

# 不眠症を一般医がみるときの留意点



飯塚病院総合診療科診療部長

## 清田雅智

1995年長崎大学医学部を卒業。飯塚病院初期研修医、後期研修医を経て1999年総合診療科スタッフ。2010年より現職。2005年Mayo Clinic Infectious Diseasesのvisiting clinician。福島県立医科大学白河総合診療アカデミー特任教授、宮崎大学微生物学非常勤講師、横浜市立大学医学部臨床教授、島根大学医学部統合医学講座共同研究員、九州大学大学院医学教育学講座共同研究員、東京科学大学総合診療医学分野臨床教授を併任。編著書に『総合内科999の謎』『2週間で学ぶ臨床感染症』（いずれもMEDSi）など。

1 不眠と不眠症（そもそも病気なのか、本人が言っているだけなのか）	p02
2 No more Benzo！ ベンゾジアゼピン（BZD）の依存への対応	p04
3 レストレスレッグス症候群（RLS）と不眠——“睡眠の12箇条”の重要性	p10
4 睡眠薬の使いわけ	p22
5 最後に	p24

### アイコン説明

-  注意事項/課題・問題点
-  補足的事項/エッセンス
-  お役立ち/スキルアップ
-  Link  
関連情報へのリンク

### HTML版

スマホでも読みやすいブラウザ表示です。本コンテンツ購入後、無料会員登録することをご利用いただけます。

### 無料会員登録

無料会員登録の手順の解説です。

### オリジナルコンテンツ

日本医事新報社のオリジナルWebコンテンツや関連書籍を検索できます。

### ご利用にあたって

本コンテンツに記載されている事項に関しては、発行時点における最新の情報に基づき、正確を期するよう、著者・出版社は最善の努力を払っております。しかし、医学・医療は日進月歩であり、記載された内容が正確かつ完全であると保証するものではありません。したがって、実際、診断・治療等を行うにあたっては、読者ご自身で細心の注意を払われるようお願いいたします。

本コンテンツに記載されている事項が、その後の医学・医療の進歩により本コンテンツ発行後に変更された場合、その診断法・治療法・医薬品・検査法・疾患への適応等による不測の事故に対して、著者ならびに出版社は、その責を負いかねますのでご了承下さい。

## 私が伝えたいこと

- 不眠症と不眠を区別する。何時に寝て何時に起きるか、中途覚醒、日中の傾眠を必ず聴取する。
- No more Benzo！ベンゾジアゼピン系の依存への対応、強迫症（OCD）への介入も考慮する。
- 本当にレストレスレッグス症候群？非薬物療法“睡眠の12箇条”がまずは重要である。
- 睡眠薬の使いわけ：うつ病のスクリーニングを行った上で、トラゾドンの処方の検討を。



# 1 不眠と不眠症（そもそも病気なのか、本人が言っているだけなのか）

## 1 不眠症の定義と問診の重要性

誰しも、ストレスがかかる状況になると眠れないという日もあるだろう。大事な試験や社運がかかるようなプレゼンの前には、興奮してなかなか寝つけないことはある。“不眠”というのは、眠りたいのに眠れないという自覚症状を指す臨床症状を表しているのであって、疾患名ではない。一方、“不眠症（insomnia）”は疾患名であり、その定義を満たすかどうかは鍵となる。疾患としての不眠症に対しては、薬物療法や非薬物療法を試みることになる。米国睡眠医学会（American Academy of Sleep Medicine：AASM）は2014年に睡眠障害国際分類第3版改訂版（The International Classification of Sleep Disorders, revised diagnostic and coding manual：ICSD-3<sup>1)</sup>）を定義し、2023年にICSD-3-TR（Text Revision）の改訂を行っている<sup>2)</sup>。その内容は膨大で、7つのセクションと約60の疾患が定義されている（表1）<sup>1)</sup>。



Link 〈Web医事新報掲載記事〉

睡眠障害（ナルコレプシーを除く）【私の治療】



Link 〈Web医事新報掲載記事〉

ナルコレプシー【私の治療】



## 表1 睡眠障害国際分類第3版の概要（2014 AASM：米国睡眠医学会）

ICSD-3における主要な診断分類	具体的な障害例
I insomnia（不眠障害群）	慢性不眠障害、短期不眠障害、その他の不眠障害
II sleep-related breathing disorders（睡眠関連呼吸障害群）	閉塞性睡眠時無呼吸症候群、中枢性睡眠時無呼吸症候群、睡眠関連低換気症候群、睡眠関連低酸素症候群、など
III central disorders of hypersomnolence（中枢性過眠症群）	ナルコレプシー type1、type2、特発性過眠症、Kleine-Levin症候群、身体疾患による過眠症、など
IV circadian rhythm sleep-wake disorders（概日リズム睡眠・覚醒障害群）	睡眠・覚醒相後退障害、睡眠・覚醒相前進障害、不規則睡眠・覚醒リズム障害、交代勤務睡眠障害、時差障害、など
V parasomnias（睡眠時随伴症群）	non-REM睡眠関連睡眠時随伴症群、REM睡眠関連睡眠時随伴症群、その他の睡眠時随伴症群、など
VI sleep-related movement disorders（睡眠関連運動障害群）	レストレスレッグス症候群、周期性四肢運動障害、夜間筋こむらがえり、など
VII other sleep disorders（その他の睡眠障害）	身体疾患および神経疾患に関連する睡眠障害

青文字の疾患は一般医が留意すべきもの（特に不眠障害群は重要で、留意する）

（文献1より作成）

## 表2 慢性不眠障害の診断基準 (ICSD-3)

基準 A~Fのすべてを満たす場合に、慢性不眠障害と診断

A. 以下の症状の1つ以上を患者が訴えるか、親や介護者が観察する 1. 入眠困難 2. 睡眠維持困難 3. 早朝覚醒 4. 適切な時間に就床することを拒む(ぐずる) 5. 親や介護者がいないと眠れない
B. 夜間の睡眠困難に関連した以下の症状の1つ以上を患者が訴えるか、親や介護者が観察する 1. 疲労または倦怠感 2. 注意力, 集中力, 記憶力の低下 3. 社会生活上, 家庭生活上, 職業生活上の機能障害, または学業成績の低下 4. 気分がすぐれない, いらいら 5. 日中の眠気 6. 行動の問題(例: 過活動, 衝動性, 攻撃性) 7. やる気, 気力, 自発性の低下 8. 過失や事故を起こしやすい 9. 眠ることについて心配し, 不満を抱いている
C. 眠る機会(睡眠に割り当てられた十分な時間)や環境(安全性, 照度, 静寂性, 快適性)が適切であるにもかかわらず, 上記の睡眠・覚醒に関する症状を訴える
D. 睡眠障害とそれに関連した日中の症状が, 少なくとも週に3回は生じる
E. 睡眠障害とそれに関連した日中の症状が, 少なくとも <b>3カ月間</b> 認められる
F. 睡眠・覚醒困難は, その他の睡眠障害ではよく説明できない

(文献2より作成)

## 表3 短期不眠障害の診断基準 (ICSD-3)

基準 A~Eのすべてを満たす場合に、短期不眠障害と診断

基準 A~Cは慢性不眠障害と共通のため、症状の持続期間以外の基本的な問診は同じが良い

A. 以下の症状の1つ以上を患者が訴えるか、親や介護者が観察する 1. 入眠困難 2. 睡眠維持困難 3. 早朝覚醒 4. 適切な時間に就床することを拒む(ぐずる) 5. 親や介護者がいないと眠れない
B. 夜間の睡眠困難に関連した以下の症状の1つ以上を患者が訴えるか、親や介護者が観察する 1. 疲労または倦怠感 2. 注意力, 集中力, 記憶力の低下 3. 社会生活上, 家庭生活上, 職業生活上の機能障害, または学業成績の低下 4. 気分がすぐれない, いらいら 5. 日中の眠気 6. 行動の問題(例: 過活動, 衝動性, 攻撃性) 7. やる気, 気力, 自発性の低下 8. 過失や事故を起こしやすい 9. 眠ることについて心配し, 不満を抱いている
C. 眠る機会(睡眠に割り当てられた十分な時間)や環境(安全性, 照度, 静寂性, 快適性)が適切であるにもかかわらず, 上記の睡眠・覚醒に関する症状を訴える
D. 睡眠障害とそれに関連した日中の症状は <b>3カ月未満</b> で認められる
E. 睡眠・覚醒困難は, その他の睡眠障害ではよく説明できない

(文献2より作成)

一般医でも、青文字の疾患については遭遇することはあると思われるので留意は必要だろうが、中でもまずは不眠障害群を意識することが重要である。患者に「眠れていますか?」と聞くと、しばしば「眠れています」と答えるが、はたしてそれで不眠症ではないと言えるのだろうか? **表2**の基準Aをみてもらうとわかるが、入眠、中途覚醒と早朝覚醒の異常がないかの確認が必要である<sup>1)</sup>。また、基準Bにあるように、睡眠障害の結果として日中の日常生活に支障があるため、特に疲労感、集中力の低下などによるミスを起こすなど、社会生活上の質の低下がないかを聞く必要がある。それは、倦怠感、血圧上昇、日中の集中力低下などが不眠症によることを、



Link <Web 医事新報掲載記事>

睡眠時無呼吸症候群(SAS) [私の治療]



患者が自覚していないことが多いため、このことに医療側が気づく必要がある。

このため、「何時に床に就いて、何時に起きますか？ 途中目覚めることは何回くらいありますか？ 日中に眠くなったり、最近集中力が低下したりしていませんか？」という内容を必ず聞くようにしている。こういった問診をきちんと取ることは、後述する“睡眠の12箇条”による非薬物的療法でどこに注意すべきかを確認する上でも重要になる。**表2**と**表3**は慢性と短期の不眠障害の基準を表しており、ともにすべての項目を満たすことが診断基準である<sup>2)</sup>。基準A～Cは共通していることに留意すると、実際には3カ月未満か以降かで分けられていると考えて差し支えなく、基本的な問診は一緒に良い。

## 関連書籍



いま知っておきたい 現代の睡眠障害：岡 靖哲編集，B5判，184頁。「不眠症」「睡眠時無呼吸症候群」「レストレスレッグス症候群」など主要7疾患について、「どう疑うか？」「どう対応するか？」「いつ専門医に紹介するか？」を軸に診断・治療の進め方を整理。「COVID-19と睡眠」「睡眠負債と社会的時差ばけ」「インターネット・ゲーム障害と睡眠」などの最新トピックスも紹介。



## 2 No more Benzo ! ベンゾジアゼピン (BZD) の依存への対応

### 症例 1

70歳，女性

主訴：polypharmacyの調整の依頼

現病歴：心療内科などに受診既往があった。頭部打撲後に呂律不良で病院を受診し頭部CTで急性硬膜下出血，外傷性くも膜下出血があり他院に入院した。今回の外傷の背景にpolypharmacyによる転倒の可能性があり，再発防止を考慮しての薬剤調整の依頼で外来紹介された。

### 処方（初診時）

エチゾラム	0.5mg	2錠 分1 寝る前
トラゾドン	25mg	1錠 分1 寝る前
ドグマチール	50mg	2錠 分2 朝，夕
ピレチア	25mg	2錠 分2 朝，夕
アセトアミノフェン	500mg	2錠 分2 朝，夕
ツートラム	50mg	2錠 分2 朝，夕
ソラナックス	0.4mg	1錠 分1 夕
ベタニス	50mg	1錠 分1 夕
ソリフェナシン	5mg	1錠 分1 夕

\*下線はポイントと知っているところ

### 1 BZD 依存リスクと使用上の注意点

心療内科の薬剤は4～5年前から処方されていたものであった。ベンゾジアゼピン (BZD) を1カ月以上使用した患者のおよそ半数に依存が生じる

**表4 BZDは睡眠薬と抗不安薬にわかれる**

睡眠薬	薬物半減期	代謝物半減期	抗不安薬	薬物半減期	代謝物半減期
超短時間作用型 トリアゾラム (ハルシオン®)	1.5~5	—	短時間~中間作用型 ロラゼパム (ワイパックス®)	2	—
短時間作用型 プロチゾラム (レンドルミン®)	3~6	3~6	アルプラゾラム (コンスタン®)	12~15	1
ロルメタゼパム (エバミール®)	8~14	8~14	ブロマゼパム (レキソタン®)	8~14	8~14
中間作用型 フルニトラゼパム (サイレース®)	10~30	20~30	長時間作用型 ジアゼパム (セルシン®)	24~48	≤ 200
ニトラゼパム (ネルボン®)	18~30	—	クロルジアゼポキシド (バランス®)	6~38	≤ 200
長時間作用型 フルラゼパム (ダルメート®)	2~3	≤ 100	クロバゼパム (リボトリール®)	50	20
			クロラゼパム (メンドン®)	2~3	≤ 200
			メダゼパム (メダゼパム®)	2~2.5	≤ 200

\*単位はhr

(文献3より作成)

とされている<sup>3)</sup>。この症例でもBZD依存症の疑いがある。厳密にはBZDは、睡眠薬と抗不安薬とに分類されているが(表4)<sup>3)</sup>、いずれも脳内のγ-aminobutyric acid (GABA) type Aに作用する点では共通している。

1960年代にクロルジアゼポキシドが最初に承認され、世界的には20種類前後が薬剤承認を受けているが、当時は睡眠薬と言えばBZDが目された時代である。現在は様々な薬剤が使用できる環境にあるので、第一選択薬としては使わないというのが、一般医の心得であろう。

以前、当院にピッツバーグ大学の家庭医のJeannette South-Paul教授が来院され、不眠症のレクチャーをされた。そのときに、“No more Benzo!”ということを変に強調されており、トラゾドンを上手に使うべきだとレクチャーされた。それ以来、BZDを極力使わないようにしてきたが、案外うまくいくことに気づいている。このあたりは、自分で処方する薬剤の感覚(この薬を何錠使うと、患者にはこのような反応が出るのだという感覚)が大事だと思う。

症例に戻ると、上記のエチゾラム(デパス)は、神経症、心身症、うつ病にも適応があるが、一方で不眠症にも適応がある。ソラナックス(アルプラゾラム:コンスタン®)は心身症における身体症状、不安・緊張・抑うつ・睡眠障害に適応を持ち、不眠症の適応はない。いずれも保険診療上は30日以内しか処方できない長期処方制限がある薬剤である。寝る前に処方されている点で、エチゾラムとトラゾドンは睡眠薬として処方、夕方に内服しているソラナックスは不安に対して処方されているのがわかる。しかしながら、1年以上長期処方をされていることから、BZDの依存を起していると考えるのが妥当である(表5)<sup>3)</sup>。

中止時に離脱症状が出ることが多いので、留意が必要であり、最初にこの話を患者に行った(表6)<sup>4)</sup>。

#### トラゾドン (Trazodone)

セロトニン再取り込み阻害と、セロトニン5-HT<sub>2</sub>受容体遮断作用がある。もともとは抗うつ薬として開発され、強い鎮静作用と催眠作用があることから、海外では睡眠薬としても使用される。国内では、うつ病、うつ状態への保険適用があり、この場合は初期量75~100mgを分3~4で投与し、200mgまで増量可能。海外では、睡眠薬としては25mg 1~4錠を寝る前に使用する。2錠以上使用するときには抗コリン作用に留意が必要で、日本人では1~2錠が無難。安価なのが特徴。