

松永沼隈地区医師会学術講演会 講演 1

高齢者**ADL**に配慮した
向精神薬適正使用
— 当院での取り組みを含めて —

令和6年6月28日

沼隈病院 薬剤課 課長 井上 卓治

松永沼隈地区医師会学術講演会

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。

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

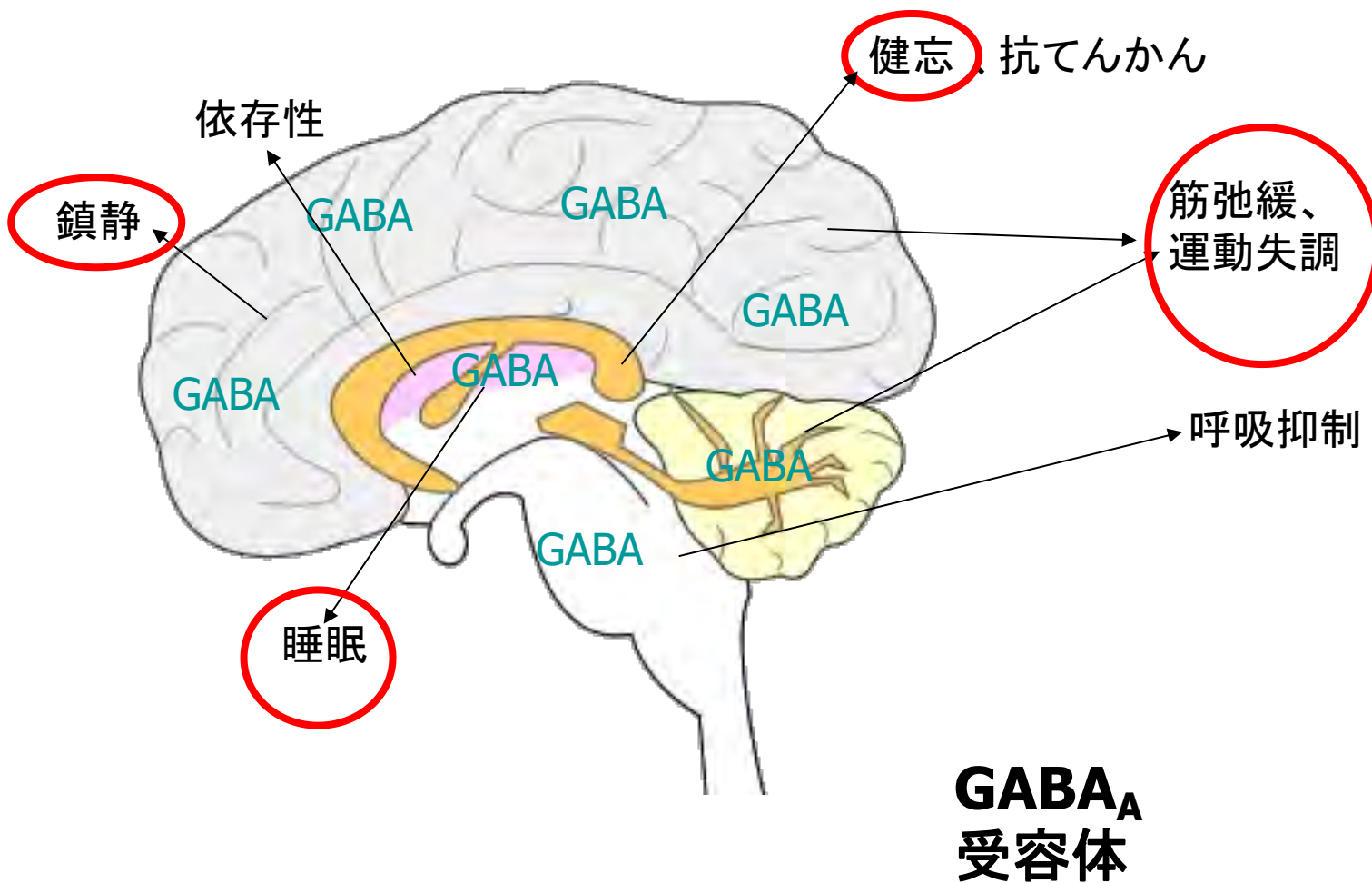


ラメルテオン

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)

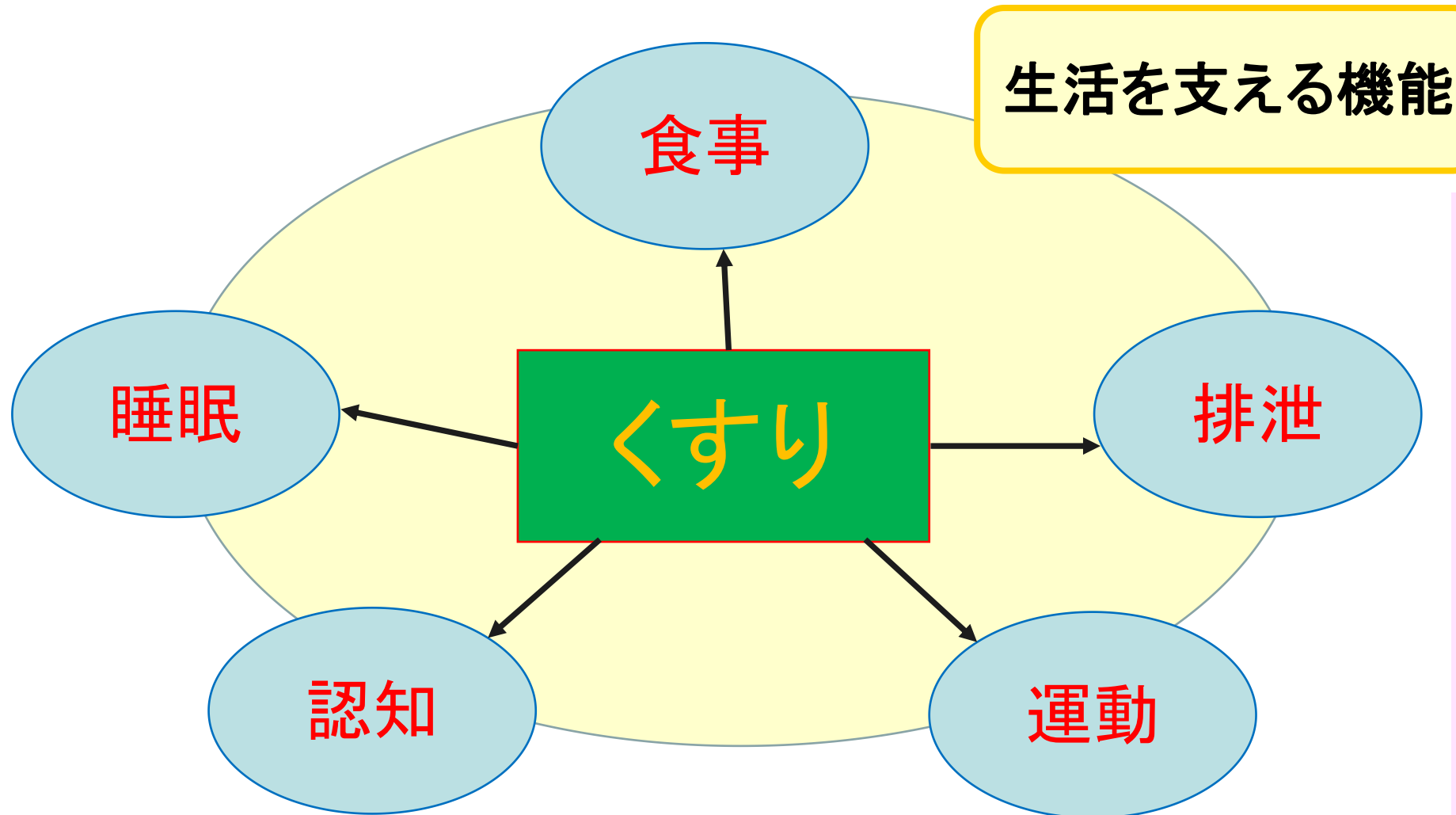
身体要因(疼痛・便秘・脱水など),

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.

くすりのリスク ～ADLに与える影響に配慮が必要～



高齢者では生理的に
機能低下しており薬剤
の影響を受けやすい

多職種との
情報共有・連携
が重要

医師・看護師
薬剤師・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、 α 遮断薬、 β 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、 α 遮断薬、 β 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	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、 β 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、 β 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)、 α 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、 α 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

医師らと事前に取り決めたプロトコル

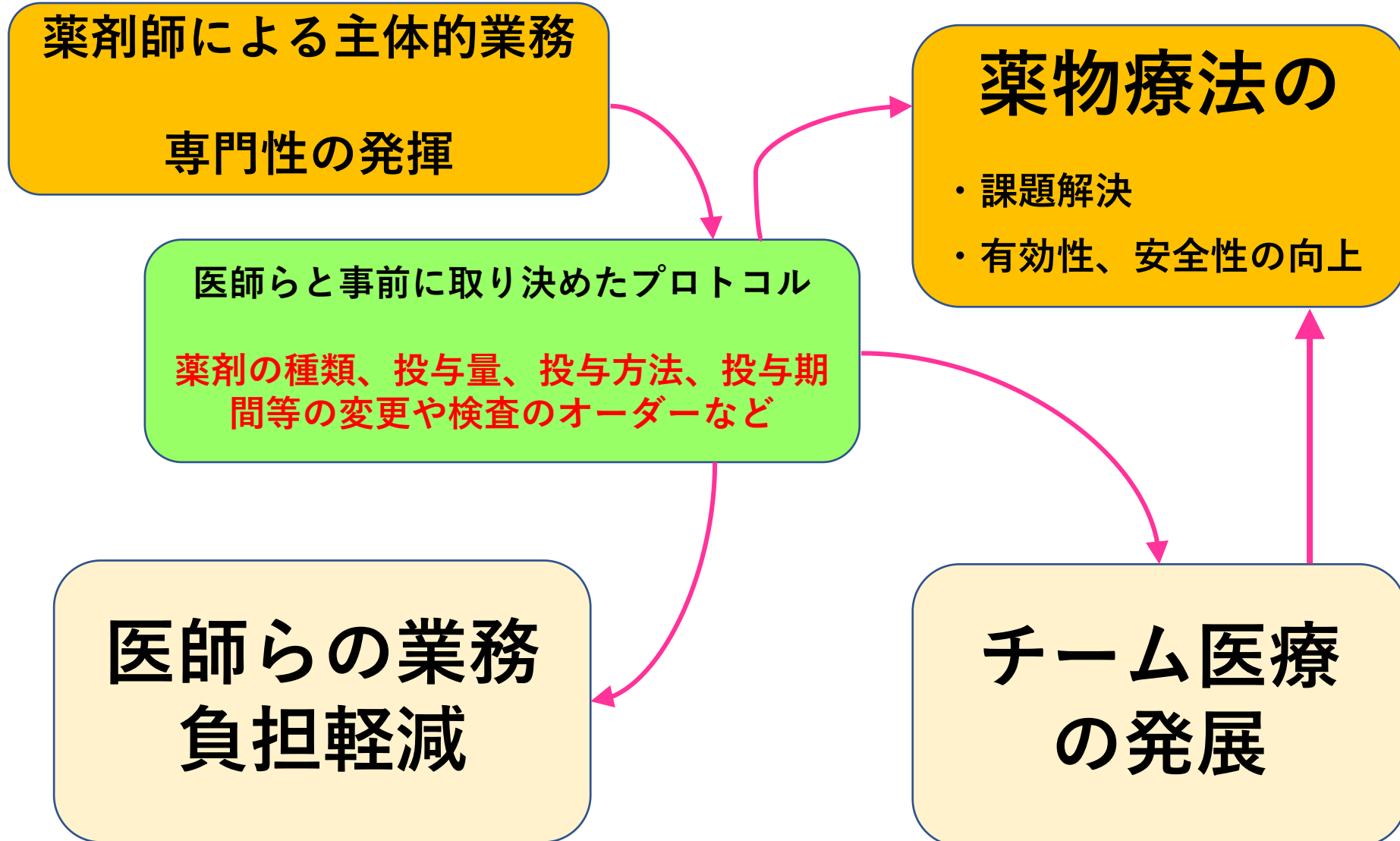
薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーなど

薬物療法の

- ・課題解決
- ・有効性、安全性の向上

医師らの業務
負担軽減

チーム医療
の発展



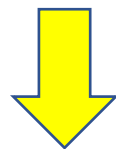
運用手順 (2018年1月～9月)

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

ベンゾジアゼピン系睡眠薬の サブユニット選択性の違い

GABA_A受容体 サブユニット

α 1 サブユニット：
鎮静， 前向性健忘， 依存

α 2 サブユニット：
催眠， 抗不安， 筋弛緩

α 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

α 1， 2， 3 の全てに作用

改良されたベンゾジアゼピン系

α 1 への作用を強く、α 2， α 3 は弱い

「エスゾピクロン」

α 1 の作用は弱く、α 2 と 3 の作用が強い。

「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_{2A}受容体阻害作用
- 深い睡眠を増や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)

- 本来「統合失調症」で使用(D₂遮断作用)
- セロトニン5-HT_{2A}・ヒスタミンH₁・ノルアドレナリン α ₁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 ₂ 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

他社製品の使用に関しては、添付文書記載の効能・効果などを参照ください。

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）
錐体外路症状や高血糖，QT延長など、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。



規格種類が多く
患者個々に合わせた
用量調整がしやすい



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

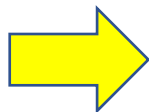
※以下同様 (省略)

※1 デエビゴ用量：以下に基づき薬剤師が設定

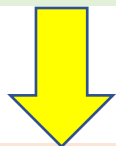
ベルソムラ(採用削除)定期の場合 → デエビゴ5mgに切り替え
定期処方デエビゴ用量と合わせて10mgを超えない用量を設定
CYP3A強阻害薬併用では1日2.5mgまで(ペラパミル・クリスロマイシンなど)

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%

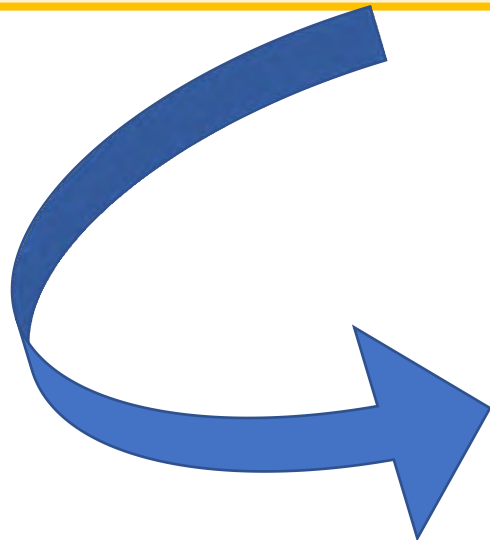
チーム連携の推進



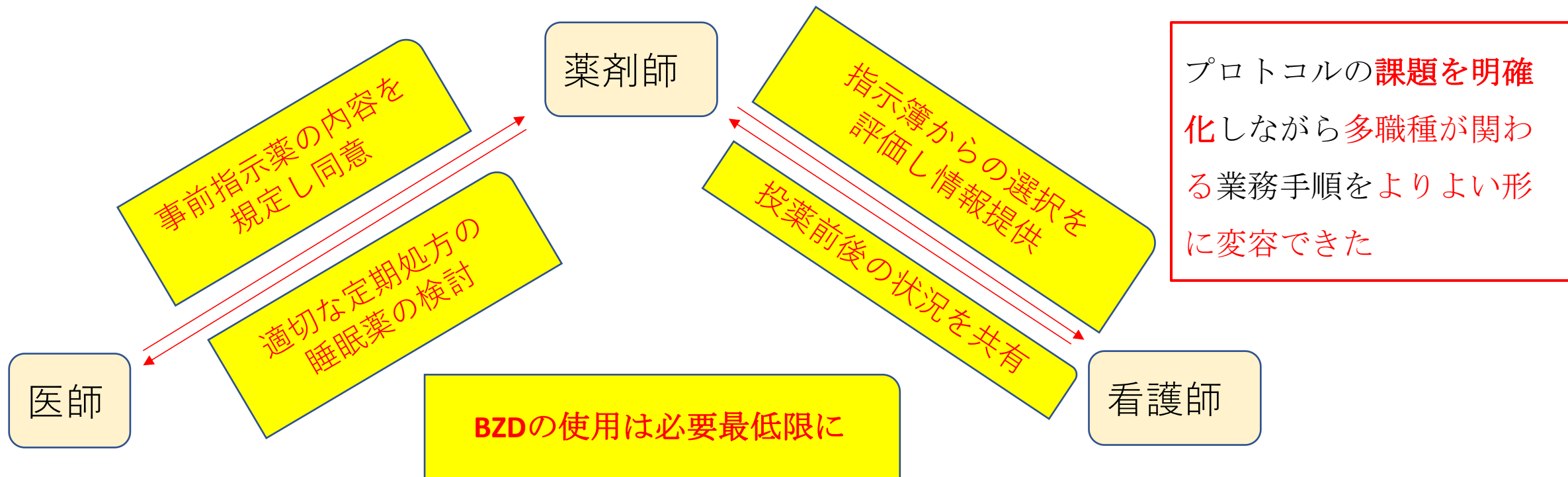
A D L に影響する
薬剤の減少

• 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



薬剤師を含めた連携の形を模索



プロトコルの課題を明確化しながら多職種が関わる業務手順をよりよい形に変容できた

- せん妄リスクに配慮した指示薬に統一
- 積極的な処方提案による定期処方の適正化

- せん妄リスクに配慮した適切な薬剤の選択を推進
- 患者情報のリアルタイムな交換

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 ← 投薬後評価
- 看護師と入院時リスク評価

- 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）

B Z Dの中止を目指した具体的な方法



- 長期服用では, 依存を形成しているため, 急な中止・変更はしない
- ジアゼパム換算で2.5~5mgくらいずつ減らす
- 最終的な中止がしやすい長時間作用の薬剤や依存が比較的少ないエスゾピクロンに置換しておくのも一手

一般名	ジアゼパム換算
ジアゼパム	5 m g
エチゾラム	1. 5 m g
トリアゾラム	2. 5 m g
ゾルピデム	1 0 m g
ブロチゾラム	0. 2 5 m g
エスゾピクロン	2. 5 m g
フルニトラゼパム	1 m g
ニトラゼパム	5 m g

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

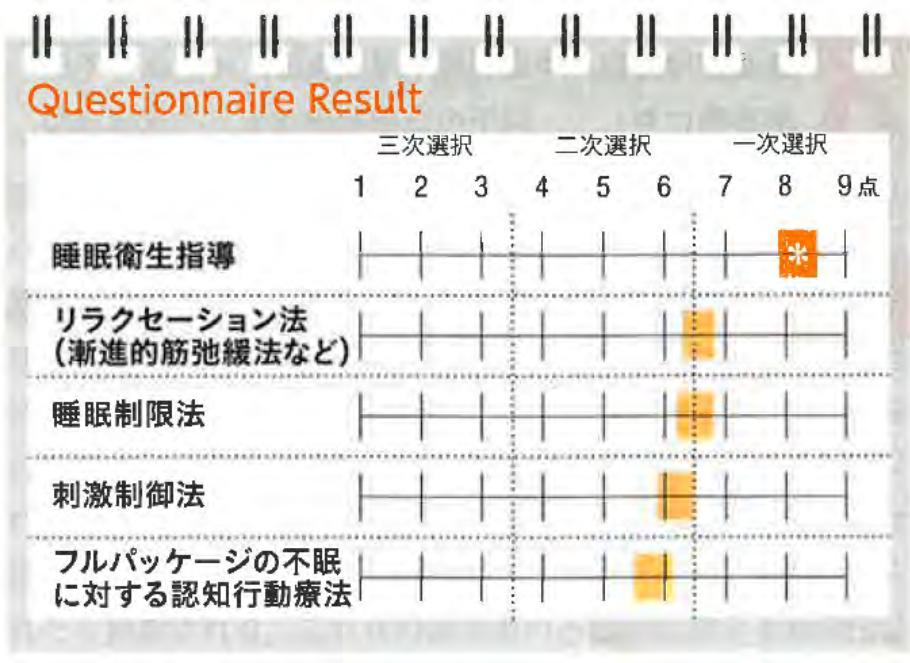
- 治療の目標設定「入眠ができ，入眠初期の深い睡眠をとれることで，翌日の活動に影響がないこと」➡本人に提案し，納得。
- デエビゴ錠®10mgで入眠障害は解消，中途覚醒はあるものの翌日の活動に影響を与える寝不足はなくなり，満足度も改善。

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

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。

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。

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。

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時間前是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。

Take Home Message

- 転倒やせん妄は、患者ご本人や家族のQOLを低下させる重要な問題である。これらADLに与える影響に配慮して薬剤選択をすることが重要。
- 睡眠薬の適正使用は患者のADLへの影響から重要。
- オレキシン受容体拮抗薬など新しい選択肢を適切に使用し、睡眠衛生指導など非薬物療法も交えていくことで、なるべくベンゾジアゼピン系睡眠薬を減らしていきたい。

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