

睡眠外来から見えてきた日本人の睡眠



Naoko Tachibana

立花 直子

関西電力病院睡眠関連疾患センター センター長、徳島大学医学部臨床教授、NPO法人 大阪スリープヘルスネットワーク理事長、Integrated Sleep Medicine Society Japan (ISMSJ) 創立代表

1983年大阪大学医学部卒業。当初、精神科医として働いていたが、1989年に渡英、1990年にロンドン大学神経科学修士号取得。ロンドン大学付属神経学研究所客員研究員を経た後、帰国し、1996年京都大学大学院医学研究科にて医学博士号取得。その後、スタンフォード大学睡眠障害センター、ハーバード大学医学部プリガムアンドウィメンズ病院・睡眠医学科に留学、睡眠医学の臨床トレーニングを受け、2001年に米国睡眠医学会国際睡眠専門医を取得。2004年にNPO法人大阪スリープヘルスネットワークを設立。2005年より、関西電力病院に勤務。

資格：精神保健指定医、日本神経学会専門医、日本臨床神経生理学会脳波部門認定医、米国睡眠技士協会認定技士、米国睡眠医学会国際睡眠専門医など。

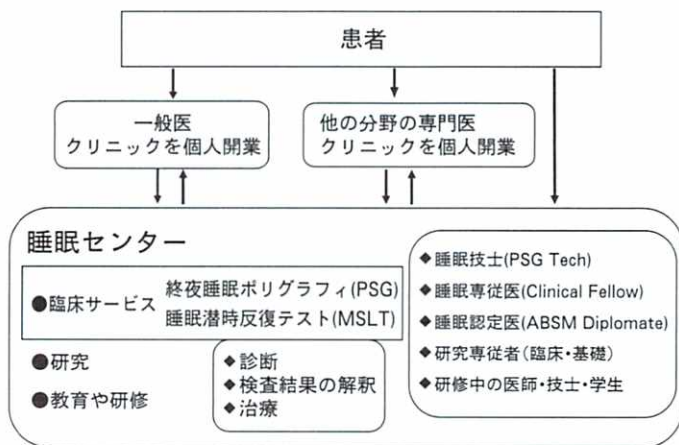
はじめに

当初、この特集を組みたいというお話が編集部からあった際、「大阪保険医雑誌の読者の大部分は、大阪で働いている開業医の先生たちが中心である」ということから、大阪人らしい「本音」の睡眠医学を語っても許されるだろうと考えた。ということで、この原稿は、他ではほとんど言えないことをそのまま記してみることにする。

睡眠医学は、まだ若い領域であり、その原型は

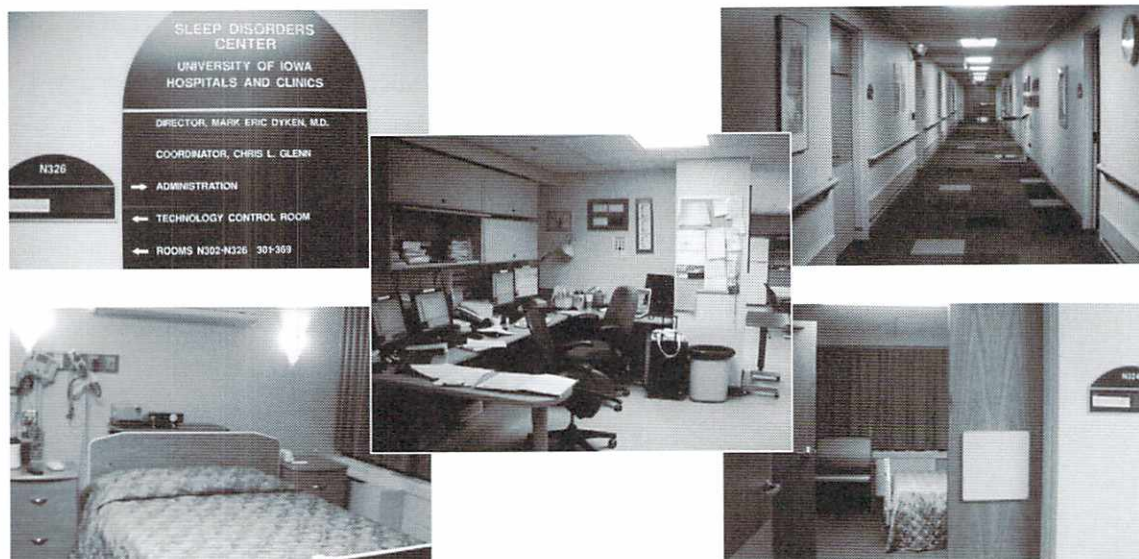
米国にあると言ってよい¹⁾。筆者は、もともと精神科領域で行われていた生理学的な手法を用いた睡眠研究からスタートしたが、当時は、そういった研究で得られた知見を毎日の診療に役立てるといった発想はなく、1995年にスタンフォード大学睡眠障害センターにたどりつくまでは、睡眠医学という臨床分野がこういった形で成立しているのかは全くわからなかった。スタンフォードでの経験は、それこそ驚きの連続で、睡眠に特化した形で働き、かつ同時に研究もできる状況を非常にうらやましく思った²⁾。

図1 米国の睡眠センターの構造 (academic centerの場合)



帰国後、米国型の睡眠診療を日本に取り入れる努力をいろいろな場所で行ったが、ある程度形になったのは、大阪回生病院睡眠医療センターのみであり、今日でも日本には「睡眠医学」の理念は中途半端にしか取り入れられていないのが現状である。その原因として、医療保険制度の違い、大学におけるセクショナリズム、教育制度の欠如、新たなことを取り入れる場合の米国的柔軟性と抵抗する日本的硬直性など種々の要因が上げられるが³⁾⁴⁾⁵⁾、一番大きいのは、睡眠文化ではないかと思うに至った。

図2 米国型睡眠センターの1例
 アイオワ大学病院睡眠障害センターの写真（関西電力病院 神経内科 杉山華子先生の撮影による）



見事にシステム化された米国型の睡眠医学が日本にとってベストにならないのはなぜか、以下に睡眠診療を続けるうちに見えてきた日本人の睡眠の問題について、睡眠診療の実情をまじえながら記してみたいと思う。

睡眠歴とは

睡眠診療の基本は、睡眠歴を取るところにある³⁾。睡眠関連疾患の診察は、他の内科領域と大きな違いはなく、問診を取り、診察時の所見と総合して鑑別診断を考え、必要な場合は検査を行い、検査結果を加味して確定診断をつけ、治療方針を決定し、フォローアップして軌道修正するという筋道は同じである。唯一の違いは、「睡眠歴」を独立して詳しく取ることと、いかなる場面でもスリープヘルス（「睡眠衛生」という言葉がずっと使われてきたが、この語からかもし出される前時代的なださいものではないことをわかってもらいたいので、ここではスリープヘルスという用語を用いた）についての教育がどの治療にも必要とされること、「検査」が特殊な技法と経験を必要とする終夜睡眠ポリグラフィ（polysomnography, PSG）が中心になることである（「睡眠ラボと睡眠技士の役割」参照）。

睡眠歴の中には、「就床時刻（平日と休日の前と別々

に聞く）」「起床時刻（平日と休日の前と別々に聞く）」「1日の平均睡眠時間」「もし好きなだけ眠ってもいいと言われたら、何時間眠りたいか？」といった誰にでもわかりやすく、質問紙をあらかじめ書いてもらって取るという手もあるが、一番、スムーズに聞き取るコツは、夜の眠りの部分だけでなく、朝起きてから、夜寝るまでのその人の1日の行動を聞いていくことである。ここでのポイントは、情報を取るだけではなく、患者が自分の日常生活を見直す作業を行わせるための伏線となることである。

変えたくても変えられない生活習慣

さて、この睡眠歴を取るという作業は、その人の生活や人生を知ることにもつながり、つつい時間を取ってしまっ、一銭にもならないのだが、アメリカでのトレーニングで叩きこまれた癖はちょっとやそっとでは取れない。関西電力病院に来られる方の中には、働き盛りの男性が多く、聞いていると、通勤時間に1時間、2時間かかっている人が多くおられる。寝るのは2時ごろ、目覚まし時計は5時半に合わせてあり、ぐったりして何度もアラームを消してはまた鳴って、頭がぼーっとした状態で起き、朝食をとる時間はなく、

駅まで走って行って6時発の電車に乗るんですよ、とくるので、

一通勤に2時間以上、かかるってことですね？

「いや、1時間半ほどなんですけどね」

一だったら、会社の始業が早いんですね

「いや、8時半に着けば大丈夫です」

こういう会話になったとき、最初は、早朝出勤して仕事をされているのだろうか（アメリカではよくある話）と思ったものだったが、日本ではこのパターンの正解は以下である。

**「6時発より遅くなると、座れなくなるんです」
一???**

「なぜ座りたいかという、そこで寝るんですよ。それより遅い電車だと座れないので睡眠が取れないんです」

それはそうだが、何か変。夜にもう少し早くおふとんに入って睡眠時間を確保することはできないのかな、とさらにその先を聞いていく。昼間、居眠りをする事が多くなったことを自ら問題点として来られる方は少なく、しかし、すっきりと目覚めて集中的に働いているという感じでもない。

「しょうもない会議のときに、ちょこっと寝るようにしてるんですわ」「営業の合間に車止めてちょっと寝たらすっきりするんで、特に困ってませんけど……」「必要なときは、起きてますから（自分が世間で言われている睡眠時無呼吸症候群なんて病気であるはずがない）」といささか歯切れが悪く、私がアメリカで出会った「眠くて仕事にならんから、きっと何か悪いところがあるはずだ」というやる気まんまんのビジネスマンとは全く違う表現をされる。

「何時ごろに会社を出て、何時ごろに帰宅されるんですか？」という問いに対しては、「10時より早くに帰れたことはありません（得意そう）」とか「忙しいときは、その日のうちには帰れません（少し悲しげ）」「8時から後は、つきあいですよ（糖尿病もあり、食事指導を栄養士さんから受けている）」となり、午後6時には会社を出不すなどという方にはまずお目にかかれぬ。

問診票には、「毎日ビール500ml」とあるが、付

き合いでどこかに行くわけでもなく、自宅でも飲まないという日課の人だったので、どう解釈したらいいのだろうと思った患者との会話。

一このビールはいったいどこで飲むんですか？

「大阪駅でね、絶対に座れるように1つ後の新快速を待ってるときにね、売店で買ってね、乗ったら飲むんです、唯一の楽しみです（琵琶湖の周辺に一戸建てを買ってしまった人）」

「そしたら、夕食は帰ってから食べられるのなら、11時をまわりますよね？」と聞かざるをえないが、この時点で、もし、予想どおりこの方が、重症閉塞性睡眠時無呼吸症候群（OSAS：obstructive sleep apnea syndrome）だったら、CPAPを導入しても相当大変なことになるぞという予測をさらに強固にするために、もう一つ聞いておく。

一帰ったとき、夕食は1人で食べられるんですか、誰かまだ起きててくれますか？

「ごはんは置いてありますが、とくに皆寝てますわ」「酒が入ってるんで、帰ったとたんバタンキューです」「犬が待っていてくれますね（やや幸せそう）」となると、絶望的。。。。

こういう人々に会うにつれて、アメリカの睡眠診療で習ったことは、いったい何だったんだろうと思うことしきりである。少なくとも私が診察室で会った人は、夜はぐっすり眠れ、朝はすっきりめざめ、昼は頭もさえてバリバリ働けるのが普通の姿だと考えており、それができなくなっていることを何が何でも良くしようという意欲に満ちていた。それに対峙する睡眠専門医も、睡眠歴を徹底的に取り、問診の中でスリープヘルスの教育をしようとする。患者も真剣にそれに耳を傾け、「昼間の運動量を増やして」「夜の照明を工夫して」「お酒の飲み方はこうこうだよ」といったアドバイスを素直に聞き入れ、実行しようとしていた。Mentalityの違いもあるだろうが、日本人の今の生活で、生活習慣を〇〇にしろと言われても、個人の努力で実行できる範囲を越えているのではないだろうか？ワークライフバランス云々を議論するには、いったい自分が何時間眠っていて、それはなぜそうなっているのだろうか？という問いかけからスタートすることが絶対に必要である。

日本人はsexually dysfunctionalか？

アメリカでの診療と決定的に違うのは、睡眠時無呼吸症候群（SAS：sleep apnea syndrome）が疑われた患者の診察である。アメリカでは、SASらしき人が1人で受診する確率は非常に低い。日本では、逆に1人でない場合はほとんど考えられない。アングロサクソンの睡眠文化の特徴は、「既婚、同棲、未婚にかかわらず、大人はベッドパートナーと呼べる相手と同じベッドにいるのが普通である」ということであり、夫（あるいは妻）やboy friend（あるいはgirl friend）のいびきがひどい場合は、相手とともに診察室に現れることになる。「同じベッドで眠れない」ことは、愛情が無くなったあかしであり、そういった問題に協同して取り組めない相手は、もはや破綻した関係にあるということになる。

日本では、「相手のいびきが大きい」ときの第一解決方法は、寝室を別にすることであり、まず、睡眠クリニックに行こうなどとは思わないであろう。徐々に（ある意味、煽ったという面も大きいとは思いますが）、SASという疾患が世間一般に認知されるにつけ、「娘に『テレビに出てた病気といっしょとちゃうか、お父さんのいびきうるさいから何とかしといて！』と言われて来ました（でも私は困ってないんですけど）」「いっしょにゴルフにいった〇〇さん（すでにCPAPを使っている患者さん）が変な器械つけてるんですわ。そしたら、朝になって、『お前の寝方、俺の治療前といっしょやで、はよ診てもらえや』と言われたんで予約入れたんです」と第3者の観察が受診のきっかけになる方たちも増えてきているが、その第3者が妻であることが少ないのも日本の特徴のように思える。

アングロサクソンは、他の文化への考慮度が低いので（グローバルスタンダードなどがあると思っっている脳持ち主には、自分たちと違った眠り方をしている人たちがいるとは理解しがたいのであろう）、私がアメリカ留学中にこういった事情を説明し、だからこそ、SASの診断にも治療にもアメリカ以上の細やかさと配慮があるとボスに言うと、“Japanese

people are sexually dysfunctional.”と言われてせせら笑われてしまった。確かにベッドパートナーがいることが前提で睡眠医学を実践すると、診断に役立つ情報が多く取れ、受診の時点でカップルが何を問題として治療をしたいかがだいたいまとまっており、治療に入ってもそれを励ます人がいるため、非常にやりやすい。そういったものがほとんどゼロである状況でいったいどうすれば良いのか？

nCPAPにまつわる奇妙な制度

SASの最も効果的な治療法は、本号「睡眠時無呼吸症候群の診断と治療の実際」に述べられているように、経鼻的持続陽圧呼吸療法（nCPAP）を使用することである⁷⁾。この治療方法については、日本では、ある条件を満たす患者については保険適応があるが、在宅医療のカテゴリーの中に入られているため、happyに使用していても使用してなくても、使用により十分に症状がコントロールされていてもいなくても、はたまた当初から自覚症状が全くなくて、使用してもその利点が本人に全く感じられない場合でも、暦月に1回、受診しなければならないという奇妙な運用になっている。また、機器の所有権は機器会社にあり、決して病院が患者にレンタルしているわけではないため、この制度を医師が熟知し、患者にもそれを最初から教育しておかないと、医師側にも患者側にもメンタルヘルス上、悪いことが次々と起こりえる（図3）。

受診しなくても患者側は損をせず、罰則規定がないので、機器にかかったお金は病院側の持ち出しになり（あるいは病院と業者との契約によっては、業者の持ち出しになり）、たまたま、重大事が起こって受診できない患者が、その次に現れたときに「この前、来られなかった分も入れて、今日、2ヶ月分払いますね」と言われても、どうしようもないという経済上の問題。nCPAPの効果が自覚でき（熟睡感が出て、お昼間、さっぱりと目覚めていられる）、nCPAPを使用した状態でPSG実施にてその効果が確認され（つまり、呼吸も睡眠内容も正常化している

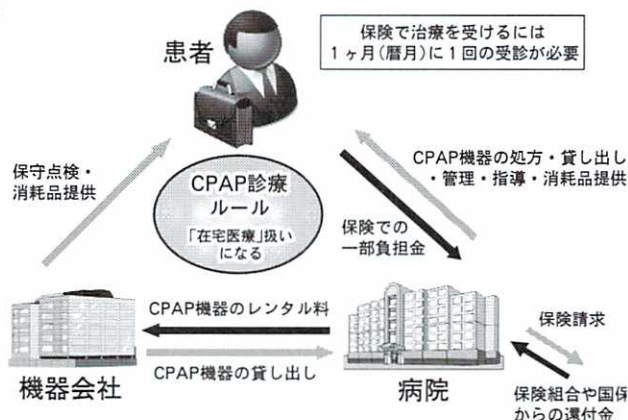
ということである)、コンプライアンスに問題がなく、他に合併症がないので、病院とはほとんど縁がない患者が「何で1ヶ月に1回受診せなあかんのや? 機器の借り賃を払いに来るだけなら、まとめて払わせて欲しい」と言い出す場合。最後のケースでは、医学的には、普通の健康診断的に半年に1回受診していただくか、体重の増減があったり、機器がどうもおかしい、あるいは何らかの症状が出たときに来院してもらえば十分である。また、日本では、「医師は検査をオーダーするか、薬を処方する人(あるいは手術をする人)」といった感覚が強すぎるのか、この暦月1回の「経鼻的持続陽圧呼吸療法指導管理料」というのは、当然、「指導と管理」に払われるのが第一義であるにもかかわらず、「機器の借り賃を払うための制度」という形にすりかえて説明している病院や業者が多いという問題点。ある意味、睡眠医療のプロフェッショナルリズムを自ら否定しているとしか思えない。

米国では、nCPAPを処方(その患者に合った圧など機器の設定が主)されたら、患者は、それを持って自らhome care companyと連絡を取り、そこから機器を買い取るのが通例であり、どういうサービスを受けるかは、患者とhome care companyとの契約になる。もちろん、その際にどういった保険会社のどういったレベルの保険に入っているかにより、契約できるhome care company、使える機器の種類など、いろいろな制限がかかる。つまり、米国でのSAS治療は、徹底的に「自己責任」を旨とするため、患者も戦わなければ生きていけない。

nCPAPが使えないその奥にあるもの

私も戦わなければ生きていけないので、大阪人には、本当のことを話そう、それが通じる人が私の睡眠医学がわかる人だという開き直りのもと、こういったnCPAPにまつわる事情をすべて患者に伝えるようにしている。もちろん、「そんなことはどうでもいいわ」「1ヶ月に1回来てたらいいんでしょ」というタイプの方には、控えめにしているが、どういった保険制度の下、この治療が行われ

図3 日本におけるnCPAPに関する保険制度



ているかを知った患者が増えるにつれ、「2・26事件」(「日本における睡眠医学の確立」参照)以降、急激に増えた、自覚症状がないが、検診などで異常値を指摘されて専門施設(?)に送られ、そこでnCPAPを導入されたが、nCPAPを使う意味がもうひとつ明確でない患者が減っていった。

さらに、来院時にnCPAPの使用状況と圧変化がグラフ化され、それをもとに患者に使用状況のみならず、毎日の生活について聞き、診察時間を構造化することで、月1回の受診をいかにお互いにとって意味のあるものにするかを試行錯誤している(図4)。これまでコンプライアンスを上げる要因として、nCPAPの圧がその患者に合ったものであるか、マスクフィッティングはどうか、冬場の結露対策をどうするかといったテクニカルな面については、睡眠の世界では相当論議され、きちんと対応できる施設も増えていると思われるものの、どうもそれだけでは解決できない日本人の睡眠状況がある。

nCPAPの使用率としては、100%とperfectであるが、それでも眠く、長年つきあってその推移を見守るに「睡眠量(時間)不足」が解消されないの、それ以上の効果が出ない36歳独身男性(図4)。プログラマーとして働き、繁忙期には帰宅が0時を過ぎるが、20時頃に帰宅できる日でも0時までには就床したためしがない。年末年始に実家にもどったときは、睡眠時間が確保でき、眠気もなくなっていると本人に体験させた状況での会話。

一睡眠時間を延ばすことが必要とわかってきておられるのに、どうしてできないんでしょうね？

「やっぱり、帰ってきて、食事して、テレビでも見てたらどんどん遅くなっちゃって…。コンピュータもいったん開くと、何やらやっちゃうんですよ（悪びれない）」

一でも、その結果、昼間に眠くて仕事も困るってことは、何とかしないといけないんじゃないですか？

「それはそうなんですけど、まあ、仕事も全然できないってわけじゃないし…」

睡眠相が後退しているという解釈のもと、光やメラトニンを加えてはと思う睡眠専門家もいるかもしれないが、本人に何とかしようという気が感じられない、困っていない点が一番困った点と思われる。nCPAPにより、ある程度の底上げはしているが、その先に進めない。アメリカだとか違ってフォローしないので、医師側もここまで悩む必要もないのかもしれないが…。

もっとよく出くわすタイプの患者は、本人は、使うとその翌日快適になるとわかっているものの、CPAPの使用開始が朝の4時になっていたり、全く使わない日がよく混じる方である。

一（データをいっしょに見ながら）この日は徹夜に近い状態まで起きていて、それからおふとんに入ったんですかね？

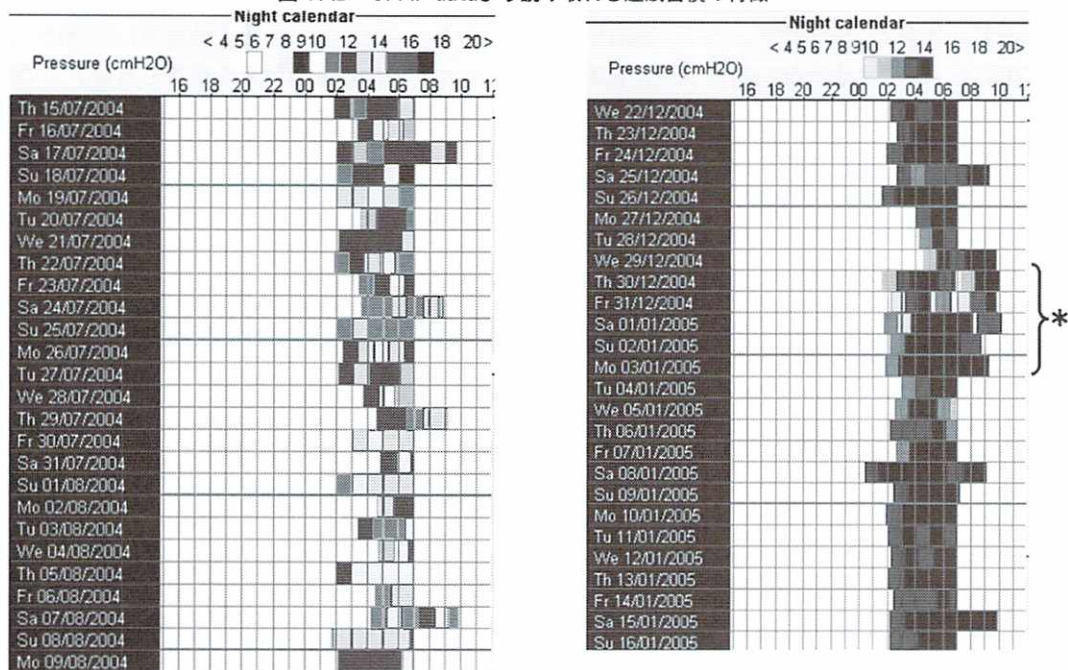
「いや、ついつい寝てしまいました。帰るのが遅くてね、家に着くと、もう眠くて、そのままソファで寝てしまうんです」

一誰も起こしてくれないんですか？ 4時に目がさめて、そこからふとんに移ったってこと？

「この日は途中で目がさめて、何とか器械のあるところまでたどりつきましたが、普通は朝までそのままです」

一（少なくとも娘が受験勉強をして遅くまで起きているという情報があったので）娘さんに頼んで、見つけたら声をかけてくれるように頼んでみたらどうでしょう？

図4 AB CPAP dataより読み取れる睡眠習慣の特徴



いずれも、CPAP機器（GoodKnight 420E）のメモリを読み出したもの。カレンダー方式になっていて、使用した時間については色が塗られていき、1時間分の圧の平均値を1時間刻みに色別表示されている（モノクロ印刷のため少し見えにくいですが、実物は圧がきれいに色分けされてデータが分かりやすくなっている）

A（左）：平均2時以降に就床し、繁忙期は帰宅が0時を過ぎるため、さらに遅くなっていることがわかる。ただし、早く帰宅できたときでもずるずると夜更かしをするので、2時より早くに就床することはほとんどない。しかし、平日は、仕事に間に合うように、朝、きっちり起きることができる。休日は好きなだけ眠り、起床時刻は9～10時と遅くなっている

B（右）：年末年始に帰省し、時間の制限なく好きなだけ6日間眠ると（*の部分）、日中の眠気が消失するが、その場合でも、就床時刻は早くできず、睡眠相（睡眠時間帯）は遅めのままである

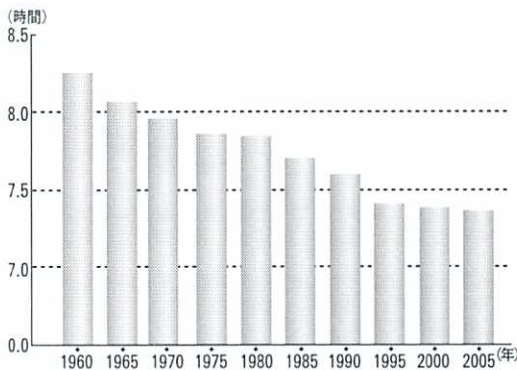
「だめだめだめ、相手にしてくれませんか(もしかして相手にしてるのは私だけ?)」

それでも日本人の睡眠を何とかしたい

NHK国民生活時間調査によると、日本人の睡眠時間は、短縮の一途をたどり、2005年の調査によると、平日7時間22分となっている(図5)⁸⁾。長期的に減少が続いていたのが、下げ止まったとも読めるグラフであるが、これ以上減らすともうやっていけないところまで来ているのかもしれない。この事実を抜きにして、「(理想的な睡眠薬を使って)良い睡眠をとって(睡眠時間や時間帯はどうするかはさておいて)生活習慣病に対処する」とか、「リズムレスな社会を(薬をもって)変える」ことができるとは到底思えないが。こういった状況の下、自律的に人生を送る力さえ、奪いとられている人々を睡眠外来で診ることが多いというのが一つの結論であり、日本で睡眠医学を実践するためには、この状況に目をつぶってはならないと思う。

その中でも懸命に自分の生活と人生を見直す人々も出てきていることには、勇気づけられる。あるOSAS患者は、退職とともにマウンテンバイクに乗る始め、毎日、淀川河畔を10kmサイクリングすることを日課とするようになり、その途中で自然の変化に心うたれ、草木や川面の写真を撮ることが一番の楽しみとなった。結果的に減量に成功し、いまだnCPAPは使っているが、OSASとしては大きく軽症化している。あるナルコレプシー患者は、ナルコレプシーという診断がついたこと

図5 日本人の睡眠時間の推移⁹⁾



で、出世コースからははずれ、やや閑職に追いやられた。当初、かなりの葛藤をもって過ごされていたが、徐々に「私の仕事だと、眠りが保障されているってことですよね。長い目で見たら、そのおかげで健康に過ごせるのなら、それも良いのかもしれない」と言うようになられた。睡眠不足を認めない(sleep-wake logからは明らかに睡眠時間不足で、種々の検査でSASもナルコレプシーも否定)が、執拗に昼間の眠気を訴えられるworking motherは3年かかって、「夜、遅くまで起きてるのは、主人に『私もこんなががんばっているんだから』というあてつけの気持ちからだだったと思います」ということに気づき、きちんと眠って自分自身が気持ちよくなることを選ばれた。

睡眠診療は、PSGをオーダーして、結果を出したら、それで終わりという単純なものでは決してなく、やればやるほど、その人の睡眠と人生とが見えてくるexcitingな領域である。そして、どんな小さな発見でも、まだまだ未知のことが多い睡眠医学へ寄与できるという点で、rewardingであると思っている。日本人の睡眠の問題は、一朝一夕にどうなるものでもないだろうが、この駄文を読んで、興味をもつ人が1人でも増えることを願っている。

参考文献

- 1) 立花直子：米国における睡眠医学の歴史。総合臨床 52：2917-2920, 2003.
- 2) 立花直子：睡眠医学への道。junior 457：45-48, 2006.
- 3) Tachibana N, Ayas NT, White DP. : Japanese versus USA clinical services in sleep medicine. Sleep Biol Rhythm 1：215-220, 2003.
- 4) Tachibana N. Imbalance between the reality of sleep specialists and the demands of society in Japan. Ind Health. 43：49-52, 2005.
- 5) 立花直子：睡眠診療の技法伝達の現状について考えよう。総合臨床 58, 413-420, 2009.
- 6) 足立浩祥：睡眠歴の取り方と質問紙の利用方法。立花直子, NPO法人大阪スリープヘルスネットワーク編：『睡眠医学を学ぶために 専門医の伝える実践睡眠医学』, 永井書店, 大阪, pp 75-85, 2006.
- 7) Giles TL, Lasserson TJ, Smith B, White J, Wright JJ, Cates CJ. Continuous positive airways pressure for obstructive sleep apnoea in adults. Cochrane Database of Syst Rev 3：CD001106, 2006.
- 8) NHK放送文化研究所編：日本人の生活時間2005—NHK国民生活時間調査, 日本放送出版協会, 東京, 2006.