



回復期リハビリテーション病院と認知症

なぜ高齢者は抗不安薬や睡眠薬の使用に注意しなければいけないのか？

回復期リハビリテーション病院における診療では、まずリハビリ阻害要因の評価と治療計画作成が重要であります。阻害要因では、(1)認知症、(2)低栄養や(3)痛みの合併などの有無にとりわけ注意が向けられ、予後予測に基づく治療計画が立案されます。同時に医師にとっては急性期病院からの処方の点検が重要な課題であります。睡眠薬や抗不安薬の処方されている場合がきわめて多いことに驚かされます。

実際、日本では抗不安薬が比較的気軽に処方される傾向にあり、ベンゾジアゼピン系薬剤が好んで使用されます。効果も判然としないまま長期にわたって処方している症例も珍しくありません。精神科診療データブックによれば、「加齢に伴い、中枢神経系の感受性が増大し、効果も有害事象も出やすく、日中の傾眠をもたらし、いっそうの**夜間不眠、逆説的興奮やせん妄に陥るリスクが高い**。意識レベルの低下、認知機能低下、歩行時のふらつきをもたらす。従ってなるべく使用すべきでない」、と書かれています。原因には中枢神経系の感受性増大のみならず肝腎機能などの低下による血中濃度増加や高濃度が長期に維持されることもありえます。また、有害事象には、依存性や習慣性獲得のほか、嚥下に関する筋群の弛緩による不顕性誤嚥も引き起こしうることも知っておかなければならない重要なポイントであります。**ベンゾジアゼピン系薬物はもっとも多く日常診療で観察される転倒や誤嚥性肺炎の原因になるからであります。**

それでは高齢者の不眠に対する薬物処方はどうにすべきか？

不眠の有病率は70歳以上で約30%といわれています。不眠の慢性化はうつや認知症をも引き起こします。従って不眠治療は重要です。高齢者の睡眠薬選択においては超短時間型のものを選択すべきであり、その代表が**マイスリー**（これはベンゾジアゼピン系でない）であります。最近では昨年4月に**マイスリー**の作用機序に類似した**ルネスタ**という新薬が発売されました。より持続する睡眠作用が得られ、副作用発現リスクが少ないといわれています。

メラトニン受容体へ親和性のある薬物**ロゼレム**は従来の睡眠薬とは作用機序が全く異なり、穏やかな睡眠作用があり、副作用（歩行時のふらつき日中の眠気）が少ないという薬物です。就寝2時間前に服用し、数日後から効果が出現するといわれています。

日常臨床では、以上のような薬物を第一選択とすべきと考えます。それでも不眠を訴えるなら、私はデジレル25mgを追加処方します。これは抗うつ薬であり、習慣性をもたらさないといわれています。

しかし、まずは薬物より生活環境改善から

加齢は早期覚醒傾向、日中の覚醒水準低下や夜間睡眠浅化をもたらします。私は良好な睡眠習慣のため長年睡眠研究に携われた医学博士から、(1)有酸素運動を夕方(30分ぐらい)に行い、(2)家に帰ったら温めの風呂に入り、(3)夕食時からはカフェインや緑茶は避け、(4)徐々に体を冷やすようにし、(5)アルコール(夜間後半睡眠浅化・分断おこす)は食前酒として少量にとどめ、(6)静かな暗い部屋で床に就くという生活がよろしいという講義を受けたことがあります。もちろん日中にはストレスのない、本当にやりたいことを仲間と実践し、社会に役立つ存在として認められる存在(多分小生には無理)を目指すべきでありましょう。

どうぞ日常診療にお役立てください。

次号につづく