

## 睡眠薬の適正使用と休薬のガイドライン発表

# 治療の「出口」見据えた処方では服薬への不安と不眠の慢性化解消を

### Point

意見・提言の骨子

- やみくもに量や種類を増やす睡眠薬の処方は、耐性や離脱症状を生じさせ、患者を苦しめる。終え方を意識した薬物治療をすべき。
- 治療のプロセスを伝えることで患者の不安は軽減される。医師からの声かけが効果的。
- 不眠改善に有効な睡眠薬を生かし、潜在的な患者の早期受診を促す取り組みが重要。

### 漫然とした睡眠薬の処方を受けてはならない

単に睡眠薬の処方量や種類を増やしていくような、誤った不眠症治療が広がる前に、何とか手を打たなければならないと考え、今年6月、「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」を発表した。睡眠薬の処方や副作用、休薬の方法などに関わる40項目のクリニカルクエスチョンを設定。確認されている世界中のエビデンスを基に、基礎薬理、精神科や神経内科、一般内科など約30人の研究者、専門医らとコンセンサスを形成して回答をまとめた。

現在、処方されている睡眠薬は、約4分の3がベンゾジアゼピン系だ。生命へのリスクが低い上に処方の歴史が長いから、漫然と処方されがちだが、長期間服用すると耐性が生じることがあり、突然服用をやめると強い不眠や動悸などの離脱症状が起きて患者を苦しめる。

睡眠薬を処方された患者を追跡調査したところ、約7割は3カ月以内の短期服用で治療を終えているが、2割弱の患者は慢性不眠に陥り、1年以上の長期にわたって服用を続けている実態がある。睡眠薬は、処方機会が多いためか、

耐性や離脱症状といった依存形成に対して、医師、患者ともに認識が低いと感じる。正しい知識を共有することで悪循環を断ち切らなくてはならない。

### 「やめられる」のひと言が治療の効果を高める

今回のガイドラインの最大の特徴は、睡眠薬の減薬法など、治療における「出口」を示した点だ。不眠症は日本では、成人の10人に1人がかかる一般的な病気だが、治療の終え方についての指針がこれまで見当たらなかった。患者の大半は、治療のプロセスについて説明を受けていない。離脱症状の辛さを報道などで見聞きし、服用に不安を抱く人もいる。睡眠薬は不安があると効果が出にくい。だからこそ、医師が「計画的に治療すれば服用はやめられる。心配しないで」と、声をかける意

義はとても大きい。

また、不眠症の治療の幅が広がったことも知ってほしい。薬剤でいえば、ベンゾジアゼピン系よりも耐性が生じにくく、ふらつきが起きにくい非ベンゾジアゼピン系や、メラトニン受容体作動系の睡眠薬が出ている。初期治療では、これらリスクの低い睡眠薬を処方すべきだし、一定期間、投薬を続けても改善しない場合は専門医につないでほしい。2錠出して効かない薬を3錠、4錠と増やしても効果は頭打ちになる。また、難治性の不眠症とされる中で、本当の不眠症はおおむね2割ともいわれる。薬剤に伴う不眠や精神疾患のケースも考えられる。

ガイドライン発表後、「睡眠薬への不安をあおる」との指摘を受けたが、本意ではない。不眠症状が出た早期に睡眠薬を使うことはとても有効だ。日本人は、きちんと睡眠をとることへの意識が低く、不眠症状をかかりつけ医に相談する割合も低いので、不眠に悩む人が多くなる。今回、治療の「出口」を示したことで、潜在的な患者の受診につながれば、と願っている。(談)



国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 精神生理研究部 部長

## 三島和夫 (みしま・かずお) 氏

1987年秋田大学医学部医学科卒業。同大学医学部精神科学講座・講師、助教授を経て、2002年米国バージニア大学時間生物学研究センター客員研究員、2003年米国スタンフォード大学医学部睡眠研究センター客員准教授。2006年から現職。日本睡眠学会理事、日本時間生物学会理事。