

- 総合病院睡眠医療センターの立場から -
どんな患者を睡眠専門医へ紹介すべきか？

大阪回生病院睡眠医療センター 部長 谷口充孝

言うまでもなく精神医学と睡眠医学は互いの関連の深い医学分野である。ほとんどの精神疾患の患者では不眠や過眠、睡眠覚醒リズムの問題を生じるし、こうした睡眠の問題は回復過程のメルクマールにもなる。著名な精神科医である中井久夫氏は睡眠を「精神健康を維持する基礎」「精神疾患患者の最も重要なバイタルサイン」として重要視し、精神科看護の教科書など一連の著作の中でも睡眠医学に関する言及は少なくない。しかしながら、てんかんが神経内科や専門医の誕生とともに次第に精神科の診療から遠ざかったように、現在、睡眠医学の成立とともに専門医へ紹介する流れの中で多くの精神科医から睡眠医学に対する関心は薄れつつあるように思う。

だが、実際には精神科的問題をもつ患者を睡眠専門医にスムーズに紹介できる現状ではない。その原因にはいくつかあるが、最大の原因は精神科の医療機関でも長期の予約待ちが生じているように、睡眠を専門とする医療機関のマンパワーは圧倒的に不足している。加えて精神疾患を持つ患者の場合、睡眠医学だけでなく精神医学の知識も必要とするが、両者の知識をもつ専門医はほとんどいない。さらに例え対応できる専門医が診療しても睡眠関連疾患として考えるよりも精神疾患の1つの症状として考えるべきと思われることも少なくなく、その結果、睡眠専門医の診療が必要な患者の診療がより遅れてしまう。

例えばうつ病患者の場合で考えてみたい。近年の米国の大うつ病に対する大規模臨床試験 Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) プロジェクトの報告では最初の抗うつ薬の治療で2/3の患者は反応するが、その中で完全に症状が消失する寛解に至るのは全体の1/3でしかない。さらに4剤の抗うつ薬や認知療法に切り替え、あるいは増強療法を行っても寛解に至る患者は2/3にとどまり、1/3では何らかの症状が残遺する。うつ病に関わる症状の中で、中核症状である抑うつ気分、希死念慮、精神運動抑制は消失しやすく、不眠、倦怠感、集中力の低下が残遺しやすい。加えて過眠や睡眠覚醒リズム異常が残ると職場復帰はますます遠ざかる。こうした場合、精神科の診療の枠組みの中で「うつ病は治ったが、睡眠障害のみが残存している」「熟睡できるようになれば起床困難や日中のQOLも改善し復職できるはず」と考えられてしまうと睡眠の専門医に任される。しかし、実際にはこうした患者が睡眠の診療を求めて受診しても潜在する睡眠時無呼吸症候群が原因ではないかと考えて対応するだけで患者にとってそれほど意味のある結果を生まない。

高齢患者の急増に伴う2025年問題は取り上げられている認知症やがん患者の増加、介護、終末期医療の問題だけではない。今後、多くの身体・神経疾患、精神疾患を合併する高齢患者を細かく専門医に任せる現在の医療システムでは機能不全を生じることは目に見えている。医療者だけでその問題の解決はできないが、脆弱な専門医療を破綻させないためには個々の医師が可能な限り多くの疾患に対応し、本当に必要な場合にのみ専門医へ紹介するしかない。また、われわれ睡眠医学の専門医も精神医学にもっと関心を向けるべきであるし、逆に精神科医も睡眠医学やてんかんなど歴史の経緯の中で遠ざかっていった領域を再び取り込んでいかなくてはならない。これは負担ではあろうが、個々の医師にとってのスキルアップにもつながり、決してマイナスばかりではないはずである。

第6回ISMSJ学術集会サテライトシンポジウム

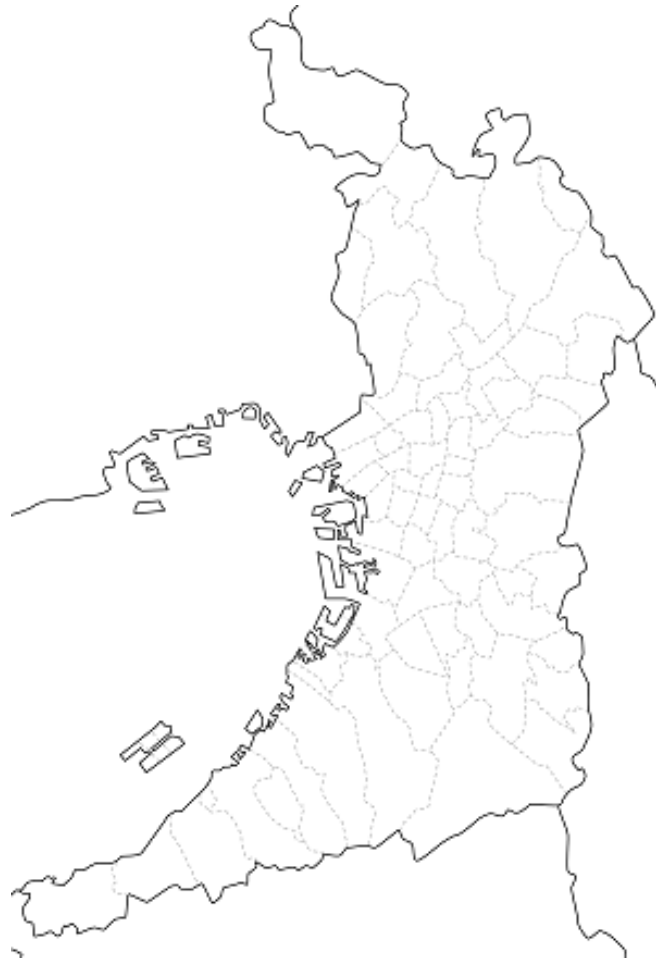
社会と個人のために『これからの睡眠』を医療に広げるには？

どんな患者を睡眠専門医へ紹介するべきか？

大阪回生病院睡眠医療センター

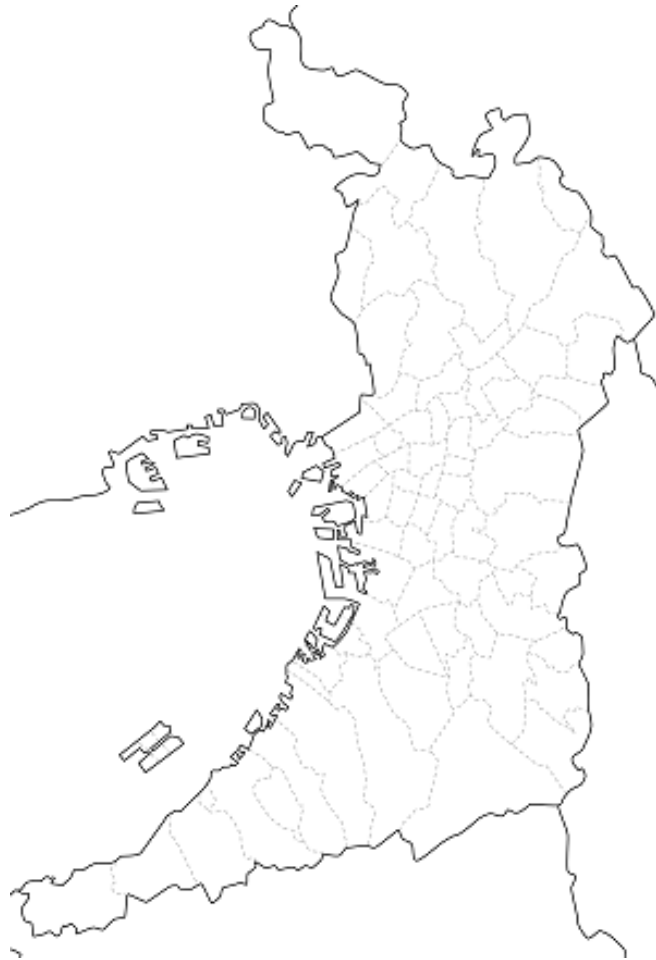
谷口充孝

大阪府：人口885万人



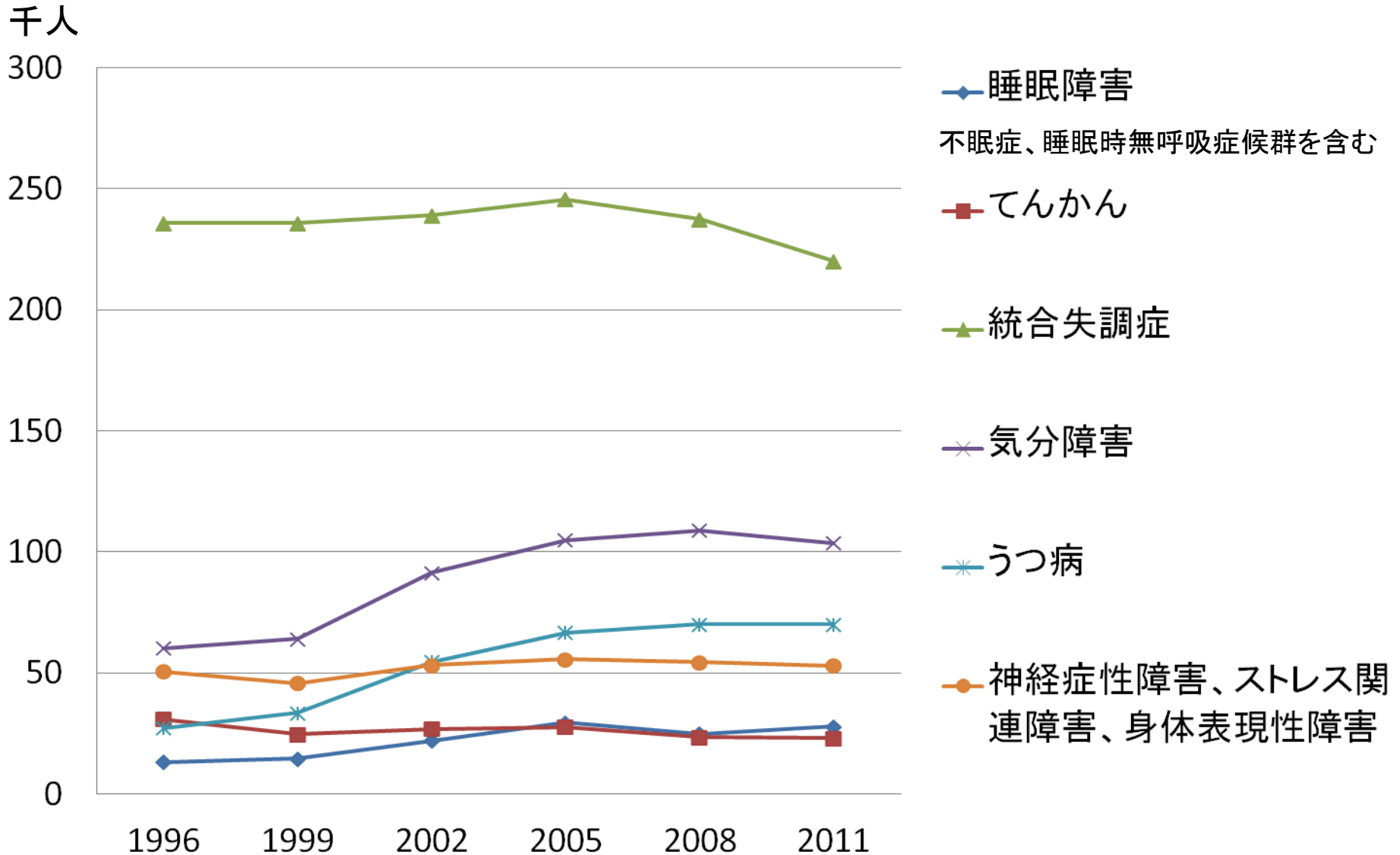
- 睡眠医療機関
 - 睡眠学会認定医療機関6施設
(A型5施設, B型1施設)
 - 睡眠学会認定医28名
(精神科18名, 呼吸器科6名,
神経内科2名, その他2名)
 - SAS対応医療機関53施設
(某企業ホームページ資料)
- 精神科医療機関
 - 大阪精神科診療所協会医療機関227施設
 - 大阪精神科病院協会医療機関49施設
 - 精神科専門医(近畿地区)1622名

大阪府：人口885万人



- てんかん診療医療機関
 - てんかん学会認定医療機関13施設
(小児科10施設, 脳外科3施設,
神経内科2施設)
 - モニタリング可能施設1施設(小児のみ)
 - てんかん学会認定医35名
(小児科23名, 脳外科8名,
神経内科3名, 精神科1名)

傷病別推計患者数と年次変化 (平成23年度厚生労働省統計)



大阪回生病院：睡眠医療センター

• スタッフ

- 医師 常勤 9名(呼吸器内科(兼務)6名、精神科1名、神経内科1名、麻酔科1名)
非常勤 4名(呼吸器内科、精神科、小児科)
- 検査技師 常勤 11名(米国認定睡眠検査技師(RPSGT)取得者 5名)
- 事務 5名

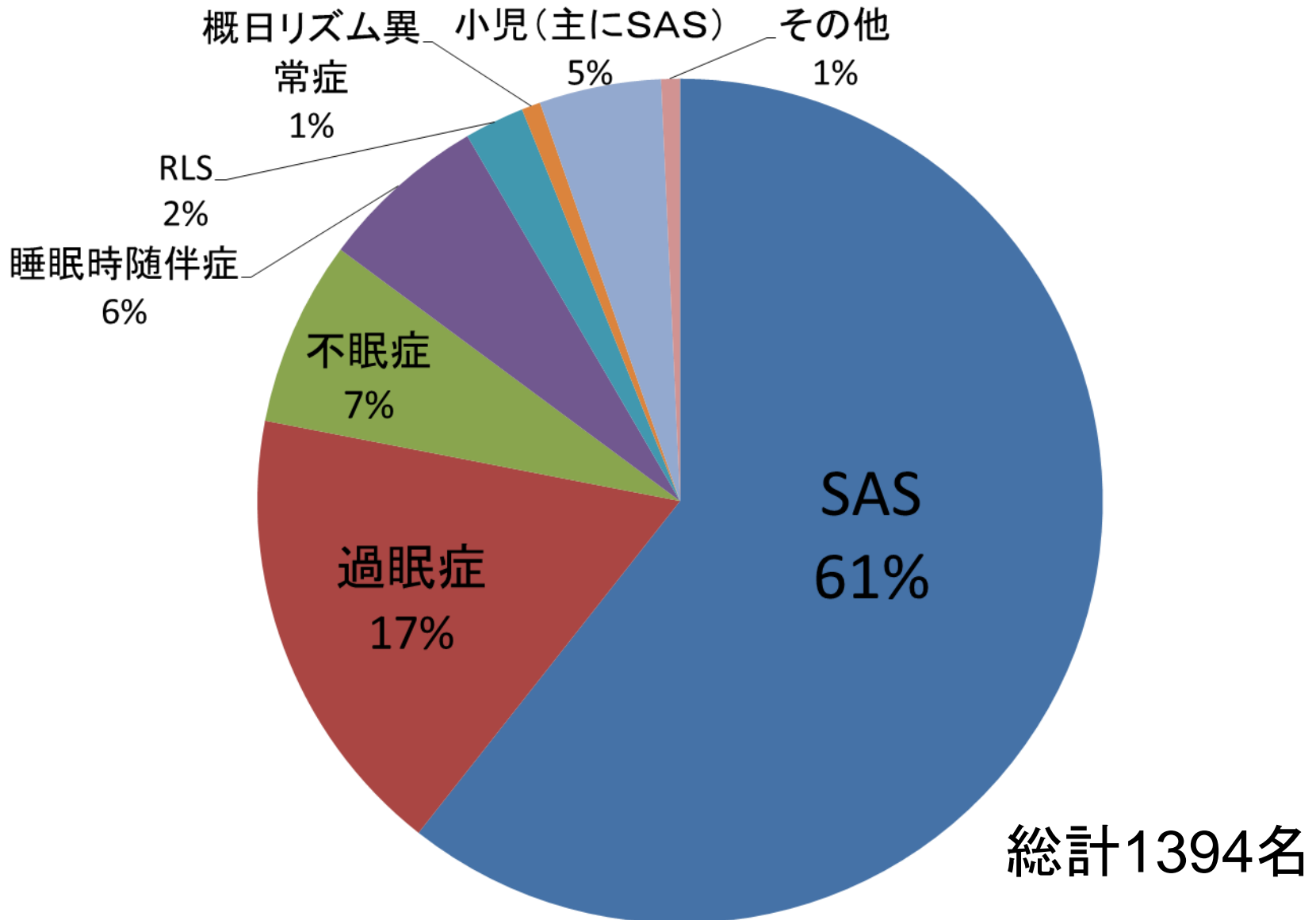
• 患者数

- 初診患者数 22,700名(約1,500名/年)
- CPAP導入患者 6,500名
- CPAP follow up患者 2,950名
- 外来患者数 2,800名/月

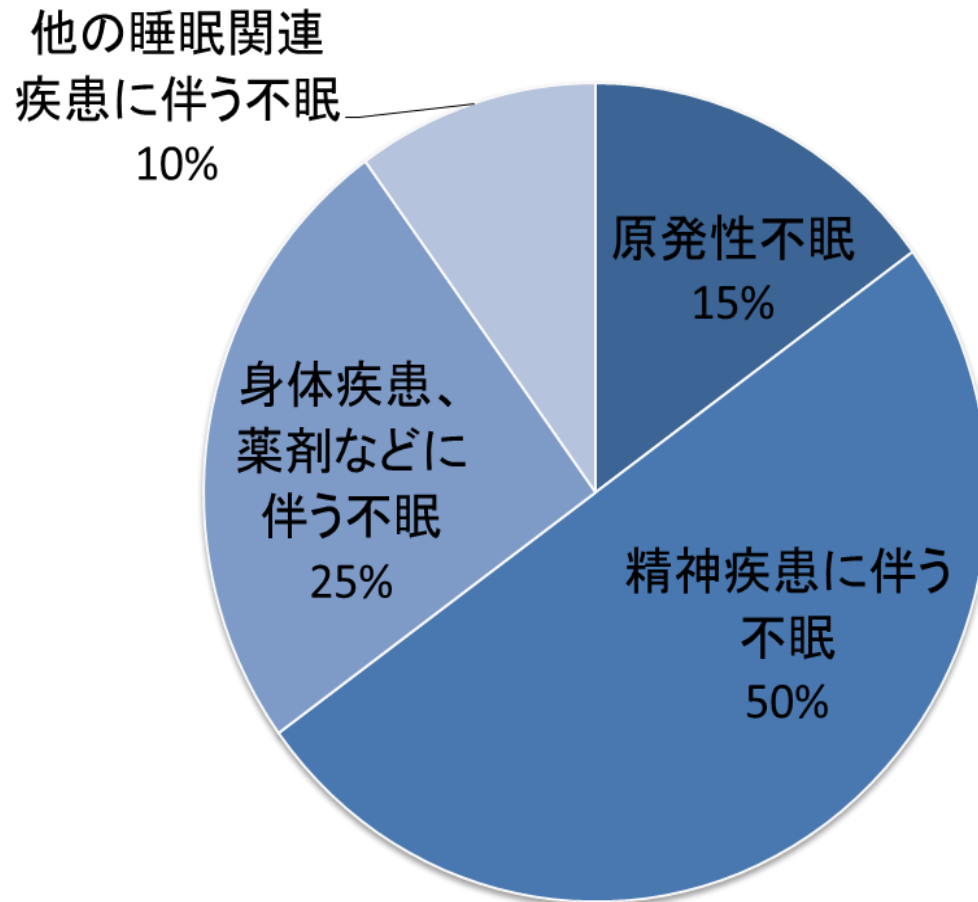
• 睡眠検査(2013年1月－12月)

- 終夜睡眠ポリグラフィ 862例
- 無呼吸モニター 362例
- 睡眠潜時反復テスト(MSLT) 138例 覚醒維持テスト(MWT) 10例

初診患者(2013年)



原発性不眠と併存性不眠



初診患者：予約待ち状況

- SAS患者 85名/月 約1か月待ち
- SAS患者以外

(2カ月に1日の予約日時に先着順にて予約)

- 過眠症、睡眠時異常行動など 40名/月
- 不眠症 10名/月

(こちらの呈示する枠組みを了承した患者に限定)

- 睡眠覚醒リズム異常 現在停止中

睡眠関連疾患と精神疾患の 鑑別が困難な理由

- 精神疾患の症状の1つとして不眠や過眠、睡眠覚醒リズム異常は極めて多い
- 難治性の難しい精神疾患の患者では睡眠の問題が残遺しやすい
- マスメディアやインターネットなどの情報が広がり、精神疾患の患者は睡眠の問題があると睡眠関連疾患と考えがちである
- 睡眠医学の専門医の報告は成功例のみが語られ、失敗例が語られることはほとんどない

睡眠関連疾患の臨床症状

- 疲弊感
- エネルギー低下
- 無気力
- 怠惰
- 無関心
- 記憶力低下
- 集中力低下
- 注意力低下
- 焦燥感
- 作業能力低下
- 自動症行動
- 頻回の事故
- 眠気
- 睡眠発作
- 睡眠中の異常行動や異常運動

非特異的な臨床症状が多く、under-diagnosisだけでなく、over-diagnosisも生じやすい

睡眠関連疾患 (ICD-10)

- 非器質性睡眠関連疾患 (F51) (Fコード : 精神疾患)
 - 非器質性不眠症
 - 非器質性過眠症
 - 非器質性睡眠・覚醒スケジュール障害
 - 睡眠時遊行症
 - 睡眠時驚愕症
 - 悪夢
- 睡眠関連疾患 (G47) (Gコード : 神経疾患)
 - 睡眠・覚醒スケジュール障害
 - 睡眠時無呼吸
 - ナルコレプシーおよびカタプレキシー
- その他の錐体外路障害および異常運動 (G25)
 - 下肢静止不能症候群

非器質性過眠症 (ICD-10)

過眠症は昼間の過剰な眠気と睡眠発作（睡眠不足では説明されない）、あるいは完全覚醒への移行が長引いた状態として定義される。はっきりした器質性原因がみつからない場合、この状態は通常、精神障害と関連している。双極性感情障害のうつ病相、反復性うつ病、うつ病エピソードの一症状として認められる。しかしながら、訴えの心理的原因の証拠がしばしば存在するのに、時々他の精神障害の診断が満たされないことがある。

非器質性過眠症 (ICD-10) cont.

若干の患者は自ら不適切な時間に眠ってしまう傾向と、昼間のある種の不愉快な体験とを関連づける。他の患者たちは、経験のある臨床家がそれらの体験の存在を指摘しても、そのような関連を否定する。他の若干の症例では、この過眠は、情緒的あるいは他の心理的要因が容易に同定されなくても、器質的要因の欠如が想定されることから、心因による可能性が最も高いと考えられる。

非器質性睡眠・覚醒スケジュール障害 (ICD-10)

この障害は心理的あるいは器質的な要因の関与する割合にしたがって、心因性のこともあるし、器質的原因が推定されることもある。睡眠と覚醒の時間が乱れて変化しやすい患者では、通常人格障害や感情障害などの様々な精神科的な病態と結びついた、かなり重い心理的障害がきわめて頻繁に認められる。

日中の過剰な眠気を呈する疾患の 診断フローチャート



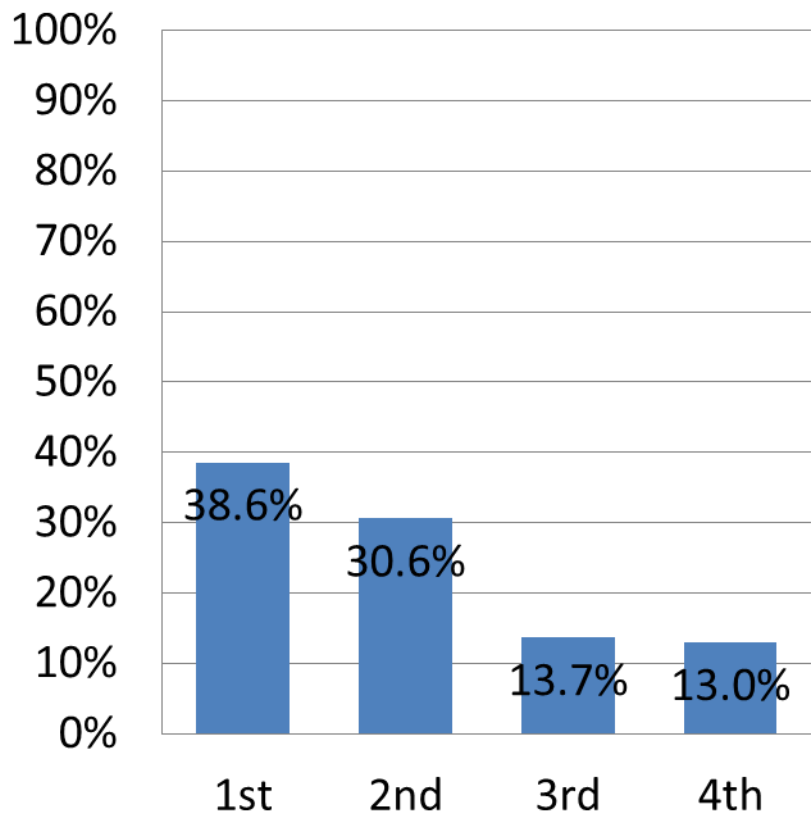
基本的な考え方としては
成立するかもしれないが、
臨床では使えない

うつ病治療：結果

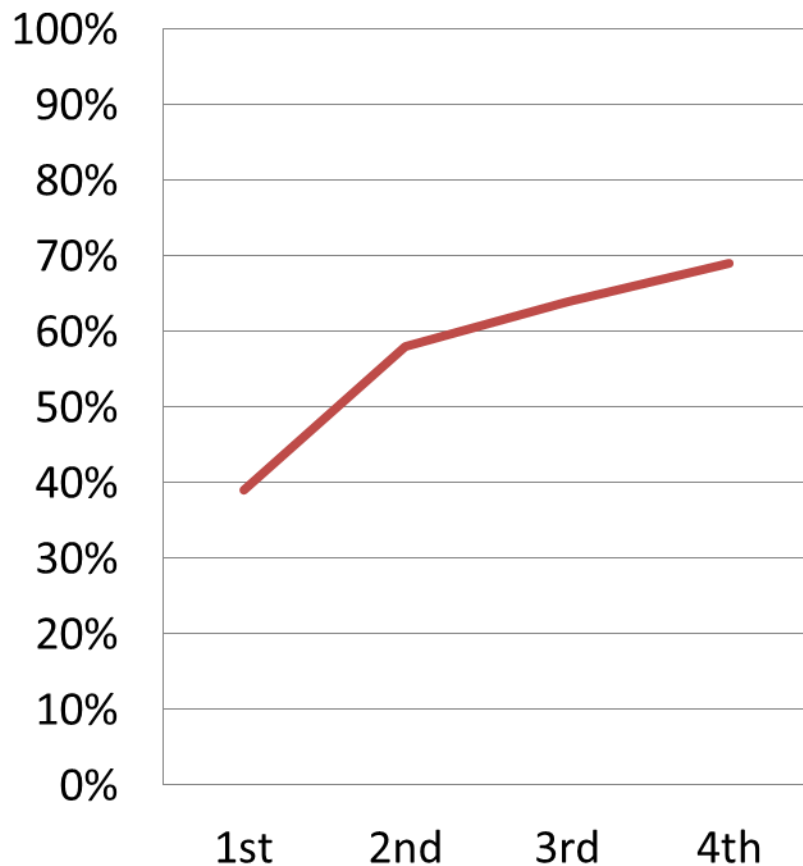
- 反応 (response)
 - 少なくとも症状が50%改善
 - うつ病患者の67%が薬物療法に反応し、33%は反応せず。(事実上すべての抗うつ薬は同じ反応率。プラセボでは33%が反応。)
- 寛解 (remission)
 - 全ての症状が完全に消失し、数カ月持続
 - うつ病患者の約1/3が、最初の抗うつ薬による治療で寛解

うつ病：切り替えおよび増強治療による寛解率 (Star D, 2006)

寛解率



累積寛解率



1st : Citalopram (SSRI)による治療

2nd-4th : 治療の切り替えまたは増強療法 (認知療法を含む)

うつ病：残遺症状

- 出現の少ない症状
 - 抑うつ気分、自殺念慮、精神運動制止
- 出現の多い症状
 - 不眠、倦怠感、痛み、集中困難、興味の低下

過眠症 -誤診率の高い疾患-

第1回 患者の訴え「突然、気を失ってしまうんです」

職場で突然前触れもなく気を失ってしまうサラリーマンの訴え、彼はいったい？



ドクターG(千葉大学医学部
附属病院 生坂政臣)
+4名の研修医で症例検討

患者の訴え「突然、気を失ってしまおうんです」

病歴 50歳男性

急に気を失うと病状を訴えた。倒れる前の男性は、仕事一筋で社内での営業成績はトップ、去年部長に昇進した。また、健康診断では、空腹時血糖値、血圧が高いと指摘されていた。

研修医の暫定診断

「不整脈」が2名、「一過性脳虚血発作」が2名

患者の訴え「突然、気を失ってしまうんです」

病歴のつづき

最初に気を失ってから1ヵ月後、男性は自分の
運転で取引先に向かっている途中で気を失い。
次に会社のトイレで気を失った。

研修医の2回目の診断

「不整脈」が1名、「ナルコレプシー」が1名、
「睡眠時無呼吸症候群」が2名

睡眠と意識障害の鑑別

- 刺激に対する覚醒性に相違
- 意識障害を調べる検査として、脳波は有力な検査手段である。

患者の訴え「突然、気を失ってしまおうんです」

ドクターGの意見

「失神」なのか、「意識障害」なのか、がポイント

最終診断

「失神」は否定。

「ナルコレプシー」と「睡眠時無呼吸症候群」のどちらか。

いびきをかいていたことなどから、「睡眠時無呼吸症候群」と最終診断。

「意識障害」と「睡眠」は異なる。

「意識障害」なのか、「居眠り」なのか、がポイント

まとめ

- 睡眠医学と精神医学は密接な関係があるが、睡眠医学の成立とともに切り離されてきた。
- 精神疾患患者で中核となる症状が軽減ししても、睡眠の問題は残遺しやすい。
- 睡眠の専門医も精神医学に関する知識は不足し、精神疾患患者の睡眠の問題をOSASなど睡眠関連疾患としてover-diagnosisしてしまう傾向がある。
- 睡眠の専門医は精神医学を、精神科医は睡眠医学に関心を深めた上で、必要な患者をお互いに紹介することが必要であろう。