

不眠をきたす疾患の診断のポイント

粥川裕平、富田悟江、北島剛司、岡田 保

不眠をきたす疾患の診断は、不眠の苦悩の受容から始まる

用語アラカルト

*1 ヤスパーズ
(Jaspers K, 1883-1969)

・ドイツの精神医学者・実存哲学者。精神症状の精緻な観察記述のうえ、体系的分類を集大成し、異常精神現象(精神病理)を「了解」と「説明」という概念を用い、歴史的業績を残した。

*2 睡眠心気症

・PSGによる検査では眠れているのに、主観的・自覚的にはまったく眠れていないと頑固に執拗に不眠を訴えるもので、ICSD-1では睡眠状態誤認、ICSD-2では、逆説的不眠 paradoxical insomniaと命名されている。精神医学的には睡眠心気症というのが適切と思われる。近年ではPSG所見だけで睡眠の質を精密に測定できるのかという疑問も提出されている。

*3 一次性不眠症(原発性不眠症：
primary insomnia)

・精神疾患、身体疾患、薬物(覚醒剤、アルコール、ステロイドなど)に起因しない原因不明の不眠症で、精神生理性不眠、逆説的不眠、特発性不眠の3つを包摂した臨床単位である。睡眠薬療法や認知行動療法が適応となる。

不眠はヤスパーズ^{*1}の精神病理学総論でも記述されているように、脳という身体に出現する精神病理である。したがってこの精神科臨床ニューアプローチシリーズで、睡眠障害が取り上げられたのは、きわめて自然なことである。睡眠障害のなかで最も頻度の高い訴えである不眠は、一般臨床でも最も多い訴えの1つである。不眠症の治療目的は、質的にも量的にも十分な睡眠を確保して、翌日の日中の健全な精神的・身体的活動を回復することにある。不眠で悩んでいる患者は、夜を迎える恐怖を抱き、これだけ眠れないなら死んだほうがましと辛い日々を送っているため、その苦悩の受容が初診の最初に行われる必要がある。精神科医は不安や抑うつ⁵⁾の受容には慣れているが、不眠に関して果たして受容的に接しているであろうか。睡眠心気症^{*2}(森田療法の立場からは、神経質症性不眠と呼ばれているもの)などは、眠れぬ苦悩を受容することが治療の第一歩である。

さて睡眠には個人差、年齢差、性差そして季節変動があることが知られている。睡眠障害をどのように的確に診断するかは、最適の治療選択を行って睡眠障害で悩む患者のQOLを改善することになるため、一般臨床で是非とも身につけたいスキルである。

不眠の訴えの殆どは独立した疾患単位ではなく身体疾患、あるいは精神疾患の部分症状であるので、不眠をきたす疾患を想定した問診が不可欠である。精神疾患、身体疾患、覚醒剤やアルコールなどの薬物に起因する不眠がすべて鑑別されて、最後に一次性不眠^{*3}(ICD-10では非器質性不眠、DSM-IVでは原発性不眠 primary insomnia)が残る。したがって不眠は各種疾患の一症候であるとともに、独立した臨床単位として不眠症の可能性を想定する必要がある。不眠の問診が的確な鑑別診断の重要な鍵となる。不眠のタイプに留まらず、健康なときの睡眠パターンと睡眠病歴、睡眠環境、前駆する心理的ストレスやライフイベント、昼間覚醒時のパフォーマンス、合併する身体疾患と常用薬物、飲酒習慣、肥満度、睡眠姿勢、不安関連症状、抑うつ関連症状など多項目に及ぶ問診が不眠の適切な診断の前提となっている。睡眠障害には不眠と過眠の両方を呈するものもあるが、不眠の鑑別診断としてはより高次のレベルになる。この項では不眠をきたす疾患の診断のポイントを述べることにしたい。

不眠の的確な診断のポイント

初診時にまずは不眠の苦悩を受容することが肝心⁵⁾

不眠症の治療目的は、質的にも量的にも十分な睡眠を確保して、翌日の日中の

5) 粥川裕平: 睡眠障害治療の基本, JIM, 14 (3): 200-204, 2004.

健全な精神的・身体的活動を回復することにある。しかし1カ月以上不眠で悩んでいる患者は、夜を迎える恐怖を抱き、これだけ眠れないなら死んだほうがましと自殺をはのめかすことさえある。不眠症の治療の第一歩はその苦悩を受容することから始めなくてはならない。不眠症という病気で睡眠薬が有効と説明されても、飲んだり止めたりを繰り返している間に睡眠薬依存性不眠症に陥ってしまう患者もいる。眠れない辛さを十分受容することが不眠症治療の出発点である。不眠患者の初診において最も重要な点は、毎晩眠れないで悩んでいること自体がストレスなので、「眠れなくて辛いですね」と共感的態度を示すこと、その上で不眠の鑑別診断のための問診に移ることが大切である。

不眠の問診のポイント

表1に示されるように、不眠の型、睡眠パターン、随件事象、既往歴、睡眠衛生、ベッドパートナーの情報などが、聴取されなくてはならない。具体的な問診の仕方を表2に示す。概日リズムの要因、精神神経疾患の有無、薬剤（アルコールを含む）要因、心理社会的要因などをもれなく聴取する問診が不眠治療の基本となる。眠れないと強く不眠だけを訴える人のなかに、うつ病、双極性障害、統合失調症、境界性人格障害、薬物依存症などの精神疾患が存在することも治療上留意しなくてはならない。不眠の持続期間は、治療適応を決める上で重要な指標である。眠れなくなる前は、何時に眠って何時に起きる生活習慣であったかという問いは不可欠である。伝統的な入眠困難、中途覚醒、再入眠困難、熟眠感欠如などは、不眠症臨床の基本である。一旦寝ついてしまえば、ぐっすり眠れるが、朝学校や職場に間に合わないということはないかと、睡眠位相（概日リズム）のずれにも注目したい。早朝覚醒の場合はうつ病の可能性も高くなるので、起床時の気分（おっくう感）、食欲や昼間の活動意欲、楽しみについてさらに問診を進めたい。逆に朝早く目覚めるといっても、眠る時刻が午後8時とか早くなっていることはないかと、睡眠位相前進の可能性についても念を押す必要がある。不眠とともに昼間に眠気を訴える場合には、むずむず脚症候群、周期性四肢運動障害、閉

表1 不眠患者の睡眠病歴

の不眠型	一過性、短期、急性 持続性、長期、慢性	睡眠衛生歴	就床および起床時刻 休日と平日の変化 交代勤務あるいは概日リズムの変化 昼寝の習慣 運動などの生活習慣 カフェイン、アルコール、薬物使用
睡眠パターン	入眠困難型不眠 中途覚醒と再入眠困難型不眠 早朝覚醒型不眠 熟眠感欠如型不眠	添い寝する人からの情報	いびき、不規則な呼吸 睡眠中の体動 添い寝する人から見た睡眠の質と長さ 気分や行動の変化
随件事象	身体疾患、服用薬物 心理社会的ストレス 気分の変化		
睡眠障害の既往歴	以前の睡眠の質 以前の不眠の既往 直面する問題と同様な体験 治療反応性		

表2 不眠の診断のための問診のポイント

いつ頃から、どのように眠れないのか。それは持続的か、眠れたり眠れなかったりするのか。またそれは季節によって異なるのか。眠れなくてこまるのは、夜のことか、それとも昼間のことか。

1. 眠れなくなる前は、何時に眠って何時に起きる生活習慣であったか。
2. 現在困っているのは、ベッドに入ってから寝つくのに時間がかかるからなのか。
3. 一旦寝ついてしまえば、ぐっすり眠れるが、朝学校や職場に間に合わないということはないか。
4. 眠ってから途中で目が覚めて、再び寝つくのに困るのか。
5. 朝早く目覚めてしまうのか。
6. 朝早く目覚める場合、気分がすぐれないということはないか。
7. 朝早く目覚めるといっても、眠る時刻が午後8時とか早くなっていることはないか。
8. 熟眠感がないのか。
9. 昼間に眠気がでることはないか。
10. 眠れなくなるようなきっかけとなる出来事はあったのか。身体の病気、仕事上の問題、その他のストレスとなる要因は？ それらの要因は持続しているのか。またそれらは症状の強さに関連しているのか。
11. これまで眠ろうして如何なる試みをしてきたか。これまでの試みで良くなったものは？ 逆に悪くなったものは？
12. これまでどんな睡眠薬の処方を受けてきたか。どのような睡眠薬が有効であったか。逆に睡眠薬を利用することについて過度な不安を抱いていないか。
13. 寝る前にアルコール等の乱用はしていないか。常用の薬物は如何なるものがあるか。
14. 眠れなくなるような環境の変化(転居など)は、なかったか。睡眠環境は適切か。
15. 仕事の時間帯はいつも同じか。夜勤とか24時間勤務とかの不規則勤務や交代勤務はしていないか。

塞性睡眠時無呼吸症候群、ナルコレプシーなどを考慮しなくてはならない。そして未治療の事例でなければ、「これまでどんな睡眠薬の処方を受けてきたか」「どのような睡眠薬が有効であったか」「逆に睡眠薬を利用することについて過度な不安を抱いていないか」について子細な問診が不可欠となる。さらに、「仕事の時間帯はいつも同じか」「夜勤とか24時間勤務とかの不規則勤務や交代勤務はしていないか」について問うことは、シフトワーカーが全人口の10%以上にも増えている現状を踏まえてのことである。

不眠をきたす疾患

表3に不眠をきたす疾患のほとんどが一覧として掲げてある。鑑別診断がなされた後、精神疾患や身体疾患に伴う不眠であることが判明した際に、現疾患の治療が優先課題となることはいうまでもない。しかし、呼吸刺激剤、ステロイド、ドパミン作動薬などが不眠を誘発することにも留意する必要がある。

不眠の鑑別診断

不眠の鑑別診断には、睡眠の生理学的理解が不可欠である

地球上の生命は、静止と活動とはほぼ並行して睡眠と覚醒という活動を行っている。潮の干満、日の出と日の入り、など太陽からの距離と地軸の傾き、自転に要

表3 不眠の鑑別診断

精神疾患	アルコール依存症、アルコール依存性睡眠障害
	薬物依存性睡眠障害
	気分障害
	不安障害
	精神病
内科疾患	呼吸器疾患（慢性閉塞性肺疾患、喘息）
	胃食道逆流
	線維性筋痛症、あるいはその他のリウマチ性疾患
神経疾患	パーキンソン症候群およびその他の運動障害
	認知症、変性疾患
	脳血管障害
	てんかん
	頭痛および他の疼痛性症候群
概日リズム障害	致死性家族性不眠症（視床に局限したプリオン病）
	時差症候群
	交代勤務関連睡眠障害
	睡眠相（後退あるいは前進）症候群
一過性睡眠障害	不規則睡眠パターン
	精神生理性不眠
	不適切睡眠衛生
	睡眠状態誤認
	睡眠時無呼吸症候群
一過性睡眠障害	むずむず脚症候群および周期性四肢運動障害
	睡眠時随伴症

DSM-IVの原発性不眠症は、ICSDの精神生理性不眠、睡眠状態誤認、特発性不眠症を含めた総称である。

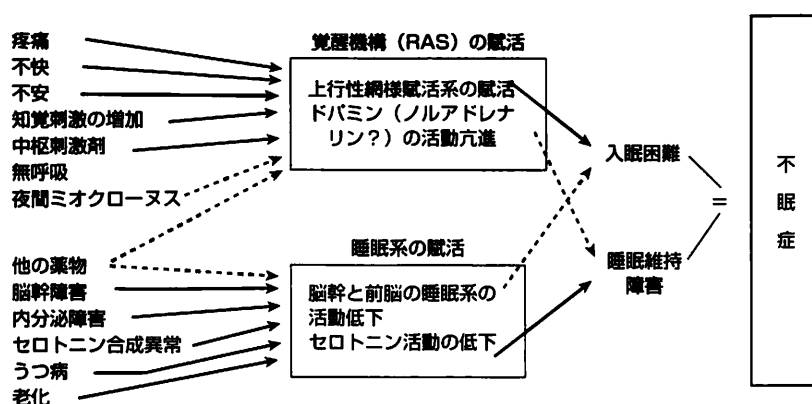
する時間、そして地球上での経緯によって示される位置などによって規定される日照時間といった環境要因、日常生活などのストレスに代表される心理社会的要因、そして生来の生体リズムを規定する時計遺伝子に規定される個体要因の3つの要因が関与して、社会生活のなかでの、良好な睡眠や、障害された睡眠が出現する訳である。個体要因にフォーカスを当てると、図1に示されるように、脳の覚醒機構をさらに刺激するような身体的、精神的、心理社会的ストレス、さらに薬剤因子が加わると、確実に入眠は妨害される。脳幹網様体賦活系をさらに活性化させるような諸要因について検討することがポイントとなる。脳内のドーパミンなどの神経伝達物質を増加させる病態や薬物の関与について、考慮しなくてはならない。

覚醒機構と睡眠機構は相対立しながら、およそ24時間の概日リズムのなかで、交代して出現しているのであるが、睡眠機構を妨害する要因の有無について検討することが要請される。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、睡眠の維持の障害の際には必要不可欠となる。

不眠をきたす諸々の疾患

不眠をきたす疾患のなかで、身体疾患に伴うもの以外に頻度が高いのは、精神

図1 不眠症の病態



(睡眠の臨床, 大熊輝雄, 医学書院.)

1) American Psychiatric Association: Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision; DSM-IV-TR. American Psychiatric Press, 2000. (高橋三郎, 大野 裕, 柴谷俊幸 訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 2002.)

2) ICSD International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy MJ, Chairman. Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association, 1990. (日本睡眠学会診断分類委員会 訳: 睡眠障害国際分類, 診断とコードの手引き, 笹氣出版 1994.)

4) 粥川裕平: 精神生理性不眠, 臨床精神医学講座第13巻, 睡眠障害, 太田龍朗, 大川匡子 編, 中山書店, p171-184, 1999.

疾患に伴うもの、および原発性不眠症である。原発性不眠症とは一体にか。DSM-IV TR¹⁾によれば、不眠の原型である原発性不眠症(ICSDの精神生理性不眠, 睡眠状態誤認, 特発性不眠症を包摂した概念)の基本的特徴は、睡眠を開始し維持することの困難, またはリフレッシュしない睡眠(non-restorative sleep)が少なくとも1カ月続き(基準A), 臨床的に著しい苦痛, または社会的, 職業的, またはほかの重要な領域における機能の障害を引き起こしている(基準B)という訴えである。この睡眠の障害は, ほかの睡眠障害の経過中にのみ起こるものではなく(基準C), あるいは精神疾患の経過中にのみ起こるものでもなく(基準D), 物質または一般身体疾患の直接的な生理学的作用によるものでもない(基準E)。として独立した臨床単位として定義されている。しかし同時に「原発性不眠症を持つ人には, 精神疾患, とくに気分障害や不安障害の既往歴があることがある。また, 原発性不眠症は, 引き続いて起こる気分障害, 不安障害, および物質使用障害の危険因子(または, おそらく初期症状)である」として精神疾患との内的関連性についても言及されている点が不眠の鑑別診断上重要なポイントである。

以下は, ICSD (International Classification of Sleep Disorders)²⁾の精神生理性不眠の鑑別診断にかかげられているもので, 不適切な睡眠衛生, うつ病をはじめとする気分障害, そして全般性不安障害などがある。不適切な睡眠衛生の診断は, 良い睡眠習慣の無視が直接不眠を引き起こし, かつ睡眠習慣が訂正された後には, 不眠が改善する場合に選ぶべきである。精神生理性不眠³⁾(psychophysiological insomnia: PPI)の診断は, 不眠が誘因に依存しなくなってしまう場合, すなわち患者が現在では適切な睡眠衛生を保っているにもかかわらず以前としてよく眠れないような場合を選ぶべきである。気分障害は, 仮面うつ病, すなわち患者が悲しみ, 絶望感, または無力感を意識しないような場合に困難である。このPPIはICD-10では非器質性不眠症に対応している。DSM-IVでも, PPI, 特発性不眠症, 睡眠状態誤認の3つをまとめて原発性不眠症と一括している。ICSDも2005年に全面改訂され, 不眠の分類も若干変化しているが, 大きな枠組みではこれまで記述してきたコンテキストになっている。さて, 1990年に目指した原因別分類から1979年の現象的分類に回帰としているのがICSD-2の基本的特徴なので, 患者の

訴えに依拠して診断分類をしている精神科臨床の今日のレベルには、とても自然にマッチする分類法となっている。

PPIは気分変調性人格障害としばしば混同される。不眠開始前の心理的機能がしばしば鍵となる。気分変調性人格においては抑うつ徴候がしばしば不眠の始まる前からみられる。全般性不安障害の診断は、不安状態が覚醒生活のすべてを覆い、一般的適応機能が著しく損なわれた場合に選ばれるべきである。PPIの診断は症状が不眠と覚醒時における不眠の結果に集中するときに選ばれる。PPIの患者は典型的には、小児期および青年期においても不眠すれすれの眠り方をしているが、特別に興奮したり、ストレスの強い出来事をめぐってたまによく眠れない夜を除けば、彼らは典型的にはなんとなく“くぐりぬけて”いる。一方、特発性不眠症の患者は小児期の間中いつもよく眠れていない。

不眠をきたす病態と好発年代

乳幼児期の不眠はきわめてまれである。しつけ不足睡眠障害という概念が米国では提唱されているが、わが国での症例報告は寡聞にして知らない。青年期の不眠は、入眠困難型不眠や睡眠不足症候群が圧倒的に多い。したがってDSPS (delayed sleep phase syndrome：睡眠相後退症候群)などの概日リズム睡眠障害との鑑別が重要となる。うつ病の発症に伴う不眠が頻度としては少なくない。不適切な睡眠衛生による不眠やアルコールなどの薬剤因性の不眠も一部にある。青年期後期には、各種の不眠をきたす過覚醒(hyperarousal state)が出現し、PPI、不安障害関連不眠、統合失調症関連不眠などもみられることがある。こうした精神疾患に伴う不眠に関しては精神科臨床の基本であるので、本項で述べるまでもない。青年期から成人期の不眠で、忘れてならないのは後退勤務関連の不眠である。すでにポイントは述べたが、毎日の就業時刻をきちんと問診し、睡眠をとる時間帯を確認しなくてはいけないケースが必ず存在している。早番、通常、遅番の3つのシフトか、昼勤、夜勤の2交代か、日勤、準夜勤、深夜勤の3交代か。シフトワーカー相当数が不眠で悩んでおり、非シフトワーカーの3倍近くうつ病や消化性潰瘍なども併発することが知られている。病院、製造業、コンビニなどに勤務するケースではシフトワーク関連の不眠について詳細な問診を忘れないで欲しい。

成人期から初老期になると、うつ病、パーキンソン病、そして不眠型の睡眠時無呼吸症候群、糖尿病、高血圧など生活習慣関連の不眠、認知症に伴う不眠など、多様な原因を考える必要がある。閉経後の女性の不眠は、最も頻度の高いものであるが、PPIの場合、軽症うつ病の場合、そして不眠型の睡眠時無呼吸症候群などの場合がある。老年期では、独居世帯となったための、孤独や不安に加えて、軽度の不安や抑うつ、加齢に伴う睡眠相の前進による早朝覚醒と多相性睡眠、そして認知症に伴う不眠、リウマチや腰痛、膝関節痛などに伴う不眠、さらに各種治療薬による不眠などより多彩な不眠を考慮する必要がでてくる。

不眠の鑑別診断に際してさらに必要な2つの視点

●サーカディアンリズム(概日リズム)のなかで睡眠・覚醒を把握する

生体リズムの観点から見れば、入眠時刻を決定する最大の要因は、起床時刻で

ある。起床時刻の16時間後に、入眠時刻が訪れるのが生理的なので、午後2時に起床して、午後11時に入眠しようと思っても、脳は睡眠を要求しないので、眠れないので困るという前頭葉の認知が訴えられることがある。入眠困難型の不眠に、最初に提案すべきは起床時刻を一定にすることである。起床時刻がシフトワークのために一定できない場合に、どのように対応するのか。望ましい解決法が見つからず、夜勤明けで、大量飲酒により午前10時から午後4時くらいまで、無理に質の悪い睡眠を確保して夜勤に臨んでいる勤労者の「不眠」も、大きな問題として残されている。

●不眠とともに過眠を訴える睡眠障害の存在について理解をしておく

一般的な睡眠障害分類では、不眠群、過眠群と二分するが、両方を訴える睡眠障害となると鑑別診断も治療も容易ではなくなってくる。過眠症の代表であるナルコレプシーや睡眠時無呼吸症候群も不眠を伴うことが少なからずある。むずむず脚症候群などは、不眠と日中過眠と両方を訴える。周期性四肢運動障害は、主訴は日中過眠であるが、夜間の睡眠の質も決して良好ではない。双極性障害では、一般的には、日中の過眠と夜間の不眠を訴える。

慢性不眠は寿命に影響するし、うつ病の発症を促進する

これまで述べてきたように、不眠は各種身体疾患、精神疾患の部分症状であることは常識であるが、近年不眠が、過労死の原因となったり、うつ病の発症要因になるというデータも出始めている。不眠が病気の結果ではなく、原因となって取り返しのできない事態を引き起こす早期警告症状^{*4} (early warning sign) であるという新しい視点も、産業精神保健、地域精神保健、学校精神保健はもちろん、日常精神科臨床で取り入れられることが求められている。うつ病があると慢性疾患も寿命が短くなり、生命予後に悪影響があることが明らかになってきているが、そこには不眠の介在も大きな要因となっている。糖尿病や高血圧などの生活習慣病には、不眠やうつ病の合併が有意に高いというデータが出始めている。今日メタボリック・シンドローム^{*5}と呼ばれる生活習慣病の管理と、うつ病の発症予防のための不眠の管理は、身体医学のレベルアップのうえでも不可欠の課題となっている。こうした点を斟酌すると総合病院精神医学やプライマリ・ケアにおける不眠の鑑別診断は、極めて重要な臨床的課題として位置づけなおされる時期にきているのではないかとと思われる。

図2⁹⁾は筆者が10年以上前に邦訳して国内に紹介したものだが、不眠の鑑別と適切な治療につながる大変わかりやすいフローチャートである。

おわりに

健康日本21でも、うつ病の早期発見による自殺予防のために23%以上もある睡眠障害を2010年までに10%以上減少させようと唱っている。不眠の的確な診断はわが国の一般臨床でも必須課題となっている。上述の不眠の的確な鑑別診断は、Ⅲ章以後で詳述される治療法、治療の実際につながってくる。不眠は約300

*4 早期警告症状

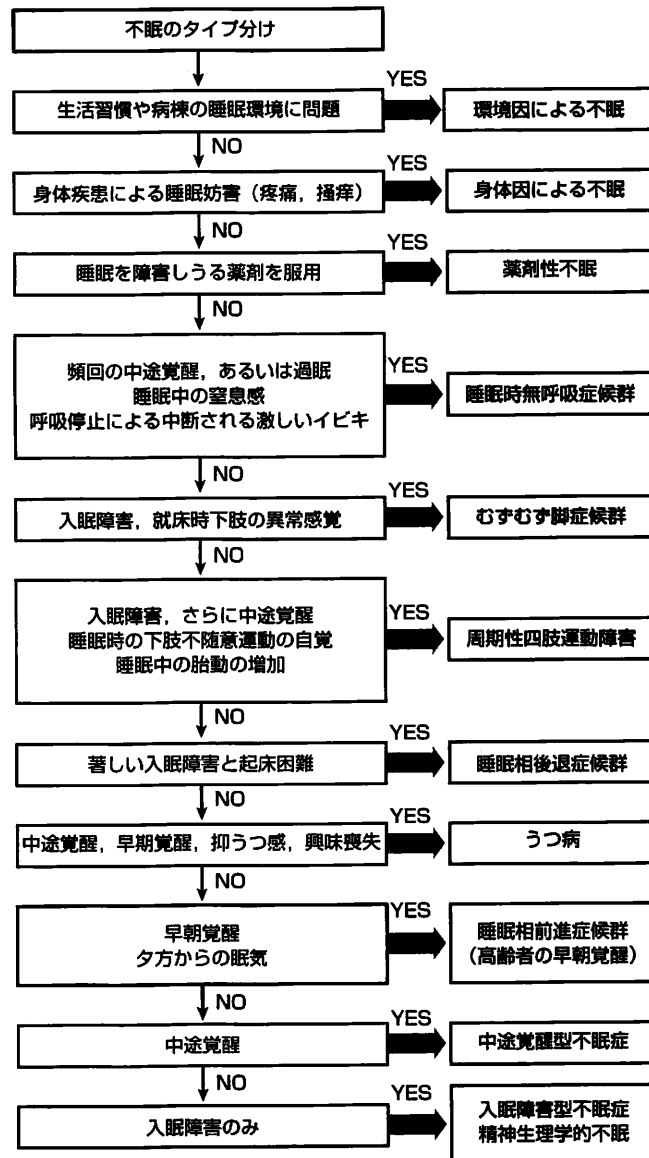
・精神疾患の発症予防、再発防止のうえで、初期介入を進めるための指標となる症状を早期警告症状という。不眠あるいは過眠はうつ病をはじめとする気分障害の早期警告症状として近年注目されている。

*4 メタボリックシンドローム

・脳・心臓疾患のリスクが高い「死の四重奏」＝高血圧、糖尿病、肥満、高脂血症の4つは生活習慣病と呼ばれていたが、近年内臓脂肪が多くなると発生する相互に関連した病態としてメタボリックシンドロームと一括されている。実は睡眠時無呼吸症候群との合併も多く、過眠や不眠の訴えも多いので、睡眠医学的にも注目すべき病態である。

3) 菊川裕平: 各種不眠と睡眠パターン、病態生理, 14 (11): 875-881, 1995.

図2 不眠の鑑別診断フローチャート



といわれる患者の主訴の1つに過ぎない。しかし不眠の適切な診断には、その背景にある身体医学，精神医学の基礎的知識を総動員しないとイケないので，不安や抑うつの鑑別診断に比べて決して簡単とは言え切れない。総合病院精神医学，外来精神医学，精神科専門医制度などで，不眠の鑑別診断の意義がもっともっと強調されることを願わずにはいられない。