

文献1) 渡辺昌祐ら：抗精神病薬の選び方と使い方、新興医学出版社 1993

Q145 精神分裂病に対して、家族の対処はどのようにしたらよいでしょうか。

Q145 Expressed Emotion (EE) という考え方があります。家族が患者に向ける感情表出のことをいいます。批判や敵意を患者に対して多く表出する家族を高EEの家族と呼びますが、家族が高EEの場合、一度発病した患者が再発する確率が50.1%であるのに対して、低EE群では21.1%であったという報告があります。このようなEEの再発予測性については世界で一致した見解になっています。とくに批判的コメントや敵意が問題です。しかし、高EEになるにはそれなりの理由があるのであって、再発を防止し、地域ケアを成功に導くためには、高EE状態にある家族に、何らかの支援プログラムを考慮すべきであるという考えがあります。

文献1) 大島巖：再発予防と感情表出、精神医学37：53-58、1995

Q146 思春期精神障害者の就労にあたっての、援助のポイントは何ですか。

A146

### 1. 障害者の就労能力の適切な評価

障害者は、なかなか自分の就労能力の現状を認識しようとしません。発病以前の自分の就労状況と比較して、つい高望みしてしまいがちです。就労経験のない若年者の場合は、高望みこそしないものの、客観的な自己評価ができないのが普通です。そこで援助者が、就労能力を含めた障害者の現状を適切に把握して、的確なアドバイスをする必要があります。アドバイスがきき入れられるような信頼関係づくりの大切さは言うまでもありません。

### 2. 就労初期段階の援助

一般に障害者は対人関係を円滑にこなすのが苦手です。このため、職種も狭まりがちです。ことに就労初期には緊張が強く、対人関係のちょっとしたトラブルが就労の破綻につながります。そこでしばらくの間、援助者が障害者とともに職場に行き、作業をこなすという援護就労が勧められる場合もあります。

### 3. 継続のための方策

障害者は疲れやすく、休みがちとなり、得てして就労が長続きしません。援助者は、本人の現状の把握と同時に、職場の受け入れ態勢についても経過観察が必要です。無理のない就労継続のために、次項で述べるような、新しい就労形態の試みもなされています。

文献1) 野田文隆、蜂矢英彦編：誰にでもできる精神科リハビリテーション、星和書店 東京 1995

Q147 精神障害者の就労を支える制度や試みにはどんなものがありますか。

A147 障害者雇用の促進

「障害者の雇用の促進等に関する法律」では、事業主に一定割合以上の障害者の雇用に義務づけており(雇用率制度)、その雇用割合を達成できない事業主から納付金を徴収しています(雇用納付金制度)。これをもとに、障害者を雇用している事業主に助成金が支給されています。

### 2. 就労のためのトレーニング

就労をめざした精神障害者のトレーニングは、デイケアの作業をはじめ、地域の精神科作業所、入所型・通所型の授産施設、精神障害者福祉工場などで行われています。また、通院中の障害者に、一定期間事業所に通ってもらい、就労に必要な集中力や環境適応能力の向上をはかる制度(職観制度)もあります。

### 3. 障害者の特性を配慮した就労形態の工夫

菅原らは、首都圏Y市の精神障害者地域生活支援連合会(市内の作業所・グループホームを会員とする団体)による試みを紹介しています。ここでは、市営斎場から、会葬者への湯茶提供と場内清掃業務の委託を受け、障害者各人の能力や状態に合わせて業務配分しています。障害者各人の得手不得手を相互補完できる、病状悪化に伴う長期離脱にも対応できるなど、就労持続困難をはじめとする障害者の特性を配慮した就労の試みとして、大いに成果をあげています。

文献1) 菅原道哉、吉塚晴夫：地域における精神障害者の就労、加藤正明監修 日本産業精神保健学会編 産業精神保健ハンドブック 601-610、

Q148 精神科の病気とわかれば、解雇されてしまうのではないですか。

A148 今度は、就職した後に発病したケースを取り上げてみます。

「欠勤しがちで、今、精神科にも通っています。主治医からは、ある程度長く勤めを休んで療養に専念するようにいわれています。でも、精神科の病気だと職場に知られたら、クビになってしまうのではないですか」

主治医が休職のための診断書を出そうとするとき、こういう不安をもらす患者さんは少なくありません。しかし、答えはむしろ逆です。このまま次第に欠勤がかさみ、有給休暇の範囲を越えれば、減俸、さらには解雇という事態もありうるかもしれません。でも、ひとたび病気という診断書が出て、治療の必要上休むとなれば、これを理由に解雇することはできません。

療養の後、復職可能なレベルにまで回復すれば、その旨を記された主治医の診断書をもとに、職場では通常、復職面接を行います。復職面接は、病態の改善状況の確認、復職可否の判定のために行われます。業務形態や内容に関する制限の要否の判断のためには、主治医との連絡は欠かせません。通常は、職場の産業医が、担当の保健婦とともに本人と面接をするものですが、本人への理解と支援を得るために、上司や家族の同席を要請することもあります。職場復帰段階での関係者の連携は非常に重要です。

文献1) 倉林るみい：不況下の職場復帰、こころの健康 14(2)：35-38、1999

Q149 ある時、何のきっかけや心配事もないのに突然動悸がして呼吸が苦しくなりました。夢中で息をしようとしているうちに手足がしびれてきました。119番し救急外来を受診しましたが、医師からは何の異常もないといわれました。しかし、また同じ状態になるのではないかと考えると、その後も一人で外出するのが恐ろしくなりません。(不安神経症とはどのような病気でしょうか?)

A149 心の中の葛藤やストレスが原因となって起こる神経症の代表的なものに不安神経症があります。

不安神経症は全般性不安障害と恐慌性障害に大別されます1)。全般性不安障害は、事故や病気に対する持続的な不安が特徴で、この不安は、例えば小さな地震などを体験すると一層強くなります。恐慌性障害の場合、突然に不安と自律神経系の活動亢進(動悸、息苦しさ、めまい、ふるえなど)が生じ、数分間続いておさまります。相談の内容からこの恐慌性障害と考えられます。内科では過換気症候群や神経循環無力症などと診断されることがありますが、意味するところはほぼ同じです。恐慌発作の最中、本人は「今にも死ぬのではないかと」感じ、極度の不安感におそわれます。恐慌発作を一度経験すると、「人前でパニックになり取り乱しはしないか」とおそれて外出を避ける傾向も出てきます。

文献1) 高橋徹：不安神経症 パニック障害とその周辺、東京 金原出版株式会社 1989

文献2) 上島国利, 野崎伸次：パニックディスオーダーの薬物療法、高橋徹編：精神医学レビューNo.3 パニックディスオーダー、東京 ライフ・サイエンス 1992

Q150 不安神経症はどのような治療をするのでしょうか

A150 治療はまず、そうした不安を抱えていることを受容し、必要な診察や検査を行って身体疾患や他の心の病が可能性を除外し、診断を下します。そして、恐慌発作は生命にかかわるものではないことを保証します。恐慌発作を予防する薬を投与します。2)、3)薬をやめられなくなるのではないかと心配する方もいますが、医師の指示に従って内服すれば、安全な薬であり依存性についても心配ありません。十分な薬を内服して恐慌発作を予防し、「前向きに」日常生活の幅を回復、拡大していくことです。薬はもう必要ないと感じたり、止めたくなったときには、薬の止め方について医師に相談するのがよいでしょう。

文献1) ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—、東京 医学書院、1993

文献2) 高橋徹：不安神経症 パニック障害とその周辺、東京 金原出版株式会社 1989

文献3) 上島国利, 野崎伸次：パニックディスオーダー

一の薬物療法。高橋徹編：精神医学レビューNo.3 パニックディスオーダー、東京 ライフ・サイエンス 1992

Q151 以前から公衆便所で、小用の後に手を洗わない男性が意外と多いことに不快感を感じることはありませんでしたが、普段は気にとめていませんでした。半年前たまたま不潔な風体の人物と電車で乗り合わせ、以来つり革、手すり、ドアなどに尿がついているのではないかと気になって仕方ありません。悪い病気がうつってしまったらどうしようかと心配で、外出から帰宅する度にシャワーを浴び、自分が触れた壁や床等を何度も拭き掃除します。こんなことをしても無意味だし時間の無駄だと思いますが、やらないととても不安になります。自分一人でやると勉強する時間が足りなくなるので、母親に手伝ってもらいます。母親が快く手伝ってくれないととてもいらいらします。(強迫神経症とはどのような病気でしょうか?)

A152 自分でも不合理だと思って考えまいすると不安が強まり、一層強く迫ってくるような観念(相談者の場合「病気が移るのではないか」という考え)を強迫観念と呼びます。強迫観念に追いやられ、無意味と思うが実行せずにはおれず、実行すると不安が除かれるようなものを強迫行為(ここではシャワーや拭き掃除)と呼びます。これらによって多くの時間を浪費し、日常生活や対人関係に著しい障害をもたらしている場合、それは強迫神経症と言う心の病の一つであり、治療の対象になります1)。本相談のような病的恐怖を伴う強迫神経症の最も有効な治療法は暴露療法であると言われます2)。暴露とは逆に、不安を呼び起こす刺激を回避するために閉じこもったり、強迫行為に他の人を巻き込んで不安解消を手伝わせたりすることは回復とは逆の効果をもたらします。家族が巻き込まれるのは、当初、掃除という強迫行為を手伝うことで本人の不安が減ると感じるからですが、一方で強迫症状の激化への道を開いてしまいます。ただし、だからと言って、閉じこもる本人を追い立てても焦らせるだけで、症状はむしろ悪化しかねません。

文献1) 諏訪望：最新精神医学、新改訂第35版。東京 南江堂 1990

文献2) 山上敏子：強迫神経症の行動療法、日本生物学的精神医学会編：強迫性障害東京学会出版センター 1994

Q153 強迫神経症はどのように治療するのでしょうか?

A153 専門医による相談や治療に加えて、家族がこのことを理解してくれれば、あなたにとって回復への大きな助けになるでしょう。強迫症状に対しては有効な薬がありますが、症状が辛くて、本人も家族も疲れ切ってしまうこともあります。入院して安静と治療に専念した方が楽な場合もあります。「家と病院とどちらが居心地がよいだろう」と秤に掛けてみるのも一法でしょう。

文献1) 諏訪望：最新精神医学、新改訂第35版。東京 南江堂 1990

文献2) 山上敏子：強迫神経症の行動療法、日本生物学的精神医学会編：強迫性障害東京学会出版センター 1994

Q154 自分では気がつかないうちにおなかからガスが出てしまうので悩んでいます。級友が鼻を鳴らしたり、咳払いをしたりする度に、またガスが出てしまったのだと思っていたたまれなくなります。(対人恐怖症とはどのようなもののでしょうか?)

A154 本人自身は臭いを感じていなくても、会話の相手がたまたま鼻をすすり上げたりすれば、本人にとっては臭いが存在する動かぬ証拠と直感されるでしょう。そのために対人場面で大変な苦痛を感じます。これは、自己臭恐怖という対人恐怖症のひとつです。対人恐怖症はこの他にも、赤面恐怖、醜貌恐怖、など恐れの対象によっていろいろあります。予後は良好なことが多く、臭いが出ると言う信念は変わらずとも、いつのまにか「咳払い」が減ったと感じ、仕事や遊びに関心が移り、生活の支障がうすらいでいくといわれます

文献1) 山下格：対人恐怖、東京 医学書院 1977

Q155 対人恐怖症はどのように治療したらよいでしょうか?

A155 他の心の病の可能性もあるので精神科医の診

察を受けるのがよいでしょう。不安を和らげるためには薬物療法も有益です。相談を受けた場合の対応としては、まず相手の苦しみに対して時間をかけて耳を傾けます。信頼関係が成立した後で、「臭いのことで辛いのはよくわかったが、それにしても…こうして話していても私は全く臭いを感じないのですが…」と告げてよいでしょう2)。「臭いなんかない」と頭から否定したり、「私も人前で放屁したことがあるけど気にしてないよ」などと安易に励ますのは禁忌です。以後の相談は、学校や友人に関する具体的な悩みが中心となるでしょう。対人恐怖症者は何事も白黒はっきりさせすぎの傾向があります。ユーモアを大切に、「楽あれば苦あり」、「待てば海路の日和あり」、「鬼の目にも涙」的なエピソードがあれば面接の中で一緒に振り返って見ましょう。共に問題について考え、自立を支援する方向で相談に乗ればよいでしょう。

文献1)笠原敏彦：神経症・心身症の外来治療、東京ヒューマンティワイ 1989

Q156 思春期にみられやすい身体症状・不定愁訴には、どのようなものがありますか。

A156 思春期は第二次性徴の出現に代表されるように心身の発達が著しい時期なので、思春期にあるものは、自分の身体の変化に非常に敏感であるのが普通です。その上で、精神的な問題と関連してみられやすい身体症状・不定愁訴としては以下のようなものがあります。

全身症状：易疲労感、倦怠感、睡眠障害

感覚症状：頭痛、頭重感、筋肉痛、めまい、しびれ、ふるえ、熱感、蟻走感

呼吸・循環器系症状：胸部圧迫感、動悸、呼吸困難

消化器症状：食欲不振、悪心、胃痛、便秘、下痢

泌尿・生殖器系症状：頻尿、性欲減退、月経不順  
そして、このような訴えを持って学校の保健室を訪れる児童生徒が、保健室の全体利用に占める割合は非常に高くなっています。また、在校児童生徒の6-7割がこのような身体症状・不定愁訴をもって、保健室を利用していると報告されています。これは、児童生徒は自分の内的な悩みや問題を表現化する能力が発達途上であるためであると考えられてい

ます。つまり、精神的問題の身体化が思春期には起こりやすいのです。

文献1)牛島定信：思春期の心身症、心身医学 34：213-218、1994

文献2)北村陽英：学校精神保健活動の実際、精神医学 39：456-463、1997

文献3)山下格ら：神経症圏障害基準試案、精神医学 31：345-352、1989

Q157 そのような身体症状・不定愁訴が精神的なものかどうかを、どう判断していけばよいのでしょうか。

A157 先程精神的問題の身体化が、思春期には起こりやすいと述べましたが、注意したいのは、上記のような身体症状・不定愁訴は身体疾患が存在する場合でも生じてくる症状でもあるという点です。その身体症状・不定愁訴の原因が、精神的なものかどうかで対応が大きく違ってきますので、その判断は慎重になさなければなりません。そこで、一番の決め手は器質的な異常が認められないことなのですが、これは医療機関等の専門家にきちんとみてもらうのがよいでしょう。ただ、専門機関等に相談・紹介する前に、その人の行動や雰囲気からある程度は推測できることが多いのもまた事実です。みなさんの推測により、どのような専門機関に相談・紹介したら良いのかを判断したら良いと思います。

その際に大事なものは、みなさんの観察力にもとづく直感とでもいうべきものです。これは、その人の表情、話し方、視線、歩き方、自宅での行動、家族との関係、学校での行動、雰囲気等を、実際に注意深く観察したり、周囲から情報を集めたりして得られたものからなされる総合的な判断です。これには、経験の積み重ねが重要ですから、日頃より「あれ、何か違うな」という感覚を大事にして、根気よく観察を続けていくのが遠い道のりのようですが一番の近道です。

文献1)諏訪 望：新訂版最新精神医学、南江堂 1980

文献2)財団法人日本学校保健会：保健室における相談活動の手引き、勝美印刷株式会社 1995

Q158 そのような身体症状・不定愁訴がみられた場合は、どのようなことに注意して接すればよいのですか。

A158 基本的には、身体疾患・精神疾患ともに専門の医療機関と連携して治療・支援活動をするのが、一番の方法です。そのうえで、実際に児童生徒と接していく際に注意したいことは、カウンセリングマインドを持って接していくことです。これは、簡単にいうと説教などせず話を親身に聞くことです。あなたが、相手の問題を解決できるのでは無いのです。一緒にゆっくりと解決していくしかないのですから、相手をよく理解しなくてはなりません。もう少し詳しく説明しましょう。

誰でも、自分の話を批判されたり、上辺だけでしか聞いていなかったりする人には、あまり真剣に話をする気になれないでしょう。話している人は、聴いている人の鏡です。つまり、真剣に話を聞いていれば、相手も真剣に話してくれます。相手の話を真剣に聴こうという気持ちがまずなければ、本当に話が始まらないのです。この真剣に話を聴くことが実はあります。それが、カウンセリング・マインドというものです。これは、次の3つの心構えからなります。

①受容… 相手を受け入れる事です。このためには、まず自分を受け入れて貰わなければなりません。そのためには、優しい笑顔で常に接することが一つの技術となります。

②傾聴… 相手の話を積極的に聴く事です。ここでのポイントは、相手の話の内容に関して善悪などに関する自分の価値判断を当てはめないことです。自分も相手の立場で話を聴き相手の体験を追想するという状態です。

③共感… 相手の体験上の気持ちを、同様に感じる事です。難しいことに感じますが、映画をみて感動するように、相手の体験を追想して同じ気持ちを感じればよいのです。受容、傾聴を実践していれば、自然に共感できるものです。

このような態度で接して、児童生徒が抱えた問題を一緒に解決していけば良いでしょう。

その際には、あせってはいけません。あくまでも、その児童生徒の成長にあわせるようにしてください。

文献1) 大塚義孝(編) : スクールカウンセラーの実際、こころの科学 1996

文献2) 亀井よ志子 : 学校精神保健における一次予防と初期介入、精神医学 39 : 499-504、1997

文献3) 加藤正明 : カウンセリング、新版精神医学事典 弘文堂 東京 1993

Q159 アルコール・薬物依存症とはどのような病気ですか。やめられないのは意志が弱いからではないのですか。

A159 ある物質を連用することにより、脳にある種の変化が起こり、その物質がほしくてたまらず、その物質なしではいられなくなる精神状態になることがあります。これを「精神依存」と呼び、アルコール・薬物依存症の中核症状として位置づけられています。また摂取する物質によってはその使用を中止したり減量すると身体が震えたり強い不安感を感じたりする「離脱症状」が現れることがあります。このような状態を「身体依存」と呼んでいます。なお精神依存が認められなくても、その物質が不適切に使用されている場合を「乱用」と呼んで、使用を戒めています。

これら依存症ではその物質に対する脳の反応の仕方が変化してしまっているため、ひとたびその物質が体内にはいると、その物質の摂取のコントロールが効かなくなり、さらにその物質を欲求するというブレーキが利かない状態になるのです。花粉症の人が花粉を吸い込んだらくしゃみや鼻水が止まらなくなるアレルギー反応のように、依存症の人は「ほどほどに用いる」ということができない体質になっています。意志が弱いからやめられないのではありません。しばらくやめてもまた摂取するとすぐに連用するようになり、なくなるとあらゆる手を尽くしてその物質を求めるようになるのです。

文献1) 加藤伸勝 : 薬物依存 生物・心理・社会性障害の視点から、新興医学出版社 東京 1993

Q160 依存性の薬物にはどのようなものがありますか。なぜ使つてはいけなんでしょうか。

A160 現在、WHOなどで「障害をもたらす恐れのある依存性薬物」として認められているのは以下の9種類です。中枢神経に対する作用で主に2つに分

けられます。

1. 興奮系

コカイン 覚醒剤・カフェイン  
幻覚剤(LSDなど) ニコチン

2. 抑制系

阿片類 アルコール  
揮発性溶剤(シンナーなど) 大麻類  
睡眠薬・抗不安薬

依存症になるまでの使用期間は数週間から数年とさまざまですが、時にはたった1回の使用でもなる可能性があります。

これらの物質の危険性には程度の差がありますが、これらを連用することで、精神面では、イライラ、不眠、抑うつ感、自己否定感、学習能力・作業能力の低下、被害感、妄想、幻覚、自殺などの問題が、身体面では肝臓や心臓、神経などの各臓器の障害が、また社会面では、不登校、怠学、家族関係の悪化、対人関係障害、社会的信用の喪失、事故、けんか、犯罪など実にさまざまな問題が生じます。ちなみに依存症者が死亡する危険性は同年代の健常人の数十倍から数百倍といわれており、各臓器障害や事故による死亡、急性中毒死、自殺などで生命を落としたり、失業や記憶力低下、人格変化、痴呆などの後遺障害、服役といった形で社会的な生命も奪われることになるのです。

文献1)WHO:「ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述とガイドライン」、医学書院、1993、東京 (World Health Organization:The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders-Clinical descriptions and diagnostic guidelines, 1992)

文献2)今道裕之:アルコール依存症- 関連疾患の臨床と治療第2版、創造出版 東京 1996

Q161 アルコール・薬物依存症の治療はどのように行われるのですか。

A161 時には自らの力で断酒・断薬を始める場合がありますが、多くの場合、専門的な治療・介入が必要になります。

この病気は本人がやめると決断しない限り回復

があり得ない病気です。しかし本人はなかなかやめようとしません。そこで家族などが行動を起こす必要があります。まず家族が専門機関に相談に出向き、この病気について正しく知り、本人への対応を変えていくことです。多くの場合、家族がよかれと思っ

てすることが結果的に病気の進行を後押ししているのです。たとえば酒を取り上げてみたり、本人にかかるストレスを減らそうとあれこれ奔走したり、本人の失敗の尻拭いなどをしていると、本人が自分の問題に気づくのを遅らせてしまいます。本人が起こした問題は本人の責任に帰すこと。そうすることで本人は変わらざるを得なくなってきます。

本人が登場したら、改めて病気の説明を行い、集団療法へ導入します。離脱症状がきつくなかなか断酒・断薬できない場合には入院・施設入所等も考慮します。依存症の治療では集団療法がきわめて重要で、また有効です。同じ病気の人たちと出会うことで、自分の現実の姿が見え、またやめ続けている先行く仲間の姿から回復への希望や具体的な方法が見えてきます。再発の多い病気なので、年単位でフォローすることが重要です。

文献1)斎藤学、高木敏、小坂憲司編:アルコール依存症の最新治療、金剛出版、東京、1989

文献2)吉岡隆編:援助者のためのアルコール・薬物依存症Q&A、中央法規、東京、1997

Q162 犯罪の被害に合うと、どのような心の傷をうけるのでしょうか。

A162 暴行・傷害や強姦などの犯罪は、普段私たちが自分の身におきるとは予期していない出来事であり、それが起こった時強い恐怖に襲われると同時に、自分ではなすすべのない無力感を体験することとなります。このような体験は人間の心に後々まで残るような深い傷を刻むこととなります。このような心の傷がトラウマ(trauma:心的外傷)と呼ばれるものです。犯罪被害の後しばらくはほとんどの人が感情や思考の麻痺や、動悸や睡眠障害、不安や恐怖を覚えます。被害から1ヶ月の間に解離や事件の記憶のフラッシュバックなどの通常より激しい症状をきたす場合をASD(Acute Stress Disorder:急性ストレス障害)といいます。また、このような症状が1ヶ月以上持続している場合をPTSD(Posttraumatic

Stress Disorder:外傷後ストレス障害)といひます。またこのような理神経学的な病態だけでなく、被害者は恥辱感、自責感、服従させられた感覚、無力感、激しい憎悪、自分が汚れてしまったような感じを抱くようになります。このような感情は事件だけでなく、事件後の警察や友人、家族などの周囲の心ない言動によって更に悪化させられることも少なくありません(2次被害)。また、被害によって身体精神的なダメージを受けた結果、仕事ができなくなったり、家族や友人などの対人関係が悪化するようなことも起こってきます。被害者の受ける苦痛は著しくまた長期に渡るものであることから被害者とその家族だけで乗り越えるのは困難であり、支援が必要とされます。

文献1)Ochberg, F. M.: Post-Traumatic Therapy and Victim of Violence, 3-19, Brunner/Menzel, N. Y., 1988

Q163 PTSDとはどのような精神疾患でしょうか。

A163 PTSDはPosttraumatic Stress Disorder(外傷後ストレス障害)の略称です。戦争や災害、犯罪など生命の脅威を感じるような出来事に遭遇したり目撃した結果発症するものです。

PTSDの症状は大きく3つに分けられます。一つは侵入・再体験と呼ばれる症状で、外傷的な出来事に関係するようなきっかけでその記憶が勝手によみがえるものです。このような記憶がよみがえると人はあたかもその出来事が再び起こっているように行動したり感じたりします。そのため、このような記憶の想起を防ぐために外傷体験に関係するような状況や場所、人を避けるようになります(回避)。また、健忘をおこし体験を思い出せなくなったり、周囲から孤立した感じや感情がせばまったような感覚を覚えます。交感神経の過覚醒状態が続くために眠れなくなったり、いつもびくびくしていたりイライラするようになったりもします。上記の症状は、出来事の直後ではだれしも起こりうるものですが、PTSDは出来事から一ヶ月以上続いている場合に診断されるものです。生涯有病率は1-14%といわれていますが、戦争の退役軍人や被災者、暴力犯罪の被害者では3-58%と高率にみられます。特に強姦の被害者ではPTSDの発症率が60%前後と高率であるとい

う報告があります。症例の半数は3ヶ月以内に回復しますが、数年から数十年に渡って持続する人もいます。PTSDの発症には出来事の大きさだけでなく、被害者の年齢、性別、生育歴、サポートの有無、被害後の支援の有無などが関わっていると考えられています。

文献1)American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, APA, Washington D. C. 1994

(高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳:DSM-IV精神疾患の診断統計マニュアル、医学書院 東京 1996)

Q164 犯罪の被害によってうけた心のケアはどのようにおこなわれますか。

A164 被害者への心のケアには2つのアプローチがあります。一つは、心のケアだけでなく経済や法律なども含めた総合的な支援を行うものです。欧米では、被害直後から支援者が危機介入という形で関わり、病院へ付き添いや必要な情報の提供を行います。また被害者の話に耳を傾け、安心や安全を確保できるように援助をします。その後も被害者は身体や精神に傷をおっているにもかかわらず、事情聴取や裁判など今までの人生に関係なかった様々なことを行わなくてはなりません。従って、法律的な情報や法廷への付添いなども重要な支援となります。また被害者は周囲の人から理解されず誰にも話せない状況に置かれていることが少なくないので、被害者の話を傾聴し、悲しみや怒りの感情を受け止めていくことで被害者自身が回復の力を取り戻せるようにします。このような被害者支援活動は日本ではまだはじまったばかりですが、全国レベルの被害者支援ネットワークが作られ東京医科歯科大学難治疾患研究所の犯罪被害者相談室をはじめとして13の組織が参加しています。また、各都道府県の警察本部に犯罪被害者対策室がおかれ臨床心理士が配置されているところもあります。もう一つのアプローチは精神科および心理学の専門家による治療で、最近ではEMDR(Eye Movement Desensitization and Reprocessing)やTFI(Thought Field Therapy)などの外傷体験の苦痛を緩和するための治療法が取り入れられるようになってきています。いずれのアプ

ローチでも他者や社会に対する信頼感の回復となるような治療者や支援者との安心できる関係の形成や被害者の人格や感情を尊重し、有力化していくことが重要とされます。

文献 1) 山上皓：犯罪被害者における PTSD、精神科治療学 131(8)：941-946、1998

文献 2) 岡野憲一郎：PTSD の治療(個人、集団療法)、精神科治療学 130(7)：825-832、1998

Q165 性障害とはどのような疾患ですか。

A165 性障害は、性機能や性別意識などに心理社会的な問題があり社会生活上の問題をきたしているものを指しています。アメリカの精神医学会の診断基準(DSMIV)では、①性機能不全、②性嗜好異常、③性同一性障害の3つに大きく分類しています。性機能不全には、性欲の低下や性的接触の嫌悪などの性的欲求の障害と性的興奮の障害と性交疼痛障害および薬物などによる物質誘発性性機能不全が含まれます。性嗜好異常は、通常の人とは異なる対象や状況に強烈な性的な興奮覚えるもので、人間ではない対象物に性的興奮を感じるフェティシズム、自分や相手が苦痛や屈辱を覚えるような状況で性的興奮を得る性的マゾヒズムや性的サディズム、子どもや同意できない人を対象とする小児性愛、窃視症などが含まれます。このような性嗜好異常は青年期に向かってはつきりした形をとり、本人が罪悪感をもち苦痛を感じるだけでなく、小児性愛や性的サディズムなどでは空想にとどまらず相手に傷害を与える犯罪となることもあります。性同一性障害は、自分の生物学的な性への不快感と心理的には反対の性(男性なら女性、女性なら男性)であるという認識をもっており、その反対の性になりたいという強い願望があるものを指します。その結果、外観を心理的な性に一致させようとして、反対の性の服装をしたり、性器などの手術を行う場合もあります。

文献 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, APA, Washington D. C. 1994(高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳:DSM-IV 精神疾患の診断統計マニュアル、医学書院 東京 1996)

Q166 性別同一性障害とはどのような病気でしょうか。

A166 性別同一性障害(Gender Identity Disorder)とは、自分の生物学的な性に拒否感や嫌悪感を持ち自分の性を受け入れられず、反対の性になりたいという強い願望をもち、心理的に苦痛を覚えたり社会的な生活に支障をきたす障害です。性転換症(transsexualism)といわれることもあります。身体的にも性別の判別が困難になる先天的な染色体の異常や半陰陽は通常この障害には含まれません。有病率は人口 42000 人から 54000 人に 1 人とかなりばらつきがありますが、男性の方が女性の 2-5 倍位で多いことは共通しています。この障害の原因については、胎生期のホルモン曝露や家族環境など様々な要因があるといわれています。通常、性の同一性を獲得する 2,3 才のころから一貫して性別をうけいられない場合と、思春期以降に性転換願望を抱くようになる場合があります。性同一性障害をもつ人は、心理的には反対の性に同一化しているため、自分の性器や第 2 次性徴を嫌悪し、本来の性から開放されたいという願望を持っています。社会的には反対の性別の服装や行動をし、反対の性の友人と好んで交際するなどの形で表れます。性対象は同性愛であることが多いですが、異性愛も場合もあり複雑です。生物学的な性と心理社会的な性が一致していないことは、強い心理的苦痛や葛藤を引き起こします。この苦痛から開放されるために外観を心理的な性に転換する性ホルモン療法や性転換手術をうける人もいます。

文献 1) 中野明德：性別同一性の障害「臨床精神医学講座 7 人格障害」、中山書店 259-270、1998

Q167 性別同一性障害の治療法にはどのようなものがありますか。

A167 性別同一性障害の人の多くは、性転換手術をのぞんでいます。まず精神療法を行い手術による以外は患者の心理的苦痛を解決する方法がなく本人が手術によって引き起こされる変化を受容できる力がある場合に適応されるべきだと考えられています。日本では、1996 年に埼玉医科大学の倫理委員会が適応の基準を作成し性別同一性障害の治療



として性転換手術を認めたのが最初ですが、その後日本精神神経学会でも性別同一性障害の診断と治療に関するガイドラインが提言されるようになりました。性転換手術の予後には人格の安定が重要な要因であるため、手術前の心理評価を厳密に行う必要があります。この心理評価は、精神分裂病などの重篤な精神疾患妄想性や分裂病型、境界性などの人格障害を除外するだけでなく、希望する性で1~2年生活してみる real life test などを行い、実際の生活上のギャップを十分に考慮するものも含まれます。予後調査では、このように十分な検討をうけて性転換手術をおこなった場合では、80%の患者がその結果に満足しているという報告があります。また、手術上は女性から男性へ転換するほうが困難であるにもかかわらず、手術後の生活の安定やパートナーとの関係は男性から女性への転換者より良好であるとされています。しかし、まだ社会的な認知や戸籍の問題などなどの困難が残されており、精神医療の中でも性別同一性に対する精神療法や手術前後のカウンセリングなどはこれからの課題であると言えます。

文献1) 鍋田恭孝：性同一性障害への対応、精神科治療学10(臨時号)232-235、1995

Q168 青少年の自殺が最近よく取り沙汰されていますが、実際の発生頻度は高いのでしょうか。

A168 (青少年の自殺の頻度)

まず、過去の状況との比較ですが、年齢別自殺死亡率の年次比較のグラフを見ますと、昭和35年頃までは、20-24歳を中心とする青年層の自殺死亡率が高く、老年者の自殺死亡率の高さと相まって明らか二峰性を示していました。ただ、青年層の自殺率は、年を追うとともに減少し、今では年齢とともに自殺死亡率が増加するという、フランスやハンガリーなどのヨーロッパ諸国と似たパターンを示すようになりました。次に、1995年時点での他国との比較ですが、日本の15-24歳の自殺死亡率は、人口10万人あたり8.4人であり、これは、フランスの10.3、アメリカの13.8、カナダの15.0よりも低く、ドイツの8.7とほぼ同レベルであります。ただ、注意すべき点としては、1997年から1998年にかけて、日本全人口の自殺死亡率が25,000人から3万

人台へと大幅に増加したこと、また、最近の文部省の調査により、公立小中高に通う児童・生徒の自殺者数が、同じく1997年から1998年にかけて44%増加したことが判明しています。上記の結果が青少年一般にもあてはまるとすれば、1998年の自殺死亡率に関しては、欧米諸国の中でも高い方に位置することになると思われます。

文献1) 厚生省大臣官房統計情報部：自殺死亡統計人口動態統計特殊報告、厚生統計協会、1998

文献2) 稲村博：自殺学、東京大学出版会、1977

Q169 青少年の自殺の特徴にはどういったものがありますか？

A169 (青少年の自殺の特徴)

まず、年齢別に見ますと、5-9歳の自殺者数は、全国で年間0-4人程度です。これは、いわゆる「死の概念」、つまり死の不可逆性についての理解が、8歳前後にならないと備わらないということが関係しているものと思われます。次に10-14歳の自殺者数は年間50-80人程度で、自殺手段としては、縊首が過半数を占め、次に鋭利な物体による自傷、および高所からの飛び降りがそれに続きます。15-19歳の自殺者数は、400-800人であり、自殺手段としては、縊首がほぼ半数、他は高所からの飛び降り、移動車両への飛び込みと続き、鋭利な物体による自傷は例年一桁です。また、この年齢になると薬物過量服用による自殺者が例年10人程度います。20-24歳の自殺者数は、例年1000人程度です。縊首がやはり約半数、次に飛び降り、その後、飛び込み、ガスと続き、更に薬物過量服用、入水自殺などとなります。なお、死因順位としては、10-14歳、15-19歳、20-24歳において、自殺は1997年において、全死因のなかで、それぞれ5位、2位、2位を占めています。自殺の動機については、厚生省の死亡統計においては、おおざっぱな分類しかありませんが、1997年時点で、10-14歳では「学校問題」が28%、「家庭問題」が24%を占め、15-19歳では学校問題が24%、「精神障害」と「家庭問題」がそれぞれ16%、11%を占めています。

文献1) 厚生省大臣官房統計情報部：自殺死亡統計人口動態統計特殊報告、厚生統計協会、1998

文献 2) Pfeffer CR: The Suicidal Child. The Guilford Press, 1986 (邦訳: 高橋祥友訳「死に急ぐ子供たち」中央洋書出版部 1990)

Q170 青少年の自殺における兆候の特徴は何ですか。

A170 (青少年の自殺前兆候)

最初に、自殺に関する、いわゆる「迷信」(あるいは誤解)について述べたいと思います。

「自殺を口にする人は自殺しない」

自殺者のうち、8-9割は、事前に何らかのサインを周囲の者に送っています。自殺をすると表明する者は、自殺に関する高リスク群であります。未遂に至った者ならなおさらです。従って、そのサインを安易に受け流さないことが大切です。

「自殺をする人はただひたすら死ぬことを願っている」

自殺に至る際の心理状況は、多くの場合、可逆性のあるものです。別の言葉で言えば、一時的に、非常に追いつめられたように思い、また物事を悲観的に捉える悪循環に陥っている場合がほとんどです。この危機的状況に介入することによって、「可逆的な心理状況」のもたらす「不可逆的状況である死」を未然に防止することができます。

「自殺の話題は自殺を惹起する」

自殺についての話題をすると、「寝た子を起こす」ように、自殺を考えていなかった者にまで自殺を思いつかせ、自殺を引き起こすのではないかという考えがあります。しかし、実際に自殺を行おうと思っている者は、既にそれについて考えを巡らせているか、または、まったく別の要因によって衝動的に行うかのいずれかがほとんどであり、どちらにしても、自殺を話題にしたこと自体で自殺を惹起することにはなりません。むしろ、自殺をタブーとして扱い、それに触れないことは、自殺を考えている者にとっての脱出口をふさぐことにもなります。自殺や、そう思うに至った状況についてフランクに話し合える場を設けることは、危機を事前に予測・介入するに際し、重要な点であります。

「自殺の危険が高い人は特定の性格傾向がある。または精神病である。」

あらゆる人間に自殺の可能性は存在します。古来より、自殺は、あらゆる社会階層の者に認められることがわかっていますし、また、現在の社会的状況に

よる自殺者の急増が、自殺問題における環境要因の寄与の高さを示しています。また、自殺者は、自殺する直前に於いて、急性の抑うつ状態を示すことがありますので、極めて広い意味での「精神的異常」を来していると言えなくもないですが、いわゆる「精神病」の状態にあるとはいえません。

文献 1) Shneidman ES: Definition of Suicide. John Wiley & Sons, Inc, 1985 (邦訳: 白井徳満・白井貴子訳「自殺とは何か」誠心書房 1992)

文献 2) 稲村博: 自殺学、東京大学出版会、1977

文献 3) 高橋祥友: 青少年のための自殺予防マニュアル、金剛出版、1999

Q171 青少年の自殺を予防する方法はありますか。

A171 自殺の前兆として注意すべき行動についていくつかあげます。

(1) 自殺をほのめかす: 「死んでしまいたい」のほか、「遠くに行きたい」「眠ったまま目が覚めないといい」等の言動も含む

(2) 身の整理をする: 日記や写真の廃棄や整理、しばらく会っていない知人に会いに行く、等。

(3) 過度に危険な行為に及ぶ: 例えば自動車事故を繰り返したり、身の危険を省みない行動を度々起こす等。

(4) 突然の態度の変化: 口数が少なくなり、物事に興味がなくなる等。また、言動がなげやりとなり、イライラしやすくなる場合もある。不眠や食欲の低下が認められることも。

(5) 自殺準備行動: 自殺を具体的に行動に移すためにロープや刃物などの購入、高層建築物の位置確認をする等。

(6) 自殺企図: 実際に自殺行動を起こす。

総合的判断の結果、自殺の危険性が高いことが疑われた場合は、相手の話をさえぎることなく根気強く傾聴し、同時に速やかに専門家の意見を求めることが非常に重要です。

文献 1) Shneidman ES: Definition of Suicide. John Wiley & Sons, Inc, 1985 (邦訳: 白井徳満・白井貴子訳「自殺とは何か」誠心書房、1992)

文献 2) 稲村博: 自殺学、東京大学出版会、1977

文献 3) 高橋祥友: 青少年のための自殺予防マニュアル

Q172 思春期の心の問題で医療機関を受診したいと思っています。どんな施設を訪ねればよいでしょうか。

A172 こころの問題を専門とする医療機関は精神科です。医療機関が専門とする科目は、「標榜科目」として表示されていますから、各機関の看板や電話帳などで確認することが出来ます。その際注意して頂きたいことがいくつかあります。

(1)「神経内科」は精神科と似たような名称ですが、多くの場合両者は別のものであります。神経内科は、こころの問題というより、身体の器官としての神経の働きを専門としています。

(2)「神経科」となっている場合は、こころの問題を扱っていることも多いのですが、中には神経内科である場合もあるようです。

(3)「心療内科」は、こころに原因があつて、身体の異常を呈している方を主に扱っています。

(4)「メンタルクリニック」という名称は、精神科の診療所などにみかけることが多くなってきました。精神科と同じと考えてよいようです。

このように、同じような名前でも少しずつ専門としている分野が異なりますので、受診の際に確認する必要があります。

精神科の中でも、機関や医師によって、得意とする分野があります。小児の患者さんを多く扱っていたり、高齢者の痴呆症状を専門としていたり、といった具合です(もちろん得意分野以外は診ません、という医療機関はありませんが)。残念ながら医療法の規定で、医療機関が広告することができる情報は、標榜科目程度に限られていますので、その機関が精神科の中のどの分野を専門としているのか、思春期の問題を扱っているのか、といったことは、公表されてはいません。しかし、今後は規制緩和が進んでいくことと思ひますし、インターネットのホームページ上などでは比較的自由的な表現がなされていますから、参考にしてみてはいかがでしょうか。医療機関以外でも、保健所や保健センター、精神保健福祉センターなどの行政機関でも、相談の窓口を設けているところがありますので、問い合わせるとよいでしょう。

精神科のベッド数は1993年をピークに減少を始

めています。外来を受診する方の数は増加しており、特にストレスを原因としたこころの問題で受診する方が増えているという統計をみると、精神科受診の垣根は次第に低くなっているようです。精神科は「おかしい人が行くところ」ではなく、「こころの問題を解決するための場所」なので、心配なさらず訪ねてみて下さい。

Q173 精神療法と心理療法という言葉がありますが、どう違うのですか。

A173 受ける側にとっては、同じものと考えて差し支えありません。医師、主に精神科医が行う場合を「精神療法」といい、臨床心理学などを学んだ専門の方が行う場合は「心理療法」ということが多いようです。

「カウンセリング」という言葉は、本来はいずれの意味にも当てはまるものですが、現在は「心理療法」の事を指して使用されることが多いようです。精神療法を行っているのは医療機関ですが、心理療法をおこなう施設は、「カウンセリングセンター」などの施設名をよく使用しています。

診療報酬上は、「精神療法」はいくつかの種別がありますが、「心理療法」の言葉はありません。つまり、精神療法は医療行為であつて、医療保険の適用となりますが、心理療法には医療保険が適用されないのです。医療機関で医師から精神療法を受けた場合には、加入している医療保険の種類に応じて2〜3割程度の負担額ですが、心理療法の場合は全額となります。また、精神療法を行った場合の料金は、全国一律の額が決められていますので、受診時間によらず一定ですが、心理療法の場合は特に料金は定められていないので、相談時間によって値段を変える、などの自由な価格設定がなされています。

医療保険を使用しないで医師に精神療法を受けることは可能です。これを保険診療に対して自由診療といいます。但し、保険診療と自由診療を同時に受けることは認められていないので、例えば精神療法だけを自由診療で受け、同時に処方された薬代だけを保険で払う、というような事は出来ません。いずれかの診療方法に統一する必要があります。

文献1)新福尚武：精神医学大事典、講談社、1984

Q174 カウンセリングと精神療法はどうちがうのですか？

A174 現在では、このふたつは厳密に区別するよりは、カウンセリングも精神療法のひとつとして見る立場が普通です。それゆえここでは、あえてその違いを強調しつつ、主としてカウンセリングについて述べます。医師が精神障害者を対象として行う精神療法に対して、カウンセリングは健常者を対象とする、非医師による面接相談を指すことが多いです。その源流ともくされるのはウィリアムソン (E.G. Williamson) の「学生相談の行い方」(1930)であり、またロジャース (C.R. Rogers) の「カウンセリングと精神療法」(1940)です。カウンセラーはクライアントとの面接場面で、主に言葉を用いながら、そこで起こる心理的な相互作用によってクライアントの問題解決を援助します。その方法論としてはさまざまなものがありますが、特に重要とされるのはラポールの確立であり、またカウンセラーの非指示的かつ受容的な態度です。ラポールとは面接の場面で生じる、相互的で自然な、共感に基づくコミュニケーションが成立している状態を指します。重要なのは、このようなコミュニケーションが十分に成立するだけで、クライアントは自らの内面に対する洞察を深め、自分の価値や目標について、いっそう成熟した認識を持つことが可能になるという点です。ここに述べたことからは、一般的な精神療法にもほぼ該当することではありますが、通常の精神科外来においては、いかに精神療法を重視する医師であっても面接にさける時間は 10-15 分が限界であり、内容も服薬指導など指示的なものが含まれることが多く、このため医師とカウンセラーによる分業体制で精神療法が進められることが多いのです。

文献 1) 加藤正明：カウンセリング. 新版精神医学事典、弘文堂、東京、1993

文献 2) 川上範夫：カウンセリング. 臨床精神医学講座 15 巻「精神療法」、中山書店、東京、193-203、1999

## D. 結論

1998 年度に厚生省児童家庭局長諮問による「生涯を通じた女性の健康施策に関する研究会」が組織された。ここでは「思春期」を生涯を通じた女性の健康施策のスタートと位置づけ、性交、避妊、人工妊娠中絶にとどまらず、喫煙、飲酒、薬物乱用、性感感染症、性の逸脱行動、性的虐待、食生活の乱れと拒食・過食など多種多様なテーマを思春期の課題として挙げている。また、これらの課題に取り組むためには、医師、保健婦、助産婦、看護婦、教師、養護教諭、司法や福祉関係者などが十分に連絡を取り合い、家庭、学校、地域、職域において、その役割を果たしていく必要があると結んでいる。

これを実現するためには、ここに列挙した職種を背景として既に 4000 人を超える思春期保健相談員がわが国に存在することは、思春期保健対策の充実と推進に大きく貢献し得るマンパワーが既に備わっているといっても過言ではないだろう。しかし、今回の調査でも明らかになったように、9 日間にもわたって研鑽を深めたにもかかわらず、現場では、介護保健や成人保健事業への取り組みに忙殺され、それが生かされないままになっている。相談活動についても消極的で、社会貢献しているとは言い難い寂しい現状にある。21 世紀に向けて、少子高齢化社会を支えるのは、今悩みながら生きている思春期であることを考えると、社会的な取り組みの対象が、もっと思春期に向けられるべきではないだろうか。

現状はいずれにせよ、本研究でまとめた EBM を重視した思春期相談マニュアルは、従来にない画期的な作業を経て作成されたものであり、今後の相談事業に大いに役立つものと確信している。

## E. 研究発表

### 1. 論文発表

北村邦夫：思春期を支える専門性—思春期保健相談員の役割、公衆衛生、63(7)：469-475、1999

### 2. 学会発表

杉村由香理・北村邦夫：思春期専門外来調査、第 18 回日本思春期学会、和歌山、1999

資料：『思春期のための施設ガイドブックー思春期相談施設編』

都道府 名	電話相談の名 称	受付番号	所属機関の名 称	対応しているテーマ上位5つ					受付条件	
				妊娠相 談	避妊相 談	月経に ついて				
北海道	特になし	011-621-4241	札幌市西区保健 福祉部（西保健 センター）	妊娠相 談	避妊相 談	月経に ついて				土日祝日以外 8時45分～17時15 分
北海道	特になし	011-856-3723	札幌市中央区役 所 保健福祉部 地域保健課	妊娠相 談	避妊相 談	男女交 際の	こころ の相談			月曜日～金曜日 8時45分～17時15 分
北海道	思春期保健相談	0138-32-1533	市立函館保健所							月曜日～金曜日 8時45分～17時15 分
青森県	思春期の悩みご と相談	0172-33-8521	青森県弘前保健 所							月2回の水曜日 9時～16時
青森県	思春期ダイアル 相談	0172-53-2124	青森県黒石保健 所							月曜日～金曜日 9時～16時
青森県	思春期ははばれ 相談	0175-64-8080	野辺地町役場	こころ の相談	思春期 の親の 相談	体につ いての 相談	不登校	問題行 動		8時15分～16時45 分
岩手県	思春期保健相談 ホットライン・ ティーンズダイ ヤル	019-653-7787	岩手県盛岡保健 所	性器に ついて	マスタ ーベー ション	問題行 動	心の相 談	月経に ついて		月曜日～金曜日 9時～17時
秋田県	こども養育相談	0187-63-3403	秋田県大曲保健 所	こころ の相談	不登校	非行	問題行 動			勤務時間内
山形県	心の健康相談ダ イヤル	023-631-7060	山形県精神保健 福祉センター	精神・ 神経疾 患	不登校	性の悩 み相談	アルコ ール	メンタ ルヘル ス		月曜日～金曜日 9時～17時
山形県	思春期・A I D S相談	0235-22-3317	山形県鶴岡保健 所	問題行 動	こころ の相談	妊娠相 談	避妊相 談	不登校		月曜日～金曜日 8時30分～17時
山形県	女性相談	0237-86-8111	山形県立寒河江 保健所	妊娠相 談	避妊相 談	不妊相 談	男女交 際の	発育・ 発達相 談		月曜日～金曜日 8時30分～17時
山形県	助産婦とヘルシ ートークの会	023-631-9326	山形県立高等保 健看護学院・日本 助産婦会山形県 支部	思春期 相談	マン スリー ピクス	こころ の相談	妊娠、 出産、 育児	避妊、 不妊		月曜日～金曜日 18時～（自宅）
山形県	女性の健康相談	023-622-2543	山形保健所	月経相 談						金曜日 13時30分～15時
山形県	女性の健康相談	0234-24-1224	酒田保健所							水曜日 15時30～17時
福島県	いのちの電話	0241-28-1110	湯川村役場	避妊相 談	男女交 際の	思春期 の体	思春期 の心	妊娠不 安		月曜日～金曜日 8時30分～17時
福島県	思春期相談	024-875-2107	福島県県中保健 所	妊娠相 談	避妊相 談					月曜日～金曜日 8時30分～17時
福島県	こころの電話	024-535-5560	福島県精神保健 福祉センター	こころ の相談	社会不 適応	引きこ もり	精神疾 患	性の相 談		月曜日～金曜日 9時～16時

都道府 名	電話相談の名 称	受付番号	所属機関の名 称	対応しているテーマ上位5つ					受付条件
				妊娠相 談	避妊相 談	男子の 性	不測翁 の相 談	こころ の相 談	
福島県	すこやか相談室	024-534-6101 (内線206)	福島赤十字病院	妊娠相 談	避妊相 談	男子の 性	不測翁 の相 談	こころ の相 談	月曜日～土曜日 10時～17時
茨城県	リプロヘルスル ーム 石塚助産 院	0298-57-9200	リプロヘルスル ーム 石塚助産 院	避妊相 談	妊娠相 談	女性の 体			月曜日～金曜日 8時30分～17時
栃木県	電話相談	0285-56-4584	上三川町役場	こころ の相 談	思春期 の体	問題行 動			月・金曜日 9時～16時
栃木県	思春期相談	0288-22-0850	星野産婦人科医 院	妊娠相 談	月経異 常相談	避妊相 談	STD 相談	非行相 談	月・水・金曜日 9時30分～17時
栃木県	健康110番	0284-44-0110	足利市保健セン ター	包茎	射精	月経	こころ	妊娠不 安	月曜日～金曜日 9時～17時
埼玉県	マタニティール ーム伊深	042-957-7987	マタニティール ーム伊深	妊娠相 談	避妊相 談	月経相 談	拒食・ 過食		月・火・木・土曜 日、9時～18時、金 曜日は午前
埼玉県	埼玉県私立中 学・高等学校協 会 埼玉私学教 育研究所、悩み ごと相談	048-862-7788	埼玉県私立中 学・高等学校協会 埼玉私学教育 研究所	男女交 際	進路相 談	不登校	親を拒 む	家庭問 題	月曜日～金曜日 10時～16時
千葉県	思春期電話相談	0479-63-8991	国保旭中央病院	月経	自慰	夫婦問 題	STD	中絶	金曜日 13時～17時
千葉県	ティーンズ電話 相談	043-243-0078	千葉市立大宮中 学校	男女交 際	妊娠相 談	避妊相 談	近親相 姦	こころ の相 談	木曜日 18時～21時
東京都	思春期ホットラ イン	03-3235-2638	(社)日本家族計 画協会クリニック	男子の 性の 性	女子の 性の 性	妊娠・ 中絶	STD	避妊・ 緊急避 妊法	月曜日～金曜日 10時～16時
東京都	心の健康相談、 酒害相談	03-3611-6135	墨田区向島保健 所	こころ の相 談	思春期 の問題 行動	避妊相 談	酒害相 談		月曜日～金曜日 8時30分～17時15 分
神奈川県	つくい助産院	042-784-5096	つくい助産院	妊娠相 談	体の悩 み	避妊相 談	性・エ イズ教 育	生と死 の教育	毎週土曜日 15時～17時
神奈川県	横浜市磯子保健 所	045-757-2447	横浜市磯子区保 健所 保健課	月経に ついて	男子の 性の性 について				随時
神奈川県	思春期相談	045-894-6965	横浜市栄区保健 所	月経の 相談	妊娠相 談	自慰	摂食障 害	性感染 症	水曜日 9時～10時
神奈川県	子ども・家庭支 援センター	045-978-2343	横浜市青葉保健 所	不登校	いじめ	虐待	子育て 不安	妊娠	月曜日～金曜日 8時45分～17時15 分
神奈川県	南区子ども・家 庭支援センター	045-743-8266	横浜市南区保健 所	不登校	情緒面 の相談	暴力的 行動	妊娠相 談	医学的 相談	月曜日～金曜日 8時45分～17時15 分

都道府 名	電話相談の名 称	受付番号	所属機関の名 称	対応しているテーマ上位5つ					受付条件
神奈川県	秦野保健福祉事務所	0463-82-1428	神奈川県秦野保健福祉事務所	不登校	妊娠	身体	男女交際		月曜日～金曜日 8時30分～17時
神奈川県	思春期保健相談	0465-83-5111	神奈川県足柄上保健福祉事務所	身体のこと	このころの相談	精神保健相談	食の相談	歯科相談	月曜日～金曜日 8時30分～17時
神奈川県	思春期電話相談	044-635-3301	川崎市多摩区役所保健所	若年妊娠、中絶	性器の悩み	性衝動	避妊	性虐待	月曜日～金曜日 8時30分～17時
新潟県	思春期心と体の電話相談	025-266-8844	社団法人 新潟県看護協会	男女の体の相談	心の相談	妊娠の相談	避妊相談		土曜日 14時～17時
新潟県	思春期電話相談	0258-83-3640	小千谷市健康センター	妊娠相談	避妊相談	男女交際	不登校	性の問題	第4土曜日 13時～16時
新潟県	思春期心と身体 の電話相談	025-266-8844	新潟県看護協会						土曜日 14時～17時
新潟県	思春期保健電話 相談	025-266-1912	新潟県看護研修センター	男女交際	避妊相談	不登校	このころの相談	問題行動	
新潟県	テレフォン健康 相談	0257-23-0570	新潟県柏崎保健所	このころの相談	身体と発育				月曜日～金曜日 9時～16時
新潟県	長岡市女性の健康 相談	0258-39-9357	長岡市女性の健康相談	中高年の健康	このころの相談	対人関係	家族、夫婦	性、生理	第2・4土曜日 13時～16時
富山県	思春期テレホン ／ほっとテレホン	0766-26-8866 0766-26-3034	富山県高岡保健所	発達生理面	このころの相談	エイズを含む病気	妊娠相談	家庭について	月曜日～金曜日 9時～17時(思春期 テレホン)
富山県	思春期テレホン	0764-28-2066	富山市保健所	このころの問題	男女交際	病気について	身体への悩み	性の悩み	月曜日～金曜日 8時30分～17時15分
山梨県	山梨県都留児童 相談所	0554-45-7837	山梨県都留児童保健所	性格行動	しつけ	不登校	非行	保健	月曜日～金曜日 9時～16時30分
長野県	性の相談ダイヤ ル	0267-25-5873	佐久保健所	性交渉	性欲行動	自慰	妊娠関係	不登校	随時 8時30分～7時15分
長野県	性の悩み相談	0268-25-7149	長野県上田保健所	不登校	このころの相談	問題行動	男女交際	妊娠相談	月曜日～金曜日 随時
静岡県	電話相談	053-453-6115	浜松市保健福祉部総括室健康増進課	避妊相談	STD	妊娠相談	男女交際	ジェンダー	月曜日～金曜日 8時30分～17時
愛知県	ヒロ母乳育児相談 室	0568-21-1070	ヒロ母乳育児相談室						随時
愛知県	愛知県医師会思 春期電話面接相 談	052-241-4136	愛知県医師会思春期相談	性の問題	第二次性徴	包茎	男女交際		土曜日 13時30分～16時30分
愛知県	ヤングフォーヤ ングカウンセリ ング	0568-85-7871		月経不順	妊娠	射精	性器	容姿	金曜日 14時30分～16時30分
愛知県	ドリームウイメ ンズセンター名 古屋	052-624-6872	清水マタニティ相談所	月経について	摂食障害	男女交際	人工妊娠中絶、避妊について	からだ全般にわたること	第3木曜日 13時～20時

都道府 名	電話相談の名 称	受付番号	所属機関の名 称	対応しているテーマ上位5つ					受付条件
愛知県	親子教室 「ら・ナランハ」	052-486-1761	前田助産院	妊娠相 談	母乳相 談	不妊相 談	育児相 談	発育相 談	9時～17時
三重県	思春期テレフォ ン相談	0598-50-0531	三重県松阪地方 県民局保健福祉 部健康増進グル ープ	性欲	不登校	妊娠相 談	こころ の相談	問題行 動	月曜日 13時～17時
兵庫県	思春期のこころ &カラダ性の相 談	078-851-7412	JFPA/ハートブレ イク	包茎	性器	インポ テンツ	避妊相 談	性感染 症	月・火・水・金曜 日 13時～16時
兵庫県	神戸市生活学習 センター	078-361-8935	筑後産婦人科医 院保健相談室	こころ の相談	妊娠	避妊	STD	その他 拒食、 薬物等	第3火曜日 13時～17時
兵庫県	里の家助産院	0794-87-3210	里の家助産院	女性の 生き方	老後、 介護	子育て	妊娠、 出産、 中絶		火・木・土曜日 10時～15時
和歌山 県	思春期電話相談	0734-33-2261	和歌山市中保健 センター	性器	マスタ ーベー ション	妊娠不 安	不登校		第1、3木曜日 13時～15時
島根県	思春期相談	0856-31-9546	益田健康福祉セ ンター	こころ の相談	男女交 際、友 人関係	親との 人間関 係	教師と 人間の 関係	身体の 健康問 題	月曜日～金曜日 8時30分～17時
島根県	性の悩み・思春 期相談室	0855-22-4611	性の悩み・思春期 相談室	問題行 動	こころ の相談	孤独	避妊相 談	男女交 際	月曜日～金曜日 22時～24時
岡山県	電話思春期保健 相談	086-212-2639	岡山市保健所中 央保健センター	こころ の相談	閉じこ もり	問題行 動	STD 相談	親子関 係	火曜・木曜日 9時～16時
岡山県	ピーチタイム	086-282-5100	三宅病院	男女交 際の 相談	こころ の相談	避妊相 談	妊娠相 談		9時～17時
広島県	思春期ホットラ イン	0849-21-8743	三原保健所尾道 支所	不登校	こころ の相談	男女交 際の 相談	性の悩 み等		土曜日 14時～16時
山口県	女性健康支援・ 不妊専門相談セ ンター（女性の なやみ相談室）	0835-22-8803	山口県立中央病 院	妊娠相 談	避妊相 談	月経異 常	その他 の婦人 科疾患	男女交 際の 相談	月曜日～金曜日 9時30分～16時
香川県	グリーンアップ ルーム	087-831-1531	香川県高松保健 所	こころ の相談	不登校	問題行 動	摂食障 害		月曜日～金曜日 8時30分～17時
愛媛県	思春期電話相談 （健康ガール）	0898-32-5511	今治市保健セン ター	白慰・ 仮性包 茎	月経に ついて	性感染 症	避妊相 談	妊娠相 談	月曜日～金曜日 9時～16時45分
愛媛県	健康相談窓口	089-911-1817	松山市保健所	こころ の相談	不登校	問題行 動	男女交 際の 相談	妊娠相 談	月曜日～金曜日 8時30分～17時
高知県	ヤングテレホン センター	0888-22-0809	高知県警察本部 少年課	こころ の相談	非行	問題行 動	不登校		月曜日～金曜日 8時30分～17時15 分
高知県	AIDS、思春期電 話相談	0887-52-4594	高知県中央東保 健所	身体の 悩み	妊娠相 談	男女交 際の 相談	エイズ の検査 につい て	エイズ 相談	月曜日～金曜日 8時30分～17時15 分



都道府 名	電話相談の名 称	受付番号	所属機関の名 称	対応しているテーマ上位5つ					受付条件
				こころ の相談	妊娠相 談	避妊相 談	不登校	虐待	
高知県	思春期電話（面 接）相談	0888-75-7830	社団法人 高知 県看護協会	こころ の相談	妊娠相 談	避妊相 談	不登校	虐待	土曜日13時30分～ 16時30分
高知県	ゆすっ子相談セ ンター	0889-65-0025	梶原町保健福祉 支援センター	心身症	問題行 動	妊娠相 談	こころ の相談	不登校	土曜日 9時～17時
福岡県	マザーグースか ねこ	093-244-2828	マザーグースか ねこ	妊娠相 談	避妊相 談	男女交 際			月曜日～金曜日 9時～17時
福岡県	思春期ホットラ イン	091-751-7830	福岡県山門保健 所	こころ の相談	問題行 動	エイズ につい て			
大分県	思春期保健電話 相談	097-538-5252	大分県看護協会	包茎、 自慰、 性器	女性に 対する 性的衝 動に対 する悩 み	性交に ついて 疑問、 質問	男女交 際	近親姦 （親・ 兄弟姉 妹）	土曜日 13時～16時
鹿児島 県	性の悩みに関す る相談	099-224-2000	鹿児島市青少年 補導センター	男性の 性に関 する悩 み	男女交 際	包茎	不登校	非行	
鹿児島 県	前田小児科医院 思春期相談窓口	0968-74-1333	前田小児科医院	不登校	小児心 身症				火曜日 15時～15時30分

## 中高年女性の総合的健康対策に関する研究

分担研究者 樋口 恵子（東京家政大学教授）

**研究の目的と概要** 本研究は平成10年度にスタートした分担研究「中高年女性の総合的健康対策」の第2年度にあたる位置づけである。平成10年度において、樋口班ではそれ以前（平成8年度、9年度、厚生省心身障害研究「生涯を通じた女性の健康づくりに関する研究」における「更年期における女性の健康支援に関する研究」）の成果を踏まえたものである。したがって研究の主要テーマの1つを、更年期女性の自覚症状に関する実態調査、国内外の比較研究としている。すでに今年度までに、日本国内においては、40代、50代、60代の世代間格差、農業従事者、雇用労働者、主婦など就労形態による実態と意識の相違が発見された。

平成10年度からは国際比較に取り組み、今年度は韓国において、国内における調査票を韓国語に翻訳しかなりの調査結果をあげることが出来た。なお、中国においても、同じプロトコールを経て、現在分析中である。韓国は本年度内に65歳以上人口7%を超え、日本に次いでアジアで2番目の高齢化社会となり、その後の人口高齢化のスピードは日本を上回ると予測される。一定のタイムラグを置きながら中国でも同様の事態が起こるであろう。経済発展の水準はじめ多くの相違点を持ちつつも、儒教の影響など共通性をもつ韓国・中国において更年期女性の自覚症状と社会的家族的背景に関する調査を実施したことは、それぞれの国における調査研究に影響を与え得るだろう。

### 研究協力者名

袖井孝子（お茶の水女子大学教授）、沖藤典子（著述業）、富安兆子（北九州大学非常勤講師）、村岡洋子（京都短期大学教授）、平野順子、林千根

今年度、更年期に関連して新たに付け加えられたテーマは、高齢者介護が子育てに与える影響に関する考察である。すでに平成9年度までの国内調査において、日本の更年期女性の家族的悩みは、高齢者介護と子どもの受験の板ばさみ状態であることが明らかにされている。今回は、本研究班の会員がメンバーである「高齢社会をよくする女性の会」が1997年にとり組んだ「女性の視点から家族介護における実態調査」結果に、関係する自由記述が多いことに着目、該当例を抽出し課題を整理した。近年、少子化に伴って子育て支援策が計画・実施されているが、多くは乳幼児期の対策に集中している。しかし、親が精神的な子育ての悩みに直面するのは、むしろ

子どもの思春期すなわち受験期であり、母親はこの時期に中年期を迎え、更年期のなかにいる。ここで介護の責任を担うとき、現在と将来の女性の心身の健康支援と適切な家族支援に資する研究を目標として来年度に続ける予定である。

今年度新たに発足した研究テーマは「中高年女性の総合的研究」というテーマに即して、「高年期」すなわち高齢女性の健康づくりに関するものである。65歳以上人口の60%を女性が占め、とくに80代以上の女性は男性の2倍に達することを思えば、まさに「高齢女性の健康こそ社会的資源」である。今年度においては、試験調査の位置づけで調査票を作成し、80代元気女性に対する生育歴・生活歴と現状について85票を回収、うち41票について研究、結果の概要と典型例を取り出し、そこから類推されるいくつかの仮説を設定し、来年度の本格調査に備えている。

## 研究方法と研究体制

韓国における高年期実態調査は、平成9年度研究報告書に記載されたのと同じ調査票を韓国語に翻訳依頼、また平成10年度報告書に記載された英文翻訳調査票をもとに韓国女性開発院研究者がチェックした。調査は韓国女性開発院に依頼して面接調査を実施、1999年10～11月522名から回答を得た。調査対象者の抽出方法は、日本において実施されたのと同様の手法で、つてをたどって対象者をひろげたものである。集計処理はお茶の水女子大学袖井研究室でSPSSを用いて分析、執筆は袖井孝子である。

また本年は、高年期の国際比較に関してインドのDr. ウベロイ（デリー大学教授）からヒヤリングする機会に恵まれた。お茶の水女子大学ジェンダー研究所（原ひろ子・所長）の厚意によるものである。国により文化により、同じアジアにおいても更年期に関する認識の格差を知ることができた。

更年期と子育ての悩みに関する研究の出典は「女性の視点から家族介護についての実態調査」（1997年、高齢社会をよくする女性の会。財団法人東京女性財団1997年度助成研究事業）である。この調査は有効票数897票という大規模なもので、厚生省・介護保険事業、老人保健事業などの政策に影響を与えている。この中で、子どもの不登校や受験、教育費の心配など思春期の子を持つ母親の深刻な悩みが散見されたため、「介護と子育てに関する記述」のある調査票を改めて抽出、そのうち代表的な例の問題を整理・記載した。この企画と整理にあたったのは樋口恵子である。

80代元気高齢女性調査はHerstory of Her Healthと名付け、まず80代女性の有識者・吉沢久子氏からの健康歴ヒヤリングと助言を受けた。その結果にもとづいて調査票を作成、高齢社会をよくする女性の会会報によって調査者を公募し、調査票および調査のプロトコールを郵送、面接調査を依頼した。ヒヤリングと調査表作成には樋口恵子、沖藤典子、袖井孝子、富安兆子、村岡洋子の主任・分担研究者全員が参画した。調査結果の整理と執筆担当は、沖藤・富安・村岡である。

## 結果と今後の研究方針

韓国における「更年期調査」は、翻訳の困難、社会的文化的背景の違い、教育程度の格差など種々の問題点に直面したが、日韓の比較について将来の研究の基礎となる一定の成果を得た。「自分には更年期はない」がどの年代にも3割を占めること、身体症状・精神症状とも韓国女性の訴えが多くとくに有職者に顕著であること、ホルモン療法利用者が日本より高く無職者に多いこと、など日本との共通点・相違点が浮かび上がっている。来年度は、すでに回収済みの中国の調査と集計分析すると同時に、英語圏における調査を実施、世界の更年期の実態を明らかにして、地球規模で高齢化する社会のリプロダクティブヘルスに貢献する研究をまとめる予定である。

さらに、更年期に日本女性が直面する介護と思春期の子育てについては、来年度は新たな実例を集めてケース・スタディを実施、さらにメディアに事件としてあらわれた祖父母と思春期・青春期の孫との人間関係を考察・分析する予定である。

80代健康高齢女性の調査（Herstory of Her Health）は本年度初めて立ち上げた研究テーマであるが、生活習慣としてはバランスのよい食生活、精神的要因としてはよくよくない、などの共通したキーワードが浮かび上がっている。来年度は調査票の精査と必要な訂正を加え、100票を目標にサンプル数を加え、女性が元気に自立しておいていくためのキーワードを完成させる予定である。

# 韓国における更年期調査の結果

袖井 孝子（お茶の水女子大学教授）

協力：平野 順子

## 1 目的

本研究の目的は、同じ東アジア儒教文化圏に属し、日本との間にいくつかの共通点を持つ韓国において、更年期がどのように受け止められているかを捉えることにある。日本と韓国では共通点は多いが、その一方で相違点も少なくない。

共通点としては、つぎのような点があげられる。第一に、儒教倫理に基づく家父長制家族の伝統をあげなければならない。男尊女卑や長幼の序を重んずる儒教的な家族制度の下では、家庭内では男性が主導権を握り、女性はそれに服従するという伝統を持つ。したがって、「男は仕事、女は家事育児」という性別役割分業が徹底している。東京都生活文化局が日本、韓国、フィリピン、アメリカ、イギリス、フランス、ドイツ、スウェーデンを対象に1992年に実施した「女性問題に関する国際比較調査」によると、「家庭生活で男性が優遇されている」と思う女性が、日本では6割、韓国では7割を占め、他の国々を大幅に上回る。ちなみにもっとも低いのは、スウェーデンの8.4%である。同じ調査によると、男性の家事参加がもっとも少ないという点でも日本と韓国は共通しており、家事の8, 9割が妻に集中している1)。

しかし、第二に両国とも急激な経済社会の変動を経て、家父長制家族の伝統の脆弱化と女性の高学歴化や社会進出の結果、家庭や社会における高齢者の地位の相対的な低下と女性の発言権の増大が指摘されている。第三に、両国ともきわめて短かい期間に、多産多死から少産少子へという人口転換を経験している。日本では第二次大戦後のベビーブームから10年足らずの間に合計特殊出生率は4から2へと半減し、韓国では朝鮮戦争後のベビーブームから同じく10年足らずの間に合計特殊出生率が6から3へと半減している。そして今日では、両国とも合計特殊出生率が2を切るまでに至っている2)。第四に、両国とも急速な少子高齢化によって高齢者介護問題が深刻化しているが、今なお家族介護が主流であり、それを担っているのは圧倒的に、女性（とりわけ嫁）

である。第五に、両国ともきわめて教育熱心であるという国民性を共通にしており、受験戦争は、とりわけ韓国において激烈と伝えられる。

しかし、両国の間には相違点も少なくない。第一に、儒教倫理に基づく家父長制家族の伝統は、日本では（その深層においてはともかく）表面的には、ほぼ姿を消してきている。だが、韓国においてはきわめて強固に維持されており、高齢者に対する家族介護を支持する声が高い3)。第二に、軍事費に多額の出費を強いられる韓国においては、社会保障・社会福祉への出費が抑制される結果、社会福祉政策の対象は今なお貧困階層に限定されている4)したがって、高齢者介護は、ほぼ全面的に家族の肩にかかっているといっても過言ではない。第三に、高齢化率が7%程度という低い段階にある韓国では、高齢者問題に対する関心が日本に比べてそれ程高くはなく、なかでも「高齢化と女性の問題」に対する関心はやっと最近になって出てきたにすぎない5)。

日本において一般女性の間で更年期の問題が語られるようになったのは、きわめて最近のことである。韓国においては、まだその段階に至っていないのが現状であり、医学的研究を除いては、ほとんど調査が行われていない。社会科学的な実証研究についてみると、おそらくこの調査はその端緒をなすものであろう。韓国において、中高年女性が更年期をどのように受け止めているのかを知ることは、「生涯にわたる女性の健康づくり」を国際的な視野から捉える上で、きわめて意義のあることと考えられる。

## 2 方法

1997年に日本において行われた「更年期調査」の調査票を韓国語に翻訳して使用した。調査票は厚生省心身障害研究「生涯を通じた女性の健康づくりに関する研究 平成9年度研究報告書」（平成10年3月）に掲載されたものと同じである。調査票はお茶の水女子大学人間文化研究科後期課程の金貞任が日本語から韓国語に翻訳し、それを韓国女性開発院の研究員であるDr. Jung Eun Park とDr. Yeong Ran Parkが