metabolic syndrome. *Respirology*, 15, 1122-1126, 2010
2. Nakajima H, Kaneita Y, Yokoyama E, Tamaki T, Munezawa T, Matsuzaka M, Danjo K, Takahashi I, Umeda T, Nakaji S, Ohida T. Insomnia symptoms associated with hyperglycemia. *Sleep and Biological Rhythms*: 8, 203-211, 2010
3. Yokoyama E, Kaneita Y, Saito Y, Uchiyama M, Matsuzaki Y, Tamaki T, Munezawa T, Ohida T. Association between Depression and Insomnia Subtypes: A Longitudinal Study on the Elderly in Japan. *Sleep*, 33: 1693-1702, 2010
4. Kaneita Y, Munezawa T, Suzuki H, Ohtsu T, Osaki Y, Kanda H, Minowa M, Suzuki K, Tamaki T, Mori J, Yamamoto R, Ohida T. Excessive daytime sleepiness and sleep behavior among Japanese



- adolescents: A nationwide representative survey. *Sleep and Biological Rhythms* 8: 282-294, 2010
5. Munezawa T, Kaneita Y, Osaki Y, Kanda H, Ohtsu T, Suzuki H, Minowa M, Suzuki K, Higuchi S, Mori J, Ohida T. Nightmare and Sleep Paralysis among Japanese Adolescents: A Nationwide Representative Survey. *Sleep Medicine* 12: 56-64, 2010
  6. Furihata R, Uchiyama M, Takahashi S, Konno C, Suzuki M, Osaki K, Kaneita Y, Ohida T. Self-help behaviors for sleep and depression: A Japanese nationwide general population survey. *Journal of Affective Disorders*, 130: 75-82, 2011
  7. Itani O, Kaneita Y, Murata A, Yokoyama E, Ohida T. Association of onset of obesity with sleep duration and shift work among Japanese adults. *Sleep Medicine* 12: 341-345, 2011
  8. Suzuki H, Kaneita Y, Osaki Y, Minowa M, Kanda H, Suzuki K, Wada K, Hayashi K, Tanihata T, Ohida T. Clarification of the factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among Japanese adolescents and associated sleep status. *Psychiatry Research*, In press
  9. Yamamoto R, Kaneita Y, Harano S, Yokoyama E, Tamaki T, Munezawa T, Suzuki H, Ohtsu T, Aritake S, Ohida T. New onset and natural remission of excessive daytime sleepiness and its correlates among high school students. *Sleep and Biological Rhythms*, In press
  10. Munezawa T, Kaneita Y, Osaki Y, Kanda H, Ohtsu T, Minowa M, Suzuki K, Higuchi S, Mori J, Yamamoto R, Ohida T. The Association Between Use of Mobile Phones After Lights Out and Sleep Disturbances Among Japanese Adolescents: A Nationwide Cross-Sectional Survey. *Sleep*, In press
- H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

図1 男女別の生活習慣病罹患者の割合

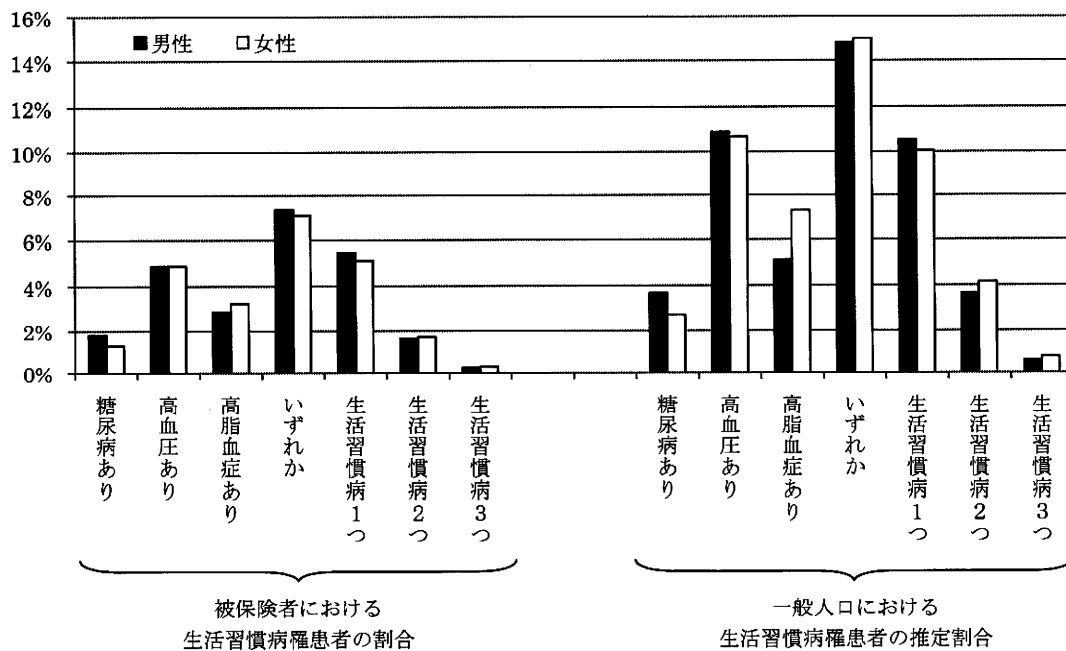


図2 生活習慣病の罹患者における睡眠薬処方率

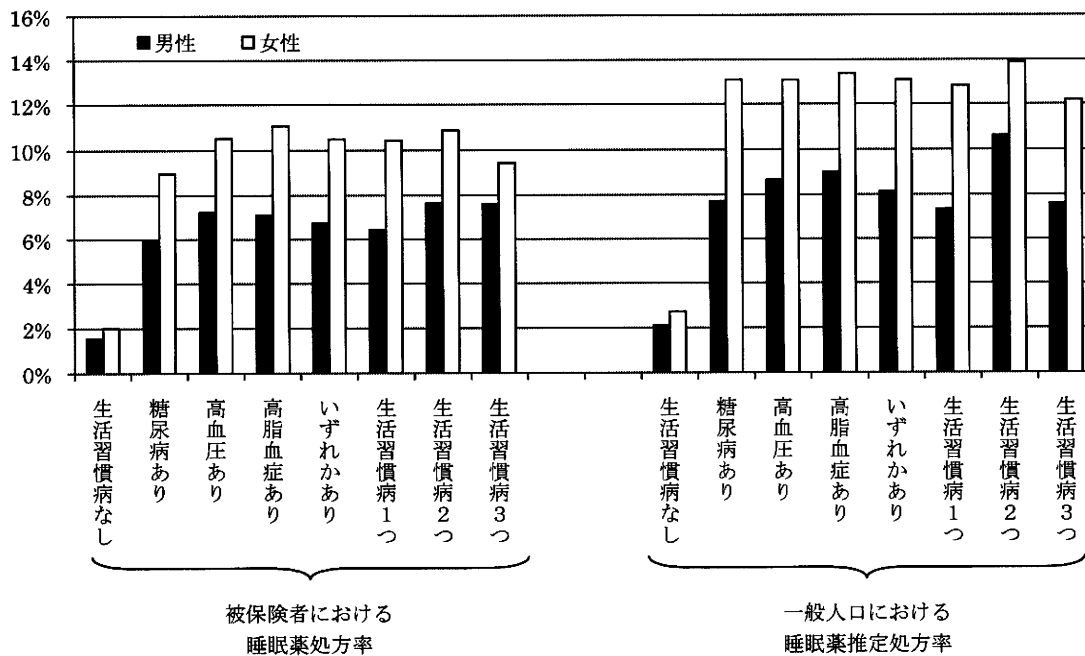


図3 精神疾患および生活習慣病と睡眠薬処方率

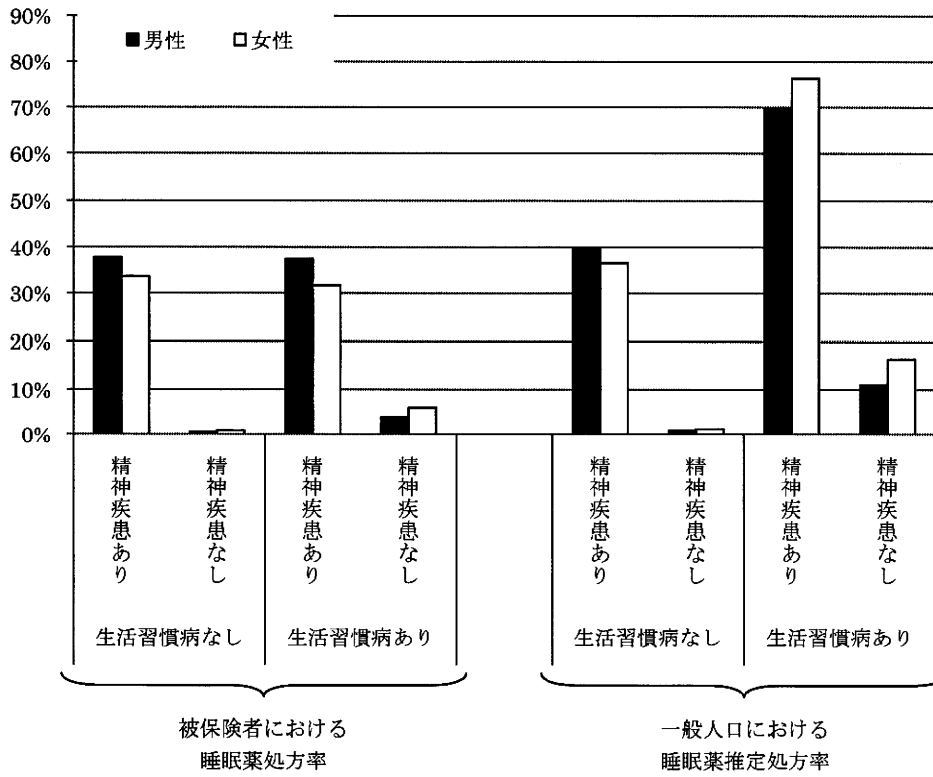


図4-1 生活習慣病罹患の有無別の精神疾患罹患者の割合(対被保険者)

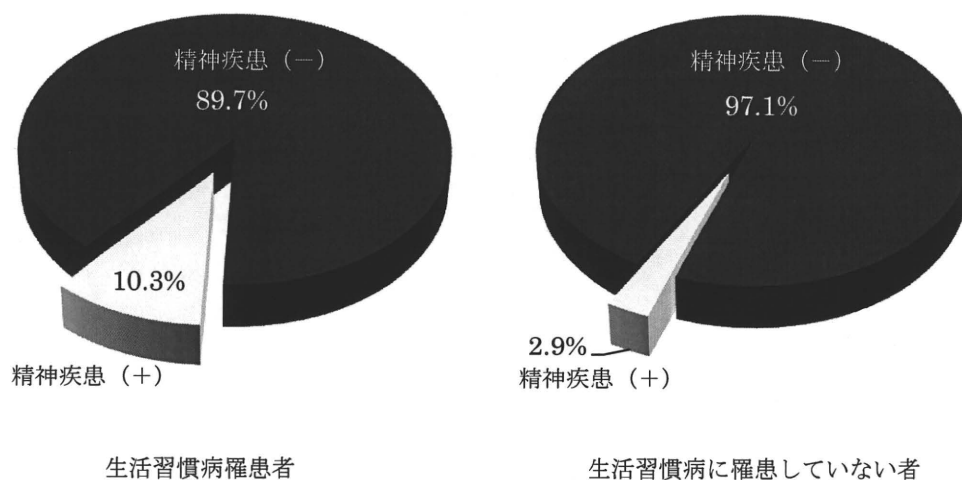


図4-2 生活習慣病罹患の有無別の精神疾患罹患者の割合(一般人口における推定値)

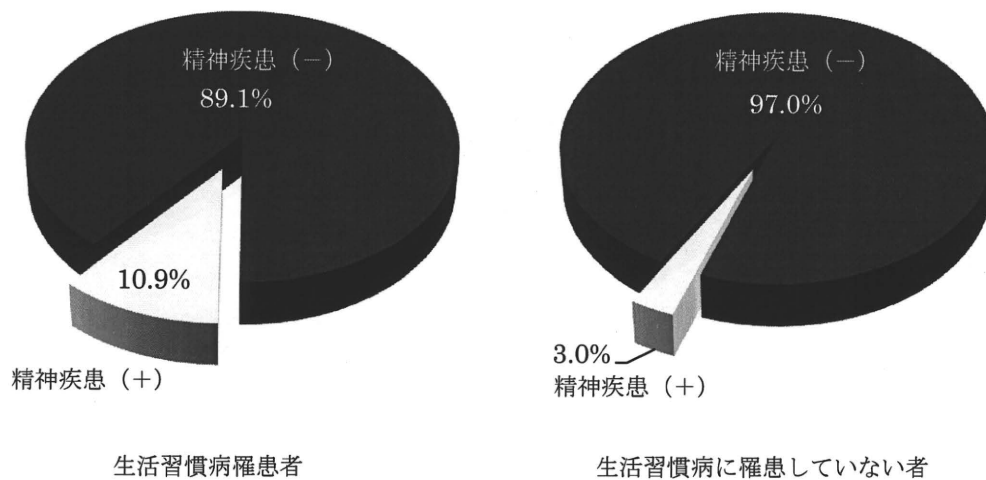


図5-1 睡眠薬を処方されている者における精神疾患罹患者の割合  
(対被保険者)

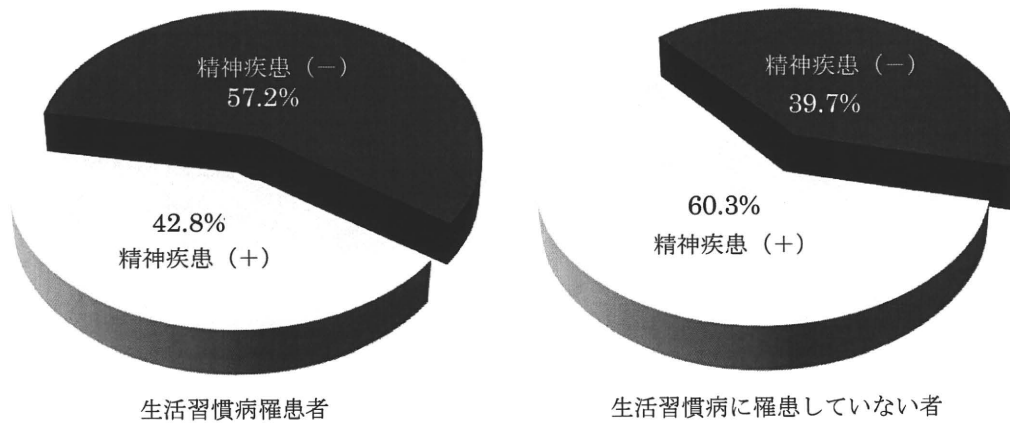


図5-2 睡眠薬を処方されている者における精神疾患罹患者の割合  
(一般人口における推定値)

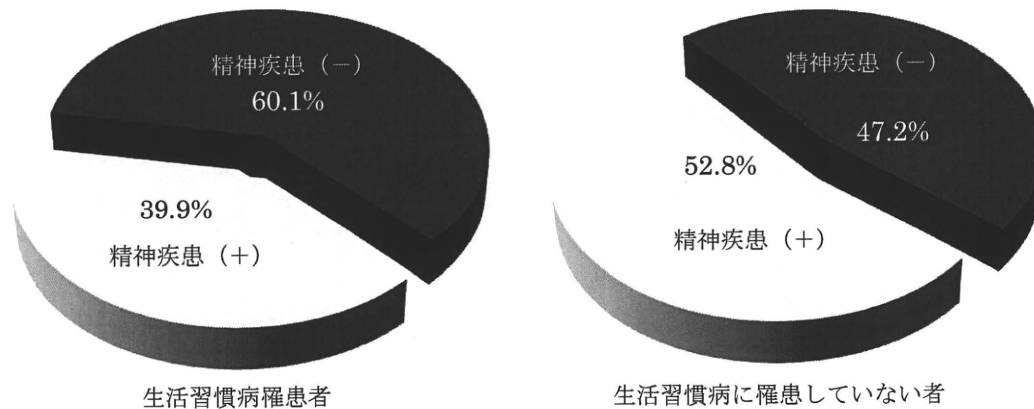


図6 生活習慣病有無別、男女別、年齢階層別の睡眠薬処方率(対被保険者%)

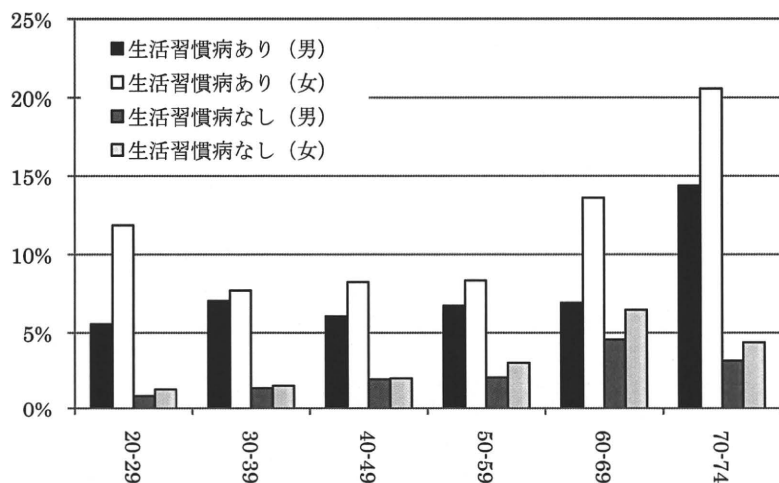


図7 生活習慣病及び精神疾患の有無別の睡眠薬処方率

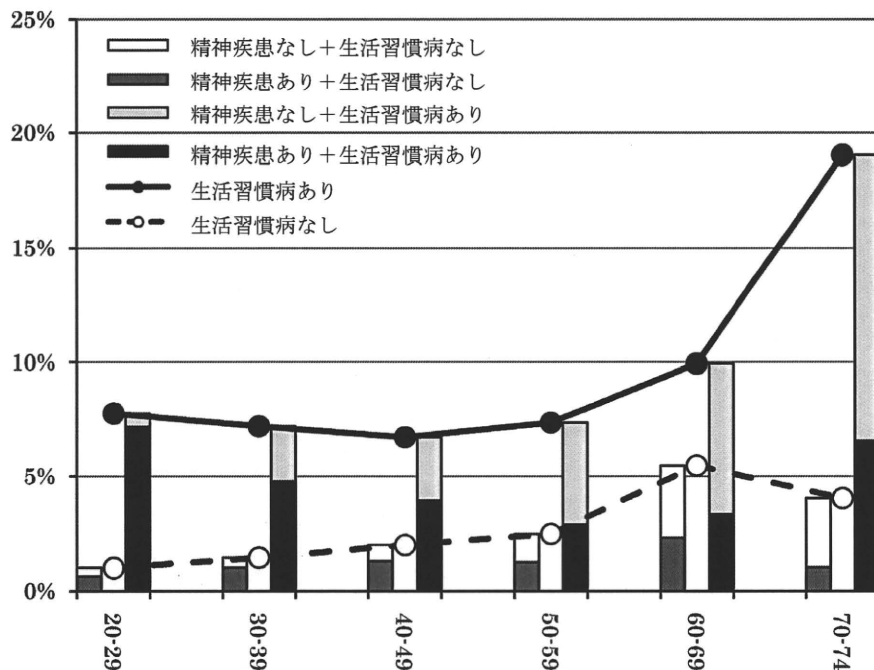


図8 各年齢階層における生活習慣病有無別の睡眠薬処方率（精神疾患非罹患者）

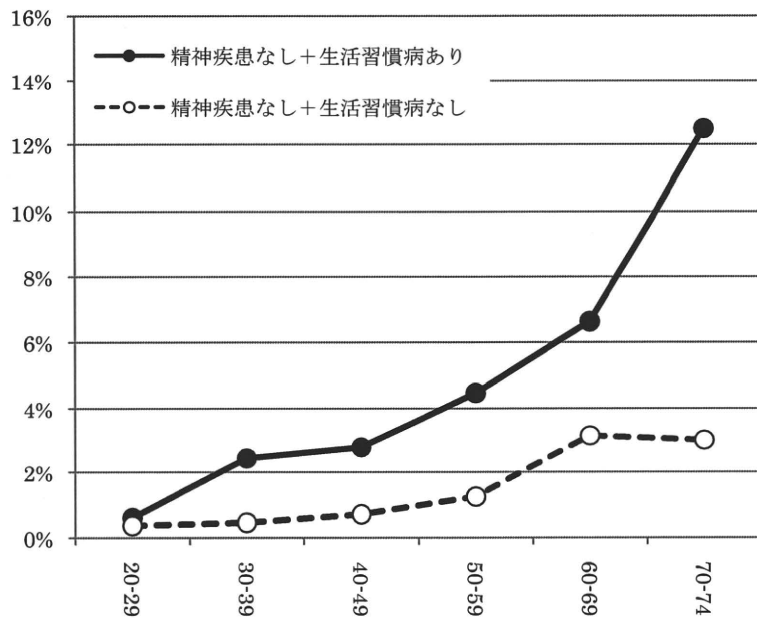


表 1 解析対象睡眠薬一覧

---

ベンゾジアゼピン系薬物

エスタゾラム  
エチゾラム  
クアゼパム  
ゾピクロン  
ゾルピデム  
トリアゾラム  
ニトラゼパム  
ニメタゼパム  
ハロキサゾラム  
フルニトラゼパム  
フルラゼパム  
プロチゾラム  
リルマザホン  
ロルメタゼパム

---

バルビツール酸誘導体

アモバルビタール  
セコバルビタール  
バルビタール  
ペントバルビタール

---

その他

セミコハク酸プトクタミド  
パッシフローラ エキス  
プロモバレリル尿素  
抱水クロラール

---



表2 解析対象の精神疾患の診断分類

---

DS 群: 睡眠障害群 (Disordered Sleep 群)

F51 非器質性睡眠障害

- F51.0 非器質性不眠症
- F51.2 非器質性睡眠・覚醒スケジュール障害
- F51.3 睡眠時遊行症[夢遊病]
- F51.4 睡眠時驚愕症[夜驚症]
- F51.5 悪夢
- F51.8 その他の非器質性睡眠障害
- F51.9 非器質性睡眠障害, 詳細不明

G47 睡眠障害(神経系疾患)

- G47.0 睡眠の導入及び維持の障害[不眠症]
  - G47.2 睡眠・覚醒スケジュール障害
  - G47.3 睡眠時無呼吸
  - G47.8 その他の睡眠障害 (Klein-Levin, etc..)
  - G47.9 睡眠障害, 詳細不明
- 

F0 群: 症状性を含む器質性精神障害

- F00 アルツハイマー病の認知症
  - F01 血管性認知症
  - F02 他に分類されるその他の疾患の認知症
  - F03 詳細不明の認知症
  - F04 器質性健忘症候群, アルコールその他の精神作用物質によらないもの
  - F05 せん妄, アルコールその他の精神作用物質によらないもの
  - F06 脳の損傷及び機能不全並びに身体疾患によるその他の精神障害
  - F07 脳の疾患, 損傷及び機能不全による人格及び行動の障害
  - F09 詳細不明の器質性又は症状性精神障害
- 

F1 群: 精神作用物質使用による精神及び行動の障害

- F10 アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害
  - F11 アヘン類使用による精神及び行動の障害
  - F12 大麻類使用による精神及び行動の障害
  - F13 鎮静薬又は催眠薬使用による精神及び行動の障害
  - F14 コカイン使用による精神及び行動の障害
  - F15 カフェインを含むその他の精神刺激薬使用による精神及び行動の障害
  - F16 幻覚薬使用による精神及び行動の障害
  - F17 タバコ使用<喫煙>による精神及び行動の障害
  - F18 揮発性溶剤使用による精神及び行動の障害
  - F19 多剤使用及びその他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害
-

F2 群: 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害

- F21 統合失調症型障害
  - F22 持続性妄想性障害
  - F23 急性一過性精神病性障害
  - F24 感応性妄想性障害
  - F25 統合失調感情障害
  - F28 その他の非器質性精神病性障害
  - F29 詳細不明の非器質性精神病
- 

F3 群: 気分[感情]障害

- F30 躁病エピソード
  - F31 双極性感情障害 [躁うつ病]
  - F32 うつ病エピソード
  - F33 反復性うつ病性障害
  - F34 持続性気分障害
  - F38 その他の気分障害
  - F39 詳細不明の気分障害
- 

F4 群: 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害

- F40 恐怖症性不安障害
  - F41 その他の不安障害
  - F42 強迫性障害<強迫神経症>
  - F43 重度ストレスへの反応及び適応障害
  - F44 解離性[転換性]障害
  - F45 身体表現性障害
  - F48 その他の神経症性障害
- 

F5 群: 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群

- F50 摂食障害
  - F51 非器質性睡眠障害 (→睡眠障害群へ)
  - F52 性機能不全, 器質性障害又は疾病によらないもの
  - F53 産じょくく褥>に関連した精神及び行動の障害, 他に分類されないもの
  - F54 他に分類される障害又は疾病に関連する心理的又は行動的要因
  - F55 依存を生じない物質の乱用
  - F59 生理的障害及び身体的要因に関連した詳細不明の行動症候群
- 

F6 群: 成人の人格及び行動の障害

- F60 特定の人格障害
- F61 混合性及びその他の人格障害
- F62 持続的人格変化, 脳損傷及び脳疾患によらないもの
- F63 習慣及び衝動の障害
- F64 性同一性障害

- F65 性嗜好の障害
  - F66 性発達及び方向づけに関連する心理及び行動の障害
  - F68 その他の成人の人格及び行動の障害
  - F69 詳細不明の成人の人格及び行動の障害
- 

F7 群： 知的障害(精神遅滞)

- F70 軽度知的障害(精神遅滞)
  - F71 中等度知的障害(精神遅滞)
  - F72 重度知的障害(精神遅滞)
  - F73 最重度知的障害(精神遅滞)
  - F78 その他の知的障害(精神遅滞)
  - F79 詳細不明の知的障害(精神遅滞)
- 

F8 群： 心理的発達の障害

- F80 会話及び言語の特異的発達障害
  - F81 学習能力の特異的発達障害
  - F82 運動機能の特異的発達障害
  - F83 混合性特異的発達障害
  - F84 広汎性発達障害
  - F88 その他の心理的発達障害
  - F89 詳細不明の心理的発達障害
- 

F9 群： 小児(児童)期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害

- F90 多動性障害
  - F91 行為障害
  - F92 行為及び情緒の混合性障害
  - F93 小児(児童)期に特異的に発症する情緒障害
  - F94 小児(児童)期及び青年期に特異的に発症する社会的機能の障害
  - F95 チック障害
  - F98 小児(児童)期及び青年期に通常発症するその他の行動及び情緒の障害
- 

F99 群： 詳細不明の精神障害

- F99 精神障害, 詳細不明
-

表 3-1 糖尿病 ICD-10 コード分類

E10 群:インスリン依存性糖尿病<IDDM>

E10-	インスリン依存性糖尿病<IDDM>
E100	インスリン依存性糖尿病<IDDM>, 昏睡を伴うもの
E101	インスリン依存性糖尿病<IDDM>, ケトアシドーシスを伴うもの
E102	インスリン依存性糖尿病<IDDM>, 腎合併症を伴うもの
E103	インスリン依存性糖尿病<IDDM>, 眼合併症を伴うもの
E104	インスリン依存性糖尿病<IDDM>, 神経(学的)合併症を伴うもの
E105	インスリン依存性糖尿病<IDDM>, 末梢循環合併症を伴うもの
E106	インスリン依存性糖尿病<IDDM>, その他の明示された合併症を伴うもの
E107	インスリン依存性糖尿病<IDDM>, 多発合併症をを伴うもの
E109	インスリン依存性糖尿病<IDDM>, 合併症を伴わないもの

E11 群:インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>

E11-	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>
E110	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>, 昏睡を伴うもの
E111	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>, ケトアシドーシスを伴うもの
E112	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>, 腎合併症を伴うもの
E113	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>, 眼合併症を伴うもの
E114	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>, 神経(学的)合併症を伴うもの
E115	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>, 末梢循環合併症を伴うもの
E116	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>, その他の明示された合併症を伴うもの
E117	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>, 多発合併症をを伴うもの
E119	インスリン非依存性糖尿病<NIDDM>, 合併症を伴わないもの

E12 群:栄養障害に関連する糖尿病

E12-	栄養障害に関連する糖尿病
E120	栄養障害に関連する糖尿病, 昏睡を伴うもの
E121	栄養障害に関連する糖尿病, ケトアシドーシスを伴うもの
E122	栄養障害に関連する糖尿病, 腎合併症を伴うもの
E123	栄養障害に関連する糖尿病, 眼合併症を伴うもの
E124	栄養障害に関連する糖尿病, 神経(学的)合併症を伴うもの
E125	栄養障害に関連する糖尿病, 末梢循環合併症を伴うもの
E126	栄養障害に関連する糖尿病, その他の明示された合併症を伴うもの
E127	栄養障害に関連する糖尿病, 多発合併症をを伴うもの
E129	栄養障害に関連する糖尿病, 合併症を伴わないもの

E13 群:その他の明示された糖尿病

E13-	その他の明示された糖尿病
E130	その他の明示された糖尿病, 昏睡を伴うもの