

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.18 NO.1 June, 2000

巻頭言.....野末源一

総説

看護とセクシュアリティ.....川野雅資

原著

岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来における

シルデナフィル処方現状.....永井 敦・井口 裕樹・渡部 昌実・公文 裕巳

性成熟期の性交時疼痛.....森村 美奈・中村 嘉宏・伊藤 文博・荻田 幸雄

性同一性障害に関する基本的用語及び概念への疑問と意見.....針 間 克 己

症例報告

性衝動が過換気症状を起こした身体表現性障害の一例.....塚 田 攻

未完成婚のまま母になった症例.....秋 葉 良 子

電話相談における女子高校生の症例.....西 博 子

提言

バイアグラで男性器ばかり元気をつけてよいのでしょうか?.....山 崎 高 明

書評

夫が妻に暴力を振るうときドメスティック・バイオレンスの真実.....堀 口 貞 夫

The G Spot And Other Recent Discoveries About Human Sexuality.....林 田 昇 平

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

この日本性科学会雑誌が、データベースとして、日本医学中央雑誌を通し内外に利用されるようになったのは大変喜ばしいことです。新しい知識がデータベースとして蓄えられ、それが情報検索の進歩として多くの人々に容易にしかもコストが安く検索できそれを臨床上また研究にも利用できる時代が到来しつつあると思います。

情報の収集の手段の進歩と共に医学がより患者の QOL を中心に考えるようになりライフスタイルなどを含む健康という広い範囲に含まれるようになりました。そしてカウンセリングの技法も拡大しつつあります。性の健康の内容も変わり、性の権利も新しい問題として浮かび上がってきました。

性の健康は本来の定義であるように身体的、精神的また社会的に完全に良好なことです。身体全体が健康であることがその前提条件でその上で性的機能が十分に発揮できます。健康を保つことに多くの努力が費やされるでしょう。一方性機能不全は疾病の一つであるという考え方が一般的に定着しつつあり性機能不全の分類も新しい考えが導入されつつあります。疾病であるからには必要に応じ薬物の使用も当然考えるべきです。例えば勃起不全 (ED: Erective Dysfunction) に Viagra を用いるなど、(最近 Viagra を女性の性機能不全に利用しようという試みがされましたが、性器の充血は認められますが、性欲相の低下、性交痛、オーガズム不全には無効であるとの報告があります。American College of Obstetrics and Gynecologists meeting) はその例です。しかし QOL を目指した現代医療では薬物療法・医療機器の発達之恩恵に浴するとともに心のケアであるカウンセリングがますます重要な部分を占め、ホルモン・栄養・運動など QOL の向上を求めて広く実践的な知識を身に付けることが必要になってきました。

性の権利は性の自由をも意味し、その点では社会の進歩に結びついたフランス革命の自由、平等と博愛の流れに沿うもので生き方の問題です (WAS のレポート)。この性の権利は日本の文化背景が強く影響をもつため倫理規定とは表裏一体となります。現在倫理委員会・幹事会で日本版を検討しているところです。その成果を待っていただきたいと思います。

本学会の健全な発達のためには、会員の皆様方との活発な交流が不可欠です。

お忙しいとは存じますが、学会誌、ニュースレターにご投稿していただき、ご意見をいただきたいと思います。

目 次

巻 頭 言	野 末 源 一	1
総 説		
看護とセクシュアリティ	川 野 雅 資	3
原 著		
岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来における シルデナフィル処方現状	永井 敦・井口 裕樹・渡部 昌実・公文 裕巳	9
性成熟期の性交時疼痛	森村 美奈・中村 嘉宏・伊藤 文博・荻田 幸雄	14
性同一性障害に関する基本的用語及び概念への疑問と意見	針 間 克 己	19
症例報告		
性衝動が過換気症状を起こした身体表現性障害の一例	塚 田 攻	24
未完成婚のまま母になった症例	秋 葉 良 子	30
電話相談における女子高校生の症例	西 博 子	35
提 言		
バイアグラで男性器ばかり元気をつけてよいのでしょうか?	山 崎 高 明	39
書 評		
夫が妻に暴力を振るうときードメスティック・バイオレンスの真実ー	堀 口 貞 夫	44
The G Spot And Other Recent Discoveries About Human Sexuality	林 田 昇 平	47
編集後記	河 野 友 信	50
日本性科学会会則・理事選挙管理規程・会費規程		51
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		55
資格認定更新に関する規定		57
投稿規定		59

看護とセクシュアリティ

三重県立看護大学

川 野 雅 資

看護からセクシュアリティを考える

看護は、患者・家族・地域社会の健康状態をレベルアップさせる専門的行為である。時には問題を解決し、時には生活を支え、時には良い点を支持していく。そこには、身体的・精神的・社会的・性的・文化的・スピリチュアルな側面から対象をとらえる、という看護独自の視点が存在する。看護は、対象者がかかえている問題・状況が生活に及ぼす反応（生活反応）にケアする。

アメリカ看護婦協会（ANA）は、1980年に、看護とは、「潜在的な健康問題に対する人々の反応についての診断と処置である」と定義している。

日本看護協会は看護とは、「健康であると不健康であるとを問わず、個人または集団の健康生活の保持増進および健康への回復を援助することである。すなわち人間の生命および体力を守り、生活環境を整え、日常生活への適応を援助し、早期に社会復帰できるように支援することを目的とするものである。また治療効果をあげるための診療補助業務は看護の役割である」と規定している。

F. ナイチンゲールは看護を、「新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさを適切に保ち、食事を適切に選択し、管理すること—すなわち、患者の生命力の消耗を最小にするようにすべてを整えること」としている。

V. ヘンダーソンは機能的な表現で看護を

「看護婦独自の機能は、病人であれ健康人であれ各人が、健康あるいは健康の回復（あるいは平和な死）に資するような行動を行うのを助けることである。その人が必要なだけの体力と意志力と知識とをもっていれば、それらの行動は他者の援助を得なくても可能であろう。この援助は、その人ができるだけ早く自立できるようにしむけるやり方で行う」と定義している。

F. アブデラは看護を次のように定義している。「個人と家族に対するサービスであり、ひいては、社会に対するサービスである。看護は個々の看護婦の態度、知的能力、および技能を形成することにより、病气、健康を問わず、人々が健康上のニーズに対処したいと思う気持ち、およびその援助に必要な能力を生み出すアートとサイエンスの上に築かれている。看護は一般的な、あるいは特定の医学的方針に沿って行われることもある」

看護は、人間を単に、有機体、生物体としての側面からだけでなく、心理的、社会的側面を含めて生活している人間として全人的にとらえなければならない。人々が健康なときでも、健康を害したときでも、また回復の過程にある時でも、あるいは死に向かう時でも、あらゆる健康の水準で看護の対象となり、その人々の健康の水準を保持し、増進するために働きかけるものである。

H. ペプロウは看護について「有意義な、

治療的な、対人的プロセスである。看護は地域社会にある個々人の健康を可能にする他の人間的諸プロセスと協同して機能する」とし、「看護とは、創造的、建設的、生産的な個人生活や社会生活を目ざす、パーソナリティーの前進を助長することを目的とした教育の手だてであり、成熟を促す力である」と述べている。

J. トラベルビーは看護を「専門実務看護婦が、個人・家族・地域社会が病気や苦難を体験しないように防いだり、それに立ち向かうように援助し、必要なときはそれらの体験の中に意味を見出すことができるように彼らを援助する対人関係のプロセスである」と定義している。また、「看護は看護婦と個人、あるいは個人の集まりとしてのグループとのあいだに起こる体験であるので、対人関係のプロセスといえる」と述べている。

A. ウィーデンバックは「看護の概念は人によって様々であるかもしれない。しかし看護とは母親のような態度で人をいつくしみ、ケアすることだという事実と異論をさしはさむ人はほとんどいないだろう」と述べている。

看護婦が会える患者と家族の性

このような看護の視点から、患者と家族にケアを提供する時、看護婦は様々な性に関する出来事に出会う。筆者らはそれらを次のように整理した。

1. 入院と性

- 1) 長期入院患者
- 2) 家族内および夫婦間に入院前から人間関係の葛藤がある場合
- 3) 疾病が快方に向かい身体的一般状態が回復した患者

4) 部分的疾患で全身状態には影響がない患者

5) 性的欲求の強い患者、特に男性

6) 自制力の低下した患者

2. 医療・看護行為が招く患者の性反応

1) 看護婦と患者

- ・必然的に生じたもの
- ・患者のほうから引き起こされた性的反応
- ・看護婦の方が動揺している場合
- ・他患者に触発された場合

2) 医師と患者

- ・医療行為が性反応を引き起こす場合
- ・患者の信頼感情と羞恥心
- ・興味本位の医師の言動

3. 疾病が性に及ぼす影響

- 1) 疾患により体力が衰弱し性生活中止又は減退
- 2) 入院による配偶者との離別による性生活中止
- 3) 性欲を特に減退させる疾患
- 4) 疾病に対する恐怖、悩みによる性行動減退
- 5) 性生活により疾病が悪化することを懸念し性行動中止
- 6) 性行動により疾病の感染を恐れ性生活中止
- 7) 疼痛の強い疾病における性行動抑制
- 8) 性交痛のための性関係抑制
- 9) 性交器官の器質的炎症による性交障害
- 10) 性交器官の機能的異常による性交障害
- 11) 性生活を拒否する理由に疾病を利用
- 12) 疾病に起因する家庭内不和、夫婦の葛藤により性生活中断、または低下

4. 治療が性に及ぼす影響

- 1) 手術、放射性療法、薬物療法による全

身衰弱

- 2) 治療後、疾病の再発を懸念し性生活を中止
 - 3) 性交器官を手術摘出したため性交不能
 - 4) 手術後の瘢痕や癒着に起因する疼痛のため性生活中止または減少
 - 5) 手術後の身体的変化が感覚に及ぼす不快感があり、それが原因で性生活中止または減少
 - 6) 治療による性交器官の器質的变化による性交障害、ホルモン分泌臓器の摘出術または機能消失にもとづく性器の退縮による性交障害
 - 7) 男性または女性のシンボル臓器を摘出したため、性同一性の喪失、または変化により性関係の中止、減少あるいは変化
 - 8) 性欲を減退させる薬剤投与
 - 9) 治療や入院生活に伴う夫婦の葛藤、配偶者離反に伴う性生活中止
5. 医療と患者の不貞露見
- 1) 疾病自体が不貞の証となる
 - 2) 治療を進めていくと不貞が明らかになってくる場合
 - 3) 疾病の起こる背景が不貞を示唆するもの
 - 4) 不貞の露見と誤解しやすい場合
6. 患者と医療関係者の性関係
- 1) 患者から医療者に向けられる感情
 - 2) 患者から向けられた医療者への性愛感情に医療者が応ずる場合
 - 3) 実際の性関係はないのに患者の配偶者から疑いをもたれる場合
 - 4) 医療者が患者に向ける性愛感情
- 具体的な内容に関しては、文献^{1)~4)}を参

照していただければ幸いである。次に、筆者が行っている看護カウンセリングの場面での事例を紹介する。

事 例

筆者の看護カウンセリングは外来クリニックの場で行われている。患者の身体的疾患が疑われる場合は医師の診察を受け、生活上の変調の場合は看護者のところに来る。看護者は生活の変調を、身体面・精神面・社会面（特に、夫婦・家族関係と仕事・学業）からの情報を統合する。

事例1

「食欲がわからない」と言ってやってきたA夫人は30代後半で見るからにやせている。「食欲がわからない」「眠れない」と言う生活の困難に続いて家族のことを尋ねると、「夫との夫婦生活がうまくいかない」と言う。ためらうことなく、次のように話を続ける。「夫はペニスが小さくて、勃起をあまりしないし、勃起して挿入がうまくできない。1回射精ができた時に妊娠した。それが3番目の子どもで、あとの二人は私の連子。私は再婚で、夫は私よりも11歳年上で初婚。職場で知り合っただけで、私の家に泊まった時に性関係を求めなかったのだから誠実な人だと思った。夫は身長が180cmで体重が110kgもある大男。ペニスが小さいのは太っているせいなのかも知れない。性欲はあるようだけど勃起しないのでイライラするようだ。だんだん口げんかをするようになり、暴力を振るうようになった。離婚したいと思っている」

初回のカウンセリングはA夫人の話を聞くことに終始した。

2回目訪れたときに「カウンセリングを受

けてから、少し夫とうまくやっていこうと思うようにしたいが、ここのところ発作が起こる。近くの医院に行ったら神経のせいだと言われた。夫といると発作が起こる」と言った。幻聴はないかと問いかけると「少しある」というので精神科を紹介することにした。「離婚したいが経済的には無理」と言うので、A夫人の父親（母親は死亡されて頼れるのは父親しかいない）に相談してはどうかと提案した。ご主人も「離婚してかまわない」と言っているとのことであった。

3回目に来談したときに、精神科医の返信では精神分裂病ではない。反応性の精神変調で軽い安定剤を処方したとのことであった。「父親には、もう1回離婚しているのでこれ以上迷惑をかけられないと思っていたけれど相談をした。そしたら、家に戻ってもいいと言われた」とのことであった。

夫とも面接をすると、夫は一方的に「子どもはかわいい、でも離婚というなら仕方ない。自分こそが被害者だ」と言っていた。

カウンセラーが介入できるのはこれまで、と考えて「夫婦でよく話し合って結論を出すように」と伝えた。この頃には発作もおさまり、食欲は少しでてきた。

事例2

Bさんは30代半ばの女性である。友人からすすめられてカウンセリングにやってきた。「男性とうまく付き合えない」と言うのである。よく話を聴くと、「5年前に離婚した。夫に愛人がいて、家に愛人を連れてきて、性行為をしているところを見てしまった。夫と大喧嘩をしたら、前からそういう行為はあって、同居している夫の両親も気づいていたとのことであった。ショックを受けて『私の居

場所はない』と思って離婚して自活することにした。それ以来、男性とは付き合えない。自分の父親は厳格で生活面も厳しい人だったから、そんな父親から離れたくて全寮制の専門学校に行った。今でも、父親の価値観から逃れられない」と言う。今後、①正式なセックスセラピーを受ける、②カウンセリングで日常的な場面を表現し、こころの整理をする、③認知療法を受け固着した考えに柔軟性をもたらす、方法を提案したら②を選んだ。しかしながら、今回の約束にはキャンセルの連絡があった。紹介してくれた友人にカウンセリングの場でのことを話したら、「それだったら相談にのるから一緒にやっていこう」と言われたので、「当分自分の力でやってみます。方向が見えたので安心しました」とのことであった。

事例3

C夫人は20代前半の若い女性である。「食欲がない、眠れない、気力がわかない、仕事に行ってもミスばかりする、疲れて仕方がない、誰とも話したくない」とのことである。家族や仕事のことを尋ねると、次のようである。「半年前に腱鞘炎になって、手がしびれて仕事を休んだ。その後、復帰したときに同僚が心配してくれたのがかえって負担になった。それから前述の症状がでて、体重が6kgも痩せた。夫は優しい人で、両親も大切にしてくれる。5年前に子どもを出産したけど1日で死亡した。それ以来、性生活がほとんどなくなった。私はセックスしたいと思うときがあるけれど、夫には全くその気持ちがないようだ」と言う。

「1ヶ月間は仕事を休むように、カウンセリングの場では心の中にあることを表出する

ように」と言って、1回目のカウンセリングが終わった。

次回にやって来たときに、「カウンセリングの日を1日間違えた時に来てしまった。私はおかしい」と言い、「仕事は少し行っただくたたくに疲れた。夫にカウンセリングの事を話したら『じゃあ、自分（夫）にも話をしな』と言ってくれたけど話せなかった。それよりも、私が具合の悪いときに友達と出かけた。私は『出かけないで』と言ったら、『そんなことを言われたら自分（夫）は何もできない』と言われて大喧嘩になった。夫から離婚の話がでた。症状は全く良くならない」とのことであった。今は決定（離婚）をしないこと。元気になったら決定するように、と助言し睡眠薬を服用してみるかどうかを尋ねると、「飲んでみます」と言うので、医師へ依頼した。

3回目に来た時に「職場の上司に『仕事を休ませて欲しい』と言ったら、しばらく休むことになった。気が楽になった。睡眠薬を飲んで23時から8時位まで眠れた。でも、食欲はわかないし味もわからない」と言う。「性生活はなかった。私はできると思う。夕食後は二人だけの時間があるけど、それぞれに勝手なことをしている」と言う。そして、「夫は3日間休みがある」とのことであった。

食事のときには、「これは人参だ。これはおみそ汁だ」と心の中に思って食べるように、夕方の二人の時間はお茶やコーヒーを入れて夫のそばに座って飲むように、夫が休みの時にどこかに出かけるように、と提案した。そして、初めて会った時より表情や目に輝きがでてきたから、必ず良くなる。まずは、良く寝て、食べられるようになって、身体の疲れ

をとるように。それから夫婦の事は考えるようにと伝えた。

4回目によってきたときに、「言われた通りにしたら不思議とおいしく食べられた。少し太ったみたい」と言った。「睡眠薬は時々飲んでいる。飲まない日でも睡眠は十分とれている。夫とはドライブに行った。夫は楽しかったと言っていた。私も楽しかったけど口には出さなかった。夫婦生活はない。夕方は二人でお茶を飲むようにしたけど、私からは話さない。元々は感情を表現する方だったのに、今はできない」と言う。

カウンセラーには、重い鎧を着て、目の前に居るように見える。少し鎧がはずれているけれども、まだがっしりしている。「思い切って、その鎧を脱いでみたらどうか。例えばは悪いけれど、裸になってみたら」と提案した。そして、ご主人の良いところだけを見て下さい」と添えた。

C夫人は口をパクパクさせながら「できない」と言った。しかし、帰り際に、「先生は何時までカウンセリングをされるんですか。大変ですね」と言った。

5回目にC夫人は、元気そうな表情で、「本当に良くなりました。ご飯はおいしいし、睡眠薬はまったく使わなくて良く眠れるし、朝はカーテンをパーと開けて、さあ今日も仕事だと思って気持ちが晴々としている。仕事は毎日行っている。仕事をしていても楽しくて仕方がない。夫のいいところばかり見えてくる。性生活は何回かあった。子供をつくらうか、なんて言い始めた。よくしゃべるようになって職場でも、うるさい、なんて言われちゃって。みんなが明るくなったって言って喜んでくれている。本当によかった。」と話

した。

前回、帰り際に私のことを気使ってくれた言葉で良くなるな、と思った、と伝えると、「そうですか、まるで先生のマジックにかかったみたいです」といって終了した。

おわりに

看護が持っている視点は繰り返し述べるように、「生活」である。その生活に、身体的・精神的・社会的側面がどのように絡み合っているのか、を明らかにし、不足の部分を整えていく。看護が独自にできることもあるが、他職種の専門家あるいはレイパーソンと協働して行うことの方が多い。そして、看護は、これまでは病院を中心とする施設で活動することが多かったが、今後は地域社会の中で活動することも多くなるであろう。そうなれば、

看護婦が出会う患者と家族の性は益に多様化するので、看護と性に関する知識と技術を更に向上させる必要がある。

参考文献

- 1) 川野雅資編：セクシュアリティの看護，メヂカルフレンド社，1999.
- 2) 松本清一監修，原澤勇編：看護とセクシュアリティ No2，日本家族計画協会，1992.
- 3) 川野雅資，武田敏：看護と性—ヒューマンセクシュアリティの視点から，看護の科学社，1991.
- 4) S. G. Poorman 著，川野雅資監訳：セクシュアリティ—看護過程からのアプローチ，医学書院，1991.
- 5) A. Marriner 著，都留伸子監訳：看護理論家とその業績，医学書院，1991.

原 著

岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来における シルデナフィル処方現状

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, 井口 裕樹

渡部 昌実, 公文 裕巳

キーワード: 勃起障害 (ED), シルデナフィル, 性機能外来

Clinical effects of Sildenafil on Erectile Dysfunction at the Outpatient Clinic of the Department of Urology, Okayama University Medical School

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

NAGAI Atsushi, IGUCHI Hiroki,
WATANABE Masami, and
KUMON Hiromi

Key Words: Erectile Dysfunction (ED),
Sildenafil Citrate, Outpatient
Clinic for Sexual Dysfunction

Abstract

From March to July 1999, 33 patients with erectile dysfunction (ED) received Sildenafil at the outpatient clinic in the Department of Urology, Okayama University Medical School. Mean age of the patients was 52.8 years (range: 21 to

82). Efficacy was assessed in 25 patients. Fourteen patients had organic ED and 11 had functional ED. The starting dose of Sildenafil was 25 mg in 19 patients and 50 mg in 6 patients. Fifteen patients (78.9%) who started at 25 mg achieved successful sexual intercourse. The other 4 patients who failed at an initial dose of 25 mg had good erection and sexual intercourse at an increase dose of 50 mg. Three out of 6 patients (50.0%) treated at an initial dose of 50 mg achieved successful sexual intercourse. All 6 patients had organic ED. For all patients, 22 patients of 25 patients (88.0%) had improvement of sexual intercourse. Two patients (8.0%) had adverse events which were considered to be treatment-related. One patient experienced headache and the other experienced flushing but both were mild. Oral Sildenafil is safe and effective for erectile dysfunction.

和文抄録

1999年3月から7月の間に岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来においてバイアグラを処方した勃起障害 (ED) 患者 33 例について臨床的検討を加えた。患者の年齢は

21歳から82歳、平均52.8歳、器質性EDが19例、機能性EDが14例であった。性機能外来に再来し、評価可能であった症例は25例であり、内訳は器質性EDが14例、機能性EDが11例であった。25例の内、初回25mg投与例は19例であり、初回50mg投与例は6例であった。25mg投与のみで有効であったものは19例中15例(78.9%)であった。25mgで無効であった4例は50mgに増量しいずれも有効となった。初回50mg投与群6例は全例が器質性EDであり、6例中3例(50.0%)で有効であった。本邦における承認最大用量1日50mg投与での最終的な有効率は25例中22例、88.0%であった。副作用は2例、8.0%に認められたが、軽度のふらつきが1例、顔面のほてり感が1例であった。本剤はEDの治療に対し有用でかつ安全な薬剤であると思われた。

緒 言

1999年3月23日クエン酸シルデナフィル(バイアグラ)が本邦において発売になり、岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来においても従来のED(勃起障害)治療に加えてバイアグラの処方が可能となった。今回、当科性機能外来を受診したED患者のうち、バイアグラを処方した患者について臨床的検討を行なったので報告する。

対象と方法

1999年3月から7月の間に岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来においてバイアグラを処方したED患者33名を対象とした。全ED患者に対して日本性機能学会勃起障害専用カルテに基づく問診あるいは国際勃

起機能スコア(IIEF5)¹⁾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)測定を行い、さらに器質的障害が強い症例にはAVSS(Audio-Visual Sexual Stimulation)RigiScanテスト、PGE1(Prostaglandin E1)陰茎海綿体内注入テスト、超音波カラードブラ検査を行なった。

バイアグラ処方前に全例に脳梗塞、脳出血、心筋梗塞の6ヶ月以内の既往の有無および網膜色素変性症の有無を確認し、血圧、脈拍測定ならびにダブルマスター負荷心電図を施行し、異常所見のないことを確認した。患者が服用中の薬剤をすべてチェックし、硝酸剤、一酸化窒素供与剤等併用禁忌薬のないことを確認した。その後バイアグラの内服方法、副作用について十分に説明し、患者自身の承諾書を取り処方した。処方原則として25mgからの処方とした。他院で25mgを処方されている症例で無効であったものについては50mgからの処方とした。効果判定は腔内挿入ならびに腔内射精が可能なものを有効とした。

結 果

バイアグラを処方した患者33名の年齢は21歳から82歳、平均52.8歳であった。EDの内訳は器質性EDが19例、機能性EDが14例であった。器質性ED患者の平均年齢は59.2歳でその内訳は糖尿病5例、骨盤内手術・外傷後5例、血管性2例、混合性2例、パーキンソン病1例、ペロニー病術後1例、

経尿道的前立腺肥大症手術後1例、その他神経性が疑われたものが2例である。機能性EDの平均年齢は42.0歳でその内訳は心因性が11例、精神病性が3例でいずれもうつ病であった。バイアグラ処方時の患者のパートナー調査では、妻が20名、恋人が5名、愛人が5名、風俗関係で使用するものが3名であった。

性機能外来に再来し、評価可能であった症例は25例であり、内訳は器質性EDが14例、機能性EDが11例であった。25例の内、初回25mg投与例は19例であり、初回50mg投与例は6例であった。25mg投与のみで有効であったものは19例中15例(78.9%)であった(表1)。内訳は機能性EDが10例、器質性EDが5例であった。25mgで無効であった4例は機能性EDが1例、器質性EDが3例であるが、50mgに増量しいずれも有効となった。初回50mg投与群6例は全例が器質性EDであり、6例中3例(50%)で有効であった(表1)。本邦では欧米と異なり、1日50mgまでの内服しか認められておらず、50mgをこえる増量については患者の自己責任において行った。50mg初回投与無効3例における結果は、75mgの内服で3例中1例が有効となった。1例は腔内挿入が可能となったが、射精には至らず、いわゆる中折れの状態であった。この1例は以後受診がなく、その後の経過について

は不明である。残る1例は100mgを内服し、有効となった。本邦における承認最大用量1日50mg投与での最終的な有効率は25例中22例、88.0%であった。副作用は2例、8%に認められたが、軽度のふらつきが1例、顔面のほてり感が1例であった。

考 察

勃起障害(ED)の内服治療薬としてクエン酸シルデナフィル(バイアグラ)が登場してからED治療の方法が大きく変化した。バイアグラは世界で初めて経口投与による有効性が証明されたED治療薬であり²⁾、本邦でもその発売が待たれていた。1999年3月23日に本邦においてバイアグラが発売になり、岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来でも処方が可能となった。今回、発売初期にあたる4ヶ月間において、33名のED患者に処方する機会を得た。従来当科ではED患者が初診した場合の検査は原則として理学的所見、心理テスト、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、簡易夜間勃起現象測定を行ない、さらにAVSS RigiScanテスト、PGE1陰茎海綿体内注入テスト、超音波カラードプラ検査を施行していた。しかし、バイアグラの登場により、検査方針を若干変更した。すなわち、初回受診時に理学的所見、心理テスト、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、簡易夜間勃起現象測定を行った。さらにバイアグラ処方予定患者に対しては受診当日に併用禁忌薬の使用がないことを確認し、血圧、脈拍測定ならびにダブルマスター負荷心電図を施行した。再来時に、負荷心電図の異常がないも

表1 バイアグラ投与結果

投与群	症例数(内訳)	有効率(%)
初回25mg投与	19(器11機8)	15/19(78.9%)
初回50mg投与	6(器6機0)	3/6(50.0%)

器：器質性ED
機：機能性ED

のおよび血液生化学検査において重度の肝障害ないものについてバイアグラを処方した。AVSS RigiScan テスト, PGE1 陰茎海綿体内注入テスト, 超音波カラードプラ検査はバイアグラ無効症例に施行することとした。

今回バイアグラを処方した 33 名に対し, 25 名が評価可能であった。結果は初回 25mg 投与群では 19 例中 15 例 (78.9%) が有効であった。この結果は, 他の施設と比べて同等あるいはそれ以上の効果であった^{2)~6)}。25 mg で無効であった 4 症例は 50mg に増量し, いずれも挿入, 腔内射精まで可能となった。これはバイアグラの効果が用量相関性²⁾であることを示すものであった。初回 50mg 投与群 6 例は全例が器質性 ED であったが, 50% の有効性であった。これは他の施設^{2)~6)}と比べてやや劣る結果であったが, 全例が器質性 ED であったためと思われる。本邦における承認最大用量は 1 日 50mg と規定されており, 50mg を越える用量の処方是不可能であるが, 50mg 無効群 3 例においては患者の自己責任において増量し内服を行った。その結果 3 例中 1 例が 75mg で有効, 1 例が 100mg で有効であった。今後本邦における 50mg 無効症例に対する治療方針の立案において重要な方向性を示す結果であると思われる。欧米では 100mg まで投与可能であり, 用量相関性が証明されており²⁾, 本邦においても 100mg までの処方が可能となる事を期待したい。

我々の施設における承認最大用量 1 日 50 mg での最終有効率は 25 例中 22 例, 88.0% であり, 満足の行く結果であった。副作用に関しても 2 例, 8% に認められたのみであり, 安全性についても問題はなく, また, 特に器質性 ED に対して用量に依存して有効性が高

くなっており, これらの観点からバイアグラは有用な薬剤であると思われる。追跡不能例 8 例においては, 無効であったか, あるいは有効であったが, 処方より簡単な医院へ移った可能性もあり, 判定不能であったが, 今後症例を重ねて検討したいと考える。

(本論文の要旨は第 19 回日本性科学学会において発表した)

結 語

1999 年 3 月から 7 月の間に岡山大学医学部附属病院泌尿器科性機能外来においてバイアグラを処方した ED 患者 33 名を対象に臨床的検討を加えた。

1. バイアグラを処方した 33 名の内 25 名が評価可能であった。
2. 初回 25mg 投与群では 19 例中 15 例 (78.9%) が有効であった。
3. 25mg で無効であった 4 症例は 50mg に増量し, いずれも有効であった。
4. 初回 50mg 投与群 6 例は 50% の有効率であった。
5. 本邦における承認最大用量 1 日 50mg 投与での最終有効率は 25 例中 22 例, 88.0% であった。
6. バイアグラは安全性かつ有用な薬剤であると思われる。

文 献

- 1) 日本性機能学会用語委員会: 国際勃起機能スコア (IIEF) と国際勃起機能スコア (IIEF5) の日本語訳. IMPOTENCE 13, 35-38, 1998.
- 2) Goldstein I, Lue TF, Padma-Nathan

- H, et al: Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *N Eng J Med* 338, 1397-1404, 1998.
- 3) Dinsmore WW, Gingell CJ, Jardin A, et al: Sildenafil (ViagraTM), a new oral treatment for erectile dysfunction (ED), a double blind, placebo controlled, parallel group, once daily dose response study. *Int J Impot Res* 8, 147, 1996.
- 4) Lue TF, Sildenafil Study Group. A study of sildenafil (ViagraTM), a new oral agent for the treatment of male erectile dysfunction. *J Urol* 157 Suppl, 181, 1997.
- 5) Montorsi F, McDermott ED, Morgan R, et al: Efficacy and safety of fixed-dose oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction of various etiologies. *Urology* 53, 1011-1018, 1999.
- 6) Dinsmore WW, Hodges M, Hargreaves C, et al: Sildenafil citrate (Viagra), in erectile dysfunction: near normalization in men with broad-spectrum erectile dysfunction compared with age-matched healthy control subjects. *Urology* 53, 800-805, 1999.

性成熟期の性交時疼痛

大阪市立大学産科婦人科学教室

森村 美奈, 中村 嘉宏

伊藤 文博, 荻田 幸雄

〔はじめに〕

近年、婦人科外来において若年女性が性交時疼痛を訴えることは少なくない。しかも内膜症や感染症、腫瘍などの疾患は必ずしも存在せず、性交時の不快感や疼痛のみを訴える女性が増加している。特に未婚者や結婚早期の性交障害では心理的な問題も深く関わっており、心身医療の立場からの治療者の介入が必要となるケースが多い。女性が自己主張しやすい世の中になったとはいえ、いまだ多くの女性が産婦人科受診に少なからず心理的な負担を感じている。そのため性交時疼痛を直接の主訴として来院する患者よりも、子宮癌検診や不妊治療などの過程で、特に担当医が女性であることを確認した上で症状を訴える例が多い。そこで、今回は当科受診者のうち性交時疼痛として専門外来管理となった症例 16 例につきその背景と問題点について検討した。

〔対 象〕

性機能外来での治療対象となった症例 29 例のうち成熟期にある女性で、ホルモン補充療法で改善するような加齢現象のみに因るものではない性交時疼痛を主症状とする症例 16 例。内訳は未婚者の特定の異性との性交障害 4 例中 2 名、未婚者 7 例中 5 名、結婚後早期の挙児経験のない症例 9 例中 5 名、出

産後の会陰縫合術が誘因となったり、子宮摘出術や腔壁形成術後の発症例 4 例中全例が性交時の疼痛症状につき治療を求めて来院した(図 1)。

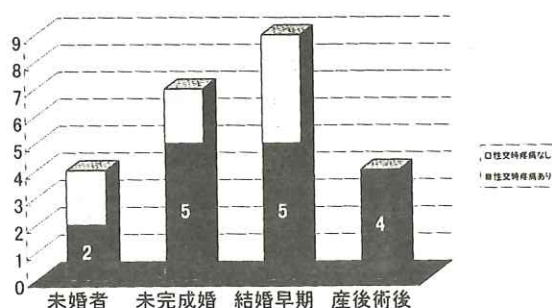


図 1 性交時疼痛の背景別分類

〔各分類ごとの受診者の傾向〕

1) 未婚者の症例

当科受診例は 2 例とも男性器の女性器への挿入は可能であるが、挿入時女性が強い痛みを訴え性交の継続を拒否する症例であった。どちらも診察上女性器の形態異常や疼痛の原因となる明らかな病変は認めなかった。

2) 未婚者の症例

これは結婚し夫婦として生活を共にしているが、性交を試みても腔症症状のために全く挿入できないか腔入口部の処女膜レベルで疼痛を訴える性交できない夫婦例である。当症例では女性には処女膜強靱や処女膜閉鎖、内

膜症などではなく、一方男性は自慰での勃起と射精能力はあるものの、妻との性交時には勃起持続時間が短い傾向があった。これらの夫婦は男女ともに年齢に比し性的知識が少ないことと、性交に何らかの不安や恐怖感を持っているのが特徴的である。多くの症例は夫婦とも性交経験がなく、それによって妻が夫の性行為に対しさらに恐怖を感じているように見える。未完成婚の症例で性交時疼痛を示さないものは、夫の勃起不全により挿入不可能な症例であった。またこれらの症例のうち1例は夫婦とも挙児希望なく、性器性交をせずに結婚生活を送ることを希望したために診療を中止した。

3) 結婚の比較的早期に発症する未挙児症例

結婚早期に結婚前や結婚当初は可能であった性交が徐々に障害されていったもので、そのうち挙児のない夫婦では特徴的な傾向がみられるため一分類としている。

これらの症例の多くは表面的には、いわゆる“なかよし夫婦”でお互いに特別な好意は持っており結婚生活の継続も希望している例が多い。また実際の障害は夫婦のいずれか片方に見られ、男性の場合は妻との性交時の勃起障害が発症し、妻の場合は性交疼痛症や性嫌悪障害を示しはじめ、ついには性的行為をすべて拒絶する傾向になるようである。また性欲低下が見られることも多い。このような例は、表面的な仲の良さの蔭に潜在する結婚生活への不満が夫婦間の性的行動の抑制となって現れてくることによると思われる。そのため、これらの夫婦が現実と直面した場合には解決策として離婚に向かうこともあり、治療者の関与の上ではその点も充分考慮に入れて慎重に行うことが望まれる。また、症例が不

妊治療患者の場合は独特な不安感や自責感、劣等感を伴うことが多く十分なカウンセリングを要す。

4) 出産後や婦人科手術後に発症した例

出産後の会陰縫合、子宮摘出術や膣壁縫合など産婦人科の処置や手術を誘引に発症しているものだが、夫婦関係の心理的背景が症状に大きく関与していると思われる例であり、単に症状改善のための投薬や外科的治療では解消されない可能性を考慮し、心理的な働きかけも含めた治療を十分に時間をかけて行った上で積極的な外科療法も考えて行くことが望まれる。

[性交時疼痛の診療の実際]

前述のような性機能障害には身体的なもの以上に心理的要因が深く関わることを重視し、カウンセリングを中心にして個々の夫婦の置かれた立場によって治療の進め方を考える必要がある(図2)。しかし、同時に身体所見や他の合併症の有無を確認することが重要であり、その点で産婦人科医の関与が必要となる。男性については必要に応じて泌尿器科医による診察を依頼する。内診などの婦人科的検査は可能なかぎり行いたい、既婚者とはいっても、性交経験が無い者も多く、強い性

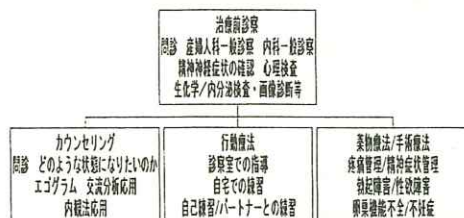


図2 性機能障害診療 chart

交恐怖や嫌悪がある場合などは内診に対しては恐怖や不安を訴えて、診察を拒絶する場合が少なくない。この場合診察の必要性、有益／不利益の情報を十分に与えた上で、患者がその時点で受容し得る範囲の診療を行う。また、性格や心理状態の客観的判断材料として、質問紙法などによる心理検査が行われる。特にエゴグラムは質問数が少ないため一般の外来でも速やかに回答できる¹⁾。断定できるほどの診断力はないが、患者との面接時の内容と合わせると有用な情報が得られ、交流分析を行うことで自己の見つめなおしや、夫婦間の相互理解の手段としても有効である²⁾。また当外来ではエゴグラムをもとに互いの利点や欠点をかばい合うことを夫婦として生活する意義とし、必ずしも標準パターンに近づくことを目標にはしないようにしている。また相談者に比しパートナーは警戒心から、自己を良く見せようと偽った回答やあいまいな回答を出すことが少なくないので判断時には相手の自尊心を傷つけないように配慮しながらも、判断の経緯を正確に伝えるように心掛ける。

[症例1：未完成婚]

夫 32 歳，妻 32 歳

結婚歴：26 才時に両者とも初婚

性経験：両者とも性器性交の経験なし

既往歴／合併症：

夫：脳下垂体腫瘍（高プロラクチン血症）
加療中

妻：子宮頸管ポリープ切除

家族歴：特記無し

現病歴：結婚後に数回性交を試みたが、夫が性器挿入を試みようとするたびに妻が強い疼痛を

訴えて拒絶するため中断し、以後性交に対し恐怖感が夫婦ともに植え付けられた。また、夫は泌尿器科で下垂体腫瘍が診断され、勃起障害なども確認されて治療されることとなり、以来夫婦ともに性的行動を避けて生活していた。その後夫の疾患は軽快したが、精子数と精子運動率において AIH（配偶者間人工受精）の適応と判断された。両者育児希望があるため、泌尿器科より紹介となった。

治療経過：初診時の問診により、未完成婚であると判断され、性機能障害専門外来での精査と加療の方針となった。

夫は勃起持続障害が軽度に残っていた。性格はまじめで妻に対してはやさしい態度であるが包容力に欠けている様子で、妻が診察時痛みを訴える度に夫もうろたえていた。また、自己の病気に対し劣等感を少なからず持っているようであった。妻は結婚時より性交恐怖があったようだが、未完成婚であることを気づかなかった医療者によって頸管ポリープの切除を強行され、以来性器に触れられるだけで強い恐怖と痛みを訴えるようになった。性格は神経質で採血など他の痛み刺激に対しても過剰な反応を示し、絶えずビクビクした印象であった。両者とも性欲低下が感じられ、知能は比較的高いが性的知識は非常に乏しかった。

恐怖心や自責感が強いので十分なカウンセリングと夫婦一緒に行動療法を行った。

夫婦ともに性交についての知識がないことが、恐怖心を増大させていると判断し、診察室のベッド上で妻を臥位にし、女性器を夫婦で確認してもらいながら、疑問に答える形で性的知識の獲得を試みた。実際に挿入すべき膣口の確認ができたところで、妻は自分で

性器を触ることから行動療法を開始した。徐々に自分の指の挿入、夫の指の挿入と治療が進み、妻が自分で考えたタンポンでの練習を経て、夫の性器を受け入れられるようになった。夫は補中益気湯を投与されており、また性的行為を繰り返すうちに勃起力も改善してきた。

経過中の検査で妻に排卵障害が見られ、平行して薬物療法を開始した。妻の排卵障害が明らかになり、男性女性双方の原因による不妊治療が必要となったが、双方に原因が確認されてから、夫の態度が依然より強くなり劣等感が少し改善されたことが伺えた。現在も不妊治療を継続している。

[考 察]

結婚早期の性機能障害の背景

結婚早期に障害が発症する者の多くは、学歴や知能の高さに比べ性的知識に乏しく精神発達の面で未熟性が残る⁹⁾。この要因として、日常の人間関係から適切な性教育を受ける機会が非常に少なくなっていること³⁾、核家族や少子化の影響や交友関係の持ち方の時代的な変化により、性的情報に偏りが見られていると考えられる。また身近に安心して性問題を相談できる人がいないことから、問題解決が遅れることも考えられる。一方性交障害者は性交経験や婚期が比較的遅く、これは高学歴や高地位の獲得やその獲得過程における生育環境が影響していると想像される⁹⁾。また男女とも性欲低下を訴える率が高く、結婚時期が責任のある仕事に就く時期と重なることが原因のひとつである可能性がある。男女ともに“仕事が忙しいから性交渉する気になれない”と答える傾向があり、主婦でも“夫が忙しそうだから性的な行動は控えてい

る”と言う。またエログラムなどからは“男性の父性の低さ”や“女性の父性の高さ”が目立つ。そのためか夫が結婚生活に対してはっきりとしたビジョンや理想を示さず、“大事な決定を妻に任せる”などが妻の不満や不安を招いていることが問題の根底にあるようだ。

性機能障害に対する医療者の関与

現在のところ婦人科領域で性機能障害に積極的に対応している施設は少ない。しかし、実際にはこのような患者は医療者の関与を望んでいる。身体症状がある以上は器質的疾患の有無などを検査する必要があるし、積極的な薬物療法や手術療法が効果を示す症例があり¹⁰⁾、治療の経過で不妊治療やその他の婦人科疾患の治療を平行することも少なくない。カウンセリングや心理療法などの心理学的アプローチは性機能障害の治療に有効であることは言うまでもないが、身体的な障害に対してのケアも不可欠である。このような問題を受け入れたいと思っても、現実には医者や看護婦が心身医療の教育を受ける機会が少ないために治療にかかれるスタッフが少ない上、一回の診療時間が長くかかる割には医療報酬が低額な医療システムのため経済的にも問題がある。

[結 語]

性交時疼痛以外の症例も含め性機能障害による受診は増加しており、その背景は患者個々によって様々な問題を抱えている。未だに女性の社会的立場の弱さから起こる問題もあり、また男性の包容力の無さや責任回避の傾向が見られる一方、女性が指導的／攻撃的側面を強くしている傾向も見られる。既婚例では結

婚の変化に対しての心理的葛藤が夫婦の性交の場に凝縮されており，結婚生活を送る上でその解決法が見つからないために，無意識のうちに性生活へ問題転化されているようだ。また家庭の背景が治癒を強く妨げることがある。夫婦間に信頼関係が欠如していたり，次々と問題が起こる家庭の例では特に治療が困難である。

現在，心理療法を中心とする外来では診療報酬の問題から自費診療を余儀なくされている施設が多い。生産年齢人口の低下が著しい今日であるが，性機能障害の問題は若年者の挙児にとっても大きな妨げとなるため，若年者もカウンセリングや治療を十分に受けられるような，医療保健制度が切望される。

文 献

- 1) 芦原 睦：自己成長エゴグラムのすべて
チーム医療，東京，1999.
- 2) 森村美奈：心理的葛藤と夫婦間の性. 女性心身医学 2, 298～304, 1998.
- 3) 石濱淳美：セクシャリティーの医学. メ
ディカ出版，大阪，1998.
- 4) 林知恵子：未完成婚の治療，日本性科学
会雑誌 17, 51～55, 1999.
- 5) Keith Hawton: Treatment of Sexual
Dysfunction by Sex Therapy and
Other Approaches. British Journal of
Psychiatry 167, 307～314, 1995.
- 6) Gregory A. Broderic: Intracavernous
Pharmacotherapy/Treatment for the
Aging Erectile Response. Geriatric
Urology 23, 111～125, 1996.

原 著

性同一性障害に関する基本的用語及び概念への疑問と意見

東京家庭裁判所

針 間 克 己

はじめに

2000年、4月第2回GID（性同一性障害）研究会が慈恵医科大学で行われた。この研究会において、その出席者の多さや、埼玉医科大学だけでなく岡山大学や近畿大学等他大学での治療への取り組みの報告を聞き、日本における性同一性障害への医学的治療はようやく軌道にのってきたとの印象を持った。従来は「外科的手術やホルモン療法は倫理的に是か非か」への議論に関心が集中していたと思われるが、この議論が一段落し、医学的治療が軌道にのりつつある現在、あえて、ここ数年我が国で用いられている性同一性障害に関する基本的な用語及び概念についての問題、疑問を提起したい。なぜなら、用語及び、その概念のいくつかは、不正確ないしは不適当なものと筆者には感じられるものであったり、あるいはいまだ決まった用語・訳語の定まらないものがあるからである。なお、用語及び概念を定義づけるものとして、現在我が国で最も流布し、引用され、権威のあると思われる文献は埼玉医科大学倫理委員会による『「性転換治療の臨床的研究」に関する審議経過と答申」¹⁾（以下『埼玉答申』）と日本神経精神学会性同一性障害に関する特別委員会による「性同一性障害に関する答申と提言」²⁾（以下『学会答申』）である。埼玉答申は1996年に出され、それを受ける形で1997年に学会答申が出され、いずれの委員会も委員

長は埼玉医科大学精神医学講座教授の山内俊雄氏である。これらのことより、この2つの答申はいわば兄弟ように密接なつながりのあるものである。本稿では主にこの2答申を議論の対象にする。

1) gender と gender identity

gender と gender identity は性同一性障害の中核に位置する概念であるが、この訳語及び理解への不適切さ及び混乱が、2答申にはある。

問題の第一はこの2概念の混同である。埼玉答申ではgenderを「心理的・社会的な女性性・男性性をあらわす性意識、性別」とし、gender identityを「個人が自己の性別、性差について抱く、全ての感覚、認知、実際の言動、文化的・社会的規範や価値観」と区別して定義している。しかし、学会答申では、gender identityという言葉は使われず、genderのみが「性の自己意識」「自己の性意識」「性の自己認知」と文章ごとに不統一な3種類の訳語で、gender identityと類似の用い方をしている。genderという用語は社会学、女性学等の他学問で、主に社会的性別の意味で用いられており、医学界がgender identityの意味でgenderを用いるのは混乱が増すだけと筆者には感じられる。すでに医学的に定義され議論されてきたgender identityを、定義が困難なgenderとは明確に区

分して使用すべきであろう。

問題の第二は gender identity の訳語である。埼玉答申の中で、identity という言葉の訳として従来用いられてきた³⁾「同一性」を用いておらず、その理由として「専門領域以外の人にはなじみにくいことを考え、あえて」「性の自己認知」という訳語をあてたとしている。しかしこの訳語では疾患名である gender identity disorder を「性同一性障害」と訳していることと一貫性がなく、性同一性障害とはどういう意味なのか疾患名だけでは分からないものとなる。また、従来、「性同一性」という訳語をあててきた、これまでの我が国の学問との統一性がない。さらに、もっとも重要な点として、「認知」と「同一性」は意味が異なる点があげられる。「認知」とは知的過程に限定された用語であり、「同一性」の持つ自己の単一性や、集団との連帯感といった意味を持たない。臨床的にいうならば性同一性障害者の訴える「同性集団とは一体感がないが異性集団とは一体感がある」とニュアンスも「認知」にはない。確かに性同一性という言葉に対してなじみが乏しいのは事実だろうが、そこに誤った訳語を当てはめることによる弊害は、性同一性障害者に対する医学的理解の乏しい我が国において、誤った理解を広げるおそれがあり、大きいといわざるを得ない。さらにいうならば、学会答申では「性の自己意識」「自己の性意識」などいくつか異なる訳語を用いているが (gender の訳語として用いているが既述したように gender identity の意味で用いていると思われる)、「性の自己意識」とは「性別に対して自分自身がどのように意識しているか」であり、「自己の性意識」とは「自分自身の性別

に対してどのような意識しているか」であり、意味が異なる。「性の自己認知」と訳すなら、一貫した訳が必要であろう。

問題の第三は gender identity の不適当と思われる定義が見受けられることである。埼玉答申では『『生物学的性』と『心理・社会的性』が一致するとき『性同一性 (gender identity)』があるという』と記されている。しかし、この記述は筆者の gender identity の理解とは異なる。たとえば男性から女性へ性別移行をしようとしている性同一性障害者の場合は、女性としての gender identity が存在する。性別学的性と不一致だからといって、gender identity がないわけではない。一致不一致の意味で性同一性を用いるとしたら、性同一性障害者の有する性同一性を否定することになり、治療的意味においても問題が生じるであろう。このように記述されているのは、おそらくは性同一性の「同一」を「生物学的性と心理・社会的性とが同一」との意味に誤解していることから生じていると思われる。identity の同一性とはこのような意味ではなく、自己の単一性、不変性、連続性という意味において、同一なのである。

以上問題点のいくつかを指摘したが以下に筆者の意見をまとめる。

意見 1. gender と gender identity は別個の概念である。

意見 2. gender はジェンダー、gender identity は性同一性と訳す。

意見 3. ジェンダーは埼玉答申の通り、「心理的・社会的な女性性・男性性をあらわす性意識、性別」と定義する。

意見 4. 性同一性の定義は Money による、

「一人の人間が男性、女性、もしくは両性として持っている個性の、統一性、一貫性、持続性をいう」を用いる。

意見5. 性同一性障害者にも性同一性は存在する。

2) 性同一性障害の定義

埼玉答申・学会答申では性同一性障害を「生物学的には完全に正常であり、しかも自分の肉体がどちらの性に所属しているかをはっきり認知していながら、その反面で、人格的には自分が別の性に属していると確信している状態」と定義している。筆者が疑問に感じるのは、「生物学的には完全に正常であり」の部分である。精神医学事典の性別同一性障害の項⁹⁾には同様に「生物学的・解剖学的には完全に男性（あるいは女性）でありながら」（以下略）と定義しており、埼玉答申・学会答申はこの既述を文献として参照したとも思われる。しかし、筆者の知る限りはその他の国内、国外の医学的論文において、性同一性障害をこのように定義しているものを知らない。DSM-IV（精神疾患の診断・統計マニュアル）⁹⁾で述べられているように、性同一性障害の診断においては、確かにインターセックス、すなわち、身体的な性別が典型的なものとは除外される。しかし、このことは性同一性障害者が「生物学的には完全に正常である」ことを意味するわけではない。埼玉答申・学会答申の別の部分で述べられているように、性同一性障害の原因の一つとして、脳の性分化異常が考えられている。まだ決定的に分かったわけではないにせよ、脳の性分化異常が原因として示唆される以上「生物学的には完全に正常」とはいえず、定義として

は適当ではない。

以上より筆者意見は以下ようになる。

意見6. 性同一性障害は「インターセックスをはっきり示す身体的所見がなく、しかも自分の肉体がどちらの性に所属しているかをはっきり認知していながら、その反面で、人格的には自分が別の性に属していると確信している状態」と定義する。

3) Sex Reassignment Surgery (SRS) の訳語

性同一性障害者の身体的性別を変更する手術を示す用語としては、現在、医学的にはSRSが用いられているが、決まった日本語訳はない。埼玉答申では性転換手術の用語が見当たるが、学会答申では、性転換手術という言葉は用いられず、手術療法という用語だけが使用されている。他文献では、性別再判定手術、性別再指定手術、性別再割り当て手術、性別再適合手術⁹⁾等にSRSは訳されている。訳が分かれるのはReassignmentであるが、Reassignmentの訳を考えるには、その前にassignの訳を検討する必要がある。reassignmentとは「再び(re), assignすること」の意味であり、assignは人間が誕生したときに、男性ないしは女性にassignする、というに用いられる。従来、日本ではこのassignを「判定」と訳してきた。生まれた赤ちゃんの性別は医師や助産婦が、「判定」してきたのである。この「判定」という言葉には「審判や裁判官のような決定権を有するものが、明確な基準のもとに決定を下す」という響きがある。しかし、インターセックスや性同一性障害者に対して性別をassignす

るといった場合に、その決定権の所在や、基準の明確性には疑問が残る、「判定」という訳語が適切とは思えない。むしろ assign の本来の意味「あなたはそちらへ、君はこちらへと割り当てる」という意味が、インターセックスや性同一性障害者の性別への assign の意味としてふさわしいであろう。このことより assign の訳語としては「割り当て」が適当だと筆者は主張してきた⁷⁾。しかしながら、学術用語としては漢字を訓読みする「割り当て」は、格調がないとの指摘を受け、意味としては割り当てに近く、音読みの「指定」でも良いと現時点では考えをあらためてきている。assign の訳語を「指定」とするなら、必然的に SRS は「性別再指定手術」となる。これは言葉の響きして、「誤って指定された性別を性同一性に合致した性別に指定しなおす」と感じられ、SRS の本来の意味に近いであろう。なお「性別再適合手術」という訳語は、SRS の訳語としては意味は理解できるが、assign、reassignment の訳語の統一性を考えると、assign が適合という意味になり、「産まれた赤ちゃんの性別を男性に適合した」というように日本語として意味が通じなくなり、適切ではないだろう。

以上より筆者意見をまとめると以下のようになる。

意見 7. assign は「指定する」と訳し Sex Reassignment Surgery は「性別再指定手術」と訳す。

4) transvest の訳

埼玉答申・学会答申では transvest については論じられていないが、この用語も性同一

性障害には関係が深く、かつ一般的な日本語訳に問題があるのでここで論じる。

transvest とは反対の性別の服装をすることだが、transvestism は服装倒錯、transvestite は服装倒錯者と訳されることが多い。問題の第一は「倒錯」という訳語が価値判断を伴う点である。かつて用いられた「性倒錯」という用語が「性嗜好障害 (paraphilia)」という用語に置き換えられてように、医学用語としては価値判断を伴う倒錯という言葉を用いるのは不適切である。問題の第二は「服装倒錯」という用語が、異性の服装を着るという状態を正確に反映していない点である。一般的でない服装によって性的に興奮するのは、異性の服装に対して以外にも、多くの種類があり（軍服、ベビー服、ゴム素材に対してなど）、「服装倒錯」という訳語はそれらをも含むことになり、不正確である。

以上より筆者の意見をまとめると以下のようになる。

意見 8. transvest は「異性装をする」、

transvestism は「異性装」、transvestite・transvestist は「異性装者」と訳す。

おわりに

言葉の定義や、訳語に関しての筆者の意見を述べた。細かすぎる、あるいはそんな違いはどちらでもいい、と感じる人もいるかもしれない。しかし、「言霊」というように、言葉には力があり、意識的無意識的に、我々の考え、行動に作用する。上述した議論は、どれも学術の問題だけでなく、当事者や、社会に実際に影響をここ数年与えてきたからこそ、筆者は、本稿を書いたのである。本稿が性同

一性障害に対するより良き理解と議論の材料を提供することを期待する。

文 献

- 1) 埼玉医科大学倫理委員会：「性転換治療の臨床的研究」に関する審議経過と答申。埼玉医科大学雑誌, 23: 313-329, 1996.
- 2) 日本神経精神学会 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。日本精神神経誌, 99: 533-540, 1997.
- 3) 小此木啓吾・及川 卓：性別同一性障害。現代精神医学大系第8巻 人格障害・性的異常, 1981, 中山書店.
- 4) 柏瀬宏隆：性別同一性障害。新版精神医学事典, 476-476, 1993, 弘文堂.
- 5) American Psychiatric Association, 1994, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (米国精神医学会 DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院, 1994)
- 6) 山内俊雄：性転換手術は許されるのか 性同一性障害と性のあり方, 明石書店, 1999.
- 7) 針間克己：性同一性障害の心理療法。臨床心理学大系 19. 金子書房, 東京 (印刷中).

症例報告

性衝動が過換気症状を起こした身体表現性障害の一例

亀田総合病院精神神経科

塚 田 攻

(a case of somatoform disorder whose sexual conflict caused hyperpnea
TSUKADA Osamu, M. D.: Kameda General Hospital, Department of Psychiatry)

はじめに

ジグムント・フロイト¹⁾²⁾は、種々の症状が性衝動あるいは性的葛藤によって引き起こされ得ることを示した。同じように性衝動の関与が推測される症例でも、医学的にその証明が困難であったり、性衝動との関連を取り上げて治療的成果をあげるという機会にはなかなか恵まれなかったりする。

今回、性衝動がそのはけ口を失い、過換気症状に発展していたと思われる症例を経験し、15回の brief psychotherapy (短期精神療法)にて一応の治療成果を得たので報告する。

症 例：37歳女性 銀行員

既往歴：8歳 咽頭扁桃・口蓋扁桃摘出術

15歳 鼻中隔彎曲矯正術

26歳 腎盂腎炎

数ヶ月前 肋骨骨折

家族歴：父親 元自衛官・甲状腺腫摘出術

母親 バセドウ氏病にて内服

夫 警察官・41歳

長男 14歳

次男 10歳

現病歴

8年間咳嗽にて悩まされ、本人は「喘息発作」と信じ、救急外来を頻繁に受診していた。救急外来にて「喘息発作」を訴えるが、咳嗽との訴えもよく訊いてみると実は呼吸困難感だけではないのかと疑った担当医の判断により、精査目的で呼吸器内科に入院となった。精査の結果、胸部CT・喀痰培養・細胞診・肺機能検査・造影嚥下機能評価・アレルギー検索等すべて異常なく、退院を決定。

退院日の朝から過換気と亜昏迷（呼びかけに応答はするが適切な反応なし。痛み刺激に反応なし）を呈し、精神科コンサルトとなる。

治療経過

① 第1回～第2回面接

初回面接時、病歴聴取の際に通常の間診事項の他に「性的問題が身体症状を起こすことがあるから」と前置きして性生活に関する問診をする。初回面接時は夫婦間に問題なく性生活も円満と報告していた。

しかし、翌日改めて面接希望し、数ヶ月前に肋骨骨折して以来、夫と性的接触がないことを告白。最初は肋骨骨折による痛みでできなかったが、その後については妊娠が怖いことと性交時疼痛をその理由として挙げる。更に夫婦関係も悪化しており離婚を考えているという。その反面、性的に満たされたいという欲求は強く、満たされない性衝動が過換気

症状となって現れてくることは実感できるという。この際に、過換気症状はオーガズムの代償になっているのかも知れないと direct interpretation を試みると頷いて同意し、過換気になって意識があるようなないような状態（亜昏迷）になった時にとても気持ちがよく、性的な空想をしていたように思うがはっきりとは覚えていない。ただ注射針を刺された時にも痛いとは感じないで何か心地よかったことを覚えているという。

今後の治療に関しても、性的な問題を中心において継続して行きたいとしながらも、勤務の関係で土曜日の通院しかできないと主張。筆者の外来診療日と時間的折り合いがつかず、治療者を臨床心理士に交代してカウンセリングを継続することとし退院に至った。

② 治療再構造化と第3回～第6回面接

退院後、カウンセリング開始早々に不眠と不安発作を理由に抗不安薬（アルプラゾラム）を大量服用し、更に社内の電話カウンセリングを受けたところ、夫婦関係の悪化にはどちらか一方の責任ということは少なく、クライアント本人にも責任があるのではないかと指摘されたことに反応して手首を切る。

この直後、予約なしで筆者の外来を受診し上記の経緯について報告する。抗不安薬大量服用や社内の電話カウンセリングを受けたことも、それに反応したかのごとく手首を切ったことも行動化であることを指摘し、現在の治療状況に対する不満を「〇〇先生では駄目なの？」と解釈したところ、現在の治療者である臨床心理士は若い女性であり、却って話しにくいと言い、特に性的な内容のことを積極的に取り上げてくれないのであまり話して

いないという。治療者の交代に先立って詳しい申し送りをしており、性的内容だからといって全く取り上げないような治療者ではないことを確認しながら、クライアントより年齢の若い女性が治療者であることを受け入れられないことを「専門家なんだけど若い女性というだけで駄目なのかな」と解釈する（このことは後に夫との関係やクライアントの強迫性を論じる上での重要な鍵となる）。その上で、治療日に時間休を取って通院するようにして治療者を筆者に戻し、性的問題に積極的にアプローチする方針を確認し、治療を改めて構造化すると、これまでのような行動化は一切なくなった。

面接の中で、夫は何を話しても一方的な結論を押し付けてきて、こちらの気持ちを理解してくれない人と批判するため、性的関係の中でも同じパターンであると感じていることを解釈（「ご主人はセックスの時でも同じかな？」）すると、二人とも結婚まで性体験を持たず、性的に稚拙でこれまでセックスが気持ちよいと感じたことはなく、前戯をどのようにやればよいのかも知らず、直ちに挿入してくるため、痛いだけで苦痛なものとしか受け止められないことを告白する。

更に次男の妊娠中に腎盂腎炎に罹患し抗生剤投与を受けて、奇形等の影響が出ないかと毎日心配していた体験が妊娠に対する恐怖を呼び覚まし、性的に積極的になれないともいう。

クライアントのこのふたつの問題に夫が気づいていないことが、クライアントには夫の身勝手と映ってしまうのではないかと解釈する（「ご主人はこのことを知っているの、伝えたことがある？」）。

③ 第7回～第10回面接

面接が進む中で、夫の性格が最初に述べたように嫌な訳ではなく、互いの職業柄すれ違いが多く、意思の疎通が思うように図れないことなどが明らかになったため、夫婦単位での治療的アプローチを提案するが、時間が折り合わないなどの理由をつけては夫を連れて来ない。むしろ夫は警察官で連続勤務の間の休みがあり、一緒に来院することは容易であるはずと直面化する。この状況から事態を打開するための働きかけができないことと同様に、他の面でも夫との間で意思の疎通を妨げる要素があるのではないかと、更に治療者再交代に至る経過も関係があるのではないかと解釈（「何かとご主人には話しにくいところがあるのかな？ ○○先生もそうだったのかな？」）を加えると、自分の方から夫と一緒に来院して欲しいなど、色々と頼む形になるとプライドが傷つくと告白。性交時疼痛・妊娠恐怖のことを話していないという。この点は、臨床心理士に性的問題について何も話すことができなかったことと共通することを改めて指摘し「○○先生に話してもやっぱりプライドが傷ついたかな」と解釈しておく。

④ 第11回～第15回面接

第11回面接において、これを契機になぜ夫に話せないかを更に検討する。心理検査の結果などをひとつの資料として、クライアントの背景にある強迫性・自己愛性に焦点を当てると、自分は完璧主義的で、少しでも自分の思い通りにならないことがあると非常に気になる、すべてを自分で決定できる状況にないと安心できず、夫といえども他人に自分を支配されることでプライドが傷つくと同時に、

自分の思うような結果にならないのではないかと非常に不安になると述べる。これに対して、色々な場面で相手を支配しようとして結局思うに任せず、逆に自分を窮地に追い込んでいるのではないかと解釈（「他人が自分の思い通りになってくれることは滅多にないしね、期待が外れると苦しいよね」）し、更に「今ここでも苦しいと感じている？」と問うと次のように話す。

既に初回面接時、問診内容から全てを見抜かれていると感じ、何をどうやっても自分が主導権を握って治療が進むというのは無理だという不安感があった。そのために通院可能な日が土曜日であることを口実に治療者の交代に至ったことは自分の思惑通りだったが、臨床心理士と会った瞬間、こんな若い人に自分の秘密を打ち明けることはできないと感じ、果たして自分はどうしたらよいだろうと不安になった。どうにかしたいと社内の電話カウンセリングに飛びついて、性的問題には触れず、夫婦関係の問題だけを話すと、それはどちらか一方だけの責任といえるものではなく、クライアント自身にも問題があるのではないかと指摘を受け、これでは相談する度になじられると感じてしまい、行き詰まってしまった。どうしてよいかわからず混乱しているうちに仕事も手につかなくなってきて、自分でも何をやっているのか判らないままに手首を切っていた。このままではどうにもならない。全てを見抜いている先生なら何とかしてくれるという期待と、結局は自分の人生が一人の精神科医に支配されてしまうのではないかとこの恐れと気持ちの両方を抱きながら、それでも薬にもすがる思いで再受診したという。

この時点で、クライアントの強迫性・支配

性・自己愛の傷つきに対して過敏であることなどに直面化（「完璧主義だとちょっとでも思い通りにならないことがあると気になって仕方ないし、そうだと悔しいよね」）すると、涙を流し仕事についての話を始める。これまで営業の仕事をしており、通常は顧客のもとに行き契約を取っていくのだが、自分は顧客を銀行に呼び、銀行の資料を提示したりすることで顧客を納得させ、自分なりに成績を上げてきたという。それが職場復帰して上司が交代してからは認められず、顧客のもとに行くのが営業だと言われ、過去の実績を評価してもらえないという。

このことは、まさにクライアントの強迫性・支配性が仕事のパターンに渡ってまで大きく影響していることを示している。これまでは仕事についても夫婦関係においても、クライアントが主導権を握って解決していくというパターンがあったが、それが破綻をきたし始めているという状況を意識しかかっていることは明らかであった。しかし、この点についてはクライアント本人が受容できるまであえて取り上げない（受容できれば自然に解決の方法を求めてくる）こととし、今後どのようにして問題解決を図っていきたいと思うのか、性の問題に絞って解決を図るのか、仕事や対人関係あるいはクライアントの適応パターン（人格）の問題にまで拡大して治療を検討していくかの選択肢を提示したところ、仕事のことは自分がどう頑張っても動くことではなく、自分自身が周囲に合わせて行くしかないとわかっており、性の問題についても夫に話してみてもどの程度解決できるか自分なりにやってみたいと言う。

その後、夫と性生活についての話し合いを

持つことができたと言ってきた。その結果、初めてセックスのノウハウ本を買って二人で「勉強」し、前戯を丁寧にしてもらい、確実に避妊することで、夫との性生活が安心して行えるようになり、「喘息発作」・過換気症状・不安発作等出現しなくなった。しかし、夫には性交時疼痛と妊娠したら困るということのみを話し、これまでに至る経過（精神科に入院していた事実）については結局話していないという。

最終回の面接では「先生は三島由紀夫の『音楽』を読んだことがありますか。私音楽が聞こえるようになりました」とオーガズムが得られたことを極めて文学的な表現で報告し「先生はどのような音楽がお好きですか」と向けてくるが（性愛化）転移であることの解釈はせず「若い人たちが聞くようなギンギンのロックだって聴きますよ」と答えると「スケベ」と小声で返して席を立った。「そこまで判っていられれば言うことはありません。何か新しい問題が出てきたらまたお会いしましょう」という筆者の言葉を聞いて笑いながら退室し、一応の終結を迎えた。

診 断

ICD-10³⁾ に従えば診断は次のようになる。

F45 身体表現性障害

Somatoform Disorders

F45.3 身体表現性自律神経機能不全

Somatoform automatic dysfunction

F45.33 呼吸器系（含：過換気症）

考 察

過換気症候群は臨床的に多く認められる疾患であるが、実際の臨床場面において、性衝

動との結びつきで論じられることは少ない。ごくありふれた症状が性的要因と結びついてある場合のことは、もっと強調されてよいであろう。この症例で示したように brief psychotherapy で一応の解決が可能な場合もある。

本症例は、性衝動と呼吸器症状との結びつきが深く抑圧されておらず、これらのことに対するクライアントの関心も高かったこと、知的理解に優れたため、解釈が有効に連想を問題の本質に向かわせ、あるいは治療的メタファーを極めて正確に読み取っていたなどの好条件がそろい、症状と性衝動との結びつきを精神療法的に扱うことができた。例えば、夫が自分の考えを一方向的に押し付けるとの批判を性的関係のパターンと結びつけて解釈したことで、性交時疼痛と妊娠恐怖へ連想が進んだ。本人の強迫傾向と支配性に焦点を当てて検討していったことで、夫に対する態度を変える決断につながり、夫に性交時疼痛と妊娠恐怖を理解してもらえるように話し合うことことで、治療目的を遂げることができた。更に最後の面接での『音楽』に関するやり取りでは、性愛化転移に対して、筆者が「ロックも聴く」という言葉で「若い元気な女の子の方がよい」と逃げているというメタファーを正確に読み取り「スケベ」と返しているあたりは見事と言うほかない。

（但し、このやり取りは最終回であることを意識してのやり取りで、治療継続の場面であれば「私の好みに関心があるんですか、何が知りたいのかな？」などと転移解釈を行い、更に性愛化転移を抵抗として扱っていく方向付けをするであろう）

このような条件を備えているクライアント

に出会うこと自体がまれなのかもしれないが、これほど知的能力が高くなくとも、クライアントのペースに合わせていくことで治療は解決の方向に進むことは間違いない。

最後に本症例のその後の経過について触れると、仕事に関して部署を移ったが前の部署との関連が断ち切れず、掛け持ちのような形でオーバーワークになり、結局食欲不振になって倒れ再入院した。本人の希望で入院中に訪室すると、夫とは性交時疼痛や妊娠の心配なくセックスができていますが、やはり気持ちを通じ合わないで十分な満足が得られているとはいえないという。しかし、そのことに関しては、「旦那を変えることができる訳ではないし、あきらめるしかないのかな」などと言い、筆者を呼んだ目的は、仕事の状況や自分の性格の問題を少しでも解決するために以前の臨床心理士にカウンセリングを受けたいと希望し、カウンセリングへの橋渡しをして欲しいというものであった（問題の受容ができて解決を求めてきた）。現在自分よりも若い女性の臨床心理士に自らの問題を相談できるようになり、定期的にカウンセリングに通っている。

性の問題の治療を通じ、自らの問題を幅広く自覚し、その解決（自らの人格の成長）のためにこれまでの問題（プライドのために相談できなかった）を乗り越えるという良い循環が生まれている。自らの努力でどのように QOL を高めていくか経過を見守りたい。

本症例の概要は、第 19 回日本性科学学会において発表した。本人の了承のもとに学会および本誌上での症例提示を行うものである。

文 献

- 1) フロイト S. : 症例研究 : フロイト著作集第5巻. 人文書院, 京都, 1969.
- 2) フロイト S. : ヒステリー研究 : フロイト著作集第7巻. 人文書院, 京都, 1974.
- 3) 融道雄ほか訳, ICD-10 精神および行動の障害・臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993.

症例報告

未完成婚のまま母になった症例

元 長池女性健康相談所

秋 葉 良 子

症 例 妻 (F) 26 歳 公立学校事務
夫 (M) 34 歳 公立高校教員
主 訴 未完成婚

現病歴

平成3年前任の高校で同僚として知り合い1年半の交際を経て結婚。妻の性交に対する拒否、恐怖感が余りに強いため、心因性のものであった夫の勧めにより平成6年1月I医大精神科を受診し、心理テスト、精神療法、産婦人科医の診察（麻酔下にて可能であった）を受ける。婦人科診察の結果、器質的異常は見られず、性的外傷体験についての言語化も試みられたが原因を特定することはできなかった。

Sensate focus exercises に続き Kaplan による脱感作療法が試みられたが、Fの脅迫的な性格傾向からその方法や、器具に対する過度のこだわりや不潔恐怖が見られ抵抗が大きく、通院も不定期であった。

一進一退のすえ、平成7年1月、夫の指一指挿入可能になったが、以後治療意欲が減退し治療の効果が得られていないと主治医より当所を紹介される。

経 過

平成7年8月紹介状を持って来所し、セックスセラピストの所長（産婦人科医）と面接。ペティンングにより快感は得られており、この

ままでもいいという気持ちと子供が欲しいので性交が可能な状態になりたいという二つの気持ちの間での葛藤が見られた。

夫の指の挿入は受け入れられても自分のほだめ、という段階からなかなか進展しないためFは麻酔下での膣口の切開を希望したが実施するに到らなかった。

4ヶ月間4回の面接後、精神科医のセックスセラピストA医師に紹介する。

A医師の治療により小指大の注射器の挿入が可能となり、注射器による精液の注入を試みる指導がなされていたが、遠方でなかなか通えないということで、平成9年7月、Fより当所で治療を受けたいとの電話が入る。

以降夫妻と所長との面接日程の調節がつかず、平成10年2月14日所長不在のとき夫妻が来所したため、急遽筆者が面接。以後引き継ぎ担当することになった。

筆者が担当してからの経過

I H. 10. 2. 4~5. 25（初回面接からAIH実施まで）

「早く子供が欲しい」というのが再び当所での面接治療を希望した理由であった。

筆者との初めて面接のためかFは肩が上がり色白の顔は人形のように強張り肩までの長さのストレートにカットされた髪型と相まって、まるで市松人形のように、陶器の人形そのものの硬さを感じさせた。

添うように控えめに座っている夫は細い体にもかかわらず存在感があった。

昨年はFの父（H9年脳梗塞で下半身麻痺）、祖母（末期がん）、母方祖父の介護などで実家に帰ることが多く注射器による精液の注入のチャンスがなく、空の注射器を練習のために挿入するときは痛みが強く、まったく入らないとのことであった。

「妊娠に対する周囲からのプレッシャーがあり、本人たちの希望も強い様なので人工受精を受けてみては？」というA医師からのアドバイスがあったとのこと。

基礎体温はきれいな二相性を示しており、また市販の試薬を使って尿中のLHから排卵日を把握することもできており、人工受精を受ける準備は本人たちのなかで進んでいた。

「今できていること」を大切に、タッチングをリラックスして楽しむこと、膣前庭への射精後に指で精液を送り込むことなどを試み、自分たちの力で子供が授かる工夫をしてみるように励ましたが、妊娠出産ということを経験して変わっていく可能性もあるという所長の判断もありAIHという本人たちの希望も受け入れることになった。

5月24日、LHサージがあり二人で注射器による精液の注入をしたがFは悲鳴をあげ、夫は胸元を蹴飛ばされ体がふっ飛び、終わった時Fは脚の震えが止まらないほどの悪戦苦闘であったので、より確実にするためAIHを受けたいと翌日来所した。

筆者は内診台での処置に付き添ったが転落するほど仰け反り身を振り、困難を極めた。しかし本人の強い希望によりスタッフ数人で体を押さえて処置を続行した。

安静室で休んだ後Fは「大学病院では自分

の言っていることがちゃんと伝わっていないと思ったが、そのことを相手にも誰にも言えずに来た。自分がこうなった原因は3つあると思う。大学の先生は父親の過保護が原因と言ったが、自分にはそうとは思えない。」と言うので、筆者は今までの行動療法的なアプローチのほかに、Fの内面に付き合うことが必要であり、Fの中にその時が来ているのではないかと感じ、定期的なカウンセリングをきちんと受けてみることを提案する。

しかし県外に住んでいる上、仕事を持っているので、なかなか時間が取れないというので、月一度の来院時に筆者が面接することとなる。

Mは最近の妻の変化として、いやな事を「いや」と言えるようになっていたのはとてもいいことだと思う、と言う。

II H. 10. 6. 18~12. 30（妊娠判明から切迫早産で入院した32Wまで）

6月15日妊娠反応陽性、基礎体温で高温相が持続していると来所。

確定診断のための診察に付き添う。超音波写真により赤ちゃんに対面できると励まし、なんとか診察は受けたが、自力で膝を開くことができず呼吸は切迫し、顔は引きつっていた。

前回より幾分前進しているようにも見えたが、これからの妊娠経過を診ていく上での困難は目に見えるようなFの様子であった。

診察後、Fは自ら性的外傷体験について語る。同僚の教師から職場で胸が大きいとか、性的な経験がありそうと言われ、「先生」というもののイメージが壊れてしまったこと、同僚に策を講じられ二人きりになりホテルに

誘われそうになったことなどが語られるが、性的な抑圧がかなり強いことが感じられ、特にFが「ここだけは守らなければと思いました。」と股間に両手をしっかりと重ね合わせて置いたのが印象的であった。

4, 5歳のころの記憶として「家業である建設業の住み込み職人で、父親の部下である人に悪戯されそうになる。下着に手をかけられ、ふざけている様子にも見えるが幼いFはどうしても逃げるのができない。」というエピソードが語られたので、ワークをする。
ワーク：小さいころの自分の怖さを思い出してみよう。エンプティーチェアーを用いて小さいころの自分に話し掛ける。Fは「守ってあげられなくてごめんね。」「でももう大丈夫。」と言い、幼いころの無力だった自分を抱きしめる。

このワークの後、変な話を聞いてもらえるかと前置きし、「なぜ自分がこうなのか悩み、問題のことは隠し前世を見てもらったことがあるが、前世で自分は父親の手下のものに辱めを受け自害しているらしい。でも現世ではちゃんと子供を産んで人生を全うしたい。」と語る。夫と交際中に「無理にセックスしたら舌を噛み切って死ぬ。」とFが言うと、夫は「いつの時代の話だ。」と笑いながらも無理強いすることがなかったのでそのことに信頼をおき、また「性的からかいからでもこれで守られると思った。」と、結婚の決心をした時の心境が語られた。

その後、定期検診のたびごとにタッチングや夫の指の挿入などを継続していくこと、リラックスできるイメージを探すこと、出産のビデオを見ること、実際の分娩に立ち会う助産婦との信頼関係を作るために、母親教室

に参加することなどを続けて、出産までの準備を進めて行った。

Mは性生活への不満からではなく、妻が必要な診察も受けられないほどの恐怖があるということが不憫なので、妻自身のためぜひ乗り越えて欲しい、無事通常の出産をして自信をつけて欲しいと願っていた。

夫婦ともに当所での自然分娩を強く願ったため、受診のたびに分娩台を使って外陰部の消毒の練習なども繰り返し実施した。

しかし、「診察」「触る」と言う言葉だけでも反射的に脚に力が入り、また、膣分泌物の検査後に入れたタンポンの抜去ができず緊急に来院することがあったり、本人に立ち向かっていきたいという気持ちがあっても、現実には分娩の進行時に必要なさまざまな処置がどれだけ可能なのか、筆者にも大きな不安があった。

また、Fは小さいころから、赤ちゃんを抱いておっぱいを飲ませることが夢だったというが、授乳の準備のために乳首の手入れの指導をしたところ、まったく触れることができなかった。乳首をつまもうと試みると指先は震え、呼吸が乱れ掌にはじっとりと汗がにじんだ。

系統的脱感作の手法が有効と考え、洋服の上からつまむ、夫につまんでもらう、夫に吸ってもらう、と順次進めていったところ、夫に触れられることと、洋服の上から触れることができるようになる。

このことはFにとってもとても意外な出来事であったようで郷里の母に話をしたというが、F自らが母に付いて話したのはこれが初めてであった。

母親が仕事をしていたためFは祖母に育て

られたが、「近所の友達と一緒にいい」とせがんで保育所に通ったほど、学校や保育園などの人の集まる所が好きであった。

「母は住み込みの弟子がいる家で家事をして、会社勤めをし、夫や姑たちの介護のため仕事をやめて苦労した人。何でも話せる友達みたいな人。」と言うが、生き生きとしたイメージが伝わってこなかった。

12月30日に重態の祖母を見舞うため実家に帰ろうとしたとき、玄関先で出血し、32W切迫早産で入院となる。

Ⅲ H. 10. 12. 30～11. 2. 13（入院から出産、退院まで）

年末休暇中の筆者に連絡があり、Fが緊急入院したがまったく診察が出来ないでいるということで病室訪問。出血は止まっていたが、モニター上に断続的に子宮収縮の波形が見られ、安静臥床の生活という指示が出ていたため、以降、出産までの5週間は主に筆者が病室を訪問する形で援助を行った。

Fは「自分では落ち着いていたつもりだったのに、下半身がすっかり硬直して内診台に上がることもできなかった。今までで最悪だった。」と落胆していたが、内診が不可能な状況なので医師は、モニターや超音波で胎児の状況を監視しながら予定日近くまで安静と持続的な点滴静脈注射により子宮収縮を抑えていく、という治療方針を話したところ、長期入院になることを恐れ退院を急いでいる様子が観られた。

これは夫と離れることへの心細さや、経済的な負担が増すことなど以上に、仙台に入院したことが知れることにより、自分達の性の問題が姑に露見するのではないか、という強

い恐れが生じたためであった。

姑は再婚によりMを生んだが、父親は人格者で温厚な人で義理の子であるMの兄姉を大切に養育したのだが、兄姉は母の強い性格を嫌い成人してからほとんど没交渉であるという。

父親が他界しMが結婚してから姑は他町で一人暮らしをしており、体が不自由である。姑の元を訪れ、日常の世話をすることが夫婦の週末の日課になっており、Fにとって非常に苦痛なことだったのだが、妊娠したことでその世話を夫が一手に引き受けてくれるようになり、ほっとしているとのこと。

「大の動物嫌い」であるFには犬をかわいがり、寝食を共にする姑の生活は感覚的に耐えがたいということや、姑に言葉の上でしばしば傷つけられているFの思いをMは承知しており、姑への否定的感情も尤もな事と受け止めているので、今回の入院のこともM自身が母には隠し続けた。

入院後5日目に祖母が亡くなる。Fの悲しみの深さを思い、筆者は数枚の紙とクレパスを渡し、気が向けば絵を書いてみるように勧め、絵を介しFの祖母への弔いと生まれてくる娘への祝福、遠いふるさとへの思いを分かち合った。

状態の落ち着いているときを見計らい、脱感作療法的に診察や分娩介助に必要なさまざまな処置についての練習を繰り返したり、Fの語ってくれた夢を素材に同僚だった男性への嫌悪と怒り、侵入してくる力や、肉の穴（腔）への恐怖について意識化する援助を続けたが、38週に入り規則的子宮収縮が始まり、児心音の低下が観られたにもかかわらず、内診が出来ないためやむを得ず麻酔下で診察。

子宮口がまったく開いていないことが分かり
母児の安全を考え本人達の上の了承のうえ、帝王
切開による出産となった。

出産後の母子の経過は順調であったが、授
乳は乳頭保護器をつけてかろうじて可能であ
り、F自身の処置、退院時の内診などはすべ
て麻酔下で行われた。

考 察

筆者は保健婦助産婦として、主に産婦人科
医院に併設されている相談所で相談に携わっ
ていたもので、診療部門や病室が同じ建物の中
にあり、医療と相談がスムーズに連携できる
恵まれた環境の中で症例に出会い、医師や入
院中の看護にあたるスタッフとともに行動療
法的なアプローチや、保健婦としてのかかわ
りをしながら「母になる」ためのプロセスに
連れ添い、出産後まで立ち合うことが出来た

1年であった。

しかし、お互いが信頼し理解し合える関係
が築かれる前に思いがけず早く妊娠が起こっ
てしまい、母子共に無事に出産を終えるよう
援助することが第一の緊急の課題となり、筆
者はまるで走り出した列車を必死で追いか
けていたような状況であった。

「子供が欲しい」という夫婦の来所時の願
いは無事叶えられたが問題の本質は改善を見
ないまま残されてしまっている。Fは自ら自
分の内面や夢を語ってくれ、筆者も可能な限
りFの内面に付き合ってきたつもりであるが
筆者の力量が及ばず、性的外傷体験を乗り越
えるための援助、母なるものとの関係につい
ての洞察を通して、Fが内面的に成長するよ
うな援助等が十分に出来なかったことが残念
である。

電話相談における女子高校生の症例

国立教育会館いじめ問題対策情報センター

西 博 子

【はじめに】

電話における性の相談には逸脱した性行動を繰り返し、継続して通話するケースが多く、相談者のほとんどは男子高校生である。性的逸脱行動の繰り返しの背景には、相手となる女性の積極的な性行動があるが、女性からの相談は少ない。1990年4月から1992年3月までのヤングテレホン（小学生から20歳までを対象とする電話相談）で受信したうちから、女性の症例を報告する。

【症 例】

女性 高校1年生

〈主 訴〉

妊娠しているかもしれない。相手はわからない。

〈家族歴〉

両親は離婚し、母親と二人の生活

〈生活歴および性格傾向〉

高校入学後の生活は男子生徒との交際とアルバイトが中心になっている。素直だが明るいタイプではない。

〈現症歴〉

グループでシンナーを吸い、複数の男子と性交渉を持つ。

〈相談の経過〉

最初の通話は、中学校の担任と話しての帰りで、担任が高校入試の結果を心配していること、受験した高校は「かわいがってくれた

女子の先輩が『来いよ』と言ってくれたから」と話す。合否については「勉強しなかったからだめかも」と言って、結果は連絡すると約束して終わる。初めての通話にしては人なつこい話し方をする。

数日後、合格の報告をしてくれるが、「これから先輩と会うから」といって慌ただしく切る。

入学後一カ月ぐらいいして、中学の男子先輩Kとの学校内での交際について弾んだ声で、かけてくる。授業について聞くと、「よくわからない」と言うが、気にはしていないらしい。

この後は週に1〜2回かけてくる。話の内容はKとの交際の様子で、夜Kのバイクに同乗したりしている。そして校内でのほかの男子生徒からも「声をかけられる」と満更でもない感じで話す。慎重な行動をするように伝えると、素直に聞いているが、頼りない返事が返ってくる。

夏休みに入る頃、女子先輩に「怒られた」と語り、彼女自身の行動を注意されていると話す。数日後の電話では、数人の女子から放課後の教室で罵倒された様子を話す。彼女の行動に対する非難と妬みの様子がうかがえる。この頃からつきあっている男子先輩Kからも信用されなくなり、二人の関係がこじれている。

夏休みにはガソリンスタンドでバイトを始

め、仕事の様子を元気に話していたが、次の通話では、「やめさせられた」という。

これまでの通話は、相談と言うより事後報告に近く、自分の近況を話すと「またね」と言って一方的に終わり、気持ちが通わない感があった。一人娘の生活行動を両親がどの程度把握し、対応しているか、家庭生活について話を向けてみると、それに対して彼女は、両親は共働きで父親は「自動車の修理関係のような仕事」、母親は「パート」と曖昧な話し方をする。乳児の頃は祖母に育てられ、幼い頃から一人で過ごすことが多かったという。しかし、彼女と両親との日常生活の話はなく、家庭生活、両親の姿が見えない。特に母親の姿が全く見えてこない。

学校については入学当所から、高校生としてスタートする気持ちを話すこともなく、学校そのものへの関心は希薄である。

夏休み後は思い出したように時々電話をかけてくる。放課後、部室の机の上で性交渉を持った話をする。親しい間柄でもない男子生徒とその場の雰囲気流されてのことのようである。多少後ろめたい気持ちで電話をしてきたのだと思うが、後悔している様子でもない。妊娠ということに関して、自分を大切にするようにアドバイスを。

その後の通話では学校で男子生徒から「誘えば簡単」と噂されていると話す。それが「いやだ」とか「悲しい」と言った言葉の表現はないが、何か違和感を感じて電話してきたと思われる。この後、牛丼チェーン店のバイトの面接の話、父親がバイク用のピンクのヘルメットを買ってくれたことなど、その時々状況を伝えてくる。だがバイトの面接には受からなかったようだ。

冬休みに入る頃からグループの行動が多くなる。夕方に電話をかけてきて「これから誰々の家に行く」といい、その家が農家で「牛がいるんだよ」と、楽しそうに初めて訪ねる家の話をする。グループの仲間は男子が多く、仲間の家族が不在の日に数人で泊まりに行く。通話の度に日々の生活行動は漫然なり、学校生活から外れていく。彼女の行動を両親、学校がどのように把握、対応しているかが気になり、親の様子を聞く。すると、両親は離婚していること、父親の居場所は現在分らないこと、母親には愛人がいて週に1~2回帰ってくる、そして生活費は母親が帰宅したときにまとめて渡されていることを話す。中学時代には担任に相談していたようであるが、この通話からも彼女の親に対する感情は示されない。

2月半ば、「生理がない」といってかけてくる。いつも共に行動する仲間にはほかのメンバーが加わり、アパートの一室でシンナーを吸い数人の男の子に「回された」と話す。相手は複数でわからないという。容易ではない内容だが普通に話し、切迫感は感じられない。

一般的な対応ではあるが、専門医の診察を受けること、母親に相談することなどについてアドバイスを。

このようなケースに関係なく、子供が自分の苦しい状況を親に相談することが困難で実行できない場合は多い。特に彼女の家庭環境からも難しいと考えられたため、信頼して相談できる知人・友人の心当たりについて聞くと、中学の時の担任なら相談できるかもしれないという。病院の診察に必要な保険証、お金についても心許ない状況である。とりあえず、地域保健所の中にある、性に関する思春

期相談に問い合わせた上で、面接の曜日と時間を教える。そして予約をしてから必ず行くことを約束させて終わる。これが最後の通話となる。

相談員本人の都合で3月末で退職しているため、その後の彼女の様子は分からないが、心に残るかけ手である。

【考 察】

電話相談には話し相手を求めてかけてくる青少年が多い。彼女もその一人で、常に誰かと関わっていたいという思いが無意識にある。声をかけられると簡単についていく無防備な行動は自分でも気づいていない心身の寂しさからくると考えられる。そして、自分の感情や要求を、親、友人、あるいは通話の中で自由に表現することができないのは、母親との基本的信頼関係、そして基本的な行動様式を獲得していないからである。

社会的行動は乳児期に始まり、社会的環境における対人関係の中で習得されていく。乳児の社会的行動の学習は、家庭という社会的環境で自分を世話する大人（たいていの場合は母親）との「泣く→あやす」、「微笑む→声をかける」といったタイミングの良い応答によって進められる。ある時は促進的、またある時は抑制的といった母親の適切な行動が子供の行動の社会化を進めていく。このような社会的関係の中で母親との愛着を形成し、基本的信頼感や多様な行動様式を獲得する。それが社会的発達的基础を形成してゆく。

生後、すぐに祖母に預けられ、幼い頃から一人で過ごすことが多かった彼女が安定した愛着を形成することはできなかったと考える。一年近い通話の中で彼女は中学の担任が心配

してくれること、先輩たちがかわいがってくれることを強調している。それは自分を構ってくれる人があることを伝えたい、そしてその事実を自分自身に対して肯定したい気持ちが背景にあるのではないか。

未成年の妊娠のケースでは、仲間が呼びかけて病院の費用を工面したり友人が物心で支える面が多い。しかし彼女の場合は相手が特定できないこと、そして学校生活から外れ、信頼できる友人がいないこと、さらに希薄な親子関係が問題をより困難にしている。

この事例は彼女の家庭環境と、学校環境が主要因と考えられる。特に親の養育態度が大きな要因となつてはいるが、彼女の言動は母親のモデリングとも考えられる。

最後に通話となったときの彼女の状況では、電話相談が唯一の場であったと思われるが、相談者に直接関わるのが原則として不可能なため、対処にも限界があり、もどかしさを感じた事例の一つである。

【おわりに】

電話相談には、ボランティア活動も含め15年間青少年と関わってきている。その中で性教育のあり方について考えさせられることが多い。

小学校高学年の女子は「なんだかよくわからない」、中学生男子は「本当に知りたいことを教えてくれない」と言い、高校生女子は「出産シーンのビデオで妊娠が怖くなった」と話す。そして多くの児童、生徒は、学校の「性」の授業がつまらないという。

児童、生徒に対して性教育に何を期待するかアンケート調査を実施し、大人の立場からの性教育ではなく、子供達は何を必要として

いるかを知ることが大切と考える。

参考文献

1. 塚田鉦一：児童心理学，明星大学出版，1987 年。
2. 内山絢子：性教育解説用語・現代性教育研究月報，Vol.8 No.11，1990 年。

提 言

バイアグラで男性器ばかり元気をつけてよいのでしょうか？

山崎産科婦人科医院

山 崎 高 明

現在、全国の泌尿器科医やその他の科のドクターが勃起障害の男性患者に対してバイアグラを処方して、この薬剤の使用量がかなり増えています。はたして男性器のみを鼓舞してその目的は達成されるのでしょうか？

性行為は男女両性が対等の立場で快適な関係を築き上げるために行うものである以上、受け入れ側の女性器の状態も整える必要があると思われます。

わが国における女性のライフサイクルの変化をみると、1935年の平均寿命は50歳であったものが、わずか65年後の今日では83歳にまで延長し、いかに閉経後の30年間もの間パートナーとの良好なコミュニケーションを維持していくかが問題になってきています。

女性の性刺激を受けとる神経末端は図1に示す如く¹⁾主としてクリトリスと小陰唇に分布しており、膣は鈍感な臓器なのです。男

性はすぐにペニスを腔内に挿入してピストン運動をしたがるものですが、女性をオーガズムに導くためにはクリトリスと小陰唇への刺激がいかに必要であるかを再認識していただきたい。

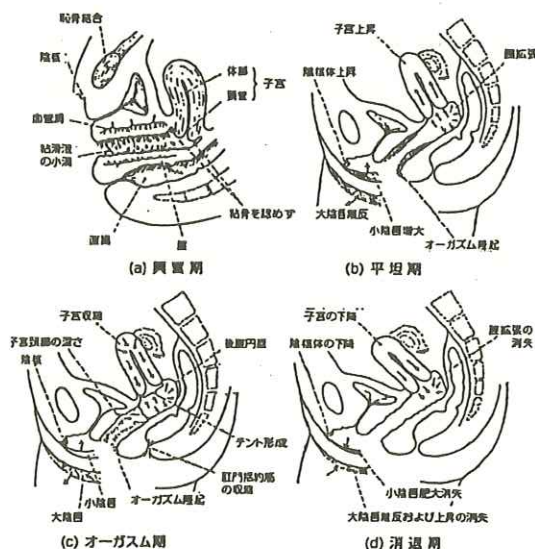


図2 外陰腔の反応 (Masters)²⁾

Masters & Johnson の人間の性反応をみると、図2のごとく²⁾、興奮期、平坦期、オーガズム期、消退期の4期があると言われ、まずエロチックな感情が起こってくると全身の血流が良くなり、充血が起ってきます。

局所的には腔壁の動脈の血流が増えてくると、腔壁が汗をかいたように濡れて、Lubrication が得られます。これは男性のペニス

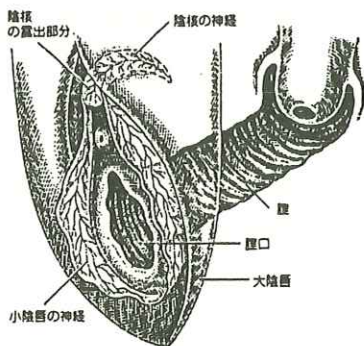


図1 性刺激を受けとる神経末端¹⁾

の動脈血が増し、静脈血がせき止められて勃起する現象と同様です。

男性のペニスが勃起し、女性の膣の Lubrication が得られたら Sex Stand by の状態になったことです。次いで平坦期では膣内へペニスが挿入されてピストン運動が開始されますと、膣壁の外側 1/3 はオーガズム隆起といって膨隆し、奥 2/3 は拡大してパクッと広がり、子宮は上方へつり上げられます。

ついでオーガズム期になると男性は射精して快感が得られ、精液は膣の奥にプール状に溜まり、女性では膣の外側の部位が締め、膣と肛門の間の 8 の字状の括約筋が 0.8 秒間隔で 4~5 回収縮に収縮します。膣の奥 2/3 は拡大して挿入されているペニスの先端は中空に浮いた感じで、ちょうど巾着の口が閉まった感じです。子宮は下方に下がってきて、プール状に溜まった精液を陰圧で吸引するようになります。

このように男女ともオーガズム期で頂点に達し射精して快感が得られたら、消退期に移行します。

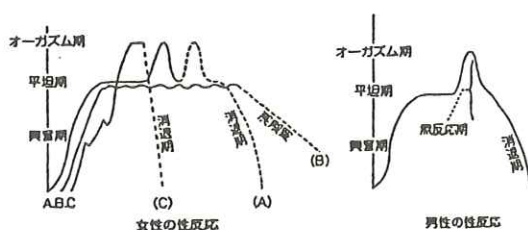


図3 人間の性反応 (Masters)³⁾

これを曲線でみてみますと、図3のごとく³⁾男性の場合は興奮期で次第に上昇しだし、平坦期で plateau に達し、オーガズム期で頂点に達し射精して快感が得られたら、消退期に至り下降するという、どの男性もワン

パターンの曲線を描くといわれています。

バイアグラはこの興奮相から効くのであって、欲望相を高める作用はないと言われています。

ところが女性の場合、

- 1) 興奮期で次第に上昇し、平坦期で plateau に達した後、一行為の中 2~3 回もオーガズムを得て消退期に移る A タイプ
- 2) 興奮期で次第に上昇し、平坦期で plateau になるが、オーガズムが得られないまま消退期に至る B タイプ

3) 男性と類似した曲線を描く C タイプ
があると言われ、これは年齢差、個人差、その人の健康状態により色々な変化が認められるようですが、男性がいくら金と力で女性を思い通りにしようとしても、概して女性が相手の男性を好ましいタイプと思わなければ A タイプは示さず、好ましくないと思った場合には B タイプを示すといわれ、やはり女性側にこそ選択権があることを男性は充分認識して欲しいと思います。

不感症とは、男性のインポテンスに対して女性で性交による快感が得られないことを言い、この場合性的欲望はあります。初めから性的欲望すら起こらない症状が冷感症です。いずれもおおむね精神的な原因に基づく場合が多く、妊娠への恐怖や雑居の環境への気遣いなどにより起こることが大半であるといわれています。

モアレポートによれば⁴⁾、日本の女性における不感症の頻度は 25% といわれ、これはパートナーとのコミュニケーションの悪さに原因があると思われます。

更年期になり女性ホルモンの分泌低下を来すと、下垂体からの性腺刺激ホルモンの分泌

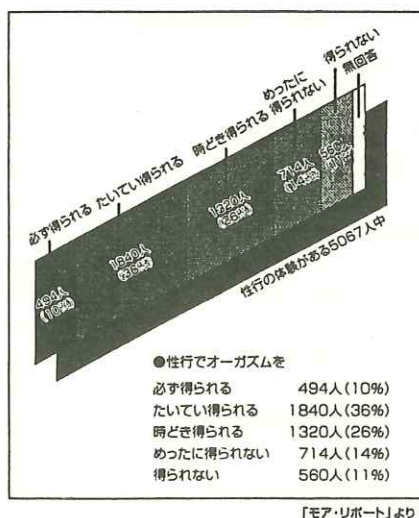


図4 性交でオーガズムを得られますか⁴⁾

が亢進して hypergonadotropic-hypergonadism の状態になり、血管運動神経が障害され、末梢循環が悪くなって、いわゆる、めまい、のぼせ、肩こり、頭痛、耳鳴りなどの更年期症状が現れてきます。

局所的に腔の変化をみてみると、女性ホルモンが分泌されている時期には腔内にデーデルライン腔桿菌が繁殖して、外から来る大腸菌に打ち勝って腔の自浄作用が働き清潔が保たれているが、女性ホルモン欠乏によりデーデルライン腔桿菌の繁殖がみられなくなると大腸菌に汚染されやすくなり、老人性あるいは萎縮性腔炎を起こしてきます。このような状態の腔内にペニスを挿入してピストン運動をしようものなら、痛くてとても我慢できないことになります。たまたに性交を持つと痛いので、ますます機会がなくなると腔萎縮症となり、遂にはペニスの受け入れも困難になってしまいます。このように人間の道具も好条件を保ちつつある程度規則正しく使用していないと、廃用性萎縮に陥って役に立たなくな

りますので、よく注意していただきたいものです。

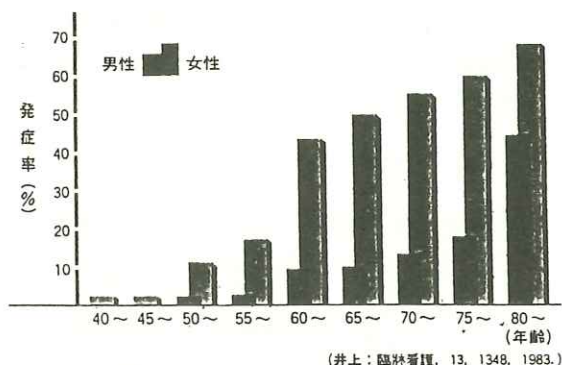


図5 骨粗鬆症の年齢別発症頻度⁵⁾

また更年期になりますと、子宮が萎縮するとともに、骨粗鬆症を起こして背中が次第に曲がってきます。骨粗鬆症の年齢別男女発症頻度をみると図5に示す如く⁵⁾、男性は80歳位まで男性ホルモンが分泌されるので発症頻度はそれまではあまり高くないのに対して、女性は50歳前後で女性ホルモンの分泌が停止するため次第にその発症頻度が高まり、全体として男性の3倍程度の頻度となります。

長期間にエストロゲン低下の随伴症状をみてみますと図6に示す如く⁶⁾、血管運動神経

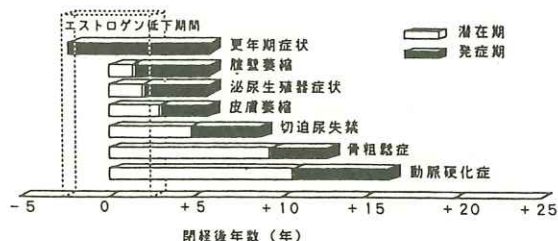


図6 更年期・閉経前後の各種症状の発現 (van Keep, 1973 より改変)

障害に基づく初発症状に引き続いて、皮膚粘膜萎縮に伴う諸症状を経て、骨粗鬆症や、高脂血症による動脈硬化症が現れてきます。これらの症状が顕著になってから女性ホルモン補充療法を行っても間に合わず、潜在期から開始する必要があります。

表1 当院におけるHRTの長期例⁷⁾

症例	初診年齢	HRT開始	主訴	経緯	HRT内容	効果	副作用
1	48 (79)	12年	性交痛 (未産婦)	48	E3+タイレルモンテボー(1年) E3+エストロゲン(10年) E3+エストロゲン(1年)	著効 H.B.11で中断	認めず
2	48	16年	性交痛 (未産婦)	47	E3+タイレルモンテボー 当院で服用開始(8年)	著効 舌やくみられる	認めず
3	44	8年	めまい 欲求不満	53	E3 5年前よりP追加	著効 舌やくみられる	認めず
4	48	14年	舌のり感 いらいら	47	E3+70カ月(14年) E1+P(10年+1.5年)	著効 発汗によい	認めず
5	19	14年	無月経 (Ope後)	19	ベラニジボ+プログテラ(3カ月) デボシネ+アルゲン(7年) E1+P(17年)	著効 休養で順調あり	認めず
6	48	7.2年	性交痛 褐色帯下	42 (AT)	E3+タイレルモンテボー(3年) E1+グランドキシリン(2年3カ月) E1+P(1年9カ月)	著効 発汗によい(ワラワ) H.B.10中止(乳癌)	乳癌
7	48	9年	無月経		ベラニジボ+プログテラ(4カ月) デボシネ+アルゲン(4年) E1+P(5.5年)	著効 舌やくみられる	認めず
8	43	8.5年	無月経		ベラニジボ+プログテラ(10カ月) デボシネ+アルゲン(1年) E1+オステオポニアアルファ	著効 オステオポニアH.D.S.15 骨密度に効果	認めず
9	59	8年	性交痛 めまい	38 (AT)	E3+タイレルモンテボー(3.7年) E1+P(4年2カ月)	著効 皮膚掻痒感消失	認めず
10	45	7.5年	のぼせ 性交痛	43	E3(5年) E3+オステオポニアアルファ(2.5年)	著効 睡眠良好、食欲増進	認めず
11	55	7年	性器出血 帯下	45	メルサルモン(4年) E1+P(3年)	著効 発汗、物忘れ減	認めず

当院では表1に示す如く⁷⁾ 7～16年間ホルモン補充療法(HRT)の経験例11例を第16回日本性科学学会で発表しました。その後も引き続いて当院で3年以上HRTを実施した20名からのアンケート結果(複数回答)によると表2に示す如く、性交が楽になったが18例と最も多く、ついでほてり、発汗が減少した16例、気持ちが明るくなった14例、よく眠れるようになった、若返ったと思うが夫々12例、意欲的になった、腰痛・肩凝りが軽減したが夫々10例、いらいらが軽減し

表2 HRTの効果

性交が楽になった	18例
ほてり、発汗が軽減した	16例
気持ちが明るくなった	14例
よく眠れるようになった	12例
若返ったと思う	12例
意欲的になった	10例
腰痛、肩こりが軽減した	10例
いらいらが軽減した	9例
疲れにくくなった	9例
手足の冷えが軽減した	8例
排尿がよくなった	5例
かゆみなどの皮膚症状が軽減した	5例
ひざの痛みがとれた	2例
発声がよくなった	2例
めまい、眼精疲労、頭のしびれが軽減した	1例
物忘れが少なくなった	1例

た、疲れにくくなったが夫々9例、手足の冷えが軽減した8例、排尿がよくなった、かゆみなどの皮膚症状が軽減したが夫々5例、膝の痛みがとれた、発声がよくなったが夫々2例、目まい、眼精疲労、頭のしびれが軽減した、物忘れが少なくなったが夫々1例と、全例で諸症状の改善がみられた。

副作用としては、7年2ヶ月間HRTを行った1例のみに乳癌の発生がみられたが、これも術後の病理組織学的検査からホルモン非依存性のタイプであると判明しました。

これらの症例の多くに性交痛を認めましたが、初めから性交痛や不感症を訴えられることは殆どありません。外陰部がヒリヒリするとか、痒いといった表現をされることが多く、こちらの方から質問すると、実は主人との性交の時に痛くて我慢できないので相談に来ましたと言われる方が多数おられました。このようにこちらから患者さんの本当の訴えを引き出すことが重要で、まずこのような場合には Luve Jelly の使用を勧めます。それと同

時に HRT を開始しますが、その効果が現れてくると Luve Jelly は不必要になってきます。

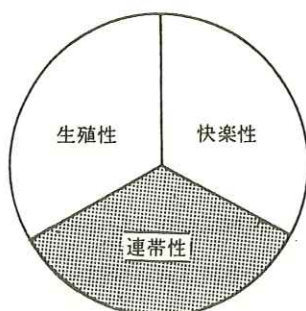


図7 性の意義⁸⁾

これまで性の意義としては図7⁸⁾に示す如く生殖性、快楽性、連帯性の三つが挙げられていましたが、現在では生殖性、すなわち子作りのための性は人生のほんの数年間が関与するのみで、あとはいかに妊娠を避けて快楽性、連帯性を得るかということが目的となります。しかしあまり快楽性を追求しすぎるとアウトサイダー方面に走ることがなきにしもあらず、結局人生80年という長い時間を生き抜くためには連帯性に最も主眼を置かなければならないのではないのでしょうか。

こういった観点から、どうぞバイアグラを処方するドクターは男性への治療だけでなく、

パートナーの女性に対する HRT にも顧慮していただき、質の高い性関係を築き上げられるようサポートすべきであると思われる。

(本論文の要旨は平成11年10月9日三重県津市における第19回日本性科学学会で発表した。)

(セックス・カウンセラー
セックス・セラピスト
スーパーバイザー)

文 献

- 1) John J. Burt, Linda Brower Meeks : 宮原 忍, 日暮 真, 小林芳文訳, 体系現代の性教育, p.468, 大修館書店, 1978.
- 2) 石浜淳美 : Sexuality Manual, 人間の性反応 (Masters), p.27, 共同欧文センター, 1984.
- 3) 同上, p.17.
- 4) モア・レポート, p.478, 集英社, 1983.
- 5) 井上哲郎 : 臨床看護 13, p.1348, 1983.
- 6) Van Keep PA et al: 1973.
- 7) 山崎高明, 山崎敦子 : 中高年女性の QOL に対する HRT の長期例について, 日本性科学会雑誌 15, p.36~42, 1997.
- 8) 黒川義和他 : 人間の性と教育, p.10, 一風社, 1985.

夫が妻に暴力を振るうとき

— ドメスティック・バイオレンスの真実 —

ニール・ジェイコブソン, ジョン・ゴットマン 共著

戸田 律子 訳 講談社

中林病院産婦人科

堀 口 貞 夫

ドメスティック・バイオレンスは直訳すれば、家庭内暴力ということになります。日本で家庭内暴力といえば、1970年代の「子ども達の街頭や学校での暴力が家庭内にも及んだ」といわれたような状況で、使われたように思います。

アメリカでは1960年代後半からのフェミニズムの大きなうねりの中で、夫による妻の支配が当然の権利のように見なされ、その支配を確実なものとするために暴力が使われていたことが明らかにされていきました。更に1970年頃から、夫や恋人からの暴力の経験を語り始めた女性達と、女性への暴力に関心を寄せた女性たちによる「The Battered Women's Movement（殴られた女性たちの運動）」の積み重ねを背景に Domestic Violence (D. V.) という言葉が親密な関係にある男性から女性への暴力を意味する言葉となり、性差別の究極の姿の一つと捉えられたのです。

女性が被害者となった殺人事件の1/3は、夫、元夫や交際中あるいは元交際相手の男性であったといわれます。我が国でも1995年度の警察庁の犯罪統計によると、女性が被害者となった殺人事件の約三割は夫あるいは内縁の夫によるものです。しかし、暴行傷害事

件の検挙件数の中で夫から妻への犯行は1%に過ぎず、法は死に至るような暴力でなければ「犬も食わない夫婦喧嘩」として家庭内の問題には介入しないという立場を取っていることを示しています。

日本におけるドメスティック・バイオレンスについての初めての全国的調査は、1992年に「夫（恋人）からの暴力」調査委員会によって行われました。その結果は「ドメスティック・バイオレンス」（有斐閣選書 1998）にまとめられています。

そこで本書「夫が妻に暴力を振るうとき（When men batter women）」（Simon & Schuster Inc. 1998；日本語版 講談社 1999）です。これはワシントン大学臨床心理学教授で同大学の臨床研究センター所長のニール、S. ジェイコブソンと同大学心理学教授のジョン、M. ゴットマンが五年以上かけて行った臨床実験から得られたものをまとめたものです。新聞やラジオでの呼び掛け（「研究に参加する既婚カップルに謝礼。最高200ドル。夫婦間の対立があるカップルを募集」）に応募してきた201組に対して先ず一年間の予備調査を行って、条件（図）に適合した143組に実験に入ってもらっています。

143組	63組：暴力的カップル 暴力とはこの一年間に ①少なくとも6回の乱暴な行為。 どついたり、ひっぱいたり ②2回以上の激しい暴力行為。 蹴ったり、拳骨で殴ったり ③1回以上致死の可能性のある 暴力行為。 連続の殴打、凶器を使う、凶 器を使うと脅す。 があったもの。
	27組：上記の暴力ほどではないが、暴 力の存在したカップル。
	33組：暴力は存在しないが、結婚生活 に不満のあるカップル。
	20組：幸せて、結婚生活に満足してい るカップル。

図 実験に加わる為の条件

実験セッションがこの研究のもっともユニークなところで、実験室の中でカップルの口論・争いなどの様子をビデオに記録し、しぐさ・表情・言葉や行動を分類分析します。同時に脈拍数・筋肉の動き・発汗などの生理的反応も記録し、それを録画と照合します。更に録画を見ながら、その時の当事者の心の動きの聞き取りを行っています。実験セッションの終わりには、個別に心理相談・法律相談を行い「安心して帰れるか」を妻に確認し、シェルターも紹介できるようにしています。また実験に参加したことが原因の暴力はなかったことを電話で確認を取るようにしています。二年後に、もう一度実験セッションを繰り返すこの間に変化があったかどうかを見えています。

更に三年後に、妻と夫の面接を十分に時間をかけて行い、その後の二人の関係の変化の有無などを追跡調査しています。

研究論文ではないので、実験セッションがどのように進められたのかは、書かれていな

いため解りません。しかし、綿密な計画に基づいた臨床実験であり、性行動についてのマスターズ報告と同様、限られた条件下ではありますが、アンケート調査では得る事のできないドメスティック・バイオレンスの実態の一面を科学的手法で捉えることができたのは確かでしょう。

すなわち、当事者の訴えだけではなく観察者による客観的な保証があること、敵意やおそれなどの感情の果たす役割が大きいといわれていますが、それを客観的に評価するSPAFF システム（この実験グループが開発）を使用したこと、心拍数・発汗・筋肉の動きなどの生理的活動を記録することで科学的な裏付けとしたことなどです。

それから解ったことの第一は、暴力を振るう人に二つのタイプ（コブラ型・闘犬型と名付けています）があることです。これに似たことは従来の研究でも指摘されていたことですが、生理的反応の面からも明瞭に分けることができ、その後の経過や対策を考える上で大切なタイプ別けであることが解ったことです。

第二は、身体的暴力が減っても、心理的暴力は増加し、身体的虐待を補完した形になっていることが解ったこと。心理的暴力は従来の研究方法では解りにくく、身体的暴力が減少することで、暴力が収まってくるのではないかという幻想を生む原因となっています。

第三に、ドメスティック・バイオレンスの20%を占めるコブラ型では被害者は加害者から離れることは出来るが、次々に新しい犠牲者を生む可能性があり、闘犬型（D. V. の約80%）では被害者が離れようとすることで生命の危険を伴う可能性があり、被害者と周囲

の人の強い意志と援助が必要であると思われること。

第四に、残念ながら今のところ暴力を振るう男を法的制裁や心理療法などの教育・更正プログラムによって変えるのは難しいようだと言っており、ドメスティック・バイオレンスを根絶する方法についての方向性もまだ見えていない様です。暴力を振るう男をつくらないこと、その根っこには父権主義があることを主張しています。

暴力を振るう男の問題は全地球的なものであることが解ります。日本が遅れていると思われるのは法律的な整備と、ことは夫婦の（家庭内の）問題ではなく女性の尊厳あるいは社会的に生きていく権利（人権）の問題であることを認識することです。家長を中心とする伝統的な家庭を秩序あるものとして守ろうとする限り、ドメスティック・バイオレンスは家庭内の問題として矮小化されたままであり続けるでしょう。「我が国にはドメスティッ

ク・バイオレンスなどは存在しない」と考えている人達にも読んでもらいたい本です。

- ① 特殊な状態での D. V. の観察に基づいたものを一般化することができるのか？
- ② D. V. の加害者はすべてコブラ型と闘犬型の二つに分けられるのか？
- ③ 加害者の教育・更正プログラムは効果がないようだというのは本当か？
- ④ 法的制裁（懲罰）で加害者を変えることが出来るのであろうか？
- ⑤ 親密な関係にある男から女に加えられる暴力の源を父権主義（家長制）のみに求めて良いのであろうか？

以上のような疑問が湧いて来ますし、まだ解明すべきことは多いのですが、このような研究の積み重ねの上にこの問題の解決の方向が生まれてくると思われます。

書 評

The G Spot And Other Recent Discoveries About Human Sexuality

著者：A. K. Ladas, B. Whipple, J. D. Perry

発行所：Published by Transworld Publishers Ltd., 1983

昇平産婦人科
林田昇平

193頁の軽い文庫本だが、内容の密度は高い。各所に興味ある症例をちりばめて、読者を引きつけながら、性科学を科学として構築しようとする努力は、評価される。

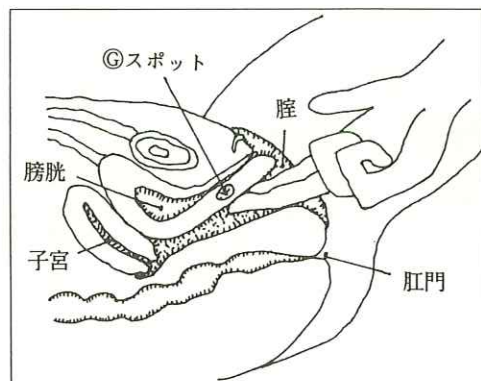
この本の内容を少し紹介しよう。

まず、今世紀における人間の Sexuality の考え方の変遷について述べている。偉大な開拓者達が、ショッキングな情報を三度、吾々に与えて、世界を変えた。最初の人物は、S. フロイト、次に A. キンゼイとその協力者、次いでマスターズとジョンソンのチームだった。彼等の業績は、多くの面で吾々の世界に大きく影響を与えた。しかし彼等の発見と理論的結論は、夫々お互いに矛盾があった。例えば、特にオーガズムに関して、フロイトは、腔にこそ成熟婦人の満足があり、小児のようなクリトリスへの執着は神経症であると述べた。キンゼイとその協力者は、或いは更にマスターズとジョンソン等は、大部分の女性のオーガズムにはクリトリスが必要だし、又、クリトリスは、女性の性欲をかきたてる第一の焦点なのだと述べている。20世紀の欧米の歴史の中で、人の Sexuality が最初の本格的テーマになった時、何故こんなに大きな意見の相違になってきたのか、これを探るため

三組の夫々の研究者達の研究方法の特長と、由ってきた発想の違いについて考察を加えている。

1980年、著書はGスポットについて報告し、更にPC筋（骨盤底を掩っている筋は肛門挙筋であり、その筋の一部が恥骨から始まり尾骨についている。Pubo Coccygeal Muscle）について言及している。しかしすでに1940年ケーゲル教授はPC筋の性についての重大な意味を発表していた。

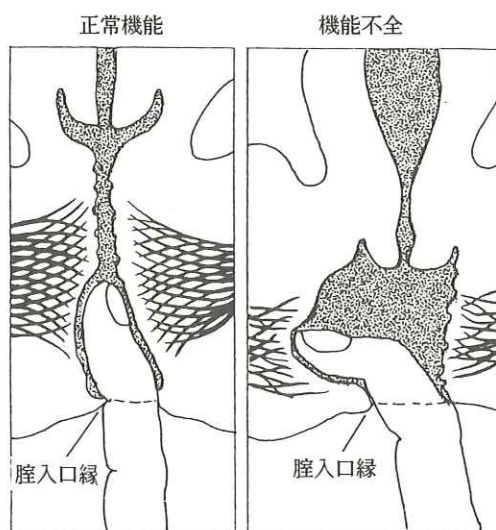
次にGスポットについてはこう書いている。1944年ドイツのグラフェンベルグ医師が、アメリカのディッケンソン医師と共同研究して発表した。そしてGスポットのロケーション



イラスト・A Gスポット

ン・大きさ、興奮による変化について説明している（イラスト・A）。著者は、女性のGスポットの位置が、男性の尿道の膀胱入口部に位置する前立腺と一致していることから、そこに男性の前立腺の相似組織の痕跡を求めている。又、全ての女性は乳房をもっているが、乳房の刺激が全ての女性にとり、性的とは言えない。これはGスポットの場合も同様であると、Gスポットの性的個人差を説明している。更にGスポットにより導かれたオーガズムは、単にクリトリス刺激でのオーガズムとは違い、ずっと深い感覚である。Gスポットは深い感覚の源泉だと数多くの症例をあげている。これは、Gスポットが、臀部神経よりも、骨盤神経支配だからと説く。女性のGスポットと平行して、男性の前立腺の性的意味についても言及している。特に外科医は、Gスポットの位置を知り、手術のさい傷つけぬ様にと、忠告している。

次には、健康な筋肉特に骨盤底筋（PC筋）と、性との関係を説明し、その評価と、PC



イラスト・B PC筋

筋の訓練について、37頁を費やして述べているが、この章はこの本の白眉だろう。PC筋が臀部神経と骨盤神経の二重支配であるため、人間の体の中で最も複雑な部分の一つであり、オーガズム反応の幅広い変化が説明できると述べている。男性のPC筋も性的に重要であること。PC筋は、随意筋であること。PC筋の評価は未だ説明できないことが多いこと、を説明している（イラスト・B）。PC筋の訓練について、ケーゲル教授の原法を記して、目だつ効果をあげるための運動量を記載している。腔圧性尿失禁の治療のために行ったケーゲルの訓練により、多くの女性が、生まれて初めて性交でのオーガズムに達した。この事実に基づき、ケーゲルの訓練が性治療に発展した。更にPC筋の練習で、只一つの問題は、性欲の亢進であることも述べている。

次には、オーガズムの見直しに言及し、最後に、性の完璧主義を排すると言葉を結んでいる。

又、Gräfenbergスポットについて。腔壁には、神経の終末装置はないが、尿道オナニーでも明らかのように尿道に集中して神経終末装置が存在する。又、腔壁と尿道粘膜は、一枚のうすい筋膜を介して隣り合わせだ。Gスポットは尿道海綿体と表現される快感の源泉と言ってもよいのではないか。解剖学での組織学的証拠が見出せなければ東洋医学上のつぼ（穴）の概念の導入は如何なものだろうか。

更に、PC筋の運動訓練について。現今の日本のPC筋の運動訓練は、母親学級で僅かに行われているに過ぎない。その原因は、ケーゲル教授の原法の認識が少なく、効果を期待できないと安直に判断しているのではないか。次は、抵抗器やPC筋の腔圧強度測定器を使

用しての組織だった専門的指導が極めて少なく、訓練の途中でドロップアウトしてしまうケースが多いのではないかと。

専門的な指導が期待される。

編集後記

- ✧ IT革命時代を受けて社会の大変革を実感します。性についても大きく変わってきたのを感じます。世代間の意識や性行動の差異が大きくなりました。若い世代の性意識や性行動は、旧来とちがった全く新しい性文化とも言えるものです。中高年世代の夫婦崩壊やセックスレスの激増を心療内科の窓から実感する今日ですが、心療内科外来にくる人だからそうなのか、夫婦崩壊やセックスレスだから心身症になっているのかは明確ではありません。問題として訴えていないのですが探ると夫婦崩壊やセックスレスであるカップルが実に多いのを感じます。
- ✧ バイアグラが性障害の治療を一変させていますが、さらにちかじか武田製薬から新しいタイプの性治療薬が発売されるようです。バイアグラ時代の性でも重要なのはこころの問題です。感情のこじれた性欲に関する障害にはバイアグラも非力のようです。性教育も時代の変化を受けて新しい装いをし始めたようですが、更年期の性教育が思春期の性教育に加えて重要ではないかと思います。
- ✧ 18巻1号の学会誌をお届けします。本号では3つの原書と3つの症例報告より構成されています。バイアグラに関する報告、性交疼痛についての研究、性同一性障害についての解説で、症例報告も興味深い事例です。認定制度も行われていることすし、多くの会員諸氏の投稿をお願いします。
- ✧ 書評で紹介されている「ドメスティック・バイオレンス」の問題は最近注目されてきた問題です。ご一読をお勧めします。Gスポットに関する新しい発見についての書物も興味深いところです。
- ✧ 今年は夏に神戸でアジア性科学会が開かれます。アジアの性の現況が発表されると思います。多くの会員の参加を期待します。

（編集担当理事 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 4 月に始まり、翌年 3 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（J A S C T）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。J A S C T 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、J A S C T 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、J A S C T 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、J A S C T 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」

資格認定更新に関する規定

1. 日本性科学会は、認定者のレベル保持のため、次の方式により認定更新制を施行する。
2. 日本性科学会の認定を受けた者（認定者）は、認定を受けてから5年を経たときに、認定更新の審査を受けなければ、引き続いて認定者を呼称することはできない。
3. 認定更新は、資格認定制度委員会が行う。
4. 認定更新は、毎年1回、ニューズレターに公告して行う。この公告には、その年度に更新審査を受けるべき該当者、ならびに認定更新に必要な提出書類や申請期日を掲載する。
5. 認定更新を希望する者は、公告に従い、所定の書類を添付して認定更新の申請をしなければならない。
6. 認定更新は、認定を受けてから5年間に本学会が指定した教育的、学術的企画に参加し、その所定研修単位を取得したものについて行う。
 - 1) 総単位数は、40 単位以上とする。
 - 2) 上記 1) のうち、20 単位以上は日本性科学会の企画したものへの参加により取得したものとする。また上記 1) の単位数は少なくとも3年以上にわたって取得したものとする。
7. 認定更新に必要な研修単位取得の対象となる企画とその参加単位数
 - 1) 研修単位取得の対象となる企画とその参加単位数
 - ① 日本性科学会が行うもの
 - (イ) 学術集会
日本性科学会の学術集会への参加は10 単位とする。演者は3 単位、共同演者は1 単位加算する。この参加単位は、1 日以上のお会期の場合、1 日の出席でも1 回と計算する。
 - (ロ) 研修会
日本性科学会の研修会への参加は10 単位とする。演者は3 単位加算する。この参加単位は、1 日以上のお会期の場合、1 日の出席でも1 回と計算する。
 - (ハ) 症例研究会
日本性科学会の症例研究会への参加は3 単位とする。演者は3 単位加算する。
 - ② 日本性科学会以外が行うもの
日本性科学会が指定した下記学会の学術集会または研究会への参加は5 単位とする。演者は2 単位加算する。WAS (World Association of Sexology), AFS (Asian Federation of Sexology), 日本性機能学会, 日本性教育協会, 日本家族計画協会, 日本思春期学会, 日本性感染症学会, 日本心身医学会, AASECT, SSSS その他のセクソロジー関連の学術集会, 研究会及び講演会

③ 論文掲載

日本性科学会発行の「日本性科学会雑誌」については、筆頭者は10単位とする。本学会認定制度委員会が認めたセクソロジー関係の論文については、筆頭者は5単位、共著名はいずれも2単位とする。

- 2) 認定更新に必要な取得単位の申請は、自己申告制とし、それを証明するに足る書類を添付すること。ただし、まとめの用紙は本学会が指定する書式によるものとする。
 - 3) 学術集会及び研修会での演者としての単位の算定には、それを証明するプログラム又は論文の写しを添付すること。
 - 4) 論文及び著書は、セクソロジーに関わる学術的なものに限る。申請の際にその別刷又は写しを添付すること。
8. 認定を受けてから認定を更新するまでの所定の期間（認定毎に指示する）に取得単位数が所定の研修単位数に満たない時は、認定更新の保留を申し出て、所定単位数を満たした時に再申請することができる。保留期間は2年までとし、保留期間中は認定者の称号を呼称することはできない。
- ただし、特別な事情（長期の病気療養や研究のための外国留学など）の場合は、その事情を記した書類を添付して、保留期間の延長を申請することができる。
9. ここに掲載された認定更新制に関する事項の改訂は認定制度委員会の議を経て理事会の承認を要する。
 10. 平成10年以降に認定を受けたものについては5年ごとに更新を行う。
 11. 平成9年12月1日までに認定を受けたものについては、平成10年12月より単位登録を開始し、平成15年8月1日までに所定の単位を修得したものについては第1回目の認定更新を行う。第2回目からの更新は5年毎に行う。
 12. 認定更新の事務は、日本性科学会事務局において行う。
- この規定は平成10年12月1日より施行する。

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（編者、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製権（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3F 長谷クリニック内
日本性科学会 学会誌編集委員会

MEMO