

症例をそのままコピーペーストした場合は試験不合格の事由にあたります。

受験番号兼申請番号	医・歯・技・心
-----------	---------

(この上の欄には記入しないで下さい)

西暦 年 月 日

症例番号	2
------	---

- ・症例の診療が行われた医療機関（病院の診療科又は診療所）の名称：〇〇病院 睡眠ケア部門
- ・カルテ番号：237XXX
- ・年齢：44 歳
- ・性別：女性
- ・学生又は職業の有無及び職業名：会社員（事務職，フルタイム）
- ・主訴及び睡眠障害としての主症状：寝つけない，途中で何度も目が覚める。
- ・診断（重症度判定を含む）：慢性不眠障害（初診時 AIS 17 点：中等症）
- ・既往症：特記なし
- ・家族歴：現在独居。一人っ子で父（69 歳），母（66 歳）。父が慢性不眠障害のため，睡眠薬服用中。
- ・現病歴：X-4 年に，職場の人間関係で悩み，入眠困難，中途覚醒が出現。日中の疲労感，注意力・記憶力低下によるケアレスミス，頭痛が出現し，近医を受診し投薬による加療開始。X-1 年より部署異動があり，人間関係が改善。しかし，入眠困難，中途覚醒の改善が認められないため，X 年 4 月に当病院を受診。投薬による持ち越し効果が疑われたため，医師より認知行動療法の実施依頼があり，X 年 5 月よりカウンセリング開始（1 回 50 分，毎月 1 回実施）。
- ・心身の一般的所見のまとめ：身長 151 cm，体重 54 kg，BMI 23.68 kg/m<sup>2</sup>
- ・医学的治療（薬物，他の治療等）の経過：X-4 年より，zolpidem（10mg）服用中。
- ・主要な検査成績（睡眠日誌，自記式尺度等の睡眠指標を必ず含むこと）：（初診時）不眠状態（AIS）：17 点，抑うつ状態（PHQ-9）：6 点，（カウンセリング初回時）AIS：16 点，PHQ-9：7 点，（カウンセリング終結時）AIS：7 点，PHQ-9：6 点
- ・心理学的な見立てとそれに基づく心理学的支援の効果を含めた経過  
（#1）初回面接において，平日および休日の睡眠状態について確認したところ，下記の報告がなされた。  
（平日）就床時刻が 23:00，入眠潜時（SOL）=60~120 分，中途覚醒が 4 時頃に中途覚醒のためトイレに行き，その後は起床時刻（7:00）までうつらうつらしている。  
（休日）就寝時刻は 22:00~23:00，SOL=60~120 分，中途覚醒が 4 時頃に中途覚醒のためトイレに行き，その後は起床時刻（8:00）までうつらうつらしている。  
就寝時は，余り眠気を感じないが，日中に活動できなくなることが心配で，23:00 までには就床するようになっているとのことであった。また，睡眠衛生については徹底しており，カフェインは午前中のみ摂取，ニコチン・アルコールは未摂取と報告された。寝つけない時や中途覚醒時は，睡眠時間が気になり

スマホで時間を確認してしまうとのことであった。運動習慣はほとんどないものの、平日の歩数は 10,000 歩/日と報告。眠れなかった時はとても気分が落ち込み疲労感も出現するが、眠れたときは不眠のことはまったく頭に浮かばないと述べた。

以上のことから、不眠維持に関する問題として、①睡眠効率の低さ、②時間確認による覚醒、③不眠翌日の気分低下・疲労感の出現、が考えられた。そのため、睡眠スケジュール法を中心とした認知行動療法を提供することがよいと判断した。

次回までのホームワーク：睡眠日誌への記録

(#2) 睡眠日誌の記録を確認（直近 1 週間：平均 SOL=65 分、平均 WASO=54 分、平均睡眠時間 (TST) =5.8 時間、平均臥床時間 (TIB) =8.5 時間、睡眠効率 (SE) =68%、日中の支障 (5 点が最も支障あり) =3.2 点)。睡眠日誌の記録によって気づいたことを尋ねたところ、「眠れないことにもバリエーションがあることに気づいた」という。特に、寝つけなかった翌日でも日中に支障が強い日と弱い日があることに気づいたのは発見だったと述べた。また、ホームワークの振り返りの中で、眠れない日が数日続くと比較的眠れる日が 1, 2 日現れる点に注目し、「睡眠は 1 日 1 日独立しているわけではなく、補い合いながら動いているので、1 週間単位で見ていくことも大事ですね」とセラピスト (Th) からフィードバックした。この Th の発言に対して、納得した様子であった。

認知行動療法マニュアル（日本睡眠学会教育委員会，2020）に掲載されている睡眠スケジュール法の実施方法に基づいてその原理を説明した。続いて，睡眠日誌を見ながら，（1）新しいTIBを6.5時間に設定すること，（2）眠れない時はいったん寢床を離れ，しばらくしてから寢床に戻ることを提案した。朝6時には完全に目が覚めているとのことだったので，就床—起床時刻を23:30—6:00とし，就床時刻までの取り組みとして，22:30頃からは，これまで行っていた「気持ちが動揺するような活動」（ニュース番組を見る，小説を読む）ではなく，間接照明にして好きな音楽を聴くこととした。また，覚醒時に時間を確認することのメリットデメリットを確認すると，「メリットは，どのくらい眠れたか確認できるし，覚醒したときに数時間経っていると安心する。デメリットは，思ったほど眠れていなかったら焦ってしまう」ということが語られた。そこで，起床時刻にアラームを設定し，それが鳴るまでは時間を確認できないように置き時計をひっくり返し，スマホは手の届かない場所に置くこととした。患者さんから，「眠れなかったらどうしたらよいか」と不安が語られたため，「まずは1週間，どんな変化が起きるか確認してみましょう。1週間後，平均の日中の支障度が1点以上悪化するようであれば，就床—起床時刻をいったん元に戻しても構いません」と提案し，次のセッションを2週間後に設定した。

次回までのホームワーク：睡眠日誌への記録，睡眠スケジュール法の実施，時間確認しないための仕掛けを試す。

（#3）睡眠日誌の記録を確認（平均 SOL=23分，平均 WASO=12分，平均 TST=5.9時間，平均 TIB=6.7時間，SE=88%，日中の支障（5点が最も支障あり）=1.7点）。ホームワークの振り返りの中で，全体的に寝た感じが出てきたこと，特に一昨日は寢床に入った後すぐ寝つき，アラームが鳴るまで目覚めなかったとのことであった。時計を見ないことに関しては，「最初は気になって仕方が無かったが，最近は慣れてきて，見ない方が再入眠がしやすい」と報告された。SE>85%であったため，TIBを15分程度延長することを提案したが，今のままでも特段生活に問題がないので，現在のTIBで継続することを希望された。そのため，TIBの再調整はせず，1ヶ月間様子を見ることとした。

次回までのホームワーク：#3と同様

（#4）睡眠日誌の記録を確認（平均 SOL=26分，平均 WASO=8分，平均 TST=6.1時間，平均 TIB=6.9時間，SE=88%，日中の支障（5点が最も支障あり）=1.4点）。ホームワークの振り返りの中で，前回よりもさらに調子が良くなっており，最近は睡眠記録を書き忘れることもあるとのことであった。また，以前のようにより，SOL>30分の日が2，3日あったものの，単発での出現であれば日常生活にほとんど支障が無いことに気づいたとのことであった。現時点での睡眠状態を確認するため，AISとPHQ-9を実施したところ，それぞれ7点，6点であった。

睡眠スケジュール法による効果が十分に確認できたこと，患者さんから「しばらくは，この方法を続けながら，様子を見ていこうと思います。上手いかなくなったときにカウンセリングを予約するのでもいいですか？」と提案があったため，現状を鑑みて，カウンセリングは終結となった。3ヶ月後の診察記録から，減薬に取り組んでおり，zolpidem（5mg）にて睡眠状態良好であることが確認された。