

2. 更年期女性の睡眠の実態と 看護カウンセリング



飯岡 由紀子

要 旨

更年期症状への対応は、働く女性にとっても、現代社会においても重要課題である。更年期は、更年期症状や職場の人間関係のようなデイリーハラスルズと、介護や子どもの受験のようなライフイベントが重なり、身体的にも心理社会的にも多様なストレスの影響を受けやすい。この時期をうまく乗り越えるためには、更年期症状を把握し、適切な治療や対処をすることが重要である。更年期症状のなかでも睡眠障害の訴えは多く、多様な要因が複雑に関連している場合が多い。睡眠改善に向けて多様なアドバイスを行っても、習慣化された生活行動を変容することは容易ではなく、症状の改善に至りにくいこともある。更年期女性が睡眠に向き合えるよう、その状況に応じた個別的なヘルスケアが重要となる。更年期外来における看護カウンセリングを受けた更年期女性31名に、看護カウンセリング前後で質問紙調査を行った結果、更年期症状と心の疲労度が有意に緩和した。医師の外来診療による薬物療法だけでなく、看護職などの多職種による協働を発展させることが今後の課題である。

● **Keyword** 更年期症状, 更年期障害, 睡眠障害, ヘルスケア, 看護カウンセリング

はじめに

近年、日本社会における女性の役割と立場は大きく変化してきた。女性は、かつては家事を中心とした役割を期待されていたが、教育機会の拡大や価値観の多様化、働き方改革などの影響により、社会の多様な分野で活躍の場が広がってきた。このような女性の社会進出とともに、共働き世代の増加、出産年齢の高齢化などの事象が生じている。つまり、女性の人生やキャリアは多様となり、一般論として言及することは難しくなっている。

更年期症状には心理社会的要因が影響するた

め、更年期女性を捉えるうえで、上記のような女性の人生やキャリアの変化を踏まえることは重要である。例えば、産後うつからそのまま更年期障害に移行する女性がいるなど、従来イメージされていた更年期世代の女性の体験とは様相が変化してきている。つまり、閉経年齢は変わらなくても、女性を取り巻く社会の変化により、更年期女性の体験には大きな変化がもたらされており、女性の生涯を支えるトータルケアの見解と個別に応じたケアの重要性が高まってきている。

この女性の社会進出に伴い、更年期症状が社

会にもたらす経済的影響が注目されている。経済産業省が試算した経済損失の算出では、更年期症状は1.9兆円となった¹⁾。月経随伴症の3倍、不妊治療の6倍もの損失金額が計上されており、社会経済においても更年期症状がもたらす影響の大きさが示されている。ゆえに、更年期症状への対応は日本社会における重要課題といえるだろう。

更年期女性の体験と更年期症状

1. 更年期女性の体験

女性のライフサイクルにおいて更年期は、中年期における人生の過渡期と重なり、心身ともに不安定になりやすく、人生における重要な転換期といえる。この更年期の時期は、女性ホルモンであるエストロゲンの分泌が不安定となり、更年期症状が生じてくる。

更年期症状はエストロゲンの減少だけでなく、社会環境的要因、心理・性格的要因が関与する。心理社会的要因には、家族に関すること（両親の介護、夫の病気など）、仕事や職場に関すること（職場の人間関係や仕事上の責任など）、自分自身に関すること（自身の健康や、将来への不安など）が挙げられる。また更年期は、病気や介護の課題が生じやすい親の世代と、受験や就職の課題が生じやすい子ども世代とに挟まれ、両世代のライフイベントの影響を受けやすい。つまり、更年期女性の体験は、「ストレスの2重構造」と捉えられる。家族や職場の人間関係のストレスのように、日々の生活のなかで感じるデイリーハッスルズが土台にあり、そこに親の介護や夫の退職などのライフイベントが重なることで、ストレスは相乗的になり、大きな波ようになって押し寄せることもある。これらは、状況の程度や複雑性、更年期女性の事象の受け止め方などにより変化し、更年期女性の体験は個性が高いといえる。

2. 更年期症状

更年期症状の種類は多岐にわたり、その多くが非特異的症状であり不定愁訴ともいわれている。更年期症状は、女性ホルモンの影響だけでなく、加齢による身体の変化、生活習慣、職場や家庭の人間関係、性格的な要因などにより影響され、複雑な状況になることもある。さらに、どの症状が更年期あるいは周閉経期と関連する症状なのか、発生頻度も定義も多様であり、更年期症状の把握は非常に難しいといえる。

日本の更年期女性が経験する症状は、倦怠感、肩こりの頻度が高く、次いでホットフラッシュや発汗などの血管運動症状が多い²⁾。さらには、不安感、クヨクヨ、イライラなどの精神症状に加えて、不眠の頻度も高い²⁾。倦怠感や肩こりは更年期症状に限らないため、典型的な更年期症状とされる血管運動症状が、更年期症状を捉える手がかりになることは多いが、必須症状ではないことを留意しておく必要がある。

3. 更年期症状の把握

更年期症状は主観でしか把握できないため、患者報告アウトカム（Patient-Reported Outcome：PRO）にて把握され、更年期症状を把握するための尺度が多様に開発されてきた。海外で開発された尺度のうち、Kupperman更年期指数³⁾や簡略更年期指数（Simplified Menopausal Index：SMI）⁴⁾が活用されることが多い。SMIは症状をスコア化するリッカート尺度であり、重症度を定量的に評価できる利点があり、日本でもよく活用されている。だが、これらの尺度は血管運動症状、精神症状などのドメインに分かれ、ドメインによるスコアの偏りがあることや、定義の曖昧性や根拠が明確ではないという指摘がある。そして、スコア化による基準値は更年期障害の診断と直接結びつくわけではないので活用時には留意する必要がある。そのほか、慶應式中高年健康維持外来調査表⁵⁾や、スコア化しない日本人女性の更年期症状評価表が開発されている⁶⁾。これら日本で開発された

尺度は、日本人女性の実情を踏まえて開発されているが、国際比較ができないことが弱点となる。現在、1997年にドイツで開発され、25カ国以上の言語に翻訳され、広く使用されている更年期障害評価尺度（Menopause Rating Scale：MRS）日本語版が開発され、内容妥当性が検証された⁷⁾。今後、信頼性と妥当性が検証されることにより、国際比較から日本人女性の特徴がより明確になると考える。なお、症状のミノ現象（ある出来事がきっかけで同様のことが次々起こる）や、症状の相互影響もあり、更年期症状をどのように捉えたらよいのかは、未だ議論されている。

更年期女性の睡眠の実態

更年期女性の多くが訴える症状の1つに睡眠障害がある。海外の実態調査では、更年期世代女性の38～48%が睡眠障害を報告していた^{8,9)}。日本の調査では、73%に不眠症状を有する可能性が示された¹⁰⁾。そして、睡眠障害と血管運動症状の関連性に焦点が当てられている。血管運動症状（ホットフラッシュ）の重症度は、睡眠障害、プレゼンティーズム、アブセンティーズムに正の相関があることが示された¹¹⁾。縦断研究でもホットフラッシュと睡眠障害に明確な関連性が示された¹²⁾。複数の大規模疫学研究のレビュー論文でも、ホットフラッシュと睡眠の質の低下の関連が示され、血管運動症状と睡眠障害の重症度は相関し、重度の血管運動症状がある女性の81.3%は睡眠障害があった¹³⁾。だが、血管運動症状と睡眠障害の関連が示されない研究があることや、ホットフラッシュによる熱の放散と睡眠障害のメカニズムが明確でないことや、血管運動症状とうつ症状との強い関連が睡眠障害をもたらすことも報告されている^{13,14)}。これらから、血管運動症状が睡眠の質低下に関連しているが、血管運動症状だけで睡眠障害を説明することは難しい。つまり、血管運動症状が着目されやすいが、併存する不安や抑うつなどの精神症状や、介護や職場環境からのストレ

スなど、睡眠には多様な要因が関与していると想定される。更年期女性からは「ホットフラッシュで夜中に目が覚めると、いろいろ考えだしてそこから眠れなくなる」「いつも夜寝るのは1時で、5時に起きてお弁当を作っているから日中に3時間くらい昼寝してしまう」「認知症の母のトイレ介助で1時間おきに起きている」などの訴えを聞く。したがって、更年期女性の睡眠障害は、関連要因は多様で複雑なため、ストレス、精神症状、生活習慣など多様な関連要因の影響も含めて検討する必要がある。

更年期女性の睡眠障害に対するヘルスケア

1. 睡眠状況や影響要因のアセスメント

更年期女性の睡眠障害へのヘルスケアでは、多様な関連要因を含めたアセスメントにより、睡眠障害の主な要因を見極めることが重要である。また、睡眠障害の種類（入眠困難、中途覚醒〔覚醒回数・再入眠状況など〕、早朝覚醒〔覚醒時間〕の把握に加え、睡眠は、主観データと客観データの乖離が言及されているため、客観的に睡眠状況を把握することが望ましい。近年は、視覚的にわかりやすく睡眠の深さや睡眠時間などを把握できるアプリが簡便に活用できるため、これらを活用するのもよいだろう。なお、こうしたアプリは自身で睡眠状態を客観的に把握できる利点があるが、測定の正確性が低い場合があるので留意する。

睡眠障害による生活への影響を考える際、日中の眠気、仕事や家事への影響度合い、仮眠状況などを把握することが重要である。また、影響要因として、治療薬の種類や内服状況、アルコール・カフェインの摂取状況、喫煙、精神症状、頻尿の有無、入眠前のデジタルデバイスの利用状況、日中の活動、介護のための中途覚醒の有無、寝室の環境などを把握する必要がある。

2. 睡眠障害への治療・ヘルスケア

更年期女性の睡眠障害への治療は、大きく2つに分類される。更年期障害への治療は、ホルモン補充療法 (hormone replacement therapy: HRT)、漢方療法などがあり、更年期症状としての不眠だけでなく、ほかの更年期症状の改善による相乗効果の可能性に対して効果が立証されている¹⁵⁾。更年期女性の睡眠障害への治療には、GABA受容体作動薬、メラトニン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬などが活用される。

そのほか、生活習慣の改善やヘルスケアが実施される。一般的な生活改善やヘルスケアとしては、なるべく起床時間を同じにする (平日と休日の起床時間が2時間以上ずれないようにする)、起床時に太陽の光を浴びて体内時計をリセットする、カフェイン・飲酒・喫煙を控える、日中はなるべく体を動かす、昼寝は30分以内、入眠前の刺激物を避ける (刺激的な動画やゲームなど) などのアドバイスがある。また、睡眠時間は人それぞれであるため、日中眠気で困らなければ必要以上に睡眠時間にこだわらないことも大切である。厚生労働省の「健康づくりのための睡眠ガイド」を紹介することもよい方法である¹⁶⁾。

だが、これらの生活改善やヘルスケアのアドバイスを行っても、習慣化した生活行動を変えることができず、行動変容に至らないこともある。むしろ、これらの健康に関する情報はメディアなどにあふれており、簡単に入手できるにもかかわらず、実行に移すことは容易ではない場合が多い。

3. 更年期女性の睡眠に対する認識へのアプローチ

更年期障害の女性に、睡眠に関する習慣の行動変容に至らない理由を丁寧に聴取すると、家族の都合を優先して自分の睡眠時間を決める場合がある。また、「夜遅くに夫と晩酌することは譲れない」「部活をしている高校生の息子の

お弁当作りは絶対に続けたい」「夜に韓国ドラマを見る時間は唯一の楽しみだから仕方ない」のように、睡眠よりも譲れないことがあり、睡眠の優先順位は低くなっている。国民健康・栄養調査では、1日の平均睡眠時間は6～7時間が最も多く、女性の40～60歳代では4割を超えていた¹⁷⁾。高校生への調査では、弁当を持参する者の92.4%は親が作っていた¹⁸⁾。そのほか「これまで睡眠不足でも休日に挽回していたからなんとかなる」と更年期を意識できなかったり、「体がだるいのはホルモンのせい」と睡眠障害を認識できないこともある。つまり、多くはこれまでの生活習慣への自信から改善する必要性を感じなかったり、更年期症状を自覚しても生活スタイルは変えたくないと思っている。睡眠に関するアドバイスを肯定的に捉えても、長年体得した生活習慣を変えることは一筋縄ではいかないことが多い。

以上のように、更年期症状を自覚し、そのつらさや苦しみを訴えたとしても、自分の睡眠と向きあうことが難しく、睡眠改善に取り組めないことがある。そのため、更年期や更年期症状への理解を深め、現状認識を促進することから着手する場合や、自身の睡眠状態に関心があるよう促す場合がある。つまり、睡眠に向き合えるよう認識に働きかけることが重要である。それを裏付けるように認知行動療法の効果が示されている。血管運動症状のある更年期女性に有酸素運動を3ヵ月間介入した群と通常活動群との比較では、不眠症の症状、主観的な睡眠の質の改善はあったが対照群との有意差は示されなかった¹⁹⁾。しかし、不眠症と血管運動症状のある更年期女性に認知行動療法と更年期教育を行った比較では、認知行動療法群に有意な睡眠改善が示された²⁰⁾。したがって、生活習慣改善のアドバイスだけでなく、状況により認識へのアプローチを含めることが効果的となる。

4. 精神症状との併存

更年期女性の「体がだるくて、やる気がでな

い」という訴えは倦怠感や意欲低下と、「仕事中でも家でもボーとしてしまう」は意欲低下や集中力低下と判断されやすい。しかし、睡眠状態を確認すると、睡眠時間が4時間だったり、高頻度の中途覚醒があったりする。更年期女性が抱きやすい更年期症状は、イライラや抑うつなどの精神症状であり、医療者も重度のうつ病をルールアウトする必要性から精神症状に着目しやすい。精神症状との併存で睡眠障害が見過ごされることもあるため、丁寧なアセスメントが重要となる。

看護カウンセリング

更年期女性には包括的で丁寧なアセスメントや個別的ヘルスケアが重要となるため、筆者は更年期外来にて看護カウンセリングを実践してきた。看護カウンセリングは、積極的傾聴を中心としたアプローチであり、更年期症状の緩和とともに更年期女性のストレス対処能力を向上することを目的としている。看護職がカウンセリングをすること、身体的・精神的・社会的を踏まえた統合的見解から患者を捉えることができること、悩みや相談のファーストコンタクトの役割を担う場面が多いこと、必要に応じて専門職に橋渡しができる立場にいることなどのメリットがあると考える。

31名の更年期障害患者を対象に、初回の看護カウンセリングの前後でアンケート調査を行った結果では、看護カウンセリング前後で更年期症状が有意に緩和し、心の疲労度が有意に緩和した²¹⁾。初回の看護カウンセリングは、患者の体験の傾聴が中心となるため、結果は話を聴くことの効果を示していると考えられ、周囲のサポートのような他要因が関与しない前後比較の結果であり、カウンセリングの効果として考えることができる。

一方で、更年期医療は薬物療法による治療が主となっている。個別の対応を重視し丁寧に傾聴しても診療報酬には反映されなかったり、外来診療における看護師や助産師の関与が限定さ

れるなどの課題はある。今後は、女性へのトータルケアの実現に向けて、医師だけでなく看護職や薬剤師や臨床心理士などとの協働によるチーム医療の発展を期待したい。

おわりに

更年期女性の睡眠障害は多様な要因が複雑に関与しているため、睡眠障害へのヘルスケアは、それらの背景を踏まえて、丁寧に対応することが重要である。しかし、その実現には医療体制の整備が課題となっている。女性をとりまく社会の変化とともに、女性の生涯を支えるトータルケアの実現に向けて今後も検討を続ける必要がある。

本論文に関して報告すべき利益相反はありません。

文 献

- 1) 経済産業省ヘルスケア産業課：女性特有の健康課題による経済損失の試算と健康経営の必要性について、2024. https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/downloadfiles/jyosei_keizaisonshitsu.pdf (2026年4月17日閲覧)
- 2) 日本女性医学学会編：女性医学ガイドブック更年期医療編2019年度版。金原出版、東京、2019；pp34-38.
- 3) Kupperman HS et al : Comparative clinical evaluation of estrogenic preparations by the menopausal and amenorrheal indices. J Clin Endocrinol Metab, 1953 ; 13, 688-703.
- 4) 小山嵩夫、麻生武志：更年期婦人における漢方治療：簡略化した更年期指数による評価。産婦人科漢方研究の歩み、1992；9：30-34.
- 5) Kasuga M et al : Relation between climacteric symptoms and ovarian hypofunction in middle-aged and older Japanese women. Menopause, 2004 ; 11 : 631-638.
- 6) 日本産科婦人科学会 生殖・内分泌委員会：「日本人用更年期・老年期スコアの確立とHRT副作用調査小委員会」報告。日産婦誌、2001；53, 883-888.
- 7) 小川真里子ほか：更年期障害評価尺度（Menopause Rating Scale）日本語版の作成と内容妥当性の検証。日本女性医学学会雑誌、2024；31：622-628.

- 8) Kravitz HM et al : Sleep difficulty in women at midlife : a community survey of sleep and the menopausal transition. *Menopause*, 2003 ; 10 : 19-28.
- 9) Shi X et al : Knowledge, attitude, and practice toward sleep disorders and sleep hygiene among perimenopausal women. *Scientific Reports*, 2024 ; 14 : 11663.
- 10) パラマウントベッドホールディングス：「更年期×睡眠」経済産業省採択事業研究発表. <https://prtimes.jp/main/html/rd/p/0000000023.000098878.html>. (2026年4月17日閲覧)
- 11) Depree B et al : Association of menopausal vasomotor symptom severity with sleep and work impairments : a US survey. *Menopause*, 2023 ; 30 : 887-897.
- 12) Tomida M et al : Vasomotor symptoms, sleep problems, and depressive symptoms in community-dwelling Japanese women. *J Obstet Gynaecol Res*, 2021 ; 47 : 3677-3690.
- 13) Joffe H et al : Evaluation and management of sleep disturbance during the menopause transition. *Semin Reprod Med*, 2010 ; 28 : 404-421.
- 14) Kravits HM et al : Sleep during the perimenopause : a SWAN story. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2011 ; 38 : 567-586.
- 15) 日本女性医学学会監修：ホルモン補充療法ガイドライン 2025年度版. 金原出版, 東京, 2025 : pp14-15.
- 16) 厚生労働省：健康づくりのための睡眠ガイド 2023 Good Sleepガイド. 2023. <https://www.mhlw.go.jp/content/001288005.pdf> (2026年4月17日閲覧)
- 17) 政府統計の総合窓口：国民生活調査令和4年 国民生活基礎調査 健康. <https://www.e-stat.go.jp/index.php/dbview?sid=0002040960> (2026年4月17日閲覧)
- 18) マイナビ：高校生のお弁当, 「親」が作っている割合は？ 2024. https://news.mynavi.jp/article/2024_0527-2951561/ (2026年4月17日閲覧)
- 19) Sternfeld B et al : Efficacy of exercise for menopausal symptoms : a randomized controlled trial. *Menopause*, 2014 ; 21 : 330-338.
- 20) McCurry SM et al : Telephone delivered cognitive-behavior therapy for insomnia in midlife women with vasomotor symptoms : an MsFLASH Randomized Trial. *JAMA Intern Med*, 2016 ; 176 : 913-920.
- 21) 飯岡由紀子ほか：更年期障害の患者に対する看護カウンセリングの効果の検討. *日本女性医学学会雑誌*, 2024 ; 31 : 2, 265-275.