493.66
Am

甲B第253号証

DSM-5®

精神疾患の診断・統計マニュアル

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION

American Psychiatric Association

名古屋市立大学
総合情報センター
出澄分館
2014 年度

日本語版用語監修

日本精神神経学会

監訳

髙橋三郎　滋賀医科大学・名誉教授

大野　裕　国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター・センター長

訳

染矢俊幸　新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野：教授

神庭重信　九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野：教授

尾崎紀夫　名古屋大学大学院医学系研究科精神医学・親と子どもの心療学分野・教授

三村　將　慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室・教授

村井俊哉　京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座（精神医学）・教授

医学書院

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬関連障害群

Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Disorders

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害
鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒
鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱
他の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性障害群
特定不能の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬関連障害

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害

Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Use Disorder

診断基準

A．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の問題となる使用様式で，臨床的に意味のある障害や苦痛が生じ，以下のうち少なくとも 2 つが，12 カ月以内に起こることにより示される．

(1) 鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬を，はじめ意図していたよりもしばしば大量に，または長期間にわたって使用する．

(2) 鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬を減量または制限することに対する，持続的な欲求または努力の不成功がある．

(3) 鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬を得るために必要な活動，その使用，またはその作用から回復するのに多くの時間が費やされる．

(4) 渇望，つまり鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の使用への強い欲求，または衝動

(5) 鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の反復的な使用の結果，職場，学校，または家庭における重要な役割の責任を果たすことができなくなる（例：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の使用と関連して，仕事をたびたび休む，または仕事の能率が不良；鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬に関連した学校の欠席，停学，または退学；育児または家事のネグレクト）．

(6) 鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の作用により，持続的，または反復的に社会的，対人的問題が起こり，悪化しているにもかかわらず，その使用を続ける（例：中毒の結果についての配偶者との口論，身体的喧嘩）．

(7) 鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の使用のために，重要な社会的，職業的，または娯楽的活動を放棄，または縮小している．

(8) 身体的に危険な状況においても鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の使用を反復する（例：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬による機能不全中の自動車運転や機械の操作）．

(9) 鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬により，身体的または精神的問題が，持続的または反復的に起こり，悪化しているらしいと知っているにもかかわらず，その使用を続ける．

(10) 耐性，以下のいずれかによって定義されるもの：

(a) 中毒または期待する効果に達するために，著しく増大した量の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬が必要

(b) 同じ量の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の持続使用で効果が著しく減弱

注：この基準は，医学的管理下で鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬を服用している人を満たす

ことは考慮されていない.

(11) 離脱，以下のいずれかによって明らかとなるもの：

(a) 特徴的な鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱症候群がある（550 頁，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱の基準 A および B を参照）.

(b) 離脱症状を軽減または回避するために，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬（または，アルコールのような密接に関連した物質）を摂取する.

注：この基準は，医学的管理下で鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬を服用している人を満たすことは考慮されていない.

▶該当すれば特定せよ

寛解早期：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の基準を過去に完全に満たした後に，少なくとも 3 カ月以上 12 カ月未満の間，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の基準のいずれも満たしたことがない（例外として，基準 A4 の「渇望，つまり鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の使用への強い欲求，または衝動」は満たしてもよい）.

寛解持続：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の基準を過去に完全に満たした後に，12 カ月以上の間，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の基準のいずれも満たしたことがない（例外として，基準 A4 の「渇望，つまり鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の使用への強い欲求，または衝動」は満たしてもよい）.

▶該当すれば特定せよ

管理された環境下にある：この追加の特定用語は，その人が鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の入手を制限された環境下にある場合に用いられる.

現在の重症度に基づいてコードせよ：ICD-10-CM コードについての注：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒；鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱；または他の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性精神疾患が同時に存在する場合，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害に対して以下のコードは使用しない．その代わり，併存する鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害は，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性障害コードの 4 番目の数字によって示される（鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒；鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱；または鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性精神疾患のための「コードするときの注」を参照）．例えば，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性抑うつ障害と鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害が併存する場合，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性抑うつ障害のみをコードとし，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の重症度が軽度か中等度か重度のいずれかは 4 番目の数字によって示される：すなわち，軽度の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害と鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性抑うつ障害が併存する場合は F13.14，中等度または重度の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害と鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性抑うつ障害が併存する場合は F13.24.

▶現在の重症度を特定せよ

305.40（F13.10）軽度：2〜3 項目の症状が存在する.

304.10（F13.20）中等度：4〜5 項目の症状が存在する.

304.10（F13.20）. 重度：6 項目以上の症状が存在する.

特定用語

「管理された環境下にある」は，その人が寛解にあり，かつ管理された環境下にある場合（すなわち，管理された環境下にある寛解早期，または管理された環境下にある寛解持続），寛解についての

詳細を示す特定用語として適用される．このような環境の例として，厳重に監督され物質の入手できない刑務所，治療共同体，閉鎖病棟などがある．

診断的特徴

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬には，ベンゾジアゼピン，ベンゾジアゼピン様薬剤（例：ゾルピデム，ザレプロン），カルバミン酸塩（例：グルテチミド，メプロバメート），バルビツール酸（例：セコバルビタール），バルビツール酸様睡眠薬（例：グルテチミド，メタカロン）が含まれる．この種類の物質には，処方されるすべての睡眠用の医薬品，およびほとんどすべての処方される抗不安用の医薬品が含まれる．非ベンゾジアゼピン系の抗不安薬（例：ブスピロン，ゲピロン）は重大な誤用と関連しないようであり，この種類には含まれない．

アルコールと同様，これらの物質は脳に対して抑制的に働き，類似した物質・医薬品誘発性障害や物質使用障害を生じることがある．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬は，処方または違法経路により入手できる．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬を処方により入手している人の中には鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害が出現する人がおり，他方，これらの物質を誤用あるいは中毒のため使用する人の中には，使用障害が出現しない人もいる．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬のうち，作用発現が早いもの，および/または作用時間が短い～中程度のものは特に中毒を目的に使用されやすいが，この種類の薬剤のうち長時間型のものも中毒のために使用されることがある．

渇望（基準 A4）は，使用中でも中断中でも，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の典型的な特徴である．この種類の物質の誤用は，単独または他の物質とともに使用することで起こるかもしれない．例えば，コカインまたはアンフェタミンから“覚める”ために鎮静薬またはベンゾジアゼピンの中毒量を使用したり，メタドンの作用を“強める”ために高用量のベンゾジアゼピンを使用したりする．

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害と関連して，欠勤の反復や職務遂行能力の低下，学校の欠席，停学，退学，あるいは育児や家事のネグレクトが生じることがある（基準 A5）．また，中毒の影響をめぐり配偶者と口論あるいは身体的喧嘩が生じても，なお物質の使用が続けられることがある（基準 A6）．家族や友人との接触を制限したり，仕事や学校を回避したり，趣味，スポーツ，ゲームなどに参加しなくなることがある（基準 A7）．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の反復的な使用により機能が障害された中での自動車の運転，または機械の操作が行われる（基準 A8）こともまた鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害でみられる．

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬に対し，顕著な耐性や離脱が生じうる．ベンゾジアゼピンの治療量を処方どおり長期間にわたって服用していた人が急にそれを中止した場合，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の診断がなくて，耐性や離脱の徴候が出現することがある．このような事例では，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の診断は，基準の他の項目も満たす場合にのみ下される．つまり，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬は，適切な医療上の理由により処方されるかもしれないが，処方の内容によってはこれらの薬剤は耐性や離脱が生じる．これらの薬剤が適切な医療上の目的により処方または推奨され，かつ処方どおりに使用されている場合，結果として起こる耐性や離脱は物質使用障害の基準を満たさない．しかし，これらの薬剤が適切に処方され使用されたかどうかを確認する必要はある（例：医薬品を得ることを目的に症状を偽る，処方量以上の医薬品を使用する，他医もかかわっていることを報告せずに何人もの医師から医薬品を得る）．

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の症状は質的に一次元的であることから，その重症度は，該当する診断基準の項目数に基づく．

診断を支持する関連特徴

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害は，他の物質使用障害としばしば関連がある（例：アルコール，大麻，オピオイド，精神刺激薬の使用障害）．鎮静薬はしばしば，これら他の物質の不快な作用を軽減するために使用される．物質使用を反復することで，鎮静作用に対する耐性が生じ，次第に高用量が用いられる．しかし，脳幹の抑制作用に対する耐性はより緩やかに生じ，その人は，多幸症，または他の期待される効果を得るためにより多くの物質を摂取するにつれて，呼吸抑制や低血圧が急性に出現し，致死的となるかもしれない．強烈な，または反復的な鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の中毒は重度の抑うつと関連することがあり，一時的なものであっても，自殺企図や自殺完遂につながりうる．

有病率

DSM-IV の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の 12 カ月間における有病率は，12～17 歳の人口で 0.3%，18 歳以上の成人で 0.2%と推定されている．成人においては，DSM-IV の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の頻度は女性よりも男性でわずかに高いが（0.3%），しかし，12～17 歳の人に関しては，女性（0.4%）のほうが男性（0.2%）よりも高い．DSM-IV の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の 12 カ月間における有病率は年齢とともに減少し，18～29 歳の人で最も高く（0.5%），65 歳以上の人口では最も低くなる（0.04%）．

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の 12 カ月における有病率は米国の一般人口の人種/民族の下位集団ごとに異なっている．12～17 歳の人では，アフリカ系アメリカ人（0.2%），ヒスパニック系（0.2%），アメリカ先住民（0.1%），アジア系アメリカ人と太平洋諸島住民（0.1%）と比べて，白人では有病率が高い（0.3%）．成人では，12 カ月における有病率はアメリカ先住民とアラスカ先住民で最も高く（0.8%），一方アフリカ系アメリカ人と白人，ヒスパニック系ではおおむね 0.2%，アジア系アメリカ人と太平洋諸島住民では 0.1%である．

症状の発展と経過

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害では，一般的には 10 代または 20 代の人が，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安性の薬剤の機会的な使用を，その基準を満たすほどに問題が発展する時点まで増やしていくことになる．この様式は，特に他の物質使用障害を合併する人で可能性が高い（例：アルコール，オピオイド，刺激薬）．当初の社交的理由による間欠的な使用の様式（例：パーティーで）も，やがて毎日の使用や高度な耐性につながる．いったんこれが起こると，対人関係の困難がますます増大し，次第に重度の認知機能障害のエピソードや生理学的な離脱が起こりうる．

前者よりは少ないものの 2 番目の臨床経過は，もともとは医師から通常は不安，不眠，身体愁訴の治療を目的として薬剤を処方されていた人で始まる．耐性の出現，またはより高用量の医薬品に対する要求により，用量あるいは自己投与の頻度が次第に増大する．不安や不眠など，もともとの症状を理由に物質使用を正当化し続けるが，物質探索行動がより顕著となり，十分な量の医薬品を得るために複数の医師を受診するかもしれない．耐性は高度となり，離脱（てんかん発作や離脱せん妄を含む）が起こることがある．

多くの物質使用障害と同様に，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害は，一般的に青年期または成人期早期に始まる．年齢とともに，多くの精神作動性物質の誤用または問題が生じる危険性が高まる．高齢者では特に，認知機能障害の副作用が年齢とともに増大し，かつ鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の代謝が低下する．加齢に伴う薬力学的，薬物動態学的な変化の結果，これらの物質による急性・慢性の中毒作用がいずれも増大しやすく，特に認知機能，記憶，協調運動に対する作

用が年齢とともに増大する．認知症をもつ人では，より低用量で中毒や生理学的機能の低下が出現しやすい．

“ハイ”になるために意図的に中毒を起こす行為は，10代または20代の人で最も多く観察される．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬と関連した問題は40代またはそれ以上の人で，処方された医薬品の用量を増やしていくことにもみられる．高齢者においては，中毒は進行性の認知症のようにみえることがある．

危険要因と予後要因

気質要因：衝動性と新奇性追求傾向はおのおの独立した気質であり，いずれも物質使用障害を発現しやすい傾向と関連するが，遺伝的に決定されるものかもしれない．

環境要因：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬はいずれも薬剤であり，鍵となる危険要因はこれらの物質の入手と関連している．米国では，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の誤用の歴史が，処方の全般的な傾向と関連している．例えば，バルビツール酸の処方の著しい減少が，ベンゾジアゼピンの処方の増加と関連していた．仲間の影響は，個人がどのように環境を選択するかという意味で，遺伝的な素質と関連しているかもしれない．そのほか，危険性が高い人の中には，アルコール使用障害があり，アルコール関連の不安や不眠の訴えに対して繰り返し処方を受けるような人が含まれているかもしれない．

遺伝要因と生理学的要因：他の物質関連障害と同様に，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の危険性は，個人，家族，仲間，社会，環境における諸要因と関連しうる．これらの領域のうち，特に遺伝要因が直接的ならびに間接的に重要な役割をもつ．全般的にみると，発達過程の中で，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害が出現することについて，思春期から成人期へと年齢が進むにつれて遺伝的要因が大きな役割を果たしているようである．

経過の修飾要因：使用開始年齢が低いことが，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害に発展する可能性がより大きいことと関連している．

文化に関連する診断的事項

この種類の物質の処方の仕方（および，入手しやすさ）には各国間で著しい違いがあり，それによって鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の有病率の違いが生じているかもしれない．

性別に関連する診断的事項

女性は男性よりも，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬を処方されて誤用する危険がより大きいかもしれない．

診断マーカー

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬のほとんどすべてが，尿または血液の検査測定（後者から，その物質の体内における量を計算できる）によって同定される．尿検査は，ジアゼパムもしくはフルラゼパムのような長時間作用型物質の使用後約1週間は陽性のまま残っている可能性が高い．

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の機能的結果

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の社会的および対人関係での結果は脱抑制行動の可能性があるという点においてアルコールのそれとよく似ている．事故，対人関係の困難（口論や喧嘩のような），および仕事や学業成績の障害はすべて共通した転帰である．身体診察所見では徐脈，呼

吸数の軽度の減少，血圧の軽度の低下（姿勢変化に伴って最も起こりやすい）など自律神経機能のほとんど全側面にわたり，軽度低下の証拠を示すことが多い．個々の物質によって致死量はかなり違いがあるが，鎮静薬，睡眠薬または抗不安薬の過量摂取は致死的になりうるし，アルコールと併用した場合は特に致死的になる．鎮静薬，睡眠薬または抗不安薬の過量摂取は緊急の救急事態（例：バルビツール酸による呼吸停止）の前兆となるバイタルサインの悪化を伴うかもしれない．中毒中に起こる事故による外傷の結果（例：内出血または硬膜下血腫）があるかもしれない．これらの物質の静脈内での使用は，汚染した針の使用に関連した身体合併症（例：肝炎およびHIV）をもたらしうる．

急性中毒は不慮の外傷や自動車事故をもたらしうる．高齢者では，これらの鎮静薬が処方量で短期間の使用でも，認知の問題や転落の危険の増加を伴う．これらの物質の脱抑制作用が，アルコールと同様，実際に過度な攻撃性行動の原因となり，その結果として対人関係や法律上の問題をきたすかもしれない．アルコール使用障害または反復性アルコール中毒でもみられるのと同様の，事故によるまたは故意の過量摂取が起こりうる．単独で使用されたときの広い安全限界と対照的に，ベンゾジアゼピンがアルコールとともに摂取された場合は特に危険になる可能性があり，過量摂取の事故がよく報告されている．過量摂取事故は故意にバルビツール酸やその他の非ベンゾジアゼピン系鎮静薬（例：メタカロン）を誤用した人でも報告されているが，これらはベンゾジアゼピンよりはるかに入手しにくいため，ほとんどの場面で過量摂取の頻度は低い．

鑑別診断

他の精神疾患または医学的疾患：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性障害は，原発性精神疾患に類似した症状（例：不安）を呈することがある（例：「全般不安症」対「鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性不安症，離脱中の発症」）．ろれつの回らない会話，協調運動障害，他の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒に関連する特徴的病像は，他の医学的疾患（例：多発性硬化症）または以前の頭部外傷（例：硬膜下血腫）の結果であることがありうる．

アルコール使用障害：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害は，アルコール使用障害と鑑別されなければならない．

臨床的に適正な鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の使用：医師の指示に従って，合法的な医学的適応のため長期間にわたりベンゾジアゼピンの服薬を続けている人がいるかもしれない．生理学的な耐性または離脱の徴候が明らかであったとしても，これらの人の多くはその物質を得ることにとらわれず，その使用は通常の社会的または職業的な役割遂行を障害しないので，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の基準を満たす症状には発展しない．

併存症

非医学的な鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の使用はアルコール使用障害，タバコ使用障害，そして一般的に違法薬物使用と関連している．また鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害は反社会性パーソナリティ障害，抑うつ障害，双極性障害，不安症，そしてアルコール使用障害や違法薬物使用障害のような他の物質使用障害と併存しているかもしれない．反社会性行動と反社会性パーソナリティ障害は特にその物質が違法に入手された場合に，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害と関連している．

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒

Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Intoxication

診断基準

A．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の最近の使用

B．臨床的に意味のある不適応性の行動的または心理学的変化（例：不適切な性的または攻撃的行動，気分の不安定，判断の低下）が，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用中または使用後すぐに発現する．

C．以下の症状または徴候のうち１つ（またはそれ以上）が，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用中または使用後すぐに発現する．

(1) ろれつの回らない会話

(2) 協調運動障害

(3) 不安定歩行

(4) 眼振

(5) 認知の障害（例：注意，記憶）

(6) 昏迷または昏睡

D．その徴候または症状は，他の医学的疾患によるものではなく，他の物質による中毒を含む他の精神疾患ではうまく説明されない．

コードするときの注：ICD-9-CM のコードは 292.89．ICD-10-CM コードは併存する鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の有無によって決まる．軽度の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害が併存すれば，ICD-10-CM コードは F13.129 に，中等度または重度の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害が併存すれば，ICD-10-CM コードは F13.229 となる．併存する鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害がなければ，ICD-10-CM コードは F13.929 となる．

注：症状の発展と経過，危険要因と予後要因，文化に関連する診断的事項，診断マーカー，鎮静薬；睡眠薬，または抗不安薬中毒の機能的結果，併存症に関する解説に関しては鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の対応する項を参照．

診断的特徴

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒の基本的特徴は，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の使用中または直後に発現する臨床的に意味のある不適応性の行動または心理学的変化（例：不適切な性的または攻撃的行動，気分の不安定，判断の低下，社会的または職業的機能の低下）である（基準AおよびB）．アルコールのような他の脳の抑制薬のように，これらの行動は，ろれつの回らない会話，協調運動障害（運転能力や日常の活動遂行を障害し転倒や自動車事故を引き起こすまでに至るほどのレベル），不安定歩行，眼振，認知の障害（例：注意や記憶の問題），そして昏迷または昏睡（基準C）を伴う．記憶の障害は鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒の顕著な特徴であり，“アルコールのブラックアウト”に類似した前向健忘でその人にとってきわめて障害となりうるという特徴のあることが最も多い．症状は他の医学的疾患によるものであってはならず，他の精神疾患ではうまく説明されない（基準D）．中毒は，これらの物質を処方によって得たり，医薬品を友人や家族から借りたり，または中毒状態になるために物質を故意に摂取する人で起こるかもしれない．

診断を支持する関連特徴

関連する特徴として，処方された以上の医薬品を服用する，多種類の違った医薬品を服用する，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬をこれらの効果を著しく増加させるアルコールと一緒に服用する，といったものがある．

有病率

一般人口における鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒の有病率は明らかではない．しかし，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬を非医学的に使用するほとんどの人は，ある時点では鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒の基準に合う徴候や症状を示すであろう．もしそうであれば，一般人口における鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の非医学的使用の有病率は鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒の有病率と類似しているかもしれない．例えば，精神安定薬は 12 歳以上のアメリカ人の 2.2%で非医学的に使用されている．

鑑別診断

アルコール使用障害：臨床的所見がまったく同じかもしれないので，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒をアルコール使用障害と鑑別するためには，自己申告，情報提供，または毒物学的検査による鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の最近の服用を示す証拠が必要である．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬を誤用する多くの人はアルコールや他の物質も誤用するかもしれず，そしてそのために複数の中毒の診断も可能である．

アルコール中毒：アルコール中毒は呼気中のアルコール臭によって鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒と区別できるかもしれない．そうでなければ，この 2 つの障害の特徴は類似していることがある．

他の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性障害：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒は，他の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性障害（例：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性不安症，離脱中の発症）とは，後者の障害の症状が臨床所見上で優勢であり臨床的関与が必要なほどに十分重篤であることにより鑑別される．

神経認知障害群：認知障害，外傷性脳損傷，他の原因によるせん妄の場合，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬は非常に少ない量でも中毒性をもつことがある．これらの複雑な状況での鑑別診断は優勢な症状に基づく．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒の追加診断は，その物質がこれらの他の（または類似した）同時に起こっている状態があるという状況では，少量摂取された場合でも妥当かもしれない．

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱

Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Withdrawal

診断基準

A．長期間にわたっていた鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用の中止（または減量）

B．以下のうち 2 つ（またはそれ以上）が，基準 A での鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用の中止（または減量）の後，数時間～数日の間に発現する．

(1) 自律神経の過活動（例：発汗または 1 分間に 100 以上の心拍数）

(2) 手指振戦

(3) 不眠

(4) 嘔気または嘔吐
(5) 一過性の幻視，体感幻覚，または幻聴，または錯覚
(6) 精神運動興奮
(7) 不安
(8) けいれん大発作

C．基準Bの徴候または症状は，臨床的に意味のある苦痛，または社会的，職業的，または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている．

D．その徴候または症状は，他の医学的疾患によるものではなく，他の物質の中毒または離脱を含む他の精神疾患ではうまく説明されない．

▶該当すれば特定せよ

知覚障害を伴う：この特定用語は，現実検討が保たれた状態での幻覚，または聴覚，視覚，触覚性の錯覚がせん妄の存在なしに生じる場合に記されるかもしれない．

コードするときの注：ICD-9-CM のコードは 292.0 である．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱の ICD-10-CM コードは中等度または重度の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の併存の有無そして知覚障害の有無によって決まる．知覚障害を伴わない鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱では，ICD-10-CM コードは F13.239 である．知覚障害を伴う鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱では，ICD-10-CM コードは F13.232 である．ICD-10-CM コードは，中等度または重度の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の併存を示し，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱は中等度または重度の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害が存在しているときにのみ起こりうることを反映していることに注意せよ．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱を伴う軽度の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害をコードすることは許されない．

注：症状の発展と経過，危険要因と予後要因，文化に関連する診断的事項，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱の機能的結果，併存症に関する解説に関しては鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の対応する項を参照のこと．

診断的特徴

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱の基本的特徴は，数週間またはそれ以上の規則的な使用後，摂取を著しく減量または中止した後に発現する特徴的な症候群の存在である（基準AおよびB）．この離脱症候群は，自律神経の過活動（例：心拍数，呼吸数，血圧，または体温の上昇に発汗を伴う），手指振戦，不眠，時々嘔吐を伴う嘔気，不安，そして精神運動興奮のうち，2つまたはそれ以上の（アルコール離脱に類似した）症状によって特徴づけられる．けいれん大発作は，未治療のままこれらの物質から離脱する人のおそらく20～30%で起こる．重度の離脱では，幻視，体感幻覚，または幻聴または錯覚が起こりうるが，通常はせん妄に伴って起こる．その人の現実検討が障害されておらず（すなわち，その人が幻覚が物質によって起こっていると知っている），錯覚がはっきりした意識下で起こるならば，「知覚障害を伴う」の特定用語がつけられる．幻覚が現実検討が保たれていることなく起こる場合，物質・医薬品誘発性精神病性障害の診断を考慮すべきである．これらの症状は，臨床的に意味のある苦痛や，社会的，職業的，または他の重要な領域における機能の障害を引き起こす（基準C）．症状は他の医学的疾患によるものであってはならず，他の精神疾患（例：アルコール離脱または全般不安症）ではうまく説明されない（基準D）．鎮静–睡眠性の薬剤のどれかの投与によって離脱症状が緩和されるならば，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱の診断が支持されるだろう．

診断を支持する関連特徴

離脱症候群の起こる時期や重症度は，その特定の物質により，またその薬物動態や薬力学により異なるだろう．例えば，急速に吸収され活性代謝産物をもたない短時間作用型物質（例：トリアゾラム）からの離脱は，物質中止後数時間のうちに始まる．長時間作用代謝物をもつ物質（例：ジアゼパム）からの離脱は，1～2日またはより長時間でも始まらない．この種類の物質によって起こる離脱症状は，生命をも脅かすせん妄の発現によって特徴づけられる．処方された治療量を長期間摂取していたベンゾジアゼピンを突然中止した人に，物質依存の診断がなくても耐性と離脱の証拠があるかもしれない．しかし，ICD-10-CMコードでは中等度から重度の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬使用障害の併存がある場合にのみ鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱の診断がつけられる．

離脱症候群の時間経過は，一般的に物質の半減期から予測される．作用が，通常約10時間またはより持続の短い薬物（例：ロラゼパム，オキサゼパム，テマゼパム）は，血中濃度の減少する6～8時間以内に離脱症状を生じ，その強さは2日目に頂点に達し，4日目または5日目までには著明に改善する．より長い半減期をもつ薬物（例：ジアゼパム）の場合，症状は1週間以上の間は発現せず，その強さは第2週に頂点があり，第3週または第4週の間に著明に減少するかもしれない．症状の強さの程度がずっと弱く，数カ月も続く長期症状がこれに加わることがあるかもしれない．

物質が長期的に摂取されていればいるほど，より高用量が用いられれば用いられるほど，より重症の離脱がある可能性がある．しかし，離脱は，数カ月間毎日摂取される場合，15 mgのジアゼパムという少量（または他のベンゾジアゼピンの等価量）でも報告されている．毎日約40 mgのジアゼパム（またはその等価量）は，臨床的に意味のある離脱症状をより生じやすく，より高用量（例：100 mgのジアゼパム）は，離脱けいれん，またはせん妄をより起こしやすい．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱せん妄は，幻視，体感幻覚，または幻聴を伴った，意識と認知の障害によって特徴づけられる．それらが存在する場合，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱せん妄が離脱に代わって診断されるべきである．

有病率

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱の有病率は明らかではない．

診断マーカー

鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の長期的曝露の経過がある状況でのけいれんや自律神経系の不安定さは，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱の可能性が高いことを示唆する．

鑑別診断

他の医学的疾患：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱の症状は他の医学的疾患（例：低血糖，代謝性ケトアシドーシス）に類似しているかもしれない．けいれんが鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱の特徴であるならば，鑑別診断にはけいれんのさまざまな原因（例：感染，頭部外傷，中毒）が含まれる．

本態性振戦：本態性振戦は，しばしば家族性をもつ障害であるが，鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱関連の振戦と間違われるかもしれない．

アルコール離脱：アルコール離脱は鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱症候群と酷似した症候群を産出する．

他の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性障害：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱は他の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性障害（例：鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性不安症，

離脱中の発症）とは，後者の障害の症状が臨床所見上で優勢であり臨床的関与が必要なほど十分重篤であることにより鑑別される．

不安症群：潜在的な不安症の再発または増悪は鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱に類似した症状を産出する．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬の突然の減量があれば離脱が疑われる．漸減が行われているときには，潜在的な不安症から離脱症候群を区別することは難しい可能性がありうる．アルコールと同様に，残存する離脱症状（例：不安，不機嫌，そして睡眠障害）は非物質・医薬品誘発性不安症または抑うつ障害群（例：全般不安症）と間違われる可能性がありうる．

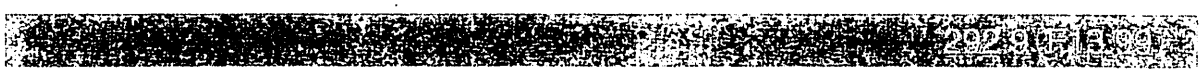
他の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性障害群

Other Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Disorders

以下の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性障害群は，本書で症状を共有する各障害の章に掲載されている（これらの章の「物質・医薬品誘発性精神疾患」を参照）．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性精神病性障害（「統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群」）；鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性双極性障害（「双極性障害および関連障害群」）；鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性抑うつ障害（「抑うつ障害群」）；鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性不安症（「不安症群」）；鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性睡眠障害（「睡眠–覚醒障害群」）；鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性性機能不全（「性機能不全群」）；鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性認知症または軽度認知障害（「神経認知障害群」）．鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒せん妄と鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱せん妄は「神経認知障害群」の章のせん妄の基準と解説を参照せよ．これらの鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬誘発性障害は，その症状が特別な臨床的関与が妥当なほど重篤である場合のみ，「鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬中毒」または「鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬離脱」に代わって診断される．

特定不能の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬関連障害

Unspecified Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Disorder



このカテゴリーは，臨床的に意味のある苦痛，または社会的，職業的，または他の重要な領域における機能の障害を引き起こす鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬関連障害に特徴的な症状が優勢であるが，いかなる特定の鎮静薬，睡眠薬，または抗不安薬関連障害またはいかなる物質関連障害および嗜癖性障害群の診断分類も完全には満たさない場合に適用される．