

はじめに

本研究は、平成3年度より開始された、厚生省心身障害研究の「REPRODUCTIVE HEALTH」に関する研究の1つのグループによるものである。

当研究班は、「女性保健に関する研究」をテーマに、女性のもつ健康問題や医療供給問題に関して討論を行い、提言を得ることを目的として研究を進めている。

今回の研究には、3年間の研究期間が与えられているが、今年度は、“女性保健”の中でも、現状、問題解決がされにくい分野と思われる“更年期の保健問題”をテーマに下記の3本柱で研究を進めることとした。

- I. 班研究者、それぞれの立場からの現状を通しての問題点の指摘と問題提起
- II. 研究者各自の取材報告と資料提供
- III. 異分野の方の女性保健に関する問題点の指摘、問題提起、意見を聞く

分科会を月1回のペースで開催し、前半を研究員それぞれの研究発表および問題提起、後半を異分野からの問題提起の場とした。

当レポートは、平成3年6月～12月に行われた分科会の記録である。

当レポート内に記されている個別の〔資料〕はマザーリング研究所にて保管。

分 科 会 一 覧

No.	年 月 日	会 議 名	内 容
1	3. 6. 13	第1回 分科会	本研究班の趣旨説明と今後のスケジュール
2	3. 7. 13	第2回 分科会	研究員発表 (橋本・福島・目崎・河野・田辺)
3	3. 8. 31	第3回 分科会	研究員発表 (相良・井口・堂園・中村)
4	3. 9. 5	第4回 分科会	テーマ 『企業発想を聞く』 講師 尾沢達也氏 (資生堂) 谷口正和氏 (ジャパンライフデザインシステムズ)
5	3. 10. 31	第5回 分科会	テーマ 『作家から見た熟年の女性は今…』 講師 井田真木子氏 (ノンフィクション作家) 小林カツ代氏 (生活・料理研究家)
6	3. 11. 29	第6回 分科会	テーマ 『カウンセラーから見た熟年の女性は今。』 講師 芹沢茂登子氏 (ダイヤルサービス) 森本 邦子氏 (ミネルヴァ心理研究所) 服部万里子氏 (服部メディカル研究所)
7	3. 12. 20	第7回 分科会	テーマ 『女性の健康・人事管理への提言 ワーキングウーマンの立場から』 講師 山口積恵氏 (セブンイレブンジャパン) 小西勝己氏 (イトーヨーカドー) 北村律子氏 (ワーキングウーマン研究所)

《分科会 各回の概要》

第1回 本研究班の趣旨説明と今後のスケジュール

第2回 研究員発表と問題提起1

1. 横浜女性フォーラム 橋本氏
 - ・横浜女性フォーラム 相談グループ 業務内容紹介
 - ・更年期問題 精神的アプローチ
→ からだの変化も含めての全体的アプローチが重要。対応を現在検討中。
 - ・「相談時間は1人1回あたり2時間、費用は無料」というフォーラムのやり方について、医療現場サイドから 反対意見。→ 今後の課題
2. 秋田大学医療技術短期大学 福島氏
 - ・更年期とは年齢的には45～55歳。更年期はだれもが通過する時期。
 - ・更年期障害と更年期の病気
内分泌の大きな変動による、更年期障害、更年期うつ病、更年期出血、悪性腫瘍、骨粗鬆症、尿失禁等が特徴。
 - ・更年期障害の予防法 エストロゲン療法と漢方が有効
 - ・乳ガンの医療体制に関して、質問。現状では外科で処置されているが、産婦人科、もしくは女性の先生に診てほしい、という要望がある。
→ 今後の課題
3. 筑波大学 目崎氏
 - ・女性保健とスポーツ
 - ・スポーツ活動のデメリット

- ・スポーツ活動のメリット 更年期障害にスポーツは効果がありそう。今後、骨粗鬆症の予防効果も含めて、詳しい検討が必要。

4. 都立駒込病院 河野氏
 - ・日本では、メンタルな問題をからだの症状であらわす患者が多い。日本の文化の中では、メンタルな問題を恥とする傾向があるので病気として表現し、病に依存しているのである。社会がシステムとしてサポートしていくことが必要である。
5. 慶應義塾大学 田辺氏
 - ・更年期障害のような症状の患者から見て、今の医療サービスは良いサービスなのか。
 - ・医療の供給側からみると、1人5～6分しか診療にかけられない。
 - ・現行の保険の点数制度では、1人1分でも1時間でも同じ点数。
 - ・現場だけでは、解決できない。システム全体の変革を望む。

第3回 研究員発表と問題提起2

1. 宮内庁病院、東京大学 相良氏
 - ・更年期外来患者の実例紹介
 - ・病気はむしろマイナーな問題、家庭や家族の問題大きい
 - ・医療側の3つの問題
「場所」、「情報」、「スタッフ」
 - ・更年期障害の場合、自律性と心因性の2種類があり、自律性の場合には薬物療法が有効だが、心因性の場合にはサイコセラピーなどを加えないとうまくいかない。→ どこ

までを産婦人科で扱うのか現状、境界がはっきりしていない。

- ・カウンセリング機関、医療機関両者のチームワークがなければ質が高まっていかない。

2. 東京女子医大 井口氏

- ・高齢者の生理的特徴と治療 ひとりでいくつもの疾患をもち若年者とは病態も違う高齢者の治療にあたっては、治療の目標をどこに置くか、かなりケースワークが必要である。
- ・超高齢化社会を迎えるにあたって、病気＝病院以外の社会的システムが必要。

3. インターナショナルメディカルクロッシングオフィス 堂園氏

- ・業務紹介 医療の交差点＝最小の医療器具でのスクリーニング
- ・時間とコストのバランスが課題

4. 九州大学 中村氏

- ・更年期外来受診者の実態報告。
- ・初期にきちんとしたガイダンスを受けた人の脱落者は少ない。
- ・広く一般に、更年期の問題を啓蒙することが必要。

第4回 「企業発想をきく」

1. 資生堂 尾沢氏

- ・21世紀に向けて、「エネルギーの時代」から「物、生命、精神、こころの時代」になっている。
- ・“感動”など、ユーザーを喜ばせるための仕組みが必要。「感性」に訴えるもの、心理学的にハッピ

ーなものが必要。

- ・マクロではなく、ミクロに還元していくと人は感動する。

「患者さん」ではなく、「〇〇さん、きょうはどうですか？」と、自分に関心をもってくれるというのが重要になってくる。

- ・感動のためには、最新の身体の科学と心の科学が合体しなければならない。語らいの雰囲気はできるだけ五感に訴える。
- ・五感の感動と病気治療との関連にも関心がある。

2. ジャパンライフデザインシステムズ 谷口氏

- ・ビジネスの経営資源は、お客様第一主義

「患者さんをどのような場合でも正しい存在として見ていく。

- ・情報化時代は、お客がプロの目をもつようになる。こちらが専門性を高めないと対応できない。量から質への転換の時代。

- ・90年代は「個人の市場」。個人的な消費行動に移ってきている。

- ・病院は本来はたった一人の患者のために100人の専門家をそろえてホスピタルしているはず。

- ・「メンバーシップ制」「雰囲気」「専門性」「シュミレーション」「情報」「立地」これらをお客のためになっているか再検討する必要がある。

第5回 作家からみた熟年女性

- ・個人の経験からみた良い産婦人科医：1. 子宮筋腫の手術をした時に

先生への信頼度が自分のからだを快調にしていくのを感じた。ガイドダンスの長さではなく、先生が自分のことを本当に心配してくれたという事実。(小林)

2. 卵巣の手術を受けた時の先生。冷静であるということと事実そのものを教えて欲しいという私の希望をかなえてくれた点で。(井田)

・良くない産婦人科医：家庭医的なおつきあいをしてもらえない。手術後、どのようにからだに変化していくのか知りたくて、定期的を受診したいが、具体的な相談事がないと受け入れてもらえない。

(井田)

・熟年と産婦人科医

熟年と産婦人科は結びつかない。はっきりした病気以外には、産婦人科に行くという発想はない。

(小林)

・欧米では熟年恋愛をスムーズにするために産婦人科で治療を受けるケースもあるが。

日本では、ピンとこない。50代以降の夫婦の性生活自体、あるのかわからないのかすらわからない問題。

・「医療に心」をと言われて久しいが、どこまでを自分でコントロールするのか、どこからを医療がカバーするのかははっきりしないとダメ。全部を医療にカバーしてもらうのは無理だと考える。

第6回 カウンセラーから見た熟年女性

1. ミネルヴァ心理研究所 森本氏

・「良い母親でありなさい」、「良い

妻でありなさい」という役割意識が女性には強く、たとえ更年期障害を感じたとしても抑圧していることがよくあるのではないか。

・更年期には、自分の人生のタイムリミットが見えてくるので、生活の中に展望が見出し得ない人は症状を乗り越えられない。

・産婦人科の先生には、患者の生活を支えるというところも意識して欲しい。多少ハードであっても苦労をして心地よい汗をかく生活をするようにメッセージをして欲しい。

2. ダイヤルサービス 芹沢氏

・40代の女性、自分自身の生き方を夫婦関係の中で悩んでいる。

・産婦人科への注文は、

1. 行くのに勇気がいるところではなくて、女性が生きていく中で心とからだのオープンサロンのように開かれた存在であって欲しい。

2. 内診台に対する女性の意識改革と先生側の気持ちの変革。

3. 更年期にはホルモン療法などのほかに、心のケアシステムが必要。

4. 閉経後の性生活、解放感にあふれるアピールをして欲しい。

3. 服部メディカル研究所 服部氏

・高齢期のセックスは、今のところ、からだの拒否反応よりも、精神的な拒否反応が多いようである。長い間の夫婦の心の触れ合いが不十分なため。

・日常的な肌の触れ合いが時代とと

もに自然になってきているので、
今後は自然な問題となってくるだ
ろう。

第7回 女性の健康・人事管理へ の提言 ワーキングウーマ ンの立場から

1. ワーキングウーマン研究所 北村
氏
 - ・「ウーマンズ トータルケアセンタ
ー」構想
現代のワーキングウーマンのから
だは、メンタルな部分とフィジカ
ルな部分の合体が症状となってあ
らわれている。
その両方をトータルに診て頂ける
システムを考えている。
 - ・医療の手前のパラメディカルとメ
ディカルの両方をとっていけるシ
ステム。良いネットワークと良い

医者情報を蓄積し、ワーキングウ
ーマンを主体として産婦人科の先
生も自分たちの手で育てていきた
い。

- ・従来の「医」だけのセンターでは
なく、“その人がよりよく生きて
いけるためのサポートシステム”
である。
2. イトヨーカドー 小西勝己氏
 - ・イトヨーカドーのユニークな人
事制度を紹介
 3. セブンイレブンジャパン 山口積
恵氏
 - ・現在、企業の中に「健康相談室」
があるが、内科のお医者様のみな
ので、女性の多い職場にあっては、
産婦人科のドクターに是非診て頂
きたい。

第1回 本研究班の趣旨説明と今後のスケジュール 平成3年6月13日

厚生省母子衛生課長 高原 亮 治 氏 (現 岡山環境保健部長)

1. 高原課長より研究班趣旨説明

この研究は坂元正一先生を班長とする、平成3年度より開始される心身障害研究の「REPRODUCTIVE HEALTHに関する研究」の1つのグループである。

「REPRODUCTIVE HEALTHに関する研究」は

(1)「女性保健に関する研究」 (2) 千葉大の前原先生にお願いしている「働く女性の母性保護に関する研究」 (3) 中村桂子先生にお願いしている「生命倫理とREPRODUCTIVE HEALTHに関する研究」 (4) 堀口雅子先生の「思春期の性行動に関する研究」の4本を柱にしている。

総合班長は坂元先生だが、分担研究者は全員女性で、各分担研究班のメンバーも、マジョリティは女性という新しい試みである。

「Reproductive Health」という言葉は、比較的狭い領域、特に「Contraceptive」(避妊)で使われているが、もう少し広いパースペクティブ～social, economical, culturalなパースペクティブ～で物を考える事が必要なのではないかということで坂元先生にはお願いしている。

「女性保健」は発想としては国際的にはやられている。「WOMEN'S HEALTH」を日本でやってみようということである。

例えばアメリカでは、厚生省のパブリックヘルスサービスは、日本の厚生省で言えば、健康政策局と保健医療局と公衆衛生課がくっついたような組織だが、その定期刊行物「Public Health Report」には1987年の7-8月号に“WOMEN'S HEALTH”の特集が出ている。1989年の9-10月号にも出ている。これらは“Proceedings of national conference”ということで1986年にやっている。その時のテーマだけ挙げておくと

・ Nutrition (栄養の問題), Mental health, Alcohol, Pregnancy and Child birth,
・ Older women's health ・ ガン問題 ・ 性周辺の問題 ・ PMSの問題 それから
・ Osteoporosis (骨粗鬆症) が非常に大きな問題として出ている。その他、
・ 医療供給システム ・ コミュニケーションの問題 ・ Physician and Patient の relationship の問題 ・ Patient Educationの問題 そういったことが問題になったようである。

1989年の9-10月号では「Osteoporosis」(骨粗鬆症)がかなり強調されている。それから「女性性にとっての健康増進」の話も出ている。

以上のような中身がアメリカでは、女性保健の問題として論議されているようである。

オーストラリアの方では今年の夏、女性保健のコースが日本人を対象に開催されるようである。案内書の中身を見ると、テーマとして、
・ 医療供給体制論 ・ 摂食障害 ・ 女性の労働の問題 ・ 精神的な問題 etc が挙がっている。

このように国際的に見ると、“女性保健”ということでも論議されている中身は、かなり包括的な医療全体ということになっている。

この研究班ではどこまでをどうやるかは、先生方でご論議頂いてお決め頂ければよいが、最適な中身とすれば相当広範囲な医療供給体制論。一言でいうと

「女性にとって利用しやすいような医療供給システムに現在なっているのかどうか」

という問題。それから「医者と患者の関係の問題」そういう風な、いわばシステム論に属するよ

うなこと。コミュニケーションとか文化に属するような問題も含まれる。

それから、かなり産婦人科的問題。性周辺ないしは更年期の問題。

老年期に関係してくる「Osteoporosis」のような問題。

例えばそういうような問題がこの班でご議論頂けたらありがたいと思っている。

最近の新しい女性の意識にマッチした女性特有の健康問題をライフステージごとに研究頂くことになろうかと思う。この研究班は3年を予定している。3年間の研究だと普通の場合は、初年度に1年間で文献の準備とかプレストとかをやって頂だし、

2年目は調査をという形をとるが、今回の場合はどうやって頂くかはお任せしたい。

個人の意見としては、竹永さんは、マーケティングのキャリアが長いので、マーケティング的な方法を用いて、どのようなヘルスサービスが女性にとって売れるサービスなのかをリサーチして頂くというのもおもしろいと思う。

研究費は金額的には企業のマーケティングリサーチとは比較にならないほどの少ない金額で先生方にはご不自由をおかけするが、今まで我が国においてやっていなかった新しい領域なので、先駆者としてご協力頂けたらありがたい。

第2回 研究員発表と問題提起(1) 平成3年7月13日 午後6時

横浜女性フォーラム 相談グループコーディネーター 橋本 黎子氏

“女性フォーラム”は女性問題に関わって応援をしていくための施設で、女性と名付けているが、男女共生をしていく社会をつくっていくための応援の施設である。

現在担当しているのは、その複合施設の中の総合相談部門で、相談のコーディネーターをしている。毎日が現場での臨床のカウンセリング業務というわけで、研究をしているわけではないので、まず今回は業務内容などを紹介しようと思う。

相談の中身は総合相談である。「こころとからだと生き方の総合相談」という標語の仕方をしている。相談の仕方としては、精神科医にかかっている且つうちのカウンセリングにかかるというので最も多くて全体の4割を占める。それから、あちこち産婦人科医や精神科医にかかっても、どうも医者では治らないとか話を聞いてもらえないということでごちらに辿り着いた、というケースも目

につく。

具体的にはカウンセラーと産婦人科医、精神科医、法律の分野の専門家とで協力体制で相談を進めている。“女性フォーラム”とうたっていることもあって、相談者は9割が女性、1割が男性となっている。

からだの相談は、産婦人科医の先生に囑託という形で入って頂いているが、こちらの宣伝不足からなのか、事例としては少ない。

フォーラムでは、相談とフィットネスと健康サロンとが有機的に機能するようなシステムをとっており、例えばこちらで月経痛の相談を受けた場合、フィットネスを紹介して、そちらの方で月経痛体操を指導してもらったり、サロンの方で月経についての話しをしてもらう、といった形で連動させているのも特徴である。

人生の各ステージごとの問題を分類した表を作っている。(添付資料参照)

思春期の時期の相談には、性器の異常～と比べて、自分は違うんじゃないか～やからだの異常～おりものの過多や病気が移ったのではないか～などの相談がよくある。男の子の場合は性=セックスのことやマスターベーションのことなど、最近では「女の子になりたい」という青少年からの相談もあった。

結婚期にはセックスに関わる、女性だけでなくパートナーもからむような相談が時々入る。離婚相談の中にもセックスに対する相談や不満が入ることもある。

妊娠、出産期は妊娠や出産に対する直接の相談ではなく、それを気にした精神的な不安やトラブルの相談がある。

最近、育児期の若い母親たちが非常に混乱している状態にあるのが目につく。居住形態が核家族でマンション形式なので、特に女性が孤立しており、妊娠・出産に伴うからだやこころの変化にとまどうケースが多い。児童虐待の問題なども今後大きく生きていく女性が増える中で、子供には愛情はあってもバックアップしてくれる人がいない。夫は企業戦士であてにならない。子どもを蹴飛ばしたり、殺したい気持ちになり、そこで、ふと気がついて自分を責める。そして精神科に行ったり、フォーラムに相談に来る、そうしたケースが増えている。こうした問題はもっと地域場で解決できるシステムを考えていかなければならないと思う。

更年期の問題は、この表やこれまでの対応では合わないということが最近わかってきた。自分自身が更年期のトラブルを経験して、これまで精神的部分から入っていた相談をからだの事もじっくり聞かなければならないと反省するようになった。

自分自身の経験を振り返ると、更年期の症状は実際にひどくなるずっと前からあったように思う。30代後半～40代の、相談に来る方は「自分は更年期

である。」という自覚はないままに精神的な不安から話し出す、もっとからだの変化も含めて全体的にアプローチをしていかないと、その不安がどこからきているのかわからなくなるとつくづく思った。自分の場合は、幸い身近に医療スタッフもあって、きめ細かく対応してもらったことで、トラブルから回復することができた。相談にくる方の中にも、もっと早くからだの治療をすれば、ここまでこじらせずに済んだ、と思われる人がいる。更年期のトラブルの対応には、こころとからだの問題の並行的な解決ときめ細かい対応が必要である。この問題をフォーラムとしてもドクターを交えて、どのように対応していくかを現在検討中である。

●橋本氏に対する質疑応答

Q フォーラムのカウンセリング、1回の相談時間と費用は？

A 1回2時間。手厚くするというのをモットーにしているので、相談時間は2時間、ドクターにお話をして頂くのでも1時間以上の時間をとっている。

このため、いつも混んでいて、2か月先まで予約で一杯の状態になっている。継続的に来るケースで2週間に1回から、1か月に1回くらいの頻度。費用は横浜市がもってくれるので無料。

費用と時間から解放されていることと、施設設備にもお金と思い入れがあって、ホッとする空間が作られているのが特徴である。

Q 空間もよくて、時間をたっぷりとってくれて、しかも無料というのは、相談する側にとってみると、こんなに良いことはないと思うが、相談内容を見ると、そのほとんどが心の問題である。心の問題の解決に2か月先まで待たされるというのはどうだろうか。有料にして、短時間で、

回転を早くするという方法は考えないのだろうか。

A 考えていない。お待たせすることは本当はいやだが、現状では仕方のないことと思う。また、長年相談業務に関わってきていて、人間は時間の中で自己処理をすることもあると感じている。急がれる方は他の機関にいらっしゃるだろうし、うちは人間が時間の中でどう変化するか、解決するかをじっくりとサポートする機関である。当面、この体制はくずさずにやっていこうと思う。

Q 論理的には理解できるが、ある1面で、強者の論理であると感じる。

自己管理、自己解決を期待されるのはいいが、その時本当に必要としている人がカウンセリングを受けられないというのはどうか。

待たされている間に自己解決できる人もいるが、その間に逆にドンドン落ち込む人もいるわけで、それを「自己管理できるはずだ」と言ってしまうのはどうか。

A 「できるはずだ」とは考えていない。スタッフの数にも限りがあり(カウンセラー8名)やむなくそうしている。

Q なぜ2時間という時間をたてられたのか。長すぎないか。

A カウンセリングは従来、1時間とか40分とかに決まっているものだったが、この場合は自分の物語をしていく場であり、それを通して自分の糸をほぐしていく場である。その営みをするに2時間かかってしまう。

それは理屈ではなく、かかってしまうのである。従来のカウンセリングはアメリカナイズされたもので、時間に対してペイをしていくと考えられていたが、それから解放したかった、とい

うのが私の考えである。

Q この機関は市営のものか。

A 市が建てて、運営を財団に任せている。第三セクター方式をとっている。

Q カウンセラーの給与、資格は。

A 給与は横浜市からでている。資格は日本の場合、確立されておらず、教育の場もしっかりしていない。現在のスタッフは、10~20年と勉強をして、臨床の経験をしてきたスタッフでそろえている。

A 時間と無料ということに対して皆さん驚かれるが、カウンセリングという無形のものに対して、日本ではペイをする習慣がないのも現状であるし、何時間という時間に対して、ペイを要求するのは、相談者に対して非常にプレッシャーをかけることである。よそでは1時間 8,000円なり、1万円をやっているとも聞くが、主婦にとってそのお金を払うのはかなり大変なことと思う。アメリカ人とは感覚が違う。

Q しかし、現状(日本人)がそうだからといって、それを解放してしまうのはどうか? 「心の病」に対して「治療」を受けるわけで、それを無料でいいという方針を横浜市が出しているとする、これは問題だと思うが。

Q 他人の時間を1時間も2時間も使うのだからペイは当然と思うが。

Q やっていらっしゃることを否定はしないが、これは当然だ、とあまり主張なさることは、これからの日本におけるカウンセリング社会を無料サービスしろ、ということを押しつけることになって、非常に危険なことだと思う。

Q 私もこの費用の点に関しては非常に感覚の違いを感じる。

[竹永] 先生方のお立場での「無料はおかしい」というご意見と フォーラム側の「現状では無料です」というご意見は、両方わかる。

実際にカウンセリングをされている 河野先生のところではどうか。

●都立駒込病院診療内科部長 河野氏のコメント

現在の保険医療の中では、1週間に2回30分以上かけて600円しかもらえない。病院の場合は、通院カウンセリングで2,500円、クリニックの場合で3,000円はもらえる。僕も2時間かけて、行政の機関で無料というフォーラムのシステムは奇異に感じる。もし、こういうニーズがあるとしても、緊急の駆け込み寺的などころならわかるが、行政レベルでこういうことが広まっていくことは考えられない。

病理性の深いものであれば、当然治療も必要になってくる。

薬でも、きちんとお金を払った時ほど服用する、ということもあるし、無料というのはおかしい。対象を非常に貧しい人に限っているならまた別であるが。

こういう種類の患者さんは全国にもものすごくたくさんいらっしゃる。

自分のケースでは、手紙の問い合わせに返事を書いていたら自分の時間が一切なくなるほどくる。だから、手紙は一切見ないようにしている。1日50~60本かかってくる電話にも出ないようにしている。

恐らく無料で相談受付をしていたら希望者がものすごく出て收拾がつかなくなるはずである。その優先順位の問題もある。自分のところではフォーラムのようなことはできない。

●東京女子医大 井口登美子氏のコメント

こうした行政レベルの相談と大学病院レベルの相談とは違うと思う。

フォーラムでやっていらっしゃることは否定はしないが、やはり病気の方の場合は病院に行くだろうし、だからフォーラムのシステムをそのまま私たちが病院に持ち帰ってやるわけにはいかない。

●橋本氏のコメント

私どもも全く独自な方法だし、システムだと思っている。

相談の場として、こういう場も必要なのではないかと思ってやっている。

Q でもPRが行き届けば今の体制は維持できないではないか。

A なるべくPRしないようにしている。必要最小限のPRにしている。

Q でも行政が無料でやっている以上、そこもひとつまたひっかかる。

行政が無料でサービスしててしかも一部の人しか知らない口コミで広まっていく、というのはおかしい。行政がやる場合は、全住民にPRして、その中で困った人が利用するスタイルをとらないとおかしい。

●竹永コメント

時間と無料ということが、皆さん引っ掛かったようだが、ここではひとまずペンディングにした。この問題は最後まで尾を引く問題だと思うので。

しかし、自分自身の経験から言っても、多分どんな方法をとったとしても、大学病院と違ってこういう機関はそれほど相談者が一杯というようにはならない。多分、病院にかかろうとする人のレベルとこういう機関にかかろうとする人のレベル

とは違うのだと思う。それは経済的レベルの違い ディングにしておきたいと思う。
ではなく、もっと違う何か、それはここではペン

第2回 研究員発表と問題提起 (2) 平成3年7月13日 午後6時

秋田大学医療技術短期大学部部長 福島峰子氏

〔更年期障害とは〕

更年期にはどのような疾患が多いか、ということ
を挙げてみると、内分泌の変動の多い更年期独特
のものとしては、更年期障害、更年期うつ病、更
年期出血といったものがある。また、子宮ガン、
卵巣ガン、乳ガンといった悪性腫瘍。それから
estrogen が非常に低下することに起因する、骨
粗鬆症、尿失禁といったものが特徴的なものと思
われる。ここでは、簡単にそれらを説明すること
とする。

更年期には卵巣機能低下、視床下部からの放出
因子の分泌亢進、脳下垂体からの性腺刺激ホルモ
ンの分泌亢進がある。このような内分泌変化が自
律神経中枢に影響を及ぼすと、その支配下にある
各臓器の機能変動から様々な症状、主に自覚症状
が訴えられることになる。これが更年期障害であ
る。更年期障害は自律神経機能の不安定な人に起
り易い。

昨今、いわゆる初潮の年齢は早くなってきてい
るが、(今は大体11~12歳)閉経の年齢はいつの
時代にも49~51歳にピークがあるといわれている。

「卵巣からの排卵回数が多ければ早く衰退してし
まうのか」「排卵回数が少なければ閉経時期が遅
くなるか」という考えに対しては、分娩回数との関
係を調べてみても(妊娠中は排卵しないので、そ
の間卵巣は休止状態にあるという考えで)分娩回
数が多いから閉経期は遅くなったということには
なっていない。

片方の卵巣がない人の場合を調べてみても(こ
れは人間2つあるものは一方がなくなればもう片
方が代償性に機能が亢進することは常なので、片
方の卵巣から毎回排卵する、そういう人は早く閉
経がくるか)これまた、変わらないという非常に面
白い検査結果がある。

更年期障害の中には自律神経のものと心因性の
もの(10~15%程度のものだが)がある。しかし、
通常“更年期障害”といているのは、この自律
神経症のものである。

特徴は訴える症状が全て不定愁訴である。その
中でも血管運動神経障害様症状といって、カーツ
と熱くなるflushesとか、冷え性、のぼせ、心悸亢
進などが多く訴えられる。

不定愁訴は1つではなくて、いくつもの症状が複
数に存在している。平均すると一人が5~6種訴え
ている。精神的な緊張状態や天候などにもかなり
左右されている。

さらに、腰が痛いなら痛いでも痛みがかなり日
によってあっちこっちに移動するという、移動性
があるのも特徴である。

1,000人の外来患者の症状を調べたものがある。
(資料表1)

不定愁訴はいろいろなものがあるが、ここでは
8つに分けてある。

1. 血管運動神経障害様症状 2. 精神神経障害様
症状 3. 知覚障害症状 4. 泌尿器障害症状 5. 運
動器官障害症状 6. 皮膚分泌系障害症状 7. 消化
器障害症状 8. その他

このうち1に類するものが多くの不定愁訴の中に

入っているのは特徴的なことである。このようにたくさん症状はあるが、もとは自律神経機能の不調和から発生している。だから治療しようとした時にはおのおのを追いかけて治そうという考えは全くしない。自律神経を調整させるにはいろいろな方法があって、トランキライザーを投与したり漢方薬でもホルモン療法なども有効である。

似て否なるものもあって、心因性更年期障害、仮性うつ病、自律神経性更年期障害とは区別しなければいけない。

悪性腫瘍は集団検診が進んでいて、特に頸ガンはどの年齢をとっても残っているが、ただ80歳以上の高齢のグループだけは増えている。これはひとつの問題点である。80歳以上になると自他ともに「年だから」と検診しないのが原因と思われるが、現在のように高齢化してくると、そうも言っていられなくなる。考えなければいけない問題である。

たばこの関係は“たばこを吸えばガンになる”というのは誰でも知っていることだが、子宮ガンとの関係でもヘビースモーカーの方が、はるかに非喫煙者と比べると死亡率が高い。

頸ガンは年々低年齢化している。集団検診による早期発見のためと考えられる。体ガンは月経がなくなってからなので年齢が高い。

頸ガンと体ガンの割合は52年頃までは9：1くらいの割合だったが、59年頃には7：3となっている。これほど増えてくると、体ガンも子宮ガンの検診の際には、頭に置かなくてはならなくなってきている。

それと同時に卵巣ガンが問題になってきている。卵巣ガンはお腹の中にあるので、なかなか早期発見できない、というのが問題なのだが、この頃卵巣ガンに対しても集団検診の際に経膈プローベによる超音波断層撮影を導入する必要があると考えて計画しているところである。

乳ガンは日本では外科が手術しているが、患者さんの側から言うと、子宮ガンの検診に見えた時に、「おっばいも一緒に見てください。」という要望が強い。

おっばいにしこりがあるという時に婦人科を受診されるケースが結構ある。乳ガンの早期発見というのは婦人科でやらなければならないのではないかという意識が高くなってきている。このあたりにガンに対するアプローチも将来の問題である。

骨の問題は非常に関心事になってきた。これまでは日本人の場合は背骨が曲っていても「年だからしょうがない」と言われていたが、そうではない時代に入っている。

骨量は30～40歳のところにピークがあって、その後残っていくが、特に閉経後、急激に減る時期がある。その後、骨折の域値まで下がってくると、骨粗鬆症として問題になる。骨量を増やす方法は、現在様々な方法が検討されているが端的に言っていって減った骨量を増やす有効な方法は「無い」のである。これまでの日本人が問題にしていなかったのは、脊椎の圧迫骨折が多いからで、今後は欧米のように、大腿骨折なども増えていくと予想される。

男女の比率では、男性は80歳のところで急激に減るが、女性では閉経の後急減する。これは1つはエストロゲン低下により腎臓での活性型ビタミンDの生成が少なくなり、腸からのカルシウムの吸収が少なくなる、というのが大きな原因である。それから骨というのは吸収と形成とが1つのリズムをもっているのが、吸収の方が形成より強くなることによって骨粗鬆症になるのである。

その背景にカルシウムの摂り方が少ないという問題もある。

厚生省が出している1日の摂取量600～900mgよりも日本人ははるかに少ない。

またカルシウムの摂り方で日本人は乳製品から摂っている率が少ない。野菜や魚から多く摂っている。カルシウムは乳製品から摂取するのがもっとも吸収率が良いからもっと増やしていかなくてはならない。

カルシウムの吸収が少ないと副甲状腺機能が亢進してくる、という悪循環もある。

それから、閉経でestrogenが少なくなることの

他、ビタミンDの不足、運動量の不足、スモークアルコール過剰摂取なども骨吸収促進の危険因子になる。

診断をつけないければ予防もできない、という考えがあるが、一番ネックになっているのは骨量を測るということ。最も敏感に骨量の変化を示す海綿骨を測るには大型の機械を入れないと現状では測れない。これは将来にわたるテーマである。

考え方としては、生理的に骨量は下がるのだから、閉経前後から予防に努め骨折域値に至らないよう、骨量を維持することが出来たらいいと思う。

骨粗鬆症になると骨折し、寝たきりになるとボケも早まる、とドンドン悪循環が形成される。予防の方法として、私は漢方を利用できないか、と研究を進めている。漢方はそもそもからだのバランスを保つために作用するので、なんとか有効な方法を見つけたいと考えている。

循環器系の病気も閉経後は多くなる。男女別にみると、若い時期は男性の方に循環器系の疾患が多いが、閉経後は男女共同じになってしまう。

アメリカのデータだが、estrogenの投与群と非投与群をみると循環器系のリスクファクターが、投与群では有為に少なくなっているというデータもある。

●福島氏に対する質疑応答

1. 乳房の検診と女医について

〔竹永〕乳ガンは外科で診ることになっているようだが、患者側としては、産婦人科に診てもらいたいという要望がありそうだ。そのへんのところはどうか？

〔福島〕乳房そのものは生殖器と考える。

ヨーロッパ、ドイツあたりでは、産婦人科がやっているようだ。

〔目崎〕日本では帝京大学は産婦人科でやっている。たまたま外科に乳房の専門医がいなか

った、というだけで、産婦人科で手術もやるようになった。日本ではそこだけで偶然のなせる技である。

〔竹永〕ということは、従来の乳ガンは外科、というのはひっくり返せるのか？

〔福島〕これがなかなかテリトリーの問題でひっくり返すのは難しそうだ。

〔中村〕うちは、今、検診だけは新患の患者さんも全部上までスクリーニングはやっている。そこで怪しければ外科にまわさなければならぬ。

〔竹永〕おっぱいの管理はどこですか？

〔福島〕乳汁分泌の異常は婦人科、産褥なら産科がやる。

乳ガン検診は産婦人科が行うところが増えてきている。

〔目崎〕茨城の方では最近では子宮ガン検診と一緒に乳ガン検診をやっている。

特に超音波を使うようになってからは盛んにやっている。

〔橋本〕うちに、乳ガンの手術をした人たちのグループがあるが、「外科の先生になかなか気持ちをわかってもらえない」ということを必ず言う。自分が乳ガンになった時に最初に診てもらった先生が外科だったということに対してものすごくびっくりした、という訴えがまずある。

〔目崎〕しかし、それは乳ガンで乳房を切除する時には必ず切除のことを本人につげなければならず、その言われ方にショックを受けているのではないか。別に何科でも同じと

思うが。

〔橋本〕それとは違うと思う。患者側からすると「女性のからだを外科の先生がわかるのか?」と、そういう気持ちだと思う。感覚的だが産婦人科の先生の方が近いような気がする。

〔井口〕女子医大などでは、女性の先生がいるだろうということである患者がかなりいる。実際には男女の比率は1:1だが、ベテランの先生でなくとも女性の先生ということで、女性の先生の診療時間まで待っている患者もいる。「女性の先生に診て欲しい」という患者の気持ちは同じ女性として共感できる。本当は希望者全部を診てあげたいが、現状では手に負えない。しかし、乳ガンでもとにかく一番最初は産婦人科で女性が診た方が安心するようだ。その上で外科に回すなら本人も納得する。それから「女性に診て欲しい」と言って来る人の中には、ご主人が希望してくる例も多い。

〔橋本〕女性に診て欲しい、聞いて欲しい、とい

うのは、相談の場合でもかなりある。私自身は相談員の性別で左右されることはないと思うが、相談員が女性でないと、精神的に開放されないという人はかなりいる。女性の気持ちは女性にしかわからない、と思っている人も多い。精神科や産婦人科の選び方にしても、女医さんを希望される方は多い。

2. 骨粗鬆症と漢方について

〔竹永〕漢方で骨粗鬆症を予防する、というお話があったが、具体的にはどういうことか?

〔福島〕骨量を増やすのは無理だが、減らさないように、骨量を維持するために漢方薬を飲んで、ホルモンのバランスを保つということ。漢方の場合、estrogen 投与と違って、月経がまたくともないし、副作用もないのでいいと思っている。動物モデルをうまく使って証明しようと思っている。ただ、estrogen は体ガン、卵巣ガンの予防効果があるのでメリットはある。

第2回 研究員発表と問題提起 (3) 平成3年7月13日 午後6時

筑波大学臨床医学系産婦人科学教室助教授 目崎 登氏

この十数年来、国民的なスポーツブームである。日常的にスポーツを行って、健康増進をはかることは非常に好ましい風潮である。

その中でも昨今特に際立っているのが女性の活躍である。

この研究班では、女性保健の問題を検討することで、スポーツについての問題点をまとめてみた。

(以下、当日発表内容の中で、添付レポートの追加内容のみ記録)

A. スポーツ活動のデメリット

1. 妊婦スポーツ

電化製品の普及によって、女性の家事労働は軽減し、余暇の時間が増えた。

また、自動車の普及により、歩行の機会が減少したことで運動不足になっている。

こうしたことを背景に、主婦のスポーツが盛んになっている。

その女性が妊娠した場合、今までやっていたスポーツを急にやめることは、肥満を引き起し、妊娠中毒症や難産の原因ともなるので、昨今、妊娠スポーツが流行している。

最近の妊婦スポーツは、スイミングだけでなく、エアロビクスやジョギング、ウォーキングなど多岐に及んでいる。これらは“いい”という意見が多いが、何が問題かというところ「これまでやっていて特に問題はない、だからいいだろう」といって行われていることである。

妊婦のスポーツは、妊娠中の健康管理とともに、胎児が正常に発育することが大前提であり、産科学的な検討と運動生理学的な検討をきちんとした上でのプログラムが作成されなければならない。

2. 競技スポーツ

トレーニング開始時期の若年齢化と激しいトレーニングが最近の特徴である。

それによって、一流スポーツ選手の場合の初経発来がかなり遅れるのが世界的な傾向である。

① 初経発来の遅れ

大学の水泳部員と体操部員について調べたところ、水泳部員の方が、トレーニングの開始は早い。が、初経発来は水泳選手の方が早い。なぜかというところ、その後の身体発育の違いがある。水泳選手の方は体重が増加していくが、体操選手はウェイトコントロールによって体重が増えていかない。

小さいうちからのトレーニングと激しいトレーニングのほか、小さいうちからのウェイトコントロールは良くないというのが1つの結論である。

特に、跳躍の多いスポーツに初経発来の遅

れが顕著である。

② 月経周期

月経周期異常は一般の統計よりかなり高い。

③ 月経異常の原因

(1) 精神的・身体的ストレス

身体的ストレスには問題がある。いろいろな統計の取り方があるが「日々のトレーニングで体力を消耗する」という選手の60%が月経異常を起こしている。「消耗しない」群では40%程度、ということで身体的ストレスがかなりの要因になっている。

(2) 体重の減少

跳躍は、ある程度のウェイトコントロールが必要で、また、プロポーションをよくするために、かなりのコントロールをしている選手がある。体重減少の大部分は体脂肪の減少だが、体脂肪が少ないほど月経異常が多い。

体脂肪率12.5%以下の選手は全員月経異常である。逆に22.5%以上の選手は全員月経は正常である。一般的に、体脂肪率22%以上は月経が正常との報告もある。

しかし、この統計でも18~20%のところ、月経異常率が急に増える傾向がある。そこで、体重とトレーニング量との関係を見てみると、体重が軽くてトレーニング量が多いほど月経異常が多くなることがわかった。

(3) ホルモン環境の変化

月経異常選手には、運動中にプロラクチンが増えている。

これは、 β -エンドルフィンなどのプロラクチン放出因子が増えることによる。そこで分泌を抑制するナロキソンを投与して連動させると β -エンドルフィンが減少してプロラクチン分泌も抑えられる。月経異常は、プロラクチンのダイレクトな作

用とは言い切れないので、 β エンドルフィンが増えたことが問題と思われる。

(追) 運動選手と骨塩量

一般に運動をやっていると、体重の負荷、筋肉の負荷によって、骨塩量は増えるが、月経異常の選手では、一般女性と同じか、やや低くなる。このため、月経異常の選手には疲労骨折が多くなる。骨塩量とestrogen濃度とで相関関係を見ると、完全な相関関係がある。無月経状態が長く続いていると、骨塩量も低くなる。estrogen欠乏の影響がダイレクトに出ていると思う。

B. スポーツ活動のメリット

1. 妊婦スポーツ

妊娠中も外に出てからだを動かし、人とコミュニケーションを取ることなどのメリットがある。また、分娩時間の短縮が報告されている。

2. 一般のスポーツ

統計的に見ると、一流選手は軽い傾向にある。月経が重い子は一流選手になれないから、とか一流選手が我慢強いという解釈もあるが、トレーニングをすることで、骨盤内のうっ血が解消されるの

ではないかと前向きに考えている。

思春期の月経困難症対策は、日常的な運動と適切な鎮痛剤使用を指導している。

3. 中高年のスポーツ

① 更年期障害

福岡大学の進藤教授の報告で、更年期障害の女性に60%負荷程度の運動をやらせたところ、クッパーマン指数でみたところ、血管運動神経失調障害の指数がドラマチックに減って、その他の指数もかなり減って効果があるだろうという報告が出ている。

ただし、これは自転車エルゴメーターを使っているスポーツで、面白くもないものなので、もう少し実際のスポーツの効果を測ってみたいといけなと思う。

② 骨粗鬆症

環境因子に運動不足、カルシウム摂取不足、日光不足によるビタミンDの合成低下などがあるが、

戸外での適度な運動→日光不足解消→おなか空いてたくさん食べられるということで、予防効果はあると思う。

最近海外でも論文が出ているが、まだ、効果があつたという報告はなされていない。

第2回 研究員発表と問題提起 (4) 平成3年7月13日 午後6時

都立駒込病院心療内科部長 河野友信氏

私は心身医学のストレス医学の臨床という立場から、女性保健の問題を考えてみたいと思う。健康の問題を考える時にいつも問題になるのは対象の問題でどうしても先天的な要因や後天的な社会的な要因に制限されているところがある。

アメリカの影響で近年は“セルフケア、セルフ

コントロール”が言われているが、これが自分でできる人は全体の3分の1程度、すぐれた指導があればできるのが3分の1、残りはどうやっても自分はコントロールできない人たちなのである。例えば糖尿病も、今の医療技術をもってすれば一応の長寿は達成できるのであるが、指導通りの生活がで

きずに合併症を起こす人達がいる。こういう人はちゃんとわかっていて指導されていてもそれが守れない。ある意味ではメンタルな脆弱性が問題なのである。

私が対象としている人達にはかなりそういう部分がある。

ストレスをからだの病気として表現する人たちとか、神経症という表現で表す人がある。日本の文化の中では、メンタルな問題をもっているというのを恥とする傾向があるのでそれを身体の問題として表現することが多い傾向にある。また、病に依存している人がある。

最近はその中でも、子育ての問題、産み育てる問題に多くの問題を感じている。

産み育てる側のメンタルな部分がしっかりしていないために、いろいろと問題が起きてきている。マタニティブルーや産後の鬱病とも関係しているが、鬱というのはエネルギーがなくて他に関心が向かない「他＝赤ちゃん」に関心が向かないという状態である。子どもにとって人生の早期にそういう経験をすると、発達の上で非常に問題になる。

現在出産数の減少が非常に問題になっているが、女性の社会進出、出産年齢の高齢化、家族の数の減少→過保護の増加と、社会全体の子育て能力が減退しているように思う。

忙しい社会は、家族間のコミュニケーションを失わせる。また、小さい頃から“我慢”ということが言われていないから欲求不満に対する耐性が弱くなる。

妊娠中にダイエットをして子どもを産んでガリガリになってしまうとか、妊娠してから心身の変調のたびに過敏に反応して子どもが生まれてからも自分は病弱だという理由で養育は全部お母さんに任せてしまう。かわいくなって手がかからなく

なると、同じレベルの友達感覚で付き合いような人というのもある。これらの現象は問題だと思いと同時に今後も社会現象としてもっと進むだろうと思われる。

生活様式の変化により、健全な子どもを育てることが主になってきている。今後、良い母親となるためにハンディをもった人が増えていくと思う。

精神分析学者の土居先生が、日本人の精神構造を“甘え”と分析されたが、日本人の依存を許し合う精神構造は、グループに依存、チームに依存することで安定している。しかし、だんだん社会が忙しくなっていて、依存できるものが希薄になってきていて、それが子育ての上での障害となるケースが出ている。親子関係の相互依存があらわれているのである。

現在、私の外来では、鬱病の患者さんが非常に多い。几帳面で真面目な日本人に多いのだと思う。リプロダクションの問題には、内面的な精神障害の問題も多いと思う。

身体的な障害の場合は疾病が特定できるが、メンタルな障害はなかなか表に出にくい。それだけに問題が多い。メンタルな問題がからだに表現される、というのは、日本の医療がメンタルな問題に目を向けていない現状をあらわしている。

3分の1のかんりのサポートが必要な人達に対して、横浜のフォーラムのように社会がシステムとしてサポートしていくことは必要である。女性の社会進出や高齢化する出産からみても、忙しくてゆとりがない人のための代理母のような存在も必要となっている。

家庭のオアシス機能がたしかにシステムとして求められている時代なのだと思う。

第2回 研究員発表と問題提起 (5) 平成3年7月13日 午後6時

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室講師 田 辺 清 男 氏

心身症を含めた更年期障害のような症状の患者さんから見た場合、今の医療サービスはいいサービスをしているのか、という問題が提議されているが、これを医療の現場サイドから考えてみたいと思う。

我々の側から見ると1日に何十人も患者さんを診ているので、1人5～6分というのがせいぜいかけられる診療時間で、その中に心身症の患者さんが見えてもとても手に負えないというのが現状である。患者さんが「医者に話を聞いて欲しい」―“かまって欲しい”と思って来られてもとても対応できない状態である。また、心身医学的なことを専門にやっている人でないと、効果的に対応できないという問題もある。さらに、今の保険制度では1分診ても1時間診ても点数は変わらない。じっくり話を聞いていたのではとても収入にならないシステムなのである。検査をすれば薬を出すとかいう疾患であれば非常にやりやすい制度になっている。

これを、もっと心身症の患者さんや更年期の患者さんにとって良いシステムにするにはどうしたらいいかという、これは厚生省あたりからシステム全体を考え直して頂かないといけない問題である。

井口登美子氏の発言

私学の立場からいうと、一定の時間内に一定の

量をこなし、必ず月ごとに収支が上がっているかどうか、前月、前年度と比較されるのが医療の現場である。

そしてプラスでない科は発言権がないし、翌年の予算取りにも響いてくる、これが私学の現実である。

その中で不定愁訴の患者さんに対応するか、これは私たちに課せられた大きな課題である。

今のところ自分自身は長くやってきた実績と女性であることで少ない診療時間内でもある程度患者さんに満足してもらっていると思う。が、若い人達にバトンタッチした場合どうなるのか。これは全く困った問題である。中にはどうしても話を聞いてもらいたい患者さんも来る。こういう人には時間外で個人的に話を聞いてあげることもある。手紙での問い合わせにも返事を書いている。こういう時、医者である私の生活時間は犠牲になっている。しかし、今のところ、そういったサービス精神で個人的に行うしかないのである。自分自身は、こうすることで患者さんの役に立っていると、言ってみれば自己満足のようなことで、ここまでやってきた。自分自身はこれでいいと思っているが、システム全体、医療全体のことを考えるとこのままではいい筈はない。

とにかく大学の先生は3分診療でふんぞりかえている、と思われているようだが、それ相応に苦悶して努力しているという現実を知った上で、これからのシステムを考えていって欲しいと切に思っている。

第3回 研究員発表と問題提起 (1) 平成3年8月31日 午後6時

宮内庁病院産婦人科医長 相良洋子氏

更年期外来で私が感じている疑問点を、実例を3例ほど挙げて考えてみたいと思う。

事例1: 40歳女性。月経不順と発汗など更年期症状で来院。話を聞くうちに息子のことを相談される。

息子は大学2年。会計士の試験を受けるらしいが勉強している気配がなく、性格的に内気。母親と口をきかない。小さい頃に干渉しすぎてひねくれてしまったのではないか。患者本人が小さい頃、祖母に育てられたため、母親のイメージがない。自分の子育ては良かったのだろうか。この患者は息子の年代の男の子に対して認識がなさずぎると感じたので、後輩などにも聞いて、その年代の男子の特徴などを話すうちに安心してきた。今までは特に本人の希望もないので治療はしていない。

事例2: 57歳女性。2年前にめまい・疲労感で内科から紹介された。

主訴はフラフラしてまっすぐ歩けないとのこと。耳鼻科では異常なし。

内科では抗生剤を処方している。

この患者は、娘のことが心配。夫婦間の中は良い。娘が小さいころ、熱性けいれんで脳波異常が出た。将来のことがあるので、外部には伏せて過ごし、発作の時に口をあけるためのスプーンを持ち歩き、緊張して20年間過ごしてきたという。娘が大学卒業の頃に脳波異常がなくなり、薬もいらなくなったので、ホッとしたとたん症状がでた。

本人は勝気で見栄っ張りの性格、また完璧主義で自分の具合が悪い状態に耐えられな

い。そのことで自分を責めてしまう。という悪循環に陥っている。自分の状態を客観的に見て、治療をすることを勧めた。

最近では自分を客観的にみることができるようになってきて、自分の状態に合わせて行動することができるようになってきているが一進一退している。1年半くらいで症状が停滞してしまったので、精神科に同行した。“軽い強迫性格”と言われた。

事例3: 55歳女性。いわゆる更年期症状で主訴は、のぼせ・肩こり・意欲減退。

何をしても良くならないで医師として困っている症例。

ほかの科をまわって異常はないということで更年期外来に来院した。漢方薬・向精神薬などを処方しているが、ほとんど変化がない。

几帳面で町内の仕事などはしっかりやっていて頼りにされている人だが、ご主人に理解がない。患者が具合が悪いのを嫌がるので、来院は内緒にしている。

まじめな性格なので、趣味と思って始めた書道が義務になって負担となってしまっている。月に2回のハイキングだけが楽しみ。生きがいが見い出せないし、これからどうなっていくのか心配な症例である。

このように特に治療をするでもなく、ただ話を聞いているだけの患者さんを何例か抱えてしまっている。

自分自身は、更年期外来をサロンにするつもりはないが、こういう患者さんを相手にしていると、そうになってしまうのを感じる。また、患者さん自身「更年期外来に来るのが楽しみ」といって通ってきている実感が

ある。

こちらとしては女性としては先輩にあたる方々の個人的な生き方に対してとやかく言う立場でもないし、ただ話を聞いているだけで医師として無力感を味わっている。

更年期外来をやっている、いつも歯痒く思うのは、こういう年代の女性にとっては「病氣」というのはむしろマイナーな問題で「家庭」とか「家族の問題」の方が大きいということである。特に子どもが巣立ったあとのご主人との関係の問題は大きい。そうなった人達をどうしたらいいのか。

更年期外来に来るのではなく、趣味でも見つけてくれた方がずっといいのと思いつつながら話を聞いているのが実感のところである。

医療側の問題では3つの問題を感じている。

1つには場所の問題。更年期外来は、普通の婦人科の外来で行っているが、十分な時間はとれないし、個人のプライバシーに関わることはあまり話せないのもっと静かな場所が欲しい。2つ目は情報の問題。ほかの更年期～老年期の女性がどんなふうにごしているかの情報が不足している。寝たきり老人をもっている人もいて、そういう方に対しては老人病院を紹介してあげられたら、もう少し息抜きができるのではと思う。

3つ目はスタッフ自身の問題。産婦人科の医師はゆっくり話を聞いてあげてくれることを資質として身につけていない者もいるし、特に東大の場合はいろんな分野をローテーションしていくので、そういう人にとっては短期間更年期外来を回るだけで更年期を理解するのは難しい。カウンセリングの技術も必要と思う。

そういうスタッフの訓練や自分たち自身が老人を扱ってくれる病院情報などを集めておかないとただ話を聞いて「大変ですね」ではむなししいし問題が解決していかない。

〔福島〕更年期外来といっても自律神経性の更年期障害と心因性の更年期障害がある。

自律神経性の場合は薬物療法が有効だが、心因性の場合はサイコセラピーなどを加えていかないとうまくいかない。

〔中村〕どの程度までを産婦人科で扱うのか。現状はどこまでを産婦人科が心療内科があるいはカウンセラーが扱うのかをはっきりしていない。

〔井口〕私のところでは心因性のもは解決できないとして、昨年、更年期外来は「婦人成人病外来」と名前を変えた。心因性のもので引きずっては、人・場所・時間の問題を解決できない。心因性のもは、心療内科・神経内科・精神科に回すようにしている。

〔河野〕患者さんの中には、メンタルな問題を身体表現する人達がいる。

大学病院レベルでみるとお荷物かもしれないが、こうした人達は開業医にとってはお客様であるという一面もある。

婦人科の愁訴をもってくる人達なのだから、はじめは婦人科で受皿をもって頂きたい。こういう人達に対しては、最初から精神科を紹介すると、ほとんどドロップアウトしてしまうだろう。是非医療の現場で受皿を作って欲しいと思う。秋田大学の例は理想かもしれない。

〔福島〕ストレスフルの時代だから、こういう心的な問題を抱える人は増えている。今後、もっと増えていくのだろう。しかも重要だと言われているにもかかわらずドクターが嫌がるというのは、効率第一主義だからで、これは教育の問題もからんでいる。もっと重視して教育されなければならないと思うが。

[河野] そのとおりだと思う。医療従事者にももちろん必要だが、一般人にとっても必要。異常についての情報や研究はあるが、正常な心理について、相良先生の例にもあったが、家庭で母親が知っているべきである。知っていれば何でもないこともあると思う。

[田辺] カウンセリングの現場ではどうか？

[橋本] カウンセリングの現場では、からだの訴えよりも家庭のトラブル・職場のトラブルが主訴となって現れて来る。が、最近はからだのことをよく聞いてみることにしている。というのも健康な時には気にならなかった不安・イライラ・のぼせ・うつ状態といった症状は何らかのからだのトラブルでおもてに現れてくるからである。よく聞いてみると、そうしたからだのトラブルはもう十何年も続いているというような人も多い。「更年期だから」と我慢したり諦めたりして毎日を過ごしている人が多い。カウンセリングの現場には、医療から回ってくるケースも多く、しかも「医療のシステムや治療の方法に満足できなかった」との訴えが多いので、現場の特に精神科の医療システムについて怒っていた時期もあった。「もう少し丁寧に診てくださればあとでこ

れほど引きづらなくて済んだのに」と思うケースがたくさんあった。しかし、今は、それぞれの独自性の限界もある。

前回、フォーラムで来談者の相談に2時間かけるのが問題になったが、もう一度よく考えてみても、来た人が「からだの問題」で引っかかっているのか「こころの問題」で引っかかっているのか、その見極めにまず2時間はかかる。

その上で治療が必要な場合は専門の機関を紹介している。

[福島] 「医療の質の向上はドクターだけではダメだ」というのが私の持論である。

本当の意味での両者のチームワークがなければ質は高められない。

そのために、産婦人科・精神科・カウンセラーといったスタッフの連携システムが必要と思う。

[河野] 同じ精神科でも従来の分裂病の治療や鉄格子のある病棟で治療にあたっているドクターにとっては、こういう問題は新しい領域である。精神科としても、こういう新しい領域を切り開いていかなければいけない時代だと実感している。

第3回 研究員発表と問題提起 (2) 平成3年8月31日 午後6時

東京女子医大産婦人科学教室教授 井口登美子氏

更年期障害に該当する人達のことを把握する上でその年代の生理的なことから知らないと難しかろうということで、生理的な方面から、加歳・老化ということを考えてみたいと思う。

加歳は誰であろうと避けることはできない。普

遍性・内在性・進行性のものである。

加歳に伴う主な変化は生理的な機能の低下、ひいては疾病にかかりやすくなるということである。

疾病の定義を厚生省の定めた「何らかの治療処置をした時」「床につく」「1日以上仕事を休む」「日

常生活に支障をきたすような心身障害がある」等とすれば、50歳くらいから疾病率は上がってくる。65歳以上では3人に1人は疾病が見い出されている。

1975年度の人口構成と2025年頃の人口構成の予想の図を比較してみると、日本の高齢者人口が増えていくことがよくわかる。高齢者が増えているということは、疾病者が増えてくるということである。

人口構成率で15歳未満が年少人口、65歳以上が高齢者と規定されている。65歳以上が7%以上になった時が高齢者社会、14%以上が高齢社会、20~21%以上が超高齢社会と規定されているが、2015年頃には他に類を見ないくらいの高齢化社会へ進むスピードである。

日本の平均寿命は、世界的に見ると平均寿命を取りはじめたのはフランス革命の後くらいで、当時の西洋では、男23歳、女25歳位だったそうである。日本では、平均寿命を意識しはじめたのは大正の年代で男女ともに40歳位だったが、戦後急激に平均寿命が改善してゆき、女性は昭和35年頃から(終戦後13年)49歳→50歳→70歳→1984年には80歳を超えると急激に伸びている。

これは、出生率の低下や高度化医療の恩恵にあずかっているわけだが、平均寿命がこのように延長されたことが、本当に良かったことなのか、と考えるとこれからのわたしたちの問題となる。

日本が抱えるであろう高齢者の患者をどのように扱うか。高齢者の特徴は先ほど挙げたような〔生理的な変化〕とひとりていくつもの疾患をもち、若年者とは病態も違うことである。各種の合併症を起こしやすく、薬剤に対する反応も若年者とは違う。

例えばAさんという患者さんが来た時に、疾病がAさんの生理的変化で起きているのか、いくつ

かの疾病が重なりあって起きているのか、心身症的な問題が表に出ているのか、薬物の反応はどうか、等さまざまな問題を考えなければならない。また、病院によっても対応が違う。いくつかの病院に同時にかかっている場合、事は複雑である。さらにその人の生活歴によっても違う。高齢者を扱う場合、彼女が今まで歩んで来たヒストリーが非常に大事である。そのヒストリーの中に疾患の芽があるのかないのか。使ってきた薬剤は何か。彼女のノーマルは何で、現在の状態はそのノーマルに対してどの程度アブノーマルなのか。アブノーマルは身体的なのか、精神的なのか、それを知ることが治療の第一歩と考えている現在である。

〔相良〕高齢者の場合、治療の目標をどこに置か、かなりケースワークが必要になってくると思う。時間も手間もかかる作業であるが。

〔福島〕これほど高齢化が進んでいくと高齢者であればあるほど、検査していけば、いくつかの検査値での異常が見つかるというのは当たり前であるし、病気というものに対する考え方、「病気→病院」というのを変えなければ、国民のほとんどが病院に行かなければならない事態さえ起こる。特に慢性疾患に対して自己管理を上手にして病気と上手に付き合って生きていくという面も必要だ。

〔相良〕病院の手前の施設が必要である。ずっと独身で家族もいないようなケースだと困る人が必ず出てくる。

〔福島〕家族があっても家庭内では処理しきれない。これから超高齢社会になるのだから家族だけでは支えきれない。社会のシステムが必要。

第3回 研究員発表と問題提起 (3) 平成3年8月31日 午後6時

インターナショナルメディカルクロッシングオフィス 堂園涼子氏

一介の町医者として私自身がやっている業務の説明をしたいと思う。

自分が医療を受ける時、あるいは自分の娘、母親や親戚の女性など、ことに女性に関して行かせたい医療施設がないことに気がつき、ちょうどアメリカから帰国した時期とも重なって、7年前に自分で東京の青山に医療施設を設立した。

オフィスのコンセプトは「医療の交差点係」。

こういう言葉は適切かどうか分からないが、あくまでも私のところは「原点医療」であり、「一次医療」である。どこに回していいかわからない患者さんを受け入れて、心因性のものなら精神科に、疾患があればしかるべき科にというように次の医療を紹介している。

その他の特徴は、1つには対象者を「女性を世帯主」と考えていること。

女性を世帯主と考え、その女性を中心に配偶者や家族を受け入れている。

その結果現在は、男性やあらゆる年代の方を患者として診ている。

こと女性に関して注目すると7歳~92歳の女性までと、一応あらゆる年代の女性を網羅していると思う。

それから「在日外国人を積極的に受け入れること」こと。

日本にいる外国人の方を積極的に受け入れ、最近割合で6:4くらいになっている。

診療内容は、基本的には最小の医療器具でスクリーニングを目的としている。

振り分けをして、しかるべき専門家を迅速に紹介する。また、ドクターに交差して頂いて診て頂く、というやり方もとっている。

当初スクリーニングだけをしようと思っていた

が、ささやかな医療器械でもできる治療もあるので、不妊症や妊婦検診に関しては自分のところで行っている。

カウンセリングも積極的に行っている。また、セカンドオピニオンを求める方への助言、ドクターショッピングをする患者さんが増えている現代なので、その弊害を少しでもストップできればと思っている。

さらに「医療の交差点」といったもうひとつの理由は、自分自身が、“東洋医学~特にハリ”を10年近くやっているの、東洋医学と西洋医学の交差という意味もある。

診療形態は、予約制であること、自由診療であることが特徴である。

7年目の現在は、大体目標は達成していると思う。ただし、一介の町医者のやっていることで、大学の先生方サイドからは不思議に思われるかもしれない。だが、一つの実例としてやっていればそれに対するご批判、ご意見などを各方面から頂戴し、日本の医療施設や医療システムに何か貢献できるのではないかと、思って当面このシステムで続けていきたいと思っている。

開設当初、3年やって軌道に乗らなければダメだと思っていたが、幸いにも7年続いてきている。また自分自身、引き際を考えて60になったら引退しようと考えていたが、最近では更年期の問題もあるので、細々でも一生引き続けていくべき施設かなとも思っている。

他の医療機関の先生方に何かご参考になることがあればという視点で考えてみると、問題点は「時間とコストのバランス」が一番にくる。ただ、社会に還元することだけを考えた施設であれば存続あるいは大きく展開できるが、カウンセリングに時間がかかること、自分自身がそれにのめり込む

性質のものであるので、企業体としては難しい面がある。

次に対応面の問題。年齢的なものや個々の人生経験もあるので、ただ医者というだけではとても患者さんと接触することはできない。大それた言い方をすれば、医学教育そのものを見直さなければならぬと思う。これからは医者は病んでいる人間そのものを診てあげる、という考え方で教育をしていかなければならぬと思う。

また、医療としてある程度限界を引かなければならないが、一方人間対人間のお付き合いもあるのでそのへん境界が難しい。どこまでを受け、どこからを断ち切るか、そのあたりが現在のジレンマである。

●堂園氏に対する質疑応答

〔福島〕「メディカルクロッシングオフィス」というのは外国の方にはわかるだろうが日本人にはどうか。

〔堂園〕保健所の方とも大部討議があった。クリニックと付けた方がよいと1カ月くらいご討論を頂いた。が、一般の方といっても予約制であることと、ご紹介を頂いた上での受診が基本なので特に混乱はない。

〔田辺〕一日何人くらい診ているのか。また、スタッフの数は。

〔堂園〕一日理想は20人だが、実際は時間的制約もあり20人は診られない。
日によって違うが、15人程度か。スタッフは自分と看護婦1人でやっている。

〔橋本〕カウンセリングもご自身で行うのか。

〔堂園〕自分自身で行う。真剣にやらないとできないので非常に疲れる。

〔相良〕外国にはこうした形態は多いと思うが、日本では最初から病院に行くことが多く、また、保険制度の問題もあって、こういう形態は難しいと思う。

〔堂園〕アメリカではドクターズオフィスがあって、ある程度のカウンセリングをして振り分けるという形をとっている。私のところには病院には行きたくないけれど医療知識をもった人に相談のってもらいたいという方が来る。病気であるかないかを断言してあげる。病気の方には医療機関を紹介してあげる。病気でない方にはどうしたらいいか、相談のってあげるということをしている。それが可能なのは色々な先生方とのネットワークである。

〔福島〕検査は外に出すのか。

〔堂園〕血液検査とエコーくらいは自分のところとするがそれ以外は外部にお願いする。

〔橋本〕私どものフォーラムでは一人の問題をもった人間をみる場合、複眼的な見方をしていうのも私のみを対象者とドクターの診る対象者では違いが出る。その違いを併せてみてまた問題点を明らかにする、という方法をとっている。その辺はひとりで診ていらっしやるとどうなのか。

〔堂園〕看護婦がいるので、受診が終わって看護婦に見せる面を必ずあとで聞いている。複眼とまでは言えないかもしれないが、全く一人でやっているわけではない。

〔中村〕こういう機関があると、大学病院側としては助かる。たいした検査でなくとも、大学病院にくる患者さんがいる。自分のところでは、最近では、開業の先生にお願いし

て、簡単な検査などはそこでやってもらうような体制をとっている。何か問題があったら、また大学の方に送り返してもらう。これで実に人数が減ってもっとじっくり診たいケースに対応できて助かっている。ただ、自由診療は福岡ではとても無理。東京の青山だから成り立つということもあるのだろう。ある程度お金に余裕があって、カウンセリングを受ける側として知的レベルも高くてというような…。

〔堂園〕それほどでもない。だから、時間とコストのバランスにはいつも苦勞している。経営感覚をもっと持ってやればいいのだが…。ただ、「自分たちの受けた医療は何なのだろう」ということを患者さんたちにも啓蒙する時代にはなってきたと思う。薬の

値段にしても、ドクターの費用にしても実はたくさんの費用がかかっているということを知って欲しい。それでないとな今後多様化する高齢者の問題に、現在のシステムではとても対応しきれないと思う。

それから、現在オフィスは診療時間以外は使用していないので、この趣旨に共鳴するドクターがあれば将来グループオフィスができればと思っている。

厚生省や医療法の制約さえなければ、例えば大きな病院のドクターで、個人的な患者さんを診てあげたいドクターなどに施設を使って頂けないか、というようなことを考えている。これを機会にこういったことをやっている者がいるということを知って頂ければ、と思い今回紹介させて頂いた。

第3回 研究員発表と問題提起 (4) 平成3年8月31日 午後6時

九州大学医学部婦人科学産科学教室 中村元一氏

九州大学では更年期外来を去年の4月に始めた。今回はその間の受診者でドロップアウトした患者さんを調べてみた。

九大の更年期外来は、発足時に更年期の症状のある人だけでなく、婦人成人予防外来という考えで Osteoporosis とか Estrogen との関連で将来起こってくるであろう症状の予防をしようと目的を決めた。そして治療としては Estrogen 療法をしようということではじめた。

いわゆる更年期症状の主訴をもった人は非常に少なく、卵巣摘出例が多い。287例のうち170例はそれである。

診療は月水金の午前中、予約制で1日8例くらい

の予約でやっている。

最初に30分～1時間くらいの説明をして、再来の患者さんは10～20分程度でやっている。

説明は外来の目的について詳しく説明をし、患者さんに対して啓蒙と教育をする。

その後は大体最初の3カ月くらいは1カ月に1度程度来て頂きあとは、投薬だけの場合は2～3カ月に一回程度にしている。なるべく時間をとるといって1日8例だと毎月は無理で、時間を空けているのである。

担当の医師は1人は専属でほとんどその医師が対応している。

主訴のない患者、卵巣をとった患者は手術時の担当医から、Estrogen を補充しなければならない旨を話しておいて、外来にくる。

最近ではテレビで2回ほど取りあげてもらったのとラジオで毎週うちの方の医師が出ていて宣伝したので、少しずつ患者が増えてきている。

治療は、子宮をとった人に対しては、Estrogen剤の投与。子宮の残っている人に対しては体ガンということもあるので黄体ホルモンと併用して行っている。そのほかは非常に少ない。

卵巣摘出して2年以上たつとかなり骨量は正常域から下がってくる。6カ月Estrogen剤の投与した結果は、極端に増えているという結果はまだ出ていないが、変わっていないか、やや増えているという傾向にある。少なくともどんどん下がっているということはないので1~2年してくれば効果はでると思う。

更年期外来の開設以来、1年ちょっとで287名登録しているが、思ったよりは少ない脱落者だった。10%程度のドロップアウトである。

これは、1人の医者が一生懸命やったということと、最初に目的を随分分からせてスタートしたという点が良かったのではないかと考えている。

ドロップアウトした人を診断名別に見ると「更年期障害」が20名（母親83名中）で全体の24%をしめている。平均が10%なので、更年期障害が一番ドロップアウトしている。

症状別頻度でいうと、症状のある人が24%程度の脱落、症状のない人は4%の脱落で少ない。治療別でいうと、Estrogenだけで治療している人は母親が113名のうち8%、EstrogenとProgesteroneで治療している人は15.6%、ビタミン剤だけでは11%程度の脱落ということになる。

新規登録をした時に誰が説明したか、で見るとA医師（ずっと更年期外来を専門にみている医師）では4%、B医師、C医師（今はもう大学にいない、更年期に対してあまり熱心でない）では脱落率が多くなっている。また、他のことが専門の医師だと非常にドロップアウトが多くなっている。

登録から脱落までの期間をみると最初の3カ月で3分の2が脱落する。

理由の頻度は「骨量の測定を進めてから」が41.7%で非常に多い。実は骨量の測定は私どもの病院ではやっていなくて、タクシーで10分くらいのところのよその病院でやってもらっているため、それが原因なのかもしれない。この脱落者の多くが更年期障害の患者さんである。Estrogenを投与すればよくなるとおおかたの予想はついても、まず検査をしないとデータにならないということもあって、先に骨量の測定を勧める。患者さんとしては、まず、治療をして欲しいということで病院に来るのに他の病院で検査とは何事だということで、このへんが脱落の原因になっているのだろう。

それから、うつ傾向のある患者、話した時におかしい患者さんもカウンセリングをやっていないこともあって脱落される。

以上のことから、一貫した説明、教育システムが必要だと痛感している。

一方、テレビやラジオなどで、Osteoporosisの問題意識をきちんともってきた人は脱落しない。説明もしやすいしよく受け入れている。

一般の方への啓蒙がもっとできてくると脱落者は少なくなると思う。

●中村氏に対する質疑応答

〔竹永〕骨量の測定というのは苦痛が伴うものなのか。それでドロップアウトが増えるということはないのか。

〔福島〕患者さん自体は痛くも痒くもない。

〔井口〕痛くも痒くもなくとも、レントゲンというのは拒否反応が強い。

〔福島〕そこで十分な説明は必要。Osteoporosisを心配している患者さんに関しては大丈夫

だろう。ただ、大学病院だから試されるのでは、という危惧もあるのではないか。実験台にされるというか。説明というか。動機づけは大事。

特に Estrogen 療法は、従来の治療というよりも予防の意味合いが強いので十分な説明が必要。そのへんはどうしていらっしゃるのか。

[中村] 十分している。骨折の写真を見せている。
(笑)

[相良] 病院に来ないまでも一般の患者さんに Osteoporosis の情報を提供することは今後もっと必要になってくるだろう。

[田辺] アメリカなどでは、一般の人にも Estrogen 療法が予防に有効だということが浸透している。日本でも今後はそうなるだろうし、そうなるための情報提供が現在必要であろう。

[堂園] 海外からいらっしゃる方は、自分の病状、状況をよく把握している。薬の内容、治療の方法、現在の状況はこうだから今後はこうしてほしいというのを要求してくる。これこそインフォームドコンセントだが、治療中も説明しながら治療が行われているし、市民団体も熱心である。

[相良] 日本でも、民間レベルの雑誌などでもこういう情報があるといい。

[竹永] 今回この班会議と並行して、更年期とその症状、また骨粗鬆症などについて更年期世代の一般の人にインタビューしてみた。最初はグループインタビューを試みたが全く役立たなかった。

今度は知的レベルの高い層で個別インタビューを試みたが25名共通して「ホルモン療法など全く知らなかった」「なぜ教えてくれなかった」骨粗鬆症と更年期の関係も「全く知らない」骨粗鬆症についても「そういえば聞いたことがある」といった状態だった。

産婦人科のドクターからすると、こんなに説明しているのに、と思われるかもしれないが、一般の人がこういう状態にあるということ逆をドクターに理解して頂きたいと切実に思った。

[橋本] 女性が自分の健康に目を向けられるようになったのは、歴史的に見て、ようやく今なので、この状況はある意味で仕方のないことなのである。これまでは家族の健康管理が女性の役目で自分のことはしないがしろにしてきた。やっと今になって、自分の問題も語ったり考えられるようになった。だから、これからの伝え方についてはよく考えていきたいと思っている。

[井口] 伝え方という面では微々たるものかもしれないが、うちに受診に来た患者さんには「あなたの経験をお友達に伝えてね」と言っている。少しずつでも輪を広げていきたいと思っている。

第4回 「企業発想を聞く」(1) 平成3年9月5日 午後6時

(株)資生堂 取締役研究開発本部副部长 尾 沢 達 也 氏

資生堂はエイジングの問題に興味を持ち皮膚の研究をしてる。皮膚の話から心と身体につながり、五感との関わりなどを話したいと思う。

皮膚のサクセスフルエイジング

『今日なら間に合うけれど、明日なら遅すぎる』

皮膚が老化していく過程においてその外部要因としての「日光、酸化、乾燥」などはその気になればかなり防御できるものである。皮膚は生命を包む袋のようなもので、皮膚を見ればその人の若さがわかる。皮膚は内部の状況を表している鏡だと言われながらも外部条件によって皮膚独自に老化していってしまうので怖い。皮膚は生命体と非生命体を分けるもので、それぞれが共存している。皮膚の老化には皮脂量が大きく関係している。皮脂は皮膚のバリアともいえる角質層の表面にあり水分の蒸発を防いでいる。水分が少なくなればドライスキンになりシワが増える。これは25~30歳が曲がり角なのでそのところにケアしなくてはならないが、しかし私の人生感にはスカーレットオハラ『今日なら間に合うけれど、明日なら遅すぎる』という言葉がある。エイジングにおいても同様で思いついた時がベストである。

肌色が一番美しいのは15歳~25歳位。歳とともに、部分的に差がなくなる「黄グスマ」が始まる。そうなる要因として「太陽光と乾燥」があげられる。それはサンスクリーンなどで防ぐこともできる。皮丘皮紋を見てみると27歳位からなんとなく線が現れてくるがこれがシワのはじまりである。皮膚線維芽細胞の増殖率が20歳~40歳で圧倒的に低下してくるが、これは紫外線か、ホルモンか、なんらかの原因である。角質細胞における面積をみると、若いほど細胞の面積は小さく形も整っており、加歳とともに大きくなって形も乱れてくる。目

尻のシワの深さと年齢の関係を見ると25歳が曲がり角ですがこれもスキンケア次第でかなり防御できる。

皮膚の加歳対策としては、原因が「紫外線、乾燥、酸化」なので、スキンケア、メーキャップ、フレグランス、などで防御する。太陽には2面性があり、ビタミンDを作るなどプラスのある反面、最近では発ガン、光アレルギー、皮膚障害など悪い影響がよく言われているので防御が必要であると考えられている。以前は日焼けが楽しまれていましたが、太陽から隠している肌のほうが若く、最近では好まれなくなっている。ドライスキンは20代は非常に少ないが30代は約半分、40歳を超えると60%の人が肌のドライスキンを訴えている。皮膚の老化防止として我々が提案しているのは、全身的な健康維持として「食物」「運動」「休養」「光線・乾燥・酸化からの防御」。また、すでに老化している皮膚を修復することが研究されており、かなり期待できる結果が出ている。

これからの時代~21世紀に向けて~

ライフサイエンス重視の背景として90年代の6大イノベーションは光革命、材料革命、メカトロ革命、情報革命、生物革命、脳・神経革命があげられる。

政府の科学技術でも今後どのような点を重視しているかというと「より豊かな社会生活のために」「環境問題の解決に向けて」などで社会的ニーズも大きい。新聞によく登場する言葉に「感性」「ヒューマン」などがある。今、世の中は芸術志向にあるが、絵画に多額なお金を払うのはその物に払うのではなく**芸術**とその感動に払う。つまり心に訴えるものはお金でははかれないものである。それを無視してはサイエンスはありえない。「エネルギー

の時代」から「物、生命、精神、心の時代」になってきている。世の中がそれに取り組みながら進んでいっている。企業が物を売る時に「市場に魅力がある。」「競争力がある」など2つの尺度で考えており人と物と金をその研究開発にかけていた。しかし今はそれだけでは企業は生き残れない。「感動」などユーザーを喜ばせるための仕組みが必要。世の中に物が満ち溢れてくると「感性」に訴えるもの、心理学的にハッピーなものが必要になってくる。

消費者意識に変化。物から心の時代へ ～個別対応による感動～

化粧品のアメニティとは何か。それは快適性である。個別的な感性を充足させなくてはならない。その物が素晴らしいだけでは駄目。「その物が自分になにをしてくれるの？」というところまでいかなくては駄目。化粧品で心に訴えるには何が必要かというと触覚・視覚・臭覚など心理学的なものから心へ転換して行って自己実現に行く。マクロではなくミクロな個に還元していくと人は感動する。名前を呼ぶと活性化に繋がるというように、「患者さん～」ではなく「〇〇さん、今日はどうですか？」と個人の名前を呼ぶように、あの人は自分に関心を持ってきている、というのが重要になってくる。化粧品も個人のニーズを十分調べた上でのメーキャップの個に合わせたアドバイスが喜ばれるようになってきている。そこに感動がある。

今の子供はシラケているといわれているように五感に訴えるものが少なくなっている。感動現象には「充足・回帰・達成・驚き」があるが、今の商品にはハード・ソフト・ヒューマンが必要だと思う。つまり五感にアピールする商品が必要になっている。

例えば車は50代の人は「快適性・居住性・静か・安全」等を重要視するが、若い者は走行車や走行感があり必ずしも静寂性や居住性を求めない。つまり年齢によって感じる五感にも明らかに差があ

り個別対応をしないと駄目。病院も設計のスタンスから考えなくてはならないのかもしれない。「小児病棟はどうあるべきか～」など。アメリカの老人ホームは日本のものとは全く違い、余り暗いイメージはなく老人のことを本当に考えたものでその人の状況に合わせて感性に合った設計がなされており「心」の充足が大切なんだと感じた。物から心への時代にきている。

ニーズは、満たされているウォンツであって、まさに欲望のような、持っていてもっと欲しい、衝動だろうと思う。90年代はそれだけでなく感動が欲しいんだと思う。震えるようなものを求めているのだと思う。

快適イコール幸福でもない。日本のような文化国家においてなぜ老化現象が早いかというと、大事にされすぎたり役割を失ってしまう。酋長の世界では定年がないので死ぬまで大変な権限を持っているためいつまでも若々しさを保っている。だから多少のストレスがあった方が良い。つまりストレスの多少ある状態でも感動や幸福感はあるわけで、快適性は幸福感の前提ではあるが必ずしもイコールではない。貧しくても幸福なカップルはいるし、豊かでも心の貧しい人々もいる。そういうものを考えていかないとハードだけでは物事は受け入れられないと思っている。

人々の幸福に向けたサイエンス

感性に訴える化粧品の考え方は優れたハード機能を持っているということである。そして個に訴えるもの。自分だけのスキンケア、自分だけのメーキャップ、自分だけのフレグランス、つまり、美・感・遊・創の世界にだんだん入っていくということの意味している。そういうことは心のメカニズムを解明しないと感動現象はありえないので、サイエンスというものはそういうものを取り込んでいかななくてはならない。自然科学と心理学や哲学は今ボーダレス時代と言われている。サイエンス自身も昔のように一人の人が数学も哲学も全てひ

とつの中の中で考えていた時代はそれなりにバランスが取れていたけれど、それでは進歩しなくなってだんだん専門化が進んでいって、専門化がバラバラになると原子爆弾のような恐ろしい物が出来てしまったり倫理感を失ってさらに科学自体が幸福を志向したものとなっていく。とんでもない遺伝子組み替えなど下手に間違ってしまうと大変です。段々とサイエンス自身が倫理的な物でないとならないし自然科学とはいえ心理学的なもの、生命体というものを取り込んでいかなければならない。そういう意味で今はボーダレスな時代になってきている。物のサイエンス、生命のサイエンス、心のサイエンスというものがそれぞれに専門分化しながらまた統合化していかなければ真の人類の幸福につながるものはなりえない。

心と身体～サクセスフルエイジングのために

我々は今、心身の美と健康を志向してソフトとハードを開発している。心と身体の関係について私なりの考えを盛り込んで提案したいと思う。

「皮膚」は生命体と非生命体を分けているものですが、ある時は物質の顔を持ち、ある時は生命の顔を持っている。皮膚というものを分割していくと角質層の非生命体と表皮層以下の生命体に別れている。皮膚は身体健康維持に深く係わって、非常に生命に関係している。心は身体に影響し身体は心に影響しているから心と心の繋がりも人生を豊かにする。かなりヒューマンな形になってきている。人間が行動する時はどのように行動するかというと脳の中には「知」と「情」の部分があってかなり「情」の部分で動いてしまう。しかしその「情」をうまくマネージするには人間の中には「こうりたい」と「感情的にこうなってしまう」二つの物があって感情で行動してしまうと危険なことをしてしまうことがある。あの人はどうしてあんなことをしてしまったんだろうと「知」の部分だけで考えても理解できないことも「情」の部分で考えるとわかることがある。しかし、「情」は

大変もろいものでもある。行動を規制する。それを環境作りするのは五感だと思う。五感の作用を利用すればよりよい生き方ができるはず。

これからは「心と五感」の関係が非常にターゲットになってくる。「化粧品と五感」快適感情はイコール幸福感情ではない。但し、快適感情は幸福感情の前提にはなる。化粧行動の視覚、触覚、嗅覚を通じて、それに不足する味覚と視聴覚を加えると快適人生を送ることができる。「心と心は五感を通じて語りかける」五感を磨けば若さを保てる。心のベクトル。こういうことで快適環境、つまり、いい化粧、いい香り、などが感知されると脳下垂体と脊髄の免疫細胞に働きかけてよい状態にする。逆に悪い情報が入ると副腎皮質ホルモンが異常に分泌されて免疫細胞を抑制している。

〔このシステムをコンピューターグラフィックによって鑑賞〕

カオスからコスモスへ

五感の心は心の窓口になっている。私は論文で内部も外も乱れた状態つまり「カオスの状態」に化粧行動を通じて肌に働きかける免疫系に影響を与え、内臓の状態もよくなり結果として環境条件も改善する「カオスからコスモスに向けて」という提言をした。

・香りによって心拍数が変わってくる。

レモンは心拍数が高くなって緊張感を高め、薔薇の香りは心拍数を少なくして心を安らげる。また香料によって免疫力を回復させることができるのでいずれ健康回復香料ということができると思う。〔香りを実験〕

・色彩も人間の心をコントロールすることができる。

例えば病院の色彩も医師や看護婦の洋服もコントロールすると回復力がよくなるのではないだろうか。〔赤・黄・緑の色で実験〕

・音楽によってアルファ波が出てくる。

最近植物も音を感知しているという研究結

果がでた。クラシックでなくてはいけないそうだが、落ち込んでいる人にはルノー作曲のアベマリア、心優しく笑顔になる音楽はモーツァルトのメヌエットなど。〔音楽によって実験〕

このように自分に言い聞かせる前に五感の世界に入った方が早く回復できる。実際に音楽を聞いたり、見たりする。これはもう理屈ではない。

今こそ「感動」が必要な時である。

感動のためには最新の身体の科学と心の科学が合体していなくてはならない。語らいの雰囲気は

できる限り五感に訴えることが好ましい。研究発表など非常にストレスが高まるような時にはアルファ波が出るような音楽を会場にかけ緑を多くしロビーに香りを漂わせる。入ってくる人がリラックスした状態にするなど。病気も五感に訴えると回復が早いのではないか。自信を持たせれば免疫系に訴えることができるから。このようにうまく使いこなせばもっといい世の中がくるのではないかと思う。

最後にそういうことを組み合わせた、つまり脳の中にアルファ波が生まれるという風景と音楽で終わりたいと思う。〔映像と音楽で実験〕

第4回 「企業発想をきく」(2) 平成3年9月5日 午後6時

(株) ジャパンライフデザインシステムズ 代表取締役社長 谷口正和氏

経営資源はお客様第一主義

私達は仕事を「お客様第一主義」でやっている。ホテル王のヒルトンが「どのような場合であっても客が正しい」ということを残しているように、これを医療の場合でいうと「患者さんをどのような場合でも正しい存在として見ていく」ということになる。例えばベッドの高さが自分たちが働き易いように設定されていればこれはもうだめ。つまり、お客様の要請を聞き続けお客様をどう理解するかということが**ビジネスの経営資源**である。

昨日までのお客様の付き合いに関してはフィードバックをして一番よかった事例だけを徹底的に残していこうということと、新しいお客様に関しては常に色々気付いて聞き出す方法論をあみ出して聞いていこうということ。この2つのことが必要になっている。

量から質への転換

80年代はお客様の「生活の中に新しい側面を加えて欲しい」という願いがあらゆるところで出たために、焼きたてのパンが売れたり、生活雑貨が小物になっていたり、ニュース番組が視聴率ナンバーワンになったりする傾向があった。そして新しいものを手に入れることを経験した若い世代が80年代後半には「色々試したけど、やっぱり似合うのはこれだわ」ということで、流行を拒否するようになる。今が丁度その時代である。

こういうものは情報的にいえば高感度現象と整理される。優れたリゾートホテルを色々経験した人が見た病院とそういうことを知らなかった人が見た病院とでは格差は歴然と出てくる。例えば今は情報が地球化しているから自動的に地球生活圏型のライフスタイルに変わる。遊びだけではなく、学業、仕事で情報が広くなり生活というものが世界情報に支配されるから、出張一つとってもどうしても増える。そういう体験を積み重ねてくると目が肥えてくる。プロのサポートによる生活に

慣れが出てきてそれが我が家にも欲しいというようになる。地球生活圏情報というものに馴染んで、テレビ・雑誌などや世界に行った人の情報を複合していくと地球認識というものがお客様の中央にくる。目が肥えてくると、よく考えられて洗練されて、納得のいく、つまり継続力があるものを好むようになってくる。例えば、色々飲んだけれどあれは美味しかった、ということでカルピスウォーターが今一番売れている。

素人相手の時代は終わり、お客は自らについてプロになりつつある。プロの相談相手になるということは、こちらが専門性を高めないと駄目になってくる。こういう構造を量から質への転換という見方をしている。

「個人の市場」「心の市場」へ

こういうような中で情報化社会が地球意識を教えてくれて一巡し、そして「類似」を呼ぶ。つまりちょっと新しい話はどんどん皆が真似をし我々はニューヨークに行っても寿司を食べられる。地球中を集めるという概念。類似して技術が同質化していればあとは値段の差しかない。

こういう類似を越えていきたいという願いが「個人の市場」である。今、百貨店の中で一番売れるようになったのは、セミオーダーである。一般論ではなく私をよく知って欲しい、群衆のように扱われるのを嫌うようになる。だからファッションもパーソナルなアドバイスをプロがしてくれるところは大変な量のお客を取っている。そうしてまた来てもらうためには、「次にはこれを着てもっとおしゃれになっていきましょうね」というようにプログラムを売ることに成功することなのである。お客のお洒落になりたいという気持ちを借りてはじめて洋服が売れる。これは、医療の場合でいけば、患者が良くなるという力を借りてサポートして自動的に良くなってもらおうということになる。

こういうような動向の中で90年代のマーケットは「心理学的市場」とか「心の市場」とかになる。

その人々にあるのが「好きなことをやっているか?」「興味がありますか?」ということである。

例えば「アニエスベー」が好きな人は大体「アフタヌーンティ」が好き。これは同じ経営者。この続きで好きな物を集めていくと「あそこいいお店よ」ということになり、そうでない店には行かなくなる。非常に個人的な消費行動に変わってきているということである。自分は特別ということを見んなが望むのである。つまり会員ビジネスに向かっているということで、これが今の商売の難しさである。

お客様を理解しないとどうなるかという、例えば丸井が800万枚作ったといわれたクレジットカード。800万枚まで伸びた時に青井社長は「もういいかげんにやめろ!」と。800万枚まで登録して打ち込んで、使っているのは100万人。後の700万人は駄目。コストだけ膨大にかかっているわけですつまり量を追い掛けていたら駄目。こういうものが個人を見ない態度でもう1回お客様を見つめ直そうということになると非常に限られたお客様からスタートを切るしかない。当面はその過度期にある。

個人を支援する時代 ～サービスの経済化～

その個人の気持ちをどのように理解するかということが非常に重要になってきている。自分でなきゃできないもの、自分がやりたい好きなこと、そこに時間を投資したいということになると自分の気に入った物や気持ちのいいもので生活の特徴づけていこうという傾向になっている。この間まではデザイナーがデザインしていた服を着ていたが、今後はそうではなくてデザイン情報を得てその着る本人がデザインするのをサポートする商売に変わってくる。個人軸というものはどこまでもどこまでも今後強くなっていく。つまり立て軸で自分というものを主人公にして生きていくことが出来る「個人を支援する時代」になる。

このように個人というものに対してどこまでも迫っていくという方向で今マーケットは流れてい

るが、個人が自分を最も成長させるには、自分の特徴に自信をもたなくてはならない。自分の特徴を自信たらしめてくれる相談相手を求めている。だから違う定規で自分を計られたくない、ひとりひとりの幸福論という論議になってくる。このように「サービス経済化」が90年代の課題になってくる。サービス経済化というのは個人に向かい個人に対して気配りをする事。

21世紀はいわゆる生活旅人化現象というものによって旅が産業の構造になるのでどのような物も旅化してくる。紫陽花が咲いている時に150万人以上もの人が紫陽花寺に来るようになった。特徴があるからである。鎌倉にあるお寺に皆来ているわけではない。そうすると、例えば、最も特徴のある「場所」「時」というところで立地をすればそこに人々が集まる「時」を作ることができる。特徴というのはエリアと時に符合している。最近ではテーマパークという言い方をしているが、テーマパークの理解が間違えられて、技術論になっている。何か特徴を作っておけばいいんだらうと。ところが、真の特徴論というのはそこにだれが住んでいるか、どういう歴史があるか、どんな自然が生きているのか、それを磨いてシンプルにし、持ち上げるように持ち上げるように特徴を足せばいいんだという考えである。

この特徴の発想というものが「個人個人のあなたの特徴に合わせて」というマーケットにつながっている。具体的な事象でみるとジョンソンから発売されたベビーオイルとかベビーパウダーが世代を越えて売れ、聖路加病院が作ったといわれる木綿の毛布が通販で一般の人に非常によく売れた。最も愛情をかけなくてはいけない人用に考えられたものが一般の人に売れている。駅、空港、百貨店などにおいて大事な点はホスピタリティの向け先。誰に対して愛情をかけてやるのか。それは、その時に最も愛情を要求し自ら決定することができない赤ちゃんであったり、外国人、妊婦であったりする。

「やり方」ではなく「在り方」が問われる時代

心をかけて育てたものは心をかけて受け取ってもらえ心をかけて食べて貰える。

一般流通で言えば、ダイエーがいいものを安くしようとしているが、例えば、生協などがダイエーに勝ってしまう。なぜあのスケールのある企業に勝つのかというと、生協は、食べる物に対する考え方を「我々は安全で有機的なものを食べたい」と打ち出しメンバーシップ制になっている。ダイエーはそういうことは消費者が考えればいいんだという考え。「考え方を打ち出す」ということに新しい流通の構造があると思われる。

つまり「やり方」が問われているのではなくて「在り方」が問われている。ということである。今、例えばアメリカで伸びているネイチャーカンパニーという専門店が日本に来て流行ってきている。このお店の特徴はお店の入口に「このお店は地球を理解し愛するためにどのようなお店が作れるだろうかを考えてつくりました。」と書いてある。たまたま入ってきて面白いじゃないというのではなく、そういう考えを持った人が入ってくる。この辺に時代の高度化を感じると思う。

「お客様第一主義」の実践【少年ジャンプ】【セブンイレブン】の場合

今のマーケットをわかりやすく説明すると、非常に売れている雑誌は【少年ジャンプ】だが、どうやって雑誌を作っているかということ、普通は編集長が方針を決めて漫画家に色々描かせて雑誌を作るが、この雑誌はそうではない。まず少年ジャンプ大賞という賞を設け、新しい漫画を描きたい人、載せてもらいたい人を募集する。そして、有名な漫画家に選考してもらい漫画の表紙の一番最初にどの漫画が面白かったか教えてくれと読者に聞く。漫画好きで意見を言いたい読者（約3%）が葉書を寄せてくる。そして例えそれが嫌いだという反応であっても残し、そしてまた募集して載

せるというのを繰り返す。先程のヒルトンの話と同じように、どこまでも「読者が一番正しい」。価値観そのものを生活に取り入れるのは読者だから、それをサポートするのがプロだという考え。どこまでもお客様情報を第一優先にしようという訳である。これはお客がなにを言っているのか、何を希望しているのかを集めて分析しそれを提案事項に変えその評判はどうだったかとまた聞く。

例えば、病院に入ったら「プーンと匂いがした」と言っている人が一杯いる。じゃあ先ず匂いを解決する。お客の言っているクレームはチャンスだから全部ポジティブになる。お客が全ての原点である。全員のお客の声が聞けないという、特定客を決める。どういってお客の声を聞けばよいのかよくディスカッションする。どんなことを言っても、じゃあこうしてあげればという代案を作る。これがクリエイションを守ることになる。これを回していけばいくほど『少年ジャンプ』になれる。今伸びている流通産業はほとんどこの手法を導入するようになってきた。そのことが情報産業への転換ということになる。

『セブンイレブン』は、新しく何を入れたら売れるのかを知るためにどうしているかと言うと、セブンイレブンの客の特徴である「夜中に起きている人」がなにが欲しいかを聞く必要がある。これを聞くために深夜ラジオを使ってパーソナリティが、「今起きている人、何が今食べたいか電話ちょうだい」というようなことを聞く。それをまとめると、1位にやきいも、2位におでん、3位はおいなりさん、4位は弁当。そしてテストをする。反応が出た！よし全部いきなさいと。これを繰り返す。

お客の情報を聞き続けてお客に聞く。これを回し続ける。自動的に成長する。これがセブンイレブンが流通産業ではなく、情報産業になっている理由である。

このように「我々はお客様第一主義の情報を最大の経営資源にしていく」というスタンスがあれば、無限の可能性があるし、人気は自動的に出てくると考えられる。

今、医療は…？

病院は本来はたった一人の患者のために100人の専門家をそろえてホスピタルしているはずだと思う。実は同じ構造を共有しているだけだと思う。

〔メンバーシップ制〕

予約の構造がほとんど機能していない。お客を優位に立たせないで自分達の優位制で並ばせている。

その人をよく理解しようとする時間が少ないので前もってヒヤリングシートとかで細かく聞いておくシステムが必要になる。

〔雰囲気〕

人は気持ち自前で治るということできくと、元気になりたくなる雰囲気をもっと学ぶ必要がある。また、今は核家族で情報を引き継ぎにくくなっているの、ウエイティングの時にビデオなどで勉強できるようになっていたりするとウエイティングというものが楽しくなると思う。

〔専門性〕

産婦人科という呼び方はとても古い概念が出ているような気がする。女性のことを考えるのであれば、例えばウーマンズホスピタルというような呼び方。

〔シュミレーション〕

胎教は？、子供が生まれたら？、出産祝のお返しは？、乳母車は？、などのカバーアップも今はできていない。乳母車はレンタルの方がいいとかいうことにもなる。

〔情報〕

デパートや駅に乳母車の設置などこういうサービスが何故できないんですかと発言する必要があると思う。

〔立地〕

自然も緑もあって素晴らしいリゾートの中に専門家もいて、妊婦の最後の1、2カ月はそこで過ごしているうちに子供が生まれるとい

うような。

今、歯医者、眼医者、など上手くスケジュールが組めないで、つつい治療が遅れていて治すのに3年も掛かっているというようなことがある。そうすると、3日間、ホスピタルリゾートのプログラムを買って行って、ついでに釣りでもやって、その間に治療してもらったら歯も目も全部治ったというようなことになっていればむしろそっちに行った方がいい。そういう意味でいうとホテルの中にルームサービスとして医療が設けられるなどホテル業態のような方向へ向かっていけばと思う。

信頼というのは継続にあるので、歴史が表現される必要があると思う。建物が古いとかいうことではなく、患者さんのケーススタディにおけるヒ

ストリー。こういう情報があると信頼が増す。婦長の写真を代々飾ってあるのも継続である。百貨店などは皆代々の社長の写真を飾っている。信頼というのが繋がっていると感じさせる。

21世紀は宗教芸術のような世界にどんどん入っていくので、「信ずるということを活活性化したら治る」ということがわかれば、信じてもらうためにどうすればいいかということがはるかに重要になる。だから、心が一番で情報が2番、技術が3番。今のビジネスはそういう構造になっている。

「お客のためになっていますか？」これがとても重要。流通業界は今全部そうになっている。

つまり平均主義から個人というものを見直していこうということである。

第5回 「作家からみた熟年女性」 平成3年10月31日 6時30分

ノンフィクション作家 井田 真木子 氏
生活料理研究家 小林 カツ代 氏

産婦人科での日本人・外国人

〔井田〕産婦人科の先生にお世話になる時、女性は非常に不安な状態になっていますし、ほんのちょっと小指で押した位がドンと背中を押した状態になってその人にとってはショックであるというようなことは当然あるだろうと思います。ただ、入院することによって、例えば「これから起こるであろう様々なことに対して考える時間を得ることができる」というように病院・入院を生産的に利用・活用しようと実の所は心の底で考えている女性の気持ちを受け入れてくださって、しかもそれをプラスの力づけを頂くことができたなら、これはとても面白い展開があるのではないかと思います。

(ここで女性セブンの掲載レポート記事から米国でのエイズの話がありましたが、今回はそれは省きます。)

日本においてスピークアウトするということは貴重なことなんですね。「私は～～よ」と言い切る人は少ないのです。アメリカでシングルマザーを勝ち取った人と違って、日本のシングルマザーは「いいかな～？」という気持ちのまま回りを見回して、そのうちお腹が大きくなっています。なんでも「いいかな～？」のままなんとなく来てしまっているような気がします。

〔小林〕私の体験を話しますと、一まさかテープに録音されるとは思ってもいませんでした

がー（笑い）産婦人科の受診の姿勢はあんな屈辱的な姿勢はないと驚きました。なかなか子供に恵まれなかったので検査も受けました。とても痛いんですね。夫も検査を受けるようにと言われましたが、男性はもっと屈辱的だと聞きまして「あなた、やめなさいよ」と言ったのです。

2人目の子供を妊娠した時、子宮を計る検査で人工流産してしまったんですが、「痛い！」って叫んでいる時に「痛いわけがない」なんていう答えが返ってきちゃったり…（笑い）鈍感なんですかねえ。

〔竹永〕先程の話のようにセックスの感覚の違いなのかもしれませんが、ヨーロッパの女性にかなりしつこく「婦人科に行くのは恥ずかしいでしょう？、日本の女性は恥ずかしいって言ってるんです。だからそこを変えなきゃいけないって思っているんですけど」って言うのと「何で恥ずかしいの？」って、どうしても言いますね。「婦人科にかかることが恥ずかしいとは思わない」って。カーテンもはずしてしまうし。

〔小林〕儒教ですかねえ。（笑い）

〔田辺〕外人は誰に診てもらってるかわからない方が厭だっていますね。

〔井田〕私も誰に診てもらってるかわからない方が厭ですね。それに私にとっては屈辱的な姿勢とはいえない。教育の違いかなあと思っています。それとも物事の考え方の違いかなあと思っていますね。あまり情緒的に捉えないということはあるのかもしれない。じゃあ、まったく産婦人科が恐くないかと言われれば、確かに人間にとって眼球とか歯の神経とかを人に触られる恐さと同じものはあるような気がします。拷問の時に神経がむき

出しになっているようなところを襲うわけでしょう。自分で感じる事ができなくて生理的に恐怖感を覚えるという。それだけに誰に何をされているかわからないという状態は厭だし、それはまた逆に、そんなに恐い場面を私は見たくないという気持ちもあると思うんです。

〔竹永〕それに通じるかもしれないけれど、ヨーロッパの女性はそんなに恐い場面だから最後まで見極めようという姿勢でしょう？。わかるう、わかった上でやろうと。

〔小林〕ちょっと話しがずれてしまうかもしれませんが、カーテンのあるなしではなくて、他の科では歯医者さんの道具にしてもなんにしても、非常に進歩しているけど産婦人科の道具は雑駁に扱われているような。見えりゃあいいだろう、というようなね。（笑い）そんなところがあるんじゃないかと。

〔田中〕女だけでなく男もありますよ。痔の手術をやったんですけどね。でも確かに心遣いを少し配慮した物を開発する姿勢はありますね。

〔小林〕今から7年程前ですけど、メーカーに全部出掛けて行って診察台に登って自分で向こうからビデオを写してもらって、本当に診やすい椅子はどういうものかと調べた人がいました。やっぱり「椅子」が立ち遅れているといっていましたね。日本のが遅れているということもありますし、世界的にもその椅子が遅れていると。機械は男が作っているからかもしれないけど、その時点でも日本の方が遅れていると言っていましたよ。じゃあ、フランスとかアメリカの方がいいかということはどういうことかと言っていないでしたけどね。100以上坐ってビデ

オを撮ったと言っていましたけどね。

〔田中〕それはそのまま終わっちゃったんですか？

〔小林〕それはやっぱり発表できなかつたんじゃないんですか？（爆笑）

医師への信頼度が大切

〔小林〕私は子宮筋腫をとる手術を経験しているのですが、その時、先生への信頼度が自分の体を快調にしていくというのを感じました。今は診察台がどうのと文句ばかり言いましたが、それとは別にそれにはあまりあるほどの感謝を感じています。それは後の体にまで影響するぐらいのものであります。こんなに良かった良かった子宮なんてとってしまいなさいなんて言わなかったと思うのね。その後不調だったり、先生に対して怨恨なんかが残ったりしたら。そういうことを考えると道具なんかよりもっと大事なことだと思えますね。

〔中村〕何に感謝の気持ちを持っていらっしゃるんですか？例えば子宮をとる前に説明を十分にされたとか、子宮をとっても全然生活にさしつかえなく「女」でなくなるなんてことではないです。というようなことを十分話されたんでしょうか。

〔小林〕よく時間の長さということも言われますし、もちろん時間の長さも大切かもしれませんが、本当に忙しい先生だと3分しかしゃべらないことも1分しかしゃべらないこともあると思うんです。でも私は時間の長さではないと思います。その先生が本当に自分のことを心配してくれているという信頼度ではないでしょうか？

健康の指標としての産婦人科検診

〔井田〕私が卵巣の手術を受けたのはとてもいい先生でした。聖路加病院だったんですが、非常に忙しい先生でしたけど、非常に冷静であるということと、私の場合は慰めて欲しいというよりも事実そのものを教えて頂きたいということだったんです。

ただひとつ残念だったのが、いくら卵巣というのが強い臓器だとはいっても、昔の6分の1に大きさがなってしまった。じゃあそれから後どうということが自分の体に起こるのかということのを是非知りたいですね。それは自覚症状があれば自分で感じとるんですけど、自覚症状がないところで、患者はプロパーとしての知識がないですからね。排卵があるかないかは体温をつければわかるけど、それだけではなく変化はあるんでしょうか？ないんでしょうか？それはひとつの自分の健康の指標なのでそれを定期的にお調べいただく手立てはありませんかと、これは何回も申し上げたんですが、「じゃあ、あなた子供は産みますか？」「いつ持つ予定がありますか？」と言われてしまうのです。私は急性肝炎をやって死にかけるころまでいったので、何が起こるのかというのが面白くて、血液検査など半年に1度くらい医者を訪ねていっては調べてもらいます。産婦人科に限っては「子供さんをお持ちになるんですね。」「いえ、その予定はないんですが」と。医者にとってはそんなに検査をしてどういうメリットがあるんだということもあると思うんですが。産婦人科の家庭医的なお立場でお付き合いして頂けなかったんですね。人が嫌がる産婦人科にこれほどかかりたがっている人間もいないと思うんですが。「さあ、診ろ！ さあ、診ろ！」という変人扱いされそうですが。（笑い）ついにこれで10年、自分

の生殖器というのがどういう状態にあるのやらからないというのは非常に不安があるんです。

[小林] 私はその逆です。とても患者さんが多い病院で先生は忙しいのにもかかわらず、自分の家庭医のような錯覚をひとりひとりが持ってしまうという先生でした。紹介してあげた人にも「どこが悪いの？」って聞かれますが「いや、どこも悪くないから、悪いところを探してもらおうんだ」と産婦人科に半年に1度は行っているんですよね。私も本当は行かなくてはいけないんですけど、いつ行っても「ああ、よく来たね、どうですか？」といってもらえそうな信頼度というか。最初にきちっと絵で病状を説明して、あたかも長い間しゃべっていたような気になっているんですね。子宮筋腫を取ったときも私は見たいと言ったんです。そしたらちゃんと見せてくれました。

[井田] 私は卵巣嚢腫を取った時に見せてもらったんです。医者にとっては標本の一種かもしれませんが、患者にとっては触ってもいいですかという関係が成り立つと非常に落ち着くというのがあるんじゃないかと思います。人それぞれだと思いますが。

[田辺] 女性は医者につくつていうんですよね。病院とかそういうのではなくて。たとえばうちの場合だと婦人科と乳腺外科とか。そうするとその先生じゃなくちゃ厭だということですよ。毎日医者が変わるところだとどうしても厭だというみたいですね。

[竹永] それでは残りちょっと熟年恋愛のことにスポットをあてさせて頂いていいですか？井田さんはこのテーマはどんな風にお考えになります？更年期外来とか産婦人科の先生は熟年恋愛の相談の相手になれるでしょうか？

[小林] 熟年は産婦人科にかかることがないんじゃないの？

[竹永] だって50代でも恋愛するわけでしょ。

[小林] 子供ができる可能性がないでしょう。

[竹永] カツ代先生は産婦人科は妊娠・出産だけだと思っているからだ。(笑い)

[井田] 熟年の恋愛は、妊娠の可能性が少なくなった女性と、その女性とほぼ同年令の男性との恋愛だと思うんですね。とすれば、妊娠の可能性が少なくなればなるだけひとりの男性が女性を押さえておく力が弱まるだろうし、そうなれば錯綜してくるのは当たり前だと思うんです。ただ、社会的なルールはどうなるのかということそれは問題だと思います。

[小林] 私はそうじゃないと思うの。熟年恋愛は不倫じゃないんじゃないかと思うんです。子供ができなくなったらばんばんやってもいいんじゃないかと言葉の綾ではそういうことが言えるけど、私は逆に夫や妻がいるから恋愛をするんだと思うの。熟年夫婦というのはセックスが永続しないわけですよ。そんな時にいい人が出てきたら、入り込む隙を与える。私のスタッフの一人の例なんですけど、とてもいい夫婦なんですよ。いい夫婦だから恋愛をしているような気がするわけ。つまり、夫とセックスの関係が

全くなくなって、ただ二人で暮らしているだけという殺伐とした夫婦には、熟年恋愛という「恋愛」はできないと思うんです。燃え立つものが残ってなければ、恋愛はできないと思うんですよね。

産婦人科は私は縁がなくて、子供を産む時と流産の時しか行ったことがないのですが、それ以外で産婦人科にかかり得る時というのは病気ですか？

[竹永] 私は今回、こういうことを調べるまで、うかつとか、知らなかったんですけど、50代で性生活があるということが信じられなかったんです。

[小林] そうね。

[竹永] でしょう？ところが、あるというよりも、しにくくなる、そういう事実があるんですね。

ヨーロッパに行ったらそのことはとても大事なテーマで、彼らは熱心に、「ホルモン療法はあなたの夫婦生活を助けるよ。エンジョイするよ」と。「50代からの夫婦生活を大事にしよう」ということを熱心に語り合っているんです。へえー！と思った。

[小林] それは夫婦が？

[竹永] 色々なカップルです。

[小林] そうゆう相談が来ますか？

[中村] 来ますよ。やはり、セックスが上手いかないということで。それで、ホルモン療法をしてあげると、とても喜ばれます。エストロゲン療法とかをやると不倫とかが少なくなるんですかね。逆に増えるんですか

ね。(笑い)

[井田] いや、もし医療の関与があるようなものだとすれば、それは恋愛ではない方が多いような気がします。

恋愛というのは基本的にその人間たちの個人的な問題であって、医療に何かを求めするのはちょっと難しいような気がしますね。「となりの奥さんが恋愛をしているようだ。あんなことしてとんでもないわ」ということを言いながら「機会があったらやっちゃおうかしら」みたいなものは恋愛と分けますよね。そういう風にして例えば自分の家庭が壊れてきたら「一体、私はどうしてこんなことを始めてしまったんだろう」と思うことは多いと思うんです。本当に一人の人間と一人の人間がお互いに認め合うというような恋愛は、若かろうと、壮年であろうと、老年であろうと、非常に熟している人間でなければできないことで、逆に熟している人間がしていることなんだからこれは誰かの助けはいらないことだと思うんです。つまり、色々な外部の条件が整ってうっかりやってしまったと、まわり見てみたら皆やっているからいいんじゃないかといってやってしまって、その結果を背負いきれなくなってメンタルな問題が出てくるというのは大いにあるだろうと思います。それは、おそらく自分でコントロールできないんだから、第三者であって、専門的な知識のある医師の手助けが必要になるだろうと思います。それと夫婦の間でよい性生活を送るのに上手いかなくなったので治療を受けましようというのは全然違うと思います。

[小林] 思春期の心の動きについてはあれだけ話しがあるのに、熟年になってきて、何故、死というものに向かい合ってどんどん行く

のに、心の動きというのをもっと省で掘り下げて話し合わないのかと思いますね。つい10年前の40代だったら、例えば単身赴任の夫の恋愛とか「とんでもない！」と本気になって怒っていたと思うんですよ。それが「そういうこともあるだろうな」と「何故そんなにいけないことなんだろうな」と思うようになってきちゃう。倫理感から言えば道徳的に落ちたように思えるかもしれないし、非常に危険な発言ではあるんですけど、でも正直に言うと、それは何故そうになっていくのかわかりませんが、そういう心の動きがあるんです。

[田中] 男の世代雑誌ってありますよね。女も必要ですよ。

[井田] 雑誌屋の経験として言いますと、女性の熟年雑誌というのが出ないのは、女性誌というのは、日本の場合は豊富なんですよね。それから、抑圧するとかいうよりも、女性の読者の欲求を先回りして開拓していく形でどんどん多様化していくんです。そうすると、種類にしても何にしても、たくさん出ることは出るんですけど、あまりたくさん出ると望まなくなる世代についてはどうやって読者を開拓していけばいいのか、そのノウハウがなくなるんです。じゃあ、どうして最近になって男性の雑誌が出始めたのかというと、今までが非常に抑圧的です。あるべきサラリーマンの姿とかを敢えて言わなくても、それを完全にマ

ジョリテイにおいて、完全に硬い殻の中で出来上がってきた物が男性誌というひとつのジャンルです。もうそれに耐えきれないと、もういやだという悲鳴がだんだん積み重なってきて来たんですね。

「医療に心を」と言われて久しいですけど、一体、どこからどこまでが自分がコントロールする問題か、どこからプロパーに預ける問題かを、はっきりしないと駄目だと思うんです。若い女性が、妊娠や中絶を繰り返して散々な目にあって感情の起伏も激しい時に、それを全て医療にカバーしてもらうのは無理だと思うんです。

例えば、ものすごく細かくカウンセリングとかを総動員しても、結局自分がコントロールしなくてはという部分は残るし、それが医療とぶつかる部分を考えなくてはならないと思います。

[竹永] 確かに全部が全部、医療に任せるというのは無理がありますよね。それから1時間の時間をとればドクターが全部カバーできるかといえばそれも無理がありますよね。

電話相談というのに全くタッチしたことのない方は、電話でどのくらい医療的テーマをカバーできるのだろうと疑問に思われると思うんですが、あれは結構、医師と生活者をつなぐ役目・専門知識と世間の常識とのギャップをうめる役割を果たせるものなんです。だから20年もの歴史が続くんです。来月はその辺の電話相談の実際というものをテーマに見て頂こうと思っています。

第6回 カウンセラーからみた熟年女性(1) 平成3年11月29日 午後6時

ダイヤルサービス(株) 電話相談事業部

ファミリー健康相談チーフカウンセラー 芹 沢 茂登子 氏

赤ちゃん110番から見えてくる世の中

赤ちゃん110番を始めてから20年経っているが、この中で大きな変化は子育て年代が高齢化してきたこと。1974年は26～30歳までが59%、31～40歳が19%だが、1990年は31～40歳が24%で約5%増えている。これは働く女性が非常に増えてきたことや、結婚する平均年齢が上がってきて働き続けたいと思うのと、子育てとの両立はまだまだ難しいところがあって踏み切れないということで、結果的に30歳になってもう限界かと思いついて出産に踏み切る、そして赤ちゃん110番の電話相談にかけてくる女性の年齢が上がってきたということになるかと思う。それから赤ちゃんの数でいうと20年前は200万人を超えていたが、今は120万人を割っていて出生率も1.53と言われているように子供の出生数は減っているのだが、相談件数は減っていない。私達が始めた頃はまだ日本にはこういう電話相談がほとんどなかったが、今や自治体でも様々な電話相談ができ、赤ちゃんの雑誌も妊娠中の雑誌も増え、情報量は20年前に比べて増えている。少ない子供に余計母親の目が凝集されてしまうということ、数ある情報というものを選択できない母親が増えているということが言えると思う。母親自身の問題も増えている。自分の子供が可愛いと思えないとか、森本さんのお話しにもあったように、子育てだけでは自分の生きがいをみつけられない自分探しの相談が増えているといった状況である。

熟年110番で見える女性の心

熟年110番の相談者はメインは40代。何回も利用している人の方が多い。それは1回だけでは問題解決ができないということもあるが、電話という

のが自分探し的手段になっている。電話で話すことでモヤモヤしていた悩みがはっきりしてそしてまた2度目にかけてくることでさらにはっきりしてくる。決して指示をするわけではなく、その方が考えている道筋というのを「じゃあその時はどうお考えになってるんですか?」というようにポイントでフィードバックしながら、自分自身が結論を出すことのお手伝いをしているにすぎないが、8割が女性で2割が男性。熟年110番を作る時にこれからの高齢化社会に向けて男性の方の再就職、生きがい、生活設計の問題など男性の方からの相談が多いだろうと予想して時間帯もわざわざ夜の5時～9時までにしたが、女性の相談の方が多いという結果になった。1つには子育てが1段落ついてこれからどうしていこうかということもあるだろうし、または自分の体が老いへ向かっていくことを自覚する中で非常に不安になる。それと同時に子供達が早くから子離れすると夫との関係においての自分の存在がクローズアップされて、夫婦の問題に非常に比重がかかり悩みが深くなっている。家族に関する相談が38%あるが、その中でも夫婦に関する相談が60%に達していて、いかに40代の女性が自分自身の生き方を夫婦関係の中で悩んでいるかというのがわかるように思う。

子供110番は90%は子供達自身がかけてくる。その相談ランキングからも女の子は小さい時から人との関係に非常に心を悩ます存在であるなということをつくづく感じる。(1位-友人関係 2位-男女関係 3位-日常のおしゃべり)

5年前から健康相談を始めた。この相談者の男女比も8対2位の割合で女性の方が多い。年令的には第1位は30代、2位は20代、3位は40代となっている。相談順位の第1位は疾病予防の一般知識。婦人科の相談は第3位でその内容はまるで女性のラ

イフヒストリーをみるような思いがする。

- ・10代の相談は本人というよりも母親が聞いてくる場合が多いが、初潮のこととか、生理が6ヶ月間ないといったことなど。産婦人科に連れていく勇気がない、行くと診察台にすぐに乗せられて子供が傷つくのではないかということをおそれている。
- ・20代は自分で電話をかけてくる。生理不順、生理痛がひどい、妊娠をしたのだろうかなど。独身の女性からも既婚の方からもある。
- ・30代は不妊の問題が出てくる。
- ・40～50代は子宮筋腫の問題が出てくる。こんなに自覚症状がないのに手術をしなくてはならないのだろうか？。生理不順なのは更年期だから？。なわとびをした時、お風呂の後、急に駆け出したときなどの失禁の問題もある。腔が萎縮してしまうためにセックスが上手くいかないということもある。

健康相談の場合は保健婦、看護婦、助産婦、栄養士などの有資格者が研修を受けた上で電話相談にあたっている。

産婦人科への提案は

第1に産婦人科は行くのに勇気がいる所ではなくて、女性が生きていく上での心と体のクリニックというかオープンサロンのような開かれた存在であって欲しいなとつくづく感じる。

第2に女性自身も内診台に対して拒否反応をもつのはおかしいのではないかなと思う。耳鼻科は耳、歯医者には歯をみせなくてはいけないのと同じように感じなくてはいけないと思う。産婦人科の部屋のカーテンが下りるのはいいが、その先生と一度も顔をあわせなかったことがある。それもまた奇妙な話し。先生とはコミュニケーションしたい。個室であれば問題はないのではないかなと思う。内診台に対する女性の意識改革と先生側の受け入れてくださるようなお気持ちがあればいいと思う。

第3点は更年期はホルモン注射などの治療もあるのだけれど、心のケアシステムがないとだめだと思う。夫との関係が熟年110番にどっときているというのは、まさにその辺と関わりがあるわけだから、心と体のケアをして頂きたいと思う。

4番目は閉経後の性生活も持続していくので、もっと解放感にあふれるアピールと、ゼリーなどは恥ずかしがらずに補足する手段として買っていいんですよというPRとかそれを容易に買えるようにするとかいうことがなされればいいかなと思う。

第6回 カウンセラーからみた熟年女性(2) 平成3年11月29日 午後6時

ミネルヴァ心理研究所 主任カウンセラー 森本邦子氏

本職はミネルヴァ心理研究所のカウンセラー。幼稚園110番はボランティアでやっている。主に幼児の集団心理テストを引き受けて普通の子供の心の健康度の調査をしている。子供に絵を描かせてその絵から子供の心の状態を見るということをやっている。

子供を通して見えてくる母親の心

(症例1)

「闇の迷路」「毒蛇迷路」「ガソリンスタンド迷路」「掃除機迷路」などを描いた子供がいる。この子を面接をした時は6月のとても暑い日だったが、園庭をマスクをつけて走っている。どこか具合が悪いのかと思ったらそうではなくて、「風邪をひいた翌日は必ずマスクをつける」とあの子自身が言うとも母親が言う。母のいうことには無駄な抵抗をやめ

て従うという生活をしているわけで、この子の心の中では迷路の状態というわけなのだろう。子供は心の中の何かを端的に上手く絵に出してくれるというのがある。

子供はこんな絵を描いていてもいずれは治るだろうと思うが、子供にちょっと問題があるお母さんは、実は母親自身が迷路で「私の生き方がわからない」というのとセットされていることを非常に知って、女性の問題に関心を持った。「子供はいずれは治るから貴方の心の病を治さなくてはね」というと「実はずーっと頭痛がするんだ」「腰が痛いんだ」「ドキドキするんだ」とか言う。そういう状態に対して夫はどう思っただろうのかしらと言うと「あの人は朝は早い夜は遅いわ。日中はリトルリーグの監督をやっていて私がついていくと主人はいやがるし…」と。これは結局『妻役割』の方向性も見つからない。『良い母親になる』という役割だけに自己実現を見出している。その中で自分自身というものがみつからないということだと思った。

(症例2)

知能指数が高いとても賢い子供。大便をトイレでせずパンツの中でしかできない。病院に行っても特に異常はない。いずれ治るだろうと思っていたけど治らない。まずこの母親の胸の内を聞かなくてはと思ったが「私はいいんです」と言う。母親はもともとデザイナーで40歳直前に出産。夫は先妻に子供ができなかったので離婚して、この人と結婚した。その条件として仕事を辞めること、子供を生むこと。そして男の子が生まれたので全ての期待がかかった。つまりこの子供には赤ちゃんの時代がなかった。イナイナイパーとか、おしっこしたのね?という赤ちゃんの時代が。それを今この子供は取り戻していると考えられる。大便をパンツの中でした時は子供が自分で洗っていたので母親が洗ってあげていくうちに治っていったが。この母親の自己実現の場というのが子供をいい小学校に入れるというだけでは、エネルギーを消化しきれないだと思った。そして夫との関係

はそれぞれが自分らしさを生かす中で生活していかなくてはいけないんじゃない?と言うと。「考えてみれば色々私は我慢していたんですね。」と泣かれた時があった。こうしてみると子供に問題がある場合はその回りの大人がどこかいびつになっているということなのだと思う。

自分探し・自分育て

丁度、更年期の女性というのが今日のテーマだが、役割意識が女の人は強い。「良い母親でありなさい、良い妻でありなさい。それをおろそかにして何かをやることは、例え貴方の能力開化にしろそれは誰かを犠牲にしているではありませんか?」という目に見えぬ世間のメッセージがある。そうすると、自分のことを中心に動いているのではないかといういつでも後ろめたさというのがある。ずーっと抑圧している。仕事での達成感を持っている人は更年期障害があったにしても、それはかぼちゃほどの大きさであっても夕食を手抜きしたり、音楽を聞いたりしてピンポン玉位の大きさになってしまうことがある。

もうひとつ、女の人の更年期障害というのは自分の人生の時間のタイムリミットが見えてきたというのがあると思う。だから未来に対する展望をもっている人はかなり過労を乗り越えていく理性というものを持っている。だけど頭痛がひどいなんていう人は生活の中の展望を見出しえないということがあろうかと思う。回りにいる夫はつらい状態の妻をいたわりましょうと言ってもその痛みがなくなるというものではないと思う。だから家族関係が「いたわりましょう」ではなくて、どうやって私達の暮らしの中での方向性を見出して行くか。そういう時に「お母さんだつてつらいんだから」というのではなくて、自己表現というのを女の人がきちんと言葉で心の中を表現できる訓練を職場でも家庭でもすべきではないかと思う。

藤沢市の辻堂で『自分探しから自分育て』という10回の講座をやっている。その中で、今の私と

今までの私とこれからの私についてレポートを書いてもらっている。共同学習のいいところは、皆、人ごとだと思つと色々なことを言うこと。言うとな角が立つ。角が立たないためには相手を理解しながら、そうだろうけどこうなんじゃないかと言う。感情から理性のところに行くには依存から脱却しなくてはならない。優しさごっこから抜け出さなくてはならない。

私は30過ぎから友人に誘われて、子宮癌検診を毎年受けに行っているが、その検診の時にお医者さんと「顔色いいですね」とか話しながら自分の性的変化を確認していく。産婦人科の先生がその人の生活を支えるということも意識して下さればと思う。「子宮筋腫もないですし…」なんてことだけ

ではなく「どうですか？最近は何？」「ええ専業主婦なので子供も手を離れて楽になりました。」「そうですか。それでは生きがいを見つけられるといいですね。」なんてことを是非つけ加えて頂ければなーなんて思う。更年期の女性にも自分の生き方を賭けるという何かがないといけないと思う。苦勞は買ってでもしろという言葉があったが、今は楽は買ってでもしろというのだそう。でもその楽を買って何をしたいのか、その楽な分でも何をしたいのかがないとだめだと思う。生産と消費と後始末を考えると、やはり、多少ハードであってもそれら全てやって心地良い汗をかく生活をしませんか？というメッセージを先生方にして頂ければと思う。

第6回 カウンセラーからみた熟年女性(3) 平成3年11月29日 午後6時

服部メディカル研究所 代表取締役所長 服部 万里子氏

幼児期の経験に影響される性

子供の頃の性というものに対するアプローチの仕方がその後の人間形成、特に女性の場合は夫婦生活、男女関係、生き方とか老後に関しても、ものすごく関係してくるなあとは私は色々な場面を感じている。

私は幼少の頃、両親が別居していたため父方で育った。小学校3年の時に父と一緒に寝ていて、胸のあたりが苦しくなったので目を覚ましたら、父が私の性器を触っていた。そのことがどういうことを意味しているのか私は全くわからなくて、母に言ったら「それはいけないことで許されないことだ。父に言っておくから、これからは父と寝てはいけない」と言われた。その後は全くそのことは忘れていたが、6年生位になると友達同志で生理の話しが出てくる。私は生理が友達よりも遅くて、

中学1年生頃だったが、その頃から私は異常なのではないかとすごく心配になった。きっと私は世の中の人と違う人間になってしまったのではないかと。まだ具体的には何も分からないし、母とは離れて住んでいたし、学校では何も教えてくれないし、性知識のことで遅れていたのか拒否反応があったのかわからないが、大人になるまで知らなかった。ある意味で自分は他人とは違うのではないかと思っていた。誰にも言えないことで、言ったら馬鹿にされて生きていけないと思っていた。

中学、高校になって恋愛をするようになると、自分は汚れているのではないかと思うようになる。そしてどういう行動にでるかというやけになる。青春時代は心が揺れ動く時期だが、不良になりきるほど勇気がなかったのが表面的には普通の子供だったが、心の中はとてもすさんで荒れていた。高校時代に好きな人ができて一般の人が感じる以

上にセックスの話は嫌で触れたくないという感じ。高校受験の時、修道女になろうとも思った。大人が汚くも見えてくる。父の庇護のもとにあるので、言葉には出せないが、嫌悪感にさいなまれる。セックスにまで至らないのに、妊娠をしたのではないかと悩んだ時期もあった。今では本当に無知だったと笑い話になるが、産婦人科に行って内診を受けて、それがまたショックな経験だったのだが、そこで始めて「性行為」ということを先生から聞いて、そして今度はこの内診によって私は処女ではなくなったのではないかとまた悩んでしまった。無知とほんのちょっとのきっかけで「私は処女ではない」と思い込んでそしてそのまま大人になった。

大学で知り合った人と学生結婚をしたのだが、心の中では相手を好きだという気持ちはとてもあるのに、夫婦生活ではものすごい拒否反応を示して、体がいうことをきかない。恐怖が出てくる。理屈抜きで受け入れられない。そうとう長く続いた。その主人は私が28歳の時に事故で亡くなってしまったが、体の面で素直になれなかったというだけではなくて、心も歪む。人間に対して素直になれないというか、自分のことをあからさまに出すと人に嫌悪感をもたれるのではないかという青春時代を送った。

こういうことを人前で話せるようになったのは、年月が経ったということ、看護婦としての勉強もしてきたし、それなりに克服してきたからなのだが、自分が汚いかいいう劣等感にさいなまれていたけれど表面的にはいい子ぶりっこの生活をしてきた。

暮らしの手帳から出ている『ぬいぐるみを檻にいれられて』という本は、実際にアメリカであった話で、子供の頃に家庭が不仲で幼児施設に入れられた子供が大人になって自分のことを書いている本。その本を読むと身につまされる。是非皆さんにもご一読を勧める。

心の触れ合いから生まれる夫婦関係

子供の頃の不幸な性的経験は心の中に深く位置づけられて、どこかでパッと当たり前のように話す場面があると、ああそうなんだと思うが、そういう場がないといつも心の中にひっかかる刺のようなものを持っているのではないかと思う。

高齢者の方でも結構お話を聞くと「子供の頃～」というように根に持った経験があったり、ご主人との関係においても何かある。高齢期のセックスは私も勉強しているし、お話を伺うことが多いのだが、かつてこういうことをした主人が許せないとか、体の拒否反応よりも精神的な拒否反応の方が多い。

老年社会学会などのデータによると、女性の高齢者のセックスの拒否反応は「今さら年だからみっともない」「子供を生むわけでもないのに」というようなセックスは自然な行為ではなくて何か目的がなくてはいけないというようなことが出ている。一方で、今、中年のカップルが手をつないで歩いてもなんとも思わない時代になってきているので、そういう意味では日常的な男女の触れ合いが自然になってきている。そうなる時が経つと肌が触れ合うとかいうことも自然になってくると思う。

大正時代に生まれた人が受けた教育が「男女7歳にして席を同じくするべからず」「戦争中は好きな人がいても不謹慎だ」というものだった結果が、今さらセックスに対する考えを変られないというふうになっているのではないかと思う。体の問題も、ご主人との人間関係があれば例えばゼリーを使ってということもできると思うが、そうでなければそこまでして何故?という風に思うのはまだまだ心の中の問題で触れ合いがなくて過去に虐げられてきたとか一方的に要求されているとか都合のいいときだけそうするということがあったのではないかと思う。男と女が人間としての心の触れ合いができていないからだと思う。

更年期の夫婦関係は体の面で具体的に解決することも大切だし、長い夫婦生活における心の触れ合いが不十分なためのしこりか、幼少のころに不快な経験をしていてそのことを払拭されないままきてしまったということもあるんじゃないかと、私の経験などからお話した。

●芹沢氏 森本氏 服部氏への質疑応答

[竹永] 森本さんのお話しの、産婦人科のドクターの「お元気でね。」という一言は大切だと思う。また、生きがい探しもとても大切なテーマだとつくづく思う。

芹沢さんのお話しでは、電話相談にあまり馴染みのない方は電話相談で一体どこまでのことが出来るのだろうかという疑問をお持ちでないかと思う。ただたくさんのお話し、例を聞くというのは割りと確信が持てるもの。その辺のことはどうぞ芹沢さんに聞いてみて欲しい。産婦人科の治療では体だけでなく心のケアも必要だというのは3人の方から指摘があったのでこのことも話し合ってみる必要があるのではないかと。それから失禁のことはもう少し膨らまして話して頂けないか？これはセックスのことよりも話しにくいのではないかと思うが、結構ポピュラーな問題のようだ。

服部さんのお話しは、とてもありがたいご指摘だ。私は昨日、松山の徳丸小児科に行ってきた。そこは開業医の域を越えた素晴らしい病院だった。医師は1人なのだが、普通の診察室は1つでその他に3つ個室がある。人に聞かれないように病気の話などの声が聞こえないようにティーンエイジャールーム、お母さんだけに話す部屋、というように医師が移動する。徳丸先生とお話しした時にやはり「人を診る、人間を診る」ということが今の医療に無さすぎるのではないかと言われていた。大方の今の産婦人科

外来は話しを聞くに値するような環境だろうかと考えさせられた。

また思春期の頃の誰にも話せなかった体験ということはメルボルンの女性センターでかなり大事にレクチャーしていた。子宮筋腫の手術に対してすんなりと受け入れられない、ものすごい拒否反応を示す人に夫婦生活のことだけでなく思春期の時のことも掘り下げて聞いていくと虐待されていたとかいう経験をしている人がいる。この辺のジャンルのことを産婦人科の領域で話題にされていた。最近、大阪で子育ての中で幼児の性的な被害を受けた時にどうしたら良いかというテーマでシンポジウムを開いた母親達のグループがあるが、思春期外来・更年期外来など産婦人科の領域でも考えていかなければいけないのではないかと思った。

閉経後の性生活の話。これはこれからの問題だ。リューブゼリーの話しが出たが、ホルモン療法のこともひっくるめて、私自身がどこかでひっかかりがとれないのはリューブゼリーを使ってでもなんとか上手く性生活をしたいと思わせるほどの夫婦関係が持てるかなど。心の中の問題がありながらいきなりホルモン療法といってもそうはいかないものがあると思う。それではどうぞご自由にご質問をどうぞ。

[福島] 電話相談のことだが、300人のスタッフがいらっしゃるということは色々な応答があると思う。そうするとそれが的確であったかどうか、そのフォローアップスタディというのはどのようにして、また、それが上手くいったかどうかというのはどうなっているのか？

[芹沢] 300人が全て電話相談に関わっているわけではなくてそれぞれのセクションに分かれている。私どもは電話で全てを解決し

ようとは思ってなく電話相談は問題を解決しようとする人のワンステップであると考えている。お話しを聞いて治療が必要な方に専門機関を紹介してその機関に渡すまでのワンステップだと位置づけている。匿名が多いですから、それがどうなったかというのは追跡調査ができないので、それはご指摘の通りその後どうなったかは分からない。非常に稀だがお礼の電話もあるが、クレームや訴訟になったことなどは一度もない。

〔福島〕 うちでは電話相談も来所相談も並行してやっているが、それは明らかに違う。電話相談がいいのか来所相談がいいのかそれは比較の問題ではないというふうに感じている。芹沢さんがおっしゃったようにワンステップという感じ。電話相談で充足されて自己決定をしていくという、時間の経過の中で人に言えた、聞いて貰えたというその効果は電話相談ではあると思う。

〔目崎〕 電話相談は自分の悩みを人に話していくうちに本質がわかってくる、何らかのアドバイスを受けて自分自身で解決をしていくという人もかなりいると思う。そういう意味では電話相談はとても価値があると思うが、ひとつ疑問に思うのが、同じ質問を受けても、対応する人が10人いれば10通りの答え方があると思う。どれが正しいかはわからないと思うが、そういう時は何かのケースをあげてみなさんでディスカッションしたり、どれが基本方針かという議論はやるのか？ それとも個人の感性に任せるのか？

〔芹沢〕 個人の感性だけには任せられないので、その日の相談で疑問なものはその日のうちに出してディスカッションする。また月1回ミーティングを開いてケースの検討をしたり、回数多くかけてきている人については

記録が残っているので、その経過をみて、皆で検討して次回の答え方を皆で考えている。

〔目崎〕 それだけやられるとすごい大変な仕事だ。個人の感性に任せてもらえれば楽なのだが。(笑い) 大変な労力が必要なんだなと感じた。

〔芹沢〕 そういうことに向いている方かどうかもちょうど大切だ。

〔目崎〕 知識のある方が相談に向いているかといえばそうでもないと思う。対応の下手な人もいるし、素質があるんだろう。

〔竹永〕 多分、ドクターの世界は2~3回先に伸ばすことはあってもとにかく診断を下すのが仕事だと思う。電話相談の立場は診断はしない。あくまでも本人に判断のピンポン玉を返すこと、そこがまず違う。その違いをわかって頂かないとフォローアップがどうなっているのかという疑問は出てくると思う。むしろ報告を求めない自由さ、そこに意味があると思っている。ドクターと電話相談の仕事の仕方は質が違うと思う。

〔芹沢〕 民間で株式会社でやっているという不思議に思われる方も多いが、西武百貨店さんは社会貢献という形で何も見返りを要求されない。物を売る西武なので心の部分はお任せしましょうということでお金を出してくださっている。

〔井口〕 確かに知識があっても心の部分では私達はそういう教育も受けていないし、真先に心電図とかエコーなどの判断で患者さんとつながりを持つとするので、その辺で何かプツンと切れたものがあるんだろう。

〔森本〕 幼稚園の選び方を私の所に母親が電話を

してくるが、わざわざ広島から電話代をかけてかけてくるくらいならどうして近所のお母さんたちと話し合わないの?という。

「顔見知り程度だから…」「じゃあ貴方が口火をきいてみない?」と。地域で支え合って生きるというのがなくなったんだなあと思う。

〔相良〕更年期外来でも、どうしてこういうことを井戸端会議で話さないんだろうなあと思いに思う。むしろそれでお金をとったら悪いんじゃないかというような話もあるし。お金はとっていないが(笑い)

〔森本〕私は、「貴方のお家の空気が悪いわよ、窓を開けなさいよ」という役割をするのであって、外に出ようが、窓を閉めようが貴方の判断でしなさいと言っているのに「皆さんはどうしているのでしょうか?」とか言う。結局、「見られる育児」をやっているんだ、「人の評価に耐えられる育児」をやっているんだと非常に思う。自分はこれでいいと思っているのに世間から見ると駄目なんですね、と。人気がなくても貴方の子供にとっていい幼稚園ならそれでいいじゃないのと言うのだが、難しいようだ。それでも夫との話し合いのことなどを聞くとまだいい方。夫は関係ないという人にとってはああでもないこうでもない泣き声にもなる。

〔井口〕日本テレビで更年期障害のテーマでテレビに出たが、それが終わるやいなや女子医大に電話攻勢。私が喋ったことについてならよいのだが、それだけでなく今までお話しに出たような10～60代の話しが全部網羅した形で電話しまくってくる。そして電話だけではたまらなくなって外来に来てしまう。女子医大では受け皿がないのにそ

ういう状態ですから9～5時までやってもまだ終わらないという状態だった。それで「申し訳ないけど病院は3分診療ではいけないのだけれど、今日は貴方に何をお答えしたらよいかを探りたいから今日は5分だけに限らせてちょうだい。その次に貴方だけに絞るわ。」とお願いしても9～5時までやっているような状態。

その10%は精神科の病気。だから精神科の先生の所に行き、ある程度よくなったなら私の所に来てくださらない?と。私は更年期のことを話したのに10代の初潮のことでくる患者さんがいる。「先生の顔を見ていたら聞いてくれそうな気がした」と。60歳過ぎの方は夫から夫婦生活をしょっちゅう求められるけど応えられない。どうすればよいのかと。話しを聞けば「戦争中、子供は私だけが育てその子供達は私を離れて今は全く言うことを聞いてくれない、今私は夫に恨みを返すような形で応えたくないんです」とはっきりいう。前向きに生きなくてはとアドバイスするのだが。

それから口紅をつけて外来に来られる方はある程度私の話しを分かってくれるが、そうでなく髪もボサボサという方は別の時間をとって夫婦ともども話しをする。これは女子医大では限界があるが。

〔橋本〕私たちのところにも髪がボサボサという方がいらっしゃるが、話しをした次に来られる時は別人かと思うぐらい綺麗になって来られる。

〔森本〕子供がいなくなったら私達は夫婦として向かい合えるのだろうかと思いを抱く人が多い。それは貴方も変わり、相手も変わる、相手の変化を受け入れることから始まるんじゃない?というのだが。自分を受け入れて欲しいというとばかり言う。

〔目崎〕私のところに来た患者さんで「夫婦生活は最近どうですか?」と聞くと「うちの主人は学者ですからそんなことはしません」と言われると傷つく。(笑) そういう風に答える女性の気持ちが理解できない。女性の心理の中で自立していないときに結局頼りになるのはご主人の社会的地位で、それを楯にして生きて行こうとする気持ちがあるんじゃないかと思う。自立していない女性ほど悩みが深くなるんじゃないかと思う。

〔堂園〕初めての患者さんとお会いすると「ご主人は?」と聞かれる。「今は一職業人として、人間としてお会いしているのです。」とお答えするのだが。逆に自立していない女性の集まりの時は表面に「ご主人は」というのが出ているように思う。

〔福島〕それは「〇〇さんの奥様」と称しているのと同じだ。でも少なくなったんじゃないか。

〔橋本〕主婦をしていた時代に「この方〇〇さんの奥さんよ」という紹介を受けることがあった。

〔森本〕貴方は何をしようが、どんな職業を持ってしようが、それによって自己実現をしようが、妻役割とか母役割というような社会が要請している女性の生き方はどうなっているんですか?。逸脱しているんですか?それを逸脱しているとなると今のおあなたのお考えは例え正論であろうとちょっと非常識な部分が日常でおありんじゃないんですか?ということ。かなりクレイジーなことを言おうが、ああご主人もいらっしゃるんですか、ああお子さんもそういう風にご立派に…という意外とまともなんだ、という顔をしてみる。

〔中村〕ずっと女性の心の部分で持って行き場がないんだという話しがあるが、僕自身としてはこれは産婦人科の本来の領域ではないんじゃないかと思っている。本当はカウンセラーの方、ケースワーカーの方などでそういう場を設けるべきだと思う。そこまで産婦人科に求められたら僕等は駄目だと。医者でいうなら精神科、診療内科か…。電話相談でよくそんな難しいことにまで答えていらっしゃるなあと思う。

〔芹沢〕私たちは診断はできないので、お話しを聞いて、「それならそのことをお医者さんに言ってみれば?」などとまたお医者さんにお返しするということになる。その時にそれを受け入れてくださる機関があればいいなと思うのだが。

〔中村〕そういう風な相談に行ける機関を広く作って欲しいと思うし、厚生省でも考えて頂ければと思う。

〔芹沢〕精神科の領域に行かない部分で、ただ聞いて頂ければすんでしまうことがある。

〔橋本〕医者がいって私達のようなカウンセラーがいるというような機関があればそれはハッピーだなあと思う。

〔河野〕電話相談をしてくる人にはかなり偏りがある。かなり依存的な人が多いと思う。精神科に行っても、的確にその人のニーズに応えられるわけではない。日本人の医療行動というものが、ものすごく症状や病状に依存している人がいる。しかも精神科を受診することはものすごく拒否している。鬱病に関してだけだが、長崎市民病院を受診している精神科以外の全部の患者をチェックしたが、約8%位の方が鬱病圏の方だった。

きっと神経症ということになればもっとパーセンテージが上がると思う。他科を受診している患者さんの動機は精神医学的なニーズで3分の1くらいの方が一般の科を受診していると思う。そういうことを踏まえた上で考えなくてはいけないと思う。

〔服部〕身体が病んでいる人は必ず心も病んでいると私は見ている。これが怪我であろうが癌であろうが普通の精神状態ではないと私は思う。

それと今の診療報酬の体系は感染症が日本の疾病構造の中で一番大きかった時代にできている。それから30年以上たって疾病構造が変わった段階でこの診療報酬が変わっていないということが一番大きな問題だと思う。心のメンタルケアをやったからといって診療点数が変わるわけではないし、3分みようが3時間みようが報酬は同じだし、しかも病院は今経営が苦しいから数を診ないとやっていけない。ところが社会をみたときに何が問題かというところをみると過労死という問題をみたときに「個人」が異常だ。社会とか国ではなく。そういう風に追い込んでいく自分自身が異常なのだ。そのことが異常と思われなくて色々なサインを出しているのに気づかれない、それで死ぬ。これは考えられないくらい異常な事態。

日本が作った用語で外国に通じているのは「過労死」と「寝たきり老人」である。これが今の社会の病理を表していると思う。これがまかり通っているほど社会的に異常な事態になっているし、企業にとってみれば高度成長を支えていた労働力がどんどん失われていくというようなことだし、子供が生まれなければ今のままでいっても労働力が削減されているのだと思う。今のままでない診療報酬に変えていかなければ、これからの日本の健全な発展を支える労働力の

確保が出来ないんじゃないかと私自身は考えている。

私が企業内福祉というのに取り組んでいるのは今までの健康保険と年金と雇用保険が3大柱で日本の高度成長を支えていたが、今世の中が変わったと思う。雇用保険はあってもいいと思うが、健康保険は質が変わらなければいけないんじゃないか。メンタルヘルスケアとかアメリカのHMOでやっているような予防とかの健康づくりに健康保険が使えるとか、そういう風に健康保険が変わらなければいけないし、アメリカのメディケアがやっているように老人介護も健康保険を使えるようなシステムにしないと女性がまた職場から去らなくてはならない大きな理由になっているし、さらに強くなっていくと思う。第2保険的なものか共済的なものにするか、企業も払うし国も払うという新しいシステムをつくらないと、健康な労働力の確保ができないんじゃないかと思う。

〔中島〕厚生省としてもカウンセリングが大切なことだという認識が変わってきています。今の3分診療がいいか悪いかといえば良くないわけで、1人に20～30分のカウンセリングをした方がよっぽど値打ちがある場合もある。でも現実問題としてカウンセリングが医療の範ちゅうに入っているかどうかで議論がある。診療報酬の問題にも関わってくるのだがカウンセリングが医療として認められない限り診療報酬の中に入れるということが出来ない。今、一部でカウンセリングが認められている部分があるが、大変点数が低い。

結局、保険でみるとむしろ本当に悩んでいる人からは少し実費を出してでも悩みを聞いて欲しいということになると思う。診療報酬に求めるというよりもビジネスに代

用していった方がいいのではないかと、民間を活用していった方がいいのではないかとという感想を持っている。

〔竹永〕中村先生のご指摘にあったが、ドクターがそこまでできないというのは正直でとてもいいと思う。専門が分かれていてもいいと思う。井口先生の電話攻勢の話などを聞くと、とても大変で医師がそこまでやらなくてもいいんじゃないかと思うし。

その境界線というのは皆さん心配になると思うが、実感として、地域での井戸端会議をもっと健全に育てて活性化させて、女性がHRTで元気になって地域の中でオピニオンリーダーになり得る女性を育てることがあってもいいんじゃないかと思う。そういった方向でメンタルヘルスがちょっと力を貸してあげるといようなことが必要だと。

電話相談の側だけにいると世の中の人全員が電話相談にかけてきてくれていると錯覚してしまうが、電話相談なんかかけたことがないという方は一杯いる。でも電話相談が医療とは違った役割を果たしていることはこの20年の重みが証明していると思う。電話相談も市民権をとってもいいと思う。今の段階だとドクターのクオリティ・オブ・ワークはものすごく低いと思う。忙しい過酷な条件の中で医療が続けていかれるとはとても思えない。もう少し医療者自身が職業生活のクオリティをもっと高めたいともっと発言して下さってもいいと思う。そうするとカウンセラーというのはそのところでタイアップするとか、ひとつの地域の中でドクターが自分の領域じゃないなと思った時にドォーンと紹介できるような機関とかがあればいいんじゃないかなと思っている。

実感として1万円のカウンセリング料を出

せる人はハイソサエティ以上、それがプライドに関わってくる人以上でないと無理なような気がする。せいぜい2~3千円で済ませたいということになるとその一つの解決策として服部さんが考えていらっしゃる企業内福祉ということになるかと思うがそれはどうか？

〔服部〕アメリカはもともと個人の保険で企業がお金を払っている場合が多くて、今その保険料が多くて企業が困っているという状況だが、出勤率がものすごく低下している、その原因は家庭内の問題だったり、麻薬だったりする。それに対して企業が例えばコンサルティング会社と提携して従業員がある程度安いお金でコンサルティングを受けられるようにする、その情報は企業に入らないようにするというシステムがある。その中で高齢者ケアについての情報も受けられるし、麻薬の問題も相談を受けられるというシステムをアメリカは作っている。日本において今の診療報酬の体系で何でもかんでも入れるというのは不可能だと思う。見直しが必要だと。医療費に関してはアメリカのGNPに対して12%、日本は6%で相対的には半分。ある意味ではこれだけの安いお金でこれだけ公平な医療をやっているというのは世界の七不思議になっている。これは過重労働に支えられているわけだが、こんなことはそう長くは続かないと思う。また、今の医療の質には社会は満足していない。支払いというのができるのは、企業だと思う。企業は今、ボランティア計画をするとか言っているが、そのお金をむしろ大企業だけではなくて全部が入れるような第2保険システム、当初は任意でもいいから入った企業が成績が上がっていけば、どちらにお金を使った方が得かと考えてシステムを作りたいなと思っている。

〔森本〕病気を治すために治療を受けるのであって産婦人科に行って内診台に上がるのが恥ずかしいなんていっても始まらない。健康になるという意志をもたなくてはいけないと思うが。

〔河野〕確かに病気を自分で作ってしまうということはある。

〔相良〕女性が自分を管理する主体性をどうやって持つかということが大切。具合が悪いといっているので内診台に上がって、という「え？」と驚かれるとあなた何しに来たの？と言いたくなる。

〔森本〕身体が悪いのなら治しましょう、身体が治らないのなら心は健康でいましょう、というのが大切。

〔相良〕その中で自分がどうやって生きていくかというのが大切になってくると思う。

〔森本〕医者が優しく説明を、とか言われるが診察は事実として受け止めなさいよということとは言っている。

〔芹沢〕女性が主体的に自分のことについて考えていかななくてはいけないというのはその通りだと思う。女の子としての身体の成長・管理というものをもっと自分から積極的に考えていこうということがあまり語られていないと思う。思春期の頃の教育が大切だと思う。

〔竹永〕カウンセリングの問題、井戸端会議の問題、お金の問題などがいつも出てまだまだ課題だが、今回はセブンイレブンジャパンの人事担当の方、それから一般企業の立場からウイメンズヘルスクリニックを提唱していてどういう病院システムを作りたいと考えていらっしゃるのかワーキングウーマン研究所の北村さんのお話を聞いて頂く予定である。

本日はありがとうございました。

第7回 女性の健康・人事管理への提言 ワーキングウーマンの立場から(1)

平成3年12月20日 午後6時

ワーキングウーマン研究所所長 北村 律子氏

「ワーキングウーマン研究所」というのは、私自身転職を4回した末に開設した研究所である。

私自身は、昭和46年に大学を出て、最初は旅行会社に就職をした。当時は大学を出た女性には、働くところがなかなか見つからない時代だった。

1ドル360円の時代、企業では部長クラスしか海外に行けない時代に企画・添乗の仕事を経て、テクノロジートランスファーのサポートの仕事をした。

その後転職をして、大蔵省の外郭団体の研究所

に入った。そこでは1つの分野にインパクトを与えると、産業がどのように変化するかといったことを経済分析していたが、所員の99%が男性で、働いている女性は私1人。しかも私大出では使いものにならない、といった状況で思ったように自分を生かせないでいた。

その後、家庭の事情で家庭に半年ほど入った後、テンポラリーセンターで9:00～5:00という制約の中で派遣という仕事を試してみた。派遣社員としてセクレタリーを任期まで勤めたあと、今度は

中で営業活動をした。営業活動というのは、クライアントを回ったり、どのように宣伝をかけたなら女性が集まるのか、また商品価値を高めるためにどのように女性を教育したらいいのか、といったことを検討したり企画をしたり等で面白い7年半を過ごした。

その後、派遣という仕事は、正社員という形では働けない女性たちに、新しい働き方をつくったが、女性の働き方は本当に会社のシステムに合わせなければならないのか、もっと女性のライフスタイルに合わせた働き方はないのか、という疑問にぶつかった。

そしてもっと違う働き方の提案を外に出して、と考えるから5年程前に外に出た。

研究所の目的は「女性の働き方をクリエイションしていく」と「働く女性のネットワークをつくっていくこと」である。

とかく研究所というところは、机上の研究に終わりがちであるが、当研究所は現場重視の下から門外を見つめた研究をしていこうということを第一に考えた。

女性が仕事をしていく中には、縦糸と横糸の仕事があると思う。縦糸は世の中に残す仕事で横糸は経済をつくっていく仕事。自分の場合の縦糸はワーキングウーマンのための仕事。それにはお金がかかるので、横糸はそのためのお金をつくる仕事。そのために「リパティ」という会社をつくって活動している。

以上、私がこれまでかかわってきたのは全部サービス業であった。会社という看板でなく、個人に指名がかかる仕事であった。そういう中で過ごした私なりに、「働く女性の健康管理」ということを考えてみたいと思う。

「働く女性」を限定させてもらえば、18歳以上～その人が働いている限りの女性、特に外で仕事をしている女性を指したい。いわゆる“ワーキング

ウーマン”である。このワーキングウーマンたちは、一般的には独身のOL時代を経て、ちょうど出産・子育てをしている時期に大事な仕事をする時期と重なる。

毎週水曜日の午後にワーキングウーマンのカウンセリングを昨年からは有料でしている。

なぜ有料にしたのか、というより的確なカウンセリングをしようということにある。

以前は取り敢えず私の悩みを聞いてくれればよいという状態の相談者が多かったが、現在では自分にとってどっちなのか、一緒に考えて欲しいという人達が確実に出てきた。

カウンセリングは1時間5,000円という値段でやっているが、25～26歳の女性の相談者が非常に多い。こんなことで悩んでいるのならモヤモヤしながら友達と食べるディナーを1回食べないでいいから、きちんと悩みを解消してくれる人に会いたい、という人たちで、相談に対する支払いも大変慣れている。「ありがとうございます。お支払いいたします。」とってスマートに支払ってくれる。

20年も前には仕事のことで他人に話しを聞いてもらってお金を払うなどとは考えられなかったが、雑誌などの影響もあって、専門家に自分の問題を一緒に解決して欲しいという気持ちになっている。早く自分の問題を解決して、不安一杯のところから早く逃れたい、という気持ちなのではないかという気がしている。

彼女たちの悩みは、働き始めた時に、まず企業をブランド名で選んでいる。ところがそのブランドが、実際に働いてみたらそんなにいいものではなかったという落胆。これは就職活動の際に、大学で3分医療ならぬ3分相談しか受けられないことにも原因があると思う。相談を受ける先生自体に社会の動向が見えていない。

その結果、就職して半年後に会社を辞めて、もういちど翌年就職活動を下の代の人に交じってする、というケースが男性も女性も多くなっている。

20代の後半になると、今度は結婚とか出産とか

の問題が入ってくる。その頃に責任を持たされる仕事につき始める、また出張が多くなる、部下を抱え始める、新規事業への転換をされる、その裏で結婚・出産で家族の世話が増える、子どもの教育問題の悩みも出てくる。「できれば仕事も結婚も出産もしたい」と頭の中では思っているが現実的な問題でストレスが大変に積もってくる。

現在のワーキングウーマン達は“なんで働くのか”という問題に関しては、回答は明確になってきている。「働くのは当たり前」とかもっと現実的に都市部で生活しようとするならば男性の給料だけではとても生活できない。家賃だけで10万、共働きをせざるを得ない。また、今の若い人の傾向で「生活を下げたくない」だから2人分の収入が必要というのものもある。そして「社会とつながっていたい」それが自己の成長につながると考えている。

具体的に、結婚した女性たちは、どのような時間配分をしているか。

調査結果では、通勤と勤務時間が9時間16分、睡眠・食事などが10時間18分、家事・育児には4時間26分。これではストレスがたまらない方がおかしい。

彼女たちが何よりも欲しいのは“時間”で、テイクアウトの料理をとったり、ベビーシッターを頼んだり代替のサービスを利用する人が増えている。働いている人たちはそれでも悩みながらやむなく他の力を借りている。このへんでも実は悶々としている。

私は将来、「ウーマンズ トータルケアセンター」をつくりたいと思っている。

ワーキングウーマンの中心のサポートシステムである。

最近、20代の初めで乳腺にトラブルが起こったり、子宮筋腫ができたり、という相談が増えている。30代で乳ガンになったり、更年期障害のようなものが出たり、しかし産婦人科に行きたくない、といったような声も上がっている。

そういう人たちに対して、良いネットワークフェロー、良い医療情報を蓄積している。できれば

産婦人科の先生に診て欲しい。しかし、今のところ評判の良い先生というのが見当たらない。こう考えるとおこがましいが、できれば産婦人科の先生をも私たちの手で育てていきたいと考えている。

具体的にどういう先生に出会いたいのか。

患者のからだを“人間のからだ”とだけ考えないで、患者を“ひとりの人間”として考える先生。現代のワーキングウーマンのからだは、ストレス、環境といったメンタルな部分とフィジカルな部分の合体が症状となって現れている。その両方をトータルに診て頂きたい。

そのためには医療の手前のパラメディカルとメディカルの両方をとっていけるシステムをとりたいたいと思っている。

従来は、お医者さまがあって、患者さんがある、という考えだったが、患者であるワーキングウーマンたちは先生方の経営を守る、その代わり先生には個々に向かった啓蒙に努力して頂きたい。

データの蓄積をワーキングウーマン側からも先生方に提供したい。

場所的には、自宅の近くよりも通勤途中に開業の先生があるといい。

勤務時間中でも休み時間を利用して診て頂くということができらるだろう。勤務の分布しているところを中心に麻布、渋谷、赤坂近辺でネットワークを考えている。

このシステムでは、お医者さまは専門家であり、つなぎ役のインターフェイスが必要である。従来、窓口の人は優しい人が良いとされていたが、このシステムには女性のライフスタイルの変化が読める人、的確な状況判断ができる人が必要である。

このインターフェイスは、お医者さまへのプレゼンテーションのほか、ワーキングウーマンの人たちに伝達を速やかにする役目もある。

従来の「医」だけのセンターではなくて、“その人がより良く生きていけるためのシステム”こん

なことをやり始めようとしている。

追加：現在、看護婦さんの不足が叫ばれているが、ひとつには彼女たちの待遇の低さに原因があり、また一方で彼女たちへの教育やステ

ップアップのシステムがないことが待遇の低さの原因になるという悪循環になっている。私のトータルケアシステム構想の中では、看護婦さんの教育・派遣システムをつくることも考えている。

第7回 女性の健康・人事管理への提言 ワーキングウーマンの立場から(2)

平成3年12月20日 午後6時

イトーヨーカドー採用教育訓練部 総括マネージャー 小西勝己氏

イトーヨーカドーは、“衣食住にわたる総合小売業”ということで、スーパーを経営している。従業員はパートタイマーを入れて31,400人。そのうち約70%が女性である。コース別の人事管理をしていて、内訳を言うと全国を転勤していいという社員＝「ナショナル社員」が6,800名、うち女性は500人くらい。「エリア社員」と言って、ある地域を限定してなら働いてもいい社員が6,000名、うち女性が3,700名。それから「ストア社員」と言って、事業所専属の社員。これは長期間雇用のパートも含むのでうんと女性が多くなって17,600名となっている。

小売業のご紹介をしておくと「小売業は変化対応業」である。どんどんお客さんのニーズが変わっている。また、それに合わせようと、どんどん商品が生まれる、そのようにめまぐるしく変わる中に小売業はいる。

「朝礼暮改」というのは本来は悪い意味だが、これが非常によいことなのだというようにやっている。

小売業は、地域対応業である。全国一律の商売の仕方では上手くいかない。

品揃えからレイアウトまで、ひとつひとつのお店で地域に対応している。

現代では、「これが売れるのではないか」という思いこみでは商売はできない。

論理的、科学的なデータが必要である。

例えばお客さんのために良いと思って、たくさんYシャツを揃えてみても、現在売れるのはほとんど白だけである。このため、レジにはバーコードを読み取る機械があるが、これは単に読み取るだけでなく、何月何日の何時何分にどのようなサイズの商品が売れたか、その日は雨だった、晴れだったといった複合情報を集めている。

現在イトーヨーカドー全体でセブンイレブンも入れて1日に約800万人くらいのお客様がくるが、その800万人が1回に10個の買物をすると1日に8,000万という情報が得られる。これで何が売れたのか、どういうことをやったらどうなったのかをPOSや最近ではISDNで検証している。

小売業は変化に対応するのが難しいので、経営としては本業に徹しようという考えをもっている。そのために1つ1つの商品を追っていくことが必要である。

例えば週刊誌は木曜日の午前中に売れるが、金曜日になるとガタッと売れない。土曜日は売れずに日曜日は少し売れる。翌週月曜日はまったく売れない、といったパターンをとる。そのデータを見ていろいろ考える。通常、週刊誌は“本”だと思って、本の売場に置くが、お客さんの買い方を

見ていると本でなくもっと違うものとして捉えられているようだ。

日付の大事な商品のような。そこで、本の売場でなく食品の売場に置いてはどうか、といった仮説を立てる。そして実験的に置いてPOSデータで調べて、検証する。すると上の売場から下の売場に降ろすだけで2割は売上げが上がっていった。こういった単品管理を全社員がやっている。

今の小売業の販売形態は“売れなかったら返品する”返品制度をとっている。この制度をやると、どうせ戻ってくるから、とメーカーではその分高くしてくる。そこでイトーヨーカドーでは「リスクマーチャンドライジング」といって買い取って売り切る制度を導入した。そのためにはきちんとした情報と販売力が必要。リスクを負うことで商売の質が上がっている。

それともうひとつ、「ダイレクトコミュニケーション」を導入している。毎週1回全店長が集まって実例を紹介する。そしてその結果を各店の朝礼で発表し、1週間のうちに店長からパートさんまでが同じ情報を得るといふしくみをとっている。

イトーヨーカドーは女性がたくさん働いている。小売業、しかもお客さんも女性が多いという性格上、女性の感覚は非常に必要である。

しかし、人事として見ていると、女性の活躍を阻害している要因がいくつかある。

- ・女性を活用しているという錯覚。
- ・仕事を女性向き、男性向きと分けてしまうこと。
- ・人事効果の項目がほとんど男性向けであること。
- ・賃金体系や昇進昇格がほとんど積み上げ型であること。
- ・流通業の宿命である、休日労働が女性には不利であること。
- ・そして、結婚・出産・育児がこの順番でハードルが高いこと。
- ・このハードルをいかにして低くしてあげるかが

人事の仕事である。

イトーヨーカドーの人事制度にはいくつかの特徴がある。

◆従来の日本の人事制度は単線型だったのを複線型にしたこと。

一般企業で「総合職」・「一般職」という考え方がありますが、最近は「総合職」が破綻をきたしているという。これは、コースと転勤問題をリンクさせていることに問題がある。独身の時は良いが、結婚すると転勤できなくなって一般職になってしまう。

そこで、ヨーカドーでは、コースと役職はリンクさせていない。

◆人事配置に関しては小売業には女性に適した仕事の方が多い。

そうは言いながら、今年の春まで、大卒の女性社員を仕事がハード、扱う商品が重い、売場の寒暖の差が大きいといった理由で、生鮮食品の売場にはつけていなかった。それを今年の春から20名ほどつけてみた。点在配置ではなく集中配置にし、不都合な点をどんどん提案してもらうことにした。半年以上になるが運搬用具の提案などもあり、環境の問題はクリアしている。売場も活性化していて良い結果が出ている。

◆女性の管理職はできるだけ集中配置している。

ポツンと管理職をつくると、相談する同期も同じ立場の女性管理職もいないので孤立してしまうから。

◆人事考課には「セルフチェック制度」を導入した。まず本人が自分の評価をし、それについて上司がチェックする。

○×式で意見の食い違いをはっきりさせ、面接をしている。

◆評価項目にプロセス評価を加えて、絶対評価

をしている。

◆昇進昇格は積み上げ制度を年棒制にするのは難しいので、評価替え型処遇をしている。例えば同じ優秀なAさん、Bさんがいたら、もとの処遇が違うので同じ2万円あげても賃金には差ができるところを、高い方に合わせて、差ができないようにするものである。

◆労働時間の管理のため、各自の身分証明書にタイムカードが入っていて、各事務所にコンピューターで所属する人のタイムスケジュールを管理している。この中には休日出勤をすれば代わりの休みをとるように、とか50種類くらいのアラームがついていて、生活時間を創出する工夫をしている。

◆出産・育児の壁を乗り越えるために「リ・チャレンジプラン制度」を導入しているのは大きな特徴である。

現在、育児休暇制度はあっても使われないというのが現状だと思う。

忙しいから言い出せない、上司もいい顔をしていない、また、一様に何カ月休むというのにも問題がある。育児休暇に関してはもっといろいろな意見になるのではないかな。

そこで我々は実際に育児を経験した女性と出産・育児で退職した女性をフォロー調査した。その結果3つの価値観が出てきた。

1つは「仕事をしながら育児ができればいい」という希望。

2つ目は「ある程度の期間休職したい」。

3つ目は「とりあえず退職したい」。

育児の時間についての切り口で3通りの希望が出てきた。それをそっくりそのまま制度化した。

1つは育児をしながらの勤務。「1歳までは1日4時間勤務でいい」「3歳まで、1日2時間短縮

していい」これが時間短縮プランである。

もうひとつは生後1年までの「育児休職プラン」。そして、いったん退職しても、3年以内に復職すれば元の条件を継続できる「再雇用プラン」。

その結果約9か月で50名くらいが利用している。このうち、時間短縮プランが一番多い。また、一番の特徴はこれを組み合わせて取れることで、ある時期は出てきて時間短縮し、ある時期は休職する、という具合で取っている。育児休暇を取得する上でもっとも大事なことは上司の配慮と周囲のバックアップである。休職中は週に1回は会社の情報を送る。こうしたバックアップ体制がないとうまくいかない。また、この制度を利用する上ではきちんとした計画書をつくってもらっている。

今後の課題としては、高齢化の問題、親たちの介護の問題がある。これらをこうした「リ・チャレンジプラン」の応用で対処していきたいと思っている。

健康問題は、人事の立場としてはあまり考えることがないが、企業では59歳現象というのがあって、定年前にノイローゼ気味になる人がいるという。今まで嫌で嫌で、でも通い続けてきた企業から離される不安、60歳以降の生活不安。それから、今まで自分がいなければ企業は回らないと思っていたのがいなくても回る。自分の存在感への無力感。そういったものが出てくる。男性に多い症候群だが、加歳とともに女性にも増えてきている。女性の方が早い時期に出てくるようである。

また、仕事に夢中になると、労働時間を厭わなくなる問題がある。

帰れといっても隠れて仕事をする。(笑)結果として次の日に出てこれられないとか、若いうちはいいが年齢とともにどうなるのか。これは労働時間の管理を徹底して対処していきたいと思う。

第7回 女性の健康・人事管理への提言 ワーキングウーマンの立場から(3)

平成3年12月20日 午後6時

(株)セブンイレブンジャパン

オペレーションサポート部 総括マネージャー 山口 積 恵 氏

女性の保健に関して、職場で日頃ワーキングウーマンたちを見ていて思うことについて少しお話ししたいと思います。

私は昭和48年にセブンイレブンジャパンができる時に、“提携業務の経験のある人”というイトーヨーカドーの求人を見て応募し、入社した。

採用された時は、まだ、店舗の形がない状態で、専務と取締役の秘書という形で入社した。1年目は16店、2年目は56店、3年目が100店舗。現在は18年が経過して4,600店舗を全国に展開している。それに伴って、社員は中間採用で増やしていった。

私の仕事は、最初は社員も少なかったのでいろいろな仕事をしていた。採用に関わる事務手続き、それから総務の仕事などを最初の3~5年はやっていた。だんだん社員も増えやがて、お店をつくり、そのお店の経営指導(オペレーション)をする「フィールドカウンセラー」という職種が生まれ、“オペレーションサポート部”ができた。

上司の秘書としての一般的な仕事はスケジュール調整や接客だが、会社が急成長していたこともあって、いろいろな仕事が出てくる。秘書をやり、事務をやりながら、もっと自分でクリエイティブしていける仕事につきたいと思っていた。

ある時、イトーヨーカドーグループの中で同年代の3人の女性で「もっとクリエイティブな仕事をするにはもっと努力をしなければならない」と話あって、女性だけで勉強する会をつくった。一般に、男性には社外セミナーの案内などが来て行くことができるが、女性にはなかなかチャンスがない。そこで社内で女性にも勉強するチャンスを作ろうとしたのである。そこでは、まずは会社の中で現在どういうことが行われているのか、他の部門のことを知るために、各部門の部長さんに来

て頂いて講演をして頂いた。この勉強会は、施設は会社のものを使わせてもらったが、講師のお礼などは自分たちでまかなおうということで1人年間1万2,000円の会費を払っている。

最初の1年は社内の部長さん、2年目からは世の中で活躍している女性に講師をお願いして、1人ひとりの女性が力をつけていくことに主眼をおいた。

先ほど人事の方から、「リ・チャレンジプラン」の説明があったが、この制度ができたのもこの勉強会での「子どもを産んでも仕事を続けたい」という女性たちの率直な意見を汲み上げ、検討して頂いた結果である。

現在の人事制度そのものはほとんどイトーヨーカドーと同じである。

セブンイレブンの場合、特色があるのは、「フィールドカウンセラー」という職種である。これは1人で車に乗って何件ものお店を回って本部から仕入れた新製品の情報やシステム変更の情報を説明して「こうやったらもっと売上げが上がるはずです」とか「パートさんの使い方はこうしたらいい」など、指導していく仕事である。

今までは男性向きで女性にはできない仕事だと思われていた。

しかし、採用の面接の時に大卒の女性で「フィールドカウンセラーの仕事をやりたい」という女性が増えてきたので人事にかけあって仕事をやらせてはどうか、と提案をした。

フィールドカウンセラーには一挙にはなれない。最低2年はお店に入ってお店のオペレーションを身につけなければならない。今年の春から大卒女子を5名ほどお店に実習に入れている。お店に入れたらダメになってしまうのではないかと危惧されていたが希望に燃えてやっている。来春の新人か

らは、もっと人数を増やそうと思っている。

仕事と子育ての面では、先ほどの「リ・チャレンジプラン」を活用している人が現在1人いる。しかし、最近の女性は結婚が遅くなっているので、第一子をもうけるのが早くて27歳～28歳になってしまう。彼女も29歳。彼女いわく、「子どもができて体力が落ちたような気がする」と。そのための健康管理が必要になってくる。

現在企業の中に“健康相談室”があるが、そこには内科のお医者さんだけしかいない。

彼女は産婦人科に別に通っているが、なかなか時間の都合をつけられないので、是非女性の多い職場には婦人科のお医者さんをつけて欲しいと思う。

定期的に来て頂いて、女子社員の相談に乗ってもらえればありがたい。

生理痛が激しいが、婦人科には行きにくい、と

いうような女子社員がまわりにたくさんいる。気軽に相談できるといい。

また、40代の後半から更年期障害に悩まされている人がいる。血圧が高い、頭痛がする、耳なりがする、目が痛くなる、鼻血が出るといった様々な症状が出ている。

ところが血圧が高いと内科、目が痛いと眼科、耳なりは耳鼻科と言われるが、決定的なものがわからなくて血圧を下げるために降下剤を飲んでいるうちに肝臓が悪くなる、肝臓のお医者さんに行くと言尿剤をもらう、というように薬漬けになっている。

そういうことも、婦人科の先生に相談できればよいのではないか。もちろん、全部解決できるかわからないが、これからの高齢の女子社員が多くなるにつけ、そういうことを相談できるお医者さんに来て頂けるようなシステムを是非つくりたいと思っている。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



はじめに

本研究は、平成3年度より開始された、厚生省心身障害研究の「REPRODUCTIVE HEALTH」に関する研究の1つのグループによるものである。

当研究班は、「女性保健に関する研究」をテーマに、女性のもつ健康問題や医療供給問題に関して討論を行い、提言を得ることを目的として研究を進めている。

今回の研究には、3年間の研究期間が与えられているが、今年度は、“女性保健”の中でも、現状、問題解決がされにくい分野と思われる“更年期の保健問題”をテーマに下記の3本柱で研究を進めることとした。

- . 班研究者、それぞれの立場からの現状を通しての問題点の指摘と問題提起
- . 研究者各自の取材報告と資料提供
- . 異分野の方の女性保健に関する問題点の指摘、問題提起、意見を聞く

分科会を月1回のペースで開催し、前半を研究員それぞれの研究発表および問題提起、後半を異分野からの問題提起の場とした。

当レポートは、平成3年6月～12月に行われた分科会の記録である。

当レポート内に記されている個別の〔資料〕はマザーリング研究所にて保管。