

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.21 NO.1 July, 2003

巻頭言.....野末源一

総説

G-spot (=G-area, G-zone)野末源一

原著

保健学科学生の「高齢者の性」に関する知識と態度の研究

赤嶺 依子・国吉 緑・外間 実裕・小川 由英・與古田孝夫・石津 宏

老人ホームケアスタッフにおける「高齢者の性」に対するイメージの研究

赤嶺 依子・国吉 緑・外間 実裕・小川 由英・與古田孝夫・石津 宏

更年期・閉経女性の不定愁訴が異性への関心

および性活動におよぼす影響とその治療効果.....後山 尚久・池田 篤・植木 實

当院における過去5年間の人工妊娠中絶例の検討.....田中 奈美・山内 宏

小・中・高等学校における性の実態と教職にみる性教育の現況.....渡会 睦子

子どもの性虐待.....友田 尋子

STD感染の基礎的諸条件に関する調査.....丸山 治朗・前野二三代

性感染症患者（未婚）の性行動.....村口 喜代

腔ダイレーター.....高橋 都

婦人科手術とセクシュアリティ.....森村 美奈・平井 光三・金岡 靖・石河 修

提言

要介護高齢者のセクシュアリティと介護者の対応をめぐる.....荒木 乳根子

臨床報告

看護職による性に関わる援助の課題.....大谷 眞千子

未婚女性に対する未完婚予防のための処女膜輪状切除術の2例.....山崎 敦子・山崎 高明

書評

The Human Female Prostate林田 昇平

編集後記.....河野 友信

巻 頭 言

日本性科学会理事長 野 末 源 一

性同一性障害についての世間の関心が深くなり、戸籍の変更についての法律が成立しました。本学会でも幹事会が中心となり精力的にこの法律の成立のために努力をしました。このたび以前から望んでいた性の変更が条件付きではありますが成立したことは大変喜ばしいことです。本学会では性の健康、性の権利について、今後とも、その理想の実現に向かって努力を続けてゆきます。これは WHO による性の健康の推進、性の権利の宣言が“性は人生にとって掛け替えのないものである”という新しい時代を切り開いた結果と言えましょう。これからはこの宣言が指導的役割を担うと思います。しかし必要なことは、例えば憲法は変更出来ないものであるという私たちの心の片隅に残っている意識を変えもっと積極的に時代の進歩とともにそれを見守り、また我が国の実情にあった recommendation を常に検討することが必要と思われるます。

さて性の身体的に性差があるのはホルモンの存在によります。閉経期前の女性では男性より心疾患に罹ったり、死亡することが少ないという事実があります。これこそ性差です。当然のことながら、この理由は女性ホルモンのためではないかと考えられていました。この推測を実証するために行われた最近の疫学調査があります。ホルモン補充療法についての WHI (Women's Health Initiative) による長年の疫学調査です。その結果は心疾患の予防にはならず、却って乳がんの発生率が増えるという意外なものでした。このためにホルモン補充療法を行う人々は若々しく元気であるのにも拘わらずホルモンの使用を怖れて使わなくなってくる傾向があります。性ホルモンこそ、性の根元的な物質と言っても過言ではないでしょう。思い出されるのはピルの使用です。ホルモン補充療法と同じホルモンで、経口避妊薬として用いられその歴史はすでに半世紀に及んでいます。(日本性科学会雑誌 Vol. 20, July 2002 p.80 参照) 現在では地球上の多くの人々がピルを使用しています。これらの情報を受け入れつつ、個人の性的機能を調節、改善する安全で効果的なホルモン使用の妥当性の研究をすべきでしょう。と同時に、確実な結果が出るまでの大切な時間を失わないように、現在は実験的な使用であることをクライアントと共によく理解して使用するべきであると思います。

目 次

巻 頭 言	野 末 源 一	1
総 説		
G-spot (=G-area, G-zone)	野 末 源 一	3
原 著		
保健学科学生の「高齢者の性」に関する知識と態度の研究		
赤嶺 依子・国吉 緑・外間 実裕・小川 由英・與古田孝夫・石津 宏		12
老人ホームケアスタッフにおける「高齢者の性」に対するイメージの研究		
赤嶺 依子・国吉 緑・外間 実裕・小川 由英・與古田孝夫・石津 宏		18
更年期・閉経女性の不定愁訴が異性への関心		
および性活動におよぼす影響とその治療効果	後山 尚久・池田 篤・植木 實	24
当院における過去5年間の人工妊娠中絶例の検討	田中 奈美・山内 宏	32
小・中・高等学校における性の実態と教職にみる性教育の現況	渡 会 睦 子	39
子どもの性虐待	友 田 尋 子	46
STD感染の基礎的諸条件に関する調査	丸山 治朗・前野二三代	55
性感染症患者（未婚）の性行動	村 口 喜 代	68
膣ダイレーター	高 橋 都	75
婦人科手術とセクシュアリティ	森村 美奈・平井 光三・金岡 靖・石河 修	81
提 言		
要介護高齢者のセクシュアリティと介護者の対応をめぐる	荒 木 乳根子	89
臨床報告		
看護職による性に関わる援助の課題	大 谷 眞千子	97
未婚女性に対する未完成婚予防のための処女膜輪状切除術の2例	山崎 敦子・山崎 高明	103
書 評		
The Human Female Prostate	林 田 昇 平	106
編集後記	河 野 友 信	110
日本性科学学会会則・理事選挙管理規程・会費規程		111
日本性科学学会「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		115
資格認定更新に関する規定		117
投稿規定		119

G-spot (= G-area, G-zone)

平和学院・山王病院産婦人科

野末源一

G-spot とは そして女性の射出 (Female Ejaculation) とは

オーガズムは性科学では中心的な課題である。顔の筋肉は引きつり女性では無意識に声が出る。そして快感を感じつつ無限の時間が過ぎると感じる、が実際測ってみると短い時間だ。女性がこのオーガズムの状態になるには多くの引き金が必要である。この引き金の知識については既に洋の東西を問わず膨大な量の記録が集積されている。しかしその中で科学的な批判に耐えるものは僅かである。これらの引き金の中で、女性にとってもっとも直接的な性的刺激の標的であると考えられるものに、クリトリスと G-spot がある。

一方希ではあるが女性がオーガズムの時に尿道から液体を射出する現象が報告されている。この現象は女性の射出 (Female Ejaculation) と呼ばれている。しかも G-spot と呼ばれる場所にこの二つの機能が重なり合っているとされてきた。

G-spot という名称の由来

G-spot についての記載はオーガズムの引き金の作用とさらに女性の射出現象と共に Graefenberg によって初めて西欧の文献に記載された。Ladas, Whipple, Perry はこれを再発見してこの場所を最初の発表者 Graefenberg を記念して G-spot と名付けた¹⁾。

G-spot はどこのことをいうのであろうか?

膣の上側にある場所である。膣の中で恥骨後部と子宮頸部の間に、また尿道の下側にある。性的に敏感な場所で、この場所だけの刺激でオーガズムになりうることが記載されている。spot は点であるが G-spot はある程度広がりのあるものなので G-area または G-zone とも言われることがある (写真 1, 2)。

触診

通常の場合には何処にあるかわからない。しかし性的に興奮した時、人差し指を膣の中に入れてみると、尿道の後面に、人により違

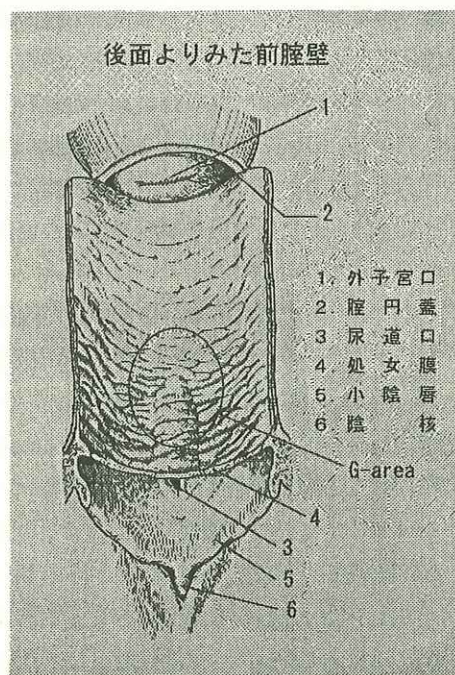


写真 1

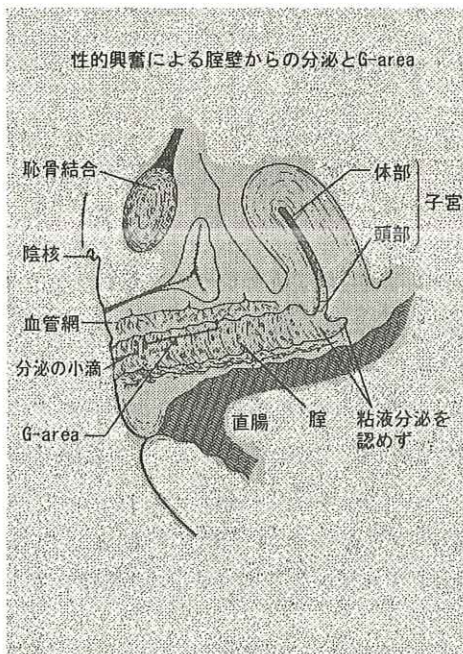


写真2

いがあるが約2～3cmぐらいの大きさで腔壁の皺が誇張され、ザラザラした場所を腔の表面からよく触れるようになる。写真を撮ると性反応の各期で特徴的な変化がよくわかる。したがってこの場所には尿道の下に勃起組織があることもわかる。この場所は腔の側壁と違って性的な感覚に敏感な場所であると報告されている²⁾。

東洋にもその記載はある。日本の江戸時代「ゆばりぶくろ（尿の袋）の下に玉茎（penis）当たれば、女よがると知るべし」の記載があり（林田による）、インドの Samak は第7回アジア性科学会で（本人が欠席のため Adaikan が代わりに講演）インドの16世紀の文書が発見され G-spot と全く同じ場所に、女性の射出を起こす場所があるとの記載があることを発表した。女性の射出という現象を Samak は西欧文明に負けないという気

持ちがあるのであろう、その記録には Poornachandra Nadi という名前がついているので、P-spot と呼びたいと述べている。また Malaysia の Jin はさらに腔の中で子宮頸管付着部より、尿道の下側全体にわたる広い範囲にクリトリスの引き金刺激とは感覚が違う性的に敏感な場所があると述べ、臨床的にオーガズム不全に応用していると述べた。したがってこのような記載から G-spot は点（spot）ではなくより広い area といってよい。実験的にこの場所の刺激だけでオーガズム反射が起きることを Perry と Whipple は述べている。

G-spot の存在に対する疑問の論文

産婦人科医 Graefenberg が1950年に初めて腔内に性的に敏感なところがあるとの記事を載せ、同時に女性の射出についても述べた¹⁾。Bohlen, 1982 Kaplan, 1983 らは、G-spot が本当に存在するのか当時その存在に疑問を投げかけている。また Hines は2002年のアメリカ産婦人科学会誌³⁾にて G-spot の存在が科学的根拠の少ないことすなわち、個人的な経験が多いことや観察例が少ないことを理由に、G-spot 存在の疑問を呈している。しかし Whipple らを含む多くの研究者は G-spot はクリトリスと同じように、例外はあるもののオーガズムの引き金となるのは事実であるとしてそのオーガズムに対する重要性を主張している。特に脊髄損傷の場合、損傷のためにクリトリスに触れていることすらわからない例を挙げ、その場合ではクリトリスをいくら刺激してもオーガズムにならない。これに反し G-spot の刺激ではオーガズムになる場合をあげている。この場合には脳

への神経伝達経路は G-spot からのものとクリトリスからの刺激を伝達するのとは別の経路であると考えるのが妥当である。G-spot からは下腹神経を通り、脊髄損傷部より上にある上部胸椎に入り脳に達しオーガズム反応を起こすと推定される。従ってこれらの臨床例から、Whipple らは G-spot の引き金作用は事実であるとしている。Hines の論文に対しての反論は多い。よく考えてみればクリトリスが大変敏感な場所であり、オーガズムへの重要な引き金であることは科学的にもまた一般的にも認められたことである。それと同様な意味で、G-spot のみの刺激でオーガズム反応を起こす実証的な事実があるので⁹⁾、この場所をオーガズムの引き金の一つとして考えても不自然なことではない。G-spot の刺激を好まない人もいるがこれは丁度、クリトリスですらも触られるのがいやであるという人がいるのと同様にそのような人々がいるのは至極当然のことと思われる。ただもう一つの現象である女性の射出については同じ G-spot 付近にあるがこの機能はオーガズムの引き金ではなくて、女性の射出という別個の観点から研究すべき問題であろう。その二つの機能がお互いに密接な関係があるのか、女性の射出がごく一般的な現象であるのか或いは希なものであるのかは今後の研究の進展によってより明らかになるであろう。

女性の射出（射精）Female Ejaculation

G-spot は最初の文献では腔オーガズムはクリトリスによるオーガズムと質が違ふと記載されていた。同時に女性の中にはオーガズムのときに尿道より大量の液体が射出する現象も報告された¹⁰⁾。

そしてそれ以来 G-spot によるオーガズムと女性の射出とは同じ切っても切れない範疇の現象であると報告されてきた。女性の射出は 10~40% と比較的に高い頻度であるとの報告もあり女性の射出と G-spot とはあたかも男性の場合射精現象とオーガズムが同一であるとの類推で一つの同じ現象であるかのように記載されていたことはその後の G-spot の研究に混乱を与えた。

G-spot (G-area) の解剖学的所見

腔の中に人差し指を入れ、指先を軽く曲げ、前後にしばらくの間摩擦すると、腔壁がふくれてくるのがわかる。それと同時に、内視鏡で腔内を観察すると、腔の皺が大きくなり、腔の色も紫色に変わる (Perry)。この現象が起きるのはすべての人でなく、個人差もあり、特に Arousal (性的な気分になる時) の場合によくわかる勃起現象の一つである (写真 3)。

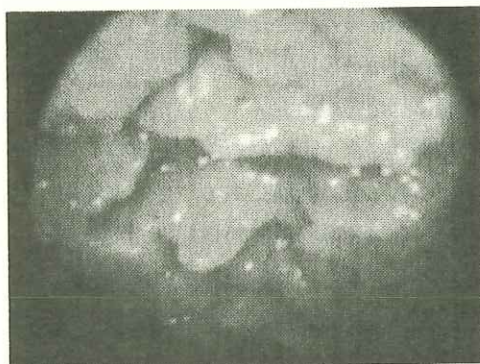


写真 3

G-spot は腔の入り口から 2~5cm 内方に入ったところにある。解剖学的に腔は腔粘膜に覆われていて、その腔粘膜を剥がすと発達していない筋肉組織があり、さらにその上を線維性の組織が覆っている。この腔の一番外側に

ある繊維性の組織は、骨盤筋膜と外腹膜組織との連絡があり丈夫な厚い組織である。この組織によって腔は腔として纏まっている一方膀胱を含む周りの組織と強く結合している。この繊維性の組織の中には多くの静脈、神経繊維が走っている。解剖学的所見のみでは神経終末と豊かな静脈叢を除いては G-spot と腔のほかの場所と特に異なった記載はない(写真4)。

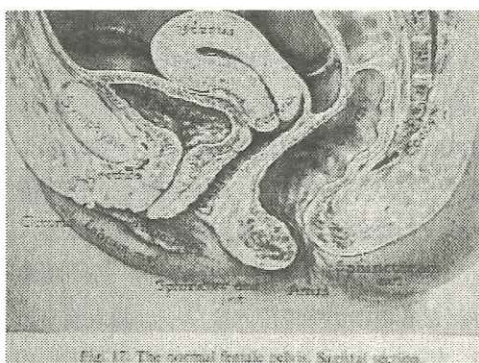


写真4

腔の神経終末は特に上壁に密度が濃く、また腔上壁にのみ大きな細胞が見いだされる。

感覚とはその場所からの要素的な刺激を主観的に認める働きをいっているので、解剖学的に神経終末である受容器(感覚器)に差異を認めることは困難である。さらに皮膚・粘膜にある受容器と感覚の種類との関係ははっきりとしていない。神経終末は痛覚を伝える自由終末、圧覚を感じる受容器は自由神経終末はか多く知られているが、腔内の受容器からどのような感覚を感じるのかという解剖的生理的な裏付けはない。しかし判明しているところでは、圧迫(圧痛)を感じる神経終末(受容器)は腔入り口のものにしか存在しない。また神経終末の数は陰茎が2,000、クリトリスが4,000といわれている。

G-spot からの知覚繊維

Whipple と Komisaruk は乳房の高さの脊髄損傷の女性が腔内からの刺激でオーガズムになったことを報告している。この刺激は G-spot を含む腔から腹部を経て胸腔から迷走神経を通り、脳に達しているものと考えられる。またオーガズム時に呼吸が一時止まったり、声が出るのもこの経路に関係すると考えられていて、この現象はクリトリスからの知覚繊維ではなく G-spot によるものと類推される。

射出液体の内容について

この G-spot 付近の解剖については Zaviacic⁹⁾ が詳しく研究していて、その論文では次に述べる傍尿道管を組織学用語に取り入れられ、女性前立腺と新しく命名するようになるだろうと述べている。射出された液体の中には前立腺特有な物質 PSA (Prostate Specific Antibody) やフォスファターゼが見出されていることが尿と異なる液体であることの大きな根拠となっている。

傍尿道管の解剖

図に示すように、尿道の下部に傍尿道官が存在する。これが女性の射出をおこす器官であると考えられている。しかしすべての女性が持っているのではなく Zoviacic⁹⁾ によれば発達した傍尿道官は10%ぐらいに見つかる述べている。どのような射出または分泌機序があるかはまだ不明である(写真5)。この尿道傍管は胎生時の尿生殖洞より発生して男性の前立腺と同じ起源を持っている⁹⁾。及び註) 参照



写真5

Curtis & Huffman A Textbook Gynecology
W. B. SAUNDERS Co. philadelphia and
London 1950 p.12 より引用

写真5の説明

この図は成人女性の尿道と尿道傍管との関係を蝋を注入した模型で右側面から示したものの。この鑄型は尿道に尿道傍管が実際に開口していることを示している。下に Vaginal canal と書いてあるのが腔で尿道と平行に走っている。この鑄型は2.8cmであるが尿道の長さは3cmであるとの記載がある。この尿道傍管は尿道の端には開口していない。この標本では尿道口より1cm内方に開口している。しかし Skene (Skene's ducts) は多くの人に二本の尿道傍管が尿道口に開口していることを記載している。Skene 腺は尿道傍管の一部であって 大部分は尿道の三分の一外方に開口している。これらの尿道傍管は尿道の側壁と背部の組織を形成している。また中間部に当たる導管や腺は、尿道から遠く離れて、尿道の周りを半円形のように覆っている。

註)

男性の前立腺は複雑な器官で、腺房 acinus: acinar, 基質 stroma: stromal (ま

たは間質)と更に筋肉の成分から成り立っている。胎生12週で、胎児の尿生殖洞から発生し androgen の影響で発達し始める。前立腺は尿道の周りをしめる中心部とより大きな周縁部分(この二つの部分で前立腺の95%を占めている)更に移行部分から成り立っている。この移行部の大きさは5%であり、射精管のすぐ外側と傍尿道管に分けることが出来る^{7,8)}

周辺部と移行部は解剖学的にはっきりと分けることが出来る。しかし組織学的には両者とも似ているところがあり、両方とも尿生殖洞から発生したものであろう。しかし、中心部は他の組織とはっきり異なっており、Wolf 氏管由来のものと思われる。

Wolf 管は将来射精管になるが、女性では消失する。女性にある尿道傍管は先に述べたように、男性と同じ原基の尿生殖洞より発生している。

オーガズムは反射か？

基本的にオーガズムは反射である(Kaplan)。このオーガズム反射はいろいろな条件で起きるが、もっとも敏感にオーガズム反応を起こす器官はクリトリスと G-spot である。特に G-spot が関与しているものについて述べる。

オーガズムの身体的変化

オーガズム反射は以下に述べる一つ一つの例えば射精、全身筋肉の不随意的収縮など一つの纏まった反射の集合である。統合されたオーガズム反射は全身の反応である。腔の周りの筋肉は律動的に収縮する。Masters らの観察によれば、男性の射精は0.8秒間隔で精

液を噴出する。

それと同様に女性も同じ間隔で膣を取り囲む多くの筋が協同して律動的に収縮する。男性との違いは射精の数秒前精子の移動があり、その後直ちに射精が始まる。数秒前の精子の移動では、輸精管の収縮が始まり、心理的にオーガズムであるとの感覚がある。精子の移動が始まった点からは後戻りが出来ないすなわち射精を止めることが出来ないのです、英語の表現で Point of no return といわれる。女性の場合ではこの精子の移動期がないのでオーガズムになる直前で精神的にこの反応の進行を抑止しようと性反応の進行を阻止することが可能な場合もあり、このような精神の動きがオーガズム不全のひとつの原因でもある。

性反応全体から見れば、オーガズムは時間が短い。数秒の時間である。快楽の時間である。女性では連続してオーガズム反応を起こしうる。一般に強度は少しずつ減弱する。そのオーガズムの後休息無反応の時間が続く。Perry の観察によれば、女性の射出量も一回目は多量で徐々に少量になってくる。

膣の収縮は、子宮の収縮も伴う。最初の収縮は強く、徐々に弱く間隔も不規則になる。Masters によれば激しいオーガズムは 10 から 15 回、極端でないものは 3~5 回の収縮であるという。脳波の変化はオーガズムの間明らかな変化を示す (Cohe, Rosen, and Goldstein, 1976)。

皮膚には赤い斑点が出来て、オーガズム中には広く広がる。(すべてではない) 発汗もよく認められる。興奮度の強いときに発汗度も多い。快楽中枢と発汗中枢が近いからであろう。

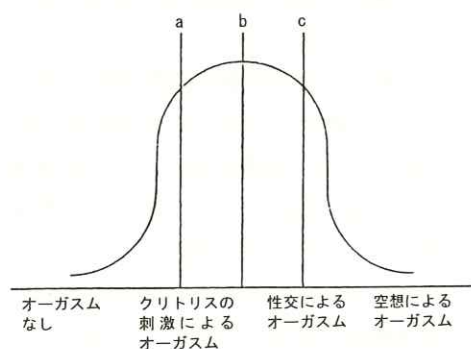
全身の筋肉に不随意の収縮が起こる。頂点

のときに顔の筋肉にも意識でコントロールできない収縮が見られ、顔の表情がゆがむことも起こりうる。

オーガズムの後に瞳孔は散大し、授乳中であれば、オキシトシン（下垂体からのホルモン）の分泌が一時的に増すことから、乳汁の排出が認められる。

オーガズムへの引き金：G-spot の役割

性交の目的については多くの解釈がある。無論肌のふれあいによって精神的な満足感、ストレスの排除がある。しかし端的に考えれば、その目的は男女とも性交の一番頂点となるオーガズムを経験することである。一般の性交でクリトリスの関与は（図1）のような関係すなわち、クリトリスの刺激膣内性交の



女性のオーガズムの仮説的分析

この曲線は、女性のオーガズムの実際の分布がわかっていないので、仮説的なものである。クリトリスの刺激によってのみ、オーガズムを得られる女性と、性交によってオーガズムを得られる女性との比率に関しては、正確な資料が全くない。さらに正常ということに関し臨床医により定義が異なる。精神分析的方向性をもつ臨床医は、性交時のオーガズムの(c)点以下のすべてのオーガズム閾値を、病的と分類する。本書の著者も含めて他の治療者は、性的に反応するが、オーガズムにいたるためにはクリトリスへの直接の刺激を必要とする女性は、正常な(a)点から(c)点までの範囲に入ると仮定する。

図1

カプラン ニューセックスセラピー

野末源一訳 星和書店 より引用

両方を必要とするものが大半を占めていると想像される。(Kaplan より引用) G-spot も同じようであると想像され、膣の入り口を亀頭でより多く摩擦する体位(女性上位で女性が後ろに倒れるようなかたちで、両腕で自分の体重を支え後方に倒れるのを防ぐ)を好む女性もある。また Whipple らによれば、人差し指のさきを曲げて膣内に挿入して、G-spot を摩擦するだけで、オーガズム反応を起こすことを記載している。Perry は臨床的に G-spot の刺激でのオーガズム反応とクリトリスによるオーガズムの快感とは質的に違うと述べている。いずれにせよ G-spot とクリトリスはオーガズム反応の引き金として重要な位置を占めている。

女性が射出する頻度は多くない。射出するためには傍尿道腺の収縮が必要で、男性の前立腺の構造と比べてみた場合、傍尿道腺の数は多くないことが類推できる。Milan Zaviacic は女性の傍尿道腺と重なり合っている G-spot の解剖結果を発表しており、その頻度は約 10% であることを報告している⁹⁾。

また男性の射精量を考えた場合 10ml 以下であるが、Perry の作成したビデオによるとその何十倍の液量がある。もし女性の射出量が大量にあるとすれば、大量の射出例の頻度と射出のメカニズム更に射出量が大量の場合どの場所にそれが蓄えているのかが今後の研究目標となるだろう。射出と排尿とが同時に起る可能性もある。女性の射出に関してはさらなる調査研究が行われるべきである。

フロイド理論の復活

G-spot (膣内刺激) によるオーガズムとク

リトリスからによるオーガズムの相違

フロイド (1865-1939) は性が人間の行動の原動力であり、一方また神経症も性が原因であると信じていた¹⁰⁾。クリトリスの刺激によるオーガズム(主にマスターベーションや性交でない方法による)は精神心理学的に本人の性的未熟成を示したものであるとした。なぜかという彼はクリトリスは小児の性の中心であるからだと考えたからである。そして正常の性の発達があれば膣によるオーガズムが得られると考えていた。フロイドは論文 (Some Psychological Consequences of the Anatomical Distinction Between the Sexes) の中で現在の知識とは異なるがクリトリスの刺激を出来るだけ避けることによって、オーガズムになるように努めることは完全な女性になるための必要条件であると述べている。当時はこの偉大な学者の説のために多くの婦人が精神分析を受けたことが報告されている。

しかし一方どのような手段でオーガズムになろうとも、身体的なオーガズム変化には差がない (Masters) ことが見いだされている。身体的には同じ反応であろうとも、パートナーや自分の感情によってその精神的な快楽の深さは大変異なる。身体的なオーガズムの変化が同じであるといってもすべての女性のオーガズムは精神的心理的に同一であるということではない。オーガズムの強度と満足度は異なっているし、同じカップルであっても、日によって差がある。強度は知覚(神経)によると考えられ、満足度はそのほかの多くの要素によっている。

大部分の女性は膣性交によりその過程に大変満足するが、そのオーガズムの強度はあまり強くないと述べているセックスセラピスト

もいる (Kolodny)。また Hite (1977) によれば、膣性交よりマスターベーションの方がずっと満足度が高いと多くの女性が報じていると述べている。おそらくパートナーの要求、やり方によらないで自分の好きなように出来るからだろうと解釈している。

Whipple と Perry はすでに述べた G-spot によるオーガズムはクリトリスと全く質が異なると主張している。G-spot によるオーガズムは大変強度のものであることを、臨床経験から述べている。従って、性交に際して G-spot の知識を十分に応用すべきであるとしている。

しかしながら、オーガズムになる筋道で、例えばマスターベーションによるオーガズムは未熟であるとか、膣性交によるオーガズムの方が成熟しているというような考え方はすでに捨てられたと考えて良くそれぞれ自分に適し満足している方法がよい。G-spot の刺激は人によって好まないこともあることを頭の中に置いておいた方がよいだろう。

臨床及び日常生活への応用

生活の中に G-spot の知識を応用することによって、更に肌のふれあいを楽しめるようになることが出来よう。セックスカウンセリング・セラピーでもこの手法を取り入れることによって治療効果が向上することが可能になる。

- 1) 性交体位による効果の違い 統計によれば、80%は男女が向き合った姿勢である。アイコンタクトが出来るし、キスも出来る。この体位は“missionary position”と呼ばれていた。この場合には膣入口部の刺激が G-spot を刺激しやすいことに

なる。

- 2) 指による刺激方法 人差し指を中に入れ、膣上壁 12 時の方向で指を奥から入り口へとストロークする。圧迫度やストロークの回数によって効果が違う。オーガズムに近づけば近づくほど回数も圧迫度も多くする。

- 3) 張形 (はりかた) Dildo を用いる。Perry は G-spot 刺激用の特別な器具を作成した。

性の好みは人によって異なる。中には G-spot の刺激を好まない人や、それぞれ自分の好みの体位もある。試みる場合の参考としていただければ幸いである。

文 献

- 1) Ladas AK, Whipple B, Perry JD.: The G Spot and other Recent Discoveries about Human Sexuality. New York: Holt, Rinehart and Winstone, 1982.
- 2) Hoch Z.: Journal of Sex Education & Therapy. 14: 529-537, 1980.
- 3) Hines, Terence M.: The G-spot: A modern gynecologic myth. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 185: 359-362, 2001
- 4) Whipple Bk, Komisaruk BR. Journal of Sex Research. 24: 130-140, 1988.
- 5) Milan Ziviatic: e-mail による連絡先 Milan Ziviatic, MD, PhD, ScD Department of Pathology, Comenius University School of Medicine, Sasinkova 4, 811 08 Bratislava, Slovakia (Slovak Republic); e-mail: ziviatic@fmed.unibask

- 6) Huffman, J. W.: The Development of the periurethral Glands in the Human Female: American Journal of Obstetrics and Gynecology. 46: 773, 1943.
- 7) McNeal JE: The prostate and prostatic urethra: A morphologic synthesis. J Urol. 107: 1008, 1972
- 8) McNeal JE: Zonal anatomy of the prostate. Prostate. 2: 35, 1981.
- 9) Milan Zavizcic: American Journal of Obstetrics Gynecology. 187: 519-520, 2002
- 10) Freud, S. A.: General Introduction to Psychoanalysis. Garden City, N. Y.: Garden City Publishing, 1943
- 11) Graefenberg E.: International Journal of Sexology. 3: 145-148, 1950.

原 著

保健学科学生の 「高齢者の性」に関する知識と態度の研究

—知識・態度の日本語版評価尺度（ASKAS-J）を用いて—

琉球大学医学部保健学科成人・老人看護学

赤嶺 依子, 国吉 緑

琉球大学医学部泌尿器科学

外間 実裕, 小川 由英

琉球大学医学部保健学科精神衛生学

與古田孝夫, 石津 宏

要 約

老年看護教育への示唆を得ることを目的に、保健学科学生の基本的属性と「高齢者の性」に関する知識・態度との関連性について検討した。

帰属性では4年次学生、男性、年齢の高い学生、看護コースの学生、性交体験のある学生、高齢者の介護経験のある学生、「高齢者の性」について学習経験のある学生の知識度は高く、より寛容な態度を示した。また「高齢者の性」の学習経験のある学生は「高齢者の性」に関心をもち、その必要性を認識する割合が高かった。

老年看護の教育において、「高齢者の性」に関する教育内容の充実と同時にその学習の機会を増やすことは学生の知識を高め、より寛容な態度に影響を及ぼすことが示唆された。

キーワード

高齢者の性, 保健学科学生, 評価尺度

はじめに

高齢者人口の増加にともない、これまで以上に高齢者のセクシュアリティ（以下、「高齢者の性」）が注目されている。性は高齢者の生きがいや心身の健康と密接に関係する^{1,2)}ため、老年看護の分野でも性に関する教育内容の充実が望まれる。Quinn-Krachら³⁾は、看護学生の「高齢者の性」に関する知識と態度には相関関係があり、「高齢者の性」の講義や臨床実習が、将来の看護姿勢や

看護の質に大きな影響を与えると指摘している。一方わが国では、これまで「高齢者の性」に関する知識と態度についての研究は少なく、特に医療系学生における基本的属性との関連をみた報告はない⁴⁾。本研究は、保健学科学生の帰属性と「高齢者の性」に関する知識と態度の関連を検討し、今後の老年看護教育への示唆を得ることを目的に行った。

用語解：「性（セクシュアリティ）」とは、人間の性的関係で、幸福を目的とし、性交を

含むすべての性活動、異性感、愛し合う人間関係など、広範な意味が含まれる¹⁾。

対象と方法

2000年9月、研究参加へ同意した一国立大学医学部保健学科の1年次在籍の学生と4年次在籍の学生(133名:1年次69名;4年次64名)に無記名・自記式の質問紙による意識調査を実施し、有効回答の得られた110名(有効回答率:82.7%)を分析対象とした。調査実施前に本研究への参加は任意であり、データは本研究以外には使用せず、回答者のプライバシーを厳守することを文書および口頭で説明するなどの倫理的配慮を行った。

設問は、基本的属性の8項目(学年、専門

コース、性別、年齢、性交体験、高齢者との同居経験、高齢者の介護経験、「高齢者の性」の学習経験)とASKAS-Jの61項目で構成されている。

ASKAS-Jとは、「高齢者の性」に関する知識と態度を評価する尺度ASKAS(Aging Sexuality Knowledge and Attitude Scale)⁵⁾をもとに赤嶺ら⁶⁾が作成したASKASの日本語版で、その信頼性はPearsonの相関係数が知識0.82、態度0.76で、Cronbachの α 係数が知識0.90、態度0.85と高い。知識、態度ともに得点が低いほど「高齢者の性」に関して知識度が高く、「高齢者の性」に対してより寛容な態度を示すと解釈する。

表1 基本的属性 N=110

		n	(%)
学年	1年次	50	(45.5)
	4年次	60	(54.5)
専門コース (4年次のみ)	看護	36	(60.0)
	その他	24	(40.0)
性別	男	17	(15.5)
	女	93	(84.5)
年齢(歳)	範囲	18-27	
	平均	21.1±2.2	
性交体験	あり	61	(55.5)
	なし	46	(41.8)
	無回答	3	(2.7)
高齢者と同居した経験	あり	50	(45.5)
	なし	60	(54.5)
高齢者を介護した経験	あり	58	(52.7)
	なし	51	(46.4)
	不明	1	(0.9)
「高齢者の性」について の学習経験	あり	15	(13.6)
	なし	80	(72.7)
	不明	15	(13.6)

結 果

1. 基本的属性（表1）

学年別では1年次が50名、4年次が60名、専門コース（4年次のみ）は看護コースが60％、その他のコース（保健技術、保健管理）が40％を占めた。性別では男性が15.5％、女性が84.5％を占め、年齢範囲は18-27（平均 21.1 ± 2.2 ）歳であった。性交体験の有無では「あり」が55.5％、「なし」が41.8％、高齢者との同居経験の有無では「あり」が45.5％、「なし」が54.5％、高齢者の介護経験の有無では「あり」が52.7％、「なし」が46.4％、「高齢者の性」についての学習経験の有無では「あり」が13.6％、「なし」が72.7％、「不明」が13.6％を占めた。

2. 基本的属性と ASKAS-J 平均得点の関連（表2）

学年別では4年次学生が1年次学生より、専門コース別では看護コースの学生がその他のコースの学生より、性別では男性が女性より「高齢者の性」に関する知識度が高く、より寛容な態度を示した。年齢は「高齢者の性」に関する知識・態度ともに負の相関を示し、年齢が高いほど「高齢者の性」に関する知識度が高く、より寛容な態度を示した。また性交体験のある者はない者より、高齢者との同居経験のない者はある者より、介護経験のある者はない者より、「高齢者の性」についての学習経験のある者はない者より「高齢者の性」に関する知識度が高く、より寛容な態度を示した。

表2 基本的属性とASKAS - J平均得点の関連

基本的属性		ASKAS - J平均得点 $\pm$ SD			
		n		知識	態度
学年	1年次	110	50	75.04 $\pm$ 16.65	87.40 $\pm$ 15.77
	4年次		60	68.65 $\pm$ 14.77	80.78 $\pm$ 16.14
専門コース (4年次のみ)	看護	60	36	65.44 $\pm$ 13.46	77.44 $\pm$ 16.31
	その他		24	73.46 $\pm$ 15.62	85.79 $\pm$ 14.83
性別	男	110	17	66.12 $\pm$ 11.71	82.35 $\pm$ 16.40
	女		93	72.55 $\pm$ 16.41	84.05 $\pm$ 16.29
年齢		110		r=-0.202	r=-0.177
性交体験	あり	107	61	66.41 $\pm$ 13.38	78.93 $\pm$ 16.19
	なし		46	78.28 $\pm$ 16.91	89.91 $\pm$ 14.52
高齢者と同居した経験	あり	110	50	72.66 $\pm$ 15.29	85.70 $\pm$ 16.49
	なし		60	70.63 $\pm$ 16.47	82.20 $\pm$ 17.39
高齢者を介護した経験	あり	109	58	67.05 $\pm$ 14.09	80.07 $\pm$ 16.37
	なし		51	76.37 $\pm$ 16.52	88.08 $\pm$ 15.32
「高齢者の性」についての 学習経験	あり	95	15	62.00 $\pm$ 11.35	74.93 $\pm$ 19.26
	なし		80	74.49 $\pm$ 16.46	87.13 $\pm$ 14.88

Pearsonの相関係数：年齢

表3 学習経験の有無による高齢者の性に対する関心と教育の必要性

	n=95	
	学習経験あり n=15 (%)	学習経験なし n=80 (%)
「高齢者の性」に対する関心		
・関心はあったが、さらに関心が高まった	2(13.3)	26(32.5)
・関心はなかったが、関心をもつようになった	12(80.0)	26(32.5)
・教育を受けても関心はもてない	1(6.7)	28(35.0)
「高齢者の性」の教育の必要性		
・あり	13(86.7)	34(42.5)
・なし	2(13.3)	4(5.0)
・わからない	0(0.0)	42(52.5)

3. 学習経験の有無による「高齢者の性」に対する関心と教育の必要性(表3)

「高齢者の性」に関心があるか、また「高齢者の性」について教育の必要性があるかと質問した。その結果、「高齢者の性」の学習経験がある者(15名)においては、「さらに関心が高まった」(13.3%)、「関心をもつようになった」(80.0%)と、関心を示した学生が93.3%と大部分を占め、「関心はもてない」は僅か6.7%であった。「高齢者の性」についての教育の必要性では、「あり」が86.7%、「なし」は13.3%であった。

一方「高齢者の性」の学習経験がない学生(80名)においては、「高齢者の性」に「さらに関心が高まった」と「関心をもつようになった」は同様の割合(32.5%)で、「関心はもてない」もほぼ同比率(35.0%)を占めた。「高齢者の性」についての教育の必要性では、半数以上が「わからない」(52.5%)と認識し、次いで「必要あり」(42.5%)、「必要なし」(5.0%)の順に続いた。

考 察

年齢の高い看護学生は年齢の低い学生に比べ「高齢者の性」の知識度は高く、より寛容な態度を示すとの報告⁹⁾があり、これは本結果の4年次学年は1年次学生より、また年齢が高い学生ほど「高齢者の性」に関する知識度は高く、寛容な態度を示した点と一致している。看護コースの学生がその他のコースの学生に比べ「高齢者の性」に関する知識度は高く、寛容な態度を示した点を検討すると、看護コースの学生は研究参加の時点ですでに老年看護学の講義と臨地実習を終了していたことにより「高齢者の性」の知識度は高くなり、寛容な態度を示したと考えられる。性交体験のある者がいない者に比べ「高齢者の性」に関して知識度が高く、寛容な態度を示した本調査結果は、性への積極性や寛容性という観点でとらえると、性的に寛容な大学生ほど性交体験が多いとの先行研究⁷⁾と一致する。

高齢者の介護経験のある者はない学生に比べ「高齢者の性」に関する知識度は高く、より寛容な態度を示した。しかし、高齢者との

同居経験でみると、同居経験のない学生が、知識度は高く、より寛容な態度を示していた。これは単に、高齢者との同居が「高齢者の性」に関する知識や態度に影響するのではなく、高齢者と接している度合い（程度）が関与すると考えられる。実際の高齢者介護を通して、高齢者における性を認識し、高齢者を概念的でなく実存的に捉える心理が影響したのではないかと考える。このことから、老年看護教育において「高齢者の性」に関する内容の充実と高齢者への全人的な理解を深めるための臨地実習が非常に重要であることが示唆される。

また「高齢者の性」に関する学習経験のある学生はその経験がない学生に比べ知識度は高く、より寛容な態度を示していた。さらに、学習経験のある学生では、「高齢者の性」に関心をもつ割合（約90%）と、「高齢者の性」の教育の必要性を認識している割合（約87%）はかなり高かった。一方「高齢者の性」に関する学習経験のない学生では、「高齢者の性」に関心をもつ割合（65%）と、「高齢者の性」の教育の必要性を認識している割合（約43%）は低かった。これらのちがいは「高齢者の性」の学習経験がない学生にとって、その意識が不明確で、その内容や教育の必要性も十分に認識されていないことが考えられる。このように学習経験の有無が知識と態度に大きな影響を及ぼすことから、本研究結果は、「高齢者の性」に関する教育の必要性を示唆している。しかし学校教育の現場では、性に関する多様性や社会的抑圧・性役割など、教育内容としては十分でないとの指摘⁹⁾もあり、今後は老年看護教育において「高齢者の性」に関する内容の充実を検討し

ながら教育の機会を増やすことが重要であると考えらる。

まとめ

- 1) 学年別では4年次学生、専門コース別では看護コースの学生の「高齢者の性」に関する知識度は高く、より寛容な態度を示した。
- 2) 性交体験のある学生は「高齢者の性」に関する知識度は高く、より寛容な態度を示した。
- 3) 「高齢者の性」の学習経験のある学生は知識度が高く、より寛容な態度を示した。
- 4) 高齢者の介護経験のある学生は「高齢者の性」に関する知識度が高く、より寛容な態度を示した。
- 5) 「高齢者の性」の学習経験のある学生は「高齢者の性」に関心をもち、その必要性を認識する割合が高かった。

稿を終えるにあたり、本研究にご協力いただきました学生の皆様に感謝致します。

文 献

- 1) 梶 博久、吉沢勲：老人の性（小室豊允編）介護者のための老人問題実践シリーズ②，23-31，中央出版，東京，1988.
- 2) 荒木乳根子：在宅ケアで出会う高齢者の性。中央法規出版，東京，96-105，1999.
- 3) Quinn-Krach, P. & Van Hoozer, H: Sexuality of the Aged and the Attitudes and Knowledge of Nursing Students, Journal of Nursing Education, 27 (8), 35-363, 1988.
- 4) 朝倉京子：セクシュアリティに対する看

- 護者の知識／態度 文献的考察. 看護研究, 32 (6): 440-449, 1999.
- 5) Charles B. White: A Scale for the Assessment of Attitudes and Knowledge Regarding Sexuality in the Aged, Archives of Sexual Behavior, 11 (6), 491-501, 1982.
- 6) 赤嶺依子, 萩原明人, 與古田孝夫 他 : 高齢者のセクシュアリティに関する知識と態度の日本語版評価尺度 (ASKAS-J) の作成. 老年社会科学, 24 (1) : 71-79, 2002.
- 7) 和田実, 西田智男 : 性に対する態度および性行動の既定因. 社会心理学研究, 7 (1): 54-68, 1992.
- 8) 高村寿子 他 : 看護学校, 短大, 大学で性はいかに教授されているか. セクシャルサイエンス, 1 (6): 17-23, 1992.

原 著

老人ホームケアスタッフにおける 「高齢者の性」に対するイメージの研究

－基本的属性との関連性－

琉球大学医学部保健学科成人・老人看護学

赤嶺 依子, 国吉 緑

琉球大学医学部泌尿器科学

外間 実裕, 小川 由英

琉球大学医学部保健学科精神衛生学

與古田孝夫, 石津 宏

要 約

本研究の目的は、老人ホームのケアスタッフが「高齢者の性」に対してどのようなイメージを持っているかを基本的属性との関連で検討し、ケアの質的向上の一助にすることである。本研究結果から以下の知見が得られた。看護師は、准看護師や介護士と比べ「高齢者の性」に好意的なイメージを持っている。年齢が高いスタッフほど「高齢者の性」に好意的なイメージを持っている。既婚者や結婚経験者は、未婚者と比べ「高齢者の性」に好意的なイメージを持っている。「高齢者の性」の学習経験のあるケアスタッフは、「高齢者の性」に好意的なイメージを持っている。仕事で「高齢者の性」を意識した経験のあるケアスタッフは、「高齢者の性」に好意的なイメージを持っている。「高齢者の性」に関心がある者は、ない者に比べ好意的なイメージを持っている。

「高齢者の性」に関する教育内容の充実と、日々の看護実践における「性」の意識づけはケアスタッフの好意的なイメージ形成に大きく影響することが示唆される。

キーワード

高齢者の性, ケアスタッフ, イメージ

緒 言

超高齢化社会へと邁進するわが国の人口動態のもと、高齢者療養施設においては「高齢者の性」を考えたケアがますます求められている¹⁾。

先行研究²⁾では、高齢者の看護や介護の質および内容は、ケアを実践するスタッフの老

年観が大きく影響すると報告されている。このことから「高齢者の性」に関して、ケアスタッフが持つイメージが実際のケアに影響を及ぼすことが考えられる。しかし、これまで高齢者療養施設のケアスタッフが「高齢者の性」に対してどのようなイメージを持っているかを明らかにした研究報告は少ない。

本研究は、高齢者の看護や介護に従事するケアスタッフの基本的属性と「高齢者の性」に対するイメージとの関連性を検討し、今後の老年看護における質的向上の一助にする目的で行った。

用語解：「性（セクシュアリティ）」とは、人間の性的関係であって、幸福を目的とし、性交を含むすべての性活動、異性感、愛し合う人間関係など広範な意味が含まれる³⁾。

ケアスタッフとは看護師、准看護師および介護者を意味する。

対象及び方法

平成12年9月～翌年2月の期間に、〇県内の特別養護老人ホーム5施設に勤務するケアスタッフで本研究参加へ同意した191名に質問紙による意識調査を実施した（回収率78.0%）。そのうち有効回答が得られた115名（看護師14名、准看護師18名、介護士83名）を分析対象とした。研究参加者のプライバシーを厳守するため、調査は無記名・自記式で行ない、回答後は各自が回収箱に投函するように配慮した。設問は、1) 基本的属性 2) 仕事での「高齢者の性」経験の有無 3) 「高齢者の性」に対する関心の有無 4) 「高齢者の性」に対するイメージ（SD法）を問う内容で構成されている。

「高齢者の性」に対するイメージ（SD法）

（表1）は、水谷ら⁴⁾や佐々木ら⁵⁾の研究を参考に、8組の対言葉（自然－不自然、明るい－暗い、健康－不健康、愛がある－愛がない、開放的－閉鎖的、上品－下品、きれいな－きたない、許せる－許せない）を5段階のスケールで評価し、最も好意的な項目に1点、

表1 イメージ（SD法）

	非常に	やや	どちらでもない	やや	非常に
	5	4	3	2	1
不自然					自然
暗い					明るい
不健康					健康
愛がない					愛がある
閉鎖的					開放的
下品					上品
きたない					きれいな
許せない					許せる

最も非好意的な項目に5点を付加している。よって8組の得点範囲は8～40点となり、得点が低いほど「高齢者の性」に対して好意的なイメージを持っていると解釈する。

統計解析にはSPSSソフトパッケージを用い、年齢と勤務年数はPearsonの相関係数、性別と同居歴はT検定、職業と学習経験、婚姻状況は一元配置分散分析を行い、有意水準のp値は0.05とした。

結 果

1. 基本的属性

表2で示すとおり、対象の性別は男性48名、女性67名、年齢範囲は21～56（平均 33.8 ± 9.3 ）歳であった。職業別では看護師が12.2%、准看護師が15.7%、介護士が72.2%を占めた。勤務年数は1～19（平均 4.7 ± 4.2 ）年であった。高齢者との同居歴の有無は「あり」が48.7%、「なし」が51.3%を占めた。「高齢者の性」に関する学習経験の有無は「あり」が29.6%、「なし」が63.5%を占めた。婚姻状況では未婚者が38.3%、既婚者が49.6%、離（死）別者（以下、結婚経験者とする）が10.4%を占めた。

2. 基本的属性とイメージ平均得点との関連

表2 対象者の基本的属性

		N=115	
		n	(%)
性別	男	48	(41.7)
	女	67	(58.3)
年齢	範囲	21~56歳	
	平均±SD	33.8±9.3歳	
職業	看護師	14	(12.2)
	准看護師	18	(15.7)
	介護士	83	(72.2)
勤務年数	範囲	1~19年	
	平均±SD	4.7±4.2	
同居歴 ¹⁾	あり	56	(48.7)
	なし	59	(51.3)
学習経験 ²⁾	あり	34	(29.6)
	なし	73	(63.5)
	不明	8	(6.9)
婚姻状況	未婚	44	(38.3)
	既婚	57	(49.6)
	離(死)別	12	(10.4)

¹⁾: 高齢者との同居歴²⁾: 「高齢者の性」に関する学習経験

対象者の基本的属性とイメージ平均得点には有意な関連があるのか検討した。表3で示すとおり、年齢と「高齢者の性」に対するイメージ得点では負の相関 ($r=-0.265$) があり、年齢が高い人ほど得点は低く、好意的なイメージを持っていた ($p<0.01$)。看護師の平均得点 (18.7 ± 3.7) は、准看護師 (22.4

表3 基本的属性とイメージ平均得点の関連

		イメージ平均得点(SD)	
性別	男	20.6 (3.4)	
	女	21.6 (3.7)	
年齢	Pearsonの相関係数	-0.265**	
職業	看護師	18.7 (3.7)	
	准看護師	22.4 (1.5)	
	介護士	21.3 (3.7)	
勤務年数	Pearsonの相関係数	-0.113	
同居歴	あり	20.3 (4.0)	
	なし	22.0 (2.9)	
学習経験	あり	19.7 (3.6)	
	なし	21.6 (3.6)	
	不明	23.3 (8.9)	
婚姻状況	未婚	22.1 (3.8)	
	既婚	20.9 (3.2)	
	離(死)別	19.2 (4.1)	

職業、学習経験、婚姻: 一元配置分散分析

性別、同居歴: T検定

年齢、勤務年数: Pearsonの相関係数 * $p<0.05$, ** $p<0.01$

± 1.5) や介護士 (21.3 ± 3.7) に比べ有意に低く、好意的なイメージを持っていた ($p<0.05$)。「高齢者の性」に関する学習経験のある者の平均得点 (19.7 ± 3.6) は未婚者 (21.6 ± 3.6) や不明の者 (23.3 ± 8.9) に比べ有意に低く、好意的なイメージを持っていた ($p<0.05$)。婚姻状況では、既婚者と結婚経験者の平均得点 (各 20.9 ± 3.2 , 19.2 ± 4.1) が未婚者 (22.1 ± 3.8) より有意に低く、好意的なイメージを持っていた ($p<0.05$)。一方、基本的属性のなかで、性別、勤務年数及び同居歴とイメージ平均得点には有意な相関はみられなかった。

3. 仕事で「高齢者の性」を意識した経験とイメージ平均得点

仕事で「高齢者の性」を意識した経験のある者とないでイメージ平均得点に有意差があるのか検討した。表4で示すとおり、意識した経験のある者のイメージ平均得点 (20.6 ± 4.2) は意識した経験のない者 (22.3 ± 3.7) より有意に低く、好意的なイメージを持っていた ($p<0.05$)。

表4 仕事で「高齢者の性」を意識した経験とイメージ平均得点

N=115		
意識した経験	n(%)	イメージ平均得点(SD)
あり	79 (68.7)	20.6 (4.2)
なし	34 (29.6)	22.3 (3.7)
不明	2 (1.7)	21.6 (4.5)
一元配置分散分析		* $p<0.05$

4. 「高齢者の性」の学習経験とイメージ平均得点

「高齢者の性」の学習経験のある者とないでイメージ平均得点に有意差があるのか検討した。表5で示すとおり、学習経験がある者のイメージ平均得点 (19.7 ± 2.7) は、学

表5 「高齢者の性」の学習経験とイメージ平均得点

N=115		
学習した経験	n (%)	イメージ平均得点(SD)
あり	34 (29.6)	19.7 (2.7)
なし	73 (63.9)	21.6 (3.5)
不明	8 (7.0)	23.3 (1.4)
一元配置分散分析		* p<0.05

習経験がない者 (21.6±3.5) や不明の者 (23.3±1.4) より有意に低く、好意的なイメージを持っていた (p<0.05)。

5. 「高齢者の性」に対する関心とイメージ平均得点

「高齢者の性」の学習経験のない者 (73名) に対し、「高齢者の性」についての関心の有無を質問し、イメージ平均得点に有意差があるのか検討した。表6で示すとおり、関心がある者の平均得点 (20.0±6.2) は、関心がない者 (23.8±3.3) や不明の者 (22.6±5.1) に比べ有意に低く、「高齢者の性」に対して好意的なイメージを持っていた (p<0.05)。

表6 「高齢者の性」に対する関心とイメージ平均得点

学習経験のない者 n=73		
関心の有無	n (%)	イメージ平均得点(SD)
あり	23 (31.1)	20.0 (6.2)
なし	48 (64.9)	23.8 (3.3)
不明	3 (4.1)	22.6 (5.1)
一元配置分散分析		* p<0.05

考 察

本研究において、「高齢者の性」に対するイメージとケアスタッフの基本的属性で有意な関連がみられたのは職業、年齢、婚姻状況、「高齢者の性」の学習経験であった。

ケアスタッフの年齢が高いほど「高齢者の

性」に好意的なイメージを持っている点は先行研究^{4,6)}と同じ傾向が示されており、これは年齢によって「高齢者の性」に対して持つイメージにはちがいがあことを示唆している。

婚姻状況との関連については、既婚者と結婚経験者が未婚者より「高齢者の性」に対して好意的なイメージを持つ傾向がみられた。「高齢者の性」のイメージにこのようなちがいが表れることについては、既婚者と結婚経験者の平均年齢 (各 45.6 歳と 52.2 歳) は未婚者の平均年齢 (30.5 歳) より 15 歳以上高かったことから、本調査では婚姻状況と年齢が相互に影響していることが考えられる。

職業に関しては、看護師が准看護師や介護士に比べ「高齢者の性」に好意的なイメージを持つ傾向が示された。看護師では「高齢者の性」の学習経験者の割合が8割以上を占めていたのに対し、准看護師と介護士では学習経験者の割合が3〜5割と少なかった。このことから准看護師と介護士においては、「高齢者の性」の学習経験の不足という教育的背景がやや否定的なイメージとして表われたのではないかと考える。先行研究^{7,8)}においても、学習による知識の習得が「高齢者の性」を肯定的に認識させたり、寛容な態度を形成させるとの報告がある。本研究結果を含めたこれらの見解は教育を受けることで「高齢者の性」に対する知識と理解を深めることが可能となり、好意的なイメージの形成に役立つことを示唆している。

また「高齢者の性」の学習経験がなくてもそれに関心のある者が「高齢者の性」に好意的なイメージを持っていたことも本研究結果で明らかになった。この点を検討すると、

「高齢者の性」について関心のある者はそれを理解しようという姿勢で高齢者に接している⁴⁶⁾ことが考えられ、関心を持つことが「高齢者の性」に対し、好意的なイメージを持つきっかけになることが示唆される。

さらに仕事で「高齢者の性」を意識した経験をもつ者が、「高齢者の性」に対し好意的なイメージを持つ傾向にあるのは、自らの経験がきっかけで「高齢者の性」の存在を実感し、さらには理解を深めることにつながるからだと考えられる。先行研究⁹⁾でも、仕事で「高齢者の性」を認識した経験のある看護師は、「高齢者の性」について感心を持ちやすく、研修や学習を受ける機会も増え、高齢者に対して、性に配慮したケアを実践する傾向があると指摘している。このように実際のケアを通して「高齢者の性」を意識し、問題性を深く理解しようとする姿勢は看護実践の基本であり、ケアの質的向上へとつながる重要な観点である。

本研究で、ケアスタッフの基本的属性と「高齢者の性」に対するイメージとの関連を検討し、いくつかの知見を得た。ケアスタッフが「高齢者の性」に対し理解を深め、それを好意的に受け入れるには教育が重要である。また日常の勤務を通して「高齢者の性」を意識した際には、接し方や受け止め方について深く考え、「高齢者の性」に関心を持つきっかけとする努力が高齢者ケアの質的向上につながると考える。

まとめ

- 1) 看護師は、准看護師や介護士と比べ「高齢者の性」に対して、より好意的なイメージを持っていた ($p<0.05$)。

- 2) 年齢と「高齢者の性」のイメージとは負の相関があり、年齢が高いほど「高齢者の性」に好意的なイメージを持っていた ($p<0.01$)。
- 3) 既婚者や結婚経験者は、未婚者と比べ「高齢者の性」に対して、より好意的なイメージを持っていた ($p<0.05$)。
- 4) 「高齢者の性」の学習経験のあるケアスタッフは、「高齢者の性」に対して、より好意的なイメージを持っていた ($p<0.05$)。
- 5) 仕事で「高齢者の性」を意識した経験のあるケアスタッフは、「高齢者の性」に好意的なイメージを持つ傾向があった ($p<0.05$)。
- 6) 「高齢者の性」に関心がある者は、ない者より好意的なイメージを持っていた ($p<0.05$)。

稿を終えるにあたり、本研究にご協力を頂きました施設長並びにスタッフの皆様と本学科学学生の皆様に深く感謝致します。

文 献

- 1) 大迫亜紀他：泌尿器科病棟における老年期患者の性的欲求－患者・看護婦の意識調査を比較して－. 第32回老人看護, 161-163, 2001
- 2) 茂木光代, 小平広子：高齢者の性に対するイメージの日米比較. 第29回老人看護, 6-8, 1998
- 3) 梶 博久, 吉沢 勲：老人の性（小室豊充）：介護者のための老人問題実践シリーズ②. 22-31, 中央出版, 東京（1988）
- 4) 水谷日登美他：老人の性に対する看護婦

- の意識調査. 看護総合, 19, 145-147, 1988
- 5) 佐々木直美他: SD 法による青年, 中年, 老年のセクシュアリティについての評価. 老年社会科学, 22 (1), 19-25, 2000.
- 6) 高村寿子他: 看護職の性-セクシュアリティに関する認識と援助の状況. 看護実践の科学, 9, 86-92, 1994
- 7) Quinn-Krach P, Van Hoozer H: Sexuality of the aged the attitudes and knowledge of nursing students. Journal of Nursing Education, 27 (8): 359-368, 1988
- 8) Hillman JL, Stricker G: A linkage of knowledge and attitudes towards elderly sexuality; Not necessarily a uniform relationship. The Gerontologist, 34 (2): 256-260, 1994
- 9) 橋爪伊津江他: 老人の性への対応方法と看護婦の背景との関連について-アンケート調査より-. 老人看護, 24 : 171-173, 1993

原 著

更年期・閉経女性の不定愁訴が異性への関心 および性活動におよぼす影響とその治療効果

大阪医科大学 産婦人科学教室

後山 尚久, 池田 篤, 植木 實

和文抄録

わが国では、更年期～閉経期のセクシュアリティへの関心が低く、不定愁訴例における性問題は十分に論じられていないのが現状である。われわれは更年期の不定愁訴を有する有配偶者女性に対し、性生活に関する意識調査を行った。最近8年間に更年期専門外来を不定愁訴で受診した653例(41-68歳: 52.2 ± 3.6 歳)を対象とし、異性への興味、性生活の困難さなどを評価し、不定愁訴の程度と比較した。また、治療への意欲、その治療効果についても検討した。

異性への興味が「まったくなくなった」および「半分以上なくなった」という例は全体の26.5%に認められ、「異性に対する興味に変化はない」としたのは45.9%であった。不定愁訴症状と異性への興味喪失度合(Climacteric Scaleでの評価)においては、「異性に対する興味に変化はない」(15.8 ± 9.3)に対し、「まったく興味がなくなった」(32.3 ± 11.0) ($P < 0.001$)は有意に高いスコア(平均2.04倍)を示した。性生活の困難さを自覚していたのは29.4%(184/625)であり、5.76%(36/625)はまったく性生活ができない状況であった。「性生活がかなり困難」な女性の平均年齢(48.9 ± 4.2 歳: $P = 0.0038$)、「まったく性生活できない」女性の平均年齢(49.2 ± 6.3 歳: $P = 0.089$)は「性生活に困難を感じない」女性の平均年齢(51.7 ± 4.9 歳)にくらべ、低いことが判明した。「性生活がまったくできない」理由は身体的疼痛(36.1%)、本人の性生活への意欲喪失(33.3%)が多くを占めた。「性生活がまったくできない」症例において、それに対する治療への意欲がみられたのは42.7%にとどまったが、ホルモン剤や心理療法による治療により、84.1%に性生活が回復した。

これらのことより、今後の更年期医療においては「性生活の困難さ」について積極的なアプローチが重要であるとともに、大切なコミュニケーションの手段である「性」の障害となる不定愁訴の速やかな治療とともに、性生活への治療効果の高いことを説明すべきであろう。また、「性障害」とも言える症例では心理面、身体面の両面からの治療を行う努力が必要であると考えられる。

Summary

We studied the association of climacteric symptoms with attitudes toward sexuality and sexual function in 653 climacteric women with a mean age of 52.2 ± 3.6 years with unidentified complaints. Patients who had “completely lost interest” or “lost more than half of interest” in the opposite sex accounted for 26.5% of the women, while those who “felt no

change in interest in the opposite sex" accounted for 45.9%, and not quite half. Climacteric scale scores were significantly higher for women who had lost interest in sexual life than for those who felt no change in interest. The incidences of complete and relative dyspareunia were 5.76% (36/625) and 5.44% (34/625), respectively.

When we examined the relationship between the age of women with unidentified complaints and difficulty in leading a sexual life, the mean ages of women who felt "considerable difficulty" (48.9 ± 4.2 years; $P=0.0038$) and that of women who felt it "totally impossible to lead a sexual life" (49.2 ± 6.3 years; $P=0.089$) were significantly lower than the mean age of women who felt no difficulty in leading a sexual life (51.7 ± 4.9 years). Among those not sexually active, 22% because of dyspareunia, 33.3% had loss of interest. Of the not sexually active women, 42.7% had sexual desire, 84.1% recovered sexual activity after the treatment with HRT and/or psychosomatic approach.

These findings indicate that, in future climacteric treatment, we should reconsider "sexual dysfunction" and take a positive approach to treatment as well as make effort towards improvement of unidentified complaints associated with dyspareunia. Furthermore, it is important that in the treatment and understanding of the menopausal woman who presents with sexual dysfunction, that both physiological and psychosocial factors are considered.

Key words

sexual disorder, ill-defined symptoms, climacterium

緒 言

女性は閉経以後に 30 年以上の平均寿命を残し、いわば生殖・育児を終えた更年期以降の人生時間は、最も自由で、子供の巣立ちとともに夫婦 2 人で過ごす「第 2 の人生」とも呼ぶことができる。この期間を充実したものにするためには、現代は閉経前後に発症する不定愁訴症候群への早期の対応が必要であるとともに¹⁾、性障害への積極的な対応とその治療が必要な時代でもあるといえる。更年期女性の quality of life (QOL) の評価は多因子により評価されなければならないが、性問題もそのひとつの要素として扱われている²⁾。

古くから欧米では加齢と性障害の問題が研究されており、障害のひとつの因子である性欲の減退は 50 歳をはさんだ数年間が最も大きいこと³⁾、月経周期が不整となる更年期頃からその減退がみとめられ、閉経時に最も著しいと報告されている⁴⁾。理由のひとつはエストロゲン欠乏による膣上皮萎縮による性交痛であると思われる、current HRT user と non-HRT user との間に性交回数や性生活への満足度に差がみられるが⁵⁾、性欲の違いはないとの報告もある⁶⁾。したがって、中高年層の性障害を臨床的に取り扱う際には精神的要素や社会・文化的環境因子の関与が大きい

とされ、精神的、身体的両面からの配慮が必要であるといわれている⁷⁾。

中高年女性への性障害の治療において、身体的治療へのホルモン補充療法の貢献は大きく、5割以上の患者に有意の改善がみられたとする報告がいくつもみられる^{6,8-10)}。しかしながら、エストロゲンの減少ではなく、更年期の年代となっていること、閉経という事象を経験したことが性活動の減退と関与している例が少なくないことから、十分な精神面からの治療が必要であることも示されている^{10,11)}。

本研究は、更年期・閉経期の不定愁訴例の性活動の実態を調査し、心身の不調の性機能におよぼす影響を知るとともに、性障害例の治療意欲、あるいは治療による性活動の回復について検討した。

研究方法

大阪医科大学付属病院産婦人科「婦人心療・更年期・閉経外来」を最近8年間に受診した653例(41-68歳:52.2±3.6歳)を対象とした。初診時に心理テストなどとともに、異性への興味、性生活の困難さなどをアンケート用紙の内容に盛り込んだ。不定愁訴の症状の種類と程度はGreene's Climacteric Scale (vasomotor, somatic, psychologicalの3要素を総合的に判断して21項目の症状を抽出したスケール)にて評価した¹²⁾。性生活が困難であると回答があった症例では、その後の3か月間の診療時に、その治療への本人からの申し出があるかないか、申し出のなかった症例への治療の説明に同意があるかないかを検討した。また、治療により3か月以内に性生活があった例は「性生活回復」とした。

治療レジメは経口ホルモン剤としては、結合型エストロゲン(プレマリン0.625mg/日)とプロゲステロン(酢酸メドロキシプロゲステロン2.5mg/日)の連日併用療法、腔坐薬としては、エストリオール腔坐薬(ホーリン1mg)の2回/週の挿入とした。心理療法是、バリント方式を基盤とした、「受容、共感、支持、保証」を含んだ一般心理療法に加えて、気持ちに対する認知療法、洞察療法を行った。

得られたデータに対する統計学的処理は、Mann-Whitney testを用いて行い、 $p<0.05$ を有意差ありとした。

研究成績

異性への興味、性生活の困難さへのアンケート項目への回答率、更年期指数書き込み用紙の回収率は100%であった。

異性への興味についての回答では、「まったく興味がなくなった」(8.9%:58/653)、「以前の半分以上興味がわからない」(26.5%:173/653)をあわせると35.4%(231/653)の不定愁訴例が異性への興味の喪失を自覚していた。「興味は変わらない」としたのは44.0%(287/653)であり、半数に満たなかった(表1)。性生活の困難さを自覚していたのは29.4%(184/625)であり、「かなり困難」が5.44%(34/625)、「まったく性生活できない」が5.76%(36/625)であった(表2)。この性生活の困難さと年齢との関係

表1 更年期不定愁訴例の「異性への興味」調査成績(653例)

	例数	比率(%)
まったく興味がなくなった	58	8.9
以前の半分以上興味がわからない	173	26.5
少しだけ興味がなくなった	135	20.7
興味はかわらない	287	44.0

表2 更年期不定愁訴例の性生活の困難さの比率 (625例)

	例数	比率 (%)
性生活はまったくできない	36	5.76
性生活はかなり困難	34	5.44
性生活にやや困難を感じる	114	18.2
性生活に困難はない	441	70.6

を検討したところ、性生活に困難を感じない女性の平均年齢 (51.7 ± 4.9 歳) にくらべ、「かなり困難」な女性の平均年齢 (48.9 ± 4.2 歳) の間には有意の関係 ($P=0.0038$) が認められ、また「まったく性生活できない」女性の平均年齢 (49.2 ± 6.3 歳) も低い傾向がみられる ($P=0.089$) ことが判明した (図1)。

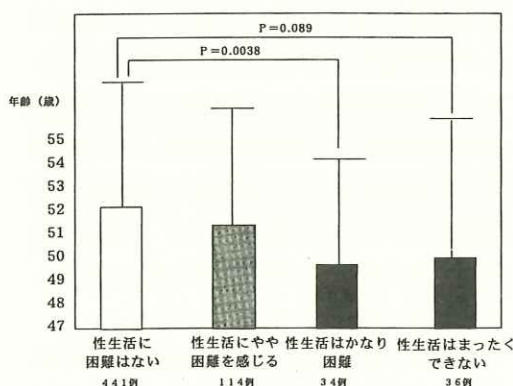


図1 更年期不定愁訴例の年齢と性生活の困難さの関係 (625例)

不定愁訴症状の強さと異性への興味喪失の関連を検討したところ、「異性への興味はかわらない」(287例: 15.8 ± 9.3) に対し、「以前の半分以上興味がわからない」(173例: 21.8 ± 8.6) ($P<0.05$) あるいは「まったく興味がなくなった」(58例: 32.3 ± 11.0) ($P<0.001$) は有意に高い更年期指数のスコアを示した (図2)。

性生活がまったくできないとの回答があった36例に対し、不実行の理由を再びアンケート

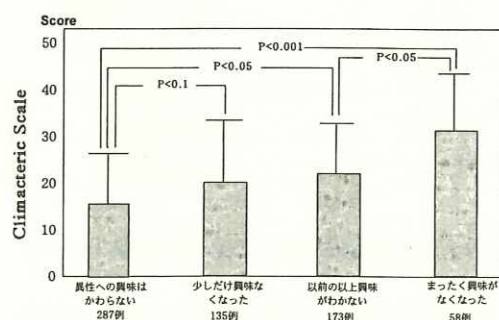


図2 更年期不定愁訴例の異性への関心と更年期指数との関係 (653例)

ト調査により回答してもらったところ、36.1% (13/36) が患者本人が性生活あるいは配偶者に興味がなくなり、性生活への意欲がなくなったというものであった (表3)。身体的理由として33.3% (12/36) に性交時の疼痛のために不能になった、あるいは膣乾燥感のために性生活に臨む気持ちがなくなったという回答が得られた。配偶者 (夫) の性への関心や性生活への意欲喪失 (19.4%), なんとなく気がつくとも性生活がなくなっていた (16.7%) という回答も比較的多くみられた。そのほかの項目では、配偶者の不貞による精神的固辞、配偶者の病気などが認められた。

表3 性生活のない女性における不実行の理由 (複数回答あり)

理由	例数	比率 (%)
性生活への意欲喪失 (本人)	12	33.3
性生活への意欲喪失 (配偶者)	7	19.4
性生活習慣消失	6	16.7
身体的疼痛	13	36.1
その他	6	16.7
無回答	5	13.9

そこで、性生活の困難さを「性障害」と捉え、治療の対象とした。初診から3か月以内に困難があると認定された184例のうち性障害の治療の申し出があったのはわずかに8例

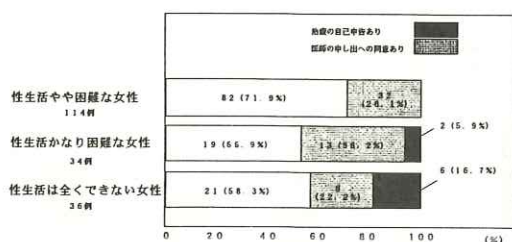


図3 性生活会の回復への治療的意欲 (184例)

(4.3%)であり、「性生活会がまったくできない」という症例においても16.7% (6/36)しか自発的な治療への意欲はみられなかった。医師から治療を申し出た際に、それを承諾したのは性生活会がやや困難な症例の28.1% (32/114)、かなり困難な症例の38.2% (13/34)、およびまったくできない症例の22.2% (8/36)であり、全体では28.8%であったが、66.3%が治療に消極的であった(図3)。治療法としては、ホルモン補充療法が25.0% (11/44)、ホルモン剤の膣坐薬が52.3%を占めた。性障害に対しての心理療法が必要であったのは31.8% (14/44)であった。経口ホルモン剤投与による性生活会回復率は90.9%と最も高く、心理療法が必要だった14例においては9例(64.3%)に性生活会が回復した。全体では、治療意欲のみられた61例のうち、治療開始3か月追跡できた44例において84.1%に性生活会の回復が確認できた。

表4 性障害の治療を行った例の治療法と臨床成績 (44例)

	例数 (比率%)	性生活会回復率 (%)
経口ホルモン剤	11 (25.0)	90.9
ホルモン剤の膣坐薬	23 (52.3)	82.6
心理療法	14 (31.8)	64.3
不定愁訴の治療 (非HRT)	10 (22.7)	80.0
		全体: 84.1%

薬剤の併用、心理療法との総合診療あり

考 察

性障害に関する更年期・閉経女性の問題は、腔乾燥感や性交時痛などの身体的な問題のみならず、閉経という事象そのもの、性生活会への嫌悪、配偶者または異性への興味の喪失、あるいは配偶者との人間関係という、精神的、情緒的、社会・文化的側面から総合的に議論される^{5,13-15)}。異性への興味あるいは異性の存在が性活動を維持するために重要であることが知られているが^{16,17)}、まず性活動に障害を及ぼす種々の身体症状を改善することが肝要であることが報告されている^{5,18)}。閉経周辺期のさまざまな症状がQOLを低下させることはよく知られているが^{19,20)}、Huertaら²⁰⁾は閉経後1年ではそれ以前と比較し、性への興味を喪失している女性の「うつ状態」の重症度が高く、「空の巣症候群」、「不安障害」の重症度も「性への興味」と有意に負の相関を有することを報告し、性への興味や性活動の回復がうつ、不安症状を軽減することにもなると結論づけている。

本研究では、異性への興味の喪失度合の強い症例の更年期指数の平均値は、不定愁訴を有するが興味が喪失していない症例にくらべて有意に高いことがわかった。このことは、不定愁訴の発症により健康感が喪失することにともない、性活動の低下や性への関心が希薄化したことを意味するが、一方では異性への関心の減退そのものがパートナーや周囲とのコミュニケーションの円滑性をさまたげ、ストレスを受けやすい環境を形成しているとも考えられる。さらには、性活動の低下が不定愁訴症状を増悪させている可能性も否定できない。閉経は女性の人生において「喪失の時期」であり、性に関しては「喪の作業」を行

うことを強いられていたが²⁰⁾、実際の中高
年女性の意識は「美しさ」への執着があり、
閉経をライフクライシスではなく、ライフス
タイルを積極的に変えていくという方向性を
有するようになったことを Defey ら²⁰⁾は示
している。その報告において、性生活への関
心や助言が、患者に比較して医療者の意識が
非常に乏しいことを指摘している。本研究で
は、不定愁訴例において性生活への困難さ
を感じていない比率は70%であったが、そ
のような症例がどちらかといえば閉経後期に多
く、比較的若年相に困難さを訴える症例が多
かった。このことから、現在の中高年女性は
閉経を性生活の終焉と認識している可能性、
あるいは性教育から発した「生殖のためだけ
の性」という観念の固定化がいまだになされ
ている可能性が考えられる。このことは、性
生活が困難になっている例の66.3%が治療
に消極的であったことから伺える。閉経後
の夫婦の良好なコミュニケーションとしての
性という捉え方からすると、不定愁訴の治療
として最も施行頻度の高いHRTの副次的な
効果としてのQOLの向上を考慮にいれなが
らの治療と⁵⁾、周囲の環境調整を含んだ社会・
文化的アプローチを精神面から行う必要があ
ると思われる⁶⁻⁸⁾。

不定愁訴の治療としてもホルモン補充療法
は効果がみられることはよく知られているが、
本研究では陰坐薬を含め77.3%がホルモン
補充療法を受け、良好な成績が得られた。こ
れらの症例は身体的理由による性生活の困難
さがあった症例がほとんどであったために、
高い治療成績であったが、心理療法が必要だ
った症例では64.3%で性生活が回復した。
Kingsberg²⁰⁾は、性障害には精神的要因につ

いても配慮が必要であり、また配偶者の精神
的状态、身体健康にも注意を払うべきであ
ると述べている。

総 括

過半数の不定愁訴例において異性への興味
は減退しており、更年期指数が高いほど、そ
の程度は大きかった。1割強の症例では性生
活がほとんど持たず、比較的低い年齢層ほど、
困難さを自覚していることが判明した。性生
活がなくなった理由としては、身体的、精神
的理由のいずれも存在し、治療の対象となる
症例も少なくなかったが、自発的な治療意欲
は4.3%にしかみられなかった。ホルモン補
充療法や心理療法での治療成績はよく、治療
意欲のあった症例全体で、84.1%に性生活が
回復した。これらのことより、今後の更年期
医療においては「性」を見直し、性問題への
積極的なアプローチが重要であると思われる。
大切なコミュニケーションの手段である「性」
の障害となる不定愁訴を速やかに治療する努
力とともに、性生活の困難さへの配慮と治療
の説明も必要であろう。また、治療において
は、身体治療とともに心理療法による精神的
要因のケアを怠ってはならないと考える。

文 献

- 1) 後山尚久：更年期？からだと心の変化で
悩む人に、NHK出版、東京、2002。
- 2) 林淑子、金子尚仁、広井正彦：中高年女
性とQOL、産婦人科治療、74：294-297、
1997。
- 3) Pfeiffer E, Verwoerd A, Davis GC : S
exual behavior in middle life. Am J
Psychiat 128: 1262-1267, 1972。

- 4) McCoy NL, Davidson JM : A longitudinal study of the effects of menopause on sexuality. *Maturitas*, 7: 203-210, 1985.
- 5) Boos JN, Wiklund I, Mattsson LA, et al: Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 72: 656-660, 1993.
- 6) Sarrel PM: Effects of hormone replacement therapy on sexual psychophysiology and behavior in postmenopause. *J Wo Health Gen Bas Med* 9 (Suppl): 25-32, 2000.
- 7) Deeks A: Sexual desire. Menopause and its psychological impact. *Aust Fam Physician* 31: 433-439, 2002.
- 8) Sarrel PM, Dobay B, Wiita B. Estrogen and estrogen-androgen replacement in postmenopausal women dissatisfied with estrogen-only therapy. *J Reprod Med* 43: 847-856, 1998.
- 9) Davis SR, McCloud P, Strauss BJ, et al: Testosterone enhances estradiol's effects on postmenopausal bone density and sexuality. *Maturitas* 21, 227-232, 1995.
- 10) Omu AE and Al-Qattan N: Effects of hormone replacement therapy on sexuality in postmenopausal women in a mideast country. *J Obstet Gynecol Res* 23: 157-164, 1997.
- 11) Avis NE, Stellato R, Crawford S, et al: Is there association between menopause status and sexual functioning? *Menopause* 7: 297-309, 2000.
- 12) Greene JG: Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas* 29: 25-31, 1998.
- 13) Graziottin A. Hormones and libido. In: *Proceeding of First Amsterdam Menopause Symposium*. p 4-5, Amsterdam, 1998.
- 14) Zichella L and Perrone G. Lifestyle and compliance with HRT. *Eur Med J*, 3: 250-254, 1996.
- 15) Borissova AM, Kovatcheva R, Shinkov A, et al: A study of the psychological status and sexuality in middle-aged Bulgarian women: significance of the hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas* 25: 177-183, 2001.
- 16) Montgomery JC and Studd JWW. Psychological and sexual aspects of the menopause. *Br J Hosp Med.* 45: 300-302, 1991.
- 17) Pfister S and Dougherty P. Growing older. In: *Women's Health: A relational perspective across the life cycle*. Lewis JA and Bernstein J, eds. p 192-236, Mass: Jones & Bartlett, 1991.
- 18) Borissova AM, Kovatcheva R, Shinkov A. Changes in sexual behavior in Bulgarian women after the menopause. *Gynecol Endocrinol.* 14: 448-453, 2000.
- 19) 筒井末春 : ストレス関連の健康障害, 更年期障害・ストレスの病態生理と診断・治療, p53-91, 真興交易医書出版, 東京, 2000.
- 20) 後山尚久 : 更年期閉経期女性のクオリティー

・オブ・ライフの確立と全人的医療の実
践への期待. 女性心身医, 5: 123-132,
2000.

- 21) Huerta R, Mena A, Malacara JM, de
Leon JD. Symptoms at perimenopausal
period: Its association with attitudes
toward sexuality, life-style, family
function, and FSH levels.
Psychoneuroendocrinol. 20: 135-148,
1995.
- 22) Weg R. Sexuality in the menopause. In:

Physiology and treatment of the
menopause. Mishell eds. Yearbook
Medical Publishers, Chicago, 1987.

- 23) Defey D, Storch E, Cardozo S, et al:
The menopause: women's psychology
and health care. Soc Sci Med 42:
1447-1456, 1996.
- 24) Kingsberg SA: Postmenopausal sexual
functioning: a case study. Int J Fertil
Womens Med 43: 122-128, 1998.

原 著

当院における過去 5 年間の人工妊娠中絶例の検討

県西総合病院産婦人科

田中 奈美, 山内 宏

要 約

当院での 1998 年からの 5 年間の人工妊娠中絶実施者 73 名についてその実態と背景について検討を行なった。

1. 中絶実施者中, 既婚者・経産婦はそれぞれ 80.8%・83.6%を占めた。
2. 既往中絶歴は全体では 30.1%にみられ, とくに 40 代で高頻度となっていた。
3. 妊娠時に近代的避妊法(経口避妊薬, 銅付加 IUD など)を行っていたものは皆無で, 使用経験者も 3 名のみであった。
4. 術後近代的避妊法を実行しているものは 32.9%であり, 低用量ピル・銅付加 IUD の認可後はこれらの近代的避妊法を選択する例が増加した。

以上から, 今後日本でも諸外国並みに避妊法の選択肢が増えれば, 近代的避妊法を選択する例が増加すると思われる。出産後や中絶後など避妊に対する意識の高まりをきっかけに, 避妊法を選択・実行できるような援助が必要である。

キー・ワード

人工妊娠中絶, 近代的避妊法

Summary

This study shows the profile of 73 patients who underwent induced abortion at our hospital from 1998 to 2002. (1) The majority was married (80.8%) and multiparous (83.6%). (2) 30.1% had past history of induced abortion, which became higher frequency in women of forties. (3) None of them used modern contraception (oral contraceptives, IUD etc.) at the chance of this pregnancy, and only three women had used them before. (4) The rate of using modern contraception after abortions was 32.9%, which was increased after certification of low-dose OC and Cu-attached IUD. This results suggest more variety of modern contraception as other developed countries is positively associated with greater success in modern contraceptive use in Japan. At opportunities to being aware of contraceptive use such as after delivery or abortion, it is necessary to support for choice and use of contraception.

Key Words

Induced abortion, Contraception behavior

緒 言

日本は世界に先駆けて1948年に優生保護法により人工妊娠中絶が合法化された国であり、アメリカのように中絶擁護派（Pro-choice派）と反対派（Pro-life派）が論争を繰り広げる中、女性の権利として中絶が認められてきたのは対照的である。比較的最近の本邦の女性への調査でも中絶は容認されており、未婚女性の79.1%、既婚女性の85.1%が中絶を認めると答えている¹⁾。中絶の報告数自体は1955年にピークの117万件に達したのち減少を続け、1998年には33万3,220件で最低となった。しかし近年の性の低年齢化に伴い24才未満での中絶数の増加が著しく、その後の4年間は連続して増加してきており、2001年は34万1,588件となっている²⁾。中絶は女性にとって身体的に負担が大きだけでなく、精神的にも多大なストレスとなるため、術前後には精神的なケアが必要であり、避妊法に関するカウンセリングも重要になってくる。当院では、1999年の低用量経口避妊薬（以下OCと略）、銅付加IUDの認可以降、人工妊娠中絶後の避妊指導に積極的に取り組んできた。今回、過去5年間の当院での中絶の動向を調査するとともに、近代的避妊法の認可前後での術後の避妊の動向も含めて調査したので報告する。

対象と方法

調査対象は1998年から2002年までの5年間に当院にて中絶を施行した73名であり、各個人の背景について診療録（カルテ）より調査し検討した。有意差の検定には χ^2 検定を使用した。

結 果

1. 中絶件数の年次変化（図1）

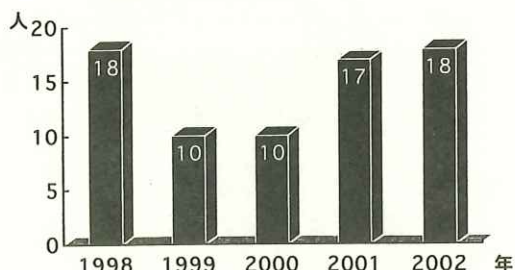


図1 中絶件数の年次推移

1998年の18件から1999年は10件と一旦減少し、以後は増加傾向が認められた。今回の報告は当院での中絶実施者の実数であり、中絶希望来院者の実数とは異なっている。1998年から1999年にかけて当院の産婦人科勤務医師の交代が何度かあり、1999年7月からは固定しているが、担当医師個人の中絶に対する考え方の相違により、場合によっては当院での中絶の実施をお断りすることもあったため、このような結果になったと考えられる。担当医が固定してからの約4年間では増加傾向が認められた。

2. 年齢分布（図2）

2000年までは30代以降が多く、10代、20代前半の若年者は少なかったが、2001年以降は若年の症例の増加を認め、より幅広い年代に分布していた。

3. 年齢別婚姻状況（図3）、出産歴（図4）

10代を除くどの年代でも既婚者が多数を占めており、全体では既婚者80.8%、未婚15.1%、離婚後4.1%となっていた。また、83.6%が経産婦であり、2回もしくは3回の出産後のものが多かった。出産経験のないものは1例を除いて全例未婚者であり、既婚者の1例も離婚調停中であった。

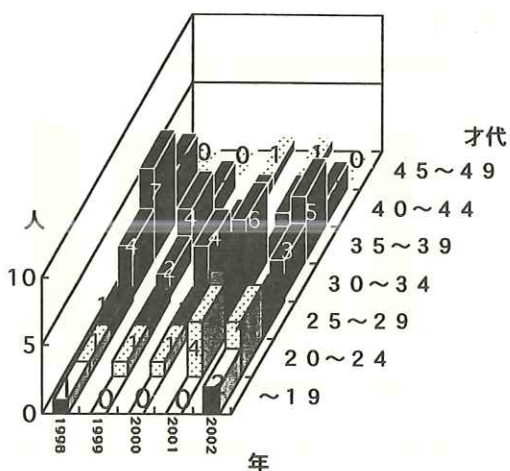


図2 中絶件数の年度別年齢分布

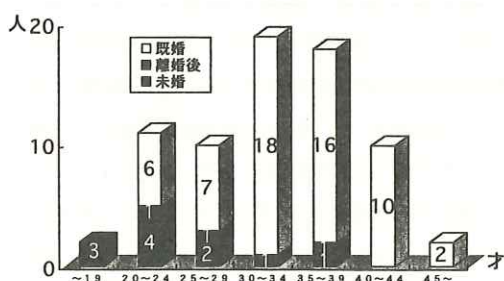


図3 年齢別婚姻状況

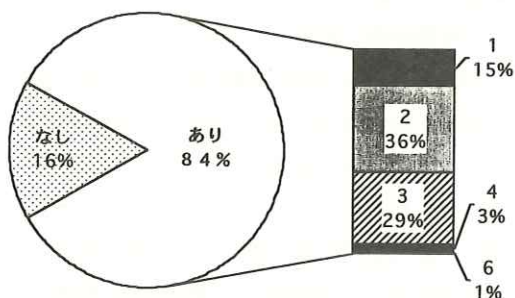


図4 出産歴

4. 中絶既往の有無 (図5)

全体では30.1%が過去に中絶をうけており、40代では72.7%と高率であった。25~29才が最も少なく10.0%であったが、24才以下の若年者では35.7%とより多くなっ

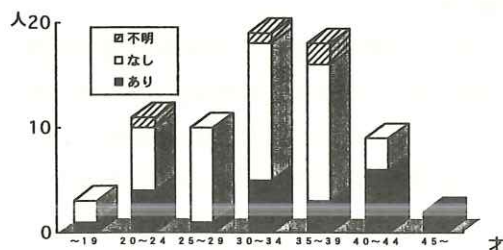


図5 中絶既往の有無

ていた。

5. 職業 (図6)

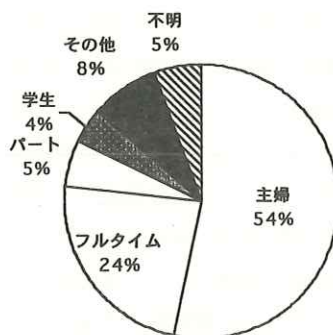


図6 職業

主婦が54.0%と過半数を占めたが、フルタイムでの従事者は約1/4であった。

6. 中絶施行週数 (図7)

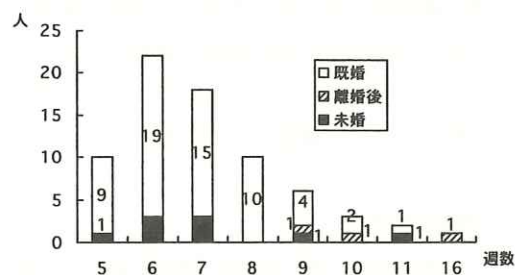


図7 中絶施行週数

妊娠6週が最も多く、それ以降の週数では漸減していた。全体では妊娠2ヶ月(4~7週)での施行が69.9%であった。妊娠9週以

降では未婚・離婚後の女性が占める割合が高くなっていった。妊娠4ヶ月以降のいわゆる中期中絶は妊娠16週の1例のみであった。これは前述のように当院の医師の方針により、中期中絶はなるべくお断りしていたことも関係していると思われる。

7. 今回妊娠時の避妊法 (図8)

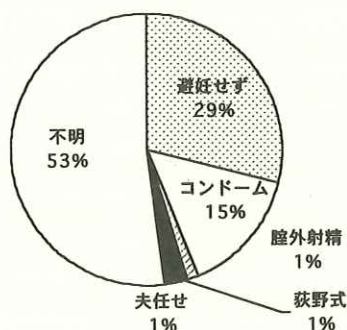


図8 今回妊娠時の避妊方法

カルテより避妊法がわかったものは全体の47%で、そのうちの過半数は避妊を何も行っていなかった。避妊を行っていたものでもコンドームが最も多く、性交中絶や夫任せなど男性主体で避妊とはいえないものばかりであった。OCや銅付加IUDなどのいわゆる近代的避妊法を施行していたものは1例もなく、使用経験があったものは3例のみ(OC 1例, IUD 2例)であった。

8. 中絶後の近代的避妊法の実行 (図9)

OCや銅付加IUDの認可前後では、近代的避妊法の実行率が大きく異なっており、1999年9月の認可後は有意に増加した($p < 0.0001$)。

9. 近代的避妊法の継続状況 (図10)

OCでは61.1%, IUDでは87.5%が2003年4月の時点で使用を継続していた。

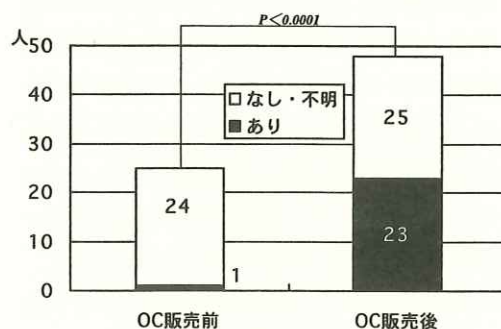


図9 中絶後の近代的避妊法の実施状況

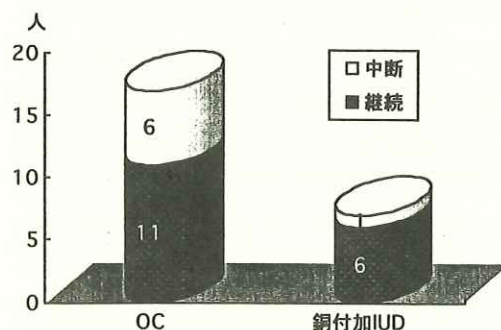


図10 近代的避妊法の継続状況

考 察

前述したように、この報告は人工妊娠中絶を希望し当院に来院した女性全例の報告ではなく、中絶実施者についての報告である。よって地方の公的総合病院での中絶の実体を正確に反映しているとはいいがたい面がある。産婦人科診療において大学病院や公立病院などでは人工妊娠中絶は実施していないというところも多くあり、当院でも数年前までは「原則としてお断りする」という方針であった。しかし、中絶をくり返す女性や若年者の望まない妊娠の多くを目の当たりにするにつれて、中絶を受けた女性への避妊を含めたトータルなケアの必要性を実感し、数年前からは特に

術後の避妊カウンセリングに力を入れて中絶を行っている。当院での中絶施行者数が近年増加しているのは、以前のようにお断りすることが殆どなくなったためと考えられる。全国的には2001年の出生数は約117万人であり、中絶件数はその約3分の1に相当する。5年間の当院の出生数は約1,000例で中絶数：出生数は1：13となり当院で中絶をする女性はかなり少ない。地域柄病院内の職員にもいわゆる「顔見知り」が多く、個人のプライバシーが保たれにくい面があり、中絶というタブーを公にしたいと意識から個人医院等を選択する女性が多いと思われる。また当院は看護学生の実習病院でもあるため（中絶を希望する）若年妊婦には敬遠されていると思われる。それでも当院の年度別年齢分布ではここ2年間は24才以下の若年層が目立ってきている。全国的にも20才未満の中絶は近年急増しており、2001年には46,511件となり、女子総人口千対の実施率はこの10年間で約2倍の13%に達した²⁾。総数でも1999年よりついに増加に転じており、年齢別に見ると34才以下のすべての世代で実数が増加傾向にある。これには性の低年齢化に加えて、晩婚化や就労女性の増加なども関係しているのであろうが、現代の日本が子供を生み育てるのを躊躇せざるを得ない社会になってきているのではないかと考えさせられる。日本は諸外国にくらべて、予定外の妊娠が多く³⁾、その結果として中絶を選択せざるを得ない例が多いのであろう。今回の調査で避妊をしていたもののうち83%はコンドームを使用していたように、日本は「避妊」といえばコンドームを使用することを指してきた国であり⁴⁾、現在でも選択できる確実な避妊法

は極端に少ない。その結果「避妊の失敗はよくあること」そして「中絶もよくあること」という悲しい常識が出来上がってしまった。あらゆる年代で個人にあった確実な避妊法が選択できる様に避妊法の充実が望まれる。当院の症例では術後近代的避妊法を実行した症例は32.9%であったが、OCの認可前後で比較すると、認可前は4%であったのが、48%と有意に増加した($p<0.0001$)。OCの認可に続いて銅付加IUDも認可され、日本における「避妊ビック・バン」ともいわれる事象は確かに中絶後の避妊の動向に大きな変化をもたらしたようである。近代的避妊法の継続率では、OCでは61.1%とIUDより低くなっており、服用を継続するための十分なカウンセリングが重要である。症例数が少ないこともあり、当院の24才未満の症例ではOC使用者は全例使用を継続していた。しかし早乙女らによると若年者ほどOCを継続しにくいという現状があり⁵⁾、若年者でも継続しやすい避妊法、つまり注射法や皮下埋め込み法、パッチ法などが早急に日本でも認可されることが望まれる。そのためには、近年の若年者を中心とした中絶数の増加を念頭に、若年者への正しい避妊の知識を広めるための国をあげての政策が必要である。先進国の中には日本に先立って10代の妊娠・中絶が問題化し、国の政策によりこれらを減少させるのに成功している国も多い^{6,7)}。具体的にはピア・エデュケーションを含む健康教育の一環としての性教育の充実、プライバシーの保護が徹底された青少年クリニックなどの設置とOCの無料または非常に少ない自己負担での配布などが行われている国が多く、特にこういった活動が広く行われているオランダでは先進諸

国の中でも非常に低い10代妊娠率、中絶率を誇っている。性教育に関しては家庭と学校の両者が重要であるが、教育界においては性や避妊について語ることもよしとしない「超保守派」さえも存在し、早急な変化を期待するのは難しい。家庭においても性や避妊が親から子に語られることは少なく、そもそも中絶の大半は既婚経産女性の中絶であり、親の世代自体が避妊に関する正しい知識を持ち合わせていない現状である。今回の報告でも40代の既往中絶率は72.7%と高率であった。小学校によっては親子での避妊についての学習をおこなっている例もあり、このような取り組みが多くなされていくことが望まれる。産婦人科においては、女性が自身の体を見つめなおすきっかけが持てるように正しい情報を折りに触れて積極的に提供していきたい。

人工妊娠中絶を受けた女性のケアに関する論文は国内外を問わず多数あるが、近年は精神的なケアに関する論文が多く見受けられる^{8,9,10)}。今回の調査はretrospectiveな調査であり、中絶を受けた女性の精神的な側面に関しては調査できなかった。中絶を受けた女性がPAS (Post Abortion Syndrome) というPTSD (Post Traumatic Stress Disorder) の一類型を示すことが知られており、後々にわたって精神的な問題を抱えるリスクが高くなるといわれている⁹⁾。また医療従事者が中絶を受ける女性に対して深く関わるのを避けたり、否定的な言動を問ったりすることが知られているが、これには「中絶をする女性の反応の乏しさ」、医療者の「中絶をする女性への知識・経験の乏しさ」、「中絶・中絶をする女性への偏見」、「中絶をする女性に対するプライバシーへの配慮」が要因として考えら

れると大久保は述べている¹¹⁾。当院の症例でも一見感情を表出せず淡々としていることが多く、スタッフの中には「反省しているように見えない」、「避妊をしないから悪い」などの否定的な態度を示すものもいるのが現状である。今後は中絶を受けた女性の精神的なダメージについて関与するスタッフ全体で認識を深めて、精神的なケアも充実させていきたいと考えている。

総 括

当院の5年間の人工妊娠中絶例について報告した。既婚・経産女性が多く、近年は若年症例も増加傾向にあった。妊娠時にOCやIUDなどの近代的避妊法を使用していたものは皆無であったが、OC銅付加IUDの認可後は術後これらを実行するものが有意に増加した。

尚、本論文の要旨は2002年10月第11回日本性科学会学術総会（於、大阪）において発表した。

文 献

- 1) 毎日新聞社人口問題調査会編。「家族」の未来、ジェンダーを超えて、毎日新聞社・第24回全国家族計画世論調査。東京：毎日新聞社人口問題調査会、1998。
- 2) 母子保健の主なる統計。東京：財団法人母子衛生研究会、2003。
- 3) The Alan Guttmacher Institute. Hopes and realities: closing the gap between women's aspirations and their reproductive experiences. New York: Alan Guttmacher Institute, 1995.
- 4) 第25回全国家族計画調査。毎日新聞社、

- 2000。
- 5) 早乙女智子。低用量ピル服用者の使用実態調査－服用継続に関与する因子についての検討－。日本性科学会雑誌 20 (1) : 29-34, 2002。
 - 6) 劔陽子, 山本美江子, 大河内二郎, 他。諸外国における若者の望まない妊娠の予防対策。厚生指標 49 (3) : 26-35, 2002。
 - 7) 劔陽子, 山本美江子, 大河内二郎, 他。アメリカ合衆国における人工妊娠中絶と10代の望まない妊娠対策。日本公衆衛生雑誌 49 (10) : 1117-1127, 2002。
 - 8) Anne C. Speckhard: Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern, Journal of Social Issues, 48 (3): 95-119, 1992.
 - 9) Anne Gilchrist: Abortion-Who needs support?, Nursing Standard, 6 (11): 49, 1995
 - 10) 木村好秀, 斉藤益子。人工妊娠中絶実施前後のこころのケア。周産期医学 32 (1) 87-90, 2002。
 - 11) 大久保美保。看護者は人工妊娠中絶ケアにどうかかわっているのか。助産雑誌 57 (3) 200-206, 2003。

原 著

小・中・高等学校生における性の実態と教職にみる性教育の現況

山形県立保健医療大学

Peer Network Yamagata (PNY) 代表

渡 会 睦 子

抄 録

山形県は、10才代の人工妊娠中絶率が高く、性感染症の増加も危惧される現状にある。そのような中、性意識・性知識・性行動等の実態を把握し現状を改善するため、山形県内小中高等学校生・小中学校教職員に質問紙調査を実施し、今後の対策について検討した。

調査結果により、小学生では性行為の意味を男子42.4%、女子47.3%が知る。それに対し、教職員は小学6年生になると必要性を100%感じるが、実際、実施できなかった理由として「指導が難しかった」「他の業務が忙しかった」などがあげられ、他にも、指導の組み立てや教材の不足に困難を感じていることがわかった。

以上の結果より性教育を実践する側に対し、現代の子どもたちに応じた系統的継続的な指導内容の組み立て、教材が必要と考える。性感染症の予防のため、性に関する正しい情報を得、誤った情報を判断できる決定力・判断力を養うことができるよう、将来的に山形県のどの学校に進学・転校しても同様の性教育を受けられるシステムを構築しプログラムを拡大していくことの必要性を指摘した。

Summary

The current state in Yamagata Prefecture is one in which the high rate of artificially terminated pregnancies and increase in sexually transmitted diseases are of deepening concern. Given conditions like these, a questionnaire survey was administered to elementary and middle school students and teaching staff in Yamagata Prefecture to ascertain the current state of affairs of sexual awareness, knowledge about sex, sexual behavior, and the like and to improve the current situation. This research also reports on an examination of measures for the future.

Survey results indicated that 42.4% of boys and 47.3% of girls of elementary school students knew the meaning of sexual acts. One hundred percent of teaching staff felt the necessity of providing sex education once students become sixth graders, although they cited the "difficulty of instruction" and being "busy with other work" as reasons why this education was not provided. In addition, the fact that teachers felt burdened by a lack of an instructional framework and educational materials was also apparent.

With respect to those practically providing sex education as future sex education, a framework for systematic and continuing instructional content and educational materials are needed in accordance with today's children.

keywords

性教育 性行動 性感染症予防 小・中・高校生, 教員

緒 言

厚生労働省性感染症研究班の報告によると、1990年代より10～20歳の若者を中心にクラミジアや淋菌感染症が急増しており¹⁾、山形県においても、全女性の性感染症感染者に占める10歳代の感染者の割合が2000年の24.6%から2002年の29.3%に増加している²⁾。また、10歳代の人工妊娠中絶率が1998年度14.1%（全国3位）、2001年度17.2%（全国12位）と高く³⁾、山形県の中でも特にM地区は高い状況にあり、性感染症も危惧される現状にある。

以上からも性教育が不可欠な現状にあると考えられるが、これまで各学校・行政等によってなされてきた性教育の取り組みは、講演会として年1回のイベントとして終わることも多く、また、性教育の強化指定を受けても指定期間が過ぎると実施しないなど継続性に乏しい場合が多かった。

このような状況の中で、性教育・性意識・性知識・性行動等の実態を把握し、現状を改善するため、山形県内小中高等学校生・小中学校教職員に質問紙調査を実施し、PHA (people with HIV/AIDS)、NGO・NPO、医療関係者・行政、教育者・PTA・学生等、様々な立場のメンバーが、HIV/AIDSやSTDについて、Peer（対等、仲間、立場が同様）な関係の中（図1）で効果的な対策を

図るため、検討したので報告する。



研究方法

A 山形県M地区高等学校「性教育実態調査」

1) 対象 1,078名

・男子生徒 412名

(1年135名, 2年124名, 3年153名)

・女子生徒 666名

(1年246名, 2年205名, 3年215名)

2) 実施方法

PNY・M地区高等学校生活指導協議会にて共同で質問紙を作成し、自記式調査を実施した。計画趣意書（説明書）・調査票・封筒は、対象者に個別に同協議会を通し配布し、調査票は回収封筒を設置し回収した。計画趣意書には、「回答はすべて統計的に処理し、個々の調査の内容が外部に漏れることはなく、個人は特定できない。」旨を記載した。

3) 調査期間

平成 13 年 10 月 1 日～31 日

B 山形県 Y 市「性に関するアンケート調査」

1) 対象・小学 6 年生 37 校

各 1 学級分 1,041 名 回収率 94.2%

・中学 1・2・3 年生 16 校

各 1 学級分 1,494 名 回収率 93.6%

・山形県 Y 市教職員

(学級担任・学年付教諭) 842 名 回収

率 86.2%

2) 実施方法

P N Y・Y 市教育委員会にて共同で質問紙を作成し、同教育委員会を通し、A 調査と同様に実施した。

3) 調査期間

平成 14 年 3 月 11 日～15 日

研究成績

1) あなたが学校で性教育を初めて受けたのはいつ頃ですか。(図 2・高等学校生)

・男女ともに初めて性教育を受けたのは小学 5 年生と答えた者が最も多い。特に女子は他の学年に比べて突出している。女

図 2 あなたが学校で性教育を初めて受けたのはいつ頃ですか。

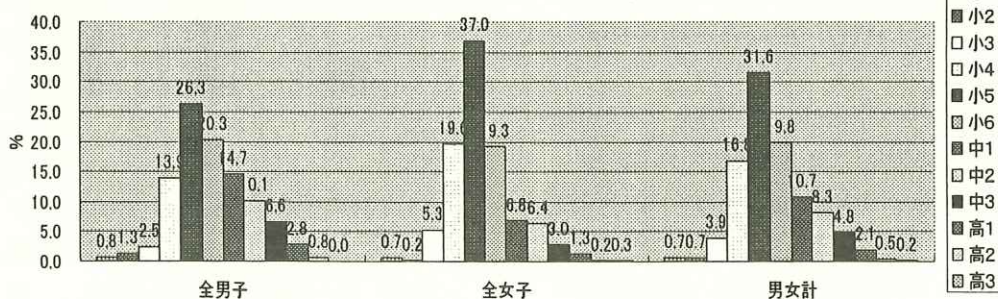
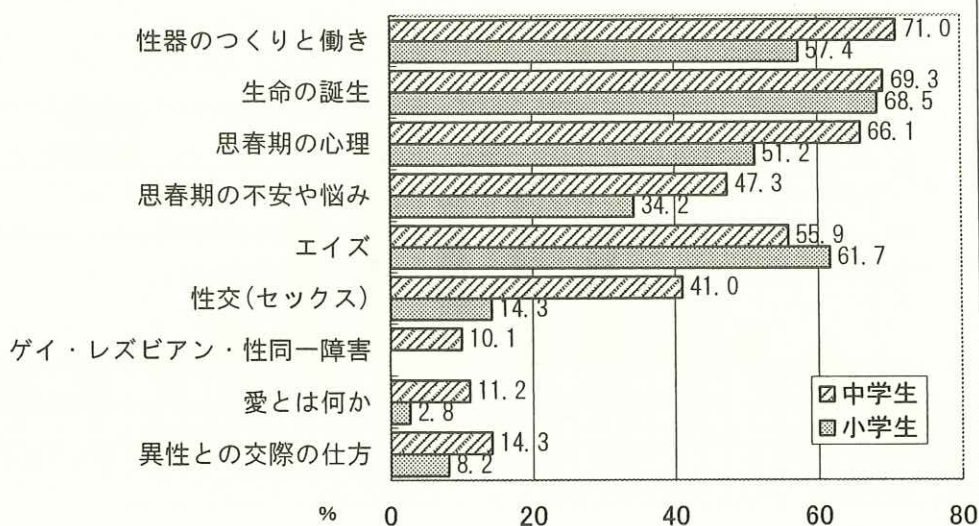


図 3 性教育(授業)で教わったことは何ですか？



子は「初潮教育」の記憶が強く残っている者が多いが男子は、性教育の記憶が薄いものが多かった。

2) 性教育（授業）で教わったことは何ですか？（図3・小学6年生・中学生）

- ・小学6年生では14.3%，中学生では41.0%が性行為について学んでいたが、2)の性行為の意味を知っている割合とのずれがあり、性教育のずれ・遅れが目立つ。
- ・これらのことから、誤った性情報が入る前に性教育において性行為について正しい知識を与える必要がある。
- ・知りたい内容として「異性との付き合い方や愛」「性交について」が多く、実際に受けた性教育の内容とのずれがみられた。

3) 「セックス」について、「膣にペニスを挿入する行為」といわれていると知ったのはいつ頃ですか。（図4・高等学校生）

- ・「セックス」の意味には、多様な行為が

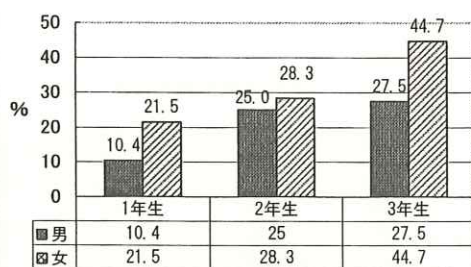
含まれるがあえて小中学生が一般的にとられている「セックス」の行為としての、「膣にペニスを挿入する行為」について質問した。

- ・小学生で男子42.4%，女子47.3%が、中学生では、男子76.2%，女子80.8%セックスについて知っている現状であることがわかった。

4) あなたはSEXの経験はありますか？

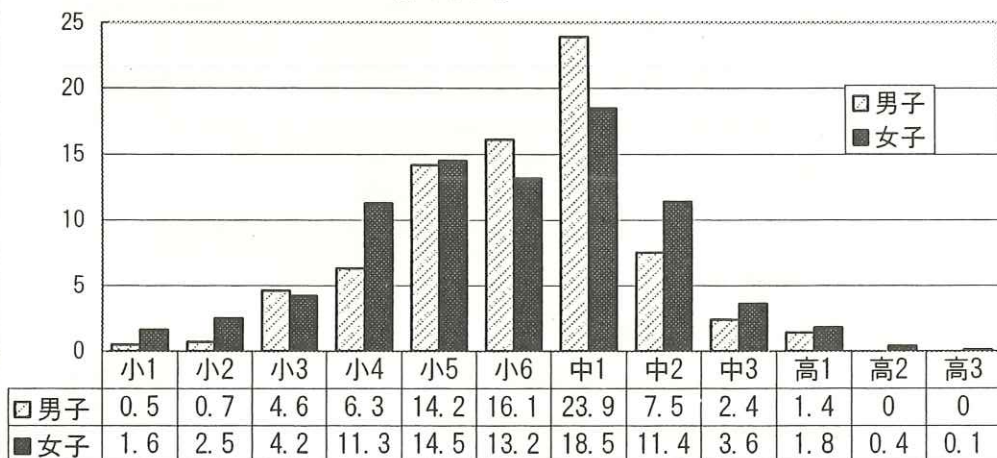
（図5・高等学校生）

図5 あなたはSEXの経験はありますか？ 高等学校生



- ・性行為の経験がある割合は男子が21.1%（全国27%）女子31.1%（全国24%）で、全国平均より男子は低く、女

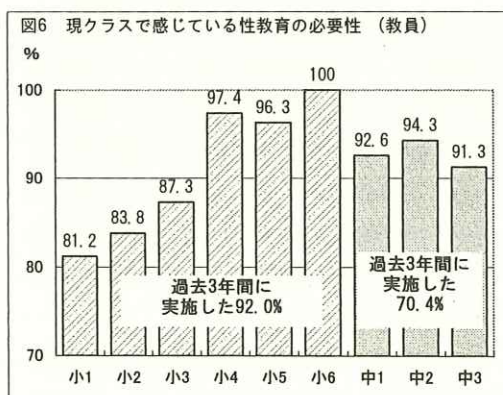
図4 「セックス」について、「膣にペニスを挿入する行為」といわれていると知ったのはいつ頃ですか。



子は高い⁴⁾。3年生では男子 27.5%（東京都 37.8%）、女子 44.7%（東京都 39%）で女子が上回っている⁵⁾。

- ・学年比較では男子は1年から2年に伸び、女子は2年から3年での伸びが大きい。
- ・「特定のひとと交際していますか」の調査のグラフと同じような形を示し、「中学校以来付き合った異性は何人か」の回答と比較すると、「2人」と答えた生徒の32.8%、「3から4人」が64.3%、5人以上の80.9%が性行為体験者であり、交際人数が多くなるにつれて、性行為体験率は高くなる。

5) 現クラスで感じている性教育の必要性 (図6・教職員)



- ・小学校6年生の担任教職員は100%性教育を必要と感じたことがある。しかし、中学生の担任教職員は100%に満たない状況にある。
- ・実際過去3年間に性教育を実施した教職員は、小学校 92.0%・中学校 70.4%であった。実施率は高いように感じるが、小・中・高等学校と何度も生命誕生等の同一部分のみを学んできた者が多いのが現状であった。

6) 教職員が実施しなかった理由 (図7・教職員)

- ・性教育の必要性を感じながらも、過去3年間に実施できていない教職員は、小学校では「まだ早い」25.6%、中学校では「指導が難しい」37.5%と感じている者が多かった。
- ・小・中学校に共通して多いものには、「他の業務が忙しかった」があげられた。

7) 性教育に対してどのような難しさを感じていますか。(図8・教職員)

- ・「男女の差に対応した指導のあり方が難しい」57.7%、「適切な教材が不足している」57.4%などの適切な指導の難しさがあげられ、教材の提供・指導マニュアル

図7 教員が実施しなかった理由

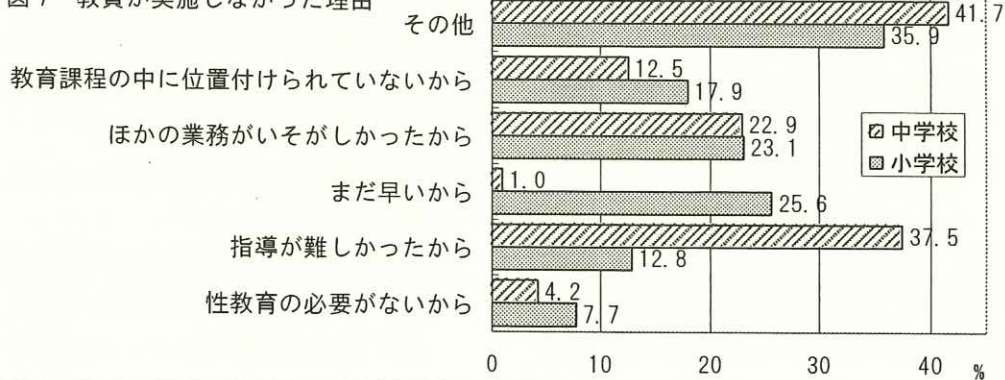
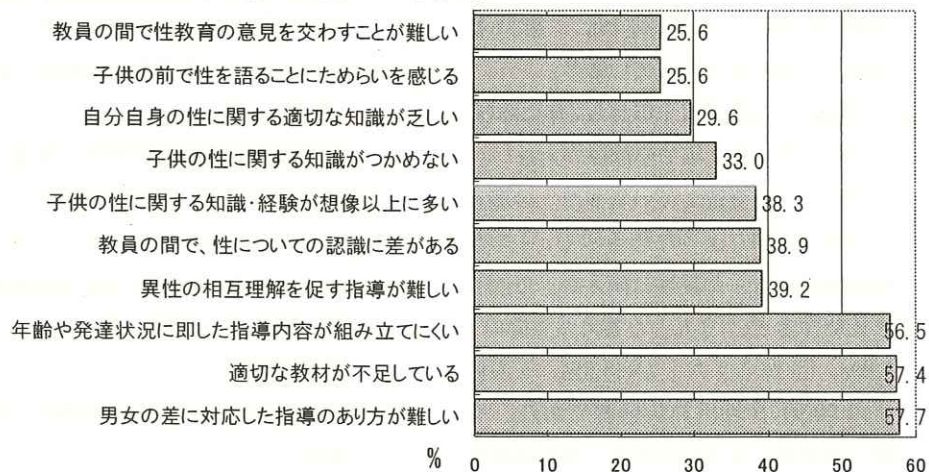


図8 性教育に対してどのような難しさを感じていますか。



ルが求められていると考えられた。

8) 他にも、高等学校生に対する質問では性教育で足りなかった理由として、

- ・避妊法や性感染症について具体的に教えて欲しかった。
- ・女性の心理だけしか教えてくれなかった。
- ・教える教師側が言葉をにごしたり、ごまかしたりする。
- ・抽象的で、きれい事しか言わない。
- ・知っていることしか教えてくれない。
- ・何が重要で、何が必要なのが分からなかった。
- ・その時は興味がなく、知りたいとは思わなかったために知識を蓄えることができなかった。
- ・繰り返し勉強しないと分からない。授業時間が少ない。

などの回答が多く見られた。

考 察

これまで、性教育は、教職員側が性教育に対し「寝た子を起こす」と考えているために

実施できないといわれてきたが、今回の調査によって、実際教職員は、小学6年生になると必要性を100%感じており、実施しなかった理由として「指導が難しかった」「他の業務が忙しかった」などがあげられ、他にも、指導の組み立てや教材の不足に困難を感じていることがわかった。ここには、子どもたちが多くの性情報を持つことに、性教育を受けてこなかった大人が困惑している背景がうかがわれた。

これらのアンケートの結果から、性教育を実践する側に対し、現代の子どもたちに応じた系統的継続的な指導内容の組み立て、教材が必要と考える。よって、今後、下記のような系統的継続的な指導内容の作成と、CD-ROM・指導内容の作成を実施していきたい。

1) 系統的継続的な指導内容の作成

(1) 各発達段階に応じ、各学年統一した性教育内容とする。

(2) 指導内容の作成については、成長の個人差によって身近に理解できない場合もあり、繰り返し教え学んでいく性教育を

基本とする。

- (3) 誤った性情報が入る前に正しい知識を与え、自分で決定・判断できる力を養う。
- (4) 進学してもその前段階の性教育内容が把握できるような、系統的内容とする。

2) CD-ROM・指導内容の作成

- (1) 小中高等学校における性教育に利用するCD-ROM・指導内容を作成し、教育関係者が性教育を実践できるように検討する。

(2) CD-ROM の内容

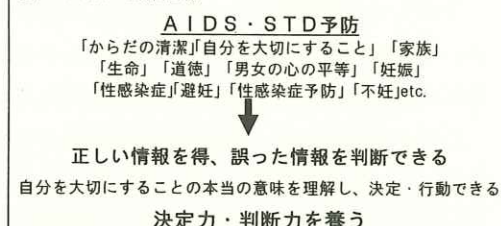
- ・パソコン用スライド作成ソフトPowerPointによる教材の作成を行う。
- ・各教諭がパソコンとプロジェクターを用い、性教育を行えるようにする。
- ・写真・絵・動く画像等を含み、アンケートによって得た山形県の現状を盛り込む等、児童・生徒・学生が興味を持って性教育に望むことができる内容にする。

結 論

現状を改善するためには、対象の現状・ニーズを把握した上で、各発達段階に応じた統一した指導内容のシステム化が必要となる。性感染症の予防のために、「からだの清潔」「自分を大切にすること」「家族」「生命」「道徳」「男女の心の平等」「妊娠」「性感染症」「避妊」「性感染症予防」「不妊」などのさまざまな性知識を子どもたちが持つことによって、正し

い情報を得、誤った情報を判断できる・自分を大切にすることの本当の意味を理解し、決定・行動できる決定力・判断力を養う(図9)ことができるよう検討を続け、山形県のどの学校に進学・転校しても同様の性教育を受けられるようなシステムを構築し、プログラムを拡大していきたい。

図9 PNYの最終目標



文 献

- 1) 熊本悦明：本邦における性感染症流行の実態調査（1998年度報告），日本性感染症学会誌，10巻：1号，40-60，1999。
- 2) 山形県衛生研究所：山形県感染症患者発生状況，衛検ニュース No.119，2001。
- 3) 厚生労働省：厚生労働省母体保護統計，2002。
- 4) (財)日本性教育協会：「若者の性」白書 第5回青少年の性行動全国調査報告，小学館，東京，48-49，2000。
- 5) 東京都幼・小・高性教育研究会：2002年調査児童・生徒の性，学校図書，48-49，2002。

原 著

子どもの性虐待

— Darkness in Family —

大阪市立大学看護短期大学部

友 田 尋 子

抄 録

子どもへの性虐待とは、その子どもの健やかな成長発達を損なうような性的外傷体験を意味する。つまり、客観的な被害の軽重によらずその子どもの主観的体験としてのダメージや、現在のみならず将来にわたって被害の影響を与えることへの視点を持つことが欠かせないのである。

このような行為は、人間の尊厳を脅かす人権侵害であり、また犯罪行為なのである。この犯罪行為には、家庭内の親、または親に代わる養育者やきょうだい、親戚縁者が加害者になる近親姦（Incest）のほか、知人や近隣の人、幼稚園や学校の教師、施設職員など第3者から被害を受ける場合もあるし、子どもを使用したポルノグラフィや買売もこれにあたる。ここでは子ども虐待の中でも最も発見されにくいとされる家庭内の親、または親に代わる養育者である親代理者による子どもへの性虐待について述べる。

子どもの性虐待は発見が難しいばかりではなく、その後のケアもまた困難を極める。その理由のひとつに性暴力被害者への偏見が挙げられる。性暴力被害者への偏見と奇異の存在として見られている環境での、性虐待の被害を受けた子どもへのケアは十分に行えるとは言い難い。本稿は、性虐待を長い間秘密とされてきた性虐待の事実と、その事実を認識することの重要性について考えたものである。

Excerpt

Sexual abuse of children means sexually traumatic experiences which may impair the healthy growth and upbringing of children who undergo such experiences. In other words, it is fundamental to look at such situations not only in view of the degree of incident itself, but also how it affects their current and future lives.

Such abuse is both a criminal act and a violation of human rights that infringes on human dignity. These types of crimes include cases of incest, which involve parents, guardians who are alternates to a child's real parents, or relatives. Also, there are children who are abused by a third person, such as acquaintances, neighbors, school instructors and teachers, and employees at facilities they spend time at. Child pornography is included in this category. This writing focuses on domestic sexual abuse of children committed by their parents and/or guardians, which are the most difficult cases to investigate.

Not only is sexual abuse of children difficult to prove, but it is also very difficult to supply care to such children. One reason for this is prejudice against sexual abuse victims. We can hardly say sexually abused children receive enough care when people look prejudicially at such victims, more as a curiosity than a sufferer. This article looks at the facts of sexual abuse that has been a long time secret and the importance of recognizing it as fact.

KeyWords

Sexual Abuse, Gendar, Sex, Children Exposed

I. はじめに

性虐待は、長い歴史の中で秘密にされてきた事柄のひとつである。社会は、変質者によるレイプのみを性暴力の社会問題とし、男性の権力構造のもとで女性を男性の支配下にする行為のひとつとしての家庭内の性虐待が存在する事実は否定してきた。子どもの性虐待においては、その権力構造下に子どもとの関係は置かれ、子どもの人権は存在しない。大人の身体的・社会的・経済的力は、当然ながら子どもよりもはるかに強く、子どもは生きるための基本的欲求を満たすために、たとえ性虐待の加害者である親であっても頼らざるを得ない。圧倒的な大人の力の前で無力な子どもは囚人のような存在である。子どもを支配下に置く親を養育者として持った子どもは、親が性的接触を求めてきたときにそれを拒否することは、生きていくためにも難しい。これは、文化の違いに関わらず男性優位の度合いが高く、性別役割が厳しいほど、父親と娘の近親姦のタブーは破られるという事実がある。本稿では、性虐待を長い間秘密とされてきた性虐待の事実と、その事実を認識することの重要性について考えてみたい。

II. 神話

事実ではないにも関わらず、一般に信じられている偏見や通念が表1に示すような、いわゆる性虐待に関しての「神話」であり、性虐待神話は社会的常識と言ってよいほどのものも含まれている。さらに性被害が表面化しにくい理由のひとつに、ジェンダーの問題がある。加害者は子どもに対し性交を行う権利があると考えている。ジェンダー（Gendar）とは、生物学的・解剖学的な性差を意味する性（Sex）に対して、文化的・社会的・心理的な性差を意味する。男女両性の差異に基づく社会関係が組織される際の構成要素のなかで、文化によって用意された象徴である。つ

表1 性虐待神話

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・近親姦はきわめてまれにしかおこらない・性虐待は、抱えきれない性衝動にかられて起こるものである・性虐待は、病気で特殊な人たちによるものである・性虐待は、見知らぬ男によって引き起こされるものである・大人と性的接触をしたという子どもの言い分に問題がある・子どもが挑発するから被害を受ける・子どもは嘘をつく・子どもは性的空想をする |
|---|

まり、ジェンダーとは社会的に押しつけられた固定的な性別役割である⁹⁾。

性暴力は、立場の強い加害者つまり男性や親が、暴力によって、立場の弱い被害者つまり女性や子どもを支配することであり、男性優位・女性従属という力関係が背景にある。固定的な性別役割が男女の力関係を背景に、男性優位の度合いが高く、性別の役割が厳しいほど、父親と娘の近親姦のタブーは破られると Judith L. Herman²⁾らは指摘する。そして、民主的で性別に役割分業の厳しくない家族の父親ほど、娘を虐待する確率は低いと報告している。また、幼児を性欲の対象とする者のうち 75%が近親者であり、子どもの性被害の加害者は 80%が他人ではなく、近親者であったと、Diana E. H. Russell³⁾らは報告している。外面がよく、ほかの人々に対して評判のよい男性であっても、巧妙に立場の弱い子どもを威圧していく、このような構造を暴き立証するには、自らの持つジェンダー・バイアスを自覚することが重要なことである。ジェンダーにかかわる偏見や決めつけは、社会や文化の中に常識として無自覚に刷り込まれ、習慣化することで暗黙の了解となり、世代から世代へと伝承されていくものであり、これらに気づくには教育され、認識することが必要である。伊藤は、「ジェンダーによる偏見は『常識』のかたちで一般化されるだけでなく、時には科学的で客観的な装いをもって語られることもある⁴⁾」と指摘しているように、援助者である専門家の中でも非常に見えにくくなっている。そのような偏見や矛盾を明らかにし、正しく理解するためにも、ジェンダーの視点や認識は重要な事柄である。

一方被害者である子どもは性暴力を受けたことを周囲に訴えられない。それは、加害者から、「被害の事実を暴露したときには報復してやるぞ」とほめかされていたり、ばれたら家族が崩壊すると強迫されていたりすることが多いからである。また、性虐待が愛情のひとつのかたちだと言いくるめられることによって、子どもは性暴力を受けたという認識を持ちにくくなるなどの操作を受けていることもある。性暴力はさまざまな虐待より身体的な苦痛が大きく屈辱的であるにもかかわらず、援助者から確認しなければ被害は表に出ないことがほとんどである。神話はどれをとっても真実や事実ではないことは、さまざまな調査からも検証されているのである。

Ⅲ. 性虐待

子どもへの性虐待とは、その子どもの健やかな成長発達を損なうような性的外傷体験を意味し、心身ともに支配され抑圧され自由を剥奪された人間尊厳を脅かす行為である。このような行為は人権侵害であり、犯罪行為である。この犯罪行為には、家庭内の親、または親に代わる養育者やきょうだい、親戚縁者が加害者になる近親姦 (Incest) のほか、知人や近隣の人、幼稚園や学校の教師、施設職員など第三者によるペニスや道具を用いた強制、操作、力による性行為、子どもを使用したポルノグラフィや買売などがある。

1988 年に国際児童虐待常任委員会 (ISCOCA) は、性虐待を「親による近親姦 (Incest)、または親に代わる保護者による性的暴行 (exploitation)」⁵⁾と定義し、社会的力関係を乱用した性的搾取であるとして、表 2 に示すように、具体的には子どもの性器や

表2 性虐待

(ISCOSAC, 1988)

親による近親姦、または親に代わる保護者による性的暴行 (exploitation)

- 1) 性器－性器性交
- 2) 肛門－性器性交
- 3) 口腔－性器性交
- 4) 性器への性器以外の挿入 (異物、指など)
- 5) 子どもを利用したマスターベーション
- 6) 性器、乳房部、大腿部などのいわゆる私的部分 (Private parts) への身体接触
- 7) 子どもの面算でのマスターベーション
- 8) 性器の露出、窃視 (子どもの入浴など)、子どものヌード (絵画、撮影など)

肛門、口腔を使用した行為だけではなく、子どもの置かれた状況によっては性器の露出などさまざまな性にまつわる接触の被害も性虐待に含まれる、としている⁹⁾。

しかし、子ども虐待のなかでも特に性虐待を発見することは、複数の要因により、現在も困難となっている。例えば、ジェンダー問題がある。そして、役割が男性優位の度合いが高い家庭や性別役割の厳しい家庭で育った人々による支援は現時点では期待できにくいこと、社会的には性そのものがタブー視される傾向にあること、臨床的には性虐待に対応できる専門家の知識や技術が乏しいこと、身体的所見も認められることがごくわずかなために介入が困難であること、虐待が発生した直後に子どもが他者に相談することはまれであること、近親姦の多くが性器を見て楽しんだり、性器を傷つけない愛撫などが含まれているので診察時に身体症状がなく発見が難しかったり身体的暴力を伴う性虐待の少ないことが発見を遅らせてしまうこと、肛門性交も膣性交も数週間で症状が改善し、身体的所見

による判断がきわめて困難であることなどがあげられる。

IV. 性虐待の被害

幼児期に性虐待を受けることによる障害には、性的早熟さや性的嗜好の歪み、精神的ショックから起こる不信感や無力感、喪失感などが共通点としてあげられている。被害を受ける子どもの年齢はあらゆる年齢にわたっているが、8歳から10歳の子どものケースが最も多く、近親姦が与える心理的影響は「柔かい殴打」つまり精神的虐待にみられるものと共通していると報告されている⁷⁾。また、子どもが5歳以下であると、その被害は発達に影響し、また発達の遅れが明らかである。緊急性が少ないと言われている性虐待であるが、時に生命に危険な状況の場合もある⁸⁾ことを忘れてはならない。

子どもの性虐待が明るみになる大きな出来事は、性感染症と妊娠である。しかし、そのときは、子どもの心理的、身体的ダメージは計り知れないほど傷ついてる場合がほとんどである。性虐待の被害は、成人したのちには、受けた年齢やその期間、虐待の状況などによって、様々な症状が子どもの頃に被害を受けた影響の一部として現れてくる。性虐待を受けた被害者の共通するいくつかの行動もみられる。それは、低い自尊心、極端な恐怖心、入れ墨やたばこなどのやけどなどの自己破損、自殺未遂⁹⁾、PTSD¹⁰⁾などである。表3～4の発達段階別に分けた行動や情緒面での主な徴候が提示されているが、北山は性虐待の発見に有効として指摘している¹¹⁾。

1. 幼児期の徴候

幼児期では不眠を訴える子どもが多く、入

表3 幼児期の徴候
(北山秋雄, 1995)

- ①性器や口腔、肛門周囲等の身体部分の発赤、腫脹、創傷
- ②頻回の尿路感染症、性感染症
- ③心身症的腹痛、頭痛、夜泣き、指しゃり
- ④遺糞、遺尿、夜尿
- ⑤過剰自慰、他人の性器を触ろうとする
- ⑥不眠、過度の暗闇恐怖
- ⑦年齢不相応な性的遊戯（人形を用いて性交のまねをする）
- ⑧知らない大人に抱きつく
- ⑨男性、または特定の人に対する恐怖
- ⑩ペットや動物への強い性的関心
- ⑪絵などにみられる性的暗示

眠してもたびたび恐怖の叫び声を上げるなどの徴候が発生の初期に出現する。年長児では、体重減少または体重増加も多く見られる。幼児期の特徴は、性的虐待の心的外傷は身体化されて現れることである。自我の発達とともに運動神経系の発達の遅れも著しい。3歳から父親からの性虐待を受けた少女は、5歳の時に描いた人物に円も十分に描くことが出来ないほど発達の遅れが見られた。10歳になったこの少女は、対人関係障害と情緒障害が著しく、当時から不眠の訴えの多い少女はその後も睡眠障害が続き、登校時間に起床することができず、遅れて登校すると保健室で過ごすことが多くなっている。親しい男性に対して性的な接触を求め、男性の膝の上に馬乗りになり男性の体を抱いた格好をして遊ぶことを好み、膨らんできた乳房を披露することもある。この事例から4歳の時に性虐待の疑いで父親と分離し、性虐待をその後に受けることはなかったにもかかわらず、その影響は長期に及んでいることがわかる。

2. 学童期の徴候

学童期になると、家族よりも遊び仲間に関心を向けることの多いこの時期には、人間関係に障害が及ぶようになる。引きこもりや不登校、攻撃など対人関係障害、抑鬱や自己評価の低下、不安などの情緒障害、成績の急落や集中力の困難などの学習障害なども多く、

表4 学童期の徴候
(北山秋雄, 1995)

- ①性器や口腔、肛門周囲等の身体部分の発赤、腫脹、創傷、大腿部内側部の異常肥厚
- ②頻回の尿路感染症、性感染症
- ③急速な学業成績の低下、大人への不信
- ④集中力の亭岡、引きこもり、退行行動
- ⑤気分変調、二律背反的感情（過剰な反抗と依存）
- ⑥睡眠障害、胃腸障害、夜尿、頭痛
- ⑦無断欠席、万引きなどの非行
- ⑧不自然な性的誘惑行為（他人の性器に触れる、性交のまねなど）
- ⑨シャワー、浴室、特定の部屋への恐怖
- ⑩プールなどでの着脱の拒否
- ⑪年齢不相応な性知識（避妊具の名前や使用方法など）
- ⑫絵や作文などにみられる性的暗示
- ⑬親の了解を得て繰り返す不登校

夜間徘徊から家出を繰り返しはじめる。そのような徴候のいずれかが発見される頃には、すでに子どもに強い心理的不安が生じていることが多い。

3. 思春期の特徴

この年齢の子どもは極端な引きこもりから極端な行動化までさまざまであると北山は指摘する。性虐待の被害を内向させる傾向が強く、摂食障害にその典型をみる¹²⁾。事実を隠蔽すると同時に誰にも助けてもらえない悲しさと怒りから攻撃性を内向させ、同時に罪

悪感や羞恥心に自己評価の低下が著明になってくる。この時期に性虐待が発見された場合には、長期に性虐待を受けている可能性が高く、家出、異性交遊、シンナーやドラッグ遊びなどの逃避行動、非行や日常生活の乱れが著しいことがしばしばである。

表5 思春期の徴候

(北山秋雄, 1995)

- ①妊娠(相手の名前が言えない), 不自然な帯下, 膣炎
- ②頻回な尿路感染症, 性感染症
- ③性器や口腔, 肛門周囲等の身体部位の発赤, 腫脹, 創傷, 大腿部内側部の異常肥厚
- ④性交乱交, 売春
- ⑤行動化(レイプ, 喧嘩, 家出, 自殺)
- ⑥薬物やアルコール類の使用
- ⑦心理的・精神的障害(引きこもり, 退行行動), 性的空想, 怒りの空想
- ⑧摂食障害
- ⑨無断欠席, 著しい学業低下
- ⑩親の了解を得て繰り返す不登校, 学校からの帰宅不安
- ⑪親の性的行動を話す
- ⑫シャワー, 浴室, 特定の部屋への恐怖, 外出恐怖
- ⑬仲間との身体接触の回避
- ⑭男性や女性の中で1人になる恐怖

子どもへの虐待は、被害の状況を回避することで解決するほど単純なものではなく、性虐待の場合、加害者の多くが子どもに酷い仕打ちをすることはなく、普段は優しい親であるため、子どもは親を告発した場合、その後には罪悪感と孤独感に苦しめられる¹³⁻¹⁵⁾。この秘密が証されたときは、「おまえは生きていけないんだ」と囁かれている子どもにとって、その後は恐怖に苛まれ続けることも多い。そして、子どもに与える影響は、時間の経過

と共に深刻化する。

そのためには、早期に発見する必要がある、発見するためには、性へのタブーや自己の持つジェンダー・バイアスに気づき、性虐待の知識と認識および対応を熟知しておくことが重要である。

V. 性虐待の発見

13歳で母親になった少女の秘密は、その子どもが食道狭窄で小児病棟に入院することがきっかけで明らかになった。児童相談所のケースワーカーや中学校の教師にも子どもの「父親」が誰であるかについては、かたくなに口を閉ざしていた。病室で看護師に「いつから性交しても大丈夫か」を尋ねたことがきっかけとなる。看護師は、現在は家出、異性交遊などがないということ、非行行為をしているような身なりではないことなどから、身近な人からの性的な関係があることを疑った。実父から性虐待を受けていたこと、子どもの「父親」は実父であること、少女は学童期から母親代わりに家のことをしていたことなどがわかり、その後少女は児童養護施設に入所した。この事例から、「父親」の名前が言えない子どもの妊娠は疑うことが早期発見のきっかけになることがわかる。

1. 医学的チェック

性器の外傷、尿路感染症、性感染症、妊娠等のチェックおよび極端な不安や恐怖、心的外傷を考えられる症状などの問診、診察および検査を行う¹⁶⁻¹⁸⁾。面接では、虐待の場面だけではなく、生活している環境や家族と過ごす時間や方法についても生活の中から聞いていく。治療の場で子どもが体験を語るとき、細かい状況についてよりも、からだが反応し

たかどうかを話すことが最も苦痛であることがわかっている¹⁹⁾。子どもが性感帯や性感覚を持っていることは一般に認められはじめているが、このことが子どもの罪悪感を助長することになるため、細心の注意をして話せるようにすることが大切である。しかし、性虐待の被害を受けた子どもに対しての診察での面接で、子ども自身からその被害を語るとは希である。これは性虐待に限られたことではなく、子どもが受けている家族からの虐待について第3者に語ることはほとんどない。そのために、不安にさせない、傷つけないような話し方、否定しない、守られている感覚を子どもに持ってもらう環境整備、パペットを用いたり絵画を使用したりして表現できる工夫などが、医学チェック時に必要である。

2. 家族背景

子どもの性虐待がある家庭では、DV (Domestic Violence) が背景にある場合が多い。アメリカでは、DV の家庭内で性虐待が起こる確率は、DV のない家庭で性被害に遭う子どもの3倍である²⁰⁾。女兒の少なくとも25%、男児の少なくとも10%が18歳になるまでになんらかの性的暴行を受け、そのうちの85%が子どもの知り合い、多くは信頼している人から受け、そのほとんどは家族であると報告している。その家族では、父親の権威主義で性別役割の厳しい場合には子どもの性虐待のタブーは破られている場合がある。親が子ども時代に覚えた近親姦のモデルがある場合もそのタブーは破られる。友田らの調査²¹⁾では、DV 家庭内で性虐待があると回答したのが1割あった。性虐待のある家族では、全員が何らかの治療を受ける必要があり、家族の1人ひとりに多くの問題を抱えて

いることがある。そのため、被害を受けた子どもだけの診察に終始しないことが重要である。

3. 専門家の育成

SAINE (Sexual Assault Nurse Examiner ; 性暴力被害支援看護師) は、レイプ、子どもへの性虐待など性被害を受けたすべての子ども・女性を対象に、専門的なケアをする看護師である²²⁾。主に救命救急病棟から連絡を受けることから始まる仕事だが、SAINE は普段は病院などで勤務する看護師がほとんどである。5年以上の看護師キャリアを持ち、40時間のトレーニングを受けた者がその資格を獲得することができる。SAINE は、性被害を受けた患者に、問診、検査 (Kit ; 証拠物収集のための手順一式) などを実施し、必要なケアとサービスを行う。初期からフォローアップまで、被害を受けた人の苦痛を最小限にするために専門的な役割を担っている。

我が国においては、SAINE 育成に取り組み始めたところである。SAINE などの専門家に頼るだけでなく、助産師、産婦人科医師からトレーニングの中に性被害の早期発見と支援および予防を取り入れていくことが、早急に望まれる。しかし、性虐待は女兒のみならず、男児が被害を受ける場合もある。性虐待が及ぼす影響を考えると、すべての科が性虐待の早期発見と支援および予防について教育される必要がある。

VI. 性虐待の援助

虐待を発見した場合、まずは子どもの安全を守ることを考えることである。被害を最小限に食い止めること、子どもが他者への信頼感を取り戻し、将来に心的外傷を残さないよ

うに、そして虐待者にならないように防止することが重要である。

援助には、早期発見と支援および予防となるが、子どもの年齢が高くなるほどに、この事実を語ることは少なく、早期支援の機会を逃す。幼少であれば、ダイレクトな訴えはまれで比喩的であったり、加害者をはじめ家族により「子どもの嘘やいやがらせ」と片づけられてしまうことが多く、結果、性虐待の確信が持てないが故に放置されることとなる。早期発見と子どもの安全を確保することが医療機関の重要な役割である。傷ついた身体の治療とともに、性虐待が原因と考えられる様々な徴候がきえることをめどに性虐待専門とするセラピストによる長期的治療プログラムに基づいて治療を行うのである²⁹⁾。

子ども虐待という言葉が日本で広く一般に聞かれるようになって10年あまりになる。2000年11月には「児童虐待の防止等に関する法律（通称、児童虐待防止法）」が施行された。2001年5月に発表された厚生労働省研究班の推計値によると、全国で1年に3万件、児童千人あたり1.4人の割合で子ども虐待が起きていると報告している。死亡例や治療を要する重症例は全体の11%、つまり年間に3300人、一日あたり約9人の子どもが虐待によって重症を負ったり、殺されたりしていることになる。生命の危険があるケースの半数は乳幼児であった。法律の施行で、児童相談所によせられる相談は2000年度は18,804件（前年の61%増）で、1990年度1,001件の17倍である。しかし、性虐待になると報告数は少なく、実態の全貌が見えていないのが現実である。子どもが語らない、子どもは空想家であるから訴えに信憑性がない、

家族全体の病理に向き合うことは医療の領域ではない、等々の理由からこの問題を避けてしまう現実が、残念ながら医療の現場にある。

子ども虐待は、身体的、経済的、社会的に優位な立場にある者からの権力（パワー）と支配（コントロール）の関係を強いられることにある。家庭という密室で性暴力が行われ、長年にわたってそれが常態化していくことによって、被害を受けている子どもの心身の状態が深く損なわれ、最悪の場合には自殺など死にいたるという点からも、性虐待は子どもに関わる医療の現場が早急に関与するべき課題でもある。

VII. まとめ

子どもにとって性虐待は過酷な体験である。そのため、無力感、絶望感、不信感などにさいなまれ、時には虐待そのものを忘却（解離性健忘）する。それらのことを念頭にいった被虐待児への関わりが大切であり、不可欠である。性虐待の事例に取り組むとき、我々の性の問題に対する情緒的葛藤に直面せざるを得ないことから、いままで敬遠されてきた問題であった事実是否めない。性虐待を生み出す社会の構造を正しく認識すること、自分の性に対する価値観と向き合い、感情を知ることがは援助する我々に大切なことである。性虐待への偏見や矛盾を明らかにし、正しく理解するためにも、ジェンダーの視点や認識が必要である。

文 献

- 1) 若桑みどり：象徴としての女性像、筑摩書房、東京、2000
- 2) Judith L. Herman、斉藤学（訳）：父娘

- 近親姦，誠信書房，東京，2001
- 3) Diana E. H. Russell, 白根伊登恵, 山本美貴子(訳): シークレット・トラウマ, ヘルスワーク協会, 東京, 2002
 - 4) 日本ジェンダー学会編, 富士谷あつ子, 伊藤公雄監修: ジェンダー学を学ぶ人のために, 世界思想社, 東京, 2000
 - 5) International Standing Committee on Sexual Abuse Children (ISCOSAC): Definition of child sexual abuse, The Dorsey Press, 1988
 - 6) 北山秋雄編著: 子どもの性的虐待—その理解と対応を求めて, 大修館, 東京, 1994
 - 7) Stephen J. Rose, 児童虐待防止協会(訳): 児童虐待発見の手引き, 関西テレビ放送, 大阪, 1993
 - 8) 鶴和光, 秋合健二郎, 浅桐公男他: 幼児性虐待により腔破裂及び気腹症の1例, 日本腹部救急医学会雑誌 Vol.22, No.1, 127-131, 2002
 - 9) 備瀬哲引, 小椋力: 父親による性的虐待などの外傷体験の後に繰り返される衝動的な自殺企図があり治療に困難であった製麺期の一女性例, こころの臨床ア・ラ・カルト, 20 巻増刊, 224-226, 2001
 - 10) 餅原尚子, 久留一郎: 性的虐待により PTSD 症状を呈した2症例のロールシャッハ反応, ロールシャッハ法研究5巻, 53-66, 2001
 - 11) 北山秋雄: 性的虐待を疑うポイントとアプローチ, 小児内科 Vol.27, No.11, 73-78, 1995
 - 12) 斉藤学: 摂食障害と児童期性的虐待, 輸液・栄養ジャーナル Vol.24, No.7, 367-372, 2002
 - 13) 森田ゆり: 沈黙をやぶって—子ども時代に性暴力を受けた女性たちの証言, 筑摩書館, 東京, 1993
 - 14) 斉藤学: 封印された叫び, 講談社, 東京, 1999
 - 15) Debbie Morris, 落合恵子(訳): サヴァイヴァー, 紀伊国屋書店, 東京, 1999
 - 16) 大阪府児童虐待対策検討会議: 被虐待児童の早期発見と援助のためのマニュアル, 大阪, 1990
 - 17) 日本母子衛生研究会: 子ども虐待 その発見と初期対応, 母子保健事業団, 東京, 1997
 - 18) 厚生省児童家庭局監修: 子ども虐待対応の手引き, 日本児童福祉協会, 東京, 1999
 - 19) R. C. ガンザレイン/B. J. ビュークリ, 白波瀬丈一郎(訳): 近親姦に別れを精神分析的集団精神療法の現場から, 岩崎学術出版社, 東京, 2000
 - 20) George W. Holden, Robert Geffner, Ernest N. Jouriles: Childre Exposed to Marital Violence, American Psychological Association, Washington U. S. A, 1998
 - 21) 友田尋子, 菅田貴子, 坂なつこ他: 「家庭内の暴力の実態及び子どもへの影響」に関する調査, 夫・恋人からの暴力を考える研究会, 大阪, 2002
 - 22) 加納尚美: 性暴力被害支援看護婦とは, 看護学雑誌 Vol.65, No.11, 1016-1020, 2001
 - 23) F. G. クルーズ/L. エッセン, 倭文真智子(監訳): 虐待サバイバーの心理療法 生育史に沿った包括的アプローチ, 金剛出版, 東京, 2001

原著

STD感染の基礎的諸条件に関する調査

第1編 性行動における型と群—その考え方について—

あべの橋医院

丸山 治朗, 前野 三代

抄録

昭和60年から平成13年までのSTD男性外来患者12,450人から、聞き取り調査によって次の結果を得た。

性行動については、83型を確認したが、今後更に同性間の性交において数型の増加があるものと考えている。これら性行動について、年度別変化並びに年齢別変化を示した。しかし、このように多数の型を扱うのは煩雑であるので、性行動を5群に分類し、臨床に応用できるようにした。

5群を示すと次のようになる。Ⅰ群(V+F)は腔性交とフェラチオを中心とするグループ、Ⅱ群(F)はフェラチオを中心とするグループ、Ⅲ群(V)は腔性交を中心とするグループ、Ⅳ群(A)は肛門性交を中心とするグループ、Ⅴ群(他)はその他である。5群のうちの主要3群であるⅠ、Ⅱ、Ⅲ群については、逐年変動及び年齢別逐年変動を図示すると共に、将来予測の可否を論じた。更に、平成13年度における主要3群の頻度、性行動及び接触部位線表示による相関図を示した。それ以外の型についても接触部位線表示を図示した。

最後に異性間における性行動の変遷の図を示し、3群の間において性行動が変化して行く有様をあきらかにした。

The abstract

It got the following result from 12,450 STD man outpatients to 2001 by the hearing investigation from 1985.

As for the sex behavior, it confirmed 83 types. As for these sex behavior, a change according to the year and a change according to the age were shown. These sex behavior was made to be able to be applied to the clinical medicine by classifying it into five groups.

It is as follows when five groups are shown. As for I group, (V+F) is a group centered on the vaginal sex and the fellatio. II group of (F) are a group centered on the fellatio. III group of (V) are a group centered on the vaginal sex. IV group of (A) are a group centered on the anal sex. It is V group (the others). It illustrates an annual change and an annual change according to the age about I, which is the three main groups in five groups, II and III. Moreover, the frequency of doing three groups of main about 2001, a correlation figure by the sex behavior and the contact part line display were shown.

Key Word

sex behavior type group

緒 言

STD 感染の基礎である性行動形式については、予備調査¹⁾においてその概要を述べている。性行動とは、腔性交 vaginal sex (V と略)、フェラチオ fellatio (F)、クニリングス cunnilingus (C)、キス kiss (K)、肛門性交 anal sex (A)、肛門キス rimming (R) などの性行為のひとつあるいは連続するものを性行動と定義した。また型とは性行動全体の流れであり、種々の性行為の組み合わせを意味する。群とは主要な性行為である腔性交、フェラチオ、肛門性交などの一つまたは複数をその中核にもつ型の集団であり、数種類に分類される。現在、この性行動には 83 の型式が認められたが、臨床の場で応用するためには、更に体系化し、整理分類して、より簡単明瞭な方式にすることが要求される。そこで、これらを 5 群に分類したところ、過去の性行動に関する変動が明らかになると共に、将来の予測が可能になった。更にこれら性行動型式と 5 群分類をまとめあげるために、接触部位線表示を用いて理解を容易にした。

研究方法

昭和 60 年から平成 13 年までの STD 男性外来患者のうち、記憶が正確な 12,450 人について聞き取り調査を行った。本調査は昭和 56 年より開始し、はじめは、「オーラルセックス」の有無を調査してきたが、昭和 60 年早期より「性行動型式」の調査へと逐次切り換えた。そのため、再度カルテを参照に検討した結果、型決定に不適当な症例があり、そ

れを排除した。なお性行動の型とは、受診の動機となった際の性行動の型である。

1. 異性との性行動の場合

調査方法としては図 1 の如く腔性交、フェラチオ、キス、クニリングス、肛門性交、肛門キスについて、各行為の有無を聞き取り行為順に番号を記入した。更にその時にアルコールをどの程度飲んでいたか、煙草をその場で吸ったか。また一人でその場に行ったか、それとも友達と一緒にいったかを聞いた。更に傷や出血の有無を聞き取った。

コンドームの使用については、左から「本人がつけた」「彼女がつけてくれた」「途中からつけた」、初めからつけたが「途中で外れた」「はずした」「破れた」等を聞いている。



図 1 性行為の記録の仕方

2. 同性との性行動の場合

この場合は、男役、女役、フェラチオされた、フェラチオした、肛門に挿入した、肛門に挿入された、キス、肛門キスした、肛門キスされた、の項目に行行為順に番号をつけた。その他の項目は、異性の場合と同じ聞き方をした。

研究成績

(1) 性行動型式一覧 (表 1)

表1 性行動型式一覧

(S60~H13年)

型	性交	フェラ	チオ	された	肛門性	肛門性	肛門性	肛門性	肛門性	肛門性	肛門性	(n)
1	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	1,443
2	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	1,660
3	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	1,607
4	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	2,542
5	○	○	×	○	×	×	×	×	×	×	×	242
6	○	×	○	○	×	×	×	×	×	×	×	463
7	○	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	85
8	○	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	894
9	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	451
10	×	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	301
11	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×	20
12	×	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	364
13	×	○	×	○	×	○	×	×	×	×	×	5
14	×	○	×	○	×	○	○	×	×	×	×	1
15	×	○	×	×	×	×	○	×	×	×	×	23
16	×	○	×	×	×	○	○	×	×	×	×	1
17	×	×	×	×	○	○	×	×	×	×	×	1
18	×	○	×	×	○	×	×	×	×	×	×	5
19	×	○	×	○	○	○	×	×	×	×	×	1
20	×	○	○	○	×	○	×	×	×	×	×	30
21	×	○	×	×	○	○	×	×	×	×	×	1
22	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	2
23	×	○	×	○	×	×	×	×	×	×	×	51
24	○	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	10
25	○	○	○	×	×	○	×	×	×	×	×	64
26	○	○	○	○	×	○	○	×	×	×	×	79
27	○	○	○	○	×	○	○	×	×	×	×	98
28	○	×	○	×	×	○	×	×	×	×	×	7
29	○	○	○	○	×	×	○	×	×	×	×	32
30	○	×	○	○	×	○	○	×	×	×	×	6
31	○	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	5
32	○	○	×	○	×	○	○	×	×	×	×	15
33	○	○	×	×	×	○	×	×	×	×	×	1,733
34	○	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×	1
35	○	×	○	○	×	×	○	×	×	×	×	3
36	○	×	×	○	×	○	×	×	×	×	×	1
37	○	○	○	×	×	○	○	×	×	×	×	3
38	○	○	○	×	○	○	×	×	×	×	×	3
39	○	×	×	×	×	○	×	×	×	×	×	1
40	○	○	○	○	×	○	○	×	×	×	×	6
41	○	○	×	○	×	○	×	×	×	×	×	22

※ ○ 行為あり ※ × 行為なし

型	性交	フェラ	チオ	された	肛門性	肛門性	肛門性	肛門性	肛門性	肛門性	肛門性	n=12450
42	○	○	○	×	○	×	×	×	×	×	×	17
43	○	×	○	×	○	×	×	×	×	×	×	4
44	○	○	×	○	○	×	○	×	×	×	×	1
45	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×	×	6
46	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×	21
47	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×	30
48	○	×	×	×	○	○	×	×	×	×	×	1
49	○	○	×	×	○	×	×	×	×	×	×	3
50	○	○	○	○	○	×	○	×	×	×	×	8
51	○	×	○	○	○	×	×	×	×	×	×	2
52	○	○	×	×	○	○	×	×	×	×	×	1
53	×	×	○	○	×	×	×	×	×	×	×	9
54	○	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	2
55	×	×	○	×	○	×	×	×	×	×	×	1
56	×	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×	1
57	○	○	×	○	○	○	×	×	×	×	×	2
58	×	○	○	×	×	○	○	×	×	×	×	3
59	×	○	○	○	×	×	○	×	×	×	×	6
60	○	×	○	○	×	○	×	×	×	×	×	2
61	×	○	○	×	○	○	○	×	×	×	×	3
62	×	○	○	×	×	○	×	×	×	×	×	11
63	×	○	○	×	○	○	×	×	×	×	×	1
64	×	○	×	×	×	○	×	○	○	○	○	1
65	×	○	○	×	×	○	×	○	○	○	○	1
66	×	○	○	×	○	×	×	×	×	×	×	4
67	×	○	○	○	×	○	○	×	×	×	×	5
68	○	○	×	○	×	×	○	×	×	×	×	3
69	×	×	×	○	×	×	×	×	×	×	×	2
70	×	○	×	○	×	×	○	×	×	×	×	1
71	×	○	○	×	○	○	×	×	○	○	○	2
72	×	○	×	×	×	×	○	×	×	×	×	1
73	×	○	○	×	×	×	×	×	○	○	○	1
74	×	○	○	×	×	×	×	×	○	×	×	1
75	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○	2
76	○	○	×	○	○	○	×	×	×	×	×	1
77	×	○	×	×	×	×	×	×	×	○	○	2
78	×	○	○	×	×	×	×	×	×	○	○	1
79	×	×	○	×	×	×	○	○	○	○	○	1
80	×	○	○	×	○	×	○	×	×	×	×	1
81	×	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	1
82	×	○	○	×	○	×	×	○	×	×	×	1
83	×	○	○	×	○	×	×	○	○	○	○	1

表1は昭和60年から平成13年までの12,450人のSTD外来男性患者についての性行動型の一覧である。表において、左側の数字は型式番号である。上欄は膣性交、フェラチオされた、キス、クニニリングス、肛門性交した、肛門キスされた、肛門キスした、フェラチオした、肛門性交された、の性行為を並べている。右側の数字はその型を使用した人数を示している。

主要な型を挙げると、1型（膣性交のみ）2型（膣性交＋フェラチオ）3型（膣性交＋フェラチオ＋キス）4型（膣性交＋フェラチオ＋キス＋クニニリングス）5型（膣性交＋フェラチオ＋クニニリングス）6型（膣性交＋キス＋クニニリングス）7型（膣性交＋クニニリングス）8型（膣性交＋キス）9型（フェラチオのみ）10型（フェラチオ＋キス）11型（キスのみ）12型（フェラチオ＋キス＋

クニニリングス）33型（膣性交＋フェラチオ＋肛門キスされた）などである。

使用頻度の多い順に並べると、4型、33型、2型、3型、1型、8型、6型、9型、12型、10型、となる、次に僅少例ではあるが肛門性交について触れておく。異性間103例、同性間31例の合計134例である。同性間では男役18例、女役10例、男役と女役交代3例であった。型で多い順に述べると、異性間では47型、46型、42型である、同性間では散発している。

(2) 性行動型の年度別変化 (図2)

図において目立つ型についてのべる。昭和60年の71%から61年42%、そして62年の0と急激な降下をしめしているのは33型である。この型はソープランドで繁用された型であった。1型は60年27%であったが、62年に14%となりその後は次第に降下し、平

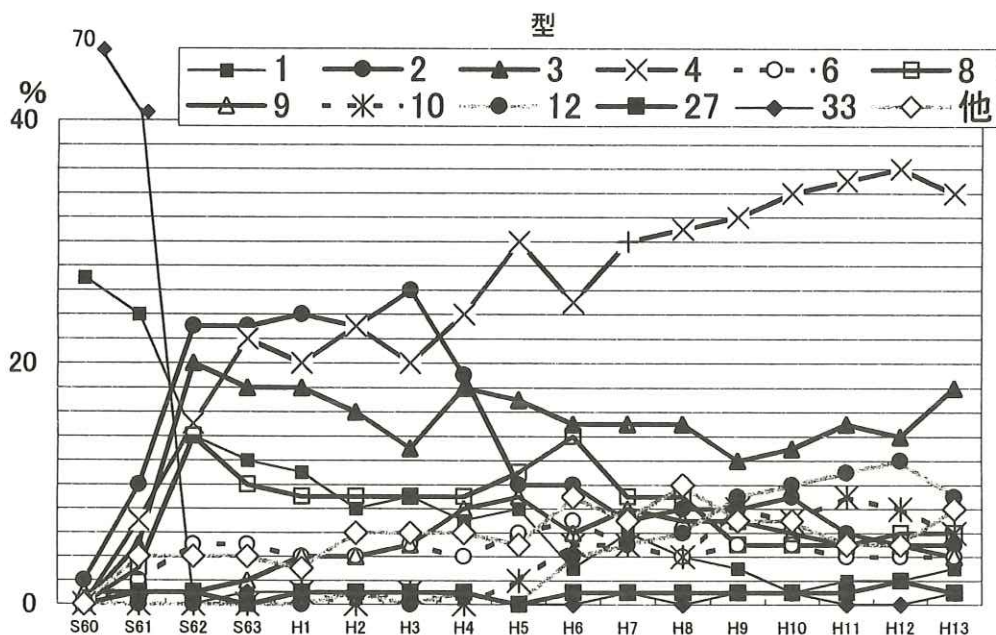


図2 性行動型年度別変化

S60～H13年 総数12,450人

成13年には3%になっている。之に反し増加した型は、4型が60年の0%から63年の22%、そして平成4年には24%となり、それまで1位であった2型を抜いて1位になった。次いで平成5年30%、13年34%となっている。2型は60年2%より上昇し62年23%、平成3年26%と1位を占めていたが、4年19%、5年10%と次第に下降し、13年には5%になっている。3型は60年に0%から62年20%になったが、その後はゆるやかな降下を示していたが、13年には18%に上昇した。8型は60年の0%から62年に14%となり、以後多少の変動があったが、平成6年14%となり、以後下降して9年5%、13年6%となっている。

(3) 性行動型の年齢別変化 (図3)

4型は全年齢層にわたり20%前後の高率を占めている。1型は19才以下で12%、25～29才で7%と最低になってから以後は、

加齢と共に上昇し、50～54才で19%、55～59才で21%、60才以上で26%と、50才以上では1位を占めている。33型は19才以下で17%、20～24才で19%つづいて25～29才で16%となり、以後加齢と共に多少の高低を繰り返しながら下降し、60才以上では3%となっている。8型は19才以下の14%、20才以後は10%以下で移行しており、50～59才で10%、60才以上で11%である。2型は19才以下以下では8%で、20～24才の13%、以後は13%から15%の間で移行し、60才以上では18%となっている。3型は19才以下では11%、以後12～16%で動いているが、60才以上では8%と下がっている。

以上から、50才以上で多い型は、1型、4型、2型で、ついで8型、3型となる。

(4) 性行動の5群分類 (表2)

I群は「腔性交+フェラチオ」中心の群で、型は2、3、4、5、25、26、27、33型その他

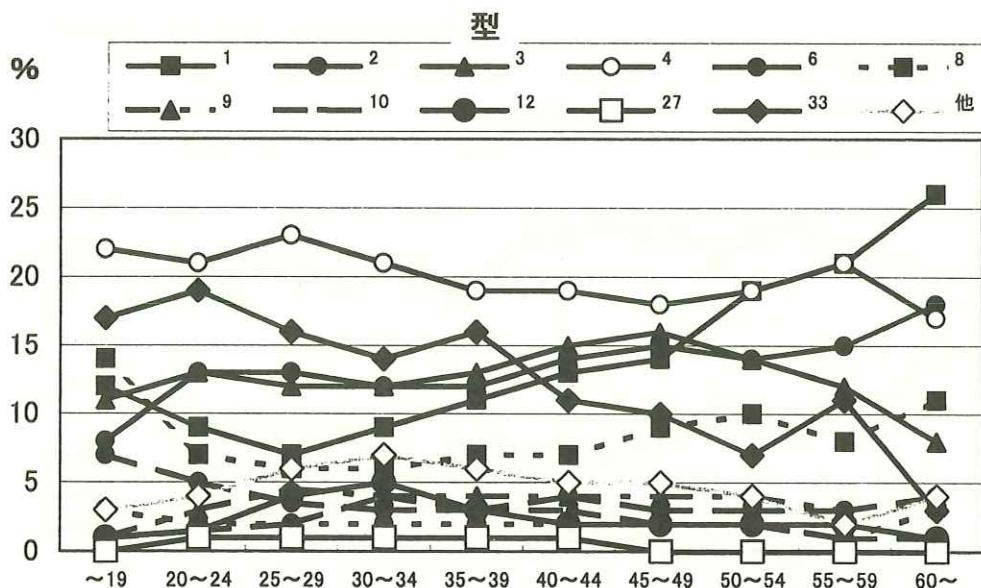


図3 性行動型年齢別

S60～H13年 総数12,450人

表2 性行動における群分類

	型
I 群 (V+F)	2, 3, 4, 5, 26, 27, 33, 他
II 群 (F)	9, 10, 12, 23, 他
III 群 (V)	1, 6, 7, 8, 他
IV 群 (A)	
V 群	その他
陰性交 : V	フェラチオ : F
肛門性交 : A	

である。II群は「フェラチオ」中心の群で、型9, 10, 12, 13, 23型その他である。III群は「陰性交」中心の群で、型は1, 6, 7, 8型その他である。IV群は「肛門性交」中心の群であり、V群はその他とする。

今後は各群をそれぞれI群 (V+F), II群 (F), III群 (V), IV群 (A), V群 (他), と略記する。

なお肛門性交はIV群 (A) だけでなく I, II, III, 群にも混在しているが、これは陰性交とフェラチオを肛門性交より優位と考えたからで、I, II, III, 群のその他に入っている。

(5) 性行動の逐年変動 (図4)

図4において、56年から60年までは「フェラチオ実施の有無」を聞いて2分類にした^{23,4)}。「フェラチオ有」では、56年44%, 57年63%, 58年66%, 59年69%, と上昇してきた。一方の「フェラチオ無」は、56年56%, 57年37%, 58年34%, 59年31%と下降してきた。次に60年からの5群分類による変化を述べると、I群 (V+F) は5群のなかで一番多く、60年72%から緩やかに降下していたが62年には神戸エイズ患者発生の影響のためか63%にまで下がった。しかし、63年には70%に戻っている。その後平成3年69%となつてからは次第に下がって13年には62%に達した。II群 (F) は60年の1%から次第に上昇し、平成4年に10%, 以後上昇して7年20%, 8年21%となりIII群 (V) を抜いて2位となり、平成9年には28%となったが、13年には23%となっている。III群 (V) は60年の28%から62年35%と上昇したが、その後は緩やかに下降し、平成8年18%となりII群 (F) に抜かれ、13年には15%に留まっている。

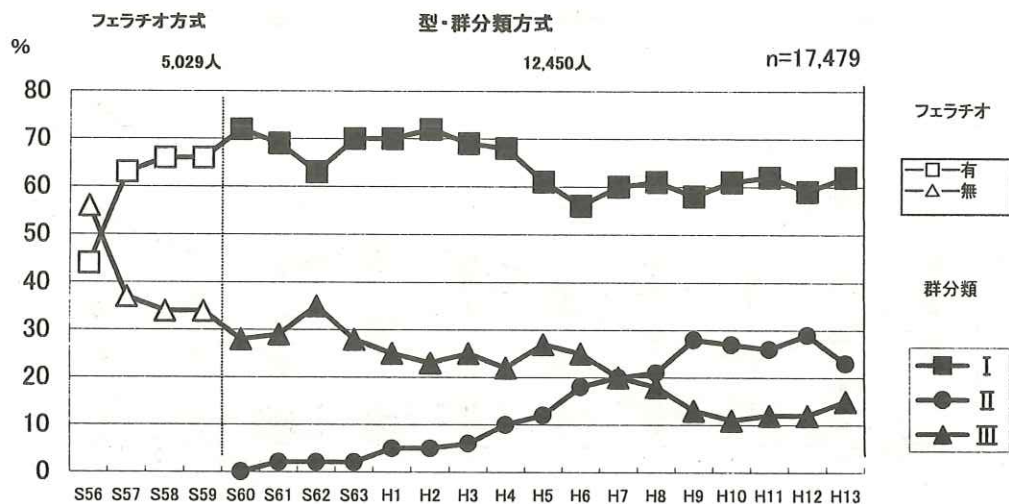


図4 性行動の年度別逐年変動について

これら3つの群は、平成10年以後は多い順に、I群(V+F)、II群(F)、III群(V)、とほぼ並行して進んでいる。

(6) 主要3群の年齢別逐年変動(図5)

図において、I・II群は29才以下(4,175人)を実線と●で、30才代(4,085人)を実線と○で、40才以上(4,187人)を実線と▲で示している、III群は点線を用いている。

I群(V+F)では60年における年齢による%の差は15%である。以後平成3年までは少い年齢による%の差を縮めながら進んでゆく。年齢による差の狭い年は、平成3年(3%)、7年(6%)、8年(4%)、11年(3%)である。

II群(F)は60年では年齢による%の差はごく少なく、その後は次第に広がり、平成9年には30才の38%に対し40才以上では

17%と実に21%の差を生じている。しかし、平成12年には年齢による差は10%と狭くなり、13年には再び17%と広がっている。

III群(V)では40才代が全期間を通じて%が高い。年齢による%の差が一番大きかったのは、平成5年の20%である。平成10年からは30才代の%が低くなっている。年齢差による%の狭い年は、7年(7%)、10年(3%)、12年(6%)である。

(7) 群別頻度、性行動型及び接触部位線表示による相関

図6は平成13年度STD男性外来患者604人についての調査である。

I群(V+F)は全体の62%で、型は使用者の多い順に4, 3, 2型となる。II群(F)は23%で、型は12, 10, 9型である。III群(V)は15%で、型は8, 6, 1型である。IV

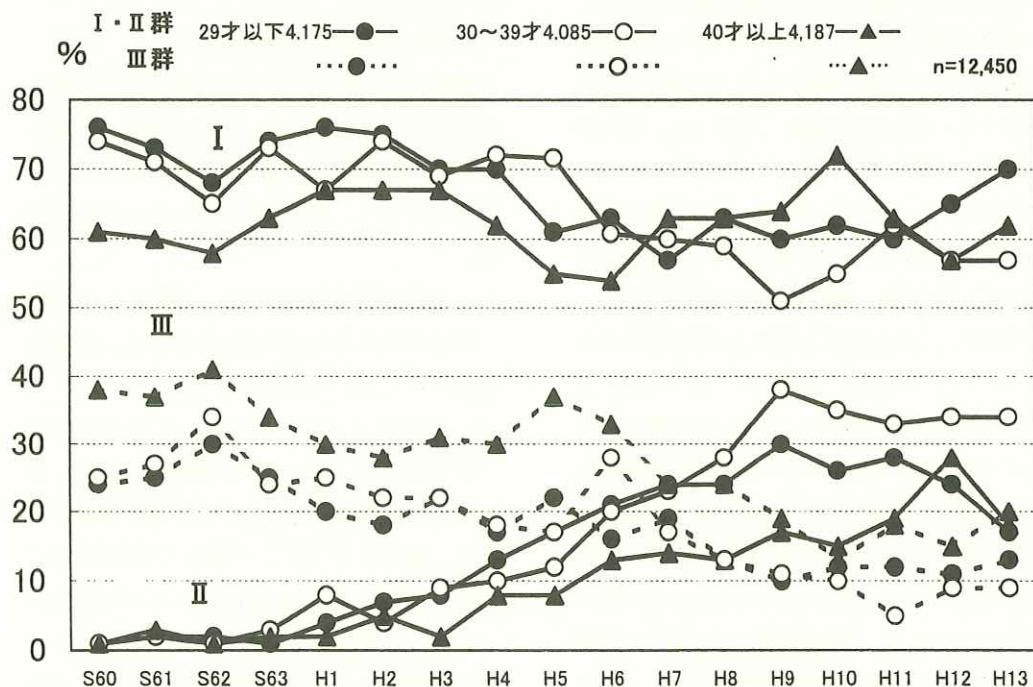


図5 性行動主要3群の年齢別逐年変動について

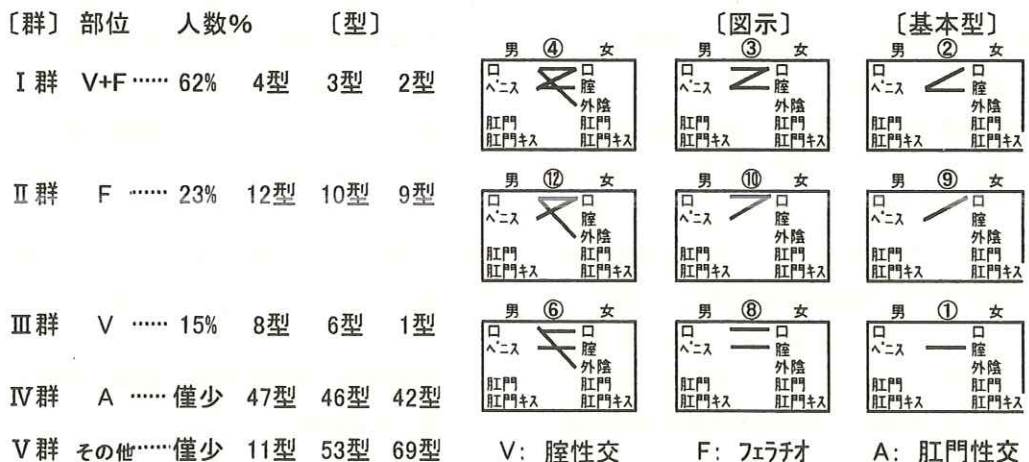


図6 平成13年度性行動の群別頻度並びに型別及び型の図形理解

群(A)及びV群(他)は僅少である。

図において、諸種の関係がより鮮明に理解出来るのではないかと考えて、男女身体部位を対比させ、接触部位を直線で結んでみた。

各群の基本型は、I群(V+F)では2型、II群(F)は9型、III群(V)は1型である。III群(V)の1型は横線、II群(F)の9型は斜線、I群(V+F)の2型は両方を合わせた鋭角をしている。更に、それぞれに「キス」を加えると、I群(V+F)は3型、II群(F)は10型、III群(V)は8型となる。その上に、「クニニリングス」を加えるとI群(V+F)は4型、II群(F)は12型、III群(V)は6型となる。このように群内においても、また、群間においても相互に規則正しい配列をとっていることがわかる。なお、図6で説明した以外の性行動型を図7で示す。線を性行為を代表するものと考え、その線に番号をつけると、感染経路が分かるし、又線が集中している所は感染の機会が高いことが理解できる。中段左から2つ目の33型は、

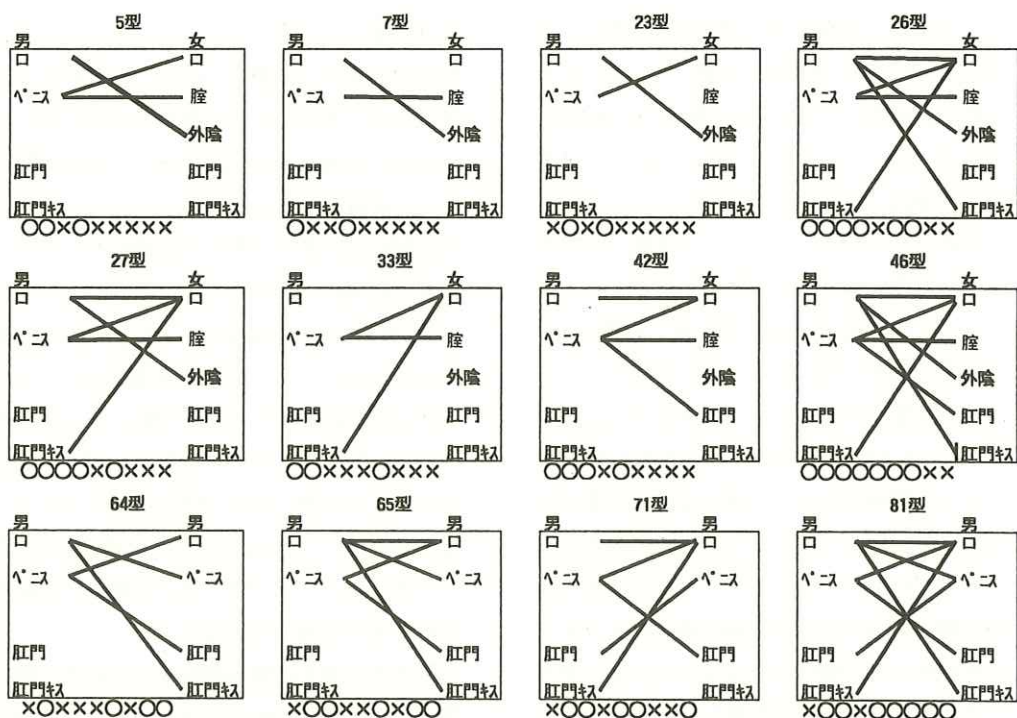
一時ソープランドでもてはやされた型である。下段は同性間の型である。

考 察

(1) 性行動聞き取りの技法

事実はいかなるものよりもすぐれて、強力な説得力を持っている。そのために、事実を誤りなく聞き取り、正しく記録に留めることに努力をした。その過程で気になった点を記す。

1. 患者の問診をする前に、「嫌なことを聞きますがよろしいでしょうか」と、了承を得ておくことが大切である。
2. 問診はリズムカルに聞いて行く事が必要である。「リズムカルに聞く」とは、自分のリズムに患者のリズムを載せる事である。筆者にとってこの場合の%は95%であり、残りの5%は患者のリズムに自分がのることであった。ところが、「リズムカルに聞かれたので、羞恥心が全く起こらなかった。不思議ですね」との患者の一言



左より ○膣性交 ○フェラチオされた ○キス ○口ニツグス ○肛門性交した ○肛門キスされた
○肛門キスした ○フェラチオした ○肛門性交された

図7 各種性行動型における接触部位線表示

があった。リズムカルに聞く目的は、患者に作為なく事実を自然に口からできるようにする為であったので、羞恥心にまでは考えが及ばなかった。

(2) 性行動型式の将来予測

平成13年現在で83の型がある。新しい型式を見出す上で注意する点は、同性間における「肛門性交」と「フェラチオ」の場合である、男性が男役か女役か、それとも交互に入れ代って行為を行うか、といったことを正確に聞きとることである、男役の場合は「した」と肯定して言えるが、女役の場合、「された」と受身の答えがしにくい傾向がある。以上のような点を考慮に入れながら、且つ同性愛者に対し素直に対応する姿勢をとることによ

て新しい型を見出すことが出来る考える。このような状況から、同性間の性行動において、更に数型が出てくる可能性が残されていると考える。

(3) 世代による性行動型の変化

55才から使用%が上昇する型は、1型、2型、8型であり、下降する型は、4型、3型、33型である。

以上から、上昇しているのは「膣性交」中心の1~2の行為の連続型であり、下降しているのは、「膣性交とフェラチオ」中心の3~4行為の連続型である。この事実から高年齢の世代では膣性交重視の傾向と行為数の減少が認められる。

(4) フェラチオ方式と5群分類方式との連繫

「フェラチオ有」は、型としては主に 33 型 (V+F+R) であり、I 群 (V+F) に含まれる。一方、「フェラチオ無」は、腔性交 (V) を主とする各型の集合であり、Ⅲ群 (V) に属する、以上から「フェラチオ有」は I 群 (V+F) に、「フェラチオ無」はⅢ群 (V) に連繫していると考えるのが妥当であろう。なお、60 年からの切り換えに際して、それぞれの間で僅かな%の違いを生じているが、その要因として、フェラチオ方式の場合「フェラチオ有無」は聞いているのだが、次のような症例があった。例えば、性行動の時に酔っていて、フェラチオ以外の行為がはっきりしない症例、また酔っていないくとも当時の記憶が明らかでない症例、或はフェラチオ以外の性行為を聞いたかもしれないが、カルテの記載が不備である症例などが含まれており、型決定に際し、これらの症例を除外したからである、なお以上のことから、このような結果に陥らないように、図 I の聞き取り方式を採用したのである。

(5) 33 型の興亡とその影響

33 型とは、ソープランドで繁用された「腔性交 (V)」「フェラチオ (F)」「肛門キス (R)」の 3 つの性行為を行う性行動であって、5 群分類では I 群 (V+F) に属する。この性行動を最初に記録に留めたのは 56 年である⁵⁾。ソープランドで昭和 54 年頃から始まったと推測している。この 33 型に気がついたのは、軟くて痛い陰茎の小さい傷から、簡単にパーカーインク法で梅毒トリポネーマーが検出されたことからである。その傷はフェラチオの際に歯で傷をつけられたと考えた。昭和 56 年から「フェラチオをしましたか」と質問して記録をとってきた。「した人」は年

と共に増加してきたが、「フェラチオ」を伴わない従来の「腔性交 (V)」を中心とする型 (恐らくⅢ群 (V) と考えてよいと思っているが) は逆に減少に向かい、57 年を境にして主客転倒してしまった。しかし 59 年の売春禁止法の改正に際し大阪府はソープランド禁止区域の内示をうけた。そのため 33 型は 60 年 71%、61 年 42%、62 年 0% と急激な低下をきたした。33 型の影響であろうか、1 型も引きずられるように下降してきた。その一方で急に上昇してきたのは、I 群 (V+F) の 4 型、2 型、3 型とⅢ群 (V) の 8 型であった。したがって、33 型は I 群 (V+F) の 4、3、2 型、特に 4 型に分散吸収されたものと考えられる。

以上から図 8 の模式図が考えられる。風俗業は絶えず新しい性行為を加えて、魅力があるように努力をしているのであろう。その影響が男性を通じて一般の女性に強い影響を及ぼしている。しかし職業上の必要から、あるいは「フェラチオ」を好ましいとする人達によって、I 群 (V+F) から分離した「フェラチオ」中心のⅡ群 (F) が次第に増加し、「腔性交」中心のⅢ群 (V) を凌駕してしまった。

33 型が法の施行により急速に減少し消滅したことは、日本人の被統治性の高いことを示していると考ええる。現在実施している「シートベルトの装着」の質問の場合にも、改正道交法の実施前は 60%~70% の装着率であったが、法実施と同時に 98% 以上の装着率となった。以上 2 件から考えると、日本人の被統治性はすこぶる高いと言えるのではないだろうか。STD 防衛に、この性質をうまく運用することができないだろうか。

個々の群内での年齢による差は大きくはない。

② 移行期は群全体としての％は略安定している。しかし、群内における年齢による％の差は、広い場合と狭い場合とを交互に繰り返しながら、次第に％の年齢差を狭い方へと移行している。

③ 安定期は、群全体としての％は安定している。しかも群内における年齢による％の差の広い場合が次第に減少し狭くなってくる。以上のように考えられるが、そう結論づけるにはなお数年を要するものとする。その一方、Ⅰ群(V+F)、Ⅱ群(F)、Ⅲ群(V)、が今の安定した状態で進んで行くことが好ましいと考えている。

3) 5群分類法の重要性

長い間、性行動を追いかけてきたが、そこには何時も「ただそれだけか」といった諦めがあった。その奥にある「何か」を捉える手段を見出せなかった。しかし、5群分類法に巡り会って、やっと未知の分野に入ることが出来た。従来予想することが出来なかった人の心の機微に触れたことは、本法がすぐれた手法であることを証明していると考えている。今後は肛門性交やコンドーム使用率など、多くの項目に本法を用いて稔りある結果を出したいと考えている。

(7) フェラチオに対する日本人の態度

1) 日本人は無防備な国民なのだろうか

「フェラチオの場合は、STDに感染しない」と考える人が未だ多い。コンドームの使用は極めて少なく数％程である。一方陰性交の場合はコンドームを使用し易いと思うのだが、30％位である⁹⁾。このような状況では、

HIVの波を防ぐことは困難であろう。必要な情報が、必要な時に、必要な人に届いていないのではないのだろうか。「素早く危機を察知して、対策をとる」といった危険防止への心構えを、一日も早く社会全体で備えるよう協力する必要がある。

2) 日本人はフェラチオを好む民族だろうか
ソープランドでよく用いられたⅠ群(V+F)の33型、そしてその後の一般女性の性行動においても、Ⅰ群(V+F)が多くなった点や、フェラチオ中心のⅡ群(F)が陰性交中心のⅢ群(V)を抜いて2位になった点を考え合わせると、今やフェラチオが性行動の中核を占めていると考えられる。

本来の妊娠のための陰性交の枠を外れたフェラチオは、それ故に快楽の為と思われるが、果たしてそれのみだろうか。それとも、急激に変化し続ける時代を反映して、短時間に疲労せず、簡単に事をすませる性行為は、時代の要請によるものだろうか。他民族の場合の事情を参考にして、検証しておく必要があると考える。

結 論

17年間に渉る、STD外来男性患者12,450人より得られた性行動型式83のパターン一覧を示した。又、行動型式の逐年変動及び年齢別変化についてのべ、世代によるパターンの変化を明らかにした。一方、83のパターンを臨床に応用し易いように、5群分類法を導入した。この事によって、Ⅰ群(V+F)、Ⅱ群(F)、Ⅲ群(V)の間における逐年変動や、更に接触部位線表示を加えることによって各群内及び群間の相互関係を明らかにした。

更にそれぞれの群の逐年変動において、年

齡を20才以下, 30才代, 40才以上と3つに区分して各々の発現%を見ると, そこに年齢差による%の間に広さと狭さが認められる。その場合, 広, 狭の繰り返しが移行期から安定期への移り変わりを暗示するものである点を指摘すると共に, 将来の予測の可能性にも言及した。

なお, 本稿の要旨は第22回日本性科学学会におけるワークショップにおいて発表した。

文 献

- 1) 丸山治朗, 大里和久, 津上久弥ほか: 本邦におけるSTD感染の基礎的諸条件に関する予備調査—性行動の実態と性意識—日本医事新報, 3664: 43-46, 1994。
- 2) 津上久弥, 丸山治朗: Oral SexとSTD, 熊本悦明ほか(編): 性と感染(STD)—性感染症学 医薬ジャーナル, 大阪, 386-389, 1990。
- 3) 津上久弥, 丸山治朗: STD(性感染症)と性, メディカル・ヒューマニティ, 4(1): 17-23, 1989。
- 4) 丸山治朗, 津上久弥: 性行為(オーラルセックス)の変化とSTD, Sexual Science, 1(6): 19-24, 1992。
- 5) 津上久弥, 大里和久, 深井和吉ほか: 最近の初期顕症梅毒の病態変化, 岡本昭二(編): 皮膚科MOOK NO4 STD(性行為感染症), 金原出版, 東京, 60-67, 1986。
- 6) 丸山治朗, 大里和久, 津上久弥ほか: 本邦におけるSTD感染の基礎的諸条件に関する予備調査。—コンドームの使用と問題点, 日本医事新報, 3665: 43-48, 1994。

原 著

性感染症患者（未婚）の性行動

村口きよ女性クリニック

村 口 喜 代

抄 録

平成 13 年 10 月から平成 14 年 12 月までに、当院において STD と診断された 341 人の性行動の詳細についてアンケート調査した。①平均初交年齢（17.7 歳）は若年者ほど低年齢であった。②コンドームは「いつも使用する」者は 2 割に過ぎず、パートナー以外ともセックスした者が 2～3 割おり、その際のコンドーム使用はさらに不徹底であった。③過去のパートナー数は 5 人以上が 4～5 割であり、パートナー以外ともセックスした者（6 割）は多く、その人数（5 割が 5 人以上）も多かった。これら STD 患者の結果は、厚生労働省 HIV 疫学研究班の全国調査結果⁷⁾の中で、一般若年女性に見られた性行動の特徴と極めて近似していた。今日の若者の性行動パターンがまさに STD 感染のリスクと一触即発の関係にあることを示唆した。

Keywords

STD, sexual behavior, young women

はじめに

近年、日本社会における性開放が加速しており、初交年齢の低年齢化が進み、未婚男女の性行動は活発かつ日常化している。性感染症の増加はとりわけ若年層を中心に著しく、とくに女性の感染が男性を大きく上回るなど、リプロダクティブヘルスをめぐる課題は一層深刻化している。若者の性行動について木原¹⁾は、複数の相手を持つ、また決まった相手がいる一方で不特定の相手もいる、そうした若者が増えており、いわば性がカジュアル化してきており、近頃の若者の性をめぐる動向として、セクシュアル・ネットワークの形成に言及している²⁾。STD (Sexually Transmitted Disease) が増え続けている背景はなにか、STD の予防策を探り、若者への支援

策を考えるための一環として、STD 患者の性行動を詳細に調査し分析したので報告する。

研究対象および方法

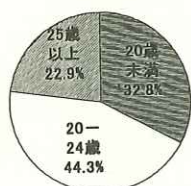
当院で STD と診断された未婚の患者を対象に、治療のための通院期間中にアンケート用紙を配布し、性行動に関する調査を実施した。対象期間は平成 13 年 10 月から平成 14 年 12 月であり、対象者数は 341 人であった。

結 果

1. 対象者のプロフィール（図 1, 2）

対象者の性感染症内訳は、クラミジア・トラコマチス（以下クラミジアと略す）頸管炎 264 人、性器ヘルペス 30 人、尖圭コンジローマ 22 人、淋菌性頸管炎 16 人、トリコモ

図1. 年齢階級別割合



N=341

図3. 初交年齢

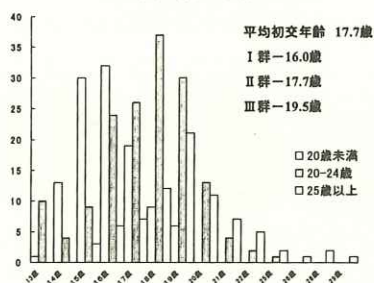


図2. 社会的立場

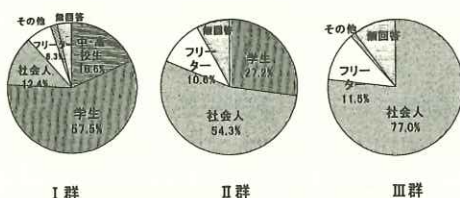
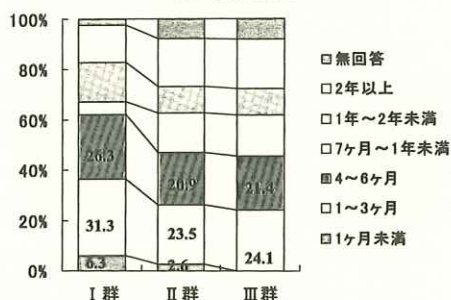


図4. 交際期間



ナス症7人, 毛じらみ症2人であった。

対象者の年齢階級別内訳は, 10代が112人(32.8%) 20~24歳までの20代前半が151人(44.3%), 25歳以上が78人(22.9%)を占めた。それぞれを以下I群, II群, III群とする。

社会的立場は, I群では, 中・高校生, 学生(予備校生, 短大, 専門学校生, 大学生など)を合わせて学業途上の者が約7割を占め, 社会人はほぼ2割を占めた。II群では学生がほぼ3割, 社会人が6割を占めた。III群では社会人が8割を占めた。

2. 初交年齢(図3)

初交年齢はI群, II群, III群間で明らかに異なる分布を示し, 若年群ほど低年齢であり,

平均初交年齢はそれぞれ16.0歳, 17.7歳, 19.5歳であった。

3. 交際期間(図4)

受診時, 特定のパートナーのいた者はI, II群に比してIII群では多く, I群82人(73.2%), II群115人(76.1%), III群71人(91.0%)であり, 平均78.5%であった。交際期間はI群ではII, III群に比べて短い者が非常に多く, 1ヶ月未満と1~3ヶ月以内を合わせて, I群では37.6%だったのに対してII, III群ではそれぞれ26.1%, 24.1%であった。6ヶ月までは, I群63.9%, II群47.0%, III群45.5%であった。

4. コンドームの使用状況(図5, 6)

コンドームは, 「いつも使用する」と答え

図5. コンドームの使用頻度

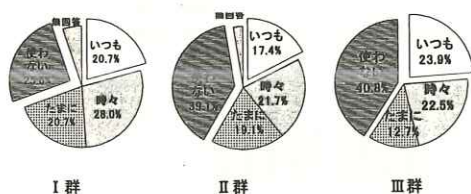


図7. パートナー以外とのセックス時、コンドームは使ったか

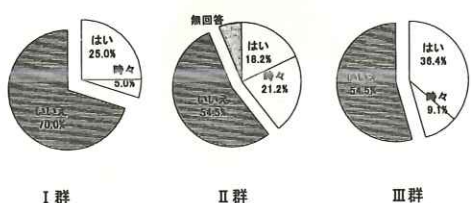
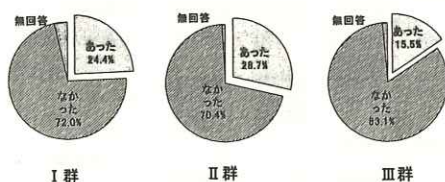


図6. パートナー以外とのセックス



た者が、I 群 20.7%、II 群 17.4%、III 群 23.9%であり、平均 20.6%に過ぎなかった。「時々使用する」者はII 群がII、III 群に比してやや高く、いずれも20%台であった。「使用しない」と答えた者はII 群 39.1%、III 群 40.8%と多く、いずれも約4割も占め、一方I 群では25.6%と少なかった。総じてコンドームの使用に関しては、I 群がII、III 群に比してよく使用していた。

5. 現在のパートナー以外とのセックス (図7)

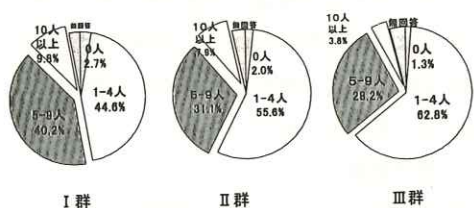
現在のパートナーと付き合っている間に他の男性とセックスのあった者はI、II 群に多くそれぞれ24.4%、28.7%を占めたが、III 群では15.5%と少なく、平均 22.8%であった。パートナー以外とのセックスでコンドームを

使用したかの質問に、「はい」と答えた者は、I 群では25.0%、II 群では18.2%、III 群 36.4%であり、I、II 群ではIII 群に比して少なかった。一方「いいえ」と答えた者はいずれの群も極めて多く平均 59.6%であり、とくにI 群では70.0%と著しかった。総じて感染症のリスクの高いセックスにもかかわらず、より無防備にセックスしているし、それは若年者ほど著しかった。

6. 過去のパートナー数 (図8)

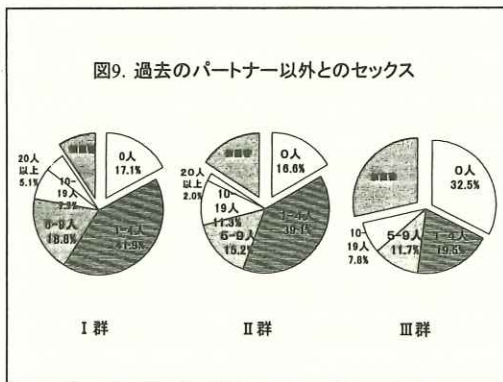
現在のパートナーを除く過去のパートナー数は、I 群ではII、III 群に比して多く、無回答者を除いて、5人以上がI 群では50.0%、II 群では39.0%、III 群では32.0%であった。

図8. 過去のパートナー数



7. 過去におけるパートナー以外とのセックス (図9)

過去においてパートナー以外ともセックスした者はI、II群に著しく、無回答者を除いてI群73.5%、II群67.6%であった。とくにIII群では無回答者が多かったが、それでも39.0%ほぼ4割を占めた。またその数もI、II群に多く、パートナーがいると回答した者のうちでみると、5人以上がそれぞれ42.9%、42.1%を占めた。



考 察

日本社会におけるSTDはいわゆる「エイズショック」の後、男性の淋菌感染症の急減少を反映し一時減少したものの、1996年以降再び増加に転じ、とくに1999年感染症新法が施行され、900定点に増加した以降は急増傾向に歯止めがかかる気配はない。詳細にみると、クラミジアによるSTDはこの間ほとんど減少することなく、とくに女性においては徐々に男性並みに近づき、いまや男性を大幅に上回る勢いで増加し続けている²⁾。こうした厚生労働省のサーベランス報告も日本のSTD発生動向を知るには種々問題がある³⁾。「厚生労働省モデル県におけるSTDに

関するセンチナルサーベランス」報告^{4,5,6)}によると、とくに若年層における女性のクラミジア感染は男性の3~4倍以上の罹患に達し、とくに女性のSTD増加、蔓延の問題は深刻であり、子宮外妊娠や不妊症の増加など本人のリプロダクティブヘルスに止まらず、少子化に拍車をかけるなど日本社会の将来に深い影を落としている。

今日STDがなぜ増え続けるのか、改めて考えてみなければならない。厚生労働省のHIV疫学研究班報告⁷⁾では、未婚者のセックスについての許容化が進み、若い世代では男女とも80~90%で許容されており、結婚を前提とした従来の性規範はほぼ崩壊したとみるべきと報告している。また日本性教育協会¹¹⁾、東京都幼・小・中・高・心障性教育研究会の継続的に行われてきた調査結果^{8,9)}でも性行動の活発化、低年齢化、とくに女性の活発化に伴う男女差の解消が明瞭であり、今日若者の性行動はすっかり市民権を得た社会になったとみるべきである。

今回の感染者をみると、10代では中・高校生、専門学校生、短大・大学生など学業途上の者が3/4を占め、10代の平均的若者が感染しており、かつて筆者が行なった調査¹⁰⁾では、10代のクラミジア感染者は、学業途上の者が4割程度に止まり、10代の平均的若者とはかなり偏りのある層と思われたが、今回は前回の結果とは大きく異なっていた。それだけSTDは一層身近になってきているのであり、普通の若者がいくらかでも感染するリスクをもっているとみるべきであろう。

若者の性行動は年を追うたびに活発化、低年齢化しており、これまでのいくつかの調査^{9,11,12)}がそのことを明らかにしてきた。東

京都幼・小・中・高・心障性教育研究会の調査によると、高校3年生女子の初交累積率は87年、99年、02年それぞれ18.5%、39.0%、45.6%と上昇し続けており、ここ3年間の増加が著しい。今回、STD感染者の平均初交年齢は若年者ほど低年齢であり、20歳未満、20～24歳、25歳以上それぞれ16.0歳、17.7歳、19.5歳であり、明らかにこれまでの一般女子の調査結果と比較し、性交開始が早い性的に早熟な者が多かった。

前出の厚生労働省 HIV 疫学研究班の報告によると、①18～24歳の女性ではこれまでのセックス経験人数が5人以上の者は37.9%ほぼ4割であり、②過去1年間に複数の相手と同時に性関係にあった人の割合は18～24歳の女性では16.5%であり、また③過去1年間の陰性交時にコンドームをあまり使用しなかった人の割合は、決まった相手と不特定の相手いずれも約50%でほぼ等しかった。一方、筆者のSTD感染者の結果では、①過去のパートナー数が5人以上の者は20歳未満ではほぼ5割、20～24歳ではほぼ4割であった。また②パートナー以外とセックスのあった者は20歳未満では2割強、20～24歳では3割弱であり、③パートナーとのセックスの時コンドームを使わないとたまに使うを合わせた割合は、20歳未満では約5割、20～24歳では約6割であり、パートナー以外とのセックスの時に、コンドームを使用しなかった者は、20歳未満では7割、20～24歳では5割強であった。

前出の調査結果と比較して、筆者の結果はパートナー以外つまり不特定の相手とのセックスする者がやや多かったものの、総じて両者はかなり近似の特徴ある結果であった。筆

者の対象者は明らかにSTD感染者であり、その性行動の特徴が、無作為抽出法による一般女性の全国調査結果とかなり類似していたということは極めて驚異的な事と見なければならぬ。それは、今日の若者の性行動パターンがSTD感染の危険とまさに一触即発の関係にあることを教えているからである。

今回の結果から、STDのハイリスクグループは、1)初めてのセックス経験(初交)が早い、2)セックス経験人数が多い、3)徹底しないコンドーム使用、4)不特定の相手とのセックス経験が多い、などの特徴が上げられるが、これは最近の若者に一般化しつつある特徴でもあり、STDが相変わらず増え続けている背景の深刻さを示しているのである。

日本における性の自由・開放は進行の一途を辿っており、最近は一層加速度を増している。性意識、性行動においては、30代と40代を分岐点に顕著な変化が若い世代に起こっており、それはとくに女性が男性に追いつく形で起こっているという、最近のNHKの「日本人の性行動・性意識」調査結果¹⁰⁾は興味深い。筆者の結果で、現在のパートナー以外とのセックスや過去のパートナー以外とのセックスのあった者の割合や程度において、20歳未満と20～24歳では近似した結果であったのに対して、25歳以上とは明らかに異なっていた。性の自由・開放、性的規範の緩みは低年齢化するほど進んでいるが、そうした変化は25歳あたりに大きな分岐点があるかと思われた。

今回の調査結果から、従来の性規範の崩壊、新たなセクシュアリティを模索する日本社会の不安定・不確実性への不安・苦悩、その結果として起こるSTDの増加・蔓延など、性

をめぐる多岐にわたる容易には語れない背景、問題が見えてくる。「愛」という切り口だけでは医療現場はもちろん、教育界も家族関係においても、もはや人間の性は語れない時代の真っ只中にあることを承知しなければならぬ。上野千鶴子が言うように¹⁰⁾、「セックスの特権性」が低下・喪失しつつある社会にあることは、STD 患者が感染したことを目の当たりにしても、誰から感染させられたのかを特定できない、そのことで誰にも怒りをあらわにできない、そんな若者たちに出会うたびに、日々実感させられるのである。

まとめ

STD と診断された患者の性行動についてのアンケート調査から、その詳細について明らかにし、STD 増加の背景について検討した。

- 1) 平均初交年齢は若年者ほど低年齢であり、平均 17.7 歳であり早熟な者が多かった。
- 2) 交際期間は 20 歳未満では短く、3 ヶ月、6 ヶ月以内の者がそれぞれほぼ 4 割、6 割を占めた。
- 3) コンドームの使用はいずれの年齢階級においても極めて不徹底であり、「いつも」使用した者は 2 割に過ぎなかった。
- 4) パートナー以外とセックスした者は 2 割強であり、24 歳以下に多く、またその際にコンドームを使用しなかった者は 6 割と多かった。
- 5) 過去のパートナー数は 5 人以上が 4~5 割を占め、とくに 20 歳未満では多かった。
- 6) 過去においてパートナー以外とセックスした者は約 6 割であり、24 歳以下の若年者に多く、うち半数近くが 5 人以上であった。

本論文の要旨の一部は、平成 14 年 10 月 20 日第 11 回日本性科学学会学術総会（大阪）において発表した。

参考文献：

- 1) 木原雅子：日本の若者の性行動と Sexual Health. 性と健康. 0-2. 2001.
- 2) 厚生労働省：感染症サーベイランス事業年報.
- 3) 野口靖之、野口昌良、藤田 将：わが国における STD の現状とその対策. 産婦人科治療. 86: 781-786. 2003.
- 4) 熊本悦明ほか：日本における性感染症（STD）流行の実態調査—1999 年度の STD・センチネル・サーベイランス報告. 日本感染症学会誌 11: 72-103, 2000.
- 5) 熊本悦明ほか：本邦における性感染症流行の実態調査—2000 年度 STD・センチネル・サーベイランス報告. 日本感染症学会誌 12: 32-67, 2001.
- 6) 熊本悦明：日本の性感染流行の現状. アニムス 6: 33-38, 2001.
- 7) 木原正博ほか：日本人の HIV/AIDS 関連知識、性行動、性意識についての全国調査. 教育アンケート調査年鑑上 2001: 94-105, 創育社, 東京.
- 8) 東京都幼・小・中・高・心障性教育研究会／性意識・性行動調査委員会：「1999 年、児童・生徒の性意識・性行動調査」報告. 現代性教育研究月報 17: 1-7. 1999.
- 9) 東京都幼・小・中・高・心障性教育研究会／性意識・性行動調査委員会：「2002 年、児童・生徒の性意識・性行動調査」報告. 学校図書. 2002.

10) 村口喜代, 10 代のクラミジア感染症,

日本性科学学会雑誌 17: 41-45, 1999.

11) 日本性教育協会, 「若者の性」白書第 5

回青少年の性行動全国調査報告, 小学館:

2001

12) NHK 「日本人の性」プロジェクト,

NHK 日本人の性行動・性意識, NHK

出版: 2002.

原 著

腔ダイレーター

— 適応疾患と使用の実際 —

東京大学大学院医学系研究科

健康学習・教育学分野

高 橋 都

抄 録

腔ダイレーターは、医療者の指導のもと患者自身が使用する医療器具であり、その使用目的は1. 骨盤領域の放射線療法や外科手術に由来する腔内瘢痕形成や腔狭窄の予防, 2. ワギニズムス・性交痛に対する腔周囲筋のリラクゼーション法の習得, 3. 腔欠損症における皮膚伸展による腔腔の形成, の3点に大別される。腔ダイレーターの具体的使用法は、使用の目的や個々の患者の状況などによって異なる。効果をあげるためには、ただ器具を渡すだけでなく、使用法に関する詳しい説明と継続的使用に向けた動機づけが不可欠である。医療者は、患者の実際の使用状況を確認し、良好なコミュニケーションを保ちながら長期的にフォローアップすることが肝要である。

Abstract

Vaginal dilators are smooth plastic or rubber cylinders made in graduated sizes. The purpose of vaginal dilators include; 1. To prevent vaginal stenosis caused by radiation therapy in the pelvis, vaginoplasty for gynecological cancers and sex reassignment surgery, 2. To learn to relax the pelvic muscles to prevent dyspareunia caused by involuntary contraction of the muscles, 3. To create a new vaginal cavity for women with vaginal agenesis by stretching the skin of the vaginal dimple. The usage of vaginal dilators varies according to need and the individual patient's conditions. In prescribing vaginal dilators, medical professionals need to explain in detail their usage and any associated complications to the patients. To be effective, it is extremely important to keep motivating the patient and to continue follow-up over a long period.

Key Word

vaginal dilator, indication, post-treatment care

I. はじめに

腔ダイレーター (vaginal dilator) は、腔内腔の狭窄、ワギニズムス (腔けいれん)、腔欠損症などの治療に効果的な医療器具である。しかし、その具体的使用法を詳細に述べた文献は少ない。本稿では、先行文献や海外の医療機関がインターネット上で公開している情報を参考にして、腔ダイレーターの適応疾患や使用法の実際についてまとめた。

II. 腔ダイレーターの効用

腔ダイレーターは先端が丸みを帯びた筒状の医療器具であり、プラスチック製またはゴム製で、腔狭窄予防用の場合、通常長さは約14~18cm、太さは1cm程度から数cmまで3、4段階に分かれている (写真1)。

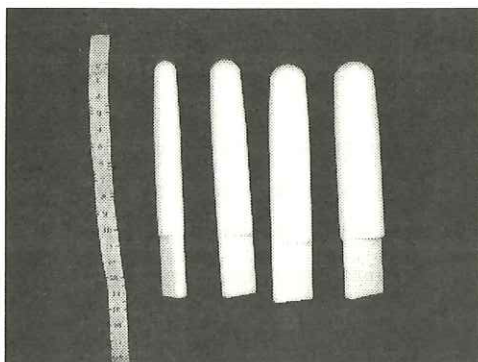


写真 日本性科学会製の腔ダイレーター
(長さ14cm, 4サイズセット)

使用の適応となる疾患を表1に示す。使用目的は、1. 骨盤領域の放射線治療や外科手術に由来する腔内瘢痕形成や腔狭窄の予防、2. ワギニズムス・筋緊張による性交痛における腔周囲筋のリラクゼーション方法の習得、3. 腔欠損症における皮膚伸展による腔腔の形成、の3点に大別できる。放射線治療後の腔狭窄予防を目的とした使用は国内では少な

いが、欧米では術後ケアの一環として一般的に用いられている¹⁻⁴⁾。

表1 腔ダイレーターが適応となる疾患や状態

- | |
|----------------------------|
| ■ 骨盤領域の放射線治療後 |
| ■ 婦人科がん手術における腔形成術後 |
| ■ 男性から女性への性別適合手術における腔形成術後 |
| ■ ワギニズムス (腔けいれん)・筋緊張由来の性交痛 |
| ■ 腔欠損症 |
| ・ 外科的腔形成術後 |
| ・ 皮膚伸展による腔腔形成時 |

III. 腔ダイレーターの使用法

腔ダイレーターを「いつから」「どの位の頻度で」「どのように」「いつまで」使用するかは、使用の目的や患者の医学的状況などによって異なる。以下、各使用目的別の使用法について述べる。

(1) 骨盤領域の放射線治療に由来する腔狭窄の予防

放射線治療のあとには長期に渡って瘢痕形成が生じ、進行すると腔狭窄に至って性交や婦人科内診に大きな苦痛を伴うことが少なくない。腔ダイレーターを用いて腔壁の瘢痕収縮を予防することで、腔内腔の幅と深さが保持され、性交や内診に伴う苦痛を緩和することができる。性交を望まない場合でも、内診の苦痛を減らすことによって婦人科受診に対する患者の抵抗感を減じることができ、診察を容易にするとともに治療後の受診率の改善が期待できる³⁾。表2は、骨盤領域の放射線治療に伴う腔狭窄予防を目的とした腔ダイレーターの使用について、欧米のいくつかの医療機関や非営利患者支援団体がインターネットで公開している患者向けの記載を比較したものである。

表2 骨盤領域放射線治療後の腔ダイレーター使用法

	オハイオ州立大病院 ⁵⁾ (アメリカ)	ロイヤル・マーズデン病院 ⁶⁾ (イギリス)	クイーンエリザベス2世病院 ⁷⁾ (カナダ)	プール病院 ⁸⁾ (イギリス)	アメリカがん協会 ¹⁾ (アメリカ)
開始時期	放射線治療終了後 2-4週間	放射線治療終了後 4週間	放射線治療終了後 1-2週間	放射線治療終了後 4週間	放射線治療による腫脹軽減後 早期に
使用頻度	狭窄度に応じて a) 10日連続→週3回 b) 30日連続→隔日 c) 週3回	週3回	1ヶ月連日 その後半年間週5回 その後週2回	定期的に (性交が週2回以上 あるなら不要)	週3回
使用方法	挿入して数分そのままにし、出して再挿入を数回くりかえす	挿入して3-5分そのままにし、出して再挿入を数回くりかえす	数度出し入れする (全体で10-15分間)	数度出し入れした後 3-5分間入れたままにする	挿入後10分間そのままにする
使用期間	生涯	生涯	—*	—*	生涯

* —:記載なし

なお、腔-ペニス性交は腔ダイレーターと同等の腔狭窄予防効果を持ち、放射線治療後のケアに関しては「週2, 3回性交がある場合には腔ダイレーターを使う必要はない」とする記載が多い^{1, 3, 6, 7)}。

(2) 外科手術に由来する腔狭窄の予防

婦人科がん・腔欠損症における腔形成術や、男性から女性への性別適合手術 (Sex Reassignment Surgery: 以下 SRS) における腔形成術の後にも、瘢痕形成から腔狭窄に至ることが少なくない。外科手術に由来する腔狭窄は、術式、手術の成功度、感染症の合併などによって、その程度や術後ケアが大きく異なる。SRS の術後ケアの使用例として、一日4回15~20分の拡張を1ヶ月、その後2ヶ月は一日2~3回、さらに3ヶ月は一日1回、半年をすぎたら拡張の必要はないとする例⁹⁾や、2~6ヶ月間一日3~5回30~60分の拡張を推奨する例¹⁰⁾もある。外科手術後の使用法を一般化することは困難であり、医療者は個々の患者の状態を重視するとともに、手術後も長期にわたって経過観察をし、腔ダイレーターの使用を推奨して患者を動機づけることが重要である。

(3) ワギニズムス・性交痛における腔周囲

筋のリラクゼーション法の習得

腔ダイレーターは、腔周囲の筋肉が不随意に攣縮をおこすワギニズムスの治療にも用いられ、国内では従来この目的に使用されることが多かった。ここで重要なのは、腔ダイレーターの使用目的が腔の物理的拡張ではない点である。ワギニズムス治療は、自律訓練法などによる全身のリラクゼーション、患者自身やパートナーによるタッチング、自分で行う挿入練習、パートナーによる挿入練習、ペニスの挿入練習など、多段階から構成される一連のプロセスである¹¹⁾。挿入練習は、筋の不随意的な緊張だけでなく、その背景にある患者の性器への嫌悪感や挿入への恐怖なども解消することを目指しているため、治療場面では患者の不安、躊躇、恐怖が自然な形で取り上げられて対処される必要がある¹¹⁾。実際の挿入練習にあたっては、通常はまず綿棒から始め、タンポンのアプリーケーター、自分の指などを用いたあと、サイズの異なる腔ダイレーターを使う。まずもっとも細いサイズが無理なく挿入ができるようになったら、一段階ずつサイズをあげていく。練習はケーゲル体操と併せて行われ、腔周囲の筋の緊張と弛緩をくりかえし、腔を弛緩させたタイミン

ゲでダイレーターを挿入するようにする。このような練習によって、患者は筋の緊張と弛緩を意識し、自らコントロールできるようになる^{11,12)}。腔ダイレーターを用いた同様の手法は、筋緊張に由来する性交痛全般に対しても応用できる。

(4) 腔欠損症における皮膚伸展による腔腔の形成

腔ダイレーターは、腔欠損症の治療において、外科的手技によらず皮膚を伸展させて腔腔を形成する目的で使用されることもある。この場合、腔部分の皮膚に圧力を加えて徐々に腔腔を形成するため、当初は幅1.5センチ、長さ2〜3センチ程度のごく小型のダイレーターを用い、サイズを増していく。使用前に入浴して伸展部の皮膚を柔らかくするとよい¹³⁾。使用の開始年齢は、患者自身が自分の状態を理解して腔ダイレーターを使用できる年代が好ましく、思春期以降（性的関係を持つ時期）が適切である^{14,15)}。表3にいくつかの医療機関における使用方法を示す。

患者自身による挿入の方法について、アメリカがん協会は患者配布用冊子¹⁾の中で表4のように記載している。この方法は、ワギニ

スムス・性交痛や外科手術後のケースにも応用できると考えられる。（SRSにおける腔形成術を受けた患者向けのさらに詳細な挿入法については、引用インターネットサイト¹⁶⁾を参照。）挿入時に用いる潤滑ゼリーは必ず水溶性のもの（リューブゼリー[®]、K-Yゼリー[®]など）を用い、ワセリンなどの使用は避けねばならない。

表5に示したような症状が出現した場合は、腔ダイレーターの使用を中止して医療者に相談するよう指示する。特に放射線治療後の場合、腔ダイレーターの使用開始後に少量の出

表4 腔ダイレーターの挿入の実際

1. 腔ダイレーターに水溶性のゼリーを十分ぬります。
2. 少なくとも15分はプライバシーが保てる時間を選んで、ベッドに横になります。腔ダイレーターを、優しくゆっくり腔に挿入します。腔がきつく感じるときには無理に入らず、その場所で挿入を止めたまま、腔筋肉の緊張とリラクスをくりかえします。
3. 腔の力が抜けたら、腔ダイレーターを奥にすべりこませます。腔ダイレーターをすっきり挿入するまでに、腔筋肉の緊張とリラクスを数回くりかえす必要があるかもしれません。その間は本を読んだり、テレビを見たり、誰かと電話で話をしたりするのでもいいでしょう。もし腔ダイレーターがすべり出てきたら、もつと奥に、そつと挿入してください。
4. 腔ダイレーターをできるだけ奥まで挿入したら、少なくとも10分間はそのままにしておきます。その間は本を読んだり、テレビを見たり、誰かと電話で話をしたりするのでもいいでしょう。もし腔ダイレーターがすべり出てきたら、もつと奥に、そつと挿入してください。
5. 腔ダイレーターを取り出したら、刺激の少ない石けんと水で洗います。石けんはよく洗い流して下さい。石鹸の成分が腔ダイレーターの表面に残っていると、次に挿入したときに腔に刺激を与えてしまうことがあります。

文献1（日本語版 p76-77）より引用

表3 腔欠損症に対する腔ダイレーター使用法

	ボストン小児病院 ¹³⁾ (アメリカ)	ハマスミス病院グループ ¹⁴⁾ (イギリス)	ミシガン大学病院 ¹⁵⁾ (アメリカ)
使用頻度	1回 20分挿入	1日に3回、10-15分間ずつ挿入 →2-4週間後、日に2回 →正常サイズに拡張後は週1回 (性交があれば不要)	日に2-3回、20-30分挿入
正常な大きさに 伸展するための 使用期間	3-18ヶ月 (使用頻度による)	6-12週間	14-16週間

表5 使用を中止するとき

- 多量の出血
- 鋭い疼痛
- 挿入への物理的抵抗
- 帯下の増加
- 発熱

血が続くことがあるが、出血量が増えたり長期間続いたりする場合には医療者に連絡する。挿入時の鋭い疼痛や物理的抵抗がある場合には、無理に押し込むことをしない。帯下の増加や発熱など、感染症を疑う症状が出現した場合も、連絡が必要である。

IV. むすびにかえて

腔ダイレーターは患者自身が自宅で使用する医療器具であり、継続的使用に向けて患者を動機づけることが不可欠である。医療者は単に器具を渡すだけでなく、使用方法や注意点について患者に詳しく説明し、実際の使用状況を確認する必要がある。最大の効果をあげるためにもっとも肝要なのは、患者と良好なコミュニケーションを保ちながら長期的にフォローアップすることであろう。

謝 辞

本稿を準備するにあたり、貴重なコメントを下された、岡山大学泌尿器科永井敦先生、埼玉県立医科大学総合医療センター形成外科高松亜子先生、国立千葉病院婦人科大川玲子先生、日本赤十字医療センターカウンセリグサービス金子和子先生、東京家庭裁判所医務室技官針間克己先生に深謝致します。

引用文献および引用インターネットサイト

- 1) American Cancer Society: Sexuality & Cancer: For the Woman Who Has Cancer, and Her Partner. 1999 (高橋都・針間克己訳: がん患者の幸せな性 - あなたとパートナーのために. 春秋社, 東京, 2002)
- 2) Gosselin TK and Waring JS: Nursing management of patients receiving brachytherapy for gynecologic malignancies. Clinical Journal of Oncology Nursing, 5: 59-64, 2001
- 3) Schover L: Sexuality and Fertility After Cancer. John Wiley & Sons, New York, 1997
- 4) Schover L: Sexual Dysfunction. Psycho-Oncology. Holland JC ed., Oxford University Press, New York, 494-499, 1998
- 5) The Ohio State University Medical Center: "Health For Life: Vaginal Dilator"
<http://www.acs.ohio-state.edu/units/osuhosp/patedu/Materials/PDFDocs/women-in/gynecolo/vag-dil.pdf>
2003年5月1日アクセス
- 6) The Royal Marsden Hospital NHS Trust: "Feminine care (during and after radiotherapy to the pelvis) - A guide for women with cancer"
<http://www.royalmarsden.org/patientinfo/booklets/femininecare/index.asp>
2003年5月1日アクセス
- 7) Queen Elizabeth II Health Sciences

Center: "Use and Care of Your Vaginal Dilator"

<http://www.cdha.nshealth.ca/patientinformation/nshealthnet/0180.pdf>

2003年5月1日アクセス

- 8) Poole Hospital NHS Trust: "Treatment and Advice: Vaginal Dilation"
<http://www.poolehos.org/gynae%20cancer/treatment.htm#Vaginal%20Dilation>

2003年5月1日アクセス

- 9) Dr. Chettawut Tulayaphanich: Cosmetic and Sex Reassignment Surgery in Thailand "SRS aftercare and dilating"
<http://www.chet-plasticsurgery.com/>

2003年5月1日アクセス

- 10) Yanhee General Hospital: "Sex Reassignment Post-operation care"
http://www.yanhee.net/serv_sexreass.htm

2003年5月1日アクセス

- 11) 野末源一, 金子和子: 女性の性機能障害: 腔瘻. 日本性科学会監修, セックスカウンセリング入門. 金原出版, 東京, 148-152, 1995

- 12) Wemen's Health Info: "How To Use

Vaginal Dilators"

[http://](http://www.lovecorporation.hypermart.net/articles/women/dilator.htm)

www.lovecorporation.hypermart.net/articles/women/dilator.htm

2003年5月1日アクセス

- 13) Center For Young Women's Health, Children's Hospital of Boston: "Instructions on the Use of Vaginal Dilators for the Treatment of Vaginal Agenesis - A Guide for Teen Girls"
<http://www.youngwomenshealth.org/instructions.html>

2003年5月1日アクセス

- 14) Hammersmith Hospitals NHS Trust: "Vaginal Dilator Therapy"
<http://www.femgenab.org.uk/dilator.htm>

2003年5月1日アクセス

- 15) Foley S and Morley GW: Care and counseling of the patient with vaginal agenesis. Female Patient 17: 73-80, 1992

- 16) "Zen and the Art of Post-Operative Maintenance"
<http://www.intelleng.com/zen1.html>

2003年5月1日アクセス

原 著

婦人科手術とセクシュアリティ

大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学

森村 美奈, 平井 光三

金岡 靖, 石河 修

Keywords

sexuality, gynecological surgery, Microwave Endometrial Ablation, quality of life

はじめに

産婦人科医は日ごろ、まさしく“女性の性”の中心となる臓器の疾患について診療をしているが、実際の診療においては、羞恥心からか、医者からも患者からも“性生活について”の問題は取り上げにくいのが現状である。また、当科では手術前後には主治医から、性機能についても含めて、術後の身体の変化について説明がされるが、患者が術後の性生活に関して、どのような関心を持っているかは、定かではなかった。そこで、実際の性生活についての不安や疑問が解決されているのかどうかについて、患者さんへのアンケート調査をもとに、婦人科手術と性について考えてみた。

産婦人科での手術は、主に子宮・卵巣・膣・外陰部など女性生殖器と呼ばれる部位に対し行われ、また、子宮外妊娠や帝王切開などの妊娠に関係する手術も行われる。また当院では尿失禁などの排尿障害に対する手術も積極的に行っている。このような手術に関連して起こりうるセクシュアリティの問題を考えると、以下のように大きく4つに分けられる。

1. 機能・形態的問題：子宮の喪失・卵巣の喪失（外観からわからない変化）、膣の短縮、膣口の狭小化、手術の切開痕のよ

うな形態の変化とそれに伴う痛みや不快感などの身体症状。

2. 精神心理的問題：子宮や卵巣の喪失感（女性ではなくなったような気がする）、手術後の回復についての不安（セックスで離開しないか・病気が再発しないか）、パートナーに嫌われるのではないかという恐怖や不安。手術時の恐怖感に由来する性嫌悪や性交疼痛症状。
3. 内分泌的問題：卵巣の切除（両側卵巣の摘出）や手術後のストレスによると思われる卵巣機能不全などによる妊孕性の障害や、低エストロゲン状態による性交障害。
4. 社会的問題：パートナーとの関係の変化。妊孕性の喪失による問題。

以上のような問題のほかにも、女性生殖臓器の手術には疾患による障害だけでなく、性機能にも種々の影響を及ぼす。そこで今回我々は、患者さんが性機能について実際どんなことを感じ、どんなことを望んでいるのかについてアンケート調査を行った。

方法1

（対象1）：大阪市立附属病院の婦人科病

棟に入院中の患者で、手術予定患者及び手術後患者のうち、アンケート調査が可能と思われる心身状態のもの。回答方法：自己記入法で主に選択式（一部自由回答式）、無記名でのアンケート調査。回収方法：自由意志で、記入の有無に関わらず、詰め所に置いた回収箱に患者自身で投函。有効回答：51件中48件、有効回答率94.1%、有効回答の平均年齢は48.30（SD：14.172）歳（21歳から74歳）全例女性。また、集計は主治医以外のものが行い、患者が回答しなかった質問は全て、不明とした。また、アンケート後に相談を望む患者には、担当者が個別に対応した。

結果 1

（対象1）の結果：“手術後の性生活について考えたことがある”または“そういわれると考える”“術前に考えた”という関心を示す問いと，“特に考えない”という関心を示さない問いでの質問をしたところ，“特に考えない”と答えた患者が57%で、関心を示した35%を上回った（図1）。また、良性疾患と悪性疾患に分けて検討したところ、関心の有無について回答のあった32名において、良性疾患で関心を示すものが11名

Q:手術後の性生活について考えたことがありますか？
手術前に術後の性生活について考えましたか？

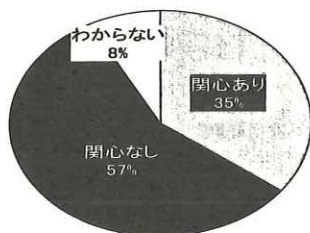


図1：入院中の手術前後の患者に、術後性生活に関心があるかどうかと聞いたところ、関心があるのは35%で、関心がない人が57%よりも少なかった。

Q:手術を受けるとしたら、性生活への配慮を希望しますか？

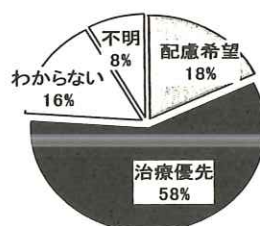
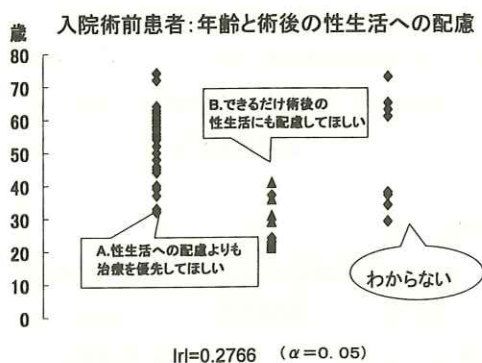


図2：入院中の患者に対する、手術時の性機能への配慮の希望性機能への配慮より、疾患の治療を希望するものが58%と、配慮希望の18%よりも多かった。

（73%）と悪性疾患の5名（40%）より多かった。関心の有無での両者の相関は強くはなかったが（独立相関係数、以下 $r_s = 0.4384$ ），fisher test P 値では0.0141（有意水準 $\alpha = 0.05$ ）で、関連性は示された（表1）。さらに、手術前後の患者に、性機能の保持を希望するか、疾患の治療を最優先するかについては、配慮希望は18%で、治療優先の58%よりも少なかった（図2）。ここで、わからないと答えた人には、どちらも配慮してほしいとコメントされているものが2件あった。さらに、良性・悪性別に性機能の保持の希望を検討したところ、悪性疾患では多くが性生活への配慮を希望しなかったが、保持希望の有無について回答のあった26人についての有意確率は fisher test P 値は0.0054（有意水準 $\alpha = 0.05$ ）（表1）で、独立相関係数は0.4384で弱い相関を示した。

また、手術前の患者さんの術後の性生活への配慮について、年齢ごとの傾向を見たところ、年齢が若い方が配慮を希望する傾向はあったが、全体での明らかな相関は示さなかった（相関比 $r = 0.2766$ ）。40歳以降では性機能の配慮についてははっきりと希望するものは、1例であった（図3）。



次に卵巣機能について比較した。月経の有無と性生活への関心の間には、強い相関 ($r_s=0.7301$) が認められ、月経を有するほうが、関心を示す結果となった (表 1)。しかし、月経を有しない人で、術前から閉経し

ていた人には関心を示すものが三分の一程度に認められたが、卵巣摘出で月経がなくなった 3 人についてはいずれも関心を示さなかった。また、卵巣機能の有無で性生活への関心について相関を見たところやや弱い相関 (相関係数 $r=0.3414$) を示したのみであった (表 1)。

結婚の有無では、fisher test P 値は 0.0964 (有意水準 $\alpha=0.05$) と関連性は示されず、独立相関係数でも 0.2516 と相関は弱かった (表 1)。

小括 1

今回の (対象 1) の結果では、手術前後の入院患者において、性生活への関心は比較的

表 1

入院患者	カテゴリー 1	カテゴリー 2	Fishers test (P) $\alpha=0.05$	独立相関係数 (r)
術後の性生活	関心あり	関心なし		
良性疾患	11	4	0.0141**	0.43857(c)
悪性疾患	5	12		
術後の性機能保持	保持希望あり	保持希望なし		
良性疾患	8	5	0.0054**	0.5659(b)
悪性疾患	1	12		
月経の有無と性への関心	関心あり	関心なし		
月経あり	13	5	7.12E-11	0.7301(b)
月経なし	3	22		
卵巣機能の有無と関心	関心あり	関心なし		
卵巣機能あり	7	9	0.1919	0.3410(c)
卵巣摘出術後閉経	0	3		
術前から閉経	6	11		
	関心あり	関心なし		
卵巣機能あり	7	9	0.1422(d)	0.1422(d)
卵巣機能なし	6	14		
結婚の有無と性への関心	関心あり	関心なし		
結婚している	13	5	0.0964	0.2517(c)
結婚していない	21	2		

**P<0.05

a) $r \geq 0.8$: 非常に強い相関

b) $r \geq 0.5$: やや強い相関

c) $r \geq 0.25$: やや弱い相関

d) $r < 0.25$: 非常に弱い相関

少なく、治療を優先する希望が高かった。このことから疾患に対する不安や恐怖が性的欲求を妨げていることが考えられた。また、疾患や手術に対する不安は、良性疾患であっても性的問題より優先されていた。さらに、年齢による傾向としては、若年者でも強くは関心を示さない傾向があり、40歳以降ではその傾向が顕著であった。このことから疾患や手術に対する不安や恐怖が性的欲求を妨げていると思われる。

月経の有無と性的関心の有無では、月経の有の方が有意に性生活に関心を示したが、“卵巣機能あり”の中でも関心のない人が、関心のある人よりも多く、卵巣機能の有無と性生活の間には相関が少なかった。これは月経の有無には子宮摘出で月経がなくなった人が含まれるため、実際の卵巣機能の有無よりも、子宮の喪失感が心理的影響をあたえていることが考えられた。

結婚・パートナーの有無について、性生活の関心度をみたところ、ほとんど影響されていない結果となった（表1）。このことから、婦人科疾患の手術前後では、性の問題は夫婦やパートナーとの問題という認識より、女性が自分自身の問題として、受け止めているのかもしれない。

方法2

（対象2）当院の婦人科一般の外来、術前外来、異形性管理外来などの患者に、診療後無作為にアンケート調査を依頼し、自由意志で主に選択式・無記名のアンケート調査を行った。その結果140件中、有効とみなした121件、86.4%、平均年齢45.79歳（SD:13.109）18歳から73歳までの女性より回答が得られ

た。外来では、アンケート後の精神的フォローがすぐにできる環境ではなかったため、あえて、悪性疾患の治療中、治療直後の患者に対しては、アンケート調査を行わなかった。

結果2

（対象2）年齢別と術後の性生活への配慮の希望の間では、相関係数（ $r=0.0681$ ）と相関を示さなかった（図4）。卵巣機能の有無においても、性生活への配慮の要不要に関して、fisher test P値は0.1545（有意水準 $\alpha=0.05$ ）で関連性を示さず、独立相関係数は0.1922と非常に弱い相関を示すのみであった（表2）。良性疾患と悪性疾患での性生活への関心についても、関連性は示さず、相関も非常に低かった（表2）。手術術式と性的関心についても明らかな関連は示さず、独立相関係数も $r_s=0.1129$ と低かった（表2）。

“手術をしてから、夫・パートナー態度に変化がありましたか？”という質問においては、膣の長さなど外陰部・膣に形態学的に変化のないものでも、手術前後で性について変化を訴えるものが27件中6例あった（表2）。手術が予定されているかどうかと、性生活への関心の項目でも、独立相関係数 $r_s=0.1691$

外来患者：年齢と術後の性生活への配慮

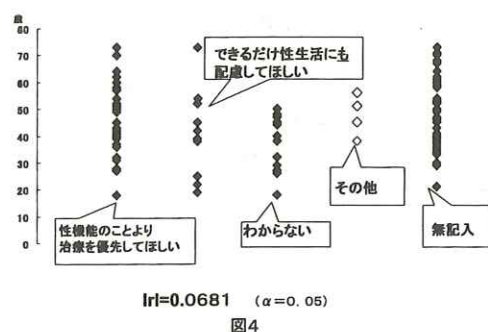


図4

と、ほとんど相関は見られなかった（表2）。

小括2

（対象2）外来患者においては、婦人科手術予定・手術経験など、様々な状況の患者を対象としたが、集計結果からは性的関心について、年齢やパートナーの有無・疾患の種類・手術の予定と術式・卵巢機能の変化などによる差異は見られなかった。このことから、性生活の間については、婦人科疾患や手術の有無に関わらず、個人の性に関する環境や考え方の違いに左右されるのではないかと考えられた。興味深いことに、婦人科手術の既往がある人に、手術後の夫やパートナーの様子を尋ねたところ、幸い、膣の長さの変化など形態の変化の有無に関わらず、“変わらない”と答えた人が多かった。しかし、なぜか膣の形態に変化を及ぼすような手術をしていない例でむしろ、手術前後での夫との関係で、変化を感じている例が多かった（表2）。このことから、婦人科疾患が性生活に及ぼす影響は、心理的なものの関与が強いことが示唆された。また、パートナーの態度に変化を感じ

た例の中には、少数ながらも深刻な例があり、医療者として少なからず配慮は必要と考えた。

考 察

これらの結果では、婦人科疾患患者の多くが、性的なことよりも病気の治療を最優先することを希望していることが示され、それは患者の年齢や結婚歴、疾患の性状や手術術式によるものよりもむしろ、疾患が存在するという意識によると思われた。このことは、「結婚の有無による性への関心」において、性への関心を有すものが入院・外来とも約40%であったが、NHKの「日本人の性」プロジェクトの調査結果にある「性への関心」に示される、“性に関心がある既婚者”の約50%（子供あり＋なし）よりも少なかったことから示唆される⁹⁾。そして、多くの患者は疾患の性状に関わらず、疾患や手術に対する不安や恐怖感が性的関心よりも強いことが示唆される結果となった。しかし、この結果から安易に“性生活への配慮は必要ない”と判断してもいいのだろうか。今回のアンケート調査に際しても、具体的な悩みを示した患

表2

外来患者	カテゴリー1	カテゴリー2	Fishers test (P) $\alpha=0.05$	独立相関係数 (r)
術後の性生活への関心	関心なし	関心あり		
良性疾患	15	10	0.1999	0.00478(d)
悪性疾患	22	12		
卵巢機能と性的配慮希望	配慮希望	配慮不希望		
卵巢機能あり	4	32	0.1545	0.1922(d)
卵巢機能なし	3	8		
術式とパートナーの変化	外陰部・膣の 形態の変化あり	形態の変化なし		
すごく感じた	1	1		0.2988(c)
少し感じた	0	5		
変化はない	5	15		
術式とパートナーの変化	形態の変化あり	形態の変化なし		
感じた・すごく感じた	1	5	0.3666	0.1129(d)
変化はない	6	15		

a) $r \geq 0.8$: 非常に強い相関
b) $r \geq 0.5$: やや強い相関
c) $r \geq 0.25$: やや弱い相関
d) $r < 0.25$: 非常に弱い相関

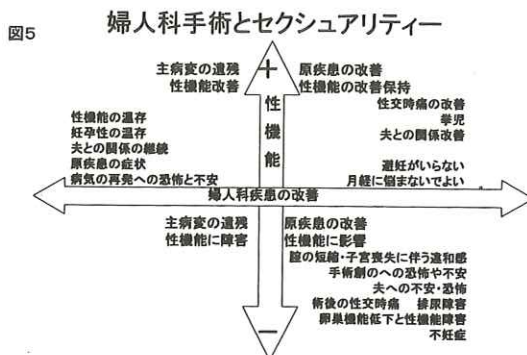
者や、性的な問題での面接を希望した患者も少数ながら見られた。女性にとって、性の問題はけっして軽いものではないが、病気や治療へのショック・恐怖や不安・羞恥心などの感情が、性的な気持ちに抑制をかけている可能性は予想される。一方、性的欲求・興味には個人差があるため、その人の人生において必ずしも重要とはかぎらないし、日本人には未だ性的なことをタブー視する傾向があり、その影響で患者の本心が隠されている可能性も否定できない。

そこで、このような状況に対し、医療者が配慮すべきことはどのようなことを考えてみた。

婦人科の手術と性の問題の関係を、仮に図5のように示してみる。左右は、診療を受けている疾患について、上下は性機能を表した。右上は、病気も治り術後の性生活も快適な状況、つまり、手術の後に、病気も治り、性生活がより楽しめるようになる状況を示す。右下は、病気の治療は十分になされたが、性機能に問題が残ってしまったような状態である。これは、疾患と患者の状況を、充分考えたうえで判断になるわけだが、現実には予測できない事態によるものや、もう少し配慮ができたと思われるものもある。そして左上は、

性機能は保てたが、病気の症状が残ってしまったときや、卵巣などを残したことによって、再発するのではないかと心配が続く状態を表す。もちろん、疾患の根治はめざすが、挙児希望がある患者では、しばしば、この領域の治療が選択される。最後に左下は、手術をするからにはここにだけは入らないように、医療者は最善をつくすべきである。特に悪性疾患については、以前は術後の性生活はおろか、その他の日常生活への配慮もなされずに、ひたすら疾患の治療と再発の予防に徹した治療を行う傾向が強かった。しかし、近年、病気の治療を考える上で、Quality of Lifeの保持、つまり病後の生活を如何に快適に過ごせるかという点も配慮されるようになり、そのために、いろいろな治療方法が試みられてきている。

たとえば、最近では腹腔鏡や子宮鏡といった内視鏡を用いて、卵巣や子宮の手術をする方法が一般にもひろく知られるところとなったが、以前から筋腫による過多月経症状などに対し、手術時間や出血量を減らし、術後の回復を速やかにする目的で行われてきた子宮腔上部切断術も、形態を保持することで、性機能への影響を最小限に留めることができる。しかし、近年さらに手術侵襲や心身への影響を少なくして、症状を改善する治療が注目されてきた。中でも Microwave Endometrial Ablation (子宮内膜凝固術) は、子宮を摘出しないため、性・生殖器の形態をほとんど変化させないうえに、出血などの身体侵襲もほとんどない手術である。腔から細いアプリーケーターを挿入し、マイクロ波によって子宮の内膜、つまり月経が起こるところを破壊する方法で、金岡らを中心に当科では、より



安全で有効な方法で施行することを可能にした²⁾ (図6)。

湾曲をもつアプリーケーターによる、Microwave Endometrial Ablation

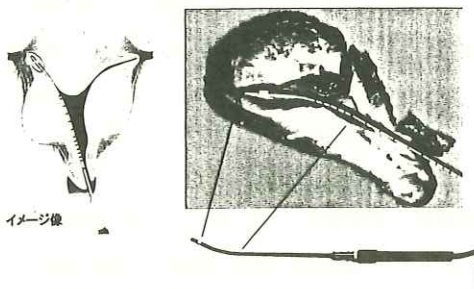


図6:金岡らが開発した湾曲した形状のマイクロ波アプリーケーターを用いることで、卵管角など細部の凝固ができるだけでなく、子宮筋腫などによって、変形した内宮にも、対応できるようになった。¹⁾

しかし、疾患の治療の上で、必然的に性機能を妨げざるを得ない場合も少なくない。それに対しても最近では、より快適な術後の性生活のため、いろいろな治療が試みられるようになった。

たとえば、手術や放射線治療などで、狭くなった腔の拡張や性交痛の改善のために腔用のダイレーターが使用される^{3,4)}。また、腔の潤滑を良好に保つ腔潤滑用ゼリーは、術後に限らず更年期の性交痛などにも幅広く使われ、性生活での苦痛を和らげ、パートナーとの豊かな関係の保持に役立つ³⁾。また、今回の結果でもわかるとおり、手術後の性生活の問題には、身体変化よりも心理的影響が強く関与していることが示唆されるため、カウンセリングや心理療法による対応も望まれる。

最後に、今回実際にアンケートに自由記載で書かれた内容を示す。

1. 外来患者

- 元来から夫婦関係が少なかったが、術後は夫からの誘いがほとんどなくなり、育児の希望がうすれてきた。
- 術後のセックスに痛みはないか不安

- 術後のセックスで出血や感染をしないか。
- 相手に病気を移すことにならないか。
- 手術後は女性としては劣るのではないか。
- セックスによって、再発しないか
- ちゃんとセックスができるか

2. 入院中の術後患者

- 妊娠はいつから可能か。
- いつからセックスができるのか。
- もう避妊はいらないのか。(避妊しなくても、妊娠しないか)
- 手術後のセックスはどんなことに気を付ければよいか。
- 夫は以前のようにセックスをしてくれるだろうか。
- セックスは術前よりも痛くないのか。

総括

今回のアンケート調査では、術後の性生活について問題意識を示した患者の数は予想より少なかったが、手術後の性生活に関心を示したものでは、その問題は深刻であり、相談できる場所を心から望んでいた。

これらの結果を踏まえて、性生活というデリケートな問題に対応するにあたり、以下のように考えた。

1. 症状や治療による性生活への影響について、配慮と情報提供を行う。
2. 治療に際し、患者が望む病後の性生活についての疑問や不安を傾聴する。
3. 対応は、患者の状況や性格・習慣を考慮し、押し付けや過剰にならないよう配慮する。
4. 言い出しにくい性の問題の相談でも話しやすい環境を提供する。
5. 具体的な指導を望む患者さんには、個別

相談などで対応する

6. 医療者は、性の健康のために“性の権利”を全ての人が持つことを、つねに念頭におき医療に従事する。

たとえ病気を持った人でも，“性”を楽しむ権利がある⁹⁾。しかし、今の医療をもってしても、すべての患者に対し、病前と同様の性生活を取り戻すことはできない。また、愛するもの同士の“性生活”は必ずしも性器性交だけではなく、愛の伝え方や感じ方には、いろいろな方法や形がある。そのような点も踏まえて、われわれ医療者は、手術後のQOLを考える際に、できる限り性生活への配慮も行うことが望ましいと考える⁹⁾。

最後に、日本性科学学会の野末源一理事長先生、座長の労をおとり下さいました大川玲子先生、茅島江子先生をはじめとする、役員の先生がたに、この貴重な発表の機会をいただきましたことと、学会の開催に多大なお力添えいただきましたこと、深く御礼申し上げます。

参考文献

- NHK「日本人の性」プロジェクト編：データブック NHK 日本人の性行動・性意識. 日本放送協会, 東京, p.75 2002.
- Kanaoka Y, Hirai K, Ishiko O : Microwave endometrial ablation for an enlarged uterus. Arch Gynecol Obstet 2003, in press
- 高橋都, 針間克己 訳, アメリカがん協会編：がん患者の〈幸せな性〉. 春秋出版, 東京, 20-61. 2002.
- 野末源一 他：日本セックスカウンセラー・セラピスト協会監修『セックスカウンセリング入門』. 金原出版, 東京, 150-152 1995.
- 大川玲子：世界性科学学会 性の権利宣言. 日本性科学会誌 17: 143-146, 1999.
- 野末源一 他：日本セックスカウンセラー・セラピスト協会監修『セックスカウンセリング入門』. 金原出版, 東京, 255-262 1995.

提 言

要介護高齢者のセクシュアリティと介護者の対応をめぐって

田園調布学園大学

荒 木 乳根子

キーワード

高齢者、介護、セクシュアリティ、セクシュアルハラスメント

1. はじめに

高齢者介護の現場では、高齢者のセクシュアリティをめぐって様々な問題が生じている。

筆者が神奈川・東京のホームヘルパー養成研修受講者を対象に1997年に実施した調査では、342人中54人(15.8%)が利用者の性的言動を体験していた¹⁾。また、介護福祉士の資格を有するホームヘルパーを対象にした井上千寿子らの調査(1997年)では152人中72人(47.4%)が利用者からのセクシュアルハラスメントにあったとしている²⁾。さらに、ヘルスケア総合制作研究所の全国のホームヘルパーを対象とした調査(2001年)では、男性ヘルパー29名を含む395人中135人(34.2%)がセクシュアルハラスメントを経験していたという³⁾。

熊本悦明らが1996年に老人福祉施設を対象(回答施設2013)に実施した「老人福祉施設における性」調査では、過去1年間に男性利用者の「恋愛や性に関するトラブル」があった施設は30%、女性利用者の場合は22%であった⁴⁾。男女が手をつないで歩く、といったトラブルにならないセクシュアリティの発露は含まれていない数値である。

また、筆者の所属先の大学では介護福祉士や社会福祉士を目指す学生たちが老人福祉施

設や関連機関に実習に行くが、やはり、少なからず高齢者の性に関わる出来事に遭遇している。小規模であるが、学生が仲間達に実施した調査では151人中52人(34.4%)が高齢者の性的言動に遭遇していた⁵⁾。若い学生たちは、個々人でそのセクシュアリティの成熟に大きな開きがあり、中には大きなショックを受ける学生もいる。

筆者は最近、ホームヘルパーや老人福祉施設職員対象の研修会で高齢者の性について話す機会が増えたが、事例をあげてもらおうと介護者たちの要介護者の性に関わる対応はまちまちである。高齢者の性に関する知識や対応についての基本的な考え方がないままに、人によって、また、その時々でも異なる場当たり的な対応になってしまっている。時として利用者に拒否的になってしまったり、介護者自身が傷ついたりしている現状があって、気になっているところである。

このような状況の中で、要介護者の性的な言動をどのように理解し、受け止め、どのように対応するか、基本的な考え方を提示することが切実に求められているといえよう。

ただし、要介護者の性的な言動といっても内容は様々で、要介護者と介護者の関係性もそれぞれに異なる。受け止める介護者自身の

性についての感覚も一人一人異なっている。それを思うと、一律にはいえない難しさがある。しかし、本論ではあえて、「基本をどこにおくか」という視点でこの問題を考えてみたい。そのために、現にある幾つかの考え方を示した上で筆者自身の考え方を述べたい。

なお、ここでは介護者自身の考え方や姿勢が如実に問われる状況として、介護者に向けられた要介護者の性的言動に論点をしぼりたい。中でも男性の要介護者から女性の介護者に向けられた性的言動を中心に取り上げる。もちろん、女性の要介護者の性に関する問題がないわけではない。ただ、性的言動が介護者に向けられ、介護者自身が困惑し拒否的感情を抱くといった例は現在のところ少ないからである。

2. 介護者に対する性的言動と対応の実態

1) 性的言動の内容

実際にどのような事柄が生じているのだろうか。

筆者の調査では、自由記述式で書いてもらったが、およそ次のような内容であった。

- ① 性的な話をする（進行中の恋愛について相談する、妻が不在で肉体的にも淋しいと訴える、昔の性生活について話す、性的な話ばかりする、卑わいな話をして反応を見る、など）。
- ② 自身の性器や性的な物をみせる（下半身を露出する、性器を誇示する、マスターベーションをする、ヌードカレンダーをかけ反応を見る、わざとアダルトビデオを見る、など）。
- ③ 介護者の身体をじろじろ見る、身体について言及する（「胸が大きくなってご主

人は幸せだな」、「あなたみたいな体型の人が好みだ」など）。

- ④ 性行為を求める（「一緒に寝よう」、「させてくれ」、「おっぱいを吸わせて」、「性器を撫でてくれ」など言う、「金を払うから」と性行為を求める、など）。
- ⑤ 介護者の体に触れる（握手を求める、手を握る、手をさする、介護行為のとき必要以上に体を接触させてくる、手を局部に持っていく、介護者の胸や尻にさわる、キスをしようとする、抱きつく、など）。
- ⑥ 好意を伝える（「あなたの夢を見た」など間接的に好意を告げる、結婚してほしいと頼む、など）。
- ⑦ その他、風俗店に連れて行ってほしいと頼む、など。

なお、ヘルスケア総合制作研究所の調査では、多い順に「顔や体つきのことを品評された」15.9%、「体や服を触られた」14.7%、「性に関するからかいがあった」12.9%、「ひわいな話や性体験を無理やり聞かされた」8.4%、「性的関係を要求された」3.3%、「断っているのに、食事やデートをひつこく誘われた」2.5%、「ひわいな画像・写真・ビデオをみせられた」2.0%などとなっている。

2) 介護者の抱く感情と対応

このような要介護者の性的な言動に、介護者はどのような感情を持ち、どのように対応しているのだろうか。

井上らの調査では、介護現場でのセクハラ「不快感を与える性的な嫌がらせ」と定義して、ヘルパーにその経験の有無を聞き、その時のヘルパーの感情や対応をまとめている。

47.6%がセクハラを受けたことがあると回

答しており、セクハラを受けたときの感情は、「自然」35.3%、「憎悪」13.2%、「自責」4.4%、「やめたい」2.9%、「その他」44.1%となっている。自然体で冷静に受け止めたのはほぼ3分の1程度、憎悪、「やめたい」といった強いネガティブな感情の他に、恐怖、驚き、あきらめなどさまざまな感情を抱いている。

また、セクハラを受けたときの対応は、「相手から離れた」45.1%、「受け入れた」4.2%、「強く抵抗」4.2%、「その他」46.5%となっており、相手から離れる対処が最も多い。全体に「話をはぐらかす」「聞き流す」「無視する」といった消極的な対応が多く、「はっきり拒否する」「説得してやめさせる」などの積極的な対応は少数派だったという。

筆者の調査では、対応について自由記述式で聞いた。相手の言動によっての対応を大まかにまとめると、次のようであった。

- ① 話を聞かされることについては、度が過ぎれば話題を変える、聞く一方で後でとても嫌な気持ちになったというものもある。
- ② 見せられることについては、無視する、その場を離れる、異なる話題を切り出す、ヌードのカレンダーは「思ったよりきれいですね」と一緒に見たという。
- ③ 身体に言及する、触ることについては、たしなめる、「駄目!」と手の甲をぴしゃりと叩く、「他の方に変更して下さい」、「誰も来る人がなくなりますよ」とはっきりいう、離れる、近づかないようにする、抱きつかれないよう介護のやり方を工夫する、「どうしたんですか」と会話にもっていく、など様々である。抱きついてきた相手に「あら、奥さんを思い出

したんですね」と抱き返したら相手が満足した、という例もある。

- ④ 好意の告白については、「付き合っている相手がいる」と話す、仕事できているということを強調する。

介護者はその場では、一応の対応をしても後で自分の対応がよかったのかどうかという葛藤が尾を引くことも少なからずあるようだ。自分自身に隙があったのではないか、相手を傷つけたのではないか、もっと良い対応方法があったのではないか、今後の関係が悪くなるのではないか、契約を切られるのではないか、等々である。

3. 高齢者の性についての教育の実際

このように、多くの介護者が高齢者の性をめぐって戸惑い、葛藤を抱え込む状況があるが、一方では、介護者の対応に傷ついている高齢者もいるのではないだろうか。

現状を考えると介護者への教育が不可欠だと思われるが、現在行われている介護福祉士やホームヘルパーの養成過程での高齢者の性についての教育は、まだまだ、非常にお粗末だと言わざるを得ない。

介護福祉士養成で用いられることが多い教科書には、「痴呆性高齢者の心理とその対応」の項で、「性的逸脱行為」として、半頁足らず記述しているに過ぎない⁶⁾。

また、介護ヘルパー養成研修テキストでは、1級課程になると援助困難事例の検討として「ホームヘルパーへの過剰な身体接触」を取り上げており、高齢者の性についての理解や対応を含めた記載があるが⁷⁾、2級課程では、介護事例検討の「痴呆性高齢者への対応」の項で「高齢者の性を理解しましょう」と一言

あり、事例があげてあるが、指針となるような記載は何もない⁸⁾。

高齢者の性に関する筆者の話を聞いて、「知っていればもっと違った対応をしたのに…」という感想をもらしたホームヘルパーが何人かいた。一般には高齢者と性を結びつけて考えたことがない人が多い。当然の事ながら予備知識がない場合はショックが大きく、相手に対する異常視が生じがちで、激しい嫌悪や対応についての混乱につながる。時には、心的外傷として残りかねない。

介護福祉士やホームヘルパーの養成過程での性に関わる教育の充実をはかるべきだと思う。性そのものについての考え方、一般的な高齢者の性生活のありよう、要介護高齢者の性についての理解とその対応など、組み入れたい内容である。

4. 性的言動についての理解と対応～3タイプの考え方

ここ数年、介護雑誌等で高齢者の性について取り上げることが増えてきた。中でも介護上困る問題として介護者への性的言動が取り上げられる場合が多く、研究者や実践者がさまざまに述べている。介護者への性的言動をどのように理解し対応するか、基本にある考え方を整理してみると、以下のように言えるのではないと思う。

1) 高齢者の性的言動を介護者に対するセクシャルハラスメントと受け止める。

本来、性的な欲求は時、所、相手を選んで表出することが求められている。それは高齢者であっても同様である。介護者が望まないような性的言動は「あっては困ること」であり、「できるだけ生じないようにする」こと

が求められる。

従って、対応としては日頃からこちらの身なりや態度に留意し、性行動を誘発しないよう予防的対応を心がける、また、生じたら毅然とした態度を示す、ということになる。

前述の介護福祉士養成のための教科書にはセクハラという記述はないが、対応については「介護者が対象の場合は、毅然とした態度で接するようにする。嘲笑したりすることは、避けなければならない。」とある。

一般のセクシュアルハラスメントとの違いは、相手を傷つけないようにするという配慮である。これは教科書の場合、「痴呆のために性的抑制がきかなくなった」という前提があるからと思われる。

2) 高齢者の性の表現を「(生理的な) 自然な欲求」と受け止め、性欲の解消をはかるう、という考え方である。

ある特定の訪問介護事業所ではあるが、ケアの延長でとして、性欲処理の介助をしているという。「お世話をするということは、性欲を含めたその方の生活全般をみていくこと…性欲の解放は生きる力になる。自分で解消できる方を手伝えることはしませんが、それができない状態の方を介助するのは普通のこと」という発想である⁹⁾。この考えに対しては介護保険料が使われるべきではない、自費で風俗店に行くべき、ヘルパーの地位向上を疎外する、等々反論が多いということだ。

性処理介助には反対でも、この考え方からは、外部の性欲処理のスポットを利用しやすくするサービスがあればよい、との発想がでてくる。また、そう考える人も少なからずいるようだ。具体的には、介護者に触ってきた場合、それは断っても、「お気持ちはよくわ

かります。では今度こんな所に行きましようか？」と性欲実現の機会を用意することを肯定する。

3) 性は「生きるエネルギー」、「生きていく糧」、「QOLを高めるもの」として受け止め、性的エネルギーを活用しようという考え方である。

パワーの源であるセクシュアリティを「高齢者が自然に表現できるような配慮と生命力を引き出せるような支援が必要」であり、「ときめきの心」を楽しみとして提供する、という発想が出てくる。

高齢者の性的な言動に対して、ユーモアやウィットに富んだ対応を良しとし、そのやりとりを利用者が楽しむことを肯定する。

ある実践者は、接客業の経験のある女性をケアワーカーとして採用したという。今まで固い対応しかできなかった職員たちに性的な言動をかわす「流しかた」の上手さを学んでもらおうという発想である¹⁰⁾。

5. 3タイプの考え方に対する疑問と危惧

さて、高齢者の性的言動を理解する際の基本にある考え方を3つに分けて提示した。もちろん、研究者や実践者の一人一人の考え方がこのいずれかにすっぽり当てはまっているというわけではない。実際には大半が複数の視点を併せ持っている。

しかし、煎じ詰めると前述のように分けられると思うので、各々についての私自身の意見を述べ、「提案」として私自身の考えを示したい。

1) セクシュアルハラスメントと考えることへの疑問

セクハラという言葉を用いている福祉関係

者自身、必ずしもセクハラ、イコールけしからん、という文脈ではなく、介護者の立場に身をおいて、不快なものは一応セクハラ、としているようにも思うのだが、筆者はセクハラという言葉をやたらに用いることに抵抗感を覚えている。理由はベースに「対人援助の専門職」と「援助を受ける高齢者」という関係性があるからだ。

本来性的な表出、特に他者に向けた表出は厳しくコントロールすることを求められている。しかし、そのコントロールができなかったわけである。対人援助のプロとしては性的な表出をコントロールできない「その人」への理解を深め、性的な表出の意味に思いを巡らす必要がある。とっさには、「やめてください」、「嫌です」と拒否しても、このステップを踏んで、その後の対応を考えていくことが、対人援助の援助者には求められていると思うのである。

安易にセクハラと呼ぶと、いかにセクハラ・困った行為をなくすかに気持ちいき、その背後に思いを巡らすという視点が抜けていきそうに思う。

その視点を持った上で、セクハラとしか言いようがないと思えば、はっきりとした拒否や抗議を伝え、時としては派遣先の応援を頼むなどそれなりの対処をするといよい。

2) 「(生理的な) 自然な欲求」と受け止めて対応することへの疑問

性欲についての個人差は大きいと思うので、断定は出来ないが、筆者は要介護高齢者の性や愛に関わる事例をまとめた経験から、その性的欲求は生理的というより、心理的な側面が強いのではないかと考えている。筆者が扱った事例では、性的な表出は様々な意味合いを

もっていた。親密な関係性の欲求、癒しの希求、過去への郷愁などさまざまな感情を読みとることが出来た¹¹⁾。

利用者が介護者に「一緒に寝ようよ」と誘ったからといって、「女性が欲しいのならその欲求を満たせる場所にお連れしましょう。」といって利用者が喜ぶわけではないだろう。介護者との関係の中での言葉である。介護者の反応を求めているのだと思う。といって、それは文字通り「一緒に寝る」ことでなくてもいい。足でもさすりながら、寝入るまでそばにいて十分満足し得るのである。

また、たとえ実際に生理的に性欲処理をしたいのだという人がいたとしても、筆者はケアの延長として性欲の処理をするという発想には賛成しかねる。

日本と異なり、売春業が合法化しているオランダでは障害者向けの性的サービスを提供している民間非営利団体SARがあるそうだ。しかし、そのサービスを提供するのは日常のケアを提供する人と別個である。また、廉価ではあっても障害者は料金をもらうようにすることで、両者が対等で自立的な立場を確保する配慮をしているという。

売春業が合法化していない日本で、ヘルパーが無料で性的なサービスを提供した場合を考えると、利用者との距離の取り方が難しくなるだけでなく、ヘルパー自身の内的な葛藤、ヘルパーのパートナーの葛藤、家族や周囲の反応など、さまざまに困難な問題が生じてくることが予想される。

3) 性は「生きるエネルギー」・それを活用するという考え方への危惧

他の2つの考え方のように「疑問」としなかったのは、性は「生きるエネルギー」であ

り、それを活用するという考え方自体には、基本的に賛成だからである。

性的な言動を向けるということは、例外はあるにしても、ほとんどは相手に対する陽性の感情があるということである。介護者が自分に向けられた陽性感情ををテコにして、利用者の生活の活性化をはかる…「生命力を引き出せるような支援」ができれば、それは素晴らしいことである。

しかし、次のような点で筆者は危惧を抱いている。

「性を活用する」という考えが先行すると、老人福祉施設などでは、男女同室、男女混浴、ポルノ上映といった発想にもつながる。実際、かつて男女同室、男女混浴を実践した老人福祉施設から、身だしなみが良くなった、活気が出てきたといった成果の発表もあった。

しかし、性についてはとりわけ一人一人のもっている感覚が大きく異なる。筆者は対人援助の中ではその一人一人の感覚こそ大切にされるべきだと考える。集団生活では一部の欲求を取り上げて、具体化した場合、他の利用者の性についての慎みのスタンスを犯してしまう、つまりセクハラになることも大いにあり得る。

高利者は伝統的な厳しい性道徳の下で育ち、長年にわたってその考え方が身に染みている。コントロールを失って性的表出をする場合もあるが、一般的には欲求を抑圧している場合が多いのではないか。だとすると、性はポジティブなものだから、抑圧をしているものを開放して楽しみましょう、という発想も成り立つが、それもまたちょっと違う気がする。

大切なのは否定的にしる、肯定的にしる、性についての私たちの価値観を押しつけるこ

となく、高齢者一人一人の性についての感覚・美意識・価値観を尊重することだと思う。

善意にしろ、介護者側からの性的な働きかけで高齢者の軋蹙をかったり、プライドを傷つけたりすることがないように留意したいと思うのである。

また、接客業に学ぶ、「上手にかわす」のを良しとし、する発想にも、いささかの危惧を感じる。もちろんウィットに富んだ対応ができればそれに越したことはないかもしれない。ただ、そこに力点をおくと「アハハ」と笑って済ませればよいということになりかねない。筆者はとっさにどのように対応するかも大切だが、力点は、その背後の気持ちを汲み取り、どのような人間関係を結び、介護をしていくかにあると考えている。

6. 性的言動を「メッセージ」としてとらえる～提言

筆者は基本的に、高齢者の性的言動は「メッセージ」ととらえた方がよいのではないかと考えている。子どもの行動上の問題はSOSのメッセージであると言われる。同様に痴呆性高齢者の徘徊といった行動もメッセージ性を含んでいる。しかし、介護者への性的言動はとりわけてメッセージ性が高いのではないだろうか。

そのメッセージは一人一人読み解く必要があり、多義的で一概に言えない。しかし、まずは「独自の顔をもつ1人の男性として向き合って欲しい。人間的な温もりがある関係が欲しい」というメッセージとして受け止めてよいのではないだろうか。

マズローは人間の基本的な欲求として、低次から「生理的欲求」、「安全の欲求」、「所属

と愛の欲求」、「承認の欲求」をあげ、それらがある程度満たされると、「自己実現」に向かうとしている。

身体が健康が失われ、要介護状態になり、配偶者も亡くした高齢者は、あるいは、痴呆が始まり、自分の存在が不確実になってきた高齢者は、マズローのいう基本的な欲求が満たしにくくなっている。「生理的欲求」や「安全の欲求」を満たすケアは提供されても、「所属や愛の欲求」、「承認の欲求」は満たされない。そういう意味では欲求不満をもち、深い孤独感や不安感、疎外感を抱いているのではないだろうか。

介護者がやってきて親切に介護をしてくれる。しかし、それは要介護老人の1人として世話をしてくれるだけである。そこに「他ならぬ彼自身」への関心はない。そんなとき、性的な言動は介護者の肉声を引き出し、「他ならぬ彼自身」に向き合ってもらうための有効な手段なのかも知れない。

長年独り暮らし老人を撮り続けているカメラマンが「この世に1人真正面から向き合ってくれる人がいれば生きていけると、取材を通して学んだ」といっているが、非常に示唆深い言葉だ¹²⁾。

実際、筆者が老人福祉施設の性や愛に関わる事例をまとめた中では、入居者の性的な言動は、家族との絆を深めたり、介護者と1対1の関わりを深める中で、収束していった。

筆者自身は高齢者の愛や承認の欲求が満たされるようなケア、それはその個人の丸ごと的人生に関心を持ち、敬意を払い、その個人のアイデンティティを大切にしたいケアだと思うのだが、そのようなケアがなされれば、性

的な言動が突出した形で表出されることも少なくなるのではないだろうか、と考えている。

もちろん、さまざまなケースがあることは分かっている。

しかし、ともあれ性的言動にのみ目を奪われるのではなく、まずは性的言動の意味に思いをめぐらせて欲しいと思うのである。要介護者の生活全般、精神生活全般を見渡して、その意味を考えて欲しい。その段階を踏んで、あるいはその視点をもちながら、各々のケースによって対応をしていくとよいと考えている。

最後に、このような考え方を実現して行くには、前述のような性に関わる教育の充実とともに、ケースカンファレンスの実施など、日常的に介護者をサポートするネットワークがぜひとも必要である。ホームヘルパーはそのようなサポート体制がない中で孤軍奮闘している感が強く、今後の体制作りが求められる。

参考文献

- 1) 荒木乳根子：在宅ケアで出会う高齢者の性，中央法規出版，東京，1999
- 2) 井上千寿子 他：ホームヘルパーの介護ストレスに関する研究～セクシャルハラスメントの実態～：介護福祉 com，介護のひきだし第7回，
<http://www.kaigo-fukushi.com/column3/007.html>
- 3) (株)ヘルスケア総合政策研究所編：介護の現実と再構築，日本医療企画，東京，2002
- 4) 熊本悦明・塚本泰司・佐藤嘉一他：老人福祉施設における“性”：高齢者のケアと行動科学 Vol.4：3-16，1997

- 5) 田園調布学園大学短期大学部：介護研究報告集：83-90，2002
- 6) 福祉士養成講座編集委員会編集：老人・障害者の心理：103，中央法規出版，東京，2001
- 7) ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会編集：(1級課程・第2巻)介護の展開と技術の向上：254-263，(財)長寿社会開発センター，東京，2003
- 8) ホームヘルパー養成研修テキスト作成委員会編集：(2級課程・第2巻)利用者の理解・介護の知識と方法：284-287 (財)長寿社会開発センター，東京，2003
- 9) どう受け止める介護現場での性問題：月刊ばんぼう8：113-123，日本医療企画東京，2002
- 10) 高齢者の性と介護：月刊総合ケア Vol.11 No.1：5-47，医歯薬出版，東京，2001
- 11) 井上勝也監修・荒木乳根子・井口数幸編集：性と愛・・・セクシュアリティ(事例集高齢者のケア第6巻)，：中央法規出版，東京，1995
- 12) 岩田万里：老年期の恋愛と性：NHK社会福祉セミナー8-11：130-135，日本放送出版協会，東京，2000
- 13) 「高齢者と性」セクシュアリティへのアプローチ：Home Care Medicine Vol.2 No.9：42-46，Medical Tribune，東京，2001
- 14) 「高齢者と性」(後編)セクシュアリティへのアプローチ：Home Care Medicine Vol.2 No.10：38-44，Medical Tribune，東京，2001

看護職による性に関わる援助の課題

千葉県立衛生短期大学

大谷 眞千子

はじめに

看護系雑誌に“性”に関する文献が登場したのは1950年代で、「性教育」という視点で主に産婦人科・泌尿器科領域での患者の性に関する指導が中心であった。その後、1970年代に入り、主に米国の看護理論が導入され、看護援助のための人間の分析的分類に“性と生殖”に関するものが現れ、さらにWHOの「性の健康」やQOLの概念が発表されたこと等の影響を受け、「人間の性」という視点から特定の診療領域に限らず、「人間の性の理解と援助」の必要性を示唆する文献が発表され始めた。

1989年に実施された保健婦助産婦看護婦等学校養成所指定規則の改正では専門基礎科目に「精神保健」(45時間)が加わり、その内容に＜性の発達と健康：性の概念と意義、性の発達、性行動＞が規定されたことで、基礎看護教育において“性”が一般化されることになった。しかし専門である看護学では養成施設間でその扱いに格差があり、看護職の役割の範囲や教育内容に共通認識が得られない状態にある。臨床看護の場においては、さらに種々の問題を抱えているのが現状で、“性”に関する援助の必要性を認識しながらも、実際にアセスメントし援助する上で、性に関する専門的知識や情報、問診の技術やカウンセリング技法不足などの理由で、回避する傾向も見られる^{1,2)}。

今回は、看護職関わった糖尿病患者の事例を通して、看護職による性に関わる援助の課題について考察を加えたい。

症 例

対象の背景

35歳、女性、主婦。

41歳の夫とは3年前に見合い結婚。最近夫の姪(15歳)と養子縁組。

現病歴

19才の時1型糖尿病と診断されインスリン療法開始、以来十数回入院加療している。

32才の時糖尿病性網膜症で光凝固療法を4回施行。33才から腎症があり、利尿剤を服用中。今回血糖のコントロールが不良となり、X県の主治医が都内J大学病院に紹介し、強化インスリン療法の検討のため教育入院(7/2入院、7/27退院)。

看護師とのかかわりの経過

1. Y看護師の面談の動機

Y看護師は、カルテに“既婚、実子なし、妊娠5回(流産3回、うち1回は5ヶ月で死産、中絶2回)”とあることから妊娠あるいは避妊に関する指導の必要性を感じ、受け持ちに当たった日勤日に退院までの間、計3回面談している。

2. 第1回目の面談の概要（0年7月10日）

Y看護師「お話したいことがあるんですが、今よろしいですか？不躰な質問ですが、何回か流産なさったようですが、気にかかったので、よろしかったらお話を伺いたいんですが」ときりだし、後は初回でもありできるだけ患者の話を聞くことを心掛けた。

生理が極端に不順でオギノ式では避妊が困難なので、現在は妊娠への心配から性生活を拒否していることが判明した。また、最近積極的な避妊を考えているが、夫は「おまえの身体には薬やからだに異物を入れるのは無理だ。俺が我慢すればいい」と言って反対している。

「ご主人が避妊することはどうか」との問いに「夫がしたくないと言っている」と言う。

かかりつけの主治医か看護師には相談したことはないのかと問うと、「主治医は内科で言いにくいし、開業の産科では世間体が悪い。どうしたらよいか考えていたところ」と答える。

Y看護師「結婚してどのくらいになりますか？」

「夫とは32才の時見合い結婚した。結婚当時糖尿病であることを隠していたが、つらい毎日で、3ヶ月くらいして打ち明けた。そのことで私を責めるようなことはなかった。また、3ヶ月前に仕事（建築会社のオペレーター）中に夫が事故にあい、内蔵破裂したが九死に一生を得た。手術後経過はよかったが、輸血性肝炎にかかり、私と同じ主治医にかかり入院している」と話す。

Y看護師は、患者が質問に対し具体的に答え、困っていると感じられたため、「性生活はどうですか？」と質問をすすめた。

「性生活は月に1回あるかないかで、ほとん

どの場合わたしが拒否するか、何とかしないで済むように仕向けている。終わる（射精）

まで時間がかかり過ぎて疲れてしょうがない」

Y看護師「しないで済むようになって具体的にはどうするんですか？」

「ウーン、性交中、夫のペニスに触れないで、勃起させないように、射精させないように仕向けてるんです」

Y看護師「時間がかかり過ぎて疲れるのはそのせいですか？」

「多分」

Y看護師「性交中に低血糖を起こしたことは？」

「もう（病歴が）長いから、それは大丈夫ですが、体調のせいにして逃げることはあるわ」

Y看護師「性交時痛みがあるとか、感じが良くないとかは？」

「痛みは時々あるがそんなにひどくはないし、不感症でもないと思う。ただ、妊娠するかも知れないと思うと、最中でも覚めてしまう。性生活を除いて夫婦仲はうまくいっていると思うし、自分では満足してるんですが、夫は、不満のようで喧嘩の種はいつもそのことです。夫はこんな夫婦はない、60才の爺さん、婆さんみたいだといってます。でも、病気のことは理解してくれているし、私が嫌と言えば性生活は諦めてくれます」

Y看護師「ご主人なりに気を使っているんですね」

「性生活では満たしてあげられない分、家事その他は全力を挙げて頑張ってます。夫もアレさえなければ言うことないんだがなあと言ってます。それに商売の人ならということで、2ヶ月に1度くらいへそくり（2万から3万円）をあげるんです。夫はもったいない話だとこぼしてます」

避妊については、本人が望んでいることであり、血糖コントロールの困難さから考えても、確実な避妊が必要であろう。また、生理不順、性交痛、掻痒感などの訴えもあり婦人科受診の上、避妊についてもアドバイスをもらうことを提案する。

「看護師さんから主治医に話してくれるのであれば、受診してみたい」と希望する。

Y看護師から主任看護師に面談の内容を報告し、主任看護師が主治医に伝え、主治医は「もう7ヶ月も生理がないんだから心配ないと思うけど…」と余り気が進まないようであったが、掻痒感もあるということで、翌日の外来予約をとり依頼票を提出していった。

3. 第2回目の面談の概要（0年7月13日）

カルテからエンペシドクリームが処方されていることを知る。

Y看護師：「婦人科受診はどうでした？」

「こちらの希望（避妊の指導のこと）は婦人科にとどいていると思ったが、どうしたんですかと聞かれてドギマギしました。痛みと掻痒感のことを話したら薬をだしてくれました。避妊はどうかと思うんですか？と恐る恐る医者に聞いたら、「いろいろありますから、よく考えてみてください」といわれて、それ以上聞けなかった」。薬をみながら「これはあの薬（潤滑ゼリー）ではないわね」と言う。

Y看護師は、処方された軟膏は炎症、掻痒感に効果があること、今後も陰部の感染をおこしやすいので清潔に気を配ること、また、潤滑ゼリーの使用に関しては主治医に確認してみたいと話す。避妊方法について、患者はIUDを希望したが、挿入後の管理の問題もあり、地元の主治医と相談することを勧め、

話しにくかったらJ病院で避妊をすすめられたんですが？」と切り出してみてもとアドバイスする。

患者は、「大丈夫、帰ったらまず避妊のことを（主治医に）相談します」と言う。

4. 第3回目の面談の概要（0年7月17日）

潤滑ゼリーは糖尿病患者では感染の引き金になりやすいので主治医は禁止していることを話す。しかし、血糖コントロールの良否にもよるので、避妊の件と一緒に地元の主治医に相談してほしいと伝える。

その後夫婦関係の話題になって

「今年の正月頃からあの人ちょっと変なんです。そのころ私が長く入院してたから、かわいそうに思って毎日のようにセックスがあったんですけど、射精できなかったみたいなんです」

Y看護師：「体調には問題なかったときだし心理的な原因も考えられますが、その後事故で入院しているわけですから、ますます心配ですね。男性の場合、失敗がずっと尾を引くということもありますよね、男性にとってはそのくらいショックが大きいということですよ」

「そうだと思います。すごく時間がかかるし、体位を変えたりしてもだめなんです。どうすればいいのかしら」

Y看護師：「ところで、性生活の時、前戯はしていますか？」

「夫はしてくれますが、そうすると私は一応達するみたい。夫は自分だめでも、私がそうであればいいといってますけど…」

Y看護師：「男性は、女性が満足することが自分の満足でもあるといいますけど…」

「きっと私よりやさしいんだわ」

Y看護師：「あなたは？」

「何もしない。ただボケーとしているだけ。夫は、こんなことは女がするもんだっていつてますが、でも無理強いはしません」

Y看護師：「ご主人はあなたを満足させながら、自分のことも自分でして、吾を忘れるまもなく、インサートするんですね。すごく大変そうですけど。」

射精できてないんじゃないか、というのはそのことと関係してませんか？ペニスに触れるのは嫌ですか？」

「別に嫌じゃないし、グロテスクとか思いませんが、何となく習慣になってしまって…。きっと私が病気だから、そんなことさせるのがかわいそうだと思っているのかも」

Y看護師：「お互いに前戯をすることで成功する可能性があるのでは？」

「向かい合って、よく見つめてね」

Y看護師：「そう！、向かい合って。お二人は、今まで、一緒に達したことがありますか」

「全然ありません。最初私で、彼が一生懸命のときは私はもう疲れて、早く終わって欲しいと思っちゃう。そのうちウヤムヤに終わってしまって、かわいそうになるわね」

Y看護師：夫婦でありながら一緒に喜びあえないのは残念ですね。それによって一層幸せなお二人になると思いますけど。回数の問題じゃなく」

「そういうことって一度もなかったわ。まず、向かいあわなくっちゃ」

Y看護師：「初めてお話ししたときと、Kさんずいぶん変わったように感じますけど」

「ウーン、だんだんかわいそうになって…」

Y看護師：今迄はあなたが弱い立場で労わら

れていたのが、ご主人が事故にあったことで立場が逆転したのかしら？

「そう！逆転したのよね。今度は私がしなきゃって。やっぱり一人では生きていけないし、あの人が死んだら私は…って思ってた。今まで何度も入院して何ということもなかったけど、今回は無性に泣けたことが2度あったわ。でも、私が急に変わったら、あの人が変に思うでしょうね」

考 察

1. 潜在的な患者の悩みの表現や問題化を助ける役割と課題

本症例は強化インスリン療法の導入を目的に教育入院した患者であり、患者自身夫婦関係や避妊に関する問題を自覚していたか否かは定かではなく、少なくとも問題解決のための行動は行っていない。

Y看護師は、患者がこれほど積極的に夫婦関係について語ると予測しなかったが、流産や中絶を繰り返した原因が、夫婦関係にあるのではないかと、さらに患者自身もその問題を意識し始めていると手ごたえを感じて3回の面談にいたる。看護師が質問という形で表現した解釈により、患者自身が意識化し自ら語り始めたものと思われる。整理されない漠然とした悩みをもつ患者に対して、医療スタッフが「性生活について心配なこと、困っていることはありませんか」というメッセージを発信することは、問題発見に有効である。

患者の側からすると、自分は糖尿病の治療のために入院しているのであって、夫婦の問題など個人的な問題は医師には相談できない、あるいは性に関することは恥ずかしくて相談できないと考える場合が多い。一方、患者が

ら見て看護職は、医師との関係ほど遠くなく、配偶者や近親者ほど近すぎず、それでいて専門職としてある程度相談に乗ってもらえそうな、あるいは相談の窓口になってもらえそうな対象として位置づいている。看護職は性に関わる援助に関して、患者とかかわりの糸口を作り易い位置に在ることを活用すべきである。

しかし、この関係は治療計画に則った、あるいは契約的な関係ではないので、あくまでも患者と看護職の関係性と患者の意欲に頼っているという限界があり、その意味で日常の関係形成が鍵を握る。また、看護職はチームで業務に当たっているため、常に複数の看護職が患者と接することになり、患者はそこから相談したい相手を選択している。性に関わる相談に関しては、相談相手である看護職に偏見のない肯定的な態度や共感を求めていることを認識しなければならない。

2. 専門的な治療、カウンセリングへの導入の役割と課題

最初に相談を受けた看護職は患者から選ばれた者として、問題の本質をアセスメントしつつ患者の要望や医療者への期待を把握しなければならない。その役割のために看護職は傾聴と共感をもって当たっているが、さらに精神療法的なアプローチを必要とする場合が多い。これには現在の基礎看護教育や卒後教育では不十分であり、個人的な努力に委ねられているのが現状である。

本症例は、19歳で1型糖尿病を発症し、32歳で見合い結婚し、結婚当初は糖尿病であることを明かしていない。また、「夫は性生活に満足はしていないが、他の事は全力で頑

張っているから、別れることはない」と考えているように、セックスに対するネガティブな行動を、家事や身の回りの世話でカバーして愛情をつなぎとめようと努力しているように思える。患者は糖尿病であることで性的魅力を失うと言う恐怖が自尊感情を損ない、さらに注射の刺し跡、低血糖を起こすかもしれないと言う身体的な不全感を生じていることが予測され、それは患者の性的な自己概念に多大な影響を及ぼしているのではないかと。さらに、流産の経験、子どもへの遺伝的リスクに対する恐れや子育てへの不安が、子どもを生まない・姪を養子に迎えることを決心させたと思われる。これらの問題は、夫婦の生き方そのものを決定づける要因である。経過中、Y看護師自身にそれまでの洞察はなく、主任看護師、主治医からのアドバイスもなかった。セックスカウンセリングやカウンセラーによるスーパービジョンの必要性を痛感する症例であり、専門的な治療・カウンセリングへの導入も症例によっては容易ではない。

一般に、患者の性の問題に関して看護職に求められることは、性機能と性機能障害を評価し、それに基づいて初歩的な性教育・相談、性に関する感覚・行為・性知識の誤解等についてのインフォメーションを提供し、さらに専門的な治療の必要性を判断し、患者の同意を得て治療に導くことと考える。しかし、性機能と性機能障害の評価、さらにその深層にある性的な存在としての対象理解には相応の教育と実践的訓練が必要であり、それを支えるのは、医療チームが「性に関する相談もスタッフの仕事」⁴⁾という共通認識を持ち個々の活動をサポートするコンセンサスが存在することである。

3. 医療チームにおける性に関わる医療ケアの標準化と課題

患者の性に関する援助の必要性については一般に認識されているが、一方で個々のケースについては、「性は個人的な問題であり、医療スタッフがどこまで立ち入るべきか」スタッフ間で微妙に温度差があり、性に関わる援助についてコンセンサスを得にくい。

この問題を解決する方法として、援助内容を標準化することを提案したい。近年、一部の診療科に限らず、性機能や性機能障害に関する客観的妥当性の高い情報が得やすくなり、標準化を進める基盤が整いつつある。また、医療全般にクリニカルパスが推進され、標準化に対する抵抗感は弱まっており、性についても例外ではないと考えることはきわめて自然といえる。

標準化の第1歩として、例えば問診・患者教育・退院指導などの内容に性に関するものを加え、その内容や評価を医療チームで検討することがある。さらに、症例検討することにより、チーム全体の情報が充実し対応技術の向上を図ることも可能である。

また、標準化の弊害としての「安易な一般化」⁹⁾を避け、真に臨床で活用されるためには、患者の心配・悩み・期待など個別的ものを取り入れ、柔軟に対応できるかに拠るところが大きい。その意味でも患者の声にならない性の悩みの表出を支援する看護職の役割に

期待したい。

おわりに

看護職は、がん・慢性疾患・難病患者、障害者など明らかに性機能や性意識、性行動に影響を及ぼすと予測される対象への性に関する看護実践に対して、積極的といい難い。本症例を検討して、患者の性に関わる援助者としてあいまいな役割・目的や知識、技法の問題とともに、医療職全体の意識改革の必要性を確認できた。

悩みを持つ患者を救うためにと本誌への掲載に同意していただいた K 女史に深謝いたします。

参考文献

- 1) 高村寿子, 松本鈴子, 姫野憲子他: 看護職の性 セクシュアリティに関する認識と援助の状況, 看護実践の科学, 9: 86-92, 1999.
- 2) 田端五月, 桜井美貴: 看護婦の「セクシュアリティ」に対する認識と援助の実際, 日本看護研究学会, 20 (3): 122, 1997.
- 3) 大谷真千子: 看護における性の問題と援助. 川野雅資編著: セクシュアリティの看護. メデカルフレンド社, 東京, 76-87, 1999.
- 4) 高橋都: がん治療とセクシュアリティ. 第31回性治療研修会抄録集, 12, 2002.

未婚女性に対する未成年婚予防のための 処女膜輪状切除術の2例

神戸市 山崎産科婦人科医院

山崎 敦子, 山崎 高明

はじめに

今や「婚前性交」という言葉は死語になりつつある。若者たちは様々な出会いを求めて、本能のおもむくままに性交を行っているように思われる。

しかし一方において、解剖学的にみて、膣口が極端に狭かったり、処女膜が強靱であるために、性交に至ることが極めて困難な女性も少数ながら存在している。彼女たちの体がそうであるのは、遺伝的な素因によるものでもなければ、年頃になって親が気付いてやるわけでもなく、ボーイフレンドができて二人の関係が深まろうとするとときに初めて、考えもしなかった大きな壁にぶつかり、自分自身で気付いて当惑するのである。そのために彼女たちは折角ボーイフレンドができて最後の一線が越えられないために、次々とBFに去られて、寂しい思いを味わっている。

これらの未婚女性に対して、将来的な未成年婚の予防のために、またそれ以前に今現実には直面している大きな壁を乗り越えるために、カウンセリングをおこない、必要ならば処女膜輪状切除術を施行することは、そのQOLの向上に繋がる可能性があると考えられ、当院で実施した2例について報告する。

〈症例1〉

28歳の会社員。21歳の夏より3ヶ月間ダ

イエットして、無月経となった。22歳で男性と交際し始め、その時点で体重は回復したものの、無月経が続いていたため某産婦人科受診。月経は再来したものの、初めての内診が痛かったため、恐怖感もつのりうまく性交できず、3年余り交際の後、結局別れた。27歳になり3歳年下の男性と交際し始め、5回ほど性交にトライしたが、うまくいかず、この男性にも逃げられてしまった。28歳になり、2ヶ月前より3人目の男性と交際し始めたが、やはり性交がうまくゆかず、「だいじようぶ」という雑誌で当院の存在を知り、受診となった(表1)。

平成10年8月当院初診。診察所見では処女膜は完全に遺残し、膣口は狭小で内診は困難であった。処女膜切除術の必要性を説き、カウンセリングを行い、まず行動療法(pleasuring)を課した。3週間の再診までに2度自分の性器に触れただけであった。再診時示指2関節まで挿入でき、極小腔鏡が挿入可能だったが、次第に痛がり、内診困難となる。その後3年間来院せず。

平成13年10月、31歳になり再び来院するが内診不可能で、再度手術の必要性を説明し、同月麻酔下にて処女膜輪状切除術施行し、2指挿入可能まで拡大した。術後10日目より内診台上で、ヘガール19、20号を順次自己挿入させ、術後2週間後には22、23号を

自己挿入させ、2指内診も可能になった。

術後40日目に後方位からのペニスの挿入に初めて成功し、「やっと実を結ぶことができました。出産の時にはよろしく」と嬉しい便りが届き、さらにカウンセリングの重要性に気付き、カウンセラーを目指したいという近況報告をもらった。

表1

症例1 相生市在住の28歳女性

〈相談内容〉性行為がうまくいかない。(婦人科受診し、内診を受けてから恐怖感あり)

- H10. 8. 8 初診、内診困難、膣口狭小かつ処女膜遺残。処女膜輪状切除術の必要性を説明。
再診までに自分で性器に触れたのは2回のみ。
- H10. 8. 29 再診、示指2関節挿入可。極小腔鏡挿入可。次第に痛みが、内診不能に。その後3年間来院せず。
- H13. 10. 13 やはり内診不可能。手術の必要性を再び説く。
- H13. 10. 22 処女膜輪状切除術施行。2指挿入可能に拡大。
- H13. 10. 27 内診。ヘガール19、20号を自分で挿入させる。
- H13. 11. 2 2指内診可能に。ヘガール22、23号を挿入させる。
- H13. 12. 1 彼の指2本が後方から挿入され、快感を感じた。
- H13. 12. 2 術後40日目に性交可能となる。

〈症例2〉

28歳の会社員。平成13年1月初交時に性交痛あり。さらに男性のインポテンツもあり挿入不可能であった。女性医学という本を読んで本院を知り、半年後の同年6月に当院初診。診察所見では処女膜は膣全周に強い緊張を認め、1指内診及びヘガール23号の挿入は可能だが、2指内診不可という状態であっ

た(表2)。カウンセリング及び手術の必要性を説明し、同月処女膜輪状切除術施行。2指挿入可能まで拡張した。術後2週めの診察では2指根元迄内診可能、ヘガール23号を自己挿入できる状態であった。その後は行動療法として、細いタンポン、太いタンポン、自分の指、更にボーイフレンドの指(いずれも1~2指)の挿入練習を課したが、未だ朗報はきかれず、といったところである。彼女も今までに2人のBFと交際したが、1人目は挿入不可能で逃げられ、現在は2人目と交際中とのことである。

表2

症例2 加古川市在住の28歳女性

〈相談内容〉性交不能

- H13. 1 性交時、性交痛ひどく、彼の勃起障害も加わり、挿入不可能であった。
- H13. 6. 15 初診時、1指挿入可。ヘガール22、23号挿入可能なるも2指挿入できず。処女膜全周性に強い緊張あり、手術の必要性を説明す。
- H13. 6. 27 処女膜輪状切除術施行。
- H13. 7. 4 拇指まで挿入可となる。
- H13. 7. 13 2指根部まで挿入可能。ヘガール22、23号を自分で挿入可能。
今後は自分の指やタンポンの挿入練習を課す。
- H14. 7. 18 未だ朗報聞かれず。

考 察

以前当院で婚約中のカップルに未完成婚の予防目的で処女膜輪状切除術を行い、成功した2例を経験している⁹⁾。更に女性に原因のある未完成婚で離婚するケース(5/47例=7%)も認められ、これらの症例にカウンセリング及び行動療法だけで指導しても、その解決には何年もかかり、処女膜輪状切除術を

行うことにより、比較的短期間にペニスの挿入が可能になった例もかなり経験している²⁾。

男女交際の過程でセックスでつまづくということは、既婚、未婚を問わず女性にとっては人に言えない大問題と言わざるを得ないと思われる。特に未婚女性は親をはじめ世間体が気になるし、経験も浅いので、そのせいなのか、自分のせいなのか、はたまた相手のせいなのか自分では区別できず、誰に相談してよいのかもわからない。大抵は親にも内緒である。ボーイフレンドがその不安を支えてくれる相手になりうるかどうかともわからない。面倒くさい女の子から逃げるのは簡単だからである。今回は2例とも外見や性格はごく普通の、とてもチャーミングな女性であった。だから言い寄る男性は次々いたのだと思われる。が本人にとってはこのような苦しい経験の繰り返しであった。受診するまでにはかなりの勇気を要したものである。

そんな彼女らに対して我々医療サイドまでもが従来の古風な道徳観念で「未婚なのに」とひいてしまうと、その女性は益々男性と縁遠くなってしまい、たとえ運良く結婚できたとしても、離婚に終わるかもしれない。最近では初婚年齢が上がっているのに、年頃の娘さんにとって恋愛の発展は結婚へのステップでもある。然しながら男女の仲は他の要因も大きいので、2例めのようにいくら肉体的な問題が解決しても、既婚夫婦のようにすぐに成果に直結するとは限らない。そこが評価するにあたり、難しい点でもある。

私はさらに結婚後15年、23年、22年、19年間未完成婚であった4例に遭遇した経験をもつ³⁾。彼らはおそらく一生未完成婚のまま経過したであろう同居人ともいえる夫婦像を呈していた。この経験より、このような夫婦を作らないよう、更には未完成婚のために離婚するカップルを少しでも減らしたいがために私はこのような診療をすすめているのである。

おわりに

以上より、婚前性交がひろく行われるのが当たり前のような昨今の状況下では、解剖学的に腔口が狭小で、ペニスの挿入が困難と思われる、将来未完成婚の可能性のある未婚女性に対して、カウンセリングや行動療法の指導を行い、必要ならば積極的に処女膜輪状切除術を行うことは、この問題をより短期間に解決するものと考えられる。今後とも症例を選んで検討を重ねていきたい。

文 献

- 1) 山崎高明：未完成婚：産婦人科治療 69: 406-412, 1994.
- 2) 山崎高明：ヒトの女性機能障害とセックス・カウンセリング：ヒューマンサイエンス 14: No2 40-55, 2002.
- 3) 長田尚夫、斎藤宗吾、山崎高明：性機能障害と未完成婚、日本性科学大系② 88-91, 1996.

The Human Female Prostate

(From Vestigial Skene's Paraurethral Glands and Ducts
to Woman's Functional Prostate)

書名；人間女性の前立腺（英文）

副題；痕跡的スケネー傍尿道腺から 女性の機能的な前立腺へ
Dr. MILAN ZAVIACIC 1999 年 (SLOVAK-ACADEMIC PRESS) 出版

昇平産婦人科
林 田 昇 平

著者は M. ZAVIACIC 教授。偶々私はアメリカの Whipple 教授の紹介でこの書籍を知った。

Zaviacic 教授は、風格のある、細心の学問を、この本 “The Human Female Prostate” で示し、女性の前立腺についての私たちの理解と認識に寄与してくれた。この本の貢献は、計り知れない。

即ち女性は、前立腺を持っているから、パートナーの男性と同じように、前立腺炎、良性の前立腺肥大やガンにかかる可能性がある。

これらの疾病は、適切に治療すべきである。しかし、過去には、女性前立腺の存在が不明だったので、女性前立腺の症状は、実際の病気によるものではなく、“気の故だ” と考えられていた。今や女性前立腺は、もはや、“神秘的な女性の器官” ではなくなった。

M. ZAVIACIC 医師は、スロヴァキア (Bratislava) の Comenius University の、病理学と法医学教室の教授である。

この本は、女性の前立腺の新しい概念を巧みに説明している。Zaviacic 教授が、彼の 17

年間一連の非常に立派な学問的な研究と、世界中の論文から注意深く選択した適切な資料を基礎にして、構成したからである。

①彼は、女性の前立腺が痕跡ではないという最新の概念を確立させた。更に多くの専門分野にわたる研究に基づいて、彼は、女性の前立腺が、女性の機能的な尿生殖器の器官の一つであり、特殊の構造と機能と病理があることを示してきた。

② Zaviacic 教授らの材料の女性前立腺の中から、8%の“痕跡的”女性前立腺を除いたとしても、90%の女性には、女性前立腺の存在を充分証明できると、彼らは、明言している。

③しかし死体解剖材料では、女性前立腺導管の開口部の確認は、できないから、女性器官を広く理解するためにも、婦人科医と泌尿器科医は、女性患者の前立腺の開口部を探し続けてほしいと彼は示唆している。女性前立腺の開口部の問題は、臨床のホットなトピックスであり続けるから。

適切な材料（女性尿道と女性前立腺）は、

最近、他の器官を移植の目的で採取の時に得られるだけである。

(こういう観点からも、世界の他の国で、Dr. Zaviavcicto の様に恵まれた研究者は、非常に限られているだろう。

特に彼は病理、生殖泌尿器科、法医、セクソロジーと広範囲の見識のコンダクターであろう)

④正常成人の人間の女性前立腺の超微細構造のパラメーター(尺度)は、ごく最近発表されたに過ぎない。男性の前立腺は、尿道を取り囲んでいるが女性の前立腺は女性の尿道の壁の中に存在している。これは肉眼的な男女の前立腺の根本的な違いである。女性の尿道の壁の厚さと長さが前立腺のサイズを制限しているので女性の前立腺は男性のに比べて小さい。

しかし女性の前立腺は占有スペースが狭いにも関わらず男性の前立腺の構造の特徴を総て備えている。

成人女性の前立腺の平均重量は 5.2 g 平均サイズは 3.3cm (縦) 1.9cm (幅) 1.0cm (厚さ) である。若しも成人女性の 70% の高頻度のタイプの前立腺を考えると一般的なタイプは女性の尿道の末端の二分の一を占めているから女性の前立腺の重量は 2.6 g から 5.2 g の間で変動し成人男性の平均重量の約 1/10, 1/5 か 1/4 と考えてよい。

⑤ Dr. Zaviacic らの経験では、一回の G-スポットの刺激をして得られた射精の液量は、1~5ml の間だった。

白い不透明の細胞層要素の明瞭な層が、採取して 10~15 分後に試験管の底に出現し、尿の様な層で覆われていた。透明な粘液物質の薄い層が、時々上記の二つの層の間の境界

に見られた。

第二大学の産婦人科の協力で、Dr. Zaviacic らは 200 人以上の女性の調査を行ってきた。また現在もこの調査を続けている。

スロヴァキアの女性の歴史的の資料によると、彼らは比較的、(40~50%) 高頻度に、性交により(殆ど face to face の体位、ペニスで膣の前壁を刺激して)射精の経験をしている。これらの情報は、Bullough et al' (1984) の数字と一致している。

対応する資料は、色々の資料があるので興味深い。

⑥男性の前立腺と同様に女性の前立腺は少なくとも二つの機能を持っている。即ち外分泌の前立腺液の産生と神経内分泌的な機能である。

前立腺特異抗原(PSA)は、最近女性の正常な或いは病的に変化した前立腺組織の特定に、一般に利用されるマーカーである。

臨床面では PSA は女性前立腺の診断と疾病特に前立腺がんのモニターに、有効に利用されている。

⑦他の証拠とは別に女性の前立腺が、痕跡で無いという意見は、現在では男性前立腺とスケネー傍尿道腺との間の類似の抗体が証明されたことが、その証拠である。PSA と PSAP (前立腺酸性磷酸酵素) による証明がそれである。即ちスケネー腺でも、高度に男性前立腺抗原の排出があるので、スケネー腺それ自体を女性の前立腺と表現しても良いという論法である。

女性前立腺液を生産する女性前立腺の外分泌機能(その神経内分泌機能)は著者たちの知識以上のものがあるという。

実際には、女性の前立腺液が純粹に分離さ

れていないので、それが女性の射精の成分として、研究されているのが現実である。

⑧女性射精の法廷上の判断は、前立腺液と女性射精現象は、次のような二つの問題を提供する。

一つは女性の強姦の証拠としての酸性磷酸酵素の意義の問題、二番目は女性前立腺の分泌メカニズムをどう考えるかという問題である。

女性の強姦の専門家の証拠が、精子を含まない精液スポットを特定し、酸性磷酸酵素テストが証明されても、法廷での意義はない。その理由は、

同じ酸性磷酸酵素陽性は女性射精のスポットを実験的に試験管内でも、或いは生体では婦人用下着でのスポットでも 確認されているからである。

このようにして酸性磷酸酵素陽性スポットは男性との関係がなくとも、女性自身が原因であるかもしれない。

現在は、法医学の DNA 分析の時代となり、マクロエンザイム組織化学的検査は、女性の強姦の証明となる重要さが失われ歴史的なものになった。

女性前立腺が始終分泌していることは、女性前立腺液には、フルクトーゼが含まれているから精子の運動と関係する限り人間の生殖に働きかけているかもしれないという仮定が成り立つ。このような理由で男性も女性も、腔内環境でフルクトーゼの濃縮と関係しているようだ。腔内のフルクトーゼの基準量は、継続的に尿道から腔に重力で流れ込んでいる女性のフルクトーゼの量で示される。

男性の前立腺分泌と同様に女性前立腺分泌は、思春期以前からおこる。

⑨女性射精が男性のと違うところは生殖には関係しないことだ。しかし、女性のセックスでは、魅力のある現象である。

これは腔の前壁のエロチック・スポット所謂 G-スポットの刺激により誘導される。尿道排出を誘導は、クリトリスや膀胱の頸部の恥骨上部のマッサージの刺激では、稀にしか起こせない。

絞殺、窒息、絞首刑に伴う窒息は、典型的な現象である尿道排出（女性射精）の引き金となっていることを、死体解剖での法医学医師が認めている。

女性射精の現象は生命を脅かすような色情的な性欲倒錯的な振る舞いでの刺激で起こるという知識は…実際に存在する致死的な事故から女性での仮死嗜好が自殺と間違われる致死的なケースの鑑別診断に、役立つ。

女性の前立腺の病理学の研究はまだ発展の途中である。何故かといえば、今まで長い間泌尿器科医、婦人科医、婦人科泌尿器科医が、病理学者と同様女性の前立腺に興味が無かったためである。

女性前立腺の病気に関しては、例えば良性前立腺肥大、前立腺炎（女性尿道炎症状）、前立腺症（前立腺肥大に伴う生理的・精神的症状）では、著者らの知識は、主に症例レポートに基づいているだけで、これらの病気の全体の概念は欠落している。そして病理学者も婦人科医泌尿器科医も女性の前立腺の病気の発生に関して信頼できる資料を提供していない。

その結果男性の前立腺とは違って、女性の前立腺は“前立腺の病気”にはならないとかこの種の間違った考えが伝説となり、

女性の前立腺は痕跡であるというような偏

見を導いていた。女性の病的に変化した前立腺を治療するのにも、泌尿器科医は、非常に効果的な、立証された内科的な《外科的でない》治療法、上手な作戦、男性での前立腺の病気に対する同じような方法を試みていなかった。

このため、臨床家は、女性前立腺の問題への興味をもち、高性能の鋭敏な高度の検査方法によって決定した女性 PSA に関係して得られた優れた診断法を診療に応用して欲しい。

⑩女性尿道排出液（女性射精）は、女性前立腺成分、PSA と PSAP そしてフルクトーゼを含んでいるが、特に最初の二つの存在（PSA と PSAP）で、女性射精を起こすのは、

前立腺であることがはっきり判る。

女性射精（女性尿道排出液）は、泌尿器科、婦人科泌尿器科、寿命学、性科学、法医性科学、法医学、生殖学領域で特殊な問題を提起している。

女性の射精現象を優れた観察力で研究すれば、女性の尿失禁、女性前立腺の分泌方法、女性の強姦の証拠、脱落細胞ホルモン検査法、同様に女性性生活の質、（女性射精を代表する正常或いは魅力的な女性の性）などの問題解決に役立つだろう。

（2003 年 年内に全文邦訳後出版予定

林田 昇平）

編集後記

第21巻1号をお届けします。10の原著と2つの臨床報告を収録しました。内容は時代的な話題を取り上げた研究や、根源的な性科学の課題を取り上げたものなど、実態調査や実践研究、教育など多岐にわたり充実しています。

臨床報告は看護職の援助と性についてと、未完成婚の予防のための手術についての事例報告で、これも参考になる報告です。

提言は要介護者のセクシュアリティと介護の対応をめぐることで、つとに指摘されていたことに対する問題提起である。みなさんもこの際、関係者はよく考えていただきたい。

総説はG-spotについて、野末理事長が今日的に解説されています。適任者をえた解説で学ばれます。

書評は「人間女性の前立腺」という奇妙な本の紹介である。人間は男性でも女性でも、原則的には差異はないのではないかという視点からは、面白い発想である。更年期障害についても同様である。

学会の入会者や、セックスセラピストやセックスカウンセラーの資格取得者は、依然として少ないが、セクシュアリティは、医療だけでなく、発達、家庭、教育、産業、などあらゆる領域に関わる重要な課題である。おりしも12才の少年の異常性愛に伴う殺人事件が起きたが、時代的な性問題が多発しており、今後ますます本学会の役割が重要になることは間違いない。

(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（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、入会后満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や、著書については、筆頭者は5単位、共著者はいずれも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、総説、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. 原稿は、原則としてパーソナルコンピューター上のワープロソフトを使用し、和文原稿は、A 4 版横書き、10.5 ポイント、横 40 字、縦 30 行とし、3.5 インチのフロッピーディスクも同時に提出する。ワープロソフトの種類は問わないが、ワープロ専用機のものを受付けない。フロッピーディスクには、氏名、論文タイトル、作成ソフト名を記入する。英文原稿は、A 4 版、ダブルスペースで、1 頁につき横 60 字、縦 30 行以内とする。
4. 論文の長さは、原著および総説の場合、刷り上がりで 10 頁以内（図表を含み、表題、所属、著者名、連絡先を除いて、およそ和文 400 字詰め原稿用紙 30 枚以内）とし、臨床報告およびその他は、刷り上がりで 4 頁以内とする。
5. 図表は、別に添付し、図 1、表 1 のように順番を付し、原稿の右側の欄外に、挿入位置を明示する。図表の裏面には、著者名を付す。図は、そのまま掲載可能な写植あるいは写植に準じたものを用い、A 4 版の用紙に貼付する。図の題名は下方に、表の題名は上方に簡潔に記す。
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（以上英文を併記し姓名は KAWANO Tomonobu のように記述する）、抄録（500 字以内で、英文も併記する）、内容を示す英語の keywords（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、写真とする。

英文原稿は、和文原稿の記述に準じ、Summary（200 語以内）、Keywords、Introduction、Materials and Methods、Results、Discussion、References に分けて記述し、和文抄録を添付する。なお、臨床報告およびその他の論文については、抄録と英文抄録は必要としない。
7. 単位は meter-kilogram-second (mks) 単位とし、和文原稿用紙の数値は算用数字を用いる。英語の綴りは米国式とし、本文中に略語を使用する場合は、その単語を最初に用いる箇所で、原語を記載の上（ ）内に略語を併記する。
8. 文献の書き方は次の形式による。

本文中には、文献の出所順にその部位の右肩に文献番号¹⁾²⁾³⁾を付ける。

 - a. 各文献は出所順に 1), 2), 3) の番号を付し、文末に一括記載する。
 - b. 和文雑誌は公式の略称を用い、欧文雑誌名の省略は Index Medicus に従う。
 - 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「他」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 : 頁一頁, 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, 頁一頁, 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. 論文の採否は, 査読を経て編集委員会で決定する。査読者は編集委員会が委嘱する。掲載は原則として採用順とする。
 10. 印刷の初校は著者が行う。ただし, 校正は字句の修正にとどめる。その他の校正は編集委員会が行うものとする。
 11. 掲載料は刷り上がり 10 頁まで無料, それを越えるものおよび写真, 図, 表に関する費用は著者実費負担とする場合がある。別刷は 30 部まで無料進呈とする。
 12. 投稿においては, 原稿とそのコピー 2 部, フロッピーディスクを同封し, 封筒に「原稿在中」と表記する。投稿された原稿, 図表は原則として返還しない。
 13. 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。
 14. 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

