

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

カレントセラピー (2007.01) 25巻1号:21～25.

【不眠症 Common diseaseの病態と心身への影響】  
不眠を呈すことの多い精神身体疾患  
精神障害における睡眠障害

千葉 茂, 稲葉央子, 田村義之

# 精神障害における睡眠障害

千葉 茂<sup>\*1</sup>・稲葉央子<sup>\*2</sup>・田村義之<sup>\*2</sup>

## abstract

睡眠障害は、多くの精神障害において高率にみられる症状である。睡眠障害は、精神障害の初発症状として、あるいは再発時には初期症状として出現することも多い。したがって、プライマリ・ケア医は、患者が睡眠障害を訴える場合、その背景に精神障害が存在する可能性を常に念頭に置いた診療を行う必要がある。本稿では、まずプライマリ・ケア医が精神障害における睡眠障害を診る際のポイントを挙げ、次に精神障害にみられる睡眠障害の特徴、および治療の原則について述べた。睡眠障害は、精神障害の諸症状の推移に伴って増悪・改善を示すことが多い。睡眠障害の治療に際しては、本質的な精神障害に対する根本的治療を念頭に置きながら、睡眠障害に対する迅速かつ適切な対応を図るべきである。

## I はじめに

睡眠障害は、多くの精神障害において高率にみられる症状であり、例えば、うつ病では患者の80～85%に出現する<sup>1)</sup>。睡眠障害は、精神障害の初発症状として、あるいは再発時には初期症状として出現することも多い。一方、睡眠障害に対して早期に適切な治療を行うことは、精神障害の臨床経過を軽微化したり、時には精神障害の発症を防ぐこともある。したがって、プライマリ・ケア医は、患者が睡眠障害を訴える場合、その背景に精神障害が存在する可能性を常に念頭に置いた診療を行う必要がある。

本稿では、まずプライマリ・ケア医が精神障害における睡眠障害を診る際のポイントを挙げ、次に精神障害にみられる睡眠障害の特徴、および治療の原則について述べる。

## II 睡眠障害の診かた

### 1 睡眠障害の有無

最近、プライマリ・ケアにおける睡眠医療の重要性が指摘されているにもかかわらず<sup>2)</sup>、医師が日常診療のなかで患者の睡眠について尋ねることはいまだに少ないようである。初診時は必ず、また再診時には定期的に、患者が睡眠障害を有しているか否かを尋ねる姿勢が望まれる。

### 2 睡眠日誌の利用

睡眠障害には、「夜間の不眠」だけでなく「過度の日中の眠気」もある。また、両者の間には密接な関連性がある。例えば、夜間の睡眠不足は翌日の過度の日中の眠気をまねき、一方、日中に十分な睡眠をとれば夜間に眠れなくなる。したがって、患者には夜間のみならず日中における睡眠についても尋ねることが必要である。

睡眠日誌<sup>3)</sup>は、毎日の睡眠を自分で記入していく

\*1 旭川医科大学医学部精神医学講座教授

\*2 旭川医科大学医学部精神医学講座

日誌である。これによって、毎日の睡眠・覚醒の状況が容易に把握できる。例えば、外来において、患者と医師と一緒に睡眠日誌を検討すれば、睡眠障害の概要がわかるだけでなく、今後の治療について話し合うこともできる。このように、睡眠日誌は、睡眠障害の診断や治療評価にきわめて有用である。

### 3 不眠の持続期間

不眠の持続期間については、一過性不眠(数日間)、短期不眠(1~3週間)、および長期不眠(1カ月以上)に大別される。一過性不眠は急性のストレスで引き起こされる。短期不眠は、職業上あるいは家庭生活上の悩みやストレスによって生じることが多い。長期不眠は、身体疾患や、うつ病をはじめとする種々の精神障害において出現する。

### 4 不眠のタイプ

不眠のタイプには、入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、および熟眠障害(熟眠感欠如)がある。例えば、ストレスによって一過性不眠や短期不眠を呈する場合は、入眠困難がみられることが多い。うつ病では、これらのすべてのタイプがみられるが、特徴的なのは反復する中途覚醒と早朝覚醒である<sup>1)</sup>。不眠のタイプによって、用いる睡眠薬やその他の治療法も異なってくる。

### 5 睡眠・覚醒リズム

睡眠・覚醒リズムについての情報も重要である。例えば、睡眠時間帯(睡眠相)が数時間ほど遅延したり(例:睡眠相後退症候群)、あるいは睡眠・覚醒リズムが不規則になったり、昼夜逆転することもある(例:せん妄)。睡眠日誌は、このようなリズム障害の把握にも適している<sup>4)</sup>。

### 6 睡眠時の異常現象

睡眠時には、さまざまな異常現象が出現しうる。例えば、睡眠障害国際分類<sup>1)</sup>では、睡眠時随伴症(parasomnias)として、①覚醒障害(例:睡眠時遊行症、睡眠時驚愕症)、②レム睡眠に関連するもの(例:レム睡眠行動障害、悪夢)、および③その他(例:睡眠に関連する解離性障害、睡眠時遺尿症)が挙げられている。これらのほかにも、睡眠呼吸障害、てんかん発作、せん妄なども睡眠時の異常現象として現れる<sup>5)</sup>。

### 7 過度の日中の眠気

過度の日中の眠気がある場合には、薬剤を含む身体的原因による眠気、睡眠不足の自覚がない睡眠不足症候群、睡眠時無呼吸症候群、周期性四肢運動障害、むずむず脚症候群、ナルコレプシー、アルコールやその他の常用薬による薬剤惹起性の眠気、双極性感情障害、季節性感情障害、サーカディアンリズム睡眠障害、特発性過眠症、反復性過眠症などが考えられる<sup>6)</sup>。

### 8 睡眠衛生

睡眠障害を解消し、適正で質のよい睡眠をとる条件を整えることを、睡眠衛生とよぶ<sup>7)</sup>。言い換えれば、快眠のためのコツである。例えば、①眠る前にカフェインなどの刺激物摂取を避ける、②就寝時刻にこだわらず起床時刻を一定にする、③朝にまぶしい光を浴びる、④昼寝は午後3時までの短時間(30分以内)にする、⑤午後から夕方の適度な運動は熟睡をもたらす、⑥寝酒は不眠をもたらすので控える、などである<sup>2)</sup>、<sup>8)</sup>。患者の生活習慣をよく聴き、日常生活全体について、睡眠衛生(睡眠障害対処12の指針)<sup>2)</sup>、<sup>8)</sup>の観点から指導することが望ましい。

### 9 睡眠障害に伴う心理的变化

睡眠障害に伴って、心理的变化が生じているかどうかを明らかにする。例えば、不眠が出現し始めた時期に、職場でストレスが生じているとか、あるいは、落ち込んだ気分が続いている、などの心理的变化が生じていることがある。プライマリ・ケア医が睡眠障害を訴える患者の心理的变化に気づくのは容易なことではないかもしれないが、「なにか気がかりなこともありますか」などと尋ねると、むしろ患者のほうから心の変化を打ち明けてくることもまれではない。

うつ病が疑われ、患者に自殺について尋ねる場合、最初は「なんとなく将来に希望がもてない気がしますか」などと質問し、肯定するようであれば、さらに「生きていても仕方がないと思うことはありますか」、「死にたくなることもありますか」などと尋ねていくとよい<sup>2)</sup>。自殺を考えているようであれば、速やかに精神科専門医に紹介すべきである。

### 10 患者の睡眠障害に対する「構え」

患者が自分自身の睡眠障害をどのように解釈して

いるのかという「構え」を把握することも重要である。例えば、精神生理性不眠では、不眠へのこだわりが強いために日中から今日は眠れるだろうかと心配してしまう。睡眠不足症候群では、夜間睡眠の不足を自覚せずに、日中の眠気を異常とみなしている。慢性期統合失調症では、不眠に対してしばしば無関心である。躁病では、睡眠時間が著しく短縮しても「爽快で体調が良いのは熟睡している証拠だ」と解釈する。このように、患者の睡眠障害に対する「構え」に、基盤にある精神障害の特徴が見えてくることもある。

### 11 慎重な睡眠薬処方

複数の医療機関にかかっている患者では、睡眠薬をはじめとする精神科治療薬が重畳して処方されていることもあるので注意する。

睡眠障害を訴える患者に対して、安易に睡眠薬を処方してはならない。こうした患者のなかには、実際には睡眠障害が認められない場合や、睡眠薬が不眠の原因となっている身体疾患を悪化させてしまう場合もあるからである<sup>2)</sup>。

薬物を乱用する目的で、あるいは犯罪に用いる目的で、詐病を装い、合法的に睡眠薬を入手しようとする人々が受診してくる可能性もある。この可能性が懸念される場合には、医師として安易な処方できないことを明確に伝えるべきである。

### 主な精神障害でみられる睡眠障害

以下に、睡眠障害国際分類（2005年）<sup>1)</sup>を参考にしながら、主な精神障害<sup>9)</sup>における睡眠障害の特徴を要約する。

#### 大うつ病 (major depressive episode)

患者の80～85%は不眠（中途覚醒、早朝覚醒、入眠困難、および熟眠感欠如）を呈する。睡眠ポリグラフ（polysomnography: PSG）では、これらに一致する異常所見が認められる。すなわち、中途覚醒の増加、早朝の覚醒、入眠潜時の延長、および睡眠段階3・4の減少がみられる。このほかに、レム睡眠出現潜時の短縮、夜間睡眠の早期のレム睡眠の増加、レム睡眠の相性活動（眼球運動）の増加などがみられる。

一方、大うつ病患者の15～20%は過眠を呈することを忘れてはならない。なお、大うつ病の過眠については、入眠潜時反復測定検査のような客観的検査を行っても、異常所見は認められない。

#### 躁病 (manic episode)

睡眠欲求および睡眠量が減少する。重篤な不眠が、躁病エピソードの初期症状として出現したり、あるいは躁病エピソードを誘発することもある。重篤な不眠の場合は、患者は爽快感に満ち溢れ、数日間眠らなくても疲労を感じない。また、重篤な不眠を示す患者では治療反応性が不良ことが多い。なお、躁病のPSG所見は大うつ病のものと同様である。

#### 不安障害 (anxiety disorders)

通常、不安障害の患者は、不眠、および夢の異常を訴える。PSGでは、入眠潜時の延長、中途覚醒の増加、早朝の覚醒、睡眠効率の低下、および総睡眠時間の短縮が認められる。レム睡眠およびノンレム睡眠自体には、明らかな変化はみられない。

#### <パニック障害 (panic disorder)>

予期しないパニック発作が繰り返し起こるもので、発作がもっと起こるのではないかと、発作によって気がおかしくなるのではないかなどと心配する。患者の多くが夜間睡眠時のパニック発作を示し、また、患者の少なくとも3分の1が夜間睡眠時の反復性のパニック発作を有する。この発作は、睡眠段階2または3から突然覚醒した際に起こる。発作の直前に夢をみていることはなく、パニック発作の症状を示しながら目を覚ます。この睡眠時パニック発作が終了した直後は、患者は再び眠りに就くことに恐怖を抱き、眠れなくなる。本症は、てんかん、甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能亢進症、褐色細胞腫、心疾患、などと慎重に鑑別すべきである。

#### <外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder)>

危うく死ぬ、あるいは重傷を負うような出来事を体験したり目撃する、という極度の外傷的ストレスに続いて起きてくるものである。この外傷的出来事は、反復する苦痛な想起として、あるいは、反復する苦痛な夢として、何度も再現する（フラッシュバック）。外傷的出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりすることもある。外傷後ス

トレス障害では、持続的な覚醒亢進状態（入眠困難、睡眠維持困難、易刺激性または怒りの爆発、集中困難、過度の警戒心、あるいは過剰な驚愕反応）がみられる。外傷的出来事の反復性の苦痛な夢（悪夢）は、本症の診断上重要である。本症では、70～90%という高い率で主観的睡眠障害がみられる。しかし、PSGでは、睡眠構造やレム睡眠に関する一定の異常所見は見いだされていない。

<全般性不安障害（generalized anxiety disorder）>

仕事や学業などの出来事・活動について、過剰な不安と心配（予期憂慮）が、少なくとも6カ月間は出現する。不安と心配には、落ち着きのなさ、緊張感、過敏、易疲労、集中困難、易刺激性などが随伴する。また、入眠困難、睡眠維持困難、熟眠感欠如などの睡眠障害がみられることが多い。PSG研究は数少ないが、睡眠効率の低下、総睡眠時間の短縮、中途覚醒の増加、徐波睡眠の減少が報告されている。

#### **統合失調症（schizophrenia）**

本症の多くの患者で、睡眠障害が認められる。臨床的観察では特に入眠障害が注目されている。例えば、本症の患者では、不安や落ち着きのなさを示しながら、床に就いてもなかなか入眠できない。時には、昼夜逆転の睡眠覚醒リズムを示すこともある。この睡眠障害は慢性期よりも急性期において顕著にみられる。急性期や再燃時には、睡眠障害は初期症状として現れることも少なくない。本症の睡眠障害は、陽性症状（妄想、幻覚など）と密接に関連して出現したり、自傷の要因になることも知られている<sup>10)</sup>。したがって、本症の睡眠障害に対する治療は、早期から積極的に行うべきである。

本症のPSG所見としては、入眠潜時の延長、総睡眠時間の短縮、睡眠効率の低下、睡眠段階2の減少、睡眠段階3と4の減少、レム睡眠の減少、レム睡眠出現潜時の短縮などが特徴的である。

#### **脳器質性疾患**

アルツハイマー病をはじめとするさまざまな神経変性疾患、脳血管障害、脳腫瘍などが睡眠障害を呈する。

アルツハイマー病は、老年期の認知症において最も頻度が高い疾患である。アルツハイマー病患者の睡眠構造の特徴として、睡眠段階3と4の減少、中

途覚醒の頻度と時間の増加、および日中の睡眠時間の増加が報告されている。これらの所見は認知症が重症化するにつれて一層顕著となり、さらにレム睡眠も減少する<sup>11)</sup>。

一方、アルツハイマー病は、しばしばせん妄を呈する。せん妄は、一般的な認知機能が一過性に障害される意識障害であり、不眠、睡眠・覚醒周期リズムの逆転、日中の眠気、悪夢などを伴う<sup>9)</sup>。

オリブ核橋小脳変性症、シャイ・ドレーガー症候群、パーキンソン病、進行性核上麻痺、レビー小体型認知症などでは、レム睡眠行動障害（REM Sleep Behavior Disorder：RBD）がしばしば認められる<sup>11)</sup>。RBDでは、レム睡眠中の骨格筋活動の抑制が起こらないために、叫び声をあげたり、殴る、蹴る、起き上がるなどの動作や、時には寢床から走り出すなど、夢内容が行動となって現れる<sup>12)</sup>。

---

#### **精神障害における 睡眠障害に対する治療の原則**

---

例えば、うつ病や統合失調症でみられる睡眠障害は、これらの精神疾患の諸症状の推移に伴って増悪・改善を示すことが多い。したがって、睡眠障害が精神障害を基礎として出現していることが明らかな場合、睡眠障害の治療はその精神障害に対して行うのが原則である。

しかし、睡眠障害に対する早期治療は、根本的治療とは言えなくとも、臨床的にはきわめて重要な意味をもつ。例えば、うつ病では、睡眠薬による薬物治療は初診日の夜の睡眠から十分な効果が期待できる。睡眠の改善は、うつ病のその後の臨床経過にも良い結果をもたらすことになる。また、自殺は早朝覚醒の時間帯に多くみられるため、睡眠薬によって早朝覚醒を睡眠状態に置き換えることは自殺防止の観点からも重要である<sup>2)</sup>。

このように、睡眠障害の治療に際しては、本質的な精神障害に対する根本的治療を念頭に置きながら、睡眠障害に対する迅速かつ適切な対応を図るべきである。また、睡眠の改善は、睡眠障害によって二次的に引き起こされる精神障害の予防にもつながるであろう。

精神障害による睡眠障害の薬物治療では、不眠の

タイプに応じて睡眠薬を用いる。うつ病や不安障害でみられる重篤な不眠には、鎮静作用の強い抗うつ薬（ミアンセリン 10～60mgまたはトラゾドン 50～150mg）を就寝前に用いることもある<sup>8)</sup>。

せん妄による不眠には、リスベリドン 1回投与量 1～2mg、ミアンセリン 10～60mg、チアプリド 25～150mgなどが有効である<sup>8)</sup>。また、日中の覚醒度を高めることや、高照度光療法などの非薬物療法を組み合わせることも忘れてはならない<sup>13)</sup>。

RBDに対しては一般にクロナゼパム（1日量0.5～2.0mg）が有効である。しかし、その前に、本症の診断は日本睡眠学会認定「睡眠医療認定医療機関」の専門医によって確実にに行われる必要がある。最近、本症がパーキンソン病<sup>14)</sup>やレビー小体型認知症<sup>15)、16)</sup>などの発症に先行して出現することが報告されている。

#### 参考文献

- 1) American Academy of Sleep Medicine : International classification of sleep disorders. Diagnostic and coding manual. 2nd ed., American Academy of Sleep Medicine, Westchester, Illinois, 2005
- 2) 千葉茂 : プライマリケアにおけるこれからのメンタルヘルス—睡眠障害の診断・治療の重要性—, 醫事新報 4180 : 5～13, 2004
- 3) 千葉茂 : せん妄をめぐって, 日本心療内科学会誌 6 : 77～84, 2002
- 4) 田村義之, 千葉茂 : せん妄とサーカディアンリズム睡眠障害, サーカディアンリズム睡眠障害の臨床 (千葉茂, 本間研一編・著), p.75～80, 新興医学出版社, 東京, 2003
- 5) 千葉茂, 田村義之 : 睡眠時随伴症の鑑別診断, カレントセラピー 22 : 678～683, 2004
- 6) 千葉茂, 田村義之 : 現代社会と眠気, ローテーターのための睡眠医学—特に各種身体疾患に伴う睡眠障害について—, アステラス製薬, 大阪, p.300～313, 2005
- 7) 松本一弥 : 睡眠衛生, 睡眠学ハンドブック (日本睡眠学会編集), p.100～102, 朝倉書店, 東京, 1996
- 8) 睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会 : 睡眠障害の対応と治療ガイドライン (内山真・編), じほう, 東京, 2003
- 9) American Psychiatric Association : Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994 (DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引 (高橋三郎, 大野裕, 染谷俊幸・訳), 医学書院, 東京, 1995)
- 10) American Sleep Disorders Association : International classification of sleep disorders, revised : diagnostic and coding manual, by Rochester MN, American Sleep Disorders Association, 1997
- 11) 田村義之, 千葉茂 : せん妄と認知症, 時間生物学事典 (石田理雄, 本間研一・編), 朝倉書店, 東京, 2006 (印刷中)
- 12) 千葉茂 : せん妄の神経生理学的側面, 老年精医誌 9 : 1294～1303, 1998
- 13) 稲葉央子, 石丸雄二, 田村義之ほか : 高齢者せん妄の診断と治療, 高齢者せん妄における環境調整と事故防止, 老年精医誌 17 : 644～652, 2006
- 14) Schenck CH, Bundlie SR, Mahowald MW : Delayed emergence of a parkinsonian disorder in 38% of 29 older men initially diagnosed with idiopathic REM sleep behaviour disorder, Neurology 46 : 388～393, 1996
- 15) Boeve BF, Silber MH, Ferman TJ, et al : REM sleep behavior disorder and degenerative dementia : an association likely reflecting Lewy body disease, Neurology 51 : 363～370, 1998
- 16) Ferman TJ, Boeve BF, Smith GE, et al : Dementia with Lewy bodies may present as dementia and REM sleep behavior disorder without parkinsonism or hallucinations, J Int Neuropsychol Soc 8 : 907～914, 2002