

【様式4の2】

受験番号兼申請番号	医・歯・技
-----------	-------

(この上の欄には記入しないで下さい)

西暦 年 月 日

症例番号	
------	--

- 1) 医療機関：○○○○○○
- 2) カルテ番号：○○○○
- 3) 年齢（初診時）：26歳
- 4) 性別：女性
- 5) 職業：会社員（事務職）
- 6) 主訴・主症状：日中の耐え難い強い眠気
- 7) 診断：特発性過眠症 ※ 睡眠障害国際分類第3版に従って分類
- 8) 既往歴：特記事項なし
- 9) 家族歴：特記事項なし
- 10) 現病歴：大学生の頃より日中の眠気があったが、気になるほどではなかった。就職後、勤務中に強い眠気に襲われることが頻回に起こるようになったため、○年○月○日に当院を受診。情動脱力発作・入眠時幻覚・睡眠麻痺等は無し。終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定にて3%ODI：1.5回/時間。睡眠日誌にて生活習慣を確認したところ、睡眠覚醒リズムに大きな乱れは認められなかった。
- 11) 心身の一般的所見（初診時）；
身長：158.0 cm 体重：60.0 kg BMI (Body mass index)：24.0 kg/m² 血圧：124/78 mmHg
ESS (Epworth Sleepiness Scale)：11/24点
就床時刻：0時00分 起床時刻：7時00分 平均睡眠時間：6.5時間
耳鼻科的所見：口蓋扁桃肥大なし
神経学的所見・精神医学的所見：特記事項なし
- 12) 医学的治療（薬物、他の治療等）の経過：特記事項なし
- 13) 主要な臨床検査所見；○年○月○日に終夜睡眠ポリグラフ検査（Polysomnography：PSG）、翌日に反復睡眠潜時検査（Multiple Sleep Latency Test：MSLT）を施行した。
・PSG所見；（表1・図1）*PSGはアテンドで行い、波形判読は視察にてAASM 2007 Ver. 2.1の診断基準に従い行った。
*睡眠構築；
就寝時間（SPT）：484.5分、総睡眠時間（TST）：465.0分、睡眠効率：96.0%、睡眠潜時：32.0分、REM潜時：81.5分でありSleep onset REM Period(SOREMP)は認められなかった。
睡眠段階：Stage N1：7.0%、Stage N2：63.2%、Stage N3：1.2%、Stage R：28.6%、総覚醒反応指数：8.1回/時間

* 睡眠時呼吸障害；無呼吸低呼吸指数（Apnea Hypopnea Index：AHI）：2.8 回/時間で、動脈血酸素飽和度（SpO₂）最低値：93.0 %であり、呼吸障害は正常範囲内であった。

* 心電図；心室性期外収縮 1 回

* 下肢筋電図；周期性四肢運動指数：0.0 回/時間

[翌日の反復睡眠潜時検査（Multiple Sleep Latency Test：MSLT）]（○年○月○日）（表 2・図 2）

平均睡眠潜時：5 分 54 秒 平均 REM 潜時：0 秒

Sleep onset REM Period（SOREMP）：5NAP 中 0 回

14) 看護の展開

【アセスメント】

患者は 26 歳女性・事務職。就床 0:00、起床 7:00、平均睡眠時間 6.5 時間と睡眠リズムは安定しているが、日中の眠気が強く、ESS は 11 点であった。PSG では、睡眠効率 96.0%、AHI 2.8 回/時間で、睡眠構築の乱れはなく、呼吸障害も正常範囲内であった。

MSLT では、SOREMP は 5 回中 0 回、平均睡眠潜時が 5 分 54 秒であったため、特発性過眠症と診断され、○年○月○日より薬物療法（モダフィニル 200mg 1 錠 1 日 1 回朝食後服用）が開始となった。

患者は職場での居眠りにより、評価や信頼を損なうことを恐れており、社会生活への影響を自覚している一方で、今まで一度も大きな病気を患ったことが無く、薬も殆ど服用したことが無かったため、長期にわたる薬物療法への強い不安（様々な副作用や薬物依存）を感じていた。また、「頑張っても眠気は変わらない」と勝手に思い込んでおり、処方された薬も週末しか服用していない状況であった。睡眠衛生に関する知識も殆ど無く、日中の活動量を増やす・夜間に十分な睡眠をとるなどの非薬物的対策も実施していない状況であった。

【看護上の問題】

1. 疾患に対する理解不足と薬物療法に対する強い不安
2. 睡眠衛生に関する理解不足
3. 日中の眠気による業務遂行能力の低下と社会的役割への影響

【看護目標】

1. 疾患および薬物療法の必要性を理解し、積極的に治療に取り組む
2. 睡眠衛生の基本を学び、規則正しい生活習慣を身に付ける
3. 日中の眠気を軽減し、業務や社会活動への影響を最小限に抑える

【看護計画】

1. 疾患および薬物療法の必要性を理解し、積極的に治療に取り組むことが出来るように、患者と家族に対し、特発性過眠症の基本的特徴、原因、症状、治療法等についてわかりやすく説明を行う。特に薬物療法に対する強い不安を持っているため、期待できる効果、起こりうる副作用とその対処法等について懇切丁寧に説明を行い、薬物療法に対する不安を払拭する。また、睡眠日誌には必ず薬剤の服用歴も記録してもらい、外来受診時に飲み忘れや副作用の有無等を確認し助言を行う。

2. 睡眠衛生の基本を学び、規則正しい生活習慣を身に付けるために、「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」を参考に患者とその家族に教育を行う。また、睡眠日誌で得られた情報だけではなく、日中や夜間の過ごし方、職場での状況等について情報収集を行い、必要な助言を行う。

3. 日中の眠気を軽減し、業務や社会活動への影響を最小限にするために、睡眠日誌を活用し、夜間の睡眠だけではなく、日中の眠気の頻度も記録してもらい、治療効果の判断を行う。日中の眠気が軽減されていない場合は、医師に相談し薬剤の増量や変更を検討する。

【看護の実践】

患者と同居の母親に対して、小冊子を用いて特発性過眠症の基本的特徴、原因、症状、治療法等についてわかりやすく説明を行った。母親は病名を聞いた際に驚きを隠せないような表情であったが、薬物療法や生活習慣の改善（睡眠衛生）により症状が抑えられることを知り、「お母さんもサポートするから、頑張って治療しましょうね」という母親の声掛けに対して、患者は大きく頷いていた。

また、母親にも薬剤の服薬状況や副作用発現の有無の確認を依頼し、少しでも気になることがあればクリニックに電話をするように伝えたところ、1ヶ月後の受診では、薬剤の飲み忘れや副作用の発現は確認されなかったため、引き続き経過を観察することとした。

「健康づくりのための睡眠ガイド 2023」を参考に、患者と母親に対して睡眠衛生に関する教育を行った。患者は0時には就床、7時に起床しているが、夜間に十分な睡眠時間を確保するために、23時には睡眠環境を整えて（スマートフォンの使用は避ける、部屋を暗くするなど）就床するように助言を行った。また、運動習慣が全くなかったため、極力エレベーターやエスカレーターを使用せずに階段を利用する、昼休みは会社の近くを5-10分程度で良いのでウォーキングを行う、週末は無理の無い範囲で軽いジョギングやウォーキングを行う、母親と一緒に歩いて買い物に出掛ける、などの助言を行った結果、「布団に入ったら、直ぐ眠れるようになった」との言葉が聞かれた。

薬物療法と生活習慣の改善（睡眠衛生）を行ったことにより、日中の強い眠気は徐々に改善（ESS 11→5点）し、治療1ヶ月後には、月に2-3回程度の軽度の眠気となった。同僚からも半分冗談で「〇〇さん、最近居眠りしないね！」と言われたと、笑いながら話をしていて、今後再び日中の眠気が増強するようなら、医師に相談し薬剤の増量や変更、会社の上司と面談を行い疾患を理解してもらい、などの対策を検討する。

15) 考察（リフレクション）

特発性過眠症においては、明確な器質的原因がなく、眠気そのものが患者の生活の質を大きく損なう点に特徴がある。本症例においては、日中の強い眠気による職業生活への影響や、疾患に対しての理解不足と薬物療法に対する強い不安が問題であり、それに対する看護介入として、家族を交えた患者教育や睡眠衛生指導、薬物療法への支援などを多面的に行った結果、患者自身が「眠気を軽減することができた」という実感を得られたことが、治療継続への動機づけに繋がったと考える。

今後も定期的なフォローアップを行い、必要に応じて治療方針の見直しを行うことが望まれる。

本症例は、特発性過眠症における包括的な看護介入の重要性を示す一例となった。

【様式4の4】

症例番号

(図・表は下の枠内に貼付け、各図・表に番号、タイトル、説明文をつけること)

表1 睡眠ポリグラフ検査所見

項目		診断 PSG
睡眠 の 状 態	就寝時間 (SPT)	484.5 分
	総睡眠時間 (TST)	465.0 分
	中途覚醒時間 (WASO)	19.5 分
	睡眠段階 1	32.5 分 (7.0%) * ¹
	睡眠段階 2	294.0 分 (63.2%) * ¹
	睡眠段階 3	5.5 分 (1.2%) * ¹
	睡眠段階 REM	133.0 分 (28.6%) * ¹
	睡眠潜時	32.0 分
	REM 潜時	81.5 分
	総覚醒反応指数 (Arousal Index)	8.1 回/時間
	無呼吸・低呼吸による覚醒反応指数	1.5 回/時間
	睡眠効率	96.0%
	呼 吸 の 状 態	無呼吸低呼吸指数
無呼吸指数		0.1 回/時間
低呼吸指数		2.7 回/時間
無呼吸平均持続時間		26.0 秒
低呼吸平均持続時間		23.1 秒
動脈血酸素飽和度の平均値		99.0%
動脈血酸素飽和度の最低値		93.0%
動脈血酸素飽和度の低下* ² 指数		0.0 回/時間
そ の 他	不整脈	心室期外収縮 1 回
	PLM 指数	0.0 回/時間
	PLM arousal index	0.0 回/時間

・大きな睡眠構築の乱れもなく、呼吸障害もほとんどみられない。

*※1 は %TST : Total Sleep Time

*※2 は 3%以上の動脈血酸素飽和度の低下

*SPT : Sleep period time, WASO : Wake time after Sleep onset, PLM : periodic limb movement

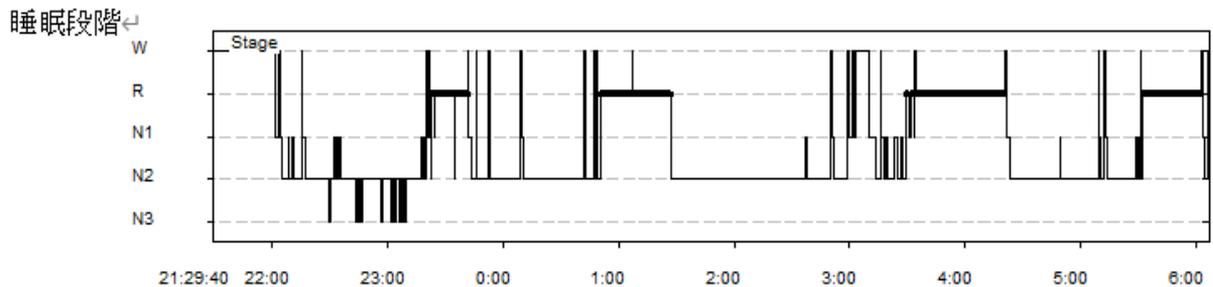
*American Academy of Sleep Medicine 2007 Version 2.1 のスコアリングルールで解析。

【様式4の4】

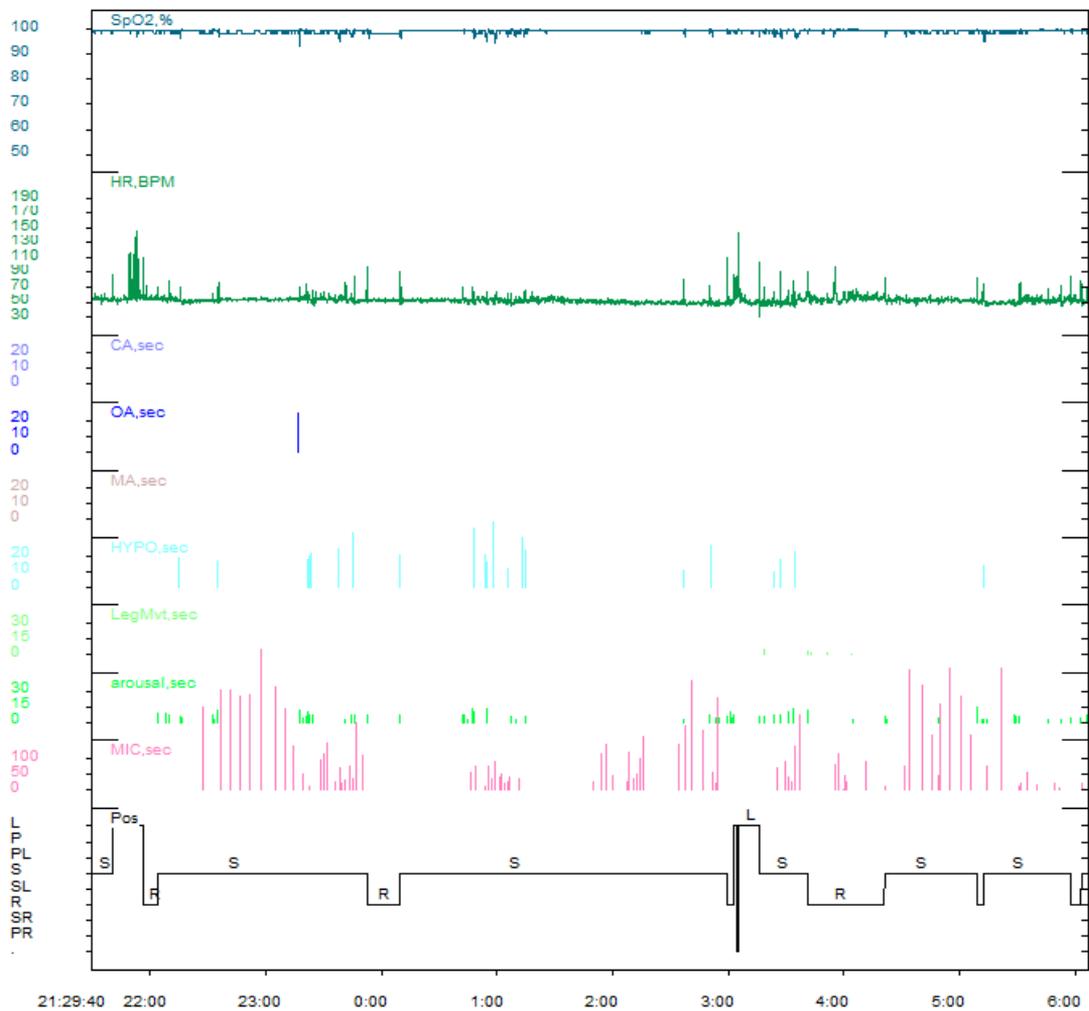
症例番号

(図・表は下の枠内に貼付け、各図・表に番号、タイトル、説明文をつけること)

図1 ヒпноグラム



・酸素飽和度、心拍、呼吸、脚動、覚醒反応、いびき、体位



・大きな睡眠構築の乱れもなく、呼吸障害もほとんどみられなかった。

* 図中の略語：SpO2：動脈血酸素飽和度 HR：心拍数 CA：中枢性無呼吸 OA：閉塞性無呼吸

MA：混合性無呼吸 HYPO：低呼吸 LegMvt：脚動 arousal：覚醒反応 MIC：いびき

Pos：体位状態 (L [左]、P [うつぶせ]、S [仰向け]、R [右])

【様式4の4】

症例番号

(図・表は下の枠内に貼付け、各図・表に番号、タイトル、説明文をつけること)

表2 MSLT 検査結果

	睡眠潜時	REM 睡眠潜時	SOREMP
1 回目	4 分 00 秒	-	-
2 回目	6 分 30 秒	-	-
3 回目	6 分 30 秒	-	-
4 回目	6 分 00 秒	-	-
5 回目	6 分 30 秒	-	-
平均	5 分 54 秒	-	-

図2 MSLT 検査結果

8:00:15

10:00:57

12:00:28

14:00:49

16:01:00

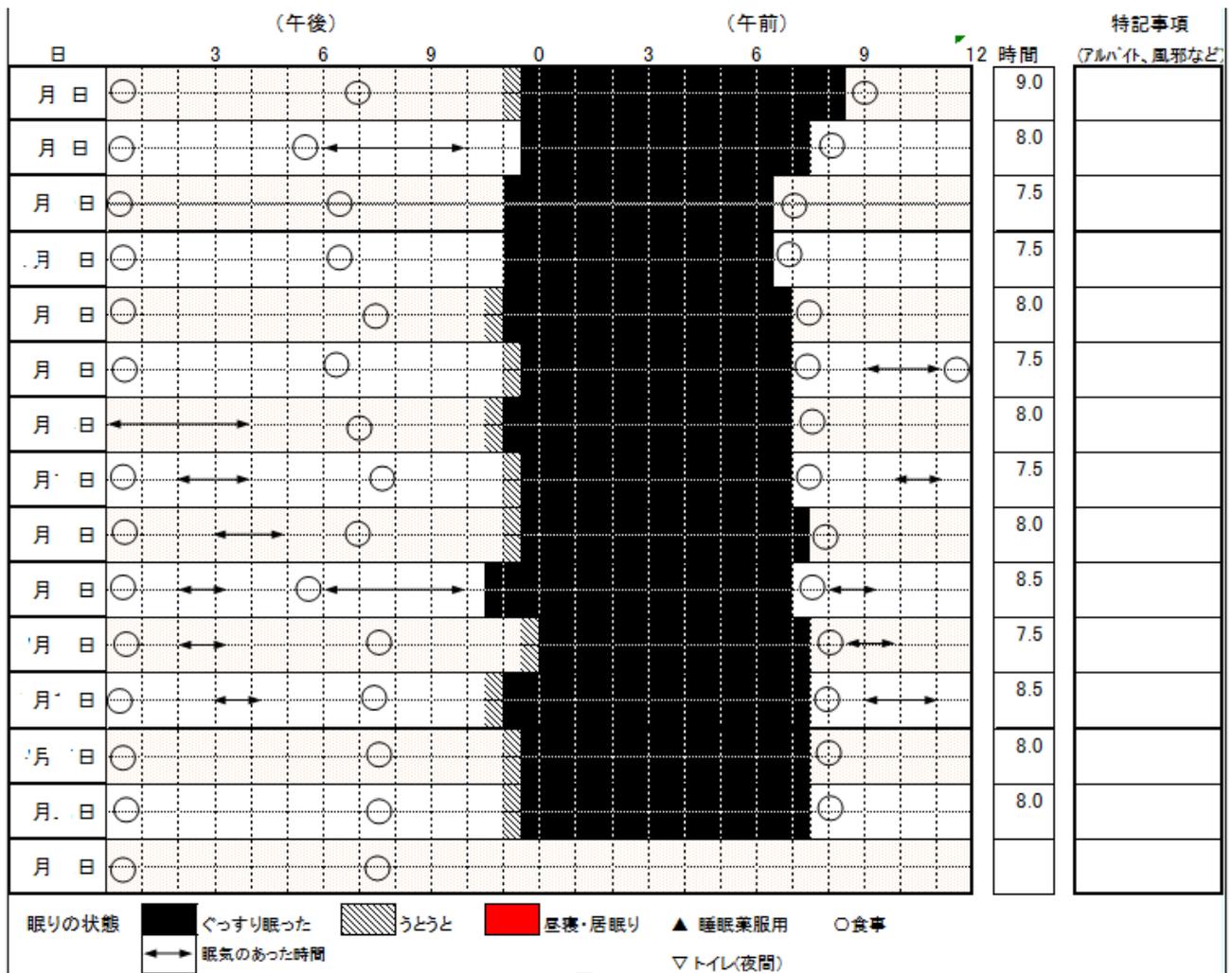
- 平均睡眠潜時：5 分 54 秒であり、全ての NAP で睡眠潜時が短縮している。
- Sleep onset REM period(SOREMP)：5 回中 0 回であった。

【様式4の4】

症例番号

(図・表は下の枠内に貼付け、各図・表に番号、タイトル、説明文をつけること)

図3 睡眠日誌



- ・睡眠日誌より PSG と MSLT の実施 2 週間前より 8 時間以上の夜間睡眠を確認し、睡眠リズムにも大きな乱れは認められなかった。