

「眠れないので眠り薬を下さい」 ～何を考え、何をしたら良いのか?～

東京医科大学 精神医学分野 准教授
市来 真彦

はじめに

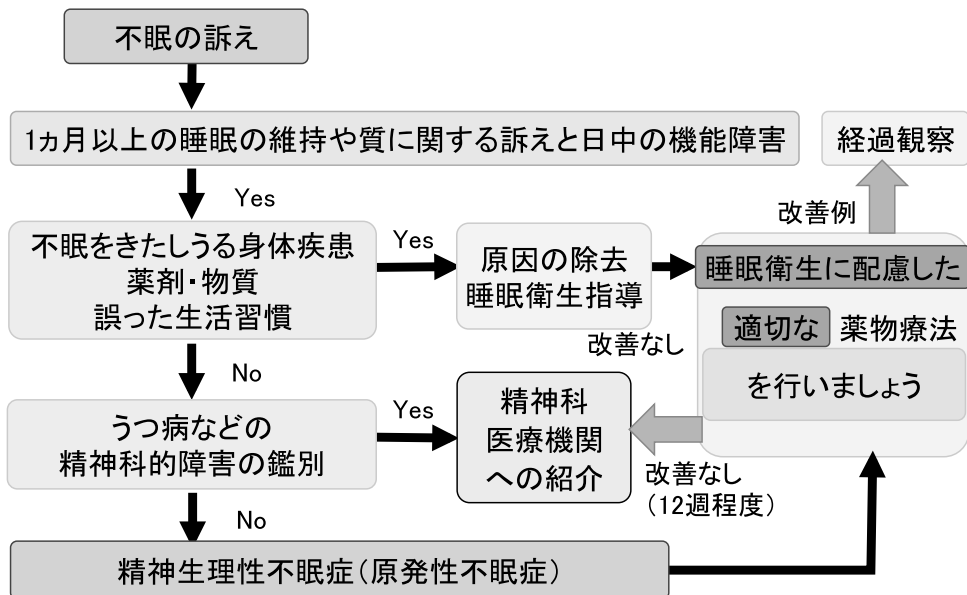
プライマリ・ケアのクリニックを受診中の患者さんの3人に1人には不眠がある (Kroenke ら、1994) という報告があるが、①睡眠不足は糖尿病や肥満の誘引の一つ (小路ら、2009)、②入眠障害がある人はない人と比べて有意に高血圧を発症しやすい (Suka ら、2003)、③睡眠時間が8時間より少ないほど冠動脈性疾患の発症の相対危険率が高い (Ayas ら、2003)、④最近では不眠は認知症の危険因子である、という報告が増加しているといったように、不眠は身体疾患を悪化させる危険因子と認識して適切な治療を行う時代になっている。しかし「眠れない=睡眠薬で治療する」という図式は必ずしも成り立たない。「眠れないので眠り薬を下さい」という希望を患者から聞かされた時に何を考え、何をしたら良いのか? というテーマについて、フローチャート (図1) にしたがって述べたい。

不眠の訴えを聞いたなら はじめに確認すること

不眠の訴えを聞いたらずまず行うことは、「1. 不眠をきたしうる身体疾患、2. 不眠をきたしうる薬剤や物質、3. 誤った生活習慣」の有無をチェックし、それがあれば、まずは「その原因を除去し、睡眠衛生指導を行う」必要がある。

不眠をきたしうる代表的な身体疾患 (症状) である睡眠時無呼吸症 (SAS) は、合併することで各種身体疾患の生命予後に影響を与えている。高齢男性の半数以上には SAS があるとされているが、一般に SAS の指標と言われているイビキや肥満などの手がかりがないのが特徴である。SAS による不眠に対してベンゾジ

図1 不眠症の診断と治療フローチャート



睡眠衛生指導

まず朝。一般に「早寝早起き」と言われているが、朝起きて光を浴びた14～16時間後に眠くなるという体内時計を維持するために、「早起き」がより大切である。また夜の光は体内時計を調節するメラトニンの分泌を止めてしまうので、不眠症状のある人には、睡眠の1～2時間前にはテレビやパソコン

の画面を見ることを止めるよう指導する。次に昼。午後の決まった時間に短時間の昼寝をすることは、午後の活動の助けになると共に、夜の眠りを助ける。しかし昼の熟睡は逆に夜の睡眠を阻害するので、20分程度のうたた寝にとどめさせることが重要である。そして夜。睡眠の1～2時間前に38～40度くらいの温めのお湯に20分くらい入浴することは、深部体温をあげて、その放熱作用の力を借りて眠気を誘う効果がある。最後に睡眠直前。明るさ、音、温度、湿度、換気の調節などを適切にするとといった睡眠環境を整えることも大切である。枕や布団などの寝具を自分に合ったものにするのも一考だろう。

の画面を見ることを止めるよう指導する。

次に昼。午後の決まった時間に短時間の昼寝をすることは、午後の活動の助けになると共に、夜の眠りを助ける。しかし昼の熟睡は逆に夜の睡眠を阻害するので、20分程度のうたた寝にとどめさせることが重要である。

そして夜。睡眠の1～2時間前に38～40度くらいの温めのお湯に20分くらい入浴することは、深部体温をあげて、その放熱作用の力を借りて眠気を誘う効果がある。

最後に睡眠直前。明るさ、音、温度、湿度、換気の調節などを適切にするとといった睡眠環境を整えることも大切である。枕や布団などの寝具を自分に合ったものにするのも一考だろう。

精神疾患の有無を チェックしよう

不眠をきたしうる身体疾患、不眠をきたしうる薬剤や物質、誤った生活習慣が認められない場合、次に考えるべきことは、うつ病等の精神疾患を除外することである。現在世界第4位の common disease であるうつ病患者の90%に不眠がみられ、逆に不眠の訴えのうち20% (中・高年では50%) はうつ病とも言われている。実際、米国では不眠の訴えに対して処方されている薬剤の上位4剤のうち3剤が抗うつ薬である (Krystal ら、2009)。そもそも日本人で、慢性不眠に該当する人はわずか10%であり、そのうち不安障害やうつ病などの気分障害を含めた精神障害による慢性不眠が40%で、原発性不眠の患者はその半分の20%にしか過ぎない (三島、2011)。だから不眠の訴えを聞いたらずうつ病を念頭に置き、「食欲低下、倦怠感、気分の落ち込み (意欲の低下)、興味の低下」の4つを加えた簡易的なうつ病のスクリーニングを行い、うつ病が疑われたら、専門医に紹介するか、自分の使い慣れた抗うつ剤で治療を開始するのがよいだろう。うつ病に対して適切な治療を開始するのが4週間遅れると、回復に至る確率が10%低下し、さらに24週を境に寛解率に有意な差が出る (奥田、2007) ことから、既に眠れなくなっている期間を勘案して12週を目標に専門医への紹介するのが良いだろう。

睡眠薬の適切な処方とは

さて、うつ病等の精神疾患を否定できて、ようやく睡眠薬を処方してよい原発性不眠の可能性が出てくる。原発性不眠に対して使われる睡眠薬には種類があるが、まず昔頻用されたバルビツール系の薬剤は安全面から今は使用すべきではない。次に今でもかなり使用されているベンゾジアゼピン系薬剤も、①一定期間使用することによって耐性が生じ、使用量が増加すること、それに伴い②服用を止められない依存の問題が生じること、③高齢者にはふらつき、転倒の危険があり、服用期間が長いほど、服用量が多いほど骨折をしやすい (Wang ら、2001) ことなどから、もはや安易に処方してはいけな。ベンゾジアゼピン系のふらつき転倒という副作用を軽減した薬剤とされている非ベンゾジアゼピン系の睡眠薬も、非専門医が上記のスクリーニングを行わないまま最大用量まで増量して、改善しないと専門医に紹介してからうつ病などと分かるケースも多く、適切な治療の弊害になってしまうので、非専門医につづく

(4面からのつづき)

門医は上記のスクリーニングを行うことなく非ベンゾジアゼピン系の睡眠薬を最大用量まで増量すべきではない。

さらに専門医以外の医師にとって、睡眠薬は「止めてゆくべき」薬剤と認識することが大切である。ベンゾジアゼピン系薬剤は服用期間が長いほど (Gossop ら、1995)、服用量が多いほど (Cuevas ら、2003) 依存になりやすく、3ヶ月以内ではほとんど依存は生じないが、6ヶ月以上の使用で依存が増えると言われている。一方で日本のベンゾジアゼピン系薬剤の使用量は人口が2.5倍のアメリカの6倍 (村崎、2001) であり、国立精神・神経医療研究センターによると、今も睡眠薬の処方数も処方量も増加傾向にあるという悲惨な報告がある。これは、睡眠薬は処方したら処方しっぱなし、という日本の医療者の姿勢が背景にあることが示唆されており、猛省されるべきであろう。また睡眠薬や抗不安薬などの鎮静薬は薬物乱用の第二位を占めている (松本、2012) ことから、漫然と睡眠薬を処方し続けることは、別の社会問題を作り出す背景になっていることも知る必要がある。

そこで非専門医は「睡眠薬の使用は3ヶ月以内とし、それでも改善しない不眠は、うつ病の可能性を考えて、精神科専門医に紹介する」のを目標にすると良いが、上手に止めさせるためには工夫が必要である。睡眠薬の上手な止め方は、1～2週間ごとに前の量の25%ずつ減量してゆく漸減法や、一日おきに服用する隔日法があるが、実際は両者を組み合わせて行うと良い。特に長短時間型、短時間型に分類される睡眠薬は、いきなり薬を止めると、服薬以前よりも眠れなくなってしまふ反跳性不眠を起こしやすいため、患者は「やはり自分には薬がないとダメなんだ」と思い込み、薬にしがみつき、依存症患者を作り出すことになってしまうため、睡眠薬は毎回適切な服用方法を教える必要がある。

非専門医が使いこなすべき睡眠薬

非専門医がこれから使いこなすべき睡眠薬としては、寝つきが悪い過覚醒状態に対するスポレキサントと、高齢者等の睡眠リズム異常に対する

ラメルテオンが望ましいと考えられる。今までベンゾジアゼピンや非ベンゾジアゼピンを服用していた患者は、これらの薬剤に変更すると口をそろえて「眠れなくなった」と言うが、今までの睡眠薬とこれらの二剤はまったく違うものという意識を持つ必要がある。ベンゾジアゼピン系や非ベンゾジアゼピン系の睡眠薬は、眠らせるのではなく、意識を失わせる薬だという患者の声を鑑みると、医師は薬だけに頼ることなく、睡眠衛生指導を併用して、適切な睡眠が得られるようつとめる必要がある。

薬を使わない治療法

薬を使わない治療を希望する患者には、薬物療法と同様の効果があると言われている以下の2つの認知行動療法が推奨される。まず刺激制御法とは、簡単に言えば、「眠くなってから布団に入る、眠くならなければ布団から出る」ことによって、「布団は寝るためのもの」ということを脳に覚えこませる治療法である。具体的には、「布団に入って15分経って眠りにつけなければ、起き上がって別室に行き、再度眠くなってから布団に入る」ということを繰り返すものである。重要なことは、「どのような時間に眠りについたとしても、決まった時間に起きること」、そして「昼寝をしない」、というルールを守ることである。次に睡眠制御法とは、一言で言えば、睡眠を濃縮させるという治療法である。人は布団の中にいる時間のすべてを熟眠しているのではなく、寝付くまでの時間や途中でおきてから再度寝るまでの時間、目覚めてから起き上がるまでの時間を悶々とすごしている。そこで、①まず布団の中にいる時間からそれらの「悶々としている時間」を差し引いて、実質眠っている時間を算出し、②起きる時間を決めてから実質眠っている時間を逆算して布団に入る時間を決める。そして刺激制御法と同じく「どのような時間に眠りについたとしても、決まった時間に起き」、「昼寝をしない」、というルールを守り、「実質眠っている時間÷布団の中にいる時間」である睡眠効率が90%以上になったら、15分前倒して睡眠に入る、ということを繰り返して適切な睡眠時間に落ち着かせるものである。

おわりに

「患者から不眠の訴えを聞いたらただちに睡眠薬を処方して、ずっと処方し続ける」という悪い習慣と決別し、これから「うつ病の可能性を念頭において、不眠の原因を除去すると共に睡眠衛生指導を併用しながら適切な薬剤を投与して3ヶ月を目標に止めてゆくこと」が、これからの適切な不眠治療である。