

精神・神経疾患

24 睡眠障害

横林賢一

要チェック

「眠れない訴え → 睡眠薬を適量と処方」という診療は、もうやめる。

該当診療ガイドライン

わが国における睡眠障害に関する診療ガイドラインには、

① 睡眠障害の対応と治療ガイドライン第2版¹⁾

② 睡眠障害診療ガイド²⁾

③ 睡眠薬の適正な使用と休薬のためのガイドライン³⁾

が存在する（いずれもMinds未取組）。①②は睡眠障害を専門としない医療関係者が対象で、臨床現場で遭遇するあらゆる睡眠障害につきわかりやすくまとめられている。③は患者および治療者が対象となっており、Q & A方式で記載されている。オンライン版と書籍版があり、オンライン版は無料で参照できる。海外の診療ガイドラインでは

● Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults（米国）⁴⁾

● British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders（英国）⁵⁾

が有用である。

本稿では主に①②を中心に概説する。

診療ガイドラインのPoint

- 成人の約3割が悩まされている「眠れない」訴えをよく聞くのが第一歩。
- 「睡眠障害対処の12の指針」は、すべての不眠患者と共有する。
- 必要であれば必要最低限の睡眠薬を処方し、適切に離脱する。

Common Disease の診療ガイドライン

要チェック

日常診療で陥りがちなピットフォールや、診療の勘どころについての、ワンポイントアドバイスです。

該当診療ガイドライン

国内・国外にどのような診療ガイドラインがあるのか紹介しています。AGREE IIにより評価を受けた診療ガイドラインが掲載されているMindsへの収載の有無も記載しています。なお、国内に明確な診療ガイドラインがない場合は、指針となる海外の診療ガイドラインや国内外のエビデンスなどを紹介しています。

診断のアプローチ

成人の約3割が悩まされている⁶⁾不眠の訴えに適切に対応するには、「眠れない」という訴えをより具体的に把握することが重要である。問診により、寝つきが悪い（入眠障害）、夜中に目が覚める（中途覚醒）、朝早く目が覚めてしまう（早朝覚醒）、朝覚醒しにくい（覚醒困難）、睡眠をとっても熟睡感が得られない（熟睡障害）など、睡眠の量と質の問題を具体的に明らかにする¹⁾。同居している者に病歴を聞くことも重要であり、患者の睡眠習慣や日中の様子、アルコール・タバコ・カフェインなどの摂取の有無、夜間のいびき・無呼吸・不随意運動の有無を聴取する⁷⁾。

睡眠日誌を患者に書いてもらうことも有用である。最低限必要な事項は、毎日の起床時刻と就寝時刻の記載である。目的に応じ、より詳細な睡眠に関する情報（睡眠時間、中途覚醒、熟睡感など）、服薬の有無、食事時間などを追加する¹⁾。

上記の情報を収集したうえで睡眠障害の診断を進める（図1）²⁾。うつ病、睡眠時無呼吸症候群、薬剤性不眠等を見逃さないよう注意する。

ビヨンド・ザ・ガイドライン

総合診療医の視点

不眠を訴える患者は多愁訴である印象をもっている医師が多く睡眠に関する問診は行われがちであるが、問診されないで眠れない訴えをしない患者も少なくない⁸⁾。定期的に「眠れていますか」と確認することが重要である。

診療ガイドラインに睡眠日誌が掲載されているがそれ以外のものを使っても問題は無い（診療ガイドラインにも書式は自由に設定してよいと書かれている¹⁾）。「睡眠日誌」等のキーワードでインターネット検索して複数の睡眠日誌をダウンロードしておき、使用目的に応じて使い分けることをお勧めする。例えば、初期評価では比較的に詳細なものがよいが、治療の一環（認知療法）として使う場合は長期継続してもらうために患者の負担の少ない記載しやすいものを選ぶとよい。

Beyond the sea 〜海外のエビデンスから

上記日本の診療ガイドラインはDSM-IV（精神疾患の診断・統計マニュアル-IV）を基準としてつくられている。2013年に第5版（DSM-5）が公開されたため主要な変更点も述べる。DSM-5では、不眠症を原発性、二次性（誘発性）で分類するのをやめ、両者を一括して不眠障害として取り扱うこととなった（表1）。理由として、①従来、不眠症はうつ病の1つの症状と捉えられていたが、さまざまな研究によりうつ病から二次性に不眠症が生じると考えるよりも、うつ病に不眠症が併発しやすい、併存症としての不眠症を積極的に治療すべき、②不眠症の治療に有効な認知行動療法は原発性不眠症にも二次性不眠症にも有効であるため2つに分類する意義が少ない、ことがあげられている⁹⁾。

診療ガイドラインのPoint

各稿で主に参照した診療ガイドライン等の最重要ポイントです。

診断のアプローチ

治療のアプローチ

診療ガイドラインのエッセンスを中心に解説し、必要に応じ補強となるエビデンスも引用しています。国内に明確な診療ガイドラインがない場合は、海外の診療ガイドラインや国内外のエビデンスを基に解説しています。

象、筋弛緩作用、依存が起きない¹⁾。

③ 高齢者の不眠

高齢者は睡眠薬の体内への蓄積が起こりやすく、睡眠薬に対する感受性が低下している²⁾。したがって、ベンゾジアゼピン受容体作動薬のなかでは半減期が短く、かつ筋弛緩作用の少ない非ベンゾジアゼピン系（マイスリー[®]、アセパン[®]、ルネスタ[®]など）を常用量の半分から開始する。メラトニン受容体作動薬は副作用が少ない点で高齢者に使いやすい。

ビヨンド・ザ・ガイドライン

Beyond the Guideline

総合診療医の視点

総合診療医は身体の状態や生活環境を全人的に把握しやすく、より具体的な指導が早期に可能であるため、睡眠衛生指導は必ず行う。タバコ、アルコール問題の合併も多く、他の健康危険因子の発見と介入も並行して実施したい。しばしば多愁感である不眠患者に寝落ちと睡眠薬を処方し続けるという診療スタイルは好ましくない。

ハルシオン[®]は切れ味がよい（すぐに眠くなり翌朝に残らない）ため患者からの評価はよい。一方、半減期が短い睡眠薬は依存が形成されやすい⁴⁾。処方後は慎重に行うべきである。副作用が増強するためベンゾジアゼピン受容体作動薬の内服期間中の飲酒も禁止する。また紛失したなど短い期間で受診をくり返すケースにも毅然とした態度で投薬を断ることをお勧めする。処方開始時に将来の減薬スケジュールについて患者と話し合っておくことも重要である。

「睡眠薬は抵抗があるので安定剤ください」と言われデパス[®]を処方した経験はないだろうか。あるいは胃こりにデパス[®]を処方している医師を見ることもしばしばであろう。俗に言う安定剤とは抗不安薬を指し、その大部分は睡眠薬と同じベンゾジアゼピン系作動薬である。抗不安薬を睡眠薬代わりに用いることに科学的妥当性はない⁵⁾。日本は世界有数のベンゾジアゼピン系作動薬消費国である⁶⁾。デパス[®]を処方する自分にデパス[®]が必要なのは？（自分の不安を解消するため、あるいは面倒な患者の診療を早く切り上げるためだろうか？）と常に考える必要がある。

Beyond the sea ～海外のエビデンスから

睡眠薬による治療では長期（1年以上）の使用に関するデータが不十分であることから、欧米の慢性不眠の診療ガイドラインでは非薬物療法である認知行動療法が第一選択となっている⁷⁾。日本の診療ガイドラインでは認知行動療法は専門機関で行われるべきとの記載もあるが⁸⁾、睡眠日誌を用いた認知行動療法は一般外来で可能であると筆者は考える。例を用いた認知行動療法の実践が書かれた他書⁹⁾が参考になる。少なくとも睡眠衛生指導（表2：睡眠障害対処の12の指針）は必須であり、この指針の共有なくして薬物療法を行うべきではない。

Common Diseaseの診療ガイドライン

紹介のタイミング

紹介先

精神科、睡眠医療認定施設など

睡眠時無呼吸症候群、レストレスレッグス症候群、周期性四肢運動障害、概日リズム睡眠障害などの特異的睡眠障害が疑われる場合、初期治療で効果が得られない場合（不眠の原因を探索・除去し常用量の睡眠薬で効果が得られない場合）、精神的疾患（中等度以上のうつ病、双極性障害、統合失調症など）が疑われる場合は、精神科、睡眠医療認定施設¹⁰⁾などの不眠専門外来に紹介する²⁾。

文献

- 1) 「睡眠薬の対応と診療ガイドライン作成委員会」による「睡眠薬の適正・適量ガイドライン研究会、内山 真/編」、じほう、2012。
● 専門機関向けに睡眠障害に関する情報が幅広く掲載されている。
- 2) 「睡眠薬診療ガイド」(日本睡眠学会認定委員会睡眠薬診療ガイド・ワーキンググループ)、文光堂、2011。
● 文献1とはほぼ同様。文献1が文献2のいずれかを導入してほしい。
- 3) 「睡眠薬の適正な使用と身体への影響のための診療ガイドライン」(厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業「睡眠薬の適正使用と身体への影響」中核的な診療ガイドラインに関する研究」および日本睡眠学会・睡眠薬使用ガイドライン作成ワーキンググループ/編)、2013。
● 睡眠薬使用ガイドライン。一部はGRADEアプローチで評価されている。よく患者から受ける睡眠薬に関する質問に、文献に基づいた40のQ&A形式でわかりやすく記載されている。
- 4) Schutte-Rodin S, et al: Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. J Clin Sleep Med, 4: 487-504, 2008。
● 米国睡眠医学会 (AASM) による成人の慢性不眠症の評価・管理に関する診療ガイドライン。
- 5) Wilson SJ, et al: British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnia and circadian rhythm disorders. J Psychopharmacol, 24: 1577-600, 2010。
● 英国精神薬理学会 (BAP) による不眠症に関する診療ガイドライン。
- 6) Ramakrishnan K & Scheld DC: Treatment Options for Insomnia. Am Fam Physician, 76: 517-26, 2007。
● 総合診療医にとって現実的な評価と治療のアプローチが書かれている。
- 7) 「DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引」(American Psychiatric Association/著、日本精神神経学会/日本語版監訳、高橋三郎 監訳)、医学書院、2014。
● 米国精神医学学会より発行されたDSM-5診断基準の日本語版。
- 8) 「内科医のための不眠診療のための一歩一歩」(著)花井、小川朝生/編、じほう、2013。
● 薬物療法と認知行動療法の両方についてを用いて一般内科医を対象に書かれている。
- 9) 「Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes」(International Narcotics Control Board)、Chapter II: Psychotropic Substances。
http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2015/English/Supp/AR15_Availability_Chapter_II.pdf
● 国際薬物規制委員会による向精神薬の供給の状況のまとめ。
- 10) 「睡眠医療認定医一元一」(日本睡眠学会)。
http://jssr.jp/data/pdf/05/05nintei_hishi.pdf
● 日本睡眠学会が認定する認定医、認定機関を確認できる。

ビヨンド・ザ・ガイドライン

総合診療医の視点

診療ガイドラインには書かれていない、あるいは診療ガイドラインとは異なるが総合診療医にとって必要なリアルな現場のパールが書かれています。

Beyond the sea ～海外のエビデンスから

海外の診療ガイドラインやエビデンスを紹介し、日本との差異等が示されています。

紹介のタイミング

紹介先

どのようなときに、どこへ紹介すべきか書かれています。

文献

診療ガイドライン・各種文献には有料のものもあれば無料のものもあります。有料・無料情報とともに、必要に応じ診療ガイドライン・文献の概要を掲載しています。