

総合診療・家庭医療に役立つ

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

4

2020
Vol.34-No.4

【特集】

睡眠障害を克服する

【企画】木下順二 東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者

●インタビュー

「離島の医療ー厳しさ,そして楽しさ.」

三浦源太 姫島村国民健康保険診療所 所長

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.34—No.4(2020年)

目次

インタビュー

- 離島の医療 一厳しさ、そして楽しさ。／三浦源太 2

特集 睡眠障害を克服する

- エディトリアル／木下順二 10
- ベンゾジアゼピン受容体作動薬とその他の睡眠障害治療薬の薬理作用および問題点／宮原由香里 11
- 睡眠障害を呈する精神疾患の鑑別と、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の
継続が必要な場合への注意喚起／伊藤順子 16
- 眠い、寝れない、眠らない／神山潤 23
- ハンモックで眠ろうー老健・山びこの郷の睡眠診療ー／菅波祐太・小寺みどり・他 29
- アメリカでの不眠治療ー交流事業を通して見えてくる違いー／山下大輔・西村正大 36

活動報告

- 台風豪雨で被災した町の病院から伝えたいこと／八巻孝之 42

Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み”

- 第78回“誤った患者への輸血”に関わるアクシデントの未然防止！
ー事例の発生要因から考える未然防止対策ー／石川雅彦 46

ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線クイズ／伊藤大輔 55

報告

- 第3回「中国ブロック福祉と医療を語る会」研修会／太原牧絵・延原浩 58

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 文化人類学入門 61

離島交換日記

- 1年間よろしくお願ひいたします。／賣豆紀晶洋 62

JADECOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 石岡第一病院での特定ケア看護師の活動について／足立喬史 64

研修医日記

- ここまでの研修を振り返って／斎藤惣太 66

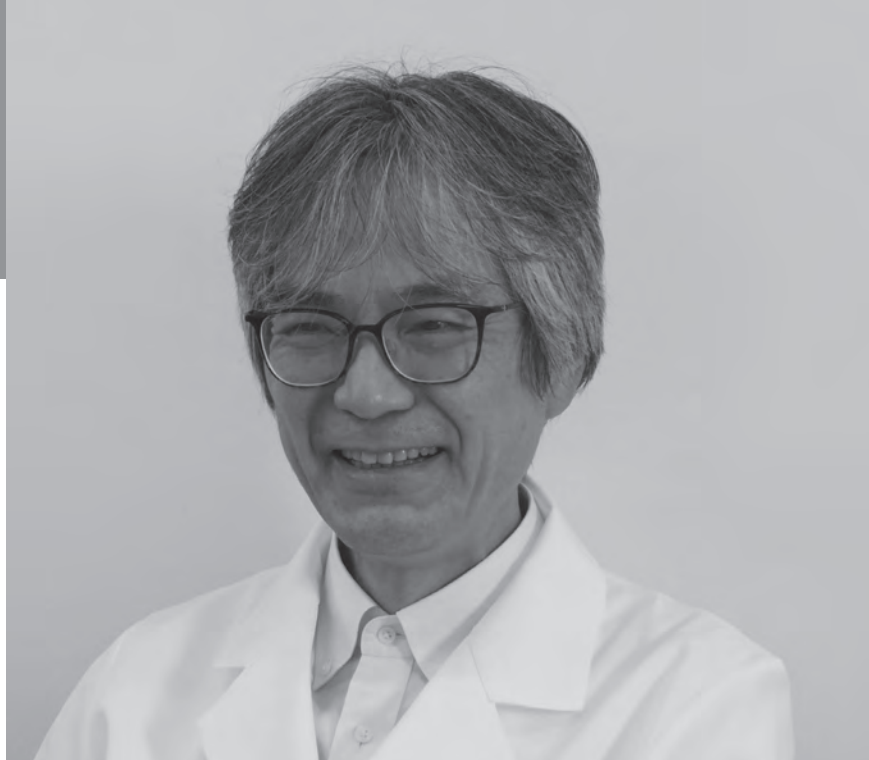
自治医大NOW

- 医学部卒業生5名が第13回「地域医療貢献奨励賞」を受賞 69

- お知らせ 72
- 求人病院紹介 79
- 投稿要領 82
- 編集後記 巻末

INTERVIEW

姫島村国民健康保険診療所 所長
三浦源太 先生



離島の医療 一徹しさ,そして楽しさ.

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

若い頃は外科医を目指して

山田隆司(聞き手) 今日は大分県の姫島村国民健康保険診療所に、三浦源太先生をお訪ねしました。実は2週間前にも大分県まで来たのですが、大雨と強風でフェリーが欠航してとうとう姫島に渡れず、改めて今日伺うことができました。

三浦源太 先日はせっかく大分まで来ていただいたのに本当に残念でした。遠くからのお客さんが来たけれど、帰れなくなったということはこれまでもありましたが、島に来られなかったというのは初めての気がします。

山田 島は見えていたのですけどね。では、まずは先生の経歴を紹介していただけますか。

三浦 私は平成元年に自治医科大学を卒業し、大分県立病院で2年間、多科ローテーション研修を

受けました。当時は外科志望だったので外科を重点的に研修しました。その後当時の国保佐賀関病院で2年間、外科医として勤務しました。その病院で大分大学の外科に入局した高校の同級生と一緒にになったのですね。外科単科ストレート研修後の3年目と、多科ローテーション後の3年目というのは、やはりできることがずいぶん違うことをその時痛感しました。その後5年目の1年間は、大分県立病院に戻り、初期専門研修で外科だけの研修をしました。佐賀関病院は外科の症例があまり多くありませんでしたが、県立病院では多くの症例を経験でき認定医もとることができました。そして6年目に姫島に赴任しました。

大分県では姫島に派遣されるのは外科系の医者という不文律のようなものがあって、卒業生は私で5人目でしたが、私の前もずっと外科を経験した先生が勤務していました。離島なので外科的な処置もしていて、診療所内には手術室や全身麻酔の器械もあって、簡単な開腹手術はここでやっていました。

山田 ほかに先生がいらっしゃったのですか。

三浦 ここには自治医大1期生から派遣されていますが、当時から所長の松本孝先生が長期でいらっしゃいました。松本先生は泌尿器外科を得意としていましたが、手術をするときは、大分県立病院から応援に来ていただいて自家麻酔でやることもありました。内視鏡もしていたので、自分が検診で見つけて、自分で手術をして、術後もフォローをするというような、得難い地域医療の経験ができたと思っています。

山田 若い時は少し経験を積んでくると、検査も手術もけがの処置も自分でやりたいと思うものですが、それを全てできる現場は多くないと思いますよ。

三浦 それで2年間の予定だったのが3年間いて、家族もみんな一緒にこちらで暮らして、私生活

的にも充実していました。3年間が終わった後でやはり外科医を目指そうと思い、大分大学第一外科に入局して大分大学附属病院で1年間研修しました。大分大学第一外科は、心臓血管外科、胸部外科、腹部外科の全てをやるという少し特殊な科で、各科の先生方とつながりができたのが一番大きな成果だったと思います。

山田 それが義務年限の最終学年ですか。

三浦 当時の大分県では専門研修が義務年限に含まれていなかったもので、大分県立病院と大学病院はカウントされないのですね。なので、最後に県南にある県立三重病院に外科医として勤務して義務年限が終わりました。そこでは手術もいろいろさせてもらえるようになってよかったのですが、一方で在院日数の短縮が強く求められるようになっていた頃でした。ほとんどの患者さんは問題なかったのですが、まだ体制も整っていなかった時期なので、1人の患者さんが退院後に自殺してしまったのですね。再発の患者さんだったのですが、フォローが十分できていなかったことを感じてかなりがっかりしたということがありました。

離島でもできるだけの医療体制を

三浦 そんな時に姫島から声がかかったのです。姫島の人とのつきあいはずっと続いていたので、帰るのもいいかなと思い立ち、12年目の半ばに姫島に帰ってきました。

山田 その時に松本先生はまだいらっしゃったのですか。

三浦 はい、もうご高齢でしたが、基本的に松本先生と自治医大義務年限1～2人という体制でした。私が最初に赴任した時は自治医大からの派

遣は1人でしたが、そうすると研修に出られないのですね。私が2度目に戻ったときには、松本先生と私、そして義務年限内の若手1人という体制になりました。その後松本先生が体調を崩されて引退したので、私と自治医大の後輩2人の3人という形になっています。

山田 12年目の半ばに戻ってきて、何年になるのですか。

三浦 平成12年からですから、20年になりますね。

山田 もう20年になるのですね。自治医大の後輩はずっと2人派遣してもらえているのですか。

三浦 やはり離島は24時間365日の対応が必要ですし、県中心部からの距離もありますので、県の理解もあって2人派遣してもらっています。

山田 大分の中では唯一の離島勤務なのですか。

三浦 そうです。県南の方にも離島はありますが規模がもっと小さく、対岸の医療機関から週1で診療があるという感じで、常勤の医者がいる離島はここだけです。

山田 ここに20年勤務して、離島でこそ大変なこと、厳しいことというのはどういうところですか。

三浦 救急について、今はドクターヘリもあって環境は変わりましたが、それまではとにかく生かして二次救急病院に渡さないといけなかった。しかし私が初めに赴任した時には、ここには電氣的除細動器もなかったのですね。

1つエピソードがあります。最初に赴任した時の事務長さんが(今でも仲良くしていますが)、日曜日に自宅で倒れ、呼ばれて行ったらいびき

をかきながら意識不明で、くも膜下出血だったのですね。挿管してフェリーに乗せて本土の病院へ運んで、治療はそちらにお任せし、その後の経過がよくて現役復帰できましたが、それを1つのきっかけとして、救急にもこちらで一通り対応できるように機器を揃えていきました。

また、今、ここでは血液透析治療をやっています。かつては腎不全になったら腹膜透析をするか、船で週3回透析に通うか、あるいは本土に転居するかという状況でしたが、2度目に姫島に赴任した時に、自治医大3期で透析を専門にされている菅淳一先生のところに勉強に行って、器械は補助金等で購入して透析を始めました。できないことの中でも、できる部分は行政と協力しながら拡充していったというのが、苦労はするけれど楽しくやってこられたところだと思います。

山田 離島でありながらも行政のバックアップがあっているという点で拡充できたということですね。

三浦 そうですね。行政とはとても仲が良いです。

離島だからこそその厳しさと豊かさ

山田 山間へき地では何とか救急車に乗せるまで対応すれば一息つけるのですが、離島ではヘリが来るまで、あるいは漁船に乗せて病院にたどり着くまで、関わらないといけない。自分一人が責任を持たなければならない時間が長く、事務長さんのように救われたケースであればいいのですが、そうではないようなケース、自分だったから救えなかったのでは……と強く感じてしまうようなケースも珍しくないと思いますが、先生はそのような経験はないですか。

三浦 天候によっては厳しい状況になることもあり

ます。中学校の40代の女性教諭が授業中に倒れて運ばれてきて、脳出血だろうということすぐに搬送したかったのですが、こちらの天候はよかったけれど、大分市が台風の影響で風が強くなり、ヘリが飛ばせませんでした。結局、海路、陸路で行くことになったのですが、その方はモヤモヤ病の出血で不幸な転帰となりました。そういう経験もしました。逆に夜中にどうしても風が強くて船が出せない。一晩ここで何とかしのがなければならぬ。それでうまくいって朝方にはもう状態がよくなっていたという例もありま

したが、それでもやはりゴールデンタイムを逃すということもありましたね。ただ、それを医者が責められるということにはなかったです。離島で生活するということは、そういうことも含めて姫島での生活と考えて受け入れているのではないかと思います。

山田 若い先生たちにへき地や離島での話をすると、自分の能力では対応しきれないと思うと同時に、何かあった時に責任を問われることに抵抗感があるように思います。

三浦 私もちろん何もかもできるわけではありませんが、ニーズに合わせて自分を磨いていくことで、ある程度できるようになったというところもありますし、姫島のように、日常にかかりつけ医としてつきあっている人に急変があった場合、本土での医療に比べると少し結果がよくなかったとしても、それまでの付き合いがあるので強く追求されるようなことはありません。

私は医者になって1度だけ大腸内視鏡検査でS字結腸の穿孔を起こしたことがあります。80歳過ぎの方でリウマチがあって、できればカメラをしたくなかったのですが、貧血が進みし他院ではやりたくないとおっしゃったので、実施したところ穿孔を起こしてしまいました。ここではもう処置できなので国東の市民病院に転送して緊急手術をしてもらいました。こちら心から家族の方にも謝罪しましたが、患者さんが「いいよ、いいよ」と言ってくださって、その後も私の外来にずっと通ってくれました。その頃社会的には医療訴訟が多くなっていましたが、普段からの信頼関係があればそれほどこじれることはないと思います。逆に都会の救急病院で一見の患者さんだとリスクが高くなって、防衛的な医療をせざるを得なくなるのかもしれない。地域と都会とでは信頼関係に温度差があると思います。

山田 まさしくその通りだと思います。侵襲的な検



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

査や治療をしてアクシデントが起こったときに「あの時こうしていれば……」ということは誰にだってあります。そこに普段から築いた信頼関係があれば、先生のその場の誠意を感じ取った上で医療には限界があるということを患者さんや家族が納得してくれる。同じことが起こっても東京のようにすぐに訴訟とはならないのだと思います。

三浦 姫島は、かつて本当に医師不足で、国保診療所にも医者が定着せず、半年や3ヵ月で交代していた時期が長かったので、医者を大切にしないといけないという気持ちがあったのだと思います。

山田 それは医者にとってはありがたいことですね。離島の厳しい例を伺いましたが、一方で忘れられない印象的なケースというのはありますか。

三浦 そうですね。これも義務年限で赴任した時のことですが、漁師さんで検診をした時に胃に影があったので胃カメラをしたところ、スキルス胃癌だったのです。大分県立病院へ紹介しましたが、腹膜播種があり姑息的な手術だけしてこちらに帰って来ました。それが義務年限3年目の最後の頃です。当時の自分なりにいろいろなことをしましたが、当然よくはなりません。そ

ここで何かできることはないかと考え、家の風景を見せてあげようと思って、軽自動車に乗せて島の周りをぐるっとまわって、自宅にも寄って診療所に帰って来ました。患者さんはとても喜んでくれました。その数日後に私はここを離任し、それから1ヵ月後に患者さんは亡くなったのですね。癌の治療としてはうまくいかなかったけ

れど、その時にできることはやりきったし、患者さんに喜んでもらえたと、家族の方からも感謝された。これは医者として非常に大きな財産でした。そういうこともあったので姫島にまた戻ってこようという気持ちになったというのがあります。

臨床医として必要なことを学んでもらう

山田 先生がその患者さんに誠心誠意向き合ってきたことを家族の方も分かっていたのですね。そういうことが臨床医としての何よりの喜び、豊かさのようなものだと思えます。

三浦 そうですね。そういうことは病院勤務では経験できませんよね。

山田 ですから若い研修医や専攻医にへき地医療や離島医療を経験してほしいと私は思っています。先生にもぜひそういうことをアピールしていただきたいですね。

三浦 ここでは大分大学や大分県立病院、その他の公立病院の地域実習を受け入れています。現在は大体2週間ですが、再来年度からプログラムが変わって最低でも1ヵ月になるので、それでも来てくれる人がどの程度いるかですね。興味がないところに1ヵ月いるのは辛いと思います。一方で興味を持ってくれる人は、1ヵ月いると良さを理解してもらえるのかなと思っています。

山田 地域医療を志す人だけでなく、人を診る臨床医になろうと思ったら、患者さんやその家族、背景を含めて、その人の思いを察する能力は必要だと思うのですね。

三浦 私は自治医大の入試の地域の面接官を務めているのですが、「高校のとき何を頑張りましたか?」と聞いたところ「化学で全県1位になるの

を目指しました」と言われ、「理学部のほうがいいのではないか」と思いました。自治医大にはやはり地域医療に親和性のある人に入ってほしいですね。

山田 先生のように、20年選手で地域を守っている自治医大卒業生は大勢いるので、そういう先生たちがもっと卒前教育や卒後研修に関わった方が良いと思っています。

三浦 地域医療学教室の特別講師として数年に1回呼ばれて、学生にお話しすることもあります。今の若い学生に響くかどうか……。

山田 そうなんですよ。同じようなことを言っていると「そういうのは聞き飽きた」と言われそうで(笑)。だからこそ話しているだけでは伝わらないので、実際にここに来て、医学生として、患者さんから地域から自分がどう見られているかを知った方がいい。自治医大は今、15年一貫教育を掲げていますが、実際に自治医大の卒業生の評価が高いのは、卒前教育というよりも、義務で赴任した地域で、若い時に厳しい環境に曝露されて、周囲のコメディカル、さらには地域の人たちから身近にいろいろなフィードバックを受けたことが大きいと思うのですね。そういう意味で、先生が何年もここで培ってこられた経験を教育の部分で貢献してもらえると、さら

に自治医大の仕組みが良くなるのではないかと思います。

三浦 大分県では1年生の夏期実習で、大体の学生が姫島に来ます。その時期にあわせて年に1度

の救急災害訓練も実施しているので学生にも参加してもらっています。

山田 大分県では多くの学生がここを経験するわけですね。それはとても良いことだと思います。

今後の課題と支える仕組み

山田 ところで、この島も例外なく人口減少と超高齢化が進んでいると思います。そういう中で医療機関、医療サービスをどう守っていくことが、島にとって大きな課題だと思うのですが、それについてはいかがですか。

三浦 非常に難しいのですが、高齢化に対しては、やはりまずは元気な老人を増やすことだと思います。一方で少子化はさらに深刻です。特に医療機関というのは有資格者でないと仕事ができないので、人がいないと機能しません。幸い看護師さんは地元出身でこちらに戻ってくる人がこれまでは比較的多く、看護師さんが血液検査や調剤業務なども担当してくれて診療所も機能できていますが、今後は新規の看護師さんが増えないと機能が維持できないと思っています。人を確保するために奨学金制度なども作りました。また島出身で島外で看護師として働いていた人が定年退職して戻られた。そういう方に診療所で働いてもらったりしています。そういう形で何とか看護師さんの確保に努めていますが、難しいですね。

今、年間40人程度人口が減っています。50人くらい亡くなって10人生まれるという感じです。それがどんどん進んで人口1,000人といった規模になったときには、別の工夫が必要になるだろうと思っています。姫島の医療として何を優先的に残す必要があるのかを決める必要が、どこかで出てくると思うのですね。

山田 自治医大の卒業生は、過疎化している地域、ほかの先生たちが行きたがらない地域を任されているので、多くは同じような課題を抱えているのですね。卒業生同士がもっと意見交換をして、それぞれがやってきたことをうまく共有できたら良いのではないかと思います。卒業生が関わっている施設同士で人材交流をしたり、一緒に知恵を出し合える仕組みを作らないともったいない気がします。われわれ地域医療振興協会も市町村などから困ってお願いされるケースが多いわけですが、協会全体のネットワークを活用して何とか生き延びていると言えます。ですので教育や研究だけでなく診療面でも同窓会と協会、さらには大学がうまくネットワークでつながることができれば良いと思っています。

三浦 そうですね。

山田 大分県は支部会中心に結構まとまりがあると思いますが、定期的に情報共有できるといいですね。

三浦 関愛会の病院に卒業生が集積してきたこともあり、県人会の同窓会がしっかりしてきたと思います。

山田 そういう形でうまく連携できていくと、卒業生がやってきたことの評価がさらに高くなる。うまく組織力を培っていくことが重要だと思います。「自治医大に入ると苦労する」ではなく、自治医大なら安心して地域医療のキャリアパスが

考えられる。そして医師としての豊かさを感じられる。医者になってよかったと若い人たちが思えるように、次の世代につなげたいですね。

三浦 今、医学部の地域枠と自治医大との差別化が難しくなってきましたよね。

山田 地域枠の方が義務などの縛りが比較的緩やかなので、奨学金という部分のみで考えると義務の軽い方を選択する人もいます。そうではなく、あえて自治医大に行きたい、地域医療をやりたい、そういう医者になりたいから自治医大を選びたいと、それに値する仕事を卒業生はいろいろなところでやってきたのだから、それを全体としてももう少しアピールしたいと思うのですね。高い国試合格率も魅力ですが、それより日本の地域医療を支える、困った地域を助けるミッ

ションを持った大学として、自治医大を選んでほしいですね。

最後になりましたが、地域で頑張っている後輩に対してメッセージをお願いします。

三浦 医者人生は長いです。若い先生はやはり専門医が気になって最短距離を走ろうとするかもしれないけれど、最短距離で医師人生を走る必要は全くありません。道草と思えたことが実は後から大きな幹になることもあります。自治医大はそういう意味では非常に幅広い経験ができるのだから、そこで自分なりの幹を伸ばしていったほしいと思います。

山田 本当にそう思います。

三浦先生、今日はありがとうございました。

三浦源太先生プロフィール

1989年自治医科大学卒業。大分県立病院、国保佐賀関病院にて勤務。大分大学第一外科に入局後、県立三重病院に勤務。姫島村国民健康保険診療所に義務年限内の3年間(1994年度から1996年度)と義務年限後の20年(2000年11月から)、通算して23年間勤務し、現在に至る。



睡眠障害を克服する

企画：東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者 木下順二

●エディトリアル

●ベンゾジアゼピン受容体作動薬とその他の睡眠障害治療薬の薬理作用および問題点

●睡眠障害を呈する精神疾患の鑑別と、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の継続が必要な場合への注意喚起

●眠い、寝れない、眠らない

●ハンモックで眠ろうー老健・山びこの郷の睡眠診療ー

●アメリカでの不眠治療ー交流事業を通して見えてくる違いー

エディトリアル

東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者 木下順二

特集

睡眠障害、特に不眠症は非常にコモンな健康上の問題である。2013年には、厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班」および「日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ」により、「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」が発行された¹⁾。その緒言によると、2009年の日本の一般成人における睡眠薬の3ヵ月処方率(少なくとも3ヵ月に1回処方を受ける成人の割合)は4.8%とのことである。平成30年(2018年)4月の診療報酬改訂において、不安もしくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して同一内容のベンゾジアゼピン系薬を処方した場合に処方箋料、処方料が減点されることが盛り込まれた。「不安又は不眠に係る適切な研修」を受けた処方医であればこの減点の対象とならない。対象となる研修には日本医師会生涯教育制度の研修会²⁾や、全日本病院協会の提供するe-ラーニング³⁾が含まれる。

問題について学べば問題となる行為をしてもおとがめがないというパラドックスはさておき、実際に処方調整を行うにあたっては、患者や家族との丁寧なネゴシエーションが必要なため、多忙な外来診療でなかなか踏み込みきれないことも多いのではないだろうか。また日本では複数医療機関に受診している患者さんが多いため、苦勞して睡眠薬を中止したと思ったのに、結局他院から処方を受けるようになっただけということも経験される。

今特集ではプライマリ・ケアの現場で睡眠障害に立ち向かうための知識やヒントを多彩な著者にご執筆いただき、当誌の特徴が活かされた構成となった。宮原由香里薬剤師からは、薬理学的視点から各処方薬の特徴を解説していただいた。伊藤順子医師からは、へき地でのプライマリ・ケアも経験した精神科医として、睡眠障害を来す精神疾患への注意点についてまとめていただいた。多数の著作を持つ眠りのスペシャリストの神山潤医師からは、ひと味違った視点から多彩な知識を伝授していただいた。菅波祐太医師からは、介護施設を治療の場として他職種が連携し「面の関わり」を持って睡眠障害に対応する様子をご紹介いただいた。オレゴン健康科学大学家庭医療学科地域医療振興協会寄附講座の山下大輔教授と当協会リサーチフェローの西村正大医師からは、アメリカの家庭医療の現場において、行動科学の専門家とのチームによる不眠治療を行っている様子をご紹介いただいた。明日からの睡眠障害診療の一助となれば幸いである。

1) 睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン - 出口を見据えた不眠医療マニュアル https://www.ncnp.go.jp/pdf/press_130611_2.pdf

2) 日本医師会生涯教育 on-line <https://www.med.or.jp/cme/about/index.html>

3) 全日本病院協会 向精神薬の適正使用に係る研修 <https://gakken-meds.jp/ajha/>

ベンゾジアゼピン受容体作動薬と その他の睡眠障害治療薬の薬理作用 および問題点

東京ベイ・浦安市川医療センター 薬剤室主任 宮原由香里

POINT

- ① ベンゾジアゼピン系薬、非ベンゾジアゼピン系薬の薬理作用点は同様である
- ② 高齢者に対するベンゾジアゼピン受容体作動薬の使用は、転倒やせん妄のリスクを高める
- ③ ベンゾジアゼピン受容体作動薬は半減期が短いほど依存性が高く、1ヵ月以上服用継続した者のおよそ半数が依存を形成する
- ④ ベンゾジアゼピン受容体作動薬の短期・長期使用に伴うリスクを理解した上で、服用終了時期を考慮し開始する
- ⑤ ラメルテオン、スボレキサントおよびトラゾドン、それぞれベンゾジアゼピン受容体作動薬とは異なる機序で催眠作用を発現する

BZRAs使用量が多い日本

国際統計からみて、日本におけるベンゾジア

ゼピン受容体作動薬(BZRAs)の使用量は群を抜いており、おおまかに日本人の20人に1人が服用している¹⁾(図1)。

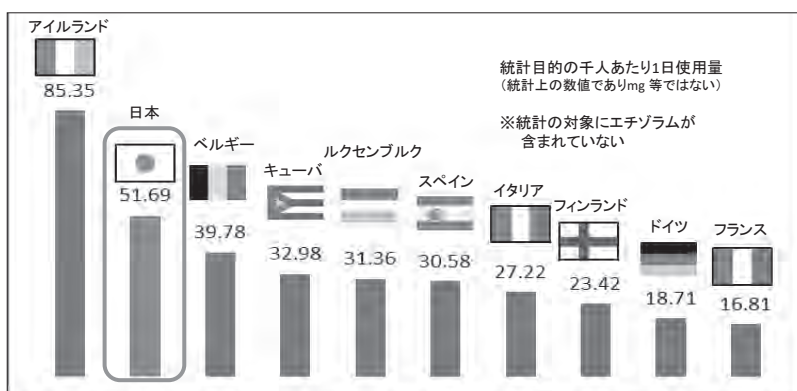


図1 ベンゾジアゼピン系睡眠薬の使用量(2013~2015年)

INCB: Psychotropic Substances 2016 Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements

また、この統計に含まれないエチゾラムの使用は日本などごく一部の国に限られ、実際の日本のBZRAs使用量は統計的なデータより多い可能性がある。欧米先進国の各種ガイドラインにおいては、BZRAsによる依存形成の懸念から安易な使用の制限を求めている。近年、日本においても診療報酬減算の見直し等BZRAsの使用を見直す動きがある。そこで、BZRAsとその他の睡眠障害治療薬の薬理作用および問題点について確認していきたい。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬 (BZRAs) の作用点

ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬は共通して、ベンゼン環とジアゼピン環から成るBZ骨格をもつ (図2)。側鎖によって代謝酵素の違いや、催眠・抗不安作用の強弱に影響している。いわゆるZ-drugsまたは非BZ系薬とよばれるゾルピデムとゾピクロンは構造にこそBZ骨格を持たないが、薬理作用点はBZ系薬と同様のため、BZ系薬とZ-drugsを総称しBZRAsあるいはGABA_A受容体作動薬と呼び、先の診療報酬ではいずれも

減算の対象となった。

BZRAsの作用点は神経伝達物質のひとつであるGABA (γアミノ酪酸) の作用増強である²⁾。ヒトはストレスで脳辺縁系の興奮が高まると、これを抑制するための防御反応として、神経終末から抑制系神経伝達物質であるGABAが放出され興奮を抑制する (図3)。GABAが結合するGABA受容体をもつ複合体は細胞膜表面に存在し、Cl⁻イオンが細胞外から細胞内に流入するチャネルを形成している。この複合体のGABA受容体にGABAが結合すると、チャネルが開いて細胞内に流入したCl⁻イオンが電気的に打ち消し合い、興奮性神経伝達物質の出力が減少する。ここでBZRAsはこの複合体のBZ受容体に結合し、複合体上のGABA受容体へのGABAの結合を促進する。その結果Cl⁻イオンの流入がより多くなることで神経細胞の抑制が強化され、催眠や抗不安作用が発現する。また、BZRAsのみが複合体に結合してもGABAが結合しなければチャネルが開くことはない。つまり、BZRAsの作用は内因性のGABAに依存し、間接的に抑制へとつながっている。そのため仮にBZ受容体結合を飽和させたとしても、GABAの作

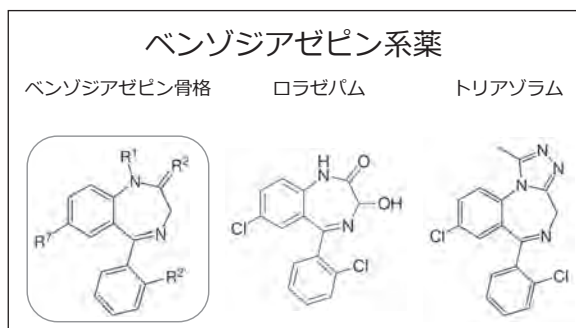


図2 BZRAsの構造

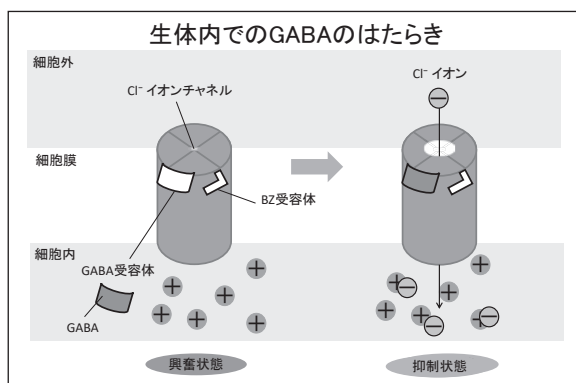
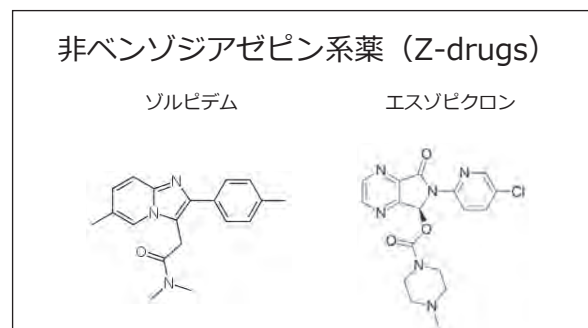


図3 GABAとBZRAsの作用

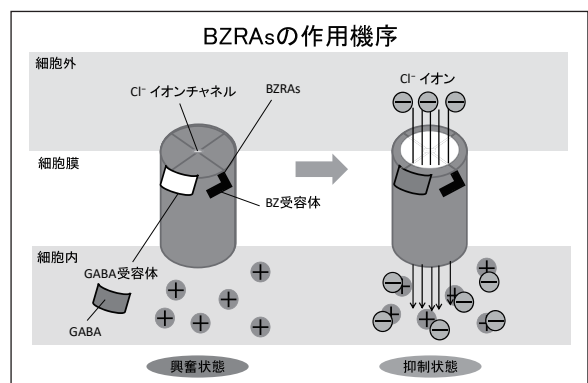


表1 臨床意義のある GABA_A 受容体 α サブユニットの薬理学的役割

GABA _A 受容体 サブユニット	薬理作用									
	鎮静	睡眠	抗不安	抗うつ	筋弛緩	抗痙攣	学習・ 記憶	前向性 健忘	依存	耐性
$\alpha 1$	○	△				○		○	○	
$\alpha 2$		○	○	○	○					
$\alpha 3$		○	○	○	○					
$\alpha 5$					○		○			○

・各サブユニットが作用を有するものを○で示す。

大熊誠太郎, 他:薬局, 66:2961-2966, 2015

・ $\alpha 1$ サブユニット=鎮静作用に相当

・ $\alpha 2,3,5$ サブユニット=筋弛緩作用に相当

用増強には限界があると考えられる。以上より、十分量のBZRAs投与でも期待する効果を得られない場合に、BZRAsの増量あるいは異なるBZRAsの追加によってさらなる効果を得ることは難しいといえる。

また、GABA受容体には亜型が存在する。そのうちのGABA_A受容体は5個のサブユニット（中枢神経系では2個の α サブユニット、2個の β サブユニット、および1個の γ サブユニットあるいは σ サブユニットなどで構成されることが多い5量体である²⁾。そのうち α サブユニットは $\alpha 1$ から $\alpha 6$ の6つの、 β 、 γ サブユニットも複数のサブユニットが確認されており、これらのサブユニットの組み合わせと脳内分布の差異により中枢神経系のGABA_A受容体は多様な神経抑制機能を示す²⁾(表1)。全てのBZRAsは大なり小なりそれぞれのサブユニットに作用するため、催眠作用と抗不安作用は完全には分けられず、いずれかの作用の強弱で睡眠薬または抗不安薬として用いられるかが区別されている。抗痙攣薬として用いられるBZRAsについても同様である。

BZRAsの注意点

短期間のBZRAsの使用でみられる有害事象には筋弛緩作用による転倒リスクがある。高齢者において、半減期の長短にかかわらずBZRAs服用により転倒発生率の有意な上昇が報告されている⁴⁾。また、同じ作用点のZ-drugsも、BZ系薬

と同様に転倒リスクが示されている³⁾。米国や欧州のガイドラインと同様に、日本においても高齢者に対しては全てのBZRAsの安易な使用を避ける必要があると考えられる。また、BZRAsの服用はせん妄のリスクを高めるという報告があるため⁵⁾、高齢者のせん妄リスクを評価する際には睡眠薬の服用状況を見直すことが重要である。

長期間のBZRAsの使用でみられる有害事象には、依存、耐性および離脱症状がある⁶⁾。そのうちBZRAsの依存形成にはオピオイド型薬物依存と類似のメカニズムがあるとされる⁶⁾。2～4週の短期使用は比較的安全とされるが、半減期が短いほど依存性が高く、1ヵ月以上服用継続した者のおよそ半数が依存を形成する⁷⁾。

BZRAsの減量と中止方法、使用時の心得

常用している場合のBZRAsの減量法には、用量を減らす(週に25%)、服用回数を減らす、または他の薬剤に置換する手法が知られている⁸⁾。いずれの手法を用いて減量するにしろ、患者への十分な説明と同意を得た上で数ヵ月単位の時間をかけて行う必要がある。こうした減量方法には相応の努力と時間を要するため、一時的であってもBZRAsを導入する際には、処方医師には先んじて服用を中止するときまでを想定しておくことが求められる。導入にあたっては承認用量の最低量で開始し、BZRAsの多剤併用を避

ける。安易に増量せず、症状の改善がみられたら頓用への変更も検討する。BZRAsの依存を考慮し使用は2～4週までにとどめ、症状の改善がなければ専門医への紹介がのぞましい。

その他の睡眠障害治療薬

近年は、BZRAsとは異なりGABAを介さない薬剤が使用されることが増えている。以下、臨床で使用されることの多い薬剤について確認する。

1. ラメルテオン

メラトニンはヒトの視交叉上核に存在する松果体のホルモンで、メラトニン受容体に結合することで催眠作用や睡眠リズムを調節している⁹⁾。ラメルテオンはこのメラトニン受容体に選択的に結合し催眠作用を示す。ラメルテオンはGABA_A受容体、ドパミン受容体、セロトニン受容体、オピオイド受容体に親和性がなく、依存性や薬物乱用性の懸念がないとされる¹⁰⁾。また、せん妄予防に効果がある可能性がある¹¹⁾。未だ根拠となるデータは乏しい。ラメルテオンはその作用機序から連日服用することによって効果が得られるとされるが、作用発現は個人差があり、単回服用で効果が得られる場合がある。ラメルテオンの注意点として、重度の肝障害や、フルボキサミンなどCYP1A2を阻害する薬剤の併用は、ラメルテオンの代謝を遅延させ副作用増強のおそれがあり禁忌である⁸⁾。また、食後に服用するとラメルテオンの血中濃度が低下するため、食事と同時または食直後の服用は避ける⁹⁾。副作用には頭痛、翌日の眠気や、プロラクチン上昇などが報告されている⁹⁾。

2. スボレキサント

オレキシンは視床下部ニューロンから産生される神経ペプチドで、覚醒状態の維持にはたっている。オレキシンは栄養不足やストレス下において増加し、飢餓状態のほか敵に襲われかねない状況で眠ると命の危険があるといった状況に対する生体の防御機能とされる。スボレキサントは、覚醒ペプチドであるオレキシンが受

容体へ結合するのを可逆的に阻害し、脳を覚醒状態から睡眠状態へと移行させ睡眠を誘発すると考えられている⁶⁾。その薬理作用から生理的な睡眠に近いとされ、例えば睡眠中の地震といった外部刺激によっても速やかに覚醒しうる。注意点として、スボレキサントは主に肝臓の薬物代謝酵素CYP3A4で代謝されるため、CYP3A4を阻害するイトラコナゾール、ボリコナゾール、クラリスロマイシンや一部のHIV・HCV治療薬はスボレキサントの血中濃度を上昇させることから併用禁忌である⁸⁾。併用注意のジルチアゼム、ベラパミル、フルコナゾールと併用する際は、スボレキサントの減量を考慮する。また、スボレキサントは食後服用で最高血中濃度到達時間が遅くなるため、食事から2時間ほど空けることが望ましい。副作用には睡眠時麻痺や入眠時幻覚が報告されている。

3. トラゾドン

トラゾドンは弱いセロトニン再取り込み阻害を示し、うつ病による不安と不眠を伴う患者に使用することがある⁹⁾。トラゾドンは明らかな鎮静効果と、抗コリン作用を伴わない催眠作用から国外で多く用いられている⁹⁾。日本におけるトラゾドンの適応症はうつ病・うつ状態のみで、睡眠障害治療薬としての適応症を有していない。また、副作用である過鎮静のほか、 $\alpha 1$ 受容体遮断作用を介する起立性低血圧などに注意する^{8), 9)}。

終わりに

いずれのBZRAsも薬理作用点は同様で、高齢者に対するBZRAsの使用は転倒やせん妄リスクを高めるとされる。ラメルテオン、スボレキサント、トラゾドンはGABAを介さない作用機序のためBZRAsと比べ熟眠感には劣る可能性がある一方、筋弛緩やふらつきが生じにくく、高齢者や認知症患者などの選択肢になりうる。BZRAsの1ヵ月以上の継続使用による依存は服用者の半数で形成されるため、新たに導入する場合は服用終了時期を考慮して行う必要がある。また、

既にBZRAsを服用している場合にラメルテオン、スボレキサン、トラゾドンに置換することで、BZRAsの漸減が可能になることも示されている⁸⁾。一方、これらの睡眠障害治療薬の転倒・骨折のリスク、長期使用による依存性について未だ根拠となるデータは乏しく、今後の調査が待たれている。

文献

- 1) International Narcotics Control Board: Psychotropic Substances, Statistics for 2015 Assessments of Annual Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971. <https://www.incb.org/incb/en/index.html> (accessed 2020 Jan 5)
- 2) 黒川政一, 大谷道輝: 違いがわかる! 同種・同効薬(改訂第2版). 南江堂, 2015. p133-165.
- 3) Nir Treves, et al: Z-drugs and risk for falls and fractures in older adults-a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing* 2018; 47(2): 201-208.
- 4) 益戸智香子, 小川ゆかり, 山下直美, 他: 高齢者におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の半減期と転倒との関連性 観察研究のメタアナリシス. *薬学雑誌* 2019;139:113-122.
- 5) Gaudreau JD, et al: Association between psychoactive medications and delirium in hospitalized patients: a critical review. *Psychosomatics* 2005; 46: 302-316.
- 6) 姫井昭男, 精神科の薬がわかる本 第3版, 医学書院, 2014.
- 7) Soyka M: Treatment of Benzodiazepine Dependence. *N Engl J M* 2017; 376: 1147-1157.
- 8) 浦部昌夫, 島田和幸, 川合眞一: 今日の治療薬. 2019, 南江堂.
- 9) Benjamin James Sadock, et al: カブラン臨床精神医学テキスト 日本語版第3版. 2016, 1063-1069.
- 10) Kato K, et al: Neurochemical properties of ramelteon (TAK-375), a selective MT1/MT2 receptor agonist. *Neuropharmacology* 2005; 48: 301-310.
- 11) Kotaro Hatta, et al: Preventive effects of ramelteon on delirium: a randomized placebo-controlled trial. *JAMA Psychiatry* 2014; 71(4): 397-403.

睡眠障害を呈する精神疾患の鑑別と、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の継続が必要な場合への注意喚起

東京ベイ・浦安市川医療センター 精神科 伊藤順子

POINT

- ① 睡眠障害を呈する精神疾患は多岐にわたるため、それぞれの疾患の特徴を捉える問診が重要となる
- ② 「眠れない」という訴えに安易にベンゾジアゼピン受容体作動性睡眠薬や抗不安薬を処方しない
- ③ ベンゾジアゼピン受容体作動薬の継続が必要な場合には使用方法に注意し、非薬物療法を併用することで徐々に減量・休薬へ導く

はじめに

私はへき地医療を経験した後、精神科で学び、現在は精神科クリニック勤務と精神科産業医として勤務している。

私がへき地医療に従事していた頃は、外来患者数も多く、じっくり話を聞いて対応することが困難な状態の中で、「眠れない」「不安」「物忘れ」などの症状を聞き、それに対する薬物療法を考え処方していた。他の疾患も数多く、向精神薬も多種類ある中で、自分が使い慣れている薬をつい処方してしまったり、先輩方の処方されている向精神薬をそのまま処方し続けてしまったりしていた。

精神科で学び、多くの患者さんと出会い、「眠れない」に隠れている精神疾患や、ベンゾジアゼピン受容体作動薬(BZRAs)の常用量依存など

を目の当たりにし、「知る」ことの重要性を痛感した。

そこで「睡眠障害を呈する精神疾患」について、短時間の問診である程度の目星をつけることを念頭に記載し、次に「BZRAsの継続が必要な場合の注意喚起」について記載していきたい。

睡眠障害を呈する精神疾患

1. 睡眠障害の原因について

現在成人の6割が睡眠に何らかの悩みを抱えているといわれており¹⁾、全診療科において不眠等の症状を訴える患者は比較的多いのではないかと考えられる。診察の際には睡眠障害の原因として考えられる要因を網羅的に吟味していく必要がある。これらの原因を見落とさずに対応するために、広く使われている考え方に「5

1. 身体的原因 (Physical) ・内外科など様々な身体疾患による症状 (発熱・疼痛・掻痒・咳嗽・頻尿など) ・感染症, 腫瘍, 血管障害, 消化器疾患, 心疾患, 喘息・慢性閉塞性肺疾患, 中枢神経疾患, 皮膚疾患など
2. 生理学的原因 (Physiological) ・生理的睡眠を妨げるような環境や生活習慣 ・転居, 入院, 時差, 交代勤務, 不適切な睡眠衛生, 温度や湿度など
3. 心理学的原因 (Psychological) ・工作上的失敗, 失恋, 職場・学校や家庭内での人間関係のストレス, 大病に罹患した精神的ショック, 社会的孤立, 様々な喪失体験, 生活上の不安, 不眠そのものへの恐怖などの心理学的な要因
4. 精神医学的原因 (Psychiatric) ・あらゆる精神疾患に併存し得る ・統合失調症, 気分障害, 神経症性疾患, 器質性精神障害 (認知症等), 物質使用障害 (アルコール等) など
5. 薬理学的原因 (Pharmacological) ・不眠や眠気等を呈する薬物・物質 ・アルコール, カフェイン, 喫煙 (ニコチン), ステロイド, インターフェロン, 甲状腺薬, 抗腫瘍薬, 降圧薬など

図1 睡眠障害の原因「5つのP」

〔文献2〕より一部改変

つのP」というものがある²⁾.「5つのP」を図1にまとめて提示する.

睡眠障害は生活習慣病のリスクとなるだけでなく, 慢性不眠自体が認知症のリスクを高めることも報告されている³⁾. そのため, 上記の「5つのP」を参考に問診で鑑別し, その原因に応じた対処を心がけ, 質の良い睡眠が保てるように指導, 治療をすることがさまざまな疾患発症の未然防止につながると考えられる.

2. 精神疾患と睡眠障害

不眠, 過眠などの症状はあらゆる精神疾患に併存しうる. 入眠困難, 睡眠維持困難, 早朝覚醒, 熟眠障害, 過眠などの多彩な睡眠困難を呈すが, 原疾患を改善しないとこれらの睡眠困難も十分に改善しないことが多い. そのため, 原疾患を推測することが重要であり, 問診でポイントとなる質問例と対応する疾患について図2に示す.

図2に示す問診とそれに対応する症状は, 各精神疾患の主な症状を聴取するために必要と思われる例を挙げた. もちろん, 睡眠に関する質問も重要であり, 上記と合わせて, 寝つきが悪いか(入眠困難), 途中で何度も目が覚めてしまうのか(睡眠維持困難, 中途覚醒), 朝早くに目が覚めてしまうのか(早朝覚醒), ぐっすり眠れないのか(熟眠障害), 日中の眠気やだるさはあるのか, を聴取する. さらに詳しく「何時に

布団に入り, 何時に寝て, 何時に起きるのか」を聞くことも重要である. これには睡眠時間の確認と, 4つの不眠症状の鑑別も含まれている. また, 不眠症状の経過と合わせて本人の睡眠についての解釈や希望, 理想とする睡眠との乖離も聴取しておく, 治療の段階で介入しやすくなる.

3. 各精神疾患の治療

図2に示す問診に当てはまる症状があった場合には, できれば精神科や心療内科へ紹介が望ましいが, すぐに対応が困難な場合が多いと思われるため, 自院で治療する際に注意していただきたいことを列挙する. 私見ではあるが参考にさせていただいたら幸いである.

うつ病が疑われた場合には, 過去において躁状態を思わせるようなエピソードがなかったかどうか, また幻覚妄想や認知症の症状がないかどうか確認した上で, 抗うつ薬を選択する. 抗うつ薬の中でも不眠を改善し食欲不振に対する効果が期待できるミルタザピンや心疾患のない場合にはエスシタロプラム, 薬物相互作用の比較的少ないセルトラリンの中から1剤を選択し少量から開始する. 精神病症状を伴ううつ病にはクエチアピンやオランザピンを処方するが, いずれも糖尿病には禁忌であり注意が必要である. 基本的に単剤での治療が望ましいが, 不眠

うつ病, 抑うつ状態	・「今まで好きで取り組めていたことや毎日できていたことが最近できなくなりましたか？」→興味・関心の喪失 ・「食事は1日何食ですか？美味しいと感じて食べていますか？それとも無理矢理食べていますか？」→食欲低下 ・「生きていても仕方ないと思うことがありますか？」「消えてしまいたいと思ったことがありますか？」→希死念慮 ・「何をするにも億劫でやる気が出ないですか？」→意欲低下
双極性感情障害, 躁状態	・「眠らなくても平気で、なんでもできてしまうような気分になったことがありますか？」→睡眠欲求の減少, 自尊心の誇大 ・「借金するほどたくさん買い物をしてしまったことがありますか？」→困った結果につながりうる活動への熱中 ・「些細なことで怒ってしまっていた時期はありましたか？」→易怒性 ・「頭の中に次から次へ考えが浮かんでせめぎ合っているような感覚がありますか？」→観念奔逸
統合失調症, 幻覚妄想状態	・「誰もいないはずなのに声が聞こえることがありますか？」→幻聴 ・「誰もいないはずなのに視線を感じるがありますか？ジロジロ見られているような怖い思いをしたことがありますか？」→被害妄想, 注察妄想 ・「嫌がらせをされたり、後をつけてきて困ったりしていませんか？」→被害妄想, 関係妄想
神経症性障害, パニック障害, 社会不安障害等	・「突然死ぬかもしれないと思うほど強い動悸や息のしづらさを感じたことがありますか？」→パニック発作 ・「電車やバスなどの公共交通機関やエレベーターの中のような、狭くて閉じ込められてすぐに逃げ出せないような場所は怖いですか？避けられるものなら避けたいですか？実際に避けていますか？」→広場恐怖 ・「人前で話をしたり、食事をしたりするときにもものすごく緊張しますか？そのような場を避けていますか？」→社会不安障害 ・「汚いものを触った後は何度も手を洗ったり、鍵をかけたか心配になって何回も確認してしまったり、分かっているのにその行動を安心するまで繰り返してしまうことはありますか？」→強迫性障害
器質性精神障害, 認知症	・「同じことを何度も繰り返して質問してしまったことがありますか？」→記憶障害 ・「さっきなにをしたのか忘れてしまうことはありますか？」→即時記憶の障害 ・「今日の日付や今いる場所がわからなくなることがありますか？」→見当識障害 ・「小さな虫や子供が見えることがありますか？」→幻視 ・「夜に横になると足や腕がムズムズ、ビリビリしてじっとしていられなくて眠れないことはありますか？」→レストレスレッグス症候群
物質使用障害, アルコール依存症等	・「お酒は毎日飲みますか？どのくらい飲みますか？一番多くて何をどのくらい飲みますか？」 ・「少しだけのつもりが気付けばたくさん飲んでたこともありますか？」「お酒を飲んだら眠れるので、毎日眠るために飲んでますか？」→アルコール依存症 ・「お酒を飲まない手が震えたりイライラしたりしますか？」→アルコール離脱

図2 主な精神疾患に対応する問診例

が持続する場合にはベンゾジアゼピン受容体作動性睡眠薬や鎮静系抗うつ薬であるミアンセリンやトラゾドンを少量から追加する。薬剤性に躁転する場合もあるため2週間から1ヵ月ごとに経過観察し薬剤調整が必要となる。

問診により以前躁状態の既往が疑われた場合には双極性感情障害の可能性を考慮し、抗うつ薬は使用せず、気分安定薬を第一選択薬とする。その中でも副作用が比較的少なく鎮静作用も期待できるバルプロ酸ナトリウムを処方す

ることが多い。ただし催奇形性、肝障害、高アンモニア血症などの副作用もあるため注意が必要である。

統合失調症が疑われた場合には、抗精神病薬を選択する。第一選択薬としてはリスペリドンもしくはオランザピンが望ましく、いずれも抗幻覚妄想作用とともに鎮静作用が期待できる。

神経症性障害が疑われた場合には、SSRIを第一選択薬とし、不眠改善を期待してBZRAsを併用する。SSRIではエスシタロプラムやセルトラリンが比較的副作用が少なく処方しやすい。薬物療法と合わせて不安階層表などを用いた認知行動療法を実施することも推奨されている。

認知症が疑われた場合には、できる限りBZRAsは使用しないことが重要である。なぜならば転倒や持ち越し効果による日中のふらつき、せん妄などのリスクが高まるため、不眠時頓服としても使用は避けた方がよい。認知症に伴う不眠の場合には、ラメルテオン、スボレキサン、抑肝散のうちのいずれかを処方し、幻視や妄想を伴う場合にはクエチアピンやペロスピロンなど少量から調節可能な抗精神病薬を処方することをお勧めする。

アルコール依存症等が疑われた場合には、まず断酒の指示と同時にアルコールに交差耐性のあるジアゼパムもしくはロラゼパムを処方しアルコール離脱せん妄予防にも努める。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の継続が必要な場合の注意喚起

1. BZRAsと新たな2種類の睡眠薬

ベンゾジアゼピン受容体作動性睡眠薬には、ベンゾジアゼピンに特有な化学構造をもつベンゾジアゼピン系とこれをもたない非ベンゾジアゼピン系がある。非ベンゾジアゼピン系睡眠薬は、ベンゾジアゼピン系に比べ受容体選択性が高く、抗不安作用や筋弛緩作用は小さいが、いずれもGABA神経系を介した大脳皮質全般への鎮静作用により睡眠を促す⁷⁾。

ベンゾジアゼピン受容体作動性睡眠薬の副作用には、持ち越し効果、健忘、反跳現象・退薬

症候、筋弛緩作用があり、これらが日中の過鎮静や転倒、離脱症状やせん妄を引き起こす。

複数の睡眠困難がある症例では、はじめから作用時間の異なる複数のベンゾジアゼピン受容体作動性睡眠薬が処方されることがあるが、このような併用療法の有用性を支持する科学的根拠はない⁷⁾。睡眠薬の安易な併用は、副作用リスクを増し、特に身体依存形成リスクを高めるため避けるべきである。複数の睡眠困難がある場合でも単剤投与から開始し、その際には最も苦痛と感じている睡眠困難に対する薬剤を選択することが重要である。

新たな2種類の睡眠薬の1つはメラトニン受容体作動薬(ラメルテオン)であり、これは体内時計を介して作用し、深部体温低下や交感神経機能低下など休息に入るための身体的な状況を整えることで睡眠を促す薬剤である⁷⁾。GABA神経系を介した直接的鎮静作用を持たないため、健忘、筋弛緩、依存が生じない。催眠作用はやや弱い印象ではあるが、高齢者の不眠症には適していると考えられる。

もう1つはオレキシン受容体拮抗薬(スボレキサン)であり、これは覚醒維持に作用する神経系の機能を選択的に抑えることで睡眠を促し維持する薬剤であり、筋弛緩作用が少なく認知機能や呼吸機能への影響も少ないことから、使いやすい薬剤と考えられる⁷⁾。ただしこの2剤とも食事中・食直後の服用は血中濃度が低下するため、避けるよう添付文書に記載されており注意が必要である。

2. BZRAsを長期使用している患者の心理特性

BZRAsを長期使用している症例は少なくない。中には数年にわたり全く同じ処方内容が漫然と継続されている場合もある。BZRAsを長期使用している不眠症患者の中には「睡眠薬を飲めば眠れるが、毎日服用しても大丈夫なのか?」「減らすと眠れなくなるかもしれないと思うと怖くて減らせない。」「長く飲んでいて認知症になると聞いたことがあるからやめないといけないと思っているけどやめるのは怖い。」といった不安を抱えている患者が多い。このように睡

眠薬常用に対する不安が覚醒度を高めてしまい、睡眠薬による鎮静作用と拮抗することで「睡眠薬を飲んでいるのに眠れない」という状況を招く。さらに「不眠が悪化したのではない」「睡眠薬が効かなくなってきた」という認知につながり、診察室で「薬が効かない」と訴えることで睡眠薬増量や他薬剤への変更もしくは併用を勧められ、不眠への恐怖から結果的に増量せざるを得なくなり、「減らしたいのに増えてしまう」ことにさらに不安が増幅され覚醒度が高まる、という悪循環に陥る⁴⁾。

以上から、BZRAsには過鎮静や転倒リスクに加え、依存性もあり、長期使用による睡眠薬常用に対する不安と過覚醒から不眠が慢性化する懸念があることから、最初の処方で安易にBZRAsを処方してはならない。

不眠症の診断基準と睡眠衛生指導

ICSD-3⁵⁾の慢性不眠障害の診断基準には、

- ① 入眠困難、睡眠維持困難、早朝覚醒、適切な時間に就床することを拒む、親や介護者がいないと眠れないのうち、1つ以上を報告する。
- ② 夜間の睡眠困難に関連した以下の症状を1つ以上報告する。
 - (ア) 疲労または倦怠感
 - (イ) 注意力、集中力、記憶力の低下
 - (ウ) 社会生活上あるいは職業生活上の支障、または学業低下
 - (エ) 気分がすぐれなかったり、いらいらしたりする
 - (オ) 日中の眠気
 - (カ) 行動の問題(過活動、衝動性、攻撃性)
 - (キ) やる気、気力、自発性の減退
 - (ク) 過失や事故を起こしやすい
 - (ケ) 睡眠について心配したり不満を抱いている
- ③ 眠る機会や環境が適切であるにもかかわらず、上述の睡眠覚醒障害が生じる。
- ④ ①および②が週3回以上、3ヵ月間以上続く。短期不眠障害は、①～③は同一で持続期間が3ヵ月未満の場合である。

上記のように不眠症の診断には夜間の睡眠困難と日中の機能障害が不可欠である。そのため日中の機能障害がなく夜間の睡眠困難のみの場合には睡眠薬を開始する必要はない。また睡眠時間は十分に確保できているのにもかかわらず、寝つきが悪いことだけで不眠と訴えたり、就床時刻が早いために深夜に覚醒してしまったりする場合も少なくない。そのため、具体的な睡眠状況を可視化し把握するために睡眠・覚醒リズム表の活用が有効¹⁾である。睡眠・覚醒リズム表は日本うつ病学会ホームページ資料(https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/gakkai/shiryo/data/suimin_kakusei_rhythm.pdf)などからダウンロード可能である。

睡眠状況を把握したら、睡眠障害の原因について「5つのP」を参考に網羅的に吟味し鑑別後、原因除去を試みる。しかし不眠は強い不快感を伴い、不眠への恐怖につながり、さらに不眠が悪化するという悪循環に陥りやすいため、すぐに原因を取り除けない場合には睡眠衛生指導を行いながら、対症療法としての睡眠薬を慎重に検討し処方する。

日本精神神経学会は睡眠薬を処方する際には必ず以下の指導を行うように提言している。

- ① 適切な服薬時刻、就床時刻、起床時刻について具体的に指導する。
- ② 就床時刻の直前に服用し、服用したら速やかに就床する。
- ③ BZRAsはアルコールと併用しない⁷⁾。

また、図3に睡眠衛生指導に関してまとめて掲示する。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の減量、休薬方法

BZRAsを含めた睡眠薬を処方する際には、減量・休薬を含めた処方計画をたて、有効性を診察時に評価しながら治療を進めることが重要である⁷⁾。長期使用している患者であっても、定期的に治療評価を行い、減量・休薬の可能性を探ることが重要である。

処方する際には単剤で開始し、少なくとも2

概日リズムの維持・強化	・毎日同じ時間に起床し、太陽の光を取り入れる ・就寝 1～2 時間前にぬるめの温度で入浴する ・昼寝をするなら、午後 3 時までに 20～30 分程度
生活習慣を見直す	・1 週間単位で生活リズムを見直し、睡眠不足に注意する ・夕方以降の激しい運動や、興奮する行動を避ける ・就寝前 1～2 時間はテレビ、パソコン、スマートフォンを見ない
嗜好品に注意する	・就寝前 4 時間のカフェイン摂取、就寝前 1 時間の喫煙を避ける ・夜中に目が覚めたときに喫煙をしない、寝酒をしない、 ・就寝前に温かい飲み物を飲んでみる
就寝環境を快適にする	・明るさ・音・温度・湿度・換気を調節する ・寝具に気を配る ・寝室を眠ること以外の目的に使用しない
睡眠にこだわりすぎない	・睡眠時間、不眠になる原因について考えすぎない ・就床時間を生理的な睡眠可能時間に合わせる ・夜中に目が覚めても時刻を確認しない

図 3 睡眠衛生指導

〔文献 6〕より一部改変〕

週間は経過観察を行い、その後睡眠状況に応じて薬剤調整をする。漫然とした長期使用を避けるため、常に適切かつ必要最小量での治療を心がけ、睡眠衛生指導も併せて実施する。夜間の睡眠困難と日中の機能障害がともに改善することを目標に、これらの症状が改善後も 4～8 週間程度は同量の処方継続し、増悪や再燃がないことを確認した後、減量・休薬を開始する⁷⁾。

日本精神神経学会は、睡眠薬の減量・休薬には漸減法が有効である、と提言している。標準的な漸減法では、服用量の 25% ずつを 1～2 週間ごとに徐々に減らしていく⁷⁾。睡眠薬減量に対する不安が強い場合や反跳現象を認めた場合には、減量速度を遅めたり、場合によっては一段階服用量を戻したりすることも検討する。私が実際に現場で実践している漸減法は、症状改善に有効であった服用量の半量を処方し、次の診察時にさらに半量とし、0.5錠もしくは 0.25錠まで減量できた後、投与間隔を 1 日おきとする隔日投与法を実施し、問題なければ休薬とし、不眠時としての使用で経過観察している。

日本精神神経学会は、就床時刻と離床時刻を指導して、床の中で過ごす時間を成人なら 7 時

間弱、高齢者なら 6～7 時間程度に適正化しながら減量を行うことが重要である、と提言している⁷⁾。

BZRAs の長期使用後に減量する場合には、多くの患者で離脱症状を生じる。この離脱症状には反跳性不眠、自律神経症状(動悸、嘔気、発汗など)、不安焦燥等がみられるが、これらの症状は急性に出現し数日から数週間で軽快する。慎重に時間をかけて減量することで症状を感じることなく、もしくは感じていても非常に軽微で短期間に抑えることが可能となるが、睡眠衛生指導も引き続き実施することでさらに減量・休薬へ導くことができる。

しかし睡眠薬の減量が成功していても完全休薬となると挫折するケースが多い。不安の強い患者の場合、全く飲まないことへの抵抗は強く、ほんの少しでも飲むことで安心感を得ようとするため、休薬は困難となる。このような場合に、日本精神神経学会では、睡眠時間の指導や睡眠習慣の指導を徹底し、加齢に伴う非病的な睡眠変化(総睡眠時間短縮・中途覚醒・早朝覚醒)や覚醒促進的な生活習慣・認知行動を改善することが極めて重要である、と提言している⁷⁾。

まとめ

以上、私見も含めて睡眠障害を呈する精神疾患について具体的な問診例と治療、またBZRAsの継続が必要な場合の注意喚起について提示した。睡眠障害に対しては原因を網羅的に吟味・鑑別し、原因除去をまず検討し、その上で睡眠衛生指導を優先的に実施する。対応療法としての睡眠薬は慎重に検討し、安易なBZRAsの処方開始や継続は避け、やむを得ない場合には減量・休薬できるように処方計画を立てた上で処方することが望ましい。漸減法、睡眠衛生指導などを組み合わせることにより長期使用していたBZRAsを減量・休薬することは可能となるため、処方内容を見直し、減量・休薬について患者と話し合うことをお勧めする。また今後、不

眠時指示の選択肢からBZRAsが全て消えることを切に願っている。

文献

- 1) 天谷美里, 小曾根基裕:「眠り方がわからなくなってしまった」不眠恐怖を抱く慢性不眠患者への治療アプローチ, 睡眠の診かたー睡眠障害に気づくための50症例(千葉茂 編), 新興医学出版社, 東京, 2019, p2-3.
- 2) 岩下正幸, 伊藤洋:睡眠障害の種類と原因, 成人病と生活習慣病 2018;48(8):863-867.
- 3) 小路純央:認知症リスクとしての睡眠障害, MB ENTONI 2019; 233:44-52.
- 4) 眞田陸, 栗山健一:不安障害の不眠治療はいかにあるべきか, 精神神経学雑誌 2018;20(7):577-583.
- 5) American Academy of Sleep Medicine著, 日本睡眠学会診断分類委員会 訳:睡眠障害国際分類第3版, ライフ・サイエンス, 東京, 2018.
- 6) 高江洲義和:不眠症治療における鎮静系抗うつ薬, 精神神経学雑誌 2018;120(7):570-576.
- 7) 日本精神神経学会精神科薬物療法研修特別委員会編集:精神科薬物療法グッドプラクティスーワンランク上の処方をめざしてー, 新興医学出版, 東京, 2015.

眠い, 寝れない, 眠らない

東京ベイ・浦安市川医療センター 管理者 神山 潤

POINT

- ① 睡眠不足症候群は国際的な疾患名
- ② 良い加減にいい加減に, 居眠りを勧めよう
- ③ 「眠れません」「では睡眠薬を」ではなく, 可能な限り 1 日の様子を伺おう

はじめに

なぜ眠い? 寝不足だから。なぜ寝れない? 眠りを義務と過剰に意識するから。なぜ眠らない? 眠りは怠けと刷り込まれているから。以下で詳説する。

なぜ眠い? ……寝不足だから

1. 日本の睡眠事情

5 年ごとに行われているNHKの調査¹⁾によると1960年代, 東京オリンピックの頃には夜22時以降に寝ている人の割合は32%であった。その後22時以降に起きている人の割合が急増, 現在は85%の人が22時以降まで起きており, 22時前に寝る人は15%しかいない。つまり日本は次第に夜更かしになり, それにつれてこの50年間に日本人の睡眠時間は59分減り, 現在では434分にまで減少した。

2018年にOECDが発表した世界各国の睡眠時間に関するデータ(30ヵ国)²⁾によると日本の睡眠時間は世界最短だ。実は2014年のデータ(28ヵ国)³⁾では, 最短は韓国の461分で, 2 番目が日本とノルウェーの463分であった。ところがこの4年間で韓国の睡眠時間に変化はなく, ノルウェーは睡眠時間が増え, ワースト3ヵ国中睡眠時間を減らしたのは日本のみだ。2018年のデータでは米国は525分(2014年は516分), OECD全体の平均が505分(2014年は499分), 日本は442分だ。世界中の平均よりも日本人は約1時間睡眠時間が短いということになる。さらに注意すべきは, 2014年と比べて2018年の睡眠時間が減っていたのは, 21分減の日本のほか, メキシコ(13分減), オーストリア(11分減), 南アフリカ(3分減), フィンランド(2分減)の5ヵ国のみで, 他の国々は軒並み睡眠時間を増やしている, という点だ。世界的には睡眠不足が心身に与える影響に関するデータの蓄積に伴い睡眠時間が増えているに

もかわらず、日本のみが大幅に(20分超)睡眠時間を短縮させている。

また睡眠不足に伴う年間の経済的損失額は日本は138百万米ドル(約15兆円)だ⁴⁾。アメリカのほうが額は高い(411百万米ドル)が、対GDP比では米国が2.28%であるのに対し、日本は2.92%で、日本は対GDP比では世界一睡眠不足による経済損失を被っている国だということになる。

2. 睡眠不足の問題点

(1) 脳機能への影響

全く眠らないグループ、1日の睡眠時間を4時間、6時間、8時間とした合計4つのグループに分け、定期的に眠気を調べる検査と、決められた作業を行ってもらった⁵⁾。睡眠時間0時間のグループは3日が限界で、その後検査を継続できなくなった。丸々2日あるいは3日眠らなかった時の眠気のレベルには、睡眠時間が4、6、8時間のグループは達しなかったが、睡眠時間が4ないし6時間のグループでは、10日を過ぎると、睡眠時間0時間のグループが丸1日眠らなかった時の眠気のレベルには達した。作業における間違いの数では、睡眠時間が4時間のグループでは7日を過ぎると、作業における間違いの数が、睡眠時間0時間のグループが丸2ないし3日眠らなかった時のレベルにまで増えた。また睡眠時間が6時間のグループでも9日を過ぎると、睡眠時間0時間のグループが丸1日眠らなかった時のレベルにまで、作業における間違いの数が増えた。眠りを十分に取らないと作業能率は低下する、と言える。

実験をもう1つ紹介する。ある課題の成績を、眠らずにいる時間すなわち断眠時間とアルコールの血中濃度とで比較した実験だ。その結果、16時間以上起きて行っただけの課題成績は、血中アルコール濃度が0.05~0.10%の場合と同等であったと解釈された⁶⁾。ちなみに日本における酒気帯び運転の基準値は呼気中アルコール濃度0.15mg/Lで、これは血中アルコール濃度に算すると0.03%に該当する。

さらに睡眠不足では前頭前野の血流が低下し、理性的な判断が困難となり、情動系への抑

制が効かなくなる(寝不足では理性が食欲に負ける)⁷⁾。

以上の結果をまとめると、睡眠不足は脳のリスクといえよう。これが経済損失をもたらす背景要因だ。実際睡眠不足が主因の世界的大惨事も知られている。1979年3月のスリーマイル島原発事故、1986年1月のスペースシャトル・チャレンジャー爆発、1986年4月のチェルノブイリ原発事故、1989年3月の石油タンカー・バルディーズ号原油流出事故は、睡眠不足に基づく注意力の低下が事故の主因と考えられている⁸⁾。さらに米高速道路交通安全局が2005~07年、午前6時から深夜0時までの時間帯に発生した交通事故4,571件の原因について、ドライバー7,234人を対象に実施した調査データを、全米自動車協会交通安全財団が事故前の24時間にドライバーがどれだけ睡眠を取っていたかによって分類したところ、適切な睡眠時間とされている7時間超に比べて、4時間未満しか眠っていないと事故発生率は11.5倍、4~5時間だと4.3倍に跳ね上がった。さらに5~6時間眠っていても事故は1.9倍、6~7時間で1.3倍に増えていた⁹⁾。睡眠不足は社会のリスクだ。

(2) 身体への影響

1999年にシカゴ大学が行った実験¹⁰⁾では、寝不足が老化あるいは生活習慣病のリスクを高める、が結論だ。詳細は省くが、睡眠時間4時間続けると、朝の血糖値が高く、交感神経系が過緊張状態となり、コルチコステロイドの夜間の分泌の低下が十分でなく、インフルエンザワクチン接種後の抗体価の上昇が不良¹¹⁾となる、という。この実験では4時間睡眠を6晩続けた際の状態を調べており、急性の睡眠不足の影響を調べたことになるが、このグループはその後も研究を続け、慢性の睡眠不足で糖尿病や肥満がもたらされることも結論している¹²⁾。

また縦軸にBMI、横軸に睡眠時間をとると、BMIが最も低いのは睡眠時間が7~8時間のグループになる¹³⁾。さらに米国がん協会が1982年から1988年にかけて、30歳から102歳の111万人(男性48万人、女性63万人)を対象に行った調査で、横軸に睡眠時間、縦軸を死亡の危険率にしたと

ころ、睡眠時間が7時間以上8時間未満の場合にもっとも寿命が長いとの結果が報告された¹⁴⁾。睡眠不足は命のリスクでもある。

3. 睡眠不足症候群は国際的な疾患名

睡眠不足症候群は、sleep disordersの国際分類に記載されている病名¹⁵⁾だ。正常な覚醒状態を維持するために必要な夜間の睡眠時間を取ることができず、眠気が生じる。睡眠不足症候群になると、攻撃性の高まり、注意や集中力、意欲の低下、疲労、落ち着きのなさ、協調不全、倦怠、食欲不振、胃腸障害などが生じ、その結果、さらに不安や抑うつが生じる場合もある。この病気の一つの特徴は、患者さん自身が慢性の睡眠不足であることを自覚していないという点だ。筆者の外来にも、昼間に強い眠気に襲われるという患者さんが来院する。その方たちの睡眠時間は4時間だったり5時間だったりするので、睡眠不足と推測する。しかし間違っても、その患者さんに寝不足ですからもっと寝たほうがいいですよとは初回の外来では申し上げない。もし言おうものなら、患者さんは、「何を言っているんだ。おれは4時間も寝ているんだ。睡眠不足のはずはない」と言ってお怒りになってしまう。ではどうするか？睡眠時間をちょっと増やしてみたらどうですかという話をそれとなくお伝えし、患者さんが「7時間寝たら昼間に寝落ちしなくなった」という話をしてくれたらしめたものだ。ただ、そこにいくまでが難儀だ。

なぜ寝れない？……眠りを義務と過剰に意識するから

先ほど横軸を睡眠時間、縦軸をBMIあるいは死亡の危険率にした結果を紹介した。ともにU字型の分布でBMI、死亡の危険率のトラフは睡眠時間7～8時間のところにあった。注意すべきはこれを見て、7～8時間寝ようと思っはまずい、という点だ。これらのグラフには各自の適切な睡眠時間に関するデータは全くない。統計学的に処理をするとU字のトラフが7～8時間にあったというに過ぎない。必要な睡眠時間に

は個人差が極めて大きい。米国のNational Sleep Foundation が推奨している成人(26～64歳)の睡眠時間は7～9時間(may be appropriateな睡眠時間は6～10時間)だ¹⁶⁾。一方でヒトという昼行性の動物は午前も午後も2～4時に眠気のピークが生じ、この時間帯にはさまざまな事故も発生しやすい¹⁷⁾。逆に午前中は眠くなりにくい。午前中に眠気が強いようなら、眠りの量、質、リズムについて再考する必要がある。また休日の過度な朝寝坊やあまりに寝つきがいい場合も、寝不足の可能性を考えたい。午後に眠くなったらい短い昼寝をとればよい。

このように必要な睡眠時間には個人差が大きいにもかかわらず、実は8時間睡眠神話はまだまだ幅を利かせている。そのために眠くもないのに早く寝ようとする方が多い。眠るための基本は、眠くなってからの就床、眠れない場合の離床だ。眠れない眠れないと寝床で悩むことはどつらい時間はない。眠れない場合は離床して音楽を聴くなど気分転換を図るに限る。また寝付いたら朝までぐっすり、を期待する方も少なくないが、加齢とともに長時間の連続睡眠は難しいこともお伝えする。数回の中途覚醒は異常ではない。また昼寝ができるならそれでよし、昼間に強い眠気がないなら現在の睡眠時間で十分なのでは？とお伝えする場合もある。いずれにせよ、「寝なくては」との焦りは禁物。本来気持ちのいい快であるはずの眠りが、つらいものになってしまう。

そこで大切にしたいのが「いい加減のススメ」だ。たしかに快適な睡眠をとるための環境としては、1. 生体時計のリセットに重要な朝日を浴びることのできる環境、2. 生体時計のリセットに悪影響を与える夜間の光を浴びることのない環境、3. 適切な寝室寝具環境、がある。そしてこの3. 適切な寝室寝具環境について日本睡眠科学研究所は、室温は夏25～27℃、冬22～23℃、湿度は50～60%、そして寝床内は温度33±1℃、湿度50±5%が望ましいとしている¹⁸⁾。さてこれらの数字を知った場合、毎日寝室や寝床の中の温度や湿度を測定するだろうか？いよいよここからが「いい加減のススメ」の本番だ。いい加

減には両極端な2つの意味がある。ちゃらんぽらんにする、といい塩梅にするだ。英語で言えばlooseとgood adjustmentとなろう。筆者のおススメはこの両方。良い加減にいい加減にする、つまり、ちょうど良くいい塩梅にちゃらんぽらんにする、だ。今の世の中なかなか厳しく、いろいろな決まりが多くなっている。そして決まりは分かりやすくするために数字で示されがちだ。数字にこだわった対応はある意味楽だが、さまざまな状況で数字は変わる。眠りについても、数字に捉われ過ぎず、良い加減にいい加減にすることが大切、と筆者は考える。各自の気持ち良さを第一に考え、ご自身の身体と相談しながらの対応が重要だ。

なぜ眠らない？……日本人には眠りは怠けと刷り込まれているから

『ウサギとカメ』はご存じであろう。『ウサギとカメ』は明治38年(1905年)、115年前から日本の唱歌だ。おそらく読者の皆様も全員が歌えるであろう。あの歌に込められているメッセージは何か？「地道な努力が重要」と「居眠りは怠け」と多くの方が応えよう。日本人には眠りは怠けと刷り込まれてしまっているのだ。筆者の主張は真逆、居眠りのススメだ。『ウサギとカメ』には新しい解釈が必須だ。

ところでこのレースのスタートは何時か？夜になると気温が下がり、変温動物のカメは動けない。そうなると、これは絶対に朝か昼ということになる。「ウサギ、ウサギ、何見て跳ねる。十五夜お月さん見て跳ねる」とこれまた唱歌にあるが、ウサギは薄明薄暮性で昼寝をするのだ。カメはそれを知っていたに違いない。つまりこの寓話から引き出すべき教訓は、カメは情報収集能力が高く、情報戦に勝ったということ、「敵を知り己を知れば百戦殆うからず」という孫子の教えだ。居眠りは怠けなどというメッセージを決してこの寓話から引き出してはならない。

寝る間を惜しんでの仕事が大好きな仕事依存症の日本人だが、寝る間を惜しんでの仕事をしてもミスが増えるばかりであることはすでに紹

介した。もちろんスマホ依存も眠らない原因のひとつだ。

最後に文藝春秋2013年6月号の記事「原発事故と太平洋戦争－日本型リーダーはなぜ敗れるのか 半藤一利、船橋洋一」の99ページを以下に引用する。

半藤 そこで、福島原発事故を題材に、危機における日本の組織論について議論したいんです。たとえば米国サイト支援部長のチャールズ・カストーが、福島第一原発の吉田昌郎所長に初めて会ったときの最初の質問が「作業員たちはちゃんと寝てますか？」でした。吉田所長が驚いたように、じつは私も驚いた(笑)。「はあ、アメリカ人はこういうことを心配するのか」と。かれらは長期戦を念頭に置いて危機に対しようとしたわけですね。ところがこちら日本はいまを必死にやる、いまの続きの明日も必死にやる、寝ている場合ではないという具合に短兵急な発想だった。

日本の代表的な識者が眠りを笑いごとにしてしているのだ。情けなく哀しくとんでもないが、これが現実だ。

Sleep disorders

主なsleep disorders¹⁵⁾の臨床像の概略を表1に示す。Sleep disordersというと当然ながら睡眠時に着目しがちだが、その背景には日中の行動も大きく関わる。重要な対応として、筆者は「スリープヘルス;快眠への6原則 + α 」として1. 朝の光を浴びること、2. 昼間に活動すること、3. 夜は暗いところで休むこと、4. 規則的な食事をとること、5. 規則的に排泄すること、6. 眠りを阻害する嗜好品(カフェイン、アルコール、ニコチン)/過剰なメディア接触を避けること、+ α として入眠儀式(寝る前のルーチン)を提唱している¹⁷⁾。「眠れません」「では睡眠薬を」ではなく、可能な限り「では1日の様子を伺わせてください」としたい。

頻度として最多の不眠への処方についていえば、厚生労働省の指導もあり、最近ではベンゾジアゼピン受容体作動薬(BZRAs)を初回から出す

表1 主なsleep disorders の特徴

[文献15)より引用]

分類	疾患名	症状と診断, 留意点	有病率
不眠症	慢性不眠障害	不眠を週3回3ヵ月以上認める.	成人で 10%
	短期不眠障害	不眠は3ヵ月未満.	成人で 15-20% (本邦では)
睡眠関連呼吸障害群	閉塞性睡眠時無呼吸障害群	10秒以上の無呼吸が1時間に5回以上	成人男性 3-7%, 女性 2-5%
中枢性過眠症群	ナルコレプシータイプ1	強い眠気, 情動脱力発作, MSLT*平均入眠潜時8分以下あるいは髄液オレキシン低値.	0.16-0.18%
	ナルコレプシータイプ2	強い眠気, MSLT*平均入眠潜時8分以下.	不明
	睡眠不足症候群	短い睡眠時間と強い眠気.	7.1-10.4% ¹⁹⁾
概日リズム睡眠・覚醒障害群	睡眠・覚醒相後退障害	遅寝遅起き.	7-16%
	交代勤務障害	不眠と眠気.	2-5%
	時差障害	飛行機移動後の不眠と眠気.	
睡眠時随伴症群	ノンレム関連睡眠時随伴症群		
	睡眠時遊行症	寝床を出ての歩行や行動**.	18%
	睡眠時驚愕症	寝床での泣き叫び**.	2.5% (小児; 1-7%)
	レム関連睡眠時随伴症群		
	レム睡眠行動障害	夢の行動化. 50歳以上の男性では神経変性疾患が遅れて発症する場合も.	0.4-0.8%
	悪夢障害	不快な夢体験.	2-8%
睡眠関連運動障害群	むずむず脚症候群	四肢の不快な感覚で不眠. 治療は鉄剤補充, ドパミン作動薬, $\alpha_2\delta$ リガンド製剤.	5-10%
	周期性四肢運動障害	下肢の屈曲が多い. 治療はドパミン作動薬, $\alpha_2\delta$ リガンド製剤.	7.6%

*: multiple sleep latency test の略. 眠気が強いほど入眠しやすく, 入眠潜時が短くなることを利用した検査で, 日中の眠気の程度を定量評価する目的で行う. 一般的には, MSLT の前夜には被験者の通常の睡眠時間帯にあわせた終夜睡眠ポリグラフィーを行う. そして終夜検査終了後, 被験者には日中に2時間間隔で4回以上記録室で眼を閉じた状態で静かに横になってもらう. 入眠までの時間 (入眠潜時) の平均を評価する. 健康成人では通常10分以上である. 5分以内の場合には病的に強い眠気があると判断する.

** : 通常主要な睡眠時間帯の最初の3分の1で生じる.

ことはない. メラトニン受容体作動薬やオレキシン受容体拮抗薬のほか, 「眠りを義務と過剰に意識」している真面目な方には, 不真面目になる薬と称して抑肝散を筆者は好んで使用している. BZRAs使用者にはメラトニン受容体作動薬あるいはオレキシン受容体拮抗薬を併用後, BZRAs漸減が基本だ.

閉塞性睡眠時無呼吸に対するContinuous positive airway pressure (CPAP) は広く知られているが, 注意すべきはCPAPですべて解決, と考えがちな点だ. 本症の主訴となる昼間の眠気は, 当然ながら睡眠不足症候群でも生じる. そして寝ないと太り¹³⁾, 肥満は本症を悪化させる. 本症に睡眠不足症候群を併発している患者さんは決して少なくない. CPAP使用前の時期から睡眠時間のさらなる確保の重要性を伝えたい.

おわりに

今は世を挙げて働き方改革. 真面目を尊んできた日本人に不真面目になれ, とまでは言わないが, 「良い加減にいい加減にする」ことの重要性にあらためて目を向けてはどうだろう. Take home messageは, 医療者ならなおのこと「寝るのも仕事」とした.

文献

- 1) https://www.nhk.or.jp/bunken/research/yoron/20160501_8.html
- 2) https://www.oecd.org/gender/data/OECD_1564_TUUpdatePortal.xlsx
- 3) <https://www.oecd.org/gender/data/balancingpaidworkunpaidworkandleisure.htm>
- 4) <https://www.rand.org/randeurope/research/projects/the-value-of-the-sleep-economy.html>
- 5) Van Dongen HP, Maislin G, Mullington JM, et al: The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic

- sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep* 2003; 26: 117-126.
- 6) Dawson D, Reid K: Fatigue, alcohol, and performance impairment. *Nature* 1997; 388: 235.
- 7) Greer SM, Goldstein AN, Walker MP: The impact of sleep deprivation on food desire in the human brain. *Nat Commun.* 2013; 4: 2259.
- 8) Rajaratnam SM, Arendt J: Health in a 24-h society. *Lancet* 2001; 358: 999-1005.
- 9) <https://www.cnn.co.jp/fringe/35093335.html>
- 10) Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E: Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *Lancet* 1999; 354: 1435-1439.
- 11) Spiegel K, Sheridan JF, Van Cauter E: Effect of sleep deprivation on response to immunization. *JAMA* 2002; 288: 1471-1472.
- 12) Spiegel K, Knutson K, Leproult R, et al: Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and Type 2 diabetes. *J Appl Physiol* 2005; 99: 2008-2019.
- 13) Taheri S, Lin L, Austin D, et al: Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index. *PLoS Med* 2004; 1: e62.
- 14) Kripke DF, Garfinkel L, Wingard DL, et al: Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 131-136.
- 15) American Academy of Sleep Medicine. The International classification of sleep disorder. Third edition. Westchester, 2014.
- 16) <https://www.sleepfoundation.org/excessive-sleepiness/support/how-much-sleep-do-we-really-need>
- 17) 神山 潤:睡眠の生理と臨床 第3版. 診断と治療社, 2015.
- 18) <https://www.nishikawasangyo.co.jp/company/laboratory/topics/03/>
- 19) Amara AW, Maddox MH: Epidemiology of sleep medicine. In :Kryger MH, Roth T, Dement WC(eds), *Principles and practice of sleep medicine* 6th ed. Elsevier Saunders, 2017, p627-637.

ハンモックで眠ろう —老健・山びこの郷の睡眠診療—

揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長 菅波祐太
介護福祉士 小寺みどり
看護主任 瀧日智美
介護長 杉原 操
センター長 横田修一

POINT

- ① 安全な睡眠衛生指導のために、「面の関わり」があると良い
- ② 施設カンファレンスを軸とした継続的な多職種連携が、「面の関わり」を生む
- ③ 眠れない利用者にまずすべきは、「話す」こと
- ④ 質の良い「面の関わり」は、寝心地の良い「ハンモック」と言える
- ⑤ 安心できる関係性が生まれることで、次第に睡眠薬から遠ざかる

睡眠衛生指導の基盤となる 「面の関わり」

(菅波祐太)

睡眠診療においては、睡眠衛生指導を適切にできることが、良い睡眠、睡眠薬の安全な使用につながる。睡眠衛生とは、睡眠に関わる外的環境要因と生活習慣の総称である。そして、「睡眠に関する正しい知識を与え、質の良い睡眠をとる日常生活上の工夫を実践してもらうよう指導する」のが、睡眠衛生指導である。その指導は、良好な患者－治療者関係を基盤として、効果が発揮される¹⁾。

この睡眠衛生指導「点の関わり」だととても難しい。「点の関わり」とは何か。一言で言えば、「その場しのぎ」の睡眠診療である。例えば、「今夜」眠ってくれさえすればそれでよい。とか、「入

院中」眠ってくれていればそれでよい。とか、いつも通りのDo処方で、といった表面的かつ一時的な診療のことである。しかし、無理もない。なにしろ入院においては、急性疾患の治療が第一である。そして、戦場と化す夜の病棟においては、何よりもまず、明日までおとなしく寝ていてほしい、というのが医療者の本音であろう。正直に言おう。筆者もそうだ。マルチプロブレムを扱う慢性期外来では、Do処方に切り込んでいく余力は減多にない。

無理もないのは百も承知であるが、「点の関わり」では、睡眠薬の依存や有害事象は減っていない。では、どうすればよいか。まずは「線の関わり」である。「継続的な関わり」とも言い換えることができる。いずれ薬なしで眠れるようになる日を目標に、診療を続けていくことを互

特集

いに了解する。その中で、なぜAさんが眠れないのか？ Aさんが眠れない状況に至るまで、どのような因果が連なっているのだろう、と医学的な側面以外を含めて一緒に考えてみる。その過程から解決策が見いだされることが少なくない。また、そのような姿勢こそが「継続的な関わり」を生み出す。

さらにその上にあるのが、「面の関わり」である。「面の関わり」では、患者の人生を軸に、家族、介護・医療スタッフ、医師などがそれぞれの「線の関わり」を持ち寄り、結びつけることで自ずと「面」ができてくる。さしずめ「ハンモック」のようなイメージである。「面」で支えられると安心する。そのセーフティーネットのもとでこそ継続的かつ多面的な評価と介入が可能となる。ちょっとリスクをとることもでき、安全に睡眠衛生指導ができる。結果、眠りやすい、寝心地が良い、というわけである。そのような関わりがしやすいのが介護老人保健施設(以下、老健)など、施設での診療である。

筆者の勤める老健「山びこの郷」ではどのように「面の関わり」を持ち、眠れないという訴えにどう対応しているのか。具体的に紹介していこう。

山びこの郷の方針決定システムと睡眠診療

(横田修一)

まず、山びこの郷における多職種での方針決定システムを紹介する。

入所前(インテイク)、入所後2週間、以降3ヵ月おき(必要に応じてそれよりも短期間で)に施設ケアマネを中心に、多職種でのカンファレンス(施設カンファレンス)を開催し、ケアプランや各職種の専門的な視点から、利用者の状態を共有し、今後のケアをどのように行っていくかを検討している。この施設カンファレンスが、「面の関わり」の基盤となっている。

医師である私の大きな役割の一つとして、利用者の処方内容の検討があり、特に睡眠薬は筋弛緩作用による転倒、覚醒状態の不良を原因とする誤嚥や行動障害を引き起こすことがあるた

め、投与を慎重に行うことを心がけている。

山びこの郷の新規入所者のうち約7割は医療機関からであるが、入所時の入所判定においては処方内容を確認し、環境が大きく変化すること、利用者と医師・スタッフの信頼関係が構築されていない段階での強引な減薬は利用者の不安をまねき、更なる睡眠障害を招くリスクがあることから原則継続処方としているが、2剤以上の睡眠薬が処方されている場合には、ご本人や家族への説明を行った上で、極力減薬を試みることとしている。

入所後2週間で多職種にて検討する際に、比較的経験することとして、睡眠薬を服用せずに入眠ができ、中途覚醒も見られないという報告である。このような場合には内服は頓用対応とし、多くのケースでは以降服薬の必要はなくなる。これは入院時に比較して連日のリハビリ(療法士による個別訓練、介護・看護職を中心とした集団リハビリ)、朝晩の更衣、各個人に合わせた役割分担や日課などにより活動量が高まり、結果として睡眠薬を使用せずに入眠が可能になったものと考えられる。

入所後2週間を経過しても睡眠薬が必要な場合(実際に睡眠障害がある、利用者本人が強く希望する)には、副作用がなければ投与を継続する。このうち利用者の服薬に対する依存が強いと考えられるケースにおいては、介護・看護スタッフにより個別ケアの取り組みがなされる。

薬なしで眠るワザ

ー現場スタッフの知恵ー

(小寺みどり、瀧日智美、杉原操、菅波祐太)

老健を含めた介護施設において、睡眠の状況を最もよく把握しているのは、医師ではない。誰か？ それは、常日頃から利用者と身近に接し、実際に夜勤業務にあたる介護や看護のスタッフである。山びこの郷の現場では、「眠れない」ことを訴える利用者に対し、どのような工夫をしているのか。利用者の生活リズムを踏まえ、事例ごとに紹介する。

表1 老健の生活スケジュール(夜～朝)

時間	利用者	スタッフ
17:30	夕食	食事介助
18:00	就寝準備	口腔ケア、排泄介助、移乗介助
19:00	それぞれのタイミングで就寝	それぞれのタイミングで消灯
20:00		ホール消灯
23:00		ラウンド、排泄介助
04:00	それぞれのタイミングで起床	ラウンド、排泄介助
06:00		移乗
07:00	ホールに集合	検温、服薬介助
07:45	朝食	食事介助

1. 老健の利用者は、どのような生活リズムの中に暮らしているのか？

まず、夜から朝にかけての生活スケジュールをまとめたものが表1である。利用者に定められたホールの消灯時間が19時と極めて早い時間設定であるが、実際に19時に寝なければならないのではなく、個々の部屋に戻り過ごしていただく時間として設定されている。その時間に横になり、そのまま入眠する方もいれば、眠くなるまでそれぞれの過ごし方をする方もいる。厳密なデータとしては出していないが、感覚的には50%以上の方が20時以降まで起きている印象を持っている。また、令和2年1月現在、50名の入所者に対し、5名が睡眠薬を服用しているが、睡眠薬を飲む時間帯も個々のリズムに合わせて調整している。もし、対象者に睡眠薬を飲んでもらうために訪室した際に、その方がすでに入眠していた場合、無理に起こさず睡眠薬は飲んでもらわないようにしている。各部屋の夜間のラウンドも、安否確認のため全ての利用者の状況を確認するが、できるだけ眠りを妨げないように、静かに行うようにしている。朝食前に集合する時間は7時と定めており、ほぼ全ての利用者が、光の取り入れの良いホールに毎朝集合する。

2. 睡眠障害ケースファイルー眠れないというナースコールー

次に、眠れない利用者の対応の実践例を紹介したい。現場では、医師に処方依頼をする前に

多くの工夫がなされている。若手の職員を含め、できるだけ睡眠薬を使わないように、もし使ったとしても短期的な使用にとどめることを心にかけている。転倒予防への意識に加え、コスト意識(老健は“まるめ”である)を持っていることがそのモチベーションに影響している。

Case 1: テレビを見て、それから寝よう

Yさん(70歳男性)、要介護2。

混合性認知症、BPSD、血管性パーキンソニズム、慢性心房細動、糖尿病、高血圧、排尿障害などを抱える。ADL低下に対するリハビリとレスパイトを目的として入所している。

山びこの郷は山間部に位置する。入所者の半数以上は山間部の方で、昔なじみの関係が利用者同士にあることも多い。しかしYさんはもともと山間部には縁のない方である。

入所当初、夜間のナースコールが頻回であった。「トイレに行きたい」と訴えられたが、トイレに行ってもあまり出ることもなかった。この状況を入所後初回の施設カンファレンスで共有したところ、相談員からの情報で在宅では21時ごろまでテレビを見ていたということが判明。そこから、無理に寝るのではなく、しばらく起きてもらっておくかどうか、ということになった。それからは、消灯時間を過ぎてもホールでテレビを見るようになった。ポイントは一人で見るのではなく、スタッフがたまに声をかけつ

つ一緒に見るとのことだ。テレビを見ながら、Yさんと話をする。Yさんはイチゴ農家だった。この時期はどんな仕事をするのかなど、いろいろ話す。イチゴをここでも作ってみようという話したり……そうこうしているうちに眠くなるようで、自然と自分で寝るといって部屋に戻って寝るようになった。その結果、夜中のナースコールはほとんどなくなった。男性は新しい環境に慣れるのが女性ほどうまくない。しかし、スタッフが一緒にいることで、Yさんは精神的に落ち着き、眠ることができるようになった。

Case 2: 女子会で心が落ち着く

Nさん(92歳女性)、要介護1。

アルツハイマー型認知症、不眠症、逆流性食道炎などを抱える。認知症のケアのためグループホームに入所していたが、当施設で再び過ごしたいと希望して入所された。

Nさんも、もともとは山間部には縁のない方である。入所をきっかけに家族から離れ、知人もいない状況の中、老健で一人で生活することになった。もともと飲んでいて睡眠薬を飲んでも眠れないという訴えが目立ち始めた。このケースでは、眠れない状況がありながらも薬を追加することなく様子を見ていた。施設というのは不思議なもので、寝食を共にすることからか、次第に友人の輪ができてくることがある。特に女性利用者はそのような傾向が強い。

Nさんは、いつの間にか町中出身の方たちと仲良くするようになっていった。そして、いつからかそのメンバーで夜な夜な女子会を開くようになっていった。本来は19時には個々の部屋に戻るのだが、彼女たちは20時過ぎまでホールであれやこれやと話をしていた。グループの中で誰かが「そろそろ寝るわ」と言い出せば、女子会は解散、各自の部屋に戻って寝る。このような女子会の輪にいて、Nさんの不眠の訴えは少なくなり、月に数回頓用で睡眠薬を用いる程度になっていった。

Case 3: ゾルピデムを偽薬にチェンジ

Kさん(88歳男性)、要介護3。

腰部脊柱管狭窄症による対麻痺、両側大腿骨頸部骨折、認知症、糖尿病、嚥下障害などを抱える。歩行障害に対するリハビリのため入所している。

もともと睡眠薬を飲んで利用者が、睡眠薬から離脱するために有効な手段として「偽薬(プラセボ)」がある。当施設では、口臭ケア等に用いられるミントタブレットの一製品である「MINTIA」を用いることが多い。「MINTIA」が選ばれる理由は、薬と見た目が似ていることが最大の理由である。なお、高齢者の睡眠障害に対するミントタブレットの効果を調べた研究を医中誌で検索した結果、1例もヒットしなかったことは言うまでもない。

さて、Kさんは、睡眠導入薬であるゾルピデムをもともと使用していた。夜間の転倒のために大腿骨骨折を来した経緯を踏まえ、現場スタッフから睡眠薬を偽薬に変えることを施設カンファレンスで提案し、うまく離脱できたケースである。実際、多くの利用者において、偽薬を使うことが睡眠薬の離脱につながる印象を持っている。その際のコツを紹介する。

(1) どのような人で偽薬を試すことを考えるか？

基本的には睡眠薬からの移行に使う。転倒リスクが高い場合や、服用しているにもかかわらず良眠が得られていない場合など、できるだけ薬を中止したい状況があり、加えて、薬への精神的依存が強い場合に検討する。

(2) どのように始め、どのようにフォローするか？

- ・現場スタッフの中で、睡眠薬からの移行ができそうか検討する。
- ・施設カンファレンスにおいて、担当スタッフから提案し、決定する。
- ・家族に説明し、本人の好きそうな味の「MINTIA」を購入して届けてもらう。
- ・「MINTIA」は、1錠ずつ分包しておく。
- ・本人に薬が変わったことを伝え、飲み始めて

もらう。

- ・服用する際に、「高い薬やでね」や「もっと効くよ」などの声掛けをすると効果的である。
- ・翌日に眠れたか確認するが、眠れなかった場合も、「しばらく飲めばこれから効いてくる」ことを伝える。
- ・夜勤スタッフは毎日変わるため、睡眠状況のアセスメントを申し送る。

Case 4: あらためて、睡眠衛生を整える

Mさん(91歳女性)、要介護1。

頸髄症、腰部脊柱管狭窄症、認知症、慢性心不全、高血圧症などを抱える。廃用症候群に対するリハビリのため入所している。

Mさんは、夜になると自室内でゴソゴソと衣類の出し入れをしたりしていた。一方で昼間はホールでうとうとしていることが非常に多く、良い眠りにつけていないことが分かった。

スタッフがまず初めにしたことは、どうして眠れないのかを直接聞いてみたことである。Mさんは、もともと旅館業を営み、夜遅くまで起きていて、朝は早くに起きるという習慣が染みついていて、とのことであった。さらに、「おなかですいて眠れない」という解釈を聴取することができた。そこで、施設カンファレンスで話し合い、空腹を満たすために、夜はホットミルクを飲んでから寝ることとした。結果、満腹感では得られたが、残念ながら入眠しやすくなることはなかった。効果不十分であったこと、家族の負担もあったことから中止となった。その後不眠は悪化。昼夜逆転が見られるようになり、いったん短時間型の睡眠薬を用いた。しかし、複数回の転倒を来してしまったため、中止することとなった。ここで、改めて基本に立ち返り、睡眠衛生を整えることになった。22時までは好きなように過ごす。22時にスタッフが訪室し、Mさんが落ち着いて眠ることができる環境を設定する。布団の位置を正す、ベッドサイドに明日の着替えを準備する、床頭台にのどが渴いたときのためのお茶を準備する、マスクをする、その後布団をかけて、電気を消すところまで行

う。眠るためのルーティン。儀式。これを繰り返すことでほとんど毎日眠れるようになった。当初、遅くまでゴソゴソしていたのは、眠るための準備が一人ではスムーズにできなかった、ということだろう。

Case 5: ノンアルコール日本酒を切り札に、粘り強い対応を繰り返すこと

Tさん(89歳男性)、要介護1

アルツハイマー型認知症、不眠症、アルコール依存、慢性頭痛、右目失明、前立腺肥大症などを抱える。主介護者である妻が緊急入院したため、レスパイトを目的として緊急でショートステイを利用した。その後妻は退院したが、体調が不安定のためTさんの介護は難しいとのことで、引き続き入所対応となった。

Tさんは長年外来通院をしていたが、10年以上前から不眠を訴え、ベンゾジアゼピン系睡眠薬を2剤飲み、さらに日本酒を追加で飲むなどしてようやく眠ることができるという生活習慣で暮らしてきた。そんなTさんが、緊急で入所ケアが必要な状況となった。当然、施設は(終末期ケア以外での)飲酒を認めていない。Tさんは、数日は耐えることができたが、次第に強い帰宅願望と不眠、あわせて飲酒願望を訴えるようになった。

この場合、睡眠薬の離脱よりもアルコールの離脱が優先される。アルコールからの安全な離脱をはかりつつも、眠れるようにする。その後、睡眠薬の離脱に取り組む、ということである。アルコール離脱症状が出ないか、薬剤も準備しつつ注意深く観察していたが、幸いなことにTさんにその症状は出なかった。

しかし、Tさんは夜になると、「酒はないか?」と言って度々ナースステーションを訪れるようになった。Tさんは超短時間型睡眠薬を飲んでいったん眠りにつくが、前立腺肥大症による夜間頻尿もあり起きてしまう。そのたびにナースステーションにやってきた。

Tさん: 酒はないか?

スタッフ:ないですよ～.

Tさん:そんなこと言うなよ～さみしいな～.
いろいろと話しているうちに時計を確認し,

Tさん:もう21時か. まあ, しゃあないで寝るわ～.

このようなやり取りをトイレの度に3回くらいは繰り返し, 0時以降は起きてくることははない. ただし, 時にはどうしても酒を飲む, そのために家に帰ると興奮気味になってしまうことがあり, その場合は家族に準備してもらったノンアルコール日本酒を切り札として提供し, 「うっすいな～」と文句を言いながらも酒を飲んだということでした. 納得する. 普通なら, 睡眠薬を変えることや, 増やすことで対応することになるかもしれないが, すぐに薬に頼らず, 粘り強く対応を繰り返すことで睡眠薬を追加しなくてもよい状況が生まれる.

Case 6:塗り薬を塗って不眠を予防する

Tさん(89歳男性), 要介護3.

認知症, 脳梗塞後遺症, 肝硬変, 食道静脈瘤, 慢性心不全, 大動脈弁狭窄症, 前立腺肥大症などを抱える. 独居が困難となり, 複数の老健施設の転居を繰り返しながら生活している.

Tさんは, 夜中におむついじりをしてしまい, 尿でシーツや衣服が汚れることがしばしばだった. その際は夜中にシーツ交換や着替えをしなくてはならない. そうなるとTさんも, スタッフも眠れない. この現象に対して, 介護スタッフは, Tさんがおむついじりをしてしまうのは, 体が痒いからではないか? と仮説を立てた. 実際, 寝る前に予め保湿剤を全身の痒い所に塗ってから寝るようにすると, 夜間のおむついじりが減り, 起きなくてはならないことがほとんどなくなった. このような仮説立ては, 医師には決してできない. 現場で困っているTさんを近くで継続的に見ているからこそその名案であった.

コラム:現場リーダーのつぶやき

(瀧日智美, 杉原操)

高齢者が眠れないのは, 結局は「寂しい」からであることが多いように感じます. みんな寂しい……前述の女子会のNさんのケースなど, 話し相手ができて寂しさが減った場合, よく眠れるようになることを経験します.

そういった意味では, 基本的な関わり方として, 利用者さんに「寄り添うこと」「思いを聞くこと」がやっぱり大事なかな, と思います.

また, これは睡眠診療にかかわらず言えることなのですが, 「その人を知ること」が最も大事だと思います. その人を知らないと話もできない. でも, その人のことを知って, 眠れない場面がやってきた時に, こんな人生を送っていたとか, こんな仕事をしていたとか, そのようなライフヒストリーを想起することで, 眠れないときの対応のヒントにつながると感じています.

さらに, フロアスタッフの中だけで分らないことは「他部署のスタッフに聞いてみる」こと. 特にリハビリの担当者は日ごろから1対1の関係で接する機会があることから, 有益な情報を持っていることが多く, 助けてもらうことがよくあります.

そして, 施設カンファレンスなど, 「多職種が寄る場所で相談すること」. そうすると, 多くの場合, 自ずと解決策が出てくる. そうはいかないまでも, 解決の糸口がつかめる, という実感を持っています.

私たちは, できるだけ睡眠薬に頼らずに眠ってもらうように心がけていますが, どうしても睡眠薬を使わなければどうにもならないということも経験します. 例えば, 雄叫びをあげてしまう方. それから, 他の利用者の部屋に徘徊してしまう方. このような方々の行動は他の利用者の不眠につながってしまいます. こういった場合には, 施設カンファレンスで睡眠薬を使うことを提案させてもらうことがあります.

睡眠薬ではなく、 ハンモックに依存する (菅波祐太)

本稿では、「ハンモックで眠ろうー老健・山びこの郷の睡眠診療ー」と題して、当施設の診療やケアの基盤となる方針決定システムとその運用および現場での実践例を具体的に紹介した。

執筆にあたり、一番初めにある介護スタッフに相談した時の話がとても印象に残っている。私は、「利用者さんが眠れないとき、どんな工夫をしていますか？」と聞いた。答えは、「私は、話します」というのものであった。驚いた。「話す」ことが「眠る」ための方法とは聞いたことがなかった。さらに、その職員によれば、「それぞれの職員が自分なりのコツを持っていると思います」とのこと。驚きと疑問を胸に現場リーダーたちと話をする中で、「話す」ことが「眠る」ことにつながるがよく分かった。とても勉強になった。

話を少し変えよう。当事者研究で知られる熊谷晋一郎氏は、「そもそも人間は、物であったり人であったり、さまざまなものに依存しないと生きていけない」とし、「自立とは依存先を増やすこと」という視点を提供している²⁾。

睡眠薬の問題もこう考えてみてはどうか。老年期という寂しさ溢れるライフサイクルの中にいる高齢者が、人口減少の著しい地域で一人暮らし、または老々介護の中で生活をしている。眠れないときに、手っ取り早く依存できる先は、酒か睡眠薬である。それでやっと、寂しさを紛らせていた。そんな方が、要介護状態になり、

施設ケアが必要になる。施設には意外に、寂しさを減らすための物や人がある。眠れないときに、ご近所さんやスタッフと話をする。一緒にテレビを見る。MINTIAを飲んでみる。酒や睡眠薬に代わる依存先である。「睡眠薬から自立する」ということは、新たな「依存先を手に入れる」ということかもしれない。では、依存してもらえのために大事なことは何か。それは、安心して依存しようと思える関係性である。

患者・利用者からすれば「点の関わり」では依存しようとは思えない。「線の関わり」でもちょっと足りない。「線」と「線」をちゃんと結び付けて、寝心地の良いハンモックのような「面」がそこにある。そのような生活環境の中にこそ、自然に「依存する安心感」が生まれ、結果的に睡眠薬から遠ざかることができるのではないだろうか。

一方、スタッフ側も同じことが言える。独りよがりな「線の関わり」では、自分が倒れてしまう。「線」と「線」で協力する。アイデアを持ち寄る。倒れそうになったら互いに支え合う。そこに、「しなり」が生まれる。ハンモックが生まれる。そのハンモックでいつの間にか寝てもらうことができれば、とても嬉しい。

参考文献

- 1) 山寺亘: 睡眠ー覚醒障害群へのアプローチー睡眠衛生指導, CBT-I, 森田療法についてー. 星和書店, 2016. p163-176. (中村敬: 日常診療における精神療法 10分間で何が出来るか.)
- 2) 熊谷晋一郎: 自立は、依存先を増やすこと. 希望は、絶望を分かち合うこと. TOKYO人権 第56号, 2012. https://www.tokyo-jinken.or.jp/publication/tj_56_interview.html

アメリカでの不眠治療 —交流事業を通して見えてくる違い—

オレゴン健康科学大学家庭医療学科 地域医療振興協会寄附講座 教授 山下大輔
オレゴン健康科学大学家庭医療学科 地域医療振興協会リサーチフェロー 西村正大

POINT

- ① アメリカでは不眠の原因として睡眠時無呼吸症候群が多い
- ② 不眠の治療ではSleep Hygieneの指導を最初に行うことが大事である
- ③ 不眠の背景にうつ、不安障害、薬物依存などがあることを認識することが大事である
- ④ オレゴンでは行動科学の専門家と協同で不眠と併存するうつ、不安障害、薬物依存の治療を行っている
- ⑤ ベンゾジアゼピンの使用はオレゴンでは日本に比べて少ない
- ⑥ 地域医療振興協会との交流事業を通して、質改善の手法を使ったベンゾジアゼピンの適正使用を目指している

はじめに

地域医療振興協会(以下、協会)とオレゴン健康科学大学(以下、OHSU)家庭医療学科は2001年より交流事業を行っている。この事業を通して学生、研修医、指導医などが日本そしてオレゴンでの研修を行っている。研修の目的は、他国の制度、医療を見学することを通してより自国の制度を理解し、将来の改善に役立てることである。今回は、私そして研究フェローとして協会よりオレゴンに派遣されている西村正大医師の経験を通して不眠治療の日米の違いを記述したいと思う。

アメリカならではの不眠の原因

不眠はアメリカの家庭医療の外来においても非常によく見られる主訴である¹⁾。その原因は多岐にわたるが、睡眠障害以外にもうつや不安障害などの精神疾患によるもの、そして薬の副作用によって引き起こされているものがあることに注意する²⁾。睡眠障害の中でアメリカにおいて特徴的なものに、睡眠時無呼吸症候群があげられる。アメリカでの睡眠時無呼吸症候群の有病率は1990年代から2000年にかけて増加していることが分かっている³⁾。これは肥満が睡眠時無呼吸症候群最大のリスクによることが大きい⁴⁾。2017年の経済協力機構(Organization for

Economic Co-operation and Development)の報告によれば、アメリカの成人の肥満率(BMI30以上)は40%であり、日本の4.2%と比べると大きな差がある⁵⁾。問診、診察で睡眠時無呼吸症候群が疑われる場合は、睡眠時検査をオーダーする。自宅での検査が可能となって以前より診断がしやすくなっている。診断が確定した場合はCPAP、マウスピースなどで治療を行う。

不安障害、うつに伴う不眠と 行動科学専門家とのチーム医療

不眠を主訴として、不安障害やうつをアメリカの家庭医の外来でも見ることはまれではない⁶⁾。アメリカでは、中等度までの不安障害、うつなどの診断治療が家庭医の研修目標に組み込まれており、適切な診断と治療を行うことが求められている⁷⁾。不眠が前面に出ていても、その原因となる不安障害、うつの治療を積極的に行っている。特に不眠を伴う不安障害、うつにおいては、Sleep Hygiene(睡眠衛生)(表1)と称する行動療法そして、カウンセリングを通しての認知行動療法を行う。Sleep Hygieneのカウンセリングのポイントとしてはカフェイン、アルコールの問診をしっかりすることが大事である。カフェインはお茶、コーヒーだけでなく栄養ドリンクなどにも含まれていることがあり注意が必要である。またその半減期は約5時間⁸⁾であり、体内から排出するまで15時間前後かかるため、カフェイン

は朝に限るというカウンセリングが必要である。アルコールについては、入眠を助ける作用があるが、レム睡眠を減少する作用があり、途中覚醒が増加する⁹⁾。また不安障害、うつに伴う不安の症状をアルコールによって紛らわせていることがあり、背景に潜む不安、うつそしてアルコール依存の診断が大事である。またそのような症例ではベンゾジアゼピン系製剤(BZAs)乱用のリスクが高くその使用は避けるべきである¹⁰⁾。

Sleep Hygieneについては医師が行うことが多いが、認知行動療法などのカウンセリングについては、多くの医療保険で適応となっており、心理療法士、カウンセリングの訓練を受けたソーシャルワーカーに紹介をすることも多い。また重症度に応じて、選択的セロトニン再取り込み阻害薬を中心とした抗うつ薬、抗不安薬を処方する。不眠が前面にある時は、三環形抗うつ薬もよい適応であるが、高齢者などでは副作用による血圧低下、徐脈のリスクもあり使用は控える¹¹⁾。本稿の後半でもふれるが、OHSUでは、BZAsやゾルピデムなどの非ベンゾジアゼピン系睡眠導入剤の使用は極力さけており、研修医の指導においても重要な指導のポイントである。急性の不安障害や適応障害において2週間までといった期間を決めて処方を行うことはあるが、定期処方はいくつかない。

OHSUのような研修プログラムのある診療所では行動科学(Behavioral Health)の指導医がいることが必須となっているため、行動科学の専門家への紹介は可能であったが、教員の業務と兼任ということで常に診療所内にいるわけではなく、診察は後日ということが以前は多かった。近年、プライマリ・ケアの現場において、行動科学の専門家とのチーム医療を行う試みが活発である。Integrated Behavioral Health Care(統合された行動科学療法)という名で紹介されることが多くなってきている。その定義はAHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)によれば次のようになる。

“プライマリ・ケア医と行動科学の専門家のチームが、患者、家族と一緒に体系的かつ費用対効果のある手法を用いて、患者中心な診療を

表1 Sleep Hygiene (睡眠衛生)

1. 同じ時間に起床、入眠する
2. 規則正しい運動をする
3. 寝室の環境を整える
4. 昼寝は避ける
5. カフェインを避ける
6. アルコールを避ける
7. たばこを避ける
8. 入眠前の過度な水分摂取を避ける
9. 入眠時間に近い時間での過度の運動を避ける

Schutte-Rodin S, et al: Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. J Clin Sleep Med 2008; 4(5): 487-504.より作成

特定の集団に提供するケアの形。このケアは心の健康、薬物乱用、生活習慣(慢性疾患に寄与する生活習慣も含める)、人生におけるストレス、危機的状況、ストレスに起因する症状、非効果的な医療資源の利用などの問題に対処する。”¹²⁾(山下注:非効果的な医療資源の利用:頻回受診、救急の不適切利用など)

具体的には、行動科学の専門家がクリニック内に常駐し、医師が必要と判断した際に後日紹介ではなくその場でカウンセリングを開始したり、生活習慣の改善などの指導を行うことが日常になってきている。これは、精神科疾患、薬物乱用が慢性疾患に与える影響が非常に大きいこと、そしてアメリカの精神衛生政策の中で精神科へのアクセスが悪いことが背景になっている。OHSUでも行動科学の専門家を26人雇い、6つの診療所全てで、行動科学の専門家が常駐するようになり日々の診療を支えている。メディケイド、メディケアなどの公的保険がこういった試みに支払いをするようになったことも大きく後押しをしている。前述したように不眠の原因に精神疾患、アルコール、生活習慣があり、行動科学の専門家とのチーム医療は、適切な行動療法をより適切に提供することが出来るという効果が期待されている。私の印象では、不眠に限らず、認知行動療法が必要な患者さんの診療には、以前は医師に限られた時間でカウンセリングを行っていた。これにより診療の遅れや中途半端なカウンセリングを行っていたのが、チームで診療することにより、医師側もストレスが減りまた患者さんにきちんとしたカウンセリングを提供できている。

ベンゾジアゼピン系薬剤の適正使用

私(山下)の個人的な印象としては、アメリカのBZRAsを不眠治療に処方する閾値は、日本での麻薬製剤を使用するときに近い。一方で地域によってBZRAsの処方率が異なることも分かっており、オレゴン州は全米でも高齢者、障害者への処方が少ない州のひとつである¹³⁾。BZRAsの使用は不眠とは限らないが、地域差があるこ

とを認識することは、過剰処方を改善するということを考える上でも重要である。アメリカにおいては、麻薬処方の高い地域とBZRAs処方率の高い地域が重なっている。日本でもBZRAsの適正使用についての議論が盛んになってきている。厚生労働省は2018年の診療報酬改定において減算規定が設けられ処方制限が行われるようになってきた¹⁴⁾。

交流事業の一環として、2017年より協会より2年の任期で研究フェローシップを開始した。協会から医師が2年間の任期でOHSUに滞在し、研究の手法を学び研究を行う試みである。1期生の望月崇紘医師が最初のプロジェクトとして2018年に協会内の診療所をネットワーク化し、JADECOM-PBRN(Practice Based Research Network)を立ち上げた。これは協会内40の診療所が参加し、現場の医療者からの疑問を研究につなげていく試みである。ヨーロッパやアメリカではこういったネットワークが活発であり、プライマリ・ケアの現場に即した研究が盛んに行われている。JADECOM-PBRNは毎月1回1時間のウェブ会議を通して運営されている。2018年の発足を第12回へき地・地域医療学会で行い、そこに参加した医師の中から臨床で気になっている研究テーマを募ったところ、アドバンスケアプランニングに次いで、BZRAsの適正使用についての研究がしたいという意見が多かった。これを受けて2020年から着任した2期生の西村医師は、現在JADECOM-PBRN内のBZRAsの処方箋の測定、そして質改善の手法を用いて、その改善を目指すプロジェクトを計画している。以下にプロジェクトの概要を紹介したい。

2016年の国際麻薬取引規制委員会の報告書¹⁵⁾では、日本のBZRAs(抗不安薬+睡眠薬)の消費量はOECD 36ヵ国中10番目であるが、睡眠薬に限れば2番目に多いことが示されている。しかもこの報告書で定義されているBZRAsには日本での処方頻度が多い¹⁶⁾エチゾラム(デパス®)、クロチアゼパム(リーゼ®)、非ベンゾと呼ばれるゾルピデム(マイスリー®)、ゾピクロン(アモバン®)、エスゾピクロン(ルネスタ®)が含まれて



JADECOM-PBRN発足会

いない。ガイドライン¹⁷⁾上では、これらの薬剤も臨床的にはBZRAsと同様のリスクがあり同等に使用は最小限にするべきと言われており、2018年からの規制対象薬にも含まれている¹⁸⁾。これらのことから、日本の睡眠薬の処方国際的に見ても多い可能性が高く、これは我々臨床医の実感と近い。JADECOM-PBRNのアンケートで上位に入った理由としても矛盾はない。

このようにエビデンスで示されていることが、現場で達成できていないことを「エビデンス・プラクティス・ギャップ」と言う¹⁹⁾。例えば、臨床行為の45%がその時得られる最善のエビデンスに基づいていない²⁰⁾、RCTで得られた知見が現場で用いられるためには平均で17年かかった²¹⁾という報告がある。これは単に“臨床医は最新の科学に追いついていないからだめだ”というメッセージではなく“単純化されたモデルで示された科学的エビデンスと、現実の複雑な現場で行われている臨床医学には本質的に異なる論理が必要”という新しい知見である。この科学的エビデンスを現場で実行するための新たな方法論、理論を研究する学問のことを実装科学(Improvement Science:IS)と言い、医療の質改善(Quality Improvement:QI)はISを基盤とした医療現場での活動である²²⁾。

米国プライマリ・ケア領域におけるQI活動は2000年代に始まり、確立された家庭医制度、国の明確な政策も後押しし、この20年で驚くべき発展を遂げている。2020年現在、研究ベースでは複数のPBRNが協力した大規模介入研究や、統合された電子カルテ情報を利用したビッグデータ研究が盛んである²³⁾。ここOHSU家庭医療学講座は、この領域で多くの業績を残してい

る。また、教育・臨床領域でも、全ての家庭医レジデントと臨床医がQI活動を義務付けられているなど、日常的な教養・仕事として定着している。

質改善運動のバリアになりやすい課題として、しばしば臨床医の多忙さが挙げられる²⁴⁾。これを解決する手段の一つが、可能な限り自動化された効率的なデータ抽出である。そのために、私たちはJ-CHIN(JADECOM Community Health Information Network)(仮称)というチームを立ちあげた。東京のJ-CHINチームは、全国の参加施設から定期的にレセプト情報を収集し、匿名化した状態で特定の項目におけるデータベースを構築する。今回は「BZRAsの処方患者数と処方日数」を収集することにした。これを元にPBRN-QI担当者は月に1回報告書を作成し、参加施設に送付する。これを定期的に繰り返すことをClinical Audit(診療監査)と言い、これ自体がQI活動の一形態である。参加施設へのファシリテーションが臨床医の質改善活動に有用であったという報告²⁵⁾もあり、今回、これも併せて検証する予定である。

技術的課題の克服、経験不足、人的資源の確保などまだまだ暗中模索ではあるが、協会の地域医療研究に向ける明確なリーダーシップ、OHSU家庭医療学講座との強固な連携は本物である。この活動を通じて、協会診療所のBZRAsの適正使用、診療所での質改善活動の普及、研究活動の強化を達成し、地域医療へ直接的、間接的な貢献を果たしていきたいと思う。

文献

- 1) Ford ES, et al: Trends in outpatient visits for insomnia, sleep apnea, and prescriptions for sleep medications among US adults: findings from the National Ambulatory Medical Care survey 1999-2010. *Sleep* 2014; 37(8): 1283-1293.
- 2) Buysse DJ: Insomnia. *JAMA* 2013; 309(7): 706-716.
- 3) Peppard PE, et al: Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *Am J Epidemiol* 2013; 177(9): 1006-1014.
- 4) “NCHS Data Brief No. 288 October 2017” <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db288.pdf> (accessed 2020 Jan 13)
- 5) Obesity Update <https://www.oecd.org/health/obesity-update.htm> (accessed 2020 Jan 30)
- 6) Culpepper L: Secondary insomnia in the primary care setting: review of diagnosis, treatment, and management. *Curr Med*

- Res Opin 2006; 22(7): 1257-1268.
- 7) Recommended Curriculum Guidelines For Family Medicine Residents Human Behavior and Mental Health https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint270_Mental.pdf (accessed 2020 Jan 13)
- 8) Micromedex Caffeine version
- 9) Ramakrishnan K, et al: Treatment Options for Insomnia. Am Fam Physician 2007; 76(4): 517-526.
- 10) Longo L, et al: Addiction: Part I. Benzodiazepines- Side Effects, Abuse Risk and Alternatives. Am Fam Physician 2000; 61(7): 2121-2128.
- 11) By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel: American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2019; 67(4): 674-694.
- 12) What Is Integrated Behavioral Health Care (IBHC)? <https://integrationacademy.ahrq.gov/products/ibhc-measures-atlas/what-integrated-behavioral-health-care-ibhc> (accessed 2020 Jan 30)
- 13) Maust DT, et al: County and Physicaian Variation in Benzodiazepine Prescribing to Medicare Beneficiaries by Primary Care Physicians in the USA. J Gen Intern Med 2018; 33: 2180-2188.
- 14) 向精神薬処方 of 適正化 https://mink-web.com/seido/detail/detail_16.html (accessed 2020 Jan 30)
- 15) Nations -International Narcotics Control Board, U. (2016). Psychotropic Substances - Substances psychotropes - Sustancias sicotrópicas 2016.
- 16) 4th NDB Open Data Japan.
- 17) Kojima T, et al: Screening Tool for Older Persons' Appropriate Prescriptions in Japanese: Report of the Japan Geriatrics Society Working Group on "Guidelines for medical treatment and its safety in the elderly." Geriatrics and Gerontology International 2016; 16(9): 983-1001.
- 18) 日医工ベンゾ減算対象薬リスト2019
- 19) Woolf SH: The Meaning of Translational Research and Why It Matters. JAMA 2008; 299(2): 211-213.
- 20) McGlynn E, et al: The quality of health care delivered to adults in the United States. New England Journal of Medicine 2003; 348(26): 2635-2645.
- 21) Balas EA, Boren SA: Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. Yearb Med Inform 2000; (1): 65-70.
- 22) Lesko A, Lachman P, Muething SE, et al: Improvement science. Safety in Medication Use 2015, January, 123-135. <https://doi.org/10.1201/b18773-15>
- 23) DeVoe JE: 地域医療と臨床研究－医療情報・ビッグデータの活用－家庭医療, ビッグデータ, そして地域データラボ (Family Medicine, Big Data, and Community Laboratories). 地域医学 2018;32(1):17-35.
- 24) Solberg L, et al: How can primary care cross the quality chasm? Annals of Family Medicine 2009; 7(2): 164-169.
- 25) Liddy C, et al: Physician perspectives on a tailored multifaceted primary care practice facilitation intervention for improvement of cardiovascular care. Family Practice 2016; 33(1): 89-94.

台風豪雨で被災した町の病院から伝えたいこと

八巻孝之¹⁾

I. はじめに

宮城県最南端に位置する伊具郡丸森町は、阿武隈川が町を二分するように悠々と流れ、阿武隈山系の優美な溪谷と稜線の美しい山々に囲まれた「水と緑の輝く町」と呼ばれている。令和元年10月13日、台風19号はわずか半日でこの町を一変させた。町中心部が冠水(図1)、広域で浸水と土砂災害が発生、11名の尊い人命と町民の貴重な財産が奪われた。町の推定被害は、被災から1ヵ月半の時点で約403億円に膨らんだ。亡くなられた方々に心から哀悼の意を表する。

II. 当院の被災状況と災害医療受援について

私が勤務する丸森町国民健康保険丸森病院は発災直後より断水となり、通信機能は全てダウン。病院の中核である1階全域(図2)が約20cm床上浸水した。床と壁は泥と下水で汚染され、機械室や医療機器が損壊、全診療を休止せざるを得なかった。15日朝、病院周辺の泥水が引いたため、3日間で全患者49名が他医療機関にピストン移送された(図3)。発災急性期の医療支援に全力でご支援いただいた東北各地の関係者の皆様には、この場を借りて心から御礼を申し上げたい。



図1 病院周辺の冠水状況(10月13日)

III. 診療再開までの足取り

2, 3階にある入院棟は浸水を免れた。1階スペースの正面玄関付近に対面診療なしの処方ブースを設置。貯水槽の水源を頼りに、被災した職員も一丸となって1階全域の清掃と消毒、修繕作業に邁進した。一時、3階病棟を改変して17日ぶりに仮設外来を開始、被災から24日後、1階フロアで診療と一部の検査を再開した(図4)。レンタカーで訪問診療も始まった。

現在、歯科診療と健診業務(特定健診・生活習慣病予防検診・人間ドック等)の再開目途は立っていない。入院診療再開に向けた復旧作業を進めながらも、43日ぶりに移送患者の受け入れを開始している。

1) 前 宮城県伊具郡丸森町国民健康保険丸森病院 副院長(現 独立行政法人国立病院機構宮城病院総合診療外科 部長)
(著者連絡先: 〒989-2202 宮城県亘理郡山元町高瀬字合戦原100 独立行政法人国立病院機構宮城病院)

原稿受付2019年11月28日/掲載承認 2020年1月24日

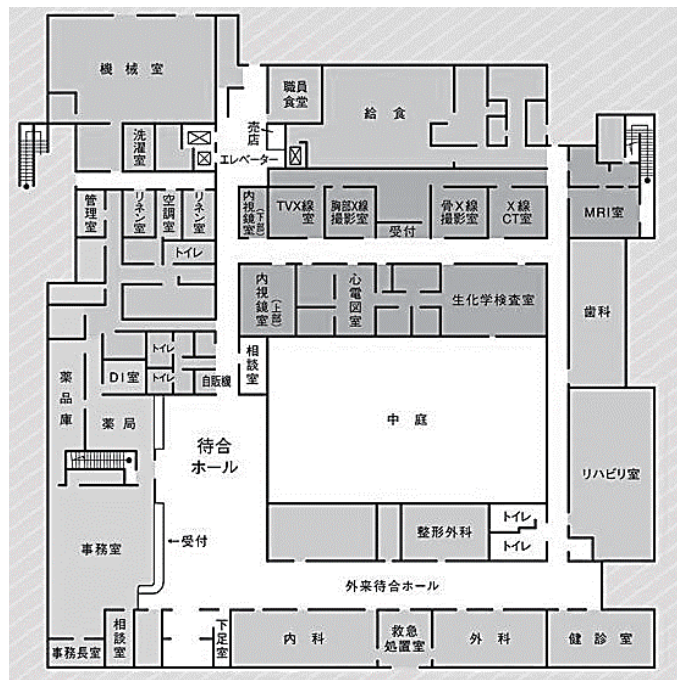


図2 被災した1階フロア見取り図



図3 在院患者移送の様子(10月15日)

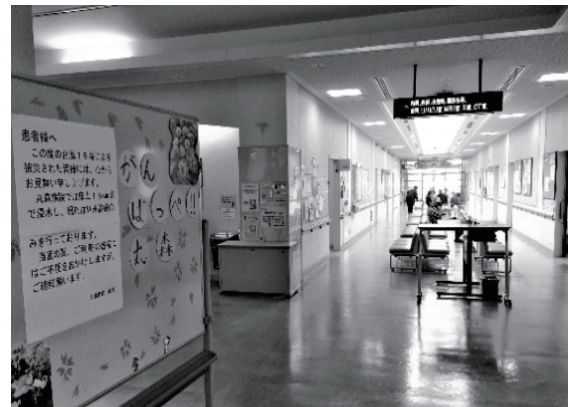


図4 外来診療を再開した1階フロアの様子

IV. 町と病院の減災対応の振り返り

地元河北新報社の掲載資料によると、町は12日午後からポンプ場のポンプ3基とポンプ車2台をフル稼働させたが、ポンプ車1台を除いて排水機能が停止してしまった。町には綿密な防災計画があったが、排水機器が万全だったとしても雨量が上回ったかもしれない。今回の豪雨は、減災対応のバックアップや代替供給能を十分に高めておく必要性も浮き彫りにした。

病院は冠水した町の中心部にあり、浸水域は

土砂災害洪水ハザードマップの予想域とはほぼ一致していた(図5)。その中には役場や消防、保育園、複数の避難所もあった。当院の診療が床上20cmの浸水で全機能停止したことは非常に残念でならない。2015年の関東・東北豪雨や1986年の8・5豪雨を知る人は多いはずだが、へき地医療の命綱である当院は、浸水想定が減災マニュアルを持っていなかった。

甚大被害の発生時、病院には2つの役割が求められる。在院患者の安全確保と災害医療支援の速やかな実施である。内水氾濫と町中心部を



図5 町の土砂災害洪水ハザードマップ



図6 町中心部特有の脆弱性 (河北新報社掲載資料より)

流れる2河川の合流部における増水が、今回の広域浸水の主要因であると考えられており(図6)、豪雨災害に対する町特有の地域脆弱性を踏まえた独自の病院防災のあり方が問われている。

V. 浸水害に強い病院づくりを目指して

地域医療を中山間地や離島で展開している国民健康保険診療施設は、その地域特有の脆弱性から危機的な自然災害、例えば豪雨、洪水、豪雪、暴風、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象による影響を受け易く、常に災害のリスクを負っている。今回、国保病院に勤務する関係者の一人として、記録的な台風豪雨に見舞われた当院の被災体験を振り返った。

今回の水害から学ぶべきことは、浸水害減災に対する高い意識、床上浸水に対するハード面とソフト面の常設状況の検証と改善、中枢機能のバックアップや代替供給能の備え、水害に対する診療継続計画の作成、指揮系統の共有化、形骸化させない事前訓練などであろう。発災直後の職員確保や帰宅困難職員への配慮と支援も重要である。復興には課題が山積みだが、集中豪雨被害に対するフェーズ(局面)を踏まえた診療継続のためのBCPを作成しチェックリストを

あらかじめ備えることが災害復興の第一歩であると考ええる。

被災直後からしばらくの間は、対面診療なく臨時処方しかできなかった。また急性期を過ぎた時点で慢性期対応に移行していくものと思っていたが、決してそうではなく、発災直後から慢性期疾患の管理、復旧作業従事者や避難所滞在者の応急対応、心のケアも含めた地域包括的な災害医療支援がもとめられると感じている。さらに当院のような小さな病院単独で診療が継続困難となる災害時には、近隣の医療機関との共動が不可欠である。そのためには、行政的な視点で平時に地域包括ケアシステムをきちんと構築していく地域づくりこそ、災害に強い病院づくりへの歩みだと思う。互いの地域特性を踏まえた被災リスクを受け止め合い、近隣同士のコミュニティが復興を含め各市町村の将来像について共有し、復興対策や地域活性化に取り組むことが肝要である。

VI. おわりに

自然の力とは過去の人知を超えた事象を起こすものであろう。真のリーダーに求められるものは、想定していない事象へも臨機応変に対応

できる能力である。「予防に勝る治療なし」という言葉もあるが、こういった視点を持つことが求められている。

台風19号の被害から立ち直ろうとする人たちを後押ししようと、町には「がんばっぺ」と書いた猫キャラのポスター(図7)が商店や観光施設に登場した。丸森町には猫を供養した石碑が多く点在し、「猫神さまの町」と呼ばれてきた。赤い鉢巻きに「がんばっぺ」と書かれた旗を振り、余白に「丸森」と大きな文字、少しは元気になれる。



図7 ポスター「がんばっぺ 丸森」

第78回

“誤った患者への輸血”に関わる アクシデントの未然防止！

—事例の発生要因から考える未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

輸血療法は、手術や緊急時などに実施される重要な治療の一つである。もちろん、各医療機関では、輸血時に想定されるリスクを考慮して、確認方法を含めた実施時のマニュアルや手順などのシステムが整備されていると思われる。しかし、現状では、“輸血”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生している。

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)では「医療安全情報 No.11: 誤った患者への輸血(2007年10月)」¹⁾が公表されている。ここでは、輸血療法施行時に患者を誤った事例が8件報告されており、うち6件が輸血用血液製剤(以下、製剤)を接続する際に“患者と使用すべき製剤の照合を最終的に行わなかった事例”と記載されている。また、本事業の第18回報告書(2009年9月29日)²⁾では、再発・類似事例の発生状況において「誤った患者への輸血」が取り上げられている。同じく、「誤った患者への輸血」については、再発・類似事例の発生状況として、第25回報告書(2011年6月23日)²⁾、第34回報告書(2013年9月25日)²⁾においても取り上げられている。

さらに、2016年1月に「医療安全情報 No.110: 誤った患者への輸血(第2報)」³⁾が公表された。この医療安全情報では、照合に用いる認証シス

テムがあったにもかかわらず使用しなかった事例や、使用したが適切ではなかった事例を紹介し、再度注意喚起が行われた。

繰り返しの注意喚起にもかかわらず、2019年7月～9月にも、類似事例が2件報告されたため、本事業の第59回報告書(2019年12月)²⁾において、医療安全情報 No.110の集計期間後の2015年12月以降に報告された再発・類似事例9件についての分析結果が報告されている。

自施設では“誤った患者への輸血”に関わる患者への影響が及んだ事例が発生していないだろうか。“誤った患者への輸血”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然防止するためには、自施設における輸血実施時の手順やマニュアルの有無、マニュアルの内容が現状に適応しているか否かなどの整備状況とその管理についての現状評価が欠かせない。これまでに“誤った患者への輸血”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生していない場合でも、今後、発生する可能性を想定し、関与する医師、看護師、臨床検査技師などのさまざまな職種が連携して、リスクアセスメントを実施することが急がれる。

そこで、本稿では、「なぜ“誤った患者への輸血”に関わるインシデント・アクシデント事例が防止できないのか？」という疑問に焦点を当て、事例の発生要因から未然防止対策を検討したい。

本稿では、アクシデントを「患者に何らかの

影響が及んだ事例」，インシデントを「患者に影響が及ばなかった事例，もしくはタイムリーな介入により事故に至らなかった事例や状況」とする。また，日本医療機能評価機構の資料を使用する際には，アクシデントを「医療事故」，インシデントを「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。

“誤った患者への輸血”に関わる アクシデント

前記の「医療安全情報 No.110: 誤った患者への輸血(第2報)」³⁾には，認証システムの使用に関わる“誤った患者への輸血”事例として，「認証システムを使用しなかった事例：5件」「認証システムを使用した事例：8件」が示されている(表)。また，「認証システムを使用した事例：8件」について，認証システムの使用が適切でなかった内容として，「患者から離れた場所で認証システムを使用し，別の患者のところに製剤を持っていった：3件」「認証システム使用後に製剤を保冷庫に保管し，投与する際に別の患者の製剤を取り出した：2件」「認証システムに血液型が異なるというエラーの表示が出たが，機械の故障と判断した：1件」「認証システムの画面が進まない理由を，医師の指示に問題があると判断した：1件」「投与開始後に認証システムを使用した：1件」などが記載されている。

2020年2月初旬現在，本事業の事例検索⁴⁾では，

キーワード“輸血”“患者間違い”で36件，“輸血”“認証システム”で5件，“輸血”“患者間違い”“認証システム”で2件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索された。

本事業の事例検索⁴⁾で確認された事例としては，「輸血冷蔵庫から製剤ならびに輸血伝票を持って，患者のそばで読み合わせによるダブルチェックをしたが，ロット番号のみの読み合わせであった。実際は，製剤ならびに輸血伝票は他の患者のものであった。輸血認証は手入力で行い，院内で定めているバーコードによる認証を行わず輸血を接続した。1時間程度経過したときに患者が冷感を訴えるようになった。輸血伝票を確認したところ，看護師が患者間違いに気づき，輸血を中止したが，O型の患者にA型の製剤が200mLほど投与された」「患者Aの採血予定だったが，看護師が患者Bに名前を確認した際，患者Aの名前で『はい』と返事をしたので，患者Aのスピッツを使用して患者Bから採血をした。その際，バーコード認証で検体と患者を確認しなかった。患者Aの値として報告された結果が，白血球数とヘモグロビン値がパニック値であったが，臨床検査技師からは，特に連絡はなかった。医師がデータを見て，患者Aへ輸血をオーダーし，輸血が実施された。患者確認方法は患者に名前を名乗ってもらい，患者とスピッツ照合することになっているが，この事例ではこちらから呼びかけた」「術後にICUに入室した

表 認証システムの使用に関わる“誤った患者への輸血”事例

認証システムの 使用状況	件数	使用が適切でなかった内容	件数
使用しなかった	5	患者から離れた場所で認証システムを使用し，別の患者のところに製剤を持っていった	3
使用した	8	認証システム使用後に製剤を保冷庫に保管し，投与する際に別の患者の製剤を取り出した	2
		認証システムに血液型が異なるというエラー表示が出たが，機械の故障と判断した	1
		認証システムの画面が進まない理由を，医師の指示に問題があると判断した	1
		投与開始後に認証システムを使用した	1

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業，医療安全情報No.110より)

患者に、医師から貧血のため赤血球濃厚液4単位の追加投与指示が出た。日勤帯の看護師Aは、2単位製剤を2パック、医師と認証確認を行い、実施入力を行った。1パックは患者に投与し、残りの1パックはICUの輸血用保冷庫に戻した。その際『医師と確認済み』と記入した用紙をパックに貼付した。輸血パックには製剤内容が貼付され、裏面には名前も記載されている『交差適合票』が貼られているが、『交差適合票』が下になっていたため名前は見えなかった。準夜帯の受け持ち看護師Bは、残りの1パックを投与するため、保冷庫の中の患者用トレイ(患者の名前が書かれたテープが貼付)の最上にあるパックを取り出した。看護師Aより『確認済み』と伝達されたため、医師と患者認証業務は行わず、看護師同士のダブルチェックも行わないで投与を開始した。輸血終了の際、看護師Bは電子カルテで終了認証を行ったができなかった。この時点で、B型(+)の患者に、O型(+)の赤血球濃厚液を投与したことに気づいた。看護師Bは、『確認済み』と伝達されたため、医師と患者認証業務は行わず、すぐに空パックと交換する必要があったため、看護師Bの判断で投与を開始した。当該患者用のトレイに別の患者の赤血球濃厚液のパックが入っていた。輸血チェックリストを使用していなかった」などが挙げられる。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、“誤った患者への輸血”に関わるインシデント・アクシデント事例の未然防止対策として、輸血実施時に想定されるリスクを考慮して、確認方法を含めた実施時のマニュアルや手順などのシステムが整備されていると思われる。しかし、現状では、“誤った患者への輸血”に関わるインシデント・アクシデントの事例発生が報告されている。

ここでは、本事業の事例検索⁴⁾で検索された事例(以下、本事例)を基に、“誤った患者への輸血”に関わるアクシデント事例の発生要因から事例発生を未然防止するシステム整備について検

討する。

事例 「“患者認証システム”による認証を行わず、異型輸血を実施」

【事故の内容】

- ・医師は研修医に、股関節の術後の患者A(A型)に自己血の投与を指示した。
- ・研修医は、自己血を看護師と輸血用血液製剤支給票をみてダブルチェックした。
- ・研修医は、部屋割りを表示しているボードで患者名を見て、同じ病棟で別の病室に入院している同姓で、名前が同じく1文字の患者B(B型)のベッドサイドに行った。
- ・研修医は、ベッドサイドにPDA(患者認証システム)を持って行ったが、患者氏名や血液型確認を行わなかった。
- ・研修医は、患者Bに、輸血する旨の説明を行い、自己血をヘパリンロックしていた輸血ラインに接続した。
- ・開始時に、患者認証システムを用いた照合は行わなかった。
- ・滴下を確認した際、滴下が不良であったことから看護師に報告したところ、患者Bとは異なる患者Aの自己血を接続していたことに気づいた。
- ・発見時、すでに少量、輸血された可能性があった。
- ・異型輸血対応マニュアルに沿って対応し、患者Bは救命救急病棟ICUへ転棟となった。

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索より抽出、一部改変)

本事例の背景要因としては、「輸血を実施する際、ベッドサイドでの患者氏名、血液型を確認しなかった」「PDA(患者認証システム)で患者と自己血を照合しなかった」「研修医は、PDA(患者認証システム)による認証の目的は実施入力であると思っており、製剤の接続後にPDA(患者認証システム)による認証を実施しようと思っていた」「患者Bは、骨肉腫に対する術前化学療法施行中の患者で、骨髄抑制が生じたため、2日前に輸血を実施されていたことから、患者B自身は今回もそのための輸血と思っていた」「研修医は過去に輸血の実施をしていたが、輸血実施時のマニュアルを理解していなかった」などが挙げられていた。

本事例を、インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり、事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず、システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り、未然防止対策を検討する。

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てて検討すると、「なぜ、研修医は、部屋割りを表示しているボードで患者名を確認したにもかかわらず、指示された患者A(A型)ではなく、同じ病棟で別の病室に入院している同姓で名前が同じく1文字の患者B(B型)のベッドサイドに行ったのか？」「なぜ、研修医は、ベッドサイドにPDA(患者認証システム)を持って行ったにもかかわらず、実施前にPDA(患者認証システム)を用いて患者氏名や血液型確認を行わなかったのか？」「なぜ、研修医がPDA(患者認証システム)による認証の目的は実施入力であると思っており、製剤の接続後にPDA(患者認証システム)による認証を実施しようと思っていたことが、事例発生以前に確認されて適切な指導が実施されていなかったのか？」「なぜ、研修医は過去に輸血の実施をしていたが輸血実施時のマニュアルを理解していなかったということが、事例発生以前に確認されて、適切な指導が実施されていなかったのか？」などの疑問が浮かぶ。

ここでは、特に「なぜ、研修医がPDA(患者認証システム)による認証の目的は実施入力であると思っており、製剤の接続後にPDA(患者認証システム)による認証を実施しようと思っていたことが、事例発生以前に確認されて適切な指導が実施されていなかったのか？」という疑問に焦点を当てたい。

この“なぜ”を深める際には、「なぜ、研修医は過去に輸血の実施をしていたが輸血実施時のマニュアルを理解していなかったということが、事例発生以前に確認されて、適切な指導が実施されていなかったのか？」という疑問についても併せて検討することが望ましい。

ここでは、事例の現状から、PDA(患者認証システム)による認証、および輸血実施時のマニュアル使用について、現状評価が実施されていないことが推察される。もちろん、現状評価が実施されていたが、研修医がその対象に含まれていなかった可能性も否定はできないが、ここで自施設における輸血実施時のマニュアルの遵守状況を含めた現状評価と、遵守されていない状況の“なぜ”を深める必要がある。

本事例、および前記の事例を考慮して、“なぜ”を深めて事例の発生要因を検討すると、“誤った患者への輸血”に関わるアクシデント事例の発生要因としては、ヒューマンファクターとしての「確認不足」「思い込み」「マニュアル遵守違反」だけでなく、システム要因・環境要因にも注目することが重要である。

“誤った患者への輸血”に関わるアクシデント事例の発生要因としては、1)輸血実施時のマニュアルや手順の周知が不十分、2)輸血実施時のマニュアルや手順作成後の評価・フィードバックを含めたシステムが未整備、3)輸血実施時のマニュアル遵守状況の現状評価未実施、4)発生するリスクの共有を含む職員教育が未実施、などが考えられる。

“誤った患者への輸血”に関わる アクシデントの未然防止対策

“誤った患者への輸血”に関わるアクシデント事例発生を未然防止するためには、明らかになった発生要因に対応して、1)輸血実施時のマニュアルや手順の周知を関連する全職員に実施、2)輸血実施時のマニュアルや手順作成後の評価・フィードバックを含めたシステムを整備、3)輸血実施時のマニュアル遵守状況の現状評価の実施、4)発生するリスクの共有を含む職員教育の実施、などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策実施により、ヒューマンファクターとしての「確認不足」「思い込み」「マニュアル遵守違反」を防止することや、患者に不可逆的な影響が発生する前にこれらのヒューマンファクターに気づくことで、事例発生を未然に防止すること、および、影響を最小にすることが期待される。

1)の「輸血実施時のマニュアルや手順の周知を関連する全職員に実施」では、例えば、輸血実施時のマニュアルや手順を印刷して、関連する全職員に配布したことで十分と言えるだろうか。あるいは、部署単位で読み合わせをすることで周知の目的を達成できるだろうか。ここでは、輸血実施時のマニュアルや手順作成、および周

知の目的を達成したか否かを問う必要がある。

これらの目的は、リスクの発生を回避して安全な輸血を実施することであれば、その結果が得られたか否かで周知の結果を評価することが求められる。そのため、周知の際には、「なぜ、マニュアルや手順を遵守するのか?」「なぜ、認証システムを使用するのか?」などの根拠も含めて伝えることや、職員間で議論や確認を行うことも重要である。

改めて、周知の目的は、「意味を知らなかった、理解できていなかったことで、輸血実施の際にマニュアルや手順を遵守しなかった」「輸血実施直前にも、患者認証システムを適切に使用しなかった」ことによる“誤った患者への輸血”の未然防止にあるということを、職員個々が認識することである。

2)の「輸血実施時のマニュアルや手順作成後の評価・フィードバックを含めたシステムを整備」を検討する際は、3)の「輸血実施時のマニュアル遵守状況の現状評価の実施」も含めて考える必要がある。自施設では、輸血実施時のマニュアルや手順を作成後、その遵守状況の現状評価を実施しているだろうか。もし、遵守状況の現状評価が実施されていれば、本事例の発生を未然に防止できた可能性がある。

本事例の検討でも挙げたように、「なぜ、研修医がPDA(患者認証システム)による認証の目的は実施入力であると思っており、製剤の接続後にPDA(患者認証システム)による認証を実施しようと思っていたことが、事例発生以前に確認されて適切な指導が実施されていなかったのか?」「なぜ、研修医は過去に輸血の実施をしていたが輸血実施時のマニュアルを理解していなかったということが、事例発生以前に確認されて、適切な指導が実施されていなかったのか?」などのなぜを深めると、一つの原因として「輸血実施時のマニュアル遵守状況の現状評価、およびフィードバックが実施されていなかった」ことが明らかになる可能性がある。こうした分析を踏まえると、2)の「輸血実施時のマニュアルや手順作成後の評価・フィードバックを含めたシステムを整備」が急がれる。

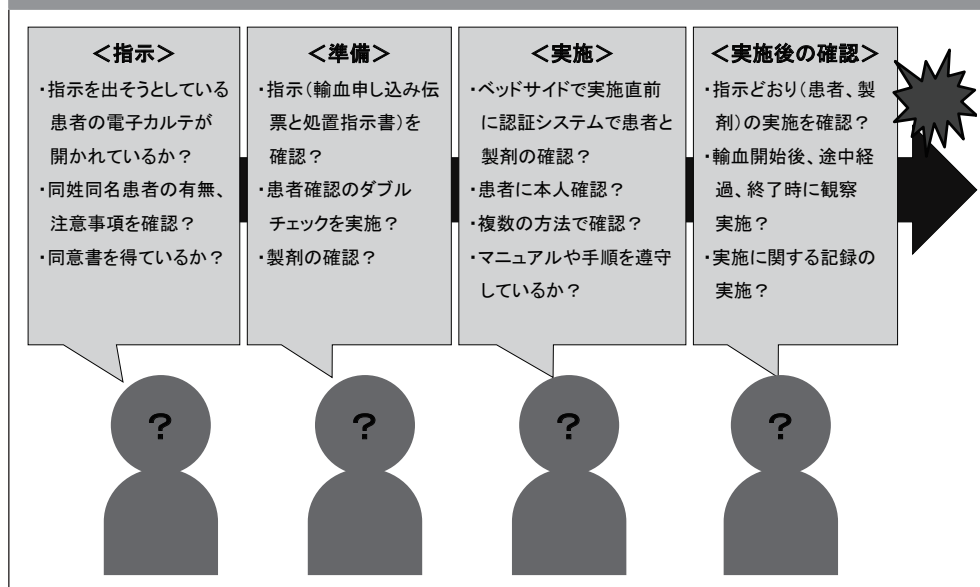
また、3)の「輸血実施時のマニュアル遵守状況の現状評価の実施」を行う際には、マニュアルを遵守しているか否かという視点に加えて、“なぜ、遵守されないのか?”という視点からの評価が重要である。本事例の背景要因に記載されている「研修医は、PDA(患者認証システム)による認証の目的は実施入力であると思っており、製剤の接続後にPDA(患者認証システム)による認証を実施しようと思っていた」に注目したい。この事実から問題視すべきは、「マニュアルどおりに輸血開始前に患者認証システムによる認証を実施しなかった」ことではなく、“患者認証システムによる認証の目的を正しく理解できていない”という事実を評価できていなかったという点を、課題として認識した取り組みが求められる。

併せて、4)の「発生するリスクの共有を含む職員教育の実施」についても取り組みたい。職員教育実施時には、はじめに、「なぜ、決められた輸血実施時のマニュアルや手順が遵守されないのか?」について、多職種で個々の経験を含めた討議を実施することが重要である。その上で、輸血実施時のマニュアルや手順が遵守されなかったために発生した事例を紹介し、もしも、輸血実施時のマニュアルや手順が遵守されていればリスクを回避できた可能性や、事例発生を防止できた可能性についても検討する機会を職員に提供することが望ましい。

リスクの共有を含む職員教育実施時には、職員が自ら気づきを深めて行動変容につなげることが欠かせない。さらに、「輸血実施プロセスのリスク予測」を、「指示」「準備」「実施」「実施後の確認」というプロセスの“見える化”をして、それぞれのプロセスで発生する可能性のあるリスクを予測することも検討したい(図1)。

本事例の改善策として、「研修医を教育するシステムの見直しとして、患者認証システムの手順に加え使用する目的の教育、医療安全教育の複数回実施、ヒヤリ・ハット事例検討会への参加を促す」「研修医に関しての情報共有を行う」「研修医は医療安全マニュアルを理解し遵守する」などが記載されていた。“誤った患者への輸血”に関わるアクシデント事例の未然防止対策を

図1 輸血実施プロセスのリスク予測



自施設で検討する際には、これらの検討例も参考にしたい。

“誤った患者への輸血”に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では、“誤った患者への輸血”に関わるアクシデントをテーマとし、「なぜ“誤った患者への輸血”に関わるインシデント・アクシデント事例が防止できないのか？」という疑問に焦点を当て、事例の発生要因から未然防止対策を検討した。“誤った患者への輸血”に起因する間接的な影響も含めて患者への重大な影響の発生を防止するためにも、自施設における現状評価を実施し、リスクを回避するシステムを整備することは、喫緊の課題である。

“誤った患者への輸血”に関わるインシデント・アクシデント事例の未然防止対策の検討と併せて、「マニュアル作成プロセスの“見える化”」を提案したい。マニュアル作成プロセスとしては、「自施設の現状評価」「リスクアセスメント」「マニュアル作成」「作成したマニュアルの周知」「（マニュアル）遵守状況の現状評価」「（現状評価）結果のフィードバック」が考えられる（図2）。

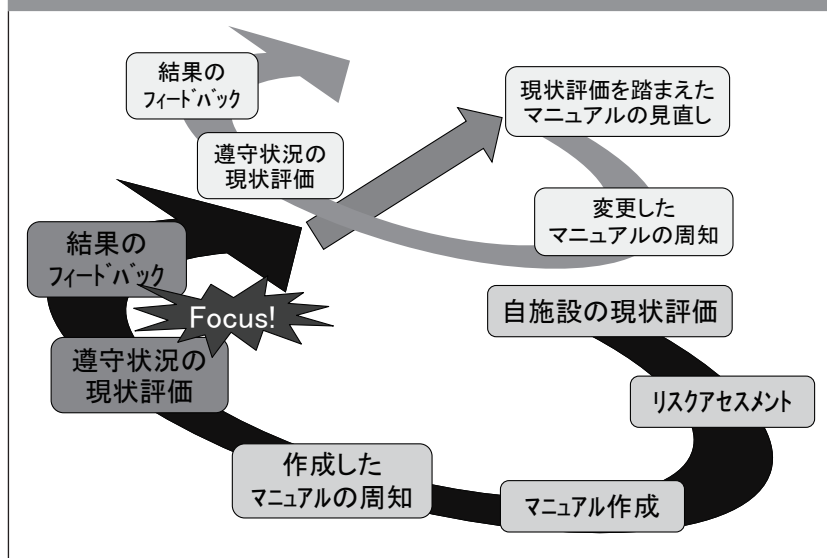
このプロセスの中で注目したいのは、「（マ

ニュアル）遵守状況の現状評価」「（現状評価）結果のフィードバック」の実施状況である。自施設ではこのプロセスに課題はないだろうか。現状評価とフィードバック実施後に、さらなるプロセスとして、「現状評価を踏まえたマニュアルの見直し」「変更したマニュアルの周知」に続けて、「（マニュアル）遵守状況の現状評価」「（現状評価）結果のフィードバック」を繰り返し、より自施設に対応できるシステムの整備が期待される。その上で、発生するリスクを想定し、事例の発生を未然に防止できるシステムが整備されているか否か、自施設の現状評価が急がれる。

自施設のインシデントレポートの分析に加えて、事例検索⁴⁾などで検索された事例も活用して“誤った患者への輸血”に関わるアクシデント事例の発生要因の傾向を分析するには、輸血実施のプロセスを“見える化”し、個々のプロセスで発生する可能性のあるリスクを多職種で検討することを推奨したい。

今後、自施設における現状評価の結果、事例検索⁴⁾などで得られる他施設の事例、および他施設の取り組みなどを参考に、患者に良質かつ適切な医療を提供する対策実施が急がれる。診療科内や診療科間、そして関与するさまざまな職種間でもリスクを共有し、輸血実施時のマニ

図2 マニュアル作成プロセスの“見える化”



アルや手順の整備，およびその遵守状況の現状評価とフィードバックを含めたシステム整備が期待される。

参考文献

1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報No.11. http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_11.pdf (accessed 2020 Feb 13)

2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 報告書・年報. <http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html> (accessed 2020 Feb 13)

3) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 医療安全情報No.110. http://www.med-safe.jp/pdf/med-safe_110.pdf (accessed 2020 Feb 13)

4) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2020 Feb 13)



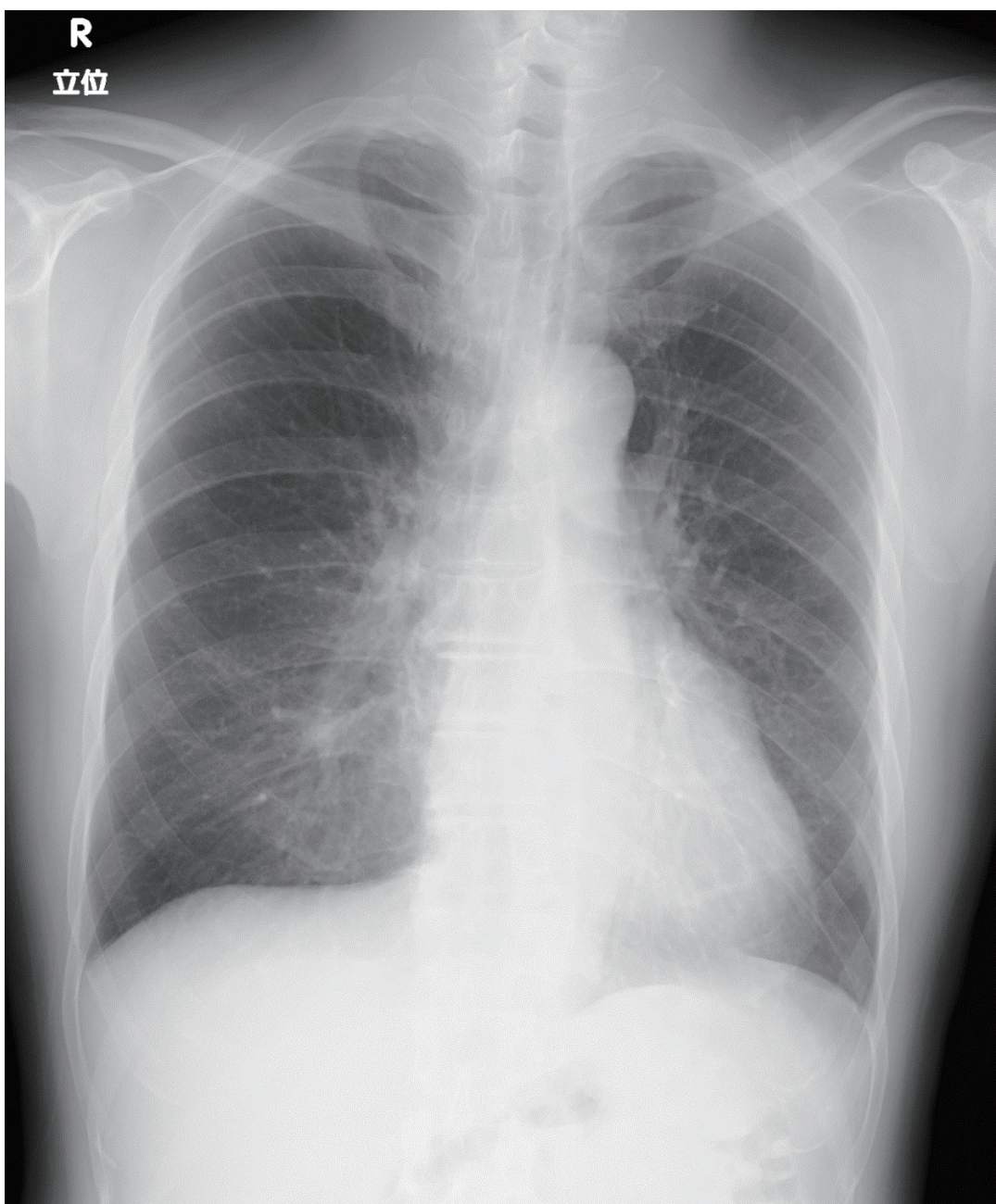
ちょっと画像でCoffee Break

胸部X線クイズ

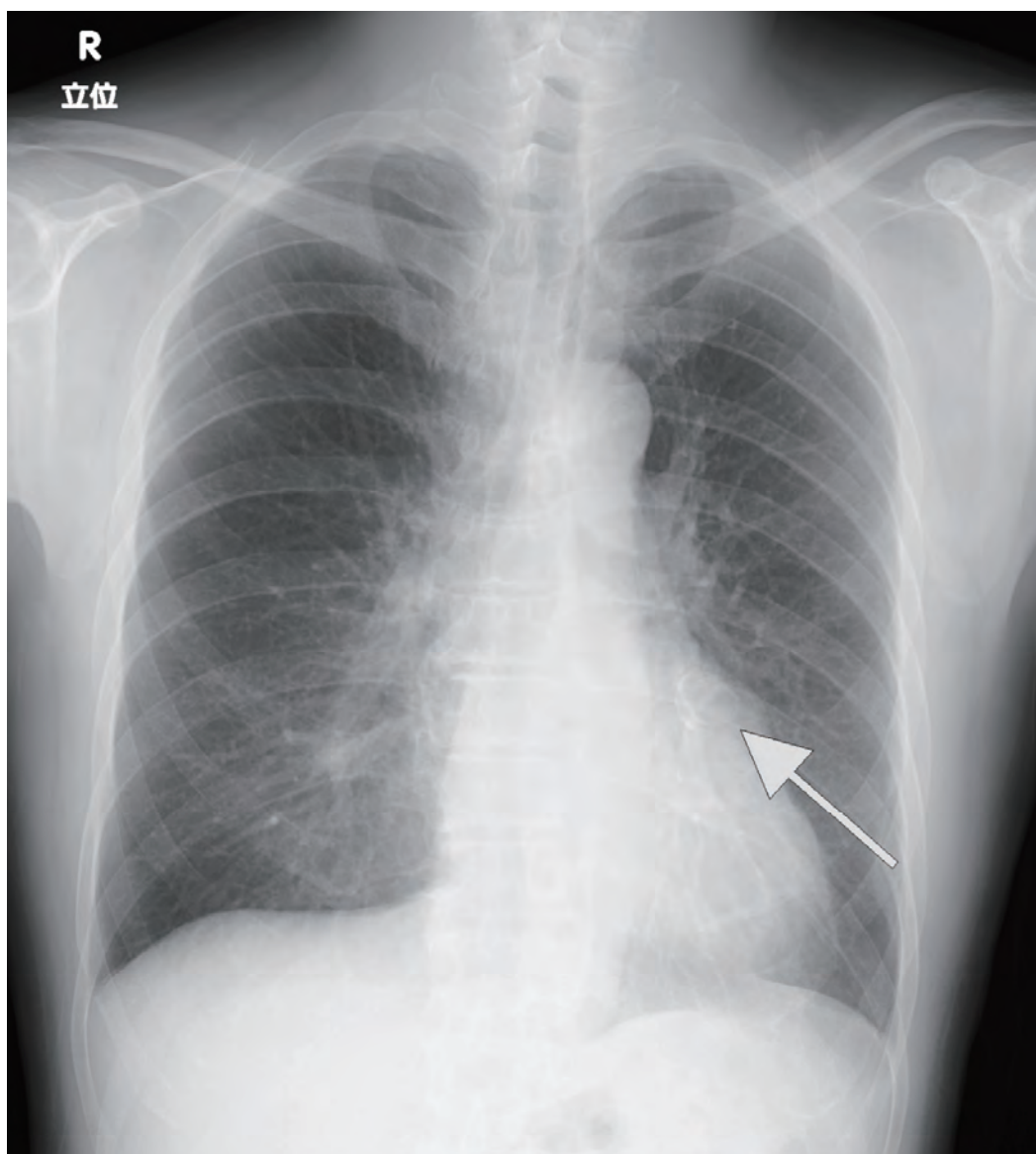
練馬光が丘病院 放射線科 伊藤大輔

?

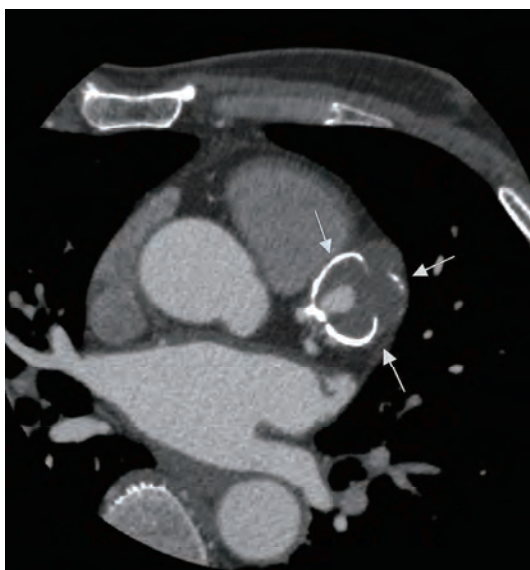
症例：60代男性 胸部圧迫感にて来院。胸部単純X線立位正面像が施行されている。画像上の所見と鑑別は？



X線



心陰影に重なる石灰化陰影あり



造影CT横断像



造影CT, 左冠動脈前下行枝の再構成画像

所見:

胸部単純X線では心陰影に重なるような類円形の石灰化陰影を認める(矢印)。長径32mm程度である。辺縁主体の石灰化であり、一部石灰化のはっきりしない領域もあるが全体として辺縁明瞭である。

造影CTでは石灰化病変は心嚢内に存在することが分かる。また、左冠動脈前下行枝に連続している隆起であるため、動脈瘤であると診断される。瘤内の大半は造影効果が不良であり、おそらく血栓化している成分が大半であるものと思われる。造影CT上冠動脈の他の領域には動脈瘤は認められていない(提示せず)。

考察:

胸部画像検査において肺結節は非常に頻度の多い所見である。

一般に径が大きいほど悪性の頻度が高くなり、長径30mmを超える腫瘍では悪性の頻度が90%を超える。とはいうものの今回の症例は単純X線でも明瞭な辺縁を呈しており、辺縁部には石灰化が広くみられる。

石灰化する縦隔の結節としては

- ・ 陳旧性結核
- ・ 陳旧性血腫

- ・ 胸腺嚢胞
- ・ 胸腺腫
- ・ 奇形腫
- ・ 気管支原性嚢胞
- ・ 異所性甲状腺腫
- ・ 珪肺
- ・ サルコイドーシス
- ・ 血管腫

などが鑑別になると思われるが、いずれにせよ辺縁部石灰化は典型的でない。

動脈瘤を含んだ脈管の石灰化は鑑別の上位になると思われる。

動脈瘤であれば、

- ・ 冠動脈瘤
- ・ 肺動脈瘤

が鑑別になると思われるが、単純X線での鑑別は難しい。

冠動脈瘤は川崎病の合併症として有名ではあるが、動脈硬化性変化に伴い生じることもありうる。本症例では川崎病の既往は知られていない。

参考文献

Dahnert W: Radiology Review Manual, 8th edition. Walters Kluwer, 2017.

診断:冠動脈瘤(左冠動脈前下行枝)

まとめ:胸部X線上の全周性石灰化結節……動脈瘤の可能性を考慮

第3回「中国ブロック福祉と医療を語る会」研修会 はじめてのユマニチュード ～やさしさを伝える介護の技術～

広島文教大学
県立広島病院

太原牧絵
延原 浩

I. はじめに

我が国では、高齢化率が28%を超え、認知症高齢者も増加の一途をたどっています。それに伴い、介護職員の人材確保も課題となっています。この状況の中、やさしさを伝える介護の技術・ユマニチュードについて、福祉・医療・介護・保健領域で働く多職種で学び合う研修会を企画しました。

令和元年11月16日(土)、広島国際会議場において「はじめてのユマニチュード ～やさしさを伝える介護の技術～」をテーマに、「中国ブロック福祉と医療を語る会」として第3回の研修会を地域医療振興協会中国地方支部主催で開催しました。今回の研修は、本会の前身である1987年4月18日に発足した「瀬戸内プライマリヘルスケア研究会」からの研修会を含めると50回目の記念すべき研修会になりました。

当初定員を120名としておりましたが、参加希望者が多かったため会場の設営を変更して対応しました。最終的に看護師・理学療法士・介護支援専門員等多職種140名の参加があり、充実した研修会となりました。

II. 研修会内容

本会代表の竹内啓祐の開会挨拶に続き、中国ブロック支部吉田泰之支部長、地域医療振興協会藤来靖士常務理事による主催者挨拶で研修会が始まりました。

<講演>

はじめてのユマニチュード ～やさしさを伝える 介護の技術～

森山由香氏

(ユマニチュード認定チーフインストラクター 社会福祉法人 三篠会 高齢者総合福祉施設ひうな荘 リハビリ部長 理学療法士)



森山氏は、平成28年、中四国で初めてユマニチュード認定インストラクターの資格を取得され、最期まで人として尊重し、やさしさを伝えるケア技術“ユマニチュード”に取り組み、全国で活躍されています。その森山氏から、ユマニチュードを知る、体験する、というユマニチュードの入り口について講演をいただきました。

まず、ユマニチュードの概要についてお話し



竹内啓祐代表



吉田泰之支部長



藤来靖士常務理事



丸山法子氏（一般社団法人リエゾン地域福祉研究所）

いただきました。ユマニチュードはフランスで発生し、現在多くの国で展開されています。人にやさしいケア技術であり、コミュニケーション技術でもあります。森山氏とユマニチュードの出会い、ある利用者との出会いがきっかけであり、当時「私たちの日頃のケアは人としての心や自由を奪っていたのかもしれない…」と森山氏の思いからでした。どのスタッフも一生懸命仕事をしているのに、うまくいかないことについて、研究した結果たどり着いたのがユマニチュードであったそうです。ユマニチュードは、「見る」「話す」「触れる」「立つ」この4つの柱で成り立っており、この4つを行いながら、「あなたは大事な人です」と伝える技術で、それぞれの技術について教えていただきました。

森山氏の情熱とユーモアあふれる講演で、参加者はユマニチュードの効果を短い時間でも感じることができ、対象も認知症だけでなく、高齢者・小児・ICU患者など誰でも対象になるということも理解することができました。

ユマニチュードを取り入れることで、職員の介護記録が変わり、利用者の細かい変化に気づけるようになり、職員のバーンアウトも減った施設があることや、海外では、向精神薬の服薬が減った病院もある等ユマニチュードの導入効果についても教えていただきました。

ケアする人は、「本人の能力を奪わない。相手の心が動けば体も動く。ケアを諦めない寝たきりにさせない」。このユマニチュードを使うことで、人として最期まで生きることを支援でき、ユマニチュードはそのための手段であるという



ワークショップの様子

ことを教えていただきました。

<ワークショップ>

森山氏の講演後、丸山氏によるワークショップを行いました。4～6人のグループを作り、本日の講義の感想・気づき等自由なテーマで話し合いを行っていただきました。

その後、いくつかのグループに感想を発表してもらいました。

- ① 今日学んだことを日頃の介護業務に活かしたい。
- ② 仕事の中で、自分本位・業務本意だったことに気づかされた。今日の講義を職場のスタッフにも伝えていこうと思う。
- ③ 自分自身のプライベートでも、家族や友人に対する関わりでも実践したい。

等々さまざまなご意見・ご感想をお聞きすることができました。

ワークショップのまとめでは、森山氏より、「今日帰ってぜひ友人や家族に実践してみしてほしい。私たちが相手を大事な人という気持ちで接すれば、必ず相手も返してくれる」との力強いお言葉をいただきました。

最後は本会の幹事である藤家証一による閉会の辞で終了しました。



挨拶中の藤家証一幹事

Ⅲ. アンケート

参加者アンケートでは、多くの方が勉強になったと良い評価をしてくださいました。

講演に関しては、「ユマニチュードに関心はあったが、今日の講演でその内容が分かり、実際に使えるように分かりやすく伝えていただいたので、とても学びになった」、「業務に追われているという言い訳はよくない。患者様目線に立つことの大切さに気付いた」、「明日(今夜)からまず実践していきたい」、「早速、職場でやっていきたい」、「元氣になりました。笑顔で帰れます」などの意見をいただきました。また、ワークショップに関しては、「多職種の人と話をし、いろんな考え方が分かって新鮮だった」、「皆さんの困っていること、気になることが同様に意見交換がたくさんできた」、「ユマニチュードの講演後だったので、グループの皆さんの意見を受け入れ、お互い親しく意見交換ができたと感じた。ここでもすでに効果が実感できた」などの意見がありました。次回の研修会で希望するテーマとしては、今回と同じユマニチュードの効果や事例に関連するものが最も多く、その他、終末期ケア、高齢者への支援、認知症ケア

などの希望がありました。

Ⅳ. さいごに

2019年の出生数が1899年の統計開始から初めて90万人割れし、過去最少となることが確実になつたと報道がされているように、今後の日本では、少ない生産人口で多くの高齢者層を支えることが必要とされています。核家族化・単身高齢者の増加・医療費等の社会保障費の増加等少子高齢化によるさまざまな課題のある今日、ユマニチュードの技法が一筋の光明として実感できる有意義な研修会となりました。また、今回も多職種の方が参加してくださいましたが、意見交換などからも多職種で知恵を出し合い、協力し合う必要性を感じる研修会でもありました。今後も研修会を継続し、楽しみながら、多職種連携の輪を拡げていこうと思いを新たにしました。

最後に長年この会をご支援いただいている公益社団法人地域医療振興協会本部ならびに中国地方支部、さらに事務を担当していただいた西日本事務局に深謝いたします。

渥美一弥先生の 「文化人類学入門」

(2月1日配信)

自治医科大学文化人類学教室教授の渥美一弥先生に文化人類学とは何かについて解説していただきます。

文化の定義にはイギリスのタイラーが唱えた民族誌的観点からの生活様式に主眼を置いたものと、アメリカのピーコックが唱えた一定の集団によって共有された認識の仕方に着目したものとの2種類があります。ここではピーコックの定義を中心に話を展開します。文化人類学による異文化理解のプロセスでは、まず自文化と異文化が接触した時に理解できかねる部分が出てきます。そこで全体的アプローチとして通文化比較を行い、理解・認識することで文化相対主義という考え方をします(図1)。

例として、東アフリカのキクユ族は握手をした相手の手に唾を吐きます。「唾を吐く」のは日本では相手を貶める行いとされています。それは自分の身体に属しているものは清浄、身体から離れたものは不浄

という概念があるからです。一方、非常に乾燥したサバンナで生活する農耕民族のキクユ族は、天からもたらされる雨は神の恵みであると考えています。雨が降ることの象徴的表現として唾を吐きます。唾により相手の手が濡れることは、すなわち雨が降るといいねという意味であり、「神の恵みがあなたにありますように」ということなのです。

自文化と異文化が相対した時に、自文化から抜け出し、異文化を客観的に捉えなおすこと、さらに自文化も異文化も等しい距離で認識することが文化相対主義です。一見、アヒルのように見える図は、哲学者ヴィトゲンシュタインが描いたものです(図2)。見方を変えてアヒルのくちばしをウサギの耳とすればこの図は上を向いたウサギに見えてきます。このように1枚の図像が解釈により異なることは、文化の相違にも見てとることができます。例えば、狼は酪農文化のヨーロッパでは家畜を襲う害獣ですが、農耕文化の日本では田畑を荒らすイノシシやシカを駆逐する神聖な動物(大神=オオカミ)として考えられてきました。依って立つ文化により同じ動物が異なった解釈をされます。

医学は科学として確立されたものですが、医療が文化の影響を受けることは避けられません。文化とは認識の仕方であり、常には一つではなく多数存在するものです。医師が患者をみる時、自分の見方が絶対ではなく、常にほかの見方が可能であることを覚えておいてください。

文化人類学による異文化理解のプロセス

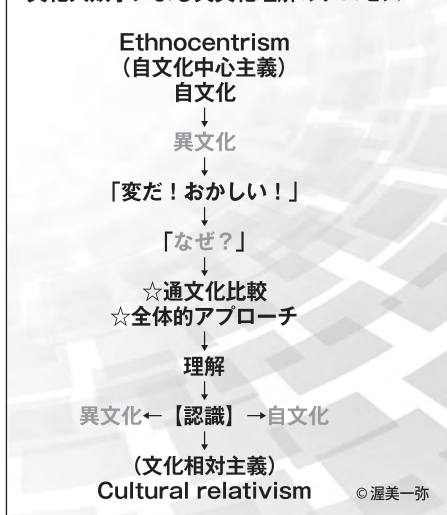


図1 異文化理解のプロセス

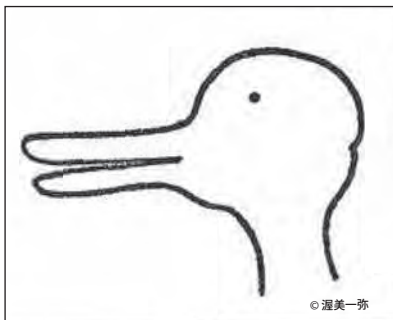


図2 アヒル=ウサギの図

* 渥美先生のレクチャーの詳細は、2月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

生涯教育 e-Learningは公益社団法人地域医療振興協会ホームページから閲覧できます。 <http://www.jadecom.biz/>





1
年
間
よ
ろ
し
く
お
願
い
た
し
ま
す、



柳井市立平郡診療所 管理者
賣豆紀晶洋

はじめまして。柳井市立^{へいぐん}平郡診療所の賣豆紀晶洋と申します。
これから1年間よろしくお願いいたします。

昨年度から平郡診療所で勤務し今年で2年目となります。平郡島は山口県柳井市の沖合20km程に位置する瀬戸内海に浮かぶ島です。瀬戸内海ということもあり普段は穏やかで青く透き通る海が特徴ですが、冬場は北風が吹きすさび白波を立てることもあります。人口はおよそ300人で、幼児から100歳近い超高齢者まで幅広い世代の方が島内で生活されていますが、島全体の高齢化率は77%に上ります。人口も減少傾向にあり、高齢化社会ならではの地域医療を提供しています。

平郡島には「平郡三景」と呼ばれる美しい自然溢れるパワースポットが存在しますが、島外からは観光客というよりむしろ釣り客がよく訪れます。知る人ぞ知るアジング(ルアーによるアジ釣り)のメッカであり夜になると釣り客が糸を垂らしている光景をよく見かけます。アジだけでなく、ヒジキやサザエ、タコやナマコなどの海産物も豊富で、1年を通して美味しい海の幸をいただくことができます。また島の特産品であるサツマイモを使用した芋焼酎も有名で、宴会の際にはみんなで飲みながら、大騒ぎしています(笑)。

本土には1日2便のフェリーで渡ることができ、片道1時間40分ほどかかります。島民の生活の足として、また貴重な患者搬送手段として重要な役割を担っていますが、強風・波浪警報発令時には欠航となります。台風シーズンや冬場はヒヤヒヤしながら天気予報を確認しています。

平郡診療所は平郡島唯一の無床診療所です。常駐スタッフは医師1人、事務員1人で看護師は毎日日替わりで本土からフェリーに乗ってこられます。平郡島内には東地区と西地区という2つの集落があり、それぞれの地区に診療所(西地区は出張診療所扱い)が設置されているため、曜日毎にスタッフが移動して診療を行っています。ポータブルエコーなどの診療器材も共有であり、診療の都度持ち運んでいます。医者は私一人のため、高血圧や心不全などの内科疾患、処置の必要な創傷や骨折などの外科・整形外科疾患、

咽頭異物や歯肉炎などの耳鼻咽喉科疾患や歯科疾患(?)などなんでも診察しなければなりません。日々、「どんな訴えの患者さんが来院されるだろうか?」、「この診断、治療法で正しいだろうか?」と悩みながら、そしてもう少し勉強しておけばよかったと後悔・反省しながら診療にあたっています。

入院設備のない当院では緊急時や重症患者発生時には島外の高次医療機関に診療をお願いする必要があります。緊急時には緊急船やドクターヘリでの搬送が必要となりますが、緊急でない患者さんにはフェリーの定期便での受診をお願いしています。しかしなるべくなら緊急受診をせずに済むよう、日ごろから疾病予防や患者教育などを心がけています。また少しでも異常と感じたら積極的に島外の医療機関を受診するよう促し、必要に応じて紹介もしています。

今回は平郡島や平郡診療所の紹介で終わってしまいましたが、次回からは島の生活や診療状況などを綴っていこうと思います。また全く環境の異なる利尻島での診療状況などを1年間しっかりと学ばせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。



診療所外観



大嶽から見た東地区の風景



平郡三景の五十谷三島(いやみしま)

プロフィール：賣豆紀晶洋(めずきあきひろ)

平成27年に自治医科大学を卒業。山口県立総合医療センターでの初期研修を経たのち平成29年より周防大島町立東和病院に内科医として勤務。平成31年より現職。趣味はスポーツ全般とスポーツ観戦。





石岡第一病院での特定ケア看護師の活動について

石岡第一病院 特定ケア看護師 足立喬史

はじめに

私の所属している石岡第一病院は、病床126床(一般病棟86床、地域包括ケア病棟40床)、診療科は内科、整形外科、小児科、口腔外科、耳鼻咽喉科、形成外科の6つ、三次医療機関・地域の病院・診療所と連携を取りながら、石岡地域の医療を担っており、開院して今年で28年目になります。

当院は、茨城県のほぼ中央部に位置しており、都心から1時間圏内にあります。人口は約74,500人で年々減少してきており、高齢化率は30%と年々増加してきております。

特定ケア看護師の必要性を感じた瞬間

それは2016年に県立志摩病院へ支援に行かせていただいたときに、そちらで勤務されていた診療看護師 筑井菜々子さんとの出会いでした。当院と同様、慢性的な医師不足のため、外来診療や手術中などで病棟管理や救急対応がすぐできない中、医師不在の病棟で的確にスタッフに指示を出して病棟管理を行っている姿を見て、当院でも特定ケア看護師として働くことで、多忙な医師のサポートが行えると思いました。



石岡第一病院

患者様を診察して状態をアセスメントすることで医師に患者様の状態を報告、異常時に治療の早期介入ができるのではないかと。その他、外来・病棟看護師の不安の軽減や特定ケア看護師が観察・アセスメントしたことをスタッフに伝えることで情報・知識の共有ができ、スタッフ教育につながっていくのではないかと考えました。

地域医療振興協会で特定ケア看護師を養成していることを知り、上司に県立志摩病院での状況を報告して自施設での必要性を熱く伝えたことでJADECOM-NDC研修センター3期生として研修に参加することができました。1年間の自施設、協会施設での実習協力のおかげで無事終了し現在は自施設で卒後臨床研修を行っております。

臨床研修期間

私はNDC研修センターでの研修修了後、4月から看護部に所属して、内科・整形外科を3ヵ月おきにローテーションしながら臨床研修を実施しております。主に入院患者様の管理と救急外来支援、特定行為の実践を医師と相談しながら、日々の業務を行っております。また毎週木曜日は、非常勤で来られている形成外科医の指導の下、外来診察や外来手術などの介助を行いながら創傷管理を学んでおります。

研修当初は、スタッフから「いつも走り回って大変ね」「きちんと休んでるの？」など気遣っていただく場面もありましたが、日々楽しみながら研修を行っています。

当院でできる特定行為は限られていますが、



勉強会風景

患者様の状態を考え臨床推論、特定行為を用いながら日々、診療の支援を行っております。最近では、主治医から特定行為などを任されることが多くなってきていますので、医師の指示のもと安全を第一に考え実施しています。その他、救急外来で身体診察・問診などを実施させていただく機会があるので、医師が必要な情報が取れるよう心掛けて実施しています。

患者様の治療方針は、患者様の状態を把握した上で、朝の回診時や外来終了時に確認して、医師をはじめ各部署との連携を取りながら患者様に最良な医療は何かを考えています。

知識・技術はまだ未熟なため毎日が勉強です。不明な点はすぐに調べて、それでも不明な時には医師に直接質問して解決することを心掛けています。またスタッフとの知識の共有として、e-ラーニングや実習などで学んだ知識をもとに短時間で分かりやすくをスローガンに勉強会を開催しています。

診療所研修

昨年11月に2週間ほど診療所研修で六ヶ所村地域家庭医療センターへ行かせていただきました。研修期間中は外来診療で問診、身体診察、小児検診、救急対応、施設などへの訪問診療など貴重な経験をさせていただきました。その経験の中で感じたことは、特定ケア看護師が介入していける場所が多いことを感じました。この診療所研修で学んだことを自施設でも活かせるように活動していきたいと思います。

今後の使命

1年の臨床研修がもう少しで終了しますが、診ると見るが身になってきていると感じます。カンファレンスなどでスタッフに「この患者様は〇〇に気を付けてみてください」と声かけられるようになりました。知識の共有からスタッフ教育にもつながるので、今以上に声かけられるようになることが目標です。

石岡第一病院で初めての特定ケア看護師として、次に続く人材が研修に臨めるようにしっかり体制を作っていくことや、サポートすることが自分の使命だと思います。

今、石岡地域の医療は病院再編などで大きく変わろうとしています。ますます特定ケア看護師の重要性が増し、今以上に知識と技術が要求されると思われます。今後ともご支援よろしくをお願いします。

地域医療型後期研修

2020.2.27

ここまでの研修を振り返って

東京北医療センター総合診療科専攻医2年目の斎藤惣太です。

研修医日記ということで、この機会にここまでの研修を振り返ってみたいと思います。



プロフィール

2016年3月

獨協医科大学卒業

2017年4月～2019年3月

山形県立中央病院で初期研修

2019年4月～

東京北医療センター総合診療科 専攻医

総合診療科を目指すまで

私は山形県出身で、初期研修は山形の病院でした。内視鏡で検査をしたり、内科なのに癌を直接取り除く治療ができるのがカッコイイ、憧れる！と思っていたので、消化器内科に進むつもりでした。

一方で、集中治療部や感染症科、緩和医療科などをローテーションした際に、さまざまな病態・状態の患者さんに対応できる指導医の先生方を見て、generalな方向への興味が湧きました。その後いろいろ調べて、自分が将来父の診療所を継いで、地域を丸ごと診られるようになるためには総合診療科が最も適していると考え、この道を選びました。小さな頃に自分が夢見ていた医師像は「忙しく働き、どんな患者さんでも、どんな疾患でも診療できる医師」であったので、それにも合っていると思いました。

東京北医療センター

総合診療科を目指している専攻医が多く、身近なところに目標とすべき先生方がいて、何より雰囲気良かったので東京北医療センター総合診療科に応募しました。

2019年4月から、小児科(3ヵ月)→東京北総診(9ヵ月)→山梨県上野原市立病院(6ヵ月)→東京北総診(6ヵ月)とローテーションしました。

初めて総合診療科のカンファレンスを聞いたときには、疾患が幅広すぎて、先輩ドクターの知識の広さに圧倒されたのを覚えています。指導医の先生や先輩が実際に診療しているところ、論文や二次資料の情報検索をしているところを見て、やり方を少しずつ覚えている日々です。どんな教科書よりも勉強になります。優秀な後輩専

攻医や初期研修医の先生方もいて、大変刺激になります。

また、上野原市立病院での経験は、とても大切なもので、地域におけるわれわれ総合診療医の役割は大きなものであることを実感しました。詳細は省略しますが、本当に本当の意味で「なんでも診ている」指導医の先生がいらっしゃり、その大きすぎる背中をみて勉強させていただきました。

た。(勤務が終了してしばらく経つにもかかわらず、忘年会にも参加させていただきました。上野原の方々はとても暖かいです！)

今年の夏には、昨年度まで当院総合診療科におられた指導医の先生のお手伝いという形で、地元山形にて講演をさせていただきました。自分は「UpToDateやDynaMedなどの二次資料の臨床現場での使い方」という題で90分間のワークショップを担当させていただき、とても貴重な経験になりました。ほんの少しですが地元に貢献できた感じがとても嬉しかったです。その指導医の先生が残念ながら異動になった関係もあり、東京北総診では今現在組織改革を行っています。みんなで頭を突き合わせながらよりよい総診を作るために奔走することは、大変でもありとても楽しくもあります。



上野原市立病院の忘年会に参加させていただきました。
専攻医の皆様、上野原支援はともオススメです！！



東京北医療センター総合診療科
わきあいあいとした雰囲気です。慢性疾患からICU管理まで、頑張っています!!「東京北医療センター総合診療科」facebookページも是非ご参照ください!

今後

2020年は横須賀市立うわまち病院ICU、東京ベイ・浦安市川医療センター救急に研修に行かせていただく予定です。自分にとってはチャレンジの年となりそうですが、なんとか頑張りたいです。

最終的には、山形県の総合診療を盛り上げていきたいという目標があるので、そのためにこの後期研修をより良いものにしていきたいです。

まとめ

誰の参考にもならなそうな文章ですが、初心を思い出すとてもよい機会になりました。

これからも理想の医師像に向けて精進しつつ、東京北総診および山形県の総合診療のために少しでも役に立てるように、地道に頑張りたいです。