

Aging & Health

エイジングアンドヘルス

秋

No.119
2026年
第35巻第3号



特集

高齢期における 睡眠障害とケア

対談

公益財団法人日本対がん協会会長
垣添忠生

公益財団法人長寿科学振興財団理事長
大島伸一

シリーズ

インタビュー

いつも元気、 いまでも現役

「農口尚彦研究所」杜氏
農口尚彦

ルポ

地域の鼓動

兵庫県神戸市
宮崎県三股町

📄 アンケートにご協力ください！

WEB版機関誌エイジングアンドヘルスのよりよい誌面づくりのため、
本誌へのご意見、ご感想、ご要望などをお寄せください。

<https://forms.gle/Ujq8dwPvndtkMW9GA>



公益財団法人
長寿科学振興財団

連載 エッセイ 北の大地、へき地診療所より

- 第3回 “地域こそわが家”と考えられれば……………3
むかわ町国民健康保険穂別診療所 副所長 香山リカ

巻頭言

- 高齢期における睡眠障害の適切な対応……………4
久留米大学理事長・学長 内村直尚

特集

- 高齢期における睡眠障害とケア……………5

- 高齢者の睡眠の特徴～生活習慣病、認知症およびうつ病との関連～……………6
日本大学医学部精神医学系精神医学分野主任教授 鈴木正泰

- 健康づくりのための睡眠ガイド 2023 高齢者版～睡眠の質を高めるには～……………10
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 睡眠・覚醒障害研究部部長 栗山健一
国立精神・神経医療研究センター病院 睡眠診療部部長 栗山健一

- 高齢者によくある睡眠障害の鑑別診断……………16
獨協医科大学内科学（神経）主任教授 鈴木圭輔

- 不眠症の診断と治療～薬物療法と認知行動療法～……………22
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター精神神経科診療部長 山寺 亘
東京慈恵会医科大学精神医学講座教授 山寺 亘

対談 長生きを喜べる社会、生きがいある人生をめざして

- 第19回 希望は歩み続ける人に訪れる……………27
公益財団法人日本対がん協会会長 垣添忠生
公益財団法人長寿科学振興財団理事長 大島伸一

最新研究情報……………32

インタビュー

- いつも元気、いまでも現役
「わしの酒」極め 後進を育てる……………33
「農口尚彦研究所」杜氏 農口尚彦

地域の鼓動

- ルポ1 まちのコミュニティの真ん中にある 多世代型介護付きシェアハウス……………37
兵庫県神戸市 株式会社 Happy 「はっぴーの家ろっけん」

- ルポ2 福祉とデザイン、人とまちをつなぐ みんなが主役の地域づくり……………40
宮崎県三股町 コミュニティデザインラボ（社会福祉法人三股町社会福祉協議会）

連載 エッセイ 長寿社会のコミュニティデザイン

- 第3回 存在論的コミュニティ……………44
studio-L 代表、関西学院大学建築学部教授 山崎 亮

News & Topics……………46

アンケートにご協力ください！

WEB 版機関誌エイジングアンドヘルスのよりよい誌面づくりのため、
本誌へのご意見、ご感想、ご要望などをお寄せください。
(<https://forms.gle/Ujq8dwPvndtkMW9GA>)



<表紙>

「農口尚彦研究所」杜氏
農口尚彦さん
(撮影／丹羽 諭)

北の大地、へき地診療所より

第3回 “地域こそわが家”と考えられれば

むかわ町国民健康保険穂別診療所 副所長 香山リカ

東京で訪問診療のクリニックを開いている友人と話をした。忙しくてたいへんだという。

「住みなれた家で最期を迎えたい、という人たちは年々、多くなっているんだよね。あなたが働く町でもそうでしょうか？」

私は答えに困った。実は、私が穂別に赴任した5年前に比べても、家でのお看取りが明らかに増えている印象はない。医療機関はここしかないので訪問診療も依頼されれば対応しているが、ずっと2、3件のままだ。

では住民はどこで最期のときを迎えるのか。もちろん、「自宅で突然に」という人もいるが、この診療所か特別養護老人ホームで、というケースが圧倒的に多い。そしてその多くは、本人の意思なのである。ときどき状態の良くない入院患者さんとこんな会話をする。

「どうします？ 今ならおうちに戻れると思いますけど」

「家？ 別に行かなくてもいいよ。食べたいものがあれば家族が持ってきてくれるし」

「帰れるうちに帰っておいた方が」

「これ以上、どこに帰るっていうの。穂別にいるんだからどこでも同じだよ」

どうやらこの地域の人たちにとっては、「穂別」という場所が家と同じ意味を持っているようなのだ。穂別でありさえすれば、あとは家でも診療所でも施設でも変わりはない。そう考えている住民たちは、自身の年齢や身体能力、病状に応じて、地区内のケアハウスやグループホーム、老人ホーム、そして診療所をうまく使い分けながら、悠然と暮らしている。中には、グループホームで暮らしながらたまに自宅まで戻って家庭菜園をやっている、という人もいる。

「住みなれた家で」ではなくて「住みなれた地域で」。範囲が拡大されるだけで、心のゆとりも生活スタイルの選択肢も増えるんだな、と感心する。同世代の看護師が言った。

「私、あと5年もしたらここのケアハウスに入ろうかな。先生もどう？」

「いいね。ここで働けなくなったらそうしようかな」

「ううん、ケアハウスから診療所に出勤してもいいんですよ。診療は続けてください」

穂別にいさえすれば、介護や医療の受け手も受け手もみな同じ。敷居の低さに笑ってしまった。そして、それってすばらしいことなのかも、とも思ったのだ。

香山リカ(かやま りか)

1960年北海道札幌市生まれ。東京医科大学卒業後、精神科医として臨床に携わりながら帝塚山学院大学教授、立教大学教授などを歴任。2022年より北海道のむかわ町国民健康保険穂別診療所で総合診療医としてへき地医療に取り組んでいる。執筆活動と週末の東京での精神科医としての診療も継続中。『精神科医はへき地医療で“使いもの”になるのか？ ～私の転職奮闘記～』(星和書店)、『人生を変える「新しい場所」の見つけ方』(青春出版社)など著書多数。



[アンケートにご協力ください！](#)



久留米大学理事長・学長
内村直尚

内村直尚 うちむら なおひさ

1982年 久留米大学医学部卒業

1986年 久留米大学大学院医学研究科生理系専攻博士課程修了、久留米大学医学部神経精神医学講座助手

1987年 米国オレゴン州 Oregon Health Science University へ留学

1990年 久留米大学医学部脳疾患研究所助手

1992年 久留米大学医学部神経精神医学講座講師

2000年 同 助教授

2007年 同 教授(～2020年)

2011年 久留米大学病院 副院長(～2013年)

2012年 久留米大学高次脳疾患研究所所長(～2020年)

2013年 久留米大学医学部長(～2019年)

2016年 久留米大学副学長

2020年より久留米大学学長

2026年より久留米大学理事長

【専門分野】精神医学、睡眠医学

高齢期における 睡眠障害の適切な対応

本邦は超高齢社会となり、いかに健康寿命を平均寿命に近づけるかが大きな目標となっている。健康寿命の延伸には、適切な睡眠が重要となる。しかし、高齢になると、睡眠障害を呈する割合が増加する。高齢者では全般的に睡眠が浅く短くなり、中途覚醒が多く、睡眠が分断され、早朝覚醒を認める。一方、生体リズムという面からみた場合には、高齢者では睡眠と覚醒からなる一日のリズムが多相性になり、日中の覚醒レベルが低下するために居眠りや昼寝が増加し、夜間にまとまった睡眠をとることが難しくなり、昼夜逆転を生じやすい。その結果、睡眠の質は低下する。

また、睡眠時無呼吸症候群、レストレスレッグス症候群、レム睡眠行動障害などの睡眠障害や認知症、うつ病の併存も考えられる。高齢者の睡眠障害は、免疫機能や高血圧、肥満などの身体面だけでなく、意欲低下や抑うつ状態など精神面にも影響し、社会生活への不適応を引き起こす要因にもなり得る。こうしたことから、適切な診療やケア、必要に応じた服薬などの対応が重要となる。

一方、不眠を訴える高齢者の中には、「8時間眠れないと不眠である」といった誤った認識を持つ人も少なくない。現役世代では睡眠不足による健康への悪影響が問題視されるが、高齢者ではむしろ長時間睡眠のリスクが指摘されている。

高齢者の不眠に対する治療としては、非薬物的アプローチが推奨されており、床上時間を8時間以内にしておき十分に光を浴びる、長時間の昼寝を控える、定時の食事をする、痒み、痛みや夜間頻尿の対策を行うなど睡眠衛生を改善することで夜間睡眠を促し、日中の覚醒水準を保つことが重要である。つまり、高齢者は無理に長時間眠る必要はなく、生活習慣や睡眠環境を見直し、睡眠の質を高めることが重要である。それでも改善しない場合は、医師に相談することを推奨する。不眠症に対する薬物療法は副作用のリスクを最小限にする睡眠薬を選択し、安全性に関する十分な説明を行い投与する。

本特集では、「高齢期における睡眠障害とケア」をテーマに取り上げ、「高齢者の睡眠の特徴」、「健康づくりのための睡眠ガイド2023高齢者版」、「高齢者によくある睡眠障害の鑑別診断」、「不眠症の診断と治療」という4つのテーマごとに高齢者の睡眠に関わる新しい知見、高齢者の睡眠障害とその治療・ケアについて専門家に執筆いただいた。



アンケートにご協力ください！

特集

高齢期における 睡眠障害とケア

高齢期には、睡眠の質が低下し、睡眠障害を有する人の割合も増える傾向にある。加齢に伴って深い睡眠が減少し、中途覚醒や早朝覚醒が増えるほか、閉塞性睡眠時無呼吸などの睡眠障害も増加する。こうした睡眠の変化や障害は、睡眠休養感の低下やQOLの低下につながる。

高齢者の睡眠障害は、生活習慣病の発症・重症化だけでなく、認知症やうつ病などの精神疾患とも関連することが明らかになっている。また、高齢者では床上時間が8時間以上になると、死亡リスクが高くなるという報告もある。高齢者の睡眠を適切に評価し、必要に応じて診療やケアつなげるとともに、生活習慣や睡眠環境を見直すことも重要である。

本特集では、「高齢期における睡眠障害とケア」をテーマに取り上げ、久留米大学理事長・学長の内村直尚氏を企画アドバイザーに迎えた。高齢者の睡眠に関する新たな知見や、睡眠障害への適切なケアについて、専門家に解説いただいた。

(編集部)



[アンケートにご協力ください！](#)



高齢者の睡眠の特徴 ～生活習慣病、認知症および うつ病との関連～

日本大学医学部精神医学系精神医学分野主任教授

鈴木正泰 (すずき まさひろ)

【略歴】 2002年：日本大学医学部卒業、2008年：日本大学大学院医学研究科博士課程修了（医学博士）、日本大学医学部精神医学系助手、2009年：日本大学医学部精神医学系助教、2015年：サンラファエレ大学客員研究員、2018年：日本大学医学部精神医学系准教授、2020年より現職

【専門分野】 精神医学、睡眠医学

はじめに

睡眠は、心身の疲労を回復させるだけでなく、免疫、代謝、感情調節、記憶の固定や整理などにも関わる、生命維持に不可欠な生理現象である。良好な睡眠は、日中の活動性や生活の質（quality of life：QOL）を保ち、心身の健康を維持するための重要な基盤となる。高齢になると、「夜中に何度も目が覚める」「朝早く目が覚める」「寝た気がしない」といった変化を感じる人が増える。こうした変化には、加齢に伴う生理的变化に加えて、高齢者にみられやすいさまざまな要因が関係している。本稿では、高齢者で睡眠の問題が増える背景について述べたうえで、生活習慣病や認知症、メンタルヘルスとの関連について概説する。

なぜ加齢に伴い睡眠の問題が増えるのか

世界36か国で行われた調査を統合し、約100万人の地域在住高齢者を対象としたメタ解析では、睡眠時無呼吸は約半数、睡眠の質の低下は約4割、不眠は約3割に認められたことが示されている¹⁾。このように、高齢者では高い割合で睡眠の問題がみられる。その背景として、まず加齢に伴う睡眠の変化が挙げられる。

さまざまな年代の健康者約3,500名を対象とした、睡眠時間や睡眠構造に関する研究のメタ解析では、成人期以降、睡眠時間は加齢とともに短くなり、おおむね10歳年齢を重ねるごとに約10分短縮することが示されている²⁾。加齢に伴う変化は、睡眠の量だけでなく、その構造にもみられる。若い頃に多くみられる深い睡眠（徐波睡眠）は加齢とともに減少し、浅い睡眠や中途覚醒が増える。そのため、高齢者では睡眠時間が短くなるだけでなく、このような質的变化から、「眠りが浅い」「夜中に何度も目が覚める」と感じやすくなる²⁾。

加齢に伴い、睡眠をとる時間帯も変化する。睡眠をとりやすい時間帯は体内時計の影響を受けており、年齢によって変化する。睡眠時間帯は思春期にかけて次第に遅くなり、18～19歳頃に最も夜型となった後、成人期以降は年齢とともに早まることが知られている³⁾。そのため、高齢になると若い頃より早い時間に眠くなり、朝も早く目覚める傾向が強くなる。



[アンケートにご協力ください！](#)

このような加齢に伴う生理的变化に加えて、高齢者では身体疾患や服用薬、生活習慣の変化も睡眠に影響する。たとえば、関節や腰の痛み、心臓や呼吸器の病気による息苦しさ、皮膚疾患によるかゆみ、前立腺肥大や過活動膀胱などによる夜間頻尿は、寝つきを妨げたり、夜間の覚醒を増やしたりする原因となる。また、身体疾患の治療に用いられる薬剤の中には、ステロイドや一部の降圧薬のように眠りを妨げる可能性のあるものや、利尿薬のように夜間の排尿回数を増やすものもある。

さらに、退職や外出機会の減少などにより、日中の活動量や光を浴びる機会が少なくなると、夜間に十分な眠気が生じにくくなる。長時間の昼寝も夜間の寝つきを悪くしたり、睡眠を途切れやすくしたりする。このように、高齢者では、加齢に伴う生理的变化に加えて、身体疾患、服用薬、生活環境の変化など、睡眠に影響を及ぼすさまざまな要因が重なるため、睡眠の問題が生じやすくなる。

睡眠と生活習慣病

睡眠不足が続くと、食欲を調節するホルモンの分泌や糖代謝、自律神経系、血圧などに影響が及ぶ。これにより、食欲の増加やインスリンの働きの低下、血圧の上昇などが生じ、肥満、糖尿病、高血圧、心血管疾患の発症リスクが上昇する。短時間睡眠と健康との関係について、153件の研究、延べ約517万人のデータを統合したメタ解析では、標準的な睡眠時間の人と比べて、短時間睡眠の人では糖尿病の発症リスクが1.37倍、高血圧が1.17倍、心血管疾患が1.16倍、冠動脈疾患が1.26倍、肥満が1.38倍であった⁴⁾。また、睡眠時間が6時間未満では、短くなるほど死亡リスクが高まる傾向も示されている。

一方、長く寝れば寝るほど健康に良いわけではないことが明らかにされている。長時間睡眠と健康との関係について、137件の研究、延べ約513万人のデータを統合したメタ解析では、標準的な睡眠時間の人と比べて、長時間睡眠の人では糖尿病の発症リスクが1.26倍、心血管疾患が1.25倍、脳卒中が1.46倍、冠動脈疾患が1.24倍、肥満が1.08倍であった⁵⁾。さらに、睡眠時間が長くなるほど、死亡や心血管疾患のリスクが高まる傾向も示されている。ただし、これらの解析に包含された研究の多くでは睡眠時間と床上時間(寝床で過ごす時間)が明確に区別されておらず、身体疾患やうつ病、疲労、活動量の低下などによって長く床に就いていた時間が、長時間睡眠として申告されている可能性があることには留意が必要である。実際、中高年者を対象に、睡眠検査で測定した睡眠時間と床上時間を区別して検討した研究では、高齢者において、長い睡眠時間そのものよりも、床上時間が長く、かつ睡眠による休養感が得られていない場合に死亡リスクが高いことが示されている⁶⁾。

睡眠と認知症

睡眠と認知症には、互いに影響を及ぼし合う双方向の関係があると考えられている。まず、睡眠時間の不足や睡眠の分断、睡眠時無呼吸などの睡眠の問題は、将来の認知機能低下や認知症の発症と関連することが報告されている。英国の約8,000人を長期間追跡した研究では、50歳および60歳の時点で睡眠時間が6時間以下であった人は、7時間眠っていた人と比べて、その後の認知症発症リスクが高かった⁷⁾。ただし、こうした研究だけでは、短時間睡眠が認知症を直接引き起こすと断定することはできない。認知症は症状が現れる以前から脳内で変化が進んでおり、その初期変化によって睡眠が短くなっている可能性も否定できない。



睡眠の問題が認知症に関係する仕組みとしては、アルツハイマー病に関係するアミロイド β やタウなどの異常なタンパク質が脳内に蓄積しやすくなることなどが考えられている。近年注目されているのが、睡眠中に脳内の老廃物を排出する仕組みである「グリンパティックシステム」である。動物実験では、この仕組みが覚醒中より睡眠中に活発になり、アミロイド β などの排出が促進されることが示されている⁸⁾。このため、睡眠不足や睡眠の分断によって老廃物の排出が妨げられ、アルツハイマー病の病態形成に関与する可能性が考えられている。ただし、ヒトにおける役割や、睡眠を改善することで認知症を予防できるかについては、まだ十分に明らかになっていない。

一方、認知症を発症すると、その進行に伴って睡眠が乱れることも少なくない。認知症では、睡眠や体内時計を調節する脳の働きが障害されるため、夜間に何度も目を覚ます、昼夜が逆転する、日中の居眠りが増える、夕方から夜間に落ち着かなくなるといった変化がみられる。

このように、睡眠の問題が認知症の発症や進行に関与する可能性がある一方で、認知症そのものも睡眠を悪化させるという、双方向性の関係があると考えられている。ただし、睡眠への介入によって認知症の発症や進行を抑えられるかについては、現時点で十分な根拠は得られておらず、今後さらなる研究が必要である。

睡眠とうつ病

高齢者のメンタルヘルスにおいて、うつ病は重要な課題である。うつ病は成人期に発症することが多いが、高齢期に初めて発症したり、再発したりすることも少なくない。高齢者では、身体疾患や身体機能の低下、死別、社会的役割の変化など、うつ病の発症に関わる要因が重なりやすい。また、高齢者のうつ病では、気分の落ち込みよりも不安や焦燥が前面に現れたり、妄想を伴ったりするなど、重症な病像を呈することがある点にも注意が必要である。

高齢期のうつ病は、その時点でのQOLを低下させるだけでなく、将来の認知症とも関連する可能性が示唆されている。地域在住高齢者を長期間追跡した23件の研究を統合解析した報告では、高齢期にうつ病を有する人は、うつ病のない人と比べて、認知症全体の発症リスクが1.85倍、アルツハイマー型認知症が1.65倍、血管性認知症が2.52倍であった⁹⁾。ただし、この関連には、うつ病への罹患が認知症の発症リスクを高める可能性に加えて、血管障害や炎症など、両者に共通する変化が関与している可能性も考えられる。

睡眠とうつ病の関係もまた双方向性である。うつ病では約85%の患者に不眠症状がみられる一方¹⁰⁾、不眠症は将来のうつ病発症の危険因子でもあることが知られている¹¹⁾。この関連は、年齢や追跡期間などが異なる研究でもおおむね一貫して認められており、不眠を早期に発見して適切に対応することが、うつ病の予防につながる可能性を示している。

実際、研究参加時にうつ病を発症していない60歳以上の不眠症患者291人を、不眠症に対する認知行動療法(cognitive behavioral therapy for insomnia: CBT-I)または睡眠教育を受ける群に分け、3年間追跡した研究では、CBT-I群は睡眠教育群と比べて、うつ病の発症・再発が有意に少なかった¹²⁾。この結果は、うつ病の発症・再発予防という観点から、不眠症に対して積極的に治療介入することの重要性を示している。

おわりに

睡眠の問題は、生活習慣病の発症や重症化に関与するだけでなく、認知症やうつ病といった高



[アンケートにご協力ください！](#)

齢期の主要な精神・神経疾患とも双方向に関連することが明らかになりつつある。したがって、高齢者の睡眠の問題を単なる一時的な症状や加齢による変化として捉えるのではなく、その背景にある身体疾患、服用薬、生活習慣などを含めて評価し、適切に対応することが重要である。こうした取り組みは、現在のQOLを保つだけでなく、将来の心身の健康を守るうえでも重要な意味をもつ。

文献

- 1) Caneve JB, Zurman G, Vogel F, Sutil DV, Diz JBM, Danielewicz AL, et al. : Worldwide prevalence of sleep problems in community-dwelling older adults : A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med.* 2024 ; 119 : 118-34.
- 2) Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. : Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals : developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep.* 2004 ; 27 (7) : 1255-1273.
- 3) Fischer D, Lombardi DA, Marucci-Wellman H, Roenneberg T. : Chronotypes in the US - Influence of age and sex. *PLoS One.* 2017 ; 12 (6) : e0178782.
- 4) Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. : Short sleep duration and health outcomes : a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Med.* 2017 ; 32 : 246-256.
- 5) Jike M, Itani O, Watanabe N, Buysse DJ, Kaneita Y. : Long sleep duration and health outcomes : A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Sleep Med Rev.* 2018 ; 39 : 25-36.
- 6) Yoshiike T, Utsumi T, Matsui K, Nagao K, Saitoh K, Otsuki R, et al. : Mortality associated with nonrestorative short sleep or nonrestorative long time-in-bed in middle-aged and older adults. *Sci Rep.* 2022 ; 12 (1) : 189.
- 7) Sabia S, Fayosse A, Dumurgier J, van Hees VT, Paquet C, Sommerlad A, et al. : Association of sleep duration in middle and old age with incidence of dementia. *Nat Commun.* 2021 ; 12 (1) : 2289.
- 8) Xie L, Kang H, Xu Q, Chen MJ, Liao Y, Thiyagarajan M, et al. : Sleep drives metabolite clearance from the adult brain. *Science.* 2013 ; 342 (6156) : 373-377.
- 9) Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds CF 3rd. : Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease : systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry.* 2013 ; 202 (5) : 329-335.
- 10) Sunderajan P, Gaynes BN, Wisniewski SR, Miyahara S, Fava M, Akingbala F, et al. : Insomnia in patients with depression : a STAR*D report. *CNS Spectr.* 2010 ; 15 (6) : 394-404.
- 11) Li L, Wu C, Gan Y, Qu X, Lu Z. : Insomnia and the risk of depression : a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry.* 2016 ; 16 (1) : 375.
- 12) Irwin MR, Carrillo C, Sadeghi N, Bjurstrom MF, Breen EC, Olmstead R. : Prevention of Incident and Recurrent Major Depression in Older Adults With Insomnia : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2022 ; 79 (1) : 33-41.





健康づくりのための 睡眠ガイド 2023 高齢者版 ～睡眠の質を高めるには～

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 睡眠・覚醒障害研究部部長
国立精神・神経医療研究センター病院 睡眠診療部部長

栗山健一（くりやま けんいち）

【略歴】 1999 年：筑波大学医学専門学群卒業、東京医科歯科大学精神神経科入局、2003 年：東京医科歯科大学大学院修了、Harvard Medical School 神経生理学教室留学、2007 年：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部室長、2015 年：滋賀医科大学精神医学講座准教授（2016 年より附属病院精神科科長兼任）、2019 年より国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所睡眠・覚醒障害研究部部長、2026 年より国立精神・神経医療研究センター病院睡眠診療部部長（兼任）

【専門分野】 精神医学、睡眠医科学

はじめに

「健康づくりのための睡眠ガイド2023」¹⁾は、国民の健康づくり運動である「健康日本21（第三次）」における睡眠・休養分野の推進のために作成された。「健康づくりのための睡眠ガイド2023」は3つの推奨事項と6つの参考情報から構成されており（表）、成人（推奨事項1）、こども（推奨事項2）、高齢者（推奨事項3）の3つの世代ごとに推奨事項を設けて各世代における睡眠の特徴および生じやすい課題と対策を解説している。さらに、全世代が知っておくべき要点が参考情報1～6にまとめられている。

高齢者が健康維持・増進を目指すためには、睡眠の質を高めることが重要だが、このためには睡眠時間を適正化し睡眠環境や生活習慣を見直す必要がある。

表 「健康づくりのための睡眠ガイド2023」の構成

（出典：厚生労働省, 睡眠対策. 健康づくりのための睡眠ガイド2023¹⁾より抜粋・作成）

睡眠に関する推奨事項
・睡眠に関する基本事項
1. 成人版
2. こども版
3. 高齢者版
・睡眠に関する参考情報
1. 良質な睡眠のための環境づくりについて
2. 運動、食事等の生活習慣と睡眠について
3. 睡眠と嗜好品について
4. 睡眠障害について
5. 妊娠・子育て・更年期と良質な睡眠について
6. 就業形態（交替制勤務）と睡眠の課題について

高齢者の健康維持・増進に必要な睡眠時間

米国国立睡眠財団は、健康維持に寄与する睡眠時間として、18歳から64歳の成人は7～9時間、高齢世代は7～8時間確保することを推奨している²⁾。この根拠として、2004年以降の10



[アンケートにご協力ください！](#)

年間に報告された300超の研究データを用いたメタ解析で³⁾、成人の全死亡リスクは主観的(自覚的)な睡眠時間の長さに関連し、7時間を低点としたU(J)字曲線を描き増加すると報告されている^{3),4)}。短時間睡眠、長時間睡眠いずれも糖尿病や肥満、心血管疾患などの発症を介し全死亡リスクの増加につながることが推測されるが^{5),6)}、Kripkeら⁷⁾による年代別の解析では、長時間睡眠が全死亡に及ぼすリスクは、60代以降年齢が上がるにつれ増加することが示されている。

Yoshiikeら⁸⁾は、より精密に睡眠時間が健康に及ぼす影響を評価するために、脳波計を用いて客観的に睡眠時間を評価した縦断コホートデータを用いて、睡眠時間が全死亡(All-cause mortality)転帰に及ぼす影響を検討した。研究データからは、主観的睡眠時間と客観的に測定した睡眠時間はしばしば乖離し、特に高齢世代では、主観的睡眠時間は客観的睡眠時間より長く見積もられることが示されている(図1)。Utsumiら⁹⁾は、高齢世代において、この主観的睡眠時間が客観的睡眠時間より長く見積もられること自体が全死亡リスクを高めることを報告している。Yoshiikeら⁸⁾による前述の研究の結果、中年成人(40歳以上65歳未満)は客観的睡眠時間が短いこと(睡眠不足)が全死亡リスクを高めるのに対し、高齢者(65歳以上)では、客観的睡眠時間の長短は健康転帰に関連せず、床上(臥床)時間が長いことが全死亡リスクを高めることがわかった(図2)。

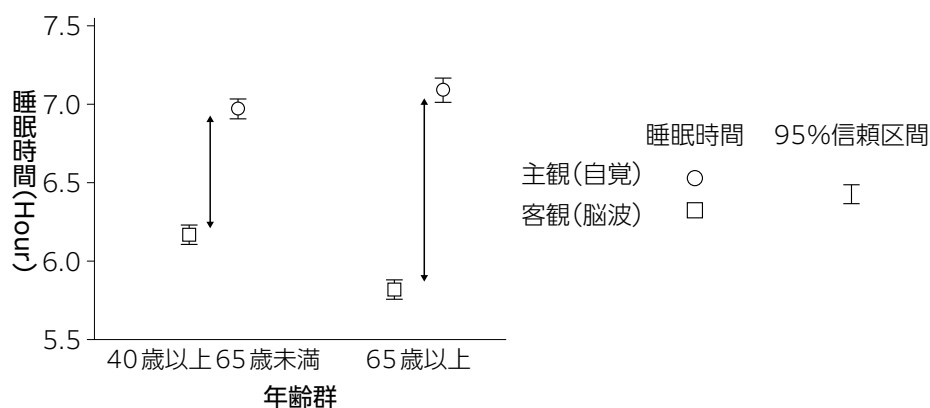


図1 睡眠時間における主観と客観の差
(出典: Yoshiike, et al., Sci Rep. 2022⁸⁾より作成)

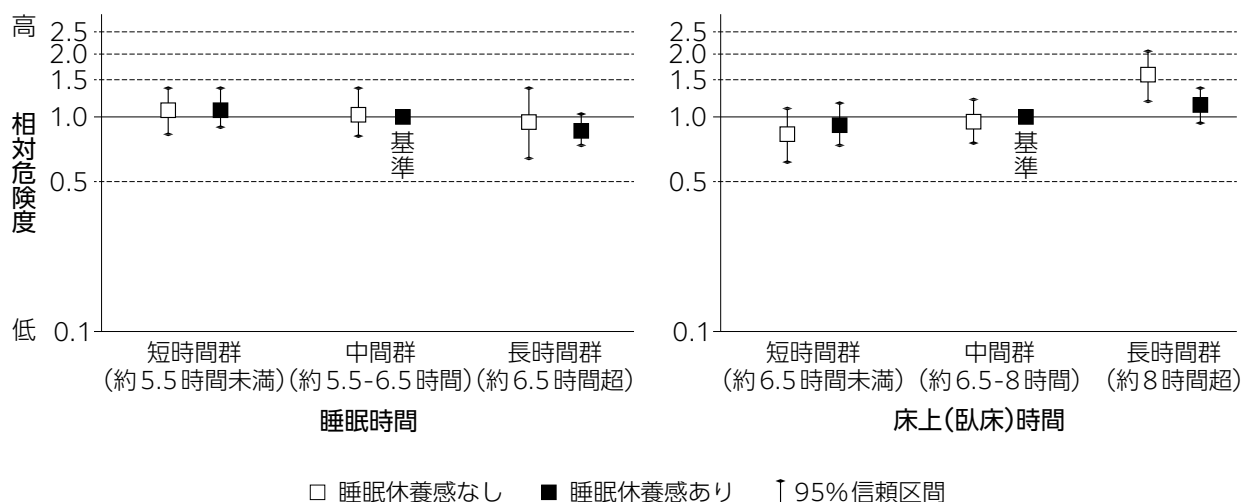


図2 高齢世代(65歳以上)における客観的睡眠時間・床上時間および睡眠休養感と全死亡リスク
(出典: Yoshiike, et al., Sci Rep. 2022⁸⁾より作成)



[アンケートにご協力ください!](#)

これらより、高齢者の主観的睡眠時間は床上時間を強く反映し、客観的睡眠時間よりも床上時間の過剰が全死亡リスク上昇に関連している可能性が窺える¹⁰⁾。「健康づくりのための睡眠ガイド2023」では、高齢世代においては床上時間を8時間以内にとどめ長時間臥床(床上時間過剰)を抑制することと、睡眠時間の見積もりにはできる限り客観評価をとり入れ、昼寝時間をできるだけ減らし夜にまとめて眠る習慣づけを推奨している。

睡眠の質の指標となる睡眠休養感

適正な睡眠時間を確保すると同時に、睡眠の質を高めることも高齢者の健康維持・増進に重要である。睡眠の質を評価する方法はさまざまあるが、近年「睡眠により休養がとれた」という主観(睡眠休養感)が、睡眠の質を反映した指標として有用であることがわかってきた。Yoshiikeら⁸⁾は、睡眠休養感が全死亡転帰に及ぼす影響も検討しており、床上時間が長いことに加えて睡眠休養感が低いことが全死亡リスクを高めることを明らかにした(図2)。

「健康づくりのための睡眠ガイド2023」では、睡眠休養感を向上させるために必要な、睡眠環境の整備、生活習慣の改善、睡眠に影響する嗜好品の摂り方に関して、詳細に解説している。さらに、特に高齢者においては、睡眠休養感低下・欠如の背後に潜む睡眠障害を早期に発見し治療することが重要である^{10),11)}。

睡眠の質の向上・改善に寄与する睡眠・生活習慣

睡眠の質を向上・改善するための重要なポイントは、睡眠環境、日常生活習慣、嗜好品の摂り方の3点に集約できる。

1. 睡眠環境

睡眠の質を高めるためには、快適な寝室環境が重要である。快適な寝室の条件は、できる限り暗く、適度な温度で、静かな環境である。

ヒトの睡眠・覚醒リズムは、概日時計が生体内環境を調節する結果として、規則性を維持している。概日時計は環境光を第一の手掛かりにしていることから、日中に太陽光をできるだけ多く浴びるとともに夕方以降は照度の高い光を避けることで概日周期のメリハリが高まり睡眠が安定化する¹²⁾。高齢者は概日周期のメリハリが低下しやすく、夜間睡眠が浅くなりやすいと同時に日中に眠気が生じやすい。このため、昼間自宅に籠る、寝室でTVを視聴するなど、昼夜のメリハリを低下させる光環境は避けるべきである¹³⁾。夜中に尿意を催した際に、転倒を防止するなどの目的で寝室の照明をつけたままで就寝する習慣がある高齢者が比較的多いが、少しの照明であっても眠りは浅くなるため、できる限り暗い間接照明に留めることが推奨される。

著しく寒暖の激しい寝室環境も睡眠を悪化させる。夏季は30度以下、冬季は18度以上を目安に、夜間は寝具によって調節可能な室温帯に保つことが推奨される¹⁴⁾。夜間にエアコンを常時稼働させることに抵抗を感じる高齢者は比較的多いが、特に寒暖が厳しい盛夏や真冬は常時稼働が推奨される。

寝室内の騒音も浅眠化の要因となる¹⁵⁾。騒音にはある程度慣れが生じるため、TVやラジオをつけたまま寝付く習慣がある場合、気づかぬうちに睡眠の質が低下している可能性がある。

2. 日常生活習慣

日中の身体活動量を増加させることで、睡眠の量や持続性を増加させるのみならず、ストレスの解消にも貢献する可能性がある¹⁶⁾。日常生活動作に留まらず、可能な限り適量・頻回の運動



[アンケートにご協力ください！](#)

習慣を取り入れることが、睡眠の質を高めることに役立つ。睡眠の質を高めるためには運動の種類は問わないが、ある程度の強度をもつ運動を、一定時間、定期的に行うことが望ましい¹⁷⁾。高齢者においては、太極拳、ヨガなどの適度な運動を集団で行うことで、社会的交流による相乗効果により、睡眠の質がより向上することが期待できる¹⁸⁾。

規則正しい食習慣も光環境と同様に、概日周期のメリハリを保つうえで有効である。高齢者においては、夕食を就寝直前に摂る、夜中に間食をする(夜食)習慣は、入眠を妨げ、浅眠化させるため避ける必要がある¹⁹⁾。

日常のストレスを解消する取り組みが有用である²⁰⁾。ストレス状態が慢性化すると不眠症状の出現につながり、これを適切に対処しないと不眠症やうつ病の発症素地となる。ストレス解消には、適度な運動の他に、音楽鑑賞や読書など、リラックスする時間を積極的に設けることが大切である²¹⁾。逆に、床の中で頑張って眠ろうと努力する、長く床の中に留まるなどは睡眠の質を低下させ、不眠症の発症を促す。寝床に入る前に熱すぎない湯温でやや長めに入浴することも、リラックスを促すとともに末梢血管からの放熱を促すことにより入眠を促進し、睡眠を深めるために有効である²²⁾。

3. 嗜好品

カフェインの摂取は眠気を緩和し、日中の活動効率を向上させる一方で、入眠を妨げ、浅眠化を促す²³⁾。このため、カフェインの摂取は少量に留めるとともに、夕方以降は控えることが望ましい。ニコチンもカフェインと同様に覚醒作用を有するため、眠気覚ましや気晴らしに有効であるが、連続摂取や大量摂取の際には睡眠を妨げる²⁴⁾。

アルコールは鎮静作用を有するため、わが国では入眠促進を目的に眠前に摂取する(寝酒として使用する)場合が多い²⁵⁾。しかし、アルコールの代謝産物は逆に覚醒作用を有するため、中途覚醒の増加、浅眠化を促し、かえって睡眠の質を低下させる²⁶⁾。

これら嗜好品には共通して、リラクゼーションを促すなど、ストレスを和らげるメリットがあるが、使用量、タイミングを誤ると睡眠の質を低下させる。若年・成人期からこれらの嗜好品摂取が習慣化していると、加齢とともに代謝能が低下するにつれて嗜好品の影響が相対的に強まり、高齢世代になって睡眠の質低下が顕在化する例も多い²¹⁾。

睡眠障害と睡眠休養感

多くの睡眠障害は加齢とともに発症率が高まり、知らぬうちに睡眠の質を低下させ、さまざまな生活習慣病などの発症素因となる。高齢者が睡眠障害に気づく目安の一つとして、睡眠休養感の低下・欠如が挙げられる。

代表的な睡眠障害である不眠症では、しばしば睡眠休養感の欠如が不眠症状に伴う²⁷⁾。また、不眠症と同様に有病率の高い閉塞性睡眠時無呼吸では、浅眠化や中途覚醒時間の延長に伴い、睡眠休養感の欠如や日中の強い眠気が出現することがある²⁸⁾。レストレスレッグス症候群や周期性四肢運動障害も、閉塞性睡眠時無呼吸と同様に浅眠化や中途覚醒時間の延長を生じ、睡眠休養感の欠如が生じうる²⁹⁾。

その他、さまざまな精神・身体疾患に伴う睡眠障害においても、睡眠の質低下のサインとして睡眠休養感の欠如が生じる³⁰⁾。痛みや痒みを伴う疾患は、浅眠化や覚醒時間の延長が生じやすく、睡眠休養感が低下しやすい³¹⁾。さらに慢性疾患の治療に用いられる薬剤の副作用として浅眠化や中途覚醒時間の延長を生じた結果、睡眠休養感の低下が生じうる。



おわりに

「健康づくりのための睡眠ガイド2023」には、健康増進に資する睡眠をとるための科学的知見に基づくヒントがまとめられている。さらに、「健康づくりのための睡眠ガイド2023」に完全に準拠した、簡潔なパンフレット形式の「Good Sleepガイド(ぐっすりガイド)」も作成されており、厚生労働省のホームページから自由にダウンロード可能である¹⁾。高齢者の睡眠の質を高めるためには、本稿だけでなく、これらの資料もぜひ活用していただきたい。

文献

- 1) 睡眠対策. 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 (2026年9月24日閲覧)
- 2) [How Much Sleep Do Adults Need?. Sleep Foundation.](#) How Much Sleep Do You Need? (2026年9月24日閲覧)
- 3) Shen X, Wu Y, Zhang D : Nighttime sleep duration, 24-hour sleep duration and risk of all-cause mortality among adults : a meta-analysis of prospective cohort studies. Sci Rep. 2016 ; 6 : 21480.
- 4) 栗山健一 : 睡眠の量と質を考える. 特集 睡眠障害の診療update. 日本臨床 2020 ; 78 (5) : 854-860.
- 5) Itani O, Jike M, Watanabe N, et al. : Short sleep duration and health outcomes : a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Sleep Med. 2017 ; 32 : 246-256.
- 6) Jike M, Itani O, Watanabe N, et al. : Long sleep duration and health outcomes : A systematic review, meta-analysis and meta-regression. Sleep Med Rev. 2018 ; 39 : 25-36.
- 7) Kripke DF, Simons RN, Garfinkel L, et al. : Short and long sleep and sleeping pills. Is increased mortality associated? Arch Gen Psychiatry. 1979 ; 36 (1) : 103-116.
- 8) Yoshiike T, Utsumi T, Matsui K, Kuriyama K, et al. : Mortality associated with nonrestorative short sleep or nonrestorative long time-in-bed in middle-aged and older adults. Sci Rep. 2022 ; 12 (1) : 189.
- 9) Utsumi T, Yoshiike T, Kaneita Y, Kuriyama K, et al. : The association between subjective-objective discrepancies in sleep duration and mortality in older men. Sci Rep. 2022 ; 12, 18650.
- 10) 栗山健一 : 睡眠の量と質の不足がもたらす健康被害—わが国の現状と必要な対策—. 人事院月報 2022 ; 878 (10) : 7-11.
- 11) Cohen ZL, Eigenberger PM, Sharkey KM, et al. : Insomnia and Other Sleep Disorders in Older Adults. Psychiatr Clin North Am. 2022 ; 45 (4) : 717-734.
- 12) Tamrat R, Huynh-Le MP, Goyal M : Non-pharmacologic interventions to improve the sleep of hospitalized patients : a systematic review. J Gen Intern Med. 2014 ; 29 (5) : 788-795.
- 13) Obayashi K, Saeki K, Iwamoto J, et al. : Effect of exposure to evening light on sleep initiation in the elderly : a longitudinal analysis for repeated measurements in home settings. Chronobiol Int. 2014 ; 31 (4) : 461-467.
- 14) Okamoto-Mizuno K, Tsuzuki K : Effects of season on sleep and skin temperature in the elderly. Int J Biometeorol. 2010 ; 54 (4) : 401-409.
- 15) Basner M, Müller U, Elmenhorst EM : Single and combined effects of air, road, and rail traffic noise on sleep and recuperation. Sleep. 2011 ; 34 (1) : 11-23.
- 16) Kline CE, Hillman CH, Bloodgood Sheppard B, et al. : Physical activity and sleep : An updated umbrella review of the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee report. Sleep Med Rev. 2021 ; 58 : 101489.
- 17) Yang Y, Shin JC, Li D, et al. : Sedentary Behavior and Sleep Problems : A Systematic Review and Meta-Analysis. Int J Behav Med. 2017 ; 24 (4) : 481-492.
- 18) Wang W, Chen KH, Pan YC, et al. : The effect of yoga on sleep quality and insomnia in women with sleep problems : a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry. 2020 ; 20 (1) : 195.
- 19) Otsuka Y, Kaneita Y, Tanaka K, Kuriyama K, et al. : Longitudinal assessment of lifestyle factors associated with nonrestorative sleep in Japan. Sleep Med. 2023 ; 10 : 99-105.



- 20) Morin C : Psychological and Behavioral Treatments for Insomnia I : Approaches and Efficacy. Principles and practice of sleep medicine, 5th edition. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 2010.
- 21) Maness DL, Khan M : Nonpharmacologic Management of Chronic Insomnia. Am Fam Physician. 2015 ; 92(12) : 1058-1064.
- 22) Haghayegh S, Khoshnevis S, Smolensky MH, et al. : Beforebedtime passive body heating by warm shower or bath to improve sleep : A systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2019 ; 46 : 124-135.
- 23) Clark I, Landolt HP : Coffee, caffeine, and sleep : A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. Sleep Med Rev. 2017 ; 31 : 70-78.
- 24) Jaehne A, Loessl B, Bárkai Z, et al. : Effects of nicotine on sleep during consumption, withdrawal and replacement therapy. Sleep Med Rev. 2009 ; 13(5) : 363-377.
- 25) Soldatos CR, Allaert FA, Ohta T, et al. : How do individuals sleep around the world? Results from a single-day survey in ten countries. Sleep Med. 2005 ; 6(1) : 5-13.
- 26) Ebrahim IO, Shapiro CM, Williams AJ, et al. : Alcohol and sleep I : Effects on normal sleep. Alcohol Clin Exp Res. 2013 ; 37(4) : 539-549.
- 27) Chen TY, Saito Y : Longitudinal effects of nocturnal insomnia symptom subtypes and nonrestorative sleep on the incidence of depression among community-dwelling older adults : results from the Health and Retirement Study. Sleep Med. 2021 ; 79 : 155-163.
- 28) Matsumoto T, Chin K : Prevalence of sleep disturbances : Sleep disordered breathing, short sleep duration, and non-restorative sleep. Respir Investig. 2019 ; 57(3) : 227-237.
- 29) Plante DT : Leg actigraphy to quantify periodic limb movements of sleep : a systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2014 ; 18(5) : 425-434.
- 30) Stone KC, Taylor DJ, McCrae CS, et al. : Nonrestorative sleep. Sleep Med Rev. 2008 ; 12(4) : 275-288.
- 31) Keilani M, Crevenna R, Dorner TE : Sleep quality in subjects suffering from chronic pain. Wien Klin Wochenschr. 2018 ; 130(1-2) : 31-36.





高齢者によくある 睡眠障害の鑑別診断

獨協医科大学内科学（神経）主任教授

鈴木圭輔（すずき けいすけ）

【略歴】 2001年：獨協医科大学医学部医学科卒業、獨協医科大学神経内科臨床研修医、2003年：獨協医科大学大学院内科学（神経）専攻、2007年：獨協医科大学大学院内科学（神経）修了、医学博士取得、獨協医科大学内科学（神経）助教、獨協医科大学越谷病院内科助教、2008年：Department of Investigative Medicine, Section of Investigative Science, Imperial College London, UK、2010年：獨協医科大学内科学（神経）助教、2012年：同 講師、2017年：同 准教授、2020年より現職

【専門分野】 脳神経内科

はじめに

近年高齢化の進展に伴い、睡眠障害を有する高齢者を診療する機会は増加している。わが国では65歳以上の高齢者は約3,600万人（高齢化率29.3%）に達している¹⁾。36か国における地域在住高齢者約100万人を対象に睡眠問題の有病率を検討したシステマティックレビューでは、閉塞性睡眠時無呼吸（obstructive sleep apnea：OSA）（46.0%）が最も多く、次いで睡眠の質の低下（40.0%）、その他の睡眠障害（37.0%）、不眠症（29.0%）、日中の過度の眠気（19.0%）が高頻度に認められた²⁾。高齢者において入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒などの不眠症状は高頻度に見られ、生活の質（QOL）を低下させる重要な要因である。不眠の背景には、加齢に伴う睡眠構築の変化、睡眠相（就寝時刻・起床時刻）の前進、概日リズムの脆弱化、睡眠時間の短縮に加え、多くの併存疾患（精神疾患、疼痛性疾患、代謝性疾患など）や多剤併用が睡眠に影響を及ぼすことも少なくない。さらに、OSA、レム睡眠行動障害（REM sleep behavior disorder：RBD）、レストレスレッグス症候群（restless legs syndrome：RLS）、周期性四肢運動障害（periodic limb movement disorder：PLMD）、夜間筋こむら返りなどの睡眠障害が併存していることもあり、適切な診断・治療のためにはこれらを鑑別することが重要である。

本稿では、高齢者で遭遇することの多いOSA、RBD、RLS、PLMD、夜間筋こむら返りを中心に、その特徴と鑑別診断のポイントについて概説する。

閉塞性睡眠時無呼吸（OSA）

1. 定義・病態

OSAは、高齢者で最も頻度の高い睡眠障害の一つであり、睡眠中の上気道の反復性閉塞により無呼吸・低呼吸を繰り返す疾患である。睡眠関連呼吸障害には、OSAのほか中枢性睡眠時無呼吸（central sleep apnea：CSA）があり、高齢者では加齢や併存疾患の影響を受けて有病率が上昇する^{3), 4)}。OSAでは、上気道閉塞に伴う間欠的低酸素血症、睡眠分断、交感神経活動の亢進が生じ、酸化ストレス、全身性炎症や血管内皮機能障害を介して全身に影響を及ぼす。高齢者で



[アンケートにご協力ください！](#)

は、加齢に伴う上気道の解剖学的・生理学的変化により、上気道の虚脱性が増大する。上気道拡張筋機能の低下や気道牽引力の減弱などにより、上気道閉塞をきたしやすくなる^{3), 5)}。

2. 症状

OSAは臨床的には、いびき、睡眠中の呼吸停止、夜間頻尿、起床時頭痛、日中の眠気、倦怠感、集中力・記憶力の低下など多彩な症状を呈する。一方、高齢者では日中の眠気を自覚しない場合もあり、疲労感、不眠、中途覚醒、認知機能低下、抑うつ、転倒などの非典型的な症状が前景となることがある^{6), 7)}。これらの症状が加齢や併存疾患によるものと判断され、OSAの診断が遅れることも少なくない。

3. 高齢者OSAの臨床的意義

OSAは高血圧、心房細動、虚血性心疾患、心不全、脳卒中、糖尿病などの心血管・代謝疾患と密接に関連する。さらに、高齢者では認知機能低下や認知症との関連も注目されている。睡眠分断や徐波睡眠の減少はグリンパティックシステムによるアミロイド β やタウ蛋白の排泄を障害し、さらに間欠的低酸素血症は酸化ストレスや神経炎症を介して神経変性の進展に関与すると考えられている⁵⁾。また、夜間低酸素血症、とくに低酸素負荷は無呼吸低呼吸指数よりも認知機能低下との関連が強いことが報告されている^{6), 7)}。持続陽圧呼吸療法 (continuous positive airway pressure : CPAP) は睡眠の質や日中症状を改善するだけでなく、軽度認知障害やアルツハイマー病患者における認知機能低下の進行抑制も期待されている⁵⁾。

4. 診断

診断には、いびき、睡眠中の無呼吸の目撃、夜間頻尿、不眠や認知機能低下などの症状を含めた病歴聴取に加え、体格、頸囲、上気道形態などを評価する。確定診断には睡眠ポリグラフ検査 (polysomnography : PSG) が標準であり、在宅簡易睡眠検査もスクリーニングとして有用である。高齢者ではRLS、睡眠中の周期性四肢運動 (periodic limb movements during sleep : PLMS)、RBD、不眠症などの併存が多いため、PSGによる総合的な評価が望ましい。

5. 治療

治療は、CPAP療法が中等症以上のOSAに対する第一選択であり、睡眠の質や日中症状の改善に加え、心血管・脳血管イベントや認知機能低下の抑制も期待される。軽症例では減量、側臥位睡眠、口腔内装置なども選択肢となる。高齢者では、認知機能、ADL、フレイル、介護状況などを考慮するとともに、CPAPのアドヒアランスを維持するための支援を行うことが重要である⁵⁾。

レム睡眠行動障害 (RBD)

1. 定義・病態

RBDは、本来レム睡眠中にみられる生理的な筋活動抑制が消失し、夢の内容に一致した発声や四肢の複雑な運動行動を呈する睡眠時随伴症である^{8), 9)}。病態の中核は、橋・延髄に存在するレム睡眠時の筋活動抑制を担う神経回路の機能障害であり、その結果、レム睡眠中にも骨格筋活動が残存する。RBDは、神経疾患や明らかな誘因がなく発症する孤発性RBD (isolated RBD : iRBD) と、三環系抗うつ薬や選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) などの薬剤、ナルコレプシー、パーキンソン病、レビー小体型認知症、多系統萎縮症などに伴う二次性RBDに分類される。中高年以降に発症したiRBDは、一定の割合でその後パーキンソン病などの α シヌクレイノパチーを発症することから、その前駆段階と考えられている¹⁰⁾。

2. 症状

夢の内容に一致した発声、叫び声、会話、笑い声、殴る、蹴る、手足を振るなどの異常行動を



呈する。夢の内容は追いかけられる、襲われるなど防御的なものが多く、受傷やベッドパートナーへの外傷を契機に受診することも少なくない。患者本人は夢を鮮明に記憶していることが多いが、自身の異常行動には気付いていない場合もある。一方、大きな運動を伴わず、寝言、笑い、歌唱、拍手、挨拶、食事動作などの複雑で非暴力的な行動のみを呈するnon-violent RBDも報告されており、高齢者では見逃されることがある¹¹⁾。

3. 高齢者RBDの臨床的意義

RBDは α シヌクレイノパチーの最も重要な前駆症状の一つであり、孤発性RBD患者では長期経過中に約70%以上が神経変性疾患を発症すると報告されている¹⁰⁾。便秘、嗅覚低下、自律神経障害、軽度認知障害などの前駆症候や、ドパミントランスポーターシンチグラフィ (DAT-SPECT) で線条体集積低下を認めるRBD症例では、神経変性疾患への移行リスクが高く、その移行時期も早いことが報告されている¹⁰⁾。そのため、高齢者ではRBDを単なる睡眠時随伴症として扱うのではなく、将来の神経変性疾患を念頭に置いた継続的な神経学的評価が重要である。

4. 診断

診断には、本人だけでなく同居者やベッドパートナーから睡眠中の異常行動について詳細に病歴を聴取することが重要である。確定診断にはビデオ同時記録睡眠ポリグラフ検査 (video-polysomnography : v-PSG) を行い、筋緊張消失を伴わないレム睡眠 (REM sleep without atonia : RWA) を確認する。高齢者では、重症OSAに伴う夜間異常行動 (pseudo-RBD)、NREM睡眠時随伴症、睡眠関連過運動てんかん、PLMDなどとの鑑別が重要である。睡眠関連過運動てんかんでは頭皮脳波が正常なこともあり、睡眠段階、脳波、筋活動、呼吸イベントおよび異常行動を同時に評価できるv-PSGが鑑別診断に有用である¹²⁾。

5. 治療

治療では、まず睡眠環境を整備し、ベッド周囲の危険物を除去するなど外傷予防を行う。薬物療法としてはメラトニンおよびクロナゼパムが有効であるが、クロナゼパムは高齢者では転倒や日中鎮静、認知機能への影響を考慮し、慎重に投与する必要がある¹³⁾。また、RBDは神経変性疾患の前駆症状である可能性を説明し、定期的な神経学的評価を継続することが重要である。

レストレスレッグス症候群 (RLS)

1. 定義・病態

RLSは、下肢の不快な異常感覚により不眠をきたす感覚運動障害である。病態には、中枢神経系における鉄代謝異常とドパミン神経機能異常が深く関与すると考えられている。脳内鉄不足はドパミン神経伝達やアデノシン系、グルタミン酸系の機能異常を介して症状の発現に関与する。RLSは原因不明の一次性RLSと、鉄欠乏性貧血、慢性腎臓病・透析、妊娠、末梢神経障害などに伴う二次性RLSに分類される。高齢者では鉄欠乏性貧血や腎機能障害、多剤併用、末梢神経障害などを背景とする二次性RLSの頻度が高い。

2. 症状

下肢の不快な異常感覚と脚を動かしたい強い欲求を特徴とする。症状は安静時に出現または増悪し、歩行やストレッチなどの運動により軽減し、夕方から夜間に強くなる日内変動を示す。異常感覚の表現は患者によって多彩で、「むずむずする」「虫がはうような」「ぴりぴりする」「焼けるような」「引っ張られる感じ」「かゆい」などさまざまであり、症状をうまく表現できない患者も少なくない¹⁴⁾。睡眠障害を伴うことが多く、入眠困難や中途覚醒をきたし、慢性的な睡眠不



[アンケートにご協力ください！](#)

足や日中の疲労感につながる。

3. 高齢者RLSの臨床的意義

高齢者ではRLSが不眠や睡眠の質の低下の原因となるだけでなく、抑うつ、認知機能低下、QOL低下との関連も報告されている。さらに認知症患者では脚の不快感や「動かしたい」という主観的症状を十分に表現できないことが多く、RLSは見逃されやすい。また、夜間の落ち着きのなさや徘徊が認知症の行動・心理症状(BPSD)や夜間せん妄と誤認されると、ドパミン受容体遮断薬が投与され、RLS症状が増悪する可能性があるため、適切な鑑別が重要である。診断を支持する所見として、RLSの家族歴、ドパミン作動薬に対する良好な治療反応、および睡眠ポリグラフ検査で確認されるPLMSが挙げられる。RLSでは睡眠の分断や睡眠不足をきたすことが多いが、OSAとは異なり、日中の過度の眠気は一般的ではない。

4. 診断

診断は問診により、脚を動かしたい強い欲求(urge to move)を中核症状とし、(1)安静時に出現または増悪する、(2)歩行やストレッチなどの運動により軽減する、(3)夕方から夜間に増悪する、という特徴を有し、他の医学的疾患や行動、薬剤などでは十分に説明できないことを確認する⁹⁾。高齢者、とくに認知症患者では、自覚症状を十分に表現できず診断が困難なことが少なくない。そのため、本人への問診に加え、家族や介護者からの病歴聴取や、脚をさする、繰り返し下肢を動かす、落ち着きなく歩き回るなどの特徴的な行動を確認することが重要である¹⁵⁾。また、末梢神経障害、腰部脊柱管狭窄症、夜間筋こむら返り、アカシジア、静脈うっ滞などとの鑑別を要する。多くの患者ではPLMSを伴う。

5. 治療

原因となる鉄欠乏や基礎疾患があれば、まずその是正を行う。血清フェリチン値を測定し、鉄欠乏を認める場合には鉄補充療法を行う。薬物療法では、米国のAASM診療ガイドラインでは $\alpha 2 \delta$ (アルファ・ツー・デルタ) リガンド(ガバペンチン エナカルビル、プレガバリン)が第一選択として推奨されている。 $\alpha 2 \delta$ リガンドは、ドパミン作動薬と比較してaugmentation(増強現象)のリスクが低いことも利点である。一方、ドパミン作動薬(プラミペキソール、ロチゴチンなど)はaugmentationや衝動制御障害のリスクを考慮して慎重に使用することが推奨されている¹⁶⁾。Augmentationとは、ドパミン作動薬による治療に伴い、RLS症状の出現時刻が治療前より早まり、症状の重症化、安静開始から症状出現までの時間の短縮、他の身体部位への症状の拡大などを認める状態である。高齢者では、眠気、ふらつき、認知機能への影響や転倒に注意し、少量から開始して慎重に増量することが重要である。また、ドパミン受容体遮断薬や抗うつ薬など、RLS症状を誘発または増悪させる可能性のある薬剤の使用状況を確認し、可能であれば中止、減量、あるいは代替薬への変更を検討する。

周期性四肢運動障害(PLMD)

1. 定義・病態

PLMDは、一定間隔で主に下肢に反復して出現するPLMSにより、不眠や日中の眠気などの睡眠障害をきたす疾患である⁹⁾。病態は完全には解明されていないが、RLSと共通して中枢ドパミン神経系や鉄代謝異常の関与が示唆されている。

2. 症状

患者自身は睡眠中の四肢運動を自覚していないことが多く、不眠、中途覚醒、熟眠感の欠如、



[アンケートにご協力ください!](#)

日中の眠気や疲労感を呈する。一方、ベッドパートナーから睡眠中の下肢の異常運動を指摘され、受診に至ることも少なくない。

3. 高齢者PLMDの臨床的意義

高齢者ではPLMSが高頻度に認められるため、PLMSを認めただけではPLMDとは診断できない。PLMSが睡眠障害や日中症状の原因となっていることを確認するとともに、RLSやOSAに伴うPLMSなど、他の原因や疾患に関連したPLMSを鑑別することが重要である。

4. 診断

診断には睡眠ポリグラフ検査 (PSG) が必須であり、成人ではPLMS指数 (PLM index : PLMI) 15回/時以上を認めることに加え、PLMSが不眠または日中機能障害の原因となっており、他の睡眠障害や医学的・精神医学的疾患、薬剤では十分に説明できないことを確認する⁹⁾。

5. 治療

まずOSAやRLSなどの併存疾患や、PLMSを誘発・増悪させる可能性のある薬剤を評価し、これらが認められる場合には、その治療や原因薬剤の中止・変更を検討する。PLMD単独に対する薬物療法のエビデンスは限られており、治療はRLSに準じて行われる。

夜間筋こむら返り

夜間筋こむら返り (nocturnal leg cramps) は、睡眠中に生じる有痛性筋収縮により覚醒をきたす疾患であり、高齢者に多く60歳以上では約33 ~ 56%が経験するとされ、入眠困難や中途覚醒の原因になりうる。治療はストレッチ、水分補給、保温などの生活指導を基本とする⁹⁾。

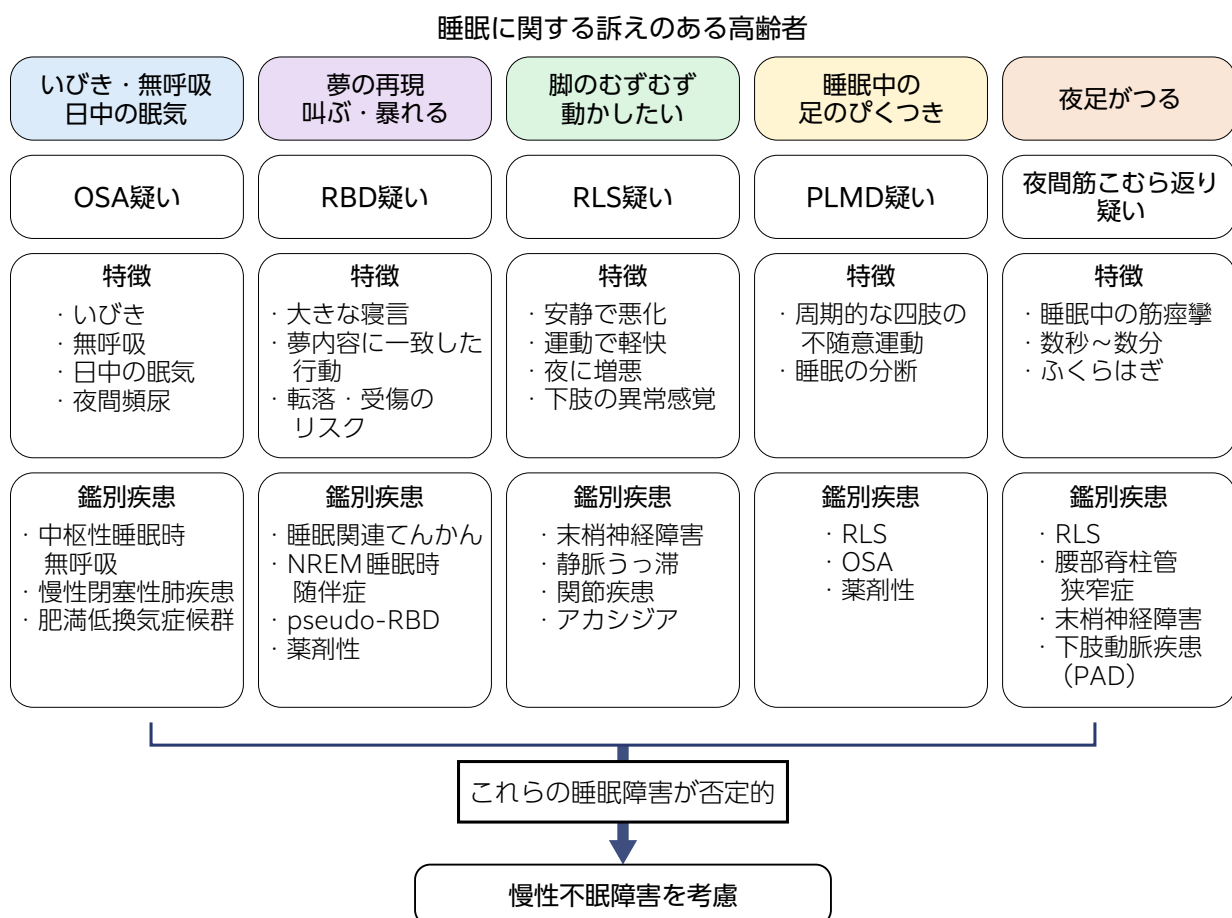


図 高齢者の睡眠障害 主訴・症状からの鑑別フローチャート



アンケートにご協力ください！

おわりに

高齢者では睡眠障害が高頻度に認められる一方、症状が加齢や併存疾患による変化として見逃されることも少なくない。睡眠障害は適切な診断と治療により改善可能な疾患であり、QOLやADLの維持、さらには認知機能や心血管予後の改善につながる可能性がある。図に睡眠障害の鑑別フローチャートを示す。日常診療では、本稿で述べたOSA、RBD、RLS、PLMD、夜間筋こむら返りなどの睡眠障害を念頭に置き、適切な鑑別診断と治療介入を行うことが重要である。

文献

- 1)内閣府：令和7年版高齢社会白書. 2025.
- 2)Canever JB, Zurman G, Vogel F, et al. : Worldwide prevalence of sleep problems in community-dwelling older adults : A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med.* 2024 ; 119 : 118-134.
- 3)McMillan A, Morrell MJ. : Sleep disordered breathing at the extremes of age : the elderly. *Breathe (Sheff).* 2016 ; 12 (1) : 50-60.
- 4)Pengo MF, Martinez Garcia MA, Vitiello MV, et al. : OSA in the aging population : Diagnostic and therapeutic considerations. *Sleep Med Rev.* 2026 ; 86 : 102247.
- 5)Joskin A, Bruyneel M. : Challenges in Obstructive Sleep Apnea Management in Elderly Patients. *J Clin Med.* 2024 ; 13 (24) : 7718.
- 6)Antonaglia C, Fabozzi A, Steffanina A, et al. : Walking the fine line between OSA and aging. *Sleep Breath.* 2025 ; 29 (3) : 195.
- 7)Anttalainen U, Lammintausta A, Saaresranta T. : Sleep Apnea in the Elderly. *Current Pulmonology Reports.* 2026 ; 15 : 8.
- 8)McCarter SJ, Howell MJ. : Importance of Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder to the Primary Care Physician. *Mayo Clin Proc.* 2016 ; 91 (10) : 1460-1466.
- 9)米国睡眠医学会, 日本睡眠学会診断分類委員会 (監訳). 睡眠障害国際分類第3版改訂版. ライフサイエンス出版, 2025.
- 10)Postuma RB, Iranzo A, Hu M, et al. : Risk and predictors of dementia and parkinsonism in idiopathic REM sleep behaviour disorder : a multicentre study. *Brain.* 2019 ; 142 (3) : 744-759.
- 11)Oudiette D, De Cock VC, Lavault S, et al. : Nonviolent elaborate behaviors may also occur in REM sleep behavior disorder. *Neurology.* 2009 ; 72 (6) : 551-557.
- 12)Antelmi E, Lippolis M, Biscarini F, et al. : REM sleep behavior disorder : Mimics and variants. *Sleep Med Rev.* 2021 ; 60 : 101515.
- 13)Howell M, Avidan AY, Foldvary-Schaefer N, et al. : Management of REM sleep behavior disorder : an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med.* 2023 ; 19 (4) : 759-768.
- 14)Karroum EG, Golmard JL, Leu-Semenescu S, et al. : Sensations in restless legs syndrome. *Sleep Med.* 2012 ; 13 (4) : 402-408.
- 15)Allen RP, Picchietti D, Hening WA, et al. : Restless legs syndrome : diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Med.* 2003 ; 4 (2) : 101-119.
- 16)Winkelman JW, Berkowski JA, DelRosso LM, et al. : Treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder : an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med.* 2025 ; 21 (1) : 137-152.





不眠症の診断と治療 ～薬物療法と認知行動療法～

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター精神神経科診療部長
東京慈恵会医科大学精神医学講座教授

山寺 亘 (やまでら わたる)

【略歴】 1988年：東京慈恵会医科大学卒業、1995年：東京慈恵会医科大学大学院博士課程修了、医学博士、2011年：スタンフォード大学医学部精神神経・行動科学講座スタンフォード睡眠研究所客員助教、2012年より東京慈恵会医科大学葛飾医療センター精神神経科診療部長、2013年：同大学精神医学講座准教授、2021年より同大学精神医学講座教授

【専門分野】 精神医学、睡眠学

はじめに

不眠症は、一般診療で最も遭遇する頻度の高い睡眠・覚醒障害である。睡眠障害国際分類第3版改訂版 (International Classification of Sleep Disorders, Third Edition, Text Revision : ICSD-3-TR)¹⁾の不眠障害は、慢性、短期、その他に分類される。主たる臨床対象は、慢性不眠障害 (Chronic Insomnia Disorder) である。

診断基準と症状 (表1)¹⁾

1. 基本的特徴

睡眠に適切な時間と環境を確保しても、入眠や睡眠維持の困難が週3回3か月以上持続して、不眠による苦悩、社会生活上の障害を生じる。孤発性または精神・身体疾患、物質使用に併存する。主訴は、入眠困難、睡眠維持困難、早朝覚醒などである。症状は主観的に規定される。小児～若年成人は睡眠潜時 (横になってから眠りにつくまでの時間) と中途覚醒時間が20分以上、中年～高齢者では30分以上で、臨床的に有意とする。早朝覚醒は、希望起床時刻の30分以上早く覚醒し、総睡眠時間が短縮する。

2. 随伴症状

不眠の結果、日中の心身機能が障害される。倦怠感、意欲・集中力・注意力・記憶力の低下、焦燥感、気分の低下、日中の眠気などである。仕事上の失敗や事故などの社会的弊害や、頭痛・胃腸症状などの身体症状が付随する。健康感を喪失して、不眠に過度にとらわれる。日中から睡眠を案じ、就床時刻が近づくにつれて不安を増強させる。

3. 疫学、誘因、経過

人口の約10%に存在する。女性、低い社会経済階層に多く、高齢者で診断されることが多い。短期不眠障害の既往や精神疾患 (気分障害や不安症)、身体疾患 (慢性疼痛、呼吸困難、可動性低下) の併存、嗜好品の乱用・依存 (アルコール、カフェイン、ニコチンなど) は、発症リスクを高める。仕事上のストレス、死別、離婚などの生活上の変化を誘因としやすい。神経質、内向的な



[アンケートにご協力ください！](#)

表1 慢性不眠障害のICSD-3-TR診断基準

(出典：米国睡眠医学会, 日本睡眠学会診断分類委員会(監訳), 睡眠障害国際分類第3版改訂版, 2025, p.3¹⁾)

基準A-Fを満たす

- A. 以下の1つ以上の症状を患者が訴えるか、親や介護者が観察する
 - 1. 入眠が困難である
 - 2. 睡眠維持が困難である
 - 3. 早朝に覚醒する
 - 4. 適切な時間に就床することを拒む(ぐずる)
 - 5. 親や介護者がいたり、関わらないと眠れない
- B. 夜間の睡眠困難に関連した以下の症状の1つ以上を患者が訴えるか、親や介護者が観察する
 - 1. 疲労または倦怠感がある
 - 2. 注意力、集中力、記憶力が低下する
 - 3. 社会生活上、家庭生活上、職業生活上の機能障害がある、または学業成績が低下する
 - 4. 気分がすぐれない、いらいらする
 - 5. 主観的な日中の眠気を訴える
 - 6. 行動の問題(例：過活動、衝動性、攻撃性)がある
 - 7. やる気、気力、自発性が低下する
 - 8. 過失や事故を起こしやすい
 - 9. 眠ることについて心配し、不満を抱いている
- C. 睡眠・覚醒に関する訴えは、睡眠の機会(睡眠に割り当てられた時間)や環境(安全性、照度、静寂性、快適性)が不十分であることのみでは説明することができない
- D. 睡眠障害とそれに関連した日中の症状は、少なくとも週に3回は生ずる
- E. 睡眠障害とそれに関連した日中の症状は、少なくとも3ヵ月間認められる
- F. 睡眠障害とそれに関連した日中の症状が、その他の併存する睡眠障害、身体疾患、精神疾患、薬物または物質の使用のみに起因するものではない

性格は、素因となる。しばしば急性に発症するが、経過は状況依存的であり、反復性あるいは持続性である。誘因が消失しても、不眠は持続する。診断1年後も持続するのは約70%であり、50%は3年後も遷延する。

年齢層により、誘因や症状は異なる。若年者の概日リズム後退、高齢者の概日リズム前進や睡眠持続力の低下が反映されやすい。若年成人では入眠困難が最も多い一方、睡眠維持困難や早朝覚醒は、中年～高齢者に多い。高齢者では、長時間の臥床、身体疾患の症状や治療薬が悪影響を与える。

4. 病態と客観的所見

生理学的覚醒の亢進に要約される。心拍数・心拍変動の増加、全身代謝率の増加、コルチゾール・副腎皮質刺激ホルモンの上昇、体温上昇、ノンレム睡眠脳波の高周波活動の増加などが指摘されている。交感神経系と視床下部一下垂体一副腎系の活動亢進が、睡眠と覚醒の機能障害を持続させる。

睡眠ポリグラフ検査(PSG)^{*}は必須ではないが、除外診断に極めて重要である。睡眠関連呼吸障害・運動障害が観察されるか、治療を遵守しても十分な効果が得られない場合は、PSGを施行すべきである。多くは、客観的測定による睡眠よりも自身の睡眠を過小評価する。睡眠状態誤認と表現される。

治療

初期対応は睡眠衛生指導の徹底である。薬物療法は補助的に併用される。難治例には、認知行動療法(cognitive behavioral therapy for insomnia：CBT-I)が有効である²⁾。

1. 睡眠衛生指導

正しい知識を与え、良い眠りを導く生活を実践させる。医師など施行者の傾聴、受容、共感の姿

※ 睡眠ポリグラフ検査とは、睡眠中の神経生理学的活動(脳波、筋電図、眼球運動)と呼吸及び循環器系活動の同時測定が可能な総合的な生理機能検査。



[アンケートにご協力ください！](#)

勢が重要であり、良好な治療関係を基盤として効果が発揮される。心身状況や生活環境を全人的に把握し、早期から具体的に指導することにより、薬物療法なしに治療が終結する場合もある。その概要は、(1) 良い眠りの理解、(2) 規則正しい睡眠覚醒スケジュールの確立、(3) 快適な物理・心理的睡眠環境の整備、(4) 入床前の心身の調整、(5) 睡眠薬服用時の指導、(6) 必要時の専門医への相談——である。睡眠衛生指導には、薬物療法を終結させるために不可欠な服薬指導が含まれる(表2)。

2. 薬物療法

睡眠衛生指導の補助に、睡眠薬を使用する。投与時には、作用と副作用、服薬法を十分に説明する。不眠症状と日中の機能障害が安定したら、必ず減量・中止を試みる。治療薬には、GABA_A受容体作動薬(ベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系)、メラトニン受容体作動薬、オレキシン受容体拮抗薬がある(表3)^{3), 4)}。病状に応じて、適切な作用時間と作用特性から薬物

表2 睡眠衛生教育としての服薬指導

1. 治療開始の時点で、服薬の終了までが治療であることを共有する。
2. 睡眠薬への抵抗感から服用自体を不安の対象とする場合には、睡眠薬は翌日の活動に支障を失くすための道具と割り切るように指導する。
3. 処方時に、睡眠薬に関する正しい知識(作用と副作用)を十分に説明する。
4. 服薬時刻を遵守させ、アルコールとの併用はしない。
5. 薬物療法によって不眠の軽減が得られることは、患者が主体的に自らの誤った睡眠習慣を変容させることを促す。
6. 本来の日常生活を取り戻すことができると、不眠へのとらわれも軽減する。
7. 軽快後には、常用期間と同程度の時間をかけて減量・中止を試みる。

表3 主要な不眠症治療薬一覧

(出典：薬の添付文書、睡眠障害の対応と治療ガイドライン第3版，2019³⁾、睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン，2014⁴⁾より筆者作成)

治療薬	一般名	主要な商品名	分類	半減期(時間)
GABA _A 受容体作動薬	非ベンゾジアゼピン系(Z-drug)	zolpidem	超短時間作用型	2
		zopiclone		4
		eszopiclone		5
	ベンゾジアゼピン系	triazolam	短時間作用型	4
		etizolam		6
		brotizolam		7
		rilmazafone		10
		lormetazepam	中間作用型	10
		flunitrazepam		24
		estazolam		24
		nitrazepam		28
		quazepam	長時間作用型	36
		flurazepam		65
		haloxazolam		85
メラトニン受容体作動薬	ramelteon	ロゼレム		2
オレキシン受容体拮抗薬	suvorexant	ベルソムラ		9
	lemborexant	デエビゴ		19
	daridorexant	クービビッド		8
	vornorexant	ボルズィ		2



アンケートにご協力ください！

を選択する。常用量単剤を原則として、アルコールとの併用はしない。GABA_A受容体作動薬は、抗不安薬を含めて3剤を超えないように心掛ける。睡眠薬の多剤併用、長期連用を抑制することを目的に、過去3回(2012、2014、2018年)の診療報酬改定がなされたが、睡眠薬の1か月処方率や1日処方力価を低減させる効果は乏しかった^{5), 6)}。

3. 認知行動療法(CBT-I)

不眠を慢性化させる生活や認識を修正して、良質な睡眠が得られる習慣を身につける心理療法である。主観的な睡眠評価(特に入眠潜時)の改善度が高く、施行1年後も効果が維持され、導入例の70%で軽快する。精神・身体疾患併存例について、不眠だけでなく原疾患の症状も軽減させる。個人CBT-Iの減薬効果は明らかである。

以下の治療技法(構成要素)を組み合わせ、個人あるいは集団療法として施行される。(1)睡眠衛生指導、(2)認知的介入、(3)睡眠時間制限法、(4)刺激制御法、(5)漸進的筋弛緩法。(3)と(4)は行動療法的技法であり、併せて睡眠スケジュール法と総称する。

CBT-Iは、欧米の第一選択的・標準的な治療である。日本睡眠学会教育委員会は、個人療法用の実施マニュアルを作成している(表4)⁷⁾。しかし、研究結果と臨床実践の間には、大きな隔たりがある。施行者の属性や習熟度、患者の重症度や併存障害、構成要素などの介入手段を組み合わせ、情報提供から簡易版や集団療法、個人療法を振り分ける段階的ケア・モデル(steppeped care model)が提唱されている。

本邦発の根拠⁸⁾として、スマートフォンベースの認知行動療法的アプリケーションの効果が実証された。2024年に製造承認され、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)の新医療機器使用要件等基準策定事業は適正使用指針を公表した⁹⁾。そして、厚生労働省による令和8年度診療報酬改定において、認知療法・認知行動療法の対象疾患に不眠症が加わり、公認心理師による認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に対して新たに評価を行うこととなった。本邦の睡眠医療においても、軽症例にはDigital CBT-I、重症・難治例には対面式個人CBT-Iが、保険診療として普及していく兆しがようやく見えてきた。今後とも、行政の動向に呼応して、CBT-Iの適正使用・実施に向けて取り組んでいきたい。

表4 『不眠症に対する認知行動療法マニュアル改訂版』の内容

(出典：日本睡眠学会教育委員会編、不眠症に対する認知行動療法マニュアル改訂版・2026⁷⁾より著者作成)

1. 不眠症の認知行動療法とは？
治療効果、治療の枠組みや治療方針についての説明
2. 不眠症を理解しよう(心理教育・睡眠衛生教育)
睡眠に関する基本的な知識と不眠の維持要因についての説明
3. 意識的にからだをリラックスさせよう(漸進的筋弛緩法)
入床時の緊張、夜間・日中の過覚醒状態の軽減を目指す
- 4～5. 適切な睡眠パターンを取り戻そう(睡眠スケジュール法)
刺激制御法と睡眠制限法を組み合わせた睡眠スケジュール法を行い、睡眠覚醒リズムを整える
6. 不眠ループを断ち切ろう(終結と再発予防)
治療を振り返り、再発予防のための対策を考える。患者さんの状態および話し合いによって、終結／ブースター・セッション／治療期間延長の判断をする
7. 治療前後のアセスメント(評価)



[アンケートにご協力ください！](#)

おわりに

不眠症について、慢性不眠障害 (ICSD-3-TR) の診断と治療を概説した。不眠という症候から不眠症という診断を導くには、その他の睡眠・覚醒障害を鑑別したうえで、日中の機能障害を確認する必要がある。治療的初期対応は睡眠衛生指導であり、薬物療法は補助的に施行される。難治例には認知行動療法の導入を考慮する。ありふれた、しかし重要な臨床単位である不眠症の診療は、医療全体で担うべきである。

文献

- 1) 米国睡眠医学会, 日本睡眠学会診断分類委員会 (監訳): 慢性不眠障害. 睡眠障害国際分類第3版改訂版. ライフサイエンス出版, 2025, 3-18.
- 2) 山寺亘: 不眠障害 (不眠症). 日本睡眠学会 (編), 睡眠学の百科事典. 丸善出版, 2024, 394397.
- 3) 内山真 編, 睡眠障害の対応と治療ガイドライン第3版. じほう, 2019, 107.
- 4) 三島和夫 編, 睡眠薬の適正使用・休薬ガイドライン. じほう, 2014, 40.
- 5) 三島和夫, 竹島正浩, 榎本みのり: 大規模診療報酬データを用いた向精神薬の処方実態に関する研究. 令和2年度厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 向精神薬の適切な継続・減量・中止等の精神科薬物療法の出口戦略の実践に資する研究班研究分担報告書, 2021, 45-68.
- 6) Okuda S, Qureshi ZP, Yanagida Y. et al.: Hypnotic prescription trends and patterns for the treatment of insomnia in Japan: analysis of a nationwide Japanese claims database. BMC psychiatry. 2023; 23(1): 278.
- 7) 日本睡眠学会教育委員会編: 不眠症に対する認知行動療法マニュアル改訂版. 金剛出版, 2026.
- 8) Watanabe Y, Kuroki T, Ichikawa D, et al.: Effect of Smartphone-based Cognitive Behavioral Therapy App on Insomnia: A Randomized, Double-blind Study. Sleep. 2023; 46(3): zsac270.
- 9) サスメド不眠障害用アプリMedcle適正使用指針ワーキンググループ. サスメド不眠障害用アプリMedcle適正使用指針 (第3版). 2026, 1-10.



[アンケートにご協力ください!](#)

対談 長生きを喜べる社会、生きがいある人生をめざして

人生100年時代を迎え、一人ひとりが生きがいを持って暮らし、長生きを喜べる社会の実現に向けて、どのようなことが重要であるかを考える、「長生きを喜べる社会、生きがいある人生をめざして」と題した、各界のキーパーソンと大島伸一・公益財団法人長寿科学振興財団理事長の対談の第19回は、公益財団法人日本対がん協会会長の垣添忠生氏をお招きしました。

第19回

希望は歩み続ける人に訪れる

垣添忠生 (かきぞえ ただお)

公益財団法人日本対がん協会会長

1941年大阪府生まれ。日本対がん協会会長、国立がんセンター名誉総長。1967年東京大学医学部医学科卒業。都立豊島病院、藤間病院外科に勤務後、1972年東京大学医学部泌尿器科助手。1975年国立がんセンター病院泌尿器科に勤務し、同病院手術部長、第一病棟部長、副院長、病院長、中央病院長などを歴任し、2002年総長、2007年名誉総長、日本対がん協会会長。2013年瑞宝重光章受章、2025年文化功労者。著書に『妻を看取る日』（新潮社）、『がんと人生』（中央公論新社）、『「Dr.カキゾエ黄門」漫遊記』『Dr.カキゾエ 歩く処方箋』（ともに朝日新聞出版）など多数。



大島伸一 (おおしま しんいち)

公益財団法人長寿科学振興財団理事長

1945年生まれ。1970年名古屋大学医学部卒業、社会保険中京病院泌尿器科、1992年同病院副院長、1997年名古屋大学医学部泌尿器科学講座教授、2002年同附属病院長、2004年国立長寿医療センター初代総長、2010年独立行政法人国立長寿医療研究センター理事長・総長、2014年同センター名誉総長。2020年より長寿科学振興財団理事長。2023年瑞宝重光章受章。

膀胱がんの基礎研究にのめり込んで

大島：今回の対談には、日本対がん協会会長で、国立がんセンター（現・国立がん研究センター）名誉総長の垣添忠生先生にお越しいただきました。垣添先生は私と同じ泌尿器科医です。垣添先生が国立がんセンター総長を務めておられた頃、私も国立長寿医療センター（現・国立長寿医療研究センター）の総長を務めており、同じナショナルセンターの総長として会議などで一緒する機会が増えました。それまでは、「垣添先生のような医師になりたい」と思うほど、私にとっては遠い目標のような存在でした。

垣添：同じ泌尿器科医として、大島先生が若い頃から名古屋で活躍されていることを、ずっと見ていましたよ。先生が国立長寿医療センターの総長に就任され、「これまでの病院完結型の医療



アンケートにご協力ください！

は終わりだ。これからは在宅医療が大事だ』と言われたときには、「ナショナルセンターで在宅医療?」と冷ややかに見る向きも一部にありましたが、私は、「在宅医療こそ、これからの日本にとって重要な研究領域の一つだ」と考え、先生を支援したことを覚えています。

大島：一部から厳しい言葉をいただいていたので、垣添先生から「何を遠慮することがある。堂々とやればいい」と励ましていただいて、嬉しかったことを今でもよく覚えています。

垣添先生は30年以上、国立がんセンターに勤務されました。まずは先生のこれまでの歩みをご紹介いただけますでしょうか。

垣添：1967年に東京大学医学部を卒業しましたが、東大闘争のストライキの影響で入局せずに、都立豊島病院に勤務し、泌尿器科医の基礎を学びました。ただ、当時、表在性膀胱がんは治療しても再発を繰り返していたので、再発の仕組みを解明する必要があると考えました。手術中に腹膜が開いてしまった際も、がんの転移の可能性を考えて他の臓器も観察すべきなのに、すぐに腹膜を閉じることに疑問を抱きました。これからの泌尿器科医には外科の技術と知識が必要だと考え、藤間病院の外科へ移りました。藤間病院は個人病院でありながら手術件数が多く、その大半ががんの手術でした。そこで1年間、腹部外科の手技を徹底的に学びました。

1972年に東大泌尿器科へ戻ってからは、昼は臨床、夜は国立がんセンター研究所で基礎研究に取り組みました。当時、生化学部長で、後に国立がんセンター総長となられた杉村隆先生に師事しました。そして1975年、国立がんセンター病院泌尿器科へ移りました。がんセンターは忙しいうえに給料も決して高くなく、アルバイトも認められていなかったので希望者は少ないのですが、臨床も研究もやりたかった私にとっては理想の職場でした。

泌尿器科医と研究者という二足のわらじを履き、朝は動物舎で実験動物の状態を確認し、その後病棟を回診して手術や外来を担当、夕方に再び回診を終えると研究所で実験を行い、帰宅前に動物舎へ立ち寄る。そんな生活を15年間続けました。最大の関心事は膀胱がん。なぜ表在性膀胱がんはこれほど再発するのか。世の中にこんなに面白い世界があるのかと思うくらい研究にのめり込みました。

その後は手術部長、病棟部長などを経て、50歳で国立がんセンター病院長（後の中央病院長）に就任しました。当時は外科や内科から病院長になるのが一般的でしたので、当時はマイナーな科といわれていた泌尿器科出身、それも50歳での病院長就任は異例でした。2002年に60歳で総長に就任し、2007年に65歳で定年退職しました。その後はボランティアとして日本対がん協会の会長を務め、間もなく20年になります。

全国縦断「がんサバイバー支援ウォーク」

大島：国立がんセンターを退職されてからの垣添先生の活動は、メディアでも多く取り上げられ、私たちの耳に届いています。日本対がん協会ではどのような活動をされているのですか。

垣添：日本対がん協会は、「科学的根拠に基づくがんの予防と検診」、「がん患者、家族の支援」、「正しい知識の普及、啓発」を三本柱として、「がんで苦しむ人、悲しむ人をなくす」ことを目標としています。

大島：先生は「がんサバイバー支援ウォーク」で日本中を歩かれましたね。これは、どのようなきっかけで始められたのでしょうか。

垣添：がんに対する理解が不十分なために、がんサバイバー（がんを経験した人）が孤立したり、差別されたりすることは、耐えがたいことでした。がんは身近な病気です。「がん＝死」という





大島伸一理事長

イメージを変えていきたい。その思いがありました。私自身も大腸がんと腎がんのサバイバーであり、妻をがんで亡くした遺族でもあります。全国のがんサバイバーや医療関係者を訪ね歩き、その声を直接聴きたいと考えました。そこで、日本でがん医療をリードする「全国がんセンター協議会」に加盟する32の病院を一筆書きのようにできるだけ歩いて訪問し、「がんサバイバーを支援しよう」の幟(のぼり)を掲げながら、支援を呼びかけることにしたのです。

2018年2月5日に福岡の九州がんセンターをスタートし、佐賀、大分へ。フェ

リーで四国に渡り松山へ、しまなみ海道を通過して本州へ入り、広島、山口へ。いったん東京に戻り、新幹線で次のスタート地点まで移動して、再び歩き始める。これを繰り返して、半年後の7月23日、ゴールとなる北海道がんセンター(札幌)に到着しました。半年間で2,500kmを歩きました。

大島：当時、垣添先生は70代後半でした。2,500kmに及ぶ旅は、想像するだけでも過酷なものだったと思います。以前、先生が「何かやらなければならないことに遭遇したら、躊躇なく一番厳しいものを選ぶ」とおっしゃっていたことを思い出しました。

垣添：妻からもよく、「あなたには引かない強さがある」と言われましたね。体力にも自信がありました。2015年には真夏に四国八十八か所を巡礼しましたし、その頃から体を鍛えていました。加齢とともに身体機能はどうしても低下しますが、筋肉は鍛えれば鍛えるほど伸ばすことができます。私は毎朝1時間早く起きて、ストレッチと筋力トレーニングを行っています。入念にストレッチをした後、腕立て伏せ、肘立ち、腹筋、スクワット。さらに空手の突きと蹴り、最後に居合の型を行います。現在はパーソナルトレーナーの指導を受けて週1回トレーニングを行い、自己鍛錬として居合の稽古も続けています。日常生活でも、一つ手前の駅で降りて歩くなど工夫しながら、1日1万歩を目標にしています。

大島：私は岐阜の山奥に住んでいて、山道を午前1時間、午後1時間歩くようにしていますが、筋トレはどうも苦手です。垣添先生のメニューを伺って、さすがだなと思いました。

東日本大震災の被災地1,000kmを歩いて

大島：その後2023年には、垣添先生は東日本大震災の被災地の4県を歩かれました。この旅はドキュメンタリー映画「[Dr.カキゾエ 歩く処方箋](#)」として全国で上映されていますね。

垣添：81歳になった頃、映画監督の野澤和之さんから、「ドキュメンタリー映画を撮りたいので、一緒に歩いていただけませんか」と連絡をいただきました。東日本大震災から12年という節目の年でもあり、「みちのく潮風トレイル」を歩こうと思いました。「みちのく潮風トレイル」は、環境省が東日本大震災の被災地をつなぎ、震災を忘れないために整備した道です。青森県八戸市から福島県相馬市まで、4県29市町村の太平洋沿岸1,000kmを結んでいます。

2023年3月27日に八戸をスタートしました。「がんサバイバーを支援しよう」と「3.11を忘れ



[アンケートにご協力ください！](#)

ない]という2つのロゴを入れた幟を掲げて歩くと、実に多くの人との出会いがありました。最初は、がんサバイバーと津波の被災者は別々の存在だと思っていましたが、道行く人の話を聞いていくうちに、ジャンパーのジッパーが閉まっていくように両者が近づき、最後には重なるのです。人生の途上で、思いがけず足をすくわれたという意味では、津波の被災者も、がんを経験した人も、本質的には同じではないかと思うようになりました。

そして、その人たちが過酷な状況から立ち直るきっかけは何だろうと考え、辿り着いた答えが「希望」でした。「ほんのわずかでも希望があれば、人は生きていける」。そう思ったのです。

大島：その「希望」は、どうすれば得られるのでしょうか。

垣添：それは、「行動すること」です。岩手県大槌町に東京大学大気海洋研究所があり、「みちのく潮風トレイル」の脇にあります。そこに立ち寄って青山潤所長(当時)に話を聞いた際、プレゼンのスライドに、「Hope is a wish for something to come true by action」という印象的な言葉がありました。調べてみると、それは東京大学社会科学研究所の玄田有史先生の言葉でした。さっそく先生の著書『希望の作り方』(岩波新書)を読み、インタビューをお願いしました。

玄田先生は当初、「Hope is a wish for something to come true」と考えていたそうです。しかし、何かが足りないと議論を重ねる中で、「行動」が欠けていることに気づき、「by action」を付け加えたそうです。「トンネルの先に明るい光が見えることが希望だと思っていた。しかし実際には、暗闇の中で壁にぶつかり、つまずき、迷いながらも、それでも出口に向かって歩き続けることが希望につながるのだ」と語られました。まさにそうだと思いました。私は、どんなに困難な状況にあっても、前を向いて歩み続ける人の肩に、天使の羽毛がそっと舞い降りるように訪れるもの、それが希望なのではないかと思うようになりました。

大島：昨日より今日、今日より明日へと、一歩ずつ前に向かって行動する人にこそ、希望の光が見えてくる。先生は日本中を歩き、多くの人々と交流する中で、そう実感されたのですね。

在宅医療こそが日本の医療を支える基盤

垣添：最初に触れた「在宅医療」の話ですが、2000年頃、「これからは在宅医療が重要になる」と考えるようになりました。そこで在宅医療を学ぶために、地域で在宅医療に尽力されている先生方に短期研修をお願いしました。大学の後輩の川越厚先生(現・在宅ホスピス研究所パリアン代表)、立川在宅ケアクリニックの井尾和雄先生、そして長崎で在宅医療のネットワークを展開している白髭豊先生です。そんな折、大島先生から「国立長寿医療センターで在宅医療に取り組みたい」という話があり、支援させていただいたのです。

大島：あの時は本当にありがたかったです。私は2004年に国立長寿医療センターの総長として赴任しましたが、センターとして何に重点を置くべきか模索していました。そんな中、厚生労働



垣添忠生氏



[アンケートにご協力ください！](#)



左：垣添忠生氏、右：大島伸一理事長

省におられた辻哲夫さんと出会い、在宅医療という重要なテーマに巡り合い、在宅医療に取り組むことを決めました。現在、平均寿命が80歳を超え、特に女性は90歳に近づいていますが、さらに寿命を延ばすことだけが第一のミッションではありません。がん治療も含め、高齢者医療で最も求められるのは、生活の質（QOL）をどう担保するかです。もちろん治療は大切ですが、年齢が高くなるにつれて、その比重は次第に小さくなり、QOLをどう維持するかということの重要性がより高まっていくと考えています。

垣添：まったく同感です。在宅医療の重要性を実感した理由の一つに、妻を自宅で看取った経験があります。私が国立がんセンターの総長を退任した2007年、肺がんで入院していた妻が「自宅で死にたい」と強く望み、12月28日に自宅へ連れて帰りました。妻が「アラ鍋が食べたい」と言うので宅配便で取り寄せて準備しました。抗がん剤の副作用で口内炎と食道炎がひどく、おそらく食べられないだろうと思っていたのですが、在宅だからこそ奇跡でしょうか、大きな茶碗で2杯もおかわりをしたのです。そして家中を見渡ししながら、「家というのはこうでなくちゃ」と何度も話していました。その後、容態は急速に悪化し、大みそかの朝には昏睡状態になり、午後からは呼吸も苦しくなりました。外がすっかり暗くなった頃、彼女は突然ぱっと起き上がり、私を見つめ、自分の右手で私の左手をぎゅっと握りました。そして午後6時15分、息を引き取りました。私は、彼女は最後に「ありがとう」と伝えて旅立ったのだと思いました。その後の3か月間は、妻を失った悲しみで死ぬほど苦しみました。しかし、最期の瞬間に心を通わせることができた。そのことが、私が立ち直る大きな支えになりました。

大島：奥様の希望どおりにご自宅で看取られた経験が、先生の心の支えとなり、在宅医療の大切さを実感されたのですね。在宅医療は、地域包括ケアの中核を担う医療として位置付けられ、制度や法律の整備は進みました。しかし、実践は地域ごとに行われているため、地域間でばらつきがあります。今後は在宅医療をどう展開し、どう普及させていくか。そのための計画づくりと実践が始まった段階であり、いわば「在宅医療の社会化」の時代に入ったといえます。次の課題は医学教育です。在宅医療を医学教育の中にどのように取り入れていくのか。そのためには、在宅医療を教えることのできる人材の育成と、在宅医療の体系化が欠かせません。

垣添：[公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団](#)が毎年11月23日に開催している「在宅医療推進フォーラム」に参加すると、全国にこれほど熱意を持って取り組んでいる人たちがいるのかと実感します。あのような場に医学生も参加し、講義だけでは学べないことを直接感じてもらえたら素晴らしいですね。大島先生は81歳とは思えないほどお元気ですから、これからも第一線で頑張ってください。私も対がん協会の会長は当分続けるつもりです。体が動く限り、世の中のため、人のために働きたいと思っています。

大島：垣添先生の前では、「もう疲れたからやめます」なんて、とても言えませんね。今日は本当にありがとうございました。先生からたくさんの気付きと元気をいただきました。



国内外の新しい長寿科学研究を紹介します。今回の情報は、国立障害者リハビリテーションセンター研究所シニアフェロー・井上剛伸氏、国際医療福祉大学医学部糖尿病・代謝・内分泌内科学教授（代表）・竹本稔氏、東京大学大学院薬学系研究科機能病態学教室准教授・堀由起子氏、福岡国際医療福祉大学特任教授・森望氏、京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室担当部長・石崎達郎氏から提供いただきました。

日本の切り紙の技術を応用した食事支援ロボットスプーンが開発される

七夕飾りで見かける切り紙を応用した“Kiri-spoon”が開発された。交互に切込みを入れたPET素材で、スプーン状の形をつくる。それをアクチュエータで引っ張ると、スプーンが閉じて食物をつかむことができ、元に戻すと口の中に食物を放すことができる。これにより、柔軟性を持ち利用者に優しい食事支援ロボットスプーンができあがった。障害のある人や介助者を巻き込んだ共創の手法も取り入れ、使いやすい食事支援ロボットの開発が実現した。何でもモーターで動かすメカメカしいロボットではなく、シンプルな機構で柔らかい動きを実現する。そんな介護ロボットの進展につながる研究である。(Keely M, et al., Int J Robot Res. 2026; 45(11): 1772-1797)。(井上)

ニンニク由来成分による健康寿命延伸への期待

ニンニクは古くから滋養強壮に用いられてきた。本論文では、ニンニク由来成分S1PCが脂肪組織に働きかけ、老化やエネルギー代謝に関わる物質(NAD⁺)を視床下部で増加させ、神経を介して筋機能を改善する仕組みを明らかにした。高齢マウスでは筋力やフレイルが改善し、中年健常者でもS1PC摂取により、この仕組みに関わる血中タンパク質(eNAMPT)が増加した。一方、ヒトで筋力や健康寿命を改善するかは未解明であり、今後の長期臨床試験の成果が期待される(Suzuki JI, et al., Cell Metab. 2026; 38(6): 1218-1228)。(竹本)

神経プロテアソームがタウの線維形成を制御する

コロンビア大学のRamachandran博士らは、これまでに神経細胞の細胞膜に局在する「神経プロテアソーム」という特殊なプロテアソームを発見していたが、機能はわかっていなかった。博士らは今回、神経プロテアソームがタウの凝集を制御することを報告した。この機能を選択的に阻害すると、変異や過剰発現によらずに神経細胞内のタウが線維を形成し、アルツハイマー病(AD)脳で見られるタウ凝集体と共通する性質を示した。さらに、神経プロテアソームの細胞膜局在はADリスク因子であるApoEや加齢によって変化した。本研究は神経プロテアソームという新しい治療標的を見出した点で興味深い(Paradise V, et al., Nat Neurosci. 2026; 29(9): 2151-2163)。(堀)

脳内免疫系：中年期の転換点

脳の免疫系は中年期の50歳以降、75歳くらいまでに大きく入れ替わる可能性がある。幼若期からの脳内ミクログリアはこの期間に減少し、その代わりに末梢血にみられる炎症応答性の免疫細胞に似た一群が増える。つまり免疫系細胞の大幅な入れ替わりがあるという。一因は血液脳関門の崩れかもしれない。認知症に関係する脳の海馬を中心に調べると、遺伝子発現も変動するが、核内ゲノムの三次元構造が老齢期には変化し、それにつれて、クロマチン修飾、エピゲノム変化が加速する。神経ネットワークの整備士的な働きをする免疫細胞の入れ替わり現象、これは神経変性とは異なる新たなグリア変性とでもいうべきものなのだろうか？ カリフォルニア大学サンディエゴ校のZemkeらの研究結果だ(Zemke NR, et al., Science. 2026; 393(6809): eadt8307)。(森)

薬は多いほど危険か？ 処方薬の定期的見直しが大切

高齢者は複数の病気を抱え、数多くの薬を服用する場合が多い。米国の65歳以上約7,800人を対象に処方内容を評価したところ、多剤処方、薬物相互作用、不適切処方のいずれかに該当した者が過半数を占めた。しかし、年齢や基礎疾患、腎機能などの影響を考慮して解析すると、死亡リスク上昇には「5種類以上の多剤処方」だけが関連していた。だからといって、薬が多いという理由だけで自己判断で中止するのは必須薬の中断につながりかねて危険である。医師や薬剤師とともに処方内容を定期的に見直し、本当に必要な薬を適切に使うことが安全な薬物治療に欠かせない(Chaitoff A, et al., J Am Geriatr Soc. 2026; 74(8): 2308-2316)。(石崎)



[アンケートにご協力ください！](#)

「わしの酒」極め 後進を育てる



「農口尚彦研究所」杜氏 **農口尚彦さん 93歳**

PROFILE 農口尚彦（のぐち なおひこ）

杜氏（とうじ）。1932年石川県内浦町（現・能登町）生まれ。1949年から、静岡県、三重県の酒造会社で修業。1961～1997年、石川県鶴来町（現・白山市）の菊姫合資会社で杜氏を務め、大吟醸を発売し、山廃仕込みを復活。日本航空ファーストクラスで供される酒に採用。1998～2012年、石川県加賀市の鹿野酒造で杜氏。2006年、現代の名工に認定。2008年、黄綬褒章受章。2013年、杜氏に復帰したが、2015年に退職。2017年、農口尚彦研究所の杜氏に就任。全日空のファースト・ビジネスクラスの機内提供酒に選ばれる。2023年、文化庁長官表彰受章。2024年、「いしかわ食の巨匠」顕彰。2026年、石川県無形文化財「日本酒杜氏」指定。連続12回、通算27回全国新酒鑑評会金賞受賞。

84歳から再び酒造りに挑む

16歳で酒造りの道に入り、28歳の若さで酒造りの最高責任者である杜氏（とうじ）に起用された。65歳で酒造会社を定年退職して杜氏を退いた後も、さらに2つの蔵から請われて杜氏を務めた。計3回の引退を経て、84歳で再び杜氏となり、93歳のいまでも旨い酒を追い求める。



[アンケートにご協力ください！](#)

石川県小松市の市街地から車で20分あまり。山あいの観音下(かながそ)の地に鉄骨造2階建て、約1,700平方メートルの建物が建つ。**農口尚彦研究所**だ。ガラスを多用した、酒蔵というイメージとはかなり違う外観だが、軒先の杉玉が目を引き。近くにそびえる観音山には、黄みを帯びた岩「日華石」が屹立する石切り場跡がある。その山頂付近には観音様がまつられているそうで、同研究所のウェブサイトによれば、「水の化身とされる観音様に見守られて、こんこんと湧き出る霊峰・白山の伏流水を仕込み水に、酒造りの神様とも呼ばれる農口尚彦の酒が生まれます」。



農口尚彦研究所。1階はテイスティングルーム、2階は農口さんの歩みを展示するギャラリー（農口尚彦研究所提供）

能登出身で祖父も父も杜氏

がっしりした肩、厚い胸。「学生のころは相撲をやった」という。歩行器や杖を使うが、黒いスニーカーの足取りは軽い。「結構せっかち」とスタッフは笑う。肉厚で大きな手。生命線が手首まで深く延びている。ふだんは眼鏡もなしの一方、40代半ばから総入れ歯だ。「麴は噛んで硬さや味を何度も確かめる。いちいち歯を磨いている暇はないので、虫歯は杜氏の持病です」

能登半島で生まれた8人きょうだいの末っ子。上の6人は生後すぐ亡くなったという。農口さんも生まれたときは呼吸していなかったが、産婆さんが脚を持って逆さに振り、助かったと聞いている。生まれつき、生命力が強いのかもしない。

20軒ほどの集落に杜氏が7人いたという、造り酒屋への出稼ぎが盛んな地域の出身だ。祖父も親父も能登杜氏だった。酒造りは冬。半年間自宅を離れて雇われ先の酒蔵に住み込み、正月も戻らない。「おじいさんは27人の蔵人を連れ、わらじを履いて振り分け荷物で三重まで歩いて行ったそうです。わしが2歳のとき、亡くなったんですが、酒造りに失敗して酒を腐らせたことは一度もない杜氏として知られ、わしのことを後継者ができたと喜んだそうです」

28歳で杜氏に 吟醸酒ブームの先駆けとなる

中学卒業後の1949年、「酒は米が原料だから食うに困らんじゃろ」と言われて静岡で修業を始める。「向いとったのか、おじいさんの血か」。夢中になって酒造りを勉強し、東京・滝野川にあった醸造試験所(現・酒類総合研究所)に通って醸造の理論も学んだ。

28歳のとき金沢国税局鑑定官(課税対象である酒に関し、技術指導などをする役人)の紹介で、石川県鶴来町(現・白山市)の菊姫合資会社に杜氏として抜擢された。社長の柳辰雄



80年近い酒一筋の人生を記憶する手



アンケートにご協力ください！

さんは京大出身で、銀行員を経て家業を継いだ学究肌。母親の世話を妻にまかせず、洗濯なども率先した優しい人だった。「この人に会えて本当によかった。人生の始まりです。この人のために完全燃焼したいと思う人やった」

「良い酒を造ってくれ」という柳社長の言葉を受け、いよいよ自分の酒を造れると張り切って、静岡や三重で覚えたすっきりした酒を造った。ところが、鑑定官は褒めてくれたものの客には「薄い」と酷評されてしまった。地元の客は山仕事をする人が多く、肉体労働の後に飲む酒には濃い味を求めているのだった。飲む人が求める味を造らなければならないと痛感した。

良い酒を求める試行錯誤が始まった。入社6年目、全国新酒鑑評会で看板商品の「菊姫」が金賞を受賞。米を削って米本来の味を引き出した大吟醸を1968年、他の蔵に先駆けて発売した。人工的に乳酸を添加する「速醸」が一般的だったにもかかわらず、天然の乳酸菌の力で米の旨みを引き出す「山廃仕込み」を復活させた。手間も日数もかかるため廃れていたが、京都の老杜氏を訪ね、技を学んだ。当時、多くの小さい蔵は自前の酒を原料用として大手メーカーに売る「樽売り」をしていたが、柳社長は「お客さんの顔が見えない商売はしない」と頑なに拒んでいた。柳社長は読書を勧め、他の蔵の見学や研修など農口さんの希望を受け入れ、設備投資も惜しまなかった。

「菊姫」が全国新酒鑑評会金賞を連続受賞し、愛飲家から注目されるようになる。

柳社長と農口さんの個性ある酒造りは、業界の時流とは逆だったが、その姿勢は結局、吟醸酒ブーム、地酒ブームの先駆けになった。実は2人とも酒を飲めない。だからこそ、酒そのものの味に五感を研ぎ澄ませ、客の声に耳を傾けて工夫を重ねたのだろう。

■ 米の旨みが生きてない酒は酒じゃない

菊姫合資会社を65歳で定年退職したが、他の蔵から杜氏への誘いがかかる。石川県内の2つの蔵で杜氏を務め82歳で退いたが、84歳になると、またお呼びがかかった。

石川県小松市を本拠に遊戯施設などを運営する会社が出資し、農口さんを招いて2017年、農口尚彦研究所を設立した。

「研究所」という名称には、「旨い酒を極め、技術を継承する場に」という思いを込める。用地は93メートル掘って最適な水が出た現在の場所に定め、蔵の設計にも要望を出した。

「お客さんが喜ぶ酒を造る」は、一貫している。



米の種類、精米歩合、麴の温度などを、70年代半ばから1年に1冊、毎日書き綴った

「米の旨みが生きてない酒は酒じゃない」。柔和だったまなざしが、強い光を放った。

口の中では味わい深く、飲み込んだときにスカッとしたキレがある「またすぐ飲みたくなる酒」を醸(かも)す。「吟醸酒を飲んだ後で食事をするというこれまでの飲み方ではなく、食中酒として世界中に広めたい。どろどろした肉料理に負けん味や」

喉にべたっと甘みが残る酒は、雑味がある証拠だという。「米を削れば削るほど雑味は少なくなるが、米の旨みは失われる。でも冷暗所で3年、5年と熟成させればいい味に、高貴な味になる」。そこで、720ミリリットル瓶21万本



[アンケートにご協力ください！](#)



ストップウォッチを手に、若い蔵人に「わしの酒」を伝える（農口尚彦研究所提供）

分を保管する熟成庫も建てた。

海外も視野に、新たな日本酒ファンの拡大を意識してか、ラベルはスタイリッシュ。ロゴマークは農口さんの「の」と利き酒用猪口の底に描かれる蛇の目をデザインしたという。

■「おいしい」と喜ぶ笑顔を夢みて

商品開発にも力を入れる。ウイスキーのブレンダーとともに、開業当初から造りためた原酒9種をブレンドした「夢造」、外国人富裕層らも顧客という長期間熟成酒などもそろえ、米焼酎も販売。「夢造」は能登の紙すき職人が手掛けた和紙をラベルにし、収益の一部を能登半島地震の復興支援義援金に充てている。「夢造」の名は、お客さんがにっこりして「あー、おいしいな」という顔を夢みながら酒を造る農口さんの情熱を表す。製品は約35か国・地域に輸出しているという。

金沢大学の学生とともに有機米を使った酒も造った。金沢駅構内に立ち飲みの「SAKE食堂」も出店し、車中でも楽しめる小瓶や肴も用意して、気軽に立ち寄れるようにした。

研究所近くに住む。4月から9月は研究所を訪れて試飲するお客さんの感想に耳を傾け、10月から3月の仕込みでは酒造りの陣頭指揮をとる。娘2人は酒の道に入らなかったが、女性1人を含む十数人が全国各地で杜氏となり、農口さんの酒を継承している。イタリアに進出した人もいるという。

仕込みは10月20日から。8人の蔵人と寝食をともにし、昼夜を分かたぬ作業に取り組む。熟練の技と勘、科学的知識やデータ分析の集大成から「わしの酒」が生まれる。

「何千人、何万人がわしの酒を飲んでくれるか。それが最後の勝負や」

●写真／丹羽諭 ●文／編集部



洗練されたデザイン。米の品種、大吟醸、原酒などにより瓶やラベルの色が違う



[アンケートにご協力ください！](#)



まちのコミュニティの真ん中にある 多世代型介護付きシェアハウス

兵庫県神戸市
株式会社Happy 「はっぴーの家ろっけん」

● 週200人が集う地域に開かれたシェアハウス

神戸市長田区JR新長田駅から徒歩六間道(ろっけんみち)商店街を抜けて歩くと、「はっぴーの家ろっけん」(以下、[はっぴーの家](#))が見えてくる。ここは、株式会社Happyが運営する多世代型介護付きシェアハウスだ。入口に看板がないのは、「家」には看板は必要ないから」とHappy代表の首藤義敬さんは言う。6階建ての建物には45の居室があり、60歳以上の人や認知症の人を含む要介護認定を受けた人が暮らし、介護福祉士や看護師らのサポートを受けながら、自分らしく自由な生活を送っている。



多世代が集うはっぴーの家のガレージ(Happy提供)

はっぴーの家の大きな特長の一つが、1階にある地域に開かれたリビングだ。入居者をはじめ、地域の人や子どもたち、子育て世代、外国籍の人、障害のある人など、さまざまな人が訪れ、思い思いの時間を過ごしている。週に約200人が訪れるという。ソファが置かれた外のガレージも、学校帰りの子どもや近隣の人が集う憩いの場になっている。

「名前もわからない地域の人も普通に出入りします。飲み会で終電に乗り遅れた人が寝に来ることもあります。基本、お接待のようなことはしません。来るほうも構われ過ぎると居心地が悪いでしょう。あちらも僕らスタッフには1ミリも興味ないですよ。なんか誰かいるな、みたいな(笑)。入居者のおじいちゃん、おばあちゃんにとっても、日常的に関わる人が多いほうがいい」と首藤さん。

はっぴーの家は、制度上はサービス付き高齢者向け住宅(サ高住)だが、多世代が集う「シェアハウス」と呼ぶほうがしっくりくる。遠方からも入居希望者が絶えず、入居者は「はっぴーの家に馴染めそうな人」「この暮らしを面白がってくれそうな人」という観点から選んでいるという。

● 気兼ねなく過ごせる地域のリビング

取材に伺ったのは金曜日の午後。1階のリビングを訪ねると、週3回開かれている「お茶会」の真っ最中だった。入居者や近隣に暮らす高齢者、さらにHappyが運営する見守り付き一人暮らし向け賃貸住宅「HANARE」の入居者など、約40人が集まっていた。

まずは体操から始まる。アップテンポな音楽に合わせて体を動かすと、リビングはたちまち熱気に包まれた。ストレッチと深呼吸で体操を終えると、お待ちかねのお茶会。参加者自らテーブルを移動させ、お茶を飲みながら談笑する姿は、まるで昔からの仲間同士のようだ。

「自由なところが気に入っています」と話す入居者は、お孫さんがはっぴーの家のスタッフだという。HANAREから来ていた女性は、「はっぴーの家も私の家。気兼ねなく過ごせるので、つい長居してしまいます」と笑う。散歩の途中でいつも立ち寄るという近所の人もいた。ソファで新聞紙を一枚一枚はがしていた女性は、スタッフが使用済みの紙パンツなどを新聞紙で包みやすいよう、率先して手伝っているという。自然に役割を見つけ、この場所を支えていることが伝わってきた。



[アンケートにご協力ください！](#)



リビングで体操。立ち上がって踊る人も



お茶会での一コマ。誕生日を迎えた入居者をみんなで祝う

● さまざまな世代のセーフティネットになりたい

首藤さんは長田区の出身。小学3年生で阪神・淡路大震災を経験した。「震災前にあったような地域のつながりをつくりたい」と、23歳で空き家再生を手掛ける不動産業を起業した。転機となったのは、リノベーションに携わった物件に暮らす高齢者が車椅子生活となったことだった。バリアフリーでない住まいでは暮らし続けられず、施設への転居を余儀なくされた。それを目の当たりにし、首藤さんは無力感を覚えたという。「介護と住まいの両方を一緒に支えられたら、住み慣れた家で暮らし続けられたのではないかな」。さらに、当時、自身も子育てと介護をしていたことから、高齢者だけでなく、子育て世代を含めた「さまざまな世代のセーフティネットになりたい」と考えるようになる。

「やはり困っているのは高齢者と子育て世代です。僕らのような30～40代は、子育てと介護を同時に担うダブルケアの世代。子育てと介護に時間を取られ、本当にやりたいことができない。それは、ある意味、日本の課題だと思っています。だったら、子育ても介護もコミュニティに頼れるシェアハウスがあればいい。そして、最期までここで暮らし、看取ることができたらいい」。こうして、多世代型介護付きシェアハウス構想が形になっていった。

はっぴーの家の開設に先立ち、地域の人に声をかけ、ワークショップを開催。シェアハウスをつくることは伏せたまま、「あなたならここで何をしたいですか」と問いかけ、1年半にわたり100人以上の多世代から意見を集めた。その声の一つひとつをはっぴーの家づくりに反映させていった。

そして2017年3月、地域の人々の思いを詰め込んだ、はっぴーの家がオープン。時間をかけて地域の人と関係を築いてきたことで、世代を超えて人が自然と集う場所へと育っていった。

● 地域の人々の声が反映された個性的なフロア

はっぴーの家の各階には、ワークショップで寄せられた「エンターテインメント性のある場所」という声が反映されている。2階は昭和レトロ、3階はアジアンリゾート、4階はラスベガスのカジノ、5階はヨーロッパの美術館をイメージした空間。

各階にはフリースペースが設けられ、入居者の憩いの場であると同時に、訪問診療の診察室や、葬儀の会場としても使われている。卓球台が置かれているのは、入居者に元卓球指導者がいたから。パーキンソン病のあるカメラマンが監修する写真倶楽部の



ラスベガスをイメージした4階のフリースペース



[アンケートにご協力ください！](#)



運動をもっと身近にするWAGOMU Climbing Gym



Happy代表・首藤義敬さん。丸五SpiceUpのカウンターで

作品も展示されていた。持ち帰り自由の古着、チンアナゴがいる水槽もあった。ミニブタも暮らしていて（現在は首藤さんの部屋で飼育中）、予想を超える遊び心に満ちた空間だった。

入居者の多くは、ここで最期を迎える。1階のリビングには、画像を加工した思わず笑みがこぼれるような遺影や、ユーモアあふれる戒名が飾られていた。ここでは死を隠さず、明るくオープンに受け止める。日頃から出入りしている子どもたちも、お別れ会や葬儀に参列するという。

館内を案内してくれたのは、首藤さんの妻・美幸さん。首藤さん一家は、はっぴーの家の上階で暮らしている。「娘は入居者さんに育ててもらったようなものです」。美幸さんによると、娘さんは小学生の頃から入居者の食事を手伝い、リビングを訪れる赤ちゃんの世話をし、入居者に勉強を教わりながら育ってきたという。はっぴーの家の大家族の中で、多くの人に見守られてきた。

●半径10分以内の関係人口を増やし、まちのコミュニティをつくる

Happyの原点は、空き家を再生し、まちの価値を高める不動産業だ。はっぴーの家を中心に、徒歩圏内でさまざまな事業を展開している。元靴工場をリノベーションした「WAGOMU Climbing Gym」は、ボルダリングジムにカフェとフリースペースを併設した拠点。年齢や障害の有無を問わず、体を動かすきっかけを提供している。丸五市場内の「丸五SpiceUp」では、本格的なスパイスカレーを味わえるほか、個展などのイベントも開かれる。一人暮らしを希望する高齢者や障害のある人には、見守り付き賃貸住宅「HANARE」を提供。入居者は、自宅とはっぴーの家を自由に行き来する。

「はっぴーの家がリビング、丸五SpiceUpがダイニング、WAGOMU Climbing Gymが運動場。半径10分以内に自分たちが望む暮らしの種がある。半径10分以内の関係人口を増やして、まちのコミュニティをつくる。『はっぴーの家があるから、まちが面白くなった』と言われたら嬉しいですね」

首藤さんが大切にしているのは、「特定の誰かの“やりたい”を応援し、まちの強みに変えること」。一人の願いが社会のニーズにつながっていると考えている。たとえば、WAGOMU Climbing Gymは運動したくても続かない人の力になりたいという思いから、丸五SpiceUpは施設で暮らすインド人男性の「故郷のインドカレーをもう一度食べたい」という願いから生まれた。

まもなく開設10年を迎えるはっぴーの家。首藤さんは、「今後はサ高住の枠を超え、もっと自由に使える家にしたい」と語る。DV被害を受けた人の避難先や住宅確保要配慮者の住まい、1階にはゲストハウスを設けるなど、さらに多様な人を受け入れる場所を目指すという。

「はっぴーの家の近くで暮らしたい」と、新長田エリアに移住する若い世代や高齢者が増えている。はっぴーの家を真ん中に新たなまちのつながりが生まれている。

●編集部



[アンケートにご協力ください！](#)



福祉とデザイン、人とまちをつなぐ みんなが主役の地域づくり

宮崎県三股町 コミュニティデザインラボ
(社会福祉法人三股町社会福祉協議会)

自分たちのまちを自分たちで楽しく！

宮崎県南西部にある三股町は、都城駅から宮崎市方面へ電車で一駅のところに位置する。三股町社会福祉協議会(以下、社協)は、2020年4月、独自の組織「コミュニティデザインラボ」(以下、コミュラボ)を設置し、住民主体の活動で地域課題を解決する地域づくりを進めている。コンセプトは、「自分たちのまちを自分たちで楽しく」。

コミュラボでは、「2025年までに、200の地域活動と、2,025人の地域活動者(プレイヤー)を生み出す」というミッションを掲げ、2025年に達成した。2026年9月現在、地域活動は201、プレイヤーは2,123人にまで増えている。人口約2万5千人の三股町では、住民のおよそ1割の人がプレイヤーとして地域活動に関わっていることになる。

特筆すべきは、地域活動の主役は地域の人、いわゆるプレイヤーで、コミュラボ研究員(スタッフ)は、あくまでも「人をつなぎ、場をつくる」コーディネート役という点だ。

「コミュラボでは、地域課題だけではなく、住民の『やりたい』や『わくわく』といったつづきやきもすべて拾い上げます。人と人を出会わせ、場をつくることで、地域活動とプレイヤーを増やし、その人たちが次のコーディネーターになっていく。そんな循環をつくっています」

そう語るのは、社協職員でコミュラボ所長の松崎亮さん。

コミュラボは、厚生労働省が推進する「重層的支援体制整備事業」^{※1}として取り組んでおり、2025年度と2026年度には、内閣府の「多世代参画による地域活力プラットフォーム構築調査事業」^{※2}(以下、内閣府の事業)に採択された。

今回のルポでは、コミュラボの地域活動取材し、住民主体の地域づくりの実践を紹介する。

デザインの力で福祉を届けたい人に届ける

コミュラボの原点にあったのは、「支援を届けたい人に、ちゃんと届けたい」という思いだった。社協では当時、「子どもの貧困」の課題に向き合っていた。しかし、支援が必要な人ほど、遠慮したり、「福祉に頼りたくない」と心を閉ざしたりして、窓口に来ることがなかった。そこで、東京都文京区の「こども宅食」を参考に、2018年、「みまたん宅食どうぞ便」(以下、どうぞ便)をつくった。窓口に来てもらうのではなく、食材を玄関先まで届ける。このとき初めてデザイナーとタッグを組み、チラシやホームページを制作。公式LINEから申し込めるようにした。

「福祉っぽさをなくしたら、何件も申し込みがあり、これまでつながれなかった人にも支援を届け



左からコミュラボ所長の松崎亮さん、社協職員の長野菴穂さん、コミュラボ研究員の大松珠さん

※1 高齢者、障がい者、子ども、生活困窮者など分野を問わず、地域全体で支える仕組みを構築する事業。

※2 多世代による地域活力を掘り起こし、地域課題を解決する持続可能な仕組みづくりに取り組む事業。



[アンケートにご協力ください！](#)



コメーキングスペース コメは福祉の顔も持つカフェ



ることができました。チラシを地域の人々がどう手に取って見るのか、というところから逆算して考えるのがデザインで、それがソーシャルワークに必要なだとわかりました。しんどい状況にいる人が、『誰にも相談したことがなかったのに、なんか相談してしまっていた』となる仕組みをどうデザインするか。どうぞ便は、その最初の実践でした」と松崎さんは当時を振り返る。

デザインの力で、福祉を届けたい人に届ける仕組みをつくる。社協の培ってきた実践と、デザイナーの思考プロセスを掛け合わせて生まれたのが、コミュラボだ。

🍌「やりたい」と「必要」から生まれた地域活動

コミュラボの200以上に及ぶ地域活動から、実践例の一部を紹介する。

「コメーキングスペース コメ」(以下、コメ)は、一見すると普通のおしゃれなカフェだが、福祉の窓口の機能を持った出会いの場だ。運営するのは、傾聴ボランティア団体「すず虫の会」。活動の場を探していたところ、町内の社会福祉法人から場所の提供を受けた。スタッフは傾聴ボランティアのため、気軽な会話を交わす中で悩みを聞いたり、必要に応じて社協につないだりする。コメでの何気ない出会いをきっかけに、新たな地域活動が生まれることもある。

樺山購買部は、「令和レトロ」をコンセプトにした買い物の場であり、多世代交流が生まれる場所。「何かしたい」というプレイヤーと、「多世代の出会いの場をつくりたい」という思いがマッチし、実現した。80歳になる公子さんと40代のDJパブリンさんが交代でお店を切り盛りしている。公子さんの「恋みくじ」は大人気。巫女姿の公子さんが祈祷した後、恋みくじを読み上げてくれる。



樺山購買部店主・公子さんを真ん中に。地域を案内してくれたコミュラボ研究員・堀田大智さん(左)と大松さん



「大吉よ!」恋みくじを読む公子さん。トレードマークのベレー帽は、プレイヤーで編み物作家の甲斐うらさん作



[アンケートにご協力ください!](#)

「ここには子どもたちもたくさん来ます。子どもたちが成長して高校生になり、大人になっていく姿を見るのがうれしいですね」と公子さんは顔をほころばせた。

NAZOは、古着屋であり、若者がつながっていく場所でもある。ドリンクを飲みながら、ゆっくり過ごすこともできる。社協に多くの衣服の寄付が集まっていたことに加え、地域に若者向けの洋服店がなかったことから生まれた活動だ。生活困窮者への衣服の提供も行っている。



若者の居場所づくりを目指す古着屋NAZO

夜の学童ホールに子どもたちの声が!

真夏の水曜日の夜、町内の学童ホールを訪れると、館内や運動場から小中学生のにぎやかな声が聞こえてきた。これは、平日の夜、18時半から20時まで開かれている「[よる学校](#)」だ。

運動場では、ドッジボールで汗を流している。ベイブレードの大会では、日頃の練習の成果を発揮。思うような結果を出せず、悔し涙を流す子もいる。別の教室では、フリーソフトをインストールした古いパソコンを使って、ゲームやプログラミングを楽しんでいる。各教室には、先生役を務めるプレイヤーの姿がある。

その活動を見守っているのが、「こども未来応援団体 タテヨコナメ」に所属するコーディネーターたち。多くは、もともとプレイヤーとして地域活動に関わり、志願してコーディネーターになったという。

よる学校は、学童ホールのほか、町内の各施設でも開かれている。DJ教室や編み物会、麻雀教室、ゆるダンスなど、プレイヤーの「やってみたい」を起点に、さまざまな活動が生まれている。

この日、会場に来ていたあるプレイヤーは、「わくわくするから、プレイヤーとして関わっている。コミュラボの地域活動には、福祉を超えた、福祉の先の魅力がある」と話していた。

よる学校から広がった次の居場所

よる学校を始めた2023年当時、日中に不登校の子どもたちの居場所をつくっても、なかなか人が来ないという課題があった。

「人が動く動機や経路は、興味とか、おいしいとか、もっと単純です。多様な人が集まって、まずは出会うことが大事だと思いました」と松崎さんは、よる学校を始めた理由をこう語る。

よる学校では、同じ会場で複数の教室が同時に開かれる。教室から教室へと人が行き交うことで自



うさごまさんが率いるベイブレード教室



ブライアンさんの「PC救い隊」教室



[アンケートにご協力ください!](#)



あさ学校で歯科健診。板谷先生は料理人プレイヤーとしての顔も

も、歯科医もプレイヤーだ。

● 思わずつぶやきたくなる「お節介掲示板」

地域の声や課題を拾い上げる点については、2025年に内閣府の事業を受託したことを契機に、これまで担当者の経験や工夫に頼っていた取り組みを仕組化した。その名も「お節介にもほどがある!!」プロジェクト。「お節介掲示板」を、コメや樺山購買部、NAZOをはじめ、たこ焼きえっちゃん、セブン-イレブン三股樺山店など、町内17か所に設置。「最近、どうですか?」という問いかけに、住民が自由に書き込めるようにした。「なんか“ワイワイ”したい」「うちのお米を買ってほしい」——。思わずつぶやきたくなる場をつくり、住民のニーズや「やってみたい」を見つけ出す。そして、人と人をつなぎ、新たな出番や役割を生み出していく。

● 地域づくりにはロマンが大事 ロマンチスト大学の開校

2026年10月には、コミュラボ主催の「ロマンチスト大学」が開校する。2025年度の「お節介にもほどがある!!」プロジェクトの実践をもとに、三股式の地域コーディネートを学ぶ場だ。2026年度に受託した内閣府の事業の一環として実施する。「地域コーディネートにはロマンが必要だ」という考えから、「ロマンチスト大学」と名付けた。地元生を含め全国から30人程度募集。特待生に選ばれた5地域には、コミュラボが地域づくりの伴走支援を行う。

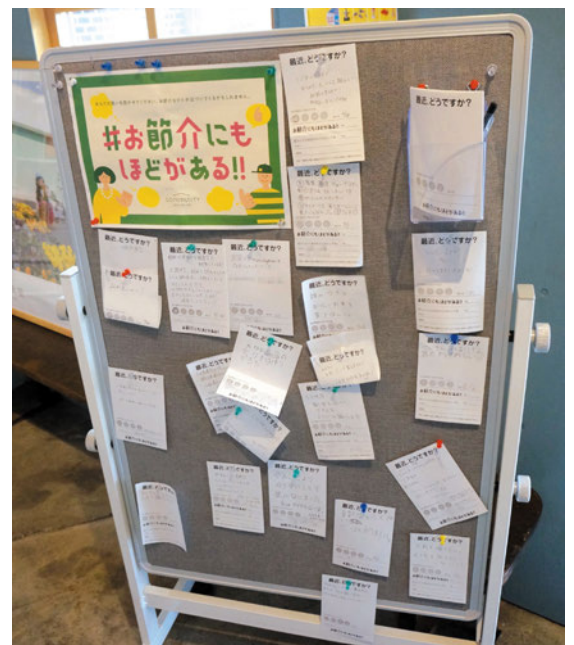
「ロマンチスト大学を通じて、三股町で培った手法や思想を全国に広めたい。人口減少時代においても、地域で何かを創り出せるコーディネーターを全国的に増やすことが長期的な目標です」と松崎さんは展望を語った。

今回の取材で印象に残ったのは、よる学校で出会ったプレイヤーの「福祉の先の魅力がある」という言葉。「やってみたい」「わくわくする」から人が集まり、出会いが生まれる。福祉を超えた魅力が、人をつなぎ、その先で福祉にもつながっていく。三股町ならではの地域づくりがそこにあった。

然な回遊性が生まれ、月500～600人が訪れるほどの人気の場となった。

「気づけば、よる学校には不登校の子どもたちがたくさん来ていました。そこから、フリースクールの『ひる学校』、子どもの放課後の遊び場『ゆう学校』ができました」

さらに、2026年夏には、「あさ学校」がスタートした。テーマは、朝起きる習慣や、外に出る習慣がない子どもたちと一緒に朝ごはんを食べ、生活習慣を見直すこと。第1回のあさ学校では、みんなで朝ごはんを準備し、円座になって朝食をとり、食後には、歯科医による歯科健診も行われた。あさ学校の校長



お節介掲示板で地域の声を集める

● 編集部



[アンケートにご協力ください!](#)

長寿社会のコミュニティデザイン

第3回 存在論的コミュニティ



studio-L代表、関西学院大学建築学部教授 山崎 亮

長寿社会とコミュニティデザインは相性がいいと思っている。キーワードはコミュニティだ。コミュニティとどんな関係を結ぶのか。そこが重要である。なお、ここでいうコミュニティには、地縁型コミュニティと興味型コミュニティがあることはすでに述べたとおりだ。同じ地域に住む人とのつながりである地縁型コミュニティと、同じ興味があるからつながる興味型コミュニティは、長寿社会を生きる我々にとってどちらも大切な存在である。

コミュニティとのつながりは一朝一夕に入手できるものではない。文字通り、朝クリックすれば夕方にはコミュニティとつながっているなどということは、AIが高度化した未来でも実現されそうにない。人とのつながりは時間をかけて醸成されるものだ。朝から夕方までは極端としても、定年退職後に急いでコミュニティとつながろうとしてもうまくいかないことが多い。できれば若い頃から仕事以外のコミュニティとつながっていたい。そのなかで、コミュニティとの付き合い方を学ぶこともできる。きっと仕事のつながりとは違う作法が求められるだろう。

コミュニティという概念をどこまで広げられるかという点も重要である。地縁型コミュニティと興味型コミュニティは、いずれも「生きている人間」とのつながりである。では、生きている昆虫や動物とのつながりはどうか。ペットはもちろん、人間からみて「害虫」や「害獣」と呼ばれる存在とのつながりをどう考えるのか。あるいは、生きている植物とのつながりはどうか。庭木や盆栽、観葉植物はもちろん、人間からみて「雑草」と呼ばれる存在とのつながりをどう考えるのか。何も「すべての生命体を生かせ」というわけではない。害虫や害獣や雑草を駆除する活動もまた、それらの存在とのつながりのひとつであり、その活動があなたの健康や活力を醸成してくれる可能性があるという話だ。

さらには、土や雨や風といった存在とのつながりも、先祖や子孫といった存在とのつながりも、地域で語り継がれる民話や神話とのつながりも、あなたの活動に影響を与えるだろう。「今日は雨が降っているから、祖父が遺してくれたソファに座って、懐かしい民話を書かれた本を読もう」という活動のなかに、人間と非人間との多様なつながりが含まれている。そこまでコミュニティの概念を広げることができたとき、それは「存在論的コミュニティ」とでも呼べそうな事物の連関として、相互に絡み合う世界を示してくれるはずだ。

こうした世界は、資本主義的近代世界とは違ったものだ。資本主義的近代世界では、つながりが単純化されがちである。田畑を耕しても、収穫物を売って手にする利益はそれほど多くない。



効率的に考えれば、田畑にメガソーラーを設置したほうが多くの利益を手にすることができる。資本主義的近代世界では、こういう説明が論理的だとされ、科学的で経済的であると評価される。一方、存在論的コミュニティという視点からすれば、それは多様なつながりから自らの存在を断ち切って孤立化させる行為だと言わざるを得ない。

田畑のままにしておけば、高齢になっても作物を育てる愉しみを味わうことができるし、さまざまな存在とのつながりを感じ続けられるし、友人に作物を贈ることもできる。日光や雨や風の存在も日々感じ続けられる。もちろん、外出する理由も存在し続ける。高齢になって外出が難しくなる頃には、信頼できる若者に田畑を譲ることもできる。その若者が定期的に収穫物を届けてくれて、そこで会話を愉しむことができるかもしれない。

事物が「網の目」のように絡み合う関係的世界を破壊してしまうことなく、存在論的コミュニティのなかで生きていきたいものだ。長寿社会において健康で愉しく長生きするためには、若い頃から存在論的コミュニティとともに生きることが大切である。だからこそ、なるべく自宅で暮らし続けられるような社会を構築することが重要なのであり、介護施設に入居するにしても「存在論的コミュニティ」とのつながりを断ち切るような生活を強いることのないようなケアが求められるのである。どうか「存在論的コミュニティとのつながりを断ち切り、1日16時間おとなしくイスに座っていられるようにケア（管理）しよう」などと考えないようにしていただきたい。

医療や介護の専門職からケア（管理）されるだけの空間で生き続けるのは苦しい。存在論的コミュニティとのつながりから多様なケアを感じたいし、逆に自分も他の存在をケアしたい。宮沢賢治のように、田畑のことを想いながら「日照りの時は涙を流し、寒さの夏はおろおろ歩き」たいのである。そのためには、介護施設の柔軟なマネジメントが求められるし、当事者がこれまでどう生きてきたのかが大切になるし、地域の物理的な空間がコンクリートやアスファルトやメガソーラーで覆い尽くされていないかが重要になる。つまり、1960年頃から始まった「物理的空間のコミュニティデザイン1.0」、1980年頃から始まった「公共施設の参加型設計としてのコミュニティデザイン2.0」、2000年頃から始まった「人のつながりを醸成するコミュニティデザイン3.0」が、いずれも重要になるのである。

そして、2020年頃からは「資本主義的近代世界から抜け出すためのコミュニティデザイン4.0」が必要なのではないかと感じている。



山崎 亮(やまざき りょう)

studio-L代表。関西学院大学建築学部教授。1973年愛知県生まれ。大阪府立大学大学院および東京大学大学院修了。博士(工学)。建築・ランドスケープ設計事務所を経て、2005年にstudio-Lを設立。地域の課題を地域に住む人たちが解決するためのコミュニティデザインに携わる。著書に『コミュニティデザインの源流』(太田出版)、『縮充する日本』(PHP新書)、『ケアするまちのデザイン』(医学書院)、『面識経済』(光文社)などがある。また2026年7月には、これまでに携わった101のプロジェクトをまとめた『前例集』(studio-L)が出版された。





●1stゲート通過チーム決定のお知らせ

「Challenge ATOM」は、AI・ロボティクスなどのテクノロジーを活用し、高齢社会における新たな社会の姿を自ら構想し、技術で実装する、学生向けのフィジカルAIコンテストです。このたび、企画・アイデアを審査する1stゲートを実施し、全国から応募のあった57チームの中から、厳正なる審査の結果、2ndゲートへ進出する15チームが決定しました。

今後、各チームはプロトタイプ開発に取り組みます。

「Challenge ATOM」コンテスト情報はこちらから →



【1stゲート通過チーム】

No.	所属	チーム名	No.	所属	チーム名
1	富山高等専門学校	Mirage	9	九州工業大学大学院	すぐ創る課
2	九州大学大学院	Team PicoPico	10	仙台高等専門学校	TriWorker
3	沖縄工業高等専門学校	Team ちばりよー!	11	高知工業高等専門学校	高知高専DX部
4	東京農工大学大学院	KAINA工房	12	東京農工大学	電腦レストラン
5	沼津工業高等専門学校	R ² T ²	13	名古屋大学大学院	COACT
6	京都大学	KUPAC	14	大阪工業大学大学院	RWR班
7	名古屋工業大学	SOLO	15	北陸先端科学技術大学院大学	bamboo unknown
8	東京科学大学工学院	UniLab			

【1stゲート審査員】

「Challenge ATOM」を審査するAI・ロボティクスの専門家や社会課題のスペシャリストをご紹介します。

1stゲート審査員一覧はこちらから →



【長寿科学振興財団広報委員会委員名簿】

令和8年10月現在

〈委員長〉	井藤 英喜	東京都健康長寿医療センター 名誉理事長
〈副委員長〉	鳥羽 研二	東京都健康長寿医療センター 名誉理事長
〈委員〉	飯島 勝矢	東京大学高齢社会総合研究機構 機構長
	飯野 奈津子	医療福祉ジャーナリスト
	櫻井 孝	国立長寿医療研究センター 研究所長特任補佐
	佐藤 真一	大阪大学 名誉教授
	柳澤 信夫	全日本労働福祉協会 会長



[アンケートにご協力ください！](#)

長寿科学研究を助長奨励するための基金造成に、皆様のご協力をお願いいたします。

長寿科学振興財団では、高齢者と高齢社会全般に関わる諸課題を研究し、実践的に解決する学術分野である長寿科学に関する調査研究の実施・研究の助長奨励・研究成果の普及を促進し、もって国民の健康と福祉の増進に寄与することを目的とします。これらの活動はすべて皆様からの温かいご支援によって成り立っています。令和8年6月から令和8年8月までの間で寄附者芳名を記して感謝の意を表します。

寄附者芳名

井上 裕行 様(兵庫県) ハラサワ ナミコ 様 匿名希望 3名

寄附の方法について

●つながる募金



SoftBank のスマホから
ご利用料金とまとめて寄付



どなたでも可能
クレジットカードで寄付



●銀行振込

銀行振込でのご寄附を希望の方は、寄附申込フォームの各項目に情報を入力、送信の上、下記寄附金振込先口座宛にお振込みください。なお、振込手数料のご負担をお願いいたします。

[寄附申し込みフォームはこちら](#)



【寄附金振込先口座】

金融機関：三菱UFJ銀行(0005)大府支店(344)

種別：普通預金

口座番号：1762379

口座名義：公益財団法人長寿科学振興財団 基本財産受入口 理事長 大島伸一

●郵便振替用紙(振込手数料不要)

郵便振替用紙でのご寄附を希望の方は、寄附申込フォームの各項目に情報を入力し、送信してください。専用の郵便振替用紙(振込手数料不要)を郵送にてお送りいたします。郵便振替用紙が届きましたら最寄りの郵便局にてご送金ください。

[寄附申し込みフォームはこちら](#)



詳しくは、当財団ホームページ「[ご寄附の方法について](#)」をご覧ください。

【お問合せ】公益財団法人長寿科学振興財団 総務企画課 E-mail: soumu@tyojyu.or.jp

当財団は、所得税法(所得税関係)、法人税法(法人税関係)および租税特別措置法(相続税関係)上の「特定公益増進法人」です。当財団への寄附金は、寄附金控除、損金算入等についての税法上の特典が受けられます。

長寿科学振興財団機関誌 Aging & Health エイジングアンドヘルス

2026年 秋号 No.119 第35巻第3号

令和8年10月発行

編集発行人 大島 伸一

発行所 公益財団法人長寿科学振興財団

470-2101 愛知県知多郡東浦町大字森岡字源吾山1-1

あいち健康の森健康科学総合センター 4階

TEL 0562-84-5411 FAX 0562-84-5414

URL <https://www.tyojyu.or.jp> E-mail soumu@tyojyu.or.jp

制作 株式会社厚生科学研究所

TEL 03-3400-6070



[アンケートにご協力ください！](#)



公益財団法人 長寿科学振興財団

当財団のマークの由来

長寿科学振興財団の設立は、昭和天皇御長寿御在位 60 年記念慶祝事業の一環として検討されました。また、昭和天皇の一周年祭に当たり、天皇陛下、皇太后陛下から、長寿科学研究推進に資する思し召しにより、昭和天皇のご遺産から本財団に対して御下賜金が賜与されました。

こうした経緯がありまして、昭和天皇の宮中での御印が「若竹」でありましたことに因み、いつまでもみずみずしさと若々しさの心を象徴する若竹を当財団のシンボルマークとしました。