

「薬が多い」って どういうこと？

～精神科で処方される薬を中心に～

沖縄県薬剤師会 中尾滋久

👤 対象

地域・在宅・保健所等で活動する保健師の皆さん

🎯 目的

安全で継続可能な薬物療法を支えるための
実践ポイントを共有



01

お薬手帳の基本



構成要素と読み解きのポイント

02

服薬確認のポイント



アセスメントと実践的支援

03

副作用の管理と対応



観察・判断・対応のプロセス

04

保健師の役割と連携



5つの実務領域と多職種協働

05

ポリファーマシー



定義、リスク、適正化の視点

06

症例検討するための知識



睡眠薬、抗不安薬を用いての考え方

07

マイナ保険証



情報共有とシステム連携の活用

08

いただいたご質問



答えになるかわかりませんが

09

まとめ



Take Home Messages

📖 お薬手帳に記載されている内容

患者情報

氏名：〇〇 〇〇

処方医情報

〇〇病院 医師：〇〇 〇〇

交付年月日：2026/02/03

薬局情報

★★薬局 薬剤師名：〇〇 〇〇 ㊟

調剤年月日：2026/02/03

住所：★★市〇〇3-1

電話番号：〇〇- 〇〇- 〇〇

処方内容

<記載例 1>

Rp.1 レバミピド錠 100mg **1日3回 毎食後 1回1錠 14日分**

胃潰瘍や急性・慢性胃炎を改善するお薬です。

Rp.2 ロキソプロフェンNa錠 60mg 腰痛時 1回1錠 10回分

熱を下げ、痛みをやわらげ、炎症を抑えるお薬です

<記載例 2>

Rp.1 レバミピド錠 100mg **3錠 分3 朝昼夕食後 14日分**

胃潰瘍や急性・慢性胃炎を改善するお薬です。

Rp.2 ロキソプロフェンNa錠 60mg 腰痛時 1回1錠 10回分

熱を下げ、痛みをやわらげ、炎症を抑えるお薬です

📖 読み解き・確認のポイント

略語・単位・剤形の確認 Check

mg, μ gなどの単位は、薬によって異なることを理解。
口腔内崩壊錠（OD錠）、徐放錠などの特殊な剤形特性を把握する。

用法・タイミングの指定 注意

「食前」「食間（食事の2時間後）」「食後」などの違い。
頓服薬の使用条件（疼痛時、不眠時など）と上限回数を確認。

重複・併用のチェック Check

複数診療科を受診している場合、同種同効薬の重複がないか。
お薬手帳などを活用。OTC医薬品やサプリメントとの飲み合わせを確認。

患者背景への配慮 考慮

腎機能低下（高齢者）、妊娠・授乳中、嚥下機能（粉砕可否）。
生活リズムに合った服用タイミングになっているか。

疑義照会・連携 Action

不明点や懸念があれば、自己判断せず速やかに薬剤師・医師へ照会。
「残薬調整」などの連絡事項もお薬手帳経由で伝達可能（備考欄等）。

◎ お薬手帳の目的・メリット



患者情報のハブ

バラバラな医療情報を一元化

🛡️ 重複投薬・相互作用の回避
複数の医療機関・診療科にかかる際のリスク管理

⚠️ 禁忌・アレルギー・副作用歴の共有
「過去に合わなかった薬」を確実に伝え、再発防止

📁 全情報の記録（OTC・サプリ・検査値）
処方薬だけでなく、市販薬（OTC）や健康食品も併記

🆘 緊急時・災害時の「命綱」
意識がない時や避難所でも、服薬情報を即時提示可能

≡ 現場での運用・指導のコツ

受診・調剤ごとの「提示」習慣 基本

「薬局だけ」ではなく、病院・クリニック・歯科などどこに行く時も持参する。受診時には必ず提示。

気づきを「メモ」に残す 重要

服用中止の理由（自己判断含む）、飲み残しの数、気になった体調変化や副作用の疑いを余白にメモする。

情報の正確性向上（写真・QR） テクニック

手書きが大変な場合は、薬剤情報提供書の貼り付ける。もしくは、スマホなど持ち歩くデバイスを用いて写真で保存する。

「情報ハブ」としての意識付け マインド

「ただのシール帳」ではなく、自分の体を守るためのカルテの一部と認識してもらう声かけを行う。

📌 紙・電子いずれの場合も、医療者への“提示・更新”が前提です

📄 紙のお薬手帳

👍 強み

安心

オフラインで常時閲覧可：電池切れや故障の心配がなく、災害時や停電時に最強の「命綱」となる。

高い視認性と汎用性：救急隊や他院の医師など、誰でも直感的に確認できる。

物理的な実在感：手元にあることで持参意識が働きやすい。

⚠️ 留意点

注意

紛失・持参忘れのリスク：物理媒体のため、忘れると情報共有が途切れる。

情報の断片化：記入漏れやシール貼り忘れ、判読困難な手書き文字。

検索性の低さ：過去の副作用歴などを瞬時に探すのが難しい。

📱 電子お薬手帳

👍 強み

効率

データの保全と検索：クラウドバックアップで紛失知らず。過去履歴の検索や画像保存が容易。

アラート機能：重複投薬や相互作用の自動チェック（※アプリによる）。

スマートな管理：家族分の一元管理、飲み忘れ防止アラーム等。

⚠️ 留意点

課題

デバイス依存：電池切れや端末故障時は閲覧不可。

閲覧のハードル：本人のロック解除が必要（意識消失時など）。

互換性と操作性：一部薬局での連携課題や、高齢者の操作習熟が必要。



結論：状況に応じた「併用」が現実的な最適解

災害時や緊急時のバックアップとして「紙」を常備しつつ、
日常の管理やアラート機能活用として「電子」で更新・携行するハイブリッド運用を推奨。

アセスメントと計画

事前アセスメント

身体・認知機能の確認：
視力、薬を出す指先の動き、嚥下状態、認知機能。

生活背景の把握：
生活リズム、独居か同居か、キーパーソンの有無。

実践的支援と対話

アドヒアランス支援

生活習慣への紐付け：
「朝食後」など生活行動とセットにする。

ツールの活用：
配薬カレンダー、一包化、服薬アラーム等の導入。

コミュニケーション

開いた質問と要約：
「どう飲んでいますか？」と聞き、理解度を確認。

分かりやすい説明：
専門用語は避け、図や実物を用いて視覚的に。

安全管理と連携

安全性の確認

リスク管理：
相互作用・重複処方への疑いは薬局へ照会。

飲み忘れ・中断対応：
責めずに理由（副作用への不安等）を探索する。

記録と連携

情報共有：
残薬数や服薬状況をSOAPで記録し、医師・薬剤師・ケアマネへ。

Point

患者の「生活」に薬を合わせる視点が重要です。無理な指導は避け、継続可能な方法を共に探りましょう。

STEP1



観察

タイミング：
初回服用時、増量時。
注射は0～5分間。
吸入後は15～30分間。

チェック項目：
血圧・脈拍、皮疹、
浮腫、悪心・嘔吐など。

STEP2



判断

重症度判定：
軽度（様子見可）か、
中等度以上（受診必
要）か。

⚠️ 緊急かも

呼吸困難、意識障害、広範
な発疹・粘膜障害、激しい
胸痛・腹痛

STEP3



対応

緊急時：
迷わず救急要請、また
は直ちに医療機関へ搬
送。

非緊急時：
医師・薬剤師へ連絡し
指示を仰ぐ。
※自己判断での中止は避ける。

軽度：
セルフケア助言と経過
観察。

STEP4



記録・共有

記録内容：
発現日時、用量、併用
薬、具体的症状、その
後の経過。

多職種連携：
医師・薬剤師へ速やか
に報告。お薬手帳への
記載推奨。

個別の介入・支援

1. 評価

リスク抽出：ポリファーマシー、腎機能低下、高リスク薬の有無を確認。

身体・認知機能：嚥下障害（飲みにくさ）、認知機能低下による管理能力不足を評価。

生活状況：独居、キーパーソンの有無、経済的課題。

優先課題の特定

「予後」「症状緩和」「機能維持」のどの観点を最優先するか、本人・家族の意向と医学的妥当性をすり合わせる。

2. 環境整備

残薬整理：自宅にある残薬を確認・集約し、医師・薬剤師へ報告。

保管・管理：一包化の提案、お薬カレンダーの設置、適切な保管場所の確保。

廃棄指導：期限切れや中止薬の適切な廃棄支援。

役割分担と体制構築

「誰が・いつ・どうやって」薬をセットするか、家族・訪問看護・ヘルパーとの明確な役割分担と連絡体制を整える。

3. 支援計画

目標設定：「飲み忘れゼロ」「低血糖回避」など具体的に達成可能な目標を共有。

介入設計：訪問頻度、確認方法、家族への協力依頼内容を決定。

緊急時対応：副作用発現時の連絡ルートを明確化。

合意形成

本人の価値観・生活の優先順位を確認し、「やらされる治療」ではなく「納得して取り組む計画」にする。

チーム連携・評価

4. 多職種連携

処方意図の共有：医師の治療方針を確認し、患者へ翻訳して伝える。

疑義照会・調整：服薬困難や副作用の疑いは、薬剤師・ケアマネを通じて医師へフィードバック。

連携のポイント

「残薬があります」だけでなく、「なぜ飲めないか（嚥下・認知・副作用）」を添えて報告することで、処方変更（剤形変更・減薬）につながる。

5. モニタリング

定量的評価：服薬率、残薬量、検査値（HbA1c、血圧等）の推移。

定性的評価：本人の服薬感、体調変化、生活の質（QOL）。

成果指標

再入院・救急受診の回避、安定した在宅生活の継続が最終ゴール。

📌 定義と真の課題

ポリファーマシーとは？

数量的な目安

一般に「5剤～6剤以上」の併用を指すことが多い。
しかし、単に薬の数が多いことだけが問題ではない。

質的な定義（本質）

害（有害事象リスク）が **益**（治療効果）を上回る
「**不適切な多剤併用**」の状態。
適応のない薬、重複投与
相互作用のリスクが高い組み合わせ
用法が複雑すぎて管理できない

目的は "最適化"

「最小限」に減らすことなく、
患者にとって「最適化」することがゴール

⚖️ よくある誤解 vs 実像

✖️ 誤解：薬は多ければ多いほど悪い

✔️ 実像

多疾患併存や二次予防など、治療ガイドラインに沿えば必要な多剤併用もある（適切なポリファーマシー）。

✖️ 誤解：減らせば必ず安全になる

✔️ 実像

急な減薬は疾患の増悪や再入院を招く恐れがある。
予後や生活目標とのバランスで慎重に判断する。

✖️ 誤解：ジェネリックにすれば解決

✔️ 実像

医療費は下がるが、ポリファーマシーの本質的解決ではない。
適応・重複・用法の最適化こそが必要。

✖️ 誤解：高齢者は一律に減薬すべき

✔️ 実像

個人の価値観、予後予測、身体機能に基づく。
「生活の質」を最優先した個別最適化を行う。

ある薬局における12月の処方実績

+ 開局日数：24日間

- 月曜日から金曜日：門前病院がメイン
日曜日：心療内科
- 処方箋に記載されている1つの医薬品名を1品目とする
- 頓服、外用剤、注射薬、注射針なども含める
(定期薬と頓服が同じ薬剤でも、1つずつ数えている)
- 1人の患者が、同日2科の処方箋(内科と外科)を持参した場合は、合算している

🔍 実績

1日患者数(平均)	70.9 人	95人~15人
処方品目数(平均)	5.8 品目	25~1
6剤以上処方されている患者数(平均)	32.6 人	56人~3人
20剤以上処方されている患者数(期間中)	21 人	(4人~0人 /日)
期間中最多薬品数	36 品目	3医療機関 4診療科

この実績をご覧になって、皆さんはどのように感じますか？



【例】23品目（単科）にて

抗不安薬（ベンゾジアゼピン系 不安や緊張を和らげる）	分1 ねる前
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬	不眠時
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬	落ち着かない時
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬	分2 昼・夕食後
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬	分1 ねる前
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）違う薬	分2 昼・夕食後
抗精神病薬（定型 催眠作用が強い）同じ薬	不眠時
抗精神病薬（定型 催眠作用が強い）同じ薬	分1 ねる前
抗精神病薬（定型 興奮や不安を抑える）	分1 ねる前
抗精神病薬（定型 強い不安・興奮・不眠の改善）	分2 昼・夕食後
抗精神病薬（定型 不安・緊張・睡眠の改善）	分2 昼・夕食後
抗精神病薬（非定型 セロトニン・ドパミン拮抗薬）	分1 ねる前
睡眠剤（長時間型DORA）同じ薬	不眠時
睡眠剤（長時間型DORA）同じ薬	分1 ねる前
睡眠剤（長時間型DORA）同じ薬 規格違い	分1 ねる前
睡眠剤（ベンゾジアゼピン系短時間作用型）同じ薬	分1 ねる前
睡眠剤（ベンゾジアゼピン系短時間作用型）同じ薬	不眠時
下剤（便秘薬：便を柔らかくする）	分2 朝・夕食後
下剤（便秘薬：大腸を刺激する）	便秘時 1回5～15滴
漢方薬（便秘、便秘に伴う頭重・のぼせ等）	分2 朝食前・ねる前
ビタミンB ₂ ・C補給薬	分3 朝・昼・夕食後
解熱鎮痛薬（穏やかな痛み止め）	腰痛時
解熱鎮痛消炎薬（痛み止め）	腰痛時

DORA＝オレキシン受容体拮抗薬

🔍 チェックポイント

【ポイント1】 同じ薬でも用法が異なる

定期服用分と頓服分。

【ポイント2】 同じ薬効で違う成分

同じ薬効分類でも、作用部位が異なる。

【ポイント3】 使い分け

同種・同用法でも、症状によって使い分けをする。

【ポイント4】 小さい規格を多く出す

例えば、2.5mg錠と5mgと2種類の規格がある薬を、医師が「5mg飲ませたい」と考えたときに、わざと2.5mg錠を2錠で出すことがある。

≡ 主な薬剤分類

📍 ベンゾジアゼピン系 BZ系

特徴：GABA受容体に作用し、脳の興奮を鎮める。

📍 非ベンゾジアゼピン系 (Z薬)

特徴：BZ系と同様の機序だが、筋弛緩作用などが比較的少ない。

📍 オレキシン受容体拮抗薬

特徴：覚醒維持システムを抑制し、自然な入眠を促す。

📍 メラトニン受容体作動薬

特徴：体内時計に働きかけ、入眠をサポート。

GABA：抑制性神経伝達物質のこと
BZ系は、GABAが結合する受容体にくっつくことで、情動中枢（感情をつかさどる部位）を抑制します。

向精神薬の指定状況：
BZ系・非BZ系(Z薬)の多くは「向精神薬」に指定されており、処方日数制限や管理規制の対象となります。

🕒 作用時間（半減期目安）

超短時間型

2~4h
入眠障害

短時間型

6~10h
入眠/中途覚醒

中間~長時間型

12h~24h超
中途/早朝覚醒

📅 処方日数制限の原則

保険診療上のルール

向精神薬（BZ系・Z薬など）：原則 30日分まで

オレキシン受容体拮抗薬・ラメルテオンなど：日数制限なし

※ただし新医薬品は発売から1年間は14日制限

日本で発売されている睡眠薬 一覧（演者作成）

分類	作用時間（半減期）		成分名	先発名	処方日数制限
ベンゾジアゼピン系 (BZ系)	超短時間型	約2-4時間	トリアゾラム	ハルシオン [®]	30日
	短時間型	約7時間	ブロチゾラム	レンドルミン [®]	30日
		約10時間	リルマザホン塩酸塩水和物	リスミー [®]	30日
	中間型	約24時間	エスタゾラム	ユーロジン [®]	30日
		約24時間	フルニトラゼパム	サイレース [®]	30日
		約28時間	ニトラゼパム	ベンザリン [®] 、ネルボン [®]	90日
	長時間型	約36時間	クアゼパム	ドラール [®]	30日
		約40-250時間	フルラゼパム塩酸塩	ダルメート [®]	30日
		約100時間以上	ハロキサゾラム	ソメリン [®]	30日
非BZ系 (Z薬)	超短時間型	約2時間	ゾルピデム酒石酸塩	マイスリー [®]	30日
		約4時間	ゾピクロン	アモバン [®]	30日
		約5-6時間	エスゾピクロン	ルネスタ [®]	30日
メラトニン受容体作動薬	超短時間型	約1-2時間	ラメルテオン	ロゼレム [®]	制限なし
		約1-2時間	メラトニン	メラトベル [®] （小児のみの適応）	制限なし
オレキシン受容体拮抗薬 (DORA)	短時間型	約2時間	ボルノレキサント水和物	ボルズィ [®]	新薬(2025.11~)のため14日分
	中間型	約8時間	ダリドレキサント塩酸塩	クービビック [®]	制限なし
	中間型	約10時間	スボレキサント	ベルソムラ [®]	制限なし
	長時間型	約47-67時間	レンボレキサント	デエビゴ [®]	制限なし

日本で発売されている抗不安薬 一覧（演者作成）

作用時間	一般名	先発名	作用特性			
			抗不安	催眠	筋弛緩	抗けいれん
短時間型	エチゾラム	デパス [®]	+++	+++	++	-
	クロチアゼパム	リーゼ [®]	++	+	±	±
	フルタゾラム	コレミナル [®]	++	+	±	-
中時間型	ロラゼパム	ワイパックス [®]	+++	++	+	++?
	アルプラゾラム	コンスタン [®]	++	++	±	-
	ブロマゼパム	レキソタン [®]	+++	++	+++	+++
長時間型	メキサゾラム	メレックス [®]	++	++	±	-
	ジアゼパム	セルシン [®]	++	+++	+++	+++
	クロナゼパム	リボトリール [®]	+++	+++	++	+++
	クロキサゾラム	セパゾン [®]	+++	+	+	-
	クオルジアゼポキシド	コントロール [®]	++	+++	+	±
	クロラゼパム酸二カリウム	メンドン [®]	++	±	-	++
	メダゼパム	レスミット [®]	++	++	±	+
	オキサゾラム	セレナール [®]	++	++	±	+
超長時間型	ロフラゼパム酸エチル	メイラックス [®]	++	+	±	++

■ 作用時間による適用

短時間型 (6時間以内)	1) 不安発作（パニック障害）に対する頓用に有用。
	2) 連用後に中断すると反跳性不安・退薬症候を起こしやすい。
	3) 高力価・短期作用型では健忘や譫妄・錯乱の報告がある。
	4) 高齢者には投与を避ける。
中時間型 (12-24時間以内)	1) 高齢者への投与可能。
	2) 全般性不安障害に対して1日1回（せいぜい2回）連用。
長時間型 (24時間以上)	1) 服薬回数を削減できる。
	2) 依存者の離脱に有効。
	3) 連用によって体内蓄積を起こすおそれがある。
	4) 高齢者には投与を避ける。
	5) 全般性不安障害に対して1日1回（せいぜい2回）連用。
	6) BZ依存者に対しては、長期作用型に変更して離脱を図る。代替薬として抗うつ薬が有用。
超長時間型 (90時間以上)	1) 高齢者には投与を避ける。

✓ 「適切な多剤併用」の5条件

🎯 明確な適応とエビデンス

漫然とした処方ではなく、現在の病態に対し明確な治療目的と効果の裏付けがある。

📋 優先順位の考慮

全ての疾患を網羅するのではなく、予後・機能・本人の価値観に基づき治療優先度を選別。

📄 処方の簡素化

1日1回投与、配合剤の活用、一包化など、飲み間違いを防ぐ工夫がされている。

🕒 定期的な見直し

処方が固定化しないように、減薬の可能性を定期的に検討している。

📊 モニタリング体制

効果と副作用のバランスを継続的に評価し、安全性が担保されている。

👤 保健師の実務アクション

🔍 聴取・現状把握 Assess

残薬確認（飲み忘れか、意図的中断か）。
お薬手帳で複数医療機関の重複を確認。
「飲んでどう感じるか」患者のナラティブを聴取。

ナラティブ：物語。患者が語る病気や治療の体験、人生背景などの物語

👉 服薬環境の支援 Support

配薬カレンダーやリマインダーの導入。
視力や巧緻性に合わせた一包化の提案。
本人・家族が管理しやすい方法を一緒に検討。

巧緻性（こうちせい）：手先や体全体を、頭でイメージした通りに器用かつ精密に動かす能力のこと

🗨️ 専門職連携 Link

疑義や減薬提案は薬剤師（かかりつけ薬局）と共有し、薬剤師から医師へ情報提供（トレーシングレポート等）を行うルートを活用。

⚠️ 重点フォロー Watch

退院直後、処方変更時、体調変化時は副作用リスクが高まるため、訪問頻度を上げるなど密に観察を行う。

⚠️ 主なリスク（不適切な併用）

有害事象の発生：

めまい、転倒・骨折、低血糖、消化管出血、せん妄、認知機能低下、腎機能悪化など。

薬物相互作用：

薬効の重複による作用増強や、代謝酵素（CYP等）競合による血中濃度変動。

その他：

アドヒアランス低下、残薬発生、医療費増大。

🚫 特に注意すべき高リスク薬

抗コリン作用のある薬（頻尿治療薬、第一世代抗ヒスタミン薬など）：
口渇、便秘、尿閉、認知機能低下のリスク。

中枢神経系薬（ベンゾジアゼピン系、非ベンゾ系（Z薬）など）：
転倒、ふらつき、過鎮静、依存性。

併用注意の組み合わせ：

抗血小板薬×抗凝固薬（出血）、NSAIDs×降圧薬×利尿薬（腎障害）、
SU薬×相互作用薬（低血糖）など。

📋 見極めの観点・ツール

スクリーニングツール：

「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」などを参照。

一般社団法人 日本老年医学会：https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170808_01.pdf

臨床的指標：

腎機能（eGFR）、肝機能、QT延長リスクの確認。処方意図が不明確な薬剤、対症療法薬の漫然投与。

服薬状況：

残薬の山積み、飲み忘れ、自己中断の理由。

👤 保健師のチェックポイント

レッドフラッグ（危険兆候）：

「急に元気がなくなった」「食欲がない」「ふらつく」など、生活の変化を薬の影響として疑う。

処方環境の複雑さ：

複数医療機関からの重複処方がないか（お薬手帳）。サプリメントやOTCとの併用確認。

処方カスケードの疑い：

薬の副作用を新たな病気と誤認して、さらに薬が追加されていないか。

【例】では、この患者さんのお薬はどのように考える？

抗不安薬（ベンゾジアゼピン系 不安や緊張を和らげる）	分1 ねる前
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬	不眠時
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬	落ち着かない時
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬	分2 昼・夕食後
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬	分1 ねる前
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）違う薬	分2 昼・夕食後
抗精神病薬（定型 催眠作用が強い）同じ薬	不眠時
抗精神病薬（定型 催眠作用が強い）同じ薬	分1 ねる前
抗精神病薬（定型 興奮や不安を抑える）	分1 ねる前
抗精神病薬（定型 強い不安・興奮・不眠の改善）	分2 昼・夕食後
抗精神病薬（定型 不安・緊張・睡眠の改善）	分2 昼・夕食後
抗精神病薬（非定型 セロトニン・ドパミン拮抗薬）	分1 ねる前
睡眠剤（長時間型DORA）同じ薬	不眠時
睡眠剤（長時間型DORA）同じ薬	分1 ねる前
睡眠剤（長時間型DORA）同じ薬 規格違い	分1 ねる前
睡眠剤（ベンゾジアゼピン系短時間作用型）同じ薬	分1 ねる前
睡眠剤（ベンゾジアゼピン系短時間作用型）同じ薬	不眠時
下剤（便秘薬：便を柔らかくする）	分2 朝・夕食後
下剤（便秘薬：大腸を刺激する）	便秘時 1回5～15滴
漢方薬（便秘、便秘に伴う頭重・のぼせ等）	分2 朝食前・ねる前
ビタミンB ₂ ・C補給薬	分3 朝・昼・夕食後
解熱鎮痛薬（穏やかな痛み止め）	腰痛時
解熱鎮痛消炎薬（痛み止め）	腰痛時

DORA＝オレキシン受容体拮抗薬

🔍 チェックポイント

【ポイント1】 同じ薬でも用法が異なる

定期服用分と頓服分。

【ポイント2】 同じ薬効で違う成分

同じ薬効分類でも、作用部位が異なる。

【ポイント3】 使い分け

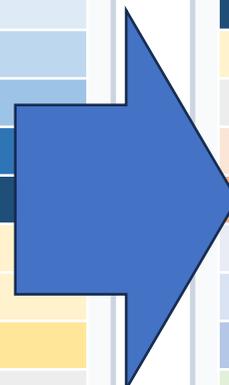
同種・同用法でも、症状によって使い分けをする。

【ポイント4】 小さい規格を多く出す

例えば、2.5mg錠と5mgと2種類の規格がある薬を、医師が「5mg飲ませたい」と考えたときに、わざと2.5mg錠を2錠で出すことがある。

【例】では、この患者さんのお薬はどのように考える？

抗不安薬（ベンゾジアゼピン系 不安や緊張を和らげる）	分1	ねる前
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬		不眠時
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬		落ち着かない時
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬	分2	昼・夕食後
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬	分1	ねる前
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）違う薬	分2	昼・夕食後
抗精神病薬（定型 催眠作用が強い）同じ薬		不眠時
抗精神病薬（定型 催眠作用が強い）同じ薬	分1	ねる前
抗精神病薬（定型 興奮や不安を抑える）	分1	ねる前
抗精神病薬（定型 強い不安・興奮・不眠の改善）	分2	昼・夕食後
抗精神病薬（定型 不安・緊張・睡眠の改善）	分2	昼・夕食後
抗精神病薬（非定型 セロトニン・ドパミン拮抗薬）	分1	ねる前
睡眠剤（長時間型DORA）同じ薬		不眠時
睡眠剤（長時間型DORA）同じ薬	分1	ねる前
睡眠剤（長時間型DORA）同じ薬 規格違い	分1	ねる前
睡眠剤（ベンゾジアゼピン系短時間作用型）同じ薬	分1	ねる前
睡眠剤（ベンゾジアゼピン系短時間作用型）同じ薬		不眠時
下剤（便秘薬：便を柔らかくする）	分2	朝・夕食後
下剤（便秘薬：大腸を刺激する）		便秘時 1回5～15滴
漢方薬（便秘、便秘に伴う頭重・のぼせ等）	分2	朝食前・ねる前
ビタミンB ₂ ・C補給薬	分3	朝・昼・夕食後
解熱鎮痛薬（穏やかな痛み止め）		腰痛時
解熱鎮痛消炎薬（痛み止め）		腰痛時



抗不安薬（ベンゾジアゼピン系 不安や緊張を和らげる）	分1	ねる前
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬	分3	昼・夕食後・ ねる前
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）違う薬	分2	昼・夕食後
抗精神病薬（定型 催眠作用が強い）同じ薬	分1	ねる前
抗精神病薬（定型 興奮や不安を抑える）	分1	ねる前
抗精神病薬（定型 強い不安・興奮・不眠の改善）	分2	昼・夕食後
抗精神病薬（定型 不安・緊張・睡眠の改善）	分2	昼・夕食後
抗精神病薬（非定型 セロトニン・ドパミン拮抗薬）	分1	ねる前
睡眠剤（長時間型DORA）同じ薬 小+大	分1	ねる前
睡眠剤（ベンゾジアゼピン系短時間作用型）同じ薬	分1	ねる前
下剤（便秘薬：便を柔らかくする）	分2	朝・夕食後
漢方薬（便秘、便秘に伴う頭重・のぼせ等）	分2	朝食前・ねる前
ビタミンB ₂ ・C補給薬	分3	朝・昼・夕食後
解熱鎮痛薬（穏やかな痛み止め）		腰痛時
解熱鎮痛消炎薬（痛み止め）		腰痛時
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬		落ち着かない時
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬		不眠時
抗精神病薬（定型 催眠作用が強い）同じ薬		不眠時
睡眠剤（長時間型DORA）同じ薬		不眠時
睡眠剤（ベンゾジアゼピン系短時間作用型）同じ薬		不眠時
下剤（便秘薬：大腸を刺激する）		便秘時 1回5～15滴

DORA=オレキシン受容体拮抗薬

【例】では、この患者さんのお薬はどのように考える？

抗不安薬（ベンゾジアゼピン系 不安や緊張を和らげる）	分1	ねる前
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬	分3	昼・夕食後・ ねる前
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）違う薬	分2	昼・夕食後
抗精神病薬（定型 催眠作用が強い）同じ薬	分1	ねる前
抗精神病薬（定型 興奮や不安を抑える）	分1	ねる前
抗精神病薬（定型 強い不安・興奮・不眠の改善）	分2	昼・夕食後
抗精神病薬（定型 不安・緊張・睡眠の改善）	分2	昼・夕食後
抗精神病薬（非定型 セロトニン・ドパミン拮抗薬）	分1	ねる前
睡眠剤（長時間型DORA） 小+大	分1	ねる前
睡眠剤（ベンゾジアゼピン系短時間作用型）同じ薬	分1	ねる前
下剤（便秘薬：便を柔らかくする）	分2	朝・夕食後
漢方薬（便秘、便秘に伴う頭重・のぼせ等）	分2	朝食前・ねる前
ビタミンB ₂ ・C補給薬	分3	朝・昼・夕食後
解熱鎮痛薬（穏やかな痛み止め）		腰痛時
解熱鎮痛消炎薬（痛み止め）		腰痛時
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬		落ち着かない時
抗パーキンソン薬（副作用の震え止め等）同じ薬		不眠時
抗精神病薬（定型 催眠作用が強い）同じ薬		不眠時
睡眠剤（長時間型DORA）同じ薬		不眠時
睡眠剤（ベンゾジアゼピン系短時間作用型）同じ薬		不眠時
下剤（便秘薬：大腸を刺激する）		便秘時 1回5～15滴

【朝】下剤+ビタミン剤

下剤は症状みながら服用できる薬か？
それとも定期服用しないとダメな薬か？

【昼】ビタミン剤+副作用止め2種類+抗精神病薬2種類

ビタミン剤が出ている理由は？
食事ができているなら不要か？。

【夕】下剤+ビタミン剤+副作用止め2種類+抗精神病薬2種類

便秘と思っているがそれは本当に便秘か？

【ねる前】下剤+抗不安+抗精神病薬3種類+睡眠薬2種類

系統の違う睡眠薬が2種類。オレキシン受容体拮抗薬は作用時間が長いもの。→入眠障害と中途覚醒？

【不眠時】睡眠薬4種類

【腰痛時】痛み止め2種類

どのように飲み分けているのか？

STEP 1



同意取得

受付での意思表示：

医療機関・薬局のカードリーダー等で「同意」を選択。

範囲の選択：

薬剤情報・健診情報等は、本人同意のもと閲覧・活用が可能。

※閲覧できる項目や範囲は制度・機能・対応施設に依存します。

STEP 2



情報参照

オンライン資格確認：

医師・歯科医師・薬剤師等の有資格者がシステムで閲覧。

データの正確性：

過去の薬剤情報（他院処方含む）や健診結果を確認。

※対応施設かつ本人同意がある場合のみ閲覧可能。

STEP 3



照合・評価

情報の突合：

「お薬手帳」と「オンライン情報」を併せて確認。

課題の発見：

重複投薬、併用禁忌、相互作用、アドヒアランスの課題をチェック。

STEP 4



活用・記録

最適化と指導：

処方の最適化、服薬指導に反映し、連携内容を記録。

災害時の活用：

避難所等でも、マイナポータル経由で本人が情報を提示可能。

※通信環境や本人の操作可否等の条件によります。



情報の参照は「患者本人の同意」が原則です。

(意識不明の救急搬送時など、法令・運用に基づく例外を除き、同意の扱いは制度に従います)

各職種・機関のアクション



1. 保健師

手帳活用支援：

訪問時、手帳が最新化されているか確認し、持参を習慣づける。

情報の網羅：

処方薬だけでなく、OTC・サプリメントの使用状況も聴取・記録。

実態把握：

残薬確認や副作用の聴取を行い、医師・薬剤師への報告材料とする。

同意説明：

マイナ保険証による情報共有のメリットを説明し、同意取得を支援。



2. 医療機関

提示徹底：

受付・診察時に手帳やお薬情報の提示を求め、併用薬を確認。

オンライン資格確認：

システムを活用し、他院の薬剤情報・特定健診情報を参照。

処方意図：

減薬や変更の意図をカルテやお薬手帳へ明記し、薬局・他職種へ伝達。



3. 薬局

調剤時更新：

最新の調剤内容を即座に反映し、電子お薬手帳とも連携。

チェック機能：

重複投薬・相互作用のチェックと専門的判断。

情報提供：

PMDA「患者向医薬品ガイド」等を活用し、正しい知識を提供。

管理：

服薬状況や副作用の有無、外用薬の使い方などについてモニタリングし、必要に応じて処方医にフィードバックする。

連携基盤と留意点



横断ポイント：手帳 × オンライン情報の突合

ハイブリッド確認：

「手帳（患者持参）」と「オンライン資格確認（システム）」の双方を確認。

情報の補完：

システム反映のタイムラグを手帳で埋め、手帳の記載漏れをシステムで補完。

安全性と効率の両立

複数の情報源を突合することで、重複や飲み合わせの見落としを最小限にし、ポリファーマシー対策を実効性あるものにする。



プライバシー：同意と説明

同意の原則：

薬剤情報の参照には、原則として顔認証カードリーダー等での「患者同意」が必要。

丁寧な説明

「何のために情報を見るか（安全のため）」を説明し、いつでも同意撤回できる旨も伝える。

信頼関係の構築

情報の透明性を担保することが、患者の安心感とアドヒアランス向上につながる。



Q1. 眠剤（トリアゾラム）への保健指導と連携

いただいたご質問への回答

Q. トリアゾラムを5年ほど継続している方に対し、副作用リスクの説明や減薬提案をどこまで行うべきでしょうか？ 精神科受診のハードルや、主治医へ意図が正しく伝わるか懸念があります。

回答：保健師介入のスタンス

役割の明確化：保健師の役割は「安全確保」「情報整理」「受診動機づけ」。減薬の決定権は主治医にあるため、直接的な減薬指示は避け、**判断材料の提供**に徹します。

リスク説明：トリアゾラム（超短時間型）の特性として、転倒・健忘・依存のリスクを「事実」として伝えます。「薬が悪い」ではなく「安全に生活するための知識」として共有します。

急な中断は禁忌：自己判断での中止は離脱症状（不眠悪化等）を招くため、必ず医師と相談するよう指導します。

注意点と心構え

i 専門医紹介は「選択肢」として提示、状況によっては減薬を。いきなり「精神科へ行って」と促すと拒否感が強いので、「睡眠の専門家に相談する方法もあります」と選択肢の一つとして提案し、まずは現在のかかりつけ医との対話を促すのがスムーズです。そのような促しも難しい場合は、服用状況や睡眠の質の確認などを考慮し、1錠から0.5錠に減らして様子を見るように提案することも。

アプローチ手順（一例）

- 1 現状把握：**転倒歴、日中の眠気、アルコール併用の有無、実際の服薬状況を確認。
- 2 生活介入：**睡眠衛生指導（起床時間の一定化、カフェイン制限、昼寝の短縮等）を先行実施。
- 3 情報共有：**お薬手帳やメモを活用し、「転倒が心配」「日中ぼーっとする」等の**患者の訴え**として主治医に伝わるよう支援。
- 4 連携：**地域の薬剤師とも連携し、薬局からトレーシングレポート等で医師へ情報提供してもらうのも有効。

参考 PMDA 患者向医薬品ガイド <https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/items-information/guide-for-patients/0001.html>

参考 厚労省 お薬手帳ガイドライン <https://www.mhlw.go.jp/content/001199653.pdf>



Q2. 情報提供の宛先：薬局か、かかりつけ医か

いただいたご質問への回答

Q. 内服薬の状況等に関する情報提供は、処方箋を受け付けた薬局に行くのがよいのか、それともかかりつけ医へ直接行くのが適切でしょうか？

回答：原則と使い分け

緊急性で判断：重篤な副作用、意識障害、自殺念慮など生命の危険がある場合は、**迷わず主治医（または救急）へ直行**で連絡します。

日常的な情報は薬局へ：残薬、飲み忘れ、軽微な体調変化、アドヒアランスの課題などは、**薬局へ**情報提供するのが効果的です。薬剤師が専門的見地から評価し、必要に応じて疑義照会やトレーシングレポートで医師へフィードバックします。

同意と記録：いずれの場合も、本人（または家族）の同意を得た上で、いつ・誰に・何を伝えたかを必ず記録に残します。

共有する情報のポイント

- **客観的事実を具体的に**
「飲んでいないようです」だけでなく、「〇錠残っている」「食後の服用率が50%程度」「吸入のタイミングが合わないから吸えない」など、数値や事実ベースで伝えると、医師・薬剤師が判断しやすくなります。どうして服用できないのかもヒアリングできると、対策を考えやすくなります。

実務フロー（判断基準）

- 1 **緊急度判定：**「今すぐ処置が必要か？」 → Yesなら主治医/救急へ。
NoならStep 2へ。
- 2 **薬局連携：**残薬調整、剤形変更（粉碎など）、飲み合わせ確認は薬局へ連絡。
「次回の処方から変えてほしい」要望も薬局経由がスムーズな場合が多い。
- 3 **ツール活用：**お薬手帳にメモを貼る、訪問時の残薬写真を薬局へFAXするなど、視覚的な情報共有も有効。
- 4 **ダブル共有：**複雑なケースでは、薬局へ連絡しつつ「主治医にもFAXしておきます」と伝えると、多職種間の認識ズレを防げます。

参考 厚労省 オンライン資格確認 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html

参考 デジタル庁 マイナ保険証 <https://www.digital.go.jp/policies/mynumber/insurance-card>

参考 お薬手帳ガイドライン <https://www.mhlw.go.jp/content/001199653.pdf>

Q. 精神科治療薬による体重増加（肥満）がある方に対し、どのような保健指導を行えばよいでしょうか？ 肥満症の有無にもよりますが、アプローチ方法をご教示ください。

回答：支援の基本枠組み（三本柱）

精神科薬（特に抗精神病薬や一部の抗うつ薬）は、代謝変化や食欲増進により体重増加をきたすことがあります。以下の3つの視点で介入を計画します。

① 評価・モニタリング

② 生活支援

③ 医療連携

① 評価・モニタリング

身体計測：体重・BMI・腹囲・血圧の推移を確認（初期値との比較）。

血液データ：HbA1c、空腹時血糖、脂質プロファイルを可能な範囲で把握。

生活習慣：食欲の変化（過食）、間食の内容（甘い飲料等）、活動量、睡眠状況、便秘の有無、飲水量の変化。

薬歴確認：体重増加リスクのある薬剤（抗精神病薬等）の服用時期と体重推移を評価。

③ 医療連携

情報共有：「〇ヶ月で△kg増加」「HbA1c上昇傾向」「〇日くらい便が出てない」等の客観データがあれば主治医へ報告。

薬剤調整の検討：著しい体重増加や代謝異常がある場合、主治医判断で薬剤変更や用量調整が行われる可能性があります。

定期受診：メタボリックシンドロームのリスクが高い場合、内科受診の必要性を精神科主治医と相談します。

② 生活支援（小さな成功体験を積む）

精神症状への配慮を最優先し、無理のない範囲で具体的な行動目標（スモールステップ）を設定します。

「清涼飲料水を水やお茶に変える」等の糖質負荷低減から開始。

空腹感への対処（低カロリーな間食の提案、よく噛むこと）。

食事記録（レコーディング）による現状の可視化。

週150分の有酸素運動はハードルが高いため、まずは「散歩」「立位時間を増やす」等、**生活の中での活動量**を意識づけ。

できたことを肯定的に評価し、自己効力感を高める（SMART目標の設定）。

Specific（具体的に）
Measurable（測定可能な）
Achievable（達成可能な）
Related（目標に関連した）
Time-bound（時間制約がある）

！ 注意点

① 服薬アドヒアランスの維持

「太ったのは薬のせいだ」と自己判断で服薬を中断・減量しないよう指導をお願いします。体重管理は重要ですが、精神症状の安定が最優先であることを本人・家族と共有します。状況によっては、処方変更事例かもしれません。

Q. アルコール性認知症が進行し、被害妄想・暴言があり、転倒骨折で入院中に介護・治療拒否も見られます。家族は、このような状況で自宅に戻るの不安なため、精神科転院を希望しています。このような状況で対応できる薬剤はあるのでしょうか？

+ 回答：薬物療法の原則と優先順位

非薬物療法が第一選択：まずは安全確保（危険物除去）、刺激の低減、統一した関わり方、生活リズムの整備等の環境調整を優先します。

薬物療法は慎重に：重度の易刺激性・幻覚妄想・危険行動に対し、短期・最小量の抗精神病薬等が検討されることがありますが、高齢者は副作用（転倒・嚥下障害・循環器リスク）が出やすく、**ベネフィットとリスクのバランス**を専門医が慎重に判断します。アルツハイマー型認知症のBPSDに対して適応を取った薬があります。

BZ系は回避傾向：転倒リスクやせん妄悪化の懸念から、ベンゾジアゼピン系薬剤は基本的には避けるのが通例です。状況によって使用できる薬は複数あると思います。

! 注意点：身体的要因の除外

🔗 可逆的な要因がないか確認

BPSDの背景に、身体的不調（痛み、便秘、感染症、脱水）や、アルコール関連の病態（ビタミンB₁欠乏によるウェルニッケ脳症等）が隠れていないか、まずは医療的な評価が不可欠です。

👤 保健師の実務アクション

- 1 **事実の記録・整理**：「いつ、どのような状況で、何が起きたか」を具体的に記録し、興奮のトリガー（誘因）を探ります。
- 2 **医療連携の橋渡し**：主治医に上記記録を共有し、必要に応じて精神科や認知症専門医への紹介をスムーズに行えるよう支援します。
- 3 **家族支援**：家族の疲弊を防ぐため、レスパイトケア（ショートステイ等）の活用や、介護負担の軽減策を提案します。

レスパイト（respite）：英語で「休息」や「息抜き」

i 専門医との連携

精神科転院は、本人の安全と家族の生活を守るための選択肢の一つです。「薬で治す」だけでなく、「専門的な管理下で生活を整える」という考え方もできます。家族と話し合い、不安な気持ちをきちんと主治医へ伝えるように支援をお願いします。

参考 PMDA 患者向医薬品ガイド <https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/items-information/guide-for-patients/0001.html>

参考 認知症疾患診療ガイドライン https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo_2017.html

参考 かかりつけ医・認知症サポート医のためのBPSDに対応する抗精神病薬使用ガイドライン（第3版） <https://www.mhlw.go.jp/content/001518446.pdf>

Take Home Messages



処方箋・分類・服薬支援

処方意図を読み解き、剤形や生活背景に合わせた「飲める」支援を行う。



副作用・ポリファーマシー管理

「数」ではなく「質」で多剤併用を評価し、副作用の兆候を早期発見する。



保健師の実務サイクルと多職種連携

評価・環境・計画・連携・モニタリングのサイクルで、医師・薬剤師と協働する。



情報連携ツールの活用

お薬手帳とマイナ保険証を併用し、患者同意のもと正確な情報をチームで共有する。

出典・参照

[PMDA：患者向医薬品ガイド](https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/items-information/guide-for-patients/0001.html)
https://www.pmda.go.jp/safety/info-services/drugs/items-information/guide-for-patients/0001.html

[厚労省：オンライン資格確認](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html)
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08280.html

[デジタル庁：マイナ保険証](https://www.digital.go.jp/policies/mynumber/insurance-card)
https://www.digital.go.jp/policies/mynumber/insurance-card

明日からの実務チェック



残薬・副作用歴・サプリメントの使用状況を聴取しましたか？



お薬手帳・オンライン情報で重複や相互作用を照合しましたか？



情報連携について患者への説明と同意（インフォームド・コンセント）を得ましたか？



減薬・変更の必要性を感じた際、医師・薬剤師への連絡経路は明確ですか？



定期的にモニタリングしていますか？

正しい情報は、正しいケアの第一歩です。
ツールと専門性を駆使し、地域全体の安全な薬物療法を支えましょう