

日本性学会雑誌第8巻1号 平成2年5月1日発行

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.8 NO.1 MAY.1990



日本セックス・カウンセラー・セラピスト協会
JAPANESE ASSOCIATION OF SEX COUNSELORS AND THERAPISTS

目 次

巻 頭 言	松 本 清 一.....	1
男子尿道炎における Chlamydia trachomatis 感染症の迅速診断法の検討 —— Chlamydia Testpack™ の有用性について —— 山越昌成・重城 裕・平野昭彦・長田尚夫.....		3
老化と性生理 —— 婦人科 ——	亀 谷 謙.....	8
タイの保健社会問題の一面と性教育見聞	武田 敏・岩崎秀昭 ...	15
精神科看護婦と性.....	川 野 雅 資 ...	20
性治療技法 —— カプランの New Sex Therapy.	阿 部 輝 夫 ...	26
性恐怖（性嫌悪）	野 末 源 一 ...	30
編 集 後 記		32

男子尿道炎における *Chlamydia trachomatis*

感染症の迅速診断法の検討

— *Chlamydia Testpack*TM の有用性について —

聖マリアンナ医科大学附属東横病院泌尿器科 (部長: 平野昭彦) 山 越 昌 成

重 城 裕

平 野 昭 彦

聖マリアンナ医科大学泌尿器科学教室 (主任: 長田尚夫教授) 長 田 尚 夫

はじめに

Chlamydia trachomatis (*C. trachomatis*) による性器感染症は Sexually transmitted diseases (STD) のなかでも最も多い疾患と考えられている。1980年代にはいり、従来の細胞培養法に加えて、より簡便な *C. trachomatis* 検出法が種々開発されるに及び、更に *C. trachomatis* 感染の流行が明らかとなってきた。

これらの簡便な検査法のうち、*Chlamydia-zyme*TM は約 4.5 時間、*Micro Trak*TM は約 1 時間で診断を可能としているが、吸光度計や蛍光顕微鏡などの装置を必要とするため外来診療の場で初診時に結果を知ることはまず不可能であった。

これに対し、淋菌感染症は分泌物のグラム染色にて初診時にほぼ診断でき、適切な薬剤の投与と患者に対する指導が従来より可能であった。*C. trachomatis* に関しても初診時に診断が可能な検査方法が外来診療の場では切望されていた

最近、米国 Abbot 社にて開発された *C. trachomatis* 検出キットである *Chlamydia Testpack*TM は結果判定まで約 20 分と迅速で特殊な器材を必要としない簡便な方法である。今回、男子尿道炎につき、この *Chlamydia Testpack*TM により *C. trachomatis* の検出を試み、すでに臨床で使用されている *Chlamydia-zyme*TM

ならびに *Micro Trak*TM との比較を中心に検討したのでその成績を報告する。

対 象

1988 年 9 月より同年 12 月までに聖マリアンナ医科大学泌尿器科を受診した男子尿道炎患者 38 例のうち同時に行った *Chlamydia-zyme*TM と *Micro Trak*TM の結果が一致した 36 例につき、これら 2 法の結果と *Chlamydia Testpack*TM の結果を比較検討した。このうち、*C. trachomatis* 陽性の 11 例では抗菌薬投与後の *C. trachomatis* の推移についても検討した。また、1990 年 1 月より同年 5 月までに聖マリアンナ医科大学附属東横病院泌尿器科を受診した男子尿道炎患者 36 例のうち *Chlamydia Testpack*TM にて *C. trachomatis* 陽性と判定された 13 例については抗菌薬投与後の *C. trachomatis* の推移を *Chlamydia Testpack*TM の結果をもとに検討した。

方 法

*Chlamydia-zyme*TM ならびに *Micro Trak*TM は既報の方法に従って行った^{1,2)}。*Chlamydia Testpack*TM 用の検体は *Chlamydia-zyme*TM 用の検体と同じ綿棒、容器にて採取し、直ちに検査しない場合は 4℃ で冷所保存して 48 時間以内に検査を行った。*Chlamydia Testpack*TM の

測定原理を図1に、キット内容を表1に、検査手順を図2図にそれぞれ示す。C. trachomatis



図1 測定原理

表1 Chlamydia Testpack™ 法
検査キットの構成

(抽出試薬)

試薬A：リン酸緩衝液

試薬B：0.5M dithiothreitol

(抗原・抗体、酵素反応試薬)

試薬C：リン酸緩衝液

試薬D：抗C. trachomatisウサギ抗体

試薬E：β-ガラクトシダーゼ標識

抗ウサギIgGヤギ抗体

試薬F：1.0M NaCl

試薬G：基質・発色剤；1.6%クロモゲン

(付属品)

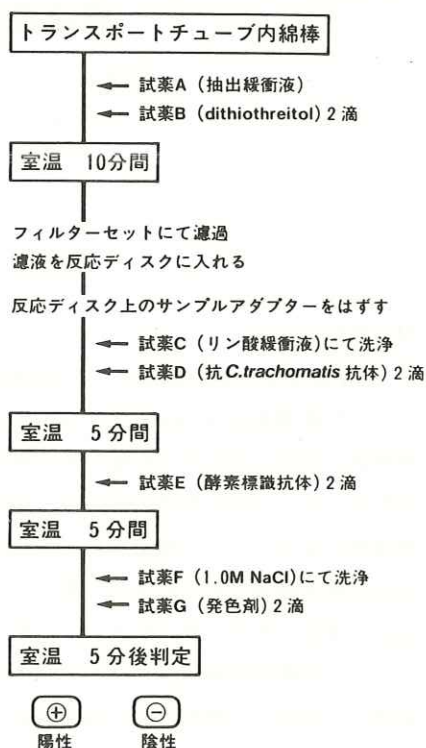
反応ディスク

フィルターセット

試薬A.C.F用スポイト

陽性例では検体中のC. trachomatisが反応ディスク上に吸着され、さらに抗C. trachomatis抗体、β-ガラクトシダーゼ標識抗IgG抗体と反応し、図1のような物質を形成する。これに発色剤が加わり、赤色の発色がおこり、反応ディスク上に(+)が表示される。実際の検査手順は、①試薬A(抽出用緩衝液)を付属のスポイトで綿棒のいったトランスポートチューブに加える。②試薬B(dithiothreitol)を2滴加えて10分間静置後、ボルテックスミキサーで15秒間、

図2 Chlamydia Testpackの操作方法



3回攪拌した後、綿棒は廃棄する。③フィルターカップへ検体を移した後、キャップをしたフィルターチューブを押し下げる。④フィルターチューブから反応ディスクに検体を移す。試薬C(リン酸緩衝液)を反応ディスクに注入する。⑤試薬D(抗C. trachomatis抗体)を2滴、滴下し5分間静置。⑥試薬E(酵素標識抗体)を2滴、滴下し5分間静置。⑦試薬F(1.0M NaCl)で洗浄。⑧試薬G(発色剤)を2滴、滴下し5分後に判定する。1990年5月より使用しているキットでは綿棒がダクロン製となったため、はじめの室温10分間放置のステップが不要となっている。判定は反応ディスクが(+)に赤色した場合を陽性、(-)に赤色した場合を

陰性とした。

抗菌薬投与後の *C. trachomatis* の推移については Ofloxacin 600mg/日投与後、7日目、14日目の Chlamydia TestpackTM の判定結果を ChlamydiazymeTM の判定結果と比較検討した。

結 果

治療前の検体36例における ChlamydiazymeTM と Micro TrakTM の共通の結果 Chlamydia TestpackTM の結果を表2に示す。ChlamydiazymeTM、Micro TrakTM ともに陽性の13例中11

表2 Chlamydiazyme ならびに Micro Trak の結果と Chlamydia Testpack の結果の比較

		Chlamydiazyme・Micro Trak		計
		+	-	
Chlamydia Testpack	+	11	0	11
	-	2	23	25
計		13	23	36

陽性一致率 11/13 : 84.6%
陰性一致率 23/23 : 100%

例は Chlamydia TestpackTM でも陽性を示し、陽性一致率は 84.6% であった。同様に ChlamydiazymeTM、Micro TrakTM ともに陰性の23例では Chlamydia TestpackTM でも全例が陰性で陰性一致率は 100% であった。ChlamydiazymeTM ならびに Micro TrakTM が陽性で、Chlamydia TestpackTM が陰性を示した2例はいずれも ChlamydiazymeTM の Net 吸光度が 0.500 以下、Micro TrakTM での EB 数が 100 個/全視野以下の検体であった。

Ofloxacin 600mg/日投与後7日目、14日目の *C. trachomatis* の消失率について、ChlamydiazymeTM ならびに Chlamydia TestpackTM の判定結果を図3に示す。投与7日目では ChlamydiazymeTM の判定で9例中8例が *C.*

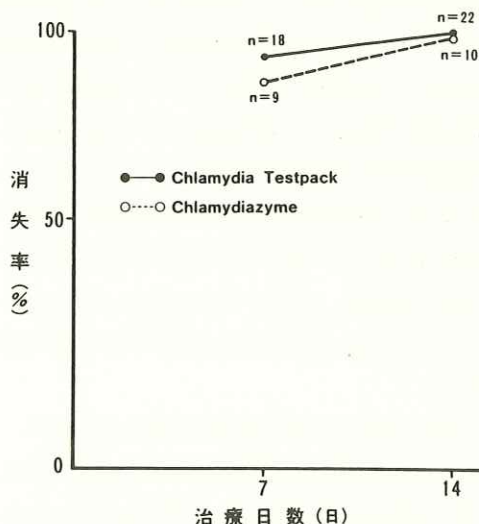


図3 Ofloxacin 600mg/日投与後の *C. trachomatis* の消失率

trachomatis 陰性となり消失率は 88.9%, Chlamydia TestpackTM の判定では18例中17例が *C. trachomatis* 陰性となり消失率は 94.4% であった。投与14日目では ChlamydiazymeTM の10例、Chlamydia TestpackTM の22例の全例で *C. trachomatis* は陰性化し、いずれの方法でも消失率は 100% であった。

考 察

現在、確立されている *C. trachomatis* の検出方法には細胞培養法、Micro TrakTM (直接蛍光抗体法)、ChlamydiazymeTM (酵素抗体法) などがある³⁻⁵⁾。細胞培養法では結果が出るまでに最低48時間、Micro TrakTM で約1時間、ChlamydiazymeTM で約4.5時間を要し、それぞれ特殊な設備・手技、蛍光顕微鏡、吸光度計などを必要とするため、少数の検体の結果を短時間に知りたいときには不向きであるという欠点があった。今回、検討した Chlamydia Test-

packTMは最近のキットでは約20分の所要時間で、単一の検体でも特別な装置なしで検査可能なため、外来診療の立場からすると使用しやすい検査法である。外来初診時に *C. trachomatis* の有無が判明することの利点としては *C. trachomatis* 感染症に対する適切な薬剤の選択が可能であること、患者自身に結果を知らせることにより服薬コンプライアンスが上昇し、さらには drop out の防止にもつながることが予測される。

しかしながら、男子尿道炎症例における *C. trachomatis* 検体の採取はかなりの疼痛を伴うため、Chlamydia TestpackTMを臨床応用するには相応の高い信頼性が要求される。今回の成績をみると ChlamydiazymeTMと Micro TrakTMの結果が一致した症例の成績に対する Chlamydia TestpackTMの成績は抗菌薬投与前で陽性一致率は84.6%、陰性一致率は100%となり、高い陽性ならびに陰性一致率が得られた。ChlamydiazymeTM、Micro TrakTMともに陽性で Chlamydia TestpackTM陰性の2症例はいずれも ChlamydiazymeTMの吸光度が0.500以下、Micro TrakTMでの基本小体数が100個/全視野以下で、比較的に抗原量の少ない検体であり、不一致の原因として Chlamydia TestpackTMの感度がやや低いことが考えられた。これは岡崎ら⁶⁾も指摘しており、Chlamydia TestpackTMを使用する際に弱い感染の場合、偽陰性が生じる可能性に注意する必要があると考えられた。抗菌薬投与後の *C. trachomatis*の消失率に関しては ChlamydiazymeTMと Chlamydia TestpackTMの結果はほぼ同様で治療効果判定にも有用と考えられた。前述した、初診時に患者自身に結果を知らせられる事によるメリットについては今後、症例を重ねて検討する予定であるが、現時

点でも Chlamydia TestpackTMは迅速かつ簡便で早期診断という点で臨床的に有用な検査法と考えられた。

結 語

- 1) 1988年9月より同年12月までに聖マリアンナ医科大学泌尿器科を受診した男子尿道炎患者38例のうち ChlamydiazymeTMと Micro TrakTMの結果が一致した36例についてこの2法の結果と Chlamydia TestpackTMの結果を比較検討した。また、抗菌薬投与後の *C. trachomatis*の推移については1990年1月より同年5月までに聖マリアンナ医科大学附属東横病院泌尿器科を受診した *C. trachomatis*陽性男子尿道炎患者13例も加えて、*C. trachomatis*の消失率から ChlamydiazymeTMと Chlamydia TestpackTMの結果を比較検討した。
- 2) 治療前の症例では ChlamydiazymeTMと Micro TrakTMの結果に対する Chlamydia TestpackTMの結果は陽性一致率84.6%(11/13)、陰性一致率100%(23/23)であった。抗菌薬投与後の *C. trachomatis*の推移については ChlamydiazymeTMと Chlamydia TestpackTMはほぼ一致していた。
- 3) ChlamydiazymeTMの吸光度が低く、Micro TrakTMでの基本小体数が比較的に少ない *C. trachomatis*陽性症例では Chlamydia TestpackTMの結果が陰性となる傾向がみられ、Chlamydia TestpackTMの感度は他の抗原検出法に比べて若干低いと考えられた。しかしながら、その迅速かつ簡便な点から、Chlamydia TestpackTMは日常検査として有用性の高い検査法と考えられた。

文 献

- 1) 山越昌成, 長田尚夫, 中目真理子, 西田信一, 中村正夫: 男子尿道炎患者における *Chlamydia trachomatis* 検出法としての *Chlamydiazyme*TM の検討。
臨床病理, 35:183-186, 1987.
- 2) 西田信一, 中村正夫, 長田尚夫, 山越昌成, 後藤真理子: 尿道炎患者材料からの *Chlamydia trachomatis* の検索。
聖マリアンナ医大誌, 12:322-329, 1984.
- 3) Kuo, C.C., Wan, S.P., Wentworth, B.B. and Grayston, J.T.: Primary isolation of TRIC organism in HeLa 229 cells treated with DEAE dextran. J. Infect. Dis., 125:665-668, 1972.
- 4) 西浦常雄, 加藤直樹, 中尾 亨, 熊本悦明, 橋爪 壮, 北川龍一, 林 康之, 中村正夫, 長田尚夫, 小島弘敬, 赤尾頼幸, 萩原敏且, 藤森一平, 高瀬善次郎: FITC 標識モノクローナル抗体 (Micro Trak 法) による *Chlamydia trachomatis* の検出。感染症誌, 58:1305-1314, 1984.
- 5) 加藤直樹, 坂 義人, 西浦常雄, 熊本悦明, 橋爪 壮, 小島弘敬, 斎藤 功, 長田尚夫, 野口昌良, 中野 博: *Chlamydia trachomatis* 感染症診断試薬としての *Chlamydiazyme*TM の有用性。尿路性器感染症における検討。感染症誌, 60:378-386, 1986.
- 6) 岡崎武二郎, 町田豊平, 小野寺昭一: *Chlamydia Testpack*TM の臨床応用。臨床と微生物, 16:369-374, 1989.

老 化 と 性 生 理

— 婦 人 科 —

小山田記念温泉病院

婦人科 亀 谷 謙

筆者に与えられたテーマは、老化と性生理ということである。老化という言葉には漠然としたイメージをどの年代に思い浮かべるであろうか。そして老いるということと性はどのようにかかわっているのだろうか。

筆者は性生理を科学的に解明するため、先づ性交回数の減少という点から性生理の総括的狀態を捉えたいものと研究をしているが、その一端を紹介したい。

性交回数減少の推移の研究は、筆者の「正常の老化 Natural Senility」の研究の一部であるので、併せて性生理にかかわりのあるいくつかの問題点を提示したい。

一般の人達が、常識的に年をとったと感じる症状の中から項目を選び、表1の如く

- A. 更年期障害に関係の深い症状（更と略す）、
B. 老化に関係の深い症状（老と略す）に分類した。

表1 症状の分類

- A. 更年期障害に関係の深い症状（更）
 身体的ふしめ
 易疲労性、動悸息切れ、肩凝り腰痛、
 手足の冷え、しびれ、のぼせ発汗
 精神的ふしめ
 入眠障害、夜間覚醒、いらいら、
 頭痛、根気の無さ、おっくう
B. 老化に関係の深い症状（老）
 身体的ふしめ
 視力の衰え、聴力の衰え、歯牙の欠損、
 夜間頻尿、性交回数減少
 精神的ふしめ
 もの忘れ、早朝覚醒、処理能力低下、
 老齢年金の心配、子供の将来の心配

データーの基となった対象は60歳の男性とその配偶者81組、162名である。

性交回数の減少の調査に対する設問は「10年前と比べ性交回数が減りましたか」であり、男性ではその問いに対して回答のあったもの77例で95.1%の回答率であった。そのうち減少したと答えたもの75例で97.4%であった。

減少していないと答えた2名の男性の中、1名は減少しないまま最近死亡したとのこと（妻の回答）、もう1名はアンケート時減少せずと答えた。後者が現時点で依然として元気なのかは判明していない。

同じ設問に対し女性の回答者は66例で81.5%の回答率であった。その中減少したと答えたものの61例で92.4%であった。

以下のデーターの基になった対象は、女性が婦人科手術で子宮、卵巣を摘出した11例を除いた70組、140名である。

閉経後1年を経過していない例は最終月経の年に未閉経として扱った。

I}-1) 女性の性交回数の減少年齢（Sex Fと略す）と閉経年齢（Meno Fと略す）との関係を上記母集団について見ると、Kaplan-Meier法に準じた出現曲線（図1）から分かるようにこの2つの出現曲線はほぼ一致している。

またこれらの出現曲線に近い自覚症状の項目は視力の衰え老眼鏡の使用（Vis Fと略す）であった（図2）。

因に、男性の性交回数の減少年齢（Sex M

と略す)の50%が出現する年齢は55.1歳(図3)
(表2, 3), 平均値 Average は 53.8 ± 4.1 歳
であった。

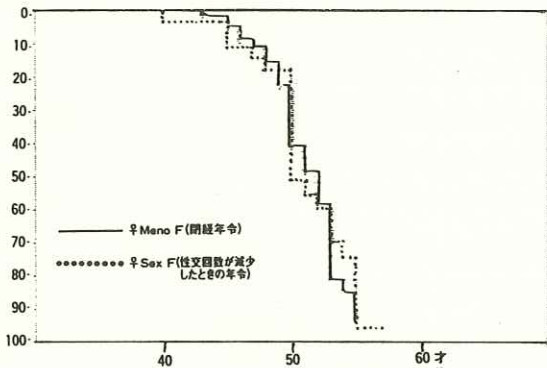


図1 女性の閉経と性交回数
減少年令の出現曲線

女性の老化に関係の深い症状の発現曲線(2)

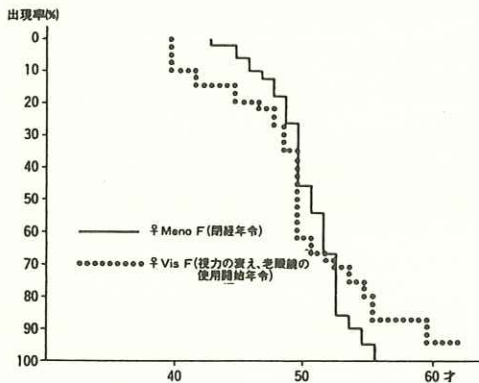


図2

女性の性交回数の減少年齢 Sex F の50%が出現する年齢は50.0歳(表2, 3), 平均値 Average は 50.0 ± 3.7 歳, 中央値(中位数) Median 50.0, 最頻数 Mode 50.0 であった。

閉経年齢の60歳までに50%が出現する年齢は51.0歳(表2, 3), 平均値 Average は 50.2 ± 2.7 , Median 50.0, Mode 50.0 であった。

現在まで, 閉経年齢に就いては数多くの研究

男性の老化に関係の深い症状の発現曲線(1)

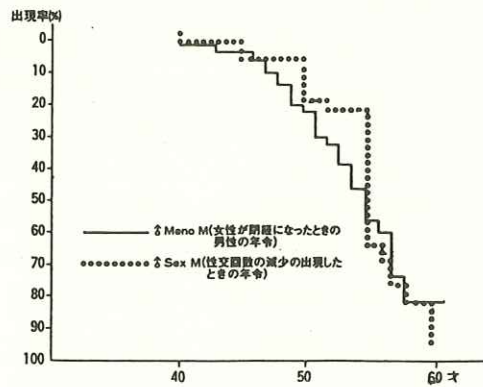


図3

表2 出現曲線のリスト

60才までに50%が出現する症状

- A. 女性の更年期障害に関係の深い症状の出現曲線
 - 1) Ortho F (肩凝り, 腰痛, 手足の冷え, しびれの出現年令)
 - 2) Fatig F (疲れ易くなった年令)
- B. 女性の老化に関係の深い症状の出現曲線
 - 1) ♀ Meno F (閉経年令)
 - 2) ♀ Sex F (性交の回数の減少したときの年令)
 - 3) ♀ Sex M (男性の性交回数の減少の出現したときの女性の年令)
 - 4) Vis F (視力の衰え, 老眼鏡の使用開始年令)
- A. 男性の更年期障害に関係の深い症状の出現曲線
 - 1) Ortho M (肩凝り, 腰痛, 手足の冷え, しびれの出現年令)
 - 2) Fatig M (疲れ易くなった年令)
- B. 男性の老化に関係の深い症状の出現曲線
 - 1) ♂ Meno M (女性が閉経になったときの男性の年令)
 - 2) ♂ Sex M (性交回数の減少したときの年令)
 - 3) ♂ Sex F (女性の性交回数の減少の出現したときの男性の年令)
 - 4) Vis M (視力の衰え, 老眼鏡の使用開始年令)
 - 5) Early Aw M (早朝覚醒しやすくなった年令)

があるが, 上述の平均値, 中央値, 最頻数等は代表値を示しているものであり, 個々の要素を検討するには本研究で使用した Kaplan-Meier 法

表3 症状と出現年令

女 性		20% が出現 する年令	50% が出現 する年令	80% が出現 する年令	80%年令 -20%年令
1)	Vis F (老)	46.9	50.0	56.0	9.1
2)	Sex F (老)	47.9	50.0	55.0	7.1
3)	Meno F (老)	49.0	51.0	52.9	3.9
4)	Sex M (老)	46.9	51.0	53.1	6.2
5)	Ortho F (更)	44.9	53.0	59.1	14.2
6)	Fatig F (更)	51.9	56.0	60.0	8.1

男 性		20% が出現 する年令	50% が出現 する年令	80% が出現 する年令	80%年令 -20%年令
1)	Vis M (老)	44.9	50.0	55.0	10.1
2)	Meno M (老)	49.0	54.9	58.0	9.1
3)	Sex M (老)	49.9	55.1	58.0	8.1
4)	Sex F (老)	49.9	55.1	57.9	8.0
5)	Ortho M (更)	49.9	55.1		
6)	Fatig M (更)	54.9	59.2		
7)	Early Aw M (老)	55.9	60.0		

(老)：老化に関係の深い症状

(更)：更年期障害に関係の深い症状

に準じた出現曲線は各年齢の推移がよく分かり有効であると考ええる。

女性の更年期障害に関係が深いと考えられる症状である肩凝り、腰痛（Ortho Fと略す）や疲れ易さ（Fatig F と略す）の出現曲線は閉経のそれからかなりずれているのに（図4）、老化に関係の深い症状と考えた項目（視力の衰え、性交回数の減少等）の出現曲線は閉経のそれからかなり近似していた（図1、図2）。このことは、老化、言い替えば、“正常の老化”或いは“Natural senility”の追究に緒口を与えるものと考ええる。

また現在まで一般に、老化と考えられていた

女性の更年期障害に関係の深い症状の出現曲線

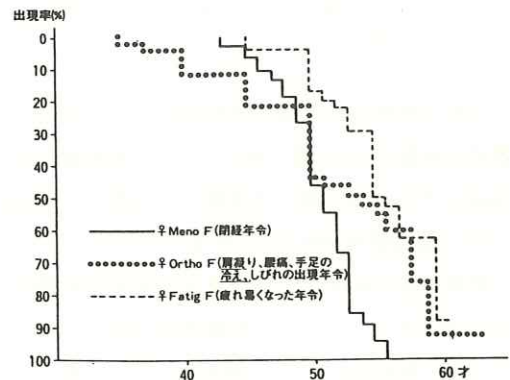


図 4

症状の中には中高年老年に起こり易い症状または疾病で有り、避けられない自然老化現象ではないもののがかなり含まれていることも考えられる。従って、治療、予防、更には健康増進の可能性が示唆された。

性交回数調査に就いては、キンゼイの報告があり、男女とも30歳にピークがあり、週5回、その後漸次減少して、50歳代で週2回、60歳代で週1回となるという。

本研究は性交回数の数値までは調査しなかったが、回数の減少したと感ずる年齢を調査した。従って社会心理的要因も関与しているとはいえず、性能力の急激な低下の総括的な状態を調査出来たものとする。

本研究における閉経に伴う急激な性交回数の減少の事実は性生理の自然現象の要素も大きい、社会心理的なイマジネーションも関係しているものと思われる。即ち大きい要因として「生理が止まればもう年だ。」更には「生理が止まったからもう女ではないんだ」等のイマジネーションを本人が持つばかりでなく、社会に対しても恥しい等のプレッシャーもあるであろう。また男性に対する不信感も手伝って、Sex に対する拒否反応がこうじてくると、身体的にも正常の性反応即ち性器の血管の充血、性器の膨張、膣の潤滑化もおこりにくくなる。それで性行為の再開が益々困難となる。又そういう女性の拒否反応が男性のインポテンスを引き起すことは当然で、Circulus vitiosus を繰返すことになる。

本研究では、男性の性交回数が減少したと意識する年齢は55歳、女性の意識する年齢は50歳であった。

この時期に性交回数の減少を意識することは事実として受け入れるとして、その後の性生活

の質の問題は今後の課題である。

Sex ふしめ出現曲線と閉経出現曲線の一致は、性欲、性能力が内分泌状態に、ひいては卵巣の状態、子宮、膣の状態に影響されることを示唆している。

平成元年度に調査した本研究は夫60歳とその妻のグループであったので夫は調査の時期に全例生存していた。その後平成2年度には妻60歳とその夫のグループを調査し、夫のいない又は閉経までに夫の死亡した群では閉経が早く出現する事実が確認できた。このことは夫が健在なことは内分泌機能、性機能を含めて健康につながることを示唆している。

閉経後、膣は萎縮し、乾燥し、弾力性がなくなる。電子顕微鏡的には細胞間隙が狭くなり、細胞の大きさも小となる(図5、図6)。粘滑液を貯蔵すると考えられる滑面小胞体(図7)は殆どみられなくなり老化の特徴を持つようになる。若くても性交回数の少ない女性はこの所見が早い時期に現れる。その反対に老いても精

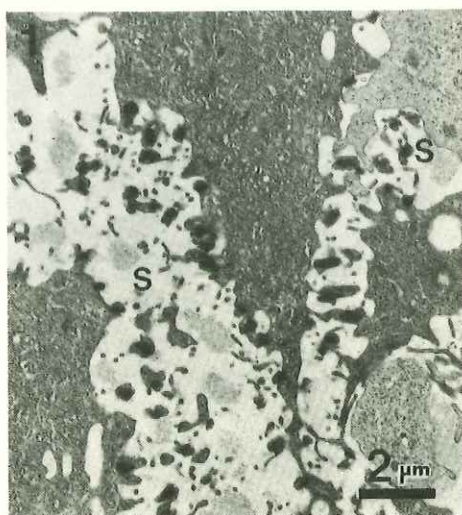


図5 20歳 膣 基底層、旁基底層
S: 細胞間隙

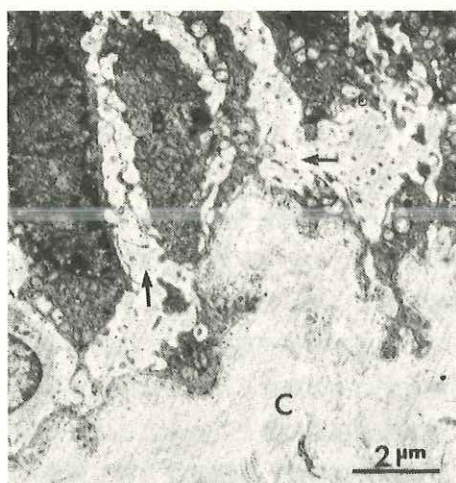


図6 61歳 腔 基底層
細胞間隙(↑)の広さが20歳時の
1/3以下になる。

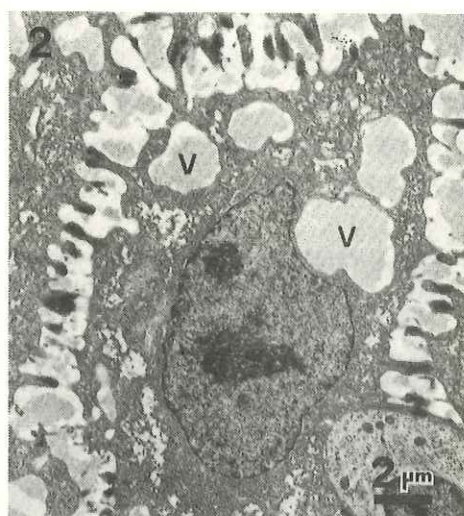


図7 20歳 腔 移行層
血漿と同じ電子密度の内容を含
んだ大空胞(V)が多数見られる。

神的身体的に性行動の続いているひとは腔粘滑液が出やすい。

これらの所見は上述の事実を裏付けしている。
男性の老化についての概念も同様の観点より

観察すると興味深い。

次に

1) - 2) 各個人について上記身体的症状(表1)の各項目の出現年齢の平均を身体的ふしめ年齢(男性のそれをPhy M, 女性のそれをPhy Fと略す), 精神的症状の各項目の出現年齢の平均を精神的ふしめ年齢(男性のそれをPsy M, 女性のそれをPsy Fと略す), とした。

これらの出現曲線より, 50%が出現する項目と年齢は, 表4の如くである。

表4

身体的ふしめ, 精神的ふしめ, Sex ふしめ
がそれぞれ20%, 50%, 80%出現する年齢

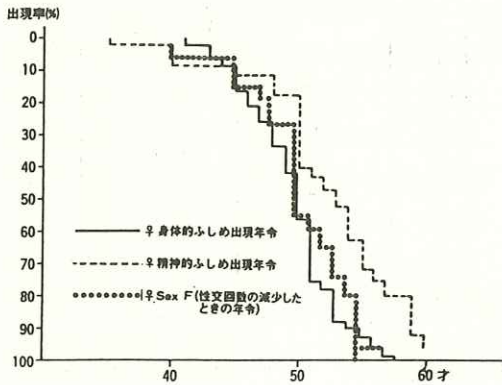
女 性	20% が出現 する年齢	50% が出現 する年齢	80% が出現 する年齢
1) Phy F	48.8	50.0	51.6
2) Psy F	50.0	51.6	59.0
3) Sex F	47.9	50.0	55.0
4) Meno F	49.0	51.0	52.9

男 性	20% が出現 する年齢	50% が出現 する年齢	80% が出現 する年齢
1) Phy M	50.0	54.1	56.0
2) Psy M	55.1	58.1	60.0
3) Sex M	49.9	55.1	58.0

a) 女性でPhy FとPsy F及びMeno F, Sex Fの出現曲線を重ねてみると, Phy FがPsy Fより早く出現するものが多い。前述の如くSex Fの出現曲線はMeno Fのそれに近似し, Phy FとPsy Fのその中間にある(図8)。

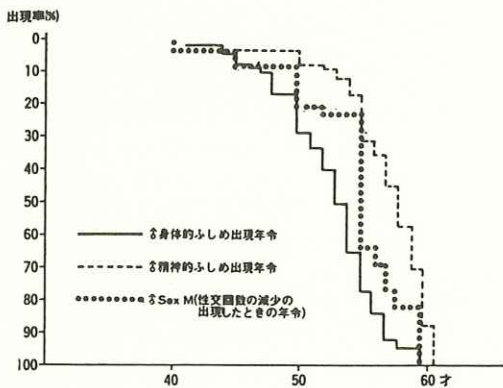
この成績に依り, 女性は, 身体的「ふしめ」が先ず出現し, その後, 閉経及び性交回数減少が出現し, 最後に精神的「ふしめ」が出現することが分る。

図8 女性の身体的ふしめ、精神的ふしめ及びSexふしめの出現曲線



b) 男性では、Phy M、Psy M及びSex Mの出現曲線を重ねてみると図9の如く、女性の場合と同じ様に、Sex MはPhy MとPsy Mの中間に位置して、立ち上がりも急激である。

図9 男性の身体的ふしめ、精神的ふしめ及びSexふしめの出現曲線



この成績より、男性は女性の様な閉経というはっきりした急激な老化現象はないが、女性の性交回数減少年齢の出現曲線が閉経のそれと近似していること、男性の性交回数減少年齢の出現曲線が女性のそれと同様、身体的ふしめと精神的ふしめの中間に位置することより、男

性の性交回数減少年齢が女性の閉経に相当すると考えてもよいと思われる。

II) 夫婦の年齢差の閉経及び性交回数減少年齢に及ぼす影響について検討した

年齢差が、夫>妻(5歳以上)をA群、夫>妻(4歳-1歳)をB群、夫<妻をC群とし、各群間でt検定をおこなったところSex Fは各群で有意差がなかったが、Sex MはA群55.3±3.4歳 n=14、B群54.8±2.8歳 n=19、C群50.6±5.7歳 n=10で、A群とB群とでは有意差が無いが、B群とC群とでは $p < 0.05$ A群とC群とでは $p < 0.02$ と有意差があった。(図10)

このことから、男性の方が女性より年上で、年齢差が大きい群の方が男性のSex回数減少の年齢は後年におとずれる。即ち、男性のSexは持続すると言える。

上記A群、B群、C群間のt検定でMeno FはA群51.0±2.0歳 n=17、B群50.8±2.9歳 n=23、C群48.7±2.5歳 n=10でA群とB群とでは有意差が無いが、B群とC群とでは $p < 0.1$ 、A群とC群とでは $p < 0.02$ と有意差があった。(図10)

以上の成績より、夫婦の年齢差が大きい方が閉経は遅く来ることが分かる。閉経年齢は時代、人種、生活環境で変わらないと主張する研究者が多いが、それは全体の平均値を示しているに過ぎないのであり、個々の要素を詳細に検討すれば、閉経年齢に影響している因子もあることに注意が喚起されるべきことを示唆している。

以上述べた如く、男女とも性交回数の減少という身体的老化減少は避けられないが、「性欲は墓場まで」という言葉は精神面を表現したもののと思われる。

厚生省人口問題研究所の昭和30年-60年の調

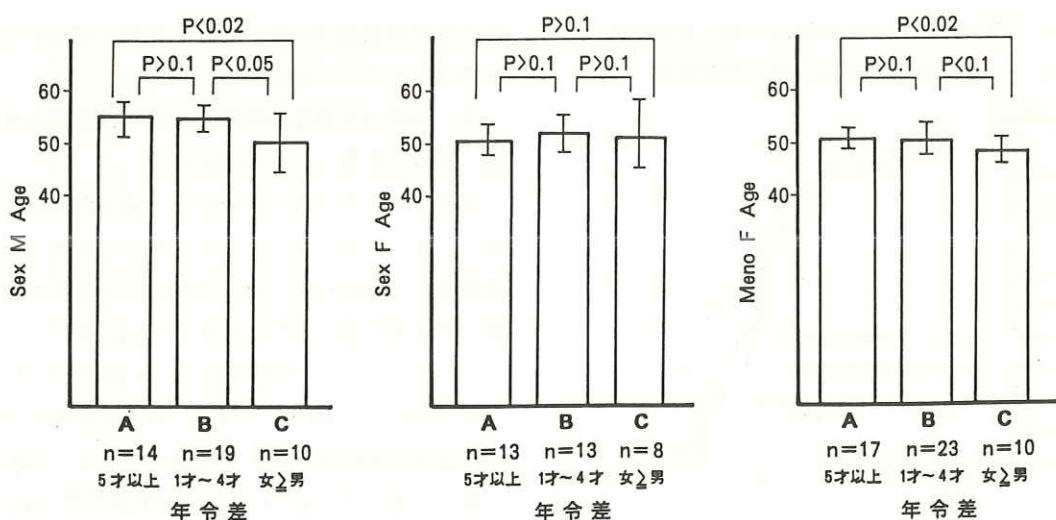


図 10

査による配偶関係別生命表を見ても結婚している人の方が未婚或は配偶者を亡くした人より寿命が永いことから夫婦生活が健康の元になっ

ていると言える。

今後の健康増進にSexologyの活性化が望まれるゆえんである。

タイの保健社会問題の一面と性教育見聞

千葉大学教育学部 武 田 敏

千葉大学医学部 岩 崎 秀 昭

1. 緒 言

本年2月中旬から3月にかけて、数週間にわたりタイのバンコクに出張する機会を得た。WHOとUNESCO 共催のエイズ予防教育の国際会議に出席のため、その開催準備委員でもあったため比較的長期間バンコクに滞在することになった。

当地の保健社会問題の中でエイズ、麻薬と売春、仏教思想等見聞したものを以下に紹介し、タイの保健教育で注目すべき諸点を記述して、我が国の参考としたい。

タイの人口は約5,474万人、その内約600万人がこの都バンコクに集中している。18世紀までこの地は中国人の小集落にすぎなかったが、1782年ラマー一世がチャックリ王朝の首都に定めてから急速に発展し、1950年代のビルラッシュにより近代都市の仲間入りをしたといわれている。

2. エイズ感染者の増加

エイズ患者がタイで初めて報告されたのは1984年の9月であった。それからわずか5年余で1989年12月に14,565名の患者及びキャリアを出し、今後の増加が心配されている。

感染原因として、最も多いのが麻薬常用者の注射針であるが、この大部分は売春婦で検出されたものであり、このルートで二次感染することが重大である。血液製剤による感染は我が国に比較して著しく少ない。

我が国のエイズ患者は285名、無症状感染者

が1,406名であることと比較し、タイのエイズ

タイ国のエイズ患者及びHIV感染者数
感染原因別（1989年12月）

	AIDS	ARC	HIV
男 性 同 性 愛	18	23	147
異性間性的接触（男）	9	18	305
異性間性的接触（女）	1	10	1,569
注射針（麻薬常用者）	1	50	11,047
血液（製剤）感染	2	2	22
母 子 感 染	4	0	0
不 明	0	6	1
計	36	109	14,421
国 内 生 存	10	88	14,341

AIDS …患者

ARC ……エイズ関連症候群（前エイズ状態）

HIV ……エイズキャリア（無症状感染者）

問題が深刻化していることがうかがえる。2～3年前の我が国を襲ったエイズ・パニックがウソのように感じられる昨今であるが、諸外国ではエイズ感染者が確実にその数を増加させている。国際化時代を迎えて日本だけが安全とはいえない。

3. 麻薬と売春

麻薬と売春がタイ国の性を危険な状態に落とし入れていると言われている。麻薬は一時的快楽と「不満な現実からの逃避」を与え、死に至るまで個人を蝕んでいく。しかし、その侵入ルートを断つことは我が国と異なり、全く不可能に近い。タイ国内に山岳地帯の密栽培地が点在

する。ラオス、ビルマに接するゴールドトライアングル（三角地帯）と呼ばれる所は、麻薬王クンサーが支配し、各国の力は及んでいない。

タイ北部の山岳民族アカ族の集落には、観光業者の用意する「阿片ツアー」なるものが横行している。山岳民族を好む好奇心の強い人達（主として欧米）が年間10万人以上もこの麻薬ツアーに参加している。麻薬中毒患者の写真をとったり、自らも吸って体験するスケジュールであると言う。

売春婦が麻薬を吸うのは日常で、快楽志向の生活パターンだけでなく種々な要因がある。麻薬の提供により、売春宿の経営者が彼女等をしばりつけておく効果、彼女等はまた麻薬におぼれることにより、罪の意識から逃れることができる。バンコク、チェンマイ、バタヤ、マレーシャの国境地区等売春婦の多い地区が知られている。

バンコクでは、その中心街から程遠くない地域に200余の売春宿があり、50～150名の売春婦をかかえていると言う。これとは別にバップン通りなど裸でおどる女等の下で酒やビールを飲み、その後は売春に直行する歓楽街もある。

年々増加する売春婦の供給源は、タイ北部、東北部の貧しい農村地帯である。最低年齢は小学校を卒業したばかりの13歳が売られるという。ある村でその年の小学校卒業生全部がバンコクに売られて来たという例がタイの雑誌に紹介されていた。

人買いの悪徳商人達が手配するのであるが、我が国の過去における売買手口とは多少異なっている。比較的高額の手つけ金（一部では安い例もあると言われているが）、契約期間、本人の身の安全保障（？）、契約期間後の帰郷自由等が約束される。

25歳を過ぎるとこの仕事は停年となる例が少なくない。その他少額であるが契約期間中両親への仕送りがあり、両親との文通は自由、両親を1回バンコクに招待する売春経営者までであるという。

娘を売る風潮に拍車をかけたのは「文明の生活用具」への誘惑である。手つけ金が入った家ではテレビや電気冷蔵庫が備わり、家も改築されて評判になる。周りの人々も現在の自分の経済力に不相応な生活を望むようになる。文化生活が地域の一部に導入されると他の人達に新たな欲求不満をもたらし、その落差を埋める唯一の方法が娘を売る悲劇となる。残念ながら我が国から訪れる男性の売春も数多いと聞いた。売春ツアーそのもののほかに、女性の混じるツアーでも、女性客がタイ・ダンスを観賞している間に、男性客は「飾り窓の女等」が並ぶ売春宿にショートタイムで遊ぶコースが用意してあるとは恐ろしい。この種の男性を介して、エイズや他のSTDが我が国に持ちこまれる危惧がある。

4. 仏教と性・売春

タイ国憲法は信仰の自由を規定しているが、タイの人口5,474万人中4,000万人以上が仏教徒により占められている。仏教寺院はタイ国土に3万以上あり、プロの僧侶の数は30万に達している。その他一般人も1年に1回仏門に一定期間入ることを習慣としその数も少なくない。早朝黄色の衣をつけ戸ごとに托鉢をする彼等の姿が見られる。タイの仏教は小乗仏教で自らの修業努力によってのみ救われるとの思想に基づいている。

現世の功德を積むことが来世の幸せに連がると信じ、輪廻思想、来世が重要な意味をもつ。プロの僧侶は建前上女人禁制、現世の誘惑を逃

れて修業を積むことが要求される。しかし一般の人々に仏教の禁欲思想が影響している面は極めて少ない。極言すれば売春して得た金でも僧侶に喜捨をすれば救われると思っている。エイズ予防上、輪廻の思想はむしろ障害となっている。来世を信じるので死を恐れない。死は1つの節目、ページが変わるように感じているので、エイズは死の病気だといっても恐怖感と結びつかない。エイズは死の前に「このような病苦がある」と教えなければ予防行動に連動しない。「売春婦がコンドームを使わないで困る」と衛生行政担当者が言うのもこの点と関連があるそうである。

仏教の運命論もエイズ予防の障害となっている。同じような性行動をしても感染する人とならない人がある。それは運命であると解釈する。個人の意志、注意、感染予防行動に消極的なのである。仏教では、親孝行は道徳的に高く価値づけられている。前述した娘達の身売りについても結果的に親孝行になるということで、合理化されている部分がある。

5. 学校性教育

タイ国では1978年から日本と同じく6, 3, 3制をとっている。義務教育は6年で就学率は95.8%と東南アジア諸国のトップを行く。しかし、中学の就学率は34.4%, 高校は24.7%で良好とは言えない。1988年のユネスコ調査によると識字率91%をマークしている。

小学校における教育の5本柱は、(1)生活教育 (2)人格教育 (3)職業教育 (4)数学 (5)自由選択科目より成っている。性教育は生活教育の中で「私達の体」「家族の生活」の2章で学習される。前者では、身体と精神の両面から体の発達を学び、特に第二次性徴と初経、精通の教育に

重点が置かれる。後者では、家族の構成員や親子、兄弟、姉妹の関係について学習し、生命の由来、生命継承を知る。人生の幸福の中で果たす「家族生活の暖かみ」が重要であると、情緒的レベルで理解させる。人格教育の章では、人間関係の道徳を生徒間のディスカッション形式で学習させ、態度や言動が相手に与える影響にと相互的に学ばせる。男女交際について学習する前に、男女を超えた人間対人間のかかわりが問題であるという。

バンコクの小学校で注目されるのは、児童を介して、親の教育もしようとする試みである。父母会を頻回に開き「子供の質問には、こう答えましょう」と教師が模範を示す。重要事項を生徒が学習した折には、必ず作文やレポートを生徒に書かせ、帰宅後それを親の前で読むことをルーチン化している。親向けのマンガ入りプリントを子供に持ち帰らせ、親に勉強させる。プリントの末尾には何とクイズがついているのである。親に回答させてその部分を切り取り翌日子供が学校に持参する。「宿題を嫌がる子供の気持ちが分かっているでしょう」とユーモアを言ってみたが、親の宿題の回収率は予想外に良いと言う。親がやらないと、子供が親の分まで記入して持ってくるがあると、ある教師が笑って話していた。どこかの国とは逆の話である。

中学校では、保健教育の中で思春期の心身の発達、男女の性器の構造と機能、STDとその予防、麻薬の害と撲滅、精神の健康等が含まれる。理科教育では、受精と生殖、遺伝、人口問題が性教育的内容である。

社会教育では、社会における人間関係、男女の役割をとりあげるが、宗教の時間もこれに含まれる。社会教育の実践として赤十字奉仕活動

やボーイスカウト，ガールスカウトへの参加が推奨されている。

高校の保健教育では性行為，妊娠分娩，避妊について，また青年期の身体的，精神的発達を中学校より一段高いレベルで学習する。特に性に関する心理的葛藤や情緒の反応の問題をとりあげ，生徒たちの悩みの解消やカウンセリングに導く方向で授業が展開する。疾病予防の項ではSTDを重視し，特にエイズの感染経路，リスク性行為，麻薬の注射針による感染を扱っている。理科教育では生殖機能と遺伝，動物と人の生殖生物学的差異が大きな比重を占めている。最近の教科書改訂で免疫学の進歩に伴う知見が生物教育に導入され，エイズの免疫不全にも言及されている。社会教育，人格教育としては，社会における性の諸問題，マスコミの性情報をとりあげ，伝統的モラルや法律の知識を与えると共に批判的見方や行動規範の内在化を課題とする。科学的視点と倫理的宗教的視点の総合が強調され，性非行や性被害の実例，性的逸脱行動の多様性を具体的に例示して，自己コントロールと適切な行動選択の教育を推進している。仏教思想をベースにしたquality of lifeの問題が説かれているが，ある部分は哲学的で，果たして生徒が理解できるか否かの疑問が残る。しかしそれは我々異文化側からの見方で，生まれながらにして仏教文化に浸って生育した彼等にはむしろ自然に感覚的に受け入れられるものなのかもしれない。

教師の研究テーマとして，性教育の教材開発，教師用性教育ハンドブック，ガイドラインの作成が話題となっているのは我が国と同様の事情である。国の強力な指導により「エイズ教育に関する現職教員研修」が各地で開催されていた。この種の講習では，ベテラン教師，教育学者，

医師，衛生行政担当者の4名がそれぞれの特徴を活かして，卒後教育に協力している姿が印象的であった。

バンコクを第2のニューヨークやロスにしてはならないとするこれらの専門家の気迫と緊張感が感じられた。

6. 社会人教育

タイの保健当局はエイズ感染者の急増に対応したまん延防止対策を最重点課題としてとりあげた。売春婦，麻薬中毒者，同性愛者の3群をエイズのリスク・グループとみて，一般と異なる啓発や保健指導をこれらのグループに積極的にアプローチしている。

私がバンコクに滞在している時，新聞の一面下段に驚くべき写真が載せられていた。バンコクの売春宿の中でも名の知れた「クンオパトラ」で保健局の医師がエイズ感染予防の講演をしているところである。150人余の売春婦がこれを見ているが，12×10 cm大の写真であるため前列の女の顔は明らかに判別可能である。これがプライバシーや報道上の問題とならない点も我が国と異なるところである。エイズの重大性，感染経路，コンドームの有用性等が平易に語られるというが，後日保健担当者に聞いたところでは，「彼女等を不快にさせないように」，また「彼女等の健康や将来の幸福を大切に考える当局の気持ちが伝わるように」語りかけることが啓発の鍵であると言う。

麻薬常用者の多く含まれるグループに話しかける時，まず針や注射器を無料で配布し「必要最小限のこと」だけを言う。エイズの重大性と「まわしうち」による感染経路を示し，針と注射器さえ変えれば感染のリスクはないと話す。彼等が聞く耳を持たないような「道徳的内容」

や「非難」は無駄なものと割り切っている。米国のエイズ啓発運動の safe sex と共通するところがあると感じられた。

一般の人々に対するこの面での社会教育は、マスコミをフルに活用して行われている。国立テレビ番組には教育的プログラムが多く、STD やエイズ、麻薬に関する内容が多く登場する。専門家による平易な解説、マンガを使った「エイズとは?」「麻薬はどのようにして体を蝕むか?」、医学者と社会学者の対談、タイと世界のエイズ感染者速報等があり、ドラマの中にもエイズや麻薬が話題となる。教育番組で「性の質問にどう答えるか?」「エイズをどう教えるか?」がシリーズとして放送されており、教師にも親にも好評であった。

タイの大ヒット映画「ナンバー」の社会的教育効果が、この国では有名である。1人の少年がある機会に麻薬に手を染め、坂道を転がるように不幸な生活を送る姿を描いた作品である。この少年の家族の苦しみ、母親のなげきがよく描写されている。愛する息子を何とかして麻薬地獄から救い出そうとする母性愛の献身的行動が見る人の心を打つ。本人はこれではいけないと思いつつも、どうしても抜け出せない中毒の恐ろしさがよく理解される。度重なる失敗と身の危険、挫折と絶望を乗り越えて最後には少年

を救い出す「心暖まる感動的家族愛の物語」である。

麻薬がいかに人の幸せを奪うかを情緒レベルで実感させる点で高く評価される。「数億円の麻薬撲滅予算を投じたこと」にも相当する影響を、この映画がもたらしたと保健省高官に言わしめたのである。この映画を作ったニッター監督は、大学でマスコミ学を深く研究し映画界に入った鬼才である。彼によれば、「映画は社会の悪を正し、人々に生きる勇気と希望を与えてくれる最も魅力的手段である」と言う。

エイズや麻薬の保健対策で「態度や行動変容」の問題が最大のネックとなっているが、情緒レベルの啓発こそ肝要である。「人の心は変えることはできない」とする絶望感に一抹の光明を与えてくれる。他の領域でも多くの歴史的事実が想起される。米国の南北戦争で北軍が勝利を収めた背景には、「アンクル・トムの物語」が情緒レベルで白人の良心を強く揺さぶり、奴隷解放へと人々の心を変えたと言う。我が国の保健教育でも、社会心理学やマスコミ学を導入する必要性が感じられた。

文 献

人間教育としてのエイズ教育 武田 敏
タイ国の教育と文化 タイ日本大使館

精神科看護婦と性

東京女子医科大学看護短期大学

川 野 雅 資

はじめに

看護婦が出会う患者とその家族の性は、多義に渡っている。身体や心の状態がいつもと違うと、その人の性様式、性行動に変化がおこるからである。ましてや手術や放射線療法などにより身体像が変化する場合は、なおさらであろう。

今回は、看護婦が出会う様々な患者の性問題の中でも、精神科看護婦が出会う性問題について整理してみたい。更に、精神科病棟には看護士も多くいるから、看護士と性ということにも若干ふれてみたい。そして、最後には、精神科看護婦に限らず、すべての看護婦に必要とされる「認識論的自己評価モデル」を紹介したい。

精神科看護婦が出会う患者の性問題は、1.病気によるもの、2.環境によるもの、3.対人関係によるもの、の3つに大別できる。治療によるものもあるが、それは、1の病気によるものに含めて考えたい。

1. 病気によるもの

精神分裂病。精神分裂病の患者は幻覚、妄想を体験する。その異常体験の内容として性のことが含まれることがある。患者の訴える症状があまりにも露わなために、看護婦が恥しい思いをすることがある。また、同じことをくり返すために、いささか閉口してしまうこともある。さらに、そのような言葉を発する患者は軽々しい人と見なされてしまう。病気が治った後でも看護婦の記憶に強くきざまれているものである。これは、患者のイメージをそこなうものである

し、患者の自尊心がなかなか高まらないことの伏線にもなり得る。

患者の訴える内容をいくつか紹介してみる。妊娠妄想の患者は、「妊娠して18日目になる。想像妊娠をしたの。相手は言えませんがH先生で、H先生が精子をツーツーして。精子を丸めて口から飲んで足先がツーツーして、腹の中で何かが回っているみたい。毛穴で子供が呼吸するので身体をよく洗って……」と、嬉しそうな表情で話す。又、「赤ん坊を産むからお金をちょうだい」、「退院させてよ」と強く要求することもある。

嫉妬妄想の患者は、「看護婦のOが私の主人とデートをしているのよ。くやしい。私だけこんな病院に入院させていて、その間に主人と付き合っているなんて、Oはひきょうよ。今すぐここを出して。私は家に帰らなければならないんだから。主人が誘惑されそうなのよ」と、訴えることがある。

幻聴が性的な内容の場合もある。男性と幸せな生活を送る内容の幻聴に満足している女性患者がいる。「お前を愛しているよ。好きだ。大好きだ。今度は二人だけで旅行に行こう。新婚旅行だ」と、というような幻聴である。患者はニヤニヤとして耳を傾けて聞きほれている。今、目の前で起こっていることにまったく関心を示さない。

思考障害の内容として性のことが含まれる場合がある。マスターベーションのしすぎでホルモンのバランスがくずれてしまい入院してきた、

と信じている男性患者がいる。この患者は、「ねえ、ねえ、看護婦さん。僕はマスターベーションのしすぎで入院してきちゃった。マスターベーションのしすぎでホルモンのバランスがくずれちゃったんですよ」と、くり返し訴える。看護婦は、耳元でこんな内容のことを何度も何度も言われると、うんざりしてしまう。その結果、「そんなことはありません」とか、「いいかげんにして下さい」と応じるのがやっとである。中には、それではどこのホルモンがどう障害されているの、というように根掘り葉掘り尋ねる看護婦がいるが意味がない。患者は自分なりの理由づけをしており、患者の思考を訂正するのは不可能である。

恋愛妄想も時にみられる。中学や高校生の時の同級生が自分のことを愛している、と信じるのである。例え、その女性が結婚していたとしても、その結婚は本当ではない、今でも彼女は自分と結婚したいと願っている、と思込む。これが行動にでた場合は事態が深刻になる。相手の女性の家におしかけたり、何度も電話をしたり、道路で待ち伏せていたり、果ては電柱によじ登って家に侵入したりする。そうすると、相手の家族も我慢ができなくなり警察に連絡して事件として扱われる。これは、患者本人にとっても相手の人や家族にとっても不幸なことである。

向精神病薬は、患者の性欲を低下させたり、勃起障害をきたすことがある。患者の中には、それがいやで拒薬をすることがある。特に、妊娠妄想を持つ患者は、向精神病薬が流産をひきおこすと考えて拒薬したり、注射を激しく拒むことがある。無理矢理に注射するよりも、よく話合うことが必要で、患者は妄想状態の時に自分でも苦しいと感じている部分があるものであ

るから、そこを治す治療だと説明することが大切になる。

そううつ病のそう状態。そう状態の患者は、すべての行動、言動が活発になり、性に関することもそうである。夜は寝ずに性行動をくり返し、食事も食べずに仕事に行き、又、帰ってきては性行動をくり返す。不眠不休で仕事に性行動に励み、入院してくる時はゲッソリとやせていることがある。言動も活発で、「俺は一晩で何回Sexしてよ、女が何人いてよ、バーではいくら使って」というように。入院しても看護婦に、「Sexさせろよ」と、言葉で脅したり、身体にふれようとすることもある。又、性器や性行動にまつわる言葉を大声で言ったり、ひわいな歌を歌ったりする。

看護婦は恥しさを通りこして、うんざりしてしまう。患者に対する尊厳の気持ちがうすれてしまうことがある。

そう状態の青年が入院生活ばかりではかえって窮屈だろうと、近くの駅まで外出した。そうすると、その患者は若い女性を見つけては、「お姉さん、かわいいね」と、大声で叫んでそばに寄ろうとするのである。相手の女性は気味悪がって逃げていく。すると、その患者は更に追いかけてようとする。道路上でのこのような行動は、双方にとってマイナスになるし、看護婦もどう対処していいか困ってしまう。

そう状態にある患者の性的行動には常識を逸脱したものがある。それは、ちょうどブレーキの効かなくなった自動車と同じで、抑制のたががはずれた状態になっているためである。このような時には、刺激を少くし、さりげなくかわす対応が大切で、言い争ったり、回りくどく話したりしない方がよい。手短かに結論だけを言う方がスムーズに行く場合がある。

そううつ病のうつ状態。うつ状態になると、全体的な欲求低下、意欲低下、行動抑制がおこる。それは、当然、性行動、性欲求にも影響を及ぼす。更に、治療薬である三環系抗うつ剤が勃起障害をきたすから、二重の影響がおこる。男性ではインポテンツになりやすい。しかし、うつ状態から回復してくると性欲求、性行動も活発になるから、機能的インポテンツとの鑑別は容易である。

うつ状態の患者が、「女房の相手もできなくて」とか、「もう、男として役に立たない」と、ボツリと言うことがある。患者は、悲哀感や罪業感に悩まされていることが多いから、現実的に性行動がとれない自分に対する役立たずの感情が総和されて、よくうつ感情が増強される。

看護婦は、「おっしゃることはわかりました。けど、今はあまり御自分のことを責めないで。また、必ず以前のように元気になりますから」と、受容的に対応するのがよい。しかし、患者の訴えがあまりに切実で、悲哀感に満ちていると、看護婦はつい同情して、一緒に暗い気分になってしまうことがある。

境界例。最近、臨床的に境界例の患者に出会うことが多くなった。境界例の患者は、対象関係の持ち方に特徴があり、良い自己と悪い自己を同時に受け入れることができない。この対象関係の持ち方が性行動にも影響する。すなわち、悪い自己を受け入れることができないと、自己破壊的な行動を取り、性行動では乱脈な性行動や許されない相手との性行動など、あえて苦しい状況にのめりこんでいく。これも、性的な自己破壊行動である。

患者は、看護婦に対しても、良い看護婦と悪い看護婦の共存を受け入れられない。良い看護婦には、とても依存的になり、私的な付き合い

を求めるようになる。良い看護婦の言うことは聞くが、悪い看護婦の言うことは反発する。そのために、看護婦同士が感情的に違いをおこすことになりやすい。

摂食障害。思春期によくみられる食行動の異常である摂食障害は、自分自身の性同一性獲得がうまくいかないことによる。女性としての自分を受け入れられないことが大きな原因になっている。精神療法的に接することが求められ、看護婦は荷が重いと感ずることがある。又、患者は看護婦を役割モデルとして見なすことがあり、看護婦は、行動、言動を患者から見られ評価されているのを感じる。その時に、自分自身のような人間が果たして患者の役割モデルになって良いのか、という責任を感じてしまう。

精神障害と性との関係のごく一部を紹介したにすぎないが、重要な点は、患者が病状の一部として性に関わることが表出されていたとしても、看護婦の援助は、ことさらそのことを取り上げなくてもよいということである。妄想を持つ患者への接し方、を基本に考えておけば、性的な妄想内容を持つ患者であってもうまく援助できるであろう。しかしながら、摂食障害のように、疾患そのものが性同一性獲得という発達課題の未達成によるものは、性の問題を重大に考えなくてはならない。背景には、必ず家族関係が隠されているから、かなり性の問題に集中する必要がある。

2. 環境によるもの

様々な治療環境の因子が患者の性行動に影響を及ぼすものである。ひとつには、閉鎖的な病院環境によるものがある。自殺のおそれや他者に危害を加えるおそれがあるために、自由に病院

から出られないことがある。又、治療者と患者との間に抑圧的なムードがある場合は、なお更である。

入院期間が長くなる場合は、患者の性的欲求不満は強くなる。もうひとつ、病棟を男子病棟、女子病棟というように、性別で分けている場合が多いことも影響する。最近では、男女混合病棟があちこちでみられるようになったが、まだ数少ない。

これらのことにより、異性と接する機会が少くなり、必然的に医療者が患者にとっては異性として写ることが多くなる。女子病棟での男性精神科医やケースワーカー、男子病棟での看護婦は、よく性関係の対象者として選ばれることがある。その結果、看護婦の身体にふれたり、あるいは妄想の対象として医療者が登場することになる。

性愛感情が他患者や自分自身に向けられることもよくおこる。夜勤の時に、同性患者同士で抱き合っている場面をみかけることがある。フトンの中で抱き合っていたり、キスしたりしている場面をみてしまうのは不愉快なものである。それは、看護婦自身の性的価値観にもよるためである。

マスターベーションをしているところを見てしまうのも、看護婦にとっては動揺することである。ナースステーションに戻ってきて、「まったくあの患者さんはエッチなんだから」と言っただけで自分を落ち着かせることがある。

朝、なかなか起床しない患者をおこしに行っても、どうしても起きないからフトンをめくりあげると、患者の陰部が勃起しているのに気づくことがある。そうすると、自分のしたことがいけないことだった、とってしまい、次にはどういう接し方をしたらいいのかわからなくなっ

てしまうものである。

なかなか、病院は患者の細いニーズを満たしたり、プライバシーを保てるようにはつくりれていない。その結果、患者はとても恥しい思いをすることになるし、そういう場面に直面する看護婦にとっても心中穏やかではない。

患者の性を健康の証と考え、おおらかに受け止められる治療環境をつくるのが医療者に必要なことであろう。又、入浴や処置の時にもできる限りプライバシーを保てるように細かい工夫をすることである。

3. 対人関係によるもの

精神障害者は、その病気の持つ特性や家庭環境、あるいは発達課題の未達成により、良好な対人関係を結ぶことが困難な場合が多い。そのような時に、やさしさや思いやりを持つ看護婦に出会い、自分のことを理解してくれるように接してもらうと好意的な感情を持つのも自然なことである（転移感情）。そういう時は、自分にだけやさしくしてくれる、と思い込みやすい。好意的感情が恋愛感情に発展したり、結婚願望に及ぶこともある。そうになると看護婦もどう対処したらいいかわからなくなる。看護婦は、患者との間に良好な看護婦—患者関係を形成したいと望んでいるから、看護婦と患者が異性同士の場合は、常に良い対人関係はギリギリのところにあるともいえる。看護学生と受け持ち患者との間にも起こりやすいことである。学生は数週間の実習期間が終了すると、もういなくなる、という気軽さがよけい恋愛感情に発展しやすいのかも知れない。

事例

患者：Iさん、45歳、男性

診断名：精神分裂病

<場面>

精神科実習でIさんを受け持った看護学生とIさんとの出来事である。学生はしっかりした、頭のよい、きちんとした対応のできるタイプの人である。

Iさんは現在は開放病棟にいる。これまで何回も入退院を繰り返し、生活力、社会適応力もかなりみられた時期もある。いまは激しい妄想の世界にすることが多い。日常生活もマイペースで過している。

この学生とIさんは出会って3週間がたつ。マイペースなIさんに、学生はなんとかきつかけをみつけて援助の糸口をたぐり寄せようとしているところである。

あるとき、学生がIさんが最も得意としている卓球に行きませんかと誘ったとき、Iさんは思いがけない反応をした。

学生：Iさん。二人で卓球に行きませんか。

Iさん：いかない。

学生：そうですか（残念そうに）。Iさんは卓球好きなのに。私とではいやですか。

Iさん：2人だけになったら、なにをするかわからない。

学生：（驚ろいて）（少し気を取り直して）私は看護婦としてここに来ています。Iさんは私をそうみてくれないんですか。

Iさん：自分がなにをするかわからない。キスするかもしれない。

学生：私は力が強いから、そんなことでできません。

Iさん：ある新聞にそういうことが書いてあった。

（川野雅資他：性をめぐる問題にどうアプローチするか、月刊ナーシング、Vol. 9, No. 8,

1989, p. 37より転載）

看護婦（学生も含めて）と患者との間に良好な関係を発展させていく過程で、患者が性愛感情を持つことがおきたら、素直に患者と、看護婦の役割は何かを話合うのがよい。配置転換はよくみられる対処行動だが、根本的解決にはならない。又、患者とこのような関係にならないためには、日頃からどの患者とも分けへだてなく思いやりとやさしさをもって接することも重要である。

4. 看護師と性

精神科の領域では多くの看護師がいる。看護師にとっては、職業に対する性同一性の獲得が苦しい道のりになる。看護は女性の職業だと一般に考えられているからである。実際、女性が多い。もっと男性的な職業はたくさんあるのに、何故、看護の道を選んだろうか ということ自分自身に納得できるまで様々な試みをするものである。女性の管理者からあれこれ言われるのが不満な看護師もあろう。同性である医師の指示に従うことに納得できない場合もあろう。又、看護という業務が日常の細かいことへの援助であるために、肌合わない、と応じることもあろう。

これらのように看護という仕事を選んだ男性は、性同一性や性役割が数年間にわたって混乱する。しかしながら、多くの看護師が看護という仕事を辞めないで（労働条件は決して望ましいものではないにも関わらず）いるという現実を考えると、男性にとっても魅力のある職業なのかも知れない。

5. 認識論的自己評価モデル

看護婦が、精神障害を持つ患者に援助をするときに、様々な性の問題に直面することを概に述べてきた。そのような性の問題に直面すると、看護婦自身の性同一性や性役割、性の価値観が一時期混乱する。その時にうまく対処できないと、看護という仕事がいやになったり、患者を避けなくなったりするものである。

そのような時には、自分自身の行動、感情、思考に気づき、行動を引きおこし感情反応の基になっている思考を再評価してみることが有効である。そのためのひとつの効果的な方法は、S. G. Poorman が開発した認識論的自己評価モデルである。Poorman は、Beck の認知的行動療法の理論を用いている。その自己評価モデルは4つのステップで行われる（表1参照）。

おわりに

精神科看護婦が出会う患者の性の問題を、病気によるもの、環境によるもの、対人関係によるもの、の3つの視点で整してみた。又、精神科領域にいる看護師と性ということでは、主に

性役割や性同一性がからんだ職業選択上の悩みについて少しふれてみた。そして、最後に、自分自身の思考、感情、行動を明かにする認識論的自己評価モデルについて紹介した。

表1 看護婦の認識論的自己評価

- 第1ステップ：行動を明かにする。
- 第2ステップ：行動を明かにしたら、その状況を思い起こしその時の感情を記録する。
- 第3ステップ：次にその感情に伴っている思考を明かにする。この課題はそうたやすくはない。（思考とは自分自身に語ることができること、心に浮かんだ考えや知覚）
- 第4ステップ：最後に、思考を評価する。それは現実的か。それは本当に真実か。それを支持する明白なことは何か。

Susan G. Poorman: Human Sexuality and the Nursing Process, Appleton & Lange, p. 15, 1988.

引用文献

1. 川野雅資他：性をめぐる問題にどうアプローチするか，月刊ナーシング，Vol. 9，No. 8，p. 37，1989，
2. S. G. Poorman: Human Sexuality and the Nursing Process, Appleton & Lange, p. 15, 1988,

参考文献

- 川野雅資：患者の性を考える時に考慮しておきたいこと，看護，Vol. 42, No. 9, 1990,
- 武田敏編：特集 セクソロジーⅠ，性医学の視点から，メディカル・ヒューマニティ，4(1)，1989，
- 河野友信：性の臨床—患者の性的問題の理解とケアのために—，医学書院，1989.

性治療技法 — カプランの New Sex Therapy

順天堂大学浦安病院神経精神科

阿部 輝夫

1. セックス・セラピーとは、

セックス・セラピー（以下STと略）には、いくつかの流派があるが、オーソドックスとされているカプラン派の技法は以下のとおりである。一回のセッションが45～60分で10～20回で終了する短期療法である。精神療法的面接を主に、家庭に帰ってからの“宿題”としての行動療法的な性的訓練を課し、次回来院時にその成果を聴取し、次の宿題へと進める方法をとっている。

2. STの特徴

カプランは次のようなSTの特徴をあげている。

- (イ) 気楽に楽しんでセックスできることを学習する機会を与える。
- (ロ) カップルが真の感情を伝えあうことを学習する。つまり自分がどう感じ、どうして欲しいのかを話しあえるようにする。
- (ハ) これまで回避していたセックスを試してみる。
- (ニ) (ハ)によって無意識下の葛藤・カップル間の葛藤を引き出し、精神療法的介入が容易になる。
- (ヒ) ひいては、セックスへの罪悪感・恐怖感を減じていく。
- (ヘ) 以上のことから、これまでのように、傷つき、失敗し、拒絶されることを恐れたり、予期しなくなる。

3. 診断の手順

性障害の診断にあたってはDSM-III-R（表1）の診断分類を念頭において、カプランの診断のすすめ方（図1）をとるのが合理的であろう。症例数が多く、STが対象とするのはカプランの言う、一次的性心理機能障害、すなわちDSM-III-Rの「性機能不全」に該当するが、これらは、カプランの三相概念、つまり、正常な性反応が展開されるために必要な“性欲”“興奮”そして“オルガスム”のどの相で障害が起っているのかをまず確認しようとしている。

次に心理因の重要度について、軽いものを直接因、重いものを深層因と分類し（表2）、深層因が性機能不全の病因となっている場合は、STを始める前に精神療法的セッションを重ねることで問題解決を済ませておくことが重要になる。

これらの心理因の中で頻度の多いのは不安である。そのいくつかを表3に述べておく。

4. STの実際

表4に示したように、STでは各相やその症状に応じた公式化された特殊療法があるので、その代表的手法を以下に紹介する。

(イ) センセート・フォーカス・テクニク

感覚集中訓練（以下SFと略）と訳しているが、次の5段階の公式がある。

SF_I: お互いの体（性器は除く）を交互に愛撫しあい、相手のことは配慮せず、利己的

に全神経を与えられた触覚や官能に集中し、タッチングを受けることを楽しむ。触れられ方の好みを相手に伝える。

SF_{II}: SF_Iに性器へのタッチングを加えたもの。しかしオルガスムには至らない程度。

SF_{III}: 女性上位で何度か短時間挿入する。自己刺激またはパートナーからの手や口による刺激でオルガスムに至る。

SF_{IV}: 女性上位でオルガスムに至るまでベニスを陰内にとどめる。

SF_V: 男性上位でオルガスムに至るまでベニスを陰内にとどめる。

(ロ) ストップ・スタート法

自己刺激またはパートナーによる手や口の刺激で、射精寸前の独特の感覚をよく把握できるようになる。そしてその感覚が得られたら刺激をストップし、興奮が少し消退したら再び刺激をスタートする。4回目に射精する。刺激は、手→口→浮液を使った手→膣と段階をあげる。

(ハ) セマズズ法

ストップ・スタート法で射精がうまくコン

トロールできない重症例に使う。射精寸前の感覚を覚えたら、亀頭部を指で圧迫し、射精反射を遅延させる。

(ニ) ケーゲル体操

女性のオルガスム障害に用いる。放尿中に尿を止めようとする時使う筋肉(恥骨尾骨筋)の訓練。3秒間膣～肛門の筋肉をすぼめ、3秒間ゆるめる。これを20回、1日3回行なう。

(ホ) 系統的脱感作

身体因を除去した後も改善が見られないヴァジニズムスには、以下のような脱感作が有用である。

- ① 自己身体観察から鏡による性器観察
- ② 手指による外性器の確認
- ③ 綿棒またはタンポンの挿入
- ④ ディスポーザブル注射器の挿入: 1 mlのツベルクリン用シリンダーから始め、20mlまで順次不安が生じない程度に太さを増していく。
- ⑤ 自分または夫の指を挿入

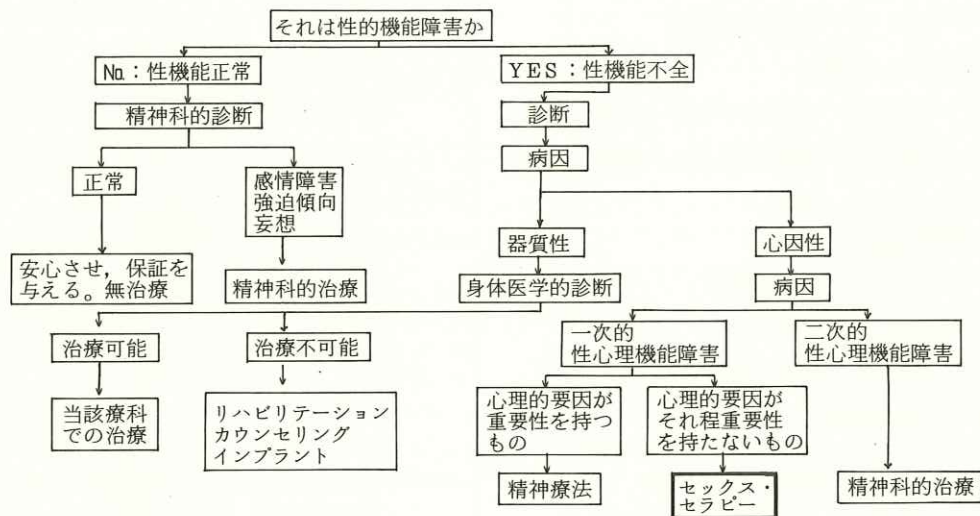


図1 性的機能障害の診断の進め方 (Kaplanによる)

表1 性障害 (DSM-III-R1987)

I. パラフィリア	
302.20	小児愛
302.30	服装倒錯的フェティシズム
302.40	露出症
302.81	フェティシズム
302.82	窃視症
302.83	性的マゾヒズム
302.84	性的サディズム
302.89	痴漢症
302.90	その他のパラフィリア
1.	電話わいせつ
2.	屍体愛
3.	身体的部分性愛
4.	獣愛
5.	糞便愛
6.	浣腸愛
7.	小便愛

II. 性機能不全	
性欲の障害	
302.71	性欲低下症
302.79	性嫌悪症
性的興奮の障害	
302.72	女性の性的興奮障害
302.72	男性の勃起障害
オルガズムの障害	
302.73	女性のオルガスム抑制
302.74	男性のオルガスム抑制
302.75	早漏
性的疼痛障害	
302.76	性交疼痛症
306.51	膣痙れん
302.70	特定不能の性機能不全
III. その他の性障害	
302.90	特定不能の性障害

表2 性機能不全に関連する心理因

直接因	不安・怒り・恐怖・誤った性知識・コミュニケーション不全・傍観者の態度・相手への過度の配慮・夫婦間の破壊的相互作用・強迫思考
深層因	外傷体験・反性的養育史・夫婦間の重大な問題・異性に対する敵意・性に対する抑圧葛藤・罪悪感・無意識的な不安

表3 性機能不全に関連する不安

意識的な不安	表在的不安	単純な学習された不安 うまくいかないことへの不安 身体的不安 性行為に対する不安 拒否されることへの不安
無意識的な不安	性格障害的不安	夢中になることへの不安 性的にうまくいくことへの不安 親しくなることへの不安
		去勢不安 エディプス期の不安 無意識的な葛藤に由来する不安

表4 性機能不全とセックス・セラピー

性サイクル	疾患(DSM-III-Rによる)	STの特殊療法
性欲相	性欲低下症 性嫌悪症	性的空想 センセート・フォーカス マリタル・セラピー 系統的脱感作
興奮相	勃起障害 潤滑不全	センセート・フォーカス 逆説的心理療法 自律訓練
オルガスム相	早漏	ストップ・スタート法 セマンズ法
	遅漏 膣内射精困難	マスターベーション センセート・フォーカス
	女性のオルガスム障害	自己刺激 マスターベーション センセート・フォーカス ケーゲル体操
	性交疼痛症 膣痙れん	自己身体観察 系統的脱感作 センセート・フォーカス

5. STでの留意点

STでは治療上話題が性的なものが多く、治療目標が他の治療のように苦痛を解消するといふだけにとどまらず、“快を与える”という特殊性があるため、治療者—患者間の性愛化をひきおこす危険性が高い。患者への身体的接触や直接指導を行わないことは当然であるが、診察室内には共同治療者（できれば異性）が同席す

ることが望ましい。また未完成婚を代表とするように、性障害は離婚につながる危険性を常に孕んでいるため、治療者は中立性を心がける必要がある。つまり患者あるいはその配偶者への対応では、片方に同情的だったり、逆に非言語的にしろ、軽蔑や非難のメッセージを送ったりすることのないよう留意すべきであろう。

6. 文 献

- (1) DSM-III-R：精神障害の診断・統計マニュアル，高橋三郎訳，医学書院，東来，1988.
- (2) カプラン：ニュー・セックス・セラピー，野末源一訳，星和書店，東京，1971.
- (3) カプラン：続ニュー・セックス・セラピー，野口昌也・他訳，星和書店，東京，1982.
- (4) マスターズ&ジョンソン：人間の性不全，謝国権訳，池田書店，東京，1971.
- (5) グリック&ケラー：夫婦家族療法，鈴木浩二訳，誠信書房，東京，1983.
- (6) 阿部輝夫：未完成婚とセックス・セラピー，家族療法の理論と実際Ⅰ，大原健士郎ら編，星和書店，東京，1986.

性恐怖（性嫌悪）

山王病院 野 末 源 一

性反応は普通におこることが多いが、性交は無論のこと、パートナーに触れられたり、キスをされたり愛撫されることを、極端に嫌う一群の女性がいる。

性に対して、非論理的な心配や更には、恐怖（Phobia）、嫌悪（Aversion）を持っている。

パートナーがセックスを要求すると、今日は一日中忙しくて、とても疲れたからやめて欲しいなどは一例で、その外に色々な理由をつけて性交をさける。パートナーとしては、相手がひょっとして自分を嫌いではないか、と考え始める。離婚の恐れのために、自分の恐怖を押へて性交を行うなど、切羽詰まって性交をする。パートナーが愛情深い男性である場合でも、パートナー自身が大きな不満を持つこととなり、性の問題として浮びあがってくる。

このような女性は、自分自身の状態をよく把握してはいるけれども、又この状態から脱却したいという希望を持っている場合が多いけれども、現実の場合では性を拒否又は嫌悪することとなる。

後天的に発生した性嫌悪の一例をあげてみると、32才の女性で、婚前交渉で一回の人工妊娠中絶の既往がある。

結婚後は性交は何等問題点はなかったが、些細なことから、姑とうまくゆかなくなり、その後、姑が時々たずねてくる度毎に人間関係が悪化してきた。

その上にももし子供が出来れば子供を世話するために、姑が同居することとなるという話が出

てきた。それ以来妊娠をするのが恐怖となり、性交を事につけ避けるようになり、又夫から触れられるのも嫌うようになった。たまたま性交をすることがあっても、オーガズムにはならない。

このために、自分自身でも悩んでいるが、その理由についてはハッキリと自分でも理解している。然し、オーガズムに至らなかったことは、今迄での初めての経験であるので、今後、このままになるのではないか？、何かよい方法はないものかと本人は考えている。

もう一例は48才の主婦で、自分の仕事を持っている。一回の離婚歴があるが、前回の3年間の結婚生活のうち数回しか性交はなかったとのことである。46才で再婚したが、結婚して夫から手を握られるのもいやになったし、触れられるのもいやになったという。オーガズムはあると自分では思っているが、ある時夫から性交中に「お前是不感症だ」といわれ、それ以来性交そのものが不安になり、性交を嫌い、更には接触も、キスも嫌うようになった。この例の特殊にみえるのは、戦争中に生れ父は戦死、母親が結核で死亡したので、母親から愛撫された経験はなく、祖母に育てられたということである。幼児体験からその後の正常な性の発達に影響を与えたことも考えられる。

Kaplan* はこれら一群の患者は性的場面を極端にされるため、一生独身だったり、結婚しても生活が難しいことを報じている。

又身体的の疾患でパニックを引き起こす疾患

についての鑑別診断 — 低血糖，心疾患，甲状腺疾患などの除外。一般的なパニックの一部と考えられる性嫌悪と性嫌悪以外は静かで，心配性でない人々との鑑別。前者には薬剤が，後者には精神療法が有効なことをのべている。

- * H, S, Kaplan: The Evaluation of Sexual Disorders., p. 264-268
Brunnel / Mazel, Inc. 1983.