

睡眠関連疾患とプライマリケア

プライマリケアで「睡眠」を無視できないのは、「脳とこころのバイタルサイン」という側面が強いためである。日本人の睡眠条件が非常に悪くなっている現在、患者の増えつつある睡眠関連疾患を診るためのテクニックから、それらを取り巻く諸問題に至るまで、NPO法人の理事長も務める立花直子氏と、循環器専門医である今井 真氏の二人に、現場からの思いを熱く語っていただいた。



今井 真氏

医療法人 今井内科小児科医院
循環器専門医



立花直子氏

関西電力病院 神経内科・睡眠関連疾患センター
NPO 法人 大阪スリープヘルスネットワーク理事長

「睡眠障害」を巡る 用語の混乱

立花 当初「睡眠障害とプライマリケア」という題名をいただいたのですが、「睡眠障害」という言葉は人によっても捉え方が様々で、これをそのまま不眠と思っっている方も非常に多い。ところが新聞などで「睡眠時無呼吸症候群」という睡眠障害で事故が起こりました」と書かれると、その「睡眠障害」は病氣のことを指していたりしてあまりにも混乱しています。

また「睡眠障害」は不眠のイメージが強く、眠気、過眠も見逃せない症状であるというニュアンスが伝わらなくなる。説明する側も、使い分けのコンセンサスを持たずにいると混乱が起こりがちなので、対談のタイトルを「睡眠関連疾患」とさせていただきます。

私たちのグループは、少なくとも疾患や病態、パソロジカルなものについては明確化する意味で、sleep disordersに「睡眠関連疾患」という名前を使っていこうと思います。

今井 心不全を病氣と捉えるか、症候群と捉えるかというのと似ています。心不全は、貧血でもバセドーでも起こります。足がむくんだら、即、心疾患と考え、表面だけ捉えていて全体を見られていない例もよくあります。

スリープヘルスを取り巻く状況

立花 プライマリケアの中で睡眠関連疾患にどのように取り組んでいくかが今回の対談の一番の目的だと思のですが、どうしても医療従事者は病気を何とかしたいという気持ち先行しますので、病氣への対処法を知りたがると思うのです。

睡眠の問題で一番困るのは、今日本人の平均睡眠時間がどんどん短くなって、7時間ぎりぎりぐらゐまで減っているということ。睡眠をある程度確保しなければならぬという常識すら、失われつつあるかなと思います。

私の睡眠の専門外来でも、「眠い」と言ってくる方々の睡眠時間はびっくりするような短さです。

深く眠れば睡眠時間を減らせると思っている人もいます。プライマリケアでも睡眠時間を最初に確認することは必要かと思えます。

今井 最近の睡眠不足の原因は二つありますね。一つは、世の中がすごく便利になってきていること。24時間営業の店があるから、物事の準備をしなくなった。一般外来でも、「あさって旅行に行くから風邪を治して」と。普通は、旅行が決まっていたら、その前の段階で体調を整えるという準備をしなければいけなかったのに。

立花 確かに、睡眠のみならず、いろいろな健康状態への取り組みが非常に楽にできるといふ思い込みがあるのでしょうかね。

今井 何でも便利になってきたから計画をしなくなってきたという社会の風潮とよく似ているのです。もう一つは、情報ツール。携帯電話、メールやネットで、家に帰っても仕事をずっとし続けなければいけないような状況になっている。便利になったはずなのに、情報が氾濫してきて、実は生活は全然楽になっていない。僕自身も

苦しんでいます(笑)。つまりスリープヘルスですね。睡眠を取り囲む環境が、医療よりも先にもう少し何とかならないかと思えます。

立花 プライマリケアの方にそう思ってもらっていることは、私としては心強いことです。

今井 患者や一般の人にとって、是一对一対応というのが分かりやすいのだと思います。ですから、うかがう社会的にクローズアップされていますけれども、不眠イコールうつという記号ができてしまったり、また、昼間眠くなってきたら全部睡眠時無呼吸症候群だとなってしまう。特徴的な症状と診断名を一对一対応で考えてしまいうから、開業医に行かずいきなり専門の先生のところへ患者が大勢押し寄せるといふ状況になっているのではないかなど。

立花 睡眠専門外来に来られる患者は、今増えています。だから、先生が言われた2番目、情報量が多過ぎて、一般の方でもすぐ情報にアクセスできる。睡眠関連疾患のややこしい点は、他の病氣みたく

いに、Aという症状が出れば必ずA'の治療が来るわけではなくて、Aの陰にはA'が一番多いけれど、BもCもDもあるという点。そこがやはり十分に理解されない。

その時に思うのは、プライマリケアの先生は、その患者をそれまで支えてきた歴史がありますので、一般の方が自らピンポイントで診断をつけ、睡眠専門外来を探して来られたが、実はそんな単純な診断ではないことが分かった時でも、何とか整理がつく。もともとこのプライマリケアの主治医に報告書をお渡しすると、その後の治療に続いていく糸口ができます。それまで全く接触がない患者が急に来た時に納得してもらうのに比べると、非常にやりやすい。

その意味では睡眠専門外来という特殊なものをどのように使っていたか、あるいは睡眠専門外来の側がプライマリケアに何ができるかということは非常に大切だと思のですが、どこから取りかかれればいいのかが、プライマリケアの方たちにも見えにくいのではないかと思えます。

SASは眠気から接近するより生活習慣病で

通院されている方に症状を聞いていく——立花氏

頻度の高い
注意すべき疾患・症状

睡眠時無呼吸症候群

立花 睡眠と言えば一部の研究者がやっているという時代から、睡眠時無呼吸症候群(SAS)などいろいろな病気があるというこ

とまでは、おそらくプライマリケアの側に伝わっていると思うのですが、そのあたりはどうですか。
今井 睡眠関連疾患でうちに来られる患者さんは、「眠れない」と言ってくる人がほとんどです。SASの方で、自分で「SASです」と言ってくる方はほぼゼロです。逆にこちらから、赤ら顔で多

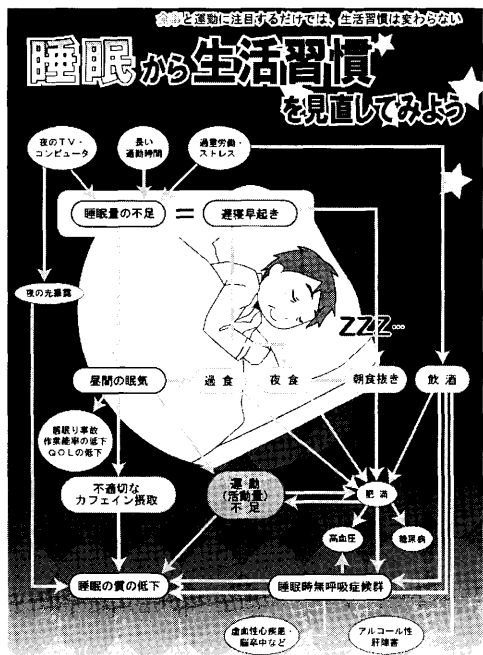


図1 NPO法人 大阪スリープヘルスネットワークで使っている図

睡眠時間が十分に確保できないことが種々の生活習慣病につながっていくことを模式的に示す。

血症ぎみの患者に「いびきを聞いていませんか。奥さんに聞いてみてください。呼吸が止まっていますか」というふうに見つけていく人が多いです。血圧がなかなか下がらないとか、太ってきたという人とか、薬をいくら投与しても全然だめだという方。
立花 逆に睡眠を標榜している、テレビで見た症状と一緒だと、SASを心配してくる人がいる。その通りならともかく、逆に心配しすぎのような人が来てしまう。
今井 あとは透析医療の現場。4〜5時間透析で、いびきをかいているのを目撃してSASを見つけていることがあります。寝ている現場を見られるか、見られないかというの大きいですね。
立花 経験的には、眠気から接近するより、すでにプライマリケアで診ている、生活習慣病で通院

されている方に症状を聞いていくことが一番必要なと思います。睡眠関連疾患だけではなくて、肥満、高血圧、糖尿病などについても睡眠と一緒に考えていかなないと、なかなか治りにくい(図1)。
5年前にNPO法人を設立し、睡眠全般に関しての啓発活動を行っているのですが、この図のように、睡眠をスタートとして考えていくと、遅寝早起きせざるをえない生活の下、睡眠量不足になり、その結果、食事の取り方の問題、運動量の不足が出てきて、いずれは生活習慣病全般につながっていくことが理解しやすいと思います。
よく眠ることで能率が上がるとか、いいことがあるということも研究を進めていきたいと思っています。そうでないと、日本の文化ではできるだけ長く働く人のほうがいいとなってしまう、産業医も関与が難しくなるかと思えます。
ナルコレプシー
立花 ナルコレプシーは、SASほど頻度は高くありませんが、念頭に置く必要があります。眠気

だけからこの病気を疑うのは難しいのですが、情動脱力発作（カタプレキシシー）をある程度聞き取っていただけると、典型的な例は大體診断できます。

今井 突然寝るといふ感じですか。笑った後フニャッと。寝るべきでない状況で寝るとか。

立花 眠ることと脱力発作は別個で捉えたほうがいいのですが、情動脱力発作も、倒れるほどひどい場合はてんかんや一過性脳虚血発作を疑って送られてきます。

これは大阪の人だけに通じるのかもしれませんが、何らかの感情が動く時に、例えば自分がおかしくて笑うだけではなくて、面白いことを言って笑わせたかと思っても、その瞬間に足がカクンとなる人がいる。あとは、笑おうと思っているのに脱力が起こっていて

口が歪んで笑えないとか。あまりひどくない場合、もともとそういうもののだと思っている人も多いのです。その辺は、自分から訴えない方もいるから、「〇〇した時に力が抜けませんか」とか、足がカクツとならないかとか、いろいろ

実例を挙げて説明してもらいます。**今井** 開業医からすると、脱力発作症状を見ると脳腫瘍なども考慮しないとってしまうのですが、頻度はどうなのでしょう。

立花 頻度的には非常に少ないでしょうし、他の自律神経症状や内分泌障害を伴うと思います。症状が複雑な時は、いったん専門医のほうに回してもらって、そこで

の判断でもいいと思います。**睡眠不足症候群**

立花 まだ確立していない概念

ですが、睡眠時間がその人にとって非常に不足している状態をいいます。睡眠日誌と呼ばれる日記式の睡眠のログ（図2）をつけてもらうと不足しているかどうか分かると思います。この例は、21日分の記録を示していますが、黒く塗りつぶしているのが眠ったところ、↑

は食事の印です。休日には普段より2時間以上長く眠っていることが分かります。つけているうちに睡眠時間が短い日は眠いが、長く取った日は眠くないとか、一定の傾向が本人にも分かってくる。

その時に睡眠の質自体が異常でないか確認する必要がありますので検査を受けていただくと、質にはあまり問題がなく、睡眠時間が普通短かったら眠いと人間は自然に思うはずが思わない、あるいは生活パターンを変えにくいという

人がかなりおられます。「もしかしたら睡眠時間が短いのでは」と言うか否定されるけれども、睡眠時間の取り方に問題があると思われた時は、このログを活用するとわりと見えてくる。

今井 プライマリケアの段階で睡眠の話をする時、時間ではなく質とか、患者の自己申告による時間であったりするので、なかなか正確に捉えきれない面があります。**立花** 自己申告は大抵は正しいとの前提でいいと思います。全員にログを記入してもらう必要はないですが、本人に「少し働き過ぎか」と気づきを促す意味では使えます。

不眠

立花 眠気の話ばかりしてきましたが、プライマリケア医をやっている睡眠絡みで来るのは、眠れない人です。不眠はあくまでも症状であって、不眠という病気があるわけではないから、できる限り原因を突き止めるほうが望ましいけれど、見つからない場合も多い。その時に「このように寝方を工

睡眠関連疾患を 一対一対応で

考えてしまいう風潮がある

今井氏

夫しましよ」というような指導をある程度入れなければ、そのまま治っていくことは少ない。

あるいは、すでにどこかで薬をもらっていて、「薬をください」と言ってくる患者。ニーズが多いのかと思うのですが、本当は、プライマリケアで最初に薬を出す段階で、こういう患者に出すべきかより、まずこういう患者には出すのを待ったほうがいいんじゃないかというあたりを、最低限押さえてもらおうのが最初だと思います。

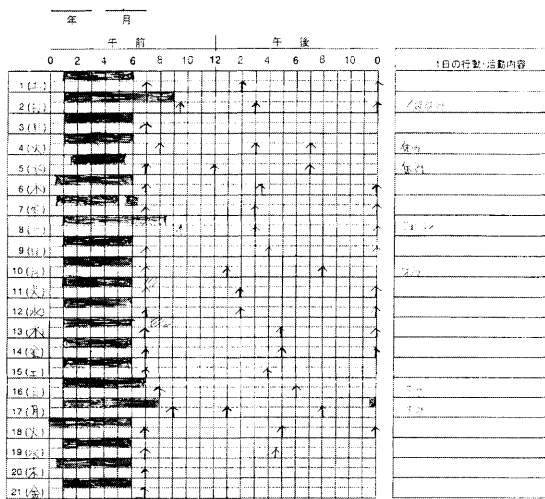


図2 睡眠日誌 (sleep-wake log)

SASでも不眠を訴えられる方
はかかなりいます。特に70歳ぐらい
になると、それほ
ど重症のSASで
はなくても検査を
すると、少しずつ
息が止まってほ
んの少し目が覚め
るといふのを、入
眠しにくいと訴え
ておられる。それ
で治療すると改善
する場合があります
で、内科は不眠の
原因になっている
SASに気をつけ
ておくといいと思

います。
下肢静止不能症候群
立花 あと、下肢静止不能症候
群(むずむず脚症候群)を知って
いると役に立ちます。
微候も単純に考えると、脚が非
常に不快であるということ。一番
多いのは膝から下の部分、あるい
はフットですが、それがどうい
う感覚なのかを患者は説明しにくい。
今は啓発活動が進んでいるので、
逆に脚の不快感があると、すぐ下
肢静止不能症候群と思ひ込まされ
てしまう悪い側面もあるのですが。
不眠でも脚のことはあまり訴え
ない人もいますから、「なかなか

眠れません」と言われた時に、「お
布団に入った時に、何か脚が気持
ち悪くて、脚を動かしたり叩いた
り、マッサージュしたりしているこ
とはないですか」と聞いてもらう。
脚がむずむずしますかとプライマ
リケアの方が聞くより、「眠れな
い」と言ってきた患者に、脚の不
快感がないかをまず聞いていくほ
うが、対応はしやすいと思います。
今井 夜中に脚の感覚がおかし
いと言われたら、僕は芍薬甘草湯
を出すことがあります。実はむず
むず脚症候群なのかもしれません。
立花 むずむず脚症候群でも芍
薬甘草湯がある程度効くというレ
ポートは、昔いくつかありました。
それを出すのは決して間違いでは
ないかもしれませんが、実際に患
者が困っているのは何かというこ
とです。その辺は、夜間の患者の
状態を見られないという点が一般
の医者で睡眠専門の医者の違いだ
と思います。
今井 病院なら、患者の就寝時
間に観察することが可能ですね。
立花 どうしても分からない時
は入院してもらって様子を見てい



たちばな なおこ: 1983年大阪大学医学部
卒業。90年ロンドン大学神経科学修士。96
年京都大学医学博士。スタンフォード大学
睡眠障害センター、ハーバード大学プリガ
ムアンドウィメンズ病院にて睡眠医学の臨
床トレーニングを受け、2005年より現職。

ます。これから寝ようとしている時に患者が何をしているか。ビデオや患者への中途覚醒時のインタビューなどがもつと効率的に使えるようなれればと思います。

うつ

立花 うつも、不眠の原因とい

うか、うつの症状の一つとして不眠が見られているのか議論されているところで、完全に区別するのは難しいと思います。わりと多いのは不眠を訴える患者さんで薬も処方されているけれども、睡眠導入剤がもう一つ効かない。よく聞くと過去に抗うつ剤を処方されていたというケースです。

今は変わってきていると思いますが、20年ぐらい前には、患者に直接「うつ」であることを説明せずに投薬をしたり、患者側も何の薬か尋ねない、薬局で説明用紙ももらわないということがよくありました。したがって、過去に一時期うつのエピソードがあつて治まったという病歴を自ら言わない場合があります。

なので、不眠で来られても「昔

同じようなことはなかったですか」と聞いてみる。あつた場合、「薬をもらつていたか」「何の薬か覚えていないか」ということも聞いてみる。この三つぐらいは聞いて、すぐに睡眠薬を出さず、精神科の先生に紹介するべきかどうかを検討することも必要です。

それら以外で眠れないという人になんかという治療がいいかというのは、大きな転換期にきていると思います。

睡眠薬にしろ、抗うつ剤にしろ、今は副作用も少なく安全で非常に有効であるということ、処方しやすい時代になつたかわり、プライマリケアの先生方がそれをどの

患者にどう使うかという法則性を見つけていくということが、まだ全然やれていないと思うのです。不眠への対応も、プライマリケアの方たちで問題点を出してもらつて、それに対して専門家の立場で検討していく作業が、これから非常に大事だと思っています。

今井 ただ、そこでも一つ問題があります。抗うつ剤なり睡眠導入剤にしろ、プライマリケアでの市場が大きいので、一般の開業医の先生も抗うつ剤を使いますよという売り出し方、うつ症状があればSSRIを出してしまえという流れができてしまつていた。売り方は上手だと思つたのですが、いか

がなものかと。薬を出している先生は全然悪意はないし、見直そうというところはあるのですが。

立花 結局エビデンス頼りになつてしまつたので、データが出てきたら、かなりそれに引きずられる治療をするか、あるいはしなければならないと思ひ込みやすい。

今井 僕らが睡眠専門の先生方に期待することは、まだ睡眠関連疾患に対するエビデンスは発展途上であるならまずそう言つていた方がいいということ。そうでないと商業ベースになつてしまつて、この症状にはこの薬という公式に陥り、EBMが全盛なこともあり、一般開業医は右往左往してしまう。



いまい まこと：1996年大阪医科大学第三内科入局。2002～05年Henry Ford Hord病院Heart & Vascular Instituteにて心不全の研究に従事。大阪医科大学総合内科助手、関西電力病院循環器内科を経て、現在、父である院長と現医院で診療。

立花 本当にプライマリケアが好きなのは、好きという言い方はおかしいけれど、その患者の全体像を診ようとする。そうになると、エビデンスの原則からは外れるかもしれないけれども、睡眠導入剤を投与する場合でも細かいところの合わせ方まで見てあげることができると思います。例えばエビデンスによればこの薬だけれど、患者に「この薬を飲んで具合が悪い」

と言われたら、「データではこうだから飲め」と言っても、反発されるだけなので。

医療連携の問題点

立花 睡眠を専門にする施設は増えてはいるのですが、レベルに

はやはりばらつきがあります。その原因の一つは、歴史的には日本は睡眠を研究している人に精神科医が多かったのが、だんだんSASが注目されてきて、呼吸器科、耳鼻科の先生が入って、いろいろな医師たちの連合軍のようになったけれど、足並みを揃えると

ころまでまだ達していないこと。そのバラバラを何とかしようとしても時間がかかるので、当面は自分の地域で専門機関がどこまでしてくれるのかを試しながらお付き合いしてみてもいい。病気の患者はこのクリニック、あるいは別のスリープラボがよく診てくれるなどというのを、一つ一つ確認していくしかないと思います。

今井 その問題点は本当に重要で、医者と患者、病院なら臨床検査技師さんも含めて、それぞれに関わる人たちのモチベーションにも影響を与えてしまいます。立花 SASについては、医者としてどうしても知っておかなければならず、患者にも分かってもらう必要がある問題があります。

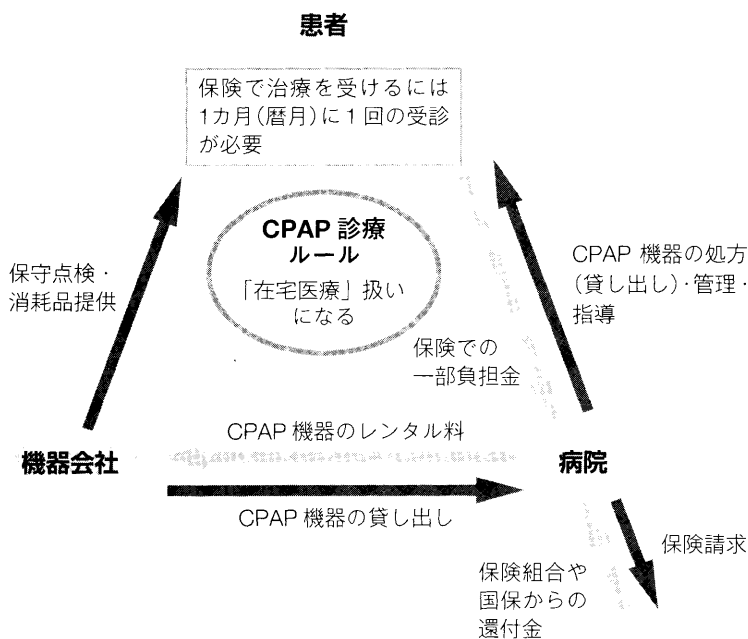


図3 日本におけるCPAPに関する保険制度

睡眠医学が、PSG(終夜睡眠ポリグラフ検査)中心で進んできた歴史もあるので、検査をしてデータさえ返せばいいみたいになっている面もあります。本当は、○なので□□してくださいぐらいまで書いてもらわないと。

睡眠医学が、PSG(終夜睡眠ポリグラフ検査)中心で進んできた歴史もあるので、検査をしてデータさえ返せばいいみたいになっている面もあります。本当は、○なので□□してくださいぐらいまで書いてもらわないと。

て、説明が非常に楽になりました。問題は、医学的には、半年に1回ぐらいの通院でも十分な人であっても、保険のシステム上、1カ月に1回の受診が必須であるという事です。

今井 1カ月に1回の受診が苦痛という患者もおられます。

立花 薬でもそうですけれども、昔は1カ月あるいは2週間しか処方できなかったのが、安定している人については3カ月処方がある人については3カ月まで延ばすことを可能にすべきだと。あるいは、薬を使い始めて本当にこまめに診たほうがいい患者は、2週間に1回受診してもらうことがあるのと同じで、C P A Pも導入の最初には、間隔を詰めて来てもらったほうがよい場合もある。それに応じた保険の点数設定をしてもらうと、もっとプライマリケアの人は入ってこられる。

今井 患者の不満も解消できると思います。月1回受診に不満を持つ患者から、保険内受診をやめて買い取りにしたいと言われた時、困ったのです。しかし逆に別の患

者からはこう言われました。「先生、保険のほうがいい。機械が新しくなったら、どんどん替えてもらえるやろ」と。

立花 保険外で機器会社から直接のレンタルも可能ですが、機器会社によって可能な所とそうでない所がある。この点はもつと情報開示して、「うちはこれだけのこ

とができますよ」と言っただけの今の保険のルールのままでやっていくと、すぐにどの専門施設も毎月1回来る患者でパンクしてしまいます。それは一見、病院の収入が確保されているように見えますが、一人の医師で診られる数には限界があり、初診が入らない、お互いに意味のない受診の対応をしなければならぬというフラストレーションが出てきます。一部の専門施設に集めてたっくさんのC P A P使用患者を診るという方式だけでは、この分野は立ち行かなくなると思います。

「睡眠関連バブル」の現状

立花 機器や薬の面で、睡眠関

連バブルともいうべき現象が起きていると思います。

日本としてのガイドラインをつくるにしても、エビデンス的なものも、データがまだ非常に少ない。データを出そうと思っても、睡眠診療に従事している医師やコメディカルがある人数にならなかったら研究もできない現状です。はっきり言ってしまうと、十分なマンパワーが育っていない状態です。

ここに日本の教育システムとか大学の付属病院とかの見直しがあると思うのです。他の専門科はある程度伝統がある。もともと日本に医学部が設立された頃から講座があつて、ある意味人材派遣ができる。そこで教育もしてくれる。その中で共通のものが皆に伝わっていったということがありますが、睡眠医学はあまりにも新参者なので、そのシステムがまだ全然できていないと思います。

システムができていないにもかかわらず、「睡眠医療」みたいなものが盛んであるという印象を与えたほうが、製薬会社も機器会社もビジネスチャンスが広がるので、

煽ってバブルをつくってきたと思います。それが行き過ぎると、結局、普通の臨床に従事している人たちがあまり信用されなくなるということを、私としては最も懸念しています。

今井 今の医学教育は縦割りになつてきてしまつていて、開業医から総合病院に紹介したのにもかかわらず、「当科的に問題ないの」と返されるケースが増えています。それで、こちらから同じ病院の他科を紹介すると。こちらの初期アプローチにも問題があるのかもしれない。

一人の患者をいろいろな視点から診ることは、総合病院とか開業医とかに関係なく、これから大事になつていくと思います。

立花 うちの糖尿病内科の若い先生などは、バルスオキシメーターを使つてのスクリーニングも自分でオーダーしてみるところまで来ていますので、粘つていけば少しずつそういう成果は上がると思つています。

(終)