

総説

睡眠とは、脳の脳による脳のためのものである (HobsonJA,1989)

粥川 裕平*

はじめに

将来時計遺伝子、睡眠遺伝子など遺伝子レベルの解明がなされるであろうが、現在のところ大枠で概日リズムに規定される睡眠・覚醒のメカニズムは、実はよく解っていない。地球の自転、塩の満ち引き、外界の明暗、活動と静止、食事・排泄・セックス、仕事とリラクゼーション、体温の上昇と下降、などなど一般的要因の関与が考えられている。

睡眠の機序については、レム睡眠の発現機構、徐波睡眠の発現機序について終夜睡眠ポリグラフィとポジトロンエミッショントモグラフィを同時に施行した画期的なデータがわが国から出た。徐波睡眠の際に活動している脳の部位を、レム睡眠の際に代謝が活発な脳の部位を示し、発現機構に一步迫ったものといえる。睡眠覚醒と脳内神経伝達物質の活動を結合した研究が望まれるところである。

ところで睡眠には、個人差、年齢差、性差、季節変動があり、加えて心理的ストレス、身体疾患や精神疾患、アルコールやカフェインなどの常用薬物など様々な要因で影響を受けることがある。さらに、睡眠過程の一次的障害という内在因性の要因で、睡眠が妨害されることがある。心地よい眠りは、明日の元気な活動を保障するが、元気に日々を過ごせている人も、眠りだけは上手いかわないと悩む場合もある。昼間の精神病理と夜間の睡眠病理とは、多くの場合関連しているが、独立

して睡眠病理だけが発生する場合もある。不眠や過眠は、不安、強迫、幻覚、妄想、引きこもりといった精神病理に比べて、精神病理学的深まりがないためか、精神科医の中で関心を持つ人はあまり多くない。

睡眠は健康のバロメーターであるとともに、脳と体の休養になくはならない営みであることは日々経験している事実である。メンタルヘルスの重要性が指摘されて久しいが、心の健康の最大の指標はなんといっても睡眠である。なぜなら心の病には、必ずといってよいほど睡眠障害を伴うからである。眠りと目覚めはまさに互いに相反する力の引っ張り合いを毎日毎日全ての人々に体験させてくれる貴重な生命現象であるといえよう。

今や心も物質次元で解明されつつある時代であるが、遂に大阪バイオサイエンス研究所から1988年に睡眠物質と覚醒物質が抽出された。どうやってその物質を調べるのか。動物を長く眠らせないと、睡眠欲求が高まり脳内に睡眠物質がたまる、逆に眠りを続けていると覚醒物質がたまるという訳である。であるから、いまこうして目覚めている最中にも脳は、すでに次第に夜の眠りの準備を進めている。逆に眠りの最中から覚醒の準備が進んでいるのである。プロスタグランディンD2が睡眠物質で、プロスタグランディンE2が覚醒物質とされている。

睡眠は、この世で最も素晴らしく神秘的な宇宙と並ぶ運動体である脳の日々絶えざる営みである。

1. 睡眠障害の社会的側面

睡眠障害の重要性について日本の臨床医学では

*名古屋大学医学部精神科

強調されていない現状もあるので、睡眠障害（不眠）の社会的問題について二、三の事実を述べたいと思う。1993年アメリカの睡眠学者が「アメリカよ目覚めよ」と題する文書を合衆国政府に建議した。全米の4千万人が慢性的な睡眠障害で悩んでいる、時々睡眠で困る人は2～3千万人にのぼる。夜間の睡眠不足と昼間の眠気のために、命を失ったり、収入が減ったり、学校へ行けなくなったり、家庭でも上手くいかなかったり、計り知れない損失があるのに、その重大さが少しも認識されていない。端的な例をあげると、

- ・スペースシャトル チャレンジャー号の爆発には、職員の睡眠不足と眠気が関係していた。
- ・交通事故のうち20万件は睡眠に関連し、全ドライバーの20%は、運転中に1度は居眠りした経験を持っている。交通死亡事故の多くは午前3時～5時という最も眠気の強くなる明け方に集中していた。

などなど。

これだけ大きな問題を抱えているにもかかわらず、国家の研究予算は、年間2千万ドル近くのエイズや癌の何百分の一しかない。国家はきちんと睡眠障害と健康の問題を認識して、然るべき予算を出すべきであると迫った文書である。

先進国では、睡眠も健康や人災、生産性と結びつく重要な課題として国家が位置付け始めている。

余談になるが、この“Wake Up America”の起草責任者のウィリアムデメント博士は、睡眠研究60年の大家であるが、「家族の起源は睡眠である」と述べている。人類が直立歩行を始め、草原で生活するようになって夜を迎え眠りに入る。「寝込みを襲う」の言葉にもあるように、夜になると女や子供も全く無防備になって外敵・獣から身を守れない。だから寄り添って眠るようになって家族が形成されたのだと主張している。面白い仮説である。一方わが国では、「惰眠を貪る」「悪い奴ほどよく眠る」など眠りを良く言う諺はない。せいぜい「早寝早起きは三文の徳」、「寝る子は育つ」くらい。学校や職場では居眠りは、神経がたるん

でいる、根性がなくなってないなど、すべて個人の自覚・モラルの問題で片づけられている。受験生は勉強で、大学生はバイトや夜遊びで、社会人は仕事で毎晩の睡眠を削りに削って、その結果、電車やバスの中で居眠りをしている。果たして、どれくらいの睡眠が健康に必要なのか。睡眠は余りにも無駄なことのように考えられてはいないであろうか。日本では眠らなくたって死にはしない、と徹夜・夜なべが勤勉の証のように考えられてきた。

睡眠障害と言っても、不眠だけが問題ではなく、昼間の耐え難い眠気も問題である。昼間の耐え難い眠気は、集中力や個人の自覚の問題ではない場合がある。過眠症の代表は睡眠時無呼吸症候群¹⁾である。高度数千メートルの高い山に登ると酸素が薄くなる。スポーツ選手が高地でトレーニングすると、低酸素に耐えられるように、血液中の赤血球が増える。すると普通の地上での耐久力が増すことは御存知だと思う。実はこの睡眠時無呼吸症候群の人達は、毎晩睡眠中に2～3時間は酸素の薄い高い山に移動しているといってもよい。米国では1,200万人がこの睡眠時無呼吸症候群に罹患していると推定されている。驚くべきことに米国では毎年3万8千人がこの睡眠時無呼吸症候群による心臓病や脳血管障害などで死亡すると報告されている。わが国で年間1万人に上る過労死の中に、睡眠時無呼吸症候群による突然死なども含まれている可能性もある。

2. 不眠の発現頻度

睡眠には個人差、年齢差、性差そして季節変動がある。現代人はあたかも無駄なことのように睡眠を削り、慢性睡眠不足症候群が蔓延している²⁾。先進諸国における疫学研究で、不眠が高頻度に存在することが明らかとなっている。1991年国内8カ所の地域住民を対象とした睡眠障害全般に関する質問紙法調査により、男子の26.3%、女子の28.5%、全体で27.2%、実に4人に1人が「不眠」という有病率が推定された。入眠障害は10代の男子に多いが、ほぼ年齢依存性に不眠の頻度は上昇

し、特に25～39歳と50歳以上の女性で男性より有意に多く不眠の性差が認められた³⁾。

さて不眠は一般臨床で最も多い訴えの一つである。睡眠の質または量が不足している場合を不眠症という。不眠を来す原因は多様であるので、各種不眠の特徴を把握することは不眠症の臨床において不可欠である。本稿では、睡眠薬の作用・適応については取り扱わず、不眠症臨床の基本的な点だけを述べることにしたい。

3. 不眠の訴えに対する問診のポイント

不眠症を現象的に分類していた時代は、入眠障害と睡眠の維持の障害（中途覚醒、再入眠困難、早朝覚醒）そして熟眠感の欠如の3つに不眠症を大別していたが、臨床的にはそれらの組み合わせで不眠が訴えられることが多い。医師は、この現象的分類に基づいて睡眠薬を処方していた。しかし睡眠薬抵抗性の難治性不眠症に遭遇するようになり、現象的分類の不十分さが明確になってきた。身体疾患やその治療薬によって誘発される不眠症^{4,5)}、精神疾患に伴う不眠症⁶⁾、アルコールや睡眠薬、覚醒剤などの濫用による不眠症に加えて、睡眠時無呼吸症候群や周期性四肢運動障害、むずむず脚症候群、致死性家族性不眠症などの特殊な不眠症が明らかにされた。さらに顕著な入眠困難型不眠症から、生体リズムの障害による睡眠相後退症候群が抽出された。それらの睡眠障害は84もの数にのぼり、1990年の睡眠障害国際分類に集約されている^{7,8)}。これらの中で不眠を来す各種睡眠障害をシェーマ化したのが図1⁹⁾である。

今日の不眠症臨床では、不眠のタイプに留まらず、健康なときの睡眠パターンと睡眠病歴、睡眠環境、前駆する心理的ストレスやライフイベント、昼間覚醒時のパフォーマンス、合併する身体疾患と常用薬物、飲酒習慣、肥満度、睡眠姿勢、不安関連症状、抑うつ関連症状など多項目に及ぶ問診が不眠症の適切な診断や治療の前提となっている^{4,9,10,11)}。不眠症の臨床で基本となる問診のポイントを表1³⁾に示す。

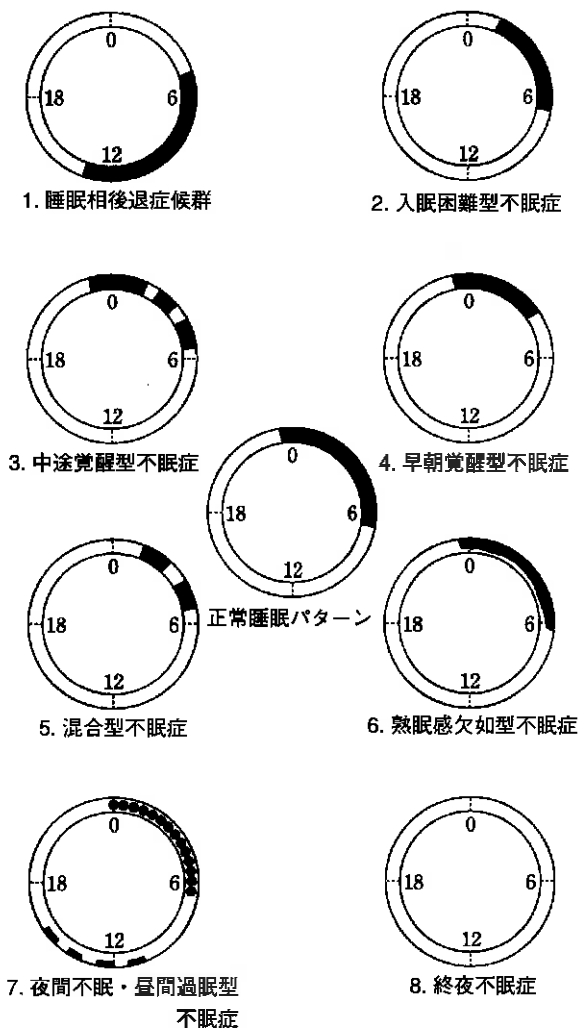


図1 各種不眠と催眠パターン (粥川；1995a)

腹痛の訴えに対して、食事内容、嘔吐、下痢の有無、発熱の有無、痛みの部位、強さ、圧痛、筋性防御、腸蠕動など子細に診察することに慣れていない医師が、眠れないという訴えだけで、安易に睡眠薬を処方している現状は、早急に改めるべきである。よく眠れているはずなのに眠れない場合には不眠ノイローゼ、睡眠心気症などを考えなくてはいけない。これは世界に先駆けてわが国の森田療法学派が目指してきた領域である¹²⁾。

表1 睡眠障害の訴えに対する問診の基本的チェックポイント

(粥川 1997a)

- 1) いつ頃から、どのように眠れないのか。それは持続的か、眠れたり眠れなかつたつするのか、またそれは季節によって異なるのか
- 2) 眠れなくなる前は何時に眠って何時に起きる生活習慣であったか
- 3) 現在困っているのはベッドに入ってから寝つくのに時間がかかるのか
- 4) 眠ってから途中で目が覚めて、再び寝つくのに困るのか
- 5) 朝早く目覚めてしまうのか
- 6) 熟眠感がないのか
- 7) 昼間に眠気が出ることはないか
- 8) 眠れなくなるようなきっかけとなる出来事はあったのか。身体の病気、仕事上の問題、その他のストレスとなる要因は？それらの要因は持続しているのか。またそれらは症状の強さに関連しているのか。できればさらに…
- 9) これまで眠ろうとする努力はどんな試みをしてきたか。これまでの試みでよくなったものは？逆に悪くなったものは？
- 10) これまでどんな睡眠薬の処方を受けてきたか。どのような睡眠薬が有効であったか。逆に睡眠薬を使用することについて過度な不安を抱いていないか
- 11) アルコール等の乱用はしていないか。常用の薬物は如何なるものがあるか
- 12) 眠れなくなるような環境の変化(転居など)はなかったか。睡眠環境は適切か

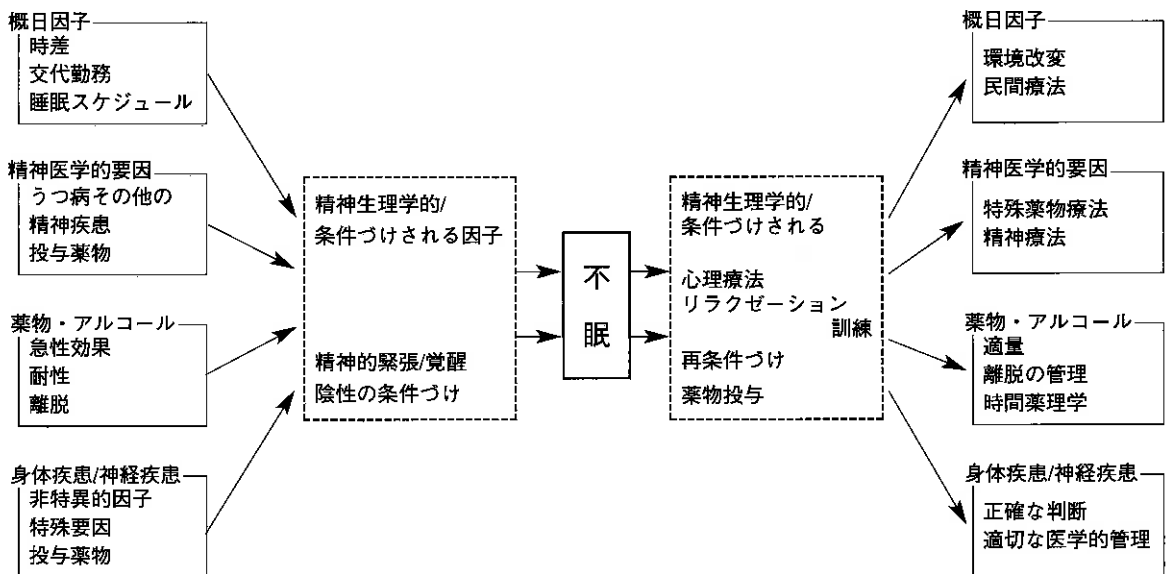


図2 不眠の原因と治療 (Buysse ;1990)

図2に示されるように、不眠の原因は多次元であるので、当然治療も多次元的に行われなくては行けない¹³⁾。

4. 一臨床単位としての不眠症

—不眠症は立派な病気である—

不眠症の原因は、精神疾患、各種身体疾患の順

で多い。分裂病による不眠にはフェノチアジン誘導体、躁病性の不眠には抗躁薬、痒みが原因の場合は抗ヒスタミン剤という具合に、対処することは常識である。うつ病の早朝覚醒や熟眠感の欠如は、うつ病の部分症状としてよく知られている。しかし不眠だけを訴え、それだけで臨床単位をな

している不眠症が存在する。現時点で原因が明らかでない不眠症を精神生理性不眠 (psychophysiological insomnia 307.42-0,PPI) と呼ぶ。精神生理性とは分かりにくい言葉だが、ICSDによれば、学習型不眠症、条件型不眠症、機能的自律性不眠症、精神生理性覚醒、慢性身体化緊張、精神症状のない内的覚醒と同義であるとされている。その基本的特徴は、身体化された緊張と睡眠を妨げる学習された連想による障害で、その結果不眠の訴えとそれに関連する覚醒時の機能低下がみられる。客観的に証明可能な不眠症で、(a)身体化された緊張と(b)学習された睡眠妨害的連想という二つの要因の相互作用の結果として発展する。

PPIの患者は典型的にはストレスに対し身体化された緊張と興奮で反応する。ストレスになる出来事の意味(不眠以外)は典型的には否認され、抑圧されるが、生理学的覚醒として顕現する(例:筋緊張の増大、血管収縮の増大など)。学習された睡眠妨害的連想は主に眠れないということに関する著しく過度の心配である。そして悪循環が発生する。眠ろうと焦り過ぎる内的要因が不眠の駆動力となっている患者は、しばしば眠ろうとしないときには容易に眠れることがある。内的および外的連想は、例えば抑うつ、痛み、睡眠環境の妨害、昼夜交替勤務など他の誘因によって引き起こされたひとしきりの不眠の間に学習されることがしばしばある。そして誘因が取り除かれた後でも、ずっと長い間不眠が持続する。つまりその目印は患者が自らの睡眠問題だけに囚われて頭が一杯であるということである。全般性不安障害、恐怖症、強迫神経症、定型うつ病、そのほかの精神障害に罹っていると分類される患者については、PPIの診断はつけられない。その随伴症状は、日中の健康感の減少、気分と気力の落ち込み、注意、覚醒、意欲、集中力の減退、疲労と易疲労性の増加などであるが、客観的な眠気は起こらない。その経過は、治療が行われない場合には、何年も何十年も続くことがある。発症年齢については、小児期や青年期にはまれで、典型的には若い成人期(20~30代)に始まり、徐々に増悪し、典型的

には、成人中期になると治療を必要とするようになる。性差は女性に多い。その合併症は、催眠剤またはアルコールの過度の使用、身体化された緊張に対するカフェインや刺激剤の過度の使用、良い眠りを得ることに敗北する慢性のパターンはときに心理的機能の他の領域に広がり、受動的、敗北主義的な態度をもたらすことがある。終夜睡眠ポリグラフ所見では、睡眠潜時の増加、睡眠開始以後の覚醒の増加、睡眠効率の減少などといった不眠症の通常の客観的な徴候が見られる。段階1の睡眠の増加と、おそらくは、デルタ睡眠の減少が見られる。第一夜効果の逆転が見られることがある。PPIの病態は、客観的検査が容易ではないため、いくつかの試みや知見が提出されているが、疾患特異的な所見は存在しない。うつ病患者、正常対照との比較で睡眠ポリグラフ(PSG)上異なる所見であるとの報告がある¹³⁾。心理機制としては疲労、警戒、感受回避、抑圧、否認などが認められる。なおこのPPIという不眠症に不適切な睡眠衛生、閉塞性睡眠時無呼吸症候群などが共存してもかまわない。その重症度は軽度、中等度、重度の三段階で、持続期間により、急性(4週間以内)、亜急性(4週間以上6ヶ月未満)、慢性(6ヶ月以上)と分類されている。

さて不眠症の診断手順は、あくまで患者の主観的訴えに基づいて行われる。表1に示した問診によっておよそその診断は推定できるが、図3に示す不眠の診断フローチャートによって鑑別診断がはじめて可能となる⁴⁾。

5. 不眠症の治療

不眠症と一口に言っても、実は沢山の病気がその背後に存在している。眠れなくなると死ぬことではない、と一般に考えられている。実は不眠症は立派な病気であり、しかも大変苦痛な慢性疾患である。イタリアでは致死性家族性不眠症fatal familial insomniaという病気が発見され、眠れないまま死を迎える病気があることを世界に示し、あっと驚かせた。プリオン病として有名なクロイツフェルトヤコブ病の病変が、視床thalamusに限

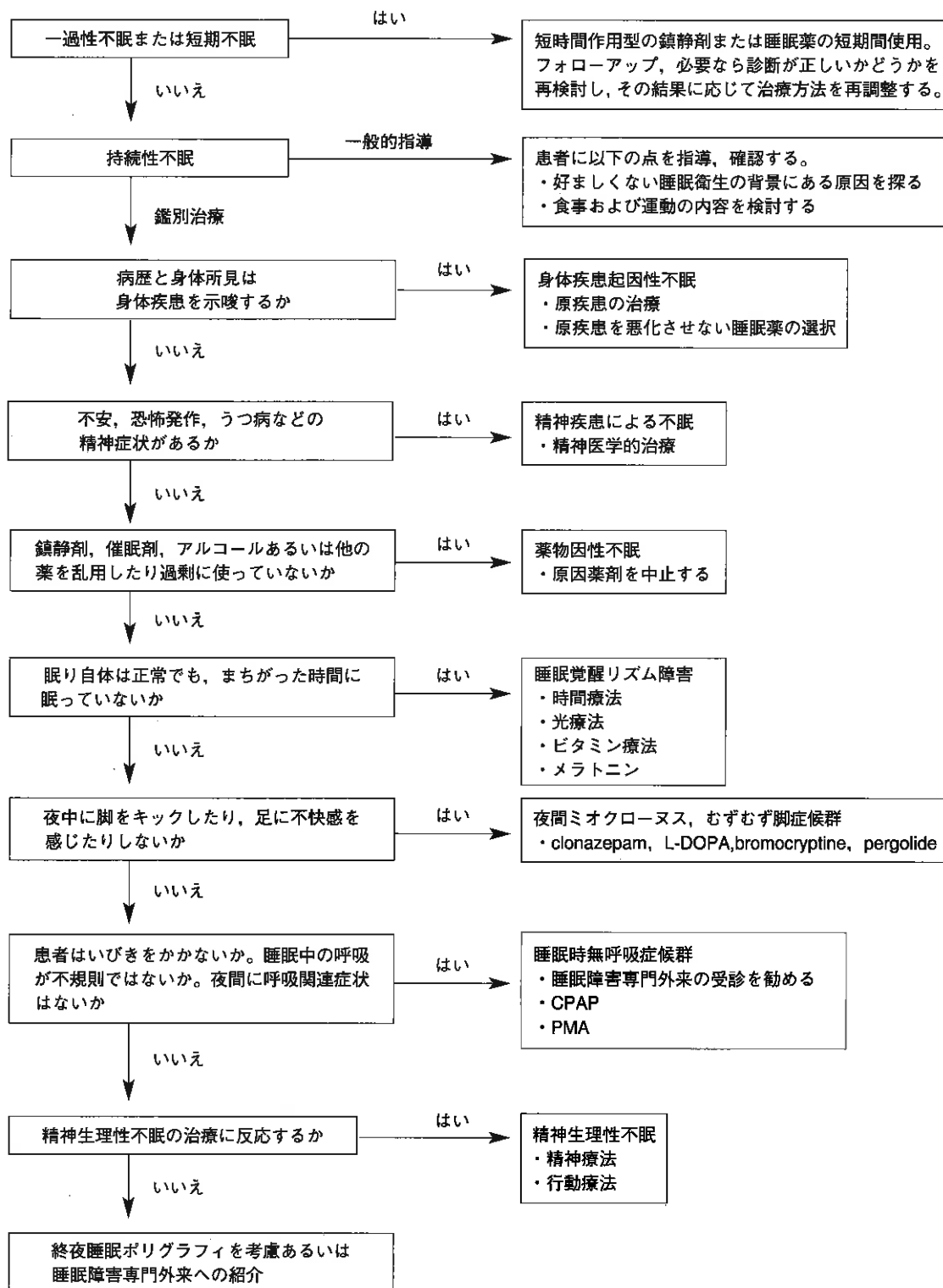


図3 不眠症の診断・治療チャート

局している特殊な病態である。

不眠症の臨床では、眠りの質、量、位相、および主観と客観が肝心である。精神科医がもっとも得意とする睡眠薬は、対症療法の域を出ないとはいえ、多くの不眠症患者の福音となっている。しかし、睡眠薬の多くは、徐波睡眠やレム睡眠を抑制して自然な眠りが得られることはない。起床後に離脱症状で不安・焦燥が出たりすることがある。超短時間作用型の睡眠薬の場合、突然の断薬で悪夢を伴う反跳性不眠が出現することがある。夜間のトイレで転倒・骨折などの事故が発生する場面がある。アルコールとの併用で前向健忘が生じるのは有名だが、わが国の第一例は自ら経験した睡眠学を研究する精神科医であった。

不眠症の治療目的は、質的にも量的にも十分な睡眠を確保して、翌日の日中の健全な精神的・身体的活動を回復することにある¹⁴⁾。しかし1カ月以上不眠で悩んでいる患者は、夜を迎える恐怖を抱き、これだけ眠れないなら死んだ方がましと自殺をほのめかすことさえある。不眠症の治療の第一歩はその苦悩を受容することから始めなくてはいけない。不眠症で外来を訪れる患者は多いが、“不眠症は病気ではない”と信じて疑わない患者も多い。不眠症という病気で睡眠薬が有効と説明されても、飲んだり止めたりを繰り返している間に睡眠薬依存性不眠症に陥ってしまう患者もいる。しかし「睡眠薬は一本のビールより安全である」¹⁵⁾。それにもかかわらず、睡眠薬以外の治療法を執拗に求める患者が存在している。最近そうしたニードを反映してかPPIの非薬物療法が注目されている。

1) 非薬物療法

非薬物療法のポイントは、眠れなくて辛い毎晩を過ごしている苦悩を十分受容した上で以下の諸点をムンテラすることである。

- a) 睡眠は眠れなくても規則正しくとる
- b) 昼寝をしない
- c) 睡眠を妨害する刺激物をとらない
- d) 自分にあった運動を、夕方にする
- e) 心身をリラックスさせるような軽いスナッ

クを就寝前にとっても良い

- f) 寝室やベッドは清潔で眠気をもよおすような快適なものに
- g) 寝室やベッドは睡眠とセックスのためだけに
- h) 夜はくつろいで過ごす
- i) 眠くなるまで眠らせない

不眠を心的葛藤が抑圧された訴えとして捉え、精神療法の重要性を説くものとして、漸進的筋弛緩法、バイオフィードバック法、自律訓練法などがある。そのほか睡眠時間制限法などがある。睡眠時間制限法は患者に睡眠日記を記載させ、普段の1日の実際の睡眠時間を推定する。そして、睡眠(就床から起床までの時間)を推定した睡眠だけに制限し、5日間連続してその時間の90%以上睡眠がとれたときに睡眠時間を30分から1時間だけ延長させていく方法である。Morinらは刺激調整法と睡眠時間制限法が入眠困難や中途覚醒の改善に特に有効であったと報告している¹⁶⁾。

いずれにしても薬物を用いない不眠の治療というのは、平均5時間くらいの生活指導も含めた精神療法が主体であるので、かなりの労力を要する。これらの他に、メラトニン、時間療法、高照度光療法、電気入眠器などが報告されている。近年アロマセラピー、音楽療法などが注目されているが、対照研究に基づかないレベルであるし商業主義が先行している。とはいえ薬をも掴む思いの患者さんには、そうしたものも希望すれば反対はしない。

2) 薬物療法

不眠症では一般には睡眠導入剤が用いられ、多くの入眠障害で悩む患者の日常生活を助けている。しかし睡眠薬の多くはレム睡眠を抑制し、また徐波睡眠を減少させるために自然な睡眠が得られにくい。さらに薬物依存や日中に離脱症状の問題があり、臨床上の課題となっている。とはいえ「生理的不眠のように本質的症状であれば、基本的な治療薬となる」¹⁷⁾という現実的評価も大切である。不眠症に抗うつ薬などが有効な場合がある。抗うつ薬はレム睡眠は抑制するものの徐波睡眠を増加させるという点で利点がある。いずれも長期連用の場合は反跳性不眠に留意する必要がある。

高齢化とともに不眠も増加するが、睡眠薬の持ち越し効果や夜間トイレ覚醒時の転倒・骨折などについても配慮が必要となるし、昼間の散歩や室内の照明などの刺激が夜間の睡眠を良好にするという生体リズムの観点も重要となる¹⁸⁾。また不眠症の治療過程で、毎日睡眠日誌sleep logと昼間の仕事や活動も記録してもらうことは治療効果や副作用の判定などの上で誰でも簡単に出来て有用な方法である。

睡眠薬を止めたら眠れなかった(反跳性不眠)、起床後数時間の間眠い(ハングオーバー)といったことも一目瞭然となるので、sleep logは不眠症の治療においてなくてはならないローテク手段である¹⁹⁾。

おわりに

それにしても、睡眠は食欲と並んで問診されることが多い。食欲不振といわれれば、摂食量や体重で明らかだが、不眠はどうであろうか。健康な眠りとは何か。1990年に全米睡眠障害センター協会は、睡眠障害国際分類を提唱した。睡眠障害の数は実に90近くにのぼるが、睡眠障害の症状を示さないことが健康な眠りということになる。その特徴は、I) 望ましい時刻に就床・入眠し、起床・覚醒できる。II) 入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠感の欠如がない。III) 無呼吸、いびき、寢言、歯ぎしり、悪夢、激しい体動がない。IV) 朝スッキリ目覚めて、日中異常な眠気がなく、活動に集中できる。という4点にまとめられる。

不眠症の臨床が、簡単なようで意外に手こずるのは、睡眠という体験の回想をめぐって主観と客観のずれが生じやすいためである。なお難治性不眠症の場合は、早めに睡眠障害専門クリニックや精神科に紹介するのが望ましい。睡眠とはなにか。それは脳の脳による脳のための活動で、人間の精神活動・社会的活動に不可欠の現象である。かってリンカーンは「政治とは人民の人民による人民の為のものである」という名言を残した。これをもじってハーバード大学精神科のアラン・ホブソン教授が「睡眠とは、脳の脳による脳のためにも

のである=Sleep, of the brain, by the brain, for the brain.」と述べたのはまさに至言である。

なお、本稿は最近10年間の睡眠障害の臨床の経験を中心に愛知県保険医協会社保学術研究会での講演(1999年4月17日)に一部補筆したものである。

〔文 献〕

- 1) 岡田保, 粥川裕平編: 閉塞性睡眠時無呼吸症候群—その病態と臨床— 創造出版, 1996
- 2) スタンレーコレン: 睡眠不足は危険がいっぱい, 木村博江訳, 文芸春秋, 1996.
- 3) 粥川裕平: 睡眠障害の疫学 精神医学レビュー24: 84-88, 1997.
- 4) 粥川裕平, 太田龍朗: 不眠; 治療特集. 診断・治療チャート 76: 594-599, 1994.
- 5) 野沢胤美: 身体疾患と不眠, 病態生理 14(11): 882-887, 1995.
- 6) 粥川裕平, 山本滋隆, 太田龍朗ほか: 精神疾患の睡眠病理学 JSAP 7(1): 67-75, 1997.
- 7) ICSD International classification of sleep disorders. Diagnostic and coding manual. Diagnostic Classification Steering Committee, Thorpy MJ, Chairman. Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association, 1990.
(日本睡眠学会診断分類委員会: 睡眠障害国際分類診断とコードの手引き. 笹氣出版1994)
- 8) 粥川裕平, 太田龍朗: 睡眠(覚醒)障害の診断分類. Clinical Neuroscience 14(11): 19-22, 1996.
- 9) 粥川裕平: 各種不眠と睡眠パターン. 病態生理 14(11): 875-881, 1995.
- 10) 粥川裕平, 早河敏治, 太田龍朗ほか: 不眠症(とくに持続性精神生理性不眠症)とその治療 臨床精神医学 24(7): 857-865, 1995.
- 11) 粥川裕平: 思春期・青年期の睡眠障害の臨床的特徴 JSAP6(1): 67-75, 1996.
- 12) 遠藤四郎: 神経質性不眠の精神生理学的研究. 精神経誌64: 673-707, 1962
- 13) Buysse DJ, Reynolds CF3: Insomnia. In Thorpy MJ (eds.): Handbook of Sleep Disorders. Marcel Dekker Inc, New York, Basel pp375-433, 1990.
- 14) 菅野 道: 不眠症への対策 病態生理 14(11): 888-893, 1995.
- 15) 村崎光邦: 睡眠薬のすべて—「一日一錠」は一日1本のビールよりはるかに安全—毎日ライフ 25(1): 79-82, 1994.
- 16) Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM: Nonpharma-

cological interventions for insomnia : a meta-analysis of treatment efficacy. Am J Psychiatry 151 : 1172-1180,1994.

- 17) 石郷岡純：睡眠薬の薬理作用。病態生理 14(11)894-900, 1995.
- 18) 大川匡子：老人の不眠の克服—体内時計の老化でおこ

る睡眠の歪みへの病態別対応法—毎日ライフ25(1) : 63-66, 1994.

- 19) 粥川裕平, 阿比留烈, 早河敏治：睡眠障害 その3—精神科臨床における睡眠日誌sleep log (sleep diary)の有用性 JSAP 7(2) : 163-178, 1997.

■ 診療報酬請求漏れ事例を募集 ■

—— 請求漏れチェックリスト作成のためにご協力を ——

診療報酬請求の請求漏れは日常の保険請求の相談の中でもよく聞かれます。実際に会員から相談のある事例はちょっとしたミスや点数を知らなかったというケースがほとんどです。

請求漏れをなくすために会員の請求漏れ事例を集約し、「請求漏れチェックリスト」を作成して保険医新聞に掲載し各医療機関の請求漏れ防止に役立てたいと思いますので、先生方の経験された請求漏れの事例をお寄せ下さい。

募集要領

1. 募集事例

- ① 請求できることを知らずに過去に実際に請求できる診療行為があったにもかかわらず請求漏れのあった事例。
- ② レセコンの設定ミス、あるいは入力手順を聞いていなかったために請求漏れとなってしまった事例。
- ③ その他実際に経験された請求漏れ事例。

2. お寄せ頂く内容

- ① 請求漏れした項目
- ② 請求漏れの原因
- ③ 請求漏れの点数、件数、請求漏れの期間

3. 連絡方法 (次のいずれかの方法でご連絡下さい)

- FAX : 052-834-3584
- E-mail : aichi-syaho@doc-net.or.jp

