睡眠障害の薬物治療

日本大学精神医学系主任教授
内　山　　真
（聞き手　池脇克則）

睡眠障害の薬物治療についてご教示ください。
＜東京都勤務医＞

池脇　内山先生、お恥ずかしい話ですけれども、私は、不眠症には、幾つかの決まった薬を出して、「あまり使わなくてもいいよ。必要なときに使えばいいよ」と話すのですが、先生のお書きになったものを見ましたら、これが一番よくない指導だと書いてあって反省しております。さて、まず不眠症の動向から教えてください。

内山　不眠というものは年をとるに従って増えてくるものです。したがって、高齢化が進んでいますので、不眠症で悩んでいらっしゃる方は増えています。

不眠症のお話をすることになりますので、不眠の定義を申し上げますと、寝床に入って眠れないで苦しんでいる状態を不眠といいます。これによって、日中、調子が悪いなということを患者さんが感じたところからが臨床的に何らかのアプローチをしてあげなければいけないところだと考えます。

池脇　寝床に入って眠れないというのは、睡眠障害の中で入眠障害ですけれども、不眠症というのは、それ以外にも幾つかあるということですね。

内山　寝床に入って、寝つきが悪い場合も、夜中に目が覚める場合も、睡眠が浅い場合も、著しく早い時間に目覚めてしまう場合も、どれも含めてということになります。これはよく患者さんが間違えるのですけれども、不眠不休で仕事をするときの不眠は医学的な不眠ではないのです。これは床に入らないという意味で、眠らないような状況を意味します。これは医学的には睡眠不足と呼んでいる状態です。つまり不眠と睡眠不足は、違ったものとしてとらえておくことが大切かと思います。

池脇　不眠ということになって、治療が必要なのかどうか。不眠でも、調子がよければいいとも考えられるのですけれども、不眠がいろいろなほかの弊害というのでしょうか、そういうことで考えるべきなのでしょうか。

内山　そうですね。ですから、患者さんが「寝つくのに時間がかかっているけれども、あまり気にしていません」という場合は、「それだったら、このままでもいいですかね」と言ってあげてもいいと思います。気にならない人にとってはいいのですが、気になり始めると、どうも日中、体調が悪いのは、夜、床に入って眠れない、あるいは寝つけないせいだ、あるいは夜中に目が覚めているせいだ、あるいは朝早く目が覚めてしまって調子が悪いせいだというふうに思い始めます。これが非常にフラストレーションになってくる。こういう状態が不眠症なのです。

池脇　不眠症と高血圧やうつ病などとの関係というのも最近明らかになってきているのでしょうか。

内山　疫学研究では、不眠症の人を何年かフォローしていると糖尿病を発症するリスクが不眠のない人の２倍ぐらいある。あるいは、３倍ぐらいあるなど幾つかの報告がありますが、不眠症自体がこういった生活習慣病の発症にかかわっていて、高血圧になるリスクもやはり２倍近くあると報告されています。最近は、私の専門のうつ病に関しても、不眠症になった人は、長い経過で見ていくと、うつ病になりやすいということが明らかになってきました。

池脇　そういう意味では、不眠を治療することが、うつ病、糖尿病、高血圧の予防にもつながる可能性があるということですね。

内山　そうですね。予防につなげるために、早めにきちんと治してあげることが大切だと考えられるようになっています。

池脇　今回は薬物治療のご質問ですが、やはり生活指導というのは大事ですし、それがあっての薬物治療というふうに考えていいのでしょうか。

内山　そのとおりです。ただ現実的には、こういう考え方でもいいのです。診療時間もなかなか取れない。あるいは患者さんが不眠の苦しさを訴えたのに、「まず生活を直してください」だと苦しさをわかってもらえなかったと思ってしまうこともあると思うんですよ。今ある辛さを軽くしてあげるところから始めないといけない点が臨床ではあるかと思います。そうなると、必要最小限の用量で効果的な治療ができるように、よく患者さんの訴えを聞いて鑑別診断をして、そのうえで生活の指導と一緒にお薬を出すというかたちが、今のところ一番効率がいいのではないかと考えられています。

池脇　具体的にはどういう生活の指

導をされるのでしょうか。

内山　患者さんは、寝床に入っても眠れない状態、つまり不眠になると、日中の調子の悪さを感じるようになり、なんとかたくさん眠ろうと、いろいろな工夫をするのです。例えば、寝つけないと、早く床についてしまう。これは、かえって不眠の苦しさを増加させてしまいます。私たちもいつもより早く床につくと寝つきが悪くなります。体内時計の働きでだいたい寝つけるのは時刻で決まっているので、それより早く就床するとますます眠れない。ですから、よくお話を聞いて、不眠になる前は何時ごろ床に入っていたのかということを確かめたうえで、うまく薬を服用する時刻、床につく時刻を指示してあげてお薬を出すということが大切になってきます。寝つきが悪いときは早寝は禁物ですね。

池脇　不眠で悩んでいる方で、床に入るのが遅いと不眠になってしまうのではないかという心配があるような気がするのですが、そうではないのですね。

内山　実は、早く入って、寝床の中で眠れるか眠れないかと緊張している状態が、よけい目をさえさせてしまうのです。そういうことをしていると、床に入ると眠れない心配をする癖がついてしまう。この心配がさらに不眠の大きな原因になります。お薬を出す場合も、あまり極端な早寝はやめてもらって、夜の時間帯をうまく過ごすようにして、ちょっと眠気を感じたときにお薬を飲んで床につくというようなかたちでやっていただくのがまず第一になります。

池脇　そうすると、床につくのは必ずしも時刻で限らなくてもいいと。先生がお書きになったものを見ると、朝はできるだけ同じ時刻に起きなさいとあります。これはどういうことなのでしょう。

内山　夜眠くなる時刻というのは体内時計によって大ざっぱに決まってきます。体が少し休息状態に入ってくると眠くなるのです。体が休息状態に入ってくるというのは、血圧でいうと、ちょうど５㎜Hgぐらい最高血圧が下がってくる。あと、脈拍も全体にベースラインが下がってくる。深部体温、体の内部の体温が少し下がってくる。こういう変化が起こって眠たくなる。そして安定して眠ることができるのです。こういう体のほうの準備とタイミングは、実は朝、光を浴びてから何時間後、つまり何時間ぐらい活動する状態を体が保っていたかということがあって、その後、休み始めるところに合わせて眠るのがちょうどいいところに当たります。そういう意味では夜眠る前に眠ろうとしてじたばたするよりは、朝ちゃんと早く起きて、いつも同じ時刻に起きるというのが非常に大切なことになってきます。

池脇　薬物治療に関してですが、作用時間等々を勘案しながら出していくというのが基本ですか。

内山　特に、中高年の方々を診察されている場合、作用時間の前に何時間眠らせてあげるかと考えることが必要です。

よく８時間睡眠といわれますが、実は最新の健康人のデータですと、10代では８時間眠っていても、25歳ですと７時間睡眠になる。45歳になると、30分ぐらい減って、夜の睡眠時間は6.5時間ぐらいになる。65歳になると６時間ということで、健康な人はそんなにたくさん眠ることはできないのです。それ以上、床に入っていると、睡眠が浅くなったり、床の中で眠れず、つまり不眠になるのです。長く眠ろうとするとかえって苦しいことになりますから、まずある程度年齢標準ぐらいの睡眠時間にあわせて床の中で過ごすように整えてあげる。７時間前後でしょうか。そのうえでお薬を出すことが重要です。

そうでないと、８時間、９時間、床に入っているのを見逃してしまって、お薬を出しても効果は得られない。「眠れません」と言われると、お薬が増える。するとお薬が大量になったせいで朝からの調子が悪くなって、これが悪循環になっていくのです。

池脇　薬を出すときには、その方がどういう時間帯で寝床についているかも、考えないといけない。

内山　そうですね。ご本人にお聞きすると、必ず睡眠時間は４時間とか３時間という答えが返ってくるのですが、ただ、「寝床に入るのは何時ですか」というのと、あと「床から出るのは何時ですか」というのを聞きますと、けっこう長い方が多くて、圧倒的に８時間以上の方が、特に高齢の方は多いですね。

池脇　ある睡眠剤を出して、「なかなか眠れません」というときに、ではどうしようかというのはいつも迷ってしまうのですけれども、そういう場合に薬を足すのではなくて、もう少し背景を見たほうがいいのでしょうか。

内山　最初に出すときに、寝床につく時刻と、睡眠時間を聞くよりも、寝床に入る・出るというのが非常に大切なポイントになりますので、ここのところを見てあげるのが一番です。それに合わせてお薬を出す。

池脇　基本的には睡眠薬というのは一つの薬を使うことが原則で、何かほかのものと組み合わせるということはないのでしょうか。

内山　１剤で効かなかった場合、例えば寝つくのに、飲んでも１時間半かかるとしたら、１時間半後には眠れるわけですから、床につく時刻とともに、飲む時刻を30分なり１時間遅らせてあげるというのが非常に大切です。

池脇　最後に、最近メラトニン受容体作動薬が出ていますけれども、この

位置づけはどうなっているのでしょうか。

内山　これは、体の眠る準備、先ほど少し血圧が下がったり、体温が下がったりするという、こちらの状態をつくるお薬なのです。ですから、なかなか準備が整わない人に準備を整えてあげるようなタイプのお薬と考えていただければいいかと思います。ですから、これは鎮静作用で眠らせるというよりも、むしろ体のほうの条件を整えてあげて、そこから自然に眠れるようにする。そんなお薬という考え方で使っていったらいいかなと思っています。この点がこれまでの睡眠薬と全く違うところです。このように作用機序の異なるお薬が出てきたことで、それぞれの弱点をうまく補った活用が可能になりました。特に昼夜逆転の方やひどく夜型化した若者などにはメラトニン受容体作動薬は効果がありますし、ベンゾジアゼピン等では寝ぼけたりしやすい認知症の方には安心して投与できるようになりました。

池脇　どうもありがとうございました。