

LECTURE DIGEST

精神科病院における 睡眠薬の使用実態と課題

— 約束処方も「処方」である —

不眠症治療は、薬剤を置き換えることなく、夜間のケア設計を変えること。

講演抜粋版 | 学会一般演題 (COIなし) • ミツノワ 高山 英也 (精神科医) • 2026.08



この資料について

安心してお読みいただくために、抜粋の方針を先に記します。

01 2026年8月の学会一般演題（COIなし）から再構成しています

学会・開催情報および施設が特定される情報は削除し、演者自身の発表内容のみを抜粋しました。企業との実証に関するスライドは本抜粋版では割愛しています。

02 データは単一施設・少数例の整理であり、一般化はできません

院内処方データは処方量の構成比の変化であり、薬剤の効果・安全性の比較ではありません。自験例レビューは各10例の点検であり、統計的な結論を示すものではありません。薬剤名は一般名で表記しています。

03 医療情報の扱いについて

導入の場面描写は発表用に作成した複合事例であり、実在の患者情報ではありません。本資料は運用点検の視点共有を目的とし、個別の処方・治療判断を代替するものではありません。

結論：処方の前に、夜間のケア設計を見る

- 1 薬剤選択は変化しても、定期薬だけでは実態は見えない。頓用・約束処方(不眠時指示)まで含めて初めて見える。
- 2 慢性期ほど約束処方残りやすい。「約束処方も処方である」と見直し対象に入れることが改善の入口になる。
- 3 精神科病院ほど処方変更は難しい。患者背景・病状・安心感を踏まえ、一律ルールではなく個別に点検する。
- 4 出口は見える化から。実使用回数・翌朝評価・退院時レビューを経て、地域連携へつなげる。

不眠症治療は、薬剤を置き換えることなく、夜間のケア設計を変えることである。

夜間の「眠れない」が押し問答になる

発表用に作成した複合事例です。実在の患者情報ではありません。

- 患者さん

「全然眠れない。前の薬なら眠れた。どうして今夜は出してくれないんですか。」

- 看護師

「訴えは強い。でも、直前にも薬を飲んでいる。転倒も心配。」

- 医師

「薬を変えたつもりだったが、不眠時指示まで整っていたらどうか。」

患者さんの主観的苦痛は重要。一方で、主観だけに依存すると「薬を出す／出さない」の二択になり、押し問答になりやすい。

精神科病院の不眠は、単純な「眠れない」ではない

- **精神症状**

不安、幻覚妄想、躁状態、抑うつ、離脱

- **病棟環境**

共同生活、刺激、長期入院、生活リズム

- **併用薬**

抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、抗コリン作用

- **安全性**

転倒、せん妄、嚥下、翌朝の持ち越し

- **本人の意味づけ**

「この薬で眠れた」「減らされる不安」

- **指示体系**

定期薬、頓用、約束処方、申し送り

睡眠薬の処方は、薬剤選択だけではなく、患者理解・安全性・夜間ケア・多職種運用が重なるテーマ。

本発表で提示した4つの課題

問題は「どの薬を選ぶか」だけではなく、夜間の訴え・約束処方・多職種運用がずれること。

課題① 患者の訴えに依存しやすい

「眠れない」という苦痛は重要。一方で、主観だけに寄ると、薬を出す／出さないの押し問答になりやすい。

課題② 定期薬と約束処方がずれる

定期薬は見直しても、不眠時指示が古いまま残る。新しい薬への切り替えの裏で、ベンゾジアゼピン系が約束処方に残ることもある。

課題③ 精神科病院ほど変えにくい

患者背景、病状、生活史、「この薬なら眠れる」という安心感。効いている薬を変える判断は簡単ではない。

課題④ 実使用と翌朝状態が見えにくい

設定されている薬と、実際に夜間使われた薬は違う。使用回数・理由・翌朝評価の可視化が必要。

今回の問い:約束処方を否定せず、どう点検し、安全な夜間ケアへつなげるか。

約束処方とは何か：否定ではなく、見直しの対象にする

定義: あらかじめ医師が指示した不眠時・不穏時の薬剤を、夜間に看護師が患者の状態を確認しながら使用する仕組み。

支える側面

- 迅速性 —— 夜間でも対応しやすい
- 安心感 —— 患者・看護師双方の不安を下げる
- 標準化 —— 病棟対応を一定程度そろえる

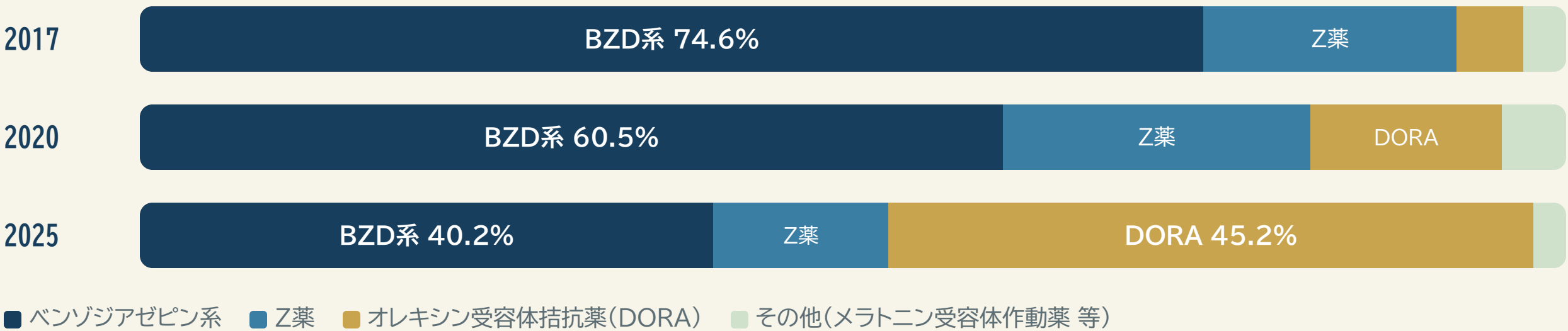
残りやすい課題

- 古い指示 —— 定期薬変更後も残る
- 重複 —— 同系統薬・複数候補が重なる
- 判断負荷 —— 夜間に選択と評価が集中する

約束処方は現場を支える仕組み。支える仕組みだからこそ、定期的に見直す必要がある。

院内データ：睡眠薬クラス別の処方構成の変化

単一施設・3時点の処方量構成比。効果・安全性の直接比較ではありません。



8年間の変化

BZD系 74.6% → 40.2%

DORA 4.7% → 45.2%

処方量の構成変化であり、効果・安全性の直接比較ではない。

注:2017・2020・2025年の院内処方データ(実数・単一施設)。同一一般名は用量別に分けて全用量を合算して集計。

自験例レビュー：一覧化すると、見直す場所が見える

急性期・慢性期の各10例を点検。少数例のため一般化はできず、点検の出発点として。

急性期病棟で見たこと

- オレキシン受容体拮抗薬の採用が進んでいる（定期・約束処方とも）
- 定期なし＋約束処方のみの例もあり、短期運用の検証が必要
- 新しい定期薬とBZDの約束処方が併存する例が残っていた

一覧化してみると、漫然と残っている処方にも気づいた。責めるためではなく、見直すための作業。

慢性期病棟で見たこと

- 定期薬では新しい薬への置き換えが進む
- それでも 約束処方にはBZDが残る 例が急性期より多い
- 長期入院では「変更しない理由」の確認が入口になる

慢性期では、定期薬は触る意識があっても、約束処方はそのまま残ることがある。

注：自験例レビュー（各病棟10例）のため一般化はできない。添付文書上、レンボレキサントと他の不眠症治療薬を併用したときの有効性・安全性は確立されていない。

約束処方へのアプローチ：精神科病院ほど難しい

総合病院での使い方

不眠時対応を標準化しやすい。「この対応で眠れなければ精神科コンサルト」など、コンサルテーションの目安として設定しやすい。

精神科病院での難しさ

病棟自体が精神科専門領域。不眠の背景に、統合失調症、躁状態、不安、認知症、依存、長期入院の生活史が重なり、**一律ルールで割り切りにくい**。

難しい問い：「効いているベンゾジアゼピンを、変えられるのか？」

有害事象リスクや長期化の問題は理解できる。しかし、その患者さんにとっての安心感・再燃不安・夜間対応まで考えると、変更は簡単ではない。だから「BZDは悪い、すぐやめる」ではなく、患者ごとの背景を確認しながら、**定期薬と約束処方を同時に点検する実践**につなげる。

参考：統合失調症の不眠治療(精神神経学雑誌, 2018)／Tiihonen et al., JAMA Psychiatry, 2012／Filmer & Maidment, Scientific Reports, 2025

約束処方「夜間対応のフロー」として見る



このフローの弱点: 定期薬を変更しても、不眠時指示まで連動して見直されないと、夜間の現場に古い判断材料が残る可能性がある。

患者の訴えに依存しすぎないために、何を見るか

患者の「眠れない」は重要。ただし、それだけで薬を増減すると押し問答になりやすい。

本人の主観

眠れない苦痛、眠れた感覚、薬への期待

病棟観察

入床時刻、中途覚醒、離床、不穏、ナースコール

翌朝評価

眠気、ふらつき、表情、活動性、食事、せん妄

薬剤情報

定期薬、頓用、約束処方、直前の使用薬

小さく始めるなら:不眠時に、投与理由と翌朝状態を1行だけ残す。「眠れた／眠れない」から「何を根拠に、どう判断したか」へ。

地域連携の芽：退院時に「睡眠薬レビュー」を渡す

現状起こりやすいこと

入院中に調整された睡眠薬が退院後に地域医療へ戻る。開始理由・変更理由・減薬方針が十分に伝わらないと、地域でも「眠れないので戻す」になりやすい。

連携するとできること

退院時に睡眠薬の整理表を地域の先生へ共有。約束処方や入院中の頓用使用状況も含め、「どこまで減らせたか／何が残ったか」が見える化する。

入院中

不眠・薬剤・
約束処方を整理



退院前

睡眠薬レビュー
を作成



地域へ

かかりつけ医・
薬局へ共有



外来で

継続・減薬・
再燃時対応を相談

まとめ：単一施設の事例から見えること

- 1 薬剤選択は変化している。しかし長期継続・併用・既存薬は残りうる。
- 2 定期薬だけでは実態が見えない。頓用・約束処方まで含めて見る。
- 3 慢性期ほど約束処方残りやすい。不眠時指示が古いまま残ることがある。
- 4 精神科病院では標準化が難しい。患者背景を踏まえた個別判断が必要。
- 5 退院時睡眠薬レビューで、地域連携に発展できる。

睡眠マネジメントを変えることは、薬剤を置き換えることではなく、夜間のケア設計を変えること。

薬剤の置き換えではなく、 夜間のケア設計を変える。

この資料は、学会発表の内容から演者自身の知見のみを抜粋・再構成したものです。

主な参考文献:精神神経学雑誌 2018;Tiihonen et al. JAMA Psychiatry 2012;

Filmer & Maidment, Sci Rep 2025;日本睡眠学会 睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン ほか

ミツノワ 高山 英也(精神科医)

mitsunowa.com / 実践コミュニティ「精介AI」seikai-ai.jp

