睡眠医療 9 ： 123―127 ， 2015

特集 ICSD―3 と日本の睡眠医療

巻頭言

かゆかわクリニック院長・名古屋工業大学名誉教授

粥川裕平

人間の思考パターンには帰納型と演繹型がある.初学者は個々の症例から出発するので，診断分類学にあまり興味を抱かない.そのためか,講義に出席しても途中から居眠りをする学生が多いのが「分類学」である.「個別的なものは普遍的であり,普遍性は個別性の中に見出される」と認識して講義に臨む学生は少ない.そもそも原始的生物としての人間は,目の前の標的を識別する狩人の感性は自然に作動するが,雑多で混沌とした現象の中に共通の一群を見出す俯瞰的視野を最初から持ち合わせているわけではない.俯瞰ができると新しい病態の発見にもつながり,診断分類学に寄与することも可能となる.

科学史上,分類学の嚆矢は,なんといってもアリストテレス(istote 厄ｓ)だろう.原因論においてもアリストテレスを超える碩学はいないのではないか.宇宙 137 億年,地球 46 億年の歴史の中で， 38 億年前に地球上に生命が誕生したが,地球上の生物(植物,動物)の分類学はリンネ(Carl von Linné)に負うところが大きい.もちろん,『種の起源』のダーウイン(Charles Robert Darwin)の寄与も忘れてはいけない.

分類とは,違いと同じが分かるという認識機能が肝心だ.医学における分類学の祖が細胞病理学のウイルヒョウ(Rudolf Ludwig Karl Virchow)であることに異論を差し挟む人はいない.分類学「classification」は,疾病分類学となると「nosology」と呼称が変わる.さらに「診断分類学」となると治療学と密接不可分となり,日々接する患者の治療責任に関わってくる.

睡眠障害の診断分類は,疾病分類においてその歴史は最も浅く,四半世紀の時間をわずかに越えたところである.それは,国際疾病分類(International Classification of Diseases)第 10 版 (ICD-10)や精神障害の診断と統計の手引き(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)第 4 版(DSM―Ⅳ)などの精神と行動の障害の診断分類と同様に,患者の主観的体験の異常に依拠した現象学レベルの疾病分類に留まっている.ところで,睡眠障害はヤスパース (Karl Theodor Jaspers)が看破したように脳という「身体」の機能異常であるが,不安や抑うつ， さらに幻覚などとは次元を異にする.その診断分類学が実体レヘルからさらに本質レベルに到達するには,これからの睡眠医学の進歩に待たなければいけない(図 1) .

伝統的睡眠障害の診断分類は,不眠症群,過眠症群,睡眠時随伴症群(パラソムニア)の 3 群

1979 年 DCSAD (Roffwarg)　1990 年 ICSD-1 (Thorpy)　2005 年 ICSD-2 (Hauri)　2014 年 ICSD-3 (Sateia)

図 1 睡眠障害の診断分類の歴史

になっていた. 20 世紀の後半, 1979 年には,先進国における睡眠障害の増加や国民の関心の高まりを背景に, Roffwarg を中心とする米国睡眠障害センター連合(Association of Sleep Disorders Centers; ASDC)により「睡眠・覚醒障害の診断分類(Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders[1] ; DCSAD」が提言された.この分類では,従来から知られていた不眠症群,過眠症群,睡眠時随伴症群(パラソムニア)に, ″睡眠・覚醒スケジュール障害 (sleep-wake schedule disorder)″という全く新しい概念の睡眠障害が加えられている.この睡眠・覚醒スケジュール障害は,その後概日リズム睡眠障害群(circadian rhythm sleep disorders) と名称変更された.

1990 年には米国睡眠障害連合(American Sleep Disorders Association ; ASDA)を中心に欧州睡眠学会,日本睡眠学会,ラテンアメリカ睡眠学会が共同で睡眠障害国際分類(The International Classification of Sleep Disorders ; ICSD)を発刊した[2]. ICSD では, Thorpy が編集責任となって臨床症状を詳細に記述し,多軸診断と重症度分類を取り入れ,睡眠ポリグラフ検査(PSG)や反復睡眠潜時検査(MSLT)などの検査所見を加えて,原因別分類を目指した中身になっている (図 2) .

1992 年に世界保健機関(World Health Organization : WHO)が ICD-IO を発表したが, ICD-IO では睡眠障害を F51 :非器質性睡眠障害(nonorganic sleep disorders)と G47 :器質性睡眠障害 (organic sleep disorders)に 2 分している[3].さらに米国では精神医学会(American Psychiatric Association ; APA)が作成した「精神障害の診断と統計の手引き(DSM)」があり, 1994 年の第 4 版改訂版(DSM―Ⅳ)では原発性睡眠障害(Primary Sleep Disorders)が睡眠異常 (Dyssomnias) と睡眠時随伴症(Parasomnias)に 2 大別され,睡眠異常に原発性不眠症,原発性過眠症など不眠と過眠とを分け,臨床的に使いやすくエ夫されていた[4].

1990 年に発表された ICSD は広く国際的に用いられていたが, 2005 年に第 2 版(ICSD-2) が発表された[5]. Hauri が中心となった ICSD-2 は,現在のところ承認されている睡眠障害と覚醒障害のすべてについて,科学的および臨床的論拠に基づく記述と,合理的で科学的に妥当な全体構造の中での睡眠・覚醒障害の提示, ICSD-2 の睡眠・覚醒障害について ICD―9, ICD―10 とできる限り照合すること,という 3 つの目的で作成された.

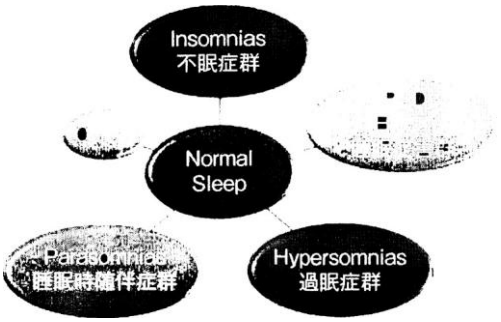

図 2 睡眠障害国際分類(ICSD, 1990 年)
ICSD―1 は,睡眠障害の原因別分類を目指し,かつ重症度基準,持続期間,多軸診断などを記述した.

その概要は,睡眠障害を現時点で臨床的にも有用だと思われる 8 つのカテゴリー(①不眠症,②睡眠関連呼吸障害群, ③中枢性過眠症群, ④概日リズム睡眠障害群, ⑤睡眠時随伴症群,⑥ 睡眠関連運動障害群, ⑦孤発性の諸症状,正常範囲内と思われる亜型症状,未解決の諸症状,⑧その他の睡眠障害)に分類している.様々なことが明らかになるにつれて,最終的には睡眠障害分類のためにさらに包括的な枠組みがもたらされることが期待されている(図 3) .

ICSD-2 では,成人患者も小児患者もともに 1 つの睡眠障害に分類しているが,以下の 3 つの睡眠障害に限っては,特別に小児(幼児)という名称を用いている.即ち,小児期の行動性 (習性)不眠症,小児の閉塞性睡眠時無呼吸,幼児期の原発性睡眠時無呼吸である.

ICSD―3 をなぜ急ぐのか?

2005 年の ICSD―2 から 10 年を待たずして, 2013 年に ICSD―3[6] が提唱された. 85 %は ICSD-2 のままなので大改訂という訳ではないが, Sateia を中心に ICSD-3 の発刊を急いだのはなぜか.ICD-11 が 20 年ぶりに改訂されることになったことや, DSM―5 の提唱に間に合わせようというのが最大の理由であろう(表 1) .

結局,欧州もアジアも新しい睡眠障害分類を提案するだけのシンクタンクがなく,米国主導の睡眠障害分類に世界が服従するかたちになりつつある.その辺りの問題点を昨年(2014 年)の日本睡眠学会第 39 回定期学術集会シンポジウムの演者を中心に,本特集は組まれている.

不眠症が,不眠障害として疾患単位に位置づけられたのは歓迎すべきだが,日本精神神経学会は,精神疾患を障害から症に改訂しようとしており,そうした動向との整合性はどうなのか.不眠症では,非回復性の睡眠が不眠障害の診断基準から除外されたことの是非も論じられる.Orexin neuron の発見で,ナルコレプシーの病態解明が進展したかにみえ,インスリン依存性の有無で糖尿病を 1 型, 2 型に分けたように,ナルコレプシーを 1 型(タイプ 1) , 2 型(タイプ 2)に分類しているが,過眠症群でその妥当性についても論じられる.概日リズム睡眠・覚醒障害群では,動機づけられた睡眠・覚醒相後退障害が不登校の結果ではなく, DSWPDs の

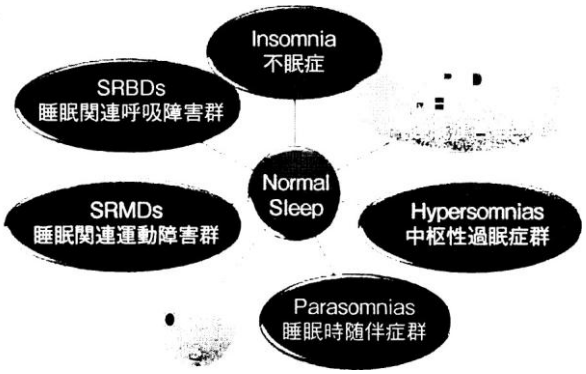

図 3 睡眠障害国際分類(ICSD-2, 2005 年)
ICSD―2 では,睡眠障害を 8 つに大分類.重症度基準と多軸診断を廃止し,原因別分類から現象的・臨床的分類へとして,ICD-10 との照合を図っている.

表 1 睡眠障害の疾病分類の特徴

① ICSD―3 は研究用で子細.
② ICD―11 は実用的で疾病統計用.
③ DSM―5 は精神科臨床の参考資料.

一角に位置づけられた.　　鶏と卵の関係にある睡眠・覚醒相と日中の社会適応,その是非についても論じられる.睡眠関連呼吸障害群の診断基準を巡っては,小児の睡眠呼吸障害の診断基準の妥当性, Complex SAS の提唱の意味であろうか.それも子細に批判的に論じられる.睡眠関連運動障害群では,むずむず脚症候群(レストレスレッグズ症候群: RLS) について,神経学会の下肢不安定症候群との用語の統一も求められている.睡眠時随伴症群については,夢中遊行症(夢遊病)をはじめとするノンレムパラソムニアが自然治癒することから,疾病概念としての位置づけはどうなるのか.また,レム睡眠行動障害(RBD)が注目されているが,この病態の発見者はわが国の菱川,清水らの大阪大学グループである. Schenck は,多数例で検証し RBD の命名に寄与しただけである. ICSD-3 は, ICD-II と DSM-5 を意識して, ICSD―2 から 10 年も経たない間に提唱されたものだが, ″ICSD-3 と DSM-5″ , ″ICD-II と ICSD-3″についても論じていただいた.

視点を変えて,こうした睡眠障害分類について,基礎科学,疫学の立場からの見解も不可欠である. ″基礎睡眠学からみた睡眠障害分類″ , ″睡眠障害の疫学と睡眠障害分類″についても第一人者に執筆していただいた.ヒトの睡眠障害の典型例の動物モデルから病因を探り,治療学に寄与して欲しいからであり,疫学は睡眠障害で悩む人々の医療ニーズを明らかにするために不可欠の課題である.

かくして睡眠障害分類は,睡眠障害で悩む患者・国民に資するものであるべきだが,米国主導の疾病分類が果たしてわが国の実情に適しているのか,「ICSD-3 と日本の睡眠医療」と題する本特集で執筆者に鋭い筆を振るっていただいた.

なお,世界の医学・科学を先導する米国だが,米国で発見された睡眠障害は意外に少なく,睡眠・覚醒スケジュール障害(睡眠・覚醒相後退障害), sexsomnia くらいしかない.

新しい睡眠障害の発見が,独逸,英国,仏蘭西,伊太利亜,日本などでなされたことはもっと評価されるべきである. RLS (WED) ,ナルコレプシー ピックウィック症候群(PWS)と無呼吸の3型,夜間ミオクローヌス(nocturnal myoclonus),重症いびき症(heavy snorers disease) , stage-I REM with tonic EMG (REM without atonia)など, originality は米国にはない.

米国の科学技術戦略は,世界標準を作り,情報センターの役割を担うことで主導権を握っている.政治も軍事も経済においても然りである.睡眠関連呼吸障害の臨床の普及に伴い,世界標準である睡眠ポリグラフ検査(PSG)ではなく,在宅簡易モニターにより医療費削減を狙っている米国内の事情と,日本の医療市場への参入を TPP (環太平洋戦略的経済連携協定)と絡めて行おうという医療経済戦略[7]も見え隠れする.その点について OCST 推奨による医療の質の低下への警告も含めた論考は極めて重要である.極東の島国日本の睡眠研究者も,臨床的観察眼は高いので,米国の新規提案に驚く必要もないし,たじろぐ根拠はない.

文 献

1) Association of Sleep Disorders Centers: Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders, first edition, prepared by the Sleep Disorders Classification Committee (Roffwarg HR Chairman). Sleep 1979 ; 2 :1—122.
(高橋康郎:新しい睡眠覚醒障害の診断分類・一Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders (ASDC and APSS, 1979)の紹介.臨床精神医学 1980 ; **9** : 389－405.)

2) Diagnostic Classification Steering Committee (Thorpy MJ, Chairman) . In: International Classification of Sleep Disorders; Diagnostic and Coding Manual. American Sleep Disorders Association, Rochester, 1990.
(日本睡眠学会診断分類委員会(訳) :睡眠障害国際分類診断とコードの手引き.笹氣出版,宮城, 1994.)

3) World Health Organization: In: The ICD-IO Classification of Mental and Behavioral Disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, Geneva, 1992.
(融道男ほか(監訳) ICD一10 精神および行動の障害:臨床記述と診断ガイドライン.医学書院,東京, 1993.)

4) American Psychiatric Association: Sleep Disorders. In : Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV) , American Psychiatric Association, Washington DC, 1994 ; PP551 07. (高橋三郎ほか睡眠障害. DSM-IV ;精神疾患の診断・統計マニュアル,医学書院,東京, 1996 ; PP555一609.

5) American Academy of Sleep Medicine: In : The International Classification Of Sleep Disorders ; 2nd edition, Diagnostic and Coding Manual. American Academy Of Sleep Medicine, Westchester, 2005.
(日本睡眠学会診断分類委員 会(監訳)・松浦千佳子(訳)・睡眠障害国際分類第 2 版 診断とコードの手引き. 医学書院,東京, 2010.)

6) American Academy of Sleep Medicine: International Classification Of Sleep Disorders, 3rd edition. American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL, 2014.
(日本睡眠学会診断分類委員会(編) :睡眠障害国際分類第3版.ライフ・サイエンス,東京, 2016 年発刊予定)

7)堤未果:沈みゆく大国アメリカ.集英社,東京, 2014.