

## B. 医療関係者の皆様へ

### 1. 予防及び早期対応のポイント

ベンゾジアゼピン受容体作動薬はベンゾジアゼピン受容体に作用することによってγアミノ酪酸（GABA）の神経伝達を亢進させ、抗不安作用や催眠鎮静作用をもたらす。化学構造式としてベンゾジアゼピン骨格を有するベンゾジアゼピン系薬剤のほか、ベンゾジアゼピン骨格は有さないものの、ベンゾジアゼピン受容体に作用する、いわゆる「非ベンゾジアゼピン系薬剤」もこれに含まれる。ベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存とは、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の使用により、服用を開始するに至った症状は安定していて日常生活への支障はないものの、精神依存や身体依存が形成されたために薬剤を中止することができなくなった状態をいう。本マニュアルでは治療薬依存を対象とし、国際疾病分類第10版（ICD-10）で定められている依存症候群や有害な使用（乱用）、急性中毒などの精神障害<sup>2)</sup>は取り扱わないことに注意していただきたい。本マニュアルでベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存を取り扱うこととした理由は、その頻度は同薬剤による依存症候群や乱用、急性中毒より高いと推察され、また治療薬依存の患者は長期もしくは高用量の使用により、ベンゾジアゼピン受容体作動薬による有害事象が生じるリスクが高いと考えられるためである。なお、“依存”という用語は、症状としての精神依存や身体依存を指す場合や、治療薬依存を指す場合、診断名としての依存症候群を指す場合があり、注意が必要である。本マニュアルでは症状としての依存とそれによって生じる治療薬依存を主に取り扱うため、マニュアル中で診断名としての依存症候群を示す場合には依存症と記す。

依存の形成を防ぐためには、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を使用する期間をできるだけ短期にとどめることが望ましい<sup>3)</sup>。一般に不安症や不眠症は慢性化しやすい疾患群である<sup>4-7)</sup>が、無理なくベンゾジアゼピン受容体作動薬の

減量・中止を目指すためには、早期に不眠や不安などの症状を改善させて日中の心身の状態を安定させる必要がある。したがって、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を開始する時点において、適切な診断、出口を見据えた治療介入が重要となってくるだろう。ベンゾジアゼピン受容体作動薬の効果は患者が実感しやすい<sup>8)</sup> ことなど、身体依存以外にもベンゾジアゼピン受容体作動薬使用が長期化する要因は数多くある。したがって、依存形成のリスクがあることを患者に対して十分に説明することが重要であり、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を処方すべきかについても慎重に検討することが望ましい。

## 2. 副作用の概要

### (1) 依存の定義

依存には精神依存と身体依存がある。精神依存とはある薬物に対して強い渴望や欲求が生じる状態を指す。身体依存とはある薬物を繰り返し使用することによって変化した生理状態を指し、その薬物を使用することによって生理的均衡は保たれるものの、薬物の中断や使用量の減少によって離脱という特異的な症候群をきたす。これらに加え、薬物依存の大きな要素の一つに耐性の形成がある。耐性とはある薬剤を反復的に使用しているうちに当初得られていた効果が減弱し、その結果以前と同様の効果を得るために使用量が増える現象のことをいう。精神依存、身体依存、耐性に関する定義は国際的に統一されていないものの、ICD-10の依存症候群の診断基準にはこれらの3つの概念が組み込まれている<sup>9)</sup>。

### (2) ベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存の疫学

本邦におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存の有病率について、明確な疫学データは存在しない。ベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存の危険因子が、長期服用や多剤併用であることから<sup>3,9)</sup>、長期服用や多剤

併用は可能な限り控えることが望ましいと考えられる。長期や多剤について科学的根拠に基づいた明確な基準はないものの、1年以上の服用は長期服用、服用量が保険診療上認められている常用量を超える場合は高用量服用、抗不安薬や睡眠薬を2剤以上服用している場合は多剤服用と考えるのが一般的だと思われる。

わが国における大規模診療報酬データを用いた研究によると、新規にベンゾジアゼピン受容体作動薬を処方されたもののうち、12.0～15.2%が1年間以上にわたって継続処方がなされていた<sup>1,10)</sup>。睡眠薬の多剤併用率については、精神科もしくは心療内科で処方されたもののうち36.2～39.1%が、一般診療科で処方されたもののうち17.5～21.5%が多剤併用であった<sup>11)</sup>。抗不安薬の多剤併用率については、抗不安薬を精神科もしくは心療内科で処方されたもののうち20.7～28.5%が、一般診療科で処方されたもののうち11.9～13.8%が多剤併用であった<sup>11)</sup>。これらの調査ではベンゾジアゼピン受容体作動薬以外の睡眠薬や抗不安薬も含まれており、服用者の状態像については調査されていないため、結果の解釈に注意が必要ではある。本邦においてはベンゾジアゼピン受容体作動薬の多剤併用や長期処方決して稀ではなく、一般的に認められるものと推察される。これらの患者のうち、どの程度の患者が治療薬依存を呈しているか不明であるため、今後正確な調査が実施されることが望まれる。

### (3) ベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存の臨床症状

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存は身体依存が主体と考えられている。身体依存が形成されると、減量や中止時に離脱症状が高率に生じる。離脱症状は通常、短時間作用型では服用中止後2日以内、長時間作用型では4～7日以内に生じる<sup>12)</sup>。離脱症状には不安や易刺激性、せん妄、ミオクローヌスやけいれんなどの精神神経症状、頻脈や発汗などの自律神経症状、頭痛・嘔気などの身体症状などの多彩な症状があるが<sup>13)</sup>、不眠、不安、焦燥感、頭痛、

嘔気・嘔吐などが頻度の多い症状である<sup>14)</sup>。身体依存形成の最大のリスク因子はベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期使用であるが<sup>3)</sup>、どの程度の期間服用すれば身体依存のリスクが上がるかを調べた研究はほとんどなく、服用期間に関する明確な区切りはない。ジアゼパムに関する研究では、8ヶ月未満の服用で5%に離脱症状が認められたのに対し、8ヶ月以上の長期使用では43%に離脱症状を認めたと報告されている<sup>3)</sup>。

耐性とは同じ用量によって得られていた効果が徐々に減弱していくため、以前と同じ効果を得るために薬剤の用量が増加していく現象を指す。1.5～2年の長期にわたってベンゾジアゼピン受容体作動薬の処方量を観察した研究では処方量の有意な増加は認められていないことから、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の使用によりどの程度耐性が生じるかについては結論が出ていない<sup>15, 16)</sup>。

精神依存とは、上述したように薬物に対して強い渴望や欲求が生じる状態をいう。物質依存症では一般的に認められる症状で、具体的には、対象の薬物がないと家の中を探し回ったり、複数の医療機関から処方を受けたりするなどの行動変容が認められるようになる。しかし、常用量のベンゾジアゼピン受容体作動薬については、他の依存性薬物と異なり、精神依存を呈することが少ないとする専門家が多い<sup>17)</sup>。依存症患者を対象とした研究では、覚醒剤は刺激や好奇心から使用されることが多い一方で、ベンゾジアゼピン受容体作動薬は抑うつ気分や不安、不眠の軽減を目的に使用されることが多かったと報告されている<sup>18)</sup>。そのため、依存症には至っていない治療薬依存患者についても快楽を得るために服用しているのではなく、抑うつ気分や不安などの症状軽減を目的に服用している場合が多いと推察されるため、その状態を精神依存と呼ぶべきかには議論の余地がある。

#### (4) ベンゾジアゼピン受容体作動薬における依存の機序と病態

薬物依存における精神依存の形成には脳内報酬系、つまり腹側被蓋野から側坐核や前頭前野に投射するドパミン神経系が重要な役割を担っていると考えられている。ベンゾジアゼピン受容体作動薬も腹側被蓋野領域に隣接する介在ニューロンの GABA<sub>A</sub> 受容体を調節することによって腹側被蓋野のドパミン作動性ニューロンを活性化させ、精神依存を形成すると考えられている<sup>19)</sup>。

身体依存の機序として GABA<sub>A</sub> 受容体  $\alpha 1$  サブユニットの関与が想定されているが<sup>20)</sup>、詳細な機序は不明である<sup>21)</sup>。耐性については、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の曝露によって細胞内に陥入する GABA<sub>A</sub> 受容体が増加することや、GABA 結合部位とベンゾジアゼピン結合部位の相互作用が減弱することが耐性を形成する機序の1つと考えられている<sup>22, 23)</sup>。

#### (5) ベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存のリスク因子

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存の最大のリスク因子は長期使用である<sup>3)</sup>。また、高用量の使用は常用量の使用と比べて、より短期間で身体依存を形成すると考えられるため、高用量の使用も依存のリスク因子となる<sup>9)</sup>。しかしながらベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存の発現機序は明確にはなっておらず、これらのリスク要因だけで依存発現を予測できるわけではない。また、全ての患者で同じ条件でベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存が生じるわけではないと考えられているため、個別の患者の状況を鑑みて、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の治療薬依存の発現リスクについて医師と患者で十分な話し合いがなされることが望ましいだろう。

#### (6) 対象薬剤一覧

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の睡眠薬（表 2）および抗不安薬（表 3）を一覧表に示す。いわゆる非ベンゾジアゼピン系薬剤と呼ばれるゾルピデム、ゾ

ピクロン、エスゾピクロンは化学構造式上ベンゾジアゼピン骨格を持たないためベンゾジアゼピン受容体作動薬には含まれない。しかし、いずれの薬剤もベンゾジアゼピン受容体に結合して効果を発揮するため、ベンゾジアゼピン受容体作動薬として取り扱っている。

## (7) ベンゾジアゼピン受容体作動薬依存への対処法

### ① 適切なアセスメント

ベンゾジアゼピン受容体作動薬依存への対処法を考える際に最も重要なのが、ベンゾジアゼピン受容体作動薬使用のきっかけとなる原疾患への適切なアセスメントである。不安や不眠を生じる身体疾患としては、甲状腺機能亢進症、褐色細胞腫、低血糖症、副腎皮質機能亢進症といった内分泌疾患、うつ血性心不全、肺塞栓症、心房細動といった心血管系疾患、慢性閉塞性肺疾患、気管支喘息といった呼吸器疾患、ビタミン B12 欠乏症、ポルフィリン症といった代謝性疾患、脳炎、てんかん、前庭機能不全、脳腫瘍といった神経疾患が挙げられる<sup>24)</sup>。これらの身体疾患に対しては、ベンゾジアゼピン受容体作動薬使用の前段階で適切なアセスメントを行うべきである。上記に限らず、身体疾患を多く併存しているほどベンゾジアゼピン受容体作動薬の処方剤数が増えることが示されており<sup>25)</sup>、その安易な使用には注意が必要である。

さらに、わが国におけるベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期処方には、精神疾患の併存が有意に関連していることが示されている<sup>10)</sup>。うつ病や双極性障害といった気分障害群、パニック症、社交不安症、全般性不安症といった不安症群、統合失調症、スペクトラム障害などの、精神疾患を有する患者の不安症状や不眠症状に対して、ベンゾジアゼピン受容体作動薬が頻繁に使用されてきた<sup>26)</sup>。ベンゾジアゼピン受容体作動薬の減量・中止を目指すにあたっては、これらの精神疾患の症状コントロールが得られていることが前提となる<sup>13)</sup>。ベンゾジアゼピン受容体作動薬が睡眠薬として使用されている場合も、原

発性の不眠症状であるのかをまず評価し、不眠症状が難治化しやすい睡眠障害（レストレスレッグス症候群、閉塞性睡眠時無呼吸症候群、概日リズム睡眠-覚醒障害群等）を十分に鑑別すること、他の睡眠障害の併存がある場合には適切な介入を行うことが重要である<sup>27)</sup>。さらに、併用薬剤（交感神経刺激薬や気管支拡張薬、抗コリン薬、インスリン、甲状腺製剤、経口避妊薬、抗ヒスタミン薬、抗パーキンソン病薬、副腎皮質ステロイド、降圧薬など）や、嗜好品（アルコール、カフェイン）等により不安や不眠が惹起されている可能性について評価し、可能な範囲でこれらの薬剤や嗜好品の調整を行っていくのも重要である<sup>24, 28-30)</sup>。

## ② すでにベンゾジアゼピン受容体作動薬が長期に使用されている場合の対処法

「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」において、睡眠薬の減量・中止を目指すための大前提として、夜間の不眠症状が消失し日中の心身機能が良好に保たれている必要がある、との指針が示されている<sup>31)</sup>。抗不安薬に関しては、現時点では同様の指針はないが、さまざまな離脱症状の発現リスクなどを考慮すると、現実的には、不安症状が改善し、安定した経過となっていることが減量・中止の前提であると考えるのが良いだろう<sup>14)</sup>。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の中止研究は、数多く行われており、集積したメタアナリシスもいくつか公表されている<sup>32-35)</sup>。これらのメタアナリシスで示されているベンゾジアゼピン受容体作動薬中止におけるポイントは、時間をかけた漸減が有効であること、認知行動療法などの体系的プログラムが有効であること、心理的サポートが重要であること、エビデンスは限られるものの代替薬物療法も考慮されることなどである<sup>32-35)</sup>。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の減量には、患者の症状再燃への不安や、服薬を中止することへの不安などを伴うことが多い。このため、「なぜ、減量を

行うのか」「どうして急に中止せず、徐々に減量する必要があるのか」について担当医が十分に説明することが重要である<sup>36)</sup>。具体的には、ベンゾジアゼピン受容体作動薬の減量を促す小冊子などを配布するといった方法が、減量に有用であることが示されている<sup>34)</sup>。このような小冊子などにおいてカギとなる要素を表4に示した。ベンゾジアゼピン受容体作動薬の減量・中止を目指すにあたり、最適な減量の方法、中止までの期間については、現時点では明らかではない<sup>37)</sup>が、漸減法を用いて少しずつ減らしていくという手法が一般的に用いられる(図1)。漸減法では、1~2週間ごとに服用量の25%ずつ減らしていく方法が提案されているが<sup>36,38)</sup>、現実的には減量時に不安を感じる患者も少なくないため、個々の患者と話し合い、月単位の間隔で減量していく場合も多い。減量の途中で離脱症状が出現した場合には、いったん離脱の生じた量よりも少し上の量に戻し、再び減量を開始する<sup>36)</sup>。精密なピルカッターなどを用いて、1錠→3/4錠→1/2錠→1/4錠と順次減らしていくことも有効である。長時間作用型薬剤では上述のように離脱症状の出現のピークは数日後である<sup>12)</sup>ことを踏まえ、隔日法で少しずつ休薬日を増やしていく方法もある(図1)。短半時間作用型薬剤ないし超短時間作用型薬剤服用者では、より半減期の長いベンゾジアゼピン受容体作動薬(ジアゼパムなど)に置換してから、隔日法(もしくは漸減法)で減らしていく方法もある<sup>13)</sup>。これらの手法に加え、認知行動療法を併用することもベンゾジアゼピン受容体作動薬の減薬に有効である<sup>32)</sup>が、減薬のための認知行動療法はわが国で十分に普及しているとは言えない点には注意を要する。また、睡眠衛生指導は、不眠症状について評価する際には随時行っていくのが望ましい<sup>31)</sup>。

ベンゾジアゼピン受容体作動薬の離脱症状に対する併用、代替薬物療法として有効性が認められているものはメラトニン、パロキセチン、トラゾドン、バルプロ酸ナトリウムである<sup>33)</sup>が、適用外使用とならないよう注意する必要がある。また、抗うつ薬や気分安定薬を用いたベンゾジアゼピン受容体作動薬

の減量は、これらの使用に習熟した精神科医が担当すべきである。不眠症状に対しては、メラトニン受容体作動薬やオレキシン受容体拮抗薬を併用することによりベンゾジアゼピン受容体作動薬の減量が果たせる可能性があるが、これらの効果についても現時点では十分なエビデンスが無いことには留意する必要がある。

### 3. おわりに

向精神薬の適正使用のため、臨床の現場においてはベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期・高用量使用を行わないこと、使用した場合はなるべく早期に減量・中止することが推奨されている。一方で実際に処方減薬を提案すると、「今の処方で困ってはいないので、減らさないでほしい」と忌避感を示す患者がいるのも事実である<sup>39)</sup>。ベンゾジアゼピン受容体作動薬の中断、減薬をすることによる身体疾患および精神疾患の増悪リスクを鑑みて、一部の患者では「安全に長期服用する治療選択肢が許容される」可能性も示唆されている<sup>31)</sup>。とはいえ、一般的にベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期服用は推奨されない<sup>4-7)</sup>ことを鑑みて、患者に十分に説明を行ったうえで上記に示した減薬法を試すなどの出口戦略を模索していくのが望ましい。何よりも、正確なアセスメントにより不必要なベンゾジアゼピン受容体作動薬を処方しないこと、使用する場合も短期にとどめること<sup>4-7)</sup>が重要である。

## 4. 典型的症例概要

症例：50 歳女性

身長：152cm 体重 50kg

神経診察上異常は見られない。

血圧 102/63mmHg 脈拍数 72 回/分・整、その他特記すべきことなし。

血液検査、心電図検査、胸部レントゲン、頭部 CT 検査で異常は見られない。

【既往歴】 なし

【家族歴】 なし

【現病歴】

X-4 年（46 歳時）より職場の人間関係のストレス、長男の大学受験に対する不安から、寝つきに時間がかかるようになった。X-3 年（47 歳時）に近隣の内科クリニックを受診した。不眠症の診断でエチゾラム 0.5mg 1 錠を就寝前に処方された。最初は週に 1～2 回程度の服用であったが、徐々に服用頻度は増え、X-2 年（48 歳）にはエチゾラム 2mg を就寝前に内服するようになった。主治医より内服を減らすように指導されたが、「飲むとよく眠れる」と述べ、エチゾラムの減量に抵抗を示していた。主治医の指示で、エチゾラムを中止したところ、2 日後には、夜間に寝付けずに朝まで一睡も出来ず、日中の倦怠感が出現したため、エチゾラムの内服を再開した。主治医よりエチゾラムの減量の必要性を繰り返し説明され、専門の診療科での治療を希望したため、X 年（50 歳）に精神科を受診した。

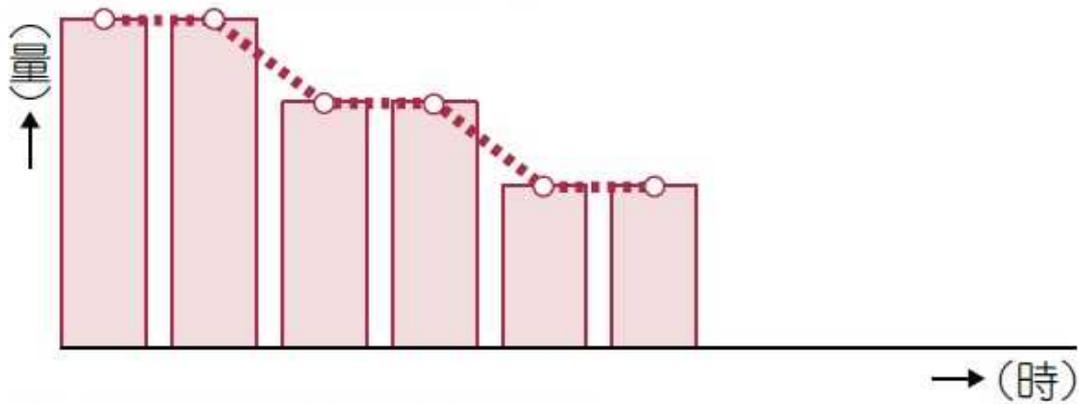
【治療経過】

精神科初診時に“エチゾラムは急に減薬せず、時間をかけて少しずつ段階的に減らしていく方針とすること”を説明したところ理解を得られた。また、睡眠衛生や日中の生活を確認したところ、夜眠れないため、少しでも昼に寝ようと床上で過ごすことが多く、外出する機会は少なくなっていた。このた

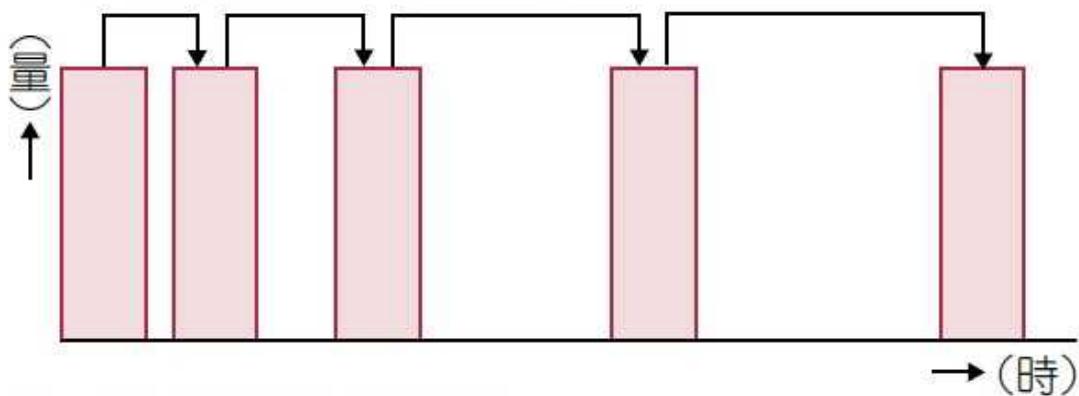
め、日中の離床及び屋外での活動を促した。就寝前も必要以上に早い時間に床に就いていたため、入眠困難時には床にいる時間を減らし、眠気が生じてから再度床に就くことなどを具体的に指導した。さらに、就寝前の飲酒、夕方以降のカフェインの摂取を控えること、入眠3時間前までに入浴することなどの睡眠衛生指導を繰り返し行い、“日中の活動に支障がなければ睡眠時間にこだわる必要はない”と説明した。エチゾラムを減量することに対する不安が強かったため、患者と相談した上で1ヶ月以上の減薬期間を設けることにした。さらに、エチゾラム0.5mgからは「眠れないのが困る」と減量への不安が強かったため同用量は継続した。長男の就職が決まり、仕事の勤務日数も減ったことを契機にエチゾラムの中止に意欲的となったため、エチゾラムは隔日に内服することとした。その後、ウォーキングを行うなど日中の活動性が向上したことに伴い、徐々に不眠症状も改善していった。エチゾラムの内服間隔を徐々に延長したが、不眠症状の再燃に対する不安を認めなかったため、エチゾラムの内服を中止した。1週間に1度程度は寝つきが悪く、入眠まで30～60分程度時間はかかるものの、「日中には支障はないし、翌日は眠れると思うし、問題ない」と述べ、エチゾラムを再開することがなかったため、X+2年(52歳)に終診とした。



### A. 投与量を徐々に減らす



### B. 休薬期間を徐々に延ばす



### C. AとBを組み合わせる

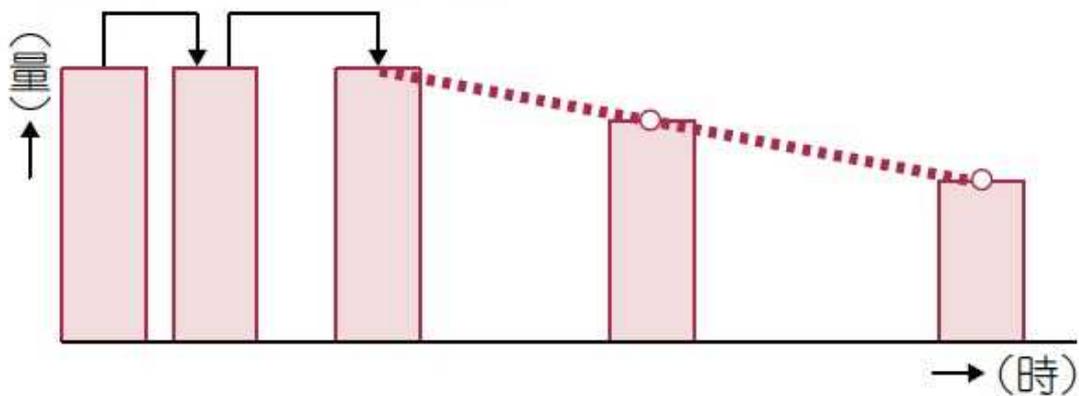


図1 睡眠薬の中止方法<sup>27</sup>

短時間作用型薬剤ないし超短時間作用型薬剤では投与量を徐々に減らしていく漸減法が、長半時間作用薬剤では休薬期間を徐々に延ばしていく隔日法が基本となる。両者を組み合わせ、薬剤量を漸減してから隔日の投与に移行させるのが最も合理的である。

表 1. ベンゾジアゼピン受容体作動薬の離脱症状

精神神経系症状
不安、易刺激性、不眠、内的不穏、抑うつ症状、精神病様症状、離人感、せん妄、聴覚過敏、羞明、困惑、認知機能障害、ミオクローヌス、けいれんなど
自律神経症状
振戦、発汗、嘔気、嘔吐、頻脈、血圧上昇など
身体症状
頭痛、嘔気、呼吸困難など

<sup>13</sup>を改編

表 2. ベンゾジアゼピン受容体作動薬における睡眠薬の種類

分類	一般名	商品名
超短時間作用型	ゾピクロン	アモバン
	エスゾピクロン	ルネスタ
	ゾルピデム	マイスリー
	トリアゾラム	ハルシオン
短時間作用型	ブロチゾラム	レンドルミン
	リルマザホン	リスミー
	ロルメタゾラム	ロラメット
中時間作用型	フルニトラゼパム	サイレース
	エスタゾラム	ユーロジン
	ニトラゼパム	ベンザリン
長時間作用型	クアゼパム	ドラール
	フルラゼパム	ダルメート
	ハロキサゾラム	ソメリン

表 3. ベンゾジアゼピン受容体作動薬における抗不安薬の種類と分類<sup>40</sup>

分類	一般名	商品名
短時間作用型	クロチアゼパム	リーゼ
	エチゾラム	デパス
	フルタゾラム	コレミナール
中時間作用型	ロラゼパム	ワイパックス
	アルプラゾラム	コンスタン、 ソラナックス
	ブロマゼパム	レキソタン
	フルジアゼパム	エリスパン
長時間作用型	ジアゼパム	ホリゾン、セルシン
	クロルジアゼポキシト	バランス、 コントロール
	クロラゼパム	メンドン
	メキサゾラム	メレックス
超長時間作用型	ロフラゼプ酸エチル	メイラックス
	フルトプラゼパム	レスタス

表 4 ベンゾジアゼピン受容体作動薬の減量を促す小冊子などのカギとなる要素<sup>34</sup>

ベンゾジアゼピン受容体作動薬（睡眠薬、薬の名称）の長期使用に関する懸念を説明する  
 長期使用において生じる可能性のある副作用  
 薬剤減量についての意向を尋ねる  
 ゆっくりと減量・中止することが、離脱症状を減らし、減量・中止を成功させる  
 担当医と今後も話し合うことができる

- ・適度な運動、しっかり朝食、ねむりとめざめのメリハリを。

適度な運動を習慣づけることは、入眠を促進し、中途覚醒を減らすことにもつながります。また、しっかりと朝食をとることは朝の目覚めを促します。これらの生活習慣によって、睡眠と覚醒のリズムにメリハリをつけることができます。一方で、就寝直前の激しい運動や夜食の摂取は、入眠を妨げることから注意が必要です。

- ・睡眠薬代替りの寝酒は睡眠を悪くする。

アルコールは、睡眠薬代替りに少し飲んでいる場合でも、慣れが生じて量が増えていきやすいことが知られています。アルコールは、入眠を一時的には促進しますが、中途覚醒が増えて睡眠が浅くなり、熟睡感が得られなくなります。

- ・就寝前の喫煙やカフェイン摂取を避ける。

ニコチンには覚醒作用があるため、就寝前の喫煙は入眠を妨げ、睡眠を浅くします。就寝前 3~4 時間以内のカフェイン摂取は、入眠を妨げたり、睡眠を浅くする可能性があるため、控えた方が良いでしょう。これは、主にカフェインの覚醒作用によるもので、この作用は 3 時間程度持続します。また、カフェインには利尿作用もあり、夜中に尿意で目が覚める原因にもなります。

- ・良い睡眠のためには、環境づくりも重要です。

温度や湿度は、季節に応じて、眠りを邪魔しないと範囲に保つことが基本で、心地よいと感じられる程度に調整しましょう。また、明るい光には目を覚ます作用があるため、就寝前の寝室の照明が明るすぎたり、特にこれが白っぽい色味であったりすると、睡眠の質が低下します。気になる音はできる範囲で遮断する方がよいでしょう。

- ・若年世代は夜更かし避けて、体内時計のリズムを保つ。

若年世代では、夜更かしが頻繁に行われることで、体内時計がずれ、睡眠時間帯の不規則化や夜型化を招く可能性があります。寝床に入ってから携帯電話、メールやゲームなどに熱中すると、就床後に、長時間、光の刺激が入ることで覚醒を助長することになるとともに、そもそも、夜更かしの原因になるので、注意が必要です。

- ・熟年世代は朝晩メリハリ、ひるまに適度な運動で良い睡眠。

高齢になると、若年期と比べて必要な睡眠時間が短くなります。長い時間眠ろうと、寝床で過ごす時間を必要以上に長くすると、かえって睡眠が浅くなり、夜中に目覚めやすくなり、結果として熟睡感が得られません。

日中に適度な運動を行うことは、昼間の覚醒の度合いを維持・向上し、睡眠と覚醒のリズムにメリハリをつけることに役立ち、主に中途覚醒の減少をもたらし、睡眠を安定させ、

結果的に熟睡感の向上につながると考えられます。

- ・眠くなってから寢床に入り、起きる時刻は遅らせない。

不眠を経験すると、心配になって早くから寢床に就こうとしがちですが、意図的に早く寢床に就くと、かえって寝つきが悪くなります。就床時刻はあくまで目安であり、その日の眠気に応じて「眠くなってから寢床に就く」ことがスムーズな入眠への近道です。