

「不眠を訴える方への対応法」

福井大学医学部附属病院神経科精神科教授 小坂 浩隆 先生

【日本人の睡眠状況】

不眠に悩む人は多様な診療科を受診。内科医や一般的な身体診療科医にバトタッチして向精神薬を使いこなしてほしい。

日本人の睡眠状況。夜の日本列島を衛星写真では人口集中地域の輝度が際立つ。2006年の我が国の平均睡眠時間は7.5時間だがフランスの8.5時間に比べ短い。現在は更に短縮され、また就寝時刻も遅い。

睡眠障害パターンは、若年層は日中の眠気が多く、中高齢者は中途覚醒や早朝覚醒が多い。スマホなどで眠らない／眠れない子供が増加。

不眠症は様々なQOL低下につながるが、精神的・身体的不調の他、仕事上のミスや事故にもつながり、社会的にも問題。

【不眠の原因と対策】

睡眠不足は成人では生活習慣病発症の危険因子で、小児では発育、学力障害をもたらす。睡眠導入薬の使用に関する問題もあり、睡眠医療の普及啓発など複合的対応が必要。(短時間睡眠で問題のない人はそれでOK。困っている人が“不眠症”である)。

睡眠調節のメカニズムはメラトニン、コルチゾールなどのホルモンと深部体温の変化が関わっている。不眠症の診断基準は「夜間不眠の訴えと睡眠に関連した日中の精神・身体機能の影響を伴うこと」が必要である(詳細は成書にて確認)。

不眠の原因として5P(Physical=身体疾患、Physiologic=交替勤務など、Psychologic=精神的ストレス等、Psychiatric=うつ病など、Pharmacologic=アルコール等)。

慢性不眠症には3Pがある。準備因子(Predisposing factor)=不眠をきたしやすい素質。促進因子(Precipitating factor)=短時間のストレスや問題に暴露。永続化因子(Perpetuating factor)=ストレスが消失しても不眠が改善しない。

アルコールの影響は、睡眠前半は直接作用で入眠促進、後半は離脱作用で中途覚醒増加、深睡眠減少／浅睡眠増加など質が低下し、睡眠改善目的での使用は推奨しない。薬剤が原因の睡眠障害には降圧薬、抗ヒスタミン剤(H1またはH2受容体遮断薬)、ステロイド剤、抗パーキンソン病薬、抗うつ薬、気管支拡張薬、インターフェロンなどが関与。

不眠症患者のQOL低下の聴取りには日中の不調をチェック。「日中は大丈夫ですか?」「不眠以外に困ったことはあるか?」。更には、改善後も日常生活機能

のチェックを行う。「眠れるようになって楽になったか？／調子の悪いことはあるか？」。また、不眠や睡眠薬へのこだわりが強い時は日中の過ごし方に目を転ずる。「不眠があってもできることから始めよう」も大切。良い睡眠のための12か条が睡眠障害の診断・治療ガイドラインに記載されているので参考に。

【睡眠障害をもたらす多種多様の疾患】

睡眠障害国際分類（ICSD-II）では不眠症の他、睡眠関連呼吸障害、過眠症、概日リズム睡眠障害、睡眠時随伴症、睡眠関連運動障害、未分類の睡眠徴候、その他の睡眠障害が記載。睡眠障害の検査にはポリソムノグラフィー（PSG）が使われる。睡眠時無呼吸症候群（SAS）、レム睡眠行動障害（RBD）、ナルコレプシーの他周期性四肢運動障害、せん妄、睡眠中のてんかん発作の診断に有用。むずむず足症候群（RLS）は睡眠関連運動障害の一つで不眠症をもたらす。

【睡眠薬】

処方量や多剤併用、高齢化、社会的問題からのストレスで難治化、不適切処方、長期依存や乱用、自己判断で中断しての退薬症状などが課題。不眠症治療薬の潜在的なリスクとしては＜短期的＞健忘、せん妄、＜長期的＞反跳性不眠、依存形成、薬剤耐性、認知症、＜常時＞筋弛緩作用からの転倒、認知機能低下、薬物相互作用等。睡眠薬にはGABA（ベンゾジアゼピン＝BZD）受容体作動薬、メラトニン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬がある。GABA受容体作動薬にはマイスリーに代表される超短時間作用、レンドルミン等の短時間作用、サイレース等の中/長時間作用のものが使われてきたが、睡眠パターンを確認して使用することが必要。BZD系抗不安薬はわが国では欧米の10倍使用されており、漫然と長期化していることが多い。安全性への過信、容量依存効果にも誤解がある。常に減量・中止を検討する。（参考：<https://jikei-psy.com/zzz/>）

（文責：至捷会木村病院 一二三 宣秀）