

不眠による受診を動機づける心理要因の検討

和田 洋人

青山学院大学 経営学部

The study of the psychological factors in motivating persons suffering from insomnia to seek medical consultation

Hiroto Wada

Aoyama Gakuin University, Department of Business

The purpose of this study is to analyze the psychological factors in motivating persons suffering from insomnia to seek medical consultations. A questionnaire aiming to examine ① the level of awareness to health risks relating to insomnia and ② willingness to seek medical consultations was administered to 111 subjects. The results showed that ① even though 72% subjects suffered from symptoms of insomnia, majority of them were not motivated to seek medical consultation, ② few of the subjects were concerned that they would suffer from insomnia related diseases such as, lifestyle diseases, mental disorders or dementia, ③ feelings of concerns to suffering from potential diseases relating to insomnia did not motivate the subjects to seek medical help to improve their insomnia symptoms and ④ resistance to obtaining sleeping pill prescriptions was not a factor in the subjects' willingness to seek medical consultations. In conclusion, there remains a great need to re-educate the public regarding the importance of sleep and the dangers of untreated insomnia.

Key word: Insomnia, Medical Consultations, Health Seeking Behavior, Sleeping Pills

序文

近年、健康な状態を長期間維持し、生活の質を高く安定したものにすることを目標とした健康管理行動に対する関心が高まっている。食事、運動、レクリエーション等に日頃から注意を払うことは健康寿命の長期化に寄与する健康管理行動と言えるが、睡眠による適度な休息もまた健康の維持・増進、罹患の予防のためには欠かすことのできない重要な健康管理行動である。

現在の本邦では5人に1人が不眠症に苦しんでいると言われ（岡田，2011），睡眠時の入眠困難や中途覚醒，早朝覚醒を頻繁に経験している者は20～30%の割合で存在することが報告されている（e.g. Liu, Uchiyama, Kim, Okawa, Shibui, Kudo, Doi, Minowa & Ogihara, 2000; Kaneita, Ohida,

Osaki, Tanihata, Minowa, Suzuki, Wada, Kansa & Hayashi, 2006; 降旗・今野・鈴木・金野・高橋・兼坂・大井田・赤柴・内山，2014）。睡眠は本能行動の一つであり、それが不足したり、阻害されたりした場合、注意・集中のような認知機能および気分・感情のような精神状態に悪影響が及ぼされ、生活の質を低下させることもある。また、慢性的な不眠は生活習慣病，うつ病，認知症等の様々な疾患に罹患する可能性を高めるリスク要因にもなる（三島，2017；金森・鈴木・金野・内山，2016）。したがって、不眠者が睡眠による適度な休息を取ることができるよう援助していくことは、健康の維持・増進や罹患の予防を実現し、更には本邦における健康レベルの底上げを達成するうえで重要度の高い課題と言える。

現在、不眠者に対する援助の第1選択は生活習慣の見直しや睡眠環境の改善等を目的にしたカウンセリング（睡眠衛生指導）あるいは認知行動療法になりつつある。これらの非薬物療法は有効性が示されていて（綾部・三島, 2015）、特に認知行動療法に関しては不眠の援助に特化したもの（Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: CBT-I）も開発されているため、ますますの普及が今後期待される。しかしながら、効果的な不眠の援助法が登場してきた一方で、不眠の改善を目的にして医療機関を受診する者は本邦において少ないことがこれまでに報告されている。例えば、内村(2007)は勤労者5747人を対象にして、不眠、抑うつ、生活習慣病の実態に関する調査を行っているが、その結果によれば不眠経験者1687人中734人（約44%）は不眠に対して特別な対応を行わないままにしていた。MSD（2014）による調査においても同様の傾向は示されており、不眠の自覚のある群1050人中、医療機関を受診していない者は約70%を占めていた。また、Soldatos, Allaert, Ohta & Dikeos（2005）の調査においては、日本人が不眠の改善を目的にして医療機関を受診した割合は約15%にすぎず、調査対象とした10ヵ国の中で2番目に低い結果だった。以上の結果からは、不眠者のそれがますます重症化・慢性化したり、不眠が原因になって様々な疾患に罹患したりすることを予防するために、彼等の受診を促すための取り組み（健康教育）が必要と言える。

医療機関の受診を動機づける要因としては疾患による痛みや抑うつ等の症状が先ず挙げられるが、心理的な要因 — 例えば、受診した場合に生じることが予想されるメリットに関する期待とデメリットに関する懸念の差、定期的な通院や服薬を行うことに対する自己効力感など — もまた受診の動機になる。特に疾患の治療ではなく、罹患の予防を目的にした受診行動の場合には心理的な要因の関与度は大きいと言え、うつ病の重症化の予防を目的にした受診行動との関連や子宮頸がんの定期検診行動との関連等がこれまでに報告されている（e.g. 佐藤・田中・江藤・荒武・和田・島, 2006; 清水・石田・花田・山本, 2013）。このような結果を踏まえると、不眠の悪化の予防やそれ

を原因にする罹患の防止を目標にした健康教育としては受診を促進 / 阻害する心理的な要因を明らかにし、それらの変数を必要に応じて変化させるアプローチが有効であると予想される。そこで、本研究では不眠による受診の希望の有無に影響をあたえる心理的な要因を明らかにすることを目的にした検討を行う。

心身の不具合が生じた際に医療機関を受診し、痛みや抑うつ等に対する治療を受けたり、それらの悪化を予防するための方法について相談したりする行動は健康希求行動（堀毛, 1997）の一種と考えられるが、このような行動の生起を説明する心理学的モデルとしては健康信念モデル（Health Belief Model: HBM）（Becker, Drachman & Kirscht, 1974）や自己制御に関するコモンセンスモデル（Common-Sense Model of self-regulation: CSM）（Leventhal, Brissette & Leventhal, 2003）が挙げられる。これらのモデルは健康が将来脅かされる可能性と健康を害した場合の心理や生活への影響の予想それぞれが行動のきっかけや動機になると想定している点で共通していて、現在までに禁煙に対する関心度に関する研究（榎本・小笹・福井・森・福本・堀井・三橋・渡邊, 2005）やマンモグラフィ検診の受診に関する研究（安達・武井・北村・上野, 2012）等で援用され、その有用性が示されている。そこで本研究においても、健康に関するリスクについて評価する上記変数を取り上げ、不眠による受診希望の有無への影響についての検討を行う。

日本国民の睡眠時間（平日）は1970年以降短縮傾向にあるが（e.g. 関根・渡辺・林田, 2016）、浅岡（2016）はその一因として睡眠の重要性に対する認識不足や知識不足を挙げている。それならば、睡眠についての不十分な理解のために、不眠の状態にたとえあったとしても、それが罹患の可能性を高めるリスク要因になるとは評価されず、そのような睡眠の問題を軽視する態度が受診の希望の生起を妨げる原因になっている可能性がある。そこで本研究では、不眠の有無は様々な疾患に対する罹患可能性の予想には影響を及ぼさず、睡眠に問題のある群においても罹患の可能性を過小評価する者は受診の希望を持たない傾向にある

という仮説を立て、その検証を行う。

ところで、不眠による苦痛が著しい場合や心身の疾患の症状として不眠を呈している、その迅速な改善を要する場合等では睡眠薬を使った薬物療法が必要になる。睡眠薬を服用し、不眠を和らげている間に体調を整え、将来的にはそれを服用せずに眠るための方法を検討していくことが重要である。現在、睡眠薬は最初期のバルビツール酸系からベンゾジアゼピン受容体作動薬の時代を経て、メラトニン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬が登場してきている。これらの睡眠薬は作用機序や効果の持続時間が異なっていて、不眠者の不眠の状況に合わせた使用が可能である。

しかしながら、一般の人々は睡眠薬に対して不信感があり（和田，2017）、その服用にしばしば不安を示す。例えば、東（2004）は学生301人を対象にした調査を行っているが、それによれば睡眠薬を医師から勧められた場合でさえ、それを安心して服用すると回答した者は30%を満たしていなかった。内村・橋爪・土生川・小島居・山本・大川・松山・桑原（2005）が一般内科を受診している患者707人を対象にして行った調査においては調査対象者の約80%が他の種類の薬と比べた場合、睡眠薬の服用は慎重に考えると回答していた。また、睡眠薬に対する不信感はそれによる治療が開始された後の服薬コンプライアンスにも影響を及ぼす。内村・松山（2003）が久留米大学病院の精神神経科外来患者653人を対象にして行った調査では、30%の患者が睡眠薬の有害性に不安を抱き、医師に無断で睡眠薬の減量や服用の中止を行っていた。

上記の結果から、一般の人々は睡眠薬の服用に対して抵抗感があり、回避的な姿勢をとる傾向にあると言えるが、このような姿勢の原因として指摘される睡眠薬に対する不信感は不眠による受診を行うか否かの選択にも関連している可能性がある。すなわち、不眠を患う人々の中で睡眠薬に対する不信感のある者は医療機関にて自身の不眠に関して相談した際に睡眠薬を処方され、服用を指示されることに拒否感があり、そのために受診自体を避けようとする。

睡眠薬に対する不信感が不眠による受診を行う

か否かの選択に影響するならば、睡眠薬に対する過度な不信感を解消することは不眠による受診を促すためのアプローチの一つとして有効と考えられる。そこで本研究では前述の不眠に対するリスク評価に関する仮説の検証に加えて、睡眠薬に対する不信感が不眠の際の受診の希望に関連するか否かの検討も行う。本研究では睡眠薬に対する不信感の測定のために和田（2016）が作成した“睡眠薬に対する態度の調査尺度（the Sleeping Pills Attitudes Inventory: SPAI）”を使用する。この尺度は睡眠薬の依存性や耐性、副作用等に関する質問から構成される領域（“睡眠薬の有害性“因子）と睡眠薬の効能についての期待感に関する質問から構成される領域（“睡眠薬の効能“因子）に別けられている。睡眠薬に対する不信感が受診時に睡眠薬を処方されることに対する拒否感の要因であるならば、前者の因子の得点が高い時および後者の因子の得点が低い時に睡眠薬の処方拒否の傾向にあることが予想され、かつ、受診時に睡眠薬を処方されることに拒否感のある者は不眠による受診の希望を持たない傾向にあることが予想される。

方法

調査方法

不眠による受診希望の有無に影響する心理要因について検討することを目的にして質問紙調査を行った。

調査時期

質問紙調査は2017年5月6日（土）に開始し、同年の12月17日（月）に終了した。

質問紙の構成

①フェースシート

フェースシートには今回のアンケート調査は不眠と医療機関の受診についての研究を目的としている旨を冒頭部分に明記した。回答に際して記名の必要はないこと、回答は任意であり、質問の中に回答を避けたいと思うものがあつた場合、それには回答しなくてもよいことを明記した。また、回答者の年齢、性別、職業、居住地を記入する欄を設けた。

②医療機関との関わりについて尋ねる項目

(a) 些細な心身の不調でも受診できる医療機関の有無, (b) 不眠による受診経験の有無, (c) 睡眠薬の服用経験の有無について尋ねる項目から構成した。

(a) 些細な心身の不調でも受診できる医療機関の有無

質問文は「些細な心身の不調でも相談に行ける病院やクリニックはありますか?」とし、回答の選択肢①ある, ②ないの中からあてはまるものに○印をさせた。

(b) 不眠による受診経験の有無

質問文は「現在までに不眠(寝つけない, 夜中に目覚めて眠れない, 朝早く目覚める)あるいは, それによる日中の不調について病院やクリニックに相談に行ったことはありますか?」とし、回答の選択肢①ない, ②現在通院している, ③過去に通院していたの中からあてはまるものに○印をさせた。

(c) 睡眠薬の服用経験の有無

質問文は「現在までに, 病院やクリニック等の医療機関で処方される睡眠薬を服用した経験はありますか?」とし、回答の選択肢①服用経験なし, ②現在服用している(頓服を含む), ③過去に服用していたの中からあてはまるものに○印をさせた。

③アテネ不眠尺度

アテネ不眠尺度は WHO によって作成された不眠の重症度について測定するための尺度である。8 項目から構成され、総得点が高いほど不眠が重度であると評価される。この尺度の日本語版は Okajima, Nakajima, Kobayashi & Inoue (2013) によって作成され、信頼性と妥当性の確認も行われている。本研究においては最近1ヶ月間の睡眠の状況について尋ねることにし、回答に際しての教示文と各質問項目に対する回答のための選択肢は Okajima et al (2013) に倣って設けた。

④将来の罹患可能性と罹患した場合の生活への影響の予想に関して尋ねる項目

(a) 生活主観病を将来患う可能性, (b) 精神疾患を将来患う可能性, (c) 認知症を将来患う可能性, (d) 生活習慣病を患った場合に生活が困難になる可能性, (e) 精神疾患を患った場合に生活が

困難になる可能性, (f) 認知症を患った場合に生活が困難になる可能性について尋ねる項目から構成した。

(a) 生活習慣病を将来患う可能性

質問文は「現在の睡眠状況が続いた場合, 高血圧や糖尿病等の生活習慣病を将来患うことになると思いますか?」とし、回答の選択肢①そうは思わない, ②どちらかと言えばそうは思わない, ③どちらかと言えばそう思う, ④そう思う, ⑤既に患っているの中から最もあてはまるものに○印をさせた。

(b) 精神疾患を将来患う可能性

質問文は「現在の睡眠状況が続いた場合, うつ病や神経衰弱等の精神疾患を将来患うことになると思いますか?」とし、回答の選択肢①そうは思わない, ②どちらかと言えばそうは思わない, ③どちらかと言えばそう思う, ④そう思う, ⑤既に患っているの中から最もあてはまるものに○印をさせた。

(c) 認知症を将来患う可能性

質問文は「現在の睡眠状況が続いた場合, アルツハイマー病のような認知症を将来患うことになると思いますか?」とし、回答の選択肢①そうは思わない, ②どちらかと言えばそうは思わない, ③どちらかと言えばそう思う, ④そう思う, ⑤既に患っているの中から最もあてはまるものに○印をさせた。

(d) 生活習慣病を患った場合に生活が困難になる可能性

質問文は「高血圧や糖尿病等の生活習慣病を患ったら, それから先のあなたの人生は辛く苦しいものになると思いますか?」とし、回答の選択肢①そうは思わない, ②どちらかと言えばそうは思わない, ③どちらかと言えばそう思う, ④そう思う, ⑤既に患っているの中から最もあてはまる回答に○印をさせた。

(e) 精神疾患を患った場合に生活が困難になる可能性

質問文は「うつ病や神経衰弱等の精神疾患を患ったら, それから先のあなたの人生は辛く苦しいものになると思いますか?」とし、回答の選択肢①そうは思わない, ②どちらかと言えばそうは

思わない, ③どちらかと言えばそう思う, ④そう思う, ⑤既に患っているの中から最もあてはまる回答に○印をさせた。

(f) 認知症を患った場合に生活が困難になる可能性

質問文は「アルツハイマー病のような認知症を患ったら、それから先のあなたの人生は辛く苦しいものになると思いますか?」とし、回答の選択肢①そうは思わない, ②どちらかと言えばそうは思わない, ③どちらかと言えばそう思う, ④そう思う, ⑤既に患っているの中から最もあてはまる回答に○印をさせた。

⑤不眠による受診希望の有無について尋ねる項目

質問文は「現在の睡眠状況の改善を目的にして、病院やクリニックなどの医療機関を将来受診したいという希望はありますか?」とし、回答の選択肢①受診希望はない, ②どちらかと言えば受診希望はない, ③どちらかと言えば受診希望がある, ④受診希望があるの中から最もあてはまる回答に○印をさせた。

⑥睡眠薬に対する態度の調査尺度

和田 (2016) が作成した“睡眠薬に対する態度の調査尺度”全14項目を回答させた。この尺度の信頼性は和田 (2016) による分析結果から内的整合性が認められ、和田 (2017) による分析結果からは再検査信頼性が認められている。また、尺度の妥当性に関しては、内容的妥当性 (和田, 2016)、収束的妥当性と弁別的妥当性 (和田, 2017) が認められている。

回答に際して「病院やクリニック等の医療機関で処方される睡眠薬に対するあなたのイメージについて質問します。質問文を読み、選択肢①～④の中から回答を一つ選択し、それに○をしてください」という教示文を設けた。回答の選択肢は①同意しない, ②どちらかと言えば同意しない, ③どちらかと言えば同意する, ④同意するを設けた。なお、“睡眠薬がどのようなメカニズムで効くのか分からないことが服用する時に気がかりである”のみ, ⑤睡眠薬がどのようなメカニズムで効くのか知っているを回答の選択肢として特別に設けた。

⑦睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無

について尋ねる項目

質問文は「仮に自身の不眠について医師に相談することが将来あったとしても、睡眠薬は処方されたくないと思う」とし、回答の選択肢①同意しない, ②どちらかと言えば同意しない, ③どちらかと言えば同意する, ④同意するの中から最もあてはまるものに○印をさせた。

回答者

回答者は東京都内のある私立大学に通学している学生と通勤している教職員 (非常勤講師, パート職員を含む)、調査実施者の知人でその私立大学の卒業生でもある者、東京都内のある企業に通勤している会社員、神奈川県内のある私立高校に通勤している教員 (非常勤講師を含む) である。

調査実施者は学生と教職員および知人の卒業生に対して質問紙調査の回答協力を個別に依頼し、承諾が得られた後に質問紙を手渡しした。質問紙への回答が終了した後に返却するように指示をし、後日回答済みの質問紙を手渡しにて回収した。

会社員および私立高校の教員に対する質問紙への回答依頼は調査実施者の知人で、それらの機関に所属している者たちを調査の協力者として仲介させたうえで行った。その知人たちに研究の概要の説明と協力の依頼を行い、承諾が得られた後に質問紙と回答済みの質問紙の提出先となる住所の書かれた封筒を複数手渡し、それらを所属している機関の者たちに1人1セットずつ配布させた。回答済みの質問紙は封筒の中に入れさせ、提出先に個別に郵送返却するように指示させた。

倫理的配慮

回答者のプライバシーの保護には細心の注意を払うこと、回答はすべて統計的に処理し、その結果を論文に記述するため、論文の内容から個人が特定されることはないことを口頭もしくは書面にて説明した。

統計による分析の方法

統計による分析はMicrosoft office Excel 2016 とIBM SPSS (ver23) を使用して行った。

デモグラフィック・データの分析方法

最初に本研究のためのアンケート調査に回答した者たちのデモグラフィック・データ (世代, 職業, 居住地) について性別ごとに各度数を算出した。

アテネ不眠尺度の分析方法

次にアテネ不眠尺度の分析を行った。各回答者の総得点を算出し、その値から不眠の問題のない者と不眠の問題のある者の弁別を行った。MSD (2014) によれば、アテネ不眠尺度で0～3点の者は不眠の心配なし、4～5点の者は不眠の疑いが少しある、6点以上の者は不眠の疑いがあるため専門家に相談することが望ましいとされる。本研究では上記の分類を参考にして、0～3点の回答者を“不眠の問題なし群”、4点以上の回答者を“不眠の問題あり群”にそれぞれ分類した。回答者たちを不眠の問題の有無によって2群に別けた後、各群の度数を算出した。

医療機関との関わりについて尋ねる項目および不眠による受診希望の有無について尋ねる項目の分析方法

些細な心身の不調でも受診できる医療機関の有無、不眠による受診経験の有無、睡眠薬の服用経験の有無、不眠による受診希望の有無についてのそれぞれの回答の度数と割合を不眠の問題の有無によって分類した2群ごとに算出した。その際、受診希望の有無に対する回答として①受診希望はない、もしくは②どちらかと言えば受診希望はないが選択されていたものを“受診希望なし群”、③どちらかと言えば受診希望がある、もしくは④受診希望があるが選択されていたものを“受診希望あり群”にそれぞれ分類し、各群の度数と割合を算出した。

不眠の問題の有無が将来の罹患可能性と罹患した場合の生活への影響の予想のそれぞれに関連するか否かの分析方法

最初に生活習慣病を将来患う可能性、精神疾患を将来患う可能性、認知症を将来患う可能性についてそれぞれ尋ねる項目の回答として①そうは思わない、もしくは②どちらかと言えばそうは思わないが選択されていたものを該当の疾患に“罹患しない群”、③どちらかと言えばそう思う、もしくは④そう思うが選択されていたものを該当の疾患に“罹患する群”にそれぞれ分類した。⑤既に患っているが選択されていたものは上記2群への分類の対象にはしなかった。そして、不眠の問題の有無によって分類した2群ごとに、各疾患に対

する“罹患しない群”と“罹患する群”の度数と割合を算出し、それらの比率の間に差異があるか否かを検討するために χ^2 検定を行った。

次に生活習慣病を患った場合に生活が困難になる可能性、精神疾患を患った場合に生活が困難になる可能性、認知症を患った場合に生活が困難になる可能性についてそれぞれ尋ねる項目の回答として①そうは思わない、もしくは②どちらかと言えばそうは思わないが選択されていたものを該当の疾患に罹患した場合の“生活困難否定群”、③どちらかと言えばそう思う、もしくは④そう思うが選択されていたものを該当の疾患に罹患した場合の“生活困難肯定群”にそれぞれ分類した。⑤既に患っているが選択されていたものは上記2群への分類の対象にはしなかった。そして、不眠の問題の有無によって分類した2群ごとに、各疾患に罹患した場合の“生活困難否定群”と“生活困難肯定群”の度数と割合を算出し、それらの比率の間に差異があるか否かを検討するために χ^2 検定を行った。

これらの分析は不眠による受診経験の有無について尋ねる項目の回答として①ない、もしくは③過去に通院していたを選択した者の回答データを対象に行った。

睡眠薬に対する態度がそれを処方されることに対する拒否感の有無に影響するか否かの分析方法

アテネ不眠尺度の総得点から“不眠の問題あり群”に分類された回答者たちの中で、医療機関との関わりについて尋ねる項目にて不眠による受診経験はなく、睡眠薬の服用経験もないと回答していた者の回答データを対象にして、睡眠薬に対する態度がそれを処方されることに対する拒否感の有無に影響するか否かの検討を行った。まず“睡眠薬に対する態度の調査尺度”の全14項目に対する各回答を①同意しない:0点、②どちらかと言えば同意しない:1点、③どちらかと言えば同意する:2点、④同意する:3点に得点化した。“睡眠薬がどのようなメカニズムで効くのか分からないことが服用する時に気がかりである”の回答として⑤睡眠薬がどのようなメカニズムで効くのか知っているが選択されていた場合、その回答データは無効回答として除外した。

次に各質問項目の平均値と標準偏差を算出し、フロア効果の生じている項目の存在の有無を確認した後、“睡眠薬に対する態度の調査尺度”を構成する2領域（“睡眠薬の有害性”因子と“睡眠薬の効能”因子）それぞれの α 係数を算出して、尺度の信頼性について検討を行った。その後、フロア効果の生じていた項目をその項目の属する領域から除外した場合の α 係数の算出と“睡眠薬の効能”因子から1項目を除外した場合に最も α 係数の値が高くなる項目の組合せの検討を行った。

次いで、睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無について尋ねる項目の回答として“①同意しない”，もしくは“②どちらかと言えば同意しない”が選択されていたものを“拒否感なし群”，“③どちらかと言えば同意する”，もしくは“④同意する”が選択されていたものを“拒否感あり群”にそれぞれ分類し，それらの度数と割合を算出した。そして，“睡眠薬に対する態度の調査尺度”を構成する2領域それぞれの項目の合算得点を独立変数，睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無を従属変数にした判別分析を行った。

不眠による受診希望の有無に影響する要因の分析方法

(1) 将来の罹患可能性と罹患した場合の生活への影響の予想が受診希望の有無にそれぞれ影響するか否かの分析方法

生活習慣病，精神疾患，認知症のそれぞれに将来罹患する可能性の予想とそれぞれの疾患に罹患した場合の生活への影響の予想が不眠による受診希望の有無にそれぞれ影響するか否かの検討を行った。これらの検討はアテネ不眠尺度の総得点から“不眠の問題あり群”に分類された回答者たちの中で，不眠による受診経験の有無について尋ねる項目の回答として①ない，もしくは③過去に通院していたを選択した者の回答データを対象にして行った。

まず生活習慣病を将来患う可能性，精神疾患を将来患う可能性，認知症を将来患う可能性についてそれぞれ尋ねる項目の分析時に設けた2群（“罹患しない群”と“罹患する群”）ごとに“受診希望なし群”と“受診希望あり群”の度数と割合を算出した。そして，それらの比率の間に差異があ

るか否かを検討するために χ^2 検定を行った。

次に生活習慣病を患った場合の生活への影響，精神疾患を患った場合の生活への影響，認知症を患った場合の生活への影響についてそれぞれ尋ねる項目の分析時に設けた2群（“生活困難否定群”と“生活困難肯定群”）ごとに“受診希望なし群”と“受診希望あり群”の度数と割合を算出した。そして，それらの比率の間に差異があるか否かを検討するために χ^2 検定を行った。

(2) 睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無が受診希望の有無に影響するか否かの検討方法

睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無が受診希望の有無に影響するか否かの検討を行った。この検討はアテネ不眠尺度の総得点から“不眠の問題あり群”に分類された回答者たちの中で医療機関との関わりについて尋ねる項目にて不眠による受診経験はなく，睡眠薬の服用経験もないと回答していた者の回答データを対象にして行った。

まず睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無を検討する際に設けた2群（“拒否感なし群”と“拒否感あり群”）ごとに“受診希望なし群”と“受診希望あり群”の度数と割合を算出した。そして，それらの比率の間に差異があるか否かを検討するために χ^2 検定を行った。

結果

有効回答の算出結果とデモグラフィック・データの算出結果

本研究のためのアンケート調査を行った結果，111件の回答が収集された。それらの回答の中から回答の記入漏れが極端に目立つものと回答の途中でそれが中止されていたもの等を無効回答として除外した。結果，本研究における有効回答は108件になった。これらの有効回答は男性62人，女性46人から構成されていた。

表1は本研究における有効回答者のデモグラフィック・データについてまとめたものである。回答者の世代は20代の者の割合が最も高く，全体の約30%を占めていた。20～30代の回答者の割合は約53%だった一方，40代以上の回答者のそれは約47%だったことから，本研究における分析対

表1. デモグラフィック・データ

各世代の回答者数	男性	女性
20～29歳	23	13
30～39歳	11	10
40～49歳	7	6
50～59歳	14	10
60～69歳	7	6
80～89歳	0	1
職業	男性	女性
会社員	33	15
大学教職員	14	7
高校教員	2	1
専門職(設計士、保育士、調理師など)	2	5
自営業	4	3
パート・アルバイト	1	1
フリーター	0	5
学生	6	8
専業主婦	0	1
居住地	男性	女性
東京	33	26
神奈川	13	10
千葉	4	4
埼玉	5	1
栃木	2	5
群馬	1	0
長野	2	0
京都	1	0
福岡	1	0

象者は青年期・成人期の者と中年期・老年期の者が大差のない割合で含まれていることが示された。

回答者の職業は会社員が全体の約44%を占め、次に大学の教職員が約20%を占めていた。回答者の居住地は東京、神奈川、千葉、埼玉の関東圏に集中していた。

アテネ不眠尺度の分析結果

アテネ不眠尺度の各回答者の総得点を算出し、

0～3点の回答者を“不眠の問題なし群”，4点以上の回答者を“不眠の問題あり群”にそれぞれ分類したところ，前者の群には30人が属し，後者の群には78人が属する結果になった^①。結果から本研究のためのアンケート調査に回答した者の約72%は不眠の可能性が少しある状態もしくは不眠が疑われるため専門家に相談することが望ましい状態にあることが示された。

医療機関との関わりについて尋ねる項目および不

^① “不眠の問題あり群”はアテネ不眠尺度の総得点が4～5点（不眠の疑いが少しある）の者30人と6点以上（不眠の疑いがあるため専門家に相談することが望ましい）の者48人から成る。

表2. 医療機関との関わりと不眠による受診希望の有無の集計結果

	些細な不調でも受診できる医療機関の有無		
	ある	ない	
不眠の問題なし群	53.3%(16人)	46.7%(14人)	
不眠の問題あり群	42.9%(33人)	57.1%(44人)	
	不眠による受診の経験		
	なし	現在通院中	過去に通院
不眠の問題なし群	90.0%(27人)	3.3%(1人)	6.7%(2人)
不眠の問題あり群	96.2%(75人)	0.0%(0人)	3.8%(3人)
	睡眠薬の服用経験		
	なし	現在服用中	過去に服用
不眠の問題なし群	90.0%(27人)	3.3%(1人)	6.7%(2人)
不眠の問題あり群	94.9%(74人)	0.0%(0人)	5.1%(4人)
	受診の希望		
	なし群	あり群	
不眠の問題なし群	90.0%(27人)	10.0%(3人)	
不眠の問題あり群	89.7%(70人)	10.3%(8人)	

眠による受診希望の有無について尋ねる項目の分析結果

表2は“不眠の問題なし群”と“不眠の問題あり群”ごとに些細な心身の不調でも受診できる医療機関の有無、不眠による受診経験の有無、睡眠薬の服用経験の有無、不眠による受診希望の有無についてそれぞれ尋ねる項目の各回答の度数と割合を算出し、まとめたものである。なお、些細な心身の不調でも受診できる医療機関の有無を尋ねる項目に対して無回答が1件あったため、この項目のみ107件の回答データから算出している。

些細な心身の不調でも受診できる医療機関の有無について“ある”の回答の割合は“不眠の問題なし群”が約50%だった一方、“不眠の問題あり群”のそれは約43%だったことから、後者の群は自身の健康問題について相談できる医療機関を欠く傾向にあった。不眠による受診経験の有無および睡眠薬の服用経験の有無については“不眠の問題なし群”、“不眠の問題あり群”ともに経験なしの割合が極端に高い結果だった。“不眠の問題なし群”の不眠による受診希望の有無の割合と“不眠の問題あり群”のそれらの割合の間に差異はなかった。“不眠の問題あり群”には不眠が疑われ

るため、専門家に相談することが望ましいとされる者が含まれているにもかかわらず、受診の希望を持つ者の割合は約10%にすぎなかった。

不眠の有無が将来の罹患可能性と罹患した場合の生活への影響の予想にそれぞれ関連するか否かの分析結果

表3は生活習慣病を将来患う可能性の予想、精神疾患を将来患う可能性の予想、認知症を将来患う可能性の予想それぞれについて、“不眠の問題なし群”と“不眠の問題あり群”ごとに各疾患に“罹患しない群”と“罹患する群”の度数と割合を算出し、まとめたものである。これらの度数と割合は不眠による受診経験の有無について尋ねる項目の回答として①ない、もしくは③過去に通院していたを選択した者の回答データから算出している。

疾患ごとの“罹患する群”の割合について“不眠の問題なし群”のそれと“不眠の問題あり群”のその間の差異を比較すると、すべての疾患で“不眠の問題なし群”よりも“不眠の問題あり群”の方の割合が高かった。しかし、 χ^2 検定の結果、すべての疾患で、“不眠の問題なし群”の将来罹患する可能性があるか否かに関する予想の比率と

表3. 不眠の問題の有無が将来の罹患可能性の予想に影響するか否かの分析結果

	生活習慣病に将来		χ^2 値
	罹患しない群	罹患する群	
不眠の問題なし群	75.0% (21人)	25.0% (7人)	$\chi^2=1.193$, <i>n.s.</i>
不眠の問題あり群	63.6% (49人)	36.4% (28人)	Fisherの直接法 <i>n.s.</i>
	精神疾患に将来		χ^2 値
	罹患しない群	罹患する群	
不眠の問題なし群	82.8% (24人)	17.2% (5人)	$\chi^2=1.347$, <i>n.s.</i>
不眠の問題あり群	71.4% (55人)	28.6% (22人)	Fisherの直接法 <i>n.s.</i>
	認知症に将来		χ^2 値
	罹患しない群	罹患する群	
不眠の問題なし群	86.2% (25人)	13.8% (4人)	$\chi^2=1.176$, <i>n.s.</i>
不眠の問題あり群	76.9% (60人)	23.1% (18人)	Fisherの直接法 <i>n.s.</i>

表4. 不眠の問題の有無が罹患した場合の生活への影響の予想に影響するか否かの分析結果

	生活習慣病による生活困難		χ^2 値
	否定群	肯定群	
不眠の問題なし群	35.7% (10人)	64.3% (18人)	$\chi^2=10.941$, $P<.01$
不眠の問題あり群	9.1% (7人)	90.9% (70人)	Fisherの直接法 $P<.01$
	精神疾患による生活困難		χ^2 値
	否定群	肯定群	
不眠の問題なし群	24.1% (7人)	75.9% (22人)	$\chi^2=5.231$, $P<.05$
不眠の問題あり群	7.8% (6人)	92.2% (71人)	Fisherの直接法 $P<.05$
	認知症による生活困難		χ^2 値
	否定群	肯定群	
不眠の問題なし群	31.0% (9人)	69.0% (20人)	$\chi^2=7.915$, $P<.05$
不眠の問題あり群	10.3% (9人)	89.7% (70人)	Fisherの直接法 $P<.05$

“不眠の問題あり群”のそれらの比率の間に有意差は認められなかった。

表4は生活習慣病を患った場合の生活への影響の予想、精神疾患を患った場合の生活への影響の予想、認知症を患った場合の生活への影響の予想のそれぞれについて、“不眠の問題なし群”と“不眠の問題あり群”ごとに“生活困難否定群”と“生活困難肯定群”の度数と割合を算出し、まとめたものである。これらの度数と割合は不眠による受診経験の有無について尋ねる項目の回答として①ない、もしくは③過去に通院していたを選択した者の回答データから算出している。

χ^2 検定の結果、“不眠の問題なし群”と“不眠の問題あり群”のそれぞれにおける生活習慣病に

罹患した場合の生活困難の“否定群”と“肯定群”の比率の間には1%の危険率で有意差があった。そこで残差分析を行ったところ、生活習慣病に罹患した場合に生活が困難なものになると考える者は“不眠の問題あり群”に多いことが示された。

また、“不眠の問題なし群”と“不眠の問題あり群”それぞれにおける精神疾患に罹患した場合の生活困難の“否定群”と“肯定群”の比率の間および認知症に罹患した場合の生活困難の“否定群”と“肯定群”の比率の間には5%の危険率でそれぞれ有意差があった。そこで残差分析をそれぞれの疾患ごとに行ったところ、両疾患ともに、それを患った場合に生活が困難なものになると考える者は“不眠の問題あり群”に多いことが示さ

表5. “睡眠薬に対する態度の調査尺度”の各項目の平均値(SD)

	平均値(SD)
睡眠薬は病気の改善に役立つ	1.75(.73)
睡眠薬は麻薬と同じようなものだと思う	1.12(.83)
睡眠薬を使い続けるとどうなるのか不安に思う	2.11(.83)
睡眠薬は不眠の人を助ける	2.10(.51)
睡眠薬を一度服用したらそれなしでは眠れなくなりそうだ	1.70(.82)
睡眠薬の服用を始めたらず量がどんどん増えていく	1.71(.66)
睡眠薬を飲むとぐっすり眠れる	1.81(.66)
睡眠薬は心と身体の安定に貢献する	1.70(.68)
睡眠薬を飲むと頭がぼーっとしそうだ	2.04(.55)
睡眠薬には中毒性がある	1.88(.71)
睡眠薬は使用量を間違えると命に危険を及ぼす	2.45(.65)
睡眠薬は身体に悪そうな印象がある	1.75(.73)
睡眠薬はいざという時に頼りになる	1.90(.66)
睡眠薬がどのようなメカニズムで効くのか分からないことが服用する時に気がかりである	2.10(.66)
N = 71	

れた。

睡眠薬に対する態度がその処方に対する拒否感の有無に影響するか否かの分析結果

表5はアテネ不眠尺度の総得点から“不眠の問題あり群”に分類された者の中で、不眠による受診の経験も睡眠薬の服用経験もない者の回答データから“睡眠薬に対する態度の調査尺度”全14項目の平均値と標準偏差を算出し、まとめたものである。“睡眠薬の有害性”因子に属する項目の平均値は“睡眠薬は麻薬と同じようなものだと思う”を除いたすべての項目で中点を超えていたことから、本調査における回答者は睡眠薬を依存性や耐性、副作用のある薬物として評価していることが示された。“睡眠薬は使用量を間違えると命に危険を及ぼす”の平均値(2.45(SD=.65))は全14項目中で最も高く、フロア効果が生じていた。

“睡眠薬の効能”因子に属する5項目の平均値はすべて中点を超えていた。“睡眠薬は不眠の人を助ける”は睡眠薬に第一に期待される効能についての評価を求める項目であるが、その平均値が2.10点(SD=.51)の高値を記録していたことから、本調査における回答者の多くは睡眠薬の有害な側面だけでなく、その有益な側面についても理解

していることが示唆された。

この尺度を構成する“睡眠薬の有害性”因子9項目と“睡眠薬の効能”因子5項目それぞれの α 係数を算出したところ、前者は $\alpha=.791$ 、後者は $\alpha=.636$ だった。次に、平均値と標準偏差の算出の結果、フロア効果の示された“睡眠薬は使用量を間違えると命に危険を及ぼす”を“睡眠薬の有害性”因子から除外して α 係数を算出した。その結果、 α 係数の値は上昇した($\alpha=.801$)。

“睡眠薬の効能”因子5項目の α 係数を算出したところ、この因子の内的整合性は不十分な結果だったため、この因子に属する5項目から1項目を除外した場合に最も α 係数の値が高くなる項目の組合せについて検討した。その結果、“睡眠薬を飲むとぐっすり眠れる”を除外した場合に“睡眠薬の効能”因子の α 係数は最も高くなることが明らかになった($\alpha=.704$)。そこで、以降の分析—睡眠薬に対する態度がそれを処方されることに対する拒否感の有無に影響するか否かの検討を行う際には“睡眠薬の有害性”因子9項目から“睡眠薬は使用量を間違えると命に危険を及ぼす”を除いた8項目の合算得点、“睡眠薬の効能”因子5項目から“睡眠薬を飲むとぐっすり眠れる”を除い

表6. 睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無を従属変数にした判別分析の結果

	平均値 (SD)		標準化された		
	拒否感なし群	拒否感あり群	正準判別関数係数	正準相関	wilks のラムダ
“睡眠薬の有害性” 因子	13. 11 (3. 43)	16. 47 (3. 30)	. 678	. 493	. 757 ***
“睡眠薬の効能” 因子	8. 11 (1. 70)	6. 52 (1. 92)	-. 539		

*** $P < .001$

表7. 将来の罹患可能性の予想が受診希望の有無に影響するか否かの分析結果

		受診の希望		χ^2 値
		なし群	あり群	$\chi^2 = 2.635, n.s$
生活習慣病に将来	罹患しない群	93. 9% (46人)	6. 1% (3人)	Fisherの直接法
	罹患する群	82. 1% (23人)	17. 9% (5人)	$n.s$
		受診の希望		χ^2 値
		なし群	あり群	$\chi^2 = 0.380, n.s$
精神疾患に将来	罹患しない群	90. 9% (50人)	9. 1% (5人)	Fisherの直接法
	罹患する群	86. 4% (19人)	13. 6% (3人)	$n.s$
		受診の希望		χ^2 値
		なし群	あり群	$\chi^2 = 0.013, n.s$
認知症に将来	罹患しない群	90. 0% (54人)	10. 0% (6人)	Fisherの直接法
	罹患する群	88. 9% (16人)	11. 1% (2人)	$n.s$

た4項目の合算得点をそれぞれ使用することにした^②。

次に、睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無について尋ねる項目の回答として“①同意しない”，もしくは“②どちらかと言えば同意しない”が選択されたものを“拒否感なし群”，“③どちらかと言えば同意する”，もしくは“④同意する”が選択されたものを“拒否感あり群”にそれぞれ分類し，それらの度数と割合を算出したところ，前者の群の総数は44件（約62%），後者の群のそれは27件（約38%）になった。

表6は“睡眠薬の有害性”因子8項目と“睡眠薬の効能”因子4項目それぞれの合算得点を独立変数，睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無を従属変数にした強制投入法による判別分析の結果をまとめたものである。“拒否感あり群”の“睡眠薬の有害性”因子の平均値は“拒否感なし群”のそれよりも高く，“拒否感なし群”の“睡眠薬の効能”因子の平均値は“拒否感あり群”のそれ

よりも高かった。標準化された正準判別関数係数の値からは“睡眠薬の有害性”因子の得点が高いほど，睡眠薬を処方されることに対する拒否感が抱かれる傾向にあり，“睡眠薬の効能”因子の得点が高いほど，それを処方されることに対する拒否感には抱かれない傾向にあることが示された。判別の中率は約73%だった。

不眠による受診希望の有無に影響する心理要因の分析結果

(1) 将来の罹患可能性と罹患した場合の生活への影響の予想それぞれが不眠による受診希望の有無に影響するか否かの分析結果

表7は生活習慣病，精神疾患，認知症のそれぞれに“罹患しない群”と“罹患する群”ごとに不眠による“受診希望なし群”と“受診希望あり群”の度数と割合を算出し，まとめたものである。また，表8は各疾患に罹患した場合の“生活困難否定群”と“生活困難肯定群”ごとに不眠による“受診希望なし群”と“受診希望あり群”の度数と割

^② 12項目の α 係数は $\alpha = .531$ である。

表8. 罹患した場合の生活への影響の予想が受診希望の有無に影響するか否かの分析結果

		受診の希望		χ^2 値
		なし群	あり群	$\chi^2=0.879, n.s$
生活習慣病による生活困難	否定群	100.0%(7人)	0.0%(0人)	Fisherの直接法
	肯定群	88.6%(62人)	11.4%(8人)	$n.s$
		受診の希望		χ^2 値
		なし群	あり群	$\chi^2=0.275, n.s$
精神疾患による生活困難	否定群	83.3%(5人)	16.7%(1人)	Fisherの直接法
	肯定群	90.1%(64人)	9.9%(7人)	$n.s$
		受診の希望		χ^2 値
		なし群	あり群	$\chi^2=0.893, n.s$
認知症による生活困難	否定群	100.0%(8人)	0.0%(0人)	Fisherの直接法
	肯定群	88.6%(62人)	11.4%(8人)	$n.s$

表9. 睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無が受診希望の有無に影響するか否かの分析結果

		受診の希望		χ^2 値
		なし群	あり群	$\chi^2=2.291, n.s$
睡眠薬の処方	拒否感なし群	93.2%(41人)	6.8%(3人)	Fisherの直接法
	拒否感あり群	81.5%(22人)	18.5%(5人)	$n.s$

合を算出し、まとめたものである。これらの度数と割合はアテネ不眠尺度の総得点から“不眠の問題あり群”に分類された者で、不眠による受診経験の有無について尋ねる項目の回答として①ない、もしくは③過去に通院していたを選択した者の回答データから算出したものである。

“受診希望あり群”の割合について、“罹患しない群”と“罹患する群”の間の差異を疾患ごとに比較すると、すべての疾患で“罹患する群”よりも“罹患しない群”の方の割合が低かった。しかし、 χ^2 検定の結果、すべての疾患で、“罹患しない群”の不眠による受診の希望の有無の比率と“罹患する群”のそれらの比率の間に有意差は認められなかった。また、生活習慣病に罹患した場合もしくは認知症に罹患した場合の“生活困難肯定群”はそれぞれ“生活困難否定群”よりも受診を希望する割合が高かったが、 χ^2 検定の結果、すべての疾患で、“生活困難否定群”の不眠による受診の希望の有無の比率と“生活困難肯定群”のそれらの比率の間に有意差は認められなかった。

(2) 睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有

無が受診希望の有無に影響するか否かの分析結果

表9は睡眠薬を処方されることに対する“拒否感なし群”と“拒否感あり群”ごとに不眠による“受診希望なし群”と“受診希望あり群”の度数と割合を算出し、まとめたものである。これらの度数と割合はアテネ不眠尺度の総得点から“不眠の問題あり群”に分類された者で、医療機関との関わりについて尋ねる項目にて不眠による受診経験はなく、睡眠薬の服用経験もないと回答していた者の回答データから算出したものである。

“受診希望あり群”の割合は睡眠薬を処方されることに対する“拒否感あり群”の方が“拒否感なし群”よりも高かった。しかし、 χ^2 検定の結果、睡眠薬を処方されることに対する“拒否感なし群”の不眠による受診の希望の有無の比率と“拒否感あり群”のそれらの比率の間に有意差は認められなかった。

考察

不眠による受診希望の有無についての検討結果の考察

本研究のためのアンケート調査より収集した回答を分析したところ、アテネ不眠尺度の総得点が4点以上で、“不眠の問題あり群”に分類された者は108人中78人（約72%）だった。これらの回答者の多くは不眠の可能性があったり、専門家に相談することが望ましい状態にあったりしたが、彼等の中で不眠の改善を目的にした受診希望のある者は8人（約10%）にすぎなかった。また、将来の罹患可能性と罹患した場合の生活への影響の予想、睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無のそれぞれが不眠による受診希望の有無に影響すると想定し、その検証を行ったが、これらの変数が不眠による受診の希望の有無に関連することはないことが示された。この結果は不眠による受診希望のある者の割合が著しく低かったことが大きな要因と考えられる。

本研究において不眠による受診の希望のない者の割合が“不眠の問題あり群”においてさえずしく高かった上記結果については複数の要因が挙げられる。第一の要因は“不眠の問題あり群”に属する者が自身の健康問題について相談できる病院やクリニックを欠く傾向にあった点である。本アンケート調査における些細な心身の不調でも受診できる医療機関の有無について尋ねる項目に対する“不眠の問題あり群”の“ある”の回答の割合は約43%だった。不眠の問題のある者の中で様々な疾患に罹患した場合に受診できる病院やクリニックを有する者は2人に一人を下回る割合であり、健康希求行動としての受診行動の受け皿になる場の心当たりを欠くこのような傾向が不眠による受診希望の有無の回答に影響したと考える。

次に“不眠の問題あり群”に属する者の中に抑うつ気分を抱え、そのために受診に対して消極的になっている者が存在していた可能性を挙げる。内村（2007）や川崎・西谷・榊原（2015）の研究からは不眠と抑うつ気分の間に関連があること、山藤・武内（2005）の研究からは抑うつ的な人ほど受診に対して否定的な認知をしている可能性のあることがそれぞれ報告されている。これらの研究結果を参照すると、本研究における“不眠の問題あり群”の中には不眠だけでなく抑うつ気分を抱える者も存在していて、その抑うつ気分によ

って受診希望の有無に対して消極的な回答がなされた可能性がある。

第三の要因としては“不眠の問題あり群”に属する者の中に、日中の生活の質に未だ悪影響を及ぼさない程度の軽症の不眠を抱えた者も存在していた可能性を挙げる。本研究のためのアンケート調査の回答者中、約72%の者がアテネ不眠尺度によって測定される最近1ヶ月間の睡眠の状況から“不眠の問題あり群”に分類されることになったが、その一方で彼等は会社員や大学の教職員、学生等を休職・休学することなく務めていた。したがって、本研究において“不眠の問題あり群”に属することになった者の中には不眠の問題こそ有してはいるものの、それによる生活の質の深刻な低下が未だ生じてはいない者も含まれていて、そのような者が不眠による受診の希望を示さなかったと考える。不眠の問題ありと評価されるような睡眠の状況が1ヵ月以上持続し、それによって日中の生活の質にも明らかな悪影響が生じる状況になった場合、不眠による受診希望の有無の回答も本研究とは異なる結果になる可能性がある。

不眠の有無が将来の罹患可能性と罹患した場合の生活への影響の予想のそれぞれに影響するか否かの検討結果についての考察

“不眠の問題なし群”と“不眠の問題あり群”ごとに生活習慣病、精神疾患、認知症のそれぞれに“罹患しない群”と“罹患する群”の度数と割合を算出し、それらの比率の間に差異があるか否かを検討するために χ^2 検定を行ったところ、すべての疾患で有意差は認められなかった。したがって、不眠の有無は様々な疾患に将来罹患するか否かの予想には影響しないという仮説は支持された。この結果は不眠が様々な疾患に罹患する可能性を高めるリスク要因であるとは評価されていないことを示している。浅岡（2016）が指摘するような睡眠の重要性に関する認識や知識の不足が反映されているのだろう。睡眠が健康に与える影響の更なる周知が必要と考える。

“不眠の問題あり群”においても各疾患に“罹患しない群”と“罹患する群”の割合は前者の方がすべての疾患で高かった。この結果は上述の睡眠についての理解不足の反映だけでなく、回答者

の一部にリスクを過少に評価する“正常性バイアス”（星，2017）が生じていたためとも考える。今後はこのようなバイアスを生じさせやすい者の特徴 — 職業，教育年数，既往歴の有無，性格等について検討する必要がある。

各疾患に罹患した場合の生活への影響に対する“生活困難否定群”と“生活困難肯定群”の度数と割合を“不眠の問題なし群”と“不眠の問題あり群”ごとに算出し，それらの比率の間に差異があるか否かを検討するために χ^2 検定を行ったところ，すべての疾患で有意差が認められた。そこで，残差分析を行ったところ，すべての疾患で，罹患した場合に生活が困難なものになると考える者は“不眠の問題あり群”に多いことが示された。この結果は“不眠の問題あり群”に属する者の中に，既に抱えている不眠に加えて，更に疾患を患うことで二重の苦痛を経験することになると予想した者がいたためではないかと考えている。

睡眠薬に対する態度がそれを処方されることに対する拒否感の有無に影響するか否かの検討結果についての考察

アテネ不眠尺度の総得点から“不眠の問題あり群”に分類された者の中で，不眠による受診の経験と睡眠薬の服用経験のない者の回答データを分析の対象にして，睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無の度数を算出したところ，27人（約38%）の者が睡眠薬を処方されることに対して拒否感を示す結果だった。そして，“睡眠薬に対する態度の調査尺度”を構成する2領域（“睡眠薬の有害性”因子と“睡眠薬の効能”因子）それぞれの合算得点を独立変数，睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無を従属変数にした判別分析を行ったところ，睡眠薬の有害性に対する評価が高く，睡眠薬の効能に対する評価の低い者ほど睡眠薬を処方されることに対して拒否感のある結果だった。したがって，睡眠薬に対する態度がそれを処方されることに対する拒否感の有無に影響するという仮説は支持されたと言える。

昨今，睡眠薬の有害性や安易な処方を指摘する報道がしばしばされている（e.g. 読売新聞，2015年11月6日；日本経済新聞，2017年12月18日）。このような報道は睡眠薬に対する一般の人々の理

解を深め，“睡眠薬の適正使用”（睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班，2014）の実現に寄与する可能性があるが，一方で睡眠薬をヒューリスティックで面的に評価させ，それに対する過度な警戒感を形成させる効果もあると考えられる。本研究における睡眠薬を処方されることに対する拒否感の有無の結果はそれに関する昨今の報道内容によって形成された態度を反映している部分もあると考える。

本研究においては睡眠薬を処方されることに対する“拒否感あり群”に属する者の中にも不眠による受診の希望のある者がいた。自己判断で睡眠薬の服用を中止したり，服用量を調整したりする者の存在がこれまでに報告されているが（e.g. 馬場・石郷岡・小倉・五十嵐・一青・江村・三谷・島本・松見，2008；内村・松山，2013），このような服薬コンプライアンスの不良は睡眠薬を処方されることに拒否感がありながらも受診した不眠者にそれが処方された場合に生じやすいのではないかと考える。彼等は当面の不眠の問題の改善を優先して，睡眠薬が処方された当初こそは医師の指示を遵守しながらそれを服用するものの，時間が経過し，状況が変化するにつれて自己判断による服用を行うようになるのではないだろうか。そうであるならば，和田（2016）が主張するような睡眠薬の適切な服用のための心理教育が重要になると言える。

文献

- 安達・圭一郎・武井麗子・北村俊則・上野徳美（2012）．マンモグラフィ検診への受診意図に影響する心理社会的要因の検討：女子大学生を対象とした探索的研究 行動医学研究，18（1），19-28.
- 浅岡章一（2016）．長期的な睡眠教育の必要性和課題 日本睡眠学会第41回定期学術集会プログラム・抄録集，169.
- 綾部直子・三島和夫（2015）．睡眠衛生指導と不眠症に対する認知行動療法（CBT-I）を用いたうつ対策 Depression Frontier，13（1），9-16.
- 東均（2004）．「睡眠薬」「安定剤」に関する意識調査 総合病院精神医学，16（2），172-180.

- 馬場寛子・石郷岡純・小倉博子・五十嵐祐子・一青良太・江村大・三谷万里奈・島本昌和・松見達俊 (2008). 精神科外来患者の睡眠薬の使用実態と処方調査 医療薬学, 34 (10), 943-950.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *American journal of public health*, 64 (3), 205-216.
- 降旗隆二・今野千里・鈴木正泰・金野倫子・高橋栄・兼板佳孝・大井田隆・赤柴恒人・内山真 (2014). 一般成人における不眠症状と性差について 女性心身医学, 19 (1), 103-109.
- 堀毛裕子 (1997). 健康希求行動 日本健康心理学会 (編). 健康心理学辞典. 実務教育出版.
- 星薫 (2017). 危機と人間 森津太子・星薫 (編). 危機の心理学. 放送大学教育振興会.
- 金森正・鈴木貴浩・金野倫子・内山真 (2016). 認知症と睡眠 認知症における睡眠障害のとりえ方と発症リスクについて 睡眠医療, 10 (2), 1882-2096.
- Kaneita, Y., Ohida, T., Osaki, Y., Tanihata, T., Minowa, M., Suzuki, K., Wada, K., Kansa, H., & Hayashi, K., (2006). Insomnia Among Japanese Adolescents: A Nationwide Representative Survey. *SLEEP*, 29 (12), 1543-1550.
- 川崎ゆりか・西谷直子・榊原久孝 (2015). ブルーカラー, ホワイトカラーの男性における抑うつと関連する要因 産業衛生学雑誌, 57 (4), 130-139.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, EA (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In Cameron, LD., & Leventhal, H (Ed.), *The self-regulation of health and illness behavior*. London and New York: Routledge. pp42-65.
- Liu, X., Uchiyama, M., Kim, K., Okawa, M., Shibui, K., Kudo, Y., Doi, Y., Minowa, M., & Ogihara, R. (2000). Sleep loss and daytime sleepiness in the general adult population of Japan *PSYCHIATRY RESEARCH*, 93, 1-11
- 榊本妙子・小笹晃太郎・福井和代・森雅彦・福本恵・堀井節子・三橋美和・渡邊能行 (2005). 禁煙の関心度を規定する要因 日本公衆衛生雑誌, 52 (5), 375-386.
- 三島和夫 (2017). 不眠症治療の意義 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治療, 医療ジャーナル社.
- MSD (2014). 20代～70代の男女7827名に聞く「不眠に関する意識と実態調査」調査結果概要 https://www.msd.co.jp/static/pdf/product_20141106.pdf (December 26, 2018)
- 日本経済新聞 2017年12月18日 朝刊
- 岡田尊司 (2011). 人はなぜ眠れないのか 幻冬舎新書
- Okajima Isa., Nakajima Shun., Kobayasi Mina., & Inoue Yuichi. (2013). Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 420-425.
- 佐藤恵美・田中克俊・江藤理砂・荒武優・和田耕治・島悟 (2006). うつ病労働者の受療行動に影響を与える要因 産業衛生学雑誌, 48, 694.
- 関根智江・渡辺洋子・林田将来 (2016). 日本人の生活時間・2015: 睡眠の減少が止まり, 必需時間が増加 放送研究と調査, 66 (5), 2-27.
- 清水かすみ・石田貞代・花田富美子・山本京子 (2013). 成人女性の子宮頸がんと子宮頸がん検診に関する認知の検討 日本健康医学会雑誌, 21 (4), 261-267.
- Soldatos, C., Allaert, F., Ohta, T., & Dikeos, D., (2005). How do individuals sleep around the world?: Results from a single-day survey in ten countries. *SLEEP MEDICINE*, 6, 5-13.
- 睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班 (2014). 三島和夫 (編). 睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン じほう
- 内村直尚・松山誠一郎 (2003). 睡眠薬服用の現状とその対応 こころの臨床ア・ラ・カルト, 22 (3), 345-350.
- 内村直尚・橋爪祐二・土生川光成・小島居望・山本克康・大川俊秀・松山誠一郎・桑原啓郎 (2005). 一般内科を受診している身体疾患患者の不眠症

治療の現状と問題点 (3) ; 睡眠薬に対する意識 *Pharma medica*, **23** (9), 85-89.

内村直尚 (2007). 生活習慣病と睡眠障害 心身医学, **47** (9), 771-776.

和田洋人 (2016). 睡眠薬服薬コンプライアンス予測尺度の改訂: 睡眠薬に対する態度の調査尺度の作成 青山心理学研究, **16**, 65-79.

和田洋人 (2017). 睡眠薬に対する態度の調査尺度の信頼性と妥当性の更なる検討 青山心理学研究, **17**, 83-99.

山藤奈穂子・武内徹 (2005). 受診しない人のうつ症状は軽いのか? 第2回日本うつ病学会総会プログラム・抄録集, 68.

読売新聞 2015年11月5日 夕刊