

# 「不眠症治療」について

## 出口を見据えた不眠症治療

「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 -」から

成人の30%以上が入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠困難などのいずれかの不眠症状を有しています。不眠（特に慢性不眠）は、眠気、倦怠、集中困難、精神運動機能低下、抑うつや不安など多様な精神・身体症状を伴います。その結果、不眠症は、長期欠勤や医療費の増加、生産性の低下、産業事故の増加など、さまざまな人的及び社会経済的損失をもたらすことが明らかとなり、公衆衛生学上の大きな課題の一つとなっています。

不眠症治療において、多剤併用や長期にわたる漫然とした薬剤投与が依然多くみられることなどが挙げられます。

薬剤治療の短期的リスクとしては、一過性の健忘・せん妄誘発、長期的には、反跳性不眠・退薬症候・依存性形成・薬物耐性・認知症、常時抱えるリスクとして筋弛緩作用によるふらつき・転倒・骨折・認知機能低下・多剤との薬物相互作用・眠気などのリスクの問題が、特に長期間使用していると高まるため、症状改善後の治療終了を意識しながら、治療を進めていくことが大切とされています。

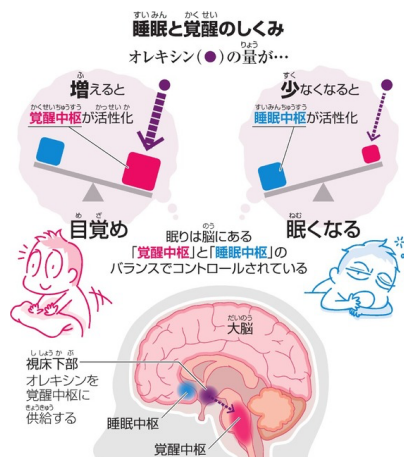
特に、高齢者においてはふらつき・転倒・骨折、認知機能低下といった問題があるため、高齢者に対しては出口を見据えて不眠症治療を行うことが重要とされています。

不眠症に対する薬物療法の主剤は、バルピツール酸系および非バルピツール酸系睡眠薬などの依存性の強い睡眠薬から、より認容性の高いベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系睡眠薬です。

「バルピツール系」のデメリットを解消するために開発された「ベンゾジアゼピン系」睡眠薬は最も種類が多く、一般的な睡眠薬です。安全性は高く、超短時間から長時間作用型までのバリエーションもありますが、一過性前向き健忘の可能性、筋弛緩作用などによるふらつき、長期使用によって起こる耐性などの副作用等があります。また、「ベンゾジアゼピン系」睡眠薬の副作用を抑え、効果もより「不眠」に特化し安全性を高めた「非ベンゾジアゼピン系」睡眠薬もあります。（図 右上）

不眠症治療に使われる主な睡眠薬		
分類	主な商品名	
オレキシン受容体拮抗薬	ベルソムラ	
メラトニン受容体作動薬	ロゼレム	
非ベンゾジアゼピン系 (非BZ系)	超短時間作用型	マイスリー、アモバン、ルネスタ
	短時間作用型	ハルシオン
ベンゾジアゼピン系 (BZ系)	短時間作用型	デパス、レンドルミン、リスミー
	中時間作用型	サイレース、ベンザリン
	長時間作用型	ドラーレ

※林田健一医師への取材を基に作成



さらに生理的に不眠症を改善する、メラトニン受容体作動薬（\*）、さらにオレキシン受容体拮抗薬（\*\*）が開発されています。

\*：メラトニン受容体作動薬、「ロゼレム」（ラメルテオン）

ヒトの視交叉上核に多数存在している脳の松果体のホルモンである「メラトニン」の受容体に選択的に結合して、薬理作用を発揮する薬剤です。メラトニン受容体には、催眠作用や睡眠リズムを調節する機能があるとされています。

ラメルテオンの最大の特徴は、従来のベンゾジアゼピン系薬とは異なり、視交叉上核以外の脳内作用がないことであり、従来の睡眠薬に高頻度で発現していた反跳性不眠や退薬症候がなく、自然に近い生理的睡眠を誘導する。

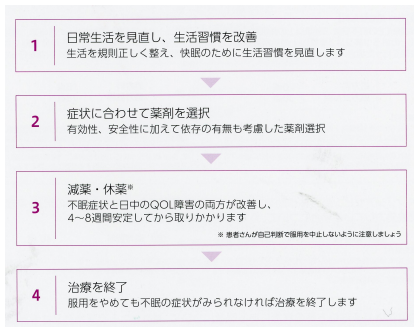
\*\*：オレキシン受容体拮抗薬、「ベルソムラ」（スボレキサント）

「オレキシン」は、起きている状態を保ち、安定化させる（覚醒を維持する）脳内の物質です。オレキシン受容体拮抗薬は、その「オレキシン」の働きを弱めることによって眠りを促す、新しいタイプのお薬です。脳の覚醒に関わるシステムを抑制することによって、脳の状態が覚醒から睡眠に切り替わることを助け、自然な眠りへと導きます。

（図左）

漫然と睡眠薬を処方するのではなく、どこかで睡眠薬をやめることを念頭に置いた、「出口を見据えた不眠治療」へと、不眠に関する医療者側の意識改革も必要とされてきています。

(そのために、2018年4月の診療報酬改正では、不眠症治療薬の適正処方に向けて改正や評価項目の新設が行われています。)



不眠症治療では、まず生活習慣の改善を先立って行うことが重要です。

薬物治療では、有効性、安全性に加えて依存の生じにくい不眠症治療薬を選択することが「出口を見据える」ことにつながります。

不眠症状が改善したら、十分な観察を続けながら治療を続けます。経過観察で4~8週間程度、症状が安定しているようであれば減薬・休薬に取りかかり、最終的に治療の終了を目指すことが可能です。(図左)

なお、睡眠薬の適正使用・休薬ガイドラインにおける寛解の基準は、「夜間の不眠症状とQOL障害の両者が治療により十分に改善していること」とされています。

図(左)：

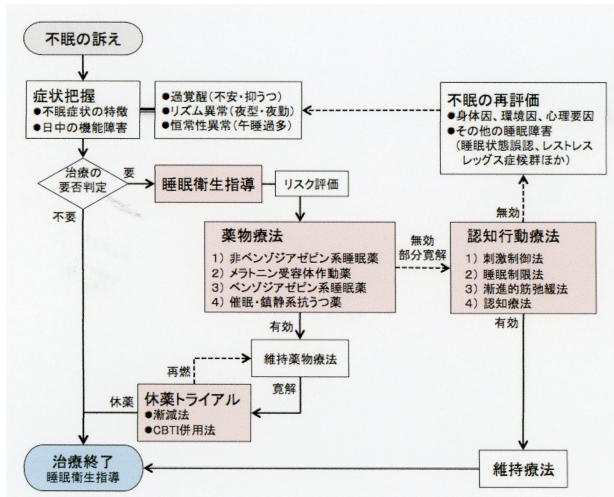
睡眠環境を整えることを指導する、<睡眠衛生指導>(図左)を行うにあたり、まずは患者さんの生活において、不眠の原因となっている要素(図左下)を把握する必要があります。

<睡眠衛生指導>の結果、不眠症が改善しないとなれば、薬物療法が一般的には選択されます。その際に<リスク評価>として「本当に睡眠薬をつかうべきかどうか」「睡眠薬を使うメリットとデメリットを検討して、メリットの方が圧倒的に大きい」「長期服用に陥りやすい傾向がないか」について検討されます。

薬物療法の効果を判断するためには、夜間の不眠症が改善されているか、(良眠できたおかげで)日中の心身の調子が良いか、という点で評価されます。

基本的には睡眠薬は長期に服用するものではありません。しかしながら、不眠症が十分に治らないうちに睡眠薬を止めてしまうと、不眠が再発したり、悪化したりすることがあります。

薬物療法と同時に、状況が許す限り、できるだけ早期から心理的・行動的介入も活用することが推奨されています。代表的な介入方法が(生活習慣と身体反応をカウンセリングで改善する)<認知行動療法>です。薬物療法が十分に奏功しない場合のほかに第一選択療法として、もしくは薬物療法との併用療法としても有効であることが示されています。



指導項目	指導内容
定期的な運動	なるべく定期的に運動しましょう。適度な有酸素運動をすれば寝つきやすくなり、睡眠が深くなるでしょう。
寝室環境	快適な就寝環境のもとでは、夜中の目が覚めお減るでしょう。音対策のためにじゅうたんを敷く、ドアをきっちり閉める、遮光カーテンを用いるなどの対策も手助けとなります。寝室を快適な温度に保ちましょう。暑すぎたり寒すぎたりすれば、睡眠の妨げとなります。
規則正しい食生活	規則正しい食生活をして、空腹のまま寝ないようにしましょう。空腹で寝ると睡眠は妨げられます。睡眠前に軽食(特に炭水化物)をとると睡眠の助けになることがあります。脂っこいものや胃もたれする食べ物を就寝前に摂るのは避けましょう。
就寝前の水分	就寝前に水分を取りすぎないようにしましょう。夜中のトイレ回数が減ります。脳梗塞や狭心症など血液循環系に問題のある方は主治医の指示に従ってください。
就寝前のカフェイン	就寝の4時間前からはカフェインの入ったものは摂らないようにしましょう。カフェインの入った飲料や食べ物(例:日本茶、コーヒー、紅茶、コーラ、チョコレートなど)をとると、寝つきにくくなったり、夜中に目が覚めやすくなったり、睡眠が浅くなったりします。
就寝前のお酒	眠るための飲酒は逆効果です。アルコールを飲むと一時的に寝つきが良くなりますが、徐々に効果は弱まり、夜中に目が覚めやすくなります。深い眠りも減ってしまいます。
就寝前の喫煙	夜は喫煙を避けましょう。ニコチンには精神刺激作用があります。
寝床での考え事	昼間の悩みを寝床に持っていかないようにしましょう。自分の問題に取り組んだり、翌日の行動について計画したりするのは、翌日にしましょう。心配した状態では、寝つきの難くなるし、寝ても浅い眠りになってしまいます。

図は、「睡眠薬の適正使用と休薬のための診療ガイドライン」(編)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 2013年10月22日改訂、ストレッチボール 公式ブログ、<産経ニュース>2016.5.28 19:00、<朝日新聞 DIGITAL>2018年1月7日から引用しました。

この「診療所だより」や診療についての御意見・ご要望などをお気軽にお寄せ下さい。これからの参考にさせていただきます。

編集・発行： 勝山諄亮

勝山診療所

〒639-2216 奈良県御所市343番地の4 (御国通り2丁目)

電話： 0745-65-2631