

数に伴って処方率は顕著に増加し、罹患身体疾患数が10個以上であった患者の約半数で睡眠薬、抗不安薬が処方されていた。抗うつ薬、抗精神病薬では増加の傾向が伺えたが、ごく軽微であった。1日あたりの平均処方力価については身体疾患数による系統的变化はみられなかった。処方率、処方力価ともに5年間で経年的変化はみられなかった。

米国の地域在住の55～84歳の男女約1,500名を対象にした調査においても、罹患している身体疾患数の増加と比例して睡眠が低質になることが明らかにされており、今回の調査でも身体疾患数の増加と睡眠の低質化との関連が示された。

2005年の向精神薬処方患者における年齢階層別の罹患身体疾患数の内訳を図13に示した。身体疾患数の内訳は、診療報酬データに記載されたICD-10による身体疾患数を元に対象者を4群(0個、1-2個、3-4個、5個以上)に群分けして算出した。すべての向精神薬で加齢に伴い、身体疾患を複数もつ患者の割合は増加していた。とくに65歳以上の約60%以上、睡眠薬では約70%の患者が5個以上の身体疾患に罹患していた。

## 5. 向精神薬の処方診療科

図14に各向精神薬の主な処方診療科の内訳を示した。向精神薬の処方診療科は多岐にわたっていたが、すべての薬剤で5年間の処方診療科の傾向はほぼ変わらなかった。睡眠薬処方件数全体に占める精神科・心療内科での処方割合は約4割に止まり、半数以上は一般身体科からの処方であった。同様の傾向は抗不安薬

にも認められた。一方、抗うつ薬、抗精神病薬はそれぞれおよそ6割～7割が精神科・心療内科から処方されていた。

一般身体科における睡眠薬、抗不安薬の高い処方率の背景には、benzodiazepineを主流とする睡眠薬、抗不安薬は一般的に安全域も大きく、精神科医・心療内科医以外でも比較的気軽に処方できる薬物であるということだけでなく、両薬剤の処方対象となる不眠、神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害などは罹患率が高く、身体疾患患者で併存の頻度が高いことがあげられる。本調査での身体疾患に罹患している患者で睡眠薬、抗不安薬の処方が高いという結果とも一致している。また、抗うつ薬、抗精神病薬ではOff-label処方等を除外すれば、大部分で、うつ病患者、統合失調症患者に処方されるため、睡眠薬、抗不安薬に比較して専門性の高い精神科医、心療内科医のもとで診療・処方がなされる傾向が高いことが推測される。

向精神薬の中で2005年における年齢階層別の主な処方診療科の内訳を図15に示した。睡眠薬および抗不安薬では、20～40代で精神科・心療内科からの処方のピークがみられ、加齢に伴って一般身体科からの処方が増加し、65歳以上では約8割が一般身体科からの処方であった。抗うつ薬でも20～40代では約7割以上が精神科・心療内科からの処方であったが、男女ともに高齢者になると一般身体科からの処方が増加し、65歳以上では半数以上が一般身体科からの処方であった。

図13で示した身体疾患との高率な併存が、こうした高齢者における一般身体科

から向精神薬処方増加を促進していると考えられる。抗うつ薬でも全体では精神科・心療内科からの処方が7割ほどであったが、65歳以上の高齢者では約半数以上が一般身体科から処方されていた。米国の18歳以上の地域在住の男女約10,000名を対象にした調査でも、抗うつ薬を服用していた人の73.6%がかかりつけ医である一般身体科から処方されており、一般身体科から処方されている患者においては65歳以上の高齢者の割合が有意に多かったと報告されており、本調査と一致した結果を示している。

#### 6. 処方診療科別の処方力価

一般身体科、精神科・心療内科の診療科別に向精神薬の処方力価を比較した(図16)。すべての向精神薬で、精神科・心療内科からの処方力価が一般身体科からの処方力価よりも高かった。精神科・心療内科を受診する患者の方が重症度が高く、処方力価が高くなると考えられる。さらに、2005年のそれぞれの科の処方力価を基準として各年の処方力価の増加度(%)を図17に示した。向精神薬の中で一般身体科からの睡眠薬の処方だけが5年の間に約1.3倍と急増していた。それ以外については目立った変動はみられなかった。一般身体科から睡眠薬を処方されている患者数は多く、睡眠薬の処方量の増加の要因の一つはこの一般身体科からの処方量の増加であると考えられる。また、初発うつ病の4割、再発うつ病の約6割でうつ症状に先駆けて不眠が出現すると言われている。静岡県富士市や内閣府でも中年以降のうつ病、自殺を予防

するために、患者の不眠症状に対する継続的な観察を行うとの視点から、「パパちゃんと寝てる？」キャンペーンが行われている。本調査でも不眠症状のある患者、とくに高齢患者は一般身体科を受診しやすく、さらに一般身体科での処方量が増加していることから一般身体科を受診する患者での不眠が重症化していることが予想された。これらの患者の不眠の背景にうつ症状があるかをきちんと見極めるためにも、高齢者における一般身体科での、不眠症状を含めた睡眠障害の適切な診断とRisk-benefit balanceに優れた治療ストラテジーを構築することの必要性が改めて示されたといえる。

#### 7. 複数年にわたって睡眠薬を処方された患者における処方力価

2005年に睡眠薬を処方された患者4,807人を対象として、2005年～2009年の5年間に睡眠薬を処方された延べ年数を算出した(図18上)。その結果、処方延べ年数別の人数はそれぞれ1,696人(1年のみ)、741人(計2年)、548人(計3年)、510人(計4年)、1,312人(5年間通じて)であった。延べ処方年数が長くなるにつれて平均処方力価は高い傾向があり、また同一グループの中でも処方期間が延長するにつれて処方力価が増大することが明らかになった(図18下)。スウェーデンの20,000人の地域住民を対象に8年間follow-upした調査では、睡眠薬を処方された人の約3分の1の人が8年間処方され続けていたとの報告もある。本調査でも、日本における睡眠薬の長期処方の問題があることが初めて明らかと

なり、今後長期処方背景要因などを詳細に解析していく予定である。

#### D. 結論

本研究では複数の健保団体の計約 31～33 万人の加入者の中で、2005 年～2009 年の各年の 4 月 1 日～6 月 30 日に、向精神薬（睡眠薬、抗うつ薬、抗不安薬もしくは抗精神病薬）を処方された 20～74 歳の患者から日本の処方実態を調査した。

1. 2005 年から 2009 年にかけて一般人口におけるすべての向精神薬の推定処方率が増加していた。（2005-2009 年の推定処方率（3 ヶ月） 睡眠薬：3.66-4.72%、抗うつ薬：2.02-2.62%、抗不安薬：4.42-5.00%、抗精神病薬：0.67-0.89%）
2. 睡眠薬は flunitrazepam、抗不安薬は diazepam、抗うつ薬は imipramine、抗精神病薬は chlorpromazine を基準薬としてした 1 日あたりの処方力価を算出した。すべての薬剤が適正基準量内であり、経年的変化は見られなかった。
3. 【睡眠薬】処方率は男女ともに加齢に伴って増加し、特に 65 歳以上の女性で顕著な経年的増加がみられた。処方力価は若年～中年群にピークが存在し、中高年患者ではわずかに低下する傾向がみられた。
4. 【抗不安薬】性別・年齢階層別の処方率、処方力価は睡眠薬と非常によく似た傾向を示していた。
5. 【抗うつ薬】男性では 40 代前後、女性では 65 歳以上に処方のピークがあり、この年代層で処方率の経年的増加がみられた。男性では高齢者層での処方力価の減量が見られた。
6. 【抗精神病薬】加齢に伴う目立った処方率、処方力価の変動は見られなかったが、65 歳以上の高齢女性で経年的に処方率が増加していた。
7. 睡眠薬、抗不安薬では身体疾患数に伴って処方率は顕著に増加し、身体疾患を 10 個以上持っている患者の約半数が睡眠薬、抗不安薬を処方されていた。65 歳以上に限ると、すべての向精神薬で 6 割以上の処方患者が身体疾患を 5 個以上持っていた。
8. 向精神薬の処方診療科は多岐にわたっていたが、5 年間で傾向は変わらなかった。睡眠薬・抗不安薬では精神科・心療内科からの処方率は 4 割以下、半数以上はそれ以外の一般身体科からであった。一方、抗うつ薬、抗精神病薬はその約 7 割が精神科・心療内科から処方されていた。
9. 処方診療科を年齢階層別にみると、高齢者での向精神薬、とくに睡眠薬と抗不安薬の処方率は、一般身体科からの処方が約 8 割を占めていた。抗うつ薬でも高齢者では約 7 割が一般身体科からの処方であった。
10. 処方診療科別に処方力価を比較すると、すべての向精神薬で精神科・心療内科からの処方力価が一般身体科よりも高かった。ほとんどが経年的な変動がみられなかったが、一般身体科からの睡眠薬処方力価だけが 5 年間で約 1.3 倍と急増していた。
11. 複数年睡眠薬を処方されていた患者を処方述べ年数ごとに処方力価を比

較したところ、27.3%の患者で5年間毎年睡眠薬を処方されていた。また、この処方期間が長期になると処方力価がより高くなることが推測された。

#### E. 結語

約31～33万人の2005～2009年の5年間の健康保険組合加入者の中で、向精神薬（睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗精神病薬）の処方実態を調査した。すべての向精神薬の処方率が経年的に増加しており、高齢者が一般身体科を受診した際の診断および治療ストラテジーの構築の重要性が明らかとなった。とくに本調査において、日本における睡眠薬長期処方の実態が初めて明らかとなり、処方期間と比例して処方力価が高くなっているという問題点も示された。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

統括研究報告書に記載

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし



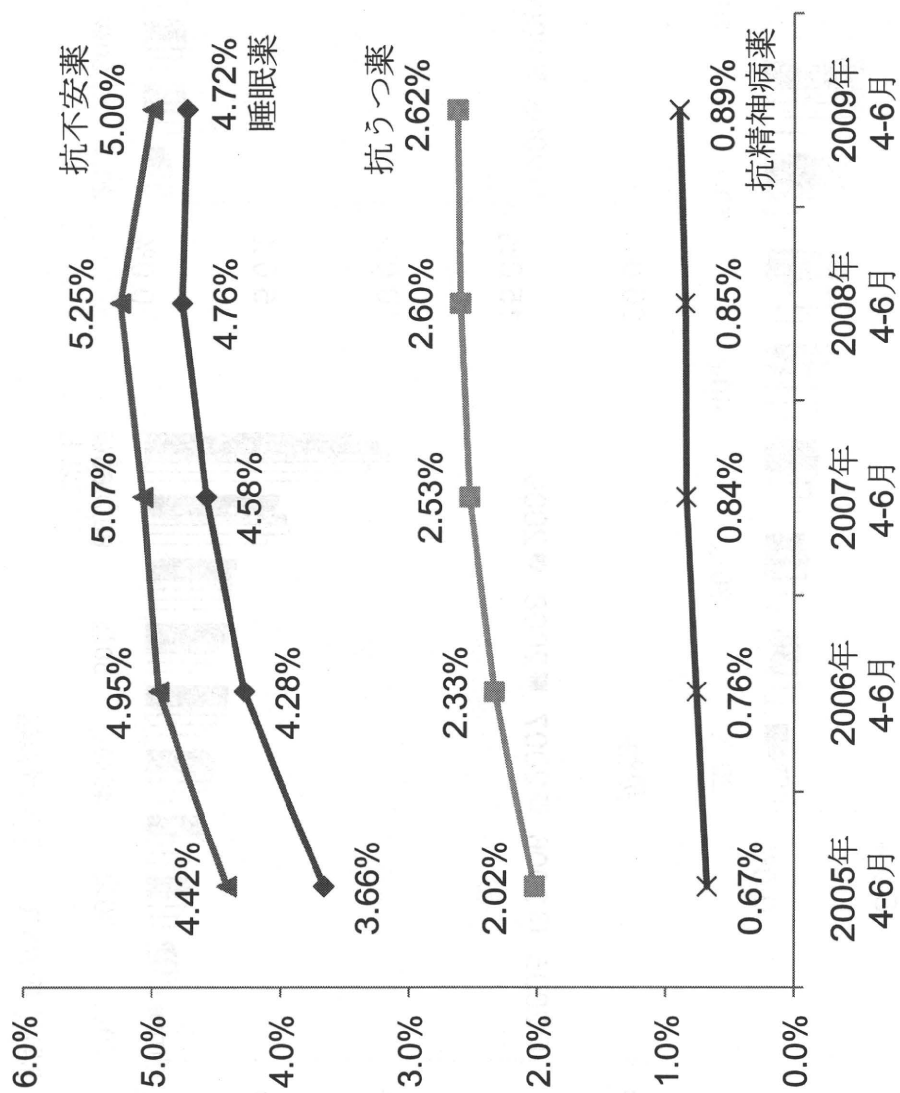


図1：日本の一般人口における向精神薬の推定処方率（3ヶ月）

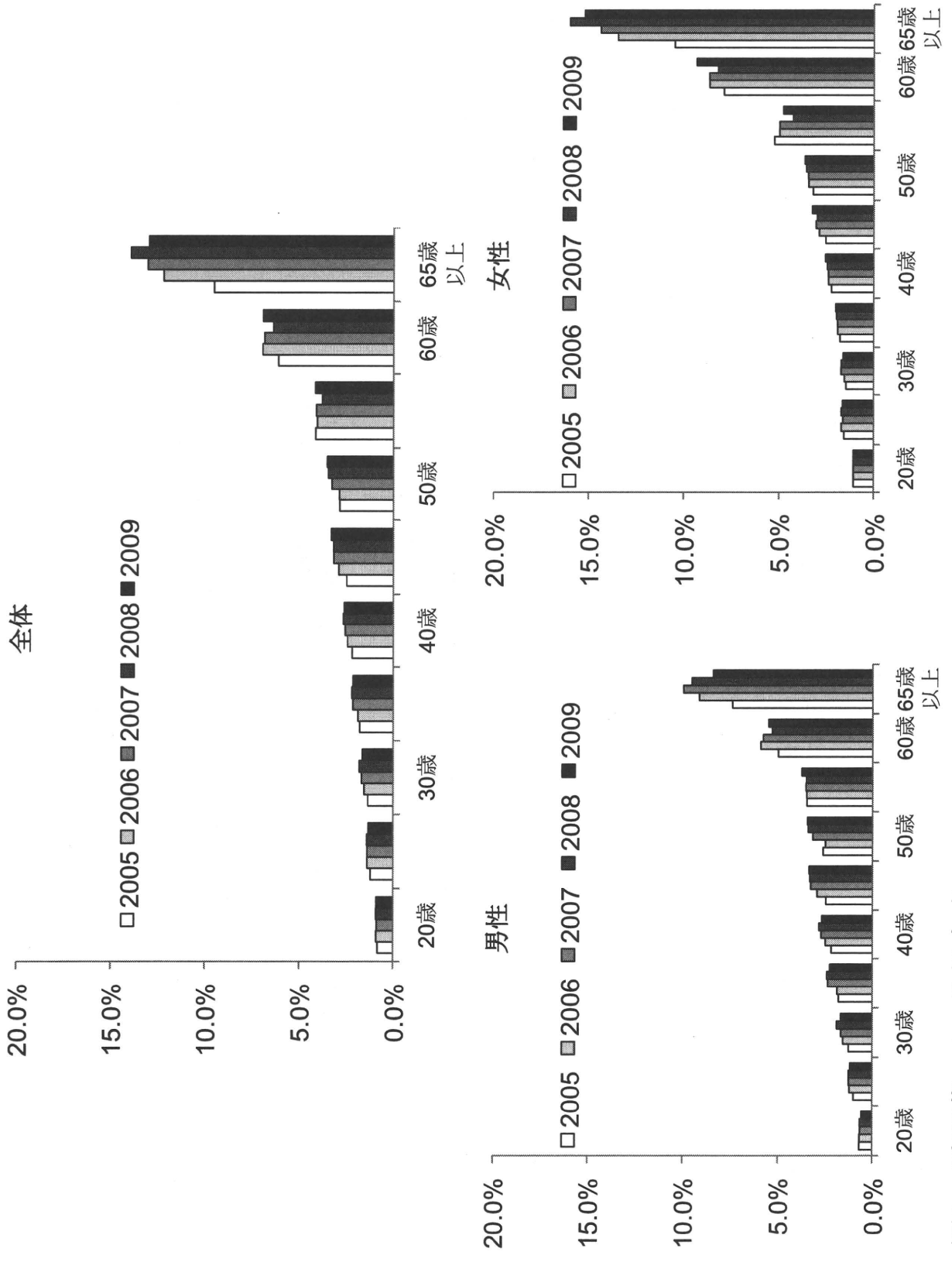


図2：睡眠薬の3ヶ月処方率

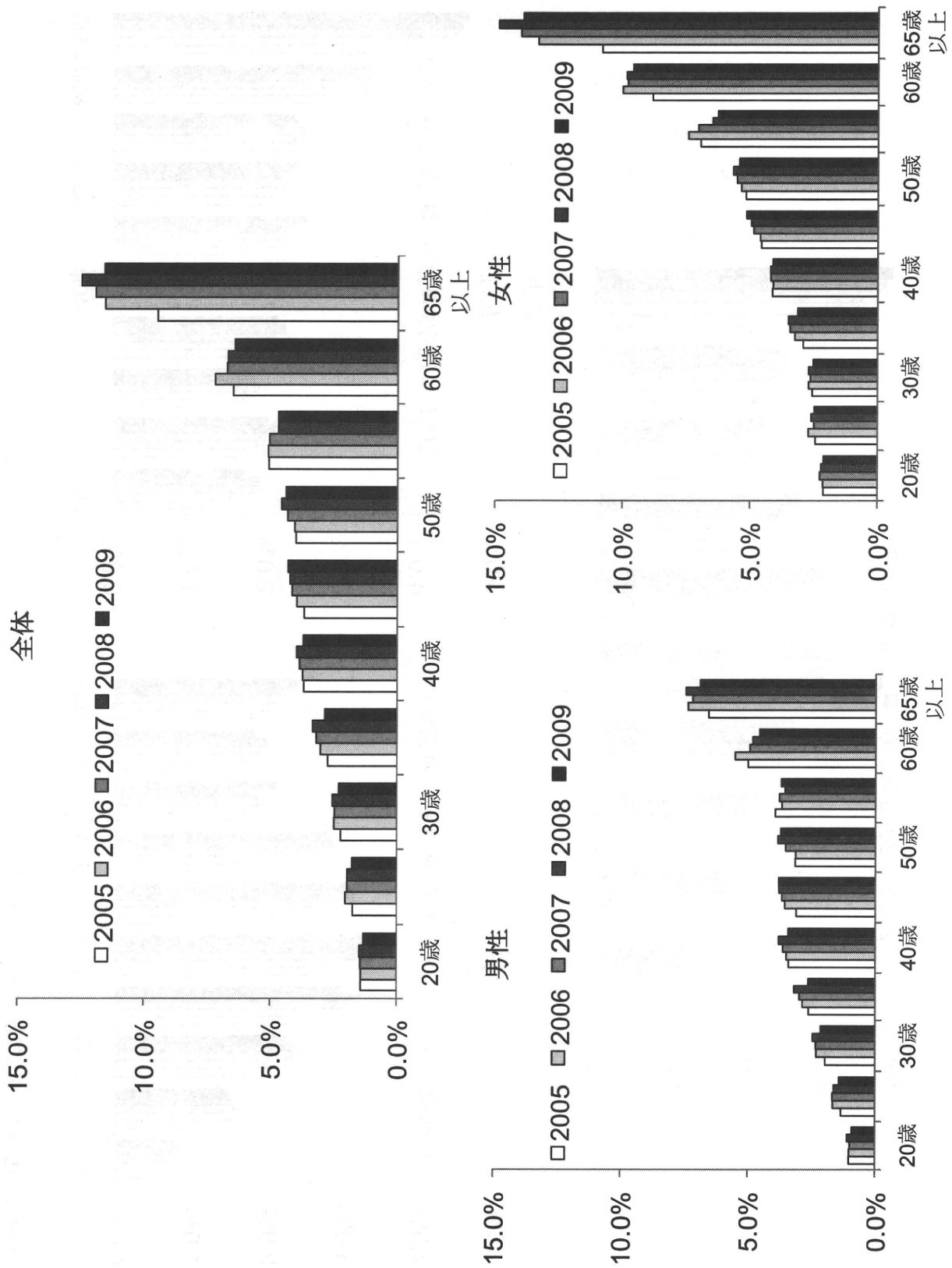


図3：抗不安薬の3ヶ月処方率

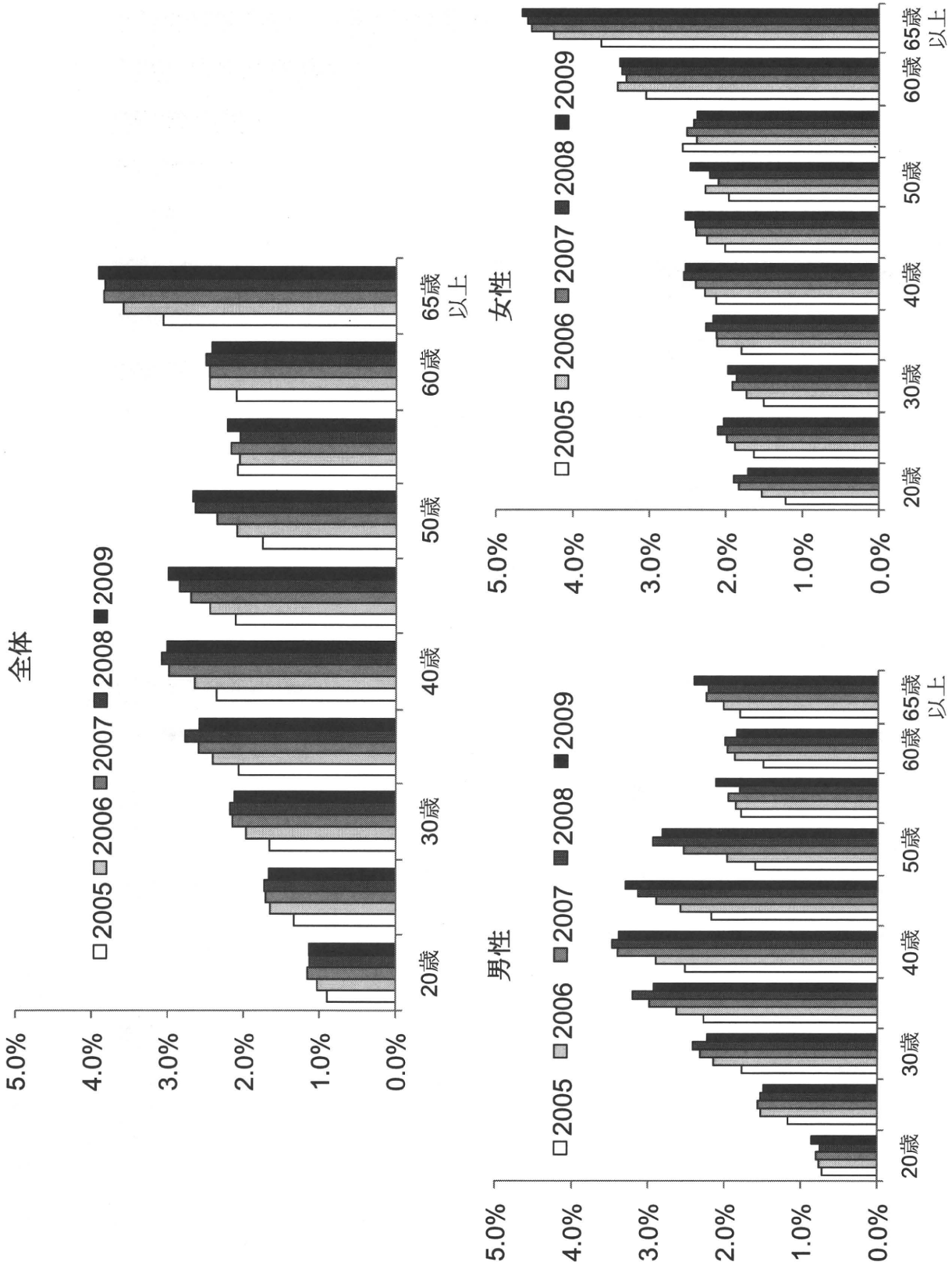


図4：抗うつ薬の3ヶ月処方率

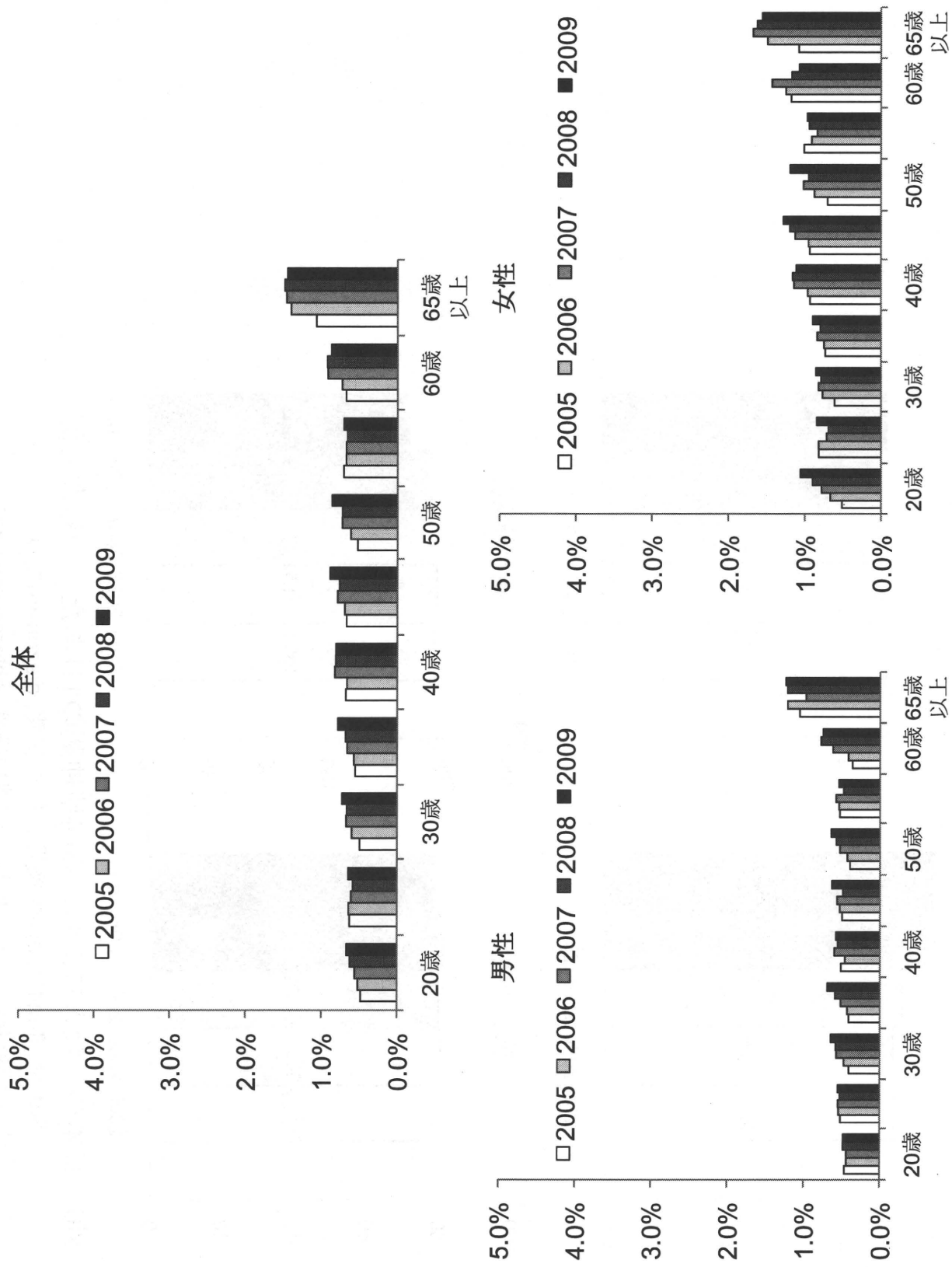


図5：抗精神病薬の3ヶ月処方率

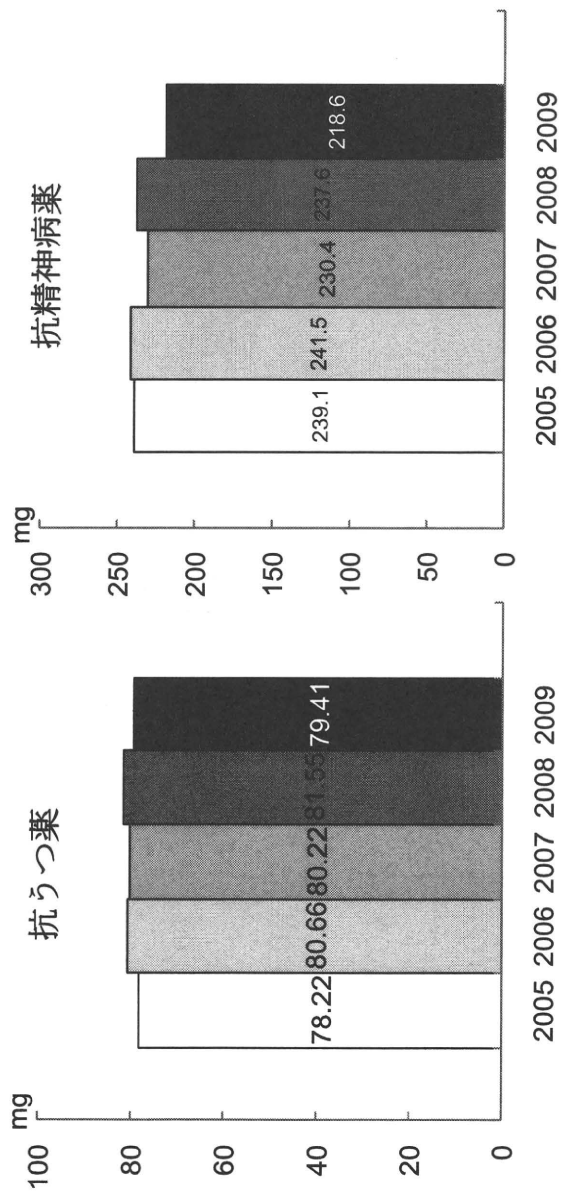
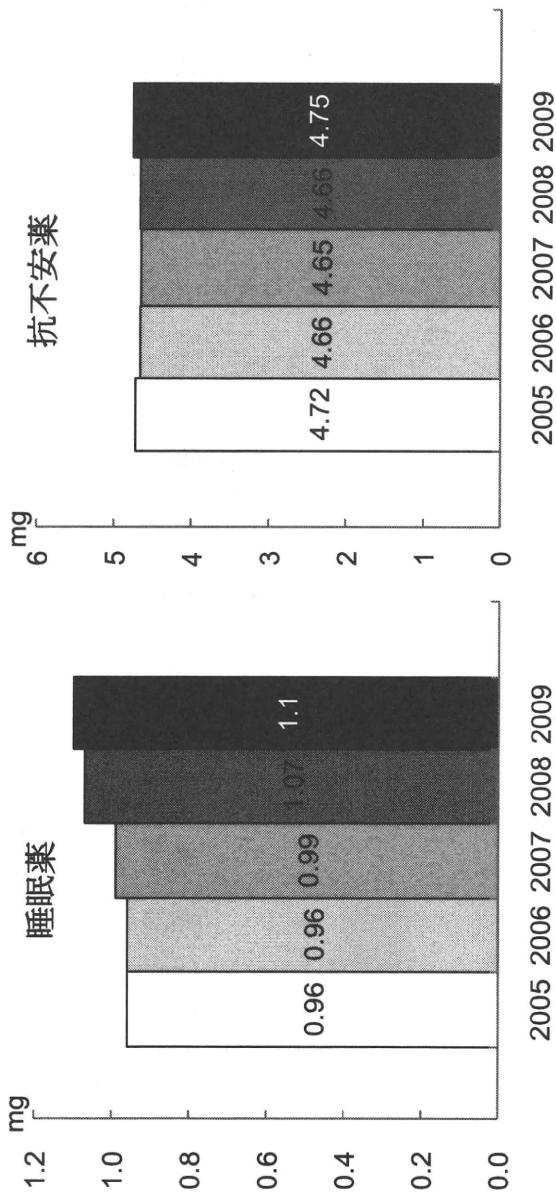


図6：日本の一般人口における向精神薬の1日あたりの処方力価

睡眠薬; flunitrazepam換算、抗不安薬; diazepam換算、

抗うつ薬; imipramine換算、抗精神病薬; chlorpromazine換算

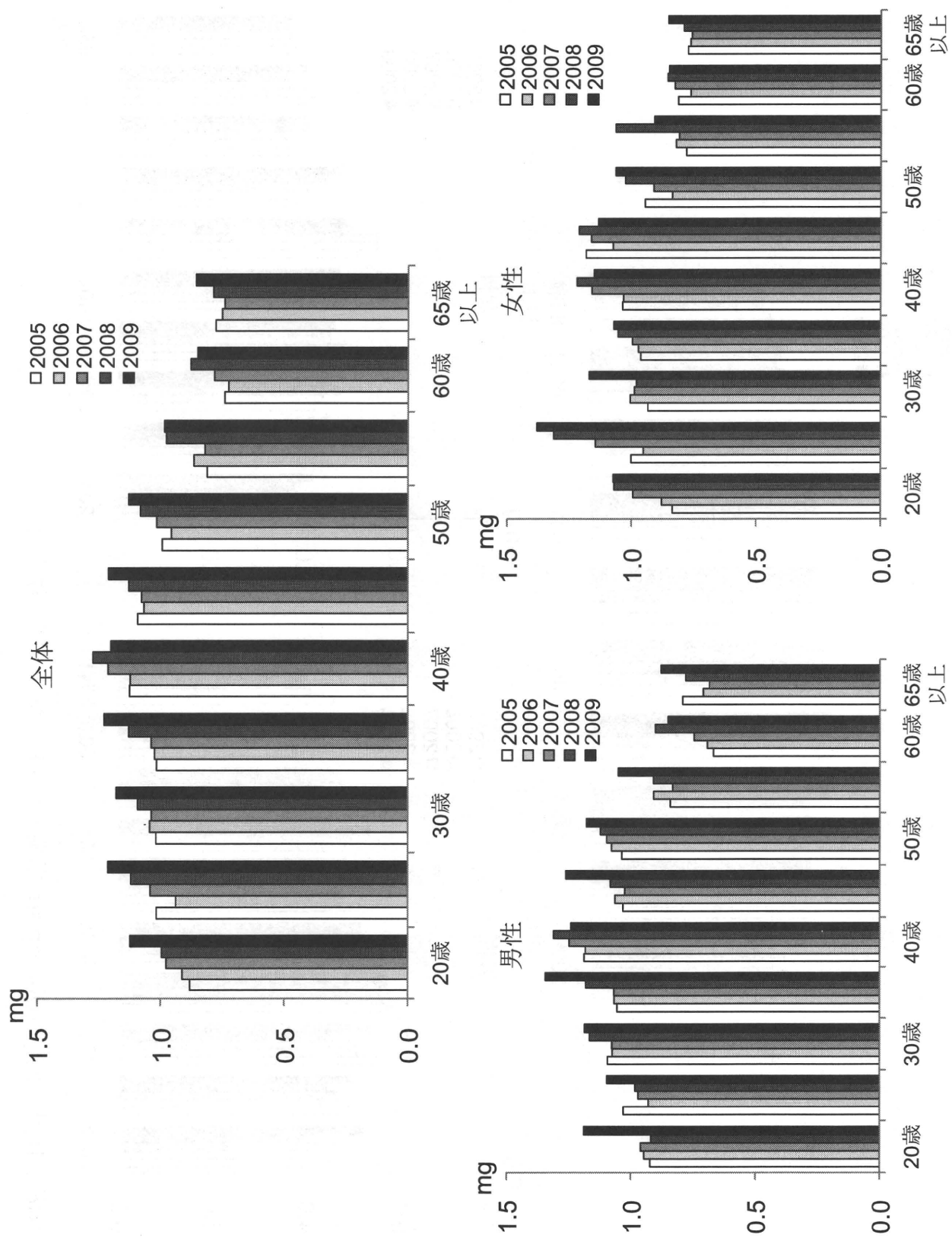


図7：睡眠薬（flunitrazepam換算）の1日あたり処方力価

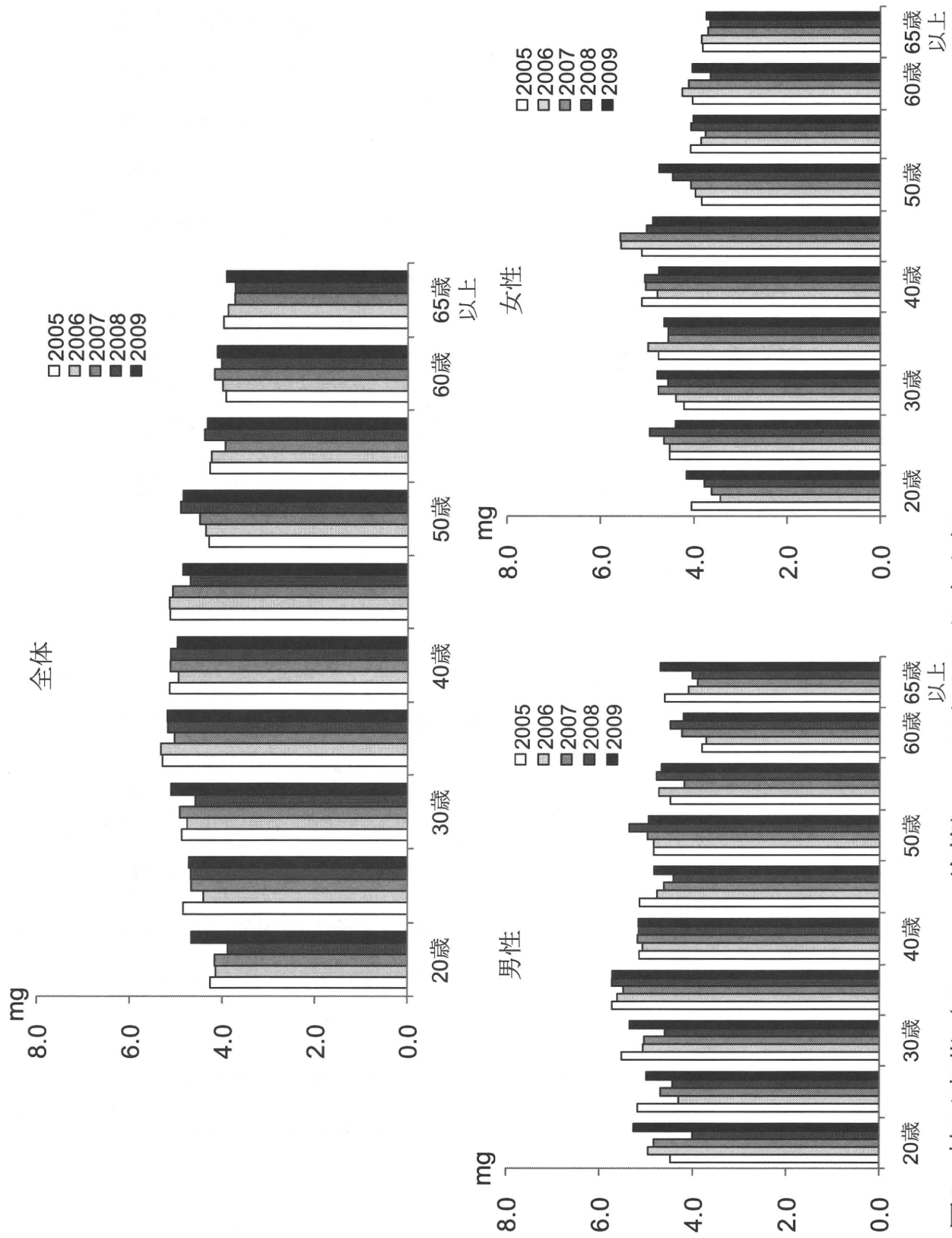


図8：抗不安薬（diazepam換算）の1日あたり処方力価



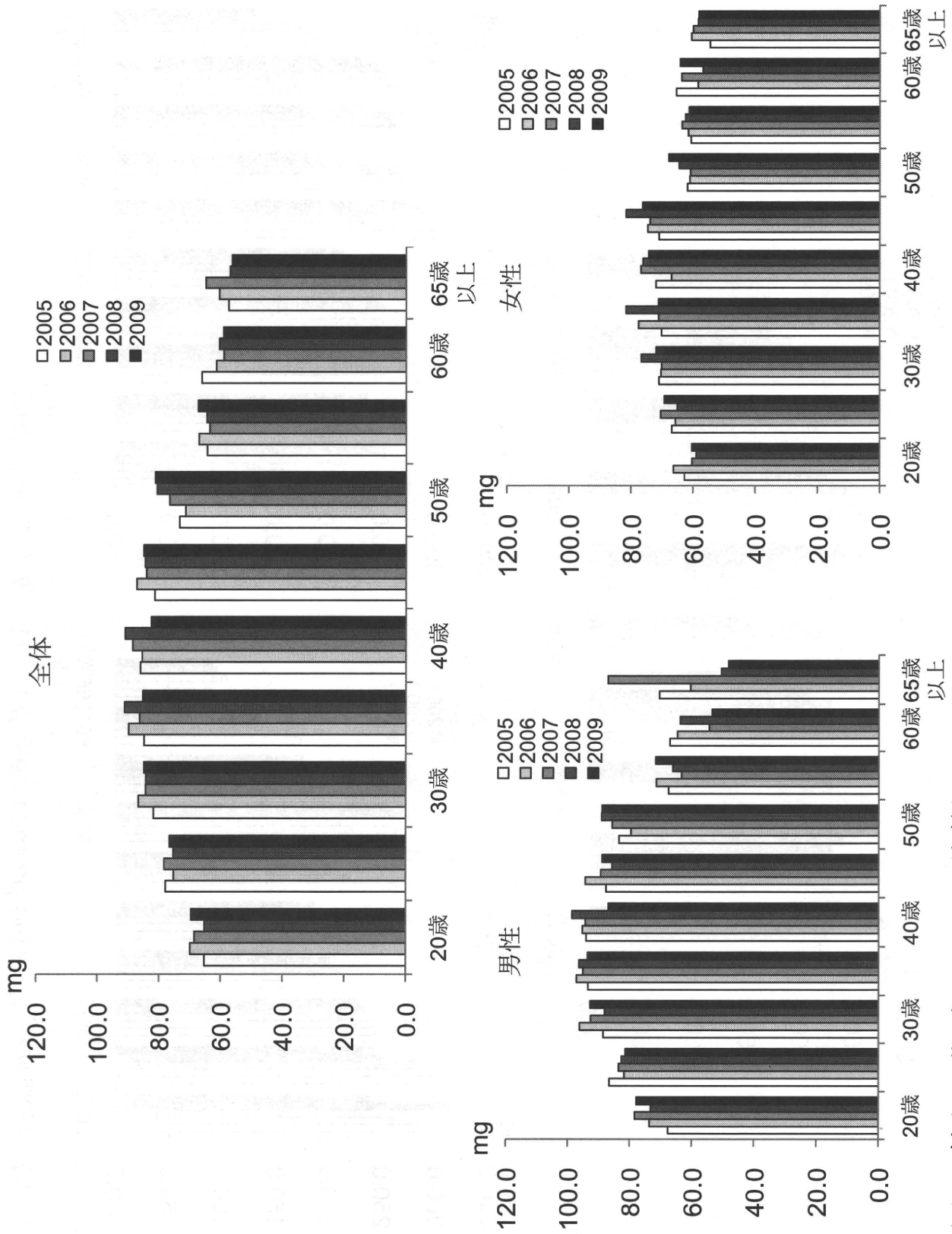


図9：抗うつ薬（imipramine換算）の1日あたり処方力価

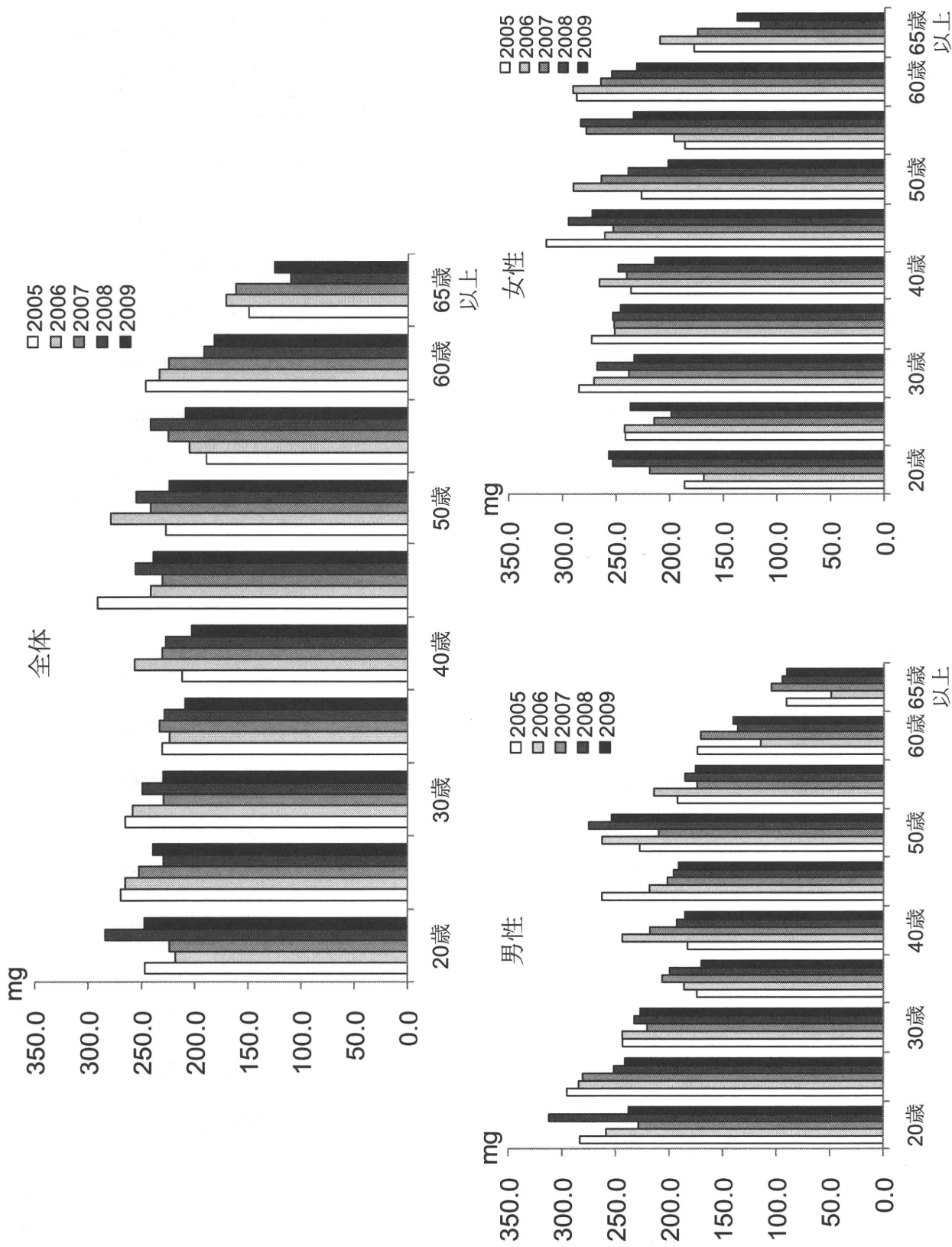


図10：抗精神病薬（chlorpromazine換算）の1日あたり処方力価

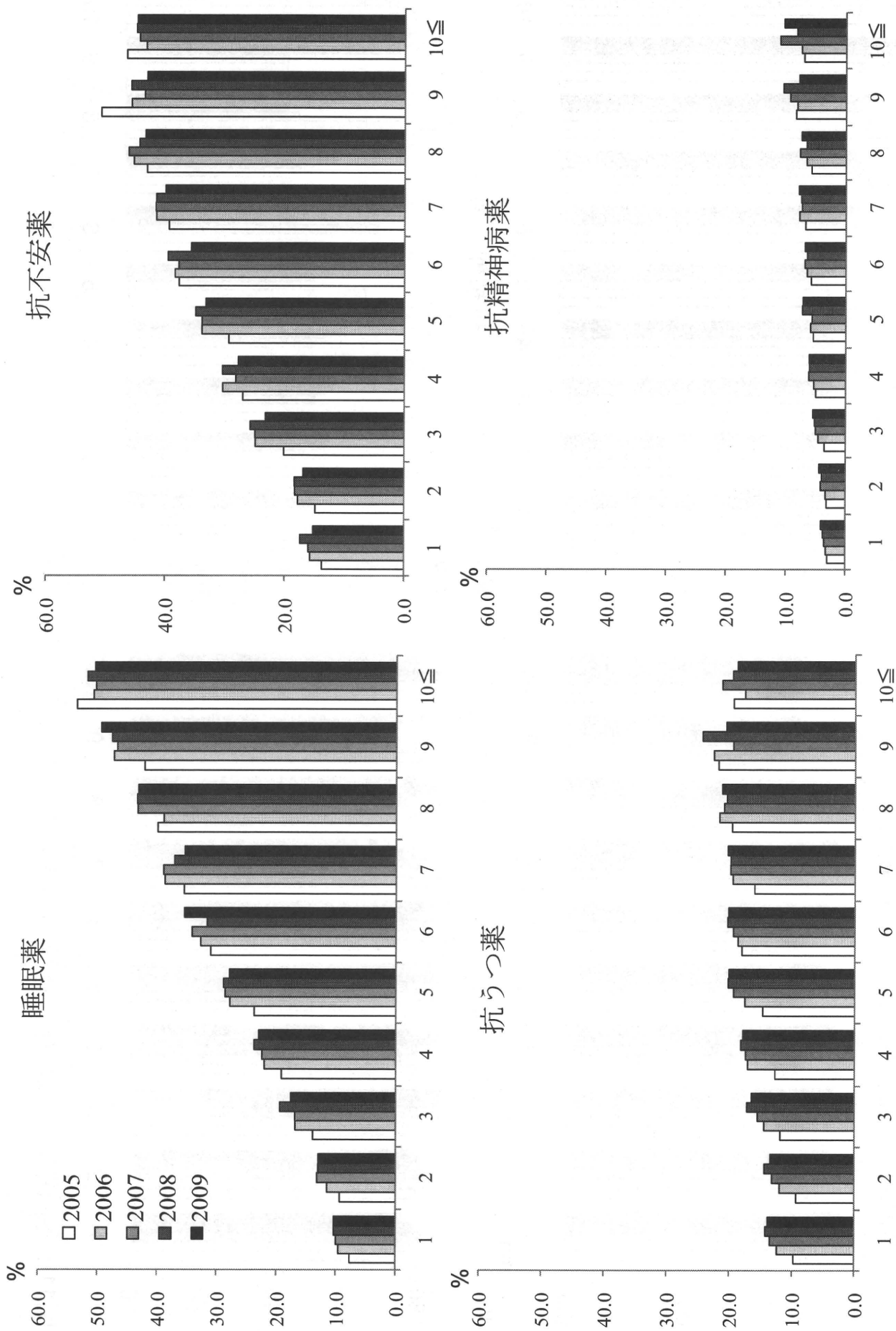


図11：各向精神薬の身体疾患数別処方率

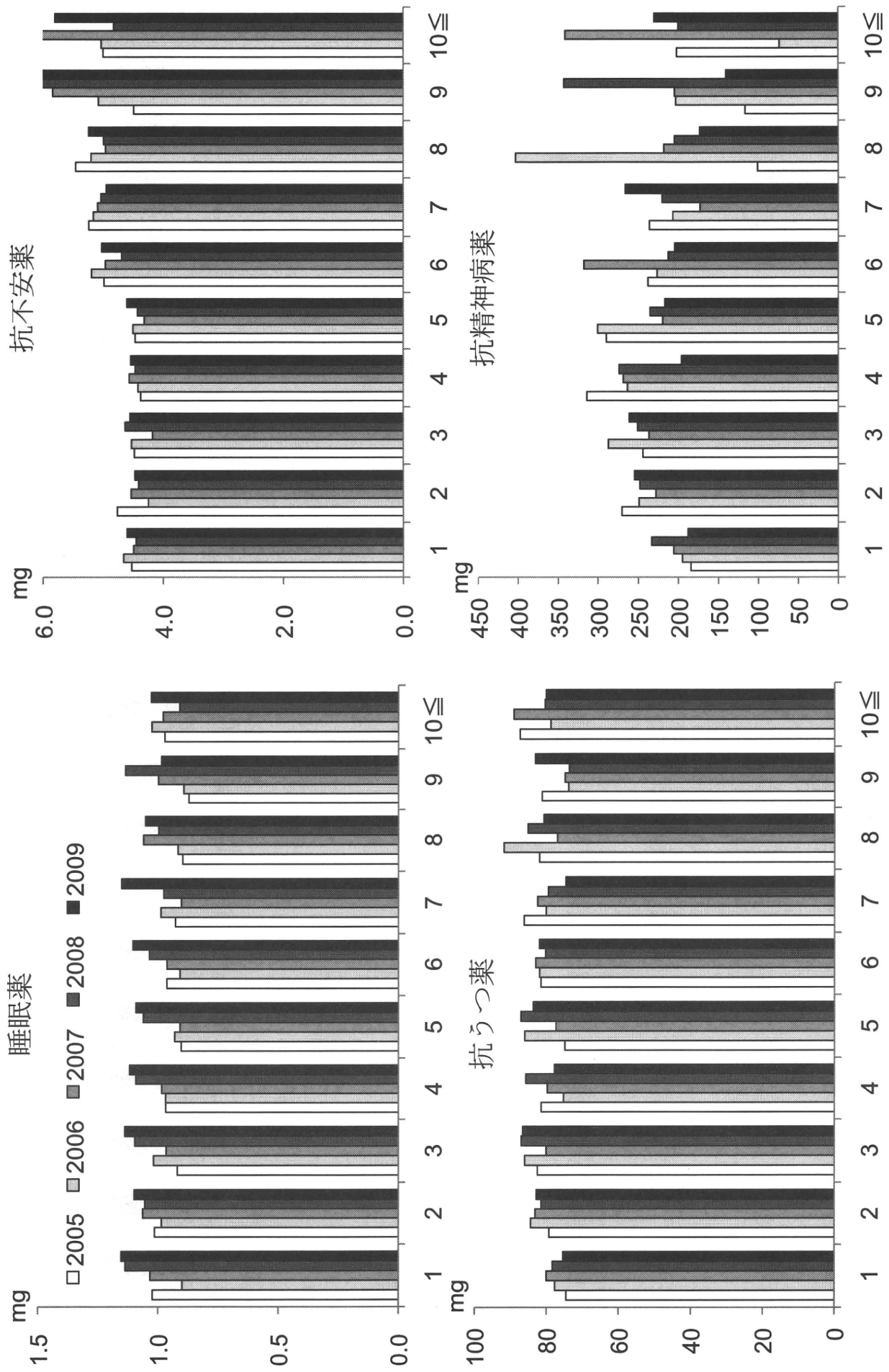


図11：各向精神薬の身体疾患数別平均処方方力価

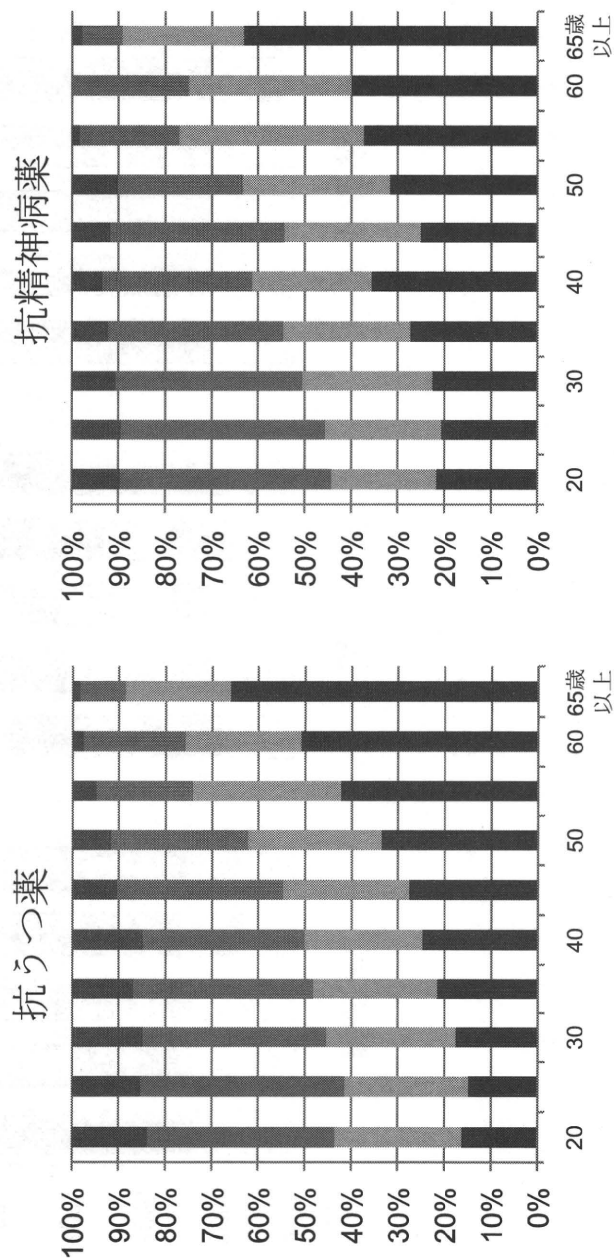
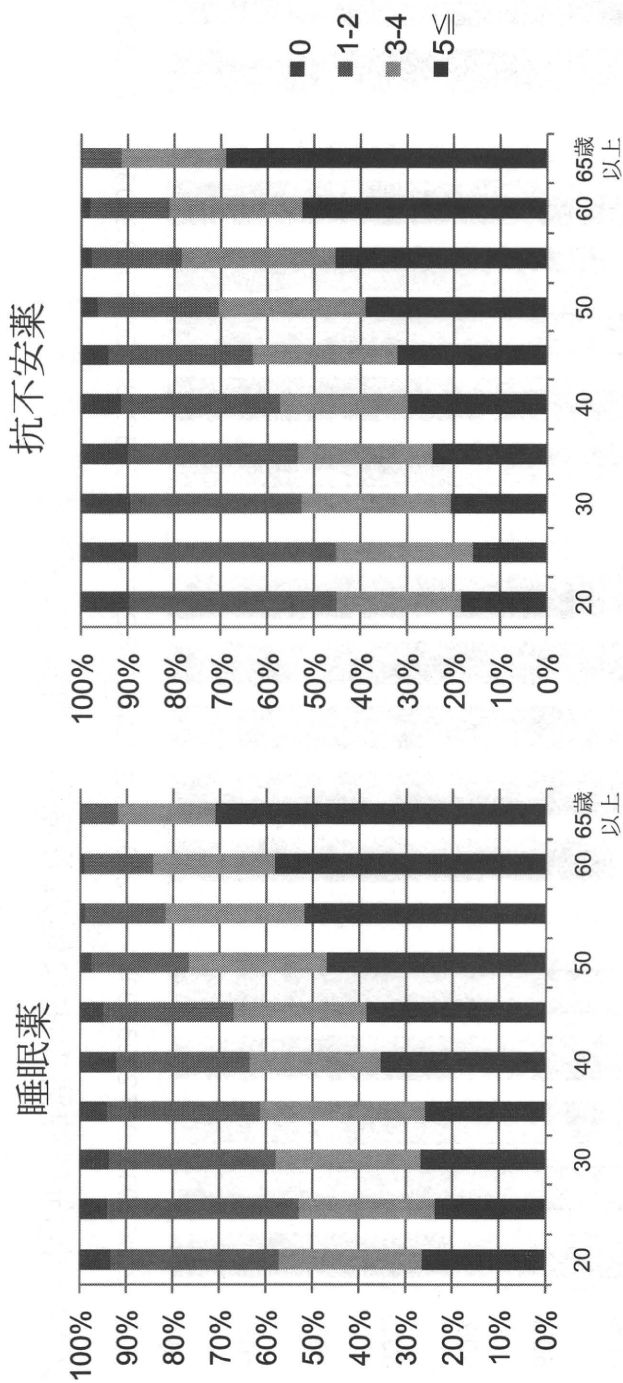


図13：2005年における向精神薬処方患者の年齢階層別身体疾患数の内訳



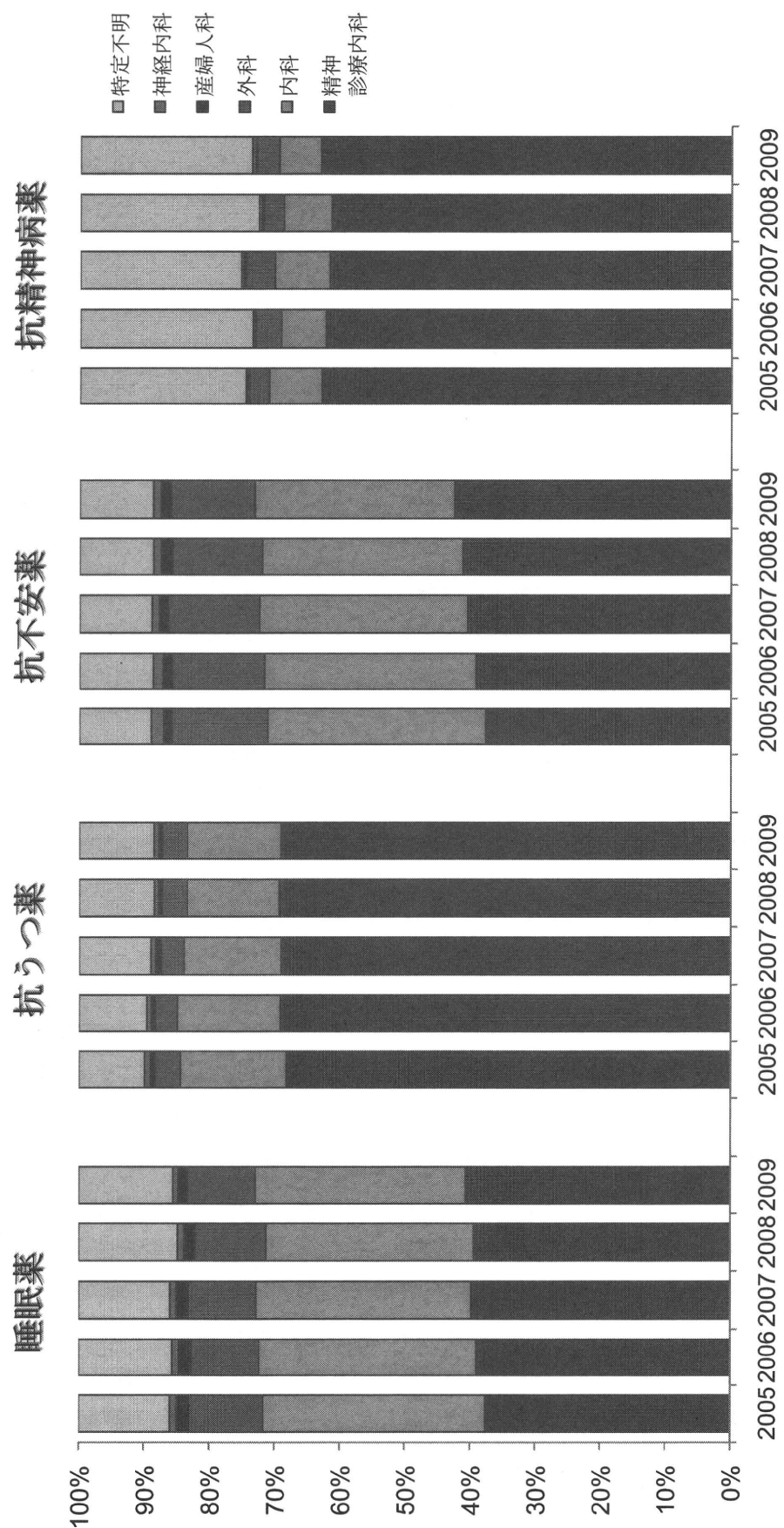


図14：各向精神薬の主な処方診療科の内訳

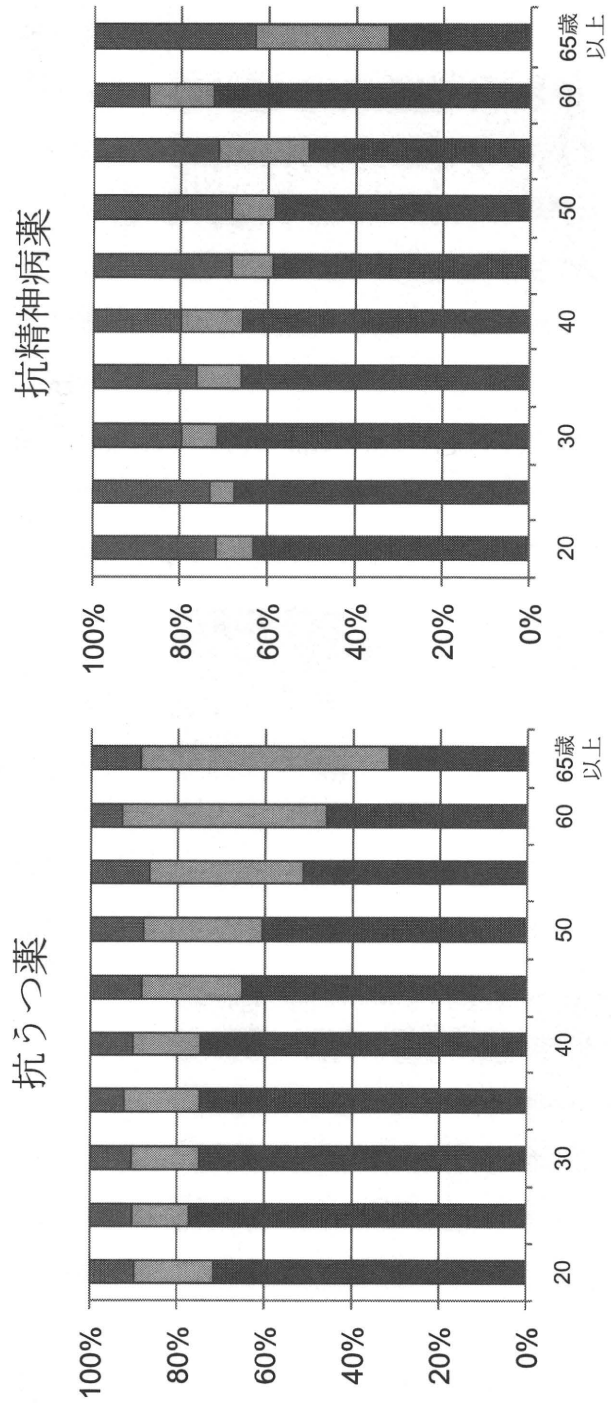
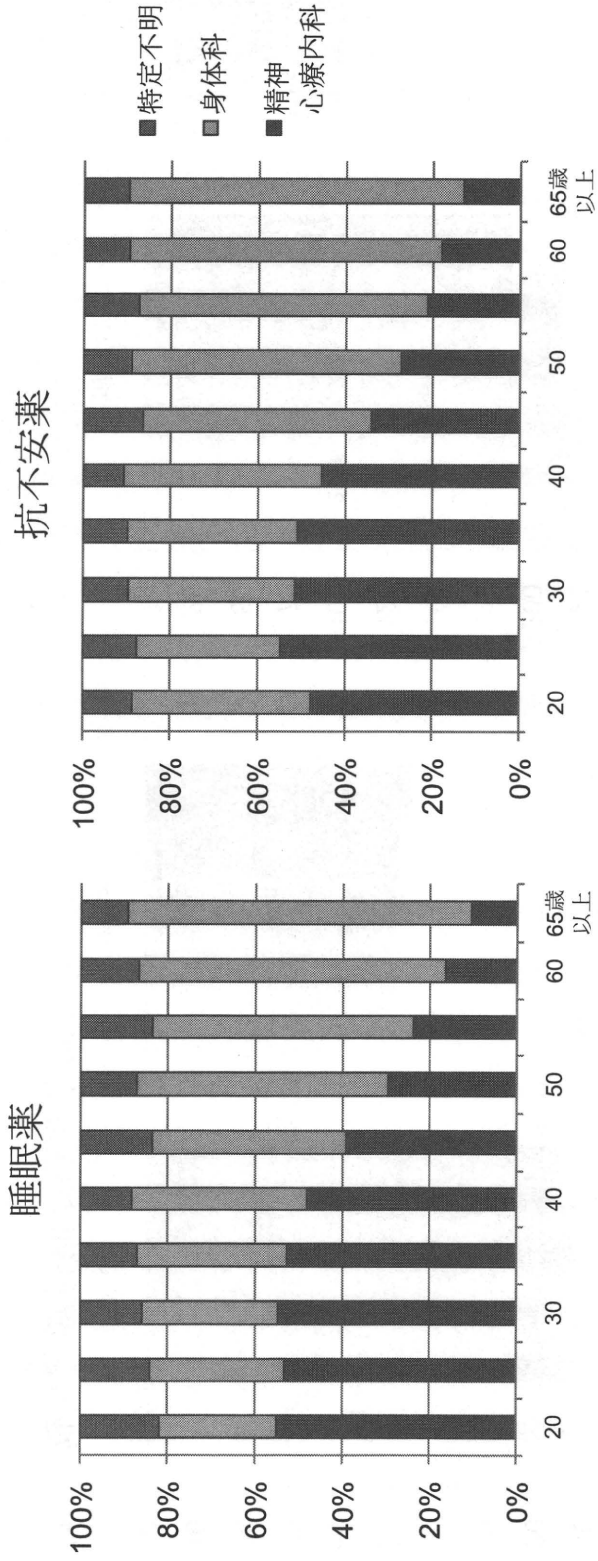


図15：2005年における向精神薬の主な処方診療科の内訳（年齢階層別）

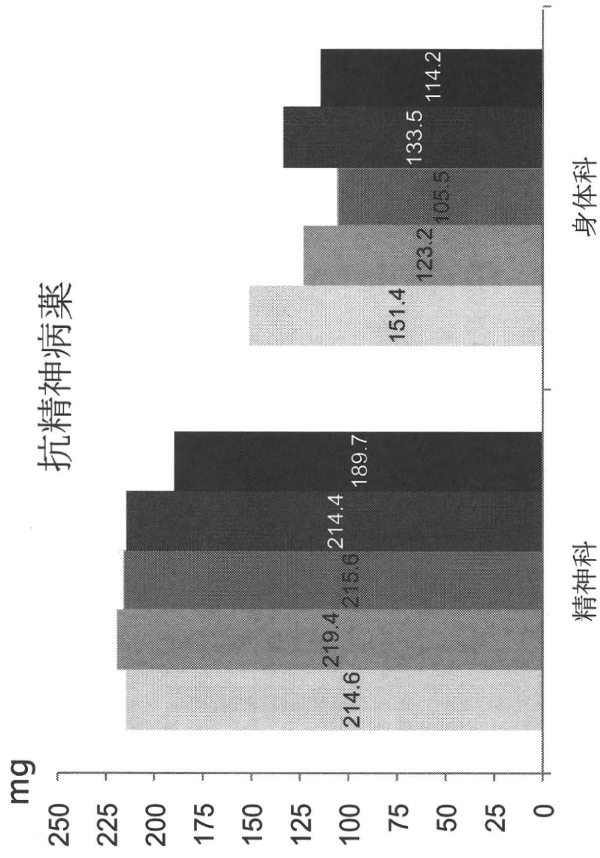
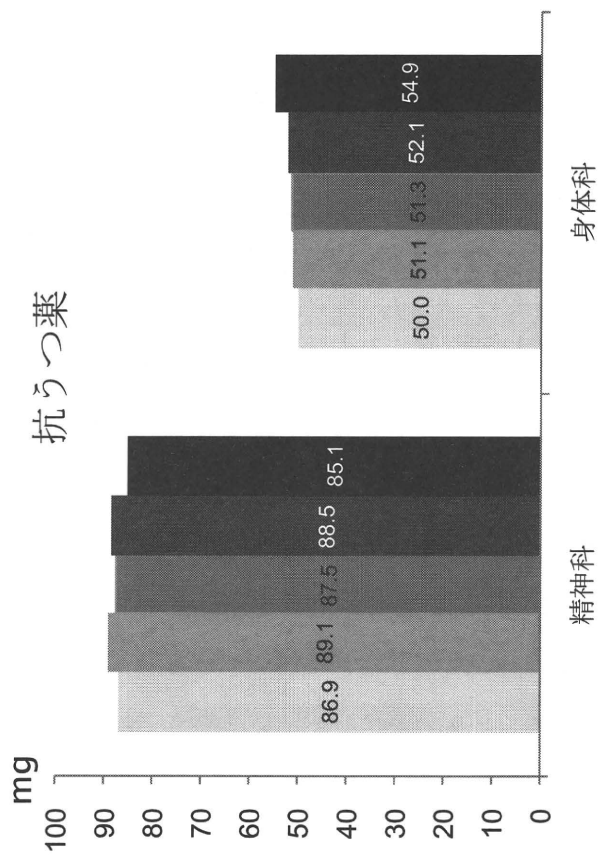
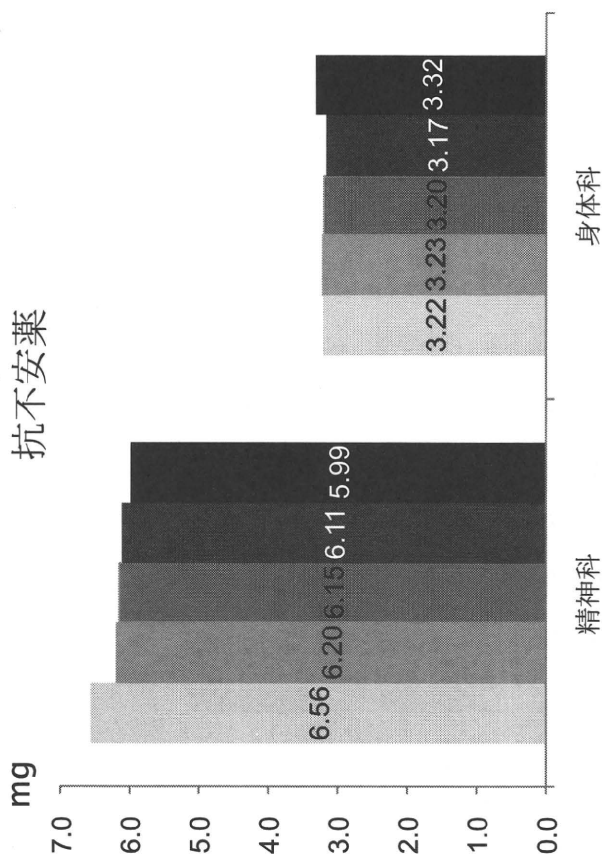
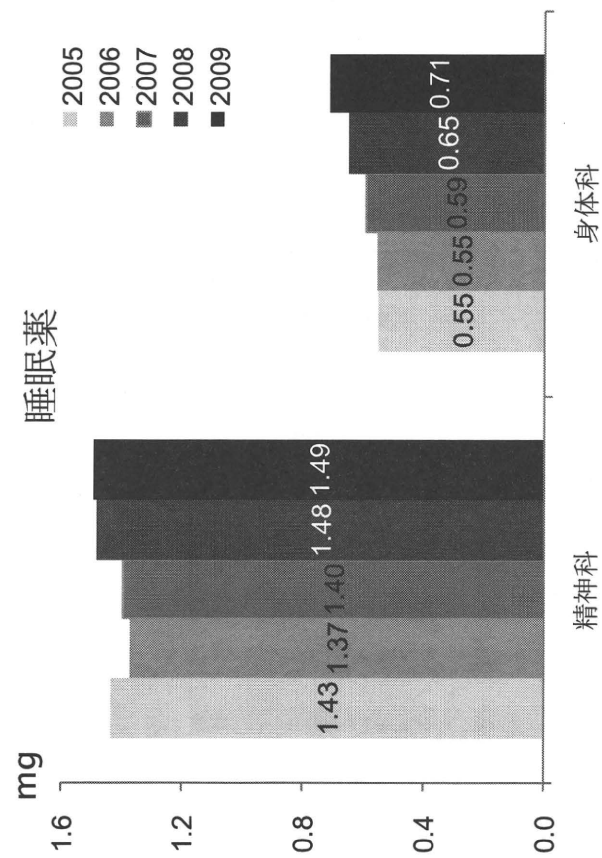


図16：処方診療科別の処方力価