

中年期の家族の健康問題と保健行動の課題

The scheme of the family's health through the individual
lifecycle : Situation under the middle-age

蛭 田 由 美

要約 中年期の家族には、身体的、心理的、社会的に複雑な問題が生じやすい。本稿は、中年期の家族の健康問題と保健行動の方略を明らかにすることを目的に、中年期家族の心身の健康の維持と改善の方策を探ることを目的とした。これまで殆ど焦点の当てられることのなかった男性の更年期障害とその克服について、男性更年期の定義や臨床診断の最近の動向を紹介し、自殺の動向から男性更年期のリスクについて述べた。また、女性の更年期の健康状態には出産体験が影響を及ぼしていることと、女性のライフスタイルと健康との関連について検討した。

はじめに

中年期の家族には、身体的、心理的、社会的に複雑な健康問題が生じやすい。身体的には加齢による肉体的な衰えと「更年期」と呼ばれるホルモン環境の変化に伴う自覚症状、悪性新生物、脳血管性疾患、心疾患などの生活習慣病の発生しやすい時期である。心理・社会的には子どもの進学・就職・結婚などによる巣立ちすなわち「empty nest: 空の巣」と呼ばれる状態に移行し、社会的には重要な

地位と重い責任を背負う立場、また親の介護責任を負う立場となる。中年期のこれらの心身の健康問題について各方面からさまざまな検討がなされている。本稿では、これまで殆ど焦点が当てられることがなかった ① 男性の更年期障害にスポットを当ててその克服の方策について述べる。また、② 女性の更年期障害と出産体験との関連について分析し更年期女性の健康維持の方策を探る。

I 男性の更年期障害克服の方策

1 男性更年期の定義

男性の場合、これまで「更年期」という概念は明確にされてこなかった。しかし近年、中高年男性の性欲減退やインポテンス、筋肉・筋力の低下、エネルギーや活力の減少、気分の変調や幸福感の減少などのさまざまな不定愁訴がみられることが問題となっている。これらの不定愁訴の多くは、女性の場合と違い、熟年期から加齢に伴い徐々に進行し、明確な生物学的変化がみられないことが特徴であるが、テストステロンや副腎アンドロゲンの漸減が原因と考えられている。

1988年、Lockの調査¹⁾により、日本女性の閉経前後の症状の訴えが北アメリカ女性に比べて少ないことが報告され、閉経前後の女性の不定愁訴に社会・文化的違いがあることが示された。この結果は、日本女性の我慢強さと更年期障害を“ぜいたく病”と呼んだ日本社会の風土を報告したものであった。その後日本の研究者は、女性が症状を我慢して受診が遅れることによって、本来潜んでいる疾病が進行して手遅れになることを憂慮し、徐々に女性の更年期障害の研究や治療は進んできた。男性に関しても、体調の不良や不定な愁訴を口に出しにくい社会的なムードがあって、男性の病気の進行を早めたり、予防を妨げたりしているのではないかと懸念される。中年期の男性の健康状態の変調に「更年期」という概念を導入することによって、深刻な事態を回避したり、予防したり、解決できる問題が多数あるのではないかと考えられる。男性も女性も、この「更年期」をうまく通り過ぎてその知恵を次の世代に伝えていく

ことが必要と考えられる。

伊藤ら²⁾は、アメリカ内分泌学会の定義をもとに、男性更年期を「加齢に伴う androgen 低下に起因する種々の精神・心理、身体、性機能に関連する症状である」と定義している。こうした状態は、androgen decline in the aging male (ADAM) あるいは partial androgen deficiency in aging male (PADAM) と呼ばれている。女性の menopause は、卵巣機能が急速に低下し、卵巣からの女性ホルモン（エストロゲン）分泌のレベルが急速に低下する時期である。したがって、女性においてはこの閉経の前後の数年間が更年期に相当する。かつて、女性の menopause に対比して、男性の更年期には andropause という呼称が提案された。これは、女性の卵巣機能の低下と同じように、男性の精巣機能の低下、精巣からの男性ホルモン（アンドロゲン）の分泌の低下という意味を表そうというものであった。しかし、女性と異なり男性では閉経というものはなく、加齢に伴う androgen の低下は緩慢であるため、女性の menopause と対比して andropause と呼ぶことに難点があるとして、上述の ADAM (androgen decline in the aging male) あるいは PADAM (partial androgen deficiency in aging male) と呼ばれるようになった。近年ではこれを、LOH (Late-onset hypogonadism) 症候群（加齢男性性腺機能低下症候群）と呼ぶようになり、2007年に、日本泌尿器科学会・日本 Men's Health 医学会から LOH 症候群の定義と診療の手引き³⁾ が出された。この「手引き」によると、2005年、

ISA (The International Society of Andrology)、ISSAM (The International Society for the Study of the Aging Male) および EAU (European Association of Urology) は、統一勧告として加齢に伴う男性の性腺機能低下症に対して LOH という表現を推奨した。そして、この定義のキーワードは、アンドロゲン低下、加齢、QOL 低下、多臓器機能障害であり、加齢によるアンドロゲン低下に起因する臓器機能不全をアンドロゲン補充により予防し、QOL の高い生活を維持させようという “Healthy aging for men” の理念の実現を目指すものである。日本泌尿器科学会・日本 Men’s Health 医学会による「手引き」でも、この理念を尊重し、その病態を医学的に的確に表現した用語として「LOH 症候群」を採用した。

2 男性更年期の原因及び臨床症状と診断

辻村ら⁴⁾によると、循環血液中の男性ホルモン (Androgen: アンドロゲン) は主に Testosterone であり、成人男性においてはその 95% が精巣から分泌されており、Testosterone の全身への作用は、① 骨格筋・筋力への作用、② 骨密度への影響、③ 認知

能力への影響、④ 心理的影響・QOL への影響、⑤ 性機能への影響などである。また、カラザース⁵⁾ は、Testosterone が知性とともにも男性を駆り立て、男性が人生の戦いの場で勝利を得るとき分泌量は増え、敗れるときに減るため、「成功のホルモン」とみなされていると述べている。わが国における LOH 症候群の症状および徴候として、日本泌尿器科学会および日本 Men’s Health 医学会は、ISSAM および EAU の統一推奨をもとに、表 1 に示すように 7 項目をあげている。

更年期にある男性は、更年期障害として下記のような多彩な心身の症状を現わす。しかもこれらの症状は、多くの場合互いに関連し、複数の症状が重複して出現して一定ではなく、日内変動も著しい。男性更年期の症状は、生活全般のエネルギーやバイタリティーの低下を示すが、本人の最大の関心事あるいは悩みとなるのは性的能力の減退であろう。これは夫婦あるいはカップルの問題となるからである。一般に男らしさの本質と考えられている性的能力の減退あるいは欠如は、更年期症状に悩む男性を一層劣った感情に陥れるため、男性はその症状を隠したがるものと考えられる。

表 1 LOH 症候群の症状および徴候

症状および徴候
1) リビドー（性欲）と勃起の質と頻度、とりわけ夜間睡眠時勃起の減退
2) 知的活動、認知力、見当識の低下および疲労感、抑うつなどに伴う気分変動
3) 睡眠障害
4) 筋容量と筋力低下による除脂肪体重の減少
5) 内臓脂肪の増加
6) 体毛と皮膚の変化
7) 骨減少症と骨粗鬆症に伴う骨塩量の低下と骨折のリスクの増加

資料: 「LOH 症候群診療の手引き」より

表2 ADAM 質問紙

項目
1 性欲（セックスしたいという気持ち）の低下がありますか
2 元気がなくなってきましたか
3 体力あるいは持続力の低下がありますか
4 身長が低くなりましたか
5 “日々の愉しみ”が少なくなったと感じていますか
6 物悲しい気分・怒りっぽいですか
7 勃起力は弱くなりましたか
8 最近、運動する能力が低下したと感じていますか
9 夕食後うたた寝をすることがありますか
10 最近、仕事の能力が低下したと感じていますか

日本語訳試案：札幌医科大学医学部泌尿器科

1) 自覚症状の評価

男性更年期の自覚症状を評価するために、Morley ら⁶⁾により ADAM 質問紙が作られており、日本語版は表2に示すようである。この尺度で設問1あるいは7が“はい”の場合と、それ以外の8問中3問が“はい”の場合を ADAM と判定する。これらの自覚症状はうつ病とオーバーラップするものもある。更年期症状は多分に気分の落ち込みの程度が高く、うつ状態になりやすいことを表しているが、うつ病の尺度を用いてうつ病を除外する必要がある。この他に、Heinemann ら⁷⁾によって男性の老化症状に関する質問票 (Aging males' symptoms (AMS) スコア) も開発されており、17項目の質問に「なし：1点」「軽い：2点」「中等度：3点」「重い：4点」「非常に重い：5点」までの5段階で答えるようになっている。これらの合計点から、訴えの程度を「17～26点：なし」「27～36点：軽度」「37～49点：中等度」「50点以上：重度」の4段階で判定する。この質問票は巻末に資料1として提示した。

2) 生化学的変化の測定

身体の生化学的変化を測る方法は、血中 testosterone の測定である。精巣機能の低下を生じる疾患は、先天性・後天性に大別して数多くあるが、更年期においては加齢に伴う精巣機能低下が低テストステロン血症を誘導すると考えられている。しかし、精巣から分泌されるテストステロンや副腎の androgen など、加齢に伴う内分泌的变化は極めて複雑で個人差が大きく、テストステロンの測定もまだ問題が多く、評価方法は確立されていない。通常平均して60歳以下で7%、60歳以上で20%減少すると言われている⁸⁾が、この数値は実際の更年期障害に悩む男性の数を必ずしも反映していないと考えられている。

テストステロンの数値だけで男性更年期の重症度を決定することはできない。更年期症状の発症には、更年期男性が置かれている社会的な背景が関与する。例えば仕事上では、責任や要求度が増加するにもかかわらず、裁量の自由度や社会的支援が減少するというギャップが生じ、不適応になりやすい状況に置かれている。こうした状況に身体的不調や

バイタリティーの低下が加わって「抑うつ」状態となり、その結果ますます仕事がうまくいかななくなるという悪循環を生じると考えられる。

他覚的症狀としては、骨密度減少、筋肉量及び筋力の低下、貧血、脂肪増加、性機能低下、認知力低下、体毛減少などが認められる。ADAMの診断にはこれらの自覚・他覚症状の全てが揃う必要はなく、個人によって内容や程度が様々に違う症状を総合して判断する。

3 男性更年期と男性の自殺

男性更年期の大きな問題は、多くの中年期男性が、その時期に起こる心身の症状が更年期症状を示していることを知らないか、認めながらないことであろう。多くの場合、この時期に起こる身体的な不調は加齢によるもので、心理的な不安感や落ち込みは社会的な責任の重さや家庭内の問題の複雑さなどによるものと考えられている。漫画家のほらたいらは、自らの更年期体験を著書⁹⁾¹⁰⁾に著わし、思い通りにならない心と体を抱えて辛かった10年間の日々を回想しているが、落ち込みもだえ苦しみ過ぎたのは原因が分からなかった事であったという。「更年期のようね」と周囲の女性に指摘され、「敵の姿が見えたら気持ちが楽になった」と書いている。また、アメリカの心理療法士ジェド・ダイヤモンド¹¹⁾は、男性の更年期についての聞き取りや質問紙による調査結果を報告した。回答した男性は、男性には更年期があり中年期が進むにつれて心理的な変化ばかりでなく、身体やホルモンにも変化が生じると感じていた。しかし、この変化について男性たちはそれま

でほとんど誰にも話していなかった。したがって、誰かに助けを求めるとことをしないのであるが、それは「男たるもの、自分の問題は自分で処理できなければならない」からであり、「具合が悪いと言うより、静かに苦しむ方が男らしい」からという。伝統的な男性役割規範への捕われと性的機能の減退や喪失からくる消極的感情が、相談や受診という行動を抑圧しているものと考えられる。また、受診するにしても、どのような診療科を受診すればよいのかわからないということがあり得る。

表3は、2000年（平成12）年と2013（平成25）年の自殺者数を性別および年齢階層別に示したものである¹²⁾。この統計をみると、男性の自殺者数は、女性に比べて2.5倍、50歳以上では急激に増えて40歳代に比べて1.7倍を示し、女性の3倍以上である。ちょうど更年期と一致している。女性の場合は数が急激に増えるのは60歳以上となり、更年期を過ぎた時期と言える。遺書から自殺の動機をみると、男性は経済・生活問題が多く、40歳代と50歳代で特に多くみられた。女性の場合は健康問題が各年代ともに多くを占め、経済・生活問題は男性に比べて少ない。このように分析してみると、中高年男性の自殺と男性更年期の間に強い関連が示唆される。男性更年期の抑うつ状態が自殺につながっているのではないかと考えられるからである。この統計数値をテストステロン動態と重ね合わせてみると中高年男性の自殺予防策の一つが見つかるのではないかと考えられる。

4 男性更年期の社会的コンセンサス

社会全体が、男性にも「更年期」という時

表3 2000年と2013年における性別・年代別自殺者数

年齢階級	男		女	
	2000年	2013年	2000年	2013年
総数	23,080	18,787	9,063	8,496
0～19歳	328	374	174	173
20～29歳	2,122	2,024	896	777
30～39歳	2,836	2,659	1,099	1,046
40～49歳	3,839	3,344	976	1,245
50～59歳	6,660	3,303	1,802	1,181
60～69歳	7,048	3,224	4,071	1,492
70～79歳	(60歳以上)	2,370	(60歳以上)	1,415
80歳以上		1,381		1,152
不詳		108		15

資料：警察庁生活安全局地域課「平成25年中における自殺の状況」より

期があり誰でも体も心も社会活動の面でもバイタリティーが低下する時期があるということを理解し認める必要がある。まず男性自身によく理解を得る必要がある、次に重要なのは妻あるいはパートナーの理解である。日本では、男性に限らず女性の場合も、更年期障

害のようなはっきりした器質的な病変がみつからない不定愁訴を示す状態に関して、これまでの西洋医学は無関心で無理解であった。近年になってようやく、男性更年期をテーマに研究や診療が行われるようになってきた。

II 女性の更年期障害克服の方策

1 女性更年期の定義

「更年期」とは、女性における閉経前後の急速な女性ホルモンの低下に伴い出現する臨床症状を示す時期を指している。池田ら¹³⁾は、「更年期は、生殖期から生殖不能期への移行期で、加齢に伴って性腺機能が衰退し始め、やがて低下安定するまでの期間をいう。平均閉経年齢は51～52歳（中央値は50.5歳）であることから45～55歳が相当する」と簡潔に述べている。

卵巣性エストロゲンの低下に伴う閉経（menopause）と心身両面の変化の時期は、

一般に女性における人生の一大転換期と考えられている。Hot flush やいらつきなど心身の自覚症状の出現とともに、脂質、骨、糖代謝異常などが高率に出現する。わが国における更年期女性の不定愁訴の研究は、1950年代の初めから内科領域と婦人科領域で行われはじめた¹⁴⁾¹⁵⁾。玉田、筒井両氏によると、内科領域では阿部が、婦人科領域では九嶋が、1960年代半ばから不定な訴えで外来を訪れる患者の診療の経験から「不定愁訴症候群」という名称を使い始めた。不定愁訴症候群が自律神経失調と心因の2つを重要な要素とし

た点で、阿部と九嶋は内科領域と婦人科領域の共通の理解に達し、さらに玉田はこの理解はすべての臨床領域で通用するものであると提唱している。現在では不定愁訴の定義を「多彩で漠然とした訴えがあるのに、それに見合う他覚的所見がない、または器質的疾患の裏付けがないもの」としている。

女性の身体症状の捉え方に文化的に違いがあることは、1980年代後半からLockによって指摘されていた¹⁶⁾。Lockによれば、更年期というライフステージの捉え方は北アメリカには無い日本特有の考え方である。玉田によると、不定愁訴という言葉もわが国特有のものである。国際疾病分類によれば、不定愁訴の特徴である「自覚症状に見合う他覚的な所見がない愁訴」は、ICD-10の身体表現性障害のF45.1鑑別不能型〔分類困難な〕身体表現性障害またはF45.3身体表現性自律神経機能不全に相当するものと考えられる。

2 女性更年期の原因および臨床症状と診断

更年期女性の不定愁訴の原因は、「内分泌的要因」、「社会・文化的要因」、「心理・性格的要因」の3つが関与しているとされている

が、これらの要因は単独ではなく互いに影響し合って愁訴を形成しているといわれている¹⁷⁾。

1) 内分泌的要因

更年期女性のホルモンの動きは、卵巣機能の消退によりエストロゲンとプロゲステロンの分泌が徐々に減少し、それに伴って卵胞刺激ホルモン (FSH) と黄体形成ホルモン (LH) の分泌が増加し、これに呼応してエストロゲンとプロゲステロンの分泌が回復するがまた減少に転じ、FSH と LH の分泌が増加するというサイクルが繰り返され、ついにエストロゲンとプロゲステロンの低下が安定したまま経過するという状態になる。閉経による各器官における変化と関連疾患を表4に示したが、変化と関連疾患は全身にわたっていることがわかる。そのため、表5に示した更年期障害の部位と症状も全身にわたっている。

2) 心理・社会的要因

更年期は身体的要因以外に社会生活上の様々なストレスを受けやすい時期でもあることから、更年期障害と呼ばれる症状に対するストレスが及ぼす影響が指摘されている。具体的には、親の介護や子どもたちの巣立ち、夫の定年などの家族の問題、職場の問題、健

表4 閉経による各器官における変化と関連疾患

器 官	変化・関連疾患
1. 心血管系	動脈硬化症・高血圧症・冠動脈疾患
2. 骨	骨粗鬆症・腰痛症
3. 皮膚	乾燥・委縮・弾力性低下・脱毛
4. 精神神経系	脳血管障害・精神不安定・うつ病・認知症 ニューロパチー・ミエロパチー
5. 泌尿器・生殖器	委縮・炎症・子宮下垂・子宮脱・膀胱炎

資料：引用文献13) より

表5 更年期障害の部位と症状

部 位	症 状
1. 全身症状	のぼせ・発汗・全身倦怠感
2. 中枢神経症状	抑うつ・不眠
3. 末梢神経症状	手足のしびれ
4. 泌尿器・生殖器症状	外陰炎（疼痛感）・委縮性膣炎（性器出血・帯下・性交障害）
5. 骨格・筋症状	腰痛

資料：引用文献13)より

康上の変化と自信の喪失、などが相互に関連していると考えられている。また、ホルモン環境の変化が自律神経失調症状や精神・神経症状発症を引き起こしていることが知られている。抑うつの発症が脳内モノアミン神経伝達物質であるドーパミン、ノルアドレナリン、セロトニンと関連することが報告され、例えばエストロゲン濃度の低下は、モノアミノキシダーゼの分解を抑制し、セロトニン濃度に影響することが知られている。

3) 更年期障害の診断

更年期障害の診断には、主に自覚症状、血液検査、精神疾患との鑑別の3つの柱がある。更年期障害の自覚症状である不定愁訴は、多様で変化しやすく、症状の程度を定量的に評価することは極めて困難である。これを定量化するために、クッパーマン更年期指数が考案され、さらに日本人向けに改良された簡略更年期指数 (SMI 資料2)¹⁸⁾ が広く使われている。血液検査では、FSHが30 mIU/mL以上と高値となり、一方でエストラジオールE₂が10 pg/mL以下となることによって診断される。更年期障害の症状は神経症、うつ病、統合失調症などの精神科疾患との鑑別を必要とする場合もある。精神科疾患を除外す

るための診断にはさまざまな方法が用いられるが、心理テストのCornell medical index (CMI) 健康調査票やSelf-rating Depression Scale (SDS) などが多く用いられている。更年期障害と精神疾患の合併もしばしば認められ、精神科との共同診療が必要となることがある。

3 中年期女性の健康状態と出産体験

妊娠出産は女性の一生の中で大きな価値を持つものであり、その後の生活や健康に身体的・心理的・社会的に重要な影響を及ぼすものと考えられる。出産体験の認知の在り方がその後の女性の心の健康や母性性の発達に影響することが報告されている¹⁹⁾。我部山ら²⁰⁾は、産後6年までの出産体験の評価に関する縦断的研究を行い、出産後の総合的満足度は1年後より6年後に有意に高くなることを明らかにしたが、出産の満足度と女性の日常の健康状態との関連については言及していない。菅沼ら²¹⁾は、70歳代の女性を対象に初経から更年期までの出産体験を中心とした生活状況の聴き取り調査を行った。その結果、昭和20年代に出産を体験した女性たちは自分の身体感覚に従順に対応していたこと、更

年期症状の自覚がほとんどなく更年期を「何ともない」ものと捉えていたという興味深い結果を明らかにした。そこで、女性の健康に関連すると考えられる多くの要因の中で出産体験に焦点を当てて、出産体験の認知の在り方がその後の生活や健康にどのように関連するかを明らかにすることは、女性の生涯の健康づくりをサポートするために有効ではないかと考えられる。

筆者は妊娠出産期から中高年に至るまでの女性の健康づくりのための基礎データを得るために、40歳から84歳までの女性を対象に、女性の心理的特性と出産体験の認知との関連、日常生活や健康状態と出産体験の認知との関連を明らかにするための調査を行った²²⁾。調査の内容は、①対象者の特性、②家族関係、③友人関係、④出産体験に関する認識、⑤生活の質の評価、⑥CMI—健康調査票（Cornell Medical Index—Health Questionnaire）であった。CMIは、身体的自覚症状162項目と精神的自覚症状51項目で構成され、被験者の心理状態を評価するものである。得点を基にI、II、III、IVのいずれかの領域に分類（深町分類²³⁾）し、Iは心理的正常、IIはどちらかと言えば心理的正常である可能性が高い、IIIはどちらかと言えば神経症である可能性が高い、IVは神経症と判定する。

調査結果から次のような考察が得られた。

1) 中高年女性の心理的特性と出産体験の認知との関連

調査対象の心理的特性と出産体験の認知との間に関連がみられた。出産の安産群は難産群に比べてCMI分類の心理的正常に判定された人が多かった。出産を安産だったと認知

していた人は、難産だったと認知していた人に比べて心理的正常と判定された人が多いことが示され、また、出産の満足群は不満群に比べて、CMI分類の心理的正常と判定された人が多いことが示された。

出産の難易別にCMIの結果をみると、出産を難産だったと認知していた人は安産だったと認知していた人に比べて、心身の症状を強く自覚する傾向にあり、疲れやすいことが示された。出産の満足別でも、出産を不満だったと認知していた人は満足したと認知していた人に比べて、心身の症状を強く自覚する傾向があり、特に心理的に不安定になりやすいことが示された。この結果は、心理的特性として神経症傾向の高い人、また心身の症状を強く自覚する人は、出産体験をネガティブに認知しやすいということを示している。心理的特性および心身の自覚症状と出産体験の認知との関連は、一方が他方に影響するというものではなく、相互に影響し合っていると考えることが妥当であり、出産前の心理的特性は出産体験の認知に影響を及ぼすと考えられる。

2) 中高年女性のライフスタイルと出産体験の認知との関連

出産体験の認知別に中高年女性のライフスタイルの違いをみると、出産の難易に関する認識では違いがみられず、出産の満足に関する認識では、友人の有無、家族の対話の輪無、家族の心配ごとの有無に差がみられた。出産の不満群は満足群に比べて、友人が無く、家族との対話が無く、家族の心配ごとが有るという人が多かった。夫との関係は、出産の難易や出産体験の満足の認知の違いに関連が見られなかった。出産体験に満足していた人は

友人や家族との関係を円滑に保つことができ、出産体験に不満を持つ人は友人が無く、家族との対話が無く、家族の心配ごとがあるという結果であった。出産の満足と不満の認知には、友人や家族などの人間関係の持ち方が関連すると考えられる。

4 女性のライフスタイルと健康

女性が一生においてどのように健康障害を予防し、病気から回復し、健康を維持していくのか、ライフステージを通して明らかにすることは興味深いことである。女性が若い時の出産の経験をどのように認識し、どのような価値を見出し、こだわりを持ちながら年齢を重ねていくことによって、生活や健康をどのように豊かにしていくのか重要である。著者の調査結果の出産体験の認知別に、ライフスタイルと心身の自覚症状との関連をみると、家族・友人や近所との関係の持ち方が身体的・精神的自覚症状と強く関連していた。友人や近所付き合いなどの社会的信頼や家族

との信頼関係は精神的な安定感をもたらし、生活の充実につながり、心身の自覚症状の発現を抑えているものと考えられる。また、出産を難産だったと認識していた人、出産に不満を持っていた人の中で、生活意欲の有無、新しいことへの取り組みの可否、生活の充実感の有無などの生活の質の評価が低い人は心身の自覚症状を強く示していた。しかもこの傾向は出産の難産群より不満群の方により強くみられた。東京都老人総合研究所が行った長期プロジェクト「中年からの老化予防総合的長期追跡調査」の報告²⁴⁾では、社会活動性（家族や知人との交流など）と知的活動性（探究、創作、余暇活動などの活動能力）の乏しい人は自立度低下の危険度が高いことが示されている。前述の筆者の調査の対象は有職者が多い（71.7%）ことが特徴であったが、友人や近所付き合いとともに仕事を社会活動としてポジティブに捉えることは、手段的自立すなわち健康を維持するライフスタイルにつながると考えられる。

おわりに：男女のヘルシイエイジング

男女のヘルシイエイジングを目指して、更年期の保健政策および保健行動としてさまざまな改善策が考えられる。まず、性差医療や女性病学の必要性が提唱されてきたように、男性病学すなわち男性のための医療分野の確立に注目する必要がある。例えば慎重なテストステロン補充療法は、更年期の時期の男性の自殺防止策として効果を示すのではないかと考えられる。現在、女性の更年期障害に対するホルモン補充療法の効果については一般

に認められるところである。そのほかに重要なことは、仕事と生活の改変である。ワーク・ライフ・バランス、すなわち仕事を含めた社会活動、食生活・健康・家族関係を含めた生活の見直しが必要である。ピールは精巣機能の低下を招き、肥満はテストステロンの働きを妨げるということを知っているだろうか。一方、女性にとって出産の体験は中高年期になっても重要な意味を持つものである。出産体験に関する認識が、その女性の持つ心理的

特性およびライフスタイル、健康状態に関連していることが示唆された。出産体験の認識がその後の健康状態や生活の在り方に影響するのか、あるいは元々の心理的特性が出産体験の受け止め方を左右しているのか、これはおそらく両要因が断ち切りがたく相互に関連しているものと考えられる。しかしいずれにしても、女性にとって日ごろから様々な日常生活の出来事に前向きに取り組み、ポジティブに考えるような心理的特性とライフスタイルを備えることがヘルシエイジングへの道

である。特に働き盛りの男性にとって、友人や家族との対人関係が健康生活の鍵を握ると考えられ、退職後の地域生活の中で大きな価値をもつものとなると考えられる。さらには地球規模の環境改善を目指した生活に切り替えていくことが必要であろう。動植物の奇形の多発や動物の精子数の減少が環境ホルモンの影響であるらしいことは、多くの科学者が指摘するところである。エコロジーを目指した生活は、伝統医療や民間医療の見直しにもつながっていくものと考えられる。

引用文献

- 1) Lock, M.: Cultural construction of the menopausal syndrome: the Japanese case. *Maturitas* 10, p 317-332, 1988
- 2) 伊藤直樹、塚本泰司: 男性更年期の概念、*医学のあゆみ*、205(6)、p 380-384、2003
- 3) 「LOH 症候群診療ガイドライン」検討ワーキング委員会: 加齢男性性腺機能低下症候群 (LOH 症候群) 診療の手引き、日本泌尿器科学会・日本 Men's Health 医学会「LOH 症候群診療ガイドライン」検討ワーキング委員会、2010
- 4) 辻村晃、西村和郎、松宮清美、奥山明彦: 精巣機能からみた男性更年期—加齢とテストステロン—、*医学のあゆみ*、205(6)、p 388-391、2003
- 5) マルコム・カラザース著、横山博美訳: 男性更年期の謎、人間と歴史社、東京、p 95、1998
- 6) 前掲書 3)、p 3
- 7) Heinemann, L.A.J. et al.: A new “aging males’ symptoms” rating scale. *Aging Male*, 2, 105-114, 1999
- 8) 辻村晃、西村和郎、松宮清美、奥山明彦著: 精巣機能からみた男性更年期—加齢とテストステロン—、*医学のあゆみ*、205(6)、P 388-391、2003
- 9) はらたいら著: はらたいらのジタバタ男の更年期、芳賀書店、東京、2000
- 10) はらたいら著: 男も更年期が分かると楽になる、主婦の友社、東京、2002
- 11) ジェド・ダイヤモンド著、藤原美子訳: 男の更年期、新潮社、東京、2002
- 12) 内閣府自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全企画課: 平成 25 年中における自殺の状況、警察庁生活安全局、2014

- 13) 池田正、末岡浩、鈴木直、永澤規子、中村有里、藤原繁、柳井香里：系統看護学講座専門分野Ⅱ 成人看護学9 女性生殖器、医学書院、p 170、2014
- 14) 玉田太郎：思春期の不定愁訴—不定愁訴の概念とCMIによる調査—、産婦人科治療、77、p 38~p 41、1998
- 15) 筒井末春：不定愁訴とその対策、産婦人科治療、77、p 21~p 26、1998
- 16) 前掲書1)
- 17) 後山尚久：中高年女性の不定愁訴とその捉え方、産婦人科治療、79(1)、p 32~p 40、1999
- 18) 小山崇夫：不定愁訴と更年期指数、産婦人科治療、87(3)、p 266、2003
- 19) 三枝清美、前原澄子：出産体験のとらえ方がMaternal Identityに及ぼす影響について、日本看護科学学会誌、13(3)、p 182、1993
- 20) 我部山キヨ子、堀内寛子、脇田満里子、入澤みち子：出産体験の評価に関する研究—産後6年までの出産体験の評価の推移—、母性衛生、42(4)、p 591-598、2001
- 21) 菅沼ひろ子、串間秀子、川原瑞代、若松由佳子、渡辺久美、宮里和子：昭和20年代の出産体験者の語る初経から更年期まで—宮崎県A町在住者に聞く—、宮崎県立看護大学研究紀要、1(2)、p 79-p 91、2000
- 22) 蛭田由美：中高年女性における出産体験の認知と健康状態、心理的特性、ライフスタイルとの関連に関する研究、日本母性看護学会誌、5(1)、p 78-p 84、2005
- 23) 深町建：Cornell Medical Indexの研究（第2報）、CMIによる神経症者の判定基準について、福岡医学雑誌、50、p 3001-p 3009、1959
- 24) (財)東京都老人総合研究所編：サクセスフルエイジングをめざして—元気で長生き—、長期プロジェクト「中年からの老化予防総合的長期追跡調査」報告書、13、2000

資料 1

Aging males' symptoms (AMS) スコア（男性の老化症状に関する質問項目）

- 1 総合的に調子が思わしくない（健康状態、本人自身の感じ方）
- 2 関節や筋肉の痛み（腰痛、関節痛、手足の痛み、背中への痛み）
- 3 ひどい汗（思いがけず突然汗が出る、緊張や運動と関係なくほてる）
- 4 睡眠の悩み（寝つきが悪い、ぐっすり眠れない、寝起きが早く疲れが取れない、浅い眠り、眠れない）
- 5 よく眠くなる、しばしば疲れを感じる
- 6 イライラする（当たり散らす、些細なことにすぐ腹を立てる、不機嫌になる）
- 7 神経質になった（緊張しやすい、精神的に落ち着かない、不機嫌になる）
- 8 不安感（パニック状態になる）
- 9 身体の疲労や行動力の減退（全般的な行動力の低下、活動の減少、余暇活動に興味がない、達成感がない、自分をせかさないと何もしない）
- 10 筋力の低下
- 11 憂うつな気分（落ち込み、悲しみ、涙もろい、意欲がわからない、気分のむら、無用感）
- 12 “人生の山は通り過ぎた”と感じる
- 13 力尽きた、どん底にいると感じる
- 14 髭の伸びが遅くなった
- 15 性的能力の衰え
- 16 早朝勃起（朝立ち）の回数の減少
- 17 性欲の低下（セックスが楽しくない、性交の欲求が起こらない）

（注）日本語訳試案：札幌医科大学医学部泌尿器科）

資料2

簡略更年期指数 (SMI)

症状の程度に応じ、自分で○印をつけてから点数を入れ、その合計点をもとにチェックをします。
 どれか1つの症状でも強く出ていれば、強に○をして下さい。 (東京医科歯科大学方式)

症 状	強	中	弱	無	点数
① 顔がほてる	10	6	3	0	
② 汗をかきやすい	10	6	3	0	
③ 腰や手足が冷えやすい	14	9	5	0	
④ 息切れ、動悸がする	12	8	4	0	
⑤ 寝つきが悪い、または眠りが浅い	14	9	5	0	
⑥ 怒りやすく、すぐイライラする	12	8	4	0	
⑦ くよくよしたり、憂うつになることがある	7	5	3	0	
⑧ 頭痛、めまい、吐き気がよくある	7	5	3	0	
⑨ 疲れやすい	7	4	2	0	
⑩ 肩こり、腰痛、手足の痛みがある	7	5	3	0	
合 計 点					

更年期指数の自己採点の評価法

0～25点・・・上手に更年期を過ごしています。これまでの生活態度を続けていきましょう。

26～50点・・・食事運動などに注意を払い、生活様式なども無理をしないようにしましょう。

51～65点・・・医師の診察を受け、生活指導、カウンセリング、薬物療法を受けた方がいいでしょう。

66～80点・・・長期間（半年以上）の計画的な治療が必要でしょう。

81～100点・・・各科の精密検査を受け、更年期障害のみである場合は専門医での長期的な対応が必要でしょう。