

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^{9, 10)}。現在の臨床では3 mg 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60 kg 以下の方には0.5 mg、60 kg 以上の方には1 mg から開始するのが良いと考えており、大体0.5~1.0 mg 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0.25 mg などでもいいはず。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¹¹⁾。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¹²⁾。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[®]) 1~2 mg を眠前に(15歳以下の神経発達症に適用)。
- ・ラメルテオン0.5~1 mg 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[®]) 2.5~5 mg 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0.5 mg (<60 kg)、あるいは1 mg (≥60 kg) 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。

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。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¹³⁾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るため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