

座長コメント

演者は日本睡眠学会理事で「睡眠薬適正使用と休薬のための診療ガイドライン」や「向精神薬の適正使用ガイドライン」の主任研究者を務め、日本の睡眠障害研究に対する第一人者として知られている。本講演では、まず不眠症状を訴えている患者には様々な疾患が混在しており、不眠症の診断には系統的な診断フローに沿った診立てが必要なことを講演された。慢性不眠の内訳では原発性不眠症はわずか20%であり、うつ病や不安障害等の精神疾患が40%を占め、その他レストレスレッグズ症候群や睡眠時無呼吸症候群(OSAS)などがある。不眠が合併するOASAでは、睡眠薬は呼吸状態を悪化させる可能性があるためCPAP管理下での使用が望ましいこと、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の使用は避けるべきであるとしている。レストレスレッグズ症候群では慢性不眠の10%が罹患。鉄欠乏、パーキンソン病、薬剤性など原因疾病の治療が重要となる。またレム睡眠行動障害はDLBなどの初期症状のこともあるので注意が必要である。認知症では多種多様な睡眠障害が出現する。このように上記不眠症状を呈する疾患を鑑別して最終的に不眠症と診断する。

睡眠薬の服用で認知機能への影響が問題となっているが、特にベンゾジアゼピン系薬物の長期服用で認知機能低下は明白である。休薬で概ね改善するも6ヶ月後でも正常化しない場合もある。また認知症相対危険度は約1.25倍～2倍と報告されている。

睡眠障害の本質は質の悪い睡眠による日中のQOL障害である。高齢者に対し睡眠薬や鎮静系抗うつ薬などの漫然長期処方や多剤投与により、ふらつき・転倒、認知機能の悪化などでQOL障害が生じる。こうしたことから2017年、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の「使用上の注意」が改訂された。重要な基本的注意に『漫然とした継続投与による長期使用を避けること』と明示。また「重大な副作用」では、連用中における投与量の急激な減少ないし中止により離脱症状があらわれることがあるので、中止する場合は徐々に減量するなど慎重に行うことと追記された。眠剤の規制は診療報酬からも行われ、平成26年度以降、診療報酬改定による向精神薬多剤併用時の減算が行われてきたが、さらに平成30年度改定ではベンゾジアゼピン受容体作動薬を12か月以上連続して同一の用法・用量で処方されている場合の処方箋料の減算が新設された。これは本講演で最大の関心事であるが、減算減免処置などについてはまだ正式な発表がなく来年早々になるだろうとの見通しを示された。

今後の薬物療法の基本的な考え方はベンゾ系からポストベンゾ薬が基本とされるが、すでにベンゾ系睡眠薬を長期間服用中である患者についての対処法を教諭された。演者によると高齢者で常用量なら無理な減量せず継続させる。3剤以上の多剤併用なら急激な減薬・怠薬をさせず、可能な限りベンゾ系睡眠薬の力価を下げる。禁酒や就寝前のカフェインの禁止等の睡眠習慣指導、その後にポストベンゾ薬にスイッチするとのことであった。睡眠薬を止められない背景には患者の心理的要因も強いので睡眠薬の完全中止は困難だが、減量・単剤化は可能なことが多い。薬物療法と睡眠習慣指導をバランス良く実施することが肝要で、睡眠衛生指導と認知行動療法を活用することで、安全・効果的な薬物療法を実践することが可能と講演された。