



# 睡眠障害

竹内 悠<sup>†</sup>

IRYO Vol.73 No.10 (456-461) 2019

【キーワード】 睡眠障害, 不眠症, 治療

## 要旨

睡眠障害は睡眠の異常によってさまざまな社会生活機能の障害が生じる病態の総称である。

睡眠障害は多岐にわたり、その原因もさまざまであり、1つの症例で原因が単一であることは少なく、複数の要因が組み合わさって発症に至ることが多い。

また、多様な睡眠障害を実地臨床で鑑別するのは容易ではない。

睡眠障害の中で、「不眠」は外来でも病棟でも、最も多い訴えの1つであり、日本では、一般成人のうち約21%が不眠に悩んでおり、約15%が日中の眠気を自覚しているとの調査結果がある。2014年に改訂されたICSD-3の診断分類において、不眠症は①慢性不眠障害②短期不眠障害③他の不眠障害の3種類に分類されている。これは、以前のICSD-2における分類と比べて非常にシンプルなものとなり、専門家以外でも扱いやすいものとなっている。また併発する精神・身体疾患の病状や治療にかかわらずに診断が可能であることから、不眠に苦しむ患者への治療導入をより速やかに行えるという利点もあると考えられる。不眠症の治療においては、薬物療法と睡眠習慣指導（認知行動療法）をバランスよ

く活用して、治療を行う必要がある。現在主に国内で用いられる睡眠薬として第一に挙げられるのは、ベンゾジアゼピン系薬物である。しかし近年は副作用の観点から、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、メラトニン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬など、副作用のリスクが相対的に低減されているとされている薬剤の使用頻度も増えている。睡眠障害は、接する機会の多い疾患であるが漫然と治療されがちでもある。改善に乏しい場合は、改めて丁寧な問診を行い、診断を見直す必要もある。

## はじめに

睡眠障害は睡眠の異常によってさまざまな社会生活機能の障害が生じる病態の総称である。睡眠の異常には、1) 睡眠の質や量、出現パターンの異常がある（不眠、リズム障害）、2) 覚醒機能の異常（過眠）がある、3) 睡眠中に異常な精神身体現象（異常行動、不随意的な筋活動、自律神経活動、パニック症状など）がある場合に大別される<sup>1)</sup>。米国睡眠医学会による睡眠障害国際分類（International Classification of Sleep Disorders: ICSD）は2014年に改訂され、症状の特徴や病態から大きく7群に大別され、下位分類が存在する（表1）<sup>2)</sup>。

国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 <sup>†</sup>医師

著者連絡先：竹内 悠 国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1

e-mail : dtakeuchi@hospk.ncgm.go.jp

(2019年5月8日受付, 2019年9月13日受理)

Sleep Disorder

Transition to Community Life from Psychiatric Emergency Service and Acute Care

Yu Takeuchi, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

(Received May 8, 2019, Accepted Sep.13, 2019)

Key Words : sleep disorders, insomnia, treatment

表 1 睡眠障害の分類 (ICSD-3)

①不眠症 慢性不眠障害, 短期不眠障害
②睡眠関連呼吸障害群 閉塞性睡眠時無呼吸障害, 中枢性睡眠時無呼吸症候群, 睡眠関連低換気障害
③中枢性過眠症群 ナルコレプシー, 特発性過眠症, 睡眠不足症候群
④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, 交代勤務障害, 時差障害
⑤睡眠時随伴症群 REM 睡眠行動障害, 睡眠時遊行症, 睡眠関連摂食障害
⑥睡眠関連運動障害群 むずむず脚症候群(レストレスレッグス症候群), 周期性四肢運動障害
⑦その他の睡眠障害

表 2 5つのP

①身体的原因(Physical) 熱性疾患, 腫瘍, 血管障害, 心疾患, 消化器疾患, 内分泌代謝疾患, 喘息・慢性閉塞性肺疾患, 中枢神経疾患, 皮膚疾患など
②生理学的原因(Physiological) 時間帯域変化(時差), 交代勤務, 入院, 不適切な睡眠衛生など
③心理学的原因(Psychological) 精神的ショック・ストレス, 生活上の不安など
④精神医学的原因(Psychiatric) 気分障害, 神経症性障害, 統合失調症, パニック障害, アルコール依存症など
⑤薬理学的原因(Pharmacological) アルコール, カフェイン, ニコチン, ステロイド, インターフェロン, 甲状腺薬, 抗腫瘍薬, 降圧薬など

## 睡眠障害の原因

睡眠障害は多岐にわたり, その原因もさまざまである。また, 1つの症例で原因が単一であることは少なく, 複数の要因が組み合わさって発症に至ることが多い。そのため, 診療の際には睡眠障害の原因として考えられる要因を網羅的に査定していく必要がある。これらの原因を見落とさずに対応するために, 広く使われている考え方に「5つのP」というものがあり, これは5つに大別した原因の頭文字をとってこのように表現されている(表2)<sup>3)</sup>。

## 睡眠障害の鑑別

表1に例示したような多様な睡眠障害を実地臨床で鑑別するのは容易ではない。

そこで, 夜間および日中の睡眠関連症状から実地臨床で遭遇する可能性の高い睡眠障害をスクリーニングする診断フローチャートが作成されている(図1)。

睡眠障害の中で「不眠」は外来でも病棟でも最も多い訴えの1つであり, 糖尿病をはじめとする生活習慣病の危険因子であることが示唆されている<sup>4)</sup>。

日本では, 一般成人のうち約21%が不眠に悩んでおり, 約15%が日中の眠気を自覚しているとの調査

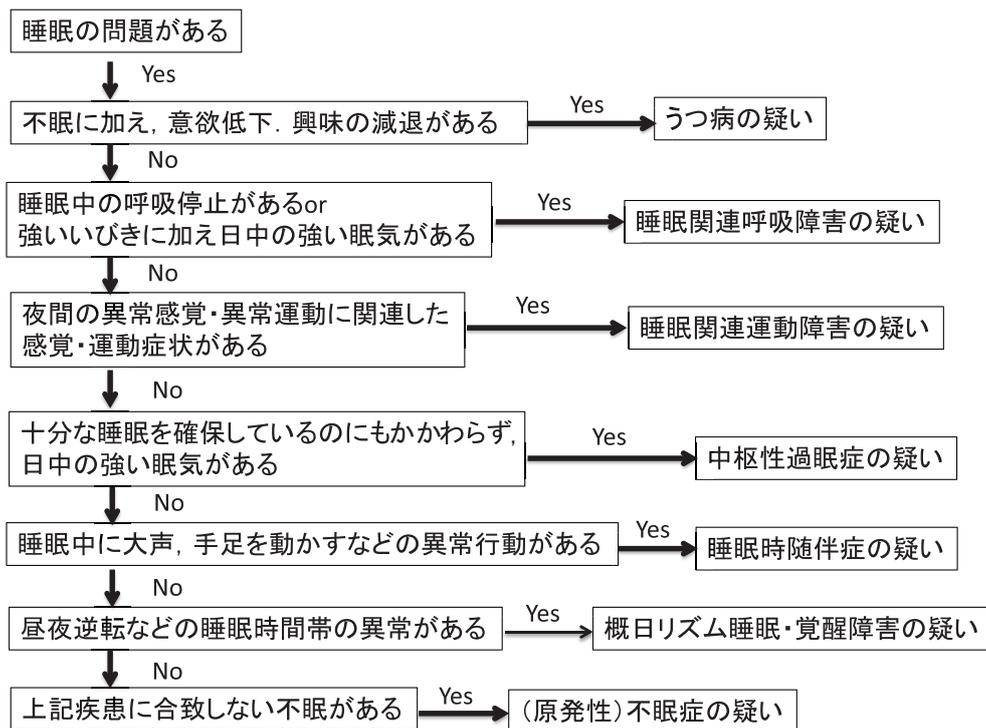


図1 睡眠障害の鑑別疾患フローチャート  
(文献1)から改変して引用

結果がある。つまり、成人の5人に1人、1,500万～2,000万人が不眠に悩んでいると推計される。患者が不眠を訴えた際に鑑別すべき疾患としては、睡眠時無呼吸症候群、周期性四肢運動障害、レストレスレッグス症候群など多岐にわたる<sup>5)</sup>。本稿では睡眠障害の中でも、とくに不眠に焦点をあてて概説する。

## 不眠の病態生理

自然環境、社会環境、個体内環境の3つが睡眠に影響を及ぼすとされる。個体要因に焦点を当てると、脳の覚醒機構をさらに刺激するような身体的、精神的、心理社会的ストレス、さらに薬剤因子が加わると入眠は妨害される。入眠困難では脳幹網様体賦活系をさらに活性化させる要因：①不安②痛み③かゆみなどの検討が必要になる。睡眠の維持の障害（睡眠の分断）では徐波睡眠に関連するセロトニン、レム睡眠に関連するアセチルコリンなどの神経伝達物質の分泌を阻害する要因の検討が必要である(図2)<sup>6)</sup>。

## 不眠症の分類

眠る機会や環境が適切にあるにもかかわらず、睡眠の開始と持続、安定性、あるいは質に持続的な障害が認められ、その結果何らかの日中の障害をきた

す場合に不眠症と定義される。これまでは発症原因に基づいた「不眠症群」として細分化され分類が行われてきたが、改定後のICSD-3では、不眠は発症原因から完全に分離され、単純に不眠の罹病期間のみに基づいて分類された「不眠障害」として扱われることとなった。この変更は不眠症を原疾患から独立した「併発疾患」として治療すべきであるという見解である。表3に改定前(ICSD-2)と改定後(ICSD-3)の不眠症の診断分類を示す<sup>2)7)</sup>。

このようにICSD-3の診断分類はICSD-2のものに比べて非常にシンプルなものとなり、専門家以外でも扱いやすいものとなっている。また併発する精神・身体疾患の病状や治療にかかわらず診断が可能であることから、不眠に苦しむ患者への治療導入をより速やかに行えるという利点もあると考えられる。一方で、ICSD-2で採用されていた、いわゆる「熟眠障害」や「不眠による日中の身体症状」の項目がICSD-3で削除された。そのため、不眠症患者でしばしば認める睡眠誤認(寝られているのに寝た気がしないと訴えること)や不眠の影響で出現した高血圧による頭痛などが不眠の関連症状として扱わなくなった。結果として不眠症と診断されるべき患者を見逃しかねないため、現行の診断基準を利用する際には、これらの問題点も把握した上で利用することが望ましい<sup>6)</sup>。

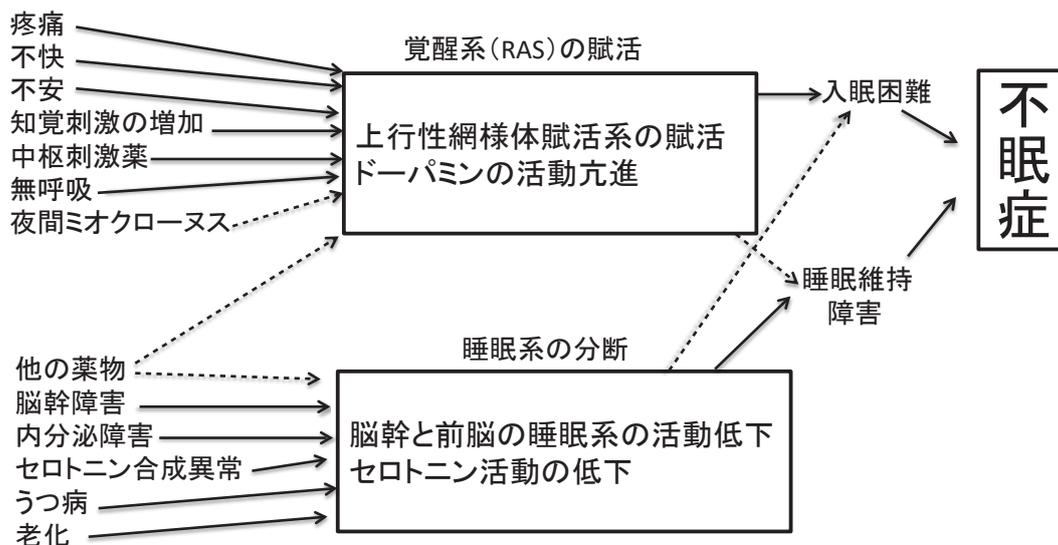


図2 不眠症の病態生理  
(文献6) から改変して引用)

RAS:Reticular Activating System

表3 睡眠障害国際分類(ICSD)-2, 3の不眠症の比較

ICSD-2(不眠症群)	ICSD-3(不眠障害)
①適応障害性不眠症(急性不眠症)	① 慢性不眠障害
②精神生理性不眠症	② 短期不眠障害
③逆説性不眠症	③ 他の不眠障害
④特発性不眠症	
⑤精神疾患による不眠症	
⑥不適切な睡眠衛生	
⑦小児期の行動性不眠症	
⑧薬物または物質による不眠症	
⑨身体疾患による不眠症	
⑩物質または既知の生理的病態によらない、特定不能な不眠症	
⑪特定不能な生理的(器質性)不眠症	

ICSD: International Classification of Sleep Disorders

望まれる起床時刻より少なくとも30分早く覚醒し、結果として睡眠時間が短縮するものを指す。しかし、早朝覚醒とされる正確な時刻は通常のが就寝時刻によってかなり異なる。たとえば、覚醒が午前4時の時、就寝時刻が午前1時であれば、臨床的な意義はあるが、就床時刻が午後9時の場合はそうではない。

不眠症は一時的あるいは出来事にともなう形でもおこる。しかし、週3回以上の睡眠困難が3カ月以上持続するようになると、臨床的に問題となるような日中への悪影響や、より長期で重篤な病的転帰が生じる。このため、慢性不眠障害の診断を確定するためには、この頻度と持続期間をみとさなければならぬ。

## 慢性不眠障害

診断基準を表4に示す<sup>2)</sup>。基本的特徴は、頻回で持続する入眠や睡眠維持の困難であり、結果として睡眠全体に満足できなくなることである。慢性不眠障害の臨床症状のすべてを呈する患者は人口の約10%である。男性よりも女性に多く、また、高齢者に多い。入眠困難の基準は小児や若年者では寝つくまでに20分以上を要すること、中高年者では30分以上を要することとされている。睡眠維持困難は、夜間に覚醒し再入眠できなくなることや、最終覚醒が本来の覚醒時間よりかなり早くなることを指す。早朝覚醒についての十分な定義はないが、一般的には

## 短期睡眠障害

診断基準は慢性不眠障害と大きくは変わらない(表4)。

持続が3カ月以内の短期睡眠障害の場合、誘因となる原因が特定できることが多い。成人における有病率は15-20%といわれており、慢性不眠障害と同様、女性、高齢者に多い。通常、急性の特定可能な出来事やストレスが、この型の不眠を引き起こす。誘因としては人間関係の変化や対立、仕事のストレス、個人的な喪失体験、知らない場所への転居や訪問等が挙げられる。

表4 慢性不眠障害・短期睡眠障害の診断基準

- 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. 過失や事故をおこしやすい。 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、上述の睡眠・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、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は、少なくとも3カ月間認められる。
- 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。

※短期不眠障害の診断基準もほぼ同じであるが、E. が3カ月未満であり、D. は基準に含まれない。  
 ※睡眠・覚醒困難が、数年の経過の中で、数週間続く再発性のエピソードを呈するが、どの1回のエピソードも3カ月に満たない患者がいる。この場合でも、断続的な睡眠困難が長期間続いていることを考えれば慢性不眠症を診断すべきである。

## 不眠の治療

薬物療法の基本原則は、1) 適正な薬剤選択と用量設定、2) 安全性の担保、3) 出口を見据えた治療ビジョン、の3点である<sup>4)</sup>。したがって薬物療法と睡眠習慣指導(認知行動療法)をバランスよく活用して治療を行う必要がある。現在主に国内で用いられる睡眠薬として第一に挙げられるのは、ベンゾジアゼピン系薬物である。

ベンゾジアゼピン系薬物は、耐性、休薬時の離脱症状、平衡機能障害や筋弛緩による転倒や骨折などのリスクがあり、慎重に用いるべきである。近年は非ベンゾジアゼピン系睡眠薬、メラトニン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬はこれらのリスクが相対的に低減されているとされ、使用頻度も増えている。

一般的には、入眠困難には超短時間・短時間作用型が、中途覚醒や早朝覚醒などの睡眠維持障害には中間・長時間作用型が推奨される。しかし、国内の睡眠薬の処方動向調査では、不眠のタイプにかかわらず超短半減期もしくは短半減期の睡眠薬が用いられる傾向が強い<sup>8)9)</sup>。また、総合病院の入院患者(平均年齢72歳)を対象にして行われた先行研究では、睡眠薬を服用している患者の2/3は治療後にも不眠症が改善していなかった<sup>9)</sup>との報告もある。高齢者では薬剤代謝能が低下し、転倒や認知機能障害のリスクが高いことを勘案すると、作用時間の短い睡

眠薬を選択するのは理に適っている面もある。しかし、不眠症状が改善しないままに睡眠薬を漫然と継続しているのでは重症化、慢性化する可能性が懸念されるため、不眠症状のタイプにマッチした薬剤を選択し、薬効と持ち越し効果を適宜評価する姿勢が大事である<sup>10)</sup>。

## おわりに

睡眠障害は、接する機会の多い疾患であるが漫然と治療されがちでもある。診療の場においては、発症・悪化の原因となった要因を丁寧に見極めて治療の照準を定める必要がある。改善に乏しい場合は、改めて丁寧な問診を行い、診断を見直す必要もあると考える。

**著者の利益相反:** 本論文発表内容に関連して申告なし。

### [文献]

- 1) 三島和夫. 睡眠障害の治療-薬物療法を中心に. 臨と研 2018; 95: 1301-10.
- 2) American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed.: Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
- 3) 岩下正幸, 伊藤 洋. 睡眠障害の種類と原因. 成

- 人病と生活習慣病 2018 ; 48 : 863-7.
- 4) 森岡与明, 稲葉雅章. 睡眠障害は2型糖尿病の発症リスクを高めるか? -インスリン分泌と作用機序の側面から-. 睡眠医療 2018 ; 12 : 9-15.
  - 5) 厚生労働省. 生活習慣病予防の為の健康情報サイト [https://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease\\_sleep.html](https://www.mhlw.go.jp/kokoro/known/disease_sleep.html)
  - 6) 粥川裕平. 不眠症の診断と治療. 日本臨牀 2008 ; 66(増刊2 臨床睡眠学) : 182-202.
  - 7) American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders : Diagnostic and Coding Manual, 2nd ed. Westchester. IL : American Academy of Sleep Medicine ; 2005.
  - 8) 三島和夫. 日本人における睡眠薬の使用実態とその問題点に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金・長寿科学総合研究事業「高齢者に対する向精神薬の使用実態と適切な使用方法の確立に関する研究」平成20-22年度総合研究報告書, 2011, 165-88.
  - 9) Enomoto M, Tsutsui T, Higashino S et al. Sleep-related Problems and Use of Hypnotics in Inpatients of Acute Hospital Wards. Gen Hosp Psychiatry 2010 ; 32 : 276-83.
  - 10) 三島和夫. 睡眠薬の種類と正しい使い方. 成人病と生活習慣病 2018 ; 48 : 879-85.