

2026年2月1日

かかりつけ医・かかりつけ薬剤師のための
医薬品適正使用セミナー

ポリファーマシー対策の実践

処方最適化に向けた臨床的アプローチ

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
竹屋泰

COI 開示

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻老年看護学教室 竹屋泰

演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある企業等として、

アステラス製薬、MSD、第一三共、エーザイ、ファイザー、あゆみ製薬
アストラゼネカ、ノバルティスファーマ、杏林製薬、キッセイ薬品

本日の実践編では、
ポリファーマシー対策の
最初のターゲットになった
睡眠薬のお話をします

Question

進化の過程でなぜ睡眠は
淘汰されなかったのでしょうか？

睡眠のデメリット

① 捕食リスクの増大

- ・感覚低下
- ・反応遅延

② 行動機会の損失

- ・採食や繁殖が不可

③ 環境ストレスへの脆弱性

- ・低体温
- ・脱水

など

睡眠のメリット

① 記憶の固定

- ・エピソード記憶の保持 ・情動記憶の調整

② 免疫機能の強化

- ・感染症リスク低下
- ・ワクチン反応性向上

③ 代謝・内分泌調整

- ・耐糖能維持、筋量低下予防
- ・食欲ホルモン是正

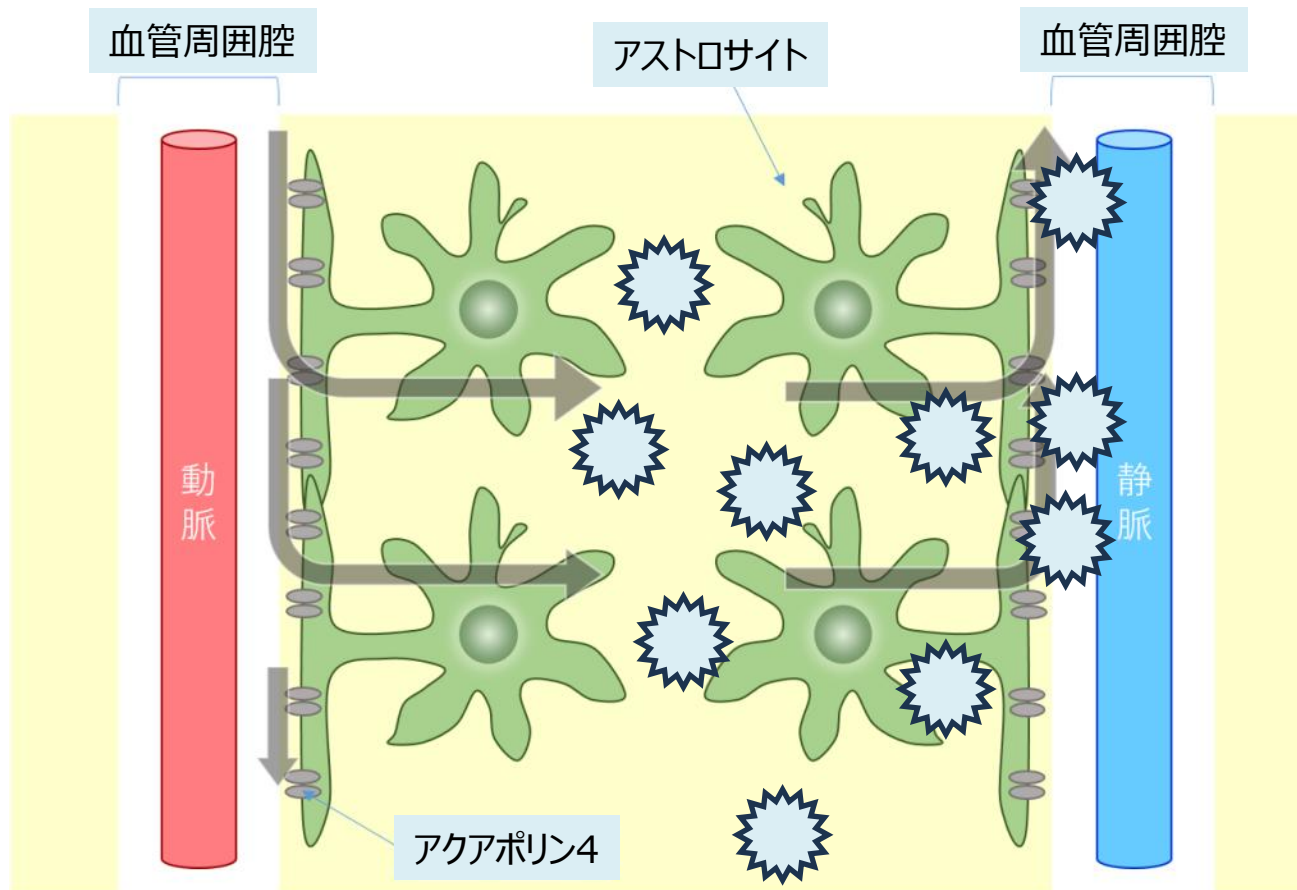
④ 心血管系保護

- ・夜間血圧低下・心血管イベント抑制

など

Glymphatic system

老廃物を洗い流すための脳の排泄システム



ロチェスター大学
ネーデルガード教授



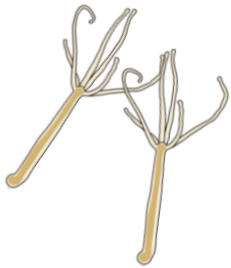
老廃物

睡眠は脳を守るため？

クラゲ（サカサクラゲ： *Cassiopea*）に睡眠様状態（sleep-like state）が存在することが示された



Ravi D. Nath et al. Curr Biol. 2017 October 09; 27(19)



ヒドラに睡眠様状態が存在することが示された

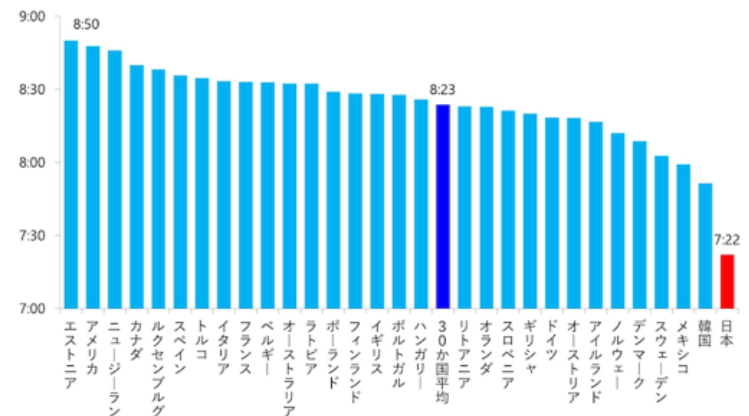
Itoh TQ et al. Sci Adv 2020 Oct 7;6(41)

睡眠は脳がなくても成立している！

日本人の睡眠時間は？

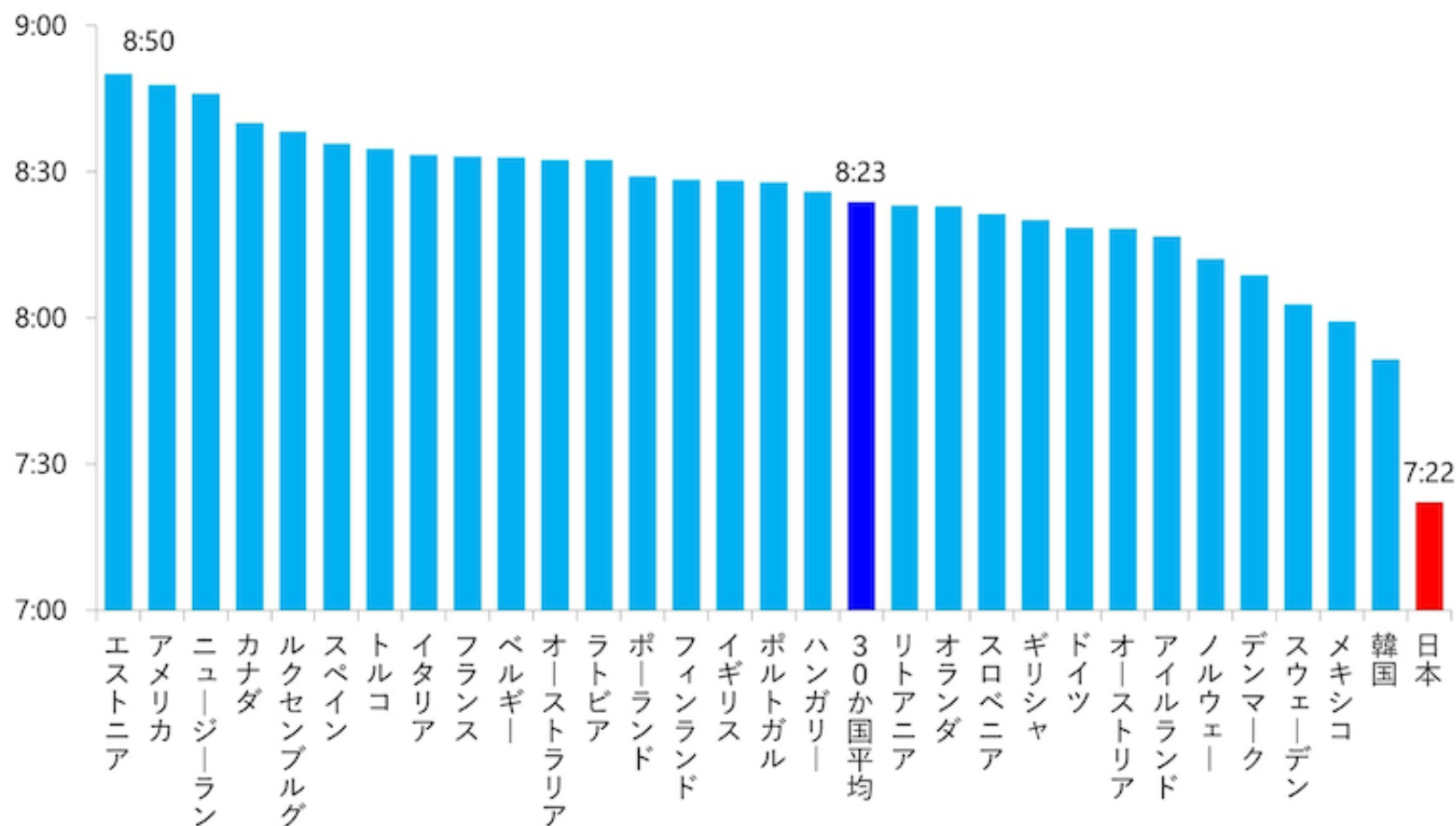
不眠の疫学

日本人の平均睡眠時間



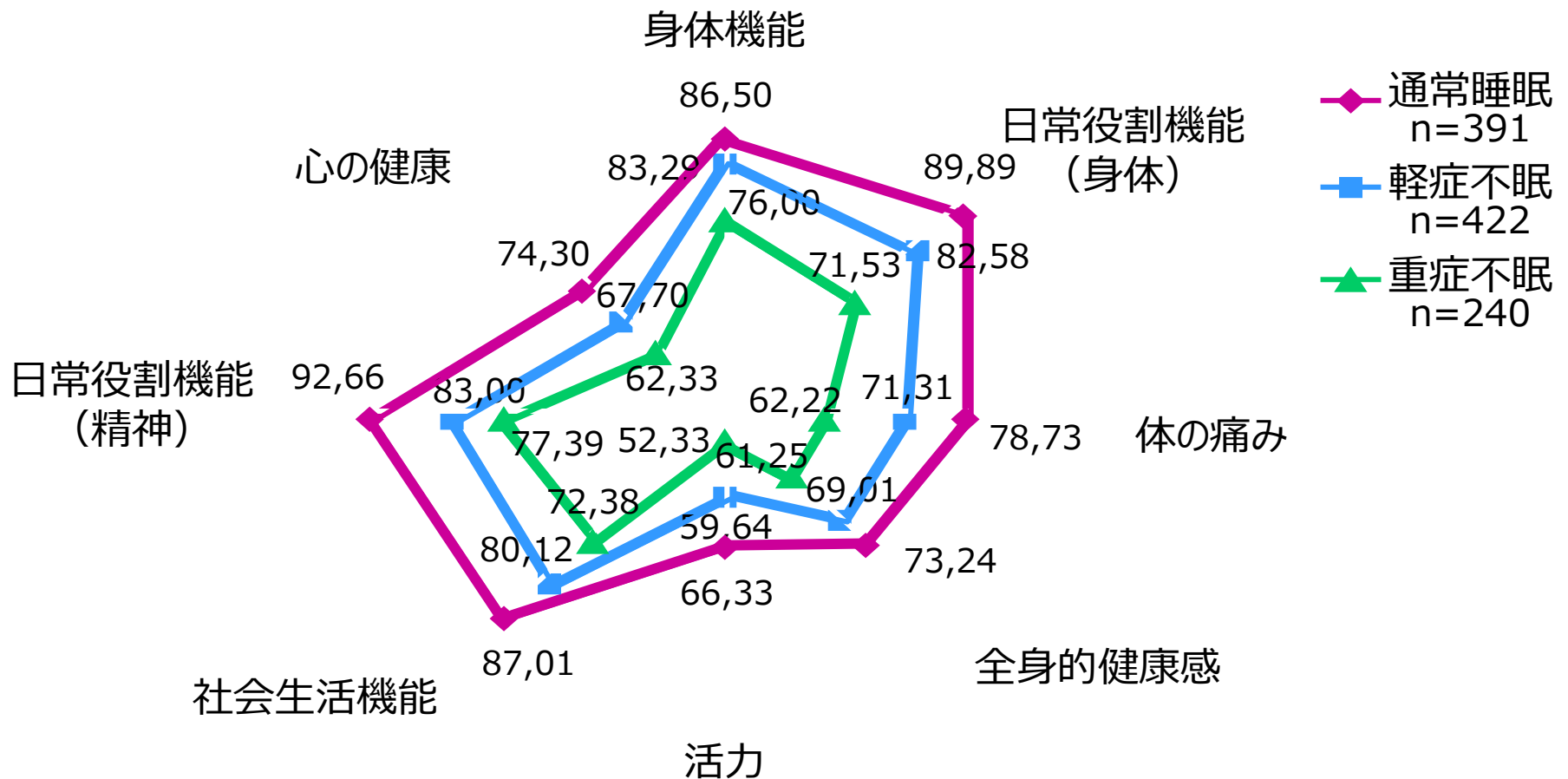
(注) 調査年は国により異なる。対象年齢は多くの国で生産年齢。

日本人の平均睡眠時間



(注) 調査年は国により異なる。対象年齢は多くの国で生産年齢

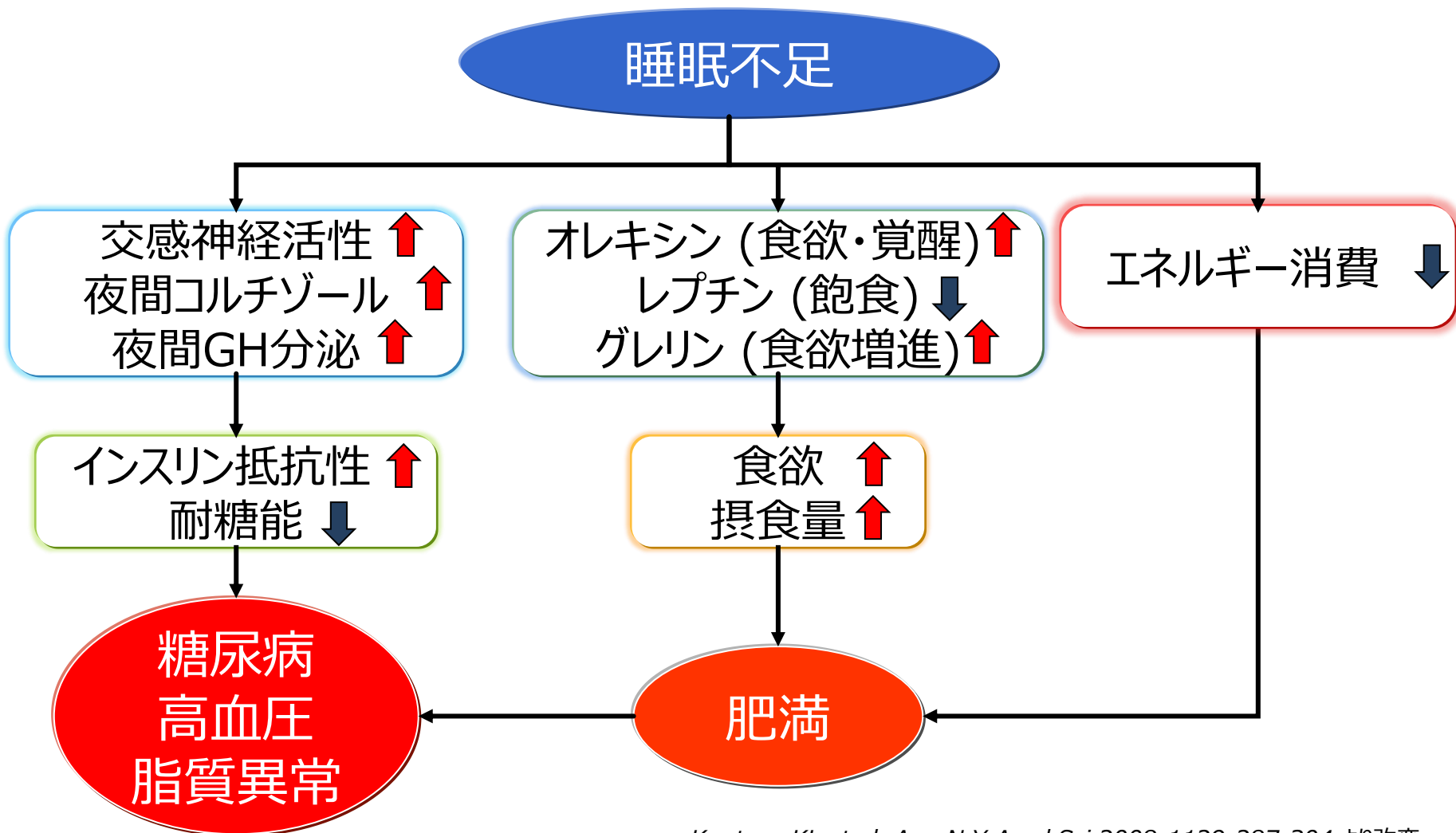
不眠とQOL



フランスで実施した11,372名の疫学データベースより、DSM-IV基準で不眠症であった患者を対象に、再度アンケート(SF-36)を送付し回答が得られた1,598名を対象とした

寝られなくても死なない？

睡眠不足は生活習慣病へ



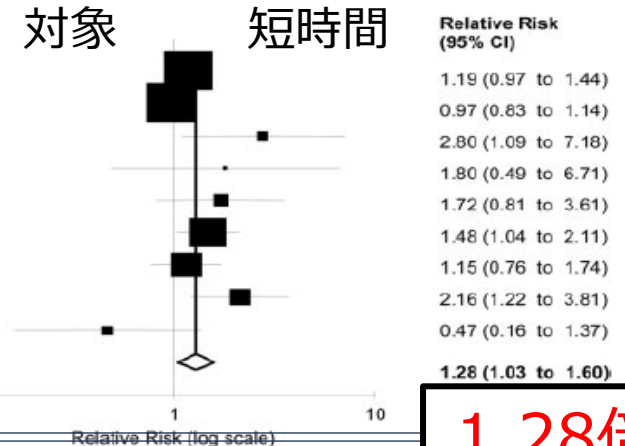
寝られなくても死なない？

睡眠不足と2型糖尿病発症率

短時間睡眠 (5時間未満)

Author (ref)	Year	Country	Sample size	Incident Cases	Prevalence of short sleep	Short Sleep v Ref
Ayas ⁸	2003	USA	70,026	1,969	4.3%	≤5h v 8h
Björkelund ¹⁰	2005	Sweden	1,462	126	6.8%	<6h v >6h
Mallon (men) ¹¹	2005	Sweden	550	50	6.9%	≤5h v 6-8h
Mallon (women) ¹¹	2005	Sweden	620	38	7.1%	≤5h v 6-8h
Yaggi ¹²	2006	USA	1,564	90	9.4%	≤5h v 7h
Gangwisch ¹³	2007	USA	8,992	430	8.9%	≤5h v 7h
Hayashino ¹⁵	2007	Japan				
Beihl (white) ¹⁴	2009	USA				
Beihl (black) ¹⁴	2009	USA				
Combined effect (random model): p=0.024						

短時間睡眠者は
糖尿病になりやすい

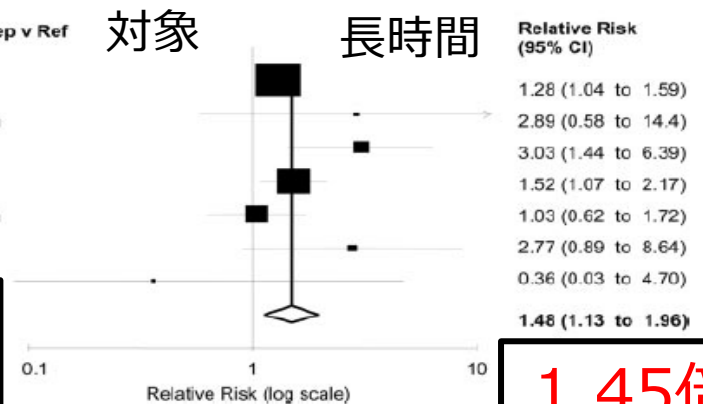


1.28倍

長時間睡眠 (9時間以上)

Author (ref)	Year	Country	Sample size	Incident cases	Prevalence of long sleep	Long sleep v Ref
Ayas ⁸	2003	USA	70,026	1,969	4.5%	≥9h v 8h
Mallon (women) ¹¹	2005	Sweden	620	38	2.7%	≥9h v 6-8h
Yaggi ¹²	2006	USA	1,564	90	6.5%	>8h v 7h
Gangwisch ¹³	2007	USA	8,992	430	8.7%	≥9h v 7h
Hayashino ¹⁵	2007	Japan	6,509	230	n/a	>8h v 6-7h
Beihl (white) ¹⁴	2009	USA	662	107	4.1%	≥9h v 8h
Beihl (black) ¹⁴	2009	USA	938	30	3.2%	≥9h v 8h
Combined effect (random model): p=0.005						

長時間睡眠者は
糖尿病になりやすい

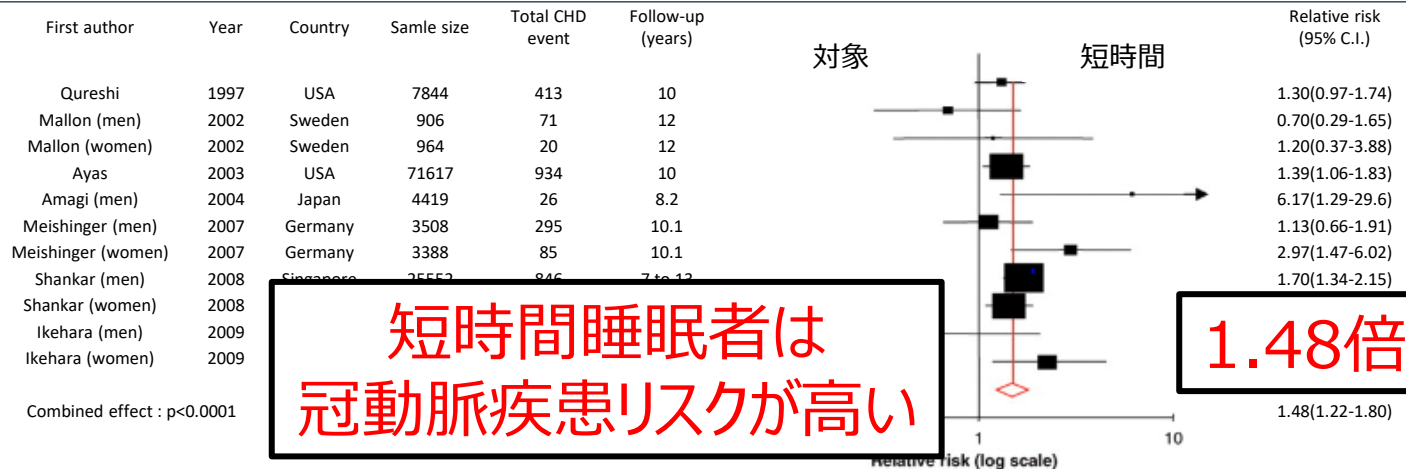


1.45倍

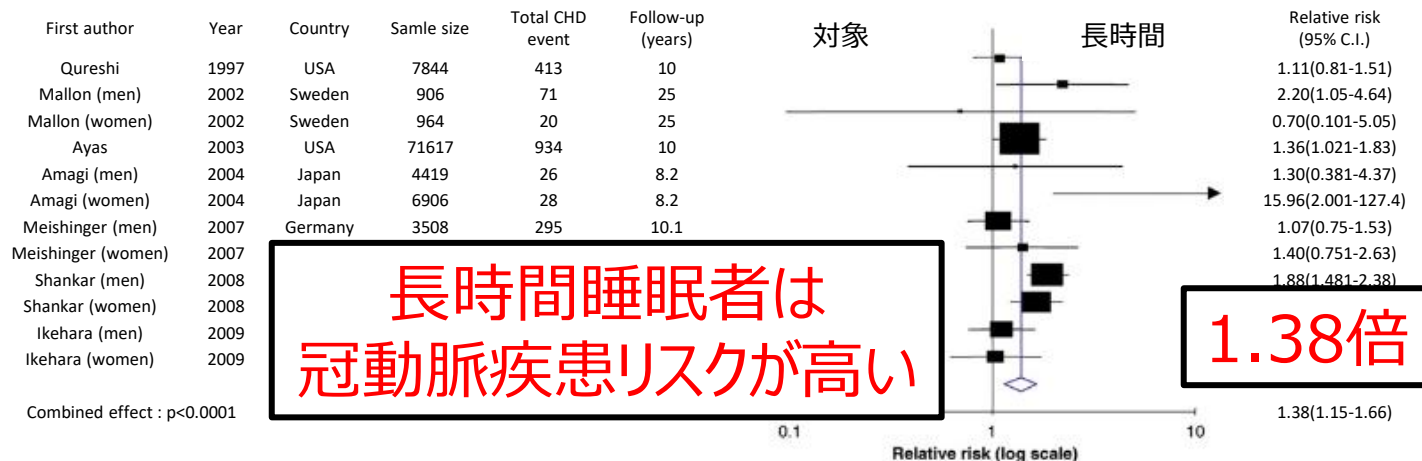
寝られなくても死なない？

睡眠不足と冠動脈疾患

短時間睡眠 (5-6時間以下)



長時間睡眠 (8-9時間以上)



寝られなくても死なない？

睡眠不足と脳卒中

短時間睡眠 (5-6時間以下)

First author	Year	Country	Samle size	Total CHD event	Follow-up (years)	Relative risk (95% C.I.)
Qureshi	1997	USA	7844	285	10	1.00(0.69-1.45)
Amagi (men)	2004	Japan	4419	34	8.2	1.30(0.18-9.58)
Amagi (women)	2004	Japan	6906	29	8.2	3.19(0.98-10.34)
Chen	2008	USA	93175	1166	10	1.14(0.97-1.33)
Ikehara (men)	2009	Japan	41489	1038	14.3	1.55(0.81-2.96)
Ikehara (women)	2009	Japan	57145	926	14.3	1.07(0.60-1.93)
Combined effect : p=0.047						1.15(1.00-1.31)

短時間睡眠者は
脳卒中リスクが高い

1.15倍

長時間睡眠 (8-9時間以上)

First author	Year	Country	Samle size	Total CHD event	Follow-up (years)	Relative risk (95% C.I.)
Qureshi	1997	USA	7844	285	10	1.51(1.12-2.02)
Amagi (men)	2004	Japan	4419	34	8.2	1.20(0.49-2.95)
Amagi (women)	2004	Japan	6906	29	8.2	2.51(0.79-7.98)
Chen	2008	USA	93175	1166	10	1.70(1.34-2.15)
Ikehara (men)	2009	Japan				1.67(1.33-2.11)
Ikehara (women)	2009	Japan				1.65(1.45-1.87)
Combined effect : p<0.0001						1.65(1.45-1.87)

長時間睡眠者は
脳卒中リスクが高い

1.65倍

安全な非薬物療法から始めましょう

かかりつけ医が診る不眠症

睡眠薬の適正な使用・休薬ガイドライン



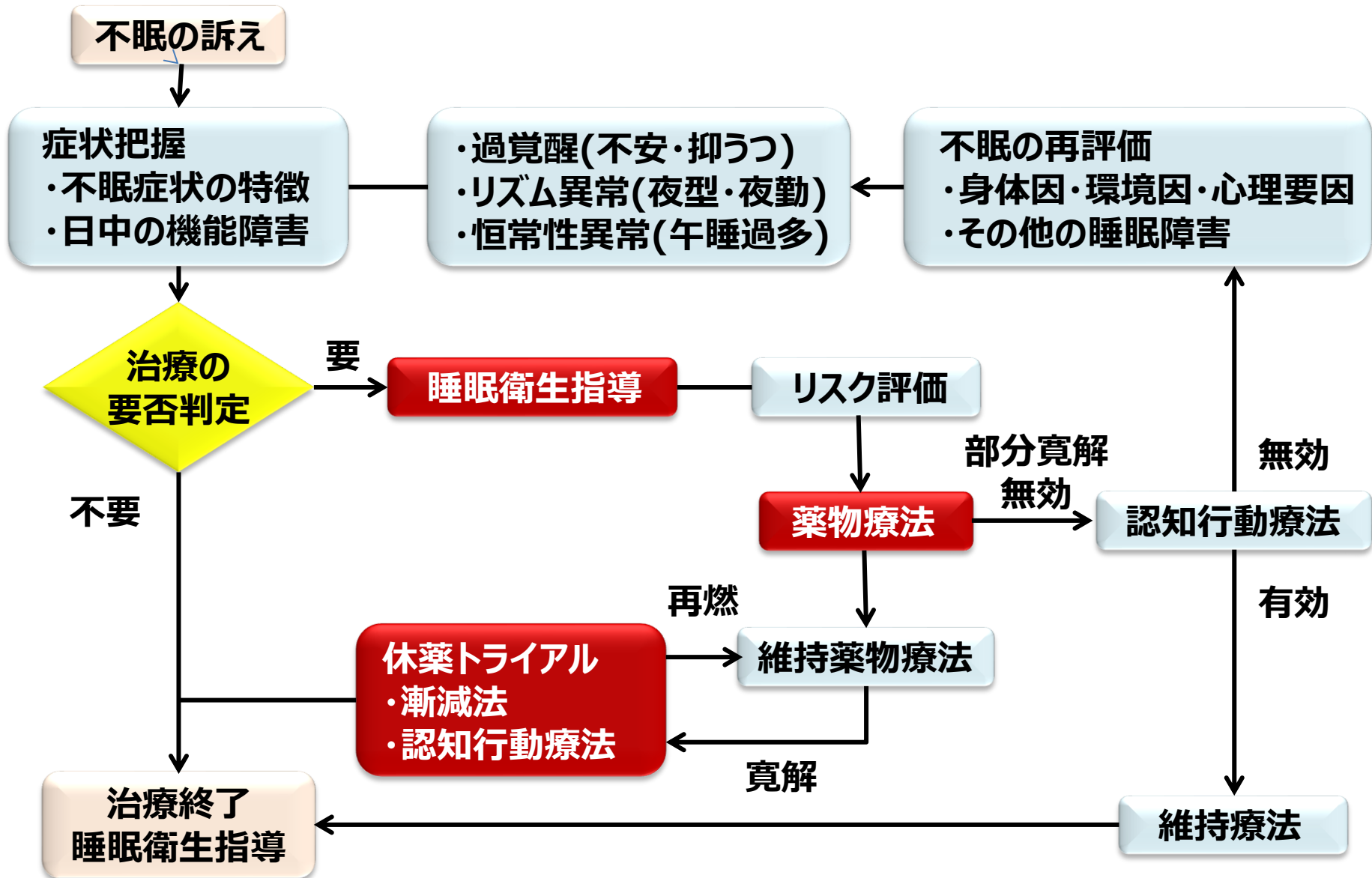
「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班」
および日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ 編

睡眠薬の適正な使用・休薬ガイドライン



「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班」
および日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ 編

不眠治療のアルゴリズム



健康づくりのための睡眠指針 2014

健康づくりのための睡眠指針 2014

平成26年3月

厚生労働省健康局

厚生労働省健康局 編

健康づくりのための睡眠指針 2014

～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、眠りと目覚めのメリハリを。
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、昼間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、昼間に適度な運動で良い睡眠。
10. 眠くなってから寝床に入り、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。

総論

科学的知見

予防と指導方法

早期発見

不眠症に対する認知行動療法

不眠患者は、いつもの睡眠環境が不眠に条件付けられていることや、過度の緊張のために眠れないということが多い。
そのような望ましくない条件付けを解消したり、心身の緊張状態を緩和することを目的にした療法

一般的には50分×4～8回のカウンセリングで有効

- ・刺激制御法
- ・睡眠制限法
- ・漸進的筋弛緩法

など



日本人では効果なし？

刺激制御法

- ・眠気を感じたときだけベッドに入る
- ・眠りのためだけにベッドを使う
- ・20分以内に寝付けなければ、ベッドから出てリラックスできることをする
- ・眠気を感じたら、またベッドに戻る（それでも寝付けなければ、また起きる）
- ・毎日同じ時刻に起きるように目覚ましをセットして、寝過ごさないようにする
- ・眠くても昼寝はしない



ポリファーマシーに配慮した対策

高齢者の薬物治療

本邦の薬物療法に関するガイドラインなど

2005年 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2005



2015年 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015



2017年 医師・薬剤師連携ガイド
日本老年薬学会設立



2018年 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）



2019年 高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編）



2020年 JAPAN FORTA list



2024年 多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド
日本版抗コリン薬リスクスケール
高齢者施設の服薬簡素化提言



2024年? 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015改訂版



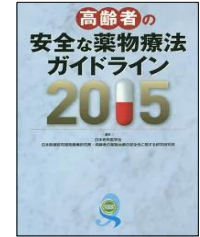
演者作成

高齢者の薬物療法に関するガイドなど

2005年 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2005



2015年 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015



2017年 医師・薬剤師連携ガイド
日本老年薬学会設立



2018年 高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）



2019年 高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編）



2020年 JAPAN FORTA list



2024年 多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド
日本版抗コリン薬リスクスケール
高齢者施設の服薬簡素化提言



2025年 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2025



高齢者の安全な薬物療法ガイドライン

CQ:高齢者の睡眠薬治療で注意すべきことは何か？

ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬は、認知機能低下、せん妄、転倒・骨折、運転事故のリスクがあるので可能な限り使用は控えることを推奨する。
(エビデンレベル：A、推奨度：1、合意率：100%)

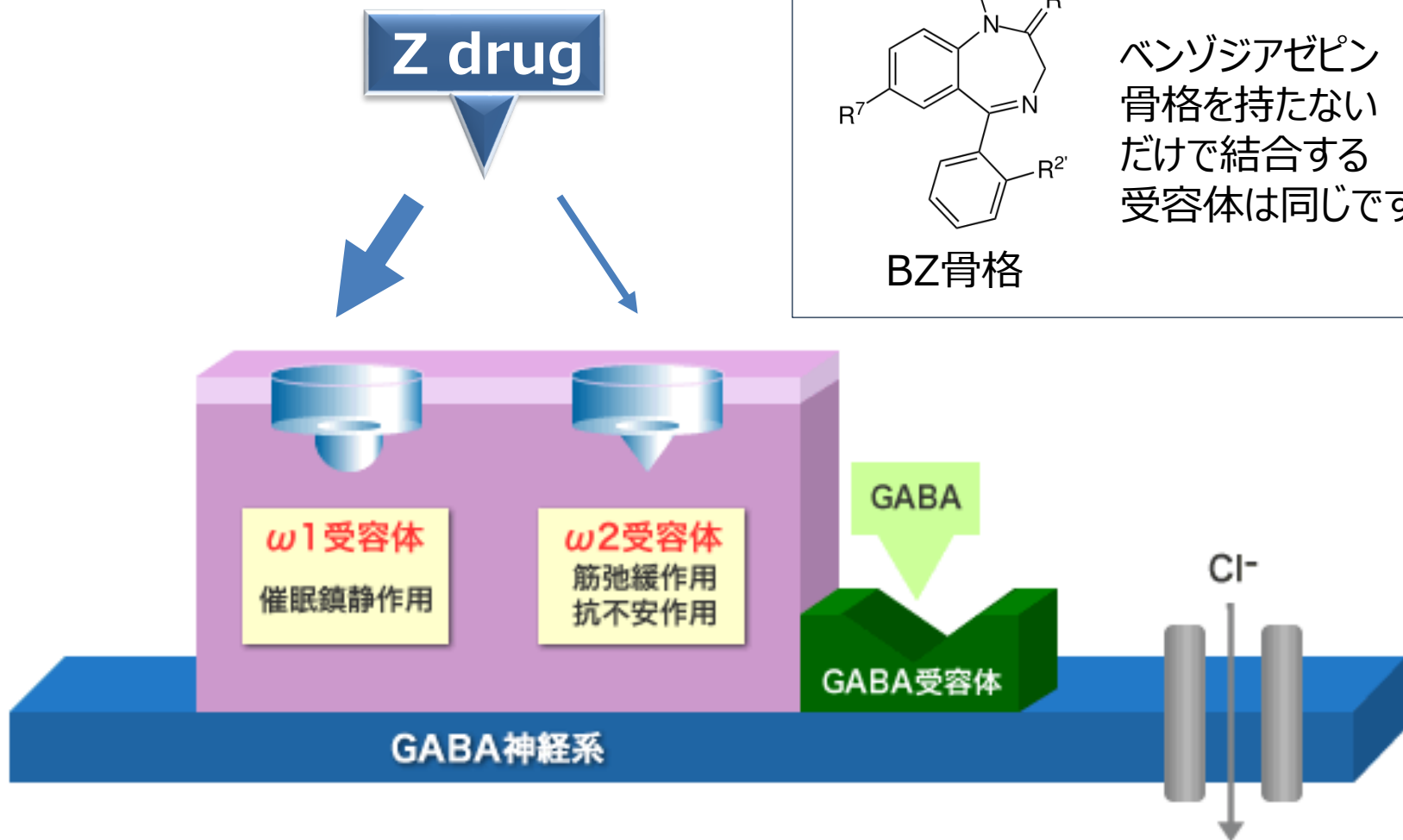
非ベンゾジアゼピン系睡眠薬(Z-drug)も、せん妄、転倒・骨折のリスクなどベンゾジアゼピン系と類似のリスクがあるので、漫然と長期投与せず少量の使用にとどめるなど、慎重に投与することを推奨する。
(エビデンスレベル：B、推奨度：1、合意率：100%)

【本文】

・・・なお認知症の睡眠障害に対して、薬物療法のエビデンスは乏しい。オレキシン受容体拮抗薬に関しては、軽度から中等度のアルツハイマー型認知症を対象としたスポレキサントの報告があり、総睡眠時間と中途覚醒時間に対する効果が報告されている。



非ベンゾジアゼピン系薬剤とは？



高齢者の医薬品適正使用の指針

症候	薬剤
記憶障害	降圧薬(中枢性降圧薬、 α 遮断薬、 β 遮断薬)、睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、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)
せん妄	パーキンソン病治療薬、睡眠薬、抗不安薬、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



JAPAN-FORTA list

Indication	medication	FORTA class
BPSD: sleep disorders	Ramelteon	B
BPSD: sleep disorders	Survorexant	B
BPSD: sleep disorders	Trazodone	C
BPSD: sleep disorders	Eszopiclone	C
Insomnia/sleep disorders	Ramelteon	B
Insomnia/sleep disorders	Survorexant	B

Class A (absolutely)

不可欠な薬剤。高齢者において、適応症で示された有効性/安全性から明確なベネフィットがあると考えられる。

Class B (beneficial)

高齢者における有効性が証明された、または明らかである者の、有効性の範囲が限られている、または安全性の懸念がある薬剤。

Class C (careful)

高齢者における有効性/安全性プロファイルが疑わしい薬剤。ベネフィットが不足している、または副作用が発言するため、多くの薬剤があるなかでは回避または除外されるべき。ほかの選択肢を再考/探索する。

Class D (don't)

高齢者で回避すべき薬剤。まず除外すべきで、ほかの選択肢を再考/探索する。

The JAPAN-FORTA List
"Fit for The Aged"
Expert Consensus Validation

FORTA

A B C D

日本版抗コリン薬リスクスケール

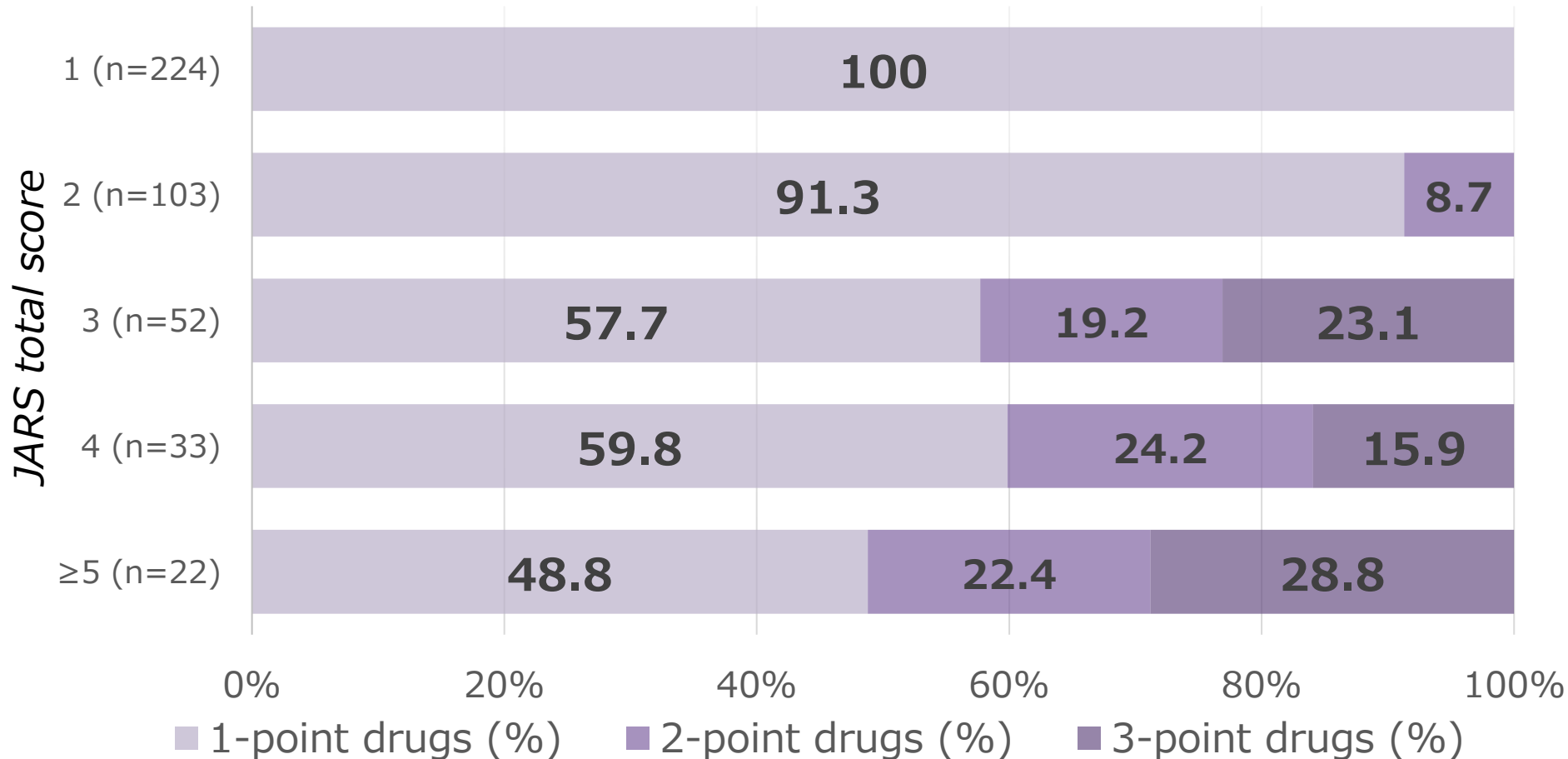
薬効群	薬効群中分類	薬物	スコア
睡眠薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (超短時間型)	トリアゾラム	1
睡眠薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (中間型)	エスタゾラム	1
睡眠薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (中間型)	フルニトラゼパム	1
睡眠薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (長時間型)	フルラゼパム	1
抗不安薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (中間型)	アルプラゾラム	1
抗不安薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (長時間型)	クロラゼプ	1
抗不安薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (長時間型)	クロルジアゼポキシド	1
抗不安薬 抗てんかん薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (中間型)	ロラゼパム	1
抗不安薬 抗てんかん薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬 (長時間型)	ジアゼパム	1
抗てんかん薬	ベンゾジアゼピン (BZ) 系薬	クロナゼパム	1
抗てんかん薬	バルビツール酸系薬	フェノバルビタール	1
抗てんかん薬	主にNaチャネル阻害薬	カルバマゼピン	2
抗てんかん薬	複合作用薬		

158薬物を掲載

- スコア 3 : 37薬物 (一般用医薬品 : 15薬物[40.5%]を含む)
- スコア 2 : 27薬物 (一般用医薬品 : 4薬物[14.8%]を含む)
- スコア 1 : 94薬物 (一般用医薬品 : 17薬物[19.1%]を含む)



低リスクの抗コリン薬が影響する

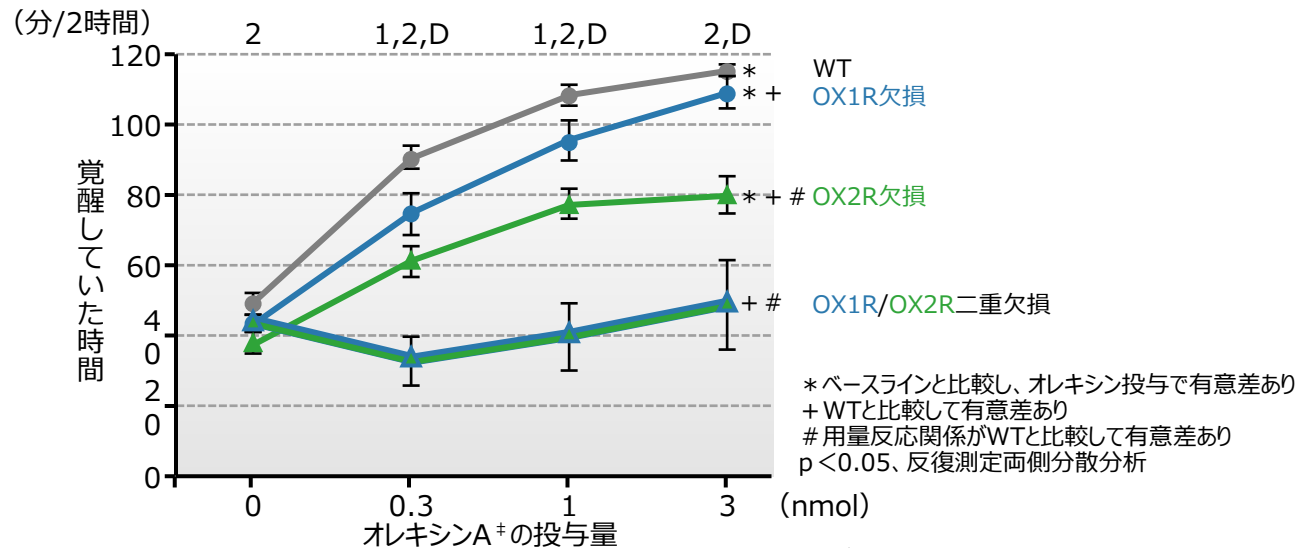


対象：日本の急性期高齢者病棟に入院した65歳以上の患者 816例、症例登録期間：2019年10月～2023年7月

対象患者の定期処方薬について、Japanese Anticholinergic Risk Scale (JARS) を算出し、抗コリン薬の総スコア別に1・2・3点薬剤の構成割合を分析した

オレキシンの脳室内投与による覚醒時間の変化とオレキシン受容体欠損の影響

- 野生型 (WT) マウスでは、オレキシンA (脳室内投与) は用量依存的に覚醒時間を延長した。
- OX1RまたはOX2Rのいずれかが欠損したマウスではオレキシンAは有意な覚醒時間の延長を示したが、その延長時間はWTマウスと比べ有意に低下した。
- OX1R/OX2R二重欠損マウスでは、オレキシンAは有意な覚醒時間の延長を示さなかった。



方法： 野生型、OX1R欠損型、OX2R欠損型、OX1R/OX2R二重欠損型のマウスを用いて、明期の3時間目にオレキシンA⁺を脳室内投与し、その後8時間の状態をEEG/EMG (脳波/筋電図) 測定により観察した。

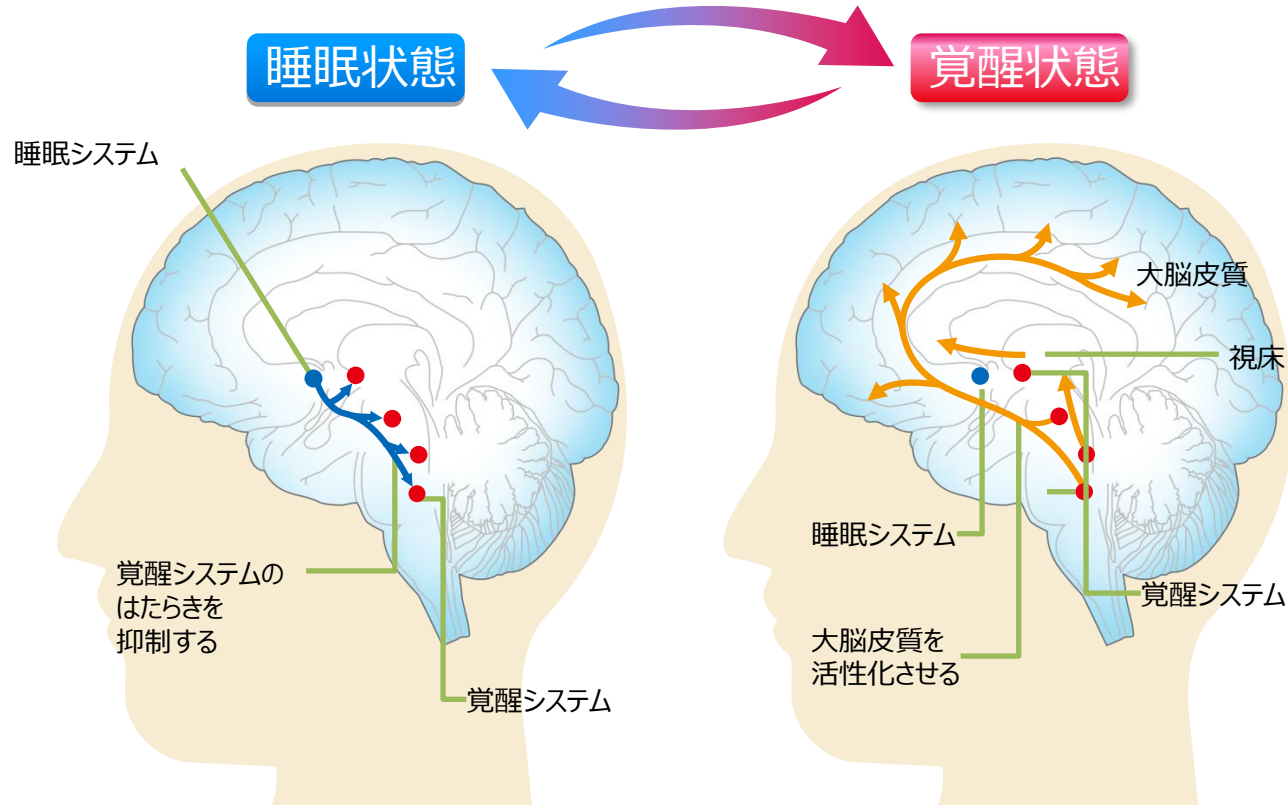
※ オレキシンにはオレキシンAとオレキシンBの2種類のアイソフォームがあり、オレキシンAはOX1RとOX2Rに高い親和性を示す一方で、オレキシンBはOX1Rに対する親和性がオレキシンAよりも約50倍低いことが報告されている²⁾。

1) Mieda M et al. J Neurosci 2011; 31(17): 6518-6526.

2) Sakurai T et al. Cell 1998; 92, 573-585.

睡眠と覚醒

- 覚醒と睡眠は、脳内における覚醒システムと睡眠システムという、2つの相反するシステムが相互に働くことによって、調節されている
- 通常、人が眠るときには、覚醒システムの働きが弱まり、睡眠システムの働きが優位となることで、眠ることができるようになる
- 不眠症は覚醒システムが亢進している状態であることが、最近の研究において明らかとなっている



GABAとオレキシンの役割

	GABA	オレキシシン
中枢神経系における分布状況	● 広範囲に分布 ● 150億～200億ニューロン^{1),2)} 	● 限局的に分布³⁾ ● 10万ニューロン以下^{4),5)} 
睡眠および覚醒に対する作用	● 鎮静作用⁶⁾ ● 抗不安作用⁶⁾ ● 筋弛緩作用⁶⁾	● 覚醒状態の維持作用⁷⁾ ● 覚醒状態の安定化作用⁷⁾

1. van Spronsen M et al. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2010;10:207-214.

2. Mignot E. *Science.* 2013;340:36-38.

3. Sakurai T. *Nat Rev Neurosci.* 2007;8:171-181.

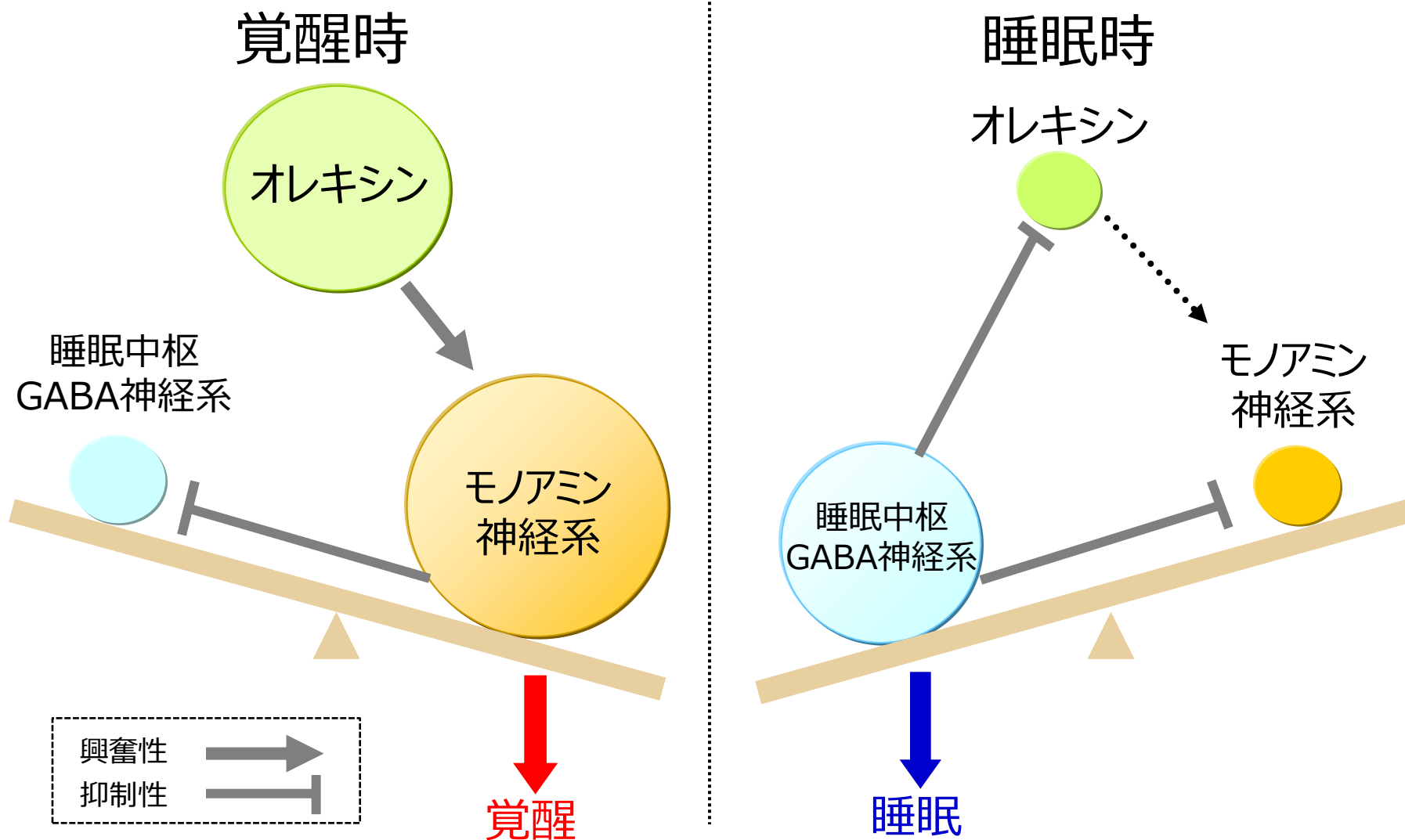
4. Thannickal TC et al. *Sleep.* 2009;32:993-998.

5. Mieda M et al. *CNS Drugs.* 2013;27:83-90.

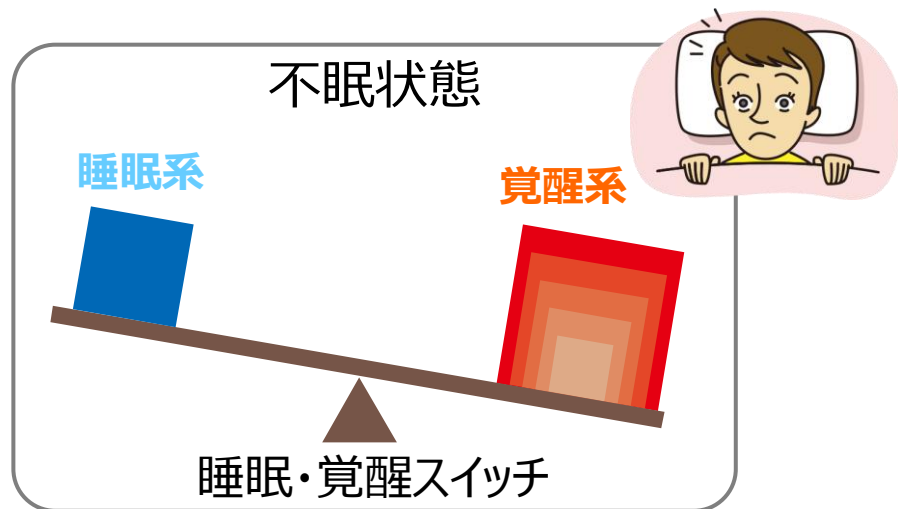
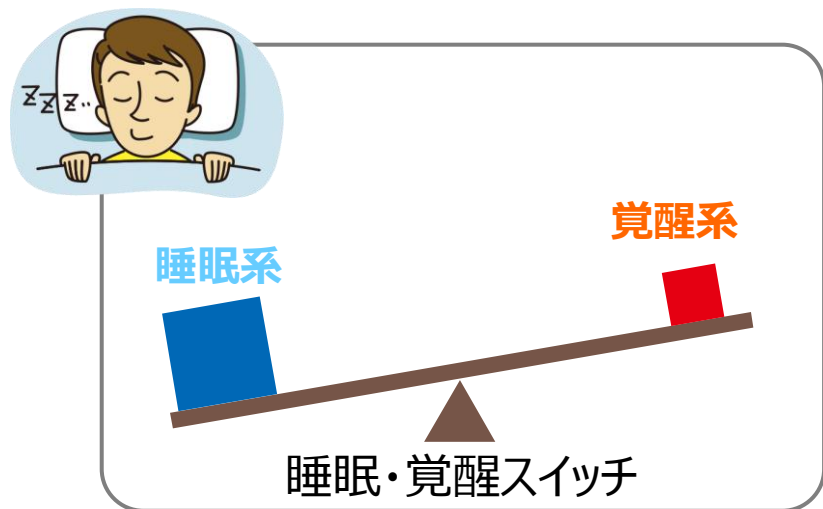
6. Rudolph U et al. *Nature.* 1999;401:796-800.

7. Scammell TE and Winrow CJ. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2011;51:243-266.

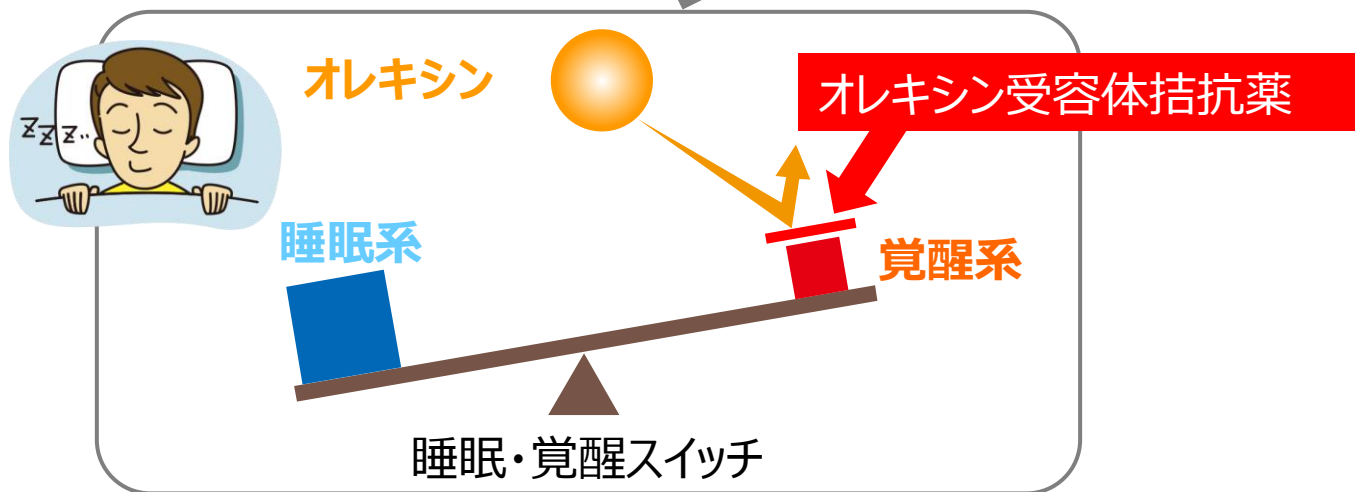
オレキシンは主要な覚醒促進因子である



オレキシン受容体拮抗薬の作用機序



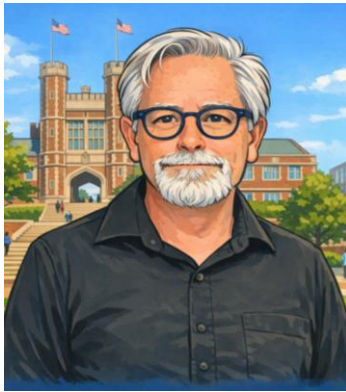
オレキシン受容体拮抗薬による治療：
夜間の覚醒を特異的に抑制



Question

進化の過程でなぜ睡眠は
淘汰されなかったのでしょうか？

新しい仮説



ワシントン大学
ポール・ショー教授

「睡眠は生物のデフォルト状態で、
覚醒は進化の過程で能動的に
獲得された状態である」

睡眠を神経系における基底状態 (baseline state) として捉える立場を明確化し、
覚醒は環境適応のために進化的に付加された状態と考えた

エルケアチーム

エルケアチームの活動開始

2020年1月始動！

エルケアチーム



チーム回診



チームカンファレンス

<対象患者>

65歳以上で、以下の理由などにより本来の入院目的を遂行することが困難な患者

- ◆ 認知症（疑いを含む）により日常生活に障害がある
- ◆ 高齢や認知機能低下で、せん妄ハイリスク患者である
- ◆ 生活機能の低下により、療養生活が困難である

※ 老年内科外来「**高齢外科手術術前評価**」で、中等度以上のリスクと診断された患者には、入院当日から介入する

高齢者の生活に配慮したあらゆる問題への介入を役割とする看護師中心の多職種連携チーム。「エル」は高齢者を支「える」、Lifeの「L(エル)」など多くの意味を込めて名付けた。

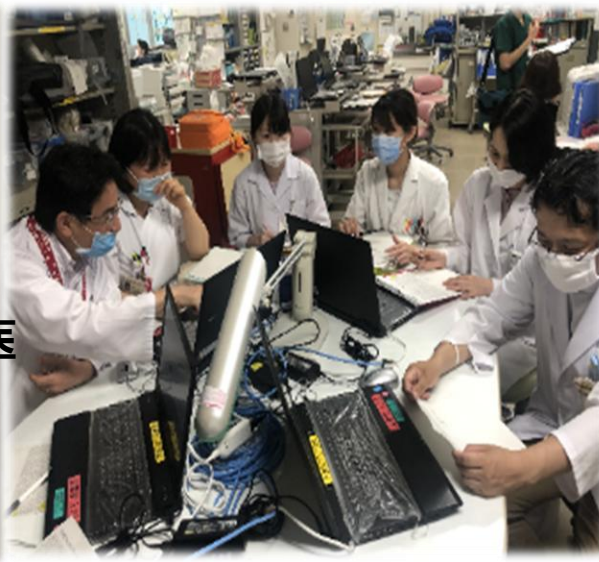
エルケアチームの活動開始

2020年1月始動！

エルケアチーム



チーム回診



チームカンファレンス

<対象患者>

65歳以上で、以下の理由などにより本来の入院目的を遂行することが困難な患者

- ◆ 認知症（疑いを含む）により日常生活に障害がある
 - ◆ 高齢や認知機能低下で、せん妄ハイリスク患者である
 - ◆ 生活機能の低下により、療養生活が困難である
- ※ 老年内科外来「**高齢外科手術術前評価**」で、中等度以上のリスクと診断された患者には、入院当日から介入する

高齢者の生活に配慮したあらゆる問題への介入を役割とする看護師中心の多職種連携チーム。「エル」は高齢者を支「える」、Lifeの「L(エル)」など多くの意味を込めて名付けた。

エルケアチームのご紹介

高齢者・認知症患者を多職種でサポートする

“**高齢者ライフケアチーム（通称：エルケアチーム）**”

活動開始のお知らせ

当院の入院患者は約2人に1人は65歳以上、約4人に1人は75歳以上です。65歳以上の約15%が認知症と推測されており、認知症の診断がついていない方も多くいます。高齢入院患者は、せん妄を発症（約30%に合併）する割合が多く、転倒・転落などの増加、入院期間の延長や医療費や家族の経済など、多くの弊害をもたらします。これらの問題に対して、入院時に多職種チームで介入し病棟スタッフと連携してケアを提供することが推奨されています。当院でも多職種チームを立ち上げることとなりました。

<対象患者>

65歳以上の入院患者で、以下のいずれかの理由により本来の入院目的を遂行することが困難な患者

- ◆ 認知症（疑いを含む）により日常生活に障害がある
- ◆ 高齢や認知機能低下に伴う、せん妄ハイリスク患者※1である
- ◆ せん妄※2などにより一時的に認知機能が低下している

※1 老年・高血圧内科外来「高齢外科手術前評価」で、中等度以上のリスクと評価された患者には、入院当日から介入します。

※2 精神科リエゾンチームと連携し介入しますので、精神科へのコンサルト依頼が必要です。

<メンバー構成>

医師：田中穂久、吉山順次
（神経科・精神科）
竹屋 泰（老年・高血圧内科）
精神看護専門看護師：片山生子
精神保健福祉士：宮脇英子
薬剤師：町田尚子

<定例回診>

毎週木曜日 10:00～
その他、
チームへの介入依頼があった際には随時回診を実施します。

通称「**エルケアチーム**」とは、
高齢者の入院生活（Lifeble）を支援
すること
臨床現場にとって使えるチームを目指
すことから名付けました。



<チームへの依頼・問い合わせ先>

月～金（祝日除く） 9:00～17:00
精神看護専門看護師 片山生子（PHS: 6150）に直接ご連絡ください。
上記連絡が取れない場合は 医師 吉山順次（PHS: 7554）

定数配置薬の見直し

令和3年9月27日

各科（部）病棟医長 殿
各科（部）病棟看護師長 殿
各科（部）外来医長 殿
各科（部）外来看護師長 殿
関係各位

医薬品安全管理責任者・薬剤部長 奥田 真弘
感染制御部長 忽那 賢志

定数配置薬の見直しのお願（抗菌薬）

平素より適正な医薬品管理にご協力頂き有難うございます。さて、病院機能評価の本受審（10/13～10/15）に向けた模擬受審において、定数配置薬の見直し（抗菌薬）について指摘がありました。（定数配置薬（抗菌薬）の使用については、「薬剤師による処方監査が行われていない」、「適正使用の観点から必要最小限（配置しない）が望ましい」）

抗菌薬は世界的な薬剤耐性の問題から適正使用の推進が求められ、使用にあたっては、確実な処方監査や実施状況のモニタリングが必要である（定数配置薬での使用は状況把握が遅れる可能性があります）ことから、各病棟（高度救命救急センター、ICU、NICUを除く）・外来における定数配置薬（抗菌薬）について見直しをお願いします。

各病棟・外来における定数配置薬の一覧は薬剤部より配布いたします。期日まで短く、直前のお願となり申し訳ございません、何卒ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

記

「すべての定数配置薬（抗菌薬）について、
見直し（配置中止）をお願いします」

（特段の理由がなければ、見直しをお願いします。
必要な場合は、個人処方としてご使用をお願いします）

期日：令和3年10月7日（木）まで

以上

令和3年9月27日

各科（部）病棟医長 殿
各科（部）病棟看護師長 殿
関係各位

医薬品安全管理責任者・薬剤部長 奥田 真弘
神経科精神科 科長 池田 学
老年・高血圧内科 科長 楽木 宏実

定数配置薬の見直しのお願（睡眠薬）

平素より適正な医薬品管理にご協力頂き有難うございます。さて、病院機能評価の本受審（10/13～10/15）に向けた模擬受審において、定数配置薬の見直し（睡眠薬）について指摘がありました。クリニカルパスに入っている睡眠薬についても見直しを検討いただいておりますが、定数配置薬（特に、ベンゾジアゼピン系睡眠薬）についても見直しをお願い出来れば幸いです。

お忙しいところ恐縮ですが、以下の方針に沿った定数配置薬の見直しにご協力いただければ幸いです（定数配置薬の一覧は病棟担当薬剤師を通じて配布させていただきます）。なお、具体的な内容に関してはエルケアチームが支援させていただきます。

記

以下の見直し方針に沿った、定数配置薬（睡眠薬）について見直しをお願いします。

- 現行のガイドライン（※）では、ベンゾジアゼピン系薬剤は推奨されていません。特段の理由がなければ、ベンゾジアゼピン系薬剤の定数配置の見直しをお願いします。（どうしてもベンゾジアゼピン系の睡眠導入剤が必要な場合は、個人処方としてご使用をお願いします）
- 各分類につき1薬品1規格への定数配置の見直しをお願いします

（※）参考ガイドライン

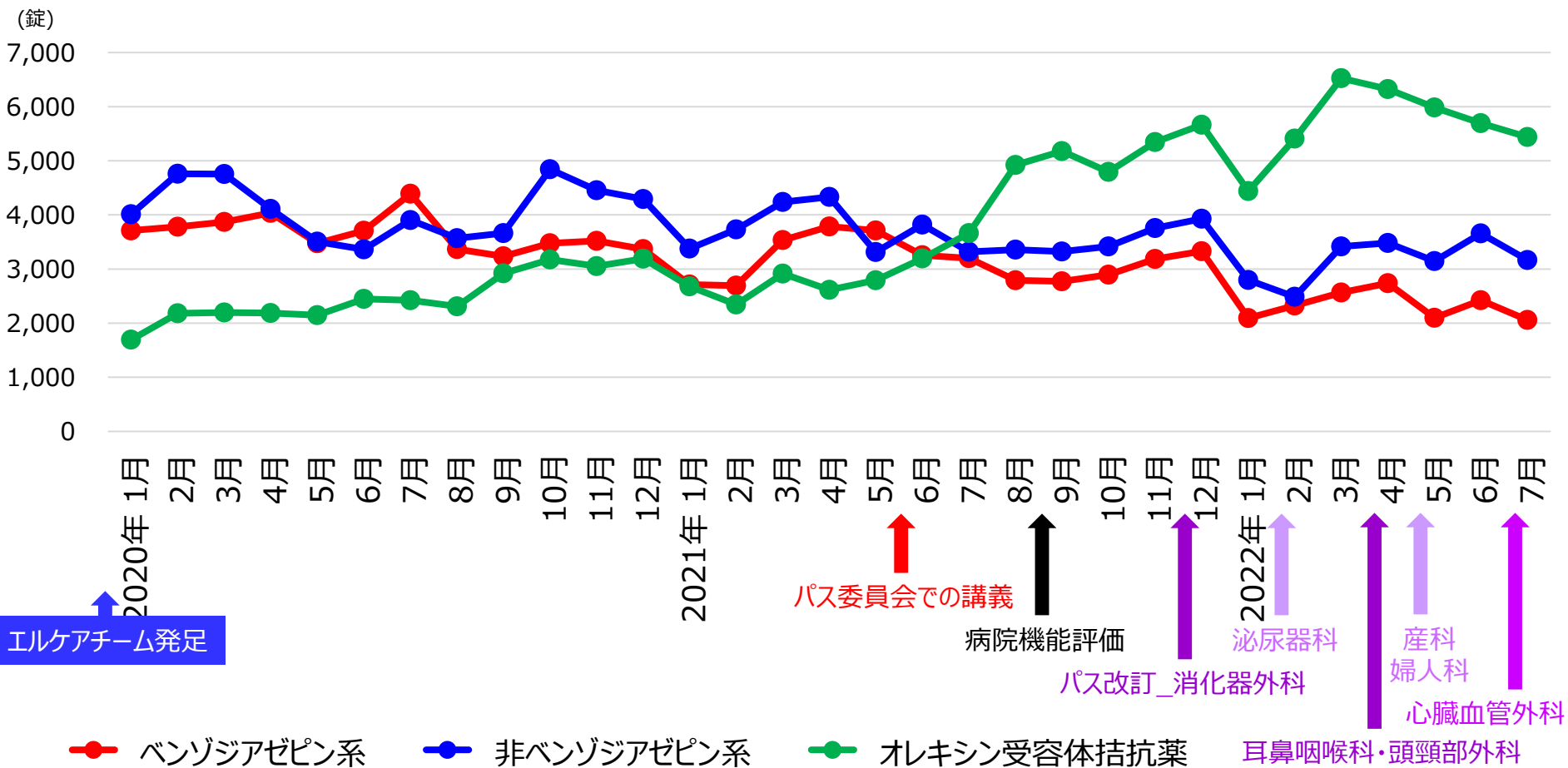
睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン

「睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班」 および
日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ 編
高齢者の安全な薬物療法ガイドライン
編集 日本老年医学会 日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究班

期日：令和3年10月7日（木）まで

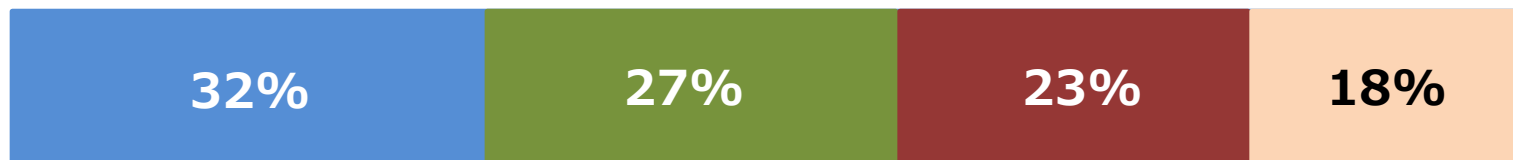
薬剤師と連携して医師に対して配置薬の見直しを提案

系統別睡眠薬使用錠数の推移



阪大病院の睡眠薬の変化

2021年4月（パス委員会での講義前） 10785錠



2021年11月（パス改訂作業の開始時） 12105錠



2023年3月（改訂作業終了時） 13537錠



高齢者の薬物療法に関するガイドなど

2005年 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2005



高齢者の
睡眠治療は徐行運転でも
安全運転で！

2024年 多職種連携推進のための在宅患者訪問薬剤管理指導ガイド
日本版抗コリン薬リスクスケール
高齢者施設の服薬簡素化提言

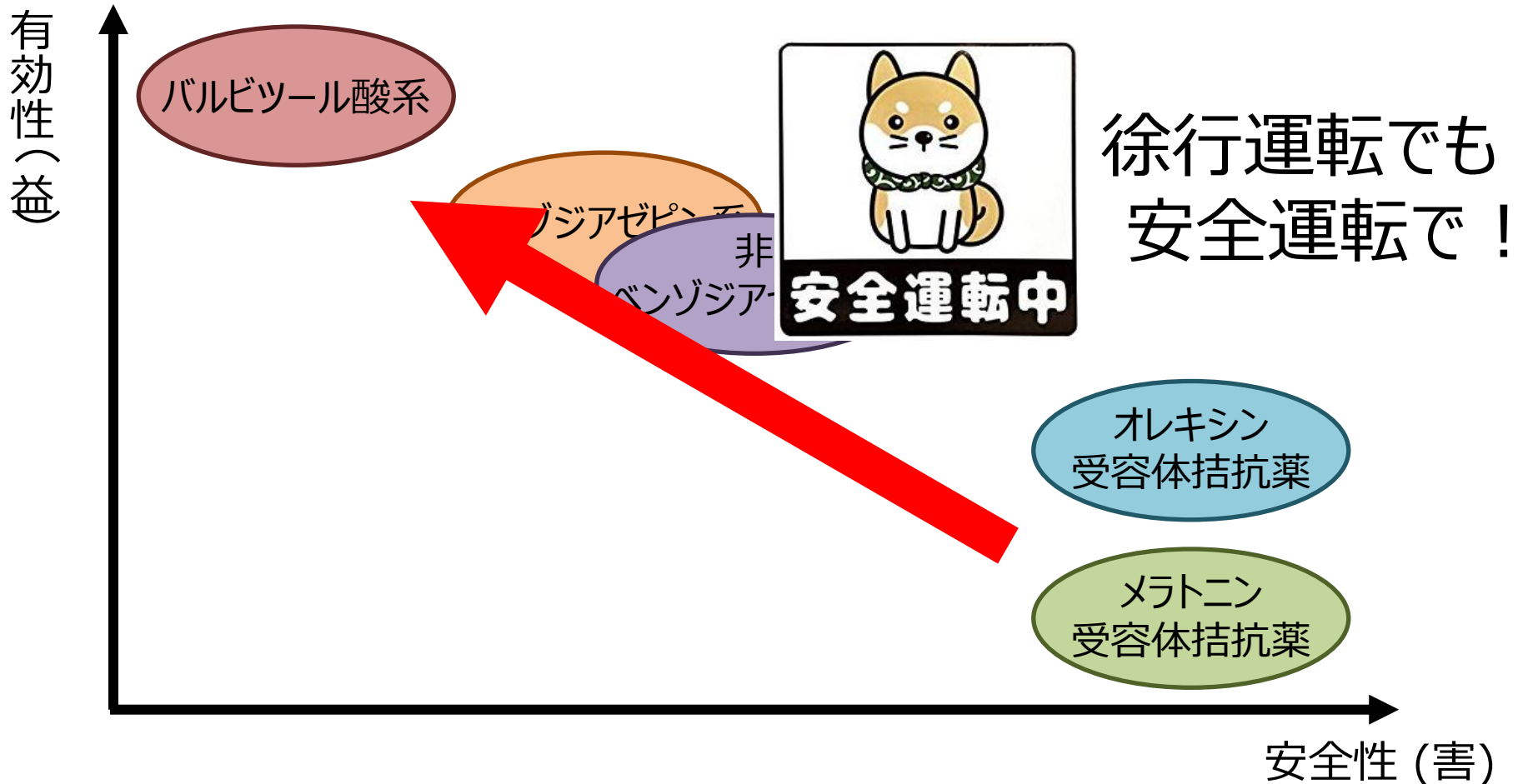
2025年 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2025



睡眠薬の益と害

(私見)

益と害のバランスを個別に判断する



2026年2月1日

ご清聴ありがとうございました

