

いまどきの

依存とアディクション

プライマリ・ケア/救急における
関わりかた入門

松本 俊彦

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
薬物依存研究部 部長/
自殺予防総合対策センター 副センター長



宮崎 仁

宮崎医院 院長



南山堂

内科外來で

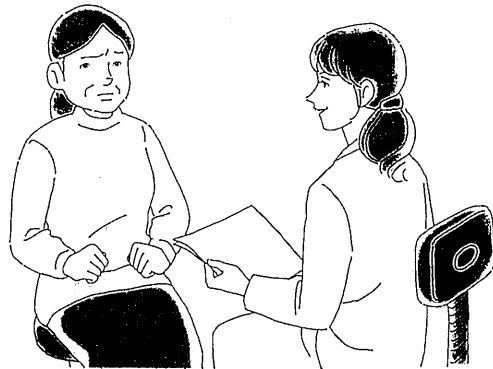
初診の患者からハルシオン®の処方 求められた

あなたは、一般内科のクリニックを開いている開業医です。ある日、あなたの外来に不眠を主訴とする45歳の女性が来院しました。

あなたは、睡眠の詳しい状況や、不眠の背景にある事情を尋ねるための問診を始めましたが、患者はそれを遮って、「今日は、ハルシオン®というお薬を出していただきたいくて、こちらへ参りました。それさえあれば、わたしはよく眠れるので、別に時間をかけて診察していただく必要はありません」と強く訴えてきました。近所のかかりつけ医から、ハルシオン®(トリアゾラム) 0.25 mg 1錠を処方されているとのことでしたが、それを2錠内服しないと眠れないときがよくあり、いつも薬が足りなくなってしまうので、不足分を出してもらうために、あなたのクリニックにやってきたようです。

プライマリ・ケア医への設問

- Q1 あなたは、この後の診察をどのように進めていきますか？
- Q2 一般内科医として、ベンゾジアゼピン系薬剤依存に介入するには、どうすればよいのでしょうか？



1) 商品名を指定して睡眠薬の処方を依頼する患者は要注意

大多数の睡眠薬が含まれるベンゾジアゼピン系抗不安薬には頻用される「ブランド品」とも呼べる薬剤が存在することが知られています¹⁾(表I-4-1)。これらの薬剤に限らず、睡眠薬の商品名を指定して処方を希望する患者が少なくありません。その理由として、最も可能性の高いものは次の2つです。

- ①その睡眠薬に依存しているから
- ②その睡眠薬を転売したり、犯罪などの目的で使用するなどの違法・問題行為目的

こうした理由によるトラブルを防止するためにも、睡眠薬の処方にはくれぐれも気をつけましょう。

2) そもそもその睡眠薬必要ですか？ —まずは適切な睡眠指導から

プライマリ・ケア(PC)医は患者が不眠を訴えると無批判に睡眠薬を処方しがちです。しかしながら、まず行うべきは「不眠」の内容と原因をよく吟味することです。そのうえで睡眠指導を優先して行うべきであり、患者の多くも実はそれを望んでいます。不眠に対する睡眠指導の実例を表I-4-2に示します。

表I-4-1. 頻用されることの多いベンゾジアゼピン系抗不安薬

- ・トリアゾラム(ハルシオン®)
- ・フルニトラゼパム(ロヒプノール®, サイレース®)
- ・エチゾラム(デパス®)
- ・アルプラゾラム(ソラナックス®, コンスタン®)
- ・ゾルピデム酒石酸塩(マイスリー®)(非ベンゾジアゼピン系)

(文献1)より

表 I-4-2. 睡眠習慣に関する指導の一例

- ・睡眠薬代わりの寝酒はかえって睡眠の質を悪化させる
- ・就寝前の喫煙やカフェインの摂取は避ける
- ・睡眠時間や不眠に対する過度のこだわりを捨てる
- ・適正な睡眠時間には個人差がある
- ・高齢者は睡眠時間が短くなり、朝方になるのが自然
- ・日中に眠気をきたさない睡眠時間で十分
- ・眠くないのに無理やり寝ようとする
- ・眠くなってから寝床に入る
- ・朝は一定の時間に起床する
- ・休日の寝坊は睡眠のリズムを乱す
- ・部屋は暗めに、リラックスできる環境を作る
- ・入浴は睡眠 2 ～ 3 時間前に
- ・朝、目がさめたら日光を取り入れる
- ・朝食をしっかり摂る
- ・日中には適度な運動を

3) 不眠の背後にある身体疾患や精神障害を除外しよう

不眠を訴える患者の背後に身体疾患が隠れていることを見逃してはなりません。睡眠時無呼吸やむずむず脚症候群など多くの身体疾患が不眠をきたします。また、不眠を訴える患者の 5 人に 1 人はうつ病だともいわれ、これらの患者には睡眠薬より抗うつ薬が第一選択となります。またアルコール依存症や不安障害など多くの精神障害も不眠の原因となるため、これらの疾患に対するスクリーニングと適切な対処が何より重要です。

4) ベンゾジアゼピン系抗不安薬の常用量依存や耐性について理解しよう

睡眠薬のほとんどはベンゾジアゼピン系抗不安薬あるいはその類似薬物です。ベンゾジアゼピン系抗不安薬はたとえ常用量であっても長期連用すると容易に依存を生じます。これを常用量依存といいます。また急に中止することで離脱症状を生じます(表 I-4-3)。使用は短期間にとどめ、4 週間以上連続して投薬することは厳に慎むべきです。定時使用も避けて、本当に眠れないときだけ頓用で用いましょう。また、耐性

表 I-4-3. ベンゾジアゼピン系抗不安薬の依存症状と離脱症状

- ・依存症状
 - ①薬なしではすげせないという感情
 - ②薬物の減薬や中断の試みの失敗
- ・離脱症状
 - ①不安
 - ②抑うつ気分
 - ③睡眠障害
 - ④知覚過敏
 - ⑤振戦
 - ⑥痙攣発作
 - ⑦頭痛

も生じやすいため、安易な増量も避けましょう。

5) 反跳性不眠に注意!

ベンゾジアゼピン系抗不安薬は急に服薬を中止すると、しばしば不眠が服用前より悪化します。これを反跳性不眠と呼びます。反跳性不眠はベンゾジアゼピン系抗不安薬を中止する際の大きな障壁となります。これを防ぐためには定時使用を避けて頓用とし、中止するときには徐々に減量したり、半減期の長い薬剤に切り替えるなどの対策が必要です。

6) ベンゾジアゼピン系抗不安薬にはほかにも問題がある

ベンゾジアゼピン系抗不安薬が高齢者の認知機能を悪化させ、せん妄などの原因となるだけでなく、筋弛緩作用を介して転倒・骨折のリスクを増大させます。ゆえに高齢者に対するベンゾジアゼピン系抗不安薬の処方にはきわめて慎重であるべきです。またベンゾジアゼピン系抗不安薬は服用により不安、焦燥、不眠、興奮、脱抑制などの奇異反応をきたすこともあります。

7) 非ベンゾジアゼピン系だからといって安心はできない

ベンゾジアゼピン系抗不安薬構造をもたないため、前述のような問題

を生じにくいとされている薬剤があります。ゾルピデム酒石酸塩（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[®]）などです。しかしながら、これらの薬剤もベンゾジアゼピン系抗不安薬と同じ GABA 受容体に結合することで作用を発揮するため、同様の問題をはらんでいる可能性が否定できません。実際にゾルピデム酒石酸塩は表 I-4-1 に示すようにすでに頻用されており、これらの薬剤もベンゾジアゼピン系抗不安薬に準じた扱いが必要と考えます。

8) GABA 受容体に作用しない睡眠薬もあるが、使い方にコツがある

ラメルテオン（ロゼレム[®]）はメラトニン受容体に作用する薬剤で、ベンゾジアゼピン系抗不安薬などとは作用機序が異なるため、依存、乱用、離脱症状、反跳性不眠を生じにくいとされています。しかしながらベンゾジアゼピン系抗不安薬などのように抗不安作用がないこと、即効性に乏しいこと、そもそも睡眠薬としての効力がベンゾジアゼピン系抗不安薬に比べて劣ることなどから患者の評判はあまりよくありません。ただし、高齢者などには比較的安心して投与できる薬剤で、睡眠前に連続して定時使用すると、1 週間～1 か月程度かけて徐々に効いてくることを経験します。また夜間せん妄などにも有効なことがあります。

9) 熟眠障害にはベンゾジアゼピン系抗不安薬はあまり効かない

熟眠障害にはむしろトラゾドン塩酸塩（デジレル[®]、レスリン[®]）やミアンセリン塩酸塩（テトラミド[®]）、ミルタザピン（リフレックス[®]、レメロン[®]）といった抗うつ薬のほうが有効なことがあります。うつ病の可能性も考慮しつつ、こうした薬剤の使用も視野に入れるべきでしょう。

10) 睡眠薬の乱用に対してプライマリ・ケア医ができること

かねてよりわが国では先進諸外国と比較してベンゾジアゼピン系抗不安薬の処方が多いことが指摘されてきました。そのことに関しては PC

医の責任も重いといわざるをえません。慎重に診療を行うならば、PC の領域でも睡眠薬の処方を大幅に減らすことが可能です。「白衣を着た売人」といわれないためにもできる限り睡眠薬の処方を減らした診療を心がけましょう。

〈文献〉

- 1) 松本俊彦, 嶋根卓也, 尾崎 茂ほか: 乱用・依存の可能性の高いベンゾジアゼピン系薬剤同定の試み-文献的対照群を用いた乱用者選択率と医療機関処方率に関する予備的研究, 精神医学, 54, 2, 201-209, 2012.

[木村勝智]

精神科医はこう考える

はじめに

このケースのように、診察を望まずに薬剤名を挙げて処方薬を求めてくる患者は珍しくありません。求める薬のほとんどは、睡眠薬などの依存性物質であり、患者には依存が形成されています。このような患者に対して、「出せないから帰ってください」と拒否する方法もあるでしょうが、可能な範囲で治療的な対応を試みるのが大切です。患者によっては、処方を拒否すると威嚇して来たり、泣きついて来たりすることもあります。その際は、「処方薬を出す、出さない」のパワーゲームになることは避けたいものです。

処方をもぐって、患者が執拗に薬を求めてくればくるほど、依存形成が進んでいるとも考えられます。強い薬物欲求があるために焦燥感を伴った余裕のない状態になっているのかもしれない。トラブルになりやすいのは、薬に対する渴望が影響していると考えられます。処方薬を人に渡したり売買したりするために求めてくる場合もあります。

いずれにせよ、具体的に求められた処方薬を処方することには注意が必要です。安易に処方すると、患者は再び処方薬を求めて来院するからです。一度処方すると、処方されることが当たり前という態度でさらに問題が起きやすくなります。

求められた処方薬を出すか、出さないかを決める前に、患者の話をよく聴いて状態を評価することが大切です。適切ではないと判断した場合は、医学的判断に基づき感情的にならず丁寧に断ることで、処方が必要な場合でも、依存性の問題点を説明し、処方以外の方法も検討してい

く提案が望ましいでしょう。そのためには良好な治療関係を築くことが鍵となります。

1) 処方薬乱用・依存患者の初期対応^{1,2)}

患者が依存性薬物を求めてきた場合の初期対応として、まず、患者の症状・訴えを傾聴することです。そして、症状や問題点、来院目的を評価することが優先されます。「不眠の訴えがあればすぐに睡眠薬の処方」という対応は、診療時間に制限があっても避けたいものです。明らかに依存性薬物の入手目的のみで受診した場合は、「依存性の問題から、当院では出せません」とはっきり丁寧に断ります。それでも、執拗に処方を求める患者や、声を荒げる患者もいます。その際は、あれこれ理由を並べたり、動揺したりせずに、毅然と対応することです。こちらの迷いや躊躇が伝わると、患者の要求はより執拗になります。感情的に対決姿勢になることは避け、一貫して「患者のための治療的判断」であることを強調することが大切です。乱用・依存問題の認識が乏しい患者に正しい知識を提供し、可能な範囲で誤った認識に気づけるように働きかけることが望ましい対応といえます。

予防的には、処方薬問題にきちんと対処している医療機関であることを示しておくことが有効です。たとえば、「当院では処方薬の依存に配慮した治療を行っています」などのメッセージを掲示したり、処方薬依存についての説明書を用意しておいたりするといでしょう。処方薬問題についての医療機関の考えを明確に表明しておく、個別対応の負担は軽減します。このような態度は、ほかの患者からは好意的に受け取られ、信頼も得られるはずで

2) 処方薬依存症患者への治療的対応^{1~3)}

処方薬依存の患者に、要求されるまま、診察もせずに薬を出して帰そうすることは逆効果であり、するべきではありません。長期大量の処方薬を簡単に処方すると、患者が繰り返し求めてくるようになり、口コミで依存性薬物を求める患者が集まってくるようになります。「処方薬の売人」となってしまうは避けたい。処方薬を出す・出さない、増やす・増やさない、だけの外来にならないように、良好な治療関係の構築を心がけ、薬物療法以外の解決策を提案します。このような方針を、患者にかかわるすべてのスタッフが共有しておくことが大切です。

睡眠薬依存患者は不眠を執拗に訴えますが、日中寝ていたり起床が遅い場合も多くみられます。不眠の原因除去、睡眠衛生指導、精神療法を抜きに、薬物療法のみで解決しようとする診療のあり方には問題があります^{4,5)}。治療者は不眠症治療の基本を習得し、良好な治療関係を基盤に正しい睡眠の知識を提供・指導します。睡眠習慣のモニタリング、起床時間の設定、午睡の制限、日中の運動促進、就寝前のリラックス法などを提案し、患者の関心を薬物療法以外に向けていきます。家族や同居者から、日常生活の情報を得ることも有用です。診療時間が確保できない場合でも、精神療法的なかわりを意識して続けることが大切です。

処方する場合は、家族や同伴者に患者の薬の飲み方を確認してもらい、必要に応じて薬の管理を依頼することもあります。ほかの複数の医療機関からも同様の処方を受けている場合は、同意を得てほかの医療機関へ連絡を取り協力を依頼します。

重要なことは、治療者が、良好な治療関係を基盤に患者に対して処方薬問題の自覚を促し、問題改善への動機づけに努めることです。動機づけ面接法を多少でも学んでおくことと患者の治療意欲を高めるために役立ちます。そして、処方薬の減量や中止に意欲をもたせ、実際にできたときには十分評価します。過量服薬をしたくなった際の対処法を具体的に話し合い、実行できるようにしておきます。失敗しても責めることなく、患者と一緒に考える姿勢が求められます。依存症者が処方薬を手放すことの不安や苦痛を理解した対応を心がけ、1人の尊厳ある人間として誠実にかかわっていくと、患者に変化が現れるものです。PC 医は、できる範囲でこの一部でも心がけることで有効な治療的対応となります。

おわりに

処方薬問題は処方する医師の問題でもあります。医師の処方薬に対する意識の持ち方により予防することは可能です。漫然と処方しておいて、依存問題が明らかとなってからあわてることのないような対応が求められます。ベンゾジアゼピン系薬剤は、薬物問題で精神科を受診する患者としては、覚せい剤、危険ドラッグにつぐ重大な問題薬物であることを認識した適切な対応が必要です。このことは、すべての医師が臨床場面において心がけたいものです。

〈文献〉

- 1) 成瀬暢也：患者から依存性薬物の処方を受けられたときの対応について教えてください。治療（増刊号），94，871-873，2012。

- 2) 成瀬暢也：薬物依存，治療（増刊号），91，1306-1311，2009.
- 3) 成瀬暢也：臨床家が知っておきたい依存症治療の基本とコツ．精神科臨床エキスパート 依存と嗜癖 どう理解し，どう対処するか，和田 清編，p.18-48，医学書院，2013.
- 4) 山寺 亘：不眠症治療における精神医学の役割．最新精神医学，16，9，657-663，2011.
- 5) 田ヶ谷浩邦，村山憲男，袴田優子：睡眠薬の多剤併用の意義と問題点．精神科治療学，27，1，15-22，2012.

[成瀬暢也]

患者・家族からのメッセージ④

健康診断をされる先生にぜひ，知っていただきたいことがあります。

私の主人はアルコール依存症で，とある先生の指導のもとアルコールをやめていました。ところが健康診断を受けたところ，善玉コレステロールの値が少し低かったため，健康診断の間診で先生から「善玉コレステロールの値を上げるために少しお酒を飲みなさい」と言われ，満面の笑みで帰宅しました。

それからというもの「善玉コレステロールを上げるため」と言い，やめていたアルコールに手を出し，350mLがまず1本そして2本に，その後500mLが2本にとあっという間に酒量が増えていきました。そして，外での飲酒の機会には泥酔…

こんなことになるのなら，健康診断を受けなければよかったと本当に悔しい思いです。健康診断を受けたがためにひどい目にあっています。健康診断をされた先生は，軽い気持ちで話されたと思いますが，本人の背後にあるものをしっかりとみてほしいと思います。その時のデータのみで安易な助言はやめて下さい。

立ち直るのに1年かかり，現在やめると決意していますが，家族の気持ちは以前やめていた時に戻ることはありません。なぜなら，時々主人の口から「善玉コレステロールが上がるで，少しくらいなら…」という言葉が発せられるからです。いつアルコールに手を出してしまうのだろうという不安がいつも心の隅にあります。主人を信用しきれない不安があります。今後，私たちのような不幸な家族を作らないためにも，健康診断をされる先生にはアルコールの弊害を考えてほしいと思います。

(家族 女性 supported by 猪野亜朗)

5. 非向精神薬 / OTC 薬

Case A 内科外来で

頭痛薬依存が疑われる患者に遭遇した

あなたは，市中病院に勤務する一般内科医です。ある日，あなたの外来に頭痛を主訴とする36歳の女性が受診しました。

症状は典型的な緊張型頭痛と考えられましたが，カルテの記録を見ると，この患者はいろいろな医師の外来を頻繁に受診しており，そのたびにロキソプロフェンや，SG配合顆粒などの鎮痛薬を処方されているようです。そのことについて尋ねてみると，「頭痛薬は毎日服用しており，薬の効果が切れると仕事や家事に支障をきたすために，体に悪いとわかっているけど止められない」ということでした。さらに，処方薬だけでなく，薬局でイブ®やナロンエース®といったOTC薬も買ってきて多量に服用している様子がうかがえました。

プライマリ・ケア医への設問

Q1 あなたは，この後の診察をどのように進めていきますか？

Q2 一般内科医として，頭痛薬依存に介入するには，どうすればよいでしょうか？



へ	
米国嗜癡医学会ワーキンググループが発表した治療ガイドライン	17
片頭痛	80
ベンゾジアゼピン	13, 17, 53, 64, 71, 179
ほ	
包括指定	215
訪問指導	188
暴力の予兆	37
暴力の予防のためのコミュニケーション	29
保健師	108, 186
保健所	26, 30, 44, 66, 97, 186
母子家庭医療福祉制度	109
ホリゾン	13
ま	
マイスリー	74
マック(MAC)	209
麻薬及び向精神薬取締法	64, 67, 213
麻薬中毒者	213
——相談員	215
——台帳	214
麻薬中毒審査会	215
麻薬取締員	214
マレイン酸クロムフェニラミン	86
慢性自殺	141
慢性連日性頭痛	80
み	
ミアンセリン塩酸塩	74
ミルタザピン	74, 89
民間リハビリ施設	205, 208
む	
無意識的自傷	142
無水カフェイン	86
むすむす脚症候群	72
め	
メタンフェタミン	62
メチルエフェドリン	95

や	
薬剤師	90, 178
薬剤乱用性頭痛	80
薬事法	91, 93
ゆ	
有害な使用	9
よ	
養育児童支援事業	108
要指導医薬品	91
ら	
ラメルテオン	74
り	
リストカット	99, 100, 142
リスパダール	14
リスペリドン	14, 18
離脱症状	72
リバウンド頭痛	84, 88
リフレックス	74
る	
ルネスタ	74
れ	
レスリン	74
レメロン	74
ろ	
ロゼレム	74
ロヒプノール	14
ロフラゼパ酸エチル	89
ロラゼパム	13, 88
わ	
ワイパックス	13
ワンドウンポジション	147

いまどきの依存とアディクション

プライマリ・ケア/救急における
関わりかた入門

© 2015

定価(本体 3,000 円+税)

2015年6月1日 1版1刷

編者 松本俊彦
宮崎仁
発行者 株式会社 南山堂
代表者 鈴木肇

〒113-0034 東京都文京区湯島4丁目1-11
TEL 編集(03)5689-7850・営業(03)5689-7855
振替口座 00110-5-6338

ISBN 978-4-525-20291-0

Printed in Japan

本書を無断で複写複製することは、著作者および出版社の権利の侵害となります。

©COPY <(社)出版者著作権管理機構 委託出版物>

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつと事前に、(社)出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@copy.or.jp)の許諾を得てください。

スキヤン、デジタルデータ化などの複製行為を無断で行うことは、著作権法上での限られた例外(私的使用のための複製など)を除き禁じられています。業務目的での複製行為は使用範囲が内部的であっても違法となり、また私的使用のためであっても代行業者等の第三者に依頼して複製行為を行うことは違法となります。

