2012 年 10 月 5 日発行
第 21 号

シェーグレンの会
会　報

事務局
〒 173-8610 板橋区大谷口上町 30-1
日本大学板橋病院血液膠原病内科
シェーグレンの会
TEL: 070-5082-7185
E-mail: sjogren@med.nihon-u.ac.jp
HP: http://www.maeda-shoten.com/sjogren/

第 26 回（平成 24 年度）「シェーグレンの会」総会は、4 月 7 日（土）午後 1 時から桜が満開となった日本橋にある第一三共㈱東京支店 3F 会議室に 123 名の参加者のもとで開催されました。副会長の長谷川陽子さんの司会で開会し、当間八千代会長、顧問代表の菅井進先生の挨拶で始まりました。

報告事項として事務局代表の武井正美先生から、患者数の増加（2,000 名）を目指しているが、まだ 500 名あまり、また NPO 法人化が進んでいないことのお詫び、役員の任期は会則で 2 年となっているが、NPO 法人化の手続きを進めるためにあと 2 年延長させていただきたいと提案があり了承された。

また 2013 年 10 月 9 ～ 12 日に京都で開催されるシェーグレン症候群国際シンポジウムにおいて 10 月 10 日に国際患者会が開かれるので、多くの患者さんに参加していただきたいこと、シェーグレン白書が宮内清子先生のご努力で着々と進んでいることなどが報告された。

その後 23 年度の活動報告、24 年の活動予定について当間会長から報告、事務局の山野井さんから 23 年度決算報告、24 年度の予算案の報告と監査報告。その後、昨年ギリシャで開催された国際患者会に出席した大塚朋子副会長から報告があった。アメリカ支部の栗原幸花さんからのメッセージも披露され、総会決議事項はすべて承認された。

医師、製薬会社との質疑応答。総会会場（左下）
司会の長谷川さん（右上）、会長の当間さん（右下）

第 26 回（平成 24 年度）「シェーグレンの会」総会・講演プログラム

＜総会＞

13：00　開場・受付

13：15　オリエンテーション・開会

13：20　開会挨拶

13：25　報告事項

役員会報告（NPO、役員人事、2013 国際患者会、白書）事務局長武井 正美 先生（日本大学板橋病院血液膠原病内科）

平成 23 年度活動報告及び平成 24 年度活動予定、平成 23 年度決算報告及び平成 24 年度予算報告、平成 23 年度監査報告、国際患者会報告

13：45　～休憩～

＜エンパワーメントタイム＞

―講演＆交流会―

13：55　ためになるお話

藤林 孝司 先生（神奈川歯科大学口腔外科教授）

佐野 統 先生（兵庫医科大学病院リウマチ・膠原病科主任教授）

川上 純 先生（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科展開医療科学講座（第一内科）教授）

西山 進 先生（倉敷成人病センターリウマチ膠原病センター 部長）

吉田 美昭 先生（日本大学板橋病院歯科口腔外科科長）

14：40　ミニ講演 1

「シェーグレンと共に（3）」

菅井 進 先生（久藤総合病院名誉院長特別顧問）

14：50　ミニ講演 2

「シェーグレン症候群の病気の受け入れと療養生活のバランスについて」

宮内 清子 先生（東京女子医科大学看護学部）

15：20　特別講演

「うつと睡眠」～睡眠と健康～

内山 真 先生（日本大学医学部精神医学系精神医学分野主任教授）

16：20　～休憩～

16：30　医師・製薬会社・患者会のディスカッション

17：20　閉会

17：30　茶話会（希望者）

18：20　終了

平成 23 年度　シェーグレンの会　会計報告

収入の部		支出の部	
前期繰越金	715,717	通信費	168,000
年会費	752,000	事務消耗品費	13,575
寄付金	1,974,871	会議費	38,610
総会・講演会会費	343,000	交際費	68,347
東京ミニ集会会費	29,000	租税公課	1,400
京都ミニ集会会費	14,500	総会・講演会費用	912,440
利息	99	東京ミニ集会費用	106,510
		京都ミニ集会費用	303,289
		会報、かわら版印刷代、発送費	311,780
		国際患者会（ギリシャ）	200,435
		給与	1,041,655
		通勤交通費	161,570
		国際患者会積立金	500,000
		次期繰越金	1,576
計	3,829,187	計	3,829,187

平成 24 年度　シェーグレンの会　予算

収入の部		支出の部	
前期繰越金	1,576	通信費	200,000
年会費	1,000,000	事務消耗品費	30,000
総会・集会会費	200,000	会議費	50,000
利息	100	交際費	100,000
		租税公課	10,000
		総会・集会費用	1,000,000
寄付金	1,800,000	会報、かわら版印刷代、発送費	400,000
		事務担当費	1,200,000
		次期繰越金	11,676
計	3,001,676	計	3,001,676

平成 23 年度　シェーグレンの会 活動報告

月／日	活　動　内　容	開　催　場　所
1 月 27 日	役員会（総会について）	
2 月 3 日	役員会（総会について）	
3 月 8 日	役員会（総会について）	
4 月 28 日	役員会（金沢総会について）	
6 月 2 日	役員会（金沢総会について）	
6 月 18 日	金沢総会	ホテル金沢
6 月 23 日	役員会（国際患者会・ミニ集会について）	
8 月 20 日	役員会（会報・かわら版について）	
9 月 17 日	相模原市疾病対策課主催講演会	ソレイユさがみ
9 月 27 日	会報 20 号発行	
10 月 6 日	役員会（ミニ集会・NPO について）	
9/28~10/1	国際患者会	ギリシャアテネ
10 月初旬	かわら版第 3 号（秋冬号）発行	
10 月初旬	皆様からの近況発行	
10 月 15 日	東京ミニ集会	エーザイ㈱東京会議室
11 月 10 日	役員会（ミニ集会について）	
11 月 26 日	京都ミニ集会	ホテルグランヴィア京都
12 月 15 日	役員会（来年度活動計画）	

平成 24 年度　シェーグレンの会 活動予定

月／日	活　動　内　容	開　催　場　所
1 月 28 日	役員会（総会について）	
3 月 22 日	役員会（総会について）	
4 月 7 日	総会	第一三共㈱東京支店会議室
5 月下旬	役員会（ミニ集会について）	
6 月 2 日	金沢ミニ集会	ホテル金沢
6 月頃	役員会（かわら版・NPO について）	
6 月頃	かわら版 第 4 号（春夏号）発行	
8 月頃	役員会（会報・ミニ集会について）	
9 月頃	会報 21 号発行	
10 月頃	役員会（ミニ集会・かわら版について）	
10 月～ 11 月	関西ブロックミニ集会	京都 or 大阪
11 月頃	かわら版 第 5 号（秋冬号）発行	
12 月頃	役員会（来年度活動計画）	

2011 年　ご寄付一覧　（敬称略・順不同）

＜製薬会社　寄付金＞	＜個人　寄付金＞	＜個人　書籍購入・切手寄付＞			
アクテリオンファーマ	菅井　進（久藤総合病院）	浅田三千子	栗林加代子	中里寛子	船木敏枝
シューティカルズジャパン㈱	川野充弘（金沢大学附属病院）	安藤國子	小林康子	中島絹子	古田アサエ
旭化成ファーマ㈱	武井正美（日本大学板橋病院）	池田恵子	斎藤恵子	中島サチ子	星野喜久子
アボットジャパン㈱	日本赤十字看護大学	石井敦子	佐々恭子	中原弘美	松澤和子
エーザイ㈱	葉山　隆（葉山医院）	伊藤愛子	佐野光子	中村美由紀	丸山安子
小野薬品工業㈱	中田千鶴子	稲田敬子	篠原君代	奈良富士子	宮崎恵美子
協和醗酵キリン㈱	相模原市会計課	内海	清水節子	成田つや子	宮田佳代子
グラクソ・スミスクライン㈱	和光クリニック	大塚朋子	菅谷幸子	西本　睦	森下文子
参天製薬㈱	なのはなクリニック	小沢美代子	鈴木富子	野口祐子	森下みさを
田辺三菱製薬㈱		折谷忠子	高橋千恵子	野澤美智子	柳田昌宏
中外製薬㈱	㈱前田書店	梶山定子	高橋美智子	芳賀芳美	山崎榮子
日本イーライリリー㈱	（患者篇 200 冊他献本）	勝又昭美	玉置静代	橋本健美	山田静江
日本化薬㈱		金子律子	塘　千陽	長谷川かおる	山本カズエ
日本臓器製薬㈱		亀山	当間八千代	長谷川陽子	吉田かおる
ファイザー㈱		川上道江	戸沢喜美子	林　立美	吉田成子
ブリストル・マイヤーズ㈱		川田秋子	富井悦子	笛木百代	若林マツ子
持田製薬㈱		久野千夏	富田まゆり	福岡喜之	

＊尚、無記名で白書と一緒に切手を送ってくださった方がいらっしゃいました。お名前がわかりませんので、表には掲載しておりません。どうもありがとうございました。

会員数：427 名　（平成 24 年 4 月 4 日現在）

＜北海道＞	
北海道	8
＜東北＞	
青森	2
岩手	4
宮城	11
秋田	0
山形	3
福島	2
＜関東＞	
茨城	7
栃木	5
群馬	4
埼玉	49
千葉	30
東京	94
神奈川	35
＜甲信越・北陸＞	
新潟	7
富山	10
石川	25
福井	2
山梨	3
長野	2
＜東海＞	
岐阜	2
静岡	8
愛知	21
三重	2
＜近畿＞	
滋賀	2
京都	11
大阪	23
兵庫	12
奈良	5
和歌山	3
＜中国＞	
鳥取	0
島根	0
岡山	1
広島	7
山口	2
＜四国＞	
徳島	0
香川	2
愛媛	1
高知	1
＜九州・沖縄＞	
福岡	6
佐賀	2
長崎	5
大分	0
熊本	3
宮崎	2
鹿児島	2
沖縄	1

～来年の国際患者会へ向けて～

患者会の皆様、こんにちわ。アメリカ支部局の栗原です。こちらでは２週間程前に桜が満開を迎え、今は風薫るさわやかな季節になりました。

アメリカ支部局も、来年の京都国際患者会へ向け、武井先生の助言を受けつつ、本格的に動き始めました。世界各国の患者会にもご協力いただいております。今回は、開催地が日本ということもあり、特にアジア圏からの患者会の参加が増えるのではないかと期待しています。これを機に、アジア圏の患者会とも、より交流を深め、今後の日本の患者会の発展につながる、実のある国際会議にできたら、と思っています。

最後に、最近インターネットで見て、心に残った相田みつをさんの詩を皆さんにも紹介したいと思います。

「ひとの世のしあわせは、人と人とが逢うことからはじまる。よき出会いを。」

本日の総会にご参加いただいている皆様も、今日はお互いに元気をもらって、助け合える仲間がここにいることを感じてもらえたら嬉しいです。

アメリカ支部事務局長
栗原　幸花

ためになるお話

藤林孝司先生（神奈川歯科大学）

おもにシェーグレン、口腔乾燥症の患者さんをあちこちの施設で診ています。
患者さんの症状をスコアで評価したり、画像診断や検査をしてシェーグレンかどうかを診断していますが、口が乾くという自覚症状をお持ちの患者さんからシェーグレンと診断できるのは施設によって差があります。医科大学で6割、歯科大学で3割、一般病院では5割くらいで、まだまだ診断されない患者さんが多いので、診断率を上げるためこれからも努力していきたい。

佐野　統（はじめ）先生（兵庫医科大学）

膠原病友の会やリウマチ友の会の総会に参加したことはありますが、シェーグレンの会は初めて参加させていただきました。主に、関節リウマチや膠原病患者さんを診察していますが、シェーグレン症候群患者さんも多数診ています。
私は鎮痛剤の臨床および基礎研究をしています。鎮痛剤の副作用として長期に服用すると消化性潰瘍が起こる率が予想以上に高い（ステロイドと併用すると2倍になる）ので注意が必要です。腎障害もおこるので時々尿タンパク検査も必要。長期服用で血栓ができやすくなるので心筋梗塞や脳梗塞発症にも注意が必要です。反面、鎮痛剤は大腸癌や乳癌発症を抑制したり、アルツハイマー病の発症、進行を遅くすることが報告されています。まだまだ分からない作用が多い薬剤です。今後の研究が待たれます。

川上　純先生（長崎大学）

わたしも今回初めて参加させていただきました。リウマチ膠原病内科なのでシェーグレン症候群には特別の思い入れがあります。
長崎はヒトTリンパ好性ウイルス（HTLV-1）が多いので、20年来シェーグレン症候群との関係を研究しており、いろいろなパターンがあることがわかってきました。画像診断にも力を入れており、関節炎に関してリウマチの患者さんと比べると、シェーグレン症候群の患者さんのほうがマイルドであることが分かってきました。今後、画像診断や分子生物学的研究によって患者さん個人個人にテーラーメードとかオーダーメード治療が進んでいくのではないでしょうか。
また「シェーグレン症候群の診断と治療マニュアル」の編集委員会を担当しておりますので、医学の進歩が医療関係者や患者さんに福音をもたらすよう努力していきます。

西山　進先生（倉敷成人病センター）

生後8か月で腸重積で生死をさまよい、大学生のころにストレスで十二指腸潰瘍になりました。その時に「痛みを感じるのは生きている証拠」と言われたことがあり、なんて冷たい人と思いました。しかしそういう言い方は痛みを感じた人しか言えない優しい言葉だと今になって思います。
リウマチでは生物製剤の研究が進んでいますが、現在、生物製剤をシェーグレンの患者さんの治療に使う際の評価、検証作業の仕事をしています。6月にヨーロッパの学会で指標の最終発表があるので、また報告できると思います。

吉田美昭先生（日大板橋病院歯科口腔外科）

シェーグレンや膠原病の患者さんを紹介されますが、唾液の減少から起こる口腔内の症状をなんとか改善できないか取り組んでいます。しかし一度傷害された唾液腺の機能は回復が難しい。また治療の指標がないので試行錯誤しながら臨床面から対応していきますので、これからもよろしくお願いいたします。

ミニ講演

「シェーグレンと共に（3）」

菅井　進先生
久藤総合病院名誉院長特別顧問

シェーグレン患者会のアンケートでわかったことですが、①病気の始まりは発症の 10 年～ 15 年前に遡るのではないか。
②厚労省発表の患者数は外国に比べ、日本だけが断然少ないのは常々違和感を感じています。少なくともリウマチの患者さんの半数くらいになるのでは。
③シェーグレン症候群は全身に症状が及ぶので患者さんの QOL を高めるために、すべての臓器に関わる医師によるサポート（患者会への参加、メールによる相談､会報への寄稿など）を､患者さんのサポート体制に加えたらいいのではないかと提案します。

「シェーグレン症候群の病気の受け入れと療養生活のバランス」

宮内清子先生
東京女子医科大学看護学部

報告 1 「疾病受容過程ににおける思い」

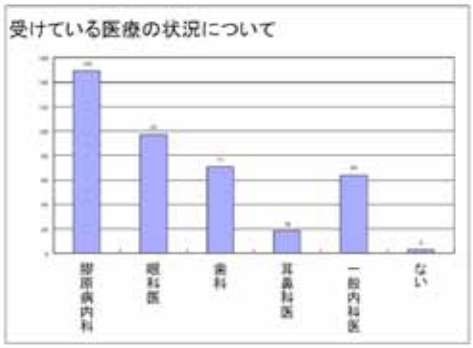
目的：シェーグレン症候群という難しい疾患の診断を受けたことによる患者さんの生活の変化、病気にどのように向き合い、受け入れていったのか。
対象：30 ～ 70 歳代の患者さん 8 名
方法：半構造化インタビュー（事前に大まかな質問事項を決めておき、回答者の答えによってさらに詳細にたずねる質的調査法)。
分析結果：
①困難を乗り越えるまでの期間
診断を受けてから信頼できる医療機関にたどり着くまで非常な努力を要した（全員)。家族を含めた周囲の理解不足でストレスが悪化。理不尽な反応に疎外感を体験。初期の段階での対応が重要。
②病気と向き合うという受け入れの心境
症状への対処法を作り上げる：話を聞いてくれて、アドバイスも受けられるような医療機関を見つけたことで気持ちが前向きになり、自分で症状の予測がつくようになった。ストレッチ体操などの対処方法を見つけた。
③生活のしづらさの工夫と新しい生活
通院などのために仕事を調整する。調理の味付けや家事も自分で工夫、楽しみをつくり出す。
④ニーズに合った身近に思える付き合い
患者会をはじめそこから派生したグループなどを通して、疾患との向き合い方を参考にして、生活のヒントを得ることができるようになった。
結語：以上により、シェーグレン症候群を抱える女性たちのニーズに合った身近に思える付き合いが病気の受け入れに大きな役割を果たしていた。

報告 2「患者会　シェーグレン白書　速報」

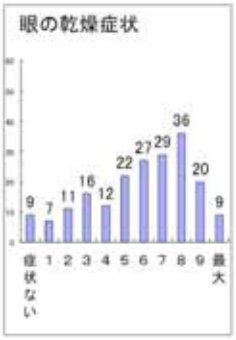
平成 23 年　シェーグレンの会主催にてアンケート調査を実施。平成 23 年 8 月～ 11 月　426 名の会員を対象回収数：「日本シェーグレン白書　シェーグレン患者の実態」209 名
「欧州リウマチシェーグレン症候群疾患活動性指数の妥当性検証」201 名

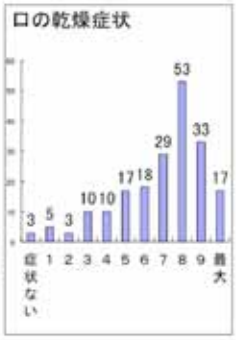
年齢：20 代（1%)、30 代（5%)、40 代（11%)、50 代(20%)､60 代(38%)､70 代(20%)､80 代(5%)

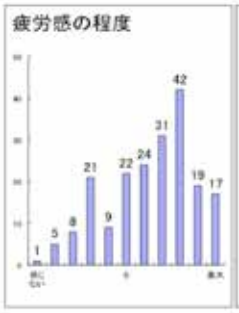
性別：女性（98%)、男性（2%)

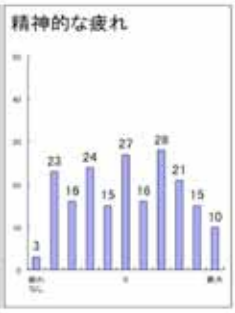


どの症状の改善が必要？：乾燥症状（56％）、疲労感（24％）、痛み（15％）、精神的な疲れ（5％）





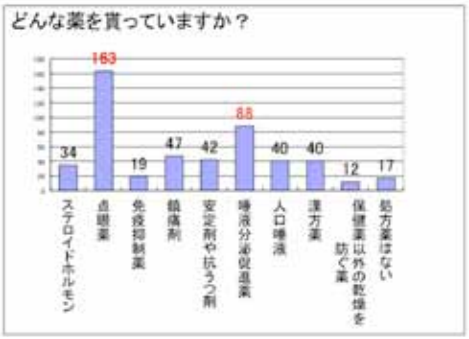




不安／抑うつ：感じません（26%）、中等度（61%）、強く感じます（13%）

主治医に自分の病気を質問できますか：

はい（84%）、いいえ（16%）



1 年間の通院回数:24 回以上（14%）、12 ～ 24 回（36%）、6 ～ 11 回（27%）、3 ～ 5 回（18%）

シェーグレンの日常生活への影響の有無：

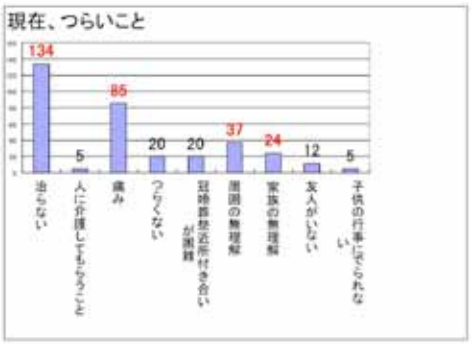
あった（85%）、ない（15%）

職業生活への影響：あった（70%）、ない（30%）

結婚生活への影響：あった（44%）、ない（56%）

１か月に友人との交流はありましたか：

あった（44%）、ない（56%）



まとめ

＊患者さんたちは、乾燥症状に苦しんでいる！！！
＊乾燥症状からくる痛みなどで精神的なダメージ！！！
＊何とか対策を見つけて日々の暮らしを工夫している人も多い！
＊アンケートに答えることで冷静に症状を自問自答し、「意外に自分は軽いかも？」といった感想も多かった。
＊歳をとることで衰えることもある。体力を維持することも大切！

2002

2007

2011

「うつと睡眠」～睡眠と健康～

内山　真
日本大学医学部精神医学系

1．睡眠に関する関心

睡眠に対する関心が高まり、新聞や雑誌の健康面、テレビ番組などで睡眠の話題が多くとりあげられるようになっている。睡眠について知りたいと思っている人は多い。多くの人が夜勤や交代勤務に就いている。社会の 24 時間化で、睡眠の問題を抱えている人が増えていることが考えられる。事故と睡眠障害との関係もクローズアップされている。山陽新幹線で起きた居眠り運転において、運転士が病的眠気をきたす睡眠障害である睡眠時無呼吸症候群にかかっていたことがわかった。

現代社会に特有のストレスが不眠を増加させているという意見もある。わが国における全国疫学調査の結果を解析したところ、高齢、健康感のなさに続いてストレスは 3 番目の不眠の関連因子であった。では、近年ストレスによる不眠症が急増しているならば､昔は不眠が少なかったと考えられるだろうか。

自然で理想的な眠り、人間本来の眠りとはどのようなものかと問われたら、太陽が沈むとともに自然な眠気を感じ、寝床についてぐっすりと眠る。日の出とともに少しずつ目が覚め、一晩の休息感とともに新しい朝を迎える。きっとこのように答えるだろう。

安らかで牧歌的な眠りは、時間に追われる現代社会で失われてしまった。世界の先進工業国の人たちが産業革命以降共通に感じてきた眠りについての感慨だ。しかし、昔の人の眠りと今のわたしたちの眠りがどのように違うのか、学問的に調べた人はほとんどいなかった。

バージニア工科大学の歴史学教授のエカーチ博士は、中世以前にさかのぼり記録をつぶさに調べ、夜から朝まで目覚めることなくぐっすり眠るという考えは、産業革命以降にできたものだと発見した。昼間の労働効率が求められたと同時に、夜の睡眠に対しても、少ない時間でしっかり昼の疲れをとるという考え方が広まったからだ。

食獣などの過酷な自然の脅威にさらされていた時代、盗賊が多い治安の悪かった時代、一家の主人は物音がしたらいつでもすぐに起きられないと一家の生命と財産を守ることができなかった。現代の常識だったら、ストレスがある場合は、ぐっすり眠って早くストレスを解消したほうがより自然で効率的ということになるところだろう。しかし、昔のようにセキュリティーのない状況では、ストレスがあると眠れないという特徴は生き抜くための重要な戦略だったのだ。それでは、安全に眠れる環境にいた人はどうだったのか。城で何不自由なく育った王女がマットと羽布団を 20 枚重ねた下に 1 粒のエンドウ豆があっただけで一睡もできなかった、という話がアンデルセン童話にある。豊かな環境で育った人はちょっとした環境の変化で不眠になりやすかったという逸話である。不眠に悩む人のために、ヒルティの「眠れぬ夜のために」が書かれたのは 19 世紀末、普通の人たちが安全に暮らせるようになってからである。これは、現代のわれわれの悩みに通じるものだ。

ヨーロッパの歴史を調べていくと、産業革命以前における人間の睡眠は、夜から朝までひとかたまりで眠るものではなかったこともわかった。日が没すると人々は晩の眠りに就く。夜中になると一度目覚めて闇の中で 1 ～ 2 時間過ごし、再び朝にかけて眠りに就き夢をみてまどろんだ｡夜中に起きて､人々は何をしていたのだろう。神秘的な闇の中で、先祖を思い、生と死を考え、夢について語り合い、祈る。夫婦は夜中の目覚めの間に睦み合う。子供は祖母や祖父の寝床を訪れ、授けられた神話や伝説の世界を信じたという。

2．不眠症と睡眠不足の定義

2005 年にできた睡眠障害国際分類第 2 版によれば、不眠症は、以下の様に定義される。すなわち、適切な時間帯に寝床で過ごす時間が確保されているにもかかわらず、寝つきが悪い、夜中によく目が覚める、朝早く目覚めてしまう、睡眠が全体的に浅いなどの夜間睡眠の質的低下があり、このために日中に生活の質の低下がみられる状態である。一言で言うと、眠ろうとしても「眠れない」状態だ。

生活の質の低下を中心に不眠症を考えることは臨床的に大きな意味を持つ。不眠症になると、患者さんは眠れないで苦しむため、何とか沢山眠ろうと、不自然なほどに長く深い睡眠を求めるようになる。しかし、生理学的に必要な長さを超えて眠ることは不可能なのだ。したがって、治療の上で最も重要なことは、患者さんの目を眠れないために起こった生活の質の低下に向くよう指導し、不眠により損なわれた日中の生活の質を改善することを治療の目標とすることである。

仕事や遊びなどで適切な時間帯に床で過ごす時間が確保できないなど、社会活動によりもたらされた睡眠の量的不足については、不眠（insomnia）とは分けて、最近は断眠（sleep deprivation）と呼ぶようになっている。不眠症が「眠れない」状態とするなら、断眠は「眠らない」状態と考えるとわかりやすい。ちなみに、「不眠不休で仕事をする」という場合の、「不眠」は医学的には不眠症の意味ではなく、断眠というべきものである。このように中国では、不眠というと「眠らない」状態を表し、医学的不眠症（insomnia）は「失眠症」と呼んでいる。

3．不眠症と睡眠不足の頻度

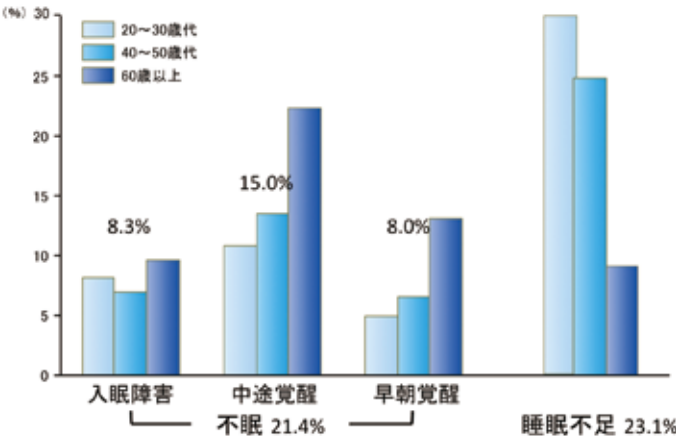


図 1: 日本成人における不眠と睡眠不足
（健康体力づくり事業財団の調査から）
不眠は年齢が進むに従って頻度が高くなるが、睡眠不足は高齢になると低くなる。

1998 年に健康体力づくり事業財団が行った成人一般人口を対象とした疫学調査によれば、日本成人の 21.4％が不眠の訴えを持っている。不眠の症状をより詳しく調査すると、入眠障害が 8.3%、中途覚醒が 15.0%、早朝覚醒が 8.0% に認められた。別の成人一般人口を対象とした調査では、男性では 3.5％、女性では 5.4％に 1 人が過去 1 ヶ月間に何らかの睡眠薬を使用している。これら、日本における不眠の疫学的実態は、西欧先進国をはじめとする外国と同程度である。

不眠の年齢による影響をみると、高齢者で高頻度にみられることがわかった。不眠の症状別にみると、中途覚醒と早朝覚醒は年齢の影響を大きく受けることが分かる。

不眠の関連要因として、日本における疫学調査から、高齢、健康感の欠如、精神的ストレス、ストレスへの対処不良、運動習慣の無さ、無職などが明らかにされた。横断調査であることから、これらの要因と不眠発症の関係の間の因果関係については言及できないが、おそらく、年齢、身体的要因、心理要因が不眠の発症に大きな役割を果たしていることを示唆する結果と思われる。生活習慣の要因では、運動の習慣の有無が不眠の発症に影響を与えていた。

同じ調査における睡眠不足の頻度は 23.1％であり、14.9％が日中の眠気に悩んでいる。いずれも、20-30 代で最も頻度が高く、40-50 代で頻度が低下し、60 歳以上では 20-30 代の半分から 3 分の 1 の頻度となる。不眠と対照的に加齢により頻度が減少する。日中の眠気と最も関連が強いのは、5 時間未満の睡眠時間と自覚的な睡眠不足であった。

4．睡眠不足と不眠症の弊害

1990 年代からは睡眠障害と高血圧や糖尿病との関連について注目されるようになり、疫学的報告がいくつかみられるようになった。初期には睡眠時無呼吸症候群と高血圧、心疾患、糖尿病などとの関連が明らかにされた。

次第に睡眠不足や不眠が高血圧や糖尿病などのリスクと関係することが分かってきた。横断面研究で睡眠時間が短い人、あるいは極端に長い人では高血圧、糖尿病の罹患率が高いことが明らかになっている。睡眠時間が短い人や長い人は糖尿病になりやすいことが明らかにされている。さらに、米国における 110 万人対象の調査で、睡眠時間が 6.5 から 7.5 時間の人はそれより短い人や長い人と比べて 6 年後に生存している確率が高いという結果が示されている。これらをまとめると、睡眠時間は短くても長くても不健康で、6 時間から 7 時間台というほどほどが最も健康であるという結論になる。8 時間睡眠

神話は健康面からは根拠がなかったといえる。

不眠症状があった人はそうでない人に比べて数年後の高血圧の発症率が明らかに高いということが示された。不眠という睡眠に関する愁訴自体が身体疾患と関連する点で注目された。さらに 10 年位経過を追うと不眠のあった人は糖尿病にかかる危険性が 2 倍から数倍になることが日本および北欧の研究から明らかになった。最近は、精神科分野における知見として、不眠がうつ病発症のリスクになっているという追跡研究がある。日本からの疫学研究では、大規模コホートで睡眠の充足感のない人ほど抑うつ傾向が強いことが明らかにされている。日本における 65 歳以上の高齢者 5,000 人を対象にした 3 年間の追跡調査では、寝つきの悪さを訴えていた人は、3 年後にうつ病になる危険が 1.5 倍であるという結果も報告されている。

これらの研究から、不眠が高血圧発症や糖尿病発症と疫学的に関連しているとみなすことができる。ただし、どのようなメカニズムによる関連かについては明らかになっていない。不眠症と高血圧、あるいは不眠症と糖尿病が何らかの共通素因の上に起こる疾患である可能性、不眠自体が潜在的な高血圧や糖尿病の一症状であるということも考えられるからである。

最近の基礎研究では、実験的な睡眠不足が未治療高血圧患者および健常人の血圧を上昇させることが明らかにされている。つまり、睡眠不足は高血圧をつくる。睡眠不足を強制的に起こした実験で健常人の耐糖能がインスリンの分泌能を変えずに悪化することが報告されている。つまり、睡眠不足がインスリン抵抗性を高め耐糖能を悪化させるというものだ。実験的睡眠不足が満腹ホルモンであるグレリン分泌を低下させ自覚的な空腹感を増強し、食欲を増すホルモンであるグレリンの分泌を増加させ食欲を亢進させることが近年明らかになった。睡眠不足が肥満の行動学的なリスクになるというわけであり、これも睡眠不足が生活習慣病発症を促進させることと関連すると思われる。睡眠時間の不足だけでなく、自覚的な不眠が高血圧や糖尿病のリスクになることに関しても実験的な知見が得られつつある。ごく最近になって実験的な騒音を用いて睡眠時間を短縮することなく睡眠を質的に悪化させた場合にも同様な耐糖能の変化がみられるという報告がなされている。

これら最近の知見を総合すると、睡眠習慣や睡眠の問題が何らかの内分泌調節系や自律神経系に影響を与え、高血圧や糖尿病を起こりやすくしていると考えるのが妥当と思える 5。睡眠医学の面では、おそらく睡眠不足や不眠などの睡眠障害が身体機能にどのような影響を及ぼすのかについての実証的な、あるいは実験的な検討がさらに必要だろう。

5．不眠の病態

1）寝床で過ごす時間と不眠

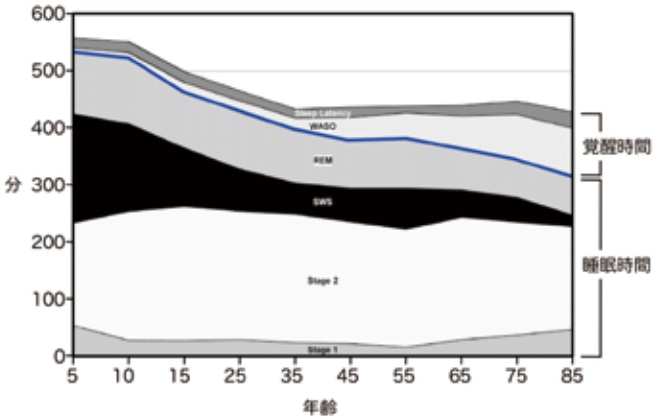


図 2：脳波を用いた健康人の年齢と睡眠時間（Ohayon ら）

Stage1（睡眠段階 1）、Stage2（睡眠段階 2）、SWS（徐波睡眠）、REM（レム睡眠）を合計したところが睡眠時間となる。Sleep latency（睡眠潜時）と WASO（中途覚醒）は就床後の覚醒時間に入る。睡眠時間は 25 歳でおよそ 7 時間、45 歳でおよそ 6.5 時間、65 歳で 6 時間と年齢が上がるにつれて短くなる。

健常人の生理的睡眠時間は一定の範囲内にあり、寝床の中で長い時間過ごしても生理的な睡眠時間を大きく超えて長く眠ることができるわけではない。たくさん眠ろうと生理的な睡眠時間を超えて長く床に就いていると睡眠が全体に浅くなり、中途覚醒が増える。

若年成人の正味の睡眠時間は 7 時間程度であり、高齢になるほどこれが短くなっていき、65 歳以上になると 6 時間程度となる（**図 1**）。これと同時に、睡眠の深さは、睡眠の前にどのくらい長く覚醒していたか、つまりどのくらい睡眠不足かによって影響される。睡眠に対する要求が強い場合には深くなり、これが弱いと浅くなる。

最近の身体的疾患と睡眠時間の関連に関する疫学

研究では、6 ～ 7 時間ないし 7 時間程度の睡眠をとっている人で高血圧、糖尿病、高脂血症などの身体疾患罹患の頻度およびリスク、うつ病罹患の頻度が、短時間睡眠や長時間睡眠の人と比べて少ないことが明らかにされている。

2）情動興奮と不眠

ストレスを受けると、一過性に不眠が起こる。しかし、この時の対処が適切でないとこれが慢性化して不眠症に発展する。寝つけないで苦しい思いを経験すると、眠りに対するこだわりが強くなる。このような場合、床につくと今晩は気持ちよく寝つけるかどうかということが一番の気がかり･関心になる。このため頭がさえてさらに寝つけなくなる。つまり、不眠を恐れる気持ちが強いために入眠時の情動的興奮が増強され、入眠を妨げる。ポジトロン CT を用いた研究で慢性の不眠症患者で夜の入眠時間帯における辺縁系の活性化が報告されている。

3）体内時計と不眠の関連

睡眠のタイミングは体内時計によりコントロールされている。このため睡眠をとる時間帯を短時間のうちに大きく変化させるのは難しい。特に、生活パターンをより早く就床するスケジュールに変更した際は入眠障害が出現する。

加齢により体内時計は全般的に朝型化してくる。この傾向は男性でより強いことが報告されている。男性で高齢化とともに早朝覚醒の頻度が増す要因と考えられている。

6．不眠症の薬物治療

不眠の解消には、睡眠を妨げている原因をできるだけ取り除き、不眠を招いている病気があれば、その治療をすることが先決である。生活習慣を改善して、生活のリズムを整えることも欠かせない。ただ、自分でできることをしても眠れない場合、不眠が続いて苦しい場合には、睡眠薬を用いた治療が必要になる。

睡眠薬は、「ベンゾジアゼピン受容体作動薬」と、「バルビツール酸系」など古いタイプの薬の 2 系統に大きく分けられる。現在、主に不眠症の治療に使われているのは、ベンゾジアゼピン受容体作動薬である。日本において 2010 年からは、メラトニン受容体作動薬という全く新しい薬物が不眠症治療に使われるようになった。

1）ベンソジアゼピン受容体作動薬

薬の化学構造の違いから「ベンゾジアゼピン系睡眠薬」「非ベンゾジアゼピン系睡眠薬」と分類されることもあるが、作用点がベンゾジアゼピン受容体であることから、まとめて「ベンゾジアゼピン受容体作動薬」と呼ぶ。医師から「精神安定剤 (抗不安楽) 系の睡眠薬」と説明される場合も多い。

眠りを起こす脳部位（睡眠中枢）に作用して自然な眠りを起こす薬で、かつてよく使われていたバルビツール酸系の睡眠薬のような、薬への“ 慣れ（耐性）” や依存性が生じにくく、安全性の高い楽である。

睡眠薬は、作用時間によって 4 種類に分けられ、不眠のタイプに応じて使い分けられる。超短時間作用型・短時間作用型は、作用時間が短いため、睡眠の始まりの部分にだけ効き、翌朝に作用を持ち越す可能性が少ない。寝つきの悪い「入眠障害」の人に投与される。「睡眠導入薬」「入眠薬」と呼ばれることもある。中時間作用型・長時間作用型は、穏やかにやや長く効く薬で、夜中に何度も目が覚める「中途覚醒」や、朝早くに目が覚める「早朝覚醒」の人などに使われる。

薬が作用するベンゾジアゼピン受容体には、ω 1 受容体とω 2 受容体がある。このうち、ω 1 受容体は鎮静作用に、ω 2 受容体は抗不安作用、筋弛緩作用にかかわっている。現在使われている睡眠薬の多くは、どちらの受容体にも作用するため、鎮静作用と併せて抗不安作用、筋弛緩作用を持つが、わが国では 2000 年以降に登場したω 1 受容体に選択的に作用する睡眠薬は、ω 2 受容体への作用が弱く、抗不安作用、筋弛緩作用がより少ない。

一般に、強い緊張や不安がある人、肩こりなどを伴う人ではω 2 受容体への作用を併せもつ薬のほうが向き、そうでない人ではω 1 受容体に選択的に作用する薬のほうが、転倒などの筋弛緩作用による副作用が出にくい。

睡眠薬の主な副作用としては、次のようなものがある。

持ち越し効果：薬の作用が長く続きすぎて、朝、頭がぼんやりしたり、眠気が続く。この場合、薬の量や作用時間の見直しが必要となる。

記憶障害：服用後から寝つくまでの間、睡眠中に起こされたとき、翌朝など、薬が効いている間の記

憶が一部抜け落ちることがある。特にアルコールと併用すると起こりやすくなる。

筋肉の脱力：筋肉の緊張をほぐす筋弛緩作用によるもので、ω２受容体への作用をもつ薬で現れる。転びやすくなるので、夜中にトイレに行く際など、注意が必要となる。

睡眠薬は、毎日、就寝前に医師に指示された量を服用する。生活を規則正しくし、時間を決めて服用することが大切である。睡眠薬は、服用し 30 分ほどで効き始める。服用後いつまでも起きていると記憶障害などを招きやすいので、薬を服用したら 30 分以内に床につくようにする。

アルコールは、睡眠薬の吸収を高めて作用を増強するうえ、脳に対する作用が重複するので、併用は厳禁である。夕食時にお酒を飲むなら、薬を服用する時間までにきちんと醒める量にとどめる。

そのほか、緊張や不安が強い人の不眠には、ベンゾジアゼピン受容体に作用する「抗不安薬」を用いることもある。また、うつ病の人の不眠には、催眠作用を併せもつ「抗うつ薬」を用いたり、抗うつ薬と睡眠薬を併用することもある。

2) 新しいタイプの睡眠薬メラトニン受容体作動薬

メラトニン受容体作動薬としては、2010 年 7 月から「ラメルテオン」が使われるようになった。この薬は、メラトニンという体内時計のリズムに関わるホルモンの受容体に作用する。人間のような昼行性動物では、1 日のなかで夜になると眠る準備が整ってくる。いつも入眠する時刻が近づくと、血圧が少し下がり、体の中心部の体温が下がる。メラトニン受容体作動薬は、夜になると自然に起こる体の変化を薬の作用で起こし、体全体が眠りにつきやすい状態にして、眠りに導く。ベンゾジアゼピン受容体作動薬が鎮静作用によって脳のほうから眠らせる薬なら、この薬は眠るための環境を全身的に整えることで、脳への直接的鎮静作用を介さずに自然に眠らせる薬ということができる。

眠らせる効果に関しては、ベンゾジアゼピン受容体作動薬よりやや弱めである。ただ、作用の仕組みが異なるため、今までの睡眠薬が効きにくかった人にも効くことがある。最も期待されているのは、筋弛緩作用による脱力などが起こらず、直接的な脳への鎮静作用がないため、記憶障害や奇異反応も出ないという安全性面である。

従来のベンゾジアゼピン関連物質のような抗不安作用はないので、不眠に対する不安が強く、こうしたこだわりが原因となってますます眠れなくなっている人にはやや効きにくい可能性がある。不眠症になり始めの人に特に向く薬と考えられている。体内時計のずれを修正するのに役立つ作用があるので、この薬を使用すれば、睡眠習慣の改善もしやすくなる。

この薬が体に作用しているのは２～３時間ほどと短いものの、いわばスイッチを入れるような働きをする薬なので、一度効果が出れば、作用時間にかかわらず睡眠が全体に安定する。実際には中途覚醒も併せて改善される。

参考文献

日本睡眠学会診断分類委員会訳：睡眠障害国際分類第２版 , 日本睡眠学会 , 2010.

内山真：日本人の睡眠の特徴 - 国際睡眠疫学調査の結果を踏まえて . 医学のあゆみ 2003:205:529-532.

内山真：不眠・睡眠不足とメタボリックシンドローム . 医学のあゆみ 223:837-841, 2007.

Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. Sleep 27:1255-73, 2004.

睡眠障害の診断･治療ガイドライン研究会 , 内山真（編）: 睡眠障害の対応と治療ガイドライン第２版 , じほう , 2012.

内山真 , 金野倫子 . 新規睡眠薬の可能性：メラトニン受容体作動薬 . 臨床精神薬理 11:2041-2053, 2008

◇◇◇◇◇◇

会報 21 号をお届けします。総会の取材で IC レコーダーを使用していましたが、宮内先生のところから、なぜか録音されていないことに気付き、慌ててメモをとったのですが、時すでに遅し。最後の内山先生の特別講演をどうしようかと悩んでいましたら、内山先生から新たにご寄稿いただき、なんとか事無きを得ました。その内山先生のご講演はスピーチ台の MacBook Air から離れて行うスタイルで、プレゼンの天才といわれた、アップルの故Ｓ・ジョブスを彷彿とさせるものでした。ありがとうございました。（ま）