

薬剤師のための不眠症診療Webセミナー Session II

睡眠薬の適正使用を目的  
とした取り組み  
～**PBPM**を通じた多職種連携と  
タスクシフト/シェア～

令和6年3月4日

沼隈病院 薬剤課 課長 井上 卓治

薬剤師のための不眠症診療Webセミナー  
(主催：エーザイ株式会社)

## COI開示

発表者：井上卓治

演題発表内容に関連し、発表者らに開示すべき  
COI関係にある企業などはありません。



# 社会医療法人社団 沼南会 沼隈病院

- 病床：118床  
(一般44床、地域包括ケア16床、療養58床)
- 診療科：18科
- 沼隈病院職員数：203人
- 入院患者数：117人/日
- 外来患者数：155人/日
- 人口約2万2千人
- 高齢化率41.3%の地域\*を担う病院
- 法人として、病院の他、老健施設、介護事業を持ち、訪問診療も実施。



## 広島県福山市沼隈町



\*沼隈町加えて、実質的な医療圏として藤江町,金江町,内海町,熊野町,浦崎町,百島を含む  
(福山市2023年3月,尾道市2022年12月の人口統計より)

# 沼隈病院グループ ( 沼南会 ・ まり福祉会 )

## 《在宅訪問事業》

### 訪問診療



まり訪問看護ステーション

まり訪問介護ステーション



## 《まり高齢者複合施設 山南》

まり介護付高齢者住宅 山南 36室

まりショートステイ 山南 30床

まりデイケア 山南 定員 50名

山南クリニック



## 《病院・医院》

常石医院

沼隈病院

118床



## 《在宅生活応援事業》

介護老人保健施設ぬまくま

入所 定員 60名

通所リハビリ 定員 65名

訪問リハビリ



## 《入居事業》

GHぬまくま

まりホーム熊野

まりホーム内海



## 《居宅介護支援事業》

まり居宅介護支援事業所



## 《在宅生活応援事業》

まりデイサービス内海

定員 35名



## 地域密着型

特別養護老人ホーム

まり沼隈





# 沼隈病院 薬剤課の紹介

## 【薬剤部】

- 薬剤師数 5人(常勤4人、非常勤0.87人)
- 調剤補助事務 1名
- 外来処方箋枚数 150枚/日
- 院外発行率 97.5%
- 病棟薬剤業務実施加算算定  
一般病棟、療養病棟へ各1名配置
- 薬剤管理指導 273件/月
- 薬剤総合評価調整加算 11件/月
- 薬剤調整加算:3件/月
- 退院時薬剤情報連携加算:8件/月



# 不眠症の適応がある薬剤の分類

## GABA受容体作動薬

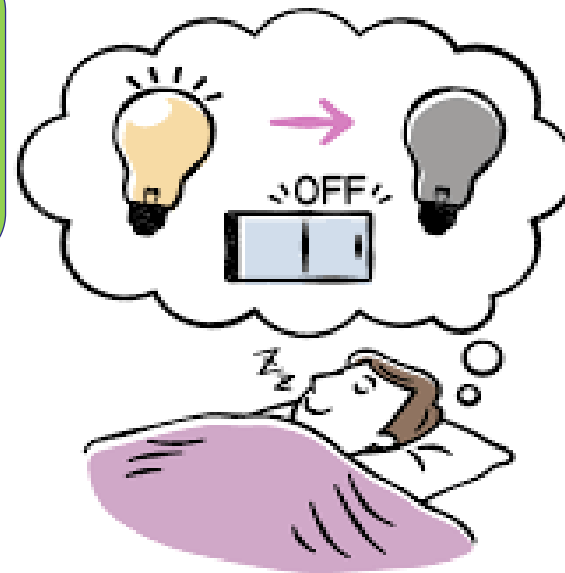
脳全体を鎮静させて  
眠りをもたらす



ブロチゾラム  
フルニトラゼパム  
ゾルピデム  
エスゾピクロン

## オレキシン受容体拮抗薬

亢進状態の覚醒を抑えて  
眠りをもたらす



スボレキサント  
レンボレキサント

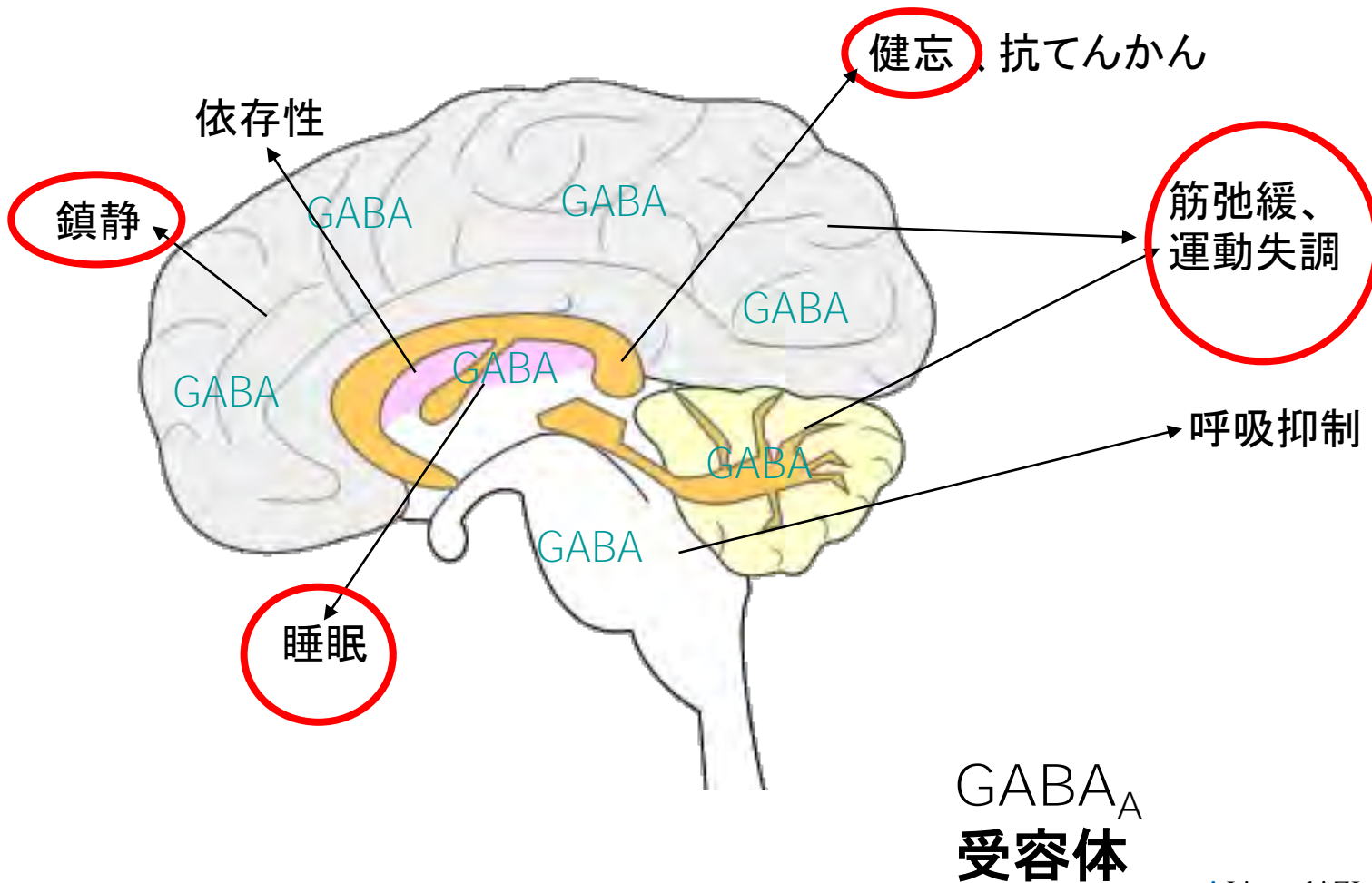


ラメルテオン

体内時計を調整する  
ホルモンへ作用

メラトニン受容体作動薬

# ベンゾジアゼピン受容体作動薬（以下，BZD）



## Lipowskiのせん妄発症要因の分類\*より

### 準備因子(起こしやすい患者要因)

高齢者・認知症・脳血管疾患・アルコール多飲

### 直接因子(引き金になる因子)

身体疾患・手術

薬剤←ベンゾジアゼピン系は主要な因子

### 促進因子(促進・遷延化させる)

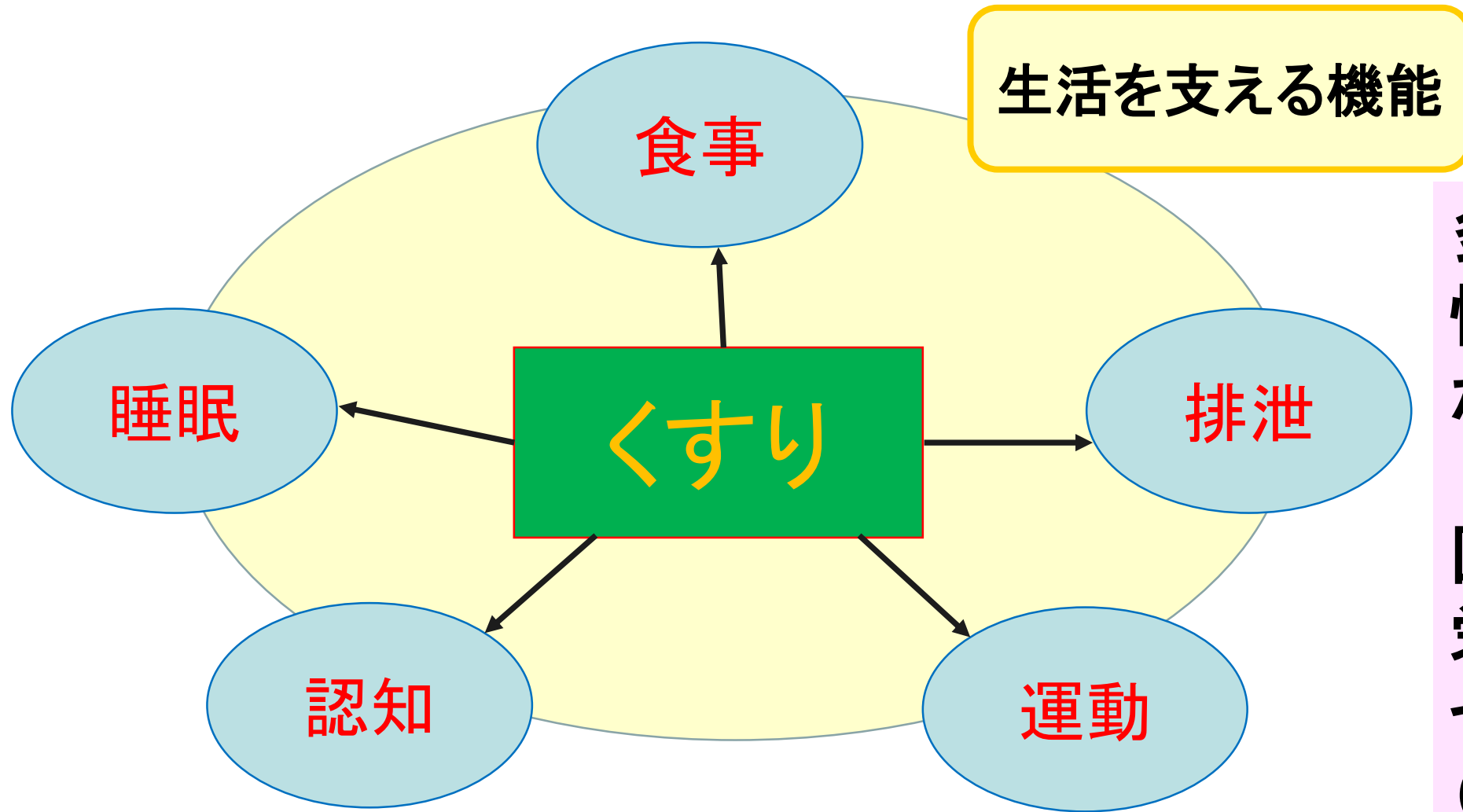
身体要因(疼痛・便秘・脱水など),

精神要因(不安抑鬱)など

「転倒」や「せん妄」の  
リスクが高くなる

\*Lipowski ZJ, Delirium: Acute Confusional State, Oxford University Press, New York, 1990, p109.

# 薬剤がADLに与える影響に配慮が必要



多職種との  
情報共有・連携  
が重要

医師・看護師  
栄養士  
セラピスト  
(PT, OT, ST)



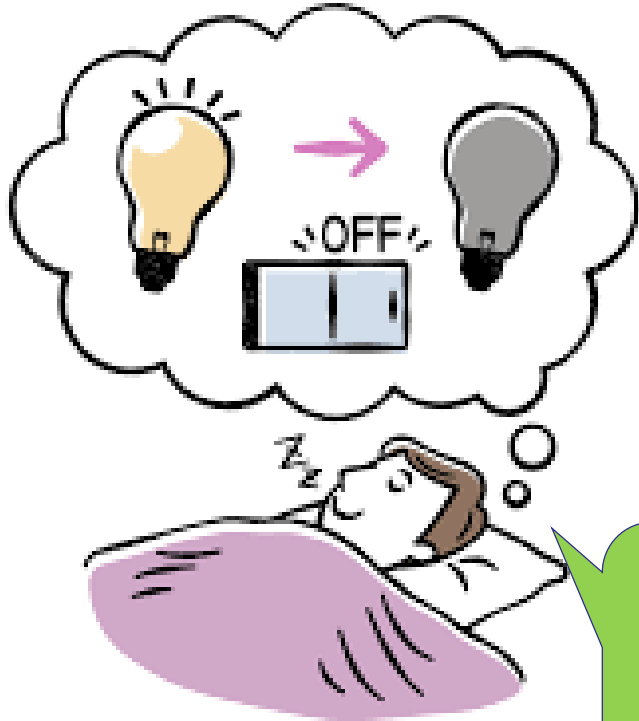
# 薬剤起因性老年症候群と主な原因薬剤

症候	薬剤
運動機能 ふらつき・転倒	降圧薬 (特に中枢性降圧薬、 $\alpha$ 遮断薬、 $\beta$ 遮断薬)、 <u>睡眠薬、抗不安薬</u> 、抗うつ薬、てんかん治療薬、抗精神病薬 (フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬 (抗コリン薬)、抗ヒスタミン薬 ( $H_2$ 受容体拮抗薬含む)、メマンチン
認知機能 記憶障害	降圧薬 (中枢性降圧薬、 $\alpha$ 遮断薬、 $\beta$ 遮断薬)、 <u>睡眠薬・抗不安薬 (ベンゾジアゼピン)</u> 、抗うつ薬 (三環系)、てんかん治療薬、抗精神病薬 (フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬、抗ヒスタミン薬 ( $H_2$ 受容体拮抗薬含む)
認知機能 睡眠 せん妄	パーキンソン病治療薬、 <u>睡眠薬、抗不安薬</u> 、抗うつ薬 (三環系)、抗ヒスタミン薬 ( $H_2$ 受容体拮抗薬含む)、降圧薬 (中枢性降圧薬、 $\beta$ 遮断薬)、ジギタリス、抗不整脈薬 (リドカイン、メキシレチン)、気管支拡張薬 (テオフィリン、アミノフィリン)、副腎皮質ステロイド
抑うつ	中枢性降圧薬、 $\beta$ 遮断薬、抗ヒスタミン薬 ( $H_2$ 受容体拮抗薬含む)、抗精神病薬、抗甲状腺薬、副腎皮質ステロイド

症候	薬剤
食事 食欲低下	非ステロイド性抗炎症薬 (NSAID)、アスピリン、緩下剤、抗不安薬、抗精神病薬、パーキンソン病治療薬 (抗コリン薬)、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、コリンエステラーゼ阻害薬、ビスホスホネート、ビグアナイド
排泄 便秘	睡眠薬・抗不安薬 (ベンゾジアゼピン)、抗うつ薬 (三環系)、過活動膀胱治療薬 (ムスカリン受容体拮抗薬)、腸管鎮痙薬 (アトロピン、ブチルスコポラミン)、抗ヒスタミン薬 ( $H_2$ 受容体拮抗薬含む)、 $\alpha$ グルコシダーゼ阻害薬、抗精神病薬 (フェノチアジン系)、パーキンソン病治療薬 (抗コリン薬)
排泄 排尿障害・ 尿失禁	抗うつ薬 (三環系)、過活動膀胱治療薬 (ムスカリン受容体拮抗薬)、腸管鎮痙薬 (アトロピン、ブチルスコポラミン)、抗ヒスタミン薬 ( $H_2$ 受容体拮抗薬含む)、睡眠薬・抗不安薬 (ベンゾジアゼピン)、抗精神病薬 (フェノチアジン系)、トリヘキシフェニジル、 $\alpha$ 遮断薬、利尿薬

## オレキシン受容体拮抗薬

亢進状態の覚醒を抑えて  
眠りをもたらす



スボレキサント

レンボレキサント

- 「オレキシン」  
アセチルコリン・セロトニン・ノルアドレナリン  
・ヒスタミンなど覚醒系の神経伝達物質の  
上流制御因子
- この「オレキシン」受容体に結合  
し競合的に阻害するため、生理  
的な睡眠を促す。

「転倒」や「せん妄」の  
リスクが少ない報告がある

# 当院の睡眠薬使用における問題点（2017年以前）

患者背景を十分考慮できていない  
BZDの使用が散見

医師

看護師

- ・ どの薬剤を記入するか  
個別の医師の判断による
- ・ 指示薬がないこともあり
- ・ 異なるBZDの複数併記

- ・ 夜間のため選択薬の判断は  
個々の看護師の裁量となる
- ・ 投薬できず経過をみる
- ・ ハイリスクへのBZD使用

## 【使用上の注意】

### 2. 重要な基本的注意

- (1) 連用により薬物依存を生じることがあるので、漫然とした継続投与による長期使用を避けること、本剤の投与を継続する場合には、治療上の必要性を十分に検討すること（「重大な副作用」の項参照）。

2017年3月

BZD添付文書一斉改訂 連用による薬物依存  
→連用を避ける！必要性を十分検討！

P B P M

(Protocol Based Pharmacotherapy Management)

そこで!

## 医師と合意したプロトコールに従って 薬剤師が主体的に業務実施することを意味する

平成22年4月30日厚生労働省医政局長通知（医政発0430第1号）

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

薬剤師を積極的に活用することが可能な業務の記載のひとつ

「**薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協同して実施すること**」

日本病院薬剤師会（2015年）

「PBPMの円滑な進め方と具体的実践事例」

PBPMは、薬剤師の専門性の発揮によって薬物治療の質の向上や安全性の確保、さらには医師等の業務負担軽減に寄与し、今後のチーム医療の発展に大きく貢献する

日本医療薬学会（2016年）

「PBPM導入マニュアル」

PBPMは、それぞれの医療機関で抱えている薬物治療における課題を解決するための有用な手段である

# P B P M

(Protocol Based Pharmacotherapy Management)

薬剤師による主体的業務

専門性の発揮

薬物療法の

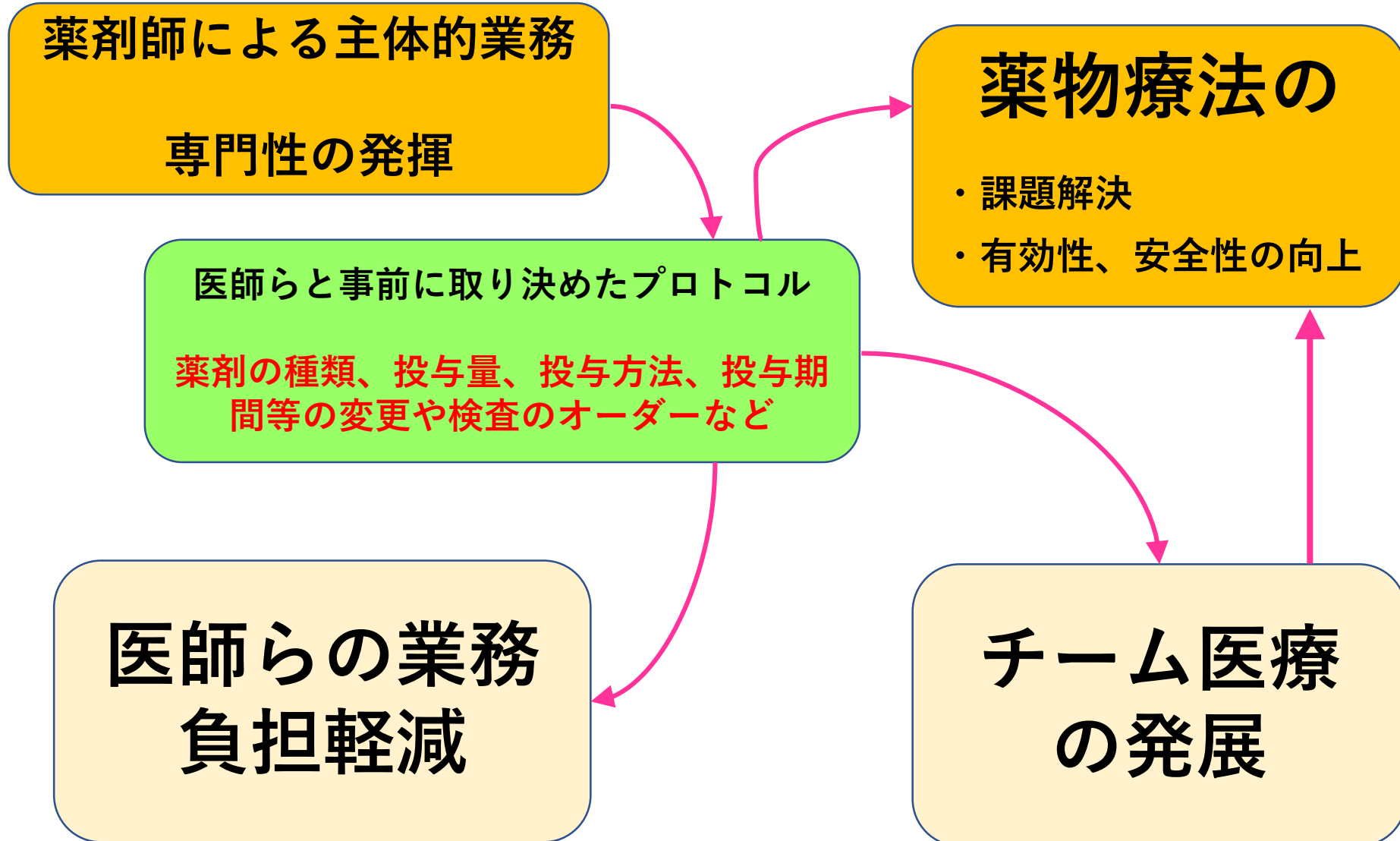
- ・課題解決
- ・有効性、安全性の向上

医師らと事前に取り決めたプロトコル

薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーなど

医師らの業務  
負担軽減

チーム医療  
の発展



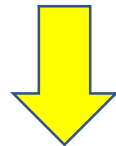
# 運用手順 (2018年1月～9月)

導入

Simple !

## ①指示簿の入力「不眠症時」「不穏時」

入院時に全ての患者に、薬剤師が入力→医師の承認



まだBZDが指示簿にある

## ②看護師が必要時指示簿から投薬

- ◆**看護師**が、患者状態を「不眠」か「不穏」で判断  
「不眠症」か「不穏時」のどちらか適切な指示簿を選択
- ◆**看護師**が、患者のせん妄リスク因子を評価  
「不眠症」 → 通常指示orせん妄ハイリスク指示 使い分け

なんと、看護師が投薬時にリスク評価からする！そんな時間ないよ！

### 指示簿「不眠症時」

ゾルピデム錠5mg・エスゾピクロン錠2mg

以下のせん妄リスク因子を複数保有の場合：  
トラゾドン錠25mg 1錠 内服

せん妄リスク：

70歳以上、認知症、周術期、  
脳梗塞・脳出血既往、せん妄既往

### 指示簿「不穏時」

#### 興奮を伴う場合

リスペリドン錠1mg 1錠 内服

内服不可の時：

ハロペリドール注5mg1mL 筋注or点滴静注

※パーキンソン病は禁忌

#### 興奮を伴わない場合

(ベッド上ゴソゴソ・多弁)

トラゾドン錠25mg 1錠 内服

# サブユニット選択性の違いによる ベンゾジアゼピン系睡眠薬の作用、ADLへの影響の比較

## GABA<sub>A</sub>受容体 サブユニット

$\alpha$  1 サブユニット：  
鎮静，前向き健忘，依存

$\alpha$  2 サブユニット：  
催眠，抗不安，筋弛緩

$\alpha$  3 サブユニット：  
睡眠，抗不安，抗うつ，筋弛緩

### 従来のベンゾジアゼピン系

$\alpha$  1, 2, 3 の全てに作用

### 改良されたベンゾジアゼピン系

$\alpha$  1 への作用を強く、 $\alpha$  2,  $\alpha$  3 は弱い

### 「エスゾピクロン」

$\alpha$  1 の作用は弱く、 $\alpha$  2 と 3 の作用が強い。

「鎮静」ではなく、「催眠」効果。

「依存」も比較的少なくなっている。

# 「適応外使用」で 睡眠薬として使用する薬剤

(鎮静系) 抗うつ薬

「トラゾドン」

- 抗うつ作用は強くない。
- 抗うつ効果を期待する用量より少ない25mg～50mgで使用
- セロトニン5-HT<sub>2A</sub>受容体阻害作用
- 睡眠を深くし中途覚醒を減らす。
- せん妄を起こしにくい。せん妄の治療にも使用。

抗精神病薬

「クエチアピン」 (MARTA)

「ペロスピロン」 (SDA)

「リスペリドン」 (SDA)

- 本来「統合失調症」で使用(D<sub>2</sub>遮断作用)。
- セロトニン5-HT<sub>2A</sub>・ヒスタミンH<sub>1</sub>・ノルアドレナリン $\alpha$ <sub>1</sub>受容体阻害作用
- 不穏が強い時に入眠を期待して使用。



# 抗精神病薬の特徴

	リスペリドン (SDA)	クエチアピン (MARTA)	ペロスピロン (SDA)
抗精神病作用 (D <sub>2</sub> 遮断作用)	強い	中程度	強い
睡眠・鎮静作用	弱い	中程度	中程度
半減期	活性代謝物が20時間 (腎機能低下・高齢者 →更に延長)	3～4時間	2相性 第1相：1～3時間 第2相：5～8時間
糖尿病	投与可能	禁忌	投与可能

# 当院における不眠症・不穏時PBPM導入後の発展の流れ

運用手順（2018年10月～2019年7月）

改訂1

「**投薬後の評価**」を手順に追加

看護師との情報交換・連携，定期処方調整における医師との連携

運用手順（2019年8月～2021年5月）

改訂2

**せん妄リスク評価**方法のタイミングと手順の変更

入院時に，**薬剤師と看護師が協働実施**し、それに合う指示簿を選定。

運用手順（2021年6月～現在）

改訂3

レンボレキサント主体へ改定

過去の指示簿で使用した薬剤の弱点を補い、**ベンゾジアゼピン系を指示簿から削除**

# 当院におけるPBPM導入後の発展の流れ

これまでの薬剤・・・それぞれ汎用するには問題点あり  
BZDである『エスゾピクロン』を含めて、使い分けが必要であった

トラゾドン：適応外使用(抗うつ薬)  
最高血中濃度到達：3～4時間(食後)、1時間(空腹時) 半減期：6～7時間

抗精神病薬：  
主作用はドパミンによる過度の神経伝達の抑制（幻覚・妄想など）  
錐体外路症状や代謝系副作用など、薬剤により忍容性の問題

ラメルテオン：  
作用発現に2週間程度の連日服用が必要。

スボレキサント：  
最高血中濃度到達：1.5時間(1～3時間) 半減期10時間  
夜間投薬するには看護師が併用薬を確実に確認する必要あり。

# 当院におけるPBPM導入後の発展の流れ

2020年7月から発売の『**レンボレキサント**』

最高血中濃度到達時間が1時間(0.5～2時間)

第1相半減期が4時間程度(全体では50時間だが)

→作用発現が比較的早く、持ち越しも比較的少ない特徴

2021年5月～長期処方解禁を受け、

2021年6月から、薬剤の内容を大幅に改定。



バラ包装  
5mg100錠

2023年10月～バラ包装も発売され、全自動分包機での調剤時の利便性向上

# 専門医による推奨（薬物療法）

入眠困難



睡眠維持障害(中途覚醒・早朝覚醒)



Expert Consensus for Hypnotics & Anxiolytics

## 睡眠薬・抗不安薬のエキスパートコンセンサス

高江洲義和・稲田 健 編著  
協力  
日本睡眠学会・日本臨床精神神経薬理学会  
日本不安症学会・日本プライマリ・ケア連合学会

**専門医はこうしている！**  
プライマリ・ケア医と精神科医が  
臨床で活かせる手引書

株式会社 新興医学出版社

# 運用手順 (最新)

## ① 入院時 せん妄リスク評価 (薬剤師と看護師の共同)

下記因子いずれかに該当で  
「せん妄ハイリスク」

- 1) 認知症
- 2) せん妄の既往
- 3) 70歳以上
- 4) 脳血管疾患既往
- 5) 全身麻酔を要する周術期
- 6) 重症管理
- 7) リスク薬剤服用中  
(ベンゾジアゼピン、オピオイド)
- 8) アルコール多飲

## ② 指示簿の入力

「不眠症時」 「不穏時」

リスク評価に適したものを  
ひとつずつ選択

薬剤師が入力 → 医師の承認

## ② 定期処方への介入

(リスク薬剤服用中の場合)

患者面談、多職種からの情報  
収集を行い、ベンゾジアゼピ  
ン系薬剤、オピオイド、抗コ  
リン薬などの減薬を検討し、  
立案。主治医に提案。

## 指示簿「不眠症時」

せん妄リスク(-)

第1選択：デエビゴ※1

せん妄リスク(+)

第1選択：デエビゴ※1

第2選択：トラゾドン25mg (1時間後、1錠追加可)

デエビゴは「せん妄」及び「せん妄予防」に関する効能又は効果は有していない

## 指示簿「不穏時」

糖尿病(-)

【興奮強い・幻覚など】

第1選択：クエチアピン25mg

第2選択：デエビゴ※1

【ゴソゴソ・独語など】

第1選択：デエビゴ※1

第2選択：トラゾドン25mg (1時間後、1錠追加可能)

【経口不可の時】 (パーキンソン病禁忌 ← 該当時消去)

ハロペリドール2mg + アタククスP25mg筋注or 点滴静注(生食)

糖尿病(+)

【興奮強い・幻覚など】

第1選択：ペロスピロン4mg (1時間後、1錠追加可能)

第2選択：デエビゴ※1

※以下同様 (省略)

※1 デエビゴ用量：以下に基づき薬剤師が設定

ベルソムラ(採用削除)定期の場合 → デエビゴ5mgに切り替え  
定期処方デエビゴ用量と合わせて10mgを超えない用量を設定  
CYP3A強阻害薬併用では1日2.5mgまで(ペラパミル・クリスロマイシンなど)

表記各薬剤の情報につきましては当該電子添文をご参照ください

運用手順  
続き

### ③ 看護師が必要時指示簿から投薬

#### ④ 薬剤師が投薬後の評価

##### 1) 看護師に使用薬の助言

- 患者状態（不眠症・不穏）に応じた薬剤選択となっているか？
- 第1選択薬で効果がなかった場合の第2選択薬使用の提案

##### 2) 指示薬の変更

###### 薬剤師の代行で可

トラゾドン 25mg→50mg増量

ペロスピロン 4mg→8mg増量

###### 主治医と相談後の追加

リスペリドン内用液・アセナピン舌下錠

##### 3) 定期薬の追加

指示簿からの投薬が頻回の場合

###### (1) デエビゴ5mgを定期処方開始

###### (2) トラゾドン25mg～50mgを定期処方開始

指示簿からの投薬後の評価で有効であった薬剤の適切な用量を検討し、上記範囲内は、薬剤師による代行入力後、医師に報告

###### (3) 抑肝散の臨時処方

認知症の周辺症状として不穏が続く場合、不穏となる時間帯に合わせて1日1～2回服用3日間処方、薬剤師による代行入力後、医師に報告  
効果、副作用の判定をして以後の継続を判断

###### (4) 他の薬剤 (抗精神病薬、トラゾドン以外の鎮静系抗鬱薬)

(1)～(3)以外の薬剤の定期処方追加が適切と判断すれば、薬剤師より、医師に提案し指示を仰ぐ。ミルタザピン錠、クエチアピン錠、ブロナンセリンテープなど。

# プロトコル導入と改定の成果

## • BZD使用割合が減少

2018年1月～2019年7月：81.7%

2019年8月～2021年5月：51.8%

2021年6月～2023年3月：0.5%

チーム連携の推進



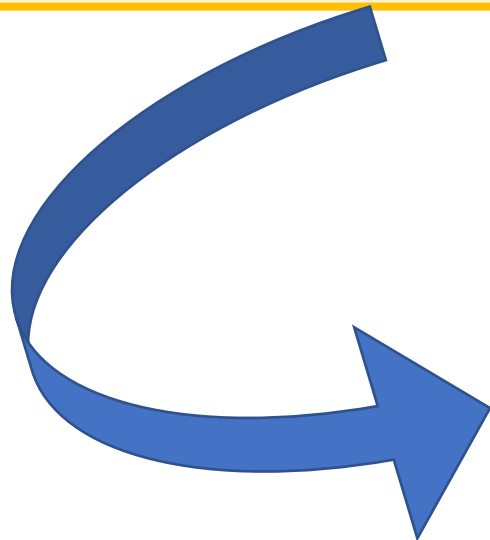
A D L に影響する  
薬剤の減少

## • 薬剤投与後の「不穏」が減少

2018年1月～2019年7月：15.6%

2019年8月～2021年5月：10.8%

2021年6月～2023年3月：2%前後





# 最大の成果は新たなチーム連携の構築

多職種が関わる業務手順をプロトコルの形にし  
そのプロトコルの課題を明確化しながら  
新たな手順への発展をしていけた

➡ チーム医療の形を(よい意味で)変容していけた

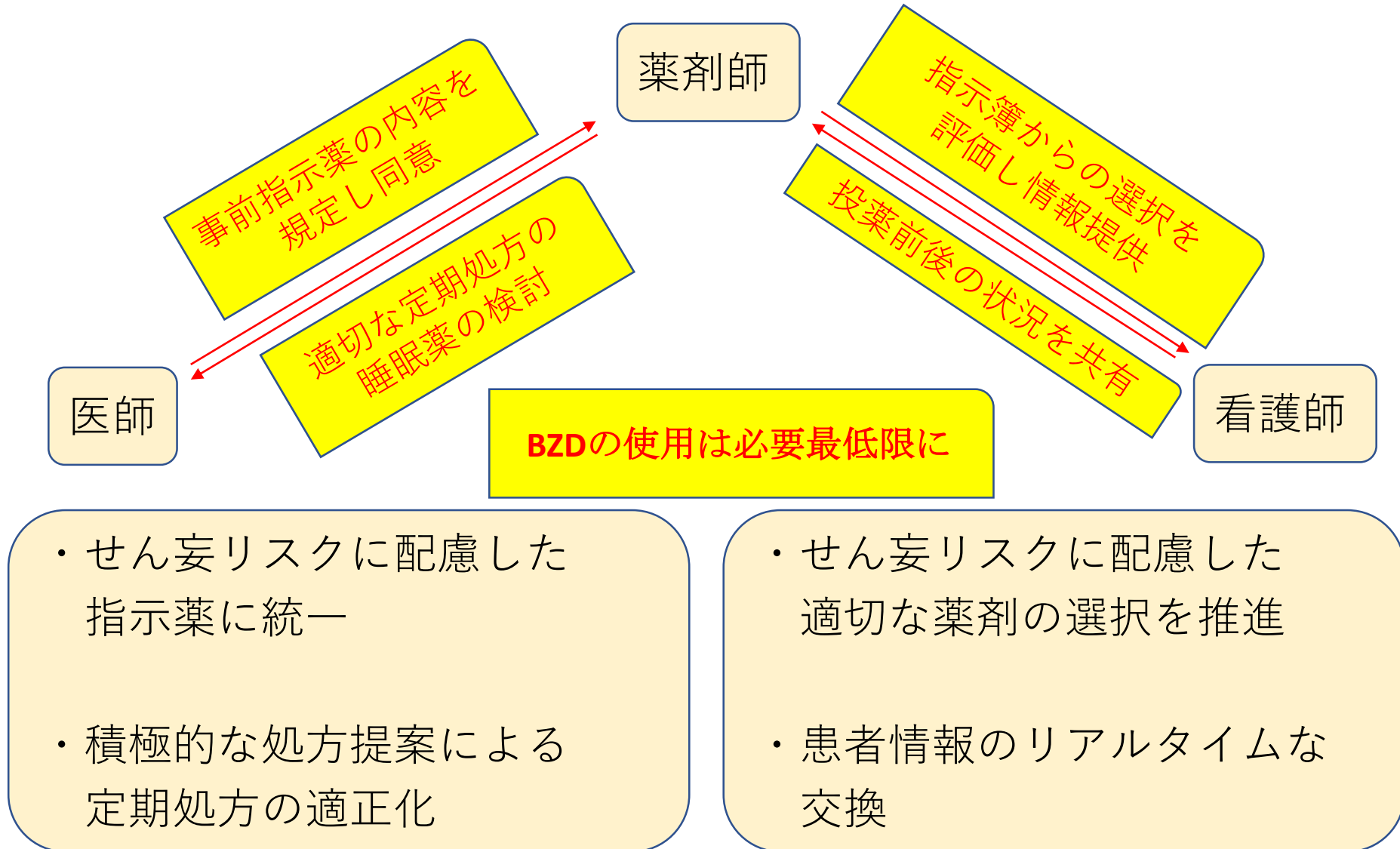
2018/10月～

看護師へ薬剤特性を踏まえた適正な選択の  
情報共有をする手順が日常業務に定着

2019/8月～

薬剤師と看護師が協働で入院時に  
せん妄リスクを評価する手順へと改善

# 薬剤師を含めた連携の形を模索

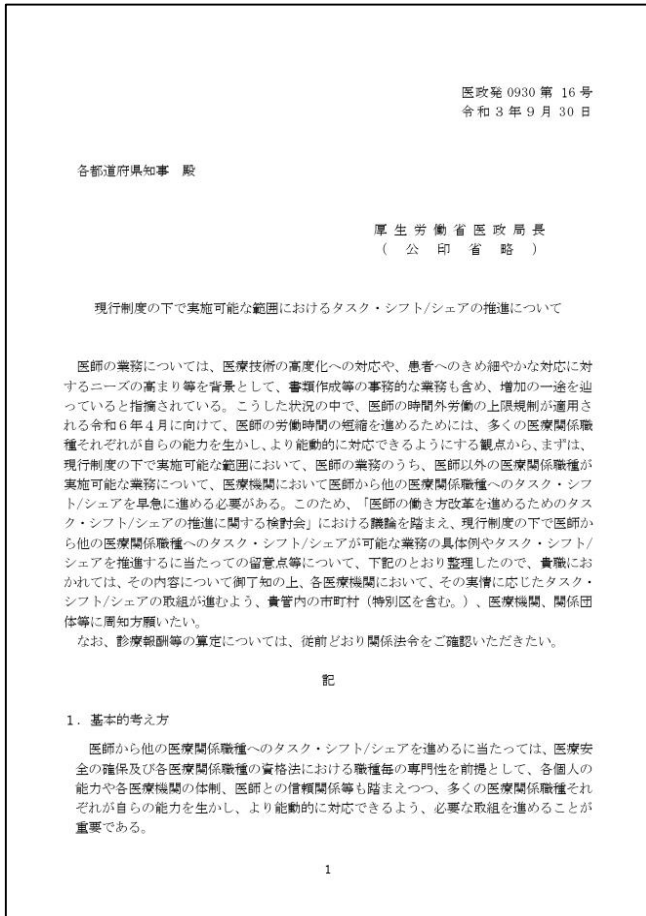


# 2024年4月～医師の時間外労働の上限規制

## 厚生労働省医政局通知(2021年9月30日)

「現行制度の下で実施可能な範囲における  
タスク・シフト/シェアの推進について」

## 薬剤師へタスク・シフト可能な業務

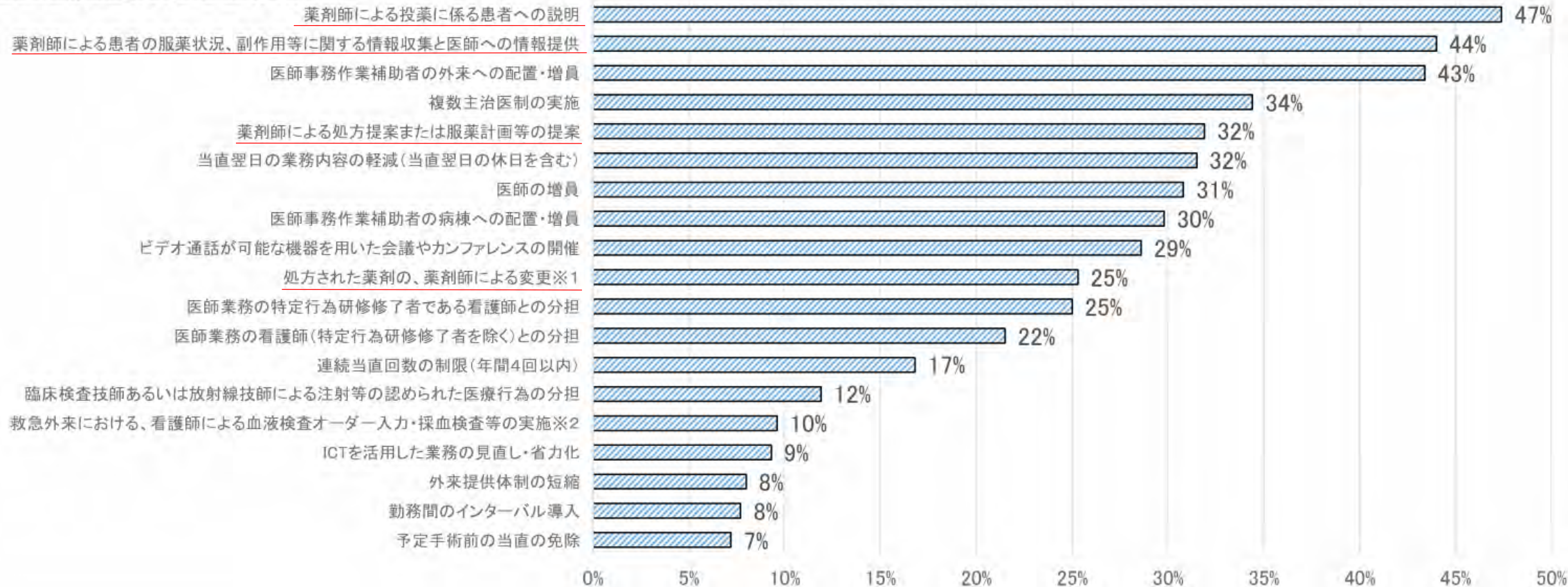


- ① 周術期における薬学的管理
- ② 病棟等における薬学的管理
- ③ 事前に取り決めたプロトコルに沿って行う処方された薬剤の投与量の変更等
- ④ 薬物療法に関する説明等
- ⑤ 医師への処方提案等の処方支援
- ⑥ 糖尿病患者等における自己注射や自己血糖測定等の実技指導

# 医師の負担軽減策の実施状況

○ 所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、薬剤師による投薬に係る患者への説明(47%)、医師事務作業補助者の外来への配置・増員(43%)といった取組が挙げられた。

## 1. 全診療科を対象とした結果



※1 事前に取り決めたプロトコールに沿ったもの

※2 医師が予め患者の範囲を示し、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づくもの

所属している診療科で実施している、と回答した医師の割合 (n=2400)

# タスク・シフト/シェアに通ずる「連携」とは？

連携とは...

共有化された目的を持つ

複数の人及び機関（非専門職も含む）が、

単独では解決できない課題に対して、

主体的に協力関係を構築し、

目的達成に向けて取り組む

相互関係の過程である。

《連携の構成要素》

- ① 共有化された目的
- ② 複数の人及び機関
- ③ 単独解決できない課題
- ④ 主体的な協力関係
- ⑤ 目的達成の取り組み
- ⑥ 相互関係の過程

# 連携の展開過程（7つのプロセス）

① 単独解決できない課題の確認

高齢者の転倒・せん妄を増やすBZD系薬剤の使用を減らしたい。適切な薬剤使用を進めたい。

② 課題を共有しあえる他者の確認

睡眠薬指示をする医師、使用する看護師

③ 協力の打診

④ 目的の確認と目的の一致

プロトコルの提示と承認。必要な知識・考え方について、看護師に複数回の研修を実施。

⑤ 役割と責任の確認

⑥ 情報の共有

せん妄リスク評価や患者状態のフィードバック、適切な薬剤についてのフィードバック、医師への処方提案など、プロトコル改定を重ねて、役割を手順に明確にして記載。その結果、情報の共有が連続的、日常的な形に変化。

⑦ 連続的な協力関係の展開

# タスク・シフト/シェアを効果的に進めるために

- 「意識改革・啓発」：受ける側の「**不満**」を産まないために  
共通の課題について目的の確認と一致をしっかりと行う。
- 「知識・技能の習得」：受ける側の「**不安**」の解消  
必要な知識・技能を習得するための研修会の実施。  
実臨床でのリアルタイムな情報交換の継続。  
→プロトコルでは、薬剤使用後の薬剤師評価・助言で実施。
- 「余力の確保」：受ける側の「**負担**」が発生しないように配力  
できるだけ今までの業務に沿って、新しい仕事を加えない  
職種間のタスクシフトも検討（薬剤師→事務員など）

## 病棟業務における定期処方への介入

日々、めちゃくちゃ相談が来ます！  
でも、相談されることのありがたさ^^

### 病棟看護師からの相談からの介入

(認知症やせん妄などで連日の不眠・不穏に困った際)

- 指示簿からの選択薬の助言・指導
- 指示簿薬剤を使用後の効果判定を基に定期処方への介入  
(ベンゾジアゼピン系薬剤の減量～中止, 他の有効薬剤の定期追加)
- **プロトコルの流れに沿って、各スタッフ負担なく**自然に介入できる

### 入院時せん妄リスク評価時からの介入

スタートダッシュ！が重要

- 特にせん妄リスクが高い周術期では介入が有効
- 入院時から積極的に、ベンゾジアゼピン系薬剤の減量～中止を提案  
(ラメルテオンやレンボレキサント, トラゾドンなどを併用しつつ)



実践事例から振り返り

# 実践事例① 入院時せん妄リスク評価から介入開始

- 70代男性，前医で硬膜下血腫術後，リハビリ目的で転院
- 転倒の繰り返し＋脳梗塞既往，高齢などせん妄リスク複数
- BZD 定期服用中
- 入院日夜，指示簿よりデエビゴ錠®5mg服用し良眠

看護師と  
入院時  
リスク評価

← 投薬後評価

- 入院時にせん妄リスクを評価し，リスク薬剤のBZD中止の方針。
- 本人に睡眠薬変更について説明し，薬剤師の介入
- BZD⇒デエビゴ錠®5mgに切り替え成功  
BZD1錠から0.5錠に減量し，デエビゴ錠5mg新規開始  
→良眠できたので、1週間後にBZD中止。その後も良眠できていた。

## 実践事例② 指示簿からの使用経過を評価し介入

- 90代男性，施設入所中に腎盂腎炎発症され入院加療
- 入院環境への変化もあり，不穏が強く常に見守りが必要
- アルツハイマー型認知症もあり，もともと不穏が強かった
- 指示簿からの薬剤使用状況：デエビゴ頻回使用

看護師からも  
日々  
お困りごと相談

病棟薬剤師出動

- プロトコル適応：デエビゴ錠®5mg追加と下記リスク薬剤へ介入
- その後更に，クエチアピン錠®25mg提案し追加
- リスク薬剤①：BZDは漸減～中止へ
- リスク薬剤②：ルパタジン10mg—強い抗ヒスタミン作用。  
認知機能への影響があると考え中止（アレルギー症状再燃なし）

## 実践事例③ 睡眠衛生指導中心の介入

- 80代女性。自宅で転倒し上腕骨骨折。入院。手術，リハビリ。
- **入院前**：入眠障害，中途覚醒の両方あり、近医で，様々なBZDを試した後、BZDの中止を提案され，最近はオレキシン受容体拮抗薬のみ処方。
- 入院後も不眠の訴え➡度々の処方変更介入も睡眠障害改善が難しい

**薬だけに頼らない生活指導で、安全な薬物療法を提案**

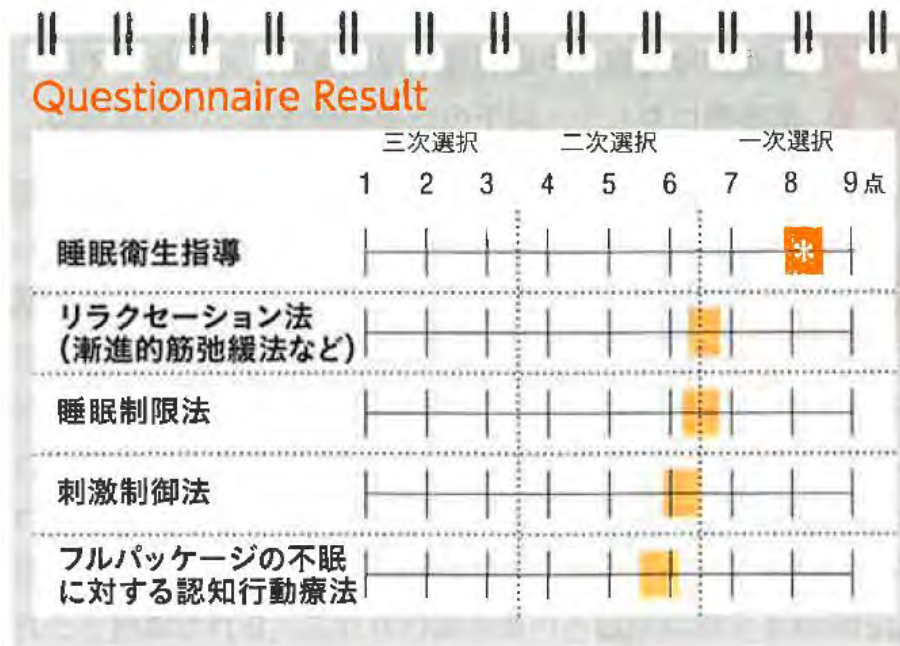
- 治療の目標設定「入眠ができ，入眠初期の深い睡眠をとれることで，翌日の活動に影響がないこと」➡本人に提案し，納得。
- デエビゴ錠®10mgで入眠障害は解消，中途覚醒はあるものの翌日の活動に影響を与える寝不足はなくなり，満足度も改善。

# 専門医による推奨（非薬物療法）

## 入眠困難



## 睡眠維持障害(中途覚醒・早朝覚醒)



出典 睡眠薬・抗不安薬のエキスパートコンセンサス

Expert Consensus for Hypnotics & Anxiolytics

# 睡眠薬・ 抗不安薬の エキスパート コンセンサス

高江洲義和・稲田 健 編著  
協力  
日本睡眠学会・日本臨床精神神経薬理学会  
日本不安症学会・日本プライマリ・ケア連合学会

**専門医はこうしている！  
プライマリ・ケア医と精神科医が  
臨床で活かせる手引書**

株式会社 新興医学出版社

非薬物療法を知ることが、多職種の専門性を活かし、  
共通の目的に対して、連携・協働して解決にあたるための一歩

# 睡眠衛生指導

～健康づくりのための睡眠指針2014（厚生労働省健康局作成）～

※「健康づくりのための睡眠ガイド2023」2月改訂

## ～睡眠12箇条～



- 1 良い睡眠で、からだも心も健康に。
- 2 適度な運動、しっかり朝食、ねむりとめざまめのメリハリを。
- 3 良い睡眠は、生活習慣病予防につながります。
- 4 睡眠による休養感は、こころの健康に重要です。
- 5 年齢や季節に応じて、ひるまの眠気で困らない程度の睡眠を。
- 6 良い睡眠のためには、環境づくりも重要です。
- 7 若年世代は夜更かし避けて、体内時計のリズムを保つ。
- 8 勤労世代の疲労回復・能率アップに、毎日十分な睡眠を。
- 9 熟年世代は朝晩メリハリ、ひるまに適度な運動で良い睡眠。
- 10 眠くなってから寢床に入り、起きる時刻は遅らせない。
- 11 いつもと違う睡眠には、要注意。
- 12 眠れない、その苦しみをかかえずに、専門家に相談を。

## 5 年齢や季節に応じて、ひるまの眠気で困らない程度の睡眠を。

- 必要な睡眠時間は人それぞれ
- 睡眠時間は加齢で徐々に短縮
- 年をとると朝型化 男性でより顕著
- 日中の眠気で困らない程度の自然な睡眠が一番



**要約** 成人の標準的な睡眠時間は6時間以上8時間未満で、1年を通して、日の長い季節では短くなり、日の短い季節では長くなります。また、年をとると自然に睡眠時間が短くなり朝型化することが知られています。必要以上に長く睡眠をとったからといって、健康になるわけではありません。ひるまの眠気で困らない程度の、自然な睡眠が一番です。

# 睡眠衛生指導

～健康づくりのための睡眠指針2014（厚生労働省健康局作成）～

※「健康づくりのための睡眠ガイド2023」2月改訂

## ～睡眠12箇条～



- 1 良い睡眠で、からだもこころも健康に。
- 2 適度な運動、しっかり朝食、ねむりとめざまめのメリハリを。
- 3 良い睡眠は、生活習慣病予防につながります。
- 4 睡眠による休養感は、こころの健康に重要です。
- 5 年齢や季節に応じて、ひるまの眠気で困らない程度の睡眠を。
- 6 良い睡眠のためには、環境づくりも重要です。
- 7 若年世代は夜更かし避けて、体内時計のリズムを保つ。
- 8 勤労世代の疲労回復・能率アップに、毎日十分な睡眠を。
- 9 熟年世代は朝晩メリハリ、ひるまに適度な運動で良い睡眠。
- 10 眠くなってから寢床に入り、起きる時刻は遅らせない。
- 11 いつもと違う睡眠には、要注意。
- 12 眠れない、その苦しみをかかえずに、専門家に相談を。

## 9 熟年世代は朝晩メリハリ、ひるまに適度な運動で良い睡眠。

- 寢床で長く過ごしすぎると熟睡感が減る
- 年齢にあった睡眠時間を大きく超えない習慣を
- 適度な運動は睡眠を促進



**要約** 睡眠時間や睡眠パターンは年齢によって大きく異なり、高齢者では若年期と比べて必要な睡眠時間が短くなります。年齢に合った適切な睡眠時間にすることが大切です。また、長時間の昼寝をすると、メリハリがなくなり、睡眠が不安定になりがちです。ひるまの適度な運動は、睡眠と覚醒のリズムにメリハリをつけ、ぐっすり眠ったという感覚につながる他、生活習慣病の予防にも効果的です。

# 睡眠衛生指導

～健康づくりのための睡眠指針2014（厚生労働省健康局作成）～

※「健康づくりのための睡眠ガイド2023」2月改訂

## ～睡眠12箇条～



- 1 良い睡眠で、からだもこころも健康に。
- 2 適度な運動、しっかり朝食、ねむりとめざめのメリハリを。
- 3 良い睡眠は、生活習慣病予防につながります。
- 4 睡眠による休養感は、こころの健康に重要です。
- 5 年齢や季節に応じて、ひるまの眠気で困らない程度の睡眠を。
- 6 良い睡眠のためには、環境づくりも重要です。
- 7 若年世代は夜更かし避けて、体内時計のリズムを保つ。
- 8 勤労世代の疲労回復・能率アップに、毎日十分な睡眠を。
- 9 熟年世代は朝晩メリハリ、ひるまに適度な運動で良い睡眠。
- 10 眠くなってから寢床に入り、起きる時刻は遅らせない。
- 11 いつもと違う睡眠には、要注意。
- 12 眠れない、その苦しみをかかえずに、専門家に相談を。

## 10 眠くなってから寢床に入り、起きる時刻は遅らせない。

- 眠たくなってから寢床に就く、就床時刻にこだわりすぎない
- 眠ろうとする意気込みが頭を冴えさせ寝つきを悪くする
- 眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに



**要約** 寝る2～3時間前は一日の中で最も寝つきにくい時間帯です。心配になって早く寢床に入ると、かえって寝つきが悪くなります。

その日の眠気に応じて「眠くなってから寢床に入る」ことがスムーズに寝つく近道です。寢床に入る時刻が遅れても、朝は一定時刻に起き、太陽の光を取り入れることで、寝つく時刻は安定していきます。眠りが浅くよく目覚めてしまうときは積極的に遅寝・早起きにして、寢床で過ごす時間を短くすることが効果的です。





# 処方適正化後のフォローが大切

- ◆ こういった活動もきちんとしたアフターフォローあって生きてくる
- ◆ かかりつけ医に戻られたのちに、処方変更内容が情報提供されず、入院前の処方に戻ってしまうケースがある。(再入院した際発覚したり・・・)。

## 誰が誰に処方変更についての情報提供を書くのか？

- ◆ 確実に情報が伝達される方法を試行錯誤(2015年から徐々に)
- ◆ 2017年度～**かかりつけ医**への**診療情報提供書**に介入  
「**処方内容**」欄→**薬剤師が確認し、修正・記入する**  
その**備考欄**に**変更経緯など特別伝達したいことは個別に記載**
- ◆ 2020年度～**調剤薬局**への**薬剤管理サマリー**のFAXを開始

# 住み慣れた地域へ帰るとき一途切れのない情報提供を目指して

## かかりつけ医への情報提供

**診療情報提供書**

紹介先医療機関 診療科 **薬剤師が処方内容の確認と処方変更の経緯を記載**

紹介元医療機関 〒720-0402 広島県福山市沼隈町中山南469-3  
TEL 084-988-1888 FAX 084-988-1119  
社会医療法人社団 沼南会 沼隈病院

患者氏名 待史 氏  
患者住所 福山市中山南469-3  
電話番号  
拝啓 上様  
傷病

**処方内容**

トラゼンタ錠5mg 1錠  
・・・1日1回朝食後  
シルニジピン錠10mg「サワイ」(先:アレルギ) 1錠  
・・・1日1回朝食後  
【腎】20mg ファモチジンD錠「サワイ」 1錠  
・・・1日1回朝食後  
Rp-4 ベタニス錠50mg 1錠  
・・・1日1回朝食後  
メトホルミン塩酸塩錠250mgMT「TE」(先:メグ) 1錠  
・・・1日2回朝夕食後  
トラゾドン塩酸塩錠25mg「アメル」(先:デジレ) 1錠  
・・・1日1回ねる前  
酸化マグネシウム錠330mg「ケンエー」(マギミト) 1錠  
・・・1日2回朝夕食後

**備考** 入院中の処方変更について 薬局井上

お世話になります。  
入院中の処方変更等、何点かございますので情報提供いたします。

まず、睡眠薬について、貴院で処方されていたゾルピデムが中途覚醒時に服用していた(服薬なしで入眠はできていた)。また中途覚醒もほぼ毎日あるとのことで、また熟睡もなくなっており、ゾルピデムの服用は不要となっております。また、低血糖も何度か起こされ、食前血糖が70~90台で、シュアポストから低血糖リスクの低いメトホルミンに変更して経過をみています。その後、低血糖もなく血糖コントロール良好です。また、便秘に対して、酸化マグネシウム追加して、排便

以上、情報提供でした。  
今後ともよろしくお願いいたします。

## 調剤薬局への情報提供

**薬剤管理サマリー** 作成日 2022年8月31日

お名前 御待史 様  
様のお返院時処方・薬学的管理事項について連絡申し上げます。

生年月日 昭和12年2月13日 65歳 性別 女 身長 133.9 cm 体重 30.7 kg  
入院期間 2022/7/25 ~ 2022/8/31 37日間 担当医 榎谷 興

禁忌薬	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	該当薬剤	発現時期	発現時の状況等 (検査値動向含む)
アレルギー歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
副作用歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
腎機能	SCr 0.5 mg/dL eGFR 80,232 mL/min/1.73m <sup>2</sup>	体表面積 (DuBois式)	1.072 m <sup>2</sup>	

**基本情報**

入院 別紙あり 処方医等機関: ほまや内科クリニック 別紙あり 退院処方情報添付 なし あり

**処方内容**

トラゼンタ錠5mg 1錠 1日1回朝食後  
シルニジピン錠10mg 1錠 1日1回朝食後  
ファモチジンD錠20mg 1錠 1日1回朝食後 →採用薬切替  
アメル錠25mg 1錠 1日3回朝夕食前 →変更  
ケンエー錠330mg 1錠 1日1回ねる前 →変更

**退院時処方**

トラゼンタ錠5mg 1錠 1日1回朝食後  
シルニジピン錠10mg 1錠 1日1回朝食後  
20mg ファモチジンD錠 1錠 1日1回朝食後  
アメル錠50mg 1錠 1日1回朝食後  
アメル錠250mgMT 2錠 1日2回朝夕食後 (新規)  
ケンエー錠25mg 1錠 1日1回ねる前 (新規)  
酸化マグネシウム錠330mg 2錠 1日2回朝夕食後 (新規)

※内容に記載すること (問診票、薬剤の計量、医師の処方権限等/入院中の薬剤の追加、減量、中止で伝えたい内容)

形状性腺腫瘍にて入院され、人工股関節置換術後リハビリして、自宅に退院となりました。この度の入院中の処方変更等も、

シ、トラゾドン、ゾルピデム  
採用薬に切り替えア「アレルギ」ア「ケンエー」ア「アメル」ア「ケンエー」

元々処方されていたゾルピデムは、睡前ではなく中途覚醒時に服用していた(服薬なしで入眠はできていた)とのことで、また熟睡感も少ないとのことで、またトラゾドンを追加し、中途覚醒もなく良眠できるようになっており、ゾルピデムは不要となっております。

起こされ、食前血糖が70~90台で推移していたので、シュアポストから低血糖リスクの低いメトホルミンに変更して経過をみています。その後、低血糖もなく血糖コントロール良好です。

酸化マグネシウム追加して、排便良好です。

今後ともよろしくお願いいたします。

ほまや内科クリニック 当院退院時21日分持たせています。これがなくなるまでに受診されます。

9月21日まで処方しています。家におよそ50日分の入院前処方の残薬があるはずです。

記薬剤師までお問い合わせください。

沼隈病院 〒720-0832 広島県福山市沼隈町469-3  
TEL 084-988-1888 FAX 084-988-1119

薬剤師 井上 卓治

睡眠薬について、貴院で処方されていたBZ受容体作動薬は、眠前ではなく中途覚醒時に服用していた(服薬なしで入眠はできていた)とのことでした。また中途覚醒もほぼ毎日あるとのことで、また熟睡感も少ないとのことでした。そこで抗うつ薬を追加し、中途覚醒もなく良眠できるようになっており、BZ受容体作動薬の服用は不要となっております。

また、低血糖も何度か起こされ、日中の血糖も70~90台で推移していたので、レパグリニドから低血糖リスクの低いメトホルミンに変更して経過をみています。その後、低血糖もなく血糖コントロール良好で推移しています。

# Take Home Message

- 睡眠薬の適正使用は患者のADLへの影響から重要。
- PBPMの運用を振り返り、手順の改定を繰り返すことで、課題の解決に、多職種連携で立ち向かえる。連携を通じた協働を実現するよいツールである。
- 睡眠衛生指導など非薬物療法も重要である。

# ご清聴ありがとうございました



社会医療法人社団 沼南会

**沼隈病院**

〒720-0402 広島県福山市沼隈町中山南469-3

TEL: [084-988-1888](tel:084-988-1888) FAX: 084-988-1119