

# 専門医が 実臨床で用いる “次の一手”

# 不眠症

(減薬・休薬を考慮したBZ系睡眠薬の適正使用)



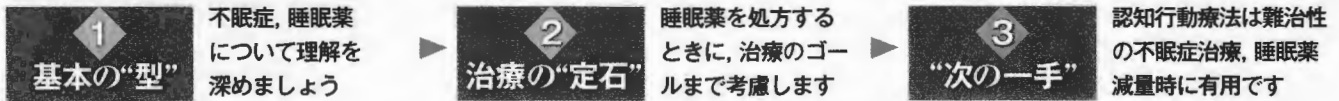
取材先・監修：  
(独)国立精神・  
神経医療研究センター  
精神保健研究所  
精神生理研究部部長  
**三島 和夫氏**

**中** 中枢神経系がかかわる疾患は、「定石」ともいえる標準的な治療がなかなか奏効しない症例があるという点で非常に手強い。専門医は、まず疾患や症状の基本をよく理解したうえで、ガイドライン等で推奨されている最も標準的な治療を行い、それでも改善がみられない場合は、個々の患者に応じた“次の一手”を講じている。

このコーナーでは、case(具体的なイメージをつかむため、実例を参考に作成)を交えながら、“次の一手”に至るステップを概説する。

\* 本記事では、ベンゾジアゼピン(benzodiazepine)をBZと略して表記する。また、不眠症の「回復・寛解」については、睡眠学では気分障害のような判定基準がない<sup>1)</sup>。本記事ではこの2つの単語を用いず、「改善」を用いている。

## “次の一手”までの3ステップ



### 1 基本の“型”

### 不眠症・睡眠薬を正しく理解する

▶ 長期服用しなければ、BZ系睡眠薬の依存リスクは低い

**不** 眠症状(入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害)を訴える人は成人の30%以上、不眠症患者は6~10%という疫学データがあるように<sup>1)</sup>、不眠に悩む患者さんは非常に多く、主にかかりつけ医の先生が診療していると考えられます。ただ、講演等で先生がたと話をすると、不眠症や睡眠薬に対する誤解があるように感じることがあります。主な誤解を表1にまとめました。

表1 不眠症および睡眠薬に関する誤解

項目	よくある誤解	三島氏の説明	参照
<b>不眠症に関する項目</b>			
診断	眠れなくなる病気(入眠困難に比重が置かれている)	「眠れない(入眠困難)」だけではない。不眠症状は、入眠困難に加え中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害の4つある。特に高齢者では、中途覚醒や早朝覚醒が増加する	p.16, 20
	不眠症状を確認するだけでよい	日中のQOL障害や不安感等も、不眠症状とともに必ず確認	p.16,19
臨床経過	慢性経過をたどり、治らない疾患	不眠症の定義(標準的基準)に「慢性的な~(中略)質のよくない睡眠が続く」という記述はあるが <sup>2)</sup> 、「罹患したら治らない」という意味での慢性疾患ではない。不眠症は、適切な治療で改善できる	p.18
<b>睡眠薬に関する項目</b>			
処方(可否および長期投与)	依存を引き起こすので、使うべきではない 使い続けても問題ない	不眠症は、慢性不眠(1か月以上の不眠継続)になると治りにくいので <sup>1)</sup> 、睡眠薬の処方を含めた初期治療は積極的に行うべき 長期服用によって、睡眠薬依存のリスクが上昇する(特にBZ系)	p.17, 18
減薬・休薬	睡眠薬を止めたら、患者さんが「眠れなくなった」と訴えてきた。依存が形成されたに違いない	睡眠薬を減量・中止して眠れなくても、依存とは限らない 睡眠薬は急に中止しない。減薬の前にもインターバル期間を設ける	p.19, 20

CNS today作成、三島和夫氏監修。

2185-9299/13/¥200/頁/JCOPY

CNS today Vol.3 No.5 © Medical Tribune October, 2013 ● 15

まず、診断に直結する不眠症の定義を確認しましょう(図1)。診断時には、定義と、「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」(以下、睡眠薬の適正使用GL)の治療アルゴリズム「症状把握」の内容を組み合わせ、5項目を把握するのがよいと思います(図1、図2)。

図1 不眠症の定義(睡眠障害国際分類 第2版)と症状の把握

※定義<sup>2)</sup>(茶色の部分は、国際分類の中で厳密な定義として示されている3つの条件。診察時にもこの3つを確認)

眠る時間や機会が適当である(睡眠の機会が充分にある)にもかかわらず、以下の障害(持続的な睡眠障害)が発生する  
 ●睡眠の開始と持続 ●一定した睡眠時間帯 ●睡眠の質  
 → 昼間に、何らかの弊害がもたらされる(日中の生活上の支障)

睡眠障害国際分類第2版での診断基準:不眠症には、その原因や特徴に応じて、適応障害性、精神生理性等、11のタイプがあり、各々に診断基準がある

※診断で把握すべき症状・状態等<sup>1,2)</sup>

1 夜間の不眠症状

入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害

2 日中のQOL障害

倦怠感(例:体が重くて立っているのがつらい等の訴え)、眠気、頭痛、頭重感等

3 過覚醒

情動的:不安・抑うつ症状等  
生理的:自律神経系・ホルモンの異常等(p.19)

4 リズム異常

体内時計機構の変調(例:夜型生活、夜勤等)。薬剤選択で重要(p.17)

5 恒常性異常

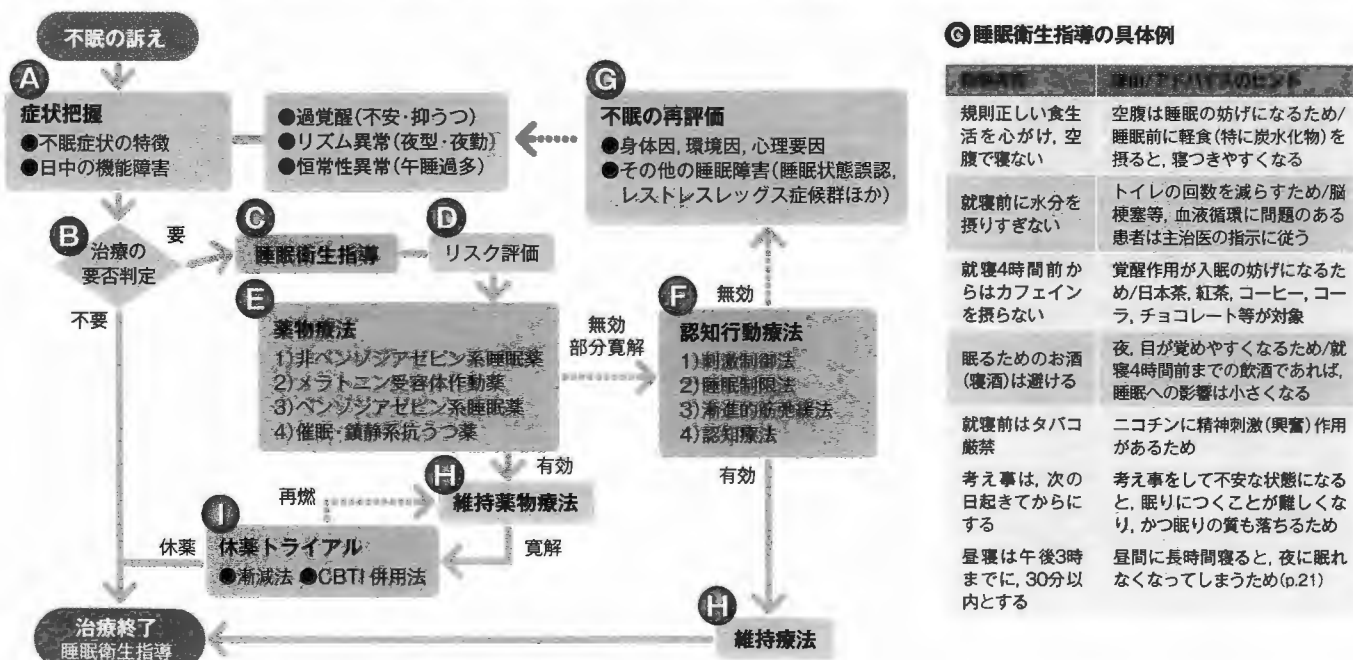
“疲れたら寝る”体内機構の異常(例:疲れていないのに午睡が多い、等)(図2)

CNS today作成、三島和夫氏監修

治療の基本として、睡眠薬の適正使用GLの治療アルゴリズムを紹介します。症状把握、治療の要否判定に続いて、睡眠衛生指導の項目があります(図2、C)。この指導は、特に恒常性異常(図1)がみられる患者さんに対し、最初に行うべき介入です<sup>1)</sup>。また、薬物療法との相乗効果が期待できますし、治療終了時に患者さんに伝えるアドバイスとしても有用です。しかし、患者さんが訴える不眠が、指導だけで改善する可能性は低いため、睡眠薬を処方することが多いと思います(図2、E)。

図2 不眠症の治療アルゴリズム

●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すべきである<sup>1)</sup>。



A-Iまでの詳しい解説は、睡眠薬の適正使用GLを参照のこと(<http://www.jssr.jp/data/pdf/suiminyaku-guideline.pdf>)  
 (アルゴリズム)睡眠薬の適正な使用と休薬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より許可を得て転載。  
 (睡眠衛生指導の具体例)上記ガイドラインを参考に、三島氏への取材内容を追加してCNS today作成、三島和夫氏監修。

**現**在、睡眠薬はBZ系睡眠薬、非BZ系睡眠薬、メラトニン受容体作動薬が主に用いられています(表2)。BZ系睡眠薬はわが国で40年以上使われている古い薬剤ですが、①効果・副作用が明らか(医師が使い慣れている)、②速効性が期待できる、③種類が豊富で、症状と半減期を合わせた処方ができる、等の理由から、今でもよく用いられます。

しかし、睡眠薬に共通してみられる眠気や健忘等の副作用に加えて、BZ系睡眠薬は筋弛緩によるふらつきと依存形成に注意しなければなりません。特に、臨床用量のBZ系睡眠薬を長期服用した後、減薬・休薬・服用中止するときに生じることがある、臨床用量依存の離脱症状(反跳性不眠、手指振戦、発汗等。退薬症候とも呼ばれる)が問題になっています(図3)。診療においては、特にBZ系睡眠薬で、依存を生じさせないことが最も重要です。

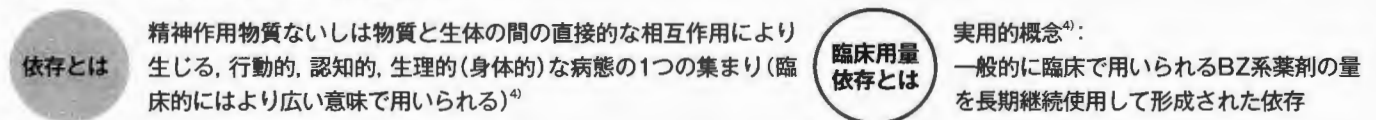
表2 各睡眠薬の特徴と依存リスク

薬理による分類	GABA-A受容体に作用する薬剤 <sup>3)</sup>		メラトニン受容体に作用する薬剤
睡眠薬	BZ系睡眠薬(全11種類)	非BZ系睡眠薬(ゾピクロン、ゾルピデム; エスゾピクロン)	メラトニン受容体作動薬(ラメルテオン)
効果的な不眠症状・状態	全般(不眠症状と半減期を合致させる)		入眠困難、リズム異常(図1)
半減期(最短の薬剤~最長の薬剤) <sup>1)</sup>	2-4時間~85時間	2時間~5-6時間	1時間
作用機序	GABA神経系の活性化→他の神経系を抑制→傾眠作用出現(非BZ系は、BZ結合部位である $\omega_2$ 受容体への作用が弱く、筋弛緩作用や抗不安作用等は出にくい) <sup>3)</sup>		視交叉上核のメラトニン1,2受容体を作動させ、体内時計機構を調節
長期服用での依存リスク	リスクが高い(特に高用量、高力価の薬剤)	リスクはあるが、BZ系に比べ低い。症状が出ても軽度が多い <sup>1)</sup>	リスクが低い
薬剤中止による依存(症状)出現のメカニズム	(薬剤で活性化されていた)GABA神経系の活性低下→ドバミン神経系(中脳辺縁系)等での脱抑制(活性化)→依存形成、症状出現 <sup>3,4)</sup> 等		—

GABA:  $\gamma$ (gamma)-aminobutyric acid,  $\gamma$ -アミノ酪酸 GABA-A受容体: GABA-A受容体/BZ受容体複合体を指す<sup>1)</sup>

CNS today作成, 三島和夫氏監修

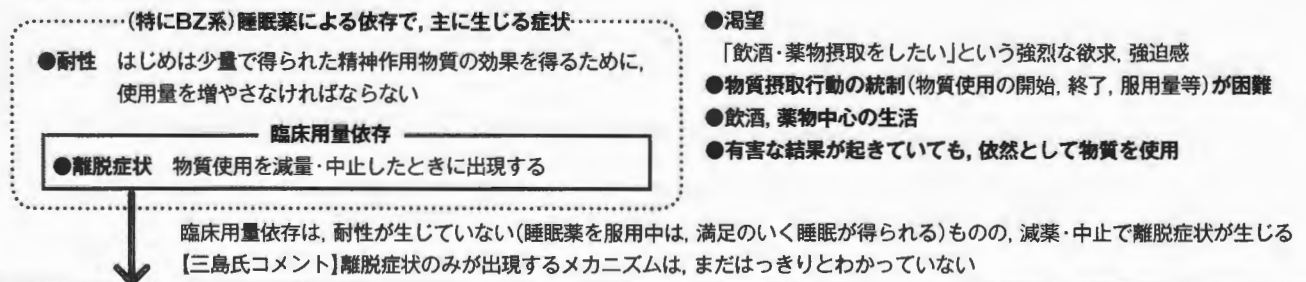
図3 BZ系薬剤の依存(臨床用量依存を含む)



### ✪ 依存と、臨床用量依存における離脱症状

- 睡眠薬による依存は、アルコールや麻薬の依存でよくみられる「渴望」, 「飲酒・薬物中心の生活」等の頻度が低い<sup>4)</sup>
- DSM-5には、鎮静薬, 睡眠薬, 抗不安薬の離脱に関する診断基準がある

#### 依存症候群(ICD-10<sup>5)</sup>の主要6項目<sup>3,1)</sup>



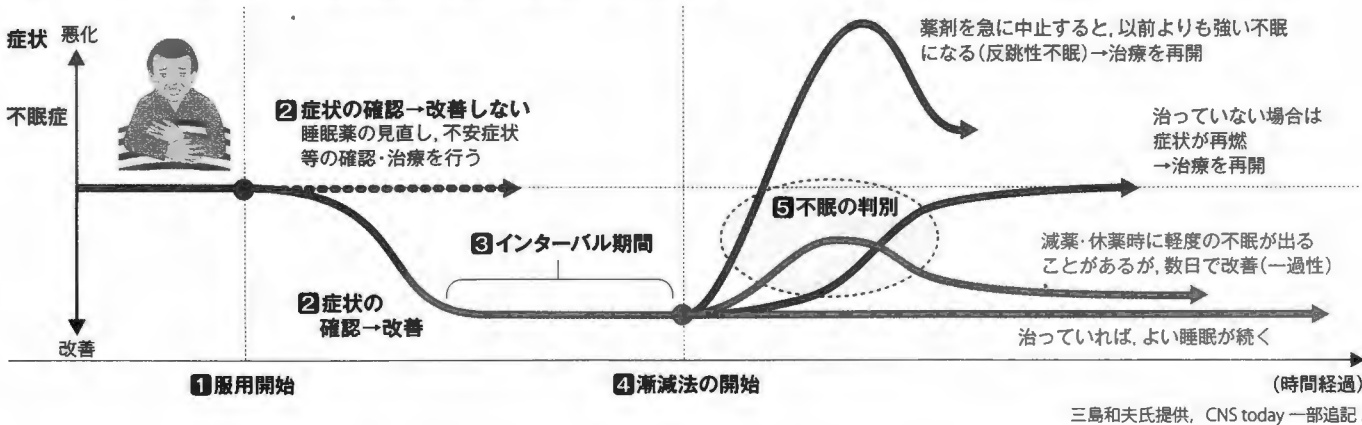
#### DSM-5<sup>6)</sup>「鎮静薬, 睡眠薬, 抗不安薬の離脱(Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Withdrawal)」診断基準<sup>注2)</sup>

- A. 上記薬剤の中止(または減量)が長引いている<sup>3)</sup>
- B. Aの状況下において、以下に示す2つ(以上)が、上記薬剤の中止(または減量)後、数時間-数日以内に出現する
  1. 自律神経系の過活動(例: 発汗, 心拍数が100回/分(bpm)以上)
  2. 手指振戦
  3. 不眠
  4. 嘔気または嘔吐
  5. 一過性で視覚性, 触覚性, 聴覚性の幻覚または錯覚
  6. 精神運動興奮
  7. 不安
  8. けいれん大発作
- C. Bの兆候や症状は、社会的機能・職業的機能・その他重要な分野での機能において、臨床的に重大な苦悩・障害をもたらす
- D. Bの兆候や症状は、他の病状に起因するものではなく、かつ、他の精神障害(他の物質による中毒や離脱を含む)ではうまく説明されない

注1. 依存(症候群)の診断基準ではICD-10を用いることが多いため、図表作成の参考として用いた。 注2. 睡眠薬の適正使用GL<sup>1)</sup>ではDSM-IVの内容が紹介されているが、最新版であるDSM-5の内容を翻訳・掲載した。 注3. 長期にわたり投与され続けている、という意味。 CNS today作成, 三島和夫氏監修

**次**に、依存リスクの高いBZ系睡眠薬で、不眠症を安全かつ効果的に治療していく方法を紹介していきます。最も重要なことは、BZ系睡眠薬の処方考えた時点で、減薬・休薬を考えておくことです。図4の全体像に沿って、解説を加えます。

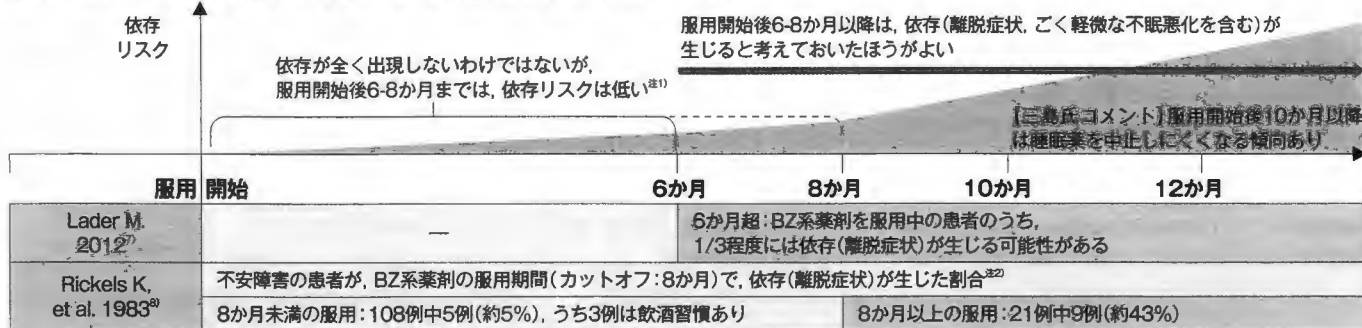
図4 (不眠症と診断後)BZ系睡眠薬の服用・減薬と患者の経過(イメージ)



**【1 服用開始】長期服用になりやすい患者のタイプを把握し、対策まで考えておく**

**不**眠は1か月以上持続すると治りにくくなるので、不眠症と診断したときにはすぐに治療を始めます(睡眠薬は単剤処方为原则)。また、特にBZ系睡眠薬の長期服用は依存が生じやすいので、短期間の服用が望ましいです。長期服用の可能性が高い患者さんへの処方前には、あらかじめ長期服用時の対策を考えておきながら、減薬・休薬を見据えて処方しましょう。

**※BZ系薬剤(睡眠薬, 抗不安薬)の服用期間と依存リスクの関係**



注1. BZ系薬剤の短期投与でも離脱症状が出現した報告はあるが<sup>29)</sup>, 睡眠薬の適正使用GLは「短期間であれば(中略)依存形成の危険性は低い」としている<sup>30)</sup>。  
注2. ここでの「服用期間」は、「ジアゼパムによる治療(最大22週継続)の前までBZ系薬剤を服用していた期間」を指す。「割合」は同治療終了後の値。8か月未満の群で依存が生じた5例は、同治療期間を加えたBZ系薬剤服用期間の総和も8か月未満であった。

**※減薬・休薬を困難にさせる(長期服用になりやすい)要因<sup>1)</sup>**

<p><b>患者背景</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●高齢者 p.20 ポイント①を参照 ●ストレスの存在</li> <li>●性格特性(こだわりや心配・不安が強い, 等)</li> </ul> <p><b>疾患・症状</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●合併症あり</li> <li>●重度の不眠(症)</li> </ul> <p><b>薬剤に関連する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●(睡眠薬)高用量の服用 ●多剤併用 ●抗不安作用の強い薬物の服用</li> </ul> <p><b>依存に関連する事項</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●他の薬物依存の履歴(経験あり) ●アルコールとの併用</li> </ul>	<p>【解説】心気傾向のある人、寝床に入る前から「今日は眠れるのだろうか」と不安になる人、快眠のための努力(グッズ購入や不眠症・睡眠薬の勉強等)が目立つ等、睡眠への固執が強い人は、治療が長びく傾向にある</p> <p>【注意点】睡眠を障害する症状(主に痛み, かゆみ)がある場合は、まずそれらの症状(原疾患)を治療し、不眠症状が残った場合のみ睡眠薬を用いる</p>	<p><b>※長期服用時の対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●専門科への紹介 例)強い不安で眠れない →精神科・心療内科</li> <li>●心理カウンセリング</li> <li>●環境調整 等</li> </ul>
---	--	---

解説, 注意点は, 三島氏の取材内容をもとに挿入 CNS today作成, 三島和夫氏監修.

## 【2 症状の確認】 日中の活動状況, 不安・抑うつ症状も聞く

月に1回は患者さんの症状〔①夜間の不眠症状, ②日中のQOL障害(図1, p.16)〕を把握し, 改善していれば減薬を考慮します。特に, 日中のQOL障害は医師が聞きもらしがちですので, 必ず確認しましょう。減薬は, QOLが改善していることが前提となります。

症状が改善していないときには, 睡眠薬が主訴の改善に適しているかどうか見直してみましょう(例: 処方していた睡眠薬の半減期が短いために中途覚醒, 早朝覚醒が改善していない可能性)。また, 患者さんには「治ってきたら, 薬をだんだんと減らしていきますよ」と伝えると, 患者さんは「薬は止められる」ことがわかり, 安心するのではないでしょうか。

加えて, 不眠症の基本病態は過覚醒といわれており<sup>1)</sup>, 不眠症を再燃させないためには, 情動的な過覚醒(不安・緊張による芽え)をしずめることが重要です。不安・抑うつ症状(図1, p.16)にも注意を払い, 必要に応じて治療介入します。不眠症は不安障害ではありませんが, 強い不安やこだわりが情動的な過覚醒を引き起こす例がとても多いのです。情動的過覚醒が持続すると生理的過覚醒(交感神経の亢進, 神経内分泌系の異常等。図1, p.16)に移行してしまいます。

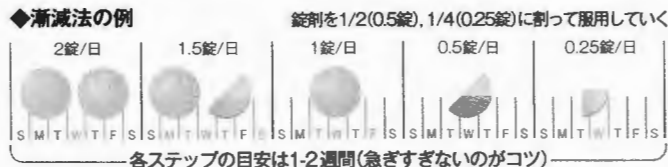
## 【3 インターバル期間】 生理的な過覚醒をしずめる

このインターバル期間は, 良眠することで生理的過覚醒をクールダウンさせるために設定します。目安として, 不眠症状と日中のQOL障害が改善し, 情動的な過覚醒もみられない状態から, 1~2か月ほど時間を置くのがよいでしょう<sup>1)</sup>。

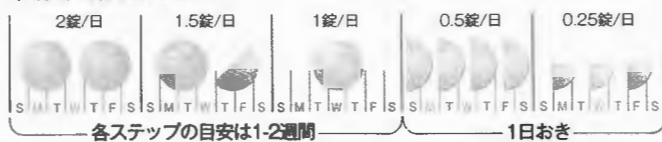
## 【4 漸減法の開始】 患者に安心感を与えながら, 徐々に用量を減らす

たとえBZ系睡眠薬を短期間しか服用しなかった著効例であっても, 漸減を経て休薬することをお勧めします。なぜなら, 離脱症状の出現を避けることはもちろん, よく効く睡眠薬は患者さんにとって就寝時の「お守り」代わりであり, 突然薬が全く無くなると, 不安で眠れなくなってしまうことがあるからです。患者さんには, 「お薬を減らした最初の数日は, ちょっと眠れなくなるかもしれませんが, その数日が過ぎればよくなっていきます」と一過性の不眠について伝え, 安心させましょう。私の経験上, 不眠症症状(不眠症状と日中のQOL障害)・過覚醒が改善した患者さんであれば, 漸減法の成功率は80~90%が期待できます。

### ◆漸減法の例



### ◆漸減→隔日法の例



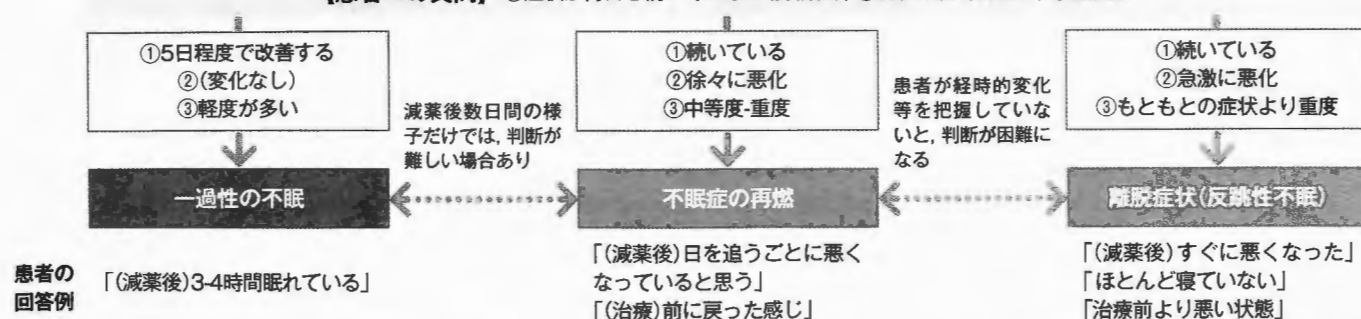
BZ系睡眠薬を服用中で, 神経症傾向が強い患者, 苦悩を抱えている患者, 不安の強い患者, 女性, 飲酒者の場合, 減量がうまくいかない場合がある<sup>1)</sup>。患者が途中で漸減法を止めないよう, 動機付けも同時に行うのが望ましく, 認知行動療法を併用することもある(p.21)<sup>1)</sup>。 CNS today作成, 三島和夫氏監修

## 【5 不眠の判別】 3パターンのいずれにあたるかを判断

漸減法を行った患者さんが「夜に眠れなかった」と訴えてくると, 離脱症状(反跳性不眠)の可能性を第一に考えがちですが, 必ずしもそうとは限りません。睡眠薬の減量による一過性の不眠(上記【4 漸減法の開始】参照), 不眠症の再燃, 離脱症状(反跳性不眠)のいずれであるか, 問診で判断し, 適切な対応をとります。特に, 一過性の不眠と不眠症の再燃・反跳性不眠の判断を誤ると, 必要の無い患者さんが再び睡眠薬を服用することになってしまいます。

### ◆漸減法の後に不眠症状が出現したときの判断

【患者への質問】 ①症状が何日も続いているか(持続性), ②症状の経時的変化, ③重症度

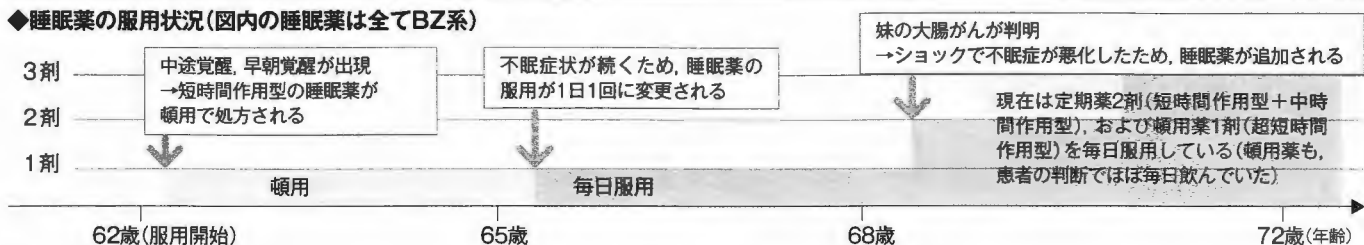


備考 睡眠薬の減量による不安・緊張感で生じることも多い 不眠症が本当に改善したのか, しっかり見極めてから減薬しないと, 再燃の可能性が高まる BZ系睡眠薬を服用中の場合は反跳性不眠のリスクが高い

CNS today作成, 三島和夫氏監修

△ は一般のかたも「一部の睡眠薬には依存性がある」ことを知っていますので、先生がたが、依存を心配して来院した患者さんを診ることもあると思います。そのようなときの診察のポイントを2点挙げます。

**Case** (実例をもとにCNS today作成, 三島和夫氏監修) **72歳男性(Aさん)。現在は無職。妻との2人暮らし**



【受診経緯】 Aさんは頓用薬が不足したため, 定期薬2剤のみを服用して寝ようとしたが, なかなか眠れなかった。その次の日, 偶然, 睡眠薬の依存に関する報道を目にして不安になり, 睡眠医療専門医のもとを訪れた。

中途・早朝覚醒の患者さんに対しては, 短時間作用型より, 中・長期作用型のほうが効果的です。また, 他疾患等の原因がなく, 睡眠薬を2剤併用しても効果が弱いときは, 早めに睡眠医療の専門医に紹介したほうがよいでしょう。

## 【ポイント① 不眠症症状(不眠症状, 日中のQOL障害)の確認】

- Dr** 布団に入ってから起きるまでの様子を教えてください。
- Pt** 今は薬が2つなので…寝ているのは4時間くらいです。寝ついて2-3時間経つとトイレで目が覚めてしまいます。二度寝では1時間も眠れません。二度寝の後に起きたら, 朝までうつらうつらとしています。
- Dr** 4時間では, やはり短く感じますよね。
- Pt** もうちょっと寝たいです。5-6時間は(睡眠時間が)ほしい。
- Dr** 私も睡眠時間が短いと, 起きているときも頭が痛かったり, だるかったりしますから, Aさんもつらいのではないですか。
- Pt** とにかく体が重くて, 「布団を敷いて横になりたいな」と思います。

p.16「不眠症の診断」, p.19「症状の改善を確認」参照  
睡眠薬を2剤用いているが, 典型的な不眠症状(中途覚醒・早朝覚醒)と日中のQOL障害がみられます。  
なお, 高齢者は加齢による睡眠構造の(正常な)変化のため, 通常, 夜中に2-3回起きます(中途覚醒が生じる)<sup>1)</sup>。治療目標は「朝まで1回も起こさせない」のではなく, 「(中途覚醒があっても)満足がいく睡眠」に設定するのがコツです。また, Aさんの不眠悪化の程度は軽く, 4時間程度眠れているので, 依存形成後の離脱症状(反跳性不眠)ではないと思われます(p.19「不眠の判別」を参照)。

## 【ポイント② 睡眠薬(Aさんの場合は3剤服用時)の効果と副作用】

- Dr** 睡眠薬を3つ飲んでいるときは, よく眠れるのですね。
- Pt** 3つ飲むと, 二度寝, 三度寝ができるので, 眠った感じがします。でも先生, 今日はそのせいで, 薬に依存してしまったのかと心配で来たんです。
- Dr** TV等で話題になっていますから, 不安を感じることもあると思います。ただ, 睡眠薬に麻薬のような強い依存性はありませんから, 今はお薬の力を借り, 夜には「寝たな」と思えるような睡眠をとって, 昼はしっかり動けるようにしませんか。不眠症がよくなれば, 薬は減らせます。
- Pt** (ホッとした表情を浮かべ) そうですか, 安心しました。
- Dr** 後ほど, Aさんの今後の治療について相談させて下さい。ところで, 薬を3つ飲んでいるときは, 日中も調子がよいのでしょうか。
- Pt** うーん…ちょっと気になるのは, しっかり寝ても, 頭がぼんやりしているという。趣味の将棋をしていて, 良い一手が浮かばないことがよくあります。(これは)薬のせいじゃないかな, と前から思っていました。

Aさんは, 3剤服用すれば夜の睡眠に対し(ある程度の)満足感が得られる一方, 依存に対し強い不安を抱えています。また, 睡眠薬の効果が日中まで続く「持ち越し効果」を自覚しています。  
不眠症が改善していない状態では, 睡眠薬の減量は難しいです。しかし, 2剤でも強い不眠が出ていませんから, 症状改善後の減量はできると考えます。また, 患者さんは仕事ができる/できない, 献立が思い浮かぶ/浮かばない, といったことで自身の脳の働きを感じとっています。患者さんごとの「脳活動のパロメーター」を知っておくと, 今後の診察に役立ちます。

## 【診断: 不眠症。睡眠薬への耐性が疑われるが, 反跳性不眠ではない】

- Aさんの場合, 治療開始当初のような効果が得られなくなり, 睡眠薬が漸増している。肉親の病気など心因による不眠症の悪化も考えられるが, 睡眠薬への耐性が生じている可能性もある
- 頓用薬が不足した夜にAさんが眠れなかった主な原因は, 減薬に対する心理的不安である可能性が高い
- Aさんと相談した後の治療計画: 3剤の薬物療法に認知行動療法(p.21)を加える。症状の改善後に減薬する

## 不眠が改善しない場合(漸減法の失敗例を含む)

▶ 認知行動療法+睡眠薬がよく用いられる

**不**眠症が改善しなければ、減薬・休薬はできません。また、漸減法も不眠症の再燃、反跳性不眠、患者さんのあきらめ等で失敗する場合があります。このような難治例、減薬が困難な例のとき、私は薬物療法(睡眠薬)に認知行動療法を併用します。ここでは、患者さんへのアドバイスにも役立つよう、よく用いられる2つの治療法の要点を示します(図5)。

また、不安・抑うつ症状が強い患者さんに対しては、睡眠薬と作用機序が異なり、傾眠作用のある抗うつ薬(ミルタザピン、トラゾドン)を睡眠薬と併用することもあります(2剤は、不眠症に対して保険適用外)。

## 図5 不眠症に対する認知行動療法(cognitive behavioral therapy for insomnia; CBTI)

## ✿ 睡眠スケジュール法(刺激制御法+睡眠制限法。要点は三島氏独自の方法を含む)

目的:不眠症患者は「寝床で眠れない体験」を繰り返すことで、寝床に向かうだけで「今晚眠れるのか」と不安に襲われるようになる(条件付け)。条件づけにつながる生活習慣を理解し(認知療法)、行動を修正する(行動療法)ことで、安眠へみちびく

## 刺激制御法の要点

- 眠れないときは、①-②を何度でも繰り返す
  - ① 眠くなったときだけ、寝床に就く
  - ② 眠気がなければ(10分経っても眠れないときは)、いったん寝床を離れる
- 寝床は眠りと性生活のためだけに。他のことはやめる(覚醒につながる刺激を極力減らす)
 

例:就寝前の読書、携帯電話でのメール・ゲーム等
- 平日も休日も、必ず毎日同じ時刻に起床する
- 日中は、眠くなくても昼寝をしないようにする

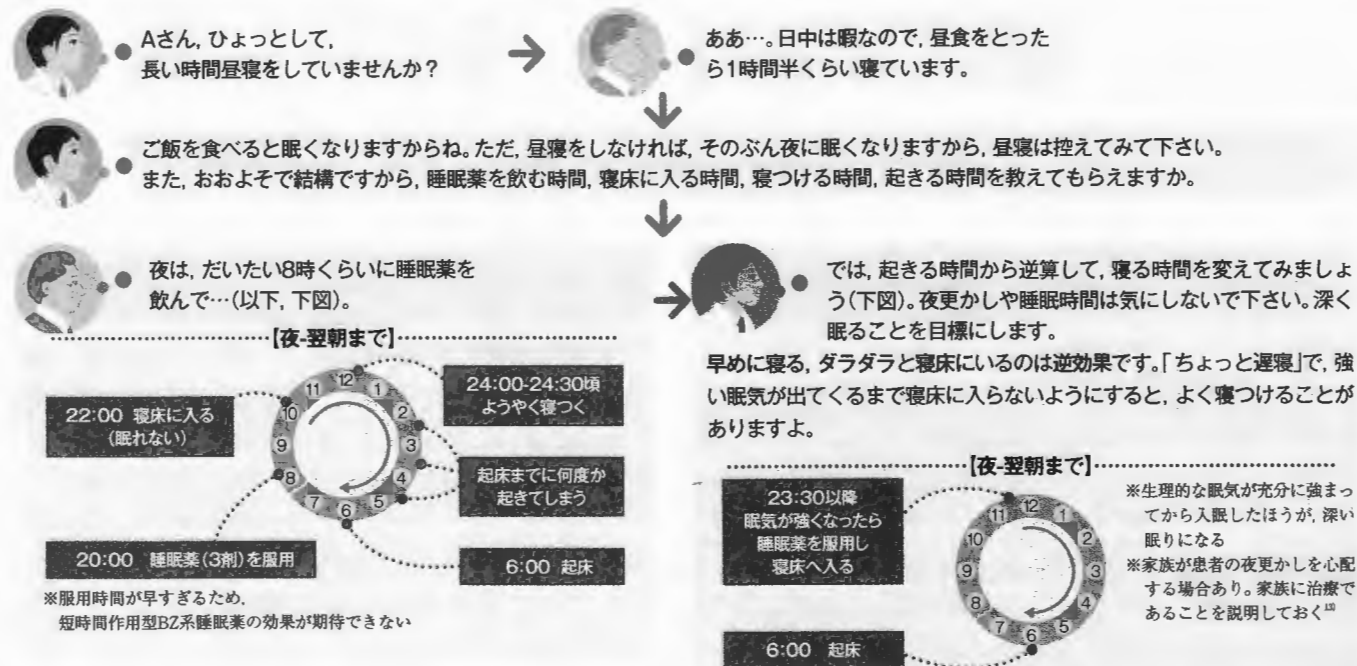
睡眠制限法<sup>12)</sup>の要点

- 睡眠日誌をつけてもらい、実質の睡眠時間を計算したうえで、寝床にいる時間を実質睡眠時間+30(60)分程度に制限する実践後、睡眠日誌から、実質睡眠時間を100としたときの眠れた割合(%)を出し、その後の同時間を変更する

眠れた割合	実質睡眠時間の変更
≥90%	30分増やす
<90%かつ≥85%	変更しない
<85%	(患者と相談し)適宜減らす

- 日中は、眠くなくても昼寝をしないようにする

## ✿ 睡眠スケジュール法にそったアドバイス例(p.20のcase, Aさんを例に)



## 参考資料

CNS today作成、三島和夫氏監修

- 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」,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。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-2013年6月13日。http://www.jssr.jp/data/pdf/suiminyaku-guideline.pdf [2013年9月4日アクセス]
- American Academy of Sleep Medicine. 日本睡眠学会 診断分類委員会訳 睡眠障害国際分類 第2版 診断とコードの手引。東京,医学書院,2010。
- 黒川和宏ほか。睡眠医療。2012;6(増刊号): 137-142。
- 白倉克之ほか編。アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン。東京,じほう,2002。
- 藤道男ほか。ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン。新訂版。東京,医学書院,2005。
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed, Amer Psychiatric Pub, 2013。
- Lader M. Br J Clin Pharmacol. 2012 Aug 10. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04418.x. [Epub ahead of print]
- Rickels K, et al. JAMA. 1983; 250(6): 767-771。
- Fontaine R, et al. Am J Psychiatry. 1984; 141(7): 848-852。
- 尾崎茂臨床精神医学。2013; 42(9): 1111-1115。
- 滋賀医科大学睡眠学講座編。睡眠学概論。滋賀,滋賀医科大学睡眠学講座,2010。
- Spielman AJ, et al. Sleep. 1987; 10(1): 45-56。
- 小曾根基裕ほか。ねむりと医療。2012; 5(1):38-39。