

令和4年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
睡眠薬・抗不安薬の処方実態調査ならびに共同意思決定による適正使用・出口戦略のための研修プログラム
の開発と効果検証研究（21GC1016）
総括研究報告書

睡眠薬・抗不安薬の処方実態調査ならびに共同意思決定による
適正使用・出口戦略のための研修プログラムの開発と効果検証研究

研究統括者 高江洲義和 琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座

研究分担者 三島和夫 秋田大学大学院医学系研究科精神科学講座
清水栄司 千葉大学大学院医学研究院
家 研也 聖マリアンナ医科大学内科学総合診療内科
渡邊衡一郎 杏林大学医学部精神神経科学教室
坪井貴嗣 杏林大学医学部精神神経科学教室
青木裕見 聖路加国際大学大学院看護学研究科
稲田 健 北里大学医学部精神科学

研究要旨

本研究事業においては、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期処方抑止を目的とした診療報酬改定の効果に関する研究、睡眠薬・抗不安薬の出口戦略の実践のために、全国の医療者・当事者双方から睡眠薬・抗不安薬の減薬・継続の是非や、減薬・継続を判断する基準や具体的な方法について調査研究を行った。並行して日本睡眠学会、日本不安症学会、日本臨床精神神経薬理学会の専門医を対象に睡眠薬・抗不安薬の減薬に向けたエキスパートコンセンサスを作成した。また、精神科医のみならずプライマリ・ケア医でも実施可能な実践的な web プログラムを開発し、その効果検証を行った。

診療報酬改定の効果研究の結果、睡眠薬の適正使用を目的とした計 4 回にわたる診療報酬改定の睡眠薬長期処方に対する効果を調査したが、診療報酬改定の効果を示すことはできなかった。質問紙を用いた睡眠薬・抗不安薬の適正使用・出口戦略に向けた意識調査では、プライマリ・ケア医 251 名、精神科医 543 名、薬剤師 3021 名、当事者 104 名より回答を得た。本調査結果から、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出口戦略への教育・普及、そして補助資材の提供は有効な手段であることが示唆された。精神科医の調査結果からは、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ることが示唆され、共同意思決定のための補助資材の作成も重要な課題であることが示された。薬剤師に対する調査では、薬剤師は睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止に高い関心を持っているものの、医療者間でのコミュニケーションの課題があり、これを改善するための資材を作成することが求められていた。また、当事者の対する調査結果から、多くの当事者が症状改善後早期に減薬を開始することを望んでいるにも関わらず、減薬に関する適切な情報を十分には持ち合わせていないことが示唆された。

これらの結果を基に、医療者に対して睡眠薬・抗不安薬の適正使用と出口戦略に向けたエキスパートコンセンサスを作成して実践的な指針を示した。また、プライマリ・ケア医を対象として、睡眠薬・抗不安薬の適正使用と出口戦略を実践するための web 講習会を開催した。本研究結果が、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用・出口戦略の普及と実装化に繋がっていくことに期待したい。

研究協力者

■ベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期処方抑止を目的とした診療報酬改定の効果に関する研究

竹島正浩：秋田大学

■質問紙を用いた全国の精神科医、プライマリ・ケア医、薬剤師、当事者への睡眠薬・抗不安薬の適正使用・出口戦略に向けた意識調査

勝元榮一：かつもとメンタルクリニック

津留英智：宗像水光会総合病院

高橋結花：東京女子医科大学

黒沢雅広：昭和大学

■睡眠薬・抗不安薬の共同意思決定による適正使用・出口戦略に向けた医師・薬剤師・当事者を対象とした／プライマリ・ケア医を対象とした、共同意思決定を用いたベンゾジアゼピン受容体作動薬の減薬web講習会研究

喜瀬守人：家庭医療学開発センター

吉田絵里子：川崎協同病院総

■睡眠薬・抗不安薬の適正使用、出口戦略に向けたエキスパートコンセンサスの作成に関する研究

鈴木正泰：日本大学医学部医学科精神医学

栗山健一：国立精神神経医療研究センター

松井健太郎：国立精神神経医療研究センター

山下英尚：みんなの睡眠ストレスケアクリニック

小鳥居望：小鳥居諫早病院

志村哲祥：東京医科大学

内海智博：国立精神神経医療研究センター

竹島正浩：秋田大学

普天間国博：琉球大学

岡島義：東京家政大学

山田恒：兵庫医科大学

稲田泰之：稲田クリニック

櫻井準：杏林大学

堀輝：福岡大学

田村真樹：千葉大学

研究課題		令和3年度				令和4年度			
		4月～	7月～	10月～	1月～	4月～	7月～	10月～	1月～
①-1 処方実態調査	レセプト調査	各施設の倫理委員会承認	調査						
①-2 薬物治療への意識調査	精神科医		質問紙調査						
	プライマリケア								
	当事者・家族								
①-3 エキスパートコンセンサス	睡眠専門医			コンセンサス作成					
	不安専門医								
②-1 プログラム開発			開発準備		開発				
②-2 プログラム効果検証					実施		効果検証・分析		
達成目標		・適正使用に向けたの課題抽出 ・エキスパートコンセンサスの作成 ・出口戦略に向けた共同意思決定				・プログラムの開発及び効果検証 ・プログラム普及・実装化に向けての検討			



プログラム普及・実装化に向けての活動

A. 研究目的

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の睡眠薬・抗不安薬は精神科・心療内科に限らず、広く一般診療科で処方されている。一方で、同薬剤の多剤併用・長期処方による依存形成のリスク、認知機能低下、転倒リスクの増大などが指摘されており、医療者、当事者共に大きな懸念点であることが認識されている。しかしながら、実臨床においていったん多剤併用・長期処方に陥ると、身体依存により減薬は容易ではなく、長期処方から脱却できないケースも少なくない。そのため、睡眠薬・抗不安薬の適正使用ならびに出口戦略の確立とその普及・実装化は喫緊の課題となっている。

これまで我々は厚生労働科学研究費事業（H29-精神-一般-001）として系統的レビューを実施し、睡眠薬・抗不安薬の長期内服者に対して認知行動療法を中心とした心理社会的な介入の有用性を示してきた（Takaesu Y, Sleep Med Rev 2019, Takeshima M, Psychiatry Clin Neurosci in press）。また、それに引き続く厚生労働科学研究事業（19GC1012）では、これらのエビデンスに基づき、医療者と当事者で睡眠薬・抗不安薬の出口戦略について共同意思決定（Shared Decision Making）を行うための実践的なマニュアルを作成した。一方、睡眠薬・抗不安薬の減薬・継続を判断する臨床的基準についてエビデンスが不足しており臨床現場で混乱を招いている。減薬・継続を判断するための患者像やその尺度、安全で実施が容易な減薬の方法について更なる調査を行い、それに基づいた実践的な睡眠薬・抗不安薬の適正使用・出口戦略のための研修プログラムの開発が必要である。

そこで本研究事業においては、先行研究を基に、具体的な出口戦略の実践のために全国の医療者・当事者双方から睡眠薬・抗不安薬の減薬・継続の是非や、減薬・継続を判断する基準や具体的な方法について調査を行った。並行して日本睡眠学会、日本不安症学会、日本プライマリ・ケア連合学会の専門医を対象に睡眠薬・抗不安薬の減薬に向けたエキスパートコンセンサスを作成した。精神科医のみならずプライマリ・ケア医でも実施可能な実践的なwebプログラムを開発についても開発を行い、その効果検証を行った。これらの成果を元に、睡眠薬・抗不安薬の適正使用・出口戦略の普及

・実装化に資することを本研究の目的とした。

B. 研究方法

研究①-1：ベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期処方抑止を目的とした診療報酬改定の効果に関する研究

日本医療データセンターより抽出条件を指定し、2005年4月～2021年3月に健康保険組合に加入していた加入者（勤労者及びその家族）の診療報酬情報を抽出した。睡眠薬が初めて処方されてから中止されるまでの期間（連続処方期間）を最大12ヶ月まで調査した。2012年度の診療報酬改定は先行研究で睡眠薬の多剤併用に対する効果は示されなかったことから2014年と2018年の診療報酬改訂の睡眠薬の長期処方に対する効果を検証することとした。診療報酬改訂の時期に基づき、3つの期間を設定し（期間1：2012年4月～2013年3月、期間2：2016年4月～2017年3月、期間3：2018年4月～2019年3月）、診療報酬改定が睡眠薬の短期処方を有意に増加させたかを検討した。

研究①-2：質問紙を用いた全国の精神科医、プライマリ・ケア医、薬剤師、当事者への睡眠薬・抗不安薬の適正使用・出口戦略に向けた意識調査

1. 精神科医

2021年10月22日から2022年2月1日にかけて、日本プライマリ・ケア連合会、全日本病院協会、日本精神神経科診療所協会に所属する日本人医師を対象に調査を実施した。(1)属性(年代、性別)、(2)専門分野、(3)症状改善後にBZDの減量を開始する希望時期、(4)BZD系抗不安薬の中止のために用いた方法、(5)BZD系睡眠薬の中止のために使用された方法、(6)BZDの中止が困難であった経験の有無、(7)BZDの中止が困難な理由について、アンケート用紙を用いて調査を行った。

2. プライマリ・ケア医

2021年10月から2022年2月にかけて962名の医師を対象に質問紙調査を実施した。研究参加者の選択基準は、①日本プライマリ・ケア連合学会の会員、②全日本病院協会の会員、③日本精神

経科診療所協会の会員、のうち本研究参加に同意の得られた医師とし、①②は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、③は郵送法により回答を求めた。(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」、及びその理由、(3) 処方することの多い「抗不安薬」、及びその理由、(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、多職種と連携をと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、以上 12 点を質問項目とした。

3. 薬剤師

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を調剤した経験のある人とした。実施手順は、日本精神薬学会、精神科臨床薬学研究会、日本病院薬剤師会、日本調剤株式会社、日本保険薬局協会、有限会社サワカミ薬局の各団体の構成員に対し、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、(1) 属性(年代、性別、資格、勤務機関精神科の患者への指導の経験の有無)、(2) 調剤することの多い「睡眠薬」、(3) 「睡眠薬」の調剤時に問い合わせをしたことがある場合、その理由、(4) 調剤することの多い「抗不安薬」、(5) 「抗不安薬」の調剤時に問い合わせをしたことがある場合、その理由、(6) 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、(7) 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、(8) 睡眠薬・抗不安薬の減薬方法を知っているか、(9) ベンゾジアゼピン系の睡眠薬・抗不安薬の減薬を医師に提案したことがあるか、(10) ベンゾジアゼピン系の睡眠薬・抗不安薬の減薬を「どのような時に」医師に提案しているか、(11) ベンゾジアゼピン系の「睡眠薬」の減薬、(12) ベンゾジアゼピン系の「抗不安薬」の減量、(13) 誰が、睡眠薬・抗不安薬の減薬に取り組むべきだと思うか、(14) 睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止の際、どの職種と連携をとることが有用だと思うか、(15) 過去に睡眠薬・抗不安薬の休薬を試みた患者さんを担当したことがあるか、(16) 過去に睡眠薬・抗不安薬の休薬を試みた患者さんを担当した際に、どのような困りごとがあったか、(17) 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、(18) 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の 18 項目である。

4. 当事者

特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構・コンボの会員 (n=740) に対し、アンケートフォームの URL を配信し、オンラインで回答を求めた。精神科医は、日本精神神経科診療所協会に所属する精神科医 (n=1690) を対象に、アンケートフォームの URL を配信し、オンラインで回答を求めた。

調査項目は、(1) 属性、(2) 睡眠薬・抗不安薬の使用状況(外来患者のみ)、(3) 症状改善後の望ましいと考える睡眠薬・抗不安薬の減薬時期、(4) 睡眠薬・抗不安薬の継続使用が許容される状況、(5) 睡眠薬・抗不安薬の減薬時の意思決定、(6) 睡眠薬・抗不安薬 減薬時に減薬の妨げとなった困難について尋ねた。

研究①-3: 睡眠薬・抗不安薬の適正使用、出口戦略に向けたエキスパートコンセンサスの作成に関する研究

1. 睡眠専門医

2022年6月29日～同年7月31日の間、日本臨床神経精神薬理学会、日本睡眠学会の専門医、日本不安障害学会の評議員に調査への参加を依頼した。参加に同意した専門家は不眠症の管理に関する10の臨床質問 [Q1: 入眠困難が主体の不眠症患者に

対してどのような薬物療法をどの程度推奨するか。Q2：入眠困難が主体の不眠症患者に対してどのような非薬物療法をどの程度推奨するか。Q3：睡眠維持障害（中途覚醒や早期覚醒）が主体の不眠症患者に対してどのような薬物療法をどの程度推奨するか。Q4：睡眠維持障害（中途覚醒や早期覚醒）が主体の不眠症患者に対してどのような非薬物療法をどの程度推奨するか。Q5：BZDで不眠症状が改善しない場合どのような薬物療法をどの程度推奨するか。Q6：BZDで不眠症状が改善しない場合、対応／非薬物療法をどの程度推奨するか。Q7：BZDで不眠症状改善後、どの程度の期間でBZDを減量・中止することを推奨するか。Q8：どのような患者に対してBZD継続もやむを得ないと考えるか。Q9：BZD減量・中止するためにどのような方法を推奨するか。Q10：BZD減量・中止する場合に代替薬としてどの薬を推奨するか] に対して、1-9点（全く推奨しない～強く推奨する）で評価した。

2. 不安症専門医

2022年6月29日～同年7月31日の間、日本臨床神経精神薬理学会、日本睡眠学会の専門医、日本不安症学会の評議員に調査への参加を依頼し、参加に同意した専門家が、8つの項目 [Q1：【特定不能の不安症】の患者に対して、以下の「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の抗不安薬」の使用をどの程度推奨するか、Q2：【特定不能の不安症】の患者に対して、以下の「非薬物療法」をどの程度推奨するか、Q3：【特定不能の不眠症】の患者に対して、既に「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の抗不安薬が処方されているが、『不安症状が改善していない』場合」、以下の「薬物療法」をどの程度推奨するか、Q4：【特定不能の不安症】の患者に対して、既に「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の抗不安薬が処方されているが、『不安症状が改善していない』場合」、以下の「対応／非薬物療法」をどの程度推奨するか、Q5：ベンゾジアゼピン受容体作動薬の抗不安薬により不安症状が改善した後、「どの程度の期間」で、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の抗不安薬を減量・中止することを推奨するか、Q6：どのような患者に対して、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の抗不安薬の「継続もやむを得ない」と考えるか、Q7：ベンゾジアゼピン受容体作動薬の抗不安薬の減量が望ましいと判断し

た場合、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の抗不安薬の「減量・中止」に際して、以下の方法をどの程度推奨するか、Q8：ベンゾジアゼピン受容体作動薬の抗不安薬の減量が望ましいと判断した場合、減量・中止に際して、「他の抗不安薬や抗精神病薬等と【置換する】場合（置換方法は上乘せ漸減、漸増・漸減法、急速切り替え法の全てを含む）」、以下の薬への【置換】をどの程度推奨するか] に対して1-9点（全く推奨しない～強く推奨する）で評価した。

研究②-1：プライマリ・ケア医を対象とした、共同意思決定（Shared Decision Making: SDM）を用いたベンゾジアゼピン受容体作動薬の減量 web 講習会研究

令和4年12月4日、日本プライマリ・ケア連合学会の学会員を中心としたプライマリ・ケア医を対象に、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の減量についての半日（4時間程度）のweb講習会を実施した。資料は、過去に厚生労働省科学研究事業（9GC1201）で作成した「睡眠薬・抗不安薬の出口戦略に向けたSDM」の補助資料（Decision Aid）を参考に、研究分担者が過去に実施した対面での講習会の資料を活用した。なお参加者は参加前後の理解度テスト、及び講習会の感想をアンケートにて回答を得た。

（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

研究①-1：ベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期処方抑止を目的とした診療報酬改定の効果に関する研究

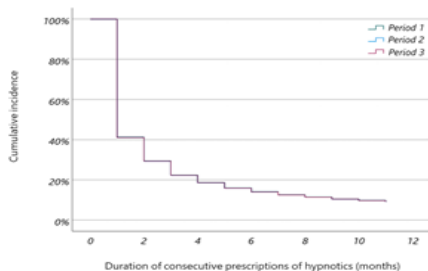
2005年4月～2021年3月の延べ加入者数は1124万4687名であった。研究期間中に睡眠薬を1度でも処方された加入者は92万5155名おり、そのうち診療報酬データの観察開始から睡眠薬の初処方が3ヶ月以上あいている加入者は64万9358名であった。本研究で設定した3つの期間に睡眠薬を

初処方された患者は18万6535人（期間1：2万3346人、期間2：7万272人、期間3：9万2917人）であった。

すべての期間で、睡眠薬が初処方された年齢は40歳台中盤で、男女比は男性の割合が50%前半を占めた。また、すべての期間において、初処方月の睡眠薬の種類数は1種類が約91%、2種類が約8%、3種類以上は1%未満であり、初処方月の睡眠薬力価はフルニトラゼパム換算で約0.3mg/日と、期間をとおして大きな変化はなかった。その一方で、初処方月の睡眠薬のクラスについては大きな変化があり、経年的にベンゾジアゼピン系睡眠薬が初処方される割合が減り、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬やオレキシン系受容体拮抗薬、メラトニン受容体作動薬が初処方される割合が増加した。

Cox 比例ハザード分析の結果を示す（図1）。初処方から12ヶ月以上睡眠薬を連続処方された加入者の割合は9.3%であった。Cox 比例ハザード分析では、睡眠薬の短期処方（睡眠薬の連続処方が12ヶ月未満）に対し、診療報酬改定は有意な効果を示さなかった。（期間1 [基準 期間2]:調整ハザード比 0.996、95%信頼区間 0.980-1.012、 $p=0.635$ 。期間3 [基準 期間2]:調整ハザード比 1.000、95%信頼区間 0.990-1.011、 $p=0.944$ ）初処方月にオレキシン受容体拮抗薬を処方されていることは睡眠薬の短期処方と関連した（調整ハザード比 1.077、95%信頼区間 1.035-1.120、 $p<0.001$ ）。

図1 期間別の睡眠薬連続処方期間



縦軸は睡眠薬を連続処方されている加入者の割合、横軸は連続処方された月数を示す。睡眠薬を初処方された時期で、期間1～3に群分けした。期間1は2012年4月～2013年3月、期間2は2016年4月～2017年3月、期間3は2019年4月～2019年3月である。図示したように3つの期間はほぼ完全に重なっている。

研究①-2：質問紙を用いた全国の精神科医、プライマリ・ケア医、薬剤師、当事者への睡眠薬・抗不安薬の適正使用・出口戦略に向けた意識調査

962名の回答が得られ、そのうち40.5% (390/962人) が非精神科医、59.5% (572/962人) が精神科

医であった。精神科医と比較すると、非精神科医は20代、30代、40代が多く、60代、70代は少なかった。962名中、「症状改善後すぐにBZD減量を開始したい」が19.4%、「症状改善後3ヶ月以内」が20.2%、「症状改善後6ヶ月以内」が7.1%、「症状改善後12ヶ月以内」が1.9%、「副作用がなければベンゾジアゼピン減量の必要はない」が6.0%、「わからない」が2.8%であった。精神科医と比較して非精神科医は、症状改善後すぐにBZD減量を開始する傾向があり、症状改善後6ヶ月以内、12ヶ月以内にBZD減量を開始する非精神科医は少なかった。

1. 精神科医

543名から回答を得た。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。以下に質問項目と結果を表で示す。

(1) 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

(2) 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

(3) ベンゾジアゼピン系「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

(4) 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

(5) 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

BZD系抗不安薬では83.8%、BZD系睡眠薬では81.7%、両方で77.1%が漸減を、BZD系抗不安薬では3.5%、BZD系睡眠薬では3.1%、両方で2.0%が突然中止を行っていた。また切り替えについては、BZD系抗不安薬では48.1%、BZD系睡眠薬では62.8%、両方で41.4%が行っていた。心理社会療法の使用はBZD系抗不安薬で19.1%、BZD系睡眠薬で18.4%、両方で14.6%に、患者資料・パンフレットの使用はBZD系抗不安薬で5.1%、BZD系睡眠薬で6.5%、両方で4.3%に見られた。非精神科医では、精神科医と比較して、突然の中止が多く ($p = 0.003$)、漸減、切り替え、心理社会的療法が少なかった (それぞれ $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$)。

ほとんどの医師がBZDの中止に関し困難であった経験を有しており、精神科医と非精神科医との間に差はなかった。報告されたBZD中止の困難のうち、非精神科医、精神科医ともに患者の抵抗が最も多く、次いで症状の再発・再燃が多かった。精神科医と比較すると、非精神科医ではBZDの中止の方法やタイミング、症状の安定度合いに困難を経験している (それぞれ $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$) のに対し、症状の再発・再燃と離脱症状については困難を経験していなかった (それぞれ、 $p < 0.001$, $p < 0.001$)。

BZDの服用中止の困難さに関連する因子についてロジスティック回帰分析を用いて検討したところ、BZDの服用中止の困難さは、年齢層や精神科の専門性による差はなかった。症状改善後すぐにBZDの減量を開始した医師と比較して、症状改善後12ヶ月以上経過してからBZDの減量を開始した医師は、BZDの減量の困難さが少ないという結果であった (オッズ比 0.203; 95%信頼区間 0.051-0.799; $p < 0.001$)。また、突然中止する法と心理社会的療法を用いた医師は、用いなかった医師よりもBZD中止の難易度が低かった (突然中止する方法: オッズ比 0.124; 95%信頼区間 0.039-0.397; $p < 0.001$,

心理社会的両方を使用: オッズ比 0.438; 95%信頼区間 0.204-0.942; $p = 0.035$)。しかし、BZD中止の難易度は、他のBZD中止方法を用いた医師とそうでない医師との間に差はなかった。

2. プライマリ・ケア医

251名から回答を得た。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。以下に質問項目と結果を表で示す。

(1) -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

(4) -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

(5) 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

(6) 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) の処方でも継続できている	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

(7) -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

(8) -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

(9) 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

(10) 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

(11) -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

(12) -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

(13) 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

(14) 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

(15) 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

医師全体対象の睡眠薬処方に対する態度について、睡眠薬として処方頻度が最も高いのはORAで84.3%、次いで非ベンゾジアゼピン系75.4%、MRA57.1%、ベンゾジアゼピン系54.3%であった。ロジスティック回帰分析の結果、催眠薬の処方頻度が低い人ほど有効性（オッズ比 [OR] : 1.60、95%信頼区間 [CI] : 1.01-2.54、 $p=0.044$ ）および安全性に関心が高く、MRA処方頻度は高い人ほど安全性への関心が高かった（OR : 4.52、95%CI : 2.99-6.84、 $p<0.001$ ）。非ベンゾジアゼピン系薬剤を頻繁に処方する者は有効性に関心が高く（OR : 4.19、95%CI : 2.91-6.04、 $p<0.001$ ）、ベンゾジアゼピン系薬剤を頻繁に処方する医師は精神科医に多く、有効性に関心が高い（OR : 4.19、95%CI : 2.91-6.04、 $p<0.001$ ）一方で安全性に関心が高い（OR : 0.25、95%CI : 0.16-0.39、 $p<0.001$ ）という結果が得られた。

3. 薬剤師

3021名から回答を得た。結果を表に示す。年代は30代が最も多く、性別は概ね半数ずつ、資格は薬剤師のみが大多数で、勤務先は保険薬局が多く、精神科の患者への指導の経験を有する者がほとん

どであった。以下は質問項目と結果を表で示す。

(1) 調剤することの多い「睡眠薬」

	N	%
ベンゾジアゼピン系	2742	90.76
非ベンゾジアゼピン系	2821	93.38
メラトニン受容体作動薬	2048	67.79
オレキシン受容体拮抗薬	2485	82.26
鎮静系抗うつ薬	780	25.82
鎮静系抗精神病薬	1086	35.95
抗不安薬	2281	75.50
漢方薬	1245	41.21
睡眠薬は使用しない	8	0.26
その他	5	0.17
回答した人数	3021	513.11

(2) 「睡眠薬」の調剤時に問い合わせをしたことがある場合、その理由（複数選択可）

	N	%
用量について	1937	64.12
用法について	938	31.05
禁忌について	1277	42.27
相互作用について	641	21.22
投与期間について	1253	41.48
フォーミュラリーではないため	11	0.36
重複投与	1091	36.11
残薬について	1203	39.82
問い合わせをしたことはない	217	7.18
その他	43	1.42
回答した人数	3021	285.04

(3) 調剤することの多い「抗不安薬」

	N	%
ベンゾジアゼピン系	2902	96.06
アザピロン系	383	12.68
抗うつ薬	1931	63.92
抗精神病薬	1455	48.16
漢方薬	1034	34.23
抗不安薬は使用しない	21	0.70
その他	3	0.10
回答した人数	3021	255.84

(4) 「抗不安薬」の調剤時に問い合わせをしたことがある場合、その理由（複数選択可）

	N	%
用量について	1604	53.10
用法について	1046	34.62
禁忌について	807	26.71
相互作用について	508	16.82
投与期間について	894	29.59
フォーミュラリーではないため	13	0.43
重複投与	840	27.81
残薬について	1105	36.58
問い合わせをしたことはない	392	12.98
その他	20	0.66
回答した人数	3021	239.29

(5) 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	247	8.18
改善後3ヵ月以内に	1103	36.51
改善後半年以内に	801	26.51
改善後1年以内に	300	9.93
改善後1年以上経ってから	77	2.55
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	76	2.52
わからない	326	10.79
その他	91	3.01
回答した人数	3021	100.00

(6) 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	470	15.56
不眠や不安症状が続いている	2323	76.90
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	1781	58.95
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	2013	66.63
日常生活の質や満足度が低下している	747	24.73

低用量（単剤）の処方でも継続できている	259	8.57
副作用（ふらつき、認知機能障害、依存など）が出ていない	412	13.64
わからない	36	1.19
その他	26	0.86
回答した人数	3021	267.03

(7) 睡眠薬・抗不安薬の減薬方法を知っているか

	N	%
知っている	1951	64.58
知らない	1070	35.42
回答した人数	3021	100.00

(8) ベンゾジアゼピン系の睡眠薬・抗不安薬の減薬を医師に提案したことがあるか

	N	%
ある	828	27.41
ない	2193	72.59
回答した人数	3021	100.00

(9) ベンゾジアゼピン系の睡眠薬・抗不安薬の減薬を「どのような時に」医師に提案しているか（複数選択可）

	N	%
持参薬確認時	326	39.37
副作用が疑われた場合	546	65.94
用量が多いと思ったとき	471	56.88
医師から相談があったとき	162	19.57
患者から相談があったとき	550	66.43
家族から相談があったとき	265	32.00
家族以外の関係者から相談があったとき	107	12.92
その他	29	3.50
回答した人数	828	296.62

(10) 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）	723	87.32
漸減せずに全量中止	38	4.59
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	478	57.73
鎮静作用のある向精神薬（デジレル、	120	14.49

セロクエルなど)に変更してから減薬		
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	47	5.68
心理社会療法(認知行動療法等)を併用して減薬	78	9.42
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	84	10.14
わからない	13	1.57
その他	23	2.78
回答した人数	828	193.72

(11) ベンゾジアゼピン系「抗不安薬」の減量方法

	N	%
徐々に減薬(漸減法を用いる)	747	90.22
減薬せずに全量中止	41	4.95
長時間型の抗不安薬に変更してから減薬	180	21.74
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	142	17.15
心理社会療法(認知行動療法等)を併用して減薬	87	10.51
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	75	9.06
わからない	34	4.11
その他	17	2.05
回答した人数	828	159.78

(12) 誰が、睡眠薬・抗不安薬の減薬に取り組むべきだと思いますか？(複数選択可)

	N	%
患者	2033	67.30
医師	2917	96.56
臨床心理士/公認心理師	570	18.87
薬剤師	2509	83.05
看護師/保健師	645	21.35
患者の家族	756	25.02
行政機関	205	6.79
製薬メーカー	193	6.39
わからない	25	0.83
その他	10	0.33
回答した人数	3021	326.48

(13) 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いますか？(複数選択可)

	N	%
医師	2951	97.68
臨床心理士/公認心理師	843	27.90
看護師/保健師	1384	45.81
精神保健福祉士	607	20.09
作業療法士	236	7.81
わからない	71	2.35
その他	57	1.89
回答した人数	3021	203.54

(14) 過去に睡眠薬・抗不安薬の休薬を試みた患者さんを担当したことがありますか？

	N	%
ある	1538	50.91
ない	1483	49.09
回答した人数	3021	100.00

(15) 過去に睡眠薬・抗不安薬の休薬を試みた患者さんを担当した際に、どのような困りごとがありましたか？(複数選択可)

	N	%
なぜ減薬・休薬すべきなのかわからないので患者さんに説明できなかった	40	2.60
減薬・休薬の方法がわからなかった	86	5.59
減薬・休薬する時期がわからなかった	150	9.75
症状が再燃/悪化するため減薬・休薬しにくかった	725	47.14
離脱症状(と思われる症状)のために減薬・休薬できなかった	300	19.51
患者が減薬・休薬を嫌がる/不安がるために減薬・休薬できなかった	786	51.11
特に困ったことはない	324	21.07
その他	36	2.34
回答した人数	1538	159.10

(16) 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いますか？

	N	%
はい	360	11.92

いいえ	2661	88.08
回答した人数	3021	100.00

(17) 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いますか？(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	2104	79.07
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	1077	40.47
心理社会療法や減薬方法に関する医療者向け冊子	1573	59.11
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)	1274	47.88
心理社会療法や減薬方法に関する医療者向け講習会	1351	50.77
どれも必要ない	18	0.68
わからない	129	4.85
その他	41	1.54
回答した人数	2661	284.37

4. 当事者

外来患者 104 名と精神科医 543 名から回答を得た。外来患者の睡眠薬・抗不安薬の使用状況について得られた結果を以下に示す。

項目		
使用状況, n (%), n=104		
睡眠薬のみ	32 (30.8)	
抗不安薬のみ	17 (16.3)	
睡眠薬・抗不安薬併用	55 (52.9)	
睡眠薬の使用期間, n (%), n=87		
<1ヶ月	1 (1.2)	
1-3ヶ月	4 (4.6)	
3-6ヶ月	2 (2.3)	
6-12ヶ月	0 (0)	
≥12ヶ月	80 (92.0)	
抗不安薬の使用期間, n (%), n=72		
<1ヶ月	2 (2.8)	
1-3ヶ月	0 (0)	
3-6ヶ月	0 (0)	
6-12ヶ月	1 (1.4)	
≥12ヶ月	69 (95.8)	
睡眠薬の薬剤数, n (%), n=87		
1	44 (50.6)	
2	28 (32.2)	
3	6 (6.9)	
≥4	9 (10.3)	

抗不安薬の薬剤数, n (%), n=72	
1	40 (55.6)
2	20 (27.8)
3	4 (5.6)
≥4	8 (11.1)

症状改善後の望ましいと考える睡眠薬・抗不安薬の減薬時期について、得られた結果を以下に示す。

項目	外来患者 n=104	精神科医 n=543	p*
望ましい減薬時期 n (%)			
症状改善後すぐ	20 (19.2)	77 (14.2)	0.186
3ヶ月以内	17 (16.4)	207 (38.1)	<0.001
6ヶ月以内	4 (3.9)	122 (22.5)	<0.001
12ヶ月以内	10 (9.6)	45 (8.3)	0.656
12ヶ月経って	11 (10.6)	13 (2.4)	<0.001
副作用がなければ減薬の必要なし	24 (23.1)	26 (4.8)	<0.001
その他	10 (9.6)	44 (8.1)	0.609
わからない/回答なし	8 (7.7)	9 (1.6)	<0.001

* カイ二乗検定

睡眠薬・抗不安薬を継続して使用することが許容される状況について、得られた結果を以下に示す。

項目	外来患者 n = 104	精神科医 n = 543	p*
継続使用が許容される状況 **			
不眠・不安症状がある	74 (71.2)	379 (69.8)	0.782
社会機能が低下している	41 (39.4)	299 (55.1)	<0.001
服薬開始の契機となった心身の不調が続いている	33 (31.7)	255 (47.0)	<0.001
患者が希望している	32 (30.8)	121 (22.3)	0.062
副作用がない	29 (27.9)	149 (27.4)	0.926
QOLが低下している	25 (24.0)	93 (17.1)	0.095
使用薬剤が少ない	8 (7.7)	157 (28.9)	<0.001
その他	5 (4.8)	11 (2.0)	0.094
わからない/回答なし	2 (1.9)	3 (0.6)	0.144

*カイ二乗検定

** 複数回答

睡眠薬・抗不安薬の減薬時の意思決定について、得られた結果を以下に示す。

項目	外来患者 n = 104	精神科医 n = 543	p *
患者の意見を考慮して決めている	33 (31.7)	90 (16.6)	<0.001
患者と医師と一緒に決めている	46 (44.2)	432 (79.6)	<0.001
医師の意見を考慮して決めている	25 (24.0)	19 (3.5)	<0.001

*カイ二乗検定

睡眠薬・抗不安薬の減薬時に減薬の妨げとなった困難について、得られた結果を以下に示す。

項目	外来患者 n = 104	精神科医 n = 543	p *
患者が減薬に消極的	-	428 (78.8)	-
減薬法が不明	19 (18.3)	8 (1.5)	<0.001
減薬時期が不明	20 (19.2)	14 (2.6)	<0.001
減薬可能な状態像が不明	15 (14.4)	25 (4.6)	<0.001
症状の悪化	24 (23.1)	333 (61.3)	<0.001
離脱症状	25 (24.0)	204 (37.6)	0.008
困難なし	22 (21.2)	34 (6.3)	<0.001
減薬の経験なし	15 (14.4)	1 (0.2)	<0.001
その他	11 (10.6)	12 (2.2)	<0.001
回答なし	-	34 (6.3)	-

*カイ二乗検定

研究①-3: 睡眠薬・抗不安薬の適正使用、出口戦略に向けたエキスパートコンセンサスの作成に関する研究

1. 睡眠専門医

196人の専門医から回答を得た。回答者の平均年齢は52.5±9.5歳で、男女比はそれぞれ84.1%、14.9%であった。回答者のうち、日本臨床神経精神薬理学会専門医が89名(45.6%)、日本睡眠学会専門医が102名(52.3%)、日本不安障害学会の評議員が13名(6.7%)であった。

不眠症における入眠のための一次薬物療法については、レンボレキサント(7.3±2.0)が第一選択薬に分類され、エスゾピクロン(6.2±1.8)、スボレキサント(6.0±2.1)、ゾピクロン(4.7±2.0)、漢方薬は第二選択薬に分類され、ラメルテオン(5.4±2.2)、ゾルピデム(4.9±2.2)は“コンセンサスなし”に分類された。また、トラゾドンやクエチアピンなどの他のBZDは、3次治療(推奨されない)に分類された。同様に、睡

眠維持障害の一次薬理学的治療に関しても、レンボレキサント(7.3±1.8)とスボレキサント(6.8±1.8)は第一選択として推奨に分類され、エスゾピクロン(5.2±2.0)、クエチアピン(4.0±2.3)、漢方(3.9±2.2)は二次治療として、ラメルテオン(5.2±2.2)、trazodone(4.8±2.3)は“コンセンサスなし”として、分類された。その他のBZDは3次治療(推奨されない)に分類された。

入眠障害に対する非薬物療法については、睡眠衛生指導(8.4±1.1)、リラクゼーション法(7.0±2.0)が第一選択、刺激制御法(6.5±2.1)、睡眠制限療法(6.4±2.2)、フルコンポーネントCBT-I(5.6±2.3)は第二選択に分類されたほか、「最善の治療」としては睡眠衛生指導が示された。同様に、睡眠維持障害では、睡眠衛生指導(8.1±1.5)が第一選択として推奨され、リラクゼーション法(6.6±2.1)、睡眠制限療法(6.5±2.3)、刺激制御(6.2±2.2)、フルコンポーネントCBT-I(5.7±2.4)は第二選択の治療に分類された。

BZD系催眠薬で不眠症状が改善しない場合、第一選択薬の推奨はなかった。レンボレキサント(6.7±2.2)およびスボレキサント(6.1±2.3)への切り替え、レンボレキサント(6.3±2.3)およびスボレキサント(5.9±2.3)との併用療法は、第2選択の治療法に分類された。また、BZD系催眠薬の増量も第2選択薬に分類された。他の薬剤への切り替えでは、トラゾドン(5.3±2.4)、他のBZD(4.9±2.4)、クエチアピン(4.7±2.5)、ラメルテオン(4.5±2.3)が“コンセンサスなし”と分類された。また、トラゾドン(5.4±2.5)、ラメルテオン(5.1±2.4)、クエチアピン(4.7±2.5)との併用療法も「コンセンサスなし」に分類された。非薬物療法では、他の精神疾患の鑑別診断(8.2±1.3)、睡眠衛生教育(8.1±1.4)、他の睡眠障害の鑑別診断(8.0±1.6)、リラクゼーション法(7.0±1.9)が第一選択として推奨された。専門医への相談(6.8±2.0)、睡眠制限療法(6.5±2.2)、刺激制御(6.5±2.1)、多成分CBT-I(5.9±2.4)は第二選択の治療法に分類された。

不眠症状改善後のBZD系催眠薬の減量・中止のタイミングについては、第一選択として推奨され

るものはなかった。BZD系催眠薬を継続する理由としては、「中止時の心身の悪化が予想される場合」(6.9±1.8)が第一選択となり、「過去の睡眠薬中止時の不眠症状再発歴」(6.4±1.9)、「心身の状態やQOLが不安定」(6.1±2.1)、「睡眠薬が単剤または少量で継続できている」(5.8±2.0)、「患者が睡眠薬の継続を希望している」(5.2±2.1)、「睡眠薬の重大な副作用なし」(4.9±2.1)が第2選択の治療とされた。BZD系催眠薬の減量・中止方法では、漸減法(8.1±1.2)、睡眠衛生指導(7.9±1.5)が第一選択とされた。BZD系催眠薬を減量または中止時に他の薬剤に置換する方法としては、レンボレキサント(7.5±1.8)およびスボレキサント(6.9±1.9)は第一選択薬として分類された。また、ラメルテオン(5.7±2.3)は第二選択薬に分類され、トラゾドン(5.3±2.3)、クエチアピン(4.4±2.4)、漢方(4.4±2.5)は「コンセンサスなし」となった。

2. 不安専門医

119人の専門医から回答を得た。回答者の平均年齢は52.0±10.2歳で、男女比はそれぞれ85.7%、13.4%であった。

Q1「特定不能の不安症の患者に対して、以下のベンゾジアゼピン系抗不安薬の使用をどの程度推奨するか」に関しては、いずれの薬剤も一次選択とはならなかった。Q2「特定不能の不安症の患者で以下の治療をどの程度推奨するか」については、「最善の治療」として、ストレス対処法(気分転換の方法やストレスに対応するための指導)となった。多様な非薬物治療として、ストレス対処法(気分転換の方法やストレスに対応するための指導)(7.9±1.4)、不安に対する心理教育(7.9±1.4)、生活習慣指導(睡眠、食事、運動指導、不安を悪化させる刺激物を避ける指導)(7.8±1.5)、リラクセーション(呼吸法・筋弛緩法・イメージ法)(7.4±1.8)が「一次選択」となった。

Q3「【特定不能の不安症】の患者で既にベンゾジアゼピン系抗不安薬が処方されているが、不安症状が改善していない場合どのような治療を推奨するか」については、一次選択として、現在の抗不安薬からSSRI(パキシル、ルボックス、ジェイゾロフト、レキサプロなど)への置換となった。

「一次選択」は、現在の抗不安薬からSSRI(パキシル、ルボックス、ジェイゾロフト、レキサプロなど)への置換(7.0±1.8)であった。

Q4「【特定不能の不安症】の患者に対して、既に「ベンゾジアゼピン受容体作動薬の抗不安薬が処方されているが、『不安症状が改善していない』場合」、以下の「対応/非薬物療法」をどの程度推奨するかについては、「最善の治療」として、うつ病や他の不安障害などの鑑別診断、不安に対する心理教育の2つがあげられた。

Q5「ベンゾジアゼピン系抗不安薬により不安症状が改善した後どの程度の期間で減薬・中止を推奨するか」については、一次選択はなかった。「二次選択」は、改善後1~3ヶ月程度で減薬・中止を開始する(5.7±2.2)、改善後3~6ヶ月程度で減薬・中止を開始する(5.7±2.1)であった。Q6「どのような患者に対してベンゾジアゼピン受容体作動薬の抗不安薬の継続も止むを得ないと考えるか」についても、一次選択はなかった。「二次選択」は、抗不安薬の減薬・中止により併存している精神疾患や身体疾患の悪化が予想される(6.7±2.0)、過去に減薬・中止した際に不安症状が再燃したことがある(6.7±2.1)、不安症状は改善しているが、QOLや心身の状態が安定していない(5.9±2.0)で、それより低いスコアで、不安症状は改善しているが、低用量(単剤)で継続できている、不安症状は改善しているが、患者自身が抗不安薬の継続を希望している、不安症状は改善しているが、自覚する副作用が出現していないとなった。

Q7「ベンゾジアゼピン系抗不安薬の減薬が望ましいと判断した場合、ベンゾジアゼピン系抗不安薬の減薬・中止に際して、以下の方法をどの程度推奨するか」に対しては、漸減法、不安に対する心理教育、生活習慣指導(睡眠、食事、運動指導、不安を悪化させる刺激物を避ける指導)、ストレス対処法(気分転換の方法やストレスに対応するための指導)、リラクセーション(呼吸法・筋弛緩法・イメージ法)が一次選択となった。

Q8「ベンゾジアゼピン系抗不安薬の減薬が望ましいと判断した場合、ベンゾジアゼピン系抗不安薬の減薬・中止に際して、他の薬剤と置換する(置換方法は上乗せ漸減、漸増・漸減法、急速切り替え法の全てを含む)場合、以下の薬への置換

をどの程度推奨するか」については、SSRI（パキシル、ルボックス、ジェイゾロフト、レキサプロなど）が一次選択となった。

研究②-1：プライマリ・ケア医を対象とした、共同意思決定（Shared Decision Making: SDM）を用いたベンゾジアゼピン受容体作動薬の減薬 web 講習会研究

アンケート回答者26名の属性は、平均年齢48.6（±15.1）歳、医師歴平均21.9（±13.7）年、性別（女性9名）であった。講習会前後での評価について以下に示す。

講習会後 n=21	
	Mean (SD)
1. 本ワークショップ全体への感想 (5. とてもよい 4. よい 3. どちらでもない 2. ややよくない 1. よくない)	4.7(0.5)
2. ワークショップの内容の難易度 (5. やさしすぎる 4. やさしい 3. ちょうどいい 2. やや難しい 1. 難しすぎる)	3.0(0.5)
3. ワークショップの内容は期待に叶うものか (5. 満足 4. やや満足 3. どちらでもない 3. やや不満足 2. 不満足)	4.6(0.6)
4. ワークショップの時間 (5. 短すぎる 4. やや短い 3. ちょうどいい 2. やや長い 1. 長すぎる)	2.9(0.7)

Web 講習会の前後の変化

	講習会前		講習会後		P value
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	
1. 不眠症状に対して鑑別診断も含めて適切な評価ができる	3.0(1.8)	4.0(0.0)			**
2. 不眠症に対する睡眠衛生指導を説明できる	3.0(2.0)	4.0(0.0)			**
3. 各睡眠薬の利点と欠点を説明して、使い分けができる	3.0(2.0)	4.0(0.0)			*

4. 不安症状に対して鑑別診断も含めて適切な評価ができる	2.5(1.0)	4.0(1.0)	**
5. 不安症に対する心理教育を説明できる	2.0(2.0)	3.0(1.0)	**
6. 各抗不安薬の利点と欠点を説明して、使い分けができる	2.5(1.0)	3.0(2.0)	
7. 睡眠薬や抗不安薬の開始時に薬物療法の出口戦略を説明できる	2.0(1.0)	4.0(0.0)	**
8. 睡眠薬や抗不安薬の長期服用者の減薬方法について説明できる	3.0(1.8)	4.0(0.0)	**
9. 睡眠薬や抗不安薬の開始や中止について共同意思決定を実践できる	2.5(1.0)	4.0	**

** < 0.01 * < 0.05

ワークショップの感想

D. 考察

研究①-1：レセプトデータおよび質問紙調査を用いた睡眠薬・抗不安薬の処方実態調査

本研究では、睡眠薬の適正使用を目的とした計4回にわたる診療報酬改定の睡眠薬長期処方に対する効果を調査したが、診療報酬改定の効果を示すことはできなかった。ただし、2018年の診療報酬改定はベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期処方を対象としたものであるが、本研究では睡眠薬の連続処方期間を調査したものの、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の連続処方期間は調査していない。そのため、今後ベンゾジアゼピン受容体作動薬の連続処方期間に対する診療報酬改定の効果が検証されることが望まれる。

研究①-2：質問紙を用いた全国の精神科医、プライマリ・ケア医、薬剤師、当事者への睡眠薬・抗不安薬の適正使用・出口戦略に向けた意識調査

A) 精神科医を対象とした意識調査

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。

睡眠薬・抗不安薬を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。減薬に際しては共同意思決定を用いることの重要性は精神科医には理解、実践されていることが示唆された。

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、このような補助資材の作成も重要な課題であろう。

B) プライマリ・ケア医を対象とした意識調査

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。

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。

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。

C) 薬剤師を対象とした意識調査

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10%に見られており、現場での混乱が明らかとなった。

睡眠薬・抗不安薬については、継続服用する症例も見られるが、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、減薬方法を知っている薬剤師は約65%、医師に提案したことがある薬剤師は約25%に過ぎなかった。この数字は、減薬方法についてのコンセンサスが形成されておらず、また周知もされていないことの反映と考えられる。一方で、多くの薬剤師は医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おり、減薬についてのコンセンサスが得られれば現状を変えていける可能性があると考えられる。

睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止の方法が、当事者と医療者に理解されているかについて、薬剤師の約90%は十分に理解されていないと考えている。そして、心理社会療法や減薬方法に関する患者向け冊子のニーズは高い。

以上から、薬剤師は睡眠薬・抗不安薬の減薬・中止に高い関心を持っているものの、その方法について十分周知されていないこと、方法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うかがえる。

D) 当事者を対象とした意識調査

本研究結果から9割以上が1年以上にわたりベンゾジアゼピン受容体作動薬を継続服用していたが、症状改善後の減薬時期に関しては、約35%が3か月以内に、約半数が1年以内に減薬を開始するのが望ましいと回答しており、望む減薬時期と実際との間に乖離があることが示唆された。

さらに、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の減薬時の困りごとでは、どの程度安定していれば減らせるか/減らす時期が/減らし方がわからなかったと回答した人は、合わせて半数に上った。つまり、多くが症状の改善後早期に減薬を開始するこ

とを望んでいるにも関わらず、減薬に関する適切な情報を十分には持ち合わせていないことが示唆された。一方で、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の継続・減薬の決定方法は、医師と自身とでお互いに話し合っただけだと回答した人が最も多く、4割強を占めた。したがって、話し合いの機会を共有している一方で、適切な情報共有がはかられていない可能性が示唆され、ベンゾジアゼピン受容体作動薬はどの程度症状が安定していれば減らせるか、減らすのに適切な時期、そして具体的な減薬法に関する情報を本人にわかりやすい形で提供し、出口戦略に向けた共有意思決定のための方略を検討していく必要があると考えられた。

研究①-3: 睡眠薬・抗不安薬の適正使用、出口戦略に向けたエキスパートコンセンサスの作成

本研究は睡眠薬・抗不安薬の適正使用ならびに出口戦略について既存のエビデンスでは十分に実臨床場面で有用な情報がない治療戦略に対して、国内の睡眠薬・抗不安薬治療の専門医のコンセンサスを図ることにより、実臨床場面で非常に有意義な治療指針となると考えられる。

睡眠薬・抗不安薬治療の出口戦略の重要性はこれまでに診療ガイドライン等で示されているが、普及・実装化に至っていない状況が示されているが、この背景には、臨床家が睡眠薬・抗不安薬の出口戦略が重要であるという点は理解しているものの、実際にどのように取り組めば良いのかについて十分に理解していない点が挙げられる。そのため、本エキスパートコンセンサスでは、まずは、治療開始時から患者に対して出口戦略についての十分な説明がなされることや医療者と当事者で睡眠薬・抗不安薬の継続・中止に関する話し合いを行い、共同意思決定で治療方針を決めていくことの重要性を示した。また、不眠症の長期的な治療や出口戦略を考える上で、薬物療法に偏重せずに睡眠衛生指導、心理教育や認知行動療法などの非薬物療法についても実臨床場面で可能な限り実践に努める重要性が挙げられた。

研究②-1: プライマリ・ケア医を対象とした、共同意思決定 (Shared Decision Making: SDM) を用いたベンゾジアゼピン受容体作動薬の減薬 web 講習

会研究

これまで本邦において共同意思決定を用いたベンゾジアゼピン受容体作動薬の減量 web 講習プログラムは存在しておらず、今回実施した、プライマリ・ケア医対象の web 研修プログラムは、アンケート結果からもそれなりに意義あるものになったと考える。今回のプライマリ・ケア医からの意見やトライアルを行って得られた問題点などを検証し、より汎化できるようにしていくことが望ましい。

E. 結論

本調査結果から、医療者・当事者ともにベンゾジアゼピン受容体作動薬の減薬・中止を望んでいるにも関わらず、減薬可能な症状や病態や、減薬の適切な時期、そして具体的な減薬法に関する適切な知識がないことや医療者間、医療者と当事者間での十分な話し合いができていないことにより出口戦略の実装化がなされていない現状が明らかとなった。本研究班で作成したエキスパートコンセンサスの結果や web 講習会の効果が、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用・出口戦略の普及と実装化に繋がっていくことに期待したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- [Aoki Y](#), [Takaesu Y](#), Suzuki M, Okajima I, Takeshima M, Shimura A, Utsumi T, Kotorii N, Yamashita H, Kuriyama K, Watanabe N, [Mishima K](#). Development and acceptability of a decision aid for chronic insomnia considering discontinuation of benzodiazepine hypnotics. *Neuropsychopharmacol Rep*. 42(1):10-20. 2021.
- [Aoki Yumi](#), [Tsuboi Takashi](#), [Takaesu Yoshikazu](#), [Watanabe Koichiro](#), Nakayama Kazuhiro, Kinoshita Yasuhiro, Kayama

Mami. Development and field testing of a decision aid to facilitate shared decision making for adults newly diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Health Expect*. 25(1):366-373. 2022.

- [Aoki Y](#), [Takaesu Y](#), Baba H, Iga JI, Hori H, Inoue T, [Mishima K](#), Tajika A, Kato M. Development and acceptability of a decision aid for major depressive disorder considering discontinuation of antidepressant treatment after remission. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2022;42(3):306-14.
- [Aoki Y](#), Yaju Y, Utsumi T, Sanyaolu L, Storm M, [Takaesu Y](#), [Watanabe K](#), Watanabe N, Duncan E, Edwards AG. Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 ;11(11):CD007297.
- [Aoki Y](#), Takeshima M, [Tsuboi T](#), Katsumoto E, Udagawa K, [Inada K](#), [Watanabe K](#), [Mishima K](#), [Takaesu Y](#). A Comparison between Perceptions of Psychiatric Outpatients and Psychiatrists Regarding Benzodiazepine Use and Decision Making for Its Discontinuation: A Cross-Sectional Survey in Japan. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(7):5373.
- [Aoki Y](#), [Takaesu Y](#), [Inada K](#), Yamada H, Murao T, Kikuchi T, Takeshima M, Tani M, [Mishima K](#), Otsubo T. Development and acceptability of a decision aid for anxiety disorder considering discontinuation of benzodiazepine

- anxiolytic. *Frontiers in Psychiatry*, in press.
- Sakurai H, Inada K, Aoki Y, Takeshima M, Ie K, Kise M, Yoshida E, Tsuboi T, Yamada H, Horii H, Inada Y, Shimizu E, Mishima K, Watanabe K, Takaesu Y. Management of unspecified anxiety disorder: Expert consensus. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2023.
 - Takeshima M, Enomoto M, Ogasawara M, Kudo M, Itoh Y, Yoshizawa K, Fujiwara D, Takaesu Y, Mishima K. Changes in psychotropic polypharmacy and high-potency prescription following policy change: Findings from a large scale Japanese claims database. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;76(9):475-477.
 - Takaesu Y, Sakurai H, Aoki Y, Takeshima M, Ie K, Matsui K, Utsumi T, Shimura A, Okajima I, Kotorii N, Yamashita H, Suzuki M, Kuriyama K, Shimizu E, Mishima K, Watanabe K, Inada K. Treatment Strategy for Insomnia Disorder: Japanese Expert Consensus. *Frontiers in Psychiatry*, in press.
 - Takeshima M, Aoki Y, Ie K, Katsumoto E, Tsuru E, Tsuboi T, Inada K, Kise M, Watanabe K, Mishima K, Takaesu Y. Attitudes and Difficulties Associated with Benzodiazepine Discontinuation. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):15990.
 - Takeshima M, Yoshizawa K, Enomoto M, Ogasawara M, Kudo M, Itoh Y, Ayabe N, Takaesu Y, Mishima K. Effects of Japanese policies and novel hypnotics on long-term prescriptions of hypnotics. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2023;77(5):264-272.
 - Takeshima M, Aoki Y, Ie K, Katsumoto E, Tsuru E, Tsuboi T, Inada K, Kise M, Watanabe K, Mishima K, Takaesu Y. Physicians' attitudes toward hypnotics for insomnia: A questionnaire-based study. *Front Psychiatry*. 2023 ;14:1071962.
 - Takaesu Y, Suzuki M, Moline M, Pinner K, Inabe K, Nishi Y, Kuriyama K. Effect of discontinuation of lemborexant following long-term treatment of insomnia disorder: Secondary analysis of a randomized clinical trial. *Clin Transl Sci*. 2022 Dec 23.
 - Tsuboi T, Takaesu Y, Hasegawa N, Ochi S, Fukumoto K, Ohi K, Muraoka H, Okada T, Kodaka F, Igarashi S, Iida H, Kashiwagi H, Horii H, Ichihashi K, Ogasawara K, Hashimoto N, Iga J, Nakamura T, Usami M, Nagasawa T, Kido M, Komatsu H, Yamagata H, Atake K, Furihata R, Kikuchi S, Horai T, Takeshima M, Hirano Y, Makinodan M, Matsumoto J, Miura K, Hishimoto A, Numata S, Yamada H, Yasui-Furukori N, Inada K, Watanabe K, Hashimoto R. Effects of electroconvulsive therapy on the use of anxiolytics and sleep medications: a propensity score-matched analysis. *Psychiatry Clin Neurosci* 77(1):30-37, 2023
 - Furihata Ryuji, Otsuki Rei, Hasegawa Naomi, Tsuboi Takashi, Numata Shusuke,

Yasui-Furukori Norio, Kashiwagi Hiroko, Hori Hikaru, Ochi Shinichiro, Muraoka Hiroyuki, Onitsuka Toshiaki, Komatsu Hiroshi, Takeshima Masahiro, Hishimoto Akitoyo, Nagasawa Tatsuya, Takaesu Yoshikazu, Nakamura Toshinori, Asami Takeshi, Miura Kenichiro, Matsumoto Junya, Ohi Kazutaka, Yasuda Yuka, Iida Hitoshi, Ogasawara Kazuyoshi, Hashimoto Naoki, Ichihashi Kayo, Yamada Hisashi, Watanabe Koichiro, Inada Ken, Hashimoto Ryota. Hypnotic medication use among inpatients with schizophrenia and major depressive disorder: results of a nationwide study. Sleep Med. 2022 Jan;89:23

30. doi:10.1016/j.sleep.2021.11.005.

PMID: 34875519.

- ・ 高江洲義和. 向精神薬の出口戦略 向精神薬の出口戦略-睡眠薬. 臨床精神薬理 24(9):943-949, 2021.
- ・ 稲田健, 高江洲義和. 睡眠薬・抗不安薬等 ベンゾ系薬剤とのつきあい方 ベンゾ系薬剤 7 つの Q&A. メンタルヘルスマガジン ころの元気+ 15(12):14-17, 2021.
- ・ 稲田健, 高江洲義和. 睡眠薬・抗不安薬等 ベンゾ系薬剤とのつきあい方 ベンゾ系薬剤の減らし方. メンタルヘルスマガジン ころの元気+ 15(12):22-23, 2021.
- ・ 三島 和夫. 精神科薬物療法の出口戦略ガイドラインおよびその患者用資材 作成経緯と臨床的背景. 臨床精神薬理(1343-3474)24 巻 9 号 Page879-889(2021.09)
- ・ 三島 和夫. 【不眠症】不眠症の出口を見据えた治療戦略. クリニシアン(0387-1541)68 巻 4-5 号 Page273-279(2021.05)
- ・ 竹島 正浩, 三島 和夫. 【向精神薬の保険適用と規制】向精神薬処方 of 適正化と診療報酬.

臨床精神薬理(1343-3474)24 巻 5 号 Page499-504(2021.05)

- ・ 青木裕見. Shared decision making と decision aid の活用. 臨床精神薬理, 24(9), 891-900, 2021.
- ・ 青木裕見. 不眠症に対する認知行動療法 (CBT-I) 不眠症の治療における shared decision making. 睡眠医療, 15(4), 463-469, 2021.
- ・ 青木裕見. 当事者中心の意思決定支援: デジション・エイドを活用したデジション・コーチング. 精神科, 41(4), 533-42, 2022.
- ・ 渡邊衡一郎, 青木裕見. 共同意思決定 (Shared Decision Making: SDM) における対話. 臨床精神薬理, 37(10), 1095-8, 2022.
- ・ 清水栄司 社交不安症 (さまざまな場面で遭遇する精神疾患) 日本医師会雑誌 151・特別号(2), 211~213, 2022.
- ・ 清水栄司 認知行動療法の最新の動向: 薬物療法を超える「会話療法」とデジタル・セラピューティックスの話題 日本内科学会雑誌 111(11), 2311-2316, 2022.
- ・ 高江洲義和: 薬物療法についてどのように当事者に説明すればよいのだろうか 不眠症における睡眠薬治療. 臨床精神薬理 25(11): 1205-1212, 2022.
- ・ 普天間国博, 高江洲義和: 睡眠-覚醒障害 治療の基本 不眠症の薬物療法. 精神科 Resident 3(3):179-181, 2022.
- ・ 竹島正浩, 高江洲義和: 精神医学のフロンティア 認知行動療法は不安症患者のベンゾジアゼピン系薬剤の中止を補助するか? システマティックレビューとメタ解析. 精神神経学雑誌 124(5);285-292, 2022.

2. 学会発表

- ・ Asai H, Tsuboi T, Sawada N, Takaesu Y, Watanabe K; Factors associated with patient communication satisfaction in depression, focusing on shared decision making, CINP2021 Virtual World Congress,

Feb 26-28, 2021

- ・ 高江洲義和. 精神科治療の批判から今後の精神科医療を考える ベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期処方中止すべきか?. 第 177 回日本精神神経学会学術総会 シンポジウム 38, 2021.
- ・ 青木裕見. 精神科 SDM における Decision Aid の活用 第 117 回日本精神神経学会学術総会 シンポジウム 2021 年 9 月 20 日.
- ・ 渡邊衡一郎. 精神科領域における Shared Decision Making のこれまでとこれから 第 117 回日本精神神経学会学術総会シンポジウム 2021 年 9 月 20 日.
- ・ 竹島 正浩, 三島 和夫. 大規模診療報酬データを用いた向精神薬の処方実態調査. 第 118 回日本精神神経学会学術総会. 2022 年 6 月.
- ・ 竹島 正浩, 小笠原 正弥, 吉沢 和久, 三島 和夫. 大規模診療報酬データを用いた睡眠薬の処方実態調査. 日本睡眠学会第 47 回定期学術集会. 2022 年 6 月.
- ・ 青木裕見, 高江洲義和, 稲田健, 山田浩樹, 村尾朋彦, 菊地俊暁, 竹島正浩, 谷将之, 三島和夫, 大坪天平. ベンゾジアゼピン系抗不安薬の継続・中止を共同意思決定で決めるための Decision Aid の開発. 第 14 回日本不安症学会学術大会 2022 年 5 月 20 日.
- ・ 青木裕見, 高江洲義和, 鈴木正泰, 岡島義, 竹島正浩, 志村哲祥, 内海智博, 小鳥居望, 山下英尚, 栗山健一, 渡辺範雄, 三島和夫. ベンゾジアゼピン系睡眠薬の継続・中止を共同意思決定で決めるための Decision Aid の開発. 日本睡眠学会第 47 回定期学術集会 2022 年 7 月 1 日.
- ・ 青木裕見. ベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用・出口戦略における Decision Aid の活用:SDM の促進にむけて. 第 44 回日本生物学的精神医学会年会/第 32 回日本臨床精神神経薬理学会年会/第 52 回日本神経精神薬理学会年会/第 6 回日本精神薬学会総会・学術集会 4 学会合同年会シンポジウム. 2022 年 11 月 5 日
- ・ 青木 裕見, 竹島 正浩, 坪井 貴嗣, 勝元 榮一, 宇田川 健, 稲田 健, 渡邊 衡一郎, 三島 和夫, 高江洲 義和. ベンゾジアゼピン受容体作動薬の共同意思決定による出口戦略に向けたオンライン調査—当事者と精神科医の意識の比較. 第 44 回日本生物学的精神医学会年会/第 32 回日本臨床精神神経薬理学会年会/第 52 回日本神経精神薬理学会年会/第 6 回日本精神薬学会総会・学術集会 4 学会合同年会 2022 年 11 月 5 日.
- ・ 木村伊都紀, 桑原秀徳, 坪内清貴, 高橋結花, 黒沢雅広, 竹島正浩, 青木裕見, 高江洲義和. 薬剤師による睡眠薬・抗不安薬減薬提案の実践に関連する要因の検討. 第 44 回日本生物学的精神医学会年会/第 32 回日本臨床精神神経薬理学会年会/第 52 回日本神経精神薬理学会年会/第 6 回日本精神薬学会総会・学術集会 4 学会合同年会. 2022 年 11 月 5 日.
- ・ 坪内 清貴, 高橋 結花, 黒沢 雅広, 家 研也, 勝元 榮一, 津留 英智, 木村 伊都紀, 桑原 秀徳, 竹島 正浩, 青木 裕見, 高江洲 義和. 睡眠薬・抗不安薬の減薬に向けた医師と薬剤師の連携の現状と今後の展望. 第 44 回日本生物学的精神医学会年会/第 32 回日本臨床精神神経薬理学会年会/第 52 回日本神経精神薬理学会年会/第 6 回日本精神薬学会総会・学術集会 4 学会合同年会 2022 年 11 月 5 日.
- ・ 竹島正浩, 青木裕見, 家研也, 勝元榮一, 津留英智, 坪井貴嗣, 稲田健, 喜瀬守人, 渡邊衡一郎, 三島和夫, 高江洲義和. 睡眠薬の選択に関連する要因の検討: 医師に対するアンケート調査. 第 44 回日本生物学的精神医学会年会/第 32 回日本臨床精神神経薬理学会年会/第 52 回日本神経精神薬理学会年会/第 6 回日本精神薬学会総会・学術集会 4 学会合同年会 2022 年 11 月 5 日.
- ・ 竹島正浩, 青木裕見, 家研也, 勝元榮一, 津留英智, 坪井貴嗣, 稲田健, 喜瀬守人, 渡邊衡一郎, 三島和夫, 高江洲義和. ベンゾジアゼピン系受容体作動薬の減薬困難感に関連する要因の検討. 第 44 回日本生物学的精神医学会年会/第 32 回日本臨床精神神経薬理学会年会/第 52 回日本神経精神薬理学会年会/第 6 回日本精神薬学会総会・学術集会 4 学会合同年会 2022 年 11 月 5 日.
- ・ 青木裕見. 精神科看護における 共同意思決

- 定 - Shared Decision Making. 第 29 回日本精神科看護専門学術集会 2022 年 11 月 19 日.
- ・ ワークショップ「明日から実践できる睡眠薬・抗不安薬の使い方/止め方」 第 11 回日本プライマリ・ケア連合学会 2022 年 12 月 4 日.
 - ・ 黒沢雅広. 精神科薬剤師の育成と諸問題解決に向けた薬剤師間の協同(連携). 日本病院薬剤師会令和 4 年度精神科病院委員会セミナー. 2023 年 2 月 26 日.
 - ・ 高江洲義和: 不眠症治療の新展開 睡眠薬出口戦略のそのさきを目指して. 日本睡眠学会定期学術集会プログラム・抄録集 47: 193, 2022.
 - ・ 高江洲義和, 鈴木正泰, Moline Margaret, Pinner Kate, 井鍋佳菜子, 西友理恵, 栗山健一: 不眠症治療薬レンボレキサント長期投与後の中止の影響について. 日本睡眠学会定期学術集会プログラム・抄録集 47: 237, 2022.
 - ・ 高江洲義和, 家研也, 青木裕見, 高橋結花, 宇田川健: 多職種や当事者も含めたベンゾジアゼピン受容体作動薬の適正使用・出口戦略. 日本臨床精神神経薬理学会 NPNPPP4 学会合同年会プログラム 63: 2022.
 - ・ 高江洲義和, 睡眠薬の減量方法: スマートな精神科療法とは. 日本臨床薬理学会学術総会シンポジウム, 2022.
 - ・ 高江洲義和: 睡眠薬・抗不安薬出口戦略のエキスパートコンセンサス作成から考える一般医に向けた教育・啓発. 日本不安症学会学術大会 シンポジウム 7 疾患啓発・障害教育委員会企画, 2022.
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得
 2. 実用新案登録
- なし
3. その他
- なし