

睡眠薬の使用法—国内外の違い—

北里大学医療衛生学部健康科学科精神保健学教授

田ヶ谷 浩 邦

(聞き手 池脇克則)

ある書籍で、アメリカ、イギリスではバルビツール酸系とベンゾジアゼピン系の薬剤は麻薬として規制されているとありました。また、日本でのベンゾジアゼピン系睡眠薬消費量は世界で断トツとも述べられていました。

この2つの薬剤の世界基準の使用法についてご教示ください。

<岡山県開業医>

池脇 この質問では、アメリカ、イギリスではバルビツール酸系とベンゾジアゼピン系の薬剤は麻薬として規制されている。でも、日本ではそういう規制がなくて、よく使われている。こういう使い方でもいいのでしょうか、そういう印象を受けたのですが、日本はそんなに海外とは使い方が違うのでしょうか。

田ヶ谷 いろいろな資料を調べますと、確かに消費量は多いほうではあります。ただ、世界的に見て断トツかという、日本よりちょっと多い先進諸国もあるという状態です。一般に先進諸国は多めであろうと思っています。

池脇 睡眠薬の種類ですが、日本は圧倒的にベンゾジアゼピン系、あるい

は非ベンゾジアゼピン系という分類ですが、ベンゾジアゼピン系に似たような薬が主流とっていいのでしょうか。

田ヶ谷 作用機序は同じで、構造が違う薬です。

池脇 海外はそのあたりの事情は違うのでしょうか。

田ヶ谷 いや、そんなに変わらないです。基本的には同じです。

池脇 質問では海外では麻薬として規制されているが、日本では麻薬ではないのかということですが、どうなのでしょう。

田ヶ谷 日本でも睡眠薬は麻薬および向精神薬取締法という法律で規制されている物質に当たっています。ということで、例えば処方された方が他の

誰かに転売するとか、譲渡することは犯罪になります。

池脇 先生のお話をうかがうと、そんなには違わないという印象ですが、日本は少し違ふと。実際、そういう背景はあるのでしょうか。

田ヶ谷 難しいのですけれども、一つは国民皆保険で、基本的に現役世代はすべて3割負担です。特に睡眠薬などは日本では諸外国に比べ薬価が安く設定されていますので、たくさんもらっても、患者さんのほうも負担はないし、出す医師の側も比較的気楽に処方できる薬であるのは確かだと思います。

池脇 私自身そうなのですが、患者さんが眠れないとなると、眠れない背景などをあまり聞かずに「じゃあこれをのんでおきなさい」と、気楽に出してしまうところがありますね。また、薬によっては、処方日数の制限がなかったように思うのですが。

田ヶ谷 1回当たりの処方日数ですね。向精神薬は基本的に日本では14日あるいは30日の制限がある薬が多くて、睡眠薬の大部分は30日ですけれども、一部日数制限がない薬もありました。

池脇 それに関連して、ゾピクロンとエチゾラムは両方ともよく使われている薬だと思います。以前は90日まで出せましたが、つい最近、30日になりました。これはどういったことが背景なのでしょう。

田ヶ谷 これらの薬で新たな副作用

が判明したということではありません。いわゆる薬物乱用者で、これらの薬を乱用のために入手して使っている方がいて、医療機関から不正な手段で入手する例が多いことから、今回最大30日と制限することになったと聞いています。

池脇 必ずしも薬の新たな有害性が出てきたからではなくて、簡単にいうと、犯罪に結びつくような可能性があるからということですね。安心しました。

田ヶ谷 昔から睡眠薬は犯罪に利用されることがありました。依存性ですとか、副作用はそんなに強くありませんが、やはり世界的に規制されています。

池脇 先生の説明で、日本でも麻薬あるいは向精神薬の法律があって、海外とそれほど違わないように思う一方、日本の保険制度に触られました。海外、特にアメリカ、ヨーロッパの事情はどうなのでしょう。

田ヶ谷 アメリカでは、皆さんご存じのとおり、公的保険が全員をカバーしていません。大部分の方はプライベートな、保険会社と契約した健康保険に入ります。保険会社はなるべく医療費の保険料支払いを少なくしたいという発想があるので、治療についてもけっこう厳しいのです。この治療は許されるけれども、こちらは許されないというようなことがあって、全般に患者

さんなり治療している医師が希望する治療ができないという面があります。

それに加えて、アメリカではFDAというところが薬の認可の権限を全部持っています。FDAは非常に厳しいところで、今まで長期間の睡眠薬の治験はほとんどなかったの、エビデンスがないとして、長年、睡眠薬は一生で最大35日しか出してはいけないという非常に厳しい規制をしていました。そのせいでアメリカでは睡眠薬は処方数が非常に少なかったのですけれども、その代わりとしてOTC、薬局で買える睡眠改善薬とか、あるいは眠気の出る別の向精神薬を睡眠薬代わりに使うことが非常に広く行われています。確かに睡眠薬は少なくとも、ほかの向精神薬を大量に使うという問題はあります。

池脇 睡眠薬という一面では少ないにしても、逆にそのしわ寄せがほかのところに行っている状況がアメリカの場合で、ヨーロッパはどうなのでしょうか。

田ヶ谷 ヨーロッパの場合は比較的日本に近い国民皆保険を導入しているところが多いのですが、一番極端なのがイギリスで、基本的に医療費は全部タダということになっています。ただし、縛りがあり、必ずかかりつけ医にかかって、その先生が紹介の必要があると認めるときにしか別の病院にかかれなとか、いろいろな制限があります。全額、医療費は国が負担している

ので、当然薬もタダでもらえる。ただし、国側としても医療費が無制限に増えないように、出せる薬については非常に厳しく制限していて、イギリスでは非常に薬価の安い古い薬しかもらえない。期間も短めであるといわれています。

池脇 先生のお話を聞いていますと、アメリカ、イギリスでは、先生がこの薬を出したいと思っても出せない事情があるようで、逆に日本のほうが自由に出来る。

田ヶ谷 はい。

池脇 そのあたりも使いやすさの一つの要因なのだろうと思いますが、質問にある日本でのベンゾジアゼピン系睡眠薬の消費量が世界で断トツ。これはちょっと誤解があるようですね。

田ヶ谷 そうですね。普通に売られている商品の売上が1番とはちょっと違って、日本で出しやすい薬という面もあり、単純には比較できないのです。

池脇 薬のレギュレーションとか保険は若干違うにしても、ある面、確かに臨床実地の医師も安易に不眠に対する処方として睡眠薬を出す傾向があるとすると、今後どのように是正していけばいいのでしょうか。

田ヶ谷 睡眠薬自体は非常に安全な薬で、大量に服用しても命の危険は非常に少ないのですが、残念なことに、そんなに強い薬ではありません。例えば睡眠薬をのんでいても、何か心配事

があったり、あるいは不適切な時間帯、つまり覚醒度が高い時間帯にのんでもほとんど効きません。薬をのんでいても効かないと患者さんに言われたときに、ただ睡眠薬を追加していても効きません。患者さんの生活について確認していただく、特に何時から何時までお布団に入っているのかとか、何時ごろ睡眠薬をのんでいるのかを確認して、患者さんの生活や睡眠習慣を是正するほうが、睡眠薬を追加していくよりもよほど効果があるというのが、最近の専門家の間でのコンセンサスにな

っています。普段の臨床が忙しくて、そんな暇はないという医師が多いかと思うのですが、ぜひ生活指導と服薬指導を進めていただきたいと思います。

池脇 生活習慣病もそうですけれども、薬の前に生活習慣の是正が基本であるように、睡眠薬もそのあたりをきちっと見て、まずはそこを手をつける、あるいは睡眠薬の処方と同時にそれも一緒に行うことが必要ですね。

田ヶ谷 はい。

池脇 どうもありがとうございました。