

【特集 心理社会支援】

睡眠障害と心理社会支援

Sleep Disorders and Psychosocial Support

綾部直子¹⁾、三島和夫^{1) 2)}

Naoko Ayabe, Kazuo Mishima

I. はじめに

日本人の睡眠時間短縮の進行、睡眠不足の蓄積による睡眠負債、およびそれらによる健康への影響、経済的損失など、近年、睡眠問題に対する意識が高まってきている。2018年には世界保健機関（World Health Organization : WHO）が「疾病及び関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems : ICD）」の第11回改訂版（ICD-11）を公表し、はじめて睡眠障害が「睡眠・覚醒障害（Sleep-Wake Disorders）」として第7章に新設されることとなった。ICD-10までは睡眠障害の項目は複数の章にまたがっていたため、実際の睡眠医療の現場ではこれまで「睡眠障害国際分類第3版（International Classification of Sleep Disorders-Third Edition : ICSD-3¹⁾」、もしくは「DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5²⁾」によって睡眠障害の診断がなされていた。今回のICD-11における改訂で大分類となった背景には、睡眠障害が社会に及ぼす影響について広く認知されるようになってきたことも要因のひとつに挙げられるだろう。

本稿では、睡眠障害の分類と主にその治療法、特に心理社会的支援についてまとめ、その治療の有効性や意義について述べる。睡眠障害の治療の位置づけとして心理社会的アプローチの重要性の認識が広がることを期待したい。

II. 睡眠障害の治療と心理社会的支援

睡眠障害を大別すると不眠症、睡眠関連呼吸障害、睡眠関連運動障害、過眠症、概日リズム睡眠・覚醒障害、睡眠時随伴症が代表的な疾患群となる¹⁾。それぞれの病態機序や治療法は疾患ごとに異なるが（表1）、睡眠の問題は共通して日中の眠気やパフォーマンスの低下、生活リズムの乱れなどに直結するため社会生活に大きな支障をきたす。したがって、どの睡眠障害であっても夜間の睡眠帯に対する介入だけではなく、睡眠衛生や体内時計の調整に関わる日中の生活習慣に対する指導も含めた心理社会的支援は欠かせない。不眠症や過眠症、睡眠関連運動障害などは薬物療法を中心とした治療に睡眠衛生指導や生活指導が行われることが多い。睡眠関連呼吸障害については、経鼻的持続陽圧呼吸療法（Continuous Positive Airway Pressure : CPAP療法）に加えて、肥満傾向にある場合は体重コントロールのために栄養指導が行われる場合もある。

近年では睡眠医療の領域においても、気分障害や不安症などの他の精神疾患と同様に心理社会的なアプローチの有効性が広く知られるようになってきた。なかでも不眠症に対する認知行動療法（Cognitive Behavior Therapy for Insomnia: CBT-I）は国内外で多くのエビデンスが確立されている。また、概日リズム睡眠・覚醒障害に対しても従来の時間生物学的な治療に行動的技法を加えたアプローチの有効性の知見が示されている。

ここでは心理社会的なアプローチの有効性が示されている不眠症と概日リズム・睡眠覚醒障害について疾患の特徴、および心理社会的支援について述べる。

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

睡眠・覚醒障害研究部

Department of Sleep-Wake Disorders, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

2) 秋田大学大学院医学系研究科医学専攻 精神科学講座

Department of Neuropsychiatry, Akita University Graduate School of Medicine

表1 睡眠障害の分類と主な治療法

睡眠障害	代表的な症状	主な治療法と生活上の対処
不眠症	入眠困難、睡眠維持困難、早朝覚醒の不眠症状に加えて、日中の疲労、倦怠感、ICSD-3では上記症状が週3日、3か月以上続く場合を慢性不眠症とする。身体疾患、精神障害による併存不眠、嗜好品、生活習慣、薬剤などの影響により出現する場合もある。	・睡眠衛生指導による睡眠習慣の見直し ・薬物療法 ・不眠症の認知行動療法（CBT-I）
睡眠関連呼吸障害群	睡眠中に無呼吸や低呼吸が出現する。深い睡眠がとれず、日中の強い眠気や居眠り（過眠）が出現する。高血圧、糖尿病、高脂血症と関連し、中等症以上では冠動脈疾患、脳血管障害、眠気による事故などが生じる。	・生活習慣の改善（減量、飲酒の禁止など） ・経鼻的持続陽圧呼吸療法（CPAP） ・マウスピース
睡眠関連運動障害群	1) レストレスレッグズ症候群：夜間に下肢や上肢に生じる異常感覚（ムズムズする、動かしたくなる強い衝動など）により不眠が生じる。夕方～夜間に出現もしくは増悪しやすい。 2) 周期性四肢運動障害：夜間に下肢や上肢にミオクローヌ様の不随意運動が繰り返し出現することにより不眠もしくは日中の過眠が生じる。	・就寝前に短い時間歩く、暖かい風呂または冷たいシャワー、四肢（脚）のマッサージなど ・薬物療法
中枢性過眠症群	夜間に十分な睡眠をとっているにもかかわらず、日中に過眠が生じる。ナルコレプシーでは、睡眠発作のほか、情動脱力発作、入眠時幻覚、睡眠麻痺の症状が出現する。	・睡眠時間の確保、生活リズム調整などの睡眠衛生指導 ・薬物療法
睡眠時随伴症群	レム睡眠行動障害：夢のなかの言動と一致した大声の寝言や粗大な体動が出現する。せん妄と異なり、症状出現時に覚醒刺激を与えるとすみやかに覚醒でき、異常行動と一致した夢内容を想起することができる。	・薬物療法 ・異常行動による怪我などを防止するための寝室内の安全確保
概日リズム睡眠・覚醒障害群	生体内の睡眠・覚醒リズム（体内時計）と、外部の明暗サイクルとの間にずれが生じることにより社会生活に支障が生じる。	・睡眠衛生指導による睡眠習慣の見直し ・薬物療法（メラトニン） ・高照度光療法 ・睡眠・覚醒相後退障害に対する認知行動療法

睡眠障害国際分類第3版（ICSD-3）¹⁾、日本睡眠学会「睡眠障害のスクリーニングガイドライン」²⁾、を元に作成

1) 不眠症の認知行動療法

不眠症は、夜間の不眠症状とそれによる日中の機能障害（もしくは重大な苦痛）の2つの困難があり、診断には両者の存在が不可欠である^{1) 2)}。DSM-5では、原発性不眠と二次性不眠との区別を行わずに週に3日以上の不眠症状と日中の機能障害が3か月以上持続した場合を慢性不眠障害としている。特に慢性不眠障害は重度の眠気、倦怠感、記憶力や注意集中力の低下など多岐に渡る日中の機能障害をきたし、不眠症患者の社会機能と生活の質（Quality of Life：QOL）を大きく低下させることが知られている^{6) 8)}。そのため、不眠症治療はできるだけ早

期に心理的、社会的な介入を行うよう推奨されており、その代表的な治療法が不眠症の認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia：CBT-I）である¹⁸⁾。CBT-Iは、主に4～6セッションの治療パッケージ⁵⁾で、主に心理教育的介入（睡眠衛生指導）、行動的介入（睡眠制限法、刺激制御法）、認知的介入（認知療法）で構成される（表2）。治療形式として、個人形式、集団形式、電話、Web、セルフヘルプなどがあり、いずれもメタ解析にて効果が示されている⁵⁾。CBT-Iは薬物療法と比較してその効果が持続しやすいことも知られている¹⁴⁾。現在、米国睡眠学会の不眠治療ガイドライン¹³⁾に

表2 CBT-Iの構成要素と内容

構成要素	主な内容
睡眠衛生指導 心理教育	・睡眠衛生指導（食事や運動、寝室環境、カフェインやアルコール摂取などに関する推奨事項） ・不眠症の知識の提供
リラクセーション法	・漸進的筋弛緩法 ・呼吸法、瞑想など
刺激統制法	・寝床と睡眠の関連を強めるため、寝られないときは寝床や寝室から出る
睡眠制限法	・布団の中にいる時間を、実質の睡眠時間＋15～30分程度に制限 ・睡眠効率85%程度を目標にする
認知療法	・睡眠に対する非機能的な信念（「8時間寝ないといけない」など）や態度の変容

においては、慢性不眠症の標準治療として CBT-I を用いることとされ、高齢者や睡眠薬の長期使用者に対しても CBT-I の有効性が認められている。また、米国内科学会や欧州睡眠学会でもすべての成人の不眠症の初期治療には CBT-I が推奨されている^{16) 17)}。他方、不眠症治療に用いられることの多い GABA-A 受容体作動薬 (GABA-A Receptor Agonists : GABAA-RA) は、耐性や離脱症状などの身体依存、認知機能の低下、転倒や骨折などのリスクに対する懸念から、主に中高年の不眠症患者への使用は推奨されておらず^{9) 15)}、この観点からも心理社会的支援による治療は重要なアプローチとなる。

われわれのグループは GABAA-RA を用いた薬物療法抵抗性の原発性不眠症を対象として、本邦ではじめて睡眠薬減量に対する CBT-I の多施設共同でのランダム化比較試験 (Randomized Controlled Trial : RCT) を行った。本研究では、CBT-I 群は統制群 (睡眠衛生指導のみ) と比較して、介入直後から不眠重症度の有意な低下を示した一方で、睡眠薬減量 (1 ~ 2 週間をかけて 25% ずつゆっくり減量する漸減法を用いた) については、介入直後、介入後 1 か月フォローアップにおいて統計的に有意な差異は示されなかった (図 1、2)⁴⁾。しかしながら、CBT-I 群は介入後 1 か月フォローアップにおいては、介入前の服薬量から約 30% の減薬率が示されたことにより、CBT-I の併用による睡眠薬減量効果に対する一定の示唆は得られたと考えられる。

ところで、不眠症患者は睡眠薬減量に取り組む際に強い不安を訴えることが多いが、そのような不安への対処は心理社会的支援が得意とするところであ

る。筆者は心理職の立場で睡眠外来にて CBT-I の実施および減薬をサポートする役割を担っているが、服薬行動に対するアセスメントおよびそれに基づく患者の心理面に対するサポートにより患者の取り組み方も少なからず変わると感じることがある。不眠症患者からは、「睡眠薬を飲まないと眠れないが、できることなら飲みたくない」、「自分で試しに薬を減らしたことがあるが、やはり眠れなかったので減薬は無理だろう」、「主治医に眠れないことを訴えたいが、そう言ってしまうと薬を増やされるから言いにくい」、などという声をよく聞く。もちろんすべての患者が同じ訴えではないが、睡眠薬服用に対しては何らかの葛藤状態にある者が少なくない。そこで治療者ができる工夫として、「減薬すると最初は誰でも眠りにくい日が 3 日程度続くが、それを乗り越えると眠れるようになる」ことをあらかじめ伝え、減薬時に想定される不安に向き合いやすくしていく。さらに、睡眠薬の減薬と並行して「眠れないことの何が不安なのか」、「眠れるようになったら何がしたいか」といった患者を取り巻く生活全体にも焦点をあて、眠れる感覚や日中の QOL を高める活動を強化し、患者の主体的な取り組みを促していく¹⁹⁾。不眠症患者は、減薬がうまく進まなくなると「やはり自分にはできなかった」、「失敗した」と捉えて落ち込みやすいが、漸減を何度か繰り返す体験の積み重ねにより、睡眠そのものや睡眠薬に対するこだわりがより現実的なものへと変容していくことが多い (たとえば「必ずしも薬をゼロにしなくても、日中の活動に支障がなければよい」など)。CBT-I の介入技法のみならず、薬物療法を使用している患

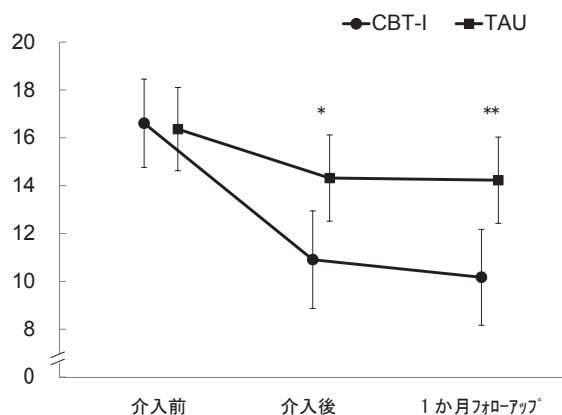


図 1 不眠重症度得点の変化

エラーバーは 95% 信頼区間を示す

* $p < .05$, ** $p < .01$.

文献⁴⁾より改訂して引用

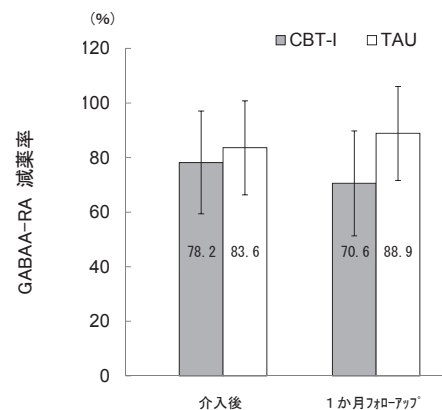


図 2 GABAA-RA 減薬率

エラーバーは 95% 信頼区間を示す

文献⁴⁾より改訂して引用

表2 DSHPD の認知行動療法の各セッション
内容の抜粋

セッション	主な内容
セッション1	・睡眠、認知行動療法、DSHPD に関する知識の提供 ・DSHPD の CBT モデルの提示 ・ケースフォーミュレーション ・動機づけ面接
セッション2	・睡眠調整法 (1日15分ずつ前進させる) ・刺激統制法 ・睡眠衛生指導 ・光の浴び方
セッション3	・睡眠調整法の修正 ・漸進的筋弛緩法 ・認知再構成
セッション4	・治療の振り返り ・個別のコーピングプログラムの作成 ・再発防止

文献⁷⁾を参考に著者が作成した
毎週計4セッションの集団介入(3~6人)、各セッション
90分で実施

者の服薬行動(減薬を含む)に対しても心理社会的
な側面からの介入の有用性は大きいと考えられる。

2) 概日リズム睡眠・覚醒障害に対する認知行動療法

体内時計に駆動された生体リズム(メラトニンや深部体温など)と、恣意的に操作できる睡眠・覚醒リズム(夜勤など)との間に位相(タイミング)のずれが生じることにより心身の不調や社会生活の支障が生じる睡眠障害を概日リズム睡眠・覚醒障害と呼ぶ。概日リズム睡眠・覚醒障害のなかでも臨床上大きな問題となりやすいタイプとして、慣習上あるいは社会的に許容される睡眠時間帯より通常2時間以上相対的に後退する「睡眠・覚醒相後退障害(Delayed Sleep-Wake Phase Disorder: DSHPD)」と、生体リズムに従って入眠できる時間が毎日約1時間程度後退していく「非24時間睡眠・覚醒リズム障害(Non-24 hour sleep-wake rhythm disorder: N24SWRD)」がある。DSHPDやN24SWRDは、学校や仕事の前夜に十分な睡眠時間を取るために必要な時刻に入眠することや、通常の登校時刻や出勤時刻に起床することに著しい困難が伴う。本人の努力や気合いでは自らの遅れた睡眠リズムを改善させることができない。特にDSHPDは児童・思春期から若年成人に多く、その有病率は7~16%とされる¹⁾。また、単に睡眠・覚醒リズムの問題としてだけではなく、不登校や慢性的な遅刻、学業不振の背景となりやすいことや、未成年の場合は保護者の多大な関与が必要とされるためにそれ自体が問題となることも多い。抑うつ状態など気分障害と合併し

やすいことも明らかにされている。

概日リズム睡眠・覚醒障害の病態機序については、近年の報告では時計遺伝子の変異、夜間睡眠の開始と終了、および深部体温やメラトニンなどの概日リズム指標の位相の後退といった内因性の要因に加えて、夜更かし、翌日の朝寝坊、就床・起床時刻の乱れなどの外因性の要因が重なることで、生体リズムの後退が遷延してしまう可能性が指摘されているものの未解明の部分は多い。また、二次的な問題を含めた生活上の重篤な困難感に比して、治療法は生活指導を基盤とする対症療法が中心となるため根治が難しい疾患でもある。DSHPDについては、アメリカ睡眠医学会のガイドラインにおいては高照度光療法とメラトニン療法が中等度の推奨とされている³⁾。専門施設においては高照度光治療器を用いた入院治療も行われるが、退院後に元の昼夜逆転生活に戻ることも少なくない。すなわち、DSHPDの治療においては実生活で規則正しい生活リズムを維持することが非常に重要であり、患者の治療意欲や日中の生活に対するモチベーションの維持が治療の継続に欠かせない。また、DSHPD患者は睡眠相の後退に伴う起床困難だけでなく、その結果として対人交流を含む社会との接点の希薄さや日中の活動量の低下により、より一層の気分の落ち込みやQOLの低下など悪循環に陥りやすい。したがって、睡眠衛生指導や生活指導を含めた専門的な時間生物学的な治療に加えて、二次的な問題に対する心理的、行動的支援もまた重要なアプローチとなる。

近年では、睡眠・覚醒リズム障害に対する認知行動的アプローチが提唱されつつあり、先述のアメリカ睡眠医学会のガイドラインにおいても若年者のDSHPDにのみ、光療法にマルチコンポーネント行動的技法を加えた介入が弱い推奨とされている。そのエビデンスとされたRCTは1件にとどまるが、若年のDSHPD患者に対する光療法と認知行動的技法の併用の有効性が明らかにされている¹⁰⁾。また、若年者に対する睡眠とリズムの問題に対する診断横断的介入¹¹⁾として、機能分析、睡眠やリズムの心理教育、動機づけ面接等を含めた行動的介入や、2016年にはDSHPDに対するCBTの介入マニュアルが報告されている(表2)^{7) 12)}。しかしながら、そのマニュアルを用いたRCTでは介入群に優位性は認められておらず、セッション内容やプログラム呈示方法などについていくつか課題が指摘されてい

る。国内においては、CBT-Iで行われている睡眠スケジュール法を応用した概日リズム睡眠・覚醒障害に対する診断横断的認知行動療法としてその効果が報告されているものの²⁰⁾、コンセンサスの得られた包括的な治療プログラムは未整備な現状にある。国内外において概日リズム睡眠・覚醒障害に対する心理社会的支援も含めた包括的なアプローチの構築と効果検証が急務である。

Ⅲ. 睡眠障害における心理社会支援の課題

睡眠問題の改善および睡眠障害の治療においては、睡眠衛生指導や体内時計の調整に関わる生活習慣および睡眠習慣の指導も含めた心理社会的支援は重要なアプローチである。薬物療法を併用しながら対症療法にならざるを得ない睡眠障害患者を支える上でも患者の心理面、生活面を支える意義は大きい。

しかしながらいくつか課題もある。たとえば不眠治療の複数のガイドラインにおいて、CBT-Iがファーストラインに位置づけられてはいるものの、国内でCBT-Iが受けられる実施機関や治療者の数の少なさ、現時点では保険診療の適用とはなっていないことによる患者の金銭的負担などが挙げられる。心理療法を含めた心理社会的アプローチは薬物療法とは異なり即効性のあるものではなく、治療の性質上患者の日々の生活に若干の負担を強いる側面もある。したがって、患者の治療に対する動機づけや継続のしやすさは心理社会的支援を進める上で重要な要素となる。現在、日本睡眠学会や国立精神・神経医療研究センターが主催となり、治療者向けのCBT-Iの研修会を毎年開催し、治療者の育成や普及に努めているところである。さらに、睡眠障害の認知行動療法に対する将来に向けた診療報酬制度の改定への期待、さらには集団療法やセルフヘルプ、Web等を用いた遠隔診療など、患者にとって利用しやすい提供方法を増やすことも今後の課題であると考えられる。

Ⅳ. おわりに

本稿では、睡眠障害のなかでも特に不眠症と概日リズム睡眠・覚醒障害に対する心理社会的支援について論じた。現在、睡眠障害の治療の多くは薬物療法であるが、薬物療法では対処できない部分を心理

社会的アプローチが補うという点において薬物療法と同等に治療上の意義は非常に大きいと考えられる。本邦においても高齢化や向精神薬の多剤併用処方などが問題として挙げられている昨今、不眠症を中心に認知行動療法の役割や期待は年々高まっている。さらに、心理職の国家資格である公認心理師制度がスタートした背景をふまえると、睡眠障害の治療においても今後より一層心理社会的支援が担う役割は大きいものとなることが予想される。そのためにも睡眠障害の病態機序の解明に加えて心理社会的支援による治療方法の確立およびエビデンスの構築に向けた研究知見の蓄積が求められる。

文 献

- 1) American Academy of Sleep Medicine: International classification of sleep disorders-third edition (ICSD-3), American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL, 2014
- 2) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®), American Psychiatric Pub, Washington, DC, 2013
- 3) Auger RR, Burgess HJ, Emens JS, et al: 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: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. J Clin Sleep Med 11:1199-1236, 2015
- 4) Ayabe N, Okajima I, Nakajima S, et al: Effectiveness of cognitive behavioral therapy for pharmacotherapy-resistant chronic insomnia: a multi-center randomized controlled trial in Japan. Sleep Med 50:105-112, 2018
- 5) Brasure M, Fuchs E, MacDonald R, et al: Psychological and Behavioral Interventions for Managing Insomnia Disorder: An Evi-

- dence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 2016
- 6) Buysse DJ, Thompson W, Scott J, et al: Daytime symptoms in primary insomnia: a prospective analysis using ecological momentary assessment. *Sleep Med* 8:198-208, 2007
- 7) Danielsson K, Jansson-Frojmark M, Broman JE, et al: Cognitive Behavioral Therapy as an Adjunct Treatment to Light Therapy for Delayed Sleep Phase Disorder in Young Adults: A Randomized Controlled Feasibility Study. *Behav Sleep Med* 14:212-232, 2016
- 8) Edinger JD, Bonnet MH, Bootzin RR, et al: Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep* 27:1567-1596, 2004
- 9) Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N, et al: Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 331:1169, 2005
- 10) Grdisar M, Dohnt H, Gardner G, et al: A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy plus bright light therapy for adolescent delayed sleep phase disorder. *Sleep* 34:1671-1680, 2011
- 11) Harvey AG, Buysse DJ: Treating Sleep Problems: A Transdiagnostic Approach, Guilford Publications, 2017
- 12) Jansson-Frojmark M, Danielsson K, Markstrom A, et al: Developing a cognitive behavioral therapy manual for delayed sleep-wake phase disorder. *Cogn Behav Ther* 45:518-532, 2016
- 13) Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, et al: Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An american academy of sleep medicine report. *Sleep* 29:1415-1419, 2006
- 14) Morin CM, Colecchi C, Stone J, et al: Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 281:991-999, 1999
- 15) Olfson M, King M, Schoenbaum M: Benzodiazepine use in the United States. *JAMA psychiatry* 72:136-142, 2015
- 16) Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, et al: Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 165:125-133, 2016
- 17) Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al: European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res* 26:675-700, 2017
- 18) Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, et al: Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med* 163:191-204, 2015
- 19) 綾部直子: CBT-I の併用により睡眠薬の減薬が成功した多剤併用例, 三島和夫 (編). 不眠症治療のパラダイムシフト ライフスタイル改善と効果的な薬物療法, 医薬ジャーナル社, 東京, pp. 177-182. 2017.
- 20) 田中春仁, 中島俊, 梶田梨加: 不眠の認知行動療法 (第7回) 概日リズム睡眠覚醒障害に対する診断横断的認知行動療法. 睡眠医療: 睡眠医学・医療専門誌 8:411-417, 2014
- 21) 日本睡眠学会: 睡眠障害のスクリーニングガイドライン, <http://jssr.jp/data/pdf/kit-2.pdf> (2018年11月30日参照).