

研究された。認知の変容による不安の軽減をねらっているが、患者の恐怖（眠らない）に挑戦させるために、患者を納得させ実践させるのが難しい。

5) 認知療法 (cognitive therapy) : 誤った考え、非現実的な期待、不眠の原因と結果の取り違えなどが不眠を維持させているとの仮説から、認知再構成法が検討された。この場合の不適応的認知とは、①自己制御不能のストレスや入眠前の不安が不眠の原因と思いつく、②日中の気分不良や集中力低下、不活発などの原因を全て不眠に帰属させる、③元気な活動には8時間の熟睡が不可欠と考え治療に過剰期待を寄せる、などである。治療は、不適応的認知を特定し合理的な認知に置き換えることであるが、認知要因が不眠の原因か結果か、また認知療法単独の効果も不明である。

6) 睡眠健康教育 (sleep hygiene education) : 睡眠が食事や運動、飲酒などの日常習慣と、光、騒音、温度、マットなどの環境に影響されていることの教育である。不眠症者の生活習慣については、不活動的業務の従事比率が高く運動が少ないという観察があるが、個々の習慣改善と不眠治療効果についての知見はほとんどない。睡眠健康教育の治療効果は限られているものの治療の基本事項なので多面的介入の一部として、または対照群への介入として用いられることが多い。具体的には、①就寝4-5時間前からのカフェイン摂取制限、②就寝直前と夜間の禁煙、③入眠目的の飲酒の中止、④就寝前の満腹と空腹の防止、⑤就寝3-4時間

前の激しい運動の回避、⑥寝室の温度、照明、騒音の調整、などである。ちなみに、Morinらのレビュー¹⁹⁾から、上記の行動技法毎の治療効果の一覧を表1にまとめた。

3. 介入研究上の課題

具体的な介入研究上の課題としては、対象者の選択、臨床上の意義、薬物との併用、評価バッテリーなどが問題として、さらに自己治療や簡便な教育や可能性も論じられている。対象者に関しては、乳幼児の睡眠習慣獲得から高齢者までが、臨床上も種々の疾病を有する患者での効果が確認されつつある。薬物との併用は初期の期待に反して効果を增強せず、評価には睡眠日記が簡便な方法として信頼できるとされている。

C. 行動療法による指導の枠組みと指導ツールの整備

以上が、文献レビューによって明らかとなった不眠の行動療法の現状であるが、日本での不眠の行動療法研究はほとんどみあたらない。上記の技法を実際の治療や指導介入に導入するには、1) 問題行動の具体的な特定を行ない、2) 行動アセスメントに基づいて、3) 実際に患者やクライアントに必要な、あるいは望ましい行動を起こさせて、4) それを強化しながら維持していくための種々の具体的な工夫や方策が要求される。今後この基本となる治療プロセスを、現場の実際の状況に合わせて、個々に具体化し、検証作業を積み重ねていく必要がある。

これまで、足達は肥満や高脂血症などでは

集中的な個別治療プログラムの効果を確認した上でそれを多数の集団介入用に簡略化してきた。しかし、上記レビューの結果、自己治療と簡便な教育も臨床的效果は制約があっても十分に可能性があると考え、これまでの国柄らの経験から、予備的に、睡眠健康教育に簡便な行動療法を組み合わせた通信プログラムを作成して実施した。また、川上の研究報告²⁶⁾で、行動療法介入の際の補助教材として作成した、行動療法による自己マニュアル(B5版29ページ)²⁷⁾を教材として使用し、その使い勝手の検討も同時に行なった。

D. 朝日新聞社健康保健組合いにおける介入調査

調査1 簡便なセルフケア支援の睡眠習慣改善プログラム

1. 目的・対象・方法

調査の目的は、教材による情報提供と最小限の行動療法を用いた1か月の簡便な通信プログラムによって、睡眠関連習慣行動の改善と睡眠行動の改善が図られるかどうかを検討することであった。

対象は、朝日新聞健保組合いが全被保険者を対象に実施する1か月の通信制生活習慣改善プログラムに、新しく加えた睡眠改善コースに応募した114名(男性52名、女62名)中、1か月後の質問表を返送した96名であった。

本プログラムは、1998年に運動、食事、歯磨き、喫煙、飲酒、休養の6コースで開始し、1999年からは体重コントロールを加えた7つの習慣から参加者がコースも目標

行動も選択し、一月間のセルフモニタリングを行なうという、足達と国柄が開発したセルフケア支援型の習慣改善プログラムである²⁸⁾(図1)。

被保険者10930名に案内と申込書を兼ねたパンフレットを配布し、参加者には8つの習慣から一つを選び、申込書(表2)の習慣を自己チェックし、改善のヒントの例から自分で3つ以内の目標行動を選んで申し込みをするように促した。睡眠に関しては今回本研究を目的に新しく作成した質問表と目標行動であった。担当者は、参加者の選択目標を転記した記録用紙(表3)、記録方法や意義の説明書、テーマ毎の既製の教材(睡眠では『ぐっすり眠る』²⁷⁾)を送付し、教材を読んで目標の達成の有無を記録用紙に○×△で記録するよう教示した。また、一月後に記録用紙と開始時と同一の習慣評価と感想についての質問表(表4)に回答し、希望する記念品を選ぶように伝えた。

結果は、申込書と終了時の質問表から10項目の睡眠関連習慣の変化と、就床時刻、入眠時刻、覚醒時刻と起床時刻、睡眠時間、入眠潜時、要起床時間の変化を検討した。習慣と睡眠の変化は、質問表の記載もれがなかった75名について行ない、プログラムに対する感想は目標行動の記録と質問表を返送した96名について行なった。解析は、対応のあるt検定、 χ^2 検定を用い、有意差水準を危険率5%以下、傾向水準を危険率10%以下とした。

2. 結果

1) 参加者の背景(表5)

8コース全体の参加者は1,279名(応募率11.7%)で、睡眠コースへの参加者は114名と8.9%に相当した。これは、運動(390名)、体重(298名)、歯磨き(170名)に次いで4位であり、予想より高率であった。睡眠コースの参加者では、平均年齢は男性が 39.7 ± 10.97 歳、女性が 35.2 ± 9.66 歳であった。男性では20歳台12名、30歳台15名、40歳台11名、50歳台14名であったのに対し、女性では20歳台(25名)、30歳台(20名)で2/3以上を占めており、被保険者の男女比を考慮すると女性が圧倒的に高率であるという特徴が見られた。就床時刻は 24.49 ± 1.34 時、入眠時刻は 25.25 ± 1.36 時、入眠潜時が 0.73 ± 0.64 時間、覚醒時刻は 6.92 ± 1.38 時、起床時刻は 7.47 ± 1.48 時で要起床時間は 0.59 ± 0.91 時間であり、全睡眠時間は 5.88 ± 0.83 時間であった。健康上の気掛かりは37.7%で、期待できる効果は79.8%で記載があった。選択した目標行動は「入浴(43.0%)」「休日の体操(38.6%)」「呼吸やストレッチでのリラックス(38.6%)」「目覚めたらさっさと起きる(36.8%)」が多かった。

2) 対象者の特性(表6)

対象者75名の平均年齢は、男性が 39.1 ± 11.1 歳、女性が 31.0 ± 6.7 歳であった。平均就床時刻は 24.53 ± 1.10 時、入眠時刻は 25.19 ± 1.10 時であり、入眠潜時は 0.67 ± 0.60 時間(40.2±36分)、朝の覚醒時間は 6.92 ± 1.12 時、起床時間は 7.45 ± 1.21 時であり、全睡眠時間は 5.96 ± 0.75 時間であった。健康上気掛かりなことがある人が30名(40%)で、睡眠改善で期待できる効果は62名(82.7%)で記載があった。選んだ

目標は、「入浴(30名)」「休日の体操ウォーキング(29名)」「呼吸やストレッチでのリラックス(29名)」「目覚めたらさっさと起きる(26名)」「1時間はリラックスタイム(21名)」などが多く、「昼寝(3名)」「寝酒(4名)」は少なかった。

3) 目標行動の達成率

参加者114名のうち、終了時に用紙を返送した者は102名(89.5%)であり、目標行動の記録とアンケートの両方を返した者は96名(84.2%)であった。したがって、記録の達成率は84.2%であった。対象者75名における3項目の目標行動の達成率は、1週目が73.4%、2週目が72.8%、3週目が75.2%、4週目が82.4%で高率に維持された。

4) 睡眠と習慣行動の変化(表7)

睡眠に関しては、いずれも、質問表による自己申告であるが、睡眠時間の有意な延長と、入眠潜時と要起床時間の短縮傾向が認められた。すなわち、就寝時刻、起床時刻、覚醒時刻、起床時刻の変化ははなかったが、入眠時刻が11.4分早くなる傾向と入眠潜時が7分短縮する傾向が認められ($p < .06$)、本人が申告した全睡眠時間が 5.96 ± 0.75 時間から 6.18 ± 0.75 時間へと13.2分間長くなった($p < .01$)。また、目覚めてから起床までに要する時間が9分程短縮する傾向が認められた($p < .08$)。睡眠関連の習慣行動については、良い習慣が高得点になるよう3段階で、それぞれの項目毎に前後の得点を比較した。前後の比較を行なった10項目の習慣のうち、明らかな改善が認められたのは、「就寝直前までの仕事や勉強」「カフェイン摂取」「ベッドでのテレビや仕事」「目覚めたらすぐに起きる」「の

んびりとした入浴」「定期的な運動」の6項目であり、「休日の朝寝坊」では改善傾向がみられた ($p < .1$)。

5) プログラムに対する感想 (表8)

プログラムの1か月という期間については、適当が89%と圧倒的に多く、目標の選択もスムーズにできた者が68%と多数であった。記録は毎日行なった者は25%と少なく、まちまち(43%)だったり、まとめて書いた(30%)者が多かった。記録用紙は使い易いが約半数で、終了後は自分でだいたい続けられる(51%)と半分くらいはできる(41%)で殆どを占めた。教材は半数が「2回はじっくりと読み」「2回以上」も12%みられた。教材の内容は「大変役立った」が22%、「少し役立った」が49%で、ほとんど知っていたは2%と少数であった。プログラムについては、「少し役立った」が34.4%と最も多く、「まあまあ役立った」が28.1%、「大変役立った」が13.5%で、あまり役立たなかったも17.7%あった。継続の励みとなったことは、終了時のご褒美(記念品)が47.9%と最も多く、記録が36.5%、1か月の短期間が17.7%と続いていた。

調査2 睡眠コース参加者の睡眠習慣特性の検討

1. 目的・対象・方法

睡眠コースの参加者の睡眠パターンの特徴を検討する目的で、今回のプログラム参加者1279名全員に対し、終了後に今回田中らの用いた質問表¹⁰⁾を改変した19項目の睡眠習慣の質問表(表9)によるアンケート調査を行い、睡眠コース参加者と他コー

ス参加者(一般群)を比較検討した。有効回答数は、睡眠コース参加者が85名(74.6%)、他コース参加者が817名(69.9%)であった。解析は、Studentのt検定、 χ^2 検定を用い、有意差水準を危険率5%以下、傾向水準を危険率10%以下とした。

2. 結果(表10)

睡眠コース参加者のふだんの就床時刻と早い時と遅い時の変動差はそれぞれ 24.31 ± 1.28 時、 1.55 ± 1.52 時間で他コース参加者と差がなかった。しかし休日前の就床時刻が睡眠コース参加者では44分と他コース参加者の26分より有意に遅く($p < .05$)、休日の起床時刻もふだんより121分と他コースの80分よりも有意に遅くなる($p < .01$)など、睡眠負債が他コース参加者よりも大きいことが示された。休日の起床時刻の変動、休日の全睡眠時間は他コースと傾向差が認められた。夜間覚醒回数や夜間トイレ回数では差がなく、朝目覚めてから起床するまでに要する時間が 19.2 ± 23.4 分と他コースの 10.4 ± 10.3 分より長かった($p < .01$)。

また、その他4段階で質問した項目のうち、他コース参加者と有意な差が認められたのは、入眠潜時、睡眠に対する満足度、眠りの深さ、早朝覚醒、起床困難性の5項目であった。すなわち、入眠潜時が30分以上が33.7%と他コースの13%より多く、睡眠不足でもっと眠りたいとするものが70.2%と大多数であり、眠りの深さも「浅い」「だいたい浅い」合わせて30%と他コースの2倍以上であり、早朝覚醒の頻度も多く、起床困難を覚える者が21.2%と他コースの9.2%より多く、睡眠での問題を有する

者が高率に含まれることが明らかとなった。

E. 考 察

行動療法では古くから自己治療の効果が検討され、減量や運動、過食や強迫性障害などでの有効性が報告されてきた。睡眠に関しても、1979年のAlpersonとBiglan²⁹⁾の読書療法、1989年のMorawetzの市販の音声テープによる非対面治療等の研究³⁰⁾から、自己治療の効果は制約的だが可能性があるとされている。Stepanskiは、Sleep Medicineの中で、効果も明らかで関心も高まっているにもかかわらず不眠の行動療法が普及しない理由として、行動療法は医師にも患者にも時間を要する上に殆どの医師はこの治療法に慣れていないからと説明している³¹⁾。行動療法は、個々の行動技法の適用だけではなく、行動をどのように捉えてどのようにアプローチするかという問題解決の考え方であるため、一般には難解で用いにくい側面がある。しかし、治療構造が明確であるので、完成度の高いプログラムであれば、自己マニュアルやコンピュータによる治療も効果が期待でき、その方法の開発は多数への接近だけでなく、行動療法に不慣れた保健医療従事者への普及にも寄与すると思われる。

また、睡眠健康教育は臨床的には不十分であっても、予防的研究も含めさらに研究の余地がある。実際、田中らは、高齢者で計画的睡眠と運動を行なわせることで、明らかな睡眠の質的改善や意欲など誠心健康の向上に効果があったことを確認している^{10, 11)}。また、Schocketら³²⁾は瞑想、刺激法、睡眠健康法を維持困難不眠者65名に4週間行い睡眠健康法

でもある程度は改善することを示し、Hauri³³⁾は、62名に行なった1回のみ90分の面接指導の効果を1年後まで追跡し、例えば寝室での読書やテレビ(68%)、コーヒー(11%)などの習慣改善法の実行者の70%で効果があったと報告しており、簡便で有効な教育法の開発は公衆衛生上の課題と考えた。

今回用いた介入方法は、課題の選択、習慣の評価、目標の設定や記録などの全課程を自分で行なうように計画したセルフケア支援プログラムであり、従来の高危険アプローチとは異なる集団アプローチである。行動療法の問題解決プロセスは、前述した治療の枠組みのうち問題行動の特定と行動アセスメントは、本人の判断に委ね、行動技法としては、具体的目標の設定と、そのセルフモニタリングを実行させ、実行を促すための強化子として記念品を用いた。従って、本方法は、非常に簡便な非対面プログラムであるが、最小限の行動療法であると言うことができる。この簡便な1か月間のセルフケア支援プログラムに初めて睡眠習慣改善コースを設けて募集したところ、当初の予想を上回る114名の応募があり、特に若年女性の参加の多さが特徴的であった。本対象者は実施にあたって参加条件は設けておらず個人差が大きいと推察される。しかし、対象者全体では、10項目の習慣のうち、6項目で明らかな改善と1項目で改善傾向が認められ、10分程度ではあるが睡眠時間の延長および睡眠潜時の短縮傾向と朝の要起床時間の短縮傾向が認められたことから、少なくとも、今回のプログラムで習慣変容を開始させることはでき、睡眠自体に影響を与えうるということが明らかとなった。今後の詳しい分析で習慣や特性との関係を明

らかにすることによって、適応と効果を検討したい。

今後の介入研究としては、ここで用いたプログラムの効果検証に限れば、1) 本対象者の追跡により長期効果の検討、2) 自己報告のみなので、アクチグラムなどを活用して客観データを得ること、3) 対照群の設定により、教材による情報提供、睡眠習慣の自己チェック、目標行動の設定、セルフモニタリングそれぞれの効果を検討することが、直近の課題となるであろう。

また、睡眠習慣改善の行動療法については、今回が初めての試みであり、課題は山積している。終了時の他コースへの参加者との比較からも明らかのように、本プログラムで若干の改善は認められたものの、睡眠問題は解決したわけではなく、30分以上の入眠困難が34%あり、睡眠不足を感じる者が70%、熟睡感のない者が約30%存在していた。これらの人たちには本プログラムでは効果が不十分であって、より綿密で濃厚な指導介入や治療も考慮すべきであろう。

介入密度に関しては、個別アセスメントを取り入れた少なくとも4-5週間の教育的治療から今回のような非対面の通信指導まで、フィールドの条件に合わせた実施可能な指導プログラムを作成し、できることから実施していく必要がある。実際の介入にあたっては、キーパーソンとなる現場の指導者への啓発活動も不可欠であり、今回用いた教材『ぐっすり眠る』なども、その一助となるであろう。また、本教材は、一般的、網羅的であるため、職域、地域の中高齢者や、育児中の両親など、介入する対象やフィールドに特化した内容に改編していくのも、有意義と考えた。

F. 結 語

いずれにせよ、睡眠習慣改善と睡眠の改善に、行動療法の最小限ともいえるセルフケア支援の簡便な通信プログラムでも効果がある可能性が示された。より綿密なプログラムでは、より大きな効果が得られる可能性が十分あり、本領域での本格的な研究体勢の整備と積極的な介入研究が期待される。

G. 文 献

- 1) Doi, Y. Minowa, M. Okawa, M. Uchiyama, M.: Prevalence of sleep disturbance and hypnotic medication use in relation to sociodemographic factors in the general Japanese adult population. *J. of Epidemiology*, 2000;10:79-86.
- 2) 健康日本21企画検討会 健康日本21 計画策定検討会: 21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)について 報告書. 2000; 3-1-3-11.
- 3) Chesson AL, Anderson WN, Littner M, Davila D, Hartse K, Wise M: Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. *Standards of Practice Committee of American Academy of Sleep Medicine. Sleep*, 1999; 22: 1128-33
- 4) NIH: *Insomnia Assessment and Management in Primary Care*. 1998
- 5) 足達淑子. 行動療法を健康支援の新しい戦略に. *健康支援*, 1, 3-9, 1999.
- 6) 足達淑子. 高血圧に対するコンピュータ

- を用いた生活習慣改善. 健康支援, 2001; 3:31-10,.
- 7) 足達淑子: コンピュータを用いた行動療法による減量支援プログラムとその効果. 第19回肥満・栄養障害研究会講演集, 2001: 6-7.
- 8) 国柄后子, 足達淑子: 行動療法による体重コントロールの通信指導. 肥満研究, 2000;6:262-268.
- 9) 国柄后子, 足達淑子, 山津幸司: 選択メニュー方式による6つの生活習慣変容プログラムー職場における簡便な通信指導ー. 公衆衛生雑誌 投稿中.
- 10) Tanaka, T Taira, K, Arakawa, M. et al. Effects of short nap and exercise on elderly people having difficulty in sleeping. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2001;55:173-174.
- 11) 田中秀樹, 平良一彦, 荒川雅志ほか, 不眠高齢者に対する短時間昼寝・軽運動による生活指導介入の試み; 老年精神医学雑誌, 2000; 11(10): 1139-1147.
- 12) Turner RM & Ascher LM: Controlled comparison of progressive relaxation, stimulus control, and paradoxical intention therapies for insomnia. *J Consult Clin Psychol*, 1979 ;47:500-508.
- 13) Borkovec TD: Insomnia, *J Consult Clin Psychol*, 1982; 50: 880-895.
- 14) Wcolfolk RL & McNulty TF: Relaxation treatment for insomnia : A component analysis. *J Consult Clin Psychol*, 1983; 51:495-503.
- 15) Lacks P, Bertelson AD, Sugerma J, Kunkel J : The treatment of sleep-maintenance insomnia with stimulus-control techniques. *Behav Res Ther*, 1983 ; 21 (3) :291-295.
- 16) Espie CA, Lingsay WR, Brooks DN, Hood EM & Turvey T: A controlled comparative investigation of psychological treatments for chronic sleep-onset insomnia. *Behav. Res. Ther*, 1989; 27(1): 79-88.
- 17) Spielman A, Saskin P & Thorpy MJ : Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 1987; 10: 45-56.
- 18) Jacobs GD, Benson H, Friedman R: Home-based central nervous system assessment of a multifactor behavioral intervention for chronic sleep-onset insomnia. *Behav Ther*, 1993 ;24:159-174.
- 19) Morin CM, Culbert JP, Schwartz SM: Nonpharmacological intervention for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiat*, 1994; 151(8): 1172-1180.
- 20) Murtagh DRR& Greenwood M: Identifying effective psychological treatment for insomnia : A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*, 1995 ; 63(1): 79-89.
- 21) Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR: Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep*, 1999 ; 22:1134-1156.
- 22) 足達淑子, 山上敏子. 慢性不眠の行動療法. 日本精神神経学雑誌, 投稿中.
- 23) Krakow B, Johnston L, Melendrez D, et al : An open-label trial of evidence-based cognitive behavior therapy for night-

- mares and insomnia in crime victims with PTSD. *Am J Psychiat*, 2001; 158: 2043-2047.
- 24) Elinger, JD, Wohlgemuth, WK, Radtke, RA et al, Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia. *JAMA*, 2001; 285(14): 1856-1864.
- 25) 山上敏子：行動療法，岩崎学術出版，東京，1990.
- 26) 川上憲人 平成12年度厚生科学研究費補助金医薬安全総合研究事業「精神安定剤および睡眠薬の乱用・依存の実態と予防に関する研究（研究代表者 川上憲人）報告書，2001
- 27) 足達淑子：ぐっすり眠る。不眠を克服する習慣改善法。二瓶社，大阪，2001.
- 28) 足達淑子，国柄后子：変えたいことは何ですか。あだち健康行動学研究所，福岡，2001.
- 29) Alperson J & Biglan A: Self-administered treatment of sleep onset insomnia and the importance of age. *Behav Ther*, 1979 ; 10 :347-356.
- 30) Morawetz, D. Behavioral self-help treatment for insomnia: A controlled evaluation, *Behav Ther*, 1989; 20: 365-379.
- 31) Stepanski EJ : Behavioral therapy for insomnia. In Kryger MH, Roth T, Dement WC (Eds) *Principles and Practice of Sleep Medicine 3rd Ed* WB Saunders Philadelphia, 2000, 647-656.
- 32) Schocket SL, Bertelson AD, Lacks P: Is sleep hygiene a sufficient treatment for sleep maintenance insomnia. *Behav Ther*, 1988; 19:183-190.
- 33) Hauri PJ: Consulting about insomnia : A method and some preliminary data. *Sleep*, 1993; 16:344-350.

班 員 名 簿

区 分	氏 名	所属施設 ・ 職名	住 所 (電話番号)
総 括	大 川 匡 子	滋賀医科大学 精神医学講座 教授	〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町 TEL 077-548-2291
分 担	大井田 隆	国立公衆衛生院 公衆衛生行政学部 部長	〒108-8638 東京都港区白金台4-6-1 TEL 03-3441-7111 (306)
分 担	本 橋 豊	秋田大学医学部 公衆衛生学講座 教授	〒010-8543 秋田県秋田市本道1-1-1 TEL 018-884-6086
分 担	山 田 尚 登	滋賀医科大学 精神医学講座 助教授	〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町 TEL 077-548-2291
分 担	井 上 雄 一	順天堂大学医学部 精神医学講座 講師	〒113-0033 東京都文京区本郷2-1-1 TEL 03-5802-1071
分 担	内 山 真	国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神生理部 部長	〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3 TEL 047-375-4756
分 担	梶 村 尚 史	国立精神・神経センター 武蔵病院精神科 医長	〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1 TEL 042-341-2711
分 担	川 上 憲 人	岡山大学医学部 長寿社会医学衛生学・予防 医学 教授	〒700- 8558 岡山市鹿田町2-5-1 TEL 086-223-7151 (代表)

平成13年度研究報告会

睡眠障害対応のあり方に関する研究

日 時：平成14年3月22日(金) 15:00-18:00

会 場：ロイヤルオークホテル 2階 コスモスの間
(大津市萱野浦23-1)

プログラム

- 15:00-15:15 挨拶
大川 匡子
滋賀医科大学医学部精神医学講座
- 15:15-15:30 企業社会の睡眠障害と心の健康調査
樋口 重和、本橋 豊
秋田大学医学部公衆衛生学講座
- 15:30-15:45 うつ病における睡眠障害とその予防治療
山田尚登、山田真紀、沖野剛志、村上純一、青木治亮、大川匡子
滋賀医科大学医学部精神医学講座
- 15:45-16:00 腎不全透析患者におけるレストレスレッグ症候群の実態と治療に関する研究
井上雄一¹⁾、河内明宏²⁾、橋本徹也³⁾、立花直子⁴⁾、白川修一郎⁵⁾、
小野利彦³⁾、三木恒治²⁾
1) 順天堂大学医学部精神医学講座
- 16:00-16:15 高校生の睡眠習慣と心身の問題に関する研究：千葉県におけるコミュニティー研究
内山 真¹⁾、田ヶ谷浩邦¹⁾、金 圭子¹⁾、渋井佳代¹⁾、尾崎章子¹⁾、譚 新¹⁾、
鈴木博之¹⁾、土井由利子²⁾、林 三千恵³⁾、高橋和泉⁴⁾
1) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神生理学部 2) 国立公衆衛生院
3) 千葉県立幕張総合高等学校 4) 千葉県立積橋高等学校
- 16:15-16:30 概日リズム睡眠障害と精神疾患との関連：
武蔵病院リズム障害専門外来における調査結果について
吉田統子¹⁾、梶村尚史²⁾、中島亨²⁾、中林哲夫²⁾、堀達³⁾、加藤正明²⁾、
加我牧子¹⁾、高橋清久³⁾、渡辺剛⁴⁾
1) 国立精神・神経センター武蔵病院心理指導部 2) 同第一病棟部
3) 国立精神神経センター 4) ジェノア大学睡眠センター

- 16:30-16:45 **慢性不眠の行動療法と睡眠習慣改善介入の検討**
 ー文献レビューと簡単な通信指導の試みー
 川上 憲人¹⁾、足達淑子²⁾、国柄后子、田中秀樹
 1) あだち健康行動学研究所 2) 岡山大学医学部衛生学
- 16:45-17:00 コーヒーブレイク
- 17:00-18:00 **特別講演： Circadian Rhythm and Sleep**
 Leon Lack, PhD
 Associate Professor,
 Sleep Research Laboratory,
 School of Psychology
 The Finders University of South Australia
- 18:00- **懇親会**

厚生科学研究費補助金・障害保健福祉総合研究事業

睡眠障害対応のあり方に関する研究

平成 13 年度研究報告書

発 行 平成 14 年 3 月

班 長 大川 匡子
