

福島薬剤師会・福島県病院薬剤師会福島支部
平成31年 2月合同研修会 研修レポート

福島薬剤師会 研修委員 穴戸 恵美

日時：平成31年2月20日（水） 19：00～20：45

場所：福島テルサ 3階 「あぶくま」

【情報提供】

製品情報提供「イフェクサーSR カプセル」 ファイザー製薬株式会社 様

- ・抗うつ剤：初期から一貫して1剤でのマネジメントが望ましい。
- ・特徴として少量ではセロトニン再取り込み↑
高用量ではセロトニン+ノルアドレナリン↑
- ・副作用は37.5mg開始1週間で悪心、傾眠→徐々に少なくなる

【特別講演】

「睡眠薬の適正使用について」

福島県精神保健福祉センター 主幹 後藤 大介先生

- ・日本における不眠症状の割合：3人に一人が1つ以上の不眠を感じる
交感神経賦活化→眠れない：即病気なのか。ライフスタイルの問題も。
- ・不眠症の成り立ち
素因（ストレス脆弱性）+ストレッサーが慢性化の原因に。素因だけではない。
- ・高齢者によく考えずに超短時間型を処方すると離脱困難に。
- ・長期型では薬を抜くにはよいが、体内蓄積によるふらつきの原因に。
- ・日本はBZ系睡眠薬の消費量が諸外国より絶対量多い。
- ・睡眠薬の処方量、服用量は年々増加
- ・精神・心療内科など専門科の方が多剤併用は多い、組み合わせて使ったほうがよいというエビデンスはなし。
- ・BZ系：睡眠薬による自殺を防ぐという意味で「良い薬」との評価。
ω1受容体（催眠、鎮静作用） ω2（抗不安、筋弛緩作用）
更に GABA_A 受容体のα1-α6までであるαサブユニットによって受容体の特性が異なる。
どのサブユニットにより強く親和性をもつかで判断。
- ・乱用薬物の2位は鎮静薬であることを認識する。
- ・不眠症の問題点：長期連用、服用による転倒、せん妄の発症、多剤、高用量、依存、

乱用：睡眠衛生指導は現状が分からないと難しい。

- 睡眠障害診断フローチャート、不眠症の治療アルゴリズム：表をダウンロード可能
- 不眠症の治療ゴール

症状の改善よりも、不眠に伴う日中の機能低下を改善していくこと。

木を見て森をみず→不眠の訴えがある人：日中の生活が問題になる人が多い。

日中の状態を確認する。

- 睡眠状態誤認（不眠症の一型）

脳波上は睡眠状態にあっても自覚的には眠っていないと感じる。

高齢者に多く、訴えが強いことがある。

漫然と薬を投与され、薬漬けになりがちである。

多くの慢性不眠症患者では程度の違いはあっても睡眠状態を誤認していることを理解する。

脳波上の睡眠時間と主観的な睡眠時間の乖離が大だと重症の可能性

- 高齢者の不眠とせん妄

寢床で過ごした時間と睡眠の時間の乖離

高齢者は深睡眠に至りにくくなる。覚醒度が多くなる。

BZ系のウェイトを減らすとせん妄のリスクが下がるが、急激に減らすとだめ。

- 認知症高齢者：睡眠時間は短くなることを受け入れ、早寝、遅起きを目指さない。

- スボレキサントやラメルテオンはせん妄の予防効果がある。
- 夜間の不眠症状が改善している、日中の心身の調子が良好である場合には中止を検討する。

- 「睡眠薬をやめていく考え方」

8時間睡眠を目指さない、一時的な悪化は規定路線と捉える。ゆっくり安全に漸減、最後のひとかけら続けてもいい→安心を与えることも重要

睡眠にだけフォーカスし、睡眠の状態を聞くことは避ける。

薬物だけで問題解決を図らず、日中の生活の質を高める取り組みの推奨を。

以上