不眠症治療薬の使い分け

日本大学精神医学系主任教授
内　山　　真
（聞き手　池脇克則）

不眠症治療薬の使い分けについてご教示ください。
不眠症に悩む患者さんは多いのですが、どのように使い分ければよいか、製剤ごとの特徴や副作用などをご教示ください。

＜愛知県開業医＞

池脇　内山先生、つい最近、厚生労働省が「健康づくりのための睡眠指針2014」というものを出しましたけれども、この検討会で先生が座長をされていたということで、まずこの睡眠指針について、簡単に教えてください。

内山　「健康日本21」という健康づくり活動を国が主導してやっています。これに関して睡眠のあり方を示して、健康づくりに役立ててもらおうということで作成しました。一般の方々に向けて出したもので、生活習慣について、あるいはいろいろな睡眠の問題についての対処、こういったことをまとめたものです。

池脇　幅広く、若者、仕事をする年代、リタイアされた熟年の方ということで、年をとるごとにだんだんと必要な適正な睡眠時間というのは短くなるのですね。

内山　そのとおりです。11年前にも一度出したのですけれども、この11年の間にわかってきたことは、年齢によって睡眠というのは随分変わってくるということ。もう一つは、年代あるいは働き方、こういったことによって睡眠について抱えている問題も随分変わってくるということでした。このためそれぞれ年代あるいは生活の状況に応じて、どういったアドバイスが役に立つかというものをよく検討してパッケージとしてお示しすることを心がけました。

池脇　以前にも先生にお話をうかがったときに、そろそろ眠くなったというときに寝床に入るのですよと。そう

いう意味では、この指針の中で、寝床に入ってメールとかゲームをしてはいけませんというのも、先生の意見が出ているような気がしますけれども。

内山　子どもたちは特に、夜更かしが慢性化することによって睡眠が夜型になって、戻せなくなったりします。ただ、子どもが親の言うことをきかなくなって、夜更かしするようになるのは、成長していって親から独立していく第一歩でもあって、これは最近に始まったことではないので、きちんと親御さんがしつけをするのがまず第一と思います。メールとか携帯電話だけが悪いわけではなくて、しつけをしていないと、子どもはそういうふうになってしまうということが大切なポイントではないかと思います。

池脇　よい睡眠というのは生活習慣病の予防にもつながるということで、いろいろな意味でよい睡眠というのが大事なのだということを教えていただきましたけれども、それがうまく取れていない方に対して治療をどうしたらいいのだろうということです。不眠だからといって、すべての方に薬を出すというわけではないのですね。

内山　まず最初に、なぜ眠れないのかということについてちょっと考えていただいたほうがいいかと思います。床に入って眠れない理由で、頻度的に多いのは体に異常感覚がある場合、例えば足がむずむずしたりとか、暑かったり、動かさずにいられない、こういったものではレストレスレッグス症候群が特徴的です。これは眠らせる薬を出してもだめで、異常な感覚を抑えてあげるような治療がまず第一歩になります。睡眠時無呼吸症候群でも不眠を起こしてくる場合があって、これは息が止まって眠れないわけですから、息が止まらないようにしてあげるのが一番の不眠対策。あるいは、眠っていると不随意運動が起こって、足がピクンと動いて目が覚めてしまう人もいますが、こういった場合も不随意運動を抑えてあげるほうが、ただ睡眠薬で眠らせるよりいいわけです。幾つかこういった睡眠を妨害するような体の問題がないかをまず確かめることが第一歩になります。

池脇　とても大事ですね。それを調べていただいて、そういったものがないというところで、さあ次に睡眠薬ということになるかと思うのですけれども、どういうふうにして使っていくのか。使い分けということなのですが、どうでしょう。

内山　まず一般的には、今、日本で出ている薬はベンゾジアゼピン受容体作動薬、これはちょっと混乱するのですが、化学構造からはベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系と分けて呼ぶこともありますが、いずれも、ベンゾジアゼピン受容体に作用してGABAの作用を増強する薬剤ですので、ベン

ゾジアゼピン受容体作動薬とまとめます。もう一つ、現在は１種類だけしかないのですが、メラトニン受容体作動薬といって、GABA系と関係なく、体内時計に働きかけて睡眠をもたらすような薬です。

池脇　いわゆる生理的な睡眠というものがメラトニン受容体作動薬の特徴といっていいのでしょうか。

内山　そうですね。脳の活動を抑えつけないようなかたちで働くため、自然な睡眠というか、眠る前に起こる体の変化をまずつくってやって、そこから眠りを誘うという薬かと思います。

池脇　私からすると、いっぱいあるなという感じがするのですけれども、ベンゾジアゼピンか、非ベンゾジアゼピンか。あとは、半減期が短いか、長いか。そういったものをどういうふうに判断して患者さんに使っていったらいいのでしょう。

内山　患者さんに、「何時間眠れていますか」とお聞きすると、４時間とか３時間とか、いろいろおっしゃいますが、まずは何時に寝床について、何時に起床しているかということをよく聞いて、この時間を現実的に眠ることのできる時間に調整してあげることが大事です。

不眠症が起こってくると、患者さんは眠れないのを補おうとして、だんだん長く床にいるようになります。そうすると、ますます睡眠が浅くなってくるのです。ですから、患者さんが不眠になる前の生活パターンに戻してあげる。つまり、床に入ってから起きるまでを７時間ぐらいにしてあげて、そのうえで薬を出す。でないと、例えば９時に寝て、８時まで寝床にいる患者さんにいくら薬を出しても、これは眠れてすっきりする感じは絶対に得られません。せめて11時ごろまで起きていてもらって、６時には起きないといけないと思わせます。生活の指導をしながら、これに合った睡眠薬を出すのが大事です。

そういう意味で、通常の不眠症でしたら、うんと長い作用時間の薬はあまり必要がなくて、大方、超短時間あるいは短時間、この辺でおそらく中途覚醒の部分もカバーできてしまう場合が多いのです。寝床で横になっている時間をきちんと適正化してあげること、つまり就床時刻と起床時刻を適正化して寝床で横になっている時間を７時間前後にしてあげることがまず第一になるかと思います。

池脇　確かに先生たちがお出しになった「健康づくりのための睡眠指針2014」を見ると、65歳の方は６時間ですから、そんなに長い作用の薬はいらないということですね。

内山　そうですね。正味がそのくらいになればいいので、ある程度生活のパターンを指導してあげながら薬を出すことをまず第一歩としていただけれ

ばいいかと思います。

池脇　最近は、先生方が診られる患者さんで認知症の方も増えているのではないかと思うのですけれども、そういう方に対しては何か留意点が必要でしょうか。

内山　認知症の方に特別気をつけなければいけないものは何かというと、けっこう軽い作用の、あるいは副作用が軽いといわれているベンゾジアゼピン受容体作動薬、特に非ベンゾジアゼピン系の薬であっても、ねぼけみたいなことを起こすことがあるのです。

これは一つには、お酒でいうと悪酔いにあたるようなものでしょうか。普通は飲むことによって鎮静化されて少し眠りやすくなるのに、イライラしたり脱抑制を起こし、動き回ってしまったりする副作用があるからです。お酒もGABA系に作用しますが、こうした点ではベンゾジアゼピン受容体作動薬はちょっと似ています。こういったことがあると介護者の方にとっても、ご本人にとってもたいへんなので、認知症のある方にはこういう副作用がない薬ということで、メラトニン受容体作動薬のほうが圧倒的に有利と思います。まずはこれからスタートするのが大切かと思います。

池脇　細かいことで確認ですけれども、超短時間作用型という中には、いわゆるベンゾジアゼピンと非ベンゾジアゼピンの２種類があるように思うのですけれども、違いはあるのでしょうか。

内山　非ベンゾジアゼピンといわれているものは、抗不安作用と筋肉を弛緩させる作用が少なくなっている。ベンゾジアゼピン受容体作動薬というのは安全で、いい薬なのですけれども、脱力作用があるので夜中に目が覚めたりすると転んだりする。こういう脱力作用を弱めたものが非ベンゾジアゼピン系といっている薬です。ですから、こちらのほうが脱力や転倒の危険性は少ないと考えられていますが、抗不安作用がちょっと弱いので、不安でピリピリしているような患者さん、こだわりの強い患者さんには、むしろ従来からあるベンゾジアゼピン系のほうがよく効く、そんな選択になるかと思います。

池脇　そういった治療を始めて、眠れなかった患者さんが眠れるようになったということになりますと、では薬をやめられないか。これは医師も患者さんも思うことだと思うのですけれども、うまくやめていくコツを最後にお聞かせください。

内山　薬を使うようにするとだいたい７時間半とか８時間寝ている患者さんも多いのですけれども、これをもともとの体が要求している睡眠時間に適正化することが重要です。例えば、65歳で８時間眠っている患者さんがいたとします。自然な睡眠時間が６時間と

すると、１時間半か２時間分は薬で眠っていることになります。このままでは、急にやめると２時間分眠れなくなってしまいます。ですから、少し遅寝早起きにしながら寝床で過ごしている時間を適正化し７時間以下にして、不眠症になる前の睡眠時間に近づけながら徐々に減量していく。そうすると、比較的スムーズにできるかと思います。

池脇　最後に、薬物療法だけではなくて、寝床につく時間、朝きっちり起きる等の生活指導も大事ですよとおっしゃいましたけれども、そういったことに関して幾つか付け加えられることはありますか。

内山　薬を出すときには、患者さんは眠りさえすればすべてがよくなると思っていらっしゃる場合が多いのですが、まずは眠れないせいで日中調子が悪いのを治してあげるのが目的ですよということを言ってあげて、きちんと指導していきますから、一緒にこれを守っていきましょうということを確認します。何時ごろに薬をのんで、何時には床につく。休みの日も含めて何時には床から出ましょうということをきちんと患者さんとの間で話し合って、そのうえで薬を投与するのが大切かと思います。

池脇　ありがとうございました。