

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.17 NO.1 Aug. 1999

巻頭言	野末源一
総説	
生殖医療と倫理	廣井正彦
原著	
アルプロスタジルのインポテンスに対する経尿道的使用経験	長久保一朗・竹内昭雄
30～60歳代の有配偶女性の性生活	荒木乳根子
岡山大学医学部附属病院泌尿器科における 新婚ED（勃起障害）の臨床的検討	永井敦
ホルモン療法	中村幸伸
近親姦に悩む子等について	荒居百合子
10代のクラミジア感染症	村口喜代
性機能障害とパートナーシップ	大川玲子
症例	
未完成婚の治療	林知恵子
報告	
青年期のピア・カウンセリング	武田敏
提言	
脳、性、愛のトライアングル概念の提唱について	山崎高明
資料	
クリトリスの機能に対する一つの仮説	伊藤弘
国際勃起機能スコア（IIEF）と国際勃起機能スコア5（IIEF5）の 日本語訳の紹介	長田尚夫・矢島通孝
書評	
「性的不能者裁判」	針間克己
編集後記	河野友信

日本性科学会

Japan Society of Sexual Science

巻 頭 言

日本性科学会理事長 野 末 源 一

学会誌とニューズレターとは、会員の動向や希望をよく反映して、読むことが楽しくなる紙面を作ることが理想である。The New England Journal of Medicine は医学界では最も高く評価されている医学専門雑誌であるが、所々に心を休める写真が載っているのは楽しい。本誌も近い将来にそのようになっていただきたい。また会員諸氏の批判、ご意見など気軽に編集者宛に書いていただきたい。The New England Journal of Medicine では correspondence とか、LETTERS TO THE EDITOR としてその雑誌の大きな部分を占めている。本誌においても是非御投稿をお願いしたい。

現代社会上における問題点の一つとして、社会のひずみとも考えられる青少年の性行動が問題となるこのごろだが、カウンセラーが日々努力しておられるにもかかわらず、この分野に対する社会の強力な応援が少ないのではないか。ものだけでなく、心の治療者としての役目を持つカウンセラー・セラピストはもっと重視されるべきであろう。アメリカでは、15歳から18歳の少年が人口に占めるパーセントは6%であるけれども、特に殺人や盗み、rape など重大な性犯罪は、その年令層によって25%を占めているといわれている。Shaw は少女、婦人がその犠牲者となるが、その加害者である少年は過去に年上の女性からの性被害者であることが多く、少年自身は性被害を受けたことについて、逆に自分は幸運であったと思い込んでいるため、その少年の正常な性発達がゆがめられたためであるとしている。(SEXUAL AGGRESSION: edited by Jon A. Shaw ISBN0-88048-757-7)

性科学は学際的な学問であるので、医師、看護婦(士)カウンセラーなど多くの方々の観察、考察を得てアカデミックな研究と共に、実地的な科学研究を発表していただきたい。

一方、本誌は本来の目的である性科学における信頼できる情報源として、一步一步前進している。これは強力な編集委員が、一生懸命に努力をしているからであって、その継続的なご努力に深く感謝の意を表したい。

目 次

巻頭言	野末源一	1
総説		
生殖医療と倫理	廣井正彦	3
原 著		
アルプロスタジルのインポテンスに対する経尿道的使用経験	長久保一朗・竹内昭雄	8
30～60歳代の有配偶女性の性生活	荒木乳根子	15
岡山大学医学部附属病院泌尿器科における		
新婚ED（勃起障害）の臨床的検討	永井敦	24
ホルモン療法	中村幸伸	30
近親姦に悩む子等について	荒居百合子	36
10代のクラミジア感染症	村口喜代	41
性功能障害とパートナーシップ	大川玲子	46
症 例		
未完成婚の治療	林知恵子	51
報 告		
青年期のピア・カウンセリング	武田敏	56
提 言		
脳、性、愛のトライアングル概念の提唱について	山崎高明	66
資 料		
クリトリスの機能に対する一つの仮説	伊藤弘	71
国際勃起機能スコア（IIEF）と国際勃起機能スコア5（IIEF5）の		
日本語訳の紹介	長田尚夫・矢島通孝	79
書 評		
「性的不能者裁判」	針間克己	85
編集後記	河野友信	87
日本性科学会会則・理事選挙管理規程・会費規程		88
日本性科学会「セックス・カウンセラー」, 「セックス・セラピスト」		
資格認定規定		92
資格認定制度における過渡的措置		94
投稿規定		95

生殖医療と倫理

山形大学医学部産科婦科学教室

廣 井 正 彦

はじめに

1999年2月28日から3月1日にかけてわが国で初めて脳死による臓器移植が行われ、新しい移植医療への幕開けとして注目されるに至っている。

一方、1997年2月、イギリスのロスリン研究所でクローン羊「ドリー」の誕生が、従来からの生物学の常識をくつがえし、体細胞クローンの幕開けとして注目された。しかし1998年7月にはわが国で牛体細胞を用いたクローン牛の誕生に成功し、クローン研究に拍車をかけるようになった。

このように1990年の後半に至り生殖医療に画期的な研究が報告され、生命倫理が注目されるようになった。

しかし、1998年10月に埼玉医大での性転換手術が行われ、さらに生命倫理のあり方にも注目されるに至っている。

そこで今回は生殖をとりまく倫理の問題を解説してみたい。

新しい生殖医療

1987年、Edwards, Steptoeにより世界で初めての体外受精児の出生は、生殖医療の発展に画期的な変革を齎した。

その後、受精卵（胚）の凍結保存、顕微鏡下での受精、胚生検による着床前の診断、遺伝子レベルでの治療へと医術の革新が起り実用されたり、今後への応用へと期待がよせら

れてきている。そこでこれらの生殖医療技術（assisted reproductive technology, ART）について生命倫理の上から考えてみたい。

(1) 体外受精・胚移植

in vitro fertilization and embryo transfer (IVF・ET)

卵管などの障害により正常の受精過程に障害がある場合に、卵を体外に取り出して培養後に精子をかけて受精させ、この受精卵を子宮腔内に移注する方法である（図1）。

体外受精・胚移植（IVF-ET） 配偶子卵管内移植（GIFT）

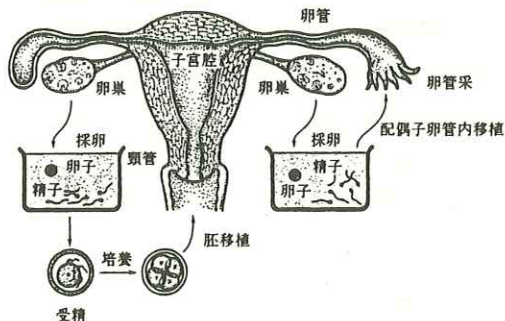


図1 体外受精・胚移植と配偶子卵管内移植の比較

- ① 自然の摂理に反する
- ② 先天異常児の出生の可能性
- ③ 世界人口増加の折必要性

など疑問視されてきたが、わが国でも広く用いられ、先天異常児の出生も自然妊婦児と大きな差がないことより、容認されてきている。

(2) 受精欄（胚）凍結

Cryopreservation of the embryo

受精卵と凍結保護剤による処置後に -196°C の液体窒素の中で保存する。半永久的に保存が可能であるとされている。

- ① 生命体への虐待
- ② 相続権
- ③ 譲渡や廃棄

胚が児として育つ権利があるなら、 -196°C の中で保存することは生命体への虐待に相当する。また両親や一方の親が死亡した際に相続権があるか、他人への譲渡や一定期間の保存期間が過ぎたら廃棄することは、生命体への冒瀆であるとする。しかし、着床してはじめて生命と認められるとの立場に立てば、胚そのものの処置は両親に帰属すると考えられ、その間での consensus があれば問題はないといえる。

(3) 顕微受精

通常の IVF で受精しない場合に強制的に受精をはかる方法である。器械的に透明帯を開孔する方法、囲卵腔内に精子を注入する方法、細胞質内に1匹の精子を注入する方法などが臨床的に用いられているが、近年、後者の細胞質内精子注入法 (ICSI) が多く用いられている (図2)。

a) 囲卵腔内精子注入法

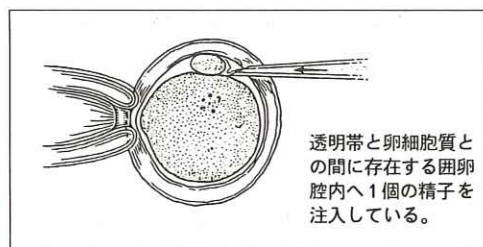
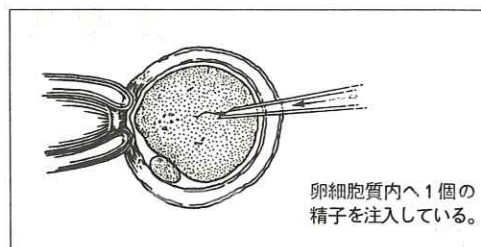


図2 多く用いられている顕微受精法

b) 細胞質精子注入法



① 人為的な強制受精

② 精子になる前の円形精子細胞の利用などに問題があると指摘されている。しかし受精してもその後の卵割が充分に行われなければ着床までに至らないとする向きもあり問題は意外に少ないといえる。

(4) 胚生検

従来より行われてきた羊水穿刺や絨毛細胞の採取は内容により人工中絶を前提とした検査であるのに対して、着床前の受精卵の一部細胞を採取して染色体又はDNA分析は、胎児の抹殺を意味しないために注目を浴びている (図3)。

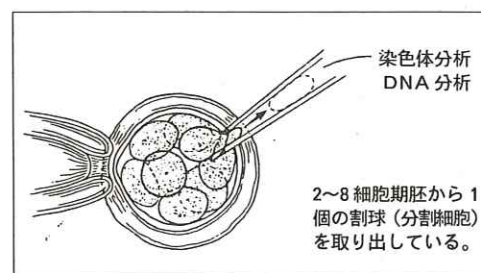


図3 胚生検 (preembryo biopsy)

① 障害者への差別

② 生検目的での体外受精の是非

③ 初期胚の生検による胚の予後

など問題する指摘もあるが、限られた施設でのみ許可する方向にきている。

(5) 減胎(数)手術

多胎妊娠の際に操作を加えて胎児数を減少させようとするものである。

- ① 母体保護法違反の恐れ
- ② 死亡させる胎児への選択権
- ③ 子供が欲しいのに多胎だから一部中絶を希望する身勝手論

などがあるが、学問の進歩によりこれらの処置が可能になったことなど、日母も母体保護法の改正の中で減胎手術を容認する傾向にきており、近いうちに決着がつきそうである。

(6) 卵および胚の donation

卵巣の障害があったり、受精の障害などのために児に恵まれない人のために、体外受精などにより余剰の卵や胚を寄付するものである。

a) 母親が娘夫婦の代理母(貸し腹)となる



(Michelow, M.C. ら、1988)

① 精子がよくて何故卵や胚がだめか

② 中絶胎児からの卵の採取

など多くの問題をかかえている。

(7) 代理母

妻の障害のために夫の精子を第3者の子宮に入れて児を得る方法と、夫婦の受精卵を第3者の子宮に入れて児を得るなどの方法がある(図4)。

① 母親は誰か

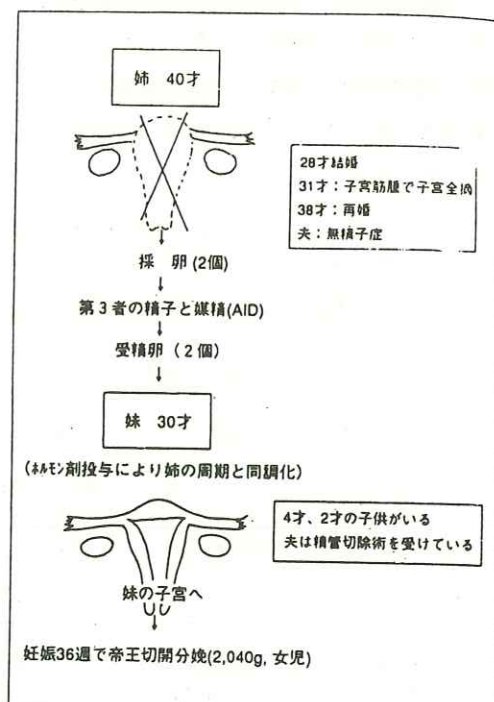
② 障害児の時の引取り

など法律以外の問題も多い。

(8) クローン

自分の分身としてのクローンをヒトに応用することは禁じられているが、韓国でヒトの研究が報道され今後の問題になっている。

b) 妹が姉の代理母(借り腹)となる



(Leeton, J. ら、1988)

図4 文献にみられた代理母の例

新しい性医学的問題

最近、わが国でも性に対する医学的アプローチが積極的に行う方向になってきた。ここにも倫理的な面が指摘されてきているので、かいつまんで述べてみたい。

(1) 性転換及び転換手術

性は受精の瞬間に決まり、それは生涯にわたり変ることは出来ないものとされていた。しかし自分の身体的な性に違和感をもち、他の性への転換を望む「性同一性障害」に対し、ホルモン剤の投与や転換手術を施行しようとするものである。

① 性に対し人工的操作により他の性への転換に伴う身体的障害

② 男女の性の決定という神聖な領域への挑戦

など問題点もあり、これら「性同一性障害」患者への心理的、精神的な支援と共に、法的整理も問題が多い。東によれば性転換について諸外国で表1のごとき条件に多少の差異がある。

(2) 性的虐待

とくに子どもへの性的虐待 child sexual abuse が欧米では社会的問題となってきた。この定義も問題が多いが、「発達が未熟で依存的な子供を、十分に理解されず、必要な情報も与えられず、同意もされないまま性行動にひきいれられこと」を一般にいう(表2)。

① 強姦に相当する

② 子どもへの心理的障害

③ 妊娠など身体的障害

などあり、わが国でも児童に対する「防止センター」が設立されてきている。

(3) 性的嫌がらせ(セクシュアル・ハラスメント)

相手を不快にさせる性的な言動をいう。

① 弱者への強者からの嫌がらせ

② 基本的な人権への障害

とくに企業で上司からの性的嫌がらせ、男性から女性への人権侵害など倫理的にも問題が多い。

表1 諸外国にみる性別変更に必要とされる条件

	施行年度	国籍	年齢	婚姻の有無*	医 学 的 条 件			
					リアル・ライフ・テスト**	診断	治療***	妊孕性の放棄
スウェーデン	1972	自国籍民	18歳以上	非婚者	「長期間」	必要	強制しない	求める
ドイツ	1980	自国籍民	なし	非婚者	「最低3年」	必要	手術必要	求める
イタリア	1982		なし	自動的に解消	不問	必要	性的特徴の変化	不問
オランダ	1985	自国籍民	なし	非婚者	不問	必要	専門家の判断	求める
トルコ	1988		なし	自動的に解消	不問	必要	不問	不問

* : 配偶者の有無に関する規制については、「同性結婚」が認められることによってどう変化するか注目

** : 「望みの性」で生活した期間のこと。「医師の観察下における」という条件は見あたらない。

*** : ホルモン療法と手術療法

(東 優子, 1999)

表2 「児童虐待」の定義

子どもの人権侵害事例の調査（件数調査①～⑥）については「昭和58年度・全国児童相談所における家庭内児童虐待調査」を参考として、つぎのように定義する。

① 身体的暴行

外傷の残る暴行、あるいは、生命に危険のある暴行、（外傷としては、打撲傷、あざ〈内出血〉、骨折、頭部外傷、刺傷、火傷、など。生命に危険のある暴行とは、首をしめる、ふとん蒸しにする、溺れさせる、逆さ吊りにする、毒物を飲ませる、食事をあたえない、冬、戸外にしめだす、一室に拘禁するなど）。

② 棄児・置き去り

③ 保護の怠慢ないし拒否

衣食住や清潔さについての健康状態を損なう放置（健康状態を損なう放置とは、栄養不良、極端な不潔、怠慢ないし拒否による病気の発生など）。

④ 性的暴行

親による近親相姦、または、親に代わる保護者による性的暴行。

⑤ 心理的虐待

極端な心理的外傷をあたえたと思われる行為（心理的外傷とは、児童の不安・怯え、うつ状態、凍りつくような無感動や無反応、強い攻撃性、習癖異常など、日常生活に支障をきたす精神状態が現れているものに限る）。

⑥ 登校禁止（家への閉じ込め）。

おわりに

生殖や性に関する倫理の問題が最近社会の関心事となってきた。そこでこれらを概観したが、性科学会員も常に関心をもち許される範囲など議論する必要がある。生殖や性に関する先端医療は時により犯罪行為や社会の批判を浴びることがあるだけに、社会的コンセンサスなど得て行うなど慎重さが要求されている。

（北山 秋雄, 1996）

原 著

アルプロスタジルのインポテンスに対する経尿道的使用経験

長久保クリニック 長久保一朗, 桜井 孝彦
桑原 勝孝, 竹内 昭雄
知多市民病院 花井 俊典
日本医大永山病院 平岡 保紀, 岩本 和夫
藤田保健衛生大学 堀場 優樹, 星長 清隆

要 約

勃起障害の患者 61 名に経尿道的にアルプロスタジルを使用して, その臨床的效果を検討した。アルプロスタジルは 125, 250, 500, 1000 $\mu\text{g}/\text{dl}$ を使用した。平均年齢は 62.5 歳であり, 骨盤内の手術 17 例中 5 例, TUR-P (経尿道的前立腺切除術) 後 12 例中 9 例, 糖尿病 8 例中 5 例, 疾患なし 6 例中 4 例, 慢性腎不全 4 例中 4 例, 前立腺肥大症 4 例中 3 例に性交可能であった。脳梗塞, 脊椎損傷は性交不可であった。前立腺癌で女性ホルモンと LH-RH アゴニストを使用群は 17 例中 6 例に性交可能であった。副作用は尿道痛 10 例, 陰茎痛 7 例であり, 出血, 熱感, 睾丸痛各 1 例であった。全 61 例中性交可能例は 31 例の 50.8% という結果であった。

キーワード

アルプロスタジル, 勃起障害, 経尿道的注入

緒 言

我が国に於ける勃起障害の患者は 500 万人とも 1,000 万人とも言われている。我々は今回, プロスタグランデン E₁ 製剤であるアルプロスタジル (ミューズ) を経尿道的に使用する機械を得たのでここに報告したい。投与

した患者は, 骨盤内の手術後 (前立腺摘術後, 膀胱全摘術後, 直腸癌根治術後), TUR-P 後, 糖尿病, 慢性腎不全, 前立腺肥大症, 脊椎症, 脊椎損傷, 脳梗塞後遺症, その他の疾患など 61 名に投与してみた。使用したアルプロスタジルは 125, 250, 500, 1000 $\mu\text{g}/\text{dl}$ の 4 種類であり, その有効性につき検討を加えた。

I 対 象

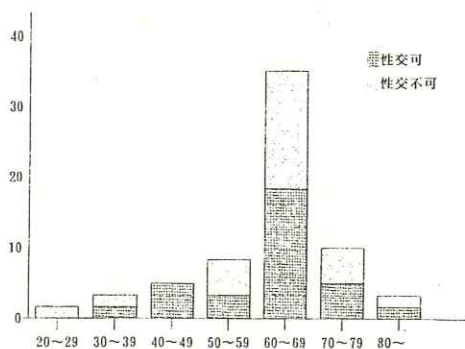
アルプロスタジルを投与した患者は表 1 の如く 61 名であった。最年少は 28 歳から最高年齢は 81 歳までであり, 平均 62.5 歳であった。比較的に平均年齢が高かった。

表 1 アルプロスタジル使用量

	性交可 (N=31)	性交不可 (N=30)
年齢	62.7	62.4
初体験	20.3	20.3
性交人数	18.4	11.6
無性交期間 (月)	23.1	28.7
テストステロン	340.2	294.1
プロラクチン	14.2	11.7
勃起までの時間 (分)	10.3	11.7
持続時間 (分)	43.8	36.3
用量	620.9	783.3

グラフ 1 の如く年齢層は 20~29 歳は 1 例

で、30～39歳は2例、40～49歳は4例、50～59歳は7例、1番多い年代は60～69歳の34例であり、70～79歳は11例、80歳以上は2例であった。比較的高齢者が多く、60～69歳代に次いで70～79歳代が多かった。



グラフ1 アルプロスタジル使用の年齢

職業別では無職が17名と1番多く、次いで会社員の13名、会社役員8名、自営業5名、公務員4名、医師4名、教員2名であり、その他は画家、検査技師、農業、透析技師、弁護士、運転手、配管工、アルバイト各1名ずつであり、無職と会社員が1番多かった。

すべての人に結婚歴があり、初体験は16歳から30歳までであり、平均20.3歳であった。アルプロスタジルを投与する迄に交渉した女性は最少は妻のみ1人から1,000人迄と答えた人がいた。しかしこの人は軍隊経験者でほとんど毎日の様に売春婦と性交渉を持ったという事から他の人との違いがあり過ぎる為に、性交渉の統計からは除外した。そのため平均すると15.0人となる。無性交期間は、最短4ヵ月から、最大120ヵ月であり、平均すると26ヵ月であった。今回は泌尿器科的研究の目的からアルプロスタジルを使用した対象は比較的に高齢者と骨盤内の手術後や糖尿病等の器質的疾患を有する症例を対象とし

表2 疾患別

疾患名	例数	平均年齢	性交可	性交不可	性交率(%)
骨盤内手術	17	63.5	5	12	29.4
TUR-P 後	12	68.7	9	3	75
糖尿病	8	62.4	5	3	62.5
なし	6	54.0	4	2	66.7
慢性腎不全	4	57.0	4	2	100
前立腺肥大症	4	71.0	3	1	75
脳梗塞	2	65.0	0	2	0
脊髄損傷	2	41.5	0	2	0
その他	6	58.0	1	5	16.7
計	61	62.5	31	30	50.8

た。表2にある如く骨盤内の手術後17例、TUR-P後12例、糖尿病8例、慢性腎不全4例、前立腺肥大症4例、脳梗塞2例、脊髄損傷2例、うつ病、副腎の手術後、高血圧症、睾丸腫瘍の陰茎転移1例の合計55例であり、疾患なしの症例は6例にすぎなかった。疾患なしの症例については原則として問診を充分にして患者の訴えやこれまでの性体験、過去にかかった病気、家族歴等を十分に聴取し、感染症、腎疾患、肝疾患、糖尿病の有無を検査し、血中のテストステロン及びプロラクチンの測定、夜間陰茎勃起現象の検査を施行した¹⁾²⁾。尚、パパベリンテスト³⁾や陰茎硬度周径連続測定装置(Rigi Scan)や陰茎のドップラー検査は施行しなかった。患者にアルプロスタジルを使用するにあたっては、まずアルプロスタジルの125か250 $\mu\text{g}/\text{dl}$ を外来で患者の尿道に注入してみて、陰茎の勃起するまで時間や陰茎の勃起の状態を観察し、アルプロスタジルに反応するかどうかをみて、変化なしや膨張のみに対しては500 $\mu\text{g}/\text{dl}$ や1000 $\mu\text{g}/\text{dl}$ に増量し改めて別の日に使用してみた。勃起が起こった症例(不十分な状態も含む)や患者が希望する場合にはそのま

まの容量を渡し、使用法を十分に説明した。特に薬剤が尿道から脱出しない様にする事や自分自身でポルノやビデオでの性的刺激が十分に起こる様に指導した。尚 IIEF[®]等の性機能指数については検討を加えなかった。また血中のテストステロンは61例中52例に施行した。テストステロンの平均値は315.8mg/dlであり前立腺癌で女性ホルモン剤を内服中か LH-RH アゴニストを使用している症例は比較的にテストステロンの値が低く、正常の277mg/dlより以下は21例である。このうち14例の66.7%が女性ホルモンを投与中であるか、LH-RH アゴニストの投与を受けていた。一方プロラクチンの値が高値を示したものは1例を認めたが、脳下垂体の検査等では異常を認めなかった。

II アルプロスタジルの使用方法



アルプロスタジルは名刺大の大きさの袋の中にアプローケーターが入っている。

アルプロスタジルは写真の如く、コンドームよりやや大きめの名刺大のパックの中にアプローケーターが入っており（写真1）そのアプローケーターのふたを取るとそのペレットの

先にアルプロスタジルが125, 250, 500, 1000 $\mu\text{g}/\text{dl}$ の4種類が封入されている。最初は125 $\mu\text{g}/\text{dl}$ より使用を開始したがその効果が低いために、患者の病状に応じて250から1000 $\mu\text{g}/\text{dl}$ を使用する様にした。61例のうち性交可能群では平均容量は620.9 $\mu\text{g}/\text{dl}$ であり、性交可能群では783.3 $\mu\text{g}/\text{dl}$ であった。使用方法は図1の如く排尿後にただちにアプローケーターのふたをはずし、アプローケーターを尿道より優しく3.2cmまで挿入し、ボトムを押しアルプロスタジルを封入したペレットを尿道内に排出させて後アルプロスタジルが確実に尿道内に入ったのを確認した後に、両手で陰茎をゆっくりともみほぐし、体温でアルプロスタジルが溶けて尿道より吸収され易くする。

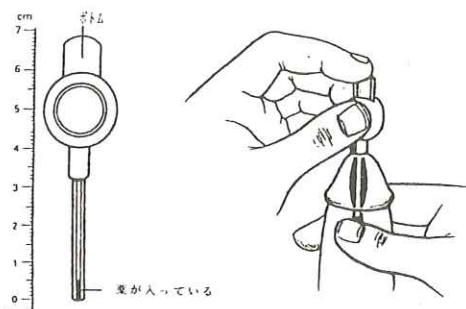


図1 アルプロスタジルの経尿道投与に用いるアプローケーター

III 患者に対するアンケートについて

アルプロスタジルを使用した患者すべてにアンケート用紙を配布した。

1 使用後の評価について

①変化なし ②膨張のみ ③不十分な勃起 ④完全勃起 として①～④のどれかを選択さ

せた。次いで勃起するまでの時間、勃起持続時間、性交の可否、射精の有無、副作用についても返答をもらった。

2 使用効果に関する感想

①大満足 ②満足 ③期待はずれ の中から選択させた。

3 使用方法についての感想

①容易 ②何とか使用出来る ③難しい とに分類してアンケートに解答させた。

IV アルプロスタジルの治療成績について

アルプロスタジルを投与した患者は合計61名であり、31例に性交可能であり、性交率は50.8%であった。表1の如く、勃起までの時間は性交可能例で平均10.3分、持続時間は43.6分であった。使用感に関しては②の満足が一番多かった。表2は疾患別の成績であるが、骨盤内の手術17例中、前立腺全摘術14例、膀胱全摘術2例、直腸癌根治術後1例であり、前立腺全摘は14例中3例の21.4%に性交可能であり、膀胱全摘は2例中2例の100%に性交可能であった。しかし直腸癌根治術後では1例のみであるが性交は不可であった。

TUR-P後は12例であり9例の75%に性交可能であり、糖尿病は8例中5例の62.5%が性交可能であった。慢性腎不全は4例中4例の100%に性交可能であった。前立腺肥大は4例中3例の75%に性交可能であったが、脳梗塞、脊髄損傷の各2例はすべて性交不可であった。その疾病なしの群に関しては平均年齢が54.0歳と若年であるにもかかわらず、6例中4例の66.7%の性交率であった。その他の症例に関しては38歳のうつ病の例のみが性交可能例であり、前立腺炎とうつ病を有す

る1例、前立腺癌の1例、副腎手術後の1例、高血圧の1例はすべて61歳以上であり性交は不可であった。また睾丸腫瘍の陰茎転移後例も性交は不可であり、これもアルプロスタジルの投与に無理があったと思える。

表3 LH-RH agonist 又はホルモン剤使用中
症例

症 例	平均 年齢	性交 可能	性交 不可	性交 率(%)
使 用 (17 例)	62.8	6	11	35.3
非使用 (44 例)	62.2	25	19	56.8

表3は女性ホルモンまたはLH-RH アゴニストを使用している例は合計して17例であり、16例までが前立腺癌であり、性交例は6例の35.3%であった。ホルモン非使用群では44例中25例の56.8%に性交可能を認めている。いずれにしろ、女性ホルモンを使用群では性生活を可能にすることがかなり難しいものと思われた。

V 考 察

アルプロスタジルについては1996年12月にHellstrom⁹⁾等により発表されている。65名の患者に使用して、その性交率は63.6%と報告している。その後、1997年となりPadma-Nothn⁹⁾が南カリフォルニアや大学及びその周辺の泌尿器科医師達と共同して治験施行し1,511名の患者に使用した。その性交率も高く Hellstrom 等とほぼ同等の64.9%の性交率であったと報告されている。我々の行った治験では61名であり、その平均年齢も高く、62.5歳であることや骨盤内の手術や糖尿病等の疾患も多いことから61名中

で性交可能者は31名であり、性交率も50.8%とかなり両者の報告とは開きがあった。確かに我々の症例では一般的な機能的な勃起障害に使用せず、高齢者とかなり厳しい器質的疾患を有する患者に使用したことが性交可能のパーセントを低くしたことは否定出来ない。骨盤内の手術で前立腺全摘が良くなく、膀胱全摘が100%であったのは、陰茎から帰る静脈の流れを手術で結紮してしまうからであろうか。まだ2例のみなので今後も十分に検討する必要があると思える。慢性腎不全の4例に関しては全員性交可能であった。1例は透析歴が短く、1例は腎移植術後に透析に戻ったばかりであり、他の1例は週1回の透析例であり、比較的テストステロンの値も高く $511.3 \mu\text{g}/\text{dl}$ であり、プロラクチン値も $12.8 \mu\text{g}/\text{ml}$ と正常値であり、平均透析期間も6年2ヵ月(1例の移植期間も含む)と短いものであった。平均年齢も57.0歳と全体の62.5歳に対して低かったことも好成績に繋がったものと思われる。慢性腎不全の患者については心機能も良くない患者が多く、心胸比も大きく、すぐに心不全に陥りやすい点などから考えると、現在マスコミに登場し、世間を騒がせているバイアグラTMと比較すると、バイアグラは循環器系を通して全身的に作用する為に低血圧症を発症し重大な事態にもなりかねない。事実、強心剤(ニトロール)等を内服している患者がこのバイアグラにより16名ほど死亡したという発表があったばかりであり、心機能障害をもつ透析患者にはバイアグラより、アルプロスタジルの方が合併症も少なく、安心して使用できる薬剤といえよう。したがって腎不全の患者の勃起障害に対してはアルプロスタジルは画期的な治療

法の一つと思われる。また前立腺癌が多く、女性ホルモンとLH-RHアゴニストを使用している例は35.3%と性交率が低く非使用群の56.8%に比しても良くなかったことは当然の結果と思える。このアルプロスタジルは125, 250, 500, $1000 \mu\text{g}/\text{dl}$ の4種類があるが我々の使用したものでは $125 \mu\text{g}/\text{dl}$ はまったく効果がみられなかった。プロスタグランデンE₁を直接陰茎に注入する時は $40 \mu\text{g}/\text{dl}$ で有効であったものが、経尿道より注入するとなると、尿道粘膜よりの吸収が落ちるために、かなりの量を投与しなければならなかった。我々の経験でも、性交可能例は $250 \mu\text{g}/\text{dl}$ が9例中7例の77.8%, $500 \mu\text{g}/\text{dl}$ では23例中13例の56.5%, $1000 \mu\text{g}/\text{dl}$ 以上は(1例 $2000 \mu\text{g}/\text{dl}$) 35.7%であった。いいかえれば、約半数の症例がドーズアップしていき $1000 \mu\text{g}/\text{dl}$ でも効果をみなかったと言える。最近 Peterson⁹⁾等はアルプロスタジルにミニプレスを混ぜることによりさらに治療効果をあげたと報告しており、注目すべきことと思っている。副作用については、61例中20例に認めている。尿道痛10例、陰茎痛7例、出血、熱感、睾丸痛各1例であり、持続勃起症のような重大な合併症はなかった。

今回、アルプロスタジルを使用する経緯については共同研究者の竹内が米国に居る友人の患者治療を見学し、日本でも十分に使用できると判断しました。我々の真意は今でも外国で公認されていて局所注射で使用されている薬剤をさらに安全度の高い剤形で使用しているために、本邦においても当然評価の対象になるべきであると考えた。当時我々が調査したところ、治験の名乗りを挙げる薬品会社

や輸入業者もないということなので、本邦でも一般の薬剤治験で行われるようなルールを踏み外さないように注意した。そのうえにその治験成績を学会に提示して、本邦でも何とか使用できるように皆さんで考えていただくという意図があった。このような目的で竹内を通して厚生省に輸入の許可を申請して、許可を得て輸入した。共同発表施設はアンケート用紙を作製し、是非とも試用したいという人を面接し、問診及び診療を行った。投与禁忌となるような器質的、機能的疾患のないことを確認したうえで、本人にこの薬剤の内容や使用方法、副作用を十分に説明し、インフォームドコンセントをお互いが行い、両者が納得の上で本剤を無料にて提供した。その結果は原疾患（膀胱、前立腺摘術等の患者が多いため）の治療を受けていた施設に報告するという手順を取り、結果をまとめて日本泌尿器科学会総会、日本透析療法学会のプログラム委員会の審査を通過して学会発表となったものである。

VI まとめ

- 1) 当院に来院した勃起障害 61 名にアルプロスタジルを投与し、61 例中 31 例の 50.8% に性交が可能であった。
- 2) このうち骨盤内手術群は 29.4% と低く前立腺全摘術後例は 21.4% であった。
- 3) 慢性腎不全は 4 例中 4 例に性交可能であった。
- 4) ホルモン使用群では性交可能例は 35.3% であり、非使用群 56.8% に比して低かった。
- 5) アルプロスタジル 250 $\mu\text{g}/\text{dl}$ は 77.7%, 500 $\mu\text{g}/\text{dl}$ は 56.5%, 1000 $\mu\text{g}/\text{dl}$ の有

効率は 35.79% であった。

- 6) 20 例 (32.8%) に尿道痛、陰茎痛、出血などの副作用を認めた。

結 語

かなりの重症度の高い勃起初害の患者にアルプロスタジルを投与して 50.8% とかなりの効果を上げることが出来た。尚この報告は第 86 回、日本泌尿器科学会総会、及び第 49 回日本透析医学会学術集會に於いて発表した。

文 献

- 1) 白井將文；インポテンスの診療の実際：泌尿器科 MOOK3：東京、39-49、1994。
- 2) 丸茂健；インポテンスの診断と治療 全日本病院出版会：東京、10~22、1992。
- 3) Virag R: Intracavernous injection of papaverine for an erectile failure. *Lancet* 2: 938, 1982.
- 4) Raymond C Rosen, Alan Riley, Gorm Wagner, Lan H Osterloh, John Kirkpatrick, and Avanish Mishra. The international index of erectile function (IIEF): A Multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 49 (6): 822-829 1997.
- 5) Hellsrom W J, Bennett A H, Gesundheit N, Kaiser FE, Lue TF, Padma-Nathan H, Peterson C A, Tam PY, Todd LK, Varady T C place VA: A double-blind, placebo-controlled evaluation of the erectile response to transurethral alprostadil. *Urology* 48 (6): 851~856, 1996.
- 6) Padma-Nathan H, Hellstrom WJ, Kaiser FE, Labasky RF, Lue TF, Naltan WE, Norwood, PC, Peterson CA, Shabsigh R, Tam py, Place VA, and Gesundheit N: Treatment of men with

- erectile dysfunction with transurethral alprostadil. Medicated Urethral System for Erection. (MUSE) study Group, N Engl. J Med Jun 2; 336 (1) 1-7 1997.
- 7) Nicholas K Terrett, Andrew S Bell, David Brown and Peter Ellis: Sildenafil (ViagraTM), A potent and selective inhibitor of type 5C-GMP phosphodiesterase with utility for the treatment of male erectile dysfunction. Bioorg Med Chem Lett. 6; 1819-1824 1996.
- 8) Mitra Dev Boolell, Michael J Allen, Stephen A Ballard, Sam Gepi-Attee, Gary J Muiyhead, Alasdair M Naylor, Ian H Osterloh and Clive Gingell: Sildenafil: An orally active type 5 cyclic GMP-specific phosphodiesterase inhibitor for the treatment of penile erectile dysfunction. Int J Imp Res 8: 47-52 1996.
- 9) Graig A Peterson, Alan H Bennett, Wayne J G Hellstrom, Fran E Kaiser, John E Morley, Kerry J Nemo, Haris Padma-Nathan, Virgil A place, J Joseph Prendergast, Peter Y Tom, Emil A Tanago, Leslie K Todd, John C Varady and Neil Gesundheit: Erectile response to transurethral Alprostadil, Prazogin and Alprostadil-prazosin combination. J Urol 159: 1523-1528, 1988.

原 著

30～60 歳代の有配偶女性の性生活

—— 更年期を挟む変化を中心に ——

調布学園短期大学

荒 木 乳根子

はじめに

筆者は 1990 年に東京、神奈川に住む 60～91 歳までの在宅男性 151 人、在宅女性 277 人を計 428 人を対象にセクシュアリティに関わる調査を行った。質問紙による調査で、質問内容は性行動のみでなく、広く異性への愛情や関心などに渡っている。なお、老年期の性についての先行研究はまだ数が少なく、特に女性についてのデータは不十分な状況である。そのため、女性のデータを得ることに力点を置き、できるだけ抵抗感を抱かず回答できるように質問紙の作成等に配慮した。その結果、どの設問も無回答の割合は数%であった。

結果をみると、性的欲求の面でも、愛情やいたわりといった感情の面でも異性への関心が認められないのは、男性の 5～6%、女性の 20～30% であった。しかし、いずれの質問項目においても大きな性差がみられた。すなわち、男性の方が性交頻度が多く、性的欲求も異性への愛情も女性よりはるかに強く、異性との交際も求めている。また、「現在、望ましいと思う性関係」として男性の多くが性交渉を求めているのに対して、女性は精神的な愛情を求めている。性差の理由としては男女の生理的な差異以外にも、「性についての教えられてきたこと」等から、男性中心で女性が従属的な性関係が女性にとって性生活を魅力のないものにしてきたことが推察された。また、性的なコミュニケーションの乏しさが

閉経後の女性の生理的変化への男性の無理解につながり、女性の性的欲求の減退に拍車をかけたのではないかと考えられた。

ともあれ、老年期の男女が互いに満足いく性関係を結ぶことの難しさが分かったが、これは現在の高齢者の生きてきた時代による制約が強いのか、もっと、本質的な問題か知りたいと思った。そのために、更年期を挟む年代の女性のセクシュアリティについて調査し、その変化をみたいと考えた。また、中高年男女が良い性関係を保持するための示唆を得たいと考えた。

I 調査対象と方法

本調査は 1997 年 1～12 月の間に筆者が講師を務めたホームヘルパー養成研修の受講者（女性のみ）に依頼して実施した。調査の意図を説明した上で質問紙を配布し、研修終了後に回収するか、後日郵送してもらったが、受講性のほぼ全員が引き受け、回答してくれた。対象者は神奈川県および東京都在住者である。

今回は得られた回答の中から 30～69 歳までの有配偶女性 309 人を抽出し分析した。抽出した対象者の基本的属性は表 1 の通りであった。

年齢階層の 30 歳代（前半 5 人、後半 28 人）、60 歳代（前半 41 人、後半 11 人）についてはデータが少ないが、前半、後半に分けない

表 1

(%)

年齢階層 歳 (人)	子どもの有無			親との同居の有無				仕事の有無	
	同居	別居	なし	要介護	介護不要	非同居	無回答	仕事有	仕事無
30-39 (n33)	87.9	0.0	12.1	0.0	9.1	90.9		63.6	36.4
40-44 (n34)	91.2	2.9	5.9	2.9	11.8	85.3		67.6	32.4
45-49 (n74)	94.6	5.4	0.0	1.4	14.9	82.4	1.4	71.6	28.4
50-54 (n62)	83.9	11.3	4.8	4.8	17.7	75.8	1.6	79.0	21.0
55-59 (n54)	51.9	44.4	3.7	3.7	3.7	88.9	3.7	88.9	11.1
60-69 (n52)	46.2	50.0	3.8	1.9	3.8	84.6	9.6	75.0	25.0
総 数 (n309)	75.7	20.1	4.2	2.6	10.7	83.8	2.9	75.4	24.6

で一括して示した。同居子がいる対象者が圧倒的に多いが、50代後半からは子どもが独立するため、同居子がいる対象者は半数程度となる。老親と同居している対象者は全体に少なく、50代前半が同居率22.5%で最大となっている。仕事はホームヘルパーとして働いている対象者が多いが、就労日数は平均日である。

質問項目は基本的属性5項目、セクシュアリティに関する項目19項目、高齢者のセクシュアリティに関する項目1項目である。セクシュアリティに関しては初経、月経、更年期障害、性交渉、オーガズム、性交痛、性的コミュニケーション、避妊、妊娠中絶、閉経後の変化、性的欲求、性生活の満足、望ましい性生活、相手との愛情関係等について設問した。

Ⅱ 結 果

1. 月経について (図1参照)

50代前半で「閉経した」42%、「間隔があき閉経が近い状態」32%であり、50代後半で「閉経した」が85%になっている。従来の調査より閉経年齢が遅い傾向がみられるが、各々の回答の定義は示さず本人の判断に委ね

た影響もあるかもしれない。それにしても、60代で「定期的に月経がある」人が8%もいるのはどのように理解したらよいのであろうか。ホルモン補充療法等によるのだろうか。

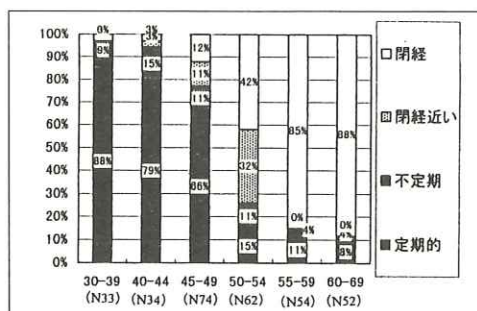


図1 月経

2. 更年期障害について (図2参照)

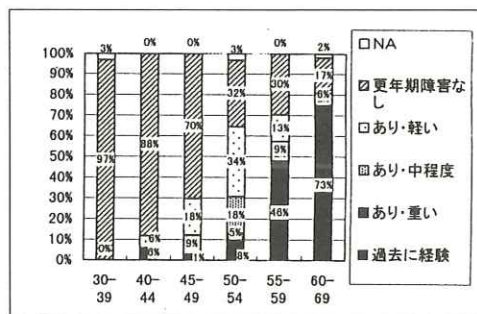


図2 更年期障害

「現在、更年期障害がある」という人がもっとも多いのは50代前半で57%である。その

うち5%は更年期障害が重く治療を受けたとしている。50代後半以降は「すでに経験した」の割合が多くなり、60代をみると、症状の程度の差はあれ、ほぼ8割の女性が更年期障害を経験することが分かる。

3. 妊娠中絶の有無(図3参照)

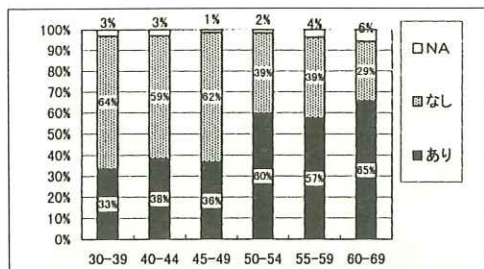


図3 妊娠中絶の有無

30~40代では「中絶経験有り」が4割以下であったが、50代以降はほぼ6割が中絶経験をもっていた。中絶の理由を聞いていないので、病気等による中絶も含まれていると考えられるが、中絶経験者が大変多いことが分かる。50代以降に比べると、30代、40代の中絶経験が少ないのは、性教育の普及等何らかの背景が考えられる。

4. 最近3ヶ月間の性交渉について(図4参照)

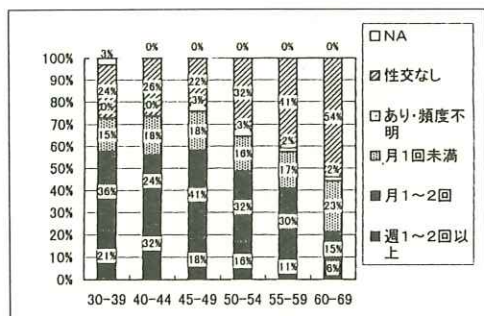


図4 性交頻度

「この3ヶ月間に、夫または恋人との間で

性交渉がありましたか」と聞いた。40代までは7~8割が性交渉をもっているが、50代前半から減少し始め、60代では5割以下になる(「性交あり」は前半で半数強、後半は2割)。性交頻度は40代前半のみ「週1~2回」が多いが(32%)、30代、40代後半、50代は、月に1~2回が多くなっている。60代は月に1~2回未満が最多である。

性交渉がなかった人にその理由を聞いた。(図略)「性交がなかった理由」は30代は「相手の不在」が半数を占めるが、40代前半、50代以降は女性側の「自分の関心の喪失」が多い。特に50代後半は45%が「自分の関心の喪失」をあげている。

5. 性交痛について

性交痛については、最近3ヶ月間に性交渉があった人の回答のみ取り上げた。「性交痛あり」は30代で64%、40代前半24%、40代後半41%、50代前半31%、50代後半50%、60代67%であった。30代は「性交痛あり」が多いが、性交痛の頻度(図略)は「ときどき」が大半を占めている。60代になると性交痛が「いつも」あるいは「2回に1回以上」あるが25%を占める。

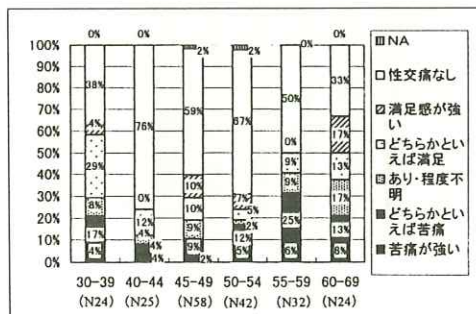


図5 性交痛の程度

しかし、性交においては、頻度よりも性交

痛の程度が問題となろう。性交痛の程度（図5参照）をみると「満足感・快感はなく、苦痛が強い」「どちらかといえば満足感・快感より苦痛が強い」が最も多いのは50代の後半（31%）である。全体では17%の女性が苦痛の方が強いと訴えており、性交痛に耐えて相手の求めに応じていることが分かる。

性交痛のある人に、性交痛について相手に伝えるか否かを聞いた（図6参照）。「その時々伝える」が50代は半数以下になり、性交痛が強まる50代後半は、他の年齢層よりむしろ「事後に折をみて伝える」「伝えていない」が多く、両者で32%にのぼっている。

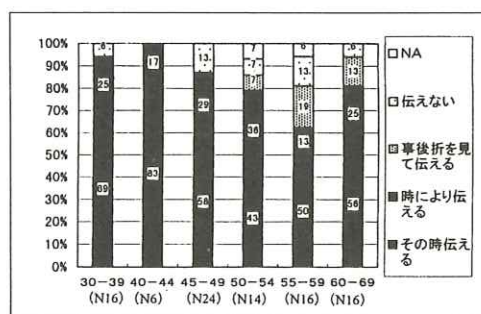


図6 性交痛について伝えるか

6. オーガズムについて（図7参照）

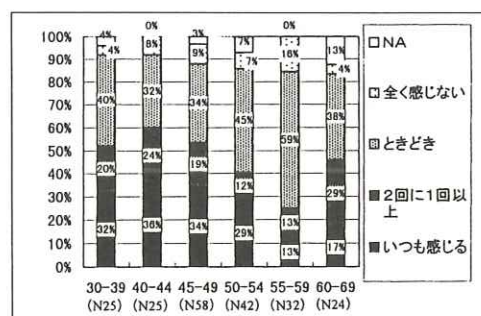


図7 オーガズム

オーガズムについても、最近3ヶ月間に性交渉があった人の回答のみ取り上げた。「い

つも感じる」ないし「2回に1回以上は感じる」をみていくと、40代までは5割〜6割がオーガズムを得ている。50代に入ると減少し、50代後半はもっとも減少する（26%）。60代の方がオーガズムを得ている割合が高いが、性交により一定の満足を得られる人が、60代まで性交を持続している結果ではないだろう。

7. 性的コミュニケーション（図8参照）

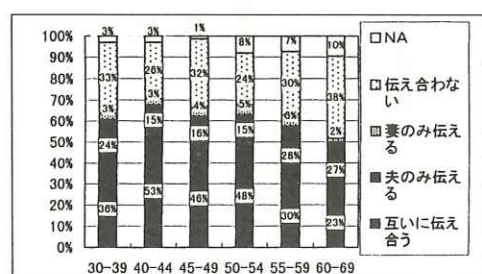


図8 性的コミュニケーション

性交渉の有無を問わず全員に、自分の性的感情や欲求について、相手に伝えたり、話合うことがあるかを聞いた。40代から50代前半は約半数は互いに伝え合っている。しかし、50代後半になると、「互いに伝え合う」が30%と目立って減少し、「夫のみ伝える」ないし「伝え合わない」が58%になる。60代になると「伝え合わない」が最も多く38%を占める。

なお、性的コミュニケーションと性交痛をクロスした結果が図9である。「互いに伝え合う」場合は、「苦痛の方が強い」程度の性交痛は8%に過ぎず、「夫のみ、妻のみ伝える」あるいは「伝え合わない」場合の3〜5分の1となっている。

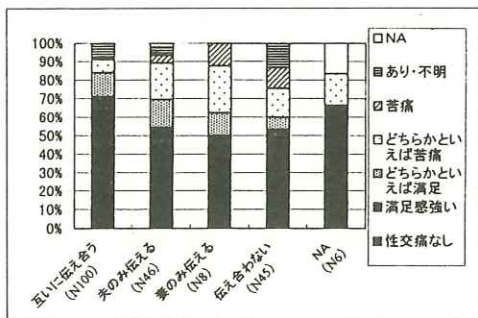


図9 性的コミュニケーション・性交痛の程度

また、性的コミュニケーションとオーガズムとクロスを見ると（図10参照）、「互いに伝え合う」場合に、最もオーガズムを得られていることが分かる。

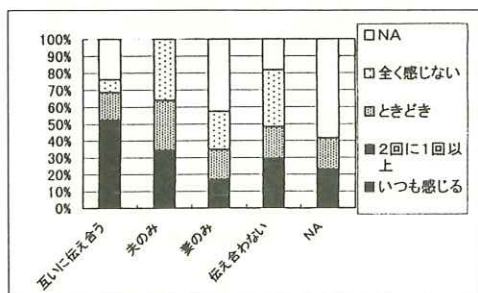


図10 性的コミュニケーション・オーガズム

8. 閉経後の変化について（図11参照）

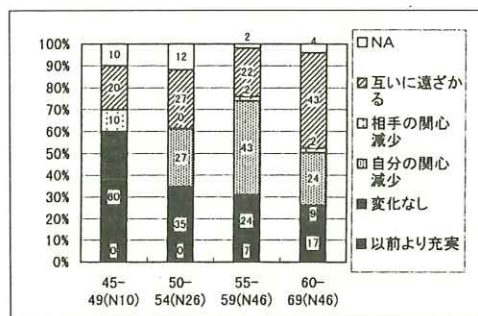


図11 閉経後の変化

閉経した人に閉経後の性交渉の変化を聞いた。40代後半は「変化なし」が60%を占めるが、50代前半になると「自分の関心の減

少・頻度が減った」ないし「互いに性生活から遠ざかるようになった」ために、54%が性交渉が減少したとしている。50代後半以降は7割近くが減少しているが、50代後半は43%が「自分の関心の減少」をあげ、60代は43%が「互いに遠ざかる」をあげている。50代後半は女性には性障害が強まるのに、男性側はまだ性機能の低下が緩やかで、夫婦間の性的な面での乖離がもっとも広がる時期かもしれない。なお、60代は性生活から遠ざかる人が多い反面、17%が「以前より充実」したとしており興味深い。

9. 性的欲求の一致について（図12参照）

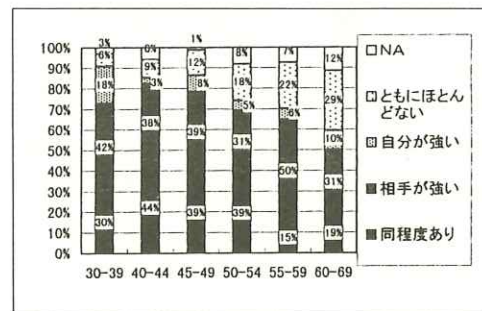


図12 性欲の一致

相手との性的欲求が一致しているかを聞いた。「相手の性欲が強すぎる」「相手の性欲が乏しすぎる」のいずれかで性的欲求が不一致であるのは、30代が最も多く60%、50代前半は最も少なく36%であった。多くのカップルにおいて性的欲求の一致が難しいことが分かる。なお、どの年齢階層でも「相手の性欲が強すぎる」ための不一致の方が多いが、特に50代後半は50%を占めている。

10. 望ましい性的関係 (図 13 参照)

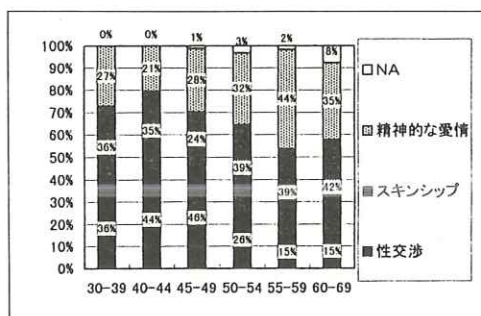


図 13 望ましい性的関係

「現在、相手とのどのような性的関係が望ましいか」について聞いた。

「性交渉を伴う愛情関係」を望ましいとする人は 40 代後半に向けて漸増し、50 代に入ると目立って減少、50 代後半以降は 15% に過ぎない。しかし、スキンシップは 50 代以降の人の約 4 割が求めている。30 代、40 代前半も性交より「スキンシップ」ないし「精神的な愛情のみ」を求める人が 5 割強～6 割強を占めているが、どのように解釈したらよいのであろうか。年代に関わりなく男女が良い性交渉をもつことの難しさを示しているようにも思う。

11. 現在の性生活の満足度 (図 14 参照)

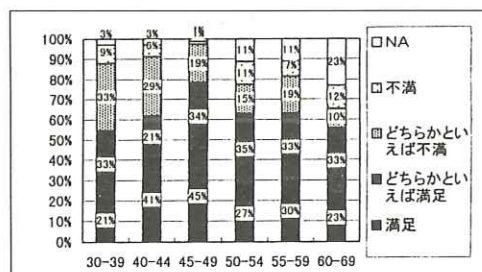


図 14 性生活の満足

現在の性生活に満足しているかを聞いた。40 代は「満足している」が 4 割以上である

が、他の年代は 3 割以下であった。しかし、「どちらかといえば満足している」も合わせると、どの年代も過半数は現状を肯定している。不満を表明しているのはむしろ若い年代に多く、「不満」「どちらかといえば不満」を合わせると 30 代は 42%、40 代前半は 35% であった。

まとめと考察

1. 1990 年に実施した老年期のセクシュアリティ調査の結果から、老年期の男女は性的欲求および求める性的関係のあり方において性差が大きいことが明らかになった。その背景には男女の加齢による生理的な変化の差異のみではなく、男性中心で女性に従属的な性関係、男女の性的なコミュニケーションの乏しさがあると考えた。そして、老年期の人たちが過ごしてきた時代による制約が影響が大きいのか、男女の本質的な差異なのか、どうしたら性差の大きい老年期に男女が良い性的関係を保持できるのか、という問題意識から、1997 年に更年期を挟む女性のセクシュアリティ調査を実施した。

以下、本調査の結果からポイントを述べてみたい。

2. 月経については、従来の調査より閉経年齢が遅い傾向がみられ、60 代でも 8% が定期的に月経があった。これがどのような理由によるかは本調査では不明である。また、妊娠中絶経験ありの割合が 40 代までは 4 割以下、50 代以降はほぼ 6 割と大きく異なった。何故か興味深いところである。なお、中絶経験の有無による性交頻度の差はほとんどみられなかった。

3. 最近3ヶ月の性交渉の頻度は、50代にはいと減少傾向がみられるが、「月1回以上性交あり」の割合を熊本らのデータ（1994年）と比較すると、いずれの年代でも割合が低くなっている。調査時期や地域差によるものであろうか。

4. 性交痛については廣井のデータに比べ、50代、60代とも性交痛がある人の割合が少なくなっていた。閉経年齢が遅い傾向と関連しているのかもしれない。30代の人に性交痛が多いのが、性機能の生理的变化によるものというよりは、パートナーとの関係性や性交の持ち方等によるものと思われる。

5. 性的コミュニケーションで「互いに伝え合う」のは、40代前半でかろうじて半数を超えたが、他の年代はいずれも半数以下であった。自由記述には30代の女性ですら「性に関する会話をしてみたいが、恥ずかしくもある」と述べていた。性情報は巷に溢れても、まだ、性について話すことへの抵抗が強い文化が根強く残っているといえるだろう。

6. しかし、性的コミュニケーションをもつことの大切さは、「互いに伝え合う」方が性交痛が少ない、オーガズムが得られる傾向があるという結果からも伺えた。女性がオーガズムを得られるかどうかということは今までさして問題にされてこなかったが、女性のオーガズムは男女の関係性や性交の持ち方に依存するところが大きい。女性がオーガズムを得られること、そのような性関係が築かれることをもっと大切に考えたい。

7. 性的欲求の不一致はどの年代も4～6割にみられ、男性側の性欲が強すぎるという割合が多かった。女性は性交渉ではなくスキンシップを求める人の割合が比較的多かったので、性関係の持ち方の不一致も加味しているかもしれない。

8. 閉経後の変化としては50代に入ると性交渉が減少する人が半数を超える。しかし、また、60代になっても17%がオーガズムを得るとしており、17%が以前より充実したとしている。マスターズ&ジョンソンは第二の新婚時代、性交の持ち方によっては60代になっても満足のある充実した性交渉をもてることを示している。

60代では17%が以前より充実したと答えており、17%がいつもオーガズムを感じるとしていた。マスターズ&ジョンソンは閉経後に第二の新婚時代を楽しむ人たちが多くと述べていたが、このデータも60代になっても充実した性交渉をもつことができることを示している。

9. 相手とのどのような性的関係が望ましいかに対して、「性交渉を伴う愛情関係」をあげた女性が、多くても46%（40代後半）であった。これは、男女ともに充足できる性交渉をもつことの難しさと同時に、男女で求める性関係の持ち方に差異があることをも示している。1990年調査時の高齢者に比べてより平等な男女関係、より開放された性文化の中で生活してきたと考えられる30～60代の男女も、高齢者の調査で明らかになったような男女間の問題を抱えているといえよう。

10. 調査を通して50代、特に50代後半が性的な意味で転換期だという印象を強くした。すなわち、50代後半の女性は性交渉をもった人の31%が性交痛があり苦痛の方が強かったと答えており、オーガズムを得る割合は他の年代に比べて最も低い。相手との性欲不一致の割合も高く、半数は「相手の性欲が自分より強すぎる」としている。おそらく女性が性機能の衰退をもっとも切実に感じる時期で、それに比べ男性の性機能の衰えが緩やかなため、男女の性的な乖離が最も広がる時期なのではないだろうか。女性にとっては男性の理解と思いやりを得ることがもっとも大切な時期なのに、互いに性的コミュニケーションをもつ、相手に性交痛を伝える、ということは50代前半までに比べて目立って減少していた。男性の理解を得、男性の理解を得、思いやりのある性関係をもてば性交痛は軽減できるのに、それができず、むしろ、性関係から遠ざかる結果になっていた。

11. なぜ、女性は性的転換期に男性とのコミュニケーションが図れないのであろうか。その背景には次のような問題が考えられる。①一般に性情報が溢れていても、コミュニケーションの前提になる本当に必要な性的知識がない。質問紙の自由記述欄には「性交痛についての知識がなかったので、何日も悩んで病院へ行き治療法を知った。今ゼリーを使って夫の欲求にこたえているが義務を果たしていると言った思い」という記載もあった。②女性によっては、閉経やそれに伴う性交痛を告げることによって、自分の女性性をディスカウントするのではないかという怖れ、また、男性の愛情や関心を失うのではないかと怖れをもち、

告げることを躊躇う。③50代後半は「相手への愛情」、「相手の愛情」についての問いに対し約4分の1が否定的で、他の年代よりも否定的な回答が多かった。妻の50代後半は子どもが独立し、夫はそろそろ定年を迎える、これから夫婦二人の新たな関係性を築いて行かなくてはならない時期である。性別役割意識が強く、見てきた生活風景が違う夫婦にとって、この時期は精神的にも転換期で、危機的な状況を呈しやすいと思われる。コミュニケーションの土台になる関係性そのものが危うい時期と言えよう。

おわりに

老年期だけでなく、30～60代の男女も性的なコミュニケーションは不十分で、良い関係を結ぶことが難しいという状況が調査をおして明かになった。最近では女性の側からの性関係の拒否や熟年離婚が増大しているが、従来、夫に従い夫の性的欲求を満たすのが妻の役割と思い我慢していた女性たちが、その縛りから開放され、我慢しなくなってきたということではないだろうか。それは視点を変えれば、男女が対等に相手を思いやった関係を築くための第一歩なのかもしれない。

性の開放化が進んだとはいえ、まだ性について自然に口にする文化はなく、夫婦の間ですら性について語ることを躊躇う場合が多い。個々の男女がより良い性関係をもつにはと考えたとき、まだまだ闇の部分が多いといえよう。「性生活や二人の関係をよりよいものにするために相手に望むこと」について自由記述してもらったが、「セックスだけを求めるのではなく、会話、スキンシップを。一方的な欲求ではなく体調が整うのを待つ優しさも

欲しい」(30代),「いきなりその時ではなく,サインを出すなりして精神的にアピールしてもらわないと,心と体が一緒に付いていけない」(40代前半),「自分本位の性交渉で満足させていると思っている。いたわりや優しさが欲しい」(40代後半),「4,5年前から夫はすぐ不能になってしまい,妻は不満が増すばかり。でも,相談に行ったら欲しいと言いつけない」(50代前半),「性生活は合意のもとであって欲しいがそればかりではない。自分はあまり好まない。頭痛のための薬があったのも知らなかった」(50代後半),「相手の望むことに協力することも大事でしょうから女性は少なからず我慢しなければならないのでしょう。」(60代女性)など,得られたデータに肉付けするような記述がみられた。望むこととして全体に多かったのは,もっと会話をもつこと,もっと語り合い理解し合うこと,相手へのおもいやり,精神的な愛情,もっと二人の時間をもつこと,そして,セックスのみでないバラエティのあるスキンシップを,と

いうことだった。当たり前のことであるが,その当たり前のことがなかなかできない状況があるのではないだろうか。「分かっているだろうと早合点しないで,言葉を通して相手の気持ちを認識すること」という記述もあったが,まずは男女がもっとコミュニケーションをはかることから出発する必要があるようだ。

文 献

1. 荒木乳根子 1998 中高年の性の問題をめぐって 日本精神衛生学会誌心の健康 Vol.1 No.2 P.51-55 金剛出版
2. 井上勝也, 荒木乳根子編集 1992 現代のエスプリ 301-老いと性 至文堂
3. 大工原秀子 1979 老年期の性 ミネルヴァ書房
4. 熊本悦明 日本男女の性生活実態調査-性生活の意義を考える 第3回性差医学シンポジウム抄録集 P.74-84
5. 廣井正彦 1992 中高年婦人の性 GERONTOLOGY Vol.4 No.1 P.41-45

原 著

岡山大学医学部附属病院泌尿器科における 新婚ED（勃起障害）の臨床的検討

岡山大学医学部泌尿器科学教室（主任 公文裕巳教授）

永井 敦, 真鍋和史, 渡部昌実, 岡部浩典, 公文裕巳

キーワード：勃起障害（ED），新婚ED，
塩酸トラゾドン

Clinical Studies on Honeymoon Erectile
Dysfunction at the Department of Urol-
ogy, Okayama University Medical School

Department of Urology, Okayama
University Medical School (Director:
Prof. Hiromi Kumon)

NAGAI Atsushi, MANABE Kazushi,
WATANABE Masami, OKABE Hirofumi
and KUMON Hiromi

Key Words: Erectile Dysfunction (ED),
Honeymoon ED, Trazodone

Abstract

From February 1995 to June 1998, 22 patients with honeymoon erectile dysfunction (ED) visited the Department of Urology, Okayama University Medical School. The honeymoon ED patients, whose mean age was 33.9 ± 3.3 , accounted for 18.2% of all ED patients. 59.1% of the patients got their partners as arranged marriage and there were few sexual experience before

marriage among them. The comprehensive examination was performed and there were 86.4% psychogenic ED patients and 13.4% organic ED patients. Trazodone was mainly used as therapeutic agent and 70% of the patients achieved intravaginal penetration. Two patients improved erectile function only by counseling. It was also considered that counseling was helpful for honeymoon ED patients.

和文抄録

1995年2月より1998年6月までに、岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来を受診した新婚勃起障害（ED）患者は22例であり、全ED患者の18.2%を占めていた。平均年齢は 33.9 ± 3.3 歳であり、30歳代が81.8%であった。結婚の形態は見合い結婚が13例（59.1%）、恋愛結婚が9例（40.9%）であった。結婚までの性行為の頻度は、性交経験が全くないものが4例（18.2%）、数回程度のもので9例（40.9%）であった。婚前交渉についてはないものが13例（59.1%）であった。EDの原因については、心因性のものが19例（86.4%）であったが、器質的要因のものも3例（13.4%）に認められた。また、膣挿入時に妻が痛みを訴えたことをきっかけとしてEDになったものが6例に認めら

れた。このように妻側にも要因があると考えられたものも9例(40.1%)に認められた。原則として心因性EDには全例に患者指導(カウンセリング)を行い、薬物療法は主に塩酸トラゾドンの内服を行った。追跡可能症例10例中治療効果は70%に認められた。その内2例はカウンセリングのみで治癒した。

緒言

新婚ED(Erectile dysfunction: 勃起障害)とは結婚後一度も性行為がうまく行えない状態であり、不妊の原因となる一方、離婚の原因に至る例もあり、現代社会において問題の大きい勃起障害である。今回我々は岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来を受診した新婚ED患者について臨床的特徴につき検討したので報告する。

対象と方法

1995年2月より1998年6月までに、勃起障害を主訴に岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来を受診した患者の内、新婚ED(Erectile dysfunction)と診断された22症例を対象とした。全ED患者に対して原則として詳細な問診聴取、Manifest Anxiety Scale(MAS)、Cornell Medical Index(CMI)、Self-Rating-Questionnaire for Depression(SRQ-D)による心理テスト、理学的所見、血液生化学検査、内分泌学的検査、SMV-5振動覚計による陰茎振動覚閾値測定、簡易NPT(Nocturnal Penile Tumescence)測定、AVSS(Audio-Visual Sexual Stimulation)RigiScanテスト、PGE1(Prostaglandin E1)陰茎海绵体内注入テスト、超音波カラードプラ検査を行なった。新婚ED患

者について患者背景、性歴、治療効果など、その臨床的特徴につき検討した。

結果

1995年2月より1998年6月までに、勃起障害を主訴に岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来を受診した患者は121名であり、そのうち22例(18.2%)が新婚EDであった。新婚ED患者の平均年齢は 33.9 ± 3.3 歳であり、30歳代が18例(81.8%)と多くを占めていた。妻の年齢は 30.4 ± 3.3 歳であった。罹病期間は1~66ヶ月、平均24.6ヶ月であった。初診時にすでに別居中あるいは離婚訴訟中のものが3例に見られた(表1)。

表1 新婚EDの患者背景1

対象 患者22例(全ED患者121例の18.2%)

年齢 患者 33.9 ± 3.3 歳, 30歳代18例(81.8%)
妻 30.4 ± 3.3 歳

罹病期間 1~66ヶ月 平均24.6ヶ月

初診時すでに別居中あるいは離婚訴訟中のものが3例

結婚の形態は見合い結婚が13例(59.1%)、恋愛結婚が9例(40.9%)であった。性歴調査では、マスターベーション開始年齢が 13.9 ± 1.6 歳、初体験年齢は 22.2 ± 5.5 歳であった。初体験の相手は風俗関係が10例(45.5%)、妻が5例(22.7%)、友人・恋人が7例(31.8%)であった。結婚までの性行為の頻度は、性交経験が全くないものが4例(18.2%)、数回程度のものが9例(40.9%)であった。婚前交渉についてはないものが13例(59.1%)であった(表2)。

表2 新婚EDの患者背景2

結婚の様式	
見合い	13例 (59.1%)
恋愛	9例 (40.9%)
性歴	
マスターベーション開始年齢	13.9±1.6歳
初体験年齢	22.2±5.5歳
初体験相手	
風俗関係	10例 (45.5%)
妻	5例 (22.7%)
恋人	7例 (31.8%)
結婚までの性交頻度	
性交経験全くなし	4例 (18.2%)
数回程度	9例 (40.9%)
婚前交渉	
なし	13例 (59.1%)

心理テストを施行し得たものは18例であり、結果はMASで不安傾向を示したものが7例 (38.9%)、CMIで神経症的傾向を示したものが6例 (33.3%)、SRQ-Dで抑うつ傾向を示したものが8例 (44.4%)を示した。

表3 患者の性格

心理テスト		
MAS	不安傾向	7/18例 38.9%
CMI	神経症傾向	6/18例 33.3%
SRQ-D	抑うつ傾向	8/18例 44.4%
異常なし		5/18例 27.7%
性格の自己分析		
神経質, まじめ, 暗い		17/22例 77.3%
おとなしい, のんびり		2/22例 9.1%
明るい		2/22例 9.1%

いずれの検査も正常であったものは5例 (27.7%)であった。性格の自己分析では神経質, まじめ, 暗いと解答したものが22例中17例 (77.3%)に認められた。おとなし

い, のんびりと解答したものが2例 (9.1%), 明るいと解答したものは2例 (9.1%)であった (表3)。

EDの原因は、器質的異常のない心因性のみのものが19例 (86.4%)であったが、混合性EDと考えられたものが3例 (13.4%)に認められた。内訳は動脈性が2例、低テストステロン性 (1.6ng/ml) が1例、その内1例は高度の仮性包茎を認め、これがEDの一因と考えられた (表4)。

表4 EDの原因

心因性のみ	19/22例 86.4%
混合性	3/22例 13.4%
動脈性	2例 (包茎合併1例)
低テストステロン性	1例

妻側にも要因があると考えられたものは9例 (40.1%)に認められた。具体的には排卵期のみ性行為を行い、その日に性交が出来なかった場合に妻がヒステリックになるものが2例、性行為を行う日を妻により週1回に限定されているものが1例で、このように性行為を行う日を妻が特定の日に設定しているのであった。また、膣挿入時に妻が痛みを訴えたことをきっかけとしてEDになったものが6例に認められた (表5)。

表5 妻側の要因

排卵期のみに性行為を指定	2例
性行為を週1回に限定	1例
膣挿入時の妻の痛みがきっかけ	6例

治療であるが、薬物療法としては主に塩酸トラゾドン 25~50mgの性交前内服を行った。

その他、漢方製剤、プロスタグランディン E1 製剤の内服を行った。原則的に心因性 ED に対しては全例に患者指導を行っている。患者に対する指導としては、勃起機能が正常であることを理解させ、性生活を楽しむ工夫を指導した。具体的には、性行為時の下着や照明の工夫などムードの演出、体位の工夫、アダルトビデオを鑑賞しながらの性行為などを指導した。テストステロンが低値を示した症例ではテストステロン製剤を使用した。高度の仮性包茎の症例では包皮環状切除術を施行した。

患者の追跡可能症例は 10 例であった。その内効果が認められたのは 7 例 (70%) であった。治療効果があった 7 例の内訳は、塩酸トラゾドン内服によるものが 3 例、テストステロン補充によるものが 1 例、包皮環状切除術によるものが 1 例であり、薬物療法を行わず患者指導のみで効果があったものが 2 例であった。患者指導を行った 1 例は妻側の要因として挿入時の痛みが ED の原因であったが、具体的には、性行為時の下着や照明の工夫などムードの演出、十分なベッティングによる膣の湿潤化、体位の工夫、リューブゼリーの使用などを指導した。他の一例については妻側の要因は認められなかったが、勃起機能が正常であることを十分説明し、ムードの演出、早朝勃起を利用した挿入などを指導した。

考 察

新婚 ED は結婚後一度も性行為がうまく行えない状態であり、不妊の原因となる一方、離婚の原因に至る例もあり、現代社会において問題の大きい勃起障害 (ED) である。我々の施設では 1995 年 2 月に性機能外来を開設

した。勃起障害患者の診断と治療が主体であり、1998 年 6 月までに、121 名の勃起障害患者が受診している。その内の 22 例 (18.2%) が新婚 ED であり、平均年齢は 33.9 ± 3.3 歳であった。諸家の報告では全 ED 患者における新婚 ED の占める割合は 17~30% であり^{1)~4)}、我々の施設においても相違のない割合であった。年齢的にも他の施設とはほぼ一致していた。結婚の形態については見合い結婚が 13 例 (59.1%) であった。1992 年の厚生省の調査によれば、見合い結婚は全国平均で 15.2% であり⁵⁾、明らかに見合い結婚の率が高い結果であった。滝本ら⁶⁾が指摘するように見合い結婚では男女がお互いの人間性を良く理解し合う前に夫婦になるわけであり、愛情が芽生えてくる前の結婚当初の失敗が深刻な問題を持つことになる。我々の面接においても見合い結婚の患者においては、全員が相手のことを十分知らないままに結婚したと答えている。十分な準備期間がないままに結婚し新婚初夜を迎え、勃起はするものの挿入前に勃起不全状態となり、性交を完遂できず、妻から叱責されたり、あるいは無言の圧力を受け、2 回目以降はさらに勃起力が減退し、いわゆる予期不安に陥ったものがほとんどであった。また、性交経験がないあるいは浅いものが 59.1% と多いことも特徴であり、これも性交が完遂できない理由の一つであると考えられた。さらに婚前交渉がないものは 59.1% に上り、いきなり結婚という公式行事を経た後の性交というものに対して特別視したために初回の性交より大きなプレッシャーを抱えていたものと考えられる。面接において患者本人の性格が神経質、まじめ、暗いと答えたものが 77.3% に認められたが、この

ような性格も楽しむように性交を行うことが出来ない一因であると思われる。

患者への指導に際しては、夫婦に対する指導を原則としているが大学病院の性格上患者の希望する診察日時が取れないことが多く、やむを得ず夫側のみの指導となることが多い。患者に対する指導としては、勃起機能が正常であることを理解させ、性生活を楽しむ工夫を指導した。具体的には、性行為時の下着や照明の工夫などムードの演出、体位の工夫、アダルトビデオを鑑賞しながらの性行為などを指導した。阿部⁷⁾のノンエレクト法も試みている。性交を楽しむという指導には妻側に抵抗がある場合が多く、指導に難渋した症例もあり、今後の課題である。また、性行為を行う日を妻が特定の日に設定しているものに対しても妻側に対して十分な指導が必要である。膣挿入時に妻が痛みを訴えたことをきっかけとしてEDになったものが6例に認められたが、いわゆるワギニズムスに対しては十分な知識を持つ産婦人科医の指導が必要である。このように泌尿器科医のみでは対処できない症例では、精神科医、セックスセラピスト、セックスカウンセラーによるカウンセリングが重要である。しかし地方都市の場合、このような専門家が少ないために十分な指導ができないことが問題となり、今後全国レベルでの専門家の拡充が望まれる。

今回の検討において新婚EDのなかでも心因性だけでなく、他の器質的要因が含まれているものが13.4%に認められた。沈⁴⁾や川西ら⁸⁾の報告においても10~20%が器質性であった。新婚EDの場合は心因性として片づけられる場合が往々にしてあるが、やはり十分な泌尿器科的な検査が重要であると考えら

れた。

薬物療法を希望する患者には主に塩酸トラゾドン25~50mgを処方し、性交前の内服を指導した。患者の追跡可能症例が少なく、効果としては疑問が残るが、少なくとも3例は塩酸トラゾドンの効果があったものと考えられた。指導のみで性交可能となった症例もあり、カウンセリングの重要性も再認識された。特に、新婚EDの患者においては自信を喪失している症例が多く、むしろ薬物療法のみで効果が出ることは少なくカウンセリングにも時間をかけるべきであると考ええる。クエン酸シルデナフィルが本邦でも認可されたために、今後の薬物療法としてはシルデナフィルが主流になり、その効果も大きいと思われるが、新婚EDの患者に対してはやはり服薬指導とともに十分なカウンセリングも行うべきであると考ええる。

結 語

岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来を受診した新婚ED患者について臨床的特徴につき検討した。

1. 新婚EDはED患者全体の18.2%を占め、30歳代が81.8%であった。
2. 新婚EDは結婚前の性体験に乏しい、見合い結婚の例に多く見られた。
3. 心因性のものが86.4%であったが、器質的要因のものが13.4%に認められた。
4. 妻側にも要因があると考えられたものも40.1%に認められた。
5. 治療効果は70%に認められたが、カウンセリングの重要性が認識された。

文 献

- 1) 牧角 格：男性インポテンスに関する臨床的研究。日泌尿会誌, 59: 16-47, 1968.
- 2) 斎藤宗吾：新婚インポテンス。インポテンス診断と治療の実際（インポテンス研究会編）。メディカルトリビューン, 東京, 171-176, 1982.
- 3) 長田尚夫, 井上武夫：新婚インポテンスにおける個人的背景因子に関する検討。日不妊会誌, 30: 475-480, 1985.
- 4) 沈 明：新婚インポテンスに関する研究。IMPOTENCE, 8: 1-11, 1993.
- 5) 平成4年 日本人の結婚と出産—第10回出生動向基本調査—第Ⅱ章 夫婦の結婚に関する調査結果：厚生省人口問題研究所編：3-39, 1992.
- 6) 滝本至得, 山中弥太郎, 千野健志ほか：新婚インポテンスの臨床的検討ならびにパートナーの重要な役割。IMPOTENCE, 9: 7-13, 1994.
- 7) 阿部輝夫：性機能不全とセックス・セラピー。メディカル・ヒューマニティー, 4: 63-67, 1989.
- 8) 川西泰夫, 古川敦子, 田村雅人ほか：男子性機能障害に関する臨床的研究 第11報：新婚インポテンスの臨床像。西日泌尿, 51: 789-792, 1989.

原 著

ホルモン療法

梅田成和病院

中 村 幸 伸

＜主 題＞

当病院で行っているホルモン療法の提示とその評価方法についての検討

＜サマリー＞

当病院で行っているホルモン療法の施行方法及び判定・評価方法を提示・考察する。当病院では、ホルモン療法の効果判定として血中テストステロン濃度を、副作用の判定として血栓症に対しては凝固系、耐糖能障害に対しては空腹時血糖、総合評価としては一般生化学を採用している。

＜本 文＞

1. はじめに：

日本国内でも性同一性障害に対する治療指針として、日本精神神経学会より、ガイドラインが制定¹⁾され、正式な医療の一環として第2段階治療でホルモン療法が規定されている。当病院でもホルモン療法を行なっているため、当病院での施行している方法と評価方法について報告する。なお、本著は平成10年10月23日の日本性科学学会での発表時に使用した読み原稿を修正加筆したものである。

2. 検査項目選択の原則：

当病院では以下に示す6つの条件を満たしていると思われるものを選択し施行した。

①どここの施設でも簡単に検体を取ることがで

きる。

②評価方法が簡便である。

③患者がその結果を自分自身である程度判断できる。

④検査結果の示す内容が、適格に患者の薬に対する反応結果を示している。

⑤費用がなるべく安価である。

⑥検査の結果が出るまでに時間がかからない。

上記6つの基準を設定した理由は、現在、性同一性障害に対する治療に対して、保険が適用になっていないため、すべて検査費用は患者負担であるので、如何にして費用を節約しつつ検査の効果を引出すか、という問題に帰着したことに對して著者が自己評価のための指標を必要としたためである。

3. 検査項目：

1) 効果判定：男性から女性への性転換症（以下 MTF）、女性から男性への性転換症（以下 FTM）に拘らず効果判定として血中テストステロン濃度

2) 副作用の判定として血栓症に対しては凝固系（PT、APTT、フィブリノーゲン、ヘパラスチンテスト）、耐糖能障害に対しては空腹時血糖（及び必要に応じて HbA1c）、総合評価としては一般生化学（GOT、GPT、 γ -GTP、総コレステロール、中性脂肪、BUN、Cre、Na、K を最低限含む）

4. 投与方法：

当病院で行っているホルモン剤投与方法と評価の時期を提示する。

(1) MTF の場合には当初、結合型エストロゲン製剤を 1.875mg 分 3 で開始し、おおそ 3 カ月で効果判定を行う。その後 1 週間ごとに 0.625mg づつ増量し、1 日に 3.625mg となつてから 3 カ月で再度効果の評価をし、そこでエチニルエストラジオール製剤へ変更する。エチニルエストラジオールは当初 1 日に 0.125mg より開始する。検査結果により増減する。

(2) FTM の場合には当初 1 日 25mg のエナント酸テストステロン製剤を使用し、1 カ月を目途に注射へ変更、1 回 250mg を 3 週間ごとに使用。3～4 カ月で評価を行ない、1 回の投与量と投与間隔を計算、以後その結果に従つて投与を続ける。

5. 効果判定：

効果判定として MTF、FTM に拘らず血中テストステロン濃度を測定することとした。目標と判定方法を具体的に示すと次の通り。

(1) MTF の場合には血中テストステロン濃度が 10～30 $\mu\text{g}/\text{dl}$ を目標にエストロゲン製剤を投与し、当該数値を示した量で維持する。

(2) FTM の場合には血中テストステロン濃度が正常男性の基準値である、270～1070 $\mu\text{g}/\text{dl}$ ²⁾ となるようにテストステロン製剤を投与、当該数値を示した量で維持する。採血は朝食と朝の服薬を抜いた状態で採血した。

まず、(1)に示した数値は、著者の臨床経験の中で両側精巣の無い男性の血中テストステロン濃度の測定値が概ね当該数値範囲に存在したことを理由として設定したものである。

また、(2)に示した数値を設定した理由は、当病院の外注先検査機関の設定した基準値を当病院でも採用したからである。

6. 投与計画の修正：

(1) MTF の場合には、概ねエチニルエストラジオール製剤の使用を開始した後の血中テストステロン濃度により、当該薬剤の量を修正することにより維持療法へと移行する。修正方法は、過剰効果の場合には投与量をその時点での服用量の半量とし、次の効果判定で血中テストステロン濃度の値を確認する。ここで過剰効果は改善されている場合には減量する以前の投与量と改善後の投与量の間量を新たな投与量として設定する。このような「はさみ打ち」を行なう方法により、投与量を修正し、当人の適正量を範囲を絞って決定する。

(2) FTM の場合には注射投与が中心となるため、治療的血中薬物濃度測定法の方法論を適用した。このため、注射の前後を含めて 4 回の採血を行ない、分布容量、拡散速度、生物学的半減期を個人毎に計算し、1 回投与量、投与間隔を計算により設定する。当初はエナント酸テストステロン油性注射製剤 250mg を 3 週間毎、又は同製剤 125mg を 2 週間毎という形式的な投与方法で開始するが、必要に応じて上記の定数を計算することによって投与計画の修正とする。

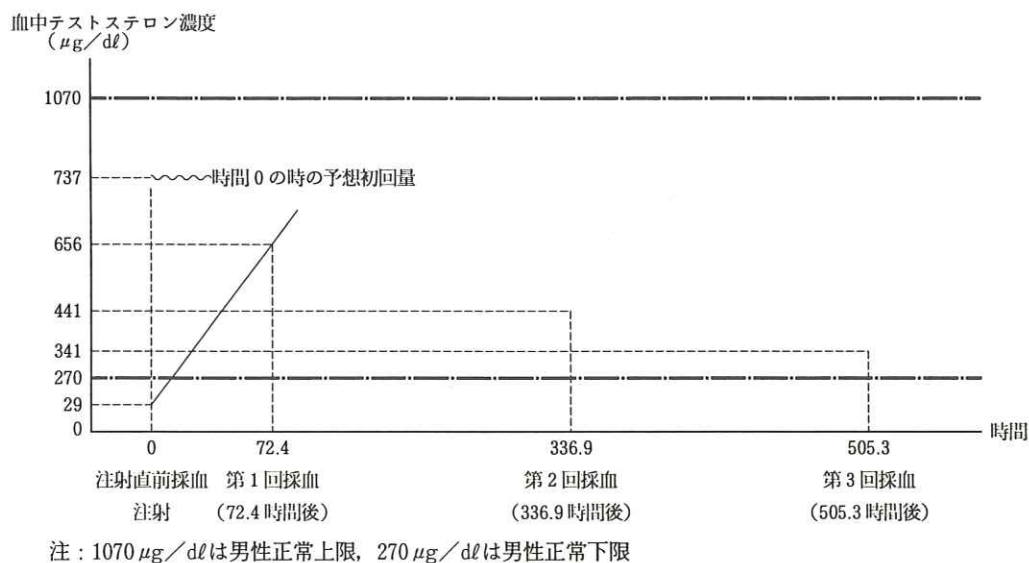
7. 当病院で施行した検査結果：

表は MTF に対する投薬量と血中テストステロン濃度を表にしたものである。この表から分るとおり、個人差が大きいので、データが 1 つ増加しても統計処理により大きく算術

(表) : MTF に対する投薬量と血中テストステロン濃度

平成 11 年 4 月 6 日現在集計

薬剤・投与量 (1 日総量)	血中テストステロン濃度 ($M \pm S D$)	最高値	最低値	例数
結合型エストロゲン (0.625mg)	684.4 $\mu\text{g}/\text{dl}$	684.4 $\mu\text{g}/\text{dl}$	684.4 $\mu\text{g}/\text{dl}$	1
結合型エストロゲン (1.875mg)	301.2 $\pm$ 174.8 $\mu\text{g}/\text{dl}$	693.2 $\mu\text{g}/\text{dl}$	53.1 $\mu\text{g}/\text{dl}$	29
結合型エストロゲン (2.5mg)	93.1 $\mu\text{g}/\text{dl}$	93.1 $\mu\text{g}/\text{dl}$	93.1 $\mu\text{g}/\text{dl}$	1
結合型エストロゲン (3.75mg)	110.9 $\pm$ 114.0 $\mu\text{g}/\text{dl}$	462.0 $\mu\text{g}/\text{dl}$	11.6 $\mu\text{g}/\text{dl}$	21
エチニルエストラジオール (0.0625mg)	349.8 $\pm$ 277.3 $\mu\text{g}/\text{dl}$	727.5 $\mu\text{g}/\text{dl}$	69.6 $\mu\text{g}/\text{dl}$	3
エチニルエストラジオール (0.083mg)	22.5 $\pm$ 13.6 $\mu\text{g}/\text{dl}$	36.1 $\mu\text{g}/\text{dl}$	8.9 $\mu\text{g}/\text{dl}$	2
エチニルエストラジオール (0.125mg)	20.7 $\pm$ 33.7 $\mu\text{g}/\text{dl}$	174.4 $\mu\text{g}/\text{dl}$	5 $\mu\text{g}/\text{dl}$ 以下	24
エチニルエストラジオール (0.25mg)	24.5 $\pm$ 15.0 $\mu\text{g}/\text{dl}$	44.3 $\mu\text{g}/\text{dl}$	7.9 $\mu\text{g}/\text{dl}$	3
エチニルエストラジオール (0.5mg)	15.2 $\pm$ 8.2 $\mu\text{g}/\text{dl}$	26.1 $\mu\text{g}/\text{dl}$	5 $\mu\text{g}/\text{dl}$ 以下	5
エチニルエストラジオール (1.0mg)	8.65 $\pm$ 2.85 $\mu\text{g}/\text{dl}$	11.5 $\mu\text{g}/\text{dl}$	5.8 $\mu\text{g}/\text{dl}$	2
E P 製剤	78.86 $\pm$ 158.5 $\mu\text{g}/\text{dl}$	540.8 $\mu\text{g}/\text{dl}$	5 $\mu\text{g}/\text{dl}$ 以下	10
吉草酸エストラジオール油性注射剤 (10mg/1 週間)	13.7 $\pm$ 8.5 $\mu\text{g}/\text{dl}$	21.7 $\mu\text{g}/\text{dl}$	5.1 $\mu\text{g}/\text{dl}$	8



(図) : F T M における注射後の血中テストステロン濃度変化の 1 例

平均値、標準偏差等の各結果に変動がみられた。理由は、個人差のため、正規分布を示していないことによると考えられた。また、図はFTMに対してエナント酸テストステロン製剤デボを筋注投与した時の血中テストステロン濃度の経時変化の1例をグラフに示したものである。また、FTMにおける各薬力学的な計算結果も大きい個人差がみられた。

8. 当病院で施行した効果判定のための検査結果に対する評価：

MTFに対する評価は直接検査値により行なう。FTMについては、図に示したグラフから、薬力学的な手法を用いて投与量、投与間隔を計算により算出した。具体的には投与前、投与より2～3日、2～3週間の間に合計4回採血し、分布容量と生物学的半減期を計算、その結果に基づいて計算後の初回投与量、維持投与量、投与間隔が決定された。当該計算結果の評価は適時血中テストステロン濃度を測定し、計算結果と比較して校正を行ない、修正を加える。図に示した症例は分布容量約27,800 リットル、半減期約460時間と計算され、よって、1回投与量約230mgで投与間隔は約992時間(=41日)と決定した。なお、エナント酸テストステロンの分布容量の算定においては、シングルコンパートメントモデルとして計算した。実際には、パソコンを用いて、連立方程式を解き、その結果に基づいて個人の定数を算出した。

9. 当病院で施行した副作用判定のための検査結果に対する評価：

当病院の症例では、MTF、FTMいずれにおいても血液一般検査での副作用は見られな

かった。しかし、一般身体所見や既往暦を含めた総合判断を行なうことによって副作用による悲劇は回避可能と思われる。MTFに対しては凝固系検査で異常値が出れば投与量を減らしたり一時使用中止をしたりして対処を行なっていること等のように薬物使用の一般的な方法を取っていることについては、副作用対策として、充分と思われる。

10. 考 察：

いままで述べてきた内容はすべて血液検査に関するものである。最初に示したとおり、6つの条件を前提とするならば、血液検査は、どこでも施行出来、結果が客観的に数値で示され、患者自身も簡単に理解でき、比較的短時間のうちに結果が出るという意味では理想的な検査といえる。

検査内容を血液検査に絞って検討すると、まず、効果判定であるが、本来、生物学的な内分泌機能を考えるならば、MTF、FTM両者に対して、上位ホルモン、次位ホルモン、そしてテストステロン、エストロゲン等を順次測定し、総合評価をすべきである。しかし、MTFが精巣のテストステロン抑制を目的とし、FTMが男性機能を獲得のためにテストステロンを投与している実体を考慮することにより、最終段階の血中テストステロン濃度測定によって、本来生物学的に正常な身体であることを前提とするならば、それで十分に目的は達成すると思われる。また本来、MTFもFTMも薬力学的にアプローチし、両者共に分布容量、半減期から投与量、投与間隔を決定すべきであるが、MTFの場合、エストロゲンの投与量・間隔はテストステロン抑制によって評価しているため直接エストロゲン

濃度がテストステロン抑制量に関数的に結びつかないこと、一般に経口投与を主体としていること、投与製剤の種類の変更が経過中にあること、という理由から、薬力学的なアプローチは適さないと考えられた。FTM については、エストロゲン抑制というよりはテストステロンの補充療法となるため、男性基準値内に維持するためには薬力学的なアプローチが適すると考えられた。実際には投与された製剤が生物活性を有するフリーのテストステロン量を測定すべきではあるが費用の点で検討を必要とすること、また、ホルモン結合蛋白の産成量も個人差が大きいと思われる点も考慮すれば、単に血中テストステロン濃度の測定のみに個着することなく評価しなくてはならないと思われる。が、始めに 2. で示した前提条件を考慮すれば、検査項目は少ないほど良いと思われる。この点については更に今後の検討課題になるだろう。また、当病院では、エナント酸テストステロンデポ剤を使用、計算上単純にシングルコンパートメントとしているが、それが本当に正しい方法であるかを検討するには、更に採血回数を増やし、前提条件としてのコンパート数を決定しなくてはならない。今回、シングルコンパートメントを採用した理由は、薬力学的な検討に於いて、分布・拡散の時間が半減期に比べて小さく³⁾、経時的な変動が単純化して考えることができ、かつ計算が簡略化できること、ホルモン補充療法では、諸条件によって、大きく前提が変動するため、精密測定に適さないものであることから厳密な管理が不用であると考えられたからである。

次に副作用の項目についてである。薬物療法の一般的理論から、肝臓、腎臓、血中電解

質等を調べ、異常値が出た場合には精密検査を行なう、という手法を取ってきた。スタンダーズケア 1990 年版⁹⁾では肝機能として血清 GPT とビリルビン、耐糖能として血糖、その他では中性脂肪を最低行なうものと指示しているが前述の通り、血液生化学一般検査を行なえば既に当該内容は包含されているため、問題はないものと思われる。また、ヘパプラスチンテストは肝臓での凝固系タンパクの産生を反映しているため簡易に凝固系因子のバランスの指標として利用できるものと考えられたのである。また、ヘパプラスチンテストは敏感であるので他の凝固系の項目が正常値を示しても、この検査は異常値を示していた。

11. 付 記：

投与薬剤については、スタンダーズオブケア 1990 年版では、薬剤の種類、期間、量についての具体的な指示はなく、辛うじて 1998 年版⁹⁾において、MTF については抗アンドロゲン製剤を使用し、次いでエストロゲン製剤を使用する旨指示がなされている。しかし、そこでも 1990 年版同様、薬剤の種類、期間、量については記載がない。また、当病院で結合型エストロゲンを当初使用し、次いでエチニルエストラジオールを使用した理由は、エチニルエストラジオールの生物活性が結合型エストロゲンよりも強く、特に消化器に対する自覚症状が顕著であり、当病院の経験例に於いても体調を崩した者さえ現れたからである。従って、その症状の変化を考慮し、いきなりエチニルエストラジオールの使用は避けるべきであると考えた。

12. 今後の課題：

今回、考察の前提となっている効果判定について、更なる項目の検討及び比較、副作用の項目における凝固系項目について専門研究機関からの報告を期待したい。

また、FTMに関して、シングルコンバートメント手法についても追加検討を必要とすると思われる。今回提示したデータは当病院に掛かりつけの日本人患者のものを使用した。更に、諸外国で発表されたデータと日本人データとの間の差異については他施設からの今後の追加発表を期待する。

参考文献

- 1) 日本精神神経学会：性同一性障害の診断と治療に関するガイドラインと提言。精神神経誌，99：533-540，1997
- 2) 株式会社BML：総合検査案内。1997
- 3) Jean D. Wilson: 第59章 男性ホルモン：薬理書（下）薬物治療の基礎と臨床第8版。廣川書店，東京，pp.1739-1760，1992
- 4) Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association: Standards of Care, The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoria persons. (revised draft (1/90)).
- 5) Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association's The Standards of Care for Gender Identity Disorders Fifth Version. Symposion Publishing, Dusseldorf, 1998
- 全体) Fried Murad and Jeffy A. Kuret: 第58章 卵胞ホルモンと黄体ホルモン：薬理書（下）薬物治療の基礎と臨床 第8版。廣川書店，東京，pp.1701-1737，1992

原 著

近親姦に悩む子等について

ぐんま思春期研究会・日本中高年性研究会

荒 居 百合子

私はこれまで、栃木県、群馬県で20数年にわたり、いのちの電話などの電話相談に携わってきた。また面接相談は50年近くになる。様々の相談内容のうち、性の悩みの相談が半数以上である。なかでも、数こそ少ないが家族から受ける性的被害の問題は深刻である。その実態を少し述べてみることにする。

調査方法、対象

平成8年4月から10年4月までの2年間に直接面接を行った症例のうち、近親姦の相談を受けた17人について検討した。そのうち1例については、カウンセリング経過を振り返り考察した。

この間行った面接相談は205名で、そのうち133名(65%)は性の相談である。この133名の年代分布、および近親姦の相談者数を表1に示す。

表1 性の問題での面接相談者数

年代	面接数(%)	近親姦数(%)
小・中学生	33(25%)	4(12%)
～25才	40(30%)	13(33%)
26才以上	60(45%)	0(0%)
計	133(100%)	17(13%)

面接は、電話相談や、他の電話相談員、教育相談などを通じた依頼を受けて行っている。面接の日時、場所は本人の希望も考慮して、

その都度決めているが、相談室など決まったところは使用せず、公園のベンチ、駅構内、喫茶店などを多く使用している。

結 果

性の問題133人の主な内容は、1. マスターベーション 2. 性機能障害 3. 避妊相談 4. 包茎 5. 性感染症 6. 性器の大きさ 7. 近親姦 8. 望まない妊娠 9. 恋愛問題などであった。

近親姦17例の相談はすべて子供ないし若年者からのものである。その関係を相談者の中、高、大学生別に見たものが表2である。

表2 近親姦の関係性と若年者の年代

近親関係	中学生	高校生	大学生	計
母－息子	2	3	1	6
父－娘	1	2	1	4
兄－妹	1	1	1	3
姉－弟	0	1	1	2
叔父－姪	0	1	1	2
計	4	8	5	17

母と息子との関係が6例と最も多く、次いで父娘、兄妹などの順である。義理の親子関係は、相談例にはみられなかった。また相談者の性別は男子8、女子9名でほぼ同数である。

相談者はすべて年長側には内緒で来たものである。筆者は相手も面接に連れて来るよう

に薦めるのだが、本人が躊躇するのか一人も会っていない。したがって年長者の気持ちは推測するしかないが、近親姦のきっかけとなった、と思われる状況を表3にまとめた。

表3 近親姦の理由・きっかけ

理由・きっかけ	数※
仲良しで触れ合う機会が多い	4
父が単身赴任	4
親子で入浴して	2
母の手術後	2
子供の発育に見ほれて	1
買春より経済的	3

※重複あり

配偶者の単身赴任や手術などで、片親の時、母子（父子）の密着が強まった、と思われるケースが多い。母子の4例では、母親が息子のマスターベーションを手伝う、という形で近親姦が始まっている。このほか親から小遣いをもらえることで近親姦に応じている子供、父や叔父が買春の代わりに娘、姪を利用して、と思われる例もみられた。

表4 子供の性格

子の性格	男子 (n=8)	女子 (n=9)
内気で弱むし、無口	4	3
活発で好奇心旺盛	4	4
反発心旺盛	2	2

重複あり

子供の性格を筆者の印象で3タイプに分けてみたのが表4である。このなかで、多少の重複もあるが、「内気で弱むし」と「活発で好奇心旺盛」は相半ばしている。親の言いな

りになる面と、自分も性に興味がある面とが、子供のなかでも葛藤していることを象徴するような数値である。

親の性格を子供の話しから推測すると、表5のようにまとめられる。重複があるので勝ち気、短気もあるが、総じて気がよい、やさしい母であり父である、と当事者の子供は感じている。

表5 父母の性格

	気がよい	やさしい	勝ち気	短気
母（6人）	3	3	2	2
父（4人）	3	3	0	1

重複あり

さらに性の相手にされたとき、どんな気持ちだったか尋ねると、表6のような結果である。小遣いが欲しいなどのドライな面も少なくなく、好奇心、反発心も見られるが、全体には親や年長者に対して、愛情を感じているのである。

表6 性交時の子供の気持ち

子供の気持ち	数※
父が大好き	4
母が大好き	2
姉が好き	2
彼氏に似ている	2
好奇心・反発心	6
性欲にまかせて	4
性行為をしてみたかった	8
小遣いが欲しい	

※重複あり

また家族状況を、家族員数と経済状態でまとめると、表7のようである。家族員は単身

赴任の父も含めるが、3～6人である。経済的にも中～良としており、ごく普通の、中流家庭でおこっている、ということが窺われる。

表7 家族状況

	面接者数	
家族員	3～4人	10
	5～6人	7
	計	17
経済状況	中	9
	良	8
	計	17

症 例：M男 中学3年（14才）男子
相談内容：母親による近親姦

〔家族構成〕

父：45才会社員；温厚で人に好かれる、単身赴任が多い

母：42才主婦；勝ち気でいつも「キャンキャン」している

兄：大学生（19才）；東京でアパート暮らし

〔これまでのいきさつ—第1回面接時にM男が書いて来たものによる—〕

もともと母はM男をとて可愛がっていたが、父は単身赴任が多く、兄が大学に進学してから母と二人になることが多くなった。

M男は温厚な性格で、口数も少なく、母の言うままに行動することが多かった。

ある晩、M男は高校の受験勉強にあきて、音楽を聞きながら寝そべっていた。そこへ母がおやつと紅茶を持ってきた。M男は「お母さん、遅いから僕一人のできるからいいよ。

早く寝たら」と声をかけた。母は「そうね、じゃあお母さんは先に寝るわね。」と部屋を去った。急に音楽の音が大きくなったので、母は近所迷惑を心配して、M男の部屋に再び入ったが、M男はマスターベーションしていたのである。母はM男の後ろ姿を夫にそっくり、と感じたらしく、思わず後ろから抱きかかえた。「M男、何していたの」と見ると、勃起したペニスがそのまま目に入った。母は、「M男も年頃になったんだ」「音を小さくして。お母さんが手伝ってあげるから」母の行動に驚いて一瞬体をよけたM男は、しかし母に任せたままだった。自分でするより数倍の快感があったのも、驚きだった。翌朝は、恥ずかしさで母の顔も見ずに家を出た。学校でも、一日中勉強に集中できなかった。重い足取りで帰宅すると、母は「いつもよりきれいな支度」をしていた。M男は黙って部屋に入った。

どうしても夕べのことが思い出されて勉強ができない。1時間ほどすると、母が「M男どうしたの」と入ってきた。「なんでも無いよ。少し疲れちゃった」「それなら良いけど」と母は出ていった。

前夜と同じ頃、M男は音楽を大きくしてマスターベーションを始めた。思ったとおり、母は飛んできた。前夜以上に優しくしてくれたが、「M男、モヤモヤしているんだったら、お母さんの言う通りにしてごらん」と言って、仰向けに寝転んだ。M男はびっくりしたが、言われるままにすると、何とはなしに性交ができてしまった。母はM男の背をたたきながら、とても気分良さそうで、M男は何とも言えぬ気持ちになった。

ここまでは、M男が書いたものによるが、以後は口答で話す決意をしたらしい。

第1回面接 16:30-17:20 はれ

上記内容の手記を書いて持ってきた。後で見てください、ということであった。はじめは恥ずかしそうに、ポッポッと話し出した。

M男: もう10回も母とくり返しています。
なぜセックスすることになったかは、手紙に書いてきました。

筆者: で、あなたはどのように私のところへ?

M男: 母とのことが気になり出して。

筆者: お母さんは、あなたが私のところへ来るのは御存知なの。

M男: 黙ってきました。(つばを呑み込んで) 良く無いこととは知りながら、母の要求の強さと、自分の気持ち良さに負けてやっているのですが、父に申し訳無いような気がして。

筆者: お父さまに。

M男: はい。父は単身赴任で、一人ぼっちで大変だろうと思うと、僕はいてもたってもいられない気持ちなんです。

筆者: そう、よく気がついたわね。近親姦と言う言葉を知っていますか?

M男: はい。このあいだ、辞書を引いてみました。

筆者: それで、これからどうなさるつもりー

M男: 母とのこと止めようと思うのですが……。でも母が、お父さんが帰るまでは、お母さんが淋しいから、って言うので、どうにもならないんです。勉強も手につかない。

筆者: じゃ、もう一度お母さんと話し合ってみて、だめようだったらまたいらしゃい。今日のことはお母さんに秘密なんでしょう。

M男: はい。(と活気のない返事。)

第2回面接 17:00-18:00 雨

しょんぼりと入ってくる。こちらから声をかけた。「M男くん、元気ないね。こんにちは。いろいろとお話があるんでしょう。」

M男: ハイ。(と、もじもじしている。) やっぱりだめなんです。

筆者: そう、人と人のふれ合いをこわすのは大変なのね。それで、M男くんは前回のお話のように、本当に止めたいのですか?

M男: はい。僕の気持ちは変わらない。

筆者: じゃ、二人で考えてみましょう。M男くんは仲良しの友人がいるのかな?

M男: はい、います。

筆者: じゃあ、これから友人の家で遅くまで勉強して、家に帰るようにしたらどうかしら。もちろんお母さんにきちんとお話して。ちょうど土日だから、お兄さんも帰って来るという話しですよ。お兄さんがいれば安心よね。

M男は明日、そうすることを決意した。

第3回面接 20:00 はれ M男から電話

M男の明るい電話でホッとする。お兄さんの早めの春休みと、ときどき彼女が来るので、お母さんは接待で暇がないとか。

M男: 先生、ありがとうございました。助かった。あとでゆっくりお話しにいきます。

その後、父も帰り、相変わらず母はキャンキャンやっている。M男が思いきって行動にでたことで、母は自分の行動を抑制することができたのであろう。

M男は思春期に大きな経験をしたのである。

[考 察]

その他の症例がM男のようにスムーズにことが運んだわけではない。母親に逆らう決意がどうしてもできない、優しい男の子もいれば、M男も漏らしたように心地よさもまた一方では感じている。父娘関係では、いっそう弱い立場の娘を援助する手立ても無く、自立の日までの支えになる程度しか、できないこともある。表にもまとめたように、子供達は相手を責める気持ちがあまりない。しかし相談に来るのは悩んだ末のことであり、自分を責めてしまうことが多い。将来、自分を肯定し、性を肯定する、という人間としての成長ができるかどうか、不安はつきない。

父や母など年長側にも、性が思い通りにな

らない、同情すべき点はあるように思える。しかし、近親姦のような、踏み越えてはならない線を超えてしまう親、とは何であろうか。

少数は昔からあったと思われるが、私を訪ねての相談にも、このところ近親姦は増えている。若い人の売春、買春、その後の心の傷についての相談も増えている。誕生してから死に至るまでの間に、もっとも大切な学習の一つである、「生と性」に関しての基本的な枠組みというものは、性教育といった表立った教育ではなく、家庭や社会が暗黙のうちに伝えるものではないだろうか。それを伝える側である親の方に、衝動を抑えるべき場合かどうかのけじめが、きちんと伝わっていない、のではないだろうか。親の層を含めた幅広い人々に、愛情や性の大切さを浸透させていきたい、と考える。

10 代のクラミジア感染症

仙台市立病院産婦人科

村 口 喜 代

抄 録

平成5年1月から平成10年3月までに仙台市立病院を受診し、膣炎、頸管炎、付属器炎、骨盤腹膜炎などと診断され、クラミジア抗原検査で陽性であった10代感染者者43名について臨床的検討を行った。

- 1) 年度別感染者は、平成7年以降倍増した。
- 2) 感染者は18歳、19歳が最も多く(69.0%)、高校生と学生は41.8%であった。
- 3) 初交年齢は平均15.4歳であり、性的に早熟な者が多かった。
- 4) パートナーの年齢は、10代と20代がほぼ同数ずつであった。
- 5) 感染に至るまでのパートナー数は1人から20人までとバラツキがあったが、ほとんどの者が複数であり、平均6.6人と多かった。
- 6) 感染者は社会の一般の平均と比較すると学業途上の者は少なく、就業していても経済的基盤は低かった。

以上より、10代STDのハイリスク・グループは平均的10代の若者像からはかなり偏りのある層である。

はじめに

今日、10代の性行動は「よくあること、普通のこと」であるが、その男女の関係は心身の未熟さを反映し、一過性・単発的である

ことが多く、継続的關係に発展することは少ない。こうした性行動の特徴は、不可避免的にSTD (Sexually Transmitted Disease) の問題へと波及する。

産婦人科外来患者について、クラミジア・トラコマチス(以下クラミジアと略す)感染症を疑って検査をすると、20歳未満が最も高い感染率を示すことはよく知られている¹⁾。筆者らも、15歳から19歳の10代の感染率は16.3%と他の年代に比べて最も高いことをすでに報告した²⁾。今回平成5年以降の10代のクラミジア感染者について臨床的に分析・検討した。

対象および方法

調査対象は、平成5年1月から平成10年3月までに仙台市立病院産婦人科を受診し、膣炎、頸管炎、付属器炎、骨盤腹膜炎などと診断し、クラミジア抗原検査で陽性であった10代クラミジア感染者43名である。検査方法は平成6年4月まではクラミジアザイム法、それ以降はIDEIA法である。

結 果

1) 年度別クラミジア感染者数(図1)

年間の10代の感染者は少数例であった。平成7年以降の増加が目立ち、平成5、6年に比べ平成7年以降は倍増した。

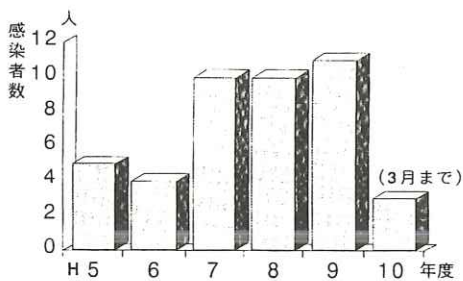


図1 年度別クラミジア感染者数

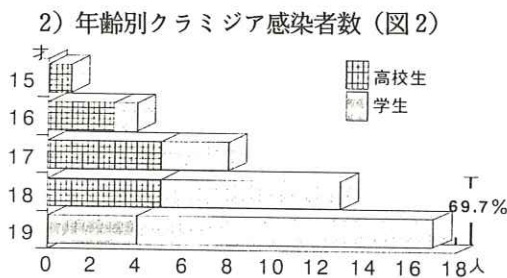


図2 年齢別クラミジア感染者数

年齢が高くなるにつれ感染者は増加していき、18～19歳で69.7%、ほぼ7割を占めた。うち学業途上にある高校生は15～18歳の53.8%を占め、学生は19歳の23.5%であった。

3) 10代クラミジア感染者の就業状況 (図3)

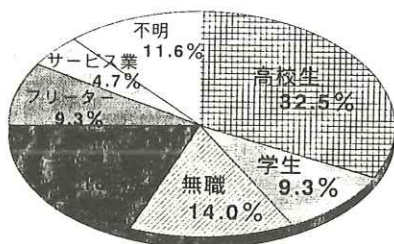


図3 10代クラミジア感染者の就業状況

就業状況について本人記載による問診表より分類すると、高校生は32.5%、学生は9.3%であった。一方学業途上の者を除くと、定

職と思われる会社員は18.6%と少なく、サービス業4.7%、フリーター9.3%、無職14.0%と社会的・経済的基盤が低いと思われる者が多かった。

4) 10代感染者の初交年齢と発症までの期間 (図4)

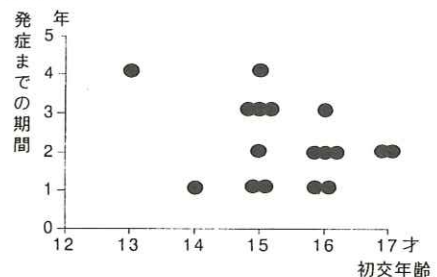


図4 10代感染者の初交年齢と発症までの期間

10代感染者の初交年齢と発症までの期間について、不明な者をのぞき検討した。初交年齢は13歳から17歳（平均15.4歳）であり、性的に早熟な者が多かった。発症までの期間は個々の症例で異なり、平均2.1年であった。

5) 10代クラミジア感染者の年齢とパートナーの年齢 (図5)

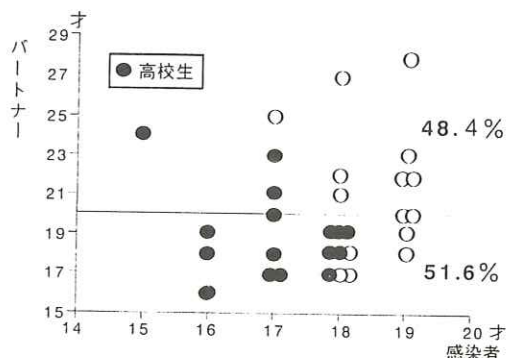


図5 10代クラミジア感染者の年齢とパートナーの年齢

感染時のパートナーの年齢は16歳から28歳と10代から20代にわたり、うち10代の者は51.6%、20代の者は48.4%と、ほぼ同数ずつであった。高校生の感染者についてみると、パートナーは10代である者(12名、75%)が多かった。

6) パートナー数別感染者数(図6)

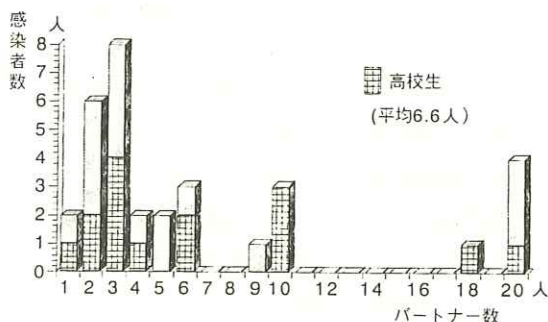


図6 パートナー数別の10代クラミジア感染者数

感染に至るまでのパートナー数は1人から20人までとバラつきが大きく、高校生においても同様であった。パートナー1人の者は2人のみでほとんどが複数であり、平均6.6人と多かった。安易な性交を繰り返すことが感染の機会を多くしている実態を浮き彫りにした。

7) パートナーの就業状況(図7)

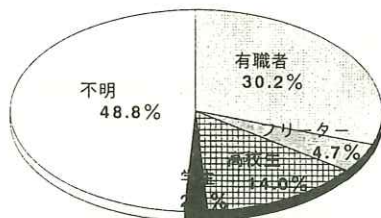


図7 10代感染者のパートナーの就業状況

パートナーの就業状況は本人の記載によるものため不明が多くなった。有職者30.2%、フリーター4.7%、高校生14.2%、学生2.3%であった。

考 察

1987年よりAIDSに関連してSTDが厚生省感染症サーベイランス事業に取り込まれるようになった。ほぼ時を同じくしてクラミジア感染症が産婦人科の医療現場で身近なSTDとして認識されるようになった。以来筆者らもクラミジア感染症に注目し報告してきた^{2) 3) 4) 5)}。筆者らは1986年よりクラミジア検査を実施してきたが、当初からしばらくは10代の感染者は年間たがだか5名程度であり、たまに出会う患者に過ぎなかった。今回の集計で平成7年以降倍増したように、最近では時々出会う患者となってきた。全国統計でも1992年以降クラミジア感染症が淋病を上回り増加し続けており、しかも10代および20代前半の未婚女性がほとんどを占める年齢層では男性を上回っている⁶⁾という点で、現在も重要視されるべきSTDである。

産婦人科を受診する患者についてクラミジア感染症を疑って検査をすると、10代が最も高い感染率を示すことはいまや周知のことである。筆者らもクラミジア抗原検査で10代は16.3%と最も高い感染率を示しており、STDのハイリスク・グループであることをすでに報告した²⁾。今回10代の感染者についてさらに詳細に検討した結果、STDグループの特徴が一層明らかとなった。感染者は初交年齢(平均15.4歳)が早く、性的に早熟な者であり、感染に至るまでのパートナー数(平均6.6人)が極めて多く、継続した人間

関係を作れずに出会いと別れを繰り返すうちに感染したと思われるケースであった。今回感染に至った時のパートナーの年齢が20歳の者がほぼ半数を占めていたことから、パートナーもかなりの性的経験を重ね多くのパートナーを経験してきた者であろうとの推測は容易である。つまり複数のパートナーを経験した者同士であるということである。また感染者のうち、高校生・学生の占める割合は41.8%に止まり、大学・専修学校などに就学する者67.0%（平成8年教育白書）⁷⁾に達している状況からみても、感染者は学業途上の者は少ないと言えた。また就業している者であっても定職と思われる会社員の割合は少なく社会的・経済的基盤の低い者が多かった。こうした特徴・背景を持った者、言わば兵的10代の若者像からはかなり偏りのある層が10代の感染者であり、10代STDのハイリスク・グループである。野口らも指摘しているように、彼女達にとっては性行為そのものは大して重大なことではなく、日常的なフレンドシップの一環に過ぎないのである⁸⁾。たまたまの行為、性交が自分の人生を大きく左右してしまう程の問題に発展するかもしれないなどと考えるにはあまりにも未熟であり、またそうした躰、教育を受ける機会もないままにきてしまったのである。性情報が加熱化し性が氾濫する今日、こうしたハイリスク・グループが最もその弊害を引受け易い層であるとも言えるのであろう。

近年、性の社会的通念は崩れ、性の開放・自由化は一層進行してきた。平成9年の第24回全国家族計画世論調査の結果⁹⁾では、未婚者の性交経験者（48.9%）は未経験者（44.2%）を上回り、経験者が初めて多数派

となった。また、性体験者の6割弱が19歳までに性交渉を体験し、とくに16歳の性経験率は8年前の調査の2倍以上の16%強に急増した。今や未婚女性の性体験は一般的・日常的なことであり、10代について言えば性体験率の増加に止まらず、かつ若年化してきたことは明白である。こうした社会全体の変化にともなって、未婚女性とくに心身ともに未成熟な10代の女性のSTDの増加が最も懸念されるのである。10代に限ってはSTDのハイリスク・グループは現時点では10代の特定の層である。しかしながら、今後性行動が一層活発化していけば、STDが10代の平均的層に拡大されていく可能性は十分予想されることである。今回の結果でも10代クラミジア感染者の半数は20代のパートナーであり、10代STD問題が学校での性教育の強化などでは本質的対策にならないことは今や明白である。社会全体の性の有り様、大人自身の性の生き方が広く問われているのである。「援助交際」に象徴されるごとく10代が性産業の最大の標的にされ、日本国内のAIDS感染者が相変わらず増え続けている状況などからみても性をめぐる情勢は好転する兆しは見えず、10代のSTDの問題は今後最も注目していかなければならない課題の一つである。

まとめ

平成5年1月以降に仙台市立病院産婦人科を受診した10代クラミジア感染症の患者43名について集計・分析した。

1. 年度別感染者数は、平成7年以降倍増した。
2. 感染者は18歳、19歳が最も多く（69.0

%), 高校生と学生は41.8%であった。

3. 初交年齢は平均 15.4 歳であり, 性的に早熟な者が多かった。
4. パートナーの年齢は, 10 代と 20 代がほぼ同数ずつであった。
5. 感染に至るまでのパートナー数は 1 人から 20 人までとバラツキがあったが, ほとんどの者が複数であり, 平均 6.6 人と多かった。
6. 感染者社会一般の平均と比較すると学業途上の者は少なく, 就業していても経済的基盤は低かった。

なお, 本論文の要旨は第 18 回日本性科学学会において報告した。

文 献

- 1) 野口昌良, 岡本俊充: 思春期女子とクラミジア感染症, 産婦人科治療, 72 (4), 1996.
- 2) 宮本由美子, 村口喜代, 大川美恵子, 山岸律子: 思春期のクラミジア感染症, 思春期学, 14 (3), 1996.
- 3) 山岸律子, 穴戸祥子, 村口喜代, 杉本憲宏: 当院におけるクラミジア感染症の実態, 仙台市立病院医誌, 12 (1), 1992.
- 4) 村口喜代, 斉藤 晃, 小野寺弘, 東岩井久, 早坂信夫: 産婦人科領域におけるクラミジア感染症, 仙台市立病院医誌, 17 (1), 1997.
- 5) 村口喜代: 私たちの行なった調査からークラミジア感染症, 産婦人科治療, 76 (4), 1998.
- 6) 厚生省エイズサーベランス委員会, 平成 9 年資料.
- 7) 文部省: 教育白書, 1996.
- 8) 毎日新聞社人口問題調査会編: 第 24 回全国家族計画世論調査, 1998.

性機能障害とパートナーシップ

国立千葉病院産婦人科

大 川 玲 子

はじめに

性機能障害の治療（性治療）は、カップルを対象に行うのが原則である。主として問題のある側を治療することにはなるが、他方の参加が必要な理由はいくつかある。

まず、パートナーに性治療の内容を知ってもらい、治療協力を求める必用がある。次に性は関係性の問題でもあるので、クライアントをカップルとして把握することが、治療上有効である。また相手側にも明らかな、あるいは隠れた障害があることも多く、その意味でパートナーは治療対象でもある。

本論文では、カップル双方に障害があるケースの頻度や障害の組み合わせ、あるいは治療協力の有無に焦点をあてて検討を試みた。

研究方法

1987年から97年までの性治療症例から、受診の時点でパートナーの無い者を除いた、132例を検討した。カップルのどちらに主たる障害があるのか、双方に障害がある場合は、当初からそうなのか、一方の障害に影響されてそうになったのか、などを検討した。治療は原則的にカップルを対象としているが、一方しか受診しない場合は受診者からの間接情報である。

治療終了した95症例については、治療成績と障害の組み合わせを検討した。更にカップルで治療を受けた場合と一方のみ受診の場

合とで、治療結果を検討した。

クライアントの疾患うちわけ

対象者の性機能障害のうちわけを表1に示す。疾患名はほぼDSM-IV¹⁾に従っているが、性交疼痛はMasters & Jhonson²⁾による、器質的疾患があるための性交痛、をあてはめた。

表1 性機能障害疾患別受診者数

性機能障害	女性		男性	
	原発性	続発性	原発性	続発性
性欲低下症	3	0	7	13
性嫌悪障害	6	1	0	0
勃起障害	—	—	14	4
女性の性興奮障害	1	—	—	—
早漏	—	—	2	0
射精障害	—	—	9	3
女性のオーガズム障害	4	1	—	—
ワギニズムス	91	0	—	—
広義のワギニズムス	7	1	—	—
性交疼痛	4	0	1	0
計	116	3	33	20

原発性、続発性の言葉はカップルの性機能障害の関係を示すために筆者が設けたものである。“原発性”はカップル形成当初からの障害、ないし少なくとも二人の間では障害が先行したものを指す。“続発性”は一方の障害に影響されておこったと判断したものである。したがって、Masters & Jhonson²⁾の分類のように、個人の障害として性交体験以来の障害(primary dysfunction)と、何かを契

- 男女ともはじめてから性機能障害あり
- ♠女性の性機能障害に影響されて生じた男性の障害
- ♥男性の性機能障害に影響されて生じた女性の障害

中に露呈した他方の障害は19例で、女性先行が17例（18%）、男性先行が2例（2%）であった。治療中を含めた全体数での割合とほぼ同じ内容である（表2）。

各群での治療成績を表3に示す。一方のみに障害のある66例と、双方に障害があった29例の治療結果を比べると、治癒、改善が前者で35%、18%、後者では48%、3%と、改善まで含めるとほぼ同程度である。しかし双方障害の型別では、女性先行型は明らかに好成績で、双方原発性がそれに次ぎ、男性先行型は2例であるが治癒、改善とも無しの結果である。

表3 カップル障害と治療成績の関係

	全体	一方障害	双方障害	双方原発性	続発性	
					女性先行	男性先行
数	95	66	29	10	17	2
治癒	39%	35%	48%	30%	65%	0%
改善	14%	18%	3%	0%	6%	0%
転治	11%	11%	10%	0%	12%	50%
中断	37%	36%	38%	70%	18%	50%

* 転治；他の治療者に紹介

治療へのカップル参加についてみると、73名（78%）が1回以上の同伴治療を受けていた。カップル治療の有無で治療成績を比較すると、同伴ありでは47%治癒、11%改善であったが、同伴無しではそれぞれ14%、19%で、同伴治療の有無で明らかな相違がみられた。（表4）

またカップル障害とカップル治療の関係を見ると、表5に示すように、治療成績の最も良いグループである、女性先行型では95%の同伴治療率である。他の群のカップル治療は70%台であるのに比べ、格段に高い同伴治療率である。

表4 カップル治療の有無と治療成績

	全体	カップル治療	
		あり	なし
数	94	73	21
治癒	39%	47%	14%
改善	14%	11%	19%
転治	11%	10%	14%
中断	37%	33%	52%

* 転治；他の治療者に紹介

表5 カップル治療とカップル治療の関係性

カップル障害	一方障害	双方原発性	女性先行	男性先行	計
	89	17	22	4	132
カップル治療					
有り	62	12	21	3	98
%	70%	71%	95%	75%	74%

考 察

性機能障害患者のパートナーについては、配慮すべきことが多い。障害そのものも、二人で形成していたり、少なくともパートナーが強化している傾向が大きいことは、症例報告などにもしばしば見られる³⁾⁴⁾⁵⁾。双方が障害をもつ場合も少なくなく、カプランはニュー・セックスセラピーの中で、二人に障害がある場合の、治療方法やそれぞれに関わる順序の決定の仕方などに触れている⁶⁾。

双方障害のケースは30%強の数値を得た。影響し合わないカップルは無いので、一応の診断基準として、「双方向けの治療的配慮を要したケース」とした。例えば結婚以来10年、性交を強要せず、離婚しようともせず、性以外のことで仲良く暮らしてきた、というワギニスムス患者の夫を、それだけで性欲低下症とは考えない。男性の性機能には問題なく、行動療法を積極的にリードする場合も

ある。指の挿入練習は協力できたが、ペニス挿入練習の段階で、勃起障害がおこってくるケースがある。また妻の治療には関心を示さず、二人で練習というときとさっさと寝てしまう夫もある。第一のケースは女性のみの方の障害。第二は女性先行の勃起障害、第三は双方原発で、ワギニズムと男性の性欲障害、の組み合わせであろう。

治療成績を一方障害と双方障害で比較したのでは、差は見られず、むしろ双方障害に治癒したものは多い。これは双方障害の方が重症という予想に反した結果である。

双方障害の内わけを見ると、女性先行型が格別良好な治療結果を得ている。このほとんど(15/17)がワギニズムとの組み合わせで、性欲低下; 8例、勃起障害; 4例、射精障害; 3例である。

ワギニズムの女性とカップル形成する男性は、女性が無意識に選択するのではないか、と思うが、一般に自己抑制的で遠慮がちである。その結果二人の関係性は長く維持されるが、性交できない状態もまた継続してしまう。いったん治療に踏み切れば、多くの男性は協力的、協調的であり、健康な性機能があれば治療を大いに助けてくれる。しかし男性の性欲が低下していると、「練習」が滞りがちとなり、その程度によっては男性の治療の方が困難な事態となる。

今回は原発性、女性先行、など時間的な経過を中心に診断、分類した。男性の性欲低下の発症はワギニズムよりあのように見えても、重症の低性欲症がむしろワギニズムの陰にかくれており、原発性とするほうが適切と思われる症例もある。性格も遠慮がちというより、関係性を避ける傾向がみられる。

双方原発性では、その傾向がより顕著で、夫婦相互作用も複雑であり、当然治療も困難な例が多い。

男性先行型の治療成績が悪い理由は、少数例でもあり説明は控えることとする。男性の性機能障害のケースでは、女性主導の受診が比較的多いのは一般的な傾向のようであるが、婦人科医師の筆者を訪れるクライアントでは特にその傾向が強い。男性の治療意欲が不足していたり、女性の怒りや葛藤が強く、現実的な治療に乗りにくいという印象はある。

本研究の結論は、性機能障害が一方のみか、両者にあるか、という違いより、カップルの治療協力の有無に、治療成績が左右されるというものである。

治療協力があるかどうか、は障害の存在と同様、カップルのダイナミックスの重要な点である。治療の難易は当然にも、障害をもつ個人の病理の深さに依拠する。カップルの一方のみか双方に障害があれば、治療が複雑、困難になることは想像に難くないが、治療成績に差がみられないのは、双方に障害があること自体、高頻度のためであろう。

筆者は性治療において、カップル治療を強く要請している。休日診療もしていないが、パートナーが多忙を理由に来院しないケースはほとんど見られない。したがって、来ないのは受診者本人かパートナーが来院を拒否していると考えられる。特に結婚しているケースで、パートナーの来院が一度もない場合には、治癒例がないことを以前にも報告した⁷⁾。即ち、治療協力、あるいは当事者としてのパートナーの治療参加という行動は、二人の関係性、更には本人ないしパートナーの病理性も反映すると考えられる。

まとめ

性治療の受診者で、パートナーのある 132 例、およびそのうち 95 例の治療終了者について、性機能障害の偏在と治療協力について検討した。

カップルの双方に性機能障害があること自体は、治療結果を左右せず、ワギニズムに続発して男性に性機能障害のおこる組み合わせでは、むしろ良好な治療成績であった。

カップルにおいて治療協力の有無は、治療成績に明らかな影響がみられた。

文 献

- 1) 高橋三郎ほか訳：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き，医学書院，1995
- 2) Masters&Johnson（謝国権訳）：人間の性不全，池田書店，1980
- 3) 渡辺景子：夫のインポテンスに隠された妻の性嫌悪，日本性科学会雑誌，10：43-46，1992
- 4) 金子和子：早漏の症例，日本性科学会雑誌，11：25-30，1993
- 5) 渡辺景子：ワギニズムの症例，日本性科学会雑誌，13：27-32，1995
- 6) カプラン（野末源一訳）：ニュー・セックス・セラピー，第 22 章パートナー両者の性不全，星和書店，1982
- 7) 大川玲子：女性の性機能障害とセックスセラピー，心身医学，vol136 抄録号 p64

未 完 婚 の 治 療

婦人科クリニックハヤシ

林 知恵子

性交が不可能なカップルを未完成婚、新婚性障害というが、筆者は婦人科医であるため、対象は女性、あるいはカップルとしての男性であり、男性は必要があれば、泌尿器科医を紹介している。

女性是一般的な婦人科診察を行うが、Vaginismus等では、カウンセリングとともに、段階的に慣れる膣脱感作法を行う。

1. クライアントの心理傾向

年齢に比し、精神的に未熟で幼児性がうかがえ、親、特に母親への依存が強い傾向があり、分離不安がみられるケースもある。

幼児期から成人にいたるまで、学業等においては優秀であるが、生活面、精神面においては十分に成熟せず、また、自立できない傾向のケースも多い。

心理テストのYGではEタイプ、つまり情緒不安定、パームテストではみかけは大切に
するが、成熟度は未熟で頑固、融通性の少ない傾向が一般的にみられる。

面接においても潔癖で強迫傾向がややみられ、自分を上手にコントロールできないタイプが多い。特に性は相手を信頼し、まかせることが必要であるが、相手にまかせられないケースがよくみられる。

生育歴の中では、厳しい家庭であったり、性なども一切排除しているような家庭や、父の浮気や父母の男と女の間でみえる母

がイヤと訴えるケースもある。

2. 膣脱感作法

Vaginismusでは段階的に慣れる方法として膣脱感作法がおこなわれるが、カウンセラーによるカウンセリングとともに連絡をとりながら、同時におこなわれる。

始めに、性交を禁止し、膣脱感作法、自律訓練法、呼吸法の進み具合により段階的に性交をはじめめる。

心理テスト、特にパームテスト、YGテストなどを施行。週1回～月1～2回と面接をし、自律訓練法を指導し、性を受容できるように心理療法を行う。

Vaginismusでは個人の状態にあわせて、

①内診台に乗る。

②載石位になる。

③SSSサイズのクスコ（子供用の膣鏡）
を膣口に触れるのみ

④SSSサイズを少し挿入。

⑤SSSサイズを十分挿入。

⑥SSSサイズを挿入し、少し開大

⑦SSSサイズのクスコを挿入し、全開大

⑧SSサイズを挿入、少し開大。

⑨SSサイズを全開大。

⑩Sサイズを挿入し、少し開大。

⑪Sサイズを挿入し、全開。

⑫内診、経膣超音波検査など一般の婦人科
診察を行えるまで、ゆっくりゆっくり時

間をかけて呼吸法を指導しながら進める。

⑬タンポンの使用（自分で、そして夫による挿入）

⑭外性器への自分の指による touching。

⑮外性器への夫の指による touching。

と進め、

⑯ penis の挿入

と練習を重ねる。

3. 症 例

A：平成8年には8名の相談があり、（図1）
T.Tは18歳から性交可能であり、結婚後も可能であったが、23歳ヘルペス感染後、性交が不安となり、困難となったケースです。
K.Mは結婚後、可能であったが、二人をとりまく人間関係にトラブルがおきてより、突然に不可能となったケースです。1回の面接と膣訓練で可能となりすぐ妊娠しました。

平成8年

名前	年齢	結婚年数		膣訓練	カウンセリング	結果
K.M	33	7	恋愛	1	1	妊娠
T.T	25	3	恋愛	4	4	OK
S.M	28	未	恋愛	1	1	OK
Y.Y	28	1	恋愛	1	1	OK
N.N	33	6	恋愛	4	9	妊娠
M.M	35	12	恋愛	1	1	中断

図1

B：平成9年（図2）

13名の相談がありました。

N.Rは5年前の結婚時には可能であったが、3カ月後、流産してより、不可能となったケースです。性が妊娠一流産とつながって考えて不安が強くなり困難となった。2回の膣訓練と7回の面接で不安がなくなり、可能となり

ました。

S.Yは片道3時間もかかる遠いところから通院されていたが、内診台にのるだけで帰られることもよくあり、膣訓練もやっと1年で婦人科診察ができ、1年6カ月後、性交可能となった。6カ月後妊娠、平成10年に3,098gの女兒を出産されました。

平成9年

名前	年齢	結婚年数		膣訓練	カウンセリング	結果
M.K	32	2.5	恋愛	10	4	OK
S.N	29	7	恋愛	1	5	OK
Y.M	29	3	恋愛	9	3	OK
M.Y	27	1	恋愛	1	2	中断
Y.N	26	未	恋愛	2	1	OK
M.Y	25	1	恋愛	9	2	OK
N.R	27	5	恋愛	2	7	OK
S.M	35	2	恋愛	4	1	OK
S.S	30	未	恋愛	2	1	OK
S.C	27	3	恋愛	1	1	OK
H.M	29	1	恋愛	5	2	OK
O.K	30	1	恋愛	2	2	中断
S.Y	29	1	恋愛	21	14	妊娠

図2

C：平成10年、11年（図3）

平成10年

名前	年齢	結婚年数		膣訓練	カウンセリング	結果
K.A	31	未	恋愛	1	1	OK
K.M	31	2.5	恋愛	2	1	OK
K.S	32	5	恋愛	5	1	OK
S.K	39	未	見合	7	3	OK
Y.H	33	4	恋愛	6	3	OK
T.Y	26	1	恋愛	3	1	OK
N.K	37	4	恋愛	6	2	OK
S.N	23	未	恋愛	7	2	OK

平成11年

名前	年齢	結婚年数		膣訓練	カウンセリング	結果
K.Y	28	2	恋愛	7	4	OK

図3

平成10年は8名、11年は1名の相談がありました。

Y.Hは性交不可能なため、他院にて膣輪状切開をうけたが、やはり、性交に対して不安があるため困難であり受診されました。面接3回と膣訓練6回で不安が減少し、性を受け入れる気持ちができてより可能となりました。

D：S.Kさん（30歳）

結婚して5年になるが、全く性交が不可能。結婚前にはキスまでの関係はあったが、性交のチャンスはなかった。結婚後もキス、上半身へのタッチは可能であるが、外性器へのタッチングは怖く、体を緊張させてしまうので全く不可能であった。

初診時、内診台にのりことも無理な状態であった。数回後、内診台に乗れるようになり、膣脱感作法を開始した。

非常に緊張が強く、腹式呼吸も難しいのでクライアントの好きな歌とくに英語の歌を毎回違った曲にし、楽譜をみながら内診台上で大きな声で歌ってもらい、訓練を行った。歌を歌うと曲に気持ちが集中でき、また腹式呼吸にもなるので可能になるまでずっと歌うようにしました。Sサイズのクスコの段階でクライアントの夫に膣脱感作法をみてもらい、クスコを貸して自宅でも行ってもらったところ、二人で努力しているという一体感がもてられるようになった。夫も治療が長く続くうちに一時勃起しにくくなっていたが、また自信をとりもどし、前よりもいっそう二人の関係が良くなり、一段階上がる毎に達成感も持て膣脱感作法はクリアし性交は可能となった。

ところが、婦人科診察が可能となりだしたところで、子宮内膜症がわかった。治療方法

としては、月経を止め閉経の状態にする偽閉経療法があるが、この治療法では、膣壁が乾燥し性交痛をきたしてまた、不安が強くなる可能性があるため、漢方療法をおこないながら、排卵の確認を毎月していたところ、6カ月後に妊娠しました。

しかし、残念ながら流産してしまったが、一度妊娠できたことは、自信につながり、流産後は、不安も強くならずに、また、漢方療法と排卵を確認することを続けました。

6カ月後、また、妊娠し、平成9年5月に無事男児を出産しました。

このケースは過敏性大腸症状及び失声歴（1カ月）をもつ強迫性格傾向を示す女性です。

父親とは離婚の母子家庭だったが、小学2年生頃に祖母、そして元軍人の祖父及びおじ一家と同居。「家庭が複雑」と現症状に精神的要素が大きいと訴える。

小学6年時に好意をよせていた男子の投げた筆箱の破片がクライアントの左目にささり、救急で手術した恐怖の体験や、また、結婚前に聞こえなくなり治療で器具の挿入が痛くて泣いた経験があるなど、ささるとか、器具を入れるなどの侵襲的体験とインサートが同一視され訴えられた。

このため不安感の受容とともに Sexual communication 場面での感覚体験の違いに気をつけるよう支持的に対応を心掛け、ATを練習し、リラックス及び、ゆだねる、まかせる体験を重視して説明した。あせったときは、訓練を増やし、タンポン使用可の段階で自主的にペニス挿入を試みたのだが失敗し、二人とも自信喪失、受診時の恐怖状態へ逆もどりした。

感覚や気持ちを見殺し予定通りに義務を果たそうとする傾向はなかなか改善されず、身体症状がみられた時期に、これまでの経過をふりかえって、「父は飲んでくれて賭け事好きだったと聞かされ、男性を嫌った時期がある。」「膣に触られるのは吐き気をもたらしほど不快」やSex時の夫を「うっとうしい」と感じたのを不思議だと話せるようになった。

心理テスト (図4)

N.K

心理テスト

1. 初回時

STAI ~59 Vレベル, 高不安

Y-G検査 ~A型

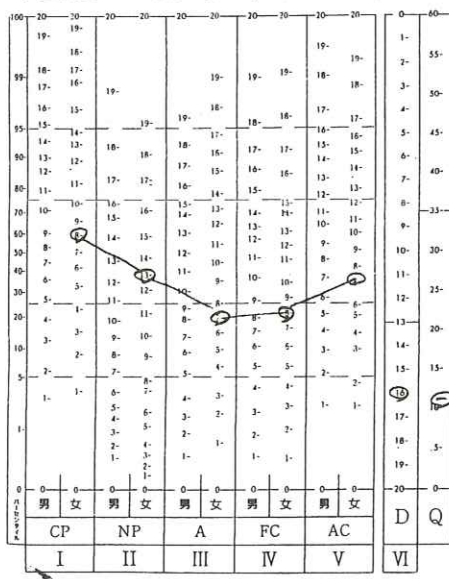
TEG ~Aの空想家型

Baum test ~回避, 抑制傾向, 夢想傾向, 内向型

2. AT8回目

STAI ~35 IIIレベル, 平均値

TEGエコグラム・プロフィール



開電 (パターン)

考えるだけで実行できず、問題解決能力が低くなり。空想世界に逃げ込みやすい傾向がみられた。

図4

1回目のAT時のSTAIは59でVレベルの高不安を示したが、8回目には35でIIIレベル, 平均値に落ち着いた。

TEGではAの低い空想家型で、あれこれ

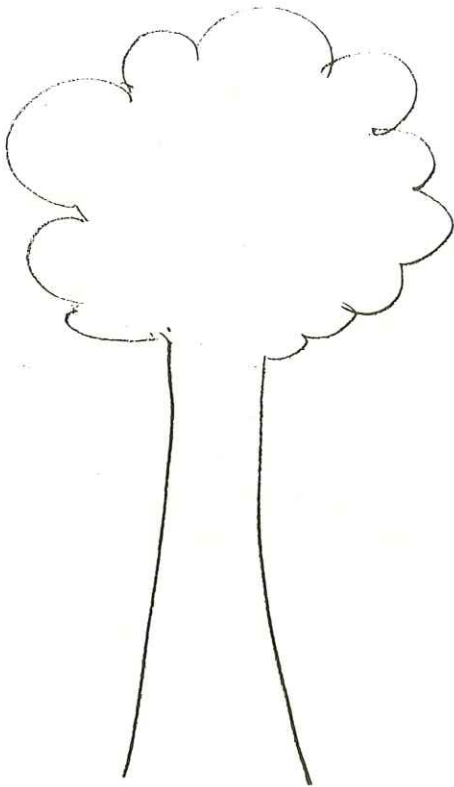
Y-G検査 (図5)

Y-G検査はA'型, 記入時, 迷って夫に相談したとのことで些細な事まで理屈っぽく気にする結果と思われた。



図5 YG性格検査プロフィール

Baum test (図6)



Baum test だけは回避、抑制傾向、夢想傾向がうかがわれ、内向的で攻撃性やストレス発散が機能しにくい状態とおもわれた。クライアントは非常に潔癖で適当にすることができなくストレスを感じやすい性格であったが、

この治療をうける間に待つ、許す等の心構えができ、今後、育児にもゆとりをもてるようになった。

夫も高1年時に両親が離婚となり父と弟の3人暮らしとなっており、「どちらも離婚家庭なので、この結婚は失敗したくない」という強い意志で過緊張状態の解消法を工夫する等治療が続けられた。

また、結婚までに性交歴があり、自分に自信があったので、待つことができていたが、途中で、一時自信を無くしかけた時もあった。しかし、夫にも治療に参加してもらい夫の回復にもつながった。

この例は二人の関係が非常に良く、性交以外は全く問題のないカップルであったが、もっと、未成熟なカップルの場合、膣脱感作法を十分に行うよりも自立を促し、親ばなれをアドバイスするケースもあります。

未完成婚の方が受診される場合、妊娠しない、帯下等の愁訴で受診されることが多くみられるが、始めに診察をする婦人科医の対応により今後の治療が左右されるので、慎重にクライアントの主訴をキャッチし、的確にそしてクライアントのペースで診察、治療をすることが大切と痛感いたしております。

青年期のピア・カウンセリング

千葉大学

武田 敏

今日のテーマであるピア・カウンセリングについて著者の見解を述べ、諸家の論述を紹介する。思春期のピア・カウンセリング実例について考察し、理解を深めたい。

ピア・カウンセリングの Peer は仲間を意味し、仲間による相談支援活動である。同類の多様な名称があり、カナダの National Peer Network が調査したところによると、その担当者に対する呼称は以下のバラエティがあったという。38%がピア・ヘルパー、35%がピア・カウンセラー、12%がピア・サポートワーカー、2%がピア・ファシリテーターで、残りの13%は更に多様な名が混在し、ピア・チューター、ピア・アシスタント、ピア・エド्यूケーター等数々ある。

Helen Cowie はピア・カウンセリングの意義について以下の諸点を挙げている。

- (1) 同輩との親しい人間関係はストレス下の状態で個人の精神保健を守る機能をもつ。
- (2) 困難に陥った時、支援理解を求めるのは同様の経験をしている仲間である。
- (3) 専門的援助が手近にない時、社会的状況を共有している仲間が、聞き役や援助者になってくれることが役立つ。
- (4) 成人が若者に対し善意をもって相談に乗る態度を示しても、若者がこれを求めない、受け入れないことが多い。

Peter Salovey はピア・カウンセリングが若者を啓発する有効な手段 (Method) であ

るのみならず、人を育てる態度としての哲学 (Philosophy) でもあるという。哲学とは「人は機会を与えられれば、自らの問題を自らの力で解決する能力をもつものである」との考え方であり、これがピア・カウンセリングの精神であると述べている。

ピア・カウンセリングのすすめ方はカウンセリングの一般原則と特に異なるものではない。以下の展開をとることが標準的パターンとされている。

- (1) 相手の気持ちを話させ、よく聞き、十分関心をもって「～なんだね」と受とめる、受け入れる。
- (2) 言いたいことを十分に言わせた上で、「じゃあ君としては、どうしたいの？」と本人の方策をたずねる。
- (3) 本人が対応策を具体的に示したところで「それをやったらどうなるかな？」と行動の結果として起り得る事態を推測させる。プラス面もマイナス面もあり得るのでそれらを考えさせる。
- (4) 最良の対応策が自分なりにできたところで、いつ、どのように実行するかを考えさせる。
- (5) 実行した結果について、後日、話しあい自己評価して次の行動に活かす。

ピア・カウンセリングはアクティブリスニング傾聴と問題解決スキルにより、仲間が仲間を支える活動である。

Peter Salovey はピア・カウンセラーの心得として8つの点を挙げている。

- (1) 良否の判断を下さない
- (2) 共感的理解をすすめる
- (3) 個人的アドバイスをしない
- (4) 何故（そうするのか）？で始まる質問をしない
- (5) カウンセラー（クライアント）の問題に対し、責任をとる必要はない
- (6) 発言に対し勝手な解釈を加えない
- (7) 現状現時点を問題とする
- (8) 感情に先づ対処する

ピア・カウンセリングは、仲間としてのメリットを活かした相談活動ができる点、諸家の指摘するところであるが、著者は下表に示した、自己の体験を語る、相談する側を逆転させる等の技法を問題にしたい。

JW Lyons によればピア・カウンセリングの良好なプログラムは次のような機会を提供することが期待されるという。

- (1) 地域社会の構成員に対し互に助けあう機会を与える。
- (2) 実際に相手に役立つ方法でサービスを提供する機会を与える。

カウンセリングとピア・カウンセリング対比（著者）

カウンセリング	ピア・カウンセリング
カウンセラーとクライアント	ピア・カウンセラーとピア・カウンセラー
原則として、カウンセラーは自己のプライベートな生活内容をカウンセリングにもちこまない。話題にしない。	ピア・カウンセラーが自身の 〔環境、立場、生き方、体験、人間関係、 訴え、苦しみ、痛み、失敗、障害、不運等 にふれる発言をする、言及することもある。〕
カウンセラーはクライアントの訴えに耳を傾け、受容する。 共感的理解で、クライアントの自己開示をもたらし、ラポールが形成され交流が進むがテーマはあくまでもクライアントの問題である。	ピア・カウンセラーは相手の話に十分耳を傾け、相手に共感すると共に、自分の体験や訴えも相手に聞いてもらって、相互的展開となり得る。 テーマはピア・カウンセラーとカウンセラーの両者の体験で、心理的に共有する、共同体験となる。
ラポールが形成され、「何でも信頼して話しあえる関係」となっても、クライアントがカウンセラーの悩みを聞いたり、カウンセラー個人の問題に立ち入ってサポートすることはあり得ない。 クライアントは自分及び自分の問題に関する解釈を変えることにより、態度・行動を変えたり、セルフエスティームを向上させる。	共感から共有に進んで「カウンセラーとカウンセラーの立場が逆転する対話」があり得る。 悩みや不満を訴えていた者が相手に共感し「相手をサポートする側」にまわることにより思考のレベル向上、問題解決のための適応的、建設的思考が可能となる。自分も相手のためになることができたと感じることにより、セルフエスティームが向上する。
カウンセラーのサポートによりクライアントは洞察が進み問題解決、悩み解消に向う。	ピア・カウンセラーとカウンセラーは共通の問題として知恵を出しあって考え、ヒントを出しあって思考を展開し問題解決、悩みの解消をはかる。

- (3) 個人を成長させ、教育を充実させる機会となり、地域ぐるみで活動できる。
- (4) 生徒学生が自分に責任をもって行動することを援助する具体策となる。
- (5) 個人が（親への）依存関係から独立し、自立した社会人として相互に協力関係をもって生きて行くことを援助する有効な機会となる。
- (6) 個人的にも社会的にも「努力に相応した効果があがる」Cost Effective 援助方法である。

ピア・カウンセラーの養成法やスーパービジョンについては著者の別稿、総説で扱い、本稿では言及しない。

ピア・カウンセリングは自然発生的に試行されて来たが、著名なものは1972年イギリスのGrape Vine運動である。若者が互に相談しあい、助けあって成長する、その活動が一部の有志の活動から、周囲の市町村、外国にまで広がって行くことを、ブドウのツルが伸び豊かな実りをもたらすことに喩えた名称である。アメリカでは1976年ミルウォーキーの家族計画協会がこの活動を取り入れ、若者に呼びかけてピア・カウンセラーを養成し、思春期の行動選択と自立、ファミリープランニング、母性保健啓発に成果をあげた。このアプローチが思春期問題の専門家、実践者に注目され、アメリカ全土に普及し、カナダや南米にも拡大して行った。

ピア・カウンセリングを我が国に紹介したのは日本家族計画 松本清一理事長で、訪英の折、上記のGrape Vine活動に接し、これを家族計画協会の主催する思春期セミナーを通して、我が国の思春期相談者に解説し、活用を推奨した。同氏の指導を受け高村寿子は、

この実践活動を展開し、栃木県の思春期研究会のメンバーや所属大学の学生達が成果をあげている。

1977年WHOのHealth Needsに関する専門委員会は新しい思春期対策プログラムとしてピア・カウンセリングを取り入れ開発展開することを提言した。その後WHOの思春期問題委員会ではピア・カウンセリングは重要事項、有効な手段として反復して論じられ、実践を促進している。思春期の望まない妊娠やSTDを回避するための教育活動としてピア・カウンセリングは不可欠となっている。10代20代にエイズが蔓延している北米、中南米では、エイズの予防知識啓発、コンドーム利用のアウトリーチ、麻薬注射によるHIV感染の防止に、ピア・カウンセラーを養成し、エイズ予防に重要な役割を期待している。

上述したカウンセリングの典型的展開パターンとは異なる、興味ある2例を以下に紹介する。

第1例（1999年夏）

ピア・カウンセラー役のS子、カウンセラーのT子、共に大学2年生。S子は養護教諭養成過程に所属し、ピア・カウンセリングのトレーニングを受けている。場所はキャンパスのベンチ。

(P C) いよいよ、ピル解禁になるってね。

(T) テレビで聞いた。「やっと」って感じね。ピルが認可されていない国は、日本だけだった、と言ってた。

(P C) 私も、聞いてたんだけど、欧米より数10年も遅れたんだって。納得いかないよ。そんなに認可しない理由

- があるのかな？
- (T) エイズよ。
- (PC) それに少子化と、性モラルの乱れを心配しているんでしょ。
- (T) バイアグラは、ほぼ半年で認可されたそうだから。
- (PC) そうだってね。
- (T) ちがすぎるよ。男女差別だ。
- (PC) 本当だ。そう思えてくる。
- (T) ピルには副作用もあるんでしょ。
- (PC) 血栓症、高血圧、心臓病の人はピルのむと危険だって言うけど。
- (T) 健康な人は問題ないよね。
- (PC) 今度認可される低用量ピルはホルモンの量が少ないから、副作用も殆どないらしい。
- (T) 薬局へ行って「ピルください」って言えば、すぐ買えるのかな？
- (PC) 安全のため、医師の診断と指導を受け、処方箋をもって薬局で買うのよ。
- (T) 健康保険使えるのかな？
- (PC) ピルは病気を治す薬じゃなくて、保健薬だから、保険の対象にはならないんだって。
- (T) そうか。どの位かかるの？
- (PC) よくは知らないけど、ピルそのもののだけのコストが1ヶ月3,000円位かかるそうよ。
- (T) 高いけど、男に頼らないで避妊ができるって、大切なことよね。
- (PC) 男が「コンドーム使った」って言って、実際は使っていないと、ヤバイことになるから。
- (T) 色々な避妊法がある中で、ピルは一番確実な方だってね。
- (PC) ちゃんと規則的にのめばの話だけど。
- (T) ところで今年の秋にピルがオープンになったら、みんな使うかな？
- (PC) 使うかも。
- (T) ピルをのんでくれれば安心だ、って彼言ってる。
- (PC) 私の彼も同じ。使ってもらいたい、らしいね。
- (T) 私の彼は、もっと積極的よ。ピルのコストは毎月僕が出すから、って言うてる。
- (PC) T子の彼は社会人だから、はっきりしているね。「女が主体的に避妊できるからピルはいい」って言うけど、男の人も歓迎しているみたいね。
- (T) それは別の意味よ。コンドームを使わなくてよくなるから。
- (PC) コンドームは雰囲気こわすから？
- (T) 性感にもマイナスになるからでしょ。
- (PC) だけど本当に、コンドーム使わないでいいのかな？
- (T) コンドームよりピルの方が確実な避妊法だって、高校の保健の授業でも習ったの憶えてる。ちゃんと忘れないでめば、コンドーム要らないんじゃない。
- (PC) STD, 性病の予防は？
- (T) それは援助交際なんかする人の問題でしょ。
- (PC) 彼がそんな病気もってるはずないから？ でもセックスで移る病気はエイズや梅毒、淋病だけでないそうよ。他にも色々あって、本人もそれを知らない場合があるんだって。
- (T) どんな病気？

(P C) 血液の病気、肝臓の病気（肝炎、黄疸が出る）なんか色々。

(T) それは問題よね。

(P C) 今一番多いのはクラミジアだって。移っても症状が出ないで、何時の間にか、不妊症になっちゃうこともあるって。

(T) 相手の男性は？

(P C) 症状ないことも多いそうよ。だけど男性の不妊の原因にもなるらしい。

(T) それって、こわいわね。やっぱりコンドームも使わせた方がいいかな。

(P C) でも、今までと違って「コンドームつけて」って言いにくいよね。

(T) 「あなた性病もってるかもしれないから」って意味になるから。

(P C) どうすればいいんだろう？

(T) ピルをのんでいても、それを彼に言わない手もある。

(P C) でも、さっきの話で、あなたの彼「ピルのコストもつから」って言ったんでしょ。

(T) そうだ！ ピルは「私の体質にあわない」って医者に言われた。これでいいでしょ。

(P C) グッドアイディアね。

(T) でも何だか変な感じ。

(P C) どうして？

(T) だって、私達ピルの認可推進派だったのに。矛盾しているみたい。

(P C) そうだね。本当にそうだ。

【考 察】

本例は保健知識のあるS子（P C）が、友人に情報提供する型の会話となっている。ピ

ルの認可が遅れたことに対する不満を、共感しているところから出発する。カウンセラー（T子）はピルの入手法やコストの情報を得て、自分達も使うかどうかの問題に発展する。男性が女性に対し、ピルを望んでいることが話題となったところで、ピア・カウンセラーは、「ピルをのめば、コンドームは使わなくてよいのだろうか？」のKey Questionを提示する。カウンセラーは相手の彼がSTDを持っているとは全く考えていないので、この段階で併用は問題外であった。ピア・カウンセラーはSTDのコンセプトを変えさせるように、情報を提供して、相手に考えさせる。

ここに心理的問題があることに注目したい。彼を信じ彼を愛して性関係をもつこと、と彼がSTDをもつ人であると思うことは認知不協和（Festinger）を招く。不協和を回避しようとする心理が、ピル服用者のコンドーム使用を妨げる因子となると解釈される。「従来の性病のイメージとは異なる病気」がセックスで移ることもあるから、と考えることによって、コンドームを使うことに対する抵抗感を少なくすることができる。

イメージを変える情報の例を以下に示す。B型、C型肝炎はセックスで感染するが、母子感染もする。従って性経験のない人がB型、C型肝炎のウイルスを持っていることもある。このウイルスをもっている人も無症状の人があり、他の人に感染するとその相手は病気の症状が出るのが起りうる。

性教育の立場から言えば、上記の病気の病原体を「自分では気づかず、自分もっていること」もあるので、相手を大切にす配慮でコンドームを使う、とする考え方が肝要である。2人の会話の方は「今まで通り相手に

コンドームを使わせる」ためにどうするか
の展開となっている。コンドーム使用の重要性
に関する洞察だけでなく、「ピルの認可推進
しか考えていなかった自分達が、よく考えて
見解が変わったこと」への洞察もあった。

第2例

親が離婚しそうで不安なT子が、母子家庭
のE子に相談をもちかける。2人は高校3年
生である。親の離婚体験者のE子は相談を受
けてピア・カウンセラー役をすることになる。
以下その大略を2人の対話として展開する。

T 「E子に色々、教えてもらいたいんだけ
ど」

E (PC) 「あなたみたいな優秀な子に、教
えるなんて、できないよ。逆だよ」

T 「そんなことないよ」

PC 「今日のあの宿題、人権のレポート、ど
う書けばよいか教えて？」

T 「いい参考書あるから、家に見に来る？」

PC 「ラッキー。じゃあ写させて」

T 「いいよ、何冊もあるから、その中から
好きな写せばいいわ。2人別の本を
参考にすればいいんだから」

PC 「よさそうなところ、引き抜いて写して
1,000字になればいいわけ？」

T 「話、違う方に行っちゃったけど、今日
相談したのは、私もE子と同じように
なると、思って」

PC 「同じようになるって？」

T 「母と私と2人だけで暮すことになるっ
てこと」

PC 「御両親、離婚しちゃったの？」

T 「まだだけど、時間の問題だと思う」

PC 「それは心配ね。これから、どうなるか

と思うと、不安がいっぱいになるわね」

T 「私には何もできないんだから」

PC 「私もそうだったわ。2年前」

T 「つらかったでしょう」

PC 「一時食欲もなくしちゃって、夜はよく
眠れないし」

T 「それがずっと続いたの？」

PC 「離婚届を出して、父が家を出て行って
からは、落ちついて来た」

T 「お母さんは？」

PC 「『2人で生きて行くしかない』って、
はっきり言って、働きに出たわ。毎日。
それで私も、しっかりしなきゃあと思っ
て」

T 「それから」

PC 「母子家庭も慣れれば何とか、やって行
けるわよ」

T 「何とかやって行ける、か？ 私の母も
言ってるわ。『いざとなれば何とかや
れる』って。母は手に職を持っている
から」

PC 「でも母はたいへんよね。女手1つで、
2人食べるだけ稼がなければならな
いから。私も家事を半分以上、分担して
るんだけど」

T 「えらいわ。家で勉強する時間なくなる
でしょ？」

PC 「母が離婚する前も、私あまり勉強する
方じゃなかったから、関係ない」

T 「経済的なことは別として、他には？」

PC 「ただどお金のことが1番問題なのよ。
もし母が病気にでもなったら、と思う
と」

T 「あなたのお母さん元気はつつつ、たく
ましいって感じね」

P C 「そうでないと、生きて行けないわよ。
『病気なんか、するひまない』って言っ
てる」

N 「家族2人だとさびしい？」

P C 「最近は慣れたわ。もう2年経って、こ
んなものだと割り切っている」

T 「慣れればね」

P C 「だけど女2人暮らしはぶっそうなの。防
犯対策が必要ね」

T 「どうするの？」

P C 「例えばうちでは男の下着をベランダに
干しとくの」

T 「新しい男が入りこんだみたいで、世間
体が悪いんじゃない」

P C 「世間体なんて、とくに吹き飛んじゃっ
たわよ。離婚する前の夫婦げんかで。
御近所にも、つつ抜けだったし」

T 「うちでも近所に聞こえているわね。両
親がどなりあうのって、耳をふさいで
も、どうしようもないのね」

P C 「私にとっても、もう昔のこと、忘れる
ことにしたわ。忘れることによって、
私達救われるのよ」

T 「でも、『親って、何だろう』って時々
思うの。父も母も何を考えているんだ
か分からない」

P C 「そうだったわ」

T 「でも2人とも私にはやさしいのよ。そ
れでいて何故2人は、あんなにいがみ
あわなきゃならないのかしら？」

P C 「そうね」

T 「離婚して、子供はどうなるのか、子供
はどういうおもいをするのか、親達は
考えているんだろうか？」

P C 「それは考えていると思う。『身を切ら

れるようだ』と父は言ったわ」

T 「でも、そう考えたら、離婚なんてでき
ない、はずでしょう」

P C 「子供の側からすればそう思うわよ。で
も、母の妹にあたる叔母に相談した時、
こう言われたの。『子に対する親とい
うだけでなく、親達の今後の人生もあ
るんだから、それは認めてあげたら』

T 「親達の今後の人生か？」

P C 「叔母以外にも、色々な人に相談したの
よ。悩みをうちあけて、聞いてもらっ
たのは、立ち直るのに役立ったわ」

T 「学校でも友達に相談したの？ 私あの
頃あなたの悩みを、よく知らなくて。
相談にのってあげられなくて、ごめん
ね」

P C 「それは、私が言わなかったんだから、
いいの」

T 「両親の離婚はプライベートなことだし、
こちらから聞き出すのも失礼だから」

P C 「いいのよ。学校では担任にも相談しな
かった。離婚して姓が変わった時、報告
しただけ」

T 「そうなの。話せる先生と、そうでない
先生ってあるわね」

P C 「私が相談したのは保健室の先生。何時
間も何回も相手になってくれたわ」

T 「あの先生やさしいからね」

P C 「私の手を取って一緒に泣いてくれた。
泣くだけ泣いて、私もすっきりした。
その後で養護の先生が話してくれたこ
と、今でもよく憶えている」

T 「何て言ったの？」

P C 「『人は誰でも自分の力で生きて行かな
ければならないわ。高校や大学を卒業

すれば親から離れて、子は独立して行く』と言ったわ」

T 「それから？」

PC 「親が離婚した子は、気持の上で、他の子よりも何年か早く自立する。自分がしっかりやって行かなければと思う。それはとても立派なことよ。親が離婚した子とそうでない子は親離れが早いか遅いかの問題ね』と言うの。それを聞いて、私は目の前がぱっと開かれたような気持になったのよ。今でもあの先生に感謝している」

【考 察】

友達に「教えてもらいたい」と言われ、勉強のことか、と誤解するところから始まる。レポート対策を共有し、友情を確認した状態で本題に入る。親が離婚した経験者の友人に相談するのは、ピア相談として最適である。家族、教師、カウンセラーの何れよりも「よい相談相手となり得る」可能性をもっている。両親の仲が悪く、離婚は時間の問題だと思っている本人にとって、不安は増大する一方である。「同じ境遇である、あった」悩みを共有する関係の連帯、それに対し「こう対応し、このように頑張ってきた」「こうしたら、うまくいった」という体験談、苦難をのり越えたプロセスが参考となると同時に希望を与えてくれる。ピア・カウンセラーの体験を聞いて、その時の苦しみに共感することで「自分だけでない」という気持になる。更に自己の悩みを客観的に見ることが可能となって洞察を促す。悩みに対する答だけでなく、同様な境遇で生きる生活のスキルを聞かせてもらうことにより、今後の自分の生活像の実感がわ

いてくる。本例の特徴はピア・カウンセラーが親の離婚当時、叔母や養護教諭に相談し、人生について有益な指針を得たことにある。これを「よりどころ」にして、ピア・カウンセラー役の生徒は当時立ち直ることができた。このように肝要な人生哲学は誰でも語れるというものではない。親が離婚した子で、この種の話聞くチャンスに恵まれる例は希少であろう。それ故に子から子に伝えられる必要がある。又それを聞いた時の感激と「啓発された認知体験」を含めて仲間に伝えることに意義を見出したいと思う。

次にピア・カウンセラー自身の向上効果に注目したい。以下の諸点を挙げるができる。

- (1) 若者の態度、行動に対して年長者がどう感じるかを理解できる。ピア・カウンセラー自身が若者だが、役割交換法のロールプレーと同様の意味で、親、教師、周囲の人々の気持がよくわかる。
- (2) 自分と近い年令の人々の悩みや不満を聞き、自己のもつ問題を1歩離れてみることができる。客観的な自己認知を促し自己洞察に役立つ。
- (3) 相談にのる、相手を援助する立場に立つことにより、精神的、社会的に成熟する。戦前戦中の我が国の家庭では兄弟姉妹が3人以上いることが普通であった。長男長女は弟妹の世話をし援助する立場にあったが故に早期に自立し、精神的に早く大人になったと言われている。
- (4) ピア・カウンセラーになるために何等かの指導プログラムやトレーニングを受ける。又、相談活動を体験することにより関連する知識の重要性を痛感するので、

この種の関連情報に敏感となる。テレビの解説や教養番組、新聞や雑誌の記事によく眼を通すことになる。必要な知識を手に入れるノーハウのスキルも向上する。

- (5) 外からの情報の他にピア・カウンセリング活動を通して学ぶものも大きい。試行錯誤はあるが体験を通してコミュニケーションスキル、意志決定スキル、問題解決スキル等が体得される。ピア・カウンセリング活動を始める段階で対照群（ピア活動にかかわらない人々）との間に対人関係スキルに差が認められることが多いが、僅か半年程の体験でこの差は更に拡大する。知識と社会的スキルに於ける向上は、将来の社会生活、家庭生活で役立つところ大である。

- (6) ピア・カウンセリングを体験することにより、社会活動の自信が得られる。自分は他者をサポートし援助することができるという気持がセルフエステームを高める。

ピア援助対話活動すべてをピア・カウンセリングと呼ぶ者もあるが、そのレベルと内容により分類することが妥当と思われる。以下は著者の提示する分類である。

A P C I ・ピア情報提供、交換、

Peer Communication

ピアのリーダーからの情報提供が主の場合も相互交換もある。科学的に誤りのない情報であることは勿論、相手のニーズをよく理解し、役立つ情報をわかり易く提供する。

B P C II ・ピア対話、語りあい、

Peer Chatting

Chat は単におしゃべりするだけでな

く、うちとけて話すことを意味する。相手の話によく耳を傾け、相互に理解を深める。問題や悩みを共有し、心の負担を軽減するカタルシス効果もある。

C P C III ・ピア・カウンセリング、

Peer Counselling

カウンセリング技法を取り入れた対応で、受容、共感的理解、ラポール形成、明確化、洞察等一連の展開により、問題解決、悩みの解消をはかる。

課題、直面している問題により何れのアプローチを主にすることか、適切に使いわける。

活用の主体となるピアの力量により何れか可能であるか選択できる。経験や研修を重ね、C I → C II → C III を扱うことができるように発展可能である。

ピア・リーダー教育プログラムでは、C I、C II の知識及びスキル学習とC III の入門学習の段階で、「C I、C II に限定した活動」を開始する。活動と並行してC III の研修を十分行ってからカウンセリング的対応も手がけるようにすればよい。但し中高生のピア活動ではC III として扱える内容はかなり限られたものになることはやむを得ない。

ピア・カウンセラーはアマチュア故の各種失敗例があるが、高校の実践例で問題となった点を以下に示す。

- 1 PC で扱うことに不適当な問題、そのピア・カウンセラーの能力を超える問題に手を出し、対応できない。できること、できないことを、はっきりさせておかなかった。
- 2 ピア・カウンセラーとしての関わりを越えた対応。深入りしすぎたための失敗。
- 3 PC を行うことによって仲間集団の中で

浮いてしまう結果となる

- 4 教師の指導の単なる伝達係、生徒の状況を教師に伝える役、教師の「回し者」に誤解される。
- 5 生徒個人の情報がピア・カウンセラーからもれて、生徒間の噂になる。
- 6 ピア・カウンセラーの活動内容が、学校側の方針と全く相反する方向に進んでしまう。問題行動を支持していると誤解される、など。
- 7 対人関係すべてにおいて、カウンセラーの態度になり、それを「カウンセラー気取り」とみられて嫌われる。
- 8 他人の心を深読みしすぎるようになり、かえって他人の本当の気持ちが分からなくなってしまう。
- 9 カウンセリングの原則的技法にこだわり、ケース・バイ・ケース、臨機応変な対応ができない。
- 10 一時的に熱意をもって、この活動に関わるが、冷めやすく長続きがしない。
- 11 扱った一部の例にこだわり、その後の「一般的事例」を扱う時の方向性を誤る。
- 12 時間の配分が下手で、自分のために必要な時間を失い、ピア・カウンセラー自身の日常の課題をこなしていない。

我が国ではピア・カウンセリングは今日的话题であり、今後取り組むべき課題とされて

いるが、欧米では異った見方をしている。JW Lyons は、ピア・カウンセリングはもはや New Idea ではない、その長所故に、時の試練を経て有効性が実証され、キャンパスで、地域社会で若者のために貢献している、という。

〔文 献〕

- (1) Vincent J. D' Andrea, Pater Salovey, Peer Counseling, Science & Behavior Books Inc. Palo Alto, California, 1983
- (2) Helen Cowie, Sonia Sharp, Peer Counselling in Schools, David Fulton Publishers London, 1996
- (3) 松本清一, 高村寿子, 性の自己決定力を育てるピア・カウンセリング, 小学館, 1999
- (4) 武田 敏, ピア・カウンセリングとライフスキル (Ⅰ), 教育トークライン, N131, p42~45, 1998, 5 月, (Ⅱ) 同上誌, N133, p42~45, 1998, 6 月, (Ⅲ) 同上誌, N134, p42~45, 1998, 7 月
- (5) 武田 敏, ピア・カウンセリング 親の離婚・母子家庭, (Ⅰ) 教育トークライン, N142, p42~45, 1998, 12, (Ⅱ) 同上誌, N143, p44~47, 1999, 1
- (6) 鬼塚直樹, ピア・カウンセリングワークショップ, LAP ニューズレター, V117, p3, 1998
- (7) 高村寿子, ピア・カウンセリングとは, 保健婦雑誌, V51, N10, p815, 1997

提 言

脳，性，愛のトライアングル概念の提唱について

山崎産科婦人科医院

山 崎 高 明

母体の子宮内で女性ホルモンのシャワーに曝露されて育つ胎児の脳はまず女性の脳として形ができるが、女性ならそのまま女性脳として働くようになり、男性なら男児の精巣から分泌される男性ホルモンが働いて女性の脳を男性脳に変えてしまうといわれる。

このようにして女性脳と男性脳には次の4つの差違が認められる。

1. ラットの内側視束前野にある性的二型核が、雄の方が雌の神経核の大きさの5倍あり、細胞数も雄の方が多くといわれており、ヒトにおいてもこれと似たような所見が認められると報告されている¹⁾。ここは雄の性行動の開始や勃起に関する部位である。
2. 視交叉上核に男女でその形に著しい差があり、これは体内のリズムに関する情報処理を司る部位だといわれている。
3. 視床下部や大脳辺縁系で排卵に関する部位が雌>雄で、この部位は排卵に関する下垂体ゴナドトロピン分泌を周期的に調節する働きをする部位である。
4. 左右の大脳半球を連絡する脳梁の後部が雌>雄で、神経繊維の本数も多く、左右の大脳半球の連絡路で視覚、聴覚の情報処理と関係のある部位だといわれている。

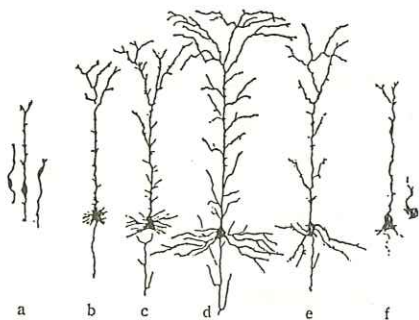
ドイツの Dörner²⁾ は、妊娠中の母体へのストレスが男胎児のテストステロン分泌を減少させ、男性脳としての発育が不十分なために男性同性愛行動を促進すると推定したが

(1945年ドイツの爆撃下の妊婦から生まれた男性に同性愛者が多いという事実があった)、カリフォルニアの Gorski³⁾らは、前視床下部間質核の大きさに性差があることを明らかにし、男性ホルモンは、この核を促進するが、同性愛者ではこの核が小さい事を証明した。

ヒトの新生児の脳重量は400gで、成人の脳は1,250~1,450gと3~3.5倍になる。生下時140億ある脳細胞は減少こそすれ、決して増える事はなく、その重量の増加は個々の神経細胞の樹状突起が伸びて盛んに枝分かれを繰り返し、同時にグリア細胞が増殖する事が主な原因とされている。

このネットワーク形成は或る時期即ち生後3年位の間に、やがて必要とされる数よりずっと多くのネットワーク形成が行われるが、一部の不要な細胞がアポトーシスによって除かれた結果、複雑で正確な回路網(配線)をもった神経系が残る。このような軸索の削減による回路の配線の再構成は、遺伝的なプログラムだけによるものではなく、生後の育児環境によって変化するものであることが明らかになった事は重要であると塚原⁴⁾は述べている。

そしてこれらのネットワーク形成は20歳位で最高の状態に達し、それ以後は一定の割合で神経細胞が死んでいき脳は老化していく。アルツハイマー病によるネットワークの減少は特に著明であるが、一方脳神経細胞をよく



(a)胎芽期, (b)胎児期, (c)幼児期, (d)青年期, (e)老年期の初期, (f)老衰 (Scheibel 1977 より改変)

図1 ヒトの大脳皮質の錐体細胞の経時的変化 (ゴルジ染色)⁷⁾

使っていればボケ防止にもなり、96歳の病院長の脳でもそのネットワークがまだ十分に維持されている例さえ認められている⁴⁾。

次に性腺の発達については、ヒトでは胎生期の6週間頃までは両性共同じであるが、母体の女性ホルモンのシャワーの影響で女性として発生してくるのが本来である。ミュラー氏管から胎生9週で卵管、子宮、膣が形成され、11週でウオルフ氏管が退行し、次いで尿生殖洞は開存して前庭、小陰唇となり、生殖結節から陰核が形成され、生殖隆起から大陰唇が作られて女性器が完成する。

男性ではY染色体のSRY遺伝子が活性化され、未分化生殖腺の髄質から正常な機能をもつ精巣が形成されると、内外性器の雄性化が始まる。ミュラー氏管は退縮してウオルフ氏管が発育し、11週で精管、精巣、副精巣が作られ、尿生殖洞は閉鎖されて尿道、前立腺ができ、更に生殖結節からペニスが、生殖隆起からは陰嚢が形成される。これらはいずれも胎児の精巣から分泌されるアンドロゲンの作用により誘発されるのである。従って同じような原基から作られるという意味で、

男女同権といえるのではないだろうか。

ここにペニス＝クリトリス、陰嚢＝大陰唇などの相同器官としての男女性器の認識も成り立つというものである。

性の三大意義として、生殖性の性は現代では女性の場合、27歳位で結婚し、2～3人の子供を産むだけなので、人生のほんの数年間しか関与しておらず、他は如何に妊娠を避けて快楽性、連帯性の性を楽しむかが問題になっている。しかし余り快楽性を追求しすぎるとアウトサイダー的方面に乱れる事なきにしもあらず、結局人生80年を生きぬくには連帯性に一番の意義を考えねばならぬのではないだろうか。

愛に関しては、本能的愛と人間的愛（精神的愛）に分類される。性愛、育児愛は動物にもみられるが、人間的愛はヒトの高度の精神

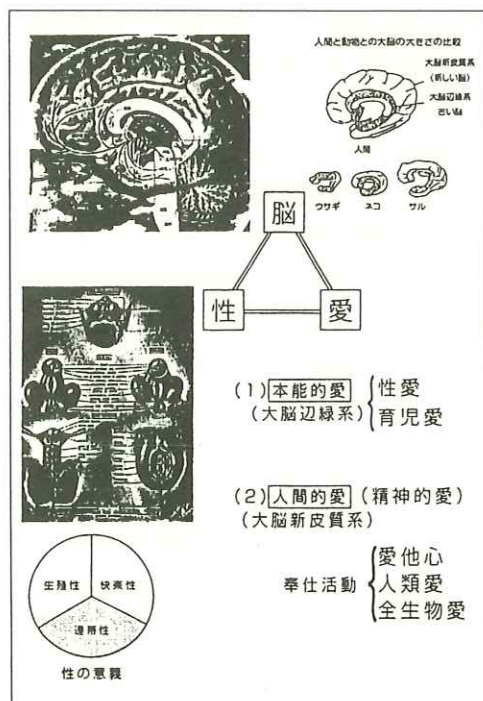


図2 脳・性・愛のトライアングル

作用によって生じてくる愛で、この領域においていわゆる崇高な奉仕活動が生まれてくるものと考えられる。人類愛、全生物愛などを考えると、グローバルな環境汚染なども視野に入れた広い対策が講じられなければならない。

脳と性との関連について

脳と性意識、性行動との関係について考えてみると、体内からの性ホルモン刺激による本能的行動は動物にもみられ、これは大脳辺縁系にある中枢が関与する。この中枢の面積や体積は動物の進化による差違を余り認めないが、ヒトにおいては体外からの五官（視、聴、嗅、触覚等）刺激によるもっと次元の高い性行動が行われるものであり、ヒトのパーソナリティと関係が深い。また動物の進化に伴い次第に発達し、ヒトにおいてその発達が頂点に達した大脳新皮質が関与するところから、「性は脳なり」と云われる如く、有名な大脳性理学者である大島清の一連の著書⁵⁾で力説されている意見である。著者も以前からこれらの関連に強い関心を覚えていたが、最近出版された石濱淳美の著書⁶⁾でも「ヒトは脳を使ってセックスせよ」と云われる如く、ヒトの性行為において脳を無視することはで

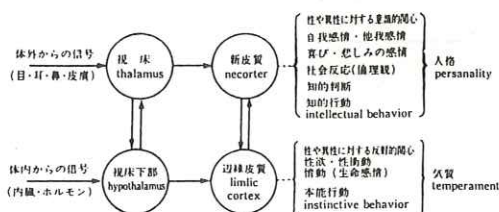


図3 脳と性意識・性行動の関係¹²⁾

きないものと考えられる。更に昨年の第18回日本性科学学会学術総会において新井⁷⁾⁸⁾、石津⁹⁾、熊本¹⁰⁾、玉田¹¹⁾、らの講演を聞き、脳と性との相関に関してより一層理論づけられたものと思われる。

性と愛との関連について

性心理の連鎖作用の男女間の違いを考えてみると¹²⁾、女性においては、体内性ホルモンにより性中枢が刺激されると、異性に対する関心、接近欲、接触欲、性交欲へと段階的にエスカレートしていくが、男性の場合は、性中枢に火が付くと一気に突き進んで性交欲にまで達してしまう。ここにおいて男女交際の際思わぬ結果に陥る可能性を秘めている事を思春期男女によく教えておくべきである。

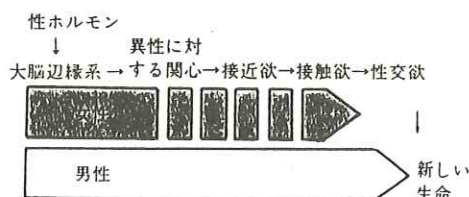


図4 性心理の連鎖作用のちがいの比較¹²⁾

また男女による性行動の動機について統計¹³⁾をみると、男性の場合、自分の性欲処理のため43%、好奇心から18%、遊びで15%、など不純な動機のもの76%もあり、愛していたから13%に対して、女性の場合は、愛していたから50%と圧倒的に多く、他に強要されて13%、好奇心で12%、性欲から7%、遊びで5%、なんとなく13%となっている。

以上の如く男性の性行動の動機というのは不真面目なものが圧倒的に多いのだから、女性はあたかも愛しているふりをして追って

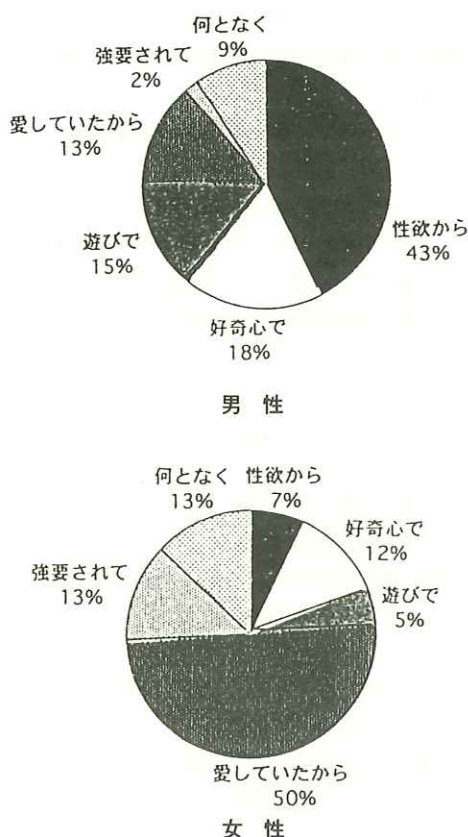


図5 性行動の動機¹³⁾

くる男性にあそばせられ、粗末に取り扱われないように、都合の悪い時はハッキリ NO と云える人間にならなくてはならない事、そして女性としての教養を磨いて両性共対等の立場で信頼できる誠実なパートナーを選んで双方が純愛のグループが組めるように努力すべきである。通常手の早い男性は概して本当のパートナーを選択している場合は、うかつに手を出さないものである。このようにこの男性が何を求めてアプローチしているのか判断できる選択眼を思春期の女性は養ってほしい事を強調したい。

脳と愛の関連について

本能的愛を司る大脳辺縁系の大きさは動物進化による差違があまり認められないが、大脳新皮質は動物の進化に伴い発達し、ヒトにおいて最大の容積に達し、崇高な全生物愛の如き高次元の愛を発揮することになる。

愛を心に置き換えてみると、最近問題になっている性同一性障害や同性愛は、問題が脳に在るといえる。母体の女性ホルモンの曝露下、胎児脳は女性脳として発育してくるのが本来であるが、男児ではその精巣から分泌される胎生期のアンドロゲンシャワーによって男性脳に変化し、その後の性行動の性差を規定するとすれば、性同一性障害や同性愛は先天性要因という事になる。妊娠中の母体がストレスにより、心身相関的に自律神経系や内分泌系のアンバランスを引き起こし、胎盤を通じて二次的に胎児に影響を及ぼすとすれば、まさにそれは母体-胎児の心身症であり、性同一性障害や同性愛はその結果生じた“脳の心身症”といえよう。そして性同一性障害は大脳新皮質レベルでの認知と考えたいと述べられている⁹⁾。

さらに性ホルモンはニューロンの成長と生存、神経路網の構築、神経内分泌調節、性的志向や性行動、情動行動に決定的な役割を果たしている。等に、胎児期から周生期にかけて性ホルモンの働きは不可逆的であり、脳の分化やその異常を起こす原因になると云われている。ラットなどでは、精巣が分泌したアンドロゲンがそのまま作用せず、ニューロン内で芳香化酵素によってエストロゲンに転化されてから作用する場合が多いようで、このため最近の問題である環境ホルモン（エストロゲン様内分泌攪乱物質）の胎生期の脳に対

する作用が注目されるのである。そしてヒトでも胎生期のアンドロゲンあるいはエストロゲンが脳の性分化に影響を与えていることは確かであろうとも述べられている⁸⁾。

ヒトは性的刺激などによる快感を得ると、脳内に麻薬物質であるエンドルフィンが作られ、この作動神経であるA₁₀神経が働いて大脳前頭葉に常に刺激を与えている事になり、ボケ防止にお役立つ。また体内への快的な刺激は身体の免疫力も高めて、抗癌作用にも有効であると云われている¹⁰⁾。

以上性科学を研究すると、発生学、解剖学、生理学、婦人科学、泌尿器科学、心療内科学、精神科学、心理学、性教育学等の境界領域の知識が拝聴でき、興味が尽きない。結果、脳、性、愛のトライアングル概念に達するのではないだろうか。

本論文の要旨は平成10年10月23日、第18回日本性科学学会学術総会（於沖縄）にて発表した。

文 献

- 1) Gorski R. A. et al.: Brain Res. 148; 333~346, 1978.
- 2) Dörner G.: Hormones and Brain Differ-

entiation. Elsevier, Amsterdam, 1976.

- 3) 塚原仲晃：脳の可塑性と記憶。紀伊国屋書店、1987.
- 4) 朝長正徳：脳の老化とぼけ。紀伊国屋書店、1988.
- 5) 大島 清：性と男脳、女脳。朝日出版社、1985. 5. 快楽の構造。中央公論社、1985. 老いを脳で定義する。情報センター出版局、1990. 脳と性欲。共立出版KK、1989.
- 6) 石濱淳美：脳内セックス。メデイカ出版、1997.
- 7) 新井康允：男と女の脳をさぐる。東京図書、1986.
- 8) 新井康允：性同一性障害と同性愛；脳と性。日本性科学会雑誌 16, No2, 103~104, 1998.
- 9) 石津 宏：性の心身医学。日本性科学会雑誌 16, No2, 77~87, 1998.
- 10) 熊本悦明：脳と性—男性、性は脳なり—臨床男性科学の立場から—、日本性科学会雑誌 16, No2, 93~95, 1998.
- 11) 玉田太朗：脳と性—女性；脳の性分化とセクシュアリティ、日本性科学会雑誌 16, No2, 96~98, 1998.
- 12) 黒川義和 編者他：人間の性の教育、p149, 一風社、1985.
- 13) 北沢杏子：女子の性心理、アーニ出版.
- 14) 大木幸介：脳と快感、実業之日本社、1983.

クリトリスの機能に対する一つの仮説

(副題：クリトリスとワギナは何故離れた位置にあるのか？)

京都“人間と性”教育研究協議会

伊藤 弘

ヒトの性には現在でもいくつかの問題が残っている。その一つがクリトリスの機能に対する疑問である。端的に言えば、本論の目的はその解明にある。

まず、笠井寛司の言葉を借りることにする。“そもそも女性の体にとって、クリトリスがなぜあるのか、その役割は何なのかは、いまだにわかっていない”¹⁾これは、女性の外性器において、性感の中心であるクリトリスと、性交の中心であるワギナが、何故離れた位置にあるのか？性にに関心のある人なら誰でも抱く、素朴で、基本的な疑問に、現在でも解答がないことを意味する。

もちろん、この問題は今に始まったことではない。ほとんど、ヒトの発生と同時に考えてよいであろう。ただ、学者たちが研究の対象として意識し始めたのはずっと後世のことで、(確かな時期は不明であるが、長い人類の歴史からみれば、ほんの最近のことといつてよい)それ以来何人かの人々が解明を試みている。

この疑問に最初の回答を出したのは、筆者の知る限りではフロイトである。長くなるので詳述はしないが、“成人になって性生活を始めた女性は、クリトリスの性感をワギナに転移させなければならない。最初しばらくの間は不感であるが、まもなく快感ばかりではなく、オルガスムも得られるようになる”²⁾とする「フロイト学説」は、ワギナの性感を

重視したもので、昔からの俗説“女性は性交のし始めにはあまり快感はないが、回数を重ねるうちにだんだんよく感じるようになる”とよく整合し、またそれを理論的に裏付けるものであったので、広く支持されて、長い期間主流とされた。

それに異をとねえたのは、シェアー・ハイトである。彼女は、多くの女性の声を集めて、「ハイト・リポート」を刊行し、クリトリスの性感がワギナに転移したりはしないと主張した。³⁾ハイトは完全なクリトリス支持で、通常の性交では殆ど感じないが、クリトリスによるマスターベーションでは性的な快感はもちろん、オルガスムも感じる事が出来る女性が、かなり多数に在ることを明らかにすることで、フロイト説の誤りを指摘した。

ある意味では、この問題は長く潜在していたものが、「ハイト・リポート」で表面化したのにすぎないとも言える。その証拠には以前に、フロイト説の支持者であるマリー・ボナパルトが、クリトリスでしか感じない女性5人に、ワギナとクリトリスを接近させる手術を試みた⁴⁾例があるのをみてもわかる。要するに、フロイト説の全盛時代でも、ハイトの指摘するような事実はあったのである。

そのハイトも自説(クリトリスの性感の絶対視)に固執するあまり、判断に多少の冷静さを欠く部分があったことは否定できない。

例えば、アンケートの中には、ワギナによっ

でも感じられるとする回答がいくつかあったにも拘らずに、クリトリス以外にはオルガスムはないと切り捨てたこと、また、当時はまだ存在していた「女性外性器欠陥説」つまり、女性のクリトリスとワギナが離れた位置にあるのは、進化の過程で生じた欠陥であるとする説に対して、欠陥があるとすれば、女性側ではなく、女性のクリトリスに適切な刺激を与えられる器官のない男性側にある、と反論したと解釈できる発言があること、要するに、「part2」の本文の最初のページにある“クリトリスのあたりにびったりつくられた器官や、オーガスムを感じるのに必要な刺激にうまく反応する、というような器官は残念ながらないのである”³⁾とした言葉などである。

たしかにそのように云われると、そういう解釈が成立しないでもない。しかし、何となく納得し難い感じもする。

私事になるが、実を申すと、これら一連の問題に疑問を抱いたことが、その後筆者個人をして、性の研究に没入させる動機の一つになったことは間違いない。つまるところ、欠陥があるのが女性側とか、男性側であるとかするのは顧みて他をいうところであり、確たる証拠がない限りは水掛け論に終始すること、精緻を極めた人体の中でも、特に性器というある意味では生命と同等、或いはそれ以上に重要な器官に欠陥があると考えすることは果たして妥当なのかという疑念を持ったのが始まりと云えよう。

ただし、現在は、以前の「女性外性器欠陥説」のうち、クリトリスはペニスの矮小化したものだとする考え方（クリトリス痕跡器官説）は、ホルモン説によって否定されている。

要するに、胎生期にホルモンの影響によって、胎児の生殖結節がクリトリスか、ペニスかに分化されるとする考え方が昨今の定説である。

そのホルモン説自体が、性器の各部分の形成についての説明はしていても、全体のレイアウト、局部的にいうとクリトリスと、ワギナが離れた場所に配置されている理由については、何らの答えも出していない。そのために、今日でも、女性の外性器のレイアウトには難があるのではないかと示唆する⁴⁾人もいるぐらいである。

それでは現在はどうなのか？ 一般的には、ワギナに挿入されたペニスのスラスト運動による刺激が、陰唇などを経てクリトリスに伝わる⁵⁾とする説が有力である。これは、マスターズ&ジョンソンが実験と観察の結果によって推論した⁶⁾のが元である。だが、よく考えてみると、本当に観察によって得られたものなのか、或いは単なる折衷案なのかは不明と言ってよいのではないだろうか？

女性がオルガスムを感じた後の体の状態が、一元的であることを、観察によって確認した⁷⁾のは、マスターズらの功績であろう。しかし、解剖学的に見て、強い性感を持っているのはクリトリスであってワギナではない。ところが、性交はワギナですとなると、そのよう（折衷的）にでも考えるより他はなかったことになったのであろう。もちろん、それを否定する根拠はない。そうである場合も充分にあり得ると思われるからである。しかし、疑問は大に残る。

実際に、このマスターズ説については、既にハイトがリポートの中でかなり綿密に反論をして否定している。例えば“もしこのメカニズムが、そんなにうまく働くものならば、

いままで何世紀にもわたって、少しもうまく働いてこなかったのはなぜなのか。いわゆる「問題」と呼ばれる「コイタスでの不感症」などというものがあるのはなぜなのか⁷⁾等々。

ところが、どういうわけかこのハイトの反論は、一般的に取り上げられることなく終わった。それから約20年を経た今日でも通説になっているのは、前記のようにマスターズ&ジョンソンの所説である。これは不思議という他はない。やはり、単なるレポートと、実験と観察による結果との落差であろうか？

この問題に関しては、私はハイト側に賛意を表する。要するに、彼女も指摘するように、クリトリスのマスターベーションでは感じるのに、性交では感じない女性の存在である。クリトリスの性感にそれ程に目覚めていない女性でも、ワギナに対する刺激がクリトリスに機械的に伝わるなら、マスターベーションによってクリトリスの性感に目覚めている女性のそれにも、そうした刺激は伝わらなければならない筈である。だが、実際にはそうならない場合がある。これはどう考えても理屈に合わない。

もうひとつ、女性は初交時には総体的に不感である、という問題も存在する。そして、性交で快感を得るためには、学習が必要だとされている。これも同じ疑問を生じる。もし刺激が機械的に伝わるものなら、なぜ初交時には伝わらないのか？なぜ学習が必要なのだろうか？私が、現在の考え方（マスターズらの所説を基にした）を、折衷説に過ぎないと疑問視するのは、以上に起因する。

これには何か未知の理由がある？簡単に言えば、私はヒト中心に考えていたのでは、謎は解けないのではないかと推測する。何故

なら、ヒトと、ヒト以外の哺乳動物（以下、単に哺乳動物、または動物とする）は同じタイプの外性器を有している。少なくとも、メスの外性器がヘソに近い方から、クリトリス・尿道口・ワギナと、順に並んでいる構造そのものは、ヒトも、動物も変わらない。となると、このメカニズムはヒトのためのものではなく、動物の交尾の目的に沿うように造られたものであることは明白だと云ってよい。ヒトより動物の方が先に存在していたからである。

ところが、性交（交尾）の姿勢（体位ともいう）は全く異なる。ヒトが直立二足歩行することで変わってしまったのである。この辺りを詳しく検討すれば、或いは答えが見つかるのではないかと思われるが、なに分にも資料が少ない。動物の交尾、及びヒトの性交については、それぞれの専門家による研究が多数ある。しかし、この両者の接点の部分については“考えている人は皆無”⁸⁾とエレイン・モーガンは嘆く。皆無ではないが、少ないのは確かである。この間に、動物の後背位での交尾というオートマチックな行動から、ヒトの対面位での性交という意識的な行為へと、画期的な大変化があったにも拘らずにである。せめて、動物の交尾でペニスがワギナに挿入される状況を詳しく観察できれば、そのメカニズムがわかると思うのだが、実際には難しい⁹⁾らしい。

ただし、私は一度だが、イヌのそれを観察したことがある。マウンティングをし始めたオスのペニスは、メスの股間で暫く往復運動をしてからワギナの中へ消えた。もちろん、これだけで全てがわかるとは思っていない。以前のことであり、見たというだけで、細

部まで把握したわけではないからである。しかし、ヒントになる可能性は充分にあると考えている。つまり、問題はオスのペニスがメスの股間で何をしていたか？ であろう。

エイレン・モーガンは、ヒトの女性が通常の性交で快感を得にくいことがあるのは、性交の姿勢の変化により、ワギナに挿入されるペニスの角度が変わった故だとしている。つまり、彼女は、快感を最もよく感じる部分はワギナの両側、腹壁との間にあるので、後背位で交尾していた動物時代には、それが適切に刺激されていた。ところが、ヒトになって対面位で性交するようになって、ペニスの挿入角度が変わったために、その部分がうまく刺激されなくなり、ヒトの女性は快感を感じ難くなったのだ⁷⁾と説く。(私はこの説を否定する)

また、彼女はクリトリスの性感については、あまり重要視していなくて、ヒトになってから得た感覚であり、発展途上にあるとしている。⁷⁾

しかし、私はこの説にも反対である。直接的にはあまり使用(刺激)されない器官が「発展途上」にあるなどということは、生物の進化の原則からみて、必然性が少ないからである。

ではどう考えればよいか？ 結論を定義の形にして述べると次のようになる。

“クリトリスは哺乳動物時代には、交尾のシステムを作動させるための器官として、重要な機能を担っていたが、ヒトになってからは対面位での性交を主にすることで、直接使用されることはなくなった器官である”

これを実証することは、大へんに難しい。それは過去の例をみても明らかである。結局

は、状況証拠に頼るしかないことになる。

そのためには、クリトリスの感覚を検討し直す必要がある。クリトリスは一種の感覚受容器であるが、他の部位のように複雑ではなく、快・不快だけを感じるためのセンサーと考えた方がわかりよい。つまり、ペニスの先端—亀頭のような粘膜様のものによる刺激には快感(プラスの性感)を、その他のものによる刺激には不快感(マイナスの性感)を感じる仕組みになっていることである。

このことは、クリトリスによるマスターベーション、及びクニリングスから考えれば理解できる。つまり、各種のレポートによると、女性がクリトリスでマスターベーションする場合、亀頭部分に指などを直接に接触させることは少ない。必ず包皮の上からとか間接的な手法を用いる。直接では刺激が強すぎるいう理由からではあるが、これはそうしたものによる刺激には不快感を感じていることを意味する。

一方、クニリングスは、舌または唇で主にクリトリスを刺激して、女性に性的な快感を感じさせる行為なのであるが、マスターベーションに比較すると、ずっと当たりがソフトであるとなっている。これは、クリトリスが粘膜、または粘膜様のものによる刺激には比較的快感を感じやすい性質を持っていると言い換えてもよいであろう。

もう一つ、メスの体が発情している時は、粘膜様の物体による接触に快感を感じるが、そうでない場合は、全てのものに不快感しか感じないことである。これも、マスターベーションが間欠的に行われる状況から判断できるが、或る女性(京都性教協会員で第三者の)が、個人的な見解と断ってであるが、クリト

リスの感覚を玄関ブザーに例えて、次のように表現したのでもわかる。“むやみに押されたら、うっかしい”つまり、クリトリスといえども、何時でも、どんな状態の場合にでも刺激に対して快感を感じるということはない。女性の体に受入れの気持ちがない（つまり、性欲がない）ときは、刺激などして欲しくはない—そうした場合にはクリトリスは不快感しか感じないというわけである。（この点に関しては、一般的に—特に男性に誤解されている気配がある）

こうした事実を動物の交尾に当て嵌めてみる。動物のメスは後方から股間に進入してきたものが、ペニスであるか、どうかを判別する手段がない。それをするのがクリトリスであると考えられる。つまり、性感が（+）であれば、それはペニスであり、進入「OK」となり、（-）であれば、他のものと判断されて「NO」となるわけである。

これは発情しているか、否かの場合でも同様である。発情している時は「OK」、発情していなくて、交尾などしたくない時には、たとえそれがペニスであっても「NO」の信号が発せられる。動物のメスがレイプされないのは、この仕組みがあるからだと考えてよい。大島清が動物のメスがレイプされないのは、「NO」の時にはメスは尻をベタンと地面につけてしまう⁹⁾と言っているのがそれで、体が発情していなくて、クリトリスが（-）の性感を感じると、体が自動的にそうした姿勢をとるシステムになっているのではないかと推定される。（つまり、動物は交尾をする、しないの選択権はメスにあると考えてよい）では、オルガスムについてはどう解釈すればよいのか？ 要するに、クリトリスに対する反

復した接触は、いわば「ノック」であり、それが最終段階に達すると、自動的に発される受入れ態勢完了を示す信号がオルガスム、つまりは、“進入OK”のサインだと考えるべきである。（私は、女性のオルガスムはクリトリスでも、ワギナでもなく体の中の別の場所〈脳？〉が感じているのではないかと考えている—後述）

たいていの女性は、オルガスムの直後にはクリトリスに接触されるのを嫌う。これは強い不快感があるからである。同じことは動物の場合にも云える。メスたちは、それ以上のクリトリスへの接触を避けるために、たぶん体をずらして、外性器の位置を少しばかり前寄りに変えるのではないかと。かくしてペニスはワギナの入り口付近に宛てがわれ、直ちに挿入されるものと推定される。（前記のイヌの交尾を見た経験から考えて）もちろん、それに要する時間—ペニスのクリトリスへの接触から挿入、射精までの時間は、動物の種類によって異なることは云うまでもない。

大島清が、サルで実験したところでは、オスのオルガスムはメスのそれより少し遅れることがあるとなっている。⁹⁾（ここが、男性のオルガスムが先行し勝ちで、ともすれば女性を取り残されて、それなしで終わることがあるヒトと異なるところである）これは大へん貴重な資料で、大島は結果から見て、この事実メスのオルガスムによって、オスの射精が促されるのではないかと云っているが、私は少し違うのではないかと考える。

つまり、前述のことからして、メスのオルガスムは「開けゴマ」で、それによってワギナが挿入可能の状態になった、という意味ではないかと思うのである。

それは、同じ大島の別の著書¹⁰⁾のデータから推測できる。同書によると、各種のサルのオスが交尾の際に射精までにするスラスト（腰ゆすり運動）の合計回数は、5～529回（マウント数は1～25回）となっている。いくら何でも、その間ずっとペニスがワギナの中でスラストしているとは考え難い。やはり、私が見たイヌの場合と同じで、ペニスはある程度はワギナの外でスラストしているのではないだろうか？

要するに、ペニスの先端でクリトリスを刺激して、メスのオルガスムを待っていると考えるべきであろう。大島もこの点については、オスがマウンティングを反復するのは、メスが次第に興奮してきて、ワギナを収縮させる（オルガスムを感じて）のを待っているからだとして述べているところからしても、この辺りが（外でスラストしているとするのが）正解と考えるべきであろう。

ただし、大島は、オスが射精するのは、ペニスに快感を感じてではないとしているが、これも疑問の一つと言えよう

何故なら、私は、オスイヌのペニスを手で刺激する、要するに、手淫してみたことがあるからである。しばらく揉んでいると、ペニスの先端部分からじわっと白色の泡状のものが湧き出してくるのを見た。このイヌは老犬であり、交尾期でもなかったので確定的なこととは言えないが、動物の場合も、やはりヒトと同じように、刺激によって自発的に射精されるものと考えてよいようである。

結局は先にも書いたように、メスのオルガスムは「開けゴマ」で、それによってオスのペニスが挿入可能になり、オスは、ワギナの中で（ワギナの収縮もあって）初めて強烈な

刺激による性的快感を得てオルガスムに達し射精する、と推定した方が合理的ではないかと考える。となると、動物には、（+）の性感と、（-）の性感の絶妙な取り合わせにより、オートマチックに交尾が成立するシステムが完備していると云えよう。

以上の状況から判断すると、動物の場合は、クリトリスとワギナが離れた位置にあつて当然なのである。そうでないと、情報が錯綜して、誤作動が起こる恐れがあるからである。つまり、クリトリスが異物であると探知し、或いは、発情していないから交尾「NO」と判断したときには、既にそのものがワギナに進入している危険性がないとは云えないからである。また、出産の際の痛覚を出来るだけ少なくする意味でも、神経の末端が集中しているクリトリスは、ワギナと離れさせて置く方がよいとも考えられるのである。

要するに、“ヒトでいえば「後背位」ですが、これが、本当は哺乳類の「正常位」なのです”¹¹⁾と尾本恵市が述べていることからしても、外性器はもともとは動物の交尾のシステムに適合するように設計されたメカニズムだから、上記のようなこと（クリトリスとワギナが離れていること）であっても、不思議でも何でもないのである。

それに対して、ヒトの場合は、対面性交をすることによって、こうした面倒な手続きを一切省略することが可能になったのである。オスの一方的な意思によって、性交が出来るようになったために、クリトリスの機能など必要としなくなったと考えてよい。

結局は、性交の方法が変わったにも拘らず、外性器の基本的な構造そのものには、約500万年もの間、大きな変化は生じなかった。そ

のために、メカニズムの原理念がわからなくなったとも云える。ヒトの女性の性感の感じ方が多様になったのも、この故であると推定できないこともない。それぞれが、原理に基づかない勝手なやり方をするので、一人一人違った結果が出るのである。

こうしたことを実証するには、イヌか、ウマの交尾を詳しく観察すること（観察が比較的容易だから）と、ラットか、マウスによる実験、例えば、未交尾のメスのクリトリスをカットして、健常なオスとつがいにし、正常に交尾をするか、どうかなどを観察することも考えられるが、詳細は別の機会にしたい。

また、こうした考え方が、現在も残る性のさまざまな疑問を解く鍵を握っていると思われるが、それもまた別の機会にしたい。

ついでだから、女性のオルガスムについての私の考え方を簡単に述べてみる。

前記したように、私はクリトリス（強い性感を感じる）も、ワギナ（入り口付近一大陰唇の内側にクリトリス程には強くないが、少しは快感を感じる部分がある）も所詮はセンサーに過ぎなくて、それ自身はオルガスムは感じない。オルガスムを感じるのは、体の中の別の場所（現在のところは特定できない）であると考えている。

そこには、電子タイマーに似た機構を持つ部分があり、クリトリス、及びワギナから伝えられた信号電流が集中して、あたかもコンデンサーのような作用で蓄積される。そして、その量が一定に達すると出力側に電流が流れ出す。それがオルガスムだと私は推測している。こう考えれば、性的快感とオルガスムのクリトリス、ワギナの二元説⁴⁰と、オルガスム結果の一元説が整合するのである。つまり、

オルガスムにもクリトリスによる強いものと、ワギナによるそれ程に強くないものの二種類があっても、感じる場所が一カ所となれば、結果による体の状態が同じであることに矛盾は生じない。（これは男性のオルガスムの状況—ペニスの亀頭の部分が、射精の指令を出しているのではないことからしても推測できる）

ワギナのみの性交でクリトリスが全く使われない場合は、ワギナがクリトリスの代行をするのではないか？ その為に学習（刷込み）が必要になるとも考えられる。要するに、性感がワギナのみで信号電流が弱くて、コンデンサーの蓄積量が少ない場合には、恣意的にスイッチを「ON」にしなければならないのではないか？ そして、それをするためには、経験（性交回数）を重ねる必要があると推定されるのである。

もう一つ、ついでに乳房と、乳首の性感の問題に触れてみると、乳房こそヒトになって対面性交をすることで発展したもので、乳首の性的快感は使われないクリトリスの性感をバックアップする、つまり、ブースターの役目をしているのではないと思われる。

ただし、これらの問題は目下研究中なので、詳しいことは後日にしたい

(注) 以前は、女性のオルガスムにはクリトリスによるものと、ワギナによるものの二種類があるとする説が有力であった。

しかし、マスターズ&ジョンソンによって、オルガスム後の体の変化は一元的であることが実証されてからは、オルガスム二元説は、一応は否定されたことになっている。

それでも二元説は根強く残っていると云ってもよい。根拠はあるので、筆者も支持している。この点でも、ハイトには勇み足（力の入れすぎで、思わず逸脱した状態の意）があったと筆者は今でも思っている。

＜参考文献＞

- 1) 笠井寛司著「幸せの性革命」小学館 1997年
- 2) フロイト著「性欲論」縣田克躬訳 日本教文社 1977年
- 3) S. ハイト著「ハイト・リポート」石川弘義訳 パシフィカ 1977年
- 4) マリー・ポナパルト著「女性と性」佐々木孝次訳 弘文堂 1974年
- 5) M. F. スモール著「愛の魔力」野中邦子訳 角川書店 1996年
- 6) マスターズ & ジョンソン著「人間の性反応」謝国権 ロバート Y. 竜岡共訳 池田書店 1980年
- 7) エイレン・モーガン著「女の由来」望月弘子訳 どうぶつ社 1997年
- 8) 榎本知郎著「愛の進化」どうぶつ社 1990年
- 9) 大島清著「ヒト学教授野おもしろ読本」同文書店 1992年
- 10) 大島清著「サルとヒトとのセクソロジー」メディサイエンス社 1984年

- 11) 尾本恵市著「ヒトはいかにして生まれたか」岩波書店 1983年
- R. パーン著「考えるサル」小山高正 伊藤紀子訳 大月書店 1998年
- 大川玲子監修「新・女性のカラダと医学」永岡書店 1996年
- D. モリス著「裸のサル」日高敏隆訳 河出書房新社 1996年
- H. ヴェント著「動物の性生活」今泉みね子訳 博品社 1994年
- ライッシュ+ビーズリ著「最新キンゼイ・レポート」小学館 1994年
- 木村賛著「ヒトはいかに進化したか」サイエンス社 1990年
- 小倉千加子著「セックス神話解体新書」学陽書房 1990年
- モア編集部著「モア・レポート NOW」集英社 1990年
- クロンハウゼン夫妻著「完全なる女性」安田一郎訳 河出文庫 1982年
- D. グループ編集「ウーマンズ・ボディ」池上千寿子 根岸悦子訳 鎌倉書房 1977年
- 大島清著「快楽の構造」中央公論社
- 「サルの性ヒトの性」
- 「人間の性はどこから来たのか」
- 「霊長類への招待」

他

国際勃起機能スコア (IIEF) と 国際勃起機能スコア 5 (IIEF5) の日本語訳の紹介

聖ヨゼフ病院

長 田 尚 夫

聖マリアンナ医科大学

矢 島 通 孝

日本性機能学会雑誌である IMPOTENCE 第13巻第1号(1998年6月発行)のなかで、同学会用語委員会が新しい勃起機能スコアの日本語訳を報告している。以下、その論文を原文のまま概略を紹介する。

勃起障害のスクリーニングや治療の効果判定に国際的で簡便で再現性の高い問診表が求められていた。1997年 Rosen らが International Index of Erectile Function (IIEF) を作り、高い再現性・感受性・特異性を報告している。今回、その日本語版をここに報告する。

Rosen, R. C. et al. : The International index of erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology, 49: 822~830, 1997.

この IIEF はそもそも勃起障害治療薬の開発治験のために作り出されたものである。

この日本語版も日本での開発治験の際に使用されたものであり、英語から日本語、日本語から英語へと訳をくり返し、原文から内容がずれてないことを確認してある。そのため、いかにも訳語調になっている部分があるがお許し願いたい。

さらに、IIEF は15項目あり長すぎるのでスクリーニングには適さないという意見に配慮して IIEF の第5, 15, 4, 2, 7問を抜き出して IIEF5 というものが作られたのでこの日本語訳も附記している。

われわれは、薬物の効果判定などには IIEF を、外来患者のスクリーニングなどには IIEF5 を使用されてはいかがかと考えている。広く普及させることが目的なので、版權の問題は考慮せずに、コピーして広く使用していただきたい。

以上は IMPOTENCE 13 (1): 35~38, 1998. から紹介しました。

国際勃起機能スコア (IIEF)

1. ここ4週間, 性的行為におよんでいる時, 何回勃起を経験しましたか。

- 性的行為一度もなし ☐ 0
 毎回又はほぼ毎回 ☐ 5
 おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数) ☐ 4
 時々 ☐ 3
 たまに (半分よりかなり下回る回数) ☐ 2
 全くなし又はほとんどなし ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

2. ここ4週間, 性的刺激による勃起の場合, 何回挿入可能な勃起の硬さになりましたか。

- 性的刺激一度もなし ☐ 0
 毎回又はほぼ毎回 ☐ 5
 おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数) ☐ 4
 時々 ☐ 3
 たまに (半分よりかなり下回る回数) ☐ 2
 全くなし又はほとんどなし ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

3. ここ4週間, 性交を試みた時, 何回挿入することは出来ましたか。

- 性交の試み一度もなし ☐ 0
 毎回又はほぼ毎回 ☐ 5
 おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数) ☐ 4
 時々 ☐ 3
 たまに (半分よりかなり下回る回数) ☐ 2
 全くなし又はほとんどなし ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

4. ここ4週間, 性交中, 挿入後何回勃起を維持することが出来ましたか。

- 性交の試み一度もなし ☐ 0
 毎回又はほぼ毎回 ☐ 5
 おおかた毎回 (半分よりかなり上回る回数) ☐ 4
 時々 ☐ 3
 たまに (半分よりかなり下回る回数) ☐ 2
 全くなし又はほとんどなし ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

5. ここ4週間で、性交中に、性交を終了するまで勃起を維持するのは
どれくらい困難でしたか。

- 性交の試み一度もなし ☐ 0
困難でない ☐ 5
やや困難 ☐ 4
困難 ☐ 3
かなり困難 ☐ 2
ほとんど困難 ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

6. ここ4週間で、何回性交を試みましたか。

- 性交の試み一度もなし ☐ 0
11回以上 ☐ 5
7～10回 ☐ 4
5～6回 ☐ 3
3～4回 ☐ 2
1～2回 ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

7. ここ4週間、性交を試みた時に、何回満足に性交ができましたか。

- 性交の試み一度もなし ☐ 0
毎回又はほぼ毎回 ☐ 5
おおかた毎回（半分よりかなり上回る回数） ☐ 4
時々 ☐ 3
たまに（半分よりかなり下回る回数） ☐ 2
全くなし又はほとんどなし ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

8. ここ4週間、どれくらい性交で満足感が得られました。

- 性交一度もなし ☐ 0
非常に楽しむことができた ☐ 5
かなり楽しむことができた ☐ 4
普通に楽しむことができた ☐ 3
あまり楽しむことができなかった ☐ 2
全く楽しむことができなかった ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

9. ここ4週間、性的刺激又は性交があった時そのうち何回射精に及びましたか。

- 性的刺激／性交一度もなし ☐ 0
毎回又はほぼ毎回 ☐ 5
おおかた毎回（半分よりかなり上回る回数） ☐ 4
時々 ☐ 3
たまに（半分よりかなり下回る回数） ☐ 2
全くなし又はほとんどなし ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

10. ここ4週間、性的刺激又は性交があった時に、どれくらいの割合でオルガスムや絶頂感に及びましたか。

- 性的刺激／性交一度もなし ☐ 0
毎回又はほぼ毎回 ☐ 5
おおかた毎回（半分よりかなり上回る回数） ☐ 4
時々 ☐ 3
たまに（半分よりかなり下回る回数） ☐ 2
全くなし又はほとんどなし ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

“性的欲求” は、以下のような感情と定義します。

- 性的行為 [例：マスターベーション（自慰）、性交]、を行いたいと思った時。
- 性交していることを考えた時。
- 性交がない為に欲求不満を感じた時。

11. ここ4週間、性的欲求を感じましたか。

- 性的刺激一度もなし ☐ 0
毎回又はほぼ毎回 ☐ 5
おおかた毎回（半分よりかなり上回る回数） ☐ 4
時々 ☐ 3
たまに（半分よりかなり下回る回数） ☐ 2
全くなし又はほとんどなし ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

12. ここ4週間, 性的欲求度はどれくらいありましたか。

- 非常に高い ☐ 5
高い ☐ 4
普通 ☐ 3
低い ☐ 2
非常に低い／全くない ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

13. ここ4週間の性生活に, どの程度満足していますか。

- 非常に満足 ☐ 5
満足 ☐ 4
満足でも不満でもない ☐ 3
不満 ☐ 2
非常に不満 ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

14. ここ4週間の性生活において, どの程度パートナーとの性的関係に満足していますか。

- 非常に満足 ☐ 5
満足 ☐ 4
満足でも不満でもない ☐ 3
不満 ☐ 2
非常に不満 ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

15. ここ4週間, 勃起を維持する自信の程度はどれくらいありましたか。

- 非常に高い ☐ 5
高い ☐ 4
普通 ☐ 3
低い ☐ 2
非常に低い／全くない ☐ 1

1箇所だけ

マークして下さい

国際勃起機能スコア (IIEF5)

最近6カ月で

1. 勃起を維持する <u>自信</u> の程度はどれくらい ありましたか。		非常に低い 1	低い 2	普通 3	高い 4	非常に高い 5
2. 性的刺激による勃起 の場合、何回挿入可 能な勃起の硬さにな りましたか。	性的刺激 一度もなし 0	全くなし 又は ほとんどなし 1	たまに (半分よりかなり 下回る回数) 2	時々 (半分くらい) 3	おおかた毎回 (半分よりかなり 上回る回数) 4	毎回 又は ほぼ毎回 5
3. 性交中、挿入後何回 勃起を維持すること ができましたか。	性交の試み 一度もなし 0	全くなし 又は ほとんどなし 1	たまに (半分よりかなり 下回る回数) 2	時々 (半分くらい) 3	おおかた毎回 (半分よりかなり 上回る回数) 4	毎回 又は ほぼ毎回 5
4. 性交中に、性交を終 了するまで勃起を維 持するのはどれくら い困難でしたか。	性交の試み 一度もなし 0	ほとんど困難 1	かなり困難 2	困難 3	やや困難 4	困難でない 5
5. 性交を試みた時に、 何回満足に性交がで きましたか。	性交の試み 一度もなし 0	全くなし 又は ほとんどなし 1	たまに (半分よりかなり 下回る回数) 2	時々 (半分くらい) 3	おおかた毎回 (半分よりかなり 上回る回数) 4	毎回 又は ほぼ毎回 5

合計点数 _____

「性的不能者裁判」

ピエールダルモン 著 辻由美 訳 新評論社

東京家庭裁判所

針 間 克 己

ジーコはインタビューの中で、彼がサッカー選手としてどんな優れた能力を持っていたのかと聞かれ、こう答えている。「自分は、どんなときもフィールドのどこに自分がいるか瞬時に分かった。」つまり、ジーコはサッカー選手としての自分のもっとも優れた特性は、ボールを蹴る能力でもなければ、走る能力でもなく、自分がフィールドのどの位置にいるかを把握する能力においていたということだ。

ひるがえって、自己を振り返ると、目の前にいる患者さんの診療や仕事、その他の雑用に追われ、それらが世の中でどういう意味を持って位置づけられることなど考える余裕もなかなかないし、たとえ考えても簡単には分からない。ただやみくもに飛んできたボールを空振りしないように蹴り返すので精一杯なのである。しかしジーコになれないまでもせめて人並みにはなりたい。そこで狭窄しきった視野を多少なりとも広げようと役立ちそうな書物を読む。いまの仕事に関係はあるが、違う時代や違う文化での出来事を読めば、別の視点をもつことができ、日々の仕事の世の中における位置づけ、意味づけが少しは分かってくる気がする。

そのような理由で書棚にある「性的不能者裁判」に手を伸ばす。というのも、私は性的障害と離婚との関係に関心があり、そこでさまざまな疑問や感情がわいてくるものの、その問題解決は自力ではなかなか困難なので

ある。例えば、去年の性科学セミナーで高坂先生が提起していた問題でもある「離婚理由を夫の性的障害としたいから診断して欲しい」と妻側から求められてきたときの医者としての対応をいかにすべきか。あるいはそもそも、生殖不能は離婚理由とならないのに、性交不能は離婚理由となるのはなぜか。また治療において、患者に対してわき起こる治療者としての感情の問題。これらの疑問に対して日々こなしていく仕事は答えを与えてくれない。

この「性的不能者裁判」はフランスの歴史学者であるピエール・ダルモンが記したもので、主に17、18世紀のフランスを舞台にしている。そこでの主題は表題通り「性的不能者裁判」である。すなわち、当時のフランスにおける「性的不能」を理由に争われた裁判の様子が詳細に描かれている。具体的には、まず妻側が夫を「性的不能」であることを理由に離婚したいと裁判所に申し立てる。夫がそれに不服がある場合、性的能力が証明しなければいけない。その証明方法は「コングレ」すなわち裁判において、裁判官らの前で実際に性交を行い、勃起、挿入、射精と完遂させることにおいてである。さらに本書は離婚の成立要因として、性交不能は認められるが、生殖不能は認められないのは、教会の決定であること、裁判において夫側が大衆から侮蔑と好奇の目を向けられると同時に妻もまた「はしたない」と嘲笑されること、さらに半

陰陽をどう扱ったかなど興味深い歴史的事実が述べられている。

この書に書かれていることは、時代も場所も違うことのため、他人事として、比較的冷静に読んでいくことができる。しかし、ふと気がつくとそこに書かれていることの多くは現在の日本にも当てはまり、自分自身にも関わる問題である。「診断」の名の下に人の尊厳を踏みにじりながら性交能力を裁くことをしていないか、「治療」の名の下に人の私生活に介入していきはしないか、そして治療者自信の性的感情の表れとして、男性患者が「男らしくなく」、そのパートナーが「ヒステリー

だ」とのレッテル張りをしてないか。そんな自分自身の危険性をこの書は気付かせてくれる。さらに読後は、日頃の様々な問題が、自分の問題なのか、人間誰しもがもつ問題なのか、医学の問題なのか、法律の問題なのか、宗教の問題なのか、現在の問題なのか、歴史的問題なのか、日本の問題なのか、そんな位置づけが多少はできた気がする。

セックスセラピーにかかわるものであれば誰しもが抱えうる問題に対して、広がった視野から見つめ直す機会を本書は与えてくれるであろう。

編集後記

今年の性科学会雑誌をようやくお届けします。これでも例年より少し早い刊行です。何とか定期的な刊行にもっていきたいと願っています。

本号の目次をみて驚かれたと思いますが、原著を7編も収蔵できました。認定制度との関係もあろうかと思いますが、原著が多く集まりました。学会雑誌の重要な役割は学術論文の発表の場であることです。ようやく本学会も学術団体としての歩みが始まったといつてよいでしょう。論文の質を高めることと、性科学全般の課題を取り上げることが今後の課題であると思います。

今年は8月に香港で国際学会が、来年は京王プラザホテルで国際学会が予定されています。これらの世界の性科学界の話題をみてもわが国と状況は変わるところはないようです。わが国に世界性科学会の開催要請がきており、受託の方向ということです。充実した国際学会が準備できるように会員一同頑張りましょう。

わが国の性科学の領域では画期的なできごとが幾つかありました。性同一性障害者への手術的対応に道が開かれたことと、バイアグラの発売とピルの解禁です。バイアグラやピルについては問題が潜在化しているようです。生活改善薬という位置づけで、性機能改善薬や妊娠コントロール薬は、今後さらに薬剤の開発が進むと思われますが、改めて性のありようが問われてきました。とくに若年者と老年者の性についてです。若年者、とくに若年女性の性感染症の激増という問題と、老年者の活発な性行動です。性のありようについては改めて倫理的な検討が必要になってきました。本学会では性の研究や臨床に携わる場合の倫理規定を策定しました。

話題の多い生殖医療の倫理的問題につき本学会の倫理委員長に、「生殖医療の倫理」と題して適切な総説を書いていただきました。是非ご熟読ください。

これからの学会雑誌の発展のために、多くの会員諸氏からの投稿を期待しております。

また変革期の世界の性科学界の情報を適切に流す予定です。ご期待ください。

(編集理事 河野 友信)

日 本 性 科 学 会 会 則

第 1 章 総 則

- 第 1 条 本会は、日本性科学会（Japan Society of Sexual Science）と称する。
第 2 条 本会は、事務局を東京都内に置く。

第 2 章 目的及び事業

- 第 3 条 本会は、わが国における性科学の理論的確立及び性治療の技法の研究・開発を促進させると共に、会員相互の連絡提携を計り、学術文化の発展に寄与することを目的とする。
- 第 4 条 本会は、前条の目的を達成するために、次の事業を行う。
1. 学術集会（学会）の開催
 2. 機関誌及び学術図書の刊行
 3. 研修会、研究会、セミナー等の開催
 4. 共同研究の実施
 5. 性治療に必要な資材・機器等の研究・開発
 6. 各種機関との情報交換
 7. 資格認定制度の実施
 8. その他、本会の目的を達成するために必要な事業

第 3 章 会 員

- 第 5 条 会員の種別
1. 正 会 員：第 6 条の資格を有する個人
 2. 賛助会員：本会の趣旨に賛同し、理事会の承認を得た法人
 3. 名誉会員：本会の発展に寄与し、理事会の承認を得た個人
- 第 6 条 正会員の資格
1. 医 師
 2. 臨床心理士
 3. 看護婦、保健婦、助産婦
 4. その他、性に関連する領域の学問的知識を持つ者で理事会の承認を得た個人
- 第 7 条 会 費
- 正会員及び賛助会員の会費は、会費規程に定める。
- 第 8 条 正会員を希望するものは、会員 2 名以上の推薦により、当該年度の会費を添えて、所定の申込書を提出しなければならない。理事会は必要に応じ資格の審査を行う。
- 第 9 条 会員は、学会が発行する機関誌の配布を受け、機関誌への投稿及び学術集会における発表を行うことができる。

第 10 条 会員は次の事由により、その資格を喪失する。

1. 退 会
2. 死 亡
3. 除 名
4. その他

第 11 条 会員が以下の要件に該当したときは、理事会の議を経て、理事長は除名することができる。

1. 3年間、会費を滞納したとき
2. 本会の名誉を傷つけ、本会の目的に反した行為のあったとき

第 4 章 役 員

第 12 条 本会は、理事長、理事、学会長、監事、幹事、事務局長、参与を置く。

第 13 条 理事長は理事の中より選出し、総会において承認する。

第 14 条 役員は次のように構成する。

1. 理事の定員は 15 名以内とし、選出理事 10 名以内、指名理事 5 名以内とする。
選出理事はブロックごとに会員の選挙により選出し、指名理事は理事長の指名により選定し、いずれも総会において承認する。
2. 学会長は理事会の議を経て、総会において承認する。
3. 監事は総会において 2 名以内を承認する。
4. 幹事は理事長の推薦により選任され、幹事会を構成して、理事会の業務を補佐する。幹事の定員は若干名とする。
5. 事務局長は理事長の推薦により選任され、理事会の業務を補佐し、本会事務を処理する。
6. 理事長は役員経験者の中より参与を推薦することができる。参与は理事会に出席し、意見を述べることができる。

第 15 条 役員の任期は 1 期 2 年とし、再任を妨げない。

補欠による役員の任期は前任者または現任者の残任期間とする。

第 16 条 理事長は本会を代表し、会務を総理する。

第 17 条 理事はそれぞれ総務担当、財務担当、企画担当、研修担当、編集担当、地区担当などの職務を分担し、理事会を構成して会の運営を行う。

第 18 条 学会長は学術集会（日本性科学学会）を主宰する。

第 19 条 監事は本会の会計を監査する。

第 20 条 理事会は副理事長、常務理事を選任することができる。

第 5 章 会 議

第 21 条 総会は毎年 1 回定期に開催し、理事長がこれを召集する。

第 22 条 総会に付議すべき事項は次のとおりとする。

1. 役員の承認
2. 予算及び事業計画の承認
3. 決算及び事業報告の承認
4. 会則の制定及び変更
5. 会則により総会に付議することを要する事項
6. その他、理事長が総会に付議することを要すると認めた事項

第 23 条 総会の議決は、出席者（委任状を含む）の過半数によって決する。その他の会議の議決は、出席者の過半数をもって決する。可否同数のときは議長の決するところによる。

第 6 章 支部、委員会等の設置

第 24 条 理事長は必要に応じ、支部、委員会、部会等を設置することができる。

第 7 章 学術集会（日本性科学学会）

第 25 条 学術集会（日本性科学学会）を年 1 回開催する。

第 26 条 学術集会の企画は企画担当理事が行い、その運営は学会長が行う。

第 8 章 会 計

第 27 条 本会の経費は、会費及び寄付金、その他の収入によって支弁する。

第 28 条 本会の会計年度は毎年 10 月に始まり、翌年 9 月に終わる。

第 9 章 会則の変更及び規程の制定・変更

第 29 条 会則の変更は総会の議を経て行う。

第 30 条 本会則施行に関する規程の制定及び変更は理事会の議を経て行う。

第 31 条 理事の選挙管理規程については別に定める。

第 10 章 補 則

第 32 条 日本セックス・カウンセラー・セラピスト協会（JASCT）は引き続き存続し、本会の事業を補完するための活動を行う。JASCT の役員は本会の役員が兼務する。

第 33 条 本会は、特別の事情がない限り、JASCT の活動を承継する。

第 34 条 本会の運営が円滑に遂行されるまでの間、JASCT 理事会が代行してその運営に当たる。

第 35 条 本会事務局は、当分の間、JASCT 事務所に置く。

第 36 条 本会則は平成 7 年（1995 年）9 月 17 日から施行する。

理 事 選 挙 管 理 規 程

1. 理事会は選挙管理委員会を設置する。
2. 選出理事は、2年毎に、下記に定める各ブロックの中から選挙により選出する。その総数は10名以内とする。
3. ブロック及びブロック別の理事の定員は次のとおりとする。

① 北海道・東北ブロック	1名
② 関東・甲信越ブロック	5名
③ 東海・北陸ブロック	1名
④ 近畿・中国・四国ブロック	2名
⑤ 九州・沖縄ブロック	1名
4. 選出理事は、各ブロック毎に、会員5名によって推薦された立候補者の中より、会員の選挙により選出する。
5. 理事の有資格者は、選挙実施の前年度末において、入会後満3カ年を経過した正会員とする。
6. 選挙権者は、選挙実施の前年度末において、会費を納入済みの正会員とする。
7. 選挙管理委員会は、選出理事の決定とともに解散する。

会 費 規 程

1. 会 費
 - (1) 正 会 員 (年額) 15,000 円
 - (2) 賛助会員 (年額) 50,000 円
2. 既納の会費は、理由の如何を問わず、返却しない。
3. 入会が年度の半年に満たない新入会員の初年度の会費は半額とする。

日本性科学会「セックス・カウンセラー」、「セックス・セラピスト」 資格認定規定

- 第 1 条 「セックス・カウンセラー」は、クライアントの性に関する不安や悩みに対し、カウンセリング技法や各種相談過程を通して、間接的に性機能障害に関わり、結果的にこの障害を解消することもある。しかし、これが主目的ではなく、広く性相談にかかわるものである。
- これに対し、「セックス・セラピスト」は、より限定された専門的職能により、性機能障害の直接的な治療を行うものである。
- 第 2 条 本学会「セックス・カウンセラー」及び「セックス・セラピスト」の資格認定は、本規定に基づいて行う。
- 第 3 条 資格審査は「セックス・カウンセラー」及び「セックス・セラピスト」としての必要な基礎的知識、技能、研究能力等について行う。試験方法は、書類審査、ケースレポート審査、面接試験により行う。
- 第 4 条 「セックス・カウンセラー」の資格認定を申請する者は、次の事項のすべてに該当しなければならない。
1. 本学会の会員であり、かつ会員歴が引き続き 5 年以上の者。
 2. 本学会が主催する「日本性科学会学術集会」に 3 回以上出席した者。
 3. 本学会が主催する「研修会」に 4 回以上出席した者。
 4. 関連学会で研究発表を 1 回以上行った者。
 5. 性科学に関する研究論文を 1 編以上公表している者。ただし、共著論文の場合は申請者が筆頭者か、第 2 著者、第 3 著者に限る。
- 第 5 条 「セックス・セラピスト」の資格認定を申請する者は、次の事項のすべてに該当しなければならない。
1. 本学会の会員であり、医師、臨床心理士、保健婦、助産婦、看護婦、その他医療職としての資格を有する者、あるいは、これらと同程度の技能を有すると思われる者で、かつ会員歴が引き続き 5 年以上の者。
 2. 本学会が主催する「日本性科学会学術集会」に 5 回以上出席した者。
 3. 本学会が主催する「研修会」に 4 回以上出席した者。
 4. 関連学会で研究発表を 3 回以上行った者。
 5. 性科学に関する研究論文を 2 編以上公表している者。ただし、共著論文の場合は申請者が筆頭者か、第 2 著者、第 3 著者に限る。
- 第 6 条 理事会は、本学会員の中から「スーパーバイザー」を任命して、資格試験の審査にあたらせ、「セックス・カウンセラー」と「セックス・セラピスト」の教育・指導

を行わせる。

- 第 7 条 資格認定を申請する者は、所定の申請書、証明書等にケースレポート（400 字詰め原稿用紙 30 枚程度、ただし、ワープロによる A 4 用紙も使用可）及び審査料を添えて、資格認定委員会宛に申請する。ケースレポートの内容は、申請書類の研究業績に記載される論文等とは重複しない 1～2 例の事例を含むものとする。
- 第 8 条 資格認定の審査は、原則として年 1 回とし、毎年 8 月 1 日から 8 月 31 日の間に申請を受け付ける。
- 第 9 条 資格審査料は「セックス・カウンセラー」3 万円、「セックス・セラピスト」5 万円、登録料は 2 万円とする。
- 第 10 条 認定を受けた者は、本学会名簿の、「セックス・カウンセラー」及び「セックス・セラピスト」として登録される。登録された者には登録証を交付する。登録証の有効期限は 5 年とし、別に定める所定の手続きを経て更新することができる。
- 第 11 条 認定された後、ふさわしくないカウンセリングやセラピーが行われた場合には、認定制度委員会の審議を経て、理事会において資格を取り消すことがある。本学会を退会した場合には、資格は消失する。
- 第 12 条 本規定の運営は認定制度委員会が担当する。委員は理事会の議を経て理事長が委嘱する。

付則 1. 本規定は平成 9 年 5 月 1 日から施行する。

2. 本規定の改正は理事会において審議決定する。

3. 過渡的措置に関しては別に定める。

4. 本規定中の“本学会”とは、日本セックスカウンセラー・セラピスト協会を含む。

日本性科学会「セックス・カウンセラー」、「セックス・セラピスト」 資格認定制度における過渡的措置

資格認定制度が施行されるまでの過渡的措置として、この制度の認定方法によらないで、下記を満たすものを日本性科学会の「セックス・カウンセラー」、「セックス・セラピスト」とする。

- 1) 研修会及び日本性科学会学術集會に4回以上出席した修了証を受領している者。
- 2) 「セックス・セラピスト」の資格認定の申請を行うには、資格認定規定5条1項にあるいずれかの資格（医師、臨床心理士、保健婦、助産婦、看護婦、その他医療職としての資格を有する者、あるいは、これらと同程度の技能を有すると思われる者）を有する事が必要である。
- 3) 資格認定の申請を行うには、別紙に所定事項を記入の上、資格認定制度委員会宛に申請書を提出する。
- 4) ケースレポートは、400字詰め原稿用紙で「セックス・カウンセラー」は1ケース10枚程度で2ケース、「セックス・セラピスト」は3ケース提出する。
- 5) その他、資格認定制度委員会で、特に「セックス・カウンセラー」、「セックス・セラピスト」と認め、理事会が承認した者。
- 6) 資格審査料は、「セックス・カウンセラー」3万円、「セックス・セラピスト」5万円、登録料は2万円とする。

- 付則
- 1) 上記過渡的措置は、日本性科学会「セックス・カウンセラー」、「セックス・セラピスト」資格認定規定が発足した日から満3年を経た日をもって終了とする。
 - 2) 過渡的措置により資格を経た者は、資格認定制度発足後そのまま有資格者となる。
 - 3) この過渡的措置は、平成9年5月1日から施行する。

投 稿 規 定

1. 本誌への投稿は、原則として本会会員のものに限る。
2. 原稿は、本会の目的に関係のある原著、論説、臨床報告、内外文献紹介、学術記事、その他で原則として未発表のものに限る。
3. 原稿の採否、掲載順位、その他で編集に関する事項は編集会議で決定する。
4. 掲載料は刷り上がり 10 ページまで無料、写真、図、表に関する費用は、著者実費負担とする。
5. 写真はトリミングされたものを、図表はなるべくそのまま製版しうるものを準備する。また本文中に挿入すべき位置を明示すること。
6. 原著、臨床報告などの記述の順序は以下を原則とする。
和文原稿では表題、所属、著者名（以上英文も併記し姓名は KAWANO Tomonobu のように記述する）、抄録（500 字以内）、内容を示す英語の key words（3～5 個）緒言、研究（実験）方法、研究（実験）成績、考察、総括または結論、文献、図、表、写真、英文抄録（200 語以内）とする。
7. 単位、記号は一般的なものを用いる。和文原稿用紙の数字は算用数字を用いる。
8. 文献の書き方は次の形式による。
 - a. 各文献は出所順に番号を付し、本文中にその番号で引用する。
 - b. 欧文雑誌名の省略は Index Medicus に従い、和文雑誌は公式の略称を用いる。
 - c. 著者名は、3 名以下の場合は全員、4 名以上の場合は 3 人目まで書き、後は英文雑誌の場合は「et al」、和文雑誌の場合は「ほか」とする。
 - d. 文献の書き方は、雑誌の場合は著者氏名：論文題名、雑誌名（類似の誌名のあるときは発行地）巻：起項—終項、西暦年号の順に、単行本の場合は著者氏名：書名、発行所名、発行地、発行年次。の順に、単行本の中の論文については、著者氏名：論文題名、著者（编者、監修者）名：書名、発行所名、発行地、起項—終項、発行年次。などとする。記載例：
 - 1) Diamond M, Sigmundson HK: Sex reassignment at birth: long term review and clinical implications. Arch Pediatr Adolesc Med 151: 298-304, 1997.
 - 2) 日本精神神経学会 性同一性障害に関する特別委員会：性同一性障害に関する答申と提言：精神神経誌 99: 553-540, 1997.
 - 3) Kaplan H: Sexual Aversion: Sexual Phobias and Panic Disorder. Brunner/Mazel, New York, 1987.
 - 4) 阿部輝夫：セックス・カウンセリング。小学館，東京，1997.
 - 5) 加藤正明：異常性欲。井村恒郎ほか編：異常心理学講座第 4 巻。みすず書房，東京，255-318, 1967.
9. 校正は原則として編集委員会が行うものとし、必要に応じ著者校正とする。
10. 別刷は有料とする。
11. 投稿された原稿、図表は原則として返還しない。
12. 本誌に掲載された論文の複写権（コピーライト）は日本性科学会に属する。
13. 投稿先は下記の宛先とする。

〒107-0062 東京都港区南青山 1-1-1 新青山ビル西館 3 F 長谷クリニック内
日本性科学会 学会誌編集委員会

MEMO