

博 士 論 文

睡眠障害に伴う社会生活場面の認知に関する臨床心理学的研究
—薬物療法を受ける睡眠障害患者の心理社会的援助に向けて—

羽 澄 恵

目次

はじめに	6
第1部 問題と目的	7
第1章 先行研究の概観.....	8
第1節：治療に伴う心理社会的問題	8
治療に関わる心理社会的要因	8
治療に伴う心理社会的問題の現状と対応.....	8
第2節：治療中の睡眠障害患者における心理社会的問題	10
様々な睡眠障害と治療の特徴.....	10
様々な睡眠障害治療における心理社会的問題と対応.....	11
第3節：治療中の情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者における心理社会的問題 ...	14
情動脱力発作を伴うナルコレプシーの治療の特徴.....	14
情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおける心理社会的問題と対応.....	15
第2章 本研究の目的.....	17
第1節 先行研究の問題と本研究の目的	17
第2節 本研究の構成	18
第2部 薬物治療中の眠れないことを主訴とする患者が直面する心理社会的問題に関する 補助的研究	20
第3章 眠れないことを主訴とする患者の治療への不信感の形成過程(研究1)	21
第1節 問題と目的	21
第2節 方法	23
研究協力者	25
データ収集方法.....	29
倫理的配慮.....	30
分析方法.....	30
分析過程.....	31
第3節 結果と考察	48
現在の状況に対する認識.....	49

自身の今後の認識.....	49
薬の効果に対する認識と治療に対する認識.....	50
医師の対応に対する認識.....	51
第4節 まとめ	54
薬物治療が長期化する眠れないことを訴える患者の治療への不信感について	54
治療へ不信感の対処について	55
本研究の限界と展望	56
第4章 眠れないことを訴える患者の服薬時の体験構造(研究2)	57
第1節 問題と目的	57
第2節 方法	58
研究協力者	58
データ収集方法	58
分析方法	58
倫理的配慮	58
分析過程	58
第3節 結果と考察	73
服薬しても眠れなかった場合の認知構造	74
服薬時の認知構造	76
第4節 まとめ	78
服薬に伴う認知構造と睡眠の妨害の関連について	78
服薬時の認知構造について	79
眠れなかった際の認知構造について	80
本研究の限界と展望	81
第5章 服薬に関する否定的認知と睡眠の関連性のパイロット研究(研究3)	83
第1節 問題と目的	83
第2節 方法	84
調査方法	84
研究協力者	84
調査内容	86
分析方法	88

倫理的配慮	89
第3節 結果	90
主要変数の記述統計量	90
服薬時の認知と睡眠状態の関連	90
普段の認知と睡眠状態の関連	91
第4節 考察	93
服薬時の認知と睡眠状態の関連性について	93
普段の認知と睡眠状態の関連性について	96
本研究の限界と展望	98
第3部 薬物治療中のナルコレプシー患者が直面する心理社会的問題に関する研究	100
第6章 ナルコレプシー患者特有の行動様式と日常生活体験の関連(研究4)	101
第1節 問題と目的	101
第2節 方法	103
研究対象	103
質問紙	103
統計解析法	103
倫理的配慮	104
第3節 結果	106
行動様式への自己評価の傾向に関する因子構造の検討	106
日中の眠気に伴う失敗体験に関する因子構造の検討	107
日中の眠気に伴う失敗体験と行動様式への自己評価の傾向に関する共分散構造分析	108
第4節 考察	110
大雑把さについて	110
非積極性について	112
おおらかさについて	113
本研究の限界と展望	114
第7章 ナルコレプシー患者の対人関係疎遠化の過程(研究5)	116
第1節 問題と目的	116
第2節 方法	117

研究協力者	117
データ収集方法	117
分析方法	119
倫理的配慮	119
分析過程	119
第3節 結果と考察	136
居眠りをする事への捉え方	138
居眠りをする自分自身に対する捉え方と悪循環	138
悪循環に巻き込まれない場合の居眠りをする自分自身の捉え方	139
第4節 まとめ	142
居眠りをする事への捉え方に伴い対人関係の疎遠化が生じる体験過程について	142
対人関係疎遠化が変化する可能性について	144
本研究の限界と展望	145
第8章 ナルコレプシー患者における仕事や勉強の業務遂行に関する体験過程(研究6)	147
第1節 問題と目的	147
第2節 方法	149
研究協力者	149
データ収集方法	149
分析方法	149
倫理的配慮	149
分析過程	149
第3節 結果と考察	165
眠気に伴い業務遂行の困難が繰り返し生じる体験	166
否定的な自己評価に至る過程	167
物事をこなせる自信を持つに至る過程	168
物事をこなせる自信に至る過程と否定的な自己評価に至る過程の関係	169
第4節 まとめ	171
仕事や勉強の業務遂行の困難から心理的苦痛が生じる過程について	171
業務遂行困難に伴い形成される否定的な自己評価の変化可能性について	173
本研究の限界と展望	174

第4部 総括：今後の睡眠医療に必要な心理的援助とは.....	176
第9章 総合考察.....	177
第1節 本研究のまとめ	177
第2部：薬物治療を行う眠れないことを訴える患者の心理社会的問題について	177
第3部：薬物治療を行うナルコレプシー患者の心理社会的問題について	179
第2節 本研究の総合考察	181
第3節 本研究の臨床的応用	184
第4節 本研究の課題と今後の展望	186
参考文献	186
資料	205
資料1：研究1・2における初期インタビューガイド	206
資料2：研究3で用いた質問紙	208
資料3：研究4で用いた質問紙	214
資料4：研究5・6における初期インタビューガイド	225
資料5：研究5・6における JESS（上部）苦痛感・支障を問う質問（下部）	226

はじめに

私は薬物治療を行っている睡眠障害の患者の方々にお会いする機会が多い。睡眠専門外来で専門医師の診察の陪席や研究補助への従事や自助グループへの参加、加えて最近は心理職として睡眠障害患者への認知行動療法を行う機会を与えられるようになった。睡眠障害の治療においては多くの場合は心理療法以外の対応がファーストチョイスとして施されるが、薬物治療を開始した後の患者の方々の生活状況や満足感が人によって大幅に異なるように感じていた。

たとえば不眠症であれば、服薬ですんなりと眠れるようになり、毎回の診察も円滑に進み自身で薬をやめて来なくなるケースがある反面、十分に効かないと医師と口論を始めるケース、効いていても診察への不満足感からか診察時に衝突をするケースなど多様である。とくにセカンドチョイスとして不眠の認知行動療法を求める患者は、診察のみの患者とはお会いした時の様子や性格傾向など、少々異なるように感じることも多い。

また情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいても、薬物治療による症状改善に伴い正規雇用にて功績をあげたり積極的に社会活動に参加し人生を謳歌しているように思われる患者もいれば、症状改善しても思うように働けず人とのかかわりもあまり持たず引きこもりがちになったり、場合によっては経過のなかでうつ病を発症する患者もいる。しかし、公社のような患者の場合でも、診察場面では症状自体が特別重いか治療反応性が悪いといった様子も見受けられない。

このように、薬物治療を開始し症状が治療前より開始した場合でも生活の満足感が十分でなく、心理的苦痛を抱えながら生活しているように思われる患者が一部いると思われる。もちろん多くの患者は薬物治療が功を奏し順調な経過をたどるのだが、一部のそうでない患者の場合は何が違うのか、そしてそういった場合に心理的介入を補助的に行うことで患者の経過を良好に保つことはできないのかと考え始めたのが、本研究を開始するに至ったきっかけである。

第 1 部 問題と目的

第 1 章 先行研究の概観

第 1 節：治療に伴う心理社会的問題

治療に関わる心理社会的要因

今日では、医療の発展に伴い、様々な疾患に対し、様々な要因の影響を加味した複合的な治療法が重要視されていると考えられる。実際に治療が行う際には、治療法自体がもたらす効果だけでなく、患者自身の要因や治療者側の要因などが複合的に影響しあい、治療法の効果が生じることが指摘されている(Rickels,1968)。そのため、どの疾患を治療するにおいても、治療法の効果自体だけでなく治療者、患者、環境の要因も考慮することが必要と考えられる。

治療効果に関わる様々な要因のなかでも、患者の心理社会的要因の重要性が指摘されている。患者自身の治療に対するアドヒアランスの高さが適切な服薬行動を左右することが指摘されている(Thomas et al,2002 ; Minozzi et al,2016)。さらに、アドヒアランスの問題が生じる背景として、疾患に対する否定的な捉え方を抱えていることや(Dimatteo et al,2007; Kelly et al,2014)、否定的感情を抱えていることが挙げられている(Brown et al,2016)。これらから、治療効果を妨害する要因の 1 つとして、治療や疾患に対する心理社会的要因が存在していることが推測される。

治療に伴う心理社会的問題の現状と対応

実際に、疾患や治療に伴い心理社会的問題が発生することが明らかになっている。薬物治療に対する患者のアドヒアランスの低さや(Ghimire et al,2015; Krass et al,2015; Lötsch et al,2015)、処方された薬の過剰摂取など(Silva et al,2014; Mao et al,2015; Korenstein et al,2012)、疾患によっては患者が適切に薬物治療に取り組むのが難しい場合があると指摘されている。また、いくつかの慢性疾患においては治療を行っても精神健康状態が良好にならない場合があることが指摘されていることから(Martin et al,2012; Mao et al,2015)、治療により症状が改善しても継続的に或いは新たに心理社会的問題が生じている可能性があると考えられる。また、治療に伴う日常生活状況として、経済的負担や社会生活上の困難、心理的苦痛や QOL の低下は、複数の疾患において指摘されている(Ismaila et al,2013; Nellesen et al,2013; Freitas et al,2015)。さらに、身体疾患はうつや不安障害などを併発しやすいこと、それら精神疾患を併発している場合は身体疾患が悪化しやすいことが指摘されている(Katon et al,2007; Roy-Byrne,2008)。以上から、様々な疾

患において、治療に取り組むことに対する心理社会的困難や、治療や疾患を抱えながら生活することで心理社会的問題が生じる場合があると推察される。

いくつかの疾患においては、心理社会的問題への対応を考慮した治療体制の構築が推進されているといえる。患者の治療へのアドヒアランスの向上のために、治療者-患者間のコミュニケーション量の多さや(Haskard-Zolnierrek et al,2009)、良好な関係性(Kelly et al,2014)、共感的態度など(Derksen et al,2013)、治療者と患者の間にコミュニケーションの仕方を工夫することが重要と指摘されている。また、今日の臨床現場でも、薬物療法の状況を考慮した心理職の活動や治療に取り組む際の心理的側面への対応を行うために医療チームへの心理職の導入が求められており(江花,2005; 中島ら,2012)、心理職自身でもその必要性が注目されている(羽澄ら,2016)。これらから、医療領域において患者の心理的側面への援助を積極的に行う体制作りが望まれていると考えられる。

また、疾患や治療の内容によっては、上記述べたような疾患全般における心理社会的問題への対応だけでなく、疾患特有の心理社会的問題や対応を行う必要があり、そのための治療的取組が検討されている。例えば、慢性疾患の一つである I 型糖尿病においては幼少期から治療を行うが、思春期ごろから疾患に関連する心理的ストレスが強まるとともに自尊心の低下やアドヒアランスの低下が生じるため、認知再構成や目標設定、問題解決療法を取り入れた援助を行うことが重要と指摘されている(Hagger et al,2016)。癌においては、症状進行に伴う苦痛だけでなく症状進行の各段階における治療内容の意思決定において心理的葛藤が生じるが、対応策として緩和ケアでは意思決定の円滑化のために、患者に対する治療者のコミュニケーションスキルをプロトコル化している(Epstein et al,2016)。また、慢性精神疾患においては、外来治療患者の通院に伴う本人や家族の苦痛感が大きいことから、訪問治療により苦痛の軽減と生活の質の向上をめざす取り組みもなされている(Molu et al,2016)。

以上から、今日の医療においては、疾患やその治療に伴う心理社会的問題の存在やその特徴が明らかにされており、その問題対して疾患全般への対応策を構築すると同時に、疾患特有の心理社会的問題を解決するための個別的な対応策が積極的に進められていると考えられる。

第2節：治療中の睡眠障害患者における心理社会的問題

様々な睡眠障害と治療の特徴

様々な疾患がある中で、今日において生じやすい疾患のひとつに睡眠障害が挙げられる。睡眠障害とは、睡眠を適切に享受することが出来ない障害であり、夜間に十分な睡眠をとれない、日中に異常な眠気が生じる、眠気が生じる時間帯が異常、睡眠中に異常な現象が生じる、の4分類に大きく分けられる。睡眠障害は、肥満や高血圧、うつをはじめとした様々な身体疾患や精神疾患の発症リスクとなることから(Henskens et al,2011; Litvin et al,2013; Bradley et al,2009; Lauretti et al,2016; Franzen et al,2008; Huang et al,2011), 治療の重要性が非常に高い疾患の1つと位置づけられる。睡眠障害は、診察での情報聴取や症状評価尺度による主観的評価と、脳波や筋肉の活動などを測定する睡眠ポリソムノグラフィ(以下、PSG)や加速度計により睡眠を測定するアクチグラフなどを用いた客観的評価から統合的に判断され、診断と治療がすすめられていく。今日の睡眠障害に対する治療としては、症状を軽減するための薬物治療が中心であり、一部疾患においては歯科治療や非薬物治療を行う。睡眠障害の種類によって対応は様々である。

たとえば、発症率の高い睡眠障害のひとつに、夜間に十分な睡眠をとれない障害である慢性不眠症が挙げられる(厚生労働省,2008; Kim et al,2000)。慢性不眠症は、心理的ストレスや(Doi et al,2003), 入眠前の否定的感情(Kalmbach,et al,2014), 過覚醒状態(Espie et al,1989), 睡眠に対するこだわりなど(Uchiyama,2000), 心理的要因に伴い生じる場合があると指摘されている。慢性不眠症に対しては、ベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系を中心とした睡眠薬が処方されることが多い(寺尾ら, 2007)。そして、服薬状態で不眠症状およびその原因が消失していること、不眠に対する恐怖感が消失していることの2条件が満たされた時点で減薬が行われる(内山,2002)。段階的に減薬していくのが主流であり(Baillargeon et al., 2003), 2週間か4週間ごとに服薬量を減らしていく漸減法や服薬しない日を設けて次第に日数を増やしていく漸減法などがある(内山, 2002)。また、今日の日本ではまだ普及していないが(山寺ら, 2005), 不眠症への認知行動療法が開発されている。不眠症への認知行動療法とは、ベッドは眠る場所という反応連合を再学習する刺激制御法や(Bootzin,1972), 眠っている時間のみベッドの中で過ごす時間制限法(Spielman et al., 1987), これらを組み合わせた睡眠スケジュール法をさす。不眠の認知行動療法は不眠症治療のなかでも最もエビデンスレベルが高いものとして位置づけられており(Morgenthaler et al,2006), 薬物療法と比較しても長期的に効果を維持することが可能と指摘されている

(Jacobs et al., 2004)。また、減薬をしていく際にも、漸減法や隔日法を単独で実施するより認知行動療法を併用した方が長期的効果に優れていると指摘されている(Morin et al., 2005)。

日中の異常な眠気を主訴とする睡眠時無呼吸症候群は、呼吸中枢の障害や上気道閉塞により無呼吸・低呼吸が生じて睡眠の質が悪化することで日中の眠気が生じる(American Academy of Sleep Medicine,2014)。治療としては、CPAP や Oral Appliance という気道を確保させる機器を鼻腔や口腔に装着することで、無呼吸・低呼吸状態を緩和させる(Ramar et al,2015)。また、肥満により睡眠時無呼吸症候群が生じている場合もあるため、状況に応じて減量も行う(Batool-Anwar et al,2014)。

眠気が生じる時間帯の異常を主訴とする概日リズム障害は、体内時計がずれることで本来なら夜間の時間帯に生じる眠気が不適切な時間に発生する(American Academy of Sleep Medicine,2014)。近年はメラトニンなどを用いた薬物治療が中心に用いられるが、強い光を朝の時間帯に浴びることで夜感の時間帯に眠気が生じるようになる生理メカニズムに基づき(Khalsa et al,2003)、光照度療法が行われることもある(Auger et al,2015)。

また、良質な睡眠を確保する生活指導は、すべての睡眠障害において行われる。基本的な内容は、厚生労働省が提示する「健康づくりのための睡眠指針」として 12 箇条にまとめられており、良質な睡眠をとる必要性や、睡眠の質を向上させるカフェインや入浴、仮眠の取り方の工夫、危険な睡眠のサインなどについて説いている(厚生労働省,2014)。ただし、これらはあくまで健常者を対象とした指針であり、睡眠障害においては、診察場面で医師によって薬物療法を中心に進められる。

このように、今日の睡眠医療の領域においては、様々な睡眠障害が存在し、症状に合わせた効果的な治療方法が考案されていると考えられる。

様々な睡眠障害治療における心理社会的問題と対応

一方で、他の疾患と同様、睡眠医療の領域においても治療を行ううえで、症状や治療に並存する心理社会的問題を同時に扱っていく必要があると考えられる。上記に述べた他の慢性疾患と同様、睡眠時無呼吸症候群や慢性不眠症をはじめとしたいくつかの睡眠障害においては、症状を抱えていることで QOL が低下していることが指摘されている(Kyle et al,2010; Moyer et al,2001; Strine et al,2005; Puca et al,1996)。いまだ QOL についての検討がなされていない睡眠障害もあり症状焦点型の治療が今日の睡眠医療では主流なのに

対し、今後は症状自体のみならず生活全般の改善を視野に入れた対応が必要と唱えられている(兼板,2012)。これらを踏まえると、睡眠医療においても疾患や治療に伴う心理社会的問題を明らかにし、解決のための対応を行うことが重要と考えられる。

また、睡眠障害においても、疾患に特有の心理社会的問題が存在すると考えられる。たとえば、慢性不眠症においては薬物治療を開始した後も QOL の変化が限定的であるとの指摘から(Shimodera et al,2014)、治療を行っても心理社会的問題の一部は十分に解決されず、それらを抱えながら生活している可能性が考えられる。慢性不眠症患者が治療開始後に抱える心理社会的問題の 1 つとして、睡眠薬の利用に関する心理的葛藤が挙げられる。慢性不眠症患者においては睡眠薬に対して服用による心身へのリスクの心配を抱えやすいと指摘される一方で(Uchiyama et al,2000)、減薬時には睡眠薬が減ることへの不安感を抱えやすいことが指摘されていることから(Laux et al.,1984)、睡眠薬による効果に対する心理的葛藤を抱えながら生活している可能性が考えられる。また、薬物治療を行っていても症状が思うように改善せず不満感を感じるようになるとの指摘や(大嶋ら,2005)、服薬を続けることに伴う心理的葛藤が出現することもあるとの指摘がなされており(井澤,1999)、薬物治療の継続に関して心理的苦痛が生じる場合があると推察される。これらから、慢性不眠症においては、薬物治療を行うことに対する心理社会的苦痛を抱えるようになると考えられる。さらに、慢性不眠症患者はもともと完璧主義な性格傾向が強いことや(Spiegelhalder et al,2012)、客観的な睡眠状態とくらべて主観的な睡眠状態の評価が悪くなりやすいことから(Frankel. Et al,1976)、客観的にみてある程度十分な睡眠がとれるようになっても本人の満足感を得られない可能性が推測され、改善を実感しにくいという問題が生じる可能性も考えられる。加えて、睡眠薬として用いられることの多いベンゾジアゼピン系薬物はプラセボ効果が生じやすいことや(Winkler et al,2015)、薬の効果の説明の仕方により効果の程度に差異が生じることから(坂本ら,1994)、患者の心理状態によっては効果が妨害される可能性が考えられる。以上から、慢性不眠症においては、薬物治療に伴い、治療への葛藤や心理的問題に伴う症状改善の妨害が生じる可能性も考えられる。しかし、こうした問題に対する対応策については現状では構築されていない。

睡眠時無呼吸症候群においては、Oral Appliance や CPAP の治療により QOL が改善することが指摘されている(Ramar et al,2015)。また、睡眠時無呼吸症候群特有の問題として、いびきが発生するため症状に伴いベッドパートナーの QOL も低下するが、治療により改善することが指摘されている(Parish et al,2003)。よって、慢性不眠症とは異なり、症

状の治療により本人、周囲ともに心理社会的問題が改善することが推察される。しかし、特に CPAP に対するアドヒアランスの低さや使用の中断が問題として指摘されている(Ramar et al,2015)。これに対し、アドヒアランスの向上を目的とした援助として、CPAP と睡眠時無呼吸症候群に関する心理教育や(Jurado-Gamez et al,2015)、CPAP 使用に関するネガティブな認知の変容を目的とした認知療法(Bartlett et al,2013)、行動療法をはじめとした心理療法が行われており(Wozniak et al,2014)、それぞれ効果があることが示されている。以上から、睡眠時無呼吸症候群は治療により心理社会的問題も大きく改善される反面、CPAP 治療へのアドヒアランスの低さが治療に伴う心理的問題として指摘されているものの、心理的介入の実施により改善すると考えられる。

概日リズム障害については、QOL に関する研究がほとんどないため、生活全般の苦痛感の程度は不明であるが、本来なら活動すべき時間帯に眠ってしまうために勉強や仕事に従事しにくいという問題が発生することが指摘されている(Crowley et al,2007; Okawa et al,2007)。また、概日リズム障害と抑うつ感との関連も指摘されており(shirayama et al,2003; Asarnow et al,2014)、症状が心理社会的問題を増悪させる可能性も否定できない。心理社会的問題への対応として、メラトニンによる薬物治療が効果を示しているが、抑うつ感が悪化するリスクが指摘されていることから(Auger et al,2015; Zee et al,2013)、抑うつ感の悪化の危険が少ない光照度療法による治療や(Auger et al,2015; Zee et al,2013)、睡眠に関連する非機能的認知の変容を目的とした認知行動療法やの併用などが行われている(Gradisar et al,2011)。このように、概日リズム障害の治療においては、精神状態が悪化しないような対策が立てられていると推測される。

以上から、睡眠医療の領域においては、心理社会的側面についての検討が十分になされていない障害もあるものの、睡眠障害の種類によっては症状や治療に関連して生じる心理社会的問題の特徴が明らかになっている場合もあり、それに対する対応策が明らかになっている疾患もあると考えられる。

第3節：治療中の情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者における心理社会的問題

情動脱力発作を伴うナルコレプシーの治療の特徴

さらに、睡眠障害の1つとして、情動脱力発作を伴うナルコレプシーが挙げられる。情動脱力発作を伴うナルコレプシーとは、夜間の十分な睡眠にもかかわらず日中に短時間の耐え難い眠気が繰り返し生じる眠気と、感情の高揚に伴い体の力が抜ける情動脱力発作の2つを主症状としている (American Academy of Sleep Medicine,2014)。特発性過眠症など他の過眠症と比べ、眠気が強い一方で居眠りから目覚めた後の覚醒感が強いことが、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の特徴といえる (American Academy of Sleep Medicine,2014)。中枢神経系に原因があると推測されており、オレキシンの欠乏が認められる (Nishino,2000)。また、情動脱力発作を伴うナルコレプシーの場合、90%以上の確率で白血球の血液型 HLA-DR2 が陽性である (Honda,1983)。ナルコレプシーの有病率は成人の0.02%と少なく (Dauvilliers et al,2007)、10代から20代前半までの間に発症しやすいことが指摘されている (Okun et al,2002)。他の睡眠障害と同様、肥満とそれに伴う糖尿病および (Honda et al,1986)、高コレステロール血症や消化器問題、心疾患、上気道疾患、高血圧などの身体疾患や、うつ病や不安障害などの精神疾患が併発しやすいことが指摘されている (Ohayon,2013)。

脱力発作を伴うナルコレプシーの治療は、長期的な薬物治療が主流である。疾患の特性上、薬物治療なしに症状を緩和させることは難しく、日中の眠気に対してはモダフィニルやメチルフェニデート、ペモリンなどの中枢神経刺激薬が (Sheng et al,2013; Michael,2015)、入眠時幻覚や情動脱力発作、睡眠麻痺については少量の抗うつ薬が用いられる (Vignatelli et al,2010)。日本睡眠学会(2015)の指針によると、モダフィニルは半減期が長いことが特徴で、ほかの中枢神経刺激薬では生じやすい依存を回避するために、第一選択として用いられる。ペモリンは半減期が長いものの肝機能が生じるリスクが高いため、少量の使用に限定することが指示されている。また、メチルフェニデートは半減期間がほかに比べて短いことに加え依存や乱用が生じる可能性があることから、使用に慎重になることも同時に指示されている。情動脱力発作を伴うナルコレプシーの治療の特徴として、慢性疾患であるとともに根治的治療が見つからないため、あくまで対症療法的な治療となるのが現状である。よって長期的に服薬を続けることになる。

情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおける心理社会的問題と対応

情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいても、症状の改善を目的とした治療方針については確立されている一方で、症状や治療に伴う心理社会的問題が存在すると考えられる。眠気などの症状に伴い、仕事や勉強の成果を上げることへの制限や対人関係上の困難が生じやすいことが指摘されており (Daniels et al,2001; Jennum et al,2012; Teixeira et al,2004), 実際に健常者に比べて社会的地位や雇用状況が望ましくないことが示されている (Dodel et al,2004; Jennum et al,2012)。また、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の半数以上が抑うつ感をかかえており (Daniels et al,2001), うつ病や不安障害などの精神疾患の併発も健常者に比べて発症しやすい (Ohayon,2013)。これらから、情動脱力発作を伴うナルコレプシーの症状に伴い、社会生活上の困難や心理的苦痛が生じやすいと考えられる。治療により症状は改善されるものの、主症状である眠気を抑える中枢神経刺激薬は長期服用による耐性が生じる場合があることや (Mitler et al,1994), 薬物治療を行っても健常者より強い眠気を抱えながら生活せざるを得ないことが指摘されている (Sheng et al,2013)。そのため、情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいては、薬物療法が功を奏したとしても、一定以上の眠気および、症状に伴う心理社会的問題を抱えながら生活していると推察される。また、薬物治療を開始した後も QOL, 抑うつ感ともに健常者と同等の状態には至らないことが指摘されている (Daniels et al,2001; Golicki,2010; Ozaki et al,2012)。さらに、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の抑うつ感や社会機能は症状だけでなく疾患に対する否定的認知の強さに伴い悪化するという指摘がある (Kapella et al,2015)。これを考慮すると、薬物治療により症状が軽減しても、心理的苦痛感や社会的困難は改善するとは限らない可能性が考えられる。以上から、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、薬物治療を行っていても、症状に関連する心理社会的問題が継続していると推測される。

さらに、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は特有の性格傾向が形成されることが指摘されている。本多(2002)は、「物事にこだわらない、自己主張の少ない、人のよい、親しみやすい、張りのない、あきらめやすい」性格が形成される提唱している。また、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は不安や内向性が強いことや (Beueler et al,1981), 知的な問題がないにもかかわらず心身の状態を周囲に陳述することが困難であることが指摘されている (Dorris et al,2008)。これらから、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は疾患に関連して、特徴的な性格傾向が生じる可能性が考えられる。

今日の睡眠医療において、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者に対して心理社会的援助が行われることは少なく、あったとしても夜間睡眠の十分な確保や計画的な仮眠の実施を目標とした認知行動療法がほとんどである(Agudelo et al,2014; Loggers,2011 越智 訳,2015)。しかし、症状に関連する否定的認知が抑うつ感などを予測することや(Kapella et al,2015)、日中の眠気や脱力発作と心理的側面との直接的関連性は見られないことを踏まえると(Vignatelli et al,2004)、既存の情動脱力発作を伴うナルコレプシーに対する心理援助のような眠気の改善のみに焦点を当てても、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の心理社会的問題を解決できるとは限らないと考えられる。第1節でも述べたように、慢性疾患治療においては症状自体でなく付随する心理社会的問題も改善する包括的な援助が求められる現状も考慮すると、睡眠医療、とくに情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいては症状や治療に伴い発生する心理社会的問題に対する包括的援助を構築する必要があると考えられる。

第2章 本研究の目的

第1節 先行研究の問題と本研究の目的

先行研究の概観から、近年は、慢性疾患全般においては、症状や治療に付随する心理社会的問題への援助を組み入れた包括的援助が構築されていると考えられる。一方、睡眠医療の領域においては症状焦点型の治療がいまだ主流であり、治療開始後も心理社会的問題を抱えている患者に対する援助は十分に構築されていないと考えられる。包括的な援助が構築されてきている睡眠障害もあるものの、情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいては、症状や治療に伴う心理社会的問題への援助についてはほとんど行われていないと推察される。しかし、情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいては、薬物治療開始後も症状が残存することや心理社会的困難を抱えながら生活せざるを得ないことが指摘されており、情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいても心理社会的問題に対する援助が必要と推察される。情動脱力発作を伴うナルコレプシーに対する心理社会的援助の構築がなされない理由としては心理社会的困難が存在することは指摘されているものの、それらが生じる機序が十分に検討されていないために、介入すべき点が不明となっていることが一因ではないかと考えられた。

よって、本研究は、睡眠障害の中でも情動脱力発作を伴うナルコレプシーに焦点を当て、薬物治療開始後に抱えている心理社会的問題が生じる機序を明らかにすることを目的とした。また、比較対象として、眠れないことを訴える患者においても、薬物治療開始後に抱えている心理社会的問題について補助的に検討することとした。眠れないことを訴える患者は、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者と正反対の症状を訴えるにもかかわらず、情動脱力発作を伴うナルコレプシー同様に薬物治療開始後も QOL が低い睡眠障害であることが指摘されていた。そのため、両者の心理社会的問題を検討することで、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者特有の心理社会的問題を相対的に検討するとともに、睡眠障害に共通した特徴についての示唆も得られるのではないかと期待した。

本研究を行うことで、薬物治療を行っている情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の心理社会的問題に関するアンメット・メディカル・ニーズを明らかにするとともに、睡眠医療における心理社会的側面を考慮した包括的援助に関する示唆が得られると期待した。

第 2 節 本研究の構成

情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおける心理社会的問題を明らかにする上で、まずは眠れないことを主訴とする患者に焦点を当て、薬物治療を行っている患者の心理社会的問題を明らかにすることを目的とした。はじめに補助的研究として、薬物療法を行っている眠れないことを主訴とする患者の心的体験プロセスの探索(研究 1, 研究 2)および、心的体験の睡眠状態への影響の検討(研究 3)を行うこととした。

次に、薬物治療を行っている情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者における心理社会的問題を明らかにすることを目的として、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者特有の行動形成の検討(研究 4)および、行動形成に至る心的体験プロセスの探索を対人関係(研究 5)と業務遂行(研究 6)に分けて行うこととした。

そのうえで、総合考察にて一見正反対の睡眠障害において共通する体験について考察するとともに、睡眠障害全般における心理社会的問題に関する示唆と睡眠医療における薬物療法実施患者への心理的援助の可能性、すなわち協働的援助の応用可能性について考察することとした。本研究の構成を図示化したものが図 1 である。

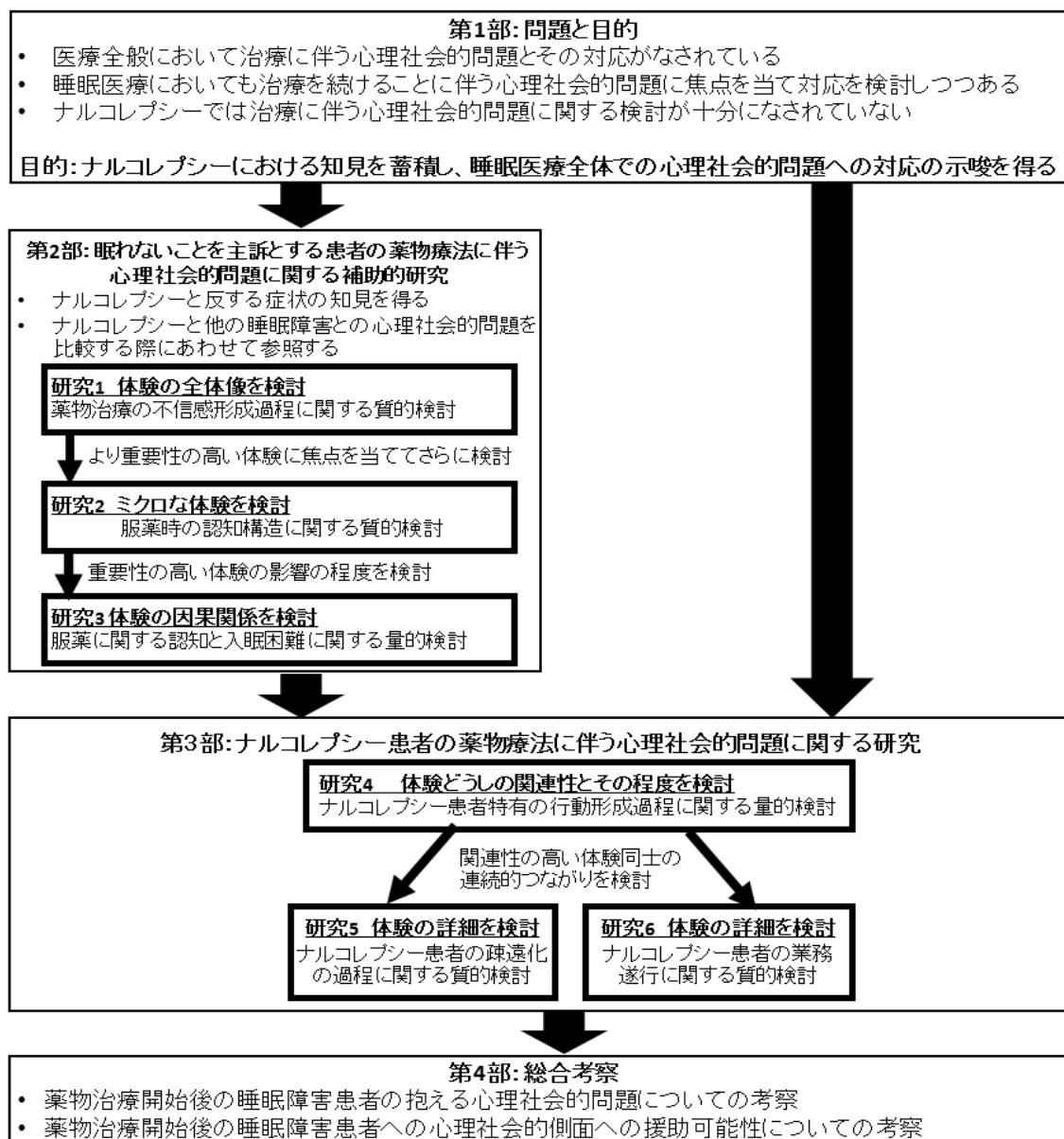


図 1. 本研究全体の構成

第 2 部 薬物治療中の眠れないことを主訴とする患者が 直面する心理社会的問題に関する補助的研究

第3章 眠れないことを主訴とする患者の治療への不信感の形成過程（研究1）

第1節 問題と目的

過眠症の代表例である情動脱力発作を伴うナルコレプシーの薬物治療に伴う心理社会的問題を明らかにするうえで、補助的に、眠れないことを主訴とする患者における薬物治療中の体験を明らかにすることとした。反対の症状でありながら、情動脱力発作を伴うナルコレプシー同様に治療開始後も心理社会的問題を抱える患者の示唆を得ることで、情動脱力発作を伴うナルコレプシー特有の体験をより明確化するとともに、睡眠障害全般に共通する心理社会的問題についての示唆を得られると考えられた。

今日の日本では、約10人に1人が夜間の眠れなさを訴えていることが指摘されている(厚生労働省,2008)。今日の日本において、眠れないことを訴える患者に対しては、薬物治療が中心に行われていると唱えられている(山寺 ほか,2008)。眠れない症状の改善を目的とする薬物治療は、服薬を継続することで睡眠状態が安定し、かつ①眠れない症状およびその原因が消失していること②眠れない事に対する恐怖感が消失していることの2条件が満たされた時点で服薬量を漸減していくことが推奨されている(内山,2002)。しかし、実際の現場においてはこれら2条件を満たすに至らず、薬物治療が長期化していく傾向にあることが指摘されている(Ohayon,1996)。よって、ナルコレプシーとは異なり、眠れないことを訴える患者の場合は、本来であれば薬を使用しなくても良い状態に至ることが可能であるが、実際は減薬可能な状況に至らず治療が長期化すること多いと考えられる。

眠れないことを主訴とする患者の場合は、薬物治療の長期化に伴い身体的問題のみならず心理社会的困難が生じることが指摘されている(Sussman,1993; Hingmarch,1991)。心理的問題の特徴として、大嶋ら(2005)は、薬物治療が長期化している者の多くは治療にもかかわらず期待通りに症状が改善せず、不満感を抱えていると指摘している。また、長期化する服薬生活のなかでQOLが維持できない、あるいは服薬を続けることに関して葛藤を抱える患者が一定数いることが指摘されている(井澤,1999)。これらから、眠れないことを主訴とする患者においては、薬物治療の長期化にともない、症状だけでなく治療状況や治療を行う自身に関連する心理的苦痛が二次的に生じている可能性が考えられる。

しかしながら、薬物治療の長期化に伴う心理的苦痛が生じる機序や対応策は具体化されていない。他の慢性疾患における服薬行動の研究はなされているものの、服薬管理やアドヒアランスの低さに関する示唆が中心である(Ganguli et al,2016)。これに対し、眠れない

ことを訴える患者においてはアドヒアランスの低さの問題は指摘されておらず、むしろ眠れないことを訴える患者は服薬し続けてしまう臨床容量依存が多いことが指摘されている (Laux et al.,1984)。この特徴を考慮すると、他の慢性疾患で行われている薬物治療中の心理社会的問題への対応策を睡眠の臨床に当てはめることは適切でないと考えられる。

以上から、眠れないこと訴える患者の薬物治療長期化にともなう心理的苦痛の形成プロセスを明らかにし、心理的側面に焦点を当てた援助の示唆を得られることが重要と考えられる。よって、本研究では、薬物治療の長期化にともなって眠れないことを訴える患者の心理的苦痛が生成されるプロセスを明らかにすることとした。

第2節 方法

1) 予備調査

薬物治療が長期化している患者を対象とした本調査において、特に焦点を当てるべき状況および、より具体的なリサーチクエスションを得るために本研究を行う前に睡眠専門外来に勤務している医師を対象に予備調査を行った。

方法として、医師3名を対象に10分から30分の半構造化面接によるインタビューデータを収集した。すべての医師は、睡眠学会による睡眠医療認定医の資格を持っていた。平均経験年数は 24.3 ± 8.3 年だった。収集したデータを、KJ法(川喜田,1967)を用いて分析した。この分析方法を選択した理由は、少数例から現象の実態を把握するのに適切と判断したためである。なお、インタビュー項目は「服薬が長期化してしまうまでにはどんなことが患者さんの中では起きていると思われますか?」「慢性不眠の患者さんは、ほかの不眠の方と違いどんな点でつまずいて服薬をやめられなくなってしまうと感じますか?」「診察中に患者の症状や治療に関する発言や態度に対して困ってしまった経験などはありますか?それはどのようなものですか?」「医師の先生方から普段見えない、なかなかわからないけれどもわかっていたら便利だなと思う患者さんの情報や様子はありますか?」の4項目であった。

その結果、表1に示す逐語例およびカテゴリーが得られた。薬物治療が長期化している場合、診察場面において医師の治療方針に患者が納得せず治療が思うように進まない場合があることが明らかになった。診察場面における、医師の立場から見た患者の“納得のしなさ”は、患者の立場からすると治療に対する心理的苦痛が表出された一場面であると考えられた。診察場面での体験は、患者の治療に関する心理的苦痛が生じる場面のひとつであると考えられたことから、本調査において診察場面での体験に焦点を当てながらデータ収集を行うことは適切であると判断した。よって、本調査では医師から見た患者の“納得のしなさ”，すなわち診察場面における医師・患者間での対立状況が形成されるプロセスを明らかにすることを目的とした。

表 1. 薬物治療が長期化する患者に対する医師の理解と対応

最大グループ	下位グループ	逐語の例
治療の納得の得にくさによるもの	治療に納得しない	フレキシビリティに欠く人ってわけだけどね, そういう人はC B Tにいれても難しいし, 睡眠薬治療によってもやっぱり自分の流儀を貫き通しちゃうから, 結局こうなっちゃう[両手で平行線表す]んですよ, うまくそりが合わない。(医師 C)
	指示通りに行動できない	まず飲まないで布団に入ってみてくださいと。で, そうすることで眠れちゃう, 眠れた方はお薬やめることできるけども, そうじゃなかったひとはやっぱりそのまま, やっぱり眠れなかったから飲んでます一って感じで続けちゃってるかなって(医師 A)
不適切な情報・治療によるもの	誤った情報提供	あるいは近所のおばさんに睡眠薬なんて毒だから早くやめなさい, 死んじゃうよ一っていう情報が入ってくる。(医師 B)
	謝った薬物療法の実施	治療計画の立て間違いで, あのーいわゆる, せーのって薬を出して, ただ何となく漫然投与してると, そうするとダーッとやめるのを忘れてるわけですよ, 結局。減らしたりやめたりするのを忘れてると, そのために長期化してしまっただけのために耐性ができてしまっただけっていう。(医師 C)
生活水準の維持によるもの		うん, まあ, 別に副作用とか感じてないからもうルーチンワーク的に眠る前に飲んで寝てますって人が多くて。(医師 A)
医師の対応	医師による治療の提供	まあ一応半分にしてみてくださいとかーその, まず飲まないで寝てみて, で 30 分経っても寝付けなかったら, その枕元に置いたお薬飲んでくださいつつてもう。(医師 A)
	医師による心理的介入	だからあなたの望むやり方ではここまでしかもうゴールは行きませんよっていうのを示して, で, もうそれでゴール設定を確認しあうしかないですよ。(医師 C)
患者の特性	囚われの強さ	んーあとはなかなか誤った認識がなかなか強固に取れないってのがあって, 睡眠薬はそうはいっても全くないとか, 睡眠薬はそうはいっても全く一とかね, あとはやはり, えっと一薬の安全性だとか治療の必要性だとか睡眠時間が短くても大丈夫なんだよとか, そういう正しい知識に対して受け入れに抵抗が強い人は結構いますね。(医師 C)
	不安の高さ	不安障害がなくて, や, レベルによると思うけど。えっと一その慢性不眠で不安障害がない人っていいなような気がする。(医師 B)
	コントロール力の低さ	で, 悪性はいっぱいこじれてたりね。もう眠れない眠れない, ああでもないこうでもないって言って, そのうえで, そう, 睡眠衛生なんかを自分で整えきれないような・・・(医師 C)

2) 本調査

研究協力者

2011 年 7 月から 12 月までの期間に、施設責任者から研究協力の承諾を得られた睡眠専門外来 2 施設に眠れないことを主訴として通院しており研究協力の同意を得られた患者 12 名および、精神科外来に不眠症状を主訴として通院しており研究協力の同意をえられた患者を対象とした。研究協力者の基本的な選択条件は、薬物治療実施期間が 6 ヶ月以上の場合を薬物治療長期化と定義し(宗澤ほか,2007)、薬物治療を実施している眠れないことを訴える患者を対象とした。

本研究の研究協力者は、理論的サンプリングによって選択された。カテゴリー生成を目的とした第 1 段階の研究協力者は、上記の条件に基づいて研究協力者を選択した。カテゴリー精緻化を目的とした第 2 段階では、治療の第二選択肢であるカウンセリングを利用している患者を選択した。カテゴリー精緻化を目的とした第 3 段階では、薬物治療実施期間が 6 か月未満の患者を対象とした。カテゴリー精緻化を目的とした第 4 段階では、カウンセリングを利用していない患者を選択した。カテゴリー精緻化を目的とした第 5 段階では、一般の精神科外来に通院している患者を対象とした。カテゴリー確認を目的とした第 6 段階では、第 1 段階と同様、上記に述べた条件に合致する患者を対象とした。なお、研究協力者の選択基準の根拠および判断過程は、下記の分析過程に詳述する。

男性 3 名、女性 12 名に協力を仰いだ結果、女性 1 名は協力拒否された。また、女性 1 名は同意を得られたものの、インタビュー時間が十分に取れず分析対象となるデータを十分に得られなかった。よって、最終的に男性 3 名、女性 10 名の計 13 名が分析対象となった(表 2)。

不眠症状の診断に関し、診断する医師によって、DSM-IV-TR(American Psychiatric Association,2000)に基づいて原発性不眠症と診断した場合と、睡眠障害の診断基準を示す ICSD-2(American Academy of Sleep Medicine,2005)に基づいて精神性理性不眠と診断した場合があったが、両者の診断基準はほぼ同一であることから(Schutte-Rodin et al,2008; 山寺ら,2008)、すべての研究協力者は DSM-IV-TR(American Psychiatric Association,2000)の原発性不眠症の診断基準を満たしていると判断した。精神疾患については、いずれの医師も DSM-IV-TR に基づいて診断されていた(American Psychiatric Association,2000)。6 名が精神疾患の合併症を抱えていた。精神疾患の詳細は、表 2 に示す。なお、全ての研究協力者の不眠症状および精神疾患は、日本睡眠学会認定医師または

表 2-1.研究協力者の一覧

		A	B	C	D	E
基本情報	職業	主婦	事務職(デスクワーク、外回り)	無職	リトミック講師(アルバイト)	主婦・週2-3回自営手伝い
	性別	女	男	女	女	女
	年齢	66歳	46歳	56歳	35歳	31歳
	不眠発症時期	11年前	8-9年前(自記)	不明	3年前(自記)	生来
	服薬年数	13年	8.5年	7年	3年	6年(漢方;10年前に1年半服薬経験有)
	家族歴	特記なし	特記なし	特記なし	特記なし	親類に精神疾患患者あり、同症状はなし
眠れない症状の訴え	入眠困難有無	+	+	-	+	+
	中途覚醒有無	+	-	+	+	+
	多夢/浅眠感	-	+	+	-	-
	早朝覚醒	-	+	+	-	-
症状・診断	現病・診断名	原発性不眠症	原発性不眠症	原発性不眠症	原発性不眠症	原発性不眠症
	既往歴	レストレスレッグス症候群	うつ病	体位依存性睡眠時無呼吸症候群、身体愁訴	睡眠関連摂食障害、軽度抑うつ	特に無し
処方内容	面接時点の処方	レキップ0.25mg:2錠、デパス0.5mg:3錠	エスタゾラム、ハルシオン、フルボキサミン	ロゼレム8mg:1錠、ジェイゾロフト25mg:3錠、レンドルミン:1錠、Oral Applianceの着用	ロゼレム8mg:1錠	無し
	データ収集機関初診前の処方歴	バイアスピリン100mg:1錠 エパデールス600:1包 リパロ2mg:1錠 リボトリール0.5mg:1錠	エチゾラム2mg:1錠 ハルシオン0.25mg:1錠 フルボキサミン50mg:2錠 アモキシサン25mg:8錠 ガスモチン5mg:4錠	レンドルミン0.25mg:1錠 エストロゲンジェル塗布	ベゲタミンB:1錠 プルゼニド12mg:2錠	漢方
	データ収集機関での処方歴	ビシフロ-0.125mg:1錠 レキップ0.25mg:1錠 デパス0.5mg:3錠	他院にて処方	ロゼレム8mg:1錠 ジェイゾロフト25mg:3錠 レンドルミン:1錠 Oral Applianceの着用	ロゼレム8mg:1錠 プルゼニド12mg:2錠 パキシル10mg:1錠 ロゼレム8mg:1錠	無し
日中の眠気		JESS13点	薬を変更後、週1回21時頃に眠気が出現	入眠困難の改善により改善 初診JESS21点	特に無し	特に無し

DSM-IV-TRにおける原発性不眠症とICSD-2における精神生理性不眠はほぼ同一の診断基準であることから、すべて原発性不眠症と表記した

表 2-2.研究協力者の一覧

		F	G	H	I
基本情報	職業	アルバイト(デスクワーク)	システムエンジニア	事務職	自営業(元 商社勤務)
	性別	女	男	女	男
	年齢	28歳	45歳	37歳	72歳
	不眠発症時期	生来	5年前	2年前	20年前
	服薬年数	0.2年		1年	20年以上前
	家族歴	父親が睡眠時無呼吸症候群	特記なし	特記なし	特記なし
眠れない症状の訴え	入眠困難有無	+	+	+	+
	中途覚醒有無	+	+	+(時折)	+
	多夢/浅眠感	-	+(時折)	+	
	早朝覚醒	-			
症状・診断	現病・診断名	原発性不眠症	原発性不眠症	原発性不眠症	原発性不眠症
	既往歴	特に無し	高血圧、適応障害	特に無し	特に無し
処方内容	面接時点の処方	ハルシオン0.125mg:1錠、レンドルミン0.25mg:1錠	デジレル25mg:1錠、ロゼレム8mg:1錠、メイラックス2mg:1錠、ドラーレ15mg:1錠	メイラックス2mg:1錠	ベンザリン10mg:1錠、レンドルミン0.25mg:1錠、マイスリー5mg:1錠、レスリン25mg:1錠、マグラックス500mg:2錠
	データ収集機関初診前の処方歴	デパス(頓用) マイスリー(頓用)	デジレル25mg:1錠 ロゼレム8mg:1錠 メイラックス2mg:1錠 ドラーレ15mg:1錠	マイスリー メイラックス2mg:1錠	ロゼレム8mg:1錠 ハルシオン0.125mg:1錠 ベンザリン5mg:1錠
	データ収集機関での処方歴	ハルシオン0.125mg:1錠 レンドルミン0.25mg:1錠	メイラックス2mg:1錠 サイレース1mg:2錠 メイラックス2mg:1錠 サイレース1mg:2錠 テトラミド10mg:1錠 レンドルミン0.25mg:1錠		ベンザリン10mg:1錠 レンドルミン0.25mg:1錠 マイスリー5mg:1錠 レスリン25mg:1錠 マグラックス500mg:2錠
日中の眠気		特に無し	特に無し	特に無し	特に無し

DSM-IV-TRにおける原発性不眠症とICSD-2における精神生理性不眠はほぼ同一の診断基準であることから、すべて原発性不眠症と表記した

表 2-3.研究協力者の一覧

		J	K	L	M
基本情報	職業	会社員	大学生	会社員[デスクワーク]	パート
	性別	女	女	女	女性
	年齢	29歳	22歳	24歳	49歳
	不眠発症時期	5年前	0.5年前	2年前	2年前
	服薬年数	不明	0.5年	1.5年	1.5年
	家族歴	特記なし	不明	不明	特記なし
眠れない症状の訴え	入眠困難有無	-	+	+	+
	中途覚醒有無	+	+		+
	多夢/浅眠感	+		+	+
	早朝覚醒	+	+		
症状・診断	現病・診断名	原発性不眠症	原発性不眠症	原発性不眠症	原発性不眠症
	既往歴	特に無し	不安障害(本人陳述)	自律神経失調症、不安障害(本人陳述)	特に無し
処方内容	面接時点の処方	リスミー1mg:2錠	ロヒプノール、デパス、セロクエル、サインバルタ	アモバン、ハルシオン、胃腸薬、筋弛緩剤	デパス0.5mg:2錠、アモバン7.5mg:1錠、ピオフェルミン錠剤:3錠
	データ収集機関 初診前の処方歴	マイスリー5mg:1錠 リスミー1mg:2錠			マイスリー5mg:2錠
	データ収集機関での 処方歴				デパス0.5:1錠 アモバン7.5:1錠 ピオフェルミン錠剤:3錠
日中の眠気		初診ESS12点	特に無し	特に無し	初診JESS15点

DSM-IV-TRにおける原発性不眠症とICSD-2における精神生理性不眠はほぼ同一の診断基準であることから、すべて原発性不眠症と表記した

精神保健指定医によって診断されていた。また、研究協力者のうち 1 名は精神疾患と高血圧を、1 名は精神疾患と自律神経失調症を併発していた。なお、睡眠障害の合併症に関し、レストレスレッグス症候群 1 名、体位依存性睡眠時無呼吸症候群 1 名、睡眠関連摂食障害 1 名がいたが、全員治療により改善した状態だった。研究協力者の年齢は平均 53.3(SD=19) 歳であった。服薬年数は平均 6.0(SD=8.1) 年であった。

データ収集方法

半構造化面接により言語データを収集した。面接時間は平均 53 (SD=19) 分だった。IC レコーダーに録音した面接を、個人情報をすべて省いて逐語化し、言語データ化したものを分析対象とした。なお、面接から逐語化までの一連の作業はすべて著者自身が行った。

予備調査の結果をもとに、診察場面における医師からみた患者の“納得のしなさ”はどのように形成されるのか、というリサーチクエスションを設定した。半構造化面接を行うためのインタビューガイドとして、①治療を開始してから現在までどのように症状と生活状況が変化してきたか、②薬物治療や医師との診察のなかでよかった対応や経験は何か、それはなぜか、③薬物治療や医師との診察の中でよくなかった対応や経験はあるか、それはなぜか、④③についてどんなだったらよかったと思うか、⑤いままで話したこと以外で症状や治療を続けていくことに関して普段考えていることはなにか、の 5 つの質問項目を設定した。そのうえで、面接の流れや状況に応じて質問の順番や質問の仕方を適宜変更すると共に、理論的サンプリングによるリサーチクエスションの具体化や収集すべき情報の変化に伴い質問項目を精緻化していった。

実施手順として、はじめに研究協力者から口頭で一旦同意を得たうえで面接室に招き、あらためて研究目的の説明、倫理的配慮の説明、研究説明の理解の確認、紙面を用いた同意の確認、の順序で研究説明および同意取得を行い、同意を得られた場合のみ面接を行った。面接開始の同意を研究協力者から得られた時点で録音を開始し、面接初期はプロフィールなど基本的な質問やクローズドクエスションを中心に聴取し、次第に核心的な内容に関する質問やオープンクエスションを増やしていくことで、研究協力者が語りやすいよう配慮した。

データの信憑性を確保するため次のことに留意した。研究協力者に対し、密室内で面接を行うことを前提としたうえで、語られた内容は患者の通院する機関の関係者をはじめとした他者には一切を漏らさない旨を時十分に説明することで、誠実な語りを促した。また、

面接実施者が不眠症における薬物治療に関する基本的知識および協力施設の治療の流れについて把握しておき、研究協力者が治療に関する事実関係と明らかにかけ離れていることを語っている場合は察知できるように努めた。

なお、研究協力者は患者とかかわるのはデータ収集時のみであり、日常的に患者の治療に関わることはなかった。また、所属を明示していたため、各クリニックとは何も関係がなく、個人の発話内容をクリニックに所属する者に開示することはないことを約束していた。このことから、治療に対する不満をはじめとして、医療従事者には伝えにくい患者の思いや体験についての語りも得やすかった可能性がある。さらに、臨床心理学について学んでいることを明示し、研究協力者は著者が知らないことを教えてくれる立場であるという認識が形成された可能性がある。

倫理的配慮

本研究は、東京大学研究倫理審査委員会から承認を受けて実施した。また、全ての研究協力者は、事前に十分な説明を受けた上で、口頭および文書にて研究協力の同意を得た。

分析方法

本研究では、理論的構築が可能であり、かつ分析手順が明確であることから実証性に優れていると考えられるグラウンデッド・セオリー・アプローチ(Straus A et al,1990)を援用し、逐語化したインタビューデータを分析していった。具体的な手順は以下のとおりである。

- ① データの読み込み：逐語化したインタビューデータを十分に読み込みデータの全体像を把握した。
- ② データの切片化：データを一つのまとまりごとに細かく分けていった。データの分量は一文程度であった。ただし一文の途中で内容が明らかに変わった場合は、接続詞を目安にしながら分けた。
- ③ 概念の作成：切片化したデータを読み、内容を最も適切に表す名前をそれぞれに付けていった。過度な抽象化を避けるため、インビボ・コードを意識して実施した。
- ④ カテゴリーの生成：類似した概念同士をひとまとまりにし、それらの概念を適切に表す名前を付けた。
- ⑤ カテゴリーグループの作成とカテゴリーの精緻化：類似したカテゴリー同士をひとま

とまりにし、カテゴリーグループを作成した。カテゴリーグループの関連性およびカテゴリーグループに含まれるカテゴリーは分析過程で適宜再編成された。

- ⑥ 理論モデルの生成：カテゴリーグループおよびカテゴリーの関連性に基づき体験プロセスのモデルを生成していった。

全ての手順において、常にデータとデータ、インビボ・コード、カテゴリーとの絶えざる比較を行った。こうすることで、データやカテゴリー間の相違や特徴を明確に認識するとともに、データに対する恣意的な推測やカテゴリー生成を防ぎ、データに基づいた理論の構築を目指した。また、分析が恣意的にならないように、本研究に関与しておらず且つグラウンデッド・セオリー・アプローチの分析の経験がある大学院生 2 名が、逐語データの解釈およびコーディング、カテゴリー生成、カテゴリー同士の関連付をチェックした。

分析過程

生成されたカテゴリーおよびカテゴリーグループを精緻化し妥当性を高めるため、理論的サンプリング(Strauss A et al,1990)を実施した。理論的サンプリングとは、研究協力者を追加しては分析し、その結果に基づき新たな研究協力者を選択、データ収集して分析するという循環的な手順である。そして、理論的飽和に達したと判断された時点でデータ収集を終了した。本研究では、理論的飽和に達したと判断された 13 名の時点でデータ収集を終了した。初めのカテゴリーの生成を目的に研究協力者 A,B,C を対象にインタビューと分析を行ったうえで、カテゴリーの精緻化を目的に第 2 段階では D と E, 第 3 段階では F, 第 4 段階では G, H, I, J, 第 5 段階では K, L を対象にデータ収集および分析を行った。そして、カテゴリー確認を目的に M を対象にデータ収集および分析を行った。以下に、分析過程について詳述する。

なお、カテゴリーグループは【**I**】、カテゴリーは「**I**」、下位カテゴリーは<**I**>、実際の語りは“*斜体(研究協力者)*”，カテゴリーの定義は『**I**』と記述する。

第 1 段階：カテゴリー生成のための分析

第 1 段階ではカテゴリーの生成を目的としていた。予備研究の結果をもとに医師との治療場面に焦点を置きながら、患者の視点による治療の捉え方を明らかにしていくことを目的とし、3 名を対象にデータ収集を行った。彼らは全員 A クリニックにて不眠症のための薬物療法と認知行動療法を受けており、うち 2 名が A クリニックで薬物療法を受けてい

た。また、全員主治医の変更を経験していた。変更した治療機関は内科、精神科、神経科、あるいはAクリニック内であった。Aクリニックは、睡眠障害治療の研究機関と併設していることから最先端の治療提供を目指しており、より重度の患者が集まる傾向にある。分析の結果、下記のようなカテゴリーおよび下位カテゴリー、カテゴリーグループが生成された。また、カテゴリーグループの分類および、カテゴリー同士の関連についても示された。

“眠になると今度はやっぱり、寝てから3時間か4時間くらいで起きてしまうっていう、それがいまだに続いてますね。(研究協力者.A)” “のーそんな睡眠導入剤を年がら年中変えてたって何の効果もないからおんなじもの(研究協力者.B)” “どれも今一つ。ハルシオンとかも飲んでみたんですけども。(研究協力者.C)” という語りから、薬を変更されても、十分な睡眠を得られていないと患者が感じていると解釈された。これらの語りをまとめて＜まだ眠れていない実感＞を生成し、『治療にも関わらず、現在も十分に睡眠が得られていないと感じていること』と定義した。また、“でもドラールってのがともかく、朝の心地が悪いという。(研究協力者.A)” “ね、寝たかんじが、すごく明け方一起きてもずっと昼間残ったりとか、強すぎると残ったりとか。(研究協力者.C)” という語りから、服薬にともない体調が悪くなることがあると感じていると解釈された。そして、治療の特性上、服薬は毎晩行うことから、毎日そのような体調の悪化を体験しながら生活していると考えられた。これらの語りをまとめて＜副作用の出現＞を生成し、『薬の副作用を抱えながらの生活していること』と定義した。＜まだ眠れていない実感＞＜副作用の出現＞を見比べたところ、服薬した結果生じる体験は異なるものの、服薬しても期待するような体調変化が生じず苦痛感を抱えながら生活しているという点で共通していると考えられた。よって、これらをまとめて「改善しない症状」を生成した。

“1時半ぐらいに目が覚めてしまってまた寝付けなくなってしまって、で、結局朝会社に行く準備ができなくてー、えー会社を休みがちになってしまう(研究協力者.B)”や“待合室とか電車とか劇場とか、たとえばこうわりと寝ちゃうんですね。(研究協力者.C)” という語り得られた。これらから、研究協力者は、薬物治療を行っている状況でも不眠症状や薬の効果にともなう不調が生じるために日中にやるべきことを思うようにこなせないと感じており、それに対し不満感を抱えていると解釈された。これらをまとめて＜生活が制限される不満＞を生成し、『症状や治療に関連して日常生活が制限され不満を感じること』と定義した。また、“もし薬なしで済むようになるんだったらばそういう風に、そのほうが

望ましいだろうと。(研究協力者.B)” “とにかくやめたかったんです。(研究協力者.C)” といった語りから、現在は薬物治療を行っているものの、本当は薬がない状態で眠れる生活を送れるようになりたいと考えていると解釈された。これらの語りをまとめて<薬が必要無い生活を希望>を生成し、『薬がない状態で十分な睡眠を得られる生活を望んでいること』と定義した。睡眠状態の改善を優先するために現在は甘んじて薬物治療を続けていると推察されたため、定義には『十分な睡眠を得られる』という説明を付け加えた。また、<生活が制限される不満>と<薬が必要ない生活を希望>を見比べたとき、両者とも理由は異なるものの薬なしで眠れるようになることを希望していると解釈された。よって、これらの下位カテゴリーをまとめて「完治を切望」を生成した。

“死ぬまで飲み続けたいといけないのかなっていう(研究協力者.B)” “どんどん悪くなるような気がしましたんでね(研究協力者.C)” といった語りから、ずっと治療を続けることになるのではないかとこの患者の懸念を抱えていることが示唆された。これらの語りをまとめて「一生治らない懸念」を生成し『今後死ぬまでずっと治療を継続しなければならない懸念』と定義した。

“もうちょっとこう様子を、たとえばそのお薬で、なんていうのかな、少し量を増やすとか、そのお薬をさっと変えられたっていうのがね、ちょっと気になったんです。(研究協力者.A)” “時間にしてたかだか10分だか、そこらの話で終わってしまうのでこちらの思いとか考えがしっかり伝わってるかどうかというのは非常に不安はありましたね。(研究協力者.B)” “そういうのだったらこれがいいです、これがいいですってのはないです。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらから、研究協力者は、診察内での医師とのやり取りが少ないことで、医師が自分の症状をどのように理解し治療の判断を行ったのかがわからないと感じていると解釈された。また、“もうちょっとこう様子を” “そこらの話で終わってしまう” という表現から、そのような体験に対し研究協力者は否定的な認識を持っていると解釈された。これらの語りをまとめて「つかめない治療方針」を生成し、『医師がどのように自分の症状を理解し治療方針について判断したのかがわからないと感じていること』と定義した。

“じゃあ別の種類になっちゃったのかなっていう、こう、こちら側としては心配するじゃないですか。(研究協力者.A)” “妥当性があるかどうかっていうのは不安っていうか、不安っていうと大げさですけども。(研究協力者.B)” という語りから、治療場面における医師の治療方針に対し、研究協力者は不安感を抱えていると解釈された。これらの語りをま

とめて「治療方針に対する不安感」を生成し、『現状の治療でよいのかどうか不安に感じる
こと』と定義した。

また、カテゴリーグループに関し、「完治を切望」と「一生直らない懸念」については、
予測している内容は反対であるものの、共通して自分自身が今後どうなるかに関する認知
を示していると考えられた。よって、これらをまとめて【自身の今後の認識】を生成した。

さらに、「完治を切望」と「一生治らない懸念」のカテゴリー同士の関連に関し、“だから、
母親と、まあ血のつながりがあるからってのもありますけども、おんなじように死ぬ
まで飲み続けないといけないのかなっていう、不安、不安、まあ不安でもないです。まあ、
飲めば寝れるんならそれでもいいんじゃないかっていう気持ちもいまでもあるんですが、
ただ、ここのクリニックに通い始めたことを母親にも話したんですけども一まあいっぺん
そういうところで治してみても、うん、改善というか、もし薬なしで済むようになるんだっ
たらばそういう風に、そのほうが望ましいだろうと。(研究協力者.B)”という語りが得られ
た。研究協力者 B は、自分の母親と同じように死ぬまで睡眠薬を飲み続けるのではとわず
かな不安を抱えており、睡眠薬なしで眠れるようになりたいという思いからクリニックに
通っていると考えられた。この語りに基づくと、患者は「完治を切望」している一方で「一
生直らない懸念」を抱えていることから、不安になり治療をクリニックで行っていると解
釈された。

さらに、「つかめない治療方針」と「治療方針に対する不安感」のカテゴリー同士の関連
に関し、“時間にしてたかだか 10 分だか、そこらの話で終わってしまうのでこちらの思い
とか考えがしっかり伝わってるかどうかというのは非常に不安はありましたね。(研究協力
者.B)”という語りから、研究協力者 B は診察において医師とのやり取りがほとんど無く
終了することで、医師が自分の状態をしっかり理解しているのか不安に感じていると考え
られた。この語りに基づくと、診察場面において「つかめない医療方針」を体験すること
で「治療方針に対する不安感」が生じると解釈された。

以上から、第 1 段階では、完治したい思いと一生治らない不安との葛藤を抱える中で治
療を続けていること、そして診察場面では医師の治療方針がつかめないと感じたり、治療
方針に対する不安を感じていることが示された。これらから、患者は治療場面において何
らかの不満を抱えているのではないかと考えられる。よって、第 2 段階では治療場面に
おける不満の詳細を明らかにすることを目的とした。治療場面において患者がどのような不
満を抱いているのかに焦点を当てるため、不満を感じていると考えられる患者を対象にす

ることとした。

第2段階：カテゴリー精緻化のための分析

第2段階では、カテゴリーの精緻化を目的としていた。第2段階では治療場面における不満の詳細を明らかにすることを目的とした。そのため、研究協力者の条件は、方法にて述べた条件に加え、カウンセリングを併用している患者とした。日本に最も普及されている薬物療法だけでなく、カウンセリングを併用しているということは、患者は薬物療法だけでは不眠症が改善しないと感じていると考えたためである。よって、データ収集時には、とくに薬物療法に対する否定的な体験やや思い、気持ちについて重点的に尋ねた。その結果、下記に述べるカテゴリーおよび下位カテゴリーが生成された。第2段階の研究協力者は、研究協力者Dと研究協力者Eの2名であった。また、カテゴリーグループの分類および、カテゴリー同士の関連についても示された。

第1段階で得られた“あとやっぱり目が早く覚めるってことは確実に睡眠障害がひどく
なってるんだってのが。(研究協力者.C)”および“ああまあ、あの先生の今日の感じだ
と、あーあと2年か3年かかるなーってのはちょっと、ちょっと思っちゃったので。(研究
協力者.D)”という語りが得られた。これらから、研究協力者は、診察での医師から得られ
た説明以外から、自分自身の状態を捉えようとしていると解釈された。これらの語りをま
とめて＜医師の説明以外から状態像を予測＞を生成し、『医師の説明以外とは別の情報に
基づいて患者の状態像を予測すること』と定義した。＜医師の説明以外から状態像を予測
＞と「つかめない治療方針」は共通して、医師による状態や治療方針について明示されて
いないと感じていることを示す体験であると解釈された。よって、「つかめない医療方針」
を下位カテゴリーに変更した上で、これらをまとめて「医師の意図がわからない」を生成
した。

“どうせ治んない(研究協力者.D)”“正直不信感をだんだん抱いてしまう、うん。(研究協
力者.E)”といった語りが得られ、研究協力者は薬物治療を受け続けても症状は改善しない
と考えていると解釈された。これらの語りをまとめて＜治療効果がないと思う＞を生成し、
『現在の治療は不眠症状の改善に役立たないと考えていること』と定義した。また、第1
段階で生成された「治療方針に対する不安」と見比べ、両方とも治療がうまく行かないの
ではないかという心情を抱いていると捉えられた。よって、「治療方針に対する不安」を下
位カテゴリーとした上で、これらをまとめて「治療への不信感」とした。

“どうやって、やめていくのかわからないみたい。 (研究協力者.E)” “自分も癒えてく経過がわからないし。 (研究協力者.D)” という語りから、服薬している現状からどんなプロセスを経て薬がない状態で眠れるようになるのかがつかめないと感じていると解釈された。これらの語りをまとめて「わからない改善プロセス」を生成し、『自分が今後どのようなプロセスを経て改善していくのかつかめないと感じていること』と定義した。

“私には行くっていう選択肢しかないわけじゃないですか。行かなければ良くならないのはわかってるわけだから。 (研究協力者.D)” や “長い目で見ればいいかなっていうのもどこかであるんで。 (研究協力者.E)” という語りがえられた。これらから、不眠は改善していないが、治療をやめると不眠が治ることは絶対になくなるため、わずかな可能性を信じて治療を継続していると解釈された。これらをまとめて、「わずかな希望による通院」を生成し、『治療をやめると治る可能性が無くなると考え治療を続けること』と定義した。

“ほんでお薬の方は、今まで飲んでるものを言うだけでしたから。 (研究協力者.C)” および “薬はとりあえず与えて、みたいな感じなんだとか、 … (研究協力者.D)” という語りが得られた。これらの語りから、医師は熟慮せず毎回単調に薬を出しているだけだと感じていると解釈された。とくに “…だけ” “とりあえず” という表現から、そのような状況を否定的に捉えていると解釈された。これらの語りをまとめて「毎回同じに感じられる治療」を生成し、『医師の診療に対し、医師は症状について熱心に検討せず機械的に同じ治療を提供しているに過ぎないと捉えること』と定義した。治療内容は客観的に見て「毎回同じ」かは不明であり、あくまで患者の視点から見た主観であるため「…に感じられる」という表現を追加した。

“眠れない自分に嫌になりますね、いつまでこんなのかなーとか何でこんなのかなーとか嫌になるのですね。 (研究協力者.E)” “仕事もできないし、子供もできないし、そういうふう、そういうなんか中途半端な自分はすごい嫌だな。 (研究協力者.D)” という語りが得られた。これらから、今後も症状や治療が続いていくと考えており、治療や症状が続いている自分に対して嫌悪感を抱えていると解釈された。これらの語りをまとめて「今後の自分への嫌悪」を生成し、『今後も治療が続いていく状況やそんな自分に嫌悪感を抱くこと』と定義した。そして、【自分自身の今後の認識】の1カテゴリーとして位置づけた。

カテゴリーグループに関し、「わずかな希望による通院」、「治療への不信感」と「わからない改善プロセス」は、結果としての不信感、希望や症状に対する今後という点で焦点を当てているところは異なるものの、両者とも共通して治療の内容に対する認識を示すカテ

ゴリーであると解釈された。これらをまとめて【治療に対する認識】を生成した。

カテゴリー同士の関連に関し、“あと2-3年かかるんだね、みたいな。(面接者：医師が直接いうんじゃなくてそういう言葉尻を受けながら、あーかかるんだって。) そうそうそう そうですね。なん。で、お医者さんも、え、多分私の顔を見て今日診断してるなどか、なんかそういう感じ。そういうのも感じるし、ほとんどそうなんだろうなって。薬はとにかく、薬はとりあえず与えといて、みたいな感じなんだとか、もうそういう不信感に、どんどん不信、医者不信みたいになっちゃう。(研究協力者.D)”という語りが得られた。研究協力 D は、診察のなかで、医師はまだ治らないと考えている、あるいはただ薬を出しているだけで誠実に治療に望んでないだろう、と医師の言外から予測し、その結果として不信感がどんどん募っていると解釈された。この語りから、カテゴリー同士の関連として、診察場面での医師とのやり取りのなかで、症状の見立てや処方判断に関する「医師の意図が分からない」と感じることで、自分自身だけで考えた結果、「毎回同じに感じられる治療」を提供されているだけだと思い至り、「治療への不信感」を次第に抱えるようになっていくと解釈された。

また、「完治を切望」と「一生治らない懸念」、「今後の自分への嫌悪」のカテゴリー同士の関連について、“眠れない自分に嫌になりますね。いつまでこんなのかなーとか何でこんなのかなーとか嫌になるのでね。私にとってつらいことですね。(研究協力者.E)”という語りが得られた。“いつまでこんなのかなー”という表現から、完治を希望しているにもかかわらず、今後もずっと治療や症状が続くかもしれないと感じていると解釈された。そして、そんな自分に対し嫌悪を感じていると解釈された。これらから、「完治を切望」する一方で「一生治らない懸念」を感じていることで、「今後の自分への嫌悪」が生じていると考えられた。

さらに、「治療への不信感」、「分からない改善プロセス」、「一生治らない懸念」のカテゴリー同士の関連について、“3 か月経っても一別に薬もなんにも変らないし、あれーいつ減るのかなーみたいな感じで。でっで、それこそほんと、治療方針がわかんないからーこの薬はどうやって減ってくんですかーみたいな話で、どのくらいの単位で。例えば1年とか一半年とかの単位でね、あの一先生が目安を決めてくれたら私も病院に来る気持ちが湧くけど、先が見えない治療に対して、しかも、それこそただ何かすり傷だったらだんだんカサブタになってーカサブタが治っていくとあー治ってくーってわかるけどー。(研究協力者.D)”という語りが得られた。研究協力者 D は治療方針が分からず、先の見えない同じ

ような治療を繰り返すなかで、不眠症状のように目に見えにくい疾患であることもあり、カサブタのように今後どのようにして改善していくのかが見えないと感じ、今後の症状の改善に対する期待感が小さくなっていると解釈された。これらから、「医師の意図が分からない」ことで「毎回同じに感じられる治療」を続け「治療への不信感」が形成される体験をする中で、「分からない改善プロセス」を抱くようになり、「一生治らない懸念」が高まると解釈された。

以上から、第2段階では治療への不信感が形成されるプロセスが示された。また、このプロセスは、体験が長期化する中で次第に形成されていく特徴が示唆されたことから、第2段階で示されたプロセスは治療初期から生じているわけではないことが推察された。この体験が次第に生じるものであること、また長期化していく中で次第に形成されているという主観的体験について現在進行形の語りとして得ることを目的に、第3段階では、まだ治療が長期化に至っていない患者を対象にデータ収集および分析を行っていくこととした。

第3段階：カテゴリー精緻化のための分析

第3段階では、第2段階まで出えられた体験が次第に形成されていくことを受け、現在形成されていく途中の段階にいてと考えられる、まだ長期化に至っていない患者の語りをえることで、第2段階まで出えられた体験を聖地化していくこととした。研究協力者の条件は、方法で述べた条件の①ベンゾジアゼピン系薬物を用いた薬物療法を受けていること、②不眠症が心理的要因によるものであることの2点に該当していることに加え、薬物療法実施期間が半年未満であることとした。治療初期に関するカテゴリーを精緻化するために、長期化していない患者のデータを収集することが目的であることから、長期化の定義である治療期間半年に達していない患者を選定した。Aクリニックにて薬物療法と認知行動療法を併用している研究協力者Fの1名を対象にデータ収集および分析を行った結果、新たに下記のカテゴリーおよび下位カテゴリーが生成された。また、カテゴリーグループの分類および、カテゴリー同士の関連についても示された。

“行くたび薬がいっぱい出てきて。あの一肝臓にいっぱい負担かかるって言いますよね、お薬いろいろ飲んでると。(研究協力者.C)” “薬ってずっと飲んでると体に悪そうなイメージがあるんで。(研究協力者.F)” から、服薬を続けることで身体に悪い影響が生じるのではないかという考えを抱いており、薬を服用することへの抵抗感を抱えていると解釈された。これらの語りをまとめて＜薬の身体への影響が心配＞を生成し、『薬物治療を継続するこ

とによる身体への悪影響を心配していること』と定義した。服薬を継続することへの抵抗感は、服薬せず眠れる状態になることへの希望を示していると解釈されたため、「完治を切望」の下位カテゴリーとして位置づけた。

“あとは睡眠のリズム，あれを書くやつももらったんで。(研究協力者.F)” “あの一回その都度，じゃあ今度はこうてみましょう，こうしましょう，今回は食事をいろいろ，あのアドバイスいただいたんですけども，んー。医者じゃなくてカウンセリングの方は。(研究協力者.C)”という語りが得られた。これらの語りは，診察でのやり取りの中で，前回とは異なる対応をされた実感を得られたことを示していると解釈された。これらの語りをまとめて<医師は新しい対応をしている>を生成し、『診察場面において医師は自分に対し，今までとは異なる治療を提供してくれていると感じていること』と定義した。また，“今んところはまた新しい薬ももらったんで一まあ飲んでみて，みたいなのはあんですけど。(研究協力者.F)” “薬飲んでも眠れない状態だったんで，だったら変えるんだったら変えてもらって構わない(研究協力者.B)”という語りが得られた。これらの語りから，処方の変更されることで症状が改善されるかもしれないという期待が生じていると解釈された。これらの語りをまとめて，<処方変更への期待>を生成し『医師が処方変更をすることで今後の症状改善に期待すること』と定義した。<医師は新しい対応をしている>と<処方変更への期待>は，医師の対応の内容自体は異なるものの，「毎回同じに感じられる治療」とは反対に，医師の対応に変化を感じることができていると解釈された。よって，これらをまとめて「変化が感じられる治療」を生成した。さらに，「毎回同じに感じられる治療」と「変化が感じられる治療」は対になるカテゴリーであり，両方とも治療に対する認識を示していると解釈されたため，【治療に対する認識】に分類した。

“専門の機関じゃないですかー。そう（治る）じゃないのかなってちょっと思ってたんですけど。(研究協力者.F)” “その一まあサプリメントと違って薬ってのはそれよりも効果があるものなのかなって思ってるんで，あの一効く人もいれば効かない人もいるっていうのは民間療法とかーそういうものはまあそうだと思うんですけど。(研究協力者.E)”という語りが得られた。これらの語りから，現在通っている機関は専門機関だから大きな治療効果が得られるはずだという思いと，それにもかかわらず現在も治療が続いているという不満感を抱えていると解釈された。これらの語りをまとめて<医療への期待があった>を生成し、『医療機関であればすぐに大きな効果が得られ治るだろうと考えていたが，実際は違ったと感じていること』と定義した。また，“私は三か月ぐらいで治るのかなーって感じ

で思ってたー3 か月経っても一別に薬もなんにも変わらないし、あれーいつ減るのかなーみたいな感じで。(研究協力者.D)”および“で、この一か月の間でやっぱりその、ほとんど変わんなかったんですよ、薬が変わっても。(研究協力者.F)”という語りが得られた。これらから、当初はもっと短期間で改善すると予測していたが、実際は予測よりも長期間治療が続いている状況にあると解釈された。これらの語りをまとめて<予想した期間以上に続く治療>とし、『当初予測していた期間よりも長い間治療が続いている体験』と定義した。<医療への期待があった>と<予想した期間以上に続く治療>は、治療期間や医療の効果という期待を向けた対象は異なるものの、両方とも共通して当初の期待とは裏腹に治療が続いてしまっていることを示していると解釈された。よって、これらをまとめて「想定に反した治療長期化」を生成した。そして、第1段階で生成された「改善しない症状」とまとめて【現在の状況に対する認識】を生成した。

“病院で処方される薬っていうのは割と万人に一同じように効果があるものなのかなって私は思ってたので(研究協力者.E)” “ちゃんとした機関に、こういうとこにきて、自分に合ったのを渡してもらえたら、なんかその、そん中でその一治るようなイメージだったんですけど、(研究協力者.F)”という語りが得られた。これらから、病院で処方された睡眠薬を服用すれば確実に効果が得られるはずだというイメージを持っていたと解釈された。これらの語りをまとめて「薬の効果の絶対視」を生成し、『睡眠薬は服用すれば絶対に効果が得られると考えていること』と定義した。

“やっぱりその薬が効かない不信感とともに先生に対する不信感をすこし抱いてしまってたね。(研究協力者.E)” “たぶん薬を飲んで、もうほんとにすっきり眠れるんだったら多分そう(良いかなと)いう考えになると思うんですけどー、とりあえず今んところらってる薬であー寝れたっていうのがないんでー。(研究協力者.F)”という語りが得られた。これらから、睡眠薬を飲んでも十分に眠れていないと感じることで、薬に対する不信感が生じると解釈された。これらの語りをまとめて「効かないことへの不信感」を生成し、『睡眠薬が効かないことで、睡眠薬に対して不信感を抱くこと』と定義した。

また、カテゴリーグループに関し、「薬の効果の絶対視」「効かないことへの不信感」は、共通して薬の効果に対する認識を示していると考えられた。よって、これらをまとめて新たに【薬の効果に対する認識】を生成した。

「想定に反した治療長期化」と「一生治らない懸念」のカテゴリー同士の関連について、“その、治るん、専門の機関じゃないですかー。そう(治る)じゃないのかなってちょっ

と思ってたんですけど。それでちょっとへこんでるこはありますよ。(中略)(面接者: それでさっきの不安というところにつながりますね。)は一そうですそうです。あー治らんないんじゃないかなーとかー。(研究協力者.F)”という語りがえられた。研究協力者 F は、当初想定していた以上に治療が続いていることで、最近は今後も治らないのではないかとという考えが生じていると解釈された。このことから、「想定に反した治療長期化」に伴い「一生治らない懸念」が生じると解釈された。

また、「薬の効果を絶対視」「効かないことへの不信感」「治療への不信感」のカテゴリー同士の関連について、“がっかり、しましたね、はい。でも今でもわからないです。万人に効くのか、そうではないのか。どっちかって、わからないですけど、はい。(面接者: けっこうそれって、あー万人には効かないんだーって体験は大きかったんですか。) そうですねー大きいですね。やっぱそのことがあったんでー。これ以前はーあの体も弱くてしょっちゅう病院行ってるような、だったので。わりと薬と病院のし、大好きじゃないですけど肯定的に捉えてたんですけどーそれ以降はどちらかという否定的に。(研究協力者.E)”という語りが第2段階で得られていた。研究協力者 E は、薬は万人に効くと思っていたのに実際は思うように効果が得られなかったことからがっかり間を感じ、病院に行くことに対する否定的な気持ちを抱くようになったと解釈される。この語りに基づく、「薬の効果を絶対視」していたことで薬に対して「効かないことへの不信感」を感じ、「治療への不信感」に至ると解釈された。なお、「効かないことへの不信感」は薬の効果自体への不信感をさしているのに対し、「治療への不信感」は医師や医療機関を利用すること全般に対する不信感をさすと解釈した。

さらに、長期化に至る以前の体験の特徴として、“とりあえず従え、その通りにすれば、まあ改善されるのかなと思って。まあ2回目ですしー、うん。(研究協力者.F)”という語りが得られた。この語りは、診察自体の回数が少ないことから、不信感などを抱えていても治療に対する期待感を抱くことが出来ていると解釈された。このことから、今まで述べてきた体験は診察の回数を重ねることで次第に形成されていく特徴があると考えられた。

以上から、第2段階までの研究協力者と同様の語りが得られた。とくに、「想定に反した治療長期化」から、研究協力者 F は客観的指標においては治療長期化にいないものの、主観的には治療の長期化として体験していた可能性が考えられた。また、第2段階の時点での考察と同様、治療に対する不信感が形成される過程は、時間や回数を重ねることで次第に強化されていく特徴があるのかもしれない。一方で、治療への不信感に至る「毎回同じ

に感じられる治療」と反対の体験として「変化が感じられる治療」が生成されたことから、治療が長期化しても「変化が感じられる治療」であれば、不信感とは異なる体験を得られる可能性があるとして推測された。よって、第4段階からは治療が長期化する中で、治療への不信感が強まらないようなポジティブな心的体験を明らかにすることを目的とした。

第4段階：カテゴリーの精緻化を目的とした分析

第3段階において、「治療への不信感」に至る「毎回同じに感じられる治療」とは反対の体験として「変化が感じられる治療」が生成された。このことから、治療が長期化しても治療への不信感が強まらずにすむ体験も存在する可能性が考えられた。ポジティブな体験を得られる条件およびプロセスが明らかになることで、ステップ3までで明らかになった薬物療法長期化による否定的な体験を回避することも可能なのではないかと考えた。よって、第4段階では、治療が長期化する中での否定的な体験を回避するプロセスを明らかにすることを目的とした。研究協力者の条件は、方法にて述べた条件に加え、薬物療法のみを実施していることとした。このような患者は、薬物療法以外の治療を実施していない長期化患者は薬物療法のみで十分と考えていると想定されるためである。研究協力者 G, H, I, J の4名を対象とした。患者は全員 B クリニックにて薬物療法のみを受けてしていた。うち2名は主治医の変更経験があり、両名とも B クリニックの前は内科に通院していた。B クリニックの特徴としては、A クリニックの系列であり、同じく睡眠専門外来である。B クリニックの医師は全員 A クリニックでも治療を行っている。また、A クリニックと比較して小規模である。以下に、分析から得られたカテゴリーおよび下位カテゴリーについて詳述する。また、カテゴリーグループの分類および、カテゴリー同士の関連についても下記の通り示された。

“なんだろう、一刻、自分の中では一刻も早く治したいってのがあるんですけど、(研究協力者.F)” “私もなるべく早くやめたかったので、(研究協力者.D)” という語りが得られた。これらから、睡眠薬を早くやめたいという強い気持ちがあると解釈された。とくに、“一刻も早く” “なるべく早く” という表現から、いまはまだ睡眠薬を服用しているが、早くやめたい気持ちがつよく、焦り感があると推測された。これらの語りをまとめて＜今後への焦り＞を生成し、『早く薬の必要ない状態になりたいと焦る気持ち』と定義した。睡眠薬を飲み続けることで今後はネガティブな体験が生じると考えていることが推察されたので、「今後への悲観」の下位カテゴリーとして位置づけた。

“全然今の先生は、次はこういうことを教えて、みたいに言ってくれるんで—とりあえず従え、その通りにすれば、まあ改善されるのかなと思って。(研究協力者.F)” “たとえば薬を、さっきも何回も変えたって話しましたがけれども、その変えるときも、その必ずその、変えるときの理由をきちんと説明してくれるんですね。(研究協力者.G)” “ うんうんうん、少なくとも一今の状態を知って、知ってこういう風に判断しましたっていう流れが何となく見えないと不安、なのかな多分。(研究協力者.M)”との語りが得られた。研究協力者は、診察場面において、医師がどのような理由で処方したのかなど、判断に至るプロセスを患者が理解できる体験を示していると解釈された。これらの語りをまとめて「医師の意図が分かる」を生成し、『診察場面において医師がどのような判断に基づいて治療を行っているか理解できること』と定義した。さらに、このカテゴリーと「医師の意図が分からない」は反対の体験を示しているが、共通して医師の対応に関する認識を表していると考えられたため、新たに【医師の対応に対する認識】を生成した。さらに、このカテゴリーグループを生成した上であらためてカテゴリーすべてを概観したところ、「毎回同じに感じられる治療」「変化が感じられる治療」は診察内での体験を表しており、治療全般というよりは医師との相互作用にもとづく体験を示していると解釈された。そのため、治療と言う表現を診察という表現に変えて「変化が感じられる診察」「毎回同じに感じられる診察」に名称を変更した。そしてその上で、これらのカテゴリーを【治療に対する認識】から【医師の対応に対する認識】のカテゴリーに変更した。これに伴い、「治療」という表現は診察内での医師とのやり取りや対応だけでなく、薬の利用や診察場面以外で行う薬を用いた症状改善のための取り組み全般も含んだ、より広義的な体験を示すことを表す、と定義することとした。

“もう最初に飲む 10 時の飲む薬がちょっと弱いと思うんですがと、自分の意見も言うんですよ。そしたら先生の方が、あーそうですかと。じゃあ 10 時に飲む薬をちょっと増やしてみましよう。(研究協力者.H)” “からこのころはまあゆっくり行った方がいいよ、みたいな感じでアドバイスいただいて。(研究協力者.I)” “これこれこういう感じで、こう良く効いてないですって話を聞いてもらって、じゃあ増やしましようっていう流れになるとだと、なんとなく安心感がある。(研究協力者.J)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者は、医師は患者の主張した状態に合わせてその都度判断を行っていると感じていると解釈された。これらの語りをまとめて＜状況に合わせて判断している＞を生成し、『医師は患者の状況にあわせ都度治療を施していると患者が感じる』と定義した。そ

して、「変化が感じられる診察」の下位カテゴリーに位置づけた。

“特に一その、問題点とかはないですね。ただ治すことに専念したいという気持ちが強いですから。(研究協力者.H)” “あんまりモチベーションは、あんまり治療に対するモチベーションは下がらなかったんですけど(研究協力者.J)” といった語りが得られた。これらから、研究協力者は治療が長期化している中でも、通院し続けることに対しあまり苦痛感を感じていないと解釈された。これらの語りをまとめて<通院に対する苦痛が少ない>を生成し、『通院を続けることに対してあまり苦痛を感じていないこと』と定義した。また、
“じゃないと、私も三年ですから、こんなに長く通ってないと思うんです。あのさ、最初の内科の先生みたいに何も言わずに変えちゃったりとか。(研究協力者.G)” “私は基本的にあの一お医者さんが言ってくれたことはきっと正しいと思ってあの一、治療を受けてきてるので。(研究協力者.J)” という語りが得られた。これらから、研究協力者は、医師やその判断に基づく治療内容について信頼感を持って治療を継続していると解釈された。これらの語りをまとめて<信頼による治療継続>を生成し、『医師や治療全般に対する信頼感を持ちながら治療を継続していること』と定義した。また、<通院に対する苦痛少ない><信頼による通院継続>は共通して、治療が長期化していても、治療に取り組むことへの抵抗感など否定的な心情を抱えずに生活していると解釈された。これらをまとめて「治療への動機づけ維持」を生成した。このカテゴリーは前の段階で生成された「治療への不信感」に相対するカテゴリーであると解釈された。よって【治療に対する認識】の一カテゴリーとして位置づけた。

“まずは自分に合ったお薬を探してもらうこと(研究協力者.I)” “やっぱりあの一こういう睡眠導入剤とかも、もちろんなんか人にあ、人によって合う合わないはあるのかなーと思っていたので(研究協力者.J)” という語りが得られた。これらから、睡眠薬の効果は人によって合う合わないがあり、誰にでも必ず効果が得られるわけではないと考えていると解釈された。これらのカテゴリーをまとめて「効果の多様性の認識」を生成し、『薬は体質や個人差により合うものと合わないものがあると考えること』と定義した。このカテゴリーは前の段階で生成された「薬の効果の絶対視」とは反対のカテゴリーであると考えられた。
「効果の多様性の認識」を【薬の効果に対する認識】に分類した。

“(面接者: 波があると結構人によってはちょっと、薬を、への信頼とか一飲みたいとか飲もうっていう気持ち下がってくるとか、いう、けっこうネガティブな気持ちになっていく方とかいらっしゃるみたいなんですけど、そういうことってありますか。) いや、そ

れは一私一、今ありませんね。(研究協力者.H)” “あの一効かなくなっちゃっても、あーちょっと耐性ついちゃったかなーぐらいに考えていたので、わりとその辺は気にしていませんでした。(研究協力者.J)” という語りから、薬の効果が十分に得られなくとも冷静に構えていられる戸解釈された。これらの語りをまとめて「効かないことの受容」を生成し、『睡眠薬の効果が十分に得られないことに対し、冷静に構えて受け止めること』と定義した。このカテゴリーは、「効かないことへの不信感」に相対するカテゴリーと考えられた。よって、【薬の効果に対する認識】の一カテゴリーとして位置づけた。

「医師の意図が分かる」「変化が感じられる診察」「治療への動機付け維持」「効果の多様性の認識」「効かないことの受容」「治療への動機づけ維持」のカテゴリー同士の関連について、“(面接者：初診できた時から現在までで、こう、治療に対する考え方とか、医師や薬に対する考え方って、こう変化してきたりとかしました?)” んー、たぶんそんなに、変わってない、とは思います。私は基本的にあの一お医者さんが言ってくれたことはきっと正しいと思ってあの一、治療を受けてきてるのであの一、すごい親身にお話も聞いてくださって、あの薬の調整とか、あの一ちょっとこういう風に調整したいとかいうお話もすごく聞いてくださってるので、安心して治療を受けていられると。(中略) この薬は全然効かないけどこっちの薬はすごい効くってのがやっぱりあるので、やっぱりあの一こういう睡眠導入剤とかも、もちろんなんか人にあ、人によって合う合わないはあるのかなーと思っていたので(中略) 気持ち的に、なんかあの一どうしようこれも効かなかったあれも効かなかったって考えるよりかはちょっと前向きかなあと自分で思っていますね。(中略) あとはまああの一なんだろう、いろんな種類があるから、あの合うのを探していきましょうねっていうのを言っていたいただいた気がします。(研究協力者.J)” という語りが得られた。研究協力者 J は、現在も信頼感を維持しながら治療を続けているが、その背景として元から薬の効果には合う合わないがあると考えていたために、処方された薬が効かなくとも不信感はありませんにいられたこと、また医師が診察の中で自分を良く理解し対応するとともに、治療の方針なども話してくれたことから診察が一辺倒ではないと感じることが出来たと解釈された。この語りから、医師とのやり取りの中で「医師の意図が分かる」ことで「変化が感じられる診察」と認識し、「治療への動機付け維持」するとともに、薬の「効果の多様性の認識」をしていることで睡眠薬が効かなくとも「効かないことの受容」ができ、引き続き「治療への動機づけ維持」が出来ていたと考えられた。

以上から、第 4 段階では、「治療への動機づけ維持」が出来る体験プロセスが生成された

ことで、薬物治療が長期化しても、医師の対応に対する認識や薬の効果に対する認識の違いにより不信感が強まるのを回避できる場合もあることが示唆された。一方で、第4段階まではすべて睡眠専門外来の患者を対象としていた。しかし、眠れない症状を訴える患者の多くはよりプライマリーな医療機関に足を運ぶと推測された。よって、研究協力者の偏りを軽減するために、一般の精神科外来に通院する患者を対象にデータを収集、分析することを目的とした。

第5段階：カテゴリーの精緻化を目的とした分析

第4段階までは睡眠専門外来の患者を対象としていたが、多くの医療機関があるなかであえて機関数も少なく専門性の高い睡眠専門外来を選択する患者は、一定の特徴があると推測された。眠れないことを主訴とする患者の多くは、一般の精神科外来に通うと推測された。そのため、第5段階では、一般の精神科外来に通院する者を対象としたデータ収集・分析を目的とした。研究協力者の条件は、方法にて述べた条件に加え、睡眠障害を専門としていない医療機関に通院している者とした。研究協力者はK、Lの2名であった。両名とも自宅近くの精神科に通院しており、うち1名は生活環境の変化に伴い主治医を変更していた。両名とも、薬物療法のみを実施していた。以下に、生成されたカテゴリーおよび下位カテゴリーを示した。また、カテゴリーグループの分類および、カテゴリー同士の関連についても示した。

“いつ減らしても大丈夫になるんだろう、すごい聞きたいーですけどー。(研究協力者.K)”
“そろそろやめないと一って気持ちもあって、でも医者からはそういうの言われないから。(研究協力者.L)”という語りが得られた。これらから、患者本人としては減薬したい思いがあるのに対し、医師からは減薬に関する指示や説明が得られていないと感じていると解釈された。これらの語りをまとめて＜出されない減薬指示＞を生成し、『本人は減薬の希望があるが、診察で減薬の指示が医師から出されない状態が続いていること』と定義した。さらに、「毎回同じに感じられる診察」と比較したとき、＜出されない減薬指示＞も同様に毎回＜減薬指示＞が出されない診察を繰り返している状況にあると考えられた。「毎回同じに感じられる診察」を構成する語りは、ただ機械的あるいは単調に薬を出していると感じていることを示していると考えられた。よって、名称をより具体的にするために、「毎回同じに感じられる診察」を「薬を出しているだけに感じる」に変更した上で下位カテゴリーの位置づけにすることとした。そして、＜出されない減薬指示＞と＜薬を出しているだけ

に感じる>まとめ、改めて「毎回同じに感じられる診察」を生成した。

“なんで、すごく不安。この先ほんとに治るのかなみたいなのはあります。(研究協力者.F)” “治るかどうかってことと、やっぱりずっと薬飲み続けなきゃいけない体質になっちゃうかもしれないということがすごい、心配です。(研究協力者.K)” “えっと効いてない感じがあるってせつかく就活で上手くいっても一その生活が上手くいかないんじゃないかみたいなの不安が出てきたりとか。(研究協力者.L)” という語りが得られた。これらから、研究協力者は、今後自分自身がどうなるかについて考えたとき、自己嫌悪や焦りとは別に不安感を抱えていると解釈された。これらの語りをまとめて<今後への不安感>を生成し、『治療を続けていく中で自分の症状やそれに伴う生活状況について不安感を抱いていること』と定義した。そして「今後への悲観」の下位カテゴリーとして位置づけた。

以上から、第5段階では、減薬指示を待ち続けるも毎回指示が出されない状態を繰り返していることが新たに示唆された。下位カテゴリーは新たに生成されたものの、新たなカテゴリーやカテゴリーグループ、カテゴリー同士の関連を示す新たな体験プロセスについては抽出されなかった。よって、次の段階ではカテゴリー確認を目的としたデータ収集・分析を行うこととした。

第6段階：カテゴリー確認を目的とした分析

第6段階では、カテゴリーの確認を目的としていた。研究協力者の条件は、方法にて述べた条件に合致するものとした。Bクリニックに通院しており、薬物療法のみを実施していた研究協力者Mの1名を対象にデータ収集および分析を行った。その結果、新たなカテゴリーの生成・修正はなされなかったことから、理論的飽和に達し多と判断した。よって、データの収集および分析を終了することとした。

第3節 結果と考察

分析の結果、5 個のカテゴリーグループ、17 個のカテゴリーが抽出された(表 3)。また、各カテゴリーに関する語りが得られた研究協力者は表 4 のとおりである。以下に、最終的に生成された仮説について詳述していく。

さらに、カテゴリー同士を関連付けについて全体像をまとめた結果、図 2 に示す仮説モデルが生成された。以下に生成された理論的仮説のストーリーラインを詳述していく。なお、“斜体”は、研究協力者が実際に語ったインタビューデータを示している。

表 3. 生成されたカテゴリーグループ、カテゴリーおよび下位カテゴリー

カテゴリーグループ	カテゴリー	下位カテゴリー
現在の状況に対する認識	改善しない症状	未だ眠れない実感
		副作用の出現
	想定に反した治療長期化	医療への期待があった
		予想した期間以上に続く治療
自身の今後への認識	一生治らない懸念	
	完治を切望	生活が制限される不満
		薬の身体への影響が心配
		薬が必要無い生活を希望
	今後への悲観	今後への焦り
		今後への不安感
		今後の自分への嫌悪
医師の対応に対する認識	医師の意図がわかる	
	医師の意図がわからない	つかめない治療方針
		医師の説明以外から状態像を予測
	毎回同じに感じられる診察	薬を出しているだけに感じる
		出されない減薬指示
薬の効果に対する認識	変化が感じられる診察	医師は新しい対応をしている
		処方変更への期待
		状況に合わせ判断している
	薬の効果の多様性の認識	
治療に対する認識	効かないことの受容	
	薬の効果の絶対視	
	効かないことへの不信感	
	治療への不信感	治療方針に対する不安感
		治療効果がないと思う
	治療への動機づけ維持	通院に対する苦痛が少ない
		信頼による通院継続
	わずかな希望による通院	
	わからない改善プロセス	

表 4.各カテゴリーに関する語りが得られた研究協力者の一覧

データ収集段階 カテゴリー名\研究協力者	1 A	B	C	2 D	E	3 F	4 G	H	I	J	5 K	L	6 M
改善しない症状	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
想定に反した治療長期化				○	○	○			○	○	○	○	
一生治らない懸念		○		○		○		○	○		○	○	○
完治を切望	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
今後への悲観		○	○	○		○		○		○	○	○	
わずかな希望による通院				○	○						○	○	
わからない改善プロセス				○	○	○					○	○	
医師の意図がわかる		●	●	●		○	○	○	○			○	○
医師の意図がわからない	○	○	○	○	○	○	○			●	○	○	
薬の効果の多様性の認識								○		○	○	○	○
薬の効果の絶対視				○	○	○				●			
効かないことの受容								○		○	○		○
効かないことへの不信感					○	○							
毎回同じに感じられる治療		○	○	○	○						○	○	
変化が感じられる治療			●			○	○		○	○		○	○
治療への不信感	○	○	○	○	○	○	○				○		
治療への動機づけ維持				●		○	○		○	○	○	○	○

※○は実体験としての語りが得られたことを示す

※●は想像や要望としての語りが得られたことを示す

現在の状況に対する認識

眠れないことを訴える患者においては、薬物治療が長期化している状況において、薬の服用にもかかわらず未だ眠れない実感が続いている、あるいは薬の作用は得られていても副作用が出現するなど、いまだに症状が改善していない場合があった。そして、当初は医療機関に来ればすぐに治ると期待していたが現時点まで治療が続いている、あるいは当初予想した治療期間以上の治療期間になっているなど、当初の自分自身の想定に反して治療が継続している状況にあるようだった。

当初想定していた治療期間について、“三か月ぐらい(研究協力者.D)” “この一か月の中で(研究協力者.F)” “一回行ってだいぶ良くなるものなのかなー(研究協力者.K)” “半年で。(研究協力者.L)” と個人によって異なっていた。

自身の今後の認識

このように、薬物治療が長期化するなかで、症状が改善しない、あるいは想定に反して治

療が続いているという現状から、一生眠れない状況は一生治らないのではという懸念を抱えている場合があるようだった。一方で、治療や症状により生活が制限されてしまう不満感や、薬による身体の影響への心配、薬が必要ない生活を希望するなど、薬を飲まずに眠る完治の状態に至ることを切望しているようであった。それゆえ、相反する二つ心理的体験の間で葛藤が生じ、結果として今後に対する焦りや不安感、自分に対する嫌悪など、自身の今後に対して悲観的な心理が生じるようであった。そして、完治する可能性が少しでも高まるというわずかな希望により治療に通い続けているようであった。

なお、完治という状況に関しては、“今は薬でもう少ししばらく続けて。まあ軌道に乗ればこのままスーッと。(中略) ゼロにはならなくてもいいですけど、少なくして、量を少なくして、まあ7時間ぐらいね、寝ればいいのか。(研究協力者.G)”という語りから、必ずしも薬を飲まない状況を目指しているとは限らないことが示唆された。

また、薬の身体への影響の心配について、“肝臓(研究協力者.C)” “妊娠(研究協力者.D)” “薬飲み続けなきゃいけない体質(研究協力者.K)” と、想定している身体の影響は個人によって異なるものであった。時には薬の使用に伴い “タンパク質が足りない(研究協力者.C)” など実際には生じにくいと思われる症状を想定している場合もあった。

薬の効果に対する認識と治療に対する認識

上記に述べたような自身の今後の認識に関する思いを抱えながら、毎回診察場面に臨んでいるようであった。診察場面では、患者が薬の効果に対しどのような認識を持っているかによって毎度の治療に対する認識が異なるようであった。そしてその認識の相違により、治療に対する認識の相違が生じるようであった。

患者が薬の効果を絶対視していた場合、処方された薬によって思うような効果が得られないと効かないことへの不信感が生じ、治療全般への不信感に至るようであった。これとは反対に、薬の効果の多様性を認識していた場合は、処方された薬で効果が十分に得られなくとも効かないことを受容し、以後も治療への動機づけを維持することが出来ていたようだった。

薬の効果を絶対視するか、多様性があると捉えるかについて、「薬の効果の絶対視」はネガティブな語りを得ることを目的とした第3段階で生成されてポジティブな語りを得ることを目的とした第5段階では語りが得られていないこと、「効果の多様性の認識」は反対に第3段階では語りを得られず第5段階で生成されたことから(表4)、薬の効果に対する認識

は両方の考えを 1 人の人間が体験するというよりは、個人によって分かれる可能性があると考えられた。

また、治療の中で薬は絶対に効果が得られるわけではないことに直面しても、薬の多様性を認識して効かないことを受容する状態に移行されるとは限らないと推測された。たとえば“病院で処方される薬っていうのは割と万人に一同じように効果があるものなのかなって私は思ってたのでそうではない、不思議さというか。…がっかり、ですね。(研究協力者.E)”という語りが得られた。研究協力者 E は、睡眠薬の効果を絶対視しており、治療の中で実際はそうでなかったという体験をしているものの、“不思議”“がっかり”などの表現からいまだに効果の多様性が生じることを受容しきれていないと推測された。その一方で、“あと私けっこう生理痛がひどいのであのその一鎮痛剤色々試してるんですけどやっぱり薬によって合う合わないは、あのーすごいある。(研究協力者.J)”という語りがえられた。研究協力者 J は、当初から薬の効果の多様性について認識していたと推察されるが、“いろいろな種類があるからー、あの合うのを探していきましょうねっていうのを言っていたいただいた気がします。(研究協力者.J)”から、医師からも同様の説明を受けていたことから、医師から説明を受けていることでその様な認識が促進される場合もあると推測された。

医師の対応に対する認識

薬の効果に対する認識だけでなく、診察場面で生じる医師の対応に対する認識によっても、治療に対する認識に相違が生じるようであった。

医師とのやり取りの結果、どのような治療方針で対応をしているかが十分つかめない、あるいは患者の状態像が医師から明確に語られず医師の言外から予測せざるを得ないなど、医師の下した判断の意図が分からない場合、毎回同じ治療を施されていると感じているようであった。そして、それにより治療への不信感に至るようであった。その一方で、医師とのやり取りの中で、医師の判断の意図がわかる場合は、毎回の治療に変化を感じることが出来、治療への動機づけを維持することができているようだった。

医師の意図がつかめることで、処方された薬の効果が十分得られなくとも、治療への動機づけを維持できる場合があると考えられた。治療への動機づけを維持している研究協力者 M は“やっぱり何で効かないのかっていうのをちゃんと聞いてくださるっていうのと、どういう状況だったから聞かなかったのかっていうのを聞く。例えばその時になにか心配事はありませんでしたかとかいう、そういう心配事ですよ。メンタル、ストレスがたまると

うなことが何かありましたかとか。そういうことを効いていただいてやり取りを。わりと、してくださるんで、先生が。ですね。で、じゃあ薬変えてみましょうかって、ええ。”と語っており、薬の効果が得られなくとも、その原因について医師とやり取りすることで、前向きに治療に取り組むことができていると推測された。

ただし、治療への不信感を抱くに至るプロセスと動機づけの維持ができるプロセスのどちらをたどるかは患者によって二分されるとは限らず、同時に双方の体験をしている場合もあった。たとえば、研究協力者 K は“話す症状に合わせて変えてもらったりして(中略)やっぱりその症状自体は理解してもらえてるのかなって”と語りつつも“あんまり、いわれないですね。いつ減らしても大丈夫になるんだろう、すごい聞きたいーですけどー。”と語っていた。この語りから、医師の意図について症状への対応や短期的な見通しは理解できるが長期的な見通しについてはわからない、という体験もあると考えられた。

また、研究協力者 K は“まあ薬出しますで終わりだから。(中略)わりとちょっと聞いてもーあんまりはっきりした答えは返ってこなくてー。じぶんの状況がはっきりとわかるような情報をあたえてくれるってことはあんまり。”と語る一方で“最初の半年、薬を安定させるのは難しいと思うし。”と語っており、医師の意図が分からなくとも治療に対する不信感とは異なる認識を持っている場合もあると考えられた。

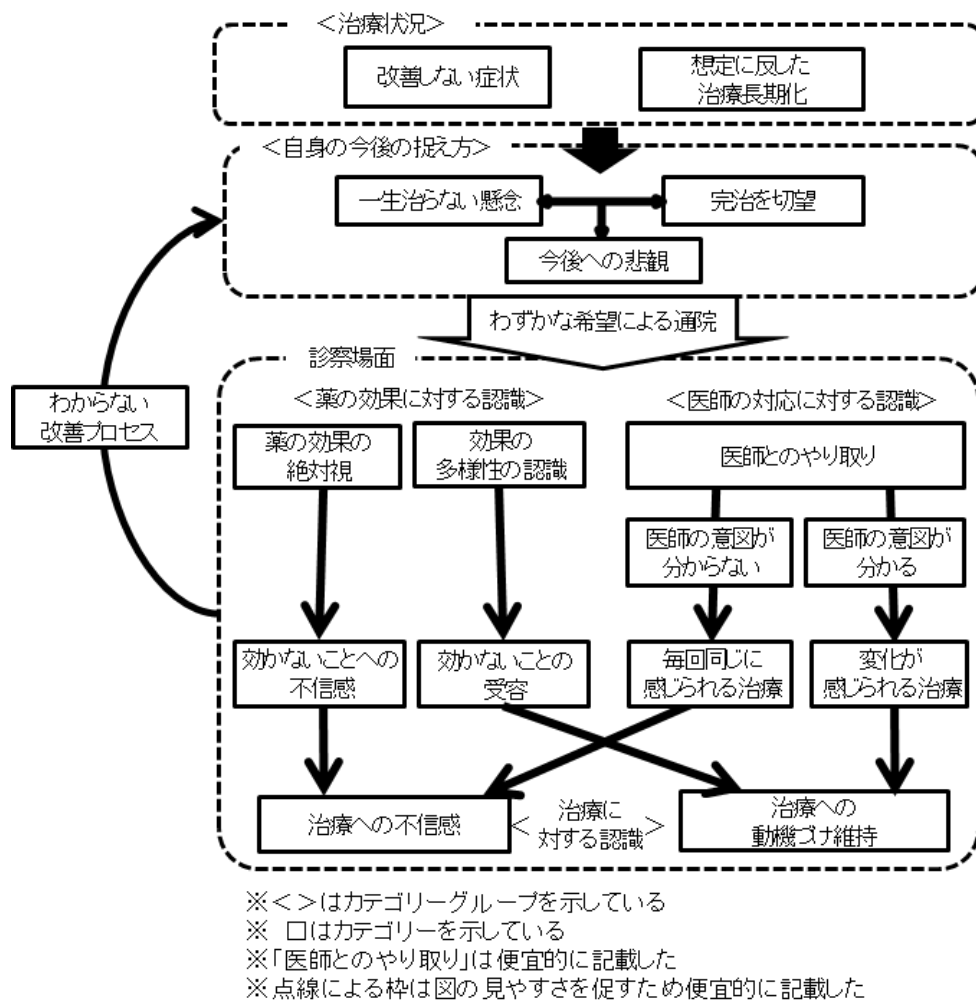


図 2.薬物治療が長期化する眠れないことを訴える患者の治療への不信感形成プロセス

第4節 まとめ

本研究では、薬物治療長期化にともなう眠れないことを訴える患者の心理的苦痛を明らかにすることを目的としていた。本研究から、眠れない事を訴える患者の場合は、完治する可能性が前提にあることで長期化に伴い薬や医師に対し不信感が生じていること、患者が薬や診察への肯定的な認知を得られることで否定的な心的体験を回避あるいは軽減することが出来る可能性があることの2つが考えられた。

予備研究では、長期化患者は診察場面で治療に対し“患者の納得のいかなさ”を示すと示唆が得られたことに基づき、診察場面に焦点を当て、長期化に伴う患者の主観的苦痛を明らかにしていった。その結果、次に述べる仮説が得られた。薬物治療が長期化している眠れないことを訴える患者のなかには、症状が改善しないあるいは想定に反して治療が長期化している状況におかれることで一生治らない不安と今後への悲観を抱えているようだった。そして、そのような心理的背景を抱え通院するも、診察場面では薬の効果の絶対視や医師の意図が分からないことで毎回同じ治療を施されていると感じ、治療に対し不信感を抱えながら生活しているようだった。その一方、同様の状況でも薬の効果の多様性の理解や医師の診察での判断の意図について理解が得られていることで治療に変化が感じられ、治療に対する動機づけを維持出来ているようだった。

薬物治療が長期化する眠れないことを訴える患者の治療への不信感について

従来、薬物治療が長期化している眠れない事を訴える患者の中には、心理的苦痛や葛藤を抱えていることが指摘されてきた(井澤,1999)。本研究で生成された仮説を踏まえると、薬物治療の長期化に伴い心理的苦痛や葛藤が生じる背景には、当初の期待と現状との乖離および、それに伴う今後への悲観的認知、および医師や薬に対する認知に起因する治療への不信感が存在する場合があると考えられる。特に、服薬を続けることへの葛藤については、一生治らない懸念と完治の切望との葛藤や、治療に対する不信感が背景にある可能性も考えられる。また、日本における眠れないことを訴え薬物治療が長期化している患者には症状の改善の程度に不満を抱えていることが指摘されていた(大嶋ら,2005)。この知見に関し、本研究で示された症状が十分改善しないことに伴う否定的な心的体験の仮説は、この知見と一致すると考える。今日までの研究では、薬物治療の長期化は医療者の視点からみると患者の薬への依存的態度の結果として生じる現象として指摘され(Laux et al.,1984)、断薬による症状悪化や副作用への恐怖心による患者本人の服薬への希望が長期化の機序として指摘

されてきたが(Schneider-Helmert,1988), 本研究の仮説に基づくと, 患者の視点からみると必ずしも積極的態度をもって薬物治療に臨んでいるとは限らない可能性も考えられる。

医師の意図が分からないことが不信感の形成に寄与することや、薬の効果の絶対視が生じる背景には、眠れないことを訴える患者に特徴的な性格や認知の傾向が影響している可能性が考えられる。夜間睡眠の困難を抱える患者の性格特徴として、不安が強いことおよび完璧主義であることが指摘されている(Laar et al,2010)。完璧主義的性格傾向のために、診察場面では薬の効果の絶対視が生じたり、想定する効果が得られない際に不信感をより強く感じやすい可能性が考えられる。また、認知的特性として、眠れないことを訴える患者は、薬物治療が症状を改善させる唯一の方法だと考える傾向があることが指摘されている(Morin et al,2007)。このような認知を抱えているからこそ、診察場面で薬の効果を絶対視しがちであったり、十分効果が得られない場合に一生治らない懸念が生じるのかもしれない。

治療へ不信感の対処について

不信感が形成されることへの対処として、変化の実感には、医師が処方決定までの判断プロセスが患者にわかること、患者が薬には合う合わないがあると理解していることが治療へのモチベーションを維持する上で必要との示唆が得られた。

従来の不眠症治療における睡眠薬に関する説明では、恐怖心を取り除くことを目的とした説明が重視されていた(内山, 2002)。しかし、本研究で得られた治療に対し過剰な期待を持っているという仮説を考慮すると、従来の説明に加えて治療効果や医療が提供するサービスは必ずしも完璧ではないことを説明することも、患者の葛藤を予防するうえで重要となる可能性が考えられる。さらに、治療が長期化する場合の服薬コンプライアンス変化の要因は知識量であることが指摘されていたが(平塚ら,1999)、あくまで患者が医師の判断プロセスを理解するのを助ける材料として提示することがコンプライアンス維持をする上で重要となるのではないかと考えられる。以上の点を留意することで、薬物治療が長期化している眠れないことを訴える患者の心理的苦痛を低減させるとともに、医師の提供する治療が円滑に進むことで、患者の“納得のしなさ”から生じる治療の長期化からの脱却あるいは予防が可能となると考えられる。

本研究の限界と展望

本研究の限界として、質的研究であることから、このような心的体験をしている患者の絶対数や割合など数量については言及できず、葛藤を抱える患者のすべてがこの体験をしているわけではない。研究に協力した患者については、データに偏りが生じているといえる。特に、研究協力者の多くは他の睡眠障害や精神疾患を過去に発症していることを踏まえると、眠れない訴えの背景にある要因は研究協力者によって異なる可能性が考えられる。そのため、今後は眠れない訴えの背景にあると考えられる要因を統制した上で、データ収集を行っていくことが重要となるだろう。また、このようなインタビューに協力する患者は時間的余裕があり主張性が強いという特徴を持っている可能性があるという点でも、データの偏りは否めない。さらに、本研究の仮説モデルはあくまで患者側の視点に基づいたものとなっているため、医師や第三者の立場から見た場合には、診察場面でのやり取りや患者の行動について、異なっている場合があると考えられる。

しかし、本研究では、薬物治療の主観的効果を十分に実感できない中で、薬物治療の動機づけを維持するための仮設が見出された。いわゆる難治例の眠れないことを訴える患者が治療からドロップアップすることを防止・軽減し、最終的に症状を安定した状態に至らしめるうえで、重要といえる。

一方で、「効かないことへの不信感」「一生治らない懸念」など、薬や治療に関連して慢性的に抱えていると想定される否定的認知が抽出された。否定的認知に付随するだろう陰性勘感情は覚醒を上昇させ睡眠を妨害する危険性があり、薬物治療を行っているにもかかわらず自身の心理的要因によってその効果を妨害する可能性も考えられる。実際に、先の述べたようにこうした否定的認知は不眠症状のリスク因子としても機能することが指摘されている(Yang et al,2011)。以上から、夜間の睡眠と薬物治療に焦点を当てた、よりミクロな心的体験を明らかにする必要があると考えられた。よって、研究2では、加療中の眠れないことを訴える患者の服薬時の認知構造を明らかにすることとした。

第 4 章 眠れないことを訴える患者の服薬時の体験構造(研究 2)

第 1 節 問題と目的

睡眠医療の現場で問題視されている、薬物治療が長期化している眠れないことを訴える患者の心理社会的問題を明らかにするため、研究 1 では該当患者に焦点を当て、薬物治療が長期化する中で生じる治療への不信感の形成プロセスを明らかにした。その結果、治療全般に対する眠れないことを訴える患者の特有の認知が抽出され察場面でのやり取りの示唆を得られたと共に、薬が効かないことへの不信感という認知が生じていることが明らかになった。

このような認知が生じる原因や対応策として、実際に睡眠薬の効果が十分でない可能性はあるが、それだけでなく心理社会的要因が影響している可能性も推測される。まず、薬物療法全般において、患者の心理的要因などの非薬物要因も影響しうることが指摘されている(Rickels,1968)。特に、夜間の睡眠困難に対する薬物治療で中心的に用いられるベンゾジアゼピン系薬物は、他の薬剤と比較してもプラセボ群との改善率の差異が低いことや(中野ら,1999)、薬に関する説明の仕方により効果の発現の程度に違いが生じることが指摘されている(坂本ら,1994)ことから、ネガティブな心理的要因が薬物治療の効果発現を阻害することが想定される。眠れないことを訴える患者は完璧主義的な性格傾向であることや(Spiegelhalder et al,2012; Brand et al,2015)、自身の睡眠状態を実際よりも過小評価しやすい傾向(Frankel. Et al,1976)を考慮すると、薬物治療の効果に関わらず睡眠状態をネガティブに評価しうる危険があるといえる。以上から、薬物治療の効果自体の影響だけでなく、眠れないことを訴える患者のネガティブな認知により薬物治療の効果に悪影響を与える可能性があると考えられる。

以上から、本研究では、研究 1 で示された薬の効果に関連する非機能的認知に焦点を当て、睡眠を妨害するであろう薬に関する認知の詳細な構造を明らかにすることとした。

第 2 節 方法

研究協力者

研究 1 と同一の研究協力者であった(表 2)。

データ収集方法

研究 1 のインタビュー実施時に、下記のインタビューガイドに基づきインタビューデータを収集した。リサーチクエスチョンを「睡眠薬に対しどのような考えを持っているか」と設定した。インタビューガイドは研究 1 と同様、①薬物治療を開始してから現在までどのように症状と生活状況が変化してきたか、②薬物治療のなかでよかった経験は何か、それはなぜか、③薬物治療の中でよくなかった経験はあるか、それはなぜか、④③についてどんなだったらよかったと思うか、⑤いままで話したこと以外で症状や治療を続けていくことに関して普段考えていることはなにか、の 5 つの質問項目であった。そのうえで、面接の流れや状況に応じて質問の順番や質問の仕方を適宜変更すると共に、理論的サンプリングによるリサーチクエスチョンの具体化や収集すべき情報の変化に伴い質問項目を精緻化していった。

分析方法

本研究では研究 1 と同様、既存の枠組みがない中で認知や行動の詳細な連続性を記述し、仮説生成をすることに適した質的研究法の一つ、相互作用プロセスによる理論的構築が可能であるグラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、GTA)を採用し、中でも Strauss & Corbin(1990) による GTA を援用した。具体的な手順は研究 1 と同一である。

倫理的配慮

本研究は研究 1 と併せて、当該大学の倫理審査から承認を受けて実施したものである。倫理的配慮のための具体的手続きに関しても、研究 1 と同一である。

分析過程

研究 1 と同様、理論的サンプリングに基づきデータを収集して論的飽和に達したと判断された 13 名の時点でデータ収集を終了した。初めのカテゴリーの生成を目的に研究協力者 A,B,C を対象にインタビューと分析を行ったうえで、カテゴリーの精緻化を目的に第 2 段

階では D と E, 第 3 段階では F, 第 4 段階では G, H, I, J, 第 5 段階では K, L を対象にデータ収集および分析を行った。そして、カテゴリー確認を目的に M を対象にデータ収集および分析を行った。以下に、分析過程について詳述する。

なお、カテゴリーグループは **【】**, カテゴリーは「」, 下位カテゴリーは<>, 実際の語りは“斜体(研究協力者)”, カテゴリーの定義は『』と記述した。

第 1 段階：カテゴリーの生成を目的とした分析

第 1 段階では、上記に示した研究協力者の選択条件および協力者のリサーチクエストionsに基づき、カテゴリー生成のためのデータ収集と分析を行った。A クリニックで薬物療法および心理療法を行っている研究協力者 A, B, C からデータ収集を行った。その結果、分析の結果、下記のようなカテゴリーおよび下位カテゴリー、カテゴリーグループが生成された。また、カテゴリーグループの分類および、カテゴリー同士の間連についても示された。

“いま 4 時ぐらいに目が覚めてしまうわけだから一日だいたい 4 時間半ぐらいしか寝ていないわけですね。(研究協力者.B)” “そうそう、完璧に、もうもうもう浅いから一、あの眠りが浅いからすぐ目が覚めたり。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらから、服薬により未服薬時に比べると改善は感じるものの、いまだに睡眠の質や長さが十分でないと感じていると解釈された。これらの語りをまとめて<十分な睡眠を得られていないと感じる>を生成し、『服薬により眠れるが十分な長さではないと感じること』と定義した。また、“決して良くはなっていない。(研究協力者.A)” “どれも今一つ。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらから、研究協力者は、睡眠薬を使用しているがその効果を十分に得られていないと感じていると解釈された。これらの語りをまとめて<思うように効かない>を生成し、『効果の出現のしかたについて不満を感じていること』と定義した。さらに、<十分な睡眠を得られていないと感じる><思うように効かない>の 2 つを比較したとき、<十分な睡眠を得られていないと感じる>は睡眠状態について言及している一方で<思うように効かない>は薬の効果について言及しているという点では異なるものの、両者とも睡眠薬を使用しても十分に眠ることが出来ていないことを示している点では共通していると解釈された。これらをまとめて、「服薬しても十分に眠れない実感」を生成した。

“前は仕事の準備をしていたから 4 時間半でかまわなかったことが、逆に今となっては支障になってんのかなと。(研究協力者.B)” “だから 1 時ぐらいに寝てまあ 4 時 5 時ぐらいだったら起きてても、まあ外明るかったり、なんか洗濯とかもできるんですけど、11 時ぐ

らいに眠れなくもないんですけど、お薬飲めば。起きちゃうんですよ3時間くらいで。(研究協力者.C)”という語りが得られた。これらから、研究協力者は、覚醒している際に何かしらの活動をして過ごせば問題なく過ごせるが、現在の生活環境や覚醒の時間帯では自分の考える活動はできないと考え、もどかしく感じていると解釈された。これらの語りをまとめて「対処が実施できない」を生成し、『眠れなかった時にしたら良いことはが思い浮かぶものの、環境を考慮すると実行できないと感じていること』と定義した。また、これらの語りを反対に解釈すると、目が覚めてしまってもやることがあればあまり問題に感じずにすむと感じていると推測された。よって、同時に、これらの語りから「起きてもすることがある」を生成し、『眠れなくても起きて取り組む作業があるため、あまり問題視せずにすむこと』と定義した。

“飲むことに対するストレスっていうんですかね、抵抗感っていうのがあると薬の効果ってのは薄まってしまうのかなって気はしますかね。(研究協力者.B)” “まっそれもほんとは嫌なんですけど、これはもう寝ないわけにはいかないし(研究協力者.C)”という語りが得られた。これらから、本当は服薬をしたくないが、眠るためにはせざるを得ないと感じており、嫌だという気持ちを抱えながら服薬をしていると解釈された。これらの語りをまとめて「嫌だが服薬せざるを得ない」を生成し、『服薬は嫌だという考えと眠るためには服薬せざるを得ないという葛藤が生じること』と定義した。

“やっぱり自分の中でストレス、ストレスという言葉でいうのわたくし嫌いなんですけれどもね、あの一心配事とか、その一つのってくると、やっぱり夜中覚めちゃうとそのまま明け方まで眠れなくなっちゃうとか(研究協力者.A)” “飲むことに対するストレスっていうんですかね、抵抗感っていうのがあると薬の効果ってのは薄まってしまうのかなって気はしますかね。(研究協力者.B)”という語りが得られた。これらから、ストレスを感じている状況下では睡眠状態が悪化するとの実感があると解釈された。これらの語りをまとめて「ストレス感じていると眠れない」を生成し、『ストレスを抱えているときは主観的睡眠が悪化するという実感があること』と定義した。

第1段階では、カテゴリーの数が少ないため、カテゴリーグループは生成されなかった。

「嫌だが服薬せざるを得ない」と「眠れていない実感」とのカテゴリー同士の関連性について、“飲むことに対するストレスっていうんですかね、抵抗感っていうのがあると薬の効果ってのは薄まってしまうのかなって気はしますかね。(研究協力者.B)”との語りが得られた。研究協力者 B は、服薬に対する抵抗感が生じているときは眠りづらくなるという実感

を持っていると推察された。この語りに基づくと、「嫌だが服薬せざるを得ない」と考えることで「眠れていない実感」が生じやすくなると解釈された。

以上から、服薬しても十分に眠れない状況にあることで、睡眠や薬に対して否定的な認知が服薬に伴い生じている可能性が考えられた。よって、第2段階では、薬に関連する否定的認知について、さらにその詳細を明らかにしていくこととした。

第2段階：カテゴリーの精緻化を目的とした分析

第1段階の示唆をもとに、第2段階では、薬に対する否定的認知に焦点を当て、カテゴリーの精緻化をすすめた。心理療法を受けていることを研究協力者の選択条件に加えた。本来なら第2選択とされることの多い心理療法を行う患者は薬物治療に対する否定的認知がより強いと想定したためである。研究協力者D、Eからデータ収集を行った。研究協力者は第1段階と同様の属性になったが、医師の治療場面での対応やそれに対する反応の仕方について質問することで、とくに薬物治療に対する不満感に焦点を当てたインタビューを実施した。その結果、下記に示すカテゴリーおよび下位カテゴリーが生成された。また、カテゴリーグループの分類および、カテゴリー同士の関連についても示された。

“ほんと、何が原因なのかわかんないです。自分で。(研究協力者D)” “たとえば調子がいい時ってのはあるんだけど、それが何でいいのか何で悪いのかとかーは、なんで眠れたのかなんで眠れないのかわからないと、・・・(研究協力者E)” という語りが得られた。これらから、自分の眠れない状態が続いている原因が分からないという思いを抱えていると解釈された。“ほんと”という表現などから、原因が分からないという思いは不満感を伴うという特徴があると解釈された。また、このような語りが出現することから、原因が分からないことを問題視していると推察された。これらの語りをまとめて「根本の原因が分からない」を生成し、『自分の眠れない状態がどうして生じるのか分からず不満を感じていること』と定義した。

“結局4時から6時半までベッドに横になってテレビを見てるだけなんですよ。(研究協力者B)” “今後もし崩れた時の対処法もわかっていないと、ちょっと不安な気持ちがありますね。(研究協力者E)” という語りが得られた。これらから、研究協力者は、眠れず覚醒してしまうことに対する対処法略が分からない状態にあると解釈された。“だけ” “不安”という表現から、どう対処すればよいか分からないことは本人にとって気分の良い状態ではない特徴があると解釈された。これらの語りをまとめてくどう対処すればいいかわからない

>を生成し、『眠れなかった時にどのような対処をすればよいかわからないこと』と定義した。さらに、<どう対処すればいいかわからない>と第1段階で生成された「対処が実施できない」と見比べたとき、対処が分からないのか、わかるけど実行できないのかという点では異なるものの、両方とも眠れない状況に対し自分で対処することができないと感じていると解釈された。そのため「対処が実施できない」を下位カテゴリーとした上で、これらをまとめて「自分では対処できない実感」を生成した。

“ほんとは飲まないで済むんだったら飲みたくないけれども、…(研究協力者.B)” “薬をなくしたいっていう意志もやっぱり伝えたり、…(研究協力者.D)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、現在は服薬しているが本当は飲まずに眠れるようになりたいと考えていると解釈された。“飲みたくない”“なくしたい”との表現から、服薬していることへの抵抗感を感じていると解釈された。これらの語りをまとめて「薬は飲みたくない」を生成し、『実際は服薬しているが本当は服薬せず眠りたいと考えていること』と定義した。

“強い薬ではないにしろ導入剤がないと寝つけ無くなってるんだってことにたいする。…(研究協力者.B)” “不眠も自分に対する自信とかも、うん、まあなんか、自分の人生ダメだみたいな感じになってます、はい。(研究協力者.D)” “眠れない自分に嫌になりますね。(研究協力者.E)”という語りが得られた。これらから、自分は不眠である、あるいは薬がないと眠れない人間である、という自己認識を持っていると解釈された。また、“人生ダメだ(研究協力者.D)” “自分に嫌(研究協力者.E)”という表現から、眠れない自分に対し嫌悪感を持っていると解釈された。そして、眠れない自分は嫌だけどその事実を自覚せざるを得ないと感じていると解釈された。これらの語りをまとめて「不眠症の自分に直面」を生成し、『自分は不眠症であると自覚するとともに、そのような自己を否定的に捉えること』と定義した。

“眠くならないでしょ、ね、飲まない。(研究協力者.C)” “ただ、何もないのは不安なので一。(研究協力者.E)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、服薬しないと更に眠れないのではないかという予測から服薬していると解釈された。研究協力者 E は、“ただ”という表現を用いていることから、本当は服薬に積極的でないと解釈された。これらの語りをまとめて「服薬しないと更に眠れない」を生成し、『服薬に非積極的だが、飲まないとさらに眠れないという考え』と定義した。

カテゴリーグループに関し、「薬は飲みたくない」「嫌だが服薬せざるを得ない」「不眠症の自分に直面」を見比べたとき、抵抗感や葛藤、使用する自己に対する認知と多様であるが、

共通して薬に対する認知を示すカテゴリーであると解釈された。これらをまとめて【薬に対する思考】を生成した。上記の「薬は飲みたくない」「嫌だが服薬せざるを得ない」「不眠症の自分に直面」は服薬前あるいは服薬後の体験に関係なく生じる認知と推測されるのに対し、「服薬しても十分に眠れない実感」については実際に服薬した体験に基づいた薬の効果に対する感想と推測されたため、【薬に対する思考】には分類せず【薬の効果への評価】とした。

「根本の原因が分からない」「自分では対処できない実感」とのカテゴリー同士の関連に関し、“うん。だからなんだろうな、目に見えない原因であればーその、たとえば調子がいい時ってのはあるんだけど、それが何でいいのか何で悪いのかとかーは、なんで眠れたのかなんで眠れないのかわからないと、なんか根本的な解決にはなっていないような気がしてー。こう一時たとえば眠れるようになってー落ち着いた生活を送っていてもー今後もし崩れた時の対処法もわかっていないと、ちょっと不安な気持ちがありますね。(研究協力者.E)”という語りが得られた。研究協力者 E は、現在はひとまず眠れているものの、なぜ眠れないのかについて原因が分からないと、眠れないときに対処することが出来ないと感じていると解釈された。このことから「根本の原因が分からない」と眠れない状態に対し「自分では対処できない実感」を感じると解釈された。また、“ちょっと不安な気持ち”との表現から、このような体験は不安が伴う特徴があると解釈された。

以上から、第 2 段階では、薬に対する否定的な認知と評価を抱いている場合があり、症状に対し自分の無力感を感じることがあると示唆された。第 3 段階では、まだ長期化に至っていない研究協力者のデータを収集することで、長期化する前からの体験と今まで得られた体験の比較およびカテゴリーの精緻化を行うこととした。

第 3 段階：カテゴリーの精緻化を目的とした分析

第 3 段階では、第 2 段階までで得られた否定的体験が、治療長期化する前は生じないのかどうかを明らかにすることとした。服薬期間が長期化に至っていない時点、すなわち比較的初期での治療に対する想定や認識を検討することを目的にカテゴリーの精緻化をすすめた。研究協力者の選択条件は薬物治療が 6 か月に至っていない患者とした。研究協力者 F を対象に、現時点での薬物治療への認識および今後の治療に対する想定に関する質問を中心にデータ収集を行った。その結果、下記に述べるカテゴリーおよび下位カテゴリーが生成された。また、カテゴリーグループの分類および、カテゴリー同士の関連についても示され

た。

“なんか万能なものと思っていたので、うん。(研究協力者.E)” “なんかその、そん中でその一治るようなイメージだったんですけど(研究協力者.F)” という語りが得られた。これらから、研究協力者は、薬は服用すれば絶対に十分な効果が得られるという認識を持っていたが、実際には十分に効果が得られなかったことでネガティブな心情が生じていると解釈された。そのため、この考えは治療当初の考えであり、治療が長期化している現在はそれを打ち崩された状況にあると解釈された。これらの語りをまとめて「薬とは服用すれば絶対に効くもの」を生成し、『治療当初は薬は服用したら必ず十分な効果が生じるものと考えていたこと』と定義した。

“あの、不思議だねって笑。(研究協力者.D)” “なんで薬飲んでるのに眠れないんだろうとか(注釈：というのがストレス)。(研究協力者.F)” から、服薬して眠れないことに対して否定的感情が生じていると解釈された。研究協力者 D は笑を含みながら発話していることから、皮肉をこめていると解釈された。また研究協力者 F の “なんで” という表現は、疑問よりは納得のいかなさに近い心情を示していると解釈された。このような研究協力者 D, F の発話の特徴から、否定的感情が包含されていると判断した。これらの語りをまとめて「否定的感情」を生成し、『薬の効果が十分に得られないことに対して否定的な感情を抱くこと』と定義した。

カテゴリーグループに関し、「根本の原因が分からない」と「薬とは服用すれば絶対に効くもの」について、両方とも不眠症状や睡眠薬に対し極端なイメージを抱いていることを示していると解釈された。これらをまとめて【不眠症治療に対するイメージ】を生成した。

また、第 3 段階までの間に生成された睡眠状態や睡眠薬に関連する思考に関し、“起きてるときもそうですし一寝る前とかも、寝れるのかなーみたいなのは考えちゃいますね。(研究協力者.F)” という語りが得られた。研究協力者 F は、日中だけでなく、眠りに入ろうとしているときに、睡眠に関する不安や否定的な予測が生じていると解釈された。この語りから、本研究で生成されている睡眠に関わる否定的な思考は睡眠に関わる状況にいるときに、より意識される場合があると考えられた。

以上から、第 3 段階では新たなカテゴリーは生成されたものの、長期化に至っていない時期特有の語りは得られなかった。あくまで第 3 段階は補足的データという位置づけでもあることから、長期化に至っていない患者の語りの収集は研究協力者 F のみで終了することとした。また、第 3 段階までは心理療法を併用する患者のみを対象としていた。薬物治療

のみを行っている患者は薬物治療への満足感がより高いと考えられたため、該当患者を対象とし、肯定的な語りを得ることとした。

第4段階：カテゴリーの精緻化を目的とした分析

第4段階では、第3段階までで得られた否定的体験を軽減あるいは回避する構造を明らかにすることを目的にカテゴリーの精緻化を行った。研究協力者は、薬物治療を半年以上継続していることに加え、薬物治療のみを実施している患者とした。他の治療を併用していない患者は薬物治療にある程度満足していると想定したためである。研究協力者 G, H, I, J からデータ収集を行った。その結果、下記に述べるカテゴリーおよび下位カテゴリーが生成された。また、カテゴリーグループの分類および、カテゴリー同士の関連についても示した。

“で、あの一夜中に起きてしまっって寝れなくなることがたびたびあったので。(研究協力者.B)” “最初の成功率が6・7割だったんですけど、どんどんその成功率が落ちていってー(研究協力者.J)” “飲んでも寝つきが悪い日っていうのはやっぱりあるんですけど。(研究協力者.I)” という語りが得られた。研究協力者たちは、服薬しても十分に眠れない時があると感じていると解釈された。これらをまとめて＜飲んでも眠れない日の存在＞を生成し、『普段は服薬により眠れるが、時々十分に眠れない日があると感じていること』と定義した。また、“あの一同じ状態の物を飲んでても、同じように飲んでいても波があったのでー。(研究協力者.E)” “あの一やっぱりね、バイオリズムとおんなじでその日その日によって違う。(研究協力者.H)” という語りが得られた。これらから、毎晩服薬しても一貫して効果を得られず、効果の発現が不安定だと感じていると解釈された。これらをまとめて＜効果の出現に波がある＞を生成し、『日々の生活を見通してみても効果が不安定で波があると感じていること』と定義した。＜飲んでも眠れない日の存在＞は眠れない日があるということのみに言及しているのに対して、＜効果の出現に波がある＞は眠れない日の存在と眠れる日の存在を含めた全体的な特徴について言及しているという点で異なると考えられた。しかし、共通して、服薬していても眠れない日が出現することを示していると考えられた。これらをまとめて「効果が日によって異なる実感」を生成した。そして、【薬の効果への評価】に分類した。

“私の言ってる成功率で言えば9割以上は眠れてますんでね。(研究協力者.G)” “。飲んでも全然寝れないっていう、それはないんですよ。(研究協力者.H)” “で、えっと一多分今の組み合わせというかアモバンがすごい私には合ってるみたいでー、…(研究協力者.J)” という語りが得られた。これらから、以前飲んでいた薬とは異なり、現在服用している薬であ

れば眠ることができると感じていると解釈された。これらをまとめて＜薬があっている実感＞を生成し、『現在飲んでいる薬が自分に合っていると感じていること』と定義した。また，“飲めば6時間7時間と長い時間ではないにしろ，3時間4時間にしろ，一応寝られる状態が得られたんで。(研究協力者.B)” “一応お薬飲めば一旦は寝つけるのでー，…(研究協力者.D)”という語りが得られた。これらから，研究協力者は，完璧な睡眠ではないが，服薬することで睡眠が改善すると感じていると解釈された。「服薬しないと更に眠れない」とは異なり，服薬により得られる睡眠の変化に対して肯定的に評価していると解釈された。これらをまとめて＜飲めば眠れると思う＞を生成し、『十分ではなくとも薬の効果を肯定的に評価していること』と定義した。＜薬があっている実感＞と＜飲めば眠れると思う＞は，眠れている程度自体は個人によって異なるものの，薬に伴い得られる睡眠状態についてある程度満足し肯定的に評価出来ていると解釈された。これらをまとめて「薬の効果への肯定感」を生成した。そして，【薬の効果への評価】のカテゴリーとして位置づけた。

“何やってるんだろうとか一なーに薬飲んでるんだろうとか，…(研究協力者.E)” “こう，いつまでこう，改善されないとですねやっぱり余計フラストレーションがたまってきますよね。笑(研究協力者.H)”という語りが得られた。これらから，研究協力者は，薬を飲んでいるのに期待するように眠れないことで，精神的葛藤や落胆のような否定的な心理状態が生じると解釈された。研究協力者 H は，後続して “まあやはりー，あの一，薬を飲んだ以上は眠れるようなことをやっぱり色々な形でですね，考えていただきたいという，うん，あと，こうおもっちゃいますよね。そういう面での，あーフラストレーションですね。(研究協力者.H)”と語っていることから，薬の効果への期待と実際に得られた効果のギャップが背景にあることで否定的な心理状態が生じていると解釈された。これらの語りをまとめて「効かない事への納得のいかなさ」を生成し『眠るための行為である服薬しているにもかかわらず，睡眠を得られないという状況に納得のいかなさと感じていること』と定義した。さらに，「効かない事への納得のいかなさ」や前段階で生成された「自分では対処できない実感」は，両方とも眠れないという体験が生じることで発生する思考と捉えられた。これらをまとめて【効果が得られないときの思考】を生成した。

“えーまあ，その(効かない)ときはもう目が覚めた時に起きちゃえとかそういう形で。(研究協力者.H)” “起きちゃったけどもういいや，横になってようみたいな感じで。(研究協力者.D)”という語りが得られた。これらから，眠れなかった際に，前の段階で生成された「起きてもする事がある」のようにやる事があるわけではないものの，起きてしまっても無理に

眠ろうとせず、眠れない状態を受け入れる反応をしていると解釈された。これらの語りをまとめて＜起きていることの受け入れ＞を生成し、『何かすることが決まっているわけではないが、眠れていない状態を問題視せず良しとしていること』と定義した。また、「起きているでもする事がある」と＜起きていることの受け入れ＞を見比べたとき、共通して眠れないときの対応を決めていることが推察された。よってこれらをまとめて「眠れないときの対応を決めている」を生成した。そして【効果が得られないときの思考】に分類した。

“余計こう、ショックが大きいというかー。(研究協力者.E)” “どうしようどうしよう。(研究協力者.J)” という語りが得られた。これらから、研究協力者は、眠れなかった際に、いわゆるパニックや混乱、動揺といった言葉で表現されるような強い否定的感情が生じていると解釈された。これらの語りをまとめて「混乱状態」を生成し、『動揺し困惑した状態にあること』と定義した。また、「混乱状態」と「否定的感情」は共通して、睡眠薬の効果が十分に得られなかったときに思考とともに生じる心理的体験であると捉えられた。これらをまとめて【効果が得られないときの反応】を生成した。

“前は4時間半でかまわなかったことが、…(研究協力者.B)” “だからそれは慣れてますからね。(研究協力者.H)” “起きちゃったけどもういいや、…(研究協力者.I)” などの語りが得られた。これらから、目が覚めてしまっても上記の「混乱状態」「否定的感情」とは反対に、冷静な状態を保ち眠れない状態をあまり気にせずいられる場合があると示唆された。これらの語りをまとめ「気にかけない」を生成し、『薬の効果が得られず眠れない状況にないし特別な心情が生じず気にしていないこと』と定義した。

“だから薬、どうしても頼りがちになるわけですね、ええ。(研究協力者.H)” “それは、なんかちょっと一薬に頼りすぎて人生かなってのが。(研究協力者.D)” という語りが得られた。これらから、＜頼っている現状を認識＞を生成し、『薬を飲みながら生活していく状況は薬に頼っていると認識し、否定的に評価していること』と定義した。＜頼っている現状を認識＞と前の段階で得られた「薬は飲みたくない」を見比べたとき、本当は薬なしで眠りたいという気持ちがあり、服薬することに対し否定的な心情を抱えていると考えられた。これらをまとめて「薬に頼ることへの嫌悪」を生成した。そして、【薬に対する思考】に分類した。

“(面接者：じゃあ飲む前に今日は効かなそうだなってのは全くない。)あ、そうですね、はい。今日はどうかなって感じでしたね。(研究協力者.E)” “できるだけ気にしないように、いや、これで寝るんだ、みたいな感じで飲みはするんですけど、やはり頭のどっかに出てき

ちやいますねー。(研究協力者.G)” “今日は効くかなー今日は効くかなーってすごい考えてた気がします。(研究協力者.J)” という語りが得られた。これらから、服薬することで効果が出現するのかどうかについて強く気になっていることが示唆された。研究協力者 G に見られる考え内容とする葛藤や研究協力者 J の “すごい” という表現からも、とても強く距離を置きたい思考であるという特徴があると推察された。また、研究協力者 J の語りから、こうした思考が服薬時に生じる場合もあると推察された。これらの語りをまとめて「今日は効くか懸念」を生成し、『服薬時に今夜は薬が効くか分からないという考えが生じ、心配や懸念をしていること』と定義した。そして、【薬に対する思考】に分類した。

“もう、普通ですよ。(研究協力者.H)” “今日も飲むぞ、そろそろ時間だ、ぐらいの、あの一考えで飲んでるので。(研究協力者.J)” という語りが得られた。これらから、上記の「今日は効くか懸念」とは反対に、何も考えずに服薬していることが示唆された。これらをまとめて「特に何も考えない」を生成し、『服薬時に特に考えていないこと』と定義した。そして【薬に対する思考】に分類した。

“悪くとらえちゃうようなことが続くとまた眠れなくなっちゃったりとか、そういう負の連鎖があつて。(研究協力者.E)” “あー眠れない眠れないって頭の中で考えて余計に眠れなかったりしてる気がする。(研究協力者.J)” という語りが得られた。これらから、研究協力者は、眠ろうとするときに考え事をしていると、更に眠りづらくなる実感があると解釈された。“悪く捉えちゃうようなことが” “眠れない眠れないって” という表現から、考え事是否定的な内容であると解釈された。これらをまとめて<いろいろ考えていると眠れない>を生成し、『眠ろうとしているときに否定的な内容について考え続けることで眠り辛くなると感じていること』と定義した。さらに、<いろいろ考えていると眠れない>と「ストレスを感じていると眠れない」と見比べたとき、共通して、否定的な心理的体験に伴い眠れない実感が生じていると解釈された。これらをまとめて「眠れていない実感」を生成した。

「眠れていない実感」を生成した上で改めて語りを見直したところ、“安定してきてから、眠れないんだらうなって思うことはあんまり無くなりましたね、少なくとも。(研究協力者.J)” “6 月後半ぐらいからすごい良く、眠れるようになって。特に、はい。(研究協力者.D)” という語りが見つけられた。この語りは、「眠れない実感」とは反対に、眠れる実感が得られていることを示していると解釈された。これらの語りをまとめて「眠れている実感」を生成し、『一定以上の睡眠を得ることができていると感じていること』と定義した。そして、「眠れていない実感」とまとめて【睡眠状態】を生成した。

「効果が日によって異なる実感」「今日は効くか懸念」「服薬しないと更に眠れない」「眠れない実感」のカテゴリー同士の関連に関し、“(面接者：普段薬を飲む瞬間でどういうことを考えたりとか—どういう思いとか気持ちがよぎったりとかって—ありますか。)(前略)なんか安定しなかった時は今日は効くかな—今日は効くかな—ってすごい考えてた気がします。(面接者：今日は効くかという懸念なハテナ。どっちだろうみたいな。)どっちだろうっていう。(面接者：なるほど。けっこうそれ、じゃあ、なんていうんですかね、ある、こう不安というかなんというか、うーん難しいですね。どっちかわからないというかこう。すごいやな状態ですよ。)

そうですね。(面接者：そういう、今日は効くかなって思いながらの生活が続くってことなんですよ。)

はい。でも飲まないと絶対眠れないんで笑。(研究協力者.J)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 J は、眠れる日と眠れない日が生じる不安定だった時期は、今晚は薬が効くか否かについてよく考えていたが、飲まないと絶対眠れないために結局服薬していたと解釈された。このことから、「効果が日によって異なる実感」を抱えている状況下では、服薬時に「今日は効くか懸念」が出現するが、「服薬しないと更に眠れない」ために服薬するに至ると解釈された。さらに、“やっぱり不安のままで布団に入ってるけどどうしてもやっぱり、あー眠れない眠れないって頭の中で考えて余計に眠れなかったりしてる気がするの。(研究協力者.J)”という語りから、「今日は効くか懸念」により不安な心情を抱えながら入床することで「眠れない実感」が生じていると解釈された。

服薬時の状況に関し、「服薬しても十分に眠れない実感」「服薬しないと更に眠れない」「嫌だが服薬せざるを得ない」「薬に頼ることへの嫌悪」のカテゴリー同士の関連について、“薬を飲んでも4・5時間しかねれないっていうのはちょっとやっぱり、ええ。(中略)(面接者：けっこう毎回4, 5時間しか効かないなって思いながら毎回通って。けっこうそういう、効かないなって思いながら通うって、人によっては—こうちょっとあんまり、少なくとも楽しくはないかな—と思うので)そうですねー。ただ、それないと眠れないのでー。言ってみれば。まあ眠れ、眠れないつらさはその、初期の段階で散々、2週間ぐらい平気で不眠でしたから。(研究協力者.I)”という語りがえられた。この語りから、研究協力者 I は、薬を飲んでも4・5時間しか効かないため、薬に対し否定的なイメージを持っているが、服薬しないと更に眠れないので服薬をしていると解釈された。この語りに基づくと、眠れないことを訴える患者は、「服薬しても十分に眠れない実感」があるが、「服薬しないと更に眠れない」ため「嫌だが服薬せざるを得ない」生活が続いていると解釈された。さらに、「嫌だが服薬せ

ざるを得ない」に至る背景として、“ほんとに嫌なんですけど、これはもう眠らないわけにはいかないし。(研究協力者.C)”という語りは、本当は服薬したくないが、眠らないといけ
ないので嫌だという気持ちを抱えながら服薬していることと解釈された。このことから、
「薬に頼ることへの嫌悪」があることで「嫌だが服薬せざるを得ない」という考えに至ると
解釈された。

さらに、「薬の効果への肯定感」「特に何も考えない」「眠れている実感」のカテゴリー同
士の関連について、“んだろうな。安定してきてから、眠れないんだろうなって思うことは
あんまり無くなりましたね、少なくとも。(中略)私はあんまり薬を飲むときとかは何も考え
てないですね。今日も飲むぞ、そろそろ時間だ、ぐらいの、あの一考えで飲んでるので。(研
究協力者.J)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 J は、睡眠薬により眠れ
ている実感があるときは、服薬時には特に何も考えずに服薬していると解釈された。このこ
とから、「薬の効果への肯定感」がある場合は「特に何も考えない」で服薬し「眠れている
実感」も得られていると解釈された。

一方で、服薬しても眠れない状況に関し、「眠れないときの対応を決めている」「気につけ
ない」とのカテゴリー同士の関連について“でもたとえば 4 時に起きちゃうんでやること
ないんで、4 時に起きて洗濯したり、あの一洗い物したり最初してたんですけど、妻が
うるさいからそれはやめてくれと。妻が起きる 6 時半までは要するに動きは取らないでほ
しいっていう風に言われて。結局 4 時から 6 時半までベッドに横になってテレビを見てる
だけなんです。そういうところに、本来ならば 11 時 12 時寝て 6 時ぐらいまで寝られ
ればそんなことは起きないわけですよ。だからそんなに、前は 4 時間半でかまわなかつ
たことが、逆に今となっては支障になってんのかなと。(研究協力者.B)”という語りが得ら
れた。この語りから、研究協力者 B は、眠れないときに家事などやることがあれば眠れな
くてもかまわないと感じる一方で、そのような対処行動をとれないと支障に感じてしま
うと解釈された。このことから、服薬しても眠れない状況に置かれたときに「眠れないとき
の対応を決めている」ことで、眠れないことを「気につけない」でいられる一方で、「眠れな
い時の対応を決めている」状態にないと心理的な苦痛感が生じると解釈された。

以上から、眠れないことを訴える患者において、服薬時における薬に関する思考の過程や、
眠れない状況における思考の過程によって睡眠状態への実感や精神状態に相違が生じる可
能性があると考えられた。

今までのデータはすべて睡眠専門外来に通う患者であった。睡眠専門外来は専門機関で

あるがゆえに、来談する患者にも一定の偏りがあると推測されたことから、第5段階では、一般精神科に通院する不眠症患者を対象にデータ収集および分析を行うこととした。

第5段階：カテゴリーの精緻化を目的とした分析

第4段階までの研究協力者は全て睡眠専門外来に通う患者であり、睡眠専門外来ゆえの特殊な体験である可能性があった。よって、第5段階では睡眠専門外来ではない精神科に通う患者の体験を明らかにすることを目的とした。研究協力者の選択条件は、一般の精神科に通っており薬物治療が半年以上続いている眠れないことを訴える患者とした。研究協力者 K, L からデータ収集を行った。その結果、新たなカテゴリーは生成されず、精神科に通う患者も同様の体験をしていることが示唆された。下記に、新たに示されたカテゴリーの関連について述べる。

服薬時の体験として、「不眠症の自分に直面」「嫌だが飲まざるを得ない」のカテゴリー同士の関連に関し、“(面接者：毎日飲む、飲んでるときってなんか、どんなことを感じたり考えたりするの。(中略))はい。あーそうですね、やっぱり、うーん、なんだろう、やっぱり飲まないで眠れないので、たとえば。うーん。な、な、なんだろう、薬を飲まないで眠れない病気なんだなっていう実感が強く、そうですね。(研究協力者:K)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 K は、服薬する際は薬を飲まないで眠れない事実を強く実感せざるを得ないと解釈された。“やっぱり飲まないで眠れないので”という表現から、服薬することについて、肯定的に捉えてはいないと解釈された。このことから、服薬時に「不眠症の自分に直面」することで「嫌だが飲まざるを得ない」という思考に至ると解釈された。

一方、服薬しても眠れない状況に関し、「根本の原因がわからない」「自分では対処できない実感」「混乱状態」「効かないことへの納得のいかなさ」「否定的感情」のカテゴリー同士の関連について、“悪ければみんなと同じ感情で、つらいなーって思うのと、プラスして飲んでるのにこんなになるのとか。…体に悪いことしたっけ、みたいな(面接者：あ、薬が効かない、飲んでるのに効かないときは相当何か自分で負担かかることしたんじゃないかなーみたいな。)とかー、考えてー。でも、いやーそんなことしてないはず、一応気使ってるはずってなっぺー、じゃあなんだろうこれ。これがストレスからきてるってやつ?とかー。何に気を付ければいいのか。(面接者：あー原因不明で考えちゃうとか。)そうだねー。(研究協力者:L)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 L は、服薬しても眠れなかったときにつらさや納得のいかなさに伴ういらつきを感じると同時に、原因をいろいろ

ろ模索して結局分からず、何をすればよいのか自問自答していると解釈された。そして、一連の自問自答にともない精神的な動揺が生じていることと解釈された。このことから、服薬したのに眠れない状況では、眠れないことの「根本の原因がわからない」ことで、眠れない状況に対し「自分では対処できない実感」が生じ「混乱状態」に至ると解釈された。また、睡眠薬が「効かないことへの納得のいかなさ」に伴い「否定的感情」も生起すると解釈された。

さらに、「効かないことへの納得のいかなさ」が生じる背景に関し、改めて前の段階の語りを見直したところ、“風ひいて風邪薬飲むと風邪治るじゃないですかー。だから睡眠薬も飲めば眠れるように作られたもので一飲んでるのに寝れないで朝を迎えると、なんかすごく無意味なことをしてるような。[IR:たしかに。] そうですね、そういうショックな感じがありましたね。あの、自分の行動とか、なんか全部こう、意味ないものとか。(研究協力者 E)”という語りがみられた。この語りから、研究協力者 E は、風邪薬と同様に睡眠薬も飲めば眠れるはずと考えていたのに、実際は眠れなかったために服薬したことを無意味に感じ精神的ショックも感じたとして解釈された。このことから、「薬とは服用すれば絶対に効くもの」と考えていることで、眠れないときに「効かない事への納得のいかなさ」を感じ、「否定的感情」が出現すると解釈された。

以上から、第 5 段階では新たなカテゴリーが生成されず、一般精神科に通う患者も、睡眠専門外来に通う患者と同様の体験をしている可能性があると考えられた。この時点で、新たに生成されるカテゴリーがなくなったため、第 6 段階ではカテゴリーの確認を目的として分析を行った。

第 6 段階：カテゴリーの精緻化を確認とした分析

第 6 段階では、今まで生成されたカテゴリーの確認を目的とした。研究協力者の選択条件は、第 1 段階と同様に薬物治療を半年以上継続している眠れないことを訴える患者とした。研究協力者 M の計 1 名からデータ収集を行った。その結果、新たなカテゴリーは生成されなかった。新たなカテゴリーが生成されなかったことから、理論的飽和状態に達したと判断し、データの収集および分析を終了した。

第3節 結果と考察

分析の結果、6個のカテゴリーグループと19個のカテゴリーが抽出された(表5)。各カテゴリーに関する語りが得られた研究協力者は表6のとおりである。

さらに、カテゴリー同士を関連付けについて全体像をまとめた結果、図3に示す仮説モデルが生成された。以下に生成された理論的仮説のストーリーラインを詳述していく。なお、“斜体”は、研究協力者が実際に語ったインタビューデータを示している。

表5. 生成されたカテゴリーグループ、カテゴリーおよび下位カテゴリー

カテゴリーグループ	カテゴリー	下位カテゴリー
不眠症治療に対するイメージ	薬とは服用すれば絶対に効くもの	
	根本の原因がわからない	
薬の効果への評価	効果が日によって異なる実感	効果の出現に波がある 飲んでも眠れない日の存在
	服薬しても十分に眠れない実感	思うように効かない 十分な睡眠を得られていないと感じる
	薬の効果への肯定感	薬があっている実感 飲めば眠れると思う
効果が得られない時の思考	効かない事への納得のいかなさ	
	自分では対処できない実感	何をすればいいかわからない 対処が実施できない
	眠れない時の対応を決めている	起きてもする事がある 起きていることの受け入れ
効果がえられない時の反応	否定的感情	
	混乱状態	
	気につけない	
薬に対する思考	薬に頼ることへの嫌悪	頼っている現状を認識 薬は飲みたくない
	不眠症の自分に直面	
	今日は効くか懸念	
	嫌だが服薬せざるをえない	
	特に何も考えない	
	服薬しないと更に眠れない	
睡眠状態	眠れていない実感	色々考えていると眠れない ストレス感じていると眠れない
	眠れている実感	

表 6. 各カテゴリーに関する語りが得られた研究協力者の一覧

step	1			2		3	4				5		6
カテゴリー名\研究協力者	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
薬とは服用すれば絶対に効くもの					○	○			○				
根本の原因がわからない				○	○	○				○			
効果が日によって異なる実感		○			○		○		○	○	○		
服薬しても十分眠れない実感	○	○	○	○	○	○	○	○					
薬の効果への肯定感				○			○	○	○	○	○	○	○
服薬しないと更に眠れない			○		○	○	○	○					
効かない事への納得のいかなさ					○			○			○		
自分では対処できない実感		○	○			○		○	○				
眠れない時にやることを決めている			○					○	○				
混乱状態					○					○	○		
気にかけない		○						○	○				
薬に頼ることへの嫌悪		○	○	○		○		○	○		○	○	
不眠症の自分に直面			○	○	○		○		○			○	
今日は効くか懸念					○					○			○
嫌だが服薬せざるを得ない		○	○						○		○		○
特に何も考えない								○	○	○	○		○
眠れない実感	○	○	○		○	○			○	○	○		○
眠れている実感		○		○			○			○	○	○	○

服薬しても眠れなかった場合の認知構造

眠れないことを訴える患者は睡眠薬を服用しても眠れない、あるいは眠った後に覚醒してしまった際、次に述べる体験が生じるとの仮説が得られた。

眠れないことを主訴とする患者においては、薬とは服用すれば絶対に効くものだと考えていることで、服薬しても眠れない状況になった時に、薬が効かないことに納得がいらず否定的な感情が湧く場合があるようだった。または、服薬しても眠れない状況になった時に、眠れない根本の原因が分からないという考えにより、眠れない状況下でどうすればいいかわからない、あるいは思うような対処行動が実施できないなど、自分では眠れない状態に対処できないと考え混乱状態に至るようだった。

一方で、服薬して眠れない状況であっても、起きてしまってもやることがある、起きていることを受け入れるなど、眠れない時の対応を決めている場合、否定的感情や混乱状態は生じることではなく、眠れないことを気にかけないでいられるようだった。

眠れない状況における「薬とは服用すれば絶対に効くもの」から「否定的感情」に至る体験および、「根本の原因が分からない」から「混乱状態」に至る体験の2つは、同時に生じている場合もあると推測された。研究協力者 L は“(薬飲んで調子が)悪ければみんなと同じ

感情で、つらいな—って思うのと、プラスして飲んでるのにこんなになるのとか。体に悪いことしたっけ、みたいな—（面接者：あ、薬が効かない、飲んでるのに効かないときは相当何か自分で負担かかることしたんじゃないかな—みたいな。）とか—、考えて—。でも、いや—そんなことしてないはず、一応気使ってるはずってなって—、じゃあなんだろうこれ。これがストレスからきてるってやつ？とか—。何に気を付ければいいのか。（面接者：あ—原因不明で考えちゃうとか） そうだね—。”と語っていた。研究協力者 L は、服薬しているのに眠れない状況では、“飲んでるのにこんなになるの”という納得のいかなさと否定的感情が生じると同時に、眠れない原因について考えをめぐらすなど混乱状態にあると解釈された。この語りから、両方の体験が同時に生じる場合もあると考えられた。

また、同一人物が別時期に否定的感情あるいは混乱状態に至る体験と、気にかけない状態に至る体験の両方を体験する場合もあると考えられた。たとえば、“家事、炊事洗濯をすべて私がするようにしてるんですよ。（そうなんですか）んで、要するに、普通のご主人と奥さんを逆転するような形の生活をしてるんですけども、でもたとえば 4 時に起きちゃうんでやることないんで、4 時に起きて洗濯したり、あの一洗い物したり最初してたんですけども、妻がうるさいからそれはやめてくれと。妻が起きる 6 時半までは要するに動きは取らないでほしいっていう風に言われて。結局 4 時から 6 時半までベッドに横になってテレビを見てるだけなんです。そういう—ところに、本来ならば 11 時 12 時寝て 6 時ぐらいまで寝られればそんなことは起きないわけですよ。だからそんなに、前は 4 時間半でかまわなかったことが、逆に今となっては支障になってんのかなと。（研究協力者 B）”という語りを得られた。この語りから、研究協力者 B は、以前は眠れない状況でもやることが決まっていたために眠れないことを気かけずに済んでいたが、家事ができないことで対処が実施できなくなったと解釈された。このことから、環境的な制約により、気にかけない状態に至る思考パターンから混乱状態や否定的感情に至る思考パターンに移行する場合があると推測された。

さらに、ベッドに横たわっているという同一の状況であっても、“起きちゃったけどもういいや、横になってようみたいな感じで。（研究協力者 I）”と語られた場合と“結局 4 時から 6 時半までベッドに横になってテレビを見てるだけなんです。（研究協力者 B）”と語られた場合があった。これらの語りから、ベッドで横になっているという状況は同じでも、その状況に対して否定的認知と苦痛感が生じるか否かは患者によって異なる場合があると推測された。

服薬時の認知構造

眠れないことを主訴とする患者において、服薬時にも下記に述べるような心的体験が生じているという仮説が生成された。

睡眠薬の効果に対し、効果の出現に波がある、飲んでも眠れない日の存在があるなど、睡眠薬の効果が日によって異なるという実感を抱えている場合、服薬時に今日は睡眠薬が効くかとの懸念が生じるようであった。そして、睡眠薬の効果に対し否定的な認識を持っていても、服薬しないとさらに眠れないという思いから、服薬に至るようであった。そして、そのような考えが服薬時に生じていると、眠れていないと実感する場合があるようだった。

また、服薬をすることで不眠症の自分に直面せざるを得ない、自分は薬に頼っている、薬は飲みたくないと考えるなど、普段から睡眠薬の使用に対し否定的な思考を抱えている場合があるようだった。そして、このような場合、服薬時には、服薬しないとさらに眠れないと考え、嫌だが服薬せざるをえないという精神的葛藤に至るようであった。そして嫌だが服薬せざるを得ないという実感が生じているときは、後続して眠れない実感が生じる場合があるようだった。

一方、薬の効果に対して薬があっている、あるいは飲めば眠れると思うなど、薬の効果への肯定感を感じていることで、服薬時には特に何も考えないで服薬することができているようであった。そして、服薬時に何も考えていない場合は、後続して眠れている実感が得られているようであった。

服薬時に眠れるかの懸念や飲みたくないという思考が生じることに関し、“できるだけ気にしないように、いや、これで眠るんだ、みたいな感じで飲みはするんですけど、やはり頭のどっかに出てきちゃいますねー。(研究協力者J)”という語りが得られた。この語りから、何も考えないよう努力するが上手くいかないという体験が生じている場合も考えられた。また、“あとはなんとなくーその布団に入るときのすっきり具合できっと眠れないだろうなっていう気持ちが強かったりとか。(研究協力者J)”という語りが得られた。この語りから、眠る際に、薬の効果が生じているか探るために、身体感覚に注目を向けている場合があると考えられた。

また、“んー。私はあんまり薬を飲むときとかは何も考えてないですね。今日も飲むぞ、そろそろ時間だ、ぐらいの、あの一考えで飲んでるので。うん。なんか安定しなかった時は今日は効くかなー今日は効くかなーってすごい考えてた気がします。(研究協力者J)”とい

う語りが得られた。この語りから、服薬時に特に何も考えられずにいられるか否かは、個人内でも時期や状況によって異なる可能性が考えられた。ただし、“なんかあの一薬に対する信頼感が出て来たから、なんだろう、眠れるだろうなーって思ったのか、なんか眠れるだろうなって思ったから、薬を飲んだから大丈夫って思えるのか、なんかその辺が曖昧なので。(研究協力者 M)”といった語りから、これらの服薬時の認知と主観的な睡眠状態の実感との因果関係は不明と考えられる

一方、この仮説の例外として“(薬飲んでも寝れなかった次の晩について)まあその時は今晩は眠れるだろうと。(中略)やっぱり前の日寝てませんから。(研究協力者 H)”という語り得られた。このことから、薬の効果に肯定感を持っていなくても、服薬時に特に何も考えずにいられる場合もあると考えられた。

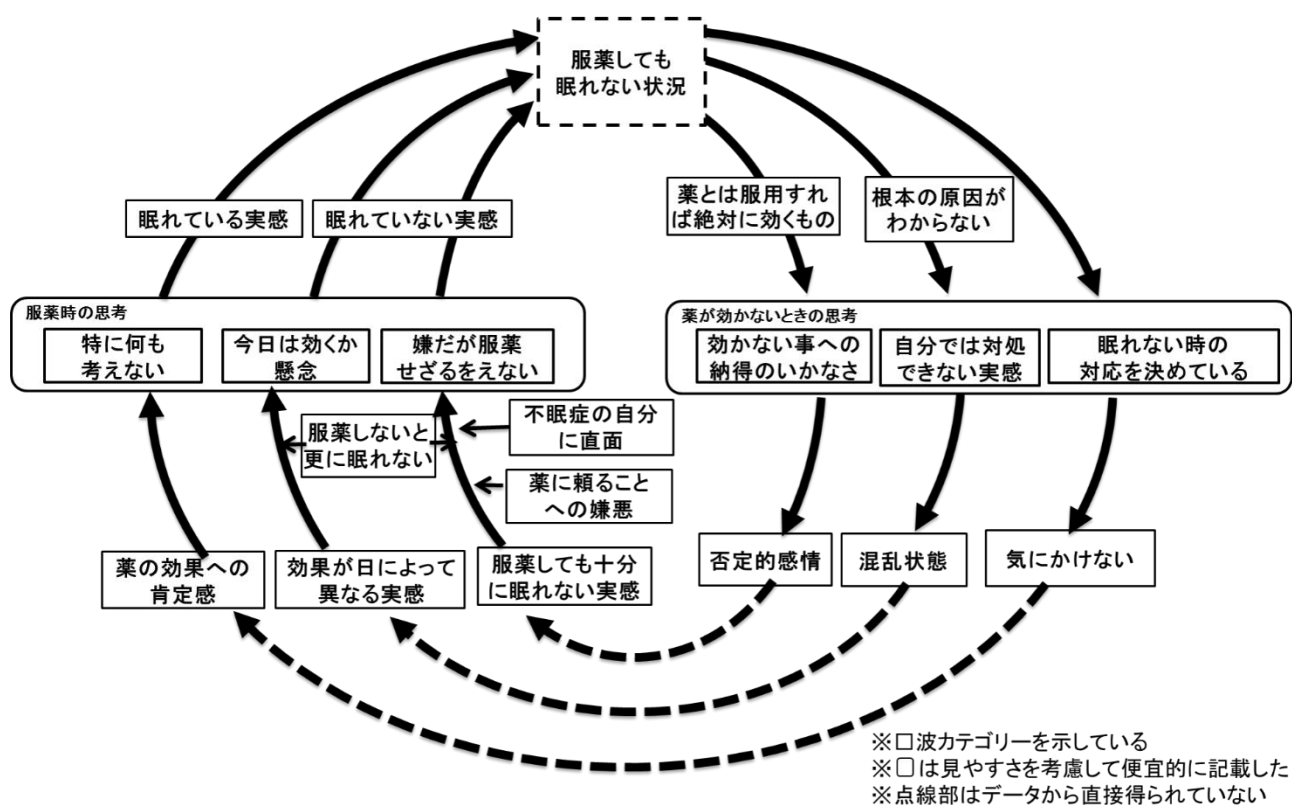


図 3.服薬に関する認知構造

第4節 まとめ

本研究は、眠れない症状や睡眠薬の効果の出現は心理的要因も影響することから、このような心理要因の詳細を明らかにするため、眠れないことを訴える患者の服薬に関する認知構造を明らかにすることを目的とした。本研究から、服薬時に眠れるかの懸念や服薬したくないという否定的認知が生じることで却って眠れない実感が生じる可能性があると考えられた。また、服薬しても眠れない状況では、薬が効かないことへの納得のいかなさや自分では対処できない実感にともない否定的な精神状態が生じることで、さらに眠れなくなる可能性があると考えられた。

方法としては、薬物治療が長期化している眠れないことを主訴とする患者へのインタビューデータをもとに GTA による質的分析を行った。その結果、次のような仮説が生成された。薬とは服用すれば効くものと思っていることで、服薬時に効かないことへの納得がいかず不定的感情が生じる、あるいは根本の原因が分からないと考えていることで服薬時に自分では対処できないと感じや混乱状態に至るようだった。一方で、眠れない状況で眠れない時の対応を決めていた場合は、気かけず平静に構えることができるようだった。また、服薬しても十分に眠れないと感じていた場合や服薬すると不眠症の自分に直面してしまう、薬に頼ることに嫌悪がある場合は、服薬時に、嫌だが服薬せざるを得ない考えるようだった。また、睡眠薬の効果は日によって異なる実感があることで、服薬時に今日は効くか懸念が生じるようだった。そして服薬時に嫌だが服薬せざるを得ない、あるいは懸念が生じた場合、後続して眠れていない実感が生じているようだった。一方で、薬の効果への肯定感がある場合は、服薬時に特に何も考えておらず、眠れているとの実感も得られているようだった。

服薬に伴う認知構造と睡眠の妨害の関連について

本研究では、服薬時や服薬後の眠れない状況において、服薬に関する否定的な思考が生じ、後続して眠れない実感や眠れない状態を誘引するような心情が生じているという仮説が生成された。

本研究で示された、服薬時や眠れない状況において生じる薬に関連する否定的認知は、睡眠を妨害している可能性が考えられる。怒りや憂鬱感、緊張感、混乱状態が生じることで、睡眠の質が下がることが指摘されている(Pilcher et al,1997)。また、否定的感情の発生に後続して、睡眠潜時、総睡眠時間、睡眠の質の低下が生じるという指摘がある(Kalmbach,et al,2014)。さらに、情緒的ストレスの強さが、不眠症状の悪さを予測することも示されてい

る(Lund et al,2010)。これらを踏まえると、本研究で抽出された睡眠薬に関連する否定的な心理的体験が、眠れない状態を促進させる可能性も考えられる。

また、睡眠薬に関する心理的体験と睡眠状態は円環的な体験である可能性が考えられる。Kalmbach ら(2014)は、否定的感情が睡眠の質を悪化させるだけでなく、睡眠の質のよさが肯定的感情の増加に影響することも指摘している。また、良質な睡眠が取れないと否定的気分や否定的認知が生じやすいことが指摘されている(Franzen et al,2008; Vanderlind et al,2014)。このことから、睡眠薬に関する否定的な心理体験が生じることで睡眠状態が悪化するだけでなく、睡眠状態が悪いことで睡眠薬に関する否定的心理状態が生じる可能性も考えられる。

さらに、服薬しても眠れない状況にて生じる混乱状態や否定的感情は、睡眠状態に対する実感を悪化させる可能性も考えられる。Bradley(1992)は、一般的にある特定の体験に伴う感情が強ければ強いほど、その体験が記憶に残りやすいことを指摘している。このことから、眠れない状況において混乱状態や否定的感情などの強い感情が伴うことで、平静だった場合に比べて眠れなかったという記憶が残りやすい可能性も考えられる。また、睡眠に困難を抱えている患者は、睡眠状態を実際よりも過小評価する傾向にあることが指摘されている(Frankel. Et al,1976)。これにより、たとえ眠れた経験もあったとしても、眠れない経験がより頭に残ってしまう、あるいは眠れていてもあまり眠れていないと感ずることで、薬を飲んでも眠れないという思考が助長されてしまう可能性もありえる。

ただし、本研究は想起による主観的体験にもとづく質的検討のため、睡眠薬に関する否定的な心理的体験と睡眠状態の関連性については、本研究の結果からは明言することはできない。

服薬時の認知構造について

効果が日によって異なる実感があることで、服薬時に今日は効くかという懸念が生じる可能性が考えられた。また、服薬しても十分に眠れない実感や服薬に伴う不眠症の自分への直面、薬に頼ることへの嫌悪感を抱えていることで、服薬時に嫌だが服薬せざるを得ないという考えが生じる可能性が考えられた。そして、服薬時に今日は効くかという懸念や嫌だが服薬せざるを得ないという考えが生じた場合、後続して眠れない実感が生じている可能性が考えられた。一方で、薬の効果に肯定感を持っている場合は、服薬時には特に何も考えずに服薬しており、眠れている実感が得られている可能性が考えられた。

今日は効くかという懸念が生じる背景には、眠れないことを訴える患者に特徴的な心理状態が反映されていると考える。眠れないことを訴える患者は、身体的危害や精神的危害が生じることに対する恐怖心が強い傾向にあることが指摘されている(Hilaire et al,2005; Park et al,2012)。眠れないという身体の状態の悪化に過剰な恐怖心があるからこそ、睡眠薬の効果が生じるか否かに対し、強い懸念が生じるのではないかと想像される。

効果を十分に感じられていないにもかかわらず、飲みたくないと思いながらも最終的に服薬していることは、眠れないことを訴える患者に特徴的な体験と考えられる。睡眠薬として頻繁に用いられるベンゾジアゼピン薬物の依存者においては、むしろほかの薬に比べて危険性が少ないと考え服用に対し肯定的に感じている(Liebrenz et al,2015)。本研究で対象とした患者は、睡眠薬を長期服用しているという点では臨床容量依存ともいえるかもしれないが、服薬に対する嫌悪を感じていることを考慮すると、ベンゾジアゼピン系薬物の依存者とは正反対の心理的体験が生じている可能性が考えられる。他の慢性疾患においては、効果を実感していても服薬を続けられないことが指摘されている(Ganguli et al,2016)。そのため、他疾患においては、眠れないことを訴える患者のように薬の効果を感じず精神的葛藤を抱えながらも服薬を続けるという状態が生じにくいと想像される。

服薬時に否定的な心理体験が生じるという認知構造は、内山(2002)が提唱した不眠症患者の睡眠薬恐怖症とは異なると考えられる。内山(2002)は、睡眠薬恐怖症は、患者が治療前から抱えていた睡眠薬に対する偏見であり、治療初期に医師から十分説明することで防げるものと推察される。一方、本研究で示したものは、治療長期化による経験の蓄積によって形成されるものであるため、医師が睡眠薬の習慣性や副作用に関する誤解を説明したとしても予防できるものではないと思われる。このような状況から脱却するには、服薬時に何も考えずに服薬できるようになることが望ましいが、服薬時に何も考えないようにすることは薬が効くようになったことで生じているのか、それとも自らそう考えることにより薬効を享受しやすくなるかは現時点では言及することはできない。

眠れなかった際の認知構造について

薬とは服用すれば絶対に効くものと考えていることで、服薬して眠れなかった際に睡眠薬が効かないことに納得がいらず否定的感情が生じるという仮説が生成された。また、眠れないことの根本の原因がわからないと考えていることで、服薬して眠れなかった際に、自分では眠れない状態に対処できないと考えて混乱状態が生じる可能性が考えられた。一方で、

眠れないときの対応を決めていると眠れなくとも気にかけずにいられるという仮説が生成された。

薬の効果の絶対視と納得の出来なさや根本の原因が分からないと対処できないという思考が生じる背景には、性格的特徴が影響している可能性が考えられる。眠れないことを訴える患者は完璧主義で不安が高いことが指摘されている(Laar et al,2010)。これを考慮すると、薬の効果や対処行動の効果が絶対的でないことに対し、混乱状態や想定と異なることへの怒りが生じやすい可能性が推測される。

また、本研究で生成された「自分では対処できない実感」と「眠れないときの対応を決めている」に関し、対処行動をとることが可能か否かというよりは、「自分では対処できない実感」は眠るための行動をとろうとすること、「眠れないときの対応を決めている」は眠らずに過ごせるための行動をとろうとすること、を示していると考えられた。眠れないこと訴える患者は、自身に精神的・身体的な危害が生じることを極端に避けたがる傾向があると指摘されている(Hilaire et al,2005; Park et al,2012)。そして、眠るための努力や眠れない状態を避ける安全確保行動は、積極的に取り組むほど、かえって睡眠が妨害されることが指摘されている(Fairholme et al,2014)。これらを考慮すると、眠れないことを訴える患者は身体的危害である眠れない状態を極端に避けようとする可能性があり、一方で眠れない状態を避けるための行動を積極的に行うと却って睡眠状態が悪化する可能性があると考えられる。本研究で抽出された「自分では対処できない実感」は対処したいという考えの強さが推測されることから、この思考の背景には眠れない状態を過剰に回避したい、そのために積極的に対処行動をとりたい、という思考が生じているのではないかと想像される。

本研究の限界と展望

本研究の限界として、データの偏りが挙げられる。研究1でも述べたように、精神疾患や他の睡眠障害の既往歴があることから、慢性不眠症の患者との体験とは異なる可能性が高い。そのため、本研究の結果を慢性不眠症患者に当てはめるのは慎重になるべきである。本研究では、新たなカテゴリーの生成がなされなかったことに基づき理論的飽和が生じたと判断した。そして、既往歴の疾患は統制できなかったことが限界点であった。今後は、眠れないことを訴える患者のなかでも様々な既往歴の内容を基準に理論的サンプリングして併発疾患を網羅することで、仮説モデルを精緻化することができると考えられる。

また、インタビューデータの特性上、患者本人の主観的体験であることに加え、過去の体

験を振り返るというレトロスペクティブなデータとなっている。したがって、たとえば観察法などによる客観的データを用いた検討やプロスペクティブなインタビューデータを用いた検討を行う必要がある。とくに、インタビュー内容は想起に基づく語りであるため、体験としての事実関係は曖昧性も高いと考えられる。服薬時や眠れない状況における心理的体験は、状況に依存して生じる思考を示しているため、普段から常に抱えている思考を語る場合に比べて、曖昧性が高くなると考えられる。

従来では睡眠状態と否定的心理状態の因果関係は指摘されてきたが、本研究により否定的心理状態が生じる構造に関する仮説を得ることができたと考えられる。とくに、服薬しているにもかかわらず思うような睡眠状態が得られない背景要因に関する仮説の一つが得られた点は、本研究の資するところと考える。

本研究で見いだされた心的体験や認知などが睡眠状態に影響を与える程度の強さや因果関係については、分析方法の特性上、言及が難しい。よって、研究3では、本研究で得られた理論的仮説の検討を目的として、量的検討を行うこととした。

第 5 章 服薬に関する否定的認知と睡眠の関連性のパイロット研究 (研究 3)

第 1 節 問題と目的

研究 2 では、長期的に眠れない症状に対し薬物治療を行う患者において、服薬時に“今日は効くかという懸念”や“嫌だが服薬せざるを得ない”といった認知が発生していること、また服薬後に入眠困難が生じた際に“効かないことへの納得のいかなさ”とそれに伴う“否定的感情”が発生している場合があることが明らかになった。

不眠症状は、呼吸や心拍数の上昇などのような身体的要因あるいは心配や反芻などのような認知的要因による過覚醒が入床時に生じ、睡眠が妨害されることで発生する場合がある(Bootzin,1972; Espie et al,1989)。こういった過覚醒は、とくに不安やゆううつ感、怒りなどの陰性感情の発生に関連して生じる(Franzen et al,2008; Pilcher et al,1997)。眠れないことを訴える患者は健常者と比較して抑うつや不安のような感情を知覚しやすいことも考慮すると(Kyle et al,2014)、陰性感情の出現に伴う過覚醒の発生と入眠困難の関連が想定される。さらに、覚醒を促すカフェインの効果を怒りが促進させることや(Killgore et al,2006)、不眠症においては客観的入眠潜時に対しプラセボが睡眠薬の 64%の効果を示すこと、薬に関する説明の仕方により効果の発現の程度に違いが生じることから(坂本ら,1994)、心理的要因による影響を受けやすいと考えられる。これらを踏まえると、陰性感情は、眠れないことを主訴とする薬物治療中の患者の睡眠状態にも影響を与える可能性があると推察される。以上から、研究 2 で明らかになった服薬に関する否定的認知においては、その認知の発生に伴い過覚醒が生じやすいのではないかと推察される。

質的検討は、既存の知見では示されていない新たな現象や概念の探索や、主観的体験の連続的なプロセスや構造を明らかにすることに適していると考えられる。一方で、大規模母集団への一般化可能性を想定した仮説検討や関連性、因果関係については、データや分析の特性上限界があると考えられる。しかし、研究 2 で得られた仮説や否定的認知の関連性が明らかにならなければ、どの程度臨床場面で扱う必要性があるかについて述べることができない。

よって、本研究では研究 2 で生成された仮説「薬に対する否定的認知の確信度が強いほど入眠が困難になる」を量的に検討することを目的とした。

第2節 方法

調査方法

質問紙調査および終夜睡眠ポリグラフ(以下, PSG)によりデータ収集を行った。PSG とは, 睡眠時の脳波, 眼球運動, 筋電図, 呼吸, 心電図, 動脈血酸素飽和度(SpO₂), いびき, 体位, 体動などを測定することで様々な睡眠障害を正確に診断する生体信号記録である。具体的な手順は以下の通りである。

まず, 精神科医師が診察時に研究参加に問題を生じないと判断した患者に対し, 口頭にて研究の簡単な説明及び同意を求め, 同意が得られた場合は, 説明文書の手渡し及び同意書への署名をお願いし, デモグラフィック情報, 不眠症状に関する尺度, 気分に関する尺度, 普段の服薬と睡眠に対する認知に関する質問項目を記した質問紙への記入を求めた。次に, PSG 実施日の睡眠薬服用時に, 服薬時の服薬と睡眠に対する認知の質問項目を記した質問紙への記入を求めた。PSG 実施日の患者の様子として, 日中は普段と同様に過ごし, 飲酒, 喫煙, 入浴は行わなかった。また, PSG 実施病院への来院は 19 時から 22 時の間であった。PSG 実施時の服薬時刻および入床時刻は, 研究協力者の普段の服薬時刻および入床時刻にあわせた。なお, 各研究協力者の服薬時刻, PSG 検査開始時刻および終了時刻と, 睡眠薬の服薬状況については表 7 に示した。

研究協力者

研究協力者の選択条件は①眠れないことを主訴として薬物治療を 3 か月以上継続している②入眠困難あるいは中途覚醒が継続している③成人している, 以上 3 点を満たしている患者とした。2015 年 7 月から 2016 年 9 月の期間に, 施設責任者から研究協力の承諾が得られた睡眠専門外来 1 施設にてデータ収集をおこなった。施設に不眠症状を主訴として来院した初診の患者に対し研究協力の募集を行った。そのうち, 研究協力の同意を得られた患者 13 名を対象にデータ収集を行った。データ収集を行った者のうち, PSG の結果から眠れない症状の原因が睡眠時無呼吸症候群によるものと判断された 4 名を分析対象から除いた。また, PSG の結果において総睡眠時間 22 分, 睡眠効率 7.3%であることから, 第一夜効果の影響が著しいと判断された 1 名を分析対象から除いた。最終的に, 8 名を研究対象とした。表 7 に研究協力者の詳細を示す。研究協力者全員がベンゾジアゼピン系または非ベンゾジアゼピン系の睡眠薬あるいは抗不安薬を使用しており, 1 名が不眠症状改善を目的とした抗うつ薬を併用していた。本研究の研究協力者の診断および症状判断は, 日本睡眠学会認定医

表 7.研究協力者一覧

年齢	性別	服薬内容	基礎疾患	職業	入眠困難	中途覚醒	早期覚醒	熟眠困難	診断	治療方針	PSG時 服薬時刻	PSG 開始時刻	PSG 終了時
82	男	レンドルミン:0.25mg 1T デパス:1mg 1T マイスリー:10mg 1T デジレル:50mg 1T	逆流性食道炎,緑内障	無職	服薬時は無	有	有	有	不眠症	SASによる不眠ではないためSASの治療なしと判断	23:10	23:15	6:55
63	男	ロヒプノール:1mg 1T	高血圧,心臓病(ブルガタ症候群),糖尿病,脂肪肝,甲状腺疾患	会社役員	服薬時は無	有	有	有	不眠症 SAS	SASによる不眠ではないためSASの治療なしと判断	23:55	23:56	7:45
66	男	ハルシオン:0.25mg 1T	高血圧,逆流性食道炎,自律神経失調症	パート(運転)	服薬時は無	無	有	有	不眠症 SAS	SASによる不眠ではないためSASの治療なしと判断	23:28	23:33	7:20
70	女	レンドルミン:0.25mg 1T デパス:0.5mg 1T	不整脈,高脂血症,自律神経失調症,アレルギー性鼻炎	無職	有	有	有	有	不眠症 SAS	SASによる不眠ではないためSASの治療なしと判断	22:03	22:56	6:33
71	男	マイスリー:5mg 1T レンドルミン:0.25mg 1T	狭心症,逆流性食道炎	不明	有	有	有	有	不眠症 SAS	SASによる不眠ではないためSASの治療なしと判断	23:00	23:27	7:28
76	男	レンドルミン:0.25mg 1T	高血圧,逆流性食道炎	無職	服薬時は無	無	無	無	不眠症 SAS	SASによる不眠ではないためSASの治療なしと判断	23:00	23:20	6:22
64	女	ジアパックス:5mg 0.5T	高脂血症,アレルギー性鼻炎	無職	有	有	無	有	不眠症 SAS	SASによる不眠ではないためSASの治療なしと判断	23:45	0:01	7:23
48	女	マイスリー:10mg 0.5T	乳癌(ホルモン治療中)	会社役員	服薬あるが 入眠困難+	有	有	無	不眠症,SAS	SASによる不眠ではないためSASの治療なしと判断	23:30	23:58	7:26

服薬内容:Tは錠数を示す; 診断・治療方針:SASは睡眠時無呼吸症候群を示す

により ICSD-2(American Academy of Sleep Medicine,2005)に基づいてなされた。また、全ての患者が身体疾患を併発していた。各患者の身体疾患の詳細については、表 7 に記す。

調査内容

研究協力の同意が得られた者に対し、データの収集を行った。同意取得時に、デモグラフィック情報を対面にて聴取した。また、不眠症状に関する尺度、気分に関する尺度、普段の服薬と睡眠に対する認知に関する質問項目について質問紙によるデータ収集を行った。さらに、PSG 実施前の服薬時に、服薬時の服薬と睡眠に対する認知の質問項目について、質問紙によるデータ収集を行った。以下に、各尺度および質問項目について詳述する。

デモグラフィック情報

年齢、性別、診断名、服薬内容、基礎疾患、入眠困難有無、中途覚醒有無、早朝覚醒有無、他の睡眠障害関連症状の有無を聴取した。

不眠症状に関する尺度

Insomnia Severity Inventory(ISI; Bastien et al,2001)は不眠症状の重症度を測定する尺度であり、10 点以上が不眠症と判断される。Disfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep(DBAS; Morin et al,2007; 宗澤ら,2009)は不眠に関連する非機能的信念を測定する尺度である。Pre-Sleep Arousal Scale (PSAS; Jansson-Fröjmark,2012; 岡島ら,印刷中)は入眠前の覚醒や緊張の程度を測定する尺度である。Ford Insomnia Response to Stress Test(FIRST; Drake et al,2004; Nakajima et al,2014)は睡眠を妨害する覚醒がどの程度生じやすい特性であるかを測定する尺度である。

気分に関する尺度

State-Trait Anxiety Inventories(STAI; Spielberger et al,1983; 肥田ら,2000)は不安の強さを測定する尺度であり、本研究では特性不安のみ測定した。K6(Kessler et al,2002; Furukawa et al,2008)は不安・抑うつ傾向を測定する尺度である。

普段の服薬と睡眠に対する認知に関する質問項目

研究 2 で生成された理論的仮説をもとに作成した睡眠薬に対する普段の認知について問

う 5 項目であった。すべての項目は Numerical Rating Scale であった。それぞれの認知に対する確信度が「全く強くない」を 0 で最小点, 「非常に強い」を 100 で最大点としており, その間は 10 点ずつに区切り, もっとも当てはまると思われる点数を選択するというものだった。質問文は, 「薬とは本来, 服用すればいつでも同じ効果が得られるものだ」(以下, 「本来同じように効く」), 「自分が飲んでいる睡眠薬は, 日によって効き方に波があると思う」(以下「日によって波がある」), 「自分が飲んでいる睡眠薬は, 十分に効かないと思う」(以下, 「十分に効かない」), 「自分が飲んでいる睡眠薬は, 自分に合っていると思う」(以下, 「自分に合っている」)「自分が飲んでいる睡眠薬は, 飲めば眠れると思う」(以下, 「飲めば眠れると思う」)であった。研究協力者の選択した点数を, それぞれの認知の強さを示す値として分析対象とした。

服薬時の服薬と睡眠に対する認知の質問項目

研究 2 で生成された理論的仮説をもとに作成した服薬時の睡眠薬と睡眠に対する認知について問う質問項目 3 項目と, 薬に限らず眠れないことへの不安全感について問う 1 項目であった。すべての項目は Numerical Rating Scale であった。それぞれの認知に対する確信度が「全く強くない」を 0 で最小点, 「非常に強い」を 100 で最大点としており, その間は 10 点ずつに区切り, もっとも当てはまると思われる点数を選択するというものだった。

「あなたは睡眠薬を飲む時, 以下に示す考えや状態がどれくらい強いですか。もっとも近い数字に○をつけてください。」という教示文に対し, 質問文は, 「眠れないことに対する心配」(以下「眠れない心配」), 「はたして今夜は薬が効くのかという懸念」(以下, 「効くのか懸念」), 「本当は飲みたくないが飲まざるをえない」(以下, 「飲みたくない」), 「薬や飲むことに関して特に何も考えない」(以下, 「何も考えない」)であった。

研究協力者の選択した点数を, それぞれの認知の強さを示す値として分析対象とした。

PSG データ

PSG で得られるデータの中でも, 総睡眠時間, 睡眠効率, 入眠潜時, 総中途覚醒時間, 睡眠時無呼吸症候群の指標である Apnea-Hypopnea Index (以下, AHI) を分析対象としてデータ収集した。本研究のすべての PSG の手続き及び判定, 定義は, AASM 2007 ver2.1 に準拠していた(American Academy of Sleep Medicine,2014)。PSG 測定装置は, PHILIPS 社のアリス 5 であった。左乳様突起(M1)と右乳様突起(M2)を基準電極とした。脳波電極部

位は、右前頭部(F4-M1)、左前頭部(F3-M2)、右頭部中心部(C4-M1)、左頭部中心部(C3-M2)、右後頭部(O2-M1)、左後頭部(O1-M2)であった。また、顎筋電図と前脛骨筋電図を測定した。呼吸の測定方法では、口鼻に装着するサーミスタセンサーと鼻腔に装着するエアプレッシャーセンサーを同時に用いた。さらに、酸素飽和度のモニターを行うため、指に装着するパルスオキシメーターを用いた。PSG データでは、消灯を検査開始時刻、翌朝の点灯を検査終了時刻とした。睡眠の判定区間は 30 秒とした。

入眠潜時は、消灯時刻時の覚醒状態から、最初に出現した睡眠状態の 1 区間目までの時間とした。総睡眠時間は、最初に睡眠状態に移行してから最後に覚醒するまでの時間のうち、覚醒時間を除いた時間とした。睡眠効率、総睡眠時間を検査時間で除し、100 を乗じた値とした。総中途覚醒時間は、最初に睡眠状態に移行してから最後に覚醒するまでの間で、覚醒していた時間とした。

AHI は、無呼吸イベントおよび低呼吸イベントの出現回数について、睡眠 1 時間あたりの平均出現回数とした。無呼吸イベントは、イベント前に比べてサーミスタのセンサーの最大信号の振れが 90%以上低下した状態が 10 秒以上続いている状態と定義された。また、低呼吸イベントは、イベント前に比べてプレッシャーセンサーの信号振幅が 30%以上低下している状態が 10 秒以上継続している状態、または酸素飽和度がイベント前に比べて 3%以上低下している状態と定義した。無呼吸イベントはサーミスタセンサーに、低呼吸イベントはプレッシャーセンサーに基づいて判定した。

PSG は同意取得日とは別日の研究協力者の希望する日に実施された。

分析方法

服薬に関連する否定的認知を問う質問項目と睡眠状態との関連を明らかにするため、普段の服薬と睡眠に対する認知に関する質問 5 項目、服薬時の服薬と睡眠に対する認知に関する質問 5 項目および、入眠潜時、総睡眠時間、睡眠効率、総中途覚醒時間の関連性を分析することとした。また、DBAS にて測定される睡眠に対する非機能的認知、PSAS にて測定される入床前の主観的覚醒感、FIRST にて測定されるストレスによる不眠の生じやすさ、は不眠症状の悪化に寄与するとされる(Tang et al,2004; Morin et al,2007; Hoda et al,2014)。また、特性不安や抑うつ感の強さも不眠症状の悪化に寄与することが指摘されている(Nadorff et al,2013; Wilkerson et al,2011)。よって、DBAS、PSAS、FIRST および、不安を測定する STAI、抑うつを測定する K6 を交絡変数と想定した。さらに、研究協力者が不

眠症状の治療として服用しているベンゾジアゼピン系薬物は、本来睡眠状態を改善させる効果をもっており、睡眠状態や薬に対する認知への影響が生じる可能性も考えられた。また、睡眠時無呼吸症候群の症状によって睡眠状態が悪化する可能性も考えられた。よって、ジアゼパム換算されたベンゾジアゼピン系薬物の服薬量と AHI も交絡変数として想定した。そして、睡眠状態と服薬に関する認知の関連に対して、交絡変数が寄与しているかどうかを検討することとした。さらに、他の認知が寄与することで睡眠状態との関連が生じているのかを考察するため、睡眠状態と関連が示された服薬に関する否定的認知同士の関連についても検討することとした。

具体的な分析手順は次のとおりである。睡眠状態を示す項目と服薬と睡眠に関する質問の回答の特徴を明らかにするために平均値を算出した上で、服薬時の認知と睡眠状態に関する各項目、普段の認知と睡眠状態に関する各項目について、それぞれ Spearman の順位相関分析を行った。また、睡眠状態を示す各指標と服薬に関連する認知の項目との間で有意な相関または有意傾向が示された項目に対し、各交絡変数との相関分析を行った。さらに、服薬時の認知と普段の認知との関連についても、それぞれ睡眠状態を示す指標との有意な相関または有意傾向が示されたものに関しては相関分析を行った。5%未満を有意、10%未満を有意傾向とした。すべての分析は、SPSS(ver.22)を用いて行われた。

倫理的配慮

本研究は、東京大学研究倫理審査委員会から承認を受けて実施した。また、全ての研究協力者は、事前に十分な説明を受けた上で、口頭および文書にて研究協力の同意を得た。

第3節 結果

主要変数の記述統計量

研究協力者の特徴を示す変数の平均値および標準偏差は表8の通りであった。

表 8.各変数の平均値および標準偏差

		平均値	標準偏差
	年齢	67.50	10.11
服薬時の認知	眠れない心配	37.50	26.59
	効くのか懸念	41.25	28.00
	飲みたくない	78.75	19.59
	何も考えない	35.00	30.24
普段の認知	本来同じように効く	43.75	28.75
	日によって波がある	56.25	27.22
	十分に効かない	45.00	28.78
	自分に合っている	63.75	15.06
	飲めば眠れると思う	70.00	22.04
睡眠状態	睡眠効率(%)	67.74	11.46
	入眠潜時(分)	15.81	12.94
	総中途覚醒時間(%)	28.45	9.93
	AHI(回/1時間)	16.96	6.24
不眠関連症状	ISI	15.38	6.78
	DBAS	5.19	2.16
	PSAS	35.63	10.47
	FIRST	27.63	3.54
	STAI	43.38	8.67
	K6	6.38	3.78
ベンゾジアゼピン系薬物の服薬量(mg)		6.45	3.86

AHI=Apnea-Hypopnea Index; ISI=Insomnia Severity Inventory;
 DBAS=Disfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep;
 PSAS=Pre-Sleep Arousal Scale; Ford Insomnia Response to
 Stress Test; STAI=State-Trait Anxiety Inventories;ベンゾジアゼ
 ピン系薬物の服薬量はジアゼパム換算により算出

服薬時の認知と睡眠状態の関連

服薬時の認知と睡眠状態について相関分析を行った結果、表9の通りであった。

入眠潜時が、「眠れない心配」と有意な正の相関を($p<0.05$),「効くのか懸念」と正の相関傾向を示していた($p<0.10$)。

入眠潜時と「眠れない心配」,「効くのか懸念」の間に有意な関連および関連傾向がみられたことから,これらの変数と不眠関連尺度, AHI, ベンゾジアゼピン系薬物の服薬量との相関について検討した。その結果, STAI が入眠潜時と有意な正の相関を示すとともに($r=0.88, p<0.01$), 「眠れない心配」と有意な正の相関を($r=0.80, p<0.05$), 「効くのか懸念」と有意な正の相関を示していた($r=0.85, p<0.05$)。STAI は, その他の睡眠状態を示す指標および服薬時の認知との相関は見られなかった。また, PSAS が「効くのか懸念」と有意な正の相関を示していた($r=0.77, p<0.05$)。PSAS は, 入眠潜時および, ほかの睡眠状態を示す指標, 服薬時の認知との相関は見られなかった。ISI, DBAS, FIRST, K6 については, 全ての服薬時の認知および睡眠状態を示す指標との相関は示されなかった。AHI は, 「飲みたくない」と有意な負の相関($r=-0.76, p<0.05$)を示しており, 他の服薬時の認知および睡眠状態を示す指標との相関は見られなかった。ジアゼパム換算したベンゾジアゼピン系薬物の服薬量は, 「効くのか懸念」と正の相関傾向($r=0.63, p<0.10$)を示したが, 入眠潜時との相関は示されなかった。

表 9.服薬時の認知と睡眠状態の相関

	1	2	3	4	5	6	7
1 眠れない心配							
2 効くのか懸念	0.55						
3 飲みたくない	0.20	0.44					
4 何も考えない	0.01	-0.25	-0.54				
5 総睡眠時間	-0.49	-0.01	-0.28	-0.23			
6 睡眠効率	-0.59	-0.12	0.18	0.12	0.48		
7 入眠潜時	0.87**	0.70†	0.15	-0.01	-0.42	-0.67	
8 総中途覚醒時間	0.53	0.02	-0.34	-0.07	-0.38	-0.98**	0.56

† $p<0.10$; * $p<0.05$; ** $p<0.01$

普段の認知と睡眠状態の関連

普段の認知と睡眠状態, 不眠関連尺度について相関分析を行ったところ, 表 10 のとおりであった。入眠潜時については, 「自分に合っている」「飲めば眠れると思う」と有意な負の相関($p<0.05$)を示していた。また, 総覚醒時間が, 「本来同じように聞く」と「自分に合っている」と正の相関傾向($p<0.10$)を示していた。睡眠効率に関しては, 普段の認知「本来同じ

ように聞く」と「自分に合っている」と有意な正の相関($p<0.05$)を示していた。

上記で有意な関連($p<0.05$)および有意傾向が見られた認知および睡眠状態に対し、交絡変数との関連を検討するために、不眠症関連尺度、AHI、ジアゼパム換算したベンゾジアゼピン系薬物の服薬量との相関分析を行った。その結果、STAI が、「飲めば眠れると思う」とは有意な負の相関を($r=-0.73, p<0.05$)、「自分に合っている」とは負の相関傾向を ($r=-0.63, p<0.10$)示していた。上記で関連性が示された普段の認知および睡眠状態の指標は、ISI, PSAS, FIRST, DBAS, K6 との相関は示さなかった。また、AHI は、「本来同じように聞く」と「自分に合っている」および総覚醒時間、睡眠効率との関連はみられなかった。ジアゼパム換算したベンゾジアゼピン系薬物の服薬量は、「本来同じように効く」と有意な負の相関($r=-0.72, p<0.05$)を、「十分に効かない」と有意な正の相関($r=0.81, p<0.05$)を示した。

また、服薬時の認知と普段の認知それぞれが独立して睡眠状態と関連しているかを検討するため、睡眠状態との関連が見られた服薬時の認知「眠れない心配」「効くのか懸念」および普段の認知「自分に合っている」「飲めば眠れると思う」「本来同じように効く」「日によって波がある」「十分に効かない」との相関について検討した。その結果、服薬時の認知「効くのか懸念」が、普段の認知「十分に効かない」と有意な正の相関を示した($r=0.86, p<0.01$)。また、服薬時の認知「眠れない心配」が、普段の認知「自分に合っている」と有意な負の相関を($r=-0.91, p<0.01$)、普段の認知「飲めば眠れると思う」と有意な負の相関を($r=-0.84, p<0.01$)、それぞれ示していた。これら以外の服薬時の認知と普段の認知の相関は示されなかった。

表 10. 普段の認知と睡眠状態の相関

	本来同じ ように効く	日によって 波がある	十分に 効かない	自分に 合っている	飲めば 眠れると思う
総睡眠時間	0.37	-0.49	-0.21	0.52	0.36
睡眠効率	0.72*	0.15	-0.22	0.74*	0.50
入眠潜時	-0.35	0.00	0.58	-0.87**	-0.88**
総中途覚醒時間	-0.70†	-0.20	0.17	-0.68†	-0.41

† $p<0.10$; * $p<0.05$; ** $p<0.01$

第4節 考察

本研究は、研究2で得られた仮説「睡眠薬に対する否定的認知の確信度が強いほど入眠が困難になる」を検討することを目的としていた。

不眠症状を訴える患者に対し睡眠状態についてはPSGを用いて、睡眠薬に対する否定的認知については質問紙を用いてデータを収集した。そして、睡眠薬に関する否定的認知と睡眠状態との関連について検討するため、Spearmanの順位相関分析を行った。

その結果、普段の睡眠薬に対する認知「本来同じように効く」および「自分に合っている」において、睡眠効率と5%水準で有意な正の相関が見られた。また、普段の睡眠薬に対する認知「自分に合っている」、「飲めば眠れると思う」と入眠潜時の間に、5%水準で有意な負の相関がみられた。服薬時の睡眠薬に対する認知「眠れない心配」は入眠潜時と5%水準で有意な正の相関が、「効くのか懸念」は入眠潜時と10%水準で相関傾向がみられた。

以上から、服薬時の薬の効果に対する懸念が入眠潜時の延長と関連していることが示唆された。また、普段から抱えている、睡眠薬は自分に合っているという認知および、睡眠薬は眠れると思うという認知が入眠潜時の短縮に関連している可能性が考えられたとともに、睡眠薬は同じように効くという認知および自分に合っているという認知が睡眠効率の高さにも関連していると考えられた。

服薬時の認知と睡眠状態の関連性について

服薬時に生じる「効くことへの懸念」という認知が入眠潜時と10%水準で相関傾向が見られたことから、服薬時に「効くのか懸念」という認知が強く確信されることに後続して入眠困難が発生すると推測された。また、AHIは「効くことへの懸念」や睡眠状態を示す指標との関連が示されなかったことから、「効くことへの懸念」と入眠潜時の関連は、睡眠時無呼吸症候群によって生じた体験ではないことが推察された。さらに、ベンゾジアゼピン系薬物の服薬量の多さが、「効くことへの懸念」の強さと10%水準で相関傾向を示したものの入眠潜時との相関は示されなかったことから、「効くか懸念」と入眠潜時の関連はベンゾジアゼピン系薬物の服薬量の多さに伴って生じたわけではないと推察される。以上から、薬が効くかについての懸念という治療に対する否定的認知が服薬行動に伴い発生し、入眠潜時を延長させる可能性があると考えられた。

その根拠として、普段の認知「本来同じように効く」「日によって波がある」「自分に合っている」「飲めば眠れると思う」と服薬時の認知「効くのか懸念」は関連性が示されなかつ

た。また、普段の認知「十分に効かない」は服薬時の認知「効くのか懸念」との相関がみられたものの入眠潜時との相関は見られなかった。よって、「効くのか懸念」は「十分に効かない」とは別個に入眠潜時に関連していると考えられる。これらから、「効くのか懸念」は、普段は生じない一方で服薬時には生じる状況依存的な認知であると推察される。さらに、客観的入眠潜時の長さには、PSG 実施日の状態不安の強さが影響することが明らかにされている(Horváth et al,2016)。これに対し、「懸念」という言葉は、気にかかり不安になることを示す語であることから(デジタル大辞水,2016)、「効くのか懸念」は状態不安が伴う認知と推測される。先行研究において PSG 実施日の状態不安の高さは客観的睡眠潜時に関連を示す一方で客観的総睡眠時間や睡眠効率との関連性は示さないのに対し(Horváth et al,2016)、本研究において「効くのか懸念」においても同様に総睡眠時間や睡眠効率との関連が示されなかったことから、「効くのか懸念」が状態不安を伴う認知であると推察される。以上から、服薬時に「効くのか懸念」という認知が生じ、それに伴い状態不安が高まることで、入眠潜時が延長すると推測される。

服薬時の状態に関し、「眠れないことへの心配」は入眠潜時と正の相関が示されたが、「眠れないことへの心配」と「効くのか懸念」との相関が示されていないことから、これら 2 つは独立した認知であると推察される。よって、入眠困難には睡眠自体に対する不安と薬の効果に対する不安がそれぞれ別個に影響していると推測される。また、「効くのか懸念」は DBAS や PSAS とともに正の相関が見られた。しかし、DBAS と PSAS は入眠潜時との相関が見られなかったことから、「効くのか懸念」は DBAS や PSAS とは異なる機能をもった認知だと考えられる。先行研究では、主観的覚醒感である PSAS、主観的な不眠重症度である ISI、不眠に関する非機能的認知である DBAS は、客観的入眠潜時との関連性は見られないことが指摘されていることから(Horváth et al,2016; Takano et al,2016; Bastien et al,2001; Morin et al,2007)、服薬時の薬の効果に対する懸念は、客観的入眠潜時に関連を示すという点で上記の不眠関連の心理的指標とは異なる機能を有する認知として位置づけられる。

特性不安を示す STAI が「効くのか懸念」と入眠潜時の両方と相関が見られた。特性不安が高い人は特性不安が低い人に比べ、服薬時において効果に対する懸念をより強く感じやすいことで状態不安が高まり、睡眠潜時が悪化すると考えられる。その理由として、特性不安が強い者は特性不安が低い者に比べ、状態不安が生じやすい場面において、より否定的認知が生じやすいことが指摘されている(Macleod et al,1992)。状態不安の高さがその日の晩の睡眠潜時の長さを予測することも考慮すると(Horváth et al,2016)、特性不安が強い者に

においては、服薬時に薬が効くのか懸念という認知が発生しやすく、効くのかの懸念に伴い状態不安が高まり入眠困難が促進される可能性が考えられる。ただし、本研究の結果からは、入眠潜時の長さが特性不安の強さによって直接的に生じているのか、それとも服薬時の「効くのか懸念」という認知が媒介して生じているのか、明言することは難しい。よって、今後は、特性不安の強さが、服薬時に生じる薬が効くのかという懸念を媒介して入眠困難を予測するかについて、媒介変数解析を用いて検討することが必要であろう。

本研究により、薬物治療中に入眠困難が改善しにくい場合の機序に関する示唆が得られ、入眠障害に対する薬物治療の停滞への介入すべき点が新たに明らかになったと考えられる。カフェインはアデノシン受容体とベンゾジアゼピン受容体に作用することで、脳波の β 波を増やし覚醒状態を促進させる効果がある(Nehling et al,1992)。カフェインが睡眠に悪影響を与えることへの懸念を抱いた場合、懸念を抱いていない場合よりも睡眠状態が悪化することが指摘されていた(Drake et al,2008)。本研究の示唆から、薬物治療においても、服薬する対象への否定的認知が睡眠を妨害する可能性があるかと推察される。今まで薬物治療においては、プラセボであっても客観的な入眠潜時に睡眠薬の64%の効果が得られることが指摘されていた(Winkler et al,2015)。プラセボ効果は、施行される治療により症状が改善することへの期待感といった治療に対する肯定的認知が働くことで生じる(Haour,2005)。すなわち、薬物治療に対する肯定的認知によって不眠症状が改善することについては明らかにされていた。しかし、否定的な認知が夜間の眠れない症状に対する薬物治療に悪影響を与える可能性については明らかにされてこなかった。本研究において、その示唆が得られたことは、本研究の資するところであろう。とくに、入眠困難は日本人においては8.3%と多く、中途覚醒と比べても自傷行為と関連性も高いことから(Hysing et al,2015)、不眠症状の中でも入眠障害に対する治療が非常に重要であるといえる。

一方、服薬時の「飲みたくない」「何も考えない」という認知については、睡眠指標との関連性が示されなかった。よって、服薬時の薬を飲みたくないという認知や何も考えない状態は、睡眠状態に影響しないと示唆された。「飲みたくない」は服薬に関連する葛藤を反映した認知と捉えられることから、併せて否定的感情が生じ認知的覚醒が強まることで睡眠指標の悪化と関連が示されると考えられたが、本研究の結果を踏まえると、「飲みたくない」という認知は睡眠を妨害するほどの強い覚醒は誘引しないと考えられる。

「何も考えない」という認知については、この認知が強いほど睡眠指標が良好となると考えられたが、本研究の結果は異なっていた。このような結果となった理由としては、「何も

考えない」傾向が強いと答えた対象者には、自然と何も考えずに服薬している者と、何も考えないようにしようと無理に努力してしまう者が混在していると考えられる。実際にリラクゼーション技法にて導かれる自然なリラックス状態では何も考えない状態に至ることができる一方で(Conrad et al,2007), 無理して何も考えないようにしようとすると却って意図しない認知が保持されやすくなることが指摘されている(Hayze et al, 武藤ら 訳,2010)。本研究では、「何も考えない」認知が強い者であっても、自然と考えない状態にあった者と無理やり考えないようにしていた者とが混在していた可能性が考えられる。さらに、「何かを考えていた」者は、必ずしも睡眠に関する否定的な認知だったとは限らず、肯定的な感情を誘引するような認知や中性的な認知が生じていた可能性がある。その場合は、覚醒を引き起こすような否定的感情は伴わないだろう。したがって、本研究で検討した「何も考えない」については、「何も考えない」状態がより強い場合においても、弱い場合においても、多様な状態の者が混在していたために、関連性が示されなかったと考えられる。

普段の認知と睡眠状態の関連性について

普段から生じている服薬に関する認知「本来同じように効く」「自分に合っている」「飲めば眠れると思う」と睡眠状態との関連性が示された。このことから、睡眠薬に関連する普段の認知においても睡眠状態に一部影響を与える可能性もあることが示唆された。ただし、普段の認知については、明確に普段の認知に後続して結果で示された睡眠状態が生じているとも言いきれない。PSG 実施夜に示された睡眠状態が普段から生じていることで、こうした普段の認知が生成された可能性も考えられる。なお、ベンゾジアゼピン系薬物の服薬量が、「本来同じように効く」との間に 5%水準で負の相関を、「十分に効かない」との間に 5%水準で正の相関を示した。この理由として、服薬量が多い患者は、少量で効果を得られない経験をした結果として服薬量が多い状況に至っていると推測される。服薬しても眠れない経験をしてきたために、薬は同じように効果が得られるものだという考えを抱きにくく、薬は十分に効かないという考えを抱きやすい可能性も考えられる。

「自分に合っている」「飲めば眠れると思う」という考えの強さが、入眠潜時の長さと 5%水準で有意な負の相関を示していた。研究 2 では、普段から自分に合っている、あるいは飲めば眠れると思うと考えていることで、服薬時に何も考えずに済み、その結果として入眠潜時が短くなるという仮説を生成した。しかし、本研究では「何も考えない」は入眠潜時との関連性が示されなかったことから研究 2 で生成された体験プロセスは支持されず、「自分に

合っている」「飲めば眠れると思う」が、服薬時の「何も考えない」を介さずに入眠潜時に影響を与えると推察される。さらに、交絡変数の中では、特性不安の強さが「自分に合っている」「飲めば眠れると思う」と 5%水準で有意な負の相関を示すとともに、入眠潜時と 5%水準で有意な正の相関を示していた。このような結果が得られた理由として、特性不安が高い者に生じる否定的情報に注意が向く認知バイアスの影響が考えられる(Macleod et al,1988)。特性不安の強さにより睡眠や薬に対する否定的情報に注意が向いているために、薬の効果を肯定的に捉えられないと考える。認知バイアスである薬の効果への肯定的評価の低さの背景に特性不安の高さがあることで、「自分に合っている」「飲めば眠れると思う」という認知が弱いほど入眠潜時が長いという関連が示されたと考えられる。

「本来同じように効く」および「自分に合っている」が、総中途覚醒時間とは 10%水準で負の相関傾向を、睡眠効率とは 5%水準で正の相関を示していた。睡眠薬は本来同じように効くと考えている者、あるいは睡眠薬が自分に合っていると考える者は、夜間の中途覚醒時間が少ないと示された。よって、普段から睡眠薬に対する肯定的認知を抱えていることで、夜間睡眠が向上する可能性が考えられる。「本来同じように効く」「自分に合っている」と総中途覚醒時間、睡眠効率の関連においては交絡変数が確認されなかったため、機序については不明である。可能性の一つとして、普段から中途覚醒時間が少なく睡眠効率が良いことにより薬は本来同じように効く、自分に合っているとといった考えを抱くことができるとも考えられる。研究 2 では、普段から薬は本来同じように効くと考えていることで、入眠困難時において薬の効果に納得がいらず否定的感情や入眠困難に至るとの仮説が生成された。本研究では、サンプル数が少なかったことから、「本来同じように効く」という認知が入眠困難の状況において睡眠状態に与える影響について検討することができなかった。今後は、入眠困難がすでに生じている条件とまだ入眠困難が生じていない条件それぞれにおいて「本来同じように効く」という考えの有無と入眠困難との関連性を検討し、入眠困難条件と本来同じように効くという考えの交互作用効果を明らかにする必要があるだろう。

「日によって波がある」と「十分に効かない」は、睡眠状態との関連は示されなかった。よって、「日によって波がある」と「十分に効かない」は睡眠状態に直接影響を与えないといえないと考えられる。研究 2 では、普段から薬の効果は日によって波があると考えていることで、服薬時に効くかの懸念が生じて睡眠状態が悪化するという仮説が生成されていた。本研究の結果では、「効くのか懸念」という認知と入眠潜時の関連は示されたものの、「日によって波がある」と「効くかの懸念」について関連が見られなかったため、この仮説

は否定された。さらに、研究 2 において、普段から薬は十分に効かないと考えていることで服薬時に飲みたくないと考えが生じ睡眠状態が悪化するという仮説が生成された。本研究では、「十分に効かない」と服薬時の認知「飲みたくない」、睡眠状態の間には何も関連が示されなかったことから、この仮説についても否定された。

以上から、入眠潜時には服薬時に何も考えていないか否かは関連がなく、普段から薬は自分に合っている、あるいは飲めば眠れると確信できない者は、確信できない背景にある特性不安によって睡眠前の状態不安が引き起こされ、入眠潜時の延長に至ると考えられる。ただし、因果性については不明である。また、入眠潜時が普段から短いために、その結果として薬に対する肯定的な認知が生じている可能性も考えられる。今後は、この因果関係が正しいか否かを明らかにするため、「自分に合っている」「飲めば眠れる」の認知の個人内変化による入眠潜時の変化について検討していく必要があるだろう。

本研究の限界と展望

まず、データの偏りが挙げられる。研究協力者のうち 7 名が睡眠時無呼吸症候群を併発していることから、睡眠時無呼吸症候群患者の持つ特徴をより反映しているといえる。さらに、眠れないこと訴える患者の背景は多岐にわたる。たとえば、眠れないことを訴える患者には痛みを抱えている場合があることが指摘されているが(Lund et al,2010)、本研究の研究協力者は明確に痛みを抱えているといえる患者はいない。よって、眠れないこと訴える患者の特徴を完全に反映しているとは言い難い。また、本研究の研究協力者の平均年齢は 67 歳と高齢であるため、若年層については再検討が必要と考えられる。したがって、本研究の一般化については、あくまで薬物治療中の眠れないことを訴える年配患者に留めておくことが望ましい。更に、服薬状況に関しても、研究対象はそれぞれ睡眠薬の作用時間が異なるものを服用しており、1 名に関しては抗鬱薬であるデジレルを服用している。本研究では服薬状況が統制されていないことから、作用時間の相違やデジレルの影響の影響が無いとはいえない。今後は、服薬内容を統制した上で、より若年層の患者の対象も集めるとともに多様な背景を持つ眠れないことを訴える患者のデータを収集し、より大きいサンプル数にて検討することが重要と考える。サンプルの多様化と増加により、薬物治療中の不眠症状を抱える患者全般に本研究を一般化できる可能性が生じるだけでなく、媒介変数解析などを用いて様々な認知や睡眠状態との複雑な関連性を検討することが可能になるだろう。研究 2 の研究協力者は精神疾患を併発している患者が含まれていたのに対し本研究の対象者は含ま

れていないこと、研究 2 の対象者の平均年齢は 53.3 歳で本研究とは年齢層が異なること、服薬期間の基準も研究 2 では半年以上なのに対し本研究は 3 か月以上と異なることなどから、本研究の結果が研究 2 の仮説を完全に反映しているとは言い切れない。今後は研究 2 の対象者とより近い特徴の患者を対象として更なる検討を行っていく必要があるだろう。

また、本研究では服薬時の薬が効くのかについての懸念の出現に後続して客観的入眠潜時が延長することは示されたが、この因果関係については明確に主張できない。特に、特性不安をはじめとした交絡変数との関連についてはサンプル数の限界により、本研究で精緻に検討することができなかった。よって、今後はサンプル数を増やして交絡変数の影響を除外した服薬時の認知と客観的入眠潜時との偏相関や媒介変数解析などについても検討を行うべきである。本研究で得られた示唆をさらに検討するために、服薬時に生じる薬が効くかという懸念や、普段から生じている睡眠薬は自分に合っていると思えない、飲んでも眠れるとは思えないといった認知が変容することにより入眠潜時も変容するかについて検討する必要があるだろう。そのため、今後はこうした認知に対する介入プロトコルを考案し、介入効果について検討することが重要と考えられる。

第 3 部 薬物治療中のナルコレプシー患者が直面する 心理社会的問題に関する研究

第6章 ナルコレプシー患者特有の行動様式と日常生活体験の関連 (研究4)

第1節 問題と目的

第2部の補助研究では、眠れないことを訴える薬物治療中の患者は、治療開始後の睡眠状態に不満感を感じることを契機として心理的葛藤が生じていることが示唆された。睡眠時無呼吸症候群の場合では主訴とされる日中の眠気が治療開始後は健常者と相違がなくなりQOLの改善も大きいことも踏まえると(Ramar et al,2015)、睡眠障害においても、治療開始後に主訴とする症状が残存するか否かが心理社会的問題に関わる可能性が考えられる。

治療開始後に症状が残存する睡眠障害として、情動脱力発作を伴うナルコレプシーが挙げられる。情動脱力発作を伴うナルコレプシーとは、夜間の十分な睡眠にもかかわらず日中に繰り返し生じる耐え難い眠気や居眠り、および強い感情の出現により脱力する脱力発作の2つが主症状であり、これら症状が3か月以上続いている状態である(American Academy of Sleep Medicine,2014)。同じく過眠症である特発性過眠症と比べて眠気がより強い一方で、眠気や居眠りの長さが短く覚醒後のすっきり感が強いのが特徴的である(Roth, 1976)。情動脱力発作を伴うナルコレプシーは、薬物治療により症状は改善されることは明らかである(Vignatelli et al,2010)。しかし、薬物治療を行ってもなお、日中の眠気は健常者以上に強いことが指摘されている(Golicki et al,2010)。また、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、症状に伴い学業や仕事の支障や対人関係への悪影響が生じることが指摘されている(Daniels et al,2001)。情動脱力発作を伴うナルコレプシーは、長時間睡眠を伴わない特発性過眠症と比較しても治療前後共に日中の眠気が強いとの報告もある(Ozaki et al,2012)。さらに、薬物治療を行っていてもQOLが低いこと、抑うつ感が継続することが指摘されている(Daniels et al,2001; Ozaki et al,2012)。以上を踏まえると、情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいては、治療開始後も心理社会的な苦痛感を抱えながら生活していると考えられる。よって、治療中の情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の心理社会的側面に対する援助の開発をすることが重要と考えられる。そして、効果的な援助を行うために、心理社会的問題が生じる機序を明らかにする必要があると考えられる。

薬物治療を行っているナルコレプシー患者の特徴として、日常生活場面において特有の行動様式が見られることが指摘されている。本多(2002)は、ナルコレプシー患者はおおらかで人がよいが、非積極的で、大雑把な傾向がみられると主張している。また、ナルコレプシー患者は社会的内向性が高いことから(Beulter et al,1981)、周囲との積極的なかわりが

苦手な傾向があると推察される。こうした傾向には、「自分はダメな人間だ」という認識が背景に存在しているという主張や(本多,2002), 社会的苦痛感やストレスが伴うという指摘から(Beulter et al,1981), ナルコレプシー特有の行動様式の傾向は苦痛感が伴う可能性がある。このような特徴を考慮すると, ナルコレプシー患者特有の行動様式は心理社会的問題の要因の1つとして機能している可能性が推察される。

一般に, 性格傾向や行動様式が形成される要因のひとつとして環境的要因が指摘されていることから(Riemann et al,1997), ナルコレプシー患者においては, 症状や治療に伴う固有の体験に伴い, 特有の行動様式が形成される可能性もあると考えられる。しかし, 従来の研究ではナルコレプシー患者の症状や治療に伴う体験とナルコレプシー患者特有の行動様式の傾向の関連について検討されていない。そのため, 本研究では環境的要因に焦点を当て, 情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者特有の行動様式の傾向が形成される要因を明らかにすることが必要と考えられた。先行研究によると, 情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は治療開始後も眠気が残存することおよび, 仕事や勉強の場面でのうまく行けなさや対人場面でのうまく行けなさが生じていることが示されていた(Golicki et al,2010; Daniels et al,2001; Ozaki et al,2012)。これらを踏まえると, 治療開始後も残存する症状により生じる仕事や勉強, 対人場面での失敗が環境的要因として, 特徴的な行動様式の傾向に影響を与えているのではないかと仮説が立てられた。また, 行動様式の傾向には思春期頃までの経験がより大きく影響することや, 学習経験によって形成されることから, 発症年齢が早いことおよび症状にさらされる期間が長いほど, 行動様式が強まるとの仮説が立てられた。よって, 本研究では, これらの仮説を検討することを目的とした。

第2節 方法

研究対象

本研究は過眠症の長期予後研究の一部として行われたものである。対象は 1960 年から 2000 年までの間に、東大病院あるいは晴和病院の睡眠専門外来にて初診時に過眠症専門医によってナルコレプシーと診断された患者である(ICSD-2 では情動脱力発作を伴うナルコレプシーに相当する)。2006 年 3 月から 2007 年 11 月の期間に、住所情報のある 793 名を対象に質問紙を郵送し、有効回答が得られた 324 名(男性 214 名,女性 110 名)を分析対象とした。分析対象者の平均年齢は 61.0(±13.9)歳であった。

質問紙

本研究では、長期予後調査のために著者のうち過眠症専門医 2 名によって作成されたナルコレプシーに関連する症状や体験、生活状況に関する質問項目で構成された質問紙のなかで、次に述べる質問項目を対象に分析を行った。発症年齢、初診年齢、記入時年齢、服薬時にも生じる情動脱力発作の頻度に関する質問、非服薬時の情動脱力発作の頻度に関する質問、服薬時にも生じる日中の眠気の頻度に関する質問、非服薬時の日中の眠気の頻度に関する質問、自動症の頻度に関する質問(以上各 1 項目)、そして日中の眠気に伴う失敗体験に関する質問 25 項目、およびナルコレプシー患者の行動様式の傾向に対する自己評価を問う質問 9 項目である。

服薬時および非服薬時の情動脱力発作、日中の眠気の頻度に関する質問項目は、8 件法によるもので、ない、稀に(月に 1 回以下)、たまに(週に 1 回以下)、時々(週に 2~3 回位)、しばしば(日に 1 回位)、いつも(日に何回もある)、あてはまらない(薬を飲んでいないなど)、その他、から構成されていた。これらの項目は、統計解析を行う際に間隔尺度として用いるため、症状の出現頻度を示していないと考えられる“あてはまらない”および“その他”を選択した者は除外したうえで、6 件法として扱った。また、日中の眠気に伴う失敗体験に関する質問項目は 4 件法、行動様式への自己評価の傾向に対する自己評価について問う質問項目は 5 件法であった。なお、この質問紙は本研究の実施に当たり新たに作成されたものであり、妥当性および信頼性の検討はなされていない。

統計解析法

ナルコレプシーの症状および症状に伴う日常生活体験が、ナルコレプシーに特異的な行

動様式の傾向へどのように影響するか検討するため、次の手順で分析を行った。

まず、日中の眠気を伴う失敗体験に関する質問 25 項目および、行動様式の傾向に関する質問 9 項目について、それぞれ因子分析を行った。質問紙の項目はナルコレプシー患者の観察記録から失敗体験や行動様式の傾向の特徴を抽出して作成されたものである。初めに探索的因子分析を行い、その結果に基づいて最尤法およびプロマックス回転を採用した確認的因子分析を行った。欠損値は除外し、日中の眠気を伴う失敗体験に関する質問 25 項目に対する因子分析では 176 名、行動様式への自己評価の傾向に関する質問 9 項目に対する因子分析では 267 名を分析対象とした。また、抽出された因子の内的一貫性はクロンバックの α 係数によって信頼性を検討した。また抽出された因子がこれまでナルコレプシー患者に特徴的な性格傾向として記述されている内容を反映したものであるかを検討することで(本多,2002)、内容的妥当性を検討した。

次に、症状が行動様式への自己評価の傾向に直接的に関連するのか、それとも日中の眠気に伴う失敗体験を媒介して関連するのかを検討するために、服薬時にも生じる日中の眠気の頻度、非服薬時の日中の眠気の頻度、服薬時にも生じる情動脱力発作の頻度、非服薬時の情動脱力発作の頻度の 4 変数が自己評価の傾向として抽出された 3 因子を直接予測するとともに、症状頻度を示す 4 変数が日中の眠気に伴う失敗体験 5 因子を媒介して行動様式を予測するモデルを作成し、共分散構造分析を行った(図 4)。

最後に、発症年齢、初診年齢から発症年齢を減じることで算出した発症から治療開始までの期間、現在の年齢から初診年齢を演ずることで算出した治療年数の 3 変数を独立変数、行動様式の傾向 3 因子を従属変数としたモデルについても共分散構造分析を用いて分析した(図 5)。

共分散構造分析の際は、完全情報最尤推定法により欠損値を代入し、324 名を分析対象とした。また、モデルの修正に関して、それぞれ関連性を見る変数または因子の全てから自己評価傾向を示す 3 因子すべてにパスを引いた図 4 および図 5 のモデルを起点とし、 $p<0.05$ を満たさなかったパスを削除していった。最終的に、得られたモデルを分析結果とした。

倫理的配慮

本研究は、公益財団法人神経研究所、東京都医学総合研究所、国立保健医療科学院の研究倫理審査委員会に承認された方法に従って実施された。

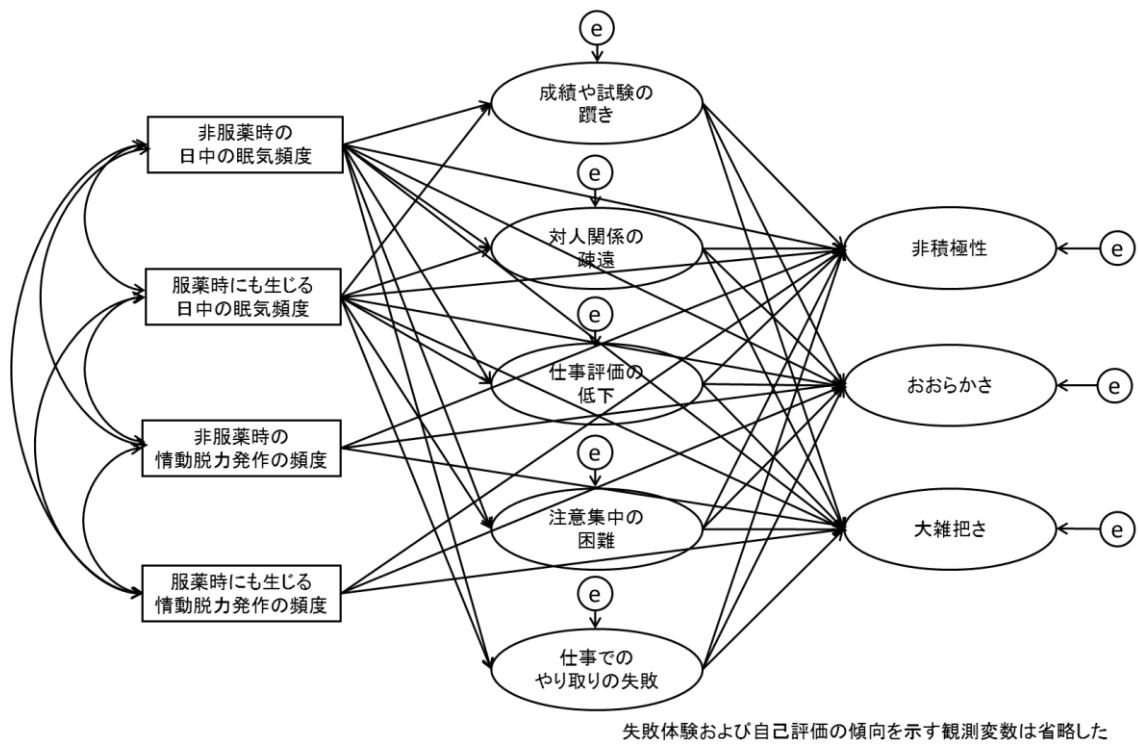


図 4.各症状と失敗体験 5 因子と行動様式への自己評価の傾向の関連を検討するモデル

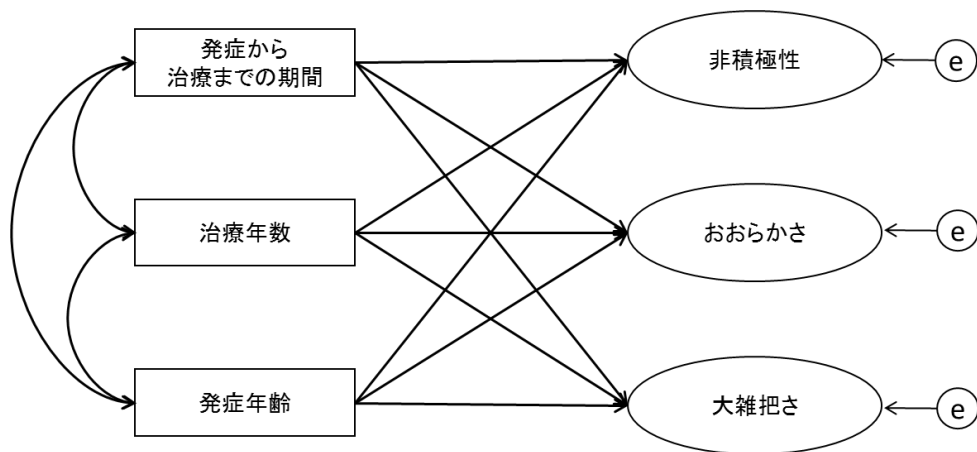


図 5.発症から治療までの期間，治療年数，発症年齢と行動様式への自己評価の傾向の関連を検討するモデル

第3節 結果

行動様式への自己評価の傾向に関する因子構造の検討

行動様式への自己評価の傾向に関する質問 9 項目に対し探索的因子分析を行った。固有値の変化(2.84,1.80,1.18,0.71,0.67,0.63…)について、固有値の変化が緩やかになる前までの因子数が適切とするスクリー基準に基づくと、3 因子構造が適当と考えられた。3 因子はすべて固有値が 1.0 以上であり、固有値が 1.0 以上の因子を採用するガットマン基準を満たしていた。また、累積寄与率に関し、2 因子構造では 49.5%なのに対して、3 因子構造では 61.49%と 50%を超えていたことから、3 因子構造が適当と考えた。さらに、因子解釈可能性という点においても 3 因子は適当と考えられた。以上から、行動様式への自己評価の傾向に関しては、3 因子構造が妥当と判断した。

次に、再度 3 因子を仮定して確認的因子分析を 1 回行った。プロマックス回転後の最終的な因子分析結果および因子間相関は表 11 の通りである。各質問項目の内容に基づき、第 1 因子は「非積極性」、第 2 因子は「おおらかさ」、第 3 因子は「大雑把さ」と命名した。臨床的経験に基づき記述された本多(2002)のナルコレプシーの特徴では、“自信を失うばかりか、周囲からの嘲笑を恐れ引っ込み思案な性格になりがち”“自己主張をすることも減り”という記述があり、「非積極性」と合致すると考えられた。また、“自分の言っていることにもあまりこだわらなくなる”“あまり自己主張しないで他人の話を受ける性格”“人のいい性格”という記述が「おおらかさ」と合致すると考えられた。“緊張感の無い性格”という記述は「大雑把さ」と合致すると考えられた。

表 11.行動様式への自己評価の傾向に関する因子分析および信頼性の検討

	1	2	3	A
積極的—消極的	0.853	0.084	-0.02	0.805
自信がある方—自信がない方	0.736	0.03	0.149	
楽観的—悲観的	0.702	-0.27	-0.07	
話し好き—無口	0.657	0.15	-0.15	
怒りっぽい—めったに怒らない	-0.16	0.735	-0.07	0.614
他人の不正や不誠実は許せない— 他人のことは気にしない	0.113	0.618	-0.05	
物事にこだわる—あきらめやすい	0.095	0.466	0.103	
几帳面—ずぼら	0.016	0.048	0.775	0.442
時間を守る—時間にルーズ	-0.1	-0.07	0.416	
因子間相関	1.000	0.196	0.271	
	0.196	1.000	0.381	
	0.271	0.381	1.000	

日中の眠気に伴う失敗体験に関する因子構造の検討

日中の眠気に伴う失敗体験を問う 25 項目に対し探索的因子分析を行った。固有値の変化 (5.83, 2.19, 1.82, 1.64, 1.45, 1.38, 1.10, 0.97…) 固有値の変化が緩やかになる前までの因子数が適切とするスクリー基準に基づくと、5 因子構造が適当と考えられた。5 因子はすべて固有値が 1.0 以上であり、固有値が 1.0 以上の因子を採用するガットマン基準を満たしていた。累積寄与率についても、4 因子構造では 46.0%なのに対し 5 因子構造では 51.8%と 50%を超えていることから、5 因子構造が適当と考えられた。また、因子解釈可能性という点でも、5 因子が適当と考えられた。以上から、日中の眠気に伴う失敗体験に関しては、5 因子構造が妥当と判断した。

探索的因子分析において、7 因子までは固有値が 1.0 以上あったが、6 因子または 7 因子で確認的因子分析を行うと不適解が出現したため、6 因子構造または 7 因子構造は適切ではないと判断した。よって、5 因子を仮定して確認的因子分析を行った。因子負荷量が 3.5 以下の項目を除外することとし、合計 3 回因子分析を繰り返した。さらに、 α 係数を算出し、値の低下に寄与していた 1 項目を除外したうえで因子分析を行った。プロマックス回転後の最終的な因子分析結果および因子間相関は表 12 の通りである。各質問項目の内容に基づき、第 1 因子は「注意集中の困難」、第 2 因子は「仕事評価の低下」、第 3 因子は「対人関係の疎遠」、第 4 因子は「成績や試験の躓き」、第 5 因子は「仕事でのやり取りの失敗」と命名した。本多(2002)は社会生活場面で生じる困難として、“居眠りの繰り返しのためにどうしても学業成績が低下してしまう”という記述から、何かしらの作業中に何度も居眠りを繰り返すことで継続的に作業に取り組めない状況にあると捉えられ、「注意集中の困難」と合致すると考えられた。また、“不利な配置転換”“上司の評価も「怠慢で気合が無い」、と信頼も低かった”という記述から仕事をする場面で肯定的な評価を得られない様子が見られ、「仕事評価の低下」と合致すると考えられた。“パートナーの理解が得られない場合には、よく眠ることが原因で家庭が不和になりがち”という記述から、家族をはじめとした周囲と不和になりやすいことが推察され、「対人関係の疎遠」が合致すると考えられた。“毎日眠りの症状が続き、能力はあるのに希望した進学を諦めるケース”という記述は居眠りにより勉強などで思うように成果を示すことができないと捉えられ、「成績や試験の躓き」と合致すると考えられた。“大切な会議や商談の最中に眠ってしまった”という記述は仕事での重要な相手とやり取りをしている最中に居眠りしてしまうことを示していると捉えられ、「仕

事でのやり取りの失敗」に合致すると考えられた。

表 12. 日中の眠気に伴う失敗体験に関する因子分析と信頼性の検討

項目(4件法)	1	2	3	4	5	α
会議中によく眠って馬鹿にされたり、注意を受けた。	0.67	-0.11	-0.06	0.04	0.04	0.74
よく眠るため仕事の能率が上がらず、注意を受けた。	0.59	-0.16	0.20	-0.05	-0.06	
映画や演劇を観ている最中に眠ってしまった。	0.57	0.35	-0.21	0.00	0.05	
電車やバスなどで眠り込み、乗り過ごすことがよくあった。	0.51	0.33	-0.10	0.08	-0.05	
旅行中も眠ってばかりいて、景色を楽しめなかった。	0.43	-0.08	0.09	0.09	0.09	
よく居眠りをしたため昇進が遅れた。	-0.08	0.85	0.05	0.01	-0.00	0.80
よく居眠りをしたために不利な配置転換をされた。	-0.11	0.77	0.15	-0.03	-0.05	
よく眠ることが原因で友人が減った。	0.06	0.02	0.64	0.20	-0.04	0.60
よく眠ることが原因で離婚となった。	-0.21	0.07	0.63	0.01	0.08	
居眠りが失職の原因となった。	0.11	0.13	0.50	-0.04	-0.07	
よく眠ることが原因で家庭内不和が起こった。	0.22	-0.01	0.47	-0.02	0.01	
よく居眠りをするため進学をあきらめた。	0.01	-0.09	0.04	0.57	0.13	0.61
入学試験の時に眠ってしまい、落ちてしまった。	0.03	0.08	0.14	0.56	-0.09	
繰り返す眠気のために学校の成績が下がった	-0.11	0.13	-0.07	0.55	0.24	
入社試験の時に眠ってしまい、落ちてしまった。	0.27	-0.12	0.02	0.46	-0.15	
仕事上の電話中に眠ってしまった。	-0.04	-0.07	-0.08	0.18	0.80	0.67
来客との面談中に眠ってしまった。	0.29	0.04	0.22	-0.22	0.55	
因子間相関	1.00	0.47	0.31	0.31	0.35	
	0.47	1.00	0.24	0.15	0.32	
	0.31	0.24	1.00	0.35	0.11	
	0.31	0.15	0.35	1.00	0.00	
	0.35	0.32	0.11	0.00	1.00	

日中の眠気に伴う失敗体験と行動様式への自己評価の傾向に関する共分散構造分析

自己評価の傾向を示す3因子「おおらかさ」「大雑把さ」「非積極性」に対し、服薬時の日中の眠気頻度が直接予測するのか、それとも日中の眠気に伴う失敗体験を示す5因子を媒介するのかを検討するため、これらの変数に関する共分散構造分析を行った。その結果、図5に示したモデルが得られた(CMIN=910.64, df=396, $p<.001$, CFI=0.73, RMSEA=0.06)。服薬時の日中の眠気頻度が全ての眠気に伴う失敗体験を示す因子に対し正の予測を示していた。さらに、失敗体験「対人関係の疎遠」因子が「非積極性」因子に対し正の予測を示し、「注意集中の困難」因子が「大雑把さ」因子に対し正の予測を示していた。服薬時の日中の眠気頻度から「大雑把さ」に直接予測するパスも含んだモデルについても検討したが、有意

差が示されなかったため、モデルの精緻化の過程で服薬時の日中の眠気頻度から「大雑把さ」に直接予測するパスは削除された。

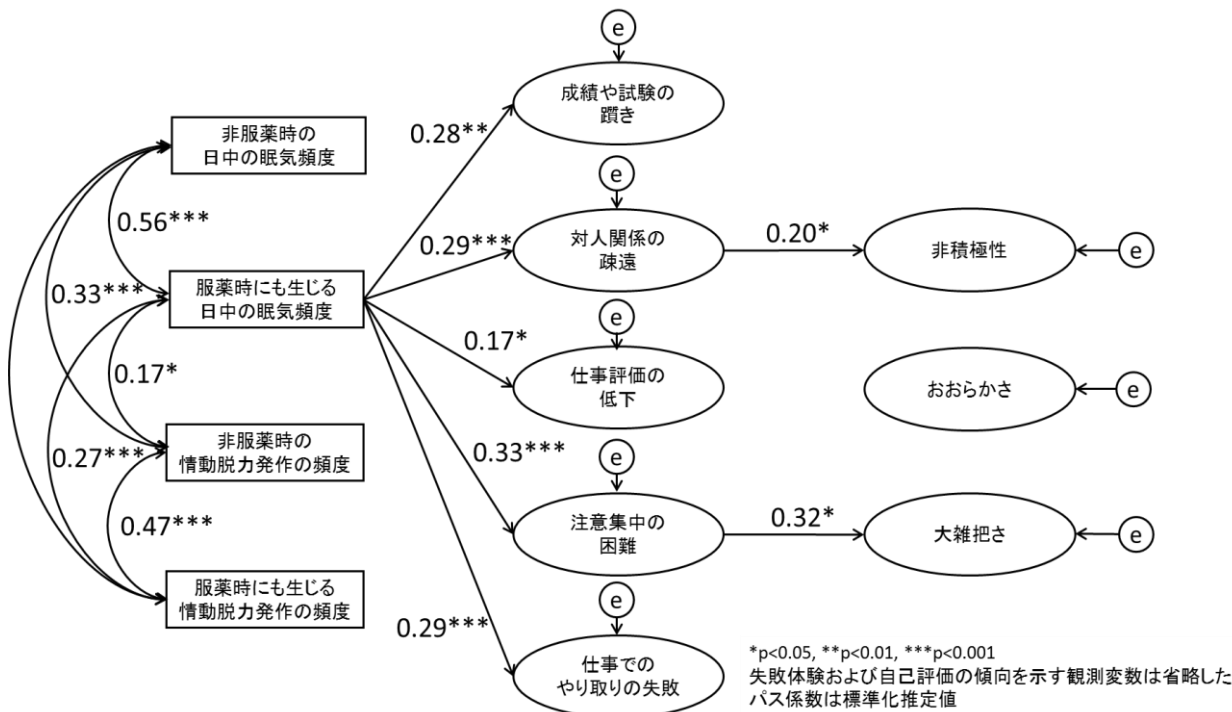


図 6.日中の眠気に伴う失敗体験と行動様式への自己評価の傾向の関連

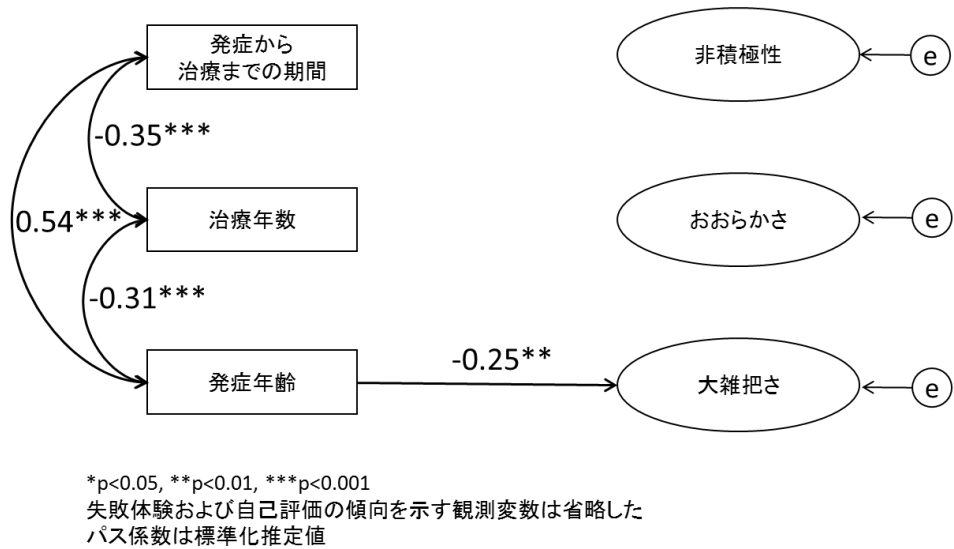


図 7.発症から治療までの期間、治療年数、発症年齢と行動様式への自己評価の傾向の関連

第4節 考察

本研究では、情動脱力発作を伴うナルコレプシーに特徴的な行動様式の形成には、症状により二次的に生じる失敗体験が影響していると明らかにすることが目的だった。本研究から、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、①服薬時にも生じる眠気に伴い注意集中の困難の強さに生じることで自分の行動様式を大雑把と評価する傾向が強まること、②服薬時にも生じる眠気に伴い対人関係が疎遠になることで自分の行動様式を非積極的と評価する傾向が強まること、③発症年齢が早いほど大雑把な行動様式だと自己評価する傾向が強まること、が示唆された。

方法としては、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者を対象とした質問紙調査によるデータ収集を行い、行動様式への自己評価の傾向を問う 9 項目について因子分析を行ったところ、「大雑把さ」「非積極性」「おおらかさ」が生成された。また、眠気に伴う失敗体験を問う 12 項目について因子分析を行ったところ、「成績や試験の躓き」「対人関係の疎遠」「仕事の評価低下」「注意集中の困難」「仕事でのやり取りの失敗」が生成された。

そのうえで、まず、各症状が行動様式の傾向に直接影響を与えるのか否か検討するため、服薬時および非服薬時の日中の眠気頻度、服薬時および非服薬時の情動脱力発作の頻度と行動様式 3 因子の関連について共分散構造分析を行った。その結果、「大雑把さ」に対し服薬時の日中の眠気頻度が正の予測をしていた。さらに、服薬時の日中の眠気頻度が直接「大雑把さ」に関連しているのか症状に伴う体験が関連しているのかを検討すること、および症状から生じる体験が他の性格傾向に関連しているのかを明らかにするため、服薬時の日中の眠気頻度、眠気に伴う失敗体験 5 因子、行動様式の自己評価傾向 3 因子に関する共分散構造分析を行った。その結果、日常生活の失敗体験に関し、服薬時の日中の眠気の出現頻度の多さが、「注意集中の困難」の大きさを介して「大雑把さ」を、「対人関係の疎遠」の強さを介して「非積極性」を予測していた。「おおらかさ」は、どの因子との関連性も見られなかった。さらに、発症から治療までの期間、治療期間、発症年齢と行動様式 3 因子の関連について共分散構造分析を行った。その結果、発症年齢が早いほど大雑把と自己評価する傾向が強いことが示唆された。

大雑把さについて

本研究の結果から、服薬時にも残る日中の眠気に伴い生じる注意集中の困難に関連して自分を大雑把と評価する傾向が強まること、および発症年齢が早いほど自分を大雑把と評

価する傾向が強まること、の2点が示唆された。これらから、大雑把な行動様式は、眠気の出現に併せて逐一生じるという側面と、経験の蓄積により強まる側面の両側面があると推察される。

服薬時にも生じる眠気の出現頻度が高いほど、「注意集中の困難」を媒介して自分を大雑把と評価する傾向が強まることが示唆された。よって、服薬していても眠気が残遺するが、眠気が生じる頻度が多いとそれに伴い注意集中の困難の出現頻度も多くなり、結果的に大雑把と自己評価せざるを得ない行動が多く生じると考える。情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、眠気が強い状況下では眠気が強くない状況の時に比べて、注意集中の維持が困難になることが指摘されている(Hood et al,1996)。このことから、眠気の出現に伴って注意集中の困難が発生する可能性が考えられる。ナルコレプシー患者は健常者と比べてMMPIにて不安が強く強迫的な性格傾向を示すことが報告されている(Beutler et al,1981)。そのことから、客観的にみれば大雑把というほどの行動でなくとも、患者本人は大雑把と判断している可能性もある。本研究で検討した大雑把さは、あくまで主観的評価であるため、実際に大雑把な行動様式が見られるかは不明である。また、服薬時にも生じる眠気の頻度と大雑把さの関連についても、本研究は横断研究であるため、因果関係については明言できない。今後は眠気の出現頻度と注意集中困難の強さ、大雑把な行動様式の関連について客観的な指標を用いて検討することで、本研究で得られた示唆をさらに検討していく必要があるだろう。

また、発症年齢が早いほど自分を大雑把と評価する傾向が強いことが示唆された。発症年齢の早さが大雑把と自己評価する傾向に関連する機序としては、幼少期に症状に曝されることで性格形成に影響を与えていると考えられる。性格は遺伝的要因と環境的要因が相互に影響しながら、成人期までに形成されると提唱されている(Cloninger,1987)。これを考慮すると、性格が成熟する前である若年時にナルコレプシー症状に曝される場合は、より高齢である成人期以降に発症し症状に曝される場合に比べ、特徴的な行動様式が形成されやすいと考えられる。

一方、ナルコレプシー患者においては、発症年齢が早い者ほどMSLTで測定される平均入眠潜時が早いことが指摘されている(Nevsimalova et al,2009)。そのため、発症年齢が早いほど眠気が重症であるために眠気に伴う大雑把な行動様式が多く生じやすい可能性も否定できない。ただし、ナルコレプシー患者に限らず児童期や思春期の若年者は一般的に日中の眠気が強いことや(Fukuda et al,2001; Kaneita et al,2010)、本研究では主観的眠気を指

標として用いているのに対し主観的な眠気の重症度は発症年齢と関連しないことを考慮すると(Nevsimalova et al,2009), 発症年齢が早い者ほど眠気が重症であるために注意集中の困難とそれによる大雑把と感じる行動様式を多く経験しやすいという仮説を支持するのは、慎重になるべきと考える。本研究は想起による自己評価に基づいた横断研究であり、上記述べた 2 つの可能性のどちらがより適当であるか明言することは難しいため、今後は縦断研究のデザインで眠気重症度を調整したうえで発症年齢と大雑把さの関連について検討する必要があると考える。

なお、本研究で未服薬時ではなく服薬時にも生じる眠気頻度との関連が見られたことについては、治療中の患者は未服薬時の眠気頻度が多くても、薬物治療の効果で眠気出現頻度が少なくなればこのような行動が出現しにくくなるためと推察される。

非積極性について

服薬時にも生じる日中の眠気の出現頻度が高いほど、対人関係の疎遠を媒介して自分を非積極的と評価する傾向が強かった。したがって、自分を非積極的と評価する傾向は、ナルコレプシーの眠気症状から二次的に発生した対人関係が疎遠化する体験に関連して強まるとの示唆が得られた。眠気の出現頻度に伴い対人関係を疎遠化する理由としては、周囲の反応とは関係なく患者本人が対人場面を避ける可能性と、実際に周囲が否定的な反応を示すことで情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者が対人場面を避けるようになる可能性の 2 つが考えられる。

対人関係の疎遠という体験は、服薬時の日中の眠気の頻度の多さに関連して生じやすくなるとともに、この体験に伴い非積極的と自己評価する傾向が強まることが示唆された。情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者において、友達が作れない、人間関係が破綻したなどの人間関係上の困難が生じることや(Daniels et al,2001), 配偶者との離別や仕事上での離職を経験することが指摘されてきた(Ozaki et al,2012)。本研究で示された対人関係の疎遠化体験は、これに一致すると考えられる。また、行動様式の傾向について、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は MMPI において抑うつ的で内向的な傾向が強いことが指摘されており(Beutler et al,1981), 本研究で示された非積極的な傾向とおおむね一致していると捉えられる。しかし、これらの日常生活体験および行動様式の傾向が眠気に伴い生じているかについては、上記の先行研究では明らかにされていない。ナルコレプシー患者においては眠気の重症度が社会的機能の低下に関連するとの指摘はあるものの(Vignatelli et al,2004),

対人関係における状況と眠気の強さの関連については示されていない。本研究にて、眠気の強さに関連して対人関係の困難が生じているとの示唆が得られたことは、新たな知見として資する点と考える。

眠気の出現頻度に伴い対人関係が疎遠化して非積極的になる機序として、周囲の反応に関係なく、自ら対人関係が疎遠化する行動を取っている可能性が考えられる。情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、てんかん患者と比べて社会的活動や余暇活動に参加しない傾向が見られると指摘されている(Bruck,2001)。このことを考えると、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、他者との関わりを自ら避けるような行動をとりやすいのかもしれない。また、情動脱力発作を伴うナルコレプシーおよび情動脱力発作を伴わないナルコレプシーにおいては、眠気の重症度に伴い主観的な疎外感や孤独感の認識が強まるとの報告もあり(Kapella,2015)、眠気の強さに伴い他者との関係性に対する否定的認知が構築されると考えられる。これらから、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、周囲の反応に関係なく、本人の引け目や疎外感などから自ら対人関係の疎遠化を促進して非積極的な傾向になる可能性も考えられる。

一方で、実際に周囲が否定的な反応を示すのを見て患者が対人場面を避けるようになる可能性も考えられる。実際に周囲が情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者に否定的な反応を示すことについて、ナルコレプシー患者は眠気により、周囲から怠け者と誤解されてしまう可能性があるとの説もある(Douglas,1998)。このことから、他者といるときに頻繁に居眠りをすることで、周囲が情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者に不快感を抱く可能性も考えられる。そして、そのような周囲の反応を見たことで患者本人が他者との関係を疎遠にする可能性も考えられる。ただし、本研究は情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の眠気や日常生活での印象に関する他者評価に関する情報は聴取していないため、あくまで可能性の一つに過ぎない。

しかし、本研究で得られた示唆からは、どちらの可能性が高いかについて明言するのは難しい。今後は、対人関係への構え方に関する患者本人の情報と周囲の情報の両方を得たうえで検討していくことが重要だろう。

おおらかさについて

本研究では、「おおらかさ」と、服薬前あるいは服薬時の眠気症状や情動脱力発作症状の出現頻度、眠気に伴う失敗体験との関連は見出されなかった。ナルコレプシー患者における

おおらかな傾向は、発症時期や症状に曝される年数、治療年数や、眠気や情動脱力発作の頻度、眠気に伴う失敗体験の影響を受けるという示唆は得られなかった。

情動脱力発作は喜びや驚き、怒りなどの強い感情の出現時に発生することから(Billiard et al,2006; Dauvilliers et al,2007), 対処として強い感情が生じないような行動様式を身につけるとの主張もある(Billiard et al,2006; Thorpy et al,2007)。これらをふまえると、情動脱力発作の引き金となる強い感情の発生を防ぐために、意識的におおらかな行動様式を取るようになる可能性も推測されたが、本研究では情動脱力発作とおおらかさとの関連は示されなかった。

情動脱力発作とおおらかさとの関連が示されなかった理由の 1 つとして、治療開始後は情動脱力発作に伴う支障が少なくなるために、社会生活上に対する影響があまり大きくない可能性が考えられる。その根拠として、情動脱力発作は QOL や心理社会的状況との関連性が特に見られないことが指摘されている(Vignatelli et al,2004)。また、薬物治療を行っている状況では、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の 67%が情動脱力発作を統制できていると感じているとの指摘がある(Ingravallo et al,2012)。そのため、薬物治療を行っている状況では、情動脱力発作が心理社会的側面に悪影響を与えることや、患者本人の情動脱力発作への困り感はそれほど多くないと推察される。

情動脱力発作とおおらかさとの関連が示されなかったもう理由の 1 つとして、本研究では出現頻度のみしか検討しなかったことが考えられる。情動脱力発作は、トリガーとなる感情の種類や強さ、生じやすい文脈や状況も個人差があり、力が抜ける部位も腕や手、膝、あご、全身など多様で、それに伴う怪我の経験の有無にも違いがある(Anic-Labat et al,1999)。情動脱力発作の出現状況や出現部位によって行動様式への関連に相違がある可能性も想定される。よって、今後は出現頻度だけでなく、情動脱力発作の出現部位や出現状況との関連を検討することが必要であろう。

本研究の限界と展望

本研究の限界として、各因子を構成する各質問項目が標準化されておらず、因子分析においてクローンバックの α 係数が低い因子も散見されるため、本研究で示した傾向や失敗体験の信頼性および妥当性が十分検証できていないことがあげられる。そのため、本研究で示した失敗体験と傾向の関連性の一般化は慎重に行う必要がある。

また、本研究は本人対象の質問紙調査を用いた横断的研究である。そのため、各症状の重

症度や傾向は客観的にみると異なる可能性があること、および各因子同士の因果関係は不明であることが限界点として挙げられる。特に、初発年齢や失敗体験については過去の想起による回答であるため、記憶が曖昧になっている可能性があり、実際との乖離がより大きいと推測される。よって、今後は本研究で示された関連性および先行研究から推測される因果関係を検討するための、縦断的研究や客観的指標を用いた研究を行う必要がある。

さらに、本研究では日中の眠気に関する失敗体験のみを検討したが、情動脱力発作や他の症状によって生じる社会的体験の関連性については検討していない。今後は、症状の出現する場面と行動様式との関連性など、症状の捉え方の切り口を変えての検討が望まれるだろう。また、失敗体験はそれ自体がネガティブな感情を伴う体験であるため、心理的苦痛が生じやすいと推測される。よって、失敗体験やそれに伴い形成される性格傾向と、抑うつや不安等の精神的問題との関連性も検討していく必要がある。

しかしながら、本研究により、日常生活における失敗体験や自分の行動様式に対する評価の傾向が薬物治療開始後に残存する眠気に伴い生じることが見出された。これにより、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、薬物治療開始後も症状に伴い発生する心理社会的問題に対するサポートを継続的に行っていく必要があると考えられる。

第 7 章 ナルコレプシー患者の対人関係疎遠化の過程(研究 5)

第 1 節 問題と目的

研究 4 では情動脱力発作をともなうナルコレプシー患者において、服薬時の日中の眠気頻度が高いと対人関係の疎遠が生じやすくなり、自分は非積極的と自己評価しやすくなると考えられた。しかし、どのような過程で日中の眠気に伴い対人関係の疎遠化が生じ、結果的に非積極的と自己評価するような行動様式が生じるようになるのか、その体験的連続性が不明である。Daniels et al(2001)は、ナルコレプシー症状により人間関係の構築や維持が難しいことを指摘しているものの、その 2 つの事項の間にある体験や現象の過程については言及しておらず、先行研究では明らかになっていない。

眠気体験から対人関係の疎遠を介して非積極的傾向に至る間に生じる体験としては、周囲が情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者を怠け者と誤解しやすいという主張に基づく(Douglas,1998),周囲が眠気に対し否定的態度を示すことで患者が対人関係を避けるようになる可能性が考えられる。また、患者本人が疎外感を持ちやすいことや(Kapella et al,2015),社会的活動を避けがちであることを考慮すると(Bruck,2001),周囲の反応に関わらず対人関係を避けている可能性も考えられる。服薬時の日中の眠気により対人関係が疎遠化し非積極的な傾向に至る過程が明らかになることで、非積極的傾向に示されるようなネガティブな心理状態を軽減する援助を行うための示唆が得られると期待される。

多くの慢性疾患では、本人の障害に対する否定的認知が社会的機能に悪影響を与える可能性が指摘されており、疾患によってはそうした否定的認知に対して心理的援助が検討されている(Fradgley,2012)。しかし、否定的認知の内容や影響を与える場面は疾患によって様々であり(Fradgley,2012)、既存の他疾患における知見を、情動脱力発作を伴うナルコレプシーに適用するのは難しいと考えられる。

よって本研究では、研究 4 で得られた日中の眠気と対人関係疎遠化の関連性という大枠に基づいて、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の対人関係が疎遠化していく過程を明らかにすることを目的とした。

第2節 方法

研究協力者

2013年9月から2014年10月までの期間に、施設責任者から研究協力の承諾を得られた睡眠専門外来2施設に、情動脱力発作を伴うナルコレプシーの診断を受けて通院しており、研究協力の同意を得られた患者10名を対象とした。研究協力者の基本的な選択条件は、①医療機関でナルコレプシーの診断を受けていること②薬物治療を開始していること③青年期から成人期前期発症していること、③HLAがナルコレプシー型であること、とした。すべての研究協力者から同意が得られ、男性7名、女性3名の計10名が分析対象となった。

年齢は平均49.6(SD=17.0)歳であった。発症年齢は平均14.7(SD=3.0)歳であった。服薬開始年齢は平均31.0(SD=12.5)歳であった。服薬時JESSは平均9.5(SD=3.2)点、非服薬時JESSは平均19.2(SD=3.7)点だった。なお、各研究協力者の詳細は表13の通りである。

データ収集方法

半構造化面接により言語データを収集した。ICレコーダーに録音した面接を、個人情報をすべて省いて逐語化し、言語データ化したものを分析対象とした。なお、面接から逐語化までの一連の作業はすべて著者自身が行った。

面接の具体的な実施手順として、はじめに研究協力者から口頭で一旦同意を得たうえで面接室に招き、あらためて研究目的の説明、倫理的配慮の説明、研究説明の理解の確認、紙面を用いた同意の確認、といった順序で面接前のやりとりが行われた。面接開始の同意を研究協力者から得られた時点で録音を開始し、面接初期はプロフィールなど基本的な質問やクローズドクエスションを中心に聴取し、次第に核心的な内容に関する質問やオープンクエスションを増やしていくことで、研究協力者が語りやすいよう配慮した。

リサーチクエスションは「ナルコレプシー患者は日中の眠気に関連してどのように対人関係が形成されるのか」と設定した。インタビューガイドでは、①居眠りすることで周囲との関係でどんなことが起きると思うか、②自身の人間関係はどんな状況か、③自分の人間関係が②にて述べた状況なのはどうしてだと思うか、④周囲や社会に対してどんな要望があるか、の4つの質問項目を設定した。そのうえで、面接の流れや状況に応じて質問の順番や質問の仕方を適宜変更すると共に、理論的サンプリングによるリサーチクエスションの具体化や収集すべき情報の変化に伴い質問項目を精緻化していった。

データの信憑性を確保するため、次のことに留意した。研究協力者に対し、密室内で面接

表 13.研究協力者一覧

目的	性別	年齢	発症 年齢	治療開 始年齢	服薬時 JESS	非服薬 時JESS	仕事内容	リタリン 10mg(錠)	ベタナミン 25mg(錠)	モディオ ダール 100mg(錠)	アナフラ ニール 10mg(錠)	その他服薬内容	併発疾患
A カテゴリー生成	男	39	14	36	8	18	正社員(コンピュータ系 企画・事務)	3.5	－	－	－		痛風 脂肪肝
B カテゴリー生成	男	65	17	35	8	16	正社員(技術:機械)	－	1	－	1		なし
C カテゴリー生成	男	33	10	23	13	21	フリーター(倉庫整理・警備員)	－	－	3	－	コンスタン0.4mg2錠,テルネリン1mg2錠,デ パケン200mg2錠,サインバルタ20mg2錠	気分障害
D 精緻化	女	72	20	47	14	23	自営業	5	－	－	3	マイスリー5mg1錠,アモバン7.5mg1錠,ア ローゼン顆粒0.5g	なし
E 精緻化	女	30	17	20	11	20	ケーキ販売員 パート	4	－	3	3		なし
F 精緻化	男	38	12	23	10	12	自動車整備 アルバイト	2	2	－	5	マイスリー5mg1錠,レンドルミン0.25mg1錠, リビトール10mg1錠	高脂血症
G 精緻化	男	43	14	31	8	24	ギター販売員パート	6	－	－	10	ヒルナミン5mg1錠,ビシフロール0.125mg2 錠,ドグマチール50mg2錠,サインバルタ 20mg2錠,ランドセン0.5mg2錠	なし
H 確認	女	73	12	16	8	16	無職(元会社員)	2	－	1	2.5	レンドルミン0.25mg1錠,アモバン10mg1錠	なし
I 確認	男	65	14	55	3	21	元地方議員	3	1	－	7.5		糖尿病
J 確認	男	38	17	24	12	21	正社員	6	4	－	7.5	レンドルミン0.25mg2錠,リボトリール 0.5mg2錠,防己黄耆湯エキス5.0g	なし

を行うことを前提としたうえで、語られた内容は患者の通院する機関の関係者をはじめとした他者には一切を漏らさない旨を時十分に説明することで、誠実な語りを促した。また、面接実施者が不眠症における薬物治療に関する基本的知識および協力施設の治療の流れについて把握しておき、研究協力者が治療に関する事実関係と明らかにかけ離れたことを語っている場合は察知できるように努めた。

なお、研究協力者は、日常的に患者の治療に関わることはなかった。また、個人の発話内容を治療機関に所属する者に開示することはないことを約束していた。このことから、治療に対する不満をはじめとして、医療従事者には伝えにくい患者の思いや体験についての語りも得ることができた可能性がある。さらに、臨床心理士であることを明示した。それにより、自身の否定的体験や本来であれば侵襲性の高い内容であっても比較的話やすく感じられるようになると期待した。

分析方法

本研究では研究 1,2 と同様、GTA を採用した。体験の連続過程を記述することに適していると考えられたためである。具体的な手順は研究 1 で述べたものと同一である。

倫理的配慮

本研究は、東京大学研究倫理審査委員会から承認を受けて実施した。

分析過程

理論的サンプリングに基づきデータを収集し、理論的飽和に達したと判断された 10 名の時点でデータ収集を終了した。初めのカテゴリーの生成を目的に研究協力者 A,B,C を対象にインタビューと分析を行ったうえで、カテゴリーの精緻化を目的に D,E,F,G を対象に 1 名ずつインタビューおよび分析を行い、最終的に H,I,J を対象にカテゴリーの検討を行った。以下に、分析過程について詳述する。

なお、カテゴリーグループは【】、カテゴリーは「」、下位カテゴリーは<>、実際の語りは“斜体(研究協力者)”，カテゴリーの定義は『』と記述する。

第 1 段階：カテゴリー生成のための分析

第 1 段階では、上記に示した研究協力者の選択条件および協力者のリサーチクエスチョ

ンに基づき、カテゴリー生成のためのデータ収集と分析を行った。研究協力者 A, B, C からデータ収集を行った。その結果、下記のとおりカテゴリーおよび下位カテゴリーが生成された。また、カテゴリーグループの分類およびカテゴリー同士の関連についても見いだされた。

“よだれ垂らしてるのかなとか大口あけてるのかなとか。(研究協力者.A)” “寝てるといっても目はギリギリ空いている可能性が少しあったんで、あの一目が点になっているというか(研究協力者.C)” という語りが得られた。この語りから、研究協力者は、顔が周囲から笑われそうな状態になっているかもしれないと考えていると解釈された。これらをまとめて<居眠り姿が変だと思う>を生成し、『自分の居眠り中の見た目が変だろうと考えること』と定義した。また、“まず基本、ふつう寝るって、自宅のベッド以外で寝るってふつうあり得ない。(研究協力者.A)” “おかしいと、思われる。思われてるだろうし、自分も思う。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらの語りは、先に述べた<居眠り姿が変だと思う>のように目で見てわかる滑稽さとは異なり、行為の状況へのそぐわなさに対する抵抗感が強く示されていると解釈された。よって、これらの語りをまとめて、<居眠りすることはおかしなことと思う>を生成し、『居眠りをするのは社会的に見ておかしな行動と思うこと』と定義した。さらに、“自分がそういうふうな相手、相手を見たら—やっぱりそう、あの一思いますよね。話をしてて、ええ、途中で寝てしまったりすると、やっぱり、うーん、この人は何なんだろうという。(研究協力者.B)” “おかしいと、思われる。思われてるだろうし、自分も思う。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらの語りは、上記 2 つのカテゴリーとは反対に、自分が居眠りする人を見るという逆の立場の場合におかれた場合に生じるである認知を述べているという特徴があると考えられた。そして、日常生活で自分が居眠りする人を見た場合でも、嫌悪感を抱くと考えていると解釈された。これらの語りをまとめて<自分自身が寝ている人に嫌悪>を生成し、『患者自身が、他者が居眠りしていると嫌悪感を抱くこと』と定義した。これら 3 つのカテゴリーは共通して、居眠りするという行動に対し悪い印象を持っていることを示していると解釈されたため、これらをまとめてカテゴリー「居眠りに悪印象がある」を生成した。

“夜更かししてんじゃないのか、夜中までラジオとか聞いているんじゃないのか。(研究協力者.A)” “まあそういう、やる気が抜けてるんだろうなってことになってきますね。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、実際は病気であるにもかかわらず、周囲からは夜に睡眠を十分とらない生活を送っているからだと誤解される

ことがあると解釈された。これらから、「居眠りは生活態度の悪さと誤解される」を生成し、『自分の居眠りは生活態度の悪さによるものと周囲に思われたこと』と定義した。

“えーなんか叱られたりとか、あー損害を与えたというような、そういうことはまあないんですけど。(研究協力者.B)” “直接おまえ寝てやがってっていうひとはほとんどいない。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、自分は周囲に悪く思われていると予測する一方で、その予測を支持するような出来事は体験していないと解釈された。これらの語りをまとめて、＜居眠りを直接悪く言われるわけではない＞を生成し、『居眠りに対し、実際には悪意の持った指摘をされなかったこと』と定義した。また、
“なんかあの一大口あけて上向いて、なんかマーライオンだった、みたいだった、と言ったこともありましたね。(研究協力者.A)” “あの一まあそう、いつも寝てるっていうふうに。言われてはいましたけどね。(研究協力者.B)” という語りが得られた。これらから、研究協力者は、＜居眠りを直接悪く言われるわけではない＞とは異なり、実際に周囲から居眠りを指摘されているものの、周囲の悪意や嫌悪は感じなかったと解釈された。これらの語りをまとめて＜居眠り状態の事実だけを指摘された経験＞を生成した。研究協力者 A については、面白おかしく友人から指摘されているものの、本人はそれに対し苦痛より親しみを覚える旨を語っていたため、悪意のある言い方はされなかったと解釈された。このような点も踏まえ、『居眠りに対し、周囲に悪意や嫌悪感を含まず指摘されたこと』と定義した。また、＜居眠りを直接言われるわけではない＞と＜居眠り状態の事実だけを指摘された経験＞は共通して、周囲からから悪意をもって居眠りを指摘された経験はないことを示していると解釈された。よって、これらをまとめて「居眠りを直接悪く言われていない」を生成した。

“(薬物治療開始後は)あの、人間関係で消極的になるということは、そんなには自分では思っていないですけどね。(研究協力者.A)” “うーん。そんなにかんじないですね。(研究協力者.B)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、ナルコレプシー症状を気にせず自ら積極的に周囲と関わるようにしていると解釈された。これらの語りをまとめて「引け目なくかかわる」を生成し、『自ら周囲との関わりを持つよう行動すること』と定義した。

“いまその、友達の話をしたのも、全部あの、大学に入ってから友達なんですよ。(研究協力者.A)” “そのあと、そのお付き合いがずっと続くというような場合ってのはあんまなくて。(研究協力者.B)” “あの、対人関係が。いづらくなってしまう。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、他者と接する機会があっても、そ

こから継続的に関わり人間関係を形成しようとはしないと解釈された。これらの語りをまとめて「形成されない人間関係」を生成し、『他者との人間関係の新たな形成や維持がなされない状態のこと』と定義した。

“や、たぶん死んじゃってたと思いますねえ。(研究協力者.A)” “まあ…、自殺未遂みたいなのも1回くらいはあったと思いますけどね。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらから、研究協力者は、ナルコレプシーを抱えながら生きることに関し、自死が頭によぎるくらい強い苦痛を抱えていたと解釈された。これらの語りをまとめて「自殺するくらいの苦痛」とし、『日々の中で自殺を考えるくらいの精神的苦痛を感じること』と定義した。

“人前で寝ることがコンプレックスになるっていいいんですかね。(研究協力者.A)” “ぼく、自分の眠ってるところを見ないでくださいねって言いたかったんですよずっと。(研究協力者.C)” との語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、自分が眠っている状態が人目に曝されることについて嫌悪感を抱えていると解釈された。これらの語りをまとめて＜居眠り姿を見られることへの嫌悪＞を生成し、『居眠り姿を周囲に見られることに対し嫌悪感を抱くこと』と定義した。“その、眠ってしまうことが怖かったですね。(研究協力者.A)” “それは外からの悪口言われるかもしれないとかそういう目線からだけですけどね。(研究協力者.C)” という語りが得られた。研究協力者 C については、ここでは恐怖という強い感情を示す語りとはなっていないが、会話全般を通して他者から嫌われることへの強い抵抗感や恐怖心がみられたため、カテゴリー名を＜居眠りすることへの恐怖＞とし、『居眠りをすることに恐怖心を抱えること』と定義した。そして、＜居眠り姿を見られることへの嫌悪＞と＜居眠りすることへの恐怖＞を下位カテゴリーとしたうえでまとめ、「居眠りへの強い抵抗感」を生成した。

“その間周りにずっと見られてたんだとか(研究協力者.A)” “寝てる姿を、いちいちチェックしたりとかよーくみたりしないでねっていう。(研究協力者.C)” から、周囲が自分の寝姿を良く見ていると思うとともに、その確信度がある程度強い印象を受けたため、＜周囲が寝姿に注目している認識＞を生成し、『周囲が自分の居眠り姿に注目していると考えること』と定義した。また、“見えますし。(研究協力者.A)” “ハッって我に返ったときに周り見ても、まあ寝てればなにかすぐ見えますからねー、わかるんで。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、居眠りは周囲に見えてしまうものであると考えていると解釈された。さらに、“あの時どう見られてたんだろうとか(研究協力者.A)” “どんな顔してたかな、どんな目つきしてたかなっていう。(研究協力者.C)” という語りが得られ

た。これらの語りから、自分の居眠りを周囲はどのように感じていたのかについて気にしている」と解釈された。これらの語りをまとめて＜人目が気になる＞を生成した。研究協力者 C は、顔の様子について気にしていることを語っているが、先に記述したように人から変な顔と思われることへの心配を抱えていることから、人目を気にしているが故の語りと考えられた。この点も踏まえ、『自分の居眠り中の人目が気になること』と定義した。これらの語りをまとめて＜居眠りは人に見えるもの＞を生成し、『居眠りは人の目につくものと考えること』と定義した。＜周囲が寝姿に注目している認識＞＜人目が気になる＞＜居眠りは人に見えるもの＞は共通して、周囲が自分の居眠りを見ているかもしれないと考えていると解釈された。これらをまとめて「周囲が眠る自分を見ていると思う」を生成した。

“あーその寝てしまった、あの一相手、とのその関係にもよるんですけどもね。(研究協力者.A)” “まああの一わりと気心知れてるという人だとまあ、勘弁してもらえるかなーと、思うんですね。(研究協力者.B)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、居眠りを見られた相手との関係が親密であれば、居眠りを見られる抵抗感が少ないなど、関係性によって人前で居眠りをしてしまうことへの抵抗感が変動すると解釈された。これらの語りをまとめて「関係性によって居眠りへの抵抗感変化」を生成し、『相手との親密度などの関係性によって居眠りを見られる抵抗感が変化すること』と定義した。

“日中、退屈な授業とか退屈な仕事、退屈な打ち合わせ退屈な仕事、中に必死に我慢してやっている。でもあいつは我慢しきれずに寝てしまってる。(研究協力者.B)” “まあそういう、やる気が抜けてるんだろうなってことになってきますね。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、周りの人が気を張っている場面で眠気が生じると、自分は気が抜けている、やる気がないと思われると考えていると解釈された。これらの語りをまとめて＜眠るのは怠けていると思われるだろう＞を生成し、『周囲は居眠りする自分を怠けていると捉えると考えること』と定義した。また、“まあ、あんまり頼りにならないなというふうに、やっぱり、そうは思われてると思いますね。(研究協力者.B)” “寝てるやつってのはやっぱり言いやすいんですよ、なんか。うーんだらしがないよね。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、居眠りをする事で、自分が物事をしっかりとこなせると信頼してもらえなくなると感じていると解釈された。これらの語りをまとめて＜居眠りで信頼を失うだろう＞を生成し、『居眠りで周囲は自分を信頼されなくなるだろうと考えること』と定義した。そして、＜眠るのは怠けていると思われるだろう＞と＜居眠りで信頼を失うだろう＞は共通して、研究協力者の意志に反し

て、物事にまじめに取り組もうとしていないと捉えるのではないかと考えていることを示していると解釈された。よって、これら 2 つをまとめて「周囲は眠る自分を誠意がないと思うだろう」を形成した。

カテゴリーグループに関し、「居眠りは生活態度の悪さと誤解される」「居眠りを直接悪く言われていない」は、「居眠りへの悪印象がある」などの本人の認知とは異なり、実際に体験した可能性が高いのではないかと推測された。よって、「居眠りは生活態度の悪さと誤解される」「居眠りを直接悪く言われていない」をまとめて【実際の経験】を生成した。

また、「居眠りへの悪印象がある」は自分が居眠りに対してもっているイメージを示しているのに対し、「居眠りへの強い抵抗感」「周囲が眠る自分を見ていると思う」「周囲は誠意がないと思うだろう」は他者の視点を意識することで生じる認知であると解釈された。よって、「居眠りへの悪印象がある」は【居眠りに対する自分の捉え方】、「居眠りへの強い抵抗感」「周囲が眠る自分を見ていると思う」「周囲は誠意がないと思うだろう」は【居眠りと周囲の関連に関する認知】とした。

さらに、「居眠りは生活態度の悪さと誤解される」「居眠りを直接悪く言われていない」は、「居眠りへの悪印象が異なる」などの認知とは異なり、実際に体験した可能性が高いと推測された。「居眠りは生活態度の悪さと誤解される」「居眠りを直接悪く言われていない」をまとめ、【実際の経験】を生成した。

加えて、「引け目なく関わる」は実際に自分がとった行動であると解釈されたことから、【自分の行動】とした。そして「自殺するくらいの苦痛」は日々の生活の継続的に生じている状況を示していると解釈されたことから、【生活の状況】とした。

「居眠りに悪印象がある」「居眠りへの強い抵抗感」「周囲が眠る自分を見ていると思う」のカテゴリー同士の関連について、“その間周りにずっと見られてたんだとか、あー荷物無事でよかった、とか。そういった、無防備になってしまうのが怖いんでしょうね。そう、寝ることがコン、人前で寝ることがコンプレックスになるっていいばいいんですかね。(研究協力者A)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 A は、居眠り中は、自分は無防備になっているが、その状態を周囲に見られていたと考え、恐怖感やトラウマを感じていると解釈された。この語りにもとづくと、自分の居眠り姿が変など常日頃から「居眠りに悪印象がある」ために「居眠りへの強い抵抗感」を感じていることから、実際に眠ってしまった際に「周囲が眠る自分を見ていると思う」という認知が頭に浮かんでくのではないかと解釈された。

また、「居眠りへの理解ない発言」「居眠りを直接悪く言われていない経験」「周囲は誠意がないと思うだろう」の 카테고리 同士の関連について、“だからよけいに先生からの印象が悪くなったり。まあ結果的に成績もそんなだから良くなかったんですよね。な、なんでこの点数なのにこんな(態度が)悪いの、みたいな。…馬鹿にしやすいつていうかそういうかんじの印象を持たれちゃってー。持たれやすいから。直接おまえ寝てやがってっていうひとはほとんどいない。うん。あんまり少なかったと思います。(研究協力者.C)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 C は、実際に先生から居眠りを指摘された経験が過去にあった一方で、居眠りを直接悪く言われる経験はしなかったと解釈された。そして、研究協力者はそれらの体験に伴い、周囲は居眠りに対し馬鹿にしたような思いを抱いているだろうと推測していると解釈された。この語りに基づくと、「居眠りへの理解ない発言」と「居眠りを直接悪く言われていない経験」両者が拮抗しながら「周囲は誠意がないと思うだろう」という認知が強化される可能性があるとして解釈された。

以上から、居眠りおよび居眠りと周囲に関連してネガティブな認知を抱えていること、および周囲に関連する認知は条件によって変化する可能性もあること、結果的に眠気に伴い精神的苦痛を抱えながらの生活が続く場合があることが示唆された。

第2段階：カテゴリー精緻化のための分析

第1段階では全てが男性だったことから、偏りを減弱するために女性からもデータ収集する必要があると考えられた。よって、第2段階からは、女性からデータ収集することとした。また、雇用状況も選択基準とした。これは、居眠りに関連する捉え方や困り感の体験を反映していると推測したためである。このような条件により、第2段階は社会的責任が大きであろう自営業の研究協力者 D を対象とした。第2段階で得られたカテゴリーおよび下位カテゴリーとその根拠を以下に述べる。また、カテゴリーグループの分類およびカテゴリー同士の関連についても述べる。

“大学生の時にアルバイトであの一家庭教師やってたんですけども。えー、で、自分で教えてくれてしゃべってるつもりだったんですけど、その途中で寝てしまってですね。(研究協力者.B)”“仕事を教える、助手席へ乗っていて新しい人にお仕事を教えるんですけども、あの一、同じことを何回も聞いてしまう。(研究協力者.D)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、他者といるときに居眠りをしてしまうことで、必要な会話ができないという経験をしていると解釈された。これらの語りをまとめて<会話ができない>

を生成し、『居眠りで意識がないため、相手の会話をするのがむずかしい状態』と定義した。また、“いやー、会話していて、頓珍漢なこと言っちゃうってことはありましたよね。(研究協力者.D)” “こちらーが、あの言いたいこととか知りたいことっていうのを、うーん。ちゃんと、あの一伝えたり、され、あの、答えをもらったりっていう、その信頼感、っていうか、あの一それなくなりますよね。(研究協力者.B)” という語りが得られた。これらの語りから、眠気に伴い、自分の意図しないような発言をしてしまう経験をしていると解釈された。これらの語りをまとめて＜頓珍漢な発言をする＞を生成し、『眠気で意識がもうろうとしていることで、突拍子もない発言をしてしまうこと』と定義した。また、＜会話ができない＞＜頓珍漢な発言をする＞は共通して、眠気や居眠りが生じることで他者との言語的やり取りができなくなる状態を示していると解釈された。よって、これらをまとめて「眠気でコミュニケーションが阻害される経験」を生成した。そして、【実際の経験】に追加した。

“寝ちゃうことは恥ずかしいですね。(研究協力者.C)” “恥ずかしいというか、ええ。(研究協力者.D)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、居眠りすることは恥ずかしいと感じていると解釈された。これらの語りをまとめて＜居眠りすることは恥ずかしいと思う＞を生成し、『居眠りをするのは恥ずかしいと思うこと』と定義した。さらに、＜居眠りすることは恥ずかしいと思う＞を「居眠りに悪印象がある」の下位カテゴリーとして位置づけた。

“俺だって眠いよって言われる。(研究協力者.A)” “お友達に話したらみんな眠くなるわっていうからね。(研究協力者.D)” との語りが得られた。これらの語りから、周囲から、患者本人だけでなく周囲も同じように眠気を感じていると伝えられた経験があると解釈された。これらの語りをまとめて＜みんな同じように眠いと言われる＞を生成し、『周囲から、患者と同じように周囲も眠気を感じているのという旨を伝えられた経験』と定義した。＜みんな同じように眠いと言われる＞と＜生活態度の悪さと誤解される＞は、眠気や居眠りに対し、本来は自分の工夫で統制可能なものにもかかわらず対処していないという印象を持たれている点、実際に周囲に言われたという点で類似していると解釈された。よって、両者をまとめて「居眠りへの理解がない発言」とした。そして、【実際の経験】に追加した。

“(授業中の居眠りについて) そーそれは、その、普通の学生でもそうかなと思うんですね。(研究協力者.B)” と “(授業中の居眠りについて) 普通ね、それこそみんながやってることだっていうことになっちゃいますので…(研究協力者.D)” “本当はちょっと横になって

寝たいんだけど、そこら辺に皆働いてるしと思うとね、やっぱり寝られない。(研究協力者.D)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、周囲に眠っている人がいれば眠ることへの抵抗感が減る一方で、自分以外は眠っていない状況だと居眠りしづらいと感じていると解釈された。これらの語りをまとめて＜周囲の状況によって抵抗感変化＞を生成し、『周囲にどれくらい眠っている人がいるかによって抵抗感が変化すること』とした。さらに、「関係性によって居眠りの抵抗感が変化」と比較し、周囲の状況と関係性という点で相違はあるものの、状況によって抵抗感が変化するという点で共通していると解釈された。よって＜関係性によって居眠りの抵抗感が変化＞を下位カテゴリーに変更したうえで＜周囲の状況によって抵抗感変化＞とまとめ、「条件によって居眠りの抵抗感が変化」を生成した。また、＜関係性によって居眠りの抵抗感が変化＞について、“この眠るっていうことはね、どれくらい周りの人がね、理解しているのかなっていうことは時々思いますよね。(研究協力者.D)”という逐語から、親密度だけではなく相手の理解度によっても変化すると考えられた。よって、下位カテゴリーの定義に理解度という概念も付け加え、『相手との親密度や理解度などの関係性によって居眠りを見られる抵抗感が変化すること』と変更した。そして、「条件によって居眠りの抵抗感が変化」を【居眠りと周囲の関連に関する認知】に追加した。

以上から、第 1 段階と同様に居眠りに対する抵抗感や悪印象が語られると同時に、実際に周囲から居眠りに対してネガティブな発言をされた経験についても明確化された。一方で、“(電話中の居眠りについて相手が気づかないことについて)電話してもね、ああ、あの程度か。(研究協力者.D)”など、自分の居眠りに周囲はあまり注目していないと感じていることを示すだろう語りも得られ、周囲は居眠りを悪く思っているという認識は常に一貫して生じているとは限らないことが示唆された。よって、次の段階以降はネガティブな語り以外の存在も意識しながらデータ収集することとした。なお、女性特有の問題についての語りは得られなかった。

第 3 段階：カテゴリー精緻化のための分析

第 3 段階では、第 2 段階と同様の基準で選択した。雇用状況に関しては、第 3 段階では比較的社会的責任の小さいパートに従事している女性である研究協力者 E を対象とした。その結果、下記に述べる生成されたカテゴリーと下位カテゴリーが生成された。また、カテゴリーグループの分類およびカテゴリー同士の関連についても示された。

“だからよけいに先生からの印象が悪くなったり。まあ結果的に成績もそんなだから良くはなかったんですよね。(研究協力者.C)” “やっぱりパソコンとか眠くなっちゃって失敗して辞めさせられたことも有って(研究協力者.E)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、居眠りが原因で物理的な失敗が生じたことで周囲との関係が悪くなった経験があると解釈された。これらの語りをまとめて「居眠りで生じた失敗で悪く扱われる」を生成し『居眠りが原因で生じた問題がきっかけで悪く扱われた経験』と定義した。『悪く扱われる』という評価は本人の主観的評価ではあるが、少なくとも周囲の態度が変化する可能性は実際にあるだろうと考え、【実際の体験】に追加した。

“あのクラスメートの中だけでやってたらもう、ほんとに、学校たぶん行かなくなってたんじゃないかと思うくらいに憂鬱になりましたね。(研究協力者.A)” “(面接者：周りがそう思ってるだろうなと想像し始めたると人間関係とかどうですか。)そうなんですよー。だから、怖いですよ。(研究協力者.E)”という語りが得られた。これらの語りから、周囲と積極的にかかわることへの抵抗感や、周囲と関わった場合にネガティブな展開が生じるとの予測を抱えていると解釈された。これらの語りをまとめて「人間関係に引け目を感じる」を生成し、『他者と関わることに引け目を感じる』と定義した。このカテゴリーは【居眠りと周囲の関連に関する認知】に追加した。

“別に積極的に自分から寄っていったり話しかけたりはほぼしてないっていう。(研究協力者.C)”および“だからあまりがつつかないし(研究協力者.E)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、人との接触を自ら避けている行動をとっていると解釈された。これらの語りをまとめて「周りと関わらないようにする」を生成し、『周囲に対し自らの意志で常に関わらないように行動すること』と定義した。そして【自分の行動】に追加した。

“眠ったりウトウトしている人間を同僚なり上の人間が見れば、ぞんざいな扱いにもまあ絶対になるんで。ぞんざい。(研究協力者.C)”と“正面の人がこそこそ話してるときに、あーやっぱ自分のその寝てることを「あーまた寝てるよ」とか言って言われているだろうなって勝手に被害妄想が膨らんで。(研究協力者.E)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、第1段階で得られた「周囲は誠意がないと思うだろう」ほど具体的な予測でなくとも、居眠りに対して周囲は漠然としたネガティブな印象を抱くと予測していると解釈された。よってこれらの語りをまとめて＜周りは悪く思っていると思う＞を生成し、『周囲は自分の居眠りに対し、何かしらの悪い印象を抱いていると予測していること』と定義し

た。そして、第1段階で生成された「周囲は誠意がないと思うだろう」の下位カテゴリとして追加したうえで、カテゴリ名を「周囲は誠意がないと思うだろう」から「周囲は眠る自分を悪く思うだろう」に修正した。

“若い頃はどうかだったのかな。お互いにね、この60半ば過ぎてくると、それぞれ年齢が若い時は思わなかったんですけども、結局自分のことしか考えてないですね。(研究協力者.D)”および“被害妄想なのかなー、(笑)、わかんないけどたぶん。(研究協力者.E)”という語りが得られた。これらの語りから、周囲は自分の居眠りを悪く思っているだろうというネガティブな予測に対し、実際は周囲がそのように思っていないかもしれないという考えに変化する瞬間があると解釈された。これらの語りをまとめて<周りの目を意識しすぎていた>を生成し、『周囲が自分の居眠りに注目していたという考えへの確信の度合い緩むこと』と定義した。また、“向こうも気が付いてるのかどうか分かりませんが、あ、そうって言うくらいですね。(研究協力者.D)”および“この仕事駄目だと思って辞めてしまうんですが、その失敗がその眠気のせいだっていうのは、最後自分で「実はこういう病気で」というまでは、結局なんか皆さん特に眠気とリンクさせてなかった人ばかりでことが多いです(研究協力者.E)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者周囲があまり居眠りを気にしていないことを示唆するような経験をしたと解釈された。よって、これらの語りをまとめて<実際は周囲が注目していないこと示す経験>を生成し、『周囲は居眠りにあまり注目していないことを示すやり取りを経験すること』とした。そして、<周りの目を意識しすぎていた><実際は周囲が注目していないこと示す経験>をまとめて「思うほど周りは見えていなかった気づき」を生成した。このカテゴリは【居眠りと周囲の関連に関する認知】に追加した。

“この眠さがあの生活に入ってたらと思うと、ぞっとしますね。(研究協力者.D)”および“もうすごい追い込まれて…(研究協力者.E)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、「自殺するくらいの苦痛」ほど深刻ではないが、ナルコレプシー症状を抱えながらの生活に心理的苦痛が生じていると解釈された。これらの語りをまとめて<非常に辛い日々>を生成し、『日々の中で自殺は考えないが精神的苦痛を感じていること』と定義した。そして「自殺するくらいの苦痛」を下位カテゴリとした上で<自殺するくらいの苦痛><非常に辛い日々>をまとめて、「精神的に追い詰められる日々」を生成した。そして、【生活の状況】の中のカテゴリと位置づけた。

また、「周囲は眠る自分を悪く思うだろう」「人間関係に引け目を感じる」「意図的に人を

遠ざける」「人間関係が形成されない」「精神的に追い詰められる日々」の 카테고리 同士の関連について、“動作とかもそう自分のことを言ってるんじゃないかとかって思うようになっちゃったりして、勝手に追い込まれて、そんなのも有りますね。ないですね・・・自分としては人が信じられないとかみたいな感じ（ふんふん）だからあまりがつつかないし（研究協力者.E）”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 E は、周囲が自分を悪く思っていると思い込み、周囲と関わらないようにしていたことで、“勝手に”自らの行いにより精神的に追い込まれていたと解釈された。そして、研究協力者 E は、最終的に職場を辞めていることから、職場で良好な人間関係が形成されなかったと解釈された。この語りに基づくと、「周囲は眠る自分を悪く思うだろう」という考えから「人間関係に引け目を感じる」こととなり、「意図的に人を遠ざける」行動を取って「人間関係が形成されない」状況が続くと同時に「精神的に追い詰められる日々」を過ごすことになる」と解釈された。

また、「人間関係が形成されない」「思うほど周りを見ていなかった気づき」の関連性について、“多分他の仕事もそういうのしてたんだろうけど、なんかもう、自分が寝てることで多分ミスを重ねてるっていうのがつらくなって来た時に、そういう動作とかもそう自分のことを言ってるんじゃないかとかって思うようになっちゃったりして勝手に思いこまれて。そんなのも有りますね（研究協力者.E）”および、“また寝てるよとか困るよねみたいな感じとか言ってるんだろうなとか勝手に思い込んで・・・（研究協力者.E）”、“この仕事駄目だなと思って辞めてしまうんですが、その失敗がその眠気のせいだっていうのは、最後自分で「実はこういう病気で」というまでは、結局なんか皆さん特に眠気とリンクさせてなかった人ばっかりでことが多いです（研究協力者.E）”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 E は、職場で悪口を言われていると考えて関わらないようにしていたために知る機会がなかったが、退職時に居眠りしていたことについて周囲に話したところ、実際は周囲が居眠りに注目していなかったことがわかったと解釈された。この語りに基づくと、「人間関係が形成されない」状態が続いていたが、何かの機会に「思うほど周りを見ていなかった気づき」を得る場合があると解釈された。

さらに、「思うほど周りを見ていなかった気づき」「周囲は自分を気にしていないだろう」の 카테고리 同士の関連に関し、“そうですね、それ若い頃はどうだったのかな。お互いにね、この 60 半ば過ぎてくると、それぞれ年齢が若い時は思わなかったんですけれども、結局自分のことしか考えてないですよ。（研究協力者.D）”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 D は、若いころは人目を気にしていたのが、時間の経過の中で“結局自

分のことしか考えていない”ことに気づき、現在では周りは自分にそれほど注目していないと考えるようになったと解釈される。この語りに基づく、「思うほど周りは見えていなかった気づき」を得ることで「周囲は自分を気にしていないだろう」と考えるようになると解釈された。

以上から、第 3 段階では、周囲の自分に対する捉え方についてネガティブな予測をしていたが、その予測が必ずしも事実ではないことに気づく場合がある可能性が予測された。この段階で、ネガティブな体験に関するカテゴリーもほぼ生成されなくなった。これらから、ネガティブな捉え方が永遠に続くとは限らず、変化可能性があると考えられたため、今後はポジティブな体験やネガティブな思考からポジティブな思考への移行に関する語りを得ることが必要と判断した。一方、女性 2 名にインタビューを行ったものの女性特有の体験は特に得られなかったため、以後は性別に特化したデータ収集は行わないこととした。以上から、第 4 段階以降はネガティブでない語りを得ることを目的にデータ収集を行うこととした。

第 4 段階：カテゴリー精緻化のための分析

これまでの段階ではネガティブな体験に関する語りについては十分に得られ、カテゴリーも飽和状態になったと判断された。一方で、ネガティブな体験が変化しうる可能性を示唆するカテゴリーなどが得られたことから、ネガティブでない心的体験も存在すると予測された。よって、第 5 段階、第 6 段階では比較的ネガティブでない語りを得ることを目的とした。第 5 段階では、診察時に生活が順調と語っていた研究協力者 F を対象とした。生成されたカテゴリーと下位カテゴリー、およびその根拠は下記の通りである。

“友達の話をしたのも、全部あの、大学に入ってから友達なんですよ…(遊びに誘われた時)イヤー俺はすぐ寝ちゃうからーみたいな感じで…(研究協力者.A)”および“会議もあんまり、会議ですね。そのときはもうとうとする可能性も、かならずお薬飲みますね(研究協力者.F)”という語りが得られた。この語りから、眠気が少ない状況なら周囲と関わるが、居眠りしやすい状況では周囲との関わりを避けがちになると解釈された。これらの語りをまとめて<眠くない状況だけ関わる>を生成し、『患者が、周囲に対して眠くない時は関わる一方で、眠い時は関わらないようにすること』と定義した。そして、第 3 段階で得られたカテゴリー「周りと関わらないようにする」を下位カテゴリーとし、<眠くない状況だけ関わる><周りと関わらないようにする>をまとめて「意図的に人と遠ざける」を生成した。

そして、あらためて【自分の行動】のなかのカテゴリーに位置づけた。

“(面接者：そもそも寝てる姿を見られるのが恥ずかしいというのを伺ったんですが、それはどうですか?)うーん、あんまり。まあみっともないとは思いますが。(研究協力者.B)”および“(人前で眠ることについて)別に。勝手じゃないか笑。いつ寝ようが、そんなのは。(研究協力者.F)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、人前で居眠りして人目に曝されることについて、恥かしさや抵抗感をあまり感じていないと解釈された。これらの語りをまとめて「居眠りすることへの恥かしさ少ない」を生成し『居眠りすることに恥ずかしいと思う気持ちが少ないこと』と定義した。なお、研究協力者 B は、恥ずかしくはないと明言しているが“みっともないとは思いますが”との語りから居眠りが人目に曝されることへの悪印象が皆無というわけではないと推察されたため、『少ない』と定義した。

“なんかよく寝るよね、凄いやねなんか寝てたよってな感じの、そんぐらいで友達とは済んで(研究協力者.E)”“(友人関係には問題なく)まあ冗談交じりで笑うことはあることはあるかもしれないけど(研究協力者.F)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、実際に周囲から指摘された際、否定的な感情や苦痛感は体験しなかったと解釈された。これらの語りをまとめ、＜居眠りの指摘自体は気にならない＞を生成し、『居眠りを事実として指摘されるぶんには気にならないこと』と定義した。研究協力者 F は、前段階で示したように周囲から悪く思われているかもと考えている反面、居眠りを実際に指摘された際に苦痛感は感じていなかったことから、悪意を持たれていないと感じられれば、居眠りが周囲に気づかれることへの抵抗感はないと解釈された。そのため、＜自体は＞と表現した。そして、「居眠りを直接悪くは言われていない」の下位カテゴリーとして追加した。

第4段階では、カテゴリー同士の関連については、見出されなかった。

以上から、前提として居眠りに恥ずかしいという印象をあまり抱かず、周囲の目をあまり気にしない場合があることが推測された。また、全段階で示されたように、ネガティブでない思考はネガティブな思考から移行することによって生じるとは限らず、初めからネガティブでない思考を継続的に持っていることがあるということが示唆された。

第5段階：カテゴリー精緻化のための分析

第5段階では、引き続き、ネガティブでない体験に関する語りを得ることで、ネガティブでない体験が生じる過程について精緻化していくことを目的とした。研究協力者 G を対象

とした。研究協力者 G を選択した理由として、第 4 段階と同様に診察時に生活が順調と語っていたことに加え、正規雇用から非正規雇用の生活に変化していることから、異なる社会的位置づけでの体験をし、それに伴い個人の中で異なる睡眠に対する捉え方や体験をしていると推測されたためである。以下に、第 5 段階で生成されたカテゴリー、カテゴリーグループの分類およびカテゴリー同士の関連について述べていく。

“話しながら寝るとかやって、めちゃくちゃ怒られた時とかありますね。(研究協力者.A)” および “あー応病気だということも一応行っちはあるんだけど、結局寝ちゃうと怒られるみたいな、ところはあつたりとかしてたんですけど(研究協力者.G)” という語りが得られた。この語りから、研究協力者は、実際に居眠りが原因で相手が怒ってしまった経験があると解釈された。これらの語りをまとめて＜相手を怒らせる＞を生成し、『居眠りしたことで一緒にいた相手が怒ったこと』と定義した。また、“俺だつて眠いよって言われる。(研究協力者.A)”

“結局病気のことを知ってる人と知らない人がいて、知らない人とかは何で寝てんだって文句言う。(研究協力者.G)” という語りが得られた。これらの語りから、周囲から居眠りに対し否定的な態度を示された経験があると解釈された。これらの語りをまとめて＜居眠り自体について悪く扱われる＞を生成し、『居眠りに対し悪意を持った言い方で指摘されたこと』と定義した。そして「居眠りで生じた失敗で悪く扱われる」を下位カテゴリーとした上で、＜居眠りで生じた失敗で悪く扱われる＞＜居眠り自体について悪く扱われる＞＜相手を怒らせる＞をまとめて「居眠りで周囲の扱いが悪化する」を生成し、【実際の周囲の反応】に分類した。

“人間なんて誰でも寝るわけだから、別に、ねえ寝てたって何がおかしいんだって感じる。(研究協力者.F)” および “一緒に泊まったら寝姿見られるわけじゃないですか。それと俺は変わらないと思うんですね。(研究協力者.G)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、自分たちの居眠り姿はナルコレプシーでない人と相違ないと捉えていると解釈された。これらの語りをまとめて＜居眠り姿はみんなと同じだと思う＞を生成し、『自分の居眠り姿は一般的な他者と変わらないと思うこと』とした。＜居眠り姿はみんなと同じだと思う＞は、前の段階で生成された＜居眠り姿が変だと思う＞とは居眠り姿に対して反対の考え方を持っていることを示していると解釈された。第 4 段階で得られた「居眠りすることへの恥かしさ少ない」を下位カテゴリーとし、＜居眠り姿はみんな同じだと思う＞＜居眠りすることへの恥かしさ少ない＞をまとめて「居眠りへの悪印象がない」を生成した。そして、【居眠りに対する捉え方】に分類した。

“…結局自分のことしか考えてないですね。(研究協力者.D)” “そんなに気づかれなかったかもしれないですね。(研究協力者.E)” “人も、じーっと観察したりとかすることとかしないので、んーじゃあ周りも気にしないんだろうなっていう。(研究協力者.G)” “そんなに気づかれなかったかもしれないですね。(研究協力者.F)” という語りが得られた。前の段階までは、研究協力者 D, E の語りは、＜周りの目を意識しすぎていた＞のみに当てはまると考えていた。しかし、研究協力者 G の語りも踏まえて改めて見直したところ、周囲の注目度に対する認知が変化したあとは、あまり注目していないという認知を継続的に抱いていることを示すと解釈された。そのため、＜周りの目を意識しすぎていた＞と気づいた後に恒常的に抱いている認知を示すカテゴリーとして、上記 4 つの語りをまとめて＜周囲は居眠りを気にしていないだろう＞を生成し、『周囲は自分の居眠りに注目していないという考えをもっていること』とした。また、“他人がどう思うが別にどうでもいいっていうか。(研究協力者.G)” “逆に言うと、邪魔しないでくれるぐらいの(研究協力者.F)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、周囲が自分を見ていないと思うだけでなく、自分自身も周囲の目が気にならないと感じていると解釈された。これらの語りをまとめて＜居眠りでの人目は気にならない＞を生成し、『居眠りで周囲が注目するかについて気にしないこと』と定義した。そして、＜周囲は居眠りを気にしていないだろう＞＜居眠りでの人目は気にならない＞をまとめて「周囲は自分に注目していないだろう」を生成し、【居眠りと周囲の関連に関する認知】に分類した。

また、「居眠りへの悪印象がない」「周囲は自分に注目してにしていないだろう」「引け目なく人と関わる」のカテゴリー同士の関連について、“ただ、寝てる人。なので、に、他人が寝てても自分に支障はないじゃないですか。(周りの反応も)別に、ただ、また寝てるぐらいの。…どこ行っても寝ちゃうので、極端な話、薬飲まないと。だから、うちにいても寝るし、出かけても寝ちゃうのであれば、出かけて寝ちゃったほうがなんか、楽しいかなとか。(研究協力者.G)” から、自分が眠っていてもとくに何も思わず回りも支障ないだろうと考えており、周囲もそれに対し特別な反応をしないこと、そして居眠りする可能性があっても積極的に出かけるという態度で生活していると推察された。このことから、患者は「居眠りへの悪印象がない」ことで、居眠りが生じても「周囲は自分を気にしていないだろう」と考えることができるため、「引け目なく人と関わる」ことができる生活になると解釈された。

以上から、居眠りに対し悪意を含んだ指摘をされた経験をしたとしても、居眠り姿を見られることへのネガティブ感情や認知を抱えるようになるとは限らないと解釈された。また、

新たに生成されるカテゴリーおよび下位カテゴリーが少なくなったこと、および社会的位置づけという観点からみると、ある程度包括的にデータを収集できたと判断された。よって、次の段階ではカテゴリー確認のための分析を行うこととした。

第 6 段階：カテゴリー確認のための分析

第 6 段階では、今まで生成されたカテゴリーの検討を目的とした。研究協力者の選択条件は、第 1 段階の条件に加えて、両方の性別から、さらに老年に至っていない者からもデータを収集することとした。老年に至っていない者を選択基準に含んだ理由は、プロスペクティブなデータを得ることでより正確で生々しい語りが得られると考えたためである。研究協力者 H,I,J の計 3 名からデータ収集を行った。その結果、新たなカテゴリーは生成されなかった。よって、理論的飽和状態に達したと判断し、データの収集を終了した。

第3節 結果と考察

分析の結果、5個のカテゴリーグループ、17個のカテゴリーが生成された(表14)。また、表15に各カテゴリーに関する発話が得られた研究協力者をまとめた。

さらに、カテゴリー同士を関連付けについて全体像をまとめた結果、図8に示す仮説モデルが生成された。以下に生成された理論的仮説のストーリーラインを詳述していく。なお、“斜体”は、研究協力者が実際に語ったインタビューデータを示している。

表 14-1. 生成されたカテゴリーグループ、カテゴリーおよび下位カテゴリー

カテゴリーグループ	カテゴリー	下位カテゴリー
居眠りに対する自分の捉え方	居眠りへの悪印象がある	居眠りすることは異常と思う
		居眠りすることは恥ずかしいと思う
		居眠り姿が変だと思う
		自分自身が寝ている人に嫌悪
居眠りと周囲の関連に関する認知	居眠りへの悪印象がない	居眠りすることへの恥ずかしさ少ない
		居眠り姿はみんなと同じだと思う
	条件によって居眠りの抵抗感が変化	関係性によって居眠りの抵抗感が変化
		周囲の状況によって居眠りの抵抗感が変化
	居眠りへの強い抵抗感	眠り姿を見られることの嫌悪
		居眠りすることへの恐怖
	周囲が眠る自分に注目していると思う	周囲が寝姿に注目している認識
		人目が気になる
		居眠りは人に見えるもの
	周囲は居眠りする自分を悪く思うだろう	眠るのは怠けていると思われるだろう
		居眠りすることで信頼を失うだろう
		周りは悪く思っていると思う
	人間関係に引け目を感じる	
	思うほど周りは見えていなかった気づき	周りの目を意識過ぎていた
		実際は周囲が注目していないことを示す経験
	周囲は自分を気にしていないだろう	周囲は居眠りに注目していないだろう
		居眠りでの人目は気にならない
		居眠り姿はみんなと同じだと思う
自分の行動	意図的に人を遠ざける	周りと関わらないようにする
		眠くない状況だけ関わる
	引け目なく人と関わる	
生活の状況	人間関係が形成されない	
	精神的に追いつめられる日々	自殺するくらいの苦痛
		非常に辛い日々

表 14-2. 生成されたカテゴリーグループ、カテゴリーおよび下位カテゴリー

カテゴリーグループ	カテゴリー	下位カテゴリー
実際の経験	眠気でコミュニケーションが阻害される経験	
	居眠りに理解ない発言をされた経験	眠いのは生活態度の悪さと言われる みんな同じように眠いと言われる
	居眠りで周囲の扱いが悪化した経験	居眠り自体について悪く扱われる
		友人を怒らせる
		居眠りで生じた失敗で悪く扱われる
	居眠りを直接悪く言われていない	居眠りを直接悪く言われるわけではない
		居眠り状態の事実だけを指摘された経験
		居眠りの指摘自体は気にならない

表 15. 各カテゴリーに関する語りが得られた研究協力者の一覧

分析段階 カテゴリー\研究協力者	カテゴリー生成			カテゴリー精緻化				カテゴリー確認		
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
居眠りへの悪印象がある	○	○	○	○	○		○	○	○	○
居眠りへの悪印象がない		○				○	○			
条件によって居眠り見られる抵抗感が変化	○	○		○	○		○		○	○
居眠りへの強い抵抗感	○		○				○	○		○
周囲が眠る自分を注目していると思う	○		○	○	○			○	○	○
周囲は眠る自分を悪く思うだろう	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
人間関係に引け目を感じる	○				○		○	○		
思うほど周りは見えていなかった気づき				○	○	○				
周囲は自分を気にしていないだろう				○	○	○	○			○
居眠りへの悪印象がない		○		○	○	○	○	○		
眠気でコミュニケーションが阻害される経験		○		○	○		○	○	○	○
居眠りへの理解ない発言をされた経験	○	○		○	○		○	○	○	○
居眠りで周囲の扱いが悪化した経験	○		○		○		○		○	○
居眠りを直接悪く言われていない	○	○	○	○	○	○	○	○		○
意図的に人を遠ざける			○		○			○	○	○
引け目なく人と関わる	○	○				○	○			○
人間関係が形成されない	○		○	○		○		○	○	
精神的に追いつめられる日々	○		○	○	○			○		

居眠りをする事への捉え方

ナルコレプシー患者は、居眠りは異常だ、恥ずかしい、居眠り姿は変だ、自分自身も居眠りに嫌悪感があるなど、居眠りに対して悪印象を持っているようであった。そして、居眠りに対する悪印象があることで、周囲に居眠り姿を見られることへの嫌悪や居眠りすることへの恐怖感など、実際に居眠りしてしまうことに対して抵抗感を抱いているようだった。また、居眠りを見られた周囲との関係性や、居眠りした状況など、条件によって居眠りを見られる抵抗感の強さが変化するようであった。その一方で、恥ずかしさや違和感がない、居眠り姿はみんな同じなど、居眠りに悪印象を抱えていない場合もあるようだった。

居眠りへの抵抗感が変化する条件の認識について、同じ条件であっても、個人によって抵抗感の強さが異なる可能性が考えられた。たとえば、“ようは大勢の人が集まってやってるから、自分一人の都合でそういうことにはいかないじゃないですか。(研究協力者.H)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 H は、会議のようなやり取りをする場面で居眠りすることへの抵抗感を強く感じていると解釈された。その一方で、“まあ会議とかでは自分一人じゃないから、自分一人ぐらい寝ててもそんなに、えー大きな影響ないかもしれないですけどね。(研究協力者.B)”という語りも得られていた。この語りから、研究協力者 B の場合は、会議のような大勢がいる場面で居眠りすることへの抵抗感が弱いと解釈された。このことから、研究協力者 H と研究協力者 B は、仕事で大勢が集まるという同じ用な状況に置かれても、居眠りすることへの抵抗感が異なっていると解釈された。

居眠りをする自分自身に対する捉え方と悪循環

先に述べたように、居眠りの悪印象があるために、居眠りすることへの強い抵抗感があるものの、服薬中も含めてどうしても居眠りが生じるようだった。居眠りした際に、周囲が自分の寝姿に注目している、人目が気になる、居眠りは人に見えるなど、周囲が居眠りする自分に注目していると考えが生じるようだった。次に、居眠り姿を見た周囲は、患者に対し、怠けている、信頼できないなど、悪く思うだろうと考えているようだった。そして、周囲に悪く思われていると考えることで、人間関係を構築することに引け目を感じ、周囲と関わらない、あるいは眠くない状況の時だけ関わるなど、意図的に人を遠ざけ、人間関係が形成されない状況が続くようであった。そして、人間関係が形成されないに至る一連の体験にともない、自殺するくらいの苦痛や、非常につらいと感じるなど、精神的に追い詰められる日々を過ごす場合があるようだった。また、周囲は居眠りをしている自分を悪く思うだろうとい

う思考については、実際に居眠りについて理解の無い発言をされた経験や居眠りで周りの扱いが悪化した経験をしている場合もあれば、実際は直接悪く言われていない場合もあると解釈された。

症状改善に伴う、居眠りをする自分自身に対する捉え方と悪循環の変化の特徴として、薬物治療を開始し以前より眠気症状が改善されるとこのような対人関係を避けるに至る悪循環から抜け出せる場合と、依然として継続する場合とがあり、個人差があると解釈された。

“(人間関係への引け目について) うーん。そんなに感じないですね。その、薬飲むようになってからは。(研究協力者.A)” “もう薬飲み始めて、いちおう発作的に、いちおう時間的に眠くなるっていう時間がわかるようになれば、飲んでる間は、眠くなかったら、やっぱり話はしてどんどん人と接触してはいくよね。(研究協力者.H)” という語りが得られた。この語りからは、研究協力者たちは、薬物治療で眠気が少なくなることで、対人関係を意図的に避けなくなると解釈された。一方で、薬物治療をすでに行っている現在であっても “(現在の仕事の様子について) 結局そればかりですね、そればかりなんです。相手どう思ってるのかなーとか。(研究協力者.E)” “何か会社の方で、こう、今後深く付き合わないなという人に対して、余り、こう、積極的には行かないですね。(研究協力者.J)” という語りも得られた。この語りからは、薬物治療を行っている現在でも、対人関係を避けがちであることが解釈された。

悪循環に巻き込まれない場合の居眠りをする自分自身の捉え方

一方で、居眠りをする自分自身に対する捉え方と悪循環で述べたような体験しない場合もあるようだった。

もともと居眠りへの悪印象を持っていない場合、自分が居眠りする際に、周囲は自分に注目していないだろう、人目が気にならない、居眠り姿はみんな同じなど、周囲は自分を気にしていないと考え、人間関係に引け目を感じずに生活することができるようだった。あるいは、居眠りをする自分自身に対する捉え方と悪循環で述べたような体験をしても、実際は周囲が注目していないことを示す経験をする、周りの目を意識過ぎていたと感じるなど、思うほど周りを見ていなかったことに気づいた場合は、周囲は自分を気にしていないだろうという認識を新たに獲得し、人間関係に引け目を感じなくなるようだった。

例外として、今まで述べてきた仮説とは異なる方法で、対人関係への対処を行っている場合もあると推測された。たとえば、“こう上手くトイレに行くだとか、ふりをするとか、色

んなことでもって、サッとそれを切り替えちゃうということで、相手の印象も弱まるという
か、もし寝てるなと分かっている、そういうことをしていると、相手の人は多分忙しくて
寝てないんだろうなと思ってくれる。(研究協力者 I)”という語りが得られた。この語りか
ら、研究協力者 I は、居眠りをした後に、居眠りする自分への悪い印象が弱まるような行動
を取ることで、周囲から悪く思われないように工夫していると解釈された。また、“薬を飲
むようになってからは、まああの 1 対 1 で話さないといけないときはあの、必ず事前に薬を
飲むようにはしてるんですね。で、まあそれで、ええ何とかしのいできたっていう感じだ
よね。(研究協力者 B)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 B は、居眠りの
悪印象が強いと思われる場面では事前に服薬して居眠りを予防することで、他者との関わ
りを回避せずにすんでいると解釈された。

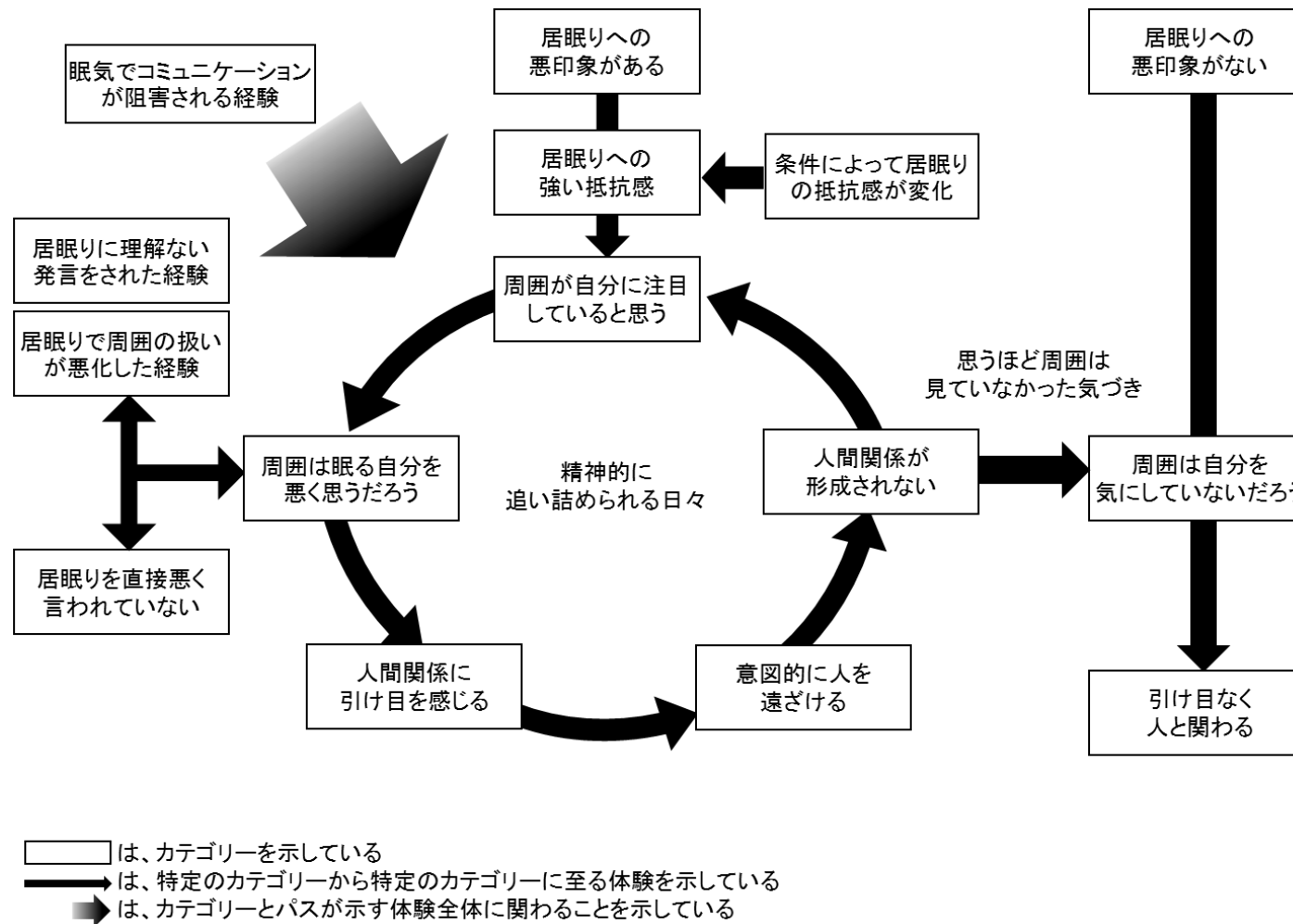


図 8.ナルコレプシー患者の日中の眠気に伴う対人関係疎遠化プロセス

第4節 まとめ

本研究では、研究4で服薬時の日中の眠気頻度が対人関係の疎遠化を媒介して非積極的性格傾向を予測するという示唆に基づき、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の対人関係が疎遠化していく過程を明らかにすることを目的としていた。本研究から、対人関係が疎遠化する過程として、居眠りに対する否定的な捉え方や周囲の反応に関する否定的な予測をすることで意図的に対人関係を回避していることが示唆として得られた。そして、居眠りや周囲に関する否定的認知は実体験に基づいた認知ではない場合があること、居眠りや周囲に関する否定的認知は変容する可能性が示唆された。

方法としては、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者を対象に収集したインタビューデータに対しGTAによる分析を行った。その結果、次のような仮説が生成された。情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、居眠りへの悪印象をもっており、居眠りすることに抵抗感があるようだった。そのため、症状により実際に居眠りした際は、周囲が自分の居眠りに注目し、さらに自分を悪く思っているだろうと考えているようだった。そして、引け目を感じて自ら意図的に人を遠ざける行動をとることで、人間関係が形成されないと共に、精神的苦痛が続いているようだった。一方で、もともと居眠りに悪印象を持っていない場合や、自分が思うほど周囲が自分を見ていなかったと気づいた場合は、周囲は自分を気にしていないだろうと考え、引け目なく他者と関わる事が出来るようだった。

居眠りをする事への捉え方に伴い対人関係の疎遠化が生じる体験過程について

本研究では、居眠りへの悪印象があることで居眠りすることに抵抗感があり、居眠りすることで周囲は自分に注目するとともに自分を悪く思うだろうと考え、人間関係に引け目を感じ意図的に遠ざけていること、そしてその結果として精神的に追い詰められる日々を送っているという仮説が生成された。研究4では、服薬時に生じる眠気の頻度が多いと対人関係が疎遠化し、自分の行動様式を非積極的と評価しやすくなるとの示唆が得られた。研究4で示された示唆が体験として生じる過程について、本研究の仮説に基づくと、居眠りが多く生じることで、周囲に悪く思われると考えるような場面が増えるため、意図的に対人場면을回避することが多くなり、対人関係が疎遠になる可能性が考えられる。また、精神的に追い詰められる日々を送ることで、自分の行動様式を非積極的と評価するようになる可能性も考えられる。動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、眠気の重症度に伴い疎外感が強まるとの指摘があるが(Kapella et al,2015)、本研究で生成された居眠りをする自分自身に対

する捉え方と悪循環の体験過程は、Kapella ら(2015)の指摘する疎外感の詳細を示しているのかもしれない。

研究 4 の考察では、対人関係が疎遠化する背景として、周囲の否定的な態度をみて疎遠にする可能性と、周囲の反応に関わらず関係を疎遠にする可能性の 2 つを推測していた。本研究の仮説に基づくと、周囲が否定的態度をとると考えていることが原因で関係を疎遠にしている可能性が考えられた。一方で、実際にそのような経験が無いにもかかわらず、周囲が自分に注目し否定的に捉えていると予測している場合があるとの仮説も得られた。情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、健常者に比べて社会不安障害が発症しやすいことが指摘されている(Thorpy et al,2014)。また、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、社会的場面をはじめとして、全般的に回避行動が生じやすいことが指摘されている。(Bruck,2001; Wilson et al,2007)。これらを考慮すると、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、対人場面を驚異的に捉えやすい傾向や回避行動をとる傾向が背景にあることで、日中に居眠りが生じた際に居眠りに対する周囲の反応を過剰に悪く評価し、対人場面を回避する行動をとっている場合もあることが可能性として考えられる。

本研究では、周囲は眠る自分を悪く思うだろうと考える背景には、居眠り自体に対する悪印象とそれに伴う居眠りへの抵抗感が生じていることが仮説として示された。情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいては、本来は本人の努力のみで居眠りに対処するのは難しいものの、一般的に居眠りは自身の生活統制の欠如によるもの、自身の欲求を満たす活動、気が緩んでいるために生じている、という印象を持ちやすいという、居眠り中に自分や周囲の様子を確認することが難しいために、本研究で示されたような思考が生じる可能性が考えられる。一般的に、居眠りが頻繁に生じている者は、睡眠不足や不適切な睡眠や休憩の取り方が原因である場合が多いと指摘されている(Furihata et al,2016)。これを考慮すると、一般的に居眠りは自己統制の欠如により生じる場合が多いため、自分も同類と思われるのではと考える可能性も否定できない。また、眠れない状態はそれ自体に苦痛感が伴うが、眠っている状態は一般的に人間の生理的欲求を満たす快適な状態とみなされる (Maslow,1970 小口 訳,1983)。そのため、日中の居眠りは、一人だけ快適な状態で楽をしている行為だという認知が形成されやすい可能性も考えられる。くわえて、睡眠中は意識が低下することが指摘されている(堀,2008)。これを考慮すると、居眠り中の自分の姿を意識的に統制したり自分や周囲の様子を確認することが難しいために疑心暗鬼となり、居眠り中の自分は周囲の様子に対し否定的な予測が生じやすい可能性も推測される。

なお、性差に関しては、Won ら(2014)の研究では日中の眠気に伴う対人関係の問題の大きさに性差が生じることを指摘していたのに対し、本研究では性別による認知や行動様式の差異は抽出されなかった。このことから、対人関係の問題の性差は、対人関係に関連する認知や行動の質的な違いよりも、認知の確信度や行動の出現頻度などの程度の差異によって生じるのかもしれない。

対人関係疎遠化が変化する可能性について

本研究の仮説モデルでは、自分が考えていたほど周囲が自分に見ていなかった気づきを得られると、周囲は居眠りを気にしていないだろうと考え引け目なく関わるができるようになるという仮説が生成された。上記で、居眠りに対する周囲の反応の予測は必ずしも実体験に支持された思考とは限らない可能性があるとして述べた。本研究の仮説を踏まえると、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者における対人関係の疎遠化は、眠気症状に伴う特徴的な体験に関連し、社会不安障害に類似した体験が生じている可能性が考えられる。社会不安障害のメカニズムを示すモデルでは、社会的状況において、自己注目とそれに伴う社会的場面に関する危機的な思考が生じ、安全確保行動を取り、その結果として危機的な思考の反証を得る機会を失うという認知行動プロセスが生じると指摘されている(Clark et al,1995)。本研究で抽出された「周囲が自分に注目していると思う」は自己注目に、「周囲は眠る自分を悪く思うだろう」「人間関係に引け目を感じる」は社会的場面に関する危機的な思考に、「意図的に人を遠ざける」は安全確保行動に、「人間関係が形成されない」で悪循環となる体験プロセスは反証を得る機会を失っている状況に一致する可能性が考えられる。

さらに、「思うほど周囲は見えていなかった気づき」は、社会不安障害における反証を得る機会として機能した可能性が考えられる。周囲が自分を悪く思っているのではと考え対人場面を避けがちになる者は、対人場面に関するネガティブな情報により注意が向きがちになる一方、改善に関連してポジティブな情報にも注意が向くようになると指摘されている(Kurzban et al,2001)。この知見を考慮すると、本研究で示された仮説では、自分が考えていたほど周囲が自分に見ていなかったという気づきに伴い、ネガティブな情報のみに偏っていた注意が是正された体験を示している可能性がある。また、社会不安障害への治療として、恐怖の対象である対人場面に積極的に関わるようにする曝露療法と対人場面に関する危機的な思考を合理的な思考に変容させる認知療法が有効と指摘されている(kim,2005)。本研究では、周囲と関わる機会があったことで、思うほど周囲は見えていなかった気づきを得て、

周囲は自分を気にしていないだろうという認知を持つようになるという仮説が生成された。この仮説は、社会不安障害において対人場面に関わる曝露療法とそれに伴う思考の合理化が生じる体験に類似している可能性が考えられる。これらを踏まえると、社会不安障害の治療を情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者に適用することで、対人関係の疎遠化それに伴う苦痛体験を改善させられる可能性も推測される。

一方で、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、居眠りが生じること自体への否定的認知を抱えており、それが対人場面への否定的認知を促進させていることが本研究で推測されたが、この点は一般的な社会不安障害の患者とは異なると考えられる。これを踏まえると、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては一般的な対人不安障害のように対人場面に積極的に関わるだけでなく、居眠り姿を周囲に見せるという曝露療法や、社会的場面での居眠りに関する非機能的認知に介入することが重要となるかもしれない。ただし、本研究は仮説生成を目的としており、先行研究においても、情動脱力発作を伴うナルコレプシーの居眠りに対する非機能的認知や居眠り姿が周囲の目に触れることと対人場面での振舞いに関する研究は見当たらない。今後は、本研究の仮説をもとに、社会的場面における居眠りに関する認知に関する仮説検討や、介入効果の検討を目的とした研究を蓄積していくことが必要となるだろう。

本研究の限界と展望

本研究のデータの偏りが限界点として挙げられる。一般化可能性を想定し理論的サンプリングを行ったものの、主観的な選択である以上普遍性には限界があると考えられる。そのため、本研究とは異なる観点で理論的サンプリングを行ってサンプル数を増やし、理論的仮説を精緻化していく必要があると考えられる。とくに、本研究では1人の医師から紹介してもらった患者であるという点でも、偏りがあるといえる。したがって、複数の医師や施設をまたいだデータ収集が進められると尚良い。あくまで本研究で得られた示唆は、ナルコレプシー患者全体に当てはめられるというよりは、対人場面での困難を抱えるナルコレプシー患者の体験のパターンの一つを取り上げたに過ぎないだろう。

また、研究デザインの特性上、認知および行動の詳細な連続性を捉えることができた一方で、これら重要体験の仮説検討を行っていく必要があろう。本研究で生成された認知行動に関する横断的研究に加え、上記に述べたとおり居眠りに関する曝露療法を行うのであれば、介入効果研究を行う必要がある。

しかし、これまで、ナルコレプシー研究においては、ナルコレプシー症状と対人関係の困難との関連性は指摘されてきたもの(Ozaki et al,2012; Daniels et al,2001; Kappela et al,2015), 両者を媒介する体験プロセスについては明らかにされてこなかった。研究 4 で示された服薬時にも生じる眠気の多さが対人関係の疎遠を説明する機序についても不明であった。本研究によって、あくまで仮説とはいえ、その心理的側面の詳細を示すことができたことは本研究の意義と考える。

第 8 章 ナルコレプシー患者における仕事や勉強の業務遂行に関する体験過程(研究 6)

第 1 節 問題と目的

研究 4 では、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、服薬時にも生じる日中の眠気頻度が多いと、仕事の評価の低下、試験や成績の躓き、仕事でのやり取りの失敗が生じやすい可能性が考えられた。また、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、仕事の場面において生産性が低い、能力を発揮できないなどの支障が生じやすいこと(Daniels et al,2001; Teixeira et al,2004)、雇用率や給与などが望ましくない状況にあることが指摘されている(Dodel et al,2004; Jennum et al,2012)。研究 4 やこれらの指摘に基づくと、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、薬物治療を行っていても眠気症状が残存することで、仕事での業務遂行が困難な状況に置かれやすい可能性が推測される。仕事に取り組む上で、業務をこなす上での制限が生じたり心身の障害を抱えている場合、抑うつ症状が生じやすいことが指摘されている(Lagerveld et al,2010)。これを踏まえると、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、眠気に伴い仕事での業務遂行の困難が継続することで、抑うつ状態に陥る可能性も考えられる。ナルコレプシー患者は、抑うつをはじめとした様々な精神疾患が生じている者が多いことを考慮すると(Vourdas et al,2002; Dodel et al,2007; Thorpy et al,2014)、ナルコレプシー患者の心理的問題の予防や改善のために、症状に伴う仕事の業務遂行の困難への対処策を講じることが重要と考えられる。

薬物治療で眠気症状の改善を図ることで、業務遂行の困難が軽減されることも推測される。その一方で、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、仕事のスケジュールの自由度が高まると活動性が高まると指摘されている(Ozaki et al,2012)。また、若年層では教育レベルや雇用率、転職回数において健常者との相違がないとの指摘もされている(Ingravallo et al,2012)。これらを踏まえると、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、眠気の重症度自体だけでなく、心理社会的要因によっても業務遂行の困難の程度が変化しうると考えられる。しかし、先行研究においては、仕事環境の自由度の高さ以外の心理社会的要因は明らかにされていない。研究 4 では、眠気の出現が仕事や勉強の業務遂行の支障に関連することは示唆されたが、眠気から業務遂行の困難が生じるに至るまでの体験過程が不明である。

よって、本研究では、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者における仕事や勉強の業務遂行の失敗体験にともなう体験の過程を心理社会的側面に焦点を当て、眠気から仕事や勉

強の業務遂行の困難が生じるに至る体験過程を明らかにすることを目的とした。本研究を行うことで、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者における、業務遂行の失敗を予防・改善するための心理社会的援助に関する示唆が得られると期待した。

第 2 節 方法

研究協力者

研究 5 と同一の研究協力者であった。

データ収集方法

研究 5 のデータ収集と一緒にデータ収集を行った。半構造化面接によりインタビューデータを収集した。

リサーチクエスションを「ナルコレプシー症状を抱えながら業務遂行を行うことに関する体験構造はどのようなものか」とした。主な質問項目は①眠気/居眠りに関する質問、②社会参加、③援助資源への要望、であった。研究 4 において、日常生活の業務遂行を勉強や仕事に絞っていたこと、勉強や仕事は社会に適応するうえで最も重要な要素であることから、本研究でも勉強や仕事に関する業務遂行に限定して情報聴取することとした。

面接の進め方や信憑性のための配慮は研究 5 と同一である。

分析方法

本研究では研究 1,2,5 と同様、グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、GTA)を採用し、体験過程の連続性を探索的に明らかにすることに適した手法と考えられたためである。GTA の中でも Strauss ら(1990) による GTA を採用した。具体的な手順は研究 1 で述べたものと同一である。

倫理的配慮

本研究は、東京大学研究倫理審査委員会から承認を受けて実施したものである。

分析過程

研究 5 と併せてデータ収集を行った。理論的サンプリングに基づきデータを収集し、理論的飽和に達したと判断された 10 名の時点でデータ収集を終了した。初めのカテゴリーの生成を目的に研究協力者 A,B,C を対象にインタビューと分析を行ったうえで、カテゴリーの精緻化を目的に D,E,F,G を対象に 1 名ずつインタビューおよび分析を行い、最終的に H,I,J を対象にカテゴリーの検討を行った。以下に、分析過程について詳述する。

なお、カテゴリーグループは【】、カテゴリーは「」、下位カテゴリーは<>、実際の語り

は“斜体(研究協力者)”，カテゴリーの定義は『』と記述する。

第1段階：カテゴリー生成のための分析

第1段階では、上記に示した研究協力者の選択条件および協力者のリサーチクエスチョンに基づき、カテゴリー生成のためのデータ収集と分析を行った。研究協力者 A, B, C からデータ収集を行った。その結果、下記のとおりカテゴリーおよび下位カテゴリーが生成された。また、カテゴリーグループの分類およびカテゴリー同士の関連についても見出された。

“もうほんとに、もう持ってるシャープペンシルで、手の甲をザクザクさして、会議がおわったらもう血まみれになっているくらい。それでも起きられないんですよ。(研究協力者.A)” “まあ僕も必死にもう、ビンタしながら上手く一隠し通してるから、ハッキリとみられないようにしてる一わけですけど、一回倒れるようにぐずっとくれば…(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、眠気に抵抗するために自ら痛みを与えるが、それでも居眠りが生じてしまうと解釈された。痛みは本人にとって苦痛であるにもかかわらず、痛みを伴う行動を自ら取るということは、本人が居眠りしたくないという気持ちが強いこと、および痛みを与えても抵抗できないくらい眠気が強いことと解釈された。これらの語りをまとめて「痛みを与えても生じる居眠り」を生成し、『起きようと自身に痛みを与えても眠ってしまうくらいの強い眠気であること』と定義した。

“(途中で居眠りするために) なんで、あの、記憶するためには机に向かっていろいろ書いたりとかしなくちゃいけないので苦手で。(研究協力者.A)” “みんなで会議で一生懸命こう、あー頭を使ってなんか結果を得ようとしているときに、それに、それに貢献できないのがね。(研究協力者.B)” という逐語が得られた。この語りから、研究協力者 A は眠気により暗記が十分にできないと感じ、研究協力者 B は眠気により会議の議論の中で貢献できないと感じていると解釈された。両者は共通して、眠気によってその状況においてすべき作業を阻害されるため、思うように成果をあげられないと感じていると解釈された。よって、これらの語りをまとめて「居眠りで成果が出せない」を生成し、『居眠りすることで自分が期待するような成果を思うように出せないこと』と定義した。

“これはもう自分はこういうもんだから、変えようがないからと思ってたので。(研究協力者.A)” “体質と思うしかないって。(研究協力者.C)” から、両者とも、居眠りがたくさん生じる現状は変えることができず、一生抱えながら生きていかないといけないと考えていると解釈された。また、“自分はこういうもん” “体質” という表現から、居眠りを自分のな

かの要素の一つとして認識している特徴があると解釈された。これらをまとめて「自分の体質と言いかせる」が生成された。『居眠りは変化することのない自分の特性と考えること』と定義した。

“自分が発言して、少しでもいいような結論を出せるかもしれないというふうにはおもいますけどね。(研究協力者.B)” “ぼくは起きて周りの人と同じように動きたいし、あの一まあやる気はあるってことで気持ちも頑張りたい気持ちもある(研究協力者.C)”という語りが得られた。これらから、研究協力者は、どうしても居眠りしてしまうが本人は居眠りしたいという思いはなく、本当は眠らずにその場面でやるべき活動に取り組みたいと考えていると解釈された。これらの語りをまとめて「本当は眠らず活動したい」を生成し、『居眠りが生じるものの、本当は眠らずに活動したいと考えていること』と定義した。

“すごい罪悪感ですね。(研究協力者.A)” “それはもう、それは寝てしまったっていうのはすごい後味悪くてですね。(研究協力者.B)” “起きたときの罪悪感っていうのは、まあ今だつてあるかもしれないですけど。(研究協力者.C)”という語りが得られた。これらから、研究協力者は、居眠りから目覚めた後に、居眠りしたことに対する罪悪感が生じていると解釈された。これらをまとめて「寝起きの罪悪感」を生成し、『居眠りして目覚めた後に罪悪感が生じること』と定義した。

“ええ。周りのみんなは起きてられるのに自分だけ起きていられないってのが…(研究協力者.A)” “まあ普通のことが当たり前にできることが全くできないっていう、こと。(研究協力者.C)”という語りが得られた。これらから、研究協力者は、日中居眠りせず起きているのは本来当たり前で周囲はみんなできているのに対し、自分はできないと考えていると解釈された。“自分だけ” “当たり前”という表現から、居眠りしないことは本来なら難なく出来るはずと認識しており、研究協力者の劣等感の強さが推測された。これらの語りをまとめて＜普通のことができない自分＞を生成し、『覚醒維持という本来なら出来て当たり前のことが自分はできないと感ずること』と定義した。また、“みんなで会議で一生懸命こう、あー頭を使ってなんか結果を得ようとしているときに、それに、それに貢献できないってのがね。(研究協力者.B)” “悲しいってのは、うん、まあ人とおんなじことがどことなくいつも失敗してしまうから…(研究協力者.C)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、居眠りが生じることで、自分は周囲と同じようにやるべき作業をこなせないと感じており、そのような状況に対しネガティブな認識を持っていると解釈された。これらの語りをまとめて、＜周囲がしているときに自分だけできない＞を生成し、『周囲が活動している

時でも居眠りで自分だけ出来ないと実感すること』と定義した。さらに、＜普通のことができない自分＞＜周りがしているときに自分だけできない＞のどちらも、周囲が難なく行っていることが自分にはできないという共通の思考を示していると解釈されたため、これらをまとめて「人並みにこなせないことへの直面」を生成した。

“じゃあ劣等感がないか、無くなったかっていうとそういうものでもないですし。(研究協力者.A)” “出来上がった性格っていうのは相当厳しいものがありますね・・・今現在全く眠気がなくなったとして、薬も飲まなくて全くなくなったとしても、たぶん、めちゃくちゃ変わりはない可能性があるなと思ってるんですよ。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、薬物治療に伴い眠気が軽減しても、自己に対してネガティブなイメージを抱えていると解釈された。“性格”や“無くなったかっていうとそういうものでもない”という表現から、ネガティブな自己イメージは持続的で変化しにくいと解釈された。これらの語りをまとめて「低い自尊心」を生成し、『自分に対して常にネガティブなイメージを抱えていること』と定義した。

“コンピューターに関してはその一同じようにその一同期で入った人たちよりも、まあ歳も上でしたけども、それでもみんなよりもわかるとか、あの一技術の習得が早いとかあったので、それはすごい。(研究協力者.A)” “だから中学時代はそこそこの成績にはなれた。(研究協力者.C)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、学問や専門技術業務をこなす際に周囲よりも出来ると実感できる場面があると解釈された。これらをまとめて「人並み以上に出来ることがある」を生成し、『周囲よりも出来ると感じる場面があること』と定義した。

“自分からその、眠くない時には仕事もやるし、会社にも、あの一貢献してるはずなので(研究協力者.B)” “もう授業中に寝てしまうし。まあもうそれは当たり前のごとくなんですけど、まあそれなりに頑張った時期はあるんですよ。まあ中学時代なんてのは勉強、もう家で頑張ってやりましたね。(研究協力者.C)” との語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、覚醒している時間は周囲以上に積極的に勉強や仕事に取り組むようにしていると解釈された。“頑張った” “貢献している” という表現からも、覚醒している間の取り組みの態度をポジティブに評価していると解釈された。これらの語りをまとめて＜起きているときに出来ることをする＞を生成し、『居眠り中は活動できないぶん、覚醒中は周囲以上に積極的に業務に取り組むこと』と定義した。また、“(会議に居眠りした際は)そういうときは、5分後に今までの分を挽回するぞ、みたいな感じでしゃべって。(研究協力者.A)” “自分

のこう、あのさえてる時間に遅れを取り戻すっていうんですかね。(研究協力者.B)”という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、居眠り中にできなかった作業を、目覚めている時に周囲以上に積極的に取り組むことで、居眠り中に生じてしまった周囲からの遅れを取り戻す対処をしていると解釈された。これらの語りをまとめて＜居眠り後に作業を巻き返す努力＞を生成し、『目が覚めた後に一生懸命取り組むことで周りに追いつこうとすること』と定義した。また、＜起きているときに出来ることをする＞＜居眠り後に作業を巻き返す努力＞は、共通して仕事や勉強の業務遂行を達成するために、覚醒している時間に焦点を当てて活動をするようにしていることを示していると解釈された。これらを下位カテゴリーとしてまとめて「覚醒時の活動を重視」を生成した。

また、カテゴリーグループに関し、「痛みを与えても生じる居眠り」「居眠りで成果が出せない」は共通して、ナルコレプシーにおいて生じる眠気の特異的な強さを象徴していると解釈された。「居眠りで成果が出せない」における「成果」は、あくまで本人の主観的評価にすぎないが、ナルコレプシーの眠気の強さを考慮すると健常者に比べると実際に成果を出しにくいと推測されたことから、ナルコレプシーの眠気の強さの特異性を示したカテゴリーであると判断された。これらのカテゴリーを居眠り自体の特徴を示すカテゴリーグループとしてまとめ、【居眠りの特徴】とした。

「自分の体質と言い聞かせる」と「本当は眠らず活動したい」は、居眠りの症状やそれに伴う支障から二次的に生じる、居眠りに対する認知的反応と解釈された。また、「寝起きの罪悪感」は、居眠りをしたという体験にもとづいて二次的に生じる感情を示していると解釈された。このことから、「自分の体質と言い聞かせる」「本当は眠らず活動したい」「寝起きの罪悪感」は、共通して居眠り体験により二次的に生じる心的体験を示していると解釈された。よって、これらカテゴリーをまとめて【居眠りに対する心情】とした。なお、認知に関するカテゴリーと気分や感情を示すカテゴリーの両方が含まれるため、【心情】という表現を用いた。

さらに、「人並みにこなせないことへの直面」「低い自尊心」「人並み以上にできる」について、上記の【居眠りに対する心情】は居眠りの出現に伴い逐一生じる心的体験を示すのに対し、業務遂行に取り組んだり日常生活を過ごしたりする中で次第に形成される自己認識であると解釈された。よって、これらのカテゴリーをまとめて【自分自身に対する心情】を形成した。

また、「本当は眠らず活動したい」「痛みを与えても生じる居眠り」「居眠りで成果が出せ

ない」「寝起き後の罪悪感」のカテゴリー同士の関連について、“まあ僕も必死にもう、ビンタしながら上手く一隠し通してるから、ハッキリとみられないようにしてる一わけですけど、一回倒れるようにぐずっとくれば、あからさまにばれたら…。そもそも、僕自身の根本的な考えで、寝たくないっていうのはあるんですよ。あの授業は受けない、それなりに勉強したいという考えはあったんで。真面目に、まあ勉強して、まあノートにとりたいたいという、ある程度優等生的な思考があったのでー、うん、そういうふうに思っているからこそ余計に、眠るって眠って、まあよだれ垂らしてるのかはわかりませんが、そんなことやっているのは相当に恥ずかしいということですよね。(研究協力者.C)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 C は、優等生のような気持ちが強いいため授業中は勉強をしたいと思っているにもかかわらず、どうしても居眠りして勉強に取り組めず、恥ずかしいという気持ちがわいていと解釈された。この語りに基づくと、「本当は眠らず活動したい」と思うものの「痛みを与えても生じる居眠り」のようにどうしても居眠りしてしまい、その結果勉強に関して「居眠りで成果が出せない」状況になり、「寝起き後の罪悪感」が生じる、という体験を繰り返していると解釈された

以上から、ナルコレプシーによる居眠りが非常に強いためどうしても眠気に抗えず、業務の成果を思うようにあげられない状態に至り、居眠りや成果を挙げられない状況に関して様々な認知が発生することが示された。一方で、結果的に「低い自尊心」と「人並み以上にできる」という思いが、1人の個人のなかで両方生じている場合があると考えられた。よって、次段階以降では、「低い自尊心」と「人並み以上にできる」それぞれの心的体験に至る過程が明確化されるよう、さらにデータ収集と分析を進めていくこととした。

第2段階：カテゴリー精緻化のための分析

第1段階では、居眠りに伴い業務を思うように遂行できない体験が生じていること、それにともない居眠り症状や居眠りをする自分にネガティブな思いを抱く一方で、人並み以上に出来るという肯定的な心情を抱く場合もあった。第2段階以降では、「低い自尊心」に至る場合と「人並み以上にできる」に至る場合の、それぞれの体験過程を明確化していくことを目的とした。

第1段階ではすべての研究協力者が男性だったため、第2段階以降は、女性の研究協力者を募ることとした。女性からデータ収集を行うことで、性別の偏りを減らすだけでなく、女性特有の体験がないか探索することとした。方法に示した質問を第2段階は責任が大き

く、座っての作業が多い自営業の研究協力者 D を対象とした。分析の結果、生成されたカテゴリおよび下位カテゴリとその根拠を以下に述べる。また、カテゴリグループの分類およびカテゴリ同士の関連についても述べる。

“で、家で勉強しようと思っても寝てしまう。(研究協力者.A)” および “読みたいもので読むのがなかなか終わらないですね。(研究協力者.D)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、何かしらの作業に取り組みたくても、途中で居眠りが生じるために思うように取り組めないと解釈された。第 1 段階で生成された「居眠りで成果が出せない」は思うような結果が得られないことを示していたのに対し、これらの語りは、得られる結果は関係なく目の前にある業務に取り組めないことへの困り感を示していると解釈された。これらの語りをまとめて「居眠りすべき作業ができない」を生成し、『居眠りが生じて本来すべき作業を十分にこなせないこと』と定義した。そして、このカテゴリは、作業に取り組めないほどの強い眠気が生じるという居眠りの病的な特徴を示していると考え、【居眠りの特徴】に分類した。

“薬飲んでいれば回避できたのに、回避できなかったという後悔が生まれるようになりましたね。(研究協力者.A)” および “かならずお薬飲みますね、会議のときはね。(研究協力者.D)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、重要な場面では事前に服薬を行い、眠気が生じないように対処していると解釈された。薬物治療中のナルコレプシー患者は定期的に服薬するが、特に重要な用事がある場合は、追加服用することで居眠りをさらに居眠りを生じにくくしていると解釈された。これらの語りをまとめて「重要場面は服薬で対処」を生成し、『絶対に寝てはいけない場面では追加の服薬を行うことで居眠りを予防すること』と定義した。そして、【居眠りに対する行動】のなかのカテゴリとして位置づけた。

“コンピューターの研究なんで自分で論文呼んだりプログラムを書いたりっていうものなんで、時間にとらわれない、好きな時間にできるので…(研究協力者.A)” および “いや、眠れないと困るんだけど、起きて無くてもいい状態ですのでね。一人、まあ仕事して、お勤めしてればきっと違ったかもしれないですけど、自分で仕事してるんですからね。(研究協力者.D)” という語りが得られた。研究協力者 A は大学院、研究協力者 D は自営業と異なっているが、両者とも共通して、業務中に居眠りが生じていてもあまり支障が生じず、覚醒できる時間帯に合わせて作業が出来る環境を選択していると解釈された。これらの語りから「居眠りの支障が少ない環境の選択」を生成し、『居眠りが生じていても支障の少ない環境の

中で生活していること』と定義した。そして【居眠りに対する行動】に分類した。

“私はあの、昼間は非常に眠いんですけど、夕方以降はほとんど眠くないんですね。(研究協力者.B)”“寝てもすぐは起きられますのでね。(研究協力者.D)”という語りが得られた。

これらの語りから、研究協力者は、一日中眠気が続くわけではなく、覚醒できている時間もあることを自覚していると解釈された。第1段階では「覚醒時の活動を重視」が生成されたが、覚醒時間を重視して活動できるのは、生活の中で覚醒できている時間が存在することを理解し、そこで計画的に活動するよう意識しているからと解釈された。よって、これらの語りをまとめて「覚醒していられる時間を意識」を生成し、『居眠りだけでなく覚醒していられる時間があることを自覚し、目を向けること』と定義した。また、このカテゴリーの生成に関連し、第1段階で生成した「覚醒時の活動を重視」は心理的側面と行動的側面が混在した表現になっていると考えられたため、行動的側面を強調する「覚醒時に積極的に活動する」という名称に変更した。そして、「覚醒していられる時間の存在を認識」は【居眠りに対する心情】に追加した。さらに、「覚醒時に積極的に活動する」「居眠りを軽減する対処」「居眠りの支障が少ない環境の選択」は、居眠り症状に基づいた戦略的な行動と解釈されたので、これらをまとめて【居眠りに対する行動】を生成した。

また、「どうしても生じる居眠り」「思うように作業に取り組めない」「居眠りの支障が少ない環境」「覚醒していられる時間の存在を認識」「覚醒時に積極的に活動する」のカテゴリー同士の関連について、“あ、それはあの、私は結局皆さんが若い、私より若いし、上にいないもんですから、その点では私が居眠りしてても、頭下げて寝ててもなんともない。(面接者：あ、なるほど。1番上だからとくに周りに言われることも。)そうですね。ただ、困ったわと思ってももう眠っちゃうんだからしょうがないですよ。もう新聞読んでてもこうなっちゃう。(研究協力者.D)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者Dは、どうしても居眠りが生じるものの、自営業のため仕事への支障があまり生じずにすむ環境に身を置くことができていると解釈された。さらに、仕事中的様子に関して、“寝てもすぐは起きられますのでね。こうなっても、ちょっと声かけられると。目が覚めますので、まあそれから始めるっていうような。(面接者：それから始める。じゃあ、ちょっと寝ちゃうけれども、声かけたら起きるからそこから頑張ればいいかなみたいな。)いいとは思わないんですけど、でもそれがいつもいつも眠るわけじゃないんですのね。(研究協力者.D)”という語りが得られた。この語りからは、研究協力者Dは、居眠りが生じててもすぐ目覚められることを認識しており、居眠り後に目覚めた時点から活動を始めればよいと考えてい

ると解釈された。これら二つの語りから、「どうしても生じる居眠り」によって「思うように作業に取り組めない」ものの、自営業という「居眠りの支障が少ない環境」に身を置いていることで、居眠りに伴う物理的支障はあまり生じないと解釈された。そして、居眠りばかりでなく「覚醒していられる時間の存在を認識」しているため、居眠り後の「覚醒時に積極的に活動する」という対処行動をとれていると解釈された。

以上から、第 2 段階では眠気を抱えながらも業務をこなしていく体験過程が精緻化された。第 3 段階以降も、居眠りに伴う業務遂行に関するネガティブ体験とそれに対抗するポジティブ体験の構造について精緻化していくこととした。第 2 段階ではポジティブな体験が精緻化されたことから、第 3 段階ではネガティブな体験の抽出も重視しながら取り組んでいくこととした。

第 3 段階：カテゴリー精緻化のための分析

第 3 段階では、第 2 段階と同様、眠気を抱えながら業務遂行をこなす中で、ポジティブな体験とネガティブな体験に至る過程を精緻化することを目的とした。とくに、第 3 段階ではネガティブな体験の精緻化を重視した。研究対象に関し、第 2 段階と同じく性別の偏りを減らすとともに、女性特有の体験がないか探索するため、女性からデータ収集を行うこととした。研究協力者の社会的立場という観点に関し、第 2 段階は社会的責任の大きい立場の者を対象としたことから、第 3 段階では比較的社会的責任の小さいパートの研究協力者 E を対象とした。その結果、下記に示すカテゴリーおよび下位カテゴリーが生成された。また、下記に示すカテゴリーグループの分類およびカテゴリー同士の関連性も見出された。

“薬飲まないと、あの一、えー知らないうちに寝てますね、ええ。(研究協力者.B)” “予備校行ってて授業の時結構なんか、こうして寝てたり、あとから気づいたら結構いっぱいあったとか(研究協力者.E)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、気づかないうちに居眠りしてしまう体験が繰り返し生じていると解釈された。“知らないうちに”

“後から気づいたら”という表現から、ナルコレプシーの症状としての居眠りは、本人も気づかないうちに居眠りしてしまうほどの強い眠気であると解釈された。これらの語りとまとめて＜自覚なく生じる居眠り＞を生成し、『本人も自覚ないうちに居眠りが生じていること』と定義した。また、第 1 段階で生成された「痛みを与えても生じる居眠り」と見比べると、両方とも眠気が抗えないほどの強さであることを示していると考えられた。これらをまとめて「どうしても生じる居眠り」とした。そして、【居眠りの特徴】に分類した。

“で、どんどんついていけない、ついていけないから、どんどん落ちこぼれていくのの悪循環で。(研究協力者.A)” “聞かなくなっちゃってでも全く分からなくて単位落としちゃってとか…(研究協力者.E)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、居眠りが繰り返し生じて業務に十分取り組めないことで、周囲の業務達成スピードについていけなくなると解釈された。これらの語りをまとめて＜居眠りでついていけない＞を生成し、『繰り返し居眠りが生じるために周囲と同じペースで業務をこなせず、周囲の達成スピードについていけないこと』と定義した。また、第1段階で生成した「居眠りで成果が出せない」と見比べたところ、共通して、居眠りが生じることで自分が期待する程度まで業務をこなし結果を出せないと感じていると解釈された。そのため「居眠りで成果が出せない」を下位カテゴリーとした上で、＜居眠りでついていけない＞＜居眠りで成果が出せない＞をまとめて「居眠りで期待する結果が得られない」とした。期待に沿った結果であるか否かは本人の主観的認知とも解釈できるため、【居眠りに対する心情】に分類することも考えられたが、居眠り症状を抱えていると実際に健常者に比べて結果が得られにくい可能性が高いと考えたため、【居眠りの特徴】に分類した。

“今周りから見られていなかったとしても、しても一、まあ恥ずかしい、まあそこは恥ずかしいじゃなくて悔しいになるかもしれませんね。(研究協力者.C)” “また寝ちゃうなあって、悔しいのも有りますね(研究協力者.E)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、居眠りしてしまうことについて悔しく感じており、本当は居眠りをしたくないという気持ちを抱えていると解釈された。これらの語りをまとめて＜居眠りするのが悔しい＞を生成し、『居眠りしてしまうことに対し、悔しく感じること』と定義した。また、気分の質としては異なるものの、居眠りから醒めた直後に生じるネガティブな気分という点では、「寝起きの罪悪感」と類似していると解釈された。そのため、「寝起きの罪悪感」を下位カテゴリーとした上で、＜寝起きの罪悪感＞と＜居眠りするのが悔しい＞のふたつをまとめて「居眠りに対する自責感」とした。両方とも、居眠りすることに伴う自身に対する否定的な心情を示していると推測されたため、“自責感”という表現を用いた。そして、【居眠りに対する心情】に分類した。

“こんなに起きてる人はこんなに時間があるんだなと思いますよね。(研究協力者.D)” および “これは普通だったら、とか、眠気がないってどんなか感じかなって。(研究協力者.E)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、眠気やそれに伴う支障にもどかしさを抱えており、健常者をうらやましく感じていると解釈された。これらの語りをまとめ

て<病気でない人がうらやましい>を生成し、『ナルコレプシーでない人の生活や体調を想像しうらやむこと』と定義した。さらに、前の段階で生成された「低い自尊心」と見比べると、かかえる感情の質としては異なるものの、両方とも現状の自分に対するネガティブな心情を示していると解釈された。よって、<病気でない人がうらやましい><低い自尊心>をまとめて「否定的な自己評価」を生成した。そして【居眠りに対する心情】に分類した。

“ある程度優等生的な思考があったのでー、うん、そういうふうに思っているからこそ余計に眠るって眠って…(研究協力者.C)” “なんか自分が好きで受けていた *TOEIC* のテストとかもリスニングの時間わけわからなくなっちゃって(研究協力者.E)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、本当は起きて活動したいと考えていても、眠気が強いためどうしても居眠りしてしまうと解釈された。これらの語りをまとめて「起きていたくても眠ってしまう」を生成し、『本人が起きたいという意思があるにもかかわらず、どうしても居眠りが生じてしまうこと』と定義した。

“人とおんなじことがどことなくいつも失敗してしまうから…(研究協力者.C)” “意味がないよなあと、大学出してもらって、今販売でって意味ないよなって。(研究協力者.E)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、自分は思うような成果が出せない人間だと評価し、否定的に自己を捉えていることと解釈された。<居眠りで成果が出せない>は居眠りのために生じる生活上の支障を示しているのに対し、これらの語りは、居眠りに伴う体験に基づき形成される自己像を示していると推測された。そのため、これらの語りとまとめて<自分は成果を出せない人間だと思う>を生成し、『自分は思うような成果を出すことができない人間と考え、そのような自分を否定的に評価していること』と定義した。自分に対する否定的な評価をしていると考えられたため、「否定的な自己評価」の下位カテゴリーとして位置づけた。

“もう高校でてふつうは専門学校に行くつもりでいましたね。(研究協力者.A)” “オフィス仕事とかをやりたかったですけれどそれは明らかに無理だなと思って…(研究協力者.E)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、本当はやりたかった仕事や進学があったが諦めたと解釈された。これらの語りをまとめて「やりたいことを諦める」を生成し、『本当はやりたいと思っていた活動を諦め、別の活動を選択すること』と定義した。

「起きていたくても眠ってしまう」「人並みにこなせないことの直面」「活動を諦める」「否定的な自己評価」のカテゴリー同士の関連について、“あと寝ちゃうんで仕事を選ぶとき通訳とか極端に寝ぼけてしまうと失礼かも知れないけれどオフィス仕事とかをやりたかった

ですけれど。それは明らかに無理だと思って、もともとバイトとかで接客とやってたから興味もでてきたから販売やろうと思って。(研究協力者.E)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 E は、本当はオフィス仕事や通訳をしたかったが、あまりに強い眠気のために業務をこなすのは無理だと思い、そのような仕事につくのは諦めたと解釈された。また、“それまでやりたいと思ってたことが出来てないのがずーっと悔しいですけどね。何だろう、そろそろ販売員でなくて。それを全部あきらめてやって、転職を繰り返してから正社員じゃなくってというのが悔しい。(研究協力者.E)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 E は、自分のしたい仕事につくことを諦めたことについて、現在までずっと悔しい思いを抱え続けてきたと解釈された。これらの語りに基づくと、あまりにも眠気が強いために例えやりたい仕事であっても「起きていたくても眠ってしまう」だろうと考え、自分には「人並みにこなせないことの直面」をすると解釈された。そして、やりたい仕事に従事する「活動を諦める」ものの、いまだに「否定的な自己評価」を抱えながら生活することになると解釈された。

さらに、「居眠りで期待する結果が得られない」が生成されたことにあわせて、改めて第1段階の逐語を見直したところ、“高校に行ったらもうほんと、授業中起きてらんないの、授業についていけない。だからーもう、もうほんとにもう、眼覚め、授業終わるチャイムでハッと目が覚めて、もうノートが自分のよだれでびしょびしょになってるなんてことがほんとにあったんですよね。だからもう、もうノートをまずまともに取れない。授業も当然覚えてらんない。で、高校のあたりからって教科書見ても、教科書見ただけじゃわかんないこともけっこう多いので。で、どんどんついていけない。ついていけないから、どんどん落ちこぼれていくの悪循環で。(研究協力者.A)”という逐語が見いだされた。この語りから、研究協力者 A は、授業中に居眠りを繰り返すなかで、後から教科書を見直して自分なりに対処しようとしても内容が理解できず、うまく対処できなかったと解釈された。そして、周囲のスピードに“ついていけない”ことで、自分は周囲と比べて“おちこぼれ”していると実感するに至っていると解釈された。この語りの基づくと、授業中に「どうしても生じる居眠り」により「思うように作業に取り組めない」なかで、後から覚醒しているときに自分で教科書を見るなど「覚醒時に積極的に活動する」ように工夫してもうまくいかないことがあると解釈された。そして、ついていけないという「居眠りで期待する結果が得られない」状況になり、結果的におちこぼれという「人並みにこなせないことの直面」に至る場合があると解釈された。つまり、第1段階で示されたような「覚醒していられる時間の存在を認識」を

しているため、居眠りした後に「覚醒時に積極的に活動する」ようにしても、思うように成果が得られず「居眠りで期待する結果が得られない」ことで、「人並みにこなせないことの直面」をして「活動を諦める」ようになり「否定的な自己評価」が生じるに至る場合があると解釈された。

以上から、居眠りで十分な活動が出来ないことに伴い否定的な自己評価が生じる可能性が考えられた。また、第 2 段階で生成されたポジティブな思考に至る体験をたどっていても、否定的な自己評価に至る体験過程に移行する可能性も示された。なお、女性特有の体験が示されることはなかったため、第 4 段階以降は研究協力者の性別は問わないこととした。

第 4 段階：カテゴリー精緻化のための分析

第 3 段階までの分析過程において、繰り返される居眠りに伴う体験と、そこから生じるポジティブ・ネガティブな体験の構造がそれぞれ示された。第 4 段階からは、居眠りにより業務を遂行できないという体験の繰り返しからポジティブ・ネガティブな体験に至るまでの相違をより精緻化していくことを目的にすすめていくこととした。研究協力者は、診察時に生活が順調と語っていた研究協力者 F を対象とした。その結果、下記に述べるカテゴリーおよび下位カテゴリー生成された。また、下記に述べるようにカテゴリーグループの分類およびカテゴリー同士の関連が見出された。

“うちの店は暇だったら試食配ったりとか足伸ばしたりとか声出ししたりとか、常にせかせかしてるからそれでテンション上がって、それでテンション上がって気張ってるから、凄く暇でない限り眠くはなれないんです。(研究協力者.E)” “常に動いているもので、あと時間も管理があるもので、そんなにノロノロ動けないので。そんなに眠くなることは無いということが、お話し。(研究協力者.F)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、眠気が生じにくい仕事についていることで、居眠りによる業務遂行の困難が生じずに活動できていると解釈された。これらの語りをまとめて＜眠らずにすむ環境＞を生成し、『居眠りが生じにくい環境に身を置いて生活すること』と定義した。また、＜眠らずに済む環境＞は、居眠りが生じにくい仕事を選択することができていることを示していると解釈されたため、「症状にあった環境の選択」の下位カテゴリーに位置づけた。

“ええまあ、仕事、まあその、そこそこなせているというふうに思いますしね。(研究協力者.B)” “普通のそういった仕事はできてるもので、別に何も言われねえけど。(研究協力者.F)” という語りが得られた。この語りから、研究協力者、普段の仕事は問題なくこなす

ことが出来ていると考えており、仕事の成果ついて本人がある程度満足できていると解釈された。これらの語りをまとめて、＜問題なく活動できている＞を生成し、『日常生活の中で問題なく活動をこなせていると感じていること』と定義した。また、「人並み以上に出来ることがある」は自分の成果が周囲以上であると感じているのに対し、＜問題なく活動できている＞は周囲との優劣には言及していないという点では異なるが、両方とも共通して周囲に遜色なく物事をこなせているという自己評価をしていると解釈された。よって、「人並み以上に出来ることがある」を下位カテゴリーとした上で、＜人並み以上に出来ることがある＞＜問題なく活動できている＞をまとめて「物事をこなせる自信」を生成した。そして、【自分自身に対する心情】に分類した。

また、「症状があっても対処しやすい環境の選択」「覚醒時に積極的に活動する」「物事をこなせる自信」のカテゴリー同士の関連について、“今の仕事、仕事にもよるとは思うんですけどね。ほら、デスクワークとかそういった状態、ではないんで、俺の場合は。常に動いているもんで。あと時間も管理があるもんで、そんなにノロノロ動けないので。そんなに眠くなることは無いということが…(省略)…だから、その気の持ちようがまた仕事にも影響してくると思うんですよ。ぼくもそんなに、あの一思っていないので、だから仕事中はそういったこと一切ないですよ。あの、一応言ってはありますよ、会社の人にね、そういった病気なんだっていうの。でもべつに、普通のそういった仕事はできてるもんで、別に何も言われねえけど。(研究協力者.F)”という語りが得られた。この語りから、研究協力者 F は、体を動かす仕事を選択することで、あまり居眠りせず覚醒した状態で活動できる生活を送ることが出来ており、問題なく仕事をこなせていると自己評価できていると解釈された。この語りに基づくと、「症状があっても対処しやすい環境の選択」をすることで「覚醒時に積極的に活動する」ことができ、「物事をこなせる自信」も実感することが出来ると解釈された。

以上から、自分に適した環境を選択することで、物事をこなすことへの自信を得ることも可能であるという仮説が生成された。

第 5 段階：カテゴリー精緻化のための分析

第 5 段階では、第 4 段階と同様にポジティブな体験過程とネガティブな体験過程の相違および、両者の体験の関係を精緻化することを目的にデータ収集と分析を行った。第 5 段階では、研究協力者 G を対象とした。診察時に生活が順調と語っていたことに加え、正規雇用から非正規雇用の生活に変化していることから、異なる社会的位置づけでの体験をし、

それに伴い一個人の中で異なる睡眠に対する捉え方や体験をしていると推察されたためである。その結果、下記に示すカテゴリーおよび下位カテゴリーが得られた。また、下記に示すカテゴリーグループの分類が見出された。

“本当に眠くて困ったこと何回か、お手洗い行って寝たり、トイレで寝たり。(研究協力者.D)” “トイレ行ったりとか。あとは一人で作業できる場所に行ったりとか。(研究協力者.G)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、眠気が生じたときにトイレや人目につかないところで仮眠を取ることで、眠気を解消しようと工夫していると解釈された。これらの語りをまとめて＜要所でこっそり仮眠を取る＞を生成し、『眠気や居眠りを軽減するために人目につかない場所でこっそり仮眠を取る』と定義した。また、「重要場面は服薬で対処」と見比べたところ、手段は異なるものの、両方とも眠気や居眠りを軽減するための対処行動をとっていることを示しているという点で共通していると解釈された。そのため、「重要場面は服薬で対処」を下位カテゴリーとした上で、＜重要場面は服薬で対処＞＜要所でこっそり仮眠をとる＞をまとめて「眠気を軽減する対処」を生成した。そして、【居眠りに対する行動】に分類した。

“本能的なものなんですよ、眠気とか空腹とかって。なので、どうにも我慢できない。(研究協力者.A)” “それはもう勝てないなっていう。(研究協力者.G)” という語りが得られた。この語りから、研究協力者は、自分の力では眠気にどうしても抵抗することができないと感じていると解釈された。これらの語りをまとめて＜どうしても抗えない＞を生成し、『自分は眠気に抗い、覚醒し続けることが出来ないと感じていること』と定義した。また、第3段階で生成された「起きていたくても眠ってしまう」と見比べたとき、両方とも眠気に対して自分自身ではどうしようも出来ないという思いを示しているという点で共通していると解釈された。そのため、「起きていたくても眠ってしまう」を下位カテゴリーとし、＜起きていたくても眠ってしまう＞＜どうしても抗えない＞をまとめて「居眠りへの抵抗の無力感」を生成した。そして【居眠りに対する心情】の中のカテゴリーとして分類した。

この時点で、新たに生成されるカテゴリーも少なくなるとともに、社会的位置づけという基準に基づいた研究協力者の選択も一通り行ったと考えられた。また、体験の構造が形成されたと考えられたため、第6段階ではカテゴリー確認のための分析を行うこととした。

第6段階：カテゴリー確認のための分析

第6段階では、今まで生成されたカテゴリーの検討を目的とした。研究協力者の選択条

件は、第1段階の条件に加えて、両方の性別から、さらに老年に至っていない者からもデータを収集することとした。老年に至っていない者を選択基準に含んだ理由は、プロスペクティブなデータを得ることでより正確で生々しい語りが得られると考えたためである。研究協力者 I,J,K の計3名からデータ収集を行った。その結果、新たなカテゴリーは生成されなかった。よって、理論的飽和状態に達したと解釈し、データの収集および分析を終了した。

第3節 結果と考察

分析の結果、4 個のカテゴリーグループ、12 個のカテゴリーが抽出された(表 16)。各カテゴリーに関する語りが得られた研究協力者は表 17 のとおりである。

以下に、最終的に生成された理論的仮説のストーリーラインを詳述していく。また、理論的仮説を図示化したものを図 9 に示した。なお、“斜体”は、研究協力者の実際の語りを示している。

表 16. 生成されたカテゴリーグループ、カテゴリーおよび下位カテゴリー

カテゴリーグループ	カテゴリー	下位カテゴリー
居眠りの特徴	どうしても生じる居眠り	動いていても生じる居眠り
		自覚なく生じる居眠り
		痛みを与えても生じる居眠り
	居眠りすべき作業ができない	
	居眠りで期待する結果が得られない	居眠りで成果が出せない 居眠りでついていけない
居眠りに対する心情	居眠りへの抵抗の無力感	起きていたくても眠ってしまう どうしても抗えないと思う
	本当は眠らず活動したい	
	居眠りに対する自責感	寝起きの罪悪感 居眠りするのが悔しい
	覚醒していただける時間を意識	
	覚醒時に積極的に活動する	起きているときに出来ることをする 居眠り後に作業を巻き返す努力
居眠りに 対する行動	活動をあきらめる	
	眠気を軽減する対処	要所でこっそり仮眠をとる 重要場面は服薬で対処
	居眠りの支障が少ない環境の選択	自由に眠れる環境 眠らずに済む環境
	人並みにこなせないことへの直面	普通のことができない自分 まわりがしているときに自分だけ できない
	物事をこなせる自信	問題なく活動できている 人並み以上にできることがある
自分自身に対する心情	否定的な自己評価	病気でない人がうらやましい 低い自尊心

表 17. 各カテゴリーに関する語りが得られた研究協力者の一覧

分析段階 カテゴリー\研究協力者	カテゴリー 生成			カテゴリー 精緻化				カテゴリー 確認		
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
どうしても生じる居眠り	○	○	○		○	○	○			
居眠りですべき作業ができない	○			○	○			○		○
居眠りで期待する結果が得られない	○	○	○		○		○	○	○	
居眠りへの抵抗の無力感										
本当は眠らず活動したい		○	○		○		○			○
居眠りに対する自責感	○	○	○		○			○		
覚醒していただける時間を意識		○		○		○		○	○	
覚醒時に積極的に活動する	○	○	○	○		○	○	○	○	
活動をあきらめる					○		○			○
眠気を軽減する対処	○			○	○		○		○	
居眠りの支障が少ない環境の選択	○	○		○	○	○	○			○
人並みにこなせないことへの直面	○		○	○	○		○	○		
物事をこなせる自信	○	○	○	○		○		○	○	○
否定的な自己評価	○		○		○		○	○		

眠気に伴い業務遂行の困難が繰り返し生じる体験

本研究で生成された情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の業務遂行に関する体験の仮説は、研究 4 に基づいて、様々な業務遂行の中でも、勉強または仕事に焦点を当てて生成された。したがって、本研究における業務遂行とは、日々の生活において、毎日取り組まないとはいけな義務感の伴うルーティンワークを示していると解釈された。

ナルコレプシー患者は、業務に取り組む際、本当は眠らず活動したいと考えているが、痛みを与える、動くなどして眠気に抗っても、どうしても居眠りしてしまうようであった。居眠りが生じることですべき作業に取り組めず、覚醒した後に罪悪感や悔しさなどの自責感を味わうようであった。それでも、また業務に取り組む際は眠気が生じ、同様の体験を繰り返しているようであった。

治療前後での体験の相違に関し、治療をすることで眠気の出現自体も減り、病気により居眠りが生じていると知れたことで、「居眠りに対する自責感」が軽減する場合があるが、自責感は皆無にはならず、引き続き継続する可能性があると解釈された。“楽になりましたね。日中急に眠くなることが減ったので。(研究協力者.A)” “今は薬を飲んで起きてられるっていう現状があるので、それはすごくいいな…(研究協力者.G)” という語りが得られた。これらの語りから、研究協力者は、薬物治療により眠気が軽減したと解釈された。このことから、

業務遂行のたびに生じる上記の体験の出現頻度が薬物治療により減ったと可能性が考えられる。また、寝起き後の罪悪感に関して、“病気だとわかる前の話であれば。すごい罪悪感ですね。今は軽い罪悪感ですね。(研究協力者.A)” “ようは、今ねてることに対して、んーと、多少なりとも怠けている、つもりはないんだけど寝ちゃうっていう、何だかよくわかんない。だからそれに対して病気っていう題目がついて、あつ、病気だったんだっていう安心感はすごいありました。(研究協力者.G)” との語りが得られた。これらの語りから、眠気は病気によるものと知ること、寝起き後の自責感が軽減する場合があると考えられた。一方で、“周りから見られていなかったとしても、しても一、まあ恥ずかしい。まあそこは恥ずかしいじゃなくて悔しいになるかもしれませんね。(研究協力者.C)” “やっ、やっぱりみんなが働いてるときに居眠りして、してれば、あいつ居眠りしてるなって、やっぱり思いは、怠けてるって発想が浮かぶんじゃないかしらね。(研究協力者.H)” “ほんとに、まあまあ、自分でもそれが病気だけなのか？、ほんとに自分でも気合入れたら起きてられるのか？、というのも最近悩んだりしますけれどね。(研究協力者.I)” という語りが得られた。これらの語りから、治療をすでに行っている場合でもなお、居眠りすることへの自責感を抱えている場合もあることが考えられた。

否定的な自己評価に至る過程

さらに、眠気に伴い業務遂行の困難が繰り返し生じる体験をするなかで、下記に示すような否定的な自己評価に至る体験が生じる可能性が仮説として生成された。

眠気に伴い業務遂行の困難が生じる体験を繰り返すなかで、自分は起きていたくても居眠りしてしまうものだ、居眠りはどうしても抗えないものだ、など居眠りに抵抗することに対し無力感を抱くようになるようだった。居眠りへの抵抗の無力感を抱くことで、普通のことが出ない、まわりがしているときに自分だけ出来ないなど、自分は人並みに業務をこなせないことに直面し、活動することを諦めることになるようであった。そして、病気でない人をうらやましく思う、あるいは自尊心が低くなるなど、自分に対し否定的な評価が生じるに至るようだった。

否定的な自己評価に至る過程の特徴として、治療で眠気症状が減ったとしても否定的な自己評価が消失するとは限らず、また居眠り症状の影響は関係の無い場面であっても活動を諦めるという行動が出現しやすくなる場合があると解釈された。“ただ、じゃあ劣等感がないか、無くなったかっていうとそういうものでもないです。(研究協力者.A)” という語

りが得られた。このことから、治療で眠気症状が減っても低い自己評価が消失するとは限らないと考えられた。また、活動をあきらめるという行動に関し、“えーと、会社の面接行ったりとか、した時に、たとえば面接するじゃないですか。で、こう、感触とかがこう、悪かったりすると、こう、あーめんどくさいなっていうところで諦めちゃったりとかはしますかね。(研究協力者.G)”という語りが得られた。この語りから、居眠り症状に関係のない場面でも、活動を諦める場合があると考えられた。

物事をこなせる自信を持つに至る過程

一方で、業務遂行のたびに繰り返される体験を繰り返す中で、下記のような物事をこなせる自信を持つに至る過程を体験する場合もあるとの仮説が生成された。

眠気に伴い業務遂行の困難が生じる体験を繰り返すなかで、覚醒していられる時間の存在を意識することで、起きているときに出来ることをする、居眠り後に作業を巻き返すよう努力するなど、覚醒時に積極的に活動するという対処をとるようになるようだった。そのような行動様をとることで、問題なく活動できている、あるいは人並み以上に出来ることがあるなど、自分は物事をこなせるという自信が形成されるに至るようだった。

物事をこなせる自信を持つに至る過程の特徴として、薬物療法などにより眠気が軽減したことで覚醒していられる時間を意識しやすくなるが、眠気症状が軽くなっていなくても覚醒していられる時間を意識して活動できる場合があると解釈された。“ただ、今は薬を飲んで起きてられるっていう現状があるので、それはすごくいいな、とは。(研究協力者.G)”という語りが得られた。この語りから、薬物治療により覚醒できる時間が増加することで、覚醒していられる時間を意識しやすくなると解釈された。一方、“ビデオやなんかああいうので説明皆で見たりする時に、つい私がもう寝てしまって。そういうこともありましたがけれども、そういう時代がだから今はなくなりま、ほかの人がやるようになりましたので、ええ、その仕事はね。だから結局今は。(面接者：当時はどうだったんですか、そういう時寝ちゃうのは。)寝てもすぐは起きられますのでね。あ、こうなっても、ちょっと声かけられると。目が覚めますので、まあそれから始めるっていうような。(研究協力者.D)”という語りが得られた。この語りから、眠気症状が軽くなくと、覚醒していられる時間を意識しながら業務をこなすことは可能となる場合があると解釈された。また、“だから薬も何にも飲んでない、いつも元気な人でも、いつもシャキッとしてるわけじゃないもんね。やっぱり元気な人でもどっかで眠くなっちゃうってことは、あるもんね。(研究協力者.H)”、という語

りが得られた。この語りから、眠いときは思うように活動できず、目が覚めているときは活動できるという状態を深刻に捉えずにいられる場合もあると解釈された。

物事をこなせる自信に至る過程と否定的な自己評価に至る過程の関係

物事をこなせる自信に至る過程と否定的な自己評価に至る過程は、1 個人が両方の過程を体験する場合があると解釈された。覚醒していただける時間を意識し覚醒時に積極的に活動しようとしても思うように成果が出せない、周囲についていけないなど期待する結果が得られないと、低い自己評価に至る過程に移行する場合があると解釈された。一方で、自由に眠れる環境や眠らずにすむ環境など、居眠りの支障が少ない環境を選択する、あるいは要所でこっそり仮眠を取ったり重要場面は服薬で対処するなど、眠気を軽減する対処ができることで、物事をこなせる自信に至る過程に移行しやすくなると解釈された。

この関係性に関し、現在は物事をこなせる自信に至る過程に移行していても、過去に獲得した否定的な自己評価が消失するとは限らないことや、眠気を軽減する対処をしても完全に眠気を消失できるとは限らない特徴があると解釈された。“ただ、じゃあ劣等感がないか、無くなったかっていうとそういうものでもないですし。(研究協力者.A)” “ずーっと悔しいですけどね。何だろう、そろそろ販売員でなくって。それを全部あきらめてやって、転職を繰り返してから正社員じゃなくって、というのが悔しい(研究協力者.E)” という語りを得られた。このことから、現在は物事をこなせる自信に至る過程を体験していても、過去に獲得した否定的な自己評価が消失するとは限らないと解釈された。また、“んーと、そうですね、えーと、薬マックスで飲んで、だいたい、最高 4 時間ですかね。4 時間以上はもう無理ですね。(研究協力者.G)” から、重要場面は服薬で対処しようとしても眠気の減弱には限界があると解釈された。

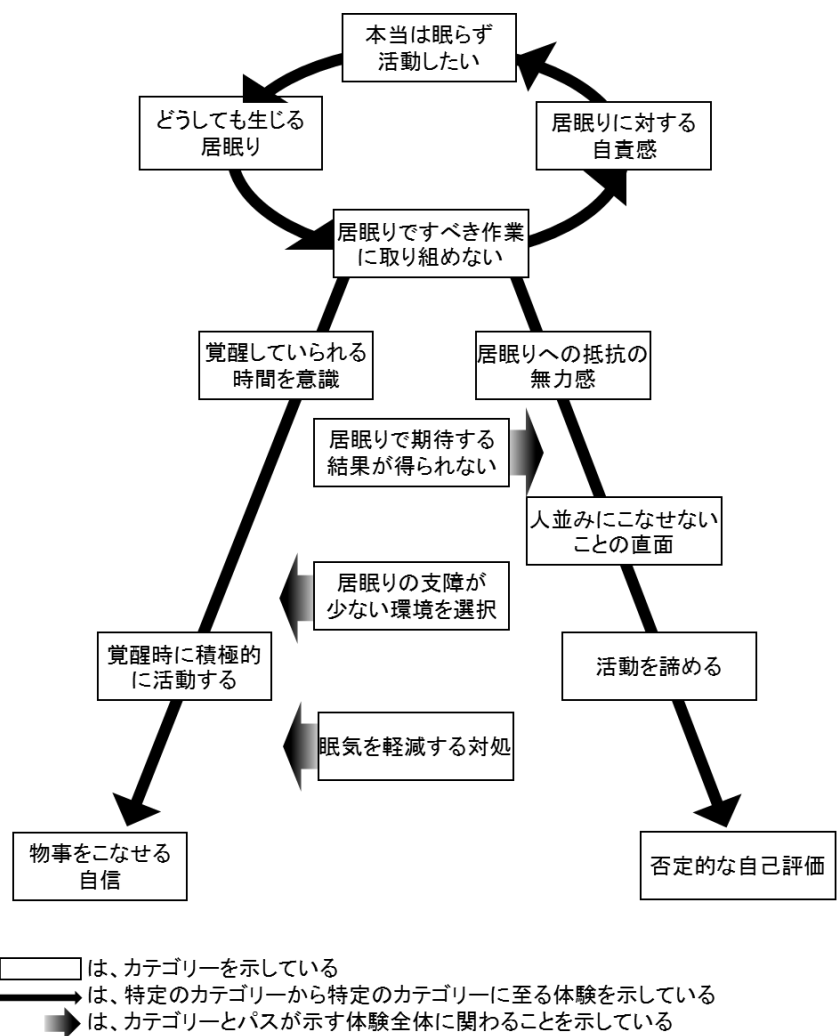


図 9.仕事や勉強の業務遂行に関するプロセスモデル

第4節 まとめ

研究4では、服薬中に生じる眠気の頻度が多いと仕事や勉強に関する業務遂行の困難が生じやすいことが示唆された。これに基づき、本研究は、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者において、眠気に関連して生じる仕事や勉強の業務遂行困難に伴う体験過程を明らかにすることを目的とした。本研究により、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、居眠りで業務をこなせず自責感を抱える体験を繰り返すが、その中で、患者本人の認知や行動に伴い、次第に否定的な自己評価を獲得するに至る場合と、物事をこなせる自信をもつに至る場合があるとの可能性が推測された。

方法としては、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者を対象にインタビューデータを収集し、GTAを用いて分析した。その結果、次に述べる仮説が生成された。情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、本当は眠らず活動したいと思ってもどうしても居眠りが生じてすべき作業に取り組めず、罪悪感が生じる体験を繰り返しているようだった。繰り返す中で、居眠りへの抵抗の無力感から自分は人並みにこなせなという実感が生じ、活動することをあきらめて否定的な自己評価をするようになる場合があるようだった。一方、居眠りの支障が少ない環境の選択や眠気への対処行動により、覚醒していただける時間を意識して覚醒中に積極的に活動することで、物事をこなせる自信を持てるようになる場合があるようだった。居眠りの支障が少ない環境の選択や眠気への対処行動により自信を持てるような体験過程に移行できる場合があるが、それでも過去に形成された自己評価が消失するわけではないようだった。また、覚醒中に積極的に取り組んでも期待する結果が得られず、否定的自己評価につながる場合もあるようだった。

仕事や勉強の業務遂行の困難から心理的苦痛が生じる過程について

研究4では、情動脱力発作を伴うナルコレプシーの服薬時に出現する眠気の出現が多いほど、仕事の評価の低下、試験や成績の躓きが生じやすいことが示唆された。研究4では仕事や勉強の業務遂行困難と心理的問題との関連は検討されなかったが、本研究に基づくと、業務遂行の困難の体験を繰り返すことで否定的な自己評価が形成される場合と、自身が形成される場合があるとの仮説が得られた。また、眠気症状から業務遂行が生じるまでの体験に関し、眠らず活動したいと考えるも、どうしても居眠りが生じて作業が出来ず自責感が生じるという体験過程が仮説として生成された。この体験過程が眠気症状から業務遂行が生じるまでの体験に一致すると推測された。情動脱力発作を伴うナルコレプシー患

者において、疾患に対するスティグマの強さが気分の低下を予測することが指摘されている(Kapella et al,2015)。本研究で示された居眠りへの抵抗の無力感や人並みにこなせないことの直面という心的体験は、ナルコレプシー特有のスティグマの1つかかもしれない。また、この心的体験を経て否定的な自己評価に至る過程は、スティグマの強さと気分低下の関連性に類似しているとも考えられる。また、薬物治療中の情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、回避的な行動傾向を示すことが指摘されている(Willson et al,2007)。これを考慮すると、本研究で抽出された活動を諦めるという行動は、回避的な行動傾向が業務遂行に関する体験過程において表出した結果である可能性も考えられる。以上から、本研究で示された否定的な自己評価に至る過程はある程度妥当であると推測される。また、薬物治療中の情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、症状に伴い勉強や仕事の遂行に困難が生じることや(Daniels et al,2001; Teixeira et al,2004)、抑うつ気分などの心理的苦痛を抱えながら生活していることが指摘されてきた(Lagerveld et al,2010)。本研究で生成された仮説は、従来指摘されてきたこのような心理社会的問題の体験的連続性を示している可能性が考えられる。

情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者において、業務遂行中の居眠りの出現から否定的な自己評価に至る過程が生じる背景には、Seligman(1967)の提唱した学習性無力感のメカニズムが当てはまる可能性が考えられる。学習性無力感とは、回避・逃避することの出来ない罰を与えられ続けることで、罰から逃れることは出来ないと考えようになり、罰から回避・逃避が可能な環境になっても、回避・逃避のための行動をとらなくなるというものである(Seligman,1967)。本研究の仮説に当てはめると、情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいては、強い眠気がどうしても逃れられない罰として機能しており、痛みを与える、動くなど様々な対処を試みても居眠りを避けられないことから、居眠りへの抵抗の無力感が生じ、業務をこなす活動を諦めるに至る、と捉えられるかもしれない。

居眠りに伴う業務遂行の困難を繰り返すことで居眠りへの抵抗の無力感が生じること、そして否定的な自己評価が形成されることは、情動脱力発作を伴うナルコレプシーの眠気症状や生活状況を鑑みると、仕方の無いことと推測される。睡眠時無呼吸症候群は同じく日中の眠気を呈する睡眠障害だが、未治療の状態であっても治療中のナルコレプシー患者の方が眠気が強く、眠気に伴い社会的機能の低下も著しいことが指摘されている(Teixeira et al,2004)。また、長時間睡眠を伴わない特発性過眠症と比較した場合、薬物治療開始前後ともにナルコレプシーのほうが日中の眠気が強く、フルタイムでの雇用率もナルコレプ

シーのほうが低いことが指摘されている(Ozaki et al,2012)。これらを考慮すると、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、治療をしていても他の過眠症と比べて眠気に抗うことが難しく、社会生活上の支障も生じやすいと推測される。そのため、情動脱力発作を伴うナルコレプシーは、ほかの過眠症とくらべて眠気に伴う業務遂行の困難や眠気に抗うことへの無力感に関連する体験が生じやすい可能性が考えられる。

業務遂行困難に伴い形成される否定的な自己評価の変化可能性について

研究 4 で示された服薬時の眠気の多さと仕事や勉強の業務遂行の困難の関連に関する体験として、眠気に伴い業務遂行の困難が繰り返されるなか、覚醒していただける時間を意識して積極的に活動することで、物事をこなせる自信が形成される場合もあるとの仮説が生成された。また、居眠りの支障が少ない環境の選択や、眠気を軽減する対処により、物事をこなせる自信に至る体験が生じやすいとの仮説も生成された。一方、覚醒時に積極的活動しても、居眠りで期待するほどの結果が得られないと、否定的な自己評価に至る過程が生じやすいとの仮説が得られた。情動脱力発作と伴うナルコレプシー患者においては、30 歳より前に発症した場合は教育レベルが高く雇用率が高いことが指摘されている(Ingravallo et al,2012)。また、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、自由度の高い仕事についていることが仕事に関する問題の生じにくさと関連していることが指摘されている(Ozaki et al,2012)。これらを考慮すると、眠気の重症度以外の要因も仕事や勉強の業務遂行に関わっている可能性が考えられる。このことから、本研究で示された、物事をこなせる自信の形成には覚醒時間に注意を向け行動するという認知や行動、居眠りの支障が生じにくい環境が関わっているという仮説は否定できないと考える。

否定的な自己評価ではなく自信を得るための眠気軽減以外の対処可能性について、本研究の仮説に基づくと、覚醒できている時間に焦点を当てる認知操作および覚醒時に積極的に活動する行動を獲得することが必要となる可能性が考えられる。一般的に、学習性無力感が改善するには、自身の行動によって問題に対処できることを発見し確信できることが重要と指摘されている(Henkel et al,2002)。これを考慮すると、情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいては、覚醒できる時間を同定することで、仕事や勉強の業務遂行に対する対処可能性を実感できる可能性が考えられる。とくに、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の特徴として、眠気が出現した際には実際に居眠りしてしまうことが多い一方で、眠気が出現していないときには健常者と同等に覚醒していることが指摘されている(Hood et

al,1996)。そのため、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、覚醒時間であれば健常者と相違なく業務を遂行することが可能になる可能性が考えられる。以上を踏まえると、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者が物事をこなせる自信の形成を促すには、覚醒できている時間の存在を発見し、その時間に活動することで業務を達成できると確信できるようにすることが重要と考えられる。

さらに、物事をこなせる自信の獲得を促進するために、眠気が支障になりにくい環境選択や眠気を軽減する対処行動の獲得が役立つ可能性が考えられる。Ozaki ら(2012)は、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は自由度の高い仕事環境が適していることを指摘したが、これは眠気の支障が生じにくい環境の 1 つを明らかにしていると考えられる。また、ナルコレプシー患者における非薬物療法の方法として、計画的な仮眠をとるという介入が考案されている(Agudelo et al,2014; Logers,2011 越智 訳,2015)。計画的な仮眠も、眠気を軽減する対処の一つであると考えられる。

ただし、本研究において、覚醒時間に積極的に活動しても、居眠りで期待する結果が得られないことで、否定的な自己評価を形成する体験に移行する仮説が生成された。覚醒時間に積極的に活動するよう工夫しても、どうしても居眠りしている時間の分だけ、健常者に比べて活動できる時間の長さ自体が短くなるため、業務遂行を達成するにも限界があると考えられる。情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、日中に生じる 1 回あたりの居眠り時間も、1 日当たりの居眠り回数も健常者に比べて多いことが指摘されている(Filardi et al,2015)。これを考慮すると、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、健常者と同じ時間だけ業務遂行に費やすのは難しいと考えられる。

本研究の限界と展望

データのサンプリングに関し、研究 6 においては、研究協力者 G はポジティブな語りを重視して対象者として選択したものの、実際にはネガティブな語りを多く得ることとなった。そのため、理論的飽和は生じているものの、当初期待していたサンプリングとは異なっているといえる。したがって、本研究の理論的サンプリングは完璧とはいいがたい。また、本研究のデータは年齢などの統制がなされていない。今後は、選択基準を見直した上でデータをさらに追加し、仮説を精緻化する必要があると考えられる。

また、分析方法の特性上、本人の過去の想起による語りに基づいた仮説であるため、客観的因果関係については不明である。今後は、本研究で生成された仮説に基づく調査研究を行

ったうえで、上記にて主張した覚醒している時間を意識し活動することによる認知の変容について、介入効果を検討していく必要があると考えられる。

しかしながら、従来から指摘されてきたナルコレプシーにおける仕事や勉強の業務遂行の困難(Daniels et al,2001; Teixeira et al,2004)が生じる背景および、対処可能性に関する示唆を得られたことは、ナルコレプシーの心理者境的問題の研究の発展の一端に資するといえよう。

第 4 部 総括：今後の睡眠医療に必要な心理的援助とは

第9章 総合考察

第1節 本研究のまとめ

今日の医療では、症状や治療に伴い発生する心理的問題に対する援助を行う包括ケアの体制が構築されている。近年は、睡眠医療の領域においても、症状や治療にともなう心理社会的問題が検討され、睡眠時無呼吸症候群や概日リズム障害など睡眠障害の種類によっては、治療中の患者の心理社会的問題の所在と対応策が示されている。一方で、情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいては、治療開始後も症状が残存し、症状に伴う社会的支障や、QOLの低さ、心理的苦痛感などの心理社会的問題が生じていることが指摘されているにもかかわらず、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の抱える心理社会的問題に対する援助はなされていない。その理由として、こうした心理社会的問題が生じる機序が十分に検討されていないことが可能性として考えられる。よって、本研究では、薬物治療を行う情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の心理社会的問題が生じる機序について明らかにすることを目的とした。これにより、薬物治療と併用して行うべき心理社会的援助についての示唆を得ることを期待した。

第2部：薬物治療を行う眠れないことを訴える患者の心理社会的問題について

過眠症の代表例であるナルコレプシーの薬物治療に伴う心理社会的問題を明らかにするうえで、まずは補助研究として眠れない症状における治療に伴う体験を明らかにすることとした。症状は反対である一方、治療開始後も心理社会的問題を抱えているという点で共通する該当患者の示唆を得ることで、ナルコレプシー特有の体験をより明確化するとともに、睡眠障害全般に共通する治療に伴う心理社会的問題の示唆を得られると考えられた。

先行研究から、眠れないことを訴える患者においては、治療が長期化するなかで症状改善度への不満や治療継続への葛藤が生じることが指摘されており、治療内容や実施に対する苦痛感が強いことが推察された。よって、研究1では、薬物治療が長期化するなかで精神的苦痛が形成される過程について明らかにすることとした。焦点を当てるべき場面の特定するため、予備研究として専門科医師3名を対象にインタビューデータを収集し、KJ法による分析を行った。その結果、眠れないことを訴える患者は診察場面でのやり取りにおいて、医師の治療内容に納得しないことで、症状が改善しないまま治療が長期化する場合があると推測された。これに基づき、研究1では診察でのやり取りに焦点を当て、眠れないことを訴える患者において、薬物治療が長期化するなかで医師の治療への納得のいかなさが形成

される過程を明らかにすることを目的とした。そして、眠れないことを主訴として薬物治療を半年以上継続している患者 12 名および、比較データとして薬物治療の継続期間が半年未満の患者 1 名の計 13 名を対象にインタビューを行った。インタビューデータを、GTA を用いて分析した。その結果、眠れないことを訴える患者は、完治する可能性があるにもかかわらず治療が長期化する状況において、薬の効果を絶対視することで効かないことへの不信感が蓄積され、治療への不信感が形成されるという仮説が生成された。また、医師の処方意図が分からないことで治療が毎回同じに感じられることで、治療に不信感を感じるとともに改善プロセスが分からず、一生治らない懸念が強まるという仮説が生成された。このことから、眠れないことを訴える患者においては完治の前提があることで、心理社会的問題として薬や医師への不信感が心理的問題として生じることが示唆された。

また、研究 1 では、薬や治療に対する否定的認知を抱えていることも示唆された。眠れない症状に対する薬物治療では、否定的認知や感情の出現により覚醒が促され、治療効果が妨害されることが指摘されている。そこで研究 2 では、研究 1 で抽出された、薬が「効かないことへの不信感」に焦点を当て、服薬に関する体験構造を明らかにすることとした。研究 1 と同一の眠れないことを訴える患者からインタビューデータを収集し、GTA によって分析した。その結果、服薬しても十分に眠れない、または効果に波があると感じていることで、服薬時に心理的葛藤や効果への懸念が生じていることおよび、入眠困難時には薬が効かないことへの納得いかなさを感じ、怒りや混乱が生じるとの仮説が生成された。このことから、服薬にもかかわらず眠れない状態が長期的に続くことで、薬や症状に対する否定的認知が生じること、そうした否定的認知により覚醒が促され、かえって眠りづらくなる悪循環が生じている可能性が推察された。

先行研究に基づくと、否定的認知に伴い覚醒が促され、実際に睡眠を妨害する可能性があると考えられる。そこで研究 3 では、研究 2 で示された服薬に関連する否定的認知と睡眠状態の関連性を明らかにすることを目的とした。眠れないことを訴える患者 12 名を対象に、服薬に関連する否定的認知の強さについては質問紙調査を、睡眠状態については PSG を用いてデータ収集を行った。各認知と睡眠状態の関連を検討するため、順位相関分析を行った。その結果、服薬時に生じる今日は薬が効くかという懸念の強さが、その認知の出現に後続する睡眠潜時の長さと正の相関が示された。このことから、服薬時に効くかについての懸念が生じることで入眠困難が生じやすくなる可能性もあると考えられた。

以上の研究から、眠れないことを主訴とする患者においては、症状が改善しないまま治療

が長期化するなかで、薬や治療に対する不信感が形成され、さらに診察の進展や薬の効果が妨害され、改善の実感が十分得られないまま治療が継続する可能性もあると推測された。

第 3 部：薬物治療を行うナルコレプシー患者の心理社会的問題について

第 3 部では、薬物治療中の情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者において、心理社会的問題が生じる機序を明らかにすることを目的とした。第 2 部では、眠れないことを訴える患者の場合は、治療開始後も症状が十分改善しないことが、治療開始後に抱える心理社会的問題に関わっている可能性が考えられた。睡眠時無呼吸症候群では治療開始後は症状が健常者と相違なくなり QOL も改善が大きいと指摘されていること、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は治療開始後も日中の眠気が健常者より強く QOL も低いと指摘されている。これらを考慮すると、薬物治療を行うナルコレプシーの心理社会的問題には、症状の残存がひとつの要因として関わっている可能性があると考えられた。よって、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者における、治療開始後も残存する症状に焦点を当てながら、心理社会的問題を明らかにしていくこととした。

治療中の情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、大雑把で内向的で大らかな行動様式がみられ、その背景には患者本人の心理的苦痛があると指摘されている。情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、行動様式の形成への影響が生じやすい思春期の発症が多いことや、症状に伴う失敗体験も多いことから、症状に伴う体験により特徴的な行動様式が形成されると考えられる。そこで、研究 4 では、ナルコレプシー症状と眠気症状に伴う失敗体験、行動様式に対する自己評価の関連性を検討した。情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者を対象とした質問紙調査により、発症年齢と経過年数、服薬時・未服薬時の日中の眠気と情動脱力発作の出現頻度、自己評価による行動様式の傾向に関する情報収集を行い、324 名分のデータについて共分散構造分析を行った。その結果、服薬時にも生じる日中の眠気が多いほど大雑把と自己評価する傾向が強いことが示された。また、服薬時に生じる眠気頻度が多いほど、全ての眠気に伴う失敗体験が生じやすいことが示された。さらに、失敗体験の中でも、注意集中の困難と大雑把と自己評価する傾向との関連、対人関係の疎遠と非積極的と自己評価する傾向の関連が示唆された。

研究 4 では、服薬時にも生じる日中の眠気頻度が多いことで対人関係の疎遠が生じやすくなり非積極的な自己評価が強まるのは示されたが、この関連性に関する詳細な体験過程が不明である。そこで研究 5 では、眠気に伴う対人関係が疎遠化する連続的な体験過程を

明らかにすることとした。薬物治療を行うナルコレプシー患者 11 名を対象にインタビューを行い、GTA による分析を行った。その結果、周囲は自分の居眠りに注目し悪く思うだろうと考えている場合は、引け目を感じて自ら人を遠ざけ、対人関係が構築されないという仮説が生成された。一方で、周囲は上記のように思っていないだろうと考えている場合は、引け目を感じずに周囲と関わり関係を構築できるとの仮説が得られた。そして、周囲の反応に関わるい否定的認知は、実体験に基づいていない場合があるとの仮説も得られた。これらから、日中の眠気頻度に伴い対人関係が疎遠になる過程として、居眠りする自分への周囲の反応に関する否定的な予測により、意図的に対人関係を避ける行動をとっている場合があると考えられた。

研究 4 で示された服薬時にも生じる眠気に伴い勉強や仕事の業務遂行の困難を経験することに関し、仕事のうまく行かなさは抑うつを引き起こすことから、心理的問題が生じる危険が考えられる。情動脱力発作を伴うナルコレプシーでは、環境によってはこうした問題が少ない場合があることから、心理社会的要因の調整によっても問題を軽減することが可能と考えられた。そこで研究 6 では、眠気に伴い勉強や仕事の業務遂行の困難に至る体験過程の詳細を明らかにすることを目的とした。研究 5 と同一の研究協力者からインタビューデータを収集し、GTA による分析を行った。その結果、眠らず活動したくともどうしても居眠りして業務遂行に失敗し自責感が生じる体験を繰り返すなかで、居眠りへの抵抗に無力感を感じて人並みにこなせないと諦め、否定的な自己評価が形成される仮説が生成された。一方で、覚醒できている時間に意識を向けて覚醒中に積極的に活動することで、自信が形成されとの示唆が得られた。また、眠気への対処や適切な環境の選択により自身が形成されやすい一方、積極的に活動しても期待する結果が得られず否定的な自己評価になる場合が示唆された。このことから、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、覚醒時間に焦点を向ける認知操作と行動統制が業務遂行の達成と自身の獲得には重要となる可能性が考えられた。

以上の研究から、情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいては、薬物治療開始後も眠気症状が完全に消失しないことで、対人場面や仕事・勉強での業務遂行において困難が生じ、新たな心理的苦痛が生じることが推察された。一方で、心理的苦痛は眠気症状の強さ自体だけでなく、症状に関連した他者や業務遂行に関する本人の認知や行動パターンによって変化する可能性がある可能性が考えられた。

第 2 節 本研究の総合考察

本研究の目的は、睡眠障害の中でも情動脱力発作を伴うナルコレプシーに焦点を当て、薬物治療開始後にも抱えている心理社会的問題を明らかにすることであった。これにより、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者に対し、薬物治療と併用して行うべき心理社会的援助についての示唆を得られると期待していた。本研究で得られた示唆を総合すると、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、治療開始後も眠気が残存するため、眠気に伴う失敗体験が生じやすく、対人関係や業務遂行においてネガティブな出来事が生じるという予測が生じるようになると考えられた。そして、そのような予測が実際に生じるかもしれない場面を回避するための行動をとるようになり、最終的に心理的苦痛が生じるに至る場合があると考えられた(図 10)。一般的に、ネガティブな予測を抱えている場合、ネガティブな予測が生じる場面を回避することで、反証を得る機会も失い驚異的な認知もかえって増幅すると指摘されている(Clark et al,1995)。また、痛み治療においても、痛みの増幅を恐れて痛みが生じると予測される場面を回避することで、かえって抑うつや心理社会的問題が生じやすくなると提唱されている(Lethem et al,1983)。これらを踏まえると、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、眠気に伴い生じると予測されるネガティブな出来事を回避するための行動が、かえってネガティブな予測を強めて心理的苦痛を悪化させている可能性も推測される。なお、痛みはそれ自体が苦痛となるのに対し、ナルコレプシー症状としての眠気は症状自体の身体的苦痛は小さくなく、むしろ眠気により二次的に生じる心理社会的問題への苦痛感が大きいと考えられる。そのため、症状自体ではなく二次的に生じる心理社会的問題を避けることを目的としている点が、情動脱力発作を伴うナルコレプシーの特徴と考えられる。

治療中の情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者における、周囲は居眠りする自分を悪く思うだろう、居眠りへの抵抗の無力感、人並みにこなせない、といった予測は必ずしも事実から逸脱した認知とはいえないと考える。情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、実際に居眠りで怠け者と誤解される場合があると指摘されている(Douglas,1998)。また、健常者に比べて、眠気が強く日中の活動量も少ないことも指摘されている(Filardi et al,2015)。これらを考慮すると、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者が眠気に関連して抱いているネガティブな予測は、社会的風潮や治療前に実際に直面してきた体験に基づいている場合もあると考えられる。

研究 3 では、眠れないことを主訴とする者において、治療開始後も眠れない症状が発生

することへの抵抗感を抱えており、実際に症状が発現した後に苦痛感を感じる事が示唆された。一方で、眠れなくともやることを決めているから大丈夫と考えている場合は、苦痛感が少ないことが示唆された。問題とする症状の特徴や症状に伴う二次的問題は、眠れない症状と情動脱力発作を伴うナルコレプシーとは正反対である。しかし、症状や症状に伴う二次的問題を回避しようとする事でかえって心理社会的問題が維持・悪化する可能性があるという点は、眠れないという症状と情動脱力発作を伴うナルコレプシーとで共通していると考えられる。なお、特発性過眠症において生じる眠気は、眠気の強さ自体はナルコレプシーほど強くは無い反面、眠気が継続的に生じるため(American Academy of Sleep Medicine,2014)、本研究で示されたナルコレプシー患者のように、居眠りしていない時にネガティブな予測に対抗する行動を取るというのは難しいと推測される。

また、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者においては、治療開始後も症状が残存することで、治療開始前から生じていた社会生活上の困難が継続するために、心理社会的問題が生じるという点が特徴的と考えられる。第 2 部で検討した眠れないことを主訴とする患者における心理社会的問題の背景要因は、社会生活上の困難ではなく、治療効果への不満感に基づく体験が中心になっていると考えられた。このように心理社会的問題の背景要因に相違が生じる理由に関し、眠れないことを主訴とする患者の場合は主訴とする症状の発現が夜間であり、また治療前後ともに日中の社会的機能の低下はナルコレプシーとくらべて深刻でないことが指摘されている(Léger et al,2012; Ervik et al,2006)。これを考慮すると、眠れないことを主訴とする患者の場合は、症状に伴う日中の社会生活場面での困難があまり深刻でないため、社会生活場面にはあまり焦点が当たらなかったと推察される。

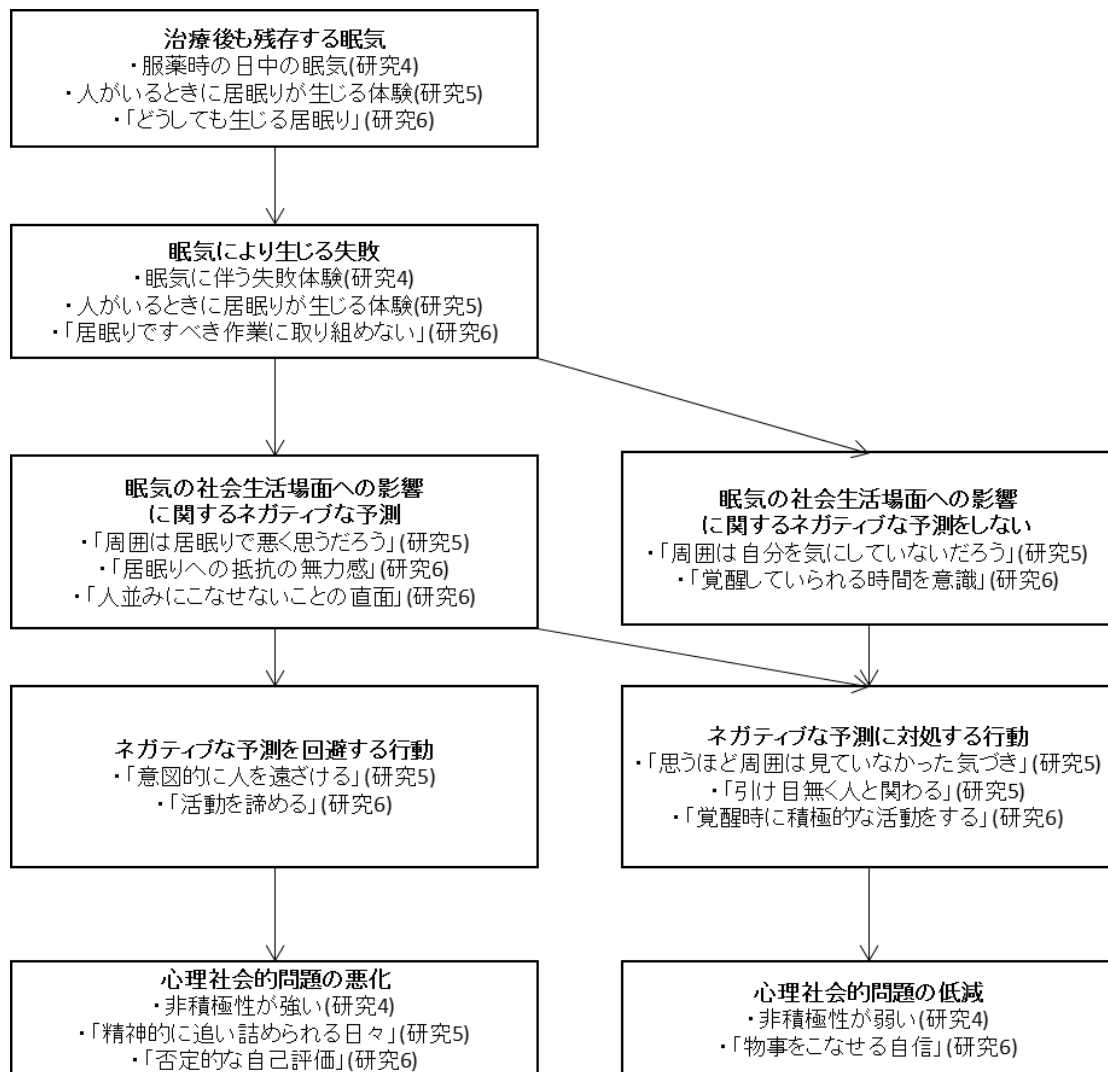


図 10.薬物治療中のナルコレプシー患者の心理社会的問題が生じる過程

第3節 本研究の臨床的応用

本研究で得られた示唆に基づくと、以下のような心理的援助が重要と考えられる。

情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者に対しては、眠気症状の改善を目的とした治療を行った上で、患者が居眠りに伴い生じると予測しているネガティブな出来事を明らかにするとともに、その出来事が実際に生じることを回避するための行動を減らしていくことが必要と考えられる。図10にまとめたように、眠気に伴いネガティブな出来事が生じるかもしれない行動を回避せず、ネガティブな出来事が生じた際に後から対処する行動をとることで、ネガティブな予測に対する反証を得る機会も生じ、心理的苦痛が軽減する可能性が推測される。

情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者は、対人関係においては、他者と接触することへの回避をしていると考えられる。他者と接触することへの強い不安感や抵抗感が生じている可能性がある。よって、覚醒している時に他者と関わるという行動には、曝露法としての機能もあると考えられる。そのため、周囲との接触に伴う不安の強さも留意しながら、周囲と関わり、実際は思うほど悪く思われていないことを必要があるだろう。また、他者と接触するだけでなく、他者に居眠り姿を見られることへの不安感や抵抗感も抱えている可能性が考えられる。そのため、ただ周囲と接触するだけでなく、周囲に居眠り姿を見せるような行動をとることも、曝露法として機能するのではないかと推測する。なお、対人場面におけるネガティブな予測に対処する行動の例としては、居眠りから覚めた後に周囲に謝る、誠実に対応している姿を周囲にアピールするなどが、想像される。

業務遂行に関し、情動脱力発作を伴うナルコレプシー患者の業務遂行においては、1日に活動できる時間の長さや時間帯、活動しやすい環境が実際に制限されると推測される。そのため、あまりにも達成目標が高いと実現できなくなると考えられるため、活動できる時間のなかで達成可能な活動を計画することが重要と考えられる。なお、業務遂行におけるネガティブな予測に対処する行動の例としては、居眠りから覚めた後に積極的に活動に取り組む、活動を取り戻すための助けを周囲から得る、などが想像される。

眠れない症状においては、薬の効果は絶対的ではなく、種類や服薬状況によって眠れる程度が異なることを事前に教育したうえで、眠れなかった際の対処行動を決めておくことが重要と考えられる。服薬しても眠れない症状が完全に消失するとは限らないことを理解するという点において、眠れない症状においても、睡眠やそれに伴い生じる問題が生じることを回避しないという態度を取ることが重要になると推測する。

これまでは、ナルコレプシーに対する心理援助自体が非常に少なく、その中で提案されていたものは、日中の眠気の軽減を目的に本人の症状に合わせた仮眠のスケジュール化や二次障害で生じる肥満のためのダイエットに関する示唆がほとんどだった(Agudelo et al,2014)。しかし、本研究で示された症状に伴う心理社会的側面への非機能的認知とそれに基づく行動への介入を行うことが、ナルコレプシーの心理社会的問題を改善する上で重要と考える。

第4節 本研究の課題と今後の展望

上記に述べた考察および臨床的応用の可能性が提案できる一方、本研究には下記に述べる課題及び展望が指摘される。

本研究は医学的診断を経た患者を対象としているものの、併発疾患を抱えている者が多く、研究4を除きサンプル数も少ないため、データに偏りがあると考えられる。そのため、本研究の示唆の一般化には慎重を期す必要がある。今後は、サンプリングの基準やサンプル数を追加して再検討することで、本研究で得られた知見を精緻化していく必要がある。とくに、本研究は質的研究による仮説生成が中心だったことから、本研究の仮説検討を目的とした大規模横断研究や縦断研究、介入効果研究などを行う必要性があると考えられる。

また、本研究は睡眠障害の代表例である眠れない症状と情動脱力発作を伴うナルコレプシーに限定した。しかし、概日リズム障害やパラソムニアなど、ほかの睡眠障害では体験が大幅に異なる可能性がある。とくに概日リズム障害も日中の不適切な時間帯に眠気が生じるため、ナルコレプシーとの体験の相違を十分に検討する必要がある。

しかしながら、症状への援助のみが発展していた情動脱力発作を伴うナルコレプシーにおいて、治療中にも継続する心理社会的問題の形成プロセスや構造を明らかにしたことは本研究の意義と考える。特に、睡眠障害特有の症状に対する本人の認知や行動パターンによって、症状や生活状況がかえって悪化する可能性については、今後の睡眠医療において介入していく必要があると考えられる。

参考文献

- Agudelo, H. A. M., Correa, U. J., Sierr, J. C., Pandi-Perumal, S. R., & Schenk, C. H. (2014). Cognitive behavioral treatment for narcolepsy: Can it complement pharmacotherapy? *Sleep medicine*, 7(1), 30-42.
- Anic-Labat, S., Guilleminault, C, Kraemer, H. C, Meehan, J., Arrigoni, J., & Mignot, E. (1999). Validation of a cataplexy questionnaire in 983 sleep-disorders patients. *Sleep*, 22(1), 77-87.
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). International classification of sleep disorders—second Edition (ICSD- 2). *American Academy of Sleep Medicine*.
- American Academy of Sleep Medicine. (2014). International classification of sleep disorders—third Edition (ICSD- 3). *American Academy of Sleep Medicine*.
- Asarnow. L. D., Soehner, A. M., & Harvey. A. G. (2014). Circadian rhythms and psychiatric illness. *Current opinion in psychiatry*, 26(6) 566-571.
- Auger, R. R., Burgess, H. J., Emens, J. S., Deriy, L. V., Thomas, S. M., & Sharkey, K. M. (2015). Clinical practice guideline for the treatment of intrinsic circadian rhythm sleep-wake disorders: Advanced sleep-wake phase disorder (ASWPD), delayed sleep-wake phase disorder (DSWPD), non-24-hour sleep-wake rhythm disorder (N24SWD), and irregular sleep-wake rhythm disorder (ISWRD). An Update for 2015. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(10), 1199-1236.
- Baillargeon, L., Landreville, P., Verreault, R., Beauchemin, J. P., Grégoire, J. P., Morin, C. M. (2003). Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 169(10), 1015-1020.
- Bartlett, D., Wong, K., Richards, D., Moy, E., Espie, C. A., Cistulli, P., & Grunstein, R. (2013). Increasing adherence to obstructive sleep apnea treatment with a group social cognitive therapy treatment intervention: A randomized trial. *Sleep*, 36, 1647-1654.
- Bastien, C., Vallieres, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the insomnia severity index as a clinical outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2, 297-307.

- Batool-Anwa, S., Goodwin, J. L., Drescher, A. A., Baldwin, C. M., Simon, R. D., Smith, T. W., & Quan, S. F. (2014). Impact of CPAP on activity patterns and diet in patients with obstructive sleep apnea (OSA). *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 10 (5), 465-472.
- Beulter, L. E., Catesby, W. J., Karacan, I., & Thornby, J. I. (1981). Differentiating psychological characteristics of patients with sleep apnea and narcolepsy. *Sleep*, 4 (1), 39-47.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1996). Psychometric properties of the beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Billiard, M., Bassetti, C., Dauvilliers, Y., Dolenc-Groselj, L., Lammers, G. J., Mayer, G., ... Sonka.K. (2006). EFNS guidelines on management of narcolepsy. *European Journal of Neurology*, 13(10), 1035-1048.
- Bootzin, R. R. (1972). Stimulus control treatment for insomnia.proceedings. *80th annual conversation American psychological association*, 395-396.
- Brand, S., Kirov, R., Kalak, N., Gerber, M., Pühse, U., Lemola, S., ... Holsboer-Trachsler, E. (2015). Perfectionism related to self-reported insomnia severity, but not when controlled for stress and emotion regulation. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 3(11), 263-271.
- Bradley, M. M., Greenwald, M. K., Petry, M. C., & Lang, P. J. (1992). Remembering pictures: Pleasure and arousal in memory. *Journal of Experimental Psychology, Learning, Memory and Cognition*, 18(2), 379-390.
- Brown, M. T., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S., & Mathew, S. (2016). Medication adherence: Truth and consequences. *American Journal of Medical Sciences*, 351 (4), 387-399.
- Bruck, D. (2001). The impact of narcolepsy on psychological health and role behaviors: Negative effects and comparisons with other illness groups. *Sleep Medicine*, 2 (5), 437-446.
- Buyse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Lichstein, K. L., & Morin, C. M. (2006). Recommendations for a standard research assessment of insomnia. *Sleep*, 29, 1155-

1173.

- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, (6), 573-588
- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (3), 243-264.
- Crowley, S. J., Acebo, C., & Carskadon, M. A. (2007). Sleep, circadian rhythms, and delayed phase in adolescence. *Sleep Medicine*, 8 (6), 602-612.
- Daniels, E., King, M. A., Smith, E. S., & Shneerson, J. M. (2001). Health-Related Quality of Life in Narcolepsy. *Journal of Sleep Research*, 10, 75-81.
- Dauvilliers, Y., Arnulf, I., & Mignot, E. (2007). Narcolepsy with cataplexy. *Lancet*, 369, 499-511.
- 松村明 (監修) 池上秋彦・金田弘・杉崎一雄・鈴木丹士郎・中嶋尚・林巨樹・飛田良文 (編) デジタル大辞泉 小学館 <http://dictionary.goo.ne.jp/jn/68670/meaning/m0u/> (2016 年 12 月 8 日時点)
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 63 (606), 76-84.
- Dimatteo, R., Haskard, K. B., & Williams, S. L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence. *Medical Care*, 45 (6), 521-528.
- Dodel, R., Peter, H., Walbert, T., Spottke, A., Noelker, C., Berger, K., ... Mayer, G. (2004). The socioeconomic impact of narcolepsy. *Sleep*, 27 (6), 1123-1128.
- Doi, Y., Minowa, M., & Tango, T. (2003). Impact and correlates of poor sleep quality in Japanese white-collar employees. *Sleep*, 26, 467-471.
- Dorris, L., Zuberi, S. M., Scott, N., Moffat, C., & McArthur, I. (2008). Psychosocial and intellectual functioning in childhood narcolepsy. *Developmental neurorehabilitation*, 11 (3), 187-194.
- Douglas, N. J. (1998). The psychosocial aspects of Narcolepsy. *Neurology*, 50 (supple 1), 27-30.
- Drake, C. L., Richardson, G., Roehrs, T., Scofield, H., & Roth, T. (2006). Vulnerability to stress-related sleep disturbance and hyperarousal. *Sleep*, 27, 285-291.
- Drake, C. L., Jefferson, C. R., & Timothy, R. T. (2008). Stress-related sleep disturbance

- and polysomnographic response to caffeine. *Sleep Medicine*, 7(7), 567-572.
- 江花昭一 (2005). 医師が心理士に求めるものは何か —チーム医療の観点より—. 心身医学, 45(9), 655-661.
- Ekici, A., Ekici, M., Oguzturk, O., Karaboga, I., Cimen, D., & Senturk, E. (2013). Personality profiles in patients with obstructive sleep apnea. *Sleep Breath*, 17(1), 305-310.
- Epstein, A. S., O'Reilly, E. M., Shuk, E., Breitbart, W., Shah, M. A., ... Volandes, A. E. (2016). Development of an advance care planning paradigm for advanced cancer: person-centered oncologic care and choices (P-COCC). *Psychooncology*, Advance online publication, DOI: 10.1002/pon.4267.
- Espie, C. A., & Brooks, D. N. (1989). An evaluation of tailored psychological treatment of insomnia. *Behavior therapy and experimental psychiatry*, 20(2), 143-153.
- Ervik, S., Abdelnoor, M., Heier, M. S., Ramberg, M., & Strand, G. (2006). Health-related quality of life in narcolepsy. *Acta neurologica scandinavica*, 114, 198-204.
- Fairholme, C. P., & Manber, R. (2014). Safety behaviors and sleep effort predict sleep disturbance and fatigue in an outpatient sample with anxiety and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 76(3), 233-236.
- Filardi, M., Pizza, F., Martoni, M., Vandi, S., Plazzi, G., & Natale, V. (2015). Actigraphic assessment of sleep/wake behavior in central disorders of hypersomnolence. *Sleep Medicine*, 16(1), 126-130.
- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic Study of sleep disturbance and Psychiatric disorders: An opportunity for prevention? *JAMA*, 262, 1479-1484.
- Fradgley, E. A., Paul, C. L., & Bryant, J. (2012). A systematic review of barriers to optimal outpatient specialist services for individuals with prevalent chronic diseases: What are the unique and common barriers experienced by patients in high income countries? *International Journal for Equity in Health*, 14, 1-15.
- Frankel, B. L., Robert, D. C., Buchbinder, R., & Snyder, F. (1976). Recorded and reported sleep in chronic primary insomnia. *Archives of general psychiatry*, 33(5), 615-623.
- Franzen, P. L., Buysse, D., J. (2008). Sleep disturbances and depression: Risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues in*

- Clinical Neuroscience*, 10(4), 473-481.
- Freitas, T. H., Andreoulakis, G., Alves, G. S., Miranda, H. L. L., Braga, L. L. B. C., Hyphantis, T., & Carvalho, A. F. (2015). *World Journal of Gastroenterology*, 21 (21), 6713-6727.
- Fukuda, K., & Ishihara, K. Age-related changes of sleeping pattern during adolescence. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55 (3), 231-232.
- Furhata, R., Kaneita, Y., Jike, M., Ohida, T. & Uchiyama, M. (2016). Napping and associated factors: A Japanese nationwide general population survey. *Sleep Medicine*, 20, 72-79
- Ganguli, A., Clewell, J., & Shillington, A. C. (2016). The impact of patient support programs on adherence, clinical, humanistic, and economic patient outcomes: a targeted systematic review. *Patient Prefer Adherence*, 10, 711-725.
- Ghimire, S., Castelino, R. L., Lioufas, N. M., Peterson, G. M., & Zaidi, S. T. R. (2015). Nonadherence to medication therapy in haemodialysis patients: A systematic review. *PLoS ONE*, 10 (12), 1-19.
- Gradisar, M., Dohnt, H., Gardner, G., Paine, S., Starkey, K., Menne, A., ... Trenowden S. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy plus bright light therapy for adolescent delayed sleep phase disorder. *Sleep*, 34 (12), 1671-1680.
- Golicki, D., Bala, M. M., Niewada, M., & Wierzbicka, A. (2010). Modafinil for narcolepsy: Systematic review and meta-analysis. *Medical science monitor*, 16 (6), 177-186.
- Hagger, V., Hendrieckx, C., Sturt, J., Skinner, T. C., & Speight, J. (2016). Diabetes distress among adolescents with type 1 diabetes: A systematic review. *Current diabetes reports*, 16 (9), 2-14.
- Haour, F. (2005). Mechanisms of the placebo effect and of conditioning. *Neuroimmunomodulation*, 12 (4), 195-200.
- Haskard-Zolnerek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47 (8), 826-834.
- Hallstrom, C., & Lader, M. (1981). Benzodiazepine withdrawal phenomena. *Pharmacopsychiatry*, 16, 235.
- Hayze et al, (2005). *Get Out of Your Mind and Into Your Life: The New Acceptance and*

Commitment Therapy. [New Harbinger Publications](#).

(武藤崇・原井宏明・吉岡昌子・岡島美代 (訳)(2010). ACT (アクセプタンス&コミットメント・セラピー) をはじめる セルフヘルプのためのワークブック 星和書店)

羽澄恵・能登眸・川崎隆・檜原潤・高木郁彦・下山晴彦 (2016). 他職種協働の現状に対する臨床心理士の認識—実践経験の長さに伴う特徴に注目して—. *心理臨床学研究*, 33 (6), 556-567.

Henkel, V., Bussfeld, P., Möller, H. J., & Hegerl, U. (2002). Cognitive-behavioural theories of helplessness/hopelessness: Valid models of depression? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252 (5), 240-249.

Henskens, L. H., Boxtel, V. M. P., Kroon, A. A., Oostenbrugge, V. R. J., Lodder, J., & Leeuw D. P. W. (2011). Subjective sleep disturbance increases the nocturnal blood pressure level and attenuates the correlation with target-organ damage. *Journal of Hypertension*, 29 (2), 242-250.

Hilaire, Z., Straub, J., & Pelissolo, A. (2005). Temperament and character in primary insomnia. *European Psychiatry*, 20 (2), 188-192.

Hingmarch, I., Kerr, J. S., & Sherwppd, N. (1991). The effects of alcohol and other drugs on psychomotor performance and cognitive function. *Alcohol and alcoholism*, 26 (1), 71-79.

平塚祥・熊野宏昭・片山潤・岸川幸生・菱沼隆則・山内祐一・水柿道直 (2000). 服薬コンプライアンス尺度(第 1 報)—服薬コンプライアンス尺度の作成—. *薬学雑誌*, 120 (2), 224-229.

肥田野直・福原眞知子・岩脇三良・曾我祥子・Spielberger, C. D. (2000). STAI マニュアル 新版 実務教育出版

Honda, Y. (1983). HLA-DR2 and DW2 in narcolepsy and in other disorders of excessive somnolence without cataplexy. *Sleep*, 9, 133-142.

Honda, Y., Juji, T., Matsuki, K., Naohara, T., Satake, M., Inoko, H., ... Doi.Y. (1986). Increased frequency of non-insulin-dependent diabetes mellitus among narcoleptic patients. *Sleep*, 9, 254-259.

本多裕 (2002). ナルコレプシーの研究—知られざる睡眠障害の謎. 悠飛社, pp30-pp32.

Hood, B., & Bruck, D. (1996). Sleepiness and performance in narcolepsy. *Journal of sleep*

research, 5(2), 128-134.

- 堀忠雄 (2008). 睡眠心理学とは 堀忠雄(編) 睡眠心理学 (pp.1) 北大路書房
- Horváth, A., Montana, X., Lanquart, J. P., Hubain, P., Szűcs, A., Linkowski, P., & Loas, G. (2016). Effects of state and trait anxiety on sleep structure: A polysomnographic study in 1083 subjects. *Psychiatry Research*, 244, 279-283.
- Huang, W., Ramsey, K. M., Marcheva, B., & Bass, J. (2011). Review series Circadian rhythms, sleep , and metabolism. *The Journal of Clinical Investigation*, 121 (6), 2133-2141.
- Hysing, M., Sivertsen, B., Stormark, K. M., and O'Connor, R. C. (2015). Sleep problems and self-harm in adolescence. *British Journal of Psychiatry*, 207(4), 306-312.
- Ingravallo, F., Gnucci, V., Pizza, F., Vignatelli, L., Govi, A., Dormi, A., Pelotti, S., Cicognani, A., Dauvilliers, Y., & Plazzi, G. (2012). The burden of narcolepsy with cataplexy: How disease history and clinical features influence socio-economic outcomes. *Sleep medicine*, 13(10), 1293-1300.
- Ismail, A. S., Sayani, A. P., Marin, M., & Su, Z. (2013). Clinical, economic, and humanistic burden of asthma in Canada: A systematic review. *BMC pulmonary medicine*, 13, 70.
- 井澤志名野 (1999). 抗不安薬・睡眠薬長期服用患者の実態—北里大学東病院の調査から. *日本神経精神薬理学雑誌*, 19, 223-226.
- Jacobs, G. D., Pace-Schott, E. F., Stickgold, R., & Otto, M. W. (2004). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for Insomnia. *Archives of internal medicine*, 164, 1888-1896.
- Jansson-Fröjmark, M., & Norell-Clarke, A. (2012). Psychometric properties of the Pre-sleep arousal scale in a large community sample. *Journal of psychosomatic research*, 72, 103-110.
- Jennum, P., Ibsen, R., Petersen, E. R., Knudsen, S., & Kjellberg, J. (2012). Health, social, and economic consequences of narcolepsy: A controlled national study evaluating the societal effect on patients and their partners. *Sleep medicine*, 3(8), 1086-1093.
- Jurado-Gamez, B., Bardwell, W. A., Cordova-Pacheco, L. J., García-Amores, M., Feu-Collado, N., & Buela-Casal, G. (2015). A basic intervention improves CPAP

- adherence in sleep apnoea patients: A controlled trial. *Sleep and breathing*, 19 (2), 509-514.
- Jurádo-Gámeza, B., Guglielmic, O., Guded, F., & Buela-Casal, G. (2016). Effects of continuous positive airway pressure treatment on cognitive functions in patients with severe obstructive sleep apnoea. *Neurologia*, 31 (5), 311-318.
- 川喜田二郎 (1967). 発想法 一創造性開発のために 中公新書
- Kaida, K., Takahashi, M., Akerstedt, T., Nakata, A., Otsuka, Y., Haratani, T., & Fukasawa, K. (2006). Validation of the karolinska sleepiness scale against performance and EEG variables. *Clinical neurophysiology*, 117, 1574-1581.
- Kalmbach, D. A., Pillai, V., Roth, T., & Drake, C. L. (2014). The interplay between daily affect and sleep: A 2-week study of young women. *Journal of sleep research*, 23 (6), 636-645.
- Kapella, M. C., Berger, B. E., Vern, B. A., Vispute, S., Prasad, B., & Carley, D. W. (2015). Health-related stigma as a determinant of functioning in young adults with narcolepsy. *PLoS ONE*, 10 (4), 1-12.
- Kaneita, Y., Munezawa, T., Suzuki, H., Ohtsu, T., Osaki, Y., Kanda, H., ... Oshida, Y. (2010). Excessive daytime sleepiness and sleep behavior among Japanese adolescents: A nation-wide representative survey. *Sleep Biological Rhythms*, 8 (4), 282-294.
- 兼板佳孝 (2012). 睡眠公衆衛生 (特集 広がりゆく睡眠医療の可能性 : 包括的ケアシステムの構築と多職種連携). *睡眠医療*, 6 (4), 534-538.
- Katon, W., Lin, E. H. B. & Kroenke, K. (2007). The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 29 (2), 147-155.
- Keam, S., & Walker, M. C., (2007). Therapies for narcolepsy with or without cataplexy: Evidence-based review. *Current opinion in neurology*, 20 (6), 699-703.
- Kelly, M., McCarthy, S., & Sahm, L. J. (2014). Knowledge, attitudes and beliefs of patients and carers regarding medication adherence: A review of qualitative literature. *European journal of clinical pharmacology*, 70 (12), 1423-1431.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., ...

- Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32, 959-976.
- Khalsa, S. B., Jewett, M. E., Cajochen, C., & Czeisler, C. A. (2003). A phase response curve to single bright light pulses in human subjects. *The journal of physiology*, 549, 945-952.
- Kim, K., Uchiyama, M., Okawa, M., Liu, X., & Ogihara, R. (2000). An epidemical study of insomnia among Japanese general population. *Sleep*, 23(1), 1-7.
- Killgore, W. D. S., Balkin, T. J., & Wesensten, N. J. (2006). Impaired decision making following 49h of sleep deprivation. *Journal of sleep research*, 15, 7-13.
- 厚生労働省 (2008). 平成 19 年国民健康・栄養調査報告. 252-253.
- 厚生労働省 (2010). 睡眠で充分休養がとれている者の割合 http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/dl/h1225-5d_4.pdf (2016 年 6 月 10 日時点), .
- 厚生労働省 (2014). 健康のための睡眠指針 2014. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf> (2016 年 6 月 10 日時点), .
- Korenstein, D., Falk, R., Howell, H. A., Bishop, T., & Keyhani, S. (2012). Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Archives of Internal Medicine*, 172(2), 171-178.
- Krass, I., Schieback, P., & Dhipayom, T. (2015). Adherence to diabetes medication: A systematic review. *Diabetic medicine*, 32(6), 725-737.
- Kuzban, M., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The function of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127, 187-208.
- Kyle, S. D., Morgan, K., & Espie, C. A. (2010). Insomnia and health-related quality of life. *Sleep medicine reviews*, 14(1), 69-82.
- Kyle, S. D., Miller, C. B., Rogers, Z., Siriwardena, A. N., MacMahon, K. M., & Espie, C. A. (2014). Sleep restriction therapy for insomnia is associated with reduced objective total sleep time, increased daytime somnolence, and objectively impaired vigilance: implications for the clinical management of insomnia disorder. *Sleep*, 37(2), 229-37.
- Laar, M., Verbeek, I., Pevernagie, D., Aldenkamp, A., & Overeem, S. (2010). The role of personality traits in insomnia. *Sleep medicine reviews*, 14(1), 61-68.

- Lagerveld, S. E., Bultmann, U., Franche, R. L., Dijk, F. J. H., Vlasveld, M. C., Feltz-Cornelis, C. M., ... Nieuwenhuijsen, K. (2010). Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: A systematic review. *Journal of occupational rehabilitation, 20*, 275–292.
- Lauretti, E., Di, M. A., Merali, S., & Praticò, D. (2016). Circadian rhythm dysfunction: A novel environmental risk factor for Parkinson's disease. *Molecular psychiatry, 1*, 1-7.
- Laux, G., & Puryera, D. A. (1984). Benzodiazepines-misuse and dependency. *American family physician, 30*(5), 139-147.
- Léger, D., Morin, C. M., Uchiyama, M., Hakimi, Z., Cure, C., & Walsh, J. K. (2012). Chronic insomnia, quality-of-life, and utility scores: Comparison with good sleepers in a cross-sectional international survey. *Sleep medicine, 13*, 43-51.
- Lethem, J., Slade, P. D., Troup, J. D. G., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception. *Behaviour research and therapy, 21* (4), 401-408.
- Liebreinz, M. M., Schneider, M., Buadze, A., Gehring, M. T., Dube ,A., and Caflisch, C. (2015). High-dose benzodiazepine dependence: A qualitative study of patients' perceptions on initiation, reasons for use, and obtainment. *PLoS ONE, 10*(11), 1-23.
- Litvin, A. Y., Sukmarova, Z. N., Elfimova, E. M., Aksenova, A. V., Galitsin, P. V., Rogoza, A. N., & Chazova, I. E. (2013). Effects of CPAP on "vascular" risk factors in patients with obstructive sleep apnea and arterial hypertension. *Vascular Health and Risk Management, 9*, 229-235.
- Lockley, S. W., Cronin, J. W., Ean, E. E., Cade, B. E., Lee, C. J., Landrigan, C. P., Rothchild, J. M., Katz, J. T., Lilly, C. M., Stone, P. H., Aeschbach, D., & Czeisler, C. A. (2004). Effect of reducing interns weekly work hours on sleep and attentional failures. *New England journal of medicine, 351*, 1829-1837.
- Logers, E. A. (2011). Scheduled Sleep Periods as an Adjuvant Treatment for Narcolepsy. In Perli, M. L., Kuhn, B., & Aloia, M. (Eds.), *Behavioral Treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive Primer of Behavioral Sleep Medicine Intervention*. Academic Press.

- (越智萌子 (訳) (2015). ナルコレプシーに対する補完的治療：計画的な睡眠確保 岡島義・福田一彦(監訳) マイケル・L・ペルリス,マーク・S・アロイア,ブレット・R・クーン(編) 睡眠障害に対する認知行動療法—行動睡眠医学的アプローチへの招待— (pp237 - 240) 風間書房)
- Lötsch, F., Auer-Hackenberg, L., Groger, M., Rehman, K., Morrison, V., Holmes, E., ...Ramharter, M. (2015). Adherence of patients to long-term medication: A cross-sectional study of antihypertensive regimens in Austria. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 127, 379-384.
- Lund, H. G., Reider, B. D., Whiting, A. B., & Prichard, J. R. (2010). Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 46 (2), 124-132.
- MacLeod, C., & Rutherford, E. M. (1992). Anxiety and the selective processing of emotional information: Mediating roles of awareness, trait and state variables, and personal relevance of stimulus materials. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 479-491.
- Mao, W., Vu, H., Xie, Z., Chen, W., & Tang, S. (2015). Systematic review on irrational use of medicines in China and Vietnam. *PLoS ONE*, 10 (3), 1-16.
- Marín-Agudelo, H. A., Jiménez, C. U., Carlos, S. J., Pandi-Perumal, S. R., & Schenck, C. H. (2014). Cognitive behavioral treatment for narcolepsy: Can it complement pharmacotherapy? *Sleep Science*, 7(1), 30-42.
- Martin, K. R., Shreffler, B., Schoster, B., & Callahan, L.F. (2012). Coping with prescription medication costs: A cross-sectional look at strategies used and associations with the physical and psychosocial health of individuals with arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 44 (2), 236-247.
- Maslow,A.H. (1970). Motivation and personality. Harper & Brothers
(小口忠彦 (訳) (1983). 人間性の心理学 産業能率大学出版部)
- 松本一弥 (1986). 睡眠構造からみた疲労回復. *産業医学*, 28, 301-302.
- Michael, J. T. Update on therapy for Narcolepsy. *Current Treatment Options in Neurology*, 17(5), 2-12.
- Minozzi, S., Saulle, R., Crescenzo, D. F., & Amato, L. (2016) Psychosocial interventions for

- psychostimulant misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Advance online publication, DOI: 10.1002/14651858.CD011866.pub2
- Mitler, M. M., Aldrich, M. S., Koob, G. F., & Zarcone, V. P. (1994). Narcolepsy and its treatment with stimulants. ASDA standards of practice. *Sleep*, *17*(4), 352-371.
- Molu, N. G., Ozkan, B., & Icel, S. (2016). Quality of life for chronic psychiatric illnesses and home care. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *32*(2), 511-515.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., & Todd, S. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*, *29*(11), 1415-1419.
- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2004). The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, *34*(5), 601-608.
- Morin, C. M., Belanger, L., Bastien, C., & Vallières, A. (2005). Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: A survival analysis of relapse benzodiazepines for insomnia. *Behavior Research and Therapy*, *43*, 1-14.
- Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, *30*(11), 1547-1554.
- Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., ... Swick, T. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: An update. An American academy of sleep medicine report. *Sleep*, *29*(11), 1415-1419.
- 宗澤岳史・井上雄一 (2007). 発性不眠症における睡眠薬の服用長期化に関連する要因の検討. *精神科治療学*, *22*(9), 1035-1041.
- Moyer, C. A., Sonnad, S. S., Garetz, S. L., Helman, J. I., & Chervin, R. D. (2001). Quality of life in obstructive sleep apnea: a systematic review of the literature. *Sleep Medicine*, *2*(6), 477-491.
- Munezawa, T., Morin, C. M., Inoue, Y., & Nedate, K. (2009). Development of the Japanese version of the Insomnia Severity Index (ISI-J). *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *10*(4), 433-439.

- 中野重行・菅原英世・坂本真佐哉・小関哲郎・上村尚人・丹生聖治…梅月恵美 (1999). 心身症患者におけるプラセボ効果に關与する要因. 医師患者關係, 治療意欲および藥物治療に対する期待度, *臨床薬理*, 30(1), 1-7.
- 中島香澄・岩満優美・大石智・村上尚美・宮岡等 (2012). 精神医療において期待される心理士の役割 —精神科医・心療内科医を対象としたアンケート調査—. *日本社会精神医学雑誌*, 21(3), 278-287.
- Nakajima, S., Okajima, I., Sasai, T., Kobayashi, M., Furudate, N., Drake, C. L., ... Inoue, Y. (2014). Validation of the Japanese version of the Ford Insomnia Response to Stress Test and the association of sleep reactivity with trait anxiety and insomnia. *Sleep Medicine*, 15, 196-202.
- Nehling, A., Daval, J. L., & Debry, G. (1992). Caffeine and the central nervous system: Mechanisms of action, biochemical, metabolic and psychostimulant effects. *Brain Research Reviews*, 17(2), 139-170.
- Nellesen, D., Yee, K., Chawla, A., Lewis, B. E., & Carson, R.T. (2013). A systematic review of the economic and humanistic burden of illness in irritable bowel syndrome and chronic constipation. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 19(9), 755-764.
- Nevsimalova, S., Buskova, J., Kemlink, D., Sonka, K., & Skibova, J. (2009). Does age at the onset of narcolepsy influence the course and severity of the disease? *Sleep Medicine*, 10(9), 967-972.
- Nishino, S., Ripley, B., Overeem, S., Lammers, G. J. & Mignot, E. (2000). Hypocretin (orexin) deficiency in human narcolepsy. *Lancet*, 355, 39-40.
- 日本睡眠学会 (2015). ナルコレプシーの診断・治療ガイドライン項目. <http://www.jssr.jp/data/pdf/narcolepsy.pdf>, (2016年6月10日時点).
- Jennum, P., Ibsen, R., Petersen, E. R., Knudsen, S., & Kjellberg, J. (2012). Health, social, and economic consequences of narcolepsy: a controlled national study evaluating the societal effect on patients and their partners. *Sleep Medicine*, 13(8), 1086-1093.
- Johnson, E. O., Breslau, N., Roth, T., & Rosenthal, L. (1999). Psychometric evaluation of daytime sleepiness and nocturnal sleep onset scales in a representative community sample. *Biological Psychiatry*, 45-6, 764-770.
- Ohayon, M., & Caulet, M. (1996). Psychotropic medication and insomnia complaints in

- two epidemication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *Psychiatry*, *150*, 1485-1490.
- Ohayon, M. (2013). Narcolepsy is complicated by high medical and psychiatric comorbidities: A comparison with the general population. *Sleep Medicine*, *14* (6), 488-492.
- Okawa, M., & Uchiyama, M. (2007). Circadian rhythm sleep disorders: Characteristics and entrainment pathology in delayed sleep phase and non-24 sleep-wake syndrome. *Sleep Medicine Reviews*, *11* (6), 485-496.
- Okun, M. L., Ling, L., Zerrin, P., Sungchul, H., & Emmanuel, M. (2002). Clinical aspects of narcolepsy-cataplexy across ethnic groups. *Sleep*, *25* (1), 27-35.
- 大嶋耐之・毎田千恵子・宮本悦子・前田忠志・河村嘉信・院瀬見義弘…牧田晃子 (2005). QOL 向上のための医薬品の適正使用に関する研究(第 1 報): 睡眠薬. *日本薬剤師会雑誌*, *57* (3), 335-338.
- Ozaki, A., Inoue, Y., Hayashida, K., Nakajima, T., Honda, M., Usui, A., Komada, Y., Kobayashi, M., & Takahashi, K. (2012). Quality of life in patients with narcolepsy with cataplexy, narcolepsy without cataplexy, and idiopathic hypersomnia without long sleep time: comparison between patients on psychostimulants, drug-naïve patients and the general Japanese population. *Sleep Medicine*, *13* (2), 200-206.
- Parish, J. M., & Lyng, P. J. (2003). Quality of life in bed partners of patients with obstructive sleep apnea or hypopnea after treatment with continuous positive airway pressure. *Chest*, *124* (3), 942-947.
- Park, J. H., An, H., Jang, E. S., Chung, S. (2012). The influence of personality and dysfunctional sleep-related cognitions on the severity of insomnia. *Psychiatry Research*, *197* (3), 275-279.
- Paterniti, S., Dufouil, C., & Alperovitch, A. (2002). Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: The epidemiology of vascular aging study. *Clinical Psychopharmacology*, *22* (3), 285-293.
- Pilcher, J. J., Ginter, D. R., & Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research*, *42*, 583-596.

- Pöttgen, J., Dziobek, I., Reh, S., Heesen, C., & Gold, S. M. (2013). Impaired social cognition in multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 84, 523–528.
- Puca, F.M., Perrucci, S., Prudeniano, M. P., Savarese, M., Misceo, S., ...Genco S. (1996). Quality of life in shift work syndrome. *Functional Neurology*, 11 (5), 261-268.
- Ramar, K., Dort, L. C., Katz, S. G., Lettieri, C. J., Harrod, C. G., Thomas, S. M., & Chervin, R. D. (2015). Clinical practice guideline for the treatment of obstructive sleep apnea and snoring with oral appliance therapy: An update for 2015. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11 (7), 773-827.
- Reynold, A. M., Bowles, E. R., Saxena, A., Fayad, R., & Youngstedt, S. D. (2014). Negative effects of time in bed extension: A pilot study. *Journal of Sleep Medicine and Disorders*, 1 (1), 1-13.
- Rickels, K. (1968). Non-specific factors in drug therapy of neurotic patients. In Rickels.K (Eds.), *Non-specific factors in drug therapy* (pp.7) Thomas Springfield.,Illinois.
- Rickel, K. C., Downing, G. R., & Winokur, A. (1983). Long-term diazepam therapy and clinical outcome. *JAMA*, 250, 767-771.
- Riemann, R., Angleitner, A., & Strelau, J. (1997). Genetic and environmental influences on personality: A study of twins using the self- and peer report NEO-FFI scales. *Journal of Personality*, 65, 449-475.
- Robert, E. T. (1978). Toward a psychological theory of multidimensional activation (arousal). *Motivation and Emotion*, 2 (1), 1–34.
- Rocca, F. L., Finotti, E., Pizza, F., Ingravallo, F., Gatta, M., Bruni, O., & Plazzi, G. (2016). Psychosocial profile and quality of life in children with type 1 Narcolepsy: A case-control study. *Sleep*, 39 (7), 1389–1398.
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J. G., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., ... Stein.M.B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 30 (3), 208-225.
- 坂本真佐哉・小手川勤・堤喜美子・中村紘一・中野重行・上野徳美 (1994). 坂抗不安薬の作用の出現のしかたに及ぼす説明法の影響: 実験的検討(教育・プライマリーケア) 心身医学学会抄録, 33, 41.

- Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Sheng, P., Hou, L., Wang, X., Wang, X., Huang, C., Yu, M., Han, X., & Dong, Y. (2013). Efficacy of modafinil on fatigue and excessive daytime sleepiness associated with neurological disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 8 (12), 1-11.
- Shimodera, S., Watanabe, N., Furukawa, T. A., Katsuki, F., Fujita, H., Sasaki, M., & Perlis, M. L. (2014). Change in quality of life after brief behavioral therapy for insomnia in concurrent depression: Analysis of the effects of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 10 (4), 433-439.
- Schneider-Helmert, D. (1988). Why low-dose benzodiazepine-dependent insomniacs can't escape their sleeping pills. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78 (6), 706-711.
- Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., & Sateia, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of clinical sleep medicine*, 4 (5), 487-504.
- Shirayama, M., Shirayama, Y., Iida, H., Kato, M., Kajimura, N., Watanabe, T., ... Takahashi K. (2003). The psychological aspects of patients with delayed sleep phase syndrome (DSPS). *Sleep Medicine*, 4 (5), 427-433.
- Silva, D. A. N., & Lake, A. E. (2014). Clinical aspects of medication overuse headaches. *Headache*, 54 (1), 211-217.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Spielman, A. J., Saskin, P., & Thorpy, M. J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10, 45-56.
- Spiegelhalder, K., Regen, W., Kyle, S. D., Endres, D., Nissen, C., Feige, B., & Riemann, D. (2012). Time will tell: A retrospective study investigating the relationship between insomnia and objectively defined punctuality. *Journal of Sleep Research*, 21 (3), 264-269.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. CA: Sage Publications, Inc.

- Strine, T. W., & Chapman, D. P. (2005). Associations of frequent sleep insufficiency with health-related quality of life and health behaviors. *Sleep Medicine*, 6(1), 23-27.
- Sussman, N. (1993). While minimizing abuse and dependence. *Clinical psychiatry*.
- Teixeira, V. G., Faccenda, J. F., & Douglas, N. J. (2004). Functional status in patients with narcolepsy. *Sleep Medicine*, 5(5), 477-483.
- 寺尾晶・宮本政臣 (2007). 不眠症治療開発の最前線. *日本薬理学雑誌*, 129, 35-41.
- Takano, K., Boddez, Y., & Raes, F. (2016). I sleep with my Mind's eye open: Cognitive arousal and overgeneralization underpin the misperception of sleep. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 157-165.
- Thorpy, M. J., & Krieger, A. C. (2014). Delayed diagnosis of narcolepsy: Characterization and impact. *Sleep Medicine*, 15(5), 502-507.
- Toshi, A., Furukawa, N., Kawakami, S. M., Ono, Y., Nakane, Y., Nakamura, Y., T... Kikkawa, T. (2008). The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey in Japan. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(3), 152-158.
- Uchiyama, M., Okawa, M., Shibui, K., Liu, X., & Ogihara, R. (2000). An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep*, 23, 41-47.
- 内山真 (2002). 睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会 睡眠障害の対応と治療ガイドライン じほう
- Vanderlind, W. M., Beevers, C. G., Sherman, S. M., Trujillo, L. T., McGeary, J. E., Matthews, M. D., ... Schnyer, D. M., (2014) Sleep and sadness: Exploring the relation among sleep, cognitive, control, and depressive symptoms in young adults. *Sleep Medicine*, 15(1), 144-149.
- Valerie, A. E., Diane, M. Q., Seth, C. K., & Crystal, L. P. (2013). Development and psychometric evaluation of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale Valerie. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(3), 270-282.
- Vignatelli, L., D'Alessandro, R., Mosconi, P., Ferini-Strambi, L., Guidolin, L., Vincentiis, D. A., & Plazzi, G. (2004). Health-related quality of life in Italian patients with narcolepsy: The SF-36 health survey. *Sleep Medicine*, 5, 5, 467-475.
- Vignatelli, L., Alessandro, D. R., & Candelise, L. (2010). Antidepressant drugs for

- narcolepsy (Review). *The Cochrane Collaboration*, 6(1), 1-25.
- Vourdas, A., Shneerson, J. M., Gregory, C. A., Smith, I. E., King, M. A., Morrish, E., & McKenna, P. J. (2002). Narcolepsy and psychopathology: Is there an association? *Sleep Medicine*, 3(4), 353-360.
- Walsh, J. K. (2004). Pharmacologic management of insomnia. *Clinical Psychiatry*, 65(7), 1012-1013.
- Willson, S. J., Frazer, D. W., Lawrence, J. A., & Bladin, P. F. (2007). Psychosocial adjustment following relief of chronic narcolepsy. *Sleep Medicine*, 8(3), 252-259.
- Winkler, A., & Rief, W. (2015). Effect of placebo conditions on polysomnographic parameters in primary insomnia: A meta-analysis. *Sleep*, 38(6), 925-931.
- Won, C., Mahmoudi, M., Qin, L., Purvis, T., Mathur, A., & Mohsanin, V. (2014). The impact of gender on timeliness of narcolepsy diagnosis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 10(1), 89-95.
- Wozniak, D. R., Lasserson, T. J., & Smith, I. (2014). Educational, supportive and behavioural interventions to improve usage of continuous positive airway pressure machines in adults with obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Advance online publication, DOI: 10.1002/14651858.CD007736.pub2.
- 山寺亘・伊藤洋・井上雄一・神林崇・田々谷浩邦・亀井雄一 (2005). 不眠症の診断・治療ガイドライン. *睡眠医療*, 2, 285-289.
- Yang, C. M., Chou, C. P. W., Hsiao, F. C. (2011). The association of dysfunctional beliefs about sleep with vulnerability to stress-related sleep disturbance in young adults. *Behavioral Sleep Medicine*, 9(2), 86-91.
- Zee, P. C., Attarian, H., & Videnovic, A. (2013). Circadian rhythm abnormalities. *Continuum*, 19, 132-147.

資料

資料 1 : 研究 1・2 における初期インタビューガイド

<メモ>

☐性別 ☐年齢 ☐職業

- ☐ 不眠症状が気になり始めたのは何年前ですか？
- ☐ 当クリニックに通い始めたのは何年前ですか？
- ☐ 当クリニックに通う前に他の機関に通っていた場合は、一番初めに治療機関に通い始めたのは何年前ですか？
- ☐ 現在飲んでいる睡眠薬の種類と量をお教えてください。
- ☐ 今まで飲んだことのある睡眠薬をわかる範囲でお教えてください。
- ☐ 服薬による治療以外の不眠症治療を受けたことがあれば、教えてください。

初めに、不眠症はどんな病気だと感じる？他の病気と比べて。

初診を受けた時の感想。どんなことを思った？

症状に対して

症状を持っている自分に対して

治療・薬に対して

医師に対して

最初に思ったことは、どんなふうに進んでいった？

症状や治療、自分、医師に対して感じる事が変化するきっかけとなることはあったか？

何かに関連して左右されることはあったか？

症状と治療の感じ方は？

現在は？

医師や治療、薬の捉え方と症状、あるいは症状を持っている自分の捉え方は？

どんな繋がりや関連性があると感じる？

医者にはそのこと話したか？(なぜ言わなかったか？)

どんな反応だった？

医師の指導には従った？

良かった対応、悪かった対応ある？

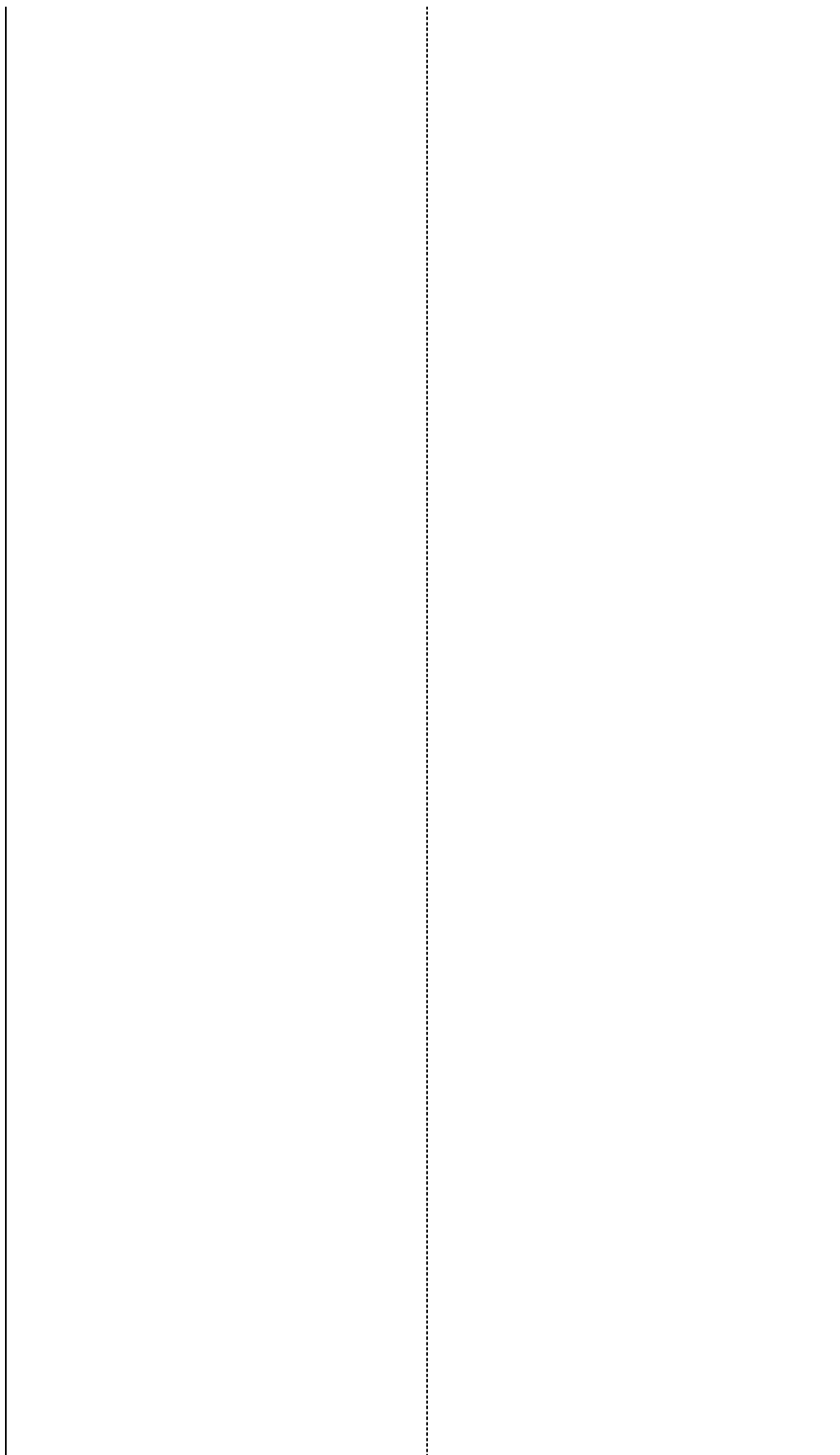
薬飲み忘れたこととか、止めようとしたこととかある？

副作用、離脱症状出たことある？

最後に質問、ご意見、感想？

<メモ>

※対象者に時期ごとの症状の重さをグラフで書いてもらい、それを見ながら会話を展開した。



資料 2：研究 3 で用いた質問紙

I D：

あなたのふだんの様子に関する質問

以下に、あなたの普段の様子について問う質問が並んでいます。あなたのふだんの様子にもっとも近い数字や項目に○をつけてください。迷った時は、より数字が大きい/程度が高い方に○をつけてください。お手数をおかけしますが、どうぞよろしくお願いいたします。

- あなたのふだんの考えについて、以下の項目のような考えはどれくらい強いですか。もっとも近い数字に○をつけてください。

全く強くない

非常に強い

1. 薬とは本来、服用すればいつでも同じ効果が得られるものだ	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
2. 自分が飲んでいる薬は、日によって効きかたに波があると思う	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
3. 自分が飲んでいる薬は、十分に効かないと思う	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
4. 自分が飲んでいる薬は、自分に合っていると思う	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
5. 自分が飲んでいる薬は、飲めば眠れると思う	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

- 過去 30 日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。もっとも当てはまるものに○をつけてください。

	0 点	1 点	2 点	3 点	4 点
1. 神経過敏に感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
2. 絶望的だと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
3. そわそわ、落ち着かなく感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
4. 気分が沈み込んで、何が起ころうとも 気が晴れないように感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
5. 何をするのも骨折りだと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
6. 自分は価値のない人間だと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも

- 下に文章が並んでいますから、読んで、ふだんの気持ちをよく表すように、それぞれの文の右側の欄に○をつけてください。あまり考え込まないでふだん感じている通りにつけてください。

	ほとんどない	ときたま	しばしば	しょっちゅう
気分がよい……………				
疲れやすい……………				
泣きたい気持ちになる……………				
他の人のように幸せだったと思う……………				
すぐに心が決まらずチャンス进行失い易い……………				
心が休まっている……………				
落ち着いて、冷静で、あわてない……………				
問題が後から後から出てきて、どうしようもないと感じる……………				
つまらないことを心配しすぎる……………				
幸せな気持ちになる……………				
物事を難しく考えてしまう……………				
自信がないと感ずる……………				
安心している……………				
危険や困難を避けて通ろうとする……………				
憂うつになる……………				
満ち足りた気分になる……………				
つまらないことで頭がいっぱいになり、悩まされる……………				
何かで失敗するとひどくがっかりして、そのことが頭を離れない……………				

あせらず，物事を着実に運ぶ.....				
その時気になっていることを考え出すと，緊張したり，動揺したりする				

I D :

お薬を飲んだときの様子に関する質問

月 日 時 分

- あなたは今、以下に示す考えや状態がどれくらい強いですか。もっとも近い数字に○をつけてください。

全く強くない

非常に強い

眠れないことに対する心配	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
はたして今夜は薬が効くのかという懸念	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
本当は飲みたくないが飲まざるをえない	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
薬や飲むことに関して特に何も考えない	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
覚醒している(頭がさえている)程度	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

- あなたの気分の状態をもっともよく表した数字に○をつけてください。

1	非常にはっきり目覚めている
2	
3	目覚めている
4	
5	どちらでもない
6	
7	眠い
8	
9	とても眠い (眠気と戦っている)

ご記入お疲れ様でした。
研究にご協力いただき、ありがとうございます。



I D :

なかなか眠れないときの様子に関する質問

月 日 時 分

- 今あなたは、以下に示すような考えや状態がどれくらい強いですか。もっとも近い数字に○をつけてください

全く強くない

非常に強い

眠れないことに対する心配	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
薬が効いていないことに納得いかない	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
眠れなくてもやることがあるので大丈夫	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
覚醒している(頭がさえている)程度	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

- あなたの気分の状態をもっともよく表した数字に○をつけてください。

1	非常にはっきり目覚めている
2	
3	目覚めている
4	
5	どちらでもない
6	
7	眠い
8	
9	とても眠い(眠気と戦っている)



ID :

朝起きたときの様子に関する質問

月 日 時 分

- ベッドに入ってから寝つくまでにかかった時間は？ [] 分
- 寝ついてから最後に目覚めるまでの間に、途中で目覚めた回数は？ [] 回
- 寝ついてから最後に目覚めるまでの間で、途中で目覚めていた時間の合計は？ [] 分
- 昨晚の眠りのぐっすり感はいかがでしたか？もっともあてはまるものに○をつけてください。
[悪かった ・ やや悪かった ・ ふつう ・ やや良かった ・ 良かった]
- 自宅の寝床との寝心地の違いについて、もっとも当てはまるものに○をつけてください。
[自宅より悪かった ・ 変わらない ・ 自宅より良かった]
- 昨晚の薬に関する以下の項目について、あなたの考えが最も近い数字に○をつけてください。

昨晚の薬の効果の程度	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
昨晚の薬の効果に対する満足の程度	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

- なかなか眠れない時のあなたは、以下に示す考えがどれくらい強いですか。昨晚の様子を思い出し、近い数字に○をつけてください。なかなか眠れないと感じなかった場合は、ベッドに入ってから寝つくまでの間の様子を思い出し、記入してください。

全く強くない

非常に強い

眠れないことに対する心配	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
薬が効いていないことに納得いかない	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
眠れなくてもやることがあるので大丈夫	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
覚醒している(頭がさえている)程度	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

- なかなか眠れない時のあなたの状態をもっともよく表した数字に○をつけてください。なかなか眠れないと感じなかった場合は、ベッドに入ってから寝付くまでの間の様子を思い出し、記入してください。

1	非常にはっきり目覚めている
2	
3	目覚めている
4	
5	どちらでもない
6	
7	眠い
8	
9	とても眠い(眠気と戦っている)

資料3：研究4で用いた質問紙

過眠症と生活状態についてのアンケート <NA+EHS>

あてはまる番号に○をつけてください。また（ ）内にはご自分でご記入下さい。

記入日：平成()年()月()日

A. ご自身のことについてお尋ねします。

1) 性別 1. 男 2. 女

2) 年齢()歳 生年月日 明治・大正・昭和()年()月()日

3) 現在の職業は？

1. 学生 2. 一般従業員(勤務日数が週4日以上)の常勤的労働者 派遣社員を含む)
3. 管理職(係長, 課長, 部長, その他) 4. 企業経営者 5. 専業主婦
6. パート・タイム(週3日以下) 7. 自営業(農業・芸術家・コンサルタント等の専門職を含む)
8. 無職(年金生活を含む) 9. その他()

4) 現在の婚姻状況は次のどれですか？

1. 結婚している(初婚) 2. 結婚している(再婚)
3. 離婚して再婚していない 4. 未婚である 5. 死別した(行方不明を含む)
6. その他()

5) 家庭生活状況は次のどれですか？

1. 単身 2. 配偶者と同居 3. 配偶者以外の親族と同居 4. 親族以外と共同生活
5. その他

6) 昨年の年収は税込みで大体いくらくらいになりますか？(自営業の方は実質的な個人所得)。
個人年収()万円位です。(記入したくない方は記入しなくてもかまいません)

B. 通院と服薬の状況についてお尋ねします

1) 過眠症の病気がはじまったのはいつごろでしょうか？

イ) 1. 小学校 2. 中学校 3. 高等学校 4. 大学 5. その他()

ロ) それは以下に当てはまります。

1. 10代 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. その他()

ハ) よく考えると病気がはじまったのは()歳頃です。

ニ) 病気がはじまったきっかけに心当たりがありますか？

1. ない 2. ある(具体的に:)

2) 過眠症のために睡眠専門の医師に初めて受診したのは()歳ごろです
それは()病院です。

3) 現在ナルコレプシーなどの過眠症のために病院・診療所などに通院していますか？
(近くの病院で薬の処方を受けている場合や、本人が通院できず家族などが通う場合も含む)

は、具体的に記入して下さい。

日中眠り込んでしまうほどではないが、眠くてぼんやりしてしまうことについてお尋ねします。
(何もしないでいるととても眠いけれど、電話をうけたり荷物の受け取りなどはできる程度の状態)

① 眠気をさます薬(リタリン・ベタナミンなど)を飲んでいても日中眠くてぼんやりしてしまうことは：

1. ない 2. 稀に(月に1回以下) 3. たまに(週に1回以下) 4. 時々(週に2～3回位) 5. しばしば(日に1回位) 6. いつも(日に何回もある) 7. あてはまらない(薬を飲んでいない, など) 8. その他()

② 眠気をさます薬(リタリン・ベタナミンなど)を飲んでいない時に、日中眠くてぼんやりしてしまうことは：

1. ない 2. 稀に(月に1回以下) 3. たまに(週に1回以下) 4. 時々(週に2～3回位) 5. しばしば(日に1回位) 6. いつも(日に何回もある) 7. あてはまらない(毎日薬を飲んでいるから, など) 8. その他()

③ 現在薬をのんでいなくても、「日中眠くてぼんやりすること」が「なくなった方」にお伺いします。大体いつ頃から日中の眠気が無くなりましたか？

() 年位前から それは() 歳頃から。

ロ) 日中実際に眠ってしまう症状についてお尋ねします。(自分から昼寝をする場合も含む)

① 眠気をさます薬(リタリン・ベタナミンなど)を飲んでいても日中実際に眠ってしまうことは：

1. ない 2. 稀に(月に1回以下) 3. たまに(週に1回以下) 4. 時々(週に2～3回位) 5. しばしば(日に1回位) 6. いつも(日に何回もある) 7. あてはまらない(毎日薬を飲んでいるから, など) 8. その他()

② 眠気を覚ます薬を飲んでいない時に日中実際に眠ってしまうことは：

1. ない 2. 稀に(月に1回以下) 3. たまに(週に1回以下) 4. 時々(週に2～3回位) 5. しばしば(日に1回位) 6. いつも(日に何回もある) 7. あてはまらない(毎日薬を飲んでいるから, など) 8. その他()

③ 現在眠気をさます薬をのんでいなくても、「日中眠りこんでしまうこと」が「なくなった」方にお伺いします。大体いつ頃から、日中の居眠りが無くなりましたか？

() 年位前から それは() 歳頃から。

2) 眠気以外の症状について：最近1年間くらい様子を思い出して、以下の質問に答えてください。該当する選択肢がない場合には、その他に具体的に記入して下さい。

もともと情動脱力発作(大笑いしたり、得意になったり、驚いたりしたとき体の力がカクンと抜ける症状)のない方はイ)を飛ばしてロ)に進んでください。

イ) 情動脱力発作の頻度についてお伺いします。

情動脱力発作(大笑いしたり、得意になったり、驚いたりしたとき体の力がカクンと抜ける症状)は最近1年間に？

① 脱力発作を予防する薬(アナフラニールやトフラニールなど)をきちんと飲んでいても、情動脱力発作が起ってしまうことは？

1. ない 2. 稀に(月に1回以下) 3. たまに(週に1回以下) 4. 時々(週に2～3回位) 5. しばしば(日に1回位) 6. いつも(日に何回もある)

7. あてはまらない(薬を飲んでいない, など) 8. その他()

②脱力発作を予防する薬を飲んでいない時, 情動脱力発作が起こってしまうことは?

(薬を継続的に飲んでいる方でも, 飲み忘れたときの経験で見当がつく場合には
お答えください):

1. ない 2. 稀に(月に1回以下) 3. たまに(週に1回以下) 4. 時々(週に2~3回位) 5. しばしば
(日に1回位) 6. いつも(日に何回もある) 7. あてはまらない(毎日薬を飲んでいるから, など) 8. その他
()

③現在脱力を止める薬をのんでいなくても, 「情動脱力発作」が「なくなった」方にお伺いします。大体いつ頃か
ら, 情動脱力発作が起こらなくなりましたか?

() 年位前から それは() 歳頃から。

ロ) 入眠時幻覚(寝入りばなに生々しい現実感のある夢をみること)が最近1年間にどのくらいありましたか?

1. ない 2. 稀に(月に1回以下) 3. たまに(週に1回以下)
4. 時々(週に2-3回位) 5. しばしば(週に4-5日) 6. いつも(ほぼ毎日)
7. あてはまらない(もともと入眠時幻覚はない等)
8. その他(服薬を忘れた時だけあるなど()

入眠時幻覚の薬を飲んでいないが, 以前にはあった入眠時幻覚が最近1年間は全く起こらない方は, 大体いつ
頃から, 入眠時幻覚がなくなりましたか?

() 年位前から それは() 歳頃から。

ハ) 睡眠麻痺(寝床に入って間もなく, 半分意識があるのに全身が金縛り状態となり身動き出来ない体験)が最
近1年間にどのくらいありましたか?

1. ない 2. 稀に(月に1回以下) 3. たまに(週に1回以下)
4. 時々(週に2-3回位) 5. しばしば(週に4-5日) 6. いつも(ほぼ毎日)
7. あてはまらない(もともと睡眠麻痺はない等)
8. その他(服薬を忘れた時だけある等 ()

睡眠麻痺の薬を飲んでいなくても, 以前にはあった「睡眠麻痺」が「なくなった」方は大体いつ頃から, 睡眠麻
痺がなくなりましたか?

() 年位前から。 それは() 歳頃からです。

ニ) 夜間熟眠困難(夜いったん眠りについたあと, 繰り返し目がさめること)が最近1年間にあ
りましたか?

1. ない 2. 稀に(月に1回以下) 3. たまに(週に1回以下)
4. 時々(週に2-3回位) 5. しばしば(週に4-5日) 6. いつも(ほぼ毎日)
7. あてはまらない(もともと夜間熟眠困難はない等)
8. その他(服薬を忘れた時だけある等)

夜よく眠るための薬は飲んでいないが, 以前にはあった「夜間熟眠困難」が「なくなった」
のは, 大体いつ頃からですか?

() 年くらい前, それは大体() 歳頃からです。

日中, 無意識のうちに行動する症状(自動症)について

日中、はっきりした記憶がなく無意識のうちに行動することがありますか？（自覚的には眠気はなく日常的な動作や会話をしているのに、その間の記憶がないもの：例えば、「知らないうちに家への曲がり角を通り過ぎていた」、「電話した記憶がないのに話していた」、「冷蔵庫の食べ物がないが自分が食べてしまったらしい」等の経験をさします） 最近1年間くらい様子を思い出して、以下の質問に教えてください。

1. 以前にはあったが今はない 2. 稀に（月に1回以下） 3. たまに（週に1回以下）ある 4. 時々ある（週に2-3回位） 5. よくある（週に4-5日以上） 6. あてはまらない（そういう経験はもともとない） 7. その他（ ）

以前にあった「自動症」が「なくなった」方は、大体いつ頃から自動症がなくなりましたか？（ ）年くらい前、それは大体（ ）歳頃からです。

へ）寝床に入って眠くなると、足のふくらはぎなどがむずむずする不快な感覚（虫が這う感じ、むず痒い感じなど）のためじっとしてられないこと（むずむず脚症候群）がありますか？

最近1年間くらい様子を思い出して、以下の質問に教えてください。

1. 以前にはあったが今はない 2. 稀に（月に1回以下） 3. たまにある（週に1回以下） 4. 時々ある（週に2-3回位） 5. よくある（週に4-5回以上） 6. あてはまらない（そういう経験はもともとない） 7. その他（ ）

・① むずむず脚症候群の経験のある方について、症状の始まりは何歳ころからですか？

（ ）歳頃

・② むずむず感がもとはあったが今はなくなった方は何年くらい前からなくなりましたか？

（ ）年くらい前

ト）夜寝ている間に足が繰り返しぴくぴくと動いてしまう症状（周期性四肢運動障害）がありますか（あると言われましたか）？

寝相が悪くて、いつも起きると布団が乱れている方、壁を蹴ったことがある方は、可能性がありますので、同居している方にも状況をお尋ねください。

1. 以前にはあったが今はない 2. 稀に（月に1回以下） 3. たまにある（週に1回以下） 4. 時々ある（週に2-3回位） 5. よくある（週に4-5日以上） 6. あてはまらない（そういう経験はもともとない） 7. その他（ ）

① 周期性四肢運動障害の経験のある方について、始まりは何歳ころからですか（ ）歳頃

② 周期性四肢運動障害がなくなった方はいつ頃からなくなりましたか？

（ ）年くらい前です。

チ）いびきと睡眠中の呼吸停止（睡眠時無呼吸症）について

① 大きないびきをかくと他人からいわれますか？

1. はい、よくある 2. はい、たまには 3. いいえ 4. わからない 5. その他

② いびきをかく場合、呼吸が止まることがあると言われたことがありますか？

1. はい、よくある 2. はい、たまには 3. いいえ 4. わからない 5. その他

③ ①と②で1.または2.に○をつけた方は何歳頃からですか？（ ）歳頃

④ ③にあてはまる方は現在どんな状態でしょうか？

1. 変わらず無呼吸がある 2. CPAP という装置を使っている 3. 歯科装具を使っている 4. その他（ ） 5. わからない

3) 夜の睡眠についてももう少し詳しくお尋ねします：最近1年間くらい様子を思い出して、以下の質問に答

えてください。

平均的な睡眠時間についてお尋ねします。交代性勤務などで生活が不規則な場合には、早い場合と遅い場合の双方を記入して下さい。

ロ) ①平日(翌日仕事や家事など予定がある時)は

就寝時間が ()時()分頃 起床時間が ()時()分頃
夜の睡眠時間は、平均すると()時間位です。

②休前日(翌日仕事など予定がない時)は

就寝時間が ()時()分頃 起床時間が ()時()分頃
夜の睡眠時間は、平均すると()時間位です。

③昼寝や居眠りを含めて一日合計の睡眠時間は大体()時間位 です。

ハ) 不眠の症状がありますか。あてはまるものにすべて○をつけ ()内にもに記入して下さい。

1. 夜はぐっすりと眠れる。

2. 寝つきが良くない: 睡眠薬を使わない状態で ()分位かかる。

睡眠薬を使った場合 ()分位かかる。

3. いったん眠りに入ったあと、眠りが浅く繰り返し目がさめる: 一晩に()回位

4. 朝早く目が覚めてしまうことが良くある。

5. 眠っているようだが、十分寝た感じがしない(熟睡感がない)

6. よく眠れるように薬(睡眠薬)を飲んでいる。 7.その他 ()

ニ) 朝の目覚めはいかがですか。

1. なかなかすっきりおきることが出来ない。 2. 目覚めは良くないが何とかおきている。

3. すっきりおきることが出来る。 4. その他 ()

目覚めてから、頭や体が働くようになるまで、どれくらい時間がかかりますか? ()分位

4) 現在のあなたの症状の強さは以前と比べてどのくらい変化しているのでしょうか? 薬を飲まない状態でどうなるか考えて、お答え下さい。

イ) 病気の始まった当時(眠気が一番強かった頃)とくらべて日中の眠気の強さは:

1. ほぼ改善した(ほとんど眠気はない) 2. かなり改善した 3. やや改善した

4. 変わらない 5. 悪くなった(眠気が強まった) 6. あてはまらない(いつも服薬しているので、わからない、等()

7. その他(一時良くなったが最近また悪くなった(他の病気の治療薬の副作用で眠気が生じている等()

ロ) 病気の始まった当時とくらべて(薬を飲まない状態で)情動脱力発作の強さは:

1 ほぼ改善した(脱力は全くない) 2. かなり改善した 3. やや改善した

4. 変わらない 5. 悪くなった(脱力が増えた) 6. あてはまらない(いつも服薬しているので、わからない等)

7. もともと情動脱力発作はない 8. その他(一時良くなったが最近また悪くなった等: ()

E. 治療薬(目を覚ます薬)の副作用についてお尋ねします。

どんな副作用がありますか、当てはまるものに○[かなり強い副作用には◎]をつけてください。

1. 口の乾き 2. 汗かき 3. 胃炎 4. どきどき(動悸) 5. 服用後まもなく強い眠気が起こる 6. 性欲減退 7. 神経過敏となる(神経質になる) 8. その他の副作用がある() 9. 副作用はとくにない 10. その他(現在は服用しておらずわからない、他の薬と併用しておりなんともいえない等 ()

F. 社会生活・日常生活において過眠症の症状のため困ったことについてお尋ねします。

1) 以下の眠気に伴う社会生活上の困難の例について、ご自分にあてはまる時は○, あてはまらないときは×, どちらとも言えない時には△を付けて下さい。特に社会生活上非常に困った場合には◎をつけて下さい。過去の状態(病気が始まった当時)は質問の左側に、最近1年間の状態を各項目の右側に付けてください。薬の服用の有無にかかわらずにお答えください。

記入例: 【◎】 9. 仕事上の電話中に眠ってしまった。 【×】

【過去】 【最近】

- | | | |
|--------|---------------------------------|--------|
| 【 】 | 1. 繰り返す眠気のために学校の成績が下がった。 | 【 】 |
| 【 】 | 2. よく居眠りをするため進学をあきらめた。 | 【 】 |
| 【 】 | 3. 入学試験の時に眠ってしまい、落ちてしまった。 | 【 】 |
| 【 】 | 4. 入社試験の時に眠ってしまい、落ちてしまった。 | 【 】 |
| 【 】 | 5. 昇進や資格試験の時に眠ってしまい、失敗した。 | 【 】 |
| 【 】 | 6. よく眠るため仕事の能率が上がらず、注意を受けた。 | 【 】 |
| 【 】 | 7. 会議中によく眠って馬鹿にされたり、注意を受けた。 | 【 】 |
| 【 】 | 8. よく眠ってしまうために仕事上の対人関係に問題が起こった。 | 【 】 |

【過去】 【最近】

- | | | |
|--------|----------------------------------|--------|
| 【 】 | 9. 仕事上の電話中に眠ってしまった。 | 【 】 |
| 【 】 | 10. 来客との面談中に眠ってしまった。 | 【 】 |
| 【 】 | 11. 仕事中に眠ってしまったため事故を起こした。 | 【 】 |
| 【 】 | 12. よく居眠りをしたために不利な配置転換をされた。 | 【 】 |
| 【 】 | 13. よく居眠りをしたため昇進が遅れた。 | 【 】 |
| 【 】 | 14. 居眠りが失職の原因となった。 | 【 】 |
| 【 】 | 15. 電車やバスなどで眠り込み、乗り過ごすことがよくあった。 | 【 】 |
| 【 】 | 16. 電車などで眠り込み、降りた時に大事なものを置き忘れた。 | 【 】 |
| 【 】 | 17. 電車やバスなどで眠っているうちに物をなくしたり盗られた。 | 【 】 |
| 【 】 | 18. 運転中の居眠りで事故を起こした。 | 【 】 |
| 【 】 | 19. 居眠りの結果怪我をした。 | 【 】 |
| 【 】 | 20. デート中に眠ってしまって馬鹿にされたり、断られた。 | 【 】 |
| 【 】 | 21. 映画や演劇を観ている最中に眠ってしまった。 | 【 】 |
| 【 】 | 22. 旅行中も眠ってばかりいて、景色を楽しめなかった。 | 【 】 |
| 【 】 | 23. よく眠ることが原因で家庭内不和が起こった。 | 【 】 |
| 【 】 | 24. よく眠ることが原因で離婚となった。 | 【 】 |
| 【 】 | 25. よく眠ることが原因で友人が減った。 | 【 】 |

その他にも日中眠り込んだために社会生活上不利になったことがあれば記入して下さい。
()

運転事故について特にお尋ねします。 もともと運転免許証を持っていない方は、3)に進んでください。

イ) 運転免許証は持っていますか? (原動機付自転車免許だけのときには△をつけてください)

1. もっていて仕事に使っている 2. 持っているが仕事ではなく、家庭用などに運転している 3. 持っているがほとんど使わない 4. 持っているが全く使わない
5. 持っていたが眠気のために返却した 6. その他

ロ) 治療開始前に運転中眠気のために事故を起こしたことがありますか？

1. いいえ一度もない 2. 居眠りして自分の車をガードレールなどにぶつけた自損事故 3. 居眠りして他の車などにぶつかったことがある(物損事故) 4. 居眠りして人身事故を起こしたことがある 5. その他 ()

ハ) ロ)で3または4に○をつけた方にお尋ねします。回数はそれぞれ何回ありますか？

物損事故について：1. 1回 2. 2-3回 3. それ以上ある

4. その他 ()

人身事故について：1. 1回 2. 2-3回 3. それ以上ある

4. その他 ()

ニ) 治療開始後に運転中眠気のために事故を起こしたことがありますか？

1. いいえ一度もない 2. 居眠りして自分の車をガードレールなどにぶつけた自損事故 3. 居眠りして他の車などにぶつかったことがある(物損事故) 4. 居眠りして人身事故を起こしたことがある 5. その他 ()

ホ) ニ)で3または4に○をつけた方にお尋ねします。回数はそれぞれ何回ありますか？

物損事故について：1. 1回 2. 2-3回 3. それ以上ある

4. その他 ()

人身事故について：1. 1回 2. 2-3回 3. それ以上ある

4. その他 ()

ヘ) 居眠り運転事故を防ぐために工夫をしていますか？

1. とくに工夫をしないが運転中は大丈夫 2. 眠くなったら車をとめて一眠りする
3. 車を運転する前には一眠りしている 4. 眠気を覚ます薬を飲んでるので心配ない
5. 眠いときには眠気を覚ます薬を追加して飲んでる 6. 眠いときには運転しない

7. その他 ()

ト) 治療開始後居眠り運転による事故や交通違反のため、警察で処分を受けたことがありますか？

1. ない 2. 免許停止処分を受けた 3. 免許取消処分を受けた 4. その他

チ) 治療開始後運転免許更新のとき診断書を求められたことがありますか？

ない 2. ある (診断書で免許はもらえた ・ 診断書の結果、免許停止になった) 3. その他 ()

3) 以下の情動脱力発作に伴う社会生活上の困難の例について、ご自分にあてはまる時は○、あてはまらないときは×、どちらとも言えない時には△を付けて下さい。特に社会生活上非常に困った場合には◎を付けて下さい。

もともと情動脱力発作がない方はこの設問および4)を飛ばして5)に進んでください。

記入例: 【○】 4. 入浴中に脱力が起こり、お湯の中に潜ってしまった。 【×】

【最近】

【 】 2. 情動脱力発作で倒れた時に怪我をした。 【 】

【 】 4. 入浴中に脱力が起り、お湯の中に潜ってしまった。 【 】

【 】 5. スポーツ中に（うまくいった時などに）力が抜けて失敗した。 【 】

【 】 6. 歩行中に脱力が起って困った。 【 】

【 7. 会話中に笑うと顔がゆがんだり、口がもつれて困った。 【 】

【 】 8. 会話中に面白い話をしようとしたり，得意になった時などに脱力がよく起って困った。

【 9. 人と会っていても脱力が心配で心おきなく笑えなかった。 】

【 】 10. 突然知人と出会った時などに力が抜けて困った。 【 】

【 】 11. テレビや映画を見ていて興奮したり、笑った時、脱力が起り
画面を見続けることが出来なくなったことがよくあった。

【最近】

【 】 12. 仕事中に脱力が起こり解雇された。 【 】

【 】 13. 性生活の時に脱力が起こった。 【 】

4) これまでの生活で、情動脱力発作のために困ったり、日常生活が実際に制限されたりしたことはどの程度ありましたか。

1. ほとんどなかった 2. あまり困ったことはなかった 3. どちらとも言えない

4. 多少あった 5. かなりあった 6. あてはまらない()

7. その他 ()

5) 服薬の有無にかかわらず、全体として日常生活をする上で、過眠症の症状のために困ることは、初診当時 とくらべてどう変化していますか？

1. ほぼ改善した(ほとんど困らない) 2. かなり改善した 3. やや改善した

4. あまり変わらない 5. 悪くなった(困ることが増えた)

6. その他（他の病気の治療で困っており、過眠症の変化はよくわからない

6) 現在の生活状態に満足していますか？


1. 非常に不満　　2. かなり不満　　3. どちらかと言えば不満

4. まずまず満足 5. 満足している 6. 十分満足している

G. あなたの性格についてお尋ねします。

あなたの社会および家庭での生き方で、現在あてはまると思う位置に○を付けて下さい。

記入例： かなり やや 中間 やや かなり

積極的 + - - - - + - - - - + - - - - + -  - + 消極的。

かなり やや 中間 やや かなり

1. 友人は多い + - - - + - - - + - - - + - - - + 友人は少ない

2. 話好き	+-----+-----+-----+-----+	無口
3. 積極的	+-----+-----+-----+-----+	消極的
4. 楽観的	+-----+-----+-----+-----+	悲観的
5. 自信がある方	+-----+-----+-----+-----+	自信がない方
6. 几帳面	+-----+-----+-----+-----+	ずぼら
7. 時間を守る	+-----+-----+-----+-----+	時間にルーズ
8. 物事にこだわる	+-----+-----+-----+-----+	あきらめやすい
9. 怒りっぽい	+-----+-----+-----+-----+	めったに怒らない
10. 他人の不正や 不誠実は許せない	+-----+-----+-----+-----+	他人のことは気にしない

H. ナルコレプシー，真性過眠症などご自身の過眠症という病気に対する考え方についてお尋ねします。

あてはまる場合には○を，当てはまらない場合には×を()の中に記入して下さい。
答えにくい場合には△をつけて下さい。いくつでも結構です。

1. ナルコレプシーまたは過眠症という病気を他の人には隠したい。()
2. 病院へ行くのはいやだ。()
3. 眠気は我慢できるので病院にはいかない。()
4. 周囲の人が「眠ること」をどう思っているかととても気になる。()
5. 薬を飲み続けるのは副作用がとても心配だ。()
6. ナルコレプシー・過眠症という病気を他の人に理解して欲しい。()
7. 薬をきちんと飲めば普通に近い社会生活が出来るので通院を続けたい。()
8. ナルコレプシー・過眠症も普通の病気と同じだから，専門の病院に通院することは恥かしいことではない。()
9. ナルコレプシ・過眠症という病気が他の人に分ってもかまわない。()
10. ナルコレプシー・過眠症という病気の事を周囲の人に自分から話している。()
11. 病気の事はあまり気にしないで気楽にやっている。()
12. 病院で治療を受けても良くならないので行っても仕方がない()
13. その他 ()

I. このアンケートについてのご感想をご記入ください。

------(以下はこちらで切り取ります)-----

* アンケート内容の確認のため，特別の場合には連絡をしてもよろしいでしょうか？

ご承諾いただける場合には，連絡可能なご住所，電話番号をご記入下さい。(こちらから連絡することはまずありません。連絡する場合でも，電子メールを使うか，手紙や電話で病院からとは分らないように個人名であなたを確認してからお話しします)

お名前()連絡先住所 (〒)
 連絡先電話または携帯番号 () 電話連絡してもかまわない時間帯 ()
 電子メール: ()

★ ご本人が死亡(あるいは行方不明)されている場合，以下の問いにお答え下さい。

1. 死亡(行方不明)となった際の年齢は()歳だった。
 2. 死亡(行方不明)直前の過眠症状について、わかる範囲でお答え下さい。
 - 1) 過眠症の治療を継続していた(症状は軽減していた・不変だった・悪化していた)
 - 2) 過眠症の症状はあったが、治療していなかった
 - 3) 過眠症の症状は軽快しており、治療していなかった
 3. 死亡(行方不明)となった原因は何ですか？過眠症と関連がある場合には、説明もお願いします。
()
- ☆ アンケートにご協力いただけない場合、その理由についてお聞かせ下さい。
1. 本人が死亡しているため(行方不明を含む)
 2. 本人が長期不在のため(旅行・施設入所・その他)
 3. 本人の(様々な疾患による)病状が悪いため
 4. 調査に協力したくないため
 5. その他

以上で質問は終わりです。 ご協力まことに有難うございました。

資料 4：研究 5・6 における初期インタビューガイド

インタビューガイド

【フェイスシート】

- ・ 年齢
- ・ 職業
- ・ 性別
- ・ 服薬内容
- ・ 罹患年数
- ・ 治療年数
- ・ 日中の眠気の強さ(ESS)
- ・ 日中の眠気への苦痛感(1－10 点で答えてもらう)
- ・ 日中の眠気による生活の支障の程度(1－10 点で答えてもらう)

【質問項目】

1. 眠気/居眠りに関する質問

- ・ 日中に眠気/居眠りすることで、今までどんな経験をされてきましたか？
- ・ 日中に眠気/居眠りすることで、どんなことが起きると思っていますか？
 - ＊周囲の反応・状況の変化
 - ＊自分自身の中で生じる考えや感情
- ・ 日中に眠気/居眠りする自分自身に対して、どのような印象を持ちますか？
 - ＊昔と今で違う場合はどのようにして変わったか

2. 社会参加

- ・ 毎日の生活に満足していますか？それはどんな理由ですか？
 - ＊日中の眠気/居眠りと生活状況との関連
- ・ 友人などとの人間関係は積極的ですか？それはどんな理由ですか？
- ・ 自分はどんな性格だと思いますか？いつからそうなったとおもいますか？
 - ＊周囲からどういわれるか
 - ＊自分自身のとらえ方（評価や自尊感情など）

3. 援助資源への要望

- ・ 日中の眠気/居眠りに関連して生じる精神的な問題・困りごとがありますか？どうなれば良いとおもいますか？
- ・ 社会や周囲に対して、このように変わってくれば良いのに、といった要望はありますか？
- ・ 普段治療や援助資源とかかわっている中で、もう少しこうだったら生活しやすくなるのに、といった要望はありますか？
 - ＊心理社会的側面に目を向けて 薬の開発などは除く

ただし、返答に合わせて次の質問は適宜変更していく。

資料 5：研究 5・6 における JESS（上部）苦痛感・支障を問う質問（下部）

※苦痛感・支障を問う質問の記入内容を参照しながら面接を展開していった

日中の眠気の強さに関する質問

もし以下の状況になったらどれくらいウトウトする(数秒~数分眠ってしまう)と思いますか。最近 1 カ月程度の日常生活を思い出して、1~9 のこうもくについてしるしを 1 つずつつけてください。以下の状況になったことが実際になくても、その状況になればどうなるかを想像してお答えください。(項目 9 は運転される方だけで結構ですが、それ以外の項目はできる限りお答えください)

ふだん目を覚ます薬を服用されている方は、服薬した状態について各項目に○をつけていただき、さらに目を覚ます薬を服用しなかった日の状態について各項目に△をつけてください。

	ウトウトする可能性はほとんどない	ウトウトする可能性は少しある	ウトウトする可能性は半々くらい	ウトウトする可能性は高い
1. すわって何かを読んでいるとき(新聞、雑誌、本、書類など)	0	1	2	3
2. すわってテレビを見ているとき	0	1	2	3
3. 会議、映画館、劇場などで静かにすわっているとき	0	1	2	3
4. 乗客として1時間続けて自動車に乗っているとき	0	1	2	3
5. 午後に横になって、休息をとっているとき	0	1	2	3
6. すわって人と話をしているとき	0	1	2	3
7. 昼食をとった後(飲酒なし)、静かにすわっているとき	0	1	2	3
8. すわって手紙や書類などを書いているとき	0	1	2	3
9. 自分で運転中に、交通渋滞などで2~3分停車しているとき	0	1	2	3

・ 日中の眠気への苦痛感は何点くらいですか？(1-10 点で答えてもらう)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

・ 日中の眠気による生活の支障の程度は何点くらいですか？(1-10 点で答えてもらう)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10