

2023年3月6日

第3508号

週刊(毎週月曜日発行)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会]「朝起きられない」を治療し若者の将来を守る(松井健太郎, 神林崇, 志村哲祥)/[連載]睡眠外来の診察室から(終)
第33回日本疫学会学術総会開催/[視点]フレイル予防を効率的に行うポピュレーションアプローチの重要性(葛谷雅文)
[寄稿]Child Death Reviewについて医療者が知っておくべきこと(沼口敦)
第26回日本病院総合診療医学会学術総会開催

座談会

「朝起きられない」を治療し若者の将来を守る



松井 健太郎氏=司会
国立精神・神経医療研究センター病院
臨床検査部睡眠障害検査室医長

志村 哲祥氏
東京医科大学精神医学分野
睡眠健康研究ユニットリーダー

神林 崇氏
筑波大学
国際統合睡眠医科学研究機構
教授

睡眠・覚醒相後退障害と起立性調節障害患者への支援を

概日リズム睡眠・覚醒障害(CRSWD)のうち、睡眠・覚醒相後退障害(DSWPD)の有病率は全人口の1%前後、若年者に絞れば7~16%に及ぶと考えられている。...

その影響の大きさに比し、医療職の中でもその疾患概要、治療法が十分に周知されているとは言えない。充実してきた薬物治療を踏まえて今後どのような取り組みが求められるのか、専門家3氏が座談会を行った。

松井 概日リズム睡眠・覚醒障害(CRSWD)はさまざまな疾患を包括する概念です。志村先生から改めて概説してもらえますか。

志村 CRSWDは社会的に望ましいタイムスケジュールと自身の体内時計リズム(以下、リズム)とが乖離を起こすことで多様な問題が生じる疾患群を指します(表)。中でも多数を占めるのが10代や若年成人に多い睡眠・覚醒相後退障害(DSWPD)で、極端な夜更かしや朝寝坊が特徴です。...

呼ばれる型も困難を来しやすいです。また、夜勤・日勤の繰り返してリズムが狂う交代勤務障害は看護師や客室乗務員などの退職原因となることが多く、他の型と同様に治療の重要度が高いです。...

松井 CRSWDはそれぞれ特徴が異なります。今日は睡眠外来で特に多く診る上、いまだ見過ごされている患者さんも多いDSWPDに焦点を当て、課題や今後の展望をお話したいと思います。

神林 最大の問題は10代での発症が多く、学校に通えなくなることで進学やその後の就職に大きく影響する点です。

す。

それから、いわゆる起立性調節障害(OD)の中に、睡眠医療の観点ではDSWPDそのもの、あるいはオーバーラップする症例が多い点も課題となります。ODは血圧低下を筆頭に、朝起き不良やたちくらみ、倦怠感などを特徴としますが、DSWPDでも同様の症状が起こる。...

松井 同感です。神林先生は睡眠障害の機序や治療薬について多くの報告をされています。志村先生も関連研究を多くなさり、またDSWPD当事者の観点からもぜひお話しただければ幸いです。本日はよろしくお願ひします。

寝たくても寝付けないのにはワケがある

松井 患者さんが来院するきっかけは、お二人の施設でも夜更かしや睡眠不足の相談が多いでしょうか。

神林 ええ。親御さんからの「起こしても朝起きられない」との相談が特徴的です。小児科から紹介されることも多いです。

志村 遅刻・欠席や不登校を原因に学校から紹介される場合もありますね。近年は学校現場で朝起きられない・不登校=ODと定着してしまっていますが、睡眠に着目してくれた先生から紹介される場合があります。

松井 学校に行くのがつらいから起きられずリズムがずれるのか、あるいは特に理由はなく、学校も行きたいのにどうしてもリズムがずれてしまうのか。両者を切り分けられると良いのですが、これがなかなか難しい。

志村 最も簡便なのは、自然状態での睡眠リズムを確認することです。就寝と起床の時刻を確認し、特に休日などの予定がない日と、通学日の睡眠スケジュールとを分けて聞くと有効です。...

また、早い時間に寝ようとしても眠れないのがDSWPDの特徴の1つですから、夜早い時間の不眠も重要なポイントです。23時などに布団に入っても全然寝付けない場合は、DSWPDを

(2面につづく)

表 概日リズム睡眠・覚醒障害(CRSWD)の種類と特徴

Table with 2 columns: 睡眠・覚醒相後退障害(DSWPD), 睡眠・覚醒相前進障害(ASWPD), 非24時間睡眠・覚醒リズム障害(Non-24), 不規則睡眠・覚醒リズム障害(ISWRD), 交代勤務障害, 時差障害. Each row describes the condition and its characteristics.

3 March 2023 新刊のご案内 医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売・PR部へ ☎03-3817-5650 ●医学書院ホームページ(https://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

連続スライスで学ぶレジデントのための急性腹症のCT【Web付録付】

編集 三浦 晋
B5 頁264 定価: 4,950円[本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-05092-0]

急性腹症の診断レシピ 病歴・身体所見・CT

窪田忠夫
A5 頁324 定価: 4,950円[本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-04974-0]

消化器内視鏡外科手術バイブル

動画で学ぶハイボリュームセンターの手法
監修 北川雄光
編集 宮澤光男, 竹内裕也
B5 頁336 定価: 13,200円[本体12,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05052-4]

慢性痛のサイエンス (第2版) 脳からみた痛みの機序と治療戦略

半場道子
A5 頁296 定価: 3,960円[本体3,600+税10%]
[ISBN978-4-260-05076-0]

エビデンスとガイドラインに基づく脳動脈瘤とくも膜下出血

監修 森田明夫
編集 井川房夫, 片岡大治, 堀江信貴
B5 頁256 定価: 11,000円[本体10,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05098-2]

脳波で診る救命救急 意識障害を読み解くための脳波ガイドブック

原著 LaRoche SM (ed)
訳 吉野相英
B5 頁456 定価: 15,400円[本体14,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05058-8]

The Grasping Hand 日本語版(グラスピング・ハンド) 手・上肢の構造と機能

原著 Amit G (アミット グプタ), Makoto T (マコト タマイ)
監訳 玉井 誠, 村田景一
A4 頁488 定価: 24,200円[本体22,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05083-8]

〈視能学エキスパート〉 視能検査学 (第2版)

シリーズ監修 公益社団法人日本視能訓練士協会
編集 和田直子, 小林昭子, 中川真紀, 若山曉美
B5 頁408 定価: 15,400円[本体14,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05043-2]

標準病理学 (第7版)

監修 北川昌伸
編集 仁木利郎, 小田義直
B5 頁856 定価: 12,100円[本体11,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05042-5]

標準リハビリテーション医学 (第4版)

監修 上田 敏, 伊藤利之
編集 佐伯 覚, 高岡 徹, 藤谷順子
B5 頁448 定価: 7,700円[本体7,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05041-8]

〈標準理学療法学 専門分野〉 理学療法評価学 (第4版)

シリーズ監修 奈良 勲
編集 内山 靖, 岩井信彦
編集協力 横田一彦, 森 明子, 鈴木里砂
B5 頁448 定価: 6,600円[本体6,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04969-6]

フィジカルアセスメントに活かす 看護のための はじめてのエコー

編集 藤井徹也, 野々山孝志
B5 頁164 定価: 3,300円[本体3,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05011-1]

わかりやすい省察的実践 実践・学び・研究をつなぐために

三輪建二
A5 頁248 定価: 2,970円[本体2,700+税10%]
[ISBN978-4-260-05115-6]

マンガで学ぶ! がんのキホン

近藤慎太郎
A5 頁240 定価: 2,420円[本体2,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05110-1]



<出席者>

●まつい・けんたろう氏

2009年東北大学卒。博士(医学)。東京女子医大病院、睡眠総合クリニック代々木などでの勤務を経て、19年より現職。専門は睡眠障害。多数の学術論文の執筆をはじめ、広く睡眠障害に関する知見の発信を続ける。



●かんばやし・たかし氏

1990年秋田大学卒。県内の病院で勤務の後、94年米スタンフォード大に留学。96年に帰国後、秋田大に勤務。2005年講師、7年准教授を経て、19年より現職。専門は睡眠覚醒障害、ナルコレプシーなど。筑波大で研究を行う傍ら、茨城県こころの医療センターで睡眠覚醒外来を担当する。



●しむら・あきよし氏

2009年順大卒。博士(医学)。順天堂医院、東京医大病院、菅野病院(和光市)を経て、睡眠総合クリニック代々木などで睡眠外来を担当。精神疾患一般と睡眠障害の臨床、研究に携わる。また、2005年に睡眠リズム障害患者会 Rhythm and Sleep を立ち上げ、当事者たちの苦しみの緩和と社会への周知活動に尽力を続ける。



(1面よりつづく)

疑うべきでしょう。

松井 リズムの遅れを自力では覆せないのがDSWPDの課題となります。「起きられないなら早く寝ればよい」というのは正論ですが、患者さんも改善のために早めにお布団に入る。しかしどうしても寝られず結局は2時や3時にしか寝付けない。背景には、睡眠禁止ゾーンが関係するかもしれません(図1)<sup>3)</sup>。神林先生から解説をお願いします。

神林 成人の1例ですが、0時に寝て7時に起きた時、起床後は眠気が減り、午後2時あたりにまた眠い時間帯が生じます。その後再び覚醒度が上がり、就寝の3時間ほど前に最も覚醒度が高くなる。この時間帯が睡眠禁止ゾーンです。通常はそこから再び眠気が強まり、0時ごろに就寝できます。この場合は社会的に規則正しい生活が可能ですが、DSWPDでは通常の睡眠時間帯に睡眠禁止ゾーンが重なり眠れません。私はオレキシン神経系がこの睡眠

禁止ゾーンを作ると仮説を立て、その機序について研究を進めています。

「朝起きられない」がもたらす社会との深刻なミスマッチ

松井 もう一点の課題が起床困難です。そもそも若い人では明け方に深い睡眠である徐波睡眠が現れやすく、特に睡眠不足の際に顕著な点が背景にあると考えています。寝付きは悪い、朝は無理にでも起きないと間に合わない。それで普段の睡眠時間が伸ばせないわけです。

志村 徐波睡眠が出ている熟睡時に起こされると、錯乱性覚醒や睡眠酩酊などの意識障害を起こしますね。その上、早朝はDSWPD患者さんのリズム的には通常の人にとっての真夜中に相当します。つまり、体温も血圧も最も低い時間帯です。「寒い」「頭が痛い」「だるい」「気持ち悪い」などが生じ、目は覚めていても思うように体が動きません。

松井 「良い子なのに朝だけ人格が変わり、暴言を吐いたり暴れたりする」など錯乱性覚醒を疑う症状も典型ですね。

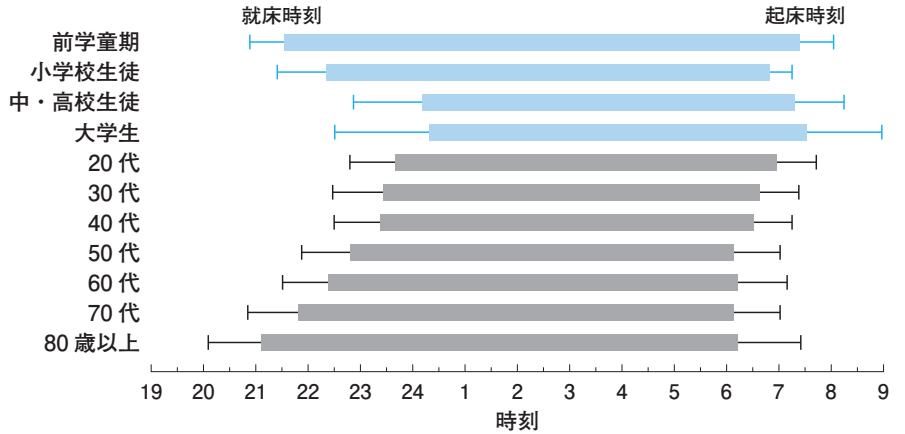
神林 「朝起きられない」が主訴となるため、周囲から「気合が足りない」などと言われがちです。しかし寝る前に「気合で起きよう」と考えていても、熟睡中にはその気力も出しようがないです。

睡眠時間の調節も起床が遅くなる一因でしょう。学年が上がるにつれて就寝時刻が遅くなりがちですが、年を重ねるにつれて必要な睡眠時間も短くなるので通常はバランスがとれます(図2)<sup>4)</sup>。ただ個人差はあるものの、第二次性徴の開始時から睡眠時間が余分に必要になる場合があるのです。

志村 基本的にDSWPDは治療可能です。しかし、重度のDSWPDでは、治療で多少は改善しても問題が解決しない方が多くいます。感覚的には、睡眠覚醒リズムは4時間ほど前にずらすのが限界だと思うのです。

松井 そう！

神林 睡眠・覚醒リズムが少し前進してようやく通常のDSWPDになる感じですね。



●図2 睡眠時間と就床・起床時刻の加齢による変化(文献4より一部改変) 1,732名の一般住民の睡眠アンケート調査より、各年齢層ごとの平日の就床・起床時刻を算出し示したもの。

[神林氏註: 2000年のデータであるが、図2より幼児は早く就寝しても起床は7時と睡眠時間が長く、小学生では寝付く時間が遅くなり起床時刻も早くなる。中学・高校生で就寝がさらに遅くなり、大学生では睡眠時間が最短となる。なお、データでは50代以降の睡眠時間が見かけ上増えていくように見えるが、加齢の影響により実際の睡眠時間は短い(65歳以上では6時間以下)と考えられる。]

志村 はい。例えば7時寝・15時起きの人リズムが4時間早まっても自然に起きられるのは11時で、当然学校や会社には遅刻します。結果、やっとの思いで進学・就職してもドロップアウトし、完全に失業して、将来に絶望してしまう方もいます。私が立ち上げた睡眠リズム障害患者会にも重症者が多く、実は活動を本格化したきっかけは仲間の自殺です。私自身も、初期研修や後期研修では遅刻しないために徹夜を繰り返し、頻繁に体調を崩し……非常に不安定でした。「朝起きられない」と言うのが軽く聞こえますけれども、実は患者さんたちは重大な社会的ハンディを負っているのです。

選択肢の広がる薬物治療は「低用量」がカギに！

松井 入眠困難と起床困難の双方に対し、薬物療法の選択肢が近年増えていきます。まずは本領域の薬剤治療を志村先生から解説していただけますか。

志村 DSWPDを含むCRSWDの治療では、世界中でメラトニンが第一選択薬とされますが、本邦では長らく保険適用がありませんでした。そんな中、まず、メラトニン受容体アゴニストのラメルテオンが2010年に承認されました。

ただし、実は承認後もしばらくはリズム治療にはあまり使われていませんでしたよね。毎日1錠8mgを投与してもリズムが改善しなかったのです。その中で1/2錠以下の投与量であれば、睡眠時間帯の前進作用があるとの報告<sup>5)</sup>を受け、1/2~1/8錠などの低用量のほうがCRSWD、特にDSWPDに効果があることが、国内の関連領域の医師に経験則として広がってきています。

松井 志村先生がラメルテオンの超低用量処方について報告しており、興味深かったです。

志村 なぜ低用量で有効なのかという機序について、症例報告と共に薬理学的にレビューしたものです<sup>6)</sup>。実は1/8錠よりさらに少量でも、理論的に

は1/250錠でも効きます。逆に多いと朝になっても微量を持ち越してしまったりリズムの前進作用が打ち消されてしまいます。同様のことはメラトニンでも指摘されており、1mg~3mgを超える高用量を服薬すると“spillover”と呼ばれる問題が生じる場合があります<sup>7)</sup>。メラトニン系の薬剤は、「いまが夜だ」と認識させ入眠を促すものです。代謝が特に遅い人では、メラトニン受容体への作用が昼以降も持続し、期待される睡眠・覚醒リズムの前進が得られないリスクがあるのです。

神林 ラメルテオンは半減期が短いとされるけれど、体内に代謝物が残ることがあるからね。患者ごとに適切な量があるでしょうけれど、最大公約数として何mgが適切だと考えていますか。

志村 最初は1/8~1/14錠ほどを18~21時ごろに服用するのがよいでしょう。私は1/14錠から処方を始め、もし薬が効きすぎて、服用直後に患者さんが眠くなってしまいうような場合には減薬していくことが多いです。

松井 ラメルテオンは不眠症治療に用いるオレキシン受容体拮抗薬との併用療法にも期待できそうです<sup>8)</sup>。

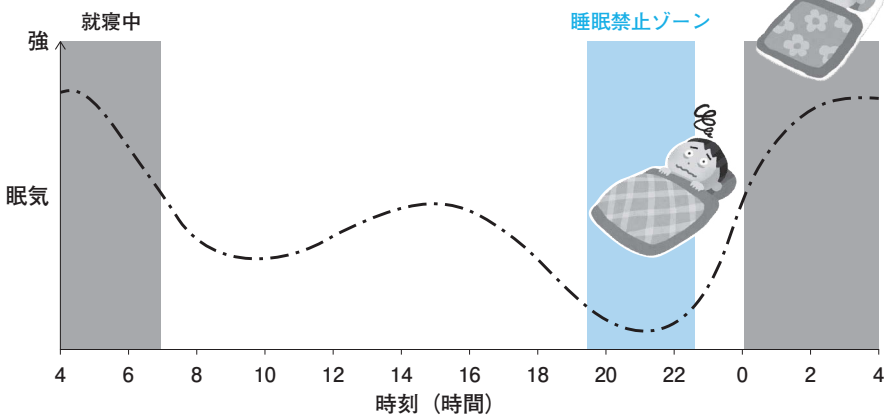
神林 オレキシン受容体拮抗薬は睡眠相の大きくずれた方にも有効そうですね。

志村 それから、「小児期の神経発達症に伴う入眠困難」に対してメラトベル<sup>®</sup>が2020年に承認されたのは意義深いです。DSWPDが顕著な子は神経発達症傾向を重複することも多く、保険適用で処方できます。

松井 メラトベル<sup>®</sup>は半減期も短く継続しやすい点も有用です。今後DSWPD診療のゲームチェンジャーに成り得ますよね。

わが国ではメラトニンが使用できなかったがゆえに、他の多様な薬でDSWPD治療を試行錯誤してきた印象があります。中でもアリピプラゾールは注目の薬剤で、神林先生が多くの研究をされています。やはり低用量処方についての報告が面白いです。

神林 アリピプラゾールを少量で使う



●図1 眠気の日内リズム(文献3より松井氏作成)

起床後から緩やかに減少する眠気は、午後一度強まる。その後覚醒度が最大となる睡眠禁止ゾーンを迎え、以降は急激に眠気が強まり就寝する。

薬効や副作用の評価に必要な臨床検査や画像検査の情報を「オールインワン」に凝縮！

検査値と画像データから読み解く 薬効・副作用評価マニュアル

「よく処方される薬」と「臨床検査や画像検査」のポイントを「薬⇔検査」の双方向の切り口で編集した一冊。第1部の「薬→検査」では薬効別に、①疾患に関連する薬、自覚症状、検査→②薬の評価項目とタイミング→③治療効果(④副作用)の評価に必要な臨床検査と画像検査→⑤薬剤選択の考え方→⑥評価から介入までのフローチャート→⑦記録の書き方一の流れで記載。第2部の「検査→薬」では検査ごとにその評価ポイントを解説。

編集 吉村知哲 岩本卓也

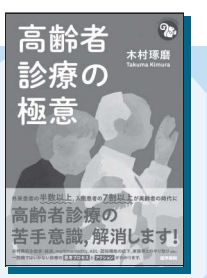


高齢者診療の苦手意識、解消します！一筋縄ではいかない診療のノウハウをまとめました

<ジェネラリストBOOKS> 高齢者診療の極意

高齢者診療の苦手意識、解消します！ 非特異的な症状・経過、multimorbidity、ポリファーマシー、ADL・認知機能の低下、家族や他職種とのやり取り、社会的支援など、一筋縄ではいかない高齢者診療の思考プロセスとアクションをまとめました。外来患者の半数以上、入院患者の7割以上が高齢者の時代に必携の書です。

木村琢磨





と、睡眠の延長が抑えられ覚醒が早くなるとうわかってきました<sup>9, 10)</sup>。現在の臨床では3mgからスタートする場合がありますかと思えます。ただ効果発現が早まる一方で長期的な内服が必要な薬剤なので、より少量からの処方開始が望ましいでしょう。私は体重60kg以下の方には0.5mg、60kg以上の方には1mgから開始するのが良いと考えており、大体0.5~1.0mgの範囲内で使用しています。内服を継続するうちに徐々に起床が早まりすぎて減薬することもあるので、少量で開始しておけばそれも避けられますよ。また、小学生などでは0.25mgなどでいいはずです。20歳以下では自閉症スペクトラムへの保険適用があり、安価に処方できる点も有用です。

## 小児・睡眠領域の連携を強めDSWPD診療のさらなる充実を！

**松井** 近年のコロナ禍では、時差出勤や在宅勤務のスタイルも広がり朝起きる必要がなくなった人も増えました。そこでDSWPD患者を対象に影響を調査したところ、朝起きる必要がなくなったことが症状増悪と関連していました<sup>11)</sup>。起きる理由があるのは治療の上で一定の意義があると考えられます。

**志村** 一方で体調が改善した人がいるのではないですか。

**松井** 鋭いですね。私の研究では観察できていませんが、海外から別の報告があります<sup>12)</sup>。もともと睡眠薬の服用、あるいはカフェインの大量摂取などで無理に活動していた2症例では、コロナ禍で仕事に行く必要がなくなり、深夜に寝て昼に起きる自身のリズムに合わせた生活になりました。すると使用していた薬剤全ての服用が不要になり、体調も良くなったのです。治療で社会的スケジュールに合わせた生活が可能になっても体調を崩しかねない点、DSWPD診療の難点です。また、志村先生の指摘した、それ以上改善しないかどうかの判定が明確にできない点は、今後の課題だと思います。

**志村** 本来はその人に合ったリズムで生活できれば、皆が健康に過ごせるのですけれどね……。詰まるところ、DSWPDは障害の社会モデルです。車いす移動だと段差を超えられないのと同様に、起床が15時だと仕事はもちろん役所や銀行にも行けません。個々のリズムと社会とのミスマッチで生じるハンディが実は社会に多く存在する。その点をまずは知っていただけたらいいですね。

**神林** 加えて言えば、周囲の方はもちろん医療従事者の方にもより知っていただきたいです。本日お話しした下記の薬剤について、睡眠専門医以外に広まってない点は、非常にもったいない。

### ◆入眠困難の対策

- ・メラトニン(メラトベル<sup>®</sup>) 1~2mgを眠前に(15歳以下の神経発達症に適用)。
- ・ラメルテオン0.5~1mgを18~21時ごろに(成人に適用)。
- ・オレキシン受容体拮抗薬(デエビゴ<sup>®</sup>) 2.5~5mgを眠前にあるいは頓服として。

### ◆起床困難の対策

- ・アリピプラゾール0.5mg(<60kg)、あるいは1mg(≥60kg)を朝か昼に。

特にODの診療を行う小児科の先生を中心に試していただき、結果やはり改善しなければ本当に血圧等ODの問題なのか、あるいは「学校に行きたくない」など心因性の問題なのかと治療を次に進められ、決して無駄にはならないはずですよ。

**志村** 同感です。「朝起きられない子供たちを治せますよ」とぜひお伝えしたいですね。そもそも体内時計とい

**志村** 高用量で抗精神病薬として作用させてしまうと潜在的なリスクがあるので、なるべく少量にしたいですね。**神林** それからメラトニン製剤とは服薬のタイミングが異なります。半減期が60時間あるので基本的にはいつ服用しても良いですが、少量ではドーパミン系の賦活作用が働き、むしろ寝られなくなる可能性を考えて、私は朝か昼に処方することが多いです。

**松井** これまで睡眠時間を短縮する薬はなく、「朝起きられる薬をください」と言われた時には「早く寝るしかないんです」と言うばかりでした。アリピプラゾールで超過睡眠を改善できる可能性があるのはありがたいですね。薬物療法のさらなる発展に期待したいです。

う概念自体、睡眠の専門でない医師が臨床で意識することは少ないかもしれませんが。ぜひ睡眠医療や体内時計の観点を頭の隅に置いてもらえたら幸いです。それだけで、薬物療法や睡眠衛生指導など治療の選択肢が広がります。

スムーズな入眠の工夫として部屋を早めに暗くする、あるいは朝は明るくする、カフェインを夜飲まないなど単純な睡眠衛生指導だけで大きく改善する場合もあるのです。私の行った研究<sup>13)</sup>では、積極的な睡眠衛生指導により退学率が90%減りました。「スマホを机に置いて布団に入ろう」など、とにかくできることから始めるだけでも有効です。

**松井** 非薬物療法には高照度光療法もあります。午前中に2500ルクス・30分以上(目標:1万ルクス・2時間)を浴びるのが有効です。日当たりの良い部屋ではカーテンを開けるだけでも多少の効果が望めます。

**神林** 冒頭にお話ししたように、小児科の先生方の長年の啓発活動のたまもので、学校現場でのODの周知が非常に進みました。診断書にDSWPDと書いても学校現場での受け止めがよくないためODも併記しておくなど、われわれもその努力に便乗させていただいています。一方でOD患者さんの診療では、平日・休日の入眠・起床時刻の確認は、あまりされていないのが現状ではないかと思えます。潜在、オーバーラップしているDSWPDを治療するためにも、われわれ睡眠医療の側からもっと知見の共有が必要だと考えています。

学校や職場に行けなくなれば、若者の未来に多くの困難が生じてしまう。早期診断・早期治療を行いたいと思いはわれわれも同じです。ぜひよろしくお願いします。

(了)

### ●参考文献

- 1) J Thorac Dis. 2018 [PMID: 29445534]
- 2) Sleep Med. 2007 [PMID: 17395535]
- 3) Electroencephalogr Clin Neurophysiol. 1986 [PMID: 2420557]
- 4) 白川修一郎. 人間の睡眠・覚醒リズムと光. 照明学会誌. 2000; 84 (6): 354-61.
- 5) J Clin Sleep Med. 2008 [PMID: 18853704]
- 6) J Clin Sleep Med. 2022 [PMID: 35929592]
- 7) Dialogues Clin Neurosci. 2003 [PMID: 22033851]
- 8) Sleep Med. 2021 [PMID: 33588260]
- 9) Neuropsychiatr Dis Treat. 2018 [PMID: 29849459]
- 10) Psychiatry Clin Neurosci. 2021 [PMID: 34324241]
- 11) Front Psychiatry. 2022 [PMID: 35757225]
- 12) J Clin Sleep Med. 2022 [PMID: 34254935]
- 13) Shimura A, et al. A randomized controlled trial: tailored sleep hygiene intervention reduced high school students' sleep disturbance, absenteeism, presenteeism, and dropout. Sleep Med. 2019; 64 (1): S348-49.

# 睡眠外来の診察室から



「睡眠」はまだまだ謎だらけ。患者さんから受ける一言に睡眠医学の専門家が答えます。

松井健太郎

国立精神・神経医療研究センター病院  
臨床検査部睡眠障害検査室医長

第12話(最終回)

「ぐっすり寝た感じがしない」

私は自他共に認める冷え性である。

健康オタクの母は以前から私の「冷え」を心配していた。冬のある日、「家庭用電位治療器の勉強会があるので一緒に行かないか」と言う。敷布団タイプの商品で、加温機能でぽかぽかと温かく、母が購入しとても良かったらしい。親孝行と思って参加してみることにした。

地域のお布団屋さんが会場であった。がらがらと戸を開けて中に入ると、若い女性が「お腹の温度測りますからね」と言う。その手には非接触式の体温計。なぜかお腹に向けてピピッとやる。「はい、25℃。後で使いますからね」と紙を渡される。

むむ？ これは10数年前の話である。コロナ禍で大活躍の非接触式体温計だが、当時はメーカーの人が勤務先の病院に営業に来たとかそういう時分の話で、世間の皆さまにとっては見知らぬデバイスと思われた。しかしこの中途半端な「お腹の温度」は明らかに外気の影響である。さっきまで外にいたんだもん。

次に登場したのはマスター・ヨーダのような雰囲気のご年配の女性であった。東洋医学の見地から「冷え」がいかに身体に悪いか、といった話を優しく解説していく。医学的には「ん？」と思われる話もあったが、いちいち指摘するのは野暮である。周りを見れば、母の世代の方々ばかり。明らかに私は浮いている。

ぼんやり聴講していると「さて皆さん、入り口で測ったお腹の温度、いかがでしたか？」とヨーダが言う。きた！ クライマックスだ！

順番が来たので私は「25℃でした！」と元気よく発言したが「まあまあね」と言われそれきりだった。ところが私の次のおじいさんの「お腹の温度」は15℃だったため、「冷えがすごい」とヨーダや周囲の方々からさんざん言われ、おじいさんは沈鬱な表情になってしまった。入り口での違和感は確信に変わりつつあり、「外気の影響ですよ！」と指摘し全てをぶち壊すことも頭をよぎったが、怖かったのでニコニコうんうんしておいた。

その家庭用電位治療器はめちゃくちゃ高額なのである。かわいそうな隣のおじいさんは冷えによる健康被害に怯えて購入したのだろうか。こんな勉強会だったので、また母がナゾの健康グッズに大枚をはたいてしまったのか、と真顔で帰宅することになった。

後日母から連絡があり、例の家庭用電位治療器を追加購入し、私の自宅に送ったという。私は「うわあ……」と思ったが、せっかく買ってくれたので、律儀にそれをベッドの上に敷き、全く期待せずスイッチを入れて眠りについた。そして翌朝驚愕と共に目覚めた。これまでの人生史上経験したことないくらい、気持ちよく眠れたのである。

これは「ライトサイド」であったと言わざるを得ない。それにしてもどうしてあんな販促をしているのか。

### 「ぐっすり寝た感じがしない」

これは睡眠外来を通院する患者さんの悩みの中でもそれなりの割合を占めると思う。ぐっすり寝た感じがしないことを「熟眠障害」と呼ぶ。

私が精神科医になった時には、「不眠症の主要な4症状は『入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害』だよ」と習ったものだが、このうち熟眠障害は現在、不眠症の診断基準から外れてしまった〔DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引(医学書院)、『睡眠障害診断分類第3版』(ライフ・サイエンス)〕。これは、熟眠障害そのものが不眠症以外の理由(例えば慢性疲労、疼痛、閉塞性睡眠時無呼吸等)で生じやすいためである。

とはいえもちろん不眠症患者にも熟眠障害はしばしば生じるし、臨床的にも重要である。先ほど挙げた入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害のうち、「熟眠障害」のみが1~2年後の抑うつ予測因子になった、との報告がある(Depress Anxiety. 2022 [PMID: 35377954])。さらに、勤労世代では短時間睡眠と熟眠障害の組み合わせが、高齢者では長時間臥床と熟眠障害の組み合わせが、それぞれ将来の致死リスクを予測する、との報告もある(Sci Rep. 2022 [PMID: 34997027])。

残念ながら、熟眠障害の改善に、これだ、という介入法はない。原因の絞り込みと適切な対処が重要なので、睡眠ポリグラフ検査を実施することになっている。寝床の状況や生活習慣についてもしっかり確認し、修正できるものがあれば指導していく。

私が感動した家庭用電位治療器は熟眠障害の改善に良いのかもしれないが、効果には個人差が大きい気がする。周囲に勧めはしていない。そもそもとんでもなく高額だ(よくぞ息子に送りつけるほどの確信を持たな、と思う)。

ヨーダの謎セミナーからはだいぶ月日が経ったが、母からもらった家庭用電位治療器は今でも愛用している。娘は「おとうちゃんのお布団はあつい」と嫌がっている。

プレゼンテーションで悩む、すべての医療者・学生へ

## 医療者のスライドデザイン

### プレゼンテーションを進化させる、デザインの教科書

研究や発表で使う「スライド」をよりきれいに、よりわかりやすく作るための指南書。一般的なデザインのルールはもちろん、医療職者が多様な「数字」「グラフ」「画像」「フローチャート」などに特化した解説も掲載。医療系スライドの多数の実例を示し、具体的な改善方法を提案する。汎用プレゼンテーションソフトで使用できるフォーマットやアイコンのダウンロード、実際の作成過程の動画付き解説などの付録も充実。

小林 啓

医療者のスライドデザイン

プレゼンテーションに悩むすべての医療者・学生へ

小林 啓

医療系スライドの多数の実例を示し、具体的な改善方法を提案する。

汎用プレゼンテーションソフトで使用できるフォーマットやアイコンのダウンロード、実際の作成過程の動画付き解説などの付録も充実。