

# 日本性科学会雑誌

## JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.23 NO.1 July. 2005

- 巻頭言.....野末 源一
- 総 説  
男性性機能障害と薬物.....永井 敦  
ホルモン補充療法の現状と展望.....若菜 公雄, 尾林 聡, 麻生 武志
- 原 著  
過去5年間のSTD患者動向とコンドーム使用に関するアンケート調査結果...村口 喜代  
人工妊娠中絶術施行に対する医療者の意識調査  
西原 里香, 森村 美奈, 中山 絢子, 田中 久美, 武 悦子  
石松 桂子, 山栞 誠一, 中井祐一郎, 石河 修  
福祉系学生とその保護者に対する同性愛の受容に関する意識調査.....藤井 宏明  
ジェンダー・アイデンティティ・ディスオーダー再考.....中村 美亜  
性同一性障害患者のWAIS-Rに対する検討  
織田 裕行, 北代 麻美, 山田 圭造, 守田 稔  
吉野 真紀, 中平 暁子, 有木 永子, 木下 利彦
- ORGASM考.....林田 昇平  
ケーゲル運動.....林田 昇平  
女性性機能障害に関する調査票の日本語版作成における言語的妥当性の検討  
大川 玲子, 大石 剛子, 前田 知子, Tara Symonds
- 症例報告  
当院における最近の未完成婚(7年間, 4.5年間)の2症例.....山崎 敦子, 山崎 高明  
勃起障害の症例.....渡辺 景子
- 書 評  
私たちの仲間 —結合双生児と多様な身体の未来.....中村 美亜
- 編集後記.....T T

# 目 次

巻 頭 言	野末 源一	1
総 説		
男性性機能障害と薬物	永井 敦	3
ホルモン補充療法の現状と展望	若菜 公雄, 尾林 聡, 麻生 武志	11
原 著		
過去5年間のSTD患者動向とコンドーム使用に関する アンケート調査結果	村口 喜代	16
人工妊娠中絶術施行に対する医療者の意識調査 西原 里香, 森村 美奈, 中山 絢子, 田中 久美, 武 悦子 石松 桂子, 山桥 誠一, 中井祐一郎, 石河 修		24
福祉系学生とその保護者に対する同性愛の受容に関する意識調査	藤井 宏明	30
ジェンダー・アイデンティティ・ディスオーダー再考	中村 美亜	37
性同一性障害患者のWAIS-Rに対する検討 織田 裕行, 北代 麻美, 山田 圭造, 守田 稔 吉野 真紀, 中平 暁子, 有木 永子, 木下 利彦		47
ORGASM考	林田 昇平	53
ケーゲル運動	林田 昇平	68
女性性機能障害に関する調査票の日本語版作成における言語的妥当性の検討 大川 玲子, 大石 剛子, 前田 知子, Tara Symonds		80
症例報告		
当院における最近の未完成婚(7年間, 4.5年間)の2症例	山崎 敦子, 山崎 高明	92
勃起障害の症例	渡辺 景子	95
書 評		
私たちの仲間 ―結合双生児と多様な身体の未来	中村 美亜	102
編集後記	TT	106
日本性科学会会則・理事選挙管理規程・会費規程		107
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		111
資格認定更新に関する規定		113
投稿規定		115

## 男性性機能障害と薬物

Male sexual dysfunction and medicines

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科泌尿器病態学

永井 敦

NAGAI Atsushi

Department of Urology, Okayama University Graduate School of Medicine,

Dentistry and Pharmaceutical Sciences

### 抄 録

男性性機能障害と薬物について解説する。勃起障害 (ED) をきたすといわれている薬物は数多く報告されており、中枢神経系用薬、末梢神経系用薬、循環器官用薬、呼吸器官用薬、消化器官用薬、ホルモン剤、代謝性用薬、抗生物質、化学療法剤、その他、前立腺治療剤、抗ウィルス剤などさまざまな薬物で勃起障害の副作用が認められる。中でも、抗精神病薬、高血圧治療剤、抗アンドロゲン剤などは常に念頭において診療にあたる必要がある。薬剤性 ED の診断は発症時期が薬剤内服後であることが重要で、原因薬剤を中止することで改善することが多い。しかし、場合によっては薬剤性 ED を契機にもともと表面化していなかった器質性 ED の要因が悪化して、永続的な ED に発展する場合もあるので注意が必要である。射精障害をきたす薬物は中枢神経系用薬、降圧剤など交感神経に影響する薬剤が原因薬物となりうる。性腺機能不全症をきたす薬物は抗アンドロゲン作用のある前立腺治療薬が重要であり、また、注意を要するのが胃潰瘍治療剤の H<sub>2</sub> 受容体遮断薬である。

一方、男性性機能障害に有用な薬物は、ED に関し、フォスフォディエステラーゼ 5 (PDE5) 阻害剤が第一選択薬である。その他、経験的に漢方薬、ビタミン剤、プロスタグランジン E<sub>1</sub> (PGE<sub>1</sub>) 内服薬等が補助的に用いられている。心因性 ED に対して塩酸トラゾドン、マイナートランキライザーが用いられることもある。PDE5 阻害剤が無効の症例には、PGE<sub>1</sub> の陰茎海绵体注射が用いられる。射精障害に対する薬物では、早漏に対して三環系抗うつ剤や、選択的セロトニン再取り込み阻害薬が用いられる。また、陰茎亀頭部の過敏性を抑制する薬剤が有効であったとの報告がある。逆行性射精に対する治療薬は  $\alpha$ -adrenergic stimulator や三環系抗うつ剤などが用いられている。射精の高位中枢に異常がある射精障害には、COMT 阻害剤、levodopa、抗セロトニン薬などが用いられている。性腺機能不全治療には基本的にプロピオン酸テストステロンやエナント酸テストステロンが用いられる。男性性機能障害を診察するにあたり、薬物性の性機能障害についての知識が必要である。また、治療にあたっては薬物の作用機序を十分に認識し、的確な治療薬を選択する必要がある。

## Abstract

Male sexual dysfunction and related medicines are described in this review article. Drug induced erectile dysfunction (ED) is often reported. Psychotherapeutic agents, antihypertensives, cardiac-active drugs and hormones are well known to cause ED. Psychotherapeutic agents, antihypertensives are well documented as drugs causing ejaculatory disturbance. Anti-androgen agents also cause hypogonadism, decrease of libido, ED, ejaculatory disturbance etc.

Therapeutic agents for male sexual dysfunction are also described. The drug of first choice for ED is phosphodiesterase 5 inhibitor (PDE5-I). Herbal medicines, Vitamins and minor tranquilizers are sometimes used for functional ED. Intracavernous injection of Prostaglandin E<sub>1</sub> is an effective treatment for ED after failing PDE5-I treatment. Androgen replacement therapy is indicated for hypogonadism patients. It is necessary to have a good knowledge of drugs causing male sexual dysfunction, and also the mechanisms of therapeutic agents.

## Key words

male sexual dysfunction, drug induced sexual dysfunction, phosphodiesterase 5 inhibitors

## はじめに

最近、男性の更年期障害や勃起障害 (ED: erectile dysfunction) への関心が高まっている。従来日本では「性」に関する事柄は一般の人々にとっては触れにくい話題であった。しかし、1999 年本邦においてフォスフォディエステラーゼ 5 阻害剤であるクエン酸シルденаフィルが登場して以来、ED に対する治療が大きく変化した。それに伴って、人々の性への関心も徐々に高まってきた。本稿では、男性の性機能障害と薬物というテーマで現況を述べてみたい。ED 治療薬で多くの ED 患者の QOL が改善しているが、医療の現場において使用される多数の薬剤の中に副作用としての性機能障害があることにあまり関心を持たれていないのが現状である。そこで性機能障害の治療薬について解説するのみならず、性機能障害の原因と考えられる薬剤についても詳説する。

## 男性性機能障害をきたす薬物

日本性機能学会で定められた性機能障害の定義は、「性欲、勃起、性交、射精、極致感のいずれか一つ以上欠けるか、もしくは不十分なものである。そして、性機能障害の中のひとつである勃起障害とは「性交時に有効な勃起が得られないため満足な性交が行えない状態と定義し、通常、性交のチャンスの 75% 以上で性交が行えない状態とする」と定められている。本項では男性性機能障害をきたす薬物を取り上げるが、主に勃起障害、射精障害、性腺機能障害をきたす薬物について解説する。

### 1. 勃起障害をきたす薬物

欧米では ED をきたす可能性のある薬物に関する副作用の記載が十分であるが、本邦では従来情報が不十分であった。そこで東邦大学泌尿器科の三浦教授らの調査により、日本

における ED の原因となりうる薬剤の集計が行われた。日本医薬品集（薬業時報社）第 22 版（1998～1999 年）に収載された薬剤で、欧米ならびに日本において ED をきたす可能性のあるものが報告された<sup>1)</sup>。三浦らの調査によると中枢・末梢神経系用薬、循環器用薬、呼吸器官用薬、消化器官用薬、ホルモン剤、代謝性用薬、抗生物質、化学療法剤など多岐に亘っている。今回は、日本医薬品集 DB（じほう）2003 年 10 月版から副作用情報に ED を含む薬剤を検索し、さらに医薬品医療機器情報提供ホームページ（www.info.pmda.go.jp）より、キーワードとして、ED、勃起障害、インポテンス、インポテンツを入力し薬剤検索をした。これらより検索された薬剤リストを三浦らの報告した薬剤リストに加えたものを表 1 に挙げた。

薬剤性 ED の診断は薬剤との因果関係を証明しなければならず困難である。神経や血管系などの器質的異常がなく、機能性の ED も否定されるものである。発症時期が薬剤の内服後であることが重要である。さらに薬剤性 ED の治療は原因薬剤を中止することで改善することが多い。しかし、場合によっては薬剤性 ED を契機にもともと表面化していなかった器質性 ED の要因が悪化して、永続的な ED に発展する場合もあるので注意が必要である。

ED の問診に薬剤使用歴は重要である。治療の前に使用薬剤を厳重にチェックすることが必要不可欠である。ただし原因薬剤も多数あり、すべてを把握しておくことは不可能である。しかし、特に重要な薬物として、抗精神病薬、高血圧治療剤、抗アンドロゲン剤などは常に念頭において治療にあたらねばなら

ない。

## 2. 射精障害をきたす薬物

射精は副交感神経と体性神経である陰部神経が大きく関与しており、これらの神経系に影響を与える薬剤が射精に障害をきたす<sup>2)</sup>。したがって、中枢性に作用する薬剤、メジャートランキライザー、抗うつ剤、また、降圧剤など交感神経に影響する薬剤が原因薬物となりうる。表 2 に射精障害をきたす可能性のある薬剤を示した。文献検索ならびに日本医薬品集 DB（じほう）2003 年 10 月版および医薬品医療機器情報提供ホームページから副作用情報に射精障害を含む薬剤を検索し、これらを加えた薬剤リストを挙げた。勃起不全治療薬のフォスフォディエステラーゼ 5 阻害剤にも射精障害の副作用が報告されており、注意が必要である。

## 3. 性腺機能不全をきたす薬物

性腺機能不全症では、テストステロンが低下することによる諸症状をきたす。ED や射精障害も惹起されるが、体力や気力の低下、うつ状態などいわゆる男性更年期障害としての症状も呈する。テストステロンを低下させる薬物としては、抗アンドロゲン作用のあるものが考えられる（表 3）。特に前立腺癌治療薬である LHRH アゴニストや抗アンドロゲン薬、卵胞ホルモン製剤、前立腺肥大症治療薬であるアリルエストレノールや酢酸クロルマジノンが重要である。また、注意を要するのが胃潰瘍治療剤の H<sub>2</sub> 受容体遮断薬であるシメチジンである。抗アンドロゲン作用にプロラクチン分泌亢進作用を有するために、性欲低下を生じる。抗うつ剤ならびに胃潰瘍治

表1：勃起障害の原因と考えられている薬物

- 
- 1) 中枢神経系用薬
    - i) 抗てんかん薬：カルバマゼピン・スルチアム
    - ii) 催眠鎮静剤：ニトラゼパム・プラゼパム・ロフラゼパ酸エチル・クアゼパム・ロルメタゼパム・塩酸フルラゼパム
    - iii) 精神神経用剤：塩酸クロルプロマジン・塩酸チオリダジン・ベルフェナジン・フルフェナジン・マレイン酸レボメプロマジン・塩酸チオリダジン・リスベリドン・デカン酸ハロベリドール・フマル酸クエチアピン
    - iv) 抗うつ剤：塩酸クロミプラミン・塩酸アミトリプチリン・マレイン酸フルボキサミン・アモキサピン・塩酸マプロチリン・塩酸メチルフェニデート・プロマゼパム
    - v) 興奮薬：塩酸メタンフェタミン
    - vi) 解熱・鎮痛剤：ナプロキセン
  - 2) 末梢神経系用薬
    - i) 筋弛緩剤：ダントロレンナトリウム・バクロフェン
    - ii) 鎮痙剤：臭化水素酸スコボラミン
  - 3) 循環器官用薬
    - i) 不整脈用剤：塩酸オクスプレノロール・ジソピラミド・マレイン酸チモロール・塩酸プロプラノロール・ピンドロール・アテノロール・コハク酸シベンゾリン
    - ii) 利尿剤：スピロラクトン・ヒドロクロロチアジド・クロルタリゾン・フロセミド・インダパミド
    - iii) 血圧降下剤
      - ア)  $\beta$ 遮断剤：塩酸プロプラノロール・ピンドロール・アテノロール・ナドロール・酒石酸メトプロロール・塩酸ベタキソロール
      - イ)  $\alpha$ 遮断剤：塩酸ブラゾシン・塩酸テラゾシン・メシル酸ドキサゾシン
      - ウ)  $\alpha\beta$ 遮断剤：塩酸ラベタロール・塩酸アロチノロール・カルベジロール
      - エ) 中枢神経作用剤：メチルドパ・塩酸クロニジン・酢酸グアナベンズ・塩酸グアンファシン
      - オ) カルシウム拮抗剤：ニフェジピン・ベシル酸アムロジピン・フェロジピン
      - カ) ACE阻害剤：カプトプリル・リシノプリル・マレイン酸エナラプリル・塩酸ベナゼプリル
      - キ) 末梢性交感神経抑制剤：レセルピン・硫酸グアネチジン・硫酸ベタニジン・塩酸レセルピン酸ジメチルアミノエチル・シロシゴピン・レシナミン
      - ク) 血管拡張剤：塩酸ヒドララジン・塩酸エカラジン
    - iv) 血管拡張剤：塩酸ジルチアゼム
    - v) 高脂血症用剤：クロフィブラート・シンフィブラート・フェノフィブラート・ベザフィブラート・アトルバスタチンカルシウム水和物
  - 4) 呼吸器官用薬：塩酸エフェドリン
  - 5) 消化器官用薬：シメチジン・臭化プロバンテリン・スルピリド・塩酸セトラキサート・塩酸ラニチジン・ニザチジン
  - 6) ホルモン剤：酢酸メドロキシプロゲステロン・エナンチオ酸テストステロン・スタノゾロール・リン酸エストラムスチン・メスタノロン・フェニルプロピオン酸ナンドロロン・エチルエストラジオール
  - 7) 代謝性用薬：グリベンクラミド・トリブタミド・ナテグリニド・ミコフェノール酸モフェチル製剤
  - 8) 抗生物質：メトロニダゾール
  - 9) 化学療法剤：エチオナミド・イソニアジド
  - 10) その他の薬剤
    - i) 前立腺治療剤：酢酸リュエプロレリン・酢酸ゴセレリン・酢酸クロルマジノン・アリルエストレノール・セルニチンボーレンエキス・アミノ酢酸配合剤
    - ii) 抗ウイルス剤：インターフェロンアルファ2a・ピダラビン・メシル酸サキナビル製剤・エファピレンツ・ガンシクロビル製剤・リトナビル・ネビラビン製剤・サキナビル製剤
    - iii) 抗酒剤：ジスルフィラム
    - iv) 制癌剤：テガフル
    - v) アルカロイド系麻薬：塩酸オキシコドン
- 

(三浦ら<sup>1)</sup>より改変・追加)

表2：射精障害の原因と考えられている薬物

- 1) 中枢神経系用薬  
塩酸クロロプロマジン・フルフェナジン・塩酸アミトリプチリン・塩酸イミプラミン・塩酸トラゾドン・塩酸ペロスピロン水和物・マレイン酸フルボキサミン・リスベリドン
- 2) 末梢神経系用薬  
フェントラミン・フェノキシベンザミン
- 3) 高血圧治療薬  
メチルドパ・硫酸グアネチジン
- 4) 勃起不全治療薬  
クエン酸シルденаフィル・塩酸バルденаフィル

表3：性腺機能不全を引き起こす原因と考えられている薬物

前立腺癌治療薬：LHRH アゴニスト（酢酸リュープロレリン・酢酸ゴセレリン）、抗アンドロゲン薬（フルタミド・ピカルタミド）、卵胞ホルモン製剤（リン酸ジエチルスチルベストロール）  
前立腺肥大症治療薬：黄体ホルモン製剤（アリルエストレノール・酢酸クロルマジノン）  
胃潰瘍治療剤：シメチジン・スルピリド

表4：男性性機能障害に有用な薬物

- 1) 勃起障害治療剤
  - i) 経口治療薬：フォスフォディエステラーゼ5阻害剤（クエン酸シルденаフィル、塩酸バルденаフィル）、漢方薬（八味地黄丸・柴胡加竜骨牡蛎湯・補中益気湯・牛車腎気丸）、マイナートランキライザー・塩酸トラゾドン、ビタミン剤（メコパラミン・酢酸トコフェロール）、PGE<sub>1</sub>製剤（リマプロストアルファデクス）
  - ii) 注射剤：PGE<sub>1</sub>製剤（アルプロスタジルアルファデクス）
- 2) 射精障害治療薬
  - i) 早漏治療薬：クロミブラミン、選択的セロトニン再取り込み阻害薬、 $\alpha$ -ブロッカー表面麻酔剤亀頭部塗布、SSクリーム亀頭部塗布
  - ii) 逆行性射精治療薬： $\alpha$ -adrenergic stimulator、塩酸イミプラミン、COMT阻害剤、ビタミン剤、抗コリン剤、抗ヒスタミン剤、levodopa
  - iii) 高位中枢障害治療薬：COMT阻害剤、levodopa、メシル酸ジメトチアジン
  - iv) その他：ヨヒンビン
- 3) 性腺機能不全（低テストステロン）治療剤
  - i) 経口治療剤：メチルテストステロン・フルオキシメステロン
  - ii) 注射剤：プロピオン酸テストステロン・エナント酸テストステロン

療剤として用いられるスルピリドも高プロラクチン血症により性欲低下をきたす可能性がある。

#### 男性性機能障害に有用な薬物

男性性機能障害の中でもED、射精障害および性腺機能不全に対してはさまざまな薬物療法が行われている（表4）。

#### 1. 勃起障害治療薬

EDに有効な薬物としては、まずフォスフォディエステラーゼ5（PDE5）阻害剤が挙げられる。現在、ED治療の第一選択薬として広く用いられており、本邦ではクエン酸シルденаフィルと塩酸バルденаフィルが上梓されている。作用機序は陰茎海綿体におけるcGMPを加水分解する酵素であるPDE5を選択的に阻害することにより、cGMPの分解を

抑制し、陰茎海綿体内の平滑筋の弛緩状態を維持して勃起を持続させるものである。あくまで陰茎海綿体レベルでの効果発現であり、性欲増強など中枢性に効果が発現するものではない。EDに対するPDE5阻害剤の有効率は68～79%である<sup>3-5)</sup>。その他の内服の治療薬としては、経験的に漢方薬が用いられており<sup>6)</sup>、ビタミン剤、プロスタグランディンE<sub>1</sub>(PGE<sub>1</sub>)内服薬等が補助的に用いられている。心因性EDに対して塩酸トラゾドン、マイナートランキライザーが用いられることもある<sup>7)</sup>。

PDE5阻害剤が無効のEDには、PGE<sub>1</sub>の陰茎海綿体注射が用いられる。PGE<sub>1</sub>は陰茎海綿体平滑筋弛緩作用を有し、血管系に異常がなければ有効な勃起が得られる。PGE<sub>1</sub>陰茎海綿体注射の有効率は68～88%である<sup>8-10)</sup>。シルデナフィル無効例にPGE<sub>1</sub>陰茎海綿体を注射した報告では、85.1～91%の成功率が報告されている<sup>11) 12)</sup>。

性腺機能不全症や男性更年期障害などの低アンドロゲンによるED治療は性腺機能不全治療剤の項を参照されたい。

## 2. 射精障害治療薬

射精障害に対する治療はそれぞれの原因に応じて考えなければならない。ここでは、一般的に薬物治療が有効とされる射精障害について解説する<sup>13)</sup>。最も多い射精障害は早漏である。陰茎亀頭部の過敏性と易興奮性が射精をコントロールできない原因であるという考えにより、早漏を器質的原因によるものと捉えて治療する試みがなされている。中枢神経系薬剤として、三環系抗うつ剤であるクロミプラミン<sup>14)</sup>や、選択的セロトニン再取り込み阻害薬<sup>15)</sup>が用いられている。また、 $\alpha$ -ブロッ

カーが有効であったとの報告もある。陰茎亀頭部の過敏性を抑制する目的で表面麻酔剤を塗布し、有効性が認められたとの報告がある。また、9種の異なる薬草の抽出物から製造されたSSクリームが陰茎亀頭部の過敏性を抑制し早漏に有効であったとの報告もある<sup>16)</sup>。

逆行性射精に対する治療薬は古くから、内尿道口閉鎖作用を期待して $\alpha$ -adrenergic stimulatorや三環系抗うつ剤である塩酸イミプラミンが用いられている。塩酸イミプラミンの薬理作用はノルアドレナリンの神経終末への取り込み阻害による受容体刺激増強と抗コリン作用により逆行性射精を改善するといわれている。また、COMT阻害剤も用いられている。その他、ビタミン剤、抗コリン剤、抗ヒスタミン剤、levodopaが用いられている<sup>17)</sup>。

射精の高位中枢に異常がある射精障害には、従来COMT阻害剤、ドパミン前駆物質のlevodopa、抗セロトニン薬のメシル酸ジメトチアジンなどが用いられている。また、主に心因性の射精障害に対して、交感神経 $\alpha$ 2受容体拮抗作用およびセロトニン拮抗作用を有するヨヒンピンが有効であったとの報告もある<sup>18)</sup>。

## 3. 性腺機能不全(低テストステロン)治療剤

性腺機能不全症やテストステロンが低下することによる男性更年期障害の諸症状の改善にはアンドロゲン補充療法が行われる。経口治療薬としてはメチルテストステロンやフルオキシメステロンが用いられるが、肝機能障害をきたすことがあり推奨されていない。基本的には筋肉内注射が用いられる。プロピオン酸テストステロンやエナント酸テストステ

ロンが用いられる。エナント酸テストステロンは効果持続時間が長く、投与量にもよるが2～4週ごとの投与で症状の改善が可能である。

#### まとめ

男性性機能障害と薬物のかかわりについて解説した。薬物の中には性機能障害を来す機序が判明していないものも多いが、本稿に示した薬物はED、射精障害、性腺機能不全をきたす可能性があるものとして、性機能障害にかかわる医療従事者にとって十分把握しておく必要がある。また、男性性機能障害に有用な薬物について最近の知見を含めて解説したが、投薬にあたっては、薬物の作用機序を十分にふまえたうえでの確かな治療薬を選択し、患者のQOLの向上に役立てなければならない。

#### 文 献

- 1) 三浦一陽：EDと薬剤。臨牀と研究 76, 870-874, 1999.
- 2) 古川勝雄, 内山利満：性機能に影響を及ぼす薬物とその薬理作用。臨床成人病 29, 769-774, 1999.
- 3) Katz SD, Parker JD, Glasser DB, et al: Efficacy and safety of sildenafil citrate in men with erectile dysfunction and chronic heart failure. *Am J Cardiol* 95, 36-42, 2005.
- 4) Raina R, Lakin MM, Agarwal A, et al: Long-term effect of sildenafil citrate on erectile dysfunction after radical prostatectomy: 3-year follow-up. *Urology* 62, 110-115, 2003.
- 5) Montorsi F, Hellstrom WJ, Valiquette L, et al; North American and European Vardenafil Groups: Vardenafil provides reliable efficacy over time in men with erectile dysfunction. *Urology* 64, 1187-95, 2004.
- 6) 天野俊康：漢方薬。日本臨牀 60, 251-254, 2002.
- 7) 滝本至得, 平方 仁：心因性勃起障害薬物療法。日本臨牀 60, 447-451, 2002.
- 8) Raina R, Lakin MM, Thukral M, et al: Long-term efficacy and compliance of intracorporeal (IC) injection for erectile dysfunction following radical prostatectomy. SHIM (IIEF-5) analysis. *Int J Impot Res* 15, 318-322, 2003.
- 9) Richter S, Vardi Y, Ringel A, et al: Intracavernous injections: still the gold standard for treatment of erectile dysfunction in elderly men. *Int J Impot Res* 13, 172-175, 2001.
- 10) The European Alprostadil Study Group: The long-term safety of alprostadil (prostaglandin-E1) in patients with erectile dysfunction. *Br J Urol* 82, 538-543, 1998.
- 11) Shabsigh R, Padma-Nathan H, Gittleman M, et al: Intracavernous alprostadil alfadex (EDEX/VIRIDAL) is effective and safe in patients with erectile dysfunction after failing sildenafil (Viagra). *Urology* 55, 477-80, 2000.
- 12) Nagai A, Kusumi N, Tsuboi H, et al: Intracavernous injection of prostaglandin E1 is effective in ED patients not responding to phosphodiesterase 5 inhibitors. *Acta Med Okayama* 59, 2005. (in press)

- 13) 永井 敦：射精障害の診断と治療の進歩.  
臨床成人病 29, 747-751, 1999.
- 14) Haensel SM, Rowland DL, Kallan KTH, et al: Clomipramine and sexual function in men with premature ejaculation and controls. J Urol, 156: 1310-1315, 1996.
- 15) McMahon CG: Treatment of premature ejaculation with sertraline hydrochloride: a single-blind placebo controlled crossover study. J Urol, 159: 1935-1938, 1998.
- 16) Choi HK: Disorders of ejaculation. 日不妊会誌 42: 249, 1997.
- 17) 三浦一陽：射精の欠如 逆行性射精. 日本臨牀 60: 530-533, 2002.
- 18) 天野俊康, 小堀善友, 松井太, 他：射精障害に対するヨヒンビン製剤の治療効果. 日性会誌 17, 225-228, 2002.

## ホルモン補充療法の現状と展望

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 生殖機能協関学  
若菜 公雄, 尾林 聡, 麻生 武志

### 1. はじめに

女性は50歳前後で閉経を迎える。WHOの閉経に関する定義<sup>1)</sup>によると、「閉経とは卵巣における卵胞の消失による永久的な月経の停止」と定められており、通常45歳以上の女性で1年間以上月経を見なければ閉経と診断する。この閉経を挟んだ約10年間の性成熟期から老年期への移行の時期が更年期にあたる。更年期は生物学的に生殖機能が終焉を迎える時期であるが、日本人女性の平均寿命が85歳を越えた現在、更年期はそれまでの人生を基盤として閉経後の人生への新たなスタートとも位置付けられる。

閉経後のヘルスケアおよびQOLの維持のために、更年期症状のみに対するだけではなく、エストロゲンの欠乏に起因する障害の予防と治療を目的としたホルモン補充療法 (Hormone replacement therapy: HRT) が導入され評価されてきた。しかし、2002年7月の米国NIHによるHRTの有用性に関する大規模臨床試験が予定より早く中止されたことは、世界中の更年期医療に大きな影響を与えることとなった<sup>2)</sup>。本稿ではこれまでのHRTに対する評価の変遷及び、当科更年期外来におけるセクシュアルヘルスへの取り組みを紹介し、HRTの今後の展望について述べる。

### 2. HRTの抗動脈硬化作用における評価の変遷

HRTに対する臨床的評価の変遷を知るには、動脈硬化の予防と治療効果に対する評価と、これに基づく適応の変遷を追うと理解しやすい。Framingham study (1976)において、40歳代前半までは女性における心疾患発生率は1,000人当たり1.3人と男性(5.7)に比べて低く、一方閉経後の60歳代では男性とほぼ同程度まで増加することが報告され、さらに各年代とも閉経を迎えた女性のほうが未閉経の女性よりも心疾患発生率が有意に高いことが示された<sup>3)</sup>。すなわち女性ホルモンが動脈硬化に対しては抑制的に働くことが初めて明らかとなり、HRTで用いるエストロゲンの動脈硬化抑制効果が期待された。

またNurses Health Study (NHS) は、米国の1976年当時正看護師であった12万人を対象に健康状態と生活習慣、薬物の使用状況などの質問調査を開始し、その後2年毎にこれを繰り返す観察研究であるが、1994年までに85,000例を追跡した結果において虚血性心疾患がHRT群において9%低下すると報告され<sup>4)</sup>、HRTが普及する根拠となった。

一方、HERS (Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study: 1998. 2002)<sup>5,6)</sup> では、閉経後女性における心疾患の2次予防(心疾患の病歴のある人における予防効果)に対するHRTの効果を確認する目的で企図され、虚血

性心疾患を有する女性が対象に選ばれた。このプロスペクティブ試験を平均 4.1 年継続したところ、HRT により冠動脈疾患の防止ができず、不安定狭心症や脳卒中、さらには全死亡に関してもプラセボ群との間で差が認められず、また静脈血栓症の発症が 2.9 倍まで増加したため、2 次予防に対する効果は否定的であると結論された。これを受けて AHA (American Heart Association) は 2 次予防における HRT の効果は期待されないとのコメントを出したが、この時点で 1 次予防における HRT の効果はまだ期待されていた。

1993 年から米国国立衛生研究所 (NIH) は、閉経後女性の疾患予防対策を総合的に評価する目的で大規模臨床試験 (WHI: Women's Health Initiative) を開始した。全米の 40 のセンターに登録された 50 ~ 79 歳の閉経後女性 16 万人に対して、当初 15 年間の試験期間を予定して開始された。しかし試験期間が約 5 年に当たる 2002 年 7 月に、その一部である

HRT 群 (結合型エストロゲン+酢酸メドロキシプロゲステロン配合剤連続服用群) が、それ以上試験を継続することで試験対象者にベネフィットを上回るリスクをもたらす可能性があるとの判断によって中止された。具体的な根拠として、表 1 のようにこの群での冠動脈疾患、脳卒中、静脈血栓症、浸潤乳癌の絶対リスクの増加があげられている<sup>2)</sup>。

さらに 2004 年 3 月には、エストロゲン単独群も心疾患の予防効果がなく、やはりリスクがベネフィットを上回ると判断され中止されるに至った<sup>7)</sup> (表 1)。このニュースは、産婦人科を受診するほとんどの女性に HRT が行われていた米国では大きな衝撃を持って迎えられ、HRT を受けていた女性の 65% が HRT を中止する事態となった。また、わが国でもマスコミに取り上げられ、同様に大きな反響を呼んだ。更年期医療に対する HRT の効果についての確かな裏付けを得る目的で開始された本試験であったが、乳癌だけでなく、冠

表 1 Women's Health Initiative: WHI において提示された主な試験結果 (文献 2, 7 より)

発生した事象	HRT 群			CEE 群		
	相対リスク	絶対リスクの増加*	絶対ベネフィットの増加*	相対リスク	絶対リスクの増加*	絶対ベネフィットの増加*
冠動脈疾患	1.29	7		0.91		5
脳卒中	1.41	8		1.39	12	
静脈血栓症	2.11	18		1.33	7	
浸潤乳がん	1.26	8		0.77		7
結腸・直腸がん	0.63		6	1.08	1	
骨折 (大腿骨頸部)	0.66		5	0.61		6

HRT 群 (結合型エストロゲン+酢酸メドロキシプロゲステロン配合剤連続服用群, 総対象数: 16,608, 対照群: 8,102, HRT 群: 8,506)

CEE 群 (結合型エストロゲン連続服用群, 子宮を有さない女性, 総対象人数 = 10,739, 対照群 = 5,429, CEE 群 = 5,310)

\* : 10,000 人に HRT を 1 年間行った場合のリスク及びベネフィットの増加

動脈疾患、脳卒中、静脈血栓症などまでも増加するという結論が下され、この時点でAHAはHRTには心疾患の一時予防効果もないとのコメントを発表している。しかし一方、hot flushesなどの更年期症状に対してHRTは、他の治療法では得られない効果があることは事実であり、HRTを行う場合には、適応を明らかにして、患者毎にリスクとベネフィットを評価する必要があることが再確認された。

NHSとWHIとの結果になぜ相違が生じたかに関してはいくつかの考え方があ。まず第一に、健康に留意し、自己管理能力を有す女性を対象に行われたNHSに対し、WHIでは血栓症などの危険因子である高血圧（試験対象女性の35%）や肥満（試験対象女性の平均BMIは28.5）を有し、健康管理の悪い低所得層にまで対象を広げたことが異なる結果となった背景にあると指摘されている。またHRT開始の時期に関しても、WHIでは動脈硬化の完成した時期にある女性にHRTが開始されたのに対し、NHSでは動脈壁変化の少ない比較的若い時期からHRTが開始されており、この差は女性ホルモン剤の血管壁への作用の限界を示していると考えられる。

### 3. HRTと性交痛

更年期及び老年期女性におけるQOLを考える場合、セクシュアリティが重要な要因の一つであると認識されている。女性のセクシュアリティに関連する性機能障害は、性欲、性的興奮、オルガズムの性反応各相の障害と性交疼痛障害に分類される。女性では疼痛に関連したものが多くを占め、そのうち最も頻度が高く、女性ホルモンや加齢と関係の深い

ものは性交疼痛症である<sup>8)</sup>。

閉経に伴う性交障害に関連する変化としては、エストロゲン低下により、その標的臓器である子宮、膣、外陰などの萎縮性変化があげられる。膣上皮の菲薄化と自浄作用低下のために起こる非特異性細菌感染が合併する萎縮（老人）性陰炎が最も多くみられ、性交痛をもたらし、さらに性欲を減退させるという悪循環を引き起こす。また子宮容積は30歳代で最大となった後加齢とともに縮小し、50歳以降では半分以下に減少し、同様に子宮内膜も萎縮する。

このように中高年女性の性機能は更年期を境として大きな変化を示し、その本態はエストロゲン分泌の低下であり、QOLへの影響が大きい。当科更年期外来を受診した809名の女性の中で、インフォームドコンセントを得たのちに生活指導とカウンセリングを行った391名に対して、性交痛の有無に関する調査を行った<sup>9)</sup>。性交の有無に関しては無回答を除き5歳毎の群で比較してみると、性交なしと回答した割合は閉経期である50歳代から増え、45歳の27.0%から50歳では40.3%。さらに60歳では52.7%であった（表2）。

表2 性交しないと回答したパーセント  
（文献9より）

Age	-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-
n	36	148	273	146	74	37
%	36.1	27.0	40.3	47.3	52.7	70.3

一方、性交渉があると回答した女性に対して、性交痛の有無を「なし」、「少しあり」、「あり」の3段階に分けて比較した。45歳の群では疼痛なしとの回答が閉経前には66.1%であったが閉経後には52.4%と低下し、また50歳の群でも閉経前に疼痛がない割合が56.7%

であったが、これが閉経後には36.2%と減少した。このように同年代の女性でも閉経というイベントにより性交痛を自覚する割合が増加しており、女性ホルモン分泌と深く関わっていることが示唆された。

次に性交痛に対する生活指導・カウンセリング、およびHRTを半年間行った後の変化をフォローアップできた58人について検討した。半年後の性交時の症状の変化を「改善」、「不変」、「増悪」の3群に分類し、HRTの有無により比較したところ、生活指導・カウンセリングのみでは性交痛の改善が19.0%にみられ、一方増悪は14.3%に認められた。HRTおよび生活指導・カウンセリングの併用群では、性交痛の改善は56.8%に認められたものの、不変27.0%、増悪16.2%とHRTの効果認めないケースが4割強みられた(表3)。

表3 HRTと性交痛の変化(文献9より)

	カウンセリングのみ		カウンセリング + HRT	
	n	%	n	%
改善	4	19.0%	21	56.8%
不変	14	66.7%	10	27.0%
増悪	3	14.3%	6	16.2%

このようにHRTの性交痛改善効果は明らかではあるが、一方2割弱には生活指導・カウンセリングのみでも改善がみられ、また4割の性交痛に対してHRTは無効であった。性交痛の発現にはホルモン変化のみならず、社会、心理的要因も密接にかかわっていると考えられ、このように性交痛の改善目的で直ちにホルモン剤を処方するのではなく、患者背景も充分考慮したうえで対応する必要がある。

#### 4. HRTの今後

更年期症状などは閉経後時間経過とともに軽減をみることが多いが、性交痛の発症は年齢とともに増加し、QOLを損なう可能性がある。その軽減に対しHRTが有効であることは明らかであり、今後どのようにHRTを行うかは、これから迎える高齢化社会に対応するために重要である。

WHI報告後、日本更年期医学会<sup>10,11)</sup>をはじめ、世界中の学会や政府機関からその解釈をめぐって様々な声明が出された。これらに基づいて安全なHRTを行うために、以下のようないことが重要と考えられる。

- ・症例ごとに予防目的・治療目的かを認識する。
- ・治療対象は①更年期障害のうち血管運動症状 ②萎縮性膣炎 ③骨粗鬆症とし、使用ホルモン量は最少、治療期間は最短にする。
- ・閉経移行期のできるだけ早期に治療開始する。
- ・長期HRT使用例では中止にする必要はないが、乳癌・子宮体癌のリスクが増えることを伝え、癌検診は毎年行う。
- ・子宮摘出後にはエストロゲン単独投与を行う。
- ・骨粗鬆症に有効であるが、他の治療法があることを考慮する。
- ・心血管障害の予防・治療の目的では行わない。

今後さらに、高齢者の健康管理の方法として、HRTによる各症例に適した選択薬剤の変更や投与量の調節などリスクの少ない方法が再検討される必要がある。また、更年期女性のヘルスケアの基本は、生活習慣の改善であ

ることもまず念頭におく必要がある。

## 5. おわりに

WHI 報告は、特定の条件下における研究結果として捉えるべきであり、過去に発表された数多くの HRT 観察研究の結果を無視できるものではない。HRT を用いる際には、目的をはっきりとさせ、個々の症例に適したリスクの少ない方法を検討するべきであり、一方で副作用の予防に関しては十分に注意を払う必要がある。

更年期、老年期のヘルスケアを考える際に、生活習慣の改善とともに、適切な HRT をも含めた総合的な対応が求められる。

## 参考文献

- 1) Report of a WHO Scientific Group. Research on the menopause. WHO Technical report series 670. Geneva: World Health Organization, 1981.
- 2) Writing Group for the Women's Health Initiative Investigator: Risks and benefits of estrogens plus progestin in healthy postmenopausal women. JAMA 288: 321-333, 2002.
- 3) Kannel WB, Hjortland MC, McNamara PM, et al.: Menopause and risk of cardiovascular disease: the Framingham study. Ann Intern Med. 85: 447-452, 1976.
- 4) Grodstein F, Stampfer MJ, Colditz GA, et al.: Postmenopausal hormone therapy and mortality. N Engl J Med 336: 1769-1775, 1997.
- 5) Hulley S, Grady D, Bush T, et al.: Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA 280: 605-613, 1998.
- 6) Grady D, Herrington D, Bittner V, et al.: Cardiovascular disease outcomes during 6.8 years of hormone therapy: Heart and Estrogen/progestin Replacement Study follow-up (HERS II). JAMA 288: 49-57, 2002.
- 7) The Women's Health Initiative Steering Committee: Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy. JAMA 291: 1701-1712, 2004.
- 8) 大川玲子：中高年女性の性機能障害とホルモン補充療法：産婦人科治療 90: 895-898, 2005.
- 9) 古賀祐子, 尾林聡, 麻生武志 他：日本更年期医学会雑誌 (In press)
- 10) 日本更年期医学会：「Women's Health Initiative (WHI) 中間報告」に対する見解と、現時点での本邦における HRT のあり方：日本更年期医学会雑誌 12: 110-112, 2004.
- 11) 日本更年期医学会：「WHI におけるエストロゲン単独投与群試験の早期終了の報告」に対する見解と現時点での本邦における HRT のあり方：日本更年期医学会雑誌 12: 120-123, 2004.

原 著

## 過去 5 年間の STD 患者動向と コンドーム使用に関するアンケート調査結果

5-Year clinical investigation of Sexually Transmitted Disease (STD),  
and a survey on the use of condoms in STD patients and women who had early-induced abortions

村口きよ女性クリニック

村口 喜代

MURAGUCHI Kiyoko

Kiyoko Muraguchi Women's Clinic

### 抄 録

過去 5 年間に当院を受診した STD 患者 1213 名について集計した。1) 10～20 代の患者が 9 割を占めた。2) クラミジアが 78.7% を占め、ヘルペス 5.6%、コンジローマ 6.0%、淋菌 9.6% であり、平成 15 年以降はクラミジア以外の STD が相対的に増加した。3) 重複感染率は 5.1% であり、とくに 10 代では高く 8.3% であった。

STD 患者 333 名および妊娠中絶患者 304 名、計 737 名に対してコンドーム使用に関するアンケート調査を行なった。1) コンドーム使用率は「ほぼ 100%」は 10 数%に過ぎなかった。2) コンドームは「避妊のため」との回答が 90 数%であったが、「STD 予防になる」は 50 数%に止まった。3) コンドーム使用決定者は「二人で話しあって」が多く、「自分自身」と「パートナー」が同率で 13～14% であった。4) コンドーム使用決定者によってその使用率には有意差はなく、またコンドームが「STD 予防になる」と回答した者としなかった者でも、その使用率には有意差はなかった。

### Summary:

We made a clinical investigation of 1213 women from 2000 to 2004.

1) About 90% of all patients were under 30 years old.

2) The percentages were follows: genital chlamydia infection 78.7%, genital herpes 5.6%, condyloma acuminatum 6.0%, gonococcal infection 9.6%. With the exception of genital chlamydia infection, STDs were increased after 2003.

3) The rate of duplicate infection was 5.1%, and this was highest in teenagers (8.3%).

A survey on the use of condoms carried out in 333 patients with STDs and 304 women who had early-induced abortions was done.

1) Only 12~17% of patients answered that they used condoms almost always.

2) About 90% of patients answered that “condoms are effective for contraception” and about 50% said that “condoms are effective for prevention against STDs”.

3) 40~45% of patients answered that they decided to use condoms after talking together with their sexual partners, 13~14% of patients answered that they decided by themselves, and 13~14% patients answered that their partner decided these.

4) The rate of condom use wasn't significantly different between these 3 groups, and the patients who answered or didn't answer that “condoms are effective for the prevention against STDs”.

## Keywords

Sexually Transmitted Disease (STD), Sexual behavior, Condoms, Young women

## はじめに

日本における性感染症 (Sexually Transmitted Disease 以下 STD と略す) は 1996 年以降急増加の一途を辿ってきたが、厚生労働省・感染症サーベイランス委員会の報告<sup>1)</sup>では 2003 年よりようやく落ち着きを見せた。とはいえ、10～20 代では淋菌を除いて、女性の感染が男性を大きく上回っている。また平成 16 年度 12 月の日本性感染症学会で、性体験のある高校生の 11.4% がクラミジアに無症状で感染している実態が報告される (旭川医大) など、リプロダクティブ・ヘルス、性の健康問題はいまだ深刻な状況が続いている。STD 減少のための方策としてコンドームの使用が喚起されてきた<sup>2)</sup>が、その効果はいまだ見えてこない。なぜコンドームの使用が進まないのか、男女関係に深く踏み込んで検討されなければならない。

今回、当院における STD 患者の動向とコンドーム使用に関するアンケート調査を実施したがその集計結果について報告する。

## 方法および結果

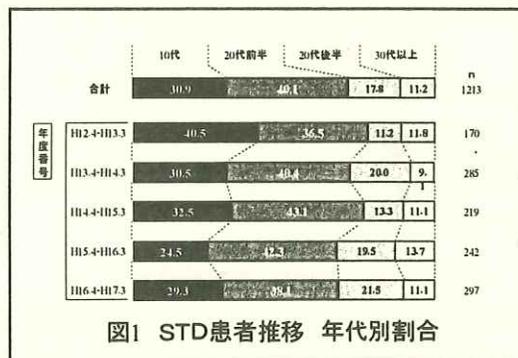
### 1. 当院における STD 患者動向

## —調査方法—

平成 12 年 4 月から平成 17 年 3 月までの 5 年間に当院で診断された STD 患者 (クラミジア・トラコマティス, ヘルペス, コンジローマ, 淋菌) 1213 名について、患者病歴より必要な情報を集計した。

## —結果—

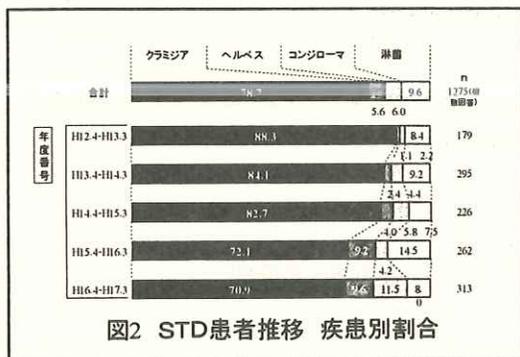
### 1) 経年的, 年齢階級別 STD 患者の推移 (図 1)



STD は 10 代が 30.9%, 20 代前半が 40.1% であり、合わせて若者と言われる層が 7 割を占め、20 代後半と合わせて、10～20 代が 9 割を占めた。経年的には平成 12 年度の 10 代の患者が多かったが、それ以降は各年齢階級

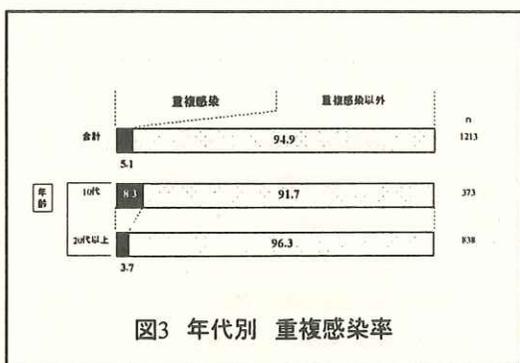
別の結果に多少の増減はあるが、10～20代の患者総数がほぼ9割を占めた。

## 2) 経年的, 疾患別割合 (図2)



疾患別には、クラミジア・トラコマティス (以下クラミジアと略す) が最も多く、78.7%を占め、次いでヘルペス5.6%、コンジローマ6.0%、淋菌9.6%であった。経年的にみると、平成15年度には淋菌が急増加し、平成15年以降クラミジア以外のSTDが相対的に増加してきたのが注目された。

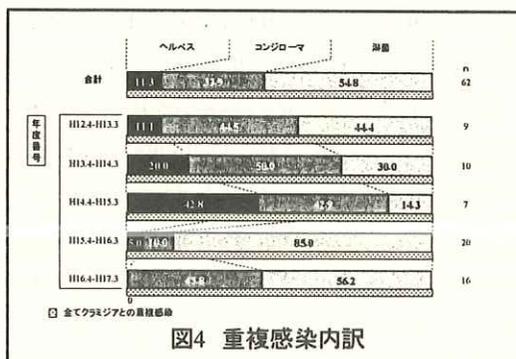
## 3) 年齢階級別重複感染率 (図3)



重複感染率は平成5.8%であったが、年代別では10代が9.0%と際立っており、20代前半および後半と比較し有意 ( $P = 0.0142$ ,  $P = 0.0075$ ) に高かった。

## 4) 経年的, 重複感染内訳 (図4)

重複感染はすべてクラミジアと他のSTD



との重複感染であり、うち淋菌との重複感染が54.8%と約半数を占めた。淋菌との重複感染が増加し、とくに平成15年度が顕著であった。また平成17年のコンジローマとの重複感染が急増加したのが注目された。

## 2. コンドーム使用に関するアンケート調査 —調査方法—

平成16年1月から平成17年3月までに当院で扱ったSTD患者および初期妊娠中絶 (以下中絶と略す) 手術を受けた患者に対して「コンドーム使用に関するアンケート調査」を実施した。STD患者は診断された時点でアンケート調査を依頼し、その場で回答してもらい、また中絶患者は手術当日、術後診察時に調査用紙を渡し、術後1週間後の来院時に回収した。アンケートに回答した者のうち、STD患者では診断時にパートナーがいた者333名、中絶手術を受けた患者ではコンドームで避妊していると答えた者304名、計737名について集計した。

### —結果—

#### 1) コンドーム使用率 (図5)

コンドーム使用率は、「ほぼ100%」はSTD患者では12.9%、中絶患者では17.2%に過ぎ

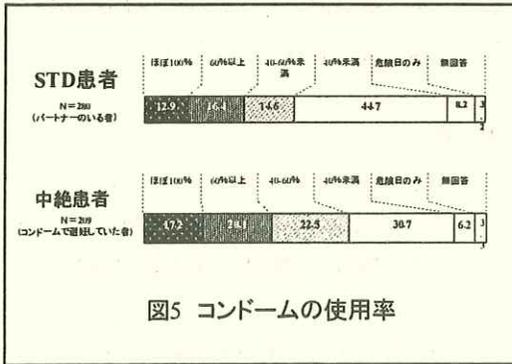


図5 コンドームの使用率

ず、「60%以上」と合わせてもSTD患者ではほぼ3割、中絶患者ではほぼ4割であった。「40%未満」が最も多くSTD患者では44.7%、中絶患者では30.7%であった。総じてコンドーム使用の不徹底な実態、コンドームを使用意識の低さが浮き彫りになった。

2) コンドームについての考え (図6)

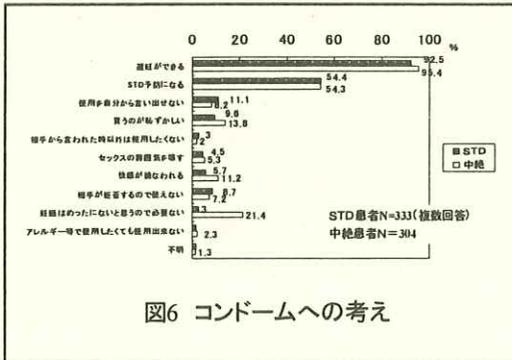


図6 コンドームへの考え

コンドームについての考えについては、STD患者、中絶患者ほとんど差はなく、「避妊できる」は90数%が、「STD予防になる」は50数%が回答した。中絶患者は、「妊娠はめつたにないと思うので必要ない」と回答した者がほぼ2割であり、STD患者と比較し目立って多かった。

3) コンドーム使用決定者 (図7)

コンドーム使用決定者は、自分自身、パートナー、二人で話し合っていると答えた者が、そ

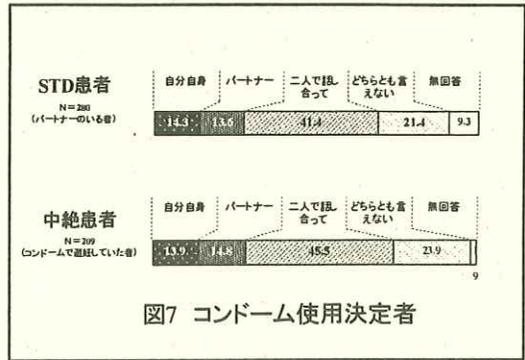


図7 コンドーム使用決定者

れぞれSTD患者と中絶患者はほぼ同率であった。「二人で話し合って」が最も多く、40~40数%を占めた。「自分自身」は10数%、「パートナー」と答えた者も10数%であった。

4) コンドーム使用決定者とコンドーム使用 (図8, 9)

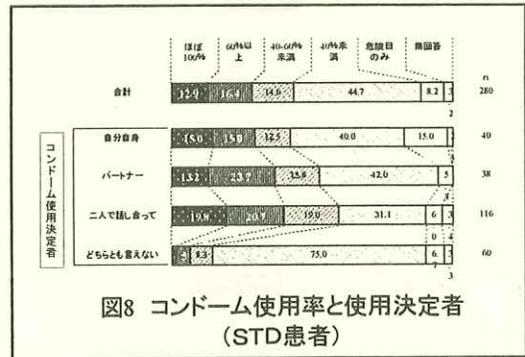


図8 コンドーム使用率と使用決定者 (STD患者)

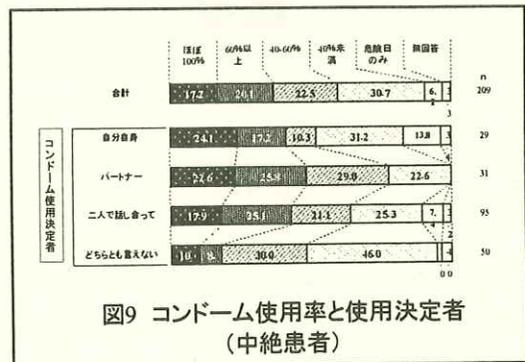
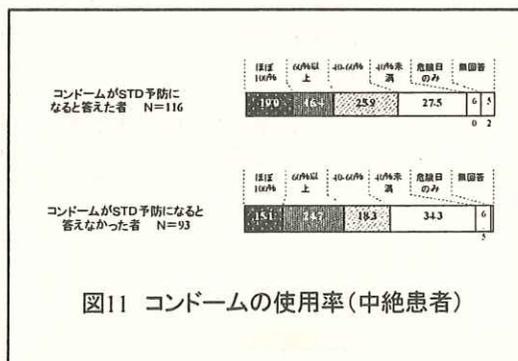
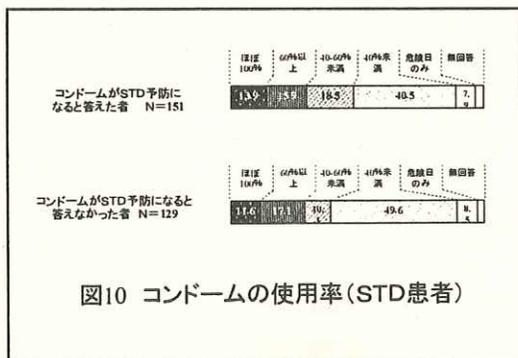


図9 コンドーム使用率と使用決定者 (中絶患者)

コンドーム使用決定者によって、使用率に違いがあるかを検討した。STD患者および

中絶患者いずれにおいても、「どちらともいえない」を除いて、「自分自身」「パートナー」「二人で話し合っ」それぞれの使用率にあまり差はなく、いずれの間にも有意差はなかった。つまり、使用率において、「自分自身」と答えた者が高く、「パートナー」と答えた者が低いといった傾向はまったくなかった。

5)「コンドームがSTD予防になる」と答えた者と答えなかった者におけるコンドーム使用率(図10, 11)



コンドームがSTD予防になると答えた者と、答えなかった者で、コンドーム使用率に違いがあるかを検討した。STD患者について、「STD予防になる」と答えた者と答えなかった者との間で、その使用率にほとんど差はなく、「40～60%」と答えた者のみが後者でわずかに有意であった(P=0.0458)。中絶

患者でも、両者間でそのそれぞれの使用率においてまったく有意差はなかった。

## 考察

### 1. 当院におけるSTD患者動向

当院は平成11年6月開院した個人開業施設である。開院以来順調に患者数が伸びてきたが、平成13年以降はほぼ横這い状況にある。受診者の8～9割が未婚者で占められるため、STDの患者が多い。平成12年からのSTD患者は年間200～300件であるが、平成13年度に増加して以降、やや減少してきたかに思えたが、平成17年度は再び増加した。厚生労働省のSTDサーベイランス集計では平成15年度に減少に転じ、平成16年度はさらに減少した。定点の選び方、発生患者数集計のありかた等検討されるべき問題があるかと思われるが<sup>3)</sup>、はたして日本のSTDが本当に減少してきたのかはいまだ確信がもてない。STD患者は特定の医療施設に偏っていると思われるし、実際当院は定点には入っておらず、当院のデータは全国集計には反映されていない。いづれにしても、相変わらず医療現場はSTD患者の対応に追われている。

全STDのうちクラミジアが7割以上を占め、女性にとってクラミジア感染は将来の妊孕能力に影響するだけに性の健康問題は深刻である。平成15年度の淋菌の増加が目立ち、また平成15年以降はヘルペス、コンジローマ、淋菌が相対的に増加し、クラミジア以外のSTDの増加が注目された。

重複感染率は10代が他の年齢階級に比較し有意に高く9.0%であり、10代感染者はパートナーが年上の者が5割であり、初交年齢が低く、交際期間が短く、パートナー数が

多いなど感染リスクの高い性行動の実態があることは既に報告してきた<sup>4)</sup>が、そうした背景を裏付ける結果であった。また重複感染はすべてクラミジアと他のSTDとの重複感染であったことも特徴的であり、淋菌との重複感染が伸び、平成16年度はコンジローマとの重複感染が目された。

## 2. コンドーム使用に関するアンケート調査

筆者はSTD患者、中絶患者のコンドーム使用率についてすでに報告した<sup>5) 6)</sup>。過去の報告では、「いつも使う」「時々使う」「たまに使う」と大まかに質問したが、その結果では「いつも使う」が約2割であったが、今回はより正確な回答を準備したことにより、「ほぼ100%使用」はSTD患者では12.9%、中絶患者では17.2%に止まった。「60%以上の使用」の者は3~4割に過ぎず、コンドーム使用の極めて不徹底な実態が明らかになった。近年日本のコンドーム出荷数が減少傾向の一途を辿ってきた<sup>7)</sup>が、大学生女子に対する調査<sup>8)</sup>でも、「使わなくて済むものならコンドームなど使いたくない」とする者が半数以上を占めるなど、コンドーム使用を望まない風潮は男女を問わず日本社会全体に広く浸透している。

コンドームは「避妊ができる」とほぼ全員が回答したが、一方「STD予防になる」は50%に止まった。「STD予防になる」と回答した者と回答しなかった者との間で、コンドーム使用率にはほとんど有意差はなく、コンドームに対する考えが一人ひとりの性行動に反映されていなかった。STDが流行しており、その予防としてコンドームが有効であるとは知っているも、個々のSTDに対する正

確な知識に乏しく、危機意識を持たず、予防行動につなげることができない。「知識が最大の免疫である」を肝に銘じて、STDの情報、啓発・性教育を提供していかなければならない。

コンドーム使用決定者は「自分自身」あるいは「パートナー」と回答した者はSTD患者、中絶患者いずれも13~14%とほぼ同率であった。ほぼ半数が「二人で話し合って」と回答しており、コンドーム使用における男女の関わり方には違いはなかった。また、使用決定者によってコンドーム使用率に違いがあるか検討したが、「どちらともいえない」と回答した者を除けば、「自分自身」「パートナー」「二人で話しあって」それぞれの間でまったく有意差はなかった。使用決定者が誰でも、「ほぼ100%使用」する者は少数であり、男女ともコンドーム使用を歓迎していないことには変わりなかった。コンドームは男性主導の避妊法ではあるが、その使用に際して女性側が男性と同等に関与していたとの回答は今日の男女の付き合い方・関係を反映しているであろうし、性行動の場面では一見して男女平等が浸透してきたかに見えるのである<sup>9)</sup>。しかし、女性はその性役割のために性的ハンディが大きいことを考えれば、避妊のためにも、STD予防のためにも、女性が男性よりもコンドーム使用を強く望むということではなければ、リプロダクティブ・ヘルスは実現しない。

女性が決定権を持ちながらも、コンドーム使用を選択しないのはなぜか、避妊・STDに対するリスク認識がないために、予防行動を取れないということだけではない。「彼がコンドームなしのセックスを望んでいると感じ、

好きな彼のためとっていないか」など微妙な感情が交錯しているかも知れない。池上は女子では「相手へのコンドーム使用依頼」は「印象を悪くする」という心理的負担感になっていたと述べている<sup>10)</sup>。また徐らは性の保健行動を阻害する要因を男女別に調査し、女子では「相手（男子）が嫌がったり、関係をこわしたくないので相手の意向に従う」という態度が強い女子ではコンドーム低使用群であったと述べており、女子におけるジェンダーの影響を指摘している<sup>10)</sup>。女性にとってのコンドーム使用は、ジェンダーという難解なハードルを乗り越えなければならないということは容易に推測できるが、その詳細については今後の検討が待たれる。

#### まとめ

過去5年間における当院におけるSTD患者の動向と、コンドーム使用に関するアンケート調査を行い、コンドーム使用状況および男女の関わり等について考察した。

##### —STD患者動向—

- 1) 10代から20代の患者が9割を占めた。
- 2) クラミジアが75.3%を占め、ヘルペス5.6%、コンジローマ6.0%、淋菌9.6%であり、平成15年度に淋菌が急増し、以降クラミジア以外のSTDが相対的に増加した。
- 3) 重複感染率は5.1%であり、うち10代が8.3%と有意に高かった。
- 4) 重複感染はすべてクラミジアと他のSTDの組み合わせであり、淋菌との重複感染が半数を占め、とくに平成15年度は際立っており、平成16年度はコンジローマとの重複感染が急増加した。

##### —コンドーム使用に関するアンケート調査結果—

- 1) コンドーム使用率は「ほぼ100%」がSTD患者では12.9%、中絶患者では17.2%に過ぎなかった。
- 2) コンドームは「避妊のため」が90数%、「STD予防になる」が50数%であった。
- 3) コンドーム使用決定者は「二人で話し合って」が40～40数%、「自分自身」と「パートナー」が同率で13～14%であった。
- 4) コンドーム使用決定者が「自分自身」「パートナー」「二人で話し合って」と3者の間で、コンドーム使用率には差はなかった。
- 5) コンドームが「STD予防になる」と答えた者と答えなかった者の間でその使用率には差がなかった。

本論文の要旨の一部は、平成17年2月13日第22回日本性科学学会学術総会（東京）において発表した。

#### 参考文献

- 1) 厚生労働省：感染症サーベイランス事業年報
- 2) 熊本悦明：この性感染症大流行を傍観してよいのだろうか？臨床病理刊行会，129: 9-24, 2004.
- 3) 熊本悦明他：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），日本性感染症学会誌 12: 32-67, 2001.
- 4) 村口喜代：思春期女性と性感染症，産婦人科治療 90: 754-757, 2005 / 増刊.
- 5) 村口喜代：未婚女性の避妊の現状，日本

- 性科学学会誌 20: 43-48, 2002.
- 6) 村口喜代：性感染症患者（未婚）の性行動，日本性科学学会誌 21: 68-74, 2003.
  - 7) 熊本悦明：若年層における STD の現状，宮城保険医新聞号外，35-53, 2004.
  - 8) 池上千寿子：若者の性感染症，思春期学 18: 325-328, 2000.
  - 9) 村口喜代：クリニックにみる若者の性 4 - 女と男，愛の行方一，季刊セクシュアリテ 122-125, 2002.
  - 10) 徐淑子他：日本の若者の性と保健行動の研究，エイズに関する普及啓発における非政府組織（NGO）の活用に関する研究報告書，2000-2001.

原 著

## 人工妊娠中絶術施行に対する医療者の意識調査

A survey of health-care professionals' attitudes toward elective abortion

大阪市立大学大学院医学研究科生殖発達医学大講座<sup>1</sup>

大阪市立大学医学部附属病院 8 階周産期病棟<sup>2</sup>

西原 里香<sup>1</sup>, 森村 美奈<sup>1</sup>, 中山 絢子<sup>2</sup>

田中 久美<sup>2</sup>, 武 悦子<sup>2</sup>, 石松 桂子<sup>2</sup>

山栴 誠一<sup>1</sup>, 中井祐一郎<sup>1</sup>, 石河 修<sup>1</sup>

NISHIHARA Rika<sup>1</sup>, MORIMURA Mina<sup>1</sup>, NAKAYAMA Ayako<sup>2</sup>

TANAKA Kumi<sup>2</sup>, TAKE Etsuko<sup>2</sup>, ISHIMATSU Keiko<sup>2</sup>

YAMAMASU Sei-ichi<sup>1</sup>, NAKAI Yuichiro<sup>1</sup>, ISHIKO Osamu<sup>1</sup>

Osaka City University, Graduate school of medicine, Department of Obstetrics and Gynecology<sup>1</sup>

Osaka City University Hospital, Perinatal ward<sup>2</sup>

### 抄 録

人工妊娠中絶術は本邦において広く行われているが、その実施にあたり医療者自身にも内的矛盾を持ちつつ行われているのが実際である。医療従事者にとってこの問題は直面せざるを得ないものであり、苦悩する患者とともに対峙しなければならない。本研究はこの事実を背景に、看護師・助産師の人工妊娠中絶実施に対する意識とその変化をアンケート調査により明らかにすることを目的とした。対象は、大阪市立大学医学部附属病院の周産期病棟勤務者と大阪府下公立病院の全病棟勤務者である。大学病院勤務者における胎児と新生児に関する意識調査では、産科勤務者と新生児室勤務者とで意識の相違がみられた。また公立病院勤務者における調査では、人工妊娠中絶業務に対する忌避的反応は年齢を深めるにつれて消失していることが明らかとなった。この結果は医療者自身の倫理観の鈍磨と考えることもできるが、多くの人生経験に伴い人工妊娠中絶術に対する意識が変化してゆくとも考えられる。種々の世代による医療者が関わることにより、人工妊娠中絶のみならず種々の周産期医療において、患者の人生にまで目を向けたより深い医療が可能となるかもしれないと考えられた。

### Abstract

While widely practiced in Japan, elective abortion raises inherent, contradictory responses in a majority of health-care workers and patients confronting the anguish of an unexpected pregnancy. We designed this questionnaire to survey health-care professionals' attitudes toward elective abortion and to explore how professional backgrounds and/or age affect attitudes toward the surrounding bioethical

issues. Nurses and midwives from Osaka City University (OCU) Hospital and a public hospital in Osaka prefecture participated in this survey. According to our data, obstetrics ward nurses and midwives at OCU Hospital considered fetuses and neonates equals, but newborn-nursery professionals considered them to be different. This discrepancy might be associated with different attitudes among the health-care workers toward elective abortion. Also, nurses and midwives in the public hospital had less negative reaction to elective abortion with age. Rather than indicating a loss of sensitivity to bioethical issues, this may indicate attitudes toward elective abortion change over time with professional experience. Taken together, the present study implies that collaboration of health-care workers of differing professional experiences and ages may provide better medical services and holistic care for patients in the diverse field of perinatal services, including elective abortion.

### Key Words

elective abortion, unexpected pregnancy, health-care workers, nurses and midwives

### 緒言

人工妊娠中絶は、その法理論的・倫理的側面からの意義はともかくも、本邦において広く行なわれていることは事実である。当院でも、病床の効率的利用とともに、周産期医療者の教育機関としての役割から、現在では人工妊娠中絶術の取扱いに制限をおくことなく実施している。多くの周産期医療者にとっては、その実施にあたり医療者自身にも内的矛盾を持ちつつ行われているのが実際である。しかしこの問題は直面せざるを得ないものであり、自らの心情はともかくも人工妊娠中絶に至り苦悩する患者とともにその事実に対峙せざるを得ない。このことは、患者の、心的負担軽減の為の援助を使命とする医療従事者にとって、場合によっては内的矛盾を抱合せざるを得ない状況となる。

### 目的

本研究は、当院における人工妊娠中絶術実施の実態を調査するとともに、それを取り扱

う当院周産期部門勤務の看護師・助産師の人工妊娠中絶実施に対する意識を明らかにすることを目的とした。

### 方法

調査対象は、大阪市立大学医学部附属病院において新生児室勤務者を含む周産期病棟勤務者（看護師・助産師）35名とし、一般的イメージと職業的意識に関して無記名のアンケート調査を行った（図1）。また同時期に大阪府下の公立病院である泉大津市立病院の全看護職員（看護師・助産師）165名についても併せて同様のアンケート調査を行い、年齢や勤務歴と人工妊娠中絶に対する意識との関係についての検討をおこなった（図2）。なお、両院ともに任意の適応による人工妊娠中絶を原則として全例受け入れている。

### 結果

当院での人工妊娠中絶実施の現状は、初期、中期とも、平成14年の前面受け入れ開始以

1. 年齢についてお伺いします。御自身の年齢にあてはまるものを選んで下さい。  
① 20～24才      ② 25～29才      ③ 30～39才      ④ 40才以上
  
2. 以下のA～Cの質問に、下記の選択肢から1つずつ選んでお答え下さい。  
①絶対に嫌だ、仕事としてもしたくない  
②嫌だけれど仕事だから仕方ない  
③仕事だから考えないようにしている  
④仕事としてならすることも気にしない
  
- A. 人工妊娠中絶に関する全体的な印象をお伺いします。  
①,      ②,      ③,      ④
  
- B. 初期(11週まで)の人工妊娠中絶についてお伺いします。  
1) 初期の人工妊娠中絶のうち本人の希望(社会的な適応)によって行われるものについてどう思われますか。  
①,      ②,      ③,      ④  
2) 初期の人工妊娠中絶のうち、母体合併症によって行われるものについてどう思われますか。  
①,      ②,      ③,      ④
  
- C. 中期(12週から)の人工妊娠中絶についてお伺いします。  
1) 中期中絶のうち本人の希望(社会的な適応)によって行われるものについてどう思われますか。  
①,      ②,      ③,      ④  
2) 中期中絶のうち、母体合併症によって行われるものについてどう思われますか。  
①,      ②,      ③,      ④  
3) 中期中絶のうち、胎児奇形など児側の原因によっておこなわれるものについてどのように思われますか。  
①,      ②,      ③,      ④
  
3. 胎児(胎芽)と新生児を同じとしてとらえますか、別としてとらえますか？  
①同じとしてとらえる。  
②別としてとらえる。
  
4. 3で②と答えた方にお伺いします。いつから新生児と同じとしてとらえますか。  
①受精卵  
②胎芽(4～8週)  
③胎児(9週～11週)  
④胎児(12週以降)
  
5. 以前は医療上の適応例のみでしたが、現在は全ての人工妊娠中絶行うようになりました。この事について感想があればお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

図1 大阪市立大学附属病院におけるアンケート調査

1. 年齢についてお伺いします。御自身の年齢にあてはまるものを選んで下さい。  
 ① 20～24才      ② 25～29才      ③ 30～39才      ④ 40才以上
  2. 今までの勤務についてお伺いします。  
 ① 産科で勤務したことがある    ② 他院の産科で勤務したことがある    ③ 産科では勤務したことがない
  3. 以下のA～Cの質問に、下記の選択肢から1つずつ選んでお答え下さい。  
 ⑤ 絶対に嫌だ、仕事ともしたくない  
 ⑥ 嫌だけれど仕事だから仕方ない  
 ⑦ 仕事だから考えないようにしている  
 ⑧ 仕事としてならすることも気にしない
- A. 人工妊娠中絶に関する全体的な印象をお伺いします。  
 ①,      ②,      ③,      ④
- B. 初期(11週まで)の人工妊娠中絶についてお伺いします。  
 2) 初期の人工妊娠中絶のうち本人の希望(社会的な適応)によって行われるものについてどう思われますか。  
 ①,      ②,      ③,      ④
- 2) 初期の人工妊娠中絶のうち、母体合併症によって行われるものについてどう思われますか。  
 ①,      ②,      ③,      ④
- C. 中期(12週から)の人工妊娠中絶についてお伺いします。  
 3) 中期中絶のうち本人の希望(社会的な適応)によって行われるものについてどう思われますか。  
 ①,      ②,      ③,      ④
- 4) 中期中絶のうち、母体合併症によって行われるものについてどう思われますか。  
 ①,      ②,      ③,      ④
- 3) 中期中絶のうち、胎児奇形など児側の原因によっておこなわれるものについてどのように思われますか。  
 ①,      ②,      ③,      ④
4. 胎児(胎芽)と新生児を同じとしてとらえますか、別としてとらえますか?  
 ③ 同じとしてとらえる。  
 ④ 別としてとらえる。
  5. 4. で②と答えた方にお伺いします。いつから新生児と同じとしてとらえますか。  
 ⑤ 受精卵  
 ⑥ 胎芽(4～8週)  
 ⑦ 胎児(9週～11週)  
 ⑧ 胎児(12週以降)

ご協力ありがとうございました。

図2 泉大津市立病院におけるアンケート調査

来、過去2年間徐々に増加し、平成15年においては74件の人工妊娠中絶をおこなっている(表1)。

平成14年以降は、明らかに医学的理由を有しない人工妊娠中絶が増加するとともに、下段に示すように20～30歳代の未婚女性の、人工中絶の増加が顕著である。また、中期の人工妊娠中絶に関しても、初期ほどではないが、希望による人工妊娠中絶の取扱いが増加している。年齢層についても、初期と同じ結果が得られており、当院の特性として10歳代の中絶の取扱いが少ないことが特徴である(表2)。

産科病棟と新生児病棟勤務者のアンケート調査の結果については、意識についての評価は困難であるが、回答の容易さを考慮し①嫌だ ②仕方ない ③考えない ④気にしない、と4段階での回答を求めた。この結果より全体的に、産科病棟勤務者の方が新生児室勤務者よりも特に母体合併症や胎児異常を適応とする人工妊娠中絶に関して否定的な感情を持っていると考えられた(表3)。

大学病院周産期部門勤務者における胎児と新生児に関する意識の相違についての調査結果は、産科病棟勤務者では両者を同じと捉え

表1 大阪市立大学医学部附属病院での人工妊娠中絶術実施の現状

年度(平成)	12年	13年	14年	15年
初期中絶 (12週未満)	12	17	35	49
中期中絶 (12週以降)	19	17	19	25
総計	31	34	54	74

(大阪市立大学附属病院)

表2-1 大阪市立大学医学部附属病院での初期中絶の理由

年度(平成)	12年	13年	14年	15年
合併症	5	10	12	12
希望	6	4	21	34
その他	1	3	2	2

(大阪市立大学附属病院)

表2-2 大阪市立大学医学部附属病院での初期中絶の年齢

年度(平成)	12年	13年	14年	15年
19歳以下	0	0	4	4
20～29歳	4	3	18	22
30～39歳	8	12	9	19
40歳以上	0	2	3	2

(大阪市立大学附属病院)

表3 勤務部署と中絶に対する意識の相違

	初期(11週未満)				中期(12週以降)					
	母体合併症		社会的適応		母体合併症		社会的適応		母体合併症	
	産科	児科	産科	児科	産科	児科	産科	児科	産科	児科
嫌だ	0	0	2	0	1	0	6	0	2	0
仕方ない	13	5	15	8	15	5	13	8	14	5
考えない	6	5	2	1	2	5	2	1	3	5
気にしない	6	2	4	3	5	2	2	2	3	2

(大阪市立大学附属病院)

る者が4分の3を占めたが、新生児室勤務者においては両者を別ものとする者が半数以上を占めるという結果であった(表4)。

表4 勤務部署と胎児・新生児観の相違

	産科	新生児科
胎児と新生児は同じだ	17	5
胎児と新生児は違う	6	6
受精卵から	0	0
胎芽期から	0	0
妊娠11週まで	0	1
妊娠21週まで	5	5

(大阪市立大学附属病院)

泉大津市立病院のアンケート調査では、人工妊娠中絶業務についての忌避的反応は、むしろ産科勤務経験のない若年層において強く現れている。しかし全体として、年齢による意識の変化の影響が強く現れており、勤務者が年齢を深めるにつれ、絶対的な忌避的反応は消失していることがわかった(表5)。

表5 産科勤務歴と年齢による人工妊娠中絶のイメージの相違

年齢	20～ 24歳	25～ 29歳	30～ 39歳	40歳 以上
産科勤務歴	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
嫌だ	5 4	1 10	0 0	0 0
仕方ない	1 0	9 3	23 37	7 8
考えない	0 0	0 0	0 0	13 23
気にしない	0 0	0 0	0 0	1 3

(泉大津市立病院)

このことは、人工妊娠中絶の中でも特に胎児異常による中期中絶に関する意識調査によって、年齢による意識の相違がより明確に示されている(表6)。このことは医療者自身の倫理観の鈍磨と否定的に考えることもできるが、むしろ医療者自身または、その業務経験の中で得た多くの人生経験に伴う成熟によって人工妊娠中絶術に対する意識が変化していくものと肯定的に受け止めるべきものとも考えられた。

表6 胎児異常による中期中絶の年齢別意識

年齢	20～ 24歳	25～ 29歳	30～ 39歳	40歳 以上
嫌だ	8	2	0	0
仕方ない	6	22	46	0
考えない	0	0	17	42
気にしない	0	0	0	15

(泉大津市立病院)

## 考 察

これらの調査結果より、人工妊娠中絶術に対しては、医療者の年齢によって意識が変化していくことが明らかとなった。種々の世代の医療者が勤務することにより、様々な人生観から、患者の人生にまで目を向けた医療や援助のあり方を議論することが可能となると考えることができる。さらに人工妊娠中絶のみならず種々の周産期医療について、医療者は各々の人生観を反映し、患者とより深い関わりが期待できると考えられた。

原 著

## 福祉系学生とその保護者に対する 同性愛の受容に関する意識調査

An attitude survey about acceptance of homosexuals  
for students studying social welfare and their parents

川崎医療福祉大学大学院

医療福祉学研究科医療福祉学専攻博士課程

藤井 宏明

FUJII Hiroaki

Doctoral Program in Medical Social Work, Graduate School Medical Welfare

Kawasaki University of Medical Welfare

### 抄 録

同性愛に対する意識を知ることを目的に、福祉系学生（n=242）とその保護者（n=242）に対し質問紙調査を行った（回収率30.9%）。福祉系学生グループと保護者グループで顕著な差があったのは「同性愛者の社会的受容」項目であり、学生は同性愛に対し有意に肯定的であった。また学生グループと保護者グループの性差観に差はなかった。そこで両グループの質的差異を明らかにするために主成分分析を行い、学生の主成分に「身体の差異を重視した社会通念」、保護者の主成分に「伝統的社会通念」と名づけを行った。学生は、性差観と同性愛に対する意識に関係はなかったが、保護者グループは性差観の影響を顕著に受けており、性差観が強い者は同性愛者に対する意識は否定的だった。

### Abstract

This survey was conducted to clarify acceptance of the homosexual's way of life. Students studying social welfare (n=242) and their parents (n=242) were chosen as subjects (Collection rate 30.9%). As to "acceptance of the homosexual in society", differences between students studying social welfare and their parents were seen. Namely, students seem to understand homosexuals on the surface, but not deeply. As to an average scale point of gender conception, no difference was seen between students and their parents. In order to clarify the difference of quality about gender conception between students and their parents, analysis of the principal ingredients was performed in the both groups. "A common social idea which focuses on physical difference" was deduced from students while on the other hand "a common social idea which focuses on tradition" was deduced from their parents. In addition, no relation between "acceptance of homosexuality" and "gender

conception” was seen in students. The acceptance of homosexuality by parents was influenced by “gender conception”, namely the stronger “gender conception” parents believe in, the lower “acceptance of homosexuality” they have.

## Key words

性差観 (gender conception) セクシュアルマイノリティ (sexual minority)

世代間格差 (Generation gap) 同性愛 (homosexual)

福祉系学生 (students studying social welfare)

## I 緒言

福祉系学生に対し行われた援助対象者に関する意識調査は、高齢者や障害者が主であり、セクシュアルマイノリティに関する意識調査はみられなかった<sup>1)2)</sup>。本研究はさまざまなクライアントに遭遇し、その固有性の尊重を価値とする福祉専門職を志望する学生が、同性愛者に対しどのような意識を持つかについて調査した。そこから、同性愛者に対する差別の仕組みを解明したいと考えた。

## II 対象及び方法

### 1. 調査対象者

調査対象は①社会福祉士養成4年制大学在学の2年次生及び3年次生、介護福祉士養成2年制短期大学在学の1年次生及び2年次生である福祉系学生（以下、学生と略記する）グループ、そして比較対象として①の親である②保護者グループとした。

学生グループ242名、並びに保護者グループ242名に質問紙調査を行った。回収数は学生87名、その内訳は男性18名(20.7%)、女性66名(75.9%)、不明3名(3.4%)。保護者は63名、その内訳は男性9名(14.3%)、女性53名(84.1%)、不明1名(1.6%)。年代は40代38名(60.3%)、50代22名(34.9%)、

その他2名(3.2%)、不明1名(1.6%)であった。両グループの総数は150名であり、回収率は30.9%であった。なお調査説明時に人権配慮、倫理的手続きを遵守した。

### 2. 調査方法

上記対象に対し、同性愛に関する認知及び肯定・否定等の意識を尋ねる16項目の質問紙調査を行った。質問項目を(1)「そう思わない」、(2)「どちらかというと思わない」、(3)「どちらかというと思おう」、(4)「そう思う」の4件法で尋ねた。あわせて調査対象に認知的性差観スケール<sup>3)</sup>による調査を行った。伊藤<sup>4)</sup>によれば性差観とは「人が自己を取り巻く環境を認知する際に使用する性(いわゆるジェンダー)に関する認知的枠組」である。認知的性差観スケールは、男女の特徴について一般にいわれている事柄や状況を「能力」「性格」「外観」「身体・生理」「行動様式」の5領域に分類し、30項目を尺度項目にしており、4件法で回答を求める。尺度得点が高いほど性差観が強いとされ、性差観が強い者はジェンダーに関連する事柄を、男女といったカテゴリーによって強く認識するとされている。

調査期間は、2004年4月26日から同年5

月 12 日であった。

### Ⅲ 結果

同性愛に関する認知度と肯定・否定の意識を尋ねる質問紙及び認知的性差観スケールを用いた調査結果は以下の通りであった。

#### 1. 学生グループと保護者グループの同性愛に関する情報源の比較

学生グループ及び保護者グループで「同性愛」という用語を「知っている」と回答した人の情報源を複数回答で求めた (図 1)。

学生グループ、保護者グループともに情報源として最も高かったのが「テレビ」であり、学生 90.8%，保護者 95.2%であった。二番目は「雑誌」であり、学生 32.2%，保護者 60.3%，学生は保護者より有意に低かった ( $p < .001$ )。三番目は「友人」であり、学生は 23.0%で保護者の 4.8%より有意に高かった ( $p < .001$ )。

学生、保護者両グループの共通の傾向として、マスメディア、特にテレビからの情報を多く得ていた。しかし、学生の得ているマスメディア情報は主にテレビであり、活字による情報は保護者に比べて少ない。また、学生は保護者と比べて友人から情報を得ていた。

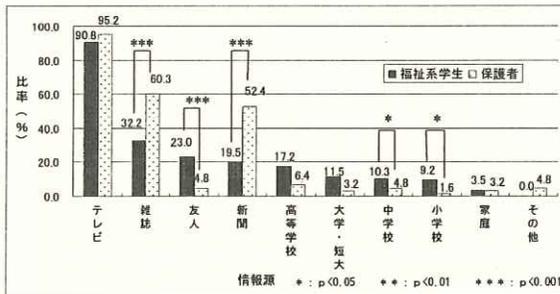


図 1 同性愛に関する情報源

#### 2. 学生グループと保護者グループの同性愛の肯定・否定に関する意識の比較

同性愛に対する意識調査の学生グループと保護者グループの比較結果は以下の通りであった (図 2)。質問紙 16 項目のうち、両グループの特徴を示す項目について取り上げた。

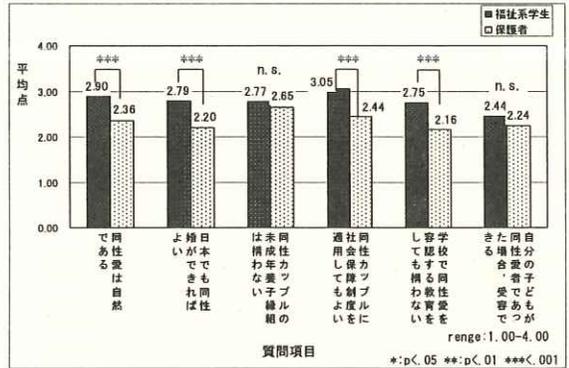


図 2 学生グループ、保護者グループの同性愛に対する意識の比較

学生グループと保護者グループの間で有意差があったのは「同性愛は自然である」、「日本でも同性婚ができるようになってほしいと思う」、「同性カップルに社会保障制度を適用してもよいと思う」、「学校で同性愛を容認する教育をしても構わないと思う」の 4 項目であった ( $p < .001$ )。このうち「同性愛は自然である」を除く 3 項目は「同性愛者の社会的受容」についての項目と考えられた。学生は保護者と比較し、有意に同性愛者に肯定的であった。

#### 3. 学生グループと保護者グループの認知的性差観スケールの比較

認知的性差観スケールの両グループの平均点は、学生グループ 66.8 点 (SD 15.1)，保護者グループ 70.8 点 (SD 16.4) であり (range 30-120)，両グループ間に有意差はなかった。

両グループの質的差異を明らかにする目的で、主成分分析を行った。図 3 は学生グループ

プ、図4は保護者グループの主成分分析の結果である。第1成分(主成分)は主成分得点0.6以上とした。両グループとも、寄与率が10%以下で説明力のない第2成分以降は棄却し、第1成分(主成分)のみを採用した。その結果、学生グループと保護者グループの性差観を構成する主成分に相違が認められた。

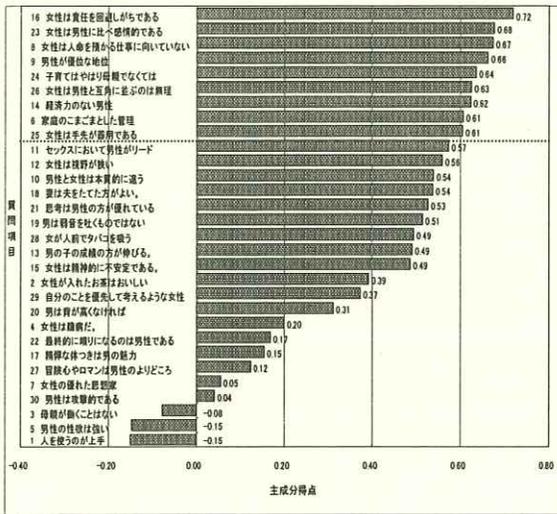


図3 学生の第一成分(主成分)の主成分得点による並び替え

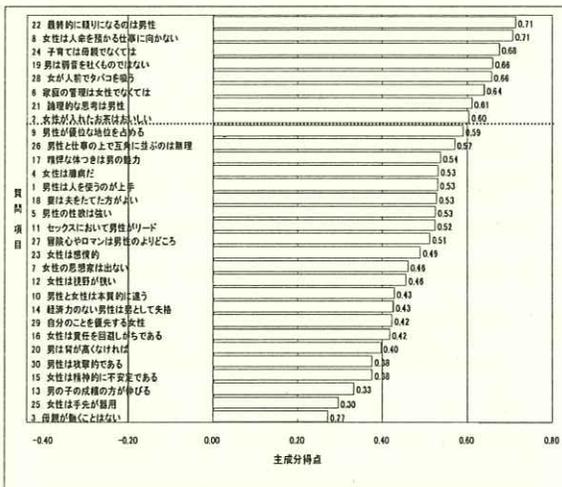


図4 保護者の第一成分(主成分)の主成分得点による並び替え

学生は11成分が抽出された。学生グループの主成分の寄与率は22.7%であり、その上位項目は主に「能力」「性格」であった。そこで学生の主成分は「身体の差異を重視した社会通念」と名づけた。保護者グループは9成分が抽出された。保護者グループの寄与率は27.4%であり、その上位項目は「行動様式」「能力」であった。そこで保護者の主成分には「伝統的社会通念」と名づけた。

#### 4. 性差観の主成分と同性愛に対する意識の関係

主成分分析を各グループで行った。そこで両グループの共通軸に「同性愛に対する意識調査」項目を用い比較を行った。調査対象者を第一成分(主成分)の主成分得点が正の値を示すグループと負の値を示すグループの2グループに分類し、両グループの同性愛に対する意識を比べた。主成分得点が正方向に働けば性差観に強く影響されており、負方向であればそうでないと考えられる。この両グループ間の同性愛に対する意識調査の結果に有意差検定を行った(図5及び図6)。両グループ間で有意差があったのは、全質問16

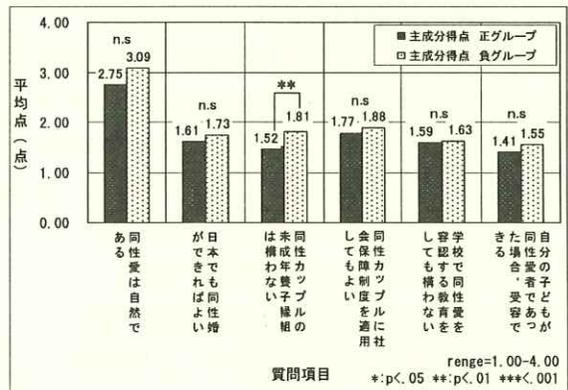


図5 主成分得点 学生グループの主成分得点2グループ間比較

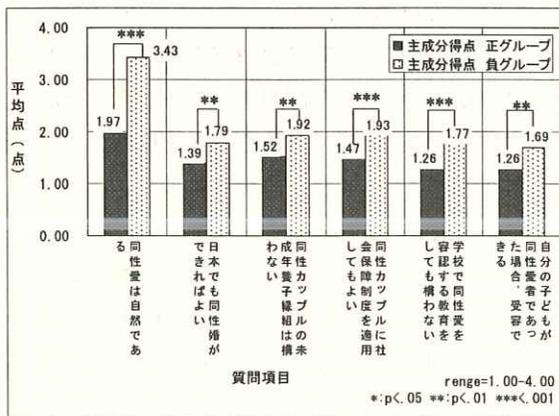


図6 保護者グループの主成分得点2グループ間比較

項目中、学生グループ2項目、保護者グループ8項目であり、図は特徴的な項目を示している。性差観の正グループは、同性愛者の社会的受容に否定的であり、倫理的判断も非寛容であった。その一方、負グループは逆の傾向を示していた。性差観の影響によって同性愛に対する意識に相違がみられると考えられた。しかし学生グループは保護者グループと比べ性差観の影響を顕著に受けていなかった。

#### IV 考察

##### 1. 学生グループと保護者グループの同性愛に関する情報源の比較

同性愛に関する情報源に学生グループと保護者グループで、特徴があった。本調査の結果によれば、学生グループの同性愛の情報源は「テレビ」が最も多く、次いで「雑誌」「友人」の順であった。木村<sup>5)</sup>によれば岡山市、京都市の大学生のメディア接触行動はテレビ中心であり、新聞読読は極端に低い。本調査でもほぼ同様の結果が得られた。一方保護者グループの情報源は「テレビ」「雑誌」「新聞」等のメディア情報が主であり、学生グループ

のように周囲の人々から情報を得ていなかった。学生はほとんどの情報を「テレビ」から得ており、狭い情報源しか持っていないと考えられた。坂口<sup>6)</sup>によれば、若年世代における性知識、性情報は友人や先輩から最も多く得ている。本調査でも、学生の情報源の「友人」は有意に保護者より高かった。

そこで「友人」同士の会話の中で、「テレビ」から得られた考え方を定着させていると考えられた。このことから、学生は狭い範囲で価値形成を行っていると考えられた。学生は親しい「友人」との間で「話しを合わせる」いわゆる同調行動<sup>7)</sup>が生じ、価値の同質化が起こると考えられた。一方保護者はメディア情報が主な情報源であり、周囲の人々と情報交換をしていなかった。保護者は学生と異なり、生活経験から得た社会秩序意識が考え方の基盤になっていると考えられた。

##### 2. 学生グループと保護者グループの同性愛に対する意識の比較

同性愛に対する意識は、学生グループは保護者グループより寛容であった。

学生グループと保護者グループの間で顕著な差が認められたのは「同性婚」のような「同性愛者の社会的受容」についてであった。学生グループは全員、福祉専門職養成課程に在籍しており、普段から人権について学んでいる。学生は、現行制度からすれば不利になる人々に同情的になっていたと考えられる。両世代グループの間で差が認められたのは上述の項目のみであり、他の項目には特徴的な差は認められなかった。差のなかった項目に「自分の家族に同性愛者がいる場合、受容できるか」があり、このことから学生は一般論

として同性愛者を容認するが、自らの問題になった際には非寛容な考えを持つと推測される。

### 3. 学生グループ、保護者グループ間の性差観を構成する主成分の相違

本調査では、学生グループと保護者グループの性差観の尺度得点の平均点に有意差はなかった。だが世代によって同性愛に対する考え方に差が見られたのは、両グループの性差観に質的差異があるからだと考えた。

そこで、学生グループ、保護者グループに主成分分析を行い、両グループの考え方の根拠を探った。その結果から、学生グループの性差観の主成分に「身体の差異を重視した社会通念」、保護者グループには「伝統的社会通念」と名づけを行った。学生グループの性差観の主成分は男女の生物学的特性に基づく「性差」(gender difference)<sup>8)</sup>、保護者グループは男女の社会的特性に基づく「性役割」(gender role)<sup>8)</sup>を根拠にしていると考えられた。「性差」とは「男は勇敢だ」「女は神経質だ」等の表現で表される男女の特質であり、「性役割」は「男は人前で泣いてはいけない」「女はしとやかであるべきだ」等の性別に応じて期待される振る舞いのことである。

学生グループと保護者グループの間の差は「同性愛者の社会的受容」の項目で著明であった。保護者は「伝統的社会通念」を根拠とする性差観と考えられるため「同性婚」等の社会制度の変革に抵抗を示していたと思われる。その一方、学生は「同性婚」等には肯定的であったが、同性愛者を身近な存在として受け入れることには抵抗を示していた。学生の性差観は「身体の差異を重視した社会通念」と考えられるため、同性愛者を身体感覚

から抵抗感を持っていたと推測された。

### 4. 学生グループ、保護者グループ間の同性愛に対する意識と性差観の関係

性差観が強い人は同性愛を好ましく思わず、否定的意識を持つと考えられた。学生グループと保護者グループを性差観の主成分得点が正と負の値を示す2グループに分類し、それぞれの同性愛に対する肯定・否定といった意識との関係を調べた。保護者グループは同性愛に対する肯定・否定といった意識と性差観の間に著明な関係があると推測できた。その一方、学生グループは性差観と同性愛者についての意識との間に関係は薄いと考えられた。保護者は性差観によって同性愛を選別していたが、学生は性差観からは強い影響を受けていなかった。そこで学生の同性愛に対する意識は、同性愛者との接触経験のような他の要因も考えられる。

## V まとめ

福祉系学生の同性愛者に対する意識調査で以下の結果を得た。

- ①福祉系学生はその保護者と比較し同性愛者の社会的受容について寛容であった。しかし自分自身の問題になった場合、非寛容であった。
- ②性差観の強さは両グループの間で差はないが、質的差異があった。
- ③学生は性差観と同性愛に対する意識の間に密接な関係はなかったが、保護者にはその両者の関係があった。

学生は普段から、社会福祉の学習をしており「差別」「偏見」に否定的な考えを持つことが推測された。しかし、学生は一般論として

「差別」に反対しているが、自分自身の問題となった場合にはその限りではなく、今後の福祉専門職教育の課題になっていると考えられる。

## VI 引用・参考文献

- 1) 紀伊正子：介護の送り手・受け手双方の性意識への配慮について－女子学生の意識調査を通して－：永原学園 西九州大学・佐賀短期大学紀要 33: 41-56, 2003.
- 2) 橋本好一：社会福祉専門職養成における課題－社会福祉系専門学校生の「障害に対する意識調査」結果から：社会福祉士 7: 159-166, 2000.
- 3) 伊藤裕子：性差観スケール. 山本真理子編集, 堀洋道監修：心理測定尺度集Ⅰ－人間の内面を探る〈自己・個人内過程〉－, サイエンス社, 東京, 158-162, 2001.
- 4) 伊藤裕子：高校生における性差観の形成環境と性役割選択－性差観スケール(SGC)作成の試み－：教育心理学研究 45 (4): 396-404, 1997.
- 5) 木村邦彦：中核市における若年者のメディアへの接触, 信頼度－岡山理科大学の新聞閲読, テレビ, ラジオ視聴調査から－：岡山理科大学紀要 B 人文・社会科学 39: 17-29, 2003.
- 6) 阪口耀子：若者たちの性意識と性行動：東京都医師会雑誌 56 (3): 336-346, 2003.
- 7) 吉田浩子：大学生の友人関係－5つの大学におけるグループの特徴に関する研究から－：川崎医療福祉学会誌 13 (1): 173-186, 2003.
- 8) 加藤秀一：性現象論. 勁草書房, 東京, 24-27, 1998.

原 著

## ジェンダー・アイデンティティ・ディスオーダー再考： ジェンダーの心理・社会的構築性に目を向けて

Reconsidering Gender Identity Disorder:

Acknowledging the psycho-social construction of gender

東京藝術大学

中村 美亜

NAKAMURA Mia

Tokyo National University of Fine Arts and Music

### 抄 録

1990年代以降、日本でもようやくジェンダー・アイデンティティ・ディスオーダー（GID：性同一性障害）が認知されるようになってきた。医療体制や法の整備が急ピッチで進む一方、日本では、当時者に対する心理的、社会的支援の体制づくりが決定的に立ち遅れている。これは、GIDの心理・社会的側面が、当事者や医療関係者に十分理解されていないためと考えられる。本稿は、診断基準の発展、現行の診断基準、原因論、トランスセクシュアルの多様性、脱病氣化の問題という観点から先行研究を検証し、GIDとは何かということをあらためて問い直す。そして、GIDは、医学的な側面からのみではなく、ジェンダーの心理・社会的構築性という視点とともに理解されるべきであることを明らかにする。尚、本稿は、*Towards Clarification of Gender Identity Disorder: Acknowledging the Social Process of Gender Identity Reformation* の第2章を、著者自身が日本語訳し、縮小改訂を加えたものである<sup>1)</sup>。

### Abstract

Japan has finally begun to recognize issues of gender identity disorder (GID) since the 1990s. While medical and legal systems for GID have been improved, psychological and social support has rather been neglected. The reason seems to lie in that those who have GID and their care providers have not fully understood the psycho-social aspects of GID. The present article reviews literature of GID, discussing the development of a clinical model, current diagnostic criteria, etiology, transsexuals' diverse reality, and the issue of demedicalization, and reconsiders what GID is. It is the contention of the author that acknowledging the psycho-social construction of gender as it specifically relates to the DSM diagnosis of GID is critical. This is a shorter Japanese version of Chapter 2 of the same author's dissertation: *Towards Clarification of Gender Identity Disorder: Acknowledging the Social Process of Gender Identity Reformation*<sup>1)</sup>.

## キーワード

性同一性障害, GID, トランスセクシュアル, トランスジェンダー

## Keywords

gender identity disorder, transsexual, transgender

### 診断基準の確立

現代の診断基準の土台を築いたのは、言うまでもなく、ハリー・ベンジャミン（1885-1986）であった。トランスセクシュアルがまだ異端視されていた時代、ベンジャミンはトランスセクシュアリズムの正当性を主張することに尽力した<sup>2)</sup>。特に、彼は、トランスセクシュアルを、トランスヴェスタイト（異性装者）から区別することで説明しようと試みた<sup>3)</sup>。「男性のトランスヴェスタイトが、女性の役割を“演じよう”とするのに対し、トランスセクシュアルは、自分の身体的・精神的・性的特徴の多くが女性的であると信じながら、女性として“存在”し、“機能”しようとする。」<sup>4)</sup>。彼は、また、「トランスヴェスタイトにとって、性器は喜びの源泉であるが、トランスセクシュアルにとって、それは憎悪の対象となる」と性器をめぐる両者の見解の違いについて述べ、これが両者の「決定的な相違であり、鑑別診断に用いるべき基準である」と主張している。

このように、ベンジャミンがトランスセクシュアルの診断基準を確立するのに用いた方法は、トランスヴェスティズム（服装倒錯症<sup>5)</sup>）との徹底した差異化だったが、この差異化は、後に「真性トランスセクシュアル」という概念に発展し、1960年代から1970年代にかけて頻繁に用いられるようになった。ハリー・ベンジャミン国際性別違和症候群協会

が2002年に発行した「性同一性障害の治療とケアに関する基準（第6版）」（SOC）は、真性トランスセクシュアルのことを次のように記述している。「1. 幼年期、思春期、成年期を通じて、自分は反対の性別であると認識し、そのように振る舞う。2. 異性装をすることから、性的興奮をまったく感じないか、感じても、ごくわずかである。3. 解剖学的性別に即して言うなら、異性への性的関心がまったくない」<sup>6)</sup>。

トランスセクシュアリズム研究に対するベンジャミンの貢献は、まぎれもなく絶大であったが、トランスセクシュアルの診断基準に関する彼の考え方には、いくつかの問題があった。SOC（2002）は、回顧的にこう記している。「真性トランスセクシュアルは、実際にはとても稀で、真性トランスセクシュアルのモデルとなった人たちも、実は、当時考えられていた診断基準に合致するよう自分の話をでっちあげていたということがわかってきた」<sup>7)</sup>。

医者の側からすると、ペニスへの確固たる嫌悪感を持っているかどうかをみることで、手術に対して真剣ではない人、手術後に不平を言う可能性のある人たちを除外することはできるだろう。しかし、パトリック・カリフィアが主張するように、「自分がペニスを取り払いたいと切望しているかどうかによって、トランスセクシュアルであるかどうかを

定義するのはトートロジー」である<sup>8)</sup>。実際、医者からGIDと診断してもらうために、自らの病状を偽って説明し、自分史を改変して伝えるトランスセクシュアルが後を絶たないというのは問題であろう。

ジョン・マナーとポール・ウォーカーは、1977年に出版した「トランスセクシュアルのカウンセリング」において、もう少し現実的な視点を提示している。

トランスセクシュアリズムとは、ジェンダーへの不満や不快に関するひとつの症状である。典型的な場合には、ジェンダー・アイデンティティという内的な確信や、それに基づいて演じられるジェンダー・ロールが、性器に基づく解剖学的性別と常に異なっている。ジェンダー・アイデンティティやジェンダー・ロールというのは、自分が男であるか女であるかといった、内的で個人的な認知や確信であると同時に、その内的確信が人前でどう表現されるかということである。このアイデンティティやロールというのは、男であったり、女であったり、曖昧であったりする。この三つのタイプは、それぞれの中にも多種多様で微妙な違いがあり、むしろ、切れ目のないひとつの連続体として存在している<sup>9)</sup>。

マナーとウォーカーは、「ジェンダー・アイデンティティやジェンダー・ロールは、男であったり、女であったり、曖昧であったりする」と述べており、ジェンダーの多様性を認識した見解を提示している。このことは、ベンジャミンのジェンダー二元論的なトランス

セクシュアリズム観と一線を画していると言える。しかし、ここで注意しなければならないのは、マナーとウォーカーは、ジェンダーは「男性的であったり、女性的であったり、両性的であったり」するのではなく、「男であったり、女であったり、曖昧であったり」と述べている点である。これは、「ジェンダー・アイデンティティは、男か女かという問題」という一般の見解を反映していると思われるが、この点については、後でもう一度検証する。

マナーとウォーカーはまた、性器再構築手術<sup>10)</sup>について、それは「リハビリテーション」であり、トランスセクシュアルが「治癒する」ということはありえない、つまり、最近の医学的技術の進歩をもってしても、ある人を生まれながらの男や女に作りかえることはできないということを明言している<sup>11)</sup>。

#### 現在の診断基準と原因論

それでは、現在の基準はどうなっているのだろうか。最新の『精神疾患の診断・統計マニュアル』第4版改訂版によると、GIDは、「反対の性に対する強く持続的な同一感」と「自分の性に対する持続的な不快感、またはその性の役割についての不適切感」があることと見なされている<sup>12)</sup>。

この基準は、ベンジャミンのものと比べると、一見、より客観的であるかのように思われるが、実際には、同種の問題をはらんでいる。DSM-IV-TRは、GIDにおける障害は、「反対の性になりたいという欲求を口にす」、「自分の第一次および第二次性徴から解放されたいという考えにとらわれる」ことで表れるとしている。確かに、精神疾患の場合、

客観的な診断基準を設けることが難しいというのは事実だろう。しかし、GIDの場合、症状が主観的にしか把握できないというだけでなく、治療を受ける意志があるか否かが診断の基準となっているという問題が、未解決のままに残されている<sup>13)</sup>。

診断基準が客観的尺度を欠く理由の一つは、GIDになる原因がよくわかっていないことにある。心理的要因に起因すると考えたロバート・ストラーは、1962年、トランスセクシュアル（今で言うGID）と診断された3人の少年について調査を行った<sup>14)</sup>。10年に及ぶ観察から、ストラーは、これらの若いトランスセクシュアルには共通の家庭内事情があると主張した。母親が子離れできなかつたために、彼らは、母親と自分を過度に同一視する傾向がある一方で、父親は彼らに無関心であったため、男性のロール・モデルが家庭内に存在しなかつた、というのである。

リチャード・グリーンも、また、トランスセクシュアルの可能性がある50人の「女の子っぽい」少年を調査した<sup>15)</sup>。結果は、その「女の子っぽい」少年の多くが、ホモセクシュアルやバイセクシュアルになっていったのに対し、性器再構築手術を希望するようになったのは、たった一人ということだった。ストラーの調査とは異なり、グリーンへのデータは、母離れができていないということが、子どもを女性化するというを示すには至らなかつた。つまり、グリーンへの調査は、ストラーが主張したような特定の家族関係とトランスセクシュアルの因果関係を否定することとなつたのである。今日に至るまで、心理的原因についてのさまざまな憶測が飛び交ってきたものの、未だにその根拠が科学的に証

明されたことはない。

一方、神経学者サイモン・ルベイは、1981年、ホモセクシュアルとヘテロセクシュアルの男性の構造的違い、特に、視床下部の大きさの違いに着目した<sup>16)</sup>。彼は、ホモセクシュアルの方が、妊娠時にヘテロセクシュアルよりも多くのテトロストロンにさらされるために、両者の脳の発育に違いが生じるのではないかと推論を立てた。ジアン＝ニン・ゾウら、オランダの研究グループは、さらに、分解条床核の大きさの比較を、死亡したヘテロセクシュアルの男女、ホモセクシュアルの男性、トランスセクシュアルの女性（さまざまなセクシュアル・オリエンテーションの人を含む）に関して行った<sup>17)</sup>。この実験では、トランスセクシュアルの女性とヘテロセクシュアルの女性が、同じ大きさの核を持つということが明らかにされたが、レズビアン女性とトランスセクシュアル男性については触れられていないなど、実験には問題点が多い<sup>18)</sup>。遺伝子学的観点、あるいは、内分泌学的観点からも、トランスセクシュアルの原因を探ろうとする動きはあるが、いずれも因果関係を明らかにするには至っていない。

信頼しうる生物学的根拠のない現在、科学者たちの多くは、ジョン・マネーが考えた「自然／臨界期／養育」モデルを支持しているようである<sup>19)</sup>。この理論は、次のようなものである。人間は生まれた時には、自然に、つまり人間に本来備わつた生物学的指標にもとづいて、始動しはじめるが、臨界期、すなわち、内的外的な刺激に対して生物学的に初めて対応する時期に、何らかの刺激が与えられると、最初にセットされていた指標とは異なる方向に発達していく。当然ながら、この説はGID

の起源が実際に何であるのか、何がそれを育むのかということをはっきりと明らかにしているわけではない。しかし、現在の原因論に関する研究状況に鑑みるならば、上述のことはトランスセクシュアルの起源の可能性について言える最大限のことかもしれない。

### トランスセクシュアルの多様性

診断基準の曖昧さは、近年、多様なトランスセクシュアルのあり方が明らかになってきたこととも関係している。例えば、DSM-IV-TRは、ベンジャミンとは異なり、トランスセクシュアルの性的興味の対象は、「男かもしれないし、女かもしれないし、両方かもしれないし、どちらでもないかもしれない」と述べている<sup>20)</sup>。また、GIDとトランスヴェスティック・フェティシズムについても、その関連性は十分にありうるものと指摘している。

これに関連して、DSMは、成人男性のGIDには、二種類のパターンがあることを示している<sup>21)</sup>。第一のタイプは、一般に「典型的」とされるGIDである。このタイプの人たちは、男性を性的対象とし、幼年期に端を発するGIDが継続的に現れ続ける。これに対し、第二のタイプの人たちは、しばしば女性に性的魅力を感じ、トランスヴェスティック・フェティシズムを呈することが多く、第一のタイプと比較すると、性器再構築術にそれほど執着していない。このように、DSMは、現在、GIDをもつ人の中には、性器再構築術を望まない人もいるということを明言している。

GIDに対するこうした包括的な態度は、SOCにもはっきりと見られる。GIDの治療は、伝統的に、ホルモン療法、リアルライフ・テ

スト、性器再構築手術という三つの段階からなっている。しかし、SOCは、「GIDを有している者全員がこの三つの全段階を必要としたり、望んだりしているわけではないという認識を、医者たちは、ますます深くしている」と記している<sup>22)</sup>。

最新のDSM及びSOCは、トランスセクシュアルがさまざまな性的関心をもっていることを認知し、性器再構築手術がGIDの本質的な解決法であるという考え方を留保している。ジェンダーの専門家は、トランスセクシュアル個々人の多様なあり方に気づき始めたのである。

### ジェンダー・アイデンティティ再考

以上、さまざまな視点からGIDを見てきたが、ここで概念的な考察を行いながら、その意味について再考したいと思う。セックスというのは、生物学的なものであり、例えば、解剖学、内分泌学、遺伝学、神経学、脳に関することである。一方、ジェンダーとは、心理的、社会的なものであり、例えば、知覚、表現、役割に関したことがらである。したがって、ジェンダーというのは、セックスと異なり、性器の違いに必ずしも拠らない方法で性を差異化する際に用いる文化的概念である<sup>23)</sup>。つまり、文化的な構築物である。私たちの文化では、ジェンダーは、ふつう、極端に男性的と思われることと極端に女性的と思われることの間でどこかで表現される。

ジュディス・バトラーが『ジェンダー・トラブル』(1989)で論じたドラッグ・クィーンに関する記述は、トランスジェンダーにおけるセックスとジェンダーの関係をとてもうまく言い当てている。バトラーは、ドラ

グ・クイーンが可笑しいのは、女装している男性が女性性を表現するのが不十分だからではなく、むしろ、あまりにも女性的であるからだと主張する<sup>24)</sup>。彼の演ずる女性というのは、女らしさを誇張した、とても様式化された存在である。こうすることで、彼は「セックスとジェンダーが滑稽なまでに依存し合っている状態」を現出させるのである。しかし、このことは、逆に、現実の世界では、セックスとジェンダーがそれほど依存し合っていないということを感じさせてくれる。セックスは、ジェンダーがどうあるべきかを一元的に規定するものではないのである。

ベニス・ハウスマンは、トランスセクシュアリズム（今日我が国で言うGID）のコンテクストで、ジェンダー・アイデンティティは、セックスとジェンダーというあいまいであるはずの類似関係を明確化する道具へと下がり下がりしてしまっていると述べている<sup>25)</sup>。実際、先に見たように、マネーとウォーカーは、ジェンダー・アイデンティティのあり方を「男性的であったり、女性的であったり、両性的であったり」という代わりに「男であったり、女であったり、曖昧であったり」と述べている。このように、GIDを語る際には、しばしば、セックスとジェンダーが混乱して用いられる。しかし、これらはもともと、別個の意味論的次元に属するものであったのである。

一方、アイデンティティというのは、私たちに与えられたものであるばかりでなく、私たちが自己について理解することでもある。社会学者のアンソニー・ギデンズは、「自己というものが、かなりとりとめのないものである以上」、自己のアイデンティティというの

も、「哲学者が事物のアイデンティティを語るのと同じように、長期にわたり変化しないものを指すというわけにはいかない」と言っている<sup>26)</sup>。自己というのが総称的な概念であるのに対し、自己のアイデンティティというのは、「個人が“自意識”という観点から意識するものである」。したがって、自己のアイデンティティは、「個人の行動様式における継続性のあるものとして与えられるのではなく、個人がふだん反省的に行っている活動において、日常的に創造され維持されているものであるはずである」。つまり、ギデンズは、自己のアイデンティティは、「自分をふり返る時に、本人によって反省的に理解される自分」であると定義している。もし、ジェンダー・アイデンティティが自己アイデンティティの一部であるのなら、それは、生物学的に決定されるものではなく、むしろ、自らの社会生活をふり返ることを通じて反省的に理解し、自らの手で育てていくものということになるだろう。ジェンダー・アイデンティティが、生まれながらのものであり、不変であるというのは、神話にすぎないのである。

ジェンダー・アイデンティティが、ジェンダー二元論やアイデンティティの先天説を前提にしている誤解があるとすれば、それは即刻改められる必要があるだろう。というのは、そうした見方は、ただ単に非現実的であるというだけでなく、GIDの増殖につながってしまうからである。つまり、人というのは自分が男であるのか女であるのかはっきりと認識しているものであり、そうでない人は、それをきちんと決定しなければならないかのような誤った考え方を広めてしまう可能性があるのである。ヴァージニア・プリンスは、『クロ

ス・ドレッシングの理解』(1976)において、トランスセクシュアリズムは「伝染病」であると記した。というのは、「より多くの人がトランスセクシュアリズムについて知れば知るほど、自分はそうではないかという人が出てくる」からである<sup>27)</sup>。

## GIDの脱病気化

この発言は、GIDがそもそも医学的問題なのか、という問いを投げかける。ハウスマンは、トランスセクシュアルの主体性は、医学的技術革新に依存しているという考えを次のように示した。「性転換手術は、トランスセクシュアルとしての主体性を構築するのに必要不可欠である。この過程を通して、トランスセクシュアルは、トランスセクシュアリズムという旗のもとで、自分自身をそれと同定し、トランスセクシュアルとしての主体性を構築するのである」<sup>28)</sup>。

最新のSOCは、「GIDは精神疾患か？」と題された部分で、GIDを精神疾患として治療することの正当性を主張しているが、その言い方にはあまり覇気が感じられない。

GIDを精神疾患と見なすことは、決して蔑視を許すことでも、患者の市民権を剥奪することでもない。診断を公式のものとして取り扱うのは、苦痛を和らげるよう処置を施したり、健康保険の支払いを可能にしたり、将来のより効果的な治療を可能にするためのリサーチを行ったりする上でしばしば有益だからである<sup>29)</sup>。

SOC委員会が、GIDを精神疾患と見なすのは、医学的というよりも、現実的な理由からのよ

うである。

GIDが、医学的問題かどうかということ論じるには、より多くの紙面をさく必要があるだろう<sup>30)</sup>。しかし、ここでは、GIDの多様なあり方を反映して、DSM-IV-TRの診断基準がより包括的なものになり、その結果、ベンジャミンがその確立に尽力した診断基準の厳格さが、どんどん崩壊してきているという点のみを押さえてこの議論を終えたいと思う。

## 要約

トランスセクシュアルの治療を正当化するために、ベンジャミンは診断基準を確立しようと努めた。彼は、トランスセクシュアルとトランスヴェスタイトの間に線引きをして、前者は、後者とは異なり、性的には倒錯していないと主張した。しかし、SOCやカリフィアが指摘するように、ベンジャミンのトランスセクシュアルについての見方は、多くの点で問題をはらんでいた。マネーとウォーカーは、ジェンダー・アイデンティティが曖昧であり得ること、性器再構築手術は治癒ではなくリハビリテーションであることに触れ、GIDについてのより現実的な見解を示した<sup>31)</sup>。

GIDの診断基準は、現在でも、明解さに欠けている。これは、GIDについての原因やメカニズムが未だ解明されていないことにもよるが、同時に、GIDを有する人の多様性を、DSMが認知するようになったからだと思われる。DSMは、今、トランスセクシュアルがトランスヴェスティック・フェティシズムを有する可能性や、性器再構築手術を望まない人たちがいることを明言している。

概念的な議論を通じて、ジェンダーというのは、生物学的に規定されるのではなく、文

化的に構築されるものである一方、アイデンティティは、自分をふり返るときに反省的に理解されるものなのであることがわかった。ジェンダー・アイデンティティは、男女という二つの理念的タイプに限定されるものではなく、しばしば多面的であり、時間によって変化する。ハウスマンは、トランスセクシュアルの主体性は、医学的技術革新によっていると主張した。一方、SOCにおいては、GIDの脱病気化は、今後より大きな問題となっていくと示唆されていた。

## 結 語

GIDは、肺炎や脳梗塞のような、体の内部における機能障害とは異なる。それは例えば、MTFの抱える問題が、ホルモン療法や性器の手術を行って、生物学的女性に似た体を持つということだけでは解決しないことからわかる。なぜなら、GIDの人にとっては、まわりの人からどう見られるか、社会でどう扱われるかといったことも重要だからである。この点で、GIDは、むしろ心理・社会的な問題として捉えることができる。

GIDとは、ジェンダー・アイデンティティ（自らの社会生活をふり返る際に「自分らしい」と感じる性についての意識）が、ジェンダー・プレゼンテーション（体や服装などによって表現される性別）や、ジェンダー・ロール（それによって割り当てられた社会的な性役割）と一致しないことから生ずる社会的困難、そしてそのために引き起こされる精神的苦悩のことである。したがって、医学的処置や法律の整備に加えて、当事者に対する、心理・社会的ケアが十分に行われなければ、問題は解決していかない。本稿が、GIDを抱え

る人に対する心理・社会的支援の重要性を考えるきっかけとなれば幸いである<sup>32)</sup>。

## 注

- 1) Nakamura, M. *Towards Clarification of Gender Identity Disorder: Acknowledging the Social Process of Gender Identity Reformation*. Ph. D. Dissertation. The Institute for Advanced Study of Human Sexuality, San Francisco, USA, 2004. 本博士論文の日本語増補改訂版『心に性別はあるのか？ 一性同一性障害のよりよい理解とケアのために』（医療文化社）が近日刊行予定。
- 2) 尚、本稿では、ホルモンや外科的処置によって、セックス（生物学的性別）という枠組みを越えた（あるいは、超えようとする）存在を「トランスセクシュアル」、外見や態度などによって、社会通念上のジェンダーの枠組みを越える存在を「トランスジェンダー」と定義する（セックスとジェンダーの違いについては、本稿“ジェンダー・アイデンティティ再考”の項を参照）。トランスセクシュアルは、ふつう、セックスだけでなくジェンダーを変えることにも関心があるため、トランスジェンダーの下位分類と見なす。また、英語圏での一般的な用法に従い、「トランスセクシュアル」は、「ジェンダー・アイデンティティ・ディスオーダーの人」とほぼ同意であるが、ジェンダー・アイデンティティ・ディスオーダーでないと思っている人も含むのに対し、「トランスセクシュアリズム」は、精神疾患を表す語（今日我が国で言うGIDと同義）と

して使用する。

- 3) トランスヴェスタイト関連の訳語については以下を参照。針間克己：性同一性障害に関する基本的用語及び概念への疑問と意見。日本性科学会雑誌 18 巻 1 号，2000。
- 4) Benjamin, H. Transsexualism and transvestism as psycho-somatic and somato-psychic syndromes. *American Journal of Psychotherapy* 8, 219-230, 1954, p. 220.
- 5) トランスヴェスティズムは，今日，性的嗜好の一つと考えられるため「異性装主義」と訳されるが，ベンジャミンは，この語を精神疾患用語として使用していたので，ここでは敢えて「服装倒錯症」という訳語を付した。注 3 参照。
- 6) Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. *Standards of Care for Gender Identity Disorders (SOC)*, 6th ver., electronic version, 2001, III, para. 2.
- 7) SOC, 2001, III, para. 2.
- 8) Califia, P. *Sex Change: The Politics of Transgenderism (2nd ed.)*. San Francisco: Cleis Press, 2003, pp. 58-59.
- 9) Money, J. & Walker P. Counseling the transsexual. In J. Money & H. Musaph (Eds.), *Handbook of Sexology*. Elsevier, NY: North-Holland Biomedical Press, 1977, p. 1289.
- 10) 日本では、「性(別)再適合手術」(sex reassignment surgery: SRS)という言葉の使用が一般的であるが，本稿では，近年英語圏に見られる，手術は性器の再構築であり，性の割り振りとは，別個の問題であるという考え方にに基づき，引用箇所を除いて，性器再構築手術 (genital reconstruction surgery: GRS) という言葉を用いることとする。
- 11) Money & Walker, 1977, p. 1290.
- 12) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington DC: Author, 2000, Section 302.6/302.85. 日本語訳は以下に拠っている。高橋三郎訳：DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院，東京，1996。
- 13) Bullough, V. & Bullough, B. *Cross Dressing, Sex, and Gender*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1993. p. 253 参照。
- 14) Stoller, R. *Sex and Gender, vol. 2: The Transsexual Experiment*. New York: Elsevier, 1976.
- 15) Green, R. *The Sissy Boy Syndrome and the Development of Homosexuality*. New Heaven: Yale University Press, 1987.
- 16) LeVay, S. A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science* 235, 1034-1037, 1991.
- 17) Zhou, J.-N., Hoffman, M., Gooren, L., & Swaab, D. A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 378, 68-70, 1995.
- 18) Devor, H. *FTM: Female-to-Male Transsexuals in Society*. Bloomington: Indiana University Press, 1997, p. 62.
- 19) Money, J. *Lovemaps: Critical Concepts of Sexual/Erotic Health and Pathology, Paraphilia, and Gender Transposition in*

- Childhood, Adolescence, and Maturity*. New York: Irvington Publishers, Inc., 1986.
- 20) DSM-IV-TR, 2000, p. 578.
- 21) DSM-IV-TR, 2000, p. 580.
- 22) SOC, 2001, II, para. 2.
- 23) Money, J. & Tucker, P. *Sexual Signatures: On Being a Man or a Woman*. Boston: Little, Brown and Co., 1975. 参照。
- 24) Butler, J. *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Vintage Press, 1989, pp. 137-138.
- 25) Hausman, B. *Changing Sex: Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*. Durham: Duke University Press, 1995. p.192.
- 26) Giddens, A. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1991, pp. 52-53.
- 27) Devor, 1997, p. 40.
- 28) Hausman, 1995, p. 110.
- 29) SOC, 2001, III, the last para.
- 30) Califia, 2003 参照。
- 31) 術後トランスセクシュアルの中には、未解決の、あるいは、新たな心理的問題をかかえている人も多い。この点は、原論文の“Recent Outcome Studies of Gender Reconstruction Surgery”(訳出の際に割愛された部分)で詳しく論じられている。
- 32) 原論文の第3章以下では、具体的な心理的・社会的支援の可能性について考察を行っている。注1参照。

原 著

## 性同一性障害患者の WAIS-R に対する検討

A study of Gender Identity Disorder patients using the WAIS-R.

関西医科大学精神神経科

織田 裕行, 北代 麻美, 山田 圭造, 守田 稔  
吉野 真紀, 中平 暁子, 有木 永子, 木下 利彦

ODA Hiroyuki, KITASHIRO Mami, YAMADA Keizou, MORITA Minoru,  
YOSHINO Maki, NAKADAIRA Akiko, ARIKI Nagako, KINOSHITA Toshihiko  
Department of Psychiatry, Kansai Medical University.

### 抄 録

関西医科大学附属病院では、1999年から性同一性障害の治療に携わるようになり、2003年12月には「性同一性障害に対する包括的治療」が本学医学倫理委員会で承認され、日本精神神経学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第2版）」に従い、本障害に対する体系的な治療を行っている。

本稿では、2004年7月までに性別違和を主訴に当院を受診し、性同一性障害患者と診断された36名を対象としWAIS-Rの結果について検討した。結果は、MTFにおいてFIQおよびVIQが有意に高値を示した。下位検査においては、MTFが有意に高値であったものとして知識、単語、算数、理解、類似、絵画配列が挙げられる。符号のみFTMがMTFよりも高値であったが、有意差は認められなかった。この結果は、学校での教育や練習などによって身についた能力と考えられている結晶性知能がVIQに反映されていることから、就学期間と何らかの関係があると考えられる。また、直接的ではないにしても就労に関する二次的な問題の原因となっていることも考えられた。

### Abstract

Since 1999, we opened gender identity disorder (GID) clinic at Kansai Medical University Hospital (KMUH). We started treating GID patients following the protocol of "the comprehensive treatment of GID" which was approved by the medical ethics committee of KMUH in December, 2003. This protocol was established in accordance with "the Guideline for Treatment and Diagnosis of GID version.2" established by the Japanese Society of Psychiatry and Neurology.

In this paper, we report the result of Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised of thirty-six GID patients who were diagnosed as GID before July, 2004 in our GID clinic. The result indicated higher verbal intelligence quotient (VIQ) and full intelligence quotient (FIQ) in male-to-female (MTF)

compared to female-to-male (FTM) patients. The subtests that MTF scored significantly higher than FTM were Information, Vocabulary, Arithmetic, Comprehension, Similarities, and Picture Arrangement. FTM scored higher in Digit Symbol than MTF, however not at the level of significance. The “crystallized ability” is the stored knowledge and skills usually acquired through school education and is considered to be reflected on VIQ scores. The shorter education years of FTM may explain the difference, and it may play a role in their problems of work related difficulties.

## Keywords

Gender Identity Disorder, WAIS-R (Wechsler Adult Intelligence Scale Revised), VIQ (verbal IQ), PIQ (performance IQ)

## 緒言

性同一性障害とは、内山<sup>1)</sup>によると「生物学的な性は完全に正常であり、しかも自分の肉体がどちらの性別に属しているかをはっきり認識していながら、その反面で、人格的には自分は別の性別に属していると確信している状態」と定義されている。

関西医科大学附属病院では、1999年から本障害の治療に携わるようになり、徐々に患者数は増加していった。2003年12月には「性同一性障害に対する包括的治療」が本学医学倫理委員会で承認され、本障害に対する体系的な治療を開始した。診断と治療は、日本精神神経学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第2版）」<sup>2)</sup>に従い、精神神経科、泌尿器科、産婦人科、形成外科が連携し、さらに精神保健福祉士、臨床心理士、事務職員とともに医療チームを組んであつている<sup>3)</sup>。

一般に本障害の患者は、さまざまな社会生活上の困難を持つとされ心理社会的負荷も少なくないことが指摘されている。本障害に提供できる治療はジェンダー・アイデンティティと身体的性別を完全に一致させることが

できないことから、必ずしもその根本的な解決を約束するものではない。そのため治療段階を進めることで、一定の苦痛や苦悩を軽減することはできたとしても、社会生活の様々な側面に問題を残すことがある。しかし、その心理的特性について検討した研究は国内においてまだ少なく、精神科領域の治療については医師個人の経験に委ねられているところが大きい。そのため、日々の臨床の中で早急な診断と治療を望まれることも多いが、患者がおかれている状況や抱えている問題を個別に十分検討を行いながら治療の適応を図ることが必要であると考えられる。

精神神経科では、本障害の診断の補助と今後の治療や適応力を評価する材料として、治療早期に複数の心理検査を実施している。実施している心理検査を大別すると性格検査と知能検査であり、知能検査には日本版 WAIS-R 成人知能検査 (Wechsler Adult Intelligence Scale Revised. 以下、WAIS-R) を用いている。本検査を施行することは、全検査 IQ (Full IQ. 以下、FIQ) の高低を知るだけでなく、言語性 IQ (以下、VIQ) と動作性 IQ (以下、PIQ) のディスクレパンシー (discrepancy) や、下

位検査間のばらつきなどを検討することで、これまでの適応のあり方や、今後の適応の示唆を得ることにその目的がある。WAIS-Rを通して、本障害の患者に対する特性の理解につながる可能性があるものと考えられるが、FIQの高低に止まり、VIQとPIQのディスクレパンシー、下位検査に及ぶまで検討されている研究は少ない。

本稿では、現在までに施行したWAIS-Rの結果について検討し、そこから知りえる本障害患者の心理的特性と適応について考察を加えて報告する。なお、本研究は本学医学倫理委員会の承認を得ている。

#### 対象と方法

対象は2004年7月までに性別違和を主訴に当院を受診し、WAIS-Rを受検した性同一性障害患者36名(平均年齢30.9歳〔18-51歳〕)である。female to male(以下、FTM)25名(平均年齢27.8歳〔18-39歳〕)、male to female(以下、MTF)11名(平均年齢36.9歳〔18-51歳〕)であった(表1)。年齢は、FTMでは30代までに限定されているが、MTFでは年齢層の幅が広く、平均年齢も高かった。また、対象者背景として学歴を表2、性別違和を自

表1 年齢分布

	人数	平均年齢	年齢の幅
FTM	25名	27.8歳	18歳～39歳
MTF	11名	36.9歳	18歳～51歳
計	36名	30.9歳	18歳～51歳

表2 学歴

	中学卒	高校入学	大学入学
FTM	2人	20人	3人
MTF	1人	4人	6人
計	3人	24人	9人

表3 性別違和を自覚した時期

	就学前	小学校	中学校
FTM	16人	7人	2人
MTF	4人	6人	1人
計	20人	13人	3人

表4 就労状況

	あり	なし
FTM	22人	3人
MTF	10人	1人
計	32人	4人

覚した時期を表3、就労状況を表4に示した。

WAIS-Rの結果についてMTFとFTMの間でFIQ、VIQ、PIQ、下位検査についてMann-WhitneyのU検定を用い比較検討した。その後、FIQ、VIQ、PIQと年齢についてSpearmanの順位相関係数で検討した。

#### 結果

##### 1. MTFとFTMの比較

###### (1) FIQ, VIQ, PIQ

それぞれの平均値および中央値について表5に示した。MTFにおいてFIQは有意に高値( $U = 51.5, p = .003$ )を示し、VIQについても有意差( $U = 35.5, p < .001$ )を認めた。

表5 FIQ, VIQ, PIQの平均値と中央値

	FTM	MTF	U値
FIQ	94.4 (96)	115.3 (116)	51.5** FTM<MTF
VIQ	92.8 (95)	116.8 (121)	35.5*** FTM<MTF
PIQ	97.8 (101)	108.9 (103)	91.5

(注1) ( )内は中央値を示す

(注2) \*\*:  $P < 0.01$ , \*\*\*:  $P < 0.001$

###### (2) 下位検査

下位検査の中央値を図1に示した。MTFが有意に高値であったものとして知識( $U =$

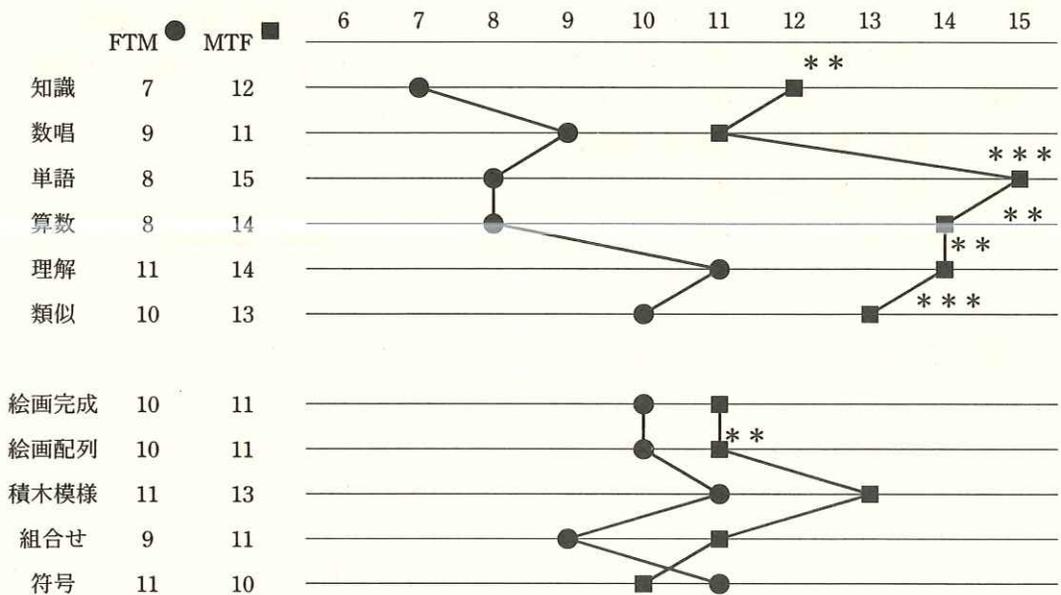


図1 下位検査のプロフィール (中央値)

40.5,  $p = .001$ ), 単語 ( $U = 34.5$ ,  $p < .001$ ), 算数 ( $U = 53.0$ ,  $p = .003$ ), 理解 ( $U = 62.5$ ,  $p = .009$ ), 類似 ( $U = 28.5$ ,  $p < .001$ ), 絵画配列 ( $U = 64.0$ ,  $p = .011$ ) が挙げられる。符号のみ FTM が MTF よりも高値であったが、有意差は認められなかった ( $U = 132.5$ ,  $p = .863$ )。

## 2. 年齢との相関

FIQ と VIQ において年齢と有意な正の相関がみられた ( $r = .337$ ,  $p = .045$ ;  $r = .372$ ,  $p = .025$ )。年齢が高ければ高いほど、FIQ と VIQ が高いと考えられる。

## 考 察

WAIS-R に代表される知能検査は「頭の良し悪しを調べられ、IQ で自分自身のことを決めつけられてしまうのではないか」というような悪いイメージが付きまとっている。しか

し、WAIS-R の有用性について、津川が「知能検査が単に知能レベルを判定するための検査ではなく、被検者の現在発揮できる優れた能力や弱っている能力を把握し、それを今後の援助に役立たせるために施行する臨床上の武器の一つである。」<sup>4)</sup> と述べているように、本来は WAIS-R の結果を手がかりとして、被検者の援助にどのようにつなげていくかを検討することに重点が置かれるべきである。また WAIS-R の結果に関する重要な着目点としてディスクレパンシーの存在が挙げられる。WAIS-R では、PIQ と VIQ の差をディスクレパンシーと言ひ、PIQ と VIQ の差が 8 ~ 10 までは正常者に見られ、臨床的には 15、統計的には 20 以上の差がある場合に問題があるとされる。このディスクレパンシーによって被検者に存在する適応力の問題を評価し、パーソナリティの理解や職業指導の手がかりを得ることができる。大脳半球の優位説との

関係において、PIQ > VIQ であれば、言語能力に比べて視空間能力が優れており、PIQ < VIQ であればその逆が考えられる。また視点を変えれば、学校での教育や練習などによって身についた能力と考えられている結晶性知能が VIQ に、日常の具体的体験から学習する能力で、未知の刺激に対する適応力や柔軟性を表現する流動性知能が PIQ に反映されると解釈される<sup>5)</sup>。

これらのことを踏まえ、結果で示した FIQ と VIQ が FTM に比し MTF において有意に高値であったことについては次のように考えられた。

表5に示したように PIQ は MTF, FTM 間ではほぼ一致している。一方、VIQ は MTF において有意に高値であることから FIQ の有意差は VIQ が影響しているものと考えられた。本来、WAIS-R は男女間での差が生じないように標準化されている。そのため流動性知能を反映する PIQ ではなく VIQ に有意差が認められたことは、学校での教育や練習などによって身につく能力に差が生じていることを意味すると考えられる。この結果は、MTF は大学入学以上の者が半数を超えているのに対し、FTM では高校入学、短期大学、専門学校までの群が多いという学歴(表2)との関係から VIQ と就学期間には何らかの関係があると考えられる。VIQ が高値である者は高学歴となり、結果的に就学期間が長くなっている可能性は否定できない。しかし、表3に示したように性別違和を自覚した時期について FTM は就学前の者が多く、MTF に比しより早期に自覚している者が多いことから通学の継続が困難なため就学期間が短くなり、VIQ に影響を与えている可能性も考慮する必要が

ある。具体的には、FTM はスカートの着用その他、女性としての性別役割を幼少期から期待され、MTF よりも早い時期に性の意識に直面することが多い。そのことが性別違和を早期に自覚することにつながり、さらに中学校以降での学生生活においては制服でスカートの着用を義務付けられることや水泳の授業などの面でも苦慮し、結果的に就学の継続が困難となっている者が少なくない。そのような社会的状況が FTM には大きく影響し、VIQ に反映していることも推測された。

一方、これらの結果は二次的な影響を QOL に与えている可能性がある。表4に示したように就労の有無という側面からは FTM, MTF において大きな差は無く、大半の者が職に就いていた。しかし、職種や、パートか正社員かなどの就労形態も加味すると、一概に述べることは出来ないものの MTF の方が安定した職に就いている印象があった。

## 結 論

N 数はまだ少なく、本障害の患者の中でも当院を受診している者が偏っている可能性も否定できないが、下位検査を中心とした WAIS-R の検査結果から MTF と FTM は異なる特性が存在する可能性が考えられた。MTF は有意差をもって FIQ と VIQ で高値を示し、このことは就学期間に何らかの関係があると考えられるが、その詳細については今後さらなる検討が必要である。また今回の WAIS-R 結果は、直接的ではないにしても FTM が生活していく上で経済的な面を含め、二次的な問題の原因となっているとも考えられる。これらのことから、FTM の QOL の向上には、社会における性について再考する必

要があると思われる。具体的には制服のスカート着用を始めとする通学に伴う苦痛を軽減できれば、就学期間とともに VIQ や QOL の向上につながる可能性があると考えられた。

#### 文 献

- 1) 山内俊雄：性差とは何かー性同一性障害を通して見た性差ー，精神科治療学，15 (10), 1051-1056, 2000
- 2) 日本精神神経学会性同一性障害に関する第二次特別委員会：性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第2版），精神神経学雑誌，104 (7), 618-632, 2002
- 3) 織田裕行，北代麻美，山田圭造 他：ジェンダークリニックの取り組みと実態 関西医科大学，Modern Physician, 25 (4), 409-413, 2005
- 4) 津川律子：精神科領域における知能検査の最前線ー WAIS-R プロフィール分析を中心にー，最新精神医学，5 (2), 143-151, 2000
- 5) 上里一郎監修：心理アセスメントハンドブック第2版．島田修，後藤貴子：第4章ウエクスラー知能診断検査．西村書店，東京，32-47, 2001

原 著

## ORGASM 考 ;

—— その多彩な連続変化と臨死状態 (a near-death experience) は幻か? ——

STUDY OF ORGASM;

昇平産婦人科

林田 昇平

HAYASHIDA Shohei, MD

SHOHEI LADY CLINIC

### 抄 録

Orgasm の連続変化と多彩さを整理し、臨死状態について検討した。性感の先天的違いや Orgasm の指標或いは音響の影響についても私見を述べた。

### 英文抄録

Study of Adjustment of Orgasm-Continuum,. an Investigation of A-near death experience. I gave my personal opinion about congenital difference, or an index showing sexual feeling & orgasm.

### KEY WORD

Continuum of Orgasm, a Near death experience, Congenital difference of orgasm, Index showing Orgasm

#### 1. 性の歴史の断片

ジグモンド・フロイトをはじめとする人々の心理学的研究では、セックスを、基本的動因、つまり独自の法則にのっとつた先天的な資質として説明しようとしてきました。しかし性行動を形成するのは、社会環境といわれます。性生活上の選択肢は、人々を取り巻く社会状況に大きく左右されています<sup>1)</sup>。

現在の私達は、ビクトリア王朝時代(19世紀)の古い考えから既に逃れてしまったのでしょうか。その当時の一般的な社会通念では、性欲の欠乏は、重要な女性の条件といわれて

いました。また性感をもっている女性は、墮落したと片付けてしまい、社会のピエロ役にしたてていました。ビクトリア王朝時代の概念では、先ず女性の役目は、忠実な妻であり、母であることでした。女性の独自の本分は、病人の看護に忍耐強くあたる、子供達の成長を見守る、若者に知識の初歩を教える、現世で悲しんでいる友人を微笑で迎え、神の恩恵を祈るということでした。女性のセックスのパートナーとしての役割は、それを抑えて、控えめに努めることでした。ビクトリア女王はこの考えを擁護し、積極的に女性が職を得

ることを、特に医学の勉強の機会を与えないようにしたといわれます<sup>2)</sup>。その時代のギルバートの歌の歌詞や、或いはサリヴァンのそのオペレッタなどには、男性の庇護を離れた女性が、社会に安住する場がなくなり、経済的に不如意をかこつ、感傷的な思いがこめられていました。“サヴォイ・オペラ”では、サリヴァンとギルバートは、多くのオペレッタに繰り返し登場する中年の独身女性を非常に残酷に描いています。“王女イダ”では、女権拡張運動への風刺を扱っています。“ミカド”ではカティーシャのような、癩癩もちの不器量な中年女性へのこだわりを持っていたことがわかります<sup>3)</sup>。

しかしながら実はビクトリア王朝時代でも、女性達が本当にセックスを楽しんでいるいくつかの注目すべきポルノグラフィは多く存在していたといわれます。

この社会の情勢は、わが国の近代までの社会通念と、酷似しています。戦前の日本社会では、知識層、教養人においてさえ、男性の女性に対する奉仕などとはかんがえられなかったことです。乃木静子の「閨房のお慎み」なる一文にも示されている通り、性生活においても儒教的道徳観の色濃く塗りつぶされてきました。それに引き換え（完全なる結婚）<sup>4)</sup>は、（母の訓）の男尊女卑思想とは、正反対のものでした。

フロイトの職業上の同僚の一人、ドイツの神経精神科のクラフトエビン（1840-1903）は、性病理を主題とした有名な学者でしたが、セックスそれ自身を忌まわしい病気として捉えていました<sup>5)</sup>。若し、女性が知的に正常でよく躰けられて育てられていれば、全く性欲はないはずだ。若し、女性に性欲があれば、

全世界は売春宿となり、結婚や家族はあり得ない。男性は女性を避け、男性をハントする女性は、確かに異常であると言っています。

1906年には（性科学）という言葉がつくられ、また1914年には、（性科学雑誌）という学術雑誌が創刊されるまでになりました。これが（独壇性科学）と呼ばれた学派でした。

こういう環境で、フロイトが、女性はもちろん、男性のセックスの本質の研究をはじめたことは、想像するだけでも困難だったでしょう。

Freud “フロイト”《1856-1939》は、精神分析学の創始者でした。心理現象の基本は性欲であると説いていました。彼こそは、近代性医学の燭光を高く掲げた人で、“ビクトリア王朝的セックス観”にたいして、敢然と立ち向かった最初の科学者ということができでしょう。フロイトが展開した人間の示す諸現象が、内在する願望や欲求とそれを取り巻く対象関係との複雑な相互関係のなかで形成されるという論旨は、最近まで殆ど常識にまで広く行き渡っています。ただその願望が、性的な欲動であるという考えはネオフロイディアンに代表されるような学派から様々に批判されてきたといいますが、それを超える考えは現代に至るまで現れていないようです。

Kinsey キンゼイ《1894-1956》は、アメリカの動物学者で、人間の性行動の統計的研究を行いました<sup>6)</sup>。彼による偉大な調査報告“人間男性における性行動”“人間女性における性行動”が、1948年、1953年にそれぞれ刊行されました、その赤裸々の事実の表現にたいして、セックスに関して、最も自由の国アメリカの世論でさえ、“科学は、このようにして、性を踏みにじるべきではない。”と非難

ごうごうでした。しかしその精力的な研究成果も、一寸方向を間違えたための統計の結果が交じっていたようです。

実はキンゼイらが面接したのは、任意に抽出した人々ではなく、いわば便利なサンプルであり、キンゼイが勧誘した者や、自ら志願した者で構成されたサンプルであったといわれます。一般市民を代表することは保障されていなかったといえます。

さらに Masters & Johnson “マスターズとジョンソン”《共にアメリカの性科学者。共同して人間の性行動の実験的研究を行った》の性行動の実験研究により、前人未踏の性科学の世界に、初めて科学のメスを入れました<sup>1)</sup>。研究対象者に、報酬を与えて、研究室内で性行為を行わせ、その模様を観察記録しています。人間の性反応は、個人差があるにしても、性的快楽に関する遺伝プログラムの表れと見ることが出来たといっています。

膣はオーガムスの表現場所であってもオーガスムへの必要な強い快感をつくりだす場所ではないという、性交における膣の位置づけを提起したともいえます。彼は性反応の四段階を、生理学的現象面で見れば「血管の充血」と「けいれん様の筋肉の収縮」という二つの現象に集約できると説明をしています。

マスターズとジョンソンの研究報告が、特定環境のゆえに出来たものか、普遍的なものか、それが問題でしょう<sup>6)</sup>。

H. S. Kaplan 《1927～1995》アメリカの性科学者・コーネル大学精神科教授・「New Sex Therapy」 「The New Sex Therapy Volume II Disorders of Sexual Desire other New Concept and Technique in Sex Therapy 1979」の著者。治療者は、身体的面と行動心理的面からあた

ることを基本と考えました。女性のオーガスムは、一つの反射であると概念化して、事実として認められるようになってきました。アメリカ精神学会が出している診断マニュアルの性不全の項では、カプランの概念が基礎になっており、その著書は、本分野のバイブルともなっています。わが国ではそのモディファイを臨床に応用されることが多いようです<sup>7) 8)</sup>。

あるいは“ペリーとウィップル”の性の考察（女性の射精などを含めた）は、今後の追試研究が待たれます。しかし性科学研究としては正確に紹介し更に慎重に検討すべき内容であると考えられます。

さてキンゼイレポートは、科学的なセックス調査の嚆矢とされました<sup>1)</sup>。しかし現在はキンゼイレポートの回答者の選択法では一般論は導けないのではないかと考えられています。すなわちサンプリングに偏りがあったからです。キンゼイ調査の欠点は、その調査の道徳性への批判に紛れ、そのため気づかれなかったのでしょうか。

例えばマスタベーションの頻度が最も高いのは、皮肉にも実際にもっともセックスを行っている人々であるという発見は、マスタベーションがセックスの代替行為であるという説を覆しました。また放出のうち一度でも同性のパートナー相手に性行為を行ったことのあるものは、すべて同性愛的傾向があるとみなしたといわれます。アメリカの成人男性のうち37%がそれに該当すると知って、読者はショックを受けてしまいました。次に、マスターズらの研究の評価です。資料は確かに偏りがあるが、人間の性行動に関する研究で得た資料にはそれだけの価値があります。し

かしその好意的な評価にも疑問が出て来ています。クリトリスオーガスムについてです。例えばクリトリスオーガスム以外のオーガスムの経験をしつづけている女性も多く存在しているからです。

さらに、マスターズとジョンソンの報告を読んだ多くの人達は、彼らの結果を間違って解釈したといます。マスターズとジョンソンが、全てのオーガスムは同一だと発見、或いは証明したと解釈しましたが、実際には、ただ一つのオーガスムという結果ではなくて、それは仮定だった。これを間違って解釈したとも言われています。

## 2. オーガスムは今まで

女性のオーガスムの生理学では、膣でオーガスムを感じると考える権威者は、実は最近まで少数でした。つまり、クリトリスを刺戟することによって起きる快感とは全く別に、膣でのオーガスムが起きるとは考えにくいとっていました。膣管のまわりを取り囲んでいる筋肉に、圧力を加えた時、この筋肉に分布している神経末端に刺戟が加わって、これが膣のオーガスムを起こすということは考えられていました<sup>9) 36)</sup>。膣オーガスムがあるかないかという長い論争は、純粋に、生理学的な事柄というよりも、むしろ、心理的な問題を含んでいることが考えられていました。このために、1世紀前までは、多くの医学者達は、女性はセックスで十分満足できないように作られていると信じていました。その後は、女性の満足感の欠如は、心理的障害が原因だというのが通説になっていました。

膣における神経支配の顕微鏡的研究によると、膣では神経末端が非常に少ないことが

判っています<sup>10) 11)</sup>。しかし、同様に、高度の感覚は、必ずしもクリトリスでなくても、包皮とか小陰唇、或いは、もっと他の場所たとえば会陰で感じてよいと考えられます。この事実は、男性の性科学の学者の意見によるものではなくて、女性自身が、女性の解剖学的、組織学的、そして、生理学的に研究して判明してきた事実と言われています。

更に、女性の射精（射出）といわれる現象はこれまでは理解するのは容易ではありませんでした。しかし既に女性前立腺の存在は明らかです。分泌物の排出は免疫科学的に証明されているし、排出液は尿でないと科学的に証明されています。また膀胱への逆行性射精の可能性があるのかもしれませんが。既に女性前立腺の存在はザビアッチ教授により明らかに示されており、女性の射出現象も、納得できる説明があります。女性の所謂射精の写真は、或いは尿の失禁を写して、俗受けするピクチャーとして喧伝されていたのではないのでしょうか。

“クリトリスオーガスムと膣オーガスム”；信じにくいことだが、今でも女性の心理の裏にはしっかりと一世紀前のフロイトの言葉が刻み込まれているといわれます。すなわち“クリトリスによるオーガスムは幼児的のもので、思春期以前の段階にとどまっていることを意味する。これに対して膣によるオーガスムは、もっと成熟していることを意味する”<sup>36)</sup>と。

一方例えば近年のウーマンリブの理論家たちは、“成熟した女性のオルガスムは膣オルガスムであるが、クリトリスオーガスムの女性は、未成熟の欠陥人間である”のように考えるフロイトの理論は、膣がなければ何にも

はじまらないとする男性本位の考え方に基づくのであり、“女性の性感の中樞はクリトリス(陰核)にある”と主張してきました<sup>4)5)</sup>。わずか半世紀の間に解剖学的の女性の体、生理が、変わってしまうはずはありません。“性交による膣オルガスムの存在は女性にとっても、自然の恩恵である”ことがわかってきたことは、女性の社会的地位が、大きく変化してきたことに呼応しているからでしょう。

### 3. 充足感 特に性感の場合

感覚の世界は、すじみちをつけて明快に説明できないことが多い。

一人人間は、快感だけを求めて、性行動するのでしょうか。

単純に性の行動の生物学的メカニズムの解明は、マスターズとジョンソンの研究により、判明した点が多いといわれます。しかし、それにしてもどうしても釈然としない根本の問題がいくつもあります。

まずその一つが、男性のオーガスムについての意見でしょう。男性のオーガスムについて、古くから変わらぬ意見が述べられてきました<sup>13)</sup>。すなわち、一口で言えば、男性のオーガスムは、陰茎の射精にはじまり、射精に終わると。若し、それだけならば、男性がパートナーとのセックスでの射精という性反応と、一人でのオナニーでの射精という性反応のオーガスムの快感は、全く同一でしょう。オナニーでの射精での快感と、性交における射精の快感とは、同一感覚なのでしょう。特別な場合、例えば、相性でない女性との接触での射精よりも、孤独の自由奔放の想像のもとでのオナニーによる射精の快感が勝つこともあるかもしれません。すなわち、生理学

的に、同じ射精のオーガスムでも、心の充足感の多少により、充足感、特に快感の序列が左右されるのではないのでしょうか。

実はマスターズらも、彼らのオーガスムの結論に関しては、充分の含みを残して検討していたのではないかと推測されます。なぜならオーガスムの序列は、性交の時の心理的に、大きく左右される。彼らはいまや、行動心理学の助けが、必要な段階にきているといっているからです。“Clitoral orgasm と Vaginal orgasm”については、マスターズ&ジョンソンは、次のように述べています。即ちクリトリスによる orgasm と、膣によるそれとの間に解剖学的の観点からすれば、全く差が、認められない。一方 orgasm の強度上の変化はあるが、これはむしろクリトリス刺激、膣刺激の差によるものではない。いまや、行動心理学の助けが、必要な段階にきている<sup>12)</sup>と。

こういう観点に立てば満足度の量と質の測定というテーマには、非常に関心を惹かれます。

### 4. 男女の感覚

男女の感覚は天地の差があるといわれています。

男性の場合、快感は一次方程式のように簡単明瞭といわれます。

しかし女性の場合はこの数倍、数十倍も複雑になるといわれています<sup>14)</sup>。

また女性の快感は女性の全身どこにでも存在するといわれます。

1944年、ドイツの産婦人科医グレーフェンベルグ博士がアメリカの産婦人科医ディッケンソン博士との共同研究によって〈膣の前壁で尿道下部の表面に沿って存在する性感帯〉の発見を発表、膣の中に快感を呼ぶ「粘膜

の神経があることが確認されました。そしてそれを、発見者グレーフェンベルグ博士のイニシアルをとって“Gスポット”と名付けられました。

Gスポットの発見により、それまでの性科学の研究が劇的に一変しました<sup>15)</sup>。

クリトリス快感説に加えて、Gスポット快感説が登場、性行為の研究に一層の弾みがつきました。更に現在は骨盤底筋とGスポットの大事な性的意義の発見があり、膣オーガスムの存在が理屈でも明らかになってきました。その上に膣オーガスムとクリトリスオーガスムとの質の違いも次第にはっきりわかってきたのです。

しかし Bohlen 1982, Kaplan 1983 らは、G-spot が、本当に存在するか疑問を投げかけていました。また Hines は、2002 年のアメリカ産婦人科学会誌に G-spot の存在が、科学的根拠が少ないことを理由に、存在の疑問を呈しています。反論は多い<sup>13)</sup>。

更にザビアチッチらは、膣前壁以外では見られないGスポット特有の形態学的構造を検出しようとしたが、期待に反して失敗に終わったと記載しています。即ちGスポットのその解剖像は、まだ解明されていないと考えられます (P83)。Gスポットは、Halban Fascia の一部であり、性の生理学で、性感の源として重要な役割を演ずる陰茎海綿体と相似だという意見に、ザビアチッチらも同意しています。前壁のサンプルでは、神経線維が豊富です<sup>16)</sup>。

また一方当然のことですが、快感神経の豊かに存在しているところでは、甘美な快感があるが、神経終末のないところは性感を感じません。ここで強調していいことは、男性並

びに女性とも、尿道には神経終末が集中していることです。特に、女性では、尿道がマスターベーションに使われるというのは、そのためです。尿道から挿入した異物、例えば、ヘアピンとか綿棒とかが膀胱内に入ってしまった例は、時々報告されています。すなわち、女性の尿道には、豊富な神経終末器官が存在していることです。又同時に、尿道と膣は、夫々の粘膜一枚で、隣合わせで密着しているといってもよいでしょう。こういう理由で、膣の前壁、特に膣の入口部前壁で、尿道に沿う部分は、容易に甘美な快感を受ける部分と考えられます。又、生物学的に個体発生の経過から推定しても、女性の尿道の周囲に男性の前立腺に相当する組織が存在していても、不思議ではありません。しかしながら、男女の性器の相同性を支持する発生的見解は、女性前立腺の存在を無条件に受け入れるには不十分だったのです。ご承知のようにすでに尿道に女性前立腺が存在していることを、形態学的手法でなく、男性前立腺とスキーン腺とに、類似の抗原 (PSA と PSAP) が存在することを、免疫組織学的に証明したからだったのです。それがスロバキアのザビアチッチ教授の業績でした<sup>16)</sup>。

更に尿道膣隔膜《Septum Urethrovaginale》は、アトラスでは、厚く描かれていますが、膣の手術をやると直ぐわかることですが、膣の粘膜と尿道の粘膜は、例えてみれば、一枚の紙です。そのように薄い。慎重な膣の粘膜の剥離でも、尿道の損傷の可能性を心配しなければならぬ位薄い。だから、膣の刺激は殆ど直接に尿道の快感神経を刺激するのでしょう。その結果、膣の刺激によりほぼ直接に快感を得ることができるのでしょう。若し

もGスポットの存在が解剖学的組織学的に証明できなくても、膣前壁の性的快感の意義は決して薄れる事はないと、考えられます。

また話は変わりますが当時のヴァンデ・ヴェルデの“性興奮の強度”の、『理想的性交曲線』(性感曲線)は、その代表的なものでした。しかしキンゼイは、ヴェルデのオーガスムにいたる性感の上昇やオーガスム後の性感の下降の曲線は実験で確かめられていないという理由で[オーガスムののち、性的興奮は男性の場合よりも、女性の場合のほうがゆるやかに低下するというこも、その一般の傾向の存在を証明するデータを知らない]とっています。女性の性生理に関する一般化は危険だといっているのです。

然しこの反論は正しいのでしょうか。密室の特殊の条件の中での性の肉体的な実験結果だけに正当性を持たせ、実験によらない心理的な精神的な変化を無視した考え方は肯定していいのでしょうか<sup>16) 5)</sup>。

またマスターズの報告は、ヴァンデ・ヴェルデの“完全なる結婚”と共通性もあるが、しかしその前提となる立場は、全く異なっていました。すなわち、ヴァンデ・ヴェルデが解剖学と生理学での人間の両性の相違点に立っていたのに対して、マスターズの報告は、“人間の性反応では従来認められていたよりはるかに高度の男女間の類似性”を主張していたことです。このようなマスターズらとヴェルデとの研究立場上の違いは、第二次大戦を境目とする女性の社会的地位の変化、性の開放などの社会的事情と無縁ではないと考えられます<sup>16) 5)</sup>。

## 5. 個人差それはさながら雪片の多彩さ

快感にはそれぞれの個人の違いがあります。性の世界でも、夫々の人の多様さが問題です。個人差のあることを認識すれば、私達は現実の世界を、二倍或は、それ以上にいとおしくなるものです。まったく同じなら、それはクローンです。気持ちが悪いだけです。

## 6. 多彩なオーガスム

基本的にはオーガスムは反射であるといわれます(Kaplan)。このオーガスム反射は、色々の条件で起こるが、もっとも敏感にオーガスム反応を起こす器官は、クリトリスとG-spot であると考えられます<sup>19)</sup>。

女性のオーガスムの仮説的分析をすれば、一般の性交でクリトリスの関与は、クリトリスの刺激と膣内性交の両方を必要とするものが、大半を占めていると想像されます<sup>7)</sup>。

ベリーとウィップルが発表したオーガスム反応の連続変化(変異)を示します<sup>2)</sup>(表)。

左の西の横綱欄は、例えば、マスターズなどが述べる外陰オーガスムに相当します。

フロイト一派のクリトリス性といわれるものです。

性反応の最も明らかな特徴は、骨盤底筋[PC筋]のリズミカルな収縮です。それを経験する人のオーガスムが、性器表面の、或いは表面より少し下層に集中したオーガスムといわれます。全身の反応の範囲は、夫々に独立して変化します。

この番付けの東の横綱は、シンガーにより(子宮性の)、或いは他の研究者では、(深いもの)として述べてあるものです。膣オーガスムは、このカテゴリーに当てはまります。しかし、この膣オーガスムというカテゴリー

表

反応の連続変化	① →→→→⑤ →→→→→⑩		
普通名	クリトリ性オーガスム	(腔性オーガスム)	腔性オーガスム
引き金	クリトリス	数箇所	Gスポット
オーガスムの回数	一回或は多発	一回或は多発	一回のみ；究極のオーガスム
反応の中心の筋肉	PC筋の収縮（リズムカル）	両方	子宮
作動神経	臀部神経	両方	骨盤神経と下腹部神経叢
主な反応	オーガスムプラットフォーム	腔	子宮と骨盤内臓器
男性との比較	精液は出ないオーガスム	典型的的の射精を伴うオーガスム	精液はもれるが、射精はないオーガスム
SINGER の分類	外陰性オーガスム	混合	子宮性オーガスム

は、クリトリ性オーガスムと腔オーガスムとの中間にも存在しています。

この混合オーガスムは、いつもの性交でのペニスのスラストにより起こる反応ですが、Gスポットの手の指での刺戟でも起こります。特に、射精する女性では、特徴的といわれています。

シンガーは〔子宮のオーガスム〕は、いつも充分過ぎるほど満足して、決定的なものであると述べています。若し、あなたが〔子宮のオーガスム〕を感じたならば、2度目のオーガスムは望まぬし、又、必要としないといえます。

一方ほとんどの人間の性行動は、ホルモンとか生理的要因の支配によっておこるよりも、学習により習性となっていくという証拠があります。ペリーとウィップルは、決定的なオーガスムの性質は、同様、学習された習性であると考えています。

臀部神経と骨盤神経は、他の部分と同様、脊髄で相互連結することで、一つの神経の性刺戟が、他の部分で混合されるので、混合オーガスムの説明を示唆しています。

オーガスム反応の連続変化（変異）は、女

性の場合に主に当てはまります。がしかし、

（対象の）男性の場合も含まれています。男性は、解剖学的には女性と異なります。外性器の明らかな違いがあり、内性器は子宮と関連する生殖器官がないが、しかし、その基本の筋肉と神経支配は、女性と全く同じです。Whippleの最初の印象は、多くの男性は、非常に敏感に混合の、すなわち、典型的男性の射精のオーガスムを学ぶということでした。男性か、或いは、女性だけの一方だけにとって良いオーガスムはないでしょう。いろいろな種類のオーガスムがあることを、男性、女性が理解して、オーガスムの連続変化（変異）を納得することができればいいのです。

オーガスムの変異の連続を見ると、多回数オーガスムは、混合オーガスムといっしょに起きることが多く、クリトリスオーガスムだけでは起こらないということが分かります。

セクシュアリティの最近の研究の結果の特徴は、他人を見て、自分のセックスの理解度を増すことができるということです。男性の前立腺に関するペリー等の知識は、Gスポットという女性の性感帯についての話を明瞭にするのに役立ちます。Gスポットの性的刺戟

の知識が、男女入れかわって、Whipple たちは、男性の前立腺の性的快感を再検討してもいいのではないかと考えています。

オナニーとして、浣腸が手放せない習慣の男性がいます。これは、浣腸が前立腺に果たす刺激、これを楽しむためでしょう。また男性同士のホモの関係もそうです。

男性と女性が違うというよりも、むしろ似ているわけですから、オーガズムは全身のことから考えなければならぬでしょう。

ペリーとウィップルの研究結果の大事なことは、この話の情報を、あなた自身やパートナーが、これが標準である、と決めつけるために利用しないことであると強調しています。

更に繰り返して言えば性の知識と性の技巧は、本能的というより学習により進歩していくといわれます。

性的な抑圧のない文化は、女性のオーガズムの存在を祝い、女性にオーガズムを享受する方法を示唆する、こうやって、女性のオーガズムは理想の状態に近づくといわれます。

オーガズムの体の変化は、一つの纏まった反射（例えば射精・全身筋肉の不随意的収縮）の集合であり、総合されたオーガズムの反射は、全身の反応であるとしていいいます。膣の周りの筋肉は律動的に収縮します。男性では、精子の移動が始まった点からは、後戻りが出来ない即ち射精をとめることが出来ないで、Point of no return といわれます。女性の場合はこの精子の異動期がないので、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、オーガズム不全の一つであると説明されています<sup>13)</sup>。

## 7. オーガズムの (a near-death experience) は幻か？…

《あれさもう、どうしようの、いっそどうなとしておくれ》<sup>17)</sup> と女性が自分ではどうしようもない境地がオーガズムでしょう。これは男性の Point of no return に相当する時点です<sup>13)</sup>。

脳波の変化は、オーガズムの間明らかな変化を示す (Cohen, Rosen, and Goldstein, 1976) と言われます。

女性は先ず言葉にならないもだえ声で男性に快感と煩惱を訴えます。

緊張の極地から開放へとなだれ落ちる瞬間をオーガズムと言いますが、丁度膨らんだ風船の口から張りつめた空気が一挙にほとばしるようなもので、そう言う状態になった女性は無我の境地から、天空に放り出されるような気分になり、無我夢中の中で無意識に声を発するといわれます<sup>17) 18)</sup>。

Whipple と Komisaruk は、乳房の高さの脊髄損傷の女性が、膣内の刺激で、オーガズムになったことを報告しています。この刺激は、G-spot を含む膣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ます。オーガズム時に呼吸が一時止まったり、声がでるのも G-spot からのこの経路に関係すると考えられます<sup>13) 9)</sup>。

セックスでは、自分の置かれた状態を伝えるような叫びの言葉があります。

中でも最も標準的な言葉は“いく”です。天国にでも行くということなのでしょう。しかも興味のあることは、“絶頂感が来た時は「いく」と言うのだよ”とは、誰からも教えられたことはないと言うことです。興味深いのは、世界中で、この“行く”という言葉

が使われている事です。英語では「Go (ゴー)」「Come (カム)」が使われているようです。ともに「いく」という意味ということとはご承知の通りです。

これに加えて、“死ぬ”“死にそう”“もうダメ”“落ちる！”というのもあります。

いずれも死、滅亡、没落、別れを想像させる言葉なのが、あまり幸せな印象を受けません。しかしこれは矢張り一種の臨死現象で、滅多に人間が経験できない清冽とも言えるギリギリのところでの快感、一生の内に一回しか経験の出来ない「死」と近い気持ちを快感として何回も経験できると言うことで、女性のオーガズムの達成は幸せなこと、喜悦に属することと言われている由縁なのでしょう。

諸外国でも、矢張り“その時の言葉”は、数多くあります。英語では“go”“come”，このほかに“down”もあります。面白いのは直訳すれば、日本語の“行く”“来る”“落ちる”で意味が全く同じ。人種の差はあっても地球上の人間皆同じということ、性が証明してくれているようです。当然、外国でも「死」の観念も登場してきます。

英語の“sweet death (甘美な死)”“Oh! Heaven (天国)”，フランス語ではそのものズバリ“petite mort (小さな死)”というそうです。洋の東西を問わずに、オーガズムを表現するのに、死とか神が絡んで登場するのも興味深いことです。

オーガズム中の脳波については、モゾビッシが詳細に観察しています。それによると、オーガズム中には、非常に高い電圧で、ゆるやかな大きい脳波が生じるが、これは、痙攣による脳波といっています。最近日向野春総

らの研究によれば、オーガズム時には、レム睡眠時に見られる脳波と同様の $\Theta$ 波(6~7Hz)が多く現れるといっています。

ホッホらの報告は、オーガズム中の血中の酸素不足について、その結果、目の不動・視覚の狭窄・意識喪失・弱い痙攣などをあげています<sup>18)</sup>。

オーガズム中は、感覚能力の喪失が起こり、無意識になることがあります。脳の極度の酸素欠乏のためであるという学者もいます。昔から売春婦は、客から物を盗むチャンスをこのときにつくるといわれてきました。酸素の欠乏のため、視覚の減退・瞳孔は拡大・視野が狭くなり・聴覚も減退・消失します・味覚の減退消失も報告されています。しばしば警官の踏み込んだのも知らず、性交中の犯人が逮捕されこともあるといわれます。

一過性健忘は神経心理学的検査が必要であり、寒冷・ストレス・性交などが主な誘因因子であると報告されています<sup>19)</sup>。またこの症例報告では、先ず性行為による強い興奮が脳の辺縁系を興奮させ、グルタミン酸などの放出が拡張性抑制を起し、海馬付近の機能が低下して一過性健忘が発症したと考えられるといっています<sup>20)</sup>。オーガズム aura(感覚的刺激)は、右脳のでんかん発作性サインであろうと報告されています<sup>21)-1)</sup>。男性の性欲覚醒とオーガズムを特徴付ける脳波の変化は認められなかったとの論文もあります<sup>21)-2)</sup>。人のオーガズムでの男女の脳波の偏側性変化は明らかであったとの論文もあります<sup>7-5)</sup>。プロラクチンは、男女とも性欲とオーガズムの内分泌マーカーであることを示唆していると報告されています<sup>21)</sup>。男性の血清プロラクチンは、オーガズムの間オーガズム30分後まで

上昇したとの報告もあります<sup>24)</sup>。

## 8. 考 察

### (A) 先天的性感と後天的性感

身体が健康なら、快感の宝の山の中にいるようなものです。

しかしそのなかでも生まれつき鋭い性感の持ち主とそうでない人はいます。

例えば味覚についていえば生まれつき良く味のわかる舌の持ち主がいます。生まれつき味覚の鋭い人です。しかしまた、生まれつき味覚が鈍くても、生まれてから早く素敵な味を味わえば、豊かな味覚の持ち主になるといわれます。それが味の学習です。

先天的の鋭い性感の持ち主は、いるものです。骨盤底筋の丈夫さ、或いは、訓練の発達とは、先天的なものとか、或いは、個人的な差とか、生活習慣や環境による違い、人種の違いとかが大きいと考えられます。

性には特にかけがえのない個人差があります。即ち人間は、特に女性は、玩具や器具とは違って、心情とか愛とか目には見えないものを、生まれながらもっているからです。

先天的性感を後天的な性感の学習で補うことも出来るでしょう。

### 先天的の性感とその発達

個体の骨盤筋の発生をたどれば、神経と筋肉との連携は赤ちゃんがハイハイから直立歩行するころまでに完成してしまうと骨盤筋運動を最初に開発したケーゲルが説明しています。また、一旦神経と筋肉間の連携が完成されると、お産などのダメージがなければその関係はずうっと保持されるといっています<sup>24)</sup>。

従って紙のおむつなどで排尿などのための

不快感がないと、尿が漏れても、排尿を止めようとして、反射的に尿道括約筋を収縮させようとする、神経と骨盤筋との間の働きを密接に関連づけさせる学習が、出来ないかもしれません<sup>18) 19) 20)</sup>。むしろ早く不快を感じさせたほうが、その児の骨盤筋の収縮反射を条件付けるし、皮膚感覚の弁別をはっきりできるようになり、性感の発達も優れたものに学習されていくのではないのでしょうか。その幼児の“お尻の不感”は、この“女性の将来の不感症”につながるのではないのでしょうか？と私は考えたりしています。

何故かなら Perry らは、貧弱な性反応は弱い骨盤底筋の故であろうと述べているからです<sup>27-1)</sup>。

### 後天的な性感と学習

後天的な性感は学習によって会得されてゆきます。

男性と女性の究極のコミュニケーションは、男性が女性の上半身を抱擁し、女性の下半身が男性を抱擁することでしょう<sup>28)</sup>。

### (B) エンドルフィンやプロラクチンは、性感やオーガスムの指標にならないか？

性感は、食事の味覚と似ているといわれます。空腹と満腹の時、相性のパートナーと一緒に、その雰囲気、丁度家庭料理と外食の違いがあるでしょう。

オーガスムの序列を、いろいろな指標で調べるのは合理的で興味のあることです。その中で、特に、脈拍、呼吸数、血圧、直腸の反応も指標になるとかんがえられます。これは、オーガスムの程度によりその反応が異なるか

らです。その理由は、脈拍は 120 それ以上になるのは、平坦期の末期、オーガスム期に入ってからだと考えられます。又、呼吸数は、過呼吸はオーガスムの程度により異なります。又、血圧は、女性は収縮期圧が 30 から 80 ミリ Hg, 拡張期圧 20 ないし 40 ミリ Hg 上昇するといわれています。直腸に起こる反応では、肛門括約筋の不随意収縮が起こります。しかしこの反応は、常に起こるわけではなくて、オーガスム強度に関係するといわれます。強度のオーガスムの時には、外肛門括約筋が 2, 3 回収縮するといわれます。オーガスムの程度により、その反応は異なります。おそらく、これは、オーガスムの快感の序列を優良可と分類するのに役立つかもしれませんが。或いは、観点を変えてエンドルフィンやプロラクチンの定量が序列を決める指標になればいいと私は考えています。

現在セックスの快感のメカニズムは不明ですがここで私はエンドルフィンがそのメカニズムの一端を担うのではないかと仮定しています。こう考えればオスの生物がなぜメスに惹かれるかとか生物の性感や人間の性感或いはオーガスムの序列もエンドルフィンという物質の定量で解明されるのではないかと考えるからからです。

エンドルフィン、ヘロインより 700 倍も強い力を持っていますから、人体を自然に陶酔の世界に誘ってくれると考えられます。不思議な薬物的効果を持ったエンドルフィンです。Endogenous morphin 《内因性モルヒネ》です<sup>29)</sup>。

いわゆるランナーズ・ハイの原因物質です。マラソンの選手が走れば最初はきついが次第に気持ちが高揚してくるといわれます。

こういう説明で理解できるかもしれませんが。人間の体は種々の拮抗作用を持っている。暑ければ汗が出る、疲れば眠気を誘って体を休ませようとする、若しも強いストレスが襲ってきた場合は、体内に覚醒剤のような働きが生み出され、体を元気付けるか、麻薬のような働きを脳に作用させて、ストレスを中和させるような拮抗作用を生じる。その麻薬に似てストレスを中和する作用が、エンドルフィンの働きかもしれません。したがってストレスが無ければエンドルフィンが発生しない。若しストレスを中和して余りあるエンドルフィンが生成されるときは、“ランナーズ・ハイ”の状態となる。エンドルフィンは臨死状態の時にはかなり多く分泌されるといわれます。

Whipple たちはセックスが疼痛をコントロールする内容の報告の文献を多数発表しています<sup>30)</sup>。

エンドルフィンは人間の感情面に深い関係があるのではないかとされています。

指令は脳の辺縁系と呼ばれる所から出ているので、痛みに対する麻酔効果だけではなく、心情的な感情の動き、つまり喜び、愛情、スリル、不安などに大きな関係があるものと考えられます。

また興味あるのは、スリルとの関係です。スリルがあれば、エンドルフィンの“モルヒネ”効果をより発揮させると考えられています。

この貴重な性の援軍は体内で生まれ、自然に自動的に生産補給されると考えられます。そこで例えばセックスでの次の心身の変化との関係での生産補給が起こるのではないかと私は仮定しています。

a) オーガズム快感による呼吸、血液循環の亢進。b) PC筋を始めとする性行為の筋肉運動。c) スリルによる脳の性的緊張感。d) ストレスなど。

エストロゲンの作用機序としてβ-エンドルフィンの産生促進効果があり、HRT（ホルモン補充療法）の中老年女性の性生活に及ぼす影響あると報告されています<sup>31)</sup>。脳内のエンドルフィンおよびエンケファリン系が性的刺激に反応して雌ラットの性受容性の賦活と発達を修飾することが示されたといえます<sup>32)</sup>。女性の性的感受性はβ-エンドルフィンによって助長されることが示された。多数の動物での実験の文献報告あり<sup>33)</sup>。更年期女性が、エストロゲン-アンドロゲン併用療法をすれば、性欲、性の満足や性交の頻度を改善すると<sup>34)</sup>。

また一方女性のマスタベーションによるオーガズムでは、β-エンドルフィンに影響を受けない。プロラクチンが性欲とオーガズムの内分泌のマーカであるとして報告されています<sup>35)</sup>。性欲の亢進・オーガズムは、女性では、明瞭な神経内分泌の変化が生じ、血清プロラクチン濃度の長期の上昇が起こる。これは男性でも認められた。結局プロラクチンは、性欲とオーガズムの内分泌マーカであるようにと報告されています<sup>22)</sup>。

プロラクチンは、オーガズム中増加しオーガズム30分後も高い値を保っていた<sup>23)</sup>。

プロラクチンが男女の性欲やオーガズムのマーカになる可能性は特に強いようです。同時にエンドルフィンの研究による進歩も特に望まれます。

### (C) 音と性感やオーガズムとの関係

音と人間の生理的反射運動との関係について少し考察してみます。

小児の排尿を促す“しー しー”という掛け声・病室のベット上で便器で排尿を“促す水道水の音”など。また高年者は水の音で尿失禁する場合もあるでしょう。

音は人間の生理的反射運動に不思議な作用を持っていると考えられます。

更に性感を高め気持ちを集中させるとか、或はオーガズムを促すには、良い楽音があるかもしれません。源氏物語の頃のBGMは“笙の笛”のようだったのではないかと私は想像したりします。あまり抑揚がなくその連続した音・その効果音ははるか昔の“越天楽”の世界を彷彿とさせるようだからです。

以上

### 参考文献

- 1) ロバート・T・マイケル/ジョン・H・ガニオン/エドワード・O・ローマン et al  
SEX in AMERICA NHK 出版 東京都  
1996年2月
- 2) A. H. LADAS, B. WHIPPLE J. D. PERRY:  
THE G SPOT AND OTHER RECENT  
DISCOVERIES ABOUT HUMAN  
SEXUALITY: CORGI BOOKS, A DIVI-  
SION OF TRANSWORLD PUBLISHERS  
LTD 1983
- 3) ジョン・ウオラック他著 オックスフ  
オード・オペラ大辞典：大崎滋生他監訳  
平凡社版 P.191-P.267
- 4) Vande Velde 著：完全なる結婚—生理学的  
並びに技巧的考察—柴・酒井訳、大洋社  
版 昭和27年6版（原本39版）

- 5) ヴァン・デ・ヴェルデ著 新版 世界性  
医科学全集 第一巻 完全なる結婚 現  
代性科学研究会訳 図書出版 美学館/  
ワールドブック株式会社 1981
- 6) マスターズ&ジョンソン著; The Human  
Sexual Response; Little Brown, Boston,  
1966 (邦訳; 人間の性反応; 池田書店版)
- 7) H. S. カプラン著; The New Sex Therapy  
(New York: Bruner/Mazel/1974 野末源一  
邦訳; ニュー・セックス・セラピー; 星  
和書店)
- 8) H. S. カプラン著; 続ニュー・セックス・  
セラピー; Bruner/Mazel Publishers, NW  
(野口昌也・崎尾英子訳 1982 星和書店)
- 9) R. M. Deutsch 著 The Key of feminine  
Response in Marriage リーダース ダイ  
ジェスト; 1986
- 10) 東北大学教授 瀬戸八郎著: “人の知覚”  
医学書院 (1970 年絶版; 1998 年 5 月に  
国会図書館で閲覧; P185-P220)
- 11) 五味文雄著; 本邦人腔壁神経終末装置ノ  
研究; 日本医科大学雑誌; 12 巻 6 号 P.665-  
P.689
- 12) W. H. Masters & V. E. Johnson 著 人間の  
性反応 謝国権 訳 池田書店発行 1980
- 13) 野末源一; G-spot; 日本性科学学会雑誌;  
vol.21 no.1 July. 2003
- 14) A. ブロイアー& D. ブロイアー著 (セ  
クシアルヒーリング): ESO (Extended  
Sexual Orgasm): 御厨千芸・御厨真鶴訳  
上馬場和夫監修: 太陽出版: 1996 年発行
- 15) Grefenberg E.: International Journal of  
Sexology. 3: 145-148, 1950;
- 16) MILAN ZAVIACIC; The Human Female  
Prostate (from Skene's Paraurethral  
Glands and Ducts to Woman's Functional  
Prostate); SAP (SLOVAK ACADEMIC  
PRESS) 1999
- 17) 葬露庵主人; 江戸の艶本と艶句を愉しむ;  
三樹書房; 1994 年
- 18) 石浜淳美編著: 新版 セクソロジー辞典  
メデイカ出版 1994 版
- 19) 三宅芳子・兼本浩祐; 一過性健忘 状態  
像ごとの治療的対応; 精神科治療学; JN:  
XO617A: 0912-1862: VOL.18, 増 刊 号;  
PAGE.147-149
- 20) 井上学・KIM K et al 洛和会病院医学雑  
誌: JN: VOL.10: PAGE.83-86
- 21)-1 Janszky Szucs; “Orgamic” aura origi-  
nate from the right hemisphere. A, eta:  
Neurology; 58 (2) P.302-4
- 21)-2 Cohen H D; Rosen R C et al;  
Electroencephalographic Laterality  
changes during human sexual “orgasum”;;  
Archives sexual behavior; 5 (3) P.189-99
- 22) Exton M S; Bindert A; et al; Cardiovascu-  
lar and endocrine alteration after  
masturbation -induced orsm in women;  
Psychosomatic medicine; 61 (3) p.280-91
- 23) Kruger T; Exton MS; et al; Neuroendo-  
crine and cardiovascular response to  
ssexual arousal and orgasm in men:  
Psychoneuroendocrinology; 23 (4) p.401-  
11
- 24) J. P. Greenhill: Office Gynecology: Year  
Book Publishers Inc. 263, 1965
- 25) おむつ百科 (昭和 63 年第 2 版 発行)  
P&G
- 26) 高橋悦二郎著『オムツと乳幼児のスキン  
ケアに関する国際会議』発表 1986 年

- 27) 『排泄機能の発達と排尿のしつけ』(ざ・おむつ No.5, 1984)
- 27)-1 Komisaruk, B, R., & Whipple, B.; Complete spinal cord injury does not block perceptual responses to genital stimulation in women; Archives of Neurology, 54. 1513-1520 (1997)
- 27)-2 Perry, J. D., & Whipple, B. If your sexual response is poor, the cause could be weak PC muscles. Forum, January (1981)
- 28) 林田昇平; あなたと彼のメイクラブ; 自由企画・出版; 2003
- 29) ジョエル・デイビス著; 快楽物質 エンドルフィン; 安田 宏訳 青土社発行 1997
- 30) Komisaruk, B. R., & Whipple, B.: The suppression of pain by genital stimulation in females. Annual Review of Sex Research, 6. 151-186
- 31) 櫛淵大策著; 高齢者の QOL をみる医療, 高齢者医療の実践 ホルモン補充療法: : Medicina; Vol.38 NO.4; PAGE.575-577
- 32) TORII M/KUBO K 著; 性行動を賦活するエストロゲン作用に対するエンドルフィン並びにエンケファリン作動性修飾の影響: 生体/生理工学シンポジウム論文集; VOL. 10<sup>th</sup>; PAGE.241-244 (1995・11)
- 33) TORRI M KUBO K et al; エストロゲンによって惹起される性行動: : 生体・生理工学シンポジウム論文集; VOL. 9<sup>th</sup>; Page.167-170
- 34) Sarrel P; Dobay B; et et al; Estrogen and estrogen-androgen replacement in postmenopausal women dissatisfied with estrogen-only therapy. Sexual behavior and neuroendocrine responses.: Dpt of Ob-Gyn, Yale Un. New Haven,; J. o
- 35) Exton m s; Bbindert et al; Cardiovascular and endocrine alterations after masturbation-induced orgasm in women: Dpt of medical psychology, un. clinic E Essen, Germany. jn. psychosomatic medicine; 61 (3) p.280-91
- 36) Harold I. Lief MD 編集; 現代の性医学 (小林 司訳); 星和書店; 1979 年;

原 著

## ケーゲル運動；その運動法と骨盤底筋（PC 筋）の考察

(KEGEL-EXERCISE); a study of how to kegel-exercise & of PC muscle from it's original paper

昇平産婦人科

林田 昇平

HAYASHIDA Shohei, MD

SHOHEI LADY CLINIC

### 抄 録

ケーゲル運動は、世界で広く知られているが、現在アメリカでは、分娩指導で実施される程度であり、日本でのケーゲル運動も、その原法からかなりかけ離れて認識されている。このためケーゲル運動の運動法と、骨盤底筋の意義は、温故知新する必要があると考えた。具体的には (A) 特にその運動量（補助器具を使用の有無）運動のガイドライン・運動の工夫・その（副作用）サイド・エフェクト (B) 骨盤底筋の考察；①随意筋である ②神経の二重支配下にある ③個体発生 ④骨盤底筋の性感の発達・その性反応と性感 ⑤機能異常（不全是腹圧性尿失禁）或いはコントロール不調（持続的緊張はワギニスムス・難産）⑥男性の PC 筋について述べる。

### 英文抄録

A study of how to kegel-exercise & of PC muscle from it's original paper, especially about exercise's side effect, relationship with sexuality, treatment for PC muscle Abnormal Tension (Vaginismus, Dystocia due to PC muscle-tension).

### KEY WORD

① Kegel-Exercise ② It's Side-Effect ③ Vaginismus ④ Dystosia Of Birthcanal-Tension

### 緒 言

半世紀以前は、骨盤底筋機能不全症候群の治療は、外科的手術療法が主流であった。その時代にケーゲルが外科的療法に代わって運動療法に着目したことは、慧眼だった。全世界での腹圧性尿失禁、膣下垂・内性器下垂への外科的療法は、手術直後は或いは良い成績を上げたかもしれない。しかし同時に、その

外科的侵襲は、患者にどれ程のマイナスの合併症を与えてきたのか。更にその後手術を受けたその患者の加齢によって、瘢痕だらけの膣管で満足できる生活の quality（特に性生活で）を享受できたのか。時間が経過しているからこそ、今ここで細かい省察が望まれるのではないか。

本来総ての医学的治療法の良否は、治療を

行った当時だけの効果の判断ではなく、治療後かなりの時間が経過しなければ、真の評価は出来ない。この観点から、ケーゲルの運動とPC筋の意義を見直す必要があった。

## 研究方法

上述の観点に立ってKEGELの原典と、その関連文献とを比較検討した。また日本での“所謂”ケーゲル運動の現状も考察した。

## 研究成績

### (A) 運動量について

#### (ア) 原 法

1948年A. H. KEGELは、(会陰の筋肉の機能回復のため補助器具を利用した運動療法)を発表している<sup>1)</sup>。ここで彼は、弛緩した或いは萎縮した骨盤底筋の緊張と機能の回復には、20時間から40時間補助器具を利用し、継続して、20日間から60日間に及ぶ運動が必要であると述べている(P245)。PERIOMETERという運動補助器具の使用は、非常に有効で、治療目的の達成に役立つ(P248)。また積極的に運動すれば、傷害を受けた筋肉の神経が再生し、正常に収縮するようになる(P248)。

1949年、A. H. KEGELは、(骨盤筋肉の緊張や機能低下と腹圧性尿失禁の治療のための運動療法)の論文で、彼はこう述べている<sup>2)</sup>。患者には、自宅で、運動補助器具(ペリネオメーター)を利用して、一回20分間毎日3回行うように指導する。その後1~2週おきに来院してチェックをする。

1956年A. H. KEGELは、若い頃からの性器の弛緩の診断法と、(運動療法による)非外科的な治療法を開発したと発表した<sup>3)</sup>。性器の

弛緩の症状は、多くは、先天的に或いは更年期の萎縮の前に認められる。性器の弛緩は、

(一生の)神経筋肉機能の機能不全であり、これは、運動補助器具を利用した筋肉運動の指導で予防もできるし、改善もできる。但し、ひどい外傷例は、例外である。そして、運動補助器具(ペリネオメーター)が、どんなに強化運動に役立つかを強調している。また絶えずゆっくり毎日続ければ、良い結果が得られる。患者には、運動補助器具(ペリネオメーター)を利用して、毎日2~3回毎回20分ずつ運動するように指示した(※印)。頻回の反復練習により、新しい反射が確立できれば、患者は、同じ筋肉の収縮を1時間に5~10回、運動補助器具を使わないで、終日行うように指導される。さらに、患者が排尿するときは、何時でも排尿を中断するように指導される。また午前中に運動したほうが、骨盤筋肉が疲労していないので、いい結果が得られる。その後は、1~3週間おきにフォローアップする。(※印)現在入手できる運動補助器具の一つ;“Kegel Exerciser”(Urinary Incontinence, Childbirth, Menopause, Romance) WEBSITE; www.kegelhealth.com; APS, Medico. 1395 Escalante Dr. Prescott, AZ 86303

### (イ) ケーゲル運動のガイドライン

ケーゲル運動に関して、患者が医師を信じなくなる理由は、運動量と方法のガイドラインを、医師が患者に指示しないことが、大きい理由かもしれない<sup>4)5)23)</sup>。例えば、多くの医師は、運動補助器具の利用をすすめない。又、逆に、患者が、運動練習に努力しないので、医師がケーゲル運動は無効だと結論付けるの

も一つの理由かもしれない。こういう訳で、ケーゲル運動の実施に当たって、医師と患者は、双方でいろいろ検討したほうが良いだろう。

先ずケーゲル運動の方法と効果を、医師も患者も、正しく理解する必要がある。

運動補助器具によるフィードバック法のためには、どんな器具がすすめられ、どうやって求めるか。或いは医師や患者自身の手指が、その代わりになることも知っておくと良い。どんな器具でも、えらべるならば、性器を傷つける心配がない様な弾力性のあるものが多い。

骨盤底筋 [PC] 機能の回復に、頻回の定期的な訓練が必要だし、少なくとも、運動補助器具を使わなければ、1日に15分間2回の運動（訓練）が必要だろう。またそれは、骨盤底筋が疲労していない午前中に行うのがいい。

ケーゲルは、目立つ治療効果を上げるためには、1日に300回の収縮が必要だと言っている。ケーゲルは、ペリネオメーター（運動補助器具）で収縮をモニターし、それぞれ数秒間保持させた。特に、最初の週は、あまり多くの収縮運動はさせない。他の練習プログラムのように、筋肉を傷めるのを防ぐため、しだいにすすめていくのが賢明だと指導する。

しかし、1日300回の収縮、おおよそ1度に100回の収縮訓練は、治療の目的には多分必要だろう。患者が運動で治療効果が上がれば、自然に持続して練習をするようになるから、それが肝要だろう。しかし一度に多くの収縮をすると、うんざりし、早く練習を止める原因となる。

しかし、運動補助器具を利用しない運動は、

効率は悪いが、どこでも誰にも気付かれず、いつでもできるという利点がある。車の運転中、食事中、トランプを楽しみながら、原稿をタイプしながら、今まで述べた運動（練習）は、補助器具なしでもやれる。

Whipple 達は、これを気ままな練習と言って薦めている。

日本で、現在、ケーゲル運動があまり一般に行われない理由は、ケーゲル運動が、あんまり効果がないという先入観があるからではないか。しかし、ケーゲルの原法を温故知新すれば、それだけの運動訓練をしないと、効果があがらないのだ。現在の日本で一般に喧伝されている、短時間の収縮の繰り返しでは、目的の達成には程遠い。また効果があがったという科学的証拠も見当たらない。

#### （ウ）骨盤底筋 [PC 筋] 運動の工夫

Whipple は、具体的にこう指導している<sup>6)</sup>。『あなたは、邪魔されない時間をつくって、それに当てるといい。ドアをロックし、留守番電話にする。あなたは、運動補助器具を使って、骨盤底筋 [PC 筋] を3秒間収縮させ、また同じ時間弛緩させる、これを続けて10回やってみましょう。若し、最初、3秒間収縮を保つのが困難なら、2秒でも1秒でもいいからやってみなさい。あなたに、強い忍耐力があれば、しだいに間隔をのばし、10秒ぐらいまでのばすことができるようになる。収縮と同じ時間弛緩させなければいけない。それは、収縮と同じように大事なのです。あなたが、10回収縮と弛緩を繰り返した後に、骨盤底筋 [PC 筋] の短い振動を練習しよう。数秒間、筋肉の、骨盤底筋 [PC 筋] の収縮と弛緩を、できるだけ早く、数秒間やってみ

よう。最初は、収縮や弛緩を繰り返すというのは難しいが、しだいに慣れてきます。

1人の音楽愛好家の女性は、ピアノのトレモロを練習するのに似ていると言った。彼女は、自分の好きな音楽を聞きながら、骨盤底筋 [PC筋] の収縮練習をした。彼女が運動に慣れた時に、彼女は、心の中でメロディーを歌い骨盤底筋 [PC筋] でリズムを奏でて、自分のパートナーに、彼女が何を演奏していると思うかと尋ねたぐらいだった、と。』

Whipple は、また細かくこう指導している。『あなたの見えるところに、ケーゲル運動を連想させるものを置き、あなた自身を励ますという方法もある。例えば、あなたのブリーフケースや電話機、冷蔵庫、時計、電灯に明るい色の符号を付けてみる。あなたはその色の符号の“ドット”を見る度ごとに、あなたの骨盤底筋 [PC筋] を数回収縮させてみるのです。他の方法は、しばしば起こる出来事とケーゲル運動を関連させて利用することです。例えば、一人の旅行中のセールスマンは、交通信号で止まる度ごとに、骨盤底筋 [PC筋] を収縮させることを習慣にした。ビジネスマンは、電話の鳴る度ごとに、数回早い収縮を繰り返した。定期的に起こる出来事を探しておいて、その起こる度ごとに練習することも、一つの手です。

『あなたはケーゲル運動をしながら、あなた自身の体の反応に注意しよう』

多くの人は、性的に興奮すると、いつでも、骨盤底筋 [PC筋] を無意識に動かしているものです。これは、膣を潤滑させる。セクシーな場面を見たり聞いたりして、膣が潤うある女性は、それと気が付かなくても、骨盤

底筋 [PC筋] が動いている。若し、あなたの骨盤底筋 [PC筋] が弱いとか、骨盤底筋 [PC筋] に無関心だと、あなたはセクシーな場面でも、膣がぬれないかもしれない』

『あなたが、数週間、定期的な練習を続けていると、はじめた最初と、指試験、排尿ストップ試験をすれば、どんなに進歩しているかを理解すれば、またやる気が起こるでしょう。あなたの進歩を振り返ってみることは肝心です。小さい進歩でも、うまくいってさえいれば、続ける勇気と動機が湧いてくるものです』

セクシャルヒーリングの著者 Mr & Mrs ブロイアーは、ケーゲルの運動を工夫して次のように指導している<sup>7)</sup>。

三つの基本運動に分類している。1) ゆっくり締めたり緩めたりする運動。尿を止める時のように、ぐっと力をいれて PC筋を締める。3秒締めつづけたら、ゆるめる。肛門をゆっくり閉めても同じ効果がある。2) 素早く締めたり緩めたりする運動。3) いきみ運動。女性も男性も、排便、排尿の時のようにいきむ。女性は、出産時も同じ様にいきむ。PC筋に力が入ると、腹筋にも力が入る。当然肛門も緊張と、弛緩を繰り返す。

規則的な実行が大切。

蛋白同化ホルモンの投与は、骨盤底筋強化の効果が考えられる<sup>8)</sup>。

(エ) ケーゲル運動の副作用 (サイドエフェクト) :

Whipple は、こう説明している<sup>9)</sup>。『(P112) ケーゲル運動の副作用は、全くないというの

は、間違いだ。何故かなら PC 筋の運動により、性欲が亢進して、女性はこれに対応する準備が無いことが多い。若しも、腹圧性尿失禁のような病氣治療の適応がある場合は、普通セラピストは性欲の亢進の可能性に関して立ち入った話はしない。しかし楽しみや、健康の証としてケーゲル運動を行う場合は、それが、心配や罪悪感の原因となることもある』

『研究過程で、Whipple たちは、クライアントの練習プログラムを組む際、練習運動の目的が解決する前に、既に何百人の人たちが練習運動を中止した。中止した彼女たちにインタビューをした結果、多くの人達が中止した原因がわかったのである。即ち運動の途中で性欲が亢進してしまい、それを解決できなかったことが原因だった。女性が PC 筋の運動をすれば、彼女たちの性欲が亢進するのは稀なことではないので、亢進した性欲の捌け口をどう解決したらいいかという問題だったのだ』。PC 筋の収縮と弛緩を繰り返しているうちに、その場でオーガズムに達した女性が報告されている。

『若しその女性のパートナーが、彼女の亢進した性欲におびえなければ、亢進した性欲はカップルの双方に良い結果となるだろう。

しかしその女性のパートナーがいない場合他の捌け口は、自己刺激ということになる。この問題は何時も論争される。多くの女性は、子供の頃から、性器に触れないように躡られている。ある宗教は、男女とも、自己刺激は、罪悪だと教える。Whipple たちは、自己刺激するのは、心身共の理由があるが、正確に女性自身がその反応を知ることは大事なことだ。その結果セックスでの接触の仕方、タッチす

る場所、セックスを満足できる方法を経験する機会となるだろう。自己刺激は、身近にパートナーが居ないときには、パートナーのわがままから全く開放される良い機会だ。時には、自己刺激をパートナーとシェアすることも、大事な学習でしょう。若しあなたが、新しい性感の発見を、パートナーと話し合うのが怖いのなら、その関係そのものが、不安定なのかも知れない』

『アメリカ女性の三分の一が、不定期に (with any regularity) 自己刺激するが、それに比較して、アメリカの男性の三分の二は、自己刺激することがわかっている。

定期的に自己刺激する女性は、自己刺激しない女性に比べて、PC 筋が健康である。自己刺激する女性は、局所に、たくみに触れている。自己刺激で満足できれば、PC 筋の定期的な運動は、性器のより良い知覚へ確実に導いていくことになる。これとは反対に、自己刺激や、PC 筋運動に余り馴染まないと、PC 筋は虚弱であり萎縮しやすい。』

『ここでは、多くを女性の PC 筋の話に終始した。其の訳は、私たちの社会では、男性より、女性の PC 筋が、ひどく弱くなる傾向が多いから。

しかしまた多くの男性の PC 筋がひどく弱くなる場合もある』

## (B) 骨盤底筋の検討

(ア) 骨盤底筋 [PC 筋] の動きは思いのまま  
骨盤底筋 [PC 筋] は、随意筋 (横紋筋) なので、手足と同じように自分の意思で動かすことができる。従って、骨盤底筋 [PC 筋] の機能は、適度な PC 筋の運動練習により自分の意思で強化できる。残念ながら、多くの

人は、この事実に気付いていない<sup>21) 22) 23)</sup>。

私たちの社会では、PC筋の評価は、いつでもすぐに出来る訳ではない。その理由は、PC筋が私たちの体の奥深いところにあるからだ。

平素は婦人科医が内診する時ですら、PC筋を無視してしまう場合が多い。その重要さを知っている医師でも、診察中にその医師が患者に収縮させることは躊躇する。その理由は、骨盤底筋 [PC筋] の収縮は、性感を呼び起こす可能性があるためだ。また一般市民は、一般の医師は性科学の教育を受けていないことが多いことも、記憶しておかなければいけない。

かの有名なベリーダンスは、どうして今のようないいダンスになったのかそのおこりはつぎのように説明されている<sup>9)</sup>。

今では“伝統的民族舞踊”などと、しかつめらしく呼ばれているが、このダンスは、その起源が決して時間という幕のなかに消えてしまったという伝統ではない。その起源はハレムにあった。その王様の、体の上にまたがり、心をそそるように体をくねらせて、王様を絶頂に導いてやらなければならなかったといわれている。時がたつにつれて、王様の興をそそり、興奮に導く為の視覚的ディスプレイ全体へと発展していった。ハレムの女性たちは、王様のたるんだ体に接触する事から開放されて、自分の行為を誇張し、よりリズムカルにすることができた。ディスプレイ全体がたちまち様式化されて“筋肉ダンス”となり、今日ではベリーダンスといわれるようになった。

1980年に発行されたベリーダンスの指導教本には、“健全な身体の芸術形式の新たな

役割として、その重点は健康の為の体操的性質にある”と。ハレムの女性は、なんと体育の女教師になってしまった。ベリーダンスが“緊張と憂鬱の優れた治療法”として推奨されているのは事実だが、そのさまざまな動きに与えられた名称は、その起源がもつとエロチックなところにあった事を十分にうかがわせる。

しかし時代は変わって、それがいまや“健康な体操”と考えられるようになった。

中近東のダンスでは、ダンサーに普段は一緒に動く二種類の筋肉を別々に動くように訓練する。ベリーダンサーの訓練の大部分は、どうやって骨盤の周囲の臀部の筋肉を別々に独立して動かすか、体の他の部分の筋肉も、又、腹筋も、他を動かさずに収縮させるかを学ぶ。骨盤底筋 [PC筋] を、独立して動かすことができなければ、腹筋を回転させることもできない。この練習は、セックスや分娩のためにより体の状態への準備となる。

#### (イ) 骨盤底筋 [PC筋] は複雑な神経の二重支配の故に

ほとんどの骨盤の筋肉は、臀部神経により支配され、クリトリス、陰唇、膣入口部、肛門周囲の刺戟に反応し、脳にシグナルを送る。臀部神経によるシグナルは脳から骨盤底筋 [PC筋] に送られ、リズムカルな収縮を引き起こして、最も一般的なオーガズムとなる<sup>6)</sup>。

多くの方は、臀部神経だけが、骨盤底筋 [PC筋] にとって重要であると考えているが、骨盤底筋の深い部分、上部3分の1、更にもっと深い子宮の近くは、別の骨盤神経で支配されている。人間の体の中で最も複雑な神経の二重支配の部分の一つである。

このPC筋への神経の二重支配のため、(すなわち、臀部神経と骨盤神経が、それぞれ各人の骨盤底筋[PC筋]の大きい部分、あるいは、小さい部分を支配していることが、)オーガズム反応の連続変化の幅が大きい理由である。

男性も又、骨盤底筋[PC筋]があるので、男性のオーガズムにとっても重要である。一般に、骨盤底筋[PC筋]が健やかであればあるほど、男性女性ともに喜びは深い。

#### (ウ) 骨盤底筋[PC筋]の個体での発達

個体の骨盤底筋の発生をたどれば、神経と筋肉との連携は、新生児がハイハイから直立歩行するころまでに完成してしまうと、骨盤筋運動の権威であるケーゲルは強調している<sup>23)</sup>。

元来、新生児では、骨盤底筋は下垂し、神経と筋間の機能は、受動的である。然し生後1年間で、次第に活発となり、その後歩行できるようになると、支持作用が条件づけられてくる。括約反射は、支持作用に応じて完成されていく。この時期からすでに、小児から成人にいたる肛門挙筋の支持、括約作用の良否の 패턴の違いが生ずる。一旦、肛門挙筋の支持、括約、性機能の十分の 패턴が生じると、分娩などの外部からの傷害や、組織的神経障害以外では、損なわれないという。

この個体発生のメカニズムを演繹してみた場合に、例えばカミオムツは、皮膚を丁寧に保護するため、外陰部が尿でぬれても、何にも不愉快の感じを与えない。この“不感”が、成人の“性の不感症”に、或いはまた“尿漏れ”に発展することの可能性はないだろう

か<sup>10) 11)</sup>。

(エ) 骨盤底筋[PC筋]と(I)性機能；

(II)性感

(I)性機能

1952年A. H. KEGELは、(恥骨尾筋の性機能)という論文を発表した。その恥骨尾筋強化運動の結果の性感の主観的变化のサンマリーとして、このように報告している。即ち今回の研究でわかったことは、膣の括約作用と性感は、実際に何時も関連があることだった。そして膣の括約作用と性感は、運動補助器具を使った筋肉強化により、強くなることがわかった。性的のトラブルのある総ての女性は、これが恥骨尾筋の機能不全が原因ではないかよく検査する必要がある。症例の多くの不感症は、恥骨尾筋の機能発達不全が原因であることがわかってきた<sup>12) 23)</sup>。

セックス研究の初期には、性器の血流の活動が性反応の最初に起こるメカニズムと考えられていた。しかしながら膣の筋肉運動記録器と、男性の小さい肛門筋運動記録での研究によって、女性の粘液の分泌される前や男性の勃起反応の前に、先ず、骨盤底筋[PC筋]が動きはじめることが分かった<sup>6)</sup>。内部の筋肉が、どのように正確に反応するかは、女性は、男性と全く同じだった。それまでは、男性、女性とも、性反応の最初の時期を構成する骨盤底筋[PC筋]の僅かな収縮に気が付かなかったのだ。女性の骨盤底筋[PC筋]が収縮する時、血流はその収縮の度ごとに、血流が膣に流れ込み、組織には血液が満ちて、膣が潤ってくる。

セックスセラピストは、しばしば、女性の

潤いが遅い場合は、男性のパートナーを、女性の準備ができるまで、待たせるようにする。セラピストの現在の知識では、積極的な方策として、女性がPC筋を強化すれば、膣の潤いが早くなるとアドバイスする。この知識は、特別に膣粘膜が乾燥している高年齢の人にも役立つ。

Whipple と Perry の研究プロジェクトに参加した20人の女性の2人が、骨盤底筋 [PC筋] と深い子宮筋 (the PC muscle or the deeper uterine muscles) を独立して収縮させることができた。他の18人の女性は、いつも骨盤底筋 [PC筋] と子宮筋の両グループをいっしょに収縮させていた。二つの独立した内部の筋肉のグループの動きには、関心が湧く。ここで Whipple と Perry は、PC筋と深い子宮筋を独立して収縮させると表現している<sup>6)</sup>。然しながら、Whipple と Perry の研究プロジェクトは、膣挙筋 (PC筋がその主な筋肉) と膣口収縮筋を、たぶん誤解したのではなかろうか。

謝 国権の“性生活の知恵”の (P47) にも述べているように、『女性のオーガズムに認められる特徴は、所謂骨盤底筋群の収縮である。膣はこれらの筋群に取り囲まれているため、これらの筋群の収縮は、当然膣内の陰茎を強く刺激すると共に、その結果膣壁自体も強く刺激される結果となる。これらの筋群のうち、つぎにあげる2つは、もっとも刺激効果の強いもので、練習を積む事によって、女性は意識的に、これらを個々に、或は協同して収縮させることが出来るようになるのである。その第一は膣口周囲を取り巻く環状筋で、膣口収縮筋と名づけられる。第二は恥骨の背面から馬蹄上に膣を後壁から抱え込んで

いる筋肉で、膣挙筋と名づけられる。共に骨盤底筋に属し、膣挙筋はPC筋と略同義語である<sup>13)</sup>』と。

また、Van de Velde (ヴァン・デ・ヴェルデ) は次のようにいっている<sup>14)</sup>。『(P94) 大抵の女性や少女は骨盤底の筋群全体を、一度に収縮することしかできない。そしてそれも、一般に非常に弱い収縮である。これに反してこれらの筋肉を随意に動かす事の出来る女性がいる。彼女たちは、ただ一括して強く収縮することが出来るばかりでなしに、筋群の色々な部分を分離して動かす事が出来るのだと』。Van de Velde (ヴァン・デ・ヴェルデ) は、既に1926年、このことをはっきりと言っている。『女性は、筋肉を分離して動かすことを学ばなくてはいけない。そして、同時に、或いは引きつづいてそれを利用していくべきだろう』と。

PC筋と女性のオーガズムとの関係；PC筋の強度と女性のオーガズムの深さの最初の統計は、1979年に、初めて報告された<sup>6)</sup>。その時、B. Graber 医師は、G. K. Graber 看護師とともに、セックスセラピストのチームだった。二人は、彼らのクリニックを訪れた281人の女性の資料を分析した。彼らは、先ず患者を次の3組のグループに分けた。①まったくオーガズムのないグループ ②クリトリス刺激では、オーガズムはあるが、性交中にはないグループ ③クリトリス刺激でも、性交でも、オーガズムがあるグループ。予想されたように、③のクリトリス刺激でも、性交でもオーガズムがあるグループは、強いPC筋の女性たちだった。どんな状態でもオーガズムを得られない患者は、PC筋の最も弱い人た

ちだった。真ん中のグループ、即ちクリトリス刺激のみで、オーガスムのある人たちのPC筋の強さは、やはり中間値だった。

そしてPerryとWhippleは、クリトリスや膣の性刺激でも、オーガスムを得られないグループは、PC筋がとても弱いと結論付けている。Graberの結果は、PerryとWhippleの結果と一致している。

## (II) 性感

次に、骨盤底筋〔PC筋〕と性感とについて<sup>15) 23)</sup>。

男性との性交時、女性のオーガスムに見られる特徴は、骨盤底筋肉の収縮である。膣粘膜表面には、神経終末装置は存在しない（すなわち、性感がない）。しかし、骨盤底筋には、固有刺戟感受性終末装置、圧感受性神経終末装置が豊富に存在していると言われる。すなわち、すぐれた性感帯である。この筋肉の収縮が、女性の肉体的性反応として真先に起こる、おそらく性反応として、一番重要な反応だろう。膣は、これらの筋肉に取り囲まれているため、これらの筋肉の収縮は、当然膣内の陰茎を強く捕捉刺戟する。これに対応して、膣壁自体も強く刺戟される結果となる。

### (オ) 骨盤底筋〔PC筋〕の機能異常

#### (I) PC筋の機能不全による腹圧性尿失禁

1949年、A. H. KEGELは、(骨盤筋肉の緊張や機能低下と腹圧性尿失禁に関する運動療法)で、こう述べている<sup>21) 23)</sup>。PC筋の筋肉の再教育と目標への簡単な指導は、種々の不快な症状(骨盤の疲労、腹圧性尿失禁)の改善に実際に役立つ。腹圧性尿失禁の改善は、外科療法に勝る。産科、婦人科、泌尿器科領域

での運動療法は、運動補助器具(ペリネオメーター)の併用により、更に効果があがる(P535)。

1952年E. G. JONESとともにA. H. KEGELは、(腹圧性尿失禁の治療; 恥骨尾筋を積極的な強化運動で治療した117例の症例)を発表した<sup>16) 23)</sup>。(P188)結論は①以前に手術の失敗や手術に不適なケースの腹圧性尿失禁症の患者は、恥骨尾筋の強化運動で、統計的にも(117人中81例/69%)良い結果が得られた。これらの治療に要した期間は、81%(101例中81例)の例では、すくなくとも2ヶ月間が必要だった。

1956年A. H. KEGELは、早期の陰部の弛緩の診断と(運動療法による)非外科的治療法に関する決着した意見を発表している。陰部の弛緩の兆しと症状は、大多数は、妊娠前から、或いは、更年期の萎縮の前に既に認められる。陰部の弛緩は、一生の神経筋肉機能の機能不全であり、それは、運動補助器具を使った筋肉運動の指導で、予防できるし、改善する。但し、ひどい外傷例は、例外である<sup>3) 23)</sup>。

骨盤底筋機能不全症候群は、骨盤底筋が弱いので下垂したためにおこる症候群のことであり、筋肉の間隙よりのヘルニアに相当する臓器脱に起因する症候群とは、明らかに区別されなければいけない。

#### (II) コントロール不全(緊張性)による機能異常

今までは、PC筋の収縮運動でPC筋を強化して、PC筋の機能不全による腹圧性尿失禁

や性器下垂を改善することに眼を奪われてきたが、PC筋のコントロール不全、特にPC筋の緊張による異常に対しては、PC筋の弛緩の体得が必須であり、その主眼点である。このことは盲点なので、強調しておく必要がある。性欲が亢進した場合も、多くの人、骨盤底筋 [PC筋] をコントロールして無視する様にしつけられている。骨盤の感覚を避ける一つの方法は、長期に習慣的に、この筋肉を緊張させることである。また潔癖で公衆トイレでは用が足せない習慣の人、骨盤底筋が緊張しっぱなしのことが多い。このため骨盤内の感覚異常が起これると考えられる。

#### ①ワギニスムス (VAGINISMUS)

VAGINISMUS を含む未完成婚については、山崎高明による詳細な報告がある<sup>17)</sup>。その女性側の原因は、機能的な原因 (膣痙攣・VAGINISMUS) と、器質的な原因 (処女膜強靱や膣口の狭小) が、考えられる。H. S. Kaplan は、膣痙攣や性交疼痛症に対して、自己身体観察、系統的脱感作、センセート・フォーカスの特殊療法を挙げている<sup>18)</sup>。山崎高明は、具体的に、日本人に適した脱感作の方法を多数例に施行している。器質的な原因 (処女膜強靱や膣口の狭小) にたいしては、処女膜の切開や輪状切除術も辞さないで、実績を上げている。

その程度は、軽度から重症まで多様である。つまりは骨盤底筋が緊張しっぱなしの状態であるが、PC筋の緊張は、他の筋肉の緊張と同様、特別な事情で起こる突発性か、慢性かのいずれかに分類される<sup>6) 19) 22) 23)</sup>。

最も、突発的に起こる普通の症状は、所謂ワギニスムスである。骨盤底筋 [PC筋] が

ペニスに近付いた時痙攣を起こしてしまう。例えば、信頼しているパートナーの場合でも、ペニスの挿入は困難、又、疼痛のため性交が不可能となる。ワギニスムスは、元来情緒的精神的なものが多い。標準の治療法は、先ず心理分析をする。そして脱感作しつつ膣管の拡張療法を行う。膣に患者自身が自分で小さい拡張器 (或いは綿棒) を挿入し、拡張するに従い、しだいに大きい拡張器を使う。膣の入口部は次第に拡張してゆくものだとすることを自分で納得して自信がつくことが肝腎である。例外的に拡張手術が適応のこともある。診療医の手指を利用してケーゲル運動のバイオフィードバック法を平行して行えば、もっとやさしく効果を上げることが出来るだろう。

#### ②難産 ; DYSTOSIA OF BIRTHCANAL

骨盤底筋 [PC筋] のコントロールができない場合 ; 例えば和痛分娩のラマーズ法の場合は、ケーゲル運動で骨盤底筋の弛緩方法を習得し効果を上げることは周知のことであろう<sup>20) 3)</sup>。

#### (カ) 男性の PC 筋

この論文の大部分は、緒言に述べた理由から、女性の骨盤底筋 [PC筋] の問題点に終始した。何故なら私たちの社会では、男性より女性が、骨盤底筋 [PC筋] がしばしば弱くなる傾向にある。しかし、男性に目を転じると、男性もまた、骨盤底筋 [PC筋] がしばしば弱くなる場合がある。この状態の一つの症状は、つぎの勃起がどうしてもできなくなる。男性にも PC筋があり、ケーゲル運動の意味は大きい。

最近の研究の確かな証拠では、男性は女性

と同じように、多回数オーガズムの可能性があり、強い骨盤底筋 [PC 筋] がその能力の重要な源といわれている。

男性 PC 筋の診断；男性は、自分の骨盤底筋 [PC 筋] を、肛門の中で、女性が膣の中で触れると同じような方法で探すことができる。男性の場合も、指テストと排尿ストップテスト或いは任意の運動練習が役に立つ。Perry は、直腸筋肉運動記録装置を作り、《これは、膣の筋肉運動記録装置を小型化したもの》、その記録装置によって、男性の練習、（あるいは、女性のワギニスムス治療用に応用して）骨盤底筋 [PC 筋] のコントロールを行った。

タオルトリック；男性に役立つテストと練習といわれる。健康な骨盤底筋 [PC 筋] の男性は、小さいタオルを、勃起したペニスにかけることができる。若し小さいタオルでもすぐ滑り落ちれば、軽い手拭いで試みる。或いは勃起が弱ければハンカチで始める。固い勃起が、タオルトリックに必要な<sup>6)</sup>。

## 結 論

半世紀以前の骨盤底筋機能不全症候群の治療は、外科的手術療法が世界を風靡していた。しかしその外科療法により侵襲を受けた患者は、瘢痕だらけの膣管で（特に性生活で）質の良い生活を満足してきただろうか。半世紀前 A. H. Kegel がケーゲル運動療法に着眼したことは、斬新だった。半世紀後の現在こそケーゲル運動の評価を行いケーゲル運動の温故知新の必要があると考えた。

本来医学的治療法の真の評価は、時間を掛けて経過を追わなければ判る筈がない。

現在もケーゲル運動は、人口に膾炙されて

いるが、残念ながら、専門家の認識さえも極めて浅い。骨盤底筋の生理学的意義も温故知新の価値がある。具体的にはケーゲルの運動療法 (A) 特にその運動量 (補助器具利用の有無) そのガイドラインと工夫・その副作用 (サイド・エフェクト) (B) 骨盤底筋は①随意筋である②神経の二重支配下にある③その個体発生④ PC 筋の性感の発達・性反応と性感⑤その機能異常 (不全は腹圧性尿失禁) 或いは (コントロール不調・持続的緊張はワギニスムス・難産) ⑥男性の PC 筋について述べた。

## 参考文献

- 1) A. H. Kegel: PROGRESSIVE RESISTANCE EXERCISE IN THE FUNCTIONAL RESTORATION OF THE PERINEAL MUSCLES Am. J. of Ob-Gyn. 56: 238-248, 1948.
- 2) A. H. Kegel: The Physiologic Treatment of Poor Tone and Function of the Genital Muscles and of Urinary Stress Incontinence; Western J. of Surgery Ob-Gyn. 57: 527-535, 1949.
- 3) A. H. Kegel: Early Genital Relaxation; Obst. & Gynec. 8: 545-549, 1956.
- 4) 林田昇平 青木秀雄 (骨盤底筋強化体操療法の検討) : 産科と婦人科 第 38 巻第 3 号, 66-71 昭和 46 年
- 5) 尾島信夫 : 臨床婦人科産科, 第 13 巻, 657-660, 昭和 13 年 1938
- 6) A. H. LADAS, B. WHIPPLE, J. D. PERRY: THE G SPOT AND OTHER RECENT DISCOVERIES ABOUT HUMAN SEXUALITY: CORGI BOOKS, A DIVI-

- SION OF TRANSWORLD PUBLISHERS LTD, LONDON, 1983
- 7) A. プロイアー & D. プロイアー 著 ; セクシアルヒーリング : ESO (Extended Sexual Orgasm) : 太陽出版, 東京 : 1996
  - 8) 持続性蛋白同化ステロイド剤 (日本薬局方 エナント酸メテノロン注射液) プリモボラン・デポー 50mg-100mg ー日本シエーリング株式会社 学術部
  - 9) DESMOND MORRIS 著 藤田 統訳 “ボディウォッチング” 181-188, 小学館 1986
  - 10) 『排泄機能の発達と排尿のしつけ』 (ざ・おむつ No.5, 1984)
  - 11) 『紙おむつの排泄生理, 生活リズムに及ぼす影響について (第2報)』 (小児保健研究, 5 (2): 1334-1340, 1986
  - 12) A. H. Kegel: Sexual Function of the Pubococcygeus Muscle; West. J. S. O. & G. 60: 521-524, 1952
  - 13) 謝 国権著 性生活の知恵 池田書店 東京 昭和 36 年 83 刷
  - 14) ヴァン・デ・ヴェルデ著 現代性科学研究会訳 ; 新版 世界性医科学全集 第一巻 完全なる結婚 図書出版 美学館 / ワールドブック株式会社 94-100, 1981
  - 15) R. M. Deutsch 著 The Key of feminine Response in Marriage ; リーダーズ ダイジェスト 23 巻 12 号 149-154, 1968
  - 16) G. Jones & A. H. Kegel: TREATMENT OF URINARY STRESS INCONTINENCE: Surgery Gyn. & Ob. 94: 179-188, 1952
  - 17) 山崎高明・永田尚夫・斉藤宗吾著 ; 性機能障害と未完成婚 ; 80-137 : (株) フリープレス : 1997
  - 18) H. S. カプラン著, 野口昌也 他訳 ; 続ニューセックスセラピー, 星和書店 : 1982
  - 19) 林田昇平著 あなたと彼のメイク・ラブ 自由企画・出版 ; 56 ; 2003
  - 20) 林 弘平編著 ; 実践ラマーズ法 ; メデイカ出版 ; 2000
  - 21) 石浜淳美編著 ; 新版 セクソロジー辞典 メデイカ出版 ; 1994
  - 22) 石浜淳美著 臨床性医学入門 金原出版 昭和 56 年
  - 23) J. P. Greenhill: Office Gynecology: Year Book Publishers Inc. 263-281: CHICAGO: 1965

原 著

## 女性性機能障害に関する調査票の 日本語版作成における言語的妥当性の検討

Linguistic Validation of a Sexual Function Questionnaire Japanese version  
to assess Female Sexual Dysfunction

独立行政法人国立病院機構千葉医療センター 産婦人科

大川 玲子

OHKAWA Reiko

Department of Obstetrics and Gynecology, National Hospital Organization Chiba Medical Center

ファイザー株式会社 クリニカル・リサーチ統括部

大石 剛子, 前田 知子

OISHI Takeko, MAEDA Tomoko

Clinical Research, Pfizer Global Research and Development, Pfizer Japan Inc.

Tara SYMONDS

Pfizer Global Research and Development, Pfizer Ltd., Sandwich, Kent, U. K.

### 抄 録

女性性機能障害を評価するための自記式調査票 (Sexual Function Questionnaire) の日本語版を国際的に推奨されている方法に従って作成した。まず, conceptual analysis, forward translation, backward translation, comparison of the backward translation and the original で翻訳暫定版を作成した。その後 female sexual dysfunction (FSD) 患者 4 名と FSD でない女性 2 名を対象として, 理解しやすさ, 回答しやすさ, 表現の適切さ等を評価するためにパイロットテスト (面接調査) を行った。翻訳暫定版作成の際は, 英語版との概念的同等性を保ち, かつ日本語としても違和感がなく, さらに回答しやすい言い回しとすることに留意した。面接調査では, 総合的に質問はわかりやすく適切であるとのコメントが得られたが, 修正や変更が必要な箇所も指摘され, 5 項目で修正を行った。今後はより多くの対象者について, 妥当性や信頼性などの計量心理学的特性を評価する必要がある。

### Abstract

A brief, multidimensional measure of female sexual function (SFQ: Sexual Function Questionnaire) was developed in English. The Japanese version is in process of development, of which linguistic validation, the first stage of the recommended procedure for cultural adaptation, was completed. After the conceptual analysis, forward translation, backward translation, comparison of the

backward translation and the original, the pilot study was conducted with 4 FSD female and 2 non-FSD female to examine the comprehensibility, feasibility and acceptability of the instrument. The interviews revealed that the questions were easy to understand in general, but several items needed to be revised. A larger scale study is necessary to evaluate the psychometric properties.

## キーワード

女性性機能障害, 質問票, 日本語版

## Key words

Female sexual dysfunction, Questionnaire, Japanese translation

## 緒言

性機能障害とは心因性, 身体因性, その他の原因で「性生活に満足できない」状態である。女性の性機能障害 (FSD: Female Sexual Dysfunctions) は男性同様, 性欲, 性的興奮, オルガズムの3段階の性反応の障害と性交痛に関連した障害とにわけられ, 特に性交痛によるものが重要である。これには膣痙攣 (ワギニスムス) の他, 女性性器の炎症などによる器質性の性交痛などがある<sup>1)</sup>。FSD は年齢が上昇するにつれ増加し, 米国では30%から50%の女性はその症状を訴えているとの報告がある<sup>2)</sup>。また, 1992年に米国で実施された National Health and Social Life Survey によると, 18歳から59歳の対象者1749名のうち43%が, 調査前1年間に性的欲求の減退や膣の乾き, 性交時の痛みや不快感といったFSDの症状を経験していたと報告されている<sup>3)</sup>。FSDの治療として, 主として心理学的介入による治療がワギニスムスや性欲障害, オルガズム障害などに対して行われているものの, ワギニスムスを除けばまだ受診者は極めて少ない<sup>4)</sup>。また身体面での臨床研究は, 器質的疾患における性交痛以外では男性における研

究に比べ遅れており, したがって使用できる薬剤もない。

FSDの診断基準は最近まで American Psychiatric Association の DSM-IVTR 分類 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th ed. Text Revision)<sup>5)</sup>などがわが国においても標準とされていた。これは, 性機能障害を精神疾患としてのみとして捉えるものであり, その点で現実にそぐわないという側面があった<sup>1)</sup>。女性の性反応はオルガズムの様相からみても男性より多様であるため, 解剖生理学的な研究が困難であるとともに, 心理状態やパートナーシップの影響を強く受けるなど多因子的で, 性反応の各段階が複雑にまたがっていることが多い<sup>6)</sup>。FSD研究が男性性機能障害の研究より遅れているのは, 社会文化的な理由もあるが, このFSDの複雑さによるところも大きいと考えられる。この複雑さを反映できるよう, DSM-IVTR分類を継承しながら新たな分類方法 (American Foundation for Urologic Disease (AFUD) definition)<sup>7)</sup>が提唱されてきているものの, 未だ議論の余地は大きい。

このようなFSDの複雑さを反映でき, かつ,

その症状と重症度や治療効果を適切に評価するためには、性反応における様々な側面を総合的に評価できる多次元尺度が必要となる。これまでに FSD に特異的な尺度がいくつか開発されてきているが、それらは性反応のある側面についてのみ評価できるもの、がん患者など特定の疾患をもつ人を対象としたもの、または尺度としての妥当性が検討されていないものがほとんどである<sup>8)</sup>。

こうした背景のもと、FSD に関連する様々な側面を総合的に評価できる自記式調査票である Sexual Function Questionnaire (SFQ) が英国で開発された<sup>8)</sup>。わが国で使用可能な女性性機能障害に関する同様の調査票(尺度)は存在しないため、この調査票を日本でも使用できるようにすることの意義は大きいと考えられ、日本語版の作成を行った。

調査票(尺度)を他の言語で使用できるようにするためには、一般的に言語的妥当性の検討、計量心理学的特性の検討、の2段階の検討が必要となる<sup>9-11)</sup>。本稿では言語的妥当性の検討について報告する。

## 方 法

### 調査票の概要

Sexual Function Questionnaire (SFQ) は、英国ファイザー中央研究所(Sandwich)が中心となり開発された<sup>8)</sup>。SFQには、DSM-IV分類やAFUDの定義に基づく性反応の過程(desire, arousal, orgasm, pain)が全て含まれており、性反応における身体的、及び精神的(認知的)側面の両方を評価することができる。ここに含まれる項目は82名の女性(うち22名がFSD患者)を対象とした半構造化面接(semistructured interview)の結果の集積よ

り検討され、臨床的にも適切であることが精神科(心理学)、生理学、婦人科、身体医学(Physical Medicine)、FSD治療の専門家医師によりそれぞれ確認されている。また、約900名を対象として計量心理学的な検討を行い、弁別妥当性、構成概念妥当性、再テスト信頼性、内的整合性および感度において良好な結果が得られた。これらにより、SFQをFSDの評価に用いることは妥当であると考えられた。SFQは全34項目で、8ドメイン(Desire: Q1-4, 15, 28. Enjoyment: Q6, 16, 20, 21, 23, 27. Orgasm: Q24-26. Arousal-sensation: Q7-10. Arousal-lubrication: Q11, 12. Arousal-cognitive: Q13, 14. Pain: Q17, 18, 22. Partner: Q30, 31.)と、それらに属さない項目(Q5, 19, 29, 32-34)から成る。

### 言語的妥当性の検討

#### 翻訳の作成

言語的妥当性の検討はMapi Research Institute(リヨン, フランス)と共同で行い、Mapi Research Instituteによって提案され国際的に標準とされている実施手順<sup>11)</sup>に従った。その詳細は以下の通りである。1) Conceptual analysis: オリジナル版開発者と共同して、それぞれの項目の概念(concept)を明確にした。2) Forward translation step: 2名の翻訳家(日本語を母国語とし英語が堪能である)がそれぞれ別にオリジナル版の英語を日本語に翻訳した。その後、それらの2つの翻訳を一つにまとめて暫定版を作成し、検討・修正を加えた。3) Backward translation step: 翻訳家(英語が母国語で日本語が堪能である)が暫定版を英語に逆翻訳した。4) Comparison of the backward translation and the original: 逆翻訳と

オリジナル版を比較し、内容に隔たりがあった場合には日本語の翻訳に修正を加え、日本語暫定版第2版を作成した。なお、暫定版は適宜関係者がレビューし、不適切な箇所は検討・修正を行った。

## パイロットスタディ

日本語暫定版第2版の理解しやすさ、回答しやすさ、表現の適切さ等を評価する目的で、調査者と対象者の1対1の半構造化面接を実施した。面接を実施したのはMapi Research Instituteの担当者で、FSDで通院している患者4名とFSDでない女性2名を対象とした。本調査は国立病院機構 千葉医療センター（国立千葉病院 当時）の治験審査委員会の了承を得ており、対象者には事前に文書による同意を得た。面接はプライバシーの保たれる場所で実施し、対象者が暫定版調査票に回答した後、翻訳を正しく理解できるかどうか、言葉は適切か、などに関して質問した。この結果に基づき、不適切な箇所は適宜著者や専門家と検討し、必要な場合には修正を加え、調査票の日本語翻訳とした。

## 結果

### 翻訳の作成

順翻訳、逆翻訳、オリジナル版との比較、専門家レビューの過程で議論・修正した部分のうち、主な点は下の通りである。質問票の表紙に記載されている定義の一部“*We have defined “sexual activity” as activity which may result in sexual stimulation or sexual pleasure*”の“*which may result in*”を最初は「もたらす」と訳したが、逆翻訳で“*bring*”となり“*may*”の持つ不確実性の意味合いが示唆されていな

いということで、「～へいたる」(*may lead to*)とした。また、定義の一部に記載のある“*オーラルセックス*”は、その言葉だけでは年配者にはわかりづらいと思われるため、簡潔な説明をつけた。さらに、多くの項目にある“*how often*”を、最初「どのくらいありましたか」と訳したが、「どのくらいの頻度でありましたか」に修正し、程度ではなく頻度であることを明確にした。回答は×印ではなくチェックマークの使用を検討することにした。項目1の“*have you had pleasurable thoughts and feelings about sexual activity?*”の“*pleasurable thoughts and feelings*”を順翻訳では「夢想」としたが、言葉が難しすぎること及びオリジナル版の意味を正しく伝えていないと思われることにより、「楽しく想像したり、思い描いたり」と変更した。また、「心地よい」を「こちよい」と、すべて平仮名にすることでより柔らかい印象となるようにするなど、少しでも回答しやすい雰囲気をもたせるような修正も行った。いくつかの項目で使用された“*Over the last 4 weeks, in general, how much ~ did you...*”との質問スタイルは「この4週間に…は概してどの程度～でしたか?」との訳から、“*in general*”を自然に文章に取り入れるため「この4週間を通じて…はどの程度～でしたか?」に変更した。性反応に関する表現としては、“*pulsating*” (*tingling*) *in your vaginal area*の“*pulsating*”を、単語の意味の通りに「ずきずきした(うづく感じがした)」と訳したが、「ずきずき」は痛みに通じる表現であり、ここでは快感の表現が適切であるため「脈うつ(うづく)感じ」と修正した。口語的な表現やイディオムの方が分かりやすいと思われる箇所はそのように変更した。また、

直接的な表現よりもやや間接的な表現の方が理解しやすく受け入れられやすいと思われる場合にも（例えば「楽しみましたか」を「楽しむことができましたか」にするなど）、そのように修正した。

### パイロットスタディ

調査対象の6名のうち、FSDで治療中の4名は43歳、56歳、65歳、66歳であり、質問票への回答には16分から20分かかった（全体では平均50歳、平均回答時間は17分）。FSDでない2名は26歳と45歳で、質問票への回答はそれぞれ17分、10分であった。これら対象者は2名が主婦、2名が会社員、1名が看護師、他1名が助産師であった。対象者からのコメントとして、総合的には質問はわかりやすく適切、とのことであったが、答えにくい質問もいくつかみられた。また、同じような質問が見受けられる（例えば項目3と28）、回答選択肢が多すぎる、とのコメントもあった。さらに、「仕事のプレッシャー」や「子どもと一緒に眠ること」など、性行為に直接は関係ないが、間接的に精神面で影響する領域がカバーされていないとの感想も得られた。なお、この面接により、回答は×印ではなくチェック印に統一することとした。また、項目1で「楽しく想像したり、思い描いたりする」の「楽しく」は必要ない、との意見も聞かれたが、この項目の概念として大切であるためそのまま残すことにした。項目4は、「自分から性行為を始める」では気恥ずかしいような感じがして何となくしっくりこない、とのことから「自分から性行為に誘う」とした。項目7の「ほてる感じ」（原版では“warmth”に相当する）について、違和感が

あるとの意見がきかれたものの、日本語としては「ほてる感じ」が最も適切と考えられたため、修正は加えなかった。項目9、10の“pulsating”は対象者に理解されなかった。また、“pulsating”と“tingling”の違いを明確にすることも困難であることが分かったため、項目の概念を損なわないよう、また回答者にも理解されやすい表現に変更した。項目21の「パートナーに対して親密な気持ちになること」では、性行為を行う時はすでに相手に対して親密な気持ちになっているため不自然、との指摘があり、「より親密な気持ちになる」とした。また、項目28で「性行為を期待する」の「期待」には「待つ」意味が含まれており、受身で消極的な印象を受けるとのことから、“look forward”の積極的な希望のニュアンスを表現できるよう変更した。回答選択肢については、修正箇所はなかった。

以上のパイロットテストで問題として検討され、その後修正された項目を表1にまとめた。作成した日本語翻訳についてはAppendixを参照されたい。

### 考 察

今回の研究では、英国で開発された女性性機能障害に関する自記式調査票の日本語版作成における言語的妥当性の検討を行った。英語版との概念的同等性を保ち、かつ日本語としても違和感がなく、さらに回答しやすい言い回しとすることに留意した。また、質問がデリケートな内容であるため、対象者の答えやすさについて特に注意を払い、細かな点まで検討を加えた。日常使用される頻度の少ないこの分野特有の表現については、それらに一般の対象者に理解可能な日本語を充てるこ

表1 パイロットスタディに基づいて日本語訳を決定した項目

項目	オリジナル版	パイロットスタディの日本語	最終的に決定した日本語
	Please answer every question by marking one box with a cross.	ひとつだけ×印または✓印をつけてください。	ひとつだけ✓印をつけてください。
4	Over the last 4 weeks, <u>how often</u> have you initiated sexual activity with your partner?	この4週間に自分からパートナーとの性行為を始めたことは、 <u>どのくらいの頻度</u> でありましたか？	・自分からパートナーを性行為に誘ったこと
9	Over the last 4 weeks, <u>how often</u> did you have a sensation of 'pulsating' ('tingling') in your vaginal/genital area when you took part in sexual activity?	この4週間に性行為を行ったとき、膣・性器などに脈うつ(うずく)ような感じが <u>どのくらいの頻度</u> でありましたか？	・膣・性器などに興奮してぞくぞくする、またはうずくような感じ
10	Over the last 4 weeks, in general, <u>how much</u> 'pulsating' ('tingling') in your vaginal/genital area did you notice when you took part in sexual activity?	この4週間を通じて性行為を行ったとき、膣・性器などに脈うつ(うずく)ような感じが <u>どの程度</u> でしたか？	・膣・性器などに興奮してぞくぞくする、またはうずくような感じ
21	Over the last 4 weeks, <u>how often</u> did you feel emotionally close to your partner when you took part in sexual activity?	この4週間に性行為を行ったとき、パートナーに対して親密な気持ちになったことは <u>どのくらいの頻度</u> でありましたか？	・パートナーに対してより親密な気持ちになったこと
28	Thinking about your sexual life over the last 4 weeks, <u>how often</u> did you look forward to sexual activity?	この4週間の性生活をふりかえて、性行為を期待したことは <u>どのくらいの頻度</u> でありましたか？	・性行為をしたいと思ったこと

日本語の太字の部分が修正した点。

とは容易な作業ではなかった。パイロットテストで理解が難しいとの指摘があった部分には修正を加えたものの、今後はより多くの対象者を対象として、尺度としての性能を検討するために計量心理学的特性(信頼性、妥当性等)の評価が必要であり<sup>10)</sup>、その結果から、日本語の表現について再考の必要性が生じる可能性があることを記しておく。

本研究は英国で開発された調査票を日本語

で使用可能とするためのものであるが、この試みにおいて、また調査票の使用に際して、その背景となる「性」に関する意識が日本では欧米(特に米国)とは異なることに注意する必要があるだろう。29カ国、総計27,000人以上の40-80歳の男女を対象に実施されたPfizer Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors<sup>12)</sup>の結果からは、人生におけるセックスの重要性やパートナーとの身体的関

係への満足感、精神的関係への満足感で英米とは回答に差があった（重要性、満足感ともに日本は低い）。また、医師から性機能障害について質問された経験をもつ人の割合は日本が最も低く1%であり（米国は14%、英国は4%）、自分から医師に性機能障害について質問をしたことのある人も9%（米国20%、英国21%）であった。日本では性に関する問題意識が低い、または問題が少ない、もしくは表出しにくい状況であることが窺える。

一方、近年はシルデナフィル（Sildenafil citrate/ Viagra<sup>®</sup>; Pfizer, NY）の開発などで男性の性機能障害の研究が進んでおり、それらに付随して、わが国においても、性生活のパートナーである女性の性機能障害に関する調査が実施されるようになってきた<sup>13-15</sup>。Ichikawaらの調査<sup>13</sup>では、シルデナフィルで治療中の患者のパートナー30名（平均49.9 ± 14.3歳（28-83）のうち、14名（46.7%）からFSDの症状があるとの回答が得られている。また、佐藤らによる37名（閉経前13、閉経後24、平均57.3歳（30-77））を対象にした調査<sup>14</sup>や、永尾らのアンケートによる調査（対象24名、平均46.4 ± 12.2歳（20-77歳））<sup>15</sup>からも、FSDの症状がある程度みられることが示されている。佐藤らの調査では、潤滑障害（19%）、性欲障害（16%）、興奮障害（14%）、性交痛（11%）、オルガズム障害（11%）が、永尾らの調査からは、性交痛（20.8%）、性欲がない（12.5%）などが女性性機能障害に関するものとして挙げられている。さらに、荒木らによる中高年のセクシュアリティの実態調査<sup>16</sup>では、40代から70代の女性601名（平均53.6 ± 9.3歳）のうち、回答が得られた415名の5.3%が肉体的な満足感（オルガズ

ム）が得られないと回答している。また、429名の60.6%が性交痛あり（ときどき46.2%、だいたい8.9%、いつも5.6%）と回答しており、60代前半では8割に性交痛があるという。これらより、わが国においても女性性機能障害の問題は軽視できないものであることが認識できる。

米国での調査では、性機能障害のある人のQuality of Life (QOL) はそうでない人のQOLよりも低く、この傾向は男性よりも女性で顕著であることが示されている<sup>3</sup>。文化的背景が異なるものの、わが国においても同様の傾向がみられると考えられるため、この分野の発展が女性のQOLの向上に貢献する可能性は大きいと思われる。今回作成を試みた調査票が計量心理学的検討を経て活用されることで、女性性機能障害の分野の今後の発展に寄与できる可能性は非常に大きいものと期待される。

## 謝 辞

本研究の実施にご尽力いただきました、Mapi Research InstituteのVirginia Uzun, Melinda Hullには深く感謝いたします。

## 文 献

- 1) 大川玲子：女性の性機能障害 特集 女性とセクシュアリティ —性の健康を考える—, 産婦人科治療 89 (1): 37-43, 2004.
- 2) Berman JR, Berman L, Goldstein I: Female Sexual Dysfunction: Incidence, Pathophysiology, Evaluation, and Treatment options. Urology 54: 385-391, 1999.
- 3) Laumann EO, Paik A, Rosen RC : Sexual

- Dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 281 (6): 537-544, 1999.
- 4) 大川玲子：女性の性機能障害 日本性科学会雑誌 20 (1): 3-10, 2002.
  - 5) American Psychiatric Association. 高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸 (訳) : DSM- IV-TR 精神障害の分類と診断の手引 第2版 医学書院 東京 2002.
  - 6) Basson R : Female sexual response: The role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol* 98:350-353, 2001.
  - 7) Basson R, Berman J, Burbett A, et. al: Report of the international Consensus Development of Female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J of Urol* 163: 888-893, 2000.
  - 8) Quirk FH, Heiman JR, Rosen RC, et. al: Development of a Sexual Function Questionnaire for Clinical Trials of Female Sexual Dysfunction. *J Womens Health & Gender-based Medicine*. 11 (3): 277-289, 2002.
  - 9) Guillemin F, Bombardier C, Beaton D: Cross-Cultural Adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 6 (12): 1417-1432, 1993.
  - 10) Bullinger M, Power MJ, Aaronson NK, et al: Creating and Evaluation Cross-Cultural Instruments. In: *Quality of Life and Pharmacoeconomic in clinical trials*, Second ed. Spilker ed. Lippincott-Raven Publication, Philadelphia, 659-668, 1996.
  - 11) Acquadro.C, Jambon B, Ellis D, et. al: Language and translation issues. In: *Quality of Life and Pharmacoeconomic in clinical trials*, Second ed. Spilker ed. Lippincott-Raven Publication, Philadelphia, 575-585, 1996.
  - 12) The Pfizer Global Study of Sexual Attitude and Behaviors. Available at [www.PfizerGlobalStudy.com](http://www.PfizerGlobalStudy.com)
  - 13) Ichikawa T, Takao A, Manabe D, et. al: The female partner's satisfaction with sildenafil citrate treatment of erectile dysfunction. *Int J of Urol* 11: 755-762, 2004.
  - 14) 佐藤雅道, 佐々木春明, 後藤隆太 他 : バイアグラ治療に対する患者およびパートナーの満足度～女性性機能障害を含めた検討～ 日本泌尿器科学会雑誌 総会特集号 95 (2): 472, 2004.
  - 15) 永尾光一, 工藤貴正, 栗田稔他 : 女性性機能障害に対する調査 日本泌尿器科学会雑誌 総会特集号 92 (2): 212, 2001.
  - 16) 荒木乳根子, 石田雅巳, 大川一郎他 : 中高年のセクシュアリティー ー男女のパートナーシップの現状についてー 日本=性研究会議会報 12 (1): 2-18, 2000.
- \* SFQ 日本語版の著作権はファイザー株式会社 に 帰属し, その使用に関しては, ファイザー株式会社の 許諾を要する。

## Appendix SFQ 日本語版

<p>セクション1：性行為</p> <p>以下の質問における「性行為」の意味は次の通りです。</p> <p>性行為とは性的刺激や性的快感に至る行為を指します。例：性交、愛撫、前戯、マスターベーション（自慰やパートナーによるマスターベーション）、オーラルセックス「パートナーによるオーラルセックス（口で相手が性器を愛撫する）」。</p>	
1. この4週間に性行為について楽しく想像したり、思い描いたりすることがどのくらいの頻度でありましたか？	(1) 全くなかった (2) たまにあった (3) 時々あった (4) よくあった (5) 非常によくあった
2. この4週間にパートナーからやさしく触れられたい、愛撫されたいと感じたことは、どのくらいの頻度でありましたか？	
3. この4週間に性行為をしたいと思ったことは、どのくらいの頻度でありましたか？	
4. この4週間に自分からパートナーとの性行為を誘ったことは、どのくらいの頻度でありましたか？	
5. この4週間にパートナーからやさしく触れられたり、愛撫されたことは、どのくらいの頻度でありましたか？	(1) 全くなかった (2) たまにあった (3) 時々あった (4) よくあった (5) 非常によくあった
6. この4週間を通じてパートナーからやさしく触れられたり、愛撫をされることを、どの程度こちよく感じましたか？	(.) 全く触れられていない (1) 全くこちよくなかった (2) 少しこちよくなかった (3) まあまあこちよかった (4) とてもこちよかった (5) 非常にこちよかった
7. この4週間に性行為を行ったとき、膣・性器などにほてる感じがしたことはどのくらいの頻度でありましたか？	(.) 性行為をしなかった (1) 全くなかった (2) 時々あった (3) よくあった (4) 非常によくあった (5) いつもあった
8. この4週間を通じて性行為を行ったとき、膣・性器などにどの程度ほてる感じがしましたか？	(.) 性行為をしなかった (1) 全くなかった (2) 少しほてった (3) 多少ほてった (4) とてもほてった (5) 非常にほてった
9. この4週間に性行為を行ったとき、膣・性器などに興奮してぞくぞくする、またはうすくような感じがどのくらいの頻度でありましたか？	(.) 性行為をしなかった (1) 全くなかった (2) 時々あった (3) よくあった (4) 非常によくあった (5) いつもあった

<p>10. この4週間を通じて性行為を行ったとき、膣・性器などに興奮してぞくぞくする、またはうずくような感じはどの程度でしたか？</p>	<p>(.)性行為をしなかった  (1) 全くなかった  (2) 少しあった  (3) 多少あった  (4) 強くあった  (5) 非常に強くあった</p>
<p>11. この4週間に性行為を行ったとき、膣にしめりや濡れを感じたことはどのくらいの頻度でありましたか？</p>	<p>(.)性行為をしなかった  (1) 全くなかった  (2) 時々あった  (3) よくあった  (4) 非常によくあった  (5) いつもあった</p>
<p>12. この4週間を通じて性行為を行ったとき、膣のしめりや濡れはどの程度でしたか？</p>	<p>(.)性行為をしなかった  (1) 全くなかった  (2) 少しあった  (3) 多少あった  (4) とてもあった  (5) 非常にあった</p>
<p>13. この4週間に性行為を行ったとき、感情的な興奮(例：感情が高ぶる、その気になる、性行為を続けたいと思うなど)を覚えたことはどのくらいの頻度でありましたか？</p>	<p>(.)性行為をしなかった  (1) 全くなかった  (2) 少しあった  (3) 多少あった  (4) とてもあった  (5) いつもあった</p>
<p>14. この4週間に性行為を行ったとき、感情的な興奮(例：感情が高ぶる、その気になる、性行為を続けたいと思うなど)をどの程度感じましたか？</p>	<p>(.)性行為をしなかった  (1) 全くなかった  (2) 少し興奮した  (3) 多少興奮した  (4) とても興奮した  (5) 非常に興奮した</p>
<p>15. この4週間に挿入を伴う性行為(例：膣への挿入や性交)をどのくらいの頻度でしましたか？</p>	<p>(0) 性行為をしなかった  (1) 1、2回 (2) 3、4回  (3) 5-8回 (4) 9-12回  (5) 13-16回 (6) 17回以上</p>
<p>16. この4週間を通じて挿入や性交をどの程度楽しむことができましたか？</p>	<p>(.)性行為をしなかった  (1) 楽しめなかった  (2) 少し楽しめた  (3) 多少楽しめた  (4) とても楽しめた  (5) 非常に楽しめた</p>
<p>17. この4週間に性行為(挿入や性交など)の最中または後に、膣・性器などに痛みを感じたことはどのくらいの頻度でありましたか？</p>	<p>(.)性行為をしなかった  (5) 全くなかった  (4) 時々あった  (3) よくあった  (2) 非常によくあった  (1) いつもあった</p>
<p>18. この4週間を通じて性行為(挿入や性交など)の最中または後に、膣・性器などにどの程度痛みを感じましたか？</p>	<p>(.)性行為をしなかった  (5) 全くなかった  (4) 少し痛かった  (3) 多少痛かった  (2) とても痛かった  (1) 非常に痛かった</p>

<p>19. この4週間に挿入を伴わない性行為（マスターベーションやオーラルセックスなど）をどのくらいの頻度で行いましたか？</p>	<p>(0) 挿入を伴わない性行為をしなかった  (1) 1,2回 (2) 3,4回 (3) 5-8回  (4) 9-12回 (5) 13-16回(6) 17回以上</p>
<p>20. この4週間を通じて挿入を伴わない性行為（マスターベーションやオーラルセックスなど）を概してどの程度楽しむことができましたか？</p>	<p>(.)挿入を伴わない性行為をしなかった  (1) 楽しめなかった  (2) 少し楽しめた  (3) 多少楽しめた  (4) とても楽しめた  (5) 非常に楽しめた</p>
<p>21. この4週間に性行為を行ったとき、パートナーに対してより親密な気持ちになったことはどのくらいの頻度でありましたか？</p>	<p>(.) 性行為をしなかった  (1) 全くなかった  (2) 時々あった  (3) よくあった  (4) 非常によくあった  (5) いつもあった</p>
<p>22. この4週間に性行為の最中に痛みが心配だったり気になったことはどのくらいの頻度でありましたか？</p>	<p>(.) 性行為をしなかった  (0) 痛みが心配で気になり性行為をしなかった  (5) 全くなかった  (4) 時々あった  (3) よくあった  (2) 非常によくあった  (1) いつもあった</p>
<p>23. この4週間を通じて、性行為で充実した快い感じを得られましたか？</p>	<p>(.) 性行為をしなかった  (1) 全くなかった  (2) 少し得られた  (3) 多少得られた  (4) とても得られた  (5) 非常に得られた</p>
<p>24. この4週間に性行為を行ったとき（パートナーの有無に関わらず）、オルガスム（性的絶頂感）を感じたことはどのくらいの頻度でありましたか？</p>	<p>(.) 性行為をしなかった  (1) 全くなかった  (2) 時々あった  (3) よくあった  (4) 非常によくあった  (5) いつもあった</p>
<p>25. この4週間を通じて、あなたの感じたオルガスム（性的絶頂感）は、どの程度の快感でしたか？</p>	<p>(.) オルガスムは感じなかった  (1) 快感ではなかった  (2) 少し快感があった  (3) 多少快感があった  (4) とても快感があった  (5) 非常に快感があった</p>
<p>26. この4週間を通じて、どの程度オルガスムに達しやすかったですか？</p>	<p>(.) オルガスムに達しなかった  (1) とても困難だった  (2) かなり困難だった  (3) どちらでもなかった  (4) かなりたやすかった  (5) とてもたやすかった</p>
<p>27. この4週間を通じて、どの程度セックスパートナーとしての自信を持ちましたか？</p>	<p>(1) 全くなかった (2) 少しあった  (3) 多少あった (4) とてもあった  (5) 非常にあった</p>

<p>セクション2：性生活</p> <p>以下の質問における「性生活」の意味は次の通りです。</p> <p>性生活とはパートナーとの肉体的な性行為と感情面での性的関係の両方を指します。</p>	
<p>28. この4週間の性生活をふりかえて、性行為をしたいと思いますことはどのくらいの頻度でありましたか？</p>	<p>(1) 全くなかった (2) たまにあった (3) 時々あった (4) よくあった (5) 非常によくあった</p>
<p>29. この4週間の性生活をふりかえて、自分の性的反応（例：その気になったり、濡れたりすることなど）にがっかりしたことがありますか？</p>	<p>(.) 性行為をしなかった (5) 全くなかった (4) たまにあった (3) 時々あった (2) よくあった (1) 非常によくあった</p>
<p>30. この4週間でふりかえて、あなたとの性生活がうまくいかないために、パートナーが他の人と性的関係を結ぶのではないかという不安をどの程度持ちましたか？</p>	<p>(5) 全くなかった (4) 少し持った (3) 多少持った (2) とても持った (1) 非常に持った</p>
<p>31. この4週間でふりかえて、自分との性生活にパートナーがマイナスの感情を持っている（怒っている、傷ついている、拒絶されたと感じている）という懸念をどの程度持ちましたか？</p>	<p>(5) 全くなかった (4) 少し持った (3) 多少持った (2) とても持った (1) 非常に持った</p>
<p>32. この4週間の性生活をふりかえて、自分の性行為の回数についてどう感じましたか？</p>	<p>(スコア化されない項目) 望んだよりずっと少なかった 望んだよりも少し少なかった 適度の回数であった 望んだよりも少し多かった 望んだよりもずっと多かった</p>
<p>33. 総合的に、あなたにとって快適な性生活を送るということはだいたいどの程度重要なことですか？</p>	<p>(1) 全く重要でなかった (2) 少し重要だった (3) 多少重要だった (4) とても重要だった (5) 非常に重要だった</p>
<p>34. この4週間のあなたの性生活全般をふりかえて、どの程度満足できましたか？</p>	<p>(1) 不満だった (2) 少し満足だった (3) 多少満足だった (4) とても満足だった (5) 非常に満足だった</p>

\* SFQ 日本語版の著作権はファイザー株式会社に帰属し、その使用に関しては、ファイザー株式会社の許諾を要する。

連絡先：前田 知子 ファイザー株式会社 クリニカル・リサーチ統括部  
〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7 新宿文化クイントビル  
電話番号 03-5309-7031 FAX 番号 03-5309-9060  
E-mail Tomoko.Maeda@pfizer.com

## 症 例

# 当院における最近の未完成婚（7年間，4.5年間）の2症例

山崎産科婦人科医院（神戸市）

山崎 敦子，山崎 高明

### 第1例；（7年間の未完成婚）

32歳の女性と33歳の男性の恋愛結婚例

友人の紹介で4年半の交際期間をへて平成8年2月に結婚（女性25歳）。

平成15年6月3日当院初診（表1）。性交恐怖，開脚不能，性交痛を主訴として夫婦で来院した。問診では，婚前交渉はよくないと

思っていて，新婚旅行（イタリアへ8日間）は丁度メンスと重なった。更に初交時には痛いといって逃げてしまった。夫婦ともに交遊関係に乏しく，童貞と処女のペアで性交体験がないため，大変困ったようである。

結婚初期にカンジダ膣炎で産婦人科を受診したものの，内診困難であった。

その後不妊を主訴に2，3の産婦人科を受診したが，いつも内診が痛い，恐い，の連続であった。当院ではこのての患者さんに対しては，30分くらい十分時間をかけてリラクゼーションを図り，キシロカインゼリーを十分塗ったうえで少しずつ1指の挿入を試みる。痛みを加えぬ程度に内診したが，やはり1指しか入らず，主人にも現状認識のために内診させたが，示，中，拇指の挿入は可能，ヘガール21号も入るが，2指は不可能であった。ペニスの挿入には2指挿入が不可欠である旨を話し，処女膜切除の必要性を説明した。

平成15年6月13日静脈麻酔下に処女膜輪状切除術を施行し，2指挿入可能大まで拡張した。2週間後，夫婦で来院。主人の2指挿入可，更に，ヘガール30号を内診台上と，椅子に跨った状態で自己挿入させることに成功した。この，痛みを感じないという体験をさせることにより，その後の自宅でのタンポン等の挿入練習にはずみをつけることができた。主人にもバイアグラを処方し，リューブゼ

表1 結婚後7年経過した未完成婚の症例

32歳の女性と33歳の男性の恋愛結婚例  
（平成8年2月）

H15. 6. 3	初診。脚が開けない，性交恐怖，性交痛。 夫婦で来院。内診1指しか入らぬ。 主人の示・中・拇指（1指）挿入可，Hegar No.20，21号入る。 2指は挿入不可能なので，処女膜輪状切除術の必要性を約し，帰す。
H15. 6.13	処女膜輪状切除術施行（2指挿入可能大迄拡張）
H15. 6.28	夫婦で来院。主人の2指も2関節迄挿入可，椅子にまたいでHegar No.29，30を自分で挿入練習させた。主人にバイアグラ処方，Luve Jelly投与。
H15. 7.22	TELで連絡。太いソーセージ，主人の2指も入った。 Jellyをたっぷり塗って先ず女性上位で試みる様指示す。
H15. 8. 5	TEL 7/25挿入可，7/27には射精もできた。
H15.10.20	SS5W成功（当院にて診断） 以後，西神戸医療センター産婦人科へ紹介
H16. 6.24	（41W0日）3386g（♂）帝切分娩

リーも投与した。

平成 15 年 7 月 22 日、電話連絡で太いソーセージ、主人の 2 指も挿入可能になった、との返事があった（膣の dilater もあるが、当院ではペニスのイメージにあう、ソーセージにコンドームをかぶせての挿入練習を奨めている）。

行動療法がここまで進んだことを確認したので、次にゼリーをたっぷりぬったうえで、女性上位で挿入を試みるように指示した（これがコツである）。

8 月 5 日電話連絡で、7 月 25 日にペニスが挿入可能となり、同 27 日には膣内射精もできたと報告してきた。

その後同年 10 月 20 日、当院で妊娠 5 週を確認。以後居住区内の西神戸医療センターに紹介し、その後の妊娠経過をみてもらっていた。

妊娠経過中、低位胎盤の疑いで、妊娠 23、27、34 週に性器出血を認め、1 週間づつ入院加療した。この入院中に産婦の陣痛室からの叫び声をよく聞いていたので、恐がりの本人には不安が大きかったようである。私は、今回の妊娠は所謂 variable baby であるから、一寸でも胎児仮死徴候がでるようなことがあれば、迷わず帝王切開してもらおうようにと、アドバイスした。

その後予定日を 1 週間過ぎても陣痛発来せず、羊水が減少してきたので、入院の上分娩誘発したのだが、結局児頭は下降せず、モニターで変動性徐脈が出現した。これはまだ胎児仮死状態ではないのだが、ご夫婦の強い希望により、帝王切開分娩となり、平成 16 年 6 月 24 日、3386g の男児をアプガー 8 (1 分) / 9 (5 分) 点で出産した。

7 年間もの未完成婚を初診から 1 年で挙児

に成功させた初めてのケースで、大変喜ばれた症例である。

## 第 2 例 ; (4 年半の未完成婚)

32 歳の女性と 30 歳の男性の恋愛結婚例

女性は銀行窓口業務で、男性が融資の依頼に行った折に見初めて 2 年間の交際をへて平成 11 年 10 月に結婚した。

平成 16 年 4 月 3 日当院初診 (表 2)。彼女は未知のものに対する恐怖心が強い。2 年前に婦人科を受診したが、内股筋、肩、手に力がはいり、内診が困難であった。JASCT カウンセリング室を訪れ一度丁寧なカウンセリングを受けたが、大阪在住のため、当院を紹介された。

表 2 結婚後 4 年半経過した未完成婚の症例

32 歳の女性と 30 歳の男性の恋愛結婚例  
(平成 11 年 10 月)

- H16. 4. 3 初診、性交恐怖、内股筋、肩、手に力が入り内診困難。やっと 1 指、Hegar No.12 入った。Smear Test のみ施行。  
処女膜輪状切除術の必要性を説明、それ迄にタンポンでも挿入練習を課したが、全然実行せず。
- H16. 4.16 処女膜輪状切除術施行 (2 指挿入可能大迄拡張)
- H16. 4.24 夫婦で来院。2 指挿入可、主人の 2 指、Hegar No.29 も入った。  
椅子にまたいで自分で Hegar No.29 を挿入させた。次回迄にタンポンの挿入を課す。
- H16. 5. 1 主人の 2 指挿入可、経膣プローベも入り、Bscop photo を撮った。  
椅子にまたいで自分で Hegar No.30 も挿入できた。
- H16. 6.12 TEL 自分の 2 指入る様になったが、主人の指は未だ入れられない。
- H16. 7. 2 TEL どうしても緊張感がとれなくて上手くいかない。
- H16. 8.22 ペニスの挿入成功。

診察では primary vaginism の状態で、30 分かけてやっと 1 指、ヘガール 12 号が入る程度であった。主人にもこれを確認してもらった。ペニスの挿入には 2 指挿入できることが必要であると説明し、手術までに自宅で細いタンポンの挿入練習を促したが、全く行われていなかった。平成 16 年 4 月 16 日静脈麻酔下に処女膜輪状切除術を施行、2 指挿入可大まで拡張した。2 週間後夫婦で来院。2 指およびヘガール 29 号、主人の 2 指も挿入可能であった。さらに内診台と、椅子に跨いだ状態でヘガール 29 号を自己挿入させ、痛みを感じないことを確認させた。次回の来院までに指、タンポンの挿入練習を課した。

5 月 1 日来院時にはヘガール 30 号を自己挿入させた。2 指の内診、経膈プローベの挿入も可能になった。6 月 12 日電話連絡したところ、自分の 2 指は入るのだが主人の指がまだ入らぬ、どうしても力が入ってしまいうまくいかないとのことであった。

問診時、主人のほうは結婚前に他の女性 4 人と性体験があったため、早期に解決しないと離婚に至る可能性も浮上したために、当方も何度も電話で励ましながら強く指導した。太いソーセージにコンドームをかぶせ、ゼリーをたっぷりぬって挿入が可能になれば、次は女性上位でペニスの挿入を試みるよう指導した。

平成 16 年 8 月 22 日やっとペニスの挿入に成功した。その後 3 回ほどうまくいき、膈内射精も可能になった。

もともと基礎体温は 2 相性で排卵の時期も自分で大体わかるようなので、その辺りで性交のチャンスをもって妊娠に繋がるよう努力してほしいと指導した。

その後 5 ヶ月が経過したが妊娠の徴候がみられないので、居住地近くの病院にて不妊の検査をうけたが、夫婦ともさして異常はないとのことであった。

## 考 察

最近わが国では少子化が大きく問題に取り上げられており、他方不妊に悩む多くの夫婦はあらゆる不妊治療に奔走している状態である。人工授精をはじめ顕微授精や借り腹に至るまであらゆる人工的な操作に頼り、やっと妊娠、出産にこぎつけている今の現状は、今後益々加速度をますますであろうと危惧の念すらいだかせる。

食欲、性欲、グルーブを組む欲は人間の本能的な欲望であるといわれており、これらが満たされてこそヒトの幸福に繋がるとされている。その中の性欲さえ満たせない未完成婚を解決させることは私ども性科学にたずさわる者の責務であると思われる。今回のように治療が成功してその結果すんなりと自然妊娠、出産にこぎつければその喜びは一層大きなものと言えるであろう。子供ができないといって不妊外来を受診するカップルのなかには、よく話を聞いてみると、セックスができない、またセックスをしていないカップルもいるようである。夫婦間でのセックスや挙児に対する認識のズレにもよく遭遇する。今後とも治療を通じてそんなカップルのお役にたち、微力ながら少子化防止に貢献できれば幸いである。

稿を終わるにあたり、ご協力いただいた西神戸医療センター産婦人科片山和明部長以下の諸先生に感謝いたします。

(本論文の要旨は平成 17 年 2 月 13 日第 24 回日本性科学学会で発表した。)

## 症 例

### 勃起障害の症例

— パートナーとの関係 —

日本性科学会カウンセリング室

渡辺 景子

#### はじめに

性のカウンセリングの現場では、男性の性相談において、勃起障害は日本性科学会カウンセリング室開室以来つい最近まで常に第1位を占めてきており、多い時には50%以上の比率を保ってきた。しかし、バイアグラの薬が認可され、また時代の変化の中で、問題が性欲相にまでいたるセックスレスや男女双方の原因が絡み合う複雑な症例の増加等により、単純な勃起障害の相談は減少の一途を辿ってきた。レビトラの薬も出て、この傾向は更に強まっている。

このように勃起障害の相談の比率は減少したものの、最近の勃起障害の相談は、パートナーとの関係を始めとした様々な問題を含むことが多くなっているとの印象を持つ。症例を通して、勃起障害とパートナーとの関係、それに纏わる問題について考察した。

#### 症 例

M夫 (39歳) 会社員

M子 (26歳) 会社員

〈主訴〉勃起障害・パートナーとの関係悪化

〈結婚暦〉2年7ヶ月・恋愛結婚

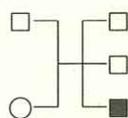
〈治療期間〉X年10月～X+1年3月

〈治療回数〉10回 (M夫のみ3回・二人で7回)

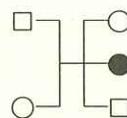
〈予後〉中断

#### 〈家族構成〉

(M夫)



(M子)



(現在の家族：夫・妻の二人、別居中)

#### 〈来室までの経過〉

M夫とM子は同じ会社のサークルで知り合って恋愛し、1年半の交際期間を経て結婚した。交際期間中から性関係は週1回程度あり、その際、M夫は最初勃起するが挿入前に萎えることが時々あった。しかし、二人の間で性のことが大きな問題になることはなかった。

結婚後も週1回程度の性交渉はあり、状態像は結婚前と大きく変わることはなかったが、M夫はやや改善してきていると思っていた。結婚して1年後、M夫が地方へ単身赴任となり、それを機に性の問題がM子の方から提示されて表面化した。そして、その5ヶ月後にはM子がアパートを借りて引っ越した。最近、M子からは離婚の話も出ているという。

M夫は、性の問題を解決する為、インターネットで調べて日本性科学会カウンセリング室への来室に至った。

〈面接経過〉

第Ⅰ期 Ⅰ～Ⅱ

(X年10月～X年11月)

—導入期—

初回、M夫が一人で来室した。M夫は中肉中背の身体つき・ラフな服装姿で、静かで穏やかな印象であった。治療者が来室理由や経過について尋ねると、M夫は先に記した来室までの経過と主訴について、ゆっくりとした口調で語った。そして「性の問題を解決し、悪化している妻との関係を改善したい」と強調した。M子とは、彼女がアパートを借りて二人の家を出てから、彼女の両親を交えて一度話し合い、その際両親はM夫に「まず、あなたが勃起障害の治療を受けることが先」と話したという。その席でM子はあまり話さなかったが、彼女の意向も両親と同様であろうとM夫は受け止めた。M夫の希望で、2ヵ月後にM子と二人で話し合いをすることになっているという。

これまでのM夫の受診歴として、28歳時、地元の病院の泌尿器科を1回のみ受診した。その理由として、M夫が長期的に交際していた女性との性交渉の際、時に勃起が萎えることがあり不安になった為であった。受診の際検査はなく問診のみであったが、医師からは「身体的な問題はない」といわれ、また自分でのマスターベーションで勃起・射精に問題を感じたこともなかった為、安心したという。

しかし、今回性の問題が表面化し、また上記のようにM子の両親の勧めもあり、M夫は「まず病院を受診したい」と希望した。この為、治療者は、性を専門とする泌尿器科医師のいるクリニックを紹介した。

2回目は、M夫から予約希望の電話があり、

1ヶ月後一人で来室した。M夫は、2週間前治療者の紹介したクリニックを受診し検査を実施、本日再受診したという。その結果、ホルモン検査でテストステロン等に異常はなく、「機能的勃起障害」との診断で、レビトラ(10mg)の薬を処方された。M夫は「身体的に異常がないとわかり、安心した」と語った。

二人の関係の現状として、この1ヶ月間、M夫はM子とメールで何度かやりとりをしたが、お互いの言い分が食い違ってしまうことが多いという。例を挙げると、M子からの「性の問題をあなたの実家の両親に伝えるように」とのメールに対し、M夫が「性の問題は夫婦のことなのに、なぜきみにそういわれるのか」と返信すると、再びM子から「あなたは、あなたの実家の犬のよう」とメールが来るという具合である。これについてM夫は「以前妻が私の実家を訪れた際、実家の犬が妻に噛み付こうとしたことを指し、妻は私が噛み付こうとしていると捉え、怒りを感じているのだろうか」と語った。その後M夫は、M子がメールで示した希望を受け入れて休日に実家へ戻り、自分の両親に性の問題を話したという。それに対して母は「しょうがないわね」といい、父はいつものように寡黙だった。

M夫は「現在は、話をすると食い違ってしまう二人だが、いままでの結婚生活を振り返ると、生活の何気ないひとつひとつのこと、例えば日常の二人での買い物や食事などがとても楽しかった。性の問題はあるものの、あの楽しかった二人が、なぜこのような関係になってしまったのかよくわからない」と語った。

M夫は、1ヶ月後に予定されているM子との話し合いの内容に不安を感じ、「妻にカウンセリングを提案した。出来れば二人でカウ

ンセリングを受けたい」と希望した。治療者は、二人のこれまでの経過や現状から見て、M子が治療に参加した場合、新たに二人の相違点が出てくる可能性や、また性の問題の話し合いを深めることによって更なる問題が露呈してくる可能性もあることを伝え、治療目標について再度話し合った。これについてM夫は「勃起障害に対する二人での行動療法的な治療を望んでいるが、その前に妻と話し合えないと進めない。関係悪化の原因がわからないまま腑に落ちない状態にいるより、例えば妻との関係が修復されなくても、お互いに出し合ってはっきりできるものならその方を選びたい」と明確に語った。そして二人での、次回の予約をとった。

## 第Ⅱ期 Ⅲ～Ⅴ

(X年12月～X年12月)

—M子の登場・二人の関係のずれの表面化—

3回目には二人で当室を訪れ、はじめてM子が面接場面に登場した。M子はおしゃれで知的な感じの印象であった。口調や話し方もはっきりしていて、M夫とは様々な面で異なる雰囲気であった。

治療者が、M子の相談したいこと等について尋ねると、開口一番「セックスが成り立たないこと」とはっきりした口調でいい、更に次のように語った。「性交渉は週1回～2週間に1回あったが、夫は勃起せずセックスが成り立たなかった。また頻度についても、私はもっと回数が多いことを望んでおり違いがあった。以前に欲求のレベルが違うことを夫に話したことがあるが、それ以上の話し合いにはならなかった」と。この後、M夫が単身赴任となり赴任先から帰宅した際、M子は性

の話を再び彼に話したというが、前回同様話は深まらなかった。それ以後、M子の気持ちの中で、性に対する思いが急速に大きくなり積み重なっていったという。M子は「私にとって、セックスとは他のことでは得ることの出来ない大切なものだが、夫との関係では満たされず、心が傷ついてしまった。夫とはもう性交渉は出来ない」と語った。またM夫の病院受診についても「以前から行くといっていたがそのままになり、私は夫のはっきりしない姿勢・態度が許せなかった。今回受診しても、もう遅い」と語った。M夫は「これまで自分が見えていなかったことで考えるべきことが、たくさんあるとわかった」といい、今後の継続的なカウンセリングを希望した。一方のM子は、積極的ではないが「メールではいつも喧嘩になってしまうので」と同意した。

4回目以降も二人で来室した。まずM子が「前回の面接後、自分の気持ちを見直し整理した。一番感じた夫との相違は、問題が起きたときの対処の姿勢である。私はどのような問題・状況であろうと、なんとかして乗り越えなくてはと思うが、夫は楽な方へ逃げようとしているように見え、その違いが大きい」と語った。例えば仕事の取り組み方について、M子の仕事が忙しくなってきた時、M子は更に技術を磨こう、学ばねばとの姿勢で色々な仕事をこなそうとしていたが、M夫からは「なぜそんなにがんばるの?」といわれたという。M子が「自分は中途半端なことがいやで、納得出来ないと前に進めない。なぜ夫はわかってくれないのかと思う」というと、M夫は「そんな話しは聞いた事がない。自分は、妻が体調不良などを訴えていたので心配だった」と語った。このように、二人の言い分は

仕事・家事・趣味等においても平行線を辿ることが多かった。

しかし、M夫が「なぜあなたが大事だと思うことを、私に話してくれなかったのか。話してもらっていたら、もう少し理解できた」とM子に語りかけると、彼女は「自分が弱かったため、自分の気持ちをしっかり相手に伝えることが出来なかったのかもしれない」と語った。

5回目には、まずM夫が口火を切った。「双方の言い分が大きく食い違っていることがわかってきて、気持ちの上ではまだ納得できないが、妻とよりを戻しても以前のようにうまくいかないかもしれない」と語る一方で、「この山を乗り越えたら、今までよりも良い関係が作れるのではないかと、揺れる気持ちを語った。一方、M子は「私はこれまで、自分の人生をどんな風に生きたいかについて、また二人の関係において例えばこれは譲れるがあればどうしても譲れない等についても、深く考えたことがなかった」と語った。

面接の終わり近くに、M夫から来年4月からの職場の話が出た。M夫は、M子との関係の現状を上司に相談したところ、再度都心への転職の話が出てきたという。この話をもとにM夫は「来年から、例えば週末婚のような形で一緒に暮らしてみないか」とM子に提案した。これに対してM子は「一緒に暮らすと自由がなくなるとの不安があり、すぐには答えられない」と保留にした。

### 第三期 Ⅱ 6～Ⅱ 8

(X+1年1月～X+1年2月)

一関係修復の試み・M子の親子関係の問題露呈  
6回目には、M夫より「前回面接の後、二

人で食事をして話をした。週明けから都心への出張があるので、妻のところへ行こうかと思っている」との話しがでた。これに対してM子は「前回この話を聞いた時には哑然とした。しかしその後夫から転職の具体的な話を聞き、まず共同生活のスタイルで試みる中で考えてみようと思うようになった。夫に、今の自分の生活スタイルを見てもらいたい機会なのかもしれない」と同意した。M夫は「妥協点が見つけれないと以前と同じことになるので、がんばってみたい」といい、一方のM子は「譲れないことが見えてきたら、そのときにまた考えたい」と語り、帰って行った。

7回目には、双方から、久しぶりの共同生活の様子について話があった。M夫は「とりあえず、1週間二人で過ごしてみた。妻は笑うことなく緊張した雰囲気があり、僕のひと言々が気にかかっているようだった」と語った。これに対してM子は「率直な気持ちとして、久々の二人の空間の中で自分がどう振舞っていいのかわからなかった」と語った。M子としては、せっかくの試みなのでいっしょに過ごす練習という捉え方で、仕事を調整して食事をいっしょに取れるよう少し早めに帰ったという。その際、M夫は買い物をしておいてくれるなど、以前のようなただ待っているM夫とはやや異なった面がみられたという。しかしM子はこの1週間「例えばこのまま同居してもいいのかわかるか等、常時考え続けていた」という。M子は「自分は考え出すと、深く、先のことまで考えてしまうと気づいた。一方夫はあまり深く考えないように見える」と二人の相違点を述べた。それに続けてM子は、彼女の親子関係に触れ、次のように語った。「思春期のころ、自分は親に反

抗したことがなかった。母は生真面目な人で色々なことでよく動く人であるが、母のやりたくないことははっきりと拒否する人である。そのような母と異なり、私はなかなか嫌と云えないということがわかった。夫に対しても同様に、色々気がかりなことを自分の中に溜め込んでいたのかと思う」と。これをうけてM夫が、M子に「次回のカウンセリングはあなたが一人で受け、自分のことについて話してみたらどうか」と提案した。しかしM子は、自分自身に焦点を当てて考えていくことには抵抗を示し、さらに、穏やかな表情でM子を見ていたM夫に対し、「なぜあなたはそのような天気な顔で私を見るのか。私がこんなに苦しんでいるのに！」と大きな怒りをあらわにした。M夫は否定したが、M子の怒りは治まらなかった。

治療者はM子のこれまでの言動からみて、彼女の父母の関係と親子関係・特に母子関係において何らかの未解決な問題があり、それが現在のパートナー・M夫との関係に影響しているのではないかと推測したが、それに焦点を当ててM子と考えるのは時期尚早と思われた。この為、M子自身の面接の意味を幾分伝えたがそれ以上は深めなかった。

8回目には、久しぶりにM夫が一人で来室した。前回面接後、M子はしばらく泣いていたが、その後は二人でショッピングなどをして過ごし、今週末も二人でM子のアパートで過ごしているという。M夫は、前回話に出たM子の親子関係について次のように語った。

「妻は16歳から、家族と離れ全寮制の学校へ入った。妻は母のことを世の中で一番信頼しているといっており、一方父に対しては信頼を裏切られ自己中心的な人と厳しく批判し

ている」と。

M夫は次回の予約をとっていったが、当日はM子の体調不良との理由でキャンセルとなった。

#### 第Ⅳ期 #9～#10

(X+1年3月～X+1年3月)

—M子の決意・M夫の転勤決定・治療中断—

9回目には、再び二人で来室した。まずM子より、「4月から夫が転勤になったとしてもいっしょに住むのは無理とわかり、夫に電話で断った」との話しが出された。また「これまで週末夫と過ごし、最初は何とかなるかもしれないと思っていた。しかし次第に何かにつけて夫の言動が気にかかりイライラし出し、本質的なところで合わないの、自分はやり直すつもりがないとわかった」とはっきりとした口調で語った。これに対して、M夫が、今回の急展開なM子の決意について、M子の母の言葉が関与しているのではないかと聞くと、M子はそれを否定して次のように語った。「先日体調を崩して久しぶりに実家へ帰った。実家には父母・弟・祖父母・叔父・叔母が住んでおり、大家族である。これまで実家に帰ると皆が口うるさく、帰りたくない・帰れないとの思いがあった。先日帰った際、母に“結婚生活がうまくいかないなら帰ってきてもいい”と言われたのをきっかけに今後実家へ戻ろうと思ったが、母の言葉はあくまできっかけである。私は私自身として、結婚前からもう一度やり直したい。その為故郷へ戻り、故郷の友人と触れ、学校へ再入学してやり残した専門的な勉強等をしようと思う。その中で自分を考えていきたい」と。

10回目にも、二人で来室した。M夫は「私

の方が無理を言って、妻は精神的にまいっているよう。このままであれば別れても…と思う」と自分の気持ちの変化を語った。M子は「もう一度自分を育て直してみたい。仕事は、一段落したところで辞めようと思っている」と語った。

M夫は都心への転勤が決定したという。この為、今後転勤に伴う諸々の手続きなどがあり、それが少し落ち着いてからまた連絡したいと話し帰っていった。

その後2ヶ月半経つが、M夫からの連絡はない。

## 考 察

性治療において、露呈している一方の問題が、潜在していた他方の問題と絡み合う複雑なケースが、最近とみに多いとの印象をもつ。勃起障害の相談においても、例外ではなくなってきた。以前は、単純な勃起障害の相談が多く、性の問題があっても男性の治療意欲があれば（概して勃起障害の患者は、セックスレス等他の問題に比して治療意欲は高い）、そのパートナーは治療に参加し、関わりつつ見守る中で勃起障害の問題が治癒するという図式が多かった。

しかし最近、全般的な傾向としてだが、勃起障害のケースにおいてさえ、関わりの中で性の問題に焦点を当てて取り組み治していく力、その過程で更に関係を構築していく力が、弱まっている傾向がみられる。

M夫の場合、勃起障害の問題で来室したが、最後まで、性的な問題に焦点をあてる行動療法的アプローチに入ることはなかった。その理由として、M夫は、勃起障害の問題に端を発した関係性の悪化であると捉えていたが、

彼の捉えている以上に二人の関係性の問題が大きく根深かった為である。そのことに彼が気付きやり直していくには、時期が遅かったのかもしれない。そしてもうひとつの問題として、M子の未解決な親子関係の問題があると推測される。彼女はこの問題に焦点を当てて考えていくことに抵抗を示したが、未解決の親子関係の問題は、大人になってからの性を含むパートナーとの関係に影響することは多々あり、彼女の場合もそれが大きいと筆者は考える。治療は、M子の問題が出だしたところで中断の形をとっている。これは、M子が、自分の問題が露呈することを恐れたことが中断の大きな理由であると考えられる。そして、離婚の意味もこれと重なるだろう。つまり、離婚は、問題はM夫の問題であるとし、自分の問題が露出するのを防ぐ意味があったのではないか。勃起障害があると、とかく、問題の原因を男性にありとすることが許され、治療者も社会のそうした見方にそまりがちであり、離婚はやむを得ない選択であるかのように受け取りがちである。しかし、M夫たちのように問題は双方にあり、一方の隠れていた問題が表面に出ざるを得なくなったとき、治療中断の危機に直面する。

カウンセリングにおいては、ケースによって、治療の進展に伴い離婚あるいは離婚の方向に動くことがある。こうした場合、大きく分けて、二種類ある。一つは、患者のどちらか（あるいは両方）が、力をつけ、離婚に至るということである。そして、もう一つは、自分の問題を見ないために離婚するということである。二人がたとえ離婚になったとしても、双方が性の問題をきっかけにして二人の関係を省み、自分自身に幾分焦点を当てて考

えたことが、今後のそれぞれの人生に何らかの形でよい影響を及ぼしていけることを筆者は願っているが、残念ながら、M夫・M子の場合には後者の可能性が高いと考えている。

こうしたことから、最近の勃起障害の治療においては、治療初期からパートナーとの関係を考慮にいれて治療することがより重要

になってきている。

なお、M夫の勃起障害の発生機序については、中断したので詳しくは不明だが、父親との関係が基本にあり、M子以前にも起きていたが、それがM子との関係でより明確になったと思われる。それは、M子の未熟で感情の起伏が激しい性格が影響していると考えられる。

## 書名；私たちの仲間 — 結合双生児と多様な身体の未来

著者；アリス・ドムラット・ドレガー，針間克己 訳

発行；緑風出版，東京，2004

東京藝術大学

中村 美亜

医学史家として、これまでインターセックスの「正常化治療」を鋭く批判してきたアリス・ドムラット・ドレガー<sup>1)</sup> Alice Domurat Dreger が<sup>2)</sup>、今度は、結合双生児に関する著作、One of Us: Conjoined Twins and the Future of Normal (Harvard University Press, 2004) を発表した<sup>3)</sup>。『私たちの仲間』は、この新作の日本語版である。本書に少し目を通せば、迅速な日本語出版の理由は容易に想像がつく。というのは、ドレガーの研究対象は結合双生児であるが、そこで議論されている内容は、今日我が国で話題になっている様々な「障害」を考える上でも有効な視座を与えてくれるからである。特に、訳者の針間が長年にわたり取り組んでいる「性同一性障害」を考え直すには格好の書なのかもしれない。訳者の共感の現れか、ドレガーの直接的な言い回しは、日本語独特の曖昧な表現に置き換えられることなく、強い主張として直に伝わってくる。「正常」とは何か？「障害」とは何か？興味につきない話題が、流れのよい文章の中で次々と展開していく。

著者ドレガーは、本書で、二重のアプローチを取る。一つは、結合双生児に関する一次文献を批判的に読み直すことであり、もう一

つは、自らが行ったデータ収集、インタビューに考察を加えることである。そうした二つのアプローチは渾然一体となって展開されているが、どちらのアプローチにおいても、資料の提示と解釈は別個ではなく、資料のプレゼンテーションそれ自体が著者の主張を編み出すという方法がとられている。こうしたスタイルは、実証主義系の医学論文を読み慣れている読者には、少々戸惑いのあるものかもしれないが、最近の米国での人文・社会学系論文では、(その是非はともかく)かなり一般的になっているものである。

全編は、序文と5つの章から成っている。序文では、これまで、結合双生児、インターセックス、巨人症、小人症、口唇裂など「奇形」とされる体に生まれついた子供たちが、いつも同情と憐れみをもって語られ、そして「正常化」するよう治療が行われてきたことについて問題提起がなされる。著者は「女性の置かれている状況を改善するために、彼女たちを男性に性転換せよと外科医に頼む人は過去にも現在にもいない」(28頁)にもかかわらず、どうしてこれらの子供たちの体を、社会的基準に合うように変えなければならぬのか、「変えるべきは体ではなく、人々の心

ではないのか」(31頁)と、我々の「奇形」に対する基本的姿勢に疑問を投げかける。

第1章「結合双生児は個人であるのか」では、米国における個人至上主義が批判される。個人とは独立したものであり、相互依存は弱さの現れと考える米国文化では、結合双生児は、こうした基本的人権を獲得できないかわいそうな存在、セックスのプラバシーをも確保できない哀れな存在と認識される。しかし、こうした見方が、当事者たちに共有されているとは限らない。著者が調査した多くの事例の中でも、当事者たち自らが分離手術を希望したのは、イランのラダンとラレ姉妹(2003年没)だけだという事実は、このことを端的に表している。例えば、「シャム双生児」として有名なチャンとエン兄弟(1811年生)は、自らの体を見せ物に世界中を公演旅行し、莫大な富を築いた。二人は、それぞれに妻を持ち、子宝にも恵まれ、幸せな生涯を全うした。また、デイジーとバイオレット(1909年英国生)は、彼女たちのセックスについて、「性行為の最中、双子のもうひとりとはじっと静かにしていて、精神的にはそこにはいない」のであり、さしたる問題にはならないと証言している(77頁)。結合していることが、結合していないよりも好ましいというわけではない。しかし、結合双生児の多くは、そのことを自分たちのアイデンティティの一部として受容しているという事実にもっと目を向けるべきだと著者は主張する。

結合双生児が分離手術後も生存することができた最初のケースは、1960年にドイツの解剖学者ケーニツヒによって行われたものであった。それ以降、分離手術は、報告されているだけで、250回試みられたと言う。第2

章「分離手術をするべきかしないべきか」では、これらの分離手術が行われた経緯が議論される。そこで著者は、(記録が公表されることが少ないため、十分なデータがあるわけではないとしながらも、)多くの場合、分離手術は、結合されている者ではなく、まわりの者の価値観によって行われていると指摘する。子供が独自の身体で生まれたときに、多くの親は、自分たちの過失ではないかと不安にかけられる。また、医療関係者やまわりの者も、独特な身体が矯正されないままだと、不必要な心理的社会的苦痛を背負うことになるのではないかと心配する。しかし、我々が、正常化手術が唯一、最善の解決策であると決めてかかることに、著者は異議を唱える。

第3章「一人を犠牲にしてでも分離すべきか」では、一人が死なないともう一人が助からないとされたケース三例が紹介される。分離手術に至る過程は、それぞれ異なっているものの、一人は殺しても仕方がないという判断があまりにも容易に、三例に共通して下されていることに対して著者は不快感を露わにする。また、小児外科の歴史では、常に成功例が、失敗例よりもはるかに重要視される傾向にあることを指摘し、数少ない成功例を盾に、一人は殺されてもいいと分離手術を敢行する我々の無批判的態度に反省を促す。

第4章「アイルランドの巨人を解放せよ」では、結合双生児から、奇形一般へと話題が広げられる。ロンドン王立外科大学の博物館には、「アイルランドの巨人、オブライエン」として知られたチャールズ・バーン(1783年没)の骸骨が陳列されている。しかし、バーンは遺書を残しており、それによると、自分が死んだら、海に水葬するよう指示されてい

る。バーンの遺志が無視されていることに心を痛めた著者は、バーンの遺骨を水葬する運動を始めた。「医学の発展のため」なら、「人類のため」なら、個人の意志や人権が侵されてもいいのだろうか。「奇形」だからといって、例外扱いされてもいいのだろうか。この運動は、陳列を科学の発展に不可欠とする博物館擁護派の反対によって、未だ実を結んでいない。

しかし、著者は、これは実に今日的な問題であり、継続して議論されるべきだと主張する。というのは、確かに、今日、独特な身体を持つ人が、サーカスに身を売られることはなくなったが、「結果的には“医学への貢献”という名のサーカスにも似た医学の世界に捉えられてしまった」(189頁)からである。実際、こうした人の多くは、大学病院の検査で自分たちが「さらし者にされている」と感じている。結合双生児などの「奇形」は、「原則的には心理社会的問題」(196頁)であるにもかかわらず、近年の医学は、患者を匿名にすることや、写真に写った目を黒四角で塗りつぶすことで、問題の焦点を患者そのものから病態へと、人物や人生から「奇形」へと移してしまった。「客観的」という名のもとに、「奇形」は、より非日常的で共感困難なものとして語られるようになったのである。「想像してください。医学書において、臨床的写真だけでなく、この本の図5で示したヘンゼル一家のような家族の日常生活の写真も共にあれば、医学生や妊婦といった人々が結合双生児を見る目がどんなに変わるか」(196頁)と著者は呼びかける。

最終章「新しい時代の正常の身体とは」では、医療と美容の哲学的境界線が、近年不明

瞭になっていることが問題視される。かつての美容処置が、美容ではなくなり、医療として正当化されつつある現在、これまでは多様性として見られていた身体に、「異常」というレッテルが貼られ、「医学的に治療」されなければならないという事態が起り始めている。

「矯正」手術が比較的安全に行われるようになった今日、医療専門家が、人がどういう体を持つべきか、どういう体が社会的に正常であるかを決定するようになったのである。しかし、この事実が未だ明確に認識されていないために、医療専門家がそうした決定をどの程度行うべきかについて、議論はほとんどされていない。

著者は、本書を次のように終えている。

「もし私達が、そういった双生児を他の人と同様に障害はないと考えたらどうだろうか。生物学的奇形者を人類の不倶戴天の敵と考えるのをやめ、彼らの社会的性質や社会的能力を認めたらどうだろうか。長い目で見れば、全ての子供に『正常な』身体を保証しようとするより、より良い結果となるだろう。公正な世界の実現を目指すことができるのだ。

(中略) 大変な正常化治療を受ける子供達を『勇者』と呼ぶのはもう終わりにしよう。彼らが戦っている社会を作り出しているのは私たち自身であることに気づこうではないか」(234～235頁)。

『私たちの仲間』は、単に、結合双生児を論じた本ではない。それは、個人主義偏重、そして、医療とアイデンティティ形成が不可分になりつつある米国の医療事情を鋭く批判した書である。欧米流の人権が叫ばれ、健康・美容ブームに沸き返っている我が国の今日の状況に鑑みるならば、これは、当然、他人事

では済まされない。折しも、日本では、性同一性障害の「正常化」の道が医学的にも、法的にも開かれた。しかし、「正常」や「障害」の持つ意味を、本書を読みながら、ここでもう一度問い直してみる必要があるのではないだろうか。

#### 注

- 1) 著者 Dreger の日本語表記は、訳者のそれに従った。著者本人に確認する必要はあるが、「ドレイガー」の方が、英語発音に近いのかもしれない。なお、訳書中に、「アミーとアンジェラ姉妹」が出てくる

が、英語発音に近い形で表記するのであれば、「アミー」は「エイミー」となるだろう。

- 2) 例えば、ドレガーは、*Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex* (Harvard University Press, 1998) で、インターセックスの「正常化治療」の多くが、これまで秘密裏に行われてきたこと、また、その際に、当事者に対して十分な心理的ケアが行われてこなかったことを指摘し、そうした方法では、当事者の自己肯定感 は決して高まらないと批判している。

## 編集後記

本号は総説を2本、男女両臨床の性医学的課題について力作を頂いた。男性機能障害と薬物（岡山大、永井 敦先生）、ホルモン補充療法の現状と展望（東京医科歯科大、若菜公雄先生）何れも議論のある今日的テーマで、読者の期待に応じたものである。学会員の諸兄姉に「本誌の何処に一番目を向けますか？」と30数名程、個人的にお伺いしたことがあった。性医学の最新情報、学会で口頭で発表されたデーターを確認、臨床や性カウンセリングのコツ、生涯課題とするテーマの継続的集積、性科学のポピュラーな話題、希有な症例の興味等数々あったが、一番多かったのは総説から学ぶメリットであった。殊に自分の専門以外の領域は「総説を読んで時代に遅れないようにする」との御意見が多かった。今後も総説の興味とレベルの高さを本誌の魅力として、会員以外の人々に購読をPRし、更に入会してもらえよう働きかけたいものである。

原著は8本、性感染症、人工妊娠中絶、同性愛、性同一障害、オーガズム等各種のテーマについて臨床統計、アンケート調査、臨床的研究、基礎的研究、ジェンダーの心理社会的研究に至るまで、多様な角度から検索が行われている。未完成婚と勃起障害の2症例も性臨床家にとって極めて有益な報告となっている。書評は「私たちの仲間——結合双生児と多様な身体の未来」がアトラクティブである。我々の身近にない「別の世界？に生きる人達」と、その人達に対する見方が新鮮で心をうたれる。

御執筆頂いた諸先生に深謝し、本編集に御尽力頂いた諸兄姉に謝辞を呈したい。

(T T記)

# 日本性科学学会会則

## 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. 看護師、保健師、助産師
  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 役員任期は 1 期 2 年とし、再任を妨げない。

補欠による役員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、保健師、助産師、看護師、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（長期の病氣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には受け付けない。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<sup>1) 2) 3)</sup>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－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－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：精神誌 99：553-540，1997.
  - 3) Kaplan H: Sexual Aversion: Sexual Phobias and Panic Disorder. Brunner / Mazel, NewYork, 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