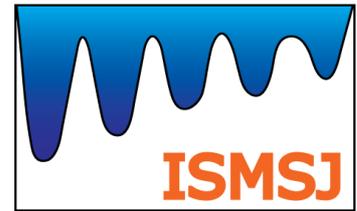


# 日本臨床睡眠医学会 Newsletter



No.4 2021 2021年12月20日発行

## 《目次》

1. 第12回日本臨床睡眠医学会 (ISMSJ) 学術集会のご報告とお礼
2. ISMSJ 学術集会で初めて発表される方のために
3. 睡眠医学若手奮戦記4
4. モディオダール処方登録制 その後

発行：一般社団法人日本臨床睡眠医学会  
ニューズレター委員会

委員長：立花直子

副委員長：足立浩祥 委員：中島隆敏

〒162-0825

東京都新宿区神楽坂 4-1-1 オザワビル 2F

Tel : 03-5206-7431 Fax : 03-5206-7757

E-mail : ismsj@worldpl.jp

## 第12回日本臨床睡眠医学会 (ISMSJ) 学術集会のご報告とお礼

大阪回生病院睡眠医療センター

第12回日本臨床睡眠医学会学術集会組織委員長 谷口 充孝

新型コロナ感染拡大のため延期になっていた第12回 ISMSJ 学術集会は、2021年10月22～23日に大阪市のなんばスカイオにて、現地参加120名、web参加118名、合計238名と非常に多数のご参加をいただき開催することができました。これもひとえに ISMSJ 会員の皆様のおかげです。大阪では昨年と同日のようですが、10月23日には秋だというのに記録上一番早い木枯らし1号が吹き、寒い日になりました。会場の空調がうまく設定できず、現地参加の皆様方には寒い思いをさせていただきました。大変申し訳ありません。

今回の学術集会のテーマは、「睡眠医学の多様な魅力」で、多様性には多士済々な組織委員の先生方のお知恵を借りるのが一番と考え、組織委員の先生方にプログラムや演

者の先生を提案してもらい、オーガナイザーや演者を務めていただきました。充実した各プログラムにお褒めの言葉をいただきましたが、これは組織委員の先生方のご尽力のおかげです。また、学術集会は、特に若い研究者の発表の場として一般口演はととも重要です。限られた時間になってしまいましたが、久しぶりに熱い論議を共有できたのは幸せでした。

どの演者の先生方もですが、菱川先生の特別講演は熱が入っていました。かなり以前に著名な精神科医である中井久夫先生から、「日本の睡眠研究は世界の中でも評価されているが、これは別に不思議なことではない。あんな夜も昼も研究するような医師は欧米にはいない」と指摘されて



写真は特別講演の菱川先生 (左)、そして、ISMSJ 学術集会名物の集合写真 (wake と sleep のポーズ・右) です。いつもこの記念写真撮影を行い、新しい友人をつくることのできる懇親会が開催できなかったのは残念です。

いました。菱川先生は、それだけ没頭する価値を睡眠医学に見つけたのでしょう。

コロナ禍の開催で、「良い学術集会」とは何かをずっと考えました。良い学術集会とは、私なりに「終わった後も頭が忙しくなる学会」だと考えます。しかし、立花直子先生が提示された、第2回 WASM congress のオープニングセレモニーで「良い学術集会」の条件として示されたスライドでは、さらに良い学術集会を明確にし、ISMSJ 学術集会の目指すべき方向性を示していますので、最後に記載させていただきます。

良い学術集会とは

- ・よい友達にあうチャンス
- ・新しい友達をつくるチャンス
- ・新しいことを学び、新しいアイデアを得る
- ・上記を古い友達と論じる
- ・研究結果やアイデアを以前は友達ではなかった人と論じる
- ・新しいことを人生の違った面から習う
- ・スリープヘルスを世界中で進歩させる

## ISMSJ 学術集会で初めて発表される方のために ～査読者からのアドバイス～

津田 緩子（九州大学病院睡眠時無呼吸センター）

ISMSJ は研究職に限らず様々な職種の方が睡眠という学際的テーマのもと、学術集会で発表し、交流するという専門学会にはない特徴をもっています。それが本会の醍醐味であるのですが、いままで研究や学会発表のトレーニングを受ける機会がなかった方、自身の専門領域外での発表機会がなかった方など、ISMSJ での発表に不安を感じる方もいらっしゃるかもしれません。発表の前の最初の関門である抄録について、査読を担当する私自身も当初は様々な分野や職種の方がさらっと書かれた専門用語でつまづき、何が書いてあるのかわからなかったり、初学者の方から熱い思いを感じるが何を言いたいのかは汲み取れなかったりと混乱状態でした。その度に何を基準にどういうことを大切にしていけばいいのかを査読担当の先生方と意見交換しながら試行錯誤で取り組んできました。本稿は抄録や発表に求められる形式や How to ではなく、査読者の視点で「ISMSJ で発表することってこういう風であればいいのかな」と思うに至った私見を述べたものですので、リラックスして読んでいただければ幸いです。

まずは少し昔話から。私は大学院を修了後、睡眠時無呼吸のためのマウスピース治療について勉強するためにカナダにあるブリティッシュコロンビア大学に留学しました。留学してまもなく学会発表のための抄録を書く機会があり下書きを提出すると、上司は字数制限と格闘しながら1文字も無駄にしないように延々と推敲するのです。最初は私の英語が拙いからかなと思っていましたが、誰の学会発表や論文であってもタイトルや抄録には特に注力します。1. 読み手の気をひき、2. 抄録だけで概要が簡潔にわかり、そして何より3. その発表からのメッセージが明解に伝わるように書く。この3点の重要性がぼんやりとしか理解できていなかった当時の私にはとても新鮮であると同時に、研究すること、それを発表することの意味がすっかり咀嚼できた瞬間でした。そして主張が強めの海外の方の発表と比較して、当時の私がそうであったように日本で見かける発表には前述の3点のポイントの押さえ方が不足気味であるように感じています。

ISMSJ で発表することを考えるとき、「1. 読み手の気を引く」は専門学会より配慮が必要かもしれません。同職

種や同じ専門分野であれば、専門用語や数字を並べただけでも意味が通じたり、どれだけ興味深いことなのかがわかってもらえたりしますが、ここではなかなかそうはいきません。専門外の人が聴衆であることを想定すると、平易過ぎるかなとか丁寧過ぎるかなとか思うような表現が必要な場合もあります。

「2. 抄録だけで概要が簡潔にわかる」について、ついつい自分が言いたい事や研究背景について重要度を考慮せず書き連ねてしまいがちですが、抄録には字数制限があります。抄録だけを読んで「何を目的に何を調べたらこういう結果であった」という事が伝わるようにまとめるのは難しいですが、その視点を持って推敲していくと不要なものが削ぎ落され文章が洗練されてくると思います。そして意外に1回の発表で伝えられることは少ないことに気が付かれると思います。

「3. 発表からのメッセージ」が一番大事なはずなのですが、不明瞭であったり、まったく触れられていなかったりする抄録にもしばしば遭遇します。査読者としては「何が発表者の主張なのか」がわからないとその前段階の内容が適切なのか否かがわかりません、そして何よりもったいいです。「学会に行ってみようかな」とか「学会発表してみようかな」というのが最初の動機でもよいのですが、せっかく発表するのですから「私はこの症例や研究を通してこういう考えに至りました」とか「こういう視点の意見交換がしたい」と聴衆へのメッセージを加えて締めくくっていただきたいなと思います。

抄録は聴衆を引き付けるためのパンフレットであり、ISMSJ では異職種の人と知り合うために事前に配布できる名刺のようなものですから、「この人はこういうことを伝えたくて発表しているんだな。そして睡眠への愛がある人だな。」とわかってもらえるように準備してみてください。

最後に、ISMSJ が教育と人材育成を大きな柱としていることから、初学者でも楽しく発表できるよう希望者の方には査読より一歩踏み込んだ添削指導をする取り組みも行っていますので、「発表するけど、少し不安だな」と思ったら是非気軽に利用してみてください。

## 睡眠医学若手奮戦記4 ～歯科医の私が睡眠医学に興味をもったわけ～

佐藤 貴子（日本大学歯学部附属歯科病院口腔外科）

私は歯科医師ですが、その中でも特殊な口腔外科を専門としています。口腔外科のわかりやすい仕事内容は抜歯ですが、その他にも唇顎口蓋裂、顎骨骨折、顎骨腫瘍・嚢胞、顎関節症、顎変形症などを取り扱っており、私は主に顎変形症（あごが前に出ているとか、後ろに引っ込んでいたりとか、曲がっているなどの理由でしっかり咬めないという疾患です）の治療を顎矯正手術という方法を用いて行っております。

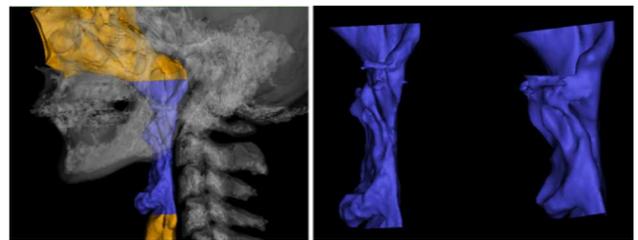
閉塞性睡眠時無呼吸患者さんの特徴的な顎顔面形態は・下顎が小さく、・開咬があり、・軟口蓋が長く、・気道の幅が狭く、・舌骨の位置が低いということが挙げられますが、我々のところには、このような顎顔面形態を持った患者さんが多く受診されます。しかしこれらの患者さんの多くは、年齢層が比較的若い方が多いせいか、いびきの自覚はあっても、睡眠時無呼吸の自覚がなかったり、中には睡眠時無呼吸自体を知らない方もいらっしゃいます。そのような患者さんに睡眠呼吸検査を勧めて実際に検査を行うと、AHIが高く、SpO2の変動も大きく、OSAと診断されるということがあります。このような患者さんにはスリープサージェリーとして用いるのと同じ方法である上下顎前方移動術（maxillomandibular advancement, MMA）やオトガイ形成術を用いたオトガイ舌筋前方移動術（genioglossus advancement, GA）を行うため、術後のX線検査画像による評価では、狭小化していた気道は拡大しており、術後の睡眠検査でもAHIは改善していることが多いです。しかし睡眠はよくなりましたか？と聞いても、変わらないとか、よくわからないという返答であることがあります。このような経験から、それまではPSGのレポートを見るだけだったのですが、患者さん本人が満足しているといえる

睡眠とは何だろうと考えるようになりました。それが睡眠医学に興味を持った最初の理由だったわけです。

実際に睡眠医学を学びはじめると、私のような歯科医師の世界では、OSAに対して口腔内装置を用いて治療するというような話に関してはわりと独学でも行うことができました。しかし、もちろん睡眠関連疾患はOSAだけではないですし、睡眠を評価するにはPSGが必須であるため、もっとちゃんと生データを読めるようになりたい、読まなくちゃいけないと考えるようになったわけですが、ここで独学での厳しさに突き当たってしまったわけです。そんな折、新PSG睡眠塾を紹介していただき、ISMSJという学会に出会うことができました。もちろん新PSG睡眠塾のセミナーに一回参加するだけで、PSGデータを読める！と言えるようにはなれませんでした。しかし、悩んでいることを相談できる方々ができたということはとてもありがたいことでした。その流れで、ISMSJ学術集会にも参加させていただきましたが、睡眠医学の流れを知ることができただけでなく、どの発表も臨床を真摯に行われている先生方であることが感じられ、大変刺激を受けました。歯科医師としては、睡眠医療に関われることは限られているかもしれませんが、これから一般の方たちの間でも、もっと関心が高まると思われる‘睡眠’についてちゃんと答えることができるためにも、睡眠医学についての幅広く勉強を続けていかなくてはと思うとともに、睡眠に対しての最初の興味（疑問？）である、満足できている睡眠とはどういうことなのか？、それをちゃんと評価するにはどうしたらいいのか？、ということについても勉強していきたいと考えています。



MMAとGAの手術前後のセファログラム(左:術前, 右:術後)  
軟口蓋後方部, 舌根部ともに気道が拡大している。



MMAとGAの手術前後の3次元画像解析  
左:抽出範囲  
右:術前後の容積変化(左:術前, 右:術後)

# モディオダール処方登録制 その後

小栗 卓也（公立陶生病院脳神経内科）

ご存知のとおり、2021年4月1日よりモディオダール適正使用基準の改訂にともない、処方登録制にかかる確定診断医師の要件が追加になりました。それから半年以上が経過し、具体的にどのような方が確定診断医師として登録でき、どのような方が依然として登録できず制度から取り残されているか、次第にわかってきました。

【今回の変更点】まず今回の改訂における変更点を確認していきます。詳しくはモディオダール適正使用委員会 HP (<https://www.modiodal-tekiseishiyou.jp>) で適正使用基準原文をご確認ください。

## ① 「5.1.1 確定診断を行う医師」の要件 1

従来の日本睡眠学会専門医要件が「確定診断医師Ⅰ」となりました。そして日本睡眠学会専門医でない医師向けに「確定診断を行う医療機関として既に登録された施設において睡眠障害の診療に従事している専門医制度を有する学会の専門医」という要件で、有効期限を5年間とする「確定診断医師Ⅱ」が新設されました。

## ② 「6.1 医師の申請・登録手順」の項目 1

「確定診断医師Ⅱ」の書面申請方法が追記されました。

## ③ 「9 登録情報の変更及び登録削除」

「確定診断医師Ⅱ」を更新しない場合の登録削除について追記されました。

## ④ 「15 様式一覧」

申請医師が睡眠障害の診療に従事していることについての確認書(様式-C1)が追加されました。

## 【新たに確定診断医師として登録できるようになった方】

今回の改訂では、新たに「確定診断医師Ⅱ」が設けられ、日本睡眠学会専門医でない医師にも確定診断医師の門戸が開かれました。「確定診断医師Ⅱ」になるための条件については、「確定診断を行う医療機関として既に登録された施設において睡眠障害の診療に従事している専門医制度を有する学会の専門医」とされました。

「確定診断を行う医療機関として既に登録された施設」に関しては、5.2.1に記載があります。これに従えば、確定診断医師Ⅱの申請希望者は、少なくとも「日本睡眠学会専門医療機関 A 型（睡眠障害の全般（ICSD-2 又は ICSD-3 による）を診療の対象とし、睡眠ポリグラフ検査（MSLT を含む）を年間 50 症例以上及び MSLT 検査を年間 5 症例以上行えること）及びそれに準じる医療機関」に所属している必要があります。

まとめると「日本睡眠学会専門医療機関 A 型及びそれに準じる医療機関として既に登録された施設」に所属する「専門医制度を有する学会の専門医」が、様式-C1 と様式-D1 を用いて申請し、認められれば確定診断医師Ⅱになることができます。なお様式-C1 は申請者が現在睡眠診療に従事していることを施設長／所属長が証明する書類で、様

式-D1 は申請者本人が記載する申請書・経歴書・誓約書ですが、いずれもこれまでの睡眠診療経験に関わる証明項目はありません。

## 【依然として確定診断医師として登録できない方】

制度設計上、確定診断医師Ⅱの希望者は、これまでの睡眠診療経験にかかわらず「日本睡眠学会専門医療機関 A 型及びそれに準じる医療機関」に所属していないと申請することができません。

## 【改訂後に残る制度上の矛盾点】

改訂後の適正使用基準を文面通りに解釈すると、「A 型及びそれに準じる医療機関」に所属する「専門医制度を有する学会の専門医」であれば、現在睡眠診療に従事していれば、経験年数に関わらず確定診断医師Ⅱを申請できることとなります。一方、現在「A 型及びそれに準じる医療機関」に所属していない方は、どれだけ長年の睡眠診療経験があろうとも、確定診断医師Ⅱを申請できません。

たとえば、これまで日本睡眠学会に関わりなく睡眠診療に従事されてきた方、現在の施設や部門に日本睡眠学会専門医がいない方にとっては、現在の制度設計では確定診断医師Ⅱであっても登録のハードルが高い状況です。また新規に睡眠診療部門や睡眠クリニックを開設された方にとっても、「A 型に準じる医療機関」を申請するために MSLT 年間 5 件をこなす必要がありますが、仮に申請前段階で行った MSLT で特発性過眠症／ナルコレプシーと診断した場合、当該患者へのモディオダール処方をどうするのか、適正使用基準には記載がありません。

このように改定後の適正使用基準にも依然として矛盾が残されており、今後もさらなる改訂が望まれます。

## 【「A 型及びそれに準じる医療機関」ではない施設の医師が確定診断医師Ⅱを申請するには】

制度設計に沿えば、まず「A 型に準じる医療機関」を申請し、それが認められ次第、確定診断医師Ⅱを申請する手順になるようです。実際には施設／申請希望医師によりさまざまな状況があるため、直接モディオダール適正使用委員会にメールや電話で問い合わせ、認定条件や必要書類を確認しながら手続きすることをおすすめします。

特に「A 型に準じる医療機関」の申請については、様式-A1 で過去 3 年間の睡眠ポリグラフ検査症例数や MSLT 検査症例数、診療の対象としている主な“睡眠障害”の症例数などの項目を埋めて申告する必要がありますが、状況によってはすべて埋められないこともありえます。その場合は、施設の特性を付記したり、日本睡眠学会以外の睡眠医学認定（国際的な専門医／技士認定の証書写し）を添付するなど、あらゆる手段で今後ご自身が申請施設で過眠症を十分適切に診療できることを証明していくことがおすすめです。

## 第 13 回日本臨床睡眠医学会（ISMSJ）学術集会「次世代型睡眠医学の息吹き」

組織委員長：山内 基雄（奈良県立医科大学呼吸器内科学講座）

会 期：2022 年 10 月 7 日（金）～10 月 8 日（土）

会 場：奈良春日野国際フォーラム 薈 I・RA・KA（奈良県奈良市春日野町 101）

一般演題も症例報告を含め、初発表の方も大歓迎します。詳細はホームページで順次紹介させていただきます。