

日本性科学会雑誌

JAPANESE JOURNAL OF SEXOLOGY

VOL.25 NO.1 July. 2007

巻頭言.....阿部 輝夫

総説
性の健康を推進するために
「性の権利」「ジェンダーの平等」への理解を深める.....大川 玲子

原著
人工妊娠中絶患者とそのパートナーに対する「コンドーム使用に関するアンケート調査」
～ジェンダーの視点からの検討～.....村口 喜代
うつ傾向（更年期前後）に有効な Testosterone の心理的効果
野末 源一, 矢澤 朋絵, 有本 恵子
STD 感染の基礎的諸条件に関する調査
第2編 初交年齢よりみた性教育開始時期に関する考察.....丸山 治朗, 前野二三代
STD 感染の基礎的諸条件に関する調査
第3編 性行動別分類よりみたコンドーム使用に関する考察.....丸山 治朗
前野二三代

論壇
健康教育としての性教育の提言
4つの健康論と LOHAS の視点から.....武田 敏

症例報告
女性ホルモン補充療法中（4年, 7年2ヶ月）に発症した乳癌の二症例.....山崎 敦子
山崎 高明
性に関する態度や発言が曖昧であった性障害（挿入障害）の一例.....佐々木 掌子

学会発表
日本産婦人科医会宮城県支部の性教育への取り組み
長池 文康, 古賀 詔子, 佐々木悦子, 安藤 順一
渡辺 正, 千田 定則, 中川 公夫

書評
オーガズムの科学.....野末 源一
魂萌え! の女たち, その他.....堀口 雅子

編集後記.....TT

巻 頭 言

日本性科学会副理事長 阿部輝夫

「性」を「科学」する者が関心を向ける対象は極めて広範囲に亘る。生物の「性」の分野を見れば、植物の雌株・雄株の研究から昆虫の雌雄、動物そしてヒトの「性」に至るまで様々であり、それぞれの専門家が活躍している。一方、社会的「性」や文化的「性」・心理的「性」などの切り口から研究している人も数多く存在する。他にも性教育や性倫理そしてジェンダーの問題に情熱を注ぐ研究者もいる。これらすべての人々が「性」に携わっていることになる。もとより我々の身の回りに、「性」と無関係でいられる存在を探すことの方が苦勞であると言ってよいであろうし、「性」が人間関係の中でも最も重要な要素の一部であることは自明であるため、その研究が活発であることは当然であると言ってよい。

「性」すなわち「(身体的)セックス」ばかりではなく、「(全人的な)セクシャリティ」の学問の中で、一人一人の果たす役割はある程度限定されざるを得ない。精神科医である自分などは、ICD-10の中のごく一部、つまり「ヒト」の「心の病気」の、その中でもほんの一部である「性機能不全」と「性同一性障害」などしか扱っていない。しかもその「治療」だけしか担当していない臨床家に過ぎない。このごく狭い臨床の分野でも困難な問題はある。「性」の治療には、苦痛を解決すると同時に「快」を与えるという特殊な側面を持っている。そこに「性」の倫理や社会的「性」・文化的「性」が関連してくる。例えばサラゲート（代理妻）やバイブレータ？などの性的玩具が治療的か否か、意見が別れるところである。また、性教育の分野でも指導方法論についての意見は二分しているようである。これらの対立的な研究者達のどちらの意見も、理解しようとして聴けば納得できるのだが、勉強不足なためか釈然とはせず結局自分の結論が出せない場合が多い。

この夏スイスを旅した時、ベルンの街で「Sexarbeit」の看板を見たので入ってみた。ドイツ語とフランス語が主だったので理解は不十分だった。大きな会場に30あまりのセクションがあり、prostituteの部屋、衣装や器具の展示に始まり、検診設備、世界の公娼制度の現状、反対意見、当事者の権利などが掲げられていた。

このように「性」に関しては「科学」以外に「善と悪」や「羞恥」の価値観や判断基準が附随してくるのが常である。一つの答えや意見の一致が得られなくとも、「性」に関する各分野からの研究成果が有機的な関係性を持ち、融合・発展することで人間の「性」の権利が護られ、健康的発展が得られるのではなかろうか。これらの専門家が一堂に会してお互いの情報を吸収できるのが、「日本性科学会」の特徴であろう。

目 次

巻頭言	阿部 輝夫	1
総 説		
性の健康を推進するために 「性の権利」「ジェンダーの平等」への理解を深める	大川 玲子	3
原 著		
人工妊娠中絶患者とそのパートナーに対する「コンドーム使用に関するアンケート調査」 ～ジェンダーの視点からの検討～	村口 喜代	15
うつ傾向（更年期前後）に有効な Testosterone の心理的効果	野末 源一, 矢澤 朋絵, 有本 恵子	26
STD 感染の基礎的諸条件に関する調査		
第2編 初交年齢よりみた性教育開始時期に関する考察	丸山 治朗 前野二三代	29
STD 感染の基礎的諸条件に関する調査		
第3編 性行動別分類よりみたコンドーム使用に関する考察	丸山 治朗 前野二三代	34
論 壇		
健康教育としての性教育の提言 4つの健康論とLOHASの視点から	武田 敏	39
症例報告		
女性ホルモン補充療法中（4年, 7年2ヶ月）に発症した乳癌の二症例	山崎 敦子 山崎 高明	47
性に関する態度や発言が曖昧であった性障害（挿入障害）の一例	佐々木掌子	51
学会発表		
日本産婦人科医会宮城県支部の性教育への取り組み	長池 文康, 古賀 詔子, 佐々木悦子, 安藤 順一 渡辺 正, 千田 定則, 中川 公夫	57
書 評		
オーガズムの科学	野末 源一	61
魂萌え!の女たち, その他	堀口 雅子	65
編集後記	TT	66
日本性科学会会則・理事選挙管理規程・会費規程		67
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		71
資格認定更新に関する規定		73
投稿規定		75

性の健康を推進するために 「性の権利」「ジェンダーの平等」への理解を深める

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

はじめに

性の健康世界学会 (world association for sexual health; WAS, 旧世界性科学学会) は、2005年のモンリオール大会において、名称変更と同時に性の健康を推進するための「モンリオール宣言」(表1)を採択した。これは本誌 vol.24 (1) (2), 2006に紹介した。日本性教育協会のホームページにも掲載されている。

このように日本性科学学会は日本性科学連合 (JFS) とともにモンリオール宣言を広める活動をしてきた。これは単に WAS のメンバーであるというだけではない。世界の潮流と同様、近年、日本でもセクシュアリティ、セクシュアリティ教育、男女平等についての政府や自治体の構えは後退的である。そのため性の健康、特に教育に携わる人々が現場で感じている不安を、支える理論たりうるとの考えからである。

モンリオール宣言以後、WASはこれを推進するための行動指針策定にかかっており、2007年シドニー大会で試案が提案された。本稿では、この試案を参考に、また日本の現状をふまえて、モンリオール宣言の第一および第二項に挙げられる sexual rights (性の権利), gender equality (ジェンダーの平等) について解説する。この二項目は性の健康を推

進する基盤であり、以下の項目と密接なつながりがあるものの、抽象的でわかりにくい、あるいは「権利」という言葉が居丈高で違和感を覚える、という声もきくからである。

1. 性の健康世界学会 (WAS) の歩み

モンリオール宣言採択にいたるまでの WAS の歴史をたどってみる。

WASは1978年に発足したNGOである。この年ローマで行われた世界学会に日本から朝山らが出席、以来日本の複数の性科学団体が WAS と活動を共にしている。日本性科学学会創設者の一人で、現名誉副理事長の野末は初期からの参加者の一人である。1995年に横浜で大会を開催したが、その実行委員会を構成した5団体が日本性科学連合 (JFS) を結成した。JFSは国内活動で互いに協力するとともに WAS に代表者を出しており、1997年より筆者が理事 (advisory board member) となっている。

性の健康に関しては2000年までに、世界規模での歴史的転換点を迎えたと言える。その一つは「HIV/AIDSの拡大」に代表されるような、性の健康上の深刻な問題である。一方では性の健康に寄与する医学、科学の大幅な進歩もみられた。同時に人権の一つとしての「性の権利」、健康の要素としての「性の健

康」という認識も深まった。

こうした状況に対応し、1999年の香港大会でWASは「性の権利宣言」^{1,2)}を採択したが、以後WHO（世界保健機構）と協同した活動方針を打ち出すようになった。WASはWHOに提言する一方、用語の統一も図り、2002年、次いで2006年の、「セックス」「セクシュアリティ」「性の健康」「性の権利」のWHO仮定義（working definition）を採用することになった^{3,4)}。これらの実績からWASは2007年にWHOのofficial relationとなった。

国連は1994年の国際人口開発会議で、リプロダクティブ・ヘルス&ライツ（性と生殖における健康と権利）の概念を打ち出した。また2000年に国連ミレニアム・サミットの成果として設定された、ミレニアム開発目標MDGs（表2）も、それらにつながる基本的な課題として性の健康が想定されている。WASのモントリオール宣言は国連のこれらの目標を念頭に起草されたものである。

こうした目標は主に開発途上国に目を向けており、目標推進にあたる国連人口基金（UNFPA）に対して、日本は有数の資金拠出国である。しかし日本を含めた先進国にも問題は山積しており、この提言からあらためて学ぶことも少なくない。むしろ日本も、開発途上国に資金提供するだけでなく、その精神を国内的にも広める必要がある。

2. 現状認識

以下は、性の健康が障害されている事実について、WHO、UNFPA、厚生労働白書など公式Websiteから知り得た数値を示す。

・女性の疾患の20%、男性の疾患の14%は性と生殖の問題である

- ・開発途上国女性の26%は妊娠を遅らせるか避けたいと望んでいるが、避妊の手段をもっていない。
- ・年間8000万人の女性が、意図しない妊娠をしている
- ・年間1900万人の女性が危険な妊娠中絶術を受けている
- ・妊娠した日本人女性の20%強は妊娠中絶を行っている
- ・年間50万人の女性が妊娠・出産関連で亡くなる。最多国では1/6の死亡率と、日本など先進国の約1000倍である。一方日本では近年産婦人科医や助産師の不足から、安全な出産提供が危ぶまれている
- ・多数の細菌性(34000万人)、ウィルス性(数百万人)のSTI（性感染）が毎年発生しておりその多くは15～24才の若者である
- ・STIは不妊症の主たる原因となっている
- ・子宮頸癌による死者は年間24万人であり、その主要原因はSTIのひとつのパピローマ・ウィルス感染である
- ・毎年500万人の新規HIV感染者が発生している
- ・その半数近くは25才以下であり多くは開発途上国の貧困層である
- ・現在では女性の感染率が高く（HIV/AIDSの女性化）性暴力と売春が女性のHIV感染の重要な原因となっている
- ・1億から1億4千万人の少女が性器切除術をされている
- ・女性の12～25%が、セックスを強制された経験を持っている
- ・子供のポルノをはじめ、性産業は女性の性の権利、性の健康を損ねている

3. 「すべての人の性の権利を認識し、促進し、保証し、保護する」

(モントリオール宣言第1項 表1参照)

性の健康推進の目標第1項が「性の権利」であることに、驚きを感じる人もいると思う。しかし「性の権利が人権に含まれる」という基本的発想がなければ、すべての人の性の健康を守り、推進することはできない。また性の健康は well-being (幸福) の要素である、とした WAS「性の権利宣言」(1999) は「健康は人権尊重なしには達成できない」という WHO の考えと一致している。

性の権利獲得に必要なこと

国際機関 (Human Rights Watch, Amnesty International などの NGO や複数の国連機関) は、女性、子供、ゲイ、レズビアン、両性愛者、性同一性障害者など、弱者ないしマイノリティの権利について社会の認識を喚起している。その目標はおおむね以下のようなものである。

- a. 性と生殖についての自己決定力を育てる
- b. 性の健康についての情報や教育を得る自由を保証する
- c. 暴力 (言葉による虐待、ハラスメントを含む) と身体的侵害から人々を守る
- d. 性行動の選択と決定の自律性の保証
- e. ミレニアム開発目標 (MDGs) (表2) の推進に際して、性の権利を認識する
- f. 暴力から人々を守る法律や政策をつくる
- g. 権利を主張する力の養成

2章にあげた事実、あるいは身近な性の健康問題を振り返れば、性の健康と自律性、そのための情報と教育の重要さは理解できる。MDGs の第1項が「極度の貧困の撲滅」であ

るのも、貧困が無教育・無知の源泉となり、人権侵害を容易にし、人身売買や貧困の連鎖を生じるからである。暴力についても、それが「暴力」であるという認識がなければ、被害者、加害者、社会もそれを排除する力は働かない。また当面は女性の教育など、被害者側のエンパワーメントが課題になるだろうが、いずれ加害者への働きかけ (処罰ばかりでなく対人行動の是正) も必要である。相手を対等な人間としてとらえ、他者の痛みへの想像力と同時に自己を客観視する力を養い、結果、より快適なコミュニケーション力を養うことである。

性の権利は決して居丈高な構えでもなく、「我がまま」「勝手な行動」を推奨するものでもない。むしろ、性の権利は「性の平等」と読み替えることができる。セックスやジェンダーに関わるすべてのことに、人、地域、人種、国などの間の不平等性が蔓延しており、これが性の健康を損ねている。「sexual rights の責任ある実行には、他者の権利を尊重すること」が求められている (WHO 性の権利の仮定義)。

4. 「ジェンダーの平等を促進させる」

(モントリオール宣言第2項 表1参照)

前章では「性の権利」を「性の平等」の文脈で解説した。一方、どのような社会にも程度の差こそあれ「性差別」が根付いている。性行動が大多数の人において男女の関係性に根差しているところから、性の平等は「ジェンダーの平等」と言い替えても良い。「男女」あるいはカップル間の不平等問題に取り組むことなしには、性の健康上の個々の問題、たとえば性暴力、リプロダクティブ・ヘルス、性

感染、性機能障害、性の楽しみ、すべての課題について解決することはできない。

ジェンダーの不平等

ジェンダーの不平等は、国、地域によって程度、内容による相違がある。日本では憲法に男女平等が明文化されている。日本人にとっては当然のような「法の下での男女平等」は世界でも古い制定で、米国でそれに匹敵するものは公民権法（1964年）である。しかし日本の実社会での男女平等程度を2006年の統計でみると、女性の各界進出などを指標としたジェンダー・エンパワーメント指数（GEM）は世界75カ国中第42位、より平等性を重視したジェンダー・ギャップ指数は115カ国中79位とむしろ低い位置にある^{6)*}。

カップル内の力の不均衡

社会での女性の地位と比較して、個人的な男女関係はより平等と見る向きもあるかもしれない。「かかあ天下」は時代を超えて見られるし、江戸期の身分を越えた恋愛の末の「心中」ばかりでなく、男性がその人格を賭ける「恋愛」は東西のあまたの小説に見られる。カップルは吉本が男女の関係性に見た「対幻想」で結ばれる。「対幻想」は集団あるいは国家などの「共同幻想」とは異なる、あるいは対立する「私的」で閉じられた世界である。しかしカップルは社会から離れた存在ではあり得ない。社会のなかで相補的な性役割（ジェンダー・ロール）を割り当てられている男女は、カップル内での関係も相補的であり、しかもその集団でジェンダーの不平等が行われていれば、二人の関係性も非対称で、権力的関係が色濃く反映される^{7, 8)}。

日本では、明治時代に制定された家父長制度が夫の優位性を明文化したため、夫婦の関係は財産から性行動まで夫が妻を支配するという、極めて非対称なものとなった。このなかで性行為は妻にとっては「おつとめ」に貶められた。

敗戦後に日本国憲法が成立し、婚姻が（法の下に平等な）両性の合意に基づくものとなり、徐々にではあるが女性の社会進出は進み、夫婦間でも日常の決定には合意が一般的になってきた。しかし性行動では男性からの一方的な働きかけや決定が優勢であることが、さまざまな性調査から伺える^{9, 10)}。

避妊法として圧倒的割合でコンドームが選択されていることが日本人の特徴である¹¹⁾。コンドームは効果が不十分で、また男性が使用するため、妊娠のリスクを背負う女性から見ると不都合なツールである。しかもそのコンドーム使用すら、女性たちは必ずしも容易に主張できない¹²⁾。また戦後数十年で、婚前交渉という言葉は死語となり、日本性教育協会調査では、高校生の性交体験は男女ほぼ同数の約30%になった。しかし性のイニシアチブは男性がとっており、6年ごとに行われた同調査で、性的経験率が上昇しているにも関わらず、伝統的な性役割とも言えるその傾向はほとんど変わっていない¹³⁾。

男女に期待される行動（性役割）、とりわけ性的行為は伝統や文化的期待によって強く既定され、脚本化されている。Gagnon¹⁴⁾によればカップルの出会いにおける脚本では、男性は伝統的に初動やその後のステップをリードする。そして女性は、受け身的で従順で喜んで応える、というように圧倒的に男性優位の相補性が定着している。Wiederman¹⁵⁾は、少

年や男性にとっての脚本は「性行動や自分の快楽を目的に、主体的に行動せよ」である。一方少女や女性では、男性の脚本を補完し「情緒的關係の方が肉体的關係より大事だと主張するものの、最終的には男性の支配に屈して男性の欲望を満たす」役割が与えられる、と述べている。相互補完的な脚本に従って行動すれば、男女は都合良く結びつくが、しかし女性のリプロダクティブ・ヘルスにとっては不都合である。たとえばコンドームを使うか使わないかの選択に際して、男性が「(そこそが追求すべき)快感を損ね、譲歩することが男らしさを下げる」ので、使わないとし、女性が「従順な女性」であろうとしてそれに従う。その選択は社会で生き残るために重要で、「性の健康」とは関係無いことなのである。

性的関係における「ジェンダー平等」の後進性

このように、性的関係の脚本では社会構造での上位者が決定権を持っており、性行為の脚本は男性優位である。この性的関係内の不平等はジェンダー・ギャップ指数などにはカウントされない。しかし社会進出、就学、保健などに比べて、性的関係での平等が遅れをとっているのは日本ばかりではない。その理由の一つは、カップルは閉鎖社会であり、周囲の介入がおよびにくいことである。このなかで暴力(ドメスティック・バイオレンス)も養成される。極めて近年まで、夫婦間の争いには警察も介入せず、ほとんどは男性から女性にされる暴力が野放しであった。

いま一つは、セクシュアリティ教育の遅れが、カップル内での男女平等化を妨げている。セクシュアリティ、特に性行為についてはほどの社会でも「裏文化」に属している。セクシュ

アリティ教育の必要性については古くからその必要性が説かれているが¹⁵⁾、そうした主張が現在でも新鮮であるほど、セクシュアリティ教育は「若者の性行動を刺激する」いわゆる「寝た子を起こす」という理由で封じ込められてきた。一方では裏文化としての「学習装置」はあるので、人々は「いつのまにか覚えてしまった」という述懐を持つことがある。しかし裏文化から得た「性言語」を表立って使おうとすれば羞恥心を伴う。また裏文化としての性情報は一般に男女で大きく異なる。カップル間で交わされる標準的性言語が無いことが、会話、ひいては性的関係における男女平等の達成が、他に比べて立ち後れる理由の一つである。

5. 「性の権利」「ジェンダーの平等」推進のため、超えるべき困難と提言

人権に基づく性の健康や男女の平等を推進させる、地域、国あるいは国際的な活動は、しばしば多くの抵抗に出会ってきた¹⁶⁾。

その第一は宗教と文化間の障壁である。宣言文などに「権利」という言葉を盛り込もうとすると、国や宗教団体から抵抗を受けることは少なくないが、なかでも「性の権利」「ジェンダーの平等」は格別議論の多い領域である。性に関することがらは長く文化や宗教に根ざして、科学や民主主義とはそぐわないものである。

性役割意識については前章でも見てきたとおりである。日本では低用量ピルの認可が著しく遅れたが、反対論には副作用ばかりでなく「女性の性行動を活発化させ性感染の蔓延をもたらし」という懸念があった。90年代後半、国際人口開発会議や北京女性会議の決議

を受けて、日本でも内閣府男女共同参画室（現男女共同参画局）が設立され、リプロダクティブ・ヘルス&ライツの考えも導入された。しかし2000年以降は「伝統的な性差を伝える文化が重要」という意見に押され、リプロダクティブ・ヘルス、ジェンダーという科学的で中立的な言葉も政策関連用語から排除される状況が続いている。伝統的性差文化を脅かす、という考えは、情緒的共感を得易い。

「同性愛」「妊娠中絶」への対応は宗教による違いが際立っている。2003年の国連人権委員会で、性指向自由の権利を導入することに、パキスタン代表だけが「12億人のムスリムを侮辱するもの」と激しく反対した。また1994年の国際人口開発会議でローマ・カソリックとイスラム国家がやはり同性愛、あるいは妊娠中絶の容認に対して強い反対を表明した。

一方、性の権利を「健康」の文脈でとらえることへの批判もみられる。セクシュアリティを健康すなわち医学という狭い領域におくことへの危惧である。医学がセクシュアリティを宗教や伝統的文化のくびきから解放する力があることは確かである。周産期医療、その他の生殖関連医学、性感染の診断・治療、性機能障害医学などの発展は性の権利を実現するために必要なことであった。医学はかつて、マスターベーションや同性愛を「病気」と位置づけるような間違いもおかしたが、後にそれを修正したように、医学あるいは科学への信頼性は大である。しかし「セクシュアリティ」はそれより大きな「個人」ないし関係性に帰属するものである。WHOの健康定義（単に疾病が無いとか虚弱で無いというばかりでなく、肉体的、精神的、社会的に良好

な状態であること）が包括的概念であるといっても、限定的なものという認識は必要である¹⁷⁾。

行動の提言

a. 法律や政策をつくる

日本でも近年、男女共同参画の動きとも関連していくつかの立法が行われた。

セクシュアル・ハラスメントの防止法（1998）、男女共同参画基本法（1999）、児童買春等防止法（1999）、児童虐待の防止等に関する法律（2000）、配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律（DV法）（2001）、性同一性障害者の性別の取り扱い特例法（2003）などであるが、これらは性の権利、性の健康促進に効果を発揮している。

b. 国際機関からはたらきかけ

法律を作る、あるいは変えるためには世論の高まりが重要であるが、しばしば国際世論が大きな力となる。上記の立法も世界的な女性運動が後押ししたと言える。国内運動はこうした動きを上手に利用する必要がある。WASは世界レベルでの推進力となるべく、信頼される理論構築を積み重ねると同時に国際機関への働きかけを行っている。

c. 性の健康推進活動においては文化的相違を尊重する

たとえ法律を作っても社会・文化が容易にそれを受け入れないこともしばしばおこっている。性の健康を推進するには、その理念を社会・文化の中、あるいは個人へ浸透させるため、持続的な行動が必要である。

セクシュアリティのようなデリケートな問

題では特に、理論の押しつけが強い抵抗を招くことは明白である。人権という基本的観点から、関係する個々の人々やコミュニティ、文化を理解し尊重しつつ活動することが必要である。

人権や平等理論は欧米から発信されることが多い。しかし欧米社会の未解決の問題や新たな格差の発生、また開発途上国への問題のしわ寄せ、などに目をつぶってはならない。日本では宗教色は少なく、欧米の考え方を比較的取り込み易い環境にある。しかし伝統的文化との整合性をはかること、さらにはアジアの視点を持ち、行動へと提言することが必要である。

d. セクシュアリティ教育と性の健康推進プログラムの内容を検討する

子供を含めたすべての世代へのセクシュアリティ教育は、たとえ「純血」や「忠実」といった倫理的価値の高いものにせよ、これらが大前提とした教育は伝わりにくく、また性の健康にも結びつかない。普遍的な理念としての人権、すなわち「自分も相手も大切にす」構えと、説得力のある科学的で正確な知識と、健康にとって必要で合理的な技術の伝達が望ましい。

男女に力の不均衡がある以上、女性のエンパワーメントとともに、男性の変革もまた必須である。性感染の予防教育や妊娠・出産などのリプロダクティブ・ヘルス教育は以前から支持され一定の成功を見ているが、ほとんどの場合対象は女性である。ここに男性をとりこみ、「性の権利」「ジェンダーの平等」の概念を折り込む試みが世界各地で行われ、成果を上げている。また女性への教育プログラ

ムでは、性の意味や性欲、快樂についても述べる必要がある。

6. まとめ

地域差も、社会格差も大きい「人権としての性の権利」「ジェンダー平等」であるが、またどの社会も普遍的に問題を抱えている。世界の動きは一定ではなく、逆向きにすすむこともあるが、長期的な展望に立てば緩やかではあるが、我々が目指す方向に進んでいる。ことに20世紀は、世界規模で家父長制社会からより男女平等な社会への変化が行われた。また「性の権利」が後退していると見えるここ数年にも、カソリック社会であるスペインで同性の結婚が認められ(2006)、同じくメキシコシティでは厳しい条件ながら妊娠中絶が合法化された(2007)、などの前進が見られている。

ジェンダー平等の動きは、人種、種族、宗教、階級、性指向、障害者、老人などマイノリティの人権認識を伴うことが知られている。

セクシュアリティは基本的には個人では成り立たず、パートナー、子供、親、そして地域や仲間との関係性の上に成り立つものである。世界的に見れば人権運動はまだよちよち歩きである。性の権利を人権の一部として認識することが本稿のテーマであるが、セクシュアリティにおいて重要な、人と人の間の権利のバランスという発想は、人権の認識を高めるために役立つと思われる。

文献

- 1) 東優子：性の権利. 日本性科学会監修
セックスカウンセリング入門 (第2版)
金原出版 2005

- 2) WAS. sexual rights *¹
 - 3) Pan American Health Organization, World Health Organization: Promotion of sexual Health. In Antigua 2000. 日本語版松本清一, 宮原忍監修: セクシュアル・ヘルスの推進 行動のための提言. 日本セクシュアリティ教育協会発行. H15年
 - 4) WHO. (2002a) *Working Definitions*. Retrieved 20 January, 2006 from World Health Organization: *²
 - 5) WHO. (2006) *Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva: Author, Switzerland: World Health Organization*. Retrieved March 28, 2007 *³
 - 6) 内閣府・男女共同参画白書 (H19) *⁴
 - 7) 吉本隆明: 共同幻想論. 河出書房. 1968
 - 8) 上野千鶴子: 対幻想論. 井上, 上野他編. 日本のフェミニズム (6), 岩波書店. 1995
 - 9) NHK「日本人の性」プロジェクト編: データブックNHK日本人の性行動・性意識. 日本放送出版会. 2002
 - 10) 荒木 他 日本性科学会セクシュアリティ研究会編著: カラダと気持ち ミドル・シニア版. 三五館. 2002
 - 11) 第3回男女の生活と意識に関する調査 厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業) 研究「全国の実態調査に基づいた人口妊娠中絶の減少に向けた包
 - 括的研究」2007
 - 12) (財)日本性教育協会(編): 若者の性白書 第6回青少年の性行動全国調査報告. 小学館. 2007
 - 13) Gagnon, H. J. The explicit and implicit use of the scripting perspective in sex research. *Annual Review of Sex research*, Vol. 1: 1-44, 1990
 - 14) Wiedermn, M. W.: The gendered nature of sexual scripts. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 13: 496-502, 2005
 - 15) 山本宣治: 性教育. 佐々木, 小田切(編), 山本宣治全集 第二巻. 汐文社, 1979
 - 16) Correa, S., & Parker, R. Sexuality, Human rights, and Demographic Thinking: Connections and disjunctions in a changing World. *Sexuality Research and social Policy*. 1(1): 15-38, 2004
 - 17) 根村直美: WHOの「健康」概念に関する哲学的検討. 原・根村(編)健康とジェンダー p13-33. 明石書店. 2000
- ※ ジェンダー・エンパワーメント指数(GEM)は, 女性が政治及び経済活動に参加し, 意思決定に参加できるかどうかを測るもの. 具体的には, 国会議員占める女性割合, 専門職・技術職に占める女性割合, 管理職に占める女性割合及び男女の推定所得を用いて算出している. ジェンダー・ギャップ指数は, 世界経済フォーラム発表

* 1 http://www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp

* 2 http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html

* 3 <http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexualhealth/index.html>

* 4 <http://www.gender.go.jp/whitepaper/h19/zentai/top.html>

資料より作成，政治分野，経済分野に教育分野，保健分野を加えた各種指標から算出した 115 か国中の順位（格差が小さい国が上位 GEM と比較してエンパワーメントよ

りも平等を重視しており，所得水準を加味していないため，経済発展途上国でも上位にくることがある）（男女共同参画白書より）

表1 モントリオール宣言

性の健康世界学会 モントリオール宣言

“ミレニアムにおける性の健康”

第17回世界性科学学会会議（モントリオール2005）

我々、第17回世界性科学学会会議の参加者は、性の健康世界学会（WAS）の任務を全うし、生涯を通じた「性の健康」の促進に全力を尽くすことをここに明言する。我々はまた、「性の権利（セクシュアル・ライツ）宣言」（WAS, 1999）、パンアメリカン保健機関（PAHO）とWASによる2000年度報告書『セクシュアル・ヘルスの推進：行動のための提言』、世界保健機関（WHO）が2002年に策定した「性の健康と性の権利に関する仮定義」をここに再確認する。「国連ミレニアム宣言」を含めた様々な国際的合意文書に掲げられている通り、持続可能な健康と開発に関する目標、および指標の実現に向けた共同行動が緊急に必要であることを考慮する。その上で、

我々は宣言する

「性の健康」の促進は、健全な心身（wellness）と幸福（well-being）の達成や持続可能な開発の実現における中心的課題であり、まさに「ミレニアム開発目標」（MDGs）における中核的課題である。個人やコミュニティが健康であれば、個人と社会の貧困撲滅に対してより貢献することができる。個人的・社会的責任と平等な社会的交流を育みつつ、「性の健康」を推進することが、生活の質の向上と平和の実現に繋がっていく。したがって、我々は、すべての政府、国際機関、民間組織、学術機関、社会全体、および特に、性の健康世界学会（WAS）に加盟するすべての組織に対して、以下のことを強く求める。

1. すべての人々の「性の権利」を認識し、促進し、保証し、保護する

「性の権利」は、基本的人権の不可欠な部分を成すものであり、奪うことのできない普遍的なものである。すべての人々に保証されるべき「性の権利」なくして、「性の健康」を獲得することも、保持することもできない。

2. ジェンダーの平等を促進させる

「性の健康」には、ジェンダーの平等と相互の尊重が必要である。ジェンダーに関わる不平等や不均衡な力関係は、建設的かつ調和のとれた人間的交流を妨げ、「性の健康」の獲得を妨げる。

3. あらゆる形態の性暴力および性的虐待を排除する

社会的烙印（スティグマ）や差別、性的虐待、強制や暴力から人々が解放されないかぎり、「性の健康」は達成されない。

4. セクシュアリティに関する包括的な情報や教育を広く提供する

「性の健康」を達成するためには、若者を含めたすべての人々が、生涯を通じて、包括的セクシュアリティ教育、および「性の健康」に関する情報とサービスにアクセスできる状況でなければならない。

5. 生殖に関する健康（リプロダクティブ・ヘルス）のプログラムの中心的課題は「性の健康」である、という認識を確立する

生殖は、人間のセクシュアリティの重要な側面のひとつである。それが望まれ、また計画されたものである場合には、人間関係や個人的満足の向上に繋がる。「性の健康」は、「リプロダクティブ・ヘルス」よりも包括的な概念である。既存のリプロダクティブ・ヘルス・プログラムについては、それが取り扱う範囲を広げ、セクシュアリティの様々な側面と「性の健康」について包括的に取り組むようにしなければならない。

6. HIV/AIDS や他の性感染症（STI）の蔓延を阻止し、状況を改善する

「性の健康」にとって、HIV/AIDS や他の性感染症（STI）の予防、強制ではなく、自発的に受けることのできる検査やカウンセリング、包括的ケアと治療など、これらすべてに普遍的なアクセスを確保することは必要不可欠である。普遍的なアクセスを保証するプログラムをただちに拡充すべきである。

7. 性に関する悩み、性機能不全、性障害の存在を認識し、それらに取り組み、治療する

性的に充足していることは生活の質の向上に繋がるため、性に関する悩み、性機能不全、性障害の存在を認知し、それらに取り組み、治療することは重要である。

8. 性の喜びは幸福（well-being）の一要素であるという認識を確立する

「性の健康」とは、単に疾病がない状態を意味するに留まらない。性の喜びや満足は幸福（well-being

表2 国連ミレニアム開発目標 MDGs

2015年までに

1. 極度の貧困と飢餓の撲滅
2. 普遍的初等教育の達成
3. ジェンダーの平等の推進と女性の地位向上
4. 乳幼児死亡の削減
5. 妊産婦の健康の改善
6. HIV／エイズ，マラリア，その他の疾病の蔓延防止
7. 環境の持続可能性の確保
8. 開発のためのグローバル・パートナーシップの推進

2000年9月ニューヨークで開催された国連ミレニアム・サミットに参加した147の国家元首を含む189の加盟国は、21世紀の国際社会の目標として国連ミレニアム宣言を採択しました。このミレニアム宣言は、平和と安全、開発と貧困、環境、人権とグッド・ガバナンス（良い統治）、アフリカの特別なニーズなどを課題として掲げ、21世紀の国連の役割に関する明確な方向性を提示しました。そして、国連ミレニアム宣言と1990年代に開催された主要な国際会議やサミットで採択された国際開発目標を統合し、一つの共通の枠組みとしてまとめられたものがミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）です。」〔国連開発計画の公式ウェブサイトより引用〕 <http://www.undp.or.jp/aboutundp/mdg/>

<http://www.un.org/millenniumgoals/>

原 著

人工妊娠中絶患者とそのパートナーに対する 「コンドーム使用に関するアンケート調査」

～ジェンダーの視点からの検討～

A survey on the use of condoms in women who had early-induced abortions and their sexual
Partners: The study from gender's point of view

村口きよ女性クリニック

村口 喜代

MURAGUCHI Kiyoko

Kiyoko Muraguchi Women's Clinic

抄録

1) 初期人工妊娠中絶手術を受けた女性とそのパートナー（432 カップル）に対して、コンドーム使用に関するアンケートを実施した。

コンドームへの考えは、「買うのが恥ずかしい」「使用を自分から言い出せない」「相手が拒否するので使用できない」では女性が有意に高く、一方「快感が損なわれる」「相手から言われた時以外は使いたくない」では男性が有意に高く、女性では関係性・ジェンダーに、男性では自分の感覚・快感に拘っていた。

2) 「コンドームで避妊している」と答えた 240 カップルに対して、コンドーム使用について、男女間の回答結果を比較検討した。

約 5 割がコンドーム使用を「二人で話し合って」決めており、そうしたカップルでは「低使用群」が有意に低く、ジェンダーギャップ意識の緩やかさが「性の健康」のプラス要因に働く可能性を示唆した。

3) 約 1 割がコンドーム使用を「女性」が決めており、そうしたカップルでは「低使用群」が有意に高く、性の問題行動を示唆した。

これら²⁾³⁾の結果は、いずれも男女間に差はなかった。

Summary

A survey on the use of condoms carried out in 432 women who had early-induced abortions and their sexual partners was done.

There observed significant difference between women and men. Women are ashamed to buy condoms, cannot bring themselves to ask their sexual partners to use condoms and cannot use

condoms because their male partners reject to use them. Men think that condoms are a detriment to sexual desire and they don't want to use condoms except when women ask them. Women dwell on the gender-based relationship while men dwell on their own feelings and pleasures.

This study was conducted to find out how couples use condoms. 240 couples were surveyed. Both female and male partners answered how they use condoms for contraception, and their answers were compared statistically.

About 50 % of couples answered that they decided to use condoms after talking together with their sexual partners, and in this groups there were significantly fewer couples who said that they use condoms less frequently. These results suggest that their mild gender-gap became the plus factor for the promotion of sexual health.

About 10 % of couples answered that women decided to use condoms. In this group, there was a significantly large number of couples who answered that they use condoms less frequently. These results suggest that this problems is due to sexual behavior.

Keywords

Sexual behavior, Condoms, Gender, Contraception, Young women and men

はじめに

近年とくに1990年代以降、日本社会における性開放が急速に進んできた。従来の性規範に縛られない、リスクの高い性行動が拡大した。初交年齢の早まり、多数の相手と性交渉を行う傾向、性交までの付き合い期間の短縮化、カジュアルセックスの増加、オーラルセックスの広まりなど、とくにこれらの変化は女性に著しく、男女差が一気に縮小し、逆転にも向かっている¹⁾。先進国の中で唯一日本だけがHIV/エイズが増加し続け²⁾、身近な医療現場でもSTI (Sexual Transmitted Infection) は相変わらず蔓延している。一方でピルの普及と相まって中絶実施率は減少傾向に転じたものの、2006年度でも年間40万人の中絶が行われている³⁾。「性の健康」をめぐる問題は日本社会の将来を左右するほど

に危機的状況にあると危惧される。性の健康に関連した「予防的保健行動」としてのコンドームの使用は重要かつ緊急の課題であることは今や自明のことである⁴⁾。しかしながら、日本におけるコンドーム出荷数は減少の一途を辿っており、STIやHIVの推移と逆相関を示している⁵⁾。戦後、急速にコンドームが普及したのは、ベビーブームを背景に国家的施策として受胎調節指導員が養成され、一般家庭に深く入り実地指導を行ったことが効を奏したためである⁶⁾。しかしながら、近年性開放がいっそう加速し、「性は結婚の中にある」の社会的規範が崩れつつあり、10代からの性行動が一般化・日常化してきた。性行動の際に、なぜコンドームを使わなくなってきたのか、その背景にある男女の関係性はいかなるものか、深く立ち入ってみる必要がある。筆

者は先にコンドーム使用に関するアンケート調査を行い、コンドーム使用が極めて不徹底であること、コンドーム使用決定には女性もかなり関わっているにも関わらずコンドーム使用が増加しないことを報告し、その背景にある男女の関係性、ジェンダーの問題を示唆した⁷⁾。今回さらに、なぜコンドーム使用が進まないのか、リスクの高い性行動の背景にあるジェンダーの問題についてさらに検討を加えた。

研究・調査方法

当クリニックでは初期人工妊娠中絶患者への支援を重視し、初診時から一貫して同一の助産師・看護師が関わるプライマリナーシングを導入してきた。未婚の中絶患者はパートナーを同伴する者が多く、パートナーを取り込んだ保健指導・カウンセリングを行ってきた。その際に、患者本人とパートナー双方にコンドーム使用に関するアンケート調査を行ってきた。中絶手術終了後の診察時にアンケート調査用紙を渡し、またパートナーが同伴した際にはパートナー本人に直接依頼し、同伴しなかった場合には患者本人を通じてパートナーにアンケート調査を依頼し、いずれのアンケート用紙も術後1週間後の来院時に回収した。

結果

1. 調査対象期間および回収状況と調査対象者数

調査対象期間は平成16年1月より平成18年12月であり、この間に当クリニックの未婚中絶患者は760名であった。回収したアンケート回答数は636名(83.7%)であり、うち本人とパートナー双方のアンケートが回収されたのは432カップル(67.9%)であった。

以下、中絶患者を女性、パートナーを男性と称す。

2. カップルの年齢構成と社会的立場(図1, 2)

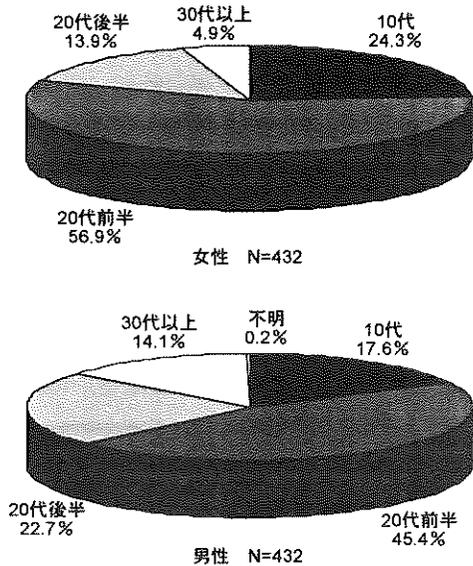


図1 年代別割合

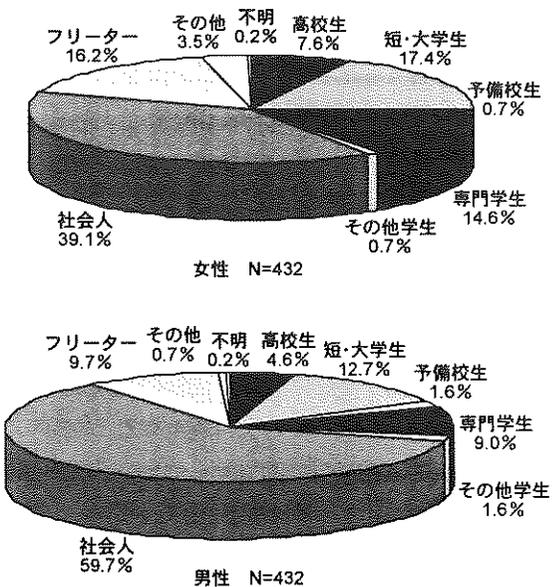


図2 社会的立場

女性では10代が24.3%，20代前半が56.9%，20代後半が13.9%を占め、一方男性では、10代が17.6%，20代前半が45.4%，20代後半が22.7%を占めた。

社会的立場は、女性では高校生が7.6%，短・大学生17.4%，専門学校生14.6%であり、ほぼ4割が学業途上の者で占め、社会人39.1%，フリーター16.2%であった。一方男性では高校生4.6%，短・大学生12.7%，専門学校生9.0%であり、学業途上の者はほぼ3割を占め、社会人59.7%，フリーター9.7%であった。

3. コンドームへの考え（複数回答）（図3）

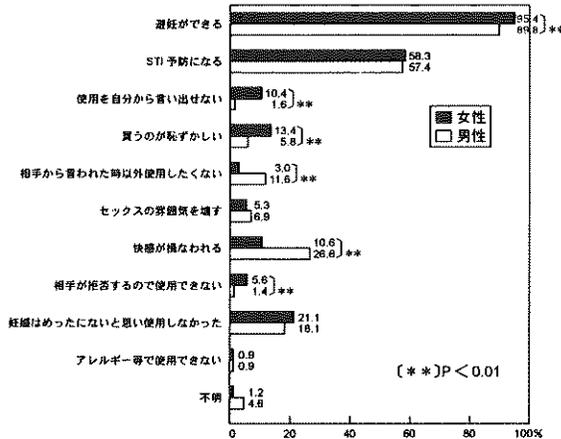


図3 コンドームへの考え（複数回答）

コンドームについての考えは、「避妊できる」が女性95.4%，男性89.8%であり、一方「STI 予防になる」が女性58.3%，男性57.4%に止まり、「避妊になる」と答えた者より男女ともかなり少なかった。「避妊になる」と答えた者は、女性が有意に高かったが、「STI 予防になる」は男女間に差はなかった。

「妊娠はめったにないと思って」は両者とも多く女性21.2%，男性18.1%であり、両者間

に差はなかった。また「セックスの雰囲気を壊す」「アレルギーで使用できない」も男女間で差はなく、それ以外のすべての質問で男女間に有意差があった。女性は「買うのが恥ずかしい」「使用を自分から言い出せない」「相手が拒否するので使用できない」の項目で男性よりも有意に高く、一方男性では「快感が損なわれる」「相手から言われた時以外は使いたくない」の項目で女性よりも有意に高かった。

4. カップルの避妊法の認識（図4）

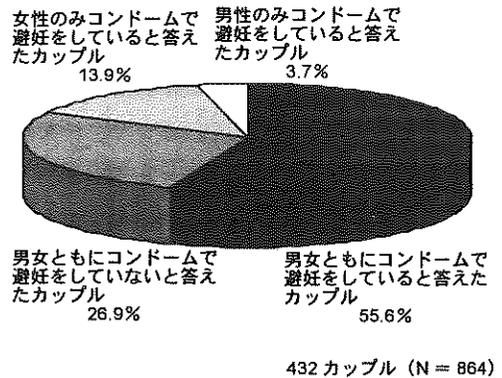


図4 避妊方法の認識

「普段の避妊法は何か」（複数回答）については、コンドームのみと答えた者、コンドームと膣外射精あるいは基礎体温法など、様々な回答があるが、いずれにしろコンドームをチェックした者を集計すると、カップルであっても男女間の認識は必ずしも一致しなかった。男女ともコンドームで避妊していると答えたのは240カップル（55.6%）であった。女性のみがコンドームで避妊していると答えたのが60カップル（13.9%），男性のみがコンドームで避妊していると答えたのが16カップル（3.7%）であり、不一致率は17.6%

であった。

以下、男女ともにコンドームで避妊していると答えた240カップルについて、コンドーム使用について、カップル男女間の比較検討を行った。

5. 避妊法の内訳 (図5)

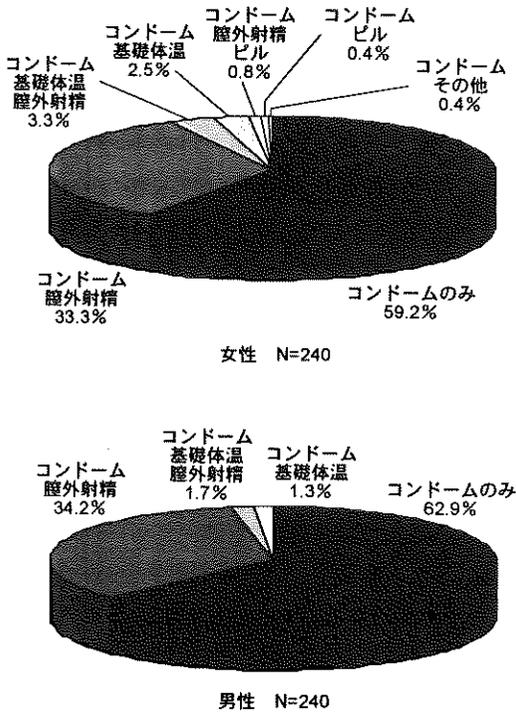


図5 避妊法の内訳

240カップルの避妊法の内訳は、コンドームのみで避妊していたのは、女性59.2%、男性62.9%で最も多く、ついでコンドームと膈外射精が女性33.3%、男性34.2%と多く、いずれにしても男女間での認識の差はなかった。

6. コンドームの使用頻度 (図6)

コンドーム使用がほぼ100%を「常用群」、

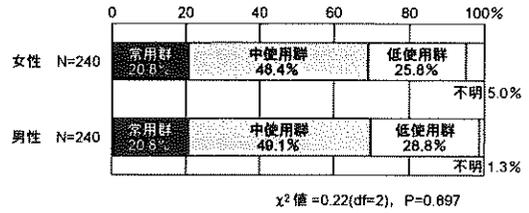


図6 コンドームの使用頻度

100%未満から40%までを「中使用群」、40%未満あるいは危険日のみやほとんど使用せずと回答した者を「低使用群」として集計した。

男女間に使用頻度に差はなく、「常用群」は女性20.8%、男性20.8%に過ぎなかった。「中使用群」が最も多く、女性48.4%、男性49.1%であり、次いで「低使用群」が多く、女性25.8%、男性28.8%であった。

7. コンドーム使用決定者 (図7)

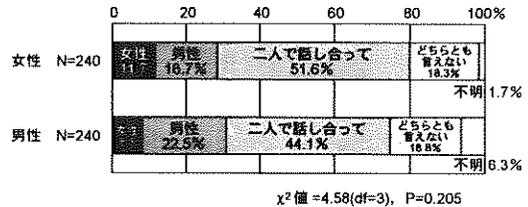


図7 コンドームの使用決定者

コンドーム使用決定者について、女性では「自分自身(女性)」と答えた者が11.7%に対して、「パートナー(男性)」と答えた者がやや多く16.7%であった。一方「二人で話しあって」が多数を占め51.6%であった。また男性では「自分自身(男性)」と答えた者が22.5%と女性の結果より高く、一方「彼女(女性)」と答えた者は8.3%に過ぎなかった。女性と同様「二人で話し合っ」が最も多く44.1%であった。カップル間での認識のずれがあり、男性では女性よりも「自分がコン

ドーム使用を決定している」と認識している者が多かったが、男女間で差はなかった。

8. コンドーム使用決定者とコンドーム使用頻度 (図8)

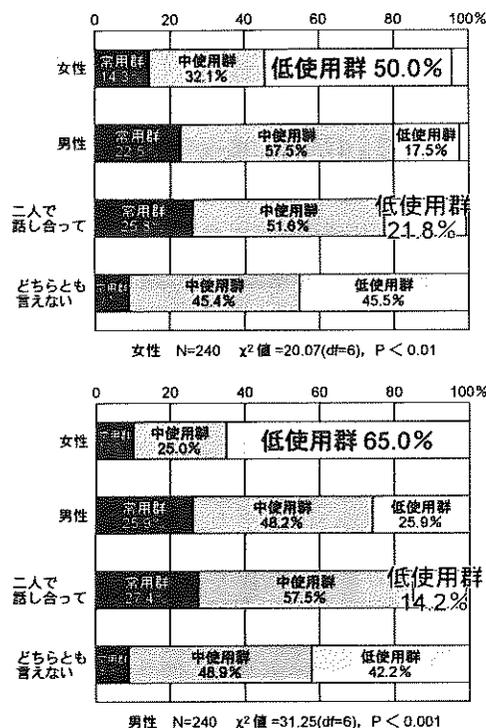


図8 コンドーム使用決定者と使用頻度

コンドーム使用決定者によって使用頻度に違いがあるかを検討した。コンドーム使用決定者と使用頻度について独立性の検定を行った結果、男女とも両者間に有意な関連が見られた (女性: $\chi^2 = 20.07$, $P < 0.01$ 男性: $\chi^2 = 31.25$, $P < 0.001$)。その残差分析の結果、女性では使用決定者が「女性」または「どちらとも言えない」場合に低使用群の占める割合が有意に高く (いずれも $P < 0.01$)、 「二人で話し合って」の場合に低使用群の占める割合が有意に低く ($P < 0.05$)、常用群の

占める割合が有意に高かった ($P < 0.05$)。一方男性では、使用決定者が「女性」または「どちらとも言えない」場合に低使用群の占める割合が有意に高く (それぞれ $P < 0.01$, $P < 0.05$)、 「二人で話し合って」の場合に低使用群の占める割合が有意に低かった ($P < 0.01$)。

考察

日本においては1990年代の初めからコンドーム使用が減少の一途を辿っており、それと逆相関でSTIの増加の流れは止まらず、リスクの高い性行動が蔓延してきた⁹⁾。コンドームを使用しなくなった背景には男女関係にいかなる変化が生じてきたのか、性開放が加速的に進み、とくに女性において顕著である。コンドームへの考えにおける男女の違いはいかなるものか、コンドームは直接的には男性が装着する避妊法ではあるが、その使用の局面で介在する男女がどのように関係を形成しているのか、詳細に検討しなければならない。

今回中絶を受けた女性とそのパートナーを対象とした、いわばバイアスのかかった対象の調査ではあるが、コンドームに対する考え、コンドーム使用に際しての意識・感覚や決定・実行力等において、男女間で類似した部分と大きく相違した部分があり、そこから興味深いカップル男女の関係性が見えてきた。

コンドームへの考えでは、「コンドームで避妊ができる」と男女とも高率に答えたが、女性が有意に高く、産む性である女性にとって「避妊のためにコンドーム」への期待が大きい。男女とも「STI予防になる」との認識は6割弱に止まり、男女間で差はなく、STIに

対する唯一の予防策であるコンドームに対する評価は低く、男女ともにSTIに対する危機意識は低いと思われた。先行研究でも同様の報告であり^{8) 9)}、コンドームは避妊のための認識の普及に比べて、STI 予防のための認識はいまだ低率である。

「妊娠はめったにないものと思ひ使用しなかった」と男女共約2割が回答しており、性交に伴う望まない妊娠のリスク認識の甘さが目立った。また「セックスの雰囲気壊す」との回答は5～7%と少数であったが、コンドーム使用をマイナス要因として捉える感覚に拘る者がおり、いずれにしてもこれらの項目では男女間に有意差はなかった。

「使用を自分から言い出せない」「買うのが恥ずかしい」「相手が拒否するので使用できない」では女性が有意に高く、一方「相手から言われた時以外使用したくない」「快感が損なわれる」では男性が有意に高かった。これらの結果は、女性ではいわゆる「女性らしさ」「男性優位」意識に、一方男性ではとくに「快感が損なわれる」が26.6%と高率であり、自分の感覚を優先し「できるだけ使用したくない」意識に拘っていることを示している。女性では相手との関係性つまりジェンダーバイアスがコンドーム使用上の障壁になっている。女性におけるジェンダーへの拘りについてはすでに指摘されてきたが^{10) 11)}、福本の報告も男女大学生の性交渉に対する態度に関する調査から¹²⁾、コンドームの実際の使用が男性側の影響を受け、伝統的「男らしさ・女らしさ」や性欲は抑えられないという性欲に対する思い込みを解きほぐす作業が、とくに男性において重要であり、女性に対しても、女性自身の中にある性交渉における「女らしさ」につ

いての思い込みを解きほぐす作業が必要であると指摘している。池上らの報告でも、女子のコンドーム使用行動に影響する因子について、相手との関係性参照の因子が有意であり、保健行動を推進するための動機付けメッセージについては、ジェンダーを考慮する必要があることを示唆している。また男子では、コンドーム使用への影響は、コンドーム使用の優先性未形成因子が最も強かったと述べており、予防的保健行動の啓発が重要であり、「コンドーム使用はかっこいい」というコンドームに対する肯定的イメージ転換が必要だと述べている¹³⁾。いずれにしてもコンドームに対する考えにおいて、女性はジェンダーに拘り、男性は自分自身の感覚・快感に拘っており、これらの問題は、今後「性の健康」を考えていく上で非常に重要な着目点である。

コンドーム使用率については、筆者はすでに報告してきたが¹⁴⁾、今回は使用頻度を3群に分けた集計だったが、これまでの結果と大筋では違いがなかった。今回の結果は男女ともコンドームで避妊していると答えた者に限った集計であり、男女間に認識の違いはほとんどなく、常用群は男女とも2割に過ぎず、中使用群がもっとも多く5割を占めた。コンドーム使用は男女とも不徹底な者がいまだ多数を占め、結果として避妊に止まらず、STI 予防に対する認識も甘く、予防的保健行動の形成には長い道のりがある。

「コンドーム使用決定者が誰か」の質問に対する今回の結果は興味深い。コンドームは男性が使用する避妊法ではあるが、使用に際して女性もほぼ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と思われる。こうした背景には、日本社会

における男女関係の変化が投影されているだろう。戦後男女平等の理念は広く浸透し、1999年には「男女共同参画基本法」が施行され、法的にも男女平等を目指す社会になった。固定的性別役割分担意識についてはかかる指標とされている「夫は外で働き、妻は家庭を守るべき」という考えでも、反対が賛成を上回る社会となってきた¹⁵⁾。医療現場でも、未婚女性の中絶手術に際してのパートナーの同伴は日常的に見られる状況にあり、その限りにおいては男女平等が浸透してきたと感じさせられることが多い¹⁷⁾。

今回の結果は、男女それぞれの回答の間に推計学的には差はなかったが、同一カップルを対象にしたにもかかわらず、男女間に若干の違いがあった。女性では、使用決定者が「女性」つまり自分と答えた者が11.7%であったのに対して、男性では「女性」つまり彼女と答えた者が8.3%に止まった。使用決定者が「男性」と答えた者は女性では16.7%であったのに対して、男性では22.5%と多く、一方で「二人で話しあって」と答えた者は、女性では51.6%に対して、男性では44.1%と少なかった。つまり男性では、使用決定者が「女性」および「二人で話しあって」と答えた者が女性よりも少なく、一方で「男性」つまり自分と答えた者が多かったという結果だった。同一カップルであるにも関わらず、相互間の認識にはズレがあるということであり、男性はコンドーム使用を自分が決めていると思っている者が女性の認識に反して多かったということであった。

コンドーム使用決定者と使用頻度との関係を見ると、使用決定者が女性の場合、回答者が女性であっても男性であっても、いずれも

「低使用群」が有意 ($p < 0.01$) に高く、女性では50.0%に、とくに男性では65.0%にも達した。一方使用決定者が「二人で話し合っ」て」の場合には、男女いずれの回答でも「低使用群」の割合が有意に低く、とくに女性の回答では「常用群」の割合も有意に高かった。二人がどの程度に話し合っているかの是非はともかく、コンドーム使用について話し合っていると感じられている関係においては、コンドーム使用が有意に高かったという今回の結果は今後の「性の健康」のための予防的保健行動を考える際のプラス要因として捉えることができる。筆者の調査でも、人工妊娠中絶手術に際してパートナーの同伴率は約5割と高く、男女関係の対等性は前進してきたと感じられることが多く^{17) 18)}、こうした今日の現象は男女の性行動の際のコンドーム使用を促すプラス要因となっているのであろう。

しかしながら、いずれにしても女性が使用決定者の場合にはいっそう「コンドームを使用しない」との決定を下しているという結果は予想外のことであった。こうした女性の「コンドームへの考え」をみると、「快感が損なわれる」や「相手が拒否するので使用できない」と答えている者が少なからずいた。一方そのパートナーである男性では「使用を自分から言い出せない」「相手から言われた時以外使用したくない」と答えている者が多かった。現段階では推測に過ぎないことではあるが、こうしたカップルでは、女性の性的開放度が高く、男女ともにコンドーム使用を歓迎せず、相互にそうしたサインを発信しつつ、性行動のリスク、責任意識に乏しく、二人の付き合い方としては便宜的にと言うべきか女性にコンドーム使用の決定権が任せられてい

るのかもしれない。「女性に決定権があれば、コンドーム使用を決めるはず」は非現実的憶測・期待に過ぎず、今回の結果は最近の性行動の女性の活発化、無防備化、かつSTIの増加の結果とも符合する女性側の問題行動として捉えなければならないということでもあろう。ともあれ、性の健康、STI予防意識が薄く、性的放縦を優先してしまう男女関係が少なからず増えているということなのであろうか、今後更なる検討が必要である。

20世紀後半から今世紀に入り、男女間の不平等の問題、ジェンダー（社会・文化的性別）への認識は急速に進展し、人類史上大きな転換期を迎えた。国連主導の一連の国際会議を経て、今や“男女平等は人類の進むべき道”は揺ぎない歴史的到達点となった。1994年国連人口・開発会議（カイロ会議）でリプロダクティブ・ヘルス／ライツが採択され、性と生殖に関わる健康は人権と表裏一体であり、女性の人権の獲得が急務の課題であるとのコンセンサスに達し、「性の健康」への大きなステップとなった。世界性科学学会（WAS）の「性の権利宣言」（1999年）、パンアメリカン保健機構（PAHO）と世界保健機関（WHO）がWASとの協働による「セクシュアル・ヘルスの推進、行動のための提言」（2000年）、WHOによる「性の健康と権利に関する仮定義」（2002年）、性の健康世界学会による「モントリオール宣言」（2005年）、これら一連の国際的合文書により、包括的概念としての「性の健康」が確認され、その中でジェンダーの平等と相互の尊重、ジェンダー差別を解消することが重要な目標の一つに掲げられた。日本においても1999年男女共同参画基本法が施行され、まもなく10年目を迎える

という段階で、一般社会・政治の舞台ではジェンダー問題への認識はかなり浸透してきた¹⁸⁾。一方、学術研究の場面においては「ジェンダー」の問題認識、その集積はいまだ少なく、今後の研究が待たれる状況にある。

性の場面、妊娠は男女の関係性を鋭く投影するものであり、コンドーム使用の有無を通じて見えてくる男女の関わりは、まさにジェンダー関係を投影するものである。今回コンドーム使用に関して、「二人で話し合っ決めて」カップルが約半数と多く、そうしたカップルではコンドーム使用が有意に高かったことは大いに評価されることである。近頃の男女交際では男女平等意識が浸透してきたと感じさせられる局面が多く¹⁹⁾、男女のジェンダーギャップ意識は緩やかになってきている。そのことは性行動の場面においては二人が向き合い、話し合える関係を作り、コンドーム使用を促すなど性行動のリスクを減少させることとなる。今回の結果は、「性の健康」を推進するにはジェンダーの平等を目指す流れがいかに重要であることを裏付けたことと言えよう。

しかしながら、一方で無防備な性行動をする男女関係が増えつつあると懸念される今回の結果は、STI/HIVが増え続けている今日の状況と相まって、重大なことである。このことは女性が「産む性」であり、生殖の可能性を持つ性役割を持つがゆえに、結果として「性の健康」を後退させるリスクをより女性が引き受けてしまうという意味で、軽視できないことである。

ジェンダー平等の理念は、先人たちの成果であり歴史的到達点である。日本社会においても男女平等への道は決定的流れとなってきた

た。しかしながら一方で、ILO（国際労働機関）から指摘・指導されている日本の男女賃金差別の問題¹⁹⁾、最近の経済格差・若年男性も巻き込んだ不安定雇用の進行、それらは特に女性に拡大しているという状況²⁰⁾など社会・経済構造の混乱・不安定さを考えるとき、「ジェンダーの平等」への道は決して平坦なものではないことは明らかである。「性の健康」を目指す上で、大いに評価される側面が前進してきたことを確認しつつも、一方でSTI/HIVの増加に歯止めがかけられるかまさに試されている、そのことを肝に銘じて今後様々な紆余曲折・試練に立ち向かっていかなければならないであろう。

結論

—初期人工妊娠中絶手術を受けた女性とそのパートナー（432カップル）に対して、コンドーム使用に関するアンケートを実施した—

コンドームへの考えは、「買うのが恥ずかしい」「使用を自分から言い出せない」「相手が拒否するので使用できない」では女性が有意に高く、一方「快感が損なわれる」「相手から言われた時以外は使いたくない」では男性が有意に高く、女性では関係性・ジェンダーに、男性では自分の感覚・快感に拘っていた。

—コンドームで避妊していると答えた240カップルに対して、コンドーム使用について、男女間の回答結果を比較検討した—

- 1) コンドーム使用率は、常用群は2割に過ぎず、不徹底の者が多数を占め、男女間に差はなかった。
- 2) 「コンドーム使用決定者は誰か」の問いに、「女性」約1割、「男性」約2割、「二人で

話し合って」約5割であり、男女間に差はなかった。

- 3) コンドーム使用決定者が女性の場合「低使用群」が有意に高く、「二人で話し合って」の場合には「低使用群」が有意に低く、男女間に差はなかった。

本論文の要旨の一部は、平成18年11月19日第26回日本性科学会学術集会（仙台）「会長講演」において発表した。

参考文献

- 1) 木原正博，木原雅子：エイズ問題が照射する日本社会の脆弱性，世界1月号102-110，2004.
- 2) 厚生労働省：感染症サーベイランス事業年報，2006.
- 3) 母子保健の主たる統計，2006.
- 4) 熊本悦明：この性感染症大流行を傍観していてよいのだろうか？，臨床病理刊行会，129: 9-24，2004.
- 5) 木原雅子：10代の性行動と日本社会，2006.
- 6) 社団法人日本家族計画協会，機関紙「家族と健康」第600号，機関紙第600号発刊に寄せて，2004.
- 7) 村口喜代：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，日本性科学会雑誌，23，16-23，2005.
- 8) 日本性教育協会・青少年の性行動—わが国の中・高校生・大学生に関する第5回調査報告，47-48，財団法人日本性教育協会，東京，2000.
- 9) 毎日新聞社人口問題調査会（編）：日本の人口—戦後50年の軌跡，119-120，毎日新聞社人口問題調査会，東京，2000.

- 10) 徐淑子他：日本の若者の性と保健行動研究，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.
- 11) 劔 陽子：北九州市近郊における大学生の性行動と性に関するジェンダー意識調査，思春期学 21，95-104，2003.
- 12) 福本 環：男女大学生の性交渉に対する態度一性差，コンドームの使用頻度の差からの検討一，思春期学 23，171-178，2005.
- 13) 池上千寿子他：若者の性の保健行動を促進し有効な予防介入を図るための研究，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，厚生労働省科学研究研究費補助金，エイズ対策研究事業報告書，2003.
- 14) 村口喜代：未婚女性の避妊の現状，日本性科学会学会誌 20，43-48，2002.
- 15) 男女共同参画白書，内閣府，2005.
- 16) 松本清一，宮原 忍：セクシュアル・ヘルスのための推進行動のための提言一，日本性教育協会，東京，2003.
- 17) 村口喜代：クリニックに見る若者の性4一女と男，愛の行方一季刊セクシュアリティ 122-125，2002.
- 18) 村口喜代：共生社会への理念浸透を，河北新報「論壇」，6月27日号，2006.
- 19) 戸塚悦朗：ILOとジェンダー（差別のない社会へ），日本評論社，2006.
- 20) 労働力調査年報，総務省統計局「労働力特別調査」.

原 著

うつ傾向（更年期前後）に有効な Testosterone の心理的効果

Testosterone can alleviate the depressive mood in perimenopausal women

山王病院（東京）産婦人科

野末 源一，矢澤 朋絵，有本 恵子

NOZUE Genichi, YAZAWA Tomoe, ARIMOTO Keiko

Sanno Hospital (Tokyo) Department of Obstetrics and Gynecology

Abstract

We picked up 21 patients whose complaints were solely depressive mood from 81 patients who attend our menopausal clinic with various complaints. Table one shows overview of our patients who are attending our clinic. The table shows from above, number of the patients, average age, average age at menopause, average age of seeking treatment and the average years of the treatment respectively.

Testosterone was effective on 16 patients in 21 cases (Tab. 2). The fact that some of depressant drugs cause sexual dysfunctions has been known and it is advisable to use testosterone as a first choice of treating depressive mood in perimenopause.

Keywords

Testosterone, Depressive mood, Sexual dysfunction

更年期以降とくにうつ病と診断できないが抑うつ気分があらわれるのはよく知られている²⁾。女性ホルモン（Estrogen）だけでも、このうつ気分を減少させるが特にテストステロン（testosterone）を投与することによって患者の訴えるうつ気分は多くの場合消失する。

女性にテストステロンを投与することは患者に抵抗がある。テストステロンは男性ホルモンとよばれるからである。Testosteroneは動物の精巣（Testis）から発見されその後合成されたが、男性ホルモンと命名されているのがその使用されない理由である。しかしながらテストステロンは女性のホルモンでも

ある。

テストステロンは女性においても成熟期においては正常に分泌されており毎日0.3 mgが卵巣から作られている。しかも、特に閉経期前に両側卵巣が疾病のために除去された場合、患者によって落ち込み、やる気のなさが重大な副作用として報告されている¹⁾。

本研究では更年期障害を訴える患者の中から特に抑うつ気分のみを主訴としている患者を選び、ホルモン療法を行いその効果を検討した。抗うつ剤を使用することなくうつ気分を消失する方法であることが判明した。

方法および成績

ホルモンプロフィールを知るために全例FSH、LH、E2、テストステロン、遊離テストステロン（生物学的効果を示すのは遊離のテストステロンとされている）の定量を行った。

私たちは、うつ状態のみを主訴とする患者21例を、多彩な更年期障害を訴える患者81名（表1）の中から選び、テストステロンを主とするボセルモンデポを使用した。抑うつ気分の消失は患者の訴えにより判定した。

表1 更年期障害のため治療を行った患者の概観

研究対象となった患者総数	81例
平均年齢	61.4才
閉経時平均年齢	49.7才
治療を始めた平均年齢	57.6才
治療期間（1～26年）	平均5年間

結果は表2に示すように、21例中16例（76%）に有効であった。ボセルモンデポの成分は次の通りである。エナント酸テストステロン40mg、プロピオン酸テストステロン9mg、吉草酸エストロジオール1mgである。

表2 テストステロンの効果

患者数	21例
1～2回の治療でうつ気分の消失した例	9例
3ヶ月から一年でうつ気分の消失したもの	6例
一年以上の投与で消失したもの	1例

投与方法はボセルモンデポを3週間に一回の間隔で投与することを基本に、患者の訴えを基にして前後2～3週間の幅を持たせた。有効群における血中遊離テストステロン濃度は平均的に見て高くなっているが、個々のケースでは有効の場合でも遊離テストステロンの濃度は低い場合もあり、例数の少ないこともあり抑うつ気分の消失との関連性をみる

ことは出来なかった。

考 察

テストステロンの作用は骨格筋の増加、骨構成の強化、発毛作用などが挙げられているが、更年期後の女性に対しては心理的な作用もまた多い。特に無気力な状態に対してやる気を起こさせる作用がある¹⁾。本研究ではテストステロンの使用によって抑うつ的な気分をより積極的に且つポジティブな気分に変えることが出来た例を多く経験することが出来た。精神疾患であるうつはスエーデン、英国、北米合衆国、カナダにおける大規模な聞き取り調査により、閉経期前後では発病の頻度は変化がないことが報じられている²⁾。その病態とは別に閉経期前後抑うつ的な気分に悩む人は多くある。このような訴えを持つ人々にとってテストステロンはそのような訴えを消滅させその人々のQOLを増すことが出来る。特に抑うつ障害にあってはオーガズム不全を含む性機能障害の訴えが増加する³⁾。さらに抗うつ剤の中には性機能障害を起こす薬剤があることも知られている⁴⁾。従って更年期前後のうつ気分にはテストステロンの使用が最も適していると考えられる。また女性に対するテストステロンの副作用はいわゆる男性化現象を除いてはほとんど知られていないことも患者にとってこの治療を受けやすくしている。然しマイルドな男性化症状もあり声の低くなり、声を出し難いこと、発毛、ニキビの発生などに注意を払うことが必要である。最初に使用する注意としてステロイドの投与は時に浮腫を来すことがあり、最初は少量から始める方が安全である。

結 論

更年期前後の抑うつ気分の消失，更に意欲障害の改善のためには最初の使用薬剤としてテストステロンの使用が適当である。

文 献

- 1) Rako S: *The hormone of desire* (日本訳 すばらしい更年期 1996 星和書店 東京)
- 2) Schmid PJ: *Mood, depression, and reproductive hormones in the menopausal transition* Am J Med 2005 118 Suppl 12B: 54-8
- 3) Gath and S Iles: *British Medical Journal* 1990: 1287-1288
- 4) B R Komisaruk, C Beyer-Flores and B Whipple: *The Science of Orgasm 2006*, The Harvard University Press Baltimore USA

原 著

STD 感染の基礎的諸条件に関する調査

The investigation about the basic conditions of STD infection

第 2 編 初交年齢よりみた性教育開始時期に関する考察

Part 2: Discussion over the timing of starting sex education

on the basis of data on age at first sexual intercourse

丸山 治朗, 前野二三代

MARUYAMA Jiro, MAENO Fumiyo

抄 録

学校において、何時から性教育を始めたらいいかを調べる目的で、性病科外来男性患者 1587 人から、初交年齢や初交相手の年齢、職業等の聞き取りを行った。

先ず年齢によって初交相手がどのように変化するかを調べたところ、高年齢では風俗嬢が多く、低年齢では同年齢の女性が多かった。次に初交時の年齢が 12 歳から 31 歳迄の男性について、年齢によって相手がどのように変化するかを相関表で示した。初交相手の年齢では同年齢の女性が一番多く、続いて年上、年下の順であり、風俗嬢とは 14 歳から、男性とは 17 歳から始まっている。そこで、性教育の面から 12 歳より 18 歳までの男性初交年齢の高まりと共に、同年齢女性がどのような比率で変化するかを調べた。13 歳から増え始め、特に 14 歳から 16 歳迄は年々ほぼ倍増のペースで増えている。この時期を倍増期とすると、性教育を開始する時期は倍増期とするのではなく、その前段階の 13 歳からはじめるのが、性感染症の予防や好まぬ妊娠を防ぐのに、有効ではないかと考える。

Abstract

To explore the optimum timing of starting sex education, we investigated the age upon first sexual intercourse as well as the age, occupation and other background variables of the first sex partners for 1,587 males managed as outpatients at the Department of Sexually Transmitted Diseases.

When the first sex partner was analyzed in relation to the age upon first sexual intercourse of individual males, it was found that female sex workers were often the first sex partners for the males who had the first sexual intercourse at relatively high ages. Females of the same age group often served as the first sex partners for the males who had the first sexual intercourse at relatively low ages. For the males who had the first sexual intercourse at ages between 12 and 31 years, we analyzed changes in the first sex partner in relation to the male's age, using a correlation table. For the males in this range of age upon first sexual intercourse, females of the same age group most frequently served

as the first sex partners, followed by elder females and then by younger females. The first sexual intercourse with female sex workers began at age 14, and the first sexual intercourse with males began at age 17. Following these findings, we analyzed how the percentage of same age group females serving as the first sex partners would change as the age of males at first sexual intercourse rose from 12 to 18 years (the range of age adopted from the viewpoint of sex education). In this analysis, the percentage began to rise after age 13 and doubled each year from age 14 to 16. If the period of age 14-16 is viewed as the doubling period, we may say that sex education will be more effective and less hazardous if it is started at age 13 (shortly before this period) rather than during the doubling period.

Keywords

sex education, first sexual intercourse, same age, doubling period.

緒言

学校での性教育を何時から始めるのが妥当であるかを調べる目的で、性病科外来男性患者から初交年齢や初交相手の年齢及び職業等の聞き取りを行った。世の中の変化に応じて、どのように初交年齢や初交相手が変わるかを調べた上で、18歳以下に的を絞って性教育開始時期を探ってみた。

調査方法

性感染症 (sexually transmitted diseases: STD) を疑って来院した、2001年11月から2005年11月までの性病科外来男性患者1587人について、初交時の年齢と共に、初交相手の年齢、職業その他について聞き取った。

研究成績

聞き取り調査の結果を図1に示す。調査時の年齢によって、24歳以下(162人)、25歳から29歳(253人)、30歳から34歳(275人)、35歳から39歳(279人)、40歳から49歳(321人)、50歳以上(297人)の6群にわけた。

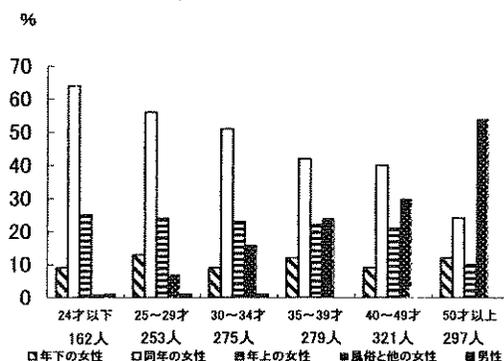


図1 現在年齢で見た初交の相手
2001年11月～2005年11月まで

初交相手は年齢により、年下、同年齢、年上に分け、更に風俗嬢、男性も加えた。

年齢間で変化の少ないのは、年下の女性や男性である。変化の著しいのは同年齢の女性で、24歳以下では64%、その後次第に減少し50歳以上で24%となっている。年上の女性の場合は24歳以下で25%、その後の変化は少ないが50歳以上では10%に減少している。風俗嬢の場合は、50歳以上では54%と高かったが、年齢が下がるにつれて減少し、24歳以下では1%にすぎなかった。以上から、初交相手は24歳以下では同年齢の女性が、

50 歳以上では風俗嬢が多い結果となる。

次に、男性初交時の年齢と初交相手の年齢等関係が明らかになるように表 1 に示した。

13 歳から 20 歳までは同年齢の女性が一番多く、次に年上の女性との初交が多い。なお、14 歳からは相手に風俗嬢を選ぶ人がはじめ、同性相手は 17 歳からである。

表 1 男性初交時の年齢と初交相手の年齢及び職業等

合計	7	27	46	95	190	187	345	189	284	66	53	39	24	22	4	6	6	1	1	15	1587		
男																						3	
風俗				1	4	19	16	74	51	95	27	28	22	12	13	2	4	4			1	11	384
50								1														1	
40			1																			3	
32								1														2	
31																						2	
30								1	2	1	1	1				4	1					12	
29									1		2											3	
28										1	2											1	
27																						4	
25																						3	
25																						1	
24																						28	
23																						25	
22																						27	
22																						40	
21																						51	
20																						160	
19																						112	
18																						224	
17																						175	
16																						165	
15																						84	
14																						35	
13																						19	
12																							

□ 同年齢 2001年11月～2005年11月 n=1587

次に表 2 で、性教育の面からみて、男性の初交年齢を 12 歳から 18 歳までに限定して、初交相手の人数との関係を見た。男性 2 人を除く 895 人について、多い順に並べると、同年齢女性 506 人 (56%)、年上の女性 216 人 (24%)、風俗嬢他 114 人 (13%)、年下の女性 59 人 (7%) となる。まず一番多数の同年齢女性が、男性初交年齢の高まりと共にどのように変わっていくのかを調べた。12 歳 (0%)、13 歳 (3%)、14 歳 (5%)、15 歳 (12%)、16 歳 (23%)、17 歳 (25%)、18 歳 (32%) と年と共に人数が増えている。ここで、同年齢女性が男性の初交年齢の上昇と共に人数が増えて行く状態を示すと次のようになる。

12 歳から 13 歳のごく少数出現の漸増期、

表 2 男性の初交時の年齢と相手の人数

男性年齢	12才	13才	14才	15才	16才	17才	18才	合計
男性	0	0	0	0	0	2	0	2人
%	0	0	0	0	0	100	0	100%
風俗他	0	0	1	4	19	16	74	114人
%	0	0	1	3	17	14	65	100%
年上女性	7	12	18	28	44	28	79	216人
%	3	6	8	13	20	13	37	100%
同年女性	0	15	26	60	119	124	162	506人
%	0	3	5	12	23	25	32	100%
年下女性	0	0	1	3	8	17	30	59人
%	0	0	2	5	13	29	51	100%
合計	7	27	46	95	190	187	345	897人
%	1	3	5	11	21	21	38	100%

14 歳から 15 歳、16 歳と年々倍増して増える倍増期、17 歳の僅かに増える微増期、18 歳の再び増加する再増期となる。これを理解し易いように図 2 で示した。ここで注意することは、この様に変化するのには、同年齢の女性と年下の女性だけで、年上の女性や風俗嬢他では認められないことである。

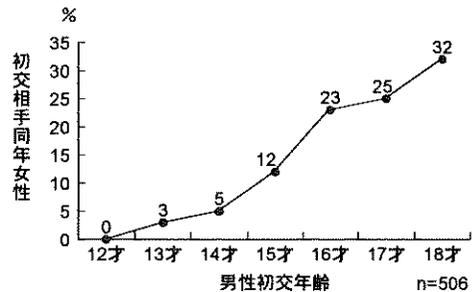


図 2 男性初交相手の同年女性比率

考 察

初交相手は、年齢と共に激しく変わる部分とあまり変わらない部分がある。現在は同年齢の女性を主な初交相手とする時代である。問題は、どの時期で性教育を開始するのが適切であるかといった点である。性教育を倍増期に入ってから実施すると、倍増の波にのっている思春期の女性を抑制することは必ずか

しいと思う。教育は被害を最少限に押さえる為のものとするれば、被害発生の少ない12歳から13歳の漸増期こそ性教育の開始時期にふさわしいと思う。この若くて素直に頭に入る時期こそ性教育の準備期間として活用しなくてはならない。この時期をいかに上手く活用するか否かで、性教育の成果があがるかどうかが決まるのではないかと思う。又コンドーム使用を最初の性交時からすると、そのまま使用を続けやすいが、それまでの性交でコンドームをつけなくて被害がなかったのに、或る時点からコンドームをつけるといったように、習慣を変えることは簡単なようで容易でなく、被害が出てからコンドームをつける、といった場合が多くなるように思われる。木原²⁾らは初交年齢の早まり、無防備な実態に警告している。又、14年度報告書²⁾において「はじめてのセックスは何歳の時か」の質問の結果について、次のようにのべている。即ち15歳、16歳が初交年齢のピークであり、この時期以前の予防教育の必要が示唆されている。なお、その後の研究報告^{3) 4)}でも、同様の質問に対して、高1年(16歳)の割合が高く、性経験者のうち、男女とも高1で始めて性関係を持った割合が最も高く、男子36.6%女子43.6%であることから、それ以前の予防教育の必要性がのべられている。

一方熊本らは、2002年度STDサーベイランス報告⁵⁾について、性生活の活発化が上昇し、性感染症罹患率も急上昇する現実から、高校1年生を中心に積極的な指導が必要と述べている。又2001年度調査報告⁶⁾で、国際的には、ことに欧米などは中学からすでに、HIV/AIDS予防を絡めて、積極的にコンドーム教育を基本的実施していると述べている。

木原はその著書⁷⁾において、一産婦人科医師の話として、10年間での中絶の増加について記している、15歳(5倍)、16歳(20倍)、17歳(3倍)と16歳の中絶のすさまじさについて警告している。以上のように、「高1の前段階での性教育が必要」というのが識者の認識であろう。

しかし、14歳から16歳の倍増期に入ってから性教育を開始するよりも、漸増期の12歳から13歳あたりで開始する方が被害も少ないし、より効果があがるのではないかと考える。年々初交年齢の低年齢化が進んでいるようで、思い切った低年齢での性教育の開始が必要ではなからうか。

まとめ

性教育を実施するには、介入時期の判断が大切である。しかし初交の倍増期が明らかになったことから、倍増期の前から性教育を実施するといった事が大切である。

文 献

- 1) 木原正博, 木原雅子: エイズ問題の照射する日本の社会脆弱性, 厚生労働省, 平成15年度報告書: 1-8, 2002.
- 2) 木原雅子, 他: 若者のHIV/STD関連知識・行動・予防介入に関する研究, 厚生省労働 平成14年度報告書: 295, 2002.
- 3) 木原雅子, 他: セカンドオーデイエンスによる高校生の性意識調査, 厚生労働省, 平成16年度報告書: 71, 2004年.
- 4) 木原雅子, 他: HIV感染症の動向と予防モデル開発・普及に関する社会疫学的研究. 厚生労働省 平成17年度報告書: 71-119, 2005.

- 5) 熊本悦明, 他: 2001 年度 STD サーベイランス報告, 日本性感染症学会誌 13 (2) 号: 147-167, 2002.
- 6) 熊本悦明, 他: 2002 年度 STD サーベイランス報告, 日本性感染症学会誌 13 (2): 44-45 2004.
- 7) 木原雅子: 10 代の性行動と日本社会—そして WYSH 教育の視点—ミネルヴァ書房, 京都, 89-96, 2006.

原 著

STD 感染の基礎的諸条件に関する調査

The investigation about the basic conditions of STD infection

第 3 編 性行動別分類よりみたコンドーム使用に関する考察

Part 3: Discussion over the use of condoms in relation to the patterns of sexual behaviors

丸山 治朗, 前野二三代

MARUYAMA Jiro, MAENO Fumiyo

抄 録

昭和 61 年から平成 17 年までの性病科外来男性患者 12900 人について、性行為時にコンドームを使用したかどうかを聞き取った。

その上で、性行動 5 群分類方式に則って類別し、主要 3 群の I 群 (V+F)、II 群 (F)、III 群 (V) について相互の人数比やコンドーム使用率を検討した。その結果、膣性交 (V) を主として行う I 群 (V+F) と III 群 (V) との合計人数とフェラチオ (F) だけを行う II 群 (F) との人数比は、昭和 61 年では 98 対 2 と II 群 (F) が少なかったが、17 年では 72 対 28 と II 群 (F) が増加している。

一方最近 10 年間の平均年コンドーム使用率は、I 群 (V+F) と III 群 (V) においては約 25 ~ 38%、II 群 (F) では約 2 ~ 5% の間で動いている。このコンドーム使用率の低い II 群 (F) が全体の約 30% を占めるまでに増加したことが、国内のコンドーム出荷数の減少に影響を与えている要因と考える。

Abstract

The 12,900 males managed as outpatients at the Department of Sexually Transmitted Disease during the period from 1986 to 2005, were investigated as to whether or not they had used condoms during sexual behaviors.

The subjects were divided by the sexual behavior pattern into five groups. Among the three major groups: Group I (V: vaginal sex + F: fellatio), II (F: fellatio), and III (V: vaginal sex), the number of subjects belonging to each group and the percentage of subjects using condoms were compared. The ratio of the number of subjects primarily performing vaginal sex (Group I + Group III) to the number of subjects performing fellatio only (Group II) was 98: 2 in 1986 but it was about 72: 28 in 2005, thus indicating an increase of subjects performing fellatio alone.

The mean percentage of subjects using condoms calculated each year during the past 10-year period ranged from about 25 to 38% in Group I and III and from 2 to 5% in Group II. The percentage

of subjects belonging to Group II (a group in which condoms were used less frequently than in the other groups) has risen to about 30% of all subjects investigated. This increase of Group II individuals seems to be one of the factors responsible for the recent decrease in the domestic supply of condoms.

Keywords

condom, sexual behavior pattern, fellatio, domestic supply

はじめに

コンドームの使用は、性感染症 (sexually transmitted diseases: STD) を予防する上で必須の要因であると共に、人工妊娠中絶を予防するための簡単な方法でもある。

日本人の性行動で特徴的なのは、フェラチオだけで膣性交を伴わない行動であり、またその場合のコンドーム使用率が低いことである¹⁾。性行動の際に、コンドーム使用したかどうかを調べる場合、すでに述べた性行動5群分類方式²⁾を使うことによって問題点がはっきりするだろうと考えた。

調査方法

昭和61年から平成17年までの、性病科外来男性患者12900人について、コンドームを使用したかどうかを聞いた。その結果を、表1の性行動の5群分類方式に基づいて類別した。用語は膣性交 (Vaginal Sex: V)、フェラチオ (Fellatio: F)、肛門性交 (Anal Sex: A)

表1 性行動の5群分類

	(V)	(F)	(A)
I群 (V+F)	+	+	+, -
II群 (F)	-	+	+, -
III群 (V)	+	-	+, -
IV群 (A)	-	-	+
V群 (他)	-	-	-

膣性交 (Vaginal Sex: V),
フェラチオ (Fellatio: F),
肛門性交 (Anal Sex: A)

チオ (Fellatio: F)、肛門性交 (Anal Sex: A) とし各々をV, F, Aで示した。調査は主要な1群 (V+F)、II群 (F)、III群 (V) の3群を対照とした。IV群 (A)、とV群 (他) は年に数人程度である上に、コンドームの使用例は稀である点を考えて、今回の調査では除外した。

調査結果

(1) 主要3群の年次推移

図1で昭和61年から平成17年までの群別人数比の推移を見ると、1群 (V+F) は昭和61年で全体の74%を占めていたが、平成17年では61%になっている。II群 (F) は昭和61年2%であったが、平成17年では28%に達している。III群 (V) は24%から11%に下がっている。1群 (V+F) とIII群 (V) との合計人数に対するII群 (F) の人数の割合は、昭和61年の98対2から、平成17年の72対28と変化していることが分かった。

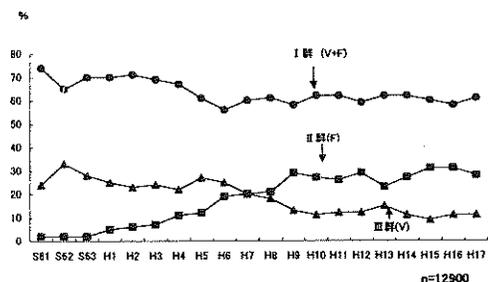


図1 性行動における群別人数比の年次推移

(2) 群別、年度別コンドーム使用率の推移

主要3群の群別コンドーム使用率の年次推移を図2で示すと、1群(V+F)は昭和61年の4%から上昇し、平成5年には37%の高水準に達した。それ以後17年までは27%から37%の間を変動しており、17年では35%であった。昭和61年に9%であったⅢ群(V)は、1群(V+F)と略同じ変動曲線を描いて進み、平成5年29%以降15年までは、25%から38%の間を動いていたが、16年17%と減少した。しかし17年には再び22%まで上昇した。Ⅱ群(F)は一時16%に達した年があったが、最近では2~5%の低いコンドーム使用率で動いている。

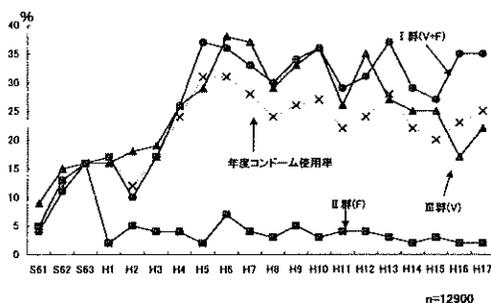


図2 群別、年度別コンドーム使用率の年次推移

年度別コンドーム使用率は、昭和61年5%から平成5年31%までは、Ⅰ群(V+F)やⅢ群(V)と略同じ変動を示していたが³⁾、6年からはⅠ群(V+F)やⅢ群(V)より10%程度低いコンドーム使用率で変動している。

(3) コンドーム国内出荷数の減少

最近、国内のコンドーム出荷数が減少していると報告³⁾されているので、その原因を明らかにしようと考えた。図3において、コンドームの国内出荷数の年次推移と、主要3群で占めるⅡ群(F)の比率及びコンドーム使用率とを対比させてみた。昭和60、61、62年

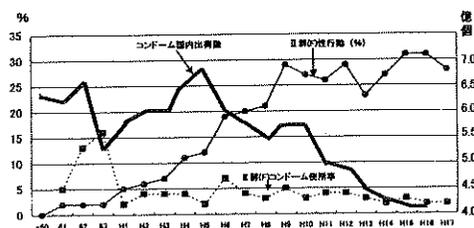


図3 コンドーム国内出荷数と主要3群に占めるⅡ群(F)の百分率、コンドーム使用率
コンドーム国内出荷数は薬事工業生産動態統計より引用

のコンドームの年平均個数としての6.4億個を基準として考えると、昭和63年では5.3億個と減少している。その後出荷数は増え、平成5年には6.8億個となったが、それ以後は急激な出荷数の減少が続き、15年、16年では共に4.2億個となった。つまり、34%の出荷数の減少である。一方、コンドーム使用率が2~5%と低いⅡ群(F)の人数比は、昭和61年2%から出発し、毎年上昇を続けて、平成15年、16年では共に31%を占めていたが、17年では28%とすこし下っている。なお、平成7年付近で、コンドーム国内出荷数の降下曲線と、Ⅱ群(F)の性行動において占める百分率の上昇曲線とが交差している。又、平成9年からは、Ⅱ群(F)の人数比が上昇して概ね23~31%の範囲で動いている。

考察

津上⁴⁾らが初めて、フェラチオと初期梅毒との関係を明らかにしたように、昭和56年から始まった膣性交(V)と一緒にフェラチオが、60年から独立した形でもはやされるようになった。以来、津上⁵⁾、大里⁶⁾らと共に警告を発してきたが、臨床の場では今でも「口からSTDに感染しますか」と聞く人がいる。

このような状態であるので、Ⅰ群(V+F)

とⅢ群(V)でのコンドーム使用率が40%を越えたとしても、これら2群の人数が減少して行くような状態が持続するのなら、性行動全体でのコンドーム使用数、つまり国内コンドームの出荷数が増加するようになるのはむしろかしい。一方、Ⅱ群(F)の場合のように、コンドームをつけないことに習慣づけられた人達が、機会があってⅠ群(V+F)の行為に移った場合に、直ちにコンドーム着用に踏み切れるとは考えにくい。コンドーム使用数を考えた場合、Ⅰ群(V+F)に使用するコンドーム数は、Ⅲ群(V)と変わらない。つまりⅠ群(V+F)の場合において、フェラチオ時のコンドーム使用、不使用はⅠ群(V+F)のコンドーム使用数には殆ど関係がない事である。Ⅰ群(V+F)の場合、膣性交でコンドームをつける人でも、フェラチオの時にはコンドームをつけない人もいる。行為順ではフェラチオから膣性交にゆく人が圧倒的に多い。

Ⅰ群(V+F)とⅢ群(V)とが、このような関係にある事を確認すれば、従来のコンドーム使用率と殆ど変わらないだろうと考える。そこで問題は、Ⅱ群(F)の2~5%のコンドーム使用率であり、95~98%のコンドーム不使用の大集団である。性行為群の約30%を占めるⅡ群(F)の膨大な人々がコンドームを付けないことの意味は大きい。筆者⁷⁾らは平成6年にコンドーム使用と問題点について発表した⁷⁾が、現在もなおコンドーム使用は少ない。

コンドームの使用が少なく、国内出荷数が減少してきた理由は、疾患に対する予防意識の低いⅡ群(F)の人数が膨大化したためであると考えると間違いがない。ここで理解し易

いように図4の概念図を示した。

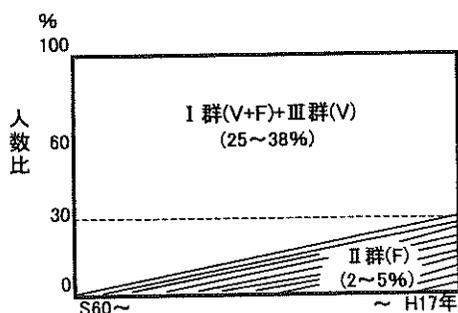


図4 コンドーム使用率の異なる各群の人数の推移
()内はコンドーム使用率(概算)

熊本らはSTDサーベイランス報告⁹⁾において、性感染症と人工妊娠中絶とが足並みを整える様に高校時代に急上昇している⁹⁾ので、少なくとも高校1年生を中心に積極的な指導が必須ではないか。国際的⁹⁾にはことに欧米などは、中学からすでにそれをHIV/AIDS予防とも絡めて、積極的にコンドーム教育を具体的に実施していると報じている。一方わが国ではコンドーム出荷率が最近急激に下落していることであって、それに反比例する様にHIV及び従来のSTDが増加していることも報告している。

又、木原らは15年度班報告書¹⁰⁾で、性感染症や10代の人工妊娠中絶が1990年代の半ばから、増加に転じて4、5年で倍増のペースで増え、同じ頃からコンドームの国内出荷数の急減が続いている。とりわけ1993年¹¹⁾以降の減少は激しく、平均すると年間1500万個以上の速度で減少している。因果関係の断定は出来ないが、これらの現象のあいだに矛盾は見られないと述べている。以上のような意見も図3を見れば一目瞭然、理解がいく筈である。

ここでコンドーム出荷数がどこまで下がる

かを予測してみようと思う。Ⅱ群 (F) の人数は 15 年, 16 年共に 31%であり, 17 年には 28%に下がっている。一方コンドームの国内出荷数は 15 年 4.24 億個, 16 年は 4.22 億個と僅かに下がっている (17 年未発表)。この両者を比較してみると類似点が目につく, あえて楽観的に予測すると, コンドームの出荷数は 17 年度で下げ止まり, ゆっくりと増加に向かうように思われる。

ここで問題は感染という問題である。コンドームなしの性交は感染症防止の上からみて危険である。又, 避妊の為の道具である旨と併せて, 初交が増える前から十分に教えておかねばならないと考える。

総括

性行動別分類に則って, 主要 3 群の 1 群 (V+F), Ⅱ群 (F), Ⅲ群 (V) について, その人数比やコンドーム使用率をまとめてみた。目下のところ, Ⅱ群 (F) の増加傾向と, コンドームの国内出荷数の減少が共に進んでいる。全体として, コンドームの使用が低調であることは, 疾病予防の心構えが十分でない事を証明しており, 将来に不安を覚える。更に人工妊娠中絶に対しての性教育も欠かすことが出来ない点である。

文献

- 1) 丸山治朗, 前野二三代:STD 感染の基礎的諸条件に関する調査, 第 I 編 性行動における型と群—その考えかたについて, 日本性科学会雑誌 21 : 55-67, 2003.
- 2) 丸山治朗, 大里和久, 津上久弥, 他:本

邦における STD 感染の基礎的諸条件に関する予備調査—コンドーム使用と問題点, 日本医事新報 3665 : 43-48, 1994,

- 3) 小林隆一, 木原雅子, 木原正博:我が国のエイズ対策の省察と今後の展望, 公衆衛生 67 (12) : 910-913, 2003.
- 4) 津上久弥, 大里和久, 深井和吉, 他:最近の初期顕症梅毒の病態変化, 岡本昭二(編):皮膚科 MOOK NO4 STD (性行動感染症). 金原出版, 東京, 60-67, 1986.
- 5) 津上久弥, 丸山治朗:Oral Sex と STD, 熊本悦明ほか(編):性と感染 (STD) ー性感染症医薬ジャーナル, 大阪, 386-389, 1990.
- 6) 大里和久, 丸山治朗:日本人の生活習慣の変化と性感染症クリニカル 124 (6) : 7-12, 1997.
- 7) 丸山治朗, 大里和久, 津上久弥, 他:本邦における STD 感染の基礎的諸条件に関する予備調査—コンドーム使用と問題点, 日本医事新報 3665 : 43-48, 1994,
- 8) 熊本悦明, 他:2002 年度 STD サーベランス報告. 日本性感染症学会誌 15 (1) : 17-45, 2004.
- 9) 熊本悦明, 他:2001 年度 STD サーベランス報告. 日本性感染症学会誌 13 (2) : 147-167, 2002.
- 10) 木原正博, 木原雅子:エイズ問題の照射する日本の社会脆弱性, 厚生労働社会疫学的研究班 15 年度報告書 : 1-8, 2003.
- 11) 木原正博:21 世紀の HIV 流行予防のための感染予防対策について, 厚生労働省社会疫学研究班 14 年度報告書:30-31, 2002.

健康教育としての性教育の提言 4つの健康論とLOHASの視点から

New Sex Education Theory Based on 4 Aspects of Health and LOHAS Viewpoints

千葉大学 教育学部

武田 敏

TAKEDA Bin

Chiba Univ. School of Education

初交年齢の低年齢化、思春期の性行動の活撥化が年々エスカレートし、性感染症の蔓延も重大な社会問題化している。これに対し、思春期の性行動を前提とした対策や教育法の開発を主張する解放的性教育論と、思春期の性行動を抑止する禁欲教育の復活を求める保守的性教育論がマスコミにも登場している。筆者は、健康教育の今日の理念に基づき思春期性行動のセルフコントロールを促す教育を推進している。今回はロハス理論と「4つの健康」論を性教育にとり入れ、以下のような展開を提言する。

LOHASとは？

LOHASは、Lifestyles of Health and Sustainabilityの略語で、健康とその持続可能のためのライフスタイルを意味する。アメリカンドリームという言葉の通り、「競争社会の勝ち負けが明らか」な米国社会である。1980年代、ヤッピーと呼ばれる人達が勝ち組の代表で、豪華な家に住み、高級車を乗りまわして「最高の物質的豊かさを享受すること」が、成功の証明であり、人生の幸せと見られていた。しかし1990年代に入り、「金銭的豊かさだけ

で、人は幸福にはなれない」と人々が気づき、心身の健康、更に4つの健康 Well-Beingこそが、人として生きる「豊かな生活であり人生である」と考えるようになった。これが21世紀のLOHASへとパラダイムシフトして行く。アメリカの社会学者ポール・レイは1998年、全米の成人の26%が心と体の健康を求め、シンプルで快適なライフスタイルを志向し、行動しようとしていると調査結果を発表した。Cultural Creativesと呼ばれる、これらの人々のライフスタイルとしてLOHASが用いられるようになった。彼等は「健康を維持するため地球環境を大切にすることが必要」と理解し、そのための活動に関心が深い。LOHASの生き方を「心と体の健康、心地よい、知的でカッコいいエコ、無理をしない」と紹介している。

LOHASと健康

Lifestyles of Health and Sustainability

3つのKey Words

- 1) Lifestyle, ライフスタイル, 生き方
- 2) Health, Well-being (WHO) → QOL (幸せ)
拡大したHealthの意義 (A) 体の健康

(B) 心身の健康 (C) 身体, 精神, 社会の健康 (WHO) と訳されているが, Social Health の意味は, 「人間関係のウェルビーイング」 (D) 最新の健康理論 (4 つの Health)

Mental Health が Spiritual Health と狭義の Mental Health に分化。前者は安らかな, ゆたかな心, 情緒の安定。後者は物事を自分で判断できることを Health とみる。

3) Sustainability, 継続可能

LOHAS → 幸せ (QOL) が続く生き方

ウェルビーイングのニューアンス

Health を Well-being とした WHO の定義は, 健康を考える上で重要なポイントである。Well-being を「良好な状態」と邦訳している文献が見られるが, そのままウェルビーイングと記述している例も少なくない。「良好」では伝えきれない微妙なニューアンスが Well-being にはあるからである。Well-being という Good-being とは言わない。Well と Good の差は, どこにあるのであろうか? Good の反対語は Bad であり, 又「よくない」(良くない, ではない) の Poor が反対語に使われることもある。Good には善悪の判断や客観的見方が加わる場合があるのに対し, Well は主観的感じ方である。ウェルビーイングを「良い状態」とは訳さず, 「良好な状態」とし, 「良」だけではなく「好」を加えることによって主観性を表現したものである。How are you? と語りかけられたことに対し, Very well, thank you というが, Very good という頻度は少ない。

主観性が強いが故にウェルビーイングには本人の満足感が感じられ, ウェルビーイングを幸せと訳すことも妥当と考えられる。障害や疾病をもち客観的には健康と言いきれない状態でも, 本人の気の持ち方により, 又認知を変えることにより, 「ウェルビーイングと本人が感じられる展開」のカウンセリングや指導が重要な意味をもっている。

健康教育と Sustainability

- (1) 継続的, 継続し得る保健行動により, 健康が保持, 増進される。保健行動を継続することが健康的ライフスタイルを定着させる。
- (2) 保健行動を選択した結果は即(速)効性のものと遅効性のものがある。継続して, その成果を検証しフォローしなければ, 健康を論じられない。
- (3) 健康の定義に Dynamic State of Well-being とあるのは, 人の健康状態が刻々変化することを意味する。現在(今日)良好な状態でも, 将来(明日)のために健康に留意し, 保健行動を選択しなければ, 今後のウェルビーイングは保証されない。継続性の意義を強調する健康教育プログラムが良い。
- (4) 健康レベルを向上させるためには個人の保健行動選択だけでなく, 集団としての共存的保健活動, 更に保健行動を容易にし, 成果を得られる環境条件が肝要であるという。これ等の集団的, 環境的因子は一朝一夕に成るものではなく, 継続的活動プログラムの集積によって実現される。

4つの健康，広義の Health, Well-being と人間の性（筆者）

Physical Health	Spiritual Health	Mental Health	Social Health
身体的 ウェルビーイング	心情的 ウェルビーイング	知的判断の ウェルビーイング	人間関係の ウェルビーイング
からだの健康	こころの健康	知恵の健康	仲よしの健康
元気な体 (疾病，虚弱でない)	安心，ゆたかな心 (心配，悩みがない)	判断，知性，智恵 (誤解，不合理がない)	友好，親和，協調 (差別，抗争がない)
性と生殖の 良好な身体機能 健全な発達	ゆたかな Sexuality Sexual Identity	性に関する適切な判断， 意志決定，行動選択	両性の相互尊重， 平等，親和，相補， 協調，助けあい

新しい健康の概念を性教育に導入するメリット

(1) 新たに設けられた Spiritual Health は，「安心，心の安らぎをウェルビーイング健康とみる」もので，精神的安定，セルフエスティーム，性アイデンティティに肝要な因子を構成し，性教育の精神とマッチしている。

(2) 新しい狭義の Mental Health は，「判断できることをウェルビーイング，健康とみる」もので，「性行動をする前に，よく考えて行動を選択することを教える」性教育の要点と合致している。

上記(1)(2)を一緒にして精神の健康とした旧分類では，性教育の理念と直結しない。

(3) Social Health を「人間関係のウェルビーイング」そのものを意味し，男女の親和的，協力的関係を大切にする性教育の精神と一致する。Social Health を社会の健康と訳したのでは性教育との距離が感じられる。

性の健康教育に関する偏見や誤解

(A) 性の健康を論じれば，ウェルビーイングとして性の快楽にも言及することになる。快楽志向の性がクローズアップされ，思春期の性行動を促進させる結果となり好ましくない，と短絡的に論じている向きもある。

性行為に伴う快をどう解説するか，が問題である。官能的快だけにとどまらず，心が充たされる Spiritual ウェルビーイングを大切にする，相手と自分とが快を共有する Social ウェルビーイングを志向する Human Sexualityこそが人間の性である。性行為の快楽という言葉より，性のよろこびという表現が妥当であろう。

第17回世界性科学会議（2005年）モントリオール宣言では，第8項に性の快楽はウェルビーイングの一要因であるという認識を確立する，とある。

(B) 性の健康は性と生殖の権利として，国際的に唱導 (advocate) されている。Reproductive Health and Right. 成人にとってこれは当然のことであるが，中高生が，「自分は身体的に性成熟したから性行為をする権利がある」と勝手に解釈しやすいので問題とされている。身体的機能は発達しても，性行為や生殖に伴って起こりうる事態に対応できる社会的能力，経済的能力を未だ十分身につけていないが故に思春期の性行動はセルフコントロールが特に必要であることを理解させたい。相手の異性の立場で；生を受ける可能性のある胎児の立場で；又カップルそれぞれの両親の立場に

立って考察を深める十分な時間が望ましい。権利は英語では Right 正義と一連の意味をもつ言葉である。「正当なことを通用させる」のが権利の本来の意味である、と教える(松本清一)。責任能力のない段階では正当な主張とはなり得ない。

モントリオール宣言では第一項に、すべての人々の「性の権利」認識を促進し、保証し、保護する。性の権利は「基本的人権の不可欠な部分」を成すものであり、性の権利なくしては、性の健康を獲得することも、保持することもできない、とある。性の権利が具体的に意味するものを事例をあげて解説すると解り易い。「自分の性の権利である」と主張することが、客観的にはパートナーの性の権利や児の権利を侵害するに至ることもあると気付かせる。

継続することのメリット

継続することにより

- (A) 知識が増し、理解が深まる
- (B) 行動効果が集積し、目標レベルに達する
- (C) 行動スキルが上達し、上手にできる
- (D) 人々が注目し、行動や主張が認められる
- (E) 根気や努力が評価され、人々の協力が得られる
- (F) 習慣化し、行動が自然となる
- (G) 行動に関わるニューロン(神経細胞)の連結ネットワークが確立し、行動しやすくなる
- (H) 行動がレベルアップし、更に上位の目標に挑戦するようになる
- (I) 経験を積み、体験から学ぶ。应用能力を増し、失敗を回避可能になる
- (J) その行動に対する自信が生まれ、ゆとり

をもって行動できるようになる

(K) 見通しをもって、計画し行動できる

LOHASのSustainabilityの概念を性教育に導入するメリット

(A) 現在のウェルビーイングが継続することによって、「継続させることができると思うこと」によってSpiritual Healthが更に向上する。ゆたかな性体験が安定性、継続性をもつことにより高いQOLとなる。

(B) ウェルビーイングの継続を可能にするため、どうすればよいかを考え、対応することがMental Healthの向上となる。パートナーとの親しい関係Social Healthをキープするための、Mental Healthを発展させる努力を続ける。性教育で最も重要であり困難でもあるとされているセルフコントロールの動機づけとして、「ウェルビーイングを継続させたい」気持を意識化し、強化して活かすことができる。

(C) 生命の継続志向は人のもつ基本的欲求である。生物である「人」は永遠に生きることはできないが、生殖により、生命を子にバトンタッチすることにより継承することができる。性の3要素の1つ、生殖を

4つのSustainable Healthの構造化(筆者)



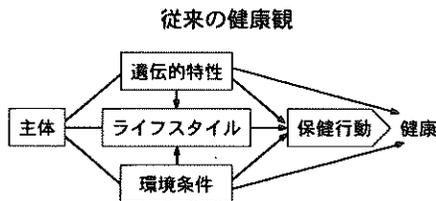
Mental Healthが他のHealthを可能にし、継続させる。Spiritual Healthが人の健康のコアに位置する

Sustainability の意義で理解させることにより、性の諸課題に真剣に取り組む態度を育成する。

(D) 避妊行動でも、相手への心づかい支援行動、コラボレーションも継続することにより成果が得られる。時々手を抜いたり、忘れたりすれば失敗や関係の挫折は免れない。Sustainability は性関係のウェルビーイングの不可欠な要素である。

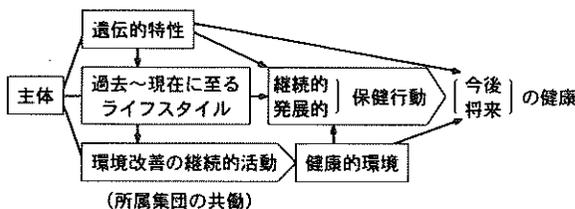
4 つの Health の Good Cycle

4 つの Health について、良好な状態が続くようにすることにより、4 因子相互間の Good Cycle が回転し、トータルなウェルビーイング、QOLが高まると期待される。狭義の Mental Health を加え、4 つの健康とすることにより、又 Well-being の継続を重視することにより 4 因子の相関が更に強化される。



LOHAS の健康観, Sustainability (筆者)

継続可能のための環境対策, 環境改善, Health Promotion.
継続可能は, Health の Dynamic な視点を重視



(1) 身体が健康なことは → 健康に自信をもち安心して暮らすことにプラス

Sustainable Physical Health	↔	Sustainable Spiritual Health
--------------------------------	---	---------------------------------

自律神経が安定し、免疫機能を高め健康な体にプラス ← 安らかな心で、ストレスの少ないことは

(2) 対人関係が円満なことは → ストレス軽減の良い条件

Sustainable Social Health	↔	Sustainable Spiritual Health
------------------------------	---	---------------------------------

相手と仲よくやってゆける良好な人間関係にプラス ← 安らかな心、ゆたかな心は

(3) 判断力のあることは → 自らの身体的健康を保持、生活行動をコントロールすることは

Sustainable Mental Health	↔	Sustainable Physical Health
------------------------------	---	--------------------------------

大脳皮質の判断力が常に機能しやすい良好な条件 ← 身体が健康なことは

(4) 判断し適切な意志決定ができることは → 将来に不安が少なく安心して暮らすことにプラス

Sustainable Mental Health	↔	Sustainable Spiritual Health
------------------------------	---	---------------------------------

適切な条件を下すための良好な条件 ← 精神的に安定していることは

(5) 判断力のあることは、 → 相手と仲よくやってゆくこと、良好な関係にプラス
状況をわかまえ、相手の気持や立場もよく考えることは

Sustainable Mental Health	↔	Sustainable Social Health
------------------------------	---	------------------------------

その情報に基づいて、その助言を参考にし、適切な判断する良い条件 ← 対人関係がよいと、知人や仲間から情報が入る。相談にも、のってくれるので

思春期の健全な性のため環境改善

LOHAS が広義の健康、「良好な状態を継続するために環境を重視する」ことは健康教育の Health Promotion の流れに一致する。「健康な生活習慣や保健行動の実践を容易にする環境づくりと活動」をヘルス プロモーションとして推奨している。健康を支援する環境を Supportive Environment for Health と目標にかけている。思春期の性の健康のための環境づくりは以下の諸点に対応することにより充実し、又それを継続することができる。

(a) 身近の親や家族、周囲の社会人が男女の人間関係のよいモデルとなる

- (b) 親子が語りあえる暖かい家庭環境をつくる
- (c) 若者グループが楽しく過ごせる健全な居場所を、地域に設ける。オーストラリアのウエアハウス等をモデルとする。
- (d) インターネットによる有害情報環境。ポルノ画像や風俗情報のアダルトサイト、ドラッグ情報や暴力画像のサイト、出会い系サイト等から思春期層を保護するための対策が急務とされている。東京都では条例を改正し、業者へフィルタリングの勧奨、保護者には、青少年の人格形成上のリスク喚起とフィルタリング利用を求めている。表現の自由の名のもとに俗悪映像や出版物が横行している。自己コントロール未熟な思春期男女に悪影響を及ぼす有害環境を放置せず、改善するため、良識ある Advocate 活動が期待される。

愛と信頼の関係継続不全症候群

Love and Trust Insustainability Syndrome

その時、その場では相手に対し、愛情を感じることはあっても、一時的に相手を信頼することはあっても、それを継続することができないために、各種の不応症候を示すようになる。

- (A) 共感能力と思いやりの不足、対人関係能力とスキルの低レベルが、その主因である。改善されなければ、その短所がその後も、ついてまわり、不和の原因となる。
- (B) 自立し生きる人格、愛の関係を継続できる生活環境、社会的経済的能力等が欠けているために愛と信頼の関係の障害となる。成立してもその後、継続しないことになる。
- (C) 性行為をした相手との信頼関係が続かず不満が重なって、ケンカ別れになる。次の

相手を求めて新しい恋をし性関係をもつが、この関係も早晩断絶となる。「デートしただけの相手との別れ」と「肉体関係をもった相手との別れ」はトラウマの程度が異なるため、精神保健上の差がある。この種の体験を重ねると次の相手との性関係の折り、「この人もやがて自分から離れて行くのか」という不安が心の中によぎれば、2人の心身の一体化による連帯感が障害される。性行為の安らぎとゆたかさを体験できにくくなる。性器を接することによる刹那的な感覚的快感はあっても連帯感の真の愛情は味わえない。(特に女性の場合) 異性不信、対人不信感が残り情緒不安定、ストレスフルな状態となる。性の快楽と生殖を分離する「避妊」を性の二元化と呼んでいるが、性の官能的快楽と「性行為の心の結びつき」連帯感が分離されることも二元化である。避妊も併用されていれば三元化という結果になる。快楽と連帯の解離はその人の性生活を貧しいものにし、Human Sexuality のレベルダウンであることは疑いない。不幸なめぐりあわせ故に異性遍歴をくり返す人や離婚回数が多い人達もあるので、社会的に冷視することはあってはならないが、「自己の行動選択の誤りとスキル不全が原因で、QOL 低下招くこと」を回避する良識が必要である。

愛と信頼関係の成立

- A) 愛と信頼の受動的体験
- B) 愛と信頼の快を実感
- C) 愛と信頼の価値認識。自己の体験だけでなく、他者の例から認知
- D) 愛と信頼の対象を求める能動的態度・行動

E) 上記対象の選択と関係成立

愛と信頼関係の継続 Sustainability

- A) 愛と信頼の関係成立, 満足, 継続希望
- B) 愛と信頼の関係に関する意図的態度
- C) 愛と信頼の関係継続のため, 相手に対する配慮と自己コントロールの必要性認知
- D) 愛と信頼継続のための対人関係スキル (ソシアル スキル) 学習
- E) 上記ソシアル スキル実践と実効の自己評価
- F) 愛と信頼関係継続のための社会的, 経済的能力

「愛と信頼」形成と継続に資する体験

- (A) 出生後早期に, 親の愛とケアにより, 「人に対する基本的信頼感」をもつことができた体験
- (B) 家族間の人間関係を通して, 暖かい家族愛を感じ取ることができた幼少期の体験
- (C) 幼少期に, スキンシップとやさしい言葉を通して, 親に十分甘えることができた体験
- (D) 学童期, 思春期に信頼できる同性の友人をもち, その親友関係が継続した体験。親離れの自立期に重要な意味をもつ
- (E) 思春期から青年期にかけ, 異性と親密な関係を継続することができた関係

思春期には対象が特定化されず, 関係が不安定となり易い。婚前交渉の少ない時代には単なる男女の交際で, 後の身体的, 心理的影響は少なく, むしろ交際体験から学ぶ面もあったが, 今日のように早期の「性行為を伴う交際」となると, その不安定性, 次々と相手を変える性関係が以後のライフ スタイルに重大な悪影響を及ぼすことがありうる

愛と信頼の関係

形成と継続のためのソシアル スキル

- A) 自分の気持だけでなく, 常に相手の立場に立って感じ, 考える
- B) 相手に十分発言させる。相手の発言をさえぎらない
- C) 相手の言葉に傾聴し理解する。うなづいて, 態度で示す
- D) 自分の気持や伝達事項を, 適切な言葉で相手に伝える
- E) 自分の発言に対する相手の顔の表情や反応から, 相手の感情や理解度を察し, 次の自分の言葉にフィードバックする
- F) 2人にかかわる事は, 何事も事前に相談してコンセンサスを得る
- G) 可能なことは一緒に活動し, その成果のよろこびを共有する
- H) 相手に及ぶ影響を考えて, 自己の発言や行動をセルフ コントロールする
- I) 将来のことを話題にして語りあう
- J) 相互の家族を大切にし, 親しくする
- K) 善意と誠実, 相手に対する思いやりの気持があって, 上記のソシアル スキルが活かされる

今日的対人関係スキル発達不全

愛と信頼の成立障害の社会的因子

- A) 夫婦共稼ぎで, 子に接する時間不足
- B) 親子のスキンシップ, 心の交流不足
- C) 少子化により兄弟姉妹の人間関係体験せず
- D) 近所の子供と遊ぶ場と時間不足
- E) 塾通いで, 放課後遊ぶ時間不足
- F) クラスメートは受験ライバル, 友情不成立
- G) ケータイ普及で対面交流減少
- H) コンピューターゲームやビデオ普及で一

人あそび, カウチポテト症候群

今日の思春期層は同性の友人との友情と共調協力を体験せず, 又は不足のまま異性との関係をもつことが発達上の深刻な問題である。「人ではなくモノとの関わり優先」「直接ではなくモノを介しての人との関わり」が今後の性教育上の課題となっている。この点に関しては筆者が別稿で扱う。広義の健康, 4つのウェルビーイングの発達不全が, 「愛と信頼の発達不全症候群」の原因であり, 又その結果は「LOHAS 障害の現実的社会現象」の重大な一面となっている。次々と相手を変える思春期の性行為, その関係が続かず不信と不安を残す交際は「妊娠さえしなければよい」「性感染症さえ移らなければよい」という性教育では解決できない。本著文のテーマを教育課題として実践する必要性を強調したい。

(文献)

- WHO, *Definition of Health Executive Board*, 1998
- P. H. Ray & S. R. Anderson. *The Cultural Creatives*. New York Harmony Books
- Fritjof Capra. *The Web of Life, a New Understanding of Living Systems*. Anchor Books
- 松本清一, 思春期健康セミナー, 日本家族計画協会, 平成16年
- 武田 敏, 性の健康と教育, 現代のエスプリ, 性の相談 (川野雅資編), 2004年
- 武田 敏, ロハス理論に基づく性教育, 日本健康教育学会総会 (平成18年)
- 武田 敏, ロハスと性教育・健康教育, 第35回性治療研修会 (平成18年)
- 武田 敏, *Spiritual Health* と4つの健康教育, *ヘルス カウンセリング学会誌* 7号, 2001年

症 例

女性ホルモン補充療法中（4年，7年2ヶ月） に発症した乳癌の二症例

山崎産科婦人科医院（神戸市）

山崎 敦子，山崎 高明

はじめに

婦人科術後患者や更年期障害，更に骨粗鬆症や認知症発症予防のためのQOLを高めるには長期間の女性ホルモン補充療法（以下HRTと略す）を要することが多い。しかしながら乳癌の発症リスクが若干増加するともいわれ，懸念されているのも事実である。だが実際に乳癌になった症例を見聞きすることがほとんどない。

当院において婦人科術後患者にHRTを施行中，4年，7年2ヶ月後に発症した乳癌の二症例を経験したので報告する。

〈症例1〉53歳の女性

2回経妊2回経産，既往歴，家族歴共に特記すべきことなし。

平成3年（39歳時）初診，子宮筋腫（クルミ大）の診断の下，約10年間追跡中，子宮筋腫が次第に3～4個と増加。筋腫が肉腫に悪性化する事もあるので程度の時期に手術をとすすめていたが，平成13年（49歳時）過多月経，腰痛が増大し，子宮全体が新生児児頭大に達した時点で手術を決心され，K病院婦人科へ紹介。子宮筋腫の診断の下，単純子宮全摘術，両側付属器摘出術を施行，数ヵ所の術後病理組織標本所見の一ヵ所のみ到低分化型肉腫を認めた（図1. 2）。

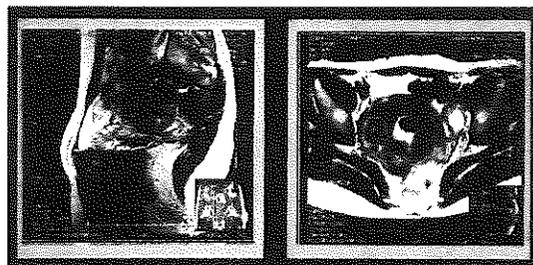


図1 症例1 術前MRI

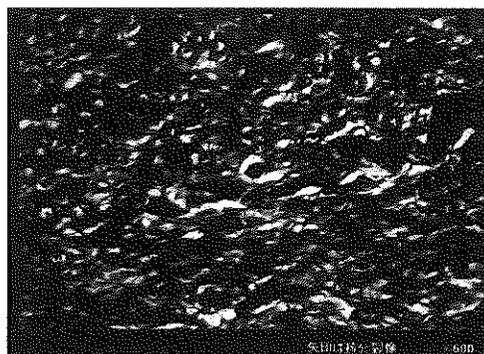


図2 症例1 低分化型肉腫

術後入院中よりめまい，ふらつきなどの卵巣欠落症状が著しく，この為プレマリンによるエストロゲン補充療法（以下ERTと略す）を開始し，QOLは向上した。その後4年間肉腫の再発および転移は認められなかったが，平成18年（53歳時）当院での乳癌検診時，本人は全く自覚していなかったのであるが，右乳房C-D領域に拇指頭大の少し凹凸のある腫瘤を触知し，直ちにS病院乳腺外科へ紹介，

翌月右乳癌の診断の下、右乳房部分切除術＋Sentinel Node Biopsy（転移なし）を受けた。

腫瘍は10mm × 8mm × 5mm大（invasive duct carcinoma）切除断端癌陰性、組織化学的にホルモンレセプター Estrogen 高度陽性、Progesteron 弱、HER2 蛋白質の発現＋3であった。

その後右乳腺への radiation を施行し、現在は再発予防の為の抗ホルモン剤の服用（5年間）を行っている。

〈症例2〉55歳の女性（昭和60年の症例）¹⁾

2回経妊2回経産、既往歴、家族歴共に特記すべきことなし。

昭和46年（41歳時）、子宮筋腫の診断の下、子宮単純全摘術（卵巣残存）を受けた。

昭和53年（48歳時）、性交痛、褐色帯下、易疲労感の主訴で来院。老人性膣炎および更年期障害の診断の下、以下の治療を行った。

- 1) E₂（エストリール）＋男女混合ホルモン（ダイホルモンデポ）注射（3年間）
- 2) E₁（プレマリン）＋自律神経調整剤（グランダキシン）内服（2年5ヶ月）
- 3) E₁＋黄体ホルモン（デュファストン）（1年9ヶ月）

この間性交痛はなく、疲れにくくなり、加えて趣味のコーラスでの発声もよくなり、日常生活全般にQOLの向上が認められ、本人はHRTに満足していた。治療を開始後7年2ヶ月で左乳腺に10mm × 20mmの腫瘤を触知、K病院乳腺外科へ紹介した。初めはマンモグラフィで乳腺症といわれ2ヶ月ごとにフォローしていたが、10ヶ月後超音波下生検にて乳癌と診断され、左乳房摘出術を受けた。術後病理組織化学的にはホルモン非依存性腺癌

とのことで、HRTの副作用ではないだろうといわれた。その後再発していない。

この人は、声楽家で、ソプラノ歌手であったが、閉経後高音が出ずアルトに下がり、がっかりしていたが、HRTにより又ソプラノで歌えると喜んでおり、性交痛もなくなりQOLの改善に寄与していたので、夫の死後も、発声の為HRTを希望したが、乳癌が発症したので、やむなく治療を中止することになった。

考 察

ここ10年来更年期障害に関する世間一般の認識が広まってきたせいか、以前に比べて治療目的で婦人科外来を受診する人が増えてきている。治療法は種々あるが、HRTを選択することも多い。一方、2002年に米国のWHI報告²⁾が紙上に出て大きな波紋をおこした。長期間のHRTは静脈血栓症や乳癌の発症のリスクを増加（危険率 静脈血栓症2.11, 乳癌1.26）させ、心血管疾患のリスクにもなる（1.29-1.41）との内容で、その副作用を懸念し躊躇される方もかなり多い。

この度HRT施行中に乳癌を発症した症例を提示した。理由のひとつはいろいろな学会で尋ねてみても実際に乳癌になった症例を経験したという声を聞かないからである。当院では約28年来HRTを採用しており、現在でも約100人前後の通院患者がいる。その期間は3ヶ月～20年と様々であるが、その中で2例の通院中の乳癌発症を経験した。日本における最近の乳癌の罹患率は上昇する傾向にあり、確かに当院のHRT以外の通常外来でここ数年4～5人/年の新規乳癌発症をみる。子宮や卵巣癌の数を上回る年もあり、増加を実感している。その中でHRT中2例という

数字が果たしてリスクとして本当に多いといえるのかは一施設としては不明である。しかし意識して定期検診で早期発見しているせい、ステージや予後は他のものよりよいという印象がある。また HRT の施行期間が長いほど乳癌の病期の低い割合が高いとの海外の報告³⁾もあり、今後の更なる検討を要する。

しかし以下の文献⁴⁾に示す如く、更年期以後の女性に対する HRT の効果は副作用にも勝る多くの QOL の向上に寄与する事は明白であり、以前に当院において HRT 3 年～15 年継続した 30 例に対する QOL の効果を見た成績⁵⁾では表 1 に示す如く、性交が楽になったものが 30 例中 18 例と最も多い。通常女性が婦人科受診時、性交痛があるとの主訴は減多になく、外陰部がヒリヒリ、ピリピリすると訴える事が多い。丁寧に診ても異常が見当たらず、当方が何も傷等ないと言うと、側にいる看護師に聞こえない様にそっと、実は主人とのセックスの時痛くて困るので、相談に来たと言うのである。この様な時は先ず Luve Jelly 投与と共に HRT を 2 週間すると楽になり、Luve Jelly も不要となり満足する。

表 1

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

当院における HRT を希望する患者の中で、かくれた主訴である性交痛のある人が一番熱心に治療を続ける傾向がみられる。そのかわりに夫が死亡するとブツツリと来なくなる。骨粗鬆症や認知症の予防には更に HRT の継続が望ましいと思われるのだが。

更に発声がよくなった 2 例があり、これは更年期になると声帯の上皮が肥厚して高音が出難くなるが、HRT によりこれが改善するものと思われる。現在迄当院では、声楽家 2 人、カラオケ屋のママ 1 人、芝居をする人 1 人、華道の師範で弟子への講演をする方 1 人の合計 5 人が発声が楽になるという目的で HRT を続けておられた。この点に関して産婦人科医でも殆んど言及されていないが、今日カラオケや声楽をしている婦人が多くなっているためこれも HRT の効果として評価すべきではなかろうかと思う。

閉経後早期から HRT を開始した人は冠動脈疾患のリスクを低下させるとの報告もあり⁶⁾、のぼせ、肩凝り、耳鳴り、めまい等の更年期初発症状は一挙に解決する。他方認知症予防のためには 64 歳未満の女性に HRT を行うと、認知機能を改善するだけでなく、アルツハイマー病の発症を予防する可能性があり、更に更年期うつ病に対しても良い影響を与える⁵⁾等の報告も多く、長期間の HRT の有用性は高いと考えられる。

他方 HRT によるデメリットであるが、子宮を有する人は子宮内膜癌の発症に関しては黄体ホルモン併用によりかえってリスクは下がる（危険率 0.83）というのが現在一定した見解である。米国の WHI 報告で乳癌発症と血栓のリスクは増加するといわれたが、調査対象の背景が我々日本人とかなり異なるため、

日本人に当てはまった独自の統計調査が目下進行中で、その結果が待たれている。HRTを長期間安全に行うためにはこれらのリスクとベネフィットを勘案しながら続けなければならない。当院ではこれらの癌に対する定期的検査をおこない、HRTの意義についても1年に2～3回はinformed consentを計り、あくまでも患者の意思によるHRTを行っている。用いる薬剤の用量や方法に関しても新しい知見を取り入れながら、患者の年齢や背景、使用持続年数などを考慮しながら採用している。

従って患者の中にも副作用等が心配になり暫く中断される人もいるのだが、又2～3ヶ月経過して来院される人もいて、やはりHRTを続けている方が体調がよいと言って再開されるケースが多い。65歳以上にはE₃単独投与に切り変えている。

終わりに

当院において長年HRTを施行中4年、7年2ヶ月の時点で乳癌を発症した2症例を経験した。しかし更年期以後の婦人のQOLを改善するにはHRTが非常に有用であることには変わりはない。時代とともに少しずつ変遷していくHRTの方法、リスクをふまえつつ、定期検診を通じて乳癌などの疾病の早期発見に努めることが不可欠であると同時に乳腺外科医とのすみやかな連携が必要であると考えます。

(本論文の要旨は平成18年11月19日第26回日本性科学会学術集会で発表した。)

文 献

- 1) 山崎高明, 山崎敦子: 中高年女性のQOLに対するHRTの長期例について: 日本性科学誌 15. No.1. 36～42: 1997年.
- 2) Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators.: Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial.: JAMA 288: 366-368, 2002.
- 3) R. C. Delgado. et al.: Prognosis of breast cancers detected in women receiving hormone replacement therapy: Maturitas 38: 147-156, 2001.
- 4) 麻生武士, 水沼英樹他: 閉経後女性におけるホルモン補充療法の重要性: 第21回日本更年期医学学術集会 HRT コンセンサスミーティング. Medical Tribune 特別企画, 第4部. 1～8. 2007年.
- 5) 大蔵健義他: 女性の記憶機能に関する知見補遺とエストロゲンが記憶に及ぼす影響についての検討. 日更年期医誌 6: 36～42. 1998年.

症 例

性に関する態度や発言が曖昧であった性障害（挿入障害）の一例

主婦会館クリニック・慶應義塾大学・日本学術振興会
佐々木掌子

はじめに

性治療（以下、セックス・カウンセリング）においては性に関する患者の態度や発言が不明であったり曖昧である場合、それをとかく性に対する抵抗や羞恥心によるものと考え、知的側面を見落としやすい。知的発達水準を考慮に入れ、教示の仕方を変えることで、行動療法が飛躍的に進んだ事例を報告する。

I. ケース概要

A子(32歳)、高卒で専業主婦、B男(35歳)、大卒で会社員。恋愛結婚10年目。

【主訴】

挿入障害。

【家族構成】

A子は父母妹と4人家族、B男は父母弟妹の5人家族であり、現在は夫婦で二人暮らしをしている。A子の父は文筆家、母は専業主婦である。父母ともにクリスチャン（プロテスタント）。

【カウンセリング期間と結果】

筆者とのカウンセリングの前に、本クリニックの産婦人科医と約2年間、全14回のカウンセリングを行っていた。その後、筆者が担当を受け継ぎ、約1年間、全15回のカウンセリングでペニス挿入、膣内射精が可能になり、ケースが終結した。1回の面接を除き、すべて夫婦で来所している。

II. カウンセリング経過

【筆者担当までのカウンセリング概略】

不妊としてA子の母の勧めで来院。本クリニックの産婦人科医が担当した。A子の表現では「そういったもの（筆者注：ペニス）を入れることができない」。内診とその後の検査の結果、膣の器質的問題もホルモン値の問題も認められなかった。初診時に、B男がA子の膣に一指を挿入することが可能であった。B男からは「手を出したことはあるが嫌がられ」、日常的なスキンシップも拒まれるとのことであった。B男も性交未経験であるが、週に4回ほどマスターベーションがあり、性的欲求には問題はなさそうであった。医師より二人で一緒に入浴することが課題として挙げられ、A子より「新婚時代、B男から一緒にお風呂に入ろうと言われ、びっくりした」という体験が語られる。その後、一緒にお風呂に入る、旅行で一緒に温泉に入る、タンポンやB男の指を入れるといった課題を着実にこなしていった。しかし、ペニスを触るという課題がこなせず、自律訓練法を導入したが進展が見られなかったので、医師から筆者に担当を任せたい旨が述べられ、本人たちの了解を経て、臨床心理士である筆者が担当することに決まった。

以下、筆者とのカウンセリング過程（「」

はA子・B男、〈〉は筆者の言葉として表記)である。

【X年2月～10月 #1～#10】

夫婦共に眼鏡をかけ、地味な洋服を着て、口数少なくゆっくりと話す。にこやかで上品だが、表面的な印象を受ける。

初回(#1)時、筆者より性カウンセリングの進め方や理論についての説明を行ない、あとはペニスだけであるという確認をし合い、膣ダイレーターの紹介をする。A子は「やってみます」と述べる。しかしタッチングの課題を「くすぐったい」と言ったため、まだ緊張が強いと筆者は判断し、膣ダイレーターを使用するのは緊張が取れてからにするよう勧めた。セッションではさわり方の確認を行う。A子は「こういう話は他に聞けないので…小学生用の本とかいろいろ見てはいるんですけど…」と性について学んでいることを述べる。タッチングに慣れてきた#4で、膣ダイレーターを購入。

A子はペニスを触るだけではなく見ることに抵抗があるようであり、タッチングのときもB男は下着をつけたままであった。ペニスのイメージはと問うと、「おっかないというか…前ほどではありませんが」という。「やっぱり自分でさわってみたいと…。余談ですが、お風呂とかも一緒に入るようにしないと。余談ですが…」と語るが、筆者は何が余談なのかと不思議に思った。

自律訓練法導入初期は、「何分間唱えればいいのでしょうか…」と説明のプリントに気を取られてしまいリラックスできないことが語られた。この緊張の強さがこだわりという形での強迫傾向なのかどうか筆者は押し量れずにいた。なお、自宅での自律訓練法につい

ては、どの程度まで行ない、そのときどんなことを感じたのかなどを書き込む日誌を渡している。物腰が丁寧なわりにひどく雑な字であり、平仮名が多く、1日3行ほどの単純な書き込みであったが、真面目に毎日課題をこなす誠実な人柄がうかがえた。その後も「家庭の医学」に自律訓練法が載っていたこともあってこの方法に対する信頼が増したようで、カウンセリング終結にいたるまで比較的継続して行っていた。

#7で、筆者がペニスに慣れるにはどんなことをすればよさそうかを問うと、「触るのに慣れてから、この棒(筆者注：膣ダイレーター)を入れてから触るようにして行って、なるべく早く慣れてそれから見ればいいと…」と語られた。“触ること”に慣れるのが先で、そのあとに“見ること”に慣れるという順序を述べたことを不思議に思いつつも、どのようにすれば“触ること”に慣れるようになるかを聞くと困った様子なので、風呂上りのB男のペニスをバスタオルで拭いてあげるのはいかがかという課題を筆者が提案する。A子は「そうですね」とにこやかに答えるが気持ちが入っていないような印象も受ける。#8でペニスを触ったとの報告があり、「前より嫌だとかはなかったです。目をそらす感じはなくなりました」、「(B男に) やってとってもオンワカン(筆者注：違和感?)はなくなりました」という。筆者は、着実に課題をこなしていつているにもかかわらず、いつもアルカイクスマイルのような表情を浮かべるA子の“実際感じていること”が汲み取れず、とらえどころのなさに困惑していた。#10では3ヶ月ぶりに来所し、A子は「主人が忙しかったので」と述べた。この回では、

もっとも太い膣ダイレーターが挿入できるようになったという報告がされた。筆者は「それはすごい変化ですね」と強く支持をしたが、再度アルカイクスマイルを浮かべる程度であった。ただしペニスに関しては触る課題を行っていなかった。〈ペニスを触るのはまだ抵抗がある感じでしょうか〉と問うと「なんでしょう…やっている回数も少ないから…」と言いつつも「だいぶ慣れたので大丈夫だと思います」とも述べる。これが本心からの言葉なのかと筆者には引っかかりが残った。

これまでのカウンセリングを振り返り、夫婦一緒に入浴することへの驚きといった性生活への無知、不安の言語化のなさ、言葉の使い方の奇異な印象、とらえどころのないアルカイクスマイル、押してこない自信のなさなど懸念材料がいくつも挙がり、こうしたことが心理的な抑圧からくるのではなく、知的水準に由来するものではないかと筆者は仮説を持つに至った。当分、B男が来所できないということだったので、この機会をとらえてA子1人の来所を要請した。

【X年11月 #11】

A子だけの来所。性歴・生育歴を中心に話を聞く。A子は中学を卒業後、勉強よりも生活技術の習得・訓練に重きをおいた独自の教育方針の高等学校へ入学。園芸や調理などを中心とした学校生活であったようである。現在の父母は何をしているのかと聞くと「よくわかりません」とのこと。〈あまり会わないですか?〉「昨日も母とは会いました」〈そういう話は出ないということ?〉「忙しくいろいろしているようなんですけど」となり、具体的な説明を求めると、漠然とした返答になる。

“性的な興奮”、“マスターベーション”が何を指すのかおそらくわかっていないのではないかと疑問に思っていた筆者は、それについて聞いた。「そういうのは、最近全然ないですけど」〈一番最近だといつになるかしら〉「半年以上前でしょうか」〈どんなとき?〉「そうですね、主人と散歩をしているときですかね」と言うので〈B男さんが触ってきたのですか?〉と聞くと、「そういうわけではありませんが…」と述べ、それ以上は黙ってしまう。“最近全然ない”という返答の仕方を聞くと、理解をしているかのように聞こえるが、A子の中では“性的な何か”という程度の理解ではないかと筆者には思え、〈中高生のとき、マスターベーションをしたことはありますか?〉と聞くことにした。すると「そういうこともあったのかもしれませんが、よく…」というやりとりとなり、質問の答えはきわめて曖昧で会話はとらえどころがない。具体的に話せないということがマスターベーションについて話すことの躊躇からではないと思われたため、そこでずばりと〈マスターベーションってどんなことをいうのかよくわからないかしら〉と尋ねた。A子は「そうですね…はい」と答えた。

これまでA子は“性的な興奮”、“マスターベーション”が具体的に何を指すのか分かっていなくとも、“性的な何か”程度の理解で返答していたようであった。筆者はそうした返答を受け、具体的に知っているだろうと思いつつも、それだけでは納得できない違和感を持ち、長らく困惑していたと考えられる。この回のやり取りで、これまでのA子の曖昧な返答が性的なことゆえの上品な表現というよりもむしろ、知的発達水準が問題であり、性

に関する理解が乏しかったためであると把握できた。

【X年11月～X+1年2月 #12～#15】

#11の面接により、A子はこれまでの教示をあまり理解していなかったとアセスメントをしておし、よりきめ細やかな教示が必要であると判断した。そこで、教示をより詳細により具体的により視覚的にし、どこまで課題を理解できたのかを確認するため、課題の復唱を加えるという対応を行うことにした。

#12では、〈ペニスの触り方はわかりますか？〉と聞き、「たぶん。詳しいわけではありませんが」とのことなので、丁度その頃入手したヨーロッパの性教育ビデオを勧めた。これにより実際のセックスの動きを視覚的に理解してもらうようにした。視聴中、筆者から適宜簡単な説明を入れた。A子は「自然体な感じ。リラックスしてやっている感じ」、B男「変なやらしさがない」と感想を述べた。#13では〈B男さんはどんな触り方がいいでしょうか、この棒をペニスだと思ってA子さんに教えてあげてください〉と膣ダイレーターをペニスに見立てて夫婦で実演をしてもらった。「ああ、こういう感じなの。ちょっとやわらかかったかもしれないわね」などとA子は感想を述べた。筆者はその後も〈それくらいの強さで、この方向でこするということですね。白い液が出るまでこすってください〉と膣ダイレーターを触って確認するA子に説明をし、B男に射精にかかる時間を聞いた上で、A子に〈さっきの強さでこするわけですけど、15分位こすることになりますね〉と具体的な時間まで伝えた。復習のためA子に〈次回までにこれができたらいいなあ

ということ〉と問うと「硬くなるのを確かめたいというのと、できたら、白い液が出るのを見届けたいですね」と答えたのでA子の理解が確認された。#14でペニスの挿入を試したがうまくいかなかったということなので、図解セックス・セラピー・マニュアル¹⁾の図を見せ、A子に〈どの姿勢が1番出来そうな感じですか〉と聞いた。「…これ(筆者注:座位)ですかね…、他のだと、位置がよくわからなくて…主人が分かっているほうが、いいと思いますので」とのことであった。これまでA子自らが位置がわかって入れられるようにするため、膣ダイレーター挿入についても女性上位を勧めていたが、かえってこのことがよくなかったのだと思われた。帰り際、座位の姿勢のイラストをコピーして渡した。#15で来所早々、A子が「前より気持ちよくなってきました」と言う。不思議に思っただけで筆者が〈何がですか〉と問うと「ペニスの挿入です」と事も無げに言った。聞くとこの1ヶ月の間に、2回、ペニス挿入と膣内射精を試み、できたという。「ペニスも怖くなくなりました」。その後のフォローアップを提案したが「そうですね…またできなくなったら来ます」という返事であった。

Ⅲ. 考察

ペニスへの抵抗について、A子のアルカイックスマイルで表わされるものが何に由来するのか適切にアセスメントできず、心理療法として深めたほうがいいのか、何かほかの理由があるのかで筆者は悩んだ。つまり、ペニスにまつわる無意識的な外傷的体験や罪悪感などが存在しているのか否かを、つかむことができなかった。しかし、#11で、無意識

的な深層部での問題というよりもむしろ、その知的発達水準からくる未知なるものへの不安ではないかと捉え、カウンセリングでの対応の仕方を変更した。A子に対する教示法をより詳細により具体的に視覚的に変え、課題の復唱を加えたところ、その後、4回目の面接でペニス挿入と膣内射精の報告を受けた。A子は、カウンセリングの目標や内容やその意味をあまり理解できていなかったため、課題がどういう意味を持っているのか正確に把握できず、課題をこなせているにも関わらず喜ばなかったのではないかと考えられる。A子の特徴を筆者が読み取れなかった間、彼ら（主としてA子）は具体的な手の動かし方や動作の仕方などの分からなさで不安を抱えていたのではないかとと思われる。

セックス・カウンセリングでは、“患者はかなりあいまいな言葉で自分の状態を語るのが普通である³⁾”といわれており、当初筆者はその範囲内であると考え、性に関するポキャブラリーを多く持っていなかったり、性のことをぼかして語っていても、クリスチヤンの家庭で育った女性という情報も相俟って、そのままカウンセリングを続けてしまった。今から振り返れば、小学生用の性教育本で学ぼうとしたり、文意の読み取れない応答があったり、自律訓練法の日誌の文章が単純であったり、漢字や言葉遣いの誤りが散見されたりなどといったことから気がつくべきであったが、よく躰けの行き届いた礼儀の良さがあったため、知的発達水準の問題に目を向けることができず、アセスメントに柔軟さを欠いていた。

なお、知能検査は実施していない。“現存する知能検査の中でいかにすぐれた知能検査を選択したところで、そのみでは知能診断

が不十分であることは、臨床に携わったことがある者なら容易に認識できるであろう³⁾”といわれているように、知能の判定とは本来、かなり困難なものである。A子は、本質的な理解や推理能力、想像力などが弱いと推察されるものの、生活技術や社会的礼容などを習得する力は十分にあるため、負担をかけてまで知能検査を実施する必要はないと思われた。そして何よりもそういった検査をすることが治療的な意味を持つのか疑われたため、実施には至らなかった。

筆者の見立てでは、A子の標準的な知能検査での知的発達水準は、2標準偏差分ほどの低さはなく、平均よりも若干低いボーダーラインレベルではないかと推察された。特に新しい場面への適応や抽象的思考は苦手だと考えられる。しかしそれは、日常生活が問題なく行え、社会生活にも支障をきたさないレベルである。“適応機能に明らかな欠陥または不全がなければ、(A子よりも下の水準にある)IQ70未満の者でも精神遅滞とは診断されないであろう⁴⁾”とあるように、A子の適応機能はセックスに関すること以外は十全であり、専業主婦として問題なく生活を送れているため、いわゆる精神発達遅滞の状態ではない。A子の原家族が知的刺激にあふれ、彼女がうまく社会生活を送れるよう環境を整えることのできる教育力のある家庭であったことも、彼女の適応のよさにつながっているのではないかとと思われる。B男についても、どんなところがよくて結婚したのかを聞くと「やさしいところですね…。やさしくて、一緒に考えてくれるからいいな、と」と語られ、A子にとって非常にサポーターであることがうかがえた。

結婚前までは父母が補助自我を，結婚後はB男が補助自我として機能していたが，セックスに関することについては，B男も，クリスチャンであるためか親も，A子を支えるほどの動きはとれず，立ち止まっていたのではないかと考えられる。その結果，教育的サポートが届きにくい“セックス”に特化した場面でのみ，若干，不適應になっていたのではないと思われる。適応という能力を考えると，セックス場面での行動に特化した，より教育的なアプローチにしたことで，変化がみられたのではないかと推察される。A子の特徴に筆者が早期に気がついていれば，治療期間はかなり短縮されたのではないと思われる。柔軟にして十分なアセスメントが必要であると自戒した。

IV. 文献

- 1) ヘレン・シンガー・カプラン・阿部輝夫(監訳)・篠木満(訳)：図解セックス・セラピー・マニュアル. 星和書店，東京，1996.
- 2) 金子和子：性機能障害とセックスセラピー. 日本性科学会(監)：セックス・カウンセリング入門. 金原出版株式会社，東京，75-133，2005.
- 3) 中野光子：臨床知能診断法. 山王出版，東京，1997.
- 4) 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸(訳)：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版. 医学書院，東京，2006.

【謝辞】

いつも御指導くださっている主婦会館クリニックの産婦人科医である堀口貞夫先生，堀口雅子先生に感謝申し上げます。受付の皆様と看護師であり助産師でもある潤間久江さんには，カルテの整理などのみならずA子さん・B男さんに関する示唆に富む見方をご指摘いただき，たいへんお世話になりました。心から感謝申し上げます。また本事例は，日赤医療センターの金子和子先生のスーパーヴァイズを受けながら進めていきました。ありがとうございます。最後になりましたが，本事例を報告することを了承してくださいましたA子さん・B男さんに厚く御礼申し上げます。

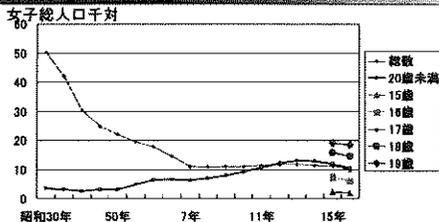
日本産婦人科医会宮城県支部の性教育への取り組み

日本産婦人科医会宮城県支部性教育委員会

長池 文康 古賀 詔子 佐々木悦子 安藤 順一
渡辺 正 千田 定則 中川 公夫

日本産婦人科医会宮城県支部では高校からをはじめとして性教育講演依頼の増加にたいし、講演依頼の窓口を一本化すると共に、地元の先生方に広く性教育に携わって頂くことを主旨に平成9年より日本産婦人科医会宮城県支部に性教育委員会を発足させ、活動を開始しました。現在までの経過と現状を述べさせていただきます。

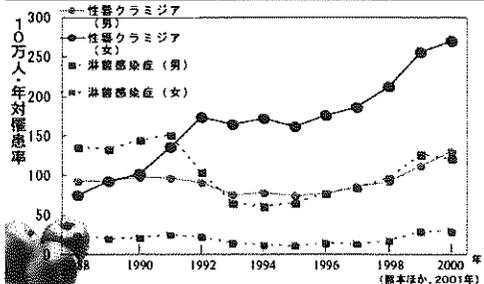
人工妊娠中絶術実施率



スライドは昭和30年から平成16年までの人工妊娠中絶の実施率を示しました。総数では年々減少しているが、10代の中絶は増加しています。平成15年から20歳未満は1歳刻みで統計が取られるようになりました。19歳と18歳での実施率が際立って多いことがわかります。

スライドは男女別の淋菌感染症と性器クラ

わが国における性器クラミジアと淋菌感染症の罹患率の推移



ミジアの年間罹患率です。性器クラミジアは1990年(平成2年)ごろから急激に増加しています。女性のクラミジア感染症は、近年さらに増加傾向にあります。

日本産婦人科医会宮城県支部性教育講演の経緯

- 10代の人工妊娠中絶が増加
- 10代の性感染症に激増(特にクラミジア感染症)
- 産婦人科医として[性早発化][性早熟化]に何らかの対策が必要との合意
- この時期に高校からの性教育講演依頼が増加
- 講演依頼受付の窓口を一本化するとともに、地元の先生方に広く性教育に携わっていただくことを趣旨に、平成9年、性教育委員会を発足

日本産婦人科医会宮城県支部の性教育講演の経緯について示します。

10代の人工妊娠中絶の増加、性感染症、特にクラミジア感染症の増加がづづいています。

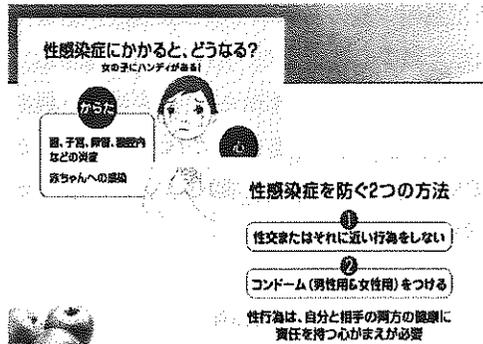
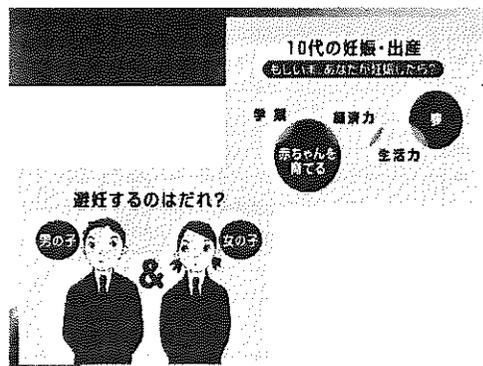
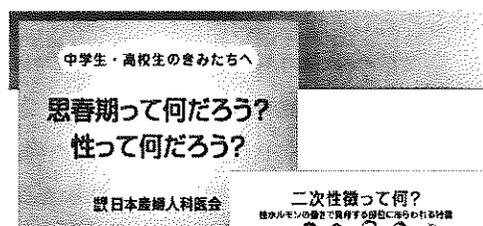
このような現状の下で、産婦人科医として性に関して「性早発化」「性早熟化」という問題を日常的に目の当たりにしています。時を同じくして、行政側から AIDS 教育をはじめとして性教育講演に対する支援事業が進められ、それを契機に各高校からの性教育講演の依頼が増加しました。そのころは窓口がさまざま、個人的に依頼をされることも多く、依頼をされた先生から当支部に相談されることもしばしばとなりました。そこで当支部では、講演依頼の窓口を一本化するとともに、地元の先生方に広く性教育に携わっていただくことを趣旨に、平成9年に性教育委員会を発足させ活動を開始しました。

性教育委員会の活動内容

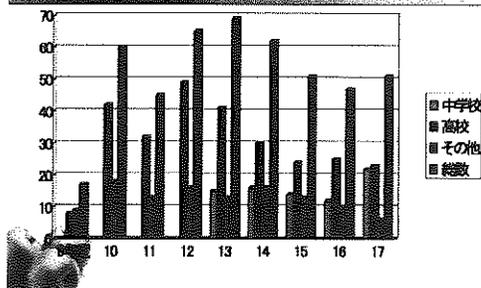
- 会員に性教育講演に協力可能か否かのアンケート調査を行った
- 講演依頼書を作成し各学校、施設に配布した
- 各学校、施設からの依頼を受け、講師をおもに地元の先生方の中から調整
- 講演をするにあたり各先生方がそれぞれの特徴を活かしながら共通の内容、レベルの話ができるように各種勉強会を開催
- 会員が利用できるように講演用スライドを独自に作成し、希望者に配布し、また貸し出しも行った

まず、性教育講演に協力できるか否か、出来るとすれば可能な曜日、時間帯をアンケート方式で支部会員に調査を行いました。依頼書の書式を統一し、各学校、施設などから講演依頼を受け、その講師の選択を性教育委員会で行い、会員に依頼します。講師は依頼があった地元の先生方の中から選ぶことを原則としています。講演を行うにあたり、どのようなことを話すのか、その指標になるものはないか等の要望がありましたので、勉強会を開催したり、会員が皆で利用できるように講

演用のスライドを委員会で作成しました。このスライドは希望者には実費で配布し、また必要なときには貸し出しを行いました。これらにより、スムーズに講演を行っていただいています。スライドに関しては、当支部で作製したものを元に日本産婦人科医会が作製したものが CD で提供されるようになり、全国で利用されています。



性教育講演の実績



性教育講演の実績です。性教育講演は窓口を一本化して開始したのが平成9年です。初年度は18件であったが平成10年からは多くなっています。高校・中学は生徒を対象にした件数であり、教師・父兄を対象としたものはその他に数えています。平成12年度で県内の高校はほぼ一巡したようでしたので、県教育委員会と協議を行い平成13年からは中学校も対象に講演を行う事になりました。高校については希望校のみとなったため、性教育に積極的な学校のみが継続的に行っているようです。

主な講演内容(演題名)

- 思春期の生と性
- 性感染症について
- 避妊と性感染症
- 思春期のころとからだ
- エイズについて
- 他



各講演の演題名を見ると、「思春期の生と性」、「性感染症について」、「思春期のころとからだ」、「エイズについて」などとなっています。その他、いろいろな演題名がみられ

ます。内容に関しては、高校では性感染症についての要望が多いようです。また、妊娠と避妊についてもきちんと話してほしいとの要望も多く、もちろんエイズについては必須のようです。女子高では月経に関する要望も多いようです。

現在・今後の課題

- 中学校からの講演依頼が増加してきた
- 高校生に合わせてスライド・資料を作成
- 中学生に合わせてスライドの作成が必要であるが、いまだに完成していない
- 少人数単位の性教育が望ましいが現状では難しい
- 講演依頼に対応するための講師の不足



現在また今後の課題としては、中学校からの依頼が増加しているが、講演用の資料もスライドも高校生向けに作製されています。スライドは今までのものの中から中学生向きと思われるものを選んで使用しているが、独自のものを追加作成する必要があるがなかなか完成していない。

講演のスタイルは授業時間数が限られているので仕方がないと思うが、大人数での講演が多い。依頼の内容をチェックすると、高校でも中学でも全学年が対象であったりすることがあります。高校でも知識・意識の個人差があるが、中学生ではその差はさらに大きいと思われます。高校も中学も1学年のみを対象とするよう変更を申し入れています。中学生ではさらに少人数根の講演が望ましいと思われませんが、マンパワーの問題・時間的な制約等難しいのが現状です。

現在の問題点

- 講師を引き受けられる産婦人科医師の不足
 - 医師の偏在
 - 絶対的な数の不足
 - 医師不在地域からの依頼
 - 特定の会員に負担が集中する
 - 特定の会員への講師希望も多くなっている
- 閉院リタイアする先生が増えた
- 新規開業も多くなった



マンパワーは今後さらに問題となるとおもわれます。中学校からの依頼が増えるにつれ、産婦人科医の少ない、またはいない地区からの依頼が多くなり人選に苦慮するようになってきています。産婦人科の減少もあります。医師一人で分娩を扱っている施設の先生は講

演と出産が重なると出かけていくことが困難であり、複数の医師がいる施設、または分娩を扱っていない施設の先生にお願いすることが多くなることになります。特定の先生に負担が集中することになっているのが現状である。講師についての希望も多くなっています。また、ここ1・2年で開業をやめリタイアする先生があり、また一方新規開業された先生もいるので、アンケートと勉強会を行う必要があると考えています。

産婦人科医会としては講演が10代の望まない妊娠や性感染症の増加を少しでもなくなるよう講演を通して役立って行きたいと思っています。

オーガズムの科学

著 者 Barry R. Komisaruk: Carlos Beyer-Flores: Beverly Whipple

出 版 ハーバード大学出版部 Baltimore U. S. A. 2006

著者略歴 B. R. Komisaruk ラトガーズ大学心理学教授,

ニュージャージー医科歯科大学放射線学部準教授

C. Beyer-Flores メキシコ Tlaxcala 研究所長

B. Whipple 看護師, 認定セックスカウンセラー, ラトガーズ大学名誉教授

山王病院

野末 源一

オーガズム時に、顔をよく観察すると快楽を感じているのには間違いないが顔をしかめ如何にも苦しめられている表情になる。著者等はMRIを使用して、苦痛の時に脳が活性化する場合（後述）も又オーガズム時にも同じ場所が活性化することを見いだしている。このように著者等は性の新しい研究方法としてMRIを用いることが今後の方向であること更にその現象の解釈をすることが今後の研究であることを繰り返し述べている。

この本では主にオーガズムを中心として派生する性の疑問についてそれに答える形式で一般の人にもわかりやすい説明になっている。然し後半の中心となるテーマは著者等が新しく見いだした性器からの知覚神経伝導路（子宮・陰部→下腹神経および迷走神経→脳幹→オーガズム）についてどうしてそのような結論になったかということ平易な言葉を用いつつ脳の解剖、脳神経科学を説明しその上でMRIの結果を表示し説明する。

クリトリスからの知覚神経は陰部神経を通り、脊髄神経を通して、脳に伝わりオーガズム反応をおこす。クリトリスや陰部からの刺激が完全にブロックされているならばオーガズムにならない筈である。然し著者等は自己刺激装置を考案して子宮陰部を刺激した。研究結果によれば外傷により脊髄損傷を受け半身不随の人々でもオーガズムを感じることが見出された。この成果は脊髄損傷の患者およびボランティアによる協力による。その結果をもとに著者等はオーガズムの際の脳内変化と神経伝導路（子宮陰部から脊髄神経を通らないルート）など今まで分かっていなかった仕組みを説明している。

これらの研究成果は事故により脊髄損傷を受け半身不随の人々の自己刺激によるオーガズム、更にボランティアによる協力による研究結果の積み重ねによるものであった。

オーガズムは脳で感じ（脳のある部で血流が増加）精神的又身体的変化を引き起こす。外傷による完全脊髄損傷ではクリトリスから

の知覚は総て遮断されている。今までの常識だとこのような場合はオーガズムを感じない。ところが子宮腔部を刺激することによって心理的な喜びと共に、血圧が高まり瞳孔が拡大し、心拍数、呼吸数などの変化があることからこれをオーガズムであるとした。

著者等はオーガズムの定義を上述べたように研究上設定した。然しオーガズムを定義することも一筋縄では行かない。文献的に調べてみると、研究分野が異なった人によって定義は異なっているし定義の数も多いことが分かった。今までのオーガズムの定義を多くの文献をもとに考察し一応の結論として次のように述べている。

オーガズムの定義

オーガズムという現象を理解するには一詩的な面から又感情、スピリチュアル、意識などの面からの理解—その解明が進んでいない医学的見地からの理解—など多くの異なった理解がある。又一方オーガズムについては表現できないとか定義しがたいとしてそのままにしておきたいと思っている人も多い。しかしながら定義を試みている人々もある。オックスフォード辞典によれば、その語源はギリシャ語からで、ふくらみ、湿り、興奮或いは熱心の意味。さらに Kinsey, Masters & Johnson の定義をふまえて Meston, Levin 等 (2004) は次のように定義をしている。“一回ごとに変化し、過渡的で判断力、自制力を失うほどの強烈な快感であり多くの場合、膣を取り囲む骨盤横紋筋の不随意的な律動的な収縮と同時に、膀胱、肛門の収縮と筋肉収縮を伴う。そして多くの場合性的に引き起こさ

れた血管充血、筋緊張が失われつつ幸福感と満足感を伴う。”

更に性にかんする興味のある事実について多くの事柄を述べている。その中で特に興味を引いた章を抜粋すると次の記載がある。

1) 性器からの刺激によるオーガズムは知覚神経によってそれぞれ質の違ったオーガズムを感じる。又性器からの刺激がなくて認知力だけでオーガズムになることを身体的変化、被験者の調査で証明出来る。

2) オーガズムの身体的変化の変化について男女それぞれ形態の変化を説明しさらにオキシトシンは神経伝達物質として働くことや勃起時の海綿体の血圧は数百ミリ水銀柱に達することなどが書かれている。

3) オーガズムは健康のためによいか？

1979～1983年の約10年間にわたった Smith 等によって行われた調査で、頻回にオーガズムを感じている方が、死亡率は50%低かったこと、又オーガズム時には痛みに対する閾値が減少する実例として月経痛のある場合 masturbation や実験のために性器を刺激し痛みの度合いをしらべ、オーガズムでは痛みが減少することを証明している。妊娠中に性交しオーガズムを感じているものの方が、健康な児を出産していることも挙げている (Sayle et al., 2001), 更に、米国の研究で (Leitzmzn et al 2004) は男性の前立腺がんが性交数の多いほど少ないという統計結果を引用している。このような結果を見るとオーガズムを感じている方が

(少数の例外を除き) 健康のためによいと思われる。

4) 今も続いている子宮摘出が性機能に与える影響についての議論：最近の調査によっても影響を与えるとする論文，影響がないとする論文がありほぼ半数である。今後の研究課題であるとしている。

5) 性機能不全についてはほぼ日本性科学会監修のセックスカウンセリング入門と同じ配列と内容で記載されている。

6) 病気，加齢によるオーガズムの変化

1999年に行われたAARP (American Association of Retired Persons) 調査では60才から74才の女性では配偶者のない例は50%，それ以上の年齢では80%，それに反して男性では75才以上でも配偶者のない例は20%であった。更にその調査が2004年度にも行われ，女性では45才から49才の間で約半数がマスターベーションをしていることが分かった。

7) 分娩中では血液中にオキシトシンが下垂体後葉から分泌される (Feuguson 反射 1940 と呼ばれている)。オーガズム時には血中にオキシトシンが下垂体後葉から分泌される。これも乳首，性器からの刺激により視床下部にある Paraventricular 核の活性化による Feuguson 反射と共通の経路を通ると考えられる。

8) 膣頸部抑制反射 (Vagino-cervical inhibitory reflex)

雌のネズミで膣の中に細い1ミリの注射器を挿入頸部にわずかの力を加えるとネズミは動かなくなり，足を伸ばし，腹筋が緊張することが見出された。(Komisaruk 著者 1971) ネズミを逆さにしても筋緊張がとれなく脳が関与しない反射であると考えられる。

9) 著者等は性的興奮 (arousal) が脳にどのような変化を与えるかを，PETとMRIを駆使して調べている。脳波では脳の深部での十分な情報が得られないためPET (Positron emission tomography) とMRI (Magnetic resonance imaging) を使用したが，両方とも血液力学 (血液に関係する) 反応を調べるものである。PETでは，水に放射性の酸素をつけて静脈注射をしなくてはならないので，放射性酸素の半減期が2分と時間が限られていること，さらに実験の場所に近くサイクロトロンを設置を必要とするので，専らMRIを使用した。又被験者として，脊髓損傷のある人々を対象にボランティアを対照として研究が行われた。脊髓神経が全部切断されている被験者でも，膣上部の機械的刺激でオーガズムが得られ，延髄のNTS (nucleus of solitary tract) および小脳が刺激されていることが分かった。NTSは迷走神経の知覚枝が反映するところである。また小脳は全身の筋肉の緊張に関係がある。即ち，膣部からの機械的刺激は脊髓神経の伝達路がなくても迷走神経の知覚枝から脳の他の部分に反映してオーガズム現象を起こすことになる。

オーガズムによって活動化する脳の部位は，視床下部，辺縁系，新皮質 (側皮質お

よび前葉皮質), 大脳髄質深部にある灰白質で大脳殻または基底核(とくに被殻 putamen) および小脳である。また PVN (paraventricular nucleus) の活動もオーガズム時のオキシトシン分泌をよく説明できる。PVN からオキシトシンが分泌されることが分かっているからである (Feuguson 反射 1994)。

最後に著者等はオーガズムの際にこのような脳の各部分が活動していることが分かり、脳にある神経細胞の集合である核の特定部分

がオーガズムに関係していることが分かりかけてきた。然しこれらがどのようにオーガズム現象を起こすのか、まだまだ分かっていない。然しこれらの部分を研究することによってオーガズム現象を解明することが今後の行動神経科学の基本的戦略であるとのべている。

この本では身体的な性反応先端的研究の成果, さらには新しい性の健康に関する事実を知ることが出来る。そして性の科学はまだまだ分からないところがあるし興味のある分野であることも知ることが出来る。

魂萌え！の女たち，その他

性と健康を考える女性専門家の会会長
堀口 雅子

最近，年代は異なるが一連の繋がりを持つ数世代の人たちの人生に関わる本を読んだ。

「40代初産をはじめた女性たち」情報センター出版局，新井容子著。「後悔のない20代・30代だったが，まだ遣り残したこと」から，40代で“産む”人生を歩み始めた女性7人に関する書。この人達の大きく揺れ動いた生涯。何故，どうして，どの様にこの人生を歩むことになり，どう生きていくのか。現代のマイナーな生き方が，次世代には当たり前の人生かもしれないと，著者は述べている。

「熟年恋愛革命，恋こそ最高の健康法」文春新書，小林照幸著。彼は1968年生。若年ではあるが，老人ホーム施設長から高齢者の性に関する悩みを聞いたことをきっかけに，'01年「熟年性革命報告」'04年「熟年恋愛講座，高齢社会の性を考える」を記し，美しく老いる高齢女性の生と性，恋愛と現実，社会の慣用度の時代的変遷などにも触れている。

「魂萌え！の女たち，祝祭の季節を生きる」岩波書店，本岡典子著。彼女は10余年以上更年期の問題に取り組んでいるルポライター。生きることの豊かさを貪欲に体験しようという50～60代の女性5人に関する考察である。男女互いに長くなった人生を，つつがなく生きる人もいれば，互いの葛藤・不和を胸に秘め夫婦として生き，或いは葛藤を露わにし深く別れる人もいる。人生の後半，一緒にいたい人は誰ですか？と彼女は問いかけている。

更年期医療に関する正しい知識，医療施設へ接し方なども書かれている。又'96年『あ

る夫婦のかたち。「もう一度」と考える妻たち』及び'00年『ダイアナ・クライシス。とまどいの季節』三五館の中で，夫婦のありかたに触れている。「若い時代に，自分達の子どものこと，自分のこと，大事なとき夫婦の話し合いが無かった，見詰め合わなかったことは，一生取り返しのつかぬ傷を残しているかもしれない。会社人間で家を省みなかった夫，社会の犠牲者かもしれない男に厳しい妻たちの反乱があるかもしれない」。更年期の諸問題に向かったとき「もう一度，二人で生きることを考えるか，別離か」，女性の大きな課題であることを男性は，早くから知っておかなければならないという。

日本性科学会，セクシュアリティ研究会編著の「カラダと気持ち，ミドル・シニア版，40～70代セクシュアリティ1000人調査」三五館でも，「共に過ごし会話を増やし夫婦関係を豊かにする」「性的関係における男性中心の考え方・行為を改め，対等な性的関係を作り上げる」「双方向の性的コミュニケーション，女性も自分の性の問題点を伝える努力が必要」「加齢による性機能その他の変化を当事者も専門家も知るべき」等，長くなった老年期のセクシュアリティ実現・こころの癒しのためにも多様な愛情表現・身体的ふれあいの大事なことが示されている。

ローマは一日にしてならず全ての道はローマに通ずの諺にあるように。若いうちからの性を含めた人間関係構築が大切だと思わされた数編である。

編集後記

本号は大川会長の玉稿「性の健康を維持するために、性の権利、ジェンダーの平等への理解を深める」を頂いて、更に充実したものとなった。卓越した産婦人科医、医学者であり、WASの理事として御活躍の大川先生が、国際的視野に立って、ジェンダーの平等と性の権利を主張された総説は読む人の心に響くものがある。「ジェンダーの平等なしに、リプロダクティブヘルスも、性感染症、性暴力、性機能障害、性の楽しみ……すべての課題を解決することはできない」という意義が本文の展開の中でよく理解される。読者が日常実感していること、口に出して言いたいことを代表して、学術的に的確に御教示頂き、カタルシス効果も伴っていると拝察された。

巻頭言は阿部輝夫先生に御執筆頂き、原著は野末源一先生、村口喜代先生始め4編、症例報告2編、他に論壇1編と先の学会に発表された1編を加えた。性科学、臨床的研究から性教育に至るまで多様な内容で本学会の幅と視点の多様性が感じられる。書評の2項も興味ある御紹介である。まだ少し誌面の余裕があり、次号には会員の皆様から多数の御寄稿をお待ち申し上げます。

(TT)

日本性科学会会則

第 1 章 総 則

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

第 2 章 目的及び事業

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

第 3 章 会 員

- 第 5 条 会員の種別
1. 正 会 員：第 6 条の資格を有する個人
 2. 賛助会員：本会の趣旨に賛同し、理事会の承認を得た法人
 3. 名誉会員：本会の発展に寄与し、理事会の承認を得た個人
- 第 6 条 正会員の資格
1. 医 師
 2. 心理職
 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、原則として会員 1 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（J A S C T）は引き続き存続し、本会の事業を補完するための活動を行う。J A S C T の役員は本会の役員が兼務する。

第 33 条 本会は、特別の事情がない限り、J A S C T の活動を承継する。

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

第 35 条 本会事務局は、当分の間、J A S C T 事務所に置く。

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

理事選挙管理規程

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

① 北海道・東北ブロック	1名
② 関東・甲信越ブロック	5名
③ 東海・北陸ブロック	1名
④ 近畿・中国・四国ブロック	2名
⑤ 九州・沖縄ブロック	1名
4. 選出理事は、各ブロック毎に、会員5名によって推薦された立候補者の中より、会員の選挙により選出する。
5. 理事の有資格者は、選挙実施の前年度末において、入会后満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

(2008年4月1日より施行)

1. 会費
 - (1) 正会員 (年額) 12,000円 (理事・監事・幹事 15,000円)
 - (2) 学生会員 (年額) 3,000円
 - (3) 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、ニュース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。性の健康世界学会（WAS world association for sexual health）、アジア・オセアニア性科学会（AOFS Asia Oceania Fedelation 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、性の健康医学財団、日本心身医学会、AASECT、SSSS その他のセクソロジー関連の学術集会、研究会及び講演会

③ 論文掲載

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

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

投 稿 規 定

1. 本誌への投稿は、原則として本会会員のものに限る。
2. 原稿は、本会の目的に関係のある原著、総説、臨床報告、内外文献紹介、学術記事、その他で原則として未発表のものに限る。
3. 原稿は、原則としてパーソナルコンピューター上のワープロソフトを使用し、和文原稿は、A4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、A4版、ダブルスペースで、1ページにつき横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、A4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、原語を記載の上（ ）内に略語を併記する。
8. 文献の書き方は次の形式による。

本文中には、文献の出所順にその部位の右肩に文献番号¹⁾ ²⁾ ³⁾ を付ける。

 - a. 各文献は出所順に1), 2), 3) の番号を付し、文末に一括記載する。
 - b. 和文雑誌は公式の略称を用い、欧文雑誌名の省略はIndex Medicusに従う。
 - c. 著者名は、3名以下の場合は全員、4名以上の場合は3人目まで書き、後は英文雑誌の場合は「et al」、和文雑誌の場合は「他」とする。
 - d. 文献の書き方は、雑誌の場合は著者氏名：論文題名、雑誌名（類似の誌名のあるときは

発行地) 巻: 頁-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, New York, 1987.
 - 4) 阿部輝夫: セックス・カウンセリング. 小学館, 東京, 1997.
 - 5) 加藤正明: 異常性欲. 井村恒郎ほか編: 異常心理学講座第4巻. みすず書房, 東京, 255-318, 1967.
9. 論文の採否は, 査読を経て編集委員会で決定する。査読者は編集委員会が委嘱する。掲載は原則として採用順とする。
 10. 印刷の初校は著者が行う。ただし, 校正は字句の修正にとどめる。その他の校正は編集委員会が行うものとする。
 11. 掲載料は刷り上がり 10 頁まで無料, それを越えるものおよび写真, 図, 表に関する費用は著者実費負担とする場合がある。別刷は 30 部まで無料進呈とする。
 12. 投稿においては, 原稿とそのコピー 2 部, フロッピーディスクを同封し, 封筒に「原稿在中」と表記する。投稿された原稿, 図表は原則として返還しない。
 13. 本誌に掲載された論文の複写権(コピーライト)は日本性科学会に属する。
 14. 投稿先は下記の宛先とする。

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

MEMO