

講座 精神疾患の臨床

監修 松下正明
編集主幹 神庭重信

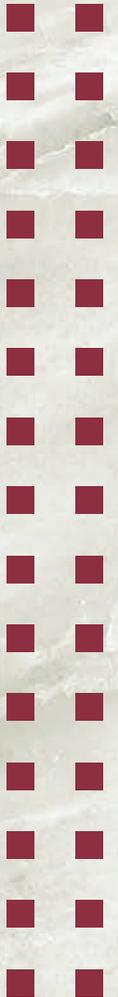
*Comprehensive Handbook
of Clinical Psychiatry*

6

てんかん 睡眠・覚醒障害

編集 村井俊哉

Epilepsy or seizures
Sleep-wake disorders



中山書店

シリーズ刊行にあたって

【講座 精神疾患の臨床】のめざすところは、最新の臨床精神医学の精華と経験を集成し、その到達点を、実践的な講座として精神科臨床に携わる方々へお届けすることである。

本シリーズは、中山書店から1975～1990年に刊行された【現代精神医学大系】（懸田克躬ほか責任編集、全25巻56冊）を第一世代とするならば、そのほぼ20年後の1997～2001年に刊行された【臨床精神医学講座】（松下正明総編集、全36巻）が第二世代版であり、その後20年余が経過した今、これらの大系の上に積み重ねられる第三世代版の知のアーカイブスである。1990年に発表された国際疾病分類ICD-10が30年ぶりに改訂されたことを踏まえ、2019年公開のICD-11の疾病分類に則って内容を構成し、めまぐるしく変わる時代のなかで様々な進歩がみられる精神医学について時宜を逸することなく最新の情報を提供するために、臨床上ニーズの高い疾患を中心に編んだコンパクトなシリーズとなっている。

疾病構造は社会の変化とともに変わる。精神疾患の患者数が急増し、2011年には精神疾患が五大疾病の一つに位置づけられ、精神医学の重要性が広く認識されるようになった。また精神疾患の診断と治療においても、この20年の間に大きくその姿を変えてきた。DSM/ICDに基づいて世界中で行われた研究の成果が蓄積され、各疾患の概念と定義にも修正が加えられている。ゲーム行動症のように、治療が必要な対象として新たに定義されたものもある。

治療においても、新規薬物の導入やニューロモデュレーションの開発が進められており、臨床研究や治験の結果に基づいた薬物治療ガイドラインが国内外で多数作成されてきた。昨今の研究対象は予防や早期介入へも向けられつつある。また、精神療法や疾患教育にもさまざまな工夫が加えられ、その有効性が臨床試験で示されつつある。リハビリテーションは今や欠かすことのできない治療となり、地域医療のさらなる充実が図られようとしている。各疾患をみても、たとえば自閉スペクトラム症、うつ病、統合失調症のハイリスク状態、認知症、PTSDや強迫症、物質使用症や嗜癖行動症など、その病理の理解が進み、治療法も工夫され、幅が広がっている。この背景には脳科学の格段の進歩がある。ヒトや霊長類の脳の構造と作動原理の理解が深まるとともに、精神神経疾患の脳病態の解明に向けて様々なアプローチが可能となってきた。この流れは今後さらに加速するだろう。

当事者の権利擁護の動きも一段と進み、治療の「説明と同意」は当然のこととして、医療者が治療情報を当事者に提示して、当事者が治療方針を選べるように支援

する共有意思決定 (shared decision making) が実践されつつある。臨床の現場では、アドボカシーやピアサポートなど、当事者の視点を医療に反映させる試みが盛んになり、精神疾患の研究においても、研究の優先順位を当事者、市民、臨床医、研究者らが共同で決める方針 (patient and public involvement: PPI) など、新たな流れが起きてきた。

しかしながら、いまだに十分な回復が得られない患者さんも少なくないのが現実である。今日、精神疾患の多くは、内的要因と外的要因が複雑に関与する多因子疾患であると考えられており、その病態像は多様を極める。治療者は、複雑な病態をより適切に診たて、より精緻で丁寧な治療を進める必要があり、そのためには広く深い精神医学の知識と豊富な経験とを身につけることが要請される。

本シリーズが、精神科医はもちろんのこと、精神科医とチームを組む多職種 of 専門職の方々にも、臨床に生かせる知識と技を提供できることを編集者一同こころより願っている。

2020年5月

監修 松下正明 東京大学名誉教授
編集主幹 神庭重信 九州大学名誉教授

序

本シリーズ [講座 精神疾患の臨床] は、シリーズを通じて、世界保健機関 (World Health Organization: WHO) の国際疾病分類表第11版 (International Classification of Diseases, 11th revision: ICD-11) に基づいた構成となっている。本シリーズの第6巻「てんかん 睡眠・覚醒障害」も、原則としてその方針を踏襲しているが、この点と関連して重要な付記事項を述べておきたい。

ICD-11は、疾患領域ごとに章立てが行われており、精神疾患は第6章が「精神、行動又は神経発達の疾患」に分類される構成となっている。しかしながら、本巻 (第6巻) で扱う「てんかん」, 「睡眠・覚醒障害」の2つの疾患群は、いずれも第6章「精神、行動又は神経発達の疾患」とは別の章に分類されている。まず、てんかんについては、精神医学と神経学の境界領域に位置する疾患群として古くから認識されてきた。そのような歴史的背景の下で、てんかんはICD分類では、精神疾患ではなく神経疾患の章に分類されてきており、ICD-11でもその方針が踏襲されている。次に、睡眠・覚醒障害については、ICD-10までは精神疾患の章に含まれていたが、ICD-11に至って、独立した章として扱われることになった。睡眠・覚醒障害が、多診療領域にまたがる病態であることが、その大きな理由である。

しかしながらこのことは、てんかん、睡眠・覚醒障害のそれぞれについては別の診療科が担当するので精神科医の役割がない、ということの意味するわけではない。てんかん、睡眠・覚醒障害のいずれも、複数の診療科がそれぞれの専門性を持ち寄ることによって診療すべき疾患群であり、その中で精神科医は必須の役割を担っている。てんかん、あるいは、睡眠・覚醒障害を自らのサブスペシャリティとして重点的に学んでいく精神科医だけでなく、すべての精神科医にとって、これらの疾患群についての幅広い知識の習得は欠かせない。

加えて、てんかん、睡眠・覚醒障害の多診療科横断的な診療においては、精神医学の専門性が特に求められる場面がある。てんかん診療で精神科医の専門性が要請される代表例としては、発作時、発作後、発作間欠期の精神症状の診断と治療がまずあげられるだろう。精神科救急あるいは一般救急の現場など、精神症状の急性増悪で受診する診断未確定の患者を診療する場面では、てんかん性の病態は、代表的な鑑別診断として必ず意識しておかねばならない。一方で、睡眠・覚醒障害の診療で精神科医の専門性が求められる場面としては、併存する精神疾患の見立てをあげることができる。睡眠・覚醒障害の代表である不眠障害では、その背後にさまざまな精神疾患が併存していることは非常に多い。患者から主訴としてまず述べられることの多い不眠を正確に評価したうえで、合併する精神疾患の評価し、患者の病態の全体像を総合的に評価することが、精神科医には求められている。

以上のように、てんかんと睡眠・覚醒障害はICD-11における精神疾患の章の外にありながら、精神医学との関連が非常に深いという共通点を持つ。加えて、てんかん、睡眠・覚醒障害の共通点としていえることは、両者ともに、病態理解や創薬において、精神医学のさまざまな領域の中で、最近、特に進歩の著しい疾患群であるという点である。そのため、この領域の学習者には、新しい知識を更新していく姿勢が求められている。

上記のことを鑑み、本巻は以下のようなコンセプトのもとに構成した。①それぞれの疾患群を十分に解説するが、精神科医にとって重要なポイントには特に力点を置くこと、②ICD-11の疾病分類を参照するが、精神科臨床における実用性を鑑みたくえで、柔軟な章立てとすること、③重要な新規の知見を概観できるようにすること、である。特に、てんかんについてはICD-11の疾病分類とは章立てが大きく異なっているが、その理由は「てんかん学と精神医学の歴史」の項目（p2）で述べられているのでご参照いただきたい。

精神科専門医の基盤のうえに、さらに、てんかん、あるいは睡眠・覚醒障害の専門医を目指す精神科医、てんかん、睡眠・覚醒障害の専門医を目指すわけではないが、一般精神科診療の中でこれらの疾患に遭遇した時に備えるため基本的知識を整備したい精神科医、そのいずれにとっても本巻が有用なものとなることを祈念する。

2022年1月

京都大学大学院医学研究科精神医学教室

村井俊哉

講座 精神疾患の臨床

てんかん 睡眠・覚醒障害

CONTENTS

本書で用いるICD-11の日本語病名・用語および診断ガイドラインの和訳について

..... 神庭重信 xii

てんかん

てんかん学と精神医学の歴史.....	兼本浩祐	2
疫学.....	辻 富基美	13
臨床診断.....	川崎 淳	20
病態		
神経生理学の観点から.....	十河正弥, 松本理器	30
病態と病態生理の観点から.....	岡田元宏	38
Topics 突然死 sudden unexpected death in epilepsy.....	宮川 希, 谷口 豪	49
治療.....	加藤昌明	55
生活支援—包括的視点から.....	岩佐博人, 原 広一郎	77
てんかん・てんかん症候群 各論		
焦点てんかん.....	西田拓司	91
全般てんかん.....	池田 仁	102
全般焦点合併てんかん.....	小国弘量	115
急性症候性発作.....	尾久守侑	122
非誘発性てんかん発作.....	原 恵子	129
てんかん重積.....	貴島晴彦	139
Topics 自己免疫性脳炎.....	松本理器	149

CONTENTS

てんかんに伴う精神医学的側面

全般	吉野相英	156
心因性非てんかん性発作	倉持 泉, 岩山孝幸	165
精神病〈精神症〉症状	足立直人	173
知的発達症・自閉スペクトラム症	本岡大道, 安元眞吾	183
Topics 高齢者のてんかん	曾根大地, 渡辺雅子	193

睡眠・覚醒障害

人間の睡眠と不眠症の歴史	内山 真	204
睡眠・覚醒障害の診断分類	本多 真	216
睡眠・覚醒障害の疫学と併存疾患	降籟隆二	226
睡眠・覚醒障害の症候学と鑑別疾患	山寺 亘	236
睡眠・覚醒障害の検査法	岡 靖哲	244
自記式評価尺度	斎藤かおり, 鈴木正泰	254
睡眠制御の病態		
生理的睡眠制御	鈴木正泰	259
生化学的薬理学的睡眠制御	稲田 健	265
治療		
薬物療法	三島和夫	271
非薬物療法, 認知行動療法, 睡眠衛生	渡辺範雄	285
時間生物学的治療	吉池卓也	294

Topics 体温コントロールによる不眠症治療	大槻 怜, 鈴木正泰	305
睡眠・覚醒障害 各論		
不眠障害群	河村 葵, 栗山健一	311
中枢性過眠症群	小野太輔, 神林 崇	322
睡眠関連呼吸障害群	松田有史, 角谷 寛	335
概日リズム睡眠・覚醒障害群	北島剛司	342
睡眠関連運動障害群	都留あゆみ, 松井健太郎	357
睡眠時随伴症群	瀧井 稔, 小曾根基裕	368
Topics 睡眠関連てんかん	高木俊輔	376
精神疾患における睡眠・覚醒障害	普天間国博, 高江洲義和	380
認知症における睡眠と夜間行動の問題	藤城弘樹	389
生活習慣病・整形外科疾患に伴う睡眠・覚醒障害	平野 亘, 刑部彰一	396
Topics アルコール使用と睡眠	金野倫子	403
Topics 睡眠を改善するサプリメント	中島 亨	411
索引		422

【読者の方々へ】

本書に記載されている診断法・治療法については、出版時の最新の情報に基づいて正確を期するよう最善の努力が払われていますが、医学・医療の進歩からみて、その内容が全て正確かつ完全であることを保証するものではありません。したがって読者ご自身の診療にそれらを応用される場合には、医薬品添付文書や機器の説明書など、常に最新の情報に当たり、十分な注意を払われることを要望いたします。

中山書店

てんかん

てんかん学と精神医学の歴史

はじめに

本稿では、古代から現在までのてんかんの歴史を、特にその精神症状との関わりに重点を置いて概説したい。本稿では、テムキン (Temkin) の『てんかんの歴史1・2』(和田豊治訳)¹⁾、秋元波留夫の『実践精神医学講義』²⁾をその都度参照し、さらに、2つの自著の一部^{3,4)}を書き換えたうえで再録していることを断っておきたい。加えて、本稿は歴史的文脈の古い用語法がそのまま用いてあることも断っておきたい。

てんかんの語源と
古代医学におけるてんかん

てんかんは、漢字では癲癇、英語ではepilepsyと表記されるが、その語源は対照的である。Epilepsyは、発作“seizure”を意味するギリシャ語の“επιληψις”(epilepsies)に由来するが、その語源は動詞“ἐπιλαμβάνειν”(epilambainein)である。これは「突然つかむ」ことを表す動詞であって、その意味では“seizure”が、やはりつかむ“seize”という動詞に由来しているのと同じである。いずれも何か人知の及ばない超自然的な存在によって突然つかみかかられてしまうことを表している。紀元前416年に初演されたとされるエウリピデス (Euripidēs)によるヘラクレスの悲劇は、当時の一般的なてんかんのイメージをよく反映している⁵⁾。ヘラクレスはゼウスの不実の子であったので、ゼウスの妻、ヘラはヘラクレスを苦しめるため、虹の神

であるイリスと狂気の神であるルッサを派遣し、てんかん発作をヘラクレスに起こさせた。その結果、ヘラクレスは自らの子を発作の狂乱の中で殺してしまう。注目すべきは、このルッサ神“Λίσσα”は、狂気とはいっても、憤怒や動物のたけり狂う様を象徴する神であって、てんかんと関連する暴力がどのように当時イメージされていたのかをそこからうかがい知ることができる。動物がたけり狂う様とは、発作後もうろう状態や場合によっては発作後精神病において出現する逸脱行動を確かに彷彿とさせるところがある。

東洋に目を転じると、てんかんの漢字表記は、「癲癇」であるが、「癲」がてんかんを意味する医学用語として初めて登場したのは、紀元前200年頃の秦の始皇帝の時代に編纂された『黄帝内経太素』によるとされる。「癲」という文字はもともと転ぶことを意味する「顛」にやまいだれを付けたものであり、転ぶ病、つまりは“falling sickness”というのがその原義であった。この転ぶ病には、後の中世西洋の「転ぶ病」のような精神疾患の含意はまったくなかったことは留意しておく必要がある。7世紀初めの隋の煬帝の時代、『病源侯論』という書物に初めて「癇」という言葉が使われ、10歳以下の小児てんかんを「癇」、10歳以上の成人のてんかんを「癲」と呼ぶ合理的な命名法がこの時代に生まれ、これを受けて日本でも奈良時代以降、「癇」という言葉が導入されたといわれている。西洋において小児のてんかんが明示的に大人のてん

てんかん

臨床診断

はじめに

「脳波が読めないのでてんかんの診療は苦手だ」と言う精神科医は多い。しかし成人てんかんの診断において脳波検査の価値はそれほど高いものではない。実際てんかん患者のうち初回の脳波検査でてんかん性異常波を示すのは30～50%程度といわれている¹⁾。

てんかんの診断に重要なのは病歴と発作症状である。脳波が読めなくても病歴と発作症状をしっかりと聴取すればかなりの精度で診断が可能であり、逆に病歴と発作症状が不正確であればいくら脳波が読めても誤診することが多くなる。

本稿では精神科医が脳波検査に頼らずにてんかんの診断をするためのポイントを解説する。なお2017年に国際抗てんかん連盟 (International League Against Epilepsy: ILAE) がてんかん分類とてんかん発作分類についての新しい提言を行った。本稿はこの2017年分類に基づいている。

臨床診断の方法

臨床診断の枠組み

発作性の症状をてんかんが原因であると診断するには、①てんかん発作以外の発作 (失神発作、心因性非てんかん性発作、パニック症、レム睡眠行動障害、発作性ジスキネジアなど) を除外し、②急性症候性発作 (代謝性疾患、薬物・アルコール中毒または離脱など) を除外す

る必要がある。そのうえで、③てんかん発作であればどの発作かを明らかにし、そして最終的に、④てんかん分類を明らかにすることでてんかんの診断が完了する。

実際の臨床場面では①→②→③→④と順を追って診断を進めるわけではない。病歴と発作症状を詳しく聴取し終わった時点で、症例の全体像が浮かび上がると同時に、発作の種類だけでなく、てんかん分類診断まで自ずと明らかになっていることが多い。

てんかん以外の発作について多くは特徴的な症状から除外診断可能だが、心因性非てんかん性発作は症状がきわめて多様であるため簡単に除外診断ができない。むしろ症状が典型的なてんかん発作と一致することで心因性非てんかん性発作は除外される。したがってこの時点でてんかん発作の種類は、ほぼ確定されている。

急性症候性発作については症状での除外は不可能である。急性症候性発作は多くの場合強直間代発作の形を取り、時には痙攣性てんかん重積状態または非痙攣性てんかん重積状態の形で現れる。したがって診断には他の身体疾患の合

Keyword

レム睡眠行動障害

睡眠後半に多く、夢をみているときに出現する運動興奮。男性高齢者に多く、周囲がけがをすることもある。

発作性ジスキネジア

最も多いのは発作性運動誘発性ジスキネジアで、小児期から思春期に好発し運動の開始時に不随意運動を生ずる。少量のカルバマゼピン (テグレトール®) が有効。

てんかん

てんかん・てんかん症候群 各論

焦点てんかん

はじめに

焦点てんかんは成人てんかんのなかの主要なてんかん病型であり、精神科医が診療する機会の多いてんかんである。焦点てんかんは、焦点起始発作（焦点意識保持発作、焦点意識減損発作、焦点起始両側強直間代発作）を主徴とする。それらの発作は運転や就労など日常生活に大きな支障をきたし、さらに薬剤抵抗性を示すことが多い。また、てんかん発作と併存する種々の精神症状を示すことが多いという特徴をもつ。

焦点てんかんのケアは正確な診断に基づいた薬物治療、外科治療、精神科治療、リハビリテーションを含む包括医療が行われる。2018年、新しいてんかん診療ガイドラインが公表された¹⁾。そこでは、新規抗てんかん薬を含む抗てんかん薬治療、精神症状のリスクを有する患者の選択薬、薬剤抵抗性てんかんへの対応、外科治療について述べられている。精神科医は焦点てんかんの病態、診断、治療を熟知しておくことが望まれる。

焦点てんかんとは

てんかん発作は脳における過剰、あるいは同期する異常な神経細胞の電気活動によって一過性に起こる症状である^{2,3)}。また、てんかんは脳の障害であり、てんかん発作を引き起こす持続性素因があること、そして、てんかんによる神経学的、認知的、心理的、社会的帰結を示すことを特徴とする²⁾。てんかん発作を引き起こす

神経細胞の電気活動は、脳内にあるてんかん性ネットワークを基盤として発生すると考えられる。ネットワークは脳内の皮質および皮質下構造を双方向性に機能的かつ解剖学的に連結しており、ネットワーク内において、その一部の活動は他のすべての部分に影響する。焦点てんかんは、このてんかん性ネットワークを脳の一部分に有するものである。

てんかん発作とてんかんの国際分類

これまで、1981年の発作型分類と1989年のてんかん・てんかん症候群分類が用いられてきたが、2017年、国際抗てんかん連盟により、てんかん発作型とてんかんに関する新しい分類^{4,6)}が公表された（☞「臨床診断」[図1](#) p21, [図2](#) p24）。現状では旧分類に基づいた用語が日常臨床において用いられることもあるが、今後は2017年分類を基に臨床、研究、教育が行われていくことになる。

焦点起始発作の分類

てんかん発作は、発作症状の起始から焦点起始発作と全般起始発作に分類される^{4,5)}（☞「臨床診断」[図2](#) p24）。1981年分類の単純部分発作、複雑部分発作、および二次性全般化発作は、2017年分類では、それぞれ焦点意識保持発作、焦点意識減損発作、焦点起始両側強直間代発作の名称に変更された。また、日常臨床では必ずしも発作中の意識を確認できるとは限らないため、意識障害の有無を問わず、発作の最初に運

睡眠・覚醒障害

人間の睡眠と不眠症の歴史

はじめに

睡眠は多くの局面で精神医学の臨床に関わっている。初診した人の生活状況をとらえるのに睡眠習慣に関する情報は重要である。生活の困難度をみるうえで不眠症状やその他の睡眠の問題は重要で、特徴的な兆候をとらえることで診断にも役立つ。質的に不調な睡眠あるいは休養感のない睡眠は治療対象としても重要であり、睡眠の安定は経過観察の中におけるひとつの指標になる。私たちは睡眠を心の健康の指標として活用している。

睡眠は社会について考えその状態を押し量るうえで役立っている。人々の平均睡眠時間や睡眠不足の度合いは、労働条件や生活に対するその影響を知るのに有用である。日中の眠気はしばしば子どもたちの夜更かしや勤労者の働きすぎとともに話題となる。不眠症状を持つ人の頻度は社会において人々が受けているストレスと関連して語られる。一般において、睡眠は休養について具体的にとらえるうえで重要な役割を果たしている。

個人に社会に睡眠の問題が生じるとき、近代以降の電気普及や都市化など非自然的な環境がこうした問題を引き起こしたものではないかという問いかけがしばしばみられる。この前提になっているのは、工業化が進む前の社会では自然と調和したのんびりと牧歌的な環境の中で、その当時の人々は競争もなくゆったりした暮らしをしていたのではないかという想像である¹⁾。

睡眠についても同様で、一般媒体の記事から専門家の文章にまで、電気照明がなかった近代以前には、夜の暗闇は静寂とともに人々に安らかな睡眠をもたらしていたのだらうと書かれることが多かった^{2,3)}。

21世紀になって、歴史学者が近代以前の人々の睡眠習慣に注目するようになり、西欧における中世からルネサンス以降の文書に記載された事実を収集し、近代以前の人々の睡眠と夜間の生活について研究するようになった^{1,2,4)}。さらに、まったく工業化されていない人々に関する調査が行われるようになり、まさに自然な状態において人々がどのように暮らしているのかも徐々にわかってきた⁵⁾。

本稿では、熱帯地域で現代文明から隔絶され狩猟生活をする人々の睡眠に関する研究から文明発展前の睡眠について考え、欧米の歴史書から睡眠に関する記述をまとめ、西欧における中世以降の睡眠習慣の歴史の変遷を明らかにし、中世から近世にかけての不眠症の実態に関する文献を展望する。さらに、2010年以降に優勢となってきた併存性不眠の概念について考える。

睡眠習慣の歴史の変遷

文明の影響を受けていない
熱帯狩猟社会の睡眠

Yetishらは、熱帯で周りとは交流することなく原始時代とほとんど同様な生活を続けるアフリカの2部族と南アメリカの1部族について、活動量測定装置を用いた睡眠研究を2015年に発

睡眠・覚醒障害

睡眠・覚醒障害の診断分類

はじめに

現在国際的に用いられる睡眠障害の診断分類は3つある。国際疾病分類（正式名称は疾病及び関連保健問題の国際統計分類〈International Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD〉）、世界保健機関〈WHO〉作成）は、条約批准国では保健統計の基本に位置づけられ、各国の保険診療システムとリンクして用いられる。プライマリ・ケア医が使いやすいように汎用性が重視される。睡眠障害診療の専門分野での使用を念頭に作成されたのが、睡眠障害国際分類ICSD（International Classification of Sleep Disorders, 米国睡眠医学会〈American Academy of Sleep Medicine: AASM〉作成）である。正確性を重視することが特徴である。精神医療分野での使用を目的とする「精神疾患の診断と統計の手引」（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM, 米国精神医学会〈American Psychiatric Association: APA〉作成）にも睡眠障害の大半が分類されている。2018年に公表されたICD-11での改訂では、睡眠・覚醒障害が独立した章となり、睡眠医学分野での近年の進歩を取り入れた新分類となった。2022年に発効し、その後に予定される国内適応に向けてICD-11の準備が進められている。

睡眠障害診断分類の歴史

睡眠・覚醒障害も、精神神経疾患と同様ほとんどが病因不明であり、病因を同定する検査法

が得られないため、症状や生理検査所見に基づいて臨床的・現象的に分類する方法がとられてきた。睡眠障害の診断分類は精神疾患とは別に、独自の発展をとげてきた歴史がある（図1）。

近代的な睡眠障害分類は1979年米国睡眠障害センター連合会（Association of Sleep Disorders Centers: ASDC）によるDCSAD（Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders）に始まる。不眠・過眠・寝ぼけ（睡眠時随伴症）という従来の3分類に、睡眠・覚醒スケジュール障害（現在の概日リズム睡眠・覚醒障害）を新たに加えて、症状に基づいて4つに睡眠障害を分類し、主訴・症状に基づいて鑑別診断が行えるように体系づけた¹⁾。主訴に基づく診断分類は便利ではあるが、睡眠時無呼吸症候群など不眠と過眠の両方の症状を呈する場合があることが指摘され、1990年にはASDCによりICSD-1が編纂された^{2,3)}。編集委員長のThorpy博士が日本睡眠学会・ヨーロッパ睡眠学会・ラテンアメリカ睡眠学会の意見も取り入れ、国際分類と名づけられた。睡眠障害の原因分類を目指しており、睡眠障害を（原発性の）睡眠異常、（精神科疾患や内科疾患に伴う）続発性睡眠障害、それに睡眠時随伴症に大別し、睡眠異常を内因、外因、それに概日リズム睡眠障害の3つに分類している。睡眠時無呼吸症候群やむずむず脚症候群も独立した内在因性睡眠障害に位置づけられ、合計88の睡眠障害を分類した。DSMシステムの影響を受け、操作的診断基準を採用し、重症度や持続時間の評価、検査

睡眠・覚醒障害

睡眠・覚醒障害 各論

不眠障害群

はじめに

不眠障害とは、睡眠をとる機会や環境が確保されているにもかかわらず持続する入眠困難、睡眠維持困難とそれらに起因する日中の機能障害に特徴づけられる疾患である。成人の不眠障害の時点有病率は、約5～20%と報告により異なる^{1,2)}。その背景には、不眠障害を一元的にとらえる病態生理モデルが未確立であり、これに基づく診断基準が統一されていないことが一因としてあげられる。

不眠障害の臨床では、米国睡眠医学会 (American Academy of Sleep Medicine) による「睡眠障害国際分類 (International Classification of Sleep Disorders <ICSD>)」, 米国精神医学会 (American Psychiatric Association) による「精神疾患の診断・統計マニュアル (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders <DSM>)」の「睡眠・覚醒障害」カテゴリの他に、世界保健機関 (World Health Organization) による「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems <ICD>)」などの診断・疾病分類システムが用いられてきた³⁻⁵⁾。各診断・疾病分類システムごとに不眠障害の診断基準に差異があり、さらに不眠障害の低位分類に至っては、表1に示す通り、診断基準ごとに異なる呼称にて定義されてきた。診断基準の差異が不眠障害の有病率統計に及ぼす影響を検討した米国の疫学研究では、ICSD-2 (2005年)、

DSM-IV-TR (2000年) と ICD-10 (2003年) で診断される有病率はそれぞれ、14.7%、22.1%と3.9%であった⁶⁾。また、3つの診断システムすべてで不眠障害と診断された被験者は、3%にとどまることが報告された。いずれの診断システムにおいても、不眠障害の診断に入眠困難、睡眠維持困難、日中の機能障害の存在が要求されることは共通しており、感度・特異度の差は、その他の不眠症状の定義の違いや不眠の原因疾患が特定される場合における診断の取り扱いの違いにあると思われる。ICSD-2およびDSM-IV-TRは、休養(回復)感が得られない睡眠を不眠症状のひとつとしてあげており、ICD-10では、熟眠感の欠如をあげている。また、ICD-10では「昼夜を問わず不眠へのとらわれと、その影響についての過度の心配があること」が診断基準のひとつであり、この基準を満たす割合が少ないことが比較的低い有病率の一因となっている可能性が指摘されている⁷⁾。ICSD-2とDSM-IV-TRで不眠障害を原発性(原因疾患や病態が特定されない不眠)と続発性(精神疾患や身体疾患に随伴して生じる不眠)に分類する一方で(表1)、ICD-10では、続発性の不眠は、臨床像を支配していない限り、不眠障害と診断されない。すなわち、続発性の不眠が主要な訴えのひとつであって、それ自体が独立した病態と考えられる場合のみ“不眠障害”が主診断の後に付加される。また、ICD-10においては、情緒因が主たる原因と考えられる不眠障害をFコード(精神疾患)に分類し(非器質性; 原発