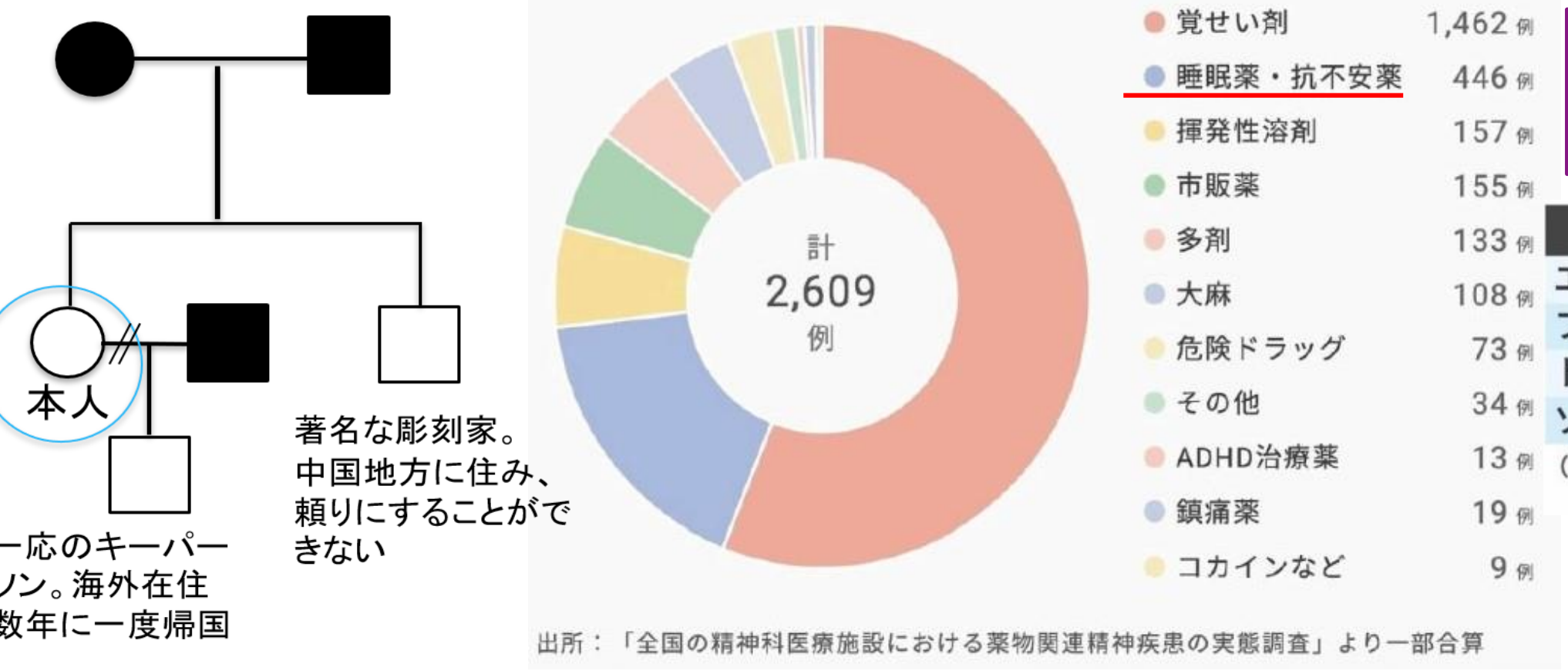
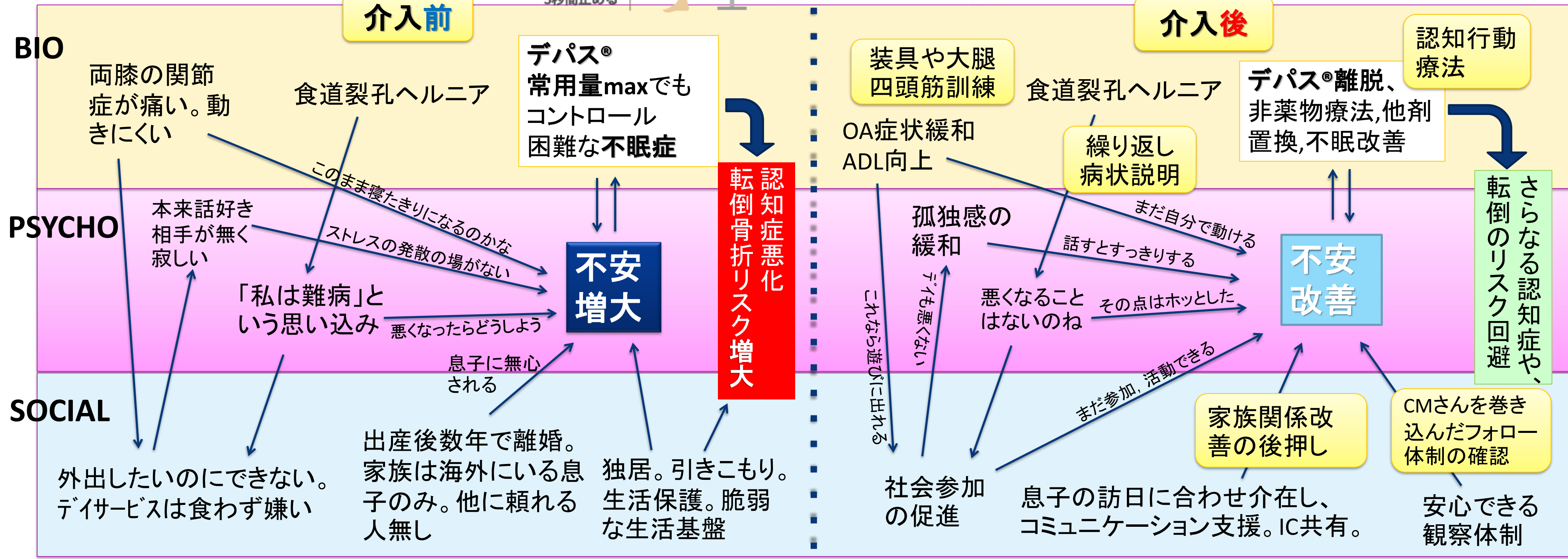
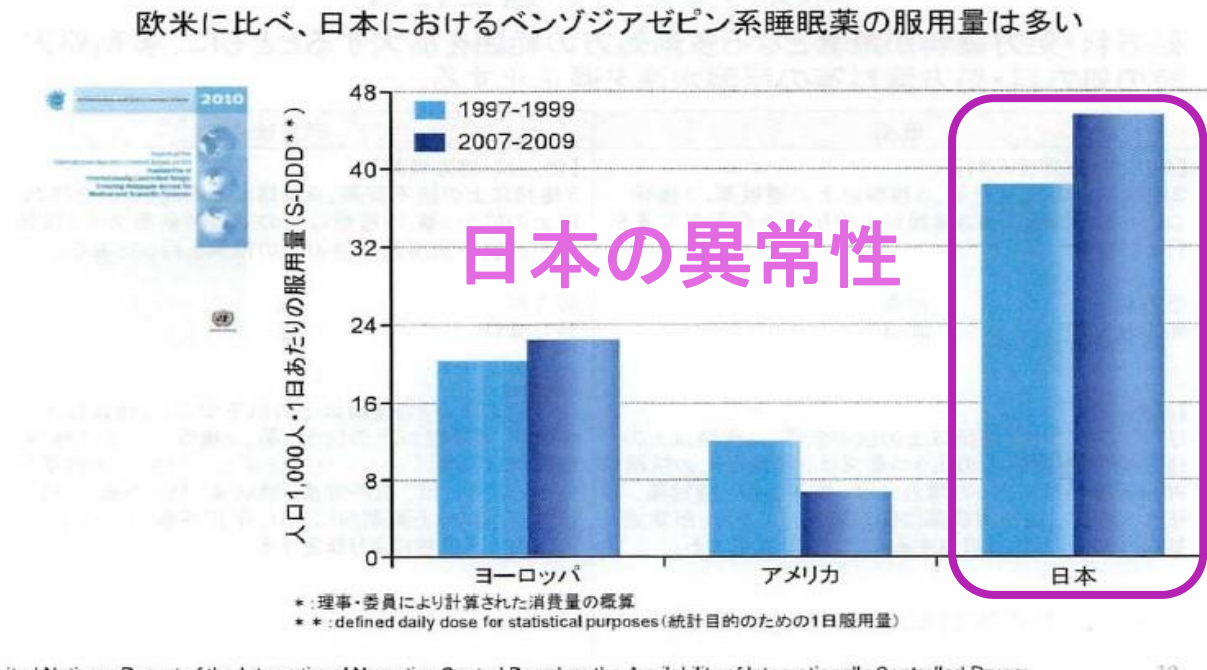
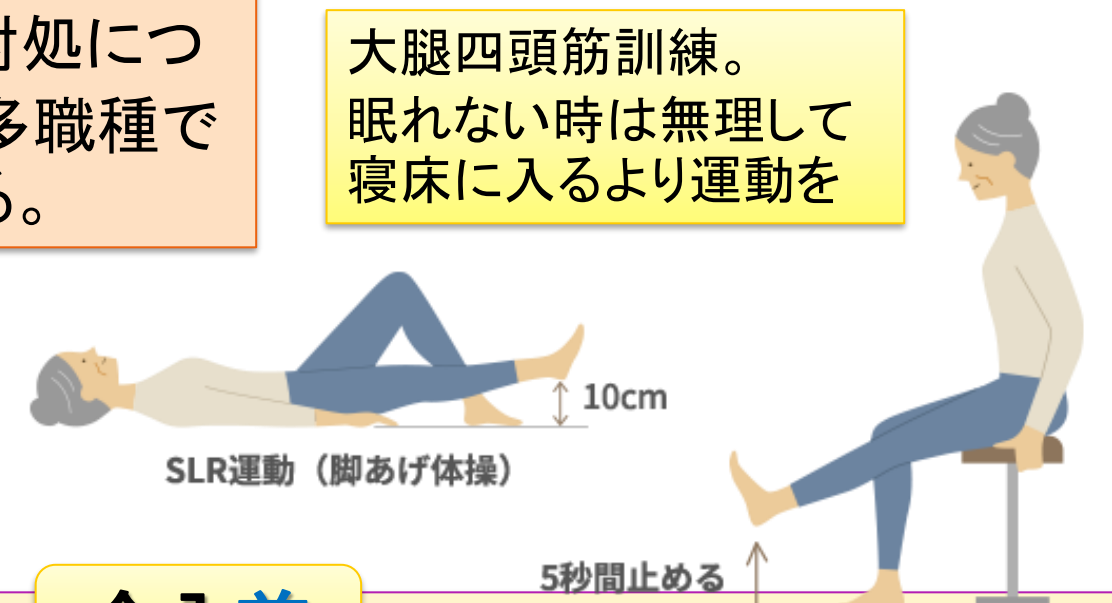


【カバーレター】不眠を始めとした複数の医療的課題を抱え、それには心理、社会的な問題が関係し合っているであろう患者を担当した。状況の改善や安定化のためには、生物医学モデルのみでは対応に苦慮することが想像され、Bio-psycho-social面での対応を意識し実践した。また、デパス®常用量依存を起こしている場合の対処について経験したほか、睡眠薬使用についての日本特有の現状を整理しつつ、多職種で介入できるチームを形成し、今後につなげてゆくことができたために報告する。

#症例 86歳女性
#主病名 不眠症
#既往、併存症 軽度アルツハイマー型認知症、変形性膝関節症、横隔膜ヘルニア
#生活歴 大阪出身。両親は幼い頃離婚し祖母に育てられる。地元の学校を卒業後飲食店で働き始める。30代で結婚するが出産して数年で離婚。45歳で上京し、渋谷で小料理屋を始め65歳で店を畳むまで自ら店を切り盛り。その後は趣味のマージャン等をしながら地域の交流に参加していた。
#現病歴 数年前から外出する機会が極端に減少。社会との関係性が乏しくなったことを心配したケースワーカーがケアマネジャーとつなぎ各サービスが導入開始された。
・パニック障害、不眠症、軽度認知症疑い
引きこもりがちになった数年前から自覚し、近くの開業医に診断されデパス®を処方されていた。不安があったり眠れないと薬に頼る

ようになり、担当開始時には既に高齢者としては常用最大量。処方された日数分より多く消費することが頻繁に見られる状態。
・変形性膝関節症 近医整形外科にて、進行度のK-L分類でグレードⅡと診断。鎮痛薬や関節内注射を実施されてきたが効果を実感していない。外出制限の原因。
・食道裂孔ヘルニア 以前病院で診断歴あり。本人は「胃が二つの難病」と思い込んでいるが精査記録無く詳細不明。X線検査を提案するも本人希望せず。
・軽度認知機能低下疑い 診察時に同じ話を何度もすることから疑い、HDS-R22点、遅延再生3/6。精査提案するもヘルニア同様本人希望せず。

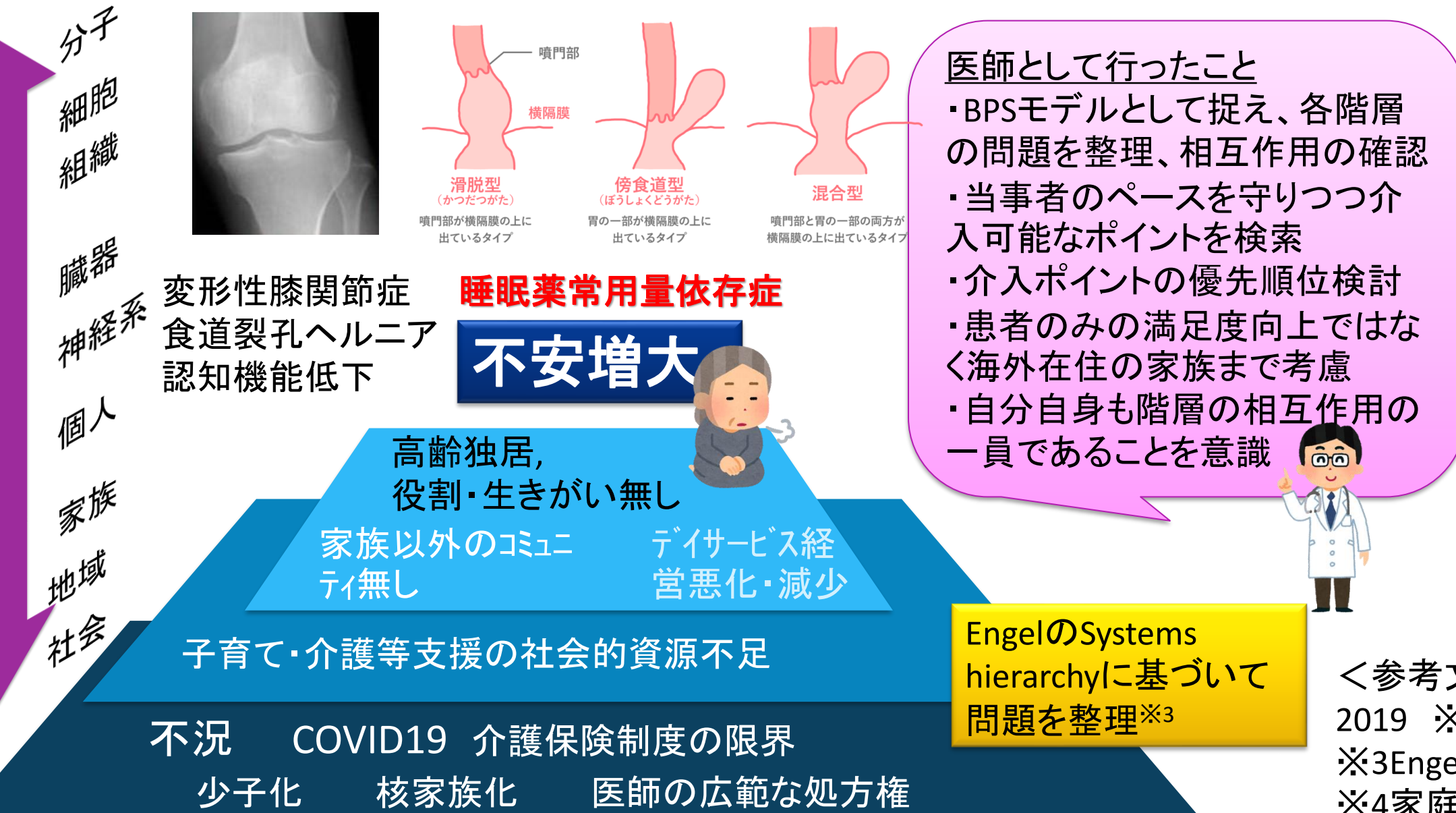


治療を要した薬物乱用における原因物質の第二位が、処方せん薬である現実。その筆頭が「デパス®」↓

一般名	代表的商品名	症例数 (例)
エチゾラム	デパス	243
フルニトラゼパム	サイレース	188
トリアゾラム	ハルシオン	154
ゾルピデム	マイスリー	111

(出所) 「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」

常用量依存
・使用後最短4週間で依存が形成される
・有効最少量を投与し、短時間作用型の漫然投与を避ける
・効果がないからといって、最高用量まで安易に増やすことや同効薬の併用はより耐性形成に働くため、避ける
・その後の退薬によって反跳現象や退薬症候(離脱症状)が見られる
・依存形成の危険因子
・半減期の短いもの、高力価、高用量、長期投与など
・アルプラゾラム、エチゾラム
慶応大学精神神経科中川による、常用量依存の対策のポイント



＜考察＞本症例では始めに睡眠薬依存症を覚知し、その背景に各種不安要素が複数関係し合っていたためEngelが提唱したBPSモデル※3,4を用いた。まず患者の病いの物語と生活をとリまく状況を明らかにし次に生物心理社会的要因を整理し相互作用等を確認する。そしてケアを行う際に各種関係の重要性を確認する。次にどの領域に焦点をあてて取り組むかを決める。そのうえで多次元的な治療を行う、という物である。本症例においてもBio-psycho-socialとして問題を整理し、各問題が直接または間接的に不安を増大させ、結果として睡眠薬依存が発生している実態が明らかになった。またこの複雑な状況においては生物学的アプローチを医師主導で実施するのみでは不十分なので、ケアを実施するにあたり使用可能な社会資源を洗い出し、連絡を取り協力を願った。特にケアマネジャーが本症例では活躍した。CMIによる定期フォローの頻度を増してもらった他、使用していなかったデイサービスや食事サービス(安否確認含)を本人の趣味嗜好に合わせて選択提供することで参加制限が解除される等、問題の改善に寄与してくれた。苦慮したのは軽度認知機能低下により各取組は、忘れても思い出せるよう紙に書いて掲示する必要があった点。右中段の「睡眠衛生チェックリスト」を作成し不眠症に関する認知行動療法を実施したが、その際は本人の趣味の書字を活かして、自筆で大きく書いた目標を自室掲示させることで本人が主体的に取り組みながら記憶障害をカバーする工夫をした。本人のペースを乱さずに最終的にはデパス®を離脱し他剤に置換したことは、一定の収穫と言えるだろう。
＜NEXT STEP＞睡眠薬常用量依存の問題は根深い。医師の間では非ベンゾジアゼピン系薬物で短時間作用型なら安全という意見の方が多くが誤った認識である。デパス®すら無神経に定期処方する医師もみかける。自分が診療を引き継いだ時点で依存が成立している事もある。今後は自分から地域コミュニティに出ていき、睡眠薬に関する正しい知識を医師を含め直接不眠症当事者に対して発信する立場となりたいものである。対象者が多く社会に貢献可能な余地が相当残っている部分だと感じる。

＜参考文献＞※1睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会編:睡眠障害の対応と治療ガイドライン,第3版 2019 ※2三島和夫 高齢者・認知症患者の睡眠障害と治療上の留意点.精神医学 49:501-510, 2007 ※3Engel G. The need for a new medical model: a challenge for bio- medicine. Science. 1977;196:129-136. ※4家庭医療学開発センターwebサイト家庭医の臨床的方法 > Biopsychosocial アプローチ