

## 睡眠薬・抗不安薬の共同意思決定による適正使用・出口戦略に向けたプライマリ・ケア医を対象とした意識調査に関する研究

研究分担者 家研也 聖マリアンナ医科大学内科学総合診療内科  
研究協力者 喜瀬守人 医療福祉生協連家庭医療学開発センター  
吉田絵里子 川崎協同病院総合診療科

### 研究要旨

目的：睡眠薬・抗不安薬、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の具体的な出口戦略の確立と実践に向け、プライマリ・ケア医を対象に、睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止・継続の是非や具体的な減薬法等に関するアンケート調査を実施し、その実態を明らかにすることを目的とした。

方法：プライマリ・ケア医を対象に、オンライン・アンケート調査を実施した。

結果：251名から回答を得た。睡眠薬の中ではメラトニン受容体作動薬およびオレキシン受容体拮抗薬の処方頻度が高い一方、抗不安薬で処方されることが最も多いのはベンゾジアゼピン受容体作動薬であり「使い慣れている」との理由で慣習的に処方されている実態が示唆された。実際のベンゾジアゼピン受容体作動薬の減薬において漸減法が頻用されるものの、特に抗不安薬では安全な代替薬剤が存在しないこと、心理社会療法（認知行動療法等）の併用や、患者向け資料といった非薬物的介入は十分使用されていない現状が明らかとなった。

考察・結論：プライマリ・ケア医は睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止に高い意識を持っているものの、具体的な減薬のタイミングや介入方法については教育や現場で活用できる補助資料に対するニーズがあることが確認された。

### A. 研究目的

ベンゾジアゼピン受容体作動薬は精神科・心療内科をはじめ、広く一般診療科でも処方される頻用薬である。一方、同薬は多剤併用・長期処方による依存形成のリスク、認知機能の低下、転倒・転落のリスクの増大等が広く知られており、さらにわが国では諸外国に比べ使用量も多いことから、患者、医療者のみならず一般市民にとっても、大きな懸念事項となっている。そこで、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の出口戦略の確立と実践のために、同薬の処方経験のあるプライマリ・ケア医を対象に、同薬の服用期間、服用薬剤数、減薬・継続の是非や判断基準、具体的な減薬法等に関するアンケート調査を実施し、その実態を明らかにすることを目的とした。

### B. 研究方法

研究デザインはオンライン・アンケート調査で

ある。研究参加者の選択基準は、日本プライマリ・ケア連合学会の会員メーリングリスト登録者のうち研究参加に同意の得られた医師の会員とし、同メーリングリストにおいてメールを活用してGoogle フォームのURLを配信し、回答を求めた。

データ収集項目は、以下の通りとした。

1. 属性（年代、性別、勤務医療機関、主要診療科）
2. 処方することの多い「睡眠薬」、およびその理由
3. 処方することの多い「抗不安薬」、およびその理由
4. 睡眠薬や抗不安薬を使用し、症状が改善した後、薬はいつ中止に向け減薬したほうが良いと思うか
5. どのような状態であれば、睡眠薬・抗不安薬の「継続」が望ましいと思うか
6. ベンゾジアゼピン系の睡眠薬・抗不安薬の減薬

をどのように行なっているか

7. 診察において睡眠薬・抗不安薬の継続、あるいは減薬・中止についてどのように決めているか
8. 誰が、睡眠薬・抗不安薬の減薬に取り組むべきだと思うか
9. 睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止の際、多職種と連携を取ることが有用だと思うか。またその場合、どの職種と連携をとることが有用だと思うか
10. 睡眠薬・抗不安薬の中止を試みた際に、どのような困りごとがあったか
11. 睡眠薬・抗不安薬の長期服用に関する問題点や減薬・中止のための方法は、当事者・医療者に十分理解されていると思うか
12. どのような補助資材があれば睡眠薬・抗不安薬の減薬に有用だと思うか

解析方法は、得られたデータの単純集計を行った。

倫理面への配慮：本研究は聖路加国際大学の倫理委員会の承認を得て実施した（21-A051）。

### C. 研究結果

#### 1. 属性（年代、性別、勤務機関、主要診療科）

251名から回答を得た。結果を表に示す。年代は40代が最も多く、性別は男性が大多数で、勤務機関は診療所が最も多く、主要診療科は精神科・心療内科以外の者がほとんどであった。

年代	N	%
20代	9	3.59
30代	66	26.29
40代	75	29.88
50代	66	26.29
60代	33	13.15
70代	2	0.80
80代以上	0	0
回答した人数	251	100.00

性別	N	%
男性	188	74.9
女性	63	25.1
その他	0	0
回答した人数	251	100.0

勤務機関	N	%
診療所	120	47.81
単科精神科病院	2	0.80
一般病院（主に急性期、単科精神科病院以外）	64	25.50
一般病院（主に慢性期、単科精神科病院以外）	35	13.94
地域医療支援病院	11	4.38
特定機能病院	15	5.98
その他	4	1.59
回答した人数	251	100.00

主要診療科	N	%
精神科・心療内科	6	2.39
その他	245	97.61
回答した人数	251	100.00

以下は質問項目と結果を表で示す。

2. -①処方することの多い「睡眠薬」(複数選択可)

	N	%
ベンゾジアゼピン系	76	30.28
非ベンゾジアゼピン系	160	63.75
メラトニン受容体作動薬	205	81.67
オレキシン受容体拮抗薬	205	81.67
鎮静系抗うつ薬	95	37.85
鎮静系抗精神病薬	56	22.31
抗不安薬	45	17.93
漢方薬	93	37.05
睡眠薬は使用しない	2	0.80
その他	4	1.59
回答した人数	251	374.90

2. -② 処方することの多い「睡眠薬」のその理由 (複数選択可)

	N	%
効果の強さ	57	22.71
作用時間	75	29.88
安全性 (副作用が少ない)	214	85.26
使い慣れている	141	56.18
(同僚や講演等で) 薦められた	19	7.57
薬価	18	7.17
わからない	0	0.00
その他	26	10.36
回答した人数	251	219.13

3. -①処方することの多い「抗不安薬」(複数回答可)

	N	%
ベンゾジアゼピン系	182	72.51
アザピロン系	16	6.37
抗うつ薬	133	52.99
抗精神病薬	51	20.32
漢方薬	96	38.25
抗不安薬は使用しない	19	7.57
その他	3	1.20
回答した人数	251	255.84

3. -②処方することの多い「抗不安薬」のその理由 (複数選択可)

	N	%
効果の強さ	92	36.65
作用時間	53	21.12
安全性 (副作用)	126	50.20
使い慣れている	169	67.33
(同僚や講演会等で) 薦められた	16	6.37
薬価	8	3.19
わからない	6	2.39
その他	30	11.95
回答した人数	251	199.20

4. 睡眠薬や抗不安薬を使用し、症状が改善した後、薬はいつ中止に向け減薬したほうが良いと思うか

	N	%
改善したらすぐに	62	24.70
改善後3ヵ月以内に	85	33.86
改善後半年以内に	50	19.92
改善後1年以内に	15	5.98
改善後1年以上経ってから	4	1.59
副作用(ふらつき、認知機能障害、依存など)がなければ減薬する必要はない	12	4.78
わからない	12	4.78
その他	11	4.38
回答した人数	251	100.00

5. どのような状態であれば、睡眠薬・抗不安薬の「継続」が望ましいと思うか (3つまで選択可)

	N	%
患者が希望している	47	18.73
不眠や不安症状が続いている	138	54.98
投薬開始のきっかけとなった精神疾患や身体疾患の症状が続いている	121	48.21
就業、家事、学業、対人交流など、社会生活に支障をきたしている	140	55.78
日常生活の質や満足度が低下している	81	32.27

低用量（単剤）の処方で継続できている	40	15.94
副作用（ふらつき、認知機能障害、依存など）が出ていない	84	33.47
わからない	3	1.20
その他	13	5.18
回答した人数	251	265.76

6. -①ベンゾジアゼピン系「睡眠薬」の減薬方法（複数選択可）

	N	%
徐々に減薬（漸減法を用いる）	191	76.10
漸減せずに全量中止	10	3.98
他の睡眠薬（ロゼレム、ベルソムラ、デエビゴなど）に変更してから減薬	149	59.36
鎮静作用のある向精神薬（デジレル、セロクエルなど）に変更してから減薬	40	15.94
漢方薬や抗ヒスタミン薬、市販の薬剤に変更してから減薬	19	7.57
心理社会療法（認知行動療法等）を併用して減薬	42	16.73
減薬のための患者向けの資料やパンフレットを使用する	18	7.17
わからない	4	1.59
その他	10	3.98
回答した人数	251	192.42

6. -②ベンゾジアゼピン系「抗不安薬」の減量方法（複数選択可）

	N	%
徐々に減薬（漸減法を用いる）	202	80.48
減薬せずに全量中止	9	3.59
長時間型の抗不安薬に変更してから減薬	56	22.31
抗不安作用のある向精神薬（SSRI、セディールなど）に変更してから減薬	57	22.71
心理社会療法（認知行動療法等）を併用して減薬	42	16.73
減薬のための患者向けの資料やパンフレットを使用する	11	4.38
わからない	14	5.58

その他	6	2.39
回答した人数	251	158.17

7. 診療において、睡眠薬・抗不安薬の継続、あるいは減薬・中止について、どのように決めているか

	N	%
患者の意見を最大限尊重して	10	3.98
主に患者の意見を重視して	41	16.33
医師と患者でお互いの意見を話し合っ	191	76.10
主に医師の意見を尊重して	8	3.19
医師の意見を最大限尊重して	1	0.40
回答した人数	251	100

8. 誰が、睡眠薬・抗不安薬の減薬に取り組むべきだと思うか（複数選択可）

	N	%
患者	204	81.27
医師	243	96.81
臨床心理士／公認心理師	43	17.13
薬剤師	121	48.21
看護師／保健師	73	29.08
患者の家族	85	33.86
行政機関	43	17.13
製薬メーカー	52	20.72
わからない	0	0.00
その他	5	1.99
回答した人数	251	346.20

9. -①睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止の際、多職種と連携を取ることが有用だと思うか

	N	%
はい	233	92.83
いいえ	18	7.17
回答した人数	251	100.00

9. -②睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止の際、どの職種と連携を取ることが有用だと思うか（複数選択可）

	N	%
薬剤師	201	86.27

臨床心理士／公認心理師	105	45.06
看護師／保健師	164	70.39
精神保健福祉士	55	23.61
作業療法士	27	11.59
その他	12	5.15
回答した人数	233	100.00

10. 過去に睡眠薬・抗不安薬の休薬を試みた際、どのような困りごとがあったか（複数選択可）

	N	%
減薬・中止の方法がわからなかった	29	11.55
減薬・中止する時期がわからなかった	29	11.55
どの程度安定していれば減薬・中止ができるかわからなかった	55	21.91
症状が再燃/悪化したため減薬・中止できなかった	131	52.19
離脱症状（と思われる症状）のために減薬・中止できなかった	37	14.74
患者が減薬・中止を嫌がるために減薬・中止できなかった	206	82.07
特に困ったことはない	8	3.19
減薬・中止をしたことがない	1	0.40
その他	7	2.79
回答した人数	251	200.39

11. 睡眠薬・抗不安薬の長期服用に関する問題点や減薬・中止のための方法は、当事者・医療者に十分に理解されていると思うか

	N	%
はい	26	10.36
いいえ	225	89.64
回答した人数	251	100.00

12. どのような補助資材があれば睡眠薬・抗不安薬の減薬に有用だと思うか（複数選択可）

	N	%
心理社会療法や減薬方法に関する患者向け冊子	182	80.89
心理社会療法や減薬方法に関する患者向けウェブサイト	127	56.44
心理社会療法や減薬方法に関する医療者向け冊子	136	60.44

心理社会療法や減薬方法に関する医療者向けウェブサイト（e-learning など）	151	67.11
心理社会療法や減薬方法に関する医療者向け講習会	128	56.89
どれも必要ない	1	0.44
わからない	9	4.00
その他	7	3.11
回答した人数	225	329.32

#### D. 考察

本研究では、プライマリ・ケア医を対象に、睡眠薬・抗不安薬の減薬について様々な角度からアンケート調査を実施した。

睡眠薬の中で処方されることが多いのは、メラトニン受容体作動薬およびオレキシン受容体拮抗薬で、それぞれプライマリ・ケア医のおよそ80%が、よく処方する薬剤として挙げていた。副作用や依存性が少ないなど安全性の面からベンゾジアゼピン受容体作動薬以外の選択が進む一方、プライマリ・ケア医の30%程度はベンゾジアゼピン受容体作動薬をよく処方する薬剤としており、また抗不安薬の中で処方されることが最も多いのは、ベンゾジアゼピン受容体作動薬であることが明らかになった。また、抗不安薬の選択理由として67%の回答者が「使い慣れている」を選んでおり、慣習的にベンゾジアゼピン受容体作動薬が処方されていることが窺われる。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬は依存形成のリスク、認知機能の低下、転倒・転落のリスクの増大等の問題から長期使用は推奨されていない。しかし、睡眠薬・抗不安薬の服用期間は長期にわたっていることが他の研究で明らかになっている。これに対していつから減薬を開始すべきかについてのコンセンサスは得られていない。本調査でも改善したらすぐに減薬を開始すべきとの意見から、1年以上たってからまで意見には幅があった。さらに「わからない」との意見も5%に見られており、現場での混乱が明らかとなった。

睡眠薬・抗不安薬について、どのような状態であれば継続が望ましいのかについてもコンセンサスが得られていない。本研究では不眠や不安の症

状が続いている場合には継続がやむを得ないとの意見が多かった。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の減薬方法に関して、睡眠薬・抗不安薬ともに7～8割のプライマリ・ケア医が漸減法を用いていると回答している。他剤への変更については、睡眠薬はロゼレム、ベルソムラ、デエビゴなどの代替薬の使用も頻用されている現状に対して、抗不安薬ではプライマリ・ケアで使用頻度の高い代替薬が存在しないことが示唆された。なお、心理社会療法（認知行動療法等）の併用や、減薬のための患者向けの資料やパンフレット使用といった非薬物的介入はいずれも少数回答に留まった。

睡眠薬・抗不安薬の継続、あるいは減薬・中止については多くの回答者が患者との対話の中で進めるべきであると回答している一方、誰が減薬にとりくむべきかとの質問に対しては患者 81%に対して医師 96%と、特に医師自身が減薬に対してアクションを起こすべきと捉えている傾向が認められた。

睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止の際、連携をとると有用である職種としては薬剤師、看護師／保健師との回答が7割以上を占めたが、多職種と連携を取ることが有用だと思わないと回答したプライマリ・ケア医が7%程度存在していた。国内の医療現場における多職種連携の実態や、課題の抽出も今後重要な検討課題になると思われる。

過去に睡眠薬・抗不安薬の減薬を試みた際の障壁としては、患者が希望しなかった、症状の再燃があった、など患者側の要因が主に挙げられている。これと関連して、睡眠薬・抗不安薬の長期服用に関する問題が十分に周知されていないと感じる回答者が多数を占めており、地域社会における引き続きの啓蒙活動のニーズは高い。

これらへ対処する上での補助資材としては、心理社会療法や減薬方法に関する患者向け、医療者向け資材は概ね有用と受け止められており、プライマリ・ケアにおけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用に向けて非薬物的介入を含む教育、そして補助資材の提供は有効な手段であるこ

とが予測される。

## E. 結論

睡眠薬・抗不安薬の具体的な出口戦略の確立・実践のために、プライマリ・ケア医を対象に減薬・継続の是非や判断基準、具体的な減薬法に関するアンケート調査を実施し、その実態を明らかにした。

結果より、特に抗不安薬としてのベンゾジアゼピン受容体作動薬が慣習的に多く処方されていること、また減薬のタイミングや具体的な方法については回答者の中でも一定した見解は得られないことが明らかとなった。プライマリ・ケアにおけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用に向けて非薬物的介入を含む教育、そして補助資材の提供は有効な手段であることが予測される。

今後は本研究で明らかとなったニーズに対して出口戦略を検討していく予定である。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

・なし

### 2. 学会発表

・なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし