

- 精神科クリニックの立場から -

外来診療における睡眠の重要性 BZ系睡眠剤の使用法について改めて考える

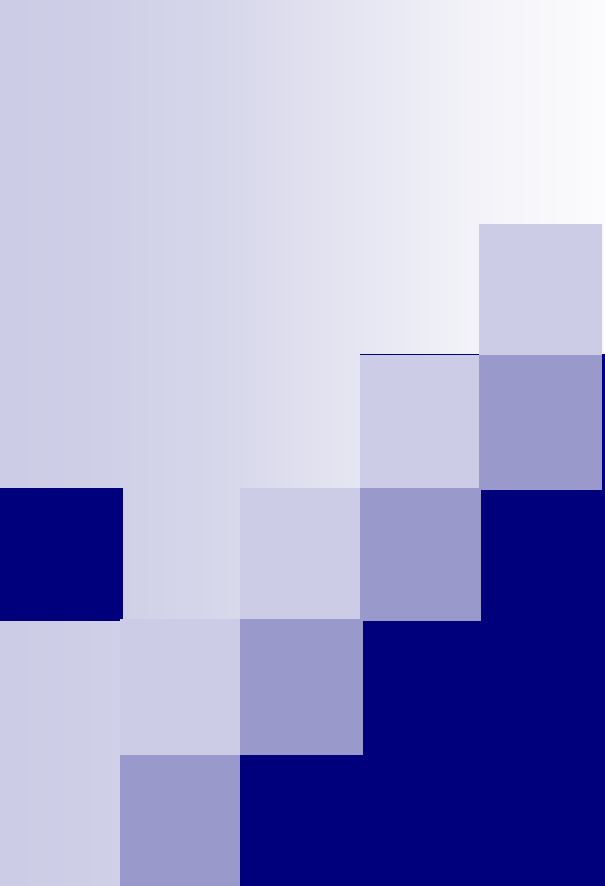
つつみクリニック 院長 堤俊仁

精神科の外来診療において、患者に十分な睡眠をとってもらうことの重要性は今更言うまでもない。特にうつ病、躁うつ病、統合失調症等の精神疾患の急性期においては、自殺や精神的混乱による不慮の事態を避ける意味でも、まず十分な睡眠を確保することが、精神科外来におけるプライマリーケアであることには異論のないところであろう。

しかし精神病の急性期には必要であった睡眠薬が、精神病の再発、反復、あるいは症状が遷延し慢性化する中で、いつしか常用薬として、継続処方され続ける事態がしばしばみられるのも精神科外来の偽らざる状況でもある。他人事ではない。私自身の診療を振り返ってもそのような状況はしばしばある。

それを受けてであろうか、平成26年4月の診療報酬改定で、「適切な向精神薬使用の推進」という名のもとに、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方の適正化、つまりこれらの薬剤を多剤併用した場合に、一部の精神科専門療法、処方箋料を減算する規定が盛り込まれ、平成26年10月から実施されることとなっている。

この改定を受けて、当院でも向精神薬多剤投与の実情を調べてみたので、その結果をふまえ、精神科外来における睡眠薬の使い方に関して特に、BZ系薬を中心に改めて考えてみたい。



外来診療に行ける睡眠の重要性
BZ系睡眠薬の使い方
方を改めて考える

平成26年8月3日
つつみクリニック
堤俊仁

適切な向精神薬の使用の推進①

非定型抗精神病薬加算の見直し

- 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟において、種類数制限のない非定型抗精神病薬加算2を削除する。

イ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下の場合)	15点
ロ 非定型抗精神病薬加算2(イ以外の場合)	10点



非定型抗精神病薬加算(2種類以下の場合) 15点

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方適正化①

- 1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合(以下、「向精神薬多剤投与」という。)、①精神科継続外来支援・指導料は算定できないこととし、②処方せん料、処方料、薬剤料については減算する。

精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3剤以上の抗不安薬又は3剤以上の睡眠薬を投与した場合は、100分の80の点数で算定する。

処方せん料 68点

処方料 42点

薬剤料



精神科継続外来支援・指導料

1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合は、算定しない。

処方せん料(多剤投与の場合) 30点

処方料(多剤投与の場合) 20点

薬剤料(多剤投与の場合) 100分の80



※ただし、以下の場合は向精神薬多剤投与として扱わない。

(イ) 他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した6ヶ月間。

(ロ) 薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3ヶ月間。

(ハ) 臨時に投与した場合。

(ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師(※)が処方した場合。※臨床経験を5年以上有する、適切な保険医療機関において3年以上の診療経験を有する、相当数の主治医として治療した経験を有する、精神科薬物療法に関する研修を修了していること等の要件を満たす医師をいう。

※向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局長に報告する。

※精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料、薬剤料の見直しは平成26年10月1日より適用。

抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の処方適正化

- 1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、4種類以上の抗うつ薬又は4種類以上の抗精神病薬を投与した場合（以下、「向精神薬多剤投与」という。）、
 - ①精神科継続外来支援・指導料は算定できない
 - ②処方せん料、処方料、薬剤料については減算する。処方せん料68点から30点

例外規定が設けられた

- ※ただし、以下の場合には向精神薬多剤投与として扱わない。
 - (イ) 他の保険医療機関ですでに、向精神薬多剤投与されている場合の連続した6ヶ月間。
 - (ロ) 薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3ヶ月間。
 - (ハ) 臨時に投与した場合。
 - (ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師(※)が処方した場合。※臨床経験を5年以上有する、適切な保険医療機関において3年以上の診療経験を有する、相当数の主治医として治療した経験を有する、精神科薬物療法に関する研修を修了していること等の要件を満たす医師をいう。

睡眠薬、抗不安薬については事実上精神科特例は認められなかった

- ※向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、年に1回、向精神薬多剤投与の状況を地方厚生(支)局長に報告する。
- ※精神科継続外来支援・指導料、処方せん料、処方料、薬剤料の見直しは平成26年10月1日より適用。

当院における向精神薬多剤投与の実情

- 平成26年6月1か月間の状況
- 向精神薬多剤投与 25名
 - 抗精神病薬4剤以上 6名
 - 抗うつ薬4剤以上 1名
 - 抗不安薬3剤以上 0名
 - 睡眠薬3剤以上 18名

事例1 薬剤性せん妄・認知機能低下

主訴 不眠 夜間の異常行動

家族背景 夫を亡くし独居。娘が近くに住む。

現病歴

X-2年から、不安が強まると料理中に手が震える、眠れないと悩み、認知症の検査を受けたが、認知症とは診断されなかった。不眠に対して睡眠剤トリアゾラム0.25mgを処方され継続していた。

X-年料理に手順がわからないと悩み、娘が食事を作って運ぶようになった。

X年1月不眠と不安が強まり、心療内科受診。トリアゾラムからゾルピテム10mgに処方変更された。

処方変更後から夜眠らず混乱した電話をあちこちにかけるようになり、日中の会話もまとまらなくなった。

X年2月当院初診。トリアゾラム、ゾルピテムをすべて中止。スルピリド50mgに変更した。変更後も2日ほどは夜中に裸足で外をウロウロし、近所の人に保護されたこともあったが、その後は夜間の混乱、異常行動は消失。

X年7月なお不眠へのこだわり、不安の訴えは続くが、週2回100歳体操に参加。炊事も自力でやるようになり、日中に認知機能の改善もみられる。

事例2 睡眠剤へのこだわりが強い双極性障害

主訴 強い不眠 現在の処方へのこだわり

家族背景 内縁の妻とは別居 生活保護

既往歴、合併症 慢性肝炎のため内科通院中

現病歴

X-20年、40歳のころからそう状態、うつ状態を繰り返し、仕事が長続きしなかった。

X-9年、仕事に行き詰まり、うつ状態で当院初診。直後に自殺企図があり、精神科に入院。その後再び当院に通院していた。

X-5年、就労を試みてもうまくいかず、内縁の妻へのDVが激しくなり、別居。2度目の自殺企図、再入院。

以降は就労活動もしなくなり、内科と当院への通院、犬の散歩以外はほとんどひきこもった生活が続いている。不眠への頑固なこだわりがあり、現在の睡眠剤の処方継続にこだわっている。

処方内容 フルニトラゼパム2mg、ゾピクロン10mg、ロルメタゼパム2mg、
トラゾドン50mg、レボメプロマジン15mg、クエチアピン200mg 眠前

炭酸リチウム600mg、バルプロ酸NA 600mg ロラゼパム1.5mg 分3

まとめと考察

- 当院における向精神薬多剤投与の実情は、その多くが睡眠薬の3剤以上投与であった。
- しかし睡眠剤の多剤投与の多くが、精神病の継続治療の経過の中で、患者側の要因と再発を恐れる医療側のいわば暗黙の了解のうちに、多剤投与が常態化している実情がある。
- 一方で高齢者等では、睡眠剤がたとえ単剤でも、せん妄や認知機能低下をきたす原因となっている不適切投与の実態があった。