

博士（ヒューマン・ケア科学）

学位論文

更年期女性の更年期症状や
メンタルヘルスに関する研究

令和元年度 筑波大学大学院 人間総合科学研究科

ヒューマン・ケア科学専攻

福田 佳奈子

第1章 研究背景と課題.....	4
第1節 研究背景と課題の概要.....	4
第2節 女性の更年期.....	7
第1項 更年期症状とは.....	7
第2項 更年期症状に関連する要因.....	8
第3項 更年期症状とメンタルヘルス.....	11
第4項 更年期症状と主観的幸福感.....	13
第5項 更年期女性の主観的幸福感に関連する要因.....	14
第3節 更年期症状への対処法.....	15
第1項 更年期障害の治療.....	15
第2項 更年期症状の健康支援.....	16
第4節 研究目的.....	18
第1項 問題の所在.....	18
第2項 本論文の目的.....	19
第3項 本研究の用語一覧.....	21
第4項 本論文の構成.....	22
第2章 更年期症状や更年期のメンタルヘルスに関連する要因の要因間の関連の検討 (研究 I)	24
第1節 更年期症状と更年期のメンタルヘルスの関連 (研究 I-i)	24
第1項 研究目的.....	24
第2項 研究の倫理的配慮.....	24
第3項 研究方法.....	24
第4項 分析方法.....	26
第5項 結果.....	27
第6項 考察.....	32

第7項	小括.....	33
第2節	更年期症状と更年期のメンタルヘルスに関連する情緒的サポートの検討(研究I-ii)	34
第1項	研究目的.....	34
第2項	研究の倫理的配慮.....	34
第3項	研究方法.....	34
第4項	分析方法.....	35
第5項	結果.....	35
第6項	考察.....	41
第7項	小括.....	43
第3節	更年期症状と更年期のメンタルヘルスに関連する個人特性の検討(研究I-iii)	44
第1項	研究目的.....	44
第2項	研究の倫理的配慮.....	44
第3項	研究方法.....	44
第4項	分析方法.....	46
第5項	結果.....	46
第6項	考察.....	55
第7項	小括.....	56
第3章	更年期症状およびメンタルヘルスに影響を与える要因の因果関係モデルの検討(研究II)	57
第1節	研究目的.....	57
第2節	作業仮説.....	57
第3節	研究の倫理的配慮.....	58
第4節	研究方法.....	58
第5節	分析方法.....	58
第6節	結果.....	58
第7節	考察.....	63

第8節 小括.....	64
第4章 更年期症状の軽減と更年期のメンタルヘルスの向上を目的としたセルフケア プログラムの効果検討（研究Ⅲ）	65
第1節 研究背景	65
第2節 研究目的	67
第3節 研究の倫理的配慮.....	68
第4節 研究方法	68
第5節 分析方法	70
第6節 結果.....	71
第7節 考察.....	75
第8節 小括.....	78
第5章 総括	79
第1節 総合考察	79
第2節 本研究の結論.....	82
第3節 本研究の限界と今後の課題	82
引用・参考文献.....	84
資料	93
業績	104
謝辞	105

第1章 研究背景と課題

第1節 研究背景と課題の概要

日本人女性はこの20年来、世界一の平均寿命を更新し続け、平成29年度には87.26歳と長寿を誇っている（平成29年簡易生命表）。一方、このような寿命の延長とは無関係に、日本人女性の閉経年齢の平均値は約50歳と変化していない（大川ほか1989、高松ほか2009）。このことは、女性は閉経後、さらに40年近い人生を過ごすことを意味している。更年期女性がもつ心や身体に対する健康意識はそのまま高齢女性の健康意識に反映されるため、更年期女性のQOLを向上させるためのヘルスケアが重要である（水沼2006）。また、平成29年版働く女性の実情によると、45-49歳の勤労女性は79.4%、50-54歳は78.1%にのぼり、年齢階級別の労働率で25-29歳の82.1%に次ぐ高さとなっている（平成29年版働く女性の実情）。更年期世代は社会貢献度の高い大きな労働力でもあり、更年期女性の健康維持が求められている。こうした背景もあり、内閣府男女共同参画局では、生涯を通じた女性の健康支援強化の1つとして、更年期への対策支援の促進をあげ（女性活躍加速のための重点方針2018）、女性活躍の基盤づくりの1つに位置づけている。しかし、現状では、更年期女性の98%が何らかの症状を自覚し、そのうち60%はその症状が更年期に関係すると考えているが、更年期外来への受診は19%に留まっている（須賀ほか2016）。このように自覚症状を抱えた状態で日常生活を送る女性が多いものの、受診に至らない更年期女性を対象とした健康支援に取り組む市町村は少なく（野田2016）、更年期症状の軽減への健康支援の確立が必要と考えられる。

女性の生涯の中で更年期は、ホルモンバランスの変化のみならず、子どもの自立や親の介護など、ストレスフルなライフイベントが重なる時期であり、更年期症状といわれる心身の不調の出現に、これらのストレスが関連するとされる（後山2006、安川ほか2003）。更年期症状は、これらの要因にストレス反応を生じやすい性格特性が加わることで増悪すると考えられている（後山ほか2004）。更年期症状に

よる QOL やメンタルヘルスの低下が明らかとなっており（須賀ほか 2013, Panayota
ほか 2012, Rachel ほか 2009）, 更年期障害患者においては, 更年期症状の中でも,
不安やイライラなどの精神症状が, QOL の低下に大きくかかわることが報告されてい
る（安川ほか 2003, 後山ほか 2004）。しかし, 更年期症状を抱える女性が受診し,
ホルモン補充療法を受けたとしても, 精神的 QOL は依然として低く改善の余地があ
ると報告されている（安川ほか 2003）。また, 何らかの治療によって更年期症状が
改善されたとしても, その後も症状の辛さを理解してくれる相手を求めている実態
や（横地ほか 2015）, 配偶者との人間関係や家庭内での心配事には改善がみられず,
心理的に問題を抱えたままの症例が多いとの報告がある（後山ほか 2004）。このよう
な背景から, 更年期障害の治療においては, 障害された QOL の改善を治療のゴール
とし, 心身医学的なアプローチもとられている（相良 2018）。一方で, 受診に至ら
ない更年期女性に対しては, 先にも述べた通り, 健康支援が不十分であり, 更年期
症状による精神的 QOL やメンタルヘルスの低下が懸念される。実際, 中度以上の更
年期症状を抱えている更年期女性は 24.5%との報告がある（須賀ほか 2013）。した
がって, 受診に至らない更年期女性の更年期症状の軽減や, メンタルヘルスの維
持・向上を考慮した健康支援が必要と考えられる。

受診に至らない更年期女性を対象とした介入研究についてのレビューにおいて,
健康支援の内容は, 食事指導, 運動指導, 情報提供の 3 つに分類され, 本邦におけ
る介入では全て運動指導が含まれていたことが報告されている（宮内ほか 2009）。
受診に至らない更年期女性を対象とした運動指導以外の健康支援に関する報告は,
マッサージとメイクアップ（豊増ほか 2008）, タクティールケア（河野ほか
2013）, アロマセラピー, 有酸素運動, 筋弛緩法（上田ほか 2012）がある。また,
セルフケア能力の向上を目指した方法として, 個人データに基づく情報提供（宮内
2010）が報告されている。いずれも一定の効果が確認されているが, 介入期間前後
の変化のみを検討しており, 効果の持続については検討されていない。

吉沢らは、更年期女性の QOL に大きな影響を及ぼす更年期の精神症状は、ライフストレスが大きな影響要因であるため、メンタルヘルスに力点を置いた介入の重要性を報告している（吉沢ほか 2000）。また、夫との関係性が悪い場合更年期症状が重いことや（梅野ほか 2006）、配偶者や同居家族からのソーシャルサポートが少ない者は更年期症状が重いことが報告されており（千場ほか 2009）、夫婦という単位を意識した介入や家族の理解の必要性が示唆されている。しかし、受診に至らない日本人更年期女性を対象とした介入研究において、メンタルヘルスやソーシャルサポートの重要性を踏まえた研究は少なく、近年では Senba らによる、ストレスマネジメントの観点での健康教育プログラムの検証のみであり（Senba ほか 2010）、ストレス対処やソーシャルサポートに着目した健康支援プログラムのさらなる検討が必要と考えられる。

一方、更年期女性のメンタルヘルスは、更年期症状のみならず、人間関係のストレスやパートナーとの関係性、婚姻状態、ソーシャルサポートなどに影響されることが報告されている（Brown ほか 2015）。また、日本人更年期女性は他の人種よりも、ソーシャルサポートが少ないことやストレスフルな出来事がメンタルヘルスにネガティブな影響を及ぼすとの報告がある（Avis ほか 2004）。したがって、更年期女性のメンタルヘルスにおいて、ストレスや他者との関係性が重要な要因であると考えられる。

以上から、受診に至らない更年期女性の更年期症状の軽減やメンタルヘルスの向上を目指した健康支援は、従来の運動指導、食事指導に代表される生活習慣の改善にとどまらず、ストレスマネジメントやソーシャルサポートに着目した支援が必要と考えられる。また、更年期女性のメンタルヘルスは婚姻状態の影響を受けるが、先行研究では、既婚の更年期女性を対象としている場合が多い。今後、日本において非婚女性の増加が予測されていることから（平成 30 年度版少子化社会対策白書）、婚姻状態を考慮した健康支援プログラムの検討が必要と考えられる。

第2節 女性の更年期

第1項 更年期症状とは

更年期とは、ライフサイクルの1つのステージを表す言葉であり、中年期から老年期への移行期あたりに相当する（岸本 2006）。この時期に女性は、卵巣機能が低下し、月経が永久に停止する閉経を迎える。日本産科婦人科学会では、更年期を閉経の前後5年間と定義している。日本人の平均閉経年齢は50.5歳である（日本産科婦人科学会 2013）。

女性が更年期に経験する様々な不定愁訴を更年期症状とよぶことが多く、日本産科婦人科学会では、更年期症状を更年期に現れる多種多様な症状の中で、器質的変化に起因しない症状であり、これらの症状の中で日常生活に支障をきたす症状と定義している（日本産科婦人科学会 2013）。日本の更年期障害の臨床において、女性の更年期症状は、血管運動神経症状を主とする自律神経失調症状、抑うつや不安を主とする精神症状を二大症状とし、さらに、肩こりや関節痛などの身体症状を加えた3つの症状として捉えられている（相良 2018）。

Melbyらは、閉経前後で頻発する症状の国際比較研究をまとめ、血管運動神経症状、心理的症状、身体症状、性的症状の4つに分類している（Melby ほか 2011）。また、更年期症状には、人種差や文化差があることが知られており、白人はホットフラッシュや寝汗などの血管運動神経症状が多く見られ（Melby ほか 2005）、アジア系は、身体症状が最も多く、次いで心理的症状、血管運動神経症状、性的症状の順で多いことが報告されている（Islam ほか 2015）。さらに、日本人とフィリピン人を対象とした調査では、日本人は精神症状が多く、フィリピン人は不眠が多い傾向が報告されている（Matsuo ほか 2012）。

日本人更年期女性において98%が何らかの症状を自覚し、そのうち60%はその症状が更年期に関係すると考えているが、更年期外来への受診は19%に留まっている

(須賀ほか 2016)。また、症状を全く自覚しない女性はほとんどいないと報告されている(千場 2007)。受診し更年期障害と診断された女性は、何らかの治療を受けていると考えられるが、症状を自覚しても受診せず日常生活を送る女性が多いという現状がある。以上の背景から、受診に至らない更年期女性に対して、日本人の更年期症状の特徴に合致した健康支援を検討する必要があると考えられる。

第2項 更年期症状に関連する要因

日本産婦人科学会は、更年期症状に影響する要因を以下のように定義している。主たる原因は卵巣機能の低下であり、これに加齢に伴う身体的変化、精神心理的な要因、社会文化的な環境因子などが複合的に影響する(日本産科婦人科学会 2013)。更年期障害の臨床では、エストロゲン欠乏に代表される内分泌要因、几帳面、完璧主義、妥協的、ストレス耐性が弱いなど心理・性格要因、母親役割終了、夫との関係、人間関係の変化などの社会的要因の3要因と捉えることが多い(高橋 1999, 後山 2000)。

血管運動神経症状を主とする自律神経失調症状は、卵巣機能の低下にともなうエストロゲンの減少と自律神経が不安定になりやすい素因が重なって起こると考えられている(相良 2018)。また、血管運動神経症状のホルモン失調以外の要因を探った北米の疫学研究では、受動喫煙、高いBMIなどが関連し、生活習慣の改善により血管運動神経症状の予防が期待できると報告している(Ellenほか 2004)。さらに、ストレス(Ellenほか 2004, Marciannaほか 2010)や加齢変化を脅威と認識すること(Marciannaほか 2010)が血管運動神経症状の強さに影響するとの報告もある。したがって、血管運動神経症状は、ホルモン失調が主要因であるが、生活習慣やストレスの影響も受けると考えられる。

一方、更年期症状の情緒不安定や憂うつ、不安などの精神症状は、心理・性格要因、社会的要因が重なって起こると考えられている（相良 2018）。吉沢らや橋本らは、更年期の精神症状はエストロゲンレベルに関係なく自覚する症状であり、ライフストレスが大きな影響要因であると述べている（吉沢ほか 2000, 橋本ほか 2007）。また、更年期症状の精神症状の軽さには、パートタイムの仕事や社会活動への参加が影響しているとの報告がある（Kusunaga ほか 2005）。したがって、更年期の精神症状は、心理・性格要因、社会的要因が強く影響する可能性が考えられる。

上田らは、更年期症状と心理社会的要因の関連についての仮説として、他者肯定的、妥協的、自己犠牲的な心理・性格要因がストレス出来事を助長し、自律神経中枢のホメオスタシスの破綻を招き、更年期症状を増悪する一方で、ストレス出来事が起こった時に、メンタルヘルスが良好な場合、ストレス反応が制御され、更年期症状が軽減すると述べている（上田ほか 2000）。後山は、更年期女性は多くのストレス因子に包囲された環境にあり、不定愁訴の発症に関し、閾値が低くなっているとし、性格や環境要因に着目する必要性を述べている（後山 2004）。一方、塩田は、ストレスに対する耐性は、個人の性格、気質、成育歴等である程度規定され、女性ではエストロゲンレベルの増減によっても変化すると述べている（塩田 2011）。つまり、更年期は、ホルモン失調による自律神経中枢のホメオスタシスが不安定な状態で、ストレス耐性が低下している状態であるが、心理・性格要因や社会的要因を制御することにより、更年期症状を軽減できる可能性があると考えられる。そもそも、ホルモン失調は健康な女性であれば加齢により必ず起こる現象である一方、心理・性格要因や社会的要因は、何らかの介入によって変容することが可能と捉えることができる。

更年期障害の臨床においては、心理・性格要因、社会的要因への対処として、心身医学的な対応がとられており、感情抑制的、いい子、自己否定的な性格をチ

エックシ（後山 2004），メランコリー親和型性格，執着気質などの性格を考慮した上で，薬物療法と心理療法をバランスよく行う必要性（甲村ほか 2004）が報告されている。また，夫や子どもなど他者との関係性に関するストレスを訴える症例が多いことや，コミュニケーションが精神症状の出現に影響することから，現状のストレスの理解や自己の性格の認識，ストレス対処法の指導，人間関係に対する認知の歪みや誤りに対する指導が行われている（後山 2004，後山ほか 2005，飯岡ほか 2010）。夫婦関係への満足感が得られている女性は，治療の予後に好影響を与えたとの報告もある（郷久ほか 2009）ことから，夫婦関係を含む人間関係に着目することの重要性がうかがえる。

受診に至らない更年期女性を対象にした更年期症状と社会的要因に関する先行研究でも，夫婦関係が良好な場合，更年期症状が軽いことや（梅野ほか 2006，中西 2007，小松ほか 2015），ライフストレス（吉沢ほか 2000，菅沼ほか 2001，渡邊ほか 2005）や相談相手の有無（渡邊ほか 2005）と更年期症状とが関連していることが報告されている。また，夫婦関係の満足感が一定以上の場合，生きがい感を介して，更年期症状が抑制されるという報告もある（梅野ほか 2006）。また，Hayden らは，更年期女性は，情緒的サポートによって安心を得ることにより，問題焦点型のストレス対処行動が促進されることを報告している。その一方で，情緒的サポーターが不適応なストレス対処行動をとっている人である場合，逆に情緒的サポーターの感情のはけ口にされてしまう可能性もあり，更年期女性に悪影響をもたらすと報告している（Hayden ほか 2003）。

したがって，受診に至らない更年期女性の社会的要因については，単に情緒的サポーターがいるというだけでなく，夫婦関係を含む他者と良好な関係性を築いているかに着目することが必要と考えられる。また，先行研究では既婚者における夫婦関係に関する検討が多く，未婚者については，石らが，未婚の更年期女性は，更年期症状が少ないが，職場などの人間関係がストレスとなる場合，症状が

重いとの報告にとどまっている（石ほか 2008）。情緒的サポーターは婚姻状態によって異なるため、婚姻状態による違いを検討する必要があると考えられる。

受診に至らない更年期女性における、心理・性格要因と更年期症状に関して日本人女性を対象とした研究は、新たな生きがいの発見をしようとする積極的な性格傾向は更年期症状の表出が少ないという報告のみである（橋本ほか 2007）。ギリシャ人を対象とした研究では、クロニンジャーの気質・性格と更年期症状の関連を検討し、高い損害回避気質と低い自己志向性格は、血管運動神経症状や身体症状と関連せず、精神症状とのみ関連していることを明らかにしている（Kokras ほか 2014）。そして、高い損害回避気質と低い自己志向性格は、状況の変化に適応しづらく、環境ストレスに弱い傾向があり、このような性格を持つ更年期女性は、不安、怒り、嫉妬、罪悪感、憂うつを感じる傾向があると指摘している。

したがって、先述したように更年期の精神症状に特に影響を及ぼすライフストレスへの適応性は、個人の心理・性格要因の影響を受けると考えられ、心理・性格要因の中でもストレス反応の起こりやすさと関連する個人特性を明らかにすることが必要と考えられる。以上から、受診に至らない更年期女性の更年期症状に影響する心理・性格要因について、ストレス耐性に着目した実態把握が必要である。

第3項 更年期症状とメンタルヘルス

更年期症状がQOLの低下をまねくことは国内外の研究で明らかにされている。米国の2703人の更年期女性を対象とした観察研究では、血管運動神経症状は全般的なQOLや睡眠、気分、集中力、仕事、社会活動、余暇活動、性的活動に影響を及ぼすことが報告されている（Rachel ほか 2009）。また、欧州人を対象とした大規模調査や、イギリス人を対象とした調査においても、類似した結果が報告され

ている（Nancy ほか 2009, Ayers ほか 2013）。さらに、更年期症状が QOL やメンタルヘルスに影響することやうつ病の発症と関連することから、様々な国の更年期女性の精神症状がレビューされており、精神症状に着目する必要性が報告されている（Debra ほか 2011）。Brown らのレビューでは、血管運動神経症状は抑うつと関連し、精神症状は幸福感との関連が推察されると報告している（Brown ほか 2015）。

日本人女性においては、更年期外来受診者は、更年期症状が重症になるにつれ、外出や家事、仕事などの生活行動に生じる支障が強いことが明らかにされている（河野ほか 1998）。また、更年期障害患者は、身体的 QOL は維持されているが、精神的 QOL が大きく損なわれていることが特徴であるとの報告がある（松尾 2006）。受診に至らない更年期女性において、佐藤は更年期障害指数が高くなるにつれ、QOL 指標の身体領域、心理的領域、社会関係、環境の全ての領域が低下していることを確認している（佐藤 2004）。また、須賀らは、更年期症状が包括的 QOL とメンタルヘルスに直接影響を及ぼすことを明らかにしている（須賀ほか 2013）。吉沢らは、更年期の精神症状は、代表的で慢性的な症状であり、ストレスの影響を受け、閉経中のみならず閉経後も変わらず存在するとし、更年期の精神症状によるメンタルヘルスの低下を懸念している（吉沢ほか 2000）。

以上から、日本人の更年期女性においても、更年期症状によるメンタルヘルスの悪化が考えられる。更年期の精神症状は、心理・性格要因、社会的要因の影響を強く受けると考えられることから、更年期外来を受診しホルモン補充療法を受けたとしてもメンタルヘルスの改善が十分でないことが報告されている（安川ほか 2004）。したがって、受診に至らない更年期女性の健康支援は、更年期症状の緩和のみならず、メンタルヘルスの維持・向上の観点で検討する必要がある。

第4項 更年期症状と主観的幸福感

先行研究で課題となっている更年期女性のメンタルヘルスは、WHOが定義する5つのQOL概念のうちのpsychological status and well-being（心理的状态）と捉えることができる（土井2004）。安永らは、高齢者のメンタルヘルスは、生活満足感や幸福感などのポジティブな側面と、不安や抑うつなどのネガティブな側面で構成されると述べている。そして、高齢期においてQOL維持するためには、メンタルヘルスを良い状態に保つことが重要と報告している（安永ほか2001）。更年期は高齢期への移行期であり、更年期女性がもつ心や身体に対する健康意識はそのまま高齢女性の健康意識に反映されることから（水沼2006）、更年期女性のメンタルヘルスの維持向上が高齢期のメンタルヘルスの維持、ひいてはQOLの維持につながると考えられる。

また、近年ポジティブ心理学的アプローチの発展とともに、ストレス研究の領域においてストレス予防における幸福感の役割が検討されている（大塚ほか2007、宇佐美2014）。そこでは、主観的幸福感が高ければ、ストレスとなる問題が生じるまえに未然に防いだり、周囲に援助や心理的支えを求めたりする等の対処行動が動機づけされると報告されている。梅野らは、生きがい感は、更年期症状を抑制する効果があると示唆しており（梅野ほか2006）、更年期女性においてメンタルヘルスのポジティブな側面に着目する必要性がうかがえる。従来の研究では、更年期女性のメンタルヘルスに関して、更年期障害の臨床では抑うつなどのネガティブな側面に着目した報告はあるが、生きがい感、満足感といったポジティブな側面の報告は少なく、主観的幸福感との関連の検討はみあたらない。

以上から、更年期女性において、更年期以降の高齢期のQOLの維持増進という観点のみならず、更年期の適切なストレス対処の観点から、メンタルヘルスのネガティブな側面に限らず、主観的幸福感などのポジティブな側面にも着目する必要があると考えられる。

第5項 更年期女性の主観的幸福感に関連する要因

Brownらのレビューによれば、更年期女性のメンタルヘルスについて、抑うつなどのネガティブな側面は血管運動神経症状と関連し、幸福感は更年期の精神症状との関連が示唆される。しかし、幸福感は精神症状のみならず、ストレスやパートナーとの関係性、婚姻状態、ソーシャルサポートなど心理社会的要因の影響も受けるとしている（Brownほか2015）。また、オーストラリア人を対象とした縦断研究では、更年期女性の幸福感は、婚姻状態、仕事の満足感、ライフイベントやライフストレスの影響を受けることが報告されている（Dennersteinほか2002）。一方、Riniaらは、更年期女性の主観的幸福感の低さやストレスの高さは、更年期症状の影響を受けず、多重役割やソーシャルサポートなどの心理社会的要因の影響を受けると考察している（Riniaら2014）。

日本人更年期女性におけるメンタルヘルスの関連要因に関する検討から、日本人は他の人種よりも、ソーシャルサポートが少ないことやストレスフルな出来事がメンタルヘルスを含むQOLにネガティブな影響を及ぼすとの報告があるが（AVISほか2004）、主観的幸福感の関連要因については、更年期女性に限定しない報告では、伊藤らが、既婚者の主観的幸福感に及ぼす影響要因として、夫婦関係満足感や職場満足感との関連（伊藤ほか2004）や、既婚女性の主観的幸福感とソーシャルサポートの関連についての報告がある（田熊ほか2008）。しかし、更年期女性を対象にした検討や、更年期症状と主観的幸福感の関連の検討はみあたらない。

以上から、更年期女性の主観的幸福感に関連する要因として、更年期症状との関連の検討のみならず、ソーシャルサポートやストレスなどの心理社会的要因に着目する必要があると考えられる。先述した通り、更年期症状も心理・性格・社会的要因の影響を受けることから、要因間の関係を包括的に検討することが必要である。

第3節 更年期症状への対処法

第1項 更年期障害の治療

更年期障害には明確な診断基準はなく、更年期症状により日常生活に支障をきたす病態が更年期障害とされている。治療は、薬物療法と非薬物療法に分類され、薬物療法としては、ホルモン補充療法（HRT）、漢方療法、向精神薬療法などである。非薬物療法は、カウンセリング、各種心理療法が施行されている（宮上ほか 2017）。日本産婦人科学会の診療ガイドラインでは、血管運動神経症状が主訴の場合ホルモン補充療法を行い、不定愁訴と呼ばれる多彩な症状を訴える場合には漢方療法などを用い、生活習慣に問題がある場合には改善するよう指導する等が明記されている（日本産婦人科学会 2017）。

HRT は、更年期障害に対する第一選択の治療であり、北米閉経学会では、EBM に基づいて安全性と対応についての提言を行っている（尾林 2014, Stuenkel ほか 2012）。提言では、血栓症、乳がんといった使用時の副作用への個別対策の重要性が示され、更年期症状の軽減を目的とした場合の使用期間と投与量は可能な限り短期間かつ少量が望ましいこと等、多くの文献に基づいた情報がコンパクトに記載されており、臨床での活用が可能である。しかし、HRT の日本における普及率は 3%程度であり、欧米の 30~40%以上、台湾・韓国の 10~20%と比べ、極めて低い現状が続いている（尾林 2014）。HRT や向精神薬療法に抵抗を示し、よりナチュラルな方法を求める患者は少なくないと報告されており、更年期障害を心身一如の観点で把握した漢方療法が選択され、更年期症状の不眠や頭痛の改善効果が示されている（寺内 2015）。

精神症状が主訴で血管運動神経症状を伴わない場合は、向精神薬療法や非薬物療法が選択肢となる（相良 2018, 寺内 2015）。非薬物療法として、まずは受容と共感で患者の訴えを傾聴し、背後にある心理社会的要因を探索することが重要とされ、次に生活習慣に関する問診を行い、不適切な習慣があれば指導する（寺内

2015)。後山は、心理療法の順序として、ストレスの発散、ストレス事項の確認、性格の認識、ストレス対処法の理解、ライフスタイルや行動スタイルの見直しと修正が理想であると述べている。さらに、生き方やアイデンティティの確立、心理的再婚による良き夫婦の在り方の模索により、QOLの改善を目指している（後山 2008）。また、更年期外来では、健康寿命の延伸を目的とした生活習慣指導も行われ、食生活アンケートに基づく栄養指導や、運動不足の解消などが実施されている。

以上のように、更年期障害の臨床では、薬物治療と非薬物療法の併用により、患者の心理社会的背景を考慮した対応がなされ、更年期症状の軽減のみならず、障害されたQOLの回復が治療のゴールとされている。さらに、健康寿命の延伸を目的とした生活習慣改善の指導も行われ、更年期外来は、女性のトータルヘルスケアが行われていると言える。ただし、更年期障害が主訴での婦人科受診の敷居が高く、受診率に關与する要因が検討されているものの、受診率が低迷していることが課題である（尾林 2014、大関ほか 2010、須賀ほか 2016、須賀ほか 2013）。

第2項 更年期症状の健康支援

更年期女性への健康支援は、ホルモン補充療法を始めとした医学的な治療に関する教育や女性外来受診者対象の受診勧奨が中心であり、受診に至らない更年期女性に対する健康支援に関する情報は少ない（宮内ほか 2009）。野田は、受診に至らない更年期女性を対象とした健康支援に取り組む市町村が少ないことを報告している（野田 2016）。さらに、保健センターなどが実施している健康相談の存在を知らない女性が過半数を占め、80～90%の更年期女性が利用したことがないことが示されている（上田 2008）。

このような背景がある中で、宮内は受診に至らない更年期女性に対する健康教育に関して、海外と国内のレビューを行っている。その結果、健康教育の内容を、食事指導、運動指導、情報提供の3つに分類し、国内においては全て運動指導が含まれていたことを報告している。また、今後の健康教育の在り方として、更年期に対して肯定的認識をもつようなセルフケア能力向上の教育が必要であると述べている（宮内ほか 2009）。受診に至らない更年期女性を対象とした運動指導以外の健康支援に関する報告では、マッサージとメイクアップ（豊増ほか 2008）、タクティールケア（河野ほか 2013）、アロマテラピー、有酸素運動、筋弛緩法（上田ほか 2012）が用いられている。セルフケア能力の向上を目指した方法として、個人データに基づく情報提供（宮内 2010）が報告されている。いずれも一定の効果が確認されている。しかし、介入期間前後の変化のみを検討しており、効果の持続については検討されていない。

更年期女性のヘルスプロモーション行動に関連する要因として、更年期女性が更年期について関心や知識を持つことなどに加え、夫婦の関係性が良好であることも重要であることが報告されている（中西ほか 2008）。また、大村らは、受診が必要なほどの重症な更年期症状であっても、仕事や家事をこなしていることを更年期女性の面接から把握し、このような女性は、良好な人間関係を保つなどセルフケア能力にすぐれていると報告している（大村ほか 2002）。飯岡は、更年期女性が体験する心身の変化に対する対処行動の特徴として、こだわり過ぎないようにする、周囲と歩み寄りながらバランスをとる、といった取り組みや、信頼できる人とつながりを持ち周囲から理解され安心できる環境を得る対人関係の構築、自分のペースを大事にしながら意欲的な行動をとるなどのストレス対処行動を報告し、これらの対処行動は、受診に至らない更年期女性の健康支援に必要な視点であると考察している（飯岡 2010）。また、吉沢は、更年期女性の QOL に大きな影響を及ぼす更年期の精神症状は、ライフストレスが大きな影響要因である

ため、メンタルヘルスに力点をおいた介入の重要性を報告している（吉沢ほか 2000）。さらに、夫との関係性が悪い場合更年期症状が重いことや（梅野ほか 2006）、配偶者や同居家族からのソーシャルサポートが少ない者は更年期症状が重いことが報告されており（千場ほか 2009）、夫婦という単位を意識した介入や家族の理解の必要性が示唆されている。ソーシャルサポートは、閉経後の QOL に影響力が大きいことから、更年期女性の健康増進プログラムにおいてソーシャルサポートに着目する必要性があるとの報告もある（Mansoureh ほか 2015）。しかし、ストレス対処やソーシャルサポートに着目した介入研究は少なく、近年では Senba らによる、ストレスマネジメントの観点での健康教育プログラムの検証のみである（Senba ほか 2010）。

以上から、受診に至らない日本人更年期女性を対象とした健康支援は、従来の生活習慣の改善を中心とした支援にとどまらず、ストレスマネジメントや適切な人間関係の構築に着目し、ストレスへの対処や良好な人間関係を保てるようなセルフケア能力を高める支援が必要と考えられる。それにより、更年期症状の軽減や予防のみならず、メンタルヘルスの維持増進に寄与すると考えられる。

第 4 節 研究目的

第 1 項 問題の所在

女性において、更年期の健康意識がその後の高齢期の QOL に影響する可能性があり、更年期の健康維持増進が求められている。しかし、更年期症状を自覚しても受診せず日常生活を送る女性が大半である。更年期症状による QOL の低下は明らかとなっており、特にメンタルヘルスへの悪影響が懸念される。更年期外来は女性のトータルヘルスケアを担うことが可能だが、受診に至らない更年期女性を対象とした健康支援は不十分である。

メンタルヘルスへの悪影響が懸念される更年期症状の精神症状は、心理・性格要因や社会的要因の影響を強く受けるため、それらに対するアプローチが重要と考えられる。しかし、これまで受診に至らない更年期女性を対象とした健康支援は、生活習慣の改善が中心であり、心理・性格要因や社会的要因に着目した健康支援の検討は不十分である。心理・性格要因と社会的要因の中でも特に、ストレス反応の生じやすさと関連する個人特性や、夫婦関係を含む他者との関係性に着目する必要があると考えられる。

他方、更年期女性のメンタルヘルスは、先行研究では更年期症状と抑うつなど、メンタルヘルスのネガティブな側面との関連が明らかとされてきたが、メンタルヘルスのポジティブな側面である主観的幸福感にも着目する必要があると考えられる。しかし、更年期症状と主観的幸福感の関連について、日本人女性を対象とした検討はみあたらない。そして、先行研究では検討されてこなかった婚姻状態別の検討も必要と考えられる。

以上から、受診に至らない更年期女性の健康支援は、従来の生活習慣の改善を中心とした支援にとどまらず、更年期症状とメンタルヘルスへの影響要因を考慮し、ストレスマネジメントや情緒的サポートに着目し、ストレスへの対処や良好な人間関係を保てるようなセルフケア能力を高める支援が必要と考えられる。

第2項 本論文の目的

受診に至らない更年期女性の健康支援の一助となることを目指し、更年期女性の更年期症状とメンタルヘルスに影響を及ぼす要因について、特に情緒的サポートとストレス反応を生じやすい個人特性に着目し、その特徴を明らかにし、要因間の関係性を明らかにする。さらに、更年期症状の軽減や予防、更年期のメンタ

ルヘルスの維持増進を目的としたセルフケアプログラムを構築し、その効果を検討することを目的とし、3つの研究を実施する。

研究Ⅰでは、更年期症状や更年期のメンタルヘルスに関連する要因について、要因間の関連を個別に検討する。

研究Ⅰ-i

更年期女性のメンタルヘルスについて、これまで日本人の更年期女性では検討されていない主観的幸福感と更年期症状との関連を検討する。

研究Ⅰ-ii

更年期女性の更年期症状とメンタルヘルスに共通して関連する社会的要因として、パートナーや家族などの情緒的サポートに着目し、婚姻状態別の違いを検討する。

研究Ⅰ-iii

更年期女性の更年期症状とメンタルヘルスに共通して関連する心理・性格要因として、ストレス反応を生じやすい個人特性に着目し、その特徴を明らかにする。

研究Ⅱ

研究Ⅰの結果をふまえ、更年期症状とメンタルヘルスの関連要因である情緒的サポートとストレス反応を生じやすい個人特性について、婚姻状態別に関連性を示す。

研究Ⅲ

研究Ⅱの因果関係モデルに基づき、更年期女性の更年期症状の軽減や予防、更年期のメンタルヘルスの維持増進を目的としたセルフケアプログラムを構成し、更年期女性にプログラムを提供し効果を検討する。

第3項 本研究の用語一覧

1) 更年期症状

更年期に現れる多種多様な症状の中で、器質的変化に起因しない症状であり（日本産婦人科学会）、血管運動神経症状を主とする自律神経失調症状、抑うつや不安を主とする精神症状の二大症状に、さらに、肩こりや関節痛などの身体症状を加えた3つの症状とする（相良 2018）。

本研究では、更年期症状を簡略更年期指数（Simplified Menopausal Index, SMI）（小山ほか 1992）で測定する。SMIは、更年期症状を、全般的に捉え総得点による評価が可能である。

2) メンタルヘルス

WHOが定義する5つのQOL概念のうちのpsychological status and well-being（心理的状态）とし（土井 2004）、更年期以降の高齢期のQOLの維持増進および、更年期の適切なストレス対処の観点から、生活満足感や幸福感などのポジティブな側面と、不安や抑うつなどのネガティブな側面で捉えるものとする。

本研究では、自己評価式抑うつ尺度(self-rating depression scale, SDS)（福田ほか 1973）、および主観的幸福感尺度(Subjective Well-Being Scale, SWBS)（伊藤ほか 2003）で測定する。

3) ソーシャルサポート

社会的関係の中で行われる相互作用のうち、人を支援する性質を持つものがソーシャルサポートであり（Andrew 1978）、手伝い、金銭などの手段的サポートと、安心感、自信感などの情緒的サポートがある（宗像 1996）。本研究では、更年期女性において夫婦関係を含む他者との良好な人間関係の構築が必要と考えられることから、情緒的サポートに着目し、情緒的支援者保有尺度（宗像 1986）を用いる。

4) セルフケア能力

セルフケア能力は、個人がより良い状態を得るために自分自身および環境を調整する意図的な行動を遂行するための能力であり、後天的な能力で学習により獲得が可能であるとする（本庄 2001）。

5) 個人特性とメンタルヘルス

本研究では、メンタルヘルスに影響する個人特性として以下に着目する。まず、自分の気持ちや考えを抑えて行動する自己抑制型行動特性、および課題や問題に対して積極的、効果的、現実的に対処しようとする問題解決型特性である。自己抑制型行動特性が強いと、抑うつが高いこと（宗像 1995, 山本ほか 2012）、問題解決型行動特性が弱いと抑うつが高いとの報告（宗像 2006）や、ストレス耐性が低いとの報告がある（上田ほか 2012）。また、自分の気持ちや感情を感じることを自覚的あるいは無自覚的に避けるとされる感情認知困難度、自分で自分を憐れむとされる自己憐憫度は、ストレスの身体化やストレス耐性に関与するとの報告がある（宗像 2006, 向笠ほか 2010）。性格特性として、執着気質と不安気質（宗像 2007）に着目し、この気質が強いとストレス反応が生じやすいとの報告がある（伊藤ほか 2012）。

第4項 本論文の構成

本論文は、全5章で構成されており、各章の概観は以下の通りである。

第1章では既述した通り、更年期女性の更年期症状やメンタルヘルス、健康支援に関する現状と課題について述べた。

第2章では、本章第2項に示した研究 I-i, I-ii, I-iii を検討する（図1）。

第3章では、本章第2項に示した研究Ⅱを検討する。

第4章では、本章第2項に示した研究Ⅲを検討する

第5章では、研究ⅠからⅢの総合的考察を行う。さらに、今後に向けて新たな研究を提示する。

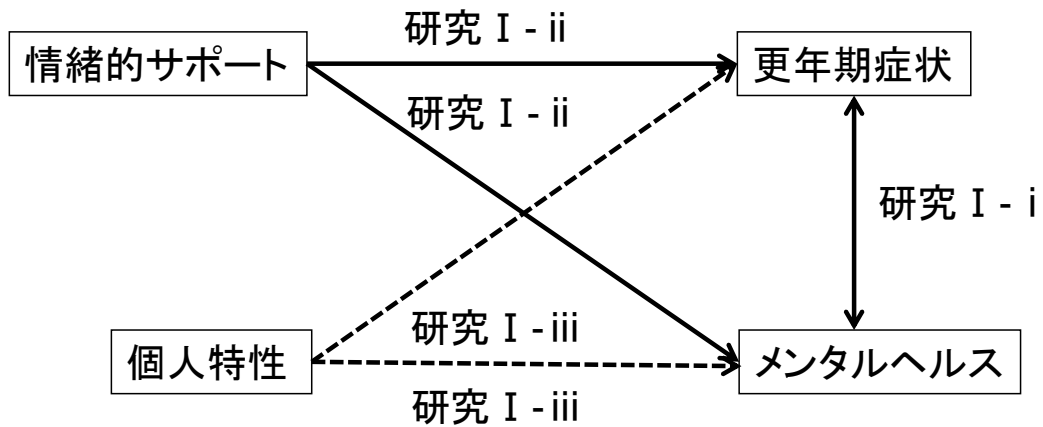


図1. 研究Ⅰの概念図

第2章 更年期症状や更年期のメンタルヘルスに関連する要因の要因間の関連の検討 (研究 I)

第1節 更年期症状と更年期のメンタルヘルスの関連 (研究 I-i)

第1項 研究目的

更年期症状とメンタルヘルスの関連を検討する。更年期障害の臨床で検討されている更年期症状と抑うつとの関連のみならず、日本人更年期女性では検討されていない主観的幸福感と更年期症状との関連を、婚姻状態別、閉経段階別に検討する。

第2項 研究の倫理的配慮

本研究の実施には、筑波大学体育系研究倫理委員会の承認を得た (課題番号: 体27-122号)。

第3項 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、Web調査による、横断的研究である。

2. 対象と方法

調査対象者は、インターネット調査会社のモニターに登録し、東京都、埼玉県、茨城県に在住する40~59歳の女性600名である。調査時期は、2016年2月および2017年5月である。分析対象者は、子宮や卵巣の治療等により人工的に閉経している場合、および更年期障害と診断を受け、ホルモン補充療法や漢方療法等の治療を受けたことがある者を除外した。

3. 調査項目

a) 属性

年齢，婚姻状態，就業形態，閉経段階とした。婚姻状態は，既婚，未婚，離・死別の3択から，就業形態は，正規，非正規，無職の3択から回答を得た。

閉経段階を分類するため，先行研究（田仲ほか 2011）を参考に，月経状態をとらえた。具体的には，“現在からさかのぼって最終月経がいつであったか” “月経の量や周期に変化を感じるか” の2項目から分類を行った。最終月経の時期については，“3ヵ月以内” “6ヵ月以内” “9ヵ月以内” “12ヵ月以内” “12ヵ月以上前” の5段階で回答を得た。月経状態に変化を感じないと回答した場合を閉経前とし，月経状態に変化を感じると回答しかつ最終月経が過去12ヵ月以内のうちにあったと回答した場合を閉経中とし，最終月経が12ヵ月以上前と回答した場合を閉経後とした。また更年期障害の診断の有無，ホルモン補充療法や漢方療法等の治療歴の有無について回答を得た。

b) 更年期症状

更年期症状を全般的にとらえる簡略尺度である簡略更年期指数10項目 (Simplified Menopausal Index, SMI) (小山ほか 1992) を用いた。SMIは項目ごとに重みづけがなされている。症状の程度について，“強” “中” “弱” “無” の4段階で回答を得た。回答した項目に重みづけられた配点を加算し，合計得点を算出した。合計得点の得点範囲は0から100点であり，得点が高いほど更年期症状が重いことを表している。評価法として臨床では，0から25点は「問題なし」，26から50点は，「軽度の症状：食事・運動に注意」，51から65点は「中度の症状：更年期・閉経期外来を受診」，66から80点は「重度の症状：長期間の計画的な治療」，81から100点は「重度の症状：診療各科の精密検査，長期の計画的な対応」とされている。

c) メンタルヘルス

i. 自己評価式抑うつ尺度 (self-rating depression scale, SDS) (福田ほか 1973)

SDS は、20 項目からなり、“しょっちゅう” “かなりのあいだ” “ときどき” “無いかたまに” の 4 段階の評定から 20~80 点の合計得点を算出し、合計得点が高いほど抑うつが高いことを示す。評価法は、40 点未満は「抑うつはほとんどなし」、40 点台で「軽度の抑うつあり」、50 点以上で「中等度の抑うつあり」と判定される。

ii. 主観的幸福感尺度 (Subjective Well-Being Scale, SWBS) (伊藤ほか 2003)

SWBS は、主観的な満足感やポジティブ・ネガティブ両面を含む現在の感情状態を測定する。医療現場における臨床診断を目的とするのではなく、個人の主観的なメンタルヘルスを測定する尺度である。12 項目からなり、各項目の内容に合わせて異なる 4 段階の評定から 12~48 点の合計得点を算出し、合計得点が高いほど主観的幸福感が高いことを示す。

第 4 項 分析方法

統計解析には、統計ソフト SPSS ver24 を用い、記述統計、調査項目 SMI, SDS, SWBS について Shapiro-Wilk 検定を行った。検定の結果、全ての項目で $p < 0.05$ であったため、群間比較にはノンパラメトリック検定を行った。調査項目の属性による比較は、2 群間比較については Mann-Whitney U 検定を、3 群間以上では Kuruskal-Wallis 検定を用いて検定した。更年期症状とメンタルヘルスの関連については、婚姻状態別かつ閉経段階別に、SMI の問題なし・軽度群と中度以上群で SDS, SWBS の得点を Mann-Whitney U 検定を用いて検定した。いずれの場合も有意水準は $p < 0.05$ とした。

第5項 結果

i. 調査対象者の属性

回答に不備のなかった491名(81.8%)を分析対象とした(表1)。491人の年齢階級は、40-44歳132人(26.9%)、45-49歳151人(30.8%)、50-54歳125人(25.5%)、55-59歳83人(16.9%)であった。婚姻状態は、既婚332人(67.6%)、未婚113人(23.0%)、離・死別46人(9.4%)であった。就業形態は、正規121人(24.6%)、非正規169人(34.4%)、無職201人(40.9%)であった。閉経段階の内訳は、閉経前151人(30.8%)平均年齢44.9±3.3、閉経中200人(40.7%)平均年齢47.0±3.9、閉経後140人(28.5%)平均年齢54.7±3.1であった。

SMIの得点別の人数について、更年期症状の程度が問題なしと評価される0~25点は、224人(45.6%)、軽度の症状の26~50点は、175人(35.6%)、中度以上の症状の51点以上は、92人(18.7%)であった(表2)。

SDSの得点別の人数は、抑うつがほとんどなしとされる40点未満は126人(25.7%)、軽度の抑うつあり40点~49点は231人(47.0%)、中等度の抑うつありの50点以上は134人(27.3%)であった。

SWBSは、合計得点が高いほど主観的幸福感が高いことを示す。中央値32.0点、第1四分位12.0-28.0点は133人(27.1%)、第2四分位29.0-32.0点は144人(23.2%)、第3四分位33.0-36.0点は152人(31.0%)、第4四分位37.0-47.0点は92人(18.7%)であった。

ii. 更年期症状、メンタルヘルスの属性による比較

各尺度の属性による比較を表3~6に示した。更年期症状、メンタルヘルスは、年齢階級および就業形態による差は認められなかった(表3, 5)。婚姻状態を未婚と離・死別をあわせて非婚者として分類して比較した結果、メンタルヘルスは、SDSにおいて既婚者が非婚者より有意に低く、SWBSにおいて既婚者が非婚者より有意に高

かった（表 4）。更年期症状は、閉経段階による有意差が認められ、SMI は閉経中が閉経前と閉経後より得点が高かった（表 6）。

iii. 婚姻状態別かつ閉経段階別の更年期症状とメンタルヘルスの関連

更年期症状とメンタルヘルスの関連を検討するために、婚姻状態別かつ閉経段階別に、SMI の問題なし・軽度群と中度以上群で、SDS, SWBS の得点を比較した。その結果、婚姻状態や閉経段階に関係なく、SMI の問題なし・軽度群は中度以上群より、SDS が低く、SWBS が高かった（表 7）。

表 1. 対象者の属性

対象者の属性		n=491	
		n	%
年齢	40-44歳	132	26.9
	45-49歳	151	30.8
	50-54歳	125	25.5
	55-59歳	83	16.9
婚姻状態	既婚	332	67.6
	未婚	113	23.0
	離・死別	46	9.4
就業形態	正規	121	24.6
	非正規	169	34.4
	無職	201	40.9
閉経段階	閉経前	151	30.8
	閉経中	200	40.7
	閉経後	140	28.5

表 2. SMI の得点別の人数

SMI の得点別の人数		n=491		
SMI	問題なし群 (0~25点)	中度群 (26~50点)	重度群 (51点以上)	
n	224	175	92	
%	45.6	35.6	18.7	

表 3. 年齢別の更年期症状およびメンタルヘルスの中央値の比較

年齢別の更年期症状およびメンタルヘルスの中央値の比較								n=491	
	40-44歳 n=132		45-49歳 n=151		50-54歳 n=125		55-59歳 n=83		p
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
SMI	27.0	(10.0 - 42.8)	29.0	(14.0 - 50.0)	28.0	(15.0 - 45.0)	24.0	(8.0 - 38.0)	0.21
SDS	46.0	(41.0 - 50.0)	45.0	(39.0 - 51.0)	44.0	(38.5 - 49.5)	44.0	(37.0 - 48.0)	0.10
SWBS	32.5	(27.0 - 36.0)	32.0	(28.0 - 35.0)	32.0	(28.0 - 35.5)	33.0	(30.0 - 36.0)	0.33

Kruskal-Wallis検定

*p<0.05

表 4. 婚姻状態別の更年期症状およびメンタルヘルスの中央値の比較

婚姻状態別の更年期症状およびメンタルヘルスの中央値の比較					n=491
	既婚 n=332		非婚 n=159		p
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
SMI	27.5	(13.3 - 45.0)	28.0	(12.0 - 45.0)	0.99
SDS	44.0	(39.0 - 49.0)	46.0	(40.0 - 51.0)	0.02*
SWBS	33.0	(29.0 - 36.0)	30.0	(26.0 - 35.0)	0.00*

Mann-Whitney検定

*p<0.05

表 5. 就業形態別の更年期症状およびメンタルヘルスの中央値の比較

就業形態別の更年期症状およびメンタルヘルスの中央値の比較						n=491	
	a正規 n=121		b非正規 n=169		c無職 n=201		p
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
SMI	26.0	(7.0 - 43.0)	26.0	(13.0 - 44.0)	29.0	(14.5 - 46.0)	0.31
SDS	44.0	(37.0 - 50.0)	45.0	(40.0 - 50.0)	44.0	(40.0 - 50.0)	0.54
SWBS	33.0	(29.0 - 37.0)	31.0	(28.0 - 35.0)	33.0	(28.0 - 36.0)	0.05

Kruskal-Wallis検定

*p<0.05

表 6. 閉経段階別の更年期症状およびメンタルヘルスの中央値の比較

閉経段階別の更年期症状およびメンタルヘルスの中央値の比較							n=491	
	a閉経前 n=151		b閉経中 n=200		c閉経後 n=140		p	多重 比較
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
SMI	20.0	(9.0 - 38.0)	32.0	(18.0 - 48.8)	26.0	(14.0 - 43.5)	0.00*	b>a,b>c
SDS	45.0	(39.0 - 50.0)	44.0	(40.0 - 50.0)	45.0	(38.0 - 49.0)	0.65	
SWBS	33.0	(28.0 - 36.0)	31.5	(28.0 - 35.0)	33.0	(28.0 - 36.0)	0.17	

Kruskal-Wallis検定

*p<0.05

多重比較はU検定

表 7. 婚姻状態別かつ閉経段階別の更年期症状とメンタルヘルスの関連

婚姻状態別かつ閉経段階別の更年期症状とメンタルヘルスの関連											n=491
既婚						非婚					
閉経前	問題なし・軽度群 0-50点 n=55		中度以上群 51-点 n=42		p	問題なし・軽度群 0-50点 n=30		中度以上群 51-点 n=24		p	
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
SDS	41.0	(35.0-48.0)	48.0	(43.8-51.0)	0.00*	43.0	(34.0-46.5)	50.0	(45.3-54.8)	0.00*	
SWBS	34.0	(32.0-37.0)	30.0	(26.3-35.0)	0.00*	34.0	(30.8-37.3)	26.5	(17.5-32.8)	0.00*	
SMI											
閉経中	問題なし・軽度群 0-50点 n=47		中度以上群 51-点 n=89		p	問題なし・軽度群 0-50点 n=24		中度以上群 51-点 n=40		p	
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
SDS	39.0	(35.0-44.5)	47.0	(42.0-51.0)	0.00*	41.0	(35.3-46.0)	48.5	(43.0-53.8)	0.00*	
SWBS	35.0	(31.0-37.0)	31.0	(27.5-34.0)	0.00*	32.5	(28.5-36.8)	29.0	(22.3-33.0)	0.02*	
SMI											
閉経後	問題なし・軽度群 0-50点 n=53		中度以上群 51-点 n=46		p	問題なし・軽度群 0-50点 n=15		中度以上群 51-点 n=26		p	
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
SDS	40.0	(35.0-48.5)	47.0	(42.0-49.3)	0.00*	44.0	(37.0-47.0)	48.0	(40.0-57.3)	0.04*	
SWBS	35.0	(31.0-38.5)	32.0	(29.5-35.0)	0.00*	33.0	(29.0-36.0)	28.5	(24.3-33.3)	0.03*	

Mann-Whitney検定

*p<0.05

第6項 考察

i. 属性について

対象者の婚姻状態は、総務省統計局による日本の統計 2017 における 40 歳から 59 歳の女性の、既婚 72.8%、未婚 14.0%、離・死別 11.4%と比べると、未婚が 23.0%と高い傾向がみられた。就業形態は、総務省統計局による平成 24 年就業構造基本調査の結果と同程度の割合であった(表 1)。

閉経段階によって更年期症状に差がみられ、閉経中が 32.0 点と最も得点が高く症状が重く(表 6)、また、SMI 得点別の人数割合で軽度以上の症状を有する者の割合 54.3%も、先行研究(中西 2007, 須賀ほか 2013)と概ね一致する結果であった。本研究対象者の半数以上は、何らかの対処が必要な程度の更年期症状を自覚していることが示された。

本研究の既婚者は非婚者に比べ、メンタルヘルスが良好であった(表 4)。女性の主観的幸福感是有配偶者が未婚者より高値であること(島井ほか, 2018)や、更年期女性のメンタルヘルスは、婚姻状態に影響されるとの報告(Brown ほか, 2015)を裏付ける結果と考えられる。

ii. 更年期症状と主観的幸福感の関連について

本研究は、日本人女性では検討されていない主観的幸福感と更年期症状の関連について、婚姻状態別、閉経段階別に検討した。その結果、更年期症状と主観的幸福感は、婚姻状態や閉経段階を問わず有意な関連がみられ、更年期症状が強い場合、主観的幸福感が低いという結果であった。欧米人を対象とした Brown らのレビューによれば、更年期女性の幸福度は更年期の精神症状との関連が示唆されている(Brown ほか 2015)。須賀らは、更年期症状が生きがい感に直接影響を及ぼすことを報告している(須賀ほか 2013)。生きがい感は主観的幸福感と類似概念であり(熊野 2006)、メンタルヘルスのポジティブな側面と考えられるが、須賀らの報告の対象の大半は既婚者が占めている。本研究の結果で、更年期症状と主観的幸福感が関連することや、非婚者においても関連が見られたことは新たな知見である。また、抑うつと更年期症状の関連についても、婚姻状態や閉経段階を問わず有意な関連がみられ、更年期症状が強い場合、抑うつが高かった。更年期症状と抑うつ

連は更年期障害の臨床における報告（後山ほか 2004, 寺内 2015）を支持する結果であったと考えられる。本研究の結果で、非婚者においても更年期症状の強さがうつと主観的幸福感の両方に関連することが示された。したがって、女性において更年期症状の軽減は、メンタルヘルスの向上につながる可能性が示唆された。女性の更年期のセルフケアなどによって、更年期症状の軽減や予防を目指すことにより、メンタルヘルスの維持向上も期待できると考えられる。

第7項 小括

更年期症状とメンタルヘルスの関連について、日本人女性では検討されていない主観的幸福感に着目し、婚姻状態別、閉経段階別に検討した。その結果、婚姻状態や閉経段階に関わらず、更年期症状と主観的幸福感が関連していることが示された。メンタルヘルスの指標として用いた SDS と SWBS は更年期症状との関連において同一の動向を示し、更年期症状が重い場合、メンタルヘルスが不良であることが示された。したがって、更年期症状の改善を目指したセルフケアは、メンタルヘルス更年期症状の軽減や予防のみならず、メンタルヘルスの維持向上の効果も期待される。

第2節 更年期症状と更年期のメンタルヘルスに関連する情緒的サポートの検討(研究 I - ii)

第1項 研究目的

更年期女性の更年期症状とメンタルヘルスに共通して関連する社会的要因である情緒的サポートについて検討する。これまで検討されていない、夫や家族以外の情緒的サポートや、非婚者における情緒的サポートと更年期症状およびメンタルヘルスとの関連を明らかにするため、情緒的サポートの入手対象別、婚姻状態別に検討する。

第2項 研究の倫理的配慮

研究 I - i と同様である。

第3項 研究方法

1. 研究デザイン

研究 I - i と同様である。

2. 対象と方法

研究 I - i と同様である。

3. 調査項目

研究 I - i と同様の調査項目と以下の項目を調査した。

d) 情緒的サポート

情緒的支援者保有尺度(宗像 1986)は、社会的支援の中でも情緒的支援に着目し、自分の周りに情緒的・心理的に支えになってくれる人が存在しているかどうかについての本人の認知を測定している。10項目からなり、“いる”“いない”の回答から0から10点の合計得点を算出する。評価法は、8点以上は「支援者が多く関係が良い」、6~7点は「周囲と適度な関係を保っており普通」、5点以下は「支援者が少なく関係が悪い」と判定される。本研究では、8点以上を高群、0~7点を低

群とした。また、本研究では、情緒的サポートの高さのみならず、夫婦関係に限らない情緒的サポートの入手対象を検討するために、パートナー、家族、家族以外の3者の情緒的サポートについてそれぞれ回答を求めた。本研究では非婚者も対象としていることから、夫ではなくパートナーと表記した。

第4項 分析方法

統計解析には、統計ソフト SPSS ver24 を用い、記述統計、調査項目 SMI, SDS, SWBS 情緒的サポートについて Shapiro-Wilk 検定を行った。検定の結果、全ての項目で $p < 0.05$ であったため、群間比較にはノンパラメトリック検定を行った。調査項目の属性による比較は、2 群間比較については Mann-Whitney U 検定を、3 群間以上では Kuruskal-Wallis 検定を用いて検定した。更年期症状およびメンタルヘルスと情緒的サポートの関連については、婚姻状態別かつ閉経段階別に、情緒的サポートの高群と低群で SMI, SDS, SWBS の得点を Mann-Whitney U 検定を用いて検定した。いずれの場合も有意水準は $p < 0.05$ とした。

第5項 結果

i. 調査対象者の属性

研究 I - i と同様の結果に加えて以下に情緒的サポートの結果を記載する。

パートナーからの情緒的サポートについて、関係が良いとされる 8 点以上は 218 人 (44.4%)、適度な関係を保っており普通とされる 6~7 点は 39 人 (7.9%)、関係が悪いとされる 5 点以下は 234 人 (47.7%) であった。家族からの情緒的サポートについて、8 点以上は 237 人 (48.3%)、6~7 点は 49 人 (10%)、5 点以下は 205 人 (41.8%) であった。家族以外からの情緒的サポートについて、8 点以上は 199 人 (40.5%)、6~7 点は 51 人 (10.4%)、5 点以下は 241 人 (49.1%) であった。

ii. 更年期症状、メンタルヘルス、情緒的サポートの属性による比較

各尺度の属性による比較を表 8~11 に示した。更年期症状、メンタルヘルスについては、研究 I - i の通りである。情緒的サポートは、年齢階級および就業形態、閉

閉経段階による差は認められなかった(表 8, 10, 11). 婚姻状態を未婚と離・死別をあわせて非婚者として分類して比較した結果, 情緒的サポートは, 既婚者が非婚者より有意に高かった(表 9).

iii. 婚姻状態別かつ閉経段階別の更年期症状およびメンタルヘルスと入手対象別情緒的サポートの関連

更年期症状およびメンタルヘルスと情緒的サポートの関連を検討するために、婚姻状態別かつ閉経段階別に、情緒的サポートの低群と高群で、SMI, SDS, SWBS の得点を比較した(表 12)。

①既婚で閉経前

パートナーと家族の情緒的サポートが高い群は低い群より、SMI, SDS が低く、SWBS が高かった(表 12a, b). 家族以外の情緒的サポートと SMI に有意な関連はみられなかったが、SDS と SWBS は、パートナーおよび家族の情緒的サポートと同様の結果であった(表 12c).

②既婚で閉経中

パートナーの情緒的サポートと SMI に有意な関連はみられなかったが、情緒的サポートが高い群は低い群より、SDS が低く、SWBS が高かった(表 12d). 家族の情緒的サポートが高い群は低い群より、SMI, SDS が低く、SWBS が高かった(表 12e). 家族以外の情緒的サポートと SMI に有意な関連はみられなかったが、SDS と SWBS は、パートナーおよび家族の情緒的サポートと同様の結果であった(表 12f).

③既婚で閉経後

パートナーおよび家族、家族以外の情緒的サポートと、SMI に有意な関連はみられなかったが、情緒的サポートが高い群は低い群より、SDS が低く、SWBS が高かった(表 12ghi).

④非婚で閉経前

パートナーおよび家族、家族以外の情緒的サポートいずれも、SMI に関連はみられなかったが、情緒的サポートが高い群は低い群より、SDS が低く、SWBS が高かった(表 12jkl).

⑤非婚で閉経中

パートナー、家族、家族以外の情緒的サポートいずれも、SMI に関連はみられなかったが、情緒的サポートが高い群は低い群より、SDS が低く、SWBS が高かった(表 12mno).

⑥非婚で閉経後

パートナーの情緒的サポートと SMI, SDS に関連はみられなかったが、パートナーの情緒的サポートが高い群は低い群より、SWBS が高かった(表 12p). 家族の情緒的サポートと、SMI に有意な関連はみられなかったが、家族の情緒的サポートが高い群は低い群より、SDS が低く、SWBS が高かった(表 12q). 家族以外の情緒的サポートと、SMI, SDS, SWBS に有意な関連はみられなかった(表 12r).

表 8. 年齢別の情緒的サポートの中央値の比較

年齢別の情緒的サポートの中央値の比較

	40-44歳 n=132		45-49歳 n=151		50-54歳 n=125		55-59歳 n=83		p
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
SMI	27.0	(10.0 - 42.8)	29.0	(14.0 - 50.0)	28.0	(15.0 - 45.0)	24.0	(8.0 - 38.0)	0.21
SDS	46.0	(41.0 - 50.0)	45.0	(39.0 - 51.0)	44.0	(38.5 - 49.5)	44.0	(37.0 - 48.0)	0.10
SWBS	32.5	(27.0 - 36.0)	32.0	(28.0 - 35.0)	32.0	(28.0 - 35.5)	33.0	(30.0 - 36.0)	0.33
パートナーの情緒的サポート	5.0	(0.0 - 10.0)	5.0	(0.0 - 10.0)	8.0	(0.5 - 10.0)	7.0	(0.0 - 10.0)	0.31
家族の情緒的サポート	6.5	(1.0 - 10.0)	8.0	(2.0 - 10.0)	7.0	(2.0 - 10.0)	7.0	(0.0 - 10.0)	0.96
家族以外の情緒的サポート	5.0	(0.0 - 9.0)	6.0	(0.0 - 10.0)	5.0	(0.0 - 9.0)	7.0	(1.0 - 10.0)	0.58

Kruskal-Wallis検定

*p<0.05

表 9. 婚姻状態別の情緒的サポートの中央値の比較

婚姻状態別の情緒的サポートの中央値の比較

	既婚 n=332		非婚 n=159		p
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
SMI	27.5	(13.3 - 45.0)	28.0	(12.0 - 45.0)	0.99
SDS	44.0	(39.0 - 49.0)	46.0	(40.0 - 51.0)	0.02*
SWBS	33.0	(29.0 - 36.0)	30.0	(26.0 - 35.0)	0.00*
パートナーの情緒的サポート	8.0	(3.0 - 10.0)	0.0	(0.0 - 7.0)	0.00*
家族の情緒的サポート	8.0	(3.0 - 10.0)	4.0	(0.0 - 9.0)	0.00*
家族以外の情緒的サポート	7.0	(1.0 - 10.0)	4.0	(0.0 - 9.0)	0.00*

Mann-Whitney検定

*p<0.05

表 10. 就業形態別の情緒的サポートの中央値の比較

就業形態別の情緒的サポートの中央値の比較

	a正規 n=121		b非正規 n=169		c無職 n=201		p
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
SMI	26.0	(7.0 - 43.0)	26.0	(13.0 - 44.0)	29.0	(14.5 - 46.0)	0.31
SDS	44.0	(37.0 - 50.0)	45.0	(40.0 - 50.0)	44.0	(40.0 - 50.0)	0.54
SWBS	33.0	(29.0 - 37.0)	31.0	(28.0 - 35.0)	33.0	(28.0 - 36.0)	0.05
パートナーの情緒的サポート	5.0	(0.0 - 10.0)	5.0	(0.0 - 10.0)	7.0	(0.0 - 10.0)	0.26
家族の情緒的サポート	7.0	(0.5 - 10.0)	7.0	(2.0 - 10.0)	8.0	(2.0 - 10.0)	0.67
家族以外の情緒的サポート	6.0	(0.0 - 10.0)	5.0	(0.0 - 9.0)	7.0	(1.0 - 10.0)	0.31

Kruskal-Wallis検定

*p<0.05

表 11. 閉経段階別の情緒的サポートの中央値の比較

閉経段階別の情緒的サポートの中央値の比較

	a閉経前 n=151		b閉経中 n=200		c閉経後 n=140		p	多重 比較
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
SMI	20.0	(9.0 - 38.0)	32.0	(18.0 - 48.8)	26.0	(14.0 - 43.5)	0.00*	b>a,b>c
SDS	45.0	(39.0 - 50.0)	44.0	(40.0 - 50.0)	45.0	(38.0 - 49.0)	0.65	
SWBS	33.0	(28.0 - 36.0)	31.5	(28.0 - 35.0)	33.0	(28.0 - 36.0)	0.17	
パートナーの情緒的サポート	6.0	(0.0 - 10.0)	6.0	(0.0 - 10.0)	7.0	(0.0 - 10.0)	0.27	
家族の情緒的サポート	8.0	(1.0 - 10.0)	7.0	(2.0 - 10.0)	7.0	(0.0 - 10.0)	0.60	
家族以外の情緒的サポート	6.0	(0.0 - 10.0)	6.0	(1.0 - 9.0)	5.0	(0.0 - 10.0)	0.98	

Kruskal-Wallis検定

*p<0.05

多重比較はU検定

表 12. 婚姻状態別かつ閉経段階別の更年期症状およびメンタルヘルスと入手対象別情緒的サポートの低群と高群の関連

		既婚				非婚							
		パートナーの情緒的サポート											
閉経前		低群0-7点 n=49		高群8-10点 n=48		p		低群0-7点 n=38		高群8-10点 n=16		p	
		中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)			中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
SMI		28.0	(7.5-26.8)	15.0	(13.5-51.5)	0.00*		26.0	(7.0-42.3)	11.0	(2.8-32.8)	0.16	
SDS		48.0	(43.0-50.0)	41.0	(35.0-47.8)	0.00*	a	47.0	(43.8-51.3)	38.5	(34.3-48.8)	0.01*	j
SWBS		31.0	(27.0-35.0)	36.0	(32.3-37.0)	0.00*		29.5	(22.5-34.0)	35.0	(32.3-38.3)	0.00*	
		家族の情緒的サポート											
		低群 n=46		高群 n=51		p		低群 n=29		高群 n=25		p	
SMI		27.5	(16.5-47.3)	14.0	(5.0-28.0)	0.00*		26.0	(9.5-41.5)	12.0	(6.0-42.5)	0.54	
SDS		48.0	(43.0-50.0)	41.0	(36.0-48.0)	0.00*	b	48.0	(44.5-51.0)	43.0	(34.5-50.0)	0.04*	k
SWBS		31.0	(27.0-35.0)	35.0	(32.0-37.0)	0.00*		29.0	(22.0-34.0)	35.0	(30.0-39.0)	0.00*	
		家族以外の情緒的サポート											
		低群 n=56		高群 n=41		p		低群 n=33		高群 n=21		p	
SMI		26.0	(9.3-43.8)	17.0	(9.0-34.5)	0.26		25.0	(5.5-42.5)	16.0	(7.0-36.5)	0.55	
SDS		46.5	(43.0-50.0)	41.0	(34.0-48.0)	0.00*	c	48.0	(45.0-51.5)	41.0	(34.0-48.5)	0.00*	l
SWBS		31.5	(27.3-35.0)	35.0	(32.0-37.5)	0.00*		29.0	(22.0-34.0)	35.0	(31.0-37.5)	0.01*	
		パートナーの情緒的サポート											
閉経中		低群 n=62		高群 n=74		p		低群 n=53		高群 n=11		p	
		中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)			中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
SMI		37.5	(20.0-50.5)	31.0	(14.8-44.3)	0.07		32.0	(15.5-51.0)	21.0	(15.0-47.0)	0.61	
SDS		45.0	(41.8-51.3)	42.0	(37.0-48.0)	0.01*	d	47.0	(42.0-52.0)	42.0	(36.0-45.0)	0.02*	m
SWBS		31.0	(27.0-35.0)	33.5	(29.0-36.0)	0.04*		30.0	(24.0-33.0)	36.0	(30.0-38.0)	0.00*	
		家族の情緒的サポート											
		低群 n=56		高群 n=80		p		低群 n=48		高群 n=16		p	
SMI		39.5	(20.5-57.0)	31.0	(14.3-41.8)	0.01*		35.0	(13.5-52.0)	26.5	(18.5-47.8)	0.46	
SDS		47.5	(42.0-52.0)	42.0	(36.3-47.0)	0.00*	e	48.0	(42.0-53.0)	42.0	(35.3-46.8)	0.00*	n
SWBS		30.0	(24.5-33.0)	34.0	(30.0-36.0)	0.00*		28.0	(22.3-33.0)	33.0	(31.3-35.8)	0.00*	
		家族以外の情緒的サポート											
		低群 n=77		高群 n=59		p		低群 n=42		高群 n=22		p	
SMI		36.0	(19.5-54.0)	31.0	(14.0-41.0)	0.05		33.5	(13.0-52.0)	31.5	(19.5-48.5)	0.90	
SDS		46.0	(41.0-51.0)	42.0	(36.0-48.0)	0.00*	f	48.0	(43.0-53.0)	42.0	(35.0-47.3)	0.00*	o
SWBS		30.0	(27.0-34.0)	35.0	(30.0-37.0)	0.00*		28.5	(22.0-32.0)	33.5	(30.8-38.0)	0.00*	
		パートナーの情緒的サポート											
閉経後		低群 n=40		高群 n=59		p		低群 n=31		高群 n=10		p	
		中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)			中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
SMI		27.5	(5.3-49.0)	23.0	(14.0-37.0)	0.75		27.0	(18.0-50.0)	27.0	(12.8-32.5)	0.44	
SDS		49.0	(44.3-50.8)	40.0	(35.0-47.0)	0.00*	g	47.0	(41.0-51.0)	39.0	(34.0-48.3)	0.09	p
SWBS		31.0	(27.3-33.8)	35.0	(32.0-38.0)	0.00*		29.0	(26.0-33.0)	34.5	(31.3-38.0)	0.01*	
		家族の情緒的サポート											
		低群 n=46		高群 n=53		p		低群 n=29		高群 n=12		p	
SMI		24.5	(12.0-48.32)	23.0	(11.0-39.0)	0.73		29.0	(19.0-48.5)	26.0	(14.8-31.0)	0.32	
SDS		47.0	(41.0-50.0)	40.0	(36.0-48.0)	0.00*	h	47.0	(44.0-52.0)	39.0	(35.3-46.3)	0.00*	q
SWBS		32.0	(27.0-35.0)	35.0	(32.0-37.5)	0.00*		29.0	(25.5-33.0)	34.5	(31.3-37.5)	0.01*	
		家族以外の情緒的サポート											
		低群 n=56		高群 n=43		p		低群 n=28		高群 n=13		p	
SMI		22.5	(6.0-46.5)	27.0	(14.0-44.0)	0.58		26.0	(17.3-50.0)	28.0	(17.0-35.5)	0.96	
SDS		47.5	(41.3-50.0)	39.0	(35.0-47.0)	0.00*	i	46.0	(40.3-50.0)	47.0	(36.5-51.5)	0.70	r
SWBS		32.0	(28.0-35.0)	35.0	(33.0-37.0)	0.00*		28.5	(25.3-33.8)	33.0	(29.0-36.0)	0.05	

Mann-Whitney検定
*p<0.05

第6項 考察

i. 属性について

対象者の婚姻状態、就業形態、閉経段階別の SMI については、研究 I で述べた通りである。

本研究の既婚者は非婚者に比べ、パートナーや家族のみならず、家族以外からの情緒的サポートが高くメンタルヘルスも良好だった(表 9)。これは、女性が婚姻というライフステージに応じて多様な対象を含んだサポートシステムを形成するという報告や(川浦ほか 1996)、ソーシャルサポートがストレスへの対処行動を高め、幸福や精神健康を損なうことを緩衝する効果があるとされていること(内田ほか 2012)を裏づける結果と考えられる。

ii. 更年期症状と情緒的サポートの関連について

SMI 得点で評価した更年期症状と情緒的サポートの関連について、婚姻状態別かつ閉経段階別に検討した結果、既婚者と非婚者で異なる結果であった。既婚者では、情緒的サポートが高い群は閉経前と閉経中で SMI 得点が低く更年期症状が軽かったが、非婚者では情緒的サポートと更年期症状に関連はみられなかった。

これまで配偶者や家族のサポート、さらに夫婦関係が更年期症状と関連することが報告されているが(梅野ほか 2006, 中西 2007, 千場ほか 2009)、家族以外の情緒的サポートと更年期症状の関連については検討されていなかった。今回の結果においては、家族以外の情緒的サポートと更年期症状は関連がみられなかった。また、閉経段階による情緒的サポートの入手対象の違いと更年期症状の関連を検討した結果、閉経前と閉経中で家族の情緒的サポートが高いと更年期症状が軽く、パートナーの情緒的サポートは閉経前でのみ関連することが示された。したがって、最も更年期症状が重い閉経中は、家族の情緒的サポートを高めること、閉経前は家族のみならずパートナーの情緒的サポートを高めることが更年期症状の軽減につながる可能性が示唆された。一方で、閉経後においては情緒的サポートの高さと更年期症状の強さに関連がみられなかったことから、情緒的サポート以外の要因が更年期症状と関連している可能性が推察される。閉経段階別に更年期症状の出現率を調査した報告では、ほてりや発汗などの血管運動症状は、閉経後が閉経中や閉経前より出現

率が高かった（柴田 2001）。更年期症状の中でも血管運動症状は、卵巣機能の低下が主たる要因とされている（相良 2018）。本研究の閉経後の対象者が自覚する更年期症状は、情緒的サポートなどの心理社会的な要因の影響よりも卵巣機能の低下の影響をより強く受けている可能性が考えられる。

また本研究では、先行研究では検討されていない非婚者における更年期症状と情緒的サポートの関連を検討した。その結果、非婚者は、閉経段階にかかわらず、情緒的サポートの高さと更年期症状の強さに関連がみられなかった。非婚者に対しても情緒的サポート以外の要因の検討が求められる。石らによれば、未婚の更年期女性は既婚女性に比較して、職場でのストレスと絡んで多彩な更年期症状を発生すると報告している（石ほか 2008）。したがって、本研究の非婚者は、情緒的サポートのほかに、職場でのストレスなどの他の要因が更年期症状に関連している可能性が考えられる。本研究では職場のストレスと更年期症状の関連について検討していないため、今後の課題である。

iii. メンタルヘルスと情緒的サポートの関連について

メンタルヘルスと情緒的サポートの関連について婚姻状態別かつ閉経段階別に検討した結果、メンタルヘルスの指標として用いた SDS と SWBS は情緒的サポートの関連において同一の動向を示した。すなわち本対象者において情緒的サポートが高い場合、メンタルヘルスが良好であることが示された。また情緒的サポートは、更年期症状よりも、メンタルヘルスと広く関連することが示された。特に家族の情緒的サポートが高い場合、婚姻状態や閉経段階にかかわらず、メンタルヘルスが良好であった。パートナー以外の家族とは、両親や子供を意味することが多い。婚姻によるサポート対象の変化をみた報告によれば、婚姻前は親をサポート対象に選択する場面が最も多く、婚姻後はパートナーに次いで子供をサポート対象に選択すると示されている（川浦ほか 1996）。本研究において、家族をサポート対象と選択した者は、既婚者では子供を、非婚者では親をサポート対象とすることが多いと推察される。また、パートナーおよび家族以外の情緒的サポートが高い場合も、非婚者の閉経後を除く、既婚非婚のすべての閉経段階のメンタルヘルスが良好であった。既婚女性は、配偶者以外の情緒的サポートを持つことでバランスがとれた良質な周囲との関係性が得られ社会的孤立感を軽減することから（川浦ほか 1996）、更年期女

性にとってパートナーに限定しない人間関係が有益であると考えられる。同時に非婚者の閉経前と閉経中においても、パートナー、家族、家族以外のいずれのサポートも精神健康の良好さが関連したことから、婚姻状態にかかわらず、情緒的サポートを高めることがメンタルヘルスに有益であることが示唆されたといえる。ただし非婚者の閉経後のメンタルヘルスは、家族の情緒的サポートにのみ関連がみられた。情緒的サポートは、認知する対象が少なくても質が高ければメンタルヘルスに有益であることが報告されており（内田ほか 2012）、家族からの情緒的サポートの重要性が示唆された。また、情緒的サポートは、一方的に受容するのではなく、互恵的であるほうが、うつや生活満足度などの心理的適応が高いことが報告されており（飯田 2000）、対象者は、サポーターと情緒的サポートを交換している可能性が考えられる。今後は情緒的サポートの互恵性についても検討が必要と考えられる。

これまでの更年期症状と夫婦関係に着目した先行研究から、妻のみならず、夫婦への支援や夫の知識不足を補うための方策の必要性が指摘されてきた（梅野ほか 2006、中西 2007）。しかし、本研究の結果から、既婚、非婚を問わず、パートナー以外の情緒的サポートも重要であることを明らかにした。

第7項 小括

本研究は、情緒的サポートと更年期症状やメンタルヘルスの関連について、これまで明らかではなかった既婚、非婚の違いやサポートの入手対象の違いについて検討した。その結果、既婚者の閉経前と閉経中では、家族の情緒的サポートを高めることが、更年期症状の軽減につながる可能性が示唆された。ただし非婚者や、家族以外の情緒的サポートについては、更年期症状との関連が認められなかった。この結果から、更年期症状に対する情緒的サポートは、既婚者により効果的である可能性が示唆された。メンタルヘルスについては、既婚者に対しても非婚者に対しても情緒的サポートが重要であると考えられた。家族からの情緒的サポートは婚姻状態や閉経段階にかかわらず、メンタルヘルスと関連した。パートナーや家族以外からの情緒的サポートも、非婚者の閉経後を除いていずれも有意な関連がみられ、更年期女性のメンタルヘルスに重要であることが示唆された。

第3節 更年期症状と更年期のメンタルヘルスに関連する個人特性の検討 (研究 I - iii)

第1項 研究目的

更年期女性の更年期症状とメンタルヘルスに共通して関連する心理・性格要因として、先行研究で十分検討されていないストレス反応を起こしやすい個人特性に着目し、その特徴を明らかにし、更年期症状とメンタルヘルスとの関連を検討する。

第2項 研究の倫理的配慮

研究 I - i と同様である。

第3項 研究方法

1. 研究デザイン

研究 I - i と同様である。

2. 対象と方法

研究 I - i と同様である。

3. 調査項目

研究 I - i と同様の調査項目と以下の項目を調査した。

e) メンタルヘルスに影響する個人特性

i. 自己抑制型行動特性

自己抑制型行動特性尺度（自己抑制）（宗像 1986）は、「辛いことがあっても我慢するほうである」「人の期待に沿うよう努力するほうである」など周囲の人に嫌われないように、自分の気持ちや考えを抑えてしまう行動特性を測定している。10項目0から20点の得点範囲で、合計得点が高いほど自己抑制度が強いと評価する。6点以下は自己抑制が弱く、誰にでも自分の意見や気持ちを言えるマイペース型、7～10点は中程度で日本人の平均とされている。11～14点はやや強い、15点以上は自己抑制がかなり強いと評価する。本研究では、6点以下を低群、7点～10点を中群、

11 点以上を高群とした。自己抑制型行動特性が強いと、抑うつが高いことが報告されている（宗像 1995）。

ii. 問題解決型行動特性

問題解決型行動特性尺度（宗像 2006）は、目の前にある課題や問題に対して積極的、効果的、現実的に対処しようとする特性を測定している。10 項目 0～20 点の得点範囲で、合計得点が高いほど、問題解決型の行動特性が強いと評価する。否認、逃避など問題を回避しやすいとされる。本研究では、6 点以下を低群、7 点～10 点を中群、11 点以上を高群とした。問題解決型行動特性が強いと抑うつが低いとの報告がある（宗像 2006）

iii. 感情認知困難度

感情認知困難度尺度（宗像 2006）は、自分の気持ちや感情を感じることを自覚的あるいは無自覚的に避ける傾向を測定している。10 項目 0 から 20 点の得点範囲で、合計得点が高いほど感情認知困難度が強くと評価する。感情認知困難度が強くと、本人に自覚がなくともストレスがたまり、身体症状を慢性化させやすいとされる。

iv. 自己憐憫度

自己憐憫度尺度（宗像 2006）は、自分で自分を憐れむ傾向を測定している。10 項目 0 から 20 点の得点範囲で、合計得点が高いほど自己憐憫度が強くと評価する。自己憐憫度の高さともストレスの身体化の関連が報告されている。

v. 執着気質

執着気質発現認知尺度（宗像 2007）は、宗像が執着気質を評価する目的で作成した尺度である。Cloninger らの気質・性格インベントリー（TCI）（Cloninger1994）の固着気質尺度と $r=0.54$ の有意な相関が認められ、併存妥当性が確認されている。また、再テスト法で、1 週間後の再テストと $r=0.79$ の有意な相関が認められ、尺度の信頼性が確認されている。真面目で強い熱中性、徹底性、責任感、義務感があり、完全主義で何事においても 100%を自分にも他者にも求めるため、ストレスを蓄積し心身の疾患をつくりやすいとされている。5 項目 0～10 点の得点範囲で、合計得

点が高いほど執着気質発現への認知が高いと評価する。本研究では、7 点以下を低群、8 点以上を高群とした。

vi. 不安気質

不安気質発現認知尺度（不安気質）（宗像 2007）は、宗像が不安を生じやすい気質を評価する目的で作成した尺度である。Cloninger らの気質・性格インベントリー（TCI）（Cloninger1994）の損害回避気質尺度と $r=0.47$ の有意な相関が認められ、併存妥当性が確認されている。また、再テスト法で、1 週間後の再テストと $r=0.81$ の有意な相関が認められ、尺度の信頼性が確認されている。5 項目 0~10 点の得点範囲で、合計得点が高いほど不安気質発現への認知が高いと評価する。不安や恐れにさいなまれやすい損害回避傾向が強いため、ストレスを蓄積し心身の疾患をつくりやすいとされている。本研究では、7 点以下を低群、8 点以上を高群とした。

第 4 項 分析方法

分析は、まず各尺度と属性の関連を確認した。次に、各尺度との関連が認められた属性を制御変数とし、尺度間の Spearman 偏相関係数を求めた。最後に、更年期症状およびメンタルヘルスを従属変数とし、個人特性のうち Spearman 偏相関係数が 0.2 以上であった項目を独立変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った。分析には SPSS ver24 を用いた。

第 5 項 結果

i. 調査対象者の属性

研究 I - i と同様の結果に加え、以下に個人特性の結果を記載する。

自己抑制型行動特性の得点は、中央値 9 点、四分位範囲 7 点-11 点であり、得点別の人数は、低群 121 人 (24.6%)、中群 220 人 (44.8%)、高群 150 人 (30.5%) であった (表 13)。問題解決型行動特性の得点は、中央値 9 点、四分位範囲 7 点-11 点であり、得点別の人数は、低群 92 人 (18.7%)、中群 274 人 (55.8%)、高群 125 人 (25.5%) であった (表 14)。感情認知困難度の得点は、中央値 8 点、四分位範囲

5点–10点であった。自己憐憫度の得点は、中央値7点、四分位範囲4点–9点であった。執着気質の得点は、中央値5点、四分位範囲4点–7点であり、得点別の人数は、低群302人(61.5%)、高群189人(38.5%)であった(表15)。不安気質の得点は、中央値5点、四分位範囲2点–7点であり、得点別の人数は、低群326人(66.4%)、高群165人(33.6%)であった(表16)。

表 13. 自己抑制得点別の人数

自己抑制得点別の人数		n=491		
	低群 (~6点)	中群 (7~10点)	高群 (11点以上)	
n	121	220	150	
%	24.6	44.8	30.5	

表 14. 問題解決得点別の人数

問題解決得点別の人数		n=491		
	低群 (~6点)	中群 (7~10点)	高群 (11点以上)	
n	92	274	125	
%	18.7	55.8	25.5	

表 15. 執着得点別の人数

執着得点別の人数		n=491	
執着	低群 (~7点)	高群 (8点以上)	
n	302	189	
%	61.5	38.5	

表 16. 不安得点別の人数

不安得点別の人数		n=491	
不安	低群 (~7点)	高群 (8点以上)	
n	326	165	
%	66.4	33.6	

ii. 更年期症状, メンタルヘルス, 個人特性の属性による比較

各尺度の属性による比較を表 17~20 に示した。更年期症状, メンタルヘルスについては, 研究 I-i の通りである。個人特性は, 婚姻状態による差は認められなかった(表 18)。個人特性の不安気質は, 40-44 歳が 55-59 歳より有意に高かった(表 17)。また, 執着気質は, 正規が無職より有意に高かった(表 19)。自己憐憫度は閉経前が閉経中より有意に高かった(表 20)。

表 17. 年齢別の個人特性の中央値の比較

年齢別の個人特性の中央値の比較

調査使用尺度	a40-44歳 n=132		b45-49歳 n=151		c50-54歳 n=125		d55-59歳 n=83		有意 確率	多重 比較
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
SMI	27.0	(10.0 - 42.8)	29.0	(14.0 - 50.0)	28.0	(15.0 - 45.0)	24.0	(8.0 - 38.0)		
SWBS	32.5	(27.0 - 36.0)	32.0	(28.0 - 35.0)	32.0	(28.0 - 35.5)	33.0	(30.0 - 36.0)		
SDS	46.0	(41.0 - 50.0)	45.0	(39.0 - 51.0)	44.0	(38.5 - 49.5)	44.0	(37.0 - 48.0)		
自己抑制型行動特性	10.0	(7.0 - 11.0)	9.0	(7.0 - 12.0)	9.0	(6.0 - 11.0)	9.0	(6.0 - 10.0)		
問題解決型行動特性	9.0	(7.0 - 11.0)	10.0	(8.0 - 10.0)	9.0	(7.0 - 11.0)	9.0	(7.0 - 10.0)		
感情認知困難度	8.0	(5.0 - 11.0)	8.0	(6.0 - 11.0)	8.0	(5.0 - 10.0)	7.0	(5.0 - 10.0)		
自己憐憫度	7.0	(4.0 - 10.0)	7.0	(4.0 - 10.0)	7.0	(4.0 - 9.0)	6.0	(4.0 - 9.0)		
執着気質発現認知	5.0	(4.0 - 7.0)	5.0	(4.0 - 7.0)	5.0	(4.0 - 7.0)	5.0	(4.0 - 6.0)		
不安気質発現認知	5.0	(3.0 - 7.0)	5.0	(3.0 - 7.0)	5.0	(2.0 - 6.0)	4.0	(2.0 - 5.0)	*	a>d

Kruskal-Wallis検定

**p<0.01 *p<0.05 †p<0.10

表 18. 婚姻状態別の個人特性の中央値の比較

婚姻状態別の個人特性の中央値の比較

調査使用尺度	既婚 n=332		非婚 n=159		有意 確率
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
更年期症状(SMI合計得点)	27.5	(13.3 - 45.0)	28.0	(12.0 - 45.0)	
主観的幸福感	33.0	(29.0 - 36.0)	30.0	(26.0 - 35.0)	**
抑うつ(SDS)	44.0	(39.0 - 49.0)	46.0	(40.0 - 51.0)	*
自己抑制型行動特性	9.0	(7.0 - 11.0)	10.0	(6.0 - 12.0)	
問題解決型行動特性	9.0	(7.0 - 10.0)	10.0	(7.0 - 11.0)	
感情認知困難度	8.0	(5.0 - 10.0)	8.0	(6.0 - 11.0)	
自己憐憫度	7.0	(4.0 - 9.0)	7.0	(4.0 - 9.0)	
執着気質発現認知	5.0	(4.0 - 7.0)	5.0	(4.0 - 7.0)	
不安気質発現認知	5.0	(3.0 - 6.0)	5.0	(2.0 - 7.0)	

Mann-Whitney検定

**p<0.01 *p<0.05 †p<0.10

表 19. 就業形態別の個人特性の中央値の比較

就業形態別の個人特性の中央値の比較

調査使用尺度	a正規 n=121		b非正規 n=169		c無職 n=201		有意 確率	多重 比較
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
簡略更年期指数(SMI)	26.0	(7.0 - 43.0)	26.0	(13.0 - 44.0)	29.0	(14.5 - 46.0)		
主観的幸福感	33.0	(29.0 - 37.0)	31.0	(28.0 - 35.0)	33.0	(28.0 - 36.0)		
抑うつ(SDS)	44.0	(37.0 - 50.0)	45.0	(40.0 - 50.0)	44.0	(40.0 - 50.0)		
自己抑制型行動特性	9.0	(7.0 - 12.0)	9.0	(7.0 - 12.0)	9.0	(6.0 - 10.0)		
問題解決型行動特性	10.0	(7.5 - 11.0)	9.0	(7.5 - 11.0)	9.0	(7.0 - 10.0)		
感情認知困難度	9.0	(6.0 - 11.0)	7.0	(5.0 - 10.0)	8.0	(5.0 - 10.0)		
自己憐憫度	6.0	(4.0 - 9.0)	7.0	(4.0 - 9.0)	6.0	(4.0 - 10.0)		
執着気質発現認知	5.0	(4.0 - 7.0)	5.0	(4.0 - 7.0)	5.0	(4.0 - 6.0)	*	a>c
不安気質発現認知	5.0	(3.0 - 7.0)	5.0	(2.0 - 7.0)	5.0	(3.0 - 6.0)		

Kruskal-Wallis検定

**p<0.01 *p<0.05 †p<0.10

表 20. 閉経段階別の個人特性の中央値の比較

閉経段階別の個人特性の中央値の比較

調査使用尺度	a閉経前 n=151		b閉経中 n=200		c閉経後 n=140		有意 確率	多重 比較
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)		
簡略更年期指数(SMI)	20.0	(9.0 - 38.0)	32.0	(18.0 - 48.8)	26.0	(14.0 - 43.5)	**	b>a,b>c
主観的幸福感	33.0	(28.0 - 36.0)	31.5	(28.0 - 35.0)	33.0	(28.0 - 36.0)		
抑うつ(SDS)	45.0	(39.0 - 50.0)	44.0	(40.0 - 50.0)	45.0	(38.0 - 49.0)		
自己抑制型行動特性	10.0	(7.0 - 12.0)	9.0	(7.0 - 11.0)	9.0	(6.0 - 11.0)		
問題解決型行動特性	10.0	(8.0 - 10.0)	9.0	(7.0 - 11.0)	9.0	(7.0 - 10.8)		
感情認知困難度	8.0	(5.0 - 10.0)	8.0	(5.0 - 11.0)	8.0	(5.0 - 10.0)		
自己憐憫度	8.0	(5.0 - 10.0)	6.0	(4.0 - 9.0)	7.0	(4.0 - 9.0)	*	a>b
執着気質発現認知	5.0	(4.0 - 7.0)	5.0	(4.0 - 7.0)	5.0	(4.0 - 6.0)		
不安気質発現認知	5.0	(3.0 - 7.0)	5.0	(3.0 - 7.0)	4.0	(2.0 - 6.0)		

Kruskal-Wallis検定

**p<0.01 *p<0.05 †p<0.10

iii. 尺度間の相関

SMI と個人特性の関連について、閉経段階、年齢階級、就業形態を制御変数とした Spearman 偏相関係数を求めた結果、感情認知困難度 $r=0.150$ 、自己抑制型行動特性 $r=0.242$ 、執着気質 $r=0.185$ 、不安気質 $r=0.371$ と有意な関連が認められた（表 21）。

SDS と個人特性の関連について、婚姻状態、年齢階級、就業形態を制御変数とした Spearman 偏相関係数を求めた結果、感情認知困難度 $r=0.131$ 、問題解決型行動特性 $r=-0.135$ 、自己憐憫度 $r=-0.161$ 、自己抑制型行動特性 $r=0.315$ 、執着気質 $r=0.099$ 、不安気質 $r=0.405$ と有意な関連が認められた。SWBS と個人特性の関連について、婚姻状態、年齢階級、就業形態を制御変数とした偏相関係数を求めた結果、感情認知困難度 $r=-0.100$ 、問題解決型行動特性 $r=0.229$ 、自己憐憫度 $r=0.149$ 、自己抑制型行動特性 $r=-0.315$ 、不安気質 $r=0.367$ と有意な関連が認められた（表 22）。

iv. 更年期症状およびメンタルヘルスと個人特性との関連性

SMI を従属変数（中度以下群：SMI50 点以下、重度群：51 点以上）とし、Spearman 偏相関係数 $r=0.2$ 以上であった自己抑制型行動特性と不安気質を独立変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果、不安気質のオッズ比 2.59 (95%CI 1.57-4.26)、自己抑制型行動特性のオッズ比 1.83 (95%CI 1.28-2.61) であった（表 23）。

SDS を従属変数（49 点以下、50 点以上）とし Spearman 偏相関係数 $r=0.2$ 以上であった自己抑制型行動特性と不安気質を独立変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果、不安気質のオッズ比 2.56 (95%CI 1.65-3.97)、自己抑制型行動特性のオッズ比 1.51 (95%CI 1.12-2.04) であった（表 24）。

SWBS を従属変数（32 点未満、32 点以上）とし、Spearman 偏相関係数 $r=0.2$ 以上であった問題解決型行動特性と自己抑制型行動特性と不安気質を独立変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果、問題解決型行動特性のオッズ比 2.64 (95%CI 1.91-3.64)、不安気質のオッズ比 0.42 (95%CI 0.27-0.64)、自己抑制型行動特性のオッズ比 0.50 (95%CI 0.37-0.67) であった（表 25）。

表 21. 更年期症状と個人特性の偏相関

更年期症状と個人特性の偏相関		n=419						
		1	2	3	4	5	6	7
更年期症状	1 SMI	-						
	2 感情認知困難度	.150 **	-					
	3 問題解決型行動特性	-.038	.277 **	-				
個人特性	4 自己憐憫度	.062	.169 **	.169 **	-			
	5 自己抑制型行動特性	.242 **	.436 **	.182 **	.130 **	-		
	6 執着気質	.185 **	.363 **	.355 **	.154 **	.357 **	-	
	7 不安気質	.371 **	.235 **	.104 *	.176 **	.461 **	.406 **	-
制御変数: 閉経段階, 年齢階級, 就業形態		** p<0.01 * p<0.05						

表 22. メンタルヘルスと個人特性の偏相関

メンタルヘルスと個人特性の偏相関		n=419							
		1	2	3	4	5	6	7	8
心理的健康	1 SWBS	-							
	2 SDS	-.736 **	-						
	3 感情認知困難度	-.100 *	.131 **	-					
	4 問題解決型行動特性	.229 **	-.135 **	.277 **	-				
心理特性	5 自己憐憫度	.149 **	-.116 *	.165 **	.170 **	-			
	6 自己抑制型行動特性	-.315 **	.315 **	.436 **	.182 **	.130 **	-		
	7 執着気質	.027	.099 *	.367 **	.354 **	.148 **	.357 **	-	
	8 不安気質	-.367 **	.405 **	.236 **	.103 *	.170 **	.460 **	.410 **	-
制御変数: 婚姻状態, 年齢階級, 就業形態		** p<0.01 * p<0.05							

表 23. 更年期症状（「中度以下群」，「重度群」）と個人特性の関連

更年期症状(「中度以下群」,「重度群」)と個人特性の関連

変数	有意確率	オッズ比	n=491 95%CI	
			下限	上限
不安気質	0.00	2.59	1.57	4.26
自己抑制	0.00	1.83	1.28	2.61

二項ロジスティック回帰分析 変数増加法:最尤比

判別的中率81.3%

Hosmer と Lemeshow の検定 0.35

投入変数:自己抑制型行動特性(低群, 中群, 高群), 不安気質(低群, 高群)

※更年期症状, 個人特性, メンタルヘルスの偏相関で有意かつ $r=0.2$ 以上であった因子をカテゴリー化して独立変数として投入

表 24. メンタルヘルス (SDS「49 点以下」, 「50 点以上」) と個人特性の関連

メンタルヘルス(SDS「49点以下」,「50点以上」)と個人特性の関連

変数	有意確率	オッズ比	n=491 95%CI	
			下限	上限
不安気質	0.00	2.56	1.65	3.97
自己抑制	0.00	1.51	1.12	2.04

二項ロジスティック回帰分析 変数増加法:最尤比

判別的中率72.7%

Hosmer と Lemeshow の検定 0.85

投入変数:自己抑制型行動特性(低群, 中群, 高群), 不安気質(低群, 高群)

※更年期症状, 個人特性, メンタルヘルスの偏相関で有意かつ $r=0.2$ 以上であった因子をカテゴリー化して独立変数として投入

表 25. メンタルヘルス (SWBS「32 点未満」, 「32 点以上」) と個人特性の関連

メンタルヘルス(SWBS「32点未満」,「32点以上」)と個人特性の関連

変数	有意確率	オッズ比	n=491 95%CI	
			下限	上限
問題解決	0.00	2.64	1.91	3.64
不安気質	0.00	0.42	0.27	0.64
自己抑制	0.00	0.50	0.37	0.67

二項ロジスティック回帰分析 変数増加法:最尤比

判別的中率64.6%

Hosmer と Lemeshow の検定 0.81

投入変数:自己抑制型行動特性(低群, 中群, 高群), 不安気質(低群, 高群)

問題解決型行動特性(低群, 中群, 高群)

※更年期症状, 個人特性, メンタルヘルスの偏相関で有意かつ $r=0.2$ 以上であった因子をカテゴリー化して独立変数として投入

第6項 考察

更年期症状や更年期のメンタルヘルスに共通して関連する心理・性格要因について、ストレス反応の起こりやすさに着目し、その特徴を明らかにすることを目的として検討した。その結果、不安を感じやすいことや自己抑制的な行動をとりやすいことは、更年期症状の増悪やメンタルヘルス悪化に関連することが示唆された。メンタルヘルスの測定尺度の一つである主観的幸福感には、不安や自己抑制が強いことが主観的幸福感を低下させることに加え、問題に対して積極的・効果的に対処する行動が、主観的幸福感を高めることが示唆された。

Kokras らは、ギリシア人更年期女性において、高い損害回避気質と低い自己志向性格は、更年期の精神症状と関連していることを報告している（Kokras ほか 2014）。本研究で測定した不安気質は、損害回避気質と有意な相関が確認され、不安状態に陥りやすい気質である（宗像 2007）。また、自己志向とは、目的や計画に沿って自らの行動をコントロールする能力である。周囲の顔色や反応をうかがいながら行動をとるのが特徴である本研究の自己抑制は、対極の特性と解釈することができる。したがって、本研究において、更年期症状に不安気質と自己抑制が影響したことは、日本人更年期女性においても、ギリシア人における研究結果をおおむね支持する結果であったと考えられる。更年期障害の臨床では、感情抑制的、いい子であることや、神経質であることが更年期症状と関連することが報告され、その治療として心理療法が行われていることから（後山 2004）、受診に至らない更年期女性においても、自己抑制や不安気質に対するケアにより更年期症状の軽減につながる可能性があると考えられる。

自己抑制が高いと、自分の本音を抑えて期待に応えようとする傾向が強く、自己抑制の高さと SDS の高さが関連すると報告されている（宗像 1995）。本研究の結果で、更年期女性においても、自己抑制と不安気質が高いことが、抑うつの高さに関連していることが確認できた。さらに、本研究では、自己抑制、不安気質、問題解決型の行動特性が SWBS に影響することが示唆された。更年期女性の主観的幸福感の要因に関する先行研究では、婚姻状態やソーシャルサポート、ライフストレス、社会参加等の社会的要因に着目した研究が多いが、本研究では、個人の個人特性とも関連することが明らかになった。問題解決型行動特性は問題解決に向けて積極的、

効果的に対処できる特性を表しており、問題へ効果的に対処できる特性の高い者は、ストレスに対して適切に対処できると報告されている（上田ほか 2012）。本研究において、問題解決型行動特性が、SWBS に影響したのは、SWBS の影響要因として報告されているライフストレスに対して適切な対処ができていることが一因と考えられる。

第7項 小括

更年期症状やメンタルヘルスに共通して関連する心理・性格要因について、ストレス反応の生じやすさに着目し、その特徴を明らかにすることを目的として検討した。その結果、不安になりやすいことや、自己抑制的な行動特性が強いことが、更年期症状の増悪やメンタルヘルスの悪化に共通して影響を及ぼすことが示唆された。したがって、不安気質や自己抑制的な行動特性への働きかけは、更年期症状の軽減や予防、更年期のメンタルヘルスの維持向上にもつながる可能性が考えられる。本研究の結果と、研究 I - i, ii の結果で明らかとなった更年期症状と更年期のメンタルヘルスに関連する因子について、因果関係を明らかにすることにより、更年期女性の健康支援への示唆が得られることが期待される。

第3章 更年期症状およびメンタルヘルスに影響を与える要因の因果関係モデルの検討（研究Ⅱ）

第1節 研究目的

研究Ⅰの結果から、更年期症状がメンタルヘルスを多面的に低下させること、情緒的サポートが更年期症状やメンタルヘルスに関連すること、特に既婚者と非婚者ではその関連性が異なること、不安の感じやすさや自己抑制的な行動特性は更年期症状やメンタルヘルスに関連することを示した。

本研究は、研究Ⅰにより明らかとなった更年期症状とメンタルヘルスに関連する要因の、それぞれの関係性を明らかにすることを目的とする。

第2節 作業仮説

①情緒的サポートが高い場合、更年期症状が軽く、メンタルヘルスが良好である。ただし、非婚者においては、情緒的サポートの影響はメンタルヘルスに限定される。②不安気質が低い場合や自己抑制型行動特性が低い場合、更年期症状が軽く、メンタルヘルスが良好である。③更年期症状が軽い場合、メンタルヘルスが良好である。以上の仮説から図2の因果関係仮説モデルを作成した（図2）。

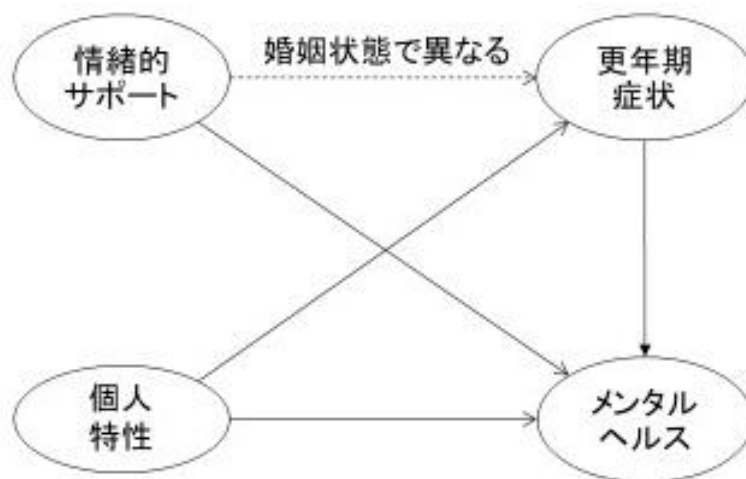


図2. 因果関係仮説モデル

第3節 研究の倫理的配慮

研究 I と同様である。

第4節 研究方法

1. 研究デザイン

研究 I と同様である。

2. 対象と方法

研究 I と同様である。

3. 調査項目

研究 I と同様である。

第5節 分析方法

研究 I の結果をふまえ、更年期症状とメンタルヘルスに関連が示唆された因子について、各尺度間の Spearman の積率相関係数を求めた。次に共分散構造分析により仮説の検証を行った。観測変数は各尺度および下位尺度の合計得点を用いた。GFI \geq 0.90, 修正適合度指標 AGFI \geq 0.90, 平均二乗誤差平方根 RMSEA \leq 0.05 をモデル適合度良好と判断した (豊田 2007)。分析には統計ソフト SPSS ver. 24 および, SPSS Amos ver. 24 を使用した。

第6節 結果

仮説モデルを検証するための各潜在変数と観測変数は以下の通りである。潜在変数「メンタルヘルス」は、「SDS」「SWBS」の2つの観測変数とした。「更年期症状」は、SMI を観測変数とした。潜在変数「情緒的サポート」は、情緒的サポートの対象別に「パートナー」「家族」「家族以外」の3つの観測変数とした。潜在変数「個人特性」は、「自己抑制」, 「不安気質」の2つの観測変数とした。

はじめに、観測変数間の相関について検討するため、Spearman の積率相関係数を算出し表 26 に示した。SMI と $r=0.4$ 以上の有意な中程度以上の正の相関をしめしたのは、SDS ($r=0.468$) であった。SMI と $r=0.2$ 以上の有意な弱い正の相関をしめしたのは、不安気質 ($r=0.365$)、自己抑制 ($r=0.230$) であった。SMI と有意な中等度以上の負の相関をしめしたのは、SWBS ($r=-0.402$) であった。SWBS と $r=0.4$ 以上の有意な中程度以上の正の相関をしめしたのは、パートナーの情緒的サポート ($r=0.437$)、家族の情緒的サポート ($r=0.449$)、家族以外の情緒的サポート ($r=0.408$) であった。SWBS と有意な中等度以上の負の相関をしめしたのは、SDS ($r=-0.720$) であった。有意な弱い負の相関をしめしたのは、不安気質 ($r=-0.335$)、自己抑制 ($r=-0.325$) であった。SDS と $r=0.2$ 以上の有意な弱い正の相関をしめしたのは、不安気質 ($r=0.383$)、自己抑制 ($r=0.314$) であった。SDS と有意な中等度以上の負の相関をしめしたのは、家族の情緒的サポート ($r=-0.416$) であった。有意な弱い負の相関をしめしたのは、パートナーの情緒的サポート ($r=-0.384$) であった。

次に仮説に基づいた因果関係について共分散構造分析により検討を行った。分析の結果、モデルの適合度は、 $GFI=0.984$ 、 $AGFI=0.92$ 、 $RMSEA=0.048$ と概ね良好であった (図 3)。しかし、得られた結果の推定値のうち、情緒的サポートから更年期症状へのパスは有意ではなかった。仮説に基づき、既婚者と非婚者では情緒的サポートが及ぼす影響が異なると考えられたため、既婚者と非婚者に分けて、因果モデルを設定し分析した。分析の結果、既婚者モデルの適合度は、 $GFI=0.984$ 、 $AGFI=0.961$ 、 $RMSEA=0.038$ と概ね良好であった (図 4)。得られた結果の推定値は全て有意であった。非婚者モデルの適合度は、 $GFI=0.977$ 、 $AGFI=0.949$ 、 $RMSEA=0.000$ と概ね良好であった (図 5)。得られた結果の推定値は全て有意であった。

以下に、既婚モデル (図 4)、非婚モデル (図 5) それぞれについて、総合効果を記載する。既婚モデルにおいて、情緒的サポートから更年期症状へは負の影響が認められた ($\beta=-0.13$)。さらに、情緒的サポートからメンタルヘルスへは正の影響が認められた ($\beta=0.49$)。また、個人特性から更年期症状へは正の影響が認められた ($\beta=0.42$)、個人特性からメンタルヘルスへは負の影響が認められた ($\beta=-0.35$)。更年期症状からメンタルヘルスへは、負の影響が認められた ($\beta=-0.27$)。情緒的サポートの更年期症状を介したメンタルヘルスへの間接的な影響の

大きさは、 $\beta=0.04(-0.13 \times -0.27)$ 、個人特性の更年期症状を介したメンタルヘルスへの間接的な影響の大きさは、 $\beta=-0.11(0.42 \times -0.27)$ であった。情緒的サポートからメンタルヘルスへの総合効果は、 $\beta=0.53(0.49+0.04)$ 、個人特性からメンタルヘルスへの総合効果は、 $\beta=-0.46(-0.35+-0.11)$ であった。非婚モデルにおいて、情緒的サポートからメンタルヘルスへは正の影響が認められた($\beta=0.50$)。また、個人特性から更年期症状へは正の影響が認められ($\beta=0.48$)、個人特性からメンタルヘルスへは負の影響が認められた($\beta=-0.26$)。更年期症状からメンタルヘルスへは、有意な負の影響が認められた($\beta=-0.44$)。個人特性の更年期症状を介したメンタルヘルスへの間接的な影響の大きさは、 $\beta=-0.21(0.48 \times -0.44)$ であった。個人特性からメンタルヘルスへの総合効果は、 $\beta=-0.47(-0.26+-0.21)$ であった。

表 26. 尺度間の積率相関

		1	2	3	4	5	6	7	8
更年期症状	1 SMI								
メンタルヘルス	2 SWBS	-.402**							
	3 SDS	.468**	-.720**						
情緒的サポート	4 パートナー	-.156**	.437**	-.384**					
	5 家族	-.143**	.449**	-.416**	.631**				
	6 家族以外	-.008	.408**	-.382**	.453**	.508**			
個人特性	7 不安気質	.365**	-.335**	.383**	-.116**	-.092*	-.173**		
	8 自己抑制	.230**	-.325**	.314**	-.162**	-.111*	-.122**	.453**	

Spearmanの積率相関係数 * $p<0.05$,** $p<0.01$

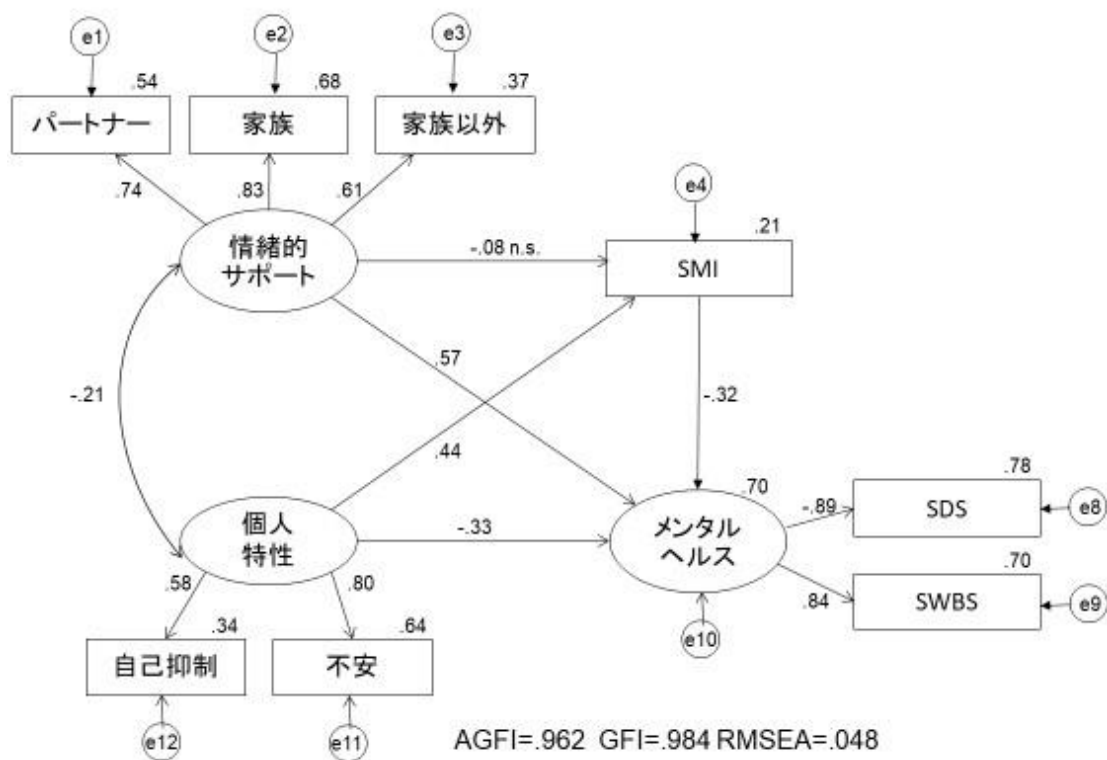


図 3. 因果関係モデル（全体）

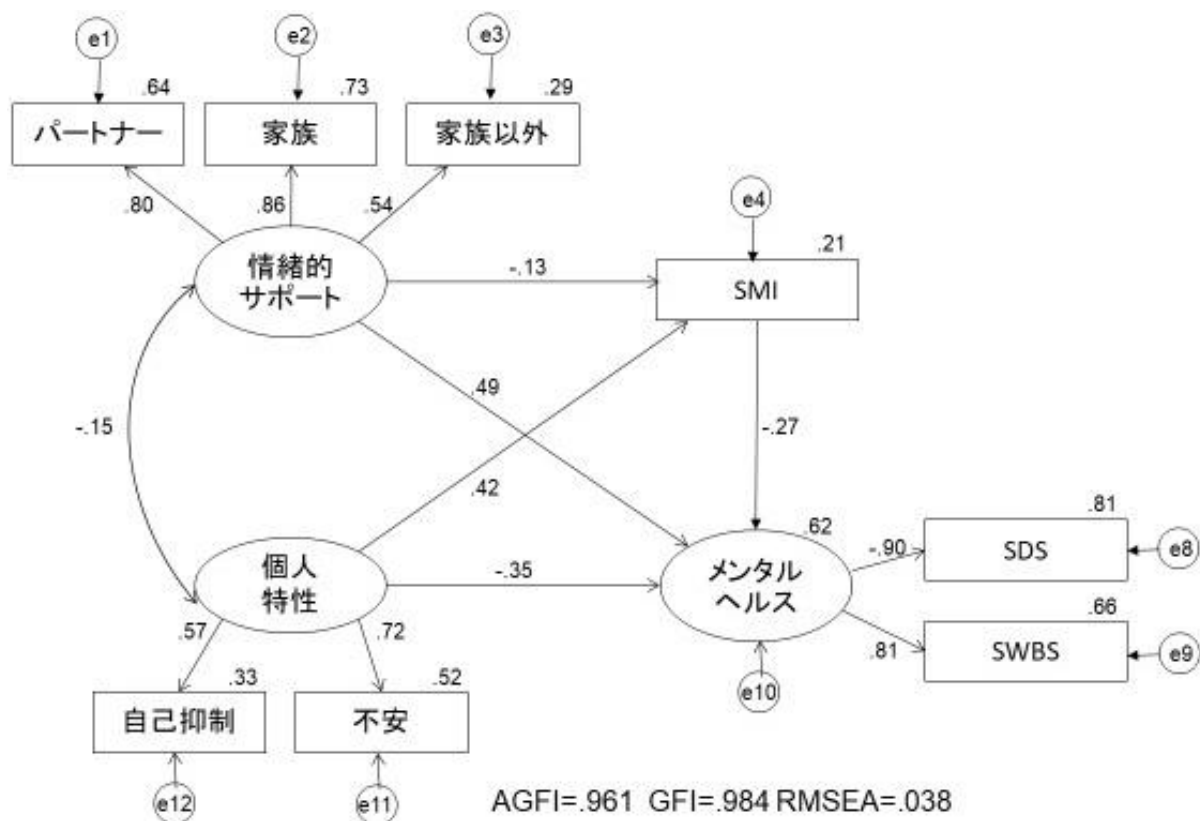


図 4. 因果関係モデル（既婚者）

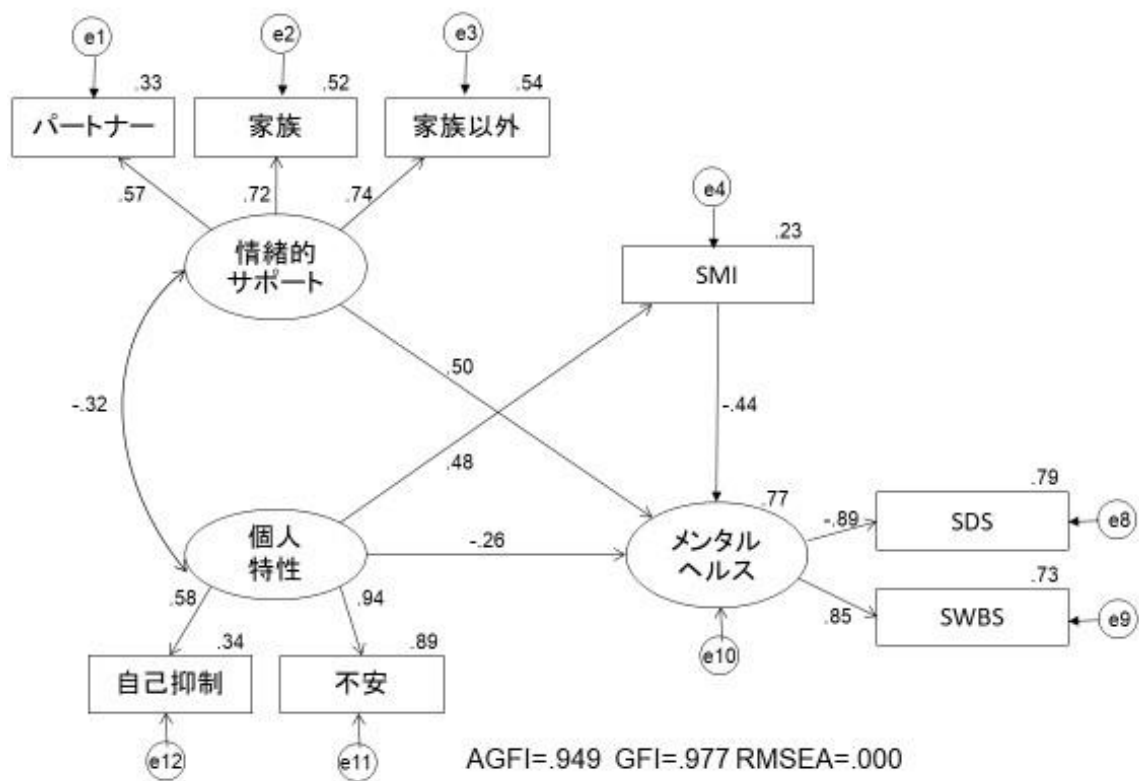


図 5. 因果関係モデル（非婚者）

第 7 節 考察

本研究の結果，仮説に基づく因果関係モデルが支持され，非婚者は既婚者と異なる因果関係モデルであることが示唆された。既婚者と非婚者で異なっていた点は，既婚者では，情緒的サポートが低いことが，更年期症状の増悪やメンタルヘルスの低下に直接影響を与えるだけでなく，更年期症状を介して，間接的にもメンタルヘルスの低下をもたらすことが示唆された。一方，非婚者では，情緒的サポートが低いことが直接影響を及ぼすのは，メンタルヘルスのみであった。また，婚姻状態にかかわらず，不安を抱きやすい個人特性や，自分の本音を抑え周囲に合わせた自己抑制的な行動をとりやすい行動特性は，更年期症状の増悪やメンタルヘルスの低下に直接影響をおよぼし，さらに，更年期症状の増悪を介して間接的にもメンタルヘルスの低下に影響を与えることが示唆された。非婚者は，既婚者よりも更年期症状がメンタルヘルスに及ぼす影響が強い可能性が考えら

れ、更年期症状の軽減が望まれるが、その場合、本研究で検討した情緒的サポートとは別の個人特性やその他の要因に対する支援が必要な可能性が考えられる。

本研究では、更年期症状やメンタルヘルスに影響する心理社会的要因について、情緒的サポートと個人特性に絞って検討した。本研究で得られた因果関係モデルから、更年期女性を対象とした健康支援において、情緒的サポートや個人特性への介入により、更年期症状の軽減やメンタルヘルスの維持向上につながる可能性が示唆された。

第8節 小括

更年期女性の更年期症状の軽減や更年期のメンタルヘルスを高めるセルフケアプログラム構築の示唆を得ることを目的として、更年期症状やメンタルヘルスと関連する因子を含む因果関係仮説モデルを検討した。その結果、非婚者は既婚者と異なる因果関係モデルであることが示唆され、既婚者は非婚者に比べ、情緒的サポートが更年期症状やメンタルヘルスに及ぼす影響が大きい可能性が考えられた。しかしながら、婚姻状態に関わらず、情緒的サポートはメンタルヘルスに直接影響し、ストレス反応を起こしやすい個人特性は更年期症状とメンタルヘルスに直接影響を及ぼすことから、婚姻状態にかかわらず情緒的サポートや個人特性への介入の必要性が示唆された。したがって、因果関係モデルに基づきセルフケアプログラムを構成し、その効果を検証することは、更年期女性の支援の一助となると考えられる。

第4章 更年期症状の軽減と更年期のメンタルヘルスの向上を目的としたセルフケアプログラムの効果検討（研究Ⅲ）

第1節 研究背景

研究Ⅱの結果から、更年期女性の更年期症状やメンタルヘルスに影響する要因として、情緒的サポート、不安気質、自己抑制型行動特性が示された。つまり、更年期症状の軽減や更年期のメンタルヘルスの維持向上には、情緒的サポートを得ることや、ストレス反応を起こしやすい個人特性に対処することが重要であると考えられる。

更年期女性の健康支援に必要な視点として飯岡は、良好な対人関係の構築や、自分のペースを大事にしながら意欲的な行動をとろうとするなどのストレス対処行動に着目する必要性を報告している（飯岡 2010）。また、吉沢は、更年期の精神症状はライフストレスが大きな影響要因であるため、メンタルヘルスに力点をおいた介入の重要性を報告している（吉沢ほか 2000）。また、ソーシャルサポートについては、Mansoureh らが、更年期女性の健康増進プログラムにおいてソーシャルサポートに着目する必要性を報告し（Mansoureh ほか 2015）、Hee Jung らは、更年期うつ改善に効果的な健康支援プログラムとして、ソーシャルサポートを改善するアサーショントレーニングや対人関係スキルを提案している（Hee Jung ほか 2004）。本邦における受診に至らない更年期女性を対象とした介入研究では、マッサージとメイクアップ（豊増ほか 2008）、タクティールケア（河野ほか 2013）、アロマセラピー、有酸素運動、筋弛緩法（上田ほか 2012）を用いて、介入期間前後の更年期症状の変化を報告しているが、メンタルヘルスやソーシャルサポートに焦点をあてた研究は少なく、近年では Senba らによる、6ヶ月間のストレスマネジメントの健康教育プログラムを実施した研究のみであり（Senba ほか 2010）、良好な人間関係の構築やソーシャルサポートの改善に注目した介入はみあたらない。

更年期女性は、多重役割で多忙な場合が多いことを考慮すると、限られた時間の中で効果の持続が期待でき、プログラム提供後にも更年期女性自身で取り組み続けられるセルフケアプログラムが望ましいと考えられる。更年期女性がセルフケアを促進することは、健やかな老いにつながるとの報告があることから（Doubova ほか 2012）、望ましいプログラムであると考えられる。さらに、更年期女性の健康支援

が普及していない日本の現状を考慮すると、医療者だけが提供できるプログラムではなく、例えば自治体が企画する健康増進教室で医療資格を保持していない人であっても提供可能なプログラムであることが健康支援プログラムの普及には必要な要件であると考えられる。

橋本は、子育て中の母親を対象とした調査研究から、母親のメンタルヘルスに関する要因モデルを構築し、2つの支援法を提案している。ひとつ目は、母親本人の歪んだ認知がストレスを生み出すことに着目し、本来の自分で歪みなく現実を認知できることを促すための、SAT イメージ療法によるストレスマネジメント支援である。SAT イメージ療法を未就学児の子育て中の母親に対して介入した結果、育児自信感が向上し、抑うつが軽減し、精神健康状態が良好になったと報告している（橋本 2016）。また、真崎らは、乳幼児家庭教育学級に参加した母親 17 名を対象に SAT イメージ療法を用いた介入の結果、介入 1 カ月後に対象者の自己価値感、自己抑制型行動特性、育児不安感、育児自信感、精神健康度、抑うつが良好な方向に変化したことを示し、SAT イメージ療法は、乳幼児を育てている母親へのストレスを軽減する有効な方法であると報告している（真崎ほか 2011）。SAT とは、Structured Association Technique の略であり、宗像恒次によって開発された構造化連想法を活用したセラピーである。セラピーの手順は構造化されており、手順書に沿って行うことができるため、セラピーの専門家でなくても実施でき、セラピーを受けた者は自分自身で繰り返し手順書に沿ってセルフケアとして実行できる。以上から、橋本が提案した母親へのストレスマネジメント法である、歪みなく現実を認知できることを促すための SAT 法を用いた支援は、更年期女性のメンタルヘルスの向上に有効ではないかと考えられる。さらに、手順が構造化されていることから、更年期女性への健康支援プログラム普及の要件を備えていると考えられる。

ふたつ目は、良好な情緒的サポートを支える支援として、気質コーチング（橋本 2017）およびアサーションスキルトレーニングである。情緒的サポートは、実際に受けた情緒的サポートの数やその満足度がメンタルヘルスに関連するだけでなく、他者に情緒的サポートを期待できることでも同様の関連を示すことが報告されている（増地ほか 2001）。そのため、サポーターを確保するなどの環境調整ではなく、周囲の人に対する更年期女性自身の認知の変容によって、情緒的サポートを高める

ことが可能と考えられる。自分や他者の気質や考え方や感じ方の特徴や違いを理解し（橋本 2017），お互いを大切にしながら，率直に素直にアサーティブにコミュニケーションすることにより（平木 2009），お互いが満足できる有効な関係を形成することができると考えられる。それにより情緒的サポートの改善が期待できる。また，アサーションスキルトレーニングには，自己抑制型行動特性を低下する効果が確認されている（宗像 2007）。気質コーチングにおいては，自身の考え方や感じ方の特徴への理解促進に加え，ストレス反応の生じやすさへのセルフケア法の習得が含まれている。橋本は，不安になりやすい個人特性への対処として，セルフケアの必要性を指摘し，気質コーチングによる人間関係の改善やメンタルヘルス不調の予防を提言している（橋本 2017）。以上から，アサーションスキルトレーニングと気質コーチングにより，ストレス反応を生じやすい個人特性である自己抑制型行動特性や不安になりやすさにアプローチできるのではないかと考えられる。

よって，本研究においては，構造化された手順にしたがって実施が可能な SAT 法から（宗像 2006, 2007）メンタルヘルスの向上を目指し，「SAT 情緒安定とあるがままの自分を見出すイメージ法」を用いる。さらに，情緒的サポートを高め，ストレス反応を生じやすい個人特性にアプローチするプログラムとして，自分や他者の気質や考え方や感じ方の特徴や違いを理解し，セルフケア法を習得するための「気質コーチング」および，良好な関係性の構築に必要なアサーションスキルの習得を目指した「アサーションスキルトレーニング」を行う。

第 2 節 研究目的

本研究は，研究Ⅱの結果から構成した，更年期症状の軽減や更年期のメンタルヘルスを増進するためのセルフケアプログラムの効果を検討することを目的とする。セルフケアプログラムとして「SAT 情緒安定とあるがままの自分を見出すイメージ法」「気質コーチング」「アサーションスキルトレーニング」を更年期女性に提供し，プログラム提供直後の効果および 3 カ月後の持続効果を検討する。

第3節 研究の倫理的配慮

本研究の実施には、筑波大学体育系研究倫理委員会の承認を得た（課題番号：体29-129号）。

第4節 研究方法

1. 研究デザイン

研究実施の流れを図6に示す。本研究は、40歳から59歳までの女性を対象に、子宮や卵巣の治療等により人工的に閉経している場合、および更年期障害と診断を受けホルモン補充療法や漢方療法等の治療を受けたことがある者を除き、講習会参加群と対照群をそれぞれ募集した。両群とも1カ月後の追跡調査を行い、講習会参加群は3カ月後まで追跡調査を行った。募集時期は2018年6月、参加前および初回調査は2018年6月～7月、講習会は2018年7月、参加後調査および2回目調査は2018年7月～8月、1カ月後調査は2018年9月、3カ月後調査は2018年10月～11月に行った。



図6. 研究実施の流れ

2. 対象と方法

2018年6月に、対象者を募集した。対象者のリクルートは、機縁法で募集した対象者、および対象者の個人的なつながりによるスノーボールサンプリングによって行った。その際、サンプリングのバイアスがより小さくなることを期待し、複数の対象者をサンプリングの開始点とした。スノーボールサンプリングの際には、研究目的や実施方法などを説明した文書を個人的なつながりで拡大してもらうよう依頼し、拡大の方法には、対面やメールやLINEなどが用いられた。

3. 介入方法

講習会参加群には、2時間3回の講習会を研究実施者が行った。講習会に使用した配布資料および説明資料は、本論文の資料に掲載した。

第1回では、更年期の心身の状態や症状に関連する要因についての知識提供を行った。また、気質コーチングとして、気質に応じた考え方や感じ方の特徴を理解してもらい、ストレス反応を起こしやすい個人特性への具体的なセルフケアの方法を情報提供した。さらに、自分自身や他者の良さを見出し、他者と弱点を補い合える関係性を構築するための基本的な知識を提供した。

第2回では、更年期女性本人の歪んだ認知がストレスを生み出すことを説明し、本来の自分で歪みなく現実を認知できることを促すための、SAT 情緒安定とあるがままの自分を見出すイメージ法を行った。

第3回では、パートナーや家族、友人などの周囲との良好な関係性の構築に必要なアサーションスキルの習得を目指した情報提供とグループワークを行った。

全3回の講習会を通じて、自分自身や自分を取り巻く周囲に対する肯定的な認知を促すとともに、講習会参加後においても参加者自身がその効果を持続できるようなセルフケアキルの提供を目指した。

調査は、講習会の前と後、1か月後、3か月後の計4回行った。対照群には、講習会の前と同時期に初回調査を行い、講習会后と同時期に2回目調査の計2回調査を行った。

4. 調査項目

調査票は、属性（研究Iと同様）、メンタルヘルスを測定する尺度（研究Iと同様）、更年期症状を測定する尺度（研究Iと同様）、個人特性（自己抑制型行動特性、問題解決型行動特性、特性不安）、情緒的サポート（研究Iと同様）、セルフケアの実行自信度とした。さらに、ストレス出来事が更年期症状と関連することから（Ellenほか2004、吉沢ほか2000）、日常苛立ち事を測定した。本研究で初出の尺度は以下の通りである。

i. 特性不安

特性不安尺度 (Spielberger ほか 1970) は、不安を感じやすい傾向の強さを測定している。20 項目 0~80 点の得点範囲で、合計得点が高いほど不安が高いと評価する。不安気質発現認知尺度と有意な相関が報告されている (宗像 2007)。

ii. セルフケアの実行自信度

宗像が構築した遺伝的気質概念には、(宗像 2007) それぞれの気質への具体的なセルフケアが示されている。例えば、不安気質の人はネガティブな感じ方や考え方をしやすく、パニックや人間関係のトラブルを起こしやすい。そのセルフケアとして、誰かに自分の気持ちを聞いてもらう、信頼できる人と付き合う等が示されている (橋本 2017)。セルフケアの実行自信度尺度は、執着気質と不安気質に対するセルフケア実行への自信を測定する。12 項目 0~24 点の得点範囲で、合計得点が高いほど、セルフケア実行の自信があると評価する。

iii. 日常苛立ち事

日常苛立ち事尺度 (宗像 1996) は、慢性のストレス源であるイライラ、不満、悩みなどを測定している。30 項目、0~60 点の得点範囲で、合計得点が高いほど、日常的な苛立ちが強いとされる。日常苛立ち事は、自律神経失調症、更年期障害など身体化した神経症状を生む背景とされている (宗像ほか 1986)。

第 5 節 分析方法

講習会参加群と対照群の属性と各尺度値の群間差を X^2 検定と Mann-Whitney 検定で検討した。

講習会参加群の講習会参加前と参加後、1 カ月後、3 カ月後の各尺度値の比較は、Wilcoxon の符号付順位検定 (両側) で検討した。

対照群の初回調査、2 回目調査の各尺度値の比較は、Wilcoxon の符号付順位検定 (両側) で検討した。

統計解析には SPSS Ver. 24 を使用し、有意水準は $p < 0.05$ とした。

第6節 結果

i. 対象者の属性

対象者の属性を表 27 に示した。講習会参加群と対照群の間に、年齢、婚姻状態、閉経段階に有意差はみられなかった。就業形態に有意差がみられ、講習会参加群は、非正規が少なく、無職が多かった。

ii. 講習会参加群と対照群の初回調査時の各尺度の比較

講習会参加群と対照群の初回調査の各尺度値の比較を表 28 に示した。いずれの尺度値においても両群に差はみられなかった。

iii. 講習会参加群の初回調査時と参加後の各尺度値の比較

講習会参加群の初回調査時と講習会参加後の各尺度値の比較を表 29, 表 30, 表 31 に示した。講習会参加後、SMI 得点が有意に低下した ($p=0.04$)。また、SWBS 得点が有意に増加し ($p=0.05$)、SDS 得点が有意に低下した ($p=0.02$)。情緒的サポート、自己抑制型行動特性、問題解決型行動特性、対人依存型行動特性、特性不安、セルフケアの実行自信度、日常苛立ち事の得点に変化はみられなかった。

初回調査時と講習会参加 1 カ月後の比較においては、各尺度得点に有意差はみられなかった。

初回調査時と講習会参加 3 カ月後の比較においては、SMI 得点が有意に低下した。その他の尺度得点に有意差はみられなかった。

iv. 対照群の初回調査時と 1 カ月後の各尺度値の比較

対照群の初回調査時と 1 カ月後の各尺度値の比較を表 32 に示した。いずれの尺度得点にも有意差はみられなかった。

v. 講習会参加群の SAT あるがままの自分を見出すイメージ法実施後の自由記述

「ポジティブ感情でいることの大切さに気付いた」「ストレスを感じた時、今日選んだ風景や色をイメージすると気持ちが楽になると知ったので活用する」「自分の情緒がコントロールできるようになれば、とても楽になると思う」「想定外の事が起こった時、まずは落ち着いて、自分がリラックスできるイメージを持った方が良

い」「心配事や不安な思い、成功することが求められている時にこのイメージ法を使って準備していきたいと思った」「心の持ち方を変えることを学んだ」「イライラした時には、幸せシートをながめる。」「写真見てリラックスします、イメージ大事ですね」等の記述がみられた。

vi. 講習会参加群のアサーションスキルトレーニング実施後の自由記述

「人に自分の思いを伝えるための言葉は難しい」「アサーティブでいることは難しい」「日常で活用したいことがたくさんあったが、自分自身を変えるには難しい」「相手に伝わるようにするのはとても大変で、努力と創造力と忍耐が必要」「世の中のパパたちに受講してほしい」「すべてアサーティブに変えることはできないが、周り（例えば夫）にもまなんでほしい」等の記述がみられた。

vii. 講習会参加群の気質コーチング実施後の自由記述

「セルフケアのページを読み返そうと思う」「家族がどのタイプなのか調べて自分のストレス、皆のストレスが少なくなるようにしたい」等の記述がみられた。

表 27. 講習会参加群・対照群の属性

講習会参加群・対照群の属性		n=46				
		講習会参加群 n=23		対照群 n=23		
		平均値	SD	平均値	SD	p
年齢		47.3	5.0	49.1	5.0	n.s.
		人	%	人	%	
婚姻状態	既婚	23	100.0	21	91.3	n.s.
	非婚	0	0.0	2	8.7	
就業形態	正規	1	4.3	9	39.1	*
	非正規	11	47.8	11	47.8	
	無職	11	47.8	3	13.0	
閉経段階	閉経前	5	21.7	5	21.7	n.s.
	閉経中	12	52.2	10	43.4	
	閉経後	6	26.1	8	34.8	

*:p<0.05

年齢はt検定、婚姻状態、就業形態、閉経段階はX²検定

表 28. 講習会参加群・対照群の初回調査時の各尺度の中央値の比較

講習会参加群・対照群の初回調査時の各尺度の中央値の比較

	講習会参加群 n=23		対照群 n=23		p
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
SMI	34.0	(15.0 - 43.0)	31.0	(16.0 - 50.0)	n.s.
SWBS	37.0	(34.0 - 39.0)	36.0	(34.0 - 40.0)	n.s.
SDS	40.0	(37.0 - 45.0)	39.0	(33.0 - 47.0)	n.s.
情緒的サポート(パートナー)	9.0	(4.0 - 10.0)	8.0	(1.0 - 10.0)	n.s.
情緒的サポート(家族)	10.0	(8.0 - 10.0)	10.0	(8.0 - 10.0)	n.s.
情緒的サポート(上記以外)	10.0	(7.0 - 10.0)	10.0	(10.0 - 10.0)	n.s.
自己抑制型行動特性	10.0	(8.0 - 12.0)	11.0	(9.0 - 13.0)	n.s.
問題解決型行動特性	10.0	(8.0 - 15.0)	10.0	(10.0 - 11.0)	n.s.
STAI	56.0	(52.0 - 67.0)	60.0	(50.0 - 66.0)	n.s.
セルフケア実行自信度	10.0	(7.0 - 14.0)	10.0	(7.0 - 13.0)	n.s.
日常苛立ち事	9.0	(4.0 - 18.0)	12.0	(5.0 - 15.0)	n.s.

Mann-Whitney検定

*p<0.05

表 29. 講習会参加群の初回調査時と参加後の各尺度の中央値の比較

講習会参加群の初回調査時と参加後の各尺度の中央値の比較

n=23

	初回調査		参加後		p
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
SMI	34.0	(15.0 - 43.0)	29.0	(17.0 - 37.0)	*
SWBS	37.0	(34.0 - 39.0)	37.0	(35.0 - 40.0)	*
SDS	40.0	(37.0 - 45.0)	37.0	(33.0 - 40.0)	*
情緒的サポート(パートナー)	9.0	(4.0 - 10.0)	8.0	(5.0 - 10.0)	n.s.
情緒的サポート(家族)	10.0	(8.0 - 10.0)	10.0	(9.0 - 10.0)	n.s.
情緒的サポート(上記以外)	10.0	(7.0 - 10.0)	10.0	(8.0 - 10.0)	n.s.
自己抑制型行動特性	10.0	(8.0 - 12.0)	10.0	(8.0 - 11.0)	n.s.
問題解決型行動特性	10.0	(8.0 - 15.0)	10.0	(8.0 - 14.0)	n.s.
セルフケア実行自信度	10.0	(7.0 - 14.0)	12.0	(8.0 - 14.0)	n.s.
日常苛立ち事	9.0	(4.0 - 18.0)	9.0	(3.0 - 14.0)	n.s.

Willcoxonの符号付順位検定

*p<0.05

表 30. 講習会参加群の初回調査時と参加1ヵ月後の各尺度の中央値の比較

講習会参加群の初回調査時と参加1ヵ月後の各尺度の中央値の比較		講習会参加群の初回調査時と参加1ヵ月後の各尺度の中央値の比較		n=23	
	初回調査		参加1ヵ月後		p
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
SMI	34.0	(15.0 - 43.0)	28.0	(11.0 - 43.0)	n.s.
SWBS	37.0	(34.0 - 39.0)	37.0	(35.0 - 39.0)	n.s.
SDS	40.0	(37.0 - 45.0)	38.0	(35.0 - 41.0)	n.s.
情緒的サポート(パートナー)	9.0	(4.0 - 10.0)	8.0	(4.0 - 10.0)	n.s.
情緒的サポート(家族)	10.0	(8.0 - 10.0)	10.0	(9.0 - 10.0)	n.s.
情緒的サポート(上記以外)	10.0	(7.0 - 10.0)	10.0	(9.0 - 10.0)	n.s.
自己抑制型行動特性	10.0	(8.0 - 12.0)	9.0	(7.0 - 11.0)	n.s.
問題解決型行動特性	10.0	(8.0 - 15.0)	10.0	(9.0 - 14.0)	n.s.
STAI	56.0	(52.0 - 67.0)	58.0	(50.0 - 63.0)	n.s.
セルフケア実行自信度	10.0	(7.0 - 14.0)	11.0	(10.0 - 14.0)	n.s.
日常苛立ち事	9.0	(4.0 - 18.0)	9.0	(5.0 - 16.0)	n.s.

Willcoxonの符号付順位検定
*p<0.05

表 31. 講習会参加群の初回調査時と参加3ヵ月後の各尺度の中央値の比較

講習会参加群の初回調査時と参加3ヵ月後の各尺度の中央値の比較		講習会参加群の初回調査時と参加3ヵ月後の各尺度の中央値の比較		n=23	
	初回調査		参加3ヵ月後		p
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
SMI	34.0	(15.0 - 43.0)	24.0	(10.0 - 36.0)	*
SWBS	37.0	(34.0 - 39.0)	37.0	(34.0 - 40.0)	n.s.
SDS	40.0	(37.0 - 45.0)	39.0	(33.0 - 44.0)	n.s.
情緒的サポート(パートナー)	9.0	(4.0 - 10.0)	8.0	(3.0 - 10.0)	n.s.
情緒的サポート(家族)	10.0	(8.0 - 10.0)	10.0	(7.0 - 10.0)	n.s.
情緒的サポート(上記以外)	10.0	(7.0 - 10.0)	10.0	(8.0 - 10.0)	n.s.
自己抑制型行動特性	10.0	(8.0 - 12.0)	10.0	(9.0 - 12.0)	n.s.
問題解決型行動特性	10.0	(8.0 - 15.0)	11.0	(9.0 - 16.0)	n.s.
STAI	56.0	(52.0 - 67.0)	53.0	(47.0 - 63.0)	n.s.
セルフケア実行自信度	10.0	(7.0 - 14.0)	11.0	(9.0 - 17.0)	n.s.
日常苛立ち事	9.0	(4.0 - 18.0)	11.0	(4.0 - 15.0)	n.s.

Willcoxonの符号付順位検定
*p<0.05

表 32. 対照群の初回調査時と 1 カ月後の各尺度の中央値の比較

	初回調査		1ヵ月後		p
	中央値	(四分位範囲)	中央値	(四分位範囲)	
SMI	31.0	(16.0 - 50.0)	26.0	(16.0 - 51.0)	n.s.
SWBS	36.0	(34.0 - 40.0)	36.0	(33.0 - 38.0)	n.s.
SDS	39.0	(33.0 - 47.0)	39.0	(35.0 - 43.0)	n.s.
情緒的サポート(パートナー)	8.0	(1.0 - 10.0)	9.0	(2.0 - 10.0)	n.s.
情緒的サポート(家族)	10.0	(8.0 - 10.0)	10.0	(9.0 - 10.0)	n.s.
情緒的サポート(上記以外)	10.0	(10.0 - 10.0)	10.0	(8.0 - 10.0)	n.s.
自己抑制型行動特性	11.0	(9.0 - 13.0)	10.0	(7.0 - 13.0)	n.s.
問題解決型行動特性	10.0	(10.0 - 11.0)	10.0	(9.0 - 12.0)	n.s.
STAI	60.0	(50.0 - 66.0)	57.0	(52.0 - 64.0)	n.s.
セルフケア実行自信度	10.0	(7.0 - 13.0)	11.0	(8.0 - 13.0)	n.s.
日常苛立ち事	12.0	(5.0 - 15.0)	11.0	(6.0 - 14.0)	n.s.

Willcoxonの符号付順位検定

*p<0.05

第 7 節 考察

本研究は、研究Ⅱの結果から構成した、更年期女性の更年期症状の軽減や更年期のメンタルヘルスを増進するためのセルフケアプログラムの効果を検討した。セルフケアプログラムとして「SAT 情緒安定とあるがままの自分を見出すイメージ法」「気質コーチング」「アサーションスキルトレーニング」を更年期女性に全 3 回の講習会で提供し、プログラム提供直後の効果および 1 カ月後、3 カ月後の持続効果の検討を行った。

講習会参加群と対照群において、就業形態に有意差がみられたものの、年齢、婚姻状態、閉経段階や、初回調査時の各尺度得点に有意差がみられなかったことから、両群は比較が可能な集団であると考えられる。就業形態に有意差がみられたのは、正規労働者の場合、平日昼間に開催した講習会に参加しづらく、結果として、講習会参加群は無職が多かったと考えられる。したがって、更年期女性を対象とした講習会形式の健康支援プログラムに参加者を募った場合、参加者の属性が限定される可能性が示唆された。宮内は、更年期女性の高い就労率や多重役割で多忙な現状から、コンピュータなどを媒体としたプログラムの必要性を報告している（宮内

ほか 2009)。本研究においても、健康支援プログラムの提供方法については、属性を問わない参加形態の工夫が必要と考えられる。さらに、対象者が既婚者に限定されたことから、未婚者も参加できる募集方法の検討も課題である。

講習会参加群において、初回調査時と全3回の講習会参加後に行った調査にかけて、SMIが低下し、メンタルヘルスの指標であるSWBSとSDSが良好な方向へと変化した。また、講習会参加3ヵ月後においてもSMIが低下していた。対照群において変化はみられなかったことから、講習会参加による更年期症状の軽減と、メンタルヘルスの向上が示唆された。これまでも橋本や真崎らが子育て中の母親を対象としたストレスマネジメント支援としてSATイメージ法を行い、抑うつと精神健康度の改善効果を報告している。本研究では抑うつのみならず、主観的幸福感の向上が示された。本研究で用いたSAT情緒安定とあるがままの自分を見出すイメージ法は、対象者が自身で作ったイメージシートを用いて、ポジティブな感情を想起し自己を肯定できるようにする方法である（宗像 2006）。「自分の情緒がコントロールできるようになれば、とても楽になると思う」「心配事や不安な思い、成功することが求められている時にこのイメージ法を使って準備していきたいと思った」などの講習会参加群のSATイメージ法実施後の記述からは、ポジティブな感情と情緒の安定がえられた可能性が推察でき、それが抑うつと主観的幸福感を良好に変化させたと考えられる。

本研究は、歪みなく現実を認知できることを促す、SAT情緒安定とあるがままの自分を見出すイメージ法に加え、良好な支援認知を支えるためのコミュニケーションスキルとしてアサーションスキルトレーニング、ならびにストレス反応を生じやすい個人特性の理解とセルフケアの習得を目的として気質コーチングを行ったが、情緒的サポートや個人特性へのセルフケア、日常苛立ち事に変化はみられなかった。情緒的サポートについては、講習会参加前の初回調査時から得点が高く、天井効果があったと考えられる。メンタルヘルスの指標であるSWBSとSDSは、初回調査時から講習会参加後にかけてのみ良好な方向に変化した一方で、SMIは、講習会参加後と3ヵ月後において軽減していた。メンタルヘルスと更年期症状で講習会への参加による効果が、異なる可能性が考えられる。Senbaらは、6ヵ月間の健康教育プログラム参加者において、介入直後と6ヵ月後の更年期症状の改善を認め、不安と抑うつに

関しては介入直後のみ改善を認めた。Senba らの健康教育プログラムは、知識の獲得や新たな友人を作る内容であり、本研究とプログラム内容は異なるが、同様の経過を示しており、更年期症状の改善効果は比較的持続しやすい可能性を示唆している。一方、メンタルヘルスの指標の SDS の改善は、持続しなかった。今回のイメージ法がメンタルヘルスの持続効果がみられなかった。今後は講習会数を増やすなどの工夫も必要と考えられる。また、本研究の講習会は、対象者の属性や講習会参加前の調査結果を考慮せず、10 名前後の集団にし、一律の内容で実施した。Senba らは、集団健康教育開始前から更年期症状が強い場合、対象者が自己コントロールし症状を改善することが難しく、個別対応が必要であることを報告している（Senba ほか 2010）。中西らは、更年期女性の健康増進行動は、更年期への関心や知識、夫婦関係とも関連すると報告している（中西ほか 2008）。したがって、本研究においても、対象者を更年期症状の程度や情緒的サポートおよび個人特性の特徴により、類型化したグループ毎に介入したり、個別指導を行うなどの検討が必要である。

一方、気質コーチングおよびアサーションスキルトレーニング講習会参加前後でストレス反応を生じやすい個人特性やセルフケアの実行自信度や情緒的サポートに変化はみられなかった。「日常で活用したいことがたくさんあったが、自分自身を変えるには難しい」「すべてアサーティブに変えることはできないが、周り（例えば夫）にもまなんでほしい」などの講習会参加群のアサーションスキルトレーニング法実施後の記述からは、講習会のみでは、コミュニケーションスキルの習得が難しいことや、夫など重要他者への情報提供が必要である可能性が推察できる。また、「セルフケアのページを読み返そうと思う」という気質コーチング参加後の自由記述からは、講習会で得た情報が有益であるが、復習が必要なことが推察できる記述もみられた。樋口らは、糖尿病患者へのイメージ法 60 分と気質コーチング 90 分による介入において、抑うつと血糖指標の改善はみられたものの、ストレス反応を生じやすい個人特性に変化がみられなかったことを受け、プログラム時間数の増加と複数回に渡るコミュニケーションスキル教育の導入を提案している（樋口ほか 2010）。本研究では、SAT イメージ法 120 分、気質コーチング 120 分、アサーションスキルトレーニング 120 分のプログラムとしたが、先述の受講者の自由記述からは、気質コーチングとアサーションスキルトレーニングの時間数が未だに十分でな

かった可能性が考えられる。今後は、講習会の時間数の確保や、自宅に持ち帰って復習しやすい教材の開発など、プログラム内容の再検討が必要であると考えられる。

第8節 小括

本研究は、研究Ⅱの因果関係モデルに基づいた健康支援プログラムとして、SAT情緒安定とあるがままの自分を見出すイメージ法、気質コーチング、アサーションスキルトレーニングを更年期女性に実施し効果を検討した。その結果、更年期症状の一定期間の軽減効果の持続とメンタルヘルスの一時的な向上効果が示唆された。一方、情緒的サポートの改善やストレス反応を生じやすい個人特性へのセルフケアに変化はみられなかったことから、プログラム内容のさらなる検討が必要である。

第5章 総括

第1節 総合考察

本研究は、受診に至らない更年期女性の更年期症状やメンタルヘルスに関連する要因を明らかにすること、さらに、それらを改善するセルフケアプログラムを構築し、その効果を検討し、更年期女性の健康支援の一助となることを目指すことを目的とした。更年期症状とメンタルヘルスに影響を及ぼす要因の中でも、ソーシャルサポートとストレス反応を生じやすい個人特性に着目し、その特徴や要因間の因果関係を明らかにした上でセルフケアプログラムを構築した。以下に、各章で得られた研究結果を総合的に考察する。

研究 I - i

更年期症状とメンタルヘルスの関連について、日本人女性では検討されていない主観的幸福感に着目し、婚姻状態別、閉経段階別に検討した。その結果、婚姻状態や閉経段階に関わらず、更年期症状と主観的幸福感が関連していることが明らかとなった。メンタルヘルスの指標として用いた SDS と SWBS は更年期症状との関連において同一の動向を示し、更年期症状が重い場合、メンタルヘルスが不良であることが示された。日本人女性において更年期症状と主観的幸福感が婚姻状態にかかわらず関連がみられたことは新たな知見である。更年期障害の臨床では、更年期症状の評価とともに抑うつなどメンタルヘルスのネガティブな側面の評価が多いが、本研究の結果から、受診に至らない更年期女性に対しては、抑うつのみならず、主観的幸福感などメンタルヘルスのポジティブな側面も評価する必要性が示唆された。また、本研究の結果から、更年期症状の改善は、主観的幸福感の向上や抑うつの低下につながり、メンタルヘルスの維持向上の効果も得られる可能性が考えられる。主観的幸福感は、ストレスを緩衝するとの報告があることから、主観的幸福感の高まりにより、更年期女性が直面しがちなストレスフルなライフイベントへの適切な対処にもつながる可能性が考えられる。

研究 I - ii

本研究は、情緒的サポートと更年期症状やメンタルヘルスの関連について、これまで検討されていなかった既婚、非婚の違いやサポートの入手対象の違いについて

検討した。その結果、既婚者の閉経前と閉経中では、家族の情緒的サポートを高めることが、更年期症状の軽減につながる可能性が示唆された。ただし非婚者や、家族以外の情緒的サポートについては、更年期症状との関連が認められなかった。この結果から、更年期症状に対する情緒的サポートは、既婚者により重要である可能性が示唆された。メンタルヘルスについては、既婚者に対しても非婚者に対しても情緒的サポートが重要であることが示唆された。家族からの情緒的サポートは婚姻状態や閉経段階にかかわらず、メンタルヘルスと関連がみられた。パートナーや家族以外からの情緒的サポートも、非婚者の閉経後を除いていずれも SDS や SWBS と有意な関連がみられ、更年期女性のメンタルヘルスに重要であることが示唆された。先行研究では、既婚者での検討により、夫婦関係の重要性を指摘し、夫への介入の必要性が報告されている。本研究で婚姻状態別に更年期症状と情緒的サポートの関連を検討したことにより、既婚者と非婚者の違いが示された。したがって、更年期症状の改善には、既婚者と非婚者とで異なる介入が必要であると考えられる。

研究 I - iii

更年期症状やメンタルヘルスに共通して関連する心理・性格要因について、ストレス反応の生じやすさに着目し、その特徴を明らかにすることを目的として検討した。その結果、不安気質や、自己抑制的な行動特性が強いことが、更年期症状の増悪やメンタルヘルスの悪化に共通して関連することが示唆された。したがって、不安になりやすさや自己抑制的な行動特性への対応により、更年期症状の軽減や、更年期のメンタルヘルスの維持向上につながる可能性が示唆された。本研究の結果と、研究 I、II の結果で明らかとなった更年期症状と更年期のメンタルヘルスに関連する因子について、互いの関係を明らかにすることにより、更年期女性の健康支援への示唆が得られる可能性が示唆された。

研究 II

更年期女性の更年期症状の軽減や更年期のメンタルヘルスを高めるセルフケアプログラム構築の示唆を得ることを目的として、更年期症状やメンタルヘルスと関連する因子を含む因果関係仮説モデルを検討した。その結果、非婚者は既婚者と異なる因果関係モデルであることが示唆され、既婚者は非婚者に比べ、情緒的サポート

が更年期症状やメンタルヘルスに及ぼす影響が大きい可能性が示唆された。しかしながら、婚姻状態にかかわらず、情緒的サポートはメンタルヘルスに直接影響し、ストレス反応を起こしやすい個人特性は更年期症状とメンタルヘルスに直接影響を及ぼすことから、情緒的サポートや個人特性への介入の必要性が示唆された。更年期女性へのセルフケア支援は、ストレス対処や良好な人間関係の構築など、情緒面への支援の必要性が報告されており、マッサージやリラクゼーションなどによるストレス緩和効果が報告されているものの、一般的な支援策では、生活習慣の改善や受診勧奨が多いのが現状である。本研究において、心理社会的要因に着目し、ストレス反応の生じやすさへのセルフケアや情緒的サポートを高める支援の必要性を明らかにしたことは、更年期女性のセルフケア支援のあり方を検討する一助となると考えられる。さらに、この結果に基づきセルフケアプログラムを構成し、更年期女性に実施し、その効果を検証することにより、更年期女性のセルフケア支援の具体策の検討につながる可能性があると考えられる。また、本研究で婚姻状態別に更年期症状とメンタルヘルスに関連する因子を検討したことにより、既婚者と非婚者で関連性が異なることが示唆された。したがって、更年期症状の改善やメンタルヘルスの向上には、既婚者と非婚者とで異なるセルフケアプログラムが必要な可能性が示唆された。

研究Ⅲ

本研究は、研究Ⅱの因果関係モデルに基づき、SAT 情緒安定とあるがままの自分を見出すイメージ法、気質コーチング、アサーションスキルトレーニングで構成した健康支援プログラムを更年期女性に実施し効果を検討した。その結果、更年期症状の直後と3カ月後の軽減効果とメンタルヘルスの一時的な向上効果が示された。一方、情緒的サポートの改善やストレス反応を生じやすい個人特性へのセルフケアに変化はみられなかったことから、プログラム内容のさらなる検討が必要と考えられた。

第2節 本研究の結論

本研究は更年期女性の更年期症状の軽減や予防，メンタルヘルスの維持増進を目的としたセルフケアプログラムを構築し，その効果を検討し，更年期女性の健康支援の一助となることを目指した。以下に本研究の結論を述べる。

1. 更年期女性の更年期症状の軽減やメンタルヘルスの維持向上には，情緒的サポートを高めることや，ストレス反応を生じやすい個人特性へのセルフケアプログラムの必要性が示唆された。
2. 特に既婚者においては，夫に限定しない家族や友人等からの情緒的サポートを高めることが，メンタルヘルスのみならず，更年期症状の軽減に寄与する可能性が示唆された。
3. 更年期症状や更年期のメンタルヘルスに関連する因子の因果関係モデルが，既婚者と非婚者で異なったことを示したのは，新たな知見であり，更年期女性の健康支援プログラム構築の検討に寄与すると考えられる。
4. 因果関係モデルに基づいたセルフケアプログラムとして，SAT 情緒安定とあるがままの自分を見出すイメージ法，気質コーチング，アサーションスキルトレーニングを更年期女性に実施した結果，更年期症状の一定期間の軽減とメンタルヘルスの一時的な増進が示唆された。

第3節 本研究の限界と今後の課題

本研究Ⅰ，Ⅱは，対象者が限定された調査であり，サンプリングの偏りなども考慮すると，仮説探索的な性格を有しており，各結果や考察の妥当性については，今後様々な視点からの研究によって検証される必要があると考えられる。本研究から，情緒的サポートが更年期症状に及ぼす影響が既婚者と非婚者で異なることが示唆された。この結果を踏まえ，婚姻状態の考慮のみならず，本研究では触れることができていない，家族の情緒的サポートは家族要員の誰なのかやサポーターの人数，サポートの互惠性，非婚の更年期女性が特に影響を受けるとされる職業上のストレスや，既婚女性のストレスを左右する子供の有無など，情緒的サポートや個人

特性以外の要因についても検討を重ね、更年期女性をひとくくりにせず、個別のセルフケアプログラムの検討につなげてゆくことが必要ではないかと考えられる。

研究Ⅲは、研究の目的を理解した上で、協力を得た人を対象に講習会を実施し、その効果を検討したため、自身のストレスマネジメントや周囲との関係性やコミュニケーションに関心を持っている人が比較的多かったと推測される。機縁法であるとはいえ、介入を要する研究に意欲的に参加した対象者のデータであり、サンプルバイアスも考慮する必要がある。研究実施者が介入と評価を行っていたことも本研究の限界である。また、対象者が既婚者に限定されたため、非婚者への本プログラムの効果検討はできなかった。さらに、メンタルヘルスの増進および更年期症状の軽減というアウトカムは得られたものの、研究Ⅴの目的である、情緒的サポートの高まりや、ストレスを抱えやすい個人特性へのセルフケアの促進は得られていない。プログラム内容のさらなる検討が課題である。以上を考慮し、広く更年期女性の更年期症状やメンタルヘルスに寄与できるセルフケアプログラムを引き続き検討していくことが求められる。

引用・参考文献

1. 平成 29 年簡易生命表. 厚生労働省.
2. 大川章子, 近藤潤子, 堀内成子, 内藤和子, 木戸ひとみ, 岩澤和子, 山本あい子 (1989) :更年期婦人の不定愁訴と閉経の受容に関する調査研究. 聖路加看護大学紀要 15 : 44-55.
3. 高松潔, 小川真里子 (2009) :更年期における QOL の変化とその対策. 産婦人科治療 99 (5) : 491-498.
4. 水沼英樹 (2006) : QOL からみた更年期女性のトータルヘルスケア. 産婦人科治療 93 (1) : 8-14.
5. 平成 29 年版働く女性の実情. 厚生労働省.
6. 女性活躍加速のための重点方針 2018. 内閣府.
7. 須賀万智, 谷内麻子, 五十嵐豪, 柳澤裕之, 石塚文平 (2016) :一般女性の更年期の知識, 態度, 問題認識力に関するアンケート調査-更年期障害の受診意図との関係-. 日本女性医学会雑誌 24 (1) :37-44.
8. 野田 (池田) 愛 (2016) :女性の健康における社会的決定要因に関する研究 :日本人女性の特異性と健康問題の将来予測. 平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金 (女性の健康の包括的支援政策研究事業) 総括研究報告書 : 1-14.
9. 後山尚久 (2006) : 更年期の臨床. 診断と治療社, 東京, 1-19.
10. 安川純代, 松尾博哉 (2003) :包括的健康関連 QOL 尺度 SF-36 を指標にした更年期障害患者に対するホルモン補充療法の有用性の評価の試み. 産婦の進歩 55 (1) : 1-10.
11. 後山尚久, 池田篤, 佐久間航, 植木實 (2004) :更年期不定愁訴 1700 例の最終診断からみた治療法の選択と Quality of Life 改善度. 産婦の進歩 56 (1) :24-29.
12. 須賀万智, 谷内麻子, 五十嵐豪, 新橋成直子, 石塚文平 (2013) : 更年期女性の QOL に関するアンケート調査. 日本女性医学学会雑誌 20 (3) : 391-397.
13. Panayota G, Ioannis Z, Eleni A, Kalliopi K, Areti S, Andreas A, Aikaterini K, Augoulea A, Maria C, and Irene L (2012) :Determinants of quality of life in Greek middle-age women : A population survey. Maturitas71:154-161.
14. Rachel EW, Kristen BL, Linda K, Jacqueline L, and Richard VC (2009) :

Menopause-specific questionnaire assessment in US population-based study shows negative impact on health-related quality of life. *Maturitas* 62 :153-159.

15. 横地美那, 恵美須文枝, 柳澤理子, 志村千鶴子 (2015) : 更年期症状で婦人科を受診している女性の体験. *日本助産学会誌* 29(1) : 59-68.
16. 相良洋子 (2018) : 更年期障害の治療における心身医学的視点の重要性. *心身医* 58(8) : 688-695.
17. 宮内清子, 佐久間夕美子, 佐藤千史 (2009) : 更年期女性に対する健康教育に関する過去 10 年間の文献検討. *日健教誌* 17(1) : 3-13.
18. 豊増功次, 原田悟史 (2008) : 中更年期女性の精神面に及ぼすリラクセーションプログラムを用いた「ハート美人養成講座」の効果. *久留米大学紀要* 15(1) : 27-33.
19. 河野由美子, 小泉由美, 酒井桂子, 久司一葉, 岡山未来, 坂井恵子, 坪本他喜子, 橋本智美, 北本福美 (2013) : 更年期女性へのタクティールケア介入における生理的・心理的効果. *日本看護研究学会雑誌* 36(4) : 29-37.
20. 上田真寿美, 中田智恵, 斎田菜穂子, 堤雅恵, 岡野こずえ, 生田奈美可, 木下みゆき, 砂川公美子, 亀崎明子, 田中満由美, 松田昌子 (2012) : 中年期以降の女性を対象とした 3 か月間のストレス緩和介入の効果-アロマセラピー・有酸素運動・筋弛緩法を用いて-. *日健教誌* 20(4) : 276-287.
21. 宮内清子 (2010) : 中高年女性労働者に対するフィードバック型リーフレットを用いた健康教育プログラムの効果. *日健教誌* 18(3) : 186-198.
22. 吉沢豊予子, 跡上富美, 平井皆子, 中村康香 (2000) : 更年期女性の精神・心理症状の特徴-45 歳から 65 歳までの長野・大阪女性の健康実態調査から-. *日本女性心身医学会雑誌* 5(1) : 38-46.
23. 梅野貴恵, 宮崎文子, 河島美枝子, 関根剛 (2006) : 更年期女性の更年期症状 (SMI 得点) と心理社会的要因との関連-生きがい感, 夫婦関係, Health Locus of Control に着目して-. *母性衛生* 47(1) : 143-151.
24. 千場直美, 松尾博哉 (2009) : 更年期女性のストレスコーピングが更年期症状に及ぼす影響について-SMI と心理・社会的要因の評価-. *日本更年期医学会雑誌*

- 17(1):28-36.
25. Senba N, and Matsuo H(2010):Effect of a health education program on climacteric women. CLIMACTERIC13:561-569.
 26. Brown L, Bryant C, and Judd FK(2015):Positive well-being during the menopausal transition: a systematic review. CLIMACTERIC18:456-469.
 27. Avis NE, Assmann SF, Kravitz HM, Ganz PA, and Ory M(2004):Quality of life in diverse groups of midlife women-Assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors-.Quality of Life Research13:933-946.
 28. 平成30年度少子化社会対策白書. 内閣府.
 29. 岸本寛史 (2006) :更年期のころとからだ. 臨床心理学6:299-304.
 30. 日本産科婦人科学会 2013 : 日本産科婦人科学会用語集・用語解説集改訂第3版. (編) 日本産科婦人科学会, 181.
 31. Melby MK, Sievert LL, Anderson D, and Obermeyer CM(2011):Overview of methods used in cross-cultural comparisons of menopausal symptoms and their determinants: Guidelines for Strengthening the Reporting of Menopause and Aging (STROMA) studies. Maturitas70:99-109.
 32. Melby MK, Lock M, and Kaufert P(2005): Culture and symptom reporting at menopause. Human Reproduction Update11:495-512.
 33. Islam MR, Gartoulla P, Bell RJ, Fradkin P, and Davis SR(2015): Prevalence of menopausal symptoms in Asian midlife women: A systematic review. CLIMACTERIC18:157-176.
 34. Matsuo H, Yamanaka R, Senba N, RUTH B, CECILIA LL, and LOUDES BC(2012) : Comparison of Menopause Healthcare Considerations between Japanese and Filipino Women Living in Local Communities. Kobe J Med Sci58(4):99-109.
 35. 千場直美 (2007) : 更年期女性のストレスが更年期症状に及ぼす影響についての検討. 更年期と加齢のヘルスケア 6(1) : 61-67.
 36. 高橋真理 (1999) : 更年期女性の不定愁訴に対するカウンセリングの実際. 日本更年期医学会雑誌 7(1) : 149-152.

37. 後山尚久 (2000) : 更年期閉経期女性のクオリティ・オブ・ライフの確立と全人的医療の実践への期待. 日本女性心身医学会雑誌 5(2) :123-132.
38. Ellen BG, Gladys B, Sybil C, Laurie L, Gordman F, Heidi M, and Sheryl S(2004):Lifestyle and Demographic Factor in Relation to Vasomotor Symptoms:Baseline Results from the Study of Women' s Health Across the Nation. American Journal of Epidemiology159(12):1189-1199.
39. Marcianna N, Holly K, Yewoubdar B, Diana T, Catherine G, Kathryn L(2010):The effects of Perceived Stress and Attitudes Toward Menopause and Aging on Symptoms of Menopause. Journal of Midwifery & Women's Health55(4) :328-334.
40. 橋本真紀子, 山崎久美子 (2007) : 更年期症状の出現に関連する環境・個人要因の検討. 更年期と加齢のヘルスケア 6(1) : 74-78.
41. Kusunaga T, Yamaaki Y, Takayama T, Jaegeong R, Seki Y, Inoue Y, Kumagai T(2005) :Psychosocial factors related to climacteric symptoms of women in Tokyo. Jpn J Health & Ecology70(6) :235-244.
42. 上田真寿美, 徳永幹雄 (2000) : 中年期女性の更年期症状と運動・スポーツ. 健康科学 22 : 37-45.
43. 後山尚久 (2004) : 精神・心理面でのケアとカウンセリング. 産婦人科治療 88(6) : 1219-1227.
44. 塩田敦子 (2011) : クリニカルカンファランス思春期から更年期の不定愁訴とその対応. 日産婦誌 63(12) :223-228.
45. 甲村弘子, 三宅侃(2004) :更年期障害に対する心身医学的対応について. 産婦の進歩 56(1)29-78.
46. 後山尚久, 池田篤, 佐久間航, 植木實(2005):更年期不定愁訴例における空の巣症候群の位置づけ. 産婦の進歩, 57(1) : 82-87.
47. 飯岡由紀子, 高松潔, 小川真里子 (2010) : 更年期外来における看護面接の実際とその解析に基づく更年期医療への提言. 日本女性心身医学会雑誌 15(3) : 312-320.
48. 郷久鉞二, 佐野敬夫, 高橋円, 齋藤康子, 伊藤絵里香, 松本真穂, 竹原久美子(2009) :

- 女性の更年期障害に対する心身医学的対応. 心身医 49(11) : 1177-1182.
49. 中西伸子(2007):夫がとらえた妻の更年期と更年期夫婦の関係性から考える看護支援の検討. 兵庫大学論集 12:131-139.
 50. 小松彩乃, 藤田愛, 山口咲奈枝(2015):更年期にある妻が認識する夫の更年期症状と夫婦関係の危機との関連. 母性衛生 55(4):768-775.
 51. 菅沼ひろ子, 串間秀子, 宮里和子(2001):更年期の女性が体験するライフイベントと心身不調の実態およびその関連. 家族看護学研究 7(1):2-8.
 52. 渡邊竹美, 糠塚亜紀子, 兒玉英也(2005):更年期症状と女性の生活体験因子の関連性の検討. 日本女性心身医学会雑誌 10(1):25-33.
 53. Hayden BB, Lori AB, Barbara KR, and Ilene CS(2003):Coping style and personality domains related to menopausal stress. Women' s Health Issues 13:32-38.
 54. 石明寛, 石明英, 土岐尚之, 石政維, 蜂須賀徹, 柏村正道, 福澤雪子, 長田順子(2008):未婚勤労女性更年期障害症候群患者の不定愁訴および心理状態の検討. 産婦人科の実際 57(12):2007-2012.
 55. Kokras N, Papadopoulou L, Zervas IM, Spyropoulou A, Stamatelopoulos K, Rizos D, Creatsa M, Augoulea A, Papadimitriou GN and Lambrinouadaki I(2014):Psychological but not vasomotor symptoms are associated with temperament and character traits.CLIMACTERIC17:500-509.
 56. Nancy EA, Alicia C, Joyce TB, Rachel H, Karen AM, Marcia O, and Miriam S(2009):Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women' s Health Across the Nation (SWAN) Menopause16(5):860-869.
 57. Ayers B, Hunter MS(2013):Health-related quality of life of women with menopausal hot flushes and night sweats.CLIMACTERIC16:235-239.
 58. Debra A, Melissa K, Melby MK, Lynnette LS, and Carla MO(2011):Methods used in cross-cultural comparisons of psychological symptoms and their determinants.Maturitas70:120-126.
 59. 河野洋子, 宮腰由紀子, 松岡恵, 茅島江子, 麻生武志(1998):更年期症状に伴う生

- 活行動の支障の実態・因子構造・関連要因について. 順天堂医学 44(1):34-46.
60. 松尾博哉 (2006):更年期障害と QOL. 産婦人科治療 93(1):15-20.
 61. 佐藤 珠美 (2004):地域に生活する更年期の女性の Quality of Life に関する調査. 日本赤十字九州国際看護大学 2:34-42.
 62. 土井由利子 (2004):総論-QOLの概念とQOL研究の重要性. J Natl Inst Public Health 53(3):176-180.
 63. 安永明智, 徳永幹雄 (2001):高齢者の身体活動と心理的健康. 健康科学 23:9-16.
 64. 大塚泰正, 鈴木綾子, 高田未里 (2007):職場のメンタルヘルスに関する最近の動向とストレス対処に注目した職場ストレス対策の実際. 日本労働研究雑誌 49:41-53.
 65. 宇佐美尋子 (2014):ストレスプロセスにおける主観的幸福感の機能-主観的幸福感と反応型及び事前対応型ストレス対処との関連. 聖徳大学研究紀要 25(47):15-20.
 66. Dennerstein L, Lehert P, and Guthrie J (2002):The effects of the menopausal transition and biopsychosocial factors on well-being. Arch Womens Ment Health 5:15-22.
 67. Rania Y, Abdelrahman LA, and Abushaikha MA (2014):Predictors of psychological well-being and stress among Jordanian menopausal women. Qual Life Res 23:167-173.
 68. 伊藤裕子, 相良順子, 池田政子 (2004):既婚者の心理的健康に及ぼす結婚生活と職業性格の影響. 心理学研究. 75(5):435-441.
 69. 田熊昭江, 伊藤裕子 (2008):多重役割に従事する女性の心理的健康-子育て期と中年期を対象に-. 文京学院大学紀要 10(1):121-135.
 70. 宮上景子, 白土なほ子, 下平和久, 松岡隆, 関沢明彦 (2017):最近の更年期障害の管理. 昭和学会誌 77(4):367-373.
 71. 日本産婦人科学会 (2017):産婦人科診療ガイドライン・婦人科外来編 2014. (編) 日本産婦人科学会.
 72. 尾林聡 (2014):クリニカルカンファレンス女性のヘルスケア普及率を上げるための提言 HRT. 日産婦会誌 66:2132-2135.
 73. Stuenkel CA, Gass ML, and Manson JE (2012):A decade after the Women's Health Initiative:the experts do agree. Menopause 19:846-847.

74. 寺内公一 (2015) :更年期の精神症状とエストロジェン. 女性心身医学 19 (3) :243-250.
75. 後山尚久 (2008) :更年期女性とメンタルヘルス-更年期障害の治療に必要な知識と心構え-. 心身医 48 (12) :1049-1056.
76. 大関信子, 水沼英樹, 蓮尾豊, 大井けい子, 佐藤愛, 山本真樹子, 片山綾乃, 谷田部仁子 (2010) :簡略更年期指数(SMI)要受診者の受診率と受診関連要因の分析. 日本更年期医学会雑誌 18 (2) :213-221.
77. 上田真寿美 (2008) :更年期女性の望む健康支援とその情報収集行動に関する研究. 母性衛生 49 (1) :57-64.
78. 中西伸子, 町浦美智子 (2008) :更年期女性のヘルスプロモーション行動に関連する要因の検討. 母性衛生 48 (4) :514-521.
79. 大村いずみ, 古田恵子, 松下恵美 (2002) :記述民俗学的方法による更年期女性におけるヘルスプロモーション行動についての検討. 名古屋市立大学看護学部紀要 2 :29-35.
80. 飯岡由紀子 (2010) :更年期女性が体験する心身の変化とそれに対する対処. 日本女性心身医学会雑誌 15 (2) :237-247.
81. Mansoureh Y, Masoumeh S, and Atemeh A (2015) :Empowerment and Coping Strategies in Menopause Women: A Review. Iranian Red Crescent Medical Journal 17 (3) :1-5.
82. 小山嵩夫, 麻生武志 (1992) :更年期婦人における漢方治療-簡略化した更年期指数による評価 -. 産婦人科漢方研究のあゆみ 9 :30-34.
83. 福田一彦, 小林重雄 (1973) :自己価値抑うつ性尺度の研究. 精神神経学雑誌 75 (10) :673-679.
84. 伊藤裕子, 相良順子, 池田政子, 川浦康至 (2003) :主観的幸福感尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 心理学研究 74 (3) :276-281.
85. Andrews G (1978) :Life Event Stress, Social Support, Coping Cognitive Style, and Risk of Psychological Impairment. Journal of Nervous and Mental Disease 166 (5) :307-316.
86. 宗像恒次 (1996) :行動科学からみた健康と病気. メヂカルフレンド社, 東京, 115.

87. 宗像恒次, 仲尾唯治, 藤田和夫, 諏訪茂樹(1986):都市住民のストレス源と精神健康度. 精神衛生研究 32:47-65.
88. 本庄恵子(2001):慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂. 日本看護科学会誌 21(1):29-39.
89. 宗像恒次(1995):行動医学における社会学的視角. 行動医学研究 2(1):20-27.
90. 山本美奈子, 宗像恒次(2012):労働者のメンタルヘルスと行動特性の影響-共分散構造分析による因果モデルの検証-. 産衛誌 54:10-21.
91. 宗像恒次(2006):SAT療法. 金子書房, 東京, 48-52.
92. 上田敏子, 窪田辰政, 橋本佐由理, 宗像恒次(2012):大学生におけるストレス耐性と心理特性との関連. 筑波大学体育科学系紀要 35:203-207.
93. 向笠京子, 橋本佐由理, 中島茂, 金城瑞樹, 宗像恒次(2010):食事・運動療法中の2型糖尿病患者における心理特性とHbA1c値との関連. 糖尿病 53(10):772-777.
94. 宗像恒次監修(2007):SAT法を学ぶ. 金子書房, 東京, 107-129.
95. 伊藤千春, 橋本佐由理(2012):男性勤労者の職業性ストレスと心理特性との関連. 日本保健医療行動科学会年報 27:185-199.
96. 宗像恒次(1996):行動科学からみた健康と病気. メヂカルフレンド社, 東京, 7-38.
97. 田仲由佳, 上長然, 齊藤誠一(2011):中年期女性の閉経段階と精神的健康の関連 - 意識と症状を媒介として -. 心理学研究 81(6):551-559.
98. 島井哲志, 山宮裕子, 福田早苗(2018):日本人の主観的幸福感の現状~加齢による上昇傾向~. 日本公衛誌 9:553-562.
99. 川浦康至, 池田政子, 伊藤裕子, 本田時雄(1996):既婚者のソーシャルネットワークとソーシャルサポート-女性を中心に-. 心理学研究 67(4):333-339.
100. 内田由紀子, 遠藤由美, 柴内康文(2012):人間関係のスタイルと幸福感-つきあいの質からの検討-. 実験心理学研究 52(1):63-75.
100. 柴田玲子(2001):中年期女性にとっての閉経と更年期. 日本更年期医学会雑誌 9(2):247-255.
101. 飯田亜紀(2000):高齢者の心理的適応を支えるソーシャル・サポートの質:サポーターの種類とサポート交換の主観的互惠性. 健康心理学研究 13(2):29-40.
102. Cloninger CR(1994):Temperament and personality. Current Opinion in

- Neurobiology4:266-273.
101. 豊田秀樹(2007):共分散構造分析. 東京図書, 東京, 236-245.
 102. 飯岡由紀子(2010):更年期女性が体験する心身の変化とそれに対する対処. 日本女性心身医学会雑誌 15(2):237-247.
 103. Heejung C, Dongsuk L, Kunsei L, Hyeongsu K, Eunmi H(2004): A structural model of menopausal depression in Korean women. Archives of Psychiatric Nursing18(6):235-242.
 104. Doubova SV, Infante CC, Martinez VI, and Perez CR(2012): Towerd healthy aging through empowering self-care during the climacteric stage. CLIMACTERIC15:563-572.
 105. 橋本佐由理(2016):子育てストレス軽減のためのストレスマネジメント法. 日本保健医療行動科学会雑誌 30(2):37-44.
 106. 真崎由香, 田村知栄子, 宗像恒次, 橋本佐由理(2011):乳幼児を育てている母親へのストレス軽減支援. ヘルスカウンセリング学会年報 17:41-49.
 107. 橋本佐由理(2017):気質理解によるメンタルヘルス不調の予防と人間関係ストレスの軽減. 情報の科学と技術 67(3):98-103.
 108. 増地あゆみ, 岸玲子(2001):高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察—ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に—. 日本公衛誌 6:435-448.
 109. 平木典子(2009):アサーション・トレーニング さわやかな自己表現のために. 金子書房, 東京.
 110. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE(1970):STAI manual. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, California (水口公信ら訳, 日本語版 STAI 使用手引き), 三京房.
 111. 宗像恒次(1996):行動科学からみた健康と病気. ムジカフレンド社, 東京, 8.
 112. 熊野美智子(2006):生きがいとその類似概念の構造. 健康心理学研究 19(1):56-66.
 113. 樋口倫子, 橋本佐由理(2010):糖尿病患者への SAT ライフ・キャリア変容支援. ヘルスカウンセリング学会年報 16:11-18.

資料

1. 研究倫理審査結果通知書

課題名：糖尿病患者の QOL に影響を及ぼす身体心理社会的要因に関する研究～更年期前後の女性に着目して～

2. 研究倫理審査結果通知書

課題名：更年期女性の心理的健康の維持向上および更年期症状の軽減や予防を目的としたセルフケアプログラムの効果検討

3. 研究 V における講習会参加者への配布資料

様式9

課題番号第 体27-122(計画変更)号

平成 30 年 9 月 6 日

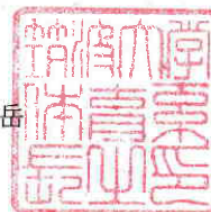
研究倫理審査結果通知書

申請者(研究責任者)

水上 勝義 殿

体育系長

西保 岳



平成30年8月20日付けで申請のあった研究倫理について、審査の結果、下記のとおり判定したので通知します。

記

1 課題名

糖尿病患者のQOLに影響を及ぼす身体心理社会的要因に関する研究～更年期前後の女性に着目して～

2 判定

承認

3 理由

研究倫理審査結果通知書

申請者(研究責任者)

水上 勝義 殿

体育系長

西保 岳



平成30年8月20日付けで申請のあった研究倫理について、審査の結果、下記のとおり判定したので通知します。

記

1 課題名

更年期女性の心理的健康の維持向上および更年期症状の軽減や予防を目的としたセルフケアプログラムの効果検討

2 判定

承認

3 理由

気質をチェックしてみましょう

性格のコアとなる気質を知ることで、ストレスの抱えやすさや出来事に対する考え方や感じ方の特徴を知る手掛かりになります。第2回目の講習会でこのチェックリストの結果を個別返却いたします。

	普段のあなたに該当するところの数字に ○印をつけてください	いつも そうである	まあ そうである	そうでは ない	
A	しゃべりだすと、立て続けにしゃべれる方である	1	1	0	点
	自分に都合が悪いことがあると、黙っていたり、事実と違うことを言う	1	1	0	
	荷が重くなると、その人との関係を切る方である	1	1	0	
	気の合う人と話をする時間が必要である	1	1	0	
	疲れると、楽しいことを考えたり、行動したりする方である	1	1	0	
B	着実に一つを片付けないと、次へ進めない方である	1	1	0	点
	単純でわかりやすい方である	1	1	0	
	落ち着きがありのんびりしているが、爆発することがある	1	1	0	
	態度が持続し、急には変えられない	1	1	0	
	上下関係(師弟関係、先輩と後輩等)の中にいることを好む方である	1	1	0	
C	自分に有利になるとしてもお世辞を使うことはできない方である	1	1	0	点
	人と競争するよりも、自分の世界に没頭する方である	1	1	0	
	うそをつけない方である	1	1	0	
	自分の中にズカズカと入ってくるようなタイプは苦手な方である	1	1	0	
	人に認められるよりも、自分を磨くことに喜びがある	1	1	0	

人格気質(宗像2007)

	普段のあなたに該当するところの数字に ○印をつけてください	いつも そうである	まあ そうである	そうでは ない	
D	何事にも生真面目に取り組まないと気がすまない方である	1	1	0	点
	自分の責任を果たすために、無理をしても誠実に行動する方である	1	1	0	
	やり始めたら、完全を求める方である	1	1	0	
	与えられた自分の役割に対して、いい加減に取り組むことはできない	1	1	0	
	決まり事を守らない人を認められない方である	1	1	0	
E	心配性な方である	1	1	0	点
	神経質な方である	1	1	0	
	思い込みやすい方である	1	1	0	
	一度不安になると、いろいろ悩んでしまうところがある	1	1	0	
	疑いが生じると妄想的になるところがある	1	1	0	
F	異質なものに関心を持つ	1	1	0	点
	新奇なものにひかれる方である	1	1	0	
	探求心が人一倍ある方である	1	1	0	
	短気なところがある	1	1	0	
	興味の重点が移り変わりやすい方である	1	1	0	

ストレス気質(宗像2007)

自己理解と他者理解をした上で、他者の気質に応じて期待できることだけを期待して、期待できない期待をやめれば、良好な関係を築くことができます。気質は一生変わることがありません。相手を変えようとするから、関係が悪くなるのです。自分が相手をどう見るか、どう捉えるかが変わると、相手との関係が変わります。

カウンセリングシート1 情緒安定法

— 穏やかな自分を取り戻すイメージ法 —

©宗像2012:改補 橋本・樋口 2017

1. 最近、気になっていることやストレスに感じることは何ですか？書き出してみてください。具体的に書きたくない場合には、Aのこと、Bのこと、というように、自分がわかるように書いて下さい。

2. その気がかりやストレスになっていることを目を閉じて思い浮かべると、からだのどこに違和感を感じますか？複数ある場合には、複数選んでください。そのからだの違和感のストレス度は0～100%でいうと何%ですか？(0%:全くストレスを感じない状態, 100%:ストレスを最大に感じる状態として表しましょう。)

頭, 肩, のど, 首, 胸, 背中, お腹, 腰, 手足など

ストレス度 【 】%

3. では、その違和感のある箇所が、楽になるには、どのような写真や風景や光に守られていると良いでしょうか？シートを見てさがしてみましよう(複数選んでください)。切り取って、自分の好きなように、用紙に並べてください。

4. しばらく、その写真や風景や光にゆったりと包まれ、守られているイメージをしましょう。すると、どんな気持ちになりますか？○をつけてください。

安心, 気持ちがいい, 落ち着く, 楽になる, すっきりする, ゆったりする,
楽しくなる, 自信がつく, エネルギーがわく, 元気になる, 穏やか

四角の中に○がついていないものがある場合には、全てに○がつくように、写真や風景や光を増やしてください。

5. 先ほどのストレス度は何%になりますか？限りなく0%になるようにしましょう。(もし、ストレス度が30%以下に低下しない場合には、写真や風景や光のイメージを追加しましょう。)

ストレス度 【 】% → 0%

6. 作成したシートを見ていると、1. の気がかりについて、どのように感じたり、考えたりするようになりますか？

気にならない, そんなこともあった, 安心した, 大丈夫, こだわりがなくなった,
なるようになる, うまくいきそう
その他:

カウンセリングシート2 あるがままの自己法 —あるがままの自分への気づきを支援するイメージ法—

©宗像2012:改補 橋本・樋口 2017

1. 悩んでいるときは、過去のネガティブな記憶にしばられた考え方や感じ方になっています。この悩みを解決するにあたり、過去のネガティブな記憶にしばられたままでは、良いひらめきや解決策は得られません。まずは、あるがままの自分の考え方や感じ方を取り戻しましょう。
2. 以下の(1)から(3)をイメージしていきます。
 - (1) 人との交流を愉しむ自分を、目をつぶって、思い浮かべましょう。
それは、社交的で、明るくて、人との和を大切にしている自分です。また、他者とのカジュアルな付き合いやざっくばらんな話が得意です。活動的で、素早い対応をしています。柔軟性があり、融通の良さや頭の回転の速さを発揮している自分です。そのようなあなたを思い浮かべるとどうでしょうか？あてはまるものすべてに○をつけてください。

笑顔の自分 穏やかな自分 疲れない自分 素直な自分
自信のある自分 のびのびとした自分 エネルギーのある自分
他者に対して心から思いやりをもった自分 満足な自分
他者に対して心から優しさをもった自分 元気な自分

- (2) 次に、人の世話を愉しむ自分を、目をつぶって、思い浮かべましょう。
それは、落ち着きがあり、礼儀正しいふるまいをする自分です。他者に対して愛情深さがあり、義理人情を大切にします。物事の筋を通した行動をし、単純明快です。根気強さや粘り強さがあります。人に対する面倒見の良さを発揮している自分です。そのようなあなたを思い浮かべるとどうでしょうか？あてはまるものすべてに○をつけてください。

笑顔の自分 穏やかな自分 疲れない自分 素直な自分
自信のある自分 のびのびとした自分 エネルギーのある自分
他者に対して心から思いやりをもった自分 満足な自分
他者に対して心から優しさをもった自分 元気な自分

- (3) 次に、自分の興味や自分の世界で愉しむ自分を、目をつぶって、思い浮かべましょう。それは、物静かで、黙っていることができ、穏やかな自分です。正直で、人を裏切ることもありません。人に寄り添って気持ちを汲み取ります。自分の世界を大切にして、単独行動をしたり、自分自身を極めます。孤独に耐えることもできます。そのようなあなたを思い浮かべるとどうでしょうか？あてはまるものすべてに○をつけてください。

笑顔の自分 穏やかな自分 疲れない自分 素直な自分
自信のある自分 のびのびとした自分 エネルギーのある自分
他者に対して心から思いやりをもった自分 満足な自分
他者に対して心から優しさをもった自分 元気な自分

3. さて、どの自分である時が、最もあなたが笑顔や穏やかな自分であることができ、疲れなんでしょうか？また、他者に対しても、心から思いやりや優しさをもった自分であることができますか？下の3つの自分に順位をつけてみましょう。先ほどの(1)～(3)を見て、○の数が多いものから、1番から3番の順番をつけてください。

- ★() 人との交流を愉しむ自分
- ★() 人の世話を愉しむ自分
- ★() 自分の世界を愉しむ自分

4. それぞれの自分がどれくらいの割合だといいますか？
理想として、それぞれ何%くらいの割合にすると最も快適にいられますか？

- ★ 人との交流を愉しむ自分 ()%
- ★ 人の世話を愉しむ自分 ()% 全体で100%にする
- ★ 自分の世界を愉しむ自分 ()%

あなたの実際の生活(現状)では、どのくらいの割合になっているでしょうか？

- ★ 人との交流を愉しむ自分 ()%
- ★ 人の世話を愉しむ自分 ()% 全体で100%にする
- ★ 自分の世界を愉しむ自分 ()%

5. 快適にいられる割合(理想)と実際の割合(現状)とに差があった方は、実際の割合を快適にいられる理想の割合に近づけていくことが、あるがままの自分で生きることにつながります。あるがままの自分を取り戻すためのイメージワークをしましたが、気づいたことはどのようなことですか？

6. 目を閉じて、あるがままの自分をイメージしてください。また、さきほどの、カウンセリングシート1(穏やかな自分を取り戻すイメージ法)で作成したシートを眺めてください。落ち着きましたか？その穏やかなあるがままの自分だったら、気がかりを持つ自分に対して、どのようなアドバイスをあげたいですか？そのアドバイスは、どのシートの中のどの風景や写真や光をみながらもらいたいのですか？それを眺めながら、自分につぶやいてみてください。

7. さて、最初の気がかりについては、どのように感じたり、どのように考えたりするようになりますか？具体的には、どのような行動が必要ですか？

感じ方や考え方:

具体的な行動:

日常生活や人間関係などの気がかりや不安、ストレスを感じた時(イラっとした時)に、選んだ風景や光のシートを見るようにします。このカードは、イライラや不安といったネガティブな情緒が生じた時に活用すると有効です。自分の情緒を安定させることができます。いつも情緒安定している自分でパートナーや子どもや家族と向き合ったり、考えたり行動をすると良いのです。また、カウンセリングシート2で見出した、「あるがままの自分」で自信のある自分で、ストレス度を下げながら、判断したり、決断したりすると良いのです。

アサーティブな言い方を考えよう

学籍番号 _____

名前 _____

1. あなたは、日頃の人間関係の中で、以下のような伝え方をしていませんか？自分がつい使ってしまう言い方には、()内に○をつけてください。
2. ○をつけた例文を、アサーティブな言い方に換えて、⇒以降に書き込みましょう。余裕があればその他の例文も言い換えてみて下さい。

1. () どうしてこういう事するんだよ ⇒
2. () だから言ったじゃないか ⇒
3. () さっさとしろよ・早くしてよ ⇒
4. () もう～バカなんだから ⇒
5. () 言うことを聞いてくれればいいんだよ ⇒
6. () ぐずぐずしないで ⇒
7. () ちゃんとしろ・ちゃんとしてよ ⇒
8. () もっと頑張れ・もっと頑張らないと ⇒
9. () 勝手にしろ・勝手にすれば ⇒
10. () いつもこうなんだから ⇒
11. () あ～あ、どうするの ⇒
12. () 何度言ったらわかるの ⇒
13. () 仕方ないな～ ⇒
14. () ○○さんはできるのに、あなたはできないんだね ⇒
15. () あっちいけよ・あっち行って ⇒
16. () ダメなものはダメなの ⇒
17. () 関係ないだろ・関係ないでしょ ⇒
18. () やらないでいいから ⇒
19. () いちいち、うるさいな～ ⇒
20. () そんなことやっても無駄だよ ⇒
21. () あなたにできるはずないでしょ ⇒
22. () ○○さんもあなたのこと××って言ってたよ ⇒
23. () ほら、いったこっちゃない ⇒
24. () 当たり前だよ ⇒
25. () おまえのせいだ・あなたのせいだ ⇒

アサーティブな言い方の解答例

1. どうしてこういう事するんだよ
⇒私は、あなたがどうしたいと考えているのか知りたい。
⇒私は、あなたがこのようにしたのは何か理由があると考えている。どういう思いがあるか教えてほしい。
2. だから言ったじゃないか
⇒私は、～というように言ったつもりだった。どのように伝わっていたか教えてくれる？
3. さっさとしろよ・早くしてよ
⇒私は今時間に間に合うか焦っている。急いでもらえると助かるので協力してくれる？
4. もう～バカなんだから
⇒私はあなたのことが気になっているんだけど、本当はどうしたいの？
5. 言うことを聞いてくれればいいんだよ
⇒私は～について協力してもらえると嬉しい。
6. ぐずぐずしてないで
⇒私は、急がないと間に合わないのではないかと心配しているよ。
7. ちゃんとしろ・ちゃんとしてよ
⇒私はあなたに～であってほしいと願って応援しているよ。
8. もっと頑張れ・もっと頑張らないと
⇒私はあなたに頑張ってもらいたいと思って応援している。何か手伝えることがあったら言ってほしい。協力するよ。
9. 勝手にしろ・勝手にすれば
⇒私はあなたがどう考えているか知りたい。
10. いつもこうなんだから
⇒私はあなたの考えが知りたいのだけれど、こうなったわけを教えてください？
11. あ～あ、どうするの
⇒私は、どうしてあげたらいいかな？何か手伝えることがあったら言ってね。
12. 何度言ったらわかるの
⇒私は～と伝えたくてもうだけど、どのように伝わっていたか教えてください？
13. 仕方ないな～
⇒今回は時間が限られているから、お手伝いさせてもらおうよ、いいかな？
14. ○○さんはできるのに、あなたはできないんだね
⇒私はあなたに～してほしいと思っているよ。

お願いごとゲーム
～感情と態度の評価シート～

学籍番号 _____

氏名 _____

1回目	判定する人:
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 言わずに受身な態度 はっきり言い, かつ相手を尊重した態度 言い過ぎな態度 </div>
お願いする人: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> この人への感情 -- - ± + ++ </div>	
お断りする人: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> この人への感情 -- - ± + ++ </div>	
3人の1回目の評価を見せ合い, どう改善すれば3人の感情評価が全て++になるか話し合ってください。	

2回目	判定する人:
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 言わずに受身な態度 はっきり言い, かつ相手を尊重した態度 言い過ぎな態度 </div>
お願いする人: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> この人への感情 -- - ± + ++ </div>	
お断りする人: <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> この人への感情 -- - ± + ++ </div>	
3人の2回目の評価を見せ合い, どう改善すれば3人の感情評価が全て++になるか話し合ってください。	

お願いごとゲーム ～感情と態度の評価シート～

3回目	判定する人:
	言わずに受身な態度 はっきり言い、かつ相手を尊重した態度 言い過ぎな態度
お願いする人: この人への感情 -- - ± + ++	
お断りする人: この人への感情 -- - ± + ++	

3人の3回目の評価を見せ合い、どう改善すれば3人の感情評価が全て++になるか話し合ってください。

- ① 自分はお願い上手、お断り上手どちらだと思いましたか？その理由は？

- ② 自分のことで気がついたこと、感じたことはどのようなことですか？

- ③ 自分の良かった点と改善点をそれぞれ3つあげてください。

- ④ 日常生活で人に依頼したり、依頼を断らなくてはならない場面はたくさんあります。様々な場面で効果的なコミュニケーションをとれるように3人で考えてみましょう。
 - ① どのようにお願いすると相手は喜んで引き受けたいになったり、思わず引き受けたいくなるのでしょうか？
お願い上手になるための3つのコツは？

 - ② どのようにお断りすると相手が納得したり、お互いに相手を尊重し大切にしたい気持ちになるのでしょうか？お断り上手になるための3つのコツは？

業績

1. 原著論文(別添)

福田佳奈子, 水上勝義(2019):女性の更年期症状および心理的健康と情緒的サポートの関連～婚姻状態別の検討～. 日本未病システム学会雑誌 25(2):1-9.

2. 報告

福田佳奈子, 橋本佐由理(2019):茨城体育学会平成 29 年度研究奨励金報告「更年期女性における更年期症状の軽減や心理的健康を高めるセルフケアプログラムの検討」. いばらき健康・スポーツ科学 35:59-65.

謝辞

研究を遂行し、学位論文をまとめるにあたり、多大なご指導とご尽力をいただきました水上勝義先生に深謝いたします。ならびに、故橋本佐由理先生に深謝いたします。

水上先生には、投稿論文の書き方、博士論文の書き方をわかりやすく丁寧に個別指導いただきました。ご多忙の中、常に迅速なご対応やご指導をいただきました。1年半という短い期間でしたが、水上先生のご指導がなければ、これほど順調に原著論文や博士論文を仕上げることはできなかつたと思います。水上先生の的確で合理的な指導やアドバイスによって、論文を仕上げることができました。心から深くお礼申し上げます。誠にありがとうございました。

故橋本佐由理先生には、調査や介入手法、博士論文構成の指導をいただきました。私が子育て中であることを常に配慮いただき、履修等に関する助言もいただきました。学生のことを最優先に考えて下さる先生で、いつも笑顔だったことが忘れられません。橋本先生に原著論文や博士論文の完成を見ていただけないことが残念でなりません。橋本先生の笑顔を思い浮かべ、心からの感謝の言葉を述べたいと思います。誠にありがとうございました。

学位論文の審査に際し、ご助言、ご指導をいただきました、杉江先生、岡本先生、根本先生に、深く感謝いたします。ご多忙の中、ご指導や審査会の時間を調整くださり、ありがとうございました。お陰様で、論文の完成度を高めることができました。

そして、水上研究室および元橋本研究室秘書の亀田美穂さんには、介入研究等で多大なご協力をいただきました、心から感謝いたします。亀田さんには、介入研究時のみならず、博士課程在学中の5年間を通じて、励ましの言葉や多くの労いをいただきました。また、先生と学生とのコミュニケーションの円滑化にきめ細かな配慮をいただきました。本当にありがとうございました。

橋本研究室の修了生である蓮井貴子先生には、統計解析について、いつでも快く相談に乗っていただきました。真崎由香先生には、研究倫理申請や介入方法について

て相談に乗っていただきました。いざという時に、相談できる先輩がいて下さったことは非常に心強いものでした。ありがとうございました。

共に研究を進めてきた、中村光汰さん、小林好信さん、松本敦子さん、磯田恭子さん、青木楓さんとは、少しの間でしたが仲間として励まし合い、共感しあうことができました。指導教員の逝去という悲しみや戸惑いは、仲間がいたからこそ乗り越えることができたと思っています。

介入研究にご協力いただいた対象者の皆様からは、研究への協力だけでなく、温かい励ましや応援のメッセージをいただきました。同世代の女性からのメッセージは心温まるもので、一期一会の出会いの大切さを知りました。

大学院入試から今日まで、これまでの日常とかわらない温かで冷静な目で私を見て、物心両面で支えてくれた夫に感謝いたします。夫の理解がなければ達成できることではなかったと思っています。

最後に、大学院修士課程への進学を機に、故郷である札幌を離れ、就職、結婚等、人生のイベントをつくばの地で過ごし、二度目の大学院を経験しました。21年前、母の逝去から間もない時期にも関わらず、娘である私の筑波大学への進学を支援してくれた父に感謝いたします。