

# が健康長寿の鍵 が認知症予防

医学博士 長尾 和宏

## 睡眠は量より質

人は1日の3分の1を睡眠に費やしています。人生を75年とするところでは、25年間は眠っています。しかし現在、日本人の3人に1人になんらかの「睡眠障害」があることが分かつています。その睡眠は実に様々な病気と関連しています。「睡眠障害」は糖尿病や高血圧やメタボなどの生活習慣病のみならず、がんや認知症など様々な病気の原因になります。健康長寿を目指すためには人生の土台である睡眠を見直すべきです。ナボレオングは「3時間は勤勉、4時間は普通、5時間は怠惰」と語つています。しかし実際はよく寝て居眠りをしていて6時間程度は寝ていたという説があります。一方、AINシユタインは1日10時間以上眠つていたそうです。

いつたい何時間眠るのがいいのでしょうか。毎日の睡眠時間にはかなりの個人差があります。7割の人々が、6・5時間から8・5時間睡眠ですが、4時間以下ないし10時間以上眠るという人も100人に1人います。さまざまな調査では7~8時間睡眠の人がもつとも長命であることが分かつています。睡眠が6時間以下になると注意力が低下しミスを起こしやすくなります。そして6時間以下の睡眠が1週間続くと2日間の徹夜と同じ状態になります。ただし高齢者は8時間寝なくとも大丈夫です。個人差はあるものの、65歳の平均睡眠時間は6時間半、75歳では5時間半程度です。しかし時間ではなく、眠気を感じずに入れるだけ眠ればいいのです。8時間という数字はあくまで20歳までの話です。高齢者の睡眠は量より質と考えてください。

## 良質な睡眠こそが認知症予防

睡眠の質とは何でしょう。ひと晩の睡眠にはレム睡眠とノンレム睡眠という2つの異質な眠りが混在しています。レム睡眠とは浅い眠りのことで、体は深く眠っているのに脳が活発に動いている状態。夢を見たりトイレに起きるのがこの睡眠です。一方、ノンレム睡眠は脳も体も休んでいる深い眠りで、この時に成長ホルモンが分泌されます。この2つの睡眠が90分のワンセットになり一晩に5セット繰り返すと、90分×5セットで7時間半の睡眠となります。ただ1回目のレム睡眠は5分間程度にすぎず、2回目は10分としだいに長くなり5セツト目の朝方にやつと30分になります。一番最初にやつてくるノンレム睡眠が一番深い眠りです。就寝してすぐにノンレム睡眠に入れるかどうかで睡眠の質が決まります。レム睡眠中は脳機能のメンテナンスのために脳が活動する必要があり、その間に「夢」を見ます。

短期記憶は、側頭葉の内側にある海馬にいつたん置かれます。そして睡眠中に大容量である大脳皮質に転送され固定されます。だから勉強や楽器の演奏やスポーツにおいて、練習してその日はうまくいかなかつたのに2~3日後に突然上手にできることがあります。

アルツハイマー型認知症ではアミロイド $\beta$ というタンパク質が海馬だけでなく大脳に蓄積します。脳のゴミとされるアミロイド $\beta$ は覚醒時に脳内に蓄積し睡眠中に減少することが分かつています。つまり、良質な



# 良質な睡眠こそ 薬に頼らないこと

## 長尾和宏

(ながお かずひろ)

医療法人社団裕和会理事長、  
長尾クリニック院長

1984年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内  
科入局

1991年 医学博士（大阪大学）授与

1995年 兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開  
業、現在に至る

日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、関西国際大学客員教授

【医学博士】

日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、日本在宅医学学会専門医、日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労働衛生コンサルタント

【著書】

『平穏死・10の条件』(ブックマン社)、『抗がん剤・10のやめどき』(ブックマン社)『胃ろうという選択・しない選択』(セブン＆アイ出版)『がんの花道』(小学館)『抗がん剤が効く人、効かない人』(PHP研究所)『大病院信仰、どこまで続けますか』(主婦の友社)など。

【医学書】スーパー総合医叢書・全10巻の総編集(中山書店)第一巻『在宅医療のすべて』、第二巻『認知症医療』など多数。

とはいえ歳をとるにつれ睡眠時間は生理的に短くなっています。睡眠薬に頼ると副作用によるふらつき→転倒・骨折→入院→認知症悪化となりがちです。現場では毎日のように誰かが転倒しています。睡眠薬の副作用でこうした悪循環に陥り易いことを広く啓発すべきです。

## メラトニンとオレキシン

日本で使われている睡眠薬は4系統ありますが、従来から使われてきた薬は“ベンゾジアゼピン系”です。しかしこれは認知機能の低下やふらつきやせん妄、そして依存症という問題が指摘されています。そこで今春からベンゾ剤を含む向精神

薬の処方には国から厳しい規制が設けられました。ベンゾ剤の代わりにメラトニン受容体作動薬であるラメルテオノン(ロゼレム)やオレキシン受容体拮抗薬であるスポレキサンクト(ベルソムラ)が推奨されています。メラトニンとは光を感知すると減少し夜になると急速に増加する睡

眠誘発物質です。オレキシンは注意や行動のために必要な覚醒を安定化し、これに注目した睡眠薬がスポレキサンクトです。すでに長期間ベン

ゾジアゼピン系睡眠薬を飲んでいる人が突然これらの薬に変更しても上手くいきません。そこで徐々に“ベンゾジアゼピン系”を減薬しながら

“非ベンゾジアゼピン系”にスイッチする方法が推奨されています。私は不眠を訴える高齢者の話をよく聞いてみると長い昼寝をしていたり、頻尿があつたりします。「眠れないのは不眠といふ不安」が主体である人も多くみられます。日中に眼気や集中力低下や全身倦怠感やイライラが続けば“不眠症”的疑いがありますが、本物の不眠症の人はそう多くありません。私は「眠くなつてから布団に入つてね」、「毎朝、少しでもいいから散歩してね」、「夕方以降のコーヒーは控えてね」などのアドバイスで対応します。朝に5分間でも光を浴びるだけで夜にメラトニンが沢山出て良質な睡眠リズムができます。ですから睡眠薬論議の前に、朝一番の光を浴びることです。薬に頼らず、ライフスタイルの見直し、特に毎朝の歩行習慣が最も大切であると考

えます。

スポレキサンクトやラルメテオノンの安全性の担保はまだ充分でないと考えます。またアルコール依存症の不眠に対してもベンゾ剤の代用にはなり得ないでしょう。蛇足ですが厚労行政の薬に関する姿勢転換にはいつも製薬企業への配慮を感じてしまい