

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 精神科医を対象とした意識調査に関する研究

研究分担者 坪井貴嗣 杏林大学医学部精神神経科学教室
研究協力者 勝元榮一 かつもとメンタルクリニック

研究要旨

目的：睡眠薬・抗不安薬、特に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、全国の精神科医を対象に、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：日本精神神経科診療所協会に所属する精神科医を対象に、オンライン・アンケート調査を実施した。

結果：543名から回答を得た。精神科医は、睡眠薬と抗不安薬の間では処方カテゴリーやその理由は異なるものの、半年以上の長期には処方せず減薬・中止を行うべきとの意見を共有している。しかし、どのような状態であれば継続がやむを得ないのかはコンセンサスが形成されていない。また、減薬・中止の方法として漸減法を多くが用いている一方、患者が減量・中止を望まない、あるいは残存症状のために減量・中止できない場合がある。それに対し、患者・医師・薬剤師で相互に連携し、共同意思決定の手段で補助資料を作成・使用しながら実行することが必要と考えられていた。

考察・結論：精神科医は睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止の必要性や具体的な減薬法については概ね一致しているものの、患者の症状や希望のために継続せざるを得ない現状があり、実現可能である具体的な手段についてのコンセンサスを形成し、周知するための資料を作成することはニーズに合致していることが明らかとなった。

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、全国の精神科医を対象に、同薬の処方内容とその理由、減薬・継続の是非やその判断基準、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、業務上でベンゾジアゼピン受容体作動薬の処方経験のある精神科医・心療内科医とした。実施手順は、公益社団法人日本精神神経科診療所協会に所属する医師に対し、メールを活用してアンケートフォームの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、勤務機関、主要診療科）
2. 処方することの多い「睡眠薬」とその理由
3. 処方することの多い「抗不安薬」とその理由
4. 睡眠薬や抗不安薬を使用し、症状が改善した後、薬はいつ中止にむけて減薬したほうがいいのか
5. どのような状態であれば、睡眠薬・抗不安薬の「維持」が望ましいと思うか

6. ベンゾジアゼピン系の「睡眠薬」や「抗不安薬」の減薬をそれぞれどのように行っているか
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、他職種と連携を取ることが有用だと思うか。どの職種と連携をとることが有用だと思うか
10. 過去に睡眠薬・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、患者・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。なお、本研究は公益社団法人日本精神神経科診療所協会の倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1. 属性（年代、性別、勤務機関、主要診療科）

543名から回答を得た。結果を表に示す。年代は60代が最も多く、性別は男性が約8割であった。勤務機関はほぼ全てが診療所であり、主要診療科は無回答を除けばほぼ全てが精神科・心療内科であった。

属性	N	%
年代		
20代	1	0.18
30代	11	2.03
40代	70	12.89
50代	153	28.18
60代	195	35.91
70代	96	17.68
80代以上	15	2.76
無回答	2	0.37
全体	543	100

性別	N	%
男性	433	79.74
女性	107	19.71
その他	1	0.18
無回答	2	0.37
全体	543	100

勤務機関	N	%
診療所	536	98.71
精神科病院	3	0.55
総合病院（主に急性期）	1	0.18
総合病院（主に慢性期）	1	0.18
地域医療支援病院	0	0
特定機能病院	0	0
その他	0	0
無回答	2	0.37
全体	543	100

主要診療科	N	%
精神科・心療内科	510	93.92
その他	2	0.37
無回答	31	5.71
全体	543	100

以下の2-12については、質問項目とその結果を表で示す。

2. 処方することの多い「睡眠薬」とその理由（ともに複数選択可）

	N	%
ベンゾジアゼピン系	374	68.88
非ベンゾジアゼピン系	445	81.95
メラトニン受容体作動薬	252	46.41
オレキシン受容体拮抗薬	479	88.21

鎮静系抗うつ薬	311	57.27
鎮静系抗精神病薬	248	45.67
抗不安薬	133	24.49
漢方薬	225	41.44
睡眠薬は使用しない	1	0.18
その他	6	1.10
無回答	1	0.18
全体	543	100

	N	%
効果の強さ	348	64.09
作用時間	258	47.51
安全性	405	74.59
使い慣れている	352	64.83
他の医師にすすめられた	23	4.24
薬価	51	9.39
わからない	1	0.18
その他	29	5.34
無回答	10	1.84
全体	543	100

3. 処方することの多い「抗不安薬」とその理由
(ともに複数選択可)

	N	%
ベンゾジアゼピン系	481	88.58
アザピロン系	177	32.60
抗うつ薬	359	66.11
抗精神病薬	180	33.15
漢方薬	221	40.70
抗不安薬は使用しない	3	0.55
その他	4	0.74
無回答	2	0.37
全体	543	100

	N	%
効果の強さ	385	70.90
作用時間	182	33.52
安全性	327	60.22
使い慣れている	382	70.35
他の医師にすすめられた	16	2.95
薬価	41	7.55
わからない	0	0

その他	30	5.52
無回答	9	1.66
全体	543	100

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	77	14.18
改善後3ヵ月以内に	207	38.12
改善後半年以内に	122	22.47
改善後1年以内に	45	8.29
改善後1年以上経ってから	13	2.39
副作用がなければ減薬する必要はない	26	4.79
わからない	5	0.92
その他	44	8.10
無回答	4	0.74
全体	543	100

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(複数選択可)

	N	%
患者が希望している	121	22.28
不眠や不安症状が続いている	379	69.80
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	255	46.96
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	299	55.06
日常生活の質や満足度が低下している	93	17.13
低用量(単剤)の処方でも継続できている	157	28.91
副作用(ふらつき、認知機能障害、依存など)が出ていない	149	27.44
わからない	0	0
その他	11	2.03
無回答	3	0.55
全体	543	100

6. ベンゾジアゼピン系の「睡眠薬」や「抗不安薬」の減薬をそれぞれどのように行っている

か（ともに複数選択可）

・ベンゾジアゼピン系「睡眠薬」の減薬

	N	%
徐々に減薬（漸減法を用いる）	496	91.34
漸減せずに全量中止	9	1.66
他の睡眠薬（ラメルテオン、スボレキサント、レンボレキサントなど）に変更してから減薬	33	6.08
鎮静作用のある向精神薬（トラゾドン、クエチアピンなど）に変更してから減薬	195	35.91
漢方薬や抗ヒスタミン薬、市販薬に変更してから減薬	74	13.63
心理社会療法（認知行動療法など）を併用して減薬	127	23.39
減薬のための患者向けの資料やパンフレットを使用	38	7.00
わからない	1	0.18
その他	19	3.50
無回答	2	0.37
全体	543	100

・ベンゾジアゼピン系「抗不安薬」の減薬

	N	%
徐々に減薬（漸減法を用いる）	496	91.34
減薬せずに全量中止	9	1.66
長時間型の抗不安薬に変更してから減薬	252	46.41
抗不安作用のある向精神薬（SSRI、タンドスピロンなど）に変更してから減薬	212	39.04
心理社会療法（認知行動療法など）を併用して減薬	133	24.49
減薬のための患者向けの資料やパンフレットを使用	32	5.89
わからない	1	0.18
その他	17	3.13
無回答	2	0.37
全体	543	100

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

	N	%
患者の意見を最大限尊重して決めている	31	5.71
主に患者の意見を重視して決めている	59	10.87
医師と患者でお互いの意見を話し合ってから決めている	432	79.56
主に医師の意見を重視して決めている	18	3.31
医師の意見を最大限尊重して決めている	1	0.18
無回答	2	0.37
全体	543	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	396	72.93
医師	526	96.87
臨床心理士／公認心理師	27	4.97
薬剤師	92	16.94
看護師／保健師	45	8.29
患者の家族	55	10.13
行政機関	34	6.26
製薬メーカー	44	8.10
わからない	2	0.37
その他	5	0.92
無回答	2	0.37
全体	543	100

9. 睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止の際、他職種と連携を取ることが有用だと思うか。有用と思う場合、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	%
はい	356	65.56
薬剤師	285	
臨床心理士／公認心理師	105	
看護師／保健師	175	
精神保健福祉士	61	
作業療法士	25	
その他	19	

わからない	2	
いいえ	176	32.41
無回答	11	2.03
全体	543	100

10. 過去に睡眠薬・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？（複数選択可）

	N	%
減薬・中止の方法がわからなかった	8	1.47
減薬・中止の時期がわからなかった	14	2.58
どの程度安定していれば減薬・中止できるかわからなかった	25	4.60
症状が再燃/悪化したため減薬・中止できなかった	333	61.33
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	204	37.57
患者が減薬・中止を嫌がる/不安がるために減薬・中止できなかった	428	78.82
特に困ったことはない	34	6.26
減薬・中止したことがない	1	0.18
その他	12	2.21
無回答	34	6.26
全体	543	100

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、患者・医療者に十分に理解されていると思うか

	N	%
はい	68	12.52
いいえ	467	86.00
無回答	2661	1.47
全体	543	100

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	357	76.45
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	228	48.82
心理社会療法や減薬方法に関する医療者向け冊子	171	36.62

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	161	34.48
心理社会療法や減薬方法に関する医療者向け講習会	141	30.19
どれも必要ない	14	3.00
わからない	21	4.50
その他	18	3.85
無回答	4	0.84
回答した人数	543	100

D. 考察

本研究では、全国の精神科医を対象に、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。

まず睡眠薬はオレキシン受容体拮抗薬や非ベンゾジアゼピン系睡眠薬が処方されることが多いのに対し、抗不安薬はベンゾジアゼピン系抗不安薬が処方されることが多いという実態が明らかになった。その理由として、前者は安全性を7割の方が理由としてあげていたが、後者は効果の強さや使い慣れていることを理由としてあげており、睡眠薬と抗不安薬を別々に検討する必要性が示唆された。

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、先行研究で明らかになっている。これに対し、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。本調査では改善後3ヶ月以内に減薬すべきとの意見が最も多く、次いで半年以内に減薬すべきとの結果であり、使用期間の目安を3ヶ月から半年と捉えている可能性がある。

睡眠薬・抗不安薬について実臨床では継続服用する症例が見られるが、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。本研究から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。

減薬を具体的に考えたときに、減薬方法としては徐々に減薬している（漸減法を用いている）が睡眠薬・抗不安薬ともに9割以上であった。また、

睡眠薬・抗不安薬の継続、あるいは減薬・中止の決め方については、医師と患者でお互いの意見を話し合って双方で決めているが約 8 割であり、共同意思決定の考え方が実臨床で浸透しているかもしれない。それを反映してか、減薬に取り組むべきものとして、医師が最も多かったが、患者も 7 割以上であり、減薬をすすめるうえで医師のパートナーとして患者を重要視していることがうかがえた。

一方で、減薬・中止に際して他職種との連携に有用性を感じている精神科医は約 2/3 いるという結果であり、その多くが薬剤師との連携をとることが睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止に有用と考えていた。今後は上記の共同意思決定において、患者・医師・薬剤師が連携して遂行していくことが、睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止実現に重要であろう。本調査でも明らかになったが、患者が睡眠薬・抗不安薬の長期服用に関する問題点を知らず、また患者がそれらの減薬・中止を嫌がる、という現状をこれにより打破できるかもしれない。

ただし、共同意思決定を行うには意思決定支援冊子が不可欠と言われているが、本調査でも心理社会療法や減薬方法に関する患者向けの冊子が約 3/4 の医師から求められており、このような補助資料の作成も重要な課題であろう。

本研究の限界点としては、全国の精神科診療所を対象としているとはいえ、対象としている医師の年齢層が中高年以上であり、本邦の精神科医の処方行動を一般化できない可能性がある。さらにはあくまで横断的なアンケート調査であるため、因果関係などを論ずることはもちろんできない。今後はより構造化されたデザインによる研究が立案・遂行され、本課題についてのエビデンスの構築が必要であろう。

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、全国の精神科医を対象に同薬の処方内容とその理由、減薬・継続の是非やその判断基準、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した。精神科医は睡眠薬・抗不安薬の長期服用による問題点を認識し、それらの減薬・中止に際しては漸減法を用いているものの、患者の残存症状や希望ゆえに継続せざるを得ない症例がいることも事実であり、この問題の解決には精神科医だけでなく患者・薬剤師などが相互に連携し、補助資料などを用いて共同意思決定を行っていくことが重要である可能性がある。いずれにせよ本課題に関するコンセンサスを形成し、周知していくことが肝要である。

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