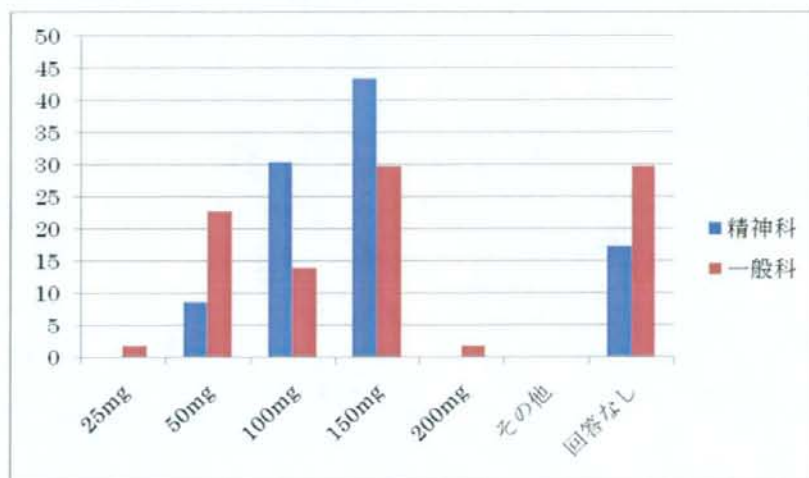


○一般医が処方する場合のSSRIやSNRIの目安となる最大使用量と注意する副作用に関して

ルボックス/デプロメール(一般名:フルボキサミン)

1. 25mg 2. 50mg 3. 100mg 4. 150mg 5. 200mg 6. その他 ____mg

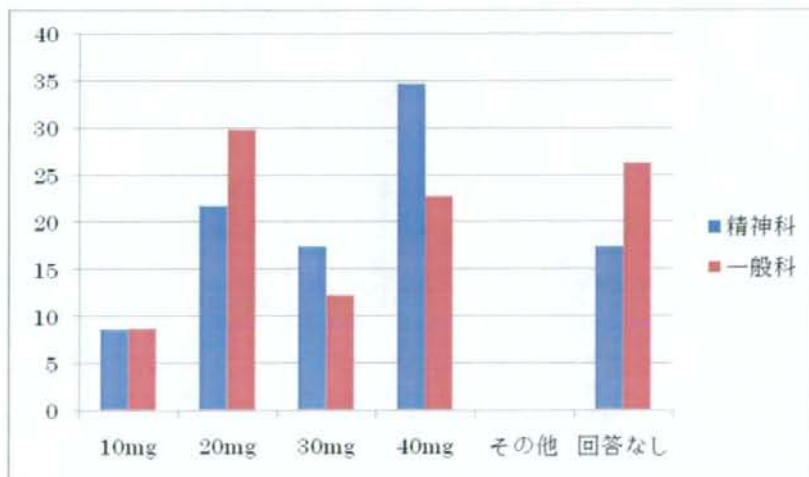
有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



パキシル(一般名:パロキセチン)

1. 10mg 2. 20mg 3. 30mg 4. 40mg 5. その他 ____mg

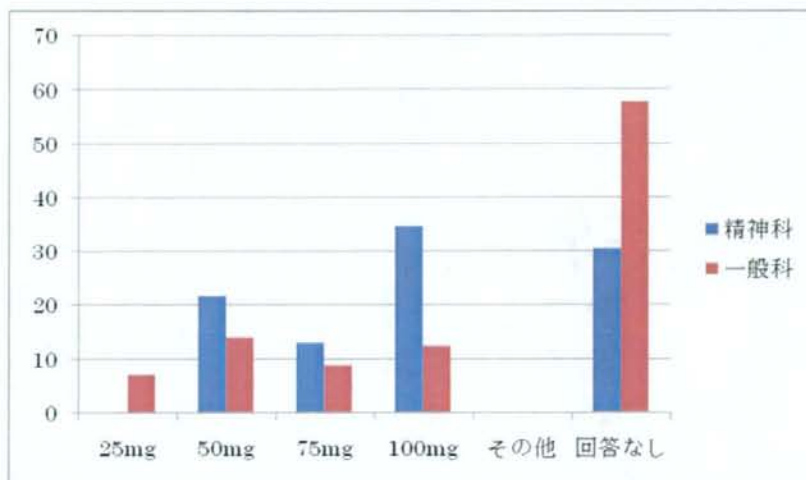
有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



ジェイゾロフト(一般名:セルトラリン)

1. 25mg 2. 50mg 3. 75mg 4. 100mg 5. その他 ____mg

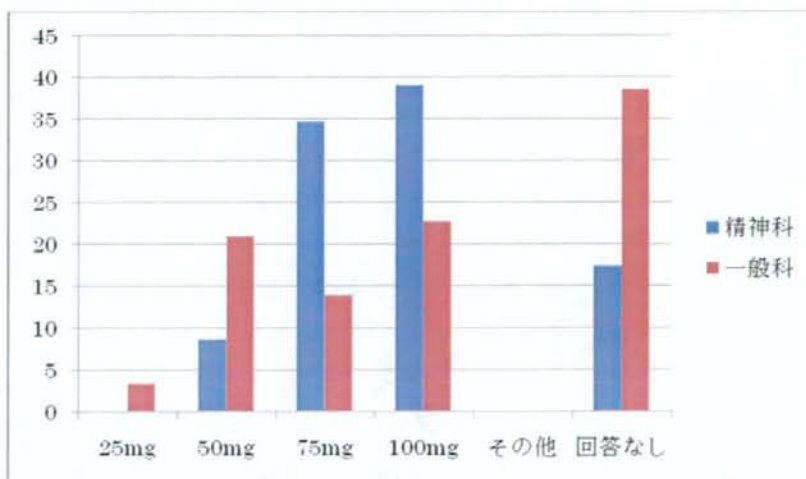
有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



トレドミン(一般名:ミルナシبران)

1. 25mg 2. 50mg 3. 75mg 4. 100mg 5. その他 ____mg

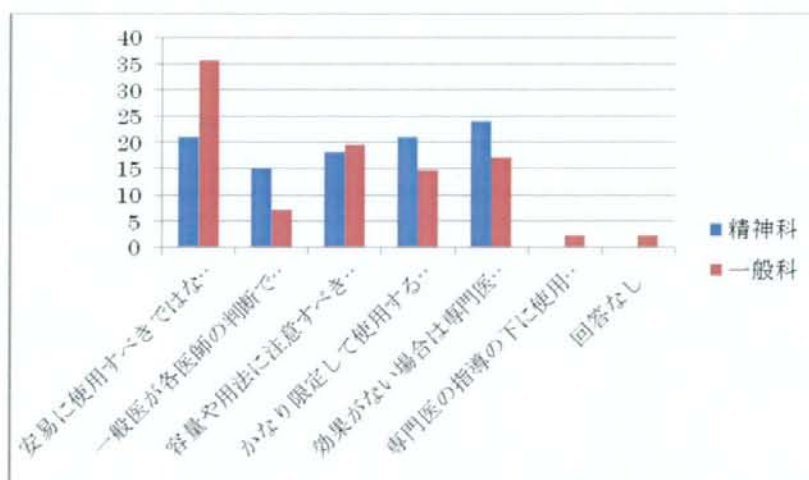
有効回答数、精神科医23名、一般科医57名



●三環・四環系などの抗うつ薬（複数回答可）

1. 安易に使用すべきではなく専門医に任せるべきである
2. 一般医が各医師の判断で処方してよい
3. 容量や用法に注意すべきである
4. かなり限定して使用することが望ましい
5. 効果がない場合は専門医に紹介したほうがよい
6. 専門医の指導の下に使用すべきである

有効回答数、精神科医50回答、一般科医81回答



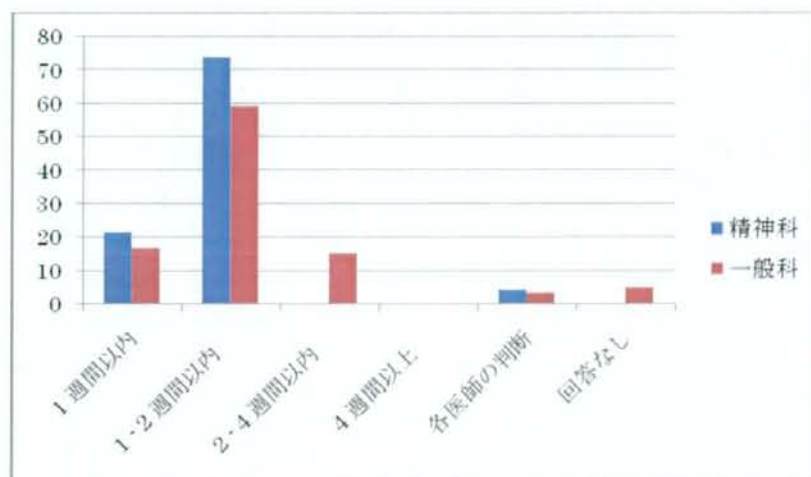
Q7. 一般医が気分・不安障害の患者さんに薬物療法などを施行した場合、初診から次の再診までの

期間は

1. 1週間以内
2. 1-2週間以内
3. 2-4週間以内
4. 4週間以上
5. 各医師の判断

が好ましい

有効回答数、精神科医23名、一般科医59名

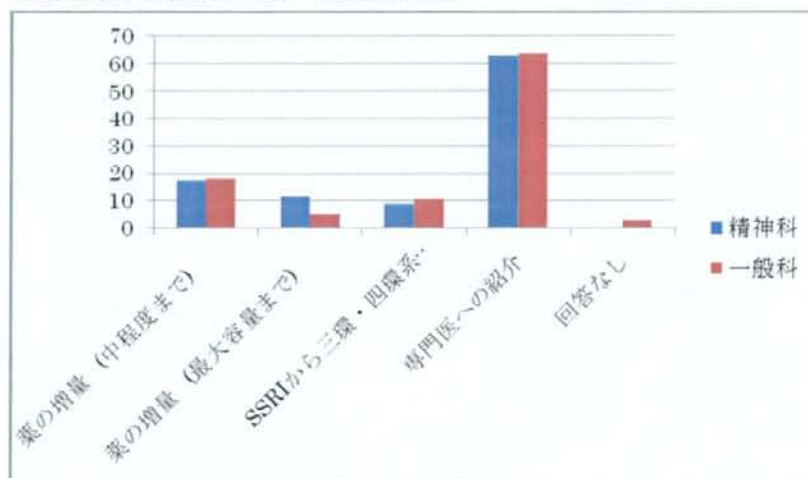


Q8. 以上のような治療で症状に改善が見られない場合、一般医はどのように望ましいですか(複数

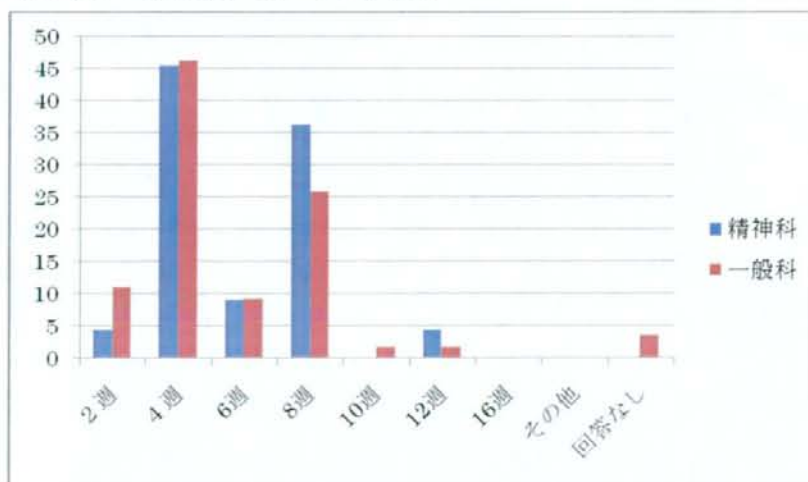
回答可)

1. 薬の増量 (中程度まで)
2. 薬の増量 (最大容量まで)
3. SSRIから三環・四環系などの抗うつ薬への変更
4. 専門医への紹介 (その場合概ね治療開始からどれくらい経過した時点が望ましいですか)
 - a. 2週間 b. 4週間 c. 6週間 d. 8週間 e. 10週間 f. 12週間 g. 16週間

有効回答数、精神科医35名、一般科医77回答



有効回答数、精神科医22名、一般科医54名



別添2 (送付したアンケート内容)

Q1. あなたは? 1. 精神科医 2. 心療内科医 3. 精神科医、心療内科医以外の医師 (以下一般医とします)

Q2. 一般医が気分障害と不安障害(以下、気分・不安障害)の治療を行うことに関して (印象で結構です)

1. 全くよいとは思わない
2. あまりよいとは思わない
3. ある程度よいと思う
4. かなりよいと思う
5. とてもよいと思う

Q3. 一般医が気分・不安障害を疑った患者さんに関して 薬物治療を行なう場合

(治療薬に関しては枠内のように規定します) ●安定剤:ベンゾチアゼピン系抗不安薬

●少しの治療: ドグマチール、セディール、グランダキシンなどの治療

●ある程度の治療: SSRI やSNRI による治療、十分な治療: 三環、四環系抗うつ薬による治療

●精神疾患に関する知識があまりない場合 (複数回答可) (その他の回答がある時は欄外にお書きください)

1. 治療せずにすぐに専門医に紹介すべきである 2. 安定剤程度にすべきである 3. 少しは治療してもよい

4. ある程度は治療してもよい 5. 十分な治療をしてもよい 6. ある程度勉強してから治療すべきである

●精神疾患に関する知識がある程度ある場合 (複数回答可) (その他の回答がある時は欄外にお書きください)

1. 治療せずにすぐに専門医に紹介すべきである 2. 安定剤程度にすべきである 3. 少しは治療してもよい

4. ある程度は治療してもよい 5. 十分な治療をしてもよい 6. 精神科医と連携して治療すべきである

Q4. 一般医が気分・不安障害を疑った患者さんに心理・行動療法などを施行することに関して(複数

回答可)

1. 安易にすべきではなく専門医に任せるべきだ
2. 話を十分聞くにとどめる (傾聴)
3. 知識がなくても行なってもよい
4. 知識があれば行なってもよい
5. 積極的に行なうべきだ

Q5. 精神疾患に関する知識がある一般医が気分・不安障害の患者さんに薬物療法を施行すること
に関して

●安定剤:ベンゾチアゼピン系抗不安薬に関して (複数回答可)

1. 安易に使用すべきではなく専門医に任せるべきである
2. 原則少量、短期間の使用にとどめる
3. 各医師の判断に任せる
4. 長期使用の例は他の治療も試みるべきである
5. 積極的に使用するべきである

(その他;
)

●ドグマチール、セディール、グランダキシンなどの薬剤 (複数回答可)

1. 安易に使用すべきではなく専門医に任せるべきである
2. 一般医が各医師の判断で処方してよい
3. 容量や用法に注意すべきである
4. 効果がない場合はSSRIやSNRIの使用を考慮したほうがよい
5. 効果がない場合は専門医に紹介したほうがよい

(その他;
)

○一般医が処方する場合の目安となる最大使用量と注意する副作用に関して

ドグマチール(一般名:スルピリド)

1. 100mg
2. 150mg
3. 200mg
4. 300mg
5. その他 _____mg

注意する副作用(

○セディール(一般名:タンドスピロン)

1. 20mg 2. 30mg 3. 40mg 4. 60mg 5. その他 ____mg

注意する副作用()

○グランダキシン(一般名:トフィソパム)

1. 100mg 2. 150mg 3. 200mg 4. 300mg 5. その他 ____mg

注意する副作用()

●SSRI やSNRIなどの薬剤 (複数回答可)

1. 安易に使用すべきではなく専門医に任せるべきである 2. 一般医が各医師の判断で処方してよい

3. 容量や用法に注意すべきである 4. 効果がない場合は三環・四環系の抗うつ薬の使用を考慮したほうがよい

5. 効果がない場合は専門医に紹介したほうがよい

(その他;)

○一般医が処方する場合のSSRIやSNRIの目安となる最大使用量と注意する副作用に関して

ルボックス/デプロメール(一般名:フルボキサミン)

1. 25mg 2. 50mg 3. 100mg 4. 150mg 5. 200mg 6. その他 ____mg

パキシル(一般名:パロキセチン)

1. 10mg 2. 20mg 3. 30mg 4. 40mg 5. その他 ____mg

ジェイゾロフト(一般名:セルトラリン)

1. 25mg 2. 50mg 3. 75mg 4. 100mg 5. その他 ____mg

トレドミン(一般名:ミルナシبران)

1. 25mg 2. 50mg 3. 75mg 4. 100mg 5. その他 ____mg

注意する副作用

1. セロトニン症候群 2. アクチベーション症候群 3. 吐き気 4. 眠気

5. その他()

●三環・四環系などの抗うつ薬（複数回答可）

1. 安易に使用すべきではなく専門医に任せるべきである 2. 一般医が各医師の判断で処方してよい

3. 容量や用法に注意すべきである 4. かなり限定して使用することが望ましい

5. 効果がない場合は専門医に紹介したほうがよい 6. 専門医の指導の下に使用すべきである

(その他;

)

○一般医が処方してもよいと思われる三環・四環系などの抗うつ薬があれば、その最大使用量と注意する副作用に関して空欄にお書きください。

Q7. 一般医が気分・不安障害の患者さんに薬物療法などを施行した場合、初診から次の再診までの期間は

1. 1週間以内 2. 1-2週間以内 3. 2-4週間以内 4. 4週間以上 5. 各医師の判断が好ましい

Q8. 以上のような治療で症状に改善が見られない場合、一般医はどうすることが望ましいですか(複数回答可)

1. 薬の増量（中程度まで） 2. 薬の増量（最大容量まで） 3. SSRIから三環・四環系などの抗うつ薬への変更

4. 専門医への紹介（その場合概ね治療開始からどれくらい経過した時点が好ましいですか）

a. 2週間 b. 4週間 c. 6週間 d. 8週間 e. 10週間 f. 12週間 g. 16週間 その他（週間ほど）

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

不眠や他の愁訴から気分障害および自殺リスクを予測するための評価尺度の検討

分担研究者 三島和夫

研究協力者 阿部又一郎

国立精神・神経センター精神保健研究所精神生理部

研究要旨 日本の一般人口における不眠症の有症状率（過去 1 ヶ月間の不眠の存在）を明らかにし、これら不眠症者におけるうつ病の併存率を明らかにすることを目的とした。2000 年に日本国内で実施された厚生省保健福祉動向調査標本から抽出した成人日本人 24,551 人（男性 47.7%、20~100 歳）のデータを用いた。自記式質問紙にある過去 1 ヶ月間に認められた睡眠問題および日中の精神的・身体的問題に関する項目から International Classification of Sleep Disorders second edition (ICSD-2) の一般基準に準拠した不眠症（日中の機能障害を伴う不眠）の有病率を算出した。また、Center for Epidemiological studies Depression Scale (CES-D) の得点から、うつ病の併存率を算出した。不眠の有症状率は 43.4% (n=10,653、平均 48.7 歳) であり、女性に有意に多く、加齢とともに増加した。うつ病の併存が疑われる不眠症の有病率は 5.5% (n=1357) であり、不眠症者全体の 12.7% を占めた。不眠を呈する患者を診療する際には常にうつ病を併存している危険性を考慮すべきであることを示唆している。

A. 研究目的

不眠症は頻度の高い疾患であり、これま

で報告されている一般人口における有病

率は 4.4~48% であり、標本サイズや不眠

症の定義に依存して大きな幅がある。しかし、持続する不眠症が、夜間の睡眠を低質にさせるだけではなく、日中の種々の精神的および身体的な機能障害をもたらすことについては数多くの研究で繰り返し報告されている。International Classification of Sleep Disorders second edition (ICSD-2) や Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) などの、最近の代表的な睡眠障害の国際的診断基準では、不眠症の一般基準として、夜間の不眠症状が存在することと同時に、日中の精神・身体機能障害を伴うことが求められている。実際、持続する不眠症は、QOLの著しい低下をもたらし、ヘルスケアサービス利用を増加させ、交通事故のリスクを増大させる。不眠症は多大な社会的損失を引き起こすため、不眠症に対する適切な予防法や治療介入法の開発が医学上の急務となっている。

不眠症に併存する精神機能障害で最も頻度の高いものがうつ病である。うつ病は一般人口の4%以上(日本人では12ヶ月有病率2.2%、生涯有病率7%)が罹患し、臨床的にも社会経済的にも甚大な影響をもたらす深刻な疾患である。不眠はうつ病の頻度の高い症候であると同時に、うつ病の予

兆・リスク要因であることが数多くの疫学調査から示されており、不眠症状を有する患者ではうつ病の併存をたえず念頭に置く必要がある。しかしながら、我が国での一般人口におけるうつ病と不眠症の併存率、とりわけ不眠症者におけるうつ病患者の占める割合についての信頼性の高い疫学データは得られていない。

本研究では、代表性のある地域在住の日本人24,551名を対象とした睡眠状態およびその関連要因に関して実施された大規模疫学調査のデータを用いて、上記の視点から不眠症およびうつ病の罹患実態、併存実態を明らかにするための解析を行った。

B. 研究方法

本研究は、2000年6月に日本の厚生労働省が実施した保健福祉動向調査のデータの一部を使って行われた。保健福祉動向調査は一般住民を対象とし、日本人の健康と福祉に関する基本情報を収集する目的で計画され、睡眠に関する項目も含まれている。調査サンプルが一般人口を代表するように、国勢調査対象の881,851地区のなかから300地区が無作為抽出され、全国の健康センターを通じて施行された。全参加者から口頭でインフォームドコンセントが得られた。参加者のプライバシーはヘルシンキ宣

言のガイドラインに従って保護された。

i. 調査項目

本調査で使用された自記式調査項目は 44 項目から構成され、1) 年齢や性別などの社会因子、2) 一般健康状態、3) 身体的、心理的愁訴、4) 精神的ストレス、5) 睡眠習慣、睡眠問題を含んでいる。

ii. 不眠症の定義

ICSD-2 における不眠症の一般基準に準じて、A) 睡眠問題の存在と、B) 日中の機能障害の存在、の両方の基準を満たす対象群を抽出した。その上で、C) 本調査項目で評価が可能で、かつ D) 日本人でも頻度の高いその他の睡眠障害（睡眠時無呼吸症候群およびムズムズ脚症候群）を持つ対象者を除外した。A)～C)の全てを満たす者を本研究における不眠症者と定義した。

A) 不眠の存在：過去 1 ヶ月の間のいずれかの時期に、「なかなか寝付けない（入眠困難）」、「夜中に何度も目が覚める（中途覚醒）」、「朝早く目が覚めてしまう（早朝覚醒）」、「朝起きても熟睡感がなく、睡眠による休養感がない（非回復性睡眠）」のいずれかの睡眠問題が存在した、もしくは持続した場合に、睡眠問題が存在したと判定した。

B) 日中の機能障害の存在：過去 1 ヶ月の間のいずれかの時期に、不眠症で頻度が高い日中の身体的不調 6 項目（頭重・頭痛、胃部不快、下痢・便秘、肩頸部のこり、疲れやすさ、疲労の残存）のいずれか、もしくは精神的不調 5 項目（抑うつ、いらいら、不安、心気、日中の眠気）のいずれかが存在した、もしくは持続した場合に、日中の機能障害が存在したと判定した。

C) うつ病の存在：うつ病の存在は、CES-D 日本語版スコアが 26 点以上であることと定義した。CES-D は 20 項目（score range, 0-60）からなり、西欧諸国の研究では 16 点以上の者でうつ病の存在が疑われるとされている。今回我々は、同アジア圏の韓国での国勢調査研究で用いられた Cho らの基準に従って、うつ病の cutoff point を 26 点と設定した。その結果、調査対象者中で CES-D 得点が 26 点以上であった者は 8.1%であり、2002～2003 年に日本で行われた地域調査で明らかになった DSM 診断基準に準じた気分障害の 12 ヶ月有病率である 6.8%に近似した値となった。

D) 他の睡眠障害の除外：一般人口中でも頻度の高い代表的な睡眠障害である睡眠時無呼吸症候群およびムズムズ脚症候群に罹患

Table 1. Demographic Characteristics of Analyzed Subjects in a Sample of the Japanese Adult General Population

Age class (years)	Study subjects			Census 2000 (n = 100,733,618)	
	Subtotal % (n)	Male % (n)	Female % (n)	Male %	Female %
20 - 29	18.2 (4,468)	18.4 (2,145)	18.0 (2,323)	19.1	17.2
30 - 39	18.4 (4,508)	18.4 (2,152)	18.3 (2,356)	17.5	16.1
40 - 49	18.8 (4,606)	19.2 (2,249)	18.3 (2,357)	17.2	16.0
50 - 59	20.5 (5,036)	21.0 (2,453)	20.0 (2,583)	19.5	18.6
60 - 69	14.0 (3,436)	14.5 (1,691)	13.6 (1,745)	14.6	14.9
70 ≤	10.2 (2,497)	8.5 (999)	11.6 (1,498)	12.1	17.4
Whole	100 (24,551)	100 (11,689)	100 (12,862)	100	100

した者の除外を試みた。具体的には過去1ヵ月の間のいずれかの時期に、「いびきがうるさくて、息苦しくて目が覚める」、もしくは「眠ろうとして横になると足がむずむずする」項目に該当したことがある、もしくは持続している者を除外した。

C. 研究結果

全体で 32,729 人から質問紙への回答があった。本研究では成人を解析対象とし、20 歳未満の参加者は除外した。また、解析対象となった調査項目に答えていないサンプルを除外した。その結果、最終的に解析対象となったサンプルは成人 24,511 人となった。解析対象者の demographic data を Table 1 に示す。対象者の内訳は、男性 11,689 人(47.7%)、女性 12,862 人(52.3%)で、平均年齢は 47.1 歳(範囲 20 ~ 100 歳)であった。同時期に行われ国勢調査の結果との比較において、70 歳以上の成人比率がやや低かったが、他の年齢群の比率は同等であった。厚生労働省は対象

地域で接触した住民の総数を公表していないため、回答率は計算できなかった。しかし、今回の調査の 3、4、6 年前に施行された同じ調査での回答率はそれぞれ 87.1%、89.6%、87.3%であった。今回調査も同じ方法で施行されているため、回収率は以前に行われた調査とほぼ同じ程度と推測された。

不眠の有病率及びうつ病の併存率

本研究の解析対象者における、性、年齢層別の不眠症の有病率を Table 2 に示す。調査対象者全体における不眠症の有病率は 43.4% (n = 10,653) であった。女性における不眠症の有病率は 44.9% (5,775/12,862) であり、男性におけるそれ (41.7%、4,878/11,689) と比較して有意に高かった ($\chi^2 = 25.02$; $p < 0.001$)。また、うつ病に合併した不眠症(不眠症者の中で、CES-D 日本語版スコアが 26 点以上ある者)の有病率は調査対象者全体の 5.5% (n = 1,357) であり、不眠症全体の

12.7%を占めた。

性不眠など過去1ヵ月間に生じた短期の不

Table 2: Prevalence of Insomnia in The Japanese Adult General Population

Age class (years)	Insomnia		
	Subtotal % (n)	Male % (n)	Female % (n)
20-29	37.1 (1661)	33.4 (716)	40.7 (945)
30-39	41.7 (1881)	38.8 (834)	44.4 (1047)
40-49	41.5 (1911)	42.3 (953)	40.6 (958)
50-59	45.5 (2290)	45.1 (1107)	45.8 (1183)
60-69	48.1 (1653)	46.1 (780)	50.0 (873)
70 ≤	50.3 (1257)	48.8 (488)	51.3 (769)
Total	43.4 (10653)	41.7 (4878)	44.9 (5775) †

† Significant difference between men and women ($p < 0.001$, Chi-square test)

眠を包含していることが挙げられる。実際、不眠症の有病率には定義によって大きな variance が生じることが指摘されている³⁾。本研究は日本の一般人口において ICSID-2 の一般基準に基づく不眠症の有病率

を示したはじめての報告である。

D. 考察

本研究は、代表性のある大規模な日本の一般人口サンプル ($n = 24,551$) を対象として、ICSD-2 の一般基準に基づく不眠症の有病率を調査した。その結果、日本の一般人口における不眠症の有病率は 43.4% と高率を示した。より小規模ではあるが、日本人 3,030 人を対象とした先行研究によれば、不眠症状を”しばしば”もしくは”つねに”有している者は一般人口中の 21.4%であったと報告されている¹⁾。一方、英国における National mental health survey では、不眠の有症状率は 37%であった²⁾。本研究で示された日本での不眠症の有病率がこれらより高くなった理由として、本研究で採用した不眠の定義では、ICSD-2 criteria に準じて非回復性睡眠の項目が追加されたこと、不眠症状の持続した期間や頻度を規定していないため、適応

本研究では、日本の一般人口における不眠症の有病率は女性で多いことが示された。Zhang らのメタ解析研究でも、Insomnia は女性で頻度が高いことが指摘されており⁴⁾、本研究の結果はこれら先行研究と一致する。過去の数多くの疫学調査では不眠症の有病率は一般に加齢とともに増加すると報告されているが、本研究で定義した ICSID-2 の一般基準に基づく不眠症の有病率も同様に加齢に伴って増加した。

うつ病の併存が疑われる不眠症の有病率は 5.5% ($n=1357$) であり、不眠症者全体の 12.7%を占めた。Ford らは、米国地域住居 7954 人を対象とした調査から、不眠症者の 14.0%にうつ病が併存していることを報告している⁵⁾。本研究の結果は、この先行研究の結果に合致しており、不眠を呈する者では常にうつ病を併存している危険性を考慮すべきであることを示唆している。

不眠を主訴として受診した患者においてうつ病が高率に併存する危険性を示唆する知見はほかにも報告されている。PSG で確定診断された不眠症患者を対象とした調査研究では、その 35% が精神疾患を有し、さらにその半数は気分障害であったとされる⁶。別のフィールド調査の結果でも、DSM-IV 診断による睡眠障害患者では「精神疾患に起因する睡眠障害」の頻度が最も高く、次いで原発性不眠であった⁷。小児・発達期の不眠にもうつ病は高頻度で合併する。717 名の 11 歳児童のうち、睡眠障害を有していた児童の 25% が同時に不安もしくはうつ状態を呈していたという⁸。一方、睡眠障害のない児童では精神症状を有していたのは 5% に止まっていた。

一般身体科において患者の睡眠状態を注意深く観察することによってうつ病の早期発見や発症、再発を予見できるかもしれない。なぜならば、本研究でも明らかになったように不眠はうつ病に高率に併存することに加えて、うつ病の予兆として発症・再発に先だって出現する場合があるからである。また、持続する不眠を適切に管理し、必要に応じて精神神経科等の専門診療科に紹介することでうつ病の発症や重症化を防止することができるかもしれない。例えば Ford らによる調査研究によれば⁵、調査開

始時点と 1 年後の追跡調査時の両者で不眠を有していた群（持続不眠群）では良眠群に比較してうつ病への罹患リスクが 40 倍ほども高かった。逆に、調査開始時点で不眠があっても調査期間中に不眠が解消した群ではうつ病罹患リスクは良眠群と同等程度に低かった。このことは不眠治療がうつ病発症の抑止に有効であることを示している。若年成人のコホートでも同様の結果が得られている。ミシガン州の 21 歳から 30 歳までのランダムサンプルを対象としたコホート研究によれば、調査開始時点でのインタビューで不眠の履歴が確認された者は、履歴のない者に比較してその後 3 年間でのうつ病の罹患リスクが 4 倍高かったという⁹。また不眠は治療抵抗性のうつ病¹⁰、及び自殺ハイリスク者¹¹の臨床特徴としても指摘されている。

E. 結論

本研究では、日本の一般人口においても不眠症にうつ病が高率に合併している危険性を明らかにした。うつ病、及び自殺ハイリスク者を早期に同定し、適切にトリアージして精神医療に導入することは、今後のうつ病診療、自殺予防対策にとって最重要の課題である。不眠症の半数以上が一般診療科に受診し、睡眠薬等の処方を受けてい

る現状を勘案するに、不眠症とうつ病の併存に関する認識を一般医が十分に共有し、診療にあたることが求められる。本研究の結果は、上記啓発にあたる際の重要な根拠の一つとなるであろう。

参考文献

1. Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Liu X, Ogihara R. An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep* 2000;23(1):41-7.
2. Stewart R, Besset A, Bebbington P, et al. Insomnia comorbidity and impact and hypnotic use by age group in a national survey population aged 16 to 74 years. *Sleep* 2006;29(11):1391-7.
3. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002;6(2):97-111.
4. Zhang B, Wing YK. Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep* 2006;29(1):85-93.
5. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989;262(11):1479-84.
6. Coleman RM, Roffwarg HP, Kennedy SJ, et al. Sleep-wake disorders based on a polysomnographic diagnosis. A national cooperative study. *Jama* 1982;247(7):997-1003.
7. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Hauri PJ, et al. Diagnostic concordance for DSM-IV sleep disorders: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Am J Psychiatry* 1994;151(9):1351-60.
8. Johnson EO, Chilcoat HD, Breslau N. Trouble sleeping and anxiety/depression in childhood. *Psychiatry Res* 2000;94(2):93-102.
9. Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996;39(6):411-8.
10. Casper RC, Katz MM, Bowden CL, Davis JM, Koslow SH, Hanin I. The pattern of physical symptom changes in major depressive disorder following treatment with amitriptyline

or imipramine. *J Affect Disord* 1994;31(3):151-64.

11. Agargun MY, Kara H, Solmaz M. Sleep disturbances and suicidal behavior in patients with major depression. *J Clin Psychiatry* 1997;58(6):249-51.

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

G-1. 論文発表

原著論文

1. Kusanagi H, Hida A, Satoh K, Echizenya M, Pendergast JS, Yamazaki S, Mishima K: Expression profiles of circadian clock genes in human peripheral blood mononuclear cells. *Neurosci Res* 61:136-142, 2008.
2. Kuriyama K, Mishima K, Suzuki H, Aritake S, Uchiyama M: Sleep accelerates the improvement in working memory performance. *J Neurosci* 28:10145-10150, 2008.
3. Mishima K, Fujiki N, Yoshida Y, Sakurai T, Honda M, Mignot E, Nishino S: Hypocretin receptor expression in canine and murine narcolepsy models and in hypocretin-ligand deficient human narcolepsy. *SLEEP* 31:1119-1126, 2008.
4. Hida A, Kusanagi H, Satoh K, Kato T, Matsumoto Y, Echizenya M, Shimizu T, Mishima K: Expression profiles of PERIOD1, 2, and 3 in peripheral blood mononuclear cells from older subjects. *Life Sci*, 2008 (in press).
5. Higuchi S, Ishibashi K, Aritake S, Enomoto M, Hida A, Tamura M, Kozaki T, Motohashi Y, Mishima K: Inter-individual difference in pupil size correlates to suppression of melatonin by exposure to light. *Neurosci Lett* 440:23-26, 2008.
6. Enomoto M, Endo T, Higuchi S, Miura N, Nakano Y, Kohtoh S, Taguchi Y, Suenaga K, Aritake S, Matsuura M, Mishima K: Newly Developed Waist Actigraphy and its Sleep/Wake Scoring Algorithm.

- Sleep and Biological Rhythms, 2008 (in press).
7. Nagase Y, Uchiyama M, Kaneita Y, Li L, Mishima K, Nishikawa T, Ohida T: Coping Strategies and Their Correlates with Depression in the Japanese General Population. *Psychiatry Res*, 2008 (in press).
 8. Aritake S, Uchiyama M, Suzuki H, Tagaya H, Kuriyama K, Matsuura M, Takahashi K, Higuchi S, Mishima K. Time estimation during stable sleep dependent on progression on sleep. *Neurosci Res*, 2008 (in press).
 9. Echizenya M, Mishima K, Satoh K, Kusanagi H, Ohkubo T, Shimizu T: Dissociation between objective psychomotor impairment and subjective sleepiness after diazepam administration in the aged people. *Hum Psychopharmacol* 22:365-372, 2007.
 1. 三島和夫. 季節性うつ病における SSRI の効果. 東京: 先端医学社, 2007.
 2. 三島和夫. 不眠症とその対処. 河合忠, 亀田治男, 矢富 裕, 編. 睡眠と健康 -心地よい眠りを得るために-. 東京: 富士レビオ株式会社, 2008:118-3.
 3. 三島和夫. 季節性感情障害. 上島国利, 樋口輝彦, 野村総一郎, 大野裕, 神庭重信, 尾崎紀夫, 編. 気分障害. 東京: 医学書院, 2008:466-80.
 4. 三島和夫. 老化と概日時計 -Aging of Circadian System-. 石田直理雄, 本間研一, 編. 時間生物学事典. 東京: 朝倉書店, 2008:296-7.
 5. 有竹清夏, 三島和夫. 高齢者の睡眠障害の病態と診断・治療. 内村直尚, 編. 日常臨床で押さえておきたい睡眠障害の知識. 東京: 南山堂, 2007:121-8.
 6. 田ヶ谷浩邦, 三島和夫. 睡眠障害. 大戸茂弘, 吉山友二, 編. 時間療法の基礎と実践. 東京: 丸善株式会社, 2007:32-8.
 7. 阿部又一郎, 三島和夫. 精神疾患. 大戸茂弘, 吉山友二, 編. 時間療法

著書

の基礎と実践. 東京: 丸善株式会社,
2007:39-46.

総説

1. 三島和夫. 概日リズム障害とは一診断および治療. 別冊 日本医師会雑誌 2008;137(7):1443-7.
2. 三島和夫. 精神科一般診療で遭遇する睡眠障害とその対応 気分障害診療における不眠管理の実態とその問題点. 精神神経学雑誌 2008;110(2):108-14.
3. 三島和夫. 加齢, 認知症に伴う睡眠障害. 医薬ジャーナル 2008;44(5):79-83.
4. 三島和夫. 認知症にみられる睡眠障害とその対応. 臨牀と研究 2008;85(4):515-9.
5. 三島和夫. 概日リズム睡眠障害(不規則型睡眠・覚醒タイプ). 日本臨牀 2008;66(増刊号(2)):325-30.
6. 三島和夫, 有竹清夏, 高橋清久. 現代社会と睡眠障害. 精神科 2008;12(3):149-54.
7. 有竹清夏, 三島和夫, 大川匡子. 高齢期うつとメラトニン. モダン・フィジシャン 2007;27(8):1109-12.
8. 樋口重和, 三島和夫. 団塊の世代にとっての光と健康. 設備と管理 2008;42(2):35-8.
9. 肥田昌子, 三島和夫. ヒトの睡眠・生物時計機能の加齢変化. 時間生物学 2008;14(2):9-17.
10. 阿部又一郎, 三島和夫. 不眠症の概念と病態生理. 脳 21 2008;3(11):62-8.

G-2. 学会発表

1. 肥田昌子, 加藤美恵, 草薙宏明, 三島和夫. 日本人925例における日周指向性と概日時計遺伝子多型. : 第15回日本時間生物学会学術大会; 2008年11月; 岡山, 2008年11月.
2. 樋口重和, 有竹清夏, 榎本みのり, 高橋正也, 三島和夫. 光-概日リズム特性の個体差と体内時計の夜型化について. : 第15回日本時間生物学会学術大会; 2008年11月; 岡山, 2008年11月.
3. 有竹(岡田)清夏, 樋口重和, 榎本みのり, 肥田昌子, 田村美由紀, 阿部又一郎, 三島和夫. 睡眠時間帯からメラトニン分泌開始時刻(DLMO)を予測できるか. : 第15回日本時間生

- 物学会学術大会; 2008年11月; 岡山, 2008年11月.
4. 有竹(岡田)清夏、樋口重和、鈴木博之、榎本みのり、栗山健一、曾雌崇弘、阿部又一郎、肥田昌子、田村美由紀、松浦雅人、三島和夫. 短時間睡眠・覚醒スケジュール法による主観的睡眠時間の変動に関する検討. : 第15回日本時間生物学会学術大会; 2008年11月; 岡山, 2008年11月.
 5. 曾雌崇弘、栗山健一、鈴木博之、有竹清夏、榎本みのり、阿部又一郎、金吉晴、三島和夫. 断眠による時間知覚と概日位相の乖離に伴う前頭前野の血流変動: 近赤外線分光法. : 第15回日本時間生物学会学術大会; 2008年11月; 岡山, 2008年11月.
 6. Mishima K, Mishima Y, Hozumi S, et al. High prevalence of circadian rhythm sleep disorder, irregular sleep-wake type patients with senile dementia of Alzheimer's type. : 19th Congress of the European Sleep Research Society; Glasgow, 2008年9月.
 7. Enomoto M, Endo T, Suenaga K, Mishima K. Newly developed waist actigraphy and its sleep/wake scoring algorithm. : 19th Congress of the European Sleep Research Society; Glasgow, 2008年9月.
 8. Enomoto M, Aritake-Okada S, Higuchi S, Mishima K. Sleep problems and hypnotic-sedative medication use in hospitalized patients. : 19th Congress of the European Sleep Research Society; Glasgow, 2008年9月.
 9. Aritake-Okada S, Kaneita Y, Mishima K, Ohida T. Non-pharmacological self-managements for sleep. : 19th Congress of the European Sleep Research Society; Glasgow, 2008年9月.
 10. Aritake-Okada S, Suzuki H, Kuriyama K, Abe Y, Hida A, Tamura M, Higuchi S, Mishima K. Time estimation ability and decreased cerebral blood flow in the right frontal lobe area during sleep period before wake. : 19th Congress of the European Sleep Research Society; Glasgow, 2008年9月.