

向精神薬の多剤投与と長期投与について

平成 30 年度の診療報酬改定制度において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対し 1 年以上継続してベンゾジアゼピン受容体作動薬（以下、BZ 受容体作動薬）の投与を行った場合、処方料が 42 点→29 点・処方箋料が 68 点→40 点へ減額算定」が新設されました。処方期間の算出は平成 30 年 4 月 1 日以降に行う処方から、となっており、減算は平成 31 年 4 月 1 日以降から開始となりました。

また、平成 28 年度の改訂において厳格化された向精神薬多剤投与の減算制度ですが、30 年度の改訂より「抗不安薬と睡眠薬を合わせて 4 種類以上」という条件が新たに加わり、減算範囲が拡大されています。多剤処方時の処方料は 42 点→18 点、処方箋料も 68 点→28 点となり、前回よりさらに 2 点減算となっています。ただし、多剤投与抑制を目的としたこの施策の中で、抗不安薬と睡眠薬を別々に評価しており、「BZ 受容体作動薬」という作用機序に基づいた分類になっていない事に留意すべきです。わが国の抗不安薬の中心は BZ 受容体作動薬であり、その使用頻度は諸外国に比して高いことが以前より問題視されています。

平成 30 年度の改定では、減算だけでなく加算も新設されました。向精神薬の多剤処方等の状態にある患者について、減薬した上で薬剤師又は看護師と協働して症状の変化等の確認を行っている場合の評価として「向精神薬調整加算 12 点」が設けられました。

これらの改定は、BZ 受容体作動薬は承認用量範囲内でも長期投与、多剤併用により依存形成のリスクが高まる事が根拠となっており、向精神薬の適正使用を目的としています。

算定の条件

【長期投与】

不安・不眠の症状に対し BZ 受容体作動薬を 1 年以上、連続して同一の成分を同一の用法・用量で処方されている場合です。入院・外来は通算しての期間になりますが、他院での処方期間には含まれません。同一成分となっているため、薬剤変更は可能と考えられ、定期処方から頓用処方への変更も該当しないことになっています。

また、当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合、又は精神科医から抗不安薬等の処方について助言を得ている場合等特に規定する場合を除く、となっています。

十分な経験を有する医師とは、「不安又は不眠に関わる適切な研修を修了した医師」又は「精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師」のことで、不安又は不眠に係る適切な研修とは日本医師会の生涯教育制度における研修においてカリキュラムコード 69「不安」又は 20「不眠」を満たす研修で、2 単位以上取得した場合とされ、精神科薬物療法に係る適切な研修とは、精神科の臨床経験を 5 年以上有し、日本精神神経学会又は日本精神科病院協会が主催する精神科薬物療法に関する研修を受講した場合とされています。

もう一つの、精神科医から助言を受けている場合とは、処方の直近 1 年以内に精神科のみを担当する医師又は精神科と心療内科の両方を担当する医師によるものとされているのみで詳細についての通知はありません。

【多剤投与】

1 処方につき、「3 種類以上の抗不安薬」・「3 種類以上の睡眠薬」・「3 種類以上の抗うつ薬」・「3 種類以上の抗精神病薬」又は「4 種類以上の抗不安薬及び睡眠薬」の投与を行った場合に減額対象となります。ただし、臨時の投薬の場合や、抗うつ薬又は向精神薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師（届出要）が患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合はこれに該当しません。

【向精神薬調整連携加算】

直近の処方時に、向精神薬多剤処方の状態にあった患者又は不安・不眠の症状に対し、BZ 受容体作動薬を 12 月以上連続して同一の用法・用量で処方されていた患者であって、減薬の上、薬剤師（処方料

については薬剤師又は看護職員)に症状の変化等の確認を指示した場合、月1回に限り、1処方につき算定できます。

指示にあたっては、処方の変更点の説明と共に、「PDMAからの医薬品適正使用のお願い No. 11」又は「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」を参考に特に留意すべき症状について具体的に指示すること、となっています。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の常用量依存

臨床用量の範囲内であっても依存が形成されることがあり、これを常用量依存といいます。常用量依存の最も重要なリスク因子は、長期使用であることが知られています。原則として耐性は生じず依存のみが形成され、断薬・減薬時に離脱症状(不眠、不安、焦燥感、頭痛、嘔気・嘔吐、せん妄、振戦、痙攣発作等)が出現します。

平成27年3月「PDMAからの医薬品適正使用のお願い No. 11」にて、BZ受容体作動薬の依存性について、承認用量の範囲内でも長期間服用するうちに身体依存が形成されることで減量や中止時に様々な離脱症状があらわれる特徴がある、との注意喚起を行っています。そのためBZ受容体作動薬を催眠鎮静薬及び抗不安薬として使用する場合には、

- ・漫然とした継続投与による長期使用を避ける
- ・用量を遵守し、類似薬の重複処方がないことを確認する
- ・投与中止時は、漸減・隔日投与等にて慎重に減薬・中止を行う

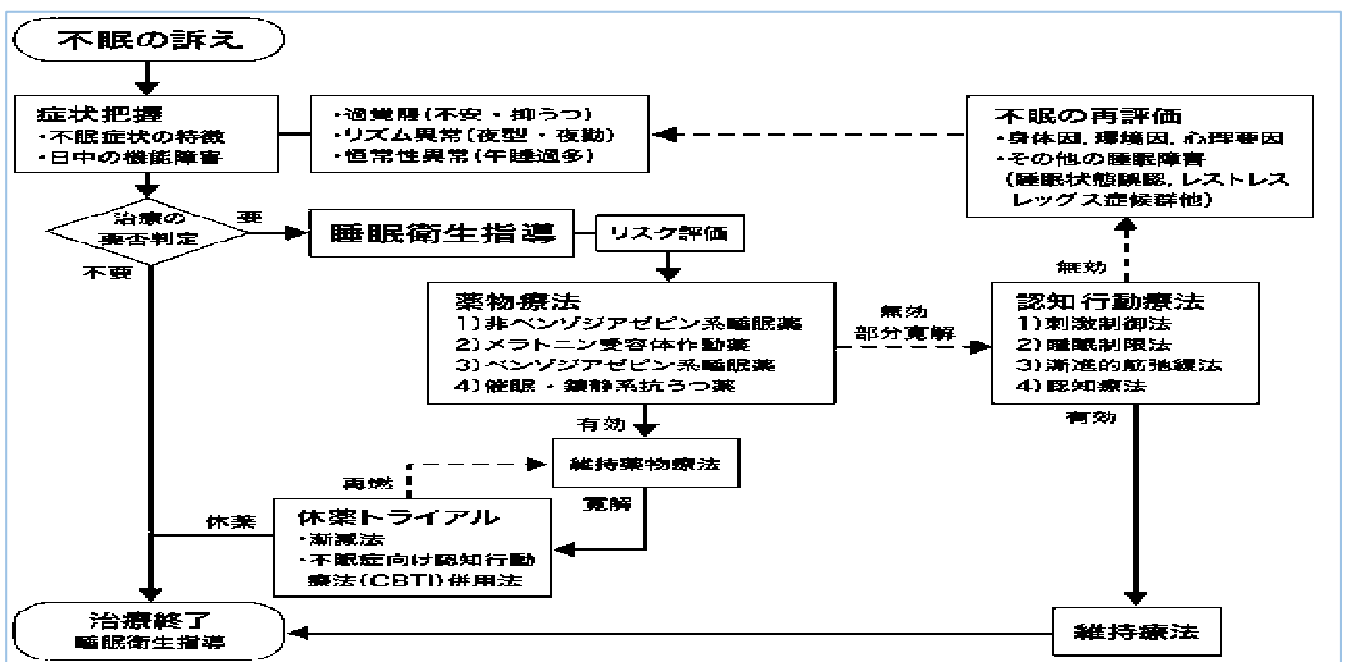
ことを推奨しています。

海外のガイドラインでも投与期間を4週間以内にとどめるとしていることも留意すべきでしょう。

【参考：諸外国、BZ処方期間の推奨・制限】

国	施策
イギリス	漸減期間を含め4週間まで制限
フランス	不眠治療は4週間まで、不安治療は12週間までに制限
カナダ	1~2週間までに推奨
デンマーク	不眠治療は1~2週間まで、不安治療は4週間までに推奨

【不眠症の治療アルゴリズム】



「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」より

高齢者への睡眠薬投与

高齢者の不眠の原因は、夜間の総睡眠時間の減少、中途覚醒・早朝覚醒の増加、REM睡眠の減少、午睡の増加といった睡眠構築の変化や睡眠覚醒リズムの不規則化、基礎疾患や精神疾患の罹患頻度の増加

やその治療による副作用があげられます。治療にあたってはまず生活習慣（朝方の日光浴や適度な運動、午睡の短縮、睡眠前のカフェイン・アルコール摂取を控えるなど）や睡眠環境の衛生指導を行った上で薬物療法を検討します。ただし、**漫然とした継続投与を回避するため開始時より出口を見据えた治療を行うことが重要です。**

高齢者に処方されている睡眠薬の多くはBZ受容体作動薬ですが、「高齢者の安全な薬物治療ガイドライン 2015」では、認知機能低下を理由とした【特に慎重な投与を要する薬物のリスト】に入っています。認知機能低下の他、過鎮静、せん妄、転倒・骨折、運動機能低下の副作用もあり注意が必要です。加齢に伴い、脂溶性薬剤の分布容積の増大、薬物代謝能及び排泄能の低下による消失半減期の延長と体内蓄積が生じやすくなるためです。作用時間の長い薬剤を使用すると翌日の残存だけでなく、蓄積による日中の傾眠やふらつきを生じるため長時間作用型の睡眠剤使用は避けるべきでしょう。

現在はベンゾジアゼピン受容体に作用しない睡眠薬があり、高齢者や基礎疾患がある患者など副作用・有害事象のハイリスク患者でも用いやすい薬剤と考えられます。

☆メラトニン受容体作動薬《商品名ロゼレム：当院非採用薬》体内時計に働きかけ体内環境を休息、睡眠に適した状態にする。記憶障害、筋弛緩、反跳現象や依存が生じない。頓服、短期使用での効果を期待するのではなく、一定期間服用した後で効果を判断する。

☆オキシレチン受容体作動薬《商品名ベルソムラ：当院採用薬》覚醒維持に作用する神経系を遮断することで睡眠への移行と入眠後の睡眠維持を促す薬剤である。筋弛緩作用が少なく、認知機能や呼吸機能への影響も少ない。ただしCYP3Aにより代謝されるため相互作用に注意が必要。

【本邦で承認されているベンゾジアゼピン受容体作動薬】

一般名	販売名	一般名	販売名
アルプラゾラム	コスタン ソラナックス他	ハロキサゾラム	ソメリン
エスゾピクロン	ルネスタ	フルジアゼパム	エリスパン
エスタゾラム	ユーロジン 他	フルタゾラム	コレミナール
エチゾラム	デパス、エチゾラム 他	フルトプラゼパム	レスタス
オキサゾラム	セレナール 他	フルニトラゼパム	サイレース ロヒブノール他
クアゼパム	ドラール 他	フルラゼパム塩酸塩	ダルメート
クロキサゾラム	セバゾン 他	プロチゾラム	レンドルミン プロチゾラム 他
クロチアゼパム	リーゼ 他	ブロマゼパム	レキソタン 他
クロラゼブ酸二カリウム	メンドン	メキサゾラム	メレックス
クロルジアゼポキシド	コントロール 他	メダゼパム	レスミット 他
ジアゼパム	セルシン、ホリゾン、ダイアップ、ジアゼパム 他	リルマザホン塩酸塩水和物	リスミー 他
ゾピクロン	アモバン、ゾピクロン 他	ロフラゼブ酸エチル	メイラックス 他
ゾルピデム酒石酸塩	マイスリー ゾルピデム	ロラゼパム	ワイパックス 他
トリアゾラム	ハルシオン 他	ロルメタゼパム	エバミール ロラメット
ニメタゼパム	エリミン	クロナゼパム	リボトリール ランドセン
ニトラゼパム	ネルボン、ベンザリン他	クロバザム	マイスタン
		ミダゾラム	ミダフレッサ

※当院採用内服薬は赤字

「PDMAからの医薬品適正使用のお願い」より

参考文献；厚生労働省ホームページ、PDMAからの医薬品適正使用のお願い、月刊薬事 Vol. 58 No. 8

高齢者の安全な薬物治療ガイドライン 2015、睡眠薬の適正な使用と休薬のためのガイドライン 2013