

〔非ベンゾジアゼピン系・ベンゾジアゼピン系睡眠薬〕

# 睡眠薬の継続と中止

青木 裕見  
AOKI Yumi

## ピットフォール症例

33歳、男性

【既往歴】 なし

【家族例】 類症なし

【生活歴】 妻、娘（3歳）と3人暮らし。学生時代は陸上部に所属していたが、現在は運動の習慣はない。

【現病歴】 学生時代から試験や行事の前に緊張して眠れなくなることがあった。大学卒業後、働き始めてからは、寝つけない晩にはワインを1~2杯飲むことがあった。また夜間眠れず、日中に体がだるく、頭がぼんやり感じるときはコーヒーを飲むようにしていた。

半年前、仕事で大きなプロジェクトのリーダーを任され、自宅でも深夜までパソコンに向かって作業することがあった。布団に入ってもなかなか寝つけず、寝ついたと思っても夜中に何度も目が覚めてしまい、仕事のことばかり考えてしまう日が続いた。酒を飲んで布団に入っても数時間すると目が覚めてしまい、日中は体がだるく、頭も重く、疲れがとれなかった。集中できず、仕事にも支障を来すようになったため、かかりつけ医に相談したところ、睡眠薬を処方された。薬を飲み始め、速やかに夜間の睡眠の問題は解消された。また治療開始3カ月後、仕事のプロジェクトも無事に終わった。現在、薬を飲み始めて5カ月経ち、睡眠薬を飲み始める前に感じていたような日中の体調不良もなく過ごすことができている。

## 本症例の問題点

- ①「とりあえず」睡眠薬の処方がなされ、睡眠衛生指導が行われないまま経過している。
- ②睡眠薬を使用する長所・短所や開始後の先の見通しの共有がないままに、睡眠薬が処方された。
- ③昼夜の症状が改善されているにもかかわらず、睡眠薬を続けるか中止するかの話合いがなされず、漫然と使用を続けている。

## 解説

### ①「とりあえず」処方された睡眠薬

本症例では、不眠の訴えに対し、十分な睡眠衛生指導が行われないまま「とりあえず」睡眠薬が処方され、5カ月経過している。

不眠症状の特徴や日中の機能障害の程度から治療の必要があると判断された場合でも、睡眠衛生指導は全例に対して実施する必要がある<sup>1)</sup>、快眠を促す具体的な日常

表1 睡眠衛生指導の例

	ポイント
太陽の光	毎日同じ時刻に起きて太陽の光を浴びる。反対に夕方以降は光を避ける
運動	なるべく定期的に体を動かすようにする
環境	寝室を快適な空間にする（快適な温度を保つ、音対策のために絨毯を敷く、遮光カーテンを用いる、など）。
食事	空腹のまま寝ない。脂っこいものや胃もたれのするものを寝る前に摂るのは控える
カフェイン	夕方以降、カフェインの入った飲み物は控える
アルコール	寝酒はしない（飲酒は一時的に眠気をもたらすが、数時間後に覚醒を引き起こし、睡眠の質を下げる）
タバコ	タバコは控える（ニコチンは精神を興奮させる作用がある）
電子機器	スマートフォンやパソコンは刺激になるため、寝る前の使用は控える

〔三島和夫・編：睡眠薬の適正使用・休業ガイドライン。じほう、2014より改変〕

生活行動を提案することが大切である（表1）。

特に本症例では、眠れないときに寝酒をする習慣や、カフェインで日中の眠気を紛らわす習慣があったことから、こうした生活習慣は睡眠の妨げになることを説明する必要がある。さらに、運動の習慣を取り戻すよう促したり、布団に入る直前までパソコンに向かって作業をすることは控えるよう伝えたりすることも重要である。

したがって、これまでの生活習慣や眠れないときにどのように対処していたかを丁寧に聴き取り、睡眠衛生指導のポイントに照らし、快眠につながる適切な行動を促すことが大切となる。その際、睡眠衛生に関するポイント（表1）を印刷したものを準備しておき、持ち帰ってもらうことも有用である。

## ② 睡眠薬を使用する長所・短所や先の見通しの共有のないままに処方された睡眠薬

本症例では、睡眠薬を使用する長所・短所や開始後の先の見通しの共有がないままに、睡眠薬の処方が開始された。

睡眠薬治療の導入には、睡眠薬を使用する長所・短所と使用しない長所・短所を共有し、本人の希望や思いを汲み取りながら一緒に話し合っ決めて shared decision making (SDM: 協働意思決定) の活用が推奨されている<sup>2)</sup>。SDMは、治療方針の検討にあたり、考えられる治療の選択肢をすべてあげ、各選択肢の長所・短所や、

表2 睡眠薬を使用する・しない——それぞれの長所・短所の比較

	睡眠薬を使用する	睡眠薬を使用しない
長所	<ul style="list-style-type: none"> <li>十分な睡眠が得られる</li> <li>日中眠気や疲れのない状態で過ごすことができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>やめられなくなる不安がない</li> <li>副作用（転倒リスク、眠気、認知機能の低下や健忘が起こる可能性など）に悩まされない</li> </ul>
短所	<ul style="list-style-type: none"> <li>副作用（転倒リスク、眠気、認知機能の低下や健忘が起こる可能性など）が出ることがある</li> <li>やめられなくなる不安が生じるかもしれない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日常生活の工夫だけでは十分な睡眠が得られないこともあり、その場合、日中に眠気や疲れが残り、心身の不調が生じることがある</li> </ul>

各選択肢を選んだ結果どのようなことが起こるか先の見通しを本人と共有し、一緒に話し合いながら決める意思決定の手法である<sup>3)</sup>。この症例の場合、治療の選択肢は「睡眠薬を使用する」、「睡眠薬を使用しない」の2肢であり、表2に各選択肢の長所・短所をあげた。長所・短所それぞれについて、一方に偏ることなくどちらの情報もバランス良く提示することが肝要である。

また、睡眠薬は夜間の不眠症状が消失し日中の生活にも支障がなくなったら、使用を続けるか、中止に向け減薬するかを検討する必要がある。この中止のタイミングについても、治療導入時に本人と共有しておくことが大切である（表3）。わが国の成人の多くが、睡眠薬は一

度飲み始めると「やめられなくなる」、「効果が弱くなり飲む量が増える」といった依存に関する不安・心配を抱えていることから<sup>4)</sup>、減薬・中止のタイミングに関する情報を治療導入時に共有しておくことは大切である。

### ⑧ 漫然と続けられていた睡眠薬

本症例では、昼夜の症状が改善されているにもかかわらず、薬を続けるか中止するか議論がなされず、睡眠薬の使用が漫然と続けられていた。

前項で述べたように、睡眠薬は、副作用などの問題から、一部の場合を除き、長期間漫然と使用することは推奨されない。中止を検討できるタイミングがきたら(表3)、睡眠薬を続けるか、中止するか、ここでもそれぞれの長所・短所を共有し(表2)、続けた場合と中止

表3 睡眠薬の中止を検討できるタイミング

夜間の以下の症状がない	日中の以下の症状がない
<ul style="list-style-type: none"> <li>・布団に入ると眠気がさめる、寝つけない</li> <li>・途中で何度も目が覚める</li> <li>・朝早く目が覚める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日中の眠気、疲労、倦怠感</li> <li>・注意力、集中力、記憶力の低下</li> <li>・社会上、家庭上、職業上の支障、学業低下</li> <li>・気分がすくれない、いらいらする</li> <li>・行動上の問題(多動、衝動性、攻撃性)</li> <li>・やる気、気力、自発性の減退</li> <li>・過失や事故を起こしやすい</li> <li>・睡眠に関する悩み、不満(こだわり)</li> </ul>

(三島和夫・編：睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン、じほう、2014より改変)

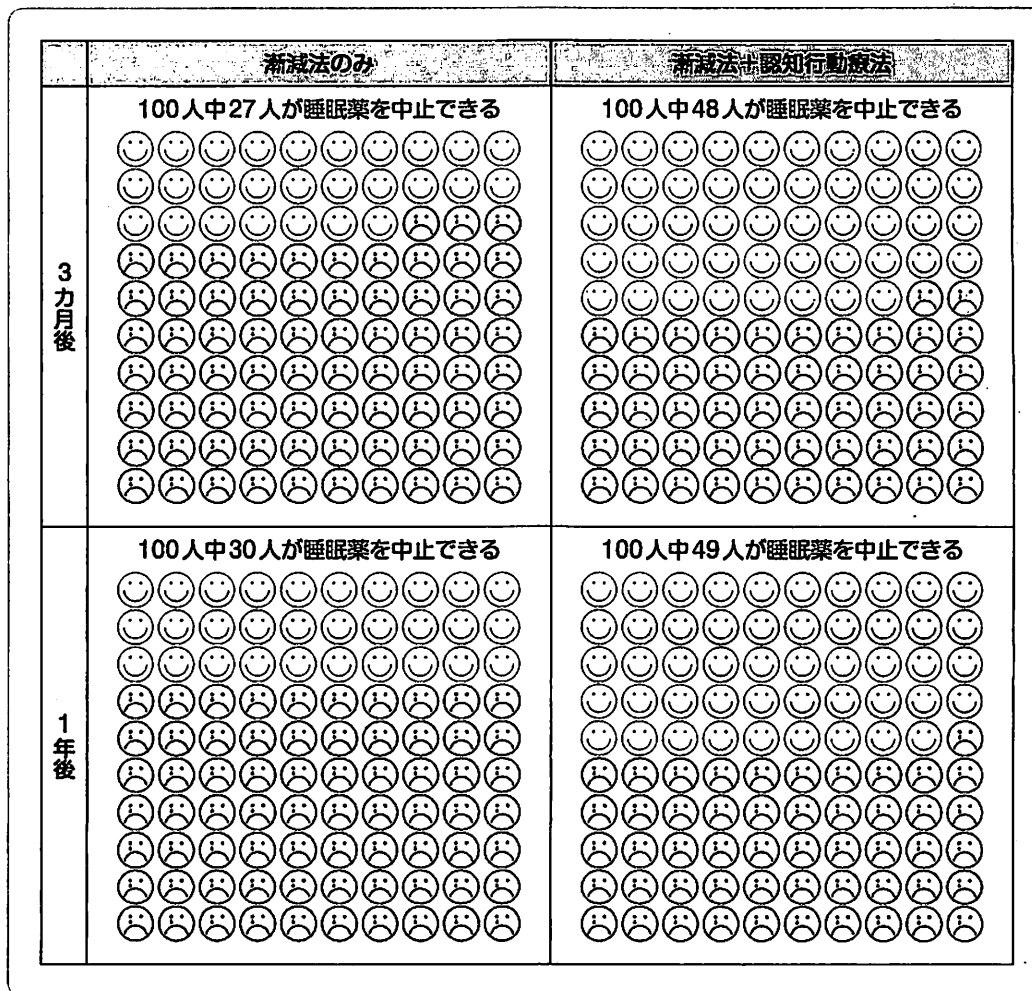


図1 漸減法のみで減薬した場合と漸減法に認知行動療法を併用した場合の転帰の比較

[Takaesu Y, et al : Sleep Med Rev, 48 : 101214, 2019の結果をもとに作成]

した場合のそれぞれの見通しも共有しながら、SDMを行うことが望ましい。

なお中止する場合、急な中止は吐き気や発汗、めまい、不安、消化器症状などの離脱症状や、薬を始める前より強い不眠に悩まされる反跳性不眠を引き起こす可能性がある。このため、薬は十分時間をかけ1/2錠以下ずつ減らし、反跳性不眠が出たら1段階前に戻るなどしながら少しずつゆっくり減らす必要がある（これを漸減法という<sup>1)</sup>）。また、不眠症の治療には睡眠薬だけでなく認知行動療法も取り入れられるようになり、漸減法のみで減薬する方法のほか、漸減法と認知行動療法を組み合わせる方法もある。なお漸減法のみで減薬した場合、減薬開始3カ月後100人中27人が、漸減法と認知行動療法を組み合わせた場合、100人中48人が薬を中止でき、1年後については、漸減法のみの場合100人中30人が、漸減法と認知行動療法の場合100人中49人が、薬を中止できたという報告がある<sup>5)</sup>。こうした各選択肢の見通しに関するエビデンスを継続・中止の検討時の比較材料として提示し、本人がこのデータをどう受け止めるか、意向や考えを確認しながら話し合い、検討のプロセスを共有することが大切である。なおこうした確率の情報は、図1に示したように、ピクトグラムとよばれる絵文字で示すとあらゆるリテラシーレベルの人にも伝わりやすいとされており<sup>6)</sup>、情報提示の際に活用されたい。

## まとめ

- 睡眠衛生指導は不眠症の全例に対して実施する。
- 睡眠薬治療は、睡眠薬を使用する長所・短所および使

用しない長所・短所を共有し、本人と話し合いながら導入を検討する。

- 睡眠薬治療の導入にあたり、昼夜の症状の改善がみられたら薬の中止を検討できるタイミングであることをあらかじめ共有しておく。
- 昼夜の症状が改善し、中止を検討できるタイミングがきたら、改めて薬を使用する長所・短所および使用しない長所・短所を共有し、本人と話し合いながら中止を検討する。
- 治療の選択肢の長所・短所を1つの表に偏りなく提示し、見通しに関するエビデンスをピクトグラムで図示するなどし、わかりやすい情報提示の方法を工夫する。

## ◎ 文 献

- 1) 三島和夫・編：睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン。じほう，2014
- 2) Qaseem A, et al : Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 165 : 125-133, 2016
- 3) Aoki Y : Shared decision making for adults with severe mental illness: A concept analysis. *Jpn J Nurs Sci*, 17 : e12365, 2020
- 4) 三島和夫：日本人における睡眠薬の使用実態とその問題点に関する研究。厚生労働科学研究費補助金・長寿科学総合研究事業「高齢者に対する向精神薬の使用実態と適切な使用方法の確立に関する研究」総合報告書，pp165-188, 2011
- 5) Takaesu Y, et al : Psychosocial intervention for discontinuing benzodiazepine hypnotics in patients with chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*, 48 : 101214, 2019
- 6) Sletvold H, et al : Impact of pictograms on medication adherence: A systematic literature review. *Patient Educ Couns*, 103 : 1095-1103, 2020