



3. 妊娠期・産褥期・子育て期における助産師の睡眠への支援

江藤 宏美

要旨

妊娠期および産褥期には、多くの女性が睡眠の変化や困難を経験する。妊娠後期では不眠症状が増えやすく、産後は授乳や夜間育児により睡眠が分断されやすい。これらの睡眠問題は周産期に特有の生理的適応として説明できる側面を有する一方で、レストレスレッグス症候群(RLS)や閉塞性睡眠時無呼吸(OSA)といった睡眠障害、さらには周産期のメンタルヘルス不調へとつながる可能性も含んでいる。周産期では「眠れない」背景に睡眠機会の制約が存在するため、単なる睡眠不足と不眠症を区別して捉える視点が重要である。助産師は妊娠期から産後・子育て期まで継続して女性とのかかわり、睡眠を身体的・心理的・社会的側面から包括的にアセスメントできる専門職である。非薬物的な睡眠支援や家族調整、地域資源の活用を通じて休息を支えるとともに、必要時には睡眠医療や精神保健領域との連携を図ることで、周産期メンタルヘルスの予防に寄与できる。

● **Keyword** 周産期, 不眠症, 睡眠アセスメント, レストレスレッグス症候群 (RLS), 閉塞性睡眠時無呼吸 (OSA)

はじめに

妊婦および産後の母親における睡眠問題は、臨床現場できわめて頻繁に遭遇する。妊娠期にはホルモン変動に加え、頻尿、腰背部痛、胎動、呼吸困難感などの身体的変化が重なり、入眠困難や中途覚醒を生じやすい。さらに、胎児の健康への不安、生活環境の変化、母親役割獲得に伴う心理的緊張といったストレス要因が睡眠を悪化させる。産後は新生児の睡眠-覚醒リズムに母親が適応する必要がある、睡眠の断片化が

避けられない。これらは「周産期のマイナートラブル」として見過ごされやすい一方、睡眠問題は周産期メンタルヘルス不調と密接に関連し、重症化すれば母子の安全や家族機能にも影響しうる。

本稿の目的は、看護職が専門的知見をもって睡眠医療に関与する意義と、多職種連携における役割を明確化することである。周産期領域では、助産師が妊娠期から産後・子育て期まで継続して女性・家族とのかかわりという特性を活かし、睡眠問題の早期把握、セルフケア支援、リ

スク評価、専門職への橋渡しを担うことが可能である。ここでは、妊娠期/産褥期の睡眠の実態を概観し、助産師による睡眠アセスメント、支援、そして周産期メンタルヘルス一次予防としての意義について記述する。

妊娠期および産褥期における睡眠の実態

1. 妊娠期における睡眠の実態と特徴

妊娠期の睡眠は、ホルモン変動および身体的・心理的变化の影響を強く受ける。妊娠期全体における不眠症状（insomnia symptoms）の有症率は高く、メタアナリシスでは妊娠期全体で38.2%とされ、妊娠初期25.3%、中期27.2%、後期39.7%と妊娠後期で上昇することが示されている¹⁾。妊娠後期に限定したメタアナリシスでも、不眠の有病割合は42.4%と報告されている²⁾。

妊娠初期は、エストロゲンおよびプロゲステロン濃度の上昇により日中の眠気が強くなりやすい一方、つわりや情動の不安定さにより夜間睡眠の質が低下する。妊娠中期は比較的安定した睡眠が得られる時期とされるが、早朝覚醒や睡眠の浅さを訴える妊婦も一定数存在する。妊娠後期になると、腹部増大、頻尿、腰背部痛、下肢の浮腫やこむら返り、胎動など、身体的不快症状が顕在化し、睡眠維持困難や中途覚醒が増えやすい。「寝つきが悪くなる」「眠りが浅くなる」「睡眠時間が不足する」「中途覚醒が増える」という状態から、睡眠全体に不満感が高まる³⁾。

妊娠各期における睡眠の特徴として、初期では日中の眠気、中期では早朝覚醒、後期では睡眠維持困難が多いことが報告されている。また、妊娠後期では、いびきや日中の眠気を伴う閉塞性睡眠時無呼吸（obstructive sleep apnea：OSA）などの潜在的増加も指摘され、睡眠問題が「生理的变化の範囲」を超えて医療的介入を要する状態へ移行する可能性がある。

妊娠期の睡眠問題は、「妊娠に伴うマイナートラブル」として受け止められることが多いが、主観的な睡眠困難感の頻度は高く、妊娠後期では半数以上の妊婦が睡眠に問題を感じているとされている。さらに、不眠症状を有する妊婦の一部は、診断基準を満たす不眠症へ移行している可能性が示唆されており、単なる一過性の睡眠変化として見過ごすことには慎重である必要がある。したがって周産期では、「生活上やむを得ない睡眠分断」と「治療・介入が必要な不眠症」を見分ける臨床視点が不可欠となる。

2. 妊娠期に発症する睡眠障害と特徴

妊娠中には、不眠症状に加えて、レストレスレッグス症候群（restless legs syndrome：RLS/Willis-Ekbom disease：WED）や睡眠呼吸障害（sleep-disordered breathing：SDB）、概日リズムの乱れなど、多様な睡眠関連問題が生じうる。

RLSは動きたい衝動と下肢の不快感を主徴とし、安静時に増悪し、運動で軽減し、夕方～夜間に悪化するという日内変動を示す。重症化すると入眠困難、中途覚醒、および熟眠感不足を含む不眠が出現する。さらに日中の精神状態の悪化にも影響する⁴⁾。妊娠期のRLS頻度は一般人口より高く、国内でも、妊婦を対象とした大規模データとして、Haranoら⁵⁾は2.9%（n = 19,441）、Suzukiら⁶⁾は19.9%（n = 16,528）と報告している。また、Miyazakiら⁷⁾は妊婦203名を対象にICSD-3に基づきRLSを診断し、17.2%（n = 35）でRLSを認め、ビタミンDおよび葉酸欠乏との関連を示している。妊娠期RLSは出産後に軽快する例が多い一方、再発・持続例もあり、症状の重症度や背景（鉄欠乏、ビタミンD・葉酸、遺伝的素因など）を踏まえた評価が求められる。

睡眠呼吸障害に関して、主に、いびきや昼間の過度眠気や疲労感、熟眠感がない、起床時の頭痛などの症状が出現する。国内では妊娠28週以降の妊婦179名を対象にパルスオキシメー

タで酸素飽和度低下指数（oxygen desaturation index：ODI）を評価した研究があり、軽度SDB（3% ODI \geq 5/時）は12.3%であった⁸⁾。国際的なシステマティックレビュー/メタアナリシスでは、妊婦における客観的に評価されたOSAの有病割合は15%と報告され、OSAは帝王切開や早産など複数の周産期転帰リスク上昇と関連することが示されている⁹⁾。周産期領域では、肥満、妊娠高血圧、妊娠糖尿病などの背景を含めた多面的リスク評価とともに、必要時に睡眠医療へつなぐ導線が重要となる。

3. 産褥期における睡眠の実態と母子相互作用

産褥期の睡眠は、妊娠期とは異なる特徴を示す。出産後、母体は急激なホルモン変化を経験し、特にプロラクチンの分泌は母乳分泌を促すと同時に、徐波睡眠の維持に関与する可能性が示されている¹⁰⁾。一方で、産褥期の睡眠は新生児の睡眠-覚醒リズムと密接に関連している。新生児は出生直後に概日リズムが未熟で、多相性睡眠を呈するため、母親の睡眠は昼夜を問わず断片化する。乳児の概日リズムは生後7週頃から認められ、4ヵ月頃にほぼ確立するとされ、母親の睡眠リズムもそれに伴い回復傾向を示す¹¹⁾。ただし、総睡眠時間の短縮や睡眠の断片化は避けられず、主観的な睡眠不足感や疲労感が蓄積しやすい。特に支援リソースが乏しい状況では、母親の睡眠不足が慢性化し、産後の不眠症やメンタルヘルス不調へ進展するリスクが高まる。

4. 産褥期に発症する睡眠障害と特徴

産褥期の睡眠は合目的な適応でもあるが、阻害要因が重なると「眠れない-不安が増す-さらに眠れない」という悪循環に陥りやすい。周産期メンタルヘルスは長年重要課題であり、東京都23区の妊産婦死亡調査（2005～2014年）では、異状死89例のうち自殺63例が報告された。妊産婦の死亡原因の第1位は自殺とされ、10万

人あたり8.5人、その4～6割がうつ病と診断されていた¹²⁾。睡眠問題は、うつ病・不安障害との双方向関連が示されており、不眠はその後の抑うつリスクを高めうる¹³⁾。周産期においては、睡眠問題が単独で存在するというより、身体症状、授乳・育児負担、家族機能、社会的孤立などと重なり、メンタルヘルス不調の早期サインとして前景化することが少なくない。したがって産褥期では、睡眠とメンタルヘルスを切り離さず、統合的に評価・支援する必要がある。

5. 妊娠期・産褥期の睡眠を理解する臨床的意義

周産期の睡眠は「適応」と「病的状態への移行可能性」を併せもつ。睡眠問題を一律に「よくあること」として扱うのではなく、①生理的範囲の変化、②介入可能な生活・環境要因、③睡眠障害（RLS、OSAなど）や不眠症、④メンタルヘルス不調の前駆症状、のいずれかに位置づけられるかを見極めることが、医療者に共通して求められる。助産師は、妊婦健診、産後入院、産後訪問、産後ケア事業などを通じて継続的な関与が可能であり、睡眠を「時間軸で追える専門職」として、早期発見と橋渡しに独自の強みを有する。

助産師による睡眠アセスメント

周産期の睡眠支援の質は、初期のアセスメントが肝要である。助産師による睡眠アセスメントは、睡眠を身体的・心理的・社会的文脈のなかで包括的に捉え、支援と多職種連携につなげるための「臨床的判断プロセス」として位置づけられると考える。

1. 「睡眠分断」と「不眠症」の切り分け：睡眠機会の評価

周産期では睡眠が分断されやすいが、それ自体が不眠症とは限らない。不眠症は、睡眠のための適切な機会と状況が存在するにもかかわらず、入眠困難・睡眠維持困難・早朝覚醒のいず

れかにより、日中機能障害を伴う病態である (ICD-10)¹⁴⁾。Quinらは、睡眠機会を考慮して診断的評価を行うと、不眠症の割合が大きく変動することを示した¹⁵⁾。助産師は、授乳・育児・家事・就労など「眠れない理由」を丁寧に聴取し、睡眠機会が確保されているか（例：夜間に連続した休息時間がまったくない、昼間の代替休息が取れない、家族支援がないなど）を評価する。この情報は臨床医の診断へつなぐ際にも重要となる。

2. 症状評価：夜間の状態+日中機能

アセスメントにあたっては、①夜間の症状（入眠困難、睡眠維持困難、早朝覚醒、非回復感、悪夢など）と、②日中機能（強い眠気、疲労、集中困難、イライラ、育児事故リスク、運転リスク）をセットで把握する。特に、周産期では「眠れない」訴えが、疲労・不安・抑うつ・疼痛の反映であることも多く、睡眠を単独で評価しないことが肝要である。

3. 背景因子の構造化：身体・心理・社会 の3層

周産期の睡眠は多因子で規定されるため、助産師は背景因子を構造化して把握する。

a) 身体的要因

頻尿、腰背部痛、胃食道逆流症状、呼吸困難感、いびき、下肢不快感 (RLS)、貧血・鉄欠乏、ビタミンD/葉酸不足の可能性、薬剤・カフェインなどが睡眠を妨げる身体的要因となる。RLSの典型症状（安静時増悪・運動で軽快・夕方～夜間増悪）の有無を確認する。OSA疑いでは、いびき、呼吸停止の指摘、過度の眠気、肥満、妊娠高血圧などを確認し、必要時に睡眠医療へつなぐ。

b) 心理的要因

胎児・育児への不安、抑うつ、罪悪感、孤独感、トラウマ体験、パートナーとの関係などが睡眠を妨げる要因として挙げられる。睡眠と抑うつ・不安は双方向に関連し、不眠はうつ病の

重要症状でもある。

c) 社会的要因

夜間育児負担の偏り、家族支援、経済・就労状況、住環境（同室・同床、騒音、室温）、支援リソースの利用可能性（産後ケア事業、訪問、自治体サービス）が睡眠を妨げる社会的要因として挙げられる。

4. スクリーニング尺度の活用： 支援の標準化と連携の共通言語

助産師のアセスメントは診断を目的としないが、尺度は「見える化」と「連携の共通言語」として有用である。周産期の現場では、以下のような活用が現実的である。

- AIS (athens insomnia scale)：世界保健機関によるICD-10基準に基づく不眠評価尺度として開発されている。周産期での運用では、授乳などの睡眠機会を併記して解釈することが重要である。
- ピッツバーグ睡眠質問票 (Pittsburgh sleep quality index：PSQI)：睡眠の質の評価が可能である。
- エジンバラ産後うつ病自己評価表 (Edinburgh postnatal depression Scale：EPDS)：抑うつスクリーニングとして睡眠問題が強い場合ほど併存評価が必要となる。
- RLS：国際基準に基づく確認（症状の4要素）上記に加えて専門医へ紹介する。

5. 継続性（時系列評価）の価値

助産師は妊婦健診、産後入院、産後訪問、地域支援のなかで、睡眠状態の推移を時系列で把握することができる。睡眠困難が一過性か、悪化傾向か、妊娠期から産褥期まで持続するかをフォローアップすることは、不眠症やメンタルヘルス不調の早期発見につながる。実際、妊娠後期に不眠症状が高頻度であることも踏まえると、後期での評価が産後支援計画に与える意義は大きい。また、妊娠期の抑うつも産後の抑うつとの関連があることから、継続して把握して

いく必要がある。

妊娠期・産褥期の睡眠問題に対する助産師の役割と支援

1. 周産期睡眠問題における助産師の専門性

助産師の強みは、妊娠・出産・育児というライフイベント全体を見通し、女性と家族を「生活の場」から支援できる点にある。睡眠問題は身体症状、心理状態、家族関係、社会資源と絡み合うため、助産師の包括的視点は睡眠医療チームにおいても重要な補完機能を果たす。

2. 妊娠期の支援：見通しの提示と非薬物的介入

妊娠期は、睡眠の変化が生じる理由と見通しを説明し、「異常ではない部分」と「評価が必要な部分」を分けて伝えることが、不安の軽減とセルフケア促進に寄与する。具体的には、以下について妊婦の生活状況に合わせて提案する。

- 体位調整（側臥位の工夫、抱き枕など）、頻尿対策、疼痛対策、就寝前ルーチン。
- カフェイン、日中活動、光曝露などの睡眠衛生。
- リラクゼーション、呼吸法、認知的介入などの「眠れないこと」への過度な恐怖の緩和。

薬物療法は臨床医が主導する領域だが、助産師は非薬物的支援の中核となりうる。

同時に、RLSやOSAなど睡眠障害が疑われる場合には、症状の特徴（RLSの典型症状、いびき・無呼吸・眠気など）を捉え、検査・治療につながる導線をつくる。妊娠中のOSAは周産期転帰と関連しうることが示されており^{8,16)}、母体合併症を含めたりスク層別化の一部として睡眠評価を組み込む意義は大きい。

3. 産褥期の支援：母子の睡眠理解と「休息確保」の調整

産褥期は、母親の努力だけで睡眠改善が難し

い時期である。新生児の睡眠は多相性で、概日リズムは徐々に形成されるため、助産師は乳児睡眠の発達の特徴を説明し、現実的な期待値を調整する（「眠れないのが当然」ではなく、「どこまでが適応で、どこからが危険信号か」を共有する）。そのうえで、下記について実践的に支援する。

- 休息の確保（短時間でも連続休息を確保する工夫）。
- 夜間育児の分担調整（パートナー・家族支援の具体化）。
- 産後ケア事業、一時預かり、訪問支援などの資源導入。

睡眠不足が慢性化し、抑うつ、希死念慮、育児事故のリスクが疑われる場合は、躊躇なく医師・精神保健領域の専門職と連携する。

4. 睡眠医療チームにおける助産師の役割：周産期睡眠の「翻訳」と橋渡し

睡眠医療において助産師は、周産期特有の睡眠背景（授乳、夜間覚醒、身体症状、家族機能）を睡眠医療チームに「翻訳」して共有する役割を担う。アセスメントの標準化（尺度の使用、記録）、受診・検査のハードルを低減すること、継続フォローの仕組み化を進めることは、周産期の睡眠医療の質向上に直結すると考える。

睡眠問題と周産期メンタルヘルス：助産師が果たす予防的役割

不眠は、うつ病の診断基準の一症状でもあり、睡眠障害とうつ・不安は双方向に関連する。周産期では、睡眠問題が心理社会的ストレスと重なりやすく、メンタルヘルス不調の一次予防として睡眠評価を位置づける意義は大きい。東京23区の調査などにより、妊産婦の自殺が重要課題であることが示されており、周産期医療において「睡眠」を見落とさないことは安全対策としても重要である。

助産師は、女性の睡眠を「本人の努力不足」として扱わず、周産期の生理的・社会的背景の

なかで理解し、罪悪感・自己否定感を軽減しながら支援することが可能である。また、睡眠の悪化は家族機能の破綻のサインでもある。母親だけでなくパートナーを含めた家族単位での睡眠・疲労評価を行い、支援資源を調整することは、周産期メンタルヘルスの包括的予防につながる。

おわりに

妊娠期および産褥期の睡眠問題は、生理的变化に基づく適応として説明できる側面をもつ一方で、不眠症、RLS、OSAなどの睡眠障害や周産期メンタルヘルス不調へと連続的につながるリスクを内包している。周産期の「眠れない」を「よくあること」として見過ごすのではなく、支援や介入につなぐ契機として捉えることが、周産期医療および睡眠医療の質を高める鍵となる。

周産期領域では、助産師が妊娠期から産後・子育て期まで継続的にかかわる特性を活かし、睡眠アセスメント、非薬物的支援、リスク評価、そして多職種連携のハブとして機能することが期待される。睡眠を切り口とした助産師の関与は、単なる生活指導にとどまらず、周産期メンタルヘルス不調の予防、ひいては母子および家族の長期的な健康の維持に寄与すると考える。今後、臨床医およびコメディカルがそれぞれの専門性を活かしながら、周産期における睡眠支援を実装していくことが重要である。

なお、本論文に関連して開示すべきCOIはない。

文 献

- 1) Sedov ID et al : Insomnia symptoms during pregnancy : a meta-analysis. *J Sleep Res*, 2021 ; 30 : e13207. doi : 10.1111/jsr.13207.
- 2) Salari N et al : A systematic review and meta-analysis of prevalence of insomnia in the third trimester of pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2021 ; 21 : 284. doi : 10.1186/s12884-021-03755-z.
- 3) Osnes RS et al : Mid-pregnancy insomnia and its association with perinatal depressive symptoms : a prospective cohort study. *Behav Sleep Med*, 2021 ; 19 : 285-302. doi : 10.1080/15402002.2020.1743705
- 4) Allen RP et al : Restless legs syndrome/Wilks-Ekbom disease diagnostic criteria : updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria : history, rationale, description, and significance. *Sleep Med*, 2014 ; 15 : 860-873.
- 5) Harano S et al : Prevalence of restless legs syndrome with pregnancy and the relationship with sleep disorders in the Japanese large population. *Sleep Biol Rhythms*, 2008 ; 6 : 102-109. doi : 10.1111/j.1479-8425.2008.00343.x.
- 6) Suzuki K et al : The prevalence of restless legs syndrome among pregnant women in Japan and the relationship between restless legs syndrome and sleep problems. *Sleep*, 2003 ; 26 : 673-677. doi : 10.1093/sleep/26.6.673
- 7) Miyazaki A et al : Determination of optimal 25-hydroxy vitamin D cutoff values for the evaluation of restless legs syndrome among pregnant women. *J Clin Sleep Med*, 2023 ; 19 : 73-83. doi : 10.5664/jcsm.10270.
- 8) Miyagawa S et al : Relationship between sleep-disordered breathing and perinatal outcome in pregnant women. *J Jpn Acad Midwif*, 2011 ; 25 : 5-12.
- 9) Liu L et al : The prevalence of obstructive sleep apnea and its association with pregnancy-related health outcomes : a systematic review and meta-analysis. *Sleep Breath*, 2019 ; 23 : 399-412.
- 10) Spiegel K et al : Temporal relationship between prolactin secretion and slow-wave electroencephalic activity during sleep. *Sleep*, 1995 ; 18 : 543-548.
- 11) Nishihara K et al : Relationship between infant and mother circadian rest-activity rhythm pre-and postpartum, in comparison to an infant with free-running rhythm. *Chronobiol Int*, 2012 ; 29 : 363-370.
- 12) 竹田 省 : 妊産婦の自殺—その実態. 厚生労働科学研究費補助金 成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業 (光田班報告). 2017. <https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/11/11643745157d48555ead55ae19d42a0a.pdf> (2026年4月15日閲覧)

- 13) Alvaro PK et al : A systematic review assessing bidirectionality between sleep disturbances, anxiety, and depression. *Sleep*, 2013 ; 36 : 1059-1068.
- 14) World Health Organization : International statistical classification of diseases and related health problems. 10th rev. World Health Organization, Geneva, 1992.
- 15) Quin N et al : Differentiating perinatal insomnia disorder and sleep disruption. : a longitudinal study from pregnancy to 2 years postpartum. *Sleep*, 2022 ; 45 : zsab293.
doi : 10.1093/sleep/zsab293
- 16) Umeno S et al : Characteristics of sleep/wake problems and delivery outcomes among pregnant Japanese women without gestational complications. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2020 ; 20 : 179.
doi : 10.1186/s12884-020-02868-1