

協会けんぽ北海道支部 健康づくり講演会
2026年9月14日 TKP札幌駅カンファレンスセンター

メンタルヘルスと睡眠

三井 信幸

北海道大学保健センター
北海道大学病院精神科神経科

協会けんぽ北海道支部 健康づくり講演会
利益相反（COI）開示
演者名：三井 信幸

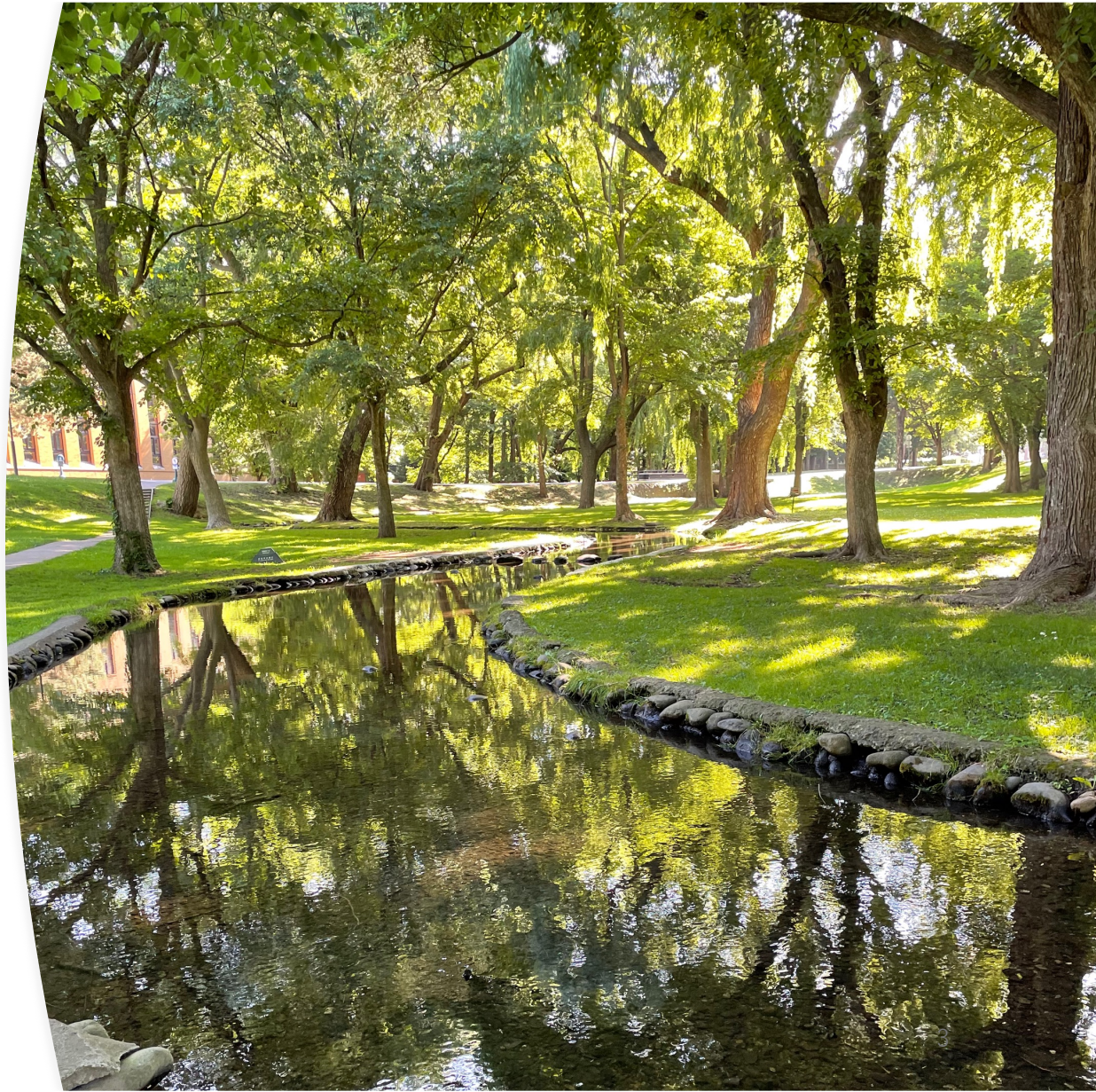
演題発表に関連し開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

倫理的配慮

本講演中で提示する症例は、臨床経験に基づいていますが、全て架空の症例です。

内容

- はじめに
- メンタル不調について
- メンタル不調と睡眠障害の関係
- 睡眠に関する一般的な注意事項
- おわりに



はじめに

- 本講演では、一般の方々を対象に精神科医の視点から、メンタルヘルと睡眠についてお話しします。
- 本講演の目的は、メンタルヘルスと睡眠に関する知識を整理して、日常生活に活かしてもらうことです。

メンタル不調について

メンタル不調が疑われる代表的な状態

- 抑うつ状態
- 不安状態

抑うつ状態が疑われる場合

受診した患者さんの様子を確認すると、

- 表情は沈んでおり、変化に乏しい。
- 動作は緩慢で、機敏さは感じられない。
- 身だしなみにも気をつかえていない。
- 小声で低声、話し方もゆっくりしている。

話を聞いてみると…

- やる気が出なくて課題にも取り組めない。
- 話の内容も悲観的。
- 好きだったことにも興味を持てない。
- 本も集中力して読めない。
- 眠れていない。
- 食欲もほとんどない。

意欲低下

抑うつ気分

興味関心の低下

集中困難

不眠

食欲不振

うつ病の症状は？

- **からだの症状（身体症状）**

- 全身倦怠感：からだがだるく、重い。
- 睡眠障害：眠りが浅く、途中で目覚めたり、朝早く目が覚める。
- 食欲不振：何を食べても味気ない。体重も減少。逆に過食となる場合も。
- 日内変動：朝方の調子が悪く、午後になると徐々に回復することが多い。

うつ病の症状は？

- **こころの症状（精神症状）**

- 抑うつ気分：気分が憂うつ，気が滅入る，寂しい，涙もろい。
- 興味関心の減退：もともと好きだったことが楽しめない，やる気がしない。
- 知的活動の減退：集中力が低下，本や新聞も読めない。
- その他：無力感，自責感，自信喪失，自殺念慮

症例

38歳 男性

生活歴：

会社員の両親のもとA市にて出生。父親の転勤に伴い、4－5年おきに転居を繰り返す生活であった。中学1年生時に転校した際、いじめにあったが、不登校には至らなかった。

B大学を卒業後、C社に就職した。5年間勤務したが会社側の問題もあり、27歳時にD社に転職した。未婚で単身生活。

現病歴：元来、内向的な性格であった。

X年4月に配置転換になり、D村の支社に配属となった。配属された部署は人手が不足しており、仕事は一人でこなさなければならぬ状況であった。突発的な事態にも一人で責任を持つ必要があり、負担を感じるようになった。

常時、緊張している状態であり、動悸、めまい等を自覚するようになった。次第に寝付きが悪くなり、さらに朝早く目が覚めて疲れが取れなくなった。午前中は特に調子が悪く、夕方頃にようやく回復してくるようになった。食欲もなく、好きだった食べ物でも食べたいと思わなくなった。

抑うつ気分も認められるようになり、いつまでこのような状態がつづくのかと、将来を悲観するようになった。未婚で家族は高齢の両親のみであり、死んだ方がましかとも思うようになった。しかし、親より先に死んではいけないと言われており、実際に自殺しようとは思わないという。

同様の状態が1ヶ月以上続いており、とりあえず睡眠だけでもとりたいたいと思い、精神科病院を受診した。

受診後経過：うつ病の診断で抗うつ薬，睡眠薬が処方され、職場環境の調整も行うこととなった。

精神科診断について

- 国際的な操作的診断基準
 - DSM-5
 - ICD-11
- 操作的診断基準とは
 - 診断に必要な症状を記述し、その症状の数を数えて、特定の診断名を決める手法
 - 診断の一致率が上がる
 - 疾患の成因は問わない

うつ病

【2つの基本症状】以下の症状のうち、少なくとも1つがある。

1. 抑うつ気分
2. 興味または喜びの喪失

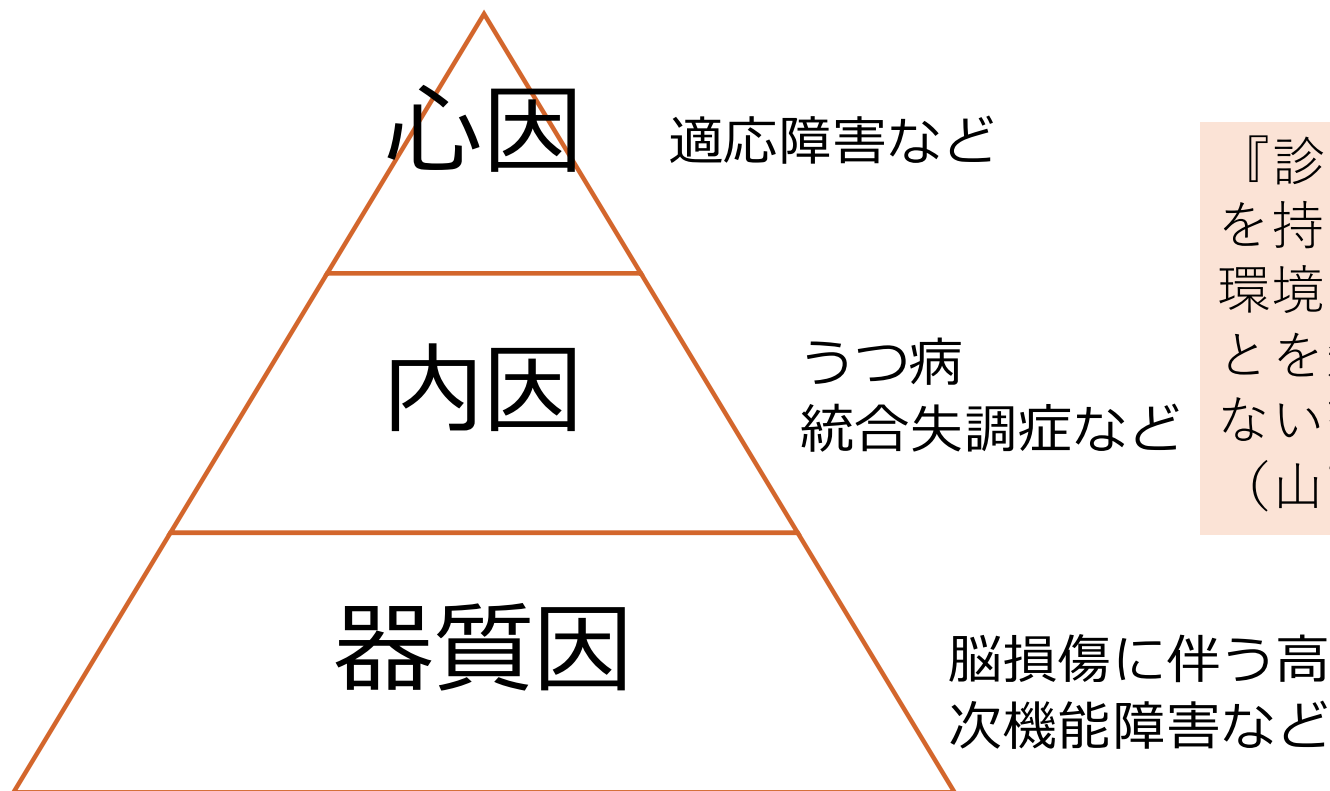
【7つのよくある症状】

以下の症状を併せて合計5つ以上が認められる。

3. 食欲の減退あるいは増加、体重の減少あるいは増加
4. 不眠あるいは睡眠過多
5. 精神運動性の焦燥または制止（沈滞）
6. 易疲労感または気力の減退
7. 無価値感または決断困難
8. 思考力や集中力の減退または決断困難
9. 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図

これらの症状がほとんど1日中、ほとんど毎日あり、2週間にわたっている。症状のために著しい苦痛、社会的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起している。身体疾患や物質（薬物やアルコールなど）では説明できない。

精神科の診断の順序



『診断とは、疾患について、疾患を持つ個体について、個体を包む環境について、必要なあらゆることを知り尽くそうとする終わりのない努力を意味する。』
(山下格「誤診の起こる時」)

不安狀態



不安状態の場合に疑われる主な精神疾患

1. 全般不安症
2. パニック症
3. 社交不安症
4. 強迫症

全般不安症

- 全般性不安症の基本的な特徴は、**多数の出来事または活動に対する過剰な不安**と心配である（DSM-5）。
- 不安と心配の強度、期間、頻度は、憂慮する出来事の現実の可能性やその影響に釣り合わない（DSM-5）。
- しかし、GADは操作的診断基準であるDSM-Ⅲが作成された時に、他の不安障害の除外診断として登場したと考えられる。
- 現在では抗うつ薬の有効性が確認されている。

全般不安症の疫学

DSM-5のGADに関する国際的な調査：15,000人, 26カ国(日本を含む).

DSM-5のGADの有病率

- 生涯有病率：3.7%
- 12ヶ月有病率：1.8%
- 30日有病率：0.8%

経済的な発展に伴い生涯有病率は上昇

- low-income：1.6%
- middle-income：2.8%
- high-income：5.0%

併存症の割合 (少なくとも1つ)

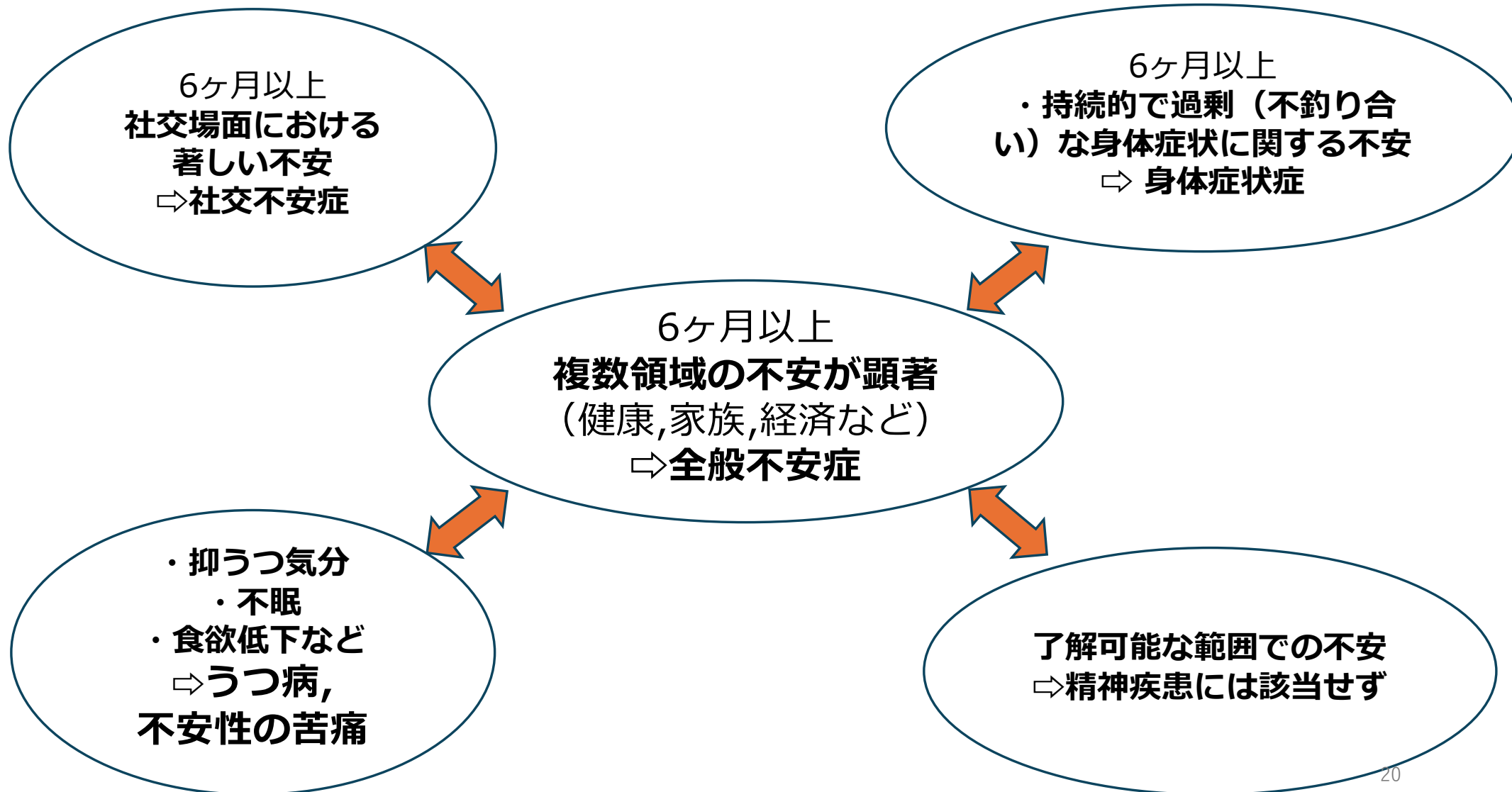
- 生涯：81.9%
- 12ヶ月：70.8%

日本の調査結果

- 2002-2006, 11都市
- NCNP, 岡山大学, 長崎大学, 慶応大, 自治医大, 順天堂大, 山形大
- 回答率：55.1%
- 生涯有病率：2.6%

* 気分障害, 不安症の割合が高い

* 女性、60歳以下、未婚、は全世界でGADと関連。



パニック症

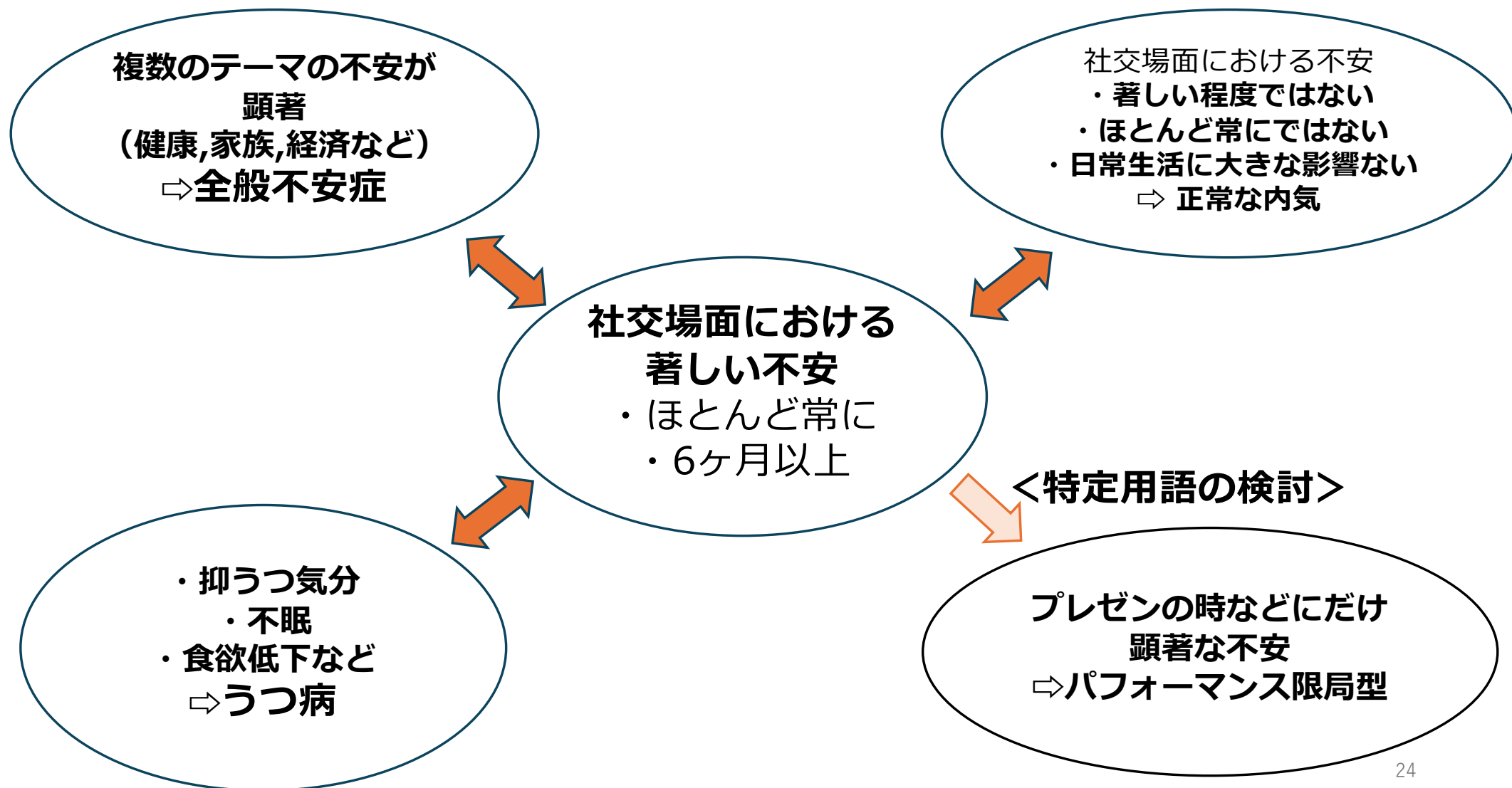
- ある日、突然、状況と関係なくパニック発作が出現する。パニック発作は、特に誘因なく、**動悸／窒息感**などが発生し、**10分以内に頂点**に達する。
- その時、強い死の恐怖、重大な疾患ではないかという過剰な不安が生じる（破局的解釈）。
- 発作が治まっても、また発作が起こるのではないかという過剰な不安が生じる（予期不安）。
- その不安のため体調の変化に過剰に注意が向き、身体症状に固執するようになる（心気症状）。身体症状に注意が引きつけられると些細な身体症状がより起こりやすくなり、実際にパニック発作に発展しやすくなる（悪循環の形成）。
- パニック発作が頻発すると、発作を起こしやすい状況や援助を求められない空間に対する回避行動が引き起こされる（広場恐怖）。

一般身体疾患からの直接的生理反応の可能性

症状	鑑別すべき主な身体疾患
動悸，心悸亢進	不整脈，甲状腺機能亢進症，貧血，低血糖，褐色細胞腫など
息切れ，息苦しさ，窒息感	うっ血性心不全，各種心臓弁膜症，気管支喘息，肺血栓塞栓症，肺炎，COPDなど
胸痛，胸部不快感	狭心症，心筋梗塞，肺血栓塞栓症，気胸，胸膜炎，肺炎，肋骨軟骨炎，筋肉痛など
めまい感，ふらつく感じ	メニエール病，良性発作性頭位眩暈症，脳血管障害，脳腫瘍 起立性低血圧，Adams-Stokes症候群など
発汗	甲状腺機能亢進症，褐色細胞腫，更年期障害，低血糖など
嘔気，腹部不快感	胃・十二指腸潰瘍，過敏性腸症候群，脳腫瘍，妊娠など
現実感喪失	側頭葉てんかんなど

社交不安症

- 他人と話をしたり、人前で行動したりする**社会的状況**において、変に思われるのではないかと、恥をかくのではないかと心配し恐れる状態。
- そのような状況に入ると強い不安が生じ、激しい苦痛を感じる。話している時に声が震えたり、顔が引きつったりしていると気づかれて恥をかくのではないかと考えて非常に不安になる。不安に伴う身体症状も現れやすく、顔の紅潮、動悸、手の震え、声の震え、発汗、胃腸の不快感、下痢など。
- そのため、そうした状況をなるべく避けようとする。やむを得ずそうした状況に入らなくてはならないときは、強い苦痛を耐え忍ぶことになる。



対人恐怖（狭義）（＝確信型対人恐怖）

- わが国で多い病態。赤面恐怖（人前で顔が赤くなるのが苦痛）、自己視線恐怖（自分の視線がきついと悩む）、自己臭恐怖（自分から嫌な臭いが出ている）、醜形恐怖（自分の顔が醜いと悩む）などのタイプがある。
- 周囲の人に不快感や緊張感を与えてしまっていると確信している（加害性の確信）。
- 周囲の人たちは、自分の不快な症状のために、目をそらしたり、下を向いたり、鼻をすすったり、咳払いをしたり、ひそひそと自分のことを話しているように感じ、それは自分の赤面、きつい視線、嫌な臭い、醜い表情のせいであり、周囲の人の表情・動作・話し声から直感的に感じ取れると述べる（関係妄想性）。
- この症状のために周囲に不愉快な思いをさせ、自分も恐怖を感じるのは、学校や職場や近所の身近な人たちです。親や親友の前ではほとんど緊張せず、赤の他人にもあまり気づかいをせず（症状限局性）。

男性 21歳

主訴：目つきが鋭くなる
(小集団面接中)

・・・皆さんが私の眼つきを何ともないと言ってくださることは本当にありがたいんですが、でもこういう場所なんですから、遠慮しないで真相を言ってもらっていいんです。・・・まあ、先生は医者としての立場がありますから、眼つきで悩んでいる患者に、お前の眼つきが変だ、とは言えないと思います。でも他の方々は、**さっきから眼をぱちぱちさせたり、膝を組みかえたりして、私の視線で心理的に動揺しておられるんですから、そのまま言っただいていい。**・・・(質問に対し)やはり皆さんは、**本当はそれを感じているのだけれど、私に同情して、我慢して、そうではないと言ってくれているのだと思います。**

(山下格：対人恐怖について．精神医学12：365-374, 1970)

強迫症

- 強迫症とは、本人にとっては無意味で不合理な考えやイメージが繰り返し頭の中に生じて、抑えようとしても抑えきれない状態。
- 強迫観念と強迫行為の二つの要素がある。
- 強迫観念は、本人の意志に関係なく繰り返し浮かんで来て、止めることが困難な観念、衝動、イメージである（罪を犯してしまったのではないか、鍵をかけ忘れたのではないか、大事なものを捨ててしまったのではないか、汚れやバイ菌に関することが過剰に気になる、人を傷つけるのではないか等）
- 強迫観念による不安を解消するために、強迫行為を行う（手を何度も洗う、鍵やガス栓を何度も確認する、何度も同じところを行ったり来たりする等）。
- 強迫観念が生じると不安に駆られて強迫行為を行ってしまう。すると一時的に不安が軽くなるが、強迫行為を辞めるとまた不安になるという悪循環が形成される。

症例(架空)

- 20歳男性。
- A県で出生。幼少期にはトミカばかりを集めることはあったが、周囲とのコミュニケーションに困ることはなかった。
- 中学生の頃はテニス部で、学業成績は良好。
- 性格はまじめで、羽目を外すことはなかった。
- 高校では、鉄道に関する写真をみるのが趣味だった。

診察時の様子

- 表情は自然で、はにかんだ笑顔も見られる。
- 視線はややあいにくい。
- 頭髪は整い、簡素な身なりで、清潔感もある。
- 動作は自然で、声量や抑揚も適切である。
- 比較的体格は良いが、少しおどおどした様子が見受けられる。

初診時の談話内容

- 自動車教習所に行った時に、自動車事故の映像をみることにあった。その後、人を引いてしまったらどうしようと不安に感じるようになった。同じことを繰り返し考えてしまい、次第にその不安は広がった。「痴漢をしてしまったのではないか」、「万引きをしてしまったのではないか」と思い、気になった現場に実際に戻り、何もなかったか執拗に確認するようになった。
- 人と会うのも怖くなり、引きこもりがちになって、通学にも支障をきたしたため相談にきた。
- 振り返ってみると、高校生頃から、戸締りや火の元の確認の回数が多く、家族から指摘されたこともあった。

強迫症の診断基準(DSM-5 抜粋)

強迫観念

1. 繰り返される持続的な思考・衝動またはイメージ.
侵入的で不適切なものとして体験.たいてい強い不安や苦痛の原因となる.
2. その思考・衝動またはイメージを無視したり、抑え込もうとしたり、他の思考や行動によって中和しようと試みる.

強迫行為

3. 繰り返しの行動または心の中の行為.
4. 強迫観念に対応して（または厳密な決まりに従って）、それらの行為を行うよう駆り立てられているように感じる.

メンタル不調と睡眠障害の関係

メンタル不調と睡眠障害

- 不眠は、うつ病や全般不安症の診断基準にも含まれており、メンタル不調と睡眠障害の関係は非常に深い。
- 精神疾患と不眠は、双方向性(bidirectional)の関係にある。



睡眠障害 → **精神疾患** : 発症リスクを上昇

精神疾患 → **睡眠障害** : 経過悪化・再発の主要な予測因子

Rosenblum et al., Biol Psychiatry, 2025

うつ病と不眠

- うつ病患者10337人（14件の研究）を対象とした最近のシステマティックレビューでは、不眠症状の有病率は78%(95%CI 70~85%)

Toynbee et al., Psychiatry Res, 2026.

- 入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒などの不眠がある。
- 早朝覚醒が内因性のうつ病の特徴、入眠困難は反応性の抑うつ状態の特徴とされてきたが...
- うつ病患者の27.1%に3つのタイプ全てが認められたという報告がある。

Sunderajan et al., CNS spectrum 2014.

- REM睡眠潜時の短縮, REM睡眠密度の増加
- 徐波睡眠（深睡眠）の減少
- モノアミン機能不全に伴うサーカディアンリズムの障害

Rosenblum et al., Biol Psychiatry, 2025

双極症と睡眠障害

- 抑うつ状態および躁状態の両方で睡眠時間の短縮が認められる。
 - 抑うつ状態：17~57%
 - 躁状態：53~90%
- 躁状態では不眠に対する自覚が乏しい。
- 臨床的には、不眠が躁状態に先行することがしばしば認められ、前兆として把握しておくことが再燃予防に有効な場合がある。
- 概日リズムの脱同調が病相と関連することが指摘されている。

Jackson et al., J Affect Disord 2003

統合失調症と睡眠障害

- 統合失調症の急性期には80%以上で不眠が認められる。

Sweetwood et al., Psychosom Med, 1976

- 統合失調症の慢性期でも16~30%に不眠が残存する。

Lieberman et al., N Engl J Med, 2005

- 一方、慢性期の統合失調症の24~31%で日中の眠気が生じる。

- 抗精神病薬による鎮静効果の影響

Lieberman et al., N Engl J Med, 2005

- 双極症同様、概日リズムの脱同調が精神病症状に影響する可能性が指摘されている。

全般不安症と不眠

- 全般不安症（GAD）の診断基準に不眠が含まれている。
- GADの60～70%に臨床的に意味のある睡眠障害が認められる。
- 不安が主症状であるため、過覚醒症状（hyperarousal）から入眠困難などの症状が認められる。
- 不安症に関してもやはり双方向性の関係があることが指摘されている。

Xue et al., Sleep Medicine 2025.

不眠症と自殺リスク

- 不眠症は自殺関連行動のリスクファクターとして知られている。
 - 希死念慮 : OR 2.10 (95%CI, 1.83-2.41)
 - 自殺企図 : OR 1.78 (95%CI, 1.38-2.29)
 - 自殺既遂 : OR 1.54 (95%CI, 1.04-2.29) Harris et al., Sci Rep, 2020
- 不眠症はうつ病の予測因子でもある。 Baglioni et al., J Affect Disord, 2011

精神疾患と不眠に関するまとめ

- 不眠と精神疾患は、非常に深い関係にあり、主要な精神疾患の部分症状として診断基準に取り入れている。
- 双方向的な悪影響があり、不眠の治療は原疾患の症状の軽減にもつながる可能性がある。

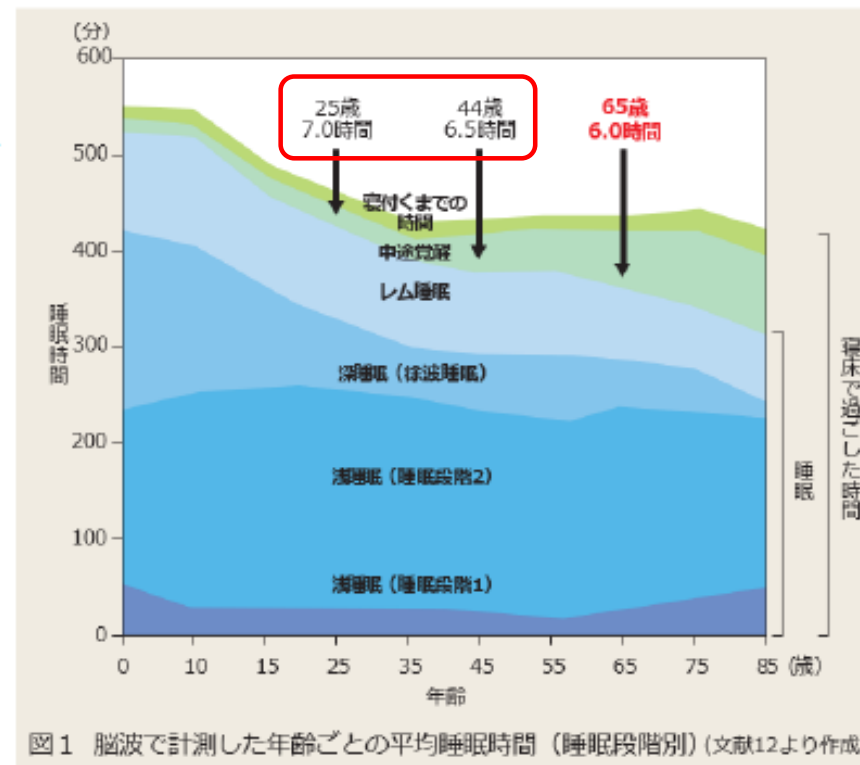
睡眠に関する一般的な注意事項

睡眠時間の年齢による変化

必要な睡眠時間は年齢によっても変化する

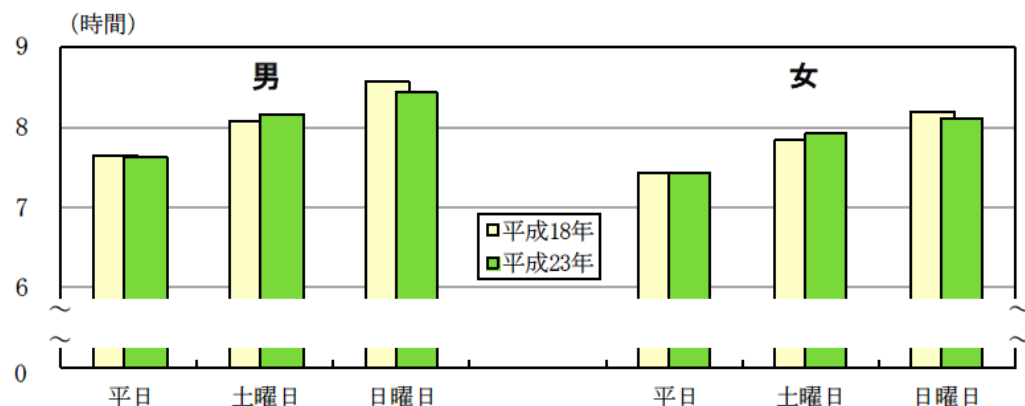
- 夜間に実際に眠ることのできる時間は、加齢により徐々に短くなることが、脳波を用いて厳密に夜間の睡眠時間を調べた研究で示されています。15歳前後では約8時間、25歳で約7時間、45歳では約6.5時間、65歳では約6時間というように、成人後は20年ごとに30分程度の割合で夜間の睡眠時間が次第に減少します¹²⁾。

15歳：約8時間
25歳：約7時間
45歳：約6.5時間
65歳：約6時間



厚生労働省. 健康づくりのための睡眠指針の改訂に関する検討会. 健康づくりのための睡眠ガイド2023.

曜日別睡眠時間



睡眠時間
平日 < 土日
女性 < 男性

曜日や性別によって、実際の睡眠時間は影響される。

(時間. 分)

	総数		男		女	
	平成18年	平成23年	平成18年	平成23年	平成18年	平成23年
平日	7.31	7.31	7.38	7.37	7.25	7.26
土曜日	7.57	8.02	8.05	8.10	7.50	7.54
日曜日	8.21	8.16	8.33	8.26	8.11	8.06

平成23年 総務省 社会生活基本調査

睡眠時間と死亡率

7時間前後の睡眠時間：生活習慣病やうつ病の発症および死亡に至るリスクが最も低い。長くても短くても死亡リスクは増加。

健康づくりのための睡眠ガイド2023

- 最近の日本のデータを含んだ研究では、睡眠時間が7時間のグループと比較して、10時間以上では死亡全体のリスクが男性で1.8倍、女性で1.7倍高いと報告されている。

Svensson, JAMA Netw Open 2021

- 脳波を用いた厳密な睡眠時間と床上時間を調査した研究では、40~64歳の成人は睡眠時間が短くなるにつれて総死亡数が増加する。

Yoshiike T, Sci Rep 2022

- 大多数の成人の健康にとって適切な睡眠時間は7時間前後。

概日リズム

- ほとんどの生命活動には、地球の自転に一致した約24時間周期の概日リズムが存在する。
- 人の体内時計は脳の視神経のそば（視交叉上核）にあり、睡眠覚醒サイクル、ホルモン分泌、体温などの日内リズムを調整している。
- 概日リズムは明暗サイクルや食事などの時間的な手がかりにより、同調される。
- 時間的な手がかりのない概日リズムは平均24時間10分。一般的に24時間より長いとされているが、個人差は大きい。

睡眠にかかわるホルモン

睡眠物質：生理的睡眠を誘発／維持させる体内の物質

- メラトニン；夜間に分泌が最高となり、強い光をあてると分泌量が低下する。
- その他；成長ホルモン, コルチゾールなど

覚醒物質：覚醒を誘発／維持する体内の物質

- オレキシン；ナルコレプシー（過眠症）との関連がある。



快適な睡眠 のために

- 室内環境について
- 体温管理について
- 食事について
- 嗜好品等の影響について

快適な睡眠のために（室内環境）

- 良い寝具：寝返りしやすいもの（一晩に20回程度寝返りする）
 - 手で押した時3cm程度沈む程度の硬さのマットレス
 - 頸椎のS字に沿った枕（男性は高め,女性はやや低め）
 - 肩こり、顔が浮腫む、いびきをする場合は枕が合っていない可能性
- 快適でリラックスできる空間を工夫
- 就寝前から灯りをやや落とした環境にする。
 - **暖色系の照明**がよい。
 - 青白い光はメラトニン分泌を抑制する；LEDにも注意が必要。
 - 睡眠中は照明を落とす。不安で寝付けない場合は最小限に。

快適な睡眠のために（体温管理）

- 通常、就寝前から抹消の皮膚温が上昇・放熱が起り、深部体温が低下し始める。入眠前後の**深部体温の円滑な低下**が重要である。
- 室内：温度16～27℃，湿度50～60%程度
- 寝床内：温度32～34℃，湿度50±5%程度
 - 冬は肩からの冷気に注意。保湿性を高める工夫も必要。
- 入浴
 - 入浴すると体温が上昇し、末梢血管が拡張して血液循環や発汗が起きる。深部体温が低下して眠りやすくなる。
 - リラックス効果
 - 42℃以上の暑い湯は交感神経が興奮し、入眠遅延の原因になる。

快適な睡眠のために（食事）

- 必須アミノ酸の一つである**トリプトファン含有食品**が良い。
 - * セロトニンとメラトニンはトリプトファンから合成される。
 - 具体例：乳製品（牛乳，チーズ等），レバー，魚，ごま，ナッツ，そば等
- トリプトファンはインシュリン分泌下で脳内に移行するため、炭水化物とあわせて摂取するとよい。
- **朝食**は体内時計をリセットする効果がある。
 - 脱同調を防ぐ効果
- 朝食をはじめとして、三食規則正しく食事摂取することは、生活リズムを維持することにつながる。

快適な睡眠のために（嗜好品）

- アルコール：レム睡眠抑制効果があり、睡眠の質は悪化する。
 - 就寝時の少量の飲酒により寝付きがよくなる場合があるが、中途覚醒は多くなる。
- ニコチン：覚醒作用があるため、睡眠には悪影響。
 - 禁煙が望ましいが、少なくとも入眠1時間前には喫煙しない。
- カフェイン：覚醒作用があるため、睡眠には悪影響。半減期は2-8時間。
 - コーヒー、緑茶、紅茶などは寝付きを悪くする。
 - 利尿作用もあるため、中途覚醒の原因にもなる。
- 睡眠によいとされる嗜好品・サプリメント：
 - ホットミルク, ハーブティ
 - ビタミンB12（体内時計の光感受性を高める）

おわりに

- メンタル不調に陥る代表的な疾患について説明しました。
- メンタル不調は気づきにくいところがあるので注意が必要です。
- 睡眠はメンタルヘルスと双方向的な関係性があります。
- 日頃から睡眠にも注意しながらメンタルヘルスの維持に努めていただければ幸いです。

ご清聴ありがとうございました。

