

睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン -出口を見据えた不眠医療マニュアル-

厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「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

【引用】厚生労働科学研究班・日本睡眠学会ワーキンググループ作成「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」

2013年 6月25日 初版

2013年10月22日 改訂

1. 緒言

不眠症は罹患頻度の高い代表的な睡眠障害の一つである。成人の30%以上が入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠困難などいずれかの不眠症状を有し、6~10%が不眠症（原発性不眠症、精神生理性不眠症、その他の二次性不眠症など）に罹患している。不眠（特に慢性不眠）は、眠気、倦怠、集中困難、精神運動機能低下、抑うつや不安など多様な精神・身体症状（daytime impairment、health-related quality of life QOLの障害）を伴うことが多い。その結果、不眠症は、長期欠勤や医療費の増加、生産性の低下、産業事故の増加など、さまざまな人的及び社会経済的損失をもたらすことが明らかとなり、公衆衛生学上の大きな課題の一つとなっている。

厚生労働省研究班の調査によれば、睡眠薬の処方率は近年一貫して増加を続け、2009年の日本の一般成人における3ヶ月処方率（少なくとも3ヶ月に一回処方を受ける成人の割合）は4.8%に至っている。すなわち、睡眠薬は日本の成人の20人に1人が服用している汎用薬である。とりわけ50歳以上の中老年層では、うつ病や生活習慣病などの罹患率が増加するため不眠も高頻度にみられるが、最も使用頻度の高いベンゾジアゼピン系睡眠薬のリスク・ベネフィット比が不良であることがメタ解析等で明らかにされている。また、不眠の出現率が高いにもかかわらずその有効な対策法が開発されていない認知症や発達障害などの精神神経疾患も多く、エビデンスが乏しいままに抗精神病薬などの催眠鎮静系薬物がoff labelで汎用されている現状も危惧される。

不眠症の薬物療法の主剤は、非バルビツール酸系およびバルビツール酸系睡眠薬などの依存性の強い睡眠薬から、より認容性の高いベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、メラトニン受容体作動系に移行した。しかし、睡眠薬の処方頻度が高まる中、一部の患者で見られる長期服用時の依存（耐性、離脱、高用量、多剤併用）や乱用（過量服用など）が社会問題化している。加えて、睡眠薬に対する不安や誤解も根強く残っており、不眠症患者の治療アドヒアランスは極めて低い。この背景には、睡眠薬の投薬期間や休薬指針が明確でないことも一因となっている。これまで、国内外で不眠症の診断治療ガイドラインが複数作成されているが、主として不眠症の診断と急性期治療に主眼が置かれており、中長期的な不眠症治療、睡眠薬使用のあり方に関する指針は未だ十分に整備されていない。

本ガイドラインの目的は、不眠医療を安全かつ効果的に行うために必要となる、最新のエビデンスに立脚した実践的フレームワークを提供することにある。とりわけ、本ガイドラインは睡眠薬の適正使用に焦点を当てて作成された。不眠症の初期治療から始まり、薬物療法の最適化、睡眠衛生指導や認知行動療法など非薬物療法の活用、各診療科に特有の不眠医療の課題、慢性不眠症への対応、そして、治療のゴール設定と睡眠薬の減薬・休薬方法など、各治療ステージにおいて遭遇する代表的な40のクリニカルクエスチョンを設定した。各クリニカルクエスチョンに関連する既存の工

ビデンスに基づき、また十分なエビデンスが存在しない場合にはエキスパートコンセンサスに基づき、理解しやすい患者向けの解説および治療者向けの勧告（推奨）を行った。本ガイドラインは、実地臨床で応用しやすい実用性の高い診療情報を数多く含んでいる。本ガイドラインが、日本の不眠医療の質の向上と均てん化に貢献できれば幸いである。

2. エビデンスの抽出方法とコンセンサス形成

本ガイドラインは、平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「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」の構成員（巻末参照）によって作成された。担当者は各自の専門性に従い、臨床疑問を設定したうえで出版バイアスにとらわれない包括的な文献検索を行い、該当する国内外の既存のエビデンスを抽出した。

具体的な検索方法としては、メタ検索エンジン（ACCESSSS Federated search）、コクラン・ライブラリー（CENTRAL）、MEDLINE（PubMed）を用いて、Patients（患者もしくは問題）、Intervention（介入方法）、Comparison（対照とする介入方法）、Outcome（アウトカム）、いわゆるPICOキーワードをかけてエビデンスを抽出した。採用した文献にはOxford Centre for Evidence-based Medicine Level of Evidenceに準じてエビデンスレベルを付与した（表1）。また、各クリニカルクエスチョンでの治療者向け勧告（推奨）にはMinds（Medical Information Network Service）に準じて推奨グレードを付けた（表2）。

一部のクリニカルクエスチョンについては、必要に応じてデータ抽出やメタアナリシスを施行し、コクラン・ライブラリーでもサマリー作成に使用されているエビデンスの質と推奨の強さを系統的に段階付けするGRADEアプローチで評価した。

上記の方法で国内外の既存データの収集と精査・整理を行い、最終的にガイドラインに反映すべき事項についてエキスパートによる直接討議を十分な回数実施することでコンセンサスを形成した。

表1：エビデンスレベルの分類（Oxford Centre for Evidence-based Medicine Level of Evidence）

レベル	治療・予防・害
1a	RCT のシステマティック・レビュー
1b	個々のRCT
1c	悉無研究
2a	コホート研究のシステマティック・レビュー
2b	個々のコホート研究
2c	アウトカム研究:エコロジー研究

3a	ケースコントロール研究のシステマティック・レビュー
3b	個々のケースコントロール研究
4	症例集積研究
5	系統的な批判的吟味を受けていない、または生理学や基礎実験、原理に基づく専門家の意見

表2：推奨グレード (Minds)

推奨グレード	内容
A	強い科学的根拠があり、行うよう強く勧められる。
B	科学的根拠があり、行うよう勧められる。
C1	科学的根拠はないが、行うよう勧められる。
C2	科学的根拠がなく、行うよう勧められない。 (*)
D	無効性あるいは害を示す科学的根拠があり、行わないよう勧められる。

(*) MindsにおけるC2 は「科学的根拠がなく、行わないよう勧められる。」であるが、本ガイドラインでは「科学的根拠がなく、行うよう勧められない。」と変更して用いた。

3. 不眠症の診断基準

本ガイドラインでは特に明記しない限り、不眠症の定義は国際的に普及した診断基準である、DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision)、ICD-10 (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, Tenth Revision)、またはICSD-II (International Classification of Sleep Disorders, Second Edition、表3)の基準(原発性不眠症、精神生理性不眠症、その他の二次性不眠症など)を採用した。

表3：不眠症の一般診断基準 (睡眠障害国際分類第二版；ICSD-II)
A. 入眠困難、睡眠維持困難(中途覚醒)、早朝覚醒、慢性的に非回復性または睡眠の質の悪さの訴えがある 小児では睡眠困難がしばしば養育者から報告され、就寝時のぐずりや1人で眠れないなどのこともある
B. 上記の睡眠困難は、睡眠にとり適切な状況、環境にかかわらずしばしば生ずる
C. 患者は夜間睡眠困難と関連した日中機能障害を以下の少なくとも1つの形で報告する 1) 疲労感、不快感 2) 注意力、集中力、記憶力の低下 3) 日中の眠気 4) 社会的、職業的機能低下、または学業低下 5) 気分の障害またはいらいら感 6) 動機づけ(モチベーション)、活動性、積極性の減弱 7) 仕事のミスや運転中の事故のおこしやすさ 8) 睡眠不足による緊張、頭痛、胃消化器症状 9) 睡眠についての心配、悩み など

4. 不眠医療の臨床経過とクリニカルクエスト

本ガイドラインでは、不眠医療の各ステージにおいて遭遇する睡眠薬に関する代表的なクリニカルクエストを設定した（図1）。不眠医療で留意すべきポイントと本ガイドラインで設定したクリニカルクエストとの対応は以下の通りである。本ガイドラインで扱っていない事項については睡眠障害に関する他の成書をご参照いただきたい。

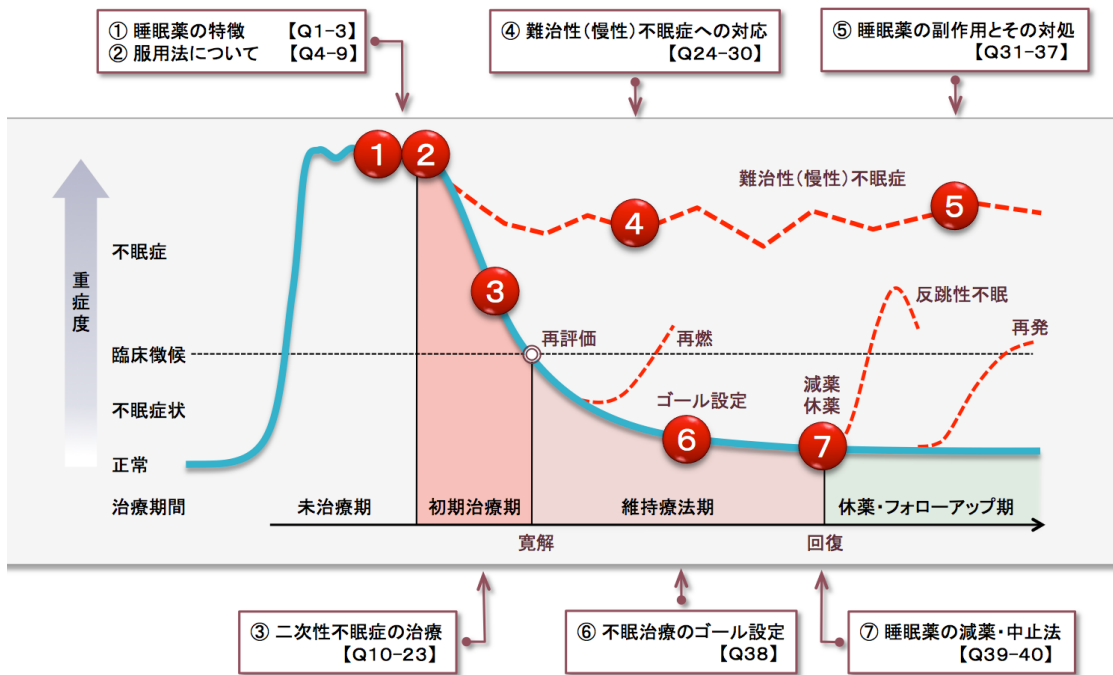


図1：不眠医療のステージと代表的なクリニカルクエスト

5. 不眠症の治療アルゴリズム

この項では、不眠の訴えがある患者の診断、治療介入、評価、減薬・休薬、フォローアップに至る治療アルゴリズムを示す。

1. 不眠治療の基本的な考え方

現在の不眠症治療の主流は睡眠薬を用いた薬物療法である。しかし、現行の薬物療法はエフェクトサイズおよび安全性の両面で改善の余地があり、薬物療法単独では十分に満足できる長期予後とアドヒアランスが得られないケースも多いことに留意する必要がある。過去の疫学調査によれば、1ヶ月以上持続する慢性不眠症に陥ると、その後も遷延しやすく、きわめて難治性であることが明らかにされている。慢性不眠症患者の70%では1年後も不眠が持続し、約半数では3～20年後も不眠が持続する。また、慢性不眠症患者の約半数は薬物療法などで一旦寛解しても、さらにその半数は

再発する。一般的に、慢性・難治性疾患の治療では、必然的に治療薬は長期使用かつ高用量となりがちであるが、睡眠薬についても例外ではなく、国内で睡眠薬を長期服用する患者は増加しており、一日あたりの服用量も増加傾向にある。

しかしながら、難治性・治療抵抗性であることは無期限、無制限の処方を正当化するものではない。あくまでも、治療の最終エンドポイント（良眠による日中の機能改善）を達成する方策として有効であること、かつ、リスク・ベネフィットバランスの観点から臨床的妥当性があることが求められる。治療途中で薬物療法の妥当性を適宜評価することなしに、漫然とした長期処方をするのは厳に戒められるべきである。このような観点から、不眠治療においては、薬物療法と平行して、できるだけ早期から睡眠衛生指導や認知行動療法（Q4を参照）などの心理・行動的介入を行うことが推奨される。

2. 不眠症の薬物療法の現状（初期治療）

不眠症の薬物療法に関する臨床研究や新薬治験の多くは、初期治療に焦点が当てられてきた。それらの中には、服用後1日～8週間の主観的・客観的有効性（治験の探索的・検証的試験、Q1）、消失半減期に基づく薬物選択（Q1）、精神・身体疾患による二次性不眠症の鑑別診断と治療適応（Q11-19）、適切な服用法（Q5-10）などが含まれる。多数の臨床試験の結果、GABA_A-ベンゾジアゼピン受容体作動薬であるベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系睡眠薬を用いた初期治療の戦略は概ね完成している。また、近年上市されたメラトニン受容体作動薬（ラメルテオン）については、従来の睡眠薬と作用機序が異なるため、治療適応（生体リズム障害に起因する不眠など）やGABA_A受容体作動薬の代替薬物としての位置づけについて検討が進められている。

3. 不眠症の薬物療法の現状（亜急性期～慢性期治療）

長期服用時の有効性と安全性を担保するため、効果の持続性（耐性の有無）、副作用とその対処、減薬・休薬法などに関する研究が多くなされてきた。臨床薬理研究により頻度の高い代表的な副作用（健忘、筋脱力・転倒、催奇形性、薬物依存など）に関する知見が積み上げられている（Q31-37）。とりわけ、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬およびメラトニン受容体作動薬については6～12ヶ月の長期投与試験データが集積しており、ベンゾジアゼピン系睡眠薬と比較して長期服用時の有効性と安全性が格段に向上していることが確認されている（Q31-36, 39）。しかし、慢性不眠症患者では、長期服用、高用量、多剤併用などにより薬物依存や認知機能障害などの副作用リスクが高くなるため、薬物療法の戦略の見直しを迫られることも多い。加えて、日本では睡眠薬・鎮静剤として販売

されたサリドマイドを妊娠初期に服用することによって重い先天性欠損症（四肢欠損）や死産が発生した薬害事例や、一部の患者での睡眠薬の乱用や依存に関する報道を通じて、世界的に見ても日本人は睡眠薬に対して群を抜いて強い心理的抵抗感を有する国民性であることが明らかになっている。実際、日本人は睡眠薬に関する不安・心配を数多く抱えており服用患者のアドヒアランスは低い（図2）。不眠症に対する薬物療法は、患者が持つ不安・心配について適切に答えられ、ベネフィットがリスクを上回る妥当な方法で行われる必要がある。

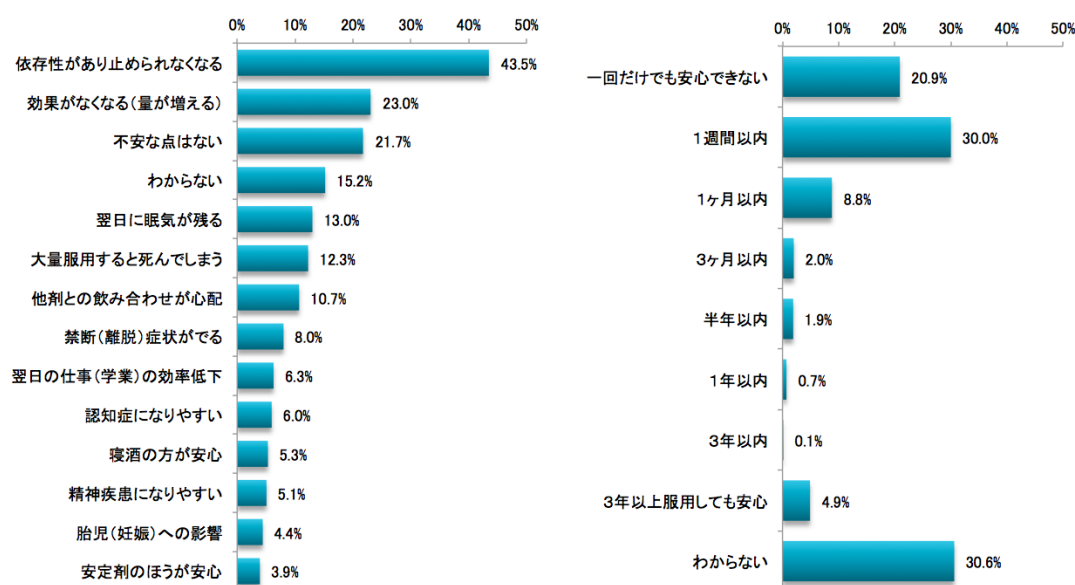


図2：日本人が抱える睡眠薬服用に関する不安・心配（左）、安心できる服用期間（右）（文献(29)から引用）

4. 治療アルゴリズム

上記の現状を踏まえて作成された不眠症の治療アルゴリズムを図3に示した。本治療アルゴリズムは、不眠症の薬物療法、認知行動療法、減薬・休薬トライアルから構成されている。ただし、不眠症の症状と病態は患者ごとに多様であるため、個々のケースごとに適宜判断の上で本アルゴリズムは援用されるべきである。

【治療アルゴリズムの応用指針】

① 症状把握

ベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系睡眠薬に加えて、メラトニン受容体作動薬が登場した。各薬剤は、消失半減期、抗不安作用の有無、リズム調整効果の有無など作用特性が異なる。不眠症状の特徴（入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒）に加えて、過覚醒（例：不安・抑うつによる緊張）、リズム異常（例：夜型や睡眠相後退による入眠困難、夜勤による不眠）、恒常性異常（例：午睡による睡眠二ーズの減少）など、患者の不眠症の病理を正確に捉え、薬

剤選択 (⑤) に反映させるべきである。

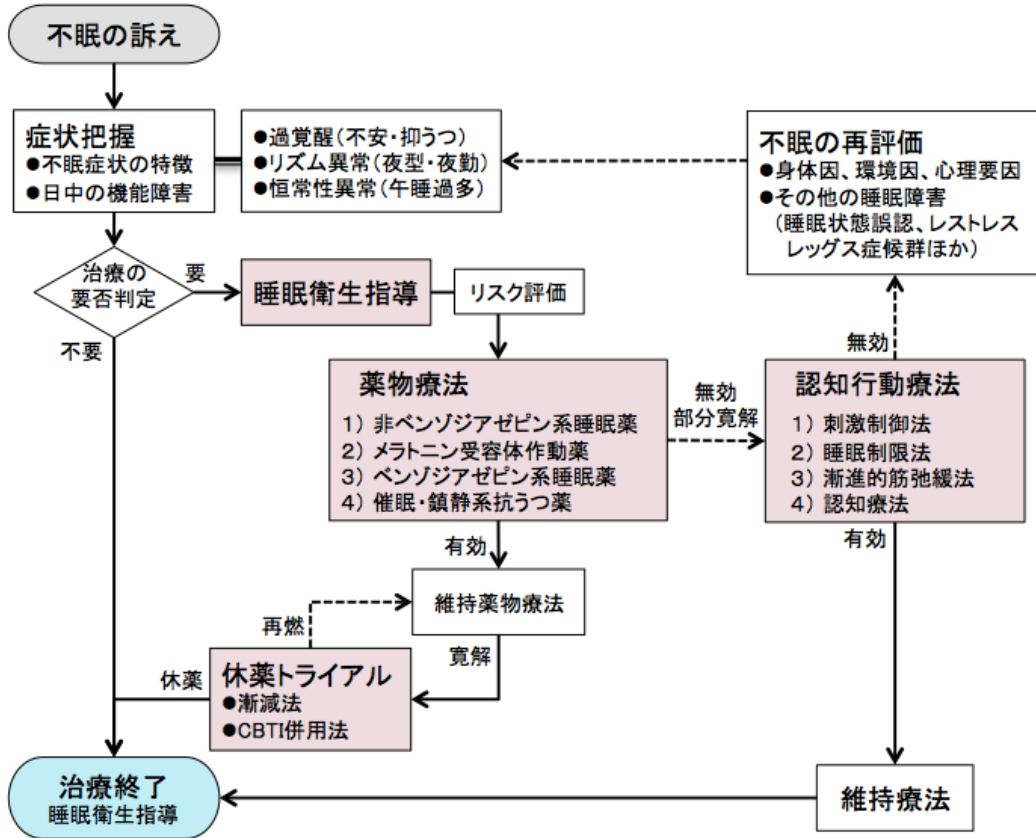


図3：不眠症の治療アルゴリズム

② 治療の要否判定

表3の診断基準に明示されているように、不眠症患者では夜間の不眠症状に加えて、種々の日中の機能障害（眠気、倦怠、不安、こだわり、抑うつ等の QOL 障害）を有する。治療の要否判定では、不眠の特徴を把握するとともに、QOL 障害についても能動的に聴き取る必要がある (Q38)。不眠の重症度と QOL 障害は必ずしも相関しない。逆に、生理的な加齢変化による不眠症状などでは QOL 障害を伴わないこともあり、真に治療が必要か慎重に判断すべきである。一方で、不眠症状の存在が生活習慣病リスクの増大に結びつくとの知見もあり、合併症がある場合には留意すべきである。

③ 睡眠衛生指導

良質な睡眠を確保するために、睡眠に関する適切な知識を持ち、生活を改善するための指導法。代表的な指導内容を例示する (表4)。

表4：睡眠衛生のための指導内容

指導項目	指導内容
定期的な運動	なるべく定期的に運動しましょう。適度な有酸素運動をすれば寝つきやすくなり、睡眠が深くなるでしょう。
寝室環境	快適な就床環境のもとでは、夜中の目が覚めは減るでしょう。音対策のためにじゅうたんを敷く、ドアをきっちり閉める、遮光カーテンを用いるなどの対策も手助けとなります。寝室を快適な温度に保ちましょう。暑すぎたり寒すぎたりすれば、睡眠の妨げとなります。
規則正しい食生活	規則正しい食生活をして、空腹のまま寝ないようにしましょう。空腹で寝ると睡眠は妨げられます。睡眠前に軽食（特に炭水化物）をとると睡眠の助けになることがあります。脂っこいものや胃もたれする食べ物を就寝前に摂るのは避けましょう。
就寝前の水分	就寝前に水分を取りすぎないようにしましょう。夜中のトイレ回数が減ります。脳梗塞や狭心症など血液循環に問題のある方は主治医の指示に従ってください。
就寝前のカフェイン	就寝の4時間前からはカフェインの入ったものは摂らないようにしましょう。カフェインの入った飲料や食べ物（例：日本茶、コーヒー、紅茶、コーラ、チョコレートなど）をとると、寝つきにくくなったり、夜中に目が覚めやすくなったり、睡眠が浅くなったりします。
就寝前のお酒	眠るための飲酒は逆効果です。アルコールを飲むと一時的に寝つきが良くなりますが、徐々に効果は弱まり、夜中に目が覚めやすくなります。深い眠りも減ってしまいます。
就寝前の喫煙	夜は喫煙を避けましょう。ニコチンには精神刺激作用があります。
寝床での考え事	昼間の悩みを寝床に持っていかないようにしましょう。自分の問題に取り組んだり、翌日の行動について計画したりするのは、翌日にしましょう。心配した状態では、寝つのが難しくなるし、寝ても浅い眠りになってしまいます。

④ リスク評価

睡眠薬を処方する際に、長期服用に陥りやすいハイリスク群であるか事前に評価することが望ましい（Q38）。治療前に留意すべき点として、不眠が重度であること、抗不安薬（主としてベンゾジアゼピン系薬物）の服用もしくは服用歴、高齢、合併症の存在、ストレスの存在、薬物依存の履歴、アルコールとの併用、性格特性（受動的、依存的、慢性不安、心氣的）などが挙げられる。減薬・休薬を困難にさせる要因としては、服用中の睡眠薬が高用量、多剤併用であること、うつ病や器質性脳障害等の精神神経疾患の存在、掻痒、疼痛、頻尿など睡眠を阻害する身体疾患の存在が挙げられる。これらのリスク要因については専門診療科との連携、心理カウンセリング、環境調整などが必要である。

⑤ 薬物療法

薬物選択の具体的手順については、クリニカルクエスチョンを参照のこと（Q1, Q11-24）。ベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系睡眠薬の選択基準として、不眠症を入眠困難型、睡眠維持障害型（中途覚醒、早朝覚醒）に分類し、入眠困難型には消失半減期の短い睡眠薬、睡眠維持障害型には消失半減期がより長い睡眠薬が推奨されている（Q1）（Appendix 2：不眠治療に用いられる主たる睡眠薬リスト）。ただし、入眠困難と睡眠維持障害の両者を有する患者に対して、異なる半減期を有する複数の睡眠薬を併用することに科学的根拠はなく、むしろ副作用のリスクを高める可能性がある（Q26）。少なくとも治療初期には、可能な限り単剤（用量調整）で対処することが望ましい。また、リズム異常を有する不眠症に対してはメラトニン受容体作動薬が第一選択肢となる。代表的なリズム異常とは、睡眠時間帯（自然な眠気が訪れる時間帯、睡眠相）が社会的に望ましい時間帯よりもずれている（多くの場合遅れている）ケースが挙げられ、このような患者には強い夜型や軽度の概日リズム睡眠障害（睡眠相後退型など）が含まれ、訴えは入眠困難が主体である。恒常性異常（午睡過多）が認められる患者には睡眠衛生指導を最初に行うべきである。H₁、α₁/α₂、5-HT₂ 受容体遮断作用を有する抗うつ薬（Q27）など、異なる作用機序を有する不眠改善薬を、各々の患者の病態に合わせて選択することで、臨床転帰が改善することが期待される。

⑥ 認知行動療法

薬物療法と同時に、状況が許す限り、できるだけ早期から心理的・行動的介入も活用することが推奨されている。代表的な介入方法が不眠症に対する認知行動療法である。本ガイドラインでは薬物療法が十分に奏功しない場合のセカンドラインに位置づけたが、第一選択療法として、もしくは薬物療法との併用療法としても有効であることが示されている（Q4 を参照）。

⑦ 不眠の再評価

不眠症の薬物療法、認知行動療法が奏功しない場合には、診断や治療抵抗を生じる要因について再評価を行う。特に、脳波上は睡眠状態にあっても自覚的には眠っていないと感じる睡眠状態誤認（不眠症の一型）に留意する必要がある。睡眠状態誤認では、患者の愁訴のままに睡眠薬を処方・増量しても不眠症状は消失せず、高用量処方、多剤併用に陥りやすい。睡眠状態誤認の確定診断は、自記式の睡眠日誌とともに、睡眠ポリグラフ試験やアクチグラフなどを用いた睡眠状態の客観的判定が必要になる。しかし、このような睡眠検査ができない場合にも、定型的な薬物療法によっても不眠が改善されない場合には、睡眠状態誤認の可能性も検討すべきである。多くの慢性不眠症患者では程度の違いはあっても睡眠状態を誤認していることを理解する必要がある。

また、レストレスレッグス症候群、周期性四肢運動障害、概日リズム睡眠障害、睡眠時無呼

吸症候群など、不眠症と誤診されやすい睡眠障害についても再検討すべきである。定型的な薬物療法によっても不眠が改善されない場合には、再診断やその後の治療計画について専門医のセカンドオピニオンを求めることが推奨される。

⑧ 維持療法

不眠症状が改善したら、現在行っている薬物療法（維持療法）をどの程度の期間続けるべきか患者ごとに検討する。すなわち治療のゴールを設定する（Q38）。減薬・休薬を実施する前提として、不眠症状とQOL障害の両面が改善している、すなわち不眠症が寛解（回復）していることが必要である。寛解（回復）に至ってから減薬・休薬を開始するまでの間には、再燃（再発）リスクを低減させるのに十分な期間をおくべきである。また、一部の患者では安全性に留意しながらも睡眠薬の長期服用が許容される（Q38）。

⑨ 休薬トライアル

適切な時期に適切な方法で睡眠薬の減薬・休薬を試みるべきである。減薬・休薬のタイミングについてはQ38を、具体的な減薬・休薬法についてはQ40を参照のこと。睡眠薬の減量には、1) 漸減法、2) 認知行動療法の併用、3) 補助薬物療法、4) 心理的サポートなどを適宜用いる。

睡眠薬の適正な使用と休薬のための Q&A

本項では、実地臨床でしばしば遭遇する睡眠薬の使用方法に関する代表的な 40 のクリニカルクエスチョン（臨床的疑問）を設定し、各々について理解しやすい患者向けの解説、および、治療者向けの勧告（推奨）を行った。また、勧告の根拠となるエビデンスとその解釈、参考文献を添付した。（当オンライン版には患者向けの解説、治療者向けの勧告（推奨）のみ掲載）

各クリニカルクエスチョンに対する勧告は、主として、睡眠薬に関する既存の臨床試験から得られたデータを元に作成された。十分なエビデンスが存在しないクリニカルクエスチョンに関しては当該領域のエキスパートによるコンセンサスに基づき勧告した。

ただし、これらの勧告は多数例の患者を対象にした試験成績を反映したものであり、必ずしも個別の患者にとって最適・最善であるとは限らないことに留意する必要がある。また、これらの勧告は今後新たなエビデンスが得られた際に変更される可能性がある。

各クリニカルクエスチョンでの治療者向け勧告（推奨）には Minds（Medical Information Network Service）に準じて推奨グレードを付けた（表 5）。

表 5：推奨グレード（Minds）

推奨グレード	内容
A	強い科学的根拠があり、行うよう強く勧められる。
B	科学的根拠があり、行うよう勧められる。
C1	科学的根拠はないが、行うよう勧められる。
C2	科学的根拠がなく、行うよう勧められない。（*）
D	無効性あるいは害を示す科学的根拠があり、行わないよう勧められる。

（*）MindsにおけるC2 は「科学的根拠がなく、行わないよう勧められる。」であるが、本ガイドラインでは「科学的根拠がなく、行うよう勧められない。」と変更して用いた。

表 6：不眠医療のステージと代表的なクリニカルクエスチョン

番号	クリニカルクエスチョン
睡眠薬について	
Q1	睡眠薬によって効果も違うのですか？
Q2	睡眠薬は服用してからどのくらいで効果が出ますか？
Q3	睡眠薬、睡眠導入剤、安定剤の違いは何でしょうか？

服薬法	
Q4	睡眠薬はいつ服用すればよいでしょうか？
Q5	眠れない時だけ睡眠薬を服用してもよいでしょうか？
Q6	寝つけない時や、夜間に目を覚ました時は何時頃まで追加服用してもよいでしょうか？
Q7	睡眠薬より寝酒の方が安心のような気がします。
Q8	睡眠薬は、晩酌後何時間くらい空けてから服用したらよいでしょうか？
Q9	睡眠薬を服用した翌朝に運転しても大丈夫ですか？
さまざまな病気の不眠治療	
Q10	ストレスや精神的な病気が原因の不眠にも睡眠薬は効果がありますか？
Q11	脳神経の持病があります。睡眠薬を服用しても大丈夫でしょうか？
Q12	認知症の不眠や昼夜逆転に睡眠薬は効果があるのでしょうか？
Q13	かゆみで眠れません。眠気の出る抗ヒスタミン薬を服用すれば一石二鳥だと言われましたが・・・。
Q14	かゆみで眠れません。睡眠薬を服用すべきでしょうか？
Q15	痛みで眠れません。睡眠薬を服用すべきでしょうか？
Q16	トイレが近く、眠れません。睡眠薬を服用すべきでしょうか？
Q17	睡眠時無呼吸症候群の治療中です。睡眠薬を服用しても大丈夫でしょうか？
Q18	せん妄治療における睡眠薬の使い方
Q19	高齢者の不眠症にも睡眠薬は効果があるのでしょうか？
Q20	高齢なので睡眠薬の副作用が心配です。
Q21	睡眠薬を服用中に妊娠に気づきました。胎児に影響はないのでしょうか？
Q22	更年期障害で眠れません。睡眠薬を服用すべきでしょうか？
Q23	夜勤明けに眠りたいのですが、睡眠薬を服用してもよいでしょうか？
睡眠薬が効きにくい時	
Q24	睡眠薬を服用しても眠れません。増量すれば効果が出ますか？
Q25	睡眠薬を服用しても眠れません。何種類か組み合わせれば効果が出ますか？
Q26	抗うつ薬も不眠症に効果がありますか？
Q27	漢方薬やメラトニンも不眠症に効果があるのでしょうか？
Q28	市販の睡眠薬も不眠症に効果があるのでしょうか？
Q29	市販のサプリメントも不眠症に効果があるのでしょうか？
Q30	薬を使わない治療法はあるのでしょうか？
睡眠薬の副作用	
Q31	睡眠薬を何種類か服用しているので副作用が心配です。
Q32	睡眠薬服用後の記憶がありません。
Q33	徐々に睡眠薬の効果が弱くなり、量が増えるのが心配です。
Q34	睡眠薬を止められなくなるのではないかと心配です。
Q35	睡眠薬を服用していると認知症になると聞いて心配です。
Q36	睡眠薬の飲み過ぎで死亡した人がいると聞いて不安です。

Q37	他の治療薬との飲み合わせが心配です。
不眠治療のゴールとは	
Q38	睡眠薬はいつまで服用すればよいのでしょうか？ 服用すれば眠れますが、治っているのでしょうか？
睡眠薬の減量・中止法	
Q39	禁断症状が出るため睡眠薬が減らせません。
Q40	睡眠薬の減量法を教えてください。

【Q1】 睡眠薬によって効果も違うのですか？

【患者向け解説】

現在日本の医療機関で主に用いられる睡眠薬には、ベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系、およびメラトニン受容体作動系の各睡眠薬があります。不眠症の改善効果は各薬剤間で大きな差はありません。ただし作用時間の長さ（効果の持続時間）は薬剤ごとに異なり、1）超短時間作用型、2）短時間作用型、3）中間作用型、4）長時間作用型に分類されます。不眠症のタイプ（寝付きが悪い、夜中に目が覚めて二度寝がしにくい、朝早く目が覚めるなど）に応じて適切な睡眠薬を使い分けるのが一般的です。また、副作用の種類や頻度にも薬剤間で差があります。どのようなタイプの睡眠薬がご自分に合っているのか主治医とよくご相談ください。

【勧告】

各睡眠薬の消失半減期には大きな違いがあり、不眠症状のタイプ、患者の臨床的背景などを考慮して慎重に薬剤を選択すべきである。【推奨グレード A】

ベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系睡眠薬の間で短期的効果には大きな差はないが、長期服用時の効果の持続性（耐性不形成）は非ベンゾジアゼピン系睡眠薬でのみ示されている。バルビツール酸系および非バルビツール酸系睡眠薬は深刻な副作用が多く、現在はほとんど用いられない。ベンゾジアゼピン系睡眠薬に比較して、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬では副作用の頻度は低いが、ふらつきにはなお留意する必要がある。メラトニン受容体作動薬はもっとも安全性が高く、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使いやすい。【推奨グレード B】

【Q2】 睡眠薬は服用してからどのくらいで効果が出ますか？

【患者向け解説】

大部分の睡眠薬は服用初期（初日～1週間以内）から不眠症状の改善効果が実感できる速効性のお薬です。1～2週間以上継続服用することで効果がより安定します。また、最近登場した新しい

タイプの睡眠薬であるラメルテオンの効果も服用初期から得られますが、3ヶ月程度連続して服用することで効果が最も大きくなります。また、服用してから効果が出るまでの時間は薬剤間でそれほど大きな差はなく、多くは服用してから10分～30分後に眠気が生じてきます。そのため、就床直前に服用するようにしましょう。

【勧告】

大半の睡眠薬は服用開始後10分～30分で催眠作用が発現する。不眠症への有効性は、ベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系睡眠薬も概ね1週以内に発現するが、1～2週間以上継続することでさらに主観的な睡眠潜時の短縮や睡眠の質の改善が得られる割合は増加する。またメラトニン受容体作動薬ラメルテオンも早期に効果は発現するが、12週間程度継続服用することで睡眠潜時の短縮効果をもっとも高くなることが期待される。

【Q3】 睡眠薬、睡眠導入剤、安定剤の違いは何でしょうか？

【患者向け解説】

睡眠導入剤と睡眠薬の間に本質的な違いはありません。睡眠導入剤という名称は睡眠薬のなかでも作用時間が短いタイプの薬剤の総称として便宜的に付けられたものです。睡眠薬の作用時間（効果の持続時間、体から消えてゆく時間）はさまざまで、症状の強さや特徴により使い分けられます。これに対して（精神）安定剤は抗不安薬とも呼ばれ、不安症状の緩和を目的として用いられます。

睡眠薬にはベンゾジアゼピン系睡眠薬、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、メラトニン受容体作動薬などがあります。ベンゾジアゼピン系薬物は多種類あり、それぞれ不安や緊張を緩和する作用、眠気を催す作用（催眠作用）、筋肉をほぐす作用の強さが異なります。ベンゾジアゼピン系薬物の中でも催眠作用が強いものが睡眠薬として、催眠作用が比較的少なく不安や緊張の緩和作用が強いものが抗不安薬として使用されています。抗不安薬は就寝前の緊張をほぐして眠りやすくするために睡眠薬代わりに用いられることもあります。

【勧告】

睡眠導入剤と睡眠薬の間に本質的な違いはない。消失半減期が短い睡眠薬は主として入眠障害の治療に用いられることが多いため、睡眠導入剤と俗称されることがある。安定剤とは抗不安薬を指し、その大部分は睡眠薬と同じベンゾジアゼピン系作動薬である。催眠作用の強い抗不安薬を睡眠薬代わりに用いることに科学的妥当性はない。【推奨グレード C2】

【Q4】 睡眠薬はいつ服用すればよいでしょうか？

【患者向け解説】

睡眠薬の注意書きには、就寝直前に服用し、服用したら就床するように書かれています。睡眠薬を服用後に就床しないしていると、寝付くまでの間の出来事（行動や会話）の記憶がなくなることがあるからです。また、一部の睡眠薬には脱力やふらつきなどの副作用があります。睡眠薬を飲んだ後の転倒を避けるためにも、服用後は速やかに就床するようにしましょう。睡眠薬によっては食後まもなく服用すると血中濃度が影響を受け、効果が出にくくなることがあります。夕食からある程度時間をおいて、就床直前に服用するようにしましょう。

【勧告】

睡眠薬の薬効を最大にする服用時刻に関する臨床データはないが、副作用と食事摂取の影響をできるだけ回避するためにも、夕食からある程度時間をおき、就床時刻の直前に服用し、服用したら速やかに就床することが望ましいと考えられる。【推奨グレード C1】

【Q5】 眠れない時だけ睡眠薬を服用してもよいでしょうか？

【患者向け解説】

不眠が比較的軽症で、睡眠薬を少量だけ服用している方の場合には、必ずしも睡眠薬を定期的に毎晩服用せずに、眠りにくい夜だけ頓用しても不眠症状が悪化しないことが知られています。ただし、このような頓用法の効果は一部の睡眠薬についてだけ確認されているだけで、すべての睡眠薬について通用するか確かめられていません。また、不眠が重症な時、多剤服用時には、休薬した夜に不眠が悪化する可能性があるため頓用法は避けたほうが良いでしょう。睡眠薬を減らすときには緩やかに計画的に行うことが大事だとされています（Q40 を参照）。頓用法を試すときには、医師と相談して睡眠薬の種類や服用方法を決めるようにしましょう。

【勧告】

非ベンゾジアゼピン系睡眠薬であるゾルピデムの頓用（As-needed/Non-Nightly 療法）が定期服用時と同等の治療効果を有し、また認容性に優れていることを示す複数のエビデンスがあり、比較的軽症で治療初期の不眠症患者に対する治療選択肢の一つとなりえる。他の非ベンゾジアゼピン系睡眠薬でも同様な効果が得られる可能性があるが、臨床試験は実施されていない。【推奨グレード B】

ベンゾジアゼピン系睡眠薬については休薬夜に薬物離脱性の不眠症状の悪化が見られる危険性が否定できないため、頓用は推奨されず、必要な場合には慎重に行うべきである。【推奨グレード C2】

【Q6】寝つけないときや、夜間に目を覚ましたときは何時頃まで追加頓用してもよいでしょうか？

【患者向け解説】

睡眠薬には寝付きを良くする作用もありますが、翌日に眠気が残る、頭の働きを悪くする、ふらつくなどの持ち越し効果という副作用もあります。なかなか寝付けない場合や一度寝ても目が覚めてしまったときに頓服で睡眠薬を使いたい場合があるかもしれませんが、遅い時刻に内服すると翌日にこれらの持ち越しを生じる危険性が高くなります。作用時間が最も短い睡眠薬であっても、服用後 6～7 時間は眠気や頭の働きの低下が持続することが示されています。従って、翌朝に睡眠薬が残らないようにするためには、起床時刻より 6～7 時間前（午前 8 時起床なら午前 1～2 時、7 時起床なら午前 0～1 時）までとし、もう少し遅くなる場合には錠剤を半分にして使うなどをお勧めします。また、就床前に睡眠薬を内服した上に頓服を追加で内服する場合には翌日に持ち越しが更に強くなる可能性があるので注意が必要です。

【勧告】

夜間不眠時の睡眠薬の頓用は不眠症状に対して一定の効果が期待できるものの、その最適な服用法（服用時刻や用量）に関するエビデンスは乏しい。持ち越し効果は消失半減期より長く持続する可能性があるため、頓用薬は超短時間作用型の睡眠薬とし、起床時刻の 6～7 時間前までに服用することが望ましい。【推奨グレード C1】

【Q7】 睡眠薬より寝酒の方が安心のような気がします。

【患者向け解説】

アルコールには、一時的には寝付きが良くなり睡眠が取りやすくなったように感じる効果があります。しかし、実はそうした効果は一晩の前半だけにしか生じず、後半になると逆に眠りが浅くなって頻繁に目が覚めるなど睡眠の質が悪化します。これは、夜間にアルコールが体から抜けてゆく反動で眠りが浅くなるからです。また、睡眠をとるためにアルコールを毎日飲んでいると、徐々に体が慣れてしまって効かなくなり、アルコール性の不眠の原因になります（休肝日に眠れないのは要注意です）。また、アルコール依存症に陥ってしまう危険性もあります。不眠が続くようでしたら、アルコールに頼らずに医師と相談し、診断の結果、睡眠薬が必要であれば服用することをお勧めします。睡眠をとるための（睡眠薬代わりの）寝酒は百害あって一利なしです。

【勧告】

睡眠を改善する目的で、睡眠薬の代わりに寝酒を用いることは推奨されない。【推奨グレード D】

ただし、睡眠薬をアルコールの代わりに安易に連用することを推奨するものではなく、睡眠衛生指導を含めた医学的管理の下で、長期服用に陥らないように留意しながら使用することが条件であ

る。

【Q8】 睡眠薬は、晩酌後何時間くらい空けてから服用したらよいでしょうか？

【患者向け解説】

お酒（アルコール）を飲んだ時には睡眠薬は服用しないことが原則です。その理由は、アルコールと睡眠薬を一緒に飲むと、ふらつき、物忘れ、おかしい行動をしてしまうなどの副作用を生じやすくなるからです。お酒の酔いが醒めてから睡眠薬を服用するということも考えられますが、アルコールの影響が体から消失するには、一般に考えられるより長い時間が必要です。成人男性で、コップ1杯のビールの代謝に約2時間を要します。晩酌後には睡眠薬を服用しないことが無難でしょう。

【勧告】

アルコールと睡眠薬の併用は、副作用の頻度と強度を高める可能性があるため、原則禁忌である。アルコールを代謝した後に睡眠薬を服用することは可能であるが、アルコール代謝は一般に考えられているよりも長時間を要することに注意すべきである。

【Q9】 睡眠薬を服用した翌朝に運転しても大丈夫ですか？

【患者向け解説】

ほとんどの睡眠薬の説明書に共通して記載されている基本的注意事項として「本剤の影響が翌朝以後に及び、眠気、注意力・集中力・反射運動能力等の低下が起こることがあるので、自動車の運転などの危険を伴う機械の操作に従事させないように注意する」ことが上げられます。このことから分かるように、睡眠薬を服薬した翌朝には自動車等の運転を控えていただく必要があります。逆に、不眠症自体が日中の眠気、眠気、注意力・集中力・反射運動能力の低下を招くため、不眠症の治療を受けないままにいることも事故の危険を増大させる可能性があります。不眠症がある方は、睡眠薬の服用の要否、運転の可否について主治医や専門医によく御相談ください。

【勧告】

睡眠薬を服用した翌朝に自動車運転を行うことは推奨できない。睡眠薬を処方する際には、運転をしないように適切に指導する必要がある。【推奨グレードD】

一方で、不眠症自体も日中の眠気や判断力、集中力、反射能力の低下を惹起することに留意すべきである。

【Q10】 ストレスや精神疾患が原因の不眠にも睡眠薬は効果がありますか？

【患者向け解説】

うつ病などの精神的な病気でも、ストレスを強く感じている場合でも、しばしば不眠が生じます。ストレスや精神的な病気に伴う不眠に対する睡眠薬の効果は、その原因によって異なります。うつ病の不眠に対して睡眠薬は効果的です。睡眠薬で不眠に対処することが抗うつ薬の治療効果を高めることが知られています。強いストレスが原因で起こる心的外傷後ストレス障害（PTSD）に伴う不眠には睡眠薬はあまり効果がないと言われています。ただし、不眠が著しい場合には不安や苦痛を緩和するため睡眠薬を使用する場合があります。アルコール依存症に伴う不眠では睡眠薬は睡眠薬の副作用が生じやすく、また睡眠薬に対する依存がおこってしまう可能性が高いため睡眠薬で対処することはお薦めできません。不眠症状が続く場合には、主治医や産業医、睡眠専門医に相談しましょう。

【勧告】

うつ病性不眠に対しては抗うつ薬と睡眠薬の併用が効果的である可能性が高い。【推奨グレードB】 PTSD に伴う不眠に対しても睡眠薬が有効である可能性があるが、エビデンスが限られている。

【推奨グレードC1】

アルコール依存症に伴う不眠に対する睡眠薬の使用は推奨できない。依存症の治療が進んだ後に、医師の判断のもと慎重に用いられるべきである。【推奨グレードC2】

【Q11】 脳神経の持病があります。睡眠薬を服用しても大丈夫でしょうか？

【患者向け解説】

脳神経疾患（脳卒中、認知症、パーキンソン病など）を有する患者さんの不眠に対する薬物治療の効果と安全性を検討した大規模な臨床試験はなく、治療方針について確立された見解は得られていません。脳神経疾患の患者さんでは睡眠薬の効果が得られにくいことや、副作用が出やすいことがあります。そのため、メリット（不眠を治したときの心身への好影響）とデメリット（薬物療法のリスク）を比較した上で、治療を行うか判断します。不眠の原因となっている脳神経疾患の治療を進めつつ、安全性に十分配慮すれば、睡眠薬を服用してよいでしょう。

【勧告】

神経疾患に併存した不眠に対する薬物治療の効果と安全性について検討した大規模試験はなく、確立されたエビデンスやコンセンサスは得られていない。不眠の原因となっている病態や疾患を評価し原因治療を進めつつ、不眠治療によるメリットと睡眠薬のリスクを比較した上で、原疾患を悪化させないように慎重に治療を行うことが望まれる。【推奨グレードC1】

【Q12】 認知症の不眠や昼夜逆転に睡眠薬は効果があるでしょうか？

【患者向け解説】

認知症では中途覚醒や早朝覚醒など不眠症状がしばしばみられるほか、午睡が増え、昼夜逆転に陥るなど睡眠リズムが乱れます。また、不眠に伴って夜間徘徊やせん妄（意識混濁による興奮）などの異常行動もみられます。しかし、認知症の不眠や異常行動に対して十分に有効で、かつ安全な薬物療法はありません。睡眠薬や抗精神病薬などの催眠鎮静系向精神薬の効果は限定的で、長期間服用すると、むしろ過鎮静のため午睡が増加することがあります。また、転倒や骨折、健忘などの副作用の危険性が高まるため高用量・多剤併用や長期服用は避けるべきです。認知症でみられる睡眠障害は、不眠のほか、睡眠時無呼吸症候群、レストレスレッグス症候群、睡眠・覚醒リズム障害、レム睡眠行動障害など多様であるため、不眠治療イコール睡眠薬処方と安直に考えず、正しい診断を受けることが大事です。

【勧告】

認知症の不眠症に対する睡眠薬の有効性は確認されていない。処方する場合には転倒や認知症状の悪化などの副作用の発現に絶えず留意が必要である。また、有効性が認められても漫然と服用させず、症状の改善に合わせて適宜減薬もしくは休薬するなど、副作用を低減させるよう心がけるべきである。【推奨グレードC2】

【Q13】 かゆみで眠れません。眠気のでる抗ヒスタミン薬を服用すれば一石二鳥だと言われましたが・・・。

【患者向け解説】

抗ヒスタミン薬は、痒みを軽減し、睡眠中の掻く行為による皮膚のダメージを防ぐ目的で、広く用いられています。抗ヒスタミン薬には眠気（副作用）の強いものと弱いものがあります。痒み止め効果が強い薬は眠気が強いと考えられる風潮がありますが、両者は相関しないことがわかっています。痒みによる不眠に対して一挙両得のように眠気の強い抗ヒスタミン薬が用いられることがありますが、そのような治療法が本当に有効かつ安全なのか十分解明されていません。なぜなら、眠気の強い抗ヒスタミン薬を服用しても痒みが十分に消えず、むしろ翌日に眠気が残り仕事や学業に支障をきたすなどの副作用が目立つことがあるからです。眠気を自覚しなくても、集中力、判断力、作業能力が低下することもあります。一方で、眠気の少ない抗ヒスタミン薬によって痒みが和らぐことで、よく眠れるようになり、翌日の活動状態もよくなることも知られています。抗ヒスタミン薬を服用した時には、痒みが十分に和らいでよく眠れているか、また服薬翌日の日中の活動に影響が出ていないか、主治医に伝えて下さい。

【勧告】

痒みによる二次性不眠症に対して、催眠・鎮静作用の強い第1世代抗ヒスタミン薬を用いることは推奨されない。【推奨グレードC2】 第2世代抗ヒスタミン薬でも鎮静作用の強いものがあるため、翌日の眠気やパフォーマンスの低下などに与える影響を考慮して選択するべきである。

【Q14】 痒みで眠れません。睡眠薬を服用すべきでしょうか？

【患者向け解説】

アトピー性皮膚炎や慢性蕁麻疹では、痒みのため、もしくは掻く行為のために就床しても寝付けない、途中で起きてしまうといった不眠症状がしばしばみられます。現在このような痒みによる不眠に対して治療効果がはっきりと確認された睡眠薬はありません。治療上で最も大事なことは、はじめに痒みを抑える治療を十分に行うことです。それでも不眠が続く場合、体調や不眠の重症度に合わせて、医師は有効と思われる睡眠薬を処方しますので、主治医とよく相談しましょう。

【勧告】

痒みに起因する不眠に対する睡眠薬の臨床効果は実証されていない。治療に際しては、第一に、皮膚症状や痒みをおさえる治療を十分に行うべきである。その後も不眠が残存する場合には、身体状況や不眠の重症度を勘案して睡眠薬を用いることは許容できる。睡眠薬を用いる場合も、日中の眠気などの副作用に留意すべきである。【推奨グレードC1】

【Q15】 痛みで眠れません。睡眠薬を服用すべきでしょうか？

【患者向け解説】

痛みがあると眠りにくくなることがしばしばあります。また、痛みの治療（薬物療法など）が原因となって眠れなくなっていることもあります。痛みで眠れない場合はその痛みの原因となる疾患の治療を行うことが最も大切です。しかし、元の疾患の治療を進める経過中に痛みのコントロールが不十分なことにより不眠がある場合は睡眠薬やその類薬を医師が処方する場合があります。睡眠薬の効果は患者によりさまざまですが、適切な治療により不眠が解消されることも多く報告されています。痛みによる不眠症状が続く場合には、まずは痛みの治療を行っている主治医、精神科医、睡眠専門医に相談しましょう。

【勧告】

痛みに対する睡眠薬の使用はその原因疾患とそこに横たわる精神的問題点により薬剤選択、期待効果度が異なる。睡眠薬以外の選択肢も考慮に入れながら、いずれにしても漫然と使用することなく、一定の期間で効果を判定し、副作用に注意を払うべきである。【推奨グレードC1】

【Q16】 トイレが近く、眠れません。睡眠薬を服用すべきでしょうか？

【患者向け解説】

頻尿があると、尿意により寝付けず、睡眠中に何度も目覚める、目覚めると再び尿意を催してトイレに行かないと寝付くことが出来ない、など不眠の原因となることがしばしばあります。頻尿で眠れない場合はその原因となる疾患の治療を行うことが最も大切です。しかし、原因疾患により精神的な問題点をきたし、不安や尿意切迫感から頻尿となった場合、さらに睡眠障害が原因ですぐに目が覚めてそのためにトイレが気になってしまうような場合などそのために起こる不眠にも睡眠薬やその類薬を医師が処方する場合があります。睡眠薬の効果は患者によりさまざまですが、適切な治療により不眠が解消されることも報告されています。頻尿による不眠症状が続く場合には、まずは頻尿の治療を行っている主治医や泌尿器科医に相談し、必要に応じ睡眠専門医にも相談してみましよう。

【勧告】

頻尿が原因の不眠に対する睡眠薬の使用はその原因疾患とそこに横たわる精神的問題点により薬剤選択、期待効果度が異なる。睡眠薬以外の選択肢も考慮に入れながら、いずれにしても漫然と使用することなく、一定の期間で効果を判定し、副作用に注意を払うべきである。【推奨グレードC1】

【Q17】 睡眠時無呼吸症候群の治療中です。睡眠薬を服用しても大丈夫でしょうか？

【患者向け解説】

睡眠時無呼吸症候群患者さんの約 40～50%で不眠がみられます。不眠を治療する際に問題になるのは、睡眠薬の呼吸に対する影響です。たとえば、睡眠薬によって上気道の筋肉の緊張が低下してふさがりやすくなったり、無呼吸による低酸素時にも呼吸回復が遅れたりする危険性が指摘されています。これまで睡眠時無呼吸症候群患者さんを対象にして睡眠薬の効果や副作用を調査した研究が数多くあります。その結果、軽度～中等度の睡眠時無呼吸症候群の場合には、睡眠薬は睡眠中の呼吸状態に悪影響を及ぼさないことが分かりました。もちろん、不眠症状も改善します。特に、筋弛緩が生じないメラトニン受容体作動薬の安全性が優れています。ただし、重症例ではベンゾジアゼピン系睡眠薬によって睡眠中の呼吸状態が悪化する危険性が示唆されていますので、持続陽圧呼吸治療などで睡眠時無呼吸症候群を十分にコントロールした上で睡眠薬を服用することをお勧めします。ご自分の重症度について主治医にご相談ください。また、持続陽圧呼吸治療の開始初期に補助的に睡眠薬を併用することで、治療を継続できる方が増えることも知られています。

【勧告】

睡眠時無呼吸症候群（obstructive sleep apnea syndrome: OSAS）を有する患者の不眠治療では、メラトニン受容体作動薬（ラメルテオン）の安全性が優れている。一方、ベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系睡眠薬により、OSAS 患者の睡眠中の呼吸状態の悪化を認めることがあると報告されている。逆に、軽症～中等症の OSAS 患者では、睡眠薬を服用しても呼吸状態の悪化が生じないとの報告もあり見解が一致していない。ただし、重症例では睡眠薬による呼吸状態への影響を否定できないため、CPAP 等で十分に OSAS の管理をした上で睡眠薬を投与することが望まれる。OSAS 患者において CPAP 治療初期に睡眠薬を併用することにより効率的に CPAP 圧の設定とその後の長期的なアドヒランスの向上が期待できる。【推奨グレード B】

【Q18】 せん妄治療における睡眠薬の使い方

【患者向け解説】

なし

【勧告】

睡眠障害（不眠、過眠、睡眠・覚醒リズムの乱れ）はせん妄の促進因子であるが、せん妄患者の睡眠障害に対する睡眠薬の有用性は確立していない。薬物治療は抗精神病薬や鎮静系抗うつ薬を柱とし、効果が不十分な場合にのみ睡眠薬を補助的に使用するべきである。【推奨グレード C1】

せん妄の予防には夜間睡眠の確保と睡眠・覚醒リズムの正常化が重要だが、ベンゾジアゼピン系睡眠薬を単剤で使用することは積極的には推奨されない【推奨グレード C2】。

メラトニンあるいはメラトニン受容体アゴニストがせん妄の予防に有用である可能性がある。

【推奨グレード C1】

【Q19】 高齢者の不眠症にも睡眠薬は効果があるでしょうか？

【患者向け解説】

不眠症は高齢者に多い病気であり、多くの高齢者が睡眠薬を服用されています。高齢者の不眠症に対する睡眠薬の治療効果を調べた臨床試験が多数あり、睡眠薬には確かに治療効果があることが明らかになっています。ただし、睡眠薬の種類によって効果に差があり、効果の比較的強い睡眠薬と弱い睡眠薬があります。

一方で、ご心配の通り、高齢者が睡眠薬を服用した時には幾つかの副作用がでやすいことが知られています。副作用の種類や出やすさは睡眠薬ごとに異なります。睡眠薬の副作用については他の Q & A もご参照ください。副作用の中でも特に、睡眠薬によって転倒や骨折が増加するという報告があるので注意が必要です。ただし、不眠があると逆に夜間のトイレ歩行時などに転倒する危険が

高まることも明らかになっています。

このように睡眠薬にはメリットとデメリットがあります。睡眠薬を服用すべきか、どのような睡眠薬を選ぶべきか、現在服用中の睡眠薬を継続すべきかは不眠症状の重症度や心身の不調の有無で決まります。主治医とよくご相談ください。また最近ではお薬を使わない治療法も少しずつ広まっています。(Q4を参照)。

【勧告】

高齢者の原発性不眠症に対しては非ベンゾジゼピン系睡眠薬が推奨される。ベンゾジゼピン系睡眠薬は転倒・骨折リスクを高めるため推奨されない。メラトニン受容体作動薬については転倒・骨折リスクに関するデータが乏しく推奨に至らなかった。高齢者では睡眠薬による不眠症の改善効果のエフェクトサイズに比較して、相対的に副作用のリスクが高いため、不眠の重症度、基礎疾患の有無や身体的コンディションなどを総合的に勘案して睡眠薬の処方のは非を決定すべきである。

【推奨グレードA】

【Q20】 高齢なので睡眠薬の副作用が心配です。

【患者向け解説】

年齢とともに薬を分解または排出する体のはたらきが弱まり、薬が体に蓄積しやすくなる傾向があります。そのため、薬が効きすぎたり副作用が出やすくなる場合があります。睡眠薬を服用していて、翌日に眠気が残ったりふらついたりするときには、種類や用量を工夫する必要があるかもしれません。そのような時には担当医へご相談ください。

【勧告】

加齢に伴い、脂溶性薬剤の分布容量の増大、薬物代謝能の低下、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いほか、ベンゾジアゼピン系睡眠薬に対する感受性も亢進する。したがって、高齢者では若年者に比較して睡眠薬の副作用のリスクが相対的に高く、リスク・ベネフィット比が低下することを考慮した薬剤選択、用量設定をすべきである。【推奨グレードA】

【Q21】 睡眠薬を服用中に妊娠に気づきました。胎児に影響はないでしょうか？

【患者向け解説】

睡眠薬が人間の胎児に及ぼす影響を実験的に明らかにすることはできないため、その危険性や安全性について明確な結論が出ていない睡眠薬が大部分です。睡眠薬を服用中に妊娠に気づき不安な場合、妊娠中もやむをえず睡眠薬を飲む必要がある場合には、服用中の睡眠薬の種類と量、不眠の重症度やその原因疾患、妊娠週数などを総合的に判断して胎児への影響を推測して服用継続の是非

を判断することになります。睡眠薬が胎児に及ぼす影響については今後も知見が積み重ねられ、判断が変わることもあります。最新の情報については主治医にご相談ください。また、「妊娠と薬情報センター」という厚生労働省管轄事業の相談窓口がありますので必要に応じて利用されては如何でしょうか。

妊娠と薬情報センター

TEL : 03-5494-7845

受付時間 : 平日 10:00 - 12:00, 13:00 - 16:00

ホームページ : <http://www.ncchd.go.jp/kusuri/index.html>

【勧告】

特定の薬物が胎児に及ぼす影響に関する臨床データは少なく、情報の解釈も難しい。医師個人が知り得た情報だけで判断を下すことは難しいため、「妊娠と薬情報センター」から情報を得ることが望ましい。【推奨グレード C1】

【Q22】 更年期障害で眠れません。睡眠薬を服用すべきでしょうか？

【患者向け解説】

更年期障害では、夜間のほてりや発汗などで眠りが妨げられることが多く、約半数の方が不眠を持っているとされています。非ベンゾジアゼピン系睡眠薬であるエスゾピクロンやゾルピデムが更年期障害に伴う不眠に治療効果があることが臨床試験で確認されています。更年期障害は年単位で持続することもあります。睡眠薬の長期的な治療効果や安全性はまだ十分に確認されていないため、症状に応じて可能であれば減薬や休薬も心がけましょう。また、更年期障害ではうつ病による不眠、睡眠時無呼吸症候群、レストレスレッグス症候群（むずむず脚症候群）など、不眠症と鑑別の必要な睡眠障害も起きやすいため、治療前に正しく診断してもらいましょう。主治医から処方された睡眠薬が奏功せず、不眠症状が続く場合には、精神科、心療内科、睡眠専門医などに相談しては如何でしょうか。

【勧告】

更年期障害に伴う不眠に対しては、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬であるエスゾピクロン、ゾルピデムが推奨される。長期服用時の治療効果と安全性についてはエビデンスが乏しく、慎重に処方すべきである。【推奨グレード B】

【Q23】 夜勤明けに眠りたいのですが、睡眠薬を服用してもよいでしょうか？

【患者向け解説】

夜勤明けでは、普段は目覚めている時間帯（日中）に眠らなければなりません、生体リズム（概日リズム）の影響で脳を覚醒させる力が働いているうえに、勤務時間中の精神的な興奮（緊張）が持続していることなどのため、いくら疲れていても全く眠れない人も存在します。夜勤明けに眠れるかどうか、眠れないときに睡眠薬の効果があるかどうかには大きな個体差が存在します。実際には、夜勤明けに通常量の睡眠薬を服用し、有効な場合は続けてよさそうです。しかし、効果が乏しい場合にも無理に増量を行わず、光療法の利用や夜勤中の午睡の確保など、睡眠薬以外の対応法も検討した方がよいでしょう。

【勧告】

夜勤明けの睡眠（日中の睡眠）をとる際に睡眠薬が十分に効果的かつ安全であるか結論は出ていない。非ベンゾジアゼピン系睡眠薬については安全性を示すエビデンスが幾つか示されているが、高度な精神作業を伴うケースの場合には持ち越し効果の影響を慎重に判断すべきである。睡眠薬の効果に大きな個人差がある可能性も示唆されている。これらのことから、“夜勤明けの睡眠薬は通常の投与量で有効な場合に使用を是とする”というのが現実的対応と考えられる。通常量の睡眠薬が無効な場合は光療法や仮眠など非薬物的な対処法を活用することが望ましい。【推奨グレード B】

【Q24】 睡眠薬を服用しても眠れません。増量すれば効果が出ますか？

【患者向け解説】

通常用いられる用量の範囲内であれば、睡眠薬の服用量を増やすことで治療効果が強くなることがあります。少量の睡眠薬で効果が不十分な場合には増量すべきか主治医とご相談ください。ただし、服用量が増えると翌日の眠気やふらつきなどの副作用の頻度も高まるため、通常量を超えて安易に増量すべきではありません。生活習慣や寝室での過ごし方、就寝環境などに問題がないかどうか、本当に睡眠薬が有効な不眠症であるのか主治医と一緒によく検討した上で、睡眠薬の増量が適切かどうか検討してもらいましょう。

【勧告】

臨床常用量を超える睡眠薬の服用は副作用リスクを高めるため絶対に避けるべきである。臨床用量内での増量についても、リスク・ベネフィットバランスを慎重に考慮した上で行うべきである。睡眠薬の増量の前に、睡眠薬の長期連用による耐性形成や二次性不眠症の可能性、代替薬物療法や認知行動療法の活用などについても検討すべきである。【推奨グレード D】

【Q25】 睡眠薬を服用しても眠れません。何種類か組み合わせれば効果がでますか？

【患者向け解説】

一般的に睡眠薬の使用量はごく限られているため、1剤を使って効果が出ない場合には多剤併用になりがちです。作用時間が短い睡眠薬は入眠効果に優れている反面、夜間途中で効果が切れてしまうため、中途覚醒や早朝覚醒に対しては効果が不十分な場合があります。そのような睡眠前半と後半の両方に不眠症状のある方では作用時間の長い睡眠薬を併用する場合があります。ただし、睡眠薬の種類や服用量が増えると治療効果も強くなると考えがちですが、必ずしも正しくありません。増量した割には効果が出ず、副作用ばかりが目立つ場合もあります。したがって、睡眠薬の高用量処方や多剤併用を防止する観点から、一部の診療科では三種類以上の睡眠薬を同時処方することが制限されています。副作用を防止するためにも、どうしても睡眠薬を何種類か合わせて服用する必要があるときには、同じ系統の睡眠薬を多剤併用するのではなく、作用が異なる睡眠薬を併用する、うつ症状のある方であれば睡眠促進効果を持った抗うつ薬を併用するなどの工夫も行います。

【勧告】

常用量の睡眠薬を服用しても効果が不十分な場合に、睡眠薬の多剤併用がより有効であるというエビデンスは無い。副作用リスクを低減するためにも、多剤併用はできるだけ避けるべきである。特に、三種類以上のベンゾジアゼピン系ないし非ベンゾジアゼピン系睡眠薬の併用は避けなくてはならない。【推奨グレードC2】

代替療法として、メラトニン受容体作動薬や催眠鎮静性抗うつ薬、認知行動療法の使用もしくは併用が選択肢となり得るが、その実施にあたっては、症例に応じた工夫が必要である。

【Q26】 抗うつ薬も不眠症に効果がありますか？

【患者向け解説】

うつ病患者の大多数では不眠が認められます。うつ病の治療薬である抗うつ薬は気分の落ち込みだけでなく、不眠症状にも効果を発揮することがあります。ただし、抗うつ薬の種類によって不眠に対する治療効果に違いがあります。うつ病治療の第一選択薬である選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）は不眠の治療効果は乏しく、別のタイプの抗うつ薬（トラゾドンやミルタザピンなど）がより有効であることが分かっています。気分の落ち込みなどうつ症状を伴う不眠がある場合には主治医とご相談ください。ただし、一般の不眠症（原発性不眠症）に対する抗うつ薬の効果はしっかりと確認されていません。したがって抑うつ症状のない不眠症の方が抗うつ薬を睡眠薬代わりに服用することはお薦めできません。

【勧告】

うつ病性不眠に対しては選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）よりもミアンセリン、トラゾドン、ミルタザピンなどの催眠鎮静系抗うつ薬を用いる価値がある。原発性不眠症に対して抗うつ薬を使用することは適応外処方であり薦められない。ただし、睡眠薬が奏功せず、抑うつ症状がある患者に対しては催眠・鎮静系抗うつ薬を用いる価値がある。その場合にも、持ち越し効果など副作用に留意すべきである。【推奨グレード B】

【Q27】 漢方薬やメラトニンも不眠症に効果があるでしょうか？

【患者向け解説】

残念ながら不眠症に対する効果がしっかりと確認された漢方薬はありません。メラトニンも睡眠リズムの異常には効果がありますが、一般的な不眠症には効果が乏しいようです。不眠症に対して漢方薬やメラトニンを服用する場合には、治療効果は限定的であることを知ったうえで服用する必要があるでしょう。漢方薬によって更年期障害などの病気が治ることで、不眠症状もいっしょに改善することがあるかもしれません。しかし、慢性不眠症がある場合には、これらの市販薬ではなく、専門医に相談することをお勧めします。

【勧告】

不眠症に対するメラトニンの効果は比較的弱く、主たる治療薬として推奨することは難しい。不眠症に対する漢方薬の有効性は確認されておらず、推奨されない。不眠症患者からメラトニン、漢方薬に関する意見を求められた場合には、不眠症の治療効果は限定的もしくは実証されていないことを説明し、慎重に用いるように指導する必要がある。【推奨グレード C2】

【Q28】 市販の睡眠薬も不眠症に効果があるでしょうか？

【患者向け解説】

市販の睡眠薬には錠剤(ドリエルなど)や漢方など種々ありますが、不眠症患者さんを対象にした臨床試験（治験）で長期的な治療効果と安全性がしっかりと確認されていません。したがって、これらの市販薬の注意書きにも記載してありますが、「一時的な不眠に使用すること」、「不眠症の診断を受けた人は使用しないこと」が原則です。一時的な不眠とは旅行や心配事などで数日程度眠れないことをさします。一方、不眠症は眠れないことのために日中の眠気や倦怠感など心身の不調がでたときに診断されます。不眠が長引く場合には市販の睡眠薬で対処することはお勧めできません。不眠の原因は人によってさまざまです。不眠症状が続く場合には、主治医や産業医、睡眠専門医に相談しましょう。

【勧告】

ジフェンヒドラミン等の第一世代抗ヒスタミン薬を不眠症（特に慢性不眠症）患者に用いることは推奨されない。短期間の使用に際しても、持ち越し効果による眠気や精神運動機能の低下に十分留意するよう説明するべきである。【推奨グレード C2】

【Q29】 市販のサプリメントも不眠症に効果があるでしょうか？

【患者向け解説】

サプリメントの中には不眠に有効だとして販売されているものが多数ありますが、医薬品のようにしっかりとした臨床試験で有効性や長期服用時の安全性の評価が行われたものは非常に少ないのが実情です。従って、不眠症に対してサプリメントを服用する場合には、治療効果は限定的であること、安全性についても十分な検討がなされていないことを知ったうえで服用する必要があるでしょう。効果が得られない場合には漫然と服用するのは避けましょう。漢方とメラトニンについてはQ28を参照してください。

【勧告】

不眠症に対する効果を謳うサプリメントが多数あるが、エビデンスレベルの高い臨床試験により有効性が検証されているものはごく少なく、また安全性の検証はほとんど行われていない。したがって、サプリメントを不眠症の治療に用いることは推奨されない。不眠症患者からサプリメントに関する意見を求められた場合には、不眠症の治療効果は限定的もしくは実証されていないこと、安全性についても十分な検討がなされていないことを説明し、慎重に用いるように指導する必要がある。【推奨グレード C2】

【Q30】 薬を使わない治療法はあるでしょうか？

【患者向け解説】

睡眠薬以外の治療法として認知行動療法があります。この治療法は、不眠症を長引かせてしまう生活習慣（行動パターンや睡眠に関する考え方）と身体反応（過覚醒：目覚めすぎてしまう傾向）に焦点を当て、それらをカウンセリングなどで修正することで不眠を改善させることを目的として行われます。合計4～8回のカウンセリングを実施することで、寝つきの悪さ、夜間の中途覚醒、睡眠の質の低下といった不眠症状が改善することが明らかになっています。また、睡眠薬を長期服用している場合にも、認知行動療法を行うことで不眠症状の軽減とともに睡眠薬を減量することも可能です。さらに、うつ病などの精神疾患や癌や慢性疼痛などの身体疾患に伴う不眠症に対しても、認知行動療法は有効です。逆に、不眠症状を軽減することによって、これらの身体疾患の症状（抑うつ気分、疲労感など）が緩和される効果も期待されています。ただし、現在のところ不眠症に対

する認知行動療法は保険適応外となっています。認知行動療法が実施できる施設については日本睡眠学会のHPをご参照ください。

【勧告】

不眠症に対する認知行動療法（Cognitive behavior Therapy for Insomnia: CBT-I）の有効性は実証されている。特に、入眠困難の改善に関しては薬物療法よりも効果が高いと考えられる。また、睡眠薬の長期服用者に関しては、CBT-Iを導入することで減薬促進効果が期待できる。精神疾患や身体疾患を伴う不眠症に対しても、CBT-Iは有効性が高く、それら基礎疾患の症状の軽減効果も期待できる。【推奨グレード A】

【Q31】 睡眠薬を何種類か服用しているので副作用が心配です。

【患者向け解説】

現在広く用いられているベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系睡眠薬には、眠気、ふらつき、転倒、精神運動機能の低下、前行性健忘（睡眠薬服用後の出来事を覚えていない）、頭痛、消化器症状などの副作用がみられます。これらの症状は睡眠薬が体内に残っている時だけ出現し、後遺症となる副作用ではありませんが、事故の原因などにもなるため注意が必要です。異なるタイプの睡眠薬であるメラトニン受容体作動薬では、ふらつきや前行性健忘が少ないことが知られています。一般的に、睡眠薬の多剤併用時には副作用のリスクも高くなります。睡眠薬は単剤使用が原則であり、やむを得ず2種類以上の睡眠薬を併用する時には副作用に注意する必要があります。

【勧告】

睡眠薬の多剤併用は副作用の頻度を高める原因となるため推奨されない。単剤治療を原則とし、やむを得ず多剤を併用する場合は、副作用の出現に注意する。【推奨グレード C2】

【Q32】 睡眠薬服用後の記憶がありません。

【患者向け解説】

睡眠薬を服用してから寝つくまでの間や夜中に目覚めた時に、電話やメール、食事、歩行などしてしまい、翌朝に覚醒してからそれらの行動を記憶していないという現象が起こることがごくまれにあります。このような現象は睡眠薬によって一時的に記憶障害が生じたり、不完全に目覚めたためにもうろう状態になることが原因と考えられています。思い当たる経験がある場合には主治医に相談しましょう。認知症や精神疾患とは異なり、原因となった睡眠薬を中止するとこのような症状は消失します。睡眠薬を服用してから就床せず起きていたり、飲酒した後に服用すると起こりやすくなるので、睡眠薬は就床直前に服用するようにしましょう。また、最近ではこのような副作用が生じにくい睡眠薬も登場しています。

【勧告】

ベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系睡眠薬の服用後に、一過性前向き健忘、もうろう状態、睡眠随伴症状（夢中遊行様の異常行動）があらわれることがある。薬物惹起性であり、原因となった睡眠薬の中止により消褪する。同副作用のリスクが高い多剤併用患者、高齢者、飲酒者では適切な服用法を指導し、少量から慎重に投与すべきである。各睡眠薬の副作用の詳細についてはインタビューフォームを参照のこと（Q1）。【推奨グレード A】

【Q33】 徐々に睡眠薬の効果が弱くなり、量が増えるのが心配です。

【患者向け解説】

現在多く用いられている睡眠薬の中には、睡眠薬としての効果が減弱しやすいものと減弱しにくいものがあります。また、効果が減弱しやすい睡眠薬の中でも、服用開始後の早い時期に減弱するものと、長期間を要するものがあります。主治医はあなたの不眠の状態を考慮して、最も適切と考えられる睡眠薬を処方しており、また効果が減ってきた場合には効果が減りにくい薬に変更するなどして、睡眠が十分とれるようにしています。したがって、効果が減ったからといって、自分の判断で睡眠薬を飲む量を増やすことはしないでください。睡眠薬の安易な増量によって、眠気、だるさ、ふらつき、めまいなどの副作用が出現しやすくなるからです。睡眠薬の効果が弱くなってきたと感じたら必ず主治医にご相談ください。

【勧告】

ベンゾジアゼピン系薬物（抗不安薬、睡眠薬）の耐性形成には GABA_A 受容体の機能変化が関与していると推測される。ベンゾジアゼピン系睡眠薬に対する耐性（不眠改善効果の減弱）は作用時間の短い薬物ほど早期に出現しやすい。ベンゾジアゼピン系睡眠薬に比較して、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬に対する耐性はより形成されにくい。またメラトニン受容体作動薬は耐性が形成されにくい。

【Q34】 睡眠薬を止められなくなるのではないかと心配です。

【患者向け解説】

睡眠薬を服用していると、依存症になってやめられなくなるのではという心配を伺うことは少なくありません。しかし、あなたが睡眠薬の服用を始めたばかりなら、先々やめられなくなるかどうかを心配するより、まず医師の指示通りに服用して症状を改善させることを最優先にすべきでしょう。現在用いられている大部分の睡眠薬には強い依存性はありません。したがって、服用を始めてから短期間でやめられなくなることはありません。現在すでに睡眠薬を服用して不眠が治っている

方については、休薬に向けて少しずつ服用量を減らして行く方法、ときどき服薬を休む日を作る方法などがあります（Q40を参照）。ご自分の判断で急に中止すると、不眠が悪化することがあるので、必ず主治医とご相談ください。

【勧告】

短期服用時には睡眠薬による依存形成の危険性は少ないが、高用量・長期間の服用が依存形成リスクを上昇させるので避けるべきである。不眠症状が改善すれば、患者の状態に応じて、頓用、漸減、休薬日を設けるなどの方法がある。症状の推移に対応した治療計画を立てることが求められる。

【推奨グレードB】

【Q35】 睡眠薬を服用していると認知症になると聞いて心配です。

【患者向け解説】

睡眠薬の長期服用によって一時的に認知機能（記憶力や判断力など）の低下が生じることがあります。休薬することで多くの機能は回復しますが、回復までに時間がかかる機能もあります。睡眠薬を服用すると認知症（アルツハイマー型や脳血管型認知症など）が発症しやすくなるか検討した疫学調査の結果は一定せず、結論がでていません。認知症のリスクが高まるという報告では、数年～十数年間にわたる長期服用が原因となって、服用していない方に比較して1.5～3倍程度罹りやすくなるようです。ただし、不眠症自体も認知機能の低下をきたすリスクを高めるため、症状が強いときには治療を受ける必要があります。睡眠薬を服用する場合には、薬のメリットとリスクを十分に考慮した上で慎重に服用法を決定します。不眠の原因疾患（ストレス、うつ病、痒み、痛みなど）に対処し、睡眠習慣の改善や認知行動療法などの薬物以外の治療法も行いながら、睡眠薬の服用期間と服用量を増やさないように心がけながら治療を進めることが望ましいといえます。

【勧告】

ベンゾジアゼピン系薬物の長期服用によって認知機能低下がおりうるということについて多くの報告が存在するが、認知症発症のリスクが上昇するかについては相反する結果が報告されている。リスクが存在する場合、数年～十数年の長期服用時に罹患リスクが1.5倍～3倍程度高まる可能性がある。現時点では、不眠症の高齢患者に睡眠薬を投与する際には、認知機能の評価を適宜実施しながら慎重に投与することが望ましい。認知行動療法などの非薬物療法も考慮しつつ、睡眠薬の服用期間、用量を最小限にとどめることを心がけるべきである。【推奨グレードB】

【Q36】 睡眠薬の飲み過ぎで死亡した人がいると聞いて不安です。

【患者向け解説】

睡眠薬が自殺の手段として用いられた悲しい過去があります。当時はバルビツール酸系睡眠薬が広く用いられており、血圧や呼吸の維持を司っている脳（脳幹）に対する強い抑制作用を持つため、大量服用で死亡に至るケースがみられました。しかし、現在広く使用されているベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、メラトニン受容体作動薬にはこのような抑制作用はなく、安全性が高い薬だと言えます。従って常用量を服用している限りにおいては、長期間服用しても死亡率が高まるということはありません。しかし、ベンゾジアゼピン系睡眠薬といえども不眠治療以外の目的で一度に大量に服用したり、アルコールと併用したりすると、呼吸抑制を含めた重篤な副作用が出現する可能性があります。特に、慢性閉塞性肺疾患や睡眠時無呼吸症候群などの基礎疾患がある場合には、呼吸器症状が生じやすいやすいため注意が必要です。

【勧告】

ベンゾジアゼピンおよび非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、メラトニン受容体作動薬は、常用量用いる範囲内において死亡リスクを高める可能性は低い。一方、バルビツール酸系睡眠薬は高用量服用により死亡リスクが高まる。ただし、ベンゾジアゼピン系睡眠薬であっても呼吸機能の低下した患者（閉塞性肺疾患や睡眠関連呼吸障害など）や小児に対しては十分注意して処方する必要がある。

【推奨グレード A】

【Q37】 他の治療薬との飲み合わせが心配です。

【患者向け解説】

複数の薬の飲み合わせによってお互いに効果や副作用を強めたり弱めたりすることがあり、これを薬物相互作用と呼びます。薬物相互作用が生じることが明らかになっている、または予測される薬の組み合わせやそのときに起こりうる現象に関する情報が各薬物の添付文書（医師向けの薬物の説明文書）に記載されています。睡眠薬については抗うつ薬や生活習慣病治療薬などとの相互作用があることが知られています。添付文書は独立行政法人医薬品医療機器総合機構のホームページにてご自身で情報を検索することも可能ですが、その解釈には専門的な知識が必要なことがありますので、主治医またはかかりつけ薬局の薬剤師へ相談されることをお勧めいたします。複数の睡眠薬を組み合わせることについてはQ26 もご参照ください。

【勧告】

添付文書の併用禁忌・併用注意情報の記載内容を患者自身が直接閲覧できるものと認識し、患者からの問い合わせに対してはきちんと説明できるように内容を理解しておく。【推奨グレード A】

【Q38】 睡眠薬はいつまで服用すればよいのでしょうか？

服用すれば眠れますが、治っているのでしょうか？

【患者向け解説】

基本的に、睡眠薬は無期限に長く服用する薬ではありません。不眠症が治ったら、適切な時期に減薬もしくは休薬するべきです。ご自身の不眠症が治っているか判断するポイントには二つあり、一つ目は夜間の不眠症状が改善していること、二つ目は（良眠できたおかげで）日中の心身の調子が良いことです。この二つが揃っていることが休薬を成功させるコツです。不眠症が十分に治らないうちに睡眠薬をやめてしまうと、不眠が再発したり、悪化したりすることがあるので注意しましょう。不眠症患者さんの中には、さまざまな理由により睡眠薬を長期間にわたり服用する必要がある方がいます。その場合には、副作用に注意しながら睡眠薬を長期服用する治療法もあるので、主治医に相談しながら治療方針を決めてください。

【勧告】

不眠症が寛解（回復）した後は、睡眠薬は可能な限り速やかに減薬・休薬すべきである。減薬・休薬を成功させるためには、不眠症状が十分に消褪しているとともに、QOL 障害が改善していることが必要である。減薬・休薬が難しいハイリスク患者を同定すると同時に、誤った睡眠習慣や、心理面・身体面で過覚醒状態から抜け出せていることを確認すべきである。一部の不眠症患者では、睡眠薬の長期服用が必要である。その場合には、患者の不安を緩和しながら、睡眠薬を安全に長期服用する治療選択肢も許容される。ただし、その場合でも、睡眠薬を継続服用することの是非を常に判断しつつ、状況に合わせて減薬を心がけ、可能な限り休薬をめざす、薬物療法の出口を見据えた治療が求められる。【推奨グレードB】

【Q39】 禁断症状がでるため睡眠薬が減らせません。

【患者向け解説】

禁断症状とは、神経や精神に作用するくすりを長い期間飲み続けた後に、薬を減らしたり、中止した時にあらわれる症状で、離脱症状とも呼びます。よくみられる症状は、不眠、動悸、吐き気、不安感などです。どのくらいの期間や量の薬を飲み続けると、離脱症状を生じるのかは、個人差が大きく一概には言えません。しかし、長い期間、多量、いくつもの種類の併用は、離脱症状を生じやすくなります。指示された用法用量を守ることが大切です。睡眠薬を中止するときには、離脱症状に注意し、時間をかけてゆっくりと中止することが大切です。そうすることで、離脱症状を避けて中止することができます。具体的な減薬方法についてはQ40 もご参照ください。

【勧告】

睡眠薬を長期服用した後に休薬すると、ごく軽度のものも含めると離脱症状は多くの患者で認められる。離脱症状は不眠の悪化（再燃）、自律神経症状、不安などの非特異的症状が中心である。複数の離脱症状を呈する患者は20～40%であり、力価の強い睡眠薬、ベンゾジアゼピン系睡眠薬でよりリスクが高い。休薬後に生じる離脱症状は短期間で消失する。睡眠薬を休薬した後に悪化した不眠症状が持続する場合には、不眠症が再燃したと考えるべきである。長期間、高用量、多剤併用が離脱症状の出現の危険因子とされている。睡眠薬の休薬を成功させるには、離脱症状を回避あるいは軽減するため漸減法などを用いて慎重に行うことが重要である。【推奨グレード B】

【Q40】 睡眠薬の減量法を教えてください。

【患者向け解説】

睡眠薬を長期間服用した後に、一気に中断すると不眠症状が一時的に悪化することがあります。時には日中にも不安感やイライラ感、知覚過敏などを感じることもあります。これらの症状の多くは一過性で、徐々に軽減しますが、数日～数週間持続することもあるので注意してください。睡眠薬を徐々に減量することでこれらの不快な症状を避けることが可能です。1種類の睡眠薬を4分の1錠ずつ減らし、1～2週間経過をみて問題がなければさらに4分の1錠減量するなど時間をかけて減量します。特に、2錠以上服用している、2種類以上服用している、長期間服用している方は、緩やかな減量が必要です。減量する睡眠薬の順番も決まっています。したがって睡眠薬の減量は自己判断で行わず、必ず主治医に相談してから行ってください。また、最近では減薬時の不快な症状が少ない睡眠薬も開発されています。

不眠症が治っていれば睡眠薬は減量、中止できます。睡眠薬を減量した直後は睡眠の質が悪く感じることもありますが、多くは数日で回復します。適切な方法で減薬しても不眠症状が持続する場合には、不眠症が治っていない可能性があるため、治療を再開する必要があります。減量は一時中止して主治医に相談してください。

【勧告】

睡眠薬の減量、休薬法に関する多数のランダム化比較試験およびメタ解析研究がある。睡眠薬の減量法として、1) 漸減法、2) 認知行動療法、3) 補助薬物療法、4) 心理的サポートが有効であることが明らかにされている。また、これらの治療法を併用することで減薬達成率、減薬量、再発防止がより確実になる。神経質性格、不安、アルコールなどで減量が失敗するケースもあるため、心理的援助が不可欠である。【推奨グレード A】

参考資料：不眠治療に用いられる主たる睡眠薬リスト

分類	一般名	商品名	作用時間	半減期 (hr)	用量 (mg)
メラトニン受容体作動薬	ラメルテオン	ロゼレム	超短時間 作用型	1	8
非ベンゾジアゼピン系	ゾルピデム	マイスリー		2	5~10
	ゾピクロン	アモバン		4	7.5~10
	エスゾピクロン	ルネスタ		5~6	1~3
ベンゾジアゼピン系	トリアゾラム	ハルシオン	短時間 作用型	2~4	0.125~0.5
	エチゾラム	デパス		6	1~3
	プロチゾラム	レンドルミン		7	0.25~0.5
	リルマザホン	リスミー		10	1~2
	ロルメタゼパム	エバミール ロラメット	10	1~2	
	ニメタゼパム	エリミン	中間 作用型	21	3~5
	フルニトラゼパム	サイレース		24	0.5~2
	エスタゾラム	ユーロジン		24	1~4
	ニトラゼパム	ベンザリン ネルボン		28	5~10
	クアゼパム	ドラール		36	15~30
	フルラゼパム	ダルメート	長時間 作用型	65	10~30
ハロキサゾラム	ソメリン	85		5~10	

ガイドラインの作成者

本ガイドラインは、平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「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（主任研究者：三島和夫）（H24-精神-一般-004）」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（委員長：三島和夫）」の構成員によって作成された。

（五十音順） *は厚生労働科学研究班の主任・分担研究者

- *石郷岡純 (東京女子医科大学医学部精神医学講座)
- 伊藤 洋 (東京慈恵会医科大学葛飾医療センター)
- 稲田 健 (東京女子医科大学医学部精神医学講座)
- *井上雄一 (東京医科大学睡眠医学講座)
- *内村直尚 (久留米大学医学部神経精神医学講座)
- *大熊誠太郎 (川崎医科大学薬理学教室)
- *大塚邦明 (東京女子医科大学東医療センター)
- 岡島 義 (睡眠総合ケアクリニック代々木)
- *小曾根基裕 (東京慈恵会医科大学精神医学講座)
- 片寄泰子 (国立精神・神経医療研究センター)
- *亀井雄一 (国立精神・神経医療研究センター)
- *北島剛司 (藤田保健衛生大学精神医学教室)
- 草薙宏明 (秋田大学医学部精神科学講座)
- 小鳥居望 (久留米大学医学部神経精神医学講座)
- *清水徹男 (秋田大学医学部精神科学講座)
- *新野秀人 (香川大学医学部精神神経医学講座)
- 鈴木真由美 (東京女子医科大学附属青山病院睡眠総合診療センター)
- *中川敦夫 (国立精神・神経医療研究センター)
- 中島 俊 (東京医科大学睡眠医学講座)
- *中島 亨 (杏林大学医学部附属病院精神神経科)
- 野崎健太郎 (国立精神・神経医療研究センター)
- 土生川光成 (久留米大学医学部神経精神医学講座)
- 平田幸一 (獨協医科大学神経内科)
- *弘世貴久 (東邦大学医学部内科学講座)
- 堀口淳 (島根大学医学部精神医学講座)
- *三島和夫 (国立精神・神経医療研究センター)
- *宮本雅之 (獨協医科大学神経内科)
- *山下英尚 (広島大学大学院精神神経医科学)
- *渡辺範雄 (名古屋市立大学精神医学教室)